

5 福薬業発第 7 号
令和 5 年 4 月 3 日

各地区薬剤師会会長 殿

公益社団法人福岡県薬剤師会
常務理事 竹野 将行

「診療報酬請求書の記載要領等について」等の一部改正について」及び
「歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について」について

平素より本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、標記につきまして日本薬剤師会より別添のとおり連絡がありましたのでお知らせいたします。

令和 5 年 4 月 1 日からの診療報酬上の特例措置に関する各種通知・事務連絡等につきましては、令和 5 年 2 月 3 日付け 4 福薬業発第 5 5 4 号にてお知らせしたところですが、本改正に伴い、診療報酬請求書の記載要領が一部改正されました。

ご多忙とは存じますが、貴会会員へのご周知方よろしくお願い申し上げます。

記

○「令和 5 年 4 月 1 日からの診療報酬上の特例措置等について」
厚生労働省ホームページ > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療
> 医療保険 > 令和 5 年 4 月 1 日からの診療報酬上の特例措置等について

URL : https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00043.html

以 上

日 薬 業 発 第 5 1 3 号
令 和 5 年 3 月 3 1 日

都道府県薬剤師会担当役員殿

日 本 薬 剤 師 会
副 会 長 森 昌 平

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について
及び「歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について」について

平素より、本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます
標記について、厚生労働省保険局医療課から別添のとおり連絡がありましたの
でお知らせいたします。

令和5年4月1日からの診療報酬上の特例措置に関する各種通知・事務連絡等
につきましては、令和5年2月1日付け日薬業発第420号にてお知らせしたと
ころですが、今般、本改正に伴い、診療報酬請求書等の記載要領が一部改正されて
おります。

つきましては、貴会会員にご周知下さいますようお願い申し上げます。

なお、これら資料につきましては、厚生労働省ホームページからも入手が可能
であることを申し添えます。

○「令和5年4月1日からの診療報酬上の特例措置等について」

厚生労働省ホームページ > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療
> 医療保険 > 令和5年4月1日からの診療報酬上の特例措置等について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00043.html

事務連絡
令和5年3月27日

関係団体 御中

厚生労働省保険局医療課

「診療報酬請求書の記載要領等について」等の一部改正について」及び
「歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について」について

標記につきまして、別紙のとおり、地方厚生(支)局医療課長、都道府県民生主管部(局)国民健康保険主管課(部)長及び都道府県後期高齢者医療主管部(局)後期高齢者医療主管課(部)長あて連絡するとともに、別添団体各位に協力を依頼しましたので、貴団体におかれましても、関係者に対し周知を図られますようお願いいたします。

<抄>

保医発 0327 第 9 号

令和 5 年 3 月 27 日

地方厚生（支）局医療課長

都道府県民生主管部（局）

国民健康保険主管課（部）長 殿

都道府県後期高齢者医療主管部（局）

後期高齢者医療主管課（部）長

厚生労働省保険局医療課長

（ 公 印 省 略 ）

厚生労働省保険局歯科医療管理官

（ 公 印 省 略 ）

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について

標記について、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和 5 年厚生労働省告示第 16 号）等が告示され、令和 5 年 4 月 1 日より適用されることに伴い、下記の通知の一部を別添のとおり改正するので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関等及び審査支払機関に対し、周知徹底を図られたい。

記

別添 「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和 51 年 8 月 7 日保険発第 82 号）の一部改正について

別添 2 「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）

「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年8月7日保険発第82号）

別紙1

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、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第七条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式」（平成20年厚生労働省告示第126号）に定める様式により扱うものとするが、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第七条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件」（令和4年厚生労働省告示第86号）により改正のあった様式については、令和4年5月1日（4月診療分）から新様式により扱うものとし、令和4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、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高齢者医療確保法」という。）の規定による療養の給付（以下「後期高齢者医療」という。）又は公費負担医療に係るもの（後期高齢者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「後期高齢者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「後期高齢者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「後期高齢者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。

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 「令和 年 月分」欄について

調剤年月又は外来服薬支援料1若しくは退院時共同指導料を算定した年月（以下「調剤年月等」という。）を記載すること。したがって、調剤年月等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等について調剤報酬請求書を作成すること。なお、調剤年月等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 全国健康保険協会理事長
千代田区長
東京都知事

4 「令和 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」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厚生（支）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） 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、記名の労を省くため、保険薬局の所在地、名称及び開設者氏名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2の別表1「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、「処方箋受付回数」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、「一部負担金」欄には明細書の「一部負担金」欄の「保険」の項に係る「一部負担金」の項の合計を記載すること。

なお、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄、「医保単独（本人）」欄、「医保単独（家族）」欄及び「医保単独（六歳）」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以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独（70以上一般・低所得）」欄の「小計」欄と、「医保（70以上7割）と公費の併用」欄と「医保単独（70以上7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（6歳）と公費の併用」欄と「医保単独（6歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。なお、処方箋受付回数及び点数については、記載を省略して差し支えない。
- (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（70以上一般・低所得）」欄と、「医保単独（70以上7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以上一般・低所得）」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 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」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、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2の別表1「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、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）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) 「処方箋受付回数」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。
- 8 「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、感染症法による結核患者の適正医療と生活保護法による医療扶助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、生活保護法による医療扶助、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者総合支援法による精神通院医療等の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) 「処方箋受付回数」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、生活保護法による医療扶助に係る点数は「請求」欄の「保険」の項の点数をも合計して記載すること。

9 「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2の別表1「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) 「処方箋受付回数」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。

10 「②合計」欄について

「公費と医保の併用」、「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。

11 「総件数①+②」欄について

「①合計」及び「②合計」欄の請求件数を合計して記載すること。

12 その他

- (1) 請求に係る月の処方箋受付回数を「備考」欄に記載すること。
- (2) 服用薬剤調整支援料、服薬情報等提供料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同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、「処方箋受付回数」は調剤月について計上すること。また、長期投薬若しくは後発医薬品に係る分割調剤の調剤基本料を算定する場合、医師の指示による分割調剤に係る自局での初回以外の調剤を行う場合又は服用薬剤調整支援料、服薬情報等提供料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、服用薬剤調整支援料、外来服

薬支援料、退院時共同指導料若しくは経管投薬支援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1の2 調剤報酬請求書に関する事項（様式第9）

調剤報酬請求書に関する事項については、次に掲げる事項を除き、第1の例によること。

なお、「3 「別記 殿」欄について」は、各広域連合殿と読み替えるものであること。

1 「後期高齢者医療」欄について

- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち後期高齢者医療に係る分及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書について記載すること。
- (2) 「件数」欄、「処方箋受付回数」欄、「点数」欄及び「一部負担金」欄については、第1の6の(2)と同様であること。この場合、第1の6の(2)中「医療保険」とあるのは「後期高齢者医療」と読み替えるものであること。
- (3) 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、「後期高齢一般・低所得」欄と、「後期高齢七割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「後期高齢一般・低所得」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。

2 「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医療の併用」欄について

- (1) 後期高齢者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2の別表1「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、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）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) 「処方箋受付回数」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」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。

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 2 mm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箋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箋については、それぞれ別の明細書に記載すること。また、外来服薬支援料及び退院時共同指導料に係る明細書については、処方箋に基づく調剤分に係る明細書とは別とし、それぞれ単独の明細書とすること。
- (4) 1 枚の処方箋の使用期間が次月にまたがる場合については、当該処方箋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) 服薬情報等提供料は、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又は本人・家族等の種別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。高齢受給者証又は後期高齢者の被保険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。
- (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、調剤年月等、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、JIS X 0 2 0 8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) 「令和 年 月分」欄について
調剤年月等を記載すること。
- (2) 「都道府県番号」欄について
別添2の設定要領の別表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、後期高齢者医療又は退職者医療との併用の場合を除く。)	2 公費
後期高齢者医療	3 後期
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 「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、未就学者である患者は「4」、高齢受給者及び後期高齢者医療受給対象者は「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(未就学者である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(未就学者である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 六外」(若しくは「4 六」)、「6 家外」(若しくは「6 家」)、「8 高外一」(若しくは「8 高一」)又は「0 高外7」(若しくは「0 高7」)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 未就学者外来	4 六外
6 家族外来	6 家外
8 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来	8 高外一
0 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付外来	0 高外7

(注1) 高齢受給者一般・低所得者のうち、平成20年2月21日保発第0221003号別紙に定める特例措置により1割負担となる者と、適用を受けない2割負担の者の判別については、「氏名」欄に記載される生年月日等により行うため、特段の記載は必要ない。

(注2) 後期高齢者医療一般のうち、1割負担の者と、2割負担の者の判別については、「特

「記事項」欄に記載される所得区分により行うため、特段の記載は必要ない。

エ 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（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）。なお、国民健康保険の場合は右詰めで記載すること。

イ 公費負担医療単独の場合及び公費負担医療のみの場合は、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「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。また、後期高齢者医療被保険者証の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載すること。被保険者証等の「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、併せて枝番を記載すること。なお、電子資格確認の場合は、オンラインにより提供された資格情報から、これらの記載を行うこと。

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、枝番は「（枝番）」の後ろに記載すること。

ウ 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) 「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2の別表1「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。

(9) 「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）。

(10) 「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、生まれた年月日を記載すること。

(イ) 電子計算機の場合は元号については「1 明」、「2 大」、「3 昭」、「4 平」、「5 令」と記載すること。

エ 電子レセプトによる請求を行う場合は、アによる姓名と別にカタカナによる姓名を記録することが望ましい。

(11) 「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、「1 職務上」、「2 下船後3月以内」又は「3 通勤災害」のうち該当するものを○で囲むこと。ただし、「1 職務上」及び「3 通勤災害」については、災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。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）

(12) 「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(13)と同様とすること。

(13) 「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厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。また、所在地とともに、連絡先電話番号を記載すること。

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。

(14) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄、「都道府県番号」欄、「点数表番号」欄及び「医療機関コード」欄について

処方箋を発行した保険医（以下「処方医」という。）が診療に従事する保険医療機関の所在地、名称、都道府県番号、点数表番号及び医療機関コードを処方箋に基づいて記載すること。また、外来服薬支援料及び退院時共同指導料に係る明細書については記載しないこと。

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。

(15) 「保険医氏名」欄について

処方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箋を発行した場合には、当該欄に当該処方医の姓名を1の項から順番に記載すること。処方箋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。また、外来服薬支援料及び退院時共同指導料に係る明細書については記載しないこと。

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、この場合には姓と名の間にスペースをとること。

(16) 「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、退職者医療及び後期高齢者医療をいう。以下同じ。）、第1公費及び第2公費に係る処方箋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公費の処方箋の受付回数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る処方箋の受付回数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る処方箋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公費に係る処方箋の受付回数が第1公費に係る処方箋の受付回数と同じ場合は、第2公費に係る処方箋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箋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箋とそれ以外の処方箋についてはこの限りでない。また、以下に掲げる調剤又は薬学管理料を算定すべき薬学管理のみを行った場合については、受付回数としては計上しないこと。

(ア) 長期投薬又は後発医薬品に係る分割調剤に係る調剤基本料を算定すべき調剤

(イ) 医師の指示による分割調剤に係る当該保険薬局における2回目以降の調剤

(ウ) 調剤管理料（在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合に限る。）

(エ) 服薬情報等提供料

(オ) 在宅患者訪問薬剤管理指導料

(カ) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

(キ) 在宅患者緊急時等共同指導料

(ク) 服用薬剤調整支援料

(ケ) 外来服薬支援料1

(コ) 外来服薬支援料2（在宅協力薬局が当該指導等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合に限る。）

(サ) 退院時共同指導料

(シ) 経管投薬支援料

(17) 「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。感染症法による結核患者の適正医療と生活保護法による医療扶助との併用の場合は、生活保護法による医療扶助に係る調剤が該当するものであること。

(18) 「医師番号」欄について

当該処方箋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、処方箋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。

(19) 「処方月日」欄について

処方箋が交付された月日を記載すること。

(20) 「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。

(21) 「処方」欄について

ア 所定単位（内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。以下同じ。）にあっては1剤1日分、湯薬にあっては内服薬に準じ1調剤ごとに1日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、注射薬及び外用薬にあっては1調剤分）ごとに調剤した医薬品名、用量（内服薬及び湯薬については、1日用量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬（ただし、湿布薬を除く。）については、投薬全量、屯服薬については1回用量及び投薬全量）、剤形及び用法（注射薬及び外用薬については、省略して差し支えない。）を記載し、次の行との間を線で区切ること。

なお、浸煎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、湿布薬の用量については、湿布薬の枚数としての投薬全量を記載するとともに、湿布薬の枚数としての1日用量又は投与日数を併せて記載すること。

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箋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変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」、「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厚生（支）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（予製剤による場合又は錠剤を分割する場合を含む。以下同じ。）、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・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。）及び外来服薬支援料2（在宅協力薬局が当該指導等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合を除く。）を算定した場合

（イ） 同一処方箋により、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、別剤として薬剤調製料及び調剤管理料を算定した場合

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プレイ注射器（針を含む。）、万年筆型注入器用注射針及び「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20年3月厚生労働省告示第61号）の別表のIに規定されている特定保険医療材料）を支給した場合は、他の処方とは別の欄に名称及びセット数等を記載すること。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評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第4号又は第6号に係る医薬品を投与した場合は、Ⅱの第3の2の(20)の力の(ウ)の例により「薬評」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。

(22) 「単位薬剤料」欄について

「処方」欄の1単位（内服薬にあつては1剤1日分、湯薬にあつては内服薬に準じ1調剤ごとに1日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、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。

(23) 「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（内服薬及び湯薬にあつては投薬日数、内服用滴剤、浸煎薬、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 分割調剤の場合は以下によること。

(ア) 長期投薬に係る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 $\boxed{\text{分}}$ の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、 $\boxed{\text{分}}$ 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。

(イ) 後発医薬品に係る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 $\boxed{\text{試}}$ の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、 $\boxed{\text{試}}$ に代えて「T」と記載することも差し支えないものであること。

(ウ) 医師の分割指示に係る分割調剤を行う場合は、単位数及び医の記号を付した総単位数を記載すること。なお、電子計算機の場合は、医に代えて「D」と記載することも差し支えないものであること。

(24) 「薬剤調製料 調剤管理料」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薬剤調製料及び調剤管理料の点数を記載すること。ただし、薬剤調製料及び調剤管理料が算定できない場合又は医師の指示による分割調剤の場合は、「0」を記載すること。

なお、内服薬及び湯薬について、長期投薬又は後発医薬品に係る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薬剤調製料及び調剤管理料から前回までに請求した薬剤調製料及び調剤管理料の点数を減じた点数を記載すること。

(25) 「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。

(26) 「加算料」、「調剤基本料」、「時間外等加算」及び「薬学管理料」欄について

ア 通則

各欄又は「摘要」欄への調剤行為等の名称（以下この項において単に「名称」という。）、回数及び点数の記載方法は、次のイからオまでのとおりであること。また、名称、回数及び点

数以外の「摘要」欄に記載する事項等は、別表Ⅰ「調剤報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧」のとおりであること。

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰの「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格」に基づき、該当するコードを選択すること。ただし、別表Ⅰ（令和４年４月１日適用の旨が表示されたコードに限る。）のコードについては、令和４年１０月診療分以降に選択するものとして差し支えないこと。

書面による請求を行う場合においては、名称について、別表Ⅳ「調剤行為名称等の略号一覧」に示す略号を使用して差し支えないこと。

イ 「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・覚醒剤原料・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外来服薬支援料２を算定した場合は、当該名称を記載して加算点数（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（ただし、医師の指示による分割調剤にあつては「０」）を記載すること。

また、外来服薬支援料２の算定対象となる剤が複数ある場合は、同加算を算定する点数に対応する投薬日数が分かるように、原則として、当該日数が「調剤数量」欄に記載されている剤の欄に（当該日数の剤が複数ある場合は、いずれかの１欄にのみ）、外来服薬支援料２に係る点数（ただし、医師の指示による分割調剤にあつては「０」）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箋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) 外来服薬支援料２については、上記（ア）のほか、当該加算の算定対象となる剤が複数ある場合は、一包化を行った全ての剤の「加算料」欄に名称を記載すること。

(ウ) 調剤基本料に対応する加算点数、夜間・休日等加算及び在宅患者調剤加算に係る点数については本欄には記載しないこと。

(エ) 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、麻等の略号を使用する場合について同様であること。

(オ) 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。

ウ 「調剤基本料」欄について

(ア) 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「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（地域支援体制加算の施設基準の届出を行った場合等にあつては、調剤基本料に地域支援体制加算１、地域支援体制加算１、地域支援体制加算２、地域支援体制加算３若しくは地域支援体制加算４、連携強化加算、後発医薬品調剤体制加算１、後発医薬品調剤体制加算２若しくは後発医薬品調剤体制加算３又は区分番号００の注３、注４若しくは注８を適用して算出した点数。）に処方箋受付回数に乗じた点数、長期投薬又は後発医薬品に係る分割調剤を行った場合は算定可能な分割調剤の回数に５点に乗じた点数及び在宅患者調剤加算の算定回数に１５点乗じ

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及びその加算等について、名称を記載すること。さらに、在宅患者調剤加算を算定した場合は名称及びその回数を記載すること。ただし、令和5年12月31日までの間に地域支援体制加算1、地域支援体制加算2、地域支援体制加算3若しくは地域支援体制加算4における特例の点数を算定する場合は、地域支援体制加算1（特）、地域支援体制加算2（特）、地域支援体制加算3（特）、地域支援体制加算4（特）を名称として記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(28)のウを参照すること。

- (イ) 本欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に算定する調剤基本料及びその加算等の名称及び回数を記載しても差し支えないが、合計点数は「調剤基本料」欄に記載すること。

エ 「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、深夜加算若しくは時間外加算の特例又は薬剤調製料に係る夜間・休日等加算（かかりつけ薬剤師包括管理料を基礎額とする場合を含む。）を算定した場合（ただし、医師の指示による分割調剤の場合を除く。）は、名称を「保険」の項の上欄に記載すること。

- (イ) リフィル処方箋による調剤については、「リ1/2」のように、リフィル処方箋の総使用回数に対する当該調剤を行う回数を「時間外等加算」欄に記載すること。なお、電子計算機の場合は、それぞれの回数に対応するものを記載すること。

- (ウ) 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「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、(28)のウを参照すること。

オ 「薬学管理料」欄について

- (ア) 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「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。）の名称と回数を下記により記載すること。

- ① 調剤管理料の加算である重複投薬・相互作用等防止加算、調剤管理加算又は医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定した場合は、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。ただし、令和5年12月31日までの間に医療情報・システム基盤整備体制充実加算1における特例の点数を算定する場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1（特）の名称及びその回数を記載する。

- ② 服薬管理指導料の「1」、「2」、「3」、「4」又は注13若しくは注14の特例を算定した場合は該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。また、麻薬管理指導加算、特定薬剤管理指導加算1、特定薬剤管理指導加算2、乳幼児服薬指導加算、小児特定加算、吸入薬指導加算又は調剤後薬剤管理指導加算、を算定した場合は、服薬管理指導料の回数の次に、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。

- ③ かかりつけ薬剤師指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、特定薬剤管理指導加算1、特定薬剤管理指導加算2、乳幼児服薬指導加算又は小児特定加算を算定した場合は、かかりつけ薬剤師指導料の回数の次に、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。

- ④ かかりつけ薬剤師包括管理料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。

- ⑤ 外来服薬支援料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。
- ⑥ 服用薬剤調整支援料 1 又は服用薬剤調整支援料 2 のイ若しくはロを算定した場合は、該当するものの名称及びその回数を記載すること。
- ⑦ 在宅患者訪問薬剤管理指導料の「1」、「2」又は「3」を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算、乳幼児加算、小児特定加算又は在宅中心静脈栄養法加算を算定した場合は、在宅患者訪問薬剤管理指導料の回数の上に、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。
- ⑧ 在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、乳幼児加算又は小児特定加算を算定した場合は、在宅患者オンライン薬剤管理指導料の回数の上に、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。
- ⑨ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の「1」又は「2」を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算、乳幼児加算、小児特定加算又は在宅中心静脈栄養法加算を算定した場合は、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。
- ⑩ 在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、乳幼児加算又は小児特定加算を算定した場合は、在宅患者オンライン薬剤管理指導料の回数の上に、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。
- ⑪ 在宅患者緊急時等共同指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算、乳幼児加算、小児特定加算又は在宅中心静脈栄養法加算を算定した場合は、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。
- ⑫ 退院時共同指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。
- ⑬ 服薬情報等提供料 1、2 又は 3 を算定した場合は、該当する名称及びその回数をそれぞれ記載すること。
- ⑭ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。
- ⑮ 経管投薬支援料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。
- ⑯ 在宅基幹薬局が、在宅協力薬局で行われた調剤に係る調剤管理料及び外来服薬支援料 2 を算定する場合、本欄に該当する名称及びその回数をそれぞれ記載すること。なお、その際の時間外等加算については、前エのとおり記載すること。
- (イ) 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「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、(28)のウを参照すること。
- (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名称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。
- (エ) 前(ア)の⑯の場合を除き、調剤管理料及び外来服薬支援料 2 に係る点数については本欄に記載せず、前(24)及び前(26)のイのとおり記載すること。

(27) 「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」の記号を付して居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の合計算定回数を記載すること。

イ その他請求内容について特記する必要があるればその事項を記載すること。

ウ 「摘要」欄に記載しきれない場合においては、「処方」欄下部の余白部分に必要事項を記載しても差し支えないこと。

(28) 「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「薬剤調製料 調剤管理料」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 「薬剤調製料 調剤管理料」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、「薬剤調製料 調剤管理料」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。

エ 「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の規定により、一部負担金等の一部に相当する額について国が特例的に支払うものについては、公費でないものとみなして記載すること。

(29) 「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（分割調剤に係るものについては当該分割調剤の分割調剤技術料、薬剤料及び特定保険医療材料の合計点数を、それ以外については「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」欄の合計点数を計算し、それぞれ合算したものをいう。(30)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 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。）に係る「一部負担金額」の項については、以下によるこ

と。

健康保険、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 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）及び後期高齢者医療に係る「一部負担金額」の項については、以下によること。

（ア） 高額療養費が現物給付された者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。

（イ） 健康保険法施行令第 43 条第 1 項並びに同条第 5 項、国民健康保険法施行令第 29 条の 4 第 1 項並びに同条第 3 項又は高齢者医療確保法施行令（昭和 57 年政令第 293 号）第 16 条第 1 項並びに同条第 3 項の規定が適用される者の場合は、これらの規定により算定した額（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。

（ウ） 健康保険法施行令第 43 条第 1 項第 2 号二、国民健康保険法施行令第 29 条の 4 第 1 項第 3 号二に掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第 16 条第 1 項第 1 号二に掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅰ」と記載すること。

（エ） 健康保険法施行令第 43 条第 1 項第 2 号ハに掲げる者、国民健康保険法施行令第 29 条の 4 第 1 項第 3 号ハに掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第 16 条第 1 項第 1 号ハに掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅱ」と記載すること。

（オ） 健康保険、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、減額後の一部負担金の金額を記載して「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。

（カ） 後期高齢者医療の場合で、高齢者医療確保法第 69 条第 1 項の規定に基づき広域連合長から一部負担金の減額を受けた者の場合は、「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は、減額後の一部負担金の金額を記載して「円」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。

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で、「一部負担金額」の項に金額を記載するもの場合はウの(ア)により記載した額を、金額の記載を要しないもの場合は10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載すること。なお、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合に限る。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証の提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）と感染症法との併用の場合には、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、障害者総合支援法による精神通院医療等、児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援、肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定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、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と障害者総合支援法による精神通院医療等、児童福祉法による肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療との併用（高額療養費が現物給付された場合に限る。）の場合に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、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合を除く。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証の提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供があった者で高額療養費が現物給付化された者に係るものを除く。）と感染症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。

高齢受給者の一般所得者及び低所得者であって、難病法による特定医療又は肝炎治療特別促進事業に係る公費負担医療受給者については、医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を記載すること。ただし、当該公費負担医療の給付対象額の2割相当の額が、当該医療券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、当該2割相当の額（「一部負担金額」の項に金額を記載するもの場合は、10円未満の端数を四捨五入した後の額を、金額の記載を要しないもの場合は、10円未満の端数を四捨五入する前の額。）を「一部負担金額」の項に記載すること。

(30) 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又は特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えた場合にあつては、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長2」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又は特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に健康保険法施行令第42条第6項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えて受領している場合であつて、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、生活保護法による医療扶助、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者総合支援法による精神通院医療等の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあつては、法別番号等によらず、次の記載要領によること。

- (ア) 生活保護法による医療扶助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、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「公費負担者番号①」欄に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は「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) 生活保護法による医療扶助に係る処方箋受付回数は「受付回数」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「受付回数」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は「受付回数」欄の「公費②」の項に記載すること。
- (エ) 生活保護法による医療扶助に係る調剤基本料は「調剤基本料」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「調剤基本料」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は「調剤基本料」欄の「公費②」の項に記載すること。
- (オ) 生活保護法による医療扶助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、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「時間外等加算」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は「時間外等加算」欄の「公費②」の項に記載すること。
- (カ) 生活保護法による医療扶助に係る薬学管理料は「薬学管理料」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「薬学管理料」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は「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、生活保護法による医療扶助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、左欄に感染症法による結核患者の適正医療、右欄に障害者総合支援法による精神通院医療等に係る調剤報酬点数を記載することとするが、生活保護法による医療扶助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) 生活保護法による医療扶助に係る合計点数は「請求」欄の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る合計点数は「請求」欄の「公費①」の項に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る合計点数は「請求」欄の「公費②」の項に記載すること。
- ウ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第5号又は第7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(26)のケの例により「摘要」欄に「器評」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。また、厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第5号に規定する体外診断用医薬品を使用又は支給した場合は、Ⅱの第3の2の(26)のケの例により「摘要」欄に「体評」と記載し、当該体外診断用医薬品名を他の調剤報酬請求項目と区別して記載すること。
- エ (削除)
- オ (削除)
- カ (削除)
- キ 特例措置対象被保険者等が、今回の特例措置にかかわらず、「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の第2の2(4)に規定する一部負担金等の一部に相

当する額を自ら支払った場合又は第三者行為により特例措置の対象とならない場合には、「特記事項」欄に「二割」と記載すること。

- ク 自己負担限度額特例対象被扶養者等の場合には、「特記事項」欄に「高半」と記載すること。
- ケ 高齢者医療確保法第 50 条第 2 号に該当する者（65 歳から 75 歳未満の者であって、後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者）が 75 歳に到達した月に療養を受けた場合（自己負担限度額が 2 分の 1 とならない場合）には、「摘要」欄に「障害」と記載すること。
- コ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第 1 条第 5 号の 2 又は第 7 号の 2 に規定する再生医療等製品を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「加評」と記載し、当該再生医療等製品名を他の再生医療等製品と区別して記載すること。
- サ 70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ア）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ア）であるもの）が提示された場合、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（3 割））の提示のみ若しくは高齢受給者証情報若しくは後期高齢者医療被保険者証情報の提供のみの場合又は「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の適用区分（VI）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区ア」と記載すること。
- シ 70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（イ）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（イ）であるもの）が提示された場合、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ））が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の適用区分（V）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区イ」と記載すること。
- ス 70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示された場合、又は 70 歳以上の場合であって「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））

が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区ウ」と記載すること。

セ 70 歳未満の場合であつて、「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合、又は 70 歳以上の場合であつて、「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあつては課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証（一部負担金の割合（2 割））の提示のみ若しくは高齢受給者証情報の提供のみの場合又は「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあつては課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区エ」と記載すること。

ソ 70 歳未満の場合であつて、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合又は「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合、又は 70 歳以上の場合であつて、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（Ⅰ又はⅡ））が提示若しくは限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合又は「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区オ」と記載すること。

タ 後期高齢者医療において「課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円以上）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（2 割））が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供された場合、又は「課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円以上）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（2 割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区カ」と記載すること。

チ 後期高齢者医療において「課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円未満）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（1 割））が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供された場合、又は「課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が 2 人

以上の世帯の場合は320万円未満)」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（1割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区キ」と記載すること。

※ タ及びチについては、令和4年10月1日から適用する。令和4年9月30日までの間は、後期高齢者医療にあつてはセに従い、従前どおり「区エ」を使用されたい。

ツ 医師の分割指示に係る分割調剤を行った場合は、「医師番号」欄、「処方月日」欄及び「調剤月日」欄に当該分割調剤に係る医師番号、処方月日及び調剤月日を記載すること。また、「処方」欄に指示された分割回数及び当該分割調剤が何回目の分割調剤に相当するかを記載するほか、当該分割調剤における調剤基本料及びその加算等の名称及び点数、薬剤調製料及びその加算並びに調剤管理料及びその加算等の名称及び点数、薬学管理料及びその加算の名称及び点数を記載するとともに、分割調剤技術料（当該分割調剤における調剤基本料及びその加算等、薬剤調製料及びその加算並びに薬学管理料の点数を合算し、当該合算点数を分割指示回数で除し、小数点以下第一位を四捨五入して得た点数をいう。）を併せて記載すること。ただし、服薬情報等提供料については、分割指示回数で除さず、「薬学管理料」欄に名称、回数及び点数を記載すること。

テ 電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付等の請求を行う場合については、調剤基本料及び薬学管理料を算定した年月日を記録して請求すること。

別表 I 調剤報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧

項番	区分	調剤行為名称等	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	00	同日に複数の保険医療機関が交付した同一患者の処方箋を受け付けた際に、2回目以降の受付に対して調剤基本料の減算規定を適用しない場合(注3に該当しない場合)	同日の異なる時刻に処方箋を複数受け付けた場合は、処方箋を受け付けた年月日及び時刻をそれぞれ記載すること。	850100486	処方箋受付年月日(調剤基本料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				851100065	処方箋受付時刻(同日1回目受付):hh"時"mm"分"	※
				851100066	処方箋受付時刻(同日2回目以降受付):hh"時"mm"分"	※
2	01	薬剤調製料(内服薬)	(配合禁忌等の理由により内服薬を別剤とした場合) [配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合]、「内服用固形剤(錠剤、カプセル剤、散剤等)と内服用液剤の場合」、「内服錠、チュアブル錠及び舌下錠等のように服用方法が異なる場合」又は「その他」から最も当てはまる理由をひとつ記載すること。「その他」を選択した場合は、具体的な理由を記載すること。	820100367	薬剤調製料(内服薬):配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合	※
				820100368	薬剤調製料(内服薬):内服用固形剤(錠剤、カプセル剤、散剤等)と内服用液剤の場合	※
				820100369	薬剤調製料(内服薬):内服錠、チュアブル錠及び舌下錠等のように服用方法が異なる場合	※
				830100001	薬剤調製料(内服薬):その他理由:*****	※
3	01	自家製剤加算	(自家製剤加算を算定した場合であって「処方」欄に記載内容からは加算理由が不明のとき)算定理由が明確となるように記載すること。	830100438	算定理由(自家製剤加算):*****	
4	01	自家製剤加算 計量混合調剤加算	(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箋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」欄に記載内容からは加算理由が不明のとき)算定理由が明確となるように記載すること。	830100439	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由(自家製剤加算):*****	
				830100441	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由(計量混合調剤加算):*****	
5	01	時間外加算 休日加算 深夜加算 時間外加算の特例	処方箋を受け付けた年月日及び時刻を記載すること。	850100366	処方箋受付年月日(時間外加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				851100035	処方箋受付時刻(時間外加算):hh"時"mm"分"	
				850100367	処方箋受付年月日(休日加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				850100368	処方箋受付年月日(深夜加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				851100036	処方箋受付時刻(深夜加算):hh"時"mm"分"	
				850100369	処方箋受付年月日(時間外加算の特例):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				851100037	処方箋受付時刻(時間外加算の特例):hh"時"mm"分"	
6	1002	重複投薬・相互作用等防止加算 イ 薬薬調整に係るもの以外の場合	処方医に連絡・確認を行った内容の要点、変更内容を記載すること。	820101030	内容(重複投薬・相互作用等防止加算):同種・同効の併用薬との重複投薬	※
				820101031	内容(重複投薬・相互作用等防止加算):併用薬・飲食物等との相互作用	※
				820101032	内容(重複投薬・相互作用等防止加算):過去のアレルギー歴、副作用歴	※
				820101033	内容(重複投薬・相互作用等防止加算):体重、年齢、肝機能、腎機能等による影響	※
				820101034	内容(重複投薬・相互作用等防止加算):授乳・妊婦への影響	※
				830100775	内容(重複投薬・相互作用等防止加算):その他薬学的観点から必要と認める事項:*****	※
7	1003	特定薬剤管理指導加算2	当該患者に抗悪性腫瘍剤を注射している保険医療機関の名称及び当該保険医療機関に情報提供を行った年月日を記載すること。	850100372	情報提供を行った年月日(特定薬剤管理指導加算2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				830100445	患者に抗悪性腫瘍剤を注射している保険医療機関名(特定薬剤管理指導加算2):*****	
8	1003	吸入薬指導加算	(前回の吸入薬指導加算の算定から3月以内に再度算定する場合)当該期間の算定年月日(初回の場合は初回である旨)及び吸入薬の名称を全て記載すること。	830100446	吸入薬の名称(吸入薬指導加算):*****	※
				820100922	初回(吸入薬指導加算)	※
				850100479	算定年月日(吸入薬指導加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
9	1003	調剤後薬剤管理指導加算	当該患者にインスリン製剤等を処方している保険医療機関の名称及び当該保険医療機関に情報提供を行った年月日を記載すること。	850100480	吸入薬の調剤年月日(吸入薬指導加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				830100446	吸入薬の名称(吸入薬指導加算):*****	※
10	1003 1302 1303	服薬管理指導料 かかりつけ薬剤師指導料 かかりつけ薬剤師包括管理料	(在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者について、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われ、服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定する場合)算定年月日を記載すること。	850100373	情報提供を行った年月日(調剤後薬剤管理指導加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				850100374	算定年月日(服薬管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850100375	算定年月日(かかりつけ薬剤師指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
11	1402	外来服薬支援料1	外来服薬支援料1の「注1」又は「注2」のどちらに該当するかを記載し、服薬管理を実施した年月日、保険医療機関の名称を記載すること。 なお、保険医療機関の名称については、注1の場合においては、服薬支援の必要性を確認した保険医療機関の名称を、注2の場合においては情報提供をした保険医療機関の名称をそれぞれ記載すること。	850100376	算定年月日(かかりつけ薬剤師包括管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				820100793	外来服薬支援料1:注1	
				820100794	外来服薬支援料1:注2	
				850100370	服薬管理を実施した年月日(外来服薬支援料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
12	1402	外来服薬支援料2	(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箋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、外来服薬支援料2を算定した場合であって「処方」欄に記載内容からは加算理由が不明のとき)算定理由が明確となるように記載すること。	830100442	保険医療機関の名称(外来服薬支援料1):*****	※
				830100776	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由(外来服薬支援料2):*****	※
13	1403	服用薬剤調整支援料1	減薬の提案を行った年月日、保険医療機関の名称及び保険医療機関における調整前後の薬剤種類数を記載すること。 [記載例] ○市立病院にて○種類から○種類に調整。○○医院にて○種類から○種類に調整。	850100371	減薬の提案を行った年月日(服用薬剤調整支援料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				830100443	保険医療機関名及び調整前後の種類数(服用薬剤調整支援料1):*****	
14	1403	服用薬剤調整支援料2	提案を行った全ての保険医療機関の名称を記載すること。	830100444	提案を行った保険医療機関名(服用薬剤調整支援料2):*****	

15	15 15の2 15の3 15の5	在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 在宅患者緊急時等共同指導料 服薬情報等提供料	(調剤を行っていない月に在宅患者訪問薬剤管理指導料(在宅患者オンライン薬剤管理指導料を含む)、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料又は服薬情報等提供料を算定した場合)	基本科・薬学管理レコード(前調剤年月日)	(元号)yy"年"mm"月"dd"日調剤"	
			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。	基本科・薬学管理レコード(前調剤日数)	ddd"日分投薬"	
16	15	在宅患者訪問薬剤管理指導料	(月に2回以上算定する場合) それぞれ算定対象となる訪問指導(在宅患者オンライン薬剤管理指導料を含む)を行った日を記載すること。	850100378	訪問指導年月日(在宅患者訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
			(単一建物診療患者が2人以上の場合) その人数を記載すること。	842100071	単一建物診療患者人数(在宅患者訪問薬剤管理指導料):*****	
			(1つの患者に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合)	820100103	同居する同一世帯の患者が2人以上	
				820100371	訪問薬剤管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下	
				820100372	当該建築物戸数が20戸未満で訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以下	
			(同居する同一世帯の患者が2人以上)、「訪問薬剤管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択して記載すること。	820100094	ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所	
17	15 15の2	在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	(訪問薬剤管理指導を主に実施している保険薬局(以下「在宅基幹薬局」という。))に代わって連携する他の薬局(以下「在宅協力薬局」という。))が訪問薬剤管理指導を実施し、在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定した場合)	850100379	(在宅基幹薬局)実施年月日(在宅患者訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
			在宅基幹薬局は当該訪問薬剤管理指導を実施した日付及び在宅協力薬局名を記載すること。	830100448	(在宅協力薬局)在宅協力薬局名(在宅患者訪問薬剤管理指導料):*****	
				850100380	(在宅基幹薬局)実施年月日(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				830100449	(在宅協力薬局)在宅協力薬局名(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料):*****	
18	15 15の2	在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	(在宅基幹薬局に代わって在宅協力薬局が訪問薬剤管理指導(この場合においては、介護保険における居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導費を含む。)を実施した場合であって、処方箋が交付されていた場合)	850100381	(在宅協力薬局)実施年月日(在宅患者訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
			在宅協力薬局は当該訪問薬剤管理指導を実施した日付を記載すること。	850100382	(在宅協力薬局)実施年月日(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
19	15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2	(在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導費を算定していない月に在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2を算定する場合) 直近の在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導費を算定した年月日を記載すること。	850100383	直近算定年月日(訪問薬剤管理指導):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
20	15の4	退院時共同指導料	指導年月日、共同して指導を行った患者が入院する保険医療機関の保険医等の氏名及び保険医療機関の名称並びに退院後の在宅医療を担う保険医療機関の名称を記載すること。	850100385	指導年月日(退院時共同指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				830100450	患者が入院している保険医療機関の保険医等の氏名(退院時共同指導料):****	
				830100451	患者が入院している保険医療機関名(退院時共同指導料):*****	
				830100452	退院後の在宅医療を担う保険医療機関名(退院時共同指導料):*****	
21	15の5	服薬情報等提供料3	情報提供先の保険医療機関の名称及び診療科名を記載すること。 なお、情報提供先の保険医療機関の名称について、複数の保険医療機関に対して服薬情報等の提供を行った場合は各保険医療機関の名称を記載すること。診療科名については、同一保険医療機関の複数の診療科に対して服薬情報等の提供を行った場合に各診療科名を記載すること。	830100638	情報提供先の保険医療機関名(服薬情報等提供料3):*****	※
				830100639	情報提供先の診療科名(服薬情報等提供料3):*****	※
22	15の6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 1 残薬調整に係るもの以外の場合	処方医に連絡・確認を行った内容の要点、変更内容を記載すること。	820101035	内容(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料):同種・同効の併用薬との重複投薬	※
				820101036	内容(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料):併用薬・飲食物等との相互作用	※
				820101037	内容(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料):過去のアレルギー歴、副作用歴	※
				820101038	内容(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料):体重、年齢、肝機能、腎機能等による影響	※
				820101039	内容(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料):授乳・妊婦への影響	※
				830100777	内容(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料):その他薬学的観点から必要と認める事項:*****	※
23	—	一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品を調剤しなかった場合	(一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品を調剤しなかった場合)	820100373	後発医薬品を調剤しなかった理由:患者の意向	
			その理由について、「患者の意向」、「保険薬局の備蓄」、「後発医薬品なし」又は「その他」から最も当てはまる理由をひとつ記載すること。	820100374	後発医薬品を調剤しなかった理由:保険薬局の備蓄	
				820100375	後発医薬品を調剤しなかった理由:後発医薬品なし	
				820100376	後発医薬品を調剤しなかった理由:その他	
24	—	長期の旅行等特殊の事情がある場合に、日数制限を超えて投与された場合	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、処方箋の備考欄に記載されている長期投与の理由について、「海外への渡航」、「年末・年始又は連休」又は「その他」から最も当てはまるものをひとつ記載すること。「その他」を選択した場合は具体的な理由を記載すること。	820100795	長期投与の理由:海外への渡航(年末・年始又は連休に該当するものは除く。)	
				820100796	長期投与の理由:年末・年始又は連休	
				830100453	長期投与の理由:その他理由:*****	
25	—	63枚を超えて湿布薬が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合	63枚を超えて湿布薬が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合は、処方医が当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨について、処方箋の記載により確認した旨又は疑義照会により確認した旨を記載すること。	820100377	処方箋記載により確認	
				820100378	疑義照会により確認	

※「記載事項」欄における括弧書きは、該当する場合に記載する事項であること。

※「記載事項」欄の記載事項は、「摘要」欄へ記載するものであること。

別表Ⅱ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧(薬価基準)

項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
1	アイモビーグ皮下注70mgペン		<p>本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～オのうち該当するものを記載すること(「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載)。</p> <p>ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に5年以上の臨床経験を有している。</p> <p>イ 日本神経学会</p> <p>ウ 日本頭痛学会</p> <p>エ 日本内科学会(総合内科専門医)</p> <p>オ 日本脳神経外科学会</p>	820600001	医師要件ア(アイモビーグ皮下注70mgペン)
				820600002	医師要件イ(アイモビーグ皮下注70mgペン)
				820600003	医師要件ウ(アイモビーグ皮下注70mgペン)
				820600004	医師要件エ(アイモビーグ皮下注70mgペン)
				820600005	医師要件オ(アイモビーグ皮下注70mgペン)
				842600001	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数(片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数)の平均を記載すること。
				820600006	前治療要件ア(アイモビーグ皮下注70mgペン)
				820600007	前治療要件イ(アイモビーグ皮下注70mgペン)
				820600008	前治療要件ウ(アイモビーグ皮下注70mgペン)
				820600009	前治療要件エ(アイモビーグ皮下注70mgペン)
820600010	投与開始後3ヶ月(3回投与後)を以て治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際に、症状の改善が認められた旨を記載すること。				
2	アキラルックス点滴静注250mg		投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600115	投与が必要と判断した理由(アキラルックス点滴静注250mg):*****
3	アコファイド錠100mg	機能性ディスペプシアにおける食後膨満感、上腹部膨満感、早期満腹感	「機能性ディスペプシアにおける食後膨満感、上腹部膨満感、早期満腹感」と診断された場合に限り算定できること。また、その場合には、診療報酬明細書の傷病名に「機能性ディスペプシア」を用いること。		傷病名コード (傷病名を表示する。)
			診療報酬明細書の記載に当たっては、上部消化管内視鏡検査等の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600001	上部消化管内視鏡検査等の実施年月日(アコファイド錠100mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
850600002	上部消化管内視鏡検査等の実施年月日(初回投与)(アコファイド錠100mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日				
4	アジョビ皮下注225mgシリンジ		<p>本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～オのうち該当するものを記載すること(「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載)。</p> <p>ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に5年以上の臨床経験を有している。</p> <p>イ 日本神経学会</p> <p>ウ 日本頭痛学会</p> <p>エ 日本内科学会(総合内科専門医)</p> <p>オ 日本脳神経外科学会</p>	820600011	医師要件ア(アジョビ皮下注225mgシリンジ)
				820600012	医師要件イ(アジョビ皮下注225mgシリンジ)
				820600013	医師要件ウ(アジョビ皮下注225mgシリンジ)
				820600014	医師要件エ(アジョビ皮下注225mgシリンジ)
				820600015	医師要件オ(アジョビ皮下注225mgシリンジ)
				842600002	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数(片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数)の平均を記載すること。
				820600016	前治療要件ア(アジョビ皮下注225mgシリンジ)
				820600017	前治療要件イ(アジョビ皮下注225mgシリンジ)
				820600018	前治療要件ウ(アジョビ皮下注225mgシリンジ)
				820600019	前治療要件エ(アジョビ皮下注225mgシリンジ)
820600226	4週間に1回投与の場合であって、投与開始後3ヶ月(3回投与後)症状の改善が認められた(アジョビ皮下注225mgシリンジ)				
820600227	12週間に1回投与の場合であって、投与開始後3ヶ月(1回投与後)症状の改善が認められた(アジョビ皮下注225mgシリンジ)				
820600228	12週間に1回投与の場合であって、投与開始後6ヶ月(2回投与後)症状の改善が認められた(アジョビ皮下注225mgシリンジ)				
5	アドセトリス点滴静注50mg		<p>CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載すること。</p> <p>なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。(平成30年9月20日以前に既に本製剤の投与を受けている患者に対しては、本通知前からの投与継続患者である旨(「投与継続患者」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。)</p>	850600003	CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日(アドセトリス点滴静注50mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600004	CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日(初回投与)(アドセトリス点滴静注50mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				820600021	投与継続患者(アドセトリス点滴静注50mg)
				850600005	初めて投与した年月日(アドセトリス点滴静注50mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
6	アルンブリグ錠30mg アルンブリグ錠90mg		<p>ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。</p> <p>なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</p>	850600006	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(アルンブリグ錠30mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600007	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(アルンブリグ錠30mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日

項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
7	アレクサカプセル150mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK 融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記入すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600008	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(アレクサカプセル150mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600009	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(アレクサカプセル150mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
8	アロフィセル注		本製剤の効能・効果又は性能において、「非活動期又は軽症の活動期クローン病患者における難癒性痔瘻の治療。ただし、少なくとも1つの既存治療による治療を行っても効果が不十分な場合に限り。」及び用法及び用量又は使用方法に関連する使用上の注意において、「本品を再投与した臨床成績は得られておらず、痔瘻の状態を十分に確認した上で、再投与の要否を慎重に判断すること。」とされていることから、このような場合に限り算定できるものであり、次の事項を記載すること。 ア 本製剤の投与が適切と判断した理由 イ 既存治療による治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間 ウ 本製剤の投回数(1回目又は2回目と記載する)	830600002	投与が適切と判断した理由(アロフィセル注):*****
				830600003	既存治療による治療として使用していた薬剤の品名(アロフィセル注):*****
				830600004	既存治療による治療として使用していた薬剤の使用期間(アロフィセル注):*****
				820600022	投回数1回目(アロフィセル注)
				820600023	投回数2回目(アロフィセル注)
9	イェスカル点滴静注		投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載。 ア 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科(認定カテゴリー1)を有する施設 イ 認定カテゴリー1に準ずる診療科(認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科)を有する施設	820600024	施設要件ア(イェスカル点滴静注)
				820600025	施設要件イ(イェスカル点滴静注)
10	イデルビオン静注用250 イデルビオン静注用500 イデルビオン静注用1000 イデルビオン静注用2000 イデルビオン静注用3500		手術時における血液凝固因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600005	手術時に使用した理由(イデルビオン静注用250等):*****
11	イブランスカプセル25mg イブランスカプセル125mg		ホルモン受容体陽性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600010	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(イブランスカプセル25mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600012	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(イブランスカプセル25mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
12	イブランス錠25mg イブランス錠125mg		ホルモン受容体陽性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600011	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(イブランス錠25mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600012	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(イブランスカプセル25mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600013	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(イブランス錠25mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600014	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(イブランスカプセル25mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
13	イベニティ皮下注105mgシリンジ		(12ヵ月投与した後に本製剤を再投与する場合) 再投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ア 骨折の危険性が高いと判断した理由 イ 本製剤を再投与するまでに投与した骨粗鬆症治療薬の品名	830600006	骨折の危険性が高いと判断した理由(イベニティ皮下注105mgシリンジ):*****
				830600007	再投与するまでに投与した骨粗鬆症治療薬の品名(イベニティ皮下注105mgシリンジ):*****
14	イミフィンジ点滴静注120mg イミフィンジ点滴静注500mg	切除不能な局所進行の非小細胞肺癌における根治的放射線療法後の維持療法	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来化学療法加算1又は外来化学療法加算2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600026	施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)
				820600027	施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)
				820600028	施設要件ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等)
				820600029	施設要件エ(イミフィンジ点滴静注120mg等)
				820600030	施設要件オ(イミフィンジ点滴静注120mg等)
	進展型小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること。「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病気の臨床研修を行っていること。	820600022	医師要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
			820600023	医師要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
			820600026	施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
			820600027	施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
			820600028	施設要件ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
15	ヴァイトラックピカセル25mg ヴァイトラックピカセル100mg ヴァイトラックピカセル内用液20mg/mL		NTRK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600015	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ヴァイトラックピカセル25mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600016	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ヴァイトラックピカセル25mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日

項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
16	ファンフリタ錠 17.7mg ファンフリタ錠 26.6mg		FLT3-ITD 変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600017	FLT3-ITD変異陽性を確認した検査の実施年月日(ファンフリタ錠17.7mg等);(元号)yy年mm月dd日
				850600018	FLT3-ITD変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ファンフリタ錠17.7mg等);(元号)yy年mm月dd日
17	エクログゲル5%		投与開始に当たっては、多汗症疾患重症度評価尺度(HDSS)を記載すること。	830600011	多汗症疾患重症度評価尺度(HDSS)(エクログゲル5%);*****
18	エスポー皮下用24000シリンジ		(貯血量が900mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血の場合) 貯血量、本剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載すること。	830600012	貯血量(エスポー皮下用24000シリンジ);*****
				830600013	投与する前の患者の体重(エスポー皮下用24000シリンジ);*****
				830600014	Hb濃度(エスポー皮下用24000シリンジ);*****
19	エドルミズ錠50mg		以下のアに該当し、イ～エのうち2つ以上を認める患者に使用することとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～エのうち該当するものをすべて記載すること。 ア 6ヵ月以内での5%以上の体重減少及び食欲不振 イ 疲労又は倦怠感 ウ 全身の筋力低下 エ CRP値0.5mg/dL超、ヘモグロビン値12g/dL未満又はアルブミン値3.2g/dL未満のいずれか1つ以上	820600031	ア 6ヵ月以内での5%以上の体重減少及び食欲不振(エドルミズ錠50mg)
				820600032	イ 疲労又は倦怠感(エドルミズ錠50mg)
				820600033	ウ 全身の筋力低下(エドルミズ錠50mg)
				820600034	エ CRP値0.5mg/dL超、ヘモグロビン値12g/dL未満又はアルブミン値3.2g/dL未満のいずれか1つ以上(エドルミズ錠50mg)
				850600019	投与継続の検討を行った直近の年月日(エドルミズ錠50mg);(元号)yy年mm月dd日
20	エフィエント錠2.5mg エフィエント錠3.75mg	虚血性脳血管障害(大血管アテローム硬化又は小血管の閉塞に伴う)後の再発抑制	効能又は効果に関連する注意において、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、有効性についてクロビドグレルに対する非劣性が検証されていないことや臨床試験の対象患者等を十分に理解した上で、本剤投与の適否を判断すること。とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600134	投与が必要と判断した理由(エフィエント錠2.5mg等);*****
21	エプリステドリンシロップ60mg		効能・効果に関連する使用上の注意において「遺伝子検査により、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認された患者に投与すること。とされているので、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600020	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日(エプリステドリンシロップ60mg);(元号)yy年mm月dd日
				850600021	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日(初回投与)(エプリステドリンシロップ60mg);(元号)yy年mm月dd日
22	エボジン注シリンジ1500 エボジン注シリンジ3000 エボジン注シリンジ6000		(貯血量が900mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血にエボジン注シリンジ1500、同3000及び同6000を使用する場合) 貯血量、本剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載すること。	830600016	貯血量(エボジン注シリンジ1500等);*****
				830600017	投与する前の患者の体重(エボジン注シリンジ1500等);*****
				830600018	Hb濃度(エボジン注シリンジ1500等);*****
23	エボジン皮下注シリンジ24000		(貯血量が900mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血に使用する場合) 貯血量、本製剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載すること。	830600019	貯血量(エボジン皮下注シリンジ24000);*****
				830600020	投与する前の患者の体重(エボジン皮下注シリンジ24000);*****
				830600021	Hb濃度(エボジン皮下注シリンジ24000);*****
24	エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター エムガルティ皮下注120mgシリンジ		本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～オのうち該当するものを全て記載すること(医師要件アから「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載)。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後、頭痛を呈する疾患の診療に5年以上の臨床経験を有している。 イ 日本神経学会 ウ 日本頭痛学会 エ 日本内科学会(総合内科専門医) オ 日本脳神経外科学会	820600233	医師要件ア(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)
				820600234	医師要件イ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)
				820600235	医師要件ウ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)
				820600236	医師要件エ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)
				820600237	医師要件オ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)
				842100110	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりのMigraine Headache Days(MHD、片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数)の平均。
				820600238	前治療要件ア(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)
				820600239	前治療要件イ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)
				820600240	前治療要件ウ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)
				820600241	前治療要件エ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)
820600044	投与開始後3ヶ月(3回投与後)症状の改善が認められた(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)				

項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
25	エンハーツ点滴静注用100mg	化学療法歴のあるHER2陽性の手術不能又は再発・再発の標準的な治療が困難な場合	「トラスツズマブ(遺伝子組換え)、タキサン系抗悪性腫瘍剤及びトラスツズマブ エムタンシン(遺伝子組換え)による治療のない患者における本剤の有効性及び安全性は確立していない。」と記載されているので、トラスツズマブ(遺伝子組換え)、タキサン系抗悪性腫瘍剤及びトラスツズマブ エムタンシン(遺伝子組換え)の治療歴を有する患者に投与することとし、その旨を記載すること。	820600045	トラスツズマブ(遺伝子組換え)の治療歴を有する患者(エンハーツ点滴静注用100mg)
				820600046	タキサン系抗悪性腫瘍剤の治療歴を有する患者(エンハーツ点滴静注用100mg)
		がん化学療法後に増悪したHER2陽性の治療不能な進行・再発の胃癌の場合	一次治療及び二次治療の治療歴を有し、かつ、トラスツズマブ(遺伝子組換え)を含む化学療法による治療歴を有する患者に投与することとし、一次治療及び二次治療で実施した化学療法を記載すること。	830600022	一次治療で実施した化学療法(エンハーツ点滴静注用100mg):*****
				830600023	二次治療で実施した化学療法(エンハーツ点滴静注用100mg):*****
26	エンレスト錠50mg エンレスト錠100mg エンレスト錠200mg	慢性心不全、高血圧症	(慢性心不全の場合) 本製剤の効能又は効果において、「慢性心不全の標準的な治療を受けている患者に限る」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600024	投与が必要と判断した理由(エンレスト錠50mg等):*****
			(高血圧症の場合) 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「過度な血圧低下のおそれ等があり、原則として本剤を高血圧治療の第一選択薬としないこと。」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。		
27	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件A」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 (※は、古巣的ホジキンリンパ腫に限る。 ア 厚生労働省が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、小児がん拠点病院※、小児がん連携病院※など) イ 特定機能病院 ウ 医師会が指定するがん診療連携拠点病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来化学療法加算1又は外来化学療法加算2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600164	施設要件ア(オプジーボ点滴静注)
				820600186	施設要件イ(オプジーボ点滴静注)
				820600190	施設要件ウ(オプジーボ点滴静注)
				820600194	施設要件エ(オプジーボ点滴静注)
				820600197	施設要件オ(オプジーボ点滴静注)
				820600141	施設要件ア(オプジーボ点滴静注)
28	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	悪性黒色腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)
			(本製剤とイビリムマブの併用を根治切除不能な悪性黒色腫患者であって、PD-L1発現率が確認できた患者に投与する場合) PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日及び検査結果(発現率)を記載すること。	850600123	PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				830600106	PD-L1発現率を確認した検査結果(発現率)(オプジーボ点滴静注):*****
			(本製剤とイビリムマブの併用を根治切除不能な悪性黒色腫患者であって、PD-L1発現率1%以上の場合) 本製剤とイビリムマブを併用投与することした理由を記載すること。	830600116	本製剤とイビリムマブを併用投与することした理由(オプジーボ点滴静注):*****
			(本製剤とイビリムマブの併用を根治切除不能な悪性黒色腫患者であって、PD-L1発現率が確認できなかった場合) 確認できなかった理由を記載すること。	830600117	PD-L1発現率を確認できなかった理由(オプジーボ点滴静注):*****
			(平成29年2月13日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合) 投与中である旨(「投与中患者」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者(オプジーボ点滴静注)
				850600129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
			(平成29年2月13日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者の場合:平成29年4月30日までの間) 当該保険医療機関での使用実績がある旨(「使用実績」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600168	使用実績有(オプジーボ点滴静注)
				850600129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
29	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器腫瘍学の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)
			(本製剤を非腫瘍上皮癌患者であって、PD-L1発現率が確認できた患者に単独投与する場合) PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日及び検査結果(発現率)を記載すること。	850600123	PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				830600106	PD-L1発現率を確認した検査結果(発現率)(オプジーボ点滴静注):*****
			(PD-L1発現率が1%未満の場合) 投与することした理由を記載すること。	830600113	投与することした理由(オプジーボ点滴静注):*****
			(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与A」から「併用投与カ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア イビリムマブ(遺伝子組換え)、カルボプラチン及びパクリタキセルとの併用投与 イ イビリムマブ(遺伝子組換え)、カルボプラチン又はシスプラチン及びベメトレキセドとの併用投与 ウ イビリムマブ(遺伝子組換え)との併用投与 エ カルボプラチン又はシスプラチン及びゲムシタビンの併用投与 オ カルボプラチン又はシスプラチン及びベメトレキセドとの併用投与 カ ベシズマブ(遺伝子組換え)、カルボプラチン及びパクリタキセルとの併用投与	820600170	併用投与A(オプジーボ点滴静注)
				820600173	併用投与イ(オプジーボ点滴静注)
				820600176	併用投与ウ(オプジーボ点滴静注)
				820600179	併用投与エ(オプジーボ点滴静注)
				820600180	併用投与オ(オプジーボ点滴静注)
				820600242	併用投与カ(オプジーボ点滴静注)
			(「併用投与A」から「併用投与オ」により併用する場合) EGFR遺伝子変異陰性及びALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600116	EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600114	ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
			(「併用投与カ」により併用する場合) EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600114	EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600114	ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600127	ROS1融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
			(「併用投与エ」又は「併用投与オ」の併用投与を有する場合) PD-L1発現率が1%未満の患者において有効性が示されているので、PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日及び検査結果(発現率)。	850600123	PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				830600106	PD-L1発現率を確認した検査結果(発現率)(オプジーボ点滴静注):*****
(平成29年2月13日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合) 投与中である旨(「投与中患者」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者(オプジーボ点滴静注)			
	850600129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日			
(平成29年2月13日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者の場合:平成29年4月30日までの間) 当該保険医療機関での使用実績がある旨(「使用実績」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600168	使用実績有(オプジーボ点滴静注)			
	850600129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日			

項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
30	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌	次に掲げる医師又は歯科医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件I」又は「医師・歯科医師要件ウ」のうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の耳鼻咽喉科領域の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を含む臨床腫瘍学の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許又は歯科医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、5年以上の口腔外科の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を含む口腔外科のがん治療の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件A(オプジーボ点滴静注)
			820600183	医師要件I(オプジーボ点滴静注)	
			820600140	医師・歯科医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)	
31	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件I」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件A(オプジーボ点滴静注)
			820600183	医師要件I(オプジーボ点滴静注)	
			820600170	併用投与A(オプジーボ点滴静注)	
			820600173	併用投与I(オプジーボ点滴静注)	
			820600152	患者要件A(オプジーボ点滴静注)	
			820600154	患者要件I(オプジーボ点滴静注)	
			820600169	投与中患者(オプジーボ点滴静注)	
			850600129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy年mm月dd日	
			820600168	使用実績有(オプジーボ点滴静注)	
			850600129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy年mm月dd日	
32	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」から「医師要件U」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、造血系悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上の小児血液及び小児がんを含む小児科臨床経験を有すること。	820600141	医師要件A(オプジーボ点滴静注)
			820600183	医師要件I(オプジーボ点滴静注)	
			820600184	医師要件U(オプジーボ点滴静注)	
			820600169	投与中患者(オプジーボ点滴静注)	
			850600129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy年mm月dd日	
			820600168	使用実績有(オプジーボ点滴静注)	
			850600129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy年mm月dd日	
33	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	治癒切除不能進行・再発の胃癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」から「医師要件U」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件A(オプジーボ点滴静注)
			820600183	医師要件I(オプジーボ点滴静注)	
			820600184	医師要件U(オプジーボ点滴静注)	
			820600170	併用投与A(オプジーボ点滴静注)	
			820600173	併用投与I(オプジーボ点滴静注)	
			820600176	併用投与U(オプジーボ点滴静注)	
850600118	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy年mm月dd日				
34	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	切除不能進行・再発の悪性胸膜中皮腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件I」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、悪性胸膜中皮腫のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件A(オプジーボ点滴静注)
			820600183	医師要件I(オプジーボ点滴静注)	

項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
35	オプジーボ点静注20mg オプジーボ点静注100mg オプジーボ点静注120mg オプジーボ点静注240mg	がん化学療法後に増悪した治療切除不能進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性(MSI-High)を有する結腸・直腸癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」から「医師要件U」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床研修の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器のがん薬物療法を含む消化器病の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件A(オプジーボ点静注)
			MSI-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	820600183	医師要件イ(オプジーボ点静注)
			(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与を行った旨(「併用投与A」と記載)を記載すること。 ア イピリウムマブ(遺伝子組換え)との併用投与	820600184	医師要件ウ(オプジーボ点静注)
			820600120	MSI-Highを確認した検査の実施年月日(オプジーボ点静注): (元号)yy'年'mm'月'dd'日	
36	オプジーボ点静注20mg オプジーボ点静注100mg オプジーボ点静注120mg オプジーボ点静注240mg	がん化学療法後に増悪した根治切除不能進行・再発の食道癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」から「医師要件U」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床研修の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器のがん薬物療法を含む消化器病の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件A(オプジーボ点静注)
			820600183	医師要件イ(オプジーボ点静注)	
			820600184	医師要件ウ(オプジーボ点静注)	
37	オプジーボ点静注20mg オプジーボ点静注100mg オプジーボ点静注120mg オプジーボ点静注240mg	食道癌における術後補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」から「医師要件U」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床研修の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器のがん薬物療法を含む消化器病の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件A(オプジーボ点静注)
			820600183	医師要件イ(オプジーボ点静注)	
			820600184	医師要件ウ(オプジーボ点静注)	
38	オプジーボ点静注20mg オプジーボ点静注100mg オプジーボ点静注120mg オプジーボ点静注240mg	原発不明癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床研修の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、原発不明癌に対するがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件A(オプジーボ点静注)
			820600183	医師要件イ(オプジーボ点静注)	
			820600156	検査等ア(オプジーボ点静注)	
			820600157	検査等イ(オプジーボ点静注)	
			820600158	検査等ウ(オプジーボ点静注)	
			820600159	検査等エ(オプジーボ点静注)	
			820600160	検査等オ(オプジーボ点静注)	
			820600161	検査等カ(オプジーボ点静注)	
			820600162	検査等キ(オプジーボ点静注)	
			820600163	検査等ク(オプジーボ点静注)	
39	オルプロクシク静注用500 オルプロクシク静注用1000 オルプロクシク静注用2000 オルプロクシク静注用3000		手術時における血液凝固第Ⅲ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数と考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600025	手術時に使用した理由(オルプロクシク静注用500等):*****
			手術時における血液凝固第Ⅲ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数と考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600026	手術時に使用した理由(オルプロクシク静注用250):*****
			手術時における血液凝固第Ⅲ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数と考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600027	手術時に使用した理由(オルプロクシク静注用400):*****
40	オルミエント錠2mg オルミエント錠4mg	アトピー性皮膚炎	投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設(「施設要件A」又は「施設要件イ」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、アトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 2) 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況(「前治療要件A」又は「前治療要件イ」と記載) ア 成人アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬(ストロクサス以上)及びカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の3か月以上行っている。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所副作用若しくは全身副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3) 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は顔面部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%)	820600048	施設要件A(オルミエント錠2mg等)
			820600049	施設要件イ(オルミエント錠2mg等)	
			820600050	前治療要件A(オルミエント錠2mg等)	
			820600051	前治療要件イ(オルミエント錠2mg等)	
			830600028	IGAスコア(オルミエント錠2mg等):*****	
			830600029	全身のEASIスコア(オルミエント錠2mg等):*****	
			830600030	顔面部のEASIスコア(オルミエント錠2mg等):*****	
842600008	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) (オルミエント錠2mg等):*****				
41	ガザイバ点静注1000mg		本製剤の使用上の注意において、「フローサイトM7法」等により検査を行い、CD20抗原が陽性であることが確認された患者に使用すること」と記載されているため、CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600023	CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日(ガザイバ点静注1000mg): (元号)yy'年'mm'月'dd'日
			850600024	CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日(初回投与)(ガザイバ点静注1000mg): (元号)yy'年'mm'月'dd'日	

項番	医薬品名称	機能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
42	キイトルーダ点滴静注100mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件A」から「施設要件J」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定医療機関 ウ 施設所在地が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設け、外来化学療法加算1又は外来化学療法加算2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600165	施設要件A(キイトルーダ点滴静注)
				820600187	施設要件イ(キイトルーダ点滴静注)
				820600191	施設要件ウ(キイトルーダ点滴静注)
				820600195	施設要件エ(キイトルーダ点滴静注)
				820600198	施設要件オ(キイトルーダ点滴静注)
43	キイトルーダ点滴静注100mg	悪性黒色腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600146	医師要件A(キイトルーダ点滴静注)
				820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)
44	キイトルーダ点滴静注100mg	切除不能進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の臨床経験を有していること。 ウ 3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 (本製剤を単独で投与する場合) PD-L1の発現を確認した検査の実施年月日及び検査結果(発現率)を記載すること。 (本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与A」又は「併用投与イ」と記載)を記載すること。 ア ペットシキド及びプラチナ製剤との併用投与 イ カルボプラチン及びパクリタキセル又は nab-パクリタキセルとの併用投与	820600146	医師要件A(キイトルーダ点滴静注)
				820600133	PD-L1の発現を確認した検査の実施年月日(キイトルーダ点滴静注):(元号)yy年mm月dd日
				830600118	PD-L1の発現を確認した検査結果(発現率)(キイトルーダ点滴静注):*****
				820600171	併用投与A(キイトルーダ点滴静注)
				820600174	併用投与イ(キイトルーダ点滴静注)
45	キイトルーダ点滴静注100mg	再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の臨床研修を行っていること。	820600146	医師要件A(キイトルーダ点滴静注)
				820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)
46	キイトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に増悪した根治切除不能な原路上皮癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、原路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600146	医師要件A(キイトルーダ点滴静注)
				820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)
47	キイトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性(MSI-High)を有する癌形態(構造的な治療が困難な場合に限る)	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、対象となる癌種領域でがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。 MSI-Highを確認した検査の実施年月日	820600146	医師要件A(キイトルーダ点滴静注)
				820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)
850600121	MSI-Highを確認した検査の実施年月日(キイトルーダ点滴静注):(元号)yy年mm月dd日				
48	キイトルーダ点滴静注100mg	再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌	次に掲げる医師又は歯科医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」若しくは「医師要件イ」又は「医師・歯科医師要件ウ」のうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の耳鼻咽喉科領域の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む頭頸部悪性腫瘍診療の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許又は歯科医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、5年以上の口腔外科の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む口腔外科のがん治療の臨床研修を行っていること。 なお、本剤による治療においては副作用等の全身的管理を要するため、患者の治療に当たる歯科医師はあらかじめ示す条件を満たす医師(頭頸部癌の化学療法及び副作用発現時の対応に十分な知識と経験を有する医師)との緊密な連携のもとに診療すること。	820600146	医師要件A(キイトルーダ点滴静注)
				820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)
				820600139	医師・歯科医師要件ウ(キイトルーダ点滴静注)
				820600171	併用投与A(キイトルーダ点滴静注)
				820600146	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)
49	キイトルーダ点滴静注100mg	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。 (本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与を行った旨(「併用投与A」又は「併用投与イ」と記載)を記載すること。 ア アスチニニブとの併用投与 イ レンパチニブとの併用投与	820600146	医師要件A(キイトルーダ点滴静注)
				820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)
				820600171	併用投与A(キイトルーダ点滴静注)
				820600174	併用投与イ(キイトルーダ点滴静注)
				820600146	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)
50	キイトルーダ点滴静注100mg	根治切除不能な進行・再発の食道癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」から「医師要件J」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。 (本製剤を単独で投与する場合) PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果(発現率)を記載すること。 (本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与を行った旨(「併用投与A」又は「併用投与イ」と記載)を記載すること。 ア 5-FU及びシスプラチンとの併用投与	820600146	医師要件A(キイトルーダ点滴静注)
				820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)
				820600145	医師要件ウ(キイトルーダ点滴静注)
				850600124	PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日(キイトルーダ点滴静注):(元号)yy年mm月dd日
				830600107	PD-L1陽性を確認した検査結果(発現率)(キイトルーダ点滴静注):*****
51	キイトルーダ点滴静注100mg	治療切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性(MSI-High)を有する結腸・直腸癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」から「医師要件J」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、対象となる癌種領域でがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。 MSI-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	820600146	医師要件A(キイトルーダ点滴静注)
				820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)
				820600145	医師要件ウ(キイトルーダ点滴静注)
				850600121	MSI-Highを確認した検査の実施年月日(キイトルーダ点滴静注):(元号)yy年mm月dd日
				820600146	医師要件A(キイトルーダ点滴静注)

項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
52	キイトルーダ点滴静注100mg	PD-L1陽性のホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件B」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床研修の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の乳癌のがん薬物療法を含む乳腺腫瘍学の臨床研修を行っていること。	820600146	医師要件A(キイトルーダ点滴静注)
			PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果(発現率)を記載すること。	850600124	PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日(キイトルーダ点滴静注);(元号)yy年mm月dd日
				830600107	PD-L1陽性を確認した検査結果(発現率)(キイトルーダ点滴静注);*****
			ホルモン受容体陰性であることを確認した検査の実施年月日(キイトルーダ点滴静注);(元号)yy年mm月dd日	850600134	ホルモン受容体陰性であることを確認した検査の実施年月日(キイトルーダ点滴静注);(元号)yy年mm月dd日
			HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日(キイトルーダ点滴静注);(元号)yy年mm月dd日	850600135	HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日(キイトルーダ点滴静注);(元号)yy年mm月dd日
			(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与A」から「併用投与W」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア ゲムタシン及びカルボプラチンとの併用投与 イ ハクリタキセルとの併用投与 ウ ハクリタキセル(アルブミン懸濁液)との併用投与	820600171	併用投与A(キイトルーダ点滴静注)
53	キイトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に増悪した切除不能進行・再発の子宮体癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件B」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600146	医師要件A(キイトルーダ点滴静注)
				820600148	医師要件B(キイトルーダ点滴静注)
54	キイトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に増悪した高い腫瘍遺伝子変異量(TMB-High)を有する進行・再発の固形癌(標準的な治療が困難な場合に限る)	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件B」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、対象となるがん種領域でのがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600146	医師要件A(キイトルーダ点滴静注)
			TMB-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600128	TMB-Highを確認した検査の実施年月日(キイトルーダ点滴静注);(元号)yy年mm月dd日
55	キムリア点滴静注		投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。「施設要件A」又は「施設要件B」と記載 ア 日本造血細胞移植学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科(認定カテゴリー1)を有する施設 イ 認定カテゴリー1に準ずる診療科(認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科)を有する施設	820600052	施設要件A(キムリア点滴静注)
			再発又は難治性のCD19陽性のB細胞性急性リンパ球性白血病本製剤の効能・効果又は性能に関する使用上の注意において「CD19抗原が陽性であることが確認された患者に使用すること」と記載されているため、CD19抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載すること。	850600025	CD19抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日(キムリア点滴静注);(元号)yy年mm月dd日
56	クリスビータ皮下注10mg クリスビータ皮下注20mg クリスビータ皮下注30mg		本剤の効能又は効果は「FGF23関連低リン血症性骨痛・骨軟化症」であり、FGF23の過剰産生により血清リン濃度が低下している患者が対象であることから、FGF23の過剰産生を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月の実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては必ず実施年月日を記載すること。	850600026	FGF23の過剰産生を確認した検査の実施年月日(クリスビータ皮下注10mg等);(元号)yy年mm月dd日
				850600027	FGF23の過剰産生を確認した検査の実施年月日(初回投与)(クリスビータ皮下注10mg等);(元号)yy年mm月dd日
57	コラテン筋注用4mg		本品の効能・効果又は性能において、「標準的な薬物治療の効果が不十分で血行再建術の施行が困難な慢性動脈閉塞症」とされていることから、本品の投与が適切と判断される患者であって、かつ閉塞性動脈硬化症の患者は以下のすべての要件を満たした患者、パーソンAの患者は以下の①～③の要件を満たした場合に限り算定できるものであること。なお、病態によっての指標の測定が困難な閉塞性動脈硬化症患者においては、虚血に基づく虚血であると判断した血行動態指標(足趾血圧、足趾上腕血圧比(TB))等の測定値を記載すること。 ① 血管造影、コンピュータ断層血管造影(CTA)又は磁気共鳴血管造影(MRA)により投与対象肢の遠大動脈、膝窩動脈又は腓骨下の動脈(閉塞又は狭窄部が認められ、かつ潰瘍を有していること。 ② 投与対象肢の血行再建術(血管内治療を含む)の適応が困難であること。 ③ 既存の内科的治療や処置による対象肢の症状の改善が認められないこと。 ④ 対象肢の血行動態の指標が、以下の条件をいずれも満たすこと。 ア 安静時上肢・足趾血圧比(ASPI)が0.8以下であること イ 足関節血圧が70mmHg未満であること	842600009	虚血に基づく潰瘍であると判断した血行動態指標(足趾血圧、足趾上腕血圧比(TB))等の測定値(コラテン筋注用4mg);*****
58	ザーコリカプセル200mg ザーコリカプセル250mg		本製剤の効能・効果に関する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK融合遺伝子陽性又はROS1融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること」とされているので、ALK融合遺伝子陽性又はROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月の実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600028	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ザーコリカプセル200mg等);(元号)yy年mm月dd日
				850600029	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ザーコリカプセル200mg等);(元号)yy年mm月dd日
				850600030	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ザーコリカプセル200mg等);(元号)yy年mm月dd日
				850600031	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ザーコリカプセル200mg等);(元号)yy年mm月dd日
59	サイバイン錠50mg サイバイン錠100mg サイバイン錠200mg		本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」から「医師要件W」までのうち該当するものを記載) ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2 本製剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況(「前治療要件A」又は「前治療要件B」と記載) ア 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬による適切な治療を直近の6か月以上行っている。 イ 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な副作用作用若しくは全身性副作用により、これらの医薬品外用薬のみによる治療の継続が困難。 3 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は顔面部のEASISスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%)	820600054	医師要件A(サイバイン錠50mg等)
				820600055	医師要件B(サイバイン錠50mg等)
				820600056	医師要件C(サイバイン錠50mg等)
				820600057	前治療要件A(サイバイン錠50mg等)
				820600058	前治療要件B(サイバイン錠50mg等)
				830600031	IGAスコア(サイバイン錠50mg等);*****
				830600032	全身のEASISスコア(サイバイン錠50mg等);*****
				830600119	顔面部のEASISスコア(サイバイン錠50mg等);*****
60	サイラムザ点滴静注100mg サイラムザ点滴静注500mg		本製剤をがん化学療法後に増悪した血清AFP値が400ng/mL以上の切除不能な肝細胞癌に用いる場合は、効能・効果に関する使用上の注意において、「本剤の使用にあたっては、初回投与時の血清AFP値に基づき、応答患者の選択を行うこと」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、AFPの検査値及び当該検査の実施年月日を記載すること。	830600033	AFPの検査値(サイラムザ点滴静注100mg等);*****
				850600032	AFP検査の実施年月日(サイラムザ点滴静注100mg等);(元号)yy年mm月dd日

項番	医薬品名称	機能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
61	ザルティア錠2.5mg ザルティア錠5mg タダラフィル錠2.5mgZA「サワイ」 タダラフィル錠2.5mgZA「フソ」 タダラフィル錠2.5mgZA「日医工」 タダラフィル錠2.5mgZA「ニプロ」 タダラフィル錠2.5mgZA「あすか」 タダラフィル錠2.5mgZA「香林」 タダラフィル錠2.5mgZA「サント」 タダラフィル錠2.5mgZA「JG」 タダラフィルOD錠2.5mgZA「トロー」 タダラフィル錠5mgZA「サワイ」 タダラフィル錠5mgZA「フソ」 タダラフィル錠5mgZA「日医工」 タダラフィル錠5mgZA「ニプロ」 タダラフィル錠5mgZA「あすか」 タダラフィル錠5mgZA「香林」 タダラフィル錠5mgZA「サント」 タダラフィル錠5mgZA「JG」 タダラフィルOD錠5mgZA「トロー」 タダラフィル錠5mgZA「シオエ」		本製剤の機能・効果に関連する使用上の注意において「本剤の適用にあたっては、前立腺肥大症の診断・診療に関する国内外のガイドライン等の最新の情報を参考に、適切な検査により診断を確定することとされており、適切な検査により前立腺肥大症と診断された場合に限り算定できること。また、尿流測定検査、残尿検査、前立腺超音波検査等の診断に用いた主な検査について、実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600136	診断に用いた主な検査の実施年月日(ザルティア錠2.5mg等): (元号)yy'年'mm'月'dd'日
			850600137	診断に用いた主な検査の実施年月日(初回投与)(ザルティア錠2.5mg等): (元号)yy'年'mm'月'dd'日	
			850600138	診断に用いた主な検査の実施年月日(タダラフィル錠2.5mg等): (元号)yy'年'mm'月'dd'日	
			850600139	診断に用いた主な検査の実施年月日(初回投与)(タダラフィル錠2.5mg等): (元号)yy'年'mm'月'dd'日	
62	ジーンブラバ点滴静注625mg		本製剤の使用に当たっては、重症化又は再発のリスクが高いクロストリジウム・デフィシル感染症を対象とすること。本製剤の使用に当たっては、次のアからオまでのうち該当するものを記載し、オを選択する場合には、重症化又は再発のリスクが高いと判断した理由を記載すること。なお、65歳以上であること、又は過去2回以下での既往歴があることのみでは重症化又は再発のリスクが高いとは認められない。 ア 免疫不全状態 イ 重症のクロストリジウム・デフィシル感染症 ウ 強毒株(リボタイプ027、078又は244)への感染 エ 過去3回以上の既往歴 オ その他の理由により重症化又は再発のリスクが高いと判断できる場合	820600059	ア 免疫不全状態(ジーンブラバ点滴静注625mg)
			820600060	イ 重症のクロストリジウム・デフィシル感染症(ジーンブラバ点滴静注625mg)	
			820600061	ウ 強毒株(リボタイプ027、078又は244)への感染(ジーンブラバ点滴静注625mg)	
			820600062	エ 過去3回以上の既往歴(ジーンブラバ点滴静注625mg)	
			820600063	オ その他の理由により重症化又は再発のリスクが高いと判断できる場合(ジーンブラバ点滴静注625mg)	
			830600034	オの場合、重症化又は再発のリスクが高いと判断した理由(ジーンブラバ点滴静注625mg):*****	
63	ジカディア錠150mg		本製剤の機能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600033	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ジカディア錠150mg): (元号)yy'年'mm'月'dd'日
			850600033	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ジカディア錠150mg): (元号)yy'年'mm'月'dd'日	
64	ジャクスタピッドカプセル5mg ジャクスタピッドカプセル10mg ジャクスタピッドカプセル20mg	ホモ接合体家族性高コレステロール血症	本製剤の機能・効果は「ホモ接合体家族性高コレステロール血症」であることから、次のいずれかを記載すること。 ① 本疾患に係る特定医療費(指定難病)医療受給者証の交付を受けていること。 ② 本疾患の診断根拠(遺伝子解析、コレステロール値、重度の高コレステロール血症の機検等)	8206000243	本疾患に係る特定医療費(指定難病)医療受給者証の交付を受けている(ジャクスタピッドカプセル5mg等)
			830600035	診断根拠(遺伝子解析、コレステロール値、重度の高コレステロール血症の機検等)(ジャクスタピッドカプセル5mg等):*****	
65	シンボニー皮下注50mgシリンジ シンボニー皮下注50mgオートインジェク	潰瘍性大腸炎	次の事項を記載すること。 ア 他の薬物療法として使用していた薬剤の品名及び使用期間 イ 本薬剤の投与が必要と判断した理由	830600038	他の薬物療法として使用していた薬剤の品名(シンボニー皮下注50mgシリンジ):*****
			830600039	他の薬物療法として使用していた薬剤の使用期間(シンボニー皮下注50mgシリンジ):*****	
			830600040	投与が必要と判断した理由(シンボニー皮下注50mgシリンジ):*****	
			830600041	他の薬物療法として使用していた薬剤の品名(シンボニー皮下注50mgオートインジェクター):*****	
			830600042	他の薬物療法として使用していた薬剤の使用期間(シンボニー皮下注50mgオートインジェクター):*****	
830600043	投与が必要と判断した理由(シンボニー皮下注50mgオートインジェクター):*****				
66	ステロニン点滴静注バッグ900mg / 300mL		本薬剤の機能又は効果に関連する注意に、「化学放射線療法等の標準的な治療が可能な場合にはこれらの治療を優先すること。」と記載されているので、本剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600044	投与が必要と判断した理由(ステロニン点滴静注バッグ900mg / 300mL):*****
67	ステミラック注		本製品の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる医師の要件のうち、本薬剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件イ」と記載) ア 医師免許取得後、腎臓領域を含む整形外科に関する10年以上の修練を行い、腎臓機能に関する十分な臨床経験(計30件以上)を有し、AIS評価が適切に行えること。 イ 医師免許取得後、腎臓領域を含む脳神経外科に関する10年以上の修練を行い、腎臓機能に関する十分な臨床経験(計30件以上)を有し、AIS評価が適切に行えること。 ② 本製品の製造原料として最初に末梢血の採血を行う時点及び本製品を投与する直前の時点におけるAIS なお、供給当初においては、AISがAの患者を中心とした投与が適切であるとされていることから、供給可能量も踏まえAの患者を優先して対応すること。	820600064	医師要件A(ステミラック注)
			820600065	医師要件イ(ステミラック注)	
			830600045	製造原料として最初に末梢血の採血を行う時点におけるAIS(ステミラック注):*****	
			830600046	本製品を投与する直前の時点におけるAIS(ステミラック注):*****	
68	スピルザ錠注12mg		機能・効果に関連する使用上の注意において「遺伝子検査により、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認された患者に投与すること。」とされているので、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600035	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日(スピルザ錠注12mg): (元号)yy'年'mm'月'dd'日
			850600036	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日(初回投与)(スピルザ錠注12mg): (元号)yy'年'mm'月'dd'日	
			830600047	オナセム/ゲン アベバルボベク(販売名:ゾルゲスマ点滴静注)の投与後に本薬剤を投与する場合)その必要性を適切に判断し、投与が必要なる理由を記載すること。	

項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
69	ゼジュラカプセル100mg		本製剤を「白金系抗悪性腫瘍剤感受性の相同相換え修復欠損を有する再発卵巣癌」に用いる場合は、効能又は効果に関連する使用上の注意において、「3つ以上の化学療法歴のある患者を対象とすること。」及び「承認された体外診断用医薬品又は疫学機器を用いた検査により、相同相換え修復欠損を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、過去に実施した化学療法歴及び相同相換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、検査実施年月日は、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	830600048	過去に実施した化学療法歴(ゼジュラカプセル100mg):*****
				850600037	相同相換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日(ゼジュラカプセル100mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600038	相同相換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日(初回投与)(ゼジュラカプセル100mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
70	ゼフィックス錠100		本製剤の使用に当たっては、B型肝炎ウイルスの増殖を伴う肝機能の異常の確認が前提であり、HBV-DNA、DNAポリメラーゼ又はHBe抗原によりウイルスの増殖を確認した年月日(検査実施年月日)及びその結果を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	830600049	HBV-DNA検査結果(ゼフィックス錠100):*****
				830600050	DNAポリメラーゼ検査結果(ゼフィックス錠100):*****
				830600051	HBe抗原検査結果(ゼフィックス錠100):*****
				850600039	ウイルスの増殖を確認した年月日(検査実施年月日)(ゼフィックス錠100):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600040	ウイルスの増殖を確認した年月日(検査実施年月日)(初回投与)(ゼフィックス錠100):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
71	ゼルボラ錠240mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、FLT3遺伝子変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600041	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(ゼルボラ錠240mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600042	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ゼルボラ錠240mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
72	ゾスバ錠40mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、FLT3遺伝子変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600043	FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(ゾスバ錠40mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600044	FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ゾスバ錠40mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
73	ゾルゲンスマ点滴静注		本品の効能・効果又は性能に関連する使用上の注意に、「SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異が確認された患者に投与すること。」「2歳未満の患者に投与すること。」「及び「承認された体外診断用医薬品を用いた検査により抗AAV9抗体が陰性であることが確認された患者に投与すること。」とされているので、以下を記載すること。 ・SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異を確認した遺伝子検査の実施年月日 ・本品の投与日数 ・抗AAV9抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日	850600045	SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異を確認した遺伝子検査の実施年月日(ゾルゲンスマ点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				842600011	本品の投与日数(ゾルゲンスマ点滴静注):*****
				850600046	抗AAV9抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日(ゾルゲンスマ点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
74	ゾレア皮下注用75mg ゾレア皮下注用150mg ゾレア皮下注用75mgシリンジ ゾレア皮下注用150mgシリンジ		(スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎に投与する場合であって、当該スギ花粉シーズンにおける本製剤の投与開始の事項を記載すること。 ① 欠に掲げる医師が本製剤に関する治療の責任者として配置されている施設(「医師要件A」から「医師要件J」までのうち該当するもの) 【成人季節性アレルギー性鼻炎患者に投与する場合】 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上は季節性アレルギー性鼻炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 【小児季節性アレルギー性鼻炎患者に投与する場合】 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の季節性アレルギー性鼻炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 ② 投与量の設定に用いた血清中総IgE濃度及び当該検査の実施年月日 ③ 患者がスギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎であると判断した理由 ④ 前スギ花粉シーズンにおける鼻症状及び本製剤の投与時における鼻症状。なお、鼻症状としては、くしゃみ発作の1日回数、擤鼻の1日回数及び鼻閉の状態をそれぞれ記載すること。 ⑤ 前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイド及びケミカルメディエーター受容体拮抗薬の成分名及び一日投与量 ⑥ 既存治療で効果不十分と判断した理由 ⑦ アレルゲン免疫療法(減感作療法)に関する説明	820600251	医師要件A(ゾレア皮下注用75mg等)
				820600252	医師要件イ(ゾレア皮下注用75mg等)
				820600253	医師要件ウ(ゾレア皮下注用75mg等)
				820600254	医師要件エ(ゾレア皮下注用75mg等)
				830600122	投与量の設定に用いた血清中総IgE濃度(ゾレア皮下注用75mg等):*****
				850600140	投与量の設定に用いた血清中総IgE検査の実施年月日(ゾレア皮下注用75mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				830600052	スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎であると判断した理由(ゾレア皮下注用75mg等):*****
				842600012	前スギ花粉シーズンにおける鼻症状(くしゃみ発作の日回数)(ゾレア皮下注用75mg等):*****
				842600013	前スギ花粉シーズンにおける鼻症状(こ鼻の1日回数)(ゾレア皮下注用75mg等):*****
				830600053	前スギ花粉シーズンにおける鼻症状(鼻閉の状態)(ゾレア皮下注用75mg等):*****
				842600014	本製剤の投与時における鼻症状(くしゃみ発作の日回数)(ゾレア皮下注用75mg等):*****
				842600015	本製剤の投与時における鼻症状(こ鼻の1日回数)(ゾレア皮下注用75mg等):*****
				830600054	本製剤の投与時における鼻症状(鼻閉の状態)(ゾレア皮下注用75mg等):*****
				830600055	前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイドの成分名(ゾレア皮下注用75mg等):*****
				830600056	前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイドの一日投与量(ゾレア皮下注用75mg等):*****
				830600057	前スギ花粉シーズンに治療に用いたケミカルメディエーター受容体拮抗薬の成分名(ゾレア皮下注用75mg等):*****
830600058	前スギ花粉シーズンに治療に用いたケミカルメディエーター受容体拮抗薬の一日投与量(ゾレア皮下注用75mg等):*****				
830600059	既存治療で効果不十分と判断した理由(ゾレア皮下注用75mg等):*****				
830600060	アレルゲン免疫療法(減感作療法)に関する説明内容(ゾレア皮下注用75mg等):*****				

項番	医薬品名称	機能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
			(スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎に投与する場合であって、当該スギ花粉シーズンにおける本製剤の継続投与の場合) 次の事項を記載すること。 ① 本製剤の初回投与時及び当該継続投与時における鼻症状。なお、鼻症状としては、くしゃみ発作の1日回数、擤鼻の1日回数及び鼻閉の状態をそれぞれ記載すること。 ② 本製剤と併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の成分名及び一日投与量 ③ 12週間を超えて本製剤を投与する場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由	842600016 842600017 830600061 842600018 842600019 830600062 830600063 830600064 830600065	前回投与時における鼻症状(くしゃみ発作の1日回数)(ゾレア皮下注用75mg等)***** 前回投与時における鼻症状(こう鼻の1日回数)(ゾレア皮下注用75mg等)***** 前回投与時における鼻症状(鼻閉の状態)(ゾレア皮下注用75mg等)***** 継続投与時における鼻症状(くしゃみ発作の1日回数)(ゾレア皮下注用75mg等)***** 継続投与時における鼻症状(こう鼻の1日回数)(ゾレア皮下注用75mg等)***** 継続投与時における鼻症状(鼻閉の状態)(ゾレア皮下注用75mg等)***** 併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の成分名(ゾレア皮下注用75mg等)***** 併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の一日投与量(ゾレア皮下注用75mg等)***** 12週を超えて継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由(ゾレア皮下注用75mg等)*****
75	タグリソ錠40mg タグリソ錠80mg		本製剤の機能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設において、承認された体外診断薬を用い、EGFR遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」及び「他のEGFRチロシンキナーゼ阻害薬による治療歴を有し、病状進行が確認されている患者では、EGFR T790M変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600047 850600048	EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(タグリソ錠40mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日 EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(タグリソ錠40mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
76	タズベリク錠200mg		本製剤の機能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、EZH2遺伝子変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、EZH2遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600049 850600050	EZH2遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(タズベリク錠200mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日 EZH2遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(タズベリク錠200mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
77	タフィラーカプセル50mg タフィラーカプセル75mg		本製剤の機能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600051 850600052	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(タフィラーカプセル50mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日 BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(タフィラーカプセル50mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
78	タプレクタ錠150mg タプレクタ錠200mg		本製剤の機能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600053 850600054	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(タプレクタ錠150mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日 MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(タプレクタ錠150mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日
79	チャンピックス錠0.5mg チャンピックス錠1mg		(ニコチン依存症管理料を算定する禁煙治療を行っている患者が、何らかの理由により入院治療を要することとなった場合、ニコチン依存症管理料の施設基準を届け出ている保健医療機関に入院し、患者本人の強い禁煙意志に基づき禁煙治療を継続した場合) 「外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方した旨を記載すること。」	820600066	外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方(チャンピックス錠0.5mg等)
80	テラーデンス静注液200µg		本製剤を甲狀腺機能低下症の患者に投与する際は、レボチロキシンナトリウム経口製剤による治療が適さない場合に限ること。 また、甲狀腺機能低下症の患者に対する本製剤の投与開始に当たっては、レボチロキシンナトリウム経口製剤による治療が適さないと判断した理由を記載すること。	830600066	レボチロキシンナトリウム経口製剤による治療が適さないと判断した理由(テラーデンス静注液200µg)*****
81	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件A」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来化学療法加算1又は外来化学療法加算2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600166 820600188 820600192 820600196 820600199	施設要件A(テセントリク点滴静注) 施設要件イ(テセントリク点滴静注) 施設要件ウ(テセントリク点滴静注) 施設要件エ(テセントリク点滴静注) 施設要件オ(テセントリク点滴静注)
82	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件イ」)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん治療法を主とした臨床研修の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病気の臨床研修を行っていること。 (本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア カルボプラチン、パクリタキセル及びベバシズマブ(遺伝子組換え)との併用投与 イ 全身製剤としてスズチン又はカルボプラチン及びパクリタキセルとの併用投与 ウ カルボプラチン及びパクリタキセル(アルブミン懸濁液)との併用投与 (本製剤を化学療法歴のないVPD-L1陽性(TC3又はIC3)の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌患者に単独で投与する場合) EGFR遺伝子変異陽性、ALK融合遺伝子陰性及びPD-L1陽性(TC3又はIC3)を確認した検査の実施年月日を記載すること。	820600147 820600149 820600172 820600175 820600178 850600117 850600115 850600125	医師要件A(テセントリク点滴静注) 医師要件イ(テセントリク点滴静注) 併用投与(テセントリク点滴静注) 併用投与イ(テセントリク点滴静注) 併用投与ウ(テセントリク点滴静注) EGFR遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日 ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日 PD-L1陽性(TC3又はIC3)を確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日

項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言				
83	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	進展型小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床研修の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病の臨床研修を行っていること。	820600147	医師要件A(テセントリク点滴静注)				
				820600149	医師要件イ(テセントリク点滴静注)				
84	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	乳癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床研修の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む乳癌腫瘍学の臨床研修を行っていること。	820600147	医師要件A(テセントリク点滴静注)				
				850600141	PD-L1陽性であることを確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日				
				850600142	ホルモン受容体陰性であることを確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日				
				850600143	HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日				
85	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	切除不能な肝細胞癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床研修の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肝細胞癌のがん薬物療法を含む肝臓病の臨床研修を行っていること。 本製剤投与時におけるChild-Pugh分類を記載すること。	820600147	医師要件A(テセントリク点滴静注)				
				820600149	医師要件イ(テセントリク点滴静注)				
				830600114	投与時におけるChild-Pugh分類(テセントリク点滴静注):*****				
86	テプトコ錠250mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(テプトコ錠250mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日 MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(テプトコ錠250mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	850600144	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(テプトコ錠250mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日				
				850600145	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(テプトコ錠250mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日				
87	テムセルHS注		本品の警告において、「緊急時に十分対応できる医療施設において、造血幹細胞移植に関する十分な知識・経験を有する医師のもとで、臨床検査による管理等の適切な対応がなされる体制下で本品を使用すること。」また、効能・効果又は性能に關する使用上の注意において、「ステロイド療法によっても十分な治療効果が得られない場合に使用すること」及び「本品の投与に関しては、急性GVHDの重症発症、[臨床成績]の項の内容を参照し、本品の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと」とされていることから、このような場合に限り算定できるものであり、本品の使用が必要かつ有効と判断した理由を記載すること。	830600067	本品の使用が必要かつ有効と判断した理由(テムセルHS注):*****				
88	デュピクセント皮下注300 mg/シリンジ デュピクセント皮下注300 mgペン	アトピー性皮膚炎	投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設(「施設要件A」又は「施設要件イ」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、アトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の気管支喘息に關するアレルギー診療の臨床研修を有していること。 2) 本製剤投与前の長期管理薬による治療の状況(「前治療要件A」又は「前治療要件イ」と記載) イ 成人アトピー性皮膚炎患者であったアトピー性皮膚炎患者が、投与前に重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬(ストロングラス以上)やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直前の6か月以上行っている。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者であった、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所副作用等(又は全身副作用)がないこと。これらの抗炎症外用薬の併用による治療の継続が困難。 3) 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGA スコア イ 全身又は顔面部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%)	820600167	施設要件A(デュピクセント皮下注)				
				820600189	施設要件イ(デュピクセント皮下注)				
				820600181	前治療要件A(デュピクセント皮下注)				
				820600182	前治療要件イ(デュピクセント皮下注)				
				830600137	IGAスコア(デュピクセント皮下注)				
				830600135	全身のEASIスコア(デュピクセント皮下注)				
				830600136	顔面部のEASIスコア(デュピクセント皮下注)				
				830600109	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) (デュピクセント皮下注):*****				
				89	デュピクセント皮下注300 mg/シリンジ デュピクセント皮下注300 mgペン	気管支喘息	投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設(「施設要件A」又は「施設要件イ」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関する呼吸器科診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の気管支喘息に關するアレルギー診療の臨床研修を有していること。 2) 本製剤投与前の長期管理薬による治療の状況及び投与理由(「患者要件A」又は「患者要件イ」と記載) ア 高用量吸入ステロイド薬(ICS)とその他の長期管理薬(長時間作用性β2刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬(成人のみ)、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤)を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年1回以上おこしている。 イ 中用量ICSとその他の長期管理薬(長時間作用性β2刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬(成人のみ)、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤)を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年1回以上おこしている。 3) 2)で「患者要件イ」に該当する場合は、ICSを当該用量以上に増量することが不適切であると判断した理由	820600167	施設要件A(デュピクセント皮下注)
								820600189	施設要件イ(デュピクセント皮下注)
820600193	施設要件ウ(デュピクセント皮下注)								
820600153	患者要件A(デュピクセント皮下注)								
820600155	患者要件イ(デュピクセント皮下注)								
830600104	ICSを当該用量以上に増量することが不適切であると判断した理由(デュピクセント皮下注):*****								
90	デュピクセント皮下注300 mg/シリンジ デュピクセント皮下注300 mgペン	鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎	① 本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 1) 本製剤に関する治療の責任者として、次に掲げる要件を満たす医師が配置されている施設である旨(「施設要件A」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 2) 次に掲げる患者の要件Aからウのすべてに該当する旨 ア 慢性副鼻腔炎の確定診断がなされている。 イ 「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎」に対して、手術による治療歴がある。又は「既存の治療を行ってもコントロール不十分であった、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎」に対する手術が適応とならない。 ウ 既存の治療によっても以下のすべての症状が認められる。 ・ 内視鏡検査による鼻茸スコアが各鼻腔とも2点以上かつ両側の合計が5点以上 ・ 鼻閉重症度スコアが(中等症)以上(8週間以上持続していること) ・ 嗅覚障害、鼻汁(前鼻漏/後鼻漏)等(8週間以上持続していること) 3) 2)で「ウ」の「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎」に対して、手術による治療歴がある。に該当する場合は、慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日。「既存の治療を行ってもコントロール不十分であった、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎」に対する手術が適応とならない。に該当する場合は、手術が適応とならないと判断した理由 4) 本製剤投与前における鼻茸スコア、鼻閉重症度スコア及び嗅覚障害、鼻汁(前鼻漏/後鼻漏)等が継続している期間 ② 本製剤の継続投与に当たっては、次の事項を記載すること。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設(「施設要件A」又は「施設要件イ」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上は鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 2) 1)で「ウ」に該当する場合は、アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨 3) 本剤の継続投与前における鼻茸スコア及び鼻閉重症度スコア 4) 24週間を超えて本製剤投与前の場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由	820600167	施設要件A(デュピクセント皮下注)				
				820600150	患者の要件Aに該当(デュピクセント皮下注)				
				820600185	患者の要件イに該当(デュピクセント皮下注)				
				820600151	患者の要件ウに該当(デュピクセント皮下注)				
				850600132	慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日(デュピクセント皮下注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日				
				830600108	手術が適応とならないと判断した理由(デュピクセント皮下注):*****				
				830600123	本製剤投与前における鼻茸スコア(デュピクセント皮下注):*****				
				830600124	本製剤投与前における鼻閉重症度スコア(デュピクセント皮下注):*****				
				830600125	本製剤投与前における鼻汁(前鼻漏/後鼻漏)等が継続している期間(デュピクセント皮下注):*****				
				820600142	施設要件A(デュピクセント皮下注)				
				820600144	施設要件イ(デュピクセント皮下注)				
				820600143	施設要件ウの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨(デュピクセント皮下注)				
				830600126	本製剤の継続投与前における鼻茸スコア(デュピクセント皮下注):*****				
				830600127	本製剤の継続投与前における鼻閉重症度スコア(デュピクセント皮下注):*****				
830600103	24週間を超えて投与することが必要かつ適切と判断した理由(デュピクセント皮下注):*****								

項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
91	デリタクト注		<p>本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。</p> <p>① 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件イ」までのうち該当するものを記載)</p> <p>ア 特定機能病院</p> <p>イ 大学附属病院(脳神経外科に係る診療科を有する場合に限る。)</p> <p>ウ 慢性神経痛手術の年間症例数が30例以上ある施設</p> <p>エ 本品に係る治療の実施施設、又はこれと同等の施設体制を有し本品に係る治療責任医師又は治療分担医師が常勤する施設(脳神経外科に係る診療科を有する場合に限る。)</p> <p>② 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを全て記載。最適用推進ガイドラインにおいて、次に掲げる医師の要件のすべてに該当する医師を配置することとされている。)</p> <p>ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、4年以上の脳神経外科の臨床研修を行っており、うち、3年以上は、脳神経外科治療の臨床経験があること。</p> <p>イ 脳神経に関する十分な臨床経験(計30例以上)があること。</p> <p>ウ ナビゲーション下生体手術を含む定位脳手術の実績が5例以上あること。</p> <p>③ 放射線治療及びテモゾロミドの治療歴のある患者である旨</p>	820600067	施設要件ア(デリタクト注)
				820600068	施設要件イ(デリタクト注)
				820600069	施設要件ウ(デリタクト注)
				820600070	施設要件エ(デリタクト注)
				820600071	施設要件イ(デリタクト注)
				820600072	施設要件イ(デリタクト注)
				820600073	施設要件ウ(デリタクト注)
				820600074	放射線治療歴のある患者(デリタクト注)
				820600075	テモゾロミド治療歴のある患者(デリタクト注)
92	トルツ皮下注80mgオートインジェクター トルツ皮下注80mgシリンジ	尋常性乾癬、関節症性乾癬、 膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症	12週以降において、2週間隔で投与する場合、2週間隔で投与することが適切と判断した理由を記載すること。	830600068	12週以降、2週間隔で投与することが適切と判断した理由(トルツ皮下注80mgオートインジェクター等)：*****
93	ニコチネルTTS10 ニコチネルTTS20 ニコチネルTTS30		(ニコチン依存症管理料を算定する禁煙治療を行っている患者が、何らかの理由により入院治療を要することとなった場合、ニコチン依存症管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関に入院し、患者本人の強い禁煙意志に基づき禁煙治療を継続した場合) 「外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に処方した旨を記載すること。	820600076	外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に処方し(ニコチネルTTS10等)
94	ノモサンク点滴静注250mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤による急性発作の予防効果は確認されていないことから、予防的には使用しないこと」とされているので、予防的に使用した場合には算定できないものであること。また、診療報酬細則書の記載に当たっては、発作時の使用を旨を記載すること。	820600077	発作時の使用(ノモサンク点滴静注250mg)
95	ノボセプンH静注1mgシリンジ ノボセプンH静注2mgシリンジ ノボセプンH静注5mgシリンジ ノボセプンH静注8mgシリンジ		本製剤の使用に当たっては、血液凝固第Ⅳ因子又はⅩ因子のインヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビター方値の測定された年月日及び方値を記載すること。	830600128	インヒビター方値(ノボセプンH静注1mgシリンジ等)：*****
				850600146	インヒビター方値測定年月日(ノボセプンH静注1mgシリンジ等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日
96	ハーセプチン注射60 ハーセプチン注射150 トラスツマブBS点滴静注150mg「CTHJ」 トラスツマブBS点滴静注150mg「NK」 トラスツマブBS点滴静注150mg「ファイザー」 トラスツマブBS点滴静注150mg「第一三共」 トラスツマブBS点滴静注60mg「CTH」 トラスツマブBS点滴静注60mg「NK」 トラスツマブBS点滴静注60mg「C THJ」 トラスツマブBS点滴静注60mg「N K」 トラスツマブBS点滴静注60mg「ファイザー」 トラスツマブBS点滴静注60mg「第一三共」		<p>HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日について記載すること。</p> <p>なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</p> <p>トラスツマブ BS 点滴静注用 60mg「NK」、同 150mg「NK」、同 60mg「CTHJ」及び同 150mg「CTHJ」</p> <p>本製剤の使用上の注意において、「HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」と記載されているため、HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</p> <p>トラスツマブ BS 点滴静注用 60mg「第一三共」及び同 150mg「第一三共」</p> <p>本製剤の使用上の注意において、「HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」と記載されているため、HER2 過剰発現を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</p> <p>トラスツマブ BS 点滴静注用 60mg「ファイザー」及び同 150mg「ファイザー」</p> <p>本製剤の使用上の注意において、「HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」と記載されているため、HER2 過剰発現を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</p>	850600057	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(ハーセプチン注射60等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600058	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ハーセプチン注射60等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600059	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(トラスツマブBS点滴静注用60mg「NK」等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600060	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(初回投与)(トラスツマブBS点滴静注用60mg「NK」等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600061	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(トラスツマブBS点滴静注用60mg「CTHJ」等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600062	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(初回投与)(トラスツマブBS点滴静注用60mg「CTHJ」等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600063	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(トラスツマブBS点滴静注用60mg「第一三共」等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600064	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(初回投与)(トラスツマブBS点滴静注用60mg「第一三共」等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600065	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(トラスツマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600066	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(初回投与)(トラスツマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日
97	バクログロ配合静注用		本製剤の使用に当たっては、血液凝固第Ⅳ因子又はⅩ因子のインヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビター方値の測定された年月日及び方値を記載すること。	830600129	インヒビター方値(バクログロ配合静注用)：*****
				850600147	インヒビター方値測定年月日(バクログロ配合静注用)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日
98	バクスマー点鼻粉末剤3mg		1回2瓶以上処方する場合は、複数必要と判断した理由を記載すること。	830600069	1回2瓶以上必要と判断した理由(バクスマー点鼻粉末剤3mg)：*****
99	バクトロバン鼻腔用軟膏2%		鼻感染患者から隔離することが困難な入院患者に対する使用に当たっては、やむを得ず、二名以下の患者が収容されている病室にMRSA感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者(鼻感染患者)とともに入院している者に対して使用した場合に限り算定できるものであること。 <p>その場合、鼻感染患者から隔離することが困難な入院患者の使用に係る薬剤料はMRSA感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者(鼻感染患者)の分として算定し、MRSA感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者(鼻感染患者)の診療報酬細則に鼻感染患者から隔離することが困難な入院患者に処方した旨を記載すること。</p>	820600078	鼻感染患者から隔離することが困難な入院患者に投与(バクトロバン鼻腔用軟膏2%)

項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
100	パドセブ点滴静注30mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤の一次治療における有効性及び安全性は確立していない。」及び「PD1/PDL1阻害剤による治療のない患者における本剤の有効性及び安全性は確立していない。」と記載されているので、PD1/PDL1阻害剤を含む化学療法による治療を有する患者に投与することとし、その旨を記載すること。	820600079	PD1/PDL1阻害剤を含む化学療法による治療を有する患者に投与(パドセブ点滴静注30mg)
101	ハベンチオ点滴静注200mg	メルカトル細胞癌	<p>次の事項を記載すること。</p> <p>1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件A」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)</p> <p>ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など)</p> <p>イ 特定機能病院</p> <p>ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など)</p> <p>エ 外来化学療法室を設置し、外来化学療法加算1又は外来化学療法加算2の施設基準に係る届出を行っている施設</p> <p>オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設</p> <p>2) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件J」又は「医師要件I」と記載)</p> <p>ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床研修の研修を行っていること。</p> <p>イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床研修を有していること。</p>	820600244	施設要件A(ハベンチオ点滴静注200mg)
				820600245	施設要件イ(ハベンチオ点滴静注200mg)
				820600246	施設要件ウ(ハベンチオ点滴静注200mg)
				820600247	施設要件エ(ハベンチオ点滴静注200mg)
				820600248	施設要件オ(ハベンチオ点滴静注200mg)
				820600249	医師要件A(ハベンチオ点滴静注200mg)
				820600250	医師要件イ(ハベンチオ点滴静注200mg)
102	ハベンチオ点滴静注200mg	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌の治療	<p>次の事項を記載すること。</p> <p>1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件A」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)</p> <p>ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など)</p> <p>イ 特定機能病院</p> <p>ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など)</p> <p>エ 外来化学療法室を設置し、外来化学療法加算1又は外来化学療法加算2の施設基準に係る届出を行っている施設</p> <p>オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設</p> <p>2) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件J」又は「医師要件I」と記載)</p> <p>ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床研修の研修を行っていること。</p> <p>イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。</p>	820600244	施設要件A(ハベンチオ点滴静注200mg)
				820600245	施設要件イ(ハベンチオ点滴静注200mg)
				820600246	施設要件ウ(ハベンチオ点滴静注200mg)
				820600247	施設要件エ(ハベンチオ点滴静注200mg)
				820600248	施設要件オ(ハベンチオ点滴静注200mg)
				820600249	医師要件A(ハベンチオ点滴静注200mg)
				820600250	医師要件イ(ハベンチオ点滴静注200mg)
103	ハベンチオ点滴静注200mg	根治切除不能な原路上皮癌における化学療法後の維持療法の治療	<p>次の事項を記載すること。</p> <p>1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件A」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)</p> <p>ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など)</p> <p>イ 特定機能病院</p> <p>ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など)</p> <p>エ 外来化学療法室を設置し、外来化学療法加算1又は外来化学療法加算2の施設基準に係る届出を行っている施設</p> <p>オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設</p> <p>2) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件J」又は「医師要件I」と記載)</p> <p>ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床研修の研修を行っていること。</p> <p>イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、原路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。</p>	820600244	施設要件A(ハベンチオ点滴静注200mg)
				820600245	施設要件イ(ハベンチオ点滴静注200mg)
				820600246	施設要件ウ(ハベンチオ点滴静注200mg)
				820600247	施設要件エ(ハベンチオ点滴静注200mg)
				820600248	施設要件オ(ハベンチオ点滴静注200mg)
				820600249	医師要件A(ハベンチオ点滴静注200mg)
				820600250	医師要件イ(ハベンチオ点滴静注200mg)
104	ビラフトピカセル50mg ビラフトピカセル75mg	共通	本製剤の効能・効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600067	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(ビラフトピカセル50mg等)。(元号)yy'年'mm'月'dd'日
		がん化学療法後に増悪したBRAF遺伝子変異を有する治療不能な進行・再発の結腸・直腸癌	本製剤の用法・用量に関連する注意において、「併用する他の抗悪性腫瘍剤の選択に際しては、「17臨床成績」の項の内容を熟知し、関連学会の最新のガイドライン等を参照した上で、患者の状態に応じて、ビメテニブの併用の必要性を判断すること。」とされているので、本剤とビメテニブを併用する場合には、関連学会の最新のガイドライン等を踏まえ、併用する理由を記載すること。その場合は、併用が必要とした判断に用いた情報(ECOG PS、転移臓器数、CRP 値等)を具体的に記載すること。	830600070	ビメテニブを併用する理由(ビラフトピカセル50mg等)：*****
105	ビルテプソ点滴静注250mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意に、「遺伝子検査により、エクソン43スキッピングにより治療可能なジストロフィン遺伝子の欠失(エクソン43-52、45-52、47-52、48-52、49-52、50-52、52欠失等)が確認されている患者に投与すること。」と記載されているので、遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600148	遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日(ビルテプソ点滴静注250mg)。(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600149	遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ビルテプソ点滴静注250mg)。(元号)yy'年'mm'月'dd'日
106	ピンダケルカプセル20mg	トランスサイレチン型アミロイドーシス(野生型及び変異型)	<p>本製剤を「トランスサイレチン型アミロイドーシス(野生型及び変異型)」の効能・効果に使用する場合、本製剤の薬剤料については、次の①又は②のすべての要件を満たした場合に算定でき、いずれに該当するかを記載すること。(「患者要件①」又は「患者要件②」と記載)</p> <p>① 野生型の場合</p> <p>ア 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること</p> <p>イ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること</p> <p>ウ 組織生検によるアミロイド沈着が認められること</p> <p>エ 免疫組織染色により TTR 前駆タンパク量が同定されること</p> <p>② 変異型の場合</p> <p>ア 心筋症候状及び心筋症と関連する TTR 遺伝子変異を有すること</p> <p>イ 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること</p> <p>ウ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること</p> <p>エ 組織生検によるアミロイド沈着が認められること</p>	820600087	患者要件1(ピンダケルカプセル20mg)
				820600088	患者要件2(ピンダケルカプセル20mg)
107	ピンマックカプセル61mg		<p>次の①又は②のすべての要件を満たした場合に算定でき、いずれに該当するかを記載すること。(「患者要件①」又は「患者要件②」と記載)</p> <p>① 野生型の場合</p> <p>ア 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること</p> <p>イ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること</p> <p>ウ 組織生検によるアミロイド沈着が認められること</p> <p>エ 免疫組織染色により TTR 前駆タンパク量が同定されること</p> <p>② 変異型の場合</p> <p>ア 心筋症候状及び心筋症と関連する TTR 遺伝子変異を有すること</p> <p>イ 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること</p> <p>ウ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること</p> <p>エ 組織生検によるアミロイド沈着が認められること</p>	820600089	患者要件1(ピンマックカプセル61mg)
				820600090	患者要件2(ピンマックカプセル61mg)

項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言				
108	ファイバ静注用1000		本製剤の使用に当たっては、インヒター力価が測定されていることが前提であり、その測定された年月日及びその力価を記載する。	830600130	インヒター力価(ファイバ静注用1000):*****				
				850600150	インヒター力価測定年月日(ファイバ静注用1000):(元号)yy年mm月dd日				
109	フェインジェト静注500mg		(本製剤投与前の血中Hb値及び血中Hb値が9.0g/dl以上の場合) 本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600071	投与が必要と判断した理由(フェインジェト静注500mg):*****				
110	フォシーガ錠5mg フォシーガ錠10mg	慢性心不全	効能又は効果に関連する注意において、「左室駆出率が保たれた慢性心不全における本剤の有効性及び安全性は確立していないため、左室駆出率の低下した慢性心不全患者に投与すること」とされているので、投与開始に当たっては、左室駆出率の計測年月日及び左室駆出率の値を記載すること。なお、他の医療機関で左室駆出率を測定した場合には、当該測定結果及び医療機関名を記載することと差し支えない。	850600074	左室駆出率の計測年月日(フォシーガ錠5mg等):(元号)yy年mm月dd日				
				830600072	左室駆出率の値(フォシーガ錠5mg等):*****				
		慢性腎臓病	効能又は効果に関連する注意において、「eGFRが25mL/min/1.73m ² 未満の患者では、本剤の腎保護作用が十分に得られない可能性があること、本剤投与中にCaGFRが低下することがあり、腎機能障害が悪化するおそれがあることから、投与の必要性を慎重に判断すること。」及び「臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景(原疾患、併用薬、腎機能等)を十分に理解した上で、慢性腎臓病に対するガイドラインにおける診断基準等を参考に、適応患者を選択すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、本製剤の適応患者であると判断した理由及び判断に用いた指標の値等(eGFRの値を含む。)を記載すること。	830600074	適応患者であると判断した理由(フォシーガ錠5mg等):*****				
				830600075	判断に用いた指標の値等(eGFRの値を含む。)(フォシーガ錠5mg等):*****				
111	フレランジ静注		本製剤の投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。(「施設要件A」又は「施設要件B」) ア 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科(認定カテゴリー1)を有する施設 イ 認定カテゴリー1に準ずる診療科(認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科)を有する施設	820600105	施設要件A(フレランジ静注)				
				820600106	施設要件B(フレランジ静注)				
112	ベイスン錠0.2 ベイスンOD錠0.2 ポグリホースOD錠0.2mg「GG」 ポグリホースOD錠0.2mg「MED」 ポグリホースOD錠0.2mg「MEEK」 ポグリホースOD錠0.2mg「クミファ」 ポグリホースOD錠0.2mg「サウイ」 ポグリホースOD錠0.2mg「タカ」 ポグリホースOD錠0.2mg「トーフ」 ポグリホースOD錠0.2mg「マイラン」 ポグリホースOD錠0.2mg「日医工」 ポグリホースOD錠0.2mg「武田テバ」 ポグリホース錠0.2mg「OME」 ポグリホース錠0.2mg「UG」 ポグリホース錠0.2mg「MEEK」 ポグリホース錠0.2mg「NP」 ポグリホース錠0.2mg「NS」 ポグリホース錠0.2mg「TOK」 ポグリホース錠0.2mg「YD」 ポグリホース錠0.2mg「クミファ」 ポグリホース錠0.2mg「サウイ」 ポグリホース錠0.2mg「タカ」 ポグリホース錠0.2mg「トーフ」 ポグリホース錠0.2mg「ファイザー」 ポグリホース錠0.2mg「日医工」 ポグリホース錠0.2mg「武田テバ」	耐糖能異常における2型糖尿病の発症抑制(ただし、食事療法及び運動療法を十分に実行しても改善されない場合に限る。)	耐糖能異常と判断した根拠(判断した年月日とその結果)、食事療法及び運動療法を3~6ヶ月間行っても改善されなかった旨及び高血圧症又は脂質異常症の診断名を記載すること。	830600081	耐糖能異常と判断した根拠(ベイスン錠0.2等):*****				
				850600073	耐糖能異常と判断した年月日(ベイスン錠0.2等):(元号)yy年mm月dd日				
				820600107	食事療法及び運動療法を3~6ヶ月間行っても改善されなかった(ベイスン錠0.2等)				
				830600082	高血圧症又は脂質異常症の診断名(ベイスン錠0.2等):*****				
				113	ページニオ錠50mg ページニオ錠100mg ページニオ錠150mg		本製剤の効能・効果は「ホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」及び「ホルモン受容体陽性かつHER2陰性で再発リスクの乳癌における術後薬物療法」であることから、ホルモン受容体陽性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月の実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600074	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(ページニオ錠50mg等):(元号)yy年mm月dd日
								850600075	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ページニオ錠50mg等):(元号)yy年mm月dd日
850600076	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(ページニオ錠50mg等):(元号)yy年mm月dd日								
850600077	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ページニオ錠50mg等):(元号)yy年mm月dd日								
114	ベスポンサ点滴静注1mg		本製剤の使用上の注意において「フローサイトメトリー法等の検査によって、CD22抗原が陽性であることが確認された患者に使用すること」とされているので、CD22陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月の実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては必ず実施年月日を記載すること。	850600078	CD22陽性を確認した検査の実施年月日(ベスポンサ点滴静注1mg):(元号)yy年mm月dd日				
				850600079	CD22陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ベスポンサ点滴静注1mg):(元号)yy年mm月dd日				
115	ペマジュール錠4.5mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、FGFR2融合遺伝子が確認された患者に投与すること。」とされているので、FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月の実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600080	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日(ペマジュール錠4.5mg):(元号)yy年mm月dd日				
				850600081	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ペマジュール錠4.5mg):(元号)yy年mm月dd日				
116	ペリキュア錠2.5mg ペリキュア錠5mg ペリキュア錠10mg		効能又は効果に関連する注意において、「左室駆出率の保たれた慢性心不全における本剤の有効性及び安全性は確立していないため、左室駆出率の低下した慢性心不全患者に投与すること。」とされているので、投与開始に当たっては、左室駆出率の計測年月日及び左室駆出率の値を記載すること。なお、他の医療機関で左室駆出率を測定した場合には、当該測定結果及び医療機関名を記載することと差し支えない。	850600082	左室駆出率の計測年月日(ペリキュア錠2.5mg等):(元号)yy年mm月dd日				
				830600083	左室駆出率の値(ペリキュア錠2.5mg等):*****				
				830600084	左室駆出率を測定した医療機関名(他の医療機関で測定した場合)(ペリキュア錠2.5mg等):*****				
117	ポテジジオ点滴静注20mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「CCR4陽性の成人T細胞白血病リンパ腫(ATL)、再発又は難治性のCCR4陽性の末梢神経リンパ腫(PNLL)の場合、CCR4阻害剤は、フローサイトメトリー(FCM)又は免疫細胞化学染色(IHC)法により検査を行い、陽性であることが確認されている患者のみに投与すること。」とされているので、CCR4陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月の実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600083	CCR4陽性を確認した検査の実施年月日(ポテジジオ点滴静注20mg):(元号)yy年mm月dd日				
				850600084	CCR4陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ポテジジオ点滴静注20mg):(元号)yy年mm月dd日				
118	ミカリオ配合錠		本製剤への切り替えに当たっては、次の事項を切り替えた日に記載すること。 (1) テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mgの併用療法として使用していた品名及び使用期間 (2) テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mgの併用療法において、安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定値及び当該血圧測定の実施年月日	830600085	テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mgの併用療法として使用していた品名(ミカリオ配合錠):*****				
				830600086	テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mgの併用療法として使用していた使用期間(ミカリオ配合錠):*****				
				830600131	併用療法において安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定値(ミカリオ配合錠):*****				
				850600151	併用療法において安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定実施年月日(ミカリオ配合錠):(元号)yy年mm月dd日				
119	ムルプレタ錠3mg		本製剤の使用上の注意において、「開腹、開胸、開心、開頭又は臓器切除を伴う観血的手術の場合は、本剤の投与を避けること。」とされていることから、このような症例には使用しないこと。また、観血的手術の名称及び実施予定年月日を記載すること。	830600087	観血的手術の名称(ムルプレタ錠3mg):*****				
				850600085	観血的手術の実施予定年月日(ムルプレタ錠3mg):(元号)yy年mm月dd日				

項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
120	メキニスト錠0.5mg メキニスト錠2mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600086	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(メキニスト錠0.5mg等);(元号)yy年mm月dd日
				850600087	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(メキニスト錠0.5mg等);(元号)yy年mm月dd日
121	メクトビ錠15mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600088	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(メクトビ錠15mg);(元号)yy年mm月dd日
				850600089	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(メクトビ錠15mg);(元号)yy年mm月dd日
122	メナクトラ筋注		本製剤は、エクリズマブ(遺伝子組換え)又はラブリズマブ(遺伝子組換え)投与患者に使用した場合に限り算定できるものであるので、エクリズマブ(遺伝子組換え)又はラブリズマブ(遺伝子組換え)の投与を行った又は行う予定の年月日を記載すること(同一の診療報酬明細書においてエクリズマブ(遺伝子組換え)又はラブリズマブ(遺伝子組換え)の投与が確認できる場合を除く。)	850600090	エクリズマブ(遺伝子組換え)投与を行った年月日(メナクトラ筋注);(元号)yy年mm月dd日
				850600091	エクリズマブ(遺伝子組換え)投与を行う予定の年月日(メナクトラ筋注);(元号)yy年mm月dd日
				850600092	ラブリズマブ(遺伝子組換え)投与を行った年月日(メナクトラ筋注);(元号)yy年mm月dd日
				850600093	ラブリズマブ(遺伝子組換え)投与を行う予定の年月日(メナクトラ筋注);(元号)yy年mm月dd日
123	ライアットMBG-1131静注		本製剤の効能又は効果は「MIBG集積陽性の治療不能な褐色細胞腫/パラングリオーマ」であり、MIBG集積陽性が確認された患者が対象であることから、MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600094	MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日(ライアットMBG-1131静注);(元号)yy年mm月dd日
				850600095	MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ライアットMBG-1131静注);(元号)yy年mm月dd日
124	リツキシマブBS点滴静注100mg「KHK」 リツキシマブBS点滴静注500mg「KHK」 リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」 リツキシマブBS点滴静注500mg「ファイザー」	CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600096	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(リツキシマブ点滴静注100mg等);(元号)yy年mm月dd日
				850600097	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リツキシマブ点滴静注100mg等);(元号)yy年mm月dd日
				850600098	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(リツキシマブ点滴静注100mg「KHK」等);(元号)yy年mm月dd日
				850600152	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リツキシマブ点滴静注100mg「KHK」等);(元号)yy年mm月dd日
125	リベルサス錠3mg リベルサス錠7mg リベルサス錠14mg		他の経口血腫降下薬を投与していない患者に本剤を投与する場合は、本剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600088	他の経口血腫降下薬を投与していない患者に投与が必要と判断した理由(リベルサス錠3mg等);*****
				850600101	BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(リムバーザ錠100mg等);(元号)yy年mm月dd日
126	リムバーザ錠100mg リムバーザ錠150mg	ア)BRCA遺伝子変異陽性の卵巣癌における初回化学療法後の維持療法、イ)がん化学療法後のあるBRCA遺伝子変異陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発、ウ)BRCA遺伝子変異陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌又は「BRCA遺伝子変異陽性の治療不能な膵癌における自然免疫増強剤を含む化学療法後の維持療法」	効能又は効果に関連する使用上の注意において、ア、ウ及びエの場合「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、BRCA遺伝子変異を有することが確認された患者に投与すること。」、イの場合「承認された体外診断用医薬品を用いた検査により、生体細胞系列のBRCA遺伝子変異(病的変異又は病的変異疑い)を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600102	BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リムバーザ錠100mg等);(元号)yy年mm月dd日
				850600103	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日(リムバーザ錠100mg等);(元号)yy年mm月dd日
				850600104	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日(初回投与)(リムバーザ錠100mg等);(元号)yy年mm月dd日
				820600108	医師要件ア(リンヴォック錠7.5mg等)
127	リンヴォック錠7.5mg リンヴォック錠15mg リンヴォック錠30mg	ア)トピー性皮膚炎 ウ)小児アトピー性皮膚炎	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載) ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2) 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況(「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載) ア 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬(又はトコナラステール)やカルシニューリン阻害剤外用薬による適切な治療を最近の6か月以上行っていること。 イ 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害剤外用薬に対する過敏症、顕著な局所副作用若しくは全身副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3) 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は顔面部のEASISスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) 4) 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合は、体重	820600108	医師要件ア(リンヴォック錠7.5mg等)
				820600109	医師要件イ(リンヴォック錠7.5mg等)
				820600110	医師要件ウ(リンヴォック錠7.5mg等)
				820600111	前治療要件ア(リンヴォック錠7.5mg等)
				820600112	前治療要件イ(リンヴォック錠7.5mg等)
				830600089	IGAスコア(リンヴォック錠7.5mg等);*****
				830600090	全身のEASISスコア(リンヴォック錠7.5mg等);*****
				830600091	顔面部のEASISスコア(リンヴォック錠7.5mg等);*****
				842600020	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) (リンヴォック錠7.5mg等)
				842600021	体重(小児アトピー性皮膚炎患者に投与の場合)(kg) (リンヴォック錠7.5mg等)
128	レットヴィモカプセル40mg レットヴィモカプセル80mg	RET融合遺伝子陽性の切除不能な進行性非小細胞肺癌、RET融合遺伝子陽性の根治切除不能な甲状腺癌	本製剤の効能又は効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、RET融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600105	RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(レットヴィモカプセル40mg等);(元号)yy年mm月dd日
				850600106	RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(レットヴィモカプセル40mg等);(元号)yy年mm月dd日
129	レットヴィモカプセル40mg レットヴィモカプセル80mg	RET遺伝子変異陽性の根治切除不能な甲状腺癌	本製剤の効能又は効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、RET遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、RET遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の必要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600153	RET遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(レットヴィモカプセル40mg等);(元号)yy年mm月dd日
				850600154	RET遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(レットヴィモカプセル40mg等);(元号)yy年mm月dd日

項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
130	レバーサ皮下注140mgペン		<p>次の事項を記載すること。本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。</p> <p>1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの「施設要件ア」又は「施設要件イ」を記載し、施設要件イを記載する場合は、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は動脈硬化に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設</p> <p>イ 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は動脈硬化に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設</p> <p>2) 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL-Cコレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日</p> <p>3) 食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨</p> <p>4) HMG-CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合には、投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大用量である旨もあわせて記載すること。</p> <p>5) 本製剤をHMG-CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者(副作用の既往等によりHMG-CoA還元酵素阻害剤の使用が困難な患者又はHMG-CoA還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者)に投与する場合には、使用可能なHMG-CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由</p> <p>6) 家族性高コレステロール血症以外の患者では、以下の心血管イベントのリスク因子のいずれに該当するか(「リスク因子」から「リスク因子オ」までのうち該当するものを記載)。</p> <p>ア 冠動脈疾患(安定狭心症に対する冠動脈形成術を含む)の既往歴</p> <p>イ 非心原性脳梗塞の既往歴</p> <p>ウ 糖尿病</p> <p>エ 慢性腎臓病</p> <p>オ 末梢動脈疾患</p> <p>7) 家族性高コレステロール血症以外の患者で、6)の「リスク因子ウ」から「リスク因子オ」までのいずれかに該当し、HMG-CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間</p>	820600113	施設要件ア(レバーサ皮下注140mgペン)
				820600114	施設要件イ(レバーサ皮下注140mgペン)
				850600155	LDL-Cコレステロール検査の実施年月日(レバーサ皮下注140mgペン)。(元号)yy'年'nm'月'dd'日
				830600132	LDL-Cコレステロール検査値(レバーサ皮下注140mgペン)：*****
				820600115	食事療養を行っている(レバーサ皮下注140mgペン)
				820600116	運動、喫煙等に関する指導を行っている(レバーサ皮下注140mgペン)
				820600117	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている(レバーサ皮下注140mgペン)
				820600118	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている(レバーサ皮下注140mgペン)
				830600092	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名(レバーサ皮下注140mgペン)：*****
				830600093	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の1日投与量(レバーサ皮下注140mgペン)：*****
				820600119	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の最大用量である(レバーサ皮下注140mgペン)：*****
				830600094	使用可能なHMG-CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由(レバーサ皮下注140mgペン)：*****
				820600120	リスク因子ア(レバーサ皮下注140mgペン)
				820600121	リスク因子イ(レバーサ皮下注140mgペン)
				820600122	リスク因子ウ(レバーサ皮下注140mgペン)
				820600123	リスク因子エ(レバーサ皮下注140mgペン)
				820600124	リスク因子オ(レバーサ皮下注140mgペン)
				830600095	HMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間(レバーサ皮下注140mgペン)：*****
				850600155	LDL-Cコレステロール検査の実施年月日(レバーサ皮下注140mgペン)。(元号)yy'年'nm'月'dd'日
				830600132	LDL-Cコレステロール検査値(レバーサ皮下注140mgペン)：*****
				820600115	食事療養を行っている(レバーサ皮下注140mgペン)
				820600116	運動、喫煙等に関する指導を行っている(レバーサ皮下注140mgペン)
				820600117	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている(レバーサ皮下注140mgペン)
				820600118	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている(レバーサ皮下注140mgペン)
				830600092	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名(レバーサ皮下注140mgペン)：*****
				830600093	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の1日投与量(レバーサ皮下注140mgペン)：*****
820600119	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の最大用量である(レバーサ皮下注140mgペン)				
830600096	心血管イベントの発現リスクが高いと判断した理由(レバーサ皮下注140mgペン)：*****				
820600125	投与中患者(レバーサ皮下注140mgペン)				
850600107	初めて本製剤を投与した年月(レバーサ皮下注140mgペン)。(元号)yy'年'nm'月				
820600126	使用実績有(レバーサ皮下注140mgペン)				

項番	医薬品名称	機能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
131	レバサ皮下注420mgオートミドナーゼ		<p>本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。</p> <p>1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの(施設要件A)又は(施設要件イ)と記載)</p> <p>A 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は循環器診療に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設</p> <p>イ 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は動脈硬化学に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設</p> <p>2) 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL-Cコレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日</p> <p>3) 食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨</p> <p>4) HMG-CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合には、投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大用量である旨もあわせて記載すること。</p> <p>5) 本製剤をHMG-CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者(副作用の既往等によりHMG-CoA還元酵素阻害剤の使用が困難な患者又はHMG-CoA還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者)に投与する場合には、使用可能なHMG-CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由</p> <p>6) 家族性コレステロール血症以外の患者では、以下の心血管イベントのリスク因子のいずれかに該当するか(「リスク因子」から「リスク因子オ」までのうち該当するものを記載)。</p> <p>ア 冠動脈疾患(安定狭心症に対する冠動脈形成術を含む)の既往歴</p> <p>イ 非心原性脳梗塞の既往歴</p> <p>ウ 糖尿病</p> <p>エ 慢性腎臓病</p> <p>オ 末梢動脈疾患</p> <p>7) 家族性コレステロール血症以外の患者で、6)の「リスク因子ウ」から「リスク因子オ」までのいずれかに該当し、HMG-CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間</p>	820600127	施設要件A(レバサ皮下注420mgオートミドナーゼ)
				820600128	施設要件イ(レバサ皮下注420mgオートミドナーゼ)
				850600156	LDL-Cコレステロール検査の実施年月日(レバサ皮下注420mgオートミドナーゼ);(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				830600133	LDL-Cコレステロール検査値(レバサ皮下注420mgオートミドナーゼ);*****
				820600129	食事療法を行っている(レバサ皮下注420mgオートミドナーゼ)
				820600130	運動、喫煙等に関する指導を行っている(レバサ皮下注420mgオートミドナーゼ)
				820600131	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている(レバサ皮下注420mgオートミドナーゼ)
				820600132	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている(レバサ皮下注420mgオートミドナーゼ)
				830600097	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名(レバサ皮下注420mgオートミドナーゼ);*****
				830600098	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の1日投与量(レバサ皮下注420mgオートミドナーゼ);*****
				820600133	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の最大用量である(レバサ皮下注420mgオートミドナーゼ)
				830600099	使用可能なHMG-CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由(レバサ皮下注420mgオートミドナーゼ);*****
				820600134	リスク因子A(レバサ皮下注420mgオートミドナーゼ)
				820600135	リスク因子イ(レバサ皮下注420mgオートミドナーゼ)
820600136	リスク因子ウ(レバサ皮下注420mgオートミドナーゼ)				
820600137	リスク因子エ(レバサ皮下注420mgオートミドナーゼ)				
820600138	リスク因子オ(レバサ皮下注420mgオートミドナーゼ)				
830600100	HMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間(レバサ皮下注420mgオートミドナーゼ);*****				
132	レフィキシア静注用500 レフィキシア静注用1000 レフィキシア静注用2000		手術時における血液凝固因子阻害剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600101	手術時に使用した理由(レフィキシア静注用500等);*****
133	ロープレナ錠25mg ロープレナ錠100mg		<p>本製剤の機能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。</p> <p>なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</p>	850600108	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ロープレナ錠25mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600109	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ロープレナ錠25mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日
134	ロズリートレクカプセル100mg ロズリートレクカプセル200mg	NTRK 融合遺伝子陽性の進行・再発の固形癌	<p>本製剤の機能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、NTRK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。</p> <p>なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</p>	850600110	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ロズリートレクカプセル100mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600111	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ロズリートレクカプセル100mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日
		ROSI 融合遺伝子陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	<p>本製剤の機能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、ROSI融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ROSI融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。</p> <p>なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</p>	850600112	ROSI融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ロズリートレクカプセル100mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日
				850600113	ROSI融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ロズリートレクカプセル100mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日
135	照射洗浄血小板-LR「日赤」 照射洗浄血小板HLA-LR「日赤」		<p>本製剤の使用適正化については、「血液製剤の使用指針の一部改正について」(平成28年6月14日付け薬生安0614第1号厚生労働省(医薬・生活衛生局長通知))により通知されているところであるので、使用に当たっては十分に留意すること。なお、同通知において、「洗浄血小板製剤については、輸血による副作用を防止するという目的に鑑み当該製剤の使用が望ましい状態にある患者に対して適切に投与されるよう、その使用については改正内容を踏まえ、必要と考えられる場合に限り」とされていることから、本製剤の投与が適切と判断される症例に使用した場合に限り算定できるものであり、本製剤の使用が必要と判断した理由を記載すること。</p>	830600102	使用が必要と判断した理由(照射洗浄血小板-LR「日赤」等);*****

※「記載事項」欄における括弧書きは、該当する場合に記載する事項であること。

※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

※別表Ⅲに掲げる記載事項を記載する場合であって、別表Ⅱに掲げる記載事項と重複する事項については、別表Ⅱを用いた記載は省略して差し支えない

別表Ⅳ 調剤行為名称等の略号一覧

項番	区分	項目	略称	記載欄
1	区分番号01	嚙下困難者用製剤加算を算定した場合	困	「加算料」欄
2	区分番号01	麻薬加算を算定した場合	麻	「加算料」欄
3	区分番号01	向精神薬加算を算定した場合	向	「加算料」欄
4	区分番号01	覚醒剤原料加算を算定した場合	覚原	「加算料」欄
5	区分番号01	毒薬加算を算定した場合	毒	「加算料」欄
6	区分番号01	薬剤調製料に係る時間外加算を算定した場合	薬時	「加算料」欄
7	区分番号01	薬剤調製料に係る休日加算を算定した場合	薬休	「加算料」欄
8	区分番号01	薬剤調製料に係る深夜加算を算定した場合	薬深	「加算料」欄
9	区分番号01	薬剤調製料に係る時間外加算の特例を算定した場合	薬特	「加算料」欄
10	区分番号01	調剤管理料に係る時間外加算を算定した場合	調時	「加算料」欄
11	区分番号01	調剤管理料に係る休日加算を算定した場合	調休	「加算料」欄
12	区分番号01	調剤管理料に係る深夜加算を算定した場合	調深	「加算料」欄
13	区分番号01	調剤管理料に係る時間外加算の特例を算定した場合	調特	「加算料」欄
14	区分番号01	自家製剤加算を算定した場合	自	「加算料」欄
15	区分番号01	自家製剤加算を算定した場合：錠剤を分割する場合(100分の20に該当する場合)	分自	「加算料」欄
16	区分番号01	計量混合調剤加算を算定した場合	計	「加算料」欄
17	区分番号01	予製剤加算を算定した場合	予	「加算料」欄
18	区分番号01	無菌製剤処理加算を算定した場合	菌	「加算料」欄
19	区分番号00	調剤基本料1の場合	基A	「調剤基本料」欄
20	区分番号00	調剤基本料2の場合	基B	「調剤基本料」欄
21	区分番号00	調剤基本料3のイの場合	基C	「調剤基本料」欄
22	区分番号00	調剤基本料3のロの場合	基D	「調剤基本料」欄
23	区分番号00	調剤基本料3のハの場合	基E	「調剤基本料」欄
24	区分番号00	特別調剤基本料の場合	基F	「調剤基本料」欄
25	区分番号00	調剤基本料注3(受付2回目以降)に該当する場合	同	「調剤基本料」欄
26	区分番号00	調剤基本料注4(未妥結減算等)に該当する場合	妥減	「調剤基本料」欄
27	区分番号00	地域支援体制加算1を算定した場合	地支A	「調剤基本料」欄
28	区分番号00	地域支援体制加算2を算定した場合	地支B	「調剤基本料」欄
29	区分番号00	地域支援体制加算3を算定した場合	地支C	「調剤基本料」欄
30	区分番号00	地域支援体制加算4を算定した場合	地支D	「調剤基本料」欄
31	区分番号00	令和5年12月31日までの間に地域支援体制加算1における特例の点数を算定した場合	地支A(特)	「調剤基本料」欄
32	区分番号00	令和5年12月31日までの間に地域支援体制加算2における特例の点数を算定した場合	地支B(特)	「調剤基本料」欄
33	区分番号00	令和5年12月31日までの間に地域支援体制加算3における特例の点数を算定した場合	地支C(特)	「調剤基本料」欄
34	区分番号00	令和5年12月31日までの間に地域支援体制加算4における特例の点数を算定した場合	地支D(特)	「調剤基本料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
35	区分番号00	連携強化加算を算定した場合	連強	「調剤基本料」欄
36	区分番号00	地域支援体制加算1を算定した場合:100分の80に該当する場合	地敷A	「調剤基本料」欄
37	区分番号00	地域支援体制加算2を算定した場合:100分の80に該当する場合	地敷B	「調剤基本料」欄
38	区分番号00	地域支援体制加算3を算定した場合:100分の80に該当する場合	地敷C	「調剤基本料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
39	区分番号00	地域支援体制加算4を算定した場合:100分の80に該当する場合	地敷D	「調剤基本料」欄
40	区分番号00	令和5年12月31日までの間に地域支援体制加算1における特例の点数を算定した場合:100分の80に該当する場合	地敷A(特)	「調剤基本料」欄
41	区分番号00	令和5年12月31日までの間に地域支援体制加算2における特例の点数を算定した場合:100分の80に該当する場合	地敷B(特)	「調剤基本料」欄
42	区分番号00	令和5年12月31日までの間に地域支援体制加算3における特例の点数を算定した場合:100分の80に該当する場合	地敷C(特)	「調剤基本料」欄
43	区分番号00	令和5年12月31日までの間に地域支援体制加算4における特例の点数を算定した場合:100分の80に該当する場合	地敷D(特)	「調剤基本料」欄
44	区分番号00	後発医薬品調剤体制加算1を算定した場合	後A	「調剤基本料」欄
45	区分番号00	後発医薬品調剤体制加算2を算定した場合	後B	「調剤基本料」欄
46	区分番号00	後発医薬品調剤体制加算3を算定した場合	後C	「調剤基本料」欄
47	区分番号00	後発医薬品調剤体制加算1を算定した場合:100分の80に該当する場合	後敷A	「調剤基本料」欄
48	区分番号00	後発医薬品調剤体制加算2を算定した場合:100分の80に該当する場合	後敷B	「調剤基本料」欄
49	区分番号00	後発医薬品調剤体制加算3を算定した場合:100分の80に該当する場合	後敷C	「調剤基本料」欄
50	区分番号00	調剤基本料注8(後発医薬品減算)に該当する場合	後減	「調剤基本料」欄
51	区分番号01	在宅患者調剤加算を算定した場合	在	「調剤基本料」欄
52	区分番号00	調剤基本料の加減算を行うと3点以下になり3点を算定した場合	基一定	「調剤基本料」欄
53	区分番号00	リフィル処方箋による調剤を行う場合:総使用回数2回のうち、1回目の調剤を行う場合	リ1/2	「時間外等加算」欄
54	区分番号00	リフィル処方箋による調剤を行う場合:総使用回数2回のうち、2回目の調剤を行う場合	リ2/2	「時間外等加算」欄
55	区分番号00	リフィル処方箋による調剤を行う場合:総使用回数3回のうち、1回目の調剤を行う場合	リ1/3	「時間外等加算」欄
56	区分番号00	リフィル処方箋による調剤を行う場合:総使用回数3回のうち、2回目の調剤を行う場合	リ2/3	「時間外等加算」欄
57	区分番号00	リフィル処方箋による調剤を行う場合:総使用回数3回のうち、3回目の調剤を行う場合	リ3/3	「時間外等加算」欄
58	区分番号00	調剤基本料に係る時間外加算を算定した場合	時	「時間外等加算」欄
59	区分番号00	調剤基本料に係る休日加算を算定した場合	休	「時間外等加算」欄
60	区分番号00	調剤基本料に係る深夜加算を算定した場合	深	「時間外等加算」欄
61	区分番号00	調剤基本料に係る時間外加算の特例を算定した場合	特	「時間外等加算」欄
62	区分番号01	薬剤調製料に係る夜間・休日等加算を算定した場合	夜	「時間外等加算」欄
63	区分番号01	調剤管理料に係る時間外加算を算定した場合:在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調時	「時間外等加算」欄
64	区分番号01	調剤管理料に係る休日加算を算定した場合:在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調休	「時間外等加算」欄
65	区分番号01	調剤管理料に係る深夜加算を算定した場合:在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調深	「時間外等加算」欄
66	区分番号01	調剤管理料に係る時間外加算の特例を算定した場合:在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調特	「時間外等加算」欄
67	区分番号10の2	調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算のイを算定した場合	防A	「薬学管理料」欄
68	区分番号10の2	調剤管理料を算定した場合:在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合	調管	「薬学管理料」欄
69	区分番号10の2	調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算のロを算定した場合	防B	「薬学管理料」欄
70	区分番号10の2	調剤管理料の調剤管理加算のイを算定した場合	調管A	「薬学管理料」欄
71	区分番号10の2	調剤管理料の調剤管理加算のロを算定した場合	調管B	「薬学管理料」欄
72	区分番号10の3	服薬管理指導料1を算定した場合:3月以内に再度処方箋を持参した患者(手帳あり)	薬A	「薬学管理料」欄
73	区分番号10の3	服薬管理指導料2を算定した場合:3月以内に再度処方箋を持参した患者(手帳なし)	薬B	「薬学管理料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
74	区分番号10の3	服薬管理指導料2を算定した場合:3月以内に再度処方箋を持参した患者以外	薬C	「薬学管理料」欄
75	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合:3月以内に再度処方箋を持参した患者(手帳あり)	薬3A	「薬学管理料」欄
76	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合:3月以内に再度処方箋を持参した患者(手帳なし)	薬3B	「薬学管理料」欄
77	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合:3月以内に再度処方箋を持参した患者以外	薬3C	「薬学管理料」欄
78	区分番号10の3	服薬管理指導料4を算定した場合:3月以内に再度処方箋を持参した患者(手帳あり)	薬才A	「薬学管理料」欄
79	区分番号10の3	服薬管理指導料4を算定した場合:3月以内に再度処方箋を持参した患者(手帳なし)	薬才B	「薬学管理料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
80	区分番号10の3	服薬管理指導料4を算定した場合:3月以内に再度処方箋を持参した患者以外	薬才C	「薬学管理料」欄
81	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例(13点)を算定した場合:3月以内に再度処方箋を持参した患者(手帳あり)	特1A	「薬学管理料」欄
82	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例(13点)を算定した場合:3月以内に再度処方箋を持参した患者(手帳なし)	特1B	「薬学管理料」欄
83	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例(13点)を算定した場合:3月以内に再度処方箋を持参した患者以外	特1C	「薬学管理料」欄
84	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例(13点)を算定した場合:情報通信機器を用いた服薬指導(3月以内に再度処方箋を持参した患者(手帳あり))	特1才A	「薬学管理料」欄
85	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例(13点)を算定した場合:情報通信機器を用いた服薬指導(3月以内に再度処方箋を持参した患者(手帳なし))	特1才B	「薬学管理料」欄
86	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例(13点)を算定した場合:情報通信機器を用いた服薬指導(3月以内に再度処方箋を持参した患者以外)	特1才C	「薬学管理料」欄
87	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例(59点)を算定した場合:3月以内に再度処方箋を持参した患者(手帳あり)	特2A	「薬学管理料」欄
88	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例(59点)を算定した場合:3月以内に再度処方箋を持参した患者(手帳なし)	特2B	「薬学管理料」欄
89	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例(59点)を算定した場合:3月以内に再度処方箋を持参した患者以外	特2C	「薬学管理料」欄
90	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例(59点)を算定した場合:情報通信機器を用いた服薬指導(3月以内に再度処方箋を持参した患者(手帳あり))	特2才A	「薬学管理料」欄
91	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例(59点)を算定した場合:情報通信機器を用いた服薬指導(3月以内に再度処方箋を持参した患者(手帳なし))	特2才B	「薬学管理料」欄
92	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例(59点)を算定した場合:情報通信機器を用いた服薬指導(3月以内に再度処方箋を持参した患者以外)	特2才C	「薬学管理料」欄
93	区分番号10の3	服薬管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
94	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算1を算定した場合	特管A	「薬学管理料」欄
95	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算2を算定した場合	特管B	「薬学管理料」欄
96	区分番号10の3	服薬管理指導料の乳幼児服薬指導加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
97	区分番号10の3	服薬管理指導料の小児特定加算を算定した場合	小特	「薬学管理料」欄
98	区分番号10の3	吸入薬指導加算を算定した場合	吸	「薬学管理料」欄
99	区分番号10の3	調剤後薬剤管理指導加算を算定した場合	調後	「薬学管理料」欄
100	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料を算定した場合	薬指	「薬学管理料」欄
101	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料を算定した場合:情報通信機器を用いた場合	薬指才	「薬学管理料」欄
102	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
103	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算1を算定した場合	特管A	「薬学管理料」欄
104	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算2を算定した場合	特管B	「薬学管理料」欄
105	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の乳幼児服薬指導加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
106	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の小児特定加算を算定した場合	小特	「薬学管理料」欄
107	区分番号13の3	かかりつけ薬剤師包括管理料を算定した場合	薬包	「薬学管理料」欄
108	区分番号13の3	かかりつけ薬剤師包括管理料を算定した場合:情報通信機器を用いた場合	薬包才	「薬学管理料」欄
109	区分番号14の2	外来服薬支援料1を算定した場合	支A	「薬学管理料」欄
110	区分番号14の2	外来服薬支援料2を算定した場合	支B	「加算料」欄
111	区分番号14の2	外来服薬支援料2を算定した場合:在宅協力薬局が当該指導等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合	支B	「薬学管理料」欄
112	区分番号14の3	服用薬剤調整支援料1を算定した場合	剤調A	「薬学管理料」欄
113	区分番号14の3	服用薬剤調整支援料2のイを算定した場合	剤調B	「薬学管理料」欄
114	区分番号14の3	服用薬剤調整支援料2のロを算定した場合	剤調C	「薬学管理料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
115	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料1を算定した場合	訪A	「薬学管理料」欄
116	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料2を算定した場合	訪B	「薬学管理料」欄
117	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料3を算定した場合	訪C	「薬学管理料」欄
118	区分番号15	在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定した場合	在才	「薬学管理料」欄
119	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
120	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の医療用麻薬持続注射療法加算を算定した場合	医麻	「薬学管理料」欄
121	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
122	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の小児特定加算を算定した場合	小特	「薬学管理料」欄
123	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の在宅中心静脈栄養法加算を算定した場合	中静	「薬学管理料」欄
124	区分番号15	在宅患者オンライン薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻才	「薬学管理料」欄
125	区分番号15	在宅患者オンライン薬剤管理指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳才	「薬学管理料」欄
126	区分番号15	在宅患者オンライン薬剤管理指導料の小児特定加算を算定した場合	小特才	「薬学管理料」欄
127	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1を算定した場合	緊訪A	「薬学管理料」欄
128	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2を算定した場合	緊訪B	「薬学管理料」欄
129	区分番号15の2	在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定した場合	緊訪才	「薬学管理料」欄
130	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
131	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の医療用麻薬持続注射療法加算を算定した場合	医麻	「薬学管理料」欄
132	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
133	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の小児特定加算を算定した場合	小特	「薬学管理料」欄
134	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の在宅中心静脈栄養法加算を算定した場合	中静	「薬学管理料」欄
135	区分番号15の2	在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻才	「薬学管理料」欄
136	区分番号15の2	在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳才	「薬学管理料」欄
137	区分番号15の2	在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料の小児特定加算を算定した場合	小特才	「薬学管理料」欄
138	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料を算定した場合	緊共	「薬学管理料」欄
139	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
140	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の医療用麻薬持続注射療法加算を算定した場合	医麻	「薬学管理料」欄
141	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
142	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の小児特定加算を算定した場合	小特	「薬学管理料」欄
143	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の在宅中心静脈栄養法加算を算定した場合	中静	「薬学管理料」欄
144	区分番号15の4	退院時共同指導料を算定した場合	退共	「薬学管理料」欄
145	区分番号15の5	服薬情報等提供料1を算定した場合	服A	「薬学管理料」欄
146	区分番号15の5	服薬情報等提供料2を算定した場合	服B	「薬学管理料」欄
147	区分番号15の5	服薬情報等提供料3を算定した場合	服C	「薬学管理料」欄
148	区分番号15の6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料1を算定した場合	在防A	「薬学管理料」欄
149	区分番号15の6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料2を算定した場合	在防B	「薬学管理料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
150	区分番号15の7	経管投薬支援料を算定した場合	経	「薬学管理料」欄
151	区分番号10の2	調剤管理料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算1を算定した場合	医シA	「薬学管理料」欄
152	区分番号10の2	調剤管理料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算2を算定した場合：電子資格確認により患者に係る薬剤情報を取得等した場合	医シB	「薬学管理料」欄
153	区分番号10の2	令和5年12月31日までの間に調剤管理料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算1における特例の点数を算定した場合	医シA(特)	「薬学管理料」欄

※略称については、麻 等と四角囲みをし記載することとするが、電子計算機の場合は、口を省略しても差し支えないこと。