

し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。

ナ 在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定した場合は、その他の項に「寝」と表示して点数を記載すること。在宅寝たきり患者処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。

ニ 在宅自己疼痛管理指導管理料を算定した場合は、その他の項に「疼」と表示して点数を記載すること。また、送信器加算を算定した場合は、「疼信」と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。

ヌ 在宅肺高血圧症患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に「肺」と表示して点数を記載すること。また、携帯型精密輸液ポンプ加算を算定した場合は、併せて「肺ホ」と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。

ネ 在宅気管切開患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に「気」と表示して点数を記載すること。また、人工鼻加算を算定した場合は、併せて「気鼻」と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。

ノ 在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数に併せて他の在宅療養指導管理料の器具加算のみを算定した場合は、その他の項にサからトまで及びニからネに掲げる当該加算の表示を記載し、当該加算点数を記載すること。

ハ 退院前在宅療養指導管理料を算定した場合は、「前」と表示して点数を記載すること。退院前在宅療養指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、その点数を加算し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。

ヒ 入院中の患者に対して、救急搬送診療料を算定した場合は、ケの例により記載すること。また、入院中の患者に対して退院の日在宅療養指導管理料を算定した場合は、「退院時在宅指導」と記載した上でのサからネまでの例により記載すること。

フ 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料を算定した場合は、「在宅」欄に「灌薬」と表示して、総点数を記載し、「摘要」欄に、総投与量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、投与量及び投与日数、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。

(26) 「投薬」欄について

ア 入院分について

(イ) 内服薬及び浸煎薬を投与した場合は内服の項に、屯服薬を投与した場合は屯服の項に、外用薬を投与した場合は外用の項にそれぞれの調剤単位数及び薬剤料の総点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所定単位当たりの薬剤名、投与量及び投与日数等を記載すること。

また、調剤料を算定する場合は、調剤の項に日数及び点数を記載すること。

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

ただし、電算化が行われていないものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（以下「届出保険医療機関」という。）については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が175円以下の場合は、薬剤名、投与量等を記載する必要はないものとする。

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

- (ウ) 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を処方調剤した場合は、麻毒の項に日数及び点数を記載すること。
 - (エ) 調剤技術基本料を算定した場合は、調基の項に所定点数を記載すること。なお、院内製剤加算を算定した場合は、調基の項に (院) と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。
 - (オ) 入院患者に対し退院時に投薬を行った場合は、「退院時 日分投薬」と「摘要」欄に記載すること。
 - (カ) 入院時食事療養費に係る食事療養を受けている入院患者に対してビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）を投与した場合は、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を「摘要」欄に記載すること。
- ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。

イ 入院外分について

- (ク) 内服薬及び浸煎薬を投与した場合は内服の「薬剤」の項に、屯服薬を投与した場合は屯服の項に、外用薬を投与した場合は外用の「薬剤」の項にそれぞれの薬剤料の所定単位による総投与単位数と総点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所定単位当たりの薬剤名、投与量及び投与日数等を記載すること。
 - (キ) 内服の「調剤」の項には内服薬、浸煎薬及び屯服薬の投与回数及び点数を、外用の「調剤」の項には、外用薬の投与回数及び点数を記載すること。
 - (ク) 処方の項は、処方せんを交付しない場合において処方回数及び点数を記載すること。
- なお、複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が処方した場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。
- (ケ) 薬剤名、規格単位（%又はmg等）及び投与量を「摘要」欄に記載すること。
- ただし、届出保険医療機関については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が175円以下の場合は、薬剤名、投与量等を記載する必要はないものとする。
- なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。
- (カ) 常態として、内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を所定点数の合計の100分の90に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄の当該処方に係る薬剤名を区分して記載するとともに、薬剤名の下に算定点数を記載（合計点数のみを記載）し又は算定点数から所定点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載し、その区分の前に (減) と表示すること。
 - (キ) 臨時薬を追加投与し、その結果投与する内服薬が7種類以上となる場合は、臨時薬の投与の必要性を「摘要」欄に記載すること。ただし、病名によりその必要性が判断できる場合は、この限りでない。
 - (ク) 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を処方調剤した場合は、麻毒の項に処方回数及び点数を記載すること。
 - (ケ) 調剤技術基本料を算定した場合は、調基の項に所定点数を記載すること。
 - (コ) 長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲において、内服薬又は外用薬について14日を超えて投与した場合は、当該長期投与の理由を「摘要」欄に記載すること。
 - (カ) 乳幼児加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、乳幼児加算の表示は必要がないこと。
 - (キ) 特定疾患処方管理加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載し、

「摘要」欄に「特処」と表示し、回数及び点数を記載すること。

- ㊦ 入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）を投与した場合は、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を「摘要」欄に記載すること。

ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。

㉗ 「注射」欄について

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

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

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

- ウ 無菌製剤処理加算を算定した場合は、当該点数を加算した点数を記載し、「摘要」欄に無菌製剤処理加算である旨の「菌」を表示するとともに、算定回数を記載すること。

- エ 血漿成分製剤加算を算定した場合は、当該点数を加算した点数を記載し、「摘要」欄に血漿と表示して、1回目の注射の実施日を記載すること。また、中心静脈注射の血漿成分製剤文書加算を算定した場合は、「文」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。

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

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

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

- カ 特別入院基本料2を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数が上限点数を超える場合は、当該上限点数から合算点数を控除して得た点数を「注射」欄のその他の項の「摘要」欄に「その他薬剤」と表示して△書きにより記載し、その合計点数をその他の項に記載すること。

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

- ク 入院時食事療養費に係る食事療養を受けている入院患者又は入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）を投与した場合は、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を「摘要」欄に記載すること。

ただし病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。

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

㉘ 「処置」欄又は「手術・麻酔」欄について

- ア 処置又は手術については、処置名又は手術名及び手術日、回数、点数を、麻酔については、麻

酔の種類、回数及び点数を記載すること。麻酔を検査・画像診断に伴って行った場合は、当該検査・画像診断の種類を「摘要」欄に記載すること。対称器官の両側に対し、処置又は手術（ともに片側の点数が告示されているものに限る。）を行った場合は、左右別にそれぞれ処置名又は手術名及び手術日、回数、点数を記載すること。デブリードマンを繰り返し算定する場合は、植皮の範囲（全身に占める割合）を「摘要」欄に記載すること。

イ 消炎鎮痛等処置については、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する場合は、「摘要」欄に、器具等による療法の場合は、**減器**と、湿布処置（半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲のもの）の場合は、**減湿イ**と、湿布処置（半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲のもの以外のもの）の場合は、**減湿ロ**と表示し、低減した点数を算定した回数を記載すること。

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

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

なお、告示の名称又は通知の名称については（ ）書きとすること。

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

〔記載例〕

例1 手術以外に使用された特定保険医療材料等

- | | | |
|----------------|-------------------------|-------------------|
| ①処置名 | 人工腎臓 | |
| 手技の加算 | 導入期加算 | 2, 260 × 1 |
| ②薬剤料 | 使用薬剤 | 点数 × 1 |
| ③特定保険医療材料〔商品名〕 | ホローファイバー型高機能ダイアライザー | 1. 4㎡ |
| | (ホローファイバー型(1. 5㎡未満(Ⅱ))) | 3, 090円) 3 09 × 1 |

例2 手術に使用された特定保険医療材料

- (1) ③特定保険医療材料〔商品名〕○○○○
- ベースメーカー(シングルチャンバ(Ⅰ型)) 1, 270, 000円) 127, 000 × 1

(2) ③特定保険医療材料〔商品名〕△△△△

(輸血用血液フィルター(微小凝集塊除去用) 2, 970円)

297×1

- f 「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」(平成14年3月18日保医発第0318003号) Iの3の(9)のウ、同3の(8)のイ及び同3の(4)に該当する場合には、所定の事項を「摘要」欄に記載すること。また、同通知のIVに規定する略称を使用しても差し支えないこと。
- g 酸素の費用に係る請求については、地方社会保険事務局長に届け出た液化酸素(CE、LGC)、酸素ポンペ(大型、小型)の酸素区分、当該請求に係る単価及び使用量並びに補正率を以下の例により記載すること。

〔記載例(単価0.20円の場合の酸素購入価格)〕

処置名	酸素吸入	65×1
酸素の加算(液化酸素CE)		8×1
(請求単価)	(使用量)	(補正率)
(0.20円	× 300ℓ	× 1.3)
÷ 10 = 8点		

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

- エ 処置の手技料を包括する点数を算定するに当たって併せて当該処置に係る材料、薬剤等の費用を算定する場合は、「処置」欄及び「摘要」欄にウの例により記載すること。
- オ 輸血を行った場合は、回数、点数、その他必要な事項を記載すること。なお、輸血に当たって使用した生血、自己血、保存血の別に1日の使用量及び原材料として使用した血液の総量並びに薬剤について、その薬名、使用量の内訳及び加算点数を「摘要」欄に記載すること。6歳未満の患者に対して自己血輸血を行った場合は、患者の体重及び輸血量を「摘要」欄に記載すること。輸血に当たって、血液交叉試験等の加算を行った場合にも「摘要」欄にその旨を記載すること。また、真にやむを得ない事情により、赤血球濃厚液と新鮮凍結血漿とを併用して輸血を行った場合は、当該事情を「摘要」欄に記載すること。
- カ 時間外加算、休日加算、深夜加算及び時間外加算の特例を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に時間外加算、休日加算、深夜加算又は時間外加算の特例である旨の(外)、(休)、(深)又は(特外)を表示すること。
- キ 処置の新生児・乳児・乳幼児(6歳未満)加算、手術の新生児・乳幼児(3歳未満)加算、麻酔の未熟児・新生児・乳児・幼児(1歳以上3歳未満)加算を算定した場合は、加算して得た点数を点数欄に記載し、「摘要」欄に未熟児加算、新生児加算、乳児加算、幼児加算又は乳幼児加算である旨の(未)、(新)、(乳)、(幼)又は(乳幼)を表示すること。
- ク HIV抗体陽性の患者に対して観血的手術を行った場合は、観血的加算を算定した旨の表示は省略すること。
- ケ 内視鏡使用による手術料の加算を算定した場合は、当該手術名を当該欄に記載し、「摘要」欄は内視鏡使用による加算である旨の(内)を表示すること。
- コ 人工腎臓について入院中の患者以外の患者に対して「その他の場合」として算定した場合は、その理由を「摘要」欄に記載すること。また、月の4回目以降(外来診療料を算定する医療機関の場合は月の2回目以降)の再診時に人工腎臓を実施した場合は、「摘要」欄に、4回目以降(外来診療料を算定する医療機関の場合は月の2回目以降)の再診時に実施した人工腎臓の回数を記載すること。
- なお、人工腎臓について導入期加算を算定した場合は、加算して得た点数を点数欄に記載し、「摘要」欄に導入の年月日を記載すること。また、障害者加算を算定した場合は、当該加算を加

算した点数を点数欄に記載し、「摘要」欄に (障) と表示の上、「診療報酬点数表（平成6年3月厚生省告示第54号）及び老人診療報酬点数表（平成6年3月厚生省告示第72号）の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）」（平成14年3月8日保医発第0308001号）別添1第2章第9部J038人工腎臓(15)のアからツまでに規定するもののうち、該当するものを記載すること。

サ 生体腎を移植した場合においては、「手術・麻酔」欄の余白に (腎) と表示して腎提供者の療養上の費用に係る点数及び食事に要した費用の額を10円で除して得た点数を合算した点数を記載し、「摘要」欄に腎提供者の氏名を記載すること。この場合、食事に要した費用の額については、平成6年8月5日厚生省告示第237号の別表「食事療養の費用額算定表」による額とすること。

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

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

ス 180日を超える期間通算対象入院料を算定している患者であって厚生労働大臣が定める状態にあるもの（平成14年3月厚生労働省告示第88号第4号トに該当する患者）について胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、「処置」欄に (洗浄) と表示して回数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に処置名を記載すること。また、重度の肢体不自由者及び人工腎臓を実施している状態にある患者（同告示第4号ニ又はりに該当する患者）については、「摘要」欄に、「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について（平成3年11月18日老健第102-2号）におけるランクを記載すること。

セ 複数手術を同時に行った場合は、「摘要」欄に従たる手術の名称を「（併施）」を付して記載し、所定点数の100分の50に相当する点数を記載すること。

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

タ 熱傷温浴療法を算定した場合には、「摘要」欄に受傷日を記載すること。

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

ツ 埋込型除細動器移植術を算定した場合には、明細書に症状詳記を添付すること。

テ 麻酔管理料を算定した場合は、「摘要」欄に (麻管) と表示すること。

ト 血漿交換療法又は血球成分除去療法を算定した場合は、「摘要」欄に一連の当該療法の初回実施日及び初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものも含む。）を記載すること。

ナ 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成14年3月8日保医発第0308003号）別添1第60において区分1、区分2及び区分3に分類される手術を専門医が実施することにより所定点数の百分の百を算定する場合（当該手術を専門医が実施することにより実施数の要件を満たすものとして届け出た保険医療機関に限る。）には、地方社会保険事務局長に届け出た当該手術に係る専門医のうち、当該手術を実施した専門医の氏名を「摘要」欄に記載すること。

(29) 「検査」欄について

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

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

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

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

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

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

〔記載例〕

「基検」	(15日)	2,475
「判」	基Ⅰ	630

カ 慢性維持透析患者外来医学管理料を算定した場合に、これに含まれる検査以外の検体検査又はこれに含まれる検査であって特例として算定を認められた検査を別に算定した場合は、その必要性を「摘要」欄に記載すること。

キ マンガンを算定した場合は、「摘要」欄に高カロリー静脈栄養法を開始した日を記載すること。

ク ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（BNP）精密測定を算定した場合は、「摘要」欄に本検査の実施日（ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド（HANP）精密測定を併せて実施した場合は、併せて各検査の実施日）を記載すること。

ケ 検体検査管理加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に「検管Ⅰ」又は「検管Ⅱ」と表示すること。

コ 赤血球不規則抗体検査を算定した場合にあつては、輸血歴又は妊婦歴がある旨を「摘要」欄に記載すること。例えば輸血歴がある場合においては、「輸血歴あり」と記載すること。

- サ K920輸血料（「3」の自己血輸血を除く。）を算定した患者又は血漿成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結人血漿等）の輸注を行った患者について、HIV-1抗体価又はHIV-1、2抗体価の測定が行われた場合は、「摘要」欄に当該輸血又は輸注が行われた最終日を記載すること。
- シ 算定回数が複数月に1回のみとされている検査を実施した場合は、「摘要」欄に前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。
- ス 呼吸心拍監視を算定した場合は、「摘要」欄に算定開始日を記載すること。
- セ 光トポグラフィーを算定した場合は、「摘要」欄に手術実施日又は手術実施予定日を記載し、手術が行われなかった場合は、「摘要」欄にその理由を記載すること。
- ソ 鼻腔通気度検査を算定した場合は、「摘要」欄に当該検査に関連する手術名及び手術日（手術前に当該検査を実施した場合においては手術予定日）を記載すること。

(30) 「画像診断」欄について

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

〔記載例〕

基エ (15日) 825

- コ コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に行った場合は、それぞれ頭部、躯幹、四肢の各部位の初回の実施日を「摘要」欄に記載すること。
- サ 写真診断、基本的エックス線診断、核医学診断又はコンピューター断層診断について、画像診断管理加算1を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に **写画1**、**基画1**、**核画1**、**コ画1** と表示すること。また、核医学診断又はコンピューター断層診断について、画像診断管理加算2を算定した場合は、当該加算した点数を記載し、「摘要」欄に **核画2** 又は **コ画2** と表示すること。

(31) 「その他」欄について

- ア 短期滞在手術基本料1を算定した場合は、「摘要」欄に **短手1** と表示し、併せて手術日及び手術名を記載すること。

イ 外来患者に対し処方せんを交付した場合は、処方せんの項に処方せん料の点数毎の回数及び点数を記載すること。

なお、緊急やむを得ず、同一の患者に対して、同一診療日に一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を処方せんにより投薬した場合は、「摘要」欄にその月日及び理由を記載すること。乳幼児加算を算定した場合は、処方せんの項に当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、乳幼児加算の表示は必要がないこと。また、特定疾患処方管理加算を算定した場合は、処方せんの項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に「特処」と表示し、回数及び点数を記載すること。

なお、複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が処方した場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。

ウ リハビリテーションを算定した場合は、当該項目、算定単位数及び合計点数を記載するとともに、「摘要」欄に実施日数を記載すること。また、精神科専門療法を算定した場合は、当該項目、回数及び合計点数を記載すること。ただし、持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料を算定した場合は、「持精」と表示すること。心疾患リハビリテーション料及び難病患者リハビリテーション料については、発症月日を「摘要」欄に記載すること。早期リハビリテーション加算を算定した場合は、「摘要」欄に「早」と表示し、当該加算の対象となる疾患名及び発症月日又は新たな発症月日を記載すること。痴呆患者特殊療法料については(3)の例によること。通院精神療法を退院患者について算定した場合には退院日、標準型精神分析療法を算定した場合は当該診療に要した時間、また、精神科退院前訪問指導料を2回算定した場合は、各々の訪問指導日をそれぞれ「摘要」欄に記載すること。また、初診の日に通院精神療法又は心身医学療法を算定した場合は、当該診療に要した時間を「摘要」欄に記載すること。

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

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

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

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

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

なお、放射性粒子、高線量率イリジウム又は低線量率イリジウムを使用した場合は、「摘要」欄に当該名称及び使用量を記載すること。

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

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

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

(32) 「入院」欄について

ア 病院・診療所別の該当する文字を○で囲み、入院基本料について、該当する入院基本料の種類別を病院・診療所別欄の下の空欄（以下「入院基本料種別欄」という。）に次に掲げる略号を用いて記載すること。また、別に厚生労働大臣が定める看護師比率に関する基準を満たすことがで

きない病棟の入院基本料については、入院基本料種別欄中の当該略号の次に「未」と記載すること。入院診療計画について別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合、院内感染防止対策を未実施の場合、医療安全管理体制を未整備の場合又は褥瘡対策を未実施の場合は、入院基本料種別欄に「計画未」、「感防未」、「安管未」又は「褥瘡未」と記載し、老人病棟に入院している患者の場合には、(34)の例によること。

結核病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（結核病棟の場合）について、入院期間が91日以上の間について、所定点数からの減算が行われない場合は、「摘要」欄に、「減無」と記載すること。

なお、入院基本料種別欄に書ききれない場合は「摘要」欄に記載し、また、電子計算機で該当する文字のみを印字する場合は、前記の種類順であれば、様式の区分、配字等を変更することとして差し支えないこと。

I群1、I群2、I群3、I群4、I群5（一般病棟I群入院基本料1～5）、II群3、II群4、II群5（一般病棟II群入院基本料3～5）、I群特1、I群特2（一般病棟I群特別入院基本料1～2）、II群特1、II群特2（一般病棟II群特別入院基本料1～2）、療1、療2（療養病棟入院基本料1～2）、療特1、療特2（療養病棟特別入院基本料1～2）、結1、結2、結3、結4、結5、結6、結7（結核病棟入院基本料1～7）、結特1、結特2（結核病棟特別入院基本料1～2）、精1、精2、精3、精4、精5、精6、精7（精神病棟入院基本料1～7）、精特1、精特2（精神病棟特別入院基本料1～2）、特一I1、特一I2（特定機能病院入院基本料一般病棟I群1～2）、特一II1、特一II2、特一II3（特定機能病院入院基本料一般病棟II群1～3）、特結I1、特結I2（特定機能病院入院基本料結核病棟I群1～2）、特結II1、特結II2、特結II3（特定機能病院入院基本料結核病棟II群1～3）、特精I1、特精I2（特定機能病院入院基本料精神病棟I群1～2）、特精II1、特精II2、特精II3（特定機能病院入院基本料精神病棟II群1～3）、専1、専2（専門病院入院基本料1～2）、障1、障2、障3、障4、障5（障害者施設等入院基本料1～5）、老1、老2、老3、老4、老5（老人病棟入院基本料1～5）、老特（老人病棟特別入院基本料）、診I1、診I2、診I3（有床診療所I群入院基本料1～3）、診II3、診II4（有床診療所II群入院基本料3～4）、診療床（有床診療所療養病床入院基本料）、診療床特（有床診療所療養病床特別入院基本料）

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

ウ 療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟は、必要があつて患者を他の病棟へ移動させた場合は、その医療上の必要性について、「摘要」欄に詳細に記載すること。

エ 「入院基本料・加算」の項について

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

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

(イ) 入院時医学管理加算、紹介外来加算、紹介外来特別加算、急性期入院加算、急性期特定入院加算、地域医療支援病院入院診療加算2、診療録管理体制加算、特殊疾患入院施設管理加算、新生児入院医療管理加算、看護配置加算、看護補助加算、夜間勤務等看護加算、特別看護加算、特別看護補助加算、療養環境加算、重症者等療養環境特別加算、療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算、重症皮膚潰瘍管理加算、緩和ケア診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神病棟入院時医学管理加算又は児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定した場合は、入院基本料種別欄に、**医管**、**紹外**、**紹外特**、**急性**、**急性特**、**地入診2**、**録管**、**特疾**、**新入医**、**看配**、**補4**（4対1看護補助加算）、**補5**（5対1看護補助加算）、**補6**（6対1看護補助加算）、**補10**（10対1看護補助加算）、**補15**（15対1看護補助加算）、**夜1**（夜間勤務等看護加算1）、**夜2**（夜間勤務等看護加算2）、**夜3**（夜間勤務等看護加算3）、**夜4**（夜間勤務等看護加算4）、**夜5**（夜間勤務等看護加算5）、**1付I**（1人付特別看護加算I）、**1付II**（1人付特別看護加算II）、**2付I**（2人付特別看護加算I）、**2付II**（2人付特別看護加算II）、**2付補**（2人付特別看護補助加算）、**3付補**（3人付特別看護補助加算）、**環境**、**重境**、**療環1**（療養病棟療養環境加算1）、**療環2**（療養病棟療養環境加算2）、**療環3**（療養病棟療養環境加算3）、**診環1**（診療所療養病床療養環境加算1）、**診環2**（診療所療養病床療養環境加算2）、**重皮潰**、**緩和**、**精応**、**精医管**又は**児思精**を記載し、特別看護加算に係る長時間加算を算定した場合は併せて**長**を、特別看護補助加算に係る長時間加算を算定した場合は併せて**長1**又は**長2**を記載すること。

なお、地域医療支援病院入院診療加算2、診療録管理体制加算又は精神科応急入院施設管理加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合は、当該加算を算定した入院年月日を、新生児入院医療管理加算を新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料と合わせて31日以上算定した場合は、出生時体重を、重症皮膚潰瘍管理加算を算定した場合は、患者の皮膚潰瘍に係るSheaの分類を、「摘要」欄に記載し、精神科応急入院施設管理加算を算定した場合は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第33条の4第2項に基づく精神病院の管理者から都道府県知事に対する届出の書面の写しを添付すること。

(ウ) 地域医療支援病院入院診療加算1、救急医療管理加算、乳幼児救急医療管理加算、在宅患者応急入院診療加算、乳幼児加算、幼児加算、難病等特別入院診療加算、二類感染症患者入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算、準超重症児（者）入院診療加算、HIV感染者療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、精神科措置入院診療加算又は精神科隔離室管理加算を算定した場合は、「摘要」欄に、**地入診1**、**救医**、**乳救医**、**任応**、**乳**、**幼**、**新介**、**乳介**、**難入**、**二感入**、**超重症**、**準超重症**、**感染特**、**小環特**、**無菌**、**放室**、**精措**又は**精隔**を記載すること。

なお、地域医療支援病院入院診療加算1、救急医療管理加算、乳幼児救急医療管理加算又は在宅患者応急入院診療加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合は、当該加算を算定した入院年月日を記載すること。また、小児療養環境特別加算を算定した場合は、「摘要」欄に個室での管理が必要な旨及び当該患者の病態の概要を記載し、精神科隔離室管理加算を算定した場合は、「摘要」欄に算定日を記載すること。

- (イ) 日常生活障害加算又は痴呆加算を算定した場合は、「摘要」欄に(障)又は(痴)と表示し、当該加算を算定した日数を記載するとともに、当該加算を当月に算定した根拠となる評価(当該加算の基準に基づくランク等)及び評価日を記載すること。なお、月の途中で加算点数に変更がある場合には、その都度、評価及び評価日を記載すること。
- (ロ) 有床診療所入院基本料を算定している患者について看護配置に応じた加算がある場合は、「摘要」欄に(有看)を記載すること。
- オ 外泊した場合は、行を改めて入院基本料又は特定入院料を算定する日ごとに1日当たりの所定点数、日数並びに合計点数を記載し「摘要」欄に外泊した日を記載すること。
 なお、外泊した日の記載については、連続して3日を超える場合にあっては、外泊の開始日と終了日を「～」等で結ぶことにより記載して差し支えないこと。
- カ 特定入院料、療養病棟入院基本料、老人病棟入院基本料又は診療所療養病床入院基本料(以下カにおいて「特定入院料等」という。)を算定している患者について、専門的な診療が必要となり、他医療機関において「診療報酬点数表(平成6年3月厚生省告示第54号)及び老人診療報酬点数表(平成6年3月厚生省告示第72号)の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」別添1第1章第2部5の(3)のアからケまでに規定する診療を行った場合は、入院医療機関においては、行を改めて減額された特定入院料等の所定点数、算定日数及び合計点数を記載すること。また、他医療機関においては、「摘要」欄に「当該患者の算定する特定入院料等」、「診療科」及び「(他)。(受診日数:○日)」と記載すること。
- キ 180日を超える期間通算対象入院料を算定している患者について、平成14年3月厚生労働省告示第88号第4号のいずれにも該当しない場合は、「摘要」欄に「選」と記載し、いずれかに該当する場合は、「摘要」欄に「選外」と記載し、その理由を簡潔に記載すること。また、月の途中で通算対象入院料を算定する期間が180日を超えた場合は、行を改めて減額された通算対象入院料の所定点数、算定日数及び合計点数を記載すること。
- ク 特別の関係にある保険医療機関等に入院又は入所していたことのある患者であって、入院期間を当該保険医療機関等の初回入院日を起算日として計算する場合は、「摘要」欄に(特別)と表示すること。
- ケ 定数超過入院に該当する保険医療機関にあっては、当該入院基本料の1日当たり点数(療養病棟入院基本料、老人病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料の場合は所定点数から所定点数に100分の10を乗じて得た点数を控除した点数、それ以外の入院基本料の場合は所定点数から所定点数に100分の20を乗じて得た点数を控除した点数)、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に(超過)と表示すること。
- コ 医療法の人員標準を満たさない保険医療機関にあっては、当該入院基本料の1日当たりの所定点数(離島等所在保険医療機関以外の場合は所定点数から所定点数に100分の12、100分の15、100分の18、100分の21、100分の24、100分の27又は100分の30を乗じて得た点数を控除した点数、離島等所在保険医療機関の場合は所定点数から所定点数に100分の3又は100分の6を乗じて得た点数を控除した点数)、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に(標欠)、(医欠5)、(医欠6)、(医欠8)、(看欠5)、(看欠6)又は(看欠8)と表示すること。
- サ 「特定入院料・その他」の項について
- (イ) 特定入院料については、算定した特定入院料の種別を次の略号を用いて記載し、それぞれの日数及び合計点数(①地域加算該当施設である場合、②救命救急入院料を算定している患者について加算若しくは減算がある場合、③特定集中治療室管理料を算定している患者について減

算がある場合、④特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料若しくは特殊疾患療養病棟入院料を算定している患者について人工呼吸器使用加算がある場合又は⑤小児入院医療管理料を算定している患者について施設基準に応じた加算がある場合にあつては、それぞれの加算を加えた点数又は減算後の点数を記載すること。また、入院診療計画について別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合、院内感染防止対策を未実施の場合、医療安全管理体制を未整備の場合又は褥瘡対策を未実施の場合には、(32)の例により「特定入院料・その他」欄に記載すること。

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

- (イ) 救命救急入院料の算定に係る入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合は、救命救急入院料の算定に係る入院年月日を「摘要」欄に記載すること。また、高度救命救急センターである場合、救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階B若しくはCである場合（充実度評価を受けていない場合（新規開設の場合を除く。）を含む。）又は急性薬毒物中毒に係る加算を算定した場合は、「摘要」欄に、それぞれ、**高救**、**減救**又は**薬救**と記載すること。
- (ロ) 新生児特定集中治療室管理料を新生児入院医療管理加算及び総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料と合計して22日以上算定した場合又は総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料を新生児入院医療管理加算及び新生児特定集中治療室管理料と合計して22日以上算定した場合は、出生時体重を「摘要」欄に記載すること。
- (ハ) 特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患療養病棟入院料又は精神療養病棟入院料を算定している患者について、必要があつて患者を他の病棟へ移動した場合は、その医療上の必要性を「摘要」欄に詳細に記載すること。
- (ニ) 精神科救急入院料又は精神科急性期治療病棟入院料を算定した場合は、当該点数の算定を開始した日を「摘要」欄に記載し、転棟患者等の場合は、転棟の必要性について併せて記載すること。なお、老人性痴呆疾患治療病棟入院料、老人性痴呆疾患療養病棟入院料については、(34)の例によること。
- (ホ) 短期滞在手術基本料2を算定した場合は、「摘要」欄に**短手2**と表示し、併せて手術日及び手術名を記載すること。
- (33) 老人医療における「保険医療機関の所在地及び名称」、「診療実日数」、「初診」、「再診」、「指導」、「在宅」、「注射」、「処置」、「検査」及び「その他」欄について次に掲げるもののほか(16)、(20)、(22)から(25)、(27)から(29)及び(31)と同様であること。この場合において、(16)中「外来診療料」とあるのは「老人外来診療料」と、「特定疾患療養指導料」とあるのは「老人慢性疾患生活指導料」と、(20)のイ中「在宅患者入院共同指導料(I)」とあるのは「在宅患者入院共同指導料(I)又は寝たきり老人退院時共同指導料(I)」と、同キ中「初診料・再診料・外来診療料」とあるのは「老人初診料・老人再診料・老人外来診療料」と、(22)のオ中「初診料」とあるのは「老人初診料」

と、(23)のア中「外来診療料」とあるのは「老人外来診療料」と、同イ中「再診料」とあるのは「老人再診料」と、同カ中「再診料」とあるのは「老人再診料」と、(24)のク中「薬剤情報提供料」とあるのは「老人薬剤情報提供料」とそれぞれ読み替えるものとする。

ア 老人外来管理加算を算定した場合は、「再診」欄の外来管理加算の項に所定点数を記載すること。

イ 老人慢性疾患生活指導料又は痴呆患者在宅療養指導管理料を算定した場合は、「指導」欄に「慢疾」又は「痴呆」と表示して、点数を記載すること。

ウ 寝たきり老人退院時共同指導料(I)を算定した場合は、診療報酬明細書(入院外)の「指導」欄に「退院共同(I)」と表示して、点数を記載すること。また、寝たきり老人退院時共同指導料(II)を算定した場合は、診療報酬明細書(入院)の「指導」の欄に「退院共同(II)」と表示して、点数を記載し、退院日を「摘要」欄に記載すること。

エ 老人退院前訪問指導料を算定した場合は、「指導」欄に「退前」と表示して、点数を記載すること。また、老人退院前訪問指導料を2回算定した場合は、「摘要」欄に各々の訪問指導日を記載すること。

オ 寝たきり老人在宅総合診療料イ又はロを算定した場合は、「在宅」欄のその他の項に「在宅総合イ」又は「在宅総合ロ」と表示して、点数を記載すること。

なお、24時間連携体制加算(I)、(II)又は(III)を算定した場合は、所定点数に当該点数を加算した点数を当該点数として記載し、「在宅総合イ、ロ」の字句の次に「連I」、「連II」又は「連III」と表示すること。また、緊急時入院体制加算を算定した場合は、所定点数、又は、所定点数に24時間連携体制加算(I)、(II)又は(III)を加えた点数に当該加算点数を加算した点数を当該点数として記載し、「在宅総合イ、ロ」又は「在宅総合イ、ロ」に「連I」、「連II」又は「連III」の字句の次に「緊」と表示すること。さらに在宅老人ターミナルケア加算を算定した場合は、所定点数等に当該加算点数を加算した点数を当該点数として記載し、「在宅総合イ、ロ」、「連I」、「連II」又は「連III」、「緊」の字句の次に「夕」と表示すること。

なお、症状の急性増悪等により寝たきり老人在宅総合診療料を算定しない場合には、「摘要」欄にその理由を記載すること。

カ 寝たきり老人訪問指導管理料を算定した場合は、「在宅」欄のその他の項に「訪問指導」と表示して、点数を記載すること。

キ 退院患者継続訪問指導料を算定した場合は、「在宅」欄のその他の項に「継続指導」と表示して、回数及び総点数を記載するほか、「摘要」欄にその算定日及び退院日を記載すること。

ク 入院中の患者(老人精神病棟等入院患者を除く。)に対して点滴注射を行った場合(1日分の注射量が500ml以上の場合に限る。)は、「注射」欄のその他の項に、注射の種類を記して、それぞれ日数又は回数及び点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所定単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。

ケ 老人精神病棟等点滴注射料を算定した場合は、「注射」欄のその他の項に「老注」と表示して、日数及び合計点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に、1日分の使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。

コ 老人処置料、老人精神病棟等処置料、老人留置カテーテル設置料又は老人導尿料を算定した場合は、「処置」欄にそれぞれ「褥瘡」、「老人等処置」、「留置カテ」又は「導尿」と表示して、回数及び合計点数を記載すること。

サ 90日を超える期間一般病棟に入院している患者であって特定患者に係る厚生労働大臣が定める

状態等にあるもの（平成14年3月厚生労働省告示第73号別表第四の第7号に該当する患者）について胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、「処置」欄に「洗浄」と、同別表第四の第8号に該当する患者について喀痰吸引を算定した場合は、「処置」欄に「頻回」と表示して回数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に処置名を記載すること。

シ 老人医療の診療報酬点数表第2章第3部の注1のイの検査料を算定した場合は、「検査」欄に検査名、回数及び点数を記載すること。

ス 老人精神病棟等入院時基本検査料を算定した場合は、「検査」欄に「老人等検査」と表示して、点数を記載すること。

セ 老人精神病棟等検体検査判断料を算定した場合は、(29)のウ及びエと同様に記載すること。

ソ 老人理学療法(I)、(II)、(III)若しくは(IV)又は老人作業療法(I)若しくは(II)を算定した場合は、「その他」欄にそれぞれ「老理(I)」、「老理(II)」、「老理(III)」若しくは「老理(IV)」又は「作業(I)」若しくは「作業(II)」と表示して、算定単位数及び合計点数を記載するほか、「摘要」欄に実施日数を記載すること。また、急性発症した脳血管疾患等の患者に対する老人理学療法(I)、老人理学療法(II)、老人作業療法(I)及び老人作業療法(II)を行い早期リハビリテーション加算を算定する場合には、摘要欄に「早」と表示し、当該加算の対象となる疾患名及び発症月日又は新たな発症年月日を「摘要」欄に記載すること。また、外来移行加算を算定した場合は、退院日を「摘要」欄に記載すること。

タ 老人リハビリテーション総合計画評価料を算定した場合は、「その他」欄に「リハ総評」と表示して、点数を記載すること。

チ 重度痴呆患者デイ・ケア料(I)又は重度痴呆患者デイ・ケア料(II)を算定した場合は、「その他」欄に「痴呆デイ(I)」又は「痴呆デイ(II)」と表示して、回数及び合計点数を記載すること。

ツ 入院生活リハビリテーション管理指導料を算定した場合は、「その他」欄に「リハ指導」と表示して、算定の対象となる週の数及び合計点数を記載すること。

テ 痴呆性老人入院精神療法料を算定した場合は、「その他」欄に「入院精神」と表示して、算定の対象となる週の数及び合計点数を記載すること。

ト 重度痴呆患者入院治療料を算定した場合は、「その他」欄に「重痴入院」と表示して、回数及び合計点数を記載すること。

(34) 老人医療における「入院」欄について

次に掲げるものを除き、(32)と同様であること。この場合において、(32)のア、イ、エ、オ及びキ中「入院基本料」とあるのは「老人入院基本料」と、「I群1、I群2、I群3、I群4、I群5（一般病棟I群入院基本料1～5）」とあるのは「老I群1、老I群2、老I群3、老I群4、老I群5（老人一般病棟I群入院基本料1～5）」と、「II群3、II群4、II群5（一般病棟II群入院基本料3～5）」とあるのは「老II群3、老II群4、老II群5（老人一般病棟II群入院基本料3～5）」と、「I群特1、I群特2（一般病棟I群特別入院基本料1～2）」とあるのは「老I群特1、老I群特2（老人一般病棟I群老人入院基本料1～2）」と、「II群特1、II群特2（一般病棟II群特別入院基本料1～2）」とあるのは「老II群特1、老II群特2（老人一般病棟II群入院基本料1～2）」と、「療1、療2（療養病棟入院基本料1～2）」とあるのは「老療1、老療2（老人療養病棟入院基本料1～2）」と、「療特1、療特2（療養病棟特別入院基本料1～2）」とあるのは「老療特1、老療特2（老人療養病棟特別入院基本料1～2）」と、「結1、結2、結3、結4、結5、結6、結7（結核病棟入院基本料1～7）」とあるのは「老結1、老結2、老結

3、老結4、老結5、老結6、老結7（老人結核病棟入院基本料1～7）」と、「結特1、結特2（結核病棟特別入院基本料1～2）」とあるのは「老結特1、老結特2（老人結核病棟特別入院基本料1～2）」と、「精1、精2、精3、精4、精5、精6、精7（精神病棟入院基本料1～7）」とあるのは「老精1、老精2、老精3、老精4、老精5、老精6、老精7（老人精神病棟入院基本料1～7）」と、「精特1、精特2（精神病棟特別入院基本料1～2）」とあるのは「老精特1、老精特2（老人精神病棟特別入院基本料1～2）」と、「特一Ⅰ1、特一Ⅰ2（特定機能病院入院基本料一般病棟Ⅰ群1～2）」とあるのは「老特一Ⅰ1、老特一Ⅰ2（老人特定機能病院入院基本料一般病棟Ⅰ群1～2）」と、「特一Ⅱ1、特一Ⅱ2、特一Ⅱ3（特定機能病院入院基本料一般病棟Ⅱ群1～3）」とあるのは「老特一Ⅱ1、老特一Ⅱ2、老特一Ⅱ3（老人特定機能病院入院基本料一般病棟Ⅱ群1～3）」と、「特結Ⅰ1、特結Ⅰ2（特定機能病院入院基本料結核病棟Ⅰ群1～2）」とあるのは「老特結Ⅰ1、老特結Ⅰ2（老人特定機能病院入院基本料結核病棟Ⅰ群1～2）」と、「特結Ⅱ1、特結Ⅱ2、特結Ⅱ3（特定機能病院入院基本料結核病棟Ⅱ群1～3）」とあるのは「老特結Ⅱ1、老特結Ⅱ2、老特結Ⅱ3（老人特定機能病院入院基本料結核病棟Ⅱ群1～3）」と、「特精Ⅰ1、特精Ⅰ2（特定機能病院入院基本料精神病棟Ⅰ群1～2）」とあるのは「老特精Ⅰ1、老特精Ⅰ2（老人特定機能病院入院基本料精神病棟Ⅰ群1～2）」と、「特精Ⅱ1、特精Ⅱ2、特精Ⅱ3（特定機能病院入院基本料精神病棟Ⅱ群1～3）」とあるのは「老特精Ⅱ1、老特精Ⅱ2、老特精Ⅱ3（老人特定機能病院入院基本料精神病棟Ⅱ群1～3）」と、「専1、専2（専門病院入院基本料1～2）」とあるのは「老専1、老専2（老人専門病院Ⅰ群入院基本料1～2）」と、「障1、障2、障3、障4、障5（障害者施設等入院基本料1～5）」とあるのは「老障1、老障2、老障3、老障4、老障5（老人障害者施設等入院基本料1～5）」と、「診Ⅰ1、診Ⅰ2、診Ⅰ3（有床診療所Ⅰ群入院基本料1～3）」とあるのは「老診Ⅰ1、老診Ⅰ2、老診Ⅰ3（老人有床診療所Ⅰ群入院基本料1～3）」と、「診Ⅱ3、診Ⅱ4（有床診療所Ⅱ群入院基本料3～4）」とあるのは「老診Ⅱ3、老診Ⅱ4（老人有床診療所Ⅱ群入院基本料3～4）」と、「診療床（有床診療所療養病床入院基本料）」とあるのは「老診療床（老人有床診療所療養病床入院基本料）」と、「診療床特（有床診療所療養病床特別入院基本料）」とあるのは「老診療床特（老人有床診療所療養病床特別入院基本料）」と、「入院基本料等加算」とあるのは「老人入院基本料等加算」と読み替えるものとする。

ア 老人入院基本料については、一般病棟における入院期間が90日を超える患者のうち、いわゆる「特定患者」に該当する場合は、「摘要」欄に「特」と記載し、該当しない場合は、「摘要」欄に「特外」と記載し、その理由（悪性新生物に対する治療を行っている、など）を簡潔に記載すること。

イ 老人一般病棟入院医療管理料、老人性痴呆疾患治療病棟入院料又は老人性痴呆疾患療養病棟入院料（以下「入院医療管理料等」という。）を算定した場合は、「特定入院料・その他」の項にそれぞれ「老入管」、「痴治入院」又は「痴療入院」と表示して、回数及び合計点数を記載すること。

なお、当該入院医療管理料等の算定開始日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合は、「摘要」欄に当該入院医療管理料等の算定開始日を記載すること。老人性痴呆疾患治療病棟入院料を算定した場合に入院期間が前月から引き続いているため、当該月の途中で90日を超えることとなった場合は、1日につき所定点数から減算した点数を当該点数として記載すること。この際、「摘要」欄に、それぞれの算定の基礎となった入院期間（月日）を記載すること。

また、入院医療管理料等を算定した患者について、当該届出病棟（病床）から他の病棟（病

床)に移動した場合には、当該移動した日及びその理由を「摘要」欄に記載すること。

ウ 診療所老人医療管理料を算定した場合は、「特定入院料・その他」の項に「診医療管」と表示して、合計点数(地域加算該当施設の場合はその加算点数を加えた点数)を記載すること。なお、入院期間が前月から引き続いているため、当該月の途中で14日を超えることとなった場合は、1日につき所定点数から減算した点数を当該点数として記載すること。なお、この際、「摘要」欄に、それぞれの算定の基礎となった入院期間(月日)を記載すること。

(35) 「療養の給付」欄について

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(ウ) 健康保険法施行令第43条第1項第1号ロ、国民健康保険法施行令(昭和33年政令第362号)第29条の4第1項第1号ロ又は老人保健法施行令(昭和57年政令第293号)第16条第1項第1号ロの規定が適用される者の場合は、「負担金額」及び「一部負担金額」の項には、前各号により算定した額(この額に一円未満の端数がある場合において、その端数金額が五十銭未満であるときは、これを切り捨て、その端数金額が五十銭以上であるときは、これを切り上げた額)を

記載すること。

- (エ) 健康保険法施行令第42条第2項第4号、国民健康保険法施行令第29条の3第3項第4号に掲げる者又は老人保健法施行令第15条第1項第4号に掲げる者の場合は、入院分にあつては、「Ⅰ」の字句を○で囲むこととし、入院外分にあつては、在宅末期医療総合診療料又は寝たきり老人在宅総合診療料を算定している場合に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅰ」と記載すること。
- (カ) 健康保険法施行令第42条第2項第3号、国民健康保険法施行令第29条の3第3項第3号に掲げる者又は老人保健法施行令第15条第1項第3号に掲げる者の場合は、入院分にあつては、「Ⅱ」の字句を○で囲むこととし、入院外分にあつては、在宅末期医療総合診療料又は寝たきり老人在宅総合診療料を算定している場合に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅱ」と記載すること。
- (ク) 国民健康保険及び退職者医療の場合で、一部負担金の減免又は支払いが猶予される場合は、イの(イ)と同様とすること。
- (ケ) 老人医療の場合で、老人保健法第28条第3項の規定に基づき市町村長から一部負担金の減免を受けた者の場合は、「減」又は「免」のいずれかを○で囲み、減額を受けた者の場合は減額後の一部負担金の金額を記載すること。
- (コ) 老人医療の入院分及び入院外分（在宅末期医療総合診療料又は寝たきり老人在宅総合診療料を算定する場合に限る。）にあつて、保険者を変更したが、世帯に変更がない場合は、「摘要」欄に保険者の変更日を記載すること。
- (ク) 「公費①」及び「公費②」の項には、それぞれ第1公費及び第2公費に係る医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金（標準負担額を含む。）の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、当該額）を記載すること。なお、老人医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と結核予防法又は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律との併用の場合（入院の場合及び在宅末期医療総合診療料又は寝たきり老人在宅総合診療料を算定した場合に限る。）には、一部負担金から同負担金のうち当該公費負担医療が給付する額を控除した額（即ち、窓口で徴収した額）を記載すること。

ただし、医療保険（高齢受給者に係るもの及び老人医療のうち、入院の場合及び在宅末期医療総合診療料又は寝たきり老人在宅総合診療料を算定した場合を除く。）と結核予防法又は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律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。

(30) 「食事」欄について

ア 「基準」の項には、算定した項目について次の略号を用いて記載すること。

Ⅰ（入院時食事療養Ⅰ）、Ⅱ（入院時食事療養Ⅱ）、管（特別管理）、堂（食堂）

イ 「基準」の項の右の項には、食事療養に係る1日当たり所定金額及び日数を記載すること。この場合、特別管理加算及び食堂加算については入院時食事療養（Ⅰ）に加算した額を1日当たりの所定金額として記載し、特別食加算又は選択メニュー加算を算定した場合には、それぞれ行を改めて次の略号を用いて1日当たりの所定金額及び日数を記載すること。

特（特別食）、選（選択メニュー）

ウ ただし、アに掲げる加算金額等を月の途中で変更した場合には、「摘要」欄に変更の前後に分けて、それぞれの基準の内容、1日当たりの所定金額及び日数を記載すること。

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

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

(37) 「食事療養」欄について

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

ただし、食事療養を行った日数が診療実日数と同じ場合は、食事療養を行った日数の記載を省略し、第1公費に係る食事療養が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る「請求」の項の記載を省略して差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る請求金額が第1公費に係る請求金額と同じ場合は、第2公費に係る「請求」の項の記載を省略しても差し支えないこと。

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

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

ウ 健康保険法施行令第42条第2項第4号、国民健康保険法施行令第29条の3第3項第4号に掲げる者又は老人保健法施行令第15条第1項第4号に掲げる者の場合は、(35)「療養の給付」欄についてのウの(イ)と同様とする。

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

(38) 「摘要」欄について

ア 介護保険に相当するサービスのある診療を行った場合に、当該患者が要介護者又は要支援者である場合には、「摘要」欄に ① と記載すること。また、介護保険の適用病床において、患者の急性増悪等により、緊急に診療を行った場合についても、同様とし、この場合においては、介護保険適用の病床において、医療保険からの給付が必要となった理由（急性肺炎の治療のためなど）を簡潔に記載すること。

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

ウ 内訳を記載するに当たって、「摘要」欄に書ききれずに符せんを付す必要がある場合には、

「摘要」欄の右端の余白に符せんを貼り付けるとともに、「摘要」欄の幅に折り返しておくこと。この場合において、符せんに代えて続紙として、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙の下端を50mm程度切りとったものに、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別（例；1社・国1単独 1本入）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担者番号）、被保険者証・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、内容を記載し、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けることとしても差し支えないこと。

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

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

(9) 「公費分点数」欄について

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

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

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

(10) その他

ア 3種の公費負担医療の併用の者に係る明細書の記載要領の特例について

特例的に、生活保護法、結核予防法及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあっては、法別番号順等によらず、次の記載要領によること。

(ア) 生活保護法に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄に記載し、結核予防法に係る分は「公費負担者番号①」欄に、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に係る分は「公費負担者番号②」欄に記載すること。

(イ) 「職務上の事由」欄は記載しないこと。

(ウ) 生活保護法に係る診療実日数は「診療実日数」欄の「保険」の項に、結核予防法に係る分は「公費①」の項に、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に係る分は「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

なお、結核予防法又は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に係る診療実日数が、生活

保護法に係る診療実日数と同じ場合は、当該診療実日数の記載を省略しても差し支えないこと。

(㉔) 「初診」欄から「入院」欄には生活保護法に係る回数及び点数を記載すること。

(㉕) 「公費分点数」欄は縦に2区分し、左欄に結核予防法、右欄に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に係る請求点数を記載することとするが、生活保護法に係る請求点数と同じ請求点数の公費負担医療がある場合は、縦に2区分すること及び当該請求点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

(㉖) 生活保護法に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事療養」欄の「保険」の項に、結核予防法に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事療養」欄の「公費①」の項に、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事療養」欄の「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

イ 医療保険と3種の公費負担医療の併用の者に係る記載要領の特例について

別添3「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担医療を「第1公費」とし、後順位の公費負担医療を順次「第2公費」、「第3公費」として、第3公費に係る公費負担者番号、受給者番号及び診療実日数を、「摘要」欄に「第3公費」と表示して、次の略称を用いて記載すること。また、第3公費に係る療養の給付の合計点数、負担金額、食事療養を行った日数及び当該療養に係る金額の合計額並びに標準負担額は、「療養の給付」欄及び「食事療養」欄の「公費②」の項をそれぞれ上下に区分し、上欄には第2公費に係る事項を、下欄には第3公費に係る事項を記載すること。

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

公3（公費負担者番号）、受（受給者番号）、実（診療実日数）

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

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

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

オ 特定承認保険医療機関において、厚生労働大臣の承認を受けた高度先進医療を実施した場合には、「特記事項」欄に「高度」と記載するとともに、当該承認を受けた高度先進医療の名称を「摘要」欄の最上部に記載すること。

カ 平成14年3月11日保医発第0311002号通知に規定する特別養護老人ホーム等に赴き、特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合は、「特記事項」欄に「施」と記載すること。

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

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

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

差し支えないこと。

ク 健康保険法第63条第2項の規定に基づき厚生労働大臣の定める療養を定める件（平成6年8月厚生省告示第236号）第7号の規定に基づく薬事法（昭和35年法律第145号）に規定する治験に係る診療報酬の請求については、次に掲げる方法によること。

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

(イ) 「特記事項」欄に「薬治」と記載すること。

(ウ) 明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。

a 治験の依頼者の氏名及び連絡先

b 治験薬等の名称及び予定される効能効果

c 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）

(エ) 上記(ア)の場合においては、治験期間外に実施し請求の対象となる検査、画像診断、投薬及び注射（投薬及び注射については、当該治験の対象とされる薬物の予定されている効能又は効果と同様の効能又は効果を有する医薬品に係るものに限る。）について、その実施日を「摘要」欄に記載すること。

(オ) 特定入院料等いわゆる包括化されていた項目を算定している保険医療機関の場合の当該項目に係る記載については、当該項目の点数から当該項目に包括されるもののうち診療報酬の請求ができない項目の所定点数の合計を差し引いた点数を記載するとともに、「摘要」欄に診療報酬の請求ができない項目及び所定点数を記載すること（別業にしても差し支えない。）。

ケ 健康保険法第63条第2項の規定に基づき厚生労働大臣が定める療養を定める件第10号の規定に基づく薬事法に規定する治験に係る診療報酬請求については、次に掲げる方法によること。

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

(イ) 「特記事項」欄に「材治」と記載すること。

(ウ) 明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。

a 治験の依頼者の氏名及び連絡先

b 治験用具等の名称

c 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）及び治験用具等を用いた手術又は処置が行われた日

(エ) 上記(ア)の場合においては、請求の対象となる検査、画像診断、処置及び手術について、その実施日を「摘要」欄に記載すること。

(オ) 特定入院料等いわゆる包括化されていた項目を算定している保険医療機関の場合の当該項目に係る記載については、当該項目の点数から当該項目に包括されるもののうち診療報酬の請求ができない項目の所定点数の合計を差し引いた点数を記載するとともに、「摘要」欄に診療報酬の請求ができない項目及び所定点数を記載すること（別業にしても差し支えない。）。

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

(4) 老人医療におけるその他

ア 老人保健特定疾病療養受療証を提示した患者の負担額が、老人保健法施行令第15条第5項に規定する金額を超えた場合にあつては、「特記事項」欄に「長」と表示すること。ただし、患者

が老人保健特定疾病療養受療証の提示を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除くこと。

イ 介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合は「老併」と、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合は「老健」と「特記事項」欄に記載すること。

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

ウ 老人被爆者の場合は、「摘要」欄右下に赤色で (原) の表示をすること。

エ その他は、(40)のア、イ及びオからケまでと同様であること。

医科診療報酬請求書の記載方法

診療年月を記載する。診療年月の異なる明細書がある場合には、それぞれの診療年月について請求書を作成すること。
 なお、返戻分及び再請求等やむを得ぬ事由による請求遅れ分については、この限りでないこと。

支払基金へ提出する年月日を記載する。

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁を記載する。

1 保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名については、指定申請の際に地方社会保険事務局長あて届け出たものを記載する。
 なお、開設者氏名については、開設者から診療報酬請求書等につき委任を受けている場合は、管理者の氏名であっても差し支えない。
 2 印については、必ず捺印する。
 なお、印形を一括印刷している場合、又は、ゴム印等を製作し押捺しても差し支えない。

入院・外来別に作成する。
 該当文字を○で囲む。
 なお、入院又は、外来のみを印刷した様式を用いても差し支えない。

平成 年 月分診療報酬請求書(医科・歯科 入院・入院外併用) 別記載

医療機関コード
 保険医療機関の所在地及び名称

下記のとおりに請求します。 平成 年 月 日 開設者氏名 印 入・外

区分	療養の給付				食事療養			
	件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	日数	金額	標準負担額
医療保険(70以上9割)と公費の併用								
01 (政)								
02(船) 職務上								
03 職務外								
04 (日)								
04 (日特)								
31~34(共) 下船3月								
一般								
06 (船)								
63・72~75(退) (退)								
小計								
医療保険(70以上8割)と公費の併用								
01 (政)								
02(船) 職務上								
03 職務外								
04 (日)								
04 (日特)								
31~34(共) 下船3月								
一般								
06 (船)								
63・72~75(退) (退)								
小計								
医療保険本人と公費の併用								
01 (政)								
02(船) 職務上								
03 職務外								
04 (日)								
04 (日特)								
31~34(共) 下船3月								
一般								
06 (船)								
07 (自)								
63・72~75(退) (退)								
小計								
医療保険家族と公費の併用								
01 (政)								
02 (船)								
03 (日)								
04 (日特)								
31~34(共) (共)								
06 (船)								
63・72~75(退) (退)								
小計								
医療保険(3歳)と公費の併用								
01 (政)								
02 (船)								
03 (日)								
04 (日特)								
31~34(共) (共)								
06 (船)								
63・72~75(退) (退)								
小計								
① 合計								

医療保険(70歳以上9割・8割)と公費負担医療の併用分をそれぞれに記載する。

医療保険単独に係る明細書分を「医療(70歳以上9割・8割・本人・家族・3歳)ごとに区分してそれぞれ管掌ごとに記載する。

医療保険(本人・家族・3歳)と公費負担医療の併用分をそれぞれに記載する。

「医療(70以上9割・8割・本人・家族・3歳)と公費の併用」欄と「医療単独(70以上9割・8割・本人・家族・3歳)の小計」欄とを合計して記載する。

1 医療保険又は老人保健と公費負担医療の併用分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件数、点数及び一部負担金を記載する。

2 「区分」欄の不動文字(法別番号12、10)以外に公費負担医療の請求がある場合は、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。

3 医療保険又は老人保健に係る請求点数と公費負担医療の点数が同じ場合は、明細書の「公費分①」欄の記載を省略した点数(「合計点数」欄の点数)を加えて合計して記載する。

1 老人医療(9割・8割)と公費負担医療の併用分のうち老人医療に係る分をそれぞれに記載する。

2 老人医療単独分(9割・8割)をそれぞれに記載する。(老人被爆者も含む)

1 入院分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「負担金額」の項の合計をそれぞれの制度の該当欄に記載する。

2 外来分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「一部負担金額」の項の合計をそれぞれの制度の該当欄に記載する。

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、当該併用に係る明細書分の件数及び点数等を記載する。

2 2種以上の公費負担医療を請求する場合で「区分」欄の不動文字(法別番号12、10)以外に公費負担医療の請求がある場合は、空欄に法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載する。

1 公費負担医療単独分明細書の件数及び点数等を記載する。

2 「区分」欄の不動文字(法別番号12、11、20)以外に公費負担医療の請求がある場合は、空欄に法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載する。

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

医療保険の「①合計」欄、老人保健の「②合計」欄及び公費単独の「③合計」欄の請求件数を合計して記載する。

老人被爆、老人保健と結核予防法の併用
老人保健と生活保護法の併用
老人保健と身体障害者福祉法の併用
老人保健と精神保健及び精神障害者福祉に関する法律との併用
老人保健と麻薬及び向精神薬取締法との併用
老人保健と感染症の予防及び感染症の患者に対する法律との併用
老人保健と特定疾患治療研究事業の併用
以上については、件数、日数等を記載する。
なお、外来分については療養の給付に係る事項のみで差し支えない。

医療機関コード

区分	療養の給付				食事療養			入-外
	件数	診療日数	点数	一部負担金(控除額)	件数	日数	金額	標準負担額
老人医療								
老人9割と公費の併用								
老人単独								
小計								
老人8割と公費の併用								
老人単独								
小計								
② 合計								
公費と医療(老人)の併用								
12(生保)								
10(結核34)								
公費と公費の併用								
12(生保)								
10(結核34)								
公費単独								
12(生保)								
11(結核35)								
20(精神29)								
③ 合計								
総合計①+②+③					件	請求金額		円

「老人9割と公費の併用」及び「老人単独」を合計して記載する。

「老人8割と公費の併用」及び「老人単独」を合計して記載する。

「老人9割」の小計欄と「老人8割」の小計欄を合計して記載する。

明細書の「食事療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「標準負担額」の項に係る金額を公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載する。

明細書の「食事療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る金額を公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載する。

公費負担医療制度ごとに食事療養に係る件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。

備考

区分	件数	日数	一部負担金	控除額	食事件数	食事日数	食事療養の金額	標準負担額(公費分)
43(老人被爆)								
10(結核34)								
11(結核35)								
12(生保)								
15(身障)								
20(精神29)								
21(精神32)								
22(麻薬)								
28(感染症)								
51(特疾)								

1 定数超過入院に該当する保険医療機関にあっては、**超過** と記載する。

2 医療法の人員標準を満たさない保険医療機関にあっては、**概欠** と記載する。

平成15年8月

茨城県基金

正しい診療報酬請求明細書の提出について（お願い）

当支払基金では適正なレセプトの提出促進を図るため、各保険医療機関への医療保険請求に関する情報等の広報及び支払基金ホームページへの掲載等により取り組んでおります。

つきましては、診療報酬請求書等を提出される際には、院内における事前点検の励行並びに下記の事項につきましてご留意のうえ提出されますよう宜しくお願いいたします。

記

1 【投薬料】

(1) 内服薬の投薬日数について

薬事法又は通知において投薬日数に制限がある内服薬を制限日数以上で請求されている。

ア 麻 薬	14日分を限度
イ 新医薬品	14日分を限度（告示後1年間）
ウ 向精神薬	14日分、30日分又は90日分を限度

注 長期の旅行等特殊の事情がある場合においては、必要最小限の範囲において、1回30日分を限度として投与して差し支えない。

なお、この場合には診療報酬明細書に事情理由のコメントを記載願います。

(2) 調剤技術基本料について

同一医療機関において同一月内に処方せんの交付がある場合は、調剤技術基本料は算定できません。

2 【指導管理料】及び【検査料】

採血料の算定について

- ・ 採血料が含まれている管理料及び検査料を実施した日に、採血料が請求されている。
- | | | |
|-------|----------|----------------|
| 指導管理料 | ・ B001-2 | 特定薬剤治療管理料 |
| | ・ B001-3 | 悪性腫瘍特異物質治療管理料 |
| 検 査 料 | ・ D286 | 肝及び腎のクリアランステスト |
| | ・ D287 | 内分泌負荷試験 |
| | ・ D288 | 糖負荷試験 |
| | ・ D289 | その他の機能テスト |

★ 支払基金ホームページ

<http://www.shiharaikikin.go.jp/>「お知らせコーナー」掲載内容は、告示による医薬品情報及び保険者の異動情報等を掲載しております。

なお、10月1日（水）からホームページアドレスを変更し「<http://www.ssk.or.jp/>」となります。

誤りの多い請求事例について

事例 1

診療報酬明細書(医科入院外) 平成 15年 6月分 県番 08

1 医科

生		の所在地及び名称		◇ ◇ 診療所		(床)	
職務上の事由							
傷病名	(1) 胃炎	(1) 15年6月2日	診療開始日	転床		診療実日数	保険公費①公費②
	(2)	年月日					5 日
	(3)	年月日					日
	(4)	年月日					日
	(5)	年月日					日
	(6)	年月日					日
11	初診	1回	270				
再診	再診	× 4回	222	12	74 × 2		
	外来管理加算	× 4回	156		37 × 2		
	時間外	× 回			52 × 2		
	休日	× 回			26 × 2		
	深夜	× 回					
13	指導						
14	往診	回					

再診料の算定

診療所又は病床数が200床未満の病院において、再診の都度算定できる。

受診回数とは、再診に係る受診回数をいい、初診に係る受診は、算入しない。

なお、平成15年6月診療分から再診料の改正がありました。

再診料 74 × 2回 37 × 2回 → 73 × 4回 (正)

外来管理加算 52 × 2回 26 × 2回 → 52 × 4回 (正)

事例 2

診療報酬明細書(医科入院外) 平成 15年 6月分 県番 08

1 医科

職務上の事由		名称		(160 床)			
傷病名	(1) 胃潰瘍	(1) 13年2月15日	診療開始日	転床		診療実日数	保険公費①公費②
	(2) 骨粗鬆症	(2) 14年12月3日					2 日
	(3) 骨盤痛	(3) 14年12月14日					日
	(4)	(4) 年月日					日
	(5)	(5) 年月日					日
	(6)	(6) 年月日					日
11	初診	回					
再診	再診	× 2回	121		58 × 2		
	外来管理加算	× 2回	104		5 × 1		
	時間外	× 回			52 × 2		
	休日	× 回					
	深夜	× 回					
50	手術・麻酔	2回	100	トリガーポイント注射 薬品名省略			
手薬剤		86					
60	検査	回					
70	画像診断	回		93 × 2			

外来管理加算

入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びにリハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔及び放射線治療を行わず、計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、52点を所定点数に加算する。

トリガーポイント注射は麻酔料に含まれるため外来管理加算の算定は出来ない

外来管理加算 52 × 2回 → 0 点 (正)

事例 3

診療報酬明細書(医科入院外) 平成 15年 5月分 県番 08

1 医科

職務上の事由											
傷 病 名	(1)	(主)骨粗鬆症			診 療 開 始 日	(1)	14年11月6日	転 帰	保 険 公 費 ① 公 費 ②	2	日
	(2)	不眠症				(2)	15年1月31日			日	
	(3)					(3)	年 月 日			日	
	(4)					(4)	年 月 日			日	
	(5)					(5)	年 月 日			日	
	(6)					(6)	年 月 日			日	
11	初 診			回							
再 診	再 診		×	回							
	外来管理加算		×	回							
	時 間 外		×	回							
	休 日		×	回							
	深 夜		×	回							
13	指 導				450						
14	往 診			回							
						13	特定疾患療養指導料(診療所) 225×2				

特定疾患療養指導料

特定疾患療養指導料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の指導を行った場合において診療所または許可病床数が200床未満の病院においてのみ月2回に限り算定する。

骨粗鬆症・不眠症は、特定疾患療養指導料に該当しない。

特定疾患療養指導料 225点 × 2回 → 0点

事例 4

診療報酬明細書(医科入院外) 平成 15年 5月分 県番 08

1 医科

市町村				老人受				保険者番 号				
傷 病 名	(1)	高血圧症			診 療 開 始 日	(1)	15年1月15日	転 帰	保 険 公 費 ① 公 費 ②	3	日	
	(2)	高コレステロール血症				(2)	15年1月29日			日		
	(3)	浮腫				(3)	15年2月14日			日		
	(4)					(4)	年 月 日			日		
	(5)					(5)	年 月 日			日		
	(6)					(6)	年 月 日			日		
11	初 診			回								
投 薬	21	内服薬剤		35	単	210						
		内服調剤	9 ×	3	回	27						
	22	頓服薬剤			単							
	23	外用薬剤			単							
		外用調剤		×	回							
	25	処 方		×	3	回	171					
	26	麻 毒			回							
27	調 基					8						
							21	※ 薬品名省略 12×14 ※ 薬品名省略 2×7 ※ 薬品名省略 2×14				
							25	特定疾患処方管理加算15×3				

特定疾患処方管理加算

診療所または許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者(別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。)に対して処方を行った場合は、月2回に限り、1処方につき、15点を加算する。

特定疾患処方管理加算 15 × 3 回 → 15 × 2回 (正)

事例 5

診療報酬明細書(医科入院外) 平成 15年 6月分 県番 08

					1 医科			
傷 病 名	(1) 高血圧症	(1) 13年11月15日	診 療 開 始 日	(2) 14年5月14日	転 掃	診 療 実 日 数	保 険 公 費 ① 公 費 ②	1 日
	(2) 糖尿病	(2) 14年5月14日						日
	(3)	(3) 年 月 日						日
	(4)	(4) 年 月 日						日
	(5)	(5) 年 月 日						日
	(6)	(6) 年 月 日						日
11	初 診 回							
13	指 導 225		13	特定疾患療養指導料 225 × 1				
14	往 診 回							
80	処方せん 1回 84		80	特定疾患処方管理加算 15 × 1				
他	その他 220			診療情報提供料 220 × 1				

診療情報提供料 (A)

診療情報提供料を算定した場合は、「摘要」欄にその算定日を記載すること。

「13 指導」の欄で請求すること。

事例 6

診療報酬明細書(医科入院外) 平成 15年 5月分 県番 08

					1 医科			
傷 病 名	(1) 腰部脊柱管狭窄症	(1) 15年5月1日	診 療 開 始 日	(2) 15年5月1日	転 掃	診 療 実 日 数	保 険 公 費 ① 公 費 ②	12 日
	(2) 左変形性膝関節症	(2) 15年5月1日						日
	(3) 前立腺肥大、脳梗塞後遺症、胃潰瘍、便秘	(3) 15年5月29日						日
	(4)	(4) 年 月 日						日
	(5)	(5) 年 月 日						日
	(6)	(6) 年 月 日						日
30	31 皮下筋肉内 回							
注射	32 静脈内 回							
	33 その他 回							
40	処 置 9回 315		40	消炎鎮痛等処置(1日につき) 器具による療法 35 × 9				
50	手術・麻酔 回							
手	薬 剤							

消炎鎮痛等処置 (1日につき)

同一の患者につき同一月において、器具等による療法及び湿布処置について合わせて5回以上行った場合は、5回目以降については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。入院中の場合も同様。

消炎鎮痛等処置 (器具等による療法)

35 × 9回 → 35 × 4回

18 × 5回 (正)

事例 7

診療報酬明細書(医科入院) 平成 15年 4月分 県番 08

				1 医科						
傷 病 名	(1)	くも膜下出血後遺症		診 療 開 始 日	(1)	14年12月16日	転 帰	診 療 実 日 数	保険	30日
	(2)	褥瘡(仙骨部)			(2)	14年12月16日			公費①	日
	(3)	胃潰瘍、便秘症			(3)	14年12月16日			公費②	日
	(4)				(4)	年 月 日				
	(5)				(5)	年 月 日				
	(6)				(6)	年 月 日				
11	初 診		回							
注 射	32	静 脈 内								
	33	そ の 他								
40	処 置		90回	4181						
50	手術・麻酔		回							
手 薬 劑										
				40	術後創傷処置 42×30 喀痰吸引 48×30 創傷処置 49×29 膀胱洗浄 60×1					

術後創傷処置 (1日につき)

術後創傷処置とは術後14日以内に実施された創傷処置をいう。14日を超えて実施した場合は、「J000」創傷処置として取り扱う。

術後創傷処置 42 × 30 回

→ 術後14日を超えているため 算定不可

事例 8

診療報酬明細書(医科入院) 平成 15年 4月分 県番 08

				1 医科						
傷 病 名	(1)	変形性脊椎症		診 療 開 始 日	(1)	9年9月8日	転 帰	診 療 実 日 数	保険	7日
	(2)	右肩石灰沈着性腱板炎、左変形性膝関節症			(2)	15年4月8日			公費①	日
	(3)				(3)	年 月 日			公費②	日
	(4)				(4)	年 月 日				
	(5)				(5)	年 月 日				
	(6)				(6)	年 月 日				
60	検 査		回							
70	画 像 診 断		2回	672						
80	そ の 他		回							
90	入院年月日		年 月 日							
	90 入院料			点						
			×	日						
			×	日						
			×	日						
				70	X-P右肩関節 CRフィルム(25.7×36.4)2枚 デジタル映像化処理加算(単純撮影) 341×1 X-P左膝関節 CRフィルム(25.7×36.4)1枚 CRフィルム(25.7×36.4)2分割1枚 デジタル映像化処理加算(単純撮影) 331×1					

画像診断 (フィルム料)

フィルム料は使用枚数分の材料価格を10円で除した点数で算定する。

CRフィルム(コンピューテッド・ラジオグラフィ用フィルム)は、平成14年4月の診療報酬点数改正で画像記録用フィルムに改正されました。

CRフィルム(25.7×36.4)2枚 → 画像記録用フィルム B4サイズ 2枚 (正)

事例 9

診療報酬明細書(医科入院外) 平成 15年 6月分 県番 08

1 医科

市町村		老人受	
公負①		公受①	
公負②		公受②	

保険者 番号	
記号・番号	

傷 病 名	(1)	左第2指爪溝炎		診 療 開 始 日	(1)	15年6月26日	転 帰	診 療 実 日 数	保 険 公 費 ① 公 費 ②	4	日
	(2)				(2)	年 月 日				日	
	(3)				(3)	年 月 日				日	
	(4)				(4)	年 月 日				日	
	(5)				(5)	年 月 日				日	
	(6)				(6)	年 月 日				日	
11	初 診		回	50	皮膚切開術(長径 10cm未満) 470×1 手術日 15年6月 26日 イソジン液 5ml 2×1						
再 診	再 診	×	回								
	外来管理加算	×	回								
	時 間 外	×	回								
	休 日	×	回								
	深 夜	×	回								
13	指 導										
注 射	31 皮下筋肉内		回								
	32 静 脈 内		回								
	33 そ の 他		回								
40	処 置		回								
手 術	手術・麻酔	1 回	470								
	薬 剤		2								
60	検 査		回								
検	薬 剤										

手術 (外皮用殺菌剤)

平成14年4月の診療報酬点数改正により、1回の手術に使用される総量
 価格が15円を超える薬剤であっても外皮用殺菌剤については、算定でき
 ない。

イソジン液 5ml 2×1 → 0点

事例 10

診療報酬明細書(医科入院外) 平成 15年 4月分 県番 08

1 医科

市町村	27	老人受	
公負①		公受①	
公負②		公受②	

保険者番号	
記号・番号	

氏名	○ ○ ○ ○	特記事項	
	生		

保険医療機関の所在地及び名称
◇ ◇ 病院 (床)

傷病名	(1) 高血圧症	(1) 10年8月31日	転 帰	診療開始日	診療実日数	保険 公費① 公費②	2	日
	(2) 左胸痛症	(2) 15年3月25日						日
	(3)	(3) 年 月 日						日
	(4)	(4) 年 月 日						日
	(5)	(5) 年 月 日						日
	(6)	(6) 年 月 日						日

11	初診		回				
再診	再診	×	2回	121			
	外来管理加算	×	2回	94			
	時間外	×	回				
	休日	×	回				
	深夜	×	回				
13	指導			1410			
在宅	往診		回				
	夜間		回				
	深夜・緊急		回				
	在宅患者訪問診療		回				
	その他 薬剤						
投薬	21 内服薬剤		7単	35			
	内服調剤	×	1回	9			
	22 頓服薬剤		単				
	23 外用薬剤		1単	34			
	外用調剤	×	1回	6			
	25 処方	×	1回	42			
	26 麻毒		回				
27 調基							

12 58×2
5×1
47×2

13 生活習慣病指導管理料(院内処方)
1400×1
薬剤情報指導管理料 10×1

21 アダラート 2T 5×7

23 ミルタックス 12枚 34×1

生活習慣病指導管理料

生活習慣病指導管理料は、高脂血症、高血圧、糖尿病を主病とする外来患者に対して、治療計画を策定し、その治療計画に基づき生活習慣病に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院又は、診療所の保険医療機関において1月1回を限度として算定する。老人保健法該当患者には算定できない。

生活習慣病指導管理料 (院内処方) 1400点 → 返戻

※ この場合 検査、投薬及び注射の費用はすべて指導管理料に含まれるため 返戻となります。

事例 11

診療報酬明細書(医科入院外) 平成 15年 7月分 県番 08

1 医科

市町村	27	老人受	
公負①		公受①	
公負②		公受②	

保険者番号	
記号・番号	

氏名	○ ○ ○ ○	特記事項	
職務上の事由			

保険医療機関の所在地及び名称
 ◇ ◇ 医院 (床)
 診療科()

傷病名	(1) 狭心症	(1) 13年4月28日	転 帰	診療 実 日 数	保険 公 費 ① 公 費 ②	3	日
	(2) 痴呆	(2) 13年10月20日					日
	(3) 変形性関節症	(3) 14年8月1日					日
	(4)	(4) 年 月 日					日
	(5)	(5) 年 月 日					日
	(6)	(6) 年 月 日					日

11	初診		回	
12	再診	×	1回	78
	外来管理加算	×	1回	57
	時間外	×	回	
	休日	×	回	
	深夜	×	回	
13	指導			390
14	往診		回	
	夜間		回	
	深夜・緊急		回	
	在宅患者訪問診療	2回		1660
	その他	1		2290
20	21 内服薬剤		単	

12	再診料	73×1
	継続管理加算	5×1
	老人外来管理加算	57×1
13	痴呆患者在宅療養指導管理料	390×1
14	寝たきり老人在宅総合診療料 (院外処方) 2290×1	
	在宅患者訪問診療料	830×2

老人外来管理加算の算定

入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理、痴呆患者在宅療養指導管理、並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びにリハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔及び放射線治療を行わず、計画的な医学管理を行った場合は、老人外来管理加算として、病院の場合は47点、診療所の場合は57点を所定点数に加算する。

痴呆患者在宅療養指導管理料を算定している月にあつては老人外来管理加算は算定できない。

外来管理加算 57×1回 → 0 (正)

事例 12

診療報酬明細書(医科入院外) 平成 15 年 4 月分 県番 08

1 医科

市町村	27	老人受	
公負①		公受①	
公負②		公受②	

保険者番号	
記号・番号	

氏名	○ ○ ○ ○	特記事項	
職務上の事由	生		

保険医療機関の所在地及び名称
 ◇ ◇ 診療所 (床)

傷病名	(1) 変形性頸椎症、腰椎捻り症	診療開始日	(1) 11年5月1日	転帰	診療実日数	保険公費①公費②	3	日
	(2) 高血圧症		(2) 11年5月1日					日
	(3) 左坐骨神経痛		(3) 11年9月3日					日
	(4) 脂肪肝		(4) 13年8月28日					日
	(5)		(5) 年 月 日					日
	(6)		(6) 年 月 日					日

11	初診		回	
12	再診	×	3回	224
	外来管理加算	×	回	
	時間外	×	回	
	休日	×	回	
13	深夜	×	回	
	指導			580
14	往診		回	
	夜間		回	
	深夜・緊急		回	
	在宅患者訪問診療		回	
	在宅その他薬剤			
20	21 内服薬剤		単	

12 老人再診料 73×3
 継続管理加算 5×1
 13 慢性疼痛疾患管理料
 (4月5日) 130×1
 老人慢性疾患生活指導料
 225 × 2

指導管理等について

医科点数表B001 特定疾患治療管理料のウイルス疾患指導料, てんかん指導料, 難病外来指導管理料, 皮膚科特定疾患指導管理料, 慢性疼痛疾患管理料, 老人医科点数表の老人慢性疾患外来共同指導料, 老人慢性疾患生活指導料等は、同一月には算定できない。

慢性疾患生活指導料と慢性疼痛疾患管理料の併算定はできない。

慢性疼痛疾患管理料 130点 → 返戻

※ 慢性疼痛疾患管理料には消炎鎮痛等処置、リハビリテーションの項の理学療法(IV)は含まれるため、返戻となります。

事例 13

診療報酬明細書(医科入院外) 平成 15 年 4 月分 県番 08

1 医科

市町村	27	老人受	
公負①		公受①	
公負②		公受②	

保険者番号	
記号・番号	

氏名	○ ○ ○ ○ 生	特記事項	
職務上の事由			

保険医療機関の所在地及び名称 (床)

◇ ◇

傷病名	(1) 膀胱炎	(1) 14年12月6日	転帰	診療開始日	診療実日数	保険	2日
	(2)	(2) 年 月 日				公費①	日
	(3)	(3) 年 月 日				公費②	日
	(4)	(4) 年 月 日					
	(5)	(5) 年 月 日					
	(6)	(6) 年 月 日					

11	初診		回		
30	31 皮下筋肉内		回		40
	32 静脈内		回		
	33 その他		回		
40	処置	2回		100	老人留置カテーテル設置 50 × 2 ✓ ディスプレイカテーテル (2管一般1) 39 × 2 X
40	薬剤	2		78	
50	手術・麻酔		回		
60	検査		回		
60	薬剤				
70	画像診断		回		
70	薬剤				

老人留置カテーテル及びディスプレイカテーテルの算定

患者に対し、留置カテーテルを設置した場合に算定する。

処置に際して特定保険医療材料を使用した場合は、材料価格を10円で除して得た点数により算定する。

老人留置カテーテル設置 50点 → 35点 (正)

ディスプレイカテーテル 2管一般 (I) 310円

39点 → 31点 (正)

事例 14

診療報酬明細書(医科入院外) 平成 15年 6月分 県番 08

1 医科

市町村	2 7	老人受	
公負①		公受①	
公負②		公受②	

保険者番号	
記号・番号	

氏名	○ ○ ○ ○ 生	特記事項	
職務上の事由			

保険医療機関の所在地及び名称
◇ ◇

(床)

傷病名	(1) 肝障害の疑い	(1) 15年 6月 26日	転帰	診療開始日	(1) 15年 6月 26日	診療実日数	保険	1 日
	(2)	(2) 年 月 日					公費①	日
	(3)	(3) 年 月 日					公費②	日
	(4)	(4) 年 月 日						
	(5)	(5) 年 月 日						
	(6)	(6) 年 月 日						

11	初診	回	
40	処置	回	
40	処薬		
50	手術・麻酔	回	
50	手薬		
60	検査	4 回	234
60	検薬		
70	画像診断	回	
70	画薬		
80	処方せん	回	
80	その他		
他	薬		

60 ※血液化学検査 15項目
B-総蛋白、アルブミン、ALP、LDH
GOT、GPT、γ-GTP、Tcho、
中性脂肪、糖、BUN、K、Na、Cl、
尿酸、クレアチン 165 × 1
※プロトロンビン時間側定 19 × 1
※トロンボテスト 38 × 1
※採血料 12 × 1

プロトロンビン時間測定検査

複合凝固因子検査に該当する検査は、オーレンのトロンボテスト、ヘパラスチンテスト等をいい、トロンボテストとプロトロンビン時間測定を同時に施行した場合は、主たるもののみ算定する。

トロンボテスト 38点 } → 主たるもののみ 38点(正)
プロトロンビン時間測定 19点 }

事例 15

診療報酬明細書(医科入院外) 平成 15年 4月分 県番 08

1 医科

市町村	27	老人受	
公負①		公受①	
公負②		公受②	

保険者番号	
記号・番号	

氏名	○ ○ ○ ○ 男 大正10 生	特記事項	
職務上の事由			

保険医療機関の所在地及び名称
◇ ◇ (床)

傷病名	(1) 脳梗塞後遺症	(1) 11年11月13日	転帰	診療実日数	保険公費① 公費②	7日
	(2) 腰部椎間板症、頸部椎間板症	(2) 12年6月5日				日
	(3) 右変形性膝関節症	(3) 12年6月5日				日
	(4)	(4) 年 月 日				日
	(5)	(5) 年 月 日				日
	(6)	(6) 年 月 日				日
11	初診	回				
13	指導					
在宅	往診	回	14	在宅患者訪問診療料 830 × 1 在宅寝たきり患者処置指導管理料 1050 × 1		
	夜間	回				
	深夜・緊急	回				
	在宅患者訪問診療	1回 830				
	その他	1050				
	薬剤					
20	21 内服薬剤	単				
注射	31 皮下筋肉内	回	40	消炎鎮痛等処置(1日につき) 器具による療法 35 × 2		
	32 静脈内	回				
	33 その他	回				
40	処置	2回 70				
手術	手術・麻酔	回				
	薬剤					
60	検査	回				

在宅寝たきり患者処置指導管理料と消炎鎮痛等処置

在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く）については、創傷処置（気管内デバイス・ダブルカテテル交換を含み、熱傷に対する処置を除く）、皮膚科軟膏処置、留置カテテル設置、膀胱洗浄、導尿（尿道拡張を要するもの）鼻腔栄養、ストマ処置、喀痰吸引及び消炎鎮痛等処置の費用は算定できない。

消炎鎮痛等処置（1日につき）器具等による療法

35 × 2 → 0 (正)

国民健康保険診療報酬等の請求事務について（医科）

茨城県国民健康保険団体連合会

国民健康保険診療報酬（一般、退職者）及び老人保健診療報酬の請求に際しては、次の事項に留意のうえ提出してください。

1. 診療報酬請求総括票について

- (1) 診療報酬請求書を県内保険者と県外保険者に区分して、それぞれに診療報酬請求総括票を貼付し左上端部を綴じる。

（編綴例 7の(1)(2)を参照）

なお、全国土木国保組合（133033）中央建設国保組合（133264）全国建設工事業国保組合（133298）は県内保険者分とする。

(2) 記入方法

ア. 国保・一般被保険者欄は、入院、入院外別に各保険者の診療報酬請求書の前期高齢者・一般・3歳未満の件数、点数の合計を、退職者欄も、入院、入院外別に各保険者ごとの診療報酬請求書の本人・前期高齢者・被扶養者・3歳未満の件数、点数の合計を記入する。

なお、食事療養欄は、一般、退職別に食事療養に係る件数、金額の合計を記入する。

イ. 老人保健欄については、入院・入院外別に9割・8割の件数、点数の合計を記入する。

食事療養についても、9割、8割の食事療養に係る件数、金額の合計を記入する。

ウ. 医療福祉及び公費負担欄は、それぞれの件数のみを再掲する。

2. 診療報酬請求書について（A4版・2枚1組）

各保険者ごとに、国民健康保険（一般・退職）と老人保健分を分けて、それぞれに診療報酬請求書（2枚1組）を添付し提出する。

なお、前期高齢者の在宅末期医療総合診療料又は、老人保健の寝たきり老人在宅総合診療料・在宅末期医療総合診療料を算定した場合は、その他の診療報酬明細書とは別に診療報酬請求書を添付し提出する。

記入方法

- (1) 医療機関コード欄 指定された医療機関コードを記入する。
(2) 所在地及び名称欄 所在地及び名称、電話番号、開設者氏名を記入し届出の印鑑を押印する。
(3) 保険者コード欄 保険者コードを記入する。

(4) 国民健康保険
(1枚目)

一般（前期高齢者・一般被保険者・3歳未満）退職（本人・前期高齢者・被扶養者・3歳未満）については、それぞれの区分ごとに入院、入院外別に件数、診療実日数、点数、及び一部負担金（前期高齢者のみ）の合計を記入する。

また、食事療養欄は、それぞれ区分ごとの食事療養に係る件数、日数、金額及び標準負担額の合計を記入する。

(5) 老人保健
(2枚目)

9割・8割ごとに入院、入院外別に件数、診療実日数、点数、一部負担金の合計を記入する。

食事療養欄は、区分ごとに食事療養に係る件数、日数、金額及び標準負担額の合計を記入する。

(6) 公費負担医療欄
(2枚目)

入院、入院外別に公費負担医療に該当する件数、診療実日数、点数、一部負担金の合計を記入する。

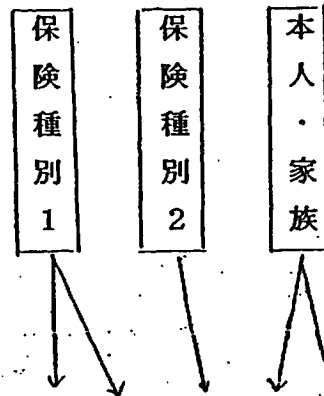
食事療養欄は、公費負担医療に該当する食事療養の件数、日数、金額、標準負担額の合計を記入する。

3. 診療報酬明細書について

(1) 「保険種別1」「保険種別2」「本人・家族」及び「給付割合」の記入については、該当する番号を○で囲んでください。

記入例については、次の頁のとおりとする。

(2) 電子計算機の場合は、当該欄の上部に選択する番号及び保険種別等のみを記載するか、全部を記入し選択しない方を抹消する方法とする。



診療報酬明細書 (区外入院)

平成 年 月 日 08

診療科 1 内科 2 外科 3 小児科 4 産科 5 精神科 6 歯科 7 眼科 8 耳鼻科 9 皮膚科

保険種別 1 2 本人・家族

給付割合

保険種別 1	3	本人	1	2	3	4	5	6	7	8	9
保険種別 2	4	選択	2	3	4	5	6	7	8	9	0
本人・家族											

給付割合 10.9%

例	保険種別1	保険種別2	本人・家族	給付割合
国保単独本人外来	① 国	① 単独	② 本 外	⑦
国保公費併用 家族 入院	① 国	② 2併	⑤ 家 入	⑦
一般(70以上9割) 外来	① 国	① 単独	⑧ 高外 9	⑨
退職(3歳未満) 入院	国 ④ 退	① 単独	③ 三 入	⑧
退職(70歳以上 8割) 外来	国 ④ 退	① 単独	⑦ 高外 8	⑧
老人 9割 外来	国 ③ 老	① 単独	⑧ 高外 9	⑨

(3) 「給付割合」については、該当する給付割合を○で囲む。ただし、自県分の場合は、記載を省略することができる。

(4) その他

福(原)については、診療報酬明細書の上部中央余白に朱書、又はスタンプ押印により表示する。

4. 医療福祉費請求書(ピンク色)について

国民健康保険分の医療福祉費請求書は、診療報酬明細書(一般・退職・老人とも)とペアにて、社会保険分の医療福祉費請求書は、給付割合等の記載をし医療福祉費請求書のみ、県内分の最後に編綴し提出する。

5. 妊産婦医療福祉費支給申請書(水色)について

妊産婦医療福祉費支給申請書内訳書を添付して、国民健康保険分・社会保険分とも本会へ提出する。

6. 提出先 〒 310-0825

水戸市笠原町 978番 26 (茨城県市町村会館内)

茨城県国民健康保険団体連合会

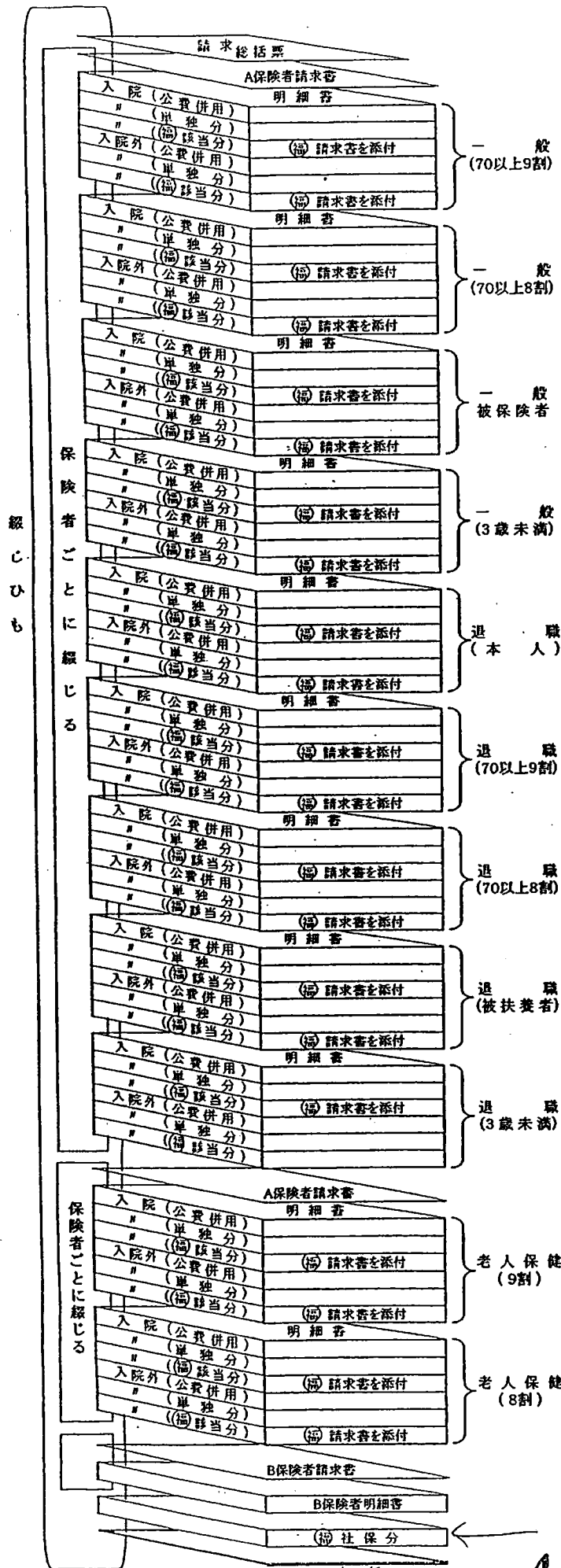
TEL 029-301-1550 (Fax 029-301-1578)

提出協力日 毎月8日までにご協力をお願いしています。

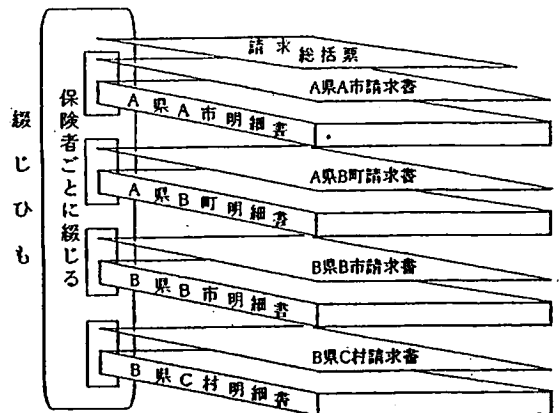
7. 診療報酬請求書の編綴について

次の図のように整理し、県内分と県外分は別冊に編綴して下さい。

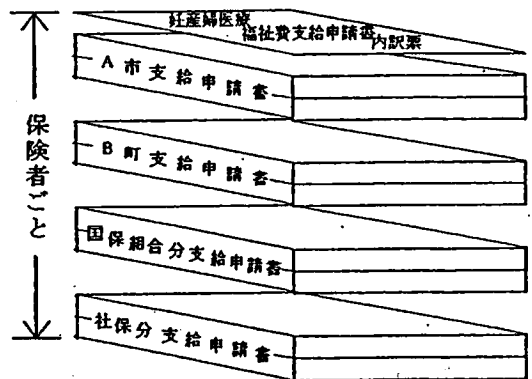
(1) 県内分



(2) 県外分



(3) 妊産婦医療福祉費(水いろ)



(注) (1) 県内分の 社保分の下に綴る。

- (注) ・請求総括票、県内分と県外分は別綴りとする。
 ・県内分、社保の医療福祉費分、妊産婦医療福祉費分の順に編綴して下さい。
 ・全国土木建築国保組合 (133033)
 中央建設国保組合 (133264) } は
 全国建設工事業国保組合 (133298) } は
 県内国保組合として下さい。
 ・返戻及び過誤調整による再請求分は、月毎に集計し(当月とは別請求書にて)再請求されますようお願いいたします。
 ・医療福祉費の社保分は、請求市町村毎に区分し請求されるようお願いいたします。