

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)

R6 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	令和6年 6月1日 適用
1	アイモビーグ皮下注70mgペン		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)。 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。 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	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)	
			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。	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(アイモビーグ皮下注70mgペン)：*****	
			投与の要否の判断にあたっては、本剤投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること。(「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載)。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。	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)	
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	アクトヒブ		ベグセタコブランの投与を行った又は行う予定の年月日を記載すること。	850600157	ベグセタコブランの投与を行った年月日(アクトヒブ)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850600158	ベグセタコブランの投与を行う予定の年月日(アクトヒブ)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
4	アコファイド錠100mg	機能的ディスペプシア における食後膨満感、 上腹部膨満感、 早期満腹感	「機能的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「機能的ディスペプシア」を用いること。 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。		傷病名コード (傷病名を表示する。)	
				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	
5	アジョビ皮下注225mgシリンジ アジョビ皮下注225mgオートインジェクター		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)。 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。 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	820600011	医師要件ア(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)	
				820600012	医師要件イ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)	
				820600013	医師要件ウ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)	
				820600014	医師要件エ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)	
				820600015	医師要件オ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)	
			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。	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(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)：*****	
			投与の要否の判断にあたっては、以下のアに該当し、イ～エのいずれかを満たす患者であることを確認することとされているため、投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること(「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載)。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。	820600016	前治療要件ア(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)	
				820600017	前治療要件イ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)	
				820600018	前治療要件ウ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)	
				820600019	前治療要件エ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)	
			4週間11回投与の場合は本剤投与開始後3ヶ月(3回投与後)、12週間11回投与の場合は本剤投与開始後3ヶ月(1回投与後)又は6ヶ月(2回投与後)を目安に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。	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シリンジ等)	
				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シリンジ等)	
				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シリンジ等)	
6	アドセトリス点滴静注用50mg		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。 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。)	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用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用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用50mg)	
				850600005	初めて投与した年月日(アドセトリス点滴静注用50mg)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
7	アドトラーザ皮下注150mgシリンジ	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」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、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。 2) 次に掲げる本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況のうち該当するもの(「前治療要件ア」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(ストロングラリス以上)やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6ヶ月以上行っている。 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、顕著な副作用	820600255	医師要件ア(アドトラーザ皮下注150mgシリンジ)	※
				820600256	医師要件イ(アドトラーザ皮下注150mgシリンジ)	※
				820600257	前治療要件ア(アドトラーザ皮下注150mgシリンジ)	※
				820600258	前治療要件イ(アドトラーザ皮下注150mgシリンジ)	※
				830600138	IGAスコア(アドトラーザ皮下注150mgシリンジ)：*****	※

R6 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	令和6年 6月1日 適用
			性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難である。 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 EASIスコア イ 全身又は顔頭部のEASISコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%)	830600139	全身のEASISスコア(アドラーザ皮下注150mgシリンジ);*****	※
				830600140	顔頭部のEASISスコア(アドラーザ皮下注150mgシリンジ);*****	※
				842600022	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) (アドラーザ皮下注150mgシリンジ);*****	※
8	アレクマ点滴静注		本製品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」から「施設要件エ」までのうち該当するものを記載) 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)を有する施設 イ 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うち、看護師(基準3.3.1及び3.3.2)、移植認定医(基準3.2.1)及び移植コーディネーター(基準3.4.3)以外の全ての項目を満たす診療科(認定カテゴリー-2)を有する施設 ウ 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うち、看護師(基準3.3.1及び3.3.2)、移植認定医(基準3.2.1)、移植コーディネーター(基準3.4.3)及び移植実施(基準4.1及び4.2)以外の全ての項目を満たす診療科(認定カテゴリー-3)を有する施設 エ 本品に係る治験の実施施設	820600259	施設要件A(アレクマ点滴静注)	※
				820600260	施設要件イ(アレクマ点滴静注)	※
				820600261	施設要件ウ(アレクマ点滴静注)	※
				820600262	施設要件エ(アレクマ点滴静注)	※
9	アリセプト錠3mg アリセプト錠5mg アリセプト錠10mg アリセプトD錠3mg アリセプトD錠5mg アリセプトD錠10mg アリセプト顆粒0.5% アリセプト内服ゼリー3mg アリセプト内服ゼリー5mg アリセプト内服ゼリー10mg アリセプトドロップ1% 後発品のドネペジル塩酸塩製剤		(本製剤をレビー小体型認知症における認知症状の進行抑制に用いる場合) 次の事項を記載すること。 (1) 効能又は効果に関連する使用上の注意において「本剤は、認知症治療に特適」、「17.臨床成績」の項の内容について十分に理解した医師又はその指導の下で、レビー小体型認知症の臨床診断基準に基づき、適切な症状観察や検査等によりレビー小体型認知症と診断され、本剤の使用が適切と判断された患者にのみ使用すること。」とされていることから、適切な症状観察や検査等によりレビー小体型認知症と診断され、本製剤の臨床試験成績も踏まえた上で、本製剤の使用が適切と判断された患者に対して使用した場合に限り算定できる。レビー小体型認知症と診断され、本製剤の使用が適切と判断した理由(最新のガイドラインに基づいた診断内容及び臨床試験成績を理解した上で本剤投与が適切と判断し、旨)を記載すること。 (2) 用法及び用量において「投与開始12週間後までを目安に、認知機能検査、患者及び家族・介護者から自己覚症状の聴取等による有効性評価を行い、認知機能、精神症状・行動障害、日常生活動作等を総合的に評価してベネフィットがリスクを上回る」と判断した内容を記載すること。 (3) 用法及び用量において「投与開始12週間後までの有効性評価の結果に基づき投与継続を判断した場合であっても、定期的に有効性評価を行い、投与継続の可否を判断すること。」とされていることから、投与開始12週間後までの有効性評価後に投与を継続する場合は、投与継続の検討を行った直近の年月日、本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由(認知機能検査、患者及び家族・介護者から自己覚症状の聴取等による有効性評価を行い、認知機能、精神症状・行動障害、日常生活動作等を総合的に評価し、ベネフィットがリスクを上回る」と判断した内容)を記載すること。	830600141	本製剤の使用が適切と判断した理由(アリセプト錠3mg等);*****	※
				850600159	投与継続の検討を行った年月日(アリセプト錠3mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	※
				830600142	本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由(アリセプト錠3mg等);*****	※
				850600160	投与継続の検討を行った直近の年月日(投与開始12週間後までの有効性評価後に投与を継続する場合)(アリセプト錠3mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	※
				830600143	本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由(投与開始12週間後までの有効性評価後に投与を継続する場合)(アリセプト錠3mg等);*****	※
10	アルンブリグ錠30mg アルンブリグ錠90mg		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。 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。	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'	
11	アレセンサカプセル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(アレセンサカプセル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)(アレセンサカプセル150mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
12	アレモ皮下注15mg アレモ皮下注60mg アレモ皮下注150mg		本製剤の使用に当たっては、血液凝固第Ⅳ因子又は第Ⅴ因子に対するインヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビター力価の測定された年月日及び力価を記載すること。	830600144	インヒビター力価(アレモ皮下注15mg等);*****	※
				850600161	インヒビター力価測定年月日(アレモ皮下注15mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	※
				830600002	投与が適切と判断した理由(アロフィセル注);*****	
13	アロフィセル注		本製品の効能、効果又は性能において、「非活動期又は軽症の活動期クロロノ病患者における複雑痺痛の治療。ただし、少なくとも1つの既存治療薬による治療を行っても効果が不十分な場合に限る。」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、「本品を再投与した際の臨床成績は得られておらず、痺痛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 本製品の投与が適切と判断した理由 イ 既存治療薬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 本製品の投与回数(1回目又は2回目と記載する)	830600003	既存治療薬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	既存治療薬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	投与回数1回目(アロフィセル注)	
				820600023	投与回数2回目(アロフィセル注)	
14	イエスカルタ点滴静注		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A(イエスカルタ点滴静注)	
				820600025	施設要件イ(イエスカルタ点滴静注)	
15	イデルビオン特注用250 イデルビオン特注用500 イデルビオン特注用1000 イデルビオン特注用2000 イデルビオン特注用3500		手術時における血液凝固第Ⅳ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(イデルビオン特注用250等);*****	
16	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'	
17	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);*****	

R6 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	令和6年 6月1日 適用
18	イミフィンジ点滴静注120mg イミフィンジ点滴静注500mg	進展型小細胞肺癌	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学の臨床研修を行っていること。	820600229	医師要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600230	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)	
				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)	
				820600229	医師要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
		切除不能進行・再発の非小細胞肺癌	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、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料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 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学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を記載すること(「併用投与ア」と記載)。 ア トレメリムマブ(遺伝子組換え)及び白金製剤(シスプラチン又はカルボプラチン)との併用投与 本製剤を「併用投与ア」により併用する場合は、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。	820600230	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)	
				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)	
				820600229	医師要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600230	医師要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600263	併用投与ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	※
				850600162	EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日(イミフィンジ点滴静注120mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600163	ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日(イミフィンジ点滴静注120mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
		切除不能肝細胞癌	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、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料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 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(「施設要件ア」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、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。	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)	
				820600229	医師要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600230	医師要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600263	併用投与ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	※
		治癒切除不能胆道癌	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、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料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 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、胆道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を記載すること(「併用投与ア」と記載)。 ア ゲムタビン塩酸塩及びシスプラチンとの併用投与	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)	
				820600229	医師要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600230	医師要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600263	併用投与ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	※
				820600264	施設要件ア(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600265	施設要件イ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600266	施設要件ウ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600267	施設要件エ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600268	施設要件オ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600269	施設要件カ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※

R6 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	令和6年 6月1日 適用
19	ウゴビー皮下注0.25mg SD ウゴビー皮下注0.5mg SD ウゴビー皮下注1.0mg SD ウゴビー皮下注1.7mg SD ウゴビー皮下注2.4mg SD		(本製剤の投与開始の場合) 次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる標榜診療科名のうち該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものをすべて記載) ア 内科 イ 循環器内科 ウ 内分泌内科 エ 代謝内科 オ 糖尿病内科 ② 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件カ」から「施設要件サ」までのうち該当するものを記載)及び「施設要件キ」、「施設要件ク」又は「施設要件サ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地 カ 日本循環器学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる キ 日本循環器学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ク 日本糖尿病学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ケ 日本糖尿病学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる コ 日本内分泌学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる サ 日本内分泌学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる シ 日本循環器学会の教育研修施設 ス 日本糖尿病学会の教育研修施設 セ 日本内分泌学会の教育研修施設 ③ 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件シ」から「施設要件セ」までのうち該当するものを記載) シ 日本循環器学会の教育研修施設 ス 日本糖尿病学会の教育研修施設 セ 日本内分泌学会の教育研修施設 ④ 常勤の管理栄養士の免許証番号 ⑤ 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」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、高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の診療に5年以上の臨床研修を有していること。 イ 医師免許取得後、満7年以上の臨床経歴を有し、そのうち5年以上は高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の臨床研修を行っていること。 ⑥ 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(「医師要件ウ」から「医師要件オ」までのうち該当するものをすべて記載) ウ 日本循環器学会の専門医 エ 日本糖尿病学会の専門医 オ 日本内分泌学会の専門医 ⑦ 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの(「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものをすべて記載) ア 高血圧 イ 脂質異常症 ウ 2型糖尿病 ⑧ 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの(「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載) エ BMIが $27\text{kg}/\text{m}^2$ 以上であり、2つ以上の肥満に関連する健康障害を有する オ BMIが $35\text{kg}/\text{m}^2$ 以上 ⑨ ⑧の(「患者要件エ」)に該当する場合は、次に掲げる肥満に関連する健康障害のうち、該当するもの(「患者要件カ」～「患者要件タ」までのうち該当するものをすべて記載) カ 耐糖能障害(2型糖尿病・耐糖能異常など) キ 脂質異常症 ク 高血圧 ケ 高尿酸血症・痛風 コ 冠動脈疾患 サ 脳梗塞 シ 非アルコール性脂肪性肝疾患 ス 月経異常・不妊 セ 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群 ソ 運動器疾患 タ 肥満関連腎臓病 ⑩ 食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日 ⑪ ⑩の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかるすべての年月日 ⑫ 合併している高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病に対して投与中のすべての医薬品名 ⑬ 本製剤による治療計画(68週以内に投与を中止する計画であることを)を作成した年月日	820600270	施設要件キ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600271	施設要件ク(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600272	施設要件ケ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600273	施設要件コ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600274	施設要件サ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				830600145	連携施設名(施設要件キ、ケ又はサに該当)(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等):*****	※
				830600146	連携施設の所在地(施設要件キ、ケ又はサに該当)(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等):*****	※
				820600275	施設要件シ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600276	施設要件ス(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600277	施設要件セ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				830600147	常勤の管理栄養士の免許証番号(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等):*****	※
				820600278	医師要件ア(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600279	医師要件イ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600280	医師要件ウ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600281	医師要件エ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600282	医師要件オ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600283	患者要件ア(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600284	患者要件イ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600285	患者要件ウ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600286	患者要件エ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600287	患者要件オ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600288	患者要件カ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600289	患者要件キ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600290	患者要件ク(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600291	患者要件ケ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600292	患者要件コ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600293	患者要件サ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600294	患者要件シ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600295	患者要件ス(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600296	患者要件セ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600297	患者要件ソ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				820600298	患者要件タ(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)	※
				850600164	食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850600165	管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかる年月日(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				830600148	合併している高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病に対して投与中の医薬品名(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等):*****	※
				850600166	治療計画(68週以内に投与を中止する計画であることを)を作成した年月日(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850600167	投与中、管理栄養士による栄養指導を受けた直近の年月日(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				842600023	初回投与から起算して、何週目の投与(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等):*****	※
				842600024	直近の測定値(ア 体重)(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等):*****	※
				842600025	直近の測定値(イ 血糖)(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等):*****	※

R6 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	令和6年 6月1日 適用
			(本製剤の継続投与の場合及び再投与後の継続投与の場合) 次の事項を記載すること。 ① 本製剤投与中、管理栄養士による栄養指導を受けた直近の年月日。 ② 本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか。 ③ 次に掲げるすべての項目の直近の測定値及び測定年月日並びに改善傾向が認められた旨 ア 体重 イ 血糖 ウ 血圧 エ 脂質	842600026	直近の測定値(ウ 血圧)(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)； *****	※
				842600027	直近の測定値(エ 脂質)(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)； *****	※
				850600168	測定年月日(ア 体重)(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)；(元号) yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600169	測定年月日(イ 血糖)(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)；(元号) yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600170	測定年月日(ウ 血圧)(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)；(元 号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600171	測定年月日(エ 脂質)(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)；(元号) yy'年'mm'月'dd'日	※
				830600149	改善傾向が認められた旨(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)； *****	※
			(本製剤の中止後に認識度の悪化が認められ、本製剤の初回投与開始時と同様に、本剤を投与する施設において適切な 治療計画に基づく食事療法・運動療法を実施しても、本製剤の再投与が必要と判断された場合) 再投与の開始日に次の事項を記載すること。 ① 本製剤の投与を中止した年月日 ② ①の治療計画に基づく食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日 ③ ②の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかるすべ ての年月日 ④ ②の治療計画に基づく食事療法・運動療法を6か月間行う前に、やむを得ず本製剤の投与を再開する場合はその理由 ⑤ 改めて本製剤による治療計画(68週以内に投与を中止する計画であること)を作成した年月日	850600172	投与を中止した年月日(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)；(元号) yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600173	改めて食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日(ウ ゴビー皮下注0. 25mg SD等)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600165	管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわ かる年月日(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)；(元号)yy'年 'mm'月'dd'日	※
				830600150	やむを得ず本製剤の投与を再開するその理由(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)；*****	※
				850600174	改めて本製剤による治療計画(68週以内に投与を中止する計画で あること)を作成した年月日(ウゴビー皮下注0. 25mg SD等)； (元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600015	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ワイトラッ クピカブセル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) (ワイトラックピカブセル25mg等)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
20	ワイトラックピカブセル25mg ワイトラックピカブセル100mg ワイトラックピ内用液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。			
21	ヴァンフリタ錠17. 7mg ヴァンフリタ錠26. 5mg		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(ヴァンフリタ錠 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) (ヴァンフリタ錠17. 7mg等)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
22	エクロックゲル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)(エクロックゲル5%)； *****	
23	エスボー皮下用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(エスボー皮下用24000シリンジ)；*****	
				830600013	投与する前の患者の体重(エスボー皮下用24000シリンジ)； *****	
				830600014	Hb濃度(エスボー皮下用24000シリンジ)；*****	
24	エスワンタイホウ配合OD錠T20 エスワンタイホウ配合OD錠T25		本製剤の用法及び用量において、「胃腸にはA法、B法又はC法、結腸・直腸癌にはA法、C法又はD法、頭頸部癌にはA法、 肺・小細胞肺癌にはA法、B法又はC法、手術不能又は再発肺癌にはA法、頭癌にはA法又はC法、前立腺癌にはA法、E 法又はF法を使用する。」とされていることから、用法・用量を記載すること(「A法」から「F法」までのうち該当するものを記 載)。	820600299	A法(エスワンタイホウ配合OD錠T20等)	※
				820600300	B法(エスワンタイホウ配合OD錠T20等)	※
				820600301	C法(エスワンタイホウ配合OD錠T20等)	※
				820600302	D法(エスワンタイホウ配合OD錠T20等)	※
				820600303	E法(エスワンタイホウ配合OD錠T20等)	※
				820600304	F法(エスワンタイホウ配合OD錠T20等)	※
25	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か月以内での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か月以内での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50m g)	
				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	
26	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、「「1. 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)；*****	
27	エブリスディライシロップ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以上であることが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(エブリス ディライシロップ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) (エブリスディライシロップ60mg)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				830600015	オナセム/ゲン アベール/ルベクの投与後に本製剤の投与が必要 な理由(エブリスディライシロップ60mg)；*****	
28	エボジン注シリンジ1500 エボジン注シリンジ3000		(貯血量が800mL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30 00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)；*****	
				830600019	貯血量(エボジン皮下注シリンジ24000)；*****	

R6 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	令和6年 6月1日 適用
29	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。	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):*****	
30	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。 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 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。 投与の要否の判断にあたっては、以下のアに該当し、イ～エのいずれかを満たす患者であることを確認することとされているため、本剤投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること(「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載)。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。 投与中は症状の経過を十分に観察し、本剤投与開始後3カ月(3回投与後)を目安に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、症状の改善が認められた旨を記載すること。	820600023 820600024 820600025 820600026 820600027	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) 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) 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) 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) 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(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等):*****	
				820600028	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)	
				820600029	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)	
				8206000240	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)	
				8206000241	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)	
				8206000044	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)	
31	エムババリ皮下注1080mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「補体(C5)阻害剤による適切な治療を行っても、十分な効果が得られない場合に投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間を記載すること。	8306000151	治療として使用していた薬剤の品名(エムババリ皮下注1080mg):*****	※
				8306000152	治療として使用していた使用期間(エムババリ皮下注1080mg):*****	※
32	エンハーツ点滴静注用100mg	化学療法のあるHER2陽性の乳がん又は再発乳癌 がん化学療法後に増悪したHER2陽性の治療不能な進行・再発の胃癌の増悪	「トラスツズマブ(遺伝子組換え)及びタキサン系抗悪性腫瘍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、トラスツズマブ(遺伝子組換え)及びタキサン系抗悪性腫瘍剤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。 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。	8206000045 8206000046	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) 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)	
				8306000022	一次治療で実施した化学療法(エンハーツ点滴静注用100mg):*****	
				8306000023	二次治療で実施した化学療法(エンハーツ点滴静注用100mg):*****	
		化学療法のあるHER2低発現の手術不能又は再発乳癌	「HER2 低発現の定義について、「17 臨床成績」の項の内容を熟知し、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、HER2 低発現が確認された患者に投与すること。」と記載されているので、HER2低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。	8506000175 8506000176	HER2低発現を確認した検査の実施年月日(エンハーツ点滴静注用100mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日 HER2低発現を確認した検査の実施年月日(初回投与)(エンハーツ点滴静注用100mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※ ※
		がん化学療法後に増悪したHER2(ERBB2)遺伝子変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	「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、HER2(ERBB2)遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」と記載されているので、HER2(ERBB2)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。	8506000177 8506000178	HER2(ERBB2)遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(エンハーツ点滴静注用100mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日 HER2(ERBB2)遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(エンハーツ点滴静注用100mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※ ※
33	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。 (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なし」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。	8306000024	投与が必要と判断した理由(エンレスト錠50mg等):*****	
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	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 (※は、古典的ホジキンリンパ腫に限る)。 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、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 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、外来腫瘍化学療法診療科1又は外来腫瘍化学療法診療科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	8206000164 8206000186 8206000190 8206000194 8206000197	施設要件ア(オプジーボ点滴静注) 施設要件イ(オプジーボ点滴静注) 施設要件ウ(オプジーボ点滴静注) 施設要件エ(オプジーボ点滴静注) 施設要件オ(オプジーボ点滴静注)	
35	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(「医師要件ア」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5年以上の皮膚悪性黒色腫瘍の臨床経験を有していること。 (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。 (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とした理由を記載すること。 (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。 (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。 (平成29年2月13日以前に既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(「使用実績有」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。	8206000141 8206000183 8506000123 8306000106 8306000116 8306000117 8206000169 8506000129 8206000168 8506000129	医師要件ア(オプジーボ点滴静注) 医師要件イ(オプジーボ点滴静注) 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 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を併用投与することとした理由(オプジーボ点滴静注):***** 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):***** 投与中患者(オプジーボ点滴静注) 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 使用実績有(オプジーボ点滴静注) 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	
			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)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、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。 ウ 肺癌の診断・治療の経験が豊富である旨(「経験豊富」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。	8206000141 8206000183	医師要件ア(オプジーボ点滴静注) 医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	

R6 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	令和6年 6月1日 適用
36	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	「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。」 (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。 (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(「使用実績有」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。	820600184	医師要件ウ(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	
37	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(「医師要件ア」又は「医師要件イ」若しくは「医師要件ウ」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の初期研修を修了した後に、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。	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)	
				820600140	医師・歯科医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)	
38	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(「医師要件ア」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。 (本製剤とイビリムマブ(遺伝子組換え)の併用を化学療法未治療の根治切除不能又は転移性の腎細胞癌の患者に投与する場合) 次のいずれに該当するかを記載すること。(「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載) ア IMDC リスク分類:intermediate リスク イ IMDC リスク分類:poor リスク (平成29年4月17日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合であって、施設要件等を記載できない場合) 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。 (平成29年4月17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6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(「使用実績有」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。	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)	
				820600152	患者要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600154	患者要件イ(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)	
39	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	再発又は腫瘍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(「医師要件ア」から「医師要件ウ」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、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む造血器悪性腫瘍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年以上の小児血液 及び小児 がんを含む小児科臨床経験を有すること。 (平成29年4月17日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合であって、施設要件等を記載できない場合) 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。 (平成29年4月17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6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(「使用実績有」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。	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)	
				820600184	医師要件ウ(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	
40	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	治療切除不能な進行・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(「医師要件ア」から「医師要件ウ」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、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、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器癌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) HER2陰性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	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)	
				820600184	医師要件ウ(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	
				820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
41	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(「医師要件ア」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、悪性胸膜中皮腫のがん薬物療法を含む呼吸器癌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)	
42	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	がん化学療法後に増悪した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(「医師要件ア」から「医師要件ウ」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、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、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器癌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。	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)	
				820600184	医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)	
				850600120	MSI-High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	
43	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(「医師要件ア」から「医師要件イ」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、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、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器癌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)	
				820600184	医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)	
44	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	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(「医師要件ア」から「医師要件イ」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、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、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器癌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)	
				820600184	医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)	
			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」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、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)	

R6 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	令和6年 6月1日 適用
45	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	原発不明癌	原発不明癌と診断するにあたり実施した原発巣検索の検査等として該当するもの(「検査等ア」から「検査等ク」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 胸部X線 イ 頭颈部・胸部部・骨盤CT ウ FDG-PET、PET-CT エ 上部・下部消化管内視鏡 オ 腫瘍マーカー測定 カ 病理学的検査 キ 免疫組織化学的検査 ク 遺伝子・染色体検査	820600156	検査等ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600157	検査等イ(オプジーボ点滴静注)	
				820600158	検査等ウ(オプジーボ点滴静注)	
				820600159	検査等エ(オプジーボ点滴静注)	
				820600160	検査等オ(オプジーボ点滴静注)	
				820600161	検査等カ(オプジーボ点滴静注)	
				820600162	検査等キ(オプジーボ点滴静注)	
				820600163	検査等ク(オプジーボ点滴静注)	
46	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	原路上皮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(「医師要件ア」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、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。 (シスプラチン等の白金系抗悪性腫瘍剤を含む術前補助療法のない患者に投与する場合) 投与することとした理由	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)	
				830600113	投与することとした理由(オプジーボ点滴静注):*****	
47	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	非小細胞肺癌における術前補助療法	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(「医師要件ア」から「医師要件ウ」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学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、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	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)	
				820600184	医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)	
48	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	悪性中皮腫(悪性胸膜中皮腫を除く)	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」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、悪性中皮腫(悪性胸膜中皮腫を除く)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)	
49	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	根治切除不能な進行・再発の上皮系皮膚悪性腫瘍	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」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)	
50	オルプロリクス静注用500 オルプロリクス静注用1000 オルプロリクス静注用2000 オルプロリクス静注用3000		手術時における血液凝固第Ⅸ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検討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(オルプロリクス静注用500等):*****	
	オルプロリクス静注用250			830600026	手術時に使用した理由(オルプロリクス静注用250):*****	
	オルプロリクス静注用4000			830600027	手術時に使用した理由(オルプロリクス静注用4000):*****	
51	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(「施設要件ア」から「施設要件ウ」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 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 2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(ストロングクワラ以上)やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6か月以上行っている。 2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、顕著な局所性副作用等(注)は全身性副作用により、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 全身又は顔頭部の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	施設要件ア(オルミエント錠2mg等)	
				820600049	施設要件イ(オルミエント錠2mg等)	
				820600372	施設要件ウ(オルミエント錠2mg等)	※
				820600050	前治療要件ア(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	顔頭部の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):*****	
				830600153	顔部全体に占める脱毛部位の割合(オルミエント錠2mg等):*****	※
				830600154	毛髪其自然再生が認められていない期間(オルミエント錠2mg等):*****	※
		円形脱毛症(ただし、脱毛部位が広範囲に及ぶ難治の場合に限る)	効能又は効果に関連する注意において、「本剤投与開始時に、顔部全体の概ね50%以上に脱毛が認められ、過去6ヵ月程度毛髪其自然再生が認められない患者に投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、顔部全体に占める脱毛部位の割合及び毛髪其自然再生が認められていない期間を記載すること。			
52	オンデキサ静注用200mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤は直接作用型Ⅹa因子阻害剤(アピキサラン、リバーロキサパン又はエドキサントシル酸塩水和物)の種類、最終投与時の1回投与量、最終投与からの経過時間、患者背景(直接作用型Ⅹa因子阻害剤の薬物動態に影響する可能性がある腎機能等)等から、直接作用型Ⅹa因子阻害剤による抗凝固作用が発現している期間であることが推定される患者にのみ使用すること。」及び「本剤はアピキサラン、リバーロキサパン又はエドキサントシル酸塩水和物以外の抗凝固剤による抗凝固作用の中和には使用しないこと。」とされているので、次の事項を記載すること。 ア 直接作用型Ⅹa因子阻害剤の種類、最終投与時の1回投与量及び最終投与からの経過時間 イ 本製剤の投与が必要と判断した理由	830600155	直接作用型Ⅹa因子阻害剤の種類(オンデキサ静注用200mg):*****	※
				830600156	最終投与時の1回投与量(オンデキサ静注用200mg):*****	※
				830600157	最終投与からの経過時間(オンデキサ静注用200mg):*****	※
				830600158	投与が必要と判断した理由(オンデキサ静注用200mg):*****	※
53	ガザイバ点滴静注1000mg	CD20陽性の慢性リンパ性白血病(小リンパ球性リンパ腫を含む)	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「フローサイトメトリ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。	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(ガザイバ点滴静注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)(ガザイバ点滴静注1000mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				850600179	アカラブルチニブの単独投与開始年月日(ガザイバ点滴静注1000mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850600180	アカラブルチニブの単独投与終了年月日(ガザイバ点滴静注1000mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※

R6 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	令和6年 6月1日 適用
54	カナブル錠100mg		(「2型糖尿病を合併する慢性腎臓病 ただし、末期腎不全又は透析施行中の患者を除く。」に用いる場合) 効能又は効果に関連する注意において、「eGFRが30mL/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eGFR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、新規に投与しないこと。」とされているため、オビヌズマブ(遺伝子組換え)と併用する場合) 本剤の単独投与開始日及び単独投与終了日を記載すること。	842600028 850600181	投与開始時のeGFRの値(カナブル錠100mg):***** eGFR検査の実施年月日(カナブル錠100mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※ ※
55	カルケンスカプセル100mg		(本製剤を「未治療の慢性リンパ性白血病(リンパ球性リンパ腫を含む)」に用いる場合は、用法及び用量に関連する注意において、「オビヌズマブ(遺伝子組換え)と併用する場合には、本剤を28日間投与した後にはオビヌズマブ(遺伝子組換え)の投与を開始すること。」とされているため、オビヌズマブ(遺伝子組換え)と併用する場合) 本剤の単独投与開始日及び単独投与終了日を記載すること。	850600182 850600183	単独投与開始年月日(カルケンスカプセル100mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日 単独投与終了年月日(初回投与)(カルケンスカプセル100mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※ ※
56	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、外来腫瘍化学療法診療科1又は外来腫瘍化学療法診療科2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600165 820600187 820600191 820600195 820600198	施設要件A(キイトルーダ点滴静注) 施設要件イ(キイトルーダ点滴静注) 施設要件ウ(キイトルーダ点滴静注) 施設要件エ(キイトルーダ点滴静注) 施設要件オ(キイトルーダ点滴静注)	
57	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 820600148	医師要件A(キイトルーダ点滴静注) 医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)	
58	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学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A」又は「併用投与イ」と記載)を記載すること。 ア ベムレキセド及びブ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 820600148 850600133 830600118 820600171 820600174	医師要件A(キイトルーダ点滴静注) 医師要件イ(キイトルーダ点滴静注) 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 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):***** 併用投与A(キイトルーダ点滴静注) 併用投与イ(キイトルーダ点滴静注)	
59	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、造血器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。	820600146 820600148	医師要件A(キイトルーダ点滴静注) 医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)	
60	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 820600148	医師要件A(キイトルーダ点滴静注) 医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)	
61	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、対象となる癌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。 MSI-Highを確認した検査の実施年月日	820600146 820600148 850600121	医師要件A(キイトルーダ点滴静注) 医師要件イ(キイトルーダ点滴静注) 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	
62	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」又は「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、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の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の初期研修を修了した後に、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体的管理を要するため、患者の治療に当たる歯科医師はアからウまでのいずれかに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持つ医師)との緊密な連携のもとに診療すること。 (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」と記載)を記載すること。 ア 5-FU及びブラチナ製剤との併用投与	820600146 820600148 820600139 820600171	医師要件A(キイトルーダ点滴静注) 医師要件イ(キイトルーダ点滴静注) 医師・歯科医師要件ウ(キイトルーダ点滴静注) 併用投与A(キイトルーダ点滴静注)	
63	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 アキシチニブとの併用投与 イ レンパチニブとの併用投与	820600146 820600148 820600171 820600174	医師要件A(キイトルーダ点滴静注) 医師要件イ(キイトルーダ点滴静注) 併用投与A(キイトルーダ点滴静注) 併用投与イ(キイトルーダ点滴静注)	
64	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「施設要件ウ」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、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科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」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 820600148 820600145 850600124 830600107 820600171	医師要件A(キイトルーダ点滴静注) 医師要件イ(キイトルーダ点滴静注) 医師要件ウ(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(キイトルーダ点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日 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):***** 併用投与A(キイトルーダ点滴静注)	
65	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「施設要件ウ」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、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科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、対象となる癌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 820600148 820600145	医師要件A(キイトルーダ点滴静注) 医師要件イ(キイトルーダ点滴静注) 医師要件ウ(キイトルーダ点滴静注)	

R6 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	令和6年 6月1日 適用
			MSI-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600121	MSI-Highを確認した検査の実施年月日(キイトルダ点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
66	キイトルダ点滴静注100mg	PD-L1 陽性のホルモン受容体陰性かつ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(キイトルダ点滴静注)	
				820600148	医師要件イ(キイトルダ点滴静注)	
			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)(キイトルダ点滴静注):*****	
			ホルモン受容体陰性、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。	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「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア ゲムシタビン及びカルボプラチンとの併用投与 イ パクリタキセルとの併用投与 ウ パクリタキセル(アルブミン懸濁型)との併用投与	820600171	併用投与A(キイトルダ点滴静注)	
				820600174	併用投与イ(キイトルダ点滴静注)	
				820600177	併用投与ウ(キイトルダ点滴静注)	
67	キイトルダ点滴静注100mg	がん化学療法後に増悪した切除不能な進行・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(キイトルダ点滴静注)	
				820600148	医師要件イ(キイトルダ点滴静注)	
68	キイトルダ点滴静注100mg	がん化学療法後に増悪した高い腫瘍遺伝子発現量(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(キイトルダ点滴静注)	
				820600148	医師要件イ(キイトルダ点滴静注)	
			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(キイトルダ点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
69	キイトルダ点滴静注100mg	腎細胞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」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。	820600146	医師要件A(キイトルダ点滴静注)	
				820600148	医師要件イ(キイトルダ点滴静注)	
70	キイトルダ点滴静注100mg	ホルモン受容体陰性かつHER2陰性で再発高リスクの乳癌における術前・術後薬物療法	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」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。	820600146	医師要件A(キイトルダ点滴静注)	
				820600148	医師要件イ(キイトルダ点滴静注)	
			ホルモン受容体陰性、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。	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(キイトルダ点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
			本製剤を術前薬物療法として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「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア パクリタキセル及びカルボプラチンとの併用投与 イ ドキシタキセル塩酸塩及びシクロホスファミド水和物との併用投与 ウ エドリン塩酸塩及びシクロホスファミド水和物との併用投与	820600171	併用投与A(キイトルダ点滴静注)	
				820600174	併用投与イ(キイトルダ点滴静注)	
				820600177	併用投与ウ(キイトルダ点滴静注)	
71	キイトルダ点滴静注100mg	進行又は再発の子宮頸癌	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(キイトルダ点滴静注)	
				820600148	医師要件イ(キイトルダ点滴静注)	
			本製剤を術前薬物療法として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 パクリタキセル及びプラチナ製剤との併用投与 イ パクリタキセル、プラチナ製剤及びベパズママとの併用投与	820600171	併用投与A(キイトルダ点滴静注)	
				820600174	併用投与イ(キイトルダ点滴静注)	
72	キイトルダ点滴静注100mg	再発又は難治性の原発性経膈大細胞型B細胞リンパ腫	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、造血器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。	820600146	医師要件A(キイトルダ点滴静注)	
				820600148	医師要件イ(キイトルダ点滴静注)	
73	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1)を有する施設 イ 認定カテゴリ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)	
				820600053	施設要件イ(キムリア点滴静注)	
			再発又は難治性のCD19陽性のB細胞性急性リンパ芽球性白血病本製品の効能、効果又は性能に関連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"	
74	クリスピータ皮下注10mg クリスピータ皮下注20mg クリスピータ皮下注30mg		本剤の効能又は効果は「FGF23関連低リン血症性骨病・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。	850600026	FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日(クリスピータ皮下注10mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600027	FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日(初回投与)(クリスピータ皮下注10mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
75	コラテジェン筋注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」に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場合、パーージャー病の患者は以下の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、前項によって④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(TBI)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、膝窩動脈又は膝窩下の動脈に閉塞又は狭窄部位が認められ、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 既往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、以下の条件いずれも満たすこと。 ア 安静時上腕・足関節血圧比(ABPI)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(TBI)等)の測定値(コラテジェン筋注4mg):*****	

R6 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	令和6年 6月1日 適用
76	ザークリカプセル200mg ザークリカプセル250mg		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。	850600028	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ザークリカプセル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）（ザークリカプセル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（ザークリカプセル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）（ザークリカプセル200mg等）：（元号）yy“年”mm“月”dd“日”	
77	サイバインコ錠50mg サイバインコ錠100mg サイバインコ錠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（ストロングクラス以上）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、顕著な局所副作用若しくは全身性副作用により、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 全身又は頭頸部の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（％）	820600054	医師要件A（サイバインコ錠50mg等）	
				820600055	医師要件イ（サイバインコ錠50mg等）	
				820600056	医師要件ウ（サイバインコ錠50mg等）	
				820600057	前治療要件A（サイバインコ錠50mg等）	
				820600058	前治療要件イ（サイバインコ錠50mg等）	
				830600031	IGAスコア（サイバインコ錠50mg等）：*****	
				830600032	全身のEASIスコア（サイバインコ錠50mg等）：*****	
				830600119	頭頸部のEASIスコア（サイバインコ錠50mg等）：*****	
				842600010	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（％）（サイバインコ錠50mg等）：*****	
78	サイラムザ点滴静注液100mg サイラムザ点滴静注液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・効果に関連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、適応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液100mg等）：*****	
				850600032	AFP検査の実施年月日（サイラムザ点滴静注液100mg等）：（元号）yy“年”mm“月”dd“日”	
79	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「フノー」 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「杏林」 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O.D錠2.5mgZA「トーワ」 タダラフィル錠5mgZA「サワイ」 タダラフィル錠5mgZA「フノー」 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「サント」 タダラフィル錠5mgZA「JG」 タダラフィルO.D錠5mgZA「トーワ」 タダラフィル錠2.5mgZA「シオエ」 タダラフィル錠5mgZA「シオエ」		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”	
80	ジカディア錠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”	
81	ジャクスタビッドカプセル5mg ジャクスタビッドカプセル10mg ジャクスタビッドカプセル20mg	ホモ接合体家族性高コレステロール血症	本製剤の効能・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徴候等）	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（ジャクスタビッドカプセル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徴候等）（ジャクスタビッドカプセル5mg等）：*****	
82	ジャディアンス錠10mg	慢性腎臓病	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「eGFRが20mL/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eGFR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。	830600159	適応患者であると判断した理由（ジャディアンス錠10mg）：*****	※
				830600160	判断に用いた指標の値等（eGFRの値を含む。）（ジャディアンス錠10mg）：*****	※
83	シュンレンカ錠300mg シュンレンカ皮下注463.5mg		本製剤の効能又は効果は「多剤耐性HIV-1感染症」であり、効能又は効果に関連する注意において、「過去の治療において、本剤を含まない既存の抗HIVウイルス療法による適切な治療を行ってもウイルス学的抑制が得られなかった患者」及び「薬剤耐性検査（遺伝子型解析あるいは表現型解析）を実施し、本剤を含まない複数の抗HIV薬に耐性を示す患者」のいずれも満たす患者に投与すること。」とされているので、使用に当たっては十分留意すること。また、本製剤の投与開始に当たっては、直近の薬剤耐性検査の実施年月日及び薬剤耐性が認められた全ての抗HIV薬の品名を記載すること。	8506000184	直近の薬剤耐性検査の実施年月日（シュンレンカ錠300mg等）：（元号）yy“年”mm“月”dd“日”	※
				830600161	薬剤耐性が認められた抗HIV薬の品名（シュンレンカ錠300mg等）：*****	※
				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）：*****	
84	シンボニー皮下注50mgシリンジ シンボニー皮下注50mgオートインジェクター	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 本製剤の投与が必要と判断した理由	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）：*****	
85	ステパロニン点滴静注バッグ9000mg/300mL		本製剤の効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（ステパロニン点滴静注バッグ9000mg/300mL）：*****	
86	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） 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、腎臓移植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、腎臓移植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）：*****	

R6 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	令和6年 6月1日 適用
87	スピリザ錠12mg		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以上であることが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(スピリザ錠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)(スピリザ錠12mg):(元号)yy年mm月dd日	
				830600047	オナセムノゲン アペバルボベクの投与後に本製剤の投与が必要な理由(スピリザ錠12mg):*****	
88	ゼジュラカプセル100mg ゼジュラ錠100mg		本製剤を「白糸系抗悪性腫瘍剤感受性の相同組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医療機器を用いた検査により、相同組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等):*****	
				850600037	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(ゼジュラカプセル100mg等):(元号)yy年mm月dd日	
				850600038	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)(ゼジュラカプセル100mg等):(元号)yy年mm月dd日	
89	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	
90	ゼルボラフ錠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、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。	850600041	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(ゼルボラフ錠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)(ゼルボラフ錠240mg):(元号)yy年mm月dd日	
91	ゾスバタ錠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(ゾスバタ錠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)(ゾスバタ錠40mg):(元号)yy年mm月dd日	
92	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薬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	
93	ゾレア皮下注用150mg ゾレア皮下注75mgシリンジ ゾレア皮下注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場合) 次の事項を記載すること。 ① 次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E」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】 - ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 - エ 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、鼻漏の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150mg等)	
				820600252	医師要件イ(ゾレア皮下注用150mg等)	
				820600253	医師要件ウ(ゾレア皮下注用150mg等)	
				820600254	医師要件エ(ゾレア皮下注用150mg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150mg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150mg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150mg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1日回数)(ゾレア皮下注用150mg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150mg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150mg等):*****	
				842600014	本製剤の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150mg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150mg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150mg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150mg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150mg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150mg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150mg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150mg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150mg等):*****	
842600016				842600016	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150mg等):*****	
				842600017	前回投与時における鼻症状(こ鼻の1日回数)(ゾレア皮下注用150mg等):*****	
				830600061	前回投与時における鼻症状(鼻閉の状態)(ゾレア皮下注用150mg等):*****	

R6 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	令和6年 6月1日 適用
R6 項番			(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 本製剤の前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	842600018	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150mg等)：*****	
				842600019	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150mg等)：*****	
				830600062	継続投与時における鼻症状(鼻閉の状態)(ゾレア皮下注用150mg等)：*****	
				830600063	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150mg等)：*****	
				830600064	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150mg等)：*****	
				830600065	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150mg等)：*****	
94	タグリッソ錠40mg タグリッソ錠80mg		(EGFR遺伝子変異陽性の手術不能又は再発非小細胞肺癌に用いる場合) 効能又は効果に関連する注意において、「EGFR遺伝子変異検査を実施すること。EGFR遺伝子変異検査の実施には、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用医薬品又は医療機器を用い、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剤による治療歴を有し、病勢進行が確認されている患者では、EGFR790M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	EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(タグリッソ錠40mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
		(EGFR遺伝子変異陽性の非小細胞肺癌における術後補助療法に用いる場合) 効能又は効果に関連する注意において、「EGFR遺伝子変異検査を実施すること。EGFR遺伝子変異検査の実施には、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用医薬品又は医療機器を用い、EGFR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、EGFR遺伝子変異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。	850600048	EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(タグリッソ錠40mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日		
95	タズベリク錠200mg		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	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	
				850600050	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	
96	タフィンラーカプセル50mg タフィンラーカプセル75mg		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。	850600051	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(タフィンラーカプセル50mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				850600052	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(タフィンラーカプセル50mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
97	タブレクタ錠150mg タブレクタ錠200mg		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	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(タブレクタ錠150mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				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(初回投与)(タブレクタ錠150mg等)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
98	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)	
99	テラーチンS静注液200μg		本製剤を甲状腺機能低下症の患者に投与する際は、レボチロキシ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、甲状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、レボチロキシナトリウム経口製剤による治療が適しないと判断した理由を記載すること。	830600066	レボチロキシ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(テラーチンS静注液200μg)：*****	
100	ティーエスワン配合顆粒T20 ティーエスワン配合顆粒T25 ティーエスワン配合OD錠T20 ティーエスワン配合OD錠T25 ティーエスワン配合カプセルT20 ティーエスワン配合カプセルT25		本製剤の用法及び用量において、「胃癌にはA法、B法又はC法、結腸・直腸癌にはA法、C法又はD法、膵頭部癌にはA法、非小細胞肺癌にはA法、B法又はC法、手術不能又は再発乳癌にはA法、肺癌にはA法又はC法、胆道癌にはA法、E法又はF法を使用する。」とされていることから、用法・用量を記載すること(「A法」から「F法」までのうち該当するものを記載)。	820600305	A法(ティーエスワン配合顆粒T20等)	※
				820600306	B法(ティーエスワン配合顆粒T20等)	※
				820600307	C法(ティーエスワン配合顆粒T20等)	※
				820600308	D法(ティーエスワン配合顆粒T20等)	※
				820600309	E法(ティーエスワン配合顆粒T20等)	※
				820600310	F法(ティーエスワン配合顆粒T20等)	※
101	テゼスバイア皮下注210mgシリンジ	気管支喘息	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「医師要件ウ」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、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。 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」)を記載すること。 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に2回以上きたしている。 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に2回以上きたしている。 (「患者要件イ」に該当する場合) 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	820600311	医師要件A(テゼスバイア皮下注210mgシリンジ)	※
				820600312	医師要件イ(テゼスバイア皮下注210mgシリンジ)	※
				820600313	医師要件ウ(テゼスバイア皮下注210mgシリンジ)	※
				820600314	患者要件A(テゼスバイア皮下注210mgシリンジ)	※
				820600315	患者要件イ(テゼスバイア皮下注210mgシリンジ)	※
				830600193	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(テゼスバイア皮下注210mgシリンジ)：*****	※
102	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 外化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療1又は外来腫瘍化学療法診療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	施設要件A(テセントリク点滴静注)	
				820600188	施設要件イ(テセントリク点滴静注)	
				820600192	施設要件ウ(テセントリク点滴静注)	
				820600196	施設要件エ(テセントリク点滴静注)	
				820600199	施設要件オ(テセントリク点滴静注)	
			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「医師要件イウ」)と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学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、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の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)	
				820600316	医師要件ウ(テセントリク点滴静注)	※
			(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合)	820600172	併用投与A(テセントリク点滴静注)	

R6 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	令和6年 6月1日 適用
103	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)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 白金製剤(シスプラチン又はカルボプラチン)及びペムトレキセドとの併用投与 ウ カルボプラチン及びパクリタキセル(アルブミン懸濁型)との併用投与	820600175	併用投与イ(テセントリク点滴静注)	
				820600178	併用投与ウ(テセントリク点滴静注)	
			(本製剤を化学療法歴のないPD-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遺伝子変異陰性、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。	850600117	EGFR遺伝子変異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	
				850600115	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	
104	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	次に掲げる併用投与のうち、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」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の臨床研修を行っていること。	820600147	医師要件ア(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)	
				850600117	EGFR遺伝子変異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	
				850600125	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	
105	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(「医師要件ア」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の臨床研修を行っていること。	820600147	医師要件ア(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)	
			PD-L1陽性、ホルモン受容体陰性及び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。	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	
106	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(「医師要件ア」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、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。	820600147	医師要件ア(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)	
			本製剤投与時におけるChild-Pugh分類を記載すること。	830600114	投与時におけるChild-Pugh分類(テセントリク点滴静注)：*****	
				850600141	PD-L1陽性(PD-L1発現率が1%以上)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。	
107	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	PD-L1陽性の非小細胞肺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(「医師要件ア」から「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年の初期研修を終了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	820600147	医師要件ア(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)	
				820600316	医師要件ウ(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	
108	テブトコ錠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スキッピング変異陰性を確認した検査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。	850600144	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陰性を確認した検査の実施年月日(テブトコ錠250mg)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				850600145	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陰性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(テブトコ錠250mg)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				830600067	本剤の使用が必要かつ有効と判断した理由(テムセルHS注)：*****	
				830600162	PD-L1発現率を確認した検査結果(発現率)(テセントリク点滴静注)：*****	※
109	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・経験を持つ医師のもとで、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」を、また、効能、効果又は性能に関連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「本品の投与に際しては、急性GVHDの重症度等、臨床成績」の項の内容を熟知し、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	本剤の使用が必要かつ有効と判断した理由(テムセルHS注)：*****	
			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(「施設要件ア」から「施設要件ウ」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 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」から「前治療要件ウ」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近の6か月以上行っている。 イ 小児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(ミディムクラス以上)やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6か月以上行っている。 なお、ミディムクラスのステロイド外用薬で効果不十分の患者に対しては、本剤の投与を開始する前にストロングラスのステロイド外用薬での治療も考慮すること。 ウ 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剰症、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 イ 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	施設要件ア(デュピセント皮下注)	
				820600189	施設要件イ(デュピセント皮下注)	
				820600193	施設要件ウ(デュピセント皮下注)	
110	デュピセント皮下注300mgシリンジ デュピセント皮下注300mgペン デュピセント皮下注200mgシリンジ	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(「施設要件ア」から「施設要件ウ」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 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」から「前治療要件ウ」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近の6か月以上行っている。 イ 小児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(ミディムクラス以上)やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6か月以上行っている。 なお、ミディムクラスのステロイド外用薬で効果不十分の患者に対しては、本剤の投与を開始する前にストロングラスのステロイド外用薬での治療も考慮すること。 ウ 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剰症、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 イ 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(%)	820600181	前治療要件ア(デュピセント皮下注)	
				820600317	前治療要件イ(デュピセント皮下注)	※
				820600182	前治療要件ウ(デュピセント皮下注)	
				830600137	IGAスコア(デュピセント皮下注)：*****	
111	デュピセント皮下注300mgシリンジ デュピセント皮下注300mgペン デュピセント皮下注200mgシリンジ	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(「施設要件ア」から「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載) 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。 2) 本剤投与前の長期管理薬(長期間作用性β2刺激薬)又は「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載) ア 高用量吸入ステロイド薬(ICS)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に1回以上きたしている。 イ 中用量ICS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に1回以上きたしている。 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	施設要件ア(デュピセント皮下注)	
				820600189	施設要件イ(デュピセント皮下注)	
				820600193	施設要件ウ(デュピセント皮下注)	
				820600153	患者要件ア(デュピセント皮下注)	
				820600155	患者要件イ(デュピセント皮下注)	
				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(デュピセント皮下注)：*****	
				820600167	施設要件ア(デュピセント皮下注)	

R6 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	令和6年 6月1日 適用
112	デュピセント皮下注300mgシリンジ デュピセント皮下注300mgペン デュピセント皮下注200mgシリンジ	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 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て、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2(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)でイのうち「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て、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各鼻腔の鼻茸スコア、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(「医師要件A」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、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)でイに該当する場合は、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) 本製剤の継続投与前における各鼻腔の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	820600150	患者の要件Aに該当(デュピセント皮下注)	
				820600185	患者の要件イに該当(デュピセント皮下注)	
				820600151	患者の要件ウに該当(デュピセント皮下注)	
				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(デュピセント皮下注)：*****	
				820600142	医師要件A(デュピセント皮下注)	
				820600144	医師要件イ(デュピセント皮下注)	
				820600143	医師要件A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(デュピセント皮下注)：*****					
113	デュピセント皮下注300mgシリンジ デュピセント皮下注300mgペン	既存治療で効果不十分な細菌性痔瘻	効能又は効果に関連する注意において、「117 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を十分に理解した上で、本剤はステロイド外用剤等による治療を施行しても、痔瘻結節を主体とする病変が多発し、複数の部位に及ぶ患者に用いること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ア 既存治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間(既存治療として薬剤を使用していない場合はその理由) イ 投与開始時の痔瘻結節数 ウ 投与開始時の病変部位 エ 投与開始時のそう痒スコア	830600163	既存治療として使用していた薬剤の品名(デュピセント皮下注)：*****	※
				830600164	既存治療として使用していた薬剤の使用期間(デュピセント皮下注)：*****	※
				830600165	既存治療として薬剤を使用していない理由(デュピセント皮下注)：*****	※
				830600166	投与開始時の痔瘻結節数(デュピセント皮下注)：*****	※
				830600167	投与開始時の病変部位(デュピセント皮下注)：*****	※
				842600029	投与開始時のそう痒スコア(デュピセント皮下注)：*****	※
114	デリタクト注		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 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件A」から「施設要件イ」までのうち該当するものを記載) ア 特定機能病院 イ 大学附属病院本院(脳神経外科に係る診療科を有する場合に限る。) ウ 慢性神経難症手術の年間施行例数が30例以上ある施設 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。) 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(「施設要件A」から「施設要件イ」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。) 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。 イ 脳腫瘍に関する十分な臨床経験(計30例以上)があること。 ウ ナビゲーション下生後術を含む定位脳手術の実績が5例以上あること。 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	820600067	施設要件A(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	医師要件A(デリタクト注)	
				820600072	医師要件イ(デリタクト注)	
				820600073	医師要件ウ(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)	
				115	ドブレレット錠20mg	
850600185	観血的手術の実施予定年月日(ドブレレット錠20mg)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※				
116	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)：*****	
117	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対し処方」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対し処方(ニコチネルTTS10等)	
118	ニューモバックスNPシリンジ		(スチムリマブ(遺伝子組換え)又はベグセタコプランの投与に使用する場合) スチムリマブ(遺伝子組換え)又はベグセタコプラン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スチムリマブ(遺伝子組換え)又はベグセタコプランの投与が確認できる場合を除く。)	850600186	スチムリマブ(遺伝子組換え)又はベグセタコプランの投与を行った年月日(ニューモバックスNPシリンジ)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850600187	スチムリマブ(遺伝子組換え)又はベグセタコプランの投与を行う予定の年月日(ニューモバックスNPシリンジ)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
119	ノモサング点滴静注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、診療報酬明細書の記載に当たっては、発作時の使用である旨を記載すること。	820600077	発作時の使用(ノモサング点滴静注250mg)	
120	ノボセプンH静注用1mg シリンジ ノボセプンH静注用2mg シリンジ ノボセプンH静注用5mg シリンジ		本製剤の使用に当たっては、血液凝固第四因子又はIX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、インヒビター力価の測定された年月日及び力価を記載すること。	830600128	インヒビター力価(ノボセプンH静注用1mgシリンジ等)：*****	
				850600146	インヒビター力価測定年月日(ノボセプンH静注用1mgシリンジ等)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
121	バージェタ点滴静注420mg／14mL	結腸・直腸癌	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、HER2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、HER2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。	850600188	HER2陽性を確認した検査の実施年月日(バージェタ点滴静注420mg／14mL)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850600189	HER2陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(バージェタ点滴静注420mg／14mL)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
			ハーセプチン注射用60、ハーセプチン注射用150 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。 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。	850600057	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(ハーセプチン注射用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)(ハーセプチン注射用60等)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	

R6 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	令和6年 6月1日 適用
122	ハーセプチン注射用150 ハーセプチン注射用60 トラスツズマブBS点滴静注用150mg 「CTH」 トラスツズマブBS点滴静注用150mg 「NK」 トラスツズマブBS点滴静注用150mg 「ファイザー」 トラスツズマブBS点滴静注用150mg 「第一三共」 トラスツズマブBS点滴静注用60mg「C TH」 トラスツズマブBS点滴静注用60mg「N K」 トラスツズマブBS点滴静注用60mg 「ファイザー」 トラスツズマブBS点滴静注用60mg「第 一三共」		トラスツズマブ BS 点滴静注用 60mg「NK」、同 150mg「NK」、同 60mg「CTH」及び同 150mg「CTH」	850600059	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「NK」等）：（元号）yy“年”mm”月”dd”日”	
			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。	850600060	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トラスツズマブ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（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「CTH」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）（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「CTH」等）：（元号）yy“年”mm”月”dd”日”	
			トラスツズマブ BS 点滴静注用 60mg「第一三共」及び同 150mg「第一三共」	850600063	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「第一三共」等）：（元号）yy“年”mm”月”dd”日”	
			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。	850600064	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「第一三共」等）：（元号）yy“年”mm”月”dd”日”	
			トラスツズマブ BS 点滴静注用 60mg「ファイザー」及び同 150mg「ファイザー」	850600065	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」等）：（元号）yy“年”mm”月”dd”日”	
			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。	850600066	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」等）：（元号）yy“年”mm”月”dd”日”	
123	バイアグラ錠25mg バイアグラ錠50mg バイアグラODフィルム25mg バイアグラODフィルム50mg シナリス錠5mg シナリス錠10mg シナリス錠20mg	勃起不全による男性不妊の治療を目的として一般不妊治療におけるタイミング法において用いる場合	以下の事項を記載すること。 ① 投与を行う医師に係る要件として次に掲げるもののうち、該当するもの（「投与医薬件A」又は「投与医薬件イ」と記載） ア 泌尿器科について5年以上の経験を有する医師 イ 以外で、特段の理由がある場合 ② 上記①に該当する場合、当該理由	820600318	投与医薬件A（バイアグラ錠25mg等）	※
				820600319	投与医薬件イ（バイアグラ錠25mg等）	※
				830600169	投与医薬件イに該当する理由（バイアグラ錠25mg等）：*****	※
			以下の事項を記載すること。 ① 医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者又はそのパートナーのいずれであるか ② 医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を行っている保険医療機関名（投与する保険医療機関と同一である場合には省略しても差し支えない。） ③ 医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料の算定が行われた年月（投与日から遡って6か月以内に限り。）	820600320	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者（バイアグラ錠25mg等）	※
				820600321	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者のパートナー（バイアグラ錠25mg等）	※
				830600170	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を行っている保険医療機関名（バイアグラ錠25mg等）：*****	※
				850600190	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料の算定が行われた年月（バイアグラ錠25mg等）：（元号）yy“年”mm”月”	※
			（6か月を超えて投与を継続する場合） 継続の必要性を改めて検討し、必要と判断した理由及び初回投与の年月を記載すること。	830600171	6か月を超えて投与を継続する必要と判断した理由（バイアグラ錠25mg等）：*****	※
				850600191	初回投与の年月（バイアグラ錠25mg等）：（元号）yy“年”mm”月”	※
124	バイクロット配合静注用		本製剤の使用に当たっては、血凝固因子Ⅳ因子又は第Ⅳ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、インヒビター力価の測定された年月日及び力価を記載すること。	830600129	インヒビター力価（バイクロット配合静注用）：*****	
				850600147	インヒビター力価測定年月日（バイクロット配合静注用）：（元号）yy“年”mm”月”dd”日”	
125	バクスミー点鼻粉末剤3mg		1回2瓶以上処方する場合は、枚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（バクスミー点鼻粉末剤3mg）：*****	
126	バクトロバン鼻腔用軟膏2%		易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（易感染患者）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。 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、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料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 ア 又は「医師要件イ」と記載 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5年以上の皮膚悪性腫瘍病の臨床経験を有していること。	820600078	易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%）	
127	パドセブ点滴静注用20mg パドセブ点滴静注用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阻害剤による治療歴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。	820600079	PD1/PDL1阻害剤を含む化学療法による治療歴を有する患者に投与（パドセブ点滴静注用20mg等）	
128	バベンチオ点滴静注200mg	メルケル細胞癌	次の事項を記載すること。 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） 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、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料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 ア 又は「医師要件イ」と記載 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5年以上の皮膚悪性腫瘍病の臨床経験を有していること。	820600244	施設要件A（バベンチオ点滴静注200mg）	
				820600245	施設要件イ（バベンチオ点滴静注200mg）	
				820600246	施設要件ウ（バベンチオ点滴静注200mg）	
				820600247	施設要件エ（バベンチオ点滴静注200mg）	
				820600248	施設要件オ（バベンチオ点滴静注200mg）	
				820600249	医師要件A（バベンチオ点滴静注200mg）	
				820600250	医師要件イ（バベンチオ点滴静注200mg）	
129	バベンチオ点滴静注200mg	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌の治療	次の事項を記載すること。 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） 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、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料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 ア 又は「医師要件イ」と記載 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年以上の泌尿器科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。	820600244	施設要件A（バベンチオ点滴静注200mg）	
				820600245	施設要件イ（バベンチオ点滴静注200mg）	
				820600246	施設要件ウ（バベンチオ点滴静注200mg）	
				820600247	施設要件エ（バベンチオ点滴静注200mg）	
				820600248	施設要件オ（バベンチオ点滴静注200mg）	
				820600249	医師要件A（バベンチオ点滴静注200mg）	

R6 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	令和6年 6月1日 適用
				820600250	医師要件イ(パベンチオ点滴静注200mg)	
130	パベンチオ点滴静注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	次の事項を記載すること。 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、外来腫瘍化学療法診療科1又は外来腫瘍化学療法診療科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 2) 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。	820600244	施設要件ア(パベンチオ点滴静注200mg)	
				820600245	施設要件イ(パベンチオ点滴静注200mg)	
				820600246	施設要件ウ(パベンチオ点滴静注200mg)	
				820600247	施設要件エ(パベンチオ点滴静注200mg)	
				820600248	施設要件オ(パベンチオ点滴静注200mg)	
				820600249	医師要件ア(パベンチオ点滴静注200mg)	
				820600250	医師要件イ(パベンチオ点滴静注200mg)	
131	ビラフトピカセル50mg ビラフトピカセル75mg	共通	本薬剤の効能・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	
				850600068	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ビラフトピカセル50mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				830600070	ビニメチニブを併用する理由(ビラフトピカセル50mg等);*****	
132	ビルテブソ点滴静注250mg		本薬剤の効能又は効果に関連する注意において、「遺伝子検査により、エクソン53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(ビルテブソ点滴静注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)(ビルテブソ点滴静注250mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
133	ピンダケルカプセル20mg	トランスサイレチン型心アミロイドーシス(野生型及び変異型)	本薬剤を「トランスサイレチン型心アミロイドーシス(野生型及び変異型)」の効能・効果に使用する場合、本薬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) ① 野生型の場合 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 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 ウ 組織生検によるアミロイド沈着が認められること エ 免疫組織染色により TTR 前駆タンパク質が陽性であること ② 変異型の場合 ア 心筋症症状及び心筋症と関連する TTR 遺伝子変異を有すること 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 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 エ 組織生検によるアミロイド沈着が認められること	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)	
134	ピンマックカプセル61mg		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) ① 野生型の場合 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 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 ウ 組織生検によるアミロイド沈着が認められること エ 免疫組織染色により TTR 前駆タンパク質が陽性であること ② 変異型の場合 ア 心筋症症状及び心筋症と関連する TTR 遺伝子変異を有すること 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 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 エ 組織生検によるアミロイド沈着が認められること	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)	
135	ファイバ静注用1000		本薬剤の使用に当たっては、インヒビ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	インヒビター力価(ファイバ静注用1000);*****	
				850600150	インヒビ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	
136	フェインジェクト静注500mg		本薬剤投与前の血中Hb値及び血中Hb値が8.0g/dL以上の場合、本薬剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600194	投与前の血中Hb値(フェインジェクト静注500mg);*****	
				830600071	投与が必要と判断した理由(フェインジェクト静注500mg);*****	
137	フェスコ配合皮下注 MA フェスコ配合皮下注 IN		(HER2陽性の乳癌に用いる場合) 効能又は効果に関連する注意において、「HER2陽性の検査は、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。」とされているので、HER2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、本薬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。 (がん化学療法後に増悪したHER2陽性の治療切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌に用いる場合) 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、HER2陽性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、本薬剤の投与開始に当たっては、本薬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。	850600192	HER2陽性を確認した検査の実施年月日(フェスコ配合皮下注MA等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850600193	HER2陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(フェスコ配合皮下注MA等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
138	フォシーガ錠5mg フォシーガ錠10mg	慢性腎臓病	効能又は効果に関連する注意において、FeGFRが25mL/min/1.73m2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eGFR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、本薬剤の投与開始に当たっては、本薬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);*****	
139	ブレヤンジ静注		本製品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 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	施設要件ア(ブレヤンジ静注)	
				820600106	施設要件イ(ブレヤンジ静注)	
140	ベイスン錠0.2 ベイスンOD錠0.2 ボグリボースODフィルム0.2「QQ」 ボグリボースOD錠0.2mg「MED」 ボグリボースOD錠0.2mg「ケミファ」 ボグリボースOD錠0.2mg「サファ」 ボグリボースOD錠0.2mg「タカタ」 ボグリボースOD錠0.2mg「トーワ」 ボグリボースOD錠0.2mg「日工医」 ボグリボースOD錠0.2mg「武田チバ」 ボグリボースOD錠0.2mg「杏林」 ボグリボース錠0.2mg「JG」	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		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	

R6 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	令和6年 6月1日 適用
790	ポグリボース錠0.2mg「NP」 ポグリボース錠0.2mg「NS」 ポグリボース錠0.2mg「TCK」 ポグリボース錠0.2mg「YD」 ポグリボース錠0.2mg「ケミア」 ポグリボース錠0.2mg「サイウ」 ポグリボース錠0.2mg「タカタ」 ポグリボース錠0.2mg「トーフ」 ポグリボース錠0.2mg「杏林」 ポグリボース錠0.2mg「日医工」 ポグリボース錠0.2mg「武田テバ」 ポグリボース錠0.2mg「VTRS」	及び運動療法を十分に 行っても改善され 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。	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）；*****	
141	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陰性で再発高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。	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	
142	ペスボンサ点滴静注用1mg		本製剤の使用上の注意において「フローサイトメ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陰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。	850600078	CD22陰性を確認した検査の実施年月日（ペスボンサ点滴静注用1mg）；（元号）yy'年'mm'月'dd'日	
				850600079	CD22陰性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ペスボンサ点滴静注用1mg）；（元号）yy'年'mm'月'dd'日	
143	ペマジュール錠4.5mg	がん化学療法後に増悪したFGFR2融合遺伝子陽性の治癒切除不能胆道癌	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。	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	
		FGFR1融合遺伝子陽性の骨髄性又はリンパ性腫瘍		850600194	8p11染色体領域の転座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	※
				850600195	8p11染色体領域の転座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	※
144	ペリキューボ錠2.5mg ペリキューボ錠5mg ペリキューボ錠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で差し支えない。	850600082	左室駆出率の計測年月日（ペリキューボ錠2.5mg等）；（元号）yy'年'mm'月'dd'日	
				830600083	左室駆出率の値（ペリキューボ錠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）（ペリキューボ錠2.5mg等）；*****	
145	ポテリジオ点滴静注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陽性の末梢性T細胞リンパ腫（PTCL）の場合、CCR4抗原は、フローサイトメリー（FOM）又は免疫組織化学染色（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。	850600083	CCR4陽性を確認した検査の実施年月日（ポテリジオ点滴静注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）（ポテリジオ点滴静注20mg）；（元号）yy'年'mm'月'dd'日	
146	ミカトリオ配合錠		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月に記載すること。 （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（ミカトリオ配合錠）；*****	
				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（ミカトリオ配合錠）；*****	
				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（ミカトリオ配合錠）；*****	
				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（ミカトリオ配合錠）；（元号）yy'年'mm'月'dd'日	
147	ミチーガ皮下注用60mgシリンジ	アトピー性皮膚炎に伴うそう痒	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「医師要件イ」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）本剤投与前の治療の状況 ア 13歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、本剤投与前にステロイド外用薬（ストロングクラス以上）又はカルシニューリン阻害外用薬を行った治療期間（4週間未満又は行っていない場合はその理由） イ 13歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、本剤投与前に抗ヒスタミン薬又は抗アレルギー薬による内服治療を行った治療期間（2週間未満又は行っていない場合はその理由） 3）疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の値。ただし、ア及びイについては、本製剤投与開始2日前から本剤投与開始までの3日間全ての値を記載すること。 ア そう痒VAS 又はそう痒NRS イ かゆみスコア ウ EASIスコア	820600322	医師要件ア（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）	※
				820600323	医師要件イ（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）	※
				820600324	医師要件ウ（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）	※
				830600172	ステロイド外用薬（ストロングクラス以上）又はカルシニューリン阻害外用薬を行った治療期間（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）；*****	※
				830600173	4週間未満又は行っていない場合はその理由（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）；*****	※
				830600174	抗ヒスタミン薬又は抗アレルギー薬による内服治療を行った治療期間（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）；*****	※
				830600175	2週間未満又は行っていない場合はその理由（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）；*****	※
				842600030	そう痒VASの値（投与開始2日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）；*****	※
				842600031	そう痒VASの値（投与開始1日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）；*****	※
				842600032	そう痒VASの値（投与開始日）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）；*****	※
				842600033	そう痒NRSの値（投与開始2日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）；*****	※
				842600034	そう痒NRSの値（投与開始1日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）；*****	※
				842600035	そう痒NRSの値（投与開始日）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）；*****	※
				842600036	かゆみスコア（投与開始2日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）；*****	※
				842600037	かゆみスコア（投与開始1日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）；*****	※
				842600038	かゆみスコア（投与開始日）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）；*****	※
				842600039	EASIスコア（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ）；*****	※

R6 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	令和6年 6月1日 適用
148	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技の場合は、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、観血的手技の名称及び実施予定年月日を記載すること。	830600087	観血的手技の名称(ムルプレタ錠3mg):*****	
				850600085	観血的手技の実施予定年月日(ムルプレタ錠3mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
149	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	
150	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等):(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	
152	メンクアッドフィ筋注		本製剤は、エクシズマブ(遺伝子組換え)、ラブリズマブ(遺伝子組換え)、スチムリマブ(遺伝子組換え)、ベグセタコبران又はジコプラナトリウム投与患者に使用した場合に限り算定できるものである。これらの製剤のうちいずれか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これらの製剤のうちいずれかの投与が確認できる場合を除く。)	850600202	エクシズマブ(遺伝子組換え)投与を行った年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600203	エクシズマブ(遺伝子組換え)投与を行う予定の年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600204	ラブリズマブ(遺伝子組換え)投与を行った年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600205	ラブリズマブ(遺伝子組換え)投与を行う予定の年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600206	スチムリマブ(遺伝子組換え)投与を行った年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600207	スチムリマブ(遺伝子組換え)投与を行う予定の年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600208	ベグセタコبران投与を行った年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600209	ベグセタコبران投与を行う予定の年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600210	ジコプラナトリウム投与を行った年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600211	ジコプラナトリウム投与を行う予定の年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
153	モノヴァー静注500mg モノヴァー静注1000mg		本製剤投与前の血中Hb値及び血中Hb値が8.0g/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。	830600195	投与前の血中Hb値(モノヴァー静注500mg等):*****	※
				830600176	投与が必要と判断した理由(モノヴァー静注500mg等):*****	※
154	ライアットMIBG-I131静注		本製剤の効能又は効果は「MIBG集積陽性の治療切除不能褐色細胞腫・パラガングリオーマ」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MIBG-I131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MIBG-I131静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
155	ラビフォートワイプ2.5%		本製剤の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。	842600040	多汗症疾患重症度評価尺度(HDSS)(ラビフォートワイプ2.5%):*****	※
156	リツキシマン点滴静注100mg リツキシマン点滴静注500mg	CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫、CD20陽性の慢性リンパ性白血病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(リツキシマン点滴静注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)(リツキシマン点滴静注100mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
	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」	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。	850600098	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(リツキシマブBS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BS点滴静注100mg「KHK」等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
	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。	850600099	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				850600100	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BS点滴静注100mg「ファイザー」等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
157	リットフォーロカプセル50mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤投与開始時に、頭部全体の概ね50%以上に脱毛が認められ、過去6ヵ月程度毛髪に自然再生が認められない患者に投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、頭部全体に占める脱毛部位の割合及び毛髪の自然再生が認められていない期間を記載すること。	830600177	頭部全体に占める脱毛部位の割合(リットフォーロカプセル50mg):*****	※
				830600178	毛髪の自然再生が認められていない期間(リットフォーロカプセル50mg):*****	※
158	リトゴビ錠4mg		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、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。	850600212	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日(リトゴビ錠4mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600213	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リトゴビ錠4mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
159	リフヌア錠45mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「最新のガイドライン等を参考に、慢性咳嗽の原因となる病歴、職業、環境要因、臨床検査結果等を含めた包括的な診断に基づき十分な治療を行っても咳嗽が継続する場合に使用を考慮すること。」とされていることを踏まえ、投与開始に当たっては、難治性の慢性咳嗽であると判断した理由を記載すること。	830600179	難治性の慢性咳嗽であると判断した理由(リフヌア錠45mg):*****	※
160	リプタヨ点滴静注350mg	がん化学療法後に増悪した進行又は再発の子宮頸癌の治療	次の事項を記載すること。 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) 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、外来腫瘍化学療法診療科1又は外来腫瘍化学療法診療科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 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A」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、婦人科腫瘍のがん薬物療法を主としたがん治療の臨床研修を行っていること。	820600325	施設要件ア(リプタヨ点滴静注350mg)	※
				820600326	施設要件イ(リプタヨ点滴静注350mg)	※
				820600327	施設要件ウ(リプタヨ点滴静注350mg)	※
				820600328	施設要件エ(リプタヨ点滴静注350mg)	※
				820600329	施設要件オ(リプタヨ点滴静注350mg)	※

R6 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	令和6年 6月1日 適用
				820600330	医師要件A(リブタヨ点滴静注350mg)	※
				820600331	医師要件イ(リブタヨ点滴静注350mg)	※
161	リベルサス錠3mg リベルサス錠7mg リベルサス錠14mg		他の経口血糖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	他の経口血糖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)：*****	
162	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「がん化学療法症のあるBRCA遺伝子変異陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」、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」、エ「BRCA遺伝子変異陽性の治癒切除不能な肺癌における白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法後の維持療法」又はオ「BRCA遺伝子変異陽性の治癒切除不能な肺癌における白金系抗悪性腫瘍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、エ及びオの場合「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薬等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。	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	
				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	相同組織交換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	相同組織交換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	
163	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	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「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載) イ 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。 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 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(ストロングクラス以上)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、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、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 全身又は顔頸部の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A(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A(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	顔頸部の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)：*****	
164	ルクスターナ注		本製品の効能、効果又は性能に関連する使用上の注意において、「遺伝学的検査によりRPE65遺伝子の両アレル性の変異が確認された患者に投与すること。」及び「適切な検査により十分な生存網膜細胞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、以下を記載すること。 ・RPE65遺伝子の両アレル性の変異を確認した遺伝学的検査の実施年月日 ・生存網膜細胞を確認した検査方法及び検査の実施年月日	850600214	RPE65遺伝子の両アレル性の変異を確認した遺伝学的検査の実施年月日(ルクスターナ注)：(元号)yy年mm月dd日	※
				830600180	生存網膜細胞を確認した検査方法(ルクスターナ注)：*****	※
				850600215	生存網膜細胞を確認した検査の実施年月日(ルクスターナ注)：(元号)yy年mm月dd日	※
165	ルマケラス錠120mg		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、KRAS G12C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、KRAS G12C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。	850600216	KRAS G12C変異陽性を確認した検査の実施年月日(ルマケラス錠120mg)：(元号)yy年mm月dd日	※
				850600217	KRAS G12C変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ルマケラス錠120mg)：(元号)yy年mm月dd日	※
166	レクビオ皮下注300mgシリンジ		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。 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) ア 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 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年以上は動脈硬化化学に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 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－コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 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 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。 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 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かに該当するか(「リスク因子A」から「リスク因子カ」までのうち該当するものを記載) イ 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 イ アテローム血栓性脳梗塞(明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞も含む)の既往歴 ウ 糖尿病 エ 慢性腎臓病 オ 末梢動脈疾患 カ 久山町研究スコアにて高リスク分類 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「リスク因子カ」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	820600332	施設要件A(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	※
				820600333	施設要件イ(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	※
				830600181	本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値(レクビオ皮下注300mgシリンジ)：*****	※
				850600218	LDL－コレステロール検査の実施年月日(レクビオ皮下注300mgシリンジ)：(元号)yy年mm月dd日	※
				820600334	食事療法を行っている(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	※
				820600335	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を行っている(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	※
				820600336	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指導を行っている(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	※
				830600182	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名(レクビオ皮下注300mgシリンジ)：*****	※
				830600183	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名の1日投与量(レクビオ皮下注300mgシリンジ)：*****	※
				820600337	最大用量である(1日投与量が最大用量でない場合)(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	※
				830600184	使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由(レクビオ皮下注300mgシリンジ)：*****	※
				820600338	リスク因子A(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	※
				820600339	リスク因子イ(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	※
				820600340	リスク因子ウ(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	※
				820600341	リスク因子エ(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	※

R6 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	令和6年 6月1日 適用
				820600342	リスク因子オ(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	※
				820600343	リスク因子カ(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	※
				830600185	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間(レクビオ皮下注300mgシリンジ)；*****	※
				830600186	直近のLDL-Cコレステロールの検査値(レクビオ皮下注300mgシリンジ)；*****	※
				850600218	LDL-Cコレステロール検査の実施年月日(レクビオ皮下注300mgシリンジ)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
			(本製剤の2回目の投与の場合) 次に掲げるすべての項目を記載すること。 ア 直近のLDL-Cコレステロールの検査値及び検査年月日 イ LDL-Cコレステロール及び患者の状態等を踏まえ、投与継続が可能と判断した理由	830600187	投与継続が可能と判断した理由(レクビオ皮下注300mgシリンジ)；*****	※
167	レケンビ点滴静注200mg レケンビ点滴静注500mg		(本製剤を最初に投与した場合) 次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの(「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものを記載) ア 患者本人及び家族・介護者の、安全性に関する内容も踏まえ本剤による治療意思が確認されている患者 イ 以下に示す本剤の禁忌に該当しないことが確認された患者 ・ 本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者 ・ 本剤投与開始前に血管原性脳浮腫、5個以上の脳微小出血、脳表へモデジリン沈着又は1cmを超える脳出血が認められる患者 ウ MRI検査(1.5 Tesla以上)が実施可能であることが確認された患者 ② 認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲について、次に掲げるすべての項目のスコア及び実施年月日 ア 認知機能評価 MMSEスコア イ 臨床認知症尺度 CDR全総スコア ③ 次に掲げる検査のうち、当該患者の診断に用いた検査に該当するもの(「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載)、実施年月日及び検査実施施設名 エ アミロイドPET オ 脳脊髄液(CSF)検査 ④ 次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の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「医師要件エ」までのうち該当するものを記載) ア 日本神経学会の専門医 イ 日本老年医学会の専門医 ウ 日本精神神経学会の専門医 エ 日本脳神経外科学会の専門医 ⑤ 次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の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(「医師要件オ」から「医師要件ク」までのうち該当するものを記載) オ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有していること カ 画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること キ 製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること ク 日本認知症学会又は日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していること ⑥ 次に掲げる項目のうち、該当するもの(「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載) ア 以下のⅠからⅣをすべて満たす施設である。 イ 以下のⅠからⅣをすべて満たす施設でない。 (項目) Ⅰ MRI検査(1.5 Tesla以上)が実施可能な医療機関であり、かつ、ARIAが認められた場合に、画像所見や症状の有無から、本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ、施設内で必要な対応ができる体制が整っていること Ⅱ 認知機能のスコア評価(MMSEスコア)及び臨床認知症尺度(CDR全総スコア)が実施可能な者が配置されていること Ⅲ 同一施設内又は連携がとれる施設においてPET検査又はCSF検査が実施可能であること Ⅳ 上記の④及び⑤に該当する、常勤医師が複数名配置されていること Ⅴ CDR全総スコア評価に精通し、一定以上の評価経験を有する医療従事者がいること Ⅵ ARIAのリスク管理に必要な知識を有し、かつ、MRI読影に関する医療従事者向け研修を受講した、ARIAの鑑別を含むMRI読影が適切に行える常勤医師が1名以上いること Ⅶ 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携がとれる施設であること Ⅷ 製造販売業者に課せられている全例調査を確実に実施できる施設であること	820600344	患者要件ア(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				820600345	患者要件イ(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				820600346	患者要件ウ(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				820600347	患者要件エ(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				820600348	患者要件オ(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				842600041	認知機能評価MMSEスコア(レケンビ点滴静注200mg等)；*****	※
				850600219	認知機能評価MMSEスコアの実施年月日(レケンビ点滴静注200mg等)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				842600042	臨床認知症尺度CDR全総スコア(レケンビ点滴静注200mg等)；*****	※
				850600220	臨床認知症尺度CDR全総スコアの実施年月日(レケンビ点滴静注200mg等)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850600221	アミロイドPETの実施年月日(レケンビ点滴静注200mg等)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				830600188	アミロイドPET検査実施施設名(レケンビ点滴静注200mg等)；*****	※
				850600222	脳脊髄液(CSF)検査の実施年月日(レケンビ点滴静注200mg等)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				830600189	脳脊髄液(CSF)検査検査実施施設名(レケンビ点滴静注200mg等)；*****	※
				820600349	医師要件ア(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				820600350	医師要件イ(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				820600351	医師要件ウ(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				820600352	医師要件エ(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				820600353	医師要件オ(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				820600354	医師要件カ(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				820600355	医師要件キ(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				820600356	医師要件ク(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				820600357	施設要件ア(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				820600358	施設要件イ(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				820600359	施設要件ウ(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				820600360	施設要件エ(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				830600190	連携施設名(施設要件エに該当)；(レケンビ点滴静注200mg等)；*****	※
				830600191	連携施設の所在地(施設要件エに該当)；(レケンビ点滴静注200mg等)；*****	※
				820600361	施設要件オ(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				820600362	医師要件ケ(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				820600363	医師要件コ(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				820600364	医師要件サ(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				820600365	医師要件シ(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				820600366	医師要件ス(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				820600367	医師要件セ(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				820600368	医師要件ソ(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				820600369	医師要件タ(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				842600043	初回投与から起算しての週数(レケンビ点滴静注200mg等)；*****	※
			(継続投与の場合) 次の事項を締帯欄に記載すスール			

R6 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	令和6年 6月1日 適用
			なお、本製剤は、初回投与後6か月までは、初回投与施設で投与すること。 ① 本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか。 ② 本製剤投与中、CDR全般スコア推移、MMSEスコア推移、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による臨床症状の評価を実施した直近の年月日 ③ 本製剤投与中、MRI検査を受けた直近の年月日	850600223	臨床症状の評価を実施した直近の年月日(レベン点満静注200mg等)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850600224	MRI検査を受けた直近の年月日(レベン点満静注200mg等)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				830600192	投与の継続が必要と判断した理由(レベン点満静注200mg等)； *****	※
				820600344	患者要件ア(レベン点満静注200mg等)	※
				820600345	患者要件イ(レベン点満静注200mg等)	※
				820600346	患者要件ウ(レベン点満静注200mg等)	※
				842600041	認知機能評価MMSEスコア(レベン点満静注200mg等)；	※
				850600219	認知機能評価MMSEスコアの実施年月日(レベン点満静注200mg等)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				842600042	臨床認知症尺度CDR全般スコア(レベン点満静注200mg等)； *****	※
				850600220	臨床認知症尺度CDR全般スコアの実施年月日(レベン点満静注200mg等)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
168	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進行・再発の非小細胞肺癌、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	
169	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検査欄に記載すること。 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	
170	レバサ皮下注140mgペン		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。 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」と記載) ア 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 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 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－コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 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 4) HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果が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。 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 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かに該当するか(「リスク因子」から「リスク因子力」までのうち該当するものを記載)。 イ 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 イ アテローム血栓性脳梗塞(明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞も含む)の既往歴 ウ 糖尿病 エ 慢性腎臓病 オ 末梢動脈疾患 カ 久山町研究スコアにて高リスク分類 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「リスク因子力」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	820600113	施設要件ア(レバサ皮下注140mgペン)	
				820600114	施設要件イ(レバサ皮下注140mgペン)	
				850600155	LDL－コレステロール検査の実施年月日(レバサ皮下注140mgペン)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				830600132	LDL－コレステロール検査値(レバサ皮下注140mgペン)； *****	
				820600115	食事療養を行っている(レバサ皮下注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(レバサ皮下注140mgペン)；*****	
				820600120	リスク因子ア(レバサ皮下注140mgペン)	
				820600121	リスク因子イ(レバサ皮下注140mgペン)	
				820600122	リスク因子ウ(レバサ皮下注140mgペン)	
				820600123	リスク因子エ(レバサ皮下注140mgペン)	
				820600124	リスク因子オ(レバサ皮下注140mgペン)	
				820600370	リスク因子カ(レバサ皮下注140mgペン)	※
				830600095	HMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間(レバサ皮下注140mgペン)；*****	
				850600155	LDL－コレステロール検査の実施年月日(レバサ皮下注140mgペン)；(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				830600132	LDL－コレステロール検査値(レバサ皮下注140mgペン)； *****	
				820600115	食事療養を行っている(レバサ皮下注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(レバサ皮下注140mgペン)；*****	

R6 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	令和6年 6月1日 適用
			又は複数の危険因子が認められること。 (平成 29 年 3 月 31 日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関の場合) ③を記載できない場合は、従前のとおり(平成29年3月31日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合)に掲げる事項を記載するとともに、当該保険医療機関での使用実績がある旨(「使用実績有」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月を記載すること。	830600093 820600119 830600096 820600125 850600107 820600126	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140mgペン)；***** 投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の最大耐用量である(レバサ皮下注140mgペン) 心血管イベントの発現リスクが高いと判断した理由(レバサ皮下注140mgペン)；***** 投与中患者(レバサ皮下注140mgペン) 初めて本製剤を投与した年月(レバサ皮下注140mgペン)；(元号)yy"年"mm"月" 使用実績有(レバサ皮下注140mgペン)	
171	レバサ皮下注420mgオートミノーザー		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。 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) ア 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 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 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－コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 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 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、最大耐用量である旨もあわせて記載すること。 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 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A」から「リスク因子J」までのうち該当するものを記載)。 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 イ アテローム血栓性脳梗塞(明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞も含む)の既往歴 ウ 糖尿病 エ 慢性腎臓病 オ 末梢動脈疾患 カ 久山町研究スコアにて高リスク分類 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J」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	820600127 820600128 850600156 830600133 820600129 820600130 820600131 820600132 830600097 830600098 820600133 830600099 820600134 820600135 820600136 820600137 820600138 820600371 830600100	施設要件A(レバサ皮下注420mgオートミノーザー) 施設要件イ(レバサ皮下注420mgオートミノーザー) LDL－コレステロール検査の実施年月日(レバサ皮下注420mgオートミノーザー)；(元号)yy"年"mm"日" LDL－コレステロール検査値(レバサ皮下注420mgオートミノーザー)；***** 食事療養を行っている(レバサ皮下注420mgオートミノーザー) 運動、喫煙等に関する指導を行っている(レバサ皮下注420mgオートミノーザー) 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オートミノーザー) 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オートミノーザー)；***** 投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名(レバサ皮下注420mgオートミノーザー)；***** 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オートミノーザー)；***** 投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の最大耐用量である(レバサ皮下注420mgオートミノーザー) 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オートミノーザー)；***** リスク因子A(レバサ皮下注420mgオートミノーザー) リスク因子イ(レバサ皮下注420mgオートミノーザー) リスク因子ウ(レバサ皮下注420mgオートミノーザー) リスク因子エ(レバサ皮下注420mgオートミノーザー) リスク因子オ(レバサ皮下注420mgオートミノーザー) リスク因子カ(レバサ皮下注420mgオートミノーザー) リスク因子ク(レバサ皮下注420mgオートミノーザー) リスク因子コ(レバサ皮下注420mgオートミノーザー) リスク因子ク(レバサ皮下注420mgオートミノーザー) HMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間(レバサ皮下注420mgオートミノーザー)；*****	
172	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)；*****	
173	ロープレナ錠25mg ロープレナ錠100mg		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、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。 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。	850600108 850600109	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" 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"	
174	ロズリートレクカプセル100mg	NTRK 融合遺伝子陽性の進行・再発の固形癌	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、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。 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。	850600110 850600111	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" 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"	

R6 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	令和6年 6月1日 適用
174	ロズリートレクカプセル200mg	ROS1融合遺伝子陽性の切除不能進行・再発の非小細胞肺癌	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、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、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。	850600112	ROS1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	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)：(ロズリートレクカプセル100mg等)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
175	照射洗浄血小板－LR「日赤」 照射洗浄血小板HLA－LR「日赤」		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日付け薬生発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。	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こと。