コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10000	共通	初回実施日の記載が必要です。（特定薬剤治療管理料）			特定薬剤治療管理料１(113000410) 特定薬剤治療管理料１（ジギタリス製剤の急速飽和）(180000110)		特定薬剤治療管理料初回算定　平成　　年　　月(840000038) 平成　　年　　月(840000060) 平成　　年　　月　　日(840000061) ＊初回＊(810000001) 初回算定　　月　　日(840000097) 特定薬剤治療管理料初回算定　令和　　年　　月(840000538) 令和　　年　　月(840000560) 令和　　年　　月　　日(840000561) 月　　日(840000059)	初回の算定年月を記載すること。	別表Ⅰ B001の2 【項番73】
10001	共通	臓器移植術実施日の記載が必要です。（特定薬剤治療管理加算（臓器移植月から３月））			特定薬剤治療管理加算（臓器移植月から３月）(113000670)		臓器移植年月日（臓器移植加算）（特定薬剤治療管理料１）(850100049)	当該臓器移植を行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ B001の2 【項番74】
10002	共通	移植術実施日の記載が必要です。（導入期加算（心臓ペースメーカー指導管理料））	外来		導入期加算（心臓ペースメーカー指導管理料）(113012710)		導入期加算（心臓ペースメーカー指導管理料）移植年月日(850100053)	ペースメーカー移植術、両心室ペースメーカー移植術、植込型除細動器移植術又は両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術を行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ B001の12 【項番80】
10003	共通	植込術実施日の記載が必要です。（導入期加算（植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料））	外来		導入期加算（植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料）(113013570)		植込術の実施年月日（導入期加算（植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料））(850100062)	植込術を行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ B001の26 【項番91】
10004	共通	初回算定日の記載が必要です。（ニコチン依存症管理料）	外来		ニコチン依存症管理料１（２回目から４回目まで）（対面）(113008410) ニコチン依存症管理料１（５回目）(113008510) ニコチン依存症管理料１（２回目から４回目まで）（情報通信機器）(113031610) ニコチン依存症管理料１（初回）(113008310)		初回算定年月日（ニコチン依存症管理料）(850100064)	初回の当該管理料を算定した年月日を記載すること。	別表Ⅰ B001-3-2 【項番108】
10005	共通	ヘモグロビンＡ１ｃ値又は内服薬、インスリン製剤を使用している旨の記載が必要です。（糖尿病透析予防指導管理料）	外来		糖尿病透析予防指導管理料(113013610) 糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）(113015610) 糖尿病透析予防指導管理料（情報通信機器）(113030910) 糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）（情報通信機器）(113036010)		ヘモグロビンＡ１ｃ値（糖尿病透析予防指導管理料）(842100028) 内服薬やインスリン製剤使用（糖尿病透析予防指導管理料）(820100574)	ヘモグロビンA1cの値又は内服薬やインスリン製剤を使用している旨を記載すること。	別表Ⅰ B001の27 【項番92】
10006	共通	同一患者に対し初めてのカウンセリングを行った年月日の記載が必要です。（小児特定疾患カウンセリング料）	外来		小児特定疾患カウンセリング料（公認心理師）(113029410) 小児特定疾患カウンセリング料（医師）（初回）(113702610) 小児特定疾患カウンセリング料（医師）（１年以内・月の１回目）(113702710) 小児特定疾患カウンセリング料（医師）（１年以内・月の２回目）(113702810) 小児特定疾患カウンセリング料（医師）（２年以内・月の１回目）(113702910) 小児特定疾患カウンセリング料（医師）（２年以内・月の２回目）(113703010) 小児特定疾患カウンセリング料（医師）（４年以内）(113703110) 小児特定疾患カウンセリング料（医師・初回）（通信機）(113703210) 小児特定疾患カウンセリング料（医師・１年以内・１回目）（通信機）(113703310) 小児特定疾患カウンセリング料（医師・１年以内・２回目）（通信機）(113703410) 小児特定疾患カウンセリング料（医師・２年以内・１回目）（通信機）(113703510) 小児特定疾患カウンセリング料（医師・２年以内・２回目）（通信機）(113703610) 小児特定疾患カウンセリング料（医師・４年以内）（通信機）(113703710)		同一患者に対し初めてのカウンセリング実施年月日（小児特定疾患カウンセリング料）(850100051)	同一患者に対し初めてのカウンセリングを行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ B001の4 【項番78】
10007	共通	人工内耳植込術実施日の記載が必要です。（高度難聴指導管理料（術後３月以内））			高度難聴指導管理料（術後３月以内）(113003010)		人工内耳植込術実施年月日（高度難聴指導管理料（術後３月以内））(850100056)	人工内耳植込術を行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ B001の14 【項番83】
10008	共通	第１回目の治療管理月日の記載が必要です。（重度喘息患者治療管理加算）	２０歳以上 外来		重度喘息患者治療管理加算（２月目以降６月目まで）(113008170) 重度喘息患者治療管理加算（１月目）(113008070)		第１回目の治療管理を行った年月日（重度喘息患者治療管理加算）(850100058)	当該加算に係る第１回目の治療管理を行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ B001の16 【項番87】
10009	共通	手術日若しくは手術予定日の記載が必要です。（リンパ浮腫指導管理料）	入院		リンパ浮腫指導管理料(113010410)		手術実施年月日（リンパ浮腫指導管理料（入院））(850100065) 手術予定年月日（リンパ浮腫指導管理料（入院））(850100066)	手術日（手術前に当該指導を実施した場合であって、診療報酬明細書を作成する時点で手術を実施していない場合には、手術予定日）（年月日）を記載すること。	別表Ⅰ B001-7 【項番109】
10011	共通	前回算定年月日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（認知症専門診断管理料２）	外来		認知症専門診断管理料２（基幹型又は地域型）(113014610) 認知症専門診断管理料２（連携型）(113042610)		前回算定年月日（認知症専門診断管理料２）(850190004) 初回（認知症専門診断管理料２）(820190004)	前回算定年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ B005-7の2 【項番118】
10012	共通	治療開始月日の記載が必要です。（認知症療養指導料２）			認知症療養指導料２(113028110)		治療開始年月日（認知症療養指導料２）(850100080)	治療を行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ B005-7-2 【項番121】
10013	共通	薬剤名の記載が必要です。（薬剤管理指導料１）	入院		薬剤管理指導料（安全管理を要する医薬品投与患者）(113010810)		薬剤名（薬剤管理指導料１）；(830100078)	算定日及び薬剤名を記載すること。	別表Ⅰ B008 【項番133】
10014	共通	退院日の記載が必要です。（がん治療連携計画策定料１）	外来		がん治療連携計画策定料１(113012010)		退院年月日（がん治療連携計画策定料１）(850100077)	退院年月日を記載すること。	別表Ⅰ B005-6の1 【項番117】
10015	共通	酸素飽和度又は酸素濃度分圧の記載が必要です。（在宅酸素療法指導管理料）			在宅酸素療法指導管理料（その他）(114003710) 在宅酸素療法指導管理料（チアノーゼ型先天性心疾患）(114004110)		動脈血酸素分圧（在宅酸素療法指導管理料）(842100072) 動脈血酸素飽和度（%）（在宅酸素療法指導管理料）(842100044)	当該月の動脈血酸素分圧又は動脈血酸素飽和度を記載すること。	別表Ⅰ C103 【項番203】
10016	共通	一連の治療期間における初回算定日、算定日の自覚症状の記載が必要です。（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）			在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料１(114040710) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２(114040810) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２（情報通信機器）(114741710)	一連の治療期間における初回の指導管理年月日（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）(850100143) 算定日の自覚症状（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）；(830100100)		一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日、実施年月日及び当該管理料を算定する日の自覚症状等の所見を記載すること。	別表Ⅰ C107-2 【項番211】
10017	共通	植込術実施日の記載が必要です。（導入期加算（在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料））			導入期加算（在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料）(114021770)		植込術実施年月日（導入期加算）(850100147)	植込術を行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ C110-2 【項番218】
10018	共通	投与開始日の記載が必要です。（オメプラール）	病名に疑いを除く		オメプラール錠１０　１０ｍｇ(610443070) オメプラール錠２０　２０ｍｇ(610443071) オメプラゾン錠１０ｍｇ(610443068) オメプラゾン錠２０ｍｇ(610443069)		維持療法の必要な難治性逆流性食道炎(8843825) 難治性逆流性食道炎(8838366) ＊開始日＊(810000001)	傷病名により投与期間が決められているため投与開始日を記載する。	—

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10019	共通	投与開始日の記載が必要です。（パリエット）	病名に疑いを除く		パリエット錠１０ｍｇ(610412202) パリエット錠２０ｍｇ(610412203) パリエット錠５ｍｇ(622402601) パリエット錠１０ｍｇ（選）(670412202) パリエット錠２０ｍｇ（選）(670412203) **<<５ｍｇのみ用量を２以上とする>>**		維持療法の必要な難治性逆流性食道炎(8843825) 難治性逆流性食道炎(8838366) ＊開始日＊(810000001)	傷病名により投与期間が決められているため投与開始日を記載する。	―
10020	共通	投与開始日の記載が必要です。（タケプロン）	病名に疑いを除く		タケプロンＯＤ錠１５　１５ｍｇ(610462010) タケプロンＯＤ錠３０　３０ｍｇ(610462011) タケプロンカプセル１５　１５ｍｇ(612320549) タケプロンカプセル３０　３０ｍｇ(612320550) タケプロンＯＤ錠１５　１５ｍｇ（選）(670462010) タケプロンＯＤ錠３０　３０ｍｇ（選）(670462011) タケプロンカプセル１５　１５ｍｇ（選）(672320549) タケプロンカプセル３０　３０ｍｇ（選）(672320550)		維持療法の必要な難治性逆流性食道炎(8843825) 難治性逆流性食道炎(8838366) ＊開始日＊(810000001)	傷病名により投与期間が決められているため投与開始日を記載する。	―
10021	共通	投与開始日の記載が必要です。（ネキシウムカプセル、ネキシウム懸濁用顆粒分包）	病名に疑いを除く		ネキシウムカプセル１０ｍｇ(622080701) ネキシウムカプセル２０ｍｇ(622080801) ネキシウム懸濁用顆粒分包１０ｍｇ(622624801) ネキシウム懸濁用顆粒分包２０ｍｇ(622624901) ネキシウムカプセル１０ｍｇ（選）(672080701) ネキシウムカプセル２０ｍｇ（選）(672080801)		維持療法の必要な難治性逆流性食道炎(8843825) 難治性逆流性食道炎(8838366) ＊開始日＊(810000001)	傷病名により投与期間が決められているため投与開始日を記載する。	―
10022	共通	検査実施月と初回投与の場合、ウイルス増殖の確認年月日及び結果の記載が必要です。（ゼフィックス錠１００）			ゼフィックス錠１００　１００ｍｇ(610443041)	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）(850600039) 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）(850600040) **<<上記項目をORで登録する>>**	ＨＢＶ－ＤＮＡ検査結果（ゼフィックス錠１００）；(830600049) ＤＮＡポリメラーゼ検査結果（ゼフィックス錠１００）；(830600050) ＨＢｅ抗原検査結果（ゼフィックス錠１００）；(830600051)	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。	別表Ⅱ 【項番89】
10023	DPC病院以外	インヒビター力価測定年月日及び力価の記載が必要です。（ファイバ注射用）			ファイバ静注用１０００　１，０００単位２０ｍＬ（溶解液付）(621384901)	インヒビター力価（ファイバ静注用１０００）；(830600130) インヒビター力価測定年月日（ファイバ静注用１０００）(850600150)		本製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。	別表Ⅱ 【項番135】
10024	DPC病院以外	インヒビター力価測定年月日及び力価の記載が必要です。（ノボセブンＨＩ静注用）			ノボセブンＨＩ静注用１ｍｇ　シリンジ　１ｍＬ（溶解液付）(622366301) ノボセブンＨＩ静注用２ｍｇ　シリンジ　２ｍＬ（溶解液付）(622366401) ノボセブンＨＩ静注用５ｍｇ　シリンジ　５ｍＬ（溶解液付）(622366501)	インヒビター力価（ノボセブンＨＩ静注用１ｍｇシリンジ等）；(830600128) インヒビター力価測定年月日（ノボセブンＨＩ静注用１ｍｇシリンジ等）(850600146)		本製剤の使用に当たっては、血液凝固第Ⅷ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。	別表Ⅱ 【項番120】
10025	DPC病院以外	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使用する場合、貯血量、体重、Ｈｂ濃度の記載が必要です。（エポジン注1500など）			エポジン注シリンジ１５００　１，５００国際単位０．５ｍＬ(640463038) エポジン注シリンジ３０００　３，０００国際単位０．５ｍＬ(640463039)	貯血量（エポジン注シリンジ１５００等）；(830600016) 投与する前の患者の体重（エポジン注シリンジ１５００等）；(830600017) Ｈｂ濃度（エポジン注シリンジ１５００等）；(830600018)		（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ポジン注シリンジ１５００、同３０００及び同６０００を使用する場合）貯血量、本剤を投与する前の患者の体重及びＨｂ濃度を記載すること。	別表Ⅱ 【項番28】
10026	共通	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の場合、貯血量、体重、Ｈｂ濃度の記載が必要です。（エスポー皮下用）			エスポー皮下用２４０００シリンジ　２４，０００国際単位０．５ｍＬ(640462052)	貯血量（エスポー皮下用２４０００シリンジ）；(830600012) 投与する前の患者の体重（エスポー皮下用２４０００シリンジ）；(830600013) Ｈｂ濃度（エスポー皮下用２４０００シリンジ）；(830600014)		（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。	別表Ⅱ 【項番23】
10027	共通	検査実施月と初回投与の場合、ＨＥＲ２の過剰発現の確認検査の実施年月日の記載が必要です。（ハーセプチン注射用）			ハーセプチン注射用６０　６０ｍｇ(629921901) ハーセプチン注射用１５０　１５０ｍｇ(629922001)		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）(850600057) 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）(850600058)	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。	別表Ⅱ 【項番122】
10028	DPC病院以外	検査実施月と初回投与の場合、ＣＤ２０陽性の確認検査の実施年月日の記載が必要です。（リツキサン点滴静注）	病名に疑いを除く	Ｂ細胞性移植後リンパ増殖性疾患(8847826) 慢性リンパ性白血病(2041001) ＣＤ２０陽性Ｂ細胞性非ホジキンリンパ腫(8848431) **<<上記項目をORで登録する>>**	リツキサン点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(621433602) リツキサン点滴静注５００ｍｇ　５０ｍＬ(621433702)		ＣＤ２０陽性を確認した検査の実施年月日（リツキサン点滴静注１００ｍｇ等）(850600096) ＣＤ２０陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リツキサン点滴静注１００ｍｇ等）(850600097)	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。	別表Ⅱ 【項番156】
10029	共通	体重の記載が必要です。（自己血貯血（６歳未満））	６歳未満		自己血貯血（６歳未満）（液状保存）(150327710) 自己血貯血（６歳未満）（凍結保存）(150327810) 自己血輸血（６歳未満）（液状保存）(150286410) 自己血輸血（６歳未満）（凍結保存）(150286510) 希釈式自己血輸血（６歳未満）(150390710)		患者体重　　ｇ(840000082)	（６歳未満の患者に対して自己血貯血を行った場合）患者の体重を記載すること。 （６歳未満の患者に対して自己血輸血を行った場合）患者の体重を記載すること。 （６歳未満の患者に対して希釈式自己血輸血を行った場合）患者の体重を記載すること。	別表Ⅰ Ｋ920の3、Ｋ920の4、Ｋ920の4 【項番531、532、532】
10030 <<未対象>>	共通	輸血量の記載が必要です。（自己血輸血（６歳未満））	６歳未満		自己血輸血（６歳未満）（液状保存）(150286410) 自己血輸血（６歳未満）（凍結保存）(150286510)	＊輸血量＊(810000001)		（６歳未満の患者に対して自己血輸血を行った場合） 輸血量を記載すること。	別表Ⅰ Ｋ920の4 【項番532】
10031	共通	体重及び出血量の記載が必要です。（１２歳未満の自己血回収術）	１２歳未満		術中術後自己血回収術（自己血回収器具による）（濃縮及び洗浄）(150405210) 術中術後自己血回収術（自己血回収器具による）（濾過）(150405310)	患者体重　　ｇ(840000082) 出血量（術中術後自己血回収術）(842100114)		（12歳未満の患者に対して術中術後自己血回収術を行った場合） 患者の体重及び出血量を記載すること。	別表Ⅰ Ｋ923 【項番534】
10032	共通	導入年月日の記載が必要です。導入期加算（人工腎臓）			導入期加算１（人工腎臓）(140058770) 導入期加算２（人工腎臓）(140058870)		導入年月日（導入期加算（人工腎臓））(850100275)	導入の年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ｊ038 【項番444】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10033	共通	該当要件の記載が必要です。（障害者等加算（人工腎臓））			障害者等加算（人工腎臓）(140033770)		ア　障害者基本法にいう障害者で留意事項通知に規定する者(820100224) イ　精神保健福祉法の規定によって医療を受ける者(820100225) ウ　指定難病等に罹患している者で留意事項通知に規定するもの(820100226) エ　留意事項通知に規定する糖尿病の患者(820100227) オ　運動麻痺を伴う脳血管疾患患者(820100228) カ　認知症患者(820100229) キ　常時低血圧症（収縮期血圧が９０ｍｍＨｇ以下）の者(820100230) ク　透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈する者(820100231) ケ　出血性消化器病変を有する者(820100232) コ　骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症の患者(820100233) サ　重症感染症に合併しているために入院中の患者(820100234) シ　末期癌に合併しているために入院中の患者(820100235) ス　入院中の患者であって腹水・胸水が貯留しているもの(820100236) セ　妊婦（妊娠中期以降）(820100237) ソ　うっ血性心不全（ＮＹＨＡ３度以上）(820100238) タ　１２歳未満の小児(820100239) チ　人工呼吸を実施中の患者(820100240) ツ　結核菌を排菌中の患者(820100241)	区分番号Ｊ038人工腎臓の(18)のアからツまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ Ｊ038注3 【項番445】
10034	共通	該当要件の記載が必要です。（障害者等加算（持続緩徐式血液濾過））			障害者等加算（持続緩徐式血液濾過）(140053670)		ア　障害者基本法にいう障害者で留意事項通知に規定する者(820100224) イ　精神保健福祉法の規定によって医療を受ける者(820100225) ウ　指定難病等に罹患している者で留意事項通知に規定するもの(820100226) エ　留意事項通知に規定する糖尿病の患者(820100227) オ　運動麻痺を伴う脳血管疾患患者(820100228) カ　認知症患者(820100229) キ　常時低血圧症（収縮期血圧が９０ｍｍＨｇ以下）の者(820100230) ク　透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈する者(820100231) ケ　出血性消化器病変を有する者(820100232) コ　骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症の患者(820100233) サ　重症感染症に合併しているために入院中の患者(820100234) シ　末期癌に合併しているために入院中の患者(820100235) ス　入院中の患者であって腹水・胸水が貯留しているもの(820100236) セ　妊婦（妊娠中期以降）(820100237) ソ　うっ血性心不全（ＮＹＨＡ３度以上）(820100238) タ　１２歳未満の小児(820100239) チ　人工呼吸を実施中の患者(820100240) ツ　結核菌を排菌中の患者(820100241)	区分番号Ｊ038人工腎臓の(18)のアからツまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ Ｊ038−2注2 【項番445】
10035	共通	検査開始日時の記載が必要です。（時間外緊急院内検査加算）	外来		時間外緊急院内検査加算(160000210)		検査開始日時（時間外緊急院内検査加算）(853100001)	検査開始日時を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ 【項番234】
10036	共通	高カロリー静脈栄養法の開始日の記載が必要です。（Ｍｎ）			Ｍｎ(160173910)		高カロリー静脈栄養法の開始年月日（Ｍｎ）(850100157)	高カロリー静脈栄養法を開始した年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ007の8 【項番268】
10037	共通	輸血歴、妊娠歴などの記載が必要です。（不規則抗体）			不規則抗体(160161410)		輸血歴あり(820100137) 妊娠歴あり(820100138)	輸血歴あり又は妊娠歴ありのうち該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ Ｄ011の4 【項番284】
10038	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（アルブミン定量（尿））			アルブミン定量（尿）(160004810)		前回実施年月日（アルブミン定量（尿））(850190008) 初回（アルブミン定量（尿））(820190008)	（算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ 【項番350】
10039	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（トランスフェリン（尿））			トランスフェリン（尿）(160157750)		前回実施年月日（トランスフェリン（尿））(850190028) 初回（トランスフェリン（尿））(820190028)	（算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ 【項番350】
10040	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（ミオイノシトール（尿））			ミオイノシトール（尿）(160181950)		前回実施年月日（ミオイノシトール（尿））(850190009) 初回（ミオイノシトール（尿））(820190009)	（算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ 【項番350】
10041	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（４型コラーゲン（尿））			４型コラーゲン（尿）(160169250)		前回実施年月日（４型コラーゲン（尿））(850190010) 初回（４型コラーゲン（尿））(820190010)	（算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ 【項番350】
10042	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（Ｌ−ＦＡＢＰ（尿））			Ｌ−ＦＡＢＰ（尿）(160189250)		前回実施年月日（Ｌ型脂肪酸結合蛋白（Ｌ−ＦＡＢＰ（尿））(850190012) 初回（Ｌ−ＦＡＢＰ（尿））(820190012)	（算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ 【項番350】
10043	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（免疫関連遺伝子再構成）			免疫関連遺伝子再構成(160178310)		前回実施年月日（免疫関連遺伝子再構成）(850190014) 初回（免疫関連遺伝子再構成）(820190014)	（算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ 【項番350】
10044	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（リポ蛋白（ａ））			リポ蛋白（ａ）(160153450)		前回実施年月日（リポ蛋白（ａ））(850190018) 初回（リポ蛋白（ａ））(820190018)	（算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ 【項番350】
10045	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（ペントシジン）			ペントシジン(160177350)		前回実施年月日（ペントシジン）(850190019) 初回（ペントシジン）(820190019)	（算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ 【項番350】
10046	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（イヌリン）			イヌリン(160180850)		前回実施年月日（イヌリン）(850190020) 初回（イヌリン）(820190020)	（算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ 【項番350】
10047	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（シスタチンＣ）			シスタチンＣ(160177250)		前回実施年月日（シスタチンＣ）(850190021) 初回（シスタチンＣ）(820190021)	（算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ 【項番350】
10048	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（ＲＬＰ−Ｃ）			ＲＬＰ−Ｃ(160153550)		前回実施年月日（ＲＬＰ−Ｃ）(850190022) 初回（ＲＬＰ−Ｃ）(820190022)	（算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ 【項番350】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10049	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（ＭＤＡ－ＬＤＬ）			ＭＤＡ－ＬＤＬ(160184250)		前回実施年月日（ＭＤＡ－ＬＤＬ）(850190023) 初回（ＭＤＡ－ＬＤＬ）(820190023)	（算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ 【項番350】
10050	共通	前回実施日の記載が必要です。（１．２５－ジヒドロキシビタミンＤ３）			１．２５－ジヒドロキシビタミンＤ３(160158150)		前回実施　　月　　日(840000087) ＊前回＊(810000001) ＊初回＊(810000001) 初回算定　　月　　日(840000097) 初回実施　　月　　日(840000085)	ビタミンD3剤による治療開始後１月以内においては２回を限度とし、その後は３月に１回を限度として算定するため前回実施日を記載する 【Ｄ００７「６３」】	―
10051	共通	前回実施日の記載が必要です。（ＮＴｘ）			ＮＴＸ(160164250)		前回実施　　月　　日(840000087) ＊前回＊(810000001) ＊初回＊(810000001) 初回算定　　月　　日(840000097) 初回実施　　月　　日(840000085)	治療方針選択時に１回、その後６月以内の薬剤効果測定時に１回に限り、また治療方針を変更したときは変更後６月以内に１回に限り算定できるため前回実施日を記載する 【Ｄ００８「２５」】	―
10052	共通	前回実施日の記載が必要です。（ＴＲＡＣＰ－５ｂ）			ＴＲＡＣＰ－５ｂ(160184450)		前回実施　　月　　日(840000087) ＊前回＊(810000001) ＊初回＊(810000001) 初回算定　　月　　日(840000097) 初回実施　　月　　日(840000085)	６月以内に１回に限り算定できる。また治療方針変更後６月以内に１回に限り算定できるため前回実施日を記載する 【Ｄ００８「２５」】	―
10053	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（β－ＣＴＸ）			β－ＣＴＸ(160181050)		前回実施年月日（β－ＣＴＸ）(850190024) 初回（β－ＣＴＸ）(820190024)	（算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ 【項番350】
10054	共通	２回目を算定した場合、前回実施日の記載が必要です。（ｕｃＯＣ）			ｕｃＯＣ(160181350)		前回算定年月日（ｕｃＯＣ）(850100161)	（２回目を算定した場合） 前回算定年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ００８の２４ 【項番273】
10055	共通	前回実施日の記載が必要です。（ＤＰＤ（尿））			ＤＰＤ（尿）(160164650)		前回実施　　月　　日(840000087) ＊前回＊(810000001) ＊初回＊(810000001) 初回算定　　月　　日(840000097) 初回実施　　月　　日(840000085)	治療方針選択時に１回、その後６月以内の薬剤効果測定時に１回に限り、また治療方針を変更したとき変更後６月以内に１回に限り算定できるため前回実施日を記載する【Ｄ００８「３９」】	―
10056	共通	前回実施日の記載が必要です。（ＰＳＡ）			ＰＳＡ(160037510)		前回実施　　月　　日(840000087) ＊前回＊(810000001) ＊初回＊(810000001) 初回算定　　月　　日(840000097) 初回実施　　月　　日(840000085)	３月に１回限り３回を上限算定することができるため、前回算定日を記載する【Ｄ００９「９」】	―
10057	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（抗ＲＮＡポリメラーゼⅢ抗体）			抗ＲＮＡポリメラーゼ３抗体(160188550)		前回実施年月日（抗ＲＮＡポリメラーゼ３抗体）(850190025) 初回（抗ＲＮＡポリメラーゼ３抗体）(820190025)	（算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ 【項番350】
10058	共通	前回実施日の記載が必要です。（抗シトルリン化ペプチド抗体）			抗シトルリン化ペプチド抗体定性(160181150) 抗シトルリン化ペプチド抗体定量(160197410)		前回実施　　月　　日(840000087) ＊前回＊(810000001) ＊初回＊(810000001) 初回算定　　月　　日(840000097) 初回実施　　月　　日(840000085)	３月に１回に限り算定できるため前回算定日を記載する【Ｄ０１４「２４」】	―
10059	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（ＨＩＶジェノタイプ薬剤耐性）			ＨＩＶジェノタイプ薬剤耐性(160178710)		前回実施年月日（ＨＩＶジェノタイプ薬剤耐性）(850190029) 初回（ＨＩＶジェノタイプ薬剤耐性）(820190029)	（算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ 【項番350】
10060	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（肝硬度測定）			肝硬度測定(160189750)		前回実施年月日（肝硬度測定）(850190030) 初回（肝硬度測定）(820190030)	（算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ 【項番350】
10061	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（骨塩定量検査（ＤＥＸＡ法による腰椎撮影））			骨塩定量検査（ＤＥＸＡ法による腰椎撮影）(160091310)		前回実施年月日（骨塩定量検査（ＤＥＸＡ法による腰椎撮影））(850190032) 初回（骨塩定量検査（ＤＥＸＡ法による腰椎撮影））(820190032)	（算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ 【項番350】
10062	共通	前回実施日の記載が必要です。（管理料＋終夜睡眠ポリグラフィー）		在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料１(114040710) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２(114040810) **<<上記項目をORで登録する>>**	終夜睡眠ポリグラフィー（携帯用装置使用）(160119410) 終夜睡眠ポリグラフィー（多点感圧センサーを有する睡眠評価装置）(160188750)		前回実施　　月　　日(840000087) ＊前回＊(810000001) ＊初回＊(810000001) 初回算定　　月　　日(840000097) 初回実施　　月　　日(840000085)	在宅指導管理料を算定している場合に ６月に１回算定できるため前回実施日を記載する【Ｄ２３７】	―
10063	共通	該当要件の記載が必要です。（網膜機能精密電気生理検査）			網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）(160187210)		（１）　留意事項通知に規定する患者に対する黄斑疾患の診断目的(820100153) （２）　黄斑ジストロフィーの診断目的(820100154) （３）　網膜手術の前後(820100155)	Ｄ258-2網膜機能精密電気生理検査の（１）から（３）までに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ Ｄ258-2 【項番340】
10064	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（イヌリンクリアランス測定）			イヌリンクリアランス測定(160199810)		前回実施年月日（イヌリンクリアランス測定）(850190039) 初回（イヌリンクリアランス測定）(820190039)	（算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ 【項番350】
10065	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（内服・点滴誘発試験）	入院		内服・点滴誘発試験(160187410)		前回実施年月日（内服・点滴誘発試験）(850190041) 初回（内服・点滴誘発試験）(820190041)	（算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ 【項番350】
10066	共通	心電図記録時間の記載が必要です。（植込型心電図）			植込型心電図検査(160186310)		心電図が記録されていた時間（植込型心電図検査）(852100006)	心電図が記録されていた時間を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ210-3 【項番323】
10068	共通	算定開始月日の記載が必要です。（呼吸心拍監視）			呼吸心拍監視(160073510) 呼吸心拍監視（１４日超）(160165610) 呼吸心拍監視（３時間超）（７日以内）(160102510) 呼吸心拍監視（７日超１４日以内）(160165510)		算定開始年月日（呼吸心拍監視等）(850100186)	算定開始年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ220 【項番330】
10069	共通	算定開始月日の記載が必要です。（新生児心拍・呼吸監視）			新生児心拍・呼吸監視(160073650) 新生児心拍・呼吸監視（１４日超）(160165850) 新生児心拍・呼吸監視（３時間超）（７日以内）(160102650) 新生児心拍・呼吸監視（７日超１４日以内）(160165750)		算定開始年月日（呼吸心拍監視等）(850100186)	算定開始年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ220 【項番330】
10070	共通	算定開始月日の記載が必要です。（カルジオスコープ・カルジオタコスコープ）			カルジオスコープ（ハートスコープ）(160073750) カルジオスコープ（ハートスコープ）（１４日超）(160166050) カルジオスコープ（ハートスコープ）（７日超１４日以内）(160165950) カルジオスコープ（ハートスコープ・３時間超）（７日以内）(160102750) カルジオタコスコープ(160073850) カルジオタコスコープ（１４日超）(160166250) カルジオタコスコープ（３時間超）（７日以内）(160102850) カルジオタコスコープ（７日超１４日以内）(160166150)		算定開始年月日（呼吸心拍監視等）(850100186)	算定開始年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ220 【項番330】
10071	共通	該当要件の記載が必要です。（皮下連続式グルコース測定）			皮下連続式グルコース測定（診療所）(160186910) 皮下連続式グルコース測定（病院）(160213210)		ア　留意事項通知に規定する１型糖尿病患者（検査）(820100151) イ　留意事項通知に規定する２型糖尿病患者（検査）(820100152)	区分番号Ｄ231-2皮下連続式グルコース測定の（２）のア又はイに規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ Ｄ231-2 【項番331】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				ＡＮＤ／ＯＲ項目	ＯＲ項目	ＡＮＤ／ＯＲ項目	ＯＲ項目		
10072	共通	手術実施日、手術予定日、手術未実施理由などの記載が必要です。（光トポグラフィー）			光トポグラフィー（脳外科手術前検査）（160174010）		手術実施年月日（光トポグラフィー（脳外科手術前検査））（850100187） 手術予定年月日（光トポグラフィー（脳外科手術前検査））（850100188） 手術が行われなかった理由（光トポグラフィー（脳外科手術前検査））；(830100149)	手術実施年月日又は手術実施予定年月日を記載すること。 （手術が行われなかった場合） その理由を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ236-2の1 【項番332】
10073	共通	医学的な必要性及び結果の概要の記載が必要です。（脳磁図）			脳磁図（その他）（160175810）	検査の医学的な必要性（脳磁図（その他のもの））；(830100152) 結果の概要（脳磁図（その他のもの））；(830100153)		検査の医学的な必要性及び結果の概要を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ236-3の2 【項番335】
10074	共通	神経名（感覚・運動の別、左・右の別）の記載が必要です。（誘発筋電図）			誘発筋電図（160076810）		尺骨神経（誘発筋電図）；(830100159) 腓腹神経（誘発筋電図）；(830100160) 脛骨神経（誘発筋電図）；(830100161) 腓骨神経（誘発筋電図）；(830100162) 顔面神経（誘発筋電図）；(830100163) 橈骨神経（誘発筋電図）；(830100164) 三叉神経（誘発筋電図）；(830100165) 腋窩神経（誘発筋電図）；(830100166) その他（誘発筋電図）；(830100167) 正中神経（誘発筋電図）；(830100158)	検査を行った神経名を記載すること。 （感覚・運動の別、左・右の別を記載すること。）	別表Ⅰ Ｄ239の2 【項番337】
10075	共通	当該検査に関連する手術名、手術日の記載が必要です。（鼻腔通気度）			鼻腔通気度検査（160078850）	鼻腔通気度検査に関連する手術名（鼻腔通気度検査）；(830100168)	手術実施年月日（鼻腔通気度検査）（850100192） 手術予定年月日（鼻腔通気度検査）（850100193）	当該検査に関連する手術名及び手術実施年月日（手術前に当該検査を実施した場合においては手術実施予定年月日）を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ245 【項番339】
10077	共通	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗ＧＡＤ抗体）の結果、陰性を確認した年月日の記載が必要です。（抗ＩＡ―２抗体）			抗ＩＡ－２抗体（160176950）		抗ＧＡＤ抗体陰性の確認年月日（抗ＩＡ－２抗体）（850100163）	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗ＧＡＤ抗体）の結果、陰性を確認した年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ008の43 【項番275】
10078	共通	抗核抗体陰性を確認した年月日の記載が必要です。（抗ＬＫＭ―１抗体）			抗ＬＫＭ－１抗体（160173250）		抗核抗体陰性確認年月日（抗ＬＫＭ－１抗体）（850100173）	抗核抗体陰性を確認した年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ014の28 【項番299】
10079	共通	対象疾患名について該当要件の記載が必要です。（４種類以上抗体使用加算）			４種類以上抗体使用加算（160184970）		悪性リンパ腫が疑われる患者（820100286） 悪性中皮腫が疑われる患者（820100287） 肺悪性腫瘍（腺癌、扁平上皮癌）が疑われる患者（820100288） 消化管間質腫瘍（ＧＩＳＴ）が疑われる患者（820100289） 慢性腎炎が疑われる患者（820100290） 内分泌腫瘍が疑われる患者（820100291） 軟部腫瘍が疑われる患者（820100292） 皮膚の血管炎が疑われる患者（820100293） 水疱症（天疱瘡、類天疱瘡等）が疑われる患者（820100294） 悪性黒色腫が疑われる患者（820100295） 筋ジストロフィーが疑われる患者（820100296） 筋炎が疑われる患者（820100297） 原発不明癌が疑われる患者（820100768） 原発性脳腫瘍が疑われる患者（820100769）	区分番号Ｎ００２免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の（８）の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ Ｎ002 【項番552】
10080	共通	算定理由の記載が必要です。（インフルエンザ核酸検出）			インフルエンザ核酸検出（160198010）		ア　５歳未満の幼児（インフルエンザ核酸検出）（820101181） イ　６５歳以上の高齢者（インフルエンザ核酸検出）（820101182） ウ　妊婦（インフルエンザ核酸検出）（820101183） エ　その他重症化リスクのある患者（インフルエンザ核酸検出）（820101184）	当該検査が必要である理由を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ023の6 【項番309】
10081	共通	過去の実施日などの記載が必要です。（時間内歩行試験）			時間内歩行試験（160198710）		過去実施年月日（時間内歩行試験）（850100184）	過去の実施年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ211-3 【項番324】
10082	共通	撮影開始日時の記載が必要です。（時間外緊急院内画像診断加算）			時間外緊急院内画像診断加算（170016010）		撮影開始日時（時間外緊急院内画像診断加算）（853100003）	撮影開始日時を記載すること。	別表Ⅰ Ｅ 【項番353】
10083	共通	開始日の記載が必要です。（放射性同位元素内用療法管理料）			放射性同位元素内用療法管理料（Ｂ細胞性非ホジキンリンパ腫）（180033610） 放射性同位元素内用療法管理料（固形癌骨転移）（180033510） 放射性同位元素内用療法管理料（甲状腺癌）（180026510） 放射性同位元素内用療法管理料（甲状腺機能亢進症）（180026610） 放射性同位元素内用療法管理料（骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌）（180054510） 放射性同位元素内用療法管理料（神経内分泌腫瘍）（180069910） 放射性同位元素内用療法管理料（褐色細胞腫）（180070010）		管理開始年月日（放射性同位元素内用療法管理料）（850100294）	管理を開始した年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ｍ000-2 【項番547】
10084	共通	直近の算定日の記載が必要です。（心臓ペースメーカー指導管理料）（遠隔モニタリング）	外来		遠隔モニタリング加算（ペースメーカー）（113030470） 遠隔モニタリング加算（植込型除細動器等）（113030570）		直近の算定年月（遠隔モニタリング加算（心臓ペースメーカー指導管理料））（850190001）	当該指導管理料の直近の算定年月を記載すること。	別表Ⅰ Ｂ001の12 【項番82】
10086	共通	過去の算定年月日の記載が必要です。（がん患者指導管理料ロ）			がん患者指導管理料（心理的不安軽減のため面接）（113015310） がん患者指導管理料（心理的不安軽減のため面接・情報通信機器）（113035410）		過去に算定した年月日（がん患者指導管理料ロ）（850100060）	当該患者に対して過去に当該指導管理料を算定した年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ｂ001の23 【項番89】
10089	共通	介護保険によるリハビリの開始日及び維持期のリハビリ終了日の記載が必要です。（介護保険リハビリテーション移行支援料）	外来		介護保険リハビリテーション移行支援料（113016010）	介護保険によるリハビリテーションの開始年月日（介護保険リハビリテーション移行支援料）（850100074） 維持期リハビリテーションの終了年月日（介護保険リハビリテーション移行支援料）（850100075）		介護保険によるリハビリテーションを開始した年月日及び維持期のリハビリテーションを終了した年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ｂ005-1-3 【項番115】
10090	共通	保険医療機関以外の機関へ診療情報を提供した場合、提出先の医療機関名の記載が必要です。（診療情報提供料（１））	一連処方 非出力AND		診療情報提供料（１）（180016110）		情報提供先（診療情報提供料（１））；(830100080)	（保険医療機関以外の機関へ診療情報を提供した場合） 情報提供先を記載すること。	別表Ⅰ Ｂ009 【項番136】
10091	共通	退院日の記載が必要です。（退院時薬剤情報管理指導料）	入院		退院時薬剤情報管理指導料（113701910）		退院年月日（退院時薬剤情報管理指導料）（850100091）	退院年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ｂ014 【項番147】
10093	共通	訪問指導日の記載が必要です。（退院前訪問指導料）	２回以上 入院		退院前訪問指導料（190030310） **<<回数を２回以上とする>>**		訪問指導年月日（退院前訪問指導料）（850100084）	（２回算定した場合） 各々の訪問指導年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ｂ007 【項番131】
10094	共通	該当要件の記載が必要です。（１型糖尿病、血友病患者又はこれに準ずる患者））			注入器用注射針加算（１型糖尿病、血友病患者又はこれに準ずる患者）（114010970）		ア　糖尿病等で１日概ね４回以上自己注射が必要（820100120） イ　血友病で自己注射が必要（820100121）	区分番号Ｃ153注入器用注射針加算の（２）のア又はイに規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ Ｃ153の1 【項番226】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				ＡＮＤ／ＯＲ項目	ＯＲ項目	ＡＮＤ／ＯＲ項目	ＯＲ項目		
10095	共通	1月に行われた血糖自己測定回数の記載が必要です。（血糖自己測定器加算（１型糖尿病の患者を除く）等）			血糖自己測定器加算（２０回以上）（１型糖尿病の患者等を除く）(114005910) 血糖自己測定器加算（４０回以上）（１型糖尿病の患者等を除く）(114006010) 血糖自己測定器加算（６０回以上）（１型糖尿病の患者等を除く）(114007410) 血糖自己測定器加算（３０回以上）（１型糖尿病の患者等を除く）(114046010) 血糖自己測定器加算（１２０回以上）（１型糖尿病・小児低血糖症等）(114015610) 血糖自己測定器加算（２０回以上）（１型糖尿病・小児低血糖症等）(114009910) 血糖自己測定器加算（４０回以上）（１型糖尿病・小児低血糖症等）(114010010) 血糖自己測定器加算（６０回以上）（１型糖尿病・小児低血糖症等）(114010110) 血糖自己測定器加算（９０回以上）（１型糖尿病・小児低血糖症等）(114010210) 血糖自己測定器加算（３０回以上）（１型糖尿病・小児低血糖症等）(114046110)		１月の血糖自己測定回数（血糖自己測定器加算）(842100048)	（「７間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの」以外を算定する場合） １月の血糖自己測定の回数を記載すること。	別表Ⅰ C150 【項番223】
10096 <<未対象>>	共通	１型糖尿病であることの記載が必要です。（血糖自己測定器加算（１型糖尿病、小児低血糖症等）等）	病名に疑いを除く		血糖自己測定器加算（１２０回以上）（１型糖尿病・小児低血糖症等）(114015610) 血糖自己測定器加算（２０回以上）（１型糖尿病・小児低血糖症等）(114009910) 血糖自己測定器加算（４０回以上）（１型糖尿病・小児低血糖症等）(114010010) 血糖自己測定器加算（６０回以上）（１型糖尿病・小児低血糖症等）(114010110) 血糖自己測定器加算（９０回以上）（１型糖尿病・小児低血糖症等）(114010210) 血糖自己測定器加算（３０回以上）（１型糖尿病・小児低血糖症等）(114046110)	１型糖尿病(2500014) ＊１型糖尿病＊(810000001) ＊小児低血糖＊(810000001) **<<上記項目をORで登録する>>**		（１型糖尿病の患者等に対し算定する場合）１型糖尿病の患者等である旨を記載すること。	別表Ⅰ C150 【項番223】
10097	共通	該当要件の記載が必要です。（持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプ連動））			持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプ連動・２個以下）(114028770) 持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプ連動・３個又は４個）(114028870) 持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプ連動・５個以上）(114028970)		該当する患者（持続血糖測定器）：１型糖尿病患者の患者（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）(820100657) 該当する患者（持続血糖測定器）：膵全摘後の患者（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）(820100658) 該当する患者（持続血糖測定器）：２型糖尿病患者（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）(820100659)	区分番号C152－2持続血糖測定器の（１）に規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ C152-2 【項番225】
10098	共通	複数回の指導管理が必要と認めた理由の記載が必要です。（在宅自己腹膜灌流指導管理料）		在宅自己連続携行式腹膜灌流頻回指導管理(114003610)			ア　在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの(820100110) イ　糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの(820100111) ウ　腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの(820100112) エ　腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの(820100113) オ　その他医師が特に必要と認めるもの(820100114)	（１月に２回以上在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合） 区分番号Ｃ102在宅自己腹膜灌流指導管理料の（１）のアからオまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ C102 【項番201】
10099	共通	初回年月と複数回の指導管理が必要と認めた理由の記載が必要です。（在宅血液透析頻回指導管理）		在宅血液透析頻回指導管理(114009410)		初回算定年月日（在宅血液透析指導管理料）(850100137)	ア　在宅血液透析の導入期にあるもの(820100115) イ　合併症の管理が必要なもの(820100116) ウ　その他医師が特に必要と認めるもの(820100117)	（１月に２回以上在宅血液透析指導管理料を算定した場合） 初回の指導管理を行った年月日を記載するとともに、区分番号Ｃ102-2在宅血液透析指導管理料の（３）のアからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ C102-2 【項番202】
10100	共通	体重の記載が必要です。（在宅小児経管栄養法指導管理料）	１５歳以上		在宅小児経管栄養法指導管理料(114021210)		患者体重（ｋｇ）（在宅小児経管栄養法指導管理料）(842100046)	（15歳以上の患者であって経口摂取が著しく困難である状態が15歳未満から継続しているもの（体重が20キログラム未満である場合に限る。）に算定した場合） 体重を記載すること。	別表Ⅰ C105-2 【項番208】
10101	共通	共同指導を行った日、連携して指導管理を行った保険医療機関名の記載が必要です。（在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料）			在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料(114021310)	連携指導保険医療機関名（在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料）；(830100102)	連携指導管理年月日（在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料）(850100146)	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する保険医療機関と連携して指導管理を行った年月日及び連携して指導管理を行った保険医療機関名を記載すること。	別表Ⅰ C108-2 【項番216】
10102	共通	植込術実施日の記載が必要です。（導入期加算（在宅振戦等刺激装置治療指導管理料））			導入期加算（在宅振戦等刺激装置治療指導管理料）(114021570)		植込術実施年月日（導入期加算）(850100147)	植込術を行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ C110-2 【項番218】
10103 <<未対象>>	共通	貯血量の記載が必要です。（自己血貯血）			自己血貯血（６歳以上）（液状保存）(150327510) 自己血貯血（６歳以上）（凍結保存）(150327610) 自己血貯血（６歳未満）（液状保存）(150327710) 自己血貯血（６歳未満）（凍結保存）(150327810)		＊貯血量＊(810000001)	貯血量を記載すること。	別表Ⅰ K920の3 【項番531】
10104	共通	手術を実施した診療科、開始日時の記載が必要です。（休日加算１）	入院		休日加算１（手術）(150371290)	手術実施診療科（休日加算１（手術））；(830100539) 休日加算１（手術）手術開始日時(853100025)		手術を実施した診療科及び手術を開始した日時を記載すること。	別表Ⅰ K　通則12 【項番470】
10105	共通	手術を実施した診療科、初診又は再診の日時及び開始日時の記載が必要です。（休日加算１）	外来		休日加算１（手術）(150371290)	手術実施診療科（休日加算１（手術））；(830100539) 休日加算１（手術）手術開始日時(853100025) 休日加算１（手術）初診又は再診の日時(853100021)		手術を実施した診療科及び手術を開始した日時を記載すること。	別表Ⅰ K　通則12 【項番470】
10106	共通	手術時体重の記載が必要です。（極低出生体重児加算（手術））			極低出生体重児加算（手術）(150306890)		手術時体重（極低出生体重児加算（手術））；(830100265)	手術時体重を記載すること。	別表Ⅰ K　通則7 【項番469】
10107	共通	初回加算算定日の記載が必要です。（局所陰圧閉鎖処置（入院外））	外来		局所陰圧閉鎖処置（入院外）（１００ｃｍ２以上）(140054510) 局所陰圧閉鎖処置（入院外）（１００ｃｍ２未満）(140053750) 局所陰圧閉鎖処置（入院外）（２００ｃｍ２以上）(140054610)		初回加算算定年月日（局所陰圧閉鎖処置（入院外））(850100270)	初回加算を算定した年月日を記載すること。	別表Ⅰ J003-2 【項番435】
10108	共通	初回実施日、通算回数、開始時間、終了時間の記載が必要です。（持続緩徐式血液濾過）	一連処方 非出力AND		持続緩徐式血液濾過(140029850)	通算実施回数（持続緩徐式血液濾過）(842100057) 開始時刻（持続緩徐式血液濾過）(851100009) 終了時刻（持続緩徐式血液濾過）(851100010) 初回実施年月日（持続緩徐式血液濾過）(850100443)		一連の当該療法の初回実施日、初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものを含む。）、当該月の算定日及び１回毎の開始時間と終了時間（当該月に実施されたものに限る。）を記載すること。	別表Ⅰ J038-2 【項番447】
10109	共通	開始日時、終了日時、通算時間の記載が必要です。（一酸化窒素吸入療法（新生児低酸素性呼吸不全）９６時間以下）	同日	一酸化窒素吸入療法（新生児低酸素性呼吸不全）(140051750)	一酸化窒素ガス加算（新生児低酸素性呼吸不全）(140056170) **<<用量を５７６０以下とする>>**	開始時刻（一酸化窒素吸入療法）(851100019) 終了年月日（一酸化窒素吸入療法）(850100281) 終了時刻（一酸化窒素吸入療法）(851100020) 通算時間（一酸化窒素吸入療法）(852100014)		開始日時、終了日時及び通算時間を記載すること。	別表Ⅰ J045-2 【項番458】
10110	共通	開始日時、終了日時、通算時間、理由及び医学的根拠の記載が必要です。（一酸化窒素吸入療法（新生児低酸素性呼吸不全）　９６時間以上）	同日	一酸化窒素吸入療法（新生児低酸素性呼吸不全）(140051750)	一酸化窒素ガス加算（新生児低酸素性呼吸不全）(140056170) **<<用量を５７６１以上とする>>**	開始時刻（一酸化窒素吸入療法）(851100019) 終了年月日（一酸化窒素吸入療法）(850100281) 終了時刻（一酸化窒素吸入療法）(851100020) 通算時間（一酸化窒素吸入療法）(852100014) 理由及び医学的根拠（一酸化窒素ガス加算）；(830100262)		開始日時、終了日時及び通算時間を記載すること。 （96時間又は168時間を超えて算定する場合） その理由及び医学的根拠を記載すること。	別表Ⅰ J045-2 【項番442】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10111	共通	初回実施日、初回からの通算実施日の記載が必要です。（磁気による膀胱等刺激法）			磁気による膀胱等刺激法(140055110)	初回実施年月日（磁気による膀胱等刺激法）(850100286) 通算実施日（磁気による膀胱等刺激法）(842100061)		当該療法の初回実施年月日及び初回からの通算実施日を記載すること。	別表Ⅰ J070-4 【項番464】
10112	共通	該当する要件の記載が必要です。（組織拡張器による再建手術）（乳房（再建手術））			組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術））(150371910)		ア　留意事項通知に規定する一次再建(820100246) イ　留意事項通知に規定する二次再建(820100247)	区分番号Ｋ022の組織拡張器による再建手術の（２）のア又はイのうち該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ K022の1 【項番473】
10113	共通	該当する要件の記載が必要です。（ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術）			ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）(150374010)		ア　留意事項通知に規定する一次一期的再建(820100248) イ　留意事項通知に規定する一次二期的再建(820100249) ウ　留意事項通知に規定する二次再建(820100250)	区分番号Ｋ476-4ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術の（２）のアからウまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ K476-4 【項番489】
10114	共通	医学的な理由の記載が必要です。（経皮経食道胃管挿入術）（ＰＴＥＧ）			経皮経食道胃管挿入術（ＰＴＥＧ）(150362110)		医学的理由（経皮経食道胃管挿入術（ＰＴＥＧ））；(830100313)	医学的な理由を記載すること。	別表Ⅰ K664-2 【項番501】
10115	共通	導入年月日の記載が必要です。導入期加算（腹膜灌流）			導入期加算（腹膜灌流）(140008770)		導入年月日（導入期加算（腹膜灌流））(850100279)	導入の年月日を記載すること。	別表Ⅰ J042の1 【項番453】
10116	共通	保存療法の開始及び本治療を選択した医学的理由の記載が必要です。（体外衝撃波疼痛治療術）			体外衝撃波疼痛治療術(150350550)	保存療法開始年月日（体外衝撃波疼痛治療術）(850100287) 治療を選択した医学的理由（体外衝撃波疼痛治療術）；(830100279)		保存療法の開始年月日及び本治療を選択した医学的理由を記載すること。	別表Ⅰ K096-2 【項番482】
10117	共通	初回の処置を行った月日の記載が必要です。（熱傷処置、電撃傷処置、薬傷処置、凍傷処置）			熱傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）(140032110) 熱傷処置（１００ｃｍ２未満）(140032010) 熱傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）(140036510) 熱傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）(140032210) 熱傷処置（６０００ｃｍ２以上）(140036610) 電撃傷処置（１００ｃｍ２未満）(140034830) 電撃傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）(140034930) 電撃傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）(140035030) 電撃傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）(140035130) 電撃傷処置（６０００ｃｍ２以上）(140035230) 薬傷処置（１００ｃｍ２未満）(140035430) 薬傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）(140035530) 薬傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）(140035630) 薬傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）(140035730) 薬傷処置（６０００ｃｍ２以上）(140035830) 凍傷処置（１００ｃｍ２未満）(140036030) 凍傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）(140036130) 凍傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）(140036230) 凍傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）(140036330) 凍傷処置（６０００ｃｍ２以上）(140036430)		初回年月日（熱傷処置）(850100268)	初回の処置を行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ J001 【項番430】
10118	共通	受傷日の記載が必要です。（熱傷温浴療法）	入院		熱傷温浴療法(140038510)		受傷年月日（熱傷温浴療法）(850100283)	受傷年月日を記載すること。	別表Ⅰ J052-2 【項番460】
10119	共通	内痔核の重症度の記載が必要です。（冷却痔処置）			冷却痔処置(140037350)		重症度　１度(820100242) 重症度　２度(820100243)	内痔核の重症度について、Ⅰ度又はⅡ度のうち該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ J070-3 【項番463】
10120	共通	治療開始月日の記載が必要です。（干渉低周波による膀胱刺激法）	外来		干渉低周波による膀胱等刺激法(140038810)		治療開始年月日（干渉低周波による膀胱等刺激法）(850100285)	治療開始年月日を記載すること。	別表Ⅰ J070-2 【項番462】
10121	共通	前回の治療開始月日の記載が必要です。（皮膚レーザー照射療法）			皮膚レーザー照射療法（Ｑスイッチ付１６ｃｍ２～６４ｃｍ２未満）(140053210) 皮膚レーザー照射療法（Ｑスイッチ付４ｃｍ２～１６ｃｍ２未満）(140053110) 皮膚レーザー照射療法（Ｑスイッチ付４ｃｍ２未満）(140053010) 皮膚レーザー照射療法（Ｑスイッチ付６４ｃｍ２以上）(140053310) 皮膚レーザー照射療法（色素レーザー照射療法）(150275410)		前回治療開始年月日（皮膚レーザー照射療法）(850100284)	前回の治療開始年月日を記載すること。	別表Ⅰ J054-2 【項番461】
10122	共通	症状詳記の記載が必要です。（両心室ペースメーカー移植術）			両心室ペースメーカー移植術（心筋電極）(150415110) 両心室ペースメーカー移植術（経静脈電極）(150415210)		症状詳記（両心室ペースメーカー移植術）；(830100307) ＊両心室ペースメーカー移植術＊（症状詳記）	症状詳記を記載すること。	別表Ⅰ K598/K599 /K599-3 【項番495】
10123	共通	症状詳記の記載が必要です。（植込型除細動器移植術）			植込型除細動器移植術（経静脈リード）(150387410) 植込型除細動器移植術（皮下植込型リード）(150383250) 植込型除細動器移植術（心筋リード）(150415510)		症状詳記（植込型除細動器移植術）；(830100308) ＊植込型除細動器移植術＊（症状詳記）	症状詳記を記載すること。	別表Ⅰ K598/K599 /K599-3 【項番495】
10124	共通	症状詳記の記載が必要です。（両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術）			両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（心筋電極）(150415810) 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（経静脈電極）(150415910)		症状詳記（両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術）；(830100309) ＊両室ペーシング機能付き＊（症状詳記）	症状詳記を記載すること。	別表Ⅰ K598/K599 /K599-3 【項番495】
							ア　心不全（ＮＹＨＡ３度以上のものに限る。）の患者(820100260) イ　狭心症（ＣＣＳ分類３度以上のものに限る。）の患者(820100261) ウ　心筋梗塞（発症後３月以内のものに限る。）の患者(820100262) エ　大動脈閉鎖不全等（いずれも中等度以上のものに限る。）の患者(820100263) オ　留意事項通知に規定する大動脈弁狭窄又は僧帽弁狭窄の患者(820100264) カ　植込型ペースメーカー又は植込型除細動器を使用している患者(820100265) キ　留意事項通知に規定する先天性心疾患の患者(820100266) ク　留意事項通知に規定する肺動脈性肺高血圧症の患者(820100267) ケ　留意事項通知に規定する呼吸不全の患者(820100268) コ　留意事項通知に規定する換気障害の患者(820100269) サ　留意事項通知に規定する気管支喘息の患者(820100270)		

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				ＡＮＤ／ＯＲ項目	ＯＲ項目	ＡＮＤ／ＯＲ項目	ＯＲ項目		
10125	共通	該当要件の記載が必要です。（麻酔困難な患者）			閉鎖循環式全身麻酔１（麻酔困難な患者）(150332510) 閉鎖循環式全身麻酔２（麻酔困難な患者）(150332710) 閉鎖循環式全身麻酔３（麻酔困難な患者）(150332910) 閉鎖循環式全身麻酔４（麻酔困難な患者）(150333110) 閉鎖循環式全身麻酔５（麻酔困難な患者）(150328210)		シ　留意事項通知に規定する糖尿病の患者(820100271) ス　留意事項通知に規定する腎不全の患者(820100272) セ　肝不全（Ｃｈｉｌｄ－Ｐｕｇｈ分類Ｂ以上のものに限る。）の患者(820100273) ソ　貧血（Ｈｂ６．０ｇ／ｄＬ未満のものに限る。）の患者(820100274) タ　血液凝固能低下（ＰＴ－ＩＮＲ２．０以上のものに限る。）の患者(820100275) チ　ＤＩＣの患者(820100276) ツ　血小板減少（血小板５万／ｕＬ未満のものに限る。）の患者(820100277) テ　敗血症（ＳＩＲＳを伴うものに限る。）の患者(820100278) ト　留意事項通知に規定するショック状態の患者(820100279) ナ　完全脊髄損傷（第５胸椎より高位のものに限る。）の患者(820100280) ニ　心肺補助を行っている患者(820100281) ヌ　人工呼吸を行っている患者(820100282) ネ　透析を行っている患者(820100283) ノ　大動脈内バルーンパンピングを行っている患者(820100284) ハ　ＢＭＩ３５以上の患者(820100285)	（各区分のイの「別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合」を算定する場合） 区分番号Ｌ００８マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の(4)のアからハまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ Ｌ００８ 【項番539】
10126	共通	初回実施日、通算実施回数、開始時間、終了時間の記載が必要です。（血漿交換療法）	一連処方 非出力AND		血漿交換療法(140008210)	初回実施年月日（血漿交換療法）(850100277) 通算実施回数（血漿交換療法）(842100058) 開始時刻（血漿交換療法）(851100011) 終了時刻（血漿交換療法）(851100012)		一連の当該療法の初回実施年月日、初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものも含む。）、当該月の算定日及び１回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。)を記載すること。	別表Ⅰ Ｊ０３９ 【項番448】
10127	共通	初回実施日、通算実施回数、開始時間、終了時間の記載が必要です。（血球成分除去療法）	一連処方 非出力AND		血球成分除去療法(140039210)	通算実施回数（血球成分除去療法）(842100060) 開始時刻（血球成分除去療法）(851100017) 終了時刻（血球成分除去療法）(851100018) 初回実施年月日（血球成分除去療法）(850100444)		一連の当該療法の初回実施日、初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものも含む。）、当該月の算定日及び１回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。)を記載すること。	別表Ⅰ Ｊ０４１－２ 【項番452】
10128	共通	開始時間、終了時間の記載が必要です。（局所灌流）	一連処方 非出力AND		局所灌流（悪性腫瘍）(140008310) 局所灌流（骨膜・骨髄炎）(140038110)	開始時刻（局所灌流）(851100013) 終了時刻（局所灌流）(851100014)		当該月の算定日及び１回毎の開始時間と終了時間（当該月に実施されたものに限る。）を記載すること。	別表Ⅰ Ｊ０４０ 【項番450】
10129	共通	開始時間、終了時間の記載が必要です。（吸着式血液浄化法、エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法）	一連処方 非出力AND		吸着式血液浄化法(140008410) エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法（１８歳以上）(140061610) エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法（１８歳未満）(140061710)	開始時刻（吸着式血液浄化法）(851100015) 終了時刻（吸着式血液浄化法）(851100016)		当該月の算定日及び１回毎の開始時間と終了時間（当該月に実施されたものに限る。）を記載すること。	別表Ⅰ Ｊ０４１－２ 【項番451】
10130	共通	当該術式を選択した理由の記載が必要です。（網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡））			網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡）(150356110)		選択理由（網膜付着組織を含む硝子体切除術）；(830100284)	当該術式を選択した理由を詳細に記載すること。	別表Ⅰ Ｋ２８０－２ 【項番485】
10131	共通	前回手術日、術式及び保健医療機関名の記載が必要です。（心臓弁再置換術加算）			心臓弁再置換術加算（大動脈瘤切除術（吻合又は移植含む））（１弁）(150375870) 心臓弁再置換術加算（大動脈瘤切除術（吻合又は移植含む））（２弁）(150375970) 心臓弁再置換術加算（大動脈瘤切除術（吻合又は移植含む））（３弁）(150376070) 心臓弁再置換術加算（弁置換術）(150359470) 心臓弁再置換術加算（弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術）（１弁）(150375570) 心臓弁再置換術加算（弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術）（２弁）(150375670) 心臓弁再置換術加算（弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術）（３弁）(150375770) 心臓弁再置換術加算（胸腔鏡下弁置換術）（１弁）(150400170) 心臓弁再置換術加算（胸腔鏡下弁置換術）（２弁）(150400270)	前回手術年月日（心臓弁再置換術加算）(850100289) 前回手術の術式（心臓弁再置換術加算）；(830100289) 前回手術実施保険医療機関名（心臓弁再置換術加算）；(830100290)		前回手術年月日、術式及び保険医療機関名を記載すること。	別表Ⅰ Ｋ５５５の注 Ｋ５５５－３の注 Ｋ５５７－３の注 Ｋ５６０の注 【項番492】
10132	共通	前回手術日、術式及び保健医療機関名の記載が必要です。（人工血管等再置換術加算）			人工血管等再置換術加算（修正大血管転位症手術）(150376670) 人工血管等再置換術加算（大血管転位症手術）(150376570) 人工血管等再置換術加算（単心室症又は三尖弁閉鎖症手術）(150376770) 人工血管等再置換術加算（肺動脈閉鎖症手術）(150376470)	前回手術年月日（人工血管等再置換術加算）(850100290) 前回手術の術式（人工血管等再置換術加算）；(830100297) 前回手術実施保険医療機関名（人工血管等再置換術加算）；(830100298)		前回手術年月日、術式及び保険医療機関名を記載すること。	別表Ⅰ Ｋ５８１の注 Ｋ５８３の注 Ｋ５８４の注 Ｋ５８６の注 【項番493】
10133	共通	嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施日の記載が必要です。（胃瘻造設時嚥下機能評価加算）			胃瘻造設時嚥下機能評価加算(150380510)		嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査実施年月日（胃瘻造設時嚥下機能評価加算）(850100293)	嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ｋ９３９－５ 【項番535】
10134	共通	当該検査が必要な理由及び前回の実施日の記載が必要です。（光トポグラフィー）			光トポグラフィー（抑うつ症状の鑑別診断）（イ以外）(160203510) 光トポグラフィー（抑うつ症状の鑑別診断）（精神保健指定医）(160203410)	検査の必要理由（光トポグラフィー（抑うつ症状の鑑別診断））；(830100150) 前回実施年月日（光トポグラフィー（抑うつ症状の鑑別診断））(850100189)		当該検査が必要な理由及び前回の実施年月日（該当する患者に限る。）を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ２３６－２の２ 【項番333】
10135	共通	医学的な理由の記載が必要です。（ＣＣＲ４タンパク（フローサイトメトリー法）及びＣＣＲ４タンパク）		ＣＣＲ４タンパク(160200850) ＣＣＲ４タンパク（フローサイトメトリー法）(160200650)			併せて算定した理由及び医学的根拠（ＣＣＲ４タンパク（フローサイトメトリー法））；(830100121)	（ＣＣＲ４タンパク及びＣＣＲ４タンパク（フローサイトメトリー法）を併せて算定した場合） その理由及び医学的根拠を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ００６－１０ Ｎ００２の５ 【項番249、554】
10136	共通	症状詳記の記載が必要です。（小腸内視鏡検査（カプセル型内視鏡））			小腸内視鏡検査（カプセル型内視鏡）(160183610)		小腸内視鏡検査（カプセル型内視鏡）症状詳記；(830100172) ＊小腸内視鏡検査＊（症状詳記）	当該患者の症状詳記を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ３１０の３ 【項番344】
10137	共通	症状詳記と該当要件の記載が必要です。（大腸内視鏡検査（カプセル型内視鏡））			大腸内視鏡検査（カプセル型内視鏡）(160202750)	ア　大腸ファイバースコピーでは回盲部まで到達できなかった患者(820100156) イ　器質的異常により大腸ファイバースコピーが困難と判断された患者(820100157) ウ　身体的負担により大腸ファイバースコピーが実施困難であると判断された患者(820100805) **<<上記項目をORで登録する>>**	＊大腸内視鏡検査＊（症状詳記）	当該患者の症状詳記を記載すること。区分番号Ｄ３１３大腸内視鏡検査の（２）のアからウまでに規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ Ｄ３１３の２ 【項番346】
					心大血管疾患リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）(180744210) 心大血管疾患リハビリテーション料（１）（作業療法士による場合）(180744310) 心大血管疾患リハビリテーション料（１）（医師による場合）(180744410)				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10148	共通	疾患名及び治療開始日の記載が必要です。（心大血管リハビリテーション料）			心大血管疾患リハビリテーション料（１）（看護師による場合）(180744510) 心大血管疾患リハビリテーション料（１）（集団療法による場合）(180744610) 心大血管疾患リハビリテーション料（２）（理学療法士による場合）(180744710) 心大血管疾患リハビリテーション料（２）（作業療法士による場合）(180744810) 心大血管疾患リハビリテーション料（２）（医師による場合）(180744910) 心大血管疾患リハビリテーション料（２）（看護師による場合）(180745010) 心大血管疾患リハビリテーション料（２）（集団療法による場合）(180745110)	疾患名（心大血管疾患リハビリテーション料）；(830100208)	治療開始年月日（心大血管疾患リハビリテーション料）(850100209)	疾患名及び治療開始年月日を記載すること。	別表Ⅰ H000 【項番375】
10149	共通	疾患名及び治療開始日の記載が必要です。（呼吸器リハビリテーション料）			呼吸器リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）(180759710) 呼吸器リハビリテーション料（１）（作業療法士による場合）(180759810) 呼吸器リハビリテーション料（１）（言語聴覚士による場合）(180759910) 呼吸器リハビリテーション料（１）（医師による場合）(180760010) 呼吸器リハビリテーション料（２）（理学療法士による場合）(180760110) 呼吸器リハビリテーション料（２）（作業療法士による場合）(180760210) 呼吸器リハビリテーション料（２）（言語聴覚士による場合）(180760310) 呼吸器リハビリテーション料（２）（医師による場合）(180760410)	疾患名（呼吸器リハビリテーション料）；(830100220)	治療開始年月日（呼吸器リハビリテーション料）(850100227)	疾患名及び治療開始年月日を記載すること。	別表Ⅰ H003 【項番388】
10150	共通	疾患名及び発症月日、手術月日、急性増悪した月日又は最初に診断された年月日の記載が必要です。（脳血管疾患等リハビリテーション料）			脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）(180745310) 脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（作業療法士による場合）(180745410) 脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（言語聴覚士による場合）(180745510) 脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（医師による場合）(180745610) 脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（理学療法士による場合）(180745710) 脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（作業療法士による場合）(180745810) 脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（言語聴覚士による場合）(180745910) 脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（医師による場合）(180746010) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（理学療法士による場合）(180746110) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（作業療法士による場合）(180746210) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（言語聴覚士による場合）(180746310) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（医師による場合）(180746410) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（イからニまで以外の場合）(180746510) 脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護）（理学療法士）(180746610) 脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護）（作業療法士）(180746710) 脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護）（言語聴覚士）(180746810) 脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護）（医師）(180746910) 脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護）（理学療法士）(180747010) 脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護）（作業療法士）(180747110) 脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護）（言語聴覚士）(180747210) 脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護）（医師）(180747310) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護）（理学療法士）(180747410) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護）（作業療法士）(180747510) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護）（言語聴覚士）(180747610) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護）（医師）(180747710) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護）（１から４以外）(180747810) 脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（理学療法士）（リ減）(180747930) 脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（作業療法士）（リ減）(180748030) 脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（言語聴覚士）（リ減）(180748130) 脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（医師）（リ減）(180748230) 脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（理学療法士）（リ減）(180748330) 脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（作業療法士）（リ減）(180748430) 脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（言語聴覚士）（リ減）(180748530) 脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（医師）（リ減）(180748630) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（理学療法士）（リ減）(180748730) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（作業療法士）（リ減）(180748830)	疾患名（脳血管疾患等リハビリテーション料）；(830100211)	発症年月日（脳血管疾患等リハビリテーション料）(850100218) 手術年月日（脳血管疾患等リハビリテーション料）(850100389) 急性増悪年月日（脳血管疾患等リハビリテーション料）(850100390) 最初に診断された年月日（脳血管疾患等リハビリテーション料）(850100439)	疾患名及び発症年月日、手術年月日、急性増悪した年月日又は最初に診断された年月日を記載すること。	別表Ⅰ H001 【項番379】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（言語聴覚士）（リ減）(180748930) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（医師）（リ減）(180749030) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（１から４以外）（リ減）(180749130) 脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護）（理学）（リ減）(180749230) 脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護）（作業）（リ減）(180749330) 脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護）（言語）（リ減）(180749430) 脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（要介護）（医師）（リ減）(180749530) 脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護）（理学）（リ減）(180749630) 脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護）（作業）（リ減）(180749730) 脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護）（言語）（リ減）(180749830) 脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（要介護）（医師）（リ減）(180749930) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護）（理学）（リ減）(180750030) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護）（作業）（リ減）(180750130) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護）（言語）（リ減）(180750230) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（要介護）（医師）（リ減）(180750330) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）要介護・１から４以外・リ減(180750430)				
10151	共通	疾患名及び発症月日、手術月日、急性増悪した月日又は最初に診断された年月日の記載が必要です。（運動器リハビリテーション料）			運動器リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）(180755710) 運動器リハビリテーション料（１）（作業療法士による場合）(180755810) 運動器リハビリテーション料（１）（医師による場合）(180755910) 運動器リハビリテーション料（２）（理学療法士による場合）(180756010) 運動器リハビリテーション料（２）（作業療法士による場合）(180756110) 運動器リハビリテーション料（２）（医師による場合）(180756210) 運動器リハビリテーション料（３）（理学療法士による場合）(180756310) 運動器リハビリテーション料（３）（作業療法士による場合）(180756410) 運動器リハビリテーション料（３）（医師による場合）(180756510) 運動器リハビリテーション料（３）（イからハ以外）(180756610) 運動器リハビリテーション料（１）（要介護）（理学）(180757710) 運動器リハビリテーション料（１）（要介護）（作業）(180757810) 運動器リハビリテーション料（１）（要介護）（医師）(180757910) 運動器リハビリテーション料（２）（要介護）（理学）(180758010) 運動器リハビリテーション料（２）（要介護）（作業）(180758110) 運動器リハビリテーション料（２）（要介護）（医師）(180758210) 運動器リハビリテーション料（３）（要介護）（理学）(180758310) 運動器リハビリテーション料（３）（要介護）（作業）(180758410) 運動器リハビリテーション料（３）（要介護）（医師）(180758510) 運動器リハビリテーション料（３）（要介護）（１から３以外）(180758610) 運動器リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）（リ減）(180756730) 運動器リハビリテーション料（１）（作業療法士による場合）（リ減）(180756830) 運動器リハビリテーション料（１）（医師による場合）（リ減）(180756930) 運動器リハビリテーション料（２）（理学療法士による場合）（リ減）(180757030) 運動器リハビリテーション料（２）（作業療法士による場合）（リ減）(180757130) 運動器リハビリテーション料（２）（医師による場合）（リ減）(180757230) 運動器リハビリテーション料（３）（理学療法士による場合）（リ減）(180757330) 運動器リハビリテーション料（３）（作業療法士による場合）（リ減）(180757430) 運動器リハビリテーション料（３）（医師による場合）（リ減）(180757530) 運動器リハビリテーション料（３）（イからハ以外）（リ減）(180757630) 運動器リハビリテーション料（１）（要介護）（理学）（リ減）(180758730) 運動器リハビリテーション料（１）（要介護）（作業）（リ減）(180758830) 運動器リハビリテーション料（１）（要介護）（医師）（リ減）(180758930) 運動器リハビリテーション料（２）（要介護）（理学）（リ減）(180759030) 運動器リハビリテーション料（２）（要介護）（作業）（リ減）(180759130) 運動器リハビリテーション料（２）（要介護）（医師）（リ減）(180759230)	疾患名（運動器リハビリテーション料）；(830100217)	発症年月日（運動器リハビリテーション料）(850100224) 手術年月日（運動器リハビリテーション料）(850100391) 急性増悪年月日（運動器リハビリテーション料）(850100392) 最初に診断された年月日（運動器リハビリテーション料）(850100440)	疾患名及び発症年月日、手術年月日、急性増悪した年月日又は最初に診断された年月日を記載すること。	別表Ⅰ H002 【項番385】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					運動器リハビリテーション料（３）（要介護）（理学）（リ減）(180759330) 運動器リハビリテーション料（３）（要介護）（作業）（リ減）(180759430) 運動器リハビリテーション料（３）（要介護）（医師）（リ減）(180759530) 運動器リハビリテーション料（３）（要介護）１から３以外・リ減(180759630)				
10152	共通	対象疾患について、該当要件の記載が必要です。（難病患者リハビリテーション料）	外来		難病患者ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料(180017910)		ベーチェット病(820100159) 多発性硬化症(820100075) 重症筋無力症(820100076) 全身性エリテマトーデス(820100160) スモン(820100077) 筋萎縮性側索硬化症(820100078) 強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎(820100161) 結節性動脈周囲炎(820100162) ビュルガー病(820100163) 脊髄小脳変性症(820100079) 悪性関節リウマチ(820100164) パーキンソン病関連疾患(820100165) アミロイドーシス(820100166) 後縦靭帯骨化症(820100167) ハンチントン病(820100080) モヤモヤ病（ウィリス動脈輪閉塞症）(820100168) ウェゲナー肉芽腫症(820100169) 多系統萎縮症(820100299) 広範脊柱管狭窄症(820100170) 特発性大腿骨頭壊死症(820100171) 混合性結合組織病(820100172) プリオン病(820100084) ギラン・バレー症候群(820100173) 黄色靭帯骨化症(820100174) シェーグレン症候群(820100175) 成人発症スチル病(820100176) 関節リウマチ(820100177) 亜急性硬化性全脳炎(820100085) ライソゾーム病(820100086) 副腎白質ジストロフィー(820100087) 脊髄性筋萎縮症(820100088) 球脊髄性筋萎縮症(820100089) 慢性炎症性脱髄性多発神経炎(820100090)	対象疾患について、特掲診療料の施設基準等別表第十の各号に掲げるものの中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ H006 【項番394】
10153	共通	実施日数、対象疾患について、該当要件の記載が必要です。（障害児（者）リハビリテーション料）			障害児(者)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料(18歳以上)(180028410) 障害児(者)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料(6歳以上18歳未満)(180028310) 障害児(者)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料(６歳未満)(180028210)	実施日数　　日(840000096)	脳性麻痺の患者(820100178) 胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害の患者(820100179) 顎・口腔の先天異常の患者(820100180) 先天性の体幹四肢の奇形又は変形の患者(820100181) 先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者(820100182) 先天性又は進行性の神経筋疾患の患者(820100183) 神経障害による麻痺及び後遺症の患者(820100184) 言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害の患者(820100185)	算定単位数及び実施日数を記載すること。また、対象患者について、特掲診療料の施設基準等別表第十の二の各号に掲げるものの中から該当するもの選択して記載すること。	別表Ⅰ H007 【項番384】
10154	共通	疾患名及び治療開始日の記載が必要です。（摂食機能療法）			摂食機能療法（３０分以上）(180016610) 摂食機能療法（３０分未満）(180054310)	疾患名（摂食機能療法）；(830100224)	治療開始年月日（摂食機能療法）(850100230)	疾患名及び摂食機能療法の治療開始年月日を記載すること。	別表Ⅰ H004 【項番392】
10155	共通	内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影の実施日及びカンファレンス日の記載が必要です。（摂食嚥下機能回復体制加算）			摂食嚥下機能回復体制加算２(180066870) 摂食嚥下機能回復体制加算３(180066970) 摂食嚥下機能回復体制加算１(180072870)	カンファレンスを実施した年月日（摂食嚥下機能回復体制加算　）(850100233)	内視鏡下嚥下機能検査を実施した年月日（摂食嚥下機能回復体制加算　）(850100231) 嚥下造影を実施した年月日（摂食嚥下機能回復体制加算　）(850100232)	内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の実施年月日及びカンファレンスを実施した年月日を記載すること。	別表Ⅰ H004 【項番393】
10156	共通	自立度判定基準ランクの該当ランク、診療時間及びリハビリテーション計画作成日の記載が必要です。（認知症患者リハビリテーション料）	入院		認知症患者リハビリテーション料(180043110)		認知症高齢者の日常生活自立度　１(820100194) 認知症高齢者の日常生活自立度　２(820100195) 認知症高齢者の日常生活自立度　２ａ(820100196) 認知症高齢者の日常生活自立度　２ｂ(820100197) 認知症高齢者の日常生活自立度　３(820100198) 認知症高齢者の日常生活自立度　３ａ(820100199) 認知症高齢者の日常生活自立度　３ｂ(820100200) 認知症高齢者の日常生活自立度　４(820100201) 認知症高齢者の日常生活自立度　Ｍ(820100202)	「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランク、診療時間及びリハビリテーション計画作成日を記載すること。	別表Ⅰ H007-3 【項番398】
10159	共通	退院日の記載が必要です。（短期集中リハビリテーション実施加算）	外来		短期集中ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ実施加算（退院日から１月以内）(180032970) 短期集中ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ実施加算（退院日から１月超３月以内）(180033070)		退院年月日（短期集中リハビリテーション実施加算）(850100234)	退院年月日を記載すること。	別表Ⅰ H006 難病患者ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料の短期集中ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ実施加算 【項番395】
10160	共通	診療時間の記載が必要です。（標準型精神分析療法）			標準型精神分析療法(180006810)		標準型精神分析療法に要した時間（標準型精神分析療法）(852100009)	当該診療に要した時間を記載すること。	別表Ⅰ I003 【項番409】
10161	共通	最初に当該療法を算定した年月日又は精神病床の退院日の記載が必要です。（精神科ケア早期加算）	外来		早期加算（精神科ショート・ケア）(180033370) 早期加算（精神科デイ・ケア）(180033470) 早期加算（精神科デイ・ナイト・ケア）(180036370) 早期加算（精神科ナイト・ケア）(180036270)		精神病床の退院年月日（早期加算）(850100248) 初回精神科デイ・ケア等算定年月日（早期加算）(850100247)	最初に当該療法を算定した年月日又は精神病床を退院した年月日を記載すること。	別表Ⅰ I008-2/I009/I010/I010-2 【項番414】
10163	共通	精神科を初めて受診した日の記載が必要です。（通院・在宅精神療法（２０歳未満）加算）	２０歳未満外来		通院・在宅精神療法（２０歳未満）加算(180020570)		精神科初回受診年月日（通院・在宅精神療法（２０歳未満）加算）(850100238)	当該保険医療機関の精神科を初めて受診した年月日を記載すること。	別表Ⅰ I002 【項番402】
10164	共通	診療に要した時間、初回算定月日と一連における算定回数の記載が必要です。（認知療法・認知行動療法）	外来		認知療法・認知行動療法（医師及び看護師が共同）(180047810) 認知療法・認知行動療法（医師）(180056410)	一連の治療の算定回数の合計（認知療法・認知行動療法）(842100053) 初回算定年月日（認知療法・認知行動療法）(850100244) 認知療法・認知行動療法に要した時間（認知療法・認知行動療法）(852100015)		初回の算定年月日及び一連の治療における算定回数の合計を記載すること。 当該診療に要した時間を記載すること。	別表Ⅰ I003-2 【項番410】
10165	共通	入院形態の記載が必要です。（医療保護入院等診療料）	入院		医療保護入院等診療料(180026410)		措置入院(820100207) 緊急措置入院(820100208) 医療保護入院(820100209) 応急入院(820100210)	患者の該当する入院形態として、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ I014 【項番424】
10166	共通	最初に当該療法を算定した年月日又は精神病床の退院日の記載が必要です。（早期加算（重度認知症患者デイ・ケア料））	外来 グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ		早期加算（重度認知症患者デイ・ケア料）(180039670)	重度認知症患者デイ・ケア料の初回算定年月日（早期加算）(850100256)	精神病床の退院年月日（早期加算）(850100248)	最初に当該療法を算定した年月日又は精神病床を退院した年月日を記載すること。	別表Ⅰ I015 【項番425】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				ＡＮＤ／ＯＲ項目	ＯＲ項目	ＡＮＤ／ＯＲ項目	ＯＲ項目		
10167	共通	最初に当該療法を算定した年月日及び診療時間の記載が必要です。（夜間ケア加算（重度認知症患者デイ・ケア料））	外来		夜間ケア加算（重度認知症患者デイ・ケア料）（180038970）	重度認知症患者デイ・ケア料の初回算定年月日（夜間ケア加算）（850100258） 夜間ケアに要した時間（夜間ケア加算）（852100012）		初回算定年月日及び夜間ケアに要した時間を記載すること。	別表Ⅰ I015 【項番426】
10168	共通	入院形態、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクなどの記載が必要です。（精神科在宅患者支援管理料）	外来		精神科在宅患者支援管理料１（集中的支援必要）（単一建物１人）（180057210） 精神科在宅患者支援管理料１（集中的支援必要）（単一建物２人以上）（180057310） 精神科在宅患者支援管理料２（集中的支援必要）（単一建物１人）（180057810） 精神科在宅患者支援管理料２（集中的支援必要）（単一建物２人以上）（180057910） 精神科在宅患者支援管理料１（重度精神障害者）（単一建物１人）（180057410） 精神科在宅患者支援管理料１（重度精神障害者）（単一建物２人以上）（180057510） 精神科在宅患者支援管理料２（重度精神障害者）（単一建物１人）（180058010） 精神科在宅患者支援管理料２（重度精神障害者）（単一建物２人以上）（180058110）	入院形態（精神科在宅患者支援管理料）：措置入院(820100746) 入院形態（精神科在宅患者支援管理料）：緊急措置入院(820100747) 入院形態（精神科在宅患者支援管理料）：医療保護入院(820100748) **<<上記項目をORで登録する>>**	認知症高齢者の日常生活自立度　１(820100194) 認知症高齢者の日常生活自立度　２(820100195) 認知症高齢者の日常生活自立度　２ａ(820100196) 認知症高齢者の日常生活自立度　２ｂ(820100197) 認知症高齢者の日常生活自立度　３(820100198) 認知症高齢者の日常生活自立度　３ａ(820100199) 認知症高齢者の日常生活自立度　３ｂ(820100200) 認知症高齢者の日常生活自立度　４(820100201) 認知症高齢者の日常生活自立度　Ｍ(820100202)	入院形態、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランク、を記載すること。	別表Ⅰ I016 【項番427】
10169	共通	ＢＭＩ値の記載必要です。（摂食障害入院医療管理加算）	入院		摂食障害入院医療管理加算（３０日以内）（190136610） 摂食障害入院医療管理加算（３１日以上６０日以内）（190136710）		初回算定時のＢＭＩ値（摂食障害入院医療管理加算）（842100013）	初回算定時のＢＭＩの値を記載すること。	別表Ⅰ A231-4 【項番31】
10170	共通	強度行動障害スコア及び医療度判定スコアの値の記載が必要です。（強度行動障害入院医療管理加算）	入院		強度行動障害入院医療管理加算(190136310)	強度行動障害スコア（強度行動障害入院医療管理加算）；(830100028) 医療度判定スコア（強度行動障害入院医療管理加算）；(830100029)		強度行動障害スコア及び医療度判定スコアの値を記載すること。	別表Ⅰ A231-2 【項番30】
10171	共通	皮膚潰瘍に係るＳｈｅａの分類の記載が必要です。（重症皮膚潰瘍管理加算）	入院		重症皮膚潰瘍管理加算(190106770)		皮膚潰瘍に係るＳｈｅａの分類（重症皮膚潰瘍管理加算）；(830100027)	患者の皮膚潰瘍に係るＳｈｅａの分類を記載すること。	別表Ⅰ A226 【項番25】
10173	共通	該当要件、入院後３日以内に実施した主要な診療行為の記載が必要です。（救急医療管理加算１）	入院		救急医療管理加算１(190171910)	入院後３日以内に実施した主要な診療行為（救急医療管理加算１）(831110001)	一　吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態（救急医療管理加算１）(820100393) 二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算１）：ＪＣＳ１(820100395) 二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算１）：ＪＣＳ２(820100396) 二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算１）：ＪＣＳ３(820100397) 二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算１）：ＪＣＳ１０(820100398) 二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算１）：ＪＣＳ２０(820100399) 二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算１）：ＪＣＳ３０(820100400) 二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算１）：ＪＣＳ１００(820100401) 二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算１）：ＪＣＳ２００(820100402) 二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算１）：ＪＣＳ３００(820100403) 四　心不全で重篤な状態（救急医療管理加算１）：ＮＹＨＡ１(820100404) 四　心不全で重篤な状態（救急医療管理加算１）：ＮＹＨＡ２(820100405) 四　心不全で重篤な状態（救急医療管理加算１）：ＮＹＨＡ３(820100406) 四　心不全で重篤な状態（救急医療管理加算１）：ＮＹＨＡ４(820100407) 三　呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算１）：Ｐ／Ｆ比３００以上４００未満（酸素投与前）(820100408) 三　呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算１）：Ｐ／Ｆ比２００以上３００未満（酸素投与前）(820100409) 三　呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算１）：Ｐ／Ｆ比２００未満（酸素投与前）(820100410) 五　急性薬物中毒（救急医療管理加算１）(820100411) 六　ショック（救急医療管理加算１）：平均血圧７０ｍｍＨｇ以上(820100412) 六　ショック（救急医療管理加算１）：平均血圧７０ｍｍＨｇ未満(820100413) 六　ショック（救急医療管理加算１）：昇圧剤利用なし(820100414) 六　ショック（救急医療管理加算１）：昇圧剤利用あり(820100415) 七　重篤な代謝障害（肝不全）（救急医療管理加算１）ＡＳＴ値(842100001) 七　重篤な代謝障害（肝不全）（救急医療管理加算１）ＡＬＴ値(842100002) 七　重篤な代謝障害（腎不全）（救急医療管理加算１）ｅＧＦＲ値(842100003) 七　重篤な代謝障害（重症糖尿病）（救急医療管理加算１）ＪＤＳ値(842100004) 七　重篤な代謝障害（重症糖尿病）（救急医療管理加算１）ＮＧＳＰ値(842100005) 七　重篤な代謝障害（重症糖尿病）（救急医療管理加算１）随時血糖値(842100006) 七　重篤な代謝障害（その他）（救急医療管理加算１）具体的な状態；(830100023) 八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算１）：気道熱傷なし(820100419) 八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算１）：気道熱傷あり(820100420) 九　外傷、破傷風等で重篤な状態（救急医療管理加算１）(820100421) 八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算１）：Ｂｕｒｎ　Ｉｎｄｅｘ　９以上(820100416) 八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算１）：Ｂｕｒｎ　Ｉｎｄｅｘ　４以上９未満(820100417) 八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算１）：Ｂｕｒｎ　Ｉｎｄｅｘ　１以上４未満(820100418)	当該重症な状態に対して、入院後３日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なものについて、医科診療行為コードを記載すること。 以下の内容について、記載すること。 ア　「基本診療料の施設基準等」の別表七の三（以下この項において「別表」という。）別表の一から十二までのうち該当する状態	別表Ⅰ A205の1 【項番18】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
							十　緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はｔ－ＰＡ療法を必要とする状態　（救急医療管理加算１）（820100808） 十一　消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態（救急医療管理加算１）（820100822） 十二　蘇生術を必要とする重篤な状態（救急医療管理加算１）（820100823） 二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算１）：ＪＣＳ０（820101043） 三　呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算１）：Ｐ／Ｆ比４００以上（酸素投与前）（820101044） 三　呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算１）：Ｐ／Ｆ比４００以上（酸素投与後）（820101045） 三　呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算１）：Ｐ／Ｆ比３００以上４００未満（酸素投与後）（820101046） 三　呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算１）：Ｐ／Ｆ比２００以上３００未満（酸素投与後）（820101047） 三　呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算１）：Ｐ／Ｆ比２００未満（酸素投与後）（820101048） 八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算１）：Ｂｕｒｎ　Ｉｎｄｅｘ　０（820101049）		
10174	共通	算定開始日の記載が必要です。（超重症児（者）入院診療加算）	入院		超重症児（者）入院診療加算（６歳以上）（190076570） 超重症児（者）入院診療加算（６歳未満）（190127510）		算定開始年月日（超重症児（者）入院診療加算）（850100020）	当該加算の算定開始日を記載すること。	別表Ⅰ A212 【項番21】
10175	共通	該当要件の記載が必要です。（小児療養環境特別加算）	１５歳未満入院		小児療養環境特別加算（190109970）		ア　麻疹等に感染しており、他の患者への感染の危険性が高い患者（820100025） イ　易感染性により、感染症罹患の危険性が高い患者（820100026）	区分番号Ａ２２１－２小児療養環境特別加算の（１）のア又はイに規定するもののうち、対象患者として該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ A221-2 【項番24】
10176	共通	主たるもの２つの所定点数のみの算定です。（ＴＰ、Ａｌｂ、蛋白分画）	同日	ＴＰ（160017410） Ａｌｂ（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）（160018910） 蛋白分画（160022810）				主たるもの２つの所定点数を算定する【Ｄ００７】	－
10177	共通	主たるもの２つの所定点数のみの算定です。（ＨＤＬ－コレステロール、Ｔｃｈｏ、ＬＤＬ－コレステロール）	同日	ＨＤＬ－コレステロール（160023410） Ｔｃｈｏ（160022410） ＬＤＬ－コレステロール（160167250）				主たるもの２つの所定点数を算定する【Ｄ００７】	－
10178	共通	主たるもの２つの所定点数のみの算定です。（インフルエンザウイルス抗体価など、ＲＳウイルス抗原定性、ヒトメタニューモウイルス抗原定性）	同日	ＲＳウイルス抗原定性（160117610） ヒトメタニューモウイルス抗原定性（160202550）	インフルエンザウイルスＡ型抗体価（定性・半定量・定量）（160042210） インフルエンザウイルスＢ型抗体価（定性・半定量・定量）（160042310） インフルエンザウイルス抗原定性（160169450）			主たるもの２つの所定点数を算定する【Ｄ０１２】	－
10180	共通	自動縫合器加算は２個までしか算定できません。（総胆管拡張症手術等）	同日	自動縫合器加算（150339210） **<<用量を３以上とする>>**	総胆管拡張症手術（150173210） 胆嚢悪性腫瘍手術（肝切除（亜区域切除以上））（150362210） 胆嚢悪性腫瘍手術（肝切除（葉以上）を伴う）（150324010） 胆嚢悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除を伴う）（150324110） 胆嚢悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴う）（150324210） 肝門部胆管悪性腫瘍手術（血行再建あり）（150347810） 肝門部胆管悪性腫瘍手術（血行再建なし）（150347910） 総胆管胃（腸）吻合術（150173910） 肝内胆管（肝管）胃（腸）吻合術（150177210） 膵管空腸吻合術（150179110） 胆管悪性腫瘍手術（その他）（150388510） 胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴う）（150388410） 腹腔鏡下総胆管拡張症手術（150388310） 移植用肺採取術（死体）（両側）（150317410） 胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び血行再建を伴う）（150417410） 腹腔鏡下胆道閉鎖症手術（150401210） 膵嚢胞胃（腸）バイパス術（開腹）（150418910） 移植用部分小腸採取術（生体）（150401610） 移植用小腸採取術（死体）（150401910） 移植用部分肺採取術（生体）（150336510） 腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器）（150441410） 胆管悪性腫瘍手術（肝外胆道切除術によるもの）（150429310） 腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）（150338510） 不整脈手術（メイズ手術）（150275610） 不整脈手術（左心耳閉鎖術）（開胸手術）（150415010） 不整脈手術（左心耳閉鎖術）（胸腔鏡下手術）（150424650）			自動縫合器加算は２個を限度として算定できる 【Ｋ５１４－３】、【Ｋ５１５－５】、【Ｋ５９４「３」】、【Ｋ５９４「４」の「イ」及び「ロ」】、【Ｋ６７４】、【Ｋ６７４－２】、【Ｋ６７５の２】～【Ｋ６７５の５】、【Ｋ６７７】、【Ｋ６７７－２】、【Ｋ６８０】、【Ｋ６８４－２】、【Ｋ６９６】、【Ｋ７０５「２」】、【Ｋ７０６】、【Ｋ７１６－３】、【Ｋ７１６－５】、【Ｋ７７９－３】	－
10181	共通	自動縫合器加算は３個までしか算定できません。（胸腔鏡下食道憩室切除術等）	同日	自動縫合器加算（150339210） **<<用量を４以上とする>>**	胸腔鏡下食道憩室切除術（150358910） 腹腔鏡下胃局所切除術（その他）（150377710） 胃切除術（単純切除術）（150165210） 胃切除術（悪性腫瘍手術）（150168010） 腹腔鏡下脾摘出術（150271850） 直腸腫瘍摘出術（ポリープ摘出を含む）（経肛門）（150186810） 直腸腫瘍摘出術（ポリープ摘出を含む）（経括約筋）（150186910） 直腸腫瘍摘出術（ポリープ摘出を含む）（経腹及び経肛）（150187010） 低侵襲経肛門的局所切除術（ＭＩＴＡＳ）（150364510） 胃腸吻合術（ブラウン吻合を含む）（150171310） 腹腔鏡下胃腸吻合術（150362010） 肝切除術（１区域切除（外側区域切除を除く））（150362910） 肝切除術（２区域切除）（150363010） 肝切除術（３区域切除以上）（150363110） 肝切除術（２区域切除以上で血行再建）（150363210） 腹腔鏡下肝切除術（１区域切除（外側区域切除を除く））（150388810） 腹腔鏡下肝切除術（２区域切除）（150388910） 人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴うもの）（直腸切除術後）（150420310） 人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴うもの）（その他）（150420410） 移植用膵採取術（死体）（150324510） 同種死体膵移植術（150324610） 移植用膵腎採取術（死体）（150324710） 同種死体膵腎移植術（150324810） 腹腔鏡下肝切除術（１区域切除・外側区域切除を除・内視鏡支援機器）（150441510） 腹腔鏡下肝切除術（２区域切除）（内視鏡手術用支援機器）（150441610） 腹腔鏡下肝切除術（３区域切除以上）（内視鏡手術用支援機器）（150441710） 移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）（150429410） 移植用部分肝採取術（生体）（その他のもの）（150436210）			自動縫合器加算は３個を限度として算定できる 【Ｋ５２４－２】、【Ｋ６５４－３】、【Ｋ６５５】、【Ｋ６６２】、【Ｋ６６２－２】、【Ｋ６９５「４」】～【Ｋ６９５「７」】、【Ｋ６９５－２「４」】～【Ｋ６９５－２「６」】、【Ｋ６９７－４】、【Ｋ７００－２】、【Ｋ７００－３】、【Ｋ７０９－２】～【Ｋ７０９－５】、【Ｋ７１１－２】、【Ｋ７３２「２」】、【Ｋ７３９】、【Ｋ７３９－３】	－

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					腹腔鏡下胃局所切除術（内視鏡処置を併施）（150377610）				
10182	共通	自動縫合器加算は４個までしか算定できません。 （胸腔鏡下試験切除等）	同日	自動縫合器加算(150339210) **<<用意を５以上とする>>**	胸腔鏡下試験切除術(150357010) 食道空置バイパス作成術(150346310) 食道切除再建術（胸部、腹部の操作）（150133910） 食道切除再建術（腹部の操作）（150134010） 食道切除再建術（頸部、胸部、腹部の操作）（150133810） 食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（腹部の操作）（150135310） 噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）（150337310） 噴門側胃切除術（単純切除術）（150337210） 腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）（150323710） 腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術）（150323610） 膵体尾部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術）（150178210） 膵体尾部腫瘍切除術（血行再建を伴う腫瘍切除術）（150277510） 膵体尾部腫瘍切除術（周辺臓器の合併切除を伴う腫瘍切除術）（150277410） 膵体尾部腫瘍切除術（膵尾部切除術）（脾温存）（150348410） 膵体尾部腫瘍切除術（膵尾部切除術）（脾同時切除）（150178110） 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（脾温存）（150389310） 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（脾同時切除）（150389210） 膵頭部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術）（150296910） 膵頭部腫瘍切除術（血行再建を伴う腫瘍切除術）（150297210） 膵頭部腫瘍切除術（周辺臓器の合併切除を伴う腫瘍切除術）（150297110） 膵頭部腫瘍切除術（十二指腸温存膵頭切除術）（150297010） 膵頭部腫瘍切除術（膵頭十二指腸切除術）（150178410） 結腸切除術（結腸半側切除）（150181810） 結腸切除術（小範囲切除）（150181710） 結腸切除術（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）（150181910） 腹腔鏡下結腸切除術（小範囲切除、結腸半側切除）（150277810） 腹腔鏡下結腸切除術（全切除、亜全切除）（150337710） 腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術(150324910) 先天性巨大結腸症手術(150186010) 腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術(150325110) 直腸切除・切断術（切除術）（150187110） 直腸切除・切断術（切断術）（150187210） 直腸切除・切断術（超低位前方切除術）（150297510） 直腸切除・切断術（低位前方切除術）（150245410） 腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術）（150325210） 腹腔鏡下直腸切除・切断術（切断術）（150337910） 腹腔鏡下直腸切除・切断術（低位前方切除術）（150337810） 腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術）（150377810） 腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術）（内視鏡手術用支援機器使用）（150406810） 腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）（150377910） 腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術）（手術用支援機器）（150406910） 食道切除後２次的再建術（皮弁形成）（150135710） 食道切除後２次的再建術（消化管利用）（150135810） 膵中央切除術(150348310) 腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術）（内視鏡手術用支援機器使用）（150407010） 腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）（内視鏡手術用支援機器使用）（150407110） 腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術）（内視鏡手術用支援機器使用）（150407210） 腹腔鏡下直腸切除・切断術（低位前方切除術・手術用支援機器使用）（150407310） 腹腔鏡下直腸切除・切断術（切断術）（内視鏡手術用支援機器使用）（150407410） 骨盤内臓全摘術(150245310) 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（脾同時切除）（通則１８）（150418310） 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（脾温存）（内視鏡手術用支援機器使用）（150418410） 腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（膵頭十二指腸切除術）(150418510) 腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（膵頭十二指腸切除術）（通則１８）（150418610） 腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等伴う腫瘍切除術）（150418710） 腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（リンパ節等伴う腫瘍切除術）（通則１８）（150418810） 生体部分小腸移植術(150401710) 同種死体小腸移植術(150402010) 直腸切除・切断術（経肛門吻合を伴う切除術）(150420610) 腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）（空腸嚢作製術を伴うもの）（150429110） 膵全摘術(150178710) 腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器）（150442110） 腹腔鏡下直腸切除・切断術（超低位前方切除術）(150429910) 腹腔鏡下直腸切除・切断術（経肛門吻合を伴う切除術）（150430110） 喉頭温存頸部食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施）（150448210） 腹腔鏡下骨盤内臓全摘術(150449310) 腹腔鏡下膵中央切除術(150450010) 腹腔鏡下直腸切除・切断術（超低位前方切除・内視鏡手術用支援機器）（150450210） 腹腔鏡下直腸切除・切断術（経肛門吻合伴う・内視鏡手術用支援機器）（150450310）			自動縫合器加算は４個を限度として算定できる 【Ｋ４８８－４】、【Ｋ５２２－３】、【Ｋ５２５】、【Ｋ５２９「３」】【Ｋ５２９－５】【Ｋ５３１】、【Ｋ６４５】、【Ｋ６４５－２】、【Ｋ６５５－４】、【Ｋ６５５－５】、【Ｋ６５７－２】、【Ｋ７００】、【Ｋ７００－４】、【Ｋ７０２】～【Ｋ７０３－２】、【Ｋ７１６－４】、【Ｋ７１６－６】、【Ｋ７１９】～【Ｋ７１９－３】、【Ｋ７３５】、【Ｋ７３５－３】、【Ｋ７４０】、【Ｋ７４０－２】	－
					腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）(150323510) 腹腔鏡下胃切除術（単純切除術）(150323410) 胃全摘術（悪性腫瘍手術）(150168110) 胃全摘術（単純全摘術）(150166110) 膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術）（その他）(150246210)				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10183	共通	自動縫合器加算は５個までしか算定できません。 （腹腔鏡下胃切除術（単純切除）等）	同日	自動縫合器加算(150339210) **<<用量を６以上とする>>**	膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術）（電解質溶液利用）(150365110) 膀胱悪性腫瘍手術（切除）(150200510) 膀胱悪性腫瘍手術（全摘（回腸又は結腸導管利用で尿路変更を行う））(150246010) 膀胱悪性腫瘍手術（全摘（代用膀胱利用で尿路変更を行う））(150246110) 膀胱悪性腫瘍手術（全摘（尿管Ｓ状結腸吻合利用で尿路変更を行う））(150245910) 膀胱悪性腫瘍手術（全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わない））(150200610) 尿道悪性腫瘍摘出術（尿路変更）(150246510) 腹腔鏡下胃切除術（単純切除術）（内視鏡手術用支援機器使用）(150406610) 腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）（内視鏡手術用支援機器使用）(150406710) 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、腸管等利用し尿路変更なし）(150403310) 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（腸管等利用し尿路変更なし・通則１８）(150407510) 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、回腸結腸導管利用し尿路変更あり）(150403410) 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（回腸等導管利用尿路変更あり・通則１８）(150407610) 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、代用膀胱利用し尿路変更あり）(150403510) 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（代用膀胱利用し尿路変更あり・通則１８）(150407710) 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、腸管等利用尿路変更なし）(150403610) 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、回腸等利用尿路変更あり）(150403710) 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、代用膀胱利用尿路変更あり）(150403810)			自動縫合器加算は５個を限度として算定できる 【Ｋ６５５－２】、【Ｋ６５７】、【Ｋ８０３】～【Ｋ８０３－３】、【Ｋ８１７「３」】	-
10184	共通	自動縫合器加算は６個までしか算定できません。 （肺切除術（１側肺全摘）等）	同日	自動縫合器加算(150339210) **<<用量を７以上とする>>**	肺切除術（１側肺全摘）(150130110) 肺切除術（気管支形成を伴う肺切除）(150317110) 肺切除術（区域切除（１肺葉に満たない））(150129810) 肺切除術（肺葉切除）(150129910) 肺切除術（複合切除（１肺葉を超える））(150130010) 肺切除術（楔状部分切除）(150129710) 肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）(150358310) 肺悪性腫瘍手術（気管分岐部再建を伴う肺切除）(150358510) 肺悪性腫瘍手術（気管分岐部切除を伴う肺切除）(150358410) 肺悪性腫瘍手術（胸膜肺全摘）(150374510) 肺悪性腫瘍手術（区域切除）(150357910) 肺悪性腫瘍手術（肺全摘）(150358110) 肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は１肺葉を超える）(150358010) 肺悪性腫瘍手術（部分切除）(150357810) 肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除、横隔膜心膜合併切除を伴う）(150386610) 肺悪性腫瘍手術（隣接臓器合併切除を伴う肺切除）(150358210) 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（部分切除）(150358610) 胸腔鏡下肺切除術（肺嚢胞手術（楔状部分切除））(150266610) 腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除）(150378010) 胸腔鏡下肺切除術（部分切除）(150414110) 胸腔鏡下肺切除術（区域切除）(150414210) 胸腔鏡下肺切除術（肺葉切除又は１肺葉超）(150414310) 同種死体肺移植術(150317510) 生体部分肺移植術(150336610) 小腸切除術（複雑）(150297310) 腸閉塞症手術（小腸切除術）（複雑）(150299350) 腸閉塞症手術（小腸切除術）（その他）(150180650) 小腸切除術（その他）(150181210) 腹腔鏡下小腸切除術（複雑）(150363710) 腹腔鏡下小腸切除術（その他）(150271950) 胸腔鏡下肺切除術（区域切除）（内視鏡手術用支援機器使用）(150447610) 胸腔鏡下肺切除術（肺葉切除又は１肺葉超）（内視鏡手術用支援機器）(150447710) 腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除）（バイパス術を併施）(150449710)			自動縫合器加算は６個を限度として算定できる 【Ｋ５１１】、【Ｋ５１３】、【Ｋ５１４】、【Ｋ５１４－２「１」】、【Ｋ５１４－４】、【Ｋ５１４－６】、【Ｋ６５６－２】、【Ｋ７１６】、【Ｋ７１６－２】	-
					食道空置バイパス作成術(150346310) 食道切除再建術（胸部、腹部の操作）(150133910) 食道切除再建術（腹部の操作）(150134010) 食道切除再建術（頸部、胸部、腹部の操作）(150133810) 食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（胸部、腹部の操作）(150135210) 食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（腹部の操作）(150135310) 食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（頸部、胸部、腹部の操作）(150135110) 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（胸部、腹部の操作）(150374810) 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部の操作）(150374710) 食道切除後２次的再建術（消化管利用）(150135810) 食道切除後２次的再建術（皮弁形成）(150135710) 食道・胃静脈瘤手術（血行遮断術を主とする）(150136110) 食道・胃静脈瘤手術（食道離断術を主とする）(150136210) 食道静脈瘤手術（開腹）(150136350) 胃切除術（悪性腫瘍手術）(150168010) 胃切除術（単純切除術）(150165210) 腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）(150323510) 腹腔鏡下胃切除術（単純切除術）(150323410) 膵体尾部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術）(150178210) 膵体尾部腫瘍切除術（血行再建を伴う腫瘍切除術）(150277510) 膵体尾部腫瘍切除術（周辺臓器の合併切除を伴う腫瘍切除術）(150277410) 膵体尾部腫瘍切除術（膵尾部切除術）（脾温存）(150348410)				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10185	共通	自動吻合器加算は１個までしか算定できません。 （食道空置バイパス作成術等）	同日	自動吻合器加算(150339310) **<<用量を２以上とする>>**	膵体尾部腫瘍切除術（膵尾部切除術）（脾同時切除）(150178110) 膵頭部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術）(150296910) 膵頭部腫瘍切除術（血行再建を伴う腫瘍切除術）(150297210) 膵頭部腫瘍切除術（周辺臓器の合併切除を伴う腫瘍切除術）(150297110) 膵頭部腫瘍切除術（十二指腸温存膵頭切除術）(150297010) 膵頭部腫瘍切除術（膵頭十二指腸切除術）(150178410) 結腸切除術（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）(150181910) 直腸腫瘍摘出術（ポリープ摘出を含む）（経括約筋）(150186910) 直腸腫瘍摘出術（ポリープ摘出を含む）（経腹及び経肛）(150187010) 直腸腫瘍摘出術（ポリープ摘出を含む）（経肛門）(150186810) 直腸切除・切断術（切除術）(150187110) 直腸切除・切断術（切断術）(150187210) 直腸切除・切断術（超低位前方切除術）(150297510) 直腸切除・切断術（低位前方切除術）(150245410) 腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術）(150325210) 腹腔鏡下直腸切除・切断術（切断術）(150337910) 腹腔鏡下直腸切除・切断術（低位前方切除術）(150337810) 膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術）（その他）(150246210) 膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術）（電解質溶液利用）(150365110) 膀胱悪性腫瘍手術（切除）(150200510) 膀胱悪性腫瘍手術（全摘（回腸又は結腸導管利用で尿路変更を行う））(150246010) 膀胱悪性腫瘍手術（全摘（代用膀胱利用で尿路変更を行う））(150246110) 膀胱悪性腫瘍手術（全摘（尿管Ｓ状結腸吻合利用で尿路変更を行う））(150245910) 膀胱悪性腫瘍手術（全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わない））(150200610) 尿道悪性腫瘍摘出術（尿路変更）(150246510) 腹腔鏡下結腸切除術（全切除、亜全切除）(150337710) 腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術(150324910) 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（頸、胸、腹部操作・手術用支援機器使用）(150406210) 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（胸部、腹部の操作・手術用支援機器使用）(150406310) 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術(150399610) 腹腔鏡下胃切除術（単純切除術）（内視鏡手術用支援機器使用）(150406610) 腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）（内視鏡手術用支援機器使用）(150406710) 腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術）（内視鏡手術用支援機器使用）(150407210) 腹腔鏡下直腸切除・切断術（低位前方切除術・手術用支援機器使用）(150407310) 腹腔鏡下直腸切除・切断術（切断術）（内視鏡手術用支援機器使用）(150407410) 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、腸管等利用し尿路変更なし）(150403310) 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（腸管等利用し尿路変更なし・通則１８）(150407510) 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、回腸結腸導管利用し尿路変更あり）(150403410) 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（回腸等導管利用尿路変更あり・通則１８）(150407610) 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、代用膀胱利用し尿路変更あり）(150403510) 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（代用膀胱利用し尿路変更あり・通則１８）(150407710) 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、腸管等利用尿路変更なし）(150403610) 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、回腸等利用尿路変更あり）(150403710) 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、代用膀胱利用尿路変更あり）(150403810) 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）(150414810) 骨盤内臓全摘術(150245310) 直腸切除・切断術（経肛門吻合を伴う切除術）(150420610) 腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器）(150442110) 腹腔鏡下直腸切除・切断術（超低位前方切除術）(150429910) 腹腔鏡下直腸切除・切断術（経肛門吻合を伴う切除術）(150430110) 喉頭温存頸部食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施）(150448210) 腹腔鏡下骨盤内臓全摘術(150449310) 人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴うもの）（直腸切除術後）(150420310) 腹腔鏡下人工肛門閉鎖術（悪性腫瘍に対する直腸切除術後）(150420510) 腹腔鏡下人工肛門閉鎖術（悪性腫瘍以外に対する直腸切除術後）(150442610) 腹腔鏡下直腸切除・切断術（超低位前方切除・内視鏡手術用支援機器）(150450210) 腹腔鏡下直腸切除・切断術（経肛門吻合伴う・内視鏡手術用支援機器）(150450310)			自動吻合器加算は１個を限度として算定できる 【Ｋ５２２－３】、【Ｋ５２５】、【Ｋ５２９】～【Ｋ５２９－３】、【Ｋ５２９－５】、【Ｋ５３１】～【Ｋ５３２－２】、【Ｋ６４５】、【Ｋ６４５－２】、【Ｋ６５５】、【Ｋ６５５－２】、【Ｋ７０２】、【Ｋ７０３】、【Ｋ７１９の３】、【Ｋ７１９－２の２】、【Ｋ７１９－３】、【Ｋ７３２の２のイ】、【Ｋ７３２－２】、【Ｋ７３９】、【Ｋ７４０】、【Ｋ７４０－２】、【Ｋ８０３】～【Ｋ８０３－３】、【Ｋ８１７の３】	-
					噴門側胃切除術（単純切除術）(150337210) 噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）(150337310) 胃全摘術（単純全摘術）(150166110) 胃全摘術（悪性腫瘍手術）(150168110) 腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術）(150323610) 腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）(150323710) 腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術）(150377810) 腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術）（内視鏡手術用支援機器使用）(150406810)				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10186	共通	自動吻合器加算は２個までしか算定できません。（噴門側胃切除術（単純切除術）等）	同日	自動吻合器加算(150339310) <<用量を３以上とする>>	腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）(150377910) 腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術）（手術用支援機器）(150406910) 腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術）（内視鏡手術用支援機器使用）(150407010) 腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）（内視鏡手術用支援機器使用）(150407110) 胃全摘術（悪性腫瘍手術）（空腸嚢作製術を伴うもの）(150429010) 腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）（空腸嚢作製術を伴うもの）(150429110)			自動吻合器加算は２個を限度として算定できる 【Ｋ６５５－４】、【Ｋ６５５－５】、【Ｋ６５７】、【Ｋ６５７-２】	-
10187	共通	自動縫合器加算の算定が１個以下です。２個まで算定可能です。（総胆管拡張症手術等）	同日	自動縫合器加算(150339210) <<用量を１以下とする>>	総胆管拡張症手術(150173210) 胆嚢悪性腫瘍手術（肝切除（亜区域切除以上））(150362210) 胆嚢悪性腫瘍手術（肝切除（葉以上）を伴う）(150324010) 胆嚢悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除を伴う）(150324110) 胆嚢悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴う）(150324210) 肝門部胆管悪性腫瘍手術（血行再建あり）(150347810) 肝門部胆管悪性腫瘍手術（血行再建なし）(150347910) 総胆管胃（腸）吻合術(150173910) 肝内胆管（肝管）胃（腸）吻合術(150177210) 膵管空腸吻合術(150179110) 胆管悪性腫瘍手術（その他）(150388510) 胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴う）(150388410) 腹腔鏡下総胆管拡張症手術(150388310) 移植用肺採取術（死体）（両側）(150317410) 胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び血行再建を伴う）(150417410) 腹腔鏡下胆道閉鎖症手術(150401210) 膵嚢胞胃（腸）バイパス術（開腹）(150418910) 移植用部分小腸採取術（生体）(150401610) 移植用小腸採取術（死体）(150401910) 移植用部分肺採取術（生体）(150336510) 腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器）(150441410) 胆管悪性腫瘍手術（肝外胆道切除術によるもの）(150429310) 腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）(150338510) 不整脈手術（メイズ手術）(150275610) 不整脈手術（左心耳閉鎖術）（開胸手術）(150415010) 不整脈手術（左心耳閉鎖術）（胸腔鏡下手術）(150424650)			自動縫合器加算は２個を限度として算定できる 【Ｋ５１４－３】、【Ｋ５１５－５】、【Ｋ５５２】、【Ｋ５５２－２】、【Ｋ５９４「３」】、【Ｋ５９４「４」の「イ」及び「ロ」】、【Ｋ６７４】、【Ｋ６７４－２】、【Ｋ６７４－２】～【Ｋ６７５の５】、【Ｋ６７７】、【Ｋ６７７－２】、【Ｋ６８０】、【Ｋ６８４－２】、【Ｋ６９６】、【Ｋ７０５「２」】、【Ｋ７０６】、【Ｋ７１６－３】、【Ｋ７１６－５】、【Ｋ７７９－３】	-
10188	共通	自動縫合器加算の算定が２個以下です。３個まで算定可能です。（胸腔鏡下食道憩室切除術等）	同日	自動縫合器加算(150339210) <<用量を２以下とする>>	胸腔鏡下食道憩室切除術(150358910) 腹腔鏡下胃局所切除術（その他）(150377710) 胃切除術（単純切除術）(150165210) 胃切除術（悪性腫瘍手術）(150168010) 腹腔鏡下脾摘出術(150271850) 直腸腫瘍摘出術（ポリープ摘出を含む）（経肛門）(150186810) 直腸腫瘍摘出術（ポリープ摘出を含む）（経括約筋）(150186910) 直腸腫瘍摘出術（ポリープ摘出を含む）（経腹及び経肛）(150187010) 低侵襲経肛門的局所切除術（ＭＩＴＡＳ）(150364510) 胃腸吻合術（ブラウン吻合を含む）(150171310) 腹腔鏡下胃腸吻合術(150362010) 肝切除術（１区域切除（外側区域切除を除く））(150362910) 肝切除術（２区域切除）(150363010) 肝切除術（３区域切除以上）(150363110) 肝切除術（２区域切除以上で血行再建）(150363210) 腹腔鏡下肝切除術（１区域切除（外側区域切除を除く））(150388810) 腹腔鏡下肝切除術（２区域切除）(150388910) 腹腔鏡下肝切除術（３区域切除以上）(150389010) 膵腫瘍摘出術(150389110) 腹腔鏡下膵腫瘍摘出術(150401510) 人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴うもの）（直腸切除術後）(150420310) 人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴うもの）（その他）(150420410) 移植用膵採取術（死体）(150324510) 同種死体膵移植術(150324610) 移植用膵腎採取術（死体）(150324710) 同種死体膵腎移植術(150324810) 腹腔鏡下肝切除術（１区域切除・外側区域切除を除・内視鏡支援機器）(150441510) 腹腔鏡下肝切除術（２区域切除）（内視鏡手術用支援機器）(150441610) 腹腔鏡下肝切除術（３区域切除以上）（内視鏡手術用支援機器）(150441710) 移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）(150429410) 移植用部分肝採取術（生体）（その他のもの）(150436210) 腹腔鏡下胃局所切除術（内視鏡処置を併施）(150377610)			自動縫合器加算は３個を限度として算定できる 【Ｋ５２４-２】、、【Ｋ６５４－３】、【Ｋ６５５】、【Ｋ６６２】、【Ｋ６６２-２】、【Ｋ６９５「４」】～【Ｋ６９５「７」】、【Ｋ６９５-２「４」～「６」】、【Ｋ６９７－４】、【Ｋ７００－２】、【Ｋ７００－３】、【Ｋ７０９-２】～【Ｋ７０９-５】、【Ｋ７１１-２】、【Ｋ７３２「２」】、【Ｋ７３９】、【Ｋ７３９－３】	-
					胸腔鏡下試験切除術(150357010) 食道空置バイパス作成術(150346310) 食道切除再建術（胸部、腹部の操作）(150133910) 食道切除再建術（腹部の操作）(150134010) 食道切除再建術（頸部、胸部、腹部の操作）(150133810) 食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（腹部の操作）(150135310) 食道切除後２次的再建術（消化管利用）(150135810) 食道切除後２次的再建術（皮弁形成）(150135710) 噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）(150337310) 噴門側胃切除術（単純切除術）(150337210) 腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）(150323710) 腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術）(150323610) 膵体尾部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術）(150178210) 膵体尾部腫瘍切除術（血行再建を伴う腫瘍切除術）(150277510) 膵体尾部腫瘍切除術（周辺臓器の合併切除を伴う腫瘍切除術）(150277410) 膵体尾部腫瘍切除術（膵尾部切除術）（脾温存）(150348410)				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10189	共通	自動縫合器加算の算定が３個以下です。４個まで算定可能です。（胸腔鏡下試験切除術等）	同日	自動縫合器加算(150339210) **<<用量を３以下とする>>**	膵体尾部腫瘍切除術（膵尾部切除術）（脾同時切除）(150178110) 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（脾温存）(150389310) 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（脾同時切除）(150389210) 膵頭部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術）(150296910) 膵頭部腫瘍切除術（血行再建を伴う腫瘍切除術）(150297210) 膵頭部腫瘍切除術（周辺臓器の合併切除を伴う腫瘍切除術）(150297110) 膵頭部腫瘍切除術（十二指腸温存膵頭切除術）(150297010) 膵頭部腫瘍切除術（膵頭十二指腸切除術）(150178410) 結腸切除術（結腸半側切除）(150181810) 結腸切除術（小範囲切除）(150181710) 結腸切除術（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）(150181910) 腹腔鏡下結腸切除術（小範囲切除、結腸半側切除）(150277810) 腹腔鏡下結腸切除術（全切除、亜全切除）(150337710) 腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術(150324910) 先天性巨大結腸症手術(150186010) 腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術(150325110) 直腸切除・切断術（切除術）(150187110) 直腸切除・切断術（切断術）(150187210) 直腸切除・切断術（超低位前方切除術）(150297510) 直腸切除・切断術（低位前方切除術）(150245410) 腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術）(150325210) 腹腔鏡下直腸切除・切断術（切断術）(150337910) 腹腔鏡下直腸切除・切断術（低位前方切除術）(150337810) 腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術）(150377810) 腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術）（内視鏡手術用支援機器使用）(150406810) 腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）(150377910) 腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術）（手術用支援機器）(150406910) 膵中央切除術(150348310) 腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術）（内視鏡手術用支援機器使用）(150407010) 腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）（内視鏡手術用支援機器使用）(150407110) 腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術）（内視鏡手術用支援機器使用）(150407210) 腹腔鏡下直腸切除・切断術（低位前方切除術・手術用支援機器使用）(150407310) 腹腔鏡下直腸切除・切断術（切断術）（内視鏡手術用支援機器使用）(150407410) 骨盤内臓全摘術(150245310) 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（脾同時切除）（通則１８）(150418310) 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（脾温存）（内視鏡手術用支援機器使用）(150418410) 腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（膵頭十二指腸切除術）(150418510) 腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（膵頭十二指腸切除術）（通則１８）(150418610) 腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等伴う腫瘍切除術）(150418710) 腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（リンパ節等伴う腫瘍切除術）（通則１８）(150418810) 生体部分小腸移植術(150401710) 同種死体小腸移植術(150402010) 直腸切除・切断術（経肛門吻合を伴う切除術）(150420610) 腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）（空腸嚢作製術を伴うもの）(150429110) 膵全摘術(150178710) 腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器）(150442110) 腹腔鏡下直腸切除・切断術（超低位前方切除術）(150429910) 腹腔鏡下直腸切除・切断術（経肛門吻合を伴う切除術）(150430110) 喉頭温存頸部食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施）(150448210) 腹腔鏡下骨盤内臓全摘術(150449310) 腹腔鏡下膵中央切除術(150450010) 腹腔鏡下直腸切除・切断術（超低位前方切除・内視鏡手術用支援機器）(150450210) 腹腔鏡下直腸切除・切断術（経肛門吻合伴う・内視鏡手術用支援機器）(150450310)			自動縫合器加算は４個を限度として算定できる 【Ｋ４８８－４】、【Ｋ５２２－３】、【Ｋ５２５】、【Ｋ５２９「３」】、【Ｋ５２９－５】、【Ｋ５３１】、【Ｋ６４５－２】、【Ｋ６４５】、【Ｋ６５５－４】、【Ｋ６５５－５】、【Ｋ６５７－２】、【Ｋ７００】、【Ｋ７０２】～【Ｋ７０３－２】、【Ｋ７０４】、【Ｋ７００－４】、【Ｋ７１６－４】、【Ｋ７１６－６】、【Ｋ７１９】～【Ｋ７１９－３】、【Ｋ７３５】、【Ｋ７３５－３】、【Ｋ７４０】、【Ｋ７４０－２】	-
10190	共通	自動縫合器加算の算定が４個以下です。５個まで算定可能です。（腹腔鏡下胃切除術（単純切除）等）	同日	自動縫合器加算(150339210) **<<用量を４以下とする>>**	腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）(150323510) 腹腔鏡下胃切除術（単純切除術）(150323410) 胃全摘術（悪性腫瘍手術）(150168110) 胃全摘術（単純全摘術）(150166110) 膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術）（その他）(150246210) 膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術）（電解質溶液利用）(150365110) 膀胱悪性腫瘍手術（切除）(150200510) 膀胱悪性腫瘍手術（全摘（回腸又は結腸導管利用で尿路変更を行う））(150246010) 膀胱悪性腫瘍手術（全摘（代用膀胱利用で尿路変更を行う））(150246110) 膀胱悪性腫瘍手術（全摘（尿管Ｓ状結腸吻合利用で尿路変更を行う））(150245910) 膀胱悪性腫瘍手術（全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わない））(150200610) 尿道悪性腫瘍摘出術（尿路変更）(150246510) 腹腔鏡下胃切除術（単純切除術）（内視鏡手術用支援機器使用）(150406610) 腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）（内視鏡手術用支援機器使用）(150406710) 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、腸管等利用し尿路変更なし）(150403310) 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（腸管等利用し尿路変更なし・通則１８）(150407510) 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、回腸結腸導管利用し尿路変更あり）(150403410)			自動縫合器加算は５個を限度として算定できる 【Ｋ６５５-２】、【Ｋ６５７（「３」を除く）】、【Ｋ８０３】～【Ｋ８０３－３】、【Ｋ８１７「３」】	-

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（回腸等導管利用尿路変更あり・通則１８）（150407610） 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、代用膀胱利用し尿路変更あり）（150403510） 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（代用膀胱利用し尿路変更あり・通則１８）（150407710） 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、腸管等利用尿路変更なし）（150403610） 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、回腸等利用尿路変更あり）（150403710） 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、代用膀胱利用尿路変更あり）（150403810）				
10191	共通	自動縫合器加算の算定が５個以下です。６個まで算定可能です。（肺切除術（１側肺全摘）等）	同日	自動縫合器加算(150339210) **<<用量を５以下とする>>**	肺切除術（１側肺全摘）（150130110） 肺切除術（気管支形成を伴う肺切除）（150317110） 肺切除術（区域切除（１肺葉に満たない））（150129810） 肺切除術（肺葉切除）（150129910） 肺切除術（複合切除（１肺葉を超える））（150130010） 肺切除術（楔状部分切除）（150129710） 肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）（150358310） 肺悪性腫瘍手術（気管分岐部再建を伴う肺切除）（150358510） 肺悪性腫瘍手術（気管分岐部切除を伴う肺切除）（150358410） 肺悪性腫瘍手術（胸膜肺全摘）（150374510） 肺悪性腫瘍手術（区域切除）（150357910） 肺悪性腫瘍手術（肺全摘）（150358110） 肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は１肺葉を超える）（150358010） 肺悪性腫瘍手術（部分切除）（150357810） 肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除、横隔膜心膜合併切除を伴う）（150386610） 肺悪性腫瘍手術（隣接臓器合併切除を伴う肺切除）（150358210） 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（部分切除）（150358610） 胸腔鏡下肺切除術（肺嚢胞手術（楔状部分切除））（150266610） 腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除）（150378010） 胸腔鏡下肺切除術（部分切除）（150414110） 胸腔鏡下肺切除術（区域切除）（150414210） 胸腔鏡下肺切除術（肺葉切除又は１肺葉超）（150414310） 同種死体肺移植術(150317510) 生体部分肺移植術(150336610) 小腸切除術（複雑）（150297310） 腸閉塞症手術（小腸切除術）（複雑）（150299350） 腸閉塞症手術（小腸切除術）（その他）（150180650） 小腸切除術（その他）（150181210） 腹腔鏡下小腸切除術（複雑）（150363710） 腹腔鏡下小腸切除術（その他）（150271950） 胸腔鏡下肺切除術（区域切除）（内視鏡手術用支援機器使用）（150447610） 胸腔鏡下肺切除術（肺葉切除又は１肺葉超）（内視鏡手術用支援機器）（150447710） 腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除）（バイパス術を併施）（150449710）			自動縫合器加算は６個を限度として算定できる 【Ｋ５１１】、【Ｋ５１３】、【Ｋ５１４】、【Ｋ５１４－２「１」】、【Ｋ５１４－４】、【Ｋ５１４－６】、【Ｋ６５６－２】【Ｋ７１６】、【Ｋ７１６－２】	-
10192	共通	自動吻合器加算の算定が１個以下です。２個まで算定可能です。（噴門側胃切除術（単純切除術）等）	同日	自動吻合器加算(150339310) **<<用量を１以下とする>>**	噴門側胃切除術（単純切除術）（150337210） 噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）（150337310） 胃全摘術（単純全摘術）（150166110） 胃全摘術（悪性腫瘍手術）（150168110） 腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術）（150323610） 腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）（150323710） 腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術）（150377810） 腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術）（内視鏡手術用支援機器使用）（150406810） 腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）（150377910） 腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術）（手術用支援機器）（150406910） 腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術）（内視鏡手術用支援機器使用）（150407010） 腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）（内視鏡手術用支援機器使用）（150407110） 胃全摘術（悪性腫瘍手術）（空腸嚢作製術を伴うもの）（150429010） 腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）（空腸嚢作製術を伴うもの）（150429110）			自動吻合器加算は２個を限度として算定できる 【Ｋ６５５－４】、【Ｋ６５５－５】、【Ｋ６５７】、【Ｋ６５７-２】	-
10193	共通	内服薬が減少する前後の内服薬の種類数の記載が必要です。（薬剤調整加算）	入院		薬剤調整加算(190218970)	調整後の内服薬の種類数（薬剤調整加算）（842100016） 調整後の内服薬の種類数（クロルプロマジン換算量（ｍｇ））（薬剤調整加算）（842100017） **<<上記項目をORで登録する>>**	調整前の内服薬の種類数（薬剤調整加算）（842100014） 調整前の内服薬の種類数（クロルプロマジン換算量（ｍｇ））（薬剤調整加算）（842100015）	内服薬が減少する前後の内服薬の種類数（クロルプロマジン換算の評価による場合はクロルプロマジン換算した量）を記載すること。	別表Ⅰ A250 【項番40】
10194	共通	初回算定日及び通算実施回数の記載が必要です。（外来排尿自立指導料）	外来		外来排尿自立指導料(113032810)	排尿自立支援加算の初回算定年月日（外来排尿自立指導料）（850100082） 排尿自立支援加算及び外来排尿自立指導料の通算算定回数（外来排尿自立指導料）（842100030）		A251排尿自立支援加算の初回算定日並びにA251排尿自立支援加算及び当該指導料の通算算定回数（当該月に実施されたものを含む。）を記載すること。	別表Ⅰ B005-9 【項番124】
10195	共通	退院日の記載が必要です。（退院後訪問指導料）			退院後訪問指導料(113022910)		退院年月日（退院後訪問指導料）（850100085）	退院日(年月日)を記載すること。	別表Ⅰ B007-2 【項番132】
10196	共通	投与開始日の記載が必要です。（タケキャブ）	病名に疑いを除く		タケキャブ錠１０ｍｇ(622404401) タケキャブ錠２０ｍｇ(622404501) タケキャブＯＤ錠１０ｍｇ(622944301) タケキャブＯＤ錠２０ｍｇ(622944401)		難治性逆流性食道炎(8838366) 維持療法の必要な難治性逆流性食道炎(8843825) ＊開始日＊(810000001)	傷病名により投与期間が決められているため投与開始日を記載する。	-
10197	共通	検査実施月と初回投与の場合、ＡＬＫ融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（アレセンサ）			アレセンサカプセル１５０ｍｇ(622443801)		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）（850600008） 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）（850600009）	ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記入すること。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番11】
10198	共通	検査実施月と初回投与の場合、ＢＲＡＦ遺伝子変異を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（ゼルボラフ錠）			ゼルボラフ錠２４０ｍｇ(622394901)		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）（850600041） 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）（850600042）	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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番90】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10199	共通	検査実施月と初回投与の場合、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の実施年月日の記載が必要です。（ザルティア錠）			ザルティア錠２．５ｍｇ(622306401) ザルティア錠５ｍｇ(622306501) ザルティア錠２．５ｍｇ（選）(672306401) ザルティア錠５ｍｇ（選）(672306501)		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）(850600136) 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）(850600137)	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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番79】
10200	DPC病院以外	インヒビター力価測定年月日及び力価の記載が必要です。（バイクロット配合注）			バイクロット配合注　第７ａ因子１．５ｍｇ第Ｘ因子１５ｍｇ溶解液付(622367201) バイクロット配合注２．５ｍＬ　第７ａ因子１．５第Ｘ因子１５溶解液(622367202) バイクロット配合注５ｍＬ　第７ａ因子３．０第Ｘ因子３０溶解液付(622979301) バイクロット配合注１０ｍＬ　第７ａ因子６．０第Ｘ因子６０溶解液付(622979401)	インヒビター力価（バイクロット配合静注用）；(830600129) インヒビター力価測定年月日（バイクロット配合静注用）(850600147)		本製剤の使用に当たっては、血液凝固第Ⅷ因子又は第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。	別表Ⅱ 【項番124】
10201	共通	使用の必要性かつ有効と判断した理由の記載が必要です。（テムセルＨＳ注）			テムセルＨＳ注　１０．８ｍＬ(629700101)		本品の使用が必要かつ有効と判断した理由（テムセルＨＳ注）；(830600067)	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。	別表Ⅱ 【項番109】
10202	DPC病院以外	検査実施月と初回投与の場合、ＣＣＲ４陽性を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（ポテリジオ点滴静注）	病名に疑いを除く	ＣＣＲ４陽性成人Ｔ細胞白血病リンパ腫(8847282) ＣＣＲ４陽性末梢性Ｔ細胞リンパ腫(8848111) **<<上記項目をORで登録する>>**	ポテリジオ点滴静注２０ｍｇ　５ｍＬ(622149401)		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）(850600083) 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）(850600084)	CCR4陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番145】
10204	共通	画像所見、撮影日、撮影医療機関名称等の症状詳記の記載が必要です。（硬膜外自家血注入）			硬膜外自家血注入(140055710)		症状詳記（硬膜外自家血注入）；(830100250) ＊硬膜外自家注入＊（症状詳記）	当該診断基準を満たすことを示す画像所見、撮影日及び撮影医療機関の名称等の症状詳記を記載すること。	別表Ⅰ Ｊ007-2 【項番438】
10205	共通	動脈血酸素分圧又は経皮的動脈血酸素飽和度の記載が必要です。（ハイフローセラピー）			ハイフローセラピー（１５歳未満）(140057310) ハイフローセラピー（１５歳以上）(140057410)		動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度測定結果（ハイフローセラピー）；(830100251)	動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度の測定結果を記載すること。	別表Ⅰ Ｊ026-4 【項番439】
10206	共通	手術前のＢＭＩ、手術前に行った内科的管理の内容及び期間、手術の必要性等の記載が必要です。（腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの））			腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除）(150378010) 腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除）（バイパス術を併施）(150449710)		手術前のＢＭＩ等（腹腔鏡下胃縮小術）；(830100312)	手術前のＢＭＩ、手術前に行われた内科的管理の内容及び期間、手術の必要性等を記載すること。	別表Ⅰ Ｋ656-2 【項番499】
10207	共通	症状詳記の記載が必要です。（体温維持迅速導入加算）			体温維持迅速導入加算(150391270)		症状詳記（体温維持迅速導入加算）；(830100321) ＊体温維持迅速導入加算＊（症状詳記）	算定の可否の判断に必要な発症等に係る時刻等を症状詳記を記載すること。	別表Ⅰ Ｌ008-2 【項番543】
10208	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（超音波エラストグラフィー）			超音波エラストグラフィー(160207310)		前回実施年月日（超音波エラストグラフィー）(850190031) 初回（超音波エラストグラフィー）(820190031)	（算定回数が複数月に１回又は年１回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ 【項番350】
10210	共通	検体の種類の記載が必要です。（Ｓ－Ｍ＋尿沈渣）	同日	Ｓ－Ｍ(160057710) Ｓ－蛍光Ｍ、位相差Ｍ、暗視野Ｍ(160057510) Ｓ－保温装置使用アメーバＭ(160057850) **<<上記項目をORで登録する>>**	尿沈渣（フローサイトメトリー法）(160159550) 尿沈渣（鏡検法）(160005010)	検体の種類（Ｓ－蛍光Ｍ、位相差Ｍ、暗視野Ｍ）；(830100133) 検体の種類（Ｓ－Ｍ）；(830100134) 検体の種類（Ｓ－保温装置使用アメーバＭ）；(830100135) **<<上記項目をORで登録する>>**		（排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査、尿沈渣（鏡検法）又は尿沈渣（フローサイトメトリー法）を同一日に併せて算定する場合） 当該検査に用いた検体の種類を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ017 【項番307】
10211	共通	ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）の判定保留を確認した年月日の記載が必要です。（ＨＴＬＶ－１核酸検出）			ＨＴＬＶ－１核酸検出(160206710)		ＨＴＬＶ－１抗体判定保留確認年月日（ＨＴＬＶ－１核酸検出）(850100180)	ＨＴＬＶ-Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）の判定保留を確認した年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ023の16 【項番311】
10212	共通	過去の実施日、治療方針の記載が必要です。（シャトルウォーキングテスト）			シャトルウォーキングテスト(160207110)	過去実施年月日（シャトルウォーキングテスト）(850100185)	在宅酸素療法の実施の有無又は流量の変更を含む患者の治療方針（シャトルウォーキングテスト）；(830100143)	過去の実施年月日、在宅酸素療法の実施の有無又は流量の変更を含む患者の治療方針を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ211-4 【項番325】
					廃用症候群リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）(180750510) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（作業療法士による場合）(180750610) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（言語聴覚士による場合）(180750710) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（医師による場合）(180750810) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（理学療法士による場合）(180750910) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（作業療法士による場合）(180751010) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（言語聴覚士による場合）(180751110) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（医師による場合）(180751210) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（理学療法士による場合）(180751310) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（作業療法士による場合）(180751410) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（言語聴覚士による場合）(180751510) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（医師による場合）(180751610) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（イからニまで以外の場合）(180751710) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（要介護）（理学）(180751810) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（要介護）（作業）(180751910) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（要介護）（言語）(180752010) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（要介護）（医師）(180752110) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護）（理学）(180752210) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護）（作業）(180752310) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護）（言語）(180752410) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護）（医師）(180752510) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）（理学）(180752610)				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10213	共通	廃用症候群の診断又は急性増悪した月日の記載が必要です。（廃用症候群リハビリテーション料）			廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）（作業）（180752710） 廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）（言語）（180752810） 廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）（医師）（180752910） 廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）（イからニ以外）（180753010） 廃用症候群リハビリテーション料（１）（理学）（リ減）（180753130） 廃用症候群リハビリテーション料（１）（作業）（リ減）（180753230） 廃用症候群リハビリテーション料（１）（言語）（リ減）（180753330） 廃用症候群リハビリテーション料（１）（医師）（リ減）（180753430） 廃用症候群リハビリテーション料（２）（理学）（リ減）（180753530） 廃用症候群リハビリテーション料（２）（作業）（リ減）（180753630） 廃用症候群リハビリテーション料（２）（言語）（リ減）（180753730） 廃用症候群リハビリテーション料（２）（医師）（リ減）（180753830） 廃用症候群リハビリテーション料（３）（理学）（リ減）（1807539930） 廃用症候群リハビリテーション料（３）（作業）（リ減）（180754030） 廃用症候群リハビリテーション料（３）（言語）（リ減）（180754130） 廃用症候群リハビリテーション料（３）（医師）（リ減）（180754230） 廃用症候群リハビリテーション料（３）（イからニ以外）（リ減）（180754330） 廃用症候群リハビリテーション料（１）（要介護）（理学）（リ減）（180754430） 廃用症候群リハビリテーション料（１）（要介護）（作業）（リ減）（180754530） 廃用症候群リハビリテーション料（１）（要介護）（言語）（リ減）（180754630） 廃用症候群リハビリテーション料（１）（要介護）（医師）（リ減）（180754730） 廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護）（理学）（リ減）（180754830） 廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護）（作業）（リ減）（180754930） 廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護）（言語）（リ減）（180755030） 廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護）（医師）（リ減）（180755130） 廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）（理学）（リ減）（180755230） 廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護）（医師）（リ減）（180755130） 廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）（理学）（リ減）（180755230） 廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）（作業）（リ減）（180755330） 廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）（言語）（リ減）（180755430） 廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）（医師）（リ減）（180755530） 廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）イからニ以外・リ減(180755630）	疾患名（廃用症候群リハビリテーション料）；(830100214)	治療開始年月日（廃用症候群リハビリテーション料）(850100221)	廃用症候群の診断又は急性増悪した年月日を記載すること。	別表Ⅰ H001-2 【項番382】
10214	共通	治療開始日の記載が必要です。（依存症集団療法）			依存症集団療法（薬物依存症）(180047910) 依存症集団療法（ギャンブル依存症）(180058710)		治療開始年月日（依存症集団療法）(850100245)	治療開始年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ⅰ006-2 【項番412】
10215	共通	終了年月日、開始日時、終了日時、通算時間の記載が必要です。（一酸化窒素吸入療法（その他）　１６８時間以下）		一酸化窒素吸入療法（その他）(140055650)	一酸化窒素ガス加算（その他）(140056270) **<<用量を１００８０以下とする>>**	開始時刻（一酸化窒素吸入療法）(851100019) 終了年月日（一酸化窒素吸入療法）(850100281) 終了時刻（一酸化窒素吸入療法）(851100020) 通算時間（一酸化窒素吸入療法）(852100014)		開始日時、終了日時及び通算時間を記載すること。	別表Ⅰ J045-2 【項番458】
10216	共通	終了年月日、開始日時、終了日時、通算時間、１６８時間超えの理由及び医学的根拠の記載が必要です。（一酸化窒素吸入療法（その他）　１６８時間以上）	同日	一酸化窒素吸入療法（その他）(140055650)	一酸化窒素ガス加算（その他）(140056270) **<<用量を１００８１以上とする>>**	開始時刻（一酸化窒素吸入療法）(851100019) 終了年月日（一酸化窒素吸入療法）(850100281) 終了時刻（一酸化窒素吸入療法）(851100020) 通算時間（一酸化窒素吸入療法）(852100014) 理由及び医学的根拠（一酸化窒素ガス加算）；(830100262)		開始日時、終了日時及び通算時間を記載すること。 （96時間又は168時間を超えて算定する場合） その理由及び医学的根拠を記載すること。	別表Ⅰ J045-2 【項番458】
10246	共通	２つ目の診療科の診療科名の記載が必要です。（初診料（同一日複数科受診時の２科目））			初診料（同一日複数科受診時の２科目）(111011810) 初診料（同一日複数科受診時の２科目・文書による紹介がない患者）(111012610) 特定妥結率初診料（同一日複数科受診時の２科目）(111012810) 初診料（同一日複数科受診時の２科目）（情報通信機器）(111014510) 初診料（同一日２科目・注２から４に規定する場合）（情報通信機器）(111014610) 特定妥結率初診料（同一日複数科受診時の２科目）（情報通信機器）(111014710)		２つ目の診療科（初診料）；(830100002)	（注５のただし書に規定する２つ目の診療科に係る初診料を算定した場合） ２つ目の診療科の診療科名を記載すること。	別表Ⅰ A000 【項番1】
10248	共通	２つ目の診療科の診療科名の記載が必要です。（再診料（同一日複数科受診時の２科目））			再診料（同一日複数科受診時の２科目）(112015810) 電話等再診料（同一日複数科受診時の２科目）(112015950) 特定妥結率再診料（同一日複数科受診時の２科目）(112017010) 電話等特定妥結率再診料（同一日複数科受診時の２科目）(112017150) 電話等再診料（同一日複数科受診時の２科目）（３０年３月以前継続）(112023550) 電話等特定妥結率再診料（同一日複数科２科目・３０年３月以前継続）(112023850) 再診料（同一日複数科受診時の２科目）（情報通信機器）(112025210) 特定妥結率再診料（同一日複数科受診時の２科目）（情報通信機器）(112025310)		２つ目の診療科（再診料）；(830100003)	（注３に規定する２つ目の診療科において再診を行った場合） ２つ目の診療科の診療科名を記載すること。	別表Ⅰ A001 【項番2】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10250	共通	２つ目の診療科の診療科名の記載が必要です。（外来診療料（同一日複数科受診時の２科目））			外来診療料（同一日複数科受診時の２科目）（112016210） 外来診療料（同日複数科２科目・文書紹介申出患者）（112016410） 特定妥結率外来診療料（同一日複数科受診時２科目）（112017610） 外来診療料（同一日複数科受診時の２科目）（情報通信機器）（112025910） 外来診療料（同日複数科２科目・文書紹介申出患者）（情報通信機器）（112026010） 特定妥結率外来診療料（同一日複数科受診時２科目）（情報通信機器）（112026110）		２つ目の診療科（外来診療料）；（830100004）	（注５に規定する２つ目の診療科において再診を行った場合） ２つ目の診療科の診療科名を記載すること。	別表Ⅰ A002 【項番4】
10253	共通	応急入院患者等の記載が必要です。（精神科応急入院施設管理加算）	入院		精神科応急入院施設管理加算(190106970)		規定により移送された患者（応急入院患者等）（精神科応急入院施設管理加算）(820100452)	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。）第33条の７第１項に規定する応急入院患者及び同法第34条第１項から第３項までの規定により移送された患者（応急入院患者等）である旨を記載すること。	別表Ⅰ A228 【項番26】
10255	共通	直近の算定年月及び着用型自動除細動器の使用開始日また、該当要件の記載が必要です。（心臓ペースメーカー指導管理料（イ・植込型除細動器移行期加算含む））			心臓ペースメーカー指導管理料（イ・植込型除細動器移行期加算含む）（113015130）	直近の算定年月日（植込型除細動器移行期加算）(850100054) 使用開始年月日（植込型除細動器移行期加算）(850100055)	ア　留意事項通知に規定する患者でＩＣＤ適否確定までの間使用(820100064) イ　留意事項通知に規定する患者でＩＣＤ植え込みまでの間使用(820100065)	直近の算定年月及び使用開始日を記載すること。また、区分番号Ｂ001の12心臓ペースメーカー指導管理料の（５）のア又はイに規定するもののうち該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ B001の12 【項番80】
10256	共通	規定するものの中から、該当するものを選択して記載が必要です。（特定薬剤治療管理料１）			特定薬剤治療管理料１(113000410)		（イ）　心疾患患者でジギタリス製剤を投与(820100046) （ロ）　てんかん患者で抗てんかん剤を投与(820100047) （リ）　留意事項通知に規定する患者でシクロスポリンを投与(820100054) （レ）　リンパ脈管筋腫症の患者でシロリムス製剤を投与(820100062) （ソ）　腎細胞癌の患者で抗悪性腫瘍剤としてスニチニブを投与(820100063) （ハ）　臓器移植術を受けた患者で免疫抑制剤を投与(820100558) （ニ）　気管支喘息等の患者でテオフィリン製剤を投与(820100559) （ホ）　不整脈の患者に対して不整脈用剤を継続的に投与(820100560) （ヘ）　統合失調症の患者でハロペリドール製剤等を投与(820100561) （ト）　躁うつ病の患者でリチウム製剤を投与(820100562) （チ）　躁うつ病又は躁病の患者でバルプロ酸ナトリウム等を投与(820100563) （ヌ）　留意事項通知に規定する患者でタクロリムス水和物を投与(820100564) （ル）　若年性関節リウマチ等の患者でサリチル酸系製剤を継続投与(820100565) （ヲ）　悪性腫瘍の患者でメトトレキサートを投与(820100566) （ワ）　留意事項通知に規定する患者でエベロリムスを投与(820100567) （タ）　イマチニブを投与(820100570) （ツ）　片頭痛の患者であってバルプロ酸ナトリウムを投与(820100572) （カ）　入院中の患者であってアミノ配糖体抗生物質等を数日間以上投与(820100568) （ヨ）　重症又は難治性真菌感染症又は造血幹細胞移植の患者であってトリアゾール系抗真菌剤を投与(820100569) （ネ）　統合失調症の患者であって治療抵抗性統合失調症治療薬を投与(820100843) （ナ）　ブスルファンを投与(820101163)	診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第２章第１部第１節Ｂ001の２特定薬剤治療管理料の（１）のアの（イ）から（ナ）までに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ B001の2 【項番73】
10257	共通	前回算定日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（小児運動器疾患指導管理料）			小児運動器疾患指導管理料(113024310)		前回算定年月（小児運動器疾患指導管理料）(850190002) 初回（小児運動器疾患指導管理料）(820190002)	前回算定年月（初回である場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ B001の28 【項番93】
10258	共通	通算算定回数の記載が必要です。（乳腺炎重症化予防ケア・指導料１）			乳腺炎重症化予防ケア・指導料１（初回）（113024410） 乳腺炎重症化予防ケア・指導料１（２回目から４回目まで）(113024510)		乳腺炎重症化予防ケア・指導料１の通算実施回数(842100029)	通算算定回数（当該月に実施されたものを含む。）を記載すること。	別表Ⅰ B001の29 【項番94】
10259	共通	初回又は前回算定日の記載が必要です。（療養・就労両立支援指導料）	外来		療養・就労両立支援指導料（２回目以降）（113031910） 療養・就労両立支援指導料（初回）(113031810) 療養・就労両立支援指導料（初回）（情報通信機器）(113042110) 療養・就労両立支援指導料（２回目以降）（情報通信機器）(113042210)		前回算定年月（療養・就労両立支援指導料）(850190003) 初回（療養・就労両立支援指導料）(820190003)	前回算定年月（初回である場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ B001-9 【項番111】
10261	共通	共同指導を行った日の記載が必要です。（退院時共同指導料２）	入院		退院時共同指導料２(113008910)		共同指導を行った日（退院時共同指導料２）(850100071)	共同指導を行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ B005 【項番113】
10262	共通	ハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理を行った日の記載が必要です。（ハイリスク妊産婦共同管理料（１））			ハイリスク妊産婦共同管理料（１）(113009210)		医学管理を行った年月日（ハイリスク妊産婦共同管理料（１））(850100076)	ハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理を行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ B005-4 【項番116】
10263	共通	前回算定日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（認知症サポート指導料）	外来		認知症サポート指導料(113028310)		前回算定年月（認知症サポート指導料）(850190005) 初回（認知症サポート指導料）(820190005)	前回算定年月（初回である場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ B005-7-3 【項番123】
10264	共通	退院日の記載が必要です。（退院時診療状況添付加算）			退院時診療状況添付加算(113009470)		退院年月日（注８加算（診療情報提供料（１））)(850100087)	退院年月日を記載すること。	別表Ⅰ B009 【項番137】
10265	共通	療養に係る情報を得た訪問看護ステーション名の記載が必要です。（療養情報提供加算）			療養情報提供加算(113028670)		訪問看護ステーション名（療養情報提供加算（診療情報提供料（１））；(830100081)	療養に係る情報を得た訪問看護ステーション名を記載すること。	別表Ⅰ B009 【項番139】
10266	共通	連携先の保険医療機関名の記載が必要です。（診療情報連携共有料）			診療情報連携共有料(113028710)		連携先保険医療機関名（診療情報連携共有料）；(830100082)	連携先の保険医療機関名を記載すること。	別表Ⅰ B010-2 【項番141】
10267	共通	在宅酸素療法指導管理料（その他）の直近の算定年月の記載が必要です。（遠隔モニタリング加算（在宅酸素療法指導管理料（その他））			遠隔モニタリング加算（在宅酸素療法指導管理料（その他））(114045470)		在宅酸素療法指導管理料の前回算定年月（遠隔モニタリング加算）(850100140)	当該指導管理料の直近の算定年月を記載すること。	別表Ⅰ C103 【項番204】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10268	共通	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の直近の算定年月の記載が必要です。（遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２））			遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２）(114045670)		遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）前回算定年月(850100145)	当該指導管理料の直近の算定年月を記載すること。	別表Ⅰ C107-2 【項番212】
10269	共通	胃瘻造設日及び初回算定日の記載が必要です。（在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料）			在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料(114045510)	胃瘻造設年月日（在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料）(850100141)	初回算定年月日（在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料）(850100142)	胃瘻造設年月日及び初回算定年月日を記載すること。	別表Ⅰ C105-3 【項番209】
10270	共通	必要と判断した理由の記載が必要です。（ＦＩＰ１Ｌ１－ＰＤＧＦＲα融合遺伝子検査）			ＦＩＰ１Ｌ１－ＰＤＧＦＲα融合遺伝子検査(160209550)		必要理由（ＦＩＰ１Ｌ１－ＰＤＧＦＲα融合遺伝子検査）；(830100122)	本検査を必要と判断した理由を記載すること。	別表Ⅰ D006-11 【項番250】
10271	共通	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由の記載が必要です。（ＥＧＦＲ遺伝子検査（血漿））			ＥＧＦＲ遺伝子検査（血漿）(160210250)		肺癌の組織検体検査が実施困難である医学的理由（ＥＧＦＲ遺伝子検査（血漿））；(830100124)	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	別表Ⅰ D006-12 【項番251】
10272	共通	該当要件の記載が必要です。（ＥＢウイルス核酸定量）			ＥＢウイルス核酸定量(160212710)		ア　臓器移植後の患者(820100139) イ　造血幹細胞移植後の患者で留意事項通知に規定するもの(820100140) ウ　留意事項通知に規定する抗胸腺細胞グロブリンが投与された患者(820100141) エ　移植後リンパ増殖性疾患患者（経過観察目的）(820100142) オ　悪性リンパ腫又は白血病の患者（経過観察目的）(820100143) カ　再生不良性貧血の患者で抗胸腺細胞グロブリンが投与されたもの(820100144) キ　慢性活動性ＥＢウイルス感染症等の患者(820100145) ク　上咽頭癌の患者(820101185)	区分番号Ｄ０２３微生物核酸同定・定量検査の（７）のアからクまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D023の8 【項番310】
10273	共通	関連学会が定める敗血症診断基準に基づいて、敗血症を疑う根拠の記載が必要です。（細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出）			細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出(160210150)		敗血症を疑う根拠（細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出）；(830100141)	関連学会が定める敗血症診断基準に基づいて、敗血症を疑う根拠を記載すること。	別表Ⅰ D023の18 【項番319】
10274	共通	あらかじめ行われた組織診断の実施日及び組織診断の結果ＣＩＮ１又はＣＩＮ２の記載が必要です。（ＨＰＶジェノタイプ判定）			ＨＰＶジェノタイプ判定(160189150)	あらかじめ行われた組織診断の実施日（ＨＰＶジェノタイプ判定）(850190225)	ＣＩＮ１(820100146) ＣＩＮ２(820100147)	あらかじめ行われた組織診断の実施日及び組織診断の結果、ＣＩＮ１又はＣＩＮ２のいずれに該当するかを記載すること。	別表Ⅰ D023の25 【項番321】
10275	共通	発症、手術又は急性増悪の月日の記載が必要です。（心大血管疾患リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料+早期リハビリテーション加算）		早期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ加算(180030770)	心大血管疾患リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）(180744210) 心大血管疾患リハビリテーション料（１）（作業療法士による場合）(180744310) 心大血管疾患リハビリテーション料（１）（医師による場合）(180744410) 心大血管疾患リハビリテーション料（１）（看護師による場合）(180744510) 心大血管疾患リハビリテーション料（１）（集団療法による場合）(180744610) 心大血管疾患リハビリテーション料（２）（理学療法士による場合）(180744710) 心大血管疾患リハビリテーション料（２）（作業療法士による場合）(180744810) 心大血管疾患リハビリテーション料（２）（医師による場合）(180744910) 心大血管疾患リハビリテーション料（２）（看護師による場合）(180745010) 心大血管疾患リハビリテーション料（２）（集団療法による場合）(180745110) 呼吸器リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）(180759710) 呼吸器リハビリテーション料（１）（作業療法士による場合）(180759810) 呼吸器リハビリテーション料（１）（言語聴覚士による場合）(180759910) 呼吸器リハビリテーション料（１）（医師による場合）(180760010) 呼吸器リハビリテーション料（２）（理学療法士による場合）(180760110) 呼吸器リハビリテーション料（２）（作業療法士による場合）(180760210) 呼吸器リハビリテーション料（２）（言語聴覚士による場合）(180760310) 呼吸器リハビリテーション料（２）（医師による場合）(180760410)		発症年月日（早期リハビリテーション加算）(850100212) 手術年月日（早期リハビリテーション加算）(850100213) 急性増悪年月日（早期リハビリテーション加算）(850100214)	発症、手術又は急性増悪の年月日を記載すること。	別表Ⅰ H000 H003 【項番376、389】
10276	共通	発症、手術又は急性増悪の月日の記載が必要です。（心大血管疾患リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料+初期加算（リハビリテーション料））		初期加算（リハビリテーション料）(180033870)	心大血管疾患リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）(180744210) 心大血管疾患リハビリテーション料（１）（作業療法士による場合）(180744310) 心大血管疾患リハビリテーション料（１）（医師による場合）(180744410) 心大血管疾患リハビリテーション料（１）（看護師による場合）(180744510) 心大血管疾患リハビリテーション料（１）（集団療法による場合）(180744610) 心大血管疾患リハビリテーション料（２）（理学療法士による場合）(180744710) 心大血管疾患リハビリテーション料（２）（作業療法士による場合）(180744810) 心大血管疾患リハビリテーション料（２）（医師による場合）(180744910) 心大血管疾患リハビリテーション料（２）（看護師による場合）(180745010) 心大血管疾患リハビリテーション料（２）（集団療法による場合）(180745110)		発症年月日（初期加算）(850100215) 手術年月日（初期加算）(850100216) 急性増悪年月日（初期加算）(850100217)	発症、手術又は急性増悪の年月日を記載すること。	別表Ⅰ H000 H003 【項番377、390】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					呼吸器リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）(180759710) 呼吸器リハビリテーション料（１）（作業療法士による場合）(180759810) 呼吸器リハビリテーション料（１）（言語聴覚士による場合）(180759910) 呼吸器リハビリテーション料（１）（医師による場合）(180760010) 呼吸器リハビリテーション料（２）（理学療法士による場合）(180760110) 呼吸器リハビリテーション料（２）（作業療法士による場合）(180760210) 呼吸器リハビリテーション料（２）（言語聴覚士による場合）(180760310) 呼吸器リハビリテーション料（２）（医師による場合）(180760410)				
10277	共通	治療開始月日の記載が必要です。（疾患別等専門プログラム加算（精神科ショート・ケア、小規模なもの））	外来		疾患別等専門プログラム加算（精神科ショート・ケア、小規模なもの）(180056570)		治療開始年月日（疾患別等専門プログラム加算）(850100249)	治療開始年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ⅰ008-2 【項番415】
10279	共通	初回実施日、通算回数の記載が必要です。（高気圧酸素治療）			高気圧酸素治療（減圧症又は空気塞栓）(140057510) 高気圧酸素治療（その他）(140057610)	初回実施年月日（高気圧酸素治療）(850100272) 通算実施回数（高気圧酸素治療）(842100056)		一連の治療における初回実施年月日及び初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものを含む。）を記載すること。	別表Ⅰ J027 【項番440】
10280	共通	該当要件の記載が必要です。（人工腎臓（その他））			人工腎臓（その他）(140007710)		ア　急性腎不全の患者(820100211) イ　透析導入期（１月に限る。）の患者(820100212) ウ　血液濾過又は血液透析濾過を実施(820100213) エ　特別な管理が必要（イ　進行性眼底出血）(820100214) エ　特別な管理が必要（ロ　重篤な急性出血性合併症）(820100215) エ　特別な管理が必要（ハ　ヘパリン起因性血小板減少症）(820100216) エ　特別な管理が必要（ニ　播種性血管内凝固症候群）(820100217) エ　特別な管理が必要（ホ　敗血症）(820100218) エ　特別な管理が必要（ヘ　急性膵炎）(820100219) エ　特別な管理が必要（ト　重篤な急性肝不全）(820100220) エ　特別な管理が必要（チ　注射による化学療法中の悪性腫瘍）(820100221) エ　特別な管理が必要（リ　自己免疫疾患の活動性が高い状態）(820100222) エ　特別な管理が必要（ヌ　麻酔による手術を実施した状態）(820100223)	（慢性維持透析以外の患者に対して「その他の場合」として算定した場合） その理由として区分番号Ｊ038人工腎臓の（８）のアからエまで（エについては（イ）から（ヌ）まで）に規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ J038 【項番443】
10282	共通	症状詳記の記載が必要です。（緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術））			緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）(150395150)		症状詳記（緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術））；(830100283) ＊緑内障手術＊（症状詳記）	症状詳記を記載すること。	別表Ⅰ K268 【項番484】
10283	共通	症状詳記の記載が必要です。（水晶体嚢拡張リング使用加算（水晶体再建術））			水晶体嚢拡張リング使用加算（水晶体再建術）(150385170)		症状詳記（水晶体嚢拡張リング使用加算（水晶体再建術））；(830100285) ＊水晶体嚢拡張リング使用加算＊（症状詳記）	症状詳記を記載すること。	別表Ⅰ K282 【項番486】
10284	共通	医学的必要性の記載が必要です。（乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（ＭＲⅠ））			乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（ＭＲⅠ）(150399110)		医学的必要性（乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（ＭＲⅠ））；(830100286)	実施した医学的必要性を記載すること。	別表Ⅰ K474-3 【項番488】
10285	共通	要件を満たす医学的根拠の記載が必要です。（経皮的冠動脈形成術（その他））			経皮的冠動脈形成術（その他）(150375110)		該当する病変（経皮的冠動脈形成術）：ア　機能的虚血の原因である狭窄病変(820100756) 該当する病変（経皮的冠動脈形成術）：イ　心臓カテーテル法における９０％以上の狭窄病変(820100757) 該当する病変（経皮的冠動脈形成術）：ウ　その他医学的必要性が認められる病変(820100758)	所定の事項を記載すること。	別表Ⅰ K546 【項番491】
10286	共通	経胃瘻空腸投与が必要な理由及び医学的根拠の記載が必要です。（薬剤投与用胃瘻造設術）			薬剤投与用胃瘻造設術(150394950)		必要理由・医学的根拠（薬剤投与用胃瘻造設術）；(830100314)	経胃瘻空腸投与が必要な理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	別表Ⅰ K664-3 【項番502】
10287	共通	該当要件、病変の最大径の記載が必要です。（早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術）			早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術(150363910)	＊最大径＊(810000001)	ア　最大径が２ｃｍ以上の早期癌(820100257) イ　最大径が５ｍｍから１ｃｍまでの神経内分泌腫瘍(820100258) ウ　最大径が２ｃｍ未満の線維化を伴う早期癌(820100259)	病変が以下のいずれに該当するかを選択して記載し、併せて病変の最大径を記載すること。 ア　最大径が２㎝以上の早期癌 イ　最大径が５㎜から１㎝までの神経内分泌腫瘍 ウ　最大径が２㎝未満の線維化を伴う早期癌	別表Ⅰ K721-4 【項番506】
10288	共通	医学的な必要性の記載が必要です。（人工肛門造設加算（直腸切除・切断術））			人工肛門造設加算（直腸切除・切断術）（切除術）(150440570) 人工肛門造設加算（直腸切除・切断術）（低位前方切除術）(150440670) 人工肛門造設加算（直腸切除・切断術）（超低位前方切除術）(150440770)		医学的必要性（人工肛門造設加算（直腸切除・切断術））；(830100318)	一時的人工肛門造設実施の医学的な必要性について記載すること。	別表Ⅰ K740 【項番508】
10289 <<未対象>>	共通	輸血量の記載が必要です。（希釈式自己血輸血（６歳未満））	６歳未満		希釈式自己血輸血（６歳未満）(150390710)	＊輸血量＊(810000001)		（６歳未満の患者に対して希釈式自己血輸血を行った場合） 輸血量を記載すること。	別表Ⅰ K920の5 【項番533】
10290	共通	該当要件の記載が必要です。（Ｔ－Ｍ（セルブロック法））			Ｔ－Ｍ（セルブロック法）(160208610)		対象患者（Ｔ－Ｍ（セルブロック法））：悪性中皮腫を疑う患者(820100762) 対象患者（Ｔ－Ｍ（セルブロック法））：肺悪性腫瘍を疑う患者(820100763) 対象患者（Ｔ－Ｍ（セルブロック法））：胃癌を疑う患者(820100764) 対象患者（Ｔ－Ｍ（セルブロック法））：大腸癌を疑う患者(820100765) 対象患者（Ｔ－Ｍ（セルブロック法））：卵巣癌を疑う患者(820100766) 対象患者（Ｔ－Ｍ（セルブロック法））：悪性リンパ腫を疑う患者(820100767) 対象患者（Ｔ－Ｍ（セルブロック法））：乳癌を疑う患者(820101194)	対象疾患名について、区分番号N000病理組織標本作製（６）に規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ N000 【項番550】
10292	共通	検体を摘出した手術名称の記載が必要です。（悪性腫瘍病理組織標本加算）			悪性腫瘍病理組織標本加算(160214470) 悪性腫瘍病理組織標本加算（他医療機関作製の組織標本）(160214970)		検体を摘出した手術名（悪性腫瘍病理組織標本加算）；(830100331)	検体を摘出した手術の名称を記載すること。	別表Ⅰ N006 【項番557】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10293	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（シュウ酸（尿））			シュウ酸（尿）（160210610）		前回実施年月日（シュウ酸（尿））（850190011） 初回（シュウ酸（尿））（820190011）	（算定回数が複数月に１回又は年１回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ D 【項番350】
10294	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（ダーモスコピー）			ダーモスコピー（160179610）		前回実施年月日（ダーモスコピー）（850190038） 初回（ダーモスコピー）（820190038）	（算定回数が複数月に１回又は年１回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ D 【項番350】
10295	共通	自動縫合器加算は８個までしか算定できません。（胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）等）	同日	自動縫合器加算（150339210） **<<用量を９以上とする>>**	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）（150358710） 腸管延長術（150402310） 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は１肺葉を超える）（150358810） 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除、１肺葉超・手術用支援機器使用）（150406110） 食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（頸部、胸部、腹部の操作）（150135110） 食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（胸部、腹部の操作）（150135210） 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部の操作）（150374710） 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（頸、胸、腹部操作・手術用支援機器使用）（150406210） 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（胸部、腹部の操作）（150374810） 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（胸部、腹部の操作・手術用支援機器使用）（150406310） 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（150399610） 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）（150414810） 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）（内視鏡手術用支援機器使用）（150414410）			自動縫合器を使用した場合は、８個を限度として算定できる【Ｋ５１４-2の２】、【Ｋ５１４－２「３」】、【Ｋ５２９「１」】、【Ｋ５２９「２」】、【Ｋ５２９－２】、【Ｋ５２９－３】及び【Ｋ７３５－５】	—
10296	共通	自動縫合器加算の算定が７個以下です。８個まで算定可能です。（胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）等）	同日	自動縫合器加算（150339210） **<<用量を７以下とする>>**	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）（150358710） 腸管延長術（150402310） 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は１肺葉を超える）（150358810） 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除、１肺葉超・手術用支援機器使用）（150406110） 食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（頸部、胸部、腹部の操作）（150135110） 食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（胸部、腹部の操作）（150135210） 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部の操作）（150374710） 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（頸、胸、腹部操作・手術用支援機器使用）（150406210） 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（胸部、腹部の操作）（150374810） 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（胸部、腹部の操作・手術用支援機器使用）（150406310） 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（150399610） 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）（150414810） 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）（内視鏡手術用支援機器使用）（150414410）			自動縫合器を使用した場合は、８個を限度として算定できる【Ｋ５１４-2の２】、【Ｋ５１４－２「３」】、【Ｋ５２９「１」】、【Ｋ５２９「２」】、【Ｋ５２９－２】、【Ｋ５２９－３】及び【Ｋ７３５－５】	—
10297	共通	微小血管自動縫合器加算は２個までしか算定できません。（遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）等）	同日	微小血管自動縫合器加算（150339410） **<<用量を３以上とする>>**	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）（乳房再建術）（150371710） 遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）（その他）（150371810） 自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付き）（150009210）			微小血管自動縫合器は、２個を限度として算定。 【Ｋ０１７】【Ｋ０２０】	—
10298	共通	微小血管自動縫合器加算の算定が１個以下です。２個まで算定可能です。（遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）等）	同日	微小血管自動縫合器加算（150339410） **<<用量を１以下とする>>**	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）（乳房再建術）（150371710） 遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）（その他）（150371810） 自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付き）（150009210）			微小血管自動縫合器は、２個を限度として算定。 【Ｋ０１７】【Ｋ０２０】	—
10299	共通	検査実施月と初回投与の場合、EGFR遺伝子変異の確認検査の実施年月日の記載が必要です。（タグリッソ錠）			タグリッソ錠４０ｍｇ（622472001） タグリッソ錠８０ｍｇ（622472101）		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）（850600047） 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）（850600048）	（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） （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） 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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番94】
10300	共通	観血的手技の名称及び実施予定年月日の記載が必要です。（ムルプレタ錠）			ムルプレタ錠３ｍｇ（622462301）	観血的手技の名称（ムルプレタ錠３ｍｇ）；（830600087） 観血的手技の実施予定年月日（ムルプレタ錠３ｍｇ）（850600085）		観血的手技の名称及び実施予定年月日を記載すること。	別表Ⅱ 【項番148】
10301	共通	本疾患に係る指定難病医療受給者証の交付を受けていること又は本疾患の診断根拠の記載が必要です。（ジャクスタピッドカプセル）			ジャクスタピッドカプセル５ｍｇ（622516701） ジャクスタピッドカプセル１０ｍｇ（622516801） ジャクスタピッドカプセル２０ｍｇ（622516901）		本疾患に係る特定医療費（指定難病）医療受給者証の交付を受けている（ジャクスタピッドカプセル５ｍｇ等）（820600243） 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）（ジャクスタピッドカプセル５ｍｇ等）；（830600035）	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）	別表Ⅱ 【項番81】
10302	共通	検査実施月と初回投与の場合、ホルモン受容体陽性、ＨＥＲ２陰性を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（イブランス錠）			イブランス錠２５ｍｇ（622703401） イブランス錠１２５ｍｇ（622703501）	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）（850600011） 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）（850600013） **<<上記項目をORで登録する>>**	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）（850600014） 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）（850600012）	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。	別表Ⅱ 【項番16】
10303	共通	施設要件、検査値、検査日の記載が必要です。（レパーサ皮下注140mgペン）			レパーサ皮下注１４０ｍｇペン　１ｍＬ（622488901）	ＬＤＬ－コレステロール検査の実施年月日（レパーサ皮下注１４０ｍｇペン）（850600155） ＬＤＬ－コレステロール検査値（レパーサ皮下注１４０ｍｇペン）；（830600132）	施設要件ア（レパーサ皮下注１４０ｍｇペン）（820600113） 施設要件イ（レパーサ皮下注１４０ｍｇペン）（820600114）	施設要件、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を記載すること。	別表Ⅱ 【項番170】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10304	共通	施設要件の記載が必要です。（キイトルーダ点滴静注）			キイトルーダ点滴静注１００ｍｇ　４ｍＬ(622515801)		施設要件ア（キイトルーダ点滴静注）（820600165） 施設要件イ（キイトルーダ点滴静注）（820600187） 施設要件ウ（キイトルーダ点滴静注）（820600191） 施設要件エ（キイトルーダ点滴静注）（820600195） 施設要件オ（キイトルーダ点滴静注）（820600198）	施設要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番56】
10305	共通	施設要件の記載が必要です。（オプジーボ点滴静注）			オプジーボ点滴静注２０ｍｇ　２ｍＬ(622364801) オプジーボ点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(622364901) オプジーボ点滴静注２４０ｍｇ　２４ｍＬ(622662201) オプジーボ点滴静注１２０ｍｇ　１２ｍＬ(629911501)		施設要件ア（オプジーボ点滴静注）（820600164） 施設要件イ（オプジーボ点滴静注）（820600186） 施設要件ウ（オプジーボ点滴静注）（820600190） 施設要件エ（オプジーボ点滴静注）（820600194） 施設要件オ（オプジーボ点滴静注）（820600197）	施設要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番34】
10306	共通	医師要件、施設要件の記載が必要です。（イミフィンジ点滴静注）			イミフィンジ点滴静注１２０ｍｇ　２．４ｍＬ(622633201) イミフィンジ点滴静注５００ｍｇ　１０ｍＬ(622633301)	医師要件ア（イミフィンジ点滴静注１２０ｍｇ等）（820600229） 医師要件イ（イミフィンジ点滴静注１２０ｍｇ等）（820600230） **<<上記項目をORで登録する>>**	施設要件ア（イミフィンジ点滴静注１２０ｍｇ等）（820600026） 施設要件イ（イミフィンジ点滴静注１２０ｍｇ等）（820600027） 施設要件ウ（イミフィンジ点滴静注１２０ｍｇ等）（820600028） 施設要件エ（イミフィンジ点滴静注１２０ｍｇ等）（820600029） 施設要件オ（イミフィンジ点滴静注１２０ｍｇ等）（820600030）	医師要件、施設要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番18】
10307	共通	検査実施月と初回投与の場合、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の記載が必要です。（エブリスディドライシロップ）			エブリスディドライシロップ６０ｍｇ(622867401)		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（エブリスディドライシロップ６０ｍｇ）（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（初回投与）（エブリスディドライシロップ６０ｍｇ）（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を記載すること。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番27】
10309	共通	検査実施月と初回投与の場合、ROS1融合遺伝子陽性又はＡＬＫ融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（ザーコリカプセル）	グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ		ザーコリカプセル２００ｍｇ(622149601) ザーコリカプセル２５０ｍｇ(622149701)	ＲＯＳ１融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ザーコリカプセル２００ｍｇ等）（850600030） ＲＯＳ１融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ザーコリカプセル２００ｍｇ等）（850600031） **<<上記項目をORで登録する>>**	ＡＬＫ融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ザーコリカプセル２００ｍｇ等）（850600028） ＡＬＫ融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ザーコリカプセル２００ｍｇ等）（850600029）	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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番76】
10310	共通	「外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方」の記載が必要です。（ニコチネルＴＴＳ）	入院		ニコチネルＴＴＳ１０　１７．５ｍｇ１０ｃｍ２(620003490) ニコチネルＴＴＳ２０　３５ｍｇ２０ｃｍ２(620003491) ニコチネルＴＴＳ３０　５２．５ｍｇ３０ｃｍ２(620003492)		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）（820600076）	（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。	別表Ⅱ 【項番117】
10311	共通	検査実施月と初回投与の場合、上部消化管内視鏡検査等の実施年月日の記載が必要です。（アコファイド錠）			アコファイド錠１００ｍｇ(622244101)		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）（850600001） 上部消化管内視鏡検査等の実施年月日（初回投与）（アコファイド錠１００ｍｇ）（850600002）	上部消化管内視鏡検査等の実施年月日を記載すること。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番4】
10312	共通	手術時の使用には理由の記載が必要です。（イデルビオン静注用）	手術のみ		イデルビオン静注用２５０　２５０国際単位（溶解液付）(622526101) イデルビオン静注用５００　５００国際単位（溶解液付）(622526201) イデルビオン静注用２０００　２，０００国際単位（溶解液付）(622526401) イデルビオン静注用１０００　１，０００国際単位（溶解液付）(622526301) イデルビオン静注用３５００　３，５００国際単位（溶解液付）(629900101)		手術時に使用した理由（イデルビオン静注用２５０等）；(830600005)	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。	別表Ⅱ 【項番15】
10313	共通	発作時の使用である旨の記載が必要です。（ノーモサング点滴静注）			ノーモサング点滴静注２５０ｍｇ　１０ｍＬ(622250701)		発作時の使用（ノーモサング点滴静注２５０ｍｇ）（820600077）	発作時の使用である旨を記載すること。	別表Ⅱ 【項番119】
10314	共通	潰瘍性大腸炎への投与開始にあたって過去使用薬剤など所定の事項の記載が必要です。（シンポニー皮下注50mgシリンジ）	病名に疑いを除く	重症潰瘍性大腸炎(8845798) 中等症潰瘍性大腸炎(8845816) ステロイド依存性潰瘍性大腸炎(8844992) 活動期潰瘍性大腸炎(8845766) ステロイド抵抗性潰瘍性大腸炎(8845810) 慢性持続型潰瘍性大腸炎(8845833) **<<上記項目をORで登録する>>**	シンポニー皮下注５０ｍｇシリンジ　０．５ｍＬ(622070002)	他の薬物療法として使用していた薬剤の品名（シンポニー皮下注５０ｍｇシリンジ）；(830600038) 他の薬物療法として使用していた薬剤の使用期間（シンポニー皮下注５０ｍｇシリンジ）；(830600039) 投与が必要と判断した理由（シンポニー皮下注５０ｍｇシリンジ）；(830600040)		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	別表Ⅱ 【項番84】
10315	DPC病院以外	検査実施月と初回投与の場合、ＣＤ２０陽性の確認検査の実施年月日の記載が必要です。（リツキシマブＢＳ点滴静注「ＫＨＫ」）	病名に疑いを除く	Ｂ細胞性移植後リンパ増殖性疾患(8847826) ＣＤ２０陽性Ｂ細胞性非ホジキンリンパ腫(8848431) **<<上記項目をORで登録する>>**	リツキシマブＢＳ点滴静注１００ｍｇ「ＫＨＫ」　１０ｍＬ(622589201) リツキシマブＢＳ点滴静注５００ｍｇ「ＫＨＫ」　５０ｍＬ(622589301)		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）（850600098） 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）（850600152）	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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番125】
							二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算２）：ＪＣＳ１(820100423) 二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算２）：ＪＣＳ２(820100424) 二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算２）：ＪＣＳ３(820100425) 二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算２）：ＪＣＳ１０(820100426) 二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算２）：ＪＣＳ２０(820100427) 二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算２）：ＪＣＳ３０(820100428) 二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算２）：ＪＣＳ１００(820100429) 二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算２）：ＪＣＳ２００(820100430) 二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算２）：ＪＣＳ３００(820100431) 四　心不全で重篤な状態（救急医療管理加算２）：ＮＹＨＡ１(820100432) 四　心不全で重篤な状態（救急医療管理加算２）：ＮＹＨＡ２(820100433) 四　心不全で重篤な状態（救急医療管理加算２）：ＮＹＨＡ３(820100434) 四　心不全で重篤な状態（救急医療管理加算２）：ＮＹＨＡ４(820100435) 三　呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算２）：Ｐ／Ｆ比４００以上（酸素投与前）(820100436)		

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10323	共通	該当要件、必要事項、入院後３日以内に実施した主要な診療行為の記載が必要です。（救急医療管理加算２）	入院		救急医療管理加算２(190172010) 救急医療管理加算２（その他の重症な状態が一定割合以上）(190831970)	入院後３日以内に実施した主要な診療行為（救急医療管理加算２）(831110002)	三　呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算２）：Ｐ／Ｆ比３００以上４００未満（酸素投与前）(820100437) 三　呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算２）：Ｐ／Ｆ比２００以上３００未満（酸素投与前）(820100438) 三　呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算２）：Ｐ／Ｆ比２００未満（酸素投与前）(820100439) 五　急性薬物中毒（救急医療管理加算２）(820100440) 六　ショック（救急医療管理加算２）：平均血圧７０ｍｍＨｇ以上(820100441) 六　ショック（救急医療管理加算２）：平均血圧７０ｍｍＨｇ未満(820100442) 六　ショック（救急医療管理加算２）：昇圧剤利用なし(820100443) 六　ショック（救急医療管理加算２）：昇圧剤利用あり(820100444) 七　重篤な代謝障害（肝不全）（救急医療管理加算２）ＡＳＴ値(842100007) 七　重篤な代謝障害（肝不全）（救急医療管理加算２）ＡＬＴ値(842100008) 七　重篤な代謝障害（腎不全）（救急医療管理加算２）ｅＧＦＲ値(842100009) 七　重篤な代謝障害（重症糖尿病）（救急医療管理加算２）ＪＤＳ値(842100010) 七　重篤な代謝障害（重症糖尿病）（救急医療管理加算２）ＮＧＳＰ値(842100011) 七　重篤な代謝障害（重症糖尿病）（救急医療管理加算２）随時血糖値(842100012) 七　重篤な代謝障害（その他）（救急医療管理加算２）具体的な状態；(830100025) 八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算２）：気道熱傷なし(820100448) 八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算２）：気道熱傷あり(820100449) 九　外傷、破傷風等で重篤な状態（救急医療管理加算２）(820100450) 一　吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態（救急医療管理加算２）(820100422) 八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算２）：Ｂｕｒｎ　Ｉｎｄｅｘ　９以上(820100445) 八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算２）：Ｂｕｒｎ　Ｉｎｄｅｘ　４以上９未満(820100446) 八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算２）：Ｂｕｒｎ　Ｉｎｄｅｘ　１以上４未満(820100447) 十　緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はｔ－ＰＡ療法を必要とする状態　（救急医療管理加算２）(820100451) 十一　消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態（救急医療管理加算２）(820100824) 十二　蘇生術を必要とする重篤な状態（救急医療管理加算２）(820100825) 二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算２）：ＪＣＳ０(820101050) 三　呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算２）：Ｐ／Ｆ比４００以上（酸素投与後）(820101051) 三　呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算２）：Ｐ／Ｆ比３００以上４００未満（酸素投与後）(820101052) 三　呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算２）：Ｐ／Ｆ比２００以上３００未満（酸素投与後）(820101053) 三　呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算２）：Ｐ／Ｆ比２００未満（酸素投与後）(820101054) 八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算２）：Ｂｕｒｎ　Ｉｎｄｅｘ　０(820101055) 十三　その他の重症な状態（救急医療管理加算２）(820101056)	当該重症な状態に対して、入院後３日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なものについて、医科診療行為コードを記載すること。 以下の内容について、記載すること。 ア　別表の一から十二までに準ずる状態又は十三の状態として該当するもの	別表Ⅰ Ａ205の2 【項番19】
10324	共通	該当する要件の記載が必要です。（特定薬剤治療管理料１（ジギタリス製剤の急速飽和））			特定薬剤治療管理料１（ジギタリス製剤の急速飽和）(180000110)		（イ）　心疾患患者でジギタリス製剤を投与(820100046)	区分番号Ｂ001の２特定薬剤治療管理料の（１）のアの（イ）から（ナ）までに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ Ｂ001の2 【項番73】
10325	共通	該当する要件の記載が必要です。（特定薬剤治療管理料１（抗てんかん剤注射精密管理））			特定薬剤治療管理料１（抗てんかん剤注射精密管理）(180000210)		（ロ）　てんかん患者で抗てんかん剤を投与(820100047) （ツ）　片頭痛の患者であってバルプロ酸ナトリウムを投与(820100572)	区分番号Ｂ001の２特定薬剤治療管理料の（１）のアの（イ）から（ナ）までに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ Ｂ001の2 【項番73】
10326	共通	該当する要件の記載が必要です。（特定薬剤治療管理料１（第４月目以降））			特定薬剤治療管理料１（第４月目以降）(113000510)		（イ）　心疾患患者でジギタリス製剤を投与(820100046) （レ）　リンパ脈管筋腫症の患者でシロリムス製剤を投与(820100062) （ソ）　腎細胞癌の患者で抗悪性腫瘍剤としてスニチニブを投与(820100063) （ニ）　気管支喘息等の患者でテオフィリン製剤を投与(820100559) （ホ）　不整脈の患者に対して不整脈用剤を継続的に投与(820100560) （ヘ）　統合失調症の患者でハロペリドール製剤等を投与(820100561) （ト）　躁うつ病の患者でリチウム製剤を投与(820100562) （ル）　若年性関節リウマチ等の患者でサリチル酸系製剤を継続投与(820100565) （ヲ）　悪性腫瘍の患者でメトトレキサートを投与(820100566) （ワ）　留意事項通知に規定する患者でエベロリムスを投与(820100567) （タ）　イマチニブを投与(820100570) （ツ）　片頭痛の患者であってバルプロ酸ナトリウムを投与(820100572) （カ）　入院中の患者であってアミノ配糖体抗生物質等を数日間以上投与(820100568) （ヨ）　重症又は難治性真菌感染症又は造血幹細胞移植の患者であってトリアゾール系抗真菌剤を投与(820100569) （ネ）　統合失調症の患者であって治療抵抗性統合失調症治療薬を投与(820100843) （ナ）　ブスルファンを投与(820101163)	区分番号Ｂ001の２特定薬剤治療管理料の（１）のアの（イ）から（ナ）までに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ Ｂ001の2 【項番73】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10327	共通	対象患者が介護療養型老健施設の入居者である旨の記載が必要です。（緊急時施設治療管理料）	外来		緊急時施設治療管理料(180709110)		介護療養型老健施設入居者(820100298)	併設保険医療機関の保険医が往診を行った場合には、対象患者が介護療養型老健施設の入居者である旨を記載すること。	別表Ⅰ 入所者診療 【項番563】
10328	共通	訪問看護を実施した日時、患者が死亡した場所として在宅又は在宅以外のうち該当するもの及び日時の記載が必要です。（在宅ターミナルケア加算）	外来		在宅ターミナルケア加算（在宅、特養等・看取り介護加算等算定除く）(114044370) 在宅ターミナルケア加算（特養等（看取り介護加算等算定））(114044470)	死亡年月日（在宅ターミナルケア加算）(850100098) 患者死亡時刻（在宅ターミナルケア加算）(851100001)	在宅で死亡(820100097) 在宅以外で死亡(820100098)	訪問看護を実施した年月日及び時刻、患者が死亡した場所として在宅又は在宅以外のうち該当するもの及び日時(年月日及び時刻)を記載すること。	別表Ⅰ C005 C005-1-2 【項番176】
10329	共通	頻回の指定訪問看護を行う必要性を認めた理由として、該当要件の記載が必要です。なお、「その他」を選択した場合は、具体的な理由の記載も必要です。（特別訪問看護指示加算）			特別訪問看護指示加算(114008370)		急性増悪(820100099) 終末期(820100100) 退院直後(820100101) その他具体的理由（特別訪問看護指示加算）；(830100469)	頻回の指定訪問看護を行う必要性を認めた理由として、「急性増悪」、「終末期」、「退院直後」、「その他」の中から該当するものを選択して記載すること。「その他」を選択した場合は、具体的な理由を記載すること。	別表Ⅰ C007 【項番185】
10330	共通	実施した胃瘻造設術の術式について、該当するものを選択して記載が必要です。（胃瘻造設術）			胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む）(150171610)		開腹による胃瘻造設術(820100254) 経皮的内視鏡下胃瘻造設術(820100255) 腹腔鏡下胃瘻造設術(820100256)	実施した胃瘻造設術の術式について、開腹による胃瘻造設術、経皮的内視鏡下胃瘻造設術又は腹腔鏡下胃瘻造設術のいずれに該当するかを記載する【Ｋ６６４】	別表Ⅰ K664 【項番500】
10331	共通	カンファレンスの実施日の記載が必要です。（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）			在宅患者訪問褥瘡管理指導料(114028010)		初回カンファレンスの実施年月日（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）(850100130) ２回目のカンファレンスの実施年月日（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）(850100131) ３回目のカンファレンスの実施年月日（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）(850100132)	カンファレンスの実施年月日を記載すること。	別表Ⅰ C013 【項番193】
10332	共通	該当要件の記載が必要です。（がん患者リハビリテーション料）	入院		がん患者ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料(180033110)		５　進行がん等の患者で、在宅復帰を目的としたリハビリが必要なもの(820100193) １　がんの治療のための手術が行われる予定又は行われたもの(820100812) ２　がんの治療のための骨髄抑制を来たしうる化学療法が行われる予定又は行われたもの(820100813) ３　がんの治療のための放射線治療が行われる予定又は行われたもの(820100814) ４　がんの治療のための造血幹細胞移植が行われる予定又は行われたもの(820100815)	算定単位数、実施日数及びがんの種類を記載すること。また、当該入院中に提供した治療の種類について、特掲診療料の施設基準等別表第十の二の二の各号に掲げるものの中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ H007-2 【項番397】
10333	共通	算定単位数、実施日数及びがんの種類の記載が必要です。（がん患者リハビリテーション料）	入院		がん患者ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料(180033110)	＊がん＊(810000001) ＊癌＊(810000001) <<上記項目をORで登録する>>	＊単位＊(810000001) 実施日数　　日(840000096) ＊実施日数＊(810000001)	算定単位数、実施日数及びがんの種類を記載すること。また、当該入院中に提供した治療の種類について、特掲診療料の施設基準等別表第十の二の二の各号に掲げるものの中から該当するものを選択して記載すること。【Ｈ００７-２】	別表Ⅰ H007-2 【項番397】
10334	共通	初回算定日の記載が必要です。（在宅患者共同診療料）			在宅患者共同診療料（往診）(114027610) 在宅患者共同診療料（訪問診療）（同一建物居住者以外）(114027710) 在宅患者共同診療料（訪問診療）（同一建物居住者）(114027810)		初回算定年月日（在宅患者共同診療料）(850100129)	初回算定年月日を記載すること。	別表Ⅰ C012 【項番192】
10335	共通	当月分に加え、翌月分、前月分、のいずれを算定したかの記載が必要です。（（酸素ボンベ加算（携帯用酸素ボンベ）、（酸素ボンベ加算（その他）など）			酸素ボンベ加算（携帯用酸素ボンベ）(114006310) 酸素ボンベ加算（その他）(114006110) 酸素濃縮装置加算(114006210) 設置型液化酸素装置加算(114004910) 携帯型液化酸素装置加算(114005010) 呼吸同調式デマンドバルブ加算(114015710) 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算（ＡＳＶを使用）(114041210) 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算（ＣＰＡＰを使用）(114041310) 在宅酸素療法材料加算（チアノーゼ型先天性心疾患）(114041510) 在宅酸素療法材料加算（その他）(114041610) 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算(114041710) 特殊カテーテル加算（再利用型カテーテル）(114050310) 特殊カテーテル加算（間歇導尿用・親水性・６０本以上９０本未満）(114050410) 特殊カテーテル加算（間歇導尿用・親水性・９０本以上１２０本未満）(114050510) 特殊カテーテル加算（間歇導尿用・親水性・１２０本以上）(114050610) 特殊カテーテル加算（間歇導尿用カテーテル）（イ以外）(114041010) 特殊カテーテル加算（間歇バルーンカテーテル）(114041110) 在宅ハイフローセラピー材料加算(114062510) 在宅経肛門的自己洗腸用材料加算(114050710) 血糖自己測定器加算（２０回以上）（１型糖尿病の患者等を除く）(114005910) 血糖自己測定器加算（４０回以上）（１型糖尿病の患者等を除く）(114006010) 血糖自己測定器加算（６０回以上）（１型糖尿病の患者等を除く）(114007410) 血糖自己測定器加算（２０回以上）（１型糖尿病・小児低血糖症等）(114009910) 血糖自己測定器加算（４０回以上）（１型糖尿病・小児低血糖症等）(114010010) 血糖自己測定器加算（６０回以上）（１型糖尿病・小児低血糖症等）(114010110) 血糖自己測定器加算（９０回以上）（１型糖尿病・小児低血糖症等）(114010210) 血糖自己測定器加算（１２０回以上）（１型糖尿病・小児低血糖症等）(114015610) 血糖自己測定器加算（３０回以上）（１型糖尿病の患者等を除く）(114046010) 血糖自己測定器加算（３０回以上）（１型糖尿病・小児低血糖症等）(114046110) 血糖自己測定器加算（間歇スキャン式持続血糖測定器）(114050210) 在宅ハイフローセラピー装置加算（自動給水加湿チャンバー）(114742710) 在宅ハイフローセラピー装置加算（１以外の場合）(114742810) 持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプ連動・２個以下）(114028770) 持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプ連動・３個又は４個）(114028870) 持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプ連動・５個以上）(114028970)	当月分(820100122)	翌月分(820100124) 前月分(820100125)	（１月に２回分の算定を行う場合） 当月分に加え、翌月分、前月分のいずれを算定したのかを選択して記載すること。	別表Ⅰ C150 C152-2 C157 C158 C159 C159-2 C163 C165 C171 C171-2 C171-3 C172 C174 【項番224、225】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプ非連動・２個以下）(114046550) 持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプ非連動・３個又は４個）(114046650) 持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプ非連動・５個以上）(114046750) 持続血糖測定器加算（プログラム付きシリンジポンプ）(114029070) 持続血糖測定器加算（プログラム付きシリンジポンプ以外）(114029170) **<<回数を２回に等しいとする>>**				
10336	共通	当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したかの記載が必要です。（酸素ボンベ加算（携帯用酸素ボンベ））（酸素ボンベ加算（その他））など			酸素ボンベ加算（携帯用酸素ボンベ）(114006310) 酸素ボンベ加算（その他）(114006110) 酸素濃縮装置加算(114006210) 設置型液化酸素装置加算(114004910) 携帯型液化酸素装置加算(114005010) 呼吸同調式デマンドバルブ加算(114015710) 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算（ＡＳＶを使用）(114041210) 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算（ＣＰＡＰを使用）(114041310) 在宅酸素療法材料加算（チアノーゼ型先天性心疾患）(114041510) 在宅酸素療法材料加算（その他）(114041610) 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算(114041710) 特殊カテーテル加算（再利用型カテーテル）(114050310) 特殊カテーテル加算（間歇導尿用・親水性・６０本以上９０本未満）(114050410) 特殊カテーテル加算（間歇導尿用・親水性・９０本以上１２０本未満）(114050510) 特殊カテーテル加算（間歇導尿用・親水性・１２０本以上）(114050610) 特殊カテーテル加算（間歇導尿用カテーテル）（イ以外）(114041010) 特殊カテーテル加算（間歇バルーンカテーテル）(114041110) 在宅ハイフローセラピー材料加算(114062510) 在宅経肛門的自己洗腸用材料加算(114050710) 血糖自己測定器加算（２０回以上）（１型糖尿病の患者等を除く）(114005910) 血糖自己測定器加算（４０回以上）（１型糖尿病の患者等を除く）(114006010) 血糖自己測定器加算（６０回以上）（１型糖尿病の患者等を除く）(114007410) 血糖自己測定器加算（２０回以上）（１型糖尿病・小児低血糖症等）(114009910) 血糖自己測定器加算（４０回以上）（１型糖尿病・小児低血糖症等）(114010010) 血糖自己測定器加算（６０回以上）（１型糖尿病・小児低血糖症等）(114010110) 血糖自己測定器加算（９０回以上）（１型糖尿病・小児低血糖症等）(114010210) 血糖自己測定器加算（１２０回以上）（１型糖尿病・小児低血糖症等）(114015610) 血糖自己測定器加算（３０回以上）（１型糖尿病の患者等を除く）(114046010) 血糖自己測定器加算（３０回以上）（１型糖尿病・小児低血糖症等）(114046110) 血糖自己測定器加算（間歇スキャン式持続血糖測定器）(114050210) 在宅ハイフローセラピー装置加算（自動給水加湿チャンバー）(114742710) 在宅ハイフローセラピー装置加算（１以外の場合）(114742810) **<<回数を３回に等しいとする>>**	当月分(820100122)	翌月分(820100124) 前月分(820100125) 翌々月分(820100123) 前々月分(820100126) **<<２件該当とする>>**	（１月に３回分の算定を行う場合） 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか又は当月分に加え、翌月分、前月分のいずれかを算定したのかを選択して記載すること。	別表Ⅰ C150 C157 C158 C159 C159-2 C163 C165の1 C165の2 C171 C171-2 Ｃ172 Ｃ174 【項番224】
10337	共通	最初に算定した年月日の記載が必要です。（精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケアなど）			精神科ショート・ケア（小規模）(180028610) 精神科ショート・ケア（大規模）(180028710) 精神科ショート・ケア（小規模）（入院中の患者）(180036030) 精神科ショート・ケア（大規模）（入院中の患者）(180039030) 精神科ショート・ケア（小規模）（早期・入院中の患者）(180039130) 精神科ショート・ケア（大規模）（早期・入院中の患者）(180039230) 精神科デイ・ケア（小規模）(180007510) 精神科デイ・ケア（大規模）(180007610) 精神科デイ・ケア（小規模）（入院中の患者）(180036130) 精神科デイ・ケア（大規模）（入院中の患者）(180039330) 精神科デイ・ケア（小規模）（早期・入院中の患者）(180039430) 精神科デイ・ケア（大規模）（早期・入院中の患者）(180039530) 精神科ナイト・ケア(180007810) 精神科デイ・ナイト・ケア(180017210)		初回算定年月日（精神科デイ・ケア等）(850100246) 初回（精神科デイ・ケア等）(820100745)	精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのうち最初に算定した年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ⅰ008-2 Ⅰ009 Ⅰ010 Ⅰ010-2 【項番413】
10338	共通	往診又は16㎞を超える訪問地域、海路距離、往、復、往復の波浪の別、滞在時間の記載が必要です。（特別往診）			特別往診(114001610)		往診地域、海路距離、往、復、往復の波浪の別及び滞在時間（特別往診料）；(830100087) 訪問地域、海路距離、往、復、往復の波浪の別及び滞在時間（在宅患者訪問診療料（１））；(830100090)	往診地域、海路距離、往、復、往復の波浪の別、滞在時間を記載すること。	別表Ⅰ C000 【項番154】
10340	共通	当該管理料の初回算定日の記載が必要です。（在宅移行早期加算（在医総管・施医総管））			在宅移行早期加算（在医総管・施医総管）(114016070)		初回算定年月日（在宅移行早期加算（在医総管））(850100108) 初回算定年月日（在宅移行早期加算（施医総管））(850100109)	初回の当該管理料を算定した年月日を記載すること。	別表Ⅰ C002 C002-2 【項番173】
					在医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～２～９人）(114030810) 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～２～９人）(114031110) 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・２～９人）(114031410) 在医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～２～９人）(114031710) 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～２～９人）(114032010) 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・２～９人）(114032310) 在医総管（在支診等・難病等月２回～２～９人）(114032610) 在医総管（在支診等・月２回～２～９人）(114032910)				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					在医総管（在支診等・月１回・２～９人）（114033210） 在医総管（在支診等以外・難病等月２回～２～９人）（114033510） 在医総管（在支診等以外・月２回～２～９人）（114033810） 在医総管（在支診等以外・月１回・２～９人）（114034110） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機２～９人）（114055410） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機２～９人）（114055710） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機２～９人）（114056010） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機２～９人）（114056310） 在医総管（在支診等・月２回～通信機２～９人）（114056610） 在医総管（在支診等・月１回・通信機２～９人）（114056910） 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機２～９人）（114057210） 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機２～９人）（114057510） 在医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～１０～１９人）（114706710） 在医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～２０～４９人）（114706810） 在医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～５０人～）（114706910） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～１０～１９人）（114707210） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～２０～４９人）（114707310） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～５０人～）（114707410） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機・１０～１９人）（114707710） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機２０～４９人）（114707810） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機５０人～）（114707910） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・１０～１９人）（114708210） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・２０～４９人）（114708310） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・５０人～）（114708410） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機１０～１９人）（114708710） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機２０～４９人）（114708810） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機５０人～）（114708910） 在医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～１０～１９人）（114709010） 在医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～２０～４９人）（114709110） 在医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～５０人～）（114709210） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～１０～１９人）（114709510） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～２０～４９人）（114709610） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～５０人～）（114709710） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機１０～１９人）（114710010） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機２０～４９人）（114710110） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機５０人～）（114710210） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・１０～１９人）（114710510） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・２０～４９人）（114710610） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・５０人～）（114710710） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機１０～１９人）（114711010） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機２０～４９人）（114711110） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機５０人～）（114712110） 在医総管（在支診等・難病等月２回～１０～１９人）（114711310） 在医総管（在支診等・難病等月２回～２０～４９人）（114711410） 在医総管（在支診等・難病等月２回～５０人～）（114711510） 在医総管（在支診等・月２回～１０～１９人）（114711810） 在医総管（在支診等・月２回～２０～４９人）（114711910） 在医総管（在支診等・月２回～５０人～）（114712010） 在医総管（在支診等・月２回～通信機１０～１９人）（114712310） 在医総管（在支診等・月２回～通信機２０～４９人）（114712410） 在医総管（在支診等・月２回～通信機５０人～）（114712510） 在医総管（在支診等・月１回・１０～１９人）（114712810） 在医総管（在支診等・月１回・２０～４９人）（114712910） 在医総管（在支診等・月１回・５０人～）（114713010） 在医総管（在支診等・月１回・通信機１０～１９人）（114713310） 在医総管（在支診等・月１回・通信機２０～４９人）（114713410） 在医総管（在支診等・月１回・通信機５０人～）（114713510） 在医総管（在支診等以外・難病等月２回～１０～１９人）（114713610）				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10341	共通	単一建物診療患者が２人以上の場合、その人数の記載が必要です。（在宅時医学総合管理料）	外来		在医総管（在支診等以外・難病等月２回～２０～４９人）（114713710） 在医総管（在支診等以外・難病等月２回～５０人～）（114713810） 在医総管（在支診等以外・月２回～１０～１９人）（114714110） 在医総管（在支診等以外・月２回～２０～４９人）（114714210） 在医総管（在支診等以外・月２回～５０人～）（114714310） 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機１０～１９人）（114714610） 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機２０～４９人）（114714710） 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機５０人～）（114714810） 在医総管（在支診等以外・月１回・１０～１９人）（114715110） 在医総管（在支診等以外・月１回・２０～４９人）（114715210） 在医総管（在支診等以外・月１回・５０人～）（114715310） 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機１０～１９人）（114715610） 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機２０～４９人）（114715710） 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機５０人～）（114715810） 在医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～１０～１９人減）（114717810） 在医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～２０～４９人減）（114717910） 在医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～５０人～減）（114718010） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～１０～１９人減）（114718110） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～２０～４９人減）（114718210） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～５０人～減）（114718310） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機１０～１９人減）（114718410） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機２０～４９人減）（114718510） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機５０人～減）（114718610） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・１０～１９人減）（114718710） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・２０～４９人減）（114718810） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・５０人～減）（114718910） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回通信機１０～１９人減）（114719010） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回通信機２０～４９人減）（114719110） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回通信機５０人～減）（114719210） 在医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～１０～１９人減）（114719310） 在医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～２０～４９人減）（114719410） 在医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～５０人～減）（114719510） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～１０～１９人減）（114719610） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～２０～４９人減）（114719710） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～５０人～減）（114719810） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機１０～１９人減）（114719910） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機２０～４９人減）（114720010） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機５０人～減）（114720110） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回１０～１９人減）（114720210） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回２０～４９人減）（114720310） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回５０人～減）（114720410） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回通信機１０～１９人減）（114720510） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回通信機２０～４９人減）（114720610） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回通信機５０人～減）（114720710） 在医総管（在支診等・難病等月２回～１０～１９人減）（114720810） 在医総管（在支診等・難病等月２回～２０～４９人減）（114720910） 在医総管（在支診等・難病等月２回～５０人～減）（114721010） 在医総管（在支診等・月２回～１０～１９人減）（114721110） 在医総管（在支診等・月２回～２０～４９人減）（114721210） 在医総管（在支診等・月２回～５０人～減）（114721310） 在医総管（在支診等・月２回～通信機１０～１９人減）（114721410） 在医総管（在支診等・月２回～通信機２０～４９人減）（114721510） 在医総管（在支診等・月２回～通信機５０人～減）（114721610） 在医総管（在支診等・月１回・１０～１９人減）（114721710） 在医総管（在支診等・月１回・２０～４９人減）（114721810） 在医総管（在支診等・月１回・５０人～減）（114721910） 在医総管（在支診等・月１回・通信機１０～１９人減）（114722010） 在医総管（在支診等・月１回・通信機２０～４９人減）（114722110） 在医総管（在支診等・月１回・通信機５０人～減）（114722210）	単一建物診療患者数（在医総管）（842100035）	（単一建物診療患者が２人以上の場合） その人数を記載すること。	別表Ⅰ C002 【項番166】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					在医総管（在支診等以外・難病等月２回～１０～１９人減）(114722310) 在医総管（在支診等以外・難病等月２回～２０～４９人減）(114722410) 在医総管（在支診等以外・難病等月２回～５０人～減）(114722510) 在医総管（在支診等以外・月２回～１０～１９人減）(114722610) 在医総管（在支診等以外・月２回～２０～４９人減）(114722710) 在医総管（在支診等以外・月２回～５０人～減）(114722810) 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機１０～１９人減）(114722910) 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機２０～４９人減）(114723010) 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機５０人～減）(114723110) 在医総管（在支診等以外・月１回・１０～１９人減）(114723210) 在医総管（在支診等以外・月１回・２０～４９人減）(114723310) 在医総管（在支診等以外・月１回・５０人～減）(114723410) 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機１０～１９人減）(114723510) 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機２０～４９人減）(114723610) 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機５０人～減）(114723710) 在医総管（在支診等以外・難病等月２回～１０～１９人・注８注１４）(114743310) 在医総管（在支診等以外・難病等月２回～２０～４９人・注８注１４）(114743410) 在医総管（在支診等以外・難病等月２回～５０人～・注８注１４）(114743510) 在医総管（在支診等以外・月２回～１０～１９人・注８注１４）(114743610) 在医総管（在支診等以外・月２回～２０～４９人・注８注１４）(114743710) 在医総管（在支診等以外・月２回～５０人～・注８注１４）(114743810) 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機１０～１９人・注８注１４）(114743910) 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機２０～４９人・注８注１４）(114744010) 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機５０人～・注８注１４）(114744110) 在医総管（在支診等以外・月１回・１０～１９人・注８注１４）(114744210) 在医総管（在支診等以外・月１回・２０～４９人・注８注１４）(114744310) 在医総管（在支診等以外・月１回・５０人～・注８注１４）(114744410) 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機１０～１９人・注８注１４）(114744510) 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機２０～４９人・注８注１４）(114744610) 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機５０人～・注８注１４）(114744710)				
10342	共通	在宅がん医療総合診療料を算定した週において、訪問診療、訪問看護を行った日の記載が必要です。（在宅がん医療総合診療料）			在がん医総（機能強化した在支診等）（病床あり）（処方箋あり）(114019510) 在がん医総（機能強化した在支診等）（病床あり）（処方箋なし）(114019610) 在がん医総（機能強化した在支診等）（病床なし）（処方箋あり）(114019710) 在がん医総（機能強化した在支診等）（病床なし）（処方箋なし）(114019810) 在がん医総（在支診等）（処方箋あり）(114007610) 在がん医総（在支診等）（処方箋なし）(114007710)		訪問診療年月日（在宅がん医療総合診療料）(850100111) 訪問看護年月日（在宅がん医療総合診療料）(850100112)	在宅がん医療総合診療料を算定した週において、訪問診療、訪問看護を行った年月日を記載すること。 連携保険医療機関又は訪問看護ステーションが行った訪問看護についても同様であること。	別表Ⅰ C003 【項番169】
10343	共通	診療に要した時間の記載が必要です。（長時間加算（救急搬送診療料））			長時間加算（救急搬送診療料）(114020070)		診療に要した時間（長時間加算（救急搬送診療料））(852100004)	診療に要した時間を記載すること。	別表Ⅰ C004 【項番170】
10344	共通	訪問看護を実施した日時の記載が必要です。（夜間・早朝訪問看護加算（精神科訪問看護・指導料））	外来		夜間・早朝訪問看護加算（精神科訪問看護・指導料）(180038370)	精神科訪問看護の実施年月日（夜間・早朝訪問看護加算）(850100253) 精神科訪問看護の実施時刻（夜間・早朝訪問看護加算）(851100006)		精神科訪問看護を実施した年月日及び時刻を記載すること。	別表Ⅰ I012 【項番418】
10345	共通	情報共有を行った日及び共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った日の記載が必要です。（在宅患者連携指導加算）	外来		在宅患者連携指導加算（訪問看護・訪問看護（同一））(114013570)	情報共有年月日（在宅患者連携指導加算）(850100117) 指導年月日（在宅患者連携指導加算）(850100118)		情報共有を行った年月日及び共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ C005 C005-1-2 【項番174】
10346	共通	カンファレンスを実施した日及びカンファレンスの参加者と共同で療養上必要な指導を行った日の記載が必要です。（在宅患者緊急時等カンファレンス加算）	外来		在宅患者緊急時等カンファレンス加算（訪問看護・訪問看護（同一））(114013670)	カンファレンス実施年月日（緊急時等カンファレンス加算）(850100119) 共同指導年月日（緊急時等カンファレンス加算）(850100120)		カンファレンスを実施した年月日及びカンファレンスの参加者と共同で療養上必要な指導を行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ C005 C005-1-2 【項番175】
10347	共通	頻回な在宅患者訪問看護・指導を行う必要を認めた診療日、訪問看護・指導を行った日及びその必要を認めた理由の記載が必要です。（難病等複数回訪問加算）	外来		難病等複数回訪問加算（訪問看護）（１日２回）(114010870) 難病等複数回訪問加算（訪問看護）（１日３回～）(114011370) 難病等複数回訪問加算（訪問看護（同一）・イ・（１）・１～２人）(114047170) 難病等複数回訪問加算（訪問看護（同一）・イ・（３）・３人～）(114047370) 難病等複数回訪問加算（訪問看護（同一）・ロ・（１）・１～２人）(114047470) 難病等複数回訪問加算（訪問看護（同一）・ロ・（３）・３人～）(114047670)	訪問看護・指導を行った年月日（難病等複数回訪問加算）(850100114) 頻回な訪問看護・指導の必要を認めた理由（難病等複数回訪問加算）；(830100094) 頻回な在宅患者訪問看護・指導を行う必要を認めた診療年月日（難病等複数回訪問加算）(850100113)		頻回な在宅患者訪問看護・指導を行う必要を認めた診療年月日、訪問看護・指導を行った年月日及びその必要を認めた理由を記載すること。	別表Ⅰ C005 C005-1-2 【項番173】
10348	共通	点滴注射を行った日の記載が必要です。（在宅患者訪問点滴注射管理指導料）	外来		在宅患者訪問点滴注射管理指導料(114011410)		点滴注射年月日（在宅患者訪問点滴注射管理指導料）(850100124)	点滴注射を行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ C005-2 【項番182】
10349	共通	前回交付日又は初回である旨の記載が必要です。（介護職員等喀痰吸引等指示料）			介護職員等喀痰吸引等指示料(114020910)		指示書の前回交付年月日（介護職員等喀痰吸引等指示料）(850190006) 初回（介護職員等喀痰吸引等指示料）(820190006)	前回の指示書を交付した年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ C007-2 【項番187】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10350	共通	頻回の指定訪問看護を行う必要性を認めた理由の記載が必要です。（精神科特別訪問看護指示加算）	外来		精神科特別訪問看護指示加算(180038770)		頻回の指定訪問看護を行う必要性（精神科特別訪問看護指示加算）；(830100232)	頻回の指定訪問看護を行う必要性を認めた理由を記載すること。	別表Ⅰ I 012-2 【項番408】
10352	共通	治療の実施予定期間及び頻度について患者に指導した内容の記載が必要です。（難治性骨折電磁波電気治療法）			難治性骨折電磁波電気治療法(150242910)		指導内容（難治性骨折電磁波電気治療法）；(830100274)	当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した内容を記載すること。	別表Ⅰ K047 【項番476】
10353	共通	要件を満たす画像所見等の医学的根拠、前回算定年月日（他の保険医療機関での算定を含む）の記載が必要です。（経皮的シャント拡張術・血栓除去術（１の実施後３月以内に実施））			経皮的シャント拡張術・血栓除去術（１の実施後３月以内に実施）(150416710)	前回算定年月日（経皮的シャント拡張術・血栓除去術)(850100291)	アの要件を満たす医学的根拠（経皮的シャント拡張術・血栓除去術）；(830100310) イの要件を満たす医学的根拠（経皮的シャント拡張術・血栓除去術）；(830100311)	区分番号K616-4経皮的シャント拡張術・血栓除去術の（２）の要件を満たす画像所見等の医学的根拠を記載すること。 前回算定年月日（他の保険医療機関での算定を含む。）を記載すること。	別表Ⅰ K616-4 【項番497】
10354	DPC病院以外	直近の測定結果に基づく血小板数の記載が必要です。（血漿交換療法）	病名に疑いを除く	血栓性血小板減少性紫斑病(4466002) 後天性血栓性血小板減少性紫斑病(8849965) 先天性血栓性血小板減少性紫斑病(8847881) <<上記項目をORで登録する>>	血漿交換療法(140008210)		血小板数（血漿交換療法）(842100059)	（血栓性血小板減少性紫斑病の患者に対して実施した場合） 直近の測定結果に基づく血小板数を記載すること。	別表Ⅰ J039 【項番433】
10355	共通	入院元の記載が必要です。（救急・在宅等支援病床初期加算（地域一般入院基本料））	入院		救急・在宅等支援病床初期加算（地域一般入院基本料）(190142970)		入院元（一般病棟入院基本料）（救急・在宅等支援病床初期加算）；(830100005)	入院元を記載すること。	別表Ⅰ A100 【項番6】
10356	共通	対象疾患の発症年月日、手術年月日又は損傷年月日及び入棟年月日並びに退棟年月日の記載が必要です。（回復期リハビリテーション病棟入院料）	入院		回復期リハビリテーション病棟入院料１(190207910) 回復期リハビリテーション病棟入院料１（生活療養）(190208010) 回復期リハビリテーション病棟入院料２(190208110) 回復期リハビリテーション病棟入院料２（生活療養）(190208210) 回復期リハビリテーション病棟入院料３(190208310) 回復期リハビリテーション病棟入院料３（生活療養）(190208410) 回復期リハビリテーション病棟入院料４(190208510) 回復期リハビリテーション病棟入院料４（生活療養）(190208610) 回復期リハビリテーション病棟入院料５(190249510) 回復期リハビリテーション病棟入院料５（生活療養）(190249610) 回復期リハビリテーション入院医療管理料(190838710) 回復期リハビリテーション入院医療管理料（生活療養を受ける場合）(190838810)	対象疾患の発症年月日（回復期リハビリテーション病棟入院料)(850100029) 対象疾患の手術年月日（回復期リハビリテーション病棟入院料)(850100030) 対象疾患の損傷年月日（回復期リハビリテーション病棟入院料)(850100031) <<上記項目をORで登録する>>	入棟年月日（回復期リハビリテーション病棟入院料）(850100032) 退棟年月日（回復期リハビリテーション病棟入院料）(850100033)	対象となる疾患の発症年月日、手術年月日又は損傷年月日及び入棟年月日並びに退棟年月日を記載する。	別表Ⅰ A308 【項番51】
10357	共通	本製剤の使用が必要と判断した理由の記載が必要です。（照射洗浄血小板ＨＬＡ－ＬＲ、照射洗浄血小板－ＬＲ）			照射洗浄血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」　１０単位約２００ｍＬ(622487101) 照射洗浄血小板－ＬＲ「日赤」　１０単位約２００ｍＬ(622487001)		使用が必要と判断した理由（照射洗浄血小板－ＬＲ「日赤」等）；(830600102)	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。	別表Ⅱ 【項番175】
10358	DPC病院以外	検査実施月と初回投与の場合、ＣＤ２２陽性の確認検査の実施年月日の記載が必要です。（ベスポンサ点滴静注用）			ベスポンサ点滴静注用１ｍｇ(622622401)		ＣＤ２２陽性を確認した検査の実施年月日（ベスポンサ点滴静注用１ｍｇ）(850600078) ＣＤ２２陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ベスポンサ点滴静注用１ｍｇ）(850600079)	CD22陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番142】
10359	共通	検査実施月と初回投与の場合、適応症によりBRCA遺伝子変異の確認検査又は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の記載が必要です。（リムパーザ錠）	グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ		リムパーザ錠１００ｍｇ(622606901) リムパーザ錠１５０ｍｇ(622607001)	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日（リムパーザ錠１００ｍｇ等）(850600103) 相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日（初回投与）（リムパーザ錠１００ｍｇ等）(850600104) <<上記項目をORで登録する>>	ＢＲＣＡ遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（リムパーザ錠１００ｍｇ等）(850600101) ＢＲＣＡ遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リムパーザ錠１００ｍｇ等）(850600102)	適応症によりBRCA遺伝子変異又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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番162】
10360 <<未対象>>	共通	他の生物製剤として使用していた薬剤の品名及び使用期間、　本製剤の投与が必要と判断した理由の記載が必要です。（イラリス皮下注射液）	病名に疑いを除く	全身型若年性特発性関節炎(8845133) 全身型若年性特発性関節炎・肩関節(8848929) 全身型若年性特発性関節炎・股関節(8848930) 全身型若年性特発性関節炎・指関節(8848931) 全身型若年性特発性関節炎・手関節(8848934) 全身型若年性特発性関節炎・足関節(8848935) 全身型若年性特発性関節炎・多関節(8848936) 全身型若年性特発性関節炎・膝関節(8848933) 全身型若年性特発性関節炎・肘関節(8848937) 全身型若年性特発性関節炎・趾関節(8848932) <<上記項目をORで登録する>>	イラリス皮下注射液１５０ｍｇ　１ｍＬ(622639401)			全身型若年性特発性関節炎の使用にあたっては、他の生物製剤として使用していた薬剤の品名及び使用期間、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載。	-
10361	DPC病院以外	検査実施月と初回投与の場合、CD30抗原陽性を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（アドセトリス点滴静注用）			アドセトリス点滴静注用５０ｍｇ(622335601)		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）(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（初回投与）（アドセトリス点滴静注用５０ｍｇ）(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について記載すること。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番6】
10362	共通	アトピー性皮膚炎などの場合は、施設要件、前治療要件の記載が必要です。（デュピクセント皮下注）	病名に疑いを除く	アトピー性皮膚炎(6918002) 成人アトピー性皮膚炎(6918024) <<上記項目をORで登録する>>	デュピクセント皮下注３００ｍｇシリンジ　２ｍＬ(622608101) デュピクセント皮下注３００ｍｇペン　２ｍＬ(629911101) デュピクセント皮下注２００ｍｇシリンジ　１．１４ｍＬ(629925501)	施設要件ア（デュピクセント皮下注）(820600167) 施設要件イ（デュピクセント皮下注）(820600189) 施設要件ウ（デュピクセント皮下注）(820600193) <<上記項目をORで登録する>>	前治療要件ア（デュピクセント皮下注）(820600181) 前治療要件ウ（デュピクセント皮下注）(820600182) 前治療要件イ（デュピクセント皮下注）(820600317)	投与開始に当たっては、前治療要件、施設要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番110】
10363	共通	当該加算を当月に算定した根拠となる評価（当該加算の基準に基づくADL得点又はランク）及び評価日の記載が必要です。（重度認知症加算（精神病棟入院基本料））	入院		重度認知症加算（精神病棟入院基本料）(190118570)	評価年月日（重度認知症加算（精神病棟入院基本料））(850100013) 算定根拠となる評価（重度認知症加算（精神病棟入院基本料））；(830100016)		当該加算を当月に算定した根拠となる評価（当該加算の施設基準に基づくランク等）及び評価日を記載すること。（月の途中で加算点数に変更がある場合には、その都度、評価及び評価日を記載すること。）	別表Ⅰ A103 【項番9】
10364	共通	算定を開始した日の記載が必要です。（精神科救急急性期医療入院料）	入院		精神科救急急性期医療入院料（３０日以内）(190264010) 精神科救急急性期医療入院料（３１日以上６０日以内）(190264110) 精神科救急急性期医療入院料（６１日以上９０日以内）(190264210)		精神科救急急性期医療入院料の算定開始年月日(850100034)	算定を開始した年月日を記載すること。	別表Ⅰ A311 【項番55】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10365	共通	地域包括ケア入院医療管理を行う病室に入室した月日の記載が必要です。(特定一般病棟入院料（地域包括ケア）)	入院		特定一般病棟入院料（地域包括ケア１）（４０日以内）(190869010) 特定一般病棟入院料（地域包括ケア１）（４１日以上）(190869110) 特定一般病棟入院料（地域包括ケア２）（４０日以内）(190869210) 特定一般病棟入院料（地域包括ケア２）（４１日以上）(190869310) 特定一般病棟入院料（地域包括ケア３）（４０日以内）(190869410) 特定一般病棟入院料（地域包括ケア３）（４１日以上）(190869510) 特定一般病棟入院料（地域包括ケア４）（４０日以内）(190869610) 特定一般病棟入院料（地域包括ケア４）（４１日以上）(190869710)	特定一般病棟入院料（地域包括ケア）を行う病室への入室年月日(850100048)	必要があって地域包括ケア入院医療管理が行われた場合、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、所定点数を算定する。	別表Ⅰ A317 【項番66】
10366	共通	手術名の記載が必要です。(短期滞在手術等基本料１)			短期滞在手術等基本料１（入院で実施される手術）（麻酔を伴う場合）(190872810) 短期滞在手術等基本料１（入院で実施される手術）（１以外）(190872910) 短期滞在手術等基本料１（イ以外）（麻酔を伴う手術を行った場合）(190873010) 短期滞在手術等基本料１（イ以外の場合）（１以外の場合）(190873110)	対象手術（短手１）：腋臭症手術(820100528) 対象手術（短手１）：半月板切除術(820100529) 対象手術（短手１）：関節鏡下半月板切除術(820100530) 対象手術（短手１）：手根管開放手術(820100531) 対象手術（短手１）：関節鏡下手根管開放手術(820100532) 対象手術（短手１）：水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　イ　縫着レンズを挿入するもの(820100533) 対象手術（短手１）：乳腺腫瘍摘出術　１　長径五センチメートル未満(820100534) 対象手術（短手１）：気管支狭窄拡張術（気管支鏡によるもの）(820100535) 対象手術（短手１）：経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術　１　ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの(820100539) 対象手術（短手１）：皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）　３　長径四センチメートル以上（六歳未満に限る。）(820100525) 対象手術（短手１）：皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）　３　長径六センチメートル以上十二センチメートル未満（六歳未満に限る。）(820100526) 対象手術（短手１）：皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）　４　長径十二センチメートル以上（六歳未満に限る。）(820100527) 対象手術（短手１）：気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの）(820100536) 対象手術（短手１）：内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術　１　早期悪性腫瘍粘膜切除術(820100537) 対象手術（短手１）：内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径二センチメートル未満(820100538) 対象手術（短手１）：内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）(820100992) 対象手術（短手１）：小児食物アレルギー負荷検査(820100993) 対象手術（短手１）：四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。）(820100994) 対象手術（短手１）：骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）(820100995) 対象手術（短手１）：ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。）(820100996) 対象手術（短手１）：涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの(820100997) 対象手術（短手１）：眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法(820100998) 対象手術（短手１）：眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法(820100999) 対象手術（短手１）：眼瞼下垂症手術　３　その他のもの(820101000) 対象手術（短手１）：翼状片手術（弁の移植を要するもの）(820101001) 対象手術（短手１）：治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）(820101002) 対象手術（短手１）：緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術(820101003) 対象手術（短手１）：経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回(820101004) 対象手術（短手１）：経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する場合(820101005) 対象手術（短手１）：下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術(820101006) 対象手術（短手１）：下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として）(820101007) 対象手術（短手１）：下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術(820101008) 対象手術（短手１）：下肢静脈瘤血管内焼灼術(820101009) 対象手術（短手１）：下肢静脈瘤血管内塞栓術(820101010) 対象手術（短手１）：痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの）(820101011) 対象手術（短手１）：肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）(820101012) 対象手術（短手１）：尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）(820101013) 対象手術（短手１）：顕微鏡下精索静脈瘤手術(820101014) 対象手術（短手１）：水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの(820101157) 対象手術（短手１）：水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合(820101158) 対象手術（短手１）：水晶体再建術　３　計画的後嚢切開を伴う場合(820101159) 対象手術（短手１）：乳腺腫瘍摘出術　２　長径五センチメートル以上(820101160)	手術名を記載すること。	別表Ⅰ A400の1 【項番69】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
							対象手術（短手１）：経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術　２ツリウムレーザーを用いるもの(820101161) 対象手術（短手１）：経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術　３その他のもの(820101162)		
					短手３（小児食物アレルギー負荷検査）(190178210) 短手３（小児食物アレルギー負荷検査）（生活療養）(190178310) 短手３（前立腺針生検法・その他）(190178410) 短手３（前立腺針生検法・その他）（生活療養）(190178510) 短手３（関節鏡下手根管開放手術）(190178810) 短手３（関節鏡下手根管開放手術）（生活療養）(190178910) 短手３（胸腔鏡下交感神経節切除術（両側））(190179010) 短手３（胸腔鏡下交感神経節切除術（両側））（生活療養）(190179110) 短手３（水晶体再建術・眼内レンズ挿入・その他・片側）(190179210) 短手３（水晶体再建術・眼内レンズ挿入・その他・片側）（生活療養）(190179310) 短手３（乳腺腫瘍摘出術（長径５ｃｍ未満））(190179610) 短手３（乳腺腫瘍摘出術（長径５ｃｍ未満））（生活療養）(190179710) 短手３（下肢静脈瘤手術（抜去切除術））(190179810) 短手３（下肢静脈瘤手術（抜去切除術））（生活療養）(190179910) 短手３（下肢静脈瘤手術（硬化療法））(190180010) 短手３（下肢静脈瘤手術（硬化療法））（生活療養）(190180110) 短手３（下肢静脈瘤手術（高位結紮術））(190180210) 短手３（下肢静脈瘤手術（高位結紮術））（生活療養）(190180310) 短手３（鼠径ヘルニア手術（１５歳以上））(190180610) 短手３（鼠径ヘルニア手術（１５歳以上）（生活療養）(190180710) 短手３（腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（１５歳以上））(190181010) 短手３（腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（１５歳以上））（生活療養）(190181110) 短手３（内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術２ｃｍ未満）(190181210) 短手３（内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術２ｃｍ未満）（生活療養）(190181310) 短手３（内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術２ｃｍ以上）(190181410) 短手３（内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術２ｃｍ以上）（生活療養）(190181510) 短手３（痔核手術（硬化療法（四段階注射法））)(190181610) 短手３（痔核手術（硬化療法（四段階注射法））（生活療養）(190181710) 短手３（子宮頸部（腟部）切除術）(190181810) 短手３（子宮頸部（腟部）切除術）（生活療養）(190181910) 短手３（水晶体再建術・眼内レンズ挿入・その他・両側）(190195910) 短手３（水晶体再建術・眼内レンズ挿入・その他・両側）（生活療養）(190196010) 短手３（鼠径ヘルニア手術（３歳未満））(190196510) 短手３（鼠径ヘルニア手術（３歳以上６歳未満））(190196610) 短手３（鼠径ヘルニア手術（６歳以上１５歳未満））(190196710) 短手３（鼠径ヘルニア手術（３歳未満））（生活療養）(190196810) 短手３（鼠径ヘルニア手術（３歳以上６歳未満））（生活療養）(190196910) 短手３（鼠径ヘルニア手術（６歳以上１５歳未満））（生活療養）(190197010) 短手３（腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（３歳未満））(190197110) 短手３（腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（３歳以上６歳未満））(190197210) 短手３（腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（６歳以上１５歳未満））(190197310) 短手３（腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（３歳未満））（生活療養）(190197410) 短手３（腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（３歳以上６歳未満））生活療養(190197510) 短手３（腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（６歳以上１５歳未満））生活療養(190197610) 短手３（体外衝撃波腎・尿管結石破砕術）(190197710) 短手３（体外衝撃波腎・尿管結石破砕術）（生活療養）(190197810) 短手３（ガンマナイフによる定位放射線治療）(190197910) 短手３（ガンマナイフによる定位放射線治療）（生活療養）(190198010) 短手３（経皮的シャント拡張術・血栓除去術（初回））(190220910) 短手３（経皮的シャント拡張術・血栓除去術（初回））（生活療養）(190221010) 短手３（経皮的シャント拡張術・血栓除去術・３月以内）(190221110) 短手３（経皮的シャント拡張術・血栓除去術・３月以内）（生活療養）(190221210) 短手３（終夜睡眠ポリグラフィー・１及び２以外・安全精度管理下）(190265610) 短手３（終夜睡眠ポリグラフィー１、２以外・安全精度管理下・生活）(190265710) 短手３（終夜睡眠ポリグラフィー・１及び２以外・その他）(190265810) 短手３（終夜睡眠ポリグラフィー・１及び２以外・その他・生活療養）(190265910) 短手３（ＭＳＬＴ）(190266010) 短手３（ＭＳＬＴ）（生活療養）(190266110) 短手３（内分泌負荷試験・下垂体前葉負荷試験（ＧＨ））(190266210) 短手３（内分泌負荷試験・下垂体前葉負荷試験（ＧＨ））（生活療養）(190266310) 短手３（経皮的放射線治療用金属マーカー留置術）(190266410)				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10367	共通	検査日又は手術日及び検査名又は手術名の記載が必要です。（短期滞在手術等基本料３）			短手３（経皮的放射線治療用金属マーカー留置術）（生活療養）（190266510） 短手３（四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術（手））（190266610） 短手３（四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術（手））（生活療養）（190266710） 短手３（骨折観血的手術（手舟状骨））（190266810） 短手３（骨折観血的手術（手舟状骨））（生活療養）（190266910） 短手３（骨内異物（挿入物を含む）除去術（前腕））（190267010） 短手３（骨内異物（挿入物を含む）除去術（前腕））（生活療養）（190267110） 短手３（骨内異物（挿入物を含む）除去術（鎖骨））（190267210） 短手３（骨内異物（挿入物を含む）除去術（鎖骨））（生活療養）（190267310） 短手３（骨内異物（挿入物を含む）除去術（手））（190267410） 短手３（骨内異物（挿入物を含む）除去術（手））（生活療養）（190267510） 短手３（ガングリオン摘出術（手））（190267610） 短手３（ガングリオン摘出術（手））（生活療養）（190267710） 短手３（水晶体再建術・眼内レンズを挿入しない・片側）（190269610） 短手３（水晶体再建術・眼内レンズを挿入しない・片側）（生活療養）（190269710） 短手３（水晶体再建術・眼内レンズを挿入しない・両側）（190269810） 短手３（水晶体再建術・眼内レンズを挿入しない・両側）（生活療養）（190269910） 短手３（鼓膜形成手術）（190270010） 短手３（鼓膜形成手術）（生活療養）（190270110） 短手３（鼻骨骨折整復固定術）（190270210） 短手３（鼻骨骨折整復固定術）（生活療養）（190270310） 短手３（喉頭・声帯ポリープ切除術（直達喉頭鏡、ファイバー））（190270410） 短手３（喉頭・声帯ポリープ切除術（直達喉頭鏡、ファイバー）生活）（190270510） 短手３（乳腺腫瘍摘出術（長径５ｃｍ以上）（190270610） 短手３（乳腺腫瘍摘出術（長径５ｃｍ以上）（生活療養）（190270710） 短手３（大伏在静脈抜去術）（190270810） 短手３（大伏在静脈抜去術）（生活療養）（190270910） 短手３（下肢静脈瘤血管内焼灼術）（190271010） 短手３（下肢静脈瘤血管内焼灼術）（生活療養）（190271110） 短手３（下肢静脈瘤血管内塞栓術）（190271210） 短手３（下肢静脈瘤血管内塞栓術）（生活療養）（190271310） 短手３（肛門ポリープ切除術）（190271410） 短手３（肛門ポリープ切除術）（生活療養）（190271510） 短手３（肛門尖圭コンジローム切除術）（190271610） 短手３（肛門尖圭コンジローム切除術）（生活療養）（190271710） 短手３（尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの））（190271810） 短手３（尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの））（生活療養）（190271910） 短手３（顕微鏡下精索静脈瘤手術）（190272010） 短手３（顕微鏡下精索静脈瘤手術）（生活療養）（190272110） 短手３（子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出、ポリープ切除・電解液）（190272210） 短手３（子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出、ポリープ切除・電解液・生活）（190272310） 短手３（子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出、ポリープ切除・その他）（190272410） 短手３（子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出、ポリープ切除・その他・生活）（190272510） 短手３（子宮鏡下子宮筋腫摘出術（電解質溶液利用））（190272610） 短手３（子宮鏡下子宮筋腫摘出術（電解質溶液利用））（生活療養）（190272710） 短手３（子宮鏡下子宮筋腫摘出術（その他））（190272810） 短手３（子宮鏡下子宮筋腫摘出術（その他））（生活療養）（190272910） 短手３（腹腔鏡下卵管形成術）（190273010） 短手３（腹腔鏡下卵管形成術）（生活療養）（190273110） 短手３（涙管チューブ挿入術（涙道内視鏡）（片側））（190873210） 短手３（涙管チューブ挿入術（涙道内視鏡）（片側））（生活療養）（190873310） 短手３（涙管チューブ挿入術（涙道内視鏡）（両側））（190873410） 短手３（涙管チューブ挿入術（涙道内視鏡）（両側））（生活療養）（190873510） 短手３（眼瞼内反症手術（皮膚切開法）（片側））（190873610） 短手３（眼瞼内反症手術（皮膚切開法）（片側））（生活療養）（190873710） 短手３（眼瞼内反症手術（皮膚切開法）（両側））（190873810） 短手３（眼瞼内反症手術（皮膚切開法）（両側））（生活療養）（190873910） 短手３（眼瞼下垂症手術（眼瞼挙筋前転法）（片側））（190874010） 短手３（眼瞼下垂症手術（眼瞼挙筋前転法）（片側））（生活療養）（190874110） 短手３（眼瞼下垂症手術（眼瞼挙筋前転法）（両側））（190874210） 短手３（眼瞼下垂症手術（眼瞼挙筋前転法）（両側））（生活療養）（190874310） 短手３（眼瞼下垂症手術（その他のもの）（片側））（190874410） 短手３（眼瞼下垂症手術（その他のもの）（片側））（生活療養）（190874510） 短手３（眼瞼下垂症手術（その他のもの）（両側））（190874610） 短手３（眼瞼下垂症手術（その他のもの）（両側））（生活療養）（190874710） 短手３（翼状片手術（弁の移植を要するもの）（片側））（190874810） 短手３（翼状片手術（弁の移植を要するもの）（片側））（生活療養）（190874910） 短手３（翼状片手術（弁の移植を要するもの）（両側））（190875010）	＊術＊(810000001) ＊検査＊(810000001) **<<上記項目をORで登録する>>**	検査日　　日(840000099) 手術　　日(840000042) 手術予定　　月　　日(840000090) ＊手術日＊(810000001) 平成　　年　　月(840000060) 平成　　年　　月　　日(840000061) ＊月＊日＊(810000001) 令和　　年　　月(840000560) 令和　　年　　月　　日(840000561)	検査日又は手術日及び検査名又は手術名を記載すること。	別表Ⅰ Ａ400の3 【項番70】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					短手３（翼状片手術（弁の移植を要するもの）（両側））（生活療養）（190875110） 短手３（斜視手術（後転法）（片側））（190875210） 短手３（斜視手術（後転法）（片側））（生活療養）（190875310） 短手３（斜視手術（後転法）（両側））（190875410） 短手３（斜視手術（後転法）（両側））（生活療養）（190875510） 短手３（斜視手術（前転法及び後転法の併施）（片側））（190875610） 短手３（斜視手術（前転法及び後転法の併施）（片側））（生活療養）（190875710） 短手３（斜視手術（前転法及び後転法の併施）（両側））（190875810） 短手３（斜視手術（前転法及び後転法の併施）（両側））（生活療養）（190875910） 短手３（治療的角膜切除術・エキシマレーザー（片側））（190876010） 短手３（治療的角膜切除術・エキシマレーザー（片側））（生活療養）（190876110） 短手３（治療的角膜切除術・エキシマレーザー（両側））（190876210） 短手３（治療的角膜切除術・エキシマレーザー（両側））（生活療養）（190876310） 短手３（緑内障手術・水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（片側））（190876410） 短手３（緑内障手術・水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入・片・生活）（190876510） 短手３（緑内障手術・水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（両側））（190876610） 短手３（緑内障手術・水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入・両・生活）（190876710）			
10368	共通	病態の度重なる変化等による複数回の受診のため2回以上算定する場合、その詳細な理由の記載が必要です。（地域連携小児夜間・休日診療料）	２回以上		地域連携小児夜間・休日診療料１（113006710） 地域連携小児夜間・休日診療料２（113008210） **<<回数を２回以上とする>>**		２回以上算定する理由（地域連携小児夜間・休日診療料）；（830100068）	（病態の度重なる変化等による複数回の受診のため２回以上算定する場合） その理由を詳細に記載すること。	別表Ⅰ B001-2-2 【項番103】
10371	共通	交付年月日の記載が必要です。（傷病手当金意見書交付料）			傷病手当金意見書交付料（180000710）		交付年月日（傷病手当金意見書交付料）（850100089）	交付年月日を記載すること。	別表Ⅰ B012 【項番144】
10373	共通	交付年月日及び同意書又は診断書の病名欄に記載した病名の記載が必要です。（療養費同意書交付料）			療養費同意書交付料（113004310）	同意書又は診断書に記載した病名（療養費同意書交付料）；（830100083） 交付年月日（療養費同意書交付料）（850100090）		交付年月日及び同意書又は診断書の病名欄に記載した病名を記載すること。	別表Ⅰ B013 【項番146】
10375	共通	患者の急性増悪等により一時的に週４回以上の頻回な在宅患者訪問診療を行った場合、その必要性、必要を認めた診療日及び当該訪問診療を行った日の記載が必要です。（在宅患者訪問診療料(2)）	４回以上 同週		在宅患者訪問診療料（２）イ（114042810） **<<回数を４回以上とする>>**	必要を認めた診療年月日（在宅患者訪問診療料（２））（850100102） 訪問診療年月日（在宅患者訪問診療料（２））（850100103） 頻回な在宅患者訪問診療を行った必要性（在宅患者訪問診療料（２））；（830100091）		（注１のイの場合で、患者の急性増悪等により一時的に週４回以上の頻回な在宅患者訪問診療を行った場合） その必要性、必要を認めた診療年月日及び当該訪問診療を行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ C001-2 【項番162】
10376	共通	他の保険医療機関からの求めがあった年月の記載が必要です。（在宅患者訪問診療料（１）２）			在宅患者訪問診療料（１）２（同一建物居住者以外）（114042110） 在宅患者訪問診療料（１）２（同一建物居住者）（114042210）		他医療機関から依頼があった年月（在宅患者訪問診療料（１））（850100096）	（「２」の在宅患者訪問診療料２を算定する場合） 他の保険医療機関からの求めがあった年月を記載すること。	別表Ⅰ C001 【項番157】
10377	共通	死亡年月日の記載が必要です。（在宅ターミナルケア加算（イ）、在宅ターミナルケア加算（ロ）、在宅ターミナルケア加算（２））			在宅ターミナルケア加算（イ）（機能強化した在支診等）（病床あり）（114018170） 在宅ターミナルケア加算（イ）（機能強化した在支診）（病床なし）（114018270） 在宅ターミナルケア加算（イ）（在支診等）（114018370） 在宅ターミナルケア加算（イ）（在支診等以外）（114018470） 在宅ターミナルケア加算（ロ）（機能強化した在支診等）（病床あり）（114042370） 在宅ターミナルケア加算（ロ）（機能強化した在支診）（病床なし）（114042470） 在宅ターミナルケア加算（ロ）（在支診等）（114042570） 在宅ターミナルケア加算（ロ）（在支診等以外）（114042670） 在宅ターミナルケア加算（２）（機能強化した在支診等）（病床あり）（114042970） 在宅ターミナルケア加算（２）（機能強化した在支診）（病床なし）（114043070） 在宅ターミナルケア加算（２）（在支診等）（114043170） 在宅ターミナルケア加算（２）（在支診等以外）（114043270） 往診・在宅ターミナルケア加算（イ）（機能強化在支診等）（病床有）（114704810） 往診・在宅ターミナルケア加算（イ）（機能強化在支診）（病床無）（114704910） 往診・在宅ターミナルケア加算（イ）（在支診等）（114705010） 往診・在宅ターミナルケア加算（イ）（在支診等以外）（114705110） 往診・在宅ターミナルケア加算（ロ）（機能強化在支診等）（病床有）（114705210） 往診・在宅ターミナルケア加算（ロ）（機能強化在支診）（病床無）（114705310） 往診・在宅ターミナルケア加算（ロ）（在支診等）（114705410） 往診・在宅ターミナルケア加算（ロ）（在支診等以外）（114705510）	死亡年月日（在宅ターミナルケア加算）（850100098）		死亡年月日を記載すること。	別表Ⅰ C001 C001-2 【項番156、162】
					在医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～１人）（114030710） 在医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～２～９人）（114030810） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～１人）（114031010） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～２～９人）（114031110） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・１人）（114031310） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・２～９人）（114031410） 在医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～１人）（114031610） 在医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～２～９人）（114031710）				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～１人）(114031910) 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～２～９人）(114032010) 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・１人）(114032210) 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・２～９人）(114032310) 在医総管（在支診等・難病等月２回～１人）(114032510) 在医総管（在支診等・難病等月２回～２～９人）(114032610) 在医総管（在支診等・月２回～１人）(114032810) 在医総管（在支診等・月２回～２～９人）(114032910) 在医総管（在支診等・月１回・１人）(114033110) 在医総管（在支診等・月１回・２～９人）(114033210) 在医総管（在支診等以外・難病等月２回～１人）(114033410) 在医総管（在支診等以外・難病等月２回～２～９人）(114033510) 在医総管（在支診等以外・月２回～１人）(114033710) 在医総管（在支診等以外・月２回～２～９人）(114033810) 在医総管（在支診等以外・月１回・１人）(114034010) 在医総管（在支診等以外・月１回・２～９人）(114034110) 在医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～１０～１９人）(114706710) 在医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～２０～４９人）(114706810) 在医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～５０人～）(114706910) 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～１０～１９人）(114707210) 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～２０～４９人）(114707310) 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～５０人～）(114707410) 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・１０～１９人）(114708210) 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・２０～４９人）(114708310) 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・５０人～）(114708410) 在医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～１０～１９人）(114709010) 在医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～２０～４９人）(114709110) 在医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～５０人～）(114709210) 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～１０～１９人）(114709510) 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～２０～４９人）(114709610) 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～５０人～）(114709710) 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・１０～１９人）(114709710) 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・１０～１９人）(114710510) 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・２０～４９人）(114710610) 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・５０人～）(114710710) 在医総管（在支診等・難病等月２回～１０～１９人）(114711310) 在医総管（在支診等・難病等月２回～２０～４９人）(114711410) 在医総管（在支診等・難病等月２回～５０人～）(114711510) 在医総管（在支診等・月２回～１０～１９人）(114711810) 在医総管（在支診等・月２回～２０～４９人）(114711910) 在医総管（在支診等・月２回～５０人～）(114712010) 在医総管（在支診等・月１回・１０～１９人）(114712810) 在医総管（在支診等・月１回・２０～４９人）(114712910) 在医総管（在支診等・月１回・５０人～）(114713010) 在医総管（在支診等・月１回・通信機１０～１９人）(114713310) 在医総管（在支診等・月１回・通信機２０～４９人）(114713410) 在医総管（在支診等・月１回・通信機５０人～）(114713510) 在医総管（在支診等以外・難病等月２回～１０～１９人）(114713610) 在医総管（在支診等以外・難病等月２回～２０～４９人）(114713710) 在医総管（在支診等以外・難病等月２回～５０人～）(114713810) 在医総管（在支診等以外・月２回～１０～１９人）(114714110) 在医総管（在支診等以外・月２回～２０～４９人）(114714210) 在医総管（在支診等以外・月２回～５０人～）(114714310) 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機１０～１９人）(114714610) 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機２０～４９人）(114714710) 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機５０人～）(114714810) 在医総管（在支診等以外・月１回・１０～１９人）(114715110) 在医総管（在支診等以外・月１回・２０～４９人）(114715210) 在医総管（在支診等以外・月１回・５０人～）(114715310) 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機１０～１９人）(114715610) 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機２０～４９人）(114715710) 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機５０人～）(114715810) 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機１０～１９人）(114711010) 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機１人）(114056210) 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機２～９人）(114056310) 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機２０～４９人）(114711110) 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機５０人～）(114712110)				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				ＡＮＤ／ＯＲ項目	ＯＲ項目	ＡＮＤ／ＯＲ項目	ＯＲ項目		
10378	共通	当該月において往診又は訪問診療を行った日の記載が必要です。（在宅時医学総合管理料）	外来		在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回１０～１９人減）（114720210） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回２０～４９人減）（114720310） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回５０人～減）（114720410） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回通信機１０～１９人減）（114720510） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回通信機２０～４９人減）（114720610） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回通信機５０人～減）（114720710） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～１０～１９人減）（114719610） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～２０～４９人減）（114719710） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～５０人～減）（114719810） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機１０～１９人）（114710010） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機１０～１９人減）（114719910） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機１人）（114055910） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機２～９人）（114056010） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機２０～４９人）（114710110） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機２０～４９人減）（114720010） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機５０人～）（114710210） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機５０人～減）（114720110） 在医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～１０～１９人減）（114719310） 在医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～２０～４９人減）（114719410） 在医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～５０人～減）（114719510） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・１０～１９人減）（114718710） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・２０～４９人減）（114718810） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・５０人～減）（114718910） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機１０～１９人）（114708710） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機１人）（114056610） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機２～９人）（114056710） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機２０～４９人）（114708810） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機５０人～）（114708910） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回通信機１０～１９人減）（114719010） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回通信機２０～４９人減）（114719110） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回通信機５０人～減）（114719210） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～１０～１９人減）（114718110） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～２０～４９人減）（114718210） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～５０人～減）（114718310） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機・１０～１９人）（114707710） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機１０～１９人減）（114718410） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機１人）（114055310） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機２～９人）（114055410） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機２０～４９人）（114707810） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機２０～４９人減）（114718510） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機５０人～）（114707910） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機５０人～減）（114718610） 在医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～１０～１９人減）（114717810） 在医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～２０～４９人減）（114717910） 在医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～５０人～減）（114718010） 在医総管（在支診等・月１回・１０～１９人減）（114721710） 在医総管（在支診等・月１回・２０～４９人減）（114721810） 在医総管（在支診等・月１回・５０人～減）（114721910） 在医総管（在支診等・月１回・通信機１０～１９人減）（114722010） 在医総管（在支診等・月１回・通信機１人）（114056810） 在医総管（在支診等・月１回・通信機２～９人）（114056910） 在医総管（在支診等・月１回・通信機２０～４９人減）（114722110） 在医総管（在支診等・月１回・通信機５０人～減）（114722210） 在医総管（在支診等・月２回～１０～１９人減）（114721110） 在医総管（在支診等・月２回～２０～４９人減）（114721210） 在医総管（在支診等・月２回～５０人～減）（114721310）	往診又は訪問診療年月日（在医総管）（850100106）	当該月において往診又は訪問診療を行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ C002 【項番166】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					在医総管（在支診等・月２回～通信機１０～１９人）(114712310) 在医総管（在支診等・月２回～通信機１０～１９人減）(114721410) 在医総管（在支診等・月２回～通信機１人）(114056510) 在医総管（在支診等・月２回～通信機２～９人）(114056610) 在医総管（在支診等・月２回～通信機２０～４９人）(114712410) 在医総管（在支診等・月２回～通信機２０～４９人減）(114721510) 在医総管（在支診等・月２回～通信機５０人～）(114712510) 在医総管（在支診等・月２回～通信機５０人～減）(114721610) 在医総管（在支診等・難病等月２回～１０～１９人減）(114720810) 在医総管（在支診等・難病等月２回～２０～４９人減）(114720910) 在医総管（在支診等・難病等月２回～５０人～減）(114721010) 在医総管（在支診等以外・月１回・１０～１９人減）(114723210) 在医総管（在支診等以外・月１回・２０～４９人減）(114723310) 在医総管（在支診等以外・月１回・５０人～減）(114723410) 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機１０～１９人減）(114723510) 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機１人）(114057410) 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機２～９人）(114057510) 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機２０～４９人減）(114723610) 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機５０人～減）(114723710) 在医総管（在支診等以外・月２回～１０～１９人減）(114722610) 在医総管（在支診等以外・月２回～２０～４９人減）(114722710) 在医総管（在支診等以外・月２回～５０人～減）(114722810) 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機１０～１９人減）(114722910) 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機１人）(114057110) 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機２～９人）(114057210) 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機２０～４９人減）(114723010) 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機５０人～減）(114723110) 在医総管（在支診等以外・難病等月２回～１０～１９人減）(114722310) 在医総管（在支診等以外・難病等月２回～２０～４９人減）(114722410) 在医総管（在支診等以外・難病等月２回～５０人～減）(114722510) 在医総管（在支診等以外・難病等月２回～１０～１９人・注８注１４）(114743310) 在医総管（在支診等以外・難病等月２回～２０～４９人・注８注１４）(114743410) 在医総管（在支診等以外・難病等月２回～５０人～・注８注１４）(114743510) 在医総管（在支診等以外・月２回～１０～１９人・注８注１４）(114743610) 在医総管（在支診等以外・月２回～２０～４９人・注８注１４）(114743710) 在医総管（在支診等以外・月２回～５０人～・注８注１４）(114743810) 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機１０～１９人・注８注１４）(114743910) 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機２０～４９人・注８注１４）(114744010) 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機５０人～・注８注１４）(114744110) 在医総管（在支診等以外・月１回・１０～１９人・注８注１４）(114744210) 在医総管（在支診等以外・月１回・２０～４９人・注８注１４）(114744310) 在医総管（在支診等以外・月１回・５０人～・注８注１４）(114744410) 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機１０～１９人・注８注１４）(114744510) 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機２０～４９人・注８注１４）(114744610) 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機５０人～・注８注１４）(114744710)			
10380 <<未対象>>	共通	使用している医療機器等の名称の記載が必要です。（在宅移行管理加算、在宅移行管理重症者加算）	外来		在宅移行管理加算（訪問看護・訪問看護（同一））(114009170) 在宅移行管理重症者加算（訪問看護・訪問看護（同一））(114012870)			使用している医療機器等の名称（当該診療報酬明細書において医療機器の使用等が明らかである場合を除く。）を記載すること。	別表Ⅰ C005 C005-2 【項番177】
10381	共通	患者の住所並びに通常の経路及び方法で訪問に要する時間（片道）の記載が必要です。（特別地域訪問看護加算）	外来		特別地域訪問看護加算（訪問看護・訪問看護（同一））(114044670) 特別地域訪問看護加算（精神科訪問看護・指導料）(180057170)	患者住所（特別地域訪問看護加算）；(830100095) 訪問に要する時間（片道）（特別地域訪問看護加算）(852100005)		患者の住所並びに通常の経路及び方法で訪問に要する時間（片道）を記載すること。	別表Ⅰ C005 C002-2 I012 【項番180、420】
10383	共通	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の（３）イの要件で算定する場合は、実施開始日も併せて記載が必要です。（在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算（ＡＳＶを使用）+イの要件）		イ　留意事項通知イの心不全患者にＡＳＶ療法を実施した場合(820100128)	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算（ＡＳＶを使用）(114041210)		留意事項通知イの心不全患者　ＡＳＶ療法開始年月日（在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算１）(850100148)	イの要件を根拠に算定する場合は、当該患者に対するＡＳＶ療法の実施開始日も併せて記載すること。	別表Ⅰ C165の1 【項番228】
10384	共通	検査開始日時と引き続き入院した場合である旨の記載が必要です。（時間外緊急院内検査加算）	入院		時間外緊急院内検査加算(160000210)	引き続き入院(820100129)	検査開始日時（時間外緊急院内検査加算）(853100001)	検査開始日時を記載すること。 （引き続き入院した場合） 引き続き入院した場合である旨を記載すること。	別表Ⅰ D 【項番234】
10385	共通	引き続き入院した場合である旨の記載が必要です。（外来迅速検体検査加算）	入院		外来迅速検体検査加算(160177770)		引き続き入院(820100129)	検査開始日時を記載すること。 （引き続き入院した場合） 引き続き入院した場合である旨を記載すること。	別表Ⅰ D 【項番235】
10386	共通	高度細胞性免疫不全の患者に対して算定した場合、当該検査が必要であった理由の記載が必要です。（サイトメガロウイルスｐｐ６５抗原定性）	病名に疑いを除く	細胞性免疫不全症(8833982) **<<修飾語：高度(7011)を設定>>**	サイトメガロウイルスｐｐ６５抗原定性(160163850)		高度細胞性免疫不全に対して算定した必要性理由（サイトメガロウイルスｐｐ６５抗原定性必要理由）；(830100456)	（高度細胞性免疫不全の患者に対して算定した場合） 当該検査が必要であった理由を記載すること。	別表Ⅰ D012の57 【項番292】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10387	共通	抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に算定した場合、その理由及び医学的な必要性の記載が必要です。（抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査））	病名に疑いを除く	抗体関連型拒絶反応(8849106)	抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）(160212010)		１年に２回以上実施する医学的な必要性（抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査））；(830100132)	（１年に２回以上実施する場合） その理由及び医学的な必要性を記載すること。	別表Ⅰ D014の49 【項番303】
10389 <<未対象>>	共通	緊急やむを得ず、同一診療日に一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を処方せんにより投薬した場合、その月日及び理由の記載が必要です。（処方料+処方箋料）	外来同日	処方箋料（リフィル以外・向精神薬多剤投与）(120003710) 処方箋料（リフィル以外・７種類以上内服薬）(120002710) 処方箋料（リフィル以外・その他）(120002910) 処方箋料（リフィル以外・向精神薬長期処方）(120004610) 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬多剤投与）(120004710) 処方箋料（リフィル処方箋・７種類以上内服薬）(120004810) 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬長期処方）(120004910) 処方箋料（リフィル処方箋・その他）(120005010) 処方箋料（リフィル以外・向精神薬多剤投与・特定保険薬局）(120005810) 処方箋料（リフィル以外・７種類以上内服薬・特定保険薬局）(120005910) 処方箋料（リフィル以外・向精神薬長期処方・特定保険薬局）(120006010) 処方箋料（リフィル以外・その他・特定保険薬局）(120006110) 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬多剤投与・特定保険薬局）(120006210) 処方箋料（リフィル処方箋・７種類以上内服薬・特定保険薬局）(120006310) 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬長期処方・特定保険薬局）(120006410) 処方箋料（リフィル処方箋・その他・特定保険薬局）(120006510) **<<上記項目をORで登録する>>**	処方料（向精神薬多剤投与）(120003610) 処方料（７種類以上内服薬）(120002610) 処方料（その他）(120001210) 処方料（向精神薬長期処方）(120004410)	同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った年月日(850100206)	同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った理由（処方箋料）；(830100205)	（緊急やむを得ず、同一の患者に対して、同一診療日に一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を処方せんにより投薬した場合） その年月日及び理由を記載すること。	別表Ⅰ Ｆ200 Ｆ400 【項番370】
10390	共通	廃用症候群にかかる急性疾患等の疾患名とその発症、手術若しくは急性増悪の月日、又は廃用症候群の急性増悪の月日の記載が必要です。（早期リハビリテーション加算+廃用症候群リハビリテーション料）		早期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ加算(180030770)	廃用症候群リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）(180750510) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（作業療法士による場合）(180750610) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（言語聴覚士による場合）(180750710) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（医師による場合）(180750810) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（理学療法士による場合）(180750910) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（作業療法士による場合）(180751010) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（言語聴覚士による場合）(180751110) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（医師による場合）(180751210) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（理学療法士による場合）(180751310) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（作業療法士による場合）(180751410) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（言語聴覚士による場合）(180751510) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（医師による場合）(180751610) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（イからニまで以外の場合）(180751710)	疾患名（早期リハビリテーション加算）；(830100531)	発症年月日（早期リハビリテーション加算）(850100212) 手術年月日（早期リハビリテーション加算）(850100213) 急性増悪年月日（早期リハビリテーション加算）(850100214)	当該患者の廃用症候群にかかる急性疾患等の疾患名とその発症、手術若しくは急性増悪の月日、又は廃用症候群の急性増悪の年月日を記載すること。	別表Ⅰ H001-2注2 【項番383】
10391	共通	初診の日に心身医学療法を算定した場合、診療に要した時間の記載が必要です。（心身医学療法）	同日	初診料(111000110) 初診料（文書による紹介がない患者）(111012510) 特定妥結率初診料(111012710) 初診料（同一日複数科受診時の２科目）(111011810) 初診料（同一日複数科受診時の２科目・文書による紹介がない患者）(111012610) 特定妥結率初診料（同一日複数科受診時の２科目）(111012810) 初診料（情報通信機器）(111014210) 初診料（文書による紹介がない患者）（情報通信機器）(111014310) 特定妥結率初診料（情報通信機器）(111014410) 初診料（同一日複数科受診時の２科目）（情報通信機器）(111014510) 初診料（同一日２科目・注２から４に規定する場合）（情報通信機器）(111014610) 特定妥結率初診料（同一日複数科受診時の２科目）（情報通信機器）(111014710) **<<上記項目をORで登録する>>**	心身医学療法（入院外）（初診時）(180020610) 心身医学療法（入院）(180012410)	診療に要した時間（心身医学療法）(852100010)	（初診の日に心身医学療法を算定した場合） 診療に要した時間を記載すること。	別表Ⅰ I 004 【項番411】
10392	共通	介護職員等と同行訪問した日の記載が必要です。（看護・介護職員連携強化加算（精神科訪問看護・指導料））			看護・介護職員連携強化加算（精神科訪問看護・指導料）(180057070)		介護職員等同行訪問年月日（看護・介護職員連携強化加算）(850100255)	介護職員等と同行訪問した年月日を記載すること。	別表Ⅰ I 012 【項番419】
10393	共通	減圧症又は空気塞栓が発症した月日の記載が必要です。（高気圧酸素治療（減圧症又は空気塞栓））			高気圧酸素治療（減圧症又は空気塞栓）(140057510)		減圧症又は空気塞栓発症年月日（高気圧酸素治療）(850100273)	減圧症又は空気塞栓が発症した年月日を記載すること。	別表Ⅰ J027 【項番440】
10394	共通	施設要件の記載が必要です。（テセントリク点滴静注）			テセントリク点滴静注１２００ｍｇ　１，２００ｍｇ２０ｍＬ(622594601) テセントリク点滴静注８４０ｍｇ　１４ｍＬ(629900601)		施設要件ア（テセントリク点滴静注）(820600166) 施設要件イ（テセントリク点滴静注）(820600188) 施設要件ウ（テセントリク点滴静注）(820600192) 施設要件エ（テセントリク点滴静注）(820600196) 施設要件オ（テセントリク点滴静注）(820600199)	施設要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番102】
10395	DPC病院以外	検査実施月と初回投与の場合、ＣＤ２０陽性の確認検査の実施年月日の記載が必要です。（ガザイバ点滴静注）			ガザイバ点滴静注１０００ｍｇ　１，０００ｍｇ４０ｍＬ(622607302)		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）(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（初回投与）（ガザイバ点滴静注１０００ｍｇ）(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について記載すること。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番53】
					脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）(180745310) 脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（作業療法士による場合）(180745410)				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10396	共通	脳卒中の患者であって他の保険医療機関を退院した場合、地域連携診療計画加算の算定患者である旨の記載が必要です。（脳血管リハビリテーション料＋早期リハビリテーション加算又は初期加算）	外来同日	早期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ加算(180030770) 初期加算（リハビリテーション料）(180033870) **<<上記項目をORで登録する>>**	脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（言語聴覚士による場合）(180745510) 脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（医師による場合）(180745610) 脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（理学療法士による場合）(180745710) 脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（作業療法士による場合）(180745810) 脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（言語聴覚士による場合）(180745910) 脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（医師による場合）(180746010) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（理学療法士による場合）(180746110) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（作業療法士による場合）(180746210) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（言語聴覚士による場合）(180746310) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（医師による場合）(180746410) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（イからニまで以外の場合）(180746510)		地域連携診療計画加算の算定患者(820100158)	（入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合） 地域連携診療計画加算の算定患者である旨を記載すること。	別表Ⅰ H001　脳血管疾患等リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算、初期加算 【項番380、381】
10397	共通	大腿骨頸部骨折の患者であって他の保険医療機関を退院した場合、地域連携診療計画加算の算定患者である旨の記載が必要です。（運動器リハビリテーション料＋早期リハビリテーション加算又は初期加算）	外来同日	早期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ加算(180030770) 初期加算（リハビリテーション料）(180033870) **<<上記項目をORで登録する>>**	運動器リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）(180755710) 運動器リハビリテーション料（１）（作業療法士による場合）(180755810) 運動器リハビリテーション料（１）（医師による場合）(180755910) 運動器リハビリテーション料（２）（理学療法士による場合）(180756010) 運動器リハビリテーション料（２）（作業療法士による場合）(180756110) 運動器リハビリテーション料（２）（医師による場合）(180756210) 運動器リハビリテーション料（３）（理学療法士による場合）(180756310) 運動器リハビリテーション料（３）（作業療法士による場合）(180756410) 運動器リハビリテーション料（３）（医師による場合）(180756510) 運動器リハビリテーション料（３）（イからハ以外）(180756610)		地域連携診療計画加算の算定患者(820100158)	（入院中の患者以外の患者が当該加算を算定する場合） 地域連携診療計画加算の算定患者である旨を記載すること。	別表Ⅰ H002　運動器リハビリテーション料の早期リハビリテーション加算、初期加算 【項番396、397】
10398	共通	検査実施月と初回投与の場合、ＦＬＴ３遺伝子変異陽性の確認検査の実施年月日の記載が必要です。（ヴァンフリタ錠）			ヴァンフリタ錠１７．７ｍｇ(622688401) ヴァンフリタ錠２６．５ｍｇ(622688501)		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）(850600017) 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）(850600018)	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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番21】
10399	共通	検査実施月と初回投与の場合、ホルモン受容体陽性、ＨＥＲ２陰性を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（ベージニオ錠）			ベージニオ錠５０ｍｇ(622653801) ベージニオ錠１００ｍｇ(622653901) ベージニオ錠１５０ｍｇ(622654001)	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（ベージニオ錠５０ｍｇ等）(850600074) 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）（ベージニオ錠５０ｍｇ等）(850600075) **<<上記項目をORで登録する>>**	ＨＥＲ２陰性を確認した検査の実施年月日（ベージニオ錠５０ｍｇ等）(850600076) ＨＥＲ２陰性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ベージニオ錠５０ｍｇ等）(850600077)	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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番141】
10400	共通	医師要件、末梢血の採血を行う時点と投与する直前のAISなど、所定の事項の記載が必要です。（ステミラック注）			ステミラック注(629700201)	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）；(830600045) 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）；(830600046)	医師要件ア（ステミラック注）(820600064) 医師要件イ（ステミラック注）(820600065)	本製品の投与開始に当たっては、医師要件、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を記載すること。	別表Ⅱ 【項番86】
10401	共通	耐糖能異常と判断した根拠(判断日と結果)、食事療法と運動療法を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の記載が必要です。(ボグリボース錠０．２ｍｇ(ＯＤ錠含む))	病名に疑いを除く	耐糖能異常(2713009)	ボグリボース錠０．２ｍｇ「武田テバ」(622662701) ボグリボースＯＤ錠０．２ｍｇ「武田テバ」(622662501) ボグリボース錠０．２ｍｇ「トーワ」(620002843) ボグリボース錠０．２ｍｇ「ＮＰ」(620004072) ボグリボース錠０．２ｍｇ「日医工」(621673501) ボグリボース錠０．２ｍｇ「タカタ」(621683401) ボグリボース錠０．２ｍｇ「ＹＤ」(621689001) ボグリボース錠０．２ｍｇ「ＮＳ」(621689303) ボグリボース錠０．２ｍｇ「ＪＧ」(621690203) ボグリボース錠０．２ｍｇ「杏林」(621690402) ボグリボース錠０．２ｍｇ「ケミファ」(621690901) ボグリボース錠０．２ｍｇ「サワイ」(621691201) ボグリボースＯＤフィルム０．２「ＱＱ」　０．２ｍｇ(620004069) ボグリボースＯＤ錠０．２ｍｇ「ＭＥＤ」(620005557) ボグリボースＯＤ錠０．２ｍｇ「ケミファ」(620005558) ボグリボースＯＤ錠０．２ｍｇ「サワイ」(620005559) ボグリボースＯＤ錠０．２ｍｇ「トーワ」(620005561) ボグリボースＯＤ錠０．２ｍｇ「タカタ」(620008072) ボグリボースＯＤ錠０．２ｍｇ「日医工」(620008073) ベイスン錠０．２　０．２ｍｇ(610406390) ベイスンＯＤ錠０．２　０．２ｍｇ(620002120) ボグリボース０．２ｍｇ錠(622741000) ボグリボース０．２ｍｇ口腔内崩壊錠(622741200) ボグリボース錠０．２ｍｇ「ＴＣＫ」(621691101) ボグリボース錠０．２ｍｇ「ＶＴＲＳ」(622090003) ベイスン錠０．２　０．２ｍｇ（澁）(670406390) ベイスンＯＤ錠０．２　０．２ｍｇ（澁）(670002120)	耐糖能異常と判断した根拠（ベイスン錠０．２等）；(830600081) 耐糖能異常と判断した年月日（ベイスン錠０．２等）(850600073) 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）(820600107) 高血圧症又は脂質異常症の診断名（ベイスン錠０．２等）；(830600082)		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。	別表Ⅱ 【項番140】
10402	共通	気管支喘息などの場合は、施設要件、患者要件の記載が必要です。（デュピクセント皮下注）	病名に疑いを除く	気管支喘息(4939008)	デュピクセント皮下注３００ｍｇシリンジ　２ｍＬ(622608101) デュピクセント皮下注３００ｍｇペン　２ｍＬ(629911101)	施設要件ア（デュピクセント皮下注）(820600167) 施設要件イ（デュピクセント皮下注）(820600189) 施設要件ウ（デュピクセント皮下注）(820600193) **<<上記項目をORで登録する>>**	患者要件ア（デュピクセント皮下注）(820600153) 患者要件イ（デュピクセント皮下注）(820600155)	投与開始に当たっては、施設要件、患者要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番111】
10403	共通	肺悪性腫瘍(腺癌、扁平上皮癌)が疑われる患者に対して「4種類以上抗体使用加算」を算定する場合、医学的根拠の記載が必要です。(肺悪性腫瘍(腺癌、扁平上皮癌)が疑われる患者+4種類以上抗体使用加算)		４種類以上抗体使用加算(160184970)	肺悪性腫瘍（腺癌、扁平上皮癌）が疑われる患者(820100288)		医学的根拠（４種類以上抗体使用加算）；(830100329)	（肺悪性腫瘍（腺癌、扁平上皮癌）が疑われる患者に対して算定する場合） その医学的根拠を詳細に記載すること。	別表Ⅰ N002 【項番552】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10404	共通	検査を行った領域の記載が必要です。（超音波検査（断層撮影法）（胸腹部））	一連処方 非出力AND		超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）(160072210)		超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）：ア　消化器領域(820100681) 超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）：イ　腎・泌尿器領域(820100682) 超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）：ウ　女性生殖器領域(820100683) 超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）：オ　腹腔内・胸腔内の貯留物等(820100685) 超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）：カ　その他(820100686) 超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）：エ　血管領域（大動脈・大静脈等）(820100684)	検査を行った領域を記載すること。	別表Ⅰ D215 【項番326】
10405	共通	具体的な臓器又は領域の記載が必要です。（超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）+その他の領域）	一連処方 非出力AND	超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）：カ　その他(820100686)	超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）(160072210)		具体的な臓器又は領域；(830100144)	（カに該当する場合） 具体的な臓器又は領域を記載すること。	別表Ⅰ D215 【項番326】
10406	共通	該当する要件の記載が必要です。（新生児特定集中治療室管理料）	入院		新生児特定集中治療室管理料１(190024710) 新生児特定集中治療室管理料２(190140410)		該当するもの（新生児特定集中治療室管理料）：ア　高度の先天奇形(820100474) 該当するもの（新生児特定集中治療室管理料）：イ　低体温(820100475) 該当するもの（新生児特定集中治療室管理料）：ウ　重症黄疸(820100476) 該当するもの（新生児特定集中治療室管理料）：エ　未熟児(820100477) 該当するもの（新生児特定集中治療室管理料）：オ　意識障害又は昏睡(820100478) 該当するもの（新生児特定集中治療室管理料）：ク　急性薬物中毒(820100481) 該当するもの（新生児特定集中治療室管理料）：ケ　ショック(820100482) 該当するもの（新生児特定集中治療室管理料）：サ　大手術後(820100484) 該当するもの（新生児特定集中治療室管理料）：シ　救急蘇生後(820100485) 該当するもの（新生児特定集中治療室管理料）：カ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪(820100479) 該当するもの（新生児特定集中治療室管理料）：キ　急性心不全（心筋梗塞を含む。）(820100480) 該当するもの（新生児特定集中治療室管理料）：コ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）(820100483) 該当するもの（新生児特定集中治療室管理料）：ス　その他外傷、破傷風等で重篤な状態(820100486)	区分番号A302新生児特定集中治療室管理料の（１）のアからスまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	別表Ⅰ A302 【項番45】
10407	共通	初回加算算定日、陰圧維持管理装置として使用した機器及び本処置の医学的必要性の記載が必要です。（局所陰圧閉鎖処置（入院））	入院		局所陰圧閉鎖処置（入院）（１００ｃｍ２以上）(140051910) 局所陰圧閉鎖処置（入院）（１００ｃｍ２未満）(140051810) 局所陰圧閉鎖処置（入院）（２００ｃｍ２以上）(140052010)	陰圧維持管理装置として使用した機器（局所陰圧閉鎖処置（入院））；(830100246) 医学的必要性（局所陰圧閉鎖処置（入院））；(830100247) 初回加算算定年月日（局所陰圧閉鎖処置（入院））(850100442)		初回加算を算定した年月日、陰圧維持管理装置として使用した機器及び本処置の医学的必要性を記載すること。	別表Ⅰ J003 【項番433】
10408	共通	理由及び医学的な根拠の記載が必要です。（局所灌流（骨膜・骨髄炎）+局所陰圧閉鎖処置（入院））	入院 同日	局所灌流（骨膜・骨髄炎）(140038110)	局所陰圧閉鎖処置（入院）（１００ｃｍ２未満）(140051810) 局所陰圧閉鎖処置（入院）（１００ｃｍ２以上）(140051910) 局所陰圧閉鎖処置（入院）（２００ｃｍ２以上）(140052010)		理由及び医学的根拠（局所陰圧閉鎖処置と洗浄を行った場合）；(830100245)	（J040局所灌流の「２」骨膜・骨髄炎に対するものを併せて算定する場合） その理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	別表Ⅰ J003 【項番433】
10409	共通	理由及び医学的な根拠の記載が必要です。（持続洗浄加算）	入院		持続洗浄加算(140059870)		持続洗浄加算を算定した理由及び医学的根拠（持続洗浄加算）；(830100248)	持続洗浄加算を算定した理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	別表Ⅰ J003注2 【項番434】
10410	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（骨塩定量検査（ＭＤ法、ＳＥＸＡ法等））			骨塩定量検査（ＭＤ法、ＳＥＸＡ法等）(160147310)		前回実施年月日（骨塩定量検査（ＭＤ法、ＳＥＸＡ法等））(850190033) 初回（骨塩定量検査（ＭＤ法、ＳＥＸＡ法等））(820190033)	（算定回数が複数月に１回又は年１回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること	別表Ⅰ D 【項番350】
10411	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（骨塩定量検査（超音波法））			骨塩定量検査（超音波法）(160170410)		前回実施年月日（骨塩定量検査（超音波法））(850190034) 初回（骨塩定量検査（超音波法））(820190034)	（算定回数が複数月に１回又は年１回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること	別表Ⅰ D 【項番350】
10412	共通	治療開始月日の記載が必要です。（認知症療養指導料３）			認知症療養指導料３(113028210)		治療開始年月日（認知症療養指導料３）(850100081)	治療を行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ B005-7-2 【項番122】
10413	共通	認知症療養計画に基づく最初の治療を行った月日の記載が必要です。（認知症療養指導料１）	入院		認知症療養指導料１(113014710)		認知症療養計画に基づく初回治療年月日（認知症療養指導料１（入院））(850100078)	認知症療養計画に基づく最初の治療を行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ B005-7-2 【項番119】
10414	共通	治療開始月日の記載が必要です。（認知症療養指導料１）	外来		認知症療養指導料１(113014710)		治療年月日（認知症療養指導料１（入院外））(850100079)	治療を行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ B005-7-2 【項番120】
10416	共通	検査実施月と初回投与の場合、ＮＴＲＫ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の記載が必要です。（ロズリートレクカプセル）	グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ		ロズリートレクカプセル１００ｍｇ(622679401) ロズリートレクカプセル２００ｍｇ(622679501)	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）(850600110) 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）(850600111) **<<上記項目をORで登録する>>**	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）(850600112) 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）(850600113)	NTRK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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番174】
10417	共通	検査実施月と初回投与の場合、ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（ローブレナ錠）			ローブレナ錠２５ｍｇ(622653201) ローブレナ錠１００ｍｇ(622653301)		ＡＬＫ融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ローブレナ錠２５ｍｇ等）(850600108) 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）（ローブレナ錠２５ｍｇ等）(850600109)	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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番173】
10418	共通	施設要件の記載が必要です。（キムリア点滴静注）			キムリア点滴静注(629700401)		施設要件ア（キムリア点滴静注）(820600052) 施設要件イ（キムリア点滴静注）(820600053)	投与開始に当たっては、施設要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番73】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10419	DPC病院以外	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、ＡＦＰの検査値、検査の実施年月日の記載が必要です。（サイラムザ点滴静注液）			サイラムザ点滴静注液１００ｍｇ　１０ｍＬ(622417901) サイラムザ点滴静注液５００ｍｇ　５０ｍＬ(622418001)	ＡＦＰの検査値（サイラムザ点滴静注液１００ｍｇ等）；(830600033) ＡＦＰ検査の実施年月日（サイラムザ点滴静注液１００ｍｇ等）(850600032)		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。	別表Ⅱ 【項番78】
10420	DPC病院以外	検査実施月と初回投与の場合、ＦＧＦ２３過剰を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（クリースビータ皮下注）			クリースビータ皮下注１０ｍｇ　１ｍＬ(629902001) クリースビータ皮下注２０ｍｇ　１ｍＬ(629902101) クリースビータ皮下注３０ｍｇ　１ｍＬ(629902201)		ＦＧＦ２３の過剰を確認した検査の実施年月日（クリースビータ皮下注１０ｍｇ等）(850600026) ＦＧＦ２３の過剰を確認した検査の実施年月日（初回投与）（クリースビータ皮下注１０ｍｇ等）(850600027)	FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日を記載すること。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。、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。	別表Ⅱ 【項番74】
10421	共通	検査実施月と初回投与の場合、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の記載が必要です。（タブレクタ錠）			タブレクタ錠１５０ｍｇ(622821201) タブレクタ錠２００ｍｇ(622821301)		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）(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（初回投与）（タブレクタ錠１５０ｍｇ等）(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を記載すること。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番97】
10422	共通	検査実施月と初回投与の場合、遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（ビルテプソ点滴静注）			ビルテプソ点滴静注２５０ｍｇ　５ｍＬ(622806301)		遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日（ビルテプソ点滴静注２５０ｍｇ）(850600148) 遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ビルテプソ点滴静注２５０ｍｇ）(850600149)	遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日を記載すること。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること、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。	別表Ⅱ 【項番132】
10423	共通	がん化学療法後に増悪したHER2陽性の治癒切除不能な進行・再発の胃癌に用いる場合は、一次治療及び二次治療で実施した化学療法の記載が必要です。（エンハーツ点滴静注用）	病名に疑いを除く	ＨＥＲ２陽性胃癌(8849698)	エンハーツ点滴静注用１００ｍｇ(629907101)	一次治療で実施した化学療法（エンハーツ点滴静注用１００ｍｇ）；(830600022) 二次治療で実施した化学療法（エンハーツ点滴静注用１００ｍｇ）；(830600023)		がん化学療法後に増悪したHER2陽性の治癒切除不能な進行・再発の胃癌の場合 一次治療及び二次治療の治療歴を有し、かつ、トラスツズマブ（遺伝子組換え）を含む化学療法による治療歴を有する患者に投与することとし、一次治療及び二次治療で実施した化学療法を記載すること。	別表Ⅱ 【項番32】
10424	共通	投与が必要と判断した理由の記載が必要です。（ステボロニン点滴静注）			ステボロニン点滴静注バッグ９０００ｍｇ３００ｍＬ　９，０００ｍｇ(622797601)		投与が必要と判断した理由（ステボロニン点滴静注バッグ９０００ｍｇ／３００ｍＬ）；(830600044)	本剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	別表Ⅱ 【項番85】
10425	共通	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、投与日齢、抗ＡＡＶ９抗体陰性を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（ゾルゲンスマ点滴静注）			ゾルゲンスマ点滴静注(629700501)	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）(850600045) 本品の投与日齢（ゾルゲンスマ点滴静注）(842600011) 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）(850600046)		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 ・本品の投与日齢 ・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	別表Ⅱ 【項番92】
10426	共通	過去の算定年月日の記載が必要です。（がん患者指導管理料ハ）			がん患者指導管理料（抗悪性腫瘍剤の必要等文書説明）(113015410) がん患者指導管理料（抗悪性腫瘍剤の必要性文書説明・情報通信機器）(113035510)		過去に算定した年月日（がん患者指導管理料ハ）(850100061)	当該患者に対して過去に当該指導管理料を算定した年月日を記載すること。	別表Ⅰ B001の23 【項番90】
10427	共通	単一建物診療患者が２人以上の場合、その人数の記載が必要です。（在宅患者訪問栄養食事指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料２）	外来		在宅患者訪問栄養食事指導料１（単一建物診療患者が２人～９人）(114045210) 在宅患者訪問栄養食事指導料１（単一建物診療患者が１０人～）(114045310) 在宅患者訪問栄養食事指導料２（単一建物診療患者が２人～９人）(114049610) 在宅患者訪問栄養食事指導料２（単一建物診療患者が１０人～）(114049710)		単一建物患者数（在宅患者訪問栄養食事指導料）(842100042)	（単一建物診療患者が２人以上の場合） その人数を記載すること。	別表Ⅰ C009 【項番189】
10428	共通	単一建物診療患者が２人以上の場合、その人数の記載が必要です。（在宅患者訪問薬剤管理指導料）	外来		在宅患者訪問薬剤管理指導料（単一建物診療患者が２人～９人）(114044810) 在宅患者訪問薬剤管理指導料（単一建物診療患者が１０人～）(114044910)		単一建物患者数（在宅患者訪問薬剤管理指導料）(842100041)	（単一建物診療患者が２人以上の場合） その人数を記載すること。	別表Ⅰ C008 【項番188】
					施医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～２～９人）(114035610) 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～２～９人）(114035910) 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・２～９人）(114036210) 施医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～２～９人）(114036510) 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～２～９人）(114036810) 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・２～９人）(114037110) 施医総管（在支診等・難病等月２回～２～９人）(114037410) 施医総管（在支診等・月２回～２～９人）(114037710) 施医総管（在支診等・月１回・２～９人）(114038010) 施医総管（在支診等以外・難病等月２回～２～９人）(114038310) 施医総管（在支診等以外・月２回～２～９人）(114038610) 施医総管（在支診等以外・月１回・２～９人）(114038910) 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機２～９人）(114058110) 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機２～９人）(114058410) 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機２～９人）(114058710) 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機２～９人）(114059010) 施医総管（在支診等・月２回～通信機２～９人）(114059310) 施医総管（在支診等・月１回・通信機２～９人）(114059610) 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機２～９人）(114059910) 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機２～９人）(114060210) 施医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～１０～１９人）(114723910) 施医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～２０～４９人）(114724010) 施医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～５０人～）(114724110) 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～１０～１９人）(114724410) 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～２０～４９人）(114724510)				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～５０人～）（114724610） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機１０～１９人）（114724910） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機２０～４９人）（114725010） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機５０人～）（114725110） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・１０～１９人）（114725410） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・２０～４９人）（114725510） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・５０人～）（114725610） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機１０～１９人）（114725910） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機２０～４９人）（114726010） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機５０人～）（114726110） 施医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～１０～１９人）（114726210） 施医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～２０～４９人）（114726310） 施医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～５０人～）（114726410） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～１０～１９人）（114726710） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～２０～４９人）（114726810） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～５０人～）（114726910） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機１０～１９人）（114727210） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機２０～４９人）（114727310） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機５０人～）（114727410） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・１０～１９人）（114727710） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・２０～４９人）（114727810） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・５０人～）（114727910） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機１０～１９人）（114728210） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機２０～４９人）（114728310） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機５０人～）（114728410） 施医総管（在支診等・難病等月２回～１０～１９人）（114728510） 施医総管（在支診等・難病等月２回～２０～４９人）（114728610） 施医総管（在支診等・難病等月２回～５０人～）（114728710） 施医総管（在支診等・月２回～１０～１９人）（114729010） 施医総管（在支診等・月２回～２０～４９人）（114729110） 施医総管（在支診等・月２回～５０人～）（114729210） 施医総管（在支診等・月２回～通信機１０～１９人）（114729510） 施医総管（在支診等・月２回～通信機２０～４９人）（114729610） 施医総管（在支診等・月２回～通信機５０人～）（114729710） 施医総管（在支診等・月１回・１０～１９人）（114730010） 施医総管（在支診等・月１回・２０～４９人）（114730110） 施医総管（在支診等・月１回・５０人～）（114730210） 施医総管（在支診等・月１回・通信機１０～１９人）（114730510） 施医総管（在支診等・月１回・通信機２０～４９人）（114730610） 施医総管（在支診等・月１回・通信機５０人～）（114730710） 施医総管（在支診等以外・難病等月２回～１０～１９人）（114730810） 施医総管（在支診等以外・難病等月２回～２０～４９人）（114730910） 施医総管（在支診等以外・難病等月２回～５０人～）（114731010） 施医総管（在支診等以外・月２回～１０～１９人）（114731310） 施医総管（在支診等以外・月２回～２０～４９人）（114731410） 施医総管（在支診等以外・月２回～５０人～）（114731510） 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機１０～１９人）（114731810） 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機２０～４９人）（114731910） 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機５０人～）（114732010） 施医総管（在支診等以外・月１回・１０～１９人）（114732310） 施医総管（在支診等以外・月１回・２０～４９人）（114732410） 施医総管（在支診等以外・月１回・５０人～）（114732510） 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機１０～１９人）（114732810） 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機２０～４９人）（114732910） 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機５０人～）（114733010）			
10429	共通	単一建物診療患者が２人以上の場合、その人数の記載が必要です。（施設入居時等医学総合管理料）	外来		施医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～２０～４９人減）（114734410） 施医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～５０人～減）（114734510） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～１０～１９人減）（114734610） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～２０～４９人減）（114734710） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～５０人～減）（114734810） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機１０～１９人減）（114734910） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機２０～４９人減）（114735010） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機５０人～減）（114735110）	単一建物診療患者数（施医総管）（842100036）	（単一建物診療患者が２人以上の場合） その人数を記載すること。	別表Ⅰ C002-2 【項番166】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機５０人～減）（114735210） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・１０～１９人減）（114735310） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・２０～４９人減）（114735410） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・５０人～減）（114735510） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機１０～１９人減）（114735610） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機２０～４９人減）（114735710） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機５０人～減）（114735810） 施医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～１０～１９人減）（114735910） 施医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～２０～４９人減）（114736010） 施医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～５０人～減）（114736110） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～１０～１９人減）（114736210） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～２０～４９人減）（114736310） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～５０人～減）（114736410） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機１０～１９人減）（114736510） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機２０～４９人減）（114736610） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機５０人～減）（114736710） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・１０～１９人減）（114736810） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・２０～４９人減）（114736910） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・５０人～減）（114737010） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機１０～１９人減）（114737110） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機２０～４９人減）（114737210） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機５０人～減）（114737310） 施医総管（在支診等・難病等月２回～１０～１９人減）（114737410） 施医総管（在支診等・難病等月２回～２０～４９人減）（114737510） 施医総管（在支診等・難病等月２回～５０人～減）（114737610） 施医総管（在支診等・月２回～１０～１９人減）（114737710） 施医総管（在支診等・月２回～２０～４９人減）（114737810） 施医総管（在支診等・月２回～５０人～減）（114737910） 施医総管（在支診等・月２回～通信機１０～１９人減）（114738010） 施医総管（在支診等・月２回～通信機２０～４９人減）（114738110） 施医総管（在支診等・月２回～通信機５０人～減）（114738210） 施医総管（在支診等・月１回・１０～１９人減）（114738310） 施医総管（在支診等・月１回・２０～４９人減）（114738410） 施医総管（在支診等・月１回・５０人～減）（114738510） 施医総管（在支診等・月１回・通信機１０～１９人減）（114738610） 施医総管（在支診等・月１回・通信機２０～４９人減）（114738710） 施医総管（在支診等・月１回・通信機５０人～減）（114738810） 施医総管（在支診等以外・難病等月２回～１０～１９人減）（114738910） 施医総管（在支診等以外・難病等月２回～２０～４９人減）（114739010） 施医総管（在支診等以外・難病等月２回～５０人～減）（114739110） 施医総管（在支診等以外・月２回～１０～１９人減）（114739210） 施医総管（在支診等以外・月２回～２０～４９人減）（114739310） 施医総管（在支診等以外・月２回～５０人～減）（114739410） 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機１０～１９人減）（114739510） 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機２０～４９人減）（114739610） 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機５０人～減）（114739710） 施医総管（在支診等以外・月１回・１０～１９人減）（114739810） 施医総管（在支診等以外・月１回・２０～４９人減）（114739910） 施医総管（在支診等以外・月１回・５０人～減）（114740010） 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機１０～１９人減）（114740110） 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機２０～４９人減）（114740210） 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機５０人～減）（114740310） 施医総管（在支診等以外・難病等月２回～１０～１９人・注８注１４）（114744810） 施医総管（在支診等以外・難病等月２回～２０～４９人・注８注１４）（114744910） 施医総管（在支診等以外・難病等月２回～５０人～・注８注１４）（114745010） 施医総管（在支診等以外・月２回～１０～１９人・注８注１４）（114745110） 施医総管（在支診等以外・月２回～２０～４９人・注８注１４）（114745210） 施医総管（在支診等以外・月２回～５０人～・注８注１４）（114745310） 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機１０～１９人・注８注１４）（114745410）				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					施医総管（在支診等以外・月２回～通信機２０～４９人・注８注１４）(114745510) 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機５０人～・注８注１４）(114745610) 施医総管（在支診等以外・月１回・１０～１９人・注８注１４）(114745710) 施医総管（在支診等以外・月１回・２０～４９人・注８注１４）(114745810) 施医総管（在支診等以外・月１回・５０人～・注８注１４）(114745910) 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機１０～１９人・注８注１４）(114746010) 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機２０～４９人・注８注１４）(114746110) 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機５０人～・注８注１４）(114746210)				
10430	共通	病態の度重なる変化等による複数回の受診のため2回以上算定する場合、その詳細な理由の記載が必要です。（地域連携夜間・休日診療料）	２回以上		地域連携夜間・休日診療料(113011610) **<<回数を２回以上とする>>**		２回以上算定する理由（地域連携夜間・休日診療料）；(830100069)	（病態の度重なる変化等による複数回の受診のため２回以上算定する場合） その理由を詳細に記載すること。	別表Ⅰ B001-2-4 【項番104】
					プレビタＳ注射液　５ｍＬ(643160022) チョコラＡ錠１万単位　１０，０００単位(620004528) チョコラＡ末１万単位／ｇ　１０，０００単位(620004530) チョコラＡ滴０．１万単位／滴　３０，０００単位(620004529) チョコラＡ筋注５万単位(620005181) チアミン塩化物塩酸塩散　０．１％(613120056) チアミン塩化物塩酸塩散　１％(613120061) チアミン塩化物塩酸塩散０．１％「日新」(620679404) ビタミンＢ１注１０ｍｇ「イセイ」(620008385) チアミン塩化物塩酸塩注１０ｍｇ「ＮＰ」(620680408) チアミン塩化物塩酸塩注射液１０ｍｇ「日医工」(620680414) チアミン塩化物塩酸塩注１０ｍｇ「日新」(620680419) チアミン塩化物塩酸塩注射液１０ｍｇ「ツルハラ」(620680420) チアミン塩化物塩酸塩注射液５０ｍｇ「ツルハラ」(620680604) チアミン塩化物塩酸塩注射液　５ｍｇ(643120100) チアミン塩化物塩酸塩注射液　１０ｍｇ(643120101) チアミン塩化物塩酸塩注射液　２０ｍｇ(643120102) チアミン塩化物塩酸塩注射液　５０ｍｇ(643120103) メタボリンＧ注射液１０ｍｇ(643120203) メタボリンＧ注射液２０ｍｇ(643120211) メタボリン注射液５０ｍｇ(643120216) ジセタミン錠２５　２５ｍｇ(613120013) チアミンジスルフィド錠１０ｍｇ「ツルハラ」(620681602) バイオゲン静注５０ｍｇ　２０ｍＬ(620004719) ベストン糖衣錠（２５ｍｇ）(613120052) ２５ｍｇアリナミンＦ糖衣錠(613120001) ５０ｍｇアリナミンＦ糖衣錠(613120002) ５ｍｇアリナミンＦ糖衣錠(613120003) フルスルチアミン錠２５ｍｇ「トーワ」(620682801) フルスルチアミン注５０ｍｇ「日新」　２０ｍＬ(620684102) フルスルチアミン静注５０ｍｇ「トーワ」　２０ｍＬ(620684302) フルスルチアミン静注液５０ｍｇ「日医工」　２０ｍＬ(620684401) アリナミンＦ５注　５ｍｇ(640454001) アリナミンＦ１０注　１０ｍｇ(640454002) アリナミンＦ１００注　１００ｍｇ２０ｍＬ(643120012) アリナミンＦ２５注　２５ｍｇ１０ｍＬ(643120013) アリナミンＦ５０注　５０ｍｇ２０ｍＬ(643120014) アリナミン注射液１０ｍｇ(640463002) ハイボン錠２０ｍｇ(610463151) ハイボン細粒１０％(613130165) ハイボン細粒２０％(613130166) リボフラビン酪酸エステル細粒１０％「ツルハラ」(620689802) リボフラビン酪酸エステル錠２０ｍｇ「イセイ」(620690701) リボフラビン酪酸エステル錠２０ｍｇ「杏林」(620691002) リボフラビン酪酸エステル錠２０ｍｇ「ツルハラ」(620691102) リボフラビン注射液１０ｍｇ「日医工」(620695105) リボフラビンリン酸エステルナトリウム注射液　１ｍｇ(643130186) リボフラビンリン酸エステルナトリウム注射液　５ｍｇ(643130187) リボフラビンリン酸エステルナトリウム注射液　１０ｍｇ(643130188) リボフラビンリン酸エステルナトリウム注射液　２０ｍｇ(643130189) ホスフラン注－５ｍｇ(643130315) ビスラーゼ注射液１０ｍｇ(643130318) ビタミンＢ２注１％「イセイ」　１０ｍｇ(643130321) ホスフラン注－１０ｍｇ(643130323) ビスラーゼ注射液２０ｍｇ(643130325) ホスフラン注－２０ｍｇ(643130326) ニコチン酸注射液　２０ｍｇ(643130074) ニコチン酸注射液　５０ｍｇ(643130075) ニコチン酸アミド散１０％「ゾンネ」(620007009) パントシン散２０％(610454063) パントシン錠１００　１００ｍｇ(613130222) パントシン錠６０　６０ｍｇ(613130223) パントシン錠２００　２００ｍｇ(613130504) パントシン細粒５０％(620002093) パントシン錠３０　３０ｍｇ(620002094) パンテチン散２０％「テバ」(620695916) パンテチン細粒２０％「ツルハラ」(620696210) パンテチン錠３０ｍｇ「ツルハラ」(620696601) パンテチン錠６０ｍｇ「ツルハラ」(620697001) パンテチン錠１００ｍｇ「ＹＤ」(620698003) パントシン注１０％　２００ｍｇ(643130107) パントシン注５％　１００ｍｇ(643130108) パンテノール注１００ｍｇ「ＫＣＣ」(620699501) パンテノール注２５０ｍｇ「ＫＣＣ」(620699802) パンテノール注５００ｍｇ「ＫＣＣ」(620700102) パントール注射液１００ｍｇ(643130103) パントール注射液２５０ｍｇ(643130104)				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10431 <<未対象>>	共通	ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を記載する必要があります。病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合は除きます。 （処方箋料+ビタミン剤）	同日	処方箋料（リフィル以外・向精神薬多剤投与）（120003710） 処方箋料（リフィル以外・７種類以上内服薬）（120002710） 処方箋料（リフィル以外・向精神薬長期処方）（120004610） 処方箋料（リフィル以外・その他）（120002910） 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬多剤投与）（120004710） 処方箋料（リフィル処方箋・７種類以上内服薬）（120004810） 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬長期処方）（120004910） 処方箋料（リフィル処方箋・その他）（120005010） 処方箋料（リフィル以外・向精神薬多剤投与・特定保険薬局）（120005810） 処方箋料（リフィル以外・７種類以上内服薬・特定保険薬局）（120005910） 処方箋料（リフィル以外・向精神薬長期処方・特定保険薬局）（120006010） 処方箋料（リフィル以外・その他・特定保険薬局）（120006110） 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬多剤投与・特定保険薬局）（120006210） 処方箋料（リフィル処方箋・７種類以上内服薬・特定保険薬局）（120006310） 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬長期処方・特定保険薬局）（120006410） 処方箋料（リフィル処方箋・その他・特定保険薬局）（120006510） **<<上記項目をORで登録する>>**	パントール注射液５００ｍｇ(643130105) パントテン酸カルシウム(613130226) ピリドキシン塩酸塩(613130464) ビタミンＢ６散１０％「マルイシ」(620005070) ビタミンＢ６錠３０ｍｇ「Ｆ」(620007048) ピリドキシン塩酸塩注射液１０ｍｇ「日医工」(620704103) ピリドキシン塩酸塩注射液　１０ｍｇ(643130197) ピリドキシン塩酸塩注射液　３０ｍｇ(643130199) ビーシックス注「フソー」－１０ｍｇ(643130333) ビーシックス注「フソー」－３０ｍｇ(643130339) ピドキサール錠１０ｍｇ(610463157) ピドキサール錠２０ｍｇ(610463158) ピドキサール錠３０ｍｇ(610463159) ピリドキサール錠１０ｍｇ「イセイ」(613130299) ピリドキサール錠３０ｍｇ「イセイ」(613130300) ピリドキサール錠１０ｍｇ「ツルハラ」(620701702) ピリドキサール錠２０ｍｇ「ツルハラ」(620703202) ピリドキサール錠３０ｍｇ「ツルハラ」(620703412) ピリドキサール注１０ｍｇ「イセイ」(620003787) ピドキサール注１０ｍｇ(640433063) ピドキサール注３０ｍｇ(640433064) フォリアミン散１００ｍｇ／ｇ　１０％(610463168) 葉酸錠　５ｍｇ(613130469) フォリアミン錠　５ｍｇ(613130585) 葉酸注射液　１５ｍｇ(643130211) フォリアミン注射液　１５ｍｇ(643130341) ハイコバールカプセル５００μｇ　０．５ｍｇ(613130159) マスブロン注１ｍｇ(620005225) フレスミンＳ注射液１０００μｇ　１ｍｇ(620007483) シアノコバラミン注射液１ｍｇ「ツルハラ」(620008367) シアノコバラミン注１０００μｇ「ＮＰ」　１ｍｇ(620711309) シアノコバラミン注射液１ｍｇ「日医工」(620711313) シアノコバラミン注射液１ｍｇ「杏林」(620711317) シアノコバラミン注射液　１００μｇ(643130059) シアノコバラミン注射液　１ｍｇ(643130061) シアノコバラミン注射液１，０００μｇ「トーワ」　１ｍｇ(643130346) ハイシー顆粒２５％(610454055) アスコルビン酸(613140001) アスコルビン酸散　１０％(613140003) アスコルビン酸散　２０％(613140004) ビタミンＣ散「フソー」－１００ｍｇ　１０％(613140025) アスコルビン酸（岩城）(620000705) アスコルビン酸「ケンエー」(620000709) アスコルビン酸原末「マルイシ」(620008574) アスコルビン酸「ニッコー」(620712212) アスコルビン酸注射液１００ｍｇ「サワイ」(620009258) アスコルビン酸注射液５００ｍｇ「サワイ」(620009259) アスコルビン酸注１００ｍｇ「イセイ」(620712401) アスコルビン酸注射液１００ｍｇ「トーワ」(620712409) アスコルビン酸注１００ｍｇ「ＮＰ」(620712410) アスコルビン酸注射液１００ｍｇ「ツルハラ」(620712413) アスコルビン酸注射液１００ｍｇ「日医工」(620712416) アスコルビン酸注５００ｍｇ「イセイ」(620712601) アスコルビン酸注射液５００ｍｇ「トーワ」(620712609) アスコルビン酸注５００ｍｇ「ＮＰ」(620712610) アスコルビン酸注射液５００ｍｇ「ツルハラ」(620712613) アスコルビン酸注射液５００ｍｇ「日医工」(620712622) アスコルビン酸注１ｇ「ＮＰ」(620712704) アスコルビン酸注射液１０００ｍｇ「トーワ」　１ｇ(620712706) アスコルビン酸注射液２０００ｍｇ「トーワ」　２ｇ(620712803) アスコルビン酸注５００ｍｇＰＢ「日新」(621652101) アスコルビン酸注射液　１００ｍｇ(643140002) アスコルビン酸注射液　２００ｍｇ(643140003) アスコルビン酸注射液　５００ｍｇ(643140004) アスコルビン酸注射液　１ｇ(643140005) アスコルビン酸注射液　２ｇ(643140006) ビタシミン注射液１００ｍｇ(643140021) ビタミンＣ注「フソー」－１００ｍｇ(643140026) ビタＣ注１０％　１００ｍｇ(643140027) ビタシミン注射液５００ｍｇ(643140039) ビタミンＣ注「フソー」－５００ｍｇ(643140044) ビタＣ注２５％　５００ｍｇ(643140045) ビタミンＣ注「フソー」－２ｇ(643140054) クリストファン注　２０ｍＬ(643140011) ユベラ錠５０ｍｇ(620003638) トコフェロール酢酸エステル顆粒２０％「ツルハラ」(620713302) トコフェロール酢酸エステル錠５０ｍｇ「トーワ」(620713501) トコフェロール酢酸エステル錠１００ｍｇ「ツルハラ」(620714102) カチーフＮ散１０ｍｇ／ｇ　１％(610463060) カチーフＮ錠５ｍｇ(620003535) ケーワン錠５ｍｇ(620004982) ビタミンＫ１錠５ｍｇ「ツルハラ」(620715001) ケイツーカプセル５ｍｇ(613150128) ケイツーシロップ０．２％(620004486) ケイツーＮ静注１０ｍｇ(620717601) ビフロキシン配合錠(620718101) ビタノイリンカプセル２５(610454065) ビタノイリンカプセル５０(610454066) アリチア配合錠(620718601) ノイロビタン配合錠(620719401) ビタダン配合錠(620719601) ビタメジン配合散(620719901) ビタメジン配合カプセルＢ２５(620720101) ビタメジン配合カプセルＢ５０(620720201) ネオラミン・スリービー液（静注用）　１０ｍＬ(643180007) ビタメジン静注用(643180017) ノルニチカミン注　１０ｍＬ(643180037) ナイロジン注　１０ｍＬ(643180047) リメファー３Ｂ注射液　１０ｍＬ(643180053)	ビタミン剤の投与趣旨（薬剤料・処方箋料）；(830100202)	（ビタミン剤を投与した場合） 当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を記載すること。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。	別表Ⅰ F200 F400 【項番370】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					シーパラ注　２ｍＬ(643180004) ダイビタミックス注　２ｍＬ(643180005) シナール配合顆粒(620720901) シーピー配合顆粒(620721001) シナール配合錠(620721301) ビタジェクト注キット　２筒(620006287) ダイメジン・マルチ注(640407176) オーツカＭＶ注　１瓶１管(643180039) マルタミン注射用(643180040) 調剤用パンビタン末(613180067) チアミン塩化物塩酸塩注５ｍｇ「フソー」(620680303) チアミン塩化物塩酸塩注１０ｍｇ「フソー」(620680409) チアミン塩化物塩酸塩注２０ｍｇ「フソー」(620680505) チアミン塩化物塩酸塩注５０ｍｇ「フソー」(620680603) ジアイナ配合カプセル(620718301) ジアイナ配合静注液　１０ｍＬ(620723302) パンテチン錠１００ｍｇ「シオエ」(620697701) パンテチン注２００ｍｇ「ＫＣＣ」(620699301) チアミンジスルフィド・Ｂ６・Ｂ１２配合１０ｍＬ注射液(622902700) フルスルチアミン塩酸塩５０ｍｇ２０ｍＬ注射液(622902100) リボフラビン酪酸エステル２０ｍｇ錠(622896100) ピリドキサールリン酸エステル１０ｍｇ錠(622896400) ピリドキサールリン酸エステル３０ｍｇ錠(622896500) パンテチン１００ｍｇ錠(622896300) チアミン塩化物塩酸塩注射液１０ｍｇ「ＶＴＲＳ」(620680429) チアミン塩化物塩酸塩注射液２０ｍｇ「ＶＴＲＳ」(620680515) トコフェロール酢酸エステルカプセル１００ｍｇ「ＶＴＲＳ」(620714403) ２５ｍｇアリナミンＦ糖衣錠（選）(673120001) アリナミンＦ５０注　５０ｍｇ２０ｍＬ（選）(673120014) ネオラミン・スリービー液（静注用）　１０ｍＬ（選）(673180007) ハイボン細粒１０％（選）(673130165) ハイボン錠２０ｍｇ（選）(670463151) カチーフＮ錠５ｍｇ（選）(670003535) ケーワン錠５ｍｇ（選）(670004982) パントシン散２０％（選）(670454063) パントシン錠１００　１００ｍｇ（選）(673130222) パントシン錠６０　６０ｍｇ（選）(673130223) ピドキサール錠２０ｍｇ（選）(670463158) ピドキサール錠３０ｍｇ（選）(670463159)			
					ＭＳ温シップ「タイホウ」(660407074) ＭＳ温シップ「タカミツ」(660407075) ＭＳ冷シップ「タイホウ」(660407077) ＭＳ冷シップ「タカミツ」(660407078) カトレップパップ７０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620004797) イドメシンコーワパップ７０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620006382) ハップスターＩＤ７０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620006480) アコニップパップ７０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620007560) インサイドパップ７０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620007596) インテナースパップ７０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620007598) インドメタシンパップ７０ｍｇ「日医工」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620007603) ラクティオンパップ７０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620007806) コリフメシンパップ７０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620638601) インドメタシンパップ７０ｍｇ「ＢＭＤ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(621293403) インドメタシンパップ７０ｍｇ「ＹＤ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(621704501) インドメタシンパップ７０ｍｇ「三友」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(621936501) カトレップテープ７０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622034401) カトレップテープ３５ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ(622034301) アドフィードパップ４０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620006366) ゼポラスパップ４０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620007658) ゼポラステープ２０ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ(620008249) ゼポラステープ４０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620008250) フルルバンパップ４０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620646901) ヤクバンテープ４０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620647301) ヤクバンテープ２０ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ(621415301) ヤクバンテープ６０ｍｇ　１５ｃｍ×１４ｃｍ(621832001) ロキソニンテープ５０ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ(620007812) ロキソニンテープ１００ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620007813) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「タカタ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622227301) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「タカタ」　１０×１４ｃｍ(622227401) ロキソプロフェンナトリウムテープ５０ｍｇ「日医工」　７×１０ｃｍ(622229601) ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「日医工」　１０×１４(622229701) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「ＹＤ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622234101) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ＹＤ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622234201) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「杏林」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622235301) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「杏林」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622235401) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「トーワ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622237201) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「トーワ」　１０×１４ｃｍ(622237301) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「アメル」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622238701) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「アメル」　１０×１４ｃｍ(622238801) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「ＱＱ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622240502)			

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ＱＱ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622240602) ロキソプロフェンナトリウムテープ５０ｍｇ「タイホウ」　７×１０(622242801) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇタイホウ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622242901) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「ＦＦＰ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622247801) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ＦＦＰ」　１０×１４ｃｍ(622247901) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「久光」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622250202) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「久光」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622250302) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「三和」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622250901) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「三和」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622251001) ロキソプロフェンナトリウムテープ５０ｍｇ「ケミファ」　７×１０(622252201) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇケミファ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622252301) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「ＪＧ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622256901) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ＪＧ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622257001) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「ＮＰ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622259301) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ＮＰ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622259401) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「ユートク」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622259701) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ユートク」　１０×１４ｃｍ(622259801) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「科研」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622260201) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「科研」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622260301) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「三笠」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622261301) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「三笠」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622261401) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「ラクール」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622262101) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ラクール」　１０×１４ｃｍ(622262201) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「三友」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622363201) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「三友」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622363301) ロキソニンパップ１００ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620003477) ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「タカタ」　１０×１４ｃｍ(622227201) ロキソプロフェンナトリウムパップ１００ｍｇ「日医工」　１０×１４(622229501) ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「ＹＤ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622234301) ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「杏林」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622235501) ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「トーワ」　１０×１４ｃｍ(622237101) ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「ＱＱ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622240702) ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「三和」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622251101) ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇケミファ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622252401) ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「ＪＧ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622257101) ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「ＮＰ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622259501) ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「三笠」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622261501) ロキソプロフェンＮａパップ２００ｍｇ「三笠」　２０ｃｍ×１４ｃｍ(622261601) ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「テイコク」　１０×１４ｃｍ(622507601) ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「ラクール」　１０×１４ｃｍ(622817001) モーラスパップ３０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620006538) モーラスパップ６０ｍｇ　２０ｃｍ×１４ｃｍ(620006539) ケトプロフェンパップ３０ｍｇ「ラクール」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620007638) ミルタックスパップ３０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620007796) ケトプロフェンパップ６０ｍｇ「ラクール」　２０ｃｍ×１４ｃｍ(620008245) ケトプロフェンパップ３０ｍｇ「日医工」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620644101) ケトプロフェンパップ３０ｍｇ「三和」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620644301) ケトプロフェン（３０ｍｇ）１０ｃｍ×１４ｃｍ貼付剤(622779200) ケトプロフェン（６０ｍｇ）２０ｃｍ×１４ｃｍ貼付剤(622779500) ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「日医工」　７ｃｍ×１０ｃｍ(620004799) モーラステープＬ４０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620007804) モーラステープ２０ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ(620007805) ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「ラクール」　７ｃｍ×１０ｃｍ(620008545) ケトプロフェンテープ４０ｍｇ「ラクール」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620008546)				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10432 <<未対象>>	共通	所定単位当たりの薬剤名、湿布薬の枚数としての投与量を記載した上で、湿布薬の枚数としての１日用量又は投与日数をする必要があります。（処方箋料+湿布薬）	同日	処方箋料（リフィル以外・向精神薬多剤投与）（120003710） 処方箋料（リフィル以外・７種類以上内服薬）（120002710） 処方箋料（リフィル以外・向精神薬長期処方）（120004610） 処方箋料（リフィル以外・その他）（120002910） 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬多剤投与）（120004710） 処方箋料（リフィル処方箋・７種類以上内服薬）（120004810） 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬長期処方）（120004910） 処方箋料（リフィル処方箋・その他）（120005010） 処方箋料（リフィル以外・向精神薬多剤投与・特定保険薬局）（120005810） 処方箋料（リフィル以外・７種類以上内服薬・特定保険薬局）（120005910） 処方箋料（リフィル以外・向精神薬長期処方・特定保険薬局）（120006010） 処方箋料（リフィル以外・その他・特定保険薬局）（120006110） 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬多剤投与・特定保険薬局）（120006210） 処方箋料（リフィル処方箋・７種類以上内服薬・特定保険薬局）（120006310） 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬長期処方・特定保険薬局）（120006410） 処方箋料（リフィル処方箋・その他・特定保険薬局）（120006510） **<<上記項目をORで登録する>>**	ケトプロフェンテープ４０ｍｇ「日医工」　１０ｃｍ×１４ｃｍ（620009595） ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「三和」　７ｃｍ×１０ｃｍ（620644501） ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「テイコク」　７ｃｍ×１０ｃｍ（620644603） ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「ＳＮ」　７ｃｍ×１０ｃｍ（620644702） ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「パテル」　７ｃｍ×１０ｃｍ（621414703） ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「トーワ」　７ｃｍ×１０ｃｍ（621414901） ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「ＢＭＤ」　７ｃｍ×１０ｃｍ（621415004） ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「東光」　７ｃｍ×１０ｃｍ（621478502） ケトプロフェンテープ４０ｍｇ「ＳＮ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ（621676202） ケトプロフェンテープ４０ｍｇ「東光」　１０ｃｍ×１４ｃｍ（621705602） ケトプロフェンテープ４０ｍｇ「パテル」　１０ｃｍ×１４ｃｍ（621779503） ケトプロフェンテープ４０ｍｇ「テイコク」　１０ｃｍ×１４ｃｍ（621793003） ケトプロフェンテープ４０ｍｇ「三和」　１０ｃｍ×１４ｃｍ（621815401） ケトプロフェンテープ４０ｍｇ「ＢＭＤ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ（621885602） ケトプロフェンテープ４０ｍｇ「トーワ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ（621979702） ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「杏林」　７ｃｍ×１０ｃｍ（622443201） ケトプロフェンテープ４０ｍｇ「杏林」　１０ｃｍ×１４ｃｍ（622443301） モーラスパップＸＲ１２０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ（622466101） モーラスパップＸＲ２４０ｍｇ　２０ｃｍ×１４ｃｍ（622529501） ケトプロフェンパップＸＲ１２０ｍｇ「テイコク」　１０×１４ｃｍ（622650901） ケトプロフェン（２０ｍｇ）７ｃｍ×１０ｃｍ貼付剤（622779300） ケトプロフェン（４０ｍｇ）１０ｃｍ×１４ｃｍ貼付剤（622779400） ケトプロフェン（１２０ｍｇ）１０ｃｍ×１４ｃｍ貼付剤（622779600） ラクール温シップ（660463038） ラクール冷シップ（660463039） ロコアテープ　１０ｃｍ×１４ｃｍ（622448701） セルタッチパップ１４０　２０ｃｍ×１４ｃｍ（620005744） セルタッチパップ７０　１０ｃｍ×１４ｃｍ（620007662） フェルビナクテープ７０ｍｇ「ＥＭＥＣ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ（620007749） フェルビナクパップ７０ｍｇ「ラクール」　１０ｃｍ×１４ｃｍ（620646004） フェルビナクパップ７０ｍｇ「サワイ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ（620646101） フェルビナクパップ７０ｍｇ「東光」　１０ｃｍ×１４ｃｍ（620646403） フェルビナクパップ７０ｍｇ「ユートク」　１０ｃｍ×１４ｃｍ（621293701） フェルビナクテープ７０ｍｇ「久光」　１０ｃｍ×１４ｃｍ（621521801） フェルビナクパップ７０ｍｇ「タイホウ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ（621763801） フェルビナクパップ１４０ｍｇ「ラクール」　２０ｃｍ×１４ｃｍ（621975102） フェルビナクパップ１４０ｍｇ「東光」　２０ｃｍ×１４ｃｍ（621975202） セルタッチテープ７０　１０ｃｍ×１４ｃｍ（622036801） フェルビナクパップ７０ｍｇ「ＮＰ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ（622216701） フェルビナク（３５ｍｇ）７ｃｍ×１０ｃｍ貼付剤（622779800） フェルビナク（１４０ｍｇ）２０ｃｍ×１４ｃｍ貼付剤（622779900） ジクロフェナクナトリウムテープ１５ｍｇ「テイコク」　７×１０ｃｍ（620005738） ジクロフェナクナトリウムテープ１５ｍｇ「ユートク」　７×１０ｃｍ（620005739） ジクロフェナクナトリウムテープ３０ｍｇテイコク　１０×１４ｃｍ（620005740） ジクロフェナクナトリウムテープ３０ｍｇユートク　１０×１４ｃｍ（620005741） ナボールテープＬ３０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ（620007711） ナボールテープ１５ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ（620007712） ボルタレンテープ１５ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ（620007788） ボルタレンテープ３０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ（620007789） ジクロフェナクＮａテープ１５ｍｇ「ラクール」　７ｃｍ×１０ｃｍ（620009597） ジクロフェナクＮａテープ３０ｍｇ「ラクール」　１０ｃｍ×１４ｃｍ（620009599） ジクロフェナクナトリウムテープ１５ｍｇ「ＪＧ」　７ｃｍ×１０ｃｍ（621939001） ジクロフェナクナトリウムテープ３０ｍｇ「ＪＧ」　１０×１４ｃｍ（621939101） ジクロフェナクＮａテープ１５ｍｇ「トーワ」　７ｃｍ×１０ｃｍ（621947301） ジクロフェナクＮａテープ３０ｍｇ「トーワ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ（621947401） ジクロフェナクＮａテープ１５ｍｇ「日医工」　７ｃｍ×１０ｃｍ（621949901） ジクロフェナクＮａテープ３０ｍｇ「日医工」　１０ｃｍ×１４ｃｍ（621950001） ジクロフェナクナトリウムテープ１５ｍｇ「ＮＰ」　７ｃｍ×１０ｃｍ（621957101）	鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤の１日用量又は投与日数（薬剤料）；（830100204）	（鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤を投与した場合） 所定単位当たりの薬剤名、貼付剤の枚数としての投与量を記載した上で、貼付剤の枚数としての１日用量又は投与日数を記載すること。	別表Ⅰ F200 F400 【項番370】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					ジクロフェナクナトリウムテープ３０ｍｇ「ＮＰ」　１０×１４ｃｍ(621957201) ジクロフェナクナトリウムテープ１５ｍｇ「三和」　７ｃｍ×１０ｃｍ(621968401) ジクロフェナクナトリウムテープ３０ｍｇ「三和」　１０×１４ｃｍ(621968501) ジクロフェナクＮａテープ１５ｍｇ「日本臓器」　７ｃｍ×１０ｃｍ(621969301) ジクロフェナクＮａテープ３０ｍｇ「日本臓器」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(621969401) ジクロフェナクナトリウム（１５ｍｇ）７ｃｍ×１０ｃｍ貼付剤(622780400) ジクロフェナクナトリウム（３０ｍｇ）１０ｃｍ×１４ｃｍ貼付剤(622780500) ナボールパップ７０ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ(620007713) ナボールパップ１４０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620007714) ジクロフェナクＮａパップ７０ｍｇ「ラクール」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622006501) ジクロフェナクＮａパップ１４０ｍｇ「ラクール」　１０×１４ｃｍ(622006601) ジクロフェナクＮａパップ７０ｍｇ「日本臓器」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622030501) ジクロフェナクＮａパップ１４０ｍｇ「日本臓器」　１０×１４ｃｍ(622030601) ジクロフェナクＮａパップ２８０ｍｇ「ラクール」　２０×１４ｃｍ(622363101) ジクロフェナクナトリウム（７０ｍｇ）７ｃｍ×１０ｃｍ貼付剤(622780600) フルルビプロフェンテープ２０ｍｇ「ＱＱ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622082902) フェルビナクテープ７０ｍｇ「三笠」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(621877401) フェルビナクテープ３５ｍｇ「三笠」　７ｃｍ×１０ｃｍ(621478701) フルルビプロフェンテープ４０ｍｇ「ＱＱ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(621612503) インドメタシンパップ７０ｍｇ「ハラサワ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620639002) フェルビナクテープ７０ｍｇ「ＮＰ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620646303) フェルビナクテープ３５ｍｇ「ＮＰ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(621981802) ロキソプロフェンＮａパップ２００ｍｇ「ラクール」　２０×１４ｃｍ(622864901) ロキソプロフェンナトリウム（５０ｍｇ）７ｃｍ×１０ｃｍ貼付剤(622907800) ケトプロフェンテープＳ２０ｍｇ「テイコク」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622948501) ゼポラステープ２０ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ（選）(670008249) ゼポラステープ４０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ（選）(670008250) セルタッチテープ７０　１０ｃｍ×１４ｃｍ（選）(672036801) セルタッチパップ１４０　２０ｃｍ×１４ｃｍ（選）(670005744) セルタッチパップ７０　１０ｃｍ×１４ｃｍ（選）(670007662) ナボールテープ１５ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ（選）(670007712) ナボールテープＬ３０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ（選）(670007711) ナボールパップ１４０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ（選）(670007714) ナボールパップ７０ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ（選）(670007713) ボルタレンテープ１５ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ（選）(670007788) ミルタックスパップ３０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ（選）(670007796) モーラステープ２０ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ（選）(670007805) モーラステープＬ４０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ（選）(670007804) モーラスパップ３０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ（選）(670006538) モーラスパップ６０ｍｇ　２０ｃｍ×１４ｃｍ（選）(670006539) モーラスパップＸＲ１２０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ（選）(672466101) ヤクバンテープ２０ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ（選）(671415301) ヤクバンテープ４０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ（選）(670647301) イドメシンパップ７０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620637903) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「ＴＷ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622237202) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ＴＷ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622237302) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「ＤＳＥＰ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622972501) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ＤＳＥＰ」　１０×１４ｃｍ(622972601)				
					カトレップパップ７０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620004797) イドメシンコーワパップ７０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620006382) ハップスターＩＤ７０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620006480) アコニップパップ７０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620007560) インサイドパップ７０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620007596) インテナースパップ７０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620007598) インドメタシンパップ７０ｍｇ「日医工」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620007603) ラクティオンパップ７０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620007806) コリフメシンパップ７０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620638601) インドメタシンパップ７０ｍｇ「ＢＭＤ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(621293403) インドメタシンパップ７０ｍｇ「ＹＤ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(621704501) インドメタシンパップ７０ｍｇ「三友」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(621936501)				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					カトレップテープ７０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622034401) カトレップテープ３５ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ(622034301) アドフィードパップ４０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620006366) ゼポラスパップ４０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620007658) ゼポラステープ２０ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ(620008249) ゼポラステープ４０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620008250) フルルバンパップ４０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620646901) ヤクバンテープ４０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620647301) ヤクバンテープ２０ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ(621415301) ヤクバンテープ６０ｍｇ　１５ｃｍ×１４ｃｍ(621832001) ロキソニンテープ５０ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ(620007812) ロキソニンテープ１００ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620007813) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「タカタ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622227301) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「タカタ」　１０×１４ｃｍ(622227401) ロキソプロフェンナトリウムテープ５０ｍｇ「日医工」　７×１０ｃｍ(622229601) ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「日医工」　１０×１４(622229701) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「ＹＤ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622234101) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ＹＤ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622234201) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「杏林」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622235301) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「杏林」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622235401) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「トーワ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622237201) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「トーワ」　１０×１４ｃｍ(622237301) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「アメル」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622238701) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「アメル」　１０×１４ｃｍ(622238801) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「ＱＱ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622240502) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ＱＱ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622240602) ロキソプロフェンナトリウムテープ５０ｍｇ「タイホウ」　７×１０(622242801) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇタイホウ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622242901) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「ＦＦＰ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622247801) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ＦＦＰ」　１０×１４ｃｍ(622247901) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「久光」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622250202) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「久光」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622250302) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「三和」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622250901) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「三和」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622251001) ロキソプロフェンナトリウムテープ５０ｍｇ「ケミファ」　７×１０(622252201) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇケミファ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622252301) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「ＪＧ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622256901) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ＪＧ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622257001) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「ＮＰ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622259301) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ＮＰ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622259401) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「ユートク」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622259701) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ユートク」　１０×１４ｃｍ(622259801) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「科研」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622260201) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「科研」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622260301) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「三笠」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622261301) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「三笠」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622261401) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「ラクール」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622262101) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ラクール」　１０×１４ｃｍ(622262201) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「三友」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622363201) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「三友」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622363301) ロキソニンパップ１００ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620003477) ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「タカタ」　１０×１４ｃｍ(622227201) ロキソプロフェンナトリウムパップ１００ｍｇ「日医工」　１０×１４(622229501) ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「ＹＤ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622234301) ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「杏林」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622235501) ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「トーワ」　１０×１４ｃｍ(622237101) ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「ＱＱ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622240702) ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「三和」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622251101)				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10433 <<未対象>>	共通	1回の処方において、63枚を超えて湿布薬を投与した場合、当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨の記載が必要です。（処方箋料+湿布薬63枚超え）	同日	処方箋料（リフィル以外・向精神薬多剤投与）（120003710） 処方箋料（リフィル以外・７種類以上内服薬）（120002710） 処方箋料（リフィル以外・向精神薬長期処方）（120004610） 処方箋料（リフィル以外・その他）（120002910） 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬多剤投与）（120004710） 処方箋料（リフィル処方箋・７種類以上内服薬）（120004810） 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬長期処方）（120004910） 処方箋料（リフィル処方箋・その他）（120005010） 処方箋料（リフィル以外・向精神薬多剤投与・特定保険薬局）（120005810） 処方箋料（リフィル以外・７種類以上内服薬・特定保険薬局）（120005910） 処方箋料（リフィル以外・向精神薬長期処方・特定保険薬局）（120006010） 処方箋料（リフィル以外・その他・特定保険薬局）（120006110） 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬多剤投与・特定保険薬局）（120006210） 処方箋料（リフィル処方箋・７種類以上内服薬・特定保険薬局）（120006310） 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬長期処方・特定保険薬局）（120006410） 処方箋料（リフィル処方箋・その他・特定保険薬局）（120006510） **<<上記項目をORで登録する>>**	ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇケミファ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622252401) ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「ＪＧ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622257101) ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「ＮＰ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622259501) ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「三笠」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622261501) ロキソプロフェンＮａパップ２００ｍｇ「三笠」　２０ｃｍ×１４ｃｍ(622261601) ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「テイコク」　１０×１４ｃｍ(622507601) ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「ラクール」　１０×１４ｃｍ(622817001) モーラスパップ３０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620006538) モーラスパップ６０ｍｇ　２０ｃｍ×１４ｃｍ(620006539) ケトプロフェンパップ３０ｍｇ「ラクール」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620007638) ミルタックスパップ３０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620007796) ケトプロフェンパップ６０ｍｇ「ラクール」　２０ｃｍ×１４ｃｍ(620008245) ケトプロフェンパップ３０ｍｇ「日医工」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620644101) ケトプロフェンパップ３０ｍｇ「三和」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620644301) ケトプロフェン（３０ｍｇ）１０ｃｍ×１４ｃｍ貼付剤(622779200) ケトプロフェン（６０ｍｇ）２０ｃｍ×１４ｃｍ貼付剤(622779500) ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「日医工」　７ｃｍ×１０ｃｍ(620004799) モーラステープＬ４０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620007804) モーラステープ２０ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ(620007805) ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「ラクール」　７ｃｍ×１０ｃｍ(620008545) ケトプロフェンテープ４０ｍｇ「ラクール」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620008546) ケトプロフェンテープ４０ｍｇ「日医工」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620009595) ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「三和」　７ｃｍ×１０ｃｍ(620644501) ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「テイコク」　７ｃｍ×１０ｃｍ(620644603) ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「ＳＮ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(620644702) ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「パテル」　７ｃｍ×１０ｃｍ(621414703) ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「トーワ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(621414901) ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「ＢＭＤ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(621415004) ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「東光」　７ｃｍ×１０ｃｍ(621478502) ケトプロフェンテープ４０ｍｇ「ＳＮ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(621676202) ケトプロフェンテープ４０ｍｇ「東光」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(621705602) ケトプロフェンテープ４０ｍｇ「パテル」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(621779503) ケトプロフェンテープ４０ｍｇ「テイコク」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(621793003) ケトプロフェンテープ４０ｍｇ「三和」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(621815401) ケトプロフェンテープ４０ｍｇ「ＢＭＤ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(621885602) ケトプロフェンテープ４０ｍｇ「トーワ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(621979702) ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「杏林」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622443201) ケトプロフェンテープ４０ｍｇ「杏林」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622443301) モーラスパップＸＲ１２０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622466101) モーラスパップＸＲ２４０ｍｇ　２０ｃｍ×１４ｃｍ(622529501) ケトプロフェンパップＸＲ１２０ｍｇ「テイコク」　１０×１４ｃｍ(622650901) ケトプロフェン（２０ｍｇ）７ｃｍ×１０ｃｍ貼付剤(622779300) ケトプロフェン（４０ｍｇ）１０ｃｍ×１４ｃｍ貼付剤(622779400) ケトプロフェン（１２０ｍｇ）１０ｃｍ×１４ｃｍ貼付剤(622779600) ロコアテープ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622448701) セルタッチパップ１４０　２０ｃｍ×１４ｃｍ(620005744) セルタッチパップ７０　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620007662) フェルビナクテープ７０ｍｇ「ＥＭＥＣ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620007749) フェルビナクパップ７０ｍｇ「ラクール」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620646004) フェルビナクパップ７０ｍｇ「サワイ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620646101) フェルビナクパップ７０ｍｇ「東光」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620646403) フェルビナクパップ７０ｍｇ「ユートク」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(621293701) フェルビナクテープ７０ｍｇ「久光」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(621521801) フェルビナクパップ７０ｍｇ「タイホウ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(621763801) フェルビナクパップ１４０ｍｇ「ラクール」　２０ｃｍ×１４ｃｍ(621975102) フェルビナクパップ１４０ｍｇ「東光」　２０ｃｍ×１４ｃｍ(621975202)	６３枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤を投与した理由；(830000052)	（１回の処方において、63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤を投与した場合） 当該貼付剤の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること。	別表Ⅰ F200 F400 【項番370】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					セルタッチテープ７０　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622036801) フェルビナクパップ７０ｍｇ「ＮＰ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622216701) フェルビナク（３５ｍｇ）７ｃｍ×１０ｃｍ貼付剤(622779800) フェルビナク（１４０ｍｇ）２０ｃｍ×１４ｃｍ貼付剤(622779900) ジクロフェナクナトリウムテープ１５ｍｇ「テイコク」　７×１０ｃｍ(620005738) ジクロフェナクナトリウムテープ１５ｍｇ「ユートク」　７×１０ｃｍ(620005739) ジクロフェナクナトリウムテープ３０ｍｇテイコク　１０×１４ｃｍ(620005740) ジクロフェナクナトリウムテープ３０ｍｇユートク　１０×１４ｃｍ(620005741) ナボールテープＬ３０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620007711) ナボールテープ１５ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ(620007712) ボルタレンテープ１５ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ(620007788) ボルタレンテープ３０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620007789) ジクロフェナクＮａテープ１５ｍｇ「ラクール」　７ｃｍ×１０ｃｍ(620009597) ジクロフェナクＮａテープ３０ｍｇ「ラクール」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620009599) ジクロフェナクナトリウムテープ１５ｍｇ「ＪＧ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(621939001) ジクロフェナクナトリウムテープ３０ｍｇ「ＪＧ」　１０×１４ｃｍ(621939101) ジクロフェナクＮａテープ１５ｍｇ「トーワ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(621947301) ジクロフェナクＮａテープ３０ｍｇ「トーワ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(621947401) ジクロフェナクＮａテープ１５ｍｇ「日医工」　７ｃｍ×１０ｃｍ(621949901) ジクロフェナクＮａテープ３０ｍｇ「日医工」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(621950001) ジクロフェナクナトリウムテープ１５ｍｇ「ＮＰ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(621957101) ジクロフェナクナトリウムテープ３０ｍｇ「ＮＰ」　１０×１４ｃｍ(621957201) ジクロフェナクナトリウムテープ１５ｍｇ「三和」　７ｃｍ×１０ｃｍ(621968401) ジクロフェナクナトリウムテープ３０ｍｇ「三和」　１０×１４ｃｍ(621968501) ジクロフェナクＮａテープ１５ｍｇ「日本臓器」　７ｃｍ×１０ｃｍ(621969301) ジクロフェナクＮａテープ３０ｍｇ「日本臓器」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(621969401) ジクロフェナクナトリウム（１５ｍｇ）７ｃｍ×１０ｃｍ貼付剤(622780400) ジクロフェナクナトリウム（３０ｍｇ）１０ｃｍ×１４ｃｍ貼付剤(622780500) ナボールパップ７０ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ(620007713) ナボールパップ１４０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620007714) ジクロフェナクＮａパップ７０ｍｇ「ラクール」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622006501) ジクロフェナクＮａパップ１４０ｍｇ「ラクール」　１０×１４ｃｍ(622006601) ジクロフェナクＮａパップ７０ｍｇ「日本臓器」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622030501) ジクロフェナクＮａパップ１４０ｍｇ「日本臓器」　１０×１４ｃｍ(622030601) ジクロフェナクＮａパップ２８０ｍｇ「ラクール」　２０×１４ｃｍ(622363101) ジクロフェナクナトリウム（７０ｍｇ）７ｃｍ×１０ｃｍ貼付剤(622780600) フルルビプロフェンテープ２０ｍｇ「ＱＱ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622082902) フェルビナクテープ７０ｍｇ「三笠」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(621877401) フェルビナクテープ３５ｍｇ「三笠」　７ｃｍ×１０ｃｍ(621478701) フルルビプロフェンテープ４０ｍｇ「ＱＱ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(621612503) インドメタシンパップ７０ｍｇ「ハラサワ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620639002) フェルビナクテープ７０ｍｇ「ＮＰ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620646303) フェルビナクテープ３５ｍｇ「ＮＰ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(621981802) ロキソプロフェンＮａパップ２００ｍｇ「ラクール」　２０×１４ｃｍ(622864901) ロキソプロフェンナトリウム（５０ｍｇ）７ｃｍ×１０ｃｍ貼付剤(622907800) ケトプロフェンテープＳ２０ｍｇ「テイコク」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622948501) ゼポラステープ２０ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ（選）(670008249) ゼポラステープ４０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ（選）(670008250) セルタッチテープ７０　１０ｃｍ×１４ｃｍ（選）(672036801) セルタッチパップ１４０　２０ｃｍ×１４ｃｍ（選）(670005744) セルタッチパップ７０　１０ｃｍ×１４ｃｍ（選）(670007662) ナボールテープ１５ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ（選）(670007712) ナボールテープＬ３０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ（選）(670007711) ナボールパップ１４０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ（選）(670007714) ナボールパップ７０ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ（選）(670007713)			

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					ボルタレンテープ１５ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ（選）(670007788) ミルタックスパップ３０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ（選）(670007796) モーラステープ２０ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ（選）(670007805) モーラステープＬ４０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ（選）(670007804) モーラスパップ３０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ（選）(670006538) モーラスパップ６０ｍｇ　２０ｃｍ×１４ｃｍ（選）(670006539) モーラスパップＸＲ１２０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ（選）(672466101) ヤクバンテープ２０ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ（選）(671415301) ヤクバンテープ４０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ（選）(670647301) イドメシンパップ７０ｍｇ　１０ｃｍ×１４ｃｍ(620637903) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「ＴＷ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622237202) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ＴＷ」　１０ｃｍ×１４ｃｍ(622237302) ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「ＤＳＥＰ」　７ｃｍ×１０ｃｍ(622972501) ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ＤＳＥＰ」　１０×１４ｃｍ(622972601) **<<用量を６４以上とする>>**				
10434	共通	治療の実施予定期間及び頻度について患者に指導した内容の記載が必要です。（超音波骨折治療法）			超音波骨折治療法(150334110)		指導内容（超音波骨折治療法）；(830100276)	当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した内容を記載すること。	別表Ⅰ K047-3 【項番478】
10435	共通	要件を満たす医学的根拠の記載が必要です。（経皮的冠動脈ステント留置術（その他））			経皮的冠動脈ステント留置術（その他）(150375410)		該当する病変（経皮的冠動脈ステント留置術（その他のもの））：ア　機能的虚血の原因である狭窄病変(820100759) 該当する病変（経皮的冠動脈ステント留置術（その他のもの））：イ　心臓カテーテル法における９０％以上の狭窄病変(820100760) 該当する病変（経皮的冠動脈ステント留置術（その他のもの））：ウ　その他医学的必要性が認められる病変(820100761)	（経皮的冠動脈形成術又は経皮的冠動脈ステント留置術の「３」その他のものを算定する場合） 区分番号K546経皮的冠動脈形成術又はK549経皮的冠動脈ステント留置術の（４）のアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。	別表Ⅰ K549 【項番491】
10436	共通	医学的な必要性の記載が必要です。（人工肛門造設加算（腹腔鏡下直腸切除・切断術））			人工肛門造設加算（腹腔鏡下直腸切除・切断術）（切除術）(150440870) 人工肛門造設加算（腹腔鏡下直腸切除・切断術）（低位前方切除術）(150440970) 人工肛門造設加算（腹腔鏡下直腸切除・切断術）（超低位前方切除術）(150441070)		医学的必要性（人工肛門造設加算（腹腔鏡下直腸切除・切断術））；(830100319)	一時的人工肛門造設実施の医学的な必要性について記載すること。	別表Ⅰ K740-2 【項番511】
10437	共通	手術時体重の記載が必要です。（新生児加算（手術））			新生児加算（手術）(150000190)		手術時体重（新生児加算（手術））；(830100266)	手術時体重を記載すること。	別表Ⅰ K　通則7 【項番469】
10438	共通	精神科を初めて受診した日の記載が必要です。（児童思春期精神科専門管理加算（２０歳未満））	２０歳未満外来		児童思春期精神科専門管理加算（２０歳未満）(180047370)		精神科初回受診年月日（児童思春期精神科専門管理加算（２０歳未満））(850100240)	当該保険医療機関の精神科を初めて受診した年月日を記載すること。	別表Ⅰ I002 【項番402】
10439	共通	精神科を初めて受診した日の記載が必要です。（児童思春期精神科専門管理加算（１６歳未満））	１６歳未満外来		児童思春期精神科専門管理加算（１６歳未満）（２年以内）(180047270) 児童思春期精神科専門管理加算（１６歳未満）（（１）以外）(180067870)		精神科初回受診年月日（児童思春期精神科専門管理加算（１６歳未満））(850100239)	当該保険医療機関の精神科を初めて受診した年月日を記載すること。	別表Ⅰ I002 【項番402】
10440	共通	算定開始日の記載が必要です。（準超重症児（者）入院診療加算）	入院		準超重症児（者）入院診療加算（６歳以上）(190076670) 準超重症児（者）入院診療加算（６歳未満）(190127610)		算定開始年月日（準超重症児（者）入院診療加算）(850100021)	当該加算の算定開始日を記載すること。	別表Ⅰ A212 【項番21】
10441	共通	退院日の記載が必要です。（検査・画像情報提供加算（退院する患者について、必要な情報を提供））			検査・画像情報提供加算（退院する患者について、必要な情報を提供）(113023470)		退院年月日（検査・画像情報提供加算イ（診療情報提供料（１））)(850100088)	退院年月日を記載すること。	別表Ⅰ B009 【項番138】
10442	共通	訪問看護を実施した日時の記載が必要です。（深夜訪問看護加算（精神科訪問看護・指導料））	外来		深夜訪問看護加算（精神科訪問看護・指導料）(180038470)	精神科訪問看護の実施年月日（深夜訪問看護加算）(850100254) 精神科訪問看護の実施時刻（深夜訪問看護加算）(851100007)		精神科訪問看護を実施した年月日及び時刻を記載すること。	別表Ⅰ I012 【項番418】
10443	共通	訪問看護を実施した日時の記載が必要です。（深夜訪問看護加算（訪問看護・訪問看護（同一）））	外来		深夜訪問看護加算（訪問看護・訪問看護（同一））(114020470)	訪問看護年月日（深夜訪問看護加算）(850100122) 訪問看護実施時刻（深夜訪問看護加算）(851100003)		訪問看護を実施した日時(年月日及び時刻)を記載すること。	別表Ⅰ C005 C005-1-2 【項番178】
10444	共通	訪問看護を実施した日時の記載が必要です。（夜間・早朝訪問看護加算（訪問看護・訪問看護（同一））	外来		夜間・早朝訪問看護加算（訪問看護・訪問看護（同一））(114020370)	訪問看護年月日（夜間・早朝訪問看護加算）(850100121) 訪問看護実施時刻（夜間・早朝訪問看護加算）(851100002)		訪問看護を実施した日時(年月日及び時刻)を記載すること。	別表Ⅰ C005 C005-1-2 【項番178】
10445	共通	情報共有を行った日及び共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った日の記載が必要です。（在宅患者連携指導料）	外来		在宅患者連携指導料(114015310)	情報共有年月日（在宅患者連携指導料）(850100125) 指導年月日（在宅患者連携指導料）(850100126)		情報共有を行った年月日及び共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ C010 【項番190】
10446	共通	カンファレンスを実施した日及びカンファレンスの参加者と共同で療養上必要な指導を行った日の記載が必要です。（在宅患者緊急時等カンファレンス料）	外来		在宅患者緊急時等カンファレンス料(114015410)	カンファレンス実施年月日（在宅患者緊急時等カンファレンス料）(850100127) 指導年月日（在宅患者緊急時等カンファレンス料）(850100128)		カンファレンスを実施した年月日及びカンファレンスの参加者と共同で療養上必要な指導を行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ C011 【項番191】
10447	共通	入院元の記載が必要です。（急性期患者支援療養病床初期加算（療養病棟入院基本料））	入院		急性期患者支援療養病床初期加算（療養病棟入院基本料）(190201770)		入院元（急性期患者支援療養病床初期加算）；(830100010)	入院元を記載すること。	別表Ⅰ A101 【項番8】
10448	共通	入院元の記載が必要です。（在宅患者支援療養病床初期加算（療養病棟入院基本料））	入院		在宅患者支援療養病床初期加算（療養病棟入院基本料）(190201870)		入院元（在宅患者支援療養病床初期加算）；(830100011)	入院元を記載すること。	別表Ⅰ A101 【項番8】
10449	共通	入院元の記載が必要です。（有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算（診療養入院））	入院		有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算（診療養入院）(190242410)		入院元（有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算）；(830100020)	入院元を記載すること。	別表Ⅰ A109 【項番15】
10450	共通	入院元の記載が必要です。（急性期患者支援病床初期加算（400床以上）など）	入院		急性期患者支援病床初期加算（４００床以上・他医一般病棟から転棟）(190262970) 急性期患者支援病床初期加算（４００床以上・１の患者以外）(190263070) 急性期患者支援病床初期加算（４００床未満・他医一般病棟から転棟）(190263170) 急性期患者支援病床初期加算（４００床未満・１の患者以外）(190263270)		入院元（急性期患者支援病床初期加算）；(830100035)	入院元を記載すること。	別表Ⅰ A308-3 【項番53】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10451	共通	入院元の記載が必要です。（在宅患者支援病床初期加算（老健施設から入院した患者）など）	入院		在宅患者支援病床初期加算（老健施設から入院した患者）（救急搬送）(190858470) 在宅患者支援病床初期加算（老健施設から入院した患者）（１以外）(190858570) 在宅患者支援病床初期加算（自宅等から入院した患者）（救急搬送）(190858670) 在宅患者支援病床初期加算（自宅等から入院した患者）（１以外）(190858770)		入院元（在宅患者支援病床初期加算）；(830100036)	入院元を記載すること。	別表Ⅰ A308-3 【項番53】
10452	共通	入院元の記載が必要です。（救急・在宅等支援病床初期加算（特定一般病棟入院料））	入院		救急・在宅等支援病床初期加算（特定一般病棟入院料）(190152470)		入院元（特定一般病棟入院料）（救急・在宅等支援病床初期加算）；(830100051)	入院元を記載すること。	別表Ⅰ A317 【項番64】
10453	共通	当該加算を当月に算定した根拠となる評価（当該加算の基準に基づくADL得点又はランク）及び評価日の記載が必要です。（重度認知症加算（特定機能病院精神病棟入院基本料））	入院		重度認知症加算（特定機能病院精神病棟入院基本料）(190119210)	算定根拠となる評価（重度認知症加算（特定機能病院精神病棟入院基本料））；(830100455) 評価年月日（重度認知症加算（特定機能病院精神病棟入院基本料））(850100386)		当該加算を当月に算定した根拠となる評価（当該加算の施設基準に基づくランク等）及び評価日を記載すること。（月の途中で加算点数に変更がある場合には、その都度、評価及び評価日を記載すること。）	別表Ⅰ A104 【項番10】
10454	共通	算定を開始した日の記載が必要です。（精神科急性期治療病棟入院料１など）	入院		精神科急性期治療病棟入院料１（３１日以上６０日以内）(190066910) 精神科急性期治療病棟入院料１（３０日以内）(190121110) 精神科急性期治療病棟入院料２（３１日以上６０日以内）(190067010) 精神科急性期治療病棟入院料２（３０日以内）(190121210) 精神科急性期治療病棟入院料１（６１日以上９０日以内）(190264910) 精神科急性期治療病棟入院料２（６１日以上９０日以内）(190265010)		精神科急性期治療病棟入院料の算定開始年月日(850100035)	算定を開始した年月日を記載すること。	別表Ⅰ A311-2 【項番55】
10455	共通	算定を開始した日の記載が必要です。（精神科救急・合併症入院料）	入院		精神科救急・合併症入院料（３０日以内）(190130210) 精神科救急・合併症入院料（３１日以上６０日以内）(190130310) 精神科救急・合併症入院料（６１日以上９０日以内）(190265110)		精神科救急・合併症入院料の算定開始年月日(850100036)	算定を開始した年月日を記載すること。	別表Ⅰ A311-3 【項番55】
					施医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～１人）(114035510) 施医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～２～９人）(114035610) 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～１人）(114035810) 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～２～９人）(114035910) 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・１人）(114036110) 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・２～９人）(114036210) 施医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～１人）(114036410) 施医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～２～９人）(114036510) 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～１人）(114036710) 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～２～９人）(114036810) 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・１人）(114037010) 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・２～９人）(114037110) 施医総管（在支診等・難病等月２回～１人）(114037310) 施医総管（在支診等・難病等月２回～２～９人）(114037410) 施医総管（在支診等・月２回～１人）(114037610) 施医総管（在支診等・月２回～２～９人）(114037710) 施医総管（在支診等・月１回・１人）(114037910) 施医総管（在支診等・月１回・２～９人）(114038010) 施医総管（在支診等以外・難病等月２回～１人）(114038210) 施医総管（在支診等以外・難病等月２回～２～９人）(114038310) 施医総管（在支診等以外・月２回～１人）(114038510) 施医総管（在支診等以外・月２回～２～９人）(114038610) 施医総管（在支診等以外・月１回・１人）(114038810) 施医総管（在支診等以外・月１回・２～９人）(114038910) 施医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～１０～１９人）(114723910) 施医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～２０～４９人）(114724010) 施医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～５０人～）(114724110) 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～１０～１９人）(114724410) 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～２０～４９人）(114724510) 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～５０人～）(114724610) 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機１０～１９人）(114724910) 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機２０～４９人）(114725010) 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機５０人～）(114725110) 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・１０～１９人）(114725410) 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・２０～４９人）(114725510) 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・５０人～）(114725610) 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機１０～１９人）(114725910) 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機２０～４９人）(114726010) 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機５０人～）(114726110)				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					施医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～１０～１９人）（114726210） 施医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～２０～４９人）（114726310） 施医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～５０人～）（114726410） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～１０～１９人）（114726710） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～２０～４９人）（114726810） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～５０人～）（114726910） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機１０～１９人）（114727210） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機２０～４９人）（114727310） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機５０人～）（114727410） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・１０～１９人）（114727710） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・２０～４９人）（114727810） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・５０人～）（114727910） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機１０～１９人）（114728210） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機２０～４９人）（114728310） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機５０人～）（114728410） 施医総管（在支診等・難病等月２回～１０～１９人）（114728510） 施医総管（在支診等・難病等月２回～２０～４９人）（114728610） 施医総管（在支診等・難病等月２回～５０人～）（114728710） 施医総管（在支診等・月２回～１０～１９人）（114729010） 施医総管（在支診等・月２回～２０～４９人）（114729110） 施医総管（在支診等・月２回～５０人～）（114729210） 施医総管（在支診等・月２回～通信機１０～１９人）（114729510） 施医総管（在支診等・月２回～通信機２０～４９人）（114729610） 施医総管（在支診等・月２回～通信機５０人～）（114729710） 施医総管（在支診等・月１回・１０～１９人）（114730010） 施医総管（在支診等・月１回・２０～４９人）（114730110） 施医総管（在支診等・月１回・５０人～）（114730210） 施医総管（在支診等・月１回・通信機１０～１９人）（114730510） 施医総管（在支診等・月１回・通信機２０～４９人）（114730610） 施医総管（在支診等・月１回・通信機５０人～）（114730710） 施医総管（在支診等以外・難病等月２回～１０～１９人）（114730810） 施医総管（在支診等以外・難病等月２回～２０～４９人）（114730910） 施医総管（在支診等以外・難病等月２回～５０人～）（114731010） 施医総管（在支診等以外・月２回～１０～１９人）（114731310） 施医総管（在支診等以外・月２回～２０～４９人）（114731410） 施医総管（在支診等以外・月２回～５０人～）（114731510） 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機１０～１９人）（114731810） 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機２０～４９人）（114731910） 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機５０人～）（114732010） 施医総管（在支診等以外・月１回・１０～１９人）（114732310） 施医総管（在支診等以外・月１回・２０～４９人）（114732410） 施医総管（在支診等以外・月１回・５０人～）（114732510） 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機１０～１９人）（114732810） 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機２０～４９人）（114732910） 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機５０人～）（114733010） 施医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～１０～１９人減）（114734410） 施医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～２０～４９人減）（114734510） 施医総管（機能強化在支診等・床有・難病等月２回～５０人～減）（114734610） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～１０～１９人減）（114734710） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～２０～４９人減）（114734810） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～５０人～減）（114734910） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機１０～１９人減）（114735010） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機２０～４９人減）（114735110） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機５０人～減）（114735210） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・１０～１９人減）（114735310） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・２０～４９人減）（114735410） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・５０人～減）（114735510） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機１０～１９人減）（114735610） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機２０～４９人減）（114735710） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機５０人～減）（114735810） 施医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～１０～１９人減）（114735910）				
10457	共通	当該月において往診又は訪問診療を行った日の記載が必要です。（施設入居時等医学総合管理料）	外来			往診又は訪問診療年月日（施医総管）（850100107）		当該月において往診又は訪問診療を行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ C002-2 【項番166】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					施医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～２０～４９人減）（114736010） 施医総管（機能強化在支診等・床無・難病等月２回～５０人～減）（114736110） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～１０～１９人減）（114736210） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～２０～４９人減）（114736310） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～５０人～減）（114736410） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機１０～１９人減）（114736510） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機２０～４９人減）（114736610） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機５０人～減）（114736710） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・１０～１９人減）（114736810） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・２０～４９人減）（114736910） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・５０人～減）（114737010） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機１０～１９人減）（114737110） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機２０～４９人減）（114737210） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機５０人～減）（114737310） 施医総管（在支診等・難病等月２回～１０～１９人減）（114737410） 施医総管（在支診等・難病等月２回～２０～４９人減）（114737510） 施医総管（在支診等・難病等月２回～５０人～減）（114737610） 施医総管（在支診等・月２回～１０～１９人減）（114737710） 施医総管（在支診等・月２回～２０～４９人減）（114737810） 施医総管（在支診等・月２回～５０人～減）（114737910） 施医総管（在支診等・月２回～通信機１０～１９人減）（114738010） 施医総管（在支診等・月２回～通信機２０～４９人減）（114738110） 施医総管（在支診等・月２回～通信機５０人～減）（114738210） 施医総管（在支診等・月１回・１０～１９人減）（114738310） 施医総管（在支診等・月１回・２０～４９人減）（114738410） 施医総管（在支診等・月１回・５０人～減）（114738510） 施医総管（在支診等・月１回・通信機１０～１９人減）（114738610） 施医総管（在支診等・月１回・通信機２０～４９人減）（114738710） 施医総管（在支診等・月１回・通信機５０人～減）（114738810） 施医総管（在支診等以外・難病等月２回～１０～１９人減）（114738910） 施医総管（在支診等以外・難病等月２回～２０～４９人減）（114739010） 施医総管（在支診等以外・難病等月２回～５０人～減）（114739110） 施医総管（在支診等以外・月２回～１０～１９人減）（114739210） 施医総管（在支診等以外・月２回～２０～４９人減）（114739310） 施医総管（在支診等以外・月２回～５０人～減）（114739410） 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機１０～１９人減）（114739510） 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機２０～４９人減）（114739610） 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機５０人～減）（114739710） 施医総管（在支診等以外・月１回・１０～１９人減）（114739810） 施医総管（在支診等以外・月１回・２０～４９人減）（114739910） 施医総管（在支診等以外・月１回・５０人～減）（114740010） 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機１０～１９人減）（114740110） 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機２０～４９人減）（114740210） 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機５０人～減）（114740310） 施医総管（在支診等以外・難病等月２回～１０～１９人・注８注１４）（114744810） 施医総管（在支診等以外・難病等月２回～２０～４９人・注８注１４）（114744910） 施医総管（在支診等以外・難病等月２回～５０人～・注８注１４）（114745010） 施医総管（在支診等以外・月２回～１０～１９人・注８注１４）（114745110） 施医総管（在支診等以外・月２回～２０～４９人・注８注１４）（114745210） 施医総管（在支診等以外・月２回～５０人～・注８注１４）（114745310） 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機１０～１９人・注８注１４）（114745410） 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機２０～４９人・注８注１４）（114745510） 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機５０人～・注８注１４）（114745610） 施医総管（在支診等以外・月１回・１０～１９人・注８注１４）（114745710） 施医総管（在支診等以外・月１回・２０～４９人・注８注１４）（114745810） 施医総管（在支診等以外・月１回・５０人～・注８注１４）（114745910） 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機１０～１９人・注８注１４）（114746010）			

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					施医総管（在支診等以外・月１回・通信機２０～４９人・注８注１４）（114746110） 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機５０人～・注８注１４）（114746210） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機１人）（114058010） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機２～９人）（114058110） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機１人）（114058310） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機２～９人）（114058410） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機１人）（114058610） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機２～９人）（114058710） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機１人）（114058910） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機２～９人）（114059010） 施医総管（在支診等・月２回～通信機１人）（114059210） 施医総管（在支診等・月２回～通信機２～９人）（114059310） 施医総管（在支診等・月１回・通信機１人）（114059510） 施医総管（在支診等・月１回・通信機２～９人）（114059610） 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機１人）（114059810） 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機２～９人）（114059910） 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機１人）（114060110） 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機２～９人）（114060210）			
10458	共通	該当要件の記載が必要です。（精神科身体合併症管理加算）			精神科身体合併症管理加算（７日以内）（190127910） 精神科身体合併症管理加算（８日以上１５日以内）（190173110）		呼吸器系疾患の患者（精神科身体合併症管理加算）（820100453） 心疾患の患者（精神科身体合併症管理加算）（820100454） 手術又は直達・介達牽引を要する骨折の患者（精神科身体合併症管理加算）（820100455） 脊髄損傷の患者（精神科身体合併症管理加算）（820100456） 重篤な内分泌・代謝性疾患の患者（精神科身体合併症管理加算）（820100457） 重篤な栄養障害の患者（精神科身体合併症管理加算）（820100458） 意識障害の患者（精神科身体合併症管理加算）（820100459） 全身感染症の患者（精神科身体合併症管理加算）（820100460） 中枢神経系の感染症の患者（精神科身体合併症管理加算）（820100461） 急性腹症の患者（精神科身体合併症管理加算）（820100462） 劇症肝炎又は重症急性膵炎の患者（精神科身体合併症管理加算）（820100463） 悪性症候群又は横紋筋融解症の患者（精神科身体合併症管理加算）（820100464） 広範囲（半肢以上）熱傷の患者（精神科身体合併症管理加算）（820100465） 手術、化学療法若しくは放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍の患者（精神科身体合併症管理加算）（820100466） 透析導入時の患者（精神科身体合併症管理加算）（820100467） 重篤な血液疾患の患者（精神科身体合併症管理加算）（820100468） 急性かつ重篤な腎疾患の患者（精神科身体合併症管理加算）（820100469） 手術室での手術を必要とする状態の患者（精神科身体合併症管理加算）（820100470） 膠原病の患者（精神科身体合併症管理加算）（820100471） 妊産婦である患者（精神科身体合併症管理加算）（820100472） 指定難病の患者（精神科身体合併症管理加算）（820100473）	当該加算の初回算定日及び初回からの通算算定回数（当該月に実施されたものを含む。）を記載すること。	別表Ⅰ A230-3 【項番41】
10459	共通	初回算定日及び初回からの通算算定回数（当該月に実施されたものを含む。）の記載が必要です。（排尿自立支援加算）			排尿自立支援加算(190219010)	初回算定年月日（排尿自立支援加算）（850100027） 通算算定回数（排尿自立支援加算）（842100022）		当該加算の初回算定日及び初回からの通算算定回数（当該月に実施されたものを含む。）を記載すること。	別表Ⅰ A251 【項番41】
10460	共通	該当要件の記載が必要です。（総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児））			総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児）（190066710） 総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児・１４日以内）（特定）（193002110） 総合周産期特定集中治療室管理料（母体・１４日以内）（ＤＰＣ）（193502310） 総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児・１４日以内）（専門）（193302410）		該当するもの（母体・胎児集中治療室管理料）：ア　合併症妊娠(820100487) 該当するもの（母体・胎児集中治療室管理料）：イ　妊娠高血圧症候群(820100488) 該当するもの（母体・胎児集中治療室管理料）：ウ　多胎妊娠(820100489) 該当するもの（母体・胎児集中治療室管理料）：エ　胎盤位置異常(820100490) 該当するもの（母体・胎児集中治療室管理料）：オ　切迫流早産(820100491) 該当するもの（母体・胎児集中治療室管理料）：カ　胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの(820100492)	区分番号A303総合周産期特定集中治療室管理料の（２）のアからカまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	別表Ⅰ A303の1 【項番47】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10461	共通	該当要件の記載が必要です。（総合周産期特定集中治療室管理料（新生児））			総合周産期特定集中治療室管理料（新生児）(190066810) 総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・１４日以内）（特定機能）(193002210) 総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・１５日～３０日）（特定）(193002310) 総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・３１～１１０日）（特定）(193002410) 総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・１４日以内）（ＤＰＣ）(193502410) 総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・１５～３０日）（ＤＰＣ）(193502510) 総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・３１～１１０日・ＤＰＣ）(193502610) 総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・１４日以内）（専門病院）(193302510) 総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・１５～３０日）（専門）(193302610) 総合周産期特定集中治療室管理料（新生児・３１～１１０日）（専門）(193302710)		該当するもの（新生児集中治療室管理料）：ア　高度の先天奇形(820100493) 該当するもの（新生児集中治療室管理料）：イ　低体温(820100494) 該当するもの（新生児集中治療室管理料）：ウ　重症黄疸(820100495) 該当するもの（新生児集中治療室管理料）：エ　未熟児(820100496) 該当するもの（新生児集中治療室管理料）：オ　意識障害又は昏睡(820100497) 該当するもの（新生児集中治療室管理料）：カ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪(820100498) 該当するもの（新生児集中治療室管理料）：キ　急性心不全（心筋梗塞を含む。）(820100499) 該当するもの（新生児集中治療室管理料）：ク　急性薬物中毒(820100500) 該当するもの（新生児集中治療室管理料）：ケ　ショック(820100501) 該当するもの（新生児集中治療室管理料）：コ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）(820100502) 該当するもの（新生児集中治療室管理料）：サ　大手術後(820100503) 該当するもの（新生児集中治療室管理料）：シ　救急蘇生後(820100504) 該当するもの（新生児集中治療室管理料）：ス　その他外傷、破傷風等で重篤な状態(820100505)	区分番号A302新生児特定集中治療室管理料の（１）のアからスまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	別表Ⅰ A303の2 【項番48】
10462	共通	該当要件の記載が必要です。（新生児治療回復室入院医療管理料）			新生児治療回復室入院医療管理料(190140510) 新生児治療回復室入院医療管理料（１４日以内）（特定機能病院）(193007010) 新生児治療回復室入院医療管理料（１５日以上３０日以内）（特定）(193007110) 新生児治療回復室入院医療管理料（３１日以上１４０日以内）（特定）(193007210) 新生児治療回復室入院医療管理料（１４日以内）（ＤＰＣ）(193508610) 新生児治療回復室入院医療管理料（１５日以上３０日以内）（ＤＰＣ）(193508710) 新生児治療回復室入院医療管理料（３１～１４０日）（ＤＰＣ）(193508810) 新生児治療回復室入院医療管理料（１４日以内）（専門病院）(193308310) 新生児治療回復室入院医療管理料（１５日以上３０日以内）（専門）(193308410) 新生児治療回復室入院医療管理料（３１日以上１４０日以内）（専門）(193308510)		該当するもの（新生児治療回復室入院医療管理料）：ア　高度の先天奇形(820100506) 該当するもの（新生児治療回復室入院医療管理料）：イ　低体温(820100507) 該当するもの（新生児治療回復室入院医療管理料）：ウ　重症黄疸(820100508) 該当するもの（新生児治療回復室入院医療管理料）：エ　未熟児(820100509) 該当するもの（新生児治療回復室入院医療管理料）：オ　意識障害又は昏睡(820100510) 該当するもの（新生児治療回復室入院医療管理料）：カ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪(820100511) 該当するもの（新生児治療回復室入院医療管理料）：キ　急性心不全（心筋梗塞を含む。）(820100512) 該当するもの（新生児治療回復室入院医療管理料）：ク　急性薬物中毒(820100513) 該当するもの（新生児治療回復室入院医療管理料）：ケ　ショック(820100514) 該当するもの（新生児治療回復室入院医療管理料）：コ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）(820100515) 該当するもの（新生児治療回復室入院医療管理料）：サ　大手術後(820100516) 該当するもの（新生児治療回復室入院医療管理料）：シ　救急蘇生後(820100517) 該当するもの（新生児治療回復室入院医療管理料）：ス　その他外傷、破傷風等で重篤な状態(820100518)	区分番号A303-2新生児治療回復室入院医療管理料の、（２）のアからスまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	別表Ⅰ A303-2 【項番49】
10463	共通	非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべての記載が必要です。（非定型抗精神病薬加算（２種類以下）（精神科救急急性期医療入院料））			非定型抗精神病薬加算（２種類以下）（精神科救急急性期医療入院料）(190141270)		向精神病薬名（非定型抗精神病薬加算（精神科救急急性期医療入院料））；(830100045)	非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべて記載すること。	別表Ⅰ A311 【項番56】
10464	共通	非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべての記載が必要です。（非定型抗精神病薬加算（２種類以下）（精神科急性期治療病棟入院料））			非定型抗精神病薬加算（２種類以下）（精神科急性期治療病棟入院料）(190150770)		向精神病薬名（非定型抗精神病薬加算（精神科急性期治療病棟入院料））；(830100046)	非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべて記載すること。	別表Ⅰ A311-2 【項番56】
10465	共通	非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべての記載が必要です。（非定型抗精神病薬加算（２種類以下）（精神科救急・合併症入院料））			非定型抗精神病薬加算（２種類以下）（精神科救急・合併症入院料）(190150970)		向精神病薬名（非定型抗精神病薬加算（精神科救急・合併症入院料））；(830100047)	非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべて記載すること。	別表Ⅰ A311-3 【項番56】
10466	共通	非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべての記載が必要です。（非定型抗精神病薬加算（２種類以下）（精神療養病棟入院料））			非定型抗精神病薬加算（２種類以下）（精神療養病棟入院料）(190151270)		向精神病薬名（非定型抗精神病薬加算（精神療養病棟入院料））；(830100049)	非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべて記載すること。	別表Ⅰ A312 【項番61】
10467	共通	非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべての記載が必要です。（非定型抗精神病薬加算（２種類以下）（地域移行機能強化病棟入院料））			非定型抗精神病薬加算（２種類以下）（地域移行機能強化病棟入院料）(190195670)		向精神病薬名（地域移行機能強化病棟入院料）（非定型抗精神病薬加算）；(830100055)	非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべて記載すること。	別表Ⅰ A318 【項番66】
10468	共通	ミコフェノール酸モフェチルの血中濃度測定の必要性の記載が必要です。（特定薬剤治療管理加算（ミコフェノール酸モフェチル投与臓器移植後））			特定薬剤治療管理加算（ミコフェノール酸モフェチル投与臓器移植後）(113029270)		ミコフェノール酸モフェチルの血中濃度測定の必要性（特定薬剤治療管理料１）；(830100058)	ミコフェノール酸モフェチルの血中濃度測定の必要性を記載すること。	別表Ⅰ B001の2 【項番75】
10469	共通	行った腫瘍マーカーの検査名の記載が必要です。（悪性腫瘍特異物質治療管理料）			悪性腫瘍特異物質治療管理料（その他・１項目）(113001310) 悪性腫瘍特異物質治療管理料（その他・２項目以上）(113002110)		検査名（悪性腫瘍特異物質治療管理料）；(830100060)	行った腫瘍マーカーの検査名を記載すること。	別表Ⅰ B001の3 【項番77】
10470	共通	前回算定年月日（初回である場合は初回である旨）の記載が必要です。（人工内耳機器調整加算）			人工内耳機器調整加算（６歳未満）(113030670) 人工内耳機器調整加算（６歳以上）(113030770)		前回算定年月日（人工内耳機器調整加算）(850190043) 初回（人工内耳機器調整加算）(820190043)	前回算定年月日（初回である場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ B001の14 【項番85】
10471	共通	対象となる患者の状態の記載が必要です。（精神科退院時共同指導料１（外来又は在宅医療を担う保険医療機関）１）			精神科退院時共同指導料１（外来又は在宅医療を担う保険医療機関）１(113032510)		対象患者の状態（精神科退院時共同指導料１のイ）：措置入院にかかる患者(820100581) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料１のイ）：緊急措置入院にかかる患者(820100582) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料１のイ）：医療観察法による入院又は通院をしたことがある患者(820100583) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料１のイ）：入院の期間が１年以上の患者(820100584)	対象となる患者の状態について記載すること。	別表Ⅰ B015 【項番148】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10472	共通	対象となる患者の状態の記載が必要です。（精神科退院時共同指導料１（外来又は在宅医療を担う保険医療機関）２）			精神科退院時共同指導料１（外来又は在宅医療を担う保険医療機関）２(113032610)		対象患者の状態（精神科退院時共同指導料１のロ）：６ヶ月間継続して社会的役割を遂行することに重大な問題がある。(820100585) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料１のロ）：自分１人で地域生活に必要な課題を遂行することに重大な問題がある(820100586) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料１のロ）：家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある。(820100587) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料１のロ）：行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある。(820100588) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料１のロ）：自傷や自殺を企てたことがある。(820100589) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料１のロ）：家族への暴力、暴言、拒絶がある。(820100590) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料１のロ）：警察・保健所介入歴がある。(820100591) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料１のロ）：定期的な服薬ができていなかったことが２か月以上あった。(820100592) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料１のロ）：外来受診をしないことが２か月以上あった。(820100593) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料１のロ）：自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない。(820100594) 精神科退院時共同指導料１のロの対象患者：直近の入院は措置入院である。(820100595) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料１のロ）：日常必需品の購入、光熱費／医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある。(820100596) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料１のロ）：家賃の支払いに経済的な問題を抱えている。(820100597) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料１のロ）：支援をする家族がいない。(820100598) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料１のロ）：同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている。(820100599)	対象となる患者の状態について記載すること。	別表Ⅰ B015 【項番149】
10473	共通	対象となる患者の状態の記載が必要です。（精神科退院時共同指導料２（入院医療を提供する保険医療機関））			精神科退院時共同指導料２（入院医療を提供する保険医療機関）(113032710)		対象患者の状態（精神科退院時共同指導料２）：措置入院にかかる患者(820100600) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料２）：緊急措置入院にかかる患者(820100601) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料２）：医療観察法による入院又は通院をしたことがある患者(820100602) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料２）：入院の期間が１年以上の患者(820100603) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料２）：６ヶ月間継続して社会的役割を遂行することに重大な問題がある。(820100604) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料２）：自分１人で地域生活に必要な課題を遂行することに重大な問題がある(820100605) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料２）：家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある。(820100606) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料２）：行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある。(820100607) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料２）：自傷や自殺を企てたことがある。(820100608) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料２）：家族への暴力、暴言、拒絶がある。(820100609) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料２）：警察・保健所介入歴がある。(820100610) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料２）：定期的な服薬ができていなかったことが２か月以上あった。(820100611) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料２）：外来受診をしないことが２か月以上あった。(820100612) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料２）：自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない。(820100613) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料２）：直近の入院は措置入院である。(820100614) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料２）：日常必需品の購入、光熱費／医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある。(820100615) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料２）：家賃の支払いに経済的な問題を抱えている。(820100616) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料２）：支援をする家族がいない。(820100617) 対象患者の状態（精神科退院時共同指導料２）：同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている。(820100618)	対象となる患者の状態について記載すること。	別表Ⅰ B015 【項番150】
							該当する状態（包括的支援加算）：１－１　要介護３(820100626) 該当する状態（包括的支援加算）：１－２　要介護４(820100627) 該当する状態（包括的支援加算）：１－３　要介護５(820100628) 該当する状態（包括的支援加算）：１－４　障害支援区分２以上(820100629) 該当する状態（包括的支援加算）：２－１　ランク３ａ(820100631) 該当する状態（包括的支援加算）：２－２　ランク３ｂ(820100632) 該当する状態（包括的支援加算）：２－３　ランク４(820100633) 該当する状態（包括的支援加算）：２－４　ランクＭ(820100634)		

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10474	共通	該当要件の記載が必要です。（包括的支援加算（在医総管・施医総管））			包括的支援加算（在医総管・施医総管）（114043870）		該当する状態（包括的支援加算）：３　頻回の訪問看護を受けている状態(820100635) 該当する状態（包括的支援加算）：４　訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態(820100636) 該当する状態（包括的支援加算）：５　施設に入居し、看護職員による処置を受けている状態(820100637) 該当する状態（包括的支援加算）：７－１　脳性麻痺等、小児慢性特定疾病、障害児に該当する１５歳未満の患者(820100638) 該当する状態（包括的支援加算）：７－２　出生時体重が１，５００ｇ未満であった１歳未満の患者(820100639) 該当する状態（包括的支援加算）：７－３　「超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準」による判定スコアが１０以上である患者(820100640) 該当する状態（包括的支援加算）：７－４　家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置を行っている患者(820100641) 該当する状態（包括的支援加算）：６　麻薬投薬を受けている状態(820101318)	区分番号C002在宅時医学総合管理料及びC002-2施設入居時等医学総合管理料の(22)に規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。 事務連絡令和6年5月30日「令和6年度診療報酬改定関連通知一部訂正について」	別表Ⅰ C002 C002-2 【項番168】
10475	共通	介護職員等と同行訪問した日の記載が必要です。（看護・介護職員連携強化加算（訪問看護・訪問看護（同一））			看護・介護職員連携強化加算（訪問看護・訪問看護（同一））（114044570）		同行訪問年月日（看護・介護職員連携強化加算）(850100123)	介護職員等と同行訪問した年月日を記載すること。	別表Ⅰ C005 C005-1-2 【項番179】
10476	共通	DESIGN-R2020による深さの評価及び本通知Ｃ013（２）の該当要件の記載が必要です。（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）			在宅患者訪問褥瘡管理指導料(114028010)	該当項目（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：ア　重度の末梢循環不全のもの(820100651) 該当項目（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：イ　麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの(820100652) 該当項目（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：ウ　強度の下痢が続く状態であるもの(820100653) 該当項目（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：エ　極度の皮膚脆弱であるもの(820100654) 該当項目（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：オ　皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの(820100655) **<<上記項目をORで登録する>>**	ＤＥＳＩＧＮ－Ｒ２０２０による深さの評価（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：ｄ０（皮膚損傷・発赤なし）(820100644) ＤＥＳＩＧＮ－Ｒ２０２０による深さの評価（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：ｄ１（持続する発赤）(820100645) ＤＥＳＩＧＮ－Ｒ２０２０による深さの評価（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：ｄ２（真皮までの損傷）(820100646) ＤＥＳＩＧＮ－Ｒ２０２０による深さの評価（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：Ｄ３（皮下組織までの損傷）(820100647) ＤＥＳＩＧＮ－Ｒ２０２０による深さの評価（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：Ｄ４（皮下組織を越える損傷）(820100648) ＤＥＳＩＧＮ－Ｒ２０２０による深さの評価（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：Ｄ５（関節腔、体腔に至る損傷）(820100649) ＤＥＳＩＧＮ－Ｒ２０２０による深さの評価（在宅患者訪問褥瘡管理指導料）：ＤＵ（深さ判定が不能の場合）(820100650)	（区分番号C013在宅患者訪問褥瘡管理指導料の（８）又は（９）により当該指導管理料算定する場合） カンファレンスの実施年月日、DESIGN-R®2020による深さの評価及び本通知Ｃ013（２）のいずれに該当するのかを記載すること。	別表Ⅰ C013 【項番193】
10477	共通	分娩日の記載が必要です。（在宅妊娠糖尿病患者指導管理料２）			在宅妊娠糖尿病患者指導管理料２(114050010)		分娩日（在宅妊娠糖尿病患者指導管理料２）(850100134)	分娩日（年月日）を記載すること。	別表Ⅰ C101-3 【項番200】
10478	共通	該当要件を満たす医学的根拠の記載が必要です。（特殊カテーテル加算間歇導尿用・親水性））			特殊カテーテル加算（間歇導尿用・親水性・６０本以上９０本未満）(114050410) 特殊カテーテル加算（間歇導尿用・親水性・９０本以上１２０本未満）(114050510) 特殊カテーテル加算（間歇導尿用・親水性・１２０本以上）(114050610)		ア　脊髄障害の要件を満たす医学的根拠；(830100104) イ　二分脊椎の要件を満たす医学的根拠；(830100105) ウ　他の中枢神経を原因とする神経因性膀胱の要件を満たす医学的根拠；(830100106) エ　その他の要件を満たす医学的根拠；(830100107)	区分番号C163の「特殊カテーテル加算」の（３）のアからエまでの中から該当するものを選択して記載するとともに、要件を満たす医学的根拠を記載すること。	別表Ⅰ C163 【項番227】
10479	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（ＡＬＫ融合遺伝子検査（肺癌））			ＡＬＫ融合遺伝子検査（肺癌）(160220810)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：肺癌におけるＡＬＫ融合遺伝子検査(820100663)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D004-2の1 【項番242】
10480	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（Ｋ－ｒａｓ遺伝子検査（肺癌））			ＫＲＡＳ遺伝子検査（肺癌）(160221310)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：肺癌におけるＫＲＡＳ遺伝子検査(820100664)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D004-2の1 【項番242】
10481	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（ＢＲＡＦ遺伝子検査（肺癌）（次世代シーケンシング））			ＢＲＡＦ遺伝子検査（肺癌）（次世代シーケンシング）(160222310)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：肺癌におけるＢＲＡＦ遺伝子検査（次世代シーケンシング）(820100665)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D004-2の1 【項番242】
10482	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（Ｋ－ｒａｓ遺伝子検査（膵癌））			ＫＲＡＳ遺伝子検査（膵癌）(160221410)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：膵癌におけるＫＲＡＳ遺伝子検査(820100666)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D004-2の1 【項番242】
10483	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（ＲＡＳ遺伝子検査（大腸癌））			ＲＡＳ遺伝子検査（大腸癌）(160220910)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：大腸癌におけるＲＡＳ遺伝子検査(820100667)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D004-2の1 【項番242】
10484	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（ＢＲＡＦ遺伝子検査（大腸癌））			ＢＲＡＦ遺伝子検査（大腸癌）(160221010)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：大腸癌におけるＢＲＡＦ遺伝子検査(820100668)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D004-2の1 【項番242】
10485	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（ＥＧＦＲ遺伝子検査（大腸癌））			ＥＧＦＲ遺伝子検査（大腸癌）(160222010)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：大腸癌におけるＥＧＦＲ遺伝子検査(820100669)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D004-2の1 【項番242】
10486	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（Ｋ－ｒａｓ遺伝子検査（大腸癌））			ＫＲＡＳ遺伝子検査（大腸癌）(160222110)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：大腸癌におけるＫＲＡＳ遺伝子検査(820100670)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D004-2の1 【項番242】
10487	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（リンチ症候群におけるマイクロサテライト不安定性検査）			リンチ症候群におけるマイクロサテライト不安定性検査(160222210)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：リンチ症候群におけるマイクロサテライト不安定性検査(820100671)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D004-2の1 【項番242】
10488	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（ＨＥＲ２遺伝子検査（乳癌））			ＨＥＲ２遺伝子検査（乳癌）(160221110)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：乳癌におけるＨＥＲ２遺伝子検査(820100672)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D004-2の1 【項番242】
10489	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（ＥＷＳ－Ｆｌｉ１遺伝子検査（悪性骨軟部組織腫瘍））			ＥＷＳ－Ｆｌｉ１遺伝子検査（悪性骨軟部組織腫瘍）(160221510)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：悪性骨軟部組織腫瘍におけるＥＷＳ－Ｆｌｉ１遺伝子検査(820100674)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D004-2の1 【項番242】
10490	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（ＴＬＳ－ＣＨＯＰ遺伝子検査（悪性骨軟部組織腫瘍））			ＴＬＳ－ＣＨＯＰ遺伝子検査（悪性骨軟部組織腫瘍）(160221610)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：悪性骨軟部組織腫瘍におけるＴＬＳ－ＣＨＯＰ遺伝子検査(820100675)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D004-2の1 【項番242】
10491	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（ＳＹＴ－ＳＳＸ遺伝子検査（悪性骨軟部組織腫瘍））			ＳＹＴ－ＳＳＸ遺伝子検査（悪性骨軟部組織腫瘍）(160221710)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：悪性骨軟部組織腫瘍におけるＳＹＴ－ＳＳＸ遺伝子検査(820100676)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D004-2の1 【項番242】
10492	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（ｃ－ｋｉｔ遺伝子検査（消化管間葉系腫瘍））			ｃ－ｋｉｔ遺伝子検査（消化管間葉系腫瘍）(160221810)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：消化管間葉系腫瘍におけるｃ－ｋｉｔ遺伝子検査(820100677)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D004-2の1 【項番242】
10493	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（センチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査（悪性黒色腫））			センチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査（悪性黒色腫）(160221910)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査(820100678)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D004-2の1 【項番242】
10494	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（ＢＲＡＦ遺伝子検査（リアルタイムＰＣＲ法）（悪性黒色腫））			ＢＲＡＦ遺伝子検査（リアルタイムＰＣＲ法）（悪性黒色腫）(160222410)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：悪性黒色腫におけるＢＲＡＦ遺伝子検査（リアルタイムＰＣＲ法）(820100855)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D004-2の1 【項番242】
10495	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（ＮＴＲＫ融合遺伝子検査（固形癌））			ＮＴＲＫ融合遺伝子検査（固形癌）(160222510)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：固形癌におけるＮＴＲＫ融合遺伝子検査(820100680)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D004-2の1 【項番242】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10496	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（ＥＧＦＲ遺伝子検査（肺癌））			ＥＧＦＲ遺伝子検査（肺癌）(160220610)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：肺癌におけるＥＧＦＲ遺伝子検査(820100803)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D004-2の1 【項番242】
10497	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（ＲＯＳ１融合遺伝子検査（肺癌））			ＲＯＳ１融合遺伝子検査（肺癌）(160220710)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：肺癌におけるＲＯＳ１融合遺伝子検査(820100804)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D004-2の1 【項番242】
10498	共通	上皮内癌（ＣＩＳ）と診断された病理所見、K803膀胱悪性腫瘍手術の「６」経尿道的手術の実施日の記載が必要です。（膀胱がん関連遺伝子検査）			膀胱がん関連遺伝子検査(160215850)	上皮内癌（ＣＩＳ）と診断された病理所見（膀胱がん関連遺伝子検査）；(830100125) 膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術）の実施年月日（膀胱がん関連遺伝子検査）(850100155)		上皮内癌（ＣＩＳ）と診断された病理所見を記載すること。 K803膀胱悪性腫瘍手術の「６」経尿道的手術の実施年月日を記載すること。	別表Ⅰ D006-15 【項番252】
10499	共通	医学的な必要性の記載が必要です。（角膜ジストロフィー遺伝子検査）			角膜ジストロフィー遺伝子検査(160217310)		医学的な必要性（角膜ジストロフィー遺伝子検査）；(830100127)	その医学的な必要性を記載すること。	別表Ⅰ D006-20 【項番255】
10500	共通	診断補助の実施後、６月以内の治療経過観察時の補助的指標の診断補助の実施日又は治療方針の変更日の記載が必要です。（ＴＲＡＣＰ－５ｂ）			ＴＲＡＣＰ－５ｂ(160184450)		診断補助の実施年月日（ＴＲＡＣＰ－５ｂ）(850100159) 治療方針変更年月日（ＴＲＡＣＰ－５ｂ）(850100160)	（診断補助として実施した後、６月以内の治療経過観察時の補助的指標として実施した場合） 診断補助として実施した日を記載すること。 （治療方針を変更した際に実施した場合） 治療方針の変更年月日を記載すること。	別表Ⅰ D008の25 【項番274】
10501	共通	実施年月日の記載が必要です。（ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（ＣｏＶ－２核酸検出含まない））			ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（ＣｏＶ－２核酸検出含まない）(160216850)		検査実施年月日（ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出を含まないもの））(850100181)	検査を実施した年月日を記載すること。	別表Ⅰ D023の17 【項番317】
10502	共通	手術実施日又は手術実施予定日、手術が行われなかった場合はその理由の記載が必要です。（脳磁図（自発活動を測定））			脳磁図（自発活動を測定）(160218410)		手術実施日（脳磁図（自発活動を測定するもの））(850100190) 手術実施予定日（脳磁図（自発活動を測定するもの））(850100191) 手術が行われなかった理由（脳磁図（その他のもの））；(830100151)	手術実施年月日又は手術実施予定年月日を記載すること。	別表Ⅰ D236-3の1 【項番334】
10503	共通	診断名、検査結果の要点、要件を満たす医学的根拠の記載が必要です。（夜睡眠ポリグラフィー（１及び２以外）（安全精度管理下））			終夜睡眠ポリグラフィー（１及び２以外）（安全精度管理下）(160218510)	安全精度管理を要した患者の診断名（疑い病名を含む。）（終夜睡眠ポリグラフィー（１及び２以外）（安全精度管理下））；(830100521) 検査中の安全精度管理に係る検査結果の要点（終夜睡眠ポリグラフィー（１及び２以外）（安全精度管理下））；(830100522)	（イ）の要件を満たす医学的根拠（終夜睡眠ポリグラフィー（１及び２以外）（安全精度管理下））；(830100154) （ロ）の要件を満たす医学的根拠（終夜睡眠ポリグラフィー（１及び２以外）（安全精度管理下））；(830100155) （ハ）の要件を満たす医学的根拠（終夜睡眠ポリグラフィー（１及び２以外）（安全精度管理下））；(830100156) （ニ）の要件を満たす医学的根拠（終夜睡眠ポリグラフィー（１及び２以外）（安全精度管理下））；(830100157) （ホ）の要件を満たす医学的根拠（終夜睡眠ポリグラフィー（１及び２以外）（安全精度管理下））；(830100078)	区分番号D237終夜睡眠ポリグラフィーの（３）の（イ）から（ホ）までのいずれかの要件を満たす医学的根拠を記載すること。 次の事項を記載すること。	別表Ⅰ D237の3のイ 【項番336】
10504	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（カルプロテクチン（糞便））			カルプロテクチン（糞便）(160210050)		前回実施年月日（カルプロテクチン（糞便））(850190013) 初回（カルプロテクチン（糞便））(820190013)	（算定回数が複数月に１回又は年１回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ D 【項番350】
10505	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（Mn）			Ｍｎ(160173910)		前回実施年月日（Ｍｎ）(850190015) 初回（Ｍｎ）(820190015)	（算定回数が複数月に１回又は年１回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ D 【項番350】
10506	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（遊離カルニチン）			遊離カルニチン(160210550)		前回実施年月日（遊離カルニチン）(850190016) 初回（遊離カルニチン）(820190016)	（算定回数が複数月に１回又は年１回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ D 【項番350】
10507	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（総カルニチン）			総カルニチン(160211850)		前回実施年月日（総カルニチン）(850190017) 初回（総カルニチン）(820190017)	（算定回数が複数月に１回又は年１回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ D 【項番350】
10508	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査））			抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）(160211910)		前回実施年月日（抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査））(850190026) 初回（抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査））(820190026)	（算定回数が複数月に１回又は年１回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ D 【項番350】
10509	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査））			抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）(160212010)		前回実施年月日（抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査））(850190027) 初回（抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）　）(820190027)	（算定回数が複数月に１回又は年１回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ D 【項番350】
10510	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（経皮的酸素ガス分圧測定）			経皮的酸素ガス分圧測定(160207410)		前回実施年月日（経皮的酸素ガス分圧測定）(850190035) 初回（経皮的酸素ガス分圧測定）(820190035)	（算定回数が複数月に１回又は年１回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ D 【項番350】
10511	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（皮下連続式グルコース測定（診療所））			皮下連続式グルコース測定（診療所）(160186910)		前回実施年月日（皮下連続式グルコース測定（診療所））(850190036) 初回（皮下連続式グルコース測定（診療所））(820190036)	（算定回数が複数月に１回又は年１回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ D 【項番350】
10513	共通	医学的な理由について該当項目の記載が必要です。（新生児頭部外傷撮影加算）			新生児頭部外傷撮影加算(170037670)		該当する項目（新生児頭部外傷撮影加算）：ア　ＧＣＳ≦１４(820100696) 該当する項目（新生児頭部外傷撮影加算）：イ　頭蓋骨骨折の触知又は徴候(820100697) 該当する項目（新生児頭部外傷撮影加算）：ウ　意識変容（興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等）(820100698) 該当する項目（新生児頭部外傷撮影加算）：エ　受診後の症状所見の悪化(820100699) 該当する項目（新生児頭部外傷撮影加算）：オ　家族等の希望(820100700) 該当する項目（新生児頭部外傷撮影加算）：カ　その他(820100701)	医学的な理由について該当項目を記載すること。	別表Ⅰ E 【項番355】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10514	共通	医学的な理由について該当項目の記載が必要です。（乳幼児頭部外傷撮影加算）			乳幼児頭部外傷撮影加算(170037770)		該当する項目（乳幼児頭部外傷撮影加算）：ア　ＧＣＳ≦１４(820100702) 該当する項目（乳幼児頭部外傷撮影加算）：イ　頭蓋骨骨折の触知又は徴候(820100703) 該当する項目（乳幼児頭部外傷撮影加算）：ウ　意識変容（興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等）(820100704) 該当する項目（乳幼児頭部外傷撮影加算）：エ　受診後の症状所見の悪化(820100705) 該当する項目（乳幼児頭部外傷撮影加算）：オ　家族等の希望(820100706) 該当する項目（乳幼児頭部外傷撮影加算）：カ　その他(820100707)	医学的な理由について該当項目を記載すること。	別表Ⅰ E 【項番356】
10515	共通	医学的な理由について該当項目の記載が必要です。（幼児頭部外傷撮影加算）			幼児頭部外傷撮影加算(170037870)		該当する項目（幼児頭部外傷撮影加算）：ア　ＧＣＳ≦１４(820100708) 該当する項目（幼児頭部外傷撮影加算）：イ　頭蓋骨骨折の触知又は徴候(820100709) 該当する項目（幼児頭部外傷撮影加算）：ウ　意識変容（興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等）(820100710) 該当する項目（幼児頭部外傷撮影加算）：エ　受診後の症状所見の悪化(820100711) 該当する項目（幼児頭部外傷撮影加算）：オ　家族等の希望(820100712) 該当する項目（幼児頭部外傷撮影加算）：カ　その他(820100806)	医学的な理由について該当項目を記載すること。	別表Ⅰ E 【項番357】
10516	共通	該当する医学的根拠の記載が必要です。（冠動脈ＣＴ撮影加算）			冠動脈ＣＴ撮影加算(170027770)		該当する医学的根拠（冠動脈ＣＴ撮影加算）：ア　諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常(820100723) 該当する医学的根拠（冠動脈ＣＴ撮影加算）：イ　急性冠症候群(820100724) 該当する医学的根拠（冠動脈ＣＴ撮影加算）：ウ　狭心症(820100725) 該当する医学的根拠（冠動脈ＣＴ撮影加算）：エ　狭心症等が疑われ、冠動脈疾患のリスク因子が認められる場合(820100726) 該当する医学的根拠（冠動脈ＣＴ撮影加算）：オ　その他、冠動脈ＣＴ撮影が医学的に必要と認められる場合(820100727)	区分番号E200 コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）の（８）のアからオまでの該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ E200 注4 【項番362】
10517	共通	血流予備量比の値の記載が必要です。（血流予備量比コンピューター断層撮影）			血流予備量比コンピューター断層撮影(170036950)		血流予備量比の値（血流予備量比コンピューター断層撮影）(842100052)	血流予備量比コンピューター断層撮影による血流予備量比の値を記載すること。	別表Ⅰ E200-2 【項番363】
10518	共通	１回目の注射の実施日の記載が必要です。（血漿成分製剤加算（点滴注射））			血漿成分製剤加算（点滴注射）(130010570)		血漿成分製剤加算（点滴注射）１回目注射年月日(850100207)	１回目の注射の実施年月日を記載すること。	別表Ⅰ G004 【項番372】
10519	共通	１回目の注射の実施日の記載が必要です。（血漿成分製剤加算（中心静脈注射））			血漿成分製剤加算（中心静脈注射）(130010670)		血漿成分製剤加算（中心静脈注射）１回目注射年月日(850100208)	１回目の注射の実施年月日を記載すること。	別表Ⅰ G005 【項番373】
10520	共通	治療開始日と終了日の年月日の記載が必要です。（経頭蓋磁気刺激療法）			経頭蓋磁気刺激療法(180058650)		治療開始年月日（経頭蓋磁気刺激療法）(850100235) 治療終了年月日（経頭蓋磁気刺激療法）(850100236)	治療開始日と終了日の年月日を記載すること。	別表Ⅰ I002 【項番400】
10521	共通	直近の入院日、退院日の記載が必要です。（精神科在宅患者支援管理料１、精神科在宅患者支援管理料２）			精神科在宅患者支援管理料１（集中的支援必要）（単一建物１人）(180057210) 精神科在宅患者支援管理料１（集中的支援必要）（単一建物２人以上）(180057310) 精神科在宅患者支援管理料１（重度精神障害者）（単一建物１人）(180057410) 精神科在宅患者支援管理料１（重度精神障害者）（単一建物２人以上）(180057510) 精神科在宅患者支援管理料２（集中的支援必要）（単一建物１人）(180057810) 精神科在宅患者支援管理料２（集中的支援必要）（単一建物２人以上）(180057910) 精神科在宅患者支援管理料２（重度精神障害者）（単一建物１人）(180058010) 精神科在宅患者支援管理料２（重度精神障害者）（単一建物２人以上）(180058110)	直近の入院の入院日（精神科在宅患者支援管理料）(850100259) 直近の入院の退院日（精神科在宅患者支援管理料）(850100260)		算定期間、算定要件が決まっているため直近の入院についての入院日、入院形態並びに退院日、直近の退院時におけるＧＡＦ、自立度判定基準 ランク及び算定する月に行った訪問の日時、診療時間並びに訪問したものの職種を記載する。	別表Ⅰ I016 【項番427】
10522	共通	直近の退院時ＧＡＦ、当該月の最初の訪問診療時のGAF初回の算定日、カンファレンス実施日、算定月に行った訪問の日時、診療時間及び訪問者の職種の記載が必要です。（精神科在宅患者支援管理料１、精神科在宅患者支援管理料２）			精神科在宅患者支援管理料１（集中的支援必要）（単一建物１人）(180057210) 精神科在宅患者支援管理料１（集中的支援必要）（単一建物２人以上）(180057310) 精神科在宅患者支援管理料１（重度精神障害者）（単一建物１人）(180057410) 精神科在宅患者支援管理料１（重度精神障害者）（単一建物２人以上）(180057510) 精神科在宅患者支援管理料２（集中的支援必要）（単一建物１人）(180057810) 精神科在宅患者支援管理料２（集中的支援必要）（単一建物２人以上）(180057910) 精神科在宅患者支援管理料２（重度精神障害者）（単一建物１人）(180058010) 精神科在宅患者支援管理料２（重度精神障害者）（単一建物２人以上）(180058110)	直近の退院時におけるＧＡＦ（精神科在宅患者支援管理料）(842100054) 当該月の最初の訪問診療時におけるＧＡＦ（精神科在宅患者支援管理料）(842100055) 初回算定日（精神科在宅患者支援管理料）(850100261) カンファレンス実施日（精神科在宅患者支援管理料）(850100262) 算定する月に行った訪問日（精神科在宅患者支援管理料）(850100263) 算定する月に行った訪問の時刻（精神科在宅患者支援管理料）(851100008) 診療時間（精神科在宅患者支援管理料）(852100013) 訪問した者の職種（精神科在宅患者支援管理料）；(830100234)		算定期間、算定要件が決まっているため直近の入院についての入院日、入院形態並びに退院日、直近の退院時におけるＧＡＦ、自立度判定基準 ランク及び算定する月に行った訪問の日時、診療時間並びに訪問したものの職種を記載する。	別表Ⅰ I016 【項番427】
10523	共通	精神科在宅患者支援管理料１又は精神科在宅患者支援管理料２の初回の算定日、精神科在宅患者支援管理料３の初回の算定日及び算定する月に行った訪問の日時、診療時間並びに訪問した者の職種の記載が必要です。（精神科在宅患者支援管理料３）			精神科在宅患者支援管理料３（単一建物１人）(180064010) 精神科在宅患者支援管理料３（単一建物２人以上）(180064110)	訪問の日時、診療時間、訪問した者の職種（精神科在宅患者支援管理料３）；(830100235) 初回の算定日（精神科在宅患者支援管理料３）(850100266)	初回の算定日（精神科在宅患者支援管理料１）(850100264) 初回の算定日（精神科在宅患者支援管理料２）(850100265)	（精神科在宅患者支援管理料３を算定する場合） 精神科在宅患者支援管理料１又は２の初回の算定日、精神科在宅患者支援管理料３の初回の算定年月日及び算定する月に行った訪問の日時、診療時間並びに訪問した者の職種を記載すること。	別表Ⅰ I016 【項番427】
10524	共通	難治性潰瘍の所見（潰瘍の持続期間、部位、深達度及び面積を含む。）、これまでの治療経過（初回の場合はその旨を記載）、診断した根拠（下肢静脈超音波検査等の所見）、必要とする医学的理由及び指導内容の記載が必要です。（静脈圧迫処置（慢性静脈不全））			静脈圧迫処置（慢性静脈不全）(140059610)	難治性潰瘍の所見（静脈圧迫処置）；(830100240) 治療経過（静脈圧迫処置）；(830100241) 慢性静脈不全等と診断した根拠（下肢静脈超音波検査等の所見）（静脈圧迫処置）；(830100242) 静脈圧迫処置を必要とする医学的理由（静脈圧迫処置）；(830100243) 指導内容（静脈圧迫処置）；(830100244)		難治性潰瘍の所見（潰瘍の持続期間、部位、深達度及び面積を含む。）、これまでの治療経過（初回の場合はその旨を記載）、慢性静脈不全と診断した根拠（下肢静脈超音波検査等の所見）、静脈圧迫処置を必要とする医学的理由及び指導内容について記載すること。	別表Ⅰ J010 【項番432】
10525	共通	当該処置を行う医学的必要性の記載が必要です。（多血小板血漿処置）			多血小板血漿処置(140060010)		多血小板血漿処置を行う医学的必要性（多血小板血漿処置）；(830100249)	当該処置を行う医学的必要性を記載すること。	別表Ⅰ J003-4 【項番437】
10526	共通	初回の算定年月日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（周術期乳幼児加算）			周術期乳幼児加算(140060170)		初回の算定年月日（周術期乳幼児加算（肛門拡張法）(850190046) 初回（周術期乳幼児加算（肛門拡張法））(820190046)	初回の算定年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ J032 【項番441】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10527	共通	該当項目または、要件を満たす医学的根拠の記載が必要です。（持続緩徐式血液濾過）			持続緩徐式血液濾過(140029850)		該当する項目（持続緩徐式血液濾過）：ア　末期腎不全の患者(820100750) 該当する項目（持続緩徐式血液濾過）：イ　急性腎障害と診断された、高度代謝性アシドーシスの患者(820100751) 該当する項目（持続緩徐式血液濾過）：ウ　薬物中毒の患者(820100752) 該当する項目（持続緩徐式血液濾過）：エ　急性腎障害と診断された、尿毒症の患者(820100753) 該当する項目（持続緩徐式血液濾過）：オ　急性腎障害と診断された、電解質異常の患者(820100754) 該当する項目（持続緩徐式血液濾過）：カ　急性腎障害と診断された、体液過剰状態の患者(820100755) キの要件を満たす医学的根拠（重症急性膵炎の患者）（持続緩徐式血液濾過）；(830100253) クの要件を満たす医学的根拠（重症敗血症の患者）（持続緩徐式血液濾過）；(830100254) ケの要件を満たす医学的根拠（劇症肝炎又は術後肝不全）（持続緩徐式血液濾過）；(830100255)	区分番号Ｊ038-2持続緩徐式血液濾過の（２）のアからカまでのいずれかに該当する場合は、該当項目を記載すること。	別表Ⅰ Ｊ038-2 【項番447】
10528	共通	要件を満たす医学的根拠の記載が必要です。（エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法（１８歳以上））	１８歳以上		エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法（１８歳以上）(140061610)	イの１の要件を満たす医学的根拠（吸着式血液浄化法）；(830100260) イの２の要件を満たす医学的根拠（吸着式血液浄化法）；(830100261)	アの１の要件を満たす医学的根拠（吸着式血液浄化法）；(830100257) アの２の要件を満たす医学的根拠（吸着式血液浄化法）；(830100258) アの３の要件を満たす医学的根拠（吸着式血液浄化法）；(830100259)	（区分番号Ｊ41吸着式血液浄化法の（２）のアに該当する場合） Ｊ41吸着式血液浄化法の（２）のアの①から③までのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載する。 （区分番号Ｊ41吸着式血液浄化法の（２）のイに該当する場合） Ｊ41吸着式血液浄化法の（２）のイの①及び②の要件を満たす医学的根拠について記載する。	別表Ⅰ Ｊ041 【項番451】
10529	共通	開始年月日及び医学的必要性の記載が必要です。（心不全に対する遠赤外線温熱療法）			心不全に対する遠赤外線温熱療法(140061210)	初回の算定年月日（心不全に対する遠赤外線温熱療法）(850100282) 医学的必要性（心不全に対する遠赤外線温熱療法）；(830100263)		当該療法を開始した年月日及び医学的必要性を記載する。	別表Ⅰ Ｊ047の3 【項番459】
10530	共通	両靭帯損傷と診断する根拠となった検査所見等及び一期的な両靭帯形成術の医学的必要性の記載が必要です。（一期的両靭帯形成加算）			一期的両靭帯形成加算(150411570)	両靭帯損傷と診断する根拠となった検査所見（一期的両靭帯形成加算）；(830100277) 一期的な両靭帯形成術の医学的必要性（一期的両靭帯形成加算）；(830100278)		両靭帯損傷と診断する根拠となった検査所見等及び一期的な両靭帯形成術の医学的必要性を記載すること。	別表Ⅰ Ｋ079-2 【項番480】
10531	共通	手術前に心房細動又は心房粗動と診断した根拠となる12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査（ホルター心電図検査を含む。）の結果及び当該手術を行う医学的理由の記載が必要です。（不整脈手術（左心耳閉鎖術）（開胸手術））			不整脈手術（左心耳閉鎖術）（開胸手術）(150415010)	１２誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査の結果（不整脈手術（左心耳閉鎖術（開胸手術））；(830100305) 当該手術を行う医学的理由（不整脈手術（左心耳閉鎖術（開胸手術））；(830100306)		手術前に心房細動又は心房粗動と診断した根拠となる12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査（ホルター心電図検査を含む。）の結果及び当該手術を行う医学的理由を記載すること。	別表Ⅰ Ｋ594の４のイ 【項番494】
10532	共通	２回以上算定した場合、前回算定日の記載が必要です。（経皮的シャント拡張術・血栓除去術（初回））			経皮的シャント拡張術・血栓除去術（初回）(150416610)		前回算定年月日（経皮的シャント拡張術・血栓除去術）(850100291)	経皮的シャント拡張術・血栓除去術を２回以上算定した場合）前回算定日を記載すること。	別表Ⅰ Ｋ616-4 【項番496】
10533	共通	硬膜外麻酔の代替として神経ブロックを行う医学的必要性の記載が必要です。（神経ブロック併施加算（厚生労働大臣が定める患者））			神経ブロック併施加算（厚生労働大臣が定める患者）(150422770)		医学的必要性（神経ブロック併施加算）；(830100320)	硬膜外麻酔の代替として神経ブロックを行う医学的必要性を記載すること。	別表Ⅰ Ｌ008注9 【項番540】
10534	共通	照射部位の記載が必要です。（放射線治療）			体外照射（エックス線表在治療）（１回目）(180008810) 体外照射（エックス線表在治療）（２回目）(180019410) 体外照射（高エネルギー放射線治療）（１回目）（１門照射）(180020710) 体外照射（高エネルギー放射線治療）（１回目）（対向２門照射）(180020810) 体外照射（高エネルギー放射線治療）（１回目）（非対向２門照射）(180020910) 体外照射（高エネルギー放射線治療）（１回目）（３門照射）(180021010) 体外照射（高エネルギー放射線治療）（１回目）（４門以上の照射）(180021110) 体外照射（高エネルギー放射線治療）（１回目）（運動照射）(180021210) 体外照射（高エネルギー放射線治療）（１回目）（原体照射）(180021310) 体外照射（高エネルギー放射線治療）（２回目）（１門照射）(180021410) 体外照射（高エネルギー放射線治療）（２回目）（対向２門照射）(180021510) 体外照射（高エネルギー放射線治療）（２回目）（非対向２門照射）(180021610) 体外照射（高エネルギー放射線治療）（２回目）（３門照射）(180021710) 体外照射（高エネルギー放射線治療）（２回目）（４門以上の照射）(180021810) 体外照射（高エネルギー放射線治療）（２回目）（運動照射）(180021910) 体外照射（高エネルギー放射線治療）（２回目）（原体照射）(180022010) 体外照射（ＩＭＲＴ）(180031910) ガンマナイフによる定位放射線治療(180018910) 直線加速器による放射線治療（定位放射線治療）(180019710) 直線加速器による放射線治療（１以外）(180035310) 直線加速器による放射線治療（定位放射線治療・体幹部に対する）(180026750) 粒子線治療（希少な疾病）（重粒子線治療）(180055010) 粒子線治療（希少な疾病）（陽子線治療）(180055110) 粒子線治療（１以外の特定の疾病）（重粒子線治療）(180055210) 粒子線治療（１以外の特定の疾病）（陽子線治療）(180055310) ホウ素中性子捕捉療法(180064350) 全身照射(180012710) 電磁波温熱療法（深在性悪性腫瘍）(180012810) 電磁波温熱療法（浅在性悪性腫瘍）(180012910) 密封小線源治療（外部照射）(180009410) 密封小線源治療（腔内照射）（その他）(180009510) 密封小線源治療（腔内照射）（高線量率イリジウム照射）(180017010) 密封小線源治療（腔内照射）（新型コバルト小線源治療装置）(180032110) 密封小線源治療（組織内照射）（その他）(180009610)		照射部位（放射線治療）；(830100324)	照射部位を記載すること。	別表Ⅰ Ｍ 【項番546】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					密封小線源治療（組織内照射）（高線量率イリジウム照射）(180018610) 密封小線源治療（組織内照射）（前立腺癌に対する永久挿入療法）(180027110) 密封小線源治療（組織内照射）（新型コバルト小線源治療装置）(180032310) 密封小線源治療（放射性粒子照射）(180009710)				
10536	共通	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、レボチロキシンナトリウム経口製剤による治療が適さないと判断した理由の記載が必要です。（チラーヂンＳ静注液）	病名に疑いを除く	甲状腺機能低下症(8833504)	チラーヂンＳ静注液２００μｇ　１ｍＬ(622796801)		レボチロキシンナトリウム経口製剤による治療が適さないと判断した理由（チラーヂンＳ静注液２００μｇ）；(830600066)	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、レボチロキシンナトリウム経口製剤による治療が適さないと判断した理由を記載すること。	別表Ⅱ 【項番99】
10537	共通	投与開始に当たっては、本剤の投与が必要と判断した理由の記載が必要です。（エンレスト錠）			エンレスト錠１００ｍｇ(622821001) エンレスト錠２００ｍｇ(622821101) エンレスト錠５０ｍｇ(622820901)		投与が必要と判断した理由（エンレスト錠５０ｍｇ等）；(830600024)	（慢性心不全の場合） 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） 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。	別表Ⅱ 【項番33】
10538	共通	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、投与が必要と判断した理由の記載が必要です。（フェインジェクト静注）			フェインジェクト静注５００ｍｇ　１０ｍＬ(622676601)	投与前の血中Ｈｂ値（フェインジェクト静注５００ｍｇ）；(830600194) 投与が必要と判断した理由（フェインジェクト静注５００ｍｇ）；(830600071)		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。 事務連絡令和6年7月11日「令和6年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について」	別表Ⅱ 【項番136】
10539	共通	１回２瓶以上処方する場合は、複数必要と判断した理由の記載が必要です。（バクスミー点鼻粉末剤３ｍｇ）	同日		バクスミー点鼻粉末剤３ｍｇ(622796401) **<<用量を２以上とする>>**		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）；(830600069)	１回２瓶以上処方する場合は、複数必要と判断した理由を記載すること。	別表Ⅱ 【項番125】
10540	共通	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）に使用する場合、患者要件の記載が必要です。（ビンダケルカプセル２０ｍｇ）			ビンダケルカプセル２０ｍｇ(622278901)		患者要件１（ビンダケルカプセル２０ｍｇ）(820600087) 患者要件２（ビンダケルカプセル２０ｍｇ）(820600088)	患者要件を記載すること。 ①　野生型の場合 ②　変異型の場合	別表Ⅱ 【項番133】
10541	共通	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の記載が必要です。（リベルサス錠）			リベルサス錠１４ｍｇ(629911801) リベルサス錠３ｍｇ(629911601) リベルサス錠７ｍｇ(629911701)		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）；(830600088)	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。	別表Ⅱ 【項番161】
10542	共通	検査実施月と初回投与の場合、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の記載が必要です。（ゼジューラ）			ゼジューラ錠１００ｍｇ(622875301)	過去に実施した化学療法歴（ゼジューラカプセル１００ｍｇ等）；(830600048)	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（ゼジューラカプセル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（初回投与）（ゼジューラカプセル１００ｍｇ等）(850600038)	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。 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。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。	別表Ⅱ 【項番88】
10543	共通	本剤の投与が必要と判断した理由の記載が必要です。（アキャルックス点滴静注）			アキャルックス点滴静注２５０ｍｇ　５０ｍＬ(629911001)		投与が必要と判断した理由（アキャルックス点滴静注２５０ｍｇ）；(830600115)	投与が必要と判断した理由を記載すること。	別表Ⅱ 【項番2】
10544	共通	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）の記載が必要です。（エクロックゲル５％）			エクロックゲル５％(622835201)		多汗症疾患重症度評価尺度（ＨＤＳＳ）（エクロックゲル５％）；(830600011)	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。	別表Ⅱ 【項番22】
10546	共通	本剤とビニメチニブを併用する場合は併用が必要とした判断に用いた情報(ECOG PS、転移臓器数、CRP値等)の具体的な記載が必要です。(ビラフトビカプセル50mg＋メクトビ錠)	病名に疑いを除く	直腸癌(1541005) 結腸癌(1539002) **<<上記項目をORで登録する>>**	ビラフトビカプセル５０ｍｇ(622668801) メクトビ錠１５ｍｇ(622668901) **<<２件該当とする>>**		ビニメチニブを併用する理由（ビラフトビカプセル５０ｍｇ等）；(830600070)	本剤とビニメチニブを併用する場合には、関連学会の最新のガイドライン等を踏まえ、併用する理由を記載すること。その場合は、併用が必要とした判断に用いた情報（ECOG PS、転移臓器数、CRP 値等）を具体的に記載すること。	別表Ⅱ 【項番131】
10547	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（（１）又は（２）の場合＋網膜機能精密電気生理検査）	グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ	（１）　留意事項通知に規定する患者に対する黄斑疾患の診断目的(820100153) （２）　黄斑ジストロフィーの診断目的(820100154) **<<上記項目をORで登録する>>**	網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）(160187210)	前回実施年月日（網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図））(850190037) 初回（網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図））(820190037) **<<上記項目をORで登録する>>**	前回算定年月日（網膜機能精密電気生理検査）(850190007) 初回（網膜機能精密電気生理検査）(820190007)	直近の算定月日（初回であればその旨）を記載すること。 （算定回数が複数月に１回又は年１回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ D D258-2 【項番340、350】
10548	共通	手術施行（予定を含む）月日、前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（（３）の場合＋網膜機能精密電気生理検査）		（３）　網膜手術の前後(820100155)	網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）(160187210)	前回実施年月日（網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図））(850190037) 初回（網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図））(820190037) **<<上記項目をORで登録する>>**	手術実施年月日（網膜機能精密電気生理検査）(850100194) 手術予定年月日（網膜機能精密電気生理検査）(850100195)	手術施行（予定を含む。）年月日を記載すること。 （算定回数が複数月に１回又は年１回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ D D258-2 【項番340、350】
10549	共通	該当するものを選択して記載が必要です。（持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプ非連動））			持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプ非連動・２個以下）(114046550) 持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプ非連動・３個又は４個）(114046650) 持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプ非連動・５個以上）(114046750)		該当する患者（持続血糖測定器）：１型糖尿病患者の患者（間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合）(820100660) 該当する患者（持続血糖測定器）：膵全摘後の患者（間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合）(820100661) 該当する患者（持続血糖測定器）：２型糖尿病患者（間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合(820100662)	区分番号C152－2持続血糖測定器の（１）に規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ C152-2 【項番225】
10550	共通	廃用症候群にかかる急性疾患等の疾患名とその発症、手術若しくは急性増悪の月日、又は廃用症候群の急性増悪の月日の記載が必要です。（初期加算（リハビリテーション料）+廃用症候群リハビリテーション料）		初期加算（リハビリテーション料）(180033870)	廃用症候群リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）(180750510) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（作業療法士による場合）(180750610) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（言語聴覚士による場合）(180750710) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（医師による場合）(180750810) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（理学療法士による場合）(180750910) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（作業療法士による場合）(180751010) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（言語聴覚士による場合）(180751110) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（医師による場合）(180751210) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（理学療法士による場合）(180751310) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（作業療法士による場合）(180751410) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（言語聴覚士による場合）(180751510) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（医師による場合）(180751610) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（イからニまで以外の場合）(180751710)	疾患名（初期加算）；(830100799)	発症年月日（初期加算）(850100215) 手術年月日（初期加算）(850100216) 急性増悪年月日（初期加算）(850100217)	当該患者の廃用症候群にかかる急性疾患等の疾患名とその発症、手術若しくは急性増悪の月日、又は廃用症候群の急性増悪の月日を記載すること。	別表Ⅰ H001-2 【項番384】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10551	共通	指導した年月日の記載が必要です。（外来腫瘍化学療法診療料＋外来栄養食事指導料１（２回目以降）（対面））	同日	外来腫瘍化学療法診療料１（イ以外の必要な治療管理を行った場合）（113038110） 外来腫瘍化学療法診療料２（イ以外の必要な治療管理を行った場合）（113038310） 外来腫瘍化学療法診療料１（抗悪性腫瘍剤を投与）（４回目以降）（113704510） 外来腫瘍化学療法診療料１（抗悪性腫瘍剤を投与）（初回から３回目）（113704610） 外来腫瘍化学療法診療料２（抗悪性腫瘍剤を投与）（４回目以降）（113704710） 外来腫瘍化学療法診療料２（抗悪性腫瘍剤を投与）（初回から３回目）（113704810） 外来腫瘍化学療法診療料３（抗悪性腫瘍剤を投与）（４回目以降）（113704910） 外来腫瘍化学療法診療料３（抗悪性腫瘍剤を投与）（初回から３回目）（113705010） 外来腫瘍化学療法診療料３（イ以外の必要な治療管理を行った場合）（113705110） **<<上記項目をORで登録する>>**	外来栄養食事指導料１（２回目以降）（対面）（113017510）		指導した年月日（外来栄養食事指導料（注２））（850100052）	指導した年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ｂ001の9 【項番79】
10552	共通	腎代替療法指導管理料を２回算定する場合、その医療上の必要性の記載が必要です。（腎代替療法指導管理料）			腎代替療法指導管理料(113031110) 腎代替療法指導管理料（情報通信機器）(113036110)		２回算定する医療上の必要性（腎代替療法指導管理料）；(830100065)	（腎代替療法指導管理料を２回算定する場合） その医療上の必要性を詳細に記載すること。	別表Ⅰ Ｂ001の31 【項番95】
10553	共通	腎代替療法指導管理料の（２）のアに該当する場合、該当要件の記載が必要です。（腎代替療法指導管理料）	病名に疑いを除く	慢性腎臓病(8844106) 慢性腎不全(5859002) **<<上記項目をORで登録する>>**	腎代替療法指導管理料(113031110) 腎代替療法指導管理料（情報通信機器）(113036110)		ｅＧＦＲの検査値（腎代替療法指導管理料）：（イ）　２５ｍＬ／ｍｉｎ／１．７３ｍ２以上　３０ｍＬ／ｍｉｎ／１．７３ｍ２未満(820100575) ｅＧＦＲの検査値（腎代替療法指導管理料）：（ロ）　１５ｍＬ／ｍｉｎ／１．７３ｍ２以上　２５ｍＬ／ｍｉｎ／１．７３ｍ２未満(820100576) ｅＧＦＲの検査値（腎代替療法指導管理料）：（ハ）　１５ｍｌ／ｍｉｎ／１．７３ｍ２未満(820100577)	（腎代替療法指導管理料の（２）のアに該当する場合） 直近の血液検査におけるeGFRの検査値について、区分番号B001の31腎代替療法指導管理料の（６）の（イ）から（ハ）のうちいずれか該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ Ｂ001の31 【項番95】
10554	共通	腎代替療法指導管理料の（２）のイに該当する場合、腎代替療法指導管理料の実施について適切な時期と判断とした理由の記載が必要です。（腎代替療法指導管理料）	病名に疑いを除く	急速進行性糸球体腎炎(8832470)	腎代替療法指導管理料(113031110) 腎代替療法指導管理料（情報通信機器）(113036110)		腎代替療法指導管理料の実施について適切な時期と判断とした理由；(830100066)	（腎代替療法指導管理料の（２）のイに該当する場合） 腎代替療法指導管理料の実施について適切な時期と判断とした理由を記載すること。	別表Ⅰ Ｂ001の31 【項番95】
10555	共通	２回以上実施する場合、その医療上の必要性の記載が必要です。（遺伝学的検査（容易）など）			遺伝学的検査（容易）(160210910) 遺伝学的検査（複雑）(160211010) 遺伝学的検査（極複雑）(160211110) 遺伝学的検査（容易）（（１）のエに掲げる遺伝子疾患）(160211210) 遺伝学的検査（複雑）（（１）のエに掲げる遺伝子疾患）(160211310) 遺伝学的検査（極複雑）（（１）のエに掲げる遺伝子疾患）(160211410) 遺伝学的検査（容易）（（１）のオに掲げる遺伝子疾患）(160222610) 遺伝学的検査（複雑）（（１）のオに掲げる遺伝子疾患）(160222710) 遺伝学的検査（極複雑）（（１）のオに掲げる遺伝子疾患）(160222810) 遺伝学的検査（容易）（複数疾患）(160239010) 遺伝学的検査（複雑）（複数疾患）(160239110) 遺伝学的検査（極複雑）（複数疾患）(160239210) 遺伝学的検査（容易）（（１）のエに掲げる遺伝子疾患・複数疾患）(160239310) 遺伝学的検査（複雑）（（１）のエに掲げる遺伝子疾患・複数疾患）(160239410) 遺伝学的検査（極複雑）（（１）のエに掲げる遺伝子疾患・複数疾患）(160239510) 遺伝学的検査（容易）（（１）のオに掲げる遺伝子疾患・複数疾患）(160239610) 遺伝学的検査（複雑）（（１）のオに掲げる遺伝子疾患・複数疾患）(160239710) 遺伝学的検査（極複雑）（（１）のオに掲げる遺伝子疾患・複数疾患）(160239810)		遺伝学的検査を２回以上実施する医療上の必要性（遺伝学的検査）；(830100119)	（２回以上実施する場合） その医療上の必要性を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ006-4 【項番246】
10556	共通	臨床症状や他の検査等では当該疾患の診断がつかないこと及びその医学的な必要性の記載が必要です。（遺伝学的検査（容易）（（１）のオに掲げる遺伝子疾患）など）			遺伝学的検査（容易）（（１）のオに掲げる遺伝子疾患）(160222610) 遺伝学的検査（複雑）（（１）のオに掲げる遺伝子疾患）(160222710) 遺伝学的検査（極複雑）（（１）のオに掲げる遺伝子疾患）(160222810) 遺伝学的検査（容易）（（１）のオに掲げる遺伝子疾患・複数疾患）(160239610) 遺伝学的検査（複雑）（（１）のオに掲げる遺伝子疾患・複数疾患）(160239710) 遺伝学的検査（極複雑）（（１）のオに掲げる遺伝子疾患・複数疾患）(160239810)		臨床症状や他の検査等では当該疾患の診断がつかないこと及びその医学的な必要性（遺伝学的検査）；(830100120)	（遺伝学的検査の（１）のオに掲げる遺伝子疾患に対する検査を実施する場合） 臨床症状や他の検査等では当該疾患の診断がつかないこと及びその医学的な必要性を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ006-4 【項番246】
10557	共通	２回以上算定した場合、各々の訪問指導日の記載が必要です。（精神科退院前訪問指導料）	入院		精神科退院前訪問指導料(180018310)		訪問指導年月日（精神科退院前訪問指導料）(850100250)	（２回以上算定した場合） 各々の訪問指導年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ⅰ011-2 【項番416】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10558	共通	創傷処置、下肢創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合、併算定した処置と局所陰圧閉鎖処置の対象部位をそれぞれ記載する必要があります。（創傷処置（１００ｃｍ２未満）など+局所陰圧閉鎖処置（入院）など）	同日	創傷処置（１００ｃｍ２未満）（140000610） 創傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）（140000710） 創傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）（140000810） 創傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）（140000910） 創傷処置（６０００ｃｍ２以上）（140001010） 熱傷処置（１００ｃｍ２未満）（140032010） 熱傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）（140032110） 熱傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）（140032210） 熱傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）（140036510） 熱傷処置（６０００ｃｍ２以上）（140036610） 下肢創傷処置（足部（踵を除く）の浅い潰瘍）（140062110） 下肢創傷処置（足趾の深い潰瘍・踵部の浅い潰瘍）（140062210） 下肢創傷処置（足部（踵を除く）の深い潰瘍・踵部の深い潰瘍）（140062310） **<<上記項目をORで登録する>>**	局所陰圧閉鎖処置（入院）（１００ｃｍ２未満）（140051810） 局所陰圧閉鎖処置（入院）（１００ｃｍ２以上）（140051910） 局所陰圧閉鎖処置（入院）（２００ｃｍ２以上）（140052010） 局所陰圧閉鎖処置（入院外）（１００ｃｍ２未満）（140053750） 局所陰圧閉鎖処置（入院外）（１００ｃｍ２以上）（140054510） 局所陰圧閉鎖処置（入院外）（２００ｃｍ２以上）（140054610）	併算定した処置の部位（局所陰圧閉鎖処置）；（830100459） 対象部位（局所陰圧閉鎖処置）；（830100460）		（創傷処置、下肢創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合） 併算定した処置と局所陰圧閉鎖処置のそれぞれの対象部位を記載すること。	別表Ⅰ Ｊ003 Ｊ003-2 【項番433、435】
10559	共通	Ａ群溶連菌感染症に伴う壊死性筋膜炎に対して行う場合、病歴、細菌培養検査及び画像所見の記載が必要です。（デブリードマン（１００ｃｍ２未満）など）	病名に疑いを除く	壊死性筋膜炎（8841639）	デブリードマン（１００ｃｍ２未満）（150002210） デブリードマン（１００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）（150002310） デブリードマン（３０００ｃｍ２以上）（150002410）	病歴（デブリードマン）；（830100268） 細菌培養検査結果（デブリードマン）；（830100269） 画像所見（デブリードマン）；（830100270）		（Ａ群溶連菌感染症に伴う壊死性筋膜炎に対して行う場合） 病歴、細菌培養検査及び画像所見を記載すること。	別表Ⅰ Ｋ002 【項番471】
10560 <<未対象>>	共通	一連の治療につき２回以上算定する場合、その詳細な理由の記載が必要です。（組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術）））			組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術））（150371910）		詳細理由（組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術））；（830100271）	（一連の治療につき２回以上算定する場合） その詳細な理由を記載すること。	別表Ⅰ Ｋ022の1 【項番473】
10561 <<未対象>>	共通	一連の治療につき２回以上算定する場合、その詳細な理由の記載が必要です。（組織拡張器による再建手術（その他））			組織拡張器による再建手術（その他）（150372010）		詳細理由（組織拡張器による再建手術（その他））；（830100272）	（一連の治療につき２回以上算定する場合） その詳細な理由を記載すること。	別表Ⅰ Ｋ022の2 【項番474】
10562	共通	２回目以降算定する場合、前回算定日及びその理由の記載が必要です。（体外衝撃波疼痛治療術）			体外衝撃波疼痛治療術（150350550）	前回算定年月日（体外衝撃波疼痛治療術）（850100288） ２回目以降算定する理由（体外衝撃波疼痛治療術）；（830100280）		（２回目以降算定する場合） 前回算定年月日及びその理由を記載すること。	別表Ⅰ Ｋ096-2 【項番482】
10563	共通	ＳＭ－Ｇｒａｄｅ３から５と診断した画像所見及び手術の概要の記載が必要です。（脳動静脈奇形摘出術（複雑））			脳動静脈奇形摘出術（複雑）（150412110）	ＳＭ－Ｇｒａｄｅ３から５と診断した画像所見；（830100281） 手術の概要（脳動静脈奇形摘出術）；（830100282）		ＳＭ－Ｇｒａｄｅ３から５と診断した画像所見及び手術の概要を記載する。	別表Ⅰ Ｋ172　2 【項番483】
10564	共通	ウの病変に対して実施する場合は、医学的な必要性及びカンファレンス等の検討の結果の記載が必要です。（経皮的冠動脈形成術（その他）+該当病変：ウ）		該当する病変（経皮的冠動脈形成術）：ウ　その他医学的必要性が認められる病変（820100758）	経皮的冠動脈形成術（その他）（150375110）		実施の医学的な必要性及びカンファレンス等の検討結果（経皮的冠動脈形成術）；（830100287）	ウの病変に対して実施する場合は、実施の医学的な必要性及びカンファレンス等の検討の結果を記載すること。	別表Ⅰ Ｋ546 【項番491】
10565	共通	ウの病変に対して実施する場合は、医学的な必要性及びカンファレンス等の検討結果の記載が必要です。（経皮的冠動脈ステント留置術（その他）+該当病変：ウ）		該当する病変（経皮的冠動脈ステント留置術（その他のもの））：ウ　その他医学的必要性が認められる病変（820100761）	経皮的冠動脈ステント留置術（その他）（150375410）		実施の医学的な必要性及びカンファレンス等の検討結果（経皮的冠動脈ステント留置術（その他のもの））；（830100288）	ウの病変に対して実施する場合は、実施の医学的な必要性及びカンファレンス等の検討の結果を記載すること。	別表Ⅰ Ｋ549 【項番491】
10566 <<未対象>>	共通	短期滞在手術等基本料の対象となる手術を行った場合であって入院基本料を算定する場合、短期滞在手術等基本料を算定しない理由の記載が必要です。（短期滞在手術等基本料１の対象となる手術）	グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ		腋臭症手術（皮弁法）（150004510） 腋臭症手術（皮膚有毛部切除術）（150308310） 腋臭症手術（その他）（150252110） 半月板切除術(150040910) 関節鏡下半月板切除術(150313110) 手根管開放手術(150055110) 関節鏡下手根管開放手術(150314110) 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術（早期悪性腫瘍粘膜）(150276410) 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（長径２ｃｍ未満）(150285010) 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術（ホルミウムレーザー等使用）(150365710) 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術（その他）(150276510) 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術（手）(150011310) 骨内異物（挿入物を含む）除去術（手）(150021210) 涙管チューブ挿入術（涙道内視鏡）(150355810) 眼瞼内反症手術（皮膚切開法）(150355910) 痔核手術（脱肛を含む）（硬化療法（四段階注射法））(150325410) 肛門ポリープ切除術(150190310) 肛門尖圭コンジローム切除術(150190410) 尿失禁手術（ボツリヌス毒素）(150421110) 顕微鏡下精索静脈瘤手術(150404310) 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術（ツリウムレーザーを用いる）(150431110) 水晶体再建術（眼内レンズを挿入）（その他）(150253010) 水晶体再建術（眼内レンズを挿入）（縫着レンズ挿入）(150356210) 水晶体再建術（眼内レンズを挿入しない）(150315610) 水晶体再建術（計画的後嚢切開を伴う）(150356310) 乳腺腫瘍摘出術（長径５ｃｍ未満）(150121110) 乳腺腫瘍摘出術（長径５ｃｍ以上）(150121210) 気管支狭窄拡張術（気管支鏡）(150129110) 気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は気管支ファイバースコープ）(150129410) ガングリオン摘出術（手）(150041010) 眼瞼下垂症手術（眼瞼挙筋前転法）(150078810) 眼瞼内反症手術（眼瞼下制筋前転法）(150426910) 翼状片手術（弁の移植を要する）(150080210) 治療的角膜切除術（エキシマレーザー）（角膜ジストロフィー等）(150344510) 緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）(150395150) 経皮的シャント拡張術・血栓除去術（初回）(150416610) 経皮的シャント拡張術・血栓除去術（１の実施後３月以内に実施）(150416710) 下肢静脈瘤手術（抜去切除術）(150154010) 下肢静脈瘤手術（硬化療法）(150263410) 下肢静脈瘤手術（高位結紮術）(150296510) 下肢静脈瘤血管内焼灼術(150360910) 下肢静脈瘤血管内塞栓術(150411150) 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）（長径４ｃｍ以上）（６歳未満）(150452710)	非算定理由（短手１）；（830100056）	短期滞在手術等基本料１（入院で実施される手術）（麻酔を伴う場合）(190872810) 短期滞在手術等基本料１（入院で実施される手術）（１以外）(190872910)	（短期滞在手術等基本料１の届出を行った保険医療機関が、短期滞在手術等基本料の対象となる手術を行った場合であって入院基本料を算定する場合） 短期滞在手術等基本料を算定しない理由を記載すること。	別表Ⅰ Ａ400の1 【項番69】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外・長径６～１２ｃｍ）（６歳未満）(150452810) 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外・長径１２ｃｍ以上）（６歳未満）(150452610)				
					プレビタＳ注射液　５ｍＬ(643160022) チョコラＡ錠１万単位　１０，０００単位(620004528) チョコラＡ末１万単位／ｇ　１０，０００単位(620004530) チョコラＡ滴０．１万単位／滴　３０，０００単位(620004529) チョコラＡ筋注５万単位(620005181) チアミン塩化物塩酸塩散　０．１％(613120056) チアミン塩化物塩酸塩散　１％(613120061) チアミン塩化物塩酸塩散０．１％「日新」(620679404) ビタミンＢ１注１０ｍｇ「イセイ」(620008385) チアミン塩化物塩酸塩注１０ｍｇ「ＮＰ」(620680408) チアミン塩化物塩酸塩注射液１０ｍｇ「日医工」(620680414) チアミン塩化物塩酸塩注１０ｍｇ「日新」(620680419) チアミン塩化物塩酸塩注射液１０ｍｇ「ツルハラ」(620680420) チアミン塩化物塩酸塩注射液５０ｍｇ「ツルハラ」(620680604) チアミン塩化物塩酸塩注射液　５ｍｇ(643120100) チアミン塩化物塩酸塩注射液　１０ｍｇ(643120101) チアミン塩化物塩酸塩注射液　２０ｍｇ(643120102) チアミン塩化物塩酸塩注射液　５０ｍｇ(643120103) メタボリンＧ注射液１０ｍｇ(643120203) メタボリンＧ注射液２０ｍｇ(643120211) メタボリン注射液５０ｍｇ(643120216) ジセタミン錠２５　２５ｍｇ(613120013) チアミンジスルフィド錠１０ｍｇ「ツルハラ」(620681602) バイオゲン静注５０ｍｇ　２０ｍＬ(620004719) ベストン糖衣錠（２５ｍｇ）(613120052) ２５ｍｇアリナミンＦ糖衣錠(613120001) ５０ｍｇアリナミンＦ糖衣錠(613120002) ５ｍｇアリナミンＦ糖衣錠(613120003) フルスルチアミン錠２５ｍｇ「トーワ」(620682801) フルスルチアミン注５０ｍｇ「日新」　２０ｍＬ(620684102) フルスルチアミン静注５０ｍｇ「トーワ」　２０ｍＬ(620684302) フルスルチアミン静注液５０ｍｇ「日医工」　２０ｍＬ(620684401) アリナミンＦ５注　５ｍｇ(640454001) アリナミンＦ１０注　１０ｍｇ(640454002) アリナミンＦ１００注　１００ｍｇ２０ｍＬ(643120012) アリナミンＦ２５注　２５ｍｇ１０ｍＬ(643120013) アリナミンＦ５０注　５０ｍｇ２０ｍＬ(643120014) アリナミン注射液１０ｍｇ(640463002) ハイボン錠２０ｍｇ(610463151) ハイボン細粒１０％(613130165) ハイボン細粒２０％(613130166) リボフラビン酪酸エステル細粒１０％「ツルハラ」(620689802) リボフラビン酪酸エステル錠２０ｍｇ「イセイ」(620690701) リボフラビン酪酸エステル錠２０ｍｇ「杏林」(620691002) リボフラビン酪酸エステル錠２０ｍｇ「ツルハラ」(620691102) リボフラビン注射液１０ｍｇ「日医工」(620695105) リボフラビンリン酸エステルナトリウム注射液　１ｍｇ(643130186) リボフラビンリン酸エステルナトリウム注射液　５ｍｇ(643130187) リボフラビンリン酸エステルナトリウム注射液　１０ｍｇ(643130188) リボフラビンリン酸エステルナトリウム注射液　２０ｍｇ(643130189) ホスフラン注ー５ｍｇ(643130315) ビスラーゼ注射液１０ｍｇ(643130318) ビタミンＢ２注１％「イセイ」　１０ｍｇ(643130321) ホスフラン注ー１０ｍｇ(643130323) ビスラーゼ注射液２０ｍｇ(643130325) ホスフラン注ー２０ｍｇ(643130326) ニコチン酸注射液　２０ｍｇ(643130074) ニコチン酸注射液　５０ｍｇ(643130075) ニコチン酸アミド散１０％「ゾンネ」(620007009) パントシン散２０％(610454063) パントシン錠１００　１００ｍｇ(613130222) パントシン錠６０　６０ｍｇ(613130223) パントシン錠２００　２００ｍｇ(613130504) パントシン細粒５０％(620002093) パントシン錠３０　３０ｍｇ(620002094) パンテチン散２０％「テバ」(620695916) パンテチン細粒２０％「ツルハラ」(620696210) パンテチン錠３０ｍｇ「ツルハラ」(620696601) パンテチン錠６０ｍｇ「ツルハラ」(620697001) パンテチン錠１００ｍｇ「ＹＤ」(620698003) パントシン注１０％　２００ｍｇ(643130107) パントシン注５％　１００ｍｇ(643130108) パンテノール注１００ｍｇ「ＫＣＣ」(620699501) パンテノール注２５０ｍｇ「ＫＣＣ」(620699802) パンテノール注５００ｍｇ「ＫＣＣ」(620700102) パントール注射液１００ｍｇ(643130103) パントール注射液２５０ｍｇ(643130104) パントール注射液５００ｍｇ(643130105) パントテン酸カルシウム(613130226) ピリドキシン塩酸塩(613130464) ビタミンＢ６散１０％「マルイシ」(620005070) ビタミンＢ６錠３０ｍｇ「Ｆ」(620007048) ピリドキシン塩酸塩注射液１０ｍｇ「日医工」(620704103) ピリドキシン塩酸塩注射液　１０ｍｇ(643130197) ピリドキシン塩酸塩注射液　３０ｍｇ(643130199) ビーシックス注「フソー」－１０ｍｇ(643130333) ビーシックス注「フソー」－３０ｍｇ(643130339) ピドキサール錠１０ｍｇ(610463157) ピドキサール錠２０ｍｇ(610463158) ピドキサール錠３０ｍｇ(610463159) ピリドキサール錠１０ｍｇ「イセイ」(613130299) ピリドキサール錠３０ｍｇ「イセイ」(613130300)				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10567 《未対象》	共通	食事療養又は生活療養の食事の提供を受けている患者に対してビタミン剤を投与した場合、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を記載すること。病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合は除きます。（食事療養＋ビタミン剤）	入院 同日	入院時食事療養（１）（１食につき）（２以外の食事療養）(197000110) 入院時食事療養（２）（１食につき）（２以外の食事療養）(197000710) 入院時食事療養（１）（１食につき）（流動食のみを提供）(197003110) 入院時食事療養（２）（１食につき）（流動食のみを提供）(197003210) 入院時生活療養（１）食事療養（ロ以外の食事の提供たる療養）(197001310) 入院時生活療養（１）食事療養（流動食のみを提供）(197003510) 入院時生活療養（２）食事療養(197001710) **《上記項目をORで登録する》**	ビリドキサール錠１０ｍｇ「ツルハラ」(620701702) ビリドキサール錠２０ｍｇ「ツルハラ」(620703202) ビリドキサール錠３０ｍｇ「ツルハラ」(620703412) ビリドキサール注１０ｍｇ「イセイ」(620003787) ビドキサール注１０ｍｇ(640433063) ビドキサール注３０ｍｇ(640433064) フォリアミン散１００ｍｇ／ｇ　１０％(610463168) 葉酸錠　５ｍｇ(613130469) フォリアミン錠　５ｍｇ(613130585) 葉酸注射液　１５ｍｇ(643130211) フォリアミン注射液　１５ｍｇ(643130341) ハイコバールカプセル５００μｇ　０．５ｍｇ(613130159) マスブロン注１ｍｇ(620005225) フレスミンＳ注射液１０００μｇ　１ｍｇ(620007483) シアノコバラミン注射液１ｍｇ「ツルハラ」(620008367) シアノコバラミン注１０００μｇ「ＮＰ」　１ｍｇ(620711309) シアノコバラミン注射液１ｍｇ「日医工」(620711313) シアノコバラミン注射液１ｍｇ「杏林」(620711317) シアノコバラミン注射液　１００μｇ(643130059) シアノコバラミン注射液　１ｍｇ(643130061) シアノコバラミン注射液１，０００μｇ「トーワ」　１ｍｇ(643130346) ハイシー顆粒２５％(610454055) アスコルビン酸(613140001) アスコルビン酸散　１０％(613140003) アスコルビン酸散　２０％(613140004) ビタミンＣ散「フソー」－１００ｍｇ　１０％(613140025) アスコルビン酸（岩城）(620000705) アスコルビン酸「ケンエー」(620000709) アスコルビン酸原末「マルイシ」(620008574) アスコルビン酸「ニッコー」(620712212) アスコルビン酸注射液１００ｍｇ「サワイ」(620009258) アスコルビン酸注射液５００ｍｇ「サワイ」(620009259) アスコルビン酸注１００ｍｇ「イセイ」(620712401) アスコルビン酸注射液１００ｍｇ「トーワ」(620712409) アスコルビン酸注１００ｍｇ「ＮＰ」(620712410) アスコルビン酸注射液１００ｍｇ「ツルハラ」(620712413) アスコルビン酸注射液１００ｍｇ「日医工」(620712416) アスコルビン酸注５００ｍｇ「イセイ」(620712601) アスコルビン酸注射液５００ｍｇ「トーワ」(620712609) アスコルビン酸注５００ｍｇ「ＮＰ」(620712610) アスコルビン酸注射液５００ｍｇ「ツルハラ」(620712613) アスコルビン酸注射液５００ｍｇ「日医工」(620712622) アスコルビン酸注１ｇ「ＮＰ」(620712704) アスコルビン酸注射液１０００ｍｇ「トーワ」　１ｇ(620712706) アスコルビン酸注射液２０００ｍｇ「トーワ」　２ｇ(620712803) アスコルビン酸注５００ｍｇＰＢ「日新」(621652101) アスコルビン酸注射液　１００ｍｇ(643140002) アスコルビン酸注射液　２００ｍｇ(643140003) アスコルビン酸注射液　５００ｍｇ(643140004) アスコルビン酸注射液　１ｇ(643140005) アスコルビン酸注射液　２ｇ(643140006) ビタシミン注射液１００ｍｇ(643140021) ビタミンＣ注「フソー」－１００ｍｇ(643140026) ビタＣ注１０％　１００ｍｇ(643140027) ビタシミン注射液５００ｍｇ(643140039) ビタミンＣ注「フソー」－５００ｍｇ(643140044) ビタＣ注２５％　５００ｍｇ(643140045) ビタミンＣ注「フソー」－２ｇ(643140054) クリストファン注　２０ｍＬ(643140011) ユベラ錠５０ｍｇ(620003638) トコフェロール酢酸エステル顆粒２０％「ツルハラ」(620713302) トコフェロール酢酸エステル錠５０ｍｇ「トーワ」(620713501) トコフェロール酢酸エステル錠１００ｍｇ「ツルハラ」(620714102) カチーフＮ散１０ｍｇ／ｇ　１％(610463060) カチーフＮ錠５ｍｇ(620003535) ケーワン錠５ｍｇ(620004982) ビタミンＫ１錠５ｍｇ「ツルハラ」(620715001) ケイツーカプセル５ｍｇ(613150128) ケイツーシロップ０．２％(620004486) ケイツーＮ静注１０ｍｇ(620717601) ビフロキシン配合錠(620718101) ビタノイリンカプセル２５(610454065) ビタノイリンカプセル５０(610454066) アリチア配合錠(620718601) ノイロビタン配合錠(620719401) ビタダン配合錠(620719601) ビタメジン配合散(620719901) ビタメジン配合カプセルＢ２５(620720101) ビタメジン配合カプセルＢ５０(620720201) ネオラミン・スリービー液（静注用）　１０ｍＬ(643180007) ビタメジン静注用(643180017) ノルニチカミン注　１０ｍＬ(643180037) ナイロジン注　１０ｍＬ(643180047) リメファー３Ｂ注射液　１０ｍＬ(643180053) シーパラ注　２ｍＬ(643180004) ダイビタミックス注　２ｍＬ(643180005) シナール配合顆粒(620720901) シーピー配合顆粒(620721001) シナール配合錠(620721301) ビタジェクト注キット　２筒(620006287) ダイメジン・マルチ注(640407176) オーツカＭＶ注　１瓶１管(643180039) マルタミン注射用(643180040) 調剤用パンビタン末(613180067) チアミン塩化物塩酸塩注５ｍｇ「フソー」(620680303) チアミン塩化物塩酸塩注１０ｍｇ「フソー」(620680409) チアミン塩化物塩酸塩注２０ｍｇ「フソー」(620680505) チアミン塩化物塩酸塩注５０ｍｇ「フソー」(620680603) ジアイナ配合カプセル(620718301) ジアイナ配合静注液　１０ｍＬ(620723302) パンテチン錠１００ｍｇ「シオエ」(620697701) パンテチン注２００ｍｇ「ＫＣＣ」(620699301)	ビタミン剤の投与趣旨（薬剤）；(830100201)	（入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている入院患者に対してビタミン剤を投与した場合） 当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を記載すること。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。	別表Ⅰ Ｆ200 【項番374】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					チアミンジスルフィド・Ｂ６・Ｂ１２配合１０ｍＬ注射液(622902700) フルスルチアミン塩酸塩５０ｍｇ２０ｍＬ注射液(622902100) リボフラビン酪酸エステル２０ｍｇ錠(622896100) ピリドキサールリン酸エステル１０ｍｇ錠(622896400) ピリドキサールリン酸エステル３０ｍｇ錠(622896500) パンテチン１００ｍｇ錠(622896300) チアミン塩化物塩酸塩注射液１０ｍｇ「ＶＴＲＳ」(620680429) チアミン塩化物塩酸塩注射液２０ｍｇ「ＶＴＲＳ」(620680515) トコフェロール酢酸エステルカプセル１００ｍｇ「ＶＴＲＳ」(620714403)				
10568	共通	当該患者に対し最初に当該管理料を算定した場合、算定日の記載が必要です。（慢性疼痛疾患管理料）			慢性疼痛疾患管理料(113006510)		算定年月日（慢性疼痛疾患管理料）(850100059)	（当該患者に対し最初に当該管理料を算定した場合） 算定年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ｂ001の17 【項番88】
10569	共通	当月分に加え、翌月分、前月分、のいずれを算定したかの記載が必要です。（乳幼児呼吸管理材料加算）			乳幼児呼吸管理材料加算(114050170) **<<回数を２回に等しいとする>>**	当月以外の算定月（乳幼児呼吸管理材料加算）：当月分(820100619)	当月以外の算定月（乳幼児呼吸管理材料加算）：翌月分(820100620) 当月以外の算定月（乳幼児呼吸管理材料加算）：前月分(820100622)	（１月に３回分又は２回分の算定を行う場合） 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか又は当月分に加え、翌月分、前月分のいずれを算定したのかを選択して記載すること。	別表Ⅰ Ｃ 【項番152】
10570	共通	当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したかの記載が必要です。（乳幼児呼吸管理材料加算）			乳幼児呼吸管理材料加算(114050170) **<<回数を３回に等しいとする>>**	当月以外の算定月（乳幼児呼吸管理材料加算）：当月分(820100619)	当月以外の算定月（乳幼児呼吸管理材料加算）：翌月分(820100620) 当月以外の算定月（乳幼児呼吸管理材料加算）：翌々月分(820100621) 当月以外の算定月（乳幼児呼吸管理材料加算）：前月分(820100622) 当月以外の算定月（乳幼児呼吸管理材料加算）：前々月分(820100623) **<<２件既当とする>>**	（１月に３回分又は２回分の算定を行う場合） 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか又は当月分に加え、翌月分、前月分のいずれを算定したのかを選択して記載すること。	別表Ⅰ Ｃ 【項番152】
10572	共通	Ｃ００１在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の（７）のただし書きに該当する場合、他の保険医療機関から求めがあった診療内容について、（７）のア又はイのうち、該当するものの記載が必要です。（在宅患者訪問診療料（１）２）			在宅患者訪問診療料（１）２（同一建物居住者以外）(114042110) 在宅患者訪問診療料（１）２（同一建物居住者）(114042210)		ア　その診療科の医師でなければ困難な診療(820100072) イ　既に診療した傷病等とは明らかに異なる傷病に対する診療(820100073)	他の保険医療機関から求めがあった診療内容について、（７）のア又はイのうち、該当するものを記載すること。	別表Ⅰ Ｃ001 【項番157】
10576	共通	慢性心不全で適用になった患者の場合、初回の指導管理を行った月において、終夜睡眠ポリグラフィーの実施日及び無呼吸低呼吸指数の記載が必要です。（在宅酸素療法指導管理料（その他））	病名に疑いを除く	慢性心不全(4289018)	在宅酸素療法指導管理料（その他）(114003710)	終夜睡眠ポリグラフィーの実施年月日（在宅酸素療法指導管理料）(850100139) 無呼吸低呼吸指数（在宅酸素療法指導管理料）(842100045)		（慢性心不全で適用になった患者の場合） 初回の指導管理を行った月において、終夜睡眠ポリグラフィーの実施日及び無呼吸低呼吸指数を記載すること。	別表Ⅰ Ｃ103 【項番203】
10577	共通	Ｃ107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の（３）のイに該当しない場合は、直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに実施年月日の記載が必要です。（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料１、２）			在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料１(114040710) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２(114040810) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２（情報通信機器）(114741710)	直近の無呼吸低呼吸指数（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）(842100047) 睡眠ポリグラフィー上の所見（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）；(830100099) 睡眠ポリグラフィー実施年月日（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）(850100144)		直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに実施年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ｃ107-2 【項番211】
10578	共通	２型糖尿病患者に対して、間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合、直近の空腹時血清Ｃペプチドの測定結果の記載が必要です。（持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプ非連動・２個以下）など）	病名に疑いを除く	２型糖尿病(2500015)	持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプ非連動・２個以下)(114046550) 持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプ非連動・３個又は４個）(114046650) 持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプ非連動・５個以上)(114046750)		直近の空腹時血清Ｃペプチドの測定結果（持続血糖測定器）；(830100103)	（２型糖尿病患者に対して、間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合） 直近の空腹時血清Ｃペプチドの測定結果を記載すること。	別表Ⅰ Ｃ152-2 【項番225】
10579	共通	Ｃ107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の（３）のア又はイの要件に該当する患者に対し算定する場合、該当するものを選択して記載する必要があります。（在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算（ＡＳＶを使用））			在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算（ＡＳＶを使用）(114041210)		ア　留意事項通知アの慢性心不全患者にＡＳＶ療法を実施した場合(820100127) イ　留意事項通知イの心不全患者にＡＳＶ療法を実施した場合(820100128)	（Ｃ107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の（３）のア又はイの要件に該当する患者に対し算定する場合） （３）のア又はイのうち該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ Ｃ165の1 【項番228】
10580	共通	慢性的な炎症性腸疾患（クローン病等）の診断補助を目的として測定する場合は要旨、医学的な必要性から１月に１回行う場合は、詳細な理由及び検査結果の記載が必要です。（カルプロテクチン（糞便））	グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ	クローン病(5559001)	カルプロテクチン（糞便）(160210050)	詳細理由（カルプロテクチン（糞便））；(830100117) 検査結果（カルプロテクチン（糞便））；(830100118)	慢性的な炎症性腸疾患の診断補助を目的として測定した要旨（カルプロテクチン（糞便）要旨）；(830100116)	炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎やクローン病等）の診断補助を目的として測定する場合は、その要旨を記載すること。医学的な必要性から１月に１回行う場合には、その詳細な理由及び検査結果を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ003の9 【項番240】
10581	共通	慢性的な炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎等）の診断補助を目的として測定する場合は要旨、医学的な必要性から１月に１回行う場合は、詳細な理由及び検査結果の記載が必要です。（カルプロテクチン（糞便））	グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ	潰瘍性大腸炎(5569003)	カルプロテクチン（糞便）(160210050)	詳細理由（カルプロテクチン（糞便））；(830100117) 検査結果（カルプロテクチン（糞便））；(830100118)	慢性的な炎症性腸疾患の診断補助を目的として測定した要旨（カルプロテクチン（糞便）要旨）；(830100116)	炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎やクローン病等）の診断補助を目的として測定する場合は、その要旨を記載すること。医学的な必要性から１月に１回行う場合には、その詳細な理由及び検査結果を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ003の9 【項番240】
10582	共通	再度実施した場合、その理由の記載が必要です。（ＦＩＰ１Ｌ１－ＰＤＧＦＲα融合遺伝子検査）			ＦＩＰ１Ｌ１－ＰＤＧＦＲα融合遺伝子検査(160209550)		再実施理由（ＦＩＰ１Ｌ１－ＰＤＧＦＲα融合遺伝子検査）；(830100123)	（本検査を再度実施した場合） その理由を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ006-11 【項番250】
10583	共通	過去に算定している場合、過去の算定日の記載が必要です。（膀胱がん関連遺伝子検査）			膀胱がん関連遺伝子検査(160215850)		過去の算定年月日（膀胱がん関連遺伝子検査）(850100156)	（本検査を過去に算定している場合） 過去の算定日を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ006-15 【項番252】
10584	共通	遺伝性乳癌卵巣癌症候群の診断を目的として実施した場合、医療上の必要性の記載が必要です。（ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査（血液））		遺伝性乳癌卵巣癌症候群(8850105)	ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査（血液）(160217210)		医療上の必要性（ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査）；(830100126)	その医療上の必要性を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ006-18 【項番258】
10585	共通	悪性中皮腫の診断の補助を目的として実施する場合、本検査が必要である理由の記載が必要です。（可溶性メソテリン関連ペプチド）		悪性中皮腫(2399014)	可溶性メソテリン関連ペプチド(160204750)		（イ）　石綿曝露歴があり、胸水、腹水等の貯留が認められる患者（可溶性メソテリン関連ペプチド）(820100809) （ロ）体腔液細胞診で悪性中皮腫が疑われる患者（可溶性メソテリン関連ペプチド）(820100810) （ハ）画像診断で胸膜腫瘍、腹膜腫瘍等の漿膜腫瘍が認められる患者（可溶性メソテリン関連ペプチド）(820100811)	（悪性中皮腫の診断の補助を目的として実施する場合） 本検査が必要である理由を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ009の30 【項番280】
10586 <<未対象>>	DPC病院以外	前立腺癌の確定診断がつかず前立腺特異抗原（ＰＳＡ）を２回以上算定する場合、「未確」と表示し、当該検査の実施月日及び検査値をすべて記載の記載が必要です。（ＰＳＡ）			ＰＳＡ(160037510)	検査の実施年月日（前立腺特異抗原（ＰＳＡ））(850100164) 未確　検査値（前立腺特異抗原（ＰＳＡ））(842100049)		（前立腺癌の確定診断がつかず前立腺特異抗原（ＰＳＡ）を２回以上算定する場合） 「未確」と表示し、当該検査の実施年月日及び検査値をすべて記載すること。	別表Ⅰ Ｄ009の9 【項番279】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10587 <<未対象>>	共通	関節リウマチの確定診断がつかず抗シトルリン化ペプチド抗体定性を２回以上算定する場合、「未確」と表示し、当該検査の実施月日及び検査値をすべての記載が必要です。（抗シトルリン化ペプチド抗体定性）			抗シトルリン化ペプチド抗体定性(160181150)	検査の実施年月日（抗シトルリン化ペプチド抗体定性(850100171) 未確　検査値（抗シトルリン化ペプチド抗体定性）(842100050)		（関節リウマチの確定診断がつかず２回以上算定する場合） 「未確」と表示し、当該検査の実施年月日及び検査値をすべて記載すること。	別表Ⅰ D014の24 【項番298】
10588 <<未対象>>	共通	関節リウマチの確定診断がつかず抗シトルリン化ペプチド抗体定量を２回以上算定する場合、「未確」と表示し、当該検査の実施月日及び検査値をすべての記載が必要です。（抗シトルリン化ペプチド抗体定量）			抗シトルリン化ペプチド抗体定量(160197410)	検査の実施年月日（抗シトルリン化ペプチド抗体定量）(850100172) 未確　検査値（抗シトルリン化ペプチド抗体定量）(842100051)		（関節リウマチの確定診断がつかず２回以上算定する場合） 「未確」と表示し、当該検査の実施年月日及び検査値をすべて記載すること。	別表Ⅰ D014の24 【項番298】
10589 <<未対象>>	共通	再度治療薬を選択する必要があり抗シトルリン化ペプチド抗体定性を２回以上算定する場合、その医学的な必要性の記載が必要です。（抗シトルリン化ペプチド抗体定性）			抗シトルリン化ペプチド抗体定性(160181150)		検査を２回以上算定する医学的な必要性（抗シトルリン化ペプチド抗体定性）；(830100128)	（再度治療薬を選択する必要があり２回以上算定する場合） その医学的な必要性を記載すること。	別表Ⅰ D014の24 【項番298】
10590 <<未対象>>	共通	再度治療薬を選択する必要があり抗シトルリン化ペプチド抗体定量を２回以上算定する場合、その医学的な必要性の記載が必要です。（抗シトルリン化ペプチド抗体定量）			抗シトルリン化ペプチド抗体定量(160197410)		検査を２回以上算定する医学的な必要性（抗シトルリン化ペプチド抗体定量）；(830100129)	（再度治療薬を選択する必要があり２回以上算定する場合） その医学的な必要性を記載すること。	別表Ⅰ D014の24 【項番298】
10591	共通	再度実施した場合、前回の検査実施日及び検査を再度実施する医学的な必要性の記載が必要です。（抗アクアポリン４抗体）			抗アクアポリン４抗体(160202250)	前回実施年月日（抗アクアポリン４抗体）(850100174) 再度実施する医学的な必要性（抗アクアポリン４抗体）；(830100130)		（抗アクアポリン４抗体を再度実施した場合） 前回の検査実施日及び検査を再度実施する医学的な必要性を記載すること。	別表Ⅰ D014の47 【項番300】
10592	共通	１年に２回以上実施する場合、理由及び医学的な必要性の記載が必要です。（抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査））			抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）(160211910)		１年に２回以上実施する医学的な必要性（抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査））；(830100131)	（１年に２回以上実施する場合） その理由及び医学的な必要性を記載すること。	別表Ⅰ D014の48 【項番302】
10593	共通	２回目を算定した場合、前回実施日の記載が必要です。（ＨＰＶジェノタイプ判定）			ＨＰＶジェノタイプ判定(160189150)		前回実施年月日（ＨＰＶジェノタイプ判定）(850100182)	（当該検査の２回目以降を算定した場合） 前回実施年月日を記載すること。	別表Ⅰ D023の25 【項番321】
10594	共通	D313大腸内視鏡検査　通知（２）アの場合は、実施日の記載が必要です。（大腸内視鏡検査（カプセル型内視鏡）+アの場合）		ア　大腸ファイバースコピーでは回盲部まで到達できなかった患者(820100156)	大腸内視鏡検査（カプセル型内視鏡）(160202750)		大腸内視鏡検査の実施年月日（大腸内視鏡検査（カプセル型内視鏡））(850100196)	（２）のアの場合は大腸ファイバースコピーを実施日を記載すること。	別表Ⅰ D313の2 【項番346】
10595	共通	D313大腸内視鏡検査　通知（２）イ又はウの場合は、実施困難な理由の記載が必要です。（大腸内視鏡検査（カプセル型内視鏡）＋　イ、ウの場合）		イ　器質的異常により大腸ファイバースコピーが困難と判断された患者(820100157) ウ　身体的負担により大腸ファイバースコピーが実施困難であると判断された患者(820100805) <<上記項目をORで登録する>>	大腸内視鏡検査（カプセル型内視鏡）(160202750)		大腸内視鏡検査が困難な理由（大腸内視鏡検査（カプセル型内視鏡））；(830100173)	（２）のイ又はウの場合は大腸ファイバースコピーが実施困難な理由を記載すること。	別表Ⅰ D313の2 【項番346】
10596	共通	詳細な理由及び医学的な必要性の記載が必要です。（新生児頭部外傷撮影加算+カに該当する場合）		該当する項目（新生児頭部外傷撮影加算）：カ　その他(820100701)	新生児頭部外傷撮影加算(170037670)		詳細な理由及び医学的な必要性（新生児頭部外傷撮影加算（カ　その他））；(830100187)	カに該当する場合は、その詳細な理由及び医学的な必要性を記載すること。	別表Ⅰ E 【項番355】
10597	共通	詳細な理由及び医学的な必要性の記載が必要です。（乳幼児頭部外傷撮影加算+カに該当する場合）		該当する項目（乳幼児頭部外傷撮影加算）：カ　その他(820100707)	乳幼児頭部外傷撮影加算(170037770)		詳細な理由及び医学的な必要性（乳幼児頭部外傷撮影加算（カ　その他））；(830100188)	カに該当する場合は、その詳細な理由及び医学的な必要性を記載すること。	別表Ⅰ E 【項番356】
10598	共通	詳細な理由及び医学的な必要性の記載が必要です。（幼児頭部外傷撮影加算+カに該当する場合）		該当する項目（幼児頭部外傷撮影加算）：カ　その他(820100806)	幼児頭部外傷撮影加算(170037870)		詳細な理由及び医学的な必要性（幼児頭部外傷撮影加算（カ　その他））；(830100189)	カに該当する場合は、その詳細な理由及び医学的な必要性を記載すること。	別表Ⅰ E 【項番357】
10599	共通	オに該当する場合はその詳細な理由の記載が必要です。（冠動脈ＣＴ撮影加算+オに該当する場合）		該当する医学的根拠（冠動脈ＣＴ撮影加算）：オ　その他、冠動脈ＣＴ撮影が医学的に必要と認められる場合(820100727)	冠動脈ＣＴ撮影加算(170027770)		その詳細な理由（冠動脈ＣＴ撮影加算）；(830100191)	オに該当する場合はその詳細な理由を記載する。	別表Ⅰ E200注４ 【項番362】
10600	共通	オナセムノゲン アベパルボベク(ゾルゲンスマ点滴静注)の投与後に本製剤を投与する場合は、投与が必要な理由の記載が必要です。（エブリスディドライシロップ）			エブリスディドライシロップ６０ｍｇ(622867401)		オナセムノゲン　アベパルボベクの投与後に本製剤の投与が必要な理由（エブリスディドライシロップ６０ｍｇ）；(830600015)	（オナセムノゲン　アベパルボベク（販売名：ゾルゲンスマ点滴静注）の投与後に本製剤を投与する場合） その必要性を適切に判断し、投与が必要な理由を記載すること。	別表Ⅱ 【項番27】
10601	共通	検査実施月と初回投与の場合、NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（ヴァイトラックビカプセルなど）			ヴァイトラックビカプセル２５ｍｇ(622856401) ヴァイトラックビカプセル１００ｍｇ(622856501) ヴァイトラックビ内用液２０ｍｇ／ｍＬ　２％(622856601)		ＮＴＲＫ融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ヴァイトラックビカプセル２５ｍｇ等）(850600015) ＮＴＲＫ融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ヴァイトラックビカプセル２５ｍｇ等）(850600016)	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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番20】
10602	共通	検査実施月と初回投与の場合、FGFR2融合遺伝子を確認した検査又は染色体検査又は遺伝子検査により8p11染色体領域の転座を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（ペマジール錠）	グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ		ペマジール錠４．５ｍｇ(622851101)	８ｐ１１染色体領域の転座を確認した検査の実施年月日（ペマジール錠４．５ｍｇ）(850600194) 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）（ペマジール錠４．５ｍｇ）(850600195) <<上記項目をORで登録する>>	ＦＧＦＲ２融合遺伝子を確認した検査の実施年月日（ペマジール錠４．５ｍｇ）(850600080) ＦＧＦＲ２融合遺伝子を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ペマジール錠４．５ｍｇ）(850600081)	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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番143】
10603	共通	投与開始に当たっては、施設要件の記載が必要です。（ブレヤンジ静注）			ブレヤンジ静注(629700701)		施設要件ア（ブレヤンジ静注）(820600105) 施設要件イ（ブレヤンジ静注）(820600106)	本製品の投与開始に当たっては、施設要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番139】
10604	共通	投与開始に当たっては、該当するものすべての記載が必要です。（エドルミズ錠）			エドルミズ錠５０ｍｇ(622856101)	ア　６ヵ月以内での５％以上の体重減少及び食欲不振（エドルミズ錠５０ｍｇ）(820600031)	イ　疲労又は倦怠感（エドルミズ錠５０ｍｇ）(820600032) ウ　全身の筋力低下（エドルミズ錠５０ｍｇ）(820600033) エ　ＣＲＰ値０．５ｍｇ／ｄＬ超、ヘモグロビン値１２ｇ／ｄＬ未満又はアルブミン値３．２ｇ／ｄＬ未満のいずれか１つ以上（エドルミズ錠５０ｍｇ）(820600034) <<２件該当とする>>	アに該当し、イ～エのうち２つ以上を認める患者に使用することとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～エのうち該当するものをすべて記載すること。 ア　６ヵ月以内での5%以上の体重減少及び食欲不振 イ　疲労又は倦怠感 ウ　全身の筋力低下 エ　CRP値0.5mg/dL超、ヘモグロビン値12g/dL未満又はアルブミン値3.2g/dL未満のいずれか1つ以上	別表Ⅱ 【項番25】
10605	共通	投与開始に当たっては、医師要件、前治療要件の記載が必要です。（エムガルティ皮下注）			エムガルティ皮下注１２０ｍｇオートインジェクター　１ｍＬ(629912201) エムガルティ皮下注１２０ｍｇシリンジ　１ｍＬ(629912301)	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）(820600238) 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）(820600239) 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）(820600240) 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）(820600241) <<上記項目をORで登録する>>	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）(820600233) 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）(820600234) 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）(820600235) 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）(820600236) 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）(820600237)	投与開始に当たっては、医師要件、前治療要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番30】
10606	共通	本製品の投与開始に当たっては、施設要件の記載が必要です。（イエスカルタ点滴静注）			イエスカルタ点滴静注(629700601)		施設要件ア（イエスカルタ点滴静注）(820600024) 施設要件イ（イエスカルタ点滴静注）(820600025)	投与開始に当たっては、施設要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番14】
10607	共通	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の記載が必要です。（トルツ皮下注８０ｍｇなど）	病名に疑いを除く	尋常性乾癬(6961004) 膿疱性乾癬(6961007) 乾癬性紅皮症(6961002) 乾癬性関節炎(7133001) <<上記項目をORで登録する>>	トルツ皮下注８０ｍｇオートインジェクター　１ｍＬ(622508101) トルツ皮下注８０ｍｇシリンジ　１ｍＬ(622508201)		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）；(830600068)	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。	別表Ⅱ 【項番116】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10608	共通	病態によって(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）の測定値の記載が必要です。（コラテジェン筋注用）	病名に疑いを除く	閉塞性動脈硬化症(8839948) 下肢閉塞性動脈硬化症(8843666) バージャー病(4431001) **<<上記項目をORで登録する>>**	コラテジェン筋注用４ｍｇ　１．６ｍＬ(629700301)		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（コラテジェン筋注用４ｍｇ）(842600009)	病態によって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。	別表Ⅱ 【項番75】
10609	共通	鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎の場合は、患者の要件、施設要件の記載が必要です。（デュピクセント皮下注）	病名に疑いを除く	慢性副鼻腔炎(4739014) 鼻茸(8843493)	デュピクセント皮下注３００ｍｇシリンジ　２ｍＬ(622608101) デュピクセント皮下注３００ｍｇペン　２ｍＬ(629911101)	患者の要件アに該当（デュピクセント皮下注）(820600150) 患者の要件イに該当（デュピクセント皮下注）(820600185) 患者の要件ウに該当（デュピクセント皮下注）(820600151)	施設要件ア（デュピクセント皮下注）(820600167)	施設要件、患者の要件アからウのすべてに該当する旨を記載すること。	別表Ⅱ 【項番110】
10610	共通	本製剤を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それぞれ所定の事項の記載が必要です。（イベニティ皮下注）			イベニティ皮下注１０５ｍｇシリンジ　１．１７ｍＬ(622668601)	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）；(830600006) 再投与するまでに投与した骨粗鬆症治療薬の品名（イベニティ皮下注１０５ｍｇシリンジ）；(830600007)		（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	別表Ⅱ 【項番17】
10611	共通	臓器移植後の患者の場合、移植実施年月日の記載が必要です。（ＥＢウイルス核酸定量+ア）		ア　臓器移植後の患者(820100139)	ＥＢウイルス核酸定量(160212710)		臓器移植実施年月日（ＥＢウイルス核酸定量）(850100175)	アに該当する場合、臓器移植の実施年月日を記載すること。	別表Ⅰ D023の8 【項番310】
10612	共通	造血幹細胞移植後の患者の場合、移植実施年月日の記載が必要です。（ＥＢウイルス核酸定量+イ）		イ　造血幹細胞移植後の患者で留意事項通知に規定するもの(820100140)	ＥＢウイルス核酸定量(160212710)		造血幹細胞移植実施年月日（ＥＢウイルス核酸定量）(850100176)	イに該当する場合、造血幹細胞移植の実施年月日を記載すること。	別表Ⅰ D023の8 【項番310】
10613	共通	抗胸腺細胞グロブリンが投与された患者の場合、投与開始日の記載が必要です。（ＥＢウイルス核酸定量+ウ）		ウ　留意事項通知に規定する抗胸腺細胞グロブリンが投与された患者(820100141)	ＥＢウイルス核酸定量(160212710)		抗胸腺細胞グロブリンの投与開始年月日（ＥＢウイルス核酸定量）(850100179)	ウに該当する場合、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日を記載すること。	別表Ⅰ D023の8 【項番310】
10614	共通	移植後リンパ増殖性疾患患者の経過観察を目的として実施する場合、診断された年月日及び医学的根拠の記載が必要です。（ＥＢウイルス核酸定量+エ）		エ　移植後リンパ増殖性疾患患者（経過観察目的）(820100142)	ＥＢウイルス核酸定量(160212710)	移植後リンパ増殖性疾患と診断された年月日（ＥＢウイルス核酸定量）(850100177) 移植後リンパ増殖性疾患と診断した医学的根拠（ＥＢウイルス核酸定量）；(830100136)		エのうち移植後リンパ増殖性疾患の経過経過観察を目的として実施する場合、移植後リンパ増殖性疾患と診断された年月日及び医学的根拠を記載すること。	別表Ⅰ D023の8 【項番310】
10615	共通	悪性リンパ腫又は白血病の患者の経過観察を目的として実施する場合、EBウイルス陽性を確認した年月日及び医学的根拠が必要です。（ＥＢウイルス核酸定量+オ）		オ　悪性リンパ腫又は白血病の患者（経過観察目的）(820100143)	ＥＢウイルス核酸定量(160212710)	ＥＢウイルス陽性を確認した年月日（ＥＢウイルス核酸定量）(850100178) ＥＢウイルス陽性を確認した医学的根拠（ＥＢウイルス核酸定量）；(830100137)		オのうちＥＢウイルス陽性が確認された後の経過観察を目的として実施する場合、EBウイルス陽性を確認した年月日及び医学的根拠を記載すること。	別表Ⅰ D023の8 【項番310】
10616	共通	再生不良性貧血の患者で抗胸腺細胞グロブリンが投与された場合、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日の記載が必要です。（ＥＢウイルス核酸定量+カ）		カ　再生不良性貧血の患者で抗胸腺細胞グロブリンが投与されたもの(820100144)	ＥＢウイルス核酸定量(160212710)		抗胸腺細胞グロブリンの投与開始年月日（ＥＢウイルス核酸定量）(850100179)	カに該当する場合、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日を記載すること。	別表Ⅰ D023の8 【項番310】
10617	共通	慢性活動性ＥＢウイルス感染症等の場合、医学的根拠の記載が必要です。（ＥＢウイルス核酸定量+キ）		キ　慢性活動性ＥＢウイルス感染症等の患者(820100145)	ＥＢウイルス核酸定量(160212710)		留意事項通知キに該当する医学的根拠（ＥＢウイルス核酸定量）；(830100848)	キに該当する場合、医学的根拠を記載すること。	別表Ⅰ D023の8 【項番310】
10618	共通	年２回以上算定する場合、その医学的必要性の記載が必要です。（黄斑局所網膜電図）			黄斑局所網膜電図(160218810)		年２回以上算定する医学的必要性（黄斑局所網膜電図）；(830100169)	（黄斑局所網膜電図又は全視野精密網膜電図を年２回以上算定する場合） その医学的必要性を記載すること。	別表Ⅰ D258-3 【項番341】
10619	共通	年２回以上算定する場合、その医学的必要性の記載が必要です。（全視野精密網膜電図）			全視野精密網膜電図(160218910)		年２回以上算定する医学的必要性（全視野精密網膜電図）；(830100170)	（黄斑局所網膜電図又は全視野精密網膜電図を年２回以上算定する場合） その医学的必要性を記載すること。	別表Ⅰ D258-3 【項番341】
10620	共通	複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由の記載が必要です。（腹腔鏡下肝切除術（部分切除）（複数回切除））			腹腔鏡下肝切除術（部分切除）（複数回切除）(150417910) 腹腔鏡下肝切除術（部分切除）（複数回切除・内視鏡手術用支援機器）(150441910)		複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由（腹腔鏡下肝切除術）；(830100315)	複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由を記載すること。	別表Ⅰ K695-2 【項番504】
10621	共通	検査実施月及び初回投与の場合、EZH2遺伝子変異陽性を確認した検査実施年月日の記載が必要です。（タズベリク錠）			タズベリク錠２００ｍｇ(622867601)		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）(850600049) 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）(850600050)	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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番95】
10622	共通	本製剤の投与開始に当たっては、施設要件、医師要件の記載が必要です。（デリタクト注）			デリタクト注　１ｍＬ(629700801)	医師要件ア（デリタクト注）(820600071) 医師要件イ（デリタクト注）(820600072) 医師要件ウ（デリタクト注）(820600073) **<<上記項目をORで登録する>>**	施設要件ア（デリタクト注）(820600067) 施設要件イ（デリタクト注）(820600068) 施設要件ウ（デリタクト注）(820600069) 施設要件ヱ（デリタクト注）(820600070)	本製剤の投与開始に当たっては、施設要件、医師要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番114】
10623	共通	慢性腎臓病に用いる場合は、投与開始に当たって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。）の記載が必要です。（フォシーガ錠）	病名に疑いを除く	慢性腎臓病(8844106)	フォシーガ錠５ｍｇ(622341901) フォシーガ錠１０ｍｇ(622342001)	適応患者であると判断した理由（フォシーガ錠５ｍｇ等）；(830600074) 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）；(830600075)		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。	別表Ⅱ 【項番138】
10624	共通	アトピー性皮膚炎などの場合は、施設要件、前治療要件の記載が必要です。（リンヴォック錠）	病名に疑いを除く	アトピー性皮膚炎(6918002) 成人アトピー性皮膚炎(6918024) 小児アトピー性皮膚炎(6918011) **<<上記項目をORで登録する>>**	リンヴォック錠７．５ｍｇ(622793801) リンヴォック錠１５ｍｇ(622793901) リンヴォック錠３０ｍｇ(622875101)	前治療要件ア（リンヴォック錠７．５ｍｇ等）(820600111) 前治療要件イ（リンヴォック錠７．５ｍｇ等）(820600112) **<<上記項目をORで登録する>>**	医師要件ア（リンヴォック錠７．５ｍｇ等）(820600108) 医師要件イ（リンヴォック錠７．５ｍｇ等）(820600109) 医師要件ウ（リンヴォック錠７．５ｍｇ等）(820600110)	本製剤の投与開始に当たっては医師要件、前治療要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番163】
10625	共通	入院元の記載が必要です。（有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算（診療養入院））			有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算（診療養入院）(190242510)		入院元（有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算）；(830100779)	入院元を記載すること。	別表Ⅰ A109 【項番16】
10626	共通	手術を実施した診療科、開始日時の記載が必要です。（時間外等加算１）	入院		時間外加算１（手術）(150371390)	手術実施診療科（時間外加算１（手術））；(830100540) 時間外加算１（手術）手術開始日時(853100026)		時間外加算１の算定できる要件が決まっているため、開始日時を記載する	別表Ⅰ K　通則12 【項番470】
10627	共通	手術を実施した診療科、開始日時の記載が必要です。（深夜加算１）	入院		深夜加算１（手術）(150371490)	手術実施診療科（深夜加算１（手術））；(830100541) 深夜加算１（手術）手術開始日時(853100027)		時間外加算１の算定できる要件が決まっているため、開始日時を記載する	別表Ⅰ K　通則12 【項番470】
10628	共通	手術を実施した診療科、開始日時の記載が必要です。（時間外特例医療機関加算１）	入院		時間外特例医療機関加算１（手術）(150371590)	手術実施診療科（時間外特例医療機関加算１（手術））；(830100542) 時間外特例医療機関加算１（手術）手術開始日時(853100028)		時間外加算１の算定できる要件が決まっているため、開始日時を記載する	別表Ⅰ K　通則12 【項番470】
10629	共通	手術を実施した診療科、初診又は再診の日時及び開始日時の記載が必要です。（時間外等加算１）	外来		時間外加算１（手術）(150371390)	手術実施診療科（時間外加算１（手術））；(830100540) 時間外加算１（手術）手術開始日時(853100026) 時間外加算１（手術）初診又は再診の日時(853100022)		手術を実施した診療科、初診又は再診の日時（入院中の患者以外の患者に手術を実施した場合に限る。）及び手術を開始した日時を記載すること。	別表Ⅰ K　通則12 【項番470】
10630	共通	手術を実施した診療科、初診又は再診の日時及び開始日時の記載が必要です。（深夜加算１）	外来		深夜加算１（手術）(150371490)	手術実施診療科（深夜加算１（手術））；(830100541) 深夜加算１（手術）手術開始日時(853100027) 深夜加算１（手術）初診又は再診の日時(853100023)		手術を実施した診療科、初診又は再診の日時（入院中の患者以外の患者に手術を実施した場合に限る。）及び手術を開始した日時を記載すること。	別表Ⅰ K　通則12 【項番470】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10631	共通	手術を実施した診療科、初診又は再診の日時及び開始日時の記載が必要です。（時間外特例医療機関加算１）	外来		時間外特例医療機関加算１（手術）(150371590)	手術実施診療科（時間外特例医療機関加算１（手術））；(830100542) 時間外特例医療機関加算１（手術）手術開始日時(853100028) 時間外特例医療機関加算１（手術）初診又は再診の日時(853100024)		手術を実施した診療科、初診又は再診の日時（入院中の患者以外の患者に手術を実施した場合に限る。）及び手術を開始した日時を記載すること。	別表Ⅰ K　通則12 【項番470】
					心大血管疾患リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）(180744210) 心大血管疾患リハビリテーション料（１）（作業療法士による場合）(180744310) 心大血管疾患リハビリテーション料（１）（医師による場合）(180744410) 心大血管疾患リハビリテーション料（１）（看護師による場合）(180744510) 心大血管疾患リハビリテーション料（１）（集団療法による場合）(180744610) 心大血管疾患リハビリテーション料（２）（理学療法士による場合）(180744710) 心大血管疾患リハビリテーション料（２）（作業療法士による場合）(180744810) 心大血管疾患リハビリテーション料（２）（医師による場合）(180744910) 心大血管疾患リハビリテーション料（２）（看護師による場合）(180745010) 心大血管疾患リハビリテーション料（２）（集団療法による場合）(180745110) 脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）(180745310) 脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（作業療法士による場合）(180745410) 脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（言語聴覚士による場合）(180745510) 脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（医師による場合）(180745610) 脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（理学療法士による場合）(180745710) 脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（作業療法士による場合）(180745810) 脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（言語聴覚士による場合）(180745910) 脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（医師による場合）(180746010) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（理学療法士による場合）(180746110) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（作業療法士による場合）(180746210) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（言語聴覚士による場合）(180746310) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（医師による場合）(180746410) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（イからニまで以外の場合）(180746510) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）(180750510) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（作業療法士による場合）(180750610) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（言語聴覚士による場合）(180750710) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（医師による場合）(180750810) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（理学療法士による場合）(180750910) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（作業療法士による場合）(180751010) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（言語聴覚士による場合）(180751110) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（医師による場合）(180751210) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（理学療法士による場合）(180751310) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（作業療法士による場合）(180751410) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（言語聴覚士による場合）(180751510) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（医師による場合）(180751610) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（イからニまで以外の場合）(180751710) 運動器リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）(180755710) 運動器リハビリテーション料（１）（作業療法士による場合）(180755810) 運動器リハビリテーション料（１）（医師による場合）(180755910) 運動器リハビリテーション料（２）（理学療法士による場合）(180756010) 運動器リハビリテーション料（２）（作業療法士による場合）(180756110) 運動器リハビリテーション料（２）（医師による場合）(180756210) 運動器リハビリテーション料（３）（理学療法士による場合）(180756310) 運動器リハビリテーション料（３）（作業療法士による場合）(180756410) 運動器リハビリテーション料（３）（医師による場合）(180756510) 運動器リハビリテーション料（３）（イからハ以外）(180756610) 呼吸器リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）(180759710) 呼吸器リハビリテーション料（１）（作業療法士による場合）(180759810)				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10632 <<未対象>>	共通	実施日数の記載が必要です。（心大血管疾患リハビリテーション料など）			呼吸器リハビリテーション料（1）（言語聴覚士による場合）(180759910) 呼吸器リハビリテーション料（1）（医師による場合）(180760010) 呼吸器リハビリテーション料（2）（理学療法士による場合）(180760110) 呼吸器リハビリテーション料（2）（作業療法士による場合）(180760210) 呼吸器リハビリテーション料（2）（言語聴覚士による場合）(180760310) 呼吸器リハビリテーション料（2）（医師による場合）(180760410) 脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（要介護）（理学療法士）(180746610) 脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（要介護）（作業療法士）(180746710) 脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（要介護）（言語聴覚士）(180746810) 脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（要介護）（医師）(180746910) 脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（要介護）（理学療法士）(180747010) 脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（要介護）（作業療法士）(180747110) 脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（要介護）（言語聴覚士）(180747210) 脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（要介護）（医師）(180747310) 脳血管疾患等リハビリテーション料（3）（要介護）（理学療法士）(180747410) 脳血管疾患等リハビリテーション料（3）（要介護）（作業療法士）(180747510) 脳血管疾患等リハビリテーション料（3）（要介護）（言語聴覚士）(180747610) 脳血管疾患等リハビリテーション料（3）（要介護）（医師）(180747710) 脳血管疾患等リハビリテーション料（3）（要介護）（1から4以外）(180747810) 脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（理学療法士）（リ減）(180747930) 脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（作業療法士）（リ減）(180748030) 脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（言語聴覚士）（リ減）(180748130) 脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（医師）（リ減）(180748230) 脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（理学療法士）（リ減）(180748330) 脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（作業療法士）（リ減）(180748430) 脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（言語聴覚士）（リ減）(180748530) 脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（医師）（リ減）(180748630) 脳血管疾患等リハビリテーション料（3）（理学療法士）（リ減）(180748730) 脳血管疾患等リハビリテーション料（3）（作業療法士）（リ減）(180748830) 脳血管疾患等リハビリテーション料（3）（言語聴覚士）（リ減）(180748930) 脳血管疾患等リハビリテーション料（3）（医師）（リ減）(180749030) 脳血管疾患等リハビリテーション料（3）（1から4以外）（リ減）(180749130) 脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（要介護）（理学）（リ減）(180749230) 脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（要介護）（作業）（リ減）(180749330) 脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（要介護）（言語）（リ減）(180749430) 脳血管疾患等リハビリテーション料（1）（要介護）（医師）（リ減）(180749530) 脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（要介護）（理学）（リ減）(180749630) 脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（要介護）（作業）（リ減）(180749730) 脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（要介護）（言語）（リ減）(180749830) 脳血管疾患等リハビリテーション料（2）（要介護）（医師）（リ減）(180749930) 脳血管疾患等リハビリテーション料（3）（要介護）（理学）（リ減）(180750030) 脳血管疾患等リハビリテーション料（3）（要介護）（作業）（リ減）(180750130) 脳血管疾患等リハビリテーション料（3）（要介護）（言語）（リ減）(180750230) 脳血管疾患等リハビリテーション料（3）（要介護）（医師）（リ減）(180750330) 脳血管疾患等リハビリテーション料（3）要介護・1から4以外・リ減(180750430) 廃用症候群リハビリテーション料（1）（要介護）（理学）(180751810) 廃用症候群リハビリテーション料（1）（要介護）（作業）(180751910) 廃用症候群リハビリテーション料（1）（要介護）（言語）(180752010) 廃用症候群リハビリテーション料（1）（要介護）（医師）(180752110) 廃用症候群リハビリテーション料（2）（要介護）（理学）(180752210) 廃用症候群リハビリテーション料（2）（要介護）（作業）(180752310)	実施日数　　日(840000096)	算定単位数及び実施日数を記載すること。	別表Ⅰ H000 H001 H001-2 H002 H003 【項番375】 【項番379】 【項番382】 【項番385】 【項番388】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護）（言語）(180752410) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護）（医師）(180752510) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）（理学）(180752610) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）（作業）(180752710) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）（言語）(180752810) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）（医師）(180752910) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）（イからニ以外）(180753010) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（理学）（リ減）(180753130) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（作業）（リ減）(180753230) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（言語）（リ減）(180753330) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（医師）（リ減）(180753430) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（理学）（リ減）(180753530) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（作業）（リ減）(180753630) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（言語）（リ減）(180753730) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（医師）（リ減）(180753830) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（理学）（リ減）(180753930) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（作業）（リ減）(180754030) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（言語）（リ減）(180754130) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（医師）（リ減）(180754230) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（イからニ以外）（リ減）(180754330) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（要介護）（理学）（リ減）(180754430) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（要介護）（作業）（リ減）(180754530) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（要介護）（言語）（リ減）(180754630) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（要介護）（医師）（リ減）(180754730) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護）（理学）（リ減）(180754830) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護）（作業）（リ減）(180754930) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護）（理学）（リ減）(180754830) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護）（作業）（リ減）(180754930) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護）（言語）（リ減）(180755030) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（要介護）（医師）（リ減）(180755130) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）（理学）（リ減）(180755230) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）（作業）（リ減）(180755330) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）（言語）（リ減）(180755430) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）（医師）（リ減）(180755530) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（要介護）イからニ以外・リ減(180755630) 運動器リハビリテーション料（１）（要介護）（理学）(180757710) 運動器リハビリテーション料（１）（要介護）（作業）(180757810) 運動器リハビリテーション料（１）（要介護）（医師）(180757910) 運動器リハビリテーション料（２）（要介護）（理学）(180758010) 運動器リハビリテーション料（２）（要介護）（作業）(180758110) 運動器リハビリテーション料（２）（要介護）（医師）(180758210) 運動器リハビリテーション料（３）（要介護）（理学）(180758310) 運動器リハビリテーション料（３）（要介護）（作業）(180758410) 運動器リハビリテーション料（３）（要介護）（医師）(180758510) 運動器リハビリテーション料（３）（要介護）（１から３以外）(180758610) 運動器リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）（リ減）(180756730) 運動器リハビリテーション料（１）（作業療法士による場合）（リ減）(180756830) 運動器リハビリテーション料（１）（医師による場合）（リ減）(180756930) 運動器リハビリテーション料（２）（理学療法士による場合）（リ減）(180757030) 運動器リハビリテーション料（２）（作業療法士による場合）（リ減）(180757130) 運動器リハビリテーション料（２）（医師による場合）（リ減）(180757230) 運動器リハビリテーション料（３）（理学療法士による場合）（リ減）(180757330) 運動器リハビリテーション料（３）（作業療法士による場合）（リ減）(180757430)				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					運動器リハビリテーション料（３）（医師による場合）（リ減）(180757530) 運動器リハビリテーション料（３）（イからハ以外）（リ減）(180757630) 運動器リハビリテーション料（１）（要介護）（理学）（リ減）(180758730) 運動器リハビリテーション料（１）（要介護）（作業）（リ減）(180758830) 運動器リハビリテーション料（１）（要介護）（医師）（リ減）(180758930) 運動器リハビリテーション料（２）（要介護）（理学）（リ減）(180759030) 運動器リハビリテーション料（２）（要介護）（作業）（リ減）(180759130) 運動器リハビリテーション料（２）（要介護）（医師）（リ減）(180759230) 運動器リハビリテーション料（３）（要介護）（理学）（リ減）(180759330) 運動器リハビリテーション料（３）（要介護）（作業）（リ減）(180759430) 運動器リハビリテーション料（３）（要介護）（医師）（リ減）(180759530) 運動器リハビリテーション料（３）（要介護）１から３以外・リ減(180759630)			
10633	共通	組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由の記載が必要です。（Ｔ－Ｍ（セルブロック法））		Ｔ－Ｍ（セルブロック法）(160208610)	対象患者（Ｔ－Ｍ（セルブロック法））：肺悪性腫瘍を疑う患者(820100763) 対象患者（Ｔ－Ｍ（セルブロック法））：胃癌を疑う患者(820100764) 対象患者（Ｔ－Ｍ（セルブロック法））：大腸癌を疑う患者(820100765) 対象患者（Ｔ－Ｍ（セルブロック法））：卵巣癌を疑う患者(820100766) 対象患者（Ｔ－Ｍ（セルブロック法））：悪性リンパ腫を疑う患者(820100767) 対象患者（Ｔ－Ｍ（セルブロック法））：乳癌を疑う患者(820101194)		実施困難理由（Ｔ－Ｍ（セルブロック法））；(830100326)	（肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌、悪性リンパ腫又は乳癌を疑う患者に対して実施した場合） 組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を記載すること。	別表Ⅰ Ｎ000 【項番550】
10634	共通	情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合、診療が指針に沿った適切な診療であることの記載が必要です。（初診料（情報通信機器）など）			初診料（情報通信機器）(111014210) 初診料（文書による紹介がない患者）（情報通信機器）(111014310) 特定妥結率初診料（情報通信機器）(111014410) 初診料（同一日複数科受診時の２科目）（情報通信機器）(111014510) 初診料（同一日２科目・注２から４に規定する場合）（情報通信機器）(111014610) 特定妥結率初診料（同一日複数科受診時の２科目）（情報通信機器）(111014710)		オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である（初診料）(820100990)	（情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合） 当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であることを記載すること。	別表Ⅰ Ａ000 【項番1】
10635	共通	情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合、当該処方が指針に沿った適切な処方であることの記載が必要です。（初診料（情報通信機器）など）	同日	処方箋料（リフィル以外・向精神薬多剤投与）(120003710) 処方箋料（リフィル以外・７種類以上内服薬）(120002710) 処方箋料（リフィル以外・向精神薬長期処方）(120004610) 処方箋料（リフィル以外・その他）(120002910) 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬多剤投与）(120004710) 処方箋料（リフィル処方箋・７種類以上内服薬）(120004810) 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬長期処方）(120004910) 処方箋料（リフィル処方箋・その他）(120005010) 処方箋料（リフィル以外・向精神薬多剤投与・特定保険薬局）(120005810) 処方箋料（リフィル以外・７種類以上内服薬・特定保険薬局）(120005910) 処方箋料（リフィル以外・向精神薬長期処方・特定保険薬局）(120006010) 処方箋料（リフィル以外・その他・特定保険薬局）(120006110) 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬多剤投与・特定保険薬局）(120006210) 処方箋料（リフィル処方箋・７種類以上内服薬・特定保険薬局）(120006310) 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬長期処方・特定保険薬局）(120006410) 処方箋料（リフィル処方箋・その他・特定保険薬局）(120006510) **<<上記項目をORで登録する>>**	初診料（情報通信機器）(111014210) 初診料（文書による紹介がない患者）（情報通信機器）(111014310) 特定妥結率初診料（情報通信機器）(111014410) 初診料（同一日複数科受診時の２科目）（情報通信機器）(111014510) 初診料（同一日２科目・注２から４に規定する場合）（情報通信機器）(111014610) 特定妥結率初診料（同一日複数科受診時の２科目）（情報通信機器）(111014710)		オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である（初診料）(820100816)	（情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合） 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であることを記載すること。	別表Ⅰ Ａ000 【項番1】
10636	共通	情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合、診療が指針に沿った適切な診療であることの記載が必要です。（再診料（情報通信機器）など）			再診料（情報通信機器）(112024210) 同日再診料（情報通信機器）(112024950) 特定妥結率再診料（情報通信機器）(112025010) 同日特定妥結率再診料（情報通信機器）(112025150) 再診料（同一日複数科受診時の２科目）（情報通信機器）(112025210) 特定妥結率再診料（同一日複数科受診時の２科目）（情報通信機器）(112025310)		オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である（再診料）(820100817)	情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合） 当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを記載すること。	別表Ⅰ Ａ001 【項番2】
10637	共通	情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合、当該処方が指針に沿った適切な処方であることの記載が必要です。（再診料（情報通信機器）など）	同日	処方箋料（リフィル以外・向精神薬多剤投与）(120003710) 処方箋料（リフィル以外・７種類以上内服薬）(120002710) 処方箋料（リフィル以外・向精神薬長期処方）(120004610) 処方箋料（リフィル以外・その他）(120002910) 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬多剤投与）(120004710) 処方箋料（リフィル処方箋・７種類以上内服薬）(120004810) 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬長期処方）(120004910) 処方箋料（リフィル処方箋・その他）(120005010) 処方箋料（リフィル以外・向精神薬多剤投与・特定保険薬局）(120005810) 処方箋料（リフィル以外・７種類以上内服薬・特定保険薬局）(120005910) 処方箋料（リフィル以外・向精神薬長期処方・特定保険薬局）(120006010) 処方箋料（リフィル以外・その他・特定保険薬局）(120006110) 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬多剤投与・特定保険薬局）(120006210) 処方箋料（リフィル処方箋・７種類以上内服薬・特定保険薬局）(120006310) 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬長期処方・特定保険薬局）(120006410)	再診料（情報通信機器）(112024210) 同日再診料（情報通信機器）(112024950) 特定妥結率再診料（情報通信機器）(112025010) 同日特定妥結率再診料（情報通信機器）(112025150) 再診料（同一日複数科受診時の２科目）（情報通信機器）(112025210) 特定妥結率再診料（同一日複数科受診時の２科目）（情報通信機器）(112025310)		オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である（再診料）(820100818)	（情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合） 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを記載すること。	別表Ⅰ Ａ001 【項番2】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
				処方箋料（リフィル処方箋・その他・特定保険薬局）（120006510） **<<上記項目をORで登録する>>**					
10638	共通	情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合、診療が指針に沿った適切な診療であることの記載が必要です。（外来診療料（情報通信機器）など）			外来診療料（情報通信機器）（112024710） 同日外来診療料（情報通信機器）（112025450） 外来診療料（文書紹介申出患者）（情報通信機器）（112025510） 同日外来診療料（文書紹介申出患者）（情報通信機器）（112025650） 特定妥結率外来診療料（情報通信機器）（112025710） 同日特定妥結率外来診療料（情報通信機器）（112025850） 外来診療料（同一日複数科受診時の２科目）（情報通信機器）（112025910） 外来診療料（同日複数科２科目・文書紹介申出患者）（情報通信機器）（112026010） 特定妥結率外来診療料（同一日複数科受診時２科目）（情報通信機器）（112026110）		オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である（外来診療料）（820100819）	（情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合） 当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であることを記載すること。	別表Ⅰ A002 【項番4】
10639	共通	情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合、当該処方が指針に沿った適切な処方であることの記載が必要です。（外来診療料（情報通信機器）など）	同日	処方箋料（リフィル以外・向精神薬多剤投与）（120003710） 処方箋料（リフィル以外・７種類以上内服薬）（120002710） 処方箋料（リフィル以外・向精神薬長期処方）（120004610） 処方箋料（リフィル以外・その他）（120002910） 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬多剤投与）（120004710） 処方箋料（リフィル処方箋・７種類以上内服薬）（120004810） 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬長期処方）（120004910） 処方箋料（リフィル処方箋・その他）（120005010） 処方箋料（リフィル以外・向精神薬多剤投与・特定保険薬局）（120005810） 処方箋料（リフィル以外・７種類以上内服薬・特定保険薬局）（120005910） 処方箋料（リフィル以外・向精神薬長期処方・特定保険薬局）（120006010） 処方箋料（リフィル以外・その他・特定保険薬局）（120006110） 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬多剤投与・特定保険薬局）（120006210） 処方箋料（リフィル処方箋・７種類以上内服薬・特定保険薬局）（120006310） 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬長期処方・特定保険薬局）（120006410） 処方箋料（リフィル処方箋・その他・特定保険薬局）（120006510） **<<上記項目をORで登録する>>**	外来診療料（情報通信機器）（112024710） 同日外来診療料（情報通信機器）（112025450） 外来診療料（文書紹介申出患者）（情報通信機器）（112025510） 同日外来診療料（文書紹介申出患者）（情報通信機器）（112025650） 特定妥結率外来診療料（情報通信機器）（112025710） 同日特定妥結率外来診療料（情報通信機器）（112025850） 外来診療料（同一日複数科受診時の２科目）（情報通信機器）（112025910） 外来診療料（同日複数科２科目・文書紹介申出患者）（情報通信機器）（112026010） 特定妥結率外来診療料（同一日複数科受診時２科目）（情報通信機器）（112026110）		オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である（外来診療料）（820100820）	（情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合） 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であることを記載すること。	別表Ⅰ A002 【項番4】
10640	共通	別表の八に掲げる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であってBurn Index０の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠の記載が必要です。（救急医療管理加算１）	入院	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算１）：気道熱傷なし（820100419） 八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算１）：Ｂｕｒｎ　Ｉｎｄｅｘ　０（820101049） **<<上記項目をORで登録する>>**	救急医療管理加算１（190171910）		緊急入院が必要であると判断した医学的根拠（救急医療管理加算１）；（830100473）	エ　重症患者の状態のうち、別表の八に掲げる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であってBurn Index０の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠を記載すること。	別表Ⅰ A205の1 【項番20】
10641	共通	別表の八に掲げる状態に準ずる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であってBurn Index０の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠の記載が必要です。（救急医療管理加算２）	入院	八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算２）：気道熱傷なし（820100448） 八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算２）：Ｂｕｒｎ　Ｉｎｄｅｘ　０（820101055） **<<上記項目をORで登録する>>**	救急医療管理加算２（190172010） 救急医療管理加算２（その他の重症な状態が一定割合以上）（190831970）		八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷（救急医療管理加算２）Ｂｕｒｎ　Ｉｎｄｅｘ　０；顔面熱傷又は気道熱傷なしの場合は、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠；（830100642）	エ　重症患者の状態のうち、別表の八に掲げる状態に準ずる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であってBurn Index０の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠を記載すること。	別表Ⅰ A205の2 【項番19】
10642	共通	該当要件の記載が必要です。（褥瘡ハイリスク患者ケア加算など）			褥瘡ハイリスク患者ケア加算（190120610） 褥瘡ハイリスク患者ケア加算（特定地域）（190173210）		ア　ショック状態のもの（820100826） イ　重度の末梢循環不全のもの（820100902） ウ　麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの（820100827） エ　６時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの（820100903） オ　特殊体位による手術を受けたもの（820100828） カ　強度の下痢が続く状態であるもの（820100904） キ　極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、ＧＶＨＤ、黄疸等）であるもの（820100829） ク　皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの（820100830） ケ　褥瘡に関する危険因子（病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等）があって既に褥瘡を有するもの（820100831）	区分番号A236褥瘡ハイリスク患者ケア加算の（3）のアからケまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ A236 【項番35】
10643	共通	せん妄のリスク因子の確認結果とリスク因子に1項目以上該当する場合は、該当要件の記載が必要です。（せん妄ハイリスク患者ケア加算）			せん妄ハイリスク患者ケア加算（190218510）	ハイリスク患者に対するせん妄対策：認知機能低下に対する介入（見当識の維持等）（820100908） ハイリスク患者に対するせん妄対策：脱水の治療・予防（適切な補液と水分摂取）（820100909） ハイリスク患者に対するせん妄対策：リスクとなる薬剤（特にベンゾジアゼピン系薬剤）の漸減・中止（820100837） ハイリスク患者に対するせん妄対策：早期離床の取組（820100838） ハイリスク患者に対するせん妄対策：疼痛管理の強化（痛みの客観的評価の併用等）（820100839） ハイリスク患者に対するせん妄対策：適切な睡眠管理（非薬物的な入眠の促進等）（820100840） ハイリスク患者に対するせん妄対策：本人及び家族へのせん妄に関する情報提供（820100841） ハイリスク患者に対するせん妄対策：その他（820100842） **<<上記項目をORで登録する>>**	せん妄のリスク因子：７０歳以上（820100832） せん妄のリスク因子：脳器質的障害（820100905） せん妄のリスク因子：認知症（820100833） せん妄のリスク因子：アルコール多飲（820100906） せん妄のリスク因子：せん妄の既往（820100907） せん妄のリスク因子：リスクとなる薬剤（特にベンゾジアゼピン系薬剤）の使用（820100834） せん妄のリスク因子：全身麻酔を要する手術後又はその予定があること（820100835） せん妄のリスク因子：その他（820100836）	せん妄のリスク因子の確認結果について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別紙様式７の３に規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。 リスク因子に1項目以上該当する場合は、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別紙様式７の３に規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ A247-2 【項番39】
10644	共通	前回算定日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（高度難聴指導管理料のロ）			高度難聴指導管理料（イ以外）（113003110）		前回算定年月日（高度難聴指導管理料（その他の患者））（850100488） 初回（高度難聴指導管理料（その他の患者））（820190488）	前回算定年月日（初回である場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ B001の14 【項番84】
10645	共通	前回算定日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（一般不妊治療管理料）			一般不妊治療管理料（113036210）		前回算定年月（一般不妊治療管理料）（850100402） 初回（一般不妊治療管理料）（820190049）	前回算定年月（初回である場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ B001の32 【項番96】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10646	共通	生殖補助医療の開始日における年齢（初回である場合は初回である旨）、治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計について確認した上で、当該時点における実施回数の合計及び確認した年月日の記載が必要です。（生殖補助医療管理料）			生殖補助医療管理料１(113036310) 生殖補助医療管理料２(113036410)	治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計（生殖補助医療管理料）；(830100479) 胚移植術の実施回数を確認した年月日（生殖補助医療管理料）(850100403)	生殖補助医療の開始日における年齢（生殖補助医療管理料）；(830100478) 初回（生殖補助医療管理料）(820190061)	生殖補助医療の開始日における年齢（初回である場合は初回である旨）を記載すること。 治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計について確認した上で、当該時点における実施回数の合計及び確認した年月日を記載すること。	別表Ⅰ B001の33 【項番97】
10647	共通	治療計画を作成又は見直した場合における当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日又は、２回目以降の胚移植術に向けた治療計画を作成した場合、当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日の記載が必要です。（生殖補助医療管理料）			生殖補助医療管理料１(113036310) 生殖補助医療管理料２(113036410)		治療計画の同意を得た年月日（生殖補助医療管理料）(850100404) 治療計画の同意を得た年月日（２回目以降）（生殖補助医療管理料）(850100405)	治療計画を作成し、又は見直した場合における当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を記載すること。 （２回目以降の胚移植術に向けた治療計画を作成した場合） 当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を記載すること。	別表Ⅰ B001の33 【項番97】
10648	共通	初回算定年月日の記載が必要です。（二次性骨折予防継続管理料３）			二次性骨折予防継続管理料３(113036710)		初回算定年月日（二次性骨折予防継続管理料３）(850100406)	初回算定年月日を記載すること。	別表Ⅰ B001の34のハ 【項番98】
10649	共通	初回算定年月日の記載が必要です。（アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料）			アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料（１月目）(113036810) アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料（２月目以降）(113036910)		初回算定年月日（アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料）(850100407)	初回算定年月日を記載すること。	別表Ⅰ B001の35 【項番99】
10650	共通	下肢創傷処置を実施した年月日の記載が必要です。（下肢創傷処置管理料）			下肢創傷処置管理料(113037010)		下肢創傷処置実施年月日（下肢創傷処置管理料）(850190198)	下肢創傷処置を実施した年月日を記載すること。	別表Ⅰ B001の36 【項番100】
10653	共通	初回使用年月日の記載が必要です。（バイオ後続品導入初期加算（外来化学療法加算））			バイオ後続品導入初期加算（外来化学療法加算）(130013790)		初回使用年月日（バイオ後続品導入初期加算）(850100408)	初回使用年月日を記載すること。	別表Ⅰ G 通則7 【項番371】
10654	共通	初回使用年月日の記載が必要です。（バイオ後続品導入初期加算（在宅自己注射指導管理料））			バイオ後続品導入初期加算（在宅自己注射指導管理料）(114049870)		初回使用年月日（バイオ後続品導入初期加算）(850100408)	初回使用年月日を記載すること。	別表Ⅰ C101 注4 【項番199】
10655	共通	精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を標榜する保険医療機関に対して診療情報が文書により提供された妊婦又は出産日(年月日)の記載が必要です。（ハイリスク妊産婦連携指導料１）			ハイリスク妊産婦連携指導料１(113028410)		診療情報が文書により提供された妊婦（ハイリスク妊産婦連携指導料１）(820100844) 出産日（ハイリスク妊産婦連携指導料１）(850100409)	精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を標榜する保険医療機関に対して診療情報が文書により提供された妊婦又は出産日(年月日)を記載すること。	別表Ⅰ B005-10 【項番125】
10656	共通	当該保険医療機関で精神療法が実施されている又は精神疾患が疑われるものとして産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦又は出産日(年月日)の記載が必要です。（ハイリスク妊産婦連携指導料２）			ハイリスク妊産婦連携指導料２(113028510)		産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦（ハイリスク妊産婦連携指導料２）(820100845) 出産日（ハイリスク妊産婦連携指導料２）(850100410)	当該保険医療機関で精神療法が実施されている又は精神疾患が疑われるものとして産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦又は出産日(年月日)を記載すること。	別表Ⅰ B005-10-2 【項番126】
10657	共通	２回以上算定する場合、「未確」と表示し前回算定年月日の記載が必要です。（遠隔連携診療料（診断を目的））			遠隔連携診療料（診断を目的）(113032110)	前回算定年月日（遠隔連携診療料１　診断を目的とする場合）(850100411) 未確（遠隔連携診療料１　診断を目的とする場合）(820100846)		（２回以上算定する場合） 「未確」と表示し、前回算定年月日を記載すること。	別表Ⅰ B005-11の1 【項番127】
10659	共通	初回算定年月日の記載が必要です。（こころの連携指導料（１））			こころの連携指導料（１）(113043010)		初回算定年月日（こころの連携指導料（１））(850100413)	初回算定年月日を記載すること。	別表Ⅰ B005-12 【項番128】
10660	共通	初回算定年月日の記載が必要です。（こころの連携指導料（２））			こころの連携指導料（２）(113043110)		初回算定年月日（こころの連携指導料（２））(850100414)	初回算定年月日を記載すること。	別表Ⅰ B005-13 【項番129】
					在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機１人）(114055310) 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機２～９人）(114055410) 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機１人）(114055610) 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機２～９人）(114055710) 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機１人）(114055910) 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機２～９人）(114056010) 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機１人）(114056210) 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機２～９人）(114056310) 在医総管（在支診等・月２回～通信機１人）(114056510) 在医総管（在支診等・月２回～通信機２～９人）(114056610) 在医総管（在支診等・月１回・通信機１人）(114056810) 在医総管（在支診等・月１回・通信機２～９人）(114056910) 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機１人）(114057110) 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機２～９人）(114057210) 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機１人）(114057410) 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機２～９人）(114057510) 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機・１０～１９人）(114707710) 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機２０～４９人）(114707810) 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機５０人～）(114707910) 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機１０～１９人）(114708710) 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機２０～４９人）(114708810) 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機５０人～）(114708910) 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機１０～１９人）(114710010)				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10661	共通	当該月において情報通信機器を用いた診療を行った年月日の記載が必要です。（在医総管（通信機））			在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機２０～４９人）（114710110） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機５０人～）（114710210） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機１０～１９人）（114711010） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機２０～４９人）（114711110） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機５０人～）（114711210） 在医総管（在支診等・月２回～通信機１０～１９人）（114712310） 在医総管（在支診等・月２回～通信機２０～４９人）（114712410） 在医総管（在支診等・月２回～通信機５０人～）（114712510） 在医総管（在支診等・月１回・通信機１０～１９人）（114713310） 在医総管（在支診等・月１回・通信機２０～４９人）（114713410） 在医総管（在支診等・月１回・通信機５０人～）（114713510） 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機１０～１９人）（114714610） 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機２０～４９人）（114714710） 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機５０人～）（114714810） 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機１０～１９人）（114715610） 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機２０～４９人）（114715710） 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機５０人～）（114715810） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機１０～１９人減）（114718410） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機２０～４９人減）（114718510） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機５０人～減）（114718610） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回通信機１０～１９人減）（114719010） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回通信機２０～４９人減）（114719110） 在医総管（機能強化在支診等・床有・月１回通信機５０人～減）（114719210） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機１０～１９人減）（114719910） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機２０～４９人減）（114720010） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機５０人～減）（114720110） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回通信機１０～１９人減）（114720510） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回通信機２０～４９人減）（114720610） 在医総管（機能強化在支診等・床無・月１回通信機５０人～減）（114720710） 在医総管（在支診等・月２回～通信機１０～１９人減）（114721410） 在医総管（在支診等・月２回～通信機２０～４９人減）（114721510） 在医総管（在支診等・月２回～通信機５０人～減）（114721610） 在医総管（在支診等・月１回・通信機１０～１９人減）（114722010） 在医総管（在支診等・月１回・通信機２０～４９人減）（114722110） 在医総管（在支診等・月１回・通信機５０人～減）（114722210） 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機１０～１９人減）（114722910） 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機２０～４９人減）（114723010） 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機５０人～減）（114723110） 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機１０～１９人減）（114723510） 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機２０～４９人減）（114723610） 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機５０人～減）（114723710） 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機１０～１９人・注８注１４）（114743910） 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機２０～４９人・注８注１４）（114744010） 在医総管（在支診等以外・月２回～通信機５０人～・注８注１４）（114744110） 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機１０～１９人・注８注１４）（114744510） 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機２０～４９人・注８注１４）（114744610） 在医総管（在支診等以外・月１回・通信機５０人～・注８注１４）（114744710）	情報通信機器を用いた診療年月日（在医総管）（850100492）	当該月において情報通信機器を用いた診療を行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ C002 【項番166】
					施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機１人）（114058010） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機２～９人）（114058110） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機１人）（114058310） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機２～９人）（114058410） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機１人）（114058610） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機２～９人）（114058710）				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機１人）（114058910） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機２～９人）（114059010） 施医総管（在支診等・月２回～通信機１人）（114059210） 施医総管（在支診等・月２回～通信機２～９人）（114059310） 施医総管（在支診等・月１回・通信機１人）（114059510） 施医総管（在支診等・月１回・通信機２～９人）（114059610） 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機１人）（114059810） 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機２～９人）（114059910） 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機１人）（114060110） 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機２～９人）（114060210） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機１０～１９人）（114724910） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機２０～４９人）（114725010） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機５０人～）（114725110） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機１０～１９人）（114725910） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機２０～４９人）（114726010） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機５０人～）（114726110） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機１０～１９人）（114727210） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機２０～４９人）（114727310） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機５０人～）（114727410） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機１０～１９人）（114728210） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機２０～４９人）（114728310） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機５０人～）（114728410） 施医総管（在支診等・月２回～通信機１０～１９人）（114729510） 施医総管（在支診等・月２回～通信機２０～４９人）（114729610） 施医総管（在支診等・月２回～通信機５０人～）（114729710） 施医総管（在支診等・月１回・通信機１０～１９人）（114730510） 施医総管（在支診等・月１回・通信機２０～４９人）（114730610） 施医総管（在支診等・月１回・通信機５０人～）（114730710） 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機１０～１９人）（114731810） 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機２０～４９人）（114731910）			
10662	共通	当該月において情報通信機器を用いた診療を行った年月日の記載が必要です。（施医総管（通信機））			施医総管（在支診等以外・月２回～通信機５０人～）（114732010） 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機１０～１９人）（114732810） 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機２０～４９人）（114732910） 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機５０人～）（114733010） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機１０～１９人減）（114735010） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機２０～４９人減）（114735110） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月２回～通信機５０人～減）（114735210） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機１０～１９人減）（114735610） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機２０～４９人減）（114735710） 施医総管（機能強化在支診等・床有・月１回・通信機５０人～減）（114735810） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機１０～１９人減）（114736510） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機２０～４９人減）（114736610） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月２回～通信機５０人～減）（114736710） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機１０～１９人減）（114737110） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機２０～４９人減）（114737210） 施医総管（機能強化在支診等・床無・月１回・通信機５０人～減）（114737310） 施医総管（在支診等・月２回～通信機１０～１９人減）（114738010） 施医総管（在支診等・月２回～通信機２０～４９人減）（114738110） 施医総管（在支診等・月２回～通信機５０人～減）（114738210） 施医総管（在支診等・月１回・通信機１０～１９人減）（114738610） 施医総管（在支診等・月１回・通信機２０～４９人減）（114738710） 施医総管（在支診等・月１回・通信機５０人～減）（114738810） 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機１０～１９人減）（114739510） 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機２０～４９人減）（114739610） 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機５０人～減）（114739710） 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機１０～１９人減）（114740110）	情報通信機器を用いた診療年月日（施医総管）（850100493）	当該月において情報通信機器を用いた診療を行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ｃ002-2 【項番166】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					施医総管（在支診等以外・月１回・通信機２０～４９人減）(114740210) 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機５０人～減）(114740310) 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機１０～１９人・注８注１４）(114745410) 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機２０～４９人・注８注１４）(114745510) 施医総管（在支診等以外・月２回～通信機５０人～・注８注１４）(114745610) 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機１０～１９人・注８注１４）(114746010) 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機２０～４９人・注８注１４）(114746110) 施医総管（在支診等以外・月１回・通信機５０人～・注８注１４）(114746210)				
10663	共通	前回算定日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（手順書加算（訪問看護指示料））			手順書加算（訪問看護指示料）(114061070)		前回算定年月日（手順書加算）(850100418) 初回（手順書加算）(820190052)	前回の算定日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ C007 注3 【項番186】
10664	共通	共同指導を行った者の属する保険医療機関の名称及び年月日の記載が必要です。（外来在宅共同指導料）			外来在宅共同指導料１(114061110) 外来在宅共同指導料２(114061210)	共同指導を行った者の属する保険医療機関の名称（外来在宅共同指導料）；(830100643) 共同指導を行った年月日（外来在宅共同指導料）(850100490)		共同指導を行った者の属する保険医療機関の名称及び年月日を記載すること。	別表Ⅰ C014 【項番194】
10665	共通	初回算定日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算）			在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算（１月目）(114051750) 在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算（２月目以降）(114051850)		初回算定年月日（在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算）(850100419) 初回（在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算）(820190053)	初回算定日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ C175 【項番229】
10666	共通	急性膵炎を疑う医学的根拠についての記載が必要です。（トリプシノーゲン２（尿））			トリプシノーゲン２（尿）(160224650)		急性膵炎を疑う医学的根拠（トリプシノーゲン２（尿））；(830100481)	急性膵炎を疑う医学的根拠について記載すること。	別表Ⅰ D001の10 【項番236】
10667	共通	びまん性大細胞型Ｂ細胞リンパ腫又は多発性骨髄腫の診断の目的で２回以上検査を行った場合、「未確」と表示し前回算定日の記載が必要です。（染色体検査（ＦＩＳＨ法））			染色体検査（ＦＩＳＨ法）(160231010)	前回算定年月日（染色体検査１　ＦＩＳＨ法を用いた場合）(850100420) 未確（染色体検査１　ＦＩＳＨ法を用いた場合）(820100858)		（びまん性大細胞型Ｂ細胞リンパ腫又は多発性骨髄腫の診断の目的で２回以上検査を行った場合） 「未確」と表示し、前回算定日を記載すること。	別表Ⅰ D006-5 【項番248】
10668	共通	大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由の記載が必要です。（ＲＡＳ遺伝子検査（血漿））			ＲＡＳ遺伝子検査（血漿）(160224350)		大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由（ＲＡＳ遺伝子検査（血漿））；(830100483)	大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	別表Ⅰ D006-22 【項番256】
10669	共通	必要と判断した医学的根拠の記載が必要です。（ＣＹＰ２Ｃ９遺伝子多型）			ＣＹＰ２Ｃ９遺伝子多型(160225350)		必要と判断した医学的根拠（ＣＹＰ２Ｃ９遺伝子多型）；(830100484)	必要と判断した医学的根拠を記載すること。	別表Ⅰ D006-25 【項番257】
10670	共通	検査を実施する医学的な理由の記載が必要です。（染色体構造変異解析）			染色体構造変異解析(160228650)		検査を実施する医学的な理由（染色体構造変異解析）；(830100485)	検査を実施する医学的な理由を記載すること。	別表Ⅰ D006-26 【項番258】
10671	共通	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由の記載が必要です。（ＲＯＳ１融合遺伝子検査（血液））			ＲＯＳ１融合遺伝子検査（血液）(160227350)		肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由（ＲＯＳ１融合遺伝子検査）；(830100486)	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	別表Ⅰ D006-27の1 【項番259】
10672	共通	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由の記載が必要です。（ＡＬＫ融合遺伝子検査（血液））			ＡＬＫ融合遺伝子検査（血液）(160227450)		肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由（ＡＬＫ融合遺伝子検査）；(830100487)	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	別表Ⅰ D006-27の2 【項番260】
10673	共通	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由の記載が必要です。（ＭＥＴｅｘ１４遺伝子検査（血漿））			ＭＥＴｅｘ１４遺伝子検査（血漿）(160223750)		肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由（ＭＥＴｅｘ１４遺伝子検査）；(830100488)	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	別表Ⅰ D006-27の3 【項番261】
10674	共通	固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由の記載が必要です。（ＮＴＲＫ融合遺伝子検査（血液））			ＮＴＲＫ融合遺伝子検査（血液）(160227550)		固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由（ＮＴＲＫ融合遺伝子検査）；(830100489)	固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	別表Ⅰ D006-27の4 【項番262】
10675	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（ロイシンリッチα２グリコプロテイン）			ロイシンリッチα２グリコプロテイン(160223850)		前回実施年月日（ロイシンリッチα２グリコプロテイン）(850190049) 初回（ロイシンリッチα２グリコプロテイン）(820190054)	前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ D007の57 【項番270】
10676	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（抗ミュラー管ホルモン（ＡＭＨ））			抗ミュラー管ホルモン（ＡＭＨ）(160231210)		前回実施年月日（抗ミュラー管ホルモン（ＡＭＨ））(850190050) 初回（抗ミュラー管ホルモン（ＡＭＨ））(820190055)	前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ D008の52 【項番277】
10677	共通	脂肪萎縮の発症時期及び全身性脂肪萎縮症を疑う医学的な理由の記載が必要です。（レプチン）			レプチン(160226550)	脂肪萎縮の発症時期（レプチン）；(830100492) 全身性脂肪萎縮症を疑う医学的な理由（レプチン）；(830100493)		脂肪萎縮の発症時期及び全身性脂肪萎縮症を疑う医学的な理由を記載すること。	別表Ⅰ D008の53 【項番278】
10678	共通	前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合、前回の実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（ｐｈｉ）			ｐｈｉ(160229150)		前回実施年月日（プロステートヘルスインデックス（ｐｈｉ））(850190051) 初回（プロステートヘルスインデックス（ｐｈｉ））(820190056)	（前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合） 前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ D009の27 【項番282】
10679	共通	前立腺特異抗原（ＰＳＡ）の測定年月日及び測定結果の記載が必要です。（ｐｈｉ）			ｐｈｉ(160229150)	前立腺特異抗原（ＰＳＡ）の測定年月日（プロステートヘルスインデックス（ｐｈｉ））(850100436) 前立腺特異抗原（ＰＳＡ）の測定結果（プロステートヘルスインデックス（ｐｈｉ））；(830100494)		前立腺特異抗原（ＰＳＡ）の測定年月日及び測定結果を記載すること。	別表Ⅰ D009の27 【項番282】
10680	共通	医学的な必要性又はＫＯＨ直接鏡検を実施できない理由の記載が必要です。（白癬菌抗原定性）			白癬菌抗原定性(160230550)		医学的な必要性（白癬菌抗原定性）；(830100496) ＫＯＨ直接鏡検を実施できない理由（白癬菌抗原定性）；(830100497)	（ＫＯＨ直接鏡検が陰性であったものの、臨床所見等から爪白癬が疑われる場合）検査を実施した医学的な必要性を記載すること。 （ＫＯＨ直接鏡検が実施できない場合）ＫＯＨ直接鏡検を実施できない理由を記載すること。	別表Ⅰ D012の49 【項番291】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10681	共通	検査が必要と判断した医学的根拠の記載が必要です。（鳥特異的ＩｇＧ抗体）			鳥特異的ＩｇＧ抗体(160226750)		検査が必要と判断した医学的根拠（鳥特異的ＩｇＧ抗体）；(830100498)	検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	別表Ⅰ D012の60 【項番296】
10682	共通	本検査の結果が陰性であったもののCOVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに１回算定した場合、検査が必要と判断した医学的根拠の記載が必要です。（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２抗原定性）	２回以上		ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２抗原定性(160229850) <<回数を２回以上とする>>		検査が必要と判断した医学的根拠（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２抗原定性）；(830100500)	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに１回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	別表Ⅰ D012の28 【項番288】
10683	共通	本検査の結果が陰性であったもののCOVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに１回算定した場合、検査が必要と判断した医学的根拠の記載が必要です。（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２抗原定量）	２回以上		ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２抗原定量(160229950) <<回数を２回以上とする>>		検査が必要と判断した医学的根拠（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２抗原検出定量）；(830100501)	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに１回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	別表Ⅰ D012の61 【項番295】
10685	共通	本検査の結果が陰性であったもののCOVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに１回算定した場合、検査が必要と判断した医学的根拠の記載が必要です。（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性）	２回以上		ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性(160230050) <<回数を２回以上とする>>		検査が必要と判断した医学的根拠（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性）；(830100503)	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに１回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	別表Ⅰ D012の50 【項番290】
10686	共通	反復刺激誘発筋電図検査において異常所見を認めない患者を対象として実施する場合、その詳細な理由の記載が必要です。（抗Ｐ／Ｑ型ＶＧＣＣ抗体）			抗Ｐ／Ｑ型ＶＧＣＣ抗体(160228350)		医学的な必要性（抗Ｐ／Ｑ型電位依存性カルシウムチャネル抗体（抗Ｐ／Ｑ型ＶＧＣＣ抗体））；(830100504)	（反復刺激誘発筋電図検査において異常所見を認めない患者を対象として実施する場合） その詳細な理由を記載すること。	別表Ⅰ D014の47 【項番301】
10687	共通	実施した年月日の記載が必要です。（インターロイキン－６（ＩＬ－６））			インターロイキン－６（ＩＬ－６）(160225450)		実施年月日（インターロイキン－６（ＩＬ－６））(850100437)	実施した年月日を記載すること。	別表Ⅰ D015の17 【項番304】
10688	共通	リスク因子の記載が必要です。（ｓＦｌｔ－１／ＰｌＧＦ比）			ｓＦｌｔ－１／ＰｌＧＦ比(160227250)		（イ）　収縮期血圧が１３０ｍｍＨｇ以上又は拡張期血圧８０ｍｍＨｇ以上（ｓＦｌｔ－１／ＰｌＧＦ比）(820100860) （ロ）　蛋白尿（ｓＦｌｔ－１／ＰｌＧＦ比）(820100861) （ハ）　妊娠高血圧腎症を疑う臨床症状又は検査所見（ｓＦｌｔ－１／ＰｌＧＦ比）(820100862) （ニ）　子宮内胎児発育遅延（ｓＦｌｔ－１／ＰｌＧＦ比）(820100863) （ホ）　子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見（ｓＦｌｔ－１／ＰｌＧＦ比）(820100864)	リスク因子のいずれに該当するかを記載すること。	別表Ⅰ D015の28 【項番305】
10689	共通	（ハ）妊娠高血圧腎症を疑う臨床症状又は検査所見に該当する場合、医学的根拠の記載が必要です。（ｓＦｌｔ－１／ＰｌＧＦ比＋ハ）		（ハ）　妊娠高血圧腎症を疑う臨床症状又は検査所見（ｓＦｌｔ－１／ＰｌＧＦ比）(820100862)	ｓＦｌｔ－１／ＰｌＧＦ比(160227250)		（ハ）に該当する医学的根拠（ｓＦｌｔ－１／ＰｌＧＦ比）；(830100506)	（（ハ）　妊娠高血圧腎症を疑う臨床症状又は検査所見に該当する場合） 医学的根拠を記載すること。	別表Ⅰ D015の28 【項番305】
10690	共通	（ホ）子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見に該当する場合、医学的根拠の記載が必要です。（ｓＦｌｔ－１／ＰｌＧＦ比＋ホ）		（ホ）　子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見（ｓＦｌｔ－１／ＰｌＧＦ比）(820100864)	ｓＦｌｔ－１／ＰｌＧＦ比(160227250)		（ホ）に該当する医学的根拠（ｓＦｌｔ－１／ＰｌＧＦ比）；(830100507)	（（ホ）　子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見に該当する場合） 医学的根拠を記載すること。	別表Ⅰ D015の28 【項番305】
10691	共通	リスク因子を２つ以上有する妊婦において算定する場合、詳細な理由の記載が必要です。（ｓＦｌｔ－１／ＰｌＧＦ比）		ｓＦｌｔ－１／ＰｌＧＦ比(160227250)	（イ）　収縮期血圧が１３０ｍｍＨｇ以上又は拡張期血圧８０ｍｍＨｇ以上（ｓＦｌｔ－１／ＰｌＧＦ比）(820100860) （ロ）　蛋白尿（ｓＦｌｔ－１／ＰｌＧＦ比）(820100861) （ハ）　妊娠高血圧腎症を疑う臨床症状又は検査所見（ｓＦｌｔ－１／ＰｌＧＦ比）(820100862) （ニ）　子宮内胎児発育遅延（ｓＦｌｔ－１／ＰｌＧＦ比）(820100863) （ホ）　子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見（ｓＦｌｔ－１／ＰｌＧＦ比）(820100864) <<２件該当とする>>		医学的必要性（リスク因子を２つ以上有する妊婦）（ｓＦｌｔ－１／ＰｌＧＦ比）；(830100508)	（リスク因子を２つ以上有する妊婦において算定する場合） 詳細な理由を記載すること。	別表Ⅰ D015の28 【項番305】
10692	共通	治療中又は治療終了年月日の記載が必要です。（ＨＢＶ核酸定量）			ＨＢＶ核酸定量(160160350)		治療終了年月日（ＨＢＶ核酸定量）(850100438) Ｂ型肝炎ウイルス既感染者であって、免疫抑制剤の投与や化学療法を行っている悪性リンパ腫等の患者の治療中（ＨＢＶ核酸定量）(820100865)	治療中又は治療終了年月日を記載すること。	別表Ⅰ D023の4 【項番308】
10694	共通	本検査の結果が陰性であったもののCOVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに１回算定した場合、検査が必要と判断した医学的根拠の記載が必要です。（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出（検査委託）など）	２回以上		ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出（検査委託）(160229450) ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出（検査委託以外）(160229550) <<回数を２回以上とする>>		検査が必要と判断した医学的根拠（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出）；(830100511)	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに１回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	別表Ⅰ D023の19 【項番313】
10696	共通	高度細胞性免疫不全の患者に算定する場合、検査が必要であった理由の記載が必要です。（サイトメガロウイルス核酸定量）	病名に疑いを除く	細胞性免疫不全症(8833982) <<修飾語：高度(7011)を設定>>	サイトメガロウイルス核酸定量(160224550)		検査が必要な理由（サイトメガロウイルス核酸定量）；(830100513)	（高度細胞性免疫不全の患者に算定する場合） 検査が必要であった理由について記載すること。	別表Ⅰ D023の12 【項番312】
10698	共通	検査が必要と判断した医学的根拠の記載が必要です。（ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（検査委託）など）	病名に疑いを除く	ＣＯＶＩＤ－１９(8850104)	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（検査委託）(160224050) ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（検査委託以外）(160224150)		検査が必要と判断した医学的根拠（ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出を含む。））；(830100515)	検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	別表Ⅰ D023 【項番318】
10701	共通	本検査の結果が陰性であったもののCOVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに１回算定した場合、検査が必要と判断した医学的根拠の記載が必要です。（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザ核酸同時検出（検査委託）など）	２回以上		ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザ核酸同時検出（検査委託）(160229650) ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザ核酸同時検出（検査委託以外）(160229750) <<回数を２回以上とする>>		検査が必要と判断した医学的根拠（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザ核酸同時検出）；(830100518)	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに１回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	別表Ⅰ D023の19 【項番314】
10703	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（超音波減衰法検査）			超音波減衰法検査(160231410)		前回実施年月日（超音波減衰法検査）(850190052) 初回（超音波減衰法検査）(820190057)	（脂肪性肝疾患の患者であって慢性肝炎又は肝硬変の疑いがある者に対し、肝臓の脂肪量を評価した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ D215-4 【項番329】
10704	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（認知機能検査その他の心理検査（操作が容易）（簡易））			認知機能検査その他の心理検査（操作が容易）（簡易）(160219110)		前回実施年月日（認知機能検査その他の心理検査１操作が容易なものイ簡易なもの）(850190053) 初回（認知機能検査その他の心理検査１操作が容易なものイ簡易なもの）(820190058)	前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ D285 【項番343】
10705	共通	症状詳記の記載が必要です。（小腸内視鏡検査（カプセル型内視鏡）＋内視鏡的留置術加算）		小腸内視鏡検査（カプセル型内視鏡）(160183610) 内視鏡的留置術加算（検査）(160231670)			小腸内視鏡検査（内視鏡的留置術加算）症状詳記；(830100527) ＊内視鏡的留置術加算＊（症状詳記）	当該患者の症状詳記を添付すること。	別表Ⅰ D310 注2 【項番345】
10706	共通	症状詳記の記載が必要です。（バルーン内視鏡加算）			バルーン内視鏡加算（検査）(160231770)		大腸内視鏡検査（バルーン内視鏡加算）症状詳記；(830100528) ＊バルーン内視鏡加算＊（症状詳記）	当該患者の症状詳記を添付すること。	別表Ⅰ D313 注3 【項番347】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				ＡＮＤ／ＯＲ項目	ＯＲ項目	ＡＮＤ／ＯＲ項目	ＯＲ項目		
10707	共通	症状詳記の記載が必要です。（大腸内視鏡検査（カプセル型内視鏡）＋内視鏡的留置術加算）		大腸内視鏡検査（カプセル型内視鏡）(160202750) 内視鏡的留置術加算（検査）(160231670)			大腸内視鏡検査（内視鏡的留置術加算）症状詳記；(830100529) ＊内視鏡的留置術加算＊（症状詳記）	当該患者の症状詳記を添付すること。	別表Ⅰ D310 注4 【項番348】
10708	共通	Ｎ000病理組織標本作成の（１）の（ア）から（ケ）までのいずれかの臓器又は部位がない場合は(コ)その他を選択し、具体的部位等の記載が必要です。（内視鏡下生検法、Ｔ－Ｍ（組織切片）など）			Ｔ－Ｍ（組織切片）(160060010) 内視鏡下生検法(160098210)		ア　気管支及び肺臓(820100866) イ　食道(820100867) ウ　胃及び十二指腸(820100868) エ　小腸(820100869) オ　盲腸(820100870) カ　上行結腸、横行結腸及び下行結腸(820100871) キ　Ｓ状結腸(820100872) ク　直腸(820100873) ケ　子宮体部及び子宮頸部(820100874) コ　その他；(830100612)	Ｎ000病理組織標本作成の（１）の（ア）から（ケ）までのいずれかを選択し記載する。 選択する臓器又は部位がない場合は(コ)その他を選択し、具体的部位等を記載すること。	別表Ⅰ D414 N000 【項番349】 【項番549】
10709	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（β－ＣＴＸ（尿））			β－ＣＴＸ（尿）(160174850)		前回実施年月日（β－ＣＴＸ（尿））(850190054) 初回（β－ＣＴＸ（尿））(820190059)	（算定回数が複数月に１回又は年１回のみとされている検査を実施した場合） 前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ D 【項番350】
10710	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（肝エラストグラフィ加算）			肝エラストグラフィ加算(170040170)		前回実施年月日（肝エラストグラフィー加算）(850190055) 初回（肝エラストグラフィー加算）(820190060)	前回算定年月日（初回である場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ E202 注10 【項番366】
10711	共通	初回の加算を算定した年月日、急性増悪等における具体的な状態の記載が必要です。（療養生活継続支援加算など）			療養生活継続支援加算（精神科退院時共同指導料１）(180760570) 療養生活継続支援加算（イ以外の患者）(180760670)	初回算定年月日（療養生活継続支援加算）(850100441) 急性増悪等における具体的な状態（療養生活継続支援加算）；(830100533)		初回の当該加算を算定した年月日を記載すること。 （対象となる状態の急性増悪又は著しい環境の変化により新たに重点的な支援を要する場合） 急性増悪等における具体的な状態について記載すること。	別表Ⅰ Ⅰ002 注8 【項番404】
10712	共通	月の初日の訪問看護・指導時におけるＧＡＦ尺度により測定した値及び測定日、ＧＡＦ値の記載が必要です。（精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）など）			精訪看（１）（保健師・看護師・週３日目まで３０分以上）(180008110) 精訪看（１）（保健師・看護師・週３日目まで３０分未満）(180036510) 精訪看（１）（保健師・看護師・週４日目以降３０分以上）(180036610) 精訪看（１）（保健師・看護師・週４日目以降３０分未満）(180036710) 精訪看（１）（准看護師・週３日目まで３０分以上）(180036810) 精訪看（１）（准看護師・週３日目まで３０分未満）(180036910) 精訪看（１）（准看護師・週４日目以降３０分以上）(180037010) 精訪看（１）（准看護師・週４日目以降３０分未満）(180037110) 精訪看（１）（作業療法士・週３日目まで３０分以上）(180058810) 精訪看（１）（作業療法士・週３日目まで３０分未満）(180058910) 精訪看（１）（作業療法士・週４日目以降３０分以上）(180059010) 精訪看（１）（作業療法士・週４日目以降３０分未満）(180059110) 精訪看（１）（精神保健福祉士・週３日目まで３０分以上）(180059210) 精訪看（１）（精神保健福祉士・週３日目まで３０分未満）(180059310) 精訪看（１）（精神保健福祉士・週４日目以降３０分以上）(180059410) 精訪看（１）（精神保健福祉士・週４日目以降３０分未満）(180059510) 精訪看（３）（保健師・看護師・日２人・週３日目まで３０分以上）(180040310) 精訪看（３）（保健師・看護師・日２人・週３日目まで３０分未満）(180040410) 精訪看（３）（保健師・看護師・日２人・週４日目以降３０分以上）(180040510) 精訪看（３）（保健師・看護師・日２人・週４日目以降３０分未満）(180040610) 精訪看（３）（保健師・看護師・日３人～・週３日目まで３０分以上）(180040710) 精訪看（３）（保健師・看護師・日３人～・週３日目まで３０分未満）(180040810) 精訪看（３）（保健師・看護師・日３人～・週４日目以降３０分以上）(180040910) 精訪看（３）（保健師・看護師・日３人～・週４日目以降３０分未満）(180041010) 精訪看（３）（准看護師・日２人・週３日目まで３０分以上）(180041110) 精訪看（３）（准看護師・日２人・週３日目まで３０分未満）(180041210) 精訪看（３）（准看護師・日２人・週４日目以降３０分以上）(180041310) 精訪看（３）（准看護師・日２人・週４日目以降３０分未満）(180041410) 精訪看（３）（准看護師・日３人～・週３日目まで３０分以上）(180041510) 精訪看（３）（准看護師・日３人～・週３日目まで３０分未満）(180041610) 精訪看（３）（准看護師・日３人～・週４日目以降３０分以上）(180041710) 精訪看（３）（准看護師・日３人～・週４日目以降３０分未満）(180041810) 精訪看（３）（作業療法士・日２人・週３日目まで３０分以上）(180059610) 精訪看（３）（作業療法士・日２人・週３日目まで３０分未満）(180059710) 精訪看（３）（作業療法士・日２人・週４日目以降３０分以上）(180059810)	ＧＡＦ測定年月日（精神科訪問看護・指導料）(850190202)	ＧＡＦ尺度１００－９１（精神科訪問看護・指導料）(820101019) ＧＡＦ尺度９０－８１（精神科訪問看護・指導料）(820101020) ＧＡＦ尺度８０－７１（精神科訪問看護・指導料）(820101021) ＧＡＦ尺度７０－６１（精神科訪問看護・指導料）(820101022) ＧＡＦ尺度６０－５１（精神科訪問看護・指導料）(820101023) ＧＡＦ尺度５０－４１（精神科訪問看護・指導料）(820101024) ＧＡＦ尺度４０－３１（精神科訪問看護・指導料）(820101025) ＧＡＦ尺度３０－２１（精神科訪問看護・指導料）(820101026) ＧＡＦ尺度２０－１１（精神科訪問看護・指導料）(820101027) ＧＡＦ尺度１０－１（精神科訪問看護・指導料）(820101028) ＧＡＦ尺度０（精神科訪問看護・指導料）(820101029)	月の初日の訪問看護・指導時におけるＧＡＦ尺度により測定した値及び測定日を記載すること。ＧＡＦの値については該当する範囲を選択して記載すること。	別表Ⅰ Ⅰ012 【項番417】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					精訪看（３）（作業療法士・日２人・週４日目以降３０分未満）（180059910） 精訪看（３）（作業療法士・日３人～・週３日目まで３０分以上）（180060010） 精訪看（３）（作業療法士・日３人～・週３日目まで３０分未満）（180060110） 精訪看（３）（作業療法士・日３人～・週４日目以降３０分以上）（180060210） 精訪看（３）（作業療法士・日３人～・週４日目以降３０分未満）（180060310） 精訪看（３）（精神保健福祉士・日２人・週３日目まで３０分以上）（180060410） 精訪看（３）（精神保健福祉士・日２人・週３日目まで３０分未満）（180060510） 精訪看（３）（精神保健福祉士・日２人・週４日目以降３０分以上）（180060610） 精訪看（３）（精神保健福祉士・日２人・週４日目以降３０分未満）（180060710） 精訪看（３）（精神保健福祉士・日３人～・週３日目まで３０分以上）（180060810） 精訪看（３）（精神保健福祉士・日３人～・週３日目まで３０分未満）（180060910） 精訪看（３）（精神保健福祉士・日３人～・週４日目以降３０分以上）（180061010） 精訪看（３）（精神保健福祉士・日３人～・週４日目以降３０分未満）（180061110）				
10713	共通	前回算定日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（手順書加算（精神科訪問看護指示料）））			手順書加算（精神科訪問看護指示料）（180067770）		前回実施年月日（手順書加算）（850190056） 初回（手順書加算）（820190052）	前回算定年月日（初回である場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ I012-2 【項番423】
10714	共通	下肢創傷の部位及び潰瘍の深さの記載が必要です。（下肢創傷処置）			下肢創傷処置（足部（踵を除く）の浅い潰瘍）（140062110） 下肢創傷処置（足趾の深い潰瘍・踵部の浅い潰瘍）（140062210） 下肢創傷処置（足部（踵を除く）の深い潰瘍・踵部の深い潰瘍）（140062310）		下肢創傷の部位及び潰瘍の深さ（下肢創傷処置）；（830100535）	下肢創傷の部位及び潰瘍の深さを記載すること。	別表Ⅰ J000-2 【項番429】
10715	共通	処置開始年月日の記載が必要です。（局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創））			局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）（140059910）		処置開始日（局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創））（850100393）	（局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）を算定した場合） 処置開始年月日を記載すること。	別表Ⅰ J003-3 【項番436】
10716	共通	初回実施に当たっては、医学的な必要性の記載が必要です。（血球成分除去療法）			血球成分除去療法（140039210）		医学的な必要性（初回）（血球成分除去療法）；（830100766）	初回実施に当たっては、医学的な必要性を記載すること。	別表Ⅰ J041-2 【項番452】
10717	共通	開始年月日の記載が必要です。（人工呼吸（５時間超））			人工呼吸（５時間超１４日目まで）（140023510） 人工呼吸（５時間超１５日目以降）（140063810） 無水アルコール吸入療法（５時間超１４日目まで）（140023650） 無水アルコール吸入療法（５時間超１５日目以降）（140063950） 人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）（５時間超１４日目まで）（140023750） 人工呼吸（閉鎖循環式麻酔装置）（５時間超１５日目以降）（140064050） 酸素吸入（マイクロアダプター）（５時間超１４日目まで）（140023850） 酸素吸入（マイクロアダプター）（５時間超１５日目以降）（140064150） 人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）（５時間超１４日目まで）（140023950） 人工呼吸（半閉鎖式循環麻酔器）（５時間超１５日目以降）（140064350） 酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・５時間超１４日目まで）（140024150） 酸素加圧（気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・５時間超１５日目以降）（140064450） ＣＰＡＰ（５時間超１４日目まで）（140024250） ＣＰＡＰ（５時間超１５日目以降）（140064550） ＩＭＶ（５時間超１４日目まで）（140024350） ＩＭＶ（５時間超１５日目以降）（140064650） 人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）（５時間超１４日目まで）（140039650） 人工呼吸（鼻マスク式人工呼吸器）（５時間超１５日目以降）（140064750） 閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入（５時間超１４日目まで）（140039950） 閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入（５時間超１５日目以降）（140064250）		開始年月日（人工呼吸　５時間を超えた場合）（850100445）	開始年月日を記載すること。	別表Ⅰ J045の3 【項番455】
10718	共通	開始年月日の記載が必要です。（覚醒試験加算）			覚醒試験加算（140063310）		開始年月日（覚醒試験加算）（850100446）	開始年月日を記載すること。	別表Ⅰ J045 注3 【項番456】
10719	共通	注入した脂肪量の記載が必要です。（自家脂肪注入）			自家脂肪注入（５０ｍＬ未満のもの）（150425310） 自家脂肪注入（５０ｍＬ以上１００ｍＬ未満のもの）（150425410） 自家脂肪注入（１００ｍＬ以上のもの）（150425510）		注入した脂肪量（自家脂肪注入）；（830100543）	注入した脂肪量を記載すること。	別表Ⅰ K019-2 【項番472】
10720	共通	骨折した日時及び手術を開始した日時の記載が必要です。（緊急整復固定加算（骨折観血的手術））			緊急整復固定加算（骨折観血的手術）（150425670）	骨折した日時（緊急整復固定加算）（853100006） 手術を開始した日時（緊急整復固定加算）（853100007）		骨折した日時及び手術を開始した日時を記載すること。	別表Ⅰ K046 注 【項番475】
10721	共通	当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した内容の記載が必要です。（難治性骨折超音波治療法）			難治性骨折超音波治療法（150284110）		指導内容（難治性骨折超音波治療法）；（830100781）	当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した内容を記載すること。	別表Ⅰ K047-2 【項番477】
10722	共通	自家骨又は非生体同種骨（凍結保存された死体骨を含む。）移植に加え、人工骨移植を併せて行った場合、人工骨の移植部位の記載が必要です。（骨移植術）			骨移植術（自家骨又は非生体同種骨移植と人工骨移植の併施、特殊）（150392050） 骨移植術（自家骨又は非生体同種骨移植と人工骨移植の併施、その他）（150392150）		人工骨の移植部位（骨移植術）；（830100544）	（自家骨又は非生体同種骨（凍結保存された死体骨を含む。）移植に加え、人工骨移植を併せて行った場合） 人工骨の移植部位について記載すること。	別表Ⅰ K059 【項番479】
10723	共通	骨折した日時及び手術を開始した日時の記載が必要です。（緊急挿入加算（人工骨頭挿入術））			緊急挿入加算（人工骨頭挿入術）（150435770）	骨折した日時（緊急挿入加算）（853100008） 手術を開始した日時（緊急挿入加算）（853100009）		骨折した日時及び手術を開始した日時を記載すること。	別表Ⅰ K081 注 【項番481】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10724	共通	症状詳記の記載が必要です。（鼓膜穿孔閉鎖術）			鼓膜穿孔閉鎖術(150094810)		症状詳記（鼓膜穿孔閉鎖術）；(830100545) ＊鼓膜穿孔閉鎖術＊（症状詳記）	症状詳記を添付すること。	別表Ⅰ K311 【項番487】
10725	共通	手術前に心房細動又は心房粗動と診断した根拠となる12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査（ホルター心電図検査を含む。）の結果及び当該手術を行う医学的理由の記載が必要です。（不整脈手術（左心耳閉鎖術）（胸腔鏡下手術））			不整脈手術（左心耳閉鎖術）（胸腔鏡下手術）(150424650)	１２誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査の結果（不整脈手術（左心耳閉鎖術（胸腔鏡下））；(830100589) 当該手術を行う医学的理由（不整脈手術（左心耳閉鎖術（胸腔鏡下））；(830100590)		手術前に心房細動又は心房粗動と診断した根拠となる12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査（ホルター心電図検査を含む。）の結果及び当該手術を行う医学的理由を記載すること。	別表Ⅰ K594 4のロ 【項番494】
10726	共通	K616-8吸着式潰瘍治療法の（２）のア及びイの要件を満たす医学的根拠の記載が必要です。（吸着式潰瘍治療法）			吸着式潰瘍治療法(150423750)		医学的根拠（吸着式潰瘍治療法）；(830100591)	K616-8吸着式潰瘍治療法の（２）のア及びイの要件を満たす医学的根拠を記載すること。	別表Ⅰ K616-8 【項番498】
10727	共通	症状詳記の記載が必要です。（バルーン内視鏡加算（内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術））	同日	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（長径２ｃｍ以上）(150183410) 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（長径２ｃｍ未満）(150285010) **<<上記項目をORで登録する>>**	バルーン内視鏡加算（内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術）(150437170)		症状詳記（バルーン内視鏡加算）；(830100592) ＊バルーン内視鏡加算＊（症状詳記）	症状詳記を添付すること。	別表Ⅰ K721 注2 【項番505】
10728	共通	副腎摘出術が適応とならない理由の記載が必要です。（副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法）			副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）（１ｃｍ以上のもの）(150424250) 副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）（１ｃｍ未満のもの）(150424150)		副腎摘出術が適応とならない理由（副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法）；(830100593)	副腎摘出術が適応とならない理由を記載すること。	別表Ⅰ K755-3 【項番512】
10729	共通	効果の減弱等により再手術が必要となった場合、前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（尿失禁手術（ボツリヌス毒素））			尿失禁手術（ボツリヌス毒素）(150421110)		前回実施年月日（尿失禁手術）(850100491) 初回（尿失禁手術）(820190491)	（効果の減弱等により再手術が必要となった場合）前回実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ K823-6 【項番513】
10730	共通	いずれの状態に該当するかの記載が必要です。（精巣内精子採取術（単純））			精巣内精子採取術（単純）(150430910)		ア　閉塞性無精子症（精巣内精子採取術１　単純なもの）(820100876) イ　非閉塞性無精子症（精巣内精子採取術１　単純なもの）(820100877) ウ　射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの（精巣内精子採取術１　単純なもの）(820100878)	いずれの状態に該当するかを記載すること。	別表Ⅰ K838-2の1 【項番514】
10731	共通	いずれの状態に該当するかの記載が必要です。（精巣内精子採取術（顕微鏡））			精巣内精子採取術（顕微鏡）(150431010)		ア　非閉塞性無精子症（精巣内精子採取術２　顕微鏡を用いたもの）(820100879) イ　他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者（精巣内精子採取術２　顕微鏡を用いたもの）(820100880)	いずれの状態に該当するかを記載すること。	別表Ⅰ K838-2の2 【項番515】
10732	共通	K838-2精巣内精子採取術の（２）のウに該当する患者に算定する場合、実施する必要があると判断した理由の記載が必要です。（精巣内精子採取術（単純）＋ウ）		ウ　射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの（精巣内精子採取術１　単純なもの）(820100878)	精巣内精子採取術（単純）(150430910)		実施する必要があると判断した理由（精巣内精子採取術）；(830100594)	（「K838-2精巣内精子採取術の（２）のウ又は（３）のイに該当する患者に算定する場合）実施する必要があると判断した理由について記載すること。	別表Ⅰ K838-2 【項番516】
10733	共通	K838-2精巣内精子採取術の（３）のイに該当する患者に算定する場合、実施する必要があると判断した理由の記載が必要です。（精巣内精子採取術（顕微鏡）＋イ）		イ　他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者（精巣内精子採取術２　顕微鏡を用いたもの）(820100880)	精巣内精子採取術（顕微鏡）(150431010)		実施する必要があると判断した理由（精巣内精子採取術）；(830100594)	（K838-2精巣内精子採取術の（２）のウ又は（３）のイに該当する患者に算定する場合）実施する必要があると判断した理由について記載すること。	別表Ⅰ K838-2 【項番504】
10734	共通	いずれの状態に該当するかの記載が必要です。（人工授精）			人工授精(150431510)		ア　精子・精液の量的・質的異常（人工授精）(820100881) イ　射精障害・性交障害（人工授精）(820100882) ウ　精子－頚管粘液不適合（人工授精）(820100883) エ　機能性不妊（人工授精）(820100884)	いずれの状態に該当するかを記載すること。	別表Ⅰ K884-2 【項番517】
10735	共通	治療開始日の年齢、胚移植術の実施回数の合計の記載が必要です。（胚移植術）			胚移植術（新鮮胚移植）(150431610) 胚移植術（凍結・融解胚移植）(150431710)	治療開始日の年齢（胚移植術）；(830100595) 胚移植術の実施回数（胚移植術）；(830100596)		治療開始日の年齢、胚移植術の実施回数の合計を記載すること。	別表Ⅰ K884-3 【項番518】
10736	共通	実施した医学的な理由の記載が必要です。（アシステッドハッチング加算）			アシステッドハッチング加算(150431870)		実施した医学的な理由（アシステッドハッチング）；(830100597)	実施した医学的な理由を記載すること。	別表Ⅰ K884-3 注2 【項番519】
10737	共通	実施した医学的な理由の記載が必要です。（高濃度ヒアルロン酸含有培養液加算）			高濃度ヒアルロン酸含有培養液加算(150431970)		実施した医学的な理由（高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置）；(830100598)	実施した医学的な理由を記載すること。	別表Ⅰ K884-3 注3 【項番520】
10738	共通	採取した卵子の数、いずれの状態に該当するかの記載が必要です。（採卵術）			採卵術(150432010)	採取した卵子の数（採卵術）；(830100599)	ア　卵管性不妊（採卵術）(820100885) イ　男性不妊（閉塞性無精子症等）（採卵術）(820100886) ウ　機能性不妊（採卵術）(820100887) エ　人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合（採卵術）(820100888)	採取した卵子の数、いずれの状態に該当するかを記載すること。	別表Ⅰ K890-4 【項番521】
10739	共通	いずれの状態に該当するかの記載が必要です。（体外受精・顕微授精管理料（体外受精））			体外受精・顕微授精管理料（体外受精）(150433010)		ア　卵管性不妊（体外受精・顕微授精管理料）(820100889) イ　男性不妊（閉塞性無精子症等）（体外受精・顕微授精管理料）(820100890) ウ　機能性不妊（体外受精・顕微授精管理料）(820100891) エ　人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合（体外受精・顕微授精管理料）(820100892)	いずれの状態に該当するかを記載すること。	別表Ⅰ K917 【項番522】
10740	共通	管理を開始した年月日及び顕微授精を実施した卵子の個数、いずれの状態に該当するかの記載が必要です。（体外受精・顕微授精管理料（顕微授精））			体外受精・顕微授精管理料（顕微授精）（１個の場合）(150433110) 体外受精・顕微授精管理料（顕微授精）（２個から５個までの場合）(150433210) 体外受精・顕微授精管理料（顕微授精）（６個から９個までの場合）(150433310) 体外受精・顕微授精管理料（顕微授精）（１０個以上の場合）(150433410)	管理を開始した年月日（体外受精・顕微授精管理料）(850100457) 顕微受精を実施した卵子の数（体外受精・顕微授精管理料）；(830100600)	ア　卵管性不妊（体外受精・顕微授精管理料）(820100889) イ　男性不妊（閉塞性無精子症等）（体外受精・顕微授精管理料）(820100890) ウ　機能性不妊（体外受精・顕微授精管理料）(820100891) エ　人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合（体外受精・顕微授精管理料）(820100892)	いずれの状態に該当するかを記載すること。 （顕微授精及び必要な医学管理を行った場合）管理を開始した年月日及び顕微授精を実施した卵子の個数を記載すること。	別表Ⅰ K917 【項番522】
10741	共通	いずれの状態に該当するか、管理を開始した年月日及び顕微授精を実施した卵子の個数、同時に実施する医学的な理由の記載が必要です。（体外受精及び顕微授精同時実施管理料）			体外受精及び顕微授精同時実施管理料（１個）(150436630) 体外受精及び顕微授精同時実施管理料（１０個以上）(150436730) 体外受精及び顕微授精同時実施管理料（２個から５個まで）(150436830) 体外受精及び顕微授精同時実施管理料（６個から９個まで）(150436930)	管理を開始した年月日（体外受精・顕微授精管理料）(850100457) 顕微受精を実施した卵子の数（体外受精・顕微授精管理料）；(830100600) 体外受精及び顕微授精を同時に実施する医学的な理由（体外受精・顕微授精管理料）；(830100601)	ア　卵管性不妊（体外受精・顕微授精管理料）(820100889) イ　男性不妊（閉塞性無精子症等）（体外受精・顕微授精管理料）(820100890) ウ　機能性不妊（体外受精・顕微授精管理料）(820100891) エ　人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合（体外受精・顕微授精管理料）(820100892)	いずれの状態に該当するかを記載すること。 （顕微授精及び必要な医学管理を行った場合）管理を開始した年月日及び顕微授精を実施した卵子の個数を記載すること。 体外受精及び顕微授精を同時に実施する医学的な理由について記載すること。	別表Ⅰ K917 注1 【項番522、523】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10743	共通	実施した医学的な理由の記載が必要です。（卵子調整加算）			卵子調整加算(150434070)		実施した医学的な理由（卵子調整加算）；(830100603)	実施した医学的な理由を記載すること。	別表Ⅰ K917 注3 【項番524】
10744	共通	管理を実施した受精卵及び胚の数並びに当該管理を開始した年月日の記載が必要です。（受精卵・胚培養管理料）			受精卵・胚培養管理料（１個）(150434110) 受精卵・胚培養管理料（２個から５個まで）(150434210) 受精卵・胚培養管理料（６個から９個まで）(150434310) 受精卵・胚培養管理料（１０個以上）(150434410)	管理を実施した受精卵及び胚の数（受精卵・胚培養管理料）；(830100604) 管理を開始した年月日（受精卵・胚培養管理料）(850100460)		管理を実施した受精卵及び胚の数並びに当該管理を開始した年月日を記載すること。	別表Ⅰ K917-2 【項番525】
10745	共通	管理の具体的な内容、当該管理を実施した初期胚の数及び当該管理を開始した年月日の記載が必要です。（胚盤胞作成加算）			胚盤胞作成加算（１個）(150434570) 胚盤胞作成加算（２個から５個まで）(150434670) 胚盤胞作成加算（６個から９個まで）(150434770) 胚盤胞作成加算（１０個以上）(150434870)	管理の具体的な内容（注：胚盤胞の作成目的）；(830100798) 管理を実施した初期胚の数（注：胚盤胞の作成目的）(842100107) 管理を開始した年月日（注：胚盤胞の作成目的）(850190203)		管理の具体的な内容、当該管理を実施した初期胚の数及び当該管理を開始した年月日を記載すること。	別表Ⅰ K917-2 注 【項番526】
10746	共通	凍結する初期胚又は胚盤胞の数及び凍結を開始した年月日の記載が必要です。（胚凍結保存管理料（胚凍結保存管理料（導入時））			胚凍結保存管理料（胚凍結保存管理料（導入時））（１個）(150434910) 胚凍結保存管理料（胚凍結保存管理料（導入時））（２個から５個）(150435010) 胚凍結保存管理料（胚凍結保存管理料（導入時））（６個から９個）(150435110) 胚凍結保存管理料（胚凍結保存管理料（導入時））（１０個以上）(150435210)	凍結する初期胚又は胚盤胞の数（胚凍結保存管理料（導入時））；(830100607) 凍結を開始した年月日（胚凍結保存管理料（導入時））(850100462)		凍結する初期胚又は胚盤胞の数及び凍結を開始した年月日を記載すること。	別表Ⅰ K917-3の1 【項番527】
10747	共通	維持管理を行う初期胚又は胚盤胞の数、凍結を開始した年月日を維持管理を行う初期胚又は胚盤胞ごとの記載が必要です。（胚凍結保存管理料（胚凍結保存維持管理料））			胚凍結保存管理料（胚凍結保存維持管理料）(150435310)	維持管理を行う初期胚又は胚盤胞の数（胚凍結保存維持管理料）；(830100608) 維持管理を行う初期胚又は胚盤胞ごとの凍結を開始した年月日（胚凍結保存維持管理料）(850190204)		維持管理を行う初期胚又は胚盤胞の数、凍結を開始した年月日を維持管理を行う初期胚又は胚盤胞ごとに記載すること。	別表Ⅰ K917-3の2 【項番528】
10748	共通	いずれに該当するか詳細な記載が必要です。（切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算）			切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算(150452410)		ア　ＢＭＩが３０以上の肥満症の患者（切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算）(820100893) イ　糖尿病患者のうち、ヘモグロビンＡ１Ｃ（ＨｂＡ１Ｃ）がＪＤＳ値で６．６％以上（ＮＧＳＰ値で７．０％以上）の者（切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算）(820100894) ウ　ステロイド療法を受けている患者（切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算）(820100895) エ　慢性維持透析患者（切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算）(820100896) オ　免疫不全状態にある患者（切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算）(820100897) カ　低栄養状態にある患者（切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算）(820100898) キ　創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者（切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算）(820100899) ク　手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う（切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算）(820100900)	患者のいずれに該当するかを詳細に記載すること。	別表Ⅰ K939-9 【項番536】
10749	共通	D206に掲げる心臓カテーテル法における 75%以上の狭窄病変が存在する症例以外に対して算定する場合その理由及び詳細な医学的根拠の記載が必要です。（経皮的冠動脈形成術（急性心筋梗塞）など）			経皮的冠動脈形成術（急性心筋梗塞）(150374910) 経皮的冠動脈形成術（不安定狭心症）(150375010) 経皮的冠動脈形成術（その他）(150375110)		理由・医学的根拠（留意事項通知Ｋ５４６（１））；(830100546)	所定の事項を記載すること。	別表Ⅰ K546 【項番491】
10750	共通	アからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠の記載が必要です。（経皮的冠動脈形成術（その他））			経皮的冠動脈形成術（その他）(150375110)		医学的根拠（留意事項通知Ｋ５４６（４）のア）；(830100581) 医学的根拠（留意事項通知Ｋ５４６（４）のイ）；(830100582) 医学的根拠（留意事項通知Ｋ５４６（４）のウ）；(830100583)	所定の事項を記載すること。	別表Ⅰ K546 【項番491】
10751	共通	ウの病変に対して実施する場合は、実施の医学的な必要性及び検討の結果の記載が必要です。（経皮的冠動脈形成術（その他）＋ウ）		医学的根拠（留意事項通知Ｋ５４６（４）のウ）；(830100583)	経皮的冠動脈形成術（その他）(150375110)		医学的必要性及び検討結果（留意事項通知Ｋ５４６（４）のウ）；(830100584)	ウの病変に対して実施する場合は、実施の医学的な必要性及び検討の結果を記載すること。	別表Ⅰ K546 【項番491】
10752	共通	ア、イの事項について、要件を満たす医学的根拠、所見の得られた時刻などの記載事項が必要です。（経皮的冠動脈形成術（急性心筋梗塞））			経皮的冠動脈形成術（急性心筋梗塞）(150374910)	医学的根拠（留意事項通知Ｋ５４６（２）のア）；(830100547) 測定項目（留意事項通知Ｋ５４６（２）のア）；(830100548) 医学的根拠（留意事項通知Ｋ５４６（２）のイ）；(830100549) 医学的根拠（留意事項通知Ｋ５４６（２）のウ）；(830100550) 留意事項通知Ｋ５４６（２）のア測定値(842100075)	留意事項通知Ｋ５４６（２）のイの（イ）　所見の得られた時刻(851100039) 留意事項通知Ｋ５４６（２）のイの（ニ）　所見の得られた時刻(851100040) 留意事項通知Ｋ５４６（２）のイの（ハ）　所見の得られた時刻(851100041) 留意事項通知Ｋ５４６（２）のイの（ホ）　所見の得られた時刻(851100042) 留意事項通知Ｋ５４６（２）のイの（ロ）　所見の得られた時刻(851100043)	ア、イ のそれぞれについて記載すること。	別表Ⅰ K546 【項番491】
10753	共通	ウの事項について、要件を満たす医学的根拠の記載事項が必要です。（経皮的冠動脈形成術（急性心筋梗塞））	グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ		経皮的冠動脈形成術（急性心筋梗塞）(150374910)	留意事項通知Ｋ５４６（２）のウの（イ）　再開通時刻(851100044) 留意事項通知Ｋ５４６（２）のウの（イ）　発症時刻(851100045) 後：留意事項通知Ｋ５４６（２）のウの（ロ）　再開通時刻(851100046)	留意事項通知Ｋ５４６（２）のウの（ロ）　再開通時刻(851100047) 留意事項通知Ｋ５４６（２）のウの（ロ）　発症時刻(851100048) 留意事項通知Ｋ５４６（２）のウの（ロ）　来院時刻(851100049) **<<３件該当とする>>**	ウのそれぞれについて記載すること。 ウ （イ）又は（ロ）のいずれかに該当すること。該当項目、発症時刻、来院時刻及び再開通した時刻を記載すること。	別表Ⅰ K546 【項番491】
10754	共通	アからウまでについて、要件を満たす医学的根拠の記載が必要です。（経皮的冠動脈形成術（不安定狭心症））			経皮的冠動脈形成術（不安定狭心症）(150375010)	医学的根拠（留意事項通知Ｋ５４６（３）のア）；(830100551) 重症度及びその医学的根拠（留意事項通知Ｋ５４６（３）のア）；(830100552) 医学的根拠（留意事項通知Ｋ５４６（３）のイ）；(830100553) 短期リスク評価及びその医学的根拠（留意事項通知Ｋ５４６（３）のイ）；(830100554) 医学的根拠（留意事項通知Ｋ５４６（３）のウ）；(830100555) 留意事項通知Ｋ５４６（３）のウ手術開始時刻(851100050) 留意事項通知Ｋ５４６（３）のウ来院時刻(851100051)		アからウまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。	別表Ⅰ K546 【項番491】
10755	共通	D206に掲げる心臓カテーテル法における75%以上の狭窄病変が存在する症例以外に対して算定する場合、その理由及び詳細な医学的根拠の記載が必要です。（経皮的冠動脈粥腫切除術）			経皮的冠動脈粥腫切除術(150260350)		理由・医学的根拠（留意事項通知Ｋ５４７（１））；(830100560)	「Ｄ２０６」に掲げる心臓カテーテル法における　７５％以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して算定する場合は、その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	別表Ⅰ K547 【項番491】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				ＡＮＤ／ＯＲ項目	ＯＲ項目	ＡＮＤ／ＯＲ項目	ＯＲ項目		
10756	共通	D206に掲げる心臓カテーテル法における75%以上の狭窄病変が存在する症例以外に対して算定する場合、その理由及び詳細な医学的根拠の記載が必要です。（経皮的冠動脈ステント留置術（その他）など）			経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞）(150375210) 経皮的冠動脈ステント留置術（不安定狭心症）(150375310) 経皮的冠動脈ステント留置術（その他）(150375410)		理由・医学的根拠（留意事項通知Ｋ５４９（１））；(830100567)	「Ｄ２０６」に掲げる心臓カテーテル法における７５％以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して算定する場合は、その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	別表Ⅰ K549 【項番491】
10757	共通	アからウまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠の記載が必要です。（経皮的冠動脈ステント留置術（不安定狭心症））			経皮的冠動脈ステント留置術（不安定狭心症）(150375310)	医学的根拠（留意事項通知Ｋ５４９（３）のア）；(830100572) 重症度及びその医学的根拠（留意事項通知Ｋ５４９（３）のア）；(830100573) 医学的根拠（留意事項通知Ｋ５４９（３）のイ）；(830100574) 短期リスク評価及びその医学的根拠（留意事項通知Ｋ５４９（３）のイ）；(830100575) 医学的根拠（留意事項通知Ｋ５４９（３）のウ）；(830100576) 留意事項通知Ｋ５４９（３）のウ手術開始時刻(851100063) 留意事項通知Ｋ５４９（３）のウ来院時刻(851100064)		アからウまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。	別表Ⅰ K549 【項番491】
10758	共通	ア、イの事項について、要件を満たす医学的根拠、所見の得られた時刻などの記載事項が必要です。（経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞））			経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞）(150375210)	医学的根拠（留意事項通知Ｋ５４９（２）のア）；(830100568) 測定項目数（留意事項通知Ｋ５４９（２）のア）；(830100569) 医学的根拠（留意事項通知Ｋ５４９（２）のイ）；(830100570) 医学的根拠（留意事項通知Ｋ５４９（２）のウ）；(830100571) 留意事項通知Ｋ５４９（２）のア測定値(842100076)	留意事項通知Ｋ５４９（２）のイの（イ）　所見の得られた時刻(851100052) 留意事項通知Ｋ５４９（２）のイの（ニ）　所見の得られた時刻(851100053) 留意事項通知Ｋ５４９（２）のイの（ハ）　所見の得られた時刻(851100054) 留意事項通知Ｋ５４９（２）のイの（ホ）　所見の得られた時刻(851100055) 留意事項通知Ｋ５４９（２）のイの（ロ）　所見の得られた時刻(851100056)	ア、イ のそれぞれについて記載すること。	別表Ⅰ K549 【項番491】
10759	共通	ウの事項について、要件を満たす医学的根拠の記載事項が必要です。（経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞））	グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ		経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞）(150375210)	留意事項通知Ｋ５４９（２）のウの（ロ）　再開通時刻(851100060) 留意事項通知Ｋ５４９（２）のウの（ロ）　発症時刻(851100061) 留意事項通知Ｋ５４９（２）のウの（ロ）　来院時刻(851100062)	留意事項通知Ｋ５４９（２）のウの（イ）　再開通時刻(851100057) 留意事項通知Ｋ５４９（２）のウの（イ）　発症時刻(851100058) 留意事項通知Ｋ５４９（２）のウの（イ）　来院時刻(851100059) <<３件該当とする>>	ウのそれぞれについて記載すること。 ウ （イ）又は（ロ）のいずれかに該当すること。該当項目、発症時刻、来院時刻及び再開通した時刻を記載すること。	別表Ⅰ K549 【項番491】
10760	共通	ウの事項について、要件を満たす医学的根拠の記載事項が必要です。（経皮的冠動脈ステント留置術（その他））			経皮的冠動脈ステント留置術（その他）(150375410)		医学的根拠（留意事項通知Ｋ５４９（４）のア）；(830100585) 医学的根拠（留意事項通知Ｋ５４９（４）のイ）；(830100586) 医学的根拠（留意事項通知Ｋ５４９（４）のウ）；(830100587)	アからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。	別表Ⅰ K549 【項番491】
10761	共通	ウの病変に対して実施する場合は、実施の医学的な必要性及び検討の結果の記載が必要です。（経皮的冠動脈ステント留置術（その他）＋ウ）		医学的根拠（留意事項通知Ｋ５４９（４）のウ）；(830100587)	経皮的冠動脈ステント留置術（その他）(150375410)		医学的必要性及び検討結果（留意事項通知Ｋ５４９（４）のウ）；(830100588)	ウの病変に対して実施する場合は、実施の医学的な必要性及び検討の結果を記載すること。	別表Ⅰ K549 【項番491】
10763	共通	合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者に対して実施した場合、継続的な治療の内容、ＢＭＩ又は日常生活の状況等の当該検査を実施する医学的な必要性の記載が必要です。（夜睡眠ポリグラフィー（１及び２以外）（安全精度管理下））			終夜睡眠ポリグラフィー（１及び２以外）（安全精度管理下）(160218510)	継続的な治療の内容（終夜睡眠ポリグラフィー（１及び２以外）（安全精度管理下））；(830100523)	医学的な必要性（終夜睡眠ポリグラフィー（１及び２以外）（安全精度管理下））；(830100525) ＢＭＩ（終夜睡眠ポリグラフィー（１及び２以外）（安全精度管理下））；(830100524)	（合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者に対して実施した場合） 継続的な治療の内容、ＢＭＩ又は日常生活の状況等の当該検査を実施する医学的な必要性について記載すること。	別表Ⅰ D237の3のイ 【項番327】
10764	共通	手術予定日の記載が必要です。（自己血貯血）			自己血貯血（６歳未満）（液状保存）(150327710) 自己血貯血（６歳未満）（凍結保存）(150327810) 自己血貯血（６歳以上）（液状保存）(150327510) 自己血貯血（６歳以上）（凍結保存）(150327610)	自己血貯血手術予定年月日(850100464)		手術予定年月日（当該自己血貯血を入院外で行った場合又は当該自己血貯血を行った日が属する月と手術予定日が属する月とが異なる場合に限る。）を記載すること。	別表Ⅰ K920の3 【項番531】
10765	共通	症状詳記の記載が必要です。（バルーン内視鏡加算（早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術））	同日	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術(150363910) バルーン内視鏡加算（早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術）(150437370)			症状詳記（バルーン内視鏡加算）；(830100592) ＊バルーン内視鏡加算＊（症状詳記）	症状詳記を添付すること。	別表Ⅰ K721-4 注 【項番505】
10766	共通	使用開始日の記載が必要です。（吸着型血液浄化器（β２－ミクログロブリン除去用）（在宅））			吸着型血液浄化器（β２－ミクログロブリン除去用）（在宅）(730810000)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	当該材料の使用開始日を記載する。	別表Ⅰ Ⅰの2の006の(1)ウ 【項番537】
10767	共通	原則として１個を限度としての算定です。２個以上算定する場合は、その詳細な理由の記載が必要です。（膀胱癒用カテーテル）			膀胱癒用カテーテル(721001000) **<<用量を２以上とする>>**		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	２個以上算定する場合は、その詳細な理由を記載すること。	別表Ⅰ Ⅰの2の011の(3) 【項番537】
10768	共通	局所陰圧閉鎖処置用材料を使用した場合は、処置開始日の記載が必要です。（局所陰圧閉鎖処置用材料）			局所陰圧閉鎖処置用材料(721007000)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	局所陰圧閉鎖処置用材料を使用した場合は、処置開始日を記載すること。	別表Ⅰ Ⅰの2の013の(4) 【項番537】
10769	共通	遠位端可動型治療用の使用に当たっては、医学的根拠の記載が必要です。（血管造影用マイクロカテーテル（遠位端可動型治療用））			血管造影用マイクロカテーテル（遠位端可動型治療用）(710010910)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	遠位端可動型治療用の使用に当たっては、医学的な根拠を詳細に記載すること。	別表Ⅰ Ⅰの3の010の(2) 【項番537】
10770	共通	該当項目、アレルギー歴、その他必要事項の症状詳記の記載が必要です。（中心静脈用カテーテル（抗菌型））			中心静脈用カテーテル（抗菌型）(710011007)		症状詳記（特定保険医療材料）；(830100610) 所定事項（特定保険医療材料）；(830100609) ＊中心静脈用カテーテル＊（症状詳記）	抗菌型を使用する際には、ア、イ、ウについて記載すること。 ア 当該患者の症状詳記及び上記（３）の該当項目 イ 当該患者のアレルギー歴（特に含有抗菌薬に関するアレルギー歴がないことを確認すること。） ウ 上記（３）のイに該当する患者に対して使用する場合は、当該保険医療機関のCLABSI 発生率及び参考とした地域や全国のサーベイランスにおけるCLABSI 発生率	別表Ⅰ 021の(4) 【項番537】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10771	共通	いずれの材料も原則として１個を限度としての算定です。２個以上算定する場合は、その詳細な理由の記載が必要です。（腎瘻・膀胱瘻用材料）			腎瘻・膀胱瘻用材料（腎瘻用カテーテル・ストレート型）(738260000) 腎瘻・膀胱瘻用材料（腎瘻用カテーテル・ステント型）(738290000) 腎瘻・膀胱瘻用材料（腎瘻用カテーテル・腎盂バルーン型）(738300000) 腎瘻・膀胱瘻用材料（膀胱瘻用カテーテル）(738310000) 腎瘻・膀胱瘻用材料（穿刺針）(710010916) 腎瘻・膀胱瘻用材料（膀胱瘻用穿孔針）(710010917) 腎瘻・膀胱瘻用材料（ダイレーター）(729920013) **<<用量を２以上とする>>**		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	２個以上算定する場合は、その詳細な理由を記載すること。	別表Ⅰ 031の(4) 【項番537】
10772	共通	使用開始日の記載が必要です。（吸着型血液浄化器（β２－ミクログロブリン除去用））	手術のみ		吸着型血液浄化器（β２－ミクログロブリン除去用）(729870000)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	当該材料の使用開始日を記載する。	別表Ⅰ 040(1) 【項番537】
10773	共通	いずれの材料も原則として１個を限度としての算定です。２個以上算定する場合は、その詳細な理由の記載が必要です。（経皮・内視鏡的胆管ドレナージ用材料）			経皮・内視鏡的胆管ドレナージ用材料（カテーテル）(710010918) 経皮・内視鏡的胆管ドレナージ用材料（穿刺針）(710010923) 経皮・内視鏡的胆管ドレナージ用材料（経鼻法用ワイヤー）(710010924) 経皮・内視鏡的胆管ドレナージ用材料（経鼻法用カテーテル）(710010925) 経皮・内視鏡的胆管ドレナージ用材料（ダイレーター）(729920014) **<<用量を２以上とする>>**		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	いずれの材料も、１個を限度として算定する。２個以上算定する場合は、その詳細な理由を記載すること。	別表Ⅰ 033 【項番537】
10774	共通	胸骨に用いる場合は、該当する項目の記載が必要です。（固定用内副子（プレート）（ストレート（生体用合金１・Ｓ））など）			固定用内副子（プレート）（ストレート（生体用合金１・Ｓ））(728970000) 固定用内副子（プレート）（ストレート（生体用合金１・Ｌ））(728980000)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	ストレートプレート（生体用合金Ｉ・Ｓ）及びストレートプレート（生体用合金Ｉ・Ｌ）を胸骨に用いる場合は、ア、イ、ウのいずれかに該当する者に対して使用した場合に限り算定できる。その際、該当する項目を記載すること。 ア　高度肥満（ＢＭＩ３０以上）の患者 イ　インスリン依存型糖尿病の患者 ウ　重症ハイリスク症例と考えられる患者（高度慢性閉塞性肺疾患患者、ステロイド使用患者、両側内胸動脈を使用したバイパス手術を実施した患者、起立時・歩行時に上肢に体重をかける必要のある脳神経疾患患者等）	別表Ⅰ 061の（１） 【項番537】
10775	共通	10歳以上の患者に対して使用した場合は、その医学的理由の記載が必要です。（脊椎スクリュー（伸展型））	１０歳以上		脊椎スクリュー（伸展型）(710011128)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	10歳以上の患者に対して使用した場合は、その医学的理由を記載すること。	別表Ⅰ 064 の(11) 【項番537】
10776	共通	人工肩関節用材料（切換用）を用いる場合は、詳細な理由の記載が必要です。（人工肩関節用材料（切換用））			人工肩関節用材料（切換用）(710010835)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	切換用を用いる場合は、その詳細な理由を記載すること。	別表Ⅰ 065，066（2） 【項番537】
10777	共通	当該材料を使用した場合には、その詳細な理由の記載が必要です。（上肢再建用人工関節用材（再建用上腕骨近位補綴用）など）			上肢再建用人工関節用材（再建用上腕骨近位補綴用）(738800000) 上肢再建用人工関節用材（再建用上腕骨遠位補綴用）(738810000) 上肢再建用人工関節用材（再建用尺骨側材）(738820000) 下肢再建用人工関節用材（再建用臼蓋形成カップ）(738830000) 下肢再建用人工関節用材（再建用大腿骨近位補綴用）(738840000) 下肢再建用人工関節用材（再建用大腿骨遠位補綴用）(738850000) 下肢再建用人工関節用材（再建用大腿骨表面置換用）(738860000) 下肢再建用人工関節用材（再建用脛骨近位補綴用）(738870000) 下肢再建用人工関節用材（再建用脛骨表面置換用）(738880000) カスタムメイド人工関節(738890000) カスタムメイド人工骨（Ｓ）(710010043) カスタムメイド人工骨（Ｍ）(710010044) カスタムメイド人工骨プレート（プレート型）(710010992) カスタムメイド人工骨プレート（メッシュ型）(729920020)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	当該材料を使用した場合には、その詳細な理由を記載する。	別表Ⅰ 069、070、071 【項番537】
10778	共通	永久留置型・特殊型の算定に当たってはその理由及び医学的な根拠の記載が必要です。（気管・気管支・大静脈ステント（永久留置型・特殊型））			気管・気管支・大静脈ステント（永久留置型・特殊型）(710011000)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	永久留置型・特殊型は、関係学会の定める指針に従って使用した場合に限り算定できる。その理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	別表Ⅰ 094 の(2) 【項番537】
10779	共通	使用する医療上の必要性の記載が必要です。（経皮的血管形成術用穿刺部止血材料）			経皮的血管形成術用穿刺部止血材料(731150000)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	使用する医療上の必要性について記載すること。	別表Ⅰ 107の(1)（2） 【項番537】
10780	共通	他のガイディングカテーテルでは血管内手術用カテーテル等を脳血管の手術部位に到達させることが困難と予想される病変又は困難な病変に対して使用した場合、医療上の必要性についての記載が必要です。（ガイディングカテーテル（脳血管用・高度屈曲対応型））			ガイディングカテーテル（脳血管用・高度屈曲対応型）(710010882)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	他のガイディングカテーテルでは血管内手術用カテーテル等を脳血管の手術部位に到達させることが困難と予想される病変又は困難な病変に対して使用した場合は、高度屈曲対応型を使用する医療上の必要性について記載すること。	別表Ⅰ 132の(3) 【項番537】
10781	共通	脳血管用・紡錘型を使用する医療上の必要性についての記載が必要です。（ガイディングカテーテル（脳血管用・紡錘型））			ガイディングカテーテル（脳血管用・紡錘型）(710011131)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	脳血管用・紡錘型を使用する医療上の必要性について記載すること。	別表Ⅰ 132の(5) 【項番537】
10782	共通	病変長５㎝未満の病変に対して使用した場合は、その理由を記載した症状詳記が必要です。（ＰＴＡバルーンカテーテル（再狭窄抑制型））	グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ		ＰＴＡバルーンカテーテル（再狭窄抑制型）(710011022)	所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	症状詳記（特定保険医療材料）；(830100610) ＊ＰＴＡバルーンカテーテル＊（症状詳記）	再狭窄抑制型を、大腿膝窩動脈の自家血管の狭窄病変のうち病変長５㎝ 未満の病変に対して使用した場合は、その理由を記載し症状詳記を添付すること。	別表Ⅰ 133の(2)イ 【項番537】
10783	共通	一般型バルーンカテーテルでは拡張が困難であると判断した医学的根拠の記載が必要です。（ＰＴＡバルーンカテーテル（ボディワイヤー型））			ＰＴＡバルーンカテーテル（ボディワイヤー型）(710011140)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	ボディワイヤー型を使用した場合は、一般型バルーンカテーテルでは拡張が困難であると判断した医学的根拠を記載すること。	別表Ⅰ 133の(2)オ 【項番537】
10784	共通	経皮的血管形成術前の患者の病変部の所見及び下肢動脈狭窄部貫通用カテーテルを使用する医療上の必要性の記載が必要です。（下肢動脈狭窄部貫通用カテーテル）			下肢動脈狭窄部貫通用カテーテル(710010716)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	経皮的血管形成術前の患者の病変部の所見及び下肢動脈狭窄部貫通用カテーテルを使用する医療上の必要性について記載すること。	別表Ⅰ 133の(7)ア 【項番537】
10785	共通	患者の血管病変部の所見（ 直径を含む。） の記載が必要です。（血管塞栓用プラグ）			血管塞栓用プラグ(710010717)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	患者の血管病変部の所見（直径を含む。）を記載すること。	別表Ⅰ 133の(8)ア 【項番537】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10786	共通	１回の手術に当たり原則として１個を限度として算定です。医学的な必要性から２個以上使用する必要がある場合は、その理由の記載が必要です。（脳動脈瘤治療用フローダイバーターシステム）	同日		脳動脈瘤治療用フローダイバーターシステム（動脈内留置型）(710010883) 脳動脈瘤治療用フローダイバーターシステム（瘤内留置型）(710011111) **<<用量を２以上とする>>**		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	医学的な必要性から２個以上使用する必要がある場合は、その理由を記載すること。	別表Ⅰ 133の(12)ア 【項番537】
10787	共通	16 歳以上の患者に対して使用した場合は、その医学的理由の記載が必要です。（人工血管（短期使用型））	１６歳以上		人工血管（短期使用型）(710011121)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	16歳以上の患者に対して使用した場合は、医学的理由を記載すること。	別表Ⅰ 134 【項番537】
10788	共通	症状詳記の記載が必要です。(両室ペーシング機能付き植込型除細動器)			両室ペーシング機能付き植込型除細動器（単極又は双極用・標準）(710010059) 両室ペーシング機能付き植込型除細動器（単極又は双極・自動）(710010759) 両室ペーシング機能付き植込型除細動器（４極用・標準型）(710010690) 両室ペーシング機能付き植込型除細動器（４極用・自動）(710010761) 両室ペーシング機能付き植込型除細動器（単極又は双極・抗頻拍）(710011098) 両室ペーシング機能付き植込型除細動器（単極又は双極・長期留置型）(710011099) 両室ペーシング機能付き植込型除細動器（４極用・抗頻拍）(710011100) 両室ペーシング機能付き植込型除細動器（４極用・長期留置型）(710011101)		症状詳記（特定保険医療材料）；(830100610) ＊両室ペーシング機能付き植込型除細動器＊（症状詳記）	両室ペーシング機能付き植込型除細動器の移植術を行った患者については、症状詳記を添付する。	別表Ⅰ 144 の(2) 【項番537】
10789	共通	外科手術が第一選択とならない旨及び当該材料による治療が適応となる旨の記載が必要です。(大動脈用ステントグラフト（腹部大動脈用）)			大動脈用ステントグラフト（腹部大動脈用・メイン部分・標準型）(710010061) 大動脈用ステントグラフト（腹部大動脈用・メイン部分・ＡＵＩ型）(710010847) 大動脈用ステントグラフト（腹部大動脈用・補助部分）(710010062) 大動脈用ステントグラフト（腹部大動脈用・メイン部分・ポリマー）(710011102)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	外科手術が第一選択とならない旨及び当該材料による治療が適応となる旨を記載すること。	別表Ⅰ 146 の(1) 【項番537】
10790	共通	１回の手術に対して２個を限度としての算定です。算定に当たっては、複数個の当該材料による治療が適応となる旨の記載が必要です。（大動脈用ステントグラフト（胸部大動脈用））	同日		大動脈用ステントグラフト（胸部大動脈用・メイン部分・分岐）(710010727) 大動脈用ステントグラフト（胸部大動脈用・メイン部分・標準型）(710010268) 大動脈用ステントグラフト（胸部大動脈用・補助部分）(710010282) **<<用量を２以上とする>>**		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	複数個の当該材料による治療が適応となる旨を記載すること。	別表Ⅰ 146 の(2) 【項番537】
10791	共通	該当する主要分岐血管名の記載が必要です。(大動脈用ステントグラフト（胸部大動脈用・メイン部分・分岐）)			大動脈用ステントグラフト（胸部大動脈用・メイン部分・分岐）(710010727)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	胸部大動脈用ステントグラフトの血管分岐部対応型は、腕頭動脈、左総頸動脈、左鎖骨下動脈等の主要血管分岐部を含む部位に使用した場合に算定できる。 該当する主要分岐血管名を記載すること。	別表Ⅰ 146 の(3) 【項番537】
10792	共通	医学的な必要性から血管内超音波プローブと血管内光断層撮影用カテーテルを同時に算定する場合は、その詳細な理由の記載が必要です。（血管内光断層撮影用カテーテル＋血管内超音波プローブ）	同日	血管内光断層撮影用カテーテル(710010269)	血管内超音波プローブ（標準・太径）(728490000) 血管内超音波プローブ（標準・細径）(728500000) 血管内超音波プローブ（バルーン付・太径）(728510000) 血管内超音波プローブ（バルーン付・細径）(728520000)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	血管内超音波プローブと血管内光断層撮影用カテーテルを同時に使用した場合は原則としていずれか主たるもののみ算定する。医学的な必要性から血管内超音波プローブと血管内光断層撮影用カテーテルを同時に算定する場合は、その詳細な理由を記載すること。	別表Ⅰ 149 【項番537】
10793	共通	使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳記の記載が必要です。（ヒト自家移植組織（自家培養軟骨）			ヒト自家移植組織（自家培養軟骨・採取・培養キット）(710010718) ヒト自家移植組織（自家培養軟骨・調製・移植キット）(710010966)		症状詳記（特定保険医療材料）；(830100610) ＊ヒト自家移植組織＊（症状詳記）	ヒト自家移植組織（自家培養軟骨）を使用した患者については、使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳記を添付すること。	別表Ⅰ 150の(4)エ 【項番537】
10794	共通	角膜上皮幹細胞疲弊症の重症度を含めた症状詳記の記載が必要です。（ヒト自家移植組織（自家培養角膜上皮））			ヒト自家移植組織（自家培養角膜上皮・採取・培養キット）(710011083) ヒト自家移植組織（自家培養角膜上皮・調製・移植キット）(710011084)		症状詳記（特定保険医療材料）；(830100610) ＊ヒト自家移植組織＊（症状詳記）	ヒト自家移植組織（自家培養角膜上皮）を使用した患者については、角膜上皮幹細胞疲弊症の重症度を含めた症状詳記を添付する。	別表Ⅰ 150の(5)ウ 【項番537】
10795	共通	角膜上皮幹細胞疲弊症の重症度を含めた症状詳記の記載が必要です。（ヒト自家移植組織（自家培養口腔粘膜上皮））			ヒト自家移植組織（自家培養口腔粘膜上皮・採取・培養キット）(710011141) ヒト自家移植組織（自家培養口腔粘膜上皮・調製・移植キット）(710011142)		症状詳記（特定保険医療材料）；(830100610) ＊ヒト自家移植組織＊（症状詳記）	ヒト自家移植組織（自家培養口腔粘膜上皮）を使用した患者については、角膜上皮幹細胞疲弊症の重症度を含めた症状詳記を添付する。	別表Ⅰ 150の(6)ウ 【項番537】
10796	共通	当該材料を使用する必要があった理由の症状詳記、複数回に分けて治療することが予定されている場合は、一連の治療計画の内容として所定の事項の記載が必要です。（ヒト自家移植組織（自家培養表皮））	病名に疑いを除く	色素性母斑(2169022) **<<修飾語：先天性(3101)を設定>>** **<<修飾語：巨大(5048)を設定>>** 巨大母斑細胞母斑(8844702) **<<上記項目をORで登録する>>**	ヒト自家移植組織（自家培養表皮・調製・移植キット）(710010965) ヒト自家移植組織（自家培養表皮・採取・培養キット）(710010272)	所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	症状詳記（特定保険医療材料）；(830100610) ＊ヒト自家移植組織＊（症状詳記）	ヒト自家移植組織（自家培養表皮）を先天性巨大色素性母斑の治療を目的として使用した場合は、他の標準的な治療法では対応が困難であり、当該料を使用する必要があった理由が記載された症状詳記を添付する。また、複数回に分けて治療することが予定されている場合は、一連の治療計画の内容として以下の事項を摘要欄に記載する。 a　治療開始年月及び治療終了予定年月 b　治療間隔及び回数	別表Ⅰ 150の(2)ウ 【項番537】
10797	共通	重症熱傷に対し使用する場合、一連につき40枚を限度としての算定です。医学的に必要がある場合は、その理由の記載が必要です。（ヒト自家移植組織（自家培養表皮））	病名に疑いを除く	体表面積３０－３９％の熱傷(8836957) 体表面積４０－４９％の熱傷(8836959) 体表面積５０－５９％の熱傷(8836961) 体表面積６０－６９％の熱傷(8836963) 体表面積７０－７９％の熱傷(8836965) 体表面積８０－８９％の熱傷(8836967) 体表面積９０％以上の熱傷(8836969) 熱傷(9490012) **<<修飾語：重症(7017)を設定>>** **<<上記項目をORで登録する>>**	ヒト自家移植組織（自家培養表皮・調製・移植キット）(710010965) ヒト自家移植組織（自家培養表皮・採取・培養キット）(710010272)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	自家植皮のための恵皮面積が確保できない重篤な広範囲熱傷で、かつ、受傷面積として深達性Ⅱ度熱傷創及びⅢ度熱傷創の合計面積が体表面積の30%以上の熱傷の場合であって、創閉鎖を目的として使用した場合に、一連につき40枚を限度として算定する。ただし、医学的に必要がある場合は、その理由を記載した上で50枚を限度として算定できる。	別表Ⅰ 150の(1)ア 【項番537】
10798	共通	重症熱傷に対し使用する場合、症状詳記の記載が必要です。（ヒト自家移植組織（自家培養表皮））	病名に疑いを除く	熱傷(9490012) **<<修飾語：重症(7017)を設定>>**	ヒト自家移植組織（自家培養表皮・調製・移植キット）(710010965) ヒト自家移植組織（自家培養表皮・採取・培養キット）(710010272)		症状詳記（特定保険医療材料）；(830100610) ＊ヒト自家移植組織＊（症状詳記）	ヒト自家移植組織（自家培養表皮）を使用した患者については、症状詳記を添付する。	別表Ⅰ 150の(1)エ 【項番537】
10799	共通	栄養障害型表皮水疱症又は接合部型表皮水疱症の治療を目的として使用した場合は、症状詳記の記載が必要です。（ヒト自家移植組織（自家培養表皮））	病名に疑いを除く	栄養障害型表皮水疱症(7098033) 接合部型先天性表皮水疱症(8836048) **<<上記項目をORで登録する>>**	ヒト自家移植組織（自家培養表皮・採取・培養キット）(710010272) ヒト自家移植組織（自家培養表皮・調製・移植キット）(710010965)		症状詳記（特定保険医療材料）；(830100610) ＊ヒト自家移植組織＊（症状詳記）	ヒト自家移植組織（自家培養表皮）を栄養障害型表皮水疱症又は接合部型表皮水疱症の治療を目的として使用した場合は、症状詳記を添付する。また、複数回に分けて治療することが予定されている場合は、一連の治療計画の内容として以下の事項を記載する。 a　治療開始年月及び治療終了予定年月、 b　治療間隔及び回数を摘要欄に記載する。	別表Ⅰ 150の(3)ウ 【項番537】
10800	共通	１回の手術につき２セットを限度としての算定です。医学的根拠に基づき３セット以上を算定する場合、その医学的根拠の記載が必要です。（胸郭変形矯正用材料（肋骨間用）など）	同日		胸郭変形矯正用材料（肋骨間用）(710010275) 胸郭変形矯正用材料（肋骨腰椎間用）(710010276) 胸郭変形矯正用材料（肋骨腸骨間用）(710010277) **<<用量を３以上とする>>**		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	医学的根拠に基づき３セット以上を算定する場合にあっては医学的根拠を詳細に記載すること。	別表Ⅰ 152の(2) 【項番537】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10801	共通	部品連結用②横型を用いる場合は、セットは１回の手術につき１セットを限度としての算定です。医学的根拠に基づき２セット以上を算定する場合は、医学的根拠の記載が必要です。（部品連結用②横型＋胸郭変形矯正用材料（肋骨間用）など）	同日	胸郭変形矯正用材料（部品連結用・横型）（710010854）	胸郭変形矯正用材料（肋骨間用）（710010275） 胸郭変形矯正用材料（肋骨腰椎間用）（710010276） 胸郭変形矯正用材料（肋骨腸骨間用）（710010277） **<<用量を２以上とする>>**		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	部品連結用②横型を用いる場合は、セット（肋骨間用、肋骨腰椎間用又は肋骨腸骨間用）は１回の手術につき１セットを限度として算定できる。医学的根拠に基づき２セット以上を算定する場合は、医学的根拠を詳細に記載すること。	別表Ⅰ 152の(5) 【項番537】
10802	共通	使用した患者の体重、体重１kg未満の患者に対し使用する場合は、理由及び医学的根拠の記載が必要です。（経皮的動脈管閉鎖セット（動脈管内留置型））			経皮的動脈管閉鎖セット（動脈管内留置型）（721013000）		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	使用した患者の体重を記載すること。 動脈管内留置型を体重１kg 未満の患者に対し使用する場合は、当該材料を使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	別表Ⅰ 153の(2)、(5) 【項番537】
10803	共通	潜因性脳梗塞患者に対して使用した場合は、理由及び医学的な根拠の記載が必要です。（植込型心電図記録計）			植込型心電図記録計(729920028)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	潜因性脳梗塞患者に対して使用した場合はその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	別表Ⅰ 155の(2) 【項番537】
10804	共通	局所陰圧閉鎖処置用材料を使用した場合は、処置開始日の記載が必要です。（局所陰圧閉鎖処置用材料）			局所陰圧閉鎖処置用材料(710010553)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	処置開始日を記載すること。	別表Ⅰ 159の(4) 【項番537】
10805	共通	患者の平均骨導聴力レベル、植込型骨導補聴器を使用する必要がある理由、既存の治療の結果等の記載が必要です。（植込型骨導補聴器）			植込型骨導補聴器（音振動変換器）（710010704） 植込型骨導補聴器（接合子付骨導端子）（710010705） 植込型骨導補聴器（骨導端子）（710010706） 植込型骨導補聴器（接合子）（710010707）		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	植込型骨導補聴器を使用する際には、患者の平均骨導聴力レベル、植込型骨導補聴器を使用する必要がある理由（既存の骨導補聴器の使用歴がない患者に対して使用する場合は、既存の骨導補聴器を使用しない理由を含む。）、既存の治療の結果等を詳細に記載すること。	別表Ⅰ 174の(3) 【項番537】
10806	共通	当該材料を使用した患者について、症状詳記の記載が必要です。（気管支手術用カテーテル）			気管支手術用カテーテル(710010856)		症状詳記（特定保険医療材料）；(830100610) ＊気管支手術用カテーテル＊（症状詳記）	気管支手術用カテーテルの算定に当たっては、当該材料を使用した患者について、症状詳記を添付すること。	別表Ⅰ 186の(4) 【項番537】
10807	共通	適用症ごとに定められた本数を超えて算定する場合、それぞれ必要事項の記載が必要です。（半導体レーザー用プローブ）			半導体レーザー用プローブ(710010884) **<<用量を２以上とする>>**		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	局所遺残再発食道癌に対して使用する場合は原則として１本を限度として算定するが、追加照射が必要となった場合に限り、更に１本を限度として追加で算定できる。 ２本目を算定するに当たっては詳細な内視鏡所見を記載すること。 切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌に対して使用する場合は一連の治療につき８本を限度として算定できる。それ以上の本数の算定が必要な場合には、詳細な理由を記載すること。	別表Ⅰ 187 【項番537】
10808	共通	使用する際は、その理由及び医学的根拠の記載が必要です。（ヒト骨格筋由来細胞シート）			ヒト骨格筋由来細胞シート（採取・継代培養キット）（710010894） ヒト骨格筋由来細胞シート（回収・調製キット）（710010895）		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	ヒト骨格筋由来細胞シートは、１人につき１回まで算定できることとし、使用する際は、理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	別表Ⅰ 189の(2) 【項番537】
10809	共通	使用に当たっては、その理由及び医学的な根拠の記載が必要です。（人工中耳用材料）			人工中耳用材料（人工中耳用インプラント）（710011004） 人工中耳用材料（人工中耳用音声信号処理装置）（710011005） 人工中耳用材料（人工中耳用オプション部品）（710011006）		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	人工中耳用材料の使用に当たっては、理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	別表Ⅰ 190の(2) 【項番537】
10810	共通	腸骨動脈のTASCⅡA/B 病変の、高度石灰化病変または閉塞性病変に使用した場合の画像所見の症状詳記、その理由及び医学的根拠の記載が必要です。（末梢血管用ステントグラフト）			末梢血管用ステントグラフト（標準型）（710011010） 末梢血管用ステントグラフト（長病変対応型）（710011011）	所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	症状詳記（特定保険医療材料）；(830100610) ＊末梢血管用ステントグラフト＊（症状詳記）	末梢血管用ステントグラフトの使用に当たっては、理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。 腸骨動脈の TASCⅡA/B 病変の、高度石灰化病変または閉塞性病変に使用した場合に当たっては詳細な画像所見を記載もしくは症状詳記に添付すること。	別表Ⅰ 191の(2) 【項番537】
10811	共通	表面用電場電極を４枚以外の枚数を算定する場合は、その理由の記載が必要です。（体表面用電場電極）			体表面用電場電極(710011024)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	体表面用電場電極を４枚以外の枚数を算定する場合は理由を記載すること。	別表Ⅰ 195の(2) 【項番537】
10812	共通	StageⅠ又はⅡ以外の前立腺癌患者に使用した場合には、ハイドロゲル型の対象とならない患者ではないことについての記載が必要です。（放射線治療用合成吸収性材料（ハイドロゲル型））			放射線治療用合成吸収性材料（ハイドロゲル型）（710011064）		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	StageⅠ又はⅡ以外の前立腺癌患者に使用した場合には、ハイドロゲル型の対象とならない患者ではないことについて記載すること。	別表Ⅰ 200の(1)ウ 【項番537】
10813	共通	処置開始日の記載が必要です。（腹部開放創用局所陰圧閉鎖キット）			腹部開放創用局所陰圧閉鎖キット(710011071)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	腹部開放創用局所陰圧閉鎖キットを使用した場合は、処置開始日をに記載すること。	別表Ⅰ 202の(3) 【項番537】
10814	共通	D239筋電図検査の「2」を実施した日の記載が必要です。（横隔神経電気刺激装置）			横隔神経電気刺激装置（電極植込キット）（710011074） 横隔神経電気刺激装置（体外式パルス発生器）（710011075） 横隔神経電気刺激装置（接続ケーブル）（710011076）		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	横隔神経電気刺激装置を使用する前に、横隔神経伝導試験及び X 線透視による横隔膜運動の観察等によって、横隔神経の電気刺激による横隔膜の収縮を確認すること。Ｄ２３９筋電図検査の「２」を実施した日を記載すること。	別表Ⅰ 203の(5) 【項番537】
10815	共通	当該材料を使用する理由及び医学的根拠の記載が必要です。（経皮的左心耳閉鎖システム）			経皮的左心耳閉鎖システム(710011077)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	経皮的左心耳閉鎖システムの使用に当たっては、抗凝固療法と当該材料による治療とのリスクとベネフィットの比較衡量により、適切と判断される治療方法を選択すること。使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	別表Ⅰ 204の(1) 【項番537】
10816	共通	当該材料を使用する医学的根拠の記載が必要です。（経皮的卵円孔開存閉鎖セット）			経皮的卵円孔開存閉鎖セット(710011082)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	経皮的卵円孔開存閉鎖セットを使用する医学的根拠を詳細に記載すること。	別表Ⅰ 205の(1) 【項番537】
10817	共通	使用する理由及び医学的根拠の記載が必要です。（人工顎関節用材料）			人工顎関節用材料(721014000)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	別表Ⅰ 206の(2) 【項番537】
10818	共通	使用に当たっては、その理由及び医学的根拠の記載が必要です。（植込型骨導補聴器（直接振動型））			植込型骨導補聴器（直接振動型）（インプラント）(710011132) 植込型骨導補聴器（直接振動型）（音声信号処理装置）(710011133) 植込型骨導補聴器（直接振動型）（オプション部品）(710011134)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	植込型骨導補聴器（直接振動型）の使用に当たっては、理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	別表Ⅰ 211の(2) 【項番537】
10819	共通	医学的な必要性、1回の手術に対し医学的な必要性から4mL を超える量を使用する場合は、その理由の記載が必要です。（ペプチド由来吸収性局所止血材）			ペプチド由来吸収性局所止血材(710011143)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	使用に当たっては、その医学的な必要性を記載すること。 ペプチド由来吸収性局所止血材は、１回の手術に対し原則として４mL を限度として算定できる。医学的な必要性から４mL を超える量を使用する場合は、その理由を記載すること。	別表Ⅰ 212の(1)、(2) 【項番537】
10820	共通	１回の手術に対し 0.3ｇを限度としての算定です。医学的な必要性から 0.3ｇを超える量を使用する場合は、その理由の記載が必要です。（脳神経減圧術用補綴材）			脳神経減圧術用補綴材(710011144)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	三叉神経痛、片側顔面痙攣及び舌咽神経痛に対する脳神経減圧術において使用した場合に、１回の手術に対し0.3ｇを限度として算定できる。医学的な必要性から0.3ｇを超える量を使用する場合は、その理由を記載すること。	別表Ⅰ 213 【項番537】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10821	共通	他の外科手術が困難な理由及び前立腺体積、一連の治療に対して医学的な必要性から５個以上使用する必要がある場合には、その理由の記載が必要です。（前立腺用インプラント）			前立腺用インプラント(710011145)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	使用に当たっては、他の外科手術が困難な理由及び前立腺体積を記載すること。 一連の治療に対して、原則として４個を限度として算定できる。医学的な必要性から５個以上使用する必要がある場合には、その理由を記載すること。	別表Ⅰ 214の(2)、(3) 【項番537】
10822	DPC病院以外	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に使用する場合、貯血量、体重、Hb濃度の記載が必要です。（エポジン皮下注24000）			エポジン皮下注シリンジ２４０００　２４，０００国際単位０．５ｍＬ(621997901)	貯血量（エポジン皮下注シリンジ２４０００）；(830600019) 投与する前の患者の体重（エポジン皮下注シリンジ２４０００）；(830600020) Ｈｂ濃度（エポジン皮下注シリンジ２４０００）；(830600021)		（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。	別表Ⅱ 【項番29】
10823	共通	ＡＬＫ融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（ジカディア錠）			ジカディア錠１５０ｍｇ(622697301)		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）(850600033)	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。	別表Ⅱ 【項番80】
10824	共通	検査実施月と初回投与の場合、ＡＬＫ融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（アルンブリグ錠）			アルンブリグ錠３０ｍｇ(622851501) アルンブリグ錠９０ｍｇ(622851601)		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）(850600006) 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）(850600007)	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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番10】
10825	共通	検査実施月と初回投与の場合、RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（レットヴィモカプセル）	病名に疑いを除く	非小細胞肺癌(8842053) 下葉非小細胞肺癌(8847598) 上葉非小細胞肺癌(8847637) 中葉非小細胞肺癌(8847664) 甲状腺癌(1939005) 肺門部非小細胞癌(8847678) **<<上記項目をORで登録する>>**	レットヴィモカプセル４０ｍｇ(622875401) レットヴィモカプセル８０ｍｇ(622875501)		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）(850600105) 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）(850600106)	RET融合遺伝子陽性の切除不能な進行・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 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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番168】
10826	共通	医師要件、施設要件の記載が必要です。（パベンチオ点滴静注）			パベンチオ点滴静注２００ｍｇ　１０ｍＬ(622582401)	医師要件ア（パベンチオ点滴静注２００ｍｇ）(820600249) 医師要件イ（パベンチオ点滴静注２００ｍｇ）(820600250) **<<上記項目をORで登録する>>**	施設要件ア（パベンチオ点滴静注２００ｍｇ）(820600244) 施設要件イ（パベンチオ点滴静注２００ｍｇ）(820600245) 施設要件ウ（パベンチオ点滴静注２００ｍｇ）(820600246) 施設要件エ（パベンチオ点滴静注２００ｍｇ）(820600247) 施設要件オ（パベンチオ点滴静注２００ｍｇ）(820600248)	メルケル細胞癌 施設要件、医師要件を記載すること。 根治切除不能又は転移性の腎細胞癌の治療 施設要件、医師要件を記載すること。 根治切除不能な尿路上皮癌における化学療法後の維持療法の治療 施設要件、医師要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番128】 【項番129】 【項番130】
10827	共通	検査実施月と初回投与の場合、ＦＬＴ３遺伝子変異陽性の確認検査の実施年月日の記載が必要です。（ズスパタ錠）			ゾスパタ錠４０ｍｇ(622654801)		ＦＬＴ３遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（ゾスパタ錠４０ｍｇ）(850600043) 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）（ゾスパタ錠４０ｍｇ）(850600044)	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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番91】
10828	共通	投与開始に当たっては、医師要件、前治療要件の記載が必要です。（アジョビ皮下注）			アジョビ皮下注２２５ｍｇシリンジ　１．５ｍＬ(622849801)	前治療要件ア（アジョビ皮下注２２５ｍｇシリンジ等）(820600016) 前治療要件イ（アジョビ皮下注２２５ｍｇシリンジ等）(820600017) 前治療要件ウ（アジョビ皮下注２２５ｍｇシリンジ等）(820600018) 前治療要件エ（アジョビ皮下注２２５ｍｇシリンジ等）(820600019) **<<上記項目をORで登録する>>**	医師要件ア（アジョビ皮下注２２５ｍｇシリンジ等）(820600011) 医師要件イ（アジョビ皮下注２２５ｍｇシリンジ等）(820600012) 医師要件ウ（アジョビ皮下注２２５ｍｇシリンジ等）(820600013) 医師要件エ（アジョビ皮下注２２５ｍｇシリンジ等）(820600014) 医師要件オ（アジョビ皮下注２２５ｍｇシリンジ等）(820600015)	医師要件、前治療要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番5】
10829	共通	投与開始に当たっては、医師要件、前治療要件の記載が必要です。（アイモビーグ皮下注）			アイモビーグ皮下注７０ｍｇペン　１ｍＬ(629915601)	前治療要件ア（アイモビーグ皮下注７０ｍｇペン）(820600006) 前治療要件イ（アイモビーグ皮下注７０ｍｇペン）(820600007) 前治療要件ウ（アイモビーグ皮下注７０ｍｇペン）(820600008) 前治療要件エ（アイモビーグ皮下注７０ｍｇペン）(820600009) **<<上記項目をORで登録する>>**	医師要件ア（アイモビーグ皮下注７０ｍｇペン）(820600001) 医師要件イ（アイモビーグ皮下注７０ｍｇペン）(820600002) 医師要件ウ（アイモビーグ皮下注７０ｍｇペン）(820600003) 医師要件エ（アイモビーグ皮下注７０ｍｇペン）(820600004) 医師要件オ（アイモビーグ皮下注７０ｍｇペン）(820600005)	医師要件、前治療要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番1】
10830	共通	検査実施月と初回投与の場合、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の記載が必要です。（スピンラザ髄注）			スピンラザ髄注１２ｍｇ　５ｍＬ(622567201)		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（スピンラザ髄注１２ｍｇ）(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（初回投与）（スピンラザ髄注１２ｍｇ）(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を記載すること。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番87】
10831	共通	オナセムノゲン アベパルボベク(ゾルゲンスマ点滴静注)の投与後に本製剤を投与する場合は、投与が必要な理由の記載が必要です。（スピンラザ髄注）			スピンラザ髄注１２ｍｇ　５ｍＬ(622567201)		オナセムノゲン　アベパルボベクの投与後に本製剤の投与が必要な理由（スピンラザ髄注１２ｍｇ）；(830600047)	（オナセムノゲン　アベパルボベク（販売名：ゾルゲンスマ点滴静注）の投与後に本製剤を投与する場合） その必要性を適切に判断し、投与が必要な理由を記載すること。	別表Ⅱ 【項番87】
10832	共通	片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数の平均の記載が必要です。（エムガルティ皮下注）			エムガルティ皮下注１２０ｍｇオートインジェクター　１ｍＬ(629912201) エムガルティ皮下注１２０ｍｇシリンジ　１ｍＬ(629912301)		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）(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 を記載すること。	別表Ⅱ 【項番30】
10833	共通	片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数の平均の記載が必要です。（アイモビーグ皮下注）			アイモビーグ皮下注７０ｍｇペン　１ｍＬ(629915601)		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）(842600001)	投与開始前３ヶ月以上における１ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均を記載すること。	別表Ⅱ 【項番1】
10834	共通	片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数の平均の記載が必要です。（アジョビ皮下注）			アジョビ皮下注２２５ｍｇシリンジ　１．５ｍＬ(622849801)		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）(842600002)	投与開始前３ヶ月以上における１ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均を記載すること。	別表Ⅱ 【項番5】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10835	共通	検査実施月と初回投与の場合、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の実施年月日の記載が必要です。（タダラフィルＯＤ錠（後発品）、タダラフィル錠（後発品））			タダラフィルＯＤ錠２．５ｍｇＺＡ「トーワ」(622790301) タダラフィルＯＤ錠５ｍｇＺＡ「トーワ」(622790401) タダラフィル錠２．５ｍｇＺＡ「日医工」(622790701) タダラフィル錠５ｍｇＺＡ「日医工」(622790801) タダラフィル錠２．５ｍｇＺＡ「杏林」(622799901) タダラフィル錠５ｍｇＺＡ「杏林」(622800001) タダラフィル錠２．５ｍｇＺＡ「ＪＧ」(622805601) タダラフィル錠５ｍｇＺＡ「ＪＧ」(622805701) タダラフィル錠５ｍｇＺＡ「ファソ」(622808701) タダラフィル錠２．５ｍｇＺＡ「ファソ」(622814101) タダラフィル錠２．５ｍｇＺＡ「サンド」(622809801) タダラフィル錠５ｍｇＺＡ「サンド」(622809901) タダラフィル錠２．５ｍｇＺＡ「ニプロ」(622810401) タダラフィル錠５ｍｇＺＡ「ニプロ」(622810501) タダラフィル錠２．５ｍｇＺＡ「サワイ」(622813001) タダラフィル錠５ｍｇＺＡ「サワイ」(622813101) タダラフィル錠２．５ｍｇＺＡ「あすか」(622816201) タダラフィル錠５ｍｇＺＡ「あすか」(622816301) タダラフィル錠２．５ｍｇＺＡ「シオエ」(622878701) タダラフィル錠５ｍｇＺＡ「シオエ」(622878801)		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）(850600138) 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）(850600139)	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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番79】
10837	共通	潰瘍性大腸炎への投与開始にあたって過去使用薬剤などの記載が必要です。（シンポニー皮下注50mgオートインジェクター）	病名に疑いを除く	重症潰瘍性大腸炎(8845798) 中等症潰瘍性大腸炎(8845816) ステロイド依存性潰瘍性大腸炎(8844992) 活動期潰瘍性大腸炎(8845766) ステロイド抵抗性潰瘍性大腸炎(8845810) 慢性持続型潰瘍性大腸炎(8845833) **<<上記項目をORで登録する>>**	シンポニー皮下注５０ｍｇオートインジェクター　０．５ｍＬ(622675801)	他の薬物療法として使用していた薬剤の品名（シンポニー皮下注５０ｍｇオートインジェクター）；(830600041) 他の薬物療法として使用していた薬剤の使用期間（シンポニー皮下注５０ｍｇオートインジェクター）；(830600042) 投与が必要と判断した理由（シンポニー皮下注５０ｍｇオートインジェクター）；(830600043)		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	別表Ⅱ 【項番84】
10838	共通	検査実施月と初回投与の場合、ＢＲＡＦ遺伝子変異を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（タフィンラーカプセル）			タフィンラーカプセル５０ｍｇ(622484901) タフィンラーカプセル７５ｍｇ(622485001)		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）(850600051) 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）(850600052)	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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番96】
10839	共通	検査実施月と初回投与の場合、ＢＲＡＦ遺伝子変異を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（ビラフトビカプセル）			ビラフトビカプセル５０ｍｇ(622668801) ビラフトビカプセル７５ｍｇ(622837601)		ＢＲＡＦ遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（ビラフトビカプセル５０ｍｇ等）(850600067) ＢＲＡＦ遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ビラフトビカプセル５０ｍｇ等）(850600068)	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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番131】
10840	共通	検査実施月と初回投与の場合、ＢＲＡＦ遺伝子変異を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（メキニスト錠）			メキニスト錠０．５ｍｇ(622485101) メキニスト錠２ｍｇ(622485201)		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）(850600086) 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）(850600087)	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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番149】
10841	共通	検査実施月と初回投与の場合、ＢＲＡＦ遺伝子変異を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（メクトビ錠）			メクトビ錠１５ｍｇ(622668901)		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）(850600088) 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）(850600089)	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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番150】
10842	共通	「外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方」の記載が必要です。（チャンピックス錠）	入院		チャンピックス錠０．５ｍｇ(620006776) チャンピックス錠１ｍｇ(620006777)		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）(820600066)	（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。	別表Ⅱ 【項番98】
10843	共通	本剤とビニメチニブを併用する場合は併用が必要とした判断に用いた情報(ECOG PS、転移臓器数、CRP値等)の具体的な記載が必要です。（ビラフトビカプセル75mg＋メクトビ錠）	病名に疑いを除く	結腸癌(1539002) 直腸癌(1541005) **<<上記項目をORで登録する>>**	ビラフトビカプセル７５ｍｇ(622837601) メクトビ錠１５ｍｇ(622668901)		ビニメチニブを併用する理由（ビラフトビカプセル５０ｍｇ等）；(830600070)	本剤とビニメチニブを併用する場合には、関連学会の最新のガイドライン等を踏まえ、併用する理由を記載すること。その場合は、併用が必要とした判断に用いた情報（ECOG PS、転移臓器数、CRP 値等）を具体的に記載すること。	別表Ⅱ 【項番131】
10844	共通	手術時の使用には理由の記載が必要です。（オルプロリクス静注用500など）	手術のみ		オルプロリクス静注用５００　５００国際単位（溶解液付）(622364101) オルプロリクス静注用１０００　１，０００国際単位（溶解液付）(622364201) オルプロリクス静注用２０００　２，０００国際単位（溶解液付）(622364301) オルプロリクス静注用３０００　３，０００国際単位（溶解液付）(622364401)		手術時に使用した理由（オルプロリクス静注用５００等）；(830600025)	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。	別表Ⅱ 【項番50】
10845	共通	手術時の使用には理由の記載が必要です。（オルプロリクス静注用250）	手術のみ		オルプロリクス静注用２５０　２５０国際単位（溶解液付）(622426501)		手術時に使用した理由（オルプロリクス静注用２５０）；(830600026)	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。	別表Ⅱ 【項番50】
10846	共通	手術時の使用には理由の記載が必要です。（オルプロリクス静注用4000）	手術のみ		オルプロリクス静注用４０００　４，０００国際単位（溶解液付）(622608701)		手術時に使用した理由（オルプロリクス静注用４０００）；(830600027)	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。	別表Ⅱ 【項番50】
10847	共通	手術時の使用には理由の記載が必要です。（レフィキシア静注用500など）	手術のみ		レフィキシア静注用５００　５００国際単位（溶解液付）(622647001) レフィキシア静注用１０００　１，０００国際単位（溶解液付）(622647101) レフィキシア静注用２０００　２，０００国際単位（溶解液付）(622647201)		手術時に使用した理由（レフィキシア静注用５００等）；(830600101)	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。	別表Ⅱ 【項番172】
10848	共通	検査実施月と初回投与の場合、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の記載が必要です。（テプミトコ錠）			テプミトコ錠２５０ｍｇ(622794101)		ＭＥＴ遺伝子エクソン１４スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日（テプミトコ錠２５０ｍｇ）(850600144) ＭＥＴ遺伝子エクソン１４スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（テプミトコ錠２５０ｍｇ）(850600145)	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番108】
10849	共通	検査実施月と初回投与の場合、HER２の過剰発現の確認検査の実施年月日の記載が必要です。（トラスツズマブＢＳ点滴静注用「ＣＴＨ」）			トラスツズマブＢＳ点滴静注用６０ｍｇ「ＣＴＨ」(622628901) トラスツズマブＢＳ点滴静注用１５０ｍｇ「ＣＴＨ」(622629001)		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）(850600061) 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）(850600062)	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。当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番122】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10850	共通	検査実施月と初回投与の場合、HER２の過剰発現の確認検査の実施年月日の記載が必要です。（トラスツズマブＢＳ点滴静注用「ＮＫ」）			トラスツズマブＢＳ点滴静注用６０ｍｇ「ＮＫ」(622630701) トラスツズマブＢＳ点滴静注用１５０ｍｇ「ＮＫ」(622630801)		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）(850600059) 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）(850600060)	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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番122】
10851	共通	検査実施月と初回投与の場合、HER２の過剰発現の確認検査の実施年月日の記載が必要です。（トラスツズマブＢＳ点滴静注用「第一三共」）			トラスツズマブＢＳ点滴静注用６０ｍｇ「第一三共」　(溶解液付)(622659701) トラスツズマブＢＳ点滴静注用１５０ｍｇ「第一三共」　(溶解液付)(622659801)		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）(850600063) 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）(850600064)	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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番122】
10852	共通	検査実施月と初回投与の場合、HER２の過剰発現の確認検査の実施年月日の記載が必要です。（トラスツズマブＢＳ点滴静注用「ファイザー」）			トラスツズマブＢＳ点滴静注用６０ｍｇ「ファイザー」(622679201) トラスツズマブＢＳ点滴静注用１５０ｍｇ「ファイザー」(622679301)		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）(850600065) 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）(850600066)	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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番122】
10853	共通	投与開始に当たって左室駆出率の計測年月日及び左室駆出率の値、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の記載が必要です。（ベリキューボ錠）			ベリキューボ錠２．５ｍｇ(622871001) ベリキューボ錠５ｍｇ(622871101) ベリキューボ錠１０ｍｇ(622871201)	左室駆出率の値（ベリキューボ錠２．５ｍｇ等）；(830600083)	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）（ベリキューボ錠２．５ｍｇ等）；(830600084) 左室駆出率の計測年月日（ベリキューボ錠２．５ｍｇ等）(850600082)	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。 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。	別表Ⅱ 【項番144】
10854	共通	その他疾患活動性状況（スコア、皮膚病変割合）などの必要事項の記載が必要です。（リンヴォック錠）	病名に疑いを除く	アトピー性皮膚炎(6918002) 成人アトピー性皮膚炎(6918024) **<<上記項目をORで登録する>>**	リンヴォック錠７．５ｍｇ(622793801) リンヴォック錠１５ｍｇ(622793901) リンヴォック錠３０ｍｇ(622875101)	ＩＧＡスコア（リンヴォック錠７．５ｍｇ等）；(830600089) 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）(842600020)	全身のＥＡＳＩスコア（リンヴォック錠７．５ｍｇ等）；(830600090) 頭頸部のＥＡＳＩスコア（リンヴォック錠７．５ｍｇ等）；(830600091)	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を記載すること。 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（%）	別表Ⅱ 【項番163】
10855	共通	その他疾患活動性状況（スコア、皮膚病変割合、小児アトピー性皮膚炎の場合は体重も）などの必要事項の記載が必要です。（リンヴォック錠）	病名に疑いを除く	小児アトピー性皮膚炎(6918011)	リンヴォック錠７．５ｍｇ(622793801) リンヴォック錠１５ｍｇ(622793901) リンヴォック錠３０ｍｇ(622875101)	ＩＧＡスコア（リンヴォック錠７．５ｍｇ等）；(830600089) 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）(842600020) 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）(842600021)	全身のＥＡＳＩスコア（リンヴォック錠７．５ｍｇ等）；(830600090) 頭頸部のＥＡＳＩスコア（リンヴォック錠７．５ｍｇ等）；(830600091)	小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合は、体重、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を記載すること。 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（%）	別表Ⅱ 【項番163】
10856	共通	本製剤の投与開始に当たっては、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の記載が必要です。（デリタクト注）			デリタクト注　１ｍＬ(629700801)	放射線治療歴のある患者（デリタクト注）(820600074) テモゾロミド治療歴のある患者（デリタクト注）(820600075)		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	別表Ⅱ 【項番114】
10857	DPC病院以外	検査実施月と初回投与の場合、ＣＤ２０陽性の確認検査の実施年月日の記載が必要です。（リツキシマブＢＳ点滴静注「ファイザー」）	病名に疑いを除く	Ｂ細胞性移植後リンパ増殖性疾患(8847826) ＣＤ２０陽性Ｂ細胞性非ホジキンリンパ腫(8848431) **<<上記項目をORで登録する>>**	リツキシマブＢＳ点滴静注１００ｍｇ「ファイザー」　１０ｍＬ(629906101) リツキシマブＢＳ点滴静注５００ｍｇ「ファイザー」　５０ｍＬ(629906201)		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）(850600099) 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）(850600100)	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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番156】
10858	共通	投与が適切と判断した理由、使用していた薬剤の使用期間、薬剤名、本製品の投与回数の記載が必要です。(アロフィセル注)			アロフィセル注　４瓶(629700901)	投与が適切と判断した理由（アロフィセル注）；(830600002) 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）；(830600003) 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）；(830600004)	投与回数１回目（アロフィセル注）(820600022) 投与回数２回目（アロフィセル注）(820600023)	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）	別表Ⅱ 【項番13】
10859	共通	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の記載が必要です。（エフィエント錠）	病名に疑いを除く	アテローム血栓性脳梗塞(8842255) アテローム血栓性脳梗塞・急性期(8846351) **<<上記項目をORで登録する>>**	エフィエント錠３．７５ｍｇ(622336601) エフィエント錠２．５ｍｇ(622452301)		投与が必要と判断した理由（エフィエント錠２．５ｍｇ等）；(830600134)	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。	別表Ⅱ 【項番26】
10860	共通	アトピー性皮膚炎などの場合は、その他疾患活動性状況（スコア、皮膚病変割合）の必要事項の記載が必要です。（デュピクセント皮下注）	病名に疑いを除く	アトピー性皮膚炎(6918002) 成人アトピー性皮膚炎(6918024) **<<上記項目をORで登録する>>**	デュピクセント皮下注３００ｍｇシリンジ　２ｍＬ(622608101) デュピクセント皮下注３００ｍｇペン　２ｍＬ(629911101) デュピクセント皮下注２００ｍｇシリンジ　１．１４ｍＬ(629925501)	ＩＧＡスコア（デュピクセント皮下注）；(830600137) 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）（デュピクセント皮下注）；(830600109)	全身のＥＡＳＩスコア（デュピクセント皮下注）；(830600135) 頭頸部のＥＡＳＩスコア（デュピクセント皮下注）；(830600136)	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を記載すること。 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（%）	別表Ⅱ 【項番110】
10861	共通	アトピー性皮膚炎などの場合は、施設要件、前治療要件の必要事項の記載が必要です。（オルミエント錠）	病名に疑いを除く	アトピー性皮膚炎(6918002) 成人アトピー性皮膚炎(6918024) **<<上記項目をORで登録する>>**	オルミエント錠４ｍｇ(622573701) オルミエント錠２ｍｇ(622573801)	施設要件ア（オルミエント錠２ｍｇ等）(820600048) 施設要件イ（オルミエント錠２ｍｇ等）(820600049) 施設要件ウ（オルミエント錠２ｍｇ等）(820600372) **<<上記項目をORで登録する>>**	前治療要件ア（オルミエント錠２ｍｇ等）(820600050) 前治療要件イ（オルミエント錠２ｍｇ等）(820600051)	投与開始に当たっては、施設要件、前治療要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番51】
10862	共通	アトピー性皮膚炎などの場合は、その他疾患活動性状況（スコア、皮膚病変割合）の必要事項の記載が必要です。（オルミエント錠）	病名に疑いを除く	アトピー性皮膚炎(6918002) 成人アトピー性皮膚炎(6918024) **<<上記項目をORで登録する>>**	オルミエント錠４ｍｇ(622573701) オルミエント錠２ｍｇ(622573801)	ＩＧＡスコア（オルミエント錠２ｍｇ等）；(830600028) 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）(842600008)	全身のＥＡＳＩスコア（オルミエント錠２ｍｇ等）；(830600029) 頭頸部のＥＡＳＩスコア（オルミエント錠２ｍｇ等）；(830600030)	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を記載すること。 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（%）	別表Ⅱ 【項番51】
10863	共通	「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の記載が必要です。（デュピクセント皮下注）		患者要件イ（デュピクセント皮下注）(820600155)	デュピクセント皮下注３００ｍｇシリンジ　２ｍＬ(622608101) デュピクセント皮下注３００ｍｇペン　２ｍＬ(629911101)		ＩＣＳを当該用量以上に増量することが不適切であると判断した理由（デュピクセント皮下注）；(830600104)	「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を記載すること。	別表Ⅱ 【項番111】
10864	共通	「患者の要件イ」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または、手術が適応とならないと判断した理由の記載が必要です。（デュピクセント皮下注）		患者の要件イに該当（デュピクセント皮下注）(820600185)	デュピクセント皮下注３００ｍｇシリンジ　２ｍＬ(622608101) デュピクセント皮下注３００ｍｇペン　２ｍＬ(629911101)		慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日（デュピクセント皮下注）(850600132) 手術が適応とならないと判断した理由（デュピクセント皮下注）；(830600108)	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を記載すること。	別表Ⅱ 【項番112】
10865	共通	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の記載が必要です。（デュピクセント皮下注）	病名に疑いを除く	慢性副鼻腔炎(4739014) 鼻茸(8843493)	デュピクセント皮下注３００ｍｇシリンジ　２ｍＬ(622608101) デュピクセント皮下注３００ｍｇペン　２ｍＬ(629911101)	本製剤投与前における鼻茸スコア（デュピクセント皮下注）；(830600123) 本製剤投与前における鼻閉重症度スコア（デュピクセント皮下注）；(830600124) 本製剤投与前における鼻汁（前鼻漏／後鼻漏）等が継続している期間（デュピクセント皮下注）；(830600125)		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を記載すること。	別表Ⅱ 【項番112】
10866	共通	投与開始に当たっては、前治療要件、医師要件の記載が必要です。（サイバインコ錠）			サイバインコ錠５０ｍｇ(622877601) サイバインコ錠１００ｍｇ(622877701) サイバインコ錠２００ｍｇ(622877801)	前治療要件ア（サイバインコ錠５０ｍｇ等）(820600057) 前治療要件イ（サイバインコ錠５０ｍｇ等）(820600058) **<<上記項目をORで登録する>>**	医師要件ア（サイバインコ錠５０ｍｇ等）(820600054) 医師要件イ（サイバインコ錠５０ｍｇ等）(820600055) 医師要件ウ（サイバインコ錠５０ｍｇ等）(820600056)	本製剤の投与開始に当たっては、医師要件、前治療要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番77】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				ＡＮＤ／ＯＲ項目	ＯＲ項目	ＡＮＤ／ＯＲ項目	ＯＲ項目		
10867	共通	投与開始に当たっては、その他疾患活動性状況（スコア、皮膚病変割合）の必要事項の記載が必要です。（サイバインコ錠）			サイバインコ錠５０ｍｇ(622877601) サイバインコ錠１００ｍｇ(622877701) サイバインコ錠２００ｍｇ(622877801)	ＩＧＡスコア（サイバインコ錠５０ｍｇ等）；(830600031) 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）(842600010)	全身のＥＡＳＩスコア（サイバインコ錠５０ｍｇ等）；(830600032) 頭頸部のＥＡＳＩスコア（サイバインコ錠５０ｍｇ等）；(830600119)	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を記載すること。 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（%）	別表Ⅱ 【項番77】
10869	共通	患者要件の記載が必要です。（ビンマックカプセル）			ビンマックカプセル６１ｍｇ(622876401)		患者要件１（ビンマックカプセル６１ｍｇ）(820600089) 患者要件２（ビンマックカプセル６１ｍｇ）(820600090)	患者要件を記載すること。 ①　野生型の場合 ②　変異型の場合	別表Ⅱ 【項番134】
10870	共通	本製剤への切り替えに当たっては、切替えた月に併用療法として使用していた品名などの所定事項の記載が必要です。（ミカトリオ配合錠）			ミカトリオ配合錠(622516502)	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）；(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使用期間（ミカトリオ配合錠）；(830600086) 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）；(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実施年月日（ミカトリオ配合錠）(850600151)		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	別表Ⅱ 【項番146】
10871	共通	検査実施月と初回投与の場合、MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（ライアットＭＩＢＧ－Ｉ１３１静注）			ライアットＭＩＢＧ－Ｉ１３１静注　１．８５ＧＢｑ５ｍＬ(622875201)		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）(850600094) 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）(850600095)	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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番154】
10872	共通	施設要件、検査値、検査日の記載が必要です。（レパーサ皮下注420mg）			レパーサ皮下注４２０ｍｇオートミニドーザー　３．５ｍＬ(622579101)	ＬＤＬ－コレステロール検査の実施年月日（レパーサ皮下注４２０ｍｇオートミニドーザー）(850600156) ＬＤＬ－コレステロール検査値（レパーサ皮下注４２０ｍｇオートミニドーザー）；(830600133)	施設要件ア（レパーサ皮下注４２０ｍｇオートミニドーザー）(820600127) 施設要件イ（レパーサ皮下注４２０ｍｇオートミニドーザー）(820600128)	本製剤の投与開始に当たっては、施設要件、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を記載すること。	別表Ⅱ 【項番171】
10873	共通	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の記載が必要です。（レパーサ皮下注140mgペン）			レパーサ皮下注１４０ｍｇペン　１ｍＬ(622488901)	食事療養を行っている（レパーサ皮下注１４０ｍｇペン）(820600115)	運動、喫煙等に関する指導を行っている（レパーサ皮下注１４０ｍｇペン）(820600116) 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（レパーサ皮下注１４０ｍｇペン）(820600117) 糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている（レパーサ皮下注１４０ｍｇペン）(820600118)	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を記載すること。	別表Ⅱ 【項番170】
10874	共通	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、治療が適さない患者に投与する場合は成分名、１日投与量の記載が必要です。（レパーサ皮下注140mgペン）	グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ		レパーサ皮下注１４０ｍｇペン　１ｍＬ(622488901)	投与中のＨＭＧ－ＣｏＡ還元酵素阻害剤の成分名（レパーサ皮下注１４０ｍｇペン）；(830600092) 投与中のＨＭＧ－ＣｏＡ還元酵素阻害剤の１日投与量（レパーサ皮下注１４０ｍｇペン）；(830600093)	使用可能なＨＭＧ－ＣｏＡ還元酵素阻害剤がないと判断した理由（レパーサ皮下注１４０ｍｇペン）；(830600094)	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日投与量を記載すること。 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を記載すること。	別表Ⅱ 【項番170】
10875	共通	家族性高コレステロール血症以外の患者に用いる場合、リスク因子の記載が必要です。（レパーサ皮下注140mgペン）	病名に疑いを除く	高コレステロール血症(2720004) 本態性高コレステロール血症(8840108) **<<上記項目をORで登録する>>**	レパーサ皮下注１４０ｍｇペン　１ｍＬ(622488901)		リスク因子ア（レパーサ皮下注１４０ｍｇペン）(820600120) リスク因子イ（レパーサ皮下注１４０ｍｇペン）(820600121) リスク因子ウ（レパーサ皮下注１４０ｍｇペン）(820600122) リスク因子エ（レパーサ皮下注１４０ｍｇペン）(820600123) リスク因子オ（レパーサ皮下注１４０ｍｇペン）(820600124) リスク因子カ（レパーサ皮下注１４０ｍｇペン）(820600370)	家族性高コレステロール血症以外の患者では、心血管イベントのリスク因子のいずれに該当するかを記載すること。	別表Ⅱ 【項番170】
10876	共通	「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の記載が必要です。（レパーサ皮下注140mgペン）		リスク因子ウ（レパーサ皮下注１４０ｍｇペン）(820600122) リスク因子エ（レパーサ皮下注１４０ｍｇペン）(820600123) リスク因子オ（レパーサ皮下注１４０ｍｇペン）(820600124) リスク因子カ（レパーサ皮下注１４０ｍｇペン）(820600370) **<<上記項目をORで登録する>>**	レパーサ皮下注１４０ｍｇペン　１ｍＬ(622488901)		ＨＭＧ－ＣｏＡ還元酵素阻害剤の投与期間（レパーサ皮下注１４０ｍｇペン）；(830600095)	家族性高コレステロール血症以外の患者で、「リスク因子ウ」から「リスク因子オ」までのいずれかに該当し、ＨＭＧ－ＣｏＡ還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中のＨＭＧ－ＣｏＡ還元酵素阻害剤の投与期間を記載すること。	別表Ⅱ 【項番170】
10877	共通	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の記載が必要です。（レパーサ皮下注420mg）			レパーサ皮下注４２０ｍｇオートミニドーザー　３．５ｍＬ(622579101)	食事療養を行っている（レパーサ皮下注４２０ｍｇオートミニドーザー）(820600129)	運動、喫煙等に関する指導を行っている（レパーサ皮下注４２０ｍｇオートミニドーザー）(820600130) 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（レパーサ皮下注４２０ｍｇオートミニドーザー）(820600131) 糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている（レパーサ皮下注４２０ｍｇオートミニドーザー）(820600132)	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を記載すること。	別表Ⅱ 【項番171】
10878	共通	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、治療が適さない患者に投与する場合は成分名、１日投与量の記載が必要です。（レパーサ皮下注420mg）	グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ		レパーサ皮下注４２０ｍｇオートミニドーザー　３．５ｍＬ(622579101)	投与中のＨＭＧ－ＣｏＡ還元酵素阻害剤の成分名（レパーサ皮下注４２０ｍｇオートミニドーザー）；(830600097) 投与中のＨＭＧ－ＣｏＡ還元酵素阻害剤の１日投与量（レパーサ皮下注４２０ｍｇオートミニドーザー）；(830600098)	使用可能なＨＭＧ－ＣｏＡ還元酵素阻害剤がないと判断した理由（レパーサ皮下注４２０ｍｇオートミニドーザー）；(830600099)	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日投与量を記載すること。 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を記載すること。	別表Ⅱ 【項番171】
10879	共通	家族性高コレステロール血症以外の患者に用いる場合、リスク因子の記載が必要です。（レパーサ皮下注420mg）	病名に疑いを除く	高コレステロール血症(2720004) 本態性高コレステロール血症(8840108) **<<上記項目をORで登録する>>**	レパーサ皮下注４２０ｍｇオートミニドーザー　３．５ｍＬ(622579101)		リスク因子ア（レパーサ皮下注４２０ｍｇオートミニドーザー）(820600134) リスク因子イ（レパーサ皮下注４２０ｍｇオートミニドーザー）(820600135) リスク因子ウ（レパーサ皮下注４２０ｍｇオートミニドーザー）(820600136) リスク因子エ（レパーサ皮下注４２０ｍｇオートミニドーザー）(820600137) リスク因子オ（レパーサ皮下注４２０ｍｇオートミニドーザー）(820600138) リスク因子カ（レパーサ皮下注４２０ｍｇオートミニドーザー）(820600371)	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を記載すること。	別表Ⅱ 【項番171】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				ＡＮＤ／ＯＲ項目	ＯＲ項目	ＡＮＤ／ＯＲ項目	ＯＲ項目		
10880	共通	「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の記載が必要です。（レバーサ皮下注420mg）		リスク因子ウ（レバーサ皮下注４２０ｍｇオートミニドーザー）(820600136) リスク因子エ（レバーサ皮下注４２０ｍｇオートミニドーザー）(820600137) リスク因子オ（レバーサ皮下注４２０ｍｇオートミニドーザー）(820600138) リスク因子カ（レバーサ皮下注４２０ｍｇオートミニドーザー）(820600371) **<<上記項目をORで登録する>>**	レバーサ皮下注４２０ｍｇオートミニドーザー　３．５ｍＬ(622579101)		ＨＭＧ－ＣｏＡ還元酵素阻害剤の投与期間（レバーサ皮下注４２０ｍｇオートミニドーザー）；(830600100)	家族性高コレステロール血症以外の患者で、「リスク因子ウ」から「リスク因子オ」までのいずれかに該当し、ＨＭＧ－ＣｏＡ還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中のＨＭＧ－ＣｏＡ還元酵素阻害剤の投与期間１日投与量を記載すること。	別表Ⅱ 【項番171】
10881	共通	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場合、易感染患者から隔離することが困難な入院患者に投与した旨の記載が必要です。（バクトロバン鼻腔用軟膏２％）	病名に疑いを除く 入院グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ		バクトロバン鼻腔用軟膏２％(620006477)	ＭＲＳＡ感染症(381003)	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％）(820600078)	易感染患者から隔離することが困難な入院患者の使用に係る薬剤料はMRSA感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者（易感染患者）の分として算定し、MRSA感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者（易感染患者）の診療報酬明細書に易感染患者から隔離することが困難な入院患者に投与した旨を記載すること。	別表Ⅱ 【項番126】
10882	共通	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旨の記載が必要です。（パドセブ点滴静注用）			パドセブ点滴静注用３０ｍｇ(629917001) パドセブ点滴静注用２０ｍｇ(629923301)		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）(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することとし、その旨を記載すること。	別表Ⅱ 【項番127】
10883	共通	検査実施月と初回投与の場合、RET遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。 （レットヴィモカプセル）	病名に疑いを除く	甲状腺髄様癌(1939006)	レットヴィモカプセル４０ｍｇ(622875401) レットヴィモカプセル８０ｍｇ(622875501)		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）(850600153) 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）(850600154)	RET 遺伝子変異陽性の根治切除不能な甲状腺髄様癌 RET 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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番169】
10884	共通	悪性黒色腫に用いる場合は、医師要件の記載が必要です。（オプジーボ点滴静注）	病名に疑いを除く	悪性黒色腫(1729002) 爪下黒色腫(1728001) 皮膚境界部悪性黒色腫(8839361) 下肢悪性黒色腫(8842559) 眼瞼悪性黒色腫(8842562) 口唇悪性黒色腫(8842577) 上肢悪性黒色腫(8842596) 鼻腔悪性黒色腫(8842627) 乳頭悪性黒色腫(8842825) 趾悪性黒色腫(8845628) 趾爪下悪性黒色腫(8845629) 下顎部悪性黒色腫(8845641) 下腿部悪性黒色腫(8845642) 顔面悪性黒色腫(8845644) 頬部悪性黒色腫(8845651) 胸部悪性黒色腫(8845652) 頚部悪性黒色腫(8845655) 項部悪性黒色腫(8845661) 臍部悪性黒色腫(8845664) 膝部悪性黒色腫(8845668) 手指悪性黒色腫(8845671) 手指爪下悪性黒色腫(8845672) 手掌部悪性黒色腫(8845673) 手背部悪性黒色腫(8845674) 踵部悪性黒色腫(8845676) 耳介悪性黒色腫(8845679) 上腕部悪性黒色腫(8845683) 前額部悪性黒色腫(8845689) 前腕部悪性黒色腫(8845691) 足底部悪性黒色腫(8845692) 足背部悪性黒色腫(8845693) 足部悪性黒色腫(8845694) 鼠径部悪性黒色腫(8845695) 大腿部悪性黒色腫(8845704) 肘部悪性黒色腫(8845708) 殿部悪性黒色腫(8845710) 頭部悪性黒色腫(8845713) 背部悪性黒色腫(8845717) 鼻部悪性黒色腫(8845730) 腹部悪性黒色腫(8845733) 腰部悪性黒色腫(8845738) 異形成母斑症候群(8846467) 腋窩悪性黒色腫(8846470) 下眼瞼悪性黒色腫(8846488) 環指悪性黒色腫(8846528) 肩部悪性黒色腫(8846583) 肛門部悪性黒色腫(8846602) 手部悪性黒色腫(8846632) 小指悪性黒色腫(8846648) 示指悪性黒色腫(8846680) 耳前部悪性黒色腫(8846689) 上眼瞼悪性黒色腫(8846699) 仙骨部悪性黒色腫(8846734) 前胸部悪性黒色腫(8846744) 側胸部悪性黒色腫(8846763) 第２趾悪性黒色腫(8846807) 第３趾悪性黒色腫(8846813) 第４趾悪性黒色腫(8846819) 第５趾悪性黒色腫(8846826) 中指悪性黒色腫(8846856) 鼻尖悪性黒色腫(8846907) 鼻背悪性黒色腫(8846912) 鼻翼悪性黒色腫(8846921) 母指悪性黒色腫(8846956) 母趾悪性黒色腫(8846957) 下唇悪性黒色腫(8851203) 上唇悪性黒色腫(8851262) **<<上記項目をORで登録する>>**	オプジーボ点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(622364901) オプジーボ点滴静注１２０ｍｇ　１２ｍＬ(629911501) オプジーボ点滴静注２０ｍｇ　２ｍＬ(622364801) オプジーボ点滴静注２４０ｍｇ　２４ｍＬ(622662201)		医師要件ア（オプジーボ点滴静注）(820600141) 医師要件イ（オプジーボ点滴静注）(820600183)	医師要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番35】
				悪性黒色腫(1729002) 爪下黒色腫(1728001) 皮膚境界部悪性黒色腫(8839361) 下肢悪性黒色腫(8842559) 眼瞼悪性黒色腫(8842562)					

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10885	共通	イピリムマブ併用時であって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１％以上の場合、PD-L1発現率が確認できなかった場合、それぞれ所定事項の記載が必要です。（オプジーボ点滴静注）	病名に疑いを除く グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ	口唇悪性黒色腫(8842577) 上肢悪性黒色腫(8842596) 鼻腔悪性黒色腫(8842627) 乳頭悪性黒色腫(8842825) 趾悪性黒色腫(8845628) 趾爪下悪性黒色腫(8845629) 下顎部悪性黒色腫(8845641) 下腿部悪性黒色腫(8845642) 顔面悪性黒色腫(8845644) 頬部悪性黒色腫(8845651) 胸部悪性黒色腫(8845652) 頚部悪性黒色腫(8845655) 項部悪性黒色腫(8845661) 臍部悪性黒色腫(8845664) 膝部悪性黒色腫(8845668) 手指悪性黒色腫(8845671) 手指爪下悪性黒色腫(8845672) 手掌部悪性黒色腫(8845673) 手背部悪性黒色腫(8845674) 鼠径部悪性黒色腫(8845676) 耳介悪性黒色腫(8845679) 上腕部悪性黒色腫(8845683) 前額部悪性黒色腫(8845689) 前腕部悪性黒色腫(8845691) 足底部悪性黒色腫(8845692) 足背部悪性黒色腫(8845693) 足部悪性黒色腫(8845694) 巣径部悪性黒色腫(8845695) 大腿部悪性黒色腫(8845704) 肘部悪性黒色腫(8845708) 殿部悪性黒色腫(8845710) 頭部悪性黒色腫(8845713) 背部悪性黒色腫(8845717) 鼻部悪性黒色腫(8845730) 腹部悪性黒色腫(8845733) 腰部悪性黒色腫(8845738) 異形成母斑症候群(8846467) 腋窩悪性黒色腫(8846470) 下眼瞼悪性黒色腫(8846488) 環指悪性黒色腫(8846528) 肩部悪性黒色腫(8846583) 肛門部悪性黒色腫(8846602) 手部悪性黒色腫(8846632) 小指悪性黒色腫(8846648) 示指悪性黒色腫(8846680) 耳前部悪性黒色腫(8846689) 上眼瞼悪性黒色腫(8846699) 仙骨部悪性黒色腫(8846734) 前胸部悪性黒色腫(8846744) 側胸部悪性黒色腫(8846763) 第２趾悪性黒色腫(8846807) 第３趾悪性黒色腫(8846813) 第４趾悪性黒色腫(8846819) 第５趾悪性黒色腫(8846826) 中指悪性黒色腫(8846856) 鼻尖悪性黒色腫(8846907) 鼻背悪性黒色腫(8846912) 鼻翼悪性黒色腫(8846921) 母指悪性黒色腫(8846956) 母趾悪性黒色腫(8846957) 下唇悪性黒色腫(8851203) 上唇悪性黒色腫(8851262) **<<上記項目をORで登録する>>**	オプジーボ点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(622364901) オプジーボ点滴静注１２０ｍｇ　１２ｍＬ(629911501) オプジーボ点滴静注２０ｍｇ　２ｍＬ(622364801) オプジーボ点滴静注２４０ｍｇ　２４ｍＬ(622662201)	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）(850600123) 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）；(830600106)	本製剤とイピ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）；(830600116) 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）；(830600117)	（本製剤とイピ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。 （本製剤とイピ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） 本製剤とイピ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。 （本製剤とイピ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。	別表Ⅱ 【項番35】
10886	共通	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌に用いる場合は、医師要件の記載が必要です。（オプジーボ点滴静注）	病名に疑いを除く	下葉非小細胞肺癌(8847598) 上葉非小細胞肺癌(8847637) 中葉非小細胞肺癌(8847664) 非小細胞肺癌(8842053) 細気管支肺胞上皮癌(8833932) 肺腺癌(8838844) 肺大細胞癌(8838852) 肺扁平上皮癌(8838898) 肺腺扁平上皮癌(8842832) 下葉肺腺癌(8847595) 下葉肺大細胞癌(8847596) 下葉肺扁平上皮癌(8847597) 上葉肺腺癌(8847634) 上葉肺大細胞癌(8847635) 上葉肺扁平上皮癌(8847636) 中葉肺腺癌(8847661) 中葉肺大細胞癌(8847662) 中葉肺扁平上皮癌(8847663) 肺門部腺癌(8847676) 肺門部大細胞癌(8847677) 肺門部非小細胞癌(8847678) 肺門部扁平上皮癌(8847679) **<<上記項目をORで登録する>>**	オプジーボ点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(622364901) オプジーボ点滴静注１２０ｍｇ　１２ｍＬ(629911501) オプジーボ点滴静注２０ｍｇ　２ｍＬ(622364801) オプジーボ点滴静注２４０ｍｇ　２４ｍＬ(622662201)		医師要件ア（オプジーボ点滴静注）(820600141) 医師要件イ（オプジーボ点滴静注）(820600183) 医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）(820600184)	医師要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番36】
				頭頸部癌(1950008) 口腔癌(1459007) 中咽頭癌(1469004) 上咽頭癌(1479001) 下咽頭癌(1489003) 咽頭癌(1490001) 鼻腔癌(1600003) 上顎癌(1602001) 上咽頭悪性腫瘍(1611001) 喉頭癌(1619005) 頭部皮膚癌(1734002) 下咽頭後部癌(8831084) 臼後部癌(8832258) 頬粘膜癌(8832563) 口腔前庭癌(8833402) 鰓原性癌(8833941) 上咽頭後壁癌(8835375) 上咽頭上壁癌(8835376)					

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10892	共通	再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌に用いる場合は、医師要件又は医師・歯科医師要件の記載が必要です。（オプジーボ点滴静注）	病名に疑いを除く	上咽頭前壁癌(8835377) 上咽頭側壁癌(8835378) 上顎洞癌(8835397) 鼻前庭癌(8839482) 鼻中隔癌(8839511) 輪状後部癌(8841093) 上頸結節部癌(8842593) 上顎歯肉頬移行部癌(8842595) 頚部皮膚悪性腫瘍(8842712) 口腔悪性黒色腫(8843320) 転移性口腔癌(8843436) 中咽頭後壁癌(8846010) 頚部基底細胞癌(8846576) 頚部皮膚癌(8846578) 頚部有棘細胞癌(8846581) 項部基底細胞癌(8846598) 項部皮膚癌(8846599) 項部有棘細胞癌(8846601) 頭部基底細胞癌(8846882) 頭部有棘細胞癌(8846885) 転移性鼻腔癌(8847126) 副咽頭間隙悪性腫瘍(8847137) 下咽頭披裂喉頭蓋ひだ癌(8847687) 頚部脂腺癌(8847700) 頭部脂腺癌(8847721) 披裂喉頭蓋ひだ下咽頭面癌(8847727) 頚部メルケル細胞癌(8847944) 項部メルケル細胞癌(8847953) 頭部メルケル細胞癌(8847997) 頬粘膜腺房細胞癌(8849929) 頬粘膜腺様のう胞癌(8849930) 頬粘膜粘表皮癌(8849932) **<<上記項目をORで登録する>>**	オプジーボ点滴静注２０ｍｇ　２ｍＬ(622364801) オプジーボ点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(622364901) オプジーボ点滴静注２４０ｍｇ　２４ｍＬ(622662201) オプジーボ点滴静注１２０ｍｇ　１２ｍＬ(629911501)		医師要件ア（オプジーボ点滴静注）(820600141) 医師要件イ（オプジーボ点滴静注）(820600183) 医師・歯科医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）(820600140)	医師要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番37】
10893	共通	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌に用いる場合、医師要件の記載が必要です。（オプジーボ点滴静注）	病名に疑いを除く	腎細胞癌(1890010) 腎癌(1890009) 転移性腎腫瘍(1980004) 転移性腎癌(8850886) **<<上記項目をORで登録する>>**	オプジーボ点滴静注２０ｍｇ　２ｍＬ(622364801) オプジーボ点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(622364901) オプジーボ点滴静注２４０ｍｇ　２４ｍＬ(622662201) オプジーボ点滴静注１２０ｍｇ　１２ｍＬ(629911501)		医師要件ア（オプジーボ点滴静注）(820600141) 医師要件イ（オプジーボ点滴静注）(820600183)	医師要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番38】
10895	共通	イピリムマブ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、患者要件の記載が必要です。（オプジーボ点滴静注＋ヤーボイ点滴静注液20mg）	病名に疑いを除く	腎細胞癌(1890010) ヤーボイ点滴静注液２０ｍｇ　４ｍＬ(629917301)	オプジーボ点滴静注２０ｍｇ　２ｍＬ(622364801) オプジーボ点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(622364901) オプジーボ点滴静注２４０ｍｇ　２４ｍＬ(622662201) オプジーボ点滴静注１２０ｍｇ　１２ｍＬ(629911501)		患者要件ア（オプジーボ点滴静注）(820600152) 患者要件イ（オプジーボ点滴静注）(820600154)	（本製剤とイピリムマブ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。 ア　IMDC リスク分類：intermediate リスク イ　IMDC リスク分類：poor リスク	別表Ⅱ 【項番38】
10896	共通	イピリムマブ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、患者要件の記載が必要です。（オプジーボ点滴静注＋ヤーボイ点滴静注液50mg）	病名に疑いを除く	腎細胞癌(1890010) ヤーボイ点滴静注液５０ｍｇ　１０ｍＬ(622440501)	オプジーボ点滴静注２０ｍｇ　２ｍＬ(622364801) オプジーボ点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(622364901) オプジーボ点滴静注２４０ｍｇ　２４ｍＬ(622662201) オプジーボ点滴静注１２０ｍｇ　１２ｍＬ(629911501)		患者要件ア（オプジーボ点滴静注）(820600152) 患者要件イ（オプジーボ点滴静注）(820600154)	（本製剤とイピリムマブ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。 ア　IMDC リスク分類：intermediate リスク イ　IMDC リスク分類：poor リスク	別表Ⅱ 【項番38】
10897	共通	再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫に用いる場合は、医師要件の記載が必要です。（オプジーボ点滴静注）	病名に疑いを除く	古典的ホジキンリンパ腫(8847338) 結節硬化型古典的ホジキンリンパ腫(8847328) 混合細胞型古典的ホジキンリンパ腫(8847339) リンパ球減少型古典的ホジキンリンパ腫(8847439) リンパ球豊富型古典的ホジキンリンパ腫(8847440) **<<上記項目をORで登録する>>**	オプジーボ点滴静注２０ｍｇ　２ｍＬ(622364801) オプジーボ点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(622364901) オプジーボ点滴静注２４０ｍｇ　２４ｍＬ(622662201) オプジーボ点滴静注１２０ｍｇ　１２ｍＬ(629911501)		医師要件ア（オプジーボ点滴静注）(820600141) 医師要件イ（オプジーボ点滴静注）(820600183) 医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）(820600184)	医師要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番39】
10898	共通	治癒切除不能な進行・再発の胃癌に用いる場合は、医師要件の記載が必要です。（オプジーボ点滴静注）	病名に疑いを除く	胃癌(1519006) スキルス胃癌(8842111) 転移性胃癌(8850884) 噴門癌(1510005) 幽門癌(1511003) 幽門前庭部癌(1512002) 胃底部癌(1513002) 胃体部癌(1514002) 胃癌末期(1519010) 胃重複癌(1519011) 胃進行癌(1519012) 胃肉腫(1519015) 胃平滑筋肉腫(1519017) 残胃癌(1519020) 胃悪性黒色腫(8830411) 胃カルチノイド(8830421) 胃幽門部癌(8830612) 胃管癌(8842666) 胃小弯部癌(8845849) 胃大弯部癌(8845852) 胃悪性間葉系腫瘍(8846240) 胃原発絨毛癌(8847306) 胃胚細胞腫瘍(8847307) 胃前庭部癌(8848024) 噴門食道接合部癌(8849679) ＨＥＲ２陽性胃癌(8849698) 転移性胃腫瘍(8850885) **<<上記項目をORで登録する>>**	オプジーボ点滴静注２０ｍｇ　２ｍＬ(622364801) オプジーボ点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(622364901) オプジーボ点滴静注２４０ｍｇ　２４ｍＬ(622662201) オプジーボ点滴静注１２０ｍｇ　１２ｍＬ(629911501)		医師要件ア（オプジーボ点滴静注）(820600141) 医師要件イ（オプジーボ点滴静注）(820600183) 医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）(820600184)	医師要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番40】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10899	共通	治癒切除不能な進行・再発の胃癌に対して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の記載が必要です。（オプジーボ点滴静注）	病名に疑いを除く	胃癌(1519006) スキルス胃癌(8842111) 転移性胃癌(8850884) 噴門癌(1510005) 幽門癌(1511003) 幽門前庭部癌(1512002) 胃底部癌(1513002) 胃体部癌(1514002) 胃癌末期(1519010) 胃重複癌(1519011) 胃進行癌(1519012) 胃肉腫(1519015) 胃平滑筋肉腫(1519017) 残胃癌(1519020) 胃悪性黒色腫(8830411) 胃カルチノイド(8830421) 胃幽門部癌(8830612) 胃管癌(8842666) 胃小弯部癌(8845849) 胃大弯部癌(8845852) 胃悪性間葉系腫瘍(8846240) 胃原発絨毛癌(8847306) 胃胚細胞腫瘍(8847307) 胃前庭部癌(8848024) 噴門食道接合部癌(8849679) ＨＥＲ２陽性胃癌(8849698) 転移性胃腫瘍(8850885) **<<上記項目をORで登録する>>**	オプジーボ点滴静注２０ｍｇ　２ｍＬ(622364801) オプジーボ点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(622364901) オプジーボ点滴静注２４０ｍｇ　２４ｍＬ(622662201) オプジーボ点滴静注１２０ｍｇ　１２ｍＬ(629911501)	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）(850600118)		（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。	別表Ⅱ 【項番40】
10900	共通	切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫に用いる場合は、医師要件の記載が必要です。（オプジーボ点滴静注）	病名に疑いを除く	悪性胸膜中皮腫(8842659) 限局性悪性胸膜中皮腫(1639005) **<<上記項目をORで登録する>>**	オプジーボ点滴静注２０ｍｇ　２ｍＬ(622364801) オプジーボ点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(622364901) オプジーボ点滴静注２４０ｍｇ　２４ｍＬ(622662201) オプジーボ点滴静注１２０ｍｇ　１２ｍＬ(629911501)		医師要件ア（オプジーボ点滴静注）(820600141) 医師要件イ（オプジーボ点滴静注）(820600183)	医師要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番41】
10901	共通	がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な進行・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・直腸癌に用いる場合は、MSI-Highを確認した検査の実施年月日、医師要件の記載が必要です。（オプジーボ点滴静注）	病名に疑いを除く	直腸癌(1541005) 結腸癌(1539002) 横行結腸癌(1531002) 下行結腸癌(1532002) Ｓ状結腸癌(1533003) 回盲部癌(1534001) 盲腸癌(1534004) 虫垂癌(1535002) 上行結腸癌(1536002) 大腸癌(1539004) 直腸癌術後再発(1541009) 肝弯曲部癌(8831682) 脾弯曲部癌(8839429) 遺伝性大腸癌(8842670) 遺伝性非ポリポーシス大腸癌(8842671) 大腸粘液癌(8842802) リンチ症候群(8849851) 直腸Ｓ状部癌(8850538) 転移性大腸癌(8850889) 転移性直腸癌(8850891) **<<上記項目をORで登録する>>**	オプジーボ点滴静注２０ｍｇ　２ｍＬ(622364801) オプジーボ点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(622364901) オプジーボ点滴静注２４０ｍｇ　２４ｍＬ(622662201) オプジーボ点滴静注１２０ｍｇ　１２ｍＬ(629911501)	ＭＳＩ－Ｈｉｇｈを確認した検査の実施年月日（オプジーボ点滴静注）(850600120)	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）(820600141) 医師要件イ（オプジーボ点滴静注）(820600183) 医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）(820600184)	医師要件、MSI-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	別表Ⅱ 【項番42】
10903	共通	根治切除不能な進行・再発の食道癌、食道癌における術後補助療法に用いる場合は、医師要件の記載が必要です。（オプジーボ点滴静注）	病名に疑いを除く	食道癌(1509003) 胸部食道癌(1501002) 上部食道癌(1503002) 頚部食道癌(1500002) 腹部食道癌(1502002) 中部食道癌(1504002) 下部食道癌(1505002) 胸部下部食道癌(8842701) 胸部上部食道癌(8842702) 胸部中部食道癌(8842703) 食道小細胞癌(8842751) 食道腺癌(8842753) 食道未分化癌(8842757) バレット食道癌(8844316) 食道胃接合部癌(8848065) 食道扁平上皮癌(8850656) **<<上記項目をORで登録する>>**	オプジーボ点滴静注２０ｍｇ　２ｍＬ(622364801) オプジーボ点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(622364901) オプジーボ点滴静注２４０ｍｇ　２４ｍＬ(622662201) オプジーボ点滴静注１２０ｍｇ　１２ｍＬ(629911501)		医師要件ア（オプジーボ点滴静注）(820600141) 医師要件イ（オプジーボ点滴静注）(820600183) 医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）(820600184)	医師要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番43】 【項番44】 【項番47】
10904	共通	原発不明癌に用いる場合は、医師要件、原発巣検索の検査の記載が必要です。（オプジーボ点滴静注）	病名に疑いを除く	原発不明癌(1991011)	オプジーボ点滴静注２０ｍｇ　２ｍＬ(622364801) オプジーボ点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(622364901) オプジーボ点滴静注２４０ｍｇ　２４ｍＬ(622662201) オプジーボ点滴静注１２０ｍｇ　１２ｍＬ(629911501)	検査等ア（オプジーボ点滴静注）(820600156) 検査等イ（オプジーボ点滴静注）(820600157) 検査等ウ（オプジーボ点滴静注）(820600158) 検査等エ（オプジーボ点滴静注）(820600159) 検査等オ（オプジーボ点滴静注）(820600160) 検査等カ（オプジーボ点滴静注）(820600161) 検査等キ（オプジーボ点滴静注）(820600162) 検査等ク（オプジーボ点滴静注）(820600163) **<<上記項目をORで登録する>>**	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）(820600141) 医師要件イ（オプジーボ点滴静注）(820600183)	医師要件、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を記載すること。 ア　胸部X線 イ　頭頸部・胸腹部・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　病理学的検索 キ　免疫組織化学的検索 ク　遺伝子・染色体検査	別表Ⅱ 【項番45】
10905	共通	医師要件の記載が必要です。（キイトルーダ点滴静注）			キイトルーダ点滴静注１００ｍｇ　４ｍＬ(622515801)		医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）(820600146) 医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）(820600148)	医師要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番57】 【項番58】 【項番59】 【項番60】 【項番63】 【項番67】 【項番68】 【項番69】 【項番70】 【項番71】 【項番72】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10906	共通	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌に対して単独投与又は他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、PD-L1の発現を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）又は併用投与の記載が必要です。（キイトルーダ点滴静注）	病名に疑いを除く グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ	下葉非小細胞肺癌(8847598) 上葉非小細胞肺癌(8847637) 中葉非小細胞肺癌(8847664) 非小細胞肺癌(8842053) 細気管支肺胞上皮癌(8833932) 肺腺癌(8838844) 肺大細胞癌(8838852) 肺扁平上皮癌(8838898) 肺腺扁平上皮癌(8842832) 下葉肺腺癌(8847595) 下葉肺大細胞癌(8847596) 下葉肺扁平上皮癌(8847597) 上葉肺腺癌(8847634) 上葉肺大細胞癌(8847635) 上葉肺扁平上皮癌(8847636) 中葉肺腺癌(8847661) 中葉肺大細胞癌(8847662) 中葉肺扁平上皮癌(8847663) 肺門部腺癌(8847676) 肺門部大細胞癌(8847677) 肺門部非小細胞癌(8847678) 肺門部扁平上皮癌(8847679) **<<上記項目をORで登録する>>**	キイトルーダ点滴静注１００ｍｇ　４ｍＬ(622515801)	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）(850600133) 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）；(830600118)	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）(820600171) 併用投与イ（キイトルーダ点滴静注）(820600174)	（本剤を単独で投与する場合） PD-L1 の発現を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載すること。 （本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合） 次に掲げる併用投与のうち、該当するものを記載すること。 ア　ペメトレキセド及びプラチナ製剤との併用投与 イ　カルボプラチン及びパクリタキセル又は nab-パクリタキセルとの併用投与	別表Ⅱ 【項番58】
10907	共通	再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌に用いる場合は、医師要件又は医師・歯科医師要件の記載が必要です。（キイトルーダ点滴静注）	病名に疑いを除く	頭頸部癌(1950008) 口腔癌(1459007) 中咽頭癌(1469004) 上咽頭癌(1479001) 下咽頭癌(1489003) 咽頭癌(1490001) 鼻腔癌(1600003) 上顎癌(1602001) 上咽頭悪性腫瘍(1611001) 喉頭癌(1619005) 頭部皮膚癌(1734002) 下咽頭後部癌(8831084) 臼後部癌(8832258) 頬粘膜癌(8832563) 口腔前庭癌(8833402) 鰓原性癌(8833941) 上咽頭後壁癌(8835375) 上咽頭上壁癌(8835376) 上咽頭前壁癌(8835377) 上咽頭側壁癌(8835378) 上顎洞癌(8835397) 鼻前庭癌(8839482) 鼻中隔癌(8839511) 輪状後部癌(8841093) 上顎結節部癌(8842593) 上顎歯肉頬移行部癌(8842595) 鼻腔悪性黒色腫(8842627) 頚部皮膚悪性腫瘍(8842712) 口腔悪性黒色腫(8843320) 転移性口腔癌(8843436) 中咽頭後壁癌(8846010) 頚部基底細胞癌(8846576) 頚部皮膚癌(8846578) 頚部有棘細胞癌(8846581) 項部基底細胞癌(8846598) 項部皮膚癌(8846599) 項部有棘細胞癌(8846601) 頭部基底細胞癌(8846882) 頭部有棘細胞癌(8846885) 転移性鼻腔癌(8847126) 副咽頭間隙悪性腫瘍(8847137) 下咽頭披裂喉頭蓋ひだ癌(8847687) 頚部脂腺癌(8847700) 頭部脂腺癌(8847721) 披裂喉頭蓋ひだ下咽頭面癌(8847727) 頚部メルケル細胞癌(8847944) 項部メルケル細胞癌(8847953) 頭部メルケル細胞癌(8847997) 頬粘膜腺房細胞癌(8849929) 頬粘膜腺様のう胞癌(8849930) 頬粘膜粘表皮癌(8849932) **<<上記項目をORで登録する>>**	キイトルーダ点滴静注１００ｍｇ　４ｍＬ(622515801)		医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）(820600146) 医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）(820600148) 医師・歯科医師要件ウ（キイトルーダ点滴静注）(820600139)	医師要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番62】
10908	共通		病名に疑いを除く	頭頸部癌(1950008) 口腔癌(1459007) 中咽頭癌(1469004) 上咽頭癌(1479001) 下咽頭癌(1489003) 咽頭癌(1490001) 鼻腔癌(1600003) 上顎癌(1602001) 上咽頭悪性腫瘍(1611001) 喉頭癌(1619005) 頭部皮膚癌(1734002) 下咽頭後部癌(8831084) 臼後部癌(8832258) 頬粘膜癌(8832563) 口腔前庭癌(8833402) 鰓原性癌(8833941) 上咽頭後壁癌(8835375) 上咽頭上壁癌(8835376) 上咽頭前壁癌(8835377) 上咽頭側壁癌(8835378) 上顎洞癌(8835397) 鼻前庭癌(8839482) 鼻中隔癌(8839511) 輪状後部癌(8841093) 上顎結節部癌(8842593) 上顎歯肉頬移行部癌(8842595) 鼻腔悪性黒色腫(8842627)	キイトルーダ点滴静注１００ｍｇ　４ｍＬ(622515801)		併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）(820600171)		

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
		再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌に対して本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、併用投与の記載が必要です。（キイトルーダ点滴静注）		頚部皮膚悪性腫瘍(8842712) 口腔悪性黒色腫(8843320) 転移性口腔癌(8843436) 中咽頭後壁癌(8846010) 頚部基底細胞癌(8846576) 頚部皮膚癌(8846578) 頚部有棘細胞癌(8846581) 項部基底細胞癌(8846598) 項部皮膚癌(8846599) 項部有棘細胞癌(8846601) 頭部基底細胞癌(8846882) 頭部有棘細胞癌(8846885) 転移性鼻腔癌(8847126) 副咽頭間隙悪性腫瘍(8847137) 下咽頭披裂喉頭蓋ひだ癌(8847687) 頚部脂腺癌(8847700) 頭部脂腺癌(8847721) 披裂喉頭蓋ひだ下咽頭面癌(8847727) 頚部メルケル細胞癌(8847944) 項部メルケル細胞癌(8847953) 頭部メルケル細胞癌(8847997) 頬粘膜腺房細胞癌(8849929) 頬粘膜腺様のう胞癌(8849930) 頬粘膜粘表皮癌(8849932) **<<上記項目をORで登録する>>**				（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。 ア　5-FU 及びプラチナ製剤との併用投与	別表Ⅱ 【項番62】
10909	共通	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌に対して本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、併用投与の記載が必要です。（キイトルーダ点滴静注）	病名に疑いを除く	腎細胞癌(1890010) 腎癌(1890009) 転移性腎腫瘍(1980004) 転移性腎癌(8850886) **<<上記項目をORで登録する>>**	キイトルーダ点滴静注１００ｍｇ　４ｍＬ(622515801)		併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）(820600171) 併用投与イ（キイトルーダ点滴静注）(820600174)	（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、該当するものを記載すること。 ア　アキシチニブとの併用投与 イ　レンバチニブとの併用投与	別表Ⅱ 【項番63】
10910	共通	根治切除不能な進行・再発の食道癌に用いる場合は、医師要件の記載が必要です。（キイトルーダ点滴静注）	病名に疑いを除く	食道癌(1509003) 胸部食道癌(1501002) 上部食道癌(1503002) 頚部食道癌(1500002) 腹部食道癌(1502002) 中部食道癌(1504002) 下部食道癌(1505002) 胸部下部食道癌(8842701) 胸部上部食道癌(8842702) 胸部中部食道癌(8842703) 食道小細胞癌(8842751) 食道未分化癌(8842757) バレット食道癌(8844316) 食道胃接合部癌(8848065) 食道扁平上皮癌(8850656) **<<上記項目をORで登録する>>**	キイトルーダ点滴静注１００ｍｇ　４ｍＬ(622515801)		医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）(820600146) 医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）(820600148) 医師要件ウ（キイトルーダ点滴静注）(820600145)	医師要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番64】
10911	共通	根治切除不能な進行・再発の食道癌に対して単独投与又は他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、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）又は併用投与の記載が必要です。（キイトルーダ点滴静注）	病名に疑いを除く グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ	食道癌(1509003) 胸部食道癌(1501002) 上部食道癌(1503002) 頚部食道癌(1500002) 腹部食道癌(1502002) 中部食道癌(1504002) 下部食道癌(1505002) 胸部下部食道癌(8842701) 胸部上部食道癌(8842702) 胸部中部食道癌(8842703) 食道小細胞癌(8842751) 食道未分化癌(8842757) バレット食道癌(8844316) 食道胃接合部癌(8848065) 食道扁平上皮癌(8850656) **<<上記項目をORで登録する>>**	キイトルーダ点滴静注１００ｍｇ　４ｍＬ(622515801)	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）(850600124) 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）；(830600107)	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）(820600171)	（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（「併用投与ア」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	別表Ⅱ 【項番64】
10912	共通	治癒切除不能な進行・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・直腸癌に用いる場合は、医師要件、MSI-Highを確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（キイトルーダ点滴静注）	病名に疑いを除く	直腸癌(1541005) 結腸癌(1539002) 回盲部癌(1534001) 盲腸癌(1534004) 大腸癌(1539004) 直腸癌術後再発(1541009) 遺伝性大腸癌(8842670) 遺伝性非ポリポーシス大腸癌(8842671) リンチ症候群(8849851) 直腸Ｓ状部癌(8850538) 転移性大腸癌(8850889) 転移性直腸癌(8850891) **<<上記項目をORで登録する>>**	キイトルーダ点滴静注１００ｍｇ　４ｍＬ(622515801)	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）(850600121)	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）(820600146) 医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）(820600148) 医師要件ウ（キイトルーダ点滴静注）(820600145)	医師要件、MSI-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	別表Ⅱ 【項番65】
10913	共通	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）、又は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の記載が必要です。（キイトルーダ点滴静注）	病名に疑いを除く グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ	乳癌(1749008) 乳癌再発(1749009) 術後乳癌(1749004) 乳腺悪性腫瘍(1749011) 乳房悪性腫瘍(1749015) 乳房肉腫(1749017) 炎症性乳癌(8830917) 乳房下外側部乳癌(8838464) 乳房下内側部乳癌(8838465) 乳房上外側部乳癌(8838475) 乳房上内側部乳癌(8838476) 乳房中央部乳癌(8838483) 乳房パジェット病(8838489) 進行乳癌(8842759) 乳房葉状腫瘍(8842826) 乳頭部乳癌(8845450) 乳房境界部乳癌(8845451) 乳輪部乳癌(8845452) 乳房血管肉腫(8848646) 乳房線維肉腫(8848647) 異所性乳癌(8848690) 浸潤性乳管癌(8848722) 多発乳癌(8848743) 乳頭腺管癌(8848773) 腋窩部乳癌(8848843) 転移性乳癌(8848981)	キイトルーダ点滴静注１００ｍｇ　４ｍＬ(622515801)	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）(850600124) 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）；(830600107)	ホルモン受容体陰性であることを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）(850600134) ＨＥＲ２陰性であることを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）(850600135) **<<２件該当とする>>**	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 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）、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。 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 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。	別表Ⅱ 【項番66】 【項番70】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
				非浸潤性小葉癌(8848992) 非浸潤性乳癌(8848993) 乳癌局所再発(8849815) 乳癌術後胸壁再発(8849816) 浸潤性小葉癌(8851421) **<<上記項目をORで登録する>>**					
10914	共通	本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、併用投与の記載が必要です。（キイトルーダ点滴静注）	病名に疑いを除く	乳癌(1749008) 乳癌再発(1749009) 術後乳癌(1749004) 乳腺悪性腫瘍(1749011) 乳房悪性腫瘍(1749015) 乳房肉腫(1749017) 炎症性乳癌(8830917) 乳房下外側部乳癌(8838464) 乳房下内側部乳癌(8838465) 乳房上外側部乳癌(8838475) 乳房上内側部乳癌(8838476) 乳房中央部乳癌(8838483) 乳房パジェット病(8838489) 進行乳癌(8842759) 乳房葉状腫瘍(8842826) 乳頭部乳癌(8845450) 乳房境界部乳癌(8845451) 乳輪部乳癌(8845452) 乳房血管肉腫(8848646) 乳房線維肉腫(8848647) 異所性乳癌(8848690) 浸潤性乳管癌(8848722) 多発乳癌(8848743) 乳頭腺管癌(8848773) 腋窩部乳癌(8848843) 転移性乳癌(8848981) 非浸潤性小葉癌(8848992) 非浸潤性乳癌(8848993) 乳癌局所再発(8849815) 乳癌術後胸壁再発(8849816) 浸潤性小葉癌(8851421) **<<上記項目をORで登録する>>**	キイトルーダ点滴静注１００ｍｇ　４ｍＬ(622515801)		併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）(820600171) 併用投与イ（キイトルーダ点滴静注）(820600174) 併用投与ウ（キイトルーダ点滴静注）(820600177)	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 （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	別表Ⅱ 【項番66】
10915	共通	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌に用いる場合は、医師要件の記載が必要です。（テセントリク点滴静注）	病名に疑いを除く	下葉非小細胞肺癌(8847598) 上葉非小細胞肺癌(8847637) 中葉非小細胞肺癌(8847664) 非小細胞肺癌(8842053) 細気管支肺胞上皮癌(8833932) 肺腺癌(8838844) 肺大細胞癌(8838852) 肺扁平上皮癌(8838898) 肺腺扁平上皮癌(8842832) 下葉肺腺癌(8847595) 下葉肺大細胞癌(8847596) 下葉肺扁平上皮癌(8847597) 上葉肺腺癌(8847634) 上葉肺大細胞癌(8847635) 上葉肺扁平上皮癌(8847636) 中葉肺腺癌(8847661) 中葉肺大細胞癌(8847662) 中葉肺扁平上皮癌(8847663) 肺門部腺癌(8847676) 肺門部大細胞癌(8847677) 肺門部非小細胞癌(8847678) 肺門部扁平上皮癌(8847679) **<<上記項目をORで登録する>>**	テセントリク点滴静注１２００ｍｇ　１，２００ｍｇ２０ｍＬ(622594601)		医師要件ア（テセントリク点滴静注）(820600147) 医師要件イ（テセントリク点滴静注）(820600149) 医師要件ウ（テセントリク点滴静注）(820600316)	医師要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番103】
10916	共通	進展型小細胞肺癌に用いる場合は、医師要件の記載が必要です。（テセントリク点滴静注）	病名に疑いを除く	小細胞肺癌(8842185) **<<修飾語：進展型(7553)を設定>>** 肺門部肺癌(8842835) 下葉小細胞肺癌(8847594) 上葉小細胞肺癌(8847633) 中葉小細胞肺癌(8847660) 肺門部小細胞癌(8847675) **<<上記項目をORで登録する>>**	テセントリク点滴静注１２００ｍｇ　１，２００ｍｇ２０ｍＬ(622594601)		医師要件ア（テセントリク点滴静注）(820600147) 医師要件イ（テセントリク点滴静注）(820600149)	医師要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番104】
10917	共通	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌に対して本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、併用投与の記載が必要です。（テセントリク点滴静注）	病名に疑いを除く	下葉非小細胞肺癌(8847598) 上葉非小細胞肺癌(8847637) 中葉非小細胞肺癌(8847664) 非小細胞肺癌(8842053) 細気管支肺胞上皮癌(8833932) 肺腺癌(8838844) 肺大細胞癌(8838852) 肺扁平上皮癌(8838898) 肺腺扁平上皮癌(8842832) 下葉肺腺癌(8847595) 下葉肺大細胞癌(8847596) 下葉肺扁平上皮癌(8847597) 上葉肺腺癌(8847634) 上葉肺大細胞癌(8847635) 上葉肺扁平上皮癌(8847636) 中葉肺腺癌(8847661) 中葉肺大細胞癌(8847662) 中葉肺扁平上皮癌(8847663) 肺門部腺癌(8847676) 肺門部大細胞癌(8847677) 肺門部非小細胞癌(8847678) 肺門部扁平上皮癌(8847679) **<<上記項目をORで登録する>>**	テセントリク点滴静注１２００ｍｇ　１，２００ｍｇ２０ｍＬ(622594601)		併用投与ア（テセントリク点滴静注）(820600172) 併用投与イ（テセントリク点滴静注）(820600175) 併用投与ウ（テセントリク点滴静注）(820600178)	（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、該当するもの記載すること。 　ア　カルボプラチン、パクリタキセル及びペバシズマブ（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）及びペメ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	別表Ⅱ 【項番103】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10918	共通	化学療法歴のないPD-L1陽性(TC3又はIC3)の非小細胞肺癌患者に単独投与する場合、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の記載が必要です。(テセントリク点滴静注)	病名に疑いを除く	下葉非小細胞肺癌(8847598) 上葉非小細胞肺癌(8847637) 中葉非小細胞肺癌(8847664) 非小細胞肺癌(8842053) 細気管支肺胞上皮癌(8833932) 肺腺癌(8838844) 肺大細胞癌(8838852) 肺扁平上皮癌(8838898) 肺腺扁平上皮癌(8842832) 下葉肺腺癌(8847595) 下葉肺大細胞癌(8847596) 下葉肺扁平上皮癌(8847597) 上葉肺腺癌(8847634) 上葉肺大細胞癌(8847635) 上葉肺扁平上皮癌(8847636) 中葉肺腺癌(8847661) 中葉肺大細胞癌(8847662) 中葉肺扁平上皮癌(8847663) 肺門部腺癌(8847676) 肺門部大細胞癌(8847677) 肺門部非小細胞癌(8847678) 肺門部扁平上皮癌(8847679) **<<上記項目をORで登録する>>**	テセントリク点滴静注１２００ｍｇ　１，２００ｍｇ２０ｍＬ(622594601)	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）(850600117) 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）(850600115) 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）(850600125)		（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。	別表Ⅱ 【項番103】
10919	共通	切除不能な肝細胞癌に用いる場合は、本製剤投与時におけるChild-Pugh分類、医師要件の記載が必要です。（テセントリク点滴静注）	病名に疑いを除く	肝細胞癌(1550005) 肝癌(1550004) 原発性肝癌(1550012) 肝内胆管癌(1551002) 肝芽腫(8831496) 肝奇形腫(8831498) 肝のう胞腺癌(8831666) 肝門部癌(8831679) **<<上記項目をORで登録する>>**	テセントリク点滴静注１２００ｍｇ　１，２００ｍｇ２０ｍＬ(622594601)	投与時におけるＣｈｉｌｄ－Ｐｕｇｈ分類（テセントリク点滴静注）；(830600114)	医師要件ア（テセントリク点滴静注）(820600147) 医師要件イ（テセントリク点滴静注）(820600149)	医師要件、本製剤投与時におけるChild-Pugh分類を記載すること。	別表Ⅱ 【項番106】
10920	共通	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に用いる場合は、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、医師要件の記載が必要です。（テセントリク点滴静注）	病名に疑いを除く	乳癌(1749008) 乳癌再発(1749009) 術後乳癌(1749004) 乳腺悪性腫瘍(1749011) 乳房悪性腫瘍(1749015) 乳房肉腫(1749017) 炎症性乳癌(8830917) 乳房下外側部乳癌(8838464) 乳房下内側部乳癌(8838465) 乳房上外側部乳癌(8838475) 乳房上内側部乳癌(8838476) 乳房中央部乳癌(8838483) 乳房パジェット病(8838489) 進行乳癌(8842759) 乳房葉状腫瘍(8842826) 乳頭部乳癌(8845450) 乳房境界部乳癌(8845451) 乳輪部乳癌(8845452) 乳房血管肉腫(8848646) 乳房線維肉腫(8848647) 異所性乳癌(8848690) 浸潤性乳管癌(8848722) 多発乳癌(8848743) 乳頭腺管癌(8848773) 腋窩部乳癌(8848843) 転移性乳癌(8848981) 非浸潤性小葉癌(8848992) 非浸潤性乳癌(8848993) 乳癌局所再発(8849815) 乳癌術後胸壁再発(8849816) **<<上記項目をORで登録する>>**	テセントリク点滴静注８４０ｍｇ　１４ｍＬ(629900601)	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）(850600141) 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）(850600142) ＨＥＲ２陰性であることを確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）(850600143)	医師要件ア（テセントリク点滴静注）(820600147) 医師要件イ（テセントリク点滴静注）(820600149)	医師要件、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。	別表Ⅱ 【項番105】
10921	共通	イピリムマブ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、患者要件の記載が必要です。（オブジーボ点滴静注＋ヤーボイ点滴静注液20mg）	病名に疑いを除く	腎癌(1890009) ヤーボイ点滴静注液２０ｍｇ　４ｍＬ(629917301)	オブジーボ点滴静注２０ｍｇ　２ｍＬ(622364801) オブジーボ点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(622364901) オブジーボ点滴静注２４０ｍｇ　２４ｍＬ(622662201) オブジーボ点滴静注１２０ｍｇ　１２ｍＬ(629911501)		患者要件ア（オブジーボ点滴静注）(820600152) 患者要件イ（オブジーボ点滴静注）(820600154)	（本製剤とイピリムマブ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。 ア　IMDC リスク分類：intermediate リスク イ　IMDC リスク分類：poor リスク	別表Ⅱ 【項番38】
10922	共通	イピリムマブ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、患者要件の記載が必要です。（オブジーボ点滴静注＋ヤーボイ点滴静注液50mg）	病名に疑いを除く	腎癌(1890009) ヤーボイ点滴静注液５０ｍｇ　１０ｍＬ(622440501)	オブジーボ点滴静注２０ｍｇ　２ｍＬ(622364801) オブジーボ点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(622364901) オブジーボ点滴静注２４０ｍｇ　２４ｍＬ(622662201) オブジーボ点滴静注１２０ｍｇ　１２ｍＬ(629911501)		患者要件ア（オブジーボ点滴静注）(820600152) 患者要件イ（オブジーボ点滴静注）(820600154)	（本製剤とイピリムマブ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。 ア　IMDC リスク分類：intermediate リスク イ　IMDC リスク分類：poor リスク	別表Ⅱ 【項番38】
10923	共通	イピリムマブ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、患者要件の記載が必要です。（オブジーボ点滴静注＋ヤーボイ点滴静注液20mg）	病名に疑いを除く	転移性腎腫瘍(1980004) ヤーボイ点滴静注液２０ｍｇ　４ｍＬ(629917301)	オブジーボ点滴静注２０ｍｇ　２ｍＬ(622364801) オブジーボ点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(622364901) オブジーボ点滴静注２４０ｍｇ　２４ｍＬ(622662201) オブジーボ点滴静注１２０ｍｇ　１２ｍＬ(629911501)		患者要件ア（オブジーボ点滴静注）(820600152) 患者要件イ（オブジーボ点滴静注）(820600154)	（本製剤とイピリムマブ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。 ア　IMDC リスク分類：intermediate リスク イ　IMDC リスク分類：poor リスク	別表Ⅱ 【項番38】
10924	共通	イピリムマブ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、患者要件の記載が必要です。（オブジーボ点滴静注＋ヤーボイ点滴静注液50mg）	病名に疑いを除く	転移性腎腫瘍(1980004) ヤーボイ点滴静注液５０ｍｇ　１０ｍＬ(622440501)	オブジーボ点滴静注２０ｍｇ　２ｍＬ(622364801) オブジーボ点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(622364901) オブジーボ点滴静注２４０ｍｇ　２４ｍＬ(622662201) オブジーボ点滴静注１２０ｍｇ　１２ｍＬ(629911501)		患者要件ア（オブジーボ点滴静注）(820600152) 患者要件イ（オブジーボ点滴静注）(820600154)	（本製剤とイピリムマブ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。 ア　IMDC リスク分類：intermediate リスク イ　IMDC リスク分類：poor リスク	別表Ⅱ 【項番38】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10925	共通	イピリムマブ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、患者要件の記載が必要です。（オブジーボ点滴静注＋ヤーボイ点滴静注液20mg）	病名に疑いを除く	転移性腎癌(8850886) ヤーボイ点滴静注液２０ｍｇ　４ｍＬ(629917301)	オブジーボ点滴静注２０ｍｇ　２ｍＬ(622364801) オブジーボ点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(622364901) オブジーボ点滴静注２４０ｍｇ　２４ｍＬ(622662201) オブジーボ点滴静注１２０ｍｇ　１２ｍＬ(629911501)		患者要件ア（オブジーボ点滴静注）(820600152) 患者要件イ（オブジーボ点滴静注）(820600154)	（本製剤とイピリムマブ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。 ア　IMDC リスク分類：intermediate リスク イ　IMDC リスク分類：poor リスク	別表Ⅱ 【項番38】
10926	共通	イピリムマブ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、患者要件の記載が必要です。（オブジーボ点滴静注＋ヤーボイ点滴静注液50mg）	病名に疑いを除く	転移性腎癌(8850886) ヤーボイ点滴静注液５０ｍｇ　１０ｍＬ(622440501)	オブジーボ点滴静注２０ｍｇ　２ｍＬ(622364801) オブジーボ点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(622364901) オブジーボ点滴静注２４０ｍｇ　２４ｍＬ(622662201) オブジーボ点滴静注１２０ｍｇ　１２ｍＬ(629911501)		患者要件ア（オブジーボ点滴静注）(820600152) 患者要件イ（オブジーボ点滴静注）(820600154)	（本製剤とイピリムマブ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。 ア　IMDC リスク分類：intermediate リスク イ　IMDC リスク分類：poor リスク	別表Ⅱ 【項番38】
10927	DPC病院以外	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の場合、CD19抗原陽性を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（キムリア点滴静注）			キムリア点滴静注(629700401)		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）(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について記載すること。	別表Ⅱ 【項番73】
10928	DPC病院	同一月に２回以上の算定の場合、当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載する必要があります。（フェリチン半定量、フェリチン定量）	２回以上		フェリチン半定量(160036810) フェリチン定量(160192510) **<<回数を２回以上とする>>**		検査実施年月日及び検査結果（フェリチン）(880100013)	（同一月に2回以上の算定の場合） 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。【D007の25】	別表Ⅲ D007の25 【項番2】
10929	DPC病院	同一日に２回以上の算定の場合、当該検査（Ｈｂ測定に限る）の実施年月日及び前回測定値をすべて記載する必要があります。（末梢血液一般検査）	２回以上 同日		末梢血液一般検査(160008010) **<<回数を２回以上とする>>**		検査実施年月日及び検査結果（末梢血液一般（Ｈｂ測定））(880100014)	（同一日に2回以上の算定の場合） 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。【D005の5】	別表Ⅲ D005の5 【項番3】
10930	DPC病院	同一月に３回以上の算定の場合、当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載する必要があります。（Ｄダイマー）	３回以上		Ｄダイマー(160114010) **<<回数を３回以上とする>>**		検査実施年月日及び検査結果（Ｄダイマー）(880100015)	（同一月に3回以上の算定の場合） 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。【D006の17】	別表Ⅲ D006の15 【項番4】
10931	DPC病院	同一月に２回以上の算定の場合、当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載する必要があります。（β２－マイクログロブリン、β２－マイクログロブリン（尿））	２回以上		β２－マイクログロブリン(160036610) β２－マイクログロブリン（尿）(160137550) **<<回数を２回以上とする>>**		検査実施年月日及び検査結果（β２－マイクログロブリン）(880100016)	（同一月に2回以上の算定の場合） 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。【D015の11】	別表Ⅲ D015の10 【項番5】
10932	DPC病院	血栓性血小板減少性紫斑病の算定可否の場合、検査の実施年月日及び血小板値の記載が必要です。（血漿交換療法）		血栓性血小板減少性紫斑病(4466002) 後天性血栓性血小板減少性紫斑病(8849965) 先天性血栓性血小板減少性紫斑病(8847881) **<<上記項目をORで登録する>>**	血漿交換療法(140008210)		検査実施年月日及び血小板値（血漿交換療法）(880100017)	（血栓性血小板減少性紫斑病の算定可否の場合） 検査の実施年月日及び血小板値を記載すること。 【J039】	別表Ⅲ J039 【項番6】
10933	DPC病院	本製剤を投与するにあたりHb値を測定した場合は、投与の直前に測定したHb値、測定年月日の記載が必要です。（赤血球液－ＬＲ「日赤」など）			赤血球液－ＬＲ「日赤」　血液２００ｍＬに由来する赤血球(621772801) 赤血球液－ＬＲ「日赤」　血液４００ｍＬに由来する赤血球(621772901) 照射赤血球液－ＬＲ「日赤」　血液２００ｍＬに由来する赤血球(621772001) 照射赤血球液－ＬＲ「日赤」　血液４００ｍＬに由来する赤血球(621772101) 解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」　血液２００ｍＬに由来する赤血球(622191101) 解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」　血液４００ｍＬに由来する赤血球(622191201) 照射解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」　血液２００ｍＬに由来する赤血球(622191701) 照射解凍赤血球液－ＬＲ「日赤」　血液４００ｍＬに由来する赤血球(622191801) 洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」　血液２００ｍＬに由来する赤血球(622190901) 洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」　血液４００ｍＬに由来する赤血球(622191001) 照射洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」　血液２００ｍＬに由来する赤血球(622191501) 照射洗浄赤血球液－ＬＲ「日赤」　血液４００ｍＬに由来する赤血球(622191601)		検査実施年月日及びＨｂ値（人赤血球液等）(880100018)	本製剤を投与するにあたってＨｂ値を測定した場合は、投与の直前に測定したＨｂ値を記載すること。 また測定した年月日を記載すること。	別表Ⅲ 【項番7】
10934	DPC病院	本製剤を投与するにあたり血小板値を測定した場合は、投与の直前に測定した血小板値、測定年月日の記載が必要です。（濃厚血小板－ＬＲ「日赤」など）			濃厚血小板－ＬＲ「日赤」　１単位約２０ｍＬ(621609201) 濃厚血小板－ＬＲ「日赤」　２単位約４０ｍＬ(621609301) 濃厚血小板－ＬＲ「日赤」　５単位約１００ｍＬ(621609401) 濃厚血小板－ＬＲ「日赤」　１０単位約２００ｍＬ(621609501) 濃厚血小板－ＬＲ「日赤」　１５単位約２５０ｍＬ(621609601) 濃厚血小板－ＬＲ「日赤」　２０単位約２５０ｍＬ(621609701) 濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」　１０単位約２００ｍＬ(621609801) 濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」　１５単位約２５０ｍＬ(621609901) 濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」　２０単位約２５０ｍＬ(621610001) 照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」　１単位約２０ｍＬ(621602201) 照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」　２単位約４０ｍＬ(621602301) 照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」　５単位約１００ｍＬ(621602401) 照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」　１０単位約２００ｍＬ(621602501) 照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」　１５単位約２５０ｍＬ(621602601) 照射濃厚血小板－ＬＲ「日赤」　２０単位約２５０ｍＬ(621602701) 照射洗浄血小板－ＬＲ「日赤」　１０単位約２００ｍＬ(622487001) 照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」　１０単位約２００ｍＬ(621602801) 照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」　１５単位約２５０ｍＬ(621602901) 照射濃厚血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」　２０単位約２５０ｍＬ(621603001) 照射洗浄血小板ＨＬＡ－ＬＲ「日赤」　１０単位約２００ｍＬ(622487101)		検査実施年月日及び血小板値（人血小板濃厚液等）(880100025)	本製剤を投与するにあたって血小板値を測定した場合は、投与の直前に測定した血小板値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	別表Ⅲ 【項番8】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10935	DPC病院	本製剤を投与するにあたりプロトロンビン時間（PT）及びフィブリノゲン値を測定した場合は、投与の直前に測定したPT（ＩＮＲ又は%）及びフィブリノゲン値、測定年月日の記載が必要です。（新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」）			新鮮凍結血漿－ＬＲ日赤１２０　血液２００ｍＬ相当に由来する血漿(621772601) 新鮮凍結血漿－ＬＲ日赤２４０　血液４００ｍＬ相当に由来する血漿(621772701) 新鮮凍結血漿－ＬＲ「日赤」４８０　４８０ｍＬ(622192101)	検査実施年月日及びフィブリノゲン値（新鮮凍結人血漿）(880100091)		本製剤を投与するにあたってプロトロンビン時間（PT）及びフィブリノゲン値を測定した場合は、投与の直前に測定したPT（ＩＮＲ又は%）及びフィブリノゲン値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	別表Ⅲ 【項番9】
10936	DPC病院	血小板に対する同種抗体を保有し、血小板輸血不応状態が過去又は現在みられるグランツマン血小板無力症患者の出血傾向の抑制に対して投与以前に抗血小板抗体検査を実施した場合は、検査結果、測定年月日の記載が必要です。（ノボセブンHI静注用）	病名に疑いを除く	血小板無力症(2871008)	ノボセブンＨＩ静注用１ｍｇ　シリンジ　１ｍＬ（溶解液付）(622366301) ノボセブンＨＩ静注用２ｍｇ　シリンジ　２ｍＬ（溶解液付）(622366401) ノボセブンＨＩ静注用５ｍｇ　シリンジ　５ｍＬ（溶解液付）(622366501)		検査実施年月日及び抗血小板抗体検査値（ノボセブンＨＩ静注用１ｍｇ　シリンジ等）(880100049)	（血小板に対する同種抗体を保有し、血小板輸血不応状態が過去又は現在みられるグランツマン血小板無力症患者の出血傾向の抑制の場合） 製剤を投与するに当たって、投与以前に抗血小板抗体検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	別表Ⅲ 【項番18】
10937	DPC病院	投与以前に血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子に対するインヒビターの力価を測定した場合は測定結果、測定年月日の記載が必要です。（ノボセブンHI静注用）	病名に疑いを除く	第ＶＩＩ因子欠乏症(8847221) 血友病(2860001) 血友病Ａ(2860002) 血友病性出血(8833200) 第ＶＩＩＩ因子インヒビター陽性先天性血友病(8845702) 血友病Ｂ(2861002) 第ＩＸ因子インヒビター陽性先天性血友病(8845703) **<<上記項目をORで登録する>>**	ノボセブンＨＩ静注用１ｍｇ　シリンジ　１ｍＬ（溶解液付）(622366301) ノボセブンＨＩ静注用２ｍｇ　シリンジ　２ｍＬ（溶解液付）(622366401) ノボセブンＨＩ静注用５ｍｇ　シリンジ　５ｍＬ（溶解液付）(622366501)		検査実施年月日及びインヒビターの力価（ノボセブンＨＩ静注用１ｍｇ　シリンジ等）(880100046)	（血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子に対するインヒビターを保有する先天性血友病患者の出血抑制の場合） 本製剤を投与するに当たって、投与以前に血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子に対するインヒビターの力価を測定した場合は測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	別表Ⅲ 【項番13】
10938	DPC病院	全身型重症筋無力症に対し、本製剤を投与するに当たり投与以前に抗アセチルコリン受容体抗体検査を実施した場合は、測定結果、測定年月日の記載が必要です。（ソリリス点滴静注）	病名に疑いを除く	全身型重症筋無力症(8846179)	ソリリス点滴静注３００ｍｇ　３０ｍＬ(621984301)		検査実施年月日及び抗アセチルコリン受容体抗体検査値（ソリリス点滴静注３００ｍｇ）(880100050)	（全身型重症筋無力症（免疫グロブリン大量静注療法又は血液浄化療法による症状の管理が困難な場合に限る。）の場合） 本製剤を投与するに当たって、投与以前に抗アセチルコリン受容体抗体検査を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	別表Ⅲ 【項番14】
10939	DPC病院	本製剤を投与するに当たり投与以前に抗アクアポリン4（AQP4）抗体検査を実施した場合は、検査結果、測定年月日の記載が必要です。（ユプリズナ点滴静注）			ユプリズナ点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(629912401)		検査実施年月日及び抗アクアポリン４（ＡＱＰ４）抗体検査値（ユプリズナ点滴静注１００ｍｇ）(880100083)	本製剤を投与するに当たって、投与以前に抗アクアポリン4（AQP4）抗体検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	別表Ⅲ 【項番16】
10940	DPC病院	本製剤を投与するに当たり投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果、測定年月日の記載が必要です。（ゼヴァリン　イットリウム（90Y）静注用セット）			ゼヴァリン　イットリウム（９０Ｙ）静注用セット(620006806)		検査実施年月日及びＣＤ２０抗原検査値（ゼヴァリン　イットリウム（９０Ｙ）静注用セット）(880100084)	本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。 また、測定した年月日を記載すること。	別表Ⅲ 【項番17】
10941	DPC病院	本製剤を投与するに当たり投与以前に抗アクアポリン4（AQP4）抗体検査を実施した場合は、検査結果、測定年月日の記載が必要です。（エンスプリング皮下注）			エンスプリング皮下注１２０ｍｇシリンジ　１ｍＬ(629908101)		検査実施年月日及び抗アクアポリン４（ＡＱＰ４）抗体検査値（エンスプリング皮下注１２０ｍｇシリンジ）(880100085)	本製剤を投与するに当たって、投与以前に抗アクアポリン4（AQP4）抗体検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	別表Ⅲ 【項番18】
10942	DPC病院	本製剤を投与するに当たり投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果、測定年月日の記載が必要です。（エルカルチンＦＦ錠など）			エルカルチンＦＦ錠１００ｍｇ(622305801) エルカルチンＦＦ錠２５０ｍｇ(622305901) エルカルチンＦＦ内用液１０％(622198601) エルカルチンＦＦ内用液１０％分包５ｍＬ(622583701) エルカルチンＦＦ内用液１０％分包１０ｍＬ(622583801) エルカルチンＦＦ静注１０００ｍｇシリンジ　１，０００ｍｇ５ｍＬ(622513201) エルカルチンＦＦ静注１千ｍｇシリンジ　１千ｍｇ５ｍＬ（遮）(672513201)		検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果（エルカルチンＦＦ錠１００ｍｇ等）(880100076)	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	別表Ⅲ 【項番27】
10947	DPC病院	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に対して投与以前にCD19抗原検査を実施した場合は、検査結果、測定年月日の記載が必要です。（キムリア点滴静注）			キムリア点滴静注(629700401)		検査実施年月日及びＣＤ１９抗原検査値（キムリア点滴静注）(880100054)	（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の場合） 本製品を投与するに当たって、投与以前にCD19抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。 また、測定した年月日を記載すること。	別表Ⅲ 【項番15】
10948	DPC病院	本製剤を投与するに当たり投与以前に血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子に対するインヒビター力価を測定した場合は、測定結果、測定年月日を記載すること。（ファイバ注射用）			ファイバ静注用１０００　１，０００単位２０ｍＬ（溶解液付）(621384901)		検査実施年月日及びインヒビター力価（ファイバ静注用１０００）(880100041)	本製剤を投与するに当たって、投与以前に血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子に対するインヒビター力価を測定した場合は、測定結果を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	別表Ⅲ 【項番10】
10949	DPC病院	本製剤を投与するに当たり投与以前に血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子に対するインヒビター力価を測定した場合は、測定結果、測定年月日の記載が必要です。（バイクロット配合静注用）			バイクロット配合注　第７ａ因子１．５ｍｇ第Ｘ因子１５ｍｇ溶解液付(622367201) バイクロット配合注２．５ｍＬ　第７ａ因子１．５第Ｘ因子１５溶解液(622367202) バイクロット配合注５ｍＬ　第７ａ因子３．０第Ｘ因子３０溶解液付(622979301) バイクロット配合注１０ｍＬ　第７ａ因子６．０第Ｘ因子６０溶解液付(622979401)		検査実施年月日及びインヒビター力価（バイクロット配合静注用）(880100044)	本製剤を投与するに当たって、投与以前に血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子に対するインヒビター力価を測定した場合は、測定結果を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	別表Ⅲ 【項番11】
10950	DPC病院	本製剤を投与するに当たり投与以前に血清AFP値を測定した場合、測定結果が陽性であった旨（「+」）、測定年月日の記載が必要です。（サイラムザ点滴静注液）			サイラムザ点滴静注液１００ｍｇ　１０ｍＬ(622417901) サイラムザ点滴静注液５００ｍｇ　５０ｍＬ(622418001)		検査実施年月日及び血清ＡＦＰ測定結果（＋）（サイラムザ点滴静注液１００ｍｇ等）(880100082)	（本製剤を投与するに当たって、投与以前に血清AFP値を測定した場合） 測定結果が陽性であった旨（「+」）を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	別表Ⅲ 【項番12】
10951	DPC病院	本製剤を投与するに当たり投与以前にCD22抗原検査を実施した場合は、検査結果、測定年月日の記載が必要です。（ベスポンサ点滴静注用）			ベスポンサ点滴静注用１ｍｇ(622622401)		検査実施年月日及びＣＤ２２抗原検査値（ベスポンサ点滴静注用１ｍｇ）(880100086)	本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD22抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。 また、測定した年月日を記載すること。	別表Ⅲ 【項番19】
10952	DPC病院	本製剤を投与するに当たり投与以前にFGF23を測定した場は、検査結果、測定年月日の記載が必要です。（クリースビータ皮下注）			クリースビータ皮下注１０ｍｇ　１ｍＬ(629902001) クリースビータ皮下注２０ｍｇ　１ｍＬ(629902101) クリースビータ皮下注３０ｍｇ　１ｍＬ(629902201)		検査実施年月日及びＦＧＦ２３検査値（クリースビータ皮下注１０ｍｇ等）(880100087)	本製剤を投与するに当たって、投与以前にFGF23を測定した場は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	別表Ⅲ 【項番20】
10953	DPC病院	本製剤を投与するに当たり投与以前にCD30抗原検査を実施した場合は、検査結果と測定年月日の記載が必要です。（アドセトリス点滴静注用）			アドセトリス点滴静注用５０ｍｇ(622335601)		検査実施年月日及びＣＤ３０抗原検査値（アドセトリス点滴静注用５０ｍｇ）(880100088)	本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD30抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。 また、測定した年月日を記載すること。	別表Ⅲ 【項番21】
10954	DPC病院	本製剤を投与するに当たり投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果、測定年月日の記載が必要です。（ガザイバ点滴静注）			ガザイバ点滴静注１０００ｍｇ　１，０００ｍｇ４０ｍＬ(622607302)		検査実施年月日及びＣＤ２０抗原検査値（ガザイバ点滴静注１０００ｍｇ）(880100089)	本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。 また、測定した年月日を記載すること。	別表Ⅲ 【項番22】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10955	DPC病院	本製剤を投与するに当たり投与以前にCCR4抗原検査を実施した場合は、検査結果、測定年月日の記載が必要です。（ポテリジオ点滴静注）	病名に疑いを除く	ＣＣＲ４陽性成人Ｔ細胞白血病リンパ腫(8847282) ＣＣＲ４陽性末梢性Ｔ細胞リンパ腫(8848111) **<<上記項目をORで登録する>>**	ポテリジオ点滴静注２０ｍｇ　５ｍＬ(622149401)		検査実施年月日及びＣＣＲ４抗原検査値（ポテリジオ点滴静注２０ｍｇ）(880100065)	（「CCR4陽性の成人T細胞白血病リンパ腫」又は「再発又は難治性のCCR4陽性の末梢性T細胞リンパ腫」の場合） 本製剤を投与するに当たって、投与以前にCCR4抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。 また、測定した年月日を記載すること。	別表Ⅲ 【項番23】
10956	DPC病院	本製剤を投与するに当たり投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果、測定年月日の記載が必要です。（リツキサン点滴静注）	病名に疑いを除く	Ｂ細胞性移植後リンパ増殖性疾患(8847826) 慢性リンパ性白血病(2041001) ＣＤ２０陽性Ｂ細胞性非ホジキンリンパ腫(8848431) **<<上記項目をORで登録する>>**	リツキサン点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(621433602) リツキサン点滴静注５００ｍｇ　５０ｍＬ(621433702)		検査実施年月日及びＣＤ２０抗原検査値（リツキサン点滴静注１００ｍｇ等）(880100067)	（「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」又は「免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患」の場合） 本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。 また、測定した年月日を記載すること。	別表Ⅲ 【項番24】
10957	DPC病院	本製剤を投与するに当たり投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果、測定年月日の記載が必要です。（リツキシマブＢＳ点滴静注「ＫＨＫ」）	病名に疑いを除く	Ｂ細胞性移植後リンパ増殖性疾患(8847826) ＣＤ２０陽性Ｂ細胞性非ホジキンリンパ腫(8848431) **<<上記項目をORで登録する>>**	リツキシマブＢＳ点滴静注１００ｍｇ「ＫＨＫ」　１０ｍＬ(622589201) リツキシマブＢＳ点滴静注５００ｍｇ「ＫＨＫ」　５０ｍＬ(622589301)		検査実施年月日及びＣＤ２０抗原検査値（リツキシマブＢＳ点滴静注１００ｍｇ「ＫＨＫ」等）(880100070)	（「CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫」又は「免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患」の場合） 本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。 また、測定した年月日を記載すること。	別表Ⅲ 【項番25】
10958	DPC病院	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対し投与以前にHb濃度を測定した場合は、貯血量、体重、測定結果、測定年月日の記載が必要です。（エポジン注シリンジ1500など）			エポジン注シリンジ１５００　１，５００国際単位０．５ｍＬ(640463038) エポジン注シリンジ３０００　３，０００国際単位０．５ｍＬ(640463039)		貯血量（エポジン注シリンジ１５００等）；(830600016) 投与する前の患者の体重（エポジン注シリンジ１５００等）；(830600017) 検査実施年月日及びＨｂ濃度値（エポジン注シリンジ１５００等）(880100081)	別表Ⅱ（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。 別表Ⅲ（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の場合） 本製剤を投与するに当たって、投与以前にHb濃度を測定した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	別表Ⅱ 【項番28】 別表Ⅲ 【項番32】
10959	DPC病院	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対し投与以前にHb濃度を測定した場合は、貯血量、体重、測定結果、測定年月日の記載が必要です。（エポジン皮下注24000）			エポジン皮下注シリンジ２４０００　２４，０００国際単位０．５ｍＬ(621997901)		貯血量（エポジン皮下注シリンジ２４０００）；(830600019) 投与する前の患者の体重（エポジン皮下注シリンジ２４０００）；(830600020) 検査実施年月日及びＨｂ濃度値（エポジン注シリンジ１５００等）(880100081)	別表Ⅱ（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。 別表Ⅲ（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の場合） 本製剤を投与するに当たって、投与以前にHb濃度を測定した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	別表Ⅱ 【項番29】 別表Ⅲ 【項番32】
10960	DPC病院	本製剤を投与するに当たり投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果、測定年月日の記載が必要です。（リツキシマブＢＳ点滴静注「ファイザー」）	病名に疑いを除く	Ｂ細胞性移植後リンパ増殖性疾患(8847826) ＣＤ２０陽性Ｂ細胞性非ホジキンリンパ腫(8848431) **<<上記項目をORで登録する>>**	リツキシマブＢＳ点滴静注１００ｍｇ「ファイザー」　１０ｍＬ(629906101) リツキシマブＢＳ点滴静注５００ｍｇ「ファイザー」　５０ｍＬ(629906201)		検査実施年月日及びＣＤ２０抗原検査値（リツキシマブＢＳ点滴静注１００ｍｇ「ファイザー」等）(880100073)	（「CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫」又は「免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患」の場合） 本製剤を投与するに当たって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。 また、測定した年月日を記載すること。	別表Ⅲ 【項番26】
10961	共通	症状詳記の記載が必要です。（バルーン内視鏡加算（内視鏡的結腸異物摘出術））	同日	内視鏡的結腸異物摘出術(150325010) バルーン内視鏡加算（内視鏡的結腸異物摘出術）(150437270)			症状詳記（バルーン内視鏡加算）；(830100592) ＊バルーン内視鏡加算＊（症状詳記）	症状詳記を添付すること。【K721-3】	別表Ⅰ K721-3 注 【項番505】
10962	DPC病院	視神経脊髄炎スペクトラム障害(視神経脊髄炎を含む)の再発予防に対し、投与以前に抗アクアポリン４（ＡＱＰ４）抗体検査を実施した場合は、測定結果、測定年月日の記載が必要です。(ソリリス点滴静注)	病名に疑いを除く	視神経脊髄炎スペクトラム(8850192) 視神経脊髄炎(3410003) **<<上記項目をORで登録する>>**	ソリリス点滴静注３００ｍｇ　３０ｍＬ(621984301)		検査実施年月日及び抗アクアポリン４（ＡＱＰ４）抗体検査値（ソリリス点滴静注３００ｍｇ）(880100090)	（視神経脊髄炎スペクトラム障害（視神経脊髄炎を含む）の再発予防の場合） 本製剤を投与するに当たって、投与以前に抗アクアポリン4（AQP4）抗体検査を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	別表Ⅲ 【項番14】
10963	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（ＢＲＡＦ遺伝子検査（肺癌）（次世代シーケンシングを除く））			ＢＲＡＦ遺伝子検査（肺癌）（次世代シーケンシングを除く。）(160230150)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：肺癌におけるＢＲＡＦ遺伝子検査（次世代シーケンシングを除く。）(820100848)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D004-2の1 【項番242】
10964	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（ＭＥＴｅｘ１４遺伝子検査（肺癌）（次世代シーケンシングを除く））			ＭＥＴｅｘ１４遺伝子検査（肺癌）（次世代シーケンシングを除く。）(160230250)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：肺癌におけるＭＥＴｅｘ１４遺伝子検査（次世代シーケンシングを除く。）(820100849)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D004-2の1 【項番242】
10965	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（ＥＺＨ２遺伝子検査（濾胞性リンパ腫））			ＥＺＨ２遺伝子検査（濾胞性リンパ腫）(160228550)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：濾胞性リンパ腫におけるＥＺＨ２遺伝子検査(820100850)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D004-2の1 【項番242】
10966	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（ＭＥＴｅｘ１４遺伝子検査（肺癌）（次世代シーケンシング））			ＭＥＴｅｘ１４遺伝子検査（肺癌）（次世代シーケンシング）(160223650)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：肺癌におけるＭＥＴｅｘ１４遺伝子検査（次世代シーケンシング）(820100853)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D004-2の1 【項番242】
10967	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（ＲＥＴ融合遺伝子検査（肺癌））			ＲＥＴ融合遺伝子検査（肺癌）(160229350)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：肺癌におけるＲＥＴ融合遺伝子検査(820100854)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D004-2の1 【項番242】
10968	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（ＦＧＦＲ２融合遺伝子検査（胆道癌））			ＦＧＦＲ２融合遺伝子検査（胆道癌）(160226950)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：胆道癌におけるＦＧＦＲ２融合遺伝子検査(820100857)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D004-2の1 【項番242】
10969	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（マイクロサテライト不安定性検査（固形癌））			マイクロサテライト不安定性検査（固形癌）(160228450)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査(820100673)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D004-2の1 【項番242】
10970	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（腫瘍遺伝子変異量検査）			腫瘍遺伝子変異量検査(160230610)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：固形癌における腫瘍遺伝子変異量検査(820100856)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D004-2の1 【項番242】
10971	共通	医師要件の記載が必要です。（ミチーガ皮下注用）	病名に疑いを除く	アトピー性皮膚炎(6918002) 成人アトピー性皮膚炎(6918024) **<<上記項目をORで登録する>>**	ミチーガ皮下注用６０ｍｇシリンジ(629920001)		医師要件ア（ミチーガ皮下注用６０ｍｇシリンジ）(820600322) 医師要件イ（ミチーガ皮下注用６０ｍｇシリンジ）(820600323) 医師要件ウ（ミチーガ皮下注用６０ｍｇシリンジ）(820600324)	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	別表Ⅱ 【項番147】
10972	共通	本製品の投与開始に当たっては、施設要件の記載が必要です。（アベクマ点滴静注）			アベクマ点滴静注(629701001)		施設要件ア（アベクマ点滴静注）(820600259) 施設要件イ（アベクマ点滴静注）(820600260) 施設要件ウ（アベクマ点滴静注）(820600261) 施設要件エ（アベクマ点滴静注）(820600262)	該当するものを記載すること。	別表Ⅱ 【項番8】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10973	共通	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の記載が必要です。（リフヌア錠）			リフヌア錠４５ｍｇ(622885501)		難治性の慢性咳嗽であると判断した理由（リフヌア錠４５ｍｇ）；(830600179)	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。	別表Ⅱ【項番159】
10974	共通	検査実施月と初回投与の場合、KRAS　G12C変異陽性を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（ルマケラス錠）			ルマケラス錠１２０ｍｇ(622885601)		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）(850600216) 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）(850600217)	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	別表Ⅱ【項番165】
10975	共通	直接作用型第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、本製剤の投与が必要と判断した理由の記載が必要です。（オンデキサ静注用）			オンデキサ静注用２００ｍｇ(629916201)	直接作用型第Ｘａ因子阻害剤の種類（オンデキサ静注用２００ｍｇ）；(830600155) 最終投与時の１回投与量（オンデキサ静注用２００ｍｇ）；(830600156) 最終投与からの経過時間（オンデキサ静注用２００ｍｇ）；(830600157) 投与が必要と判断した理由（オンデキサ静注用２００ｍｇ）；(830600158)		次の事項を記載すること。 ア　直接作用型第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	別表Ⅱ【項番52】
10976	共通	2型糖尿病を合併する慢性腎臓病（末期腎不全又は透析施行中の患者を除く）に対し本製剤の投与開始に当たっては、投与開始時のeGFRの値及び検査の実施年月日の記載が必要です。（カナグル錠）	病名に疑いを除く	２型糖尿病性腎症(8830042) ２型糖尿病性腎症第１期(8843991) ２型糖尿病性腎症第２期(8843992) ２型糖尿病性腎症第３期(8843993) ２型糖尿病性腎症第３期Ａ(8843994) ２型糖尿病性腎症第３期Ｂ(8843995) ２型糖尿病性腎硬化症(8845087) **<<上記項目をORで登録する>>**	カナグル錠１００ｍｇ(622360601)	投与開始時のｅＧＦＲの値（カナグル錠１００ｍｇ）(842600028) ｅＧＦＲ検査の実施年月日（カナグル錠１００ｍｇ）(850600181)		本製剤の投与開始に当たっては、投与開始時のeGFRの値及び検査の実施年月日を記載すること。	別表Ⅱ【項番54】
10977	共通	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の記載が必要です。（オルミエント錠）	病名に疑いを除く	円形脱毛症(7040032) 偽性円形脱毛症(7040034) 広汎性円形脱毛症(7040036) **<<上記項目をORで登録する>>**	オルミエント錠４ｍｇ(622573701) オルミエント錠２ｍｇ(622573801)	頭部全体に占める脱毛部位の割合（オルミエント錠２ｍｇ等）；(830600153) 毛髪の自然再生が認められていない期間（オルミエント錠２ｍｇ等）；(830600154)		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） 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。	別表Ⅱ【項番51】
10978	共通	スチムリマブ(エジャイモ点滴静注)投与患者に使用する場合は、スチムリマブ(エジャイモ点滴静注)の投与を行った又は行う予定の年月日の記載が必要です。（ニューモバックスＮＰ）	病名に疑いを除く グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ	寒冷凝集素症(2830009)	ニューモバックスＮＰシリンジ　０．５ｍＬ(622833101)	エジャイモ点滴静注１．１ｇ　２２ｍＬ(629920401) エムパベリ皮下注１０８０ｍｇ　１，０８０ｍｇ２０ｍＬ(622946801) **<<上記項目をORで登録する>>**	スチムリマブ（遺伝子組換え）又はペ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）(850600186) スチムリマブ（遺伝子組換え）又はペ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）(850600187)	（スチムリマブ（遺伝子組換え）又はペグセタコプラン投与患者に使用する場合） スチムリマブ（遺伝子組換え）又はペ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）又はペグセタコプランの投与が確認できる場合を除く。）。	別表Ⅱ【項番118】
10979	共通	エクリズマブ（ソリリス点滴静注）、ラブリズマブ（ユルトミリス点滴静注）又はスチムリマブ（エジャイモ点滴静注）などの投与を行った又は行う予定の年月日の記載が必要です。（メンクアッドフィ筋注）	グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ		メンクアッドフィ筋注　０．５ｍＬ(628212101)	エジャイモ点滴静注１．１ｇ　２２ｍＬ(629920401) ソリリス点滴静注３００ｍｇ　３０ｍＬ(621984301) ユルトミリスＨＩ点滴静注３００ｍｇ／３ｍＬ(629911901) ユルトミリスＨＩ点滴静注１１００ｍｇ／１１ｍＬ　１，１００ｍｇ(629912001) エムパベリ皮下注１０８０ｍｇ　１，０８０ｍｇ２０ｍＬ(622946801) ジルビスク皮下注１６．６ｍｇシリンジ　０．４１６ｍＬ(622949301) ジルビスク皮下注２３．０ｍｇシリンジ　２３ｍｇ０．５７４ｍＬ(622949401) ジルビスク皮下注３２．４ｍｇシリンジ　０．８１ｍＬ(622949501) **<<上記項目をORで登録する>>**	エクリズマブ（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）(850600202) エクリズマブ（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）(850600203) 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）(850600204) 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）(850600205) 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）(850600206) 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）(850600207) ペグセタコプラン投与を行った年月日（メンクアッドフィ筋注）(850600208) ペグセタコプラン投与を行う予定の年月日（メンクアッドフィ筋注）(850600209) ジルコプランナトリウム投与を行った年月日（メンクアッドフィ筋注）(850600210) ジルコプラン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）(850600211)	本製剤は、エクリズマブ（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）、ペグセタコプラン又はジルコプラン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ので、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。）。	別表Ⅱ【項番152】
10980	共通	本製剤の投与開始に当たっては患者要件、医師要件の記載が必要です。（テゼスパイア皮下注）			テゼスパイア皮下注２１０ｍｇシリンジ　１．９１ｍＬ(629919001)	患者要件ア（テゼスパイア皮下注２１０ｍｇシリンジ）(820600314) 患者要件イ（テゼスパイア皮下注２１０ｍｇシリンジ）(820600315) **<<上記項目をORで登録する>>**	医師要件ア（テゼスパイア皮下注２１０ｍｇシリンジ）(820600311) 医師要件イ（テゼスパイア皮下注２１０ｍｇシリンジ）(820600312) 医師要件ウ（テゼスパイア皮下注２１０ｍｇシリンジ）(820600313)	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。 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（「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載）を記載すること。	別表Ⅱ【項番101】
10981	共通	「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の記載が必要です。（テゼスパイア皮下注）		患者要件イ（テゼスパイア皮下注２１０ｍｇシリンジ）(820600315)	テゼスパイア皮下注２１０ｍｇシリンジ　１．９１ｍＬ(629919001)		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（テゼスパイア皮下注２１０ｍｇシリンジ）；(830600193)	（「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	別表Ⅱ【項番101】
					アリセプトＤ錠１０ｍｇ(620005909) アリセプトＤ錠３ｍｇ(620001922) アリセプトＤ錠５ｍｇ(620001923) アリセプトドライシロップ１％(622256701) アリセプト細粒０．５％(610453016) アリセプト錠１０ｍｇ(620005908) アリセプト錠３ｍｇ(610432042) アリセプト錠５ｍｇ(610432043) アリセプト内服ゼリー１０ｍｇ(621958001) アリセプト内服ゼリー３ｍｇ(621957801) アリセプト内服ゼリー５ｍｇ(621957901) ドネペジル塩酸塩錠３ｍｇ「オーハラ」(622087201) ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「オーハラ」(622087301) ドネペジル塩酸塩錠３ｍｇ「アメル」(622092101) ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「アメル」(622092201) ドネペジル塩酸塩細粒０．５％「アメル」(622092301) ドネペジル塩酸塩錠３ｍｇ「タカタ」(622094001) ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「タカタ」(622094101) ドネペジル塩酸塩錠３ｍｇ「タナベ」(622094801) ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「タナベ」(622094901) ドネペジル塩酸塩細粒０．５％「サワイ」(622099801) ドネペジル塩酸塩錠３ｍｇ「サワイ」(622099901) ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「サワイ」(622100001) ドネペジル塩酸塩錠３ｍｇ「テバ」(622101002) ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「テバ」(622101102) ドネペジル塩酸塩錠３ｍｇ「日新」(622107201) ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「日新」(622107301) ドネペジル塩酸塩錠３ｍｇ「トーワ」(622109701) ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「トーワ」(622109801)				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					ドネペジル塩酸塩錠３ｍｇ「明治」(622112501) ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「明治」(622112601) ドネペジル塩酸塩錠３ｍｇ「ＪＧ」(622113601) ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「ＪＧ」(622113701) ドネペジル塩酸塩錠３ｍｇ「ＦＦＰ」(622114901) ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「ＦＦＰ」(622115001) ドネペジル塩酸塩錠３ｍｇ「ＤＳＥＰ」(622115901) ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「ＤＳＥＰ」(622116001) ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「ＹＤ」(622116401) ドネペジル塩酸塩錠３ｍｇ「ケミファ」(622117601) ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「ケミファ」(622117701) ドネペジル塩酸塩錠３ｍｇ「杏林」(622120301) ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「杏林」(622120401) ドネペジル塩酸塩錠３ｍｇ「ＮＰ」(622124001) ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「ＮＰ」(622124101) ドネペジル塩酸塩錠３ｍｇ「ＴＳＵ」(622126401) ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「ＴＳＵ」(622126501) ドネペジル塩酸塩錠３ｍｇ「サンド」(622126701) ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「サンド」(622126801) ドネペジル塩酸塩錠３ｍｇ「日医工」(622129101) ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「日医工」(622129201) ドネペジル塩酸塩錠３ｍｇ「ＮＰＩ」(622155301) ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「ＮＰＩ」(622155401) ドネペジル塩酸塩錠１０ｍｇ「杏林」(622268901) ドネペジル塩酸塩錠１０ｍｇ「日医工」(622270201) ドネペジル塩酸塩錠１０ｍｇ「ＹＤ」(622273401) ドネペジル塩酸塩錠１０ｍｇ「タナベ」(622273701) ドネペジル塩酸塩錠１０ｍｇ「タカタ」(622274701) ドネペジル塩酸塩錠１０ｍｇ「アメル」(622276001) ドネペジル塩酸塩錠１０ｍｇ「ＮＰＩ」(622277201) ドネペジル塩酸塩錠１０ｍｇ「オーハラ」(622277601) ドネペジル塩酸塩錠１０ｍｇ「トーワ」(622279901) ドネペジル塩酸塩錠１０ｍｇ「日新」(622282401) ドネペジル塩酸塩錠１０ｍｇ「テバ」(622284201) ドネペジル塩酸塩錠１０ｍｇ「明治」(622285901) ドネペジル塩酸塩錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」(622286901) ドネペジル塩酸塩錠１０ｍｇ「ＪＧ」(622288801) ドネペジル塩酸塩錠１０ｍｇ「ＮＰ」(622294101) ドネペジル塩酸塩錠１０ｍｇ「サワイ」(622295801) ドネペジル塩酸塩錠１０ｍｇ「ケミファ」(622297501) ドネペジル塩酸塩錠１０ｍｇ「ＦＦＰ」(622297801) ドネペジル塩酸塩錠１０ｍｇ「ＴＳＵ」(622304201) ドネペジル塩酸塩錠３ｍｇ「クニヒロ」(622565901) ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「クニヒロ」(622566101) ドネペジル塩酸塩錠１０ｍｇ「クニヒロ」(622566201) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠３ｍｇ「アメル」(622091901) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「アメル」(622092001) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠３ｍｇ「タカタ」(622094201) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「タカタ」(622094301) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠３ｍｇ「タナベ」(622095001) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「タナベ」(622095101) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠３ｍｇ「サワイ」(622099601) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「サワイ」(622099701) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠３ｍｇ「テバ」(622101202) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「テバ」(622101302) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠３ｍｇ「ＴＣＫ」(622105501) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「ＴＣＫ」(622105601) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠３ｍｇ「日新」(622107401) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「日新」(622107501) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠３ｍｇ「トーワ」(622109901) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「トーワ」(622110001) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠３ｍｇ「明治」(622112701) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「明治」(622112801) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠３ｍｇ「ＺＥ」(622113301) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「ＺＥ」(622113401) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠３ｍｇ「ＦＦＰ」(622115101) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「ＦＦＰ」(622115201) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠３ｍｇ「ＹＤ」(622116101) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「ＹＤ」(622116201) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠３ｍｇ「ケミファ」(622117801) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「ケミファ」(622117901) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠３ｍｇ「モチダ」(622120001) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「モチダ」(622120101) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠３ｍｇ「杏林」(622120501) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「杏林」(622120601) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠３ｍｇ「科研」(622123201) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「科研」(622123301) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠３ｍｇ「ＮＰ」(622124201) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「ＮＰ」(622124301) ドネペジル塩酸塩ＯＤフィルム３ｍｇ「ＥＥ」(622125501) ドネペジル塩酸塩ＯＤフィルム５ｍｇ「ＥＥ」(622125601) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠３ｍｇ「日医工」(622128701) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「日医工」(622128901) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠３ｍｇ「オーハラ」(622138701) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「オーハラ」(622138801) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠３ｍｇ「ＤＳＥＰ」(622170501) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「ＤＳＥＰ」(622170601) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠３ｍｇ「サンド」(622214801) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「サンド」(622214901) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「ＺＥ」(622268301) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「杏林」(622269001) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「ＹＤ」(622269801) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「日医工」(622270301) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「タナベ」(622273801) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「タカタ」(622274801) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「アメル」(622275901) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「オーハラ」(622277701) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「トーワ」(622280001) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「日新」(622282501) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「テバ」(622284301) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「モチダ」(622284901) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「明治」(622286001) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」(622287001) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「ケミファ」(622287201)				
10982	共通	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の記載が必要です。（アリセプトなど）	病名に疑いを除く	レビー小体型認知症(8845840)		本製剤の使用が適切と判断した理由（アリセプト錠３ｍｇ等）；(830600141)		（本製剤をレビー小体型認知症における認知症症状の進行抑制に用いる場合） 次の事項を記載すること。 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た旨）を記載すること。	別表Ⅱ 【項番9】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
					ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「サンド」(622289701) ドネペジル塩酸塩ＯＤフィルム１０ｍｇ「ＥＥ」(622291601) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「ＮＰ」(622294001) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「サワイ」(622295701) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「ＦＦＰ」(622297901) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「科研」(622298901) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「ＴＣＫ」(622303101) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠３ｍｇ「クニヒロ」(622595601) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「クニヒロ」(622595701) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「クニヒロ」(622595801) ドネペジル塩酸塩３ｍｇ口腔内崩壊錠(622614300) ドネペジル塩酸塩５ｍｇ口腔内崩壊錠(622614500) ドネペジル塩酸塩１０ｍｇ口腔内崩壊錠(622614600) ドネペジル塩酸塩内服ゼリー３ｍｇ「ＮＰ」(622165101) ドネペジル塩酸塩内服ゼリー５ｍｇ「ＮＰ」(622165201) ドネペジル塩酸塩内服ゼリー３ｍｇ「日医工」(622173201) ドネペジル塩酸塩内服ゼリー５ｍｇ「日医工」(622173301) ドネペジル塩酸塩内服ゼリー１０ｍｇ「日医工」(622270401) ドネペジル塩酸塩内服ゼリー１０ｍｇ「ＮＰ」(622294201) ドネペジル塩酸塩内用液３ｍｇ「トーワ」　１．５ｍＬ(622142101) ドネペジル塩酸塩内用液５ｍｇ「トーワ」　２．５ｍＬ(622142201) ドネペジル塩酸塩内用液３ｍｇ「タナベ」　１．５ｍＬ(622273901) ドネペジル塩酸塩内用液５ｍｇ「タナベ」　２．５ｍＬ(622274001) ドネペジル塩酸塩内用液１０ｍｇ「タナベ」　５ｍＬ(622274101) ドネペジル塩酸塩内用液１０ｍｇ「トーワ」　５ｍＬ(622279801) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「ニプロ」(622273802) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠３ｍｇ「ニプロ」(622095002) ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「ニプロ」(622095102) ドネペジル塩酸塩錠１０ｍｇ「ニプロ」(622273702) ドネペジル塩酸塩錠３ｍｇ「ニプロ」(622094802) ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「ニプロ」(622094902) ドネペジル塩酸塩０．５％細粒(622957200) ドネペジル塩酸塩５ｍｇゼリー(622957300) ドネペジル塩酸塩１０ｍｇゼリー(622957400) ドネペジル塩酸塩３ｍｇ１．５ｍＬ液(622957500) ドネペジル塩酸塩５ｍｇ２．５ｍＬ液(622957600) ドネペジル塩酸塩１０ｍｇ５ｍＬ液(622957700) アリセプトＤ錠１０ｍｇ（選）(670005909) アリセプトＤ錠３ｍｇ（選）(670001922) アリセプトＤ錠５ｍｇ（選）(670001923) アリセプト細粒０．５％（選）(670453016) アリセプト錠１０ｍｇ（選）(670005908) アリセプト錠３ｍｇ（選）(670432042) アリセプト錠５ｍｇ（選）(670432043) アリセプト内服ゼリー３ｍｇ（選）(671957801) アリセプト内服ゼリー５ｍｇ（選）(671957901)				
10983	共通	投与医要件の記載が必要です。（バイアグラ、シアリス）	病名に疑いを除く	男性不妊症(6069003) 勃起不全(3027009) **<<上記項目をORで登録する>>**	バイアグラＯＤフィルム２５ｍｇ(628776302) バイアグラＯＤフィルム５０ｍｇ(628776402) バイアグラ錠２５ｍｇ(628700602) バイアグラ錠５０ｍｇ(628700702) シアリス錠５ｍｇ(628710802) シアリス錠１０ｍｇ(628710902) シアリス錠２０ｍｇ(628711002)		投与医要件ア（バイアグラ錠２５ｍｇ等）(820600318) 投与医要件イ（バイアグラ錠２５ｍｇ等）(820600319)	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（「投与医要件ア」又は「投与医要件イ」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　ア以外で、特段の理由がある場合 ②　上記①イに該当する場合、当該理由	別表Ⅱ 【項番123】
10984	共通	「投与医要件イ」に該当する場合、当該理由の記載が必要です。（バイアグラ、シアリス）		投与医要件イ（バイアグラ錠２５ｍｇ等）(820600319)	バイアグラＯＤフィルム２５ｍｇ(628776302) バイアグラＯＤフィルム５０ｍｇ(628776402) バイアグラ錠２５ｍｇ(628700602) バイアグラ錠５０ｍｇ(628700702) シアリス錠５ｍｇ(628710802) シアリス錠１０ｍｇ(628710902) シアリス錠２０ｍｇ(628711002)		投与医要件イに該当する理由（バイアグラ錠２５ｍｇ等）；(830600169)	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（「投与医要件ア」又は「投与医要件イ」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　ア以外で、特段の理由がある場合 ②　上記①イに該当する場合、当該理由	別表Ⅱ 【項番123】
10985	共通	複数個のベアステントによる治療が必要である場合、2個を限度として算定し複数個による治療が適応となる旨の記載が必要です。(大動脈用ステントグラフト(大動脈解離用・ベアステント))	同日		大動脈用ステントグラフト（大動脈解離用・ベアステント）(710010864) **<<用量を２以上とする>>**		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	ベアステントについては、複数個のベアステントによる治療が必要である場合、２個を限度として算定して差し支えない。ただし、算定に当たっては診療報酬明細書の摘要欄に複数個の当該材料による治療が適応となる旨を記載すること。	別表Ⅰ 146の(5) 【項番537】
10986	共通	観血的手技の名称及び実施予定年月日の記載が必要です。（ドプテレット錠）	グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ		ドプテレット錠２０ｍｇ(622940801)	観血的手技の名称（ドプテレット錠２０ｍｇ）；(830600168) 観血的手技の実施予定年月日（ドプテレット錠２０ｍｇ）(850600185)		観血的手技の名称及び実施予定年月日を記載すること。	別表Ⅱ 【項番115】
10987	共通	本製剤投与前の血中Hb値及び血中Hb値が8.0g/dL以上の場合は、本製剤の投与が必要と判断した理由の記載が必要です。（モノヴァー静注）			モノヴァー静注５００ｍｇ　５ｍＬ(622926501) モノヴァー静注１０００ｍｇ　１，０００ｍｇ１０ｍＬ(622926601)	投与前の血中Ｈｂ値（モノヴァー静注５００ｍｇ等）；(830600195) 投与が必要と判断した理由（モノヴァー静注５００ｍｇ等）；(830600176)		（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。 事務連絡令和6年7月11日「令和6年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について」	別表Ⅱ 【項番153】
10988	共通	本製剤の投与開始に当たっては、投与開始時の痒疹結節数、病変部位、そう痒スコアの記載が必要です。（デュピクセント皮下注）	病名に疑いを除く	結節性痒疹(8833128)	デュピクセント皮下注３００ｍｇシリンジ　２ｍＬ(622608101) デュピクセント皮下注３００ｍｇペン　２ｍＬ(629911101)	投与開始時の痒疹結節数（デュピクセント皮下注）；(830600166) 投与開始時の病変部位（デュピクセント皮下注）；(830600167) 投与開始時のそう痒スコア（デュピクセント皮下注）(842600029)		既存治療で効果不十分な結節性痒疹 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　投与開始時の痒疹結節数 　ウ　投与開始時の病変部位 　エ　投与開始時のそう痒スコア	別表Ⅱ 【項番113】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10989	共通	本製剤の投与開始に当たっては、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）の記載が必要です。（デュピクセント皮下注）	病名に疑いを除く グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ	結節性痒疹(8833128)	デュピクセント皮下注３００ｍｇシリンジ　２ｍＬ(622608101) デュピクセント皮下注３００ｍｇペン　２ｍＬ(629911101)	既存治療として使用していた薬剤の品名（デュピクセント皮下注）；(830600163) 既存治療として使用していた薬剤の使用期間（デュピクセント皮下注）；(830600164)	既存治療として薬剤を使用していない理由（デュピクセント皮下注）；(830600165)	既存治療で効果不十分な結節性痒疹 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　投与開始時の痒疹結節数 ウ　投与開始時の病変部位 エ　投与開始時のそう痒スコア	別表Ⅱ 【項番113】
10990	共通	施設要件、医師要件の記載が必要です。（リブタヨ点滴静注）			リブタヨ点滴静注３５０ｍｇ　７ｍＬ(629922701)	医師要件ア（リブタヨ点滴静注３５０ｍｇ）(820600330) 医師要件イ（リブタヨ点滴静注３５０ｍｇ）(820600331) **<<上記項目をORで登録する>>**	施設要件ア（リブタヨ点滴静注３５０ｍｇ）(820600325) 施設要件イ（リブタヨ点滴静注３５０ｍｇ）(820600326) 施設要件ウ（リブタヨ点滴静注３５０ｍｇ）(820600327) 施設要件エ（リブタヨ点滴静注３５０ｍｇ）(820600328) 施設要件オ（リブタヨ点滴静注３５０ｍｇ）(820600329)	施設要件、医師要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番160】
10991	共通	アカラブルチニブ（販売名：カルケンスカプセル）とオビヌツズマブ（販売名：ガザイバ点滴静注）を併用する場合には、単独投与開始日及び単独投与終了日の記載が必要です。（ガザイバ点滴静注＋カルケンスカプセル）	病名に疑いを除く	ガザイバ点滴静注１０００ｍｇ　１，０００ｍｇ４０ｍＬ(622607302) カルケンスカプセル１００ｍｇ(622833701)	小リンパ球性リンパ腫(8847359) 慢性リンパ性白血病(2041001)	単独投与開始年月日（カルケンスカプセル１００ｍｇ）(850600182) 単独投与終了年月日（初回投与）（カルケンスカプセル１００ｍｇ）(850600183)	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１００ｍｇ）(850600179) 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１００ｍｇ）(850600180) **<<２件該当とする>>**	アカラブルチニブと併用する場合には、アカラブルチニブの単独投与開始日及び単独投与終了日を記載すること。 （オビヌツズマブ（遺伝子組換え）と併用する場合） 本製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。	別表Ⅱ 【項番53】 【項番55】
10992	共通	医師要件、前治療要件の記載が必要です。（アドトラーザ皮下注）			アドトラーザ皮下注１５０ｍｇシリンジ　１ｍＬ(629922401)	前治療要件ア（アドトラーザ皮下注１５０ｍｇシリンジ）(820600257) 前治療要件イ（アドトラーザ皮下注１５０ｍｇシリンジ）(820600258) **<<上記項目をORで登録する>>**	医師要件ア（アドトラーザ皮下注１５０ｍｇシリンジ）(820600255) 医師要件イ（アドトラーザ皮下注１５０ｍｇシリンジ）(820600256)	本製剤の投与開始に当たっては前治療要件、医師要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番7】
10993	共通	疾患活動性の状況（IGAスコア、全身又は頭頸部のEASIスコア、体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%））の記載が必要です。（アドトラーザ皮下注）			アドトラーザ皮下注１５０ｍｇシリンジ　１ｍＬ(629922401)	ＩＧＡスコア（アドトラーザ皮下注１５０ｍｇシリンジ）；(830600138) 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）（アドトラーザ皮下注１５０ｍｇシリンジ）(842600022)	全身のＥＡＳＩスコア（アドトラーザ皮下注１５０ｍｇシリンジ）；(830600139) 頭頸部のＥＡＳＩスコア（アドトラーザ皮下注１５０ｍｇシリンジ）；(830600140)	本製剤の投与開始に当たっては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を記載すること。 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（%）	別表Ⅱ 【項番7】
10994	共通	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薬の品名の記載が必要です。（シュンレンカ錠など）			シュンレンカ錠３００ｍｇ(622945801) シュンレンカ皮下注４６３．５ｍｇ　１．５ｍＬ２瓶(622945901)	直近の薬剤耐性検査の実施年月日（シュンレンカ錠３００ｍｇ等）(850600184) 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）；(830600161)		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。	別表Ⅱ 【項番83】
10995	共通	検査実施月と初回投与の場合、FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（リトゴビ錠）			リトゴビ錠４ｍｇ(622944801)		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）(850600212) 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）(850600213)	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。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番158】
10996	共通	ペグセタコプラン（販売名：エムパベリ皮下注）の投与を行った又は行う予定の年月日の記載が必要です。（アクトヒブ）			アクトヒブ　１０μｇ（溶解液付）(628206302)		ペグセタコプランの投与を行った年月日（アクトヒブ）(850600157) ペグセタコプランの投与を行う予定の年月日（アクトヒブ）(850600158)	ペ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。	別表Ⅱ 【項番3】
10997	共通	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の記載が必要です。（ルクスターナ注）			ルクスターナ注　０．５ｍＬ（希釈液２本付）(629701101)	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）(850600214) 生存網膜細胞を確認した検査方法（ルクスターナ注）；(830600180) 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）(850600215)		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	別表Ⅱ 【項番164】
10998	共通	検査実施月と初回投与の場合、HER2陽性を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（フェスゴ配合皮下注）			フェスゴ配合皮下注　ＭＡ　１０ｍＬ(629924401) フェスゴ配合皮下注　ＩＮ　１５ｍＬ(629924501)		ＨＥＲ２陽性を確認した検査の実施年月日（フェスゴ配合皮下注ＭＡ等）(850600192) ＨＥＲ２陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（フェスゴ配合皮下注ＭＡ等）(850600193)	HER2陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。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。	別表Ⅱ 【項番137】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
10999	共通	投与開始、継続投与の場合、それぞれ必要事項の記載が必要です。（ウゴービ皮下注）			ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ　０．５ｍＬ(629927101) ウゴービ皮下注０．５ｍｇ　ＳＤ　０．５ｍＬ(629927201) ウゴービ皮下注１．０ｍｇ　ＳＤ　１ｍｇ０．５ｍＬ(629927301) ウゴービ皮下注１．７ｍｇ　ＳＤ　０．７５ｍＬ(629927401) ウゴービ皮下注２．４ｍｇ　ＳＤ　０．７５ｍＬ(629927501)	施設要件カ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600269) 施設要件キ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600270) 施設要件ク（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600271) 施設要件ケ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600272) 施設要件コ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600273) 施設要件サ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600274) **<<上記項目をORで登録する>>**	施設要件ア（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600264) 施設要件イ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600265) 施設要件ウ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600266) 施設要件エ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600267) 施設要件オ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600268)	（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」、「施設要件ケ」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	別表Ⅱ 【項番19】
11000	共通	投与開始に当たっては（継続投与では投与開始時の情報）、施設要件の記載が必要です。（レクビオ皮下注）			レクビオ皮下注３００ｍｇシリンジ　１．５ｍＬ(622948601)		施設要件ア（レクビオ皮下注３００ｍｇシリンジ）(820600332) 施設要件イ（レクビオ皮下注３００ｍｇシリンジ）(820600333)	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（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載）	別表Ⅱ 【項番166】
11001	共通	本製剤を最初に投与した場合、患者要件（「ア」～「ウ」）、認知機能評価 ＭＭＳＥスコア、臨床認知症尺度 ＣＤＲ全般スコア及び実施年月日の記載が必要です。（レクンビ点滴静注）			レクンビ点滴静注２００ｍｇ　２ｍＬ(629924601) レクンビ点滴静注５００ｍｇ　５ｍＬ(629924701)	認知機能評価ＭＭＳＥスコア（レクンビ点滴静注２００ｍｇ等）(842600041) 認知機能評価ＭＭＳＥスコアの実施年月日（レクンビ点滴静注２００ｍｇ等）(850600219) 臨床認知症尺度ＣＤＲ全般スコア（レクンビ点滴静注２００ｍｇ等）(842600042) 臨床認知症尺度ＣＤＲ全般スコアの実施年月日（レクンビ点滴静注２００ｍｇ等）(850600220)	患者要件ア（レクンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600344) 患者要件イ（レクンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600345) 患者要件ウ（レクンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600346)	（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 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、脳表ヘモジデリン沈着症又は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全般スコア	別表Ⅱ 【項番167】
11002	共通	前回の対面診療を実施した年月日（初回である場合は初回である旨）の記載が必要です。（看護師等遠隔診療補助加算（再診））			看護師等遠隔診療補助加算（再診）(112709070)		前回の対面診療を実施した年月日（再診料（看護師等遠隔診療補助加算））(850190207) 初回（再診料（看護師等遠隔診療補助加算））(820190492)	（へき地診療所の医師又はへき地医療拠点病院の医師が、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を実施した場合） 前回の対面診療を実施した年月日（初回である場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ Ａ001注20 【項番3】
11003	共通	前回の対面診療を実施した年月日（初回である場合は初回である旨）の記載が必要です。（看護師等遠隔診療補助加算（外来診療料））			看護師等遠隔診療補助加算（外来診療料）(112709370)		前回の対面診療を実施した年月日（外来診療料（看護師等遠隔診療補助加算））(850190208) 初回（外来診療料（看護師等遠隔診療補助加算））(820190493)	（へき地診療所の医師又はへき地医療拠点病院の医師が、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を実施した場合） 前回の対面診療を実施した年月日（初回である場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ Ａ002注11 【項番5】
11004	共通	入院元の記載が必要です。（有床診療所急性期患者支援病床初期加算（有床診療所入院基本料））			有床診療所急性期患者支援病床初期加算（有床診療所入院基本料）(190242210)		入院元（有床診療所急性期患者支援病床初期加算）；(830100800)	入院元を記載すること。	別表Ⅰ Ａ108 【項番13】
11005	共通	入院元の記載が必要です。（有床診療所在宅患者支援病床初期加算（有床診療所入院基本料））			有床診療所在宅患者支援病床初期加算（有床診療所入院基本料）(190242310)		入院元（有床診療所在宅患者支援病床初期加算）；(830100802)	入院元を記載すること。	別表Ⅰ Ａ108 【項番14】
							ア　狂犬病（特定感染症入院医療管理加算）(820101057) イ　鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）（特定感染症入院医療管理加算）(820101058) ウ　エムポックス（特定感染症入院医療管理加算）(820101059) エ　重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属ＳＦＴＳウイルスであるものに限る。）（特定感染症入院医療管理加算）(820101060) オ　腎症候性出血熱（特定感染症入院医療管理加算）(820101061) カ　ニパウイルス感染症（特定感染症入院医療管理加算）(820101062) キ　ハンタウイルス肺症候群（特定感染症入院医療管理加算）(820101063) ク　ヘンドラウイルス感染症（特定感染症入院医療管理加算）(820101064) ケ　インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）（特定感染症入院医療管理加算）(820101065) コ　後天性免疫不全症候群（ニューモシスチス肺炎に限る。）（特定感染症入院医療管理加算）(820101066) サ　麻しん（特定感染症入院医療管理加算）(820101067) シ　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症（特定感染症入院医療管理加算）(820101068)		

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
11006	共通	院内感染対策において感染管理の必要性が特に高い感染症の患者及び疑似症患者に係る感染症の記載が必要です。（特定感染症入院医療管理加算）			特定感染症入院医療管理加算（治療室）（190832510） 特定感染症入院医療管理加算（１以外）（190832610） 特定感染症入院医療管理加算（治療室）（疑似症）（190832710） 特定感染症入院医療管理加算（１以外）（疑似症）（190832810）		ス　ＲＳウイルス感染症（特定感染症入院医療管理加算）（820101069） セ　カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症（特定感染症入院医療管理加算）（820101070） ソ　感染性胃腸炎（特定感染症入院医療管理加算）（820101071） タ　急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）（特定感染症入院医療管理加算）（820101072） チ　新型コロナウイルス感染症（特定感染症入院医療管理加算）（820101073） ツ　侵襲性髄膜炎菌感染症（特定感染症入院医療管理加算）（820101074） テ　水痘（特定感染症入院医療管理加算）（820101075） ト　先天性風しん症候群（特定感染症入院医療管理加算）（820101076） ナ　バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症（特定感染症入院医療管理加算）（820101077） ニ　バンコマイシン耐性腸球菌感染症（特定感染症入院医療管理加算）（820101078） ヌ　百日咳（特定感染症入院医療管理加算）（820101079） ネ　風しん（特定感染症入院医療管理加算）（820101080） ノ　ペニシリン耐性肺炎球菌感染症（特定感染症入院医療管理加算）（820101081） ハ　無菌性髄膜炎（特定感染症入院医療管理加算）（820101082） ヒ　薬剤耐性アシネトバクター感染症（特定感染症入院医療管理加算）（820101083） フ　薬剤耐性緑膿菌感染症（特定感染症入院医療管理加算）（820101084） ヘ　流行性耳下腺炎（特定感染症入院医療管理加算）（820101085） ホ　感染症法第６条第８項に規定する指定感染症（特定感染症入院医療管理加算）（820101086）	院内感染対策において感染管理の必要性が特に高い次に掲げる感染症の患者及び疑似症患者に係る感染症について記載すること。	別表Ⅰ Ａ209 【項番20】
11007	共通	７日を超えて算定する場合、病原体検査の結果及び他の患者への感染の危険性が特に高いと判断する根拠の記載が必要です。（特定感染症入院医療管理加算）	８回以上		特定感染症入院医療管理加算（治療室）（190832510） 特定感染症入院医療管理加算（１以外）（190832610） **<<回数を８回以上とする>>**		病原体検査の結果及び他の患者への感染の危険性が特に高いと判断する根拠（特定感染症入院医療管理加算）；（830100809）	（７日を超えて算定する場合）病原体検査の結果及び他の患者への感染の危険性が特に高いと判断する根拠を記載すること。	別表Ⅰ Ａ209 【項番20】
11008	共通	個室管理を必要とする原因となった感染症の記載が必要です。（特定感染症患者療養環境特別加算（個室））			特定感染症患者療養環境特別加算（個室）（190127710） 特定感染症患者療養環境特別加算（個室）（疑似症）（190833110）		ア　狂犬病（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101087） イ　鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101088） ウ　エムポックス（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101089） エ　重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属ＳＦＴＳウイルスであるものに限る。）（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101090） オ　腎症候性出血熱（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101091） カ　ニパウイルス感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101092） キ　ハンタウイルス肺症候群（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101093） ク　ヘンドラウイルス感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101094） ケ　インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101095） コ　麻しん（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101096） サ　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101097） シ　ＲＳウイルス感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101098） ス　カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101099） セ　感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101100） ソ　急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101101） タ　新型コロナウイルス感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101102） チ　侵襲性髄膜炎菌感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101103） ツ　水痘（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101104） テ　先天性風しん症候群（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101105） ト　バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101106） ナ　バンコマイシン耐性腸球菌感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101107） ニ　百日咳（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101108） ヌ　風しん（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101109） ネ　ペニシリン耐性肺炎球菌感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101110） ノ　無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスＢ１９によるものに限る。）（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101111） ハ　薬剤耐性アシネトバクター感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101112） ヒ　薬剤耐性緑膿菌感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101113） フ　流行性耳下腺炎（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101114） ヘ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症（急性灰白髄炎）（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101115） ヘ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症（結核）（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101116） ヘ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症（ジフテリア）（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））（820101117）	個室管理を必要とする原因となった感染症について記載すること。	別表Ⅰ Ａ220-2 【項番22】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
							へ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症（重症急性呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属ＳＡＲＳコロナウイルスであるものに限る。））（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））(820101118) へ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症（中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属ＭＥＲＳコロナウイルスであるものに限る。））（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））(820101119) へ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症（特定鳥インフルエンザ）（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））(820101120) ホ　感染症法第６条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））(820101121) マ　感染症法第６条第８項に規定する指定感染症（個室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））(820101122)		
11009	共通	入院前支援を行った年月日の記載が必要です。（医療的ケア児（者）入院前支援加算）			医療的ケア児（者）入院前支援加算(190834410) 医療的ケア児（者）入院前支援加算（情報通信機器を用いた場合）(190834510)		入院前支援を行った年月日（医療的ケア児（者）入院前支援加算）(850190209)	入院前支援を行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ A246-3 【項番38】
11010	共通	当該入院患者の入所していた介護保険施設等の名称の記載が必要です。（協力対象施設入所者入院加算）			協力対象施設入所者入院加算（往診が行われた場合）(190834610) 協力対象施設入所者入院加算（１以外の場合）(190834710)		入所していた介護保険施設等；(830100810)	当該入院患者の入所していた介護保険施設等の名称	別表Ⅰ A253 【項番42】
11011	共通	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物の記載が必要です。（急性薬毒物中毒加算１、２）			急性薬毒物中毒加算１（機器分析）（救命救急入院料)(190174270) 急性薬毒物中毒加算２（その他のもの）（救命救急入院料)(190174370)		急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算１）；バルビタール系薬物(820101135) 急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算１）；ブロムバレリル尿素(820101136) 急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算１）；三環系・四環系抗うつ薬(820101137) 急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算１）；アセトアミノフェン(820101138) 急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算１）；サリチル酸(820101139) 急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算１）；有機リン系農薬(820101140) 急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算１）；カーバメート系農薬(820101141) 急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算１）；グルホシネート(820101142) 急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算１）；パラコート(820101143) 急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算１）；メタンフェタミン(820101144) 急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算１）；メタノール(820101145) 急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算１）；青酸化合物(820101146) 急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算１）；ヒ素化合物(820101147) 急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物（急性薬毒物中毒加算１）；その他；(830100811)	急性薬毒物中毒の原因物質として同定した薬物を記載すること。	別表Ⅰ A300注5 【項番44】
11012	共通	アからケまでに該当するものの記載が必要です。（新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料）			新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料(190836010)		該当するもの（新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料）；ア　体外式膜型人工肺を実施している状態(820101148) 該当するもの（新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料）；イ　腎代替療法（血液透析、腹膜透析等）を実施している状態(820101149) 該当するもの（新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料）；ウ　交換輸血を実施している状態(820101150) 該当するもの（新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料）；エ　低体温療法を実施している状態(820101151) 該当するもの（新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料）；オ　人工呼吸器を使用している状態（出生時体重が七百五十グラム未満である場合に限る。）(820101152) 該当するもの（新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料）；カ　人工呼吸器を使用している状態であって、一酸化窒素吸入療法を実施している状態(820101153) 該当するもの（新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料）；キ　人工呼吸器を使用している状態であって、胸腔・腹腔ドレーン管理を実施している状態(820101154) 該当するもの（新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料）；ク　手術術後に人工呼吸器を使用してる状態(820101155) 該当するもの（新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料）；ケ　新興感染症や先天性感染症等の感染症患者であって、陰圧個室管理など厳重な感染対策を行いながら人工呼吸器を使用している状態（合併症として発生した感染症は除く。）(820101156)	A302-2新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の（１）のアからケまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	別表Ⅰ A302-2 【項番46】
11013	共通	通算算定回数（当該月に実施されたものを含む。）の記載が必要です。（乳腺炎重症化予防ケア・指導料２）			乳腺炎重症化予防ケア・指導料２（２回目から８回目まで)(113703910) 乳腺炎重症化予防ケア・指導料２（初回）(113704010)		乳腺炎重症化予防ケア・指導料２の通算実施回数(842100111)	通算算定回数（当該月に実施されたものを含む。）を記載すること。	別表Ⅰ Ｂ001の29 【項番94】
11014	共通	初回算定年月日の記載が必要です。（慢性腎臓病透析予防指導管理料）			慢性腎臓病透析予防指導管理料（１年以内）(113704110) 慢性腎臓病透析予防指導管理料（１年以内）（情報通信機器）(113704210) 慢性腎臓病透析予防指導管理料（１年を超えた期間）(113704310) 慢性腎臓病透析予防指導管理料（１年を超えた期間）（情報通信機器）(113704410)		初回算定年月日（慢性腎臓病透析予防指導管理料）(850190210)	初回算定年月日を記載すること。	別表Ⅰ B001の37 【項番101】
11015	共通	プログラム医療機器等指導管理料を算定する際に用いる特定保険医療材料の記載が必要です。（プログラム医療機器指導管理料）			プログラム医療機器等指導管理料（ニコチン依存症）(113707310)		ニコチン依存症治療補助アプリ（プログラム医療機器等指導管理料）(820101164)	プログラム医療機器等指導管理料を算定する際に用いる特定保険医療材料について記載すること。	別表Ⅰ B005-14 【項番101】
11016	共通	プログラム医療機器等指導管理料を算定する際に用いる特定保険医療材料の記載が必要です。（プログラム医療機器等指導管理料（高血圧））			プログラム医療機器等指導管理料（高血圧症）(113707610)		高血圧治療補助アプリ（プログラム医療機器等指導管理料）(820101165)	プログラム医療機器等指導管理料を算定する際に用いる特定保険医療材料について記載すること。	別表Ⅰ B005-14 【項番101】
11017	共通	搬送先の保険医療機関名の記載が必要です。（救急患者連携搬送料）			救急患者連携搬送料（入院中の患者以外の患者）(114740610) 救急患者連携搬送料（入院初日の患者）(114740710) 救急患者連携搬送料（入院２日目の患者）(114740810) 救急患者連携搬送料（入院３日目の患者）(114740910)		搬送先の保険医療機関名（救急患者連携搬送料）；(830100816)	搬送先の保険医療機関名について記載すること。	別表Ⅰ C004-2 【項番171】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
11018	共通	緊急の訪問看護を行った年月日、算定する詳細な理由の記載が必要です。（緊急訪問看護加算）			緊急訪問看護加算（訪問看護・訪問看護（同一）月１４日目まで）(114741010) 緊急訪問看護加算（訪問看護・訪問看護（同一）月１５日目以降）(114741110)	緊急訪問看護の理由（緊急訪問看護加算）；(830100817) 緊急訪問年月日（緊急訪問看護加算）(850190211)		加算を算定する理由を詳細に記載すること。 緊急の訪問看護を行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ｃ005 Ｃ005-1-2 【項番181】
11019	共通	ICTを用いて活用された当該患者の情報の記録された年月日の記載が必要です。（在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料）			在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料(114741510)		ＩＣＴを用いて活用された当該患者の情報の記録された年月日（在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料）(850190212)	ICTを用いて活用された当該患者の情報の記録された年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ｃ015 【項番195】
11020	共通	CPAP療法を開始したことにより睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やいびきなどの症状が改善していることを対面診療で確認した日の記載が必要です。（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２（情報通信機器））			在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２（情報通信機器）(114741710)		症状が改善していることを対面診療で確認した年月日（情報通信機器を用いた在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）(850190214)	（注3を算定する場合） CPAP 療法を開始したことにより睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やいびきなどの症状が改善していることを対面診療で確認した日を記載すること。	別表Ⅰ Ｃ107-2注3 【項番211】
11021	共通	医学的な必要性から本検査を１月に１回行う場合、その詳細な理由及び検査結果の記載が必要です。（プロスタグランジンＥ主要代謝物（尿））			プロスタグランジンＥ主要代謝物（尿）(160237350)	１月に１回行う詳細な理由（プロスタグランジンＥ主要代謝物（尿））；(830100820) 検査結果（プロスタグランジンＥ主要代謝物（尿））；(830100821)		(医学的な必要性から、本検査を１月に１回行う場合) その詳細な理由及び検査結果を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ001の17 【項番237】
11022	共通	前回実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（プロスタグランジンＥ主要代謝物（尿））			プロスタグランジンＥ主要代謝物（尿）(160237350)		前回実施年月日（プロスタグランジンＥ主要代謝物（尿））(850190227) 初回（プロスタグランジンＥ主要代謝物（尿））(820190495)	前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ 【項番350】
11023	共通	認知機能スコアMMSEスコア（他の保険医療機関からの紹介により検査を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコア）の記載が必要です。（アミロイドβ４２／４０比（髄液））			アミロイドβ４２／４０比（髄液）(160237150)		画像診断を実施する時点におけるＭＭＳＥスコア：２２点以上(820101166) 画像診断を実施する時点におけるＭＭＳＥスコア：２１点以下(820101167)	認知機能スコア　MMSEスコアを記載すること。（他の保険医療機関からの紹介により検査を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。）	別表Ⅰ Ｄ004の15 【項番241】
11024	共通	臨床認知症尺度CDR全般尺度の評価（他の保険医療機関からの紹介により検査を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコア）の記載が必要です。（アミロイドβ４２／４０比（髄液））			アミロイドβ４２／４０比（髄液）(160237150)		画像診断を実施する時点におけるＣＤＲ全般尺度：０(820101168) 画像診断を実施する時点におけるＣＤＲ全般尺度：０．５又は１(820101169) 画像診断を実施する時点におけるＣＤＲ全般尺度：２又は３(820101170) 画像診断を実施する時点におけるＣＤＲ全般尺度：評価困難(820101171)	臨床認知症尺度　CDR全般尺度の評価を記載すること（他の保険医療機関からの紹介により検査を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。）	別表Ⅰ Ｄ004の15 【項番241】
11025	共通	検査の結果におけるAβ病理を示唆する所見の有無について記載が必要です。（アミロイドβ４２／４０比（髄液））			アミロイドβ４２／４０比（髄液）(160237150)		検査の結果、Ａβ　病理を示唆する所見あり(820101172) 検査の結果、Ａβ　病理を示唆する所見なし(820101173)	検査の結果におけるAβ 病理を示唆する所見の有無について記載すること。	別表Ⅰ Ｄ004の15 【項番241】
11026	共通	陰圧室管理を必要とする原因となった感染症の記載が必要です。（特定感染症患者療養環境特別加算（陰圧室））			特定感染症患者療養環境特別加算（陰圧室）(190136210) 特定感染症患者療養環境特別加算（陰圧室）（疑似症）(190877010)		ア　鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）（陰圧室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））(820101123) イ　麻しん（陰圧室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））(820101124) ウ　新型コロナウイルス感染症（陰圧室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））(820101125) エ　水痘（陰圧室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））(820101126) オ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症（急性灰白髄炎）（陰圧室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））(820101127) オ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症（結核）（陰圧室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））(820101128) オ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症（ジフテリア）（陰圧室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））(820101129) オ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症（重症急性呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属ＳＡＲＳコロナウイルスであるものに限る。））（陰圧室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））(820101130) オ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症（中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属ＭＥＲＳコロナウイルスであるものに限る。））（陰圧室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））(820101131) オ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症（特定鳥インフルエンザ）（陰圧室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））(820101132) カ　感染症法同法第６同条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症（陰圧室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））(820101133) キ　感染症法同法第６同条第８項に規定する指定感染症（陰圧室加算（特定感染症患者療養環境特別加算））(820101134)	陰圧室管理を必要とする原因となった感染症について記載すること。	別表Ⅰ Ａ220-2 【項番23】
11027	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（ＲＥＴ融合遺伝子検査（甲状腺癌））			ＲＥＴ融合遺伝子検査（甲状腺癌）(160233850)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：甲状腺癌におけるＲＥＴ融合遺伝子検査(820101177)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ Ｄ004-2の1 【項番242】
11028	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（ＲＥＴ遺伝子変異検査（甲状腺髄様癌））			ＲＥＴ遺伝子変異検査（甲状腺髄様癌）(160233950)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：甲状腺髄様癌におけるＲＥＴ遺伝子変異検査(820101178)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ Ｄ004-2の1 【項番242】
11029	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（ＢＲＡＦ遺伝子検査（ＰＣＲ－ｒＳＳＯ法）（悪性黒色腫））			ＢＲＡＦ遺伝子検査（ＰＣＲ－ｒＳＳＯ法）（悪性黒色腫）(160235550)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：悪性黒色腫におけるＢＲＡＦ遺伝子検査（ＰＣＲ－ｒＳＳＯ法）(820101176)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ Ｄ004-2の1 【項番242】
11030	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（ＨＥＲ２遺伝子検査（肺癌）（次世代シーケンシング））			ＨＥＲ２遺伝子検査（肺癌）（次世代シーケンシング）(160236550)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：肺癌におけるＨＥＲ２遺伝子検査（次世代シーケンシング）(820101175)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ Ｄ004-2の1 【項番242】
11031	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（ＢＲＡＦ遺伝子検査（ＰＣＲ－ｒＳＳＯ法）（悪性リンパ腫））			ＢＲＡＦ遺伝子検査（ＰＣＲ－ｒＳＳＯ法）（悪性リンパ腫）(160237050)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：悪性リンパ腫におけるＢＲＡＦ遺伝子検査（ＰＣＲ－ｒＳＳＯ法）(820101180)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ Ｄ004-2の1 【項番242】
11032	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（Ｇ１２Ｃ検査）			Ｇ１２Ｃ検査(160234350)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：肺癌におけるＫＲＡＳ遺伝子変異（Ｇ１２Ｃ）検査(820101174)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ Ｄ004-2の1 【項番242】
11033	共通	該当検査のコメント記載が必要です。（ＢＲＡＦ遺伝子検査（ＰＣＲ－ｒＳＳＯ法）（肺癌等を除く固形腫瘍））			ＢＲＡＦ遺伝子検査（ＰＣＲ－ｒＳＳＯ法）（肺癌等を除く固形腫瘍）(160236950)		該当する遺伝子検査（悪性腫瘍遺伝子検査）：固形腫瘍（肺癌及び大腸癌を除く。）におけるＢＲＡＦ遺伝子検査（ＰＣＲ－ｒＳＳＯ法）(820101179)	D004-2悪性腫瘍組織検査の（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ Ｄ004-2の1 【項番242】
11034	共通	２回以上算定する場合は、その医学的必要性の記載が必要です。（血小板凝集能（鑑別診断の補助に用いるもの））			血小板凝集能（鑑別診断の補助に用いるもの）(160238610)		２回以上算定する医学的必要性（血小板凝集能　イ　鑑別診断の補助に用いるもの）；(830100824)	(先天性血小板機能低下症が疑われる患者に対し、当該疾患の鑑別診断の補助を目的として、３種類以上の試薬を用いて血小板凝集能を測定した場合) ２回以上算定する場合は、その医学的必要性について記載すること。	別表Ⅰ Ｄ006の34 【項番242】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
11035	共通	D006-4遺伝学的検査の（１）に掲げる中から該当する遺伝子疾患の名称の記載が必要です。（遺伝学的検査）			遺伝学的検査（容易）（160210910） 遺伝学的検査（複雑）（160211010） 遺伝学的検査（極複雑）（160211110） 遺伝学的検査（容易）（（１）のエに掲げる遺伝子疾患）（160211210） 遺伝学的検査（複雑）（（１）のエに掲げる遺伝子疾患）（160211310） 遺伝学的検査（極複雑）（（１）のエに掲げる遺伝子疾患）（160211410） 遺伝学的検査（容易）（（１）のオに掲げる遺伝子疾患）（160222610） 遺伝学的検査（複雑）（（１）のオに掲げる遺伝子疾患）（160222710） 遺伝学的検査（極複雑）（（１）のオに掲げる遺伝子疾患）（160222810）		遺伝子疾患の名称；（830100825）	D006-4遺伝学的検査の（１）に掲げる遺伝子疾患の中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ D006-4 【項番246】
11036	共通	検査の対象となった全ての遺伝子疾患の名称及び検査の実施の必要性について記載が必要です。（遺伝学的検査＋注２加算）			遺伝学的検査（容易）（複数疾患）（160239010） 遺伝学的検査（容易）（（１）のエに掲げる遺伝子疾患・複数疾患）（160239310） 遺伝学的検査（容易）（（１）のオに掲げる遺伝子疾患・複数疾患）（160239610） 遺伝学的検査（複雑）（複数疾患）（160239110） 遺伝学的検査（複雑）（（１）のエに掲げる遺伝子疾患・複数疾患）（160239410） 遺伝学的検査（複雑）（（１）のオに掲げる遺伝子疾患・複数疾患）（160239710） 遺伝学的検査（極複雑）（複数疾患）（160239210） 遺伝学的検査（極複雑）（（１）のエに掲げる遺伝子疾患・複数疾患）（160239510） 遺伝学的検査（極複雑）（（１）のオに掲げる遺伝子疾患・複数疾患）（160239810）	遺伝子疾患の名称（遺伝学的検査注２）；（830100826） 実施の必要性（遺伝学的検査注２）；（830100827）		検査の対象となった全ての遺伝子疾患の名称及び検査の実施の必要性について記載すること。	別表Ⅰ D006-4注2 【項番247】
11037	共通	D006-27イに該当する医学的な理由の記載が必要です。（ＲＡＳ遺伝子検査（血液））			ＲＡＳ遺伝子検査（血液）（160237450）		医学的な理由（イの（イ）に該当）（ＲＡＳ遺伝子検査）；（830100828） 医学的な理由（イの（ロ）に該当）（ＲＡＳ遺伝子検査）；（830100829） 医学的な理由（イの（ハ）に該当）（ＲＡＳ遺伝子検査）；（830100830）	D006-27イに該当する医学的な理由を記載すること。	別表Ⅰ D006-27の5 【項番263】
11038	共通	大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由の記載が必要です。（ＢＲＡＦ遺伝子検査（血液））			ＢＲＡＦ遺伝子検査（血液）（160237550）		大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由（ＢＲＡＦ遺伝子検査）；（830100831）	大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	別表Ⅰ D006-27の6 【項番264】
11039	共通	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由の記載が必要です。（ＨＥＲ２遺伝子検査（肺癌に係るもの）（血液））			ＨＥＲ２遺伝子検査（肺癌に係るもの）（血液）（160237750）		肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由（ＨＥＲ２遺伝子検査（肺癌に係るもの））；（830100832）	肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	別表Ⅰ D006-27の8 【項番265】
11040	共通	固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由の記載が必要です。（マイクロサテライト不安定性検査（血液））			マイクロサテライト不安定性検査（血液）（160237850）		固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由（マイクロサテライト不安定性検査）；（830100833）	固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を記載すること。	別表Ⅰ D006-27の9 【項番266】
11041	共通	医学的な必要性から患者１人につき２回以上実施した場合、その理由の記載が必要です。（乳癌悪性度判定検査）			乳癌悪性度判定検査(160236850)		患者１人につき２回以上実施した理由（乳癌悪性度判定検査）；（830100834）	（医学的な必要性から患者１人につき２回以上実施した場合） その理由を記載すること。	別表Ⅰ D006-29 【項番267】
11042	共通	本検査の実施に当たっては、ホルモン受容体、ＨＥＲ２の検査結果及びリンパ節転移の状況についての記載が必要です。（乳癌悪性度判定検査）			乳癌悪性度判定検査(160236850)	ホルモン受容体の検査結果（乳癌悪性度判定検査）；（830100835） ＨＥＲ２の検査結果（乳癌悪性度判定検査）；（830100836） リンパ節転移の状況（乳癌悪性度判定検査）；（830100837）		本検査の実施に当たっては、ホルモン受容体、ＨＥＲ２の検査結果及びリンパ節転移の状況について記載すること。	別表Ⅰ D006-29 【項番267】
11043	共通	早産児にあって生後２週間を超えて修正週数として正期産に相当する期間まで経過観察を行う場合、検査を実施した日に相当する修正週数の記載が必要です。（アルブミン非結合型ビリルビン）			アルブミン非結合型ビリルビン(160152350)		検査を実施した日に相当する修正週数（アルブミン非結合型ビリルビン）（842100112）	（早産児にあって、生後２週間を超えて、修正週数として正期産に相当する期間まで経過観察を行う場合） 検査を実施した日に相当する修正週数を記載すること。	別表Ⅰ D007の38 【項番266】
11044	共通	前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合、前回の実施日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（Ｓ２、３ＰＳＡ%）			Ｓ２、３ＰＳＡ%(160238450)		前回実施年月日（Ｓ２，３ＰＳＡ%）（850190220） 初回（Ｓ２，３ＰＳＡ%）（820190494）	（前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合） 前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ D009の31 【項番281】
11045	共通	前立腺特異抗原（ＰＳＡ）の測定年月日及び測定結果の記載が必要です。（Ｓ２、３ＰＳＡ%）			Ｓ２、３ＰＳＡ%(160238450)	前立腺特異抗原（ＰＳＡ）の測定年月日（Ｓ２，３ＰＳＡ%）（850190221） 前立腺特異抗原（ＰＳＡ）の測定結果（Ｓ２，３ＰＳＡ%）；（830100838）		前立腺特異抗原（ＰＳＡ）の測定年月日及び測定結果を記載すること。	別表Ⅰ D009の31 【項番281】
11046	共通	２回以上算定する場合、必要性の記載が必要です。（Ｓ２、３ＰＳＡ%）			Ｓ２、３ＰＳＡ%(160238450)		２回以上算定する必要性（Ｓ２，３ＰＳＡ%）；（830100839）	（２回以上算定する場合） 必要性を記載すること。	別表Ⅰ D009の31 【項番281】
11047	共通	本検査が必要と判断した医学的根拠の記載が必要です。（ＡＰＯＡ２アイソフォーム）			ＡＰＯＡ２アイソフォーム(160238550)		必要と判断した医学的根拠（アポリポ蛋白Ａ２（ＡＰＯＡ２）アイソフォーム）；（830100840）	本検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	別表Ⅰ D009の35 【項番283】
11048	共通	アの（イ）に実施する場合はＣＡ19－9の測定年月日及び測定結果、アの（ロ）及び（ハ）に実施する場合癌胎児性抗原（ＣＥＡ）及びＣＡ19－9の測定年月日並びに測定結果の記載が必要です。（ＡＰＯＡ２アイソフォーム）	グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ		ＡＰＯＡ２アイソフォーム(160238550)	癌胎児性抗原（ＣＥＡ）の測定年月日（アの（ロ）（ハ）に実施）（アポリポ蛋白Ａ２（ＡＰＯＡ２）アイソフォーム）（850190223） ＣＡ１９－９の測定年月日（アの（ロ）（ハ）に実施）（アポリポ蛋白Ａ２（ＡＰＯＡ２）アイソフォーム）（850190224） 癌胎児性抗原（ＣＥＡ）の測定結果（アの（ロ）（ハ）に実施）（アポリポ蛋白Ａ２（ＡＰＯＡ２）アイソフォーム）；（830100842） ＣＡ１９－９の測定結果（アの（ロ）（ハ）に実施）（アポリポ蛋白Ａ２（ＡＰＯＡ２）アイソフォーム）；（830100843）	ＣＡ１９－９の測定年月日（アの（イ）に実施）（アポリポ蛋白Ａ２（ＡＰＯＡ２）アイソフォーム）（850190222） ＣＡ１９－９の測定結果（アの（イ）に実施）（アポリポ蛋白Ａ２（ＡＰＯＡ２）アイソフォーム）；（830100841） **<<２件該当とする>>**	（D009腫瘍マーカーの(26)アの（イ）に実施する場合） ＣＡ19－9の測定年月日及び測定結果を、記載すること。 （D009腫瘍マーカーの(26)アの（ロ）及び（ハ）に実施する場合） 癌胎児性抗原（ＣＥＡ）及びＣＡ19－9の測定年月日並びに測定結果を、記載すること。	別表Ⅰ D009の35 【項番283】
11049	共通	医学的な必要性から本検査を２回目以上算定する場合、その理由の記載が必要です。（単純ヘルペスウイルス抗原定性（皮膚））			単純ヘルペスウイルス抗原定性（皮膚）（160235950）		２回目以上算定する理由（単純ヘルペスウイルス抗原定性（皮膚））；（830100844）	（医学的な必要性から、本検査を２回目以上算定する場合） その理由を記載すること。	別表Ⅰ D012の39 【項番289】
11050	共通	本検査の結果が陰性であったもののCOVID-19又はＲＳウイルス感染以外の診断がつかない場合であって、さらに１回算定した場合、検査が必要と判断した医学的根拠の記載が必要です。（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・ＲＳウイルス抗原同時検出定性）	２回以上		ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・ＲＳウイルス抗原同時検出定性(160234850) **<<回数を２回以上とする>>**		検査が必要と判断した医学的根拠（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・ＲＳウイルス抗原同時検出定性）；（830100845）	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19又はＲＳウイルス感染以外の診断がつかない場合であって、さらに１回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	別表Ⅰ D012の59 【項番293】
11051	共通	本検査の結果が陰性であったもののCOVID-19又はＲＳウイルス感染以外の診断がつかない場合であって、さらに１回算定した場合、検査が必要と判断した医学的根拠の記載が必要です。（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザ・ＲＳ抗原同時検出定性）	２回以上		ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザ・ＲＳ抗原同時検出定性(160235450) **<<回数を２回以上とする>>**		検査が必要と判断した医学的根拠（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザウイルス・ＲＳウイルス抗原同時検出定性）；（830100846）	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに１回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	別表Ⅰ D012の59 【項番294】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
11052	共通	診断基準に基づいて、当該疾患を疑う根拠の記載が必要です。（顆粒球表面抗原検査）			顆粒球表面抗原検査(160239910)		先天性グリコシルホスファチジルイノシトール（ＧＰＩ）欠損症を疑う根拠（顆粒球表面抗原検査）；(830100847)	本検査を実施した場合には、「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」（平成26年11月12日付け健発1112第１号厚生労働省健康局長通知）において示されている診断基準に基づいて、当該疾患を疑う根拠を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ016の8 【項番306】
11053	共通	本検査の結果が陰性であったもののCOVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに１回算定した場合、検査が必要と判断した医学的根拠の記載が必要です。（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・ＲＳウイルス核酸同時検出）	２回以上		ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・ＲＳウイルス核酸同時検出（検査委託）(160234550) ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・ＲＳウイルス核酸同時検出（検査委託以外）(160234650) <<回数を２回以上とする>>		検査が必要と判断した医学的根拠（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・ＲＳウイルス核酸同時検出）；(830100849)	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに１回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ023の19 【項番315】
11054	共通	本検査の結果が陰性であったもののCOVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに１回算定した場合、検査が必要と判断した医学的根拠の記載が必要です。（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザ・ＲＳ核酸同時検出）	２回以上		ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザ・ＲＳ核酸同時検出（委託）(160235250) ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザ・ＲＳ核酸同時検出（委託外）(160235350) <<回数を２回以上とする>>		検査が必要と判断した医学的根拠（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザ・ＲＳウイルス核酸同時検出）；(830100850)	（本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合であって、さらに１回算定した場合） 検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ023の19 【項番316】
11055	共通	髄膜炎又は脳炎を疑う臨床症状又は検査所見及び医学的な必要性の記載が必要です。（ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液））			ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）(160234950)		髄膜炎又は脳炎を疑う臨床症状又は検査所見及び医学的な必要性（ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液））；(830100851)	髄膜炎又は脳炎を疑う臨床症状又は検査所見及び医学的な必要性を詳細に記載すること。	別表Ⅰ Ｄ023の24 【項番320】
11056	共通	検査実施年月日、実施医療機関の名称、診断名（疑いを含む）及び当該検査を行う医学的必要性の症状詳記の記載が必要です。（単線維筋電図）			単線維筋電図(160218710)	検査実施年月日（単線維筋電図）(850190226) 実施医療機関の名称（単線維筋電図）；(830100852) 診断名（疑いを含む。）（単線維筋電図）；(830100853)	検査を行う医学的必要性（単線維筋電図）；(830100854) ＊単線維筋電図＊（症状詳記）	検査実施年月日、実施医療機関の名称、診断名（疑いを含む。）及び当該検査を行う医学的必要性の症状詳記を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ239の4 【項番338】
11057	共通	前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（ＥＬＦスコア）			ＥＬＦスコア(160238350)		前回実施年月日（ＥＬＦスコア）(850190228) 初回（ＥＬＦスコア）(820190496)	前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ 【項番350】
11058	共通	前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）の記載が必要です。（骨塩定量検査（腰椎）（ＲＥＭＳ法））			骨塩定量検査（腰椎）（ＲＥＭＳ法）(160226050)		前回実施年月日（骨塩定量検査（ＲＥＭＳ法（腰椎））(850190229) 初回（骨塩定量検査（ＲＥＭＳ法（腰椎））(820190497)	前回の実施年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。	別表Ⅰ Ｄ 【項番350】
11059	共通	認知機能スコアMMSEスコア（他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコア）の記載が必要です。（ポジトロン（アミロイドＰＥＴ））			ポジトロン（アミロイドＰＥＴ）放射性医薬品(170703410) ポジトロン（アミロイドＰＥＴ）放射性医薬品・画診共同(170703510) ポジトロン（アミロイドＰＥＴ）イ以外(170703610) ポジトロン（アミロイドＰＥＴ）イ以外・画診共同(170703710) ポジトロン（アミロイドＰＥＴ）放射性医薬品・施基不適(170704030) ポジトロン（アミロイドＰＥＴ）放射性医薬品・施基不適・画診共同(170704130) ポジトロン（アミロイドＰＥＴ）イ以外・施基不適(170704230) ポジトロン（アミロイドＰＥＴ）イ以外・施基不適・画診共同(170704330)		画像診断を実施する時点におけるＭＭＳＥスコア：２２点以上(820101166) 画像診断を実施する時点におけるＭＭＳＥスコア：２１点以下(820101167)	認知機能スコア　MMSEスコアを記載すること。（他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。）	別表Ⅰ Ｅ101-2の5 【項番358】
11060	共通	臨床認知症尺度CDR全般尺度の評価（他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコア）の記載が必要です。（ポジトロン（アミロイドＰＥＴ））			ポジトロン（アミロイドＰＥＴ）放射性医薬品(170703410) ポジトロン（アミロイドＰＥＴ）放射性医薬品・画診共同(170703510) ポジトロン（アミロイドＰＥＴ）イ以外(170703610) ポジトロン（アミロイドＰＥＴ）イ以外・画診共同(170703710) ポジトロン（アミロイドＰＥＴ）放射性医薬品・施基不適(170704030) ポジトロン（アミロイドＰＥＴ）放射性医薬品・施基不適・画診共同(170704130) ポジトロン（アミロイドＰＥＴ）イ以外・施基不適(170704230) ポジトロン（アミロイドＰＥＴ）イ以外・施基不適・画診共同(170704330)		画像診断を実施する時点におけるＣＤＲ全般尺度：０(820101168) 画像診断を実施する時点におけるＣＤＲ全般尺度：０．５又は１(820101169) 画像診断を実施する時点におけるＣＤＲ全般尺度：２又は３(820101170) 画像診断を実施する時点におけるＣＤＲ全般尺度：評価困難(820101171)	臨床認知症尺度　CDR全般尺度の評価を記載すること（他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。）	別表Ⅰ Ｅ101-2の5 【項番358】
11061	共通	画像診断の結果におけるＡβ病理を示唆する所見の有無について記載すること。（ポジトロン（アミロイドＰＥＴ））			ポジトロン（アミロイドＰＥＴ）放射性医薬品(170703410) ポジトロン（アミロイドＰＥＴ）放射性医薬品・画診共同(170703510) ポジトロン（アミロイドＰＥＴ）イ以外(170703610) ポジトロン（アミロイドＰＥＴ）イ以外・画診共同(170703710) ポジトロン（アミロイドＰＥＴ）放射性医薬品・施基不適(170704030) ポジトロン（アミロイドＰＥＴ）放射性医薬品・施基不適・画診共同(170704130) ポジトロン（アミロイドＰＥＴ）イ以外・施基不適(170704230) ポジトロン（アミロイドＰＥＴ）イ以外・施基不適・画診共同(170704330)		画像診断の結果、Ａβ　病理を示唆する所見あり(820101186) 画像診断の結果、Ａβ　病理を示唆する所見なし(820101187)	画像診断の結果におけるＡβ 病理を示唆する所見の有無について記載すること。	別表Ⅰ Ｅ101-2の5 【項番358】
11062	共通	認知機能スコアMMSEスコア（他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコア）の記載が必要です。（ポジトロン・ＣＴ（アミロイドＰＥＴ））			ポジトロン・ＣＴ（アミロイドＰＥＴ）放射性(170704610) ポジトロン・ＣＴ（アミロイドＰＥＴ）放射性・画診共同(170704710) ポジトロン・ＣＴ（アミロイドＰＥＴ）イ以外(170704810) ポジトロン・ＣＴ（アミロイドＰＥＴ）イ以外・画診共同(170704910) ポジトロン・ＣＴ（アミロイドＰＥＴ）放射性・施基不適(170705230) ポジトロン・ＣＴ（アミロイドＰＥＴ）放射性・施基不適・画診共同(170705330) ポジトロン・ＣＴ（アミロイドＰＥＴ）イ以外・施基不適(170705430) ポジトロン・ＣＴ（アミロイドＰＥＴ）イ以外・施基不適・画診共同(170705530)		画像診断を実施する時点におけるＭＭＳＥスコア：２２点以上(820101166) 画像診断を実施する時点におけるＭＭＳＥスコア：２１点以下(820101167)	認知機能スコア　MMSEスコアを記載すること。（他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。）	別表Ⅰ Ｅ101-3の4 【項番359】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				ＡＮＤ／ＯＲ項目	ＯＲ項目	ＡＮＤ／ＯＲ項目	ＯＲ項目		
11063	共通	臨床認知症尺度CDR全般尺度の評価（他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコア）の記載が必要です。（ポジトロン・ＣＴ（アミロイドＰＥＴ））			ポジトロン・ＣＴ（アミロイドＰＥＴ）放射性(170704610) ポジトロン・ＣＴ（アミロイドＰＥＴ）放射性・画診共同(170704710) ポジトロン・ＣＴ（アミロイドＰＥＴ）イ以外(170704810) ポジトロン・ＣＴ（アミロイドＰＥＴ）イ以外・画診共同(170704910) ポジトロン・ＣＴ（アミロイドＰＥＴ）放射性・施基不適(170705230) ポジトロン・ＣＴ（アミロイドＰＥＴ）放射性・施基不適・画診共同(170705330) ポジトロン・ＣＴ（アミロイドＰＥＴ）イ以外・施基不適(170705430) ポジトロン・ＣＴ（アミロイドＰＥＴ）イ以外・施基不適・画診共同(170705530)		画像診断を実施する時点におけるＣＤＲ全般尺度：０(820101168) 画像診断を実施する時点におけるＣＤＲ全般尺度：０．５又は１(820101169) 画像診断を実施する時点におけるＣＤＲ全般尺度：２又は３(820101170) 画像診断を実施する時点におけるＣＤＲ全般尺度：評価困難(820101171)	臨床認知症尺度　CDR全般尺度の評価を記載すること（他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。）	別表Ⅰ Ｅ101-3の4 【項番359】
11064	共通	画像診断の結果におけるＡβ病理を示唆する所見の有無の記載が必要です。（ポジトロン・ＣＴ（アミロイドＰＥＴ））			ポジトロン・ＣＴ（アミロイドＰＥＴ）放射性(170704610) ポジトロン・ＣＴ（アミロイドＰＥＴ）放射性・画診共同(170704710) ポジトロン・ＣＴ（アミロイドＰＥＴ）イ以外(170704810) ポジトロン・ＣＴ（アミロイドＰＥＴ）イ以外・画診共同(170704910) ポジトロン・ＣＴ（アミロイドＰＥＴ）放射性・施基不適(170705230) ポジトロン・ＣＴ（アミロイドＰＥＴ）放射性・施基不適・画診共同(170705330) ポジトロン・ＣＴ（アミロイドＰＥＴ）イ以外・施基不適(170705430) ポジトロン・ＣＴ（アミロイドＰＥＴ）イ以外・施基不適・画診共同(170705530)		画像診断の結果、Ａβ　病理を示唆する所見あり(820101186) 画像診断の結果、Ａβ　病理を示唆する所見なし(820101187)	画像診断の結果におけるＡβ 病理を示唆する所見の有無について記載すること。	別表Ⅰ Ｅ101-3の4 【項番359】
11065	共通	認知機能スコアMMSEスコア（他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコア）の記載が必要です。（ポジトロン・ＭＲＩ（アミロイドＰＥＴ））			ポジトロン・ＭＲＩ（アミロイドＰＥＴ）放射性(170706010) ポジトロン・ＭＲＩ（アミロイドＰＥＴ）放射性・画診共同(170706110) ポジトロン・ＭＲＩ（アミロイドＰＥＴ）イ以外(170706210) ポジトロン・ＭＲＩ（アミロイドＰＥＴ）イ以外・画診共同(170706310) ポジトロン・ＭＲＩ（アミロイドＰＥＴ）放射性・施基不適(170706830) ポジトロン・ＭＲＩ（アミロイドＰＥＴ）放射性・施基不適・画診共同(170706930) ポジトロン・ＭＲＩ（アミロイドＰＥＴ）イ以外・施基不適(170707030) ポジトロン・ＭＲＩ（アミロイドＰＥＴ）イ以外・施基不適・画診共同(170707130)		画像診断を実施する時点におけるＭＭＳＥスコア：２２点以上(820101166) 画像診断を実施する時点におけるＭＭＳＥスコア：２１点以下(820101167)	認知機能スコア　MMSEスコアを記載すること。（他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。）	別表Ⅰ Ｅ101-4の3 【項番360】
11066	共通	臨床認知症尺度CDR全般尺度の評価（他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコア）の記載が必要です。（ポジトロン・ＭＲＩ（アミロイドＰＥＴ））			ポジトロン・ＭＲＩ（アミロイドＰＥＴ）放射性(170706010) ポジトロン・ＭＲＩ（アミロイドＰＥＴ）放射性・画診共同(170706110) ポジトロン・ＭＲＩ（アミロイドＰＥＴ）イ以外(170706210) ポジトロン・ＭＲＩ（アミロイドＰＥＴ）イ以外・画診共同(170706310) ポジトロン・ＭＲＩ（アミロイドＰＥＴ）放射性・施基不適(170706830) ポジトロン・ＭＲＩ（アミロイドＰＥＴ）放射性・施基不適・画診共同(170706930) ポジトロン・ＭＲＩ（アミロイドＰＥＴ）イ以外・施基不適(170707030) ポジトロン・ＭＲＩ（アミロイドＰＥＴ）イ以外・施基不適・画診共同(170707130)		画像診断を実施する時点におけるＣＤＲ全般尺度：０(820101168) 画像診断を実施する時点におけるＣＤＲ全般尺度：０．５又は１(820101169) 画像診断を実施する時点におけるＣＤＲ全般尺度：２又は３(820101170) 画像診断を実施する時点におけるＣＤＲ全般尺度：評価困難(820101171)	臨床認知症尺度　CDR全般尺度の評価を記載すること（他の保険医療機関からの紹介により画像診断を実施する場合は、紹介元医療機関において測定したスコアを記載すること。）	別表Ⅰ Ｅ101-4の3 【項番360】
11067	共通	画像診断の結果におけるＡβ病理を示唆する所見の有無の記載が必要です。（ポジトロン・ＭＲＩ（アミロイドＰＥＴ））			ポジトロン・ＭＲＩ（アミロイドＰＥＴ）放射性(170706010) ポジトロン・ＭＲＩ（アミロイドＰＥＴ）放射性・画診共同(170706110) ポジトロン・ＭＲＩ（アミロイドＰＥＴ）イ以外(170706210) ポジトロン・ＭＲＩ（アミロイドＰＥＴ）イ以外・画診共同(170706310) ポジトロン・ＭＲＩ（アミロイドＰＥＴ）放射性・施基不適(170706830) ポジトロン・ＭＲＩ（アミロイドＰＥＴ）放射性・施基不適・画診共同(170706930) ポジトロン・ＭＲＩ（アミロイドＰＥＴ）イ以外・施基不適(170707030) ポジトロン・ＭＲＩ（アミロイドＰＥＴ）イ以外・施基不適・画診共同(170707130)		画像診断の結果、Ａβ　病理を示唆する所見あり(820101186) 画像診断の結果、Ａβ　病理を示唆する所見なし(820101187)	画像診断の結果におけるＡβ 病理を示唆する所見の有無について記載すること。	別表Ⅰ Ｅ101-4の3 【項番360】
					心大血管疾患リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）(180744210) 心大血管疾患リハビリテーション料（１）（作業療法士による場合）(180744310) 心大血管疾患リハビリテーション料（１）（医師による場合）(180744410) 心大血管疾患リハビリテーション料（１）（看護師による場合）(180744510) 心大血管疾患リハビリテーション料（１）（集団療法による場合）(180744610) 心大血管疾患リハビリテーション料（２）（理学療法士による場合）(180744710) 心大血管疾患リハビリテーション料（２）（作業療法士による場合）(180744810) 心大血管疾患リハビリテーション料（２）（医師による場合）(180744910) 心大血管疾患リハビリテーション料（２）（看護師による場合）(180745010) 心大血管疾患リハビリテーション料（２）（集団療法による場合）(180745110) 脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）(180745310) 脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（作業療法士による場合）(180745410) 脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（言語聴覚士による場合）(180745510) 脳血管疾患等リハビリテーション料（１）（医師による場合）(180745610) 脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（理学療法士による場合）(180745710) 脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（作業療法士による場合）(180745810)				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
11068	共通	算定の根拠となった要件の日毎の記載が必要です。（急性期リハビリテーション加算）	同日 一連処方 非出力AND	急性期リハビリテーション加算(180745270)	脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（言語聴覚士による場合）(180745910) 脳血管疾患等リハビリテーション料（２）（医師による場合）(180746010) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（理学療法士による場合）(180746110) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（作業療法士による場合）(180746210) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（言語聴覚士による場合）(180746310) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（医師による場合）(180746410) 脳血管疾患等リハビリテーション料（３）（イからニまで以外の場合）(180746510) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）(180750510) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（作業療法士による場合）(180750610) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（言語聴覚士による場合）(180750710) 廃用症候群リハビリテーション料（１）（医師による場合）(180750810) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（理学療法士による場合）(180750910) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（作業療法士による場合）(180751010) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（言語聴覚士による場合）(180751110) 廃用症候群リハビリテーション料（２）（医師による場合）(180751210) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（理学療法士による場合）(180751310) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（作業療法士による場合）(180751410) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（言語聴覚士による場合）(180751510) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（医師による場合）(180751610) 廃用症候群リハビリテーション料（３）（イからニまで以外の場合）(180751710) 運動器リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）(180755710) 運動器リハビリテーション料（１）（作業療法士による場合）(180755810) 運動器リハビリテーション料（１）（医師による場合）(180755910) 運動器リハビリテーション料（２）（理学療法士による場合）(180756010) 運動器リハビリテーション料（２）（作業療法士による場合）(180756110) 運動器リハビリテーション料（２）（医師による場合）(180756210) 運動器リハビリテーション料（３）（理学療法士による場合）(180756310) 運動器リハビリテーション料（３）（作業療法士による場合）(180756410) 運動器リハビリテーション料（３）（医師による場合）(180756510) 運動器リハビリテーション料（３）（イからハ以外）(180756610) 呼吸器リハビリテーション料（１）（理学療法士による場合）(180759710) 呼吸器リハビリテーション料（１）（作業療法士による場合）(180759810) 呼吸器リハビリテーション料（１）（言語聴覚士による場合）(180759910) 呼吸器リハビリテーション料（１）（医師による場合）(180760010) 呼吸器リハビリテーション料（２）（理学療法士による場合）(180760110) 呼吸器リハビリテーション料（２）（作業療法士による場合）(180760210) 呼吸器リハビリテーション料（２）（言語聴覚士による場合）(180760310) 呼吸器リハビリテーション料（２）（医師による場合）(180760410)		算定の根拠となった要件アの年月日（急性期リハビリテーション加算）(850190230) 算定の根拠となった要件イの年月日（急性期リハビリテーション加算）(850190231) 算定の根拠となった要件ウの年月日（急性期リハビリテーション加算）(850190232) 算定の根拠となった要件エの年月日（急性期リハビリテーション加算）(850190233)	算定の根拠となった要件（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第１章第７部Ｈ０００（11）に掲げるアからエまでのいずれか）を日毎に記載すること。	別表Ⅰ H000 注4 H001 注4 H001-2 注4 H002 注4 H003 注4 【項番378】
11069	共通	オンライン精神療法指針に沿った適切な診療であることの記載が必要です。（通院精神療法（情報通信機器））			通院精神療法（３０分以上）（精神保健指定医）（情報通信機器）(180761710) 通院精神療法（３０分未満）（精神保健指定医）（情報通信機器）(180761810)		オンライン精神療法指針に沿った適切な診療である（通院・在宅精神療法の注１２の規定）(820101189)	（情報通信機器を用いた精神療法を行う際に、厚生労働省「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」（「オンライン精神療法指針」という。）に沿って診療を行う場合） オンライン精神療法指針に沿った適切な診療であることを記載すること。	別表Ⅰ I 002注12 【項番406】
11070	共通	処方を行った場合、オンライン精神療法指針に沿って処方を行い、当該処方がオンライン精神療法指針に沿った適切な処方であることの記載が必要です。（通院精神療法（情報通信機器）＋処方箋料）	同日	処方箋料（リフィル以外・向精神薬多剤投与）(120003710) 処方箋料（リフィル以外・７種類以上内服薬）(120002710) 処方箋料（リフィル以外・向精神薬長期処方）(120004610) 処方箋料（リフィル以外・その他）(120002910) 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬多剤投与）(120004710) 処方箋料（リフィル処方箋・７種類以上内服薬）(120004810) 処方箋料（リフィル処方箋・向精神薬長期処方）(120004910) 処方箋料（リフィル処方箋・その他）(120005010) **<<上記項目をORで登録する>>**	通院精神療法（３０分以上）（精神保健指定医）（情報通信機器）(180761710) 通院精神療法（３０分未満）（精神保健指定医）（情報通信機器）(180761810)		オンライン精神療法指針に沿って処方を行い、オンライン精神療法指針に沿った適切な処方である（通院・在宅精神療法の注１２の規定）(820101190)	（処方を行った場合） オンライン精神療法指針に沿って処方を行い、当該処方がオンライン精神療法指針に沿った適切な処方であることを記載すること。	別表Ⅰ I 002注12 【項番406】
11071	共通	緊急の訪問看護を行った年月日、加算を算定する詳細な理由の記載が必要です。（精神科緊急訪問看護加算）			精神科緊急訪問看護加算（月１４日目まで）(180761970) 精神科緊急訪問看護加算（月１５日目以降）(180762070)	緊急訪問看護の理由（精神科緊急訪問看護加算）；(830100859) 緊急訪問年月日（精神科緊急訪問看護加算）(850190234)		加算を算定する理由を詳細に記載すること。 緊急の訪問看護を行った年月日を記載すること。	別表Ⅰ I012注7 【項番421】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
11072	共通	当該患者に該当するコア項目並びに当該導入基準の点数の記載が必要です。（精神科在宅患者支援管理料）			精神科在宅患者支援管理料１（集中的支援必要）（単一建物１人）(180057210) 精神科在宅患者支援管理料１（集中的支援必要）（単一建物２人以上）(180057310) 精神科在宅患者支援管理料２（集中的支援必要）（単一建物１人）(180057810) 精神科在宅患者支援管理料２（集中的支援必要）（単一建物２人以上）(180057910) 精神科在宅患者支援管理料１（重度精神障害者）（単一建物１人）(180057410) 精神科在宅患者支援管理料１（重度精神障害者）（単一建物２人以上）(180057510) 精神科在宅患者支援管理料２（重度精神障害者）（単一建物１人）(180058010) 精神科在宅患者支援管理料２（重度精神障害者）（単一建物２人以上）(180058110)	在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準の点数(842100113)	在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準において該当するコア項目：１(820101191) 在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準において該当するコア項目：２(820101192) 在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準において該当するコア項目：３(820101193)	当該患者に該当するコア項目並びに当該導入基準の点数を記載すること。	別表Ⅰ １０１６ 【項番427】
11073	共通	創傷処置、下肢創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合、併算定した処置と多血小板血漿処置のそれぞれの対象部位の記載が必要です。（多血小板血漿処置＋創傷処置）	同日	多血小板血漿処置(140060010)	創傷処置（１００ｃｍ２未満）(140000610) 創傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）(140000710) 創傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）(140000810) 創傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）(140000910) 創傷処置（６０００ｃｍ２以上）(140001010) 熱傷処置（１００ｃｍ２未満）(140032010) 熱傷処置（１００ｃｍ２以上５００ｃｍ２未満）(140032110) 熱傷処置（５００ｃｍ２以上３０００ｃｍ２未満）(140032210) 熱傷処置（３０００ｃｍ２以上６０００ｃｍ２未満）(140036510) 熱傷処置（６０００ｃｍ２以上）(140036610) 下肢創傷処置（足部（踵を除く）の浅い潰瘍）(140062110) 下肢創傷処置（足趾の深い潰瘍・踵部の浅い潰瘍）(140062210) 下肢創傷処置（足部（踵を除く）の深い潰瘍・踵部の深い潰瘍）(140062310)	併算定した処置の部位（多血小板血漿処置）；(830100860) 対象部位（多血小板血漿処置）；(830100861)		（創傷処置、下肢創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合） 併算定した処置と多血小板血漿処置のそれぞれの対象部位を記載すること。	別表Ⅰ Ｊ００３−４ 【項番437】
11074	共通	経胃の栄養摂取が必要な患者に対して在宅などＸ線装置が活用できない環境下において、経鼻栄養・薬剤投与用チューブの挿入に際してチューブの先端が胃内にあることを確認する場合、医学的必要性の記載が必要です。（経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術）			経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術(140054710)		医学的必要性（経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術）；(830100862)	（経胃の栄養摂取が必要な患者に対して在宅などＸ線装置が活用できない環境下において、経鼻栄養・薬剤投与用チューブの挿入に際して、ファイバー光源の活用によりチューブの先端が胃内にあることを確認する場合） 医学的必要性について記載すること。	別表Ⅰ Ｊ０３４−２ 【項番442】
11075	共通	指導を開始した年月日の記載が必要です。（透析時運動指導等加算（人工腎臓））			透析時運動指導等加算（人工腎臓）(140062870)		指導を開始した年月日（透析時運動指導等加算（人工腎臓））(850190235)	指導を開始した年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ｊ０３８注14 【項番446】
11076	共通	Ｊ０４３−３ストーマ処置の（４）のアからキまでに規定するものの中から該当するものの記載が必要です。（ストーマ合併症加算）			ストーマ合併症加算(140700670)		ア　傍ストーマヘルニア（ストーマ合併症加算（ストーマ処置））(820101242) イ　ストーマ脱出（ストーマ合併症加算（ストーマ処置））(820101243) ウ　ストーマ腫瘤（ストーマ合併症加算（ストーマ処置））(820101244) エ　ストーマ部瘻孔（ストーマ合併症加算（ストーマ処置））(820101245) オ　ストーマ静脈瘤（ストーマ合併症加算（ストーマ処置））(820101246) カ　ストーマ周囲肉芽腫（ストーマ合併症加算（ストーマ処置））(820101247) キ　ストーマ周囲難治性潰瘍等（ストーマ合併症加算（ストーマ処置））(820101248)	Ｊ０４３−３ストーマ処置の（４）のアからキまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	別表Ⅰ Ｊ０４３−３ 注4 【項番454】
11077	共通	１回毎の開始年月日、開始時間、終了年月日及び終了時間（当該月に実施されたものに限る。）の記載が必要です。（腹臥位療法加算）	一連処方 非出力AND		腹臥位療法加算(140700770)	開始年月日（腹臥位療法加算）(850190236) 開始時刻（腹臥位療法加算）(851100079) 終了年月日（腹臥位療法加算）(850190238) 終了時刻（腹臥位療法加算）(851100080)		当該月の算定日及び１回毎の開始年月日、開始時間、終了年月日及び終了時間（当該月に実施されたものに限る。）を記載すること。	別表Ⅰ Ｊ０４５ 注5 【項番457】
11078	共通	「Ｋ５１１」肺切除術若しくは「Ｋ５１３」胸腔鏡下肺切除術が適応とならない又は実施困難な理由の記載が必要です。（気管支バルブ留置術）			気管支バルブ留置術(150444150)		「Ｋ５１１」肺切除術若しくは「Ｋ５１３」胸腔鏡下肺切除術が適応とならない又は実施困難な理由（気管支バルブ留置術）；(830100865)	「Ｋ５１１」肺切除術若しくは「Ｋ５１３」胸腔鏡下肺切除術が適応とならない又は実施困難な理由を記載すること。	別表Ⅰ Ｋ５０８−４ 【項番490】
11079	共通	手術内容の記載が必要です。（直腸切除・切断術（経肛門吻合を伴う切除術））			直腸切除・切断術（経肛門吻合を伴う切除術）(150420610)		手術内容（経肛門吻合を伴う切除術（直腸切除・切断術））；(830100866)	手術内容を記載すること。	別表Ⅰ Ｋ７４０の４ 【項番509】
11080	共通	手術内容の記載が必要です。（腹腔鏡下直腸切除・切断術（経肛門吻合を伴う切除術））			腹腔鏡下直腸切除・切断術（経肛門吻合を伴う切除術）(150430110) 腹腔鏡下直腸切除・切断術（経肛門吻合伴う・内視鏡手術用支援機器）(150450310)		手術内容（経肛門吻合を伴う切除術（腹腔鏡下直腸切除・切断術））；(830100867)	手術内容を記載すること。	別表Ⅰ Ｋ７４０−２の４ 【項番510】
11081	共通	複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由の記載が必要です。（肝切除術（部分切除）（複数回切除））			肝切除術（部分切除）（複数回切除）(150417710)		複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由（肝切除術）；(830100921)	複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由を記載すること。 事務連絡令和6年5月1日「令和6年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について」	別表Ⅰ Ｋ６９５ 【項番503】
11082	共通	P/F比400以上の場合は、Fi02の値、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠の記載が必要です。（救急医療管理加算１）		三　呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算１）：Ｐ／Ｆ比４００以上（酸素投与後）(820101045)	救急医療管理加算１(190171910)	呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算１）であって、酸素投与後の場合におけるＦｉＯ２の値（%）(842100116) Ｐ／Ｆ比４００以上であって呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見（救急医療管理加算１）；(830100805)	緊急入院が必要であると判断した医学的根拠（救急医療管理加算１）；(830100473)	イ　酸素投与前の測定が困難である場合は、酸素投与後の値である旨及び酸素投与後の値並びに Fi02 を記載すること。酸素投与前の測定が困難であって、かつ、別表の三に掲げる状態であってP/F比400以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載すること。） エ　重症患者の状態のうち別表の三に掲げる状態であってP/F比400以上の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠	別表Ⅰ Ａ２０５の１ 【項番18】
11083	共通	別表の二に掲げる状態であってＪＣＳ（Japan Coma Scale）０の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠の記載が必要です。（救急医療管理加算１）		二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算１）：ＪＣＳ０(820101043)	救急医療管理加算１(190171910)		緊急入院が必要であると判断した医学的根拠（救急医療管理加算１）；(830100473)	エ　重症患者の状態のうち別表の二に掲げる状態であってＪＣＳ（Japan Coma Scale）０の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠	別表Ⅰ Ａ２０５の１ 【項番18】
11084	共通	別表の三に掲げる状態であってP/F 比400以上の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠の記載が必要です。（救急医療管理加算１）		三　呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算１）：Ｐ／Ｆ比４００以上（酸素投与前）(820101044)	救急医療管理加算１(190171910)		緊急入院が必要であると判断した医学的根拠（救急医療管理加算１）；(830100473)	エ　重症患者の状態のうち別表の三に掲げる状態であってP/F比400以上の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠	別表Ⅰ Ａ２０５の１ 【項番18】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
11085	共通	別表の四に掲げる状態であってNYHAⅠ度の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠の記載が必要です。（救急医療管理加算１）		四　心不全で重篤な状態（救急医療管理加算１）：ＮＹＨＡ１ (820100404)	救急医療管理加算１(190171910)		緊急入院が必要であると判断した医学的根拠（救急医療管理加算１）；(830100473)	エ　重症患者の状態のうち別表の四に掲げる状態であってNYHAⅠ度の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠	別表Ⅰ A205の1 【項番18】
11086	共通	P/F比400以上の場合は、Fi02の値、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠の記載が必要です。（救急医療管理加算２）		三　呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算２）：Ｐ／Ｆ比４００以上（酸素投与後）(820101051)	救急医療管理加算２(190172010) 救急医療管理加算２（その他の重症な状態が一定割合以上） (190831970)	Ｐ／Ｆ比４００以上であって呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見（救急医療管理加算２）；(830100807) 呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算２）であって、酸素投与後の場合におけるＦｉＯ２の値（%）(842100117)	緊急入院が必要であると判断した医学的根拠（救急医療管理加算２）；(830100808)	イ　酸素投与前の測定が困難である場合は、酸素投与後の値である旨及び酸素投与後の値並びに Fi02を記載すること。酸素投与前の測定が困難であって、かつ、別表の三に掲げる状態に準ずる状態であってP/F比400以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載すること。 エ　重症患者の状態のうち別表の三に掲げる状態に準ずる状態であってP/F比400以上の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠	別表Ⅰ A205の2 【項番19】
11087	共通	別表の二に掲げる状態に準ずる状態であってＪＣＳ（Japan Coma Scale）０の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠の記載が必要です。（救急医療管理加算２）		二　意識障害又は昏睡（救急医療管理加算２）：ＪＣＳ０ (820101050)	救急医療管理加算２(190172010) 救急医療管理加算２（その他の重症な状態が一定割合以上） (190831970)		緊急入院が必要であると判断した医学的根拠（救急医療管理加算２）；(830100808)	エ　重症患者の状態のうち別表の二に掲げる状態に準ずる状態であってＪＣＳ（Japan Coma Scale）０の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠	別表Ⅰ A205の2 【項番19】
11088	共通	別表の三に掲げる状態に準ずる状態であってP/F 比400以上の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠の記載が必要です。（救急医療管理加算２）		三　呼吸不全で重篤な状態（救急医療管理加算２）：Ｐ／Ｆ比４００以上（酸素投与前）(820100436)	救急医療管理加算２(190172010) 救急医療管理加算２（その他の重症な状態が一定割合以上） (190831970)		緊急入院が必要であると判断した医学的根拠（救急医療管理加算２）；(830100808)	エ　重症患者の状態のうち別表の三に掲げる状態に準ずる状態であってP/F比400以上の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠	別表Ⅰ A205の2 【項番19】
11089	共通	別表の四に掲げる状態に準ずる状態であってNYHAⅠ度の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠の記載が必要です。（救急医療管理加算２）		四　心不全で重篤な状態（救急医療管理加算２）：ＮＹＨＡ１ (820100432)	救急医療管理加算２(190172010) 救急医療管理加算２（その他の重症な状態が一定割合以上） (190831970)		緊急入院が必要であると判断した医学的根拠（救急医療管理加算２）；(830100808)	エ　重症患者の状態のうち別表の四に掲げる状態に準ずる状態であってNYHAⅠ度の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠	別表Ⅰ A205の2 【項番19】
11090	共通	凍結する精子の量及び凍結を開始した年月日の記載が必要です。（精子凍結保存管理料（導入時））			精子凍結保存管理料（導入時・精巣内精子採取術で採取の精子を凍結）(150452110) 精子凍結保存管理料（導入時・イ以外）(150452210)	凍結する精子の量（精子凍結保存管理料（導入時））； (830100868) 凍結を開始した年月日（精子凍結保存管理料（導入時）） (850190240)		凍結する精子の量及び凍結を開始した年月日を記載すること。	別表Ⅰ K917-5の1 【項番529】
11091	共通	維持管理を行う精子の量及び当該精子ごとの凍結を開始した年月日の記載が必要です。（精子凍結保存管理料（精子凍結保存維持管理料））			精子凍結保存管理料（精子凍結保存維持管理料）(150452310)	維持管理を行う精子の量（精子凍結保存維持管理料）； (830100869) 精子ごとの凍結を開始した年月日（精子凍結保存維持管理料） (850190241)		維持管理を行う精子の量及び当該精子ごとの凍結を開始した年月日を記載すること。	別表Ⅰ K917-5の2 【項番530】
11092	共通	頭部外傷患者（脳浮腫又は頭蓋内血腫を伴うＧＣＳ８点以下の状態にある患者に限る）に対し体温維持療法を算定した場合、脳脊髄圧モニタリングの内容等を詳細な記載が必要です。（体温維持療法）			体温維持療法(150234330)		脳脊髄圧モニタリングの詳細な内容等（体温維持療法）； (830100871)	（頭部外傷患者（脳浮腫又は頭蓋内血腫を伴うＧＣＳ８点以下の状態にある患者に限る。）に対し体温維持療法を算定した場合） 脳脊髄圧モニタリングの内容等を詳細に記載すること。	別表Ⅰ L008-2 【項番542】
11093	共通	弓部大動脈においてステント留置を行う若しくは弓部３分枝の血管吻合を行う際に術中に非侵襲的に脳灌流のモニタリングを実施した場合、医学的必要性の記載が必要です。（ステントグラフト内挿術（胸部大動脈）＋術中脳灌流モニタリング加算）		ステントグラフト内挿術（胸部大動脈）(150301310) 術中脳灌流モニタリング加算(150395770)			医学的必要性（術中脳灌流モニタリング加算）；(830100870)	（K561に掲げるステントグラフト内挿術（血管損傷以外の場合において、胸部大動脈に限る）については、弓部大動脈においてステント留置を行う若しくは弓部３分枝の血管吻合を行う際に術中に非侵襲的に脳灌流のモニタリングを実施した場合） その医学的必要性を記載すること。	別表Ⅰ L008注11 【項番541】
11094	共通	入院元が急性期医療を担う病院である場合、当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数の記載が必要です。（有床診療所急性期患者支援病床初期加算（有床診療所入院基本料））			有床診療所急性期患者支援病床初期加算（有床診療所入院基本料） (190242210)		算定対象である旨及び転院（転棟）回数（有床診療所急性期患者支援病床初期加算）；(830100801)	（入院元が急性期医療を担う病院である場合） 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載すること。	別表Ⅰ A108 【項番13】
11095	共通	入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合、直近の入院医療機関名及び退院日の記載が必要です。（有床診療所在宅患者支援病床初期加算（有床診療所入院基本料））			有床診療所在宅患者支援病床初期加算（有床診療所入院基本料） (190242310)		直近の入院医療機関名及び退院年月日（有床診療所在宅患者支援病床初期加算）；(830100803)	（入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合） 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。	別表Ⅰ A108 【項番14】
11096	共通	入院元が急性期医療を担う病院である場合、入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合、それぞれ所定事項の記載が必要です。（救急・在宅等支援病床初期加算（地域一般入院基本料））			救急・在宅等支援病床初期加算（地域一般入院基本料） (190142970)		算定対象である旨及び転院（転棟）回数（救急・在宅等支援病床初期加算）；(830100006) 直近の入院医療機関名及び退院年月日（救急・在宅等支援病床初期加算）；(830100007)	（入院元が急性期医療を担う病院である場合） 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載すること。 （入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合） 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。	別表Ⅰ A100 【項番6】
11097	共通	入院元が急性期医療を担う病院である場合、当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数の記載が必要です。（急性期患者支援療養病床初期加算（療養病棟入院基本料））			急性期患者支援療養病床初期加算（療養病棟入院基本料） (190201770)		算定対象である旨及び転院（転棟）回数（急性期患者支援療養病床初期加算）；(830100012)	（入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合） 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。	別表Ⅰ A101 【項番8】
11098	共通	入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合、直近の入院医療機関名及び退院日の記載が必要です。（在宅患者支援療養病床初期加算（療養病棟入院基本料））			在宅患者支援療養病床初期加算（療養病棟入院基本料） (190201870)		直近の入院医療機関名及び退院年月日（在宅患者支援療養病床初期加算）；(830100015)	（入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合） 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。	別表Ⅰ A101 【項番8】
11099	共通	入院元が急性期医療を担う病院である場合、当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数の記載が必要です。（有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算（診療養入院））			有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算（診療養入院） (190242410)		算定対象である旨及び転院（転棟）回数（有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算）；(830100021)	（入院元が急性期医療を担う病院である場合） 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載すること。	別表Ⅰ A109 【項番15】
11100	共通	入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合、直近の入院医療機関名及び退院日を記載の記載が必要です。（有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算（診療養入院））			有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算（診療養入院） (190242510)		直近の入院医療機関名及び退院年月日（有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算）；(830100022)	（入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合） 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。	別表Ⅰ A109 【項番16】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
11101	共通	入院元が急性期医療を担う病院である場合、当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数の記載が必要です。（急性期患者支援病床初期加算）			急性期患者支援病床初期加算（４００床以上・他医一般病棟から転棟）（190262970） 急性期患者支援病床初期加算（４００床以上・１の患者以外）（190263070） 急性期患者支援病床初期加算（４００床未満・他医一般病棟から転棟）（190263170） 急性期患者支援病床初期加算（４００床未満・１の患者以外）（190263270）		算定対象である旨及び転院（転棟）回数（急性期患者支援病床初期加算）；（830100037）	（入院元が急性期医療を担う病院である場合） 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載すること。	別表Ⅰ A308-3 【項番53】
11102	共通	入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合、直近の入院医療機関名及び退院日の記載が必要です。（在宅患者支援病床初期加算）			在宅患者支援病床初期加算（老健施設から入院した患者）（救急搬送）（190858470） 在宅患者支援病床初期加算（老健施設から入院した患者）（１以外）（190858570） 在宅患者支援病床初期加算（自宅等から入院した患者）（救急搬送）（190858670） 在宅患者支援病床初期加算（自宅等から入院した患者）（１以外）（190858770）		直近の入院医療機関名及び退院年月日（在宅患者支援病床初期加算）；（830100040）	（入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合） 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。	別表Ⅰ A308-3 【項番53】
11103	共通	入院元が急性期医療を担う病院である場合、入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合、それぞれ所定事項の記載が必要です。（救急・在宅等支援病床初期加算（特定一般病棟入院料））			救急・在宅等支援病床初期加算（特定一般病棟入院料）（190152470）		算定対象である旨及び転院（転棟）回数（救急・在宅等支援病床初期加算）；（830100006） 直近の入院医療機関名及び退院年月日（救急・在宅等支援病床初期加算）；（830100007）	（入院元が急性期医療を担う病院である場合） 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載すること。 （入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合） 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。	別表Ⅰ A317 【項番64】
11104	共通	診療に要した時間の記載が必要です。（通院精神療法（３０分未満）など）			通院精神療法（３０分未満）（精神保健指定医による場合）（180070510） 家族通院精神療法（３０分未満）（精神保健指定医による場合）（180071110） 通院精神療法（３０分未満）（１以外）（180067310） 家族通院精神療法（３０分未満）（１以外）（180069050） 在宅精神療法（３０分未満）（精神保健指定医による場合）（180070910） 家族在宅精神療法（３０分未満）（精神保健指定医による場合）（180071410） 在宅精神療法（３０分未満）（１以外）（180068310） 家族在宅精神療法（３０分未満）（１以外）（180069650） 通院精神療法（要件減算）（３０分未満）（指定医）（180071730） 家族通院精神療法（要件減算）（３０分未満）（指定医）（180072230） 通院精神療法（要件減算）（３０分未満）（１以外）（180067530） 家族通院精神療法（要件減算）（３０分未満）（１以外）（180068830） 在宅精神療法（要件減算）（３０分未満）（指定医）（180072030） 家族在宅精神療法（要件減算）（３０分未満）（指定医）（180072430） 在宅精神療法（要件減算）（３０分未満）（１以外）（180068530） 家族在宅精神療法（要件減算）（３０分未満）（１以外）（180069430） 通院精神療法（３０分未満）（精神保健指定医）（情報通信機器）（180761810）		５分を超え１０分未満（通院・在宅精神療法）（820101309） １０分以上２０分未満（通院・在宅精神療法）（820101310） ２０分以上３０分未満（通院・在宅精神療法）（820101311）	診療に要した時間に応じて、選択して記載すること。	別表Ⅰ Ⅰ002 【項番401】
11105	共通	診療に要した時間の記載が必要です。（通院精神療法（３０分以上）など）			通院精神療法（３０分以上）（精神保健指定医による場合）（180070410） 家族通院精神療法（３０分以上）（精神保健指定医による場合）（180071010） 通院精神療法（３０分以上）（１以外）（180067410） 家族通院精神療法（３０分以上）（１以外）（180069150） 通院精神療法（要件減算）（３０分以上）（指定医）（180071630） 家族通院精神療法（要件減算）（３０分以上）（指定医）（180072130） 通院精神療法（要件減算）（３０分以上）（１以外）（180067630） 家族通院精神療法（要件減算）（３０分以上）（１以外）（180068930） 通院精神療法（３０分以上）（精神保健指定医）（情報通信機器）（180761710）		３０分超（通院・在宅精神療法）（820101315） ３０分以上４０分未満（通院・在宅精神療法）（820101312） ４０分以上５０分未満（通院・在宅精神療法）（820101313） ５０分以上６０分未満（通院・在宅精神療法）（820101314） ６０分超（通院・在宅精神療法）（820101316）	診療に要した時間に応じて、選択して記載すること。	別表Ⅰ Ⅰ002 【項番401】
11106	共通	診療に要した時間の記載が必要です。（通院精神療法（３０分以上６０分未満）など）			在宅精神療法（３０分以上６０分未満）（精神保健指定医による場合）（180070810） 家族在宅精神療法（３０分以上６０分未満）（指定医）（180071310） 在宅精神療法（３０分以上６０分未満）（１以外）（180067910） 家族在宅精神療法（３０分以上６０分未満）（１以外）（180069750） 在宅精神療法（要件減算）（３０分以上６０分未満）（指定医）（180071930） 家族在宅精神療法（要件減算３０分以上６０分未満）（指定医）（180072330） 在宅精神療法（要件減算）（３０分以上６０分未満）（１以外）（180068630） 家族在宅精神療法（要件減算３０分以上６０分未満）（１以外）（180069530）		３０分超（通院・在宅精神療法）（820101315） ３０分以上４０分未満（通院・在宅精神療法）（820101312） ４０分以上５０分未満（通院・在宅精神療法）（820101313） ５０分以上６０分未満（通院・在宅精神療法）（820101314）	診療に要した時間に応じて、選択して記載すること。	別表Ⅰ Ⅰ002 【項番401】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
11107	共通	診療に要した時間の記載が必要です。（通院精神療法（６０分以上）など）			通院精神療法（初診日に６０分以上）（精神保健指定医による場合）(180070310) 在宅精神療法（初診日に６０分以上）（精神保健指定医による場合）(180070610) 通院精神療法（初診日に６０分以上）（（１）以外）(180067110) 在宅精神療法（初診日に６０分以上）（（１）以外）(180068010) 在宅精神療法（６０分以上）（精神保健指定医による場合）(180070710) 家族在宅精神療法（６０分以上）（精神保健指定医による場合）(180071210) 在宅精神療法（６０分以上）（１以外）(180068210) 家族在宅精神療法（６０分以上）（１以外）(180069250) 通院精神療法（初診日に６０分以上・要件減算）（指定医）(180071530) 在宅精神療法（初診日に６０分以上・要件減算）（指定医）(180071830) 通院精神療法（初診日に６０分以上・要件減算）（（１）以外）(180067230) 在宅精神療法（初診日に６０分以上・要件減算）（（１）以外）(180068130) 在宅精神療法（要件減算）（６０分以上）（指定医）(180073030) 家族在宅精神療法（要件減算）（６０分以上）（指定医）(180073230) 在宅精神療法（要件減算）（６０分以上）（１以外）(180073130) 家族在宅精神療法（要件減算）（６０分以上）（１以外）(180073330)		６０分超（通院・在宅精神療法）(820101316)	診療に要した時間に応じて、選択して記載すること。	別表Ⅰ Ⅰ002 【項番401】
11108	共通	診療に要した時間の記載が必要です。（通院精神療法（入院措置後退院患者・支援計画の療養担当精神科医師）など）			通院精神療法（入院措置後退院患者・支援計画の療養担当精神科医師）(180055510) 在宅精神療法（入院措置後退院患者・支援計画の療養担当精神科医師）(180056610) 通院精神療法（入院措置後退院患者・要件減算）(180056030) 在宅精神療法（入院措置後退院患者・要件減算）(180056130)		５分を超え１０分未満（通院・在宅精神療法）(820101309) １０分以上２０分未満（通院・在宅精神療法）(820101310) ２０分以上３０分未満（通院・在宅精神療法）(820101311) ３０分以上４０分未満（通院・在宅精神療法）(820101312) ４０分以上５０分未満（通院・在宅精神療法）(820101313) ５０分以上６０分未満（通院・在宅精神療法）(820101314) ３０分超（通院・在宅精神療法）(820101315) ６０分超（通院・在宅精神療法）(820101316)	診療に要した時間に応じて、選択して記載すること。	別表Ⅰ Ⅰ002 【項番401】
11109	共通	重症慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）患者に対する気管支バルブの留置による治療を実施する詳細な医学的根拠の記載が必要です。（血管造影用マイクロカテーテル（気管支バルブ治療用））			血管造影用マイクロカテーテル（気管支バルブ治療用）(729920001)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	気管支バルブ治療用の使用に当たっては、重症慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）患者に対する気管支バルブの留置による治療を実施する医学的な根拠を詳細に記載すること。	別表Ⅰ 010の(5) 【項番537】
11110	共通	脳血管用・橈骨動脈穿刺対応型を使用する医療上の必要性についての記載が必要です。（ガイディングカテーテル（脳血管用・橈骨動脈穿刺対応型））			ガイディングカテーテル（脳血管用・橈骨動脈穿刺対応型）(729920007)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	脳血管用・橈骨動脈穿刺対応型を使用する医療上の必要性について記載すること。	別表Ⅰ 132の(7) 【項番537】
11111	共通	リード一体型ペースメーカー抜去用カテーテルを使用する医療上の必要性についての記載が必要です。（血管内異物除去用カテーテル（リード一体型ペースメーカー抜去用）））			血管内異物除去用カテーテル（リード一体型ペースメーカー抜去用）(729920004)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	リード一体型ペースメーカー抜去用カテーテルを使用する医療上の必要性について記載すること。	別表Ⅰ 133の(5)のカ 【項番537】
11112	共通	角膜上皮幹細胞疲弊症の癒着スコアを含めた症状詳記の記載が必要です。（ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮）			ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮（採取・培養キット）(710011165) ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮（調製・移植キット）(710011166)		症状詳記（特定保険医療材料）；(830100610) ＊ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮＊（症状詳記）	角膜上皮幹細胞疲弊症の癒着スコアを含めた症状詳記を記載する。	別表Ⅰ 150の(７)のオ 【項番537】
11113	共通	ヒト羊膜使用創傷被覆材を使用する必要がある理由、既存療法の結果の記載が必要です。（ヒト羊膜使用創傷被覆材）			ヒト羊膜使用創傷被覆材(710011168)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	ヒト羊膜使用創傷被覆材を使用する必要がある理由、既存療法の結果を記載すること。	別表Ⅰ 218の(3) 【項番537】
11114	共通	一連の治療につき1個を限度としての算定です。医学的な必要性から2個以上使用する必要がある場合は、その理由の記載が必要です。（経消化管胆道ドレナージステント）			経消化管胆道ドレナージステント(710011175) **<<用量を２以上とする>>**		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	一連の治療につき原則として１個を限度として算定できる。ただし、医学的な必要性から２個以上使用する必要がある場合は、その理由を記載すること。	別表Ⅰ 220 【項番537】
11115	共通	前立腺組織用高圧水噴射システムの使用に当たっては、詳細な医学的根拠の記載が必要です。（前立腺組織用高圧水噴射システム）			前立腺組織用高圧水噴射システム(729920000)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	医学的な根拠を詳細に記載すること。	別表Ⅰ 224の(3) 【項番537】
11116	共通	１回の手術に対して６個を限度としての算定です。５個以上使用する場合には、詳細な医学的根拠の記載が必要です。（気管支用バルブ）	同日		気管支用バルブ(729920005) **<<用量を５以上とする>>**		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	１回の手術に対して６個を限度として算定できる。５個以上使用する場合には、医学的な根拠を詳細に記載すること。	別表Ⅰ 225の(1) 【項番537】
11117	共通	「Ｋ５１１」肺切除術又は「Ｋ５１３」胸腔鏡下肺切除術が適応とならない又は実施困難な理由の記載が必要です。（気管支用バルブ）			気管支用バルブ(729920005)		所定事項（特定保険医療材料）；(830100609)	「Ｋ５１１」肺切除術又は「Ｋ５１３」胸腔鏡下肺切除術が適応とならない又は実施困難な理由を記載すること。	別表Ⅰ 225の(3) 【項番537】
11118	共通	「施設要件キ」、「施設要件ケ」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の記載が必要です。（ウゴービ皮下注）		施設要件キ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600270) 施設要件ケ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600272) 施設要件サ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600274) **<<上記項目をORで登録する>>**	ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ　０．５ｍＬ(629927101) ウゴービ皮下注０．５ｍｇ　ＳＤ　０．５ｍＬ(629927201) ウゴービ皮下注１．０ｍｇ　ＳＤ　１ｍｇ０．５ｍＬ(629927301) ウゴービ皮下注１．７ｍｇ　ＳＤ　０．７５ｍＬ(629927401) ウゴービ皮下注２．４ｍｇ　ＳＤ　０．７５ｍＬ(629927501)	連携施設名（施設要件キ、ケ又はサに該当）（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）；(830600145) 連携施設の所在地（施設要件キ、ケ又はサに該当）（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）；(830600146)		（本製剤の投与開始の場合）次の事項を記載すること。 ②　「施設要件キ」、「施設要件ケ」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	別表Ⅱ 【項番19】
11119	共通	本製剤の投与開始の場合、施設要件（「シ」～「セ」）、医師要件（「ア」又は「イ」）の記載が必要です。（ウゴービ皮下注）			ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ　０．５ｍＬ(629927101) ウゴービ皮下注０．５ｍｇ　ＳＤ　０．５ｍＬ(629927201) ウゴービ皮下注１．０ｍｇ　ＳＤ　１ｍｇ０．５ｍＬ(629927301) ウゴービ皮下注１．７ｍｇ　ＳＤ　０．７５ｍＬ(629927401) ウゴービ皮下注２．４ｍｇ　ＳＤ　０．７５ｍＬ(629927501)	施設要件シ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600275) 施設要件ス（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600276) 施設要件セ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600277) **<<上記項目をORで登録する>>**	医師要件ア（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600278) 医師要件イ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600279)	（本製剤の投与開始の場合）次の事項を記載すること。 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	別表Ⅱ 【項番19】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報 AND／OR項目	グループ情報 OR項目	グループ情報（非出力） AND／OR項目	グループ情報（非出力） OR項目	記載箇所	別表
11120	共通	本製剤の投与開始の場合、医師要件（「ウ」～「オ」）、患者要件（「ア」～「ウ」）の記載が必要です。（ウゴービ皮下注）			ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ　０．５ｍＬ(629927101) ウゴービ皮下注０．５ｍｇ　ＳＤ　０．５ｍＬ(629927201) ウゴービ皮下注１．０ｍｇ　ＳＤ　１ｍｇ０．５ｍＬ(629927301) ウゴービ皮下注１．７ｍｇ　ＳＤ　０．７５ｍＬ(629927401) ウゴービ皮下注２．４ｍｇ　ＳＤ　０．７５ｍＬ(629927501)	医師要件ウ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600280) 医師要件エ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600281) 医師要件オ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600282) **<<上記項目をORで登録する>>**	患者要件ア（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600283) 患者要件イ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600284) 患者要件ウ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600285)	（本製剤の投与開始の場合）次の事項を記載すること。 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	別表Ⅱ【項番19】
11121	共通	本製剤の投与開始の場合、患者要件（「エ」又は「オ」）、の記載が必要です。（ウゴービ皮下注）			ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ　０．５ｍＬ(629927101) ウゴービ皮下注０．５ｍｇ　ＳＤ　０．５ｍＬ(629927201) ウゴービ皮下注１．０ｍｇ　ＳＤ　１ｍｇ０．５ｍＬ(629927301) ウゴービ皮下注１．７ｍｇ　ＳＤ　０．７５ｍＬ(629927401) ウゴービ皮下注２．４ｍｇ　ＳＤ　０．７５ｍＬ(629927501)		患者要件エ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600286) 患者要件オ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600287)	（本製剤の投与開始の場合）次の事項を記載すること。 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27kg/m2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35kg/m2以上	別表Ⅱ【項番19】
11122	共通	「患者要件エ」に該当する場合は、肥満に関連する健康障害のうち「患者要件カ」～「患者要件タ」までのうち該当するものすべての記載が必要です。（ウゴービ皮下注）		患者要件エ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600286)	ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ　０．５ｍＬ(629927101) ウゴービ皮下注０．５ｍｇ　ＳＤ　０．５ｍＬ(629927201) ウゴービ皮下注１．０ｍｇ　ＳＤ　１ｍｇ０．５ｍＬ(629927301) ウゴービ皮下注１．７ｍｇ　ＳＤ　０．７５ｍＬ(629927401) ウゴービ皮下注２．４ｍｇ　ＳＤ　０．７５ｍＬ(629927501)		患者要件カ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600288) 患者要件キ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600289) 患者要件ク（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600290) 患者要件ケ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600291) 患者要件コ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600292) 患者要件サ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600293) 患者要件シ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600294) 患者要件ス（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600295) 患者要件セ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600296) 患者要件ソ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600297) 患者要件タ（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(820600298)	（本製剤の投与開始の場合）次の事項を記載すること。 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	別表Ⅱ【項番19】
11123	共通	本製剤の投与開始の場合、常勤の管理栄養士の免許証番号、食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日など所定の事項の記載が必要です。（ウゴービ皮下注）			ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ　０．５ｍＬ(629927101) ウゴービ皮下注０．５ｍｇ　ＳＤ　０．５ｍＬ(629927201) ウゴービ皮下注１．０ｍｇ　ＳＤ　１ｍｇ０．５ｍＬ(629927301) ウゴービ皮下注１．７ｍｇ　ＳＤ　０．７５ｍＬ(629927401) ウゴービ皮下注２．４ｍｇ　ＳＤ　０．７５ｍＬ(629927501)	常勤の管理栄養士の免許証番号（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）；(830600147) 食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(850600164) 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（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(850600165) 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（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）；(830600148) 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（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(850600166)		（本製剤の投与開始の場合）次の事項を記載すること。 ④　常勤の管理栄養士の免許証番号 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）を作成した年月日	別表Ⅱ【項番19】
11124	共通	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、所定の事項の記載が必要です。（ウゴービ皮下注）			ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ　０．５ｍＬ(629927101) ウゴービ皮下注０．５ｍｇ　ＳＤ　０．５ｍＬ(629927201) ウゴービ皮下注１．０ｍｇ　ＳＤ　１ｍｇ０．５ｍＬ(629927301) ウゴービ皮下注１．７ｍｇ　ＳＤ　０．７５ｍＬ(629927401) ウゴービ皮下注２．４ｍｇ　ＳＤ　０．７５ｍＬ(629927501)	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（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(850600167) 初回投与から起算して、何週目の投与（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(842600023) 直近の測定値（ア　体重）（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(842600024) 直近の測定値（イ　血糖）（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(842600025) 直近の測定値（ウ　血圧）（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(842600026) 直近の測定値（エ　脂質）（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(842600027) 測定年月日（ア　体重）（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(850600168) 測定年月日（イ　血糖）（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(850600169) 測定年月日（ウ　血圧）（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(850600170) 測定年月日（エ　脂質）（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(850600171) 改善傾向が認められた旨（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）；(830600149)		（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	別表Ⅱ【項番19】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
11125	共通	本製剤の中止後に肥満症の悪化が認められ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、再投与の開始日に所定の事項の記載が必要です。（ウゴービ皮下注）			ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ　０．５ｍＬ(629927101) ウゴービ皮下注０．５ｍｇ　ＳＤ　０．５ｍＬ(629927201) ウゴービ皮下注１．０ｍｇ　ＳＤ　１ｍｇ０．５ｍＬ(629927301) ウゴービ皮下注１．７ｍｇ　ＳＤ　０．７５ｍＬ(629927401) ウゴービ皮下注２．４ｍｇ　ＳＤ　０．７５ｍＬ(629927501)	投与を中止した年月日（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(850600172) 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（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(850600173) 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（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(850600165) やむを得ず本製剤の投与を再開するその理由（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）；(830600150) 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（ウゴービ皮下注０．２５ｍｇ　ＳＤ等）(850600174)		（本製剤の中止後に肥満症の悪化が認められ、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　本製剤の中止後に改めて食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日 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	別表Ⅱ 【項番19】
11126	共通	本剤投与前の治療の状況（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））の記載が必要です。（ミチーガ皮下注用）	病名に疑いを除く １３歳以上 グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ	アトピー性皮膚炎(6918002) 成人アトピー性皮膚炎(6918024) **<<上記項目をORで登録する>>**	ミチーガ皮下注用６０ｍｇシリンジ(629920001)	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）；(830600172)	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）；(830600173)	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。 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）	別表Ⅱ 【項番147】
11127	共通	本剤投与前の治療の状況(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))の記載が必要です。(ミチーガ皮下注用)	病名に疑いを除く １３歳以上 グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ	アトピー性皮膚炎(6918002) 成人アトピー性皮膚炎(6918024) **<<上記項目をORで登録する>>**	ミチーガ皮下注用６０ｍｇシリンジ(629920001)	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）；(830600174)	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）；(830600175)	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。 ２）本剤投与前の治療の状況 　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）	別表Ⅱ 【項番147】
11128	共通	疾患活動性の状況(そう痒VAS又はそう痒NRS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)の記載が必要です。(ミチーガ皮下注用)	病名に疑いを除く グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ	アトピー性皮膚炎(6918002) 成人アトピー性皮膚炎(6918024) **<<上記項目をORで登録する>>**	ミチーガ皮下注用６０ｍｇシリンジ(629920001)	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）(842600030) 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）(842600031) そう痒ＶＡＳの値（投与開始日）（ミチーガ皮下注用６０ｍｇシリンジ）(842600032)	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）(842600033) 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）(842600034) そう痒ＮＲＳの値（投与開始日）（ミチーガ皮下注用６０ｍｇシリンジ）(842600035) **<<３件該当とする>>**	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。 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	別表Ⅱ 【項番147】
11129	共通	疾患活動性の状況(EASIスコア、かゆみスコアについては、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)の記載が必要です。(ミチーガ皮下注用)	病名に疑いを除く	アトピー性皮膚炎(6918002) 成人アトピー性皮膚炎(6918024) **<<上記項目をORで登録する>>**	ミチーガ皮下注用６０ｍｇシリンジ(629920001)	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）(842600036) 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）(842600037) かゆみスコア（投与開始日）（ミチーガ皮下注用６０ｍｇシリンジ）(842600038)	ＥＡＳＩスコア（ミチーガ皮下注用６０ｍｇシリンジ）(842600039)	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。 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。 　イ　かゆみスコア 　ウ　EASIスコア	別表Ⅱ 【項番147】
11130	共通	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に用い検査実施月と初回投与の場合、HER2(ERBB2)遺伝子変異を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。(エンハーツ点滴静注用)	病名に疑いを除く	非小細胞肺癌(8842053) 下葉非小細胞肺癌(8847598) 上葉非小細胞肺癌(8847637) 中葉非小細胞肺癌(8847664) 肺門部非小細胞癌(8847678) **<<上記項目をORで登録する>>**	エンハーツ点滴静注用１００ｍｇ(629907101)		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）(850600177) 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）(850600178)	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。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。	別表Ⅱ 【項番32】
11131	共通	化学療法歴のあるHER2陽性の手術不能又は再発乳癌に用いる場合、トラスツズマブ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旨の記載が必要です。（エンハーツ点滴静注用）	病名に疑いを除く	ＨＥＲ２陽性乳癌(8849699)	エンハーツ点滴静注用１００ｍｇ(629907101)		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）(820600045) 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）(820600046)	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。	別表Ⅱ 【項番32】
11132	共通	化学療法歴のあるHER2低発現の手術不能又は再発乳癌に用い検査実施月と初回投与の場合、HER2低発現を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（エンハーツ点滴静注用）	病名に疑いを除く	ＨＥＲ２低発現乳癌(8851374)	エンハーツ点滴静注用１００ｍｇ(629907101)		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）(850600175) 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）(850600176)	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。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。	別表Ⅱ 【項番32】
11133	共通	治癒切除不能な胆道癌に用い、他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、併用投与の記載が必要です。（イミフィンジ点滴静注）	病名に疑いを除く	胆道癌(1569002)	イミフィンジ点滴静注１２０ｍｇ　２．４ｍＬ(622633201) イミフィンジ点滴静注５００ｍｇ　１０ｍＬ(622633301)		併用投与アイミフィンジ点滴静注１２０ｍｇ等）(820600263)	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。 　ア　ゲムシタビン塩酸塩及びシスプラチンとの併用投与	別表Ⅱ 【項番18】
11134	共通	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の記載が必要です。（エムパベリ皮下注）			エムパベリ皮下注１０８０ｍｇ　１，０８０ｍｇ２０ｍＬ(622946801)	治療として使用していた薬剤の品名（エムパベリ皮下注１０８０ｍｇ）；(830600151) 治療として使用していた使用期間（エムパベリ皮下注１０８０ｍｇ）；(830600152)		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。	別表Ⅱ 【項番31】
11135	共通	用法・用量（胃癌にはＡ法、Ｂ法又はＣ法）の記載が必要です。（エスワンタイホウ配合ＯＤ錠）	病名に疑いを除く	胃癌(1519006) 胃底部癌(1513002) 胃体部癌(1514002) 胃幽門部癌(8830612) **<<上記項目をORで登録する>>**	エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(622537501) エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(622537601)		Ａ法（エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０等）(820600299) Ｂ法（エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０等）(820600300) Ｃ法（エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０等）(820600301)	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）。	別表Ⅱ 【項番24】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
11136	共通	用法・用量（結腸・直腸癌にはＡ法、Ｃ法又はＤ法）の記載が必要です。（エスワンタイホウ配合ＯＤ錠）	病名に疑いを除く	直腸癌(1541005) 結腸癌(1539002) **<<上記項目をORで登録する>>**	エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(622537501) エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(622537601)		Ａ法（エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０等）(820600299) Ｃ法（エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０等）(820600301) Ｄ法（エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０等）(820600302)	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）。	別表Ⅱ 【項番24】
11137	共通	用法・用量（非小細胞肺癌にはＡ法、Ｂ法又はＣ法）の記載が必要です。（エスワンタイホウ配合ＯＤ錠）	病名に疑いを除く	非小細胞肺癌(8842053) 下葉非小細胞肺癌(8847598) 上葉非小細胞肺癌(8847637) 中葉非小細胞肺癌(8847664) 肺門部非小細胞癌(8847678) **<<上記項目をORで登録する>>**	エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(622537501) エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(622537601)		Ａ法（エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０等）(820600299) Ｂ法（エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０等）(820600300) Ｃ法（エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０等）(820600301)	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）。	別表Ⅱ 【項番24】
11138	共通	用法・用量（手術不能又は再発乳癌にはＡ法）の記載が必要です。（エスワンタイホウ配合ＯＤ錠）	病名に疑いを除く	乳癌(1749008) 乳癌再発(1749009) **<<上記項目をORで登録する>>**	エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(622537501) エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(622537601)		Ａ法（エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０等）(820600299)	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）。	別表Ⅱ 【項番24】
11139	共通	用法・用量（膵癌にはＡ法又はＣ法）の記載が必要です。（エスワンタイホウ配合ＯＤ錠）	病名に疑いを除く	膵癌(1579002) 転移性膵癌(8850887) 膵体部癌(1571002) 膵頚部癌(8835659) **<<上記項目をORで登録する>>**	エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(622537501) エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(622537601)		Ａ法（エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０等）(820600299) Ｃ法（エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０等）(820600301)	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）。	別表Ⅱ 【項番24】
11140	共通	用法・用量（胆道癌にはＡ法、Ｅ法又はＦ法）の記載が必要です。（エスワンタイホウ配合ＯＤ錠）	病名に疑いを除く	胆道癌(1569002)	エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(622537501) エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(622537601)		Ａ法（エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０等）(820600299) Ｅ法（エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０等）(820600303) Ｆ法（エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０等）(820600304)	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）。	別表Ⅱ 【項番24】
11141	共通	用法・用量（頭頸部癌にはＡ法）の記載が必要です。（エスワンタイホウ配合ＯＤ錠）	病名に疑いを除く	頚部癌(1950007) 頭頚部癌(1950008) **<<上記項目をORで登録する>>**	エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(622537501) エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(622537601)		Ａ法（エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０等）(820600299)	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）。	別表Ⅱ 【項番24】
11142	共通	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）の記載が必要です。（ジャディアンス錠10mg）	病名に疑いを除く	２型糖尿病合併慢性腎臓病(8851031) 慢性腎臓病(8844106) 慢性腎臓病ステージＧ１(8847577) 慢性腎臓病ステージＧ２(8847578) 慢性腎臓病ステージＧ３(8847579) 慢性腎臓病ステージＧ３ａ(8847580) **<<上記項目をORで登録する>>**	ジャディアンス錠１０ｍｇ(622401201)	適応患者であると判断した理由（ジャディアンス錠１０ｍｇ）；(830600159) 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）；(830600160)		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。	別表Ⅱ 【項番82】
11143	共通	用法・用量（胃癌にはＡ法、Ｂ法又はＣ法）の記載が必要です。（ティーエスワン配合）	病名に疑いを除く	胃癌(1519006) 胃底部癌(1513002) 胃体部癌(1514002) 胃幽門部癌(8830612) **<<上記項目をORで登録する>>**	ティーエスワン配合カプセルＴ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(620915501) ティーエスワン配合カプセルＴ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(620915601) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(620009353) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(620009354) ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(622243001) ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(622243101) ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール量）（選）(672243001) ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール量）（選）(672243101) ティーエスワン配合カプセルＴ２０　２０ｍｇ（テガフール量）（選）(670915501) ティーエスワン配合カプセルＴ２５　２５ｍｇ（テガフール量）（選）(670915601) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）（選）(670009353) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）（選）(670009353)		Ａ法（ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０等）(820600305) Ｂ法（ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０等）(820600306) Ｃ法（ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０等）(820600307)	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）。	別表Ⅱ 【項番100】
11144	共通	用法・用量（結腸・直腸癌にはＡ法、Ｃ法又はＤ法）の記載が必要です。（ティーエスワン配合）	病名に疑いを除く	直腸癌(1541005) 結腸癌(1539002) **<<上記項目をORで登録する>>**	ティーエスワン配合カプセルＴ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(620915501) ティーエスワン配合カプセルＴ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(620915601) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(620009353) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(620009354) ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(622243001) ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(622243101) ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール量）（選）(672243001) ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール量）（選）(672243101) ティーエスワン配合カプセルＴ２０　２０ｍｇ（テガフール量）（選）(670915501) ティーエスワン配合カプセルＴ２５　２５ｍｇ（テガフール量）（選）(670915601) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）（選）(670009353) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）（選）(670009354)		Ａ法（ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０等）(820600305) Ｃ法（ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０等）(820600307) Ｄ法（ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０等）(820600308)	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）。	別表Ⅱ 【項番100】
					ティーエスワン配合カプセルＴ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(620915501) ティーエスワン配合カプセルＴ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(620915601) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(620009353) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(620009354)				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
11145	共通	用法・用量（非小細胞肺癌にはＡ法、Ｂ法又はＣ法）の記載が必要です。（ティーエスワン配合）	病名に疑いを除く	非小細胞肺癌(8842053) 下葉非小細胞肺癌(8847598) 上葉非小細胞肺癌(8847637) 中葉非小細胞肺癌(8847664) 肺門部非小細胞癌(8847678) **<<上記項目をORで登録する>>**	ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(622243001) ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(622243101) ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール量）（選）(672243001) ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール量）（選）(672243101) ティーエスワン配合カプセルＴ２０　２０ｍｇ（テガフール量）（選）(670915501) ティーエスワン配合カプセルＴ２５　２５ｍｇ（テガフール量）（選）(670915601) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）（選）(670009353) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）（選）(670009354)		Ａ法（ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０等）(820600305) Ｂ法（ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０等）(820600306) Ｃ法（ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０等）(820600307)	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）。	別表Ⅱ 【項番100】
11146	共通	用法・用量（手術不能又は再発乳癌にはＡ法）の記載が必要です。（ティーエスワン配合）	病名に疑いを除く	乳癌(1749008) 乳癌再発(1749009) **<<上記項目をORで登録する>>**	ティーエスワン配合カプセルＴ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(620915501) ティーエスワン配合カプセルＴ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(620915601) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(620009353) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(620009354) ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(622243001) ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(622243101) ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール量）（選）(672243001) ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール量）（選）(672243101) ティーエスワン配合カプセルＴ２０　２０ｍｇ（テガフール量）（選）(670915501) ティーエスワン配合カプセルＴ２５　２５ｍｇ（テガフール量）（選）(670915601) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）（選）(670009353) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）（選）(670009354)		Ａ法（ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０等）(820600305)	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）。	別表Ⅱ 【項番100】
11147	共通	用法・用量（膵癌にはＡ法又はＣ法）の記載が必要です。（ティーエスワン配合）	病名に疑いを除く	膵癌(1579002) 転移性膵癌(8850887) 膵体部癌(1571002) 膵頚部癌(8835659) **<<上記項目をORで登録する>>**	ティーエスワン配合カプセルＴ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(620915501) ティーエスワン配合カプセルＴ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(620915601) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(620009353) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(620009354) ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(622243001) ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(622243101) ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール量）（選）(672243001) ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール量）（選）(672243101) ティーエスワン配合カプセルＴ２０　２０ｍｇ（テガフール量）（選）(670915501) ティーエスワン配合カプセルＴ２５　２５ｍｇ（テガフール量）（選）(670915601) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）（選）(670009353) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）（選）(670009354)		Ａ法（ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０等）(820600305) Ｃ法（ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０等）(820600307)	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）。	別表Ⅱ 【項番100】
11148	共通	用法・用量（胆道癌にはＡ法、Ｅ法又はＦ法）の記載が必要です。（ティーエスワン配合）	病名に疑いを除く	胆道癌(1569002)	ティーエスワン配合カプセルＴ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(620915501) ティーエスワン配合カプセルＴ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(620915601) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(620009353) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(620009354) ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(622243001) ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(622243101) ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール量）（選）(672243001) ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール量）（選）(672243101) ティーエスワン配合カプセルＴ２０　２０ｍｇ（テガフール量）（選）(670915501) ティーエスワン配合カプセルＴ２５　２５ｍｇ（テガフール量）（選）(670915601) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）（選）(670009353) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）（選）(670009354)		Ａ法（ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０等）(820600305) Ｅ法（ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０等）(820600309) Ｆ法（ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０等）(820600310)	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）。	別表Ⅱ 【項番100】
					ティーエスワン配合カプセルＴ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(620915501) ティーエスワン配合カプセルＴ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(620915601) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(620009353) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(620009354) ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）(622243001)				

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
11149	共通	用法・用量（頭頸部癌にはA法）の記載が必要です。（ティーエスワン配合）	病名に疑いを除く	頚部癌(1950007) 頭頚部癌(1950008) **<<上記項目をORで登録する>>**	ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）(622243101) ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール量）（選）(672243001) ティーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール量）（選）(672243101) ティーエスワン配合カプセルＴ２０　２０ｍｇ（テガフール量）（選）(670915501) ティーエスワン配合カプセルＴ２５　２５ｍｇ（テガフール量）（選）(670915601) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０　２０ｍｇ（テガフール相当量）（選）(670009353) ティーエスワン配合顆粒Ｔ２５　２５ｍｇ（テガフール相当量）（選）(670009354)		A法（ティーエスワン配合顆粒Ｔ２０等）(820600305)	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）。	別表Ⅱ 【項番100】
11150	共通	検査実施月と初回投与の場合、HER2陽性を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（パージェタ点滴静注）	病名に疑いを除く	ＨＥＲ２陽性結腸癌(8851034) ＨＥＲ２陽性直腸癌(8851035) 結腸癌(1539002) 直腸癌(1541005) **<<上記項目をORで登録する>>**	パージェタ点滴静注４２０ｍｇ／１４ｍＬ(622255101)		ＨＥＲ２陽性を確認した検査の実施年月日（パージェタ点滴静注４２０ｍｇ／１４ｍＬ）(850600188) ＨＥＲ２陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（パージェタ点滴静注４２０ｍｇ／１４ｍＬ）(850600189)	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。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。	別表Ⅱ 【項番121】
11151	共通	尿路上皮癌における術後補助療法に用いる場合、医師要件の記載が必要です。（オプジーボ点滴静注）	病名に疑いを除く	尿膜管癌(1887002) 膀胱癌(1889005) 腎盂癌(1891003) 腎盂乳頭状癌(1891005) 尿管癌(1892003) 尿道癌(1893003) 尿管口部膀胱癌(8838508) 膀胱円蓋部膀胱癌(8840121) 膀胱頚部膀胱癌(8840128) 膀胱後壁部膀胱癌(8840132) 膀胱三角部膀胱癌(8840134) 膀胱前壁部膀胱癌(8840137) 膀胱側壁部膀胱癌(8840138) 腎盂腺癌(8845335) 腎盂尿路上皮癌(8845336) 腎盂扁平上皮癌(8845337) 尿管尿路上皮癌(8845454) 尿道尿路上皮癌(8845456) 膀胱尿路上皮癌(8845493) 膀胱扁平上皮癌(8845494) **<<上記項目をORで登録する>>**	オプジーボ点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(622364901) オプジーボ点滴静注１２０ｍｇ　１２ｍＬ(629911501) オプジーボ点滴静注２０ｍｇ　２ｍＬ(622364801) オプジーボ点滴静注２４０ｍｇ　２４ｍＬ(622662201)		医師要件ア（オプジーボ点滴静注）(820600141) 医師要件イ（オプジーボ点滴静注）(820600183)	医師要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番46】
11152	共通	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歴のない患者に投与する場合、投与することとした理由の記載が必要です。（オプジーボ点滴静注）	病名に疑いを除く	尿膜管癌(1887002) 膀胱癌(1889005) 腎盂癌(1891003) 腎盂乳頭状癌(1891005) 尿管癌(1892003) 尿道癌(1893003) 尿管口部膀胱癌(8838508) 膀胱円蓋部膀胱癌(8840121) 膀胱頚部膀胱癌(8840128) 膀胱後壁部膀胱癌(8840132) 膀胱三角部膀胱癌(8840134) 膀胱前壁部膀胱癌(8840137) 膀胱側壁部膀胱癌(8840138) 腎盂腺癌(8845335) 腎盂尿路上皮癌(8845336) 腎盂扁平上皮癌(8845337) 尿管尿路上皮癌(8845454) 尿道尿路上皮癌(8845456) 膀胱尿路上皮癌(8845493) 膀胱扁平上皮癌(8845494) **<<上記項目をORで登録する>>**	オプジーボ点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(622364901) オプジーボ点滴静注１２０ｍｇ　１２ｍＬ(629911501) オプジーボ点滴静注２０ｍｇ　２ｍＬ(622364801) オプジーボ点滴静注２４０ｍｇ　２４ｍＬ(622662201)		投与することとした理由（オプジーボ点滴静注）；(830600113)	（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歴のない患者に投与する場合） 投与することとした理由	別表Ⅱ 【項番46】
11153	共通	悪性中皮腫（悪性胸膜中皮腫を除く）に用いる場合、医師要件の記載が必要です。（オプジーボ点滴静注）	病名に疑いを除く	悪性中皮腫(2399014)	オプジーボ点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(622364901) オプジーボ点滴静注１２０ｍｇ　１２ｍＬ(629911501) オプジーボ点滴静注２０ｍｇ　２ｍＬ(622364801) オプジーボ点滴静注２４０ｍｇ　２４ｍＬ(622662201)		医師要件ア（オプジーボ点滴静注）(820600141) 医師要件イ（オプジーボ点滴静注）(820600183)	医師要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番48】
				基底細胞癌(1739003) 色素性基底細胞癌(1739016) 汗腺癌(8831610) 脂腺癌(8834368) 乳房外パジェット病(8838466) 有棘細胞癌(8840746) 会陰部パジェット病(8842678) 肛門周囲パジェット病(8845662) 腋窩基底細胞癌(8846471) 腋窩パジェット病(8846473) 腋窩有棘細胞癌(8846476) 下顎部基底細胞癌(8846484) 下顎部有棘細胞癌(8846487) 下眼瞼基底細胞癌(8846489) 下眼瞼有棘細胞癌(8846492) 下腿基底細胞癌(8846505) 下腿有棘細胞癌(8846512) 環指基底細胞癌(8846529) 環指有棘細胞癌(8846536) 顔面基底細胞癌(8846543) 顔面有棘細胞癌(8846552) 胸部基底細胞癌(8846561) 胸部有棘細胞癌(8846565) 頬部基底細胞癌(8846567) 頬部有棘細胞癌(8846569) 肩部基底細胞癌(8846584) 肩部有棘細胞癌(8846588) 肛門部基底細胞癌(8846603) 肛門部有棘細胞癌(8846605) 臍部基底細胞癌(8846611) 臍部有棘細胞癌(8846614) 膝部基底細胞癌(8846617) 膝部有棘細胞癌(8846620) 手掌基底細胞癌(8846622) 手掌有棘細胞癌(8846626)					

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
11154	共通	根治切除不能な進行・再発の上皮系皮膚悪性腫瘍に用いる場合、医師要件の記載が必要です。（オプジーボ点滴静注）	病名に疑いを除く	手背部基底細胞癌(8846629) 手背有棘細胞癌(8846631) 手部基底細胞癌(8846633) 手部有棘細胞癌(8846637) 小指基底細胞癌(8846649) 小指有棘細胞癌(8846656) 踵部基底細胞癌(8846662) 踵部有棘細胞癌(8846664) 示指基底細胞癌(8846681) 示指有棘細胞癌(8846688) 耳前部基底細胞癌(8846690) 耳前部有棘細胞癌(8846693) 上眼瞼基底細胞癌(8846700) 上眼瞼有棘細胞癌(8846704) 上腕基底細胞癌(8846715) 上腕有棘細胞癌(8846720) 仙骨部基底細胞癌(8846735) 仙骨部有棘細胞癌(8846738) 前額部基底細胞癌(8846741) 前額部有棘細胞癌(8846743) 前胸部基底細胞癌(8846745) 前胸部有棘細胞癌(8846748) 前腕基底細胞癌(8846755) 前腕有棘細胞癌(8846761) 側胸部基底細胞癌(8846764) 側胸部有棘細胞癌(8846767) 足底基底細胞癌(8846768) 足底有棘細胞癌(8846772) 足背基底細胞癌(8846775) 足背有棘細胞癌(8846778) 足部基底細胞癌(8846779) 足部有棘細胞癌(8846784) 鼠径部基底細胞癌(8846787) 鼠径部パジェット病(8846788) 鼠径部有棘細胞癌(8846791) 第２趾基底細胞癌(8846808) 第２趾有棘細胞癌(8846812) 第３趾基底細胞癌(8846814) 第３趾有棘細胞癌(8846818) 第４趾基底細胞癌(8846820) 第４趾有棘細胞癌(8846824) 第５趾基底細胞癌(8846827) 第５趾有棘細胞癌(8846831) 大腿基底細胞癌(8846833) 大腿有棘細胞癌(8846843) 中指基底細胞癌(8846857) 中指有棘細胞癌(8846863) 肘部基底細胞癌(8846864) 肘部有棘細胞癌(8846867) 殿部基底細胞癌(8846874) 殿部有棘細胞癌(8846878) 乳頭基底細胞癌(8846889) 乳頭有棘細胞癌(8846892) 背部基底細胞癌(8846896) 背部有棘細胞癌(8846901) 鼻尖基底細胞癌(8846908) 鼻尖有棘細胞癌(8846911) 鼻背基底細胞癌(8846913) 鼻背有棘細胞癌(8846916) 鼻部基底細胞癌(8846917) 鼻部有棘細胞癌(8846920) 鼻翼基底細胞癌(8846922) 鼻翼有棘細胞癌(8846925) 腹部基底細胞癌(8846930) 腹部有棘細胞癌(8846936) 母指基底細胞癌(8846958) 母趾基底細胞癌(8846959) 母指有棘細胞癌(8846969) 母趾有棘細胞癌(8846970) 腰部基底細胞癌(8846979) 腰部有棘細胞癌(8846983) 眼瞼脂腺癌(8847694) 顔面脂腺癌(8847696) 眼角基底細胞癌(8847847) 眼角有棘細胞癌(8847849) 外陰部有棘細胞癌(8848036) 耳介基底細胞癌(8849352) 下唇基底細胞癌(8851204) 下唇有棘細胞癌(8851218) 上唇基底細胞癌(8851263) 上唇有棘細胞癌(8851279) **<<上記項目をORで登録する>>**	オプジーボ点滴静注１００ｍｇ　１０ｍＬ(622364901) オプジーボ点滴静注１２０ｍｇ　１２ｍＬ(629911501) オプジーボ点滴静注２０ｍｇ　２ｍＬ(622364801) オプジーボ点滴静注２４０ｍｇ　２４ｍＬ(622662201)		医師要件ア（オプジーボ点滴静注）(820600141) 医師要件イ（オプジーボ点滴静注）(820600183)	医師要件を記載すること。	別表Ⅱ 【項番46】
11155	共通	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、該当するものの記載が必要です。（キイトルーダ点滴静注）	病名に疑いを除く	子宮頸癌(1809004)	キイトルーダ点滴静注１００ｍｇ　４ｍＬ(622515801)		併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）(820600171) 併用投与イ（キイトルーダ点滴静注）(820600174)	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バシズマブとの併用投与	別表Ⅱ 【項番71】
11156	共通	一般不妊治療管理料又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、管理料の算定が行われた年月（投与日から遡って6か月以内に限る）の記載が必要です。（バイアグラ、シアリス）	病名に疑いを除く	男性不妊症(6069003) 勃起不全(3027009) **<<上記項目をORで登録する>>**	バイアグラＯＤフィルム２５ｍｇ(628776302) バイアグラＯＤフィルム５０ｍｇ(628776402) バイアグラ錠２５ｍｇ(628700602) バイアグラ錠５０ｍｇ(628700702) シアリス錠５ｍｇ(628710802) シアリス錠１０ｍｇ(628710902) シアリス錠２０ｍｇ(628711002)	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）(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）(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（バイアグラ錠２５ｍｇ等）(820600320)	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 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か月以内に限る。）	別表Ⅱ 【項番123】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
11157	共通	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の記載が必要です。（バイアグラ、シアリス）	病名に疑いを除く	男性不妊症(6069003) 勃起不全(3027009) **<<上記項目をORで登録する>>**	バイアグラＯＤフィルム２５ｍｇ(628776302) バイアグラＯＤフィルム５０ｍｇ(628776402) バイアグラ錠２５ｍｇ(628700602) バイアグラ錠５０ｍｇ(628700702) シアリス錠５ｍｇ(628710802) シアリス錠１０ｍｇ(628710902) シアリス錠２０ｍｇ(628711002)	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）；(830600171) 初回投与の年月（バイアグラ錠２５ｍｇ等）(850600191)		（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。	別表Ⅱ 【項番123】
11158	共通	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）の記載が必要です。（ラピフォートワイプ）			ラピフォートワイプ２．５％　２．５ｇ(622912901)		多汗症疾患重症度評価尺度（ＨＤＳＳ）（ラピフォートワイプ２．５％）(842600040)	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。	別表Ⅱ 【項番155】
11159	共通	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の記載が必要です。（リットフーロカプセル）			リットフーロカプセル５０ｍｇ(622945701)	頭部全体に占める脱毛部位の割合（リットフーロカプセル５０ｍｇ）；(830600177) 毛髪の自然再生が認められていない期間（リットフーロカプセル５０ｍｇ）；(830600178)		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。	別表Ⅱ 【項番157】
11160	共通	投与開始に当たっては（継続投与では投与開始時の情報）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の記載が必要です。（レクビオ皮下注）			レクビオ皮下注３００ｍｇシリンジ　１．５ｍＬ(622948601)	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）；(830600181) 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）(850600218)		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。 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	別表Ⅱ 【項番166】
11161	共通	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の記載が必要です。（レクビオ皮下注）			レクビオ皮下注３００ｍｇシリンジ　１．５ｍＬ(622948601)	食事療養を行っている（レクビオ皮下注３００ｍｇシリンジ）(820600334)	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）(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指導を行っている（レクビオ皮下注３００ｍｇシリンジ）(820600336)	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。 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	別表Ⅱ 【項番166】
11162	共通	投与開始にあたり、投与中のＨＭＧ－ＣｏＡ還元酵素阻害剤の成分名及び１日投与量又は使用可能なＨＭＧ－ＣｏＡ還元酵素阻害剤がないと判断した理由の記載が必要です。（レクビオ皮下注）	グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ		レクビオ皮下注３００ｍｇシリンジ　１．５ｍＬ(622948601)	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）；(830600182) 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）；(830600183)	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）；(830600184)	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。 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。 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	別表Ⅱ 【項番166】
11163	共通	家族性高コレステロール血症以外の患者に用いる場合、心血管イベントのリスク因子の記載が必要です。（レクビオ皮下注）	病名に疑いを除く	高コレステロール血症(2720004) 本態性高コレステロール血症(8840108) **<<上記項目をORで登録する>>**	レクビオ皮下注３００ｍｇシリンジ　１．５ｍＬ(622948601)		リスク因子ア（レクビオ皮下注３００ｍｇシリンジ）(820600338) リスク因子イ（レクビオ皮下注３００ｍｇシリンジ）(820600339) リスク因子ウ（レクビオ皮下注３００ｍｇシリンジ）(820600340) リスク因子エ（レクビオ皮下注３００ｍｇシリンジ）(820600341) リスク因子オ（レクビオ皮下注３００ｍｇシリンジ）(820600342) リスク因子カ（レクビオ皮下注３００ｍｇシリンジ）(820600343)	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。 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（「リスク因子ア」から「リスク因子カ」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	別表Ⅱ 【項番166】
11164	共通	「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の記載が必要です。（レクビオ皮下注）		リスク因子ウ（レクビオ皮下注３００ｍｇシリンジ）(820600340) リスク因子エ（レクビオ皮下注３００ｍｇシリンジ）(820600341) リスク因子オ（レクビオ皮下注３００ｍｇシリンジ）(820600342) リスク因子カ（レクビオ皮下注３００ｍｇシリンジ）(820600343) **<<上記項目をORで登録する>>**	レクビオ皮下注３００ｍｇシリンジ　１．５ｍＬ(622948601)		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）；(830600185)	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。 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	別表Ⅱ 【項番166】
11165	共通	本製剤の２回目の投与の場合、直近のＬＤＬ－コレステロールの検査値及び検査年月日、ＬＤＬ－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の記載が必要です。（レクビオ皮下注）			レクビオ皮下注３００ｍｇシリンジ　１．５ｍＬ(622948601)	直近のＬＤＬ－コレステロールの検査値（レクビオ皮下注３００ｍｇシリンジ）；(830600186) 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）(850600218) 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）；(830600187)		（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－コレステロールの検査値及び検査年月日 　イ　ＬＤＬ－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	別表Ⅱ 【項番166】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
11166	共通	本製剤を最初に投与した場合、当該患者の診断に用いた検査に該当する患者要件（「エ」又は「オ」）、実施年月日及び検査実施施設名の記載が必要です。（レケンビ点滴静注）	グループ情報（非出力）をORでつなぐ		レケンビ点滴静注２００ｍｇ　２ｍＬ(629924601) レケンビ点滴静注５００ｍｇ　５ｍＬ(629924701)	患者要件エ（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600347) アミロイドＰＥＴの実施年月日（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(850600221) アミロイドＰＥＴ検査実施施設名（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）；(830600188)	患者要件オ（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600348) 脳脊髄液（ＣＳＦ）検査の実施年月日（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(850600222) 脳脊髄液（ＣＳＦ）検査検査実施施設名（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）；(830600189) **<<３件該当とする>>**	（本製剤を最初に投与した場合）次の事項を記載すること。 ⑤　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、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	別表Ⅱ【項番167】
11167	共通	本製剤を最初に投与した場合、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医師要件（「ア」～「エ」、「オ」～「ク」）の記載が必要です。（レケンビ点滴静注）			レケンビ点滴静注２００ｍｇ　２ｍＬ(629924601) レケンビ点滴静注５００ｍｇ　５ｍＬ(629924701)	医師要件ア（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600349) 医師要件イ（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600350) 医師要件ウ（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600351) 医師要件エ（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600352) **<<上記項目をORで登録する>>**	医師要件オ（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600353) 医師要件カ（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600354) 医師要件キ（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600355) 医師要件ク（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600356)	（本製剤を最初に投与した場合）次の事項を記載すること。 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 　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 　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	別表Ⅱ【項番167】
11168	共通	本製剤を最初に投与した場合、施設要件（「ア」又は「イ」）の記載が必要です。（レケンビ点滴静注）			レケンビ点滴静注２００ｍｇ　２ｍＬ(629924601) レケンビ点滴静注５００ｍｇ　５ｍＬ(629924701)		施設要件ア（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600357) 施設要件イ（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600358)	（本製剤を最初に投与した場合）次の事項を記載すること。 ⑥　次に掲げる項目のうち、該当するもの 　ア　以下のⅠからⅧをすべて満たす施設である。 　イ　以下のⅠからⅧ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全般スコア）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全般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	別表Ⅱ【項番167】
11169	共通	投与開始後６か月以降の投与の場合、施設要件（「エ」に該当する場合は連携施設名及び所在地）の記載が必要です。（レケンビ点滴静注）	グループ情報（非出力）をORでつなぐ		レケンビ点滴静注２００ｍｇ　２ｍＬ(629924601) レケンビ点滴静注５００ｍｇ　５ｍＬ(629924701)	施設要件エ（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600360) 連携施設名（施設要件エに該当））（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）；(830600190) 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）；(830600191)	施設要件ウ（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600359)	（投与開始後６か月以降の投与の場合）次の事項を記載すること。 ①　本製剤の投与施設　及び「施設要件エ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地 　ウ　初回投与施設（初回投与施設と同一の施設） 　エ　連携施設（初回投与施設と連携している施設）	別表Ⅱ【項番167】
11170	共通	投与開始後６か月以降の投与の場合、「施設要件オ」の記載が必要です。（レケンビ点滴静注）			レケンビ点滴静注２００ｍｇ　２ｍＬ(629924601) レケンビ点滴静注５００ｍｇ　５ｍＬ(629924701)		施設要件オ（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600361)	（投与開始後６か月以降の投与の場合）次の事項を記載すること。 ②　次に掲げる施設要件のうち、本製剤の投与施設に該当するもの 　オ　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こと	別表Ⅱ【項番167】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
11171	共通	投与開始後６か月以降の投与の場合、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要件（「ケ」～「シ」、「ス」～「タ」）の記載が必要です。（レケンビ点滴静注）			レケンビ点滴静注２００ｍｇ　２ｍＬ(629924601) レケンビ点滴静注５００ｍｇ　５ｍＬ(629924701)	医師要件ケ（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600362) 医師要件コ（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600363) 医師要件サ（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600364) 医師要件シ（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600365) **<<上記項目をORで登録する>>**	医師要件ス（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600366) 医師要件セ（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600367) 医師要件ソ（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600368) 医師要件タ（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600369)	（投与開始後６か月以降の投与の場合）次の事項を記載すること。 ③　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 　ケ　日本神経学会の専門医 　コ　日本老年医学会の専門医 　サ　日本精神神経学会の専門医 　シ　日本脳神経外科学会の専門医 ④　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 　ス　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 　セ　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 　ソ　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 　タ　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	別表Ⅱ【項番167】
11172	共通	継続投与の場合、初回投与から起算しての週数、臨床症状の評価を実施した直近の年月日、ＭＲＩ検査を受けた直近の年月日の記載が必要です。（レケンビ点滴静注）			レケンビ点滴静注２００ｍｇ　２ｍＬ(629924601) レケンビ点滴静注５００ｍｇ　５ｍＬ(629924701)	初回投与から起算しての週数（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(842600043) 臨床症状の評価を実施した直近の年月日（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(850600223) ＭＲＩ検査を受けた直近の年月日（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(850600224)		（継続投与の場合）次の事項を摘要欄に記載すること。 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	別表Ⅱ【項番167】
11173	共通	初回投与から起算して18か月を超える投与の場合、継続が必要と判断した理由の記載が必要です。（レケンビ点滴静注）			レケンビ点滴静注２００ｍｇ　２ｍＬ(629924601) レケンビ点滴静注５００ｍｇ　５ｍＬ(629924701)		投与の継続が必要と判断した理由（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）；(830600192)	（初回投与から起算して、18か月を超える投与の場合）次の事項を記載すること。 ②　本剤の最適使用推進ガイドラインにおいて「中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された場合、中等度以降に進行した患者に投与を継続したときの有効性が確立していないことから、本剤の投与を中止し、再評価を行うこと。」とされていることから、中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された患者に対して本剤の投与継続を行う場合には、再評価を行った結果として（２）の①～②及び投与継続を判断した理由（上記①と同様に具体的に記載すること）	別表Ⅱ【項番167】
11174	共通	初回投与から起算して18か月を超える投与の場合、患者要件、投与の継続が必要と判断した理由など所定の事項の記載が必要です。（レケンビ点滴静注）			レケンビ点滴静注２００ｍｇ　２ｍＬ(629924601) レケンビ点滴静注５００ｍｇ　５ｍＬ(629924701)	認知機能評価ＭＭＳＥスコア（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(842600041) 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）(850600219) 臨床認知症尺度ＣＤＲ全般スコア（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(842600042) 臨床認知症尺度ＣＤＲ全般スコアの実施年月日（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(850600220) 投与の継続が必要と判断した理由（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）；(830600192)	患者要件ア（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600344) 患者要件イ（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600345) 患者要件ウ（レケンビ点滴静注２００ｍｇ等）(820600346)	（初回投与から起算して、18か月を超える投与の場合）次の事項を記載すること。 ①　本剤投与の継続が必要と判断した理由（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踏まえた有効性の観点、並びにＡＲＩＡの有無や副作用発現状況等を踏まえた安全性の観点を含めて具体的に記載すること）	別表Ⅱ【項番167】
11175	DPC病院	本製剤を投与するに当たって投与以前に遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果測定した年月日の記載が必要です。（レボカルニチンＦＦ「トーワ」）			レボカルニチンＦＦ錠１００ｍｇ「トーワ」(622910701) レボカルニチンＦＦ錠２５０ｍｇ「トーワ」(622910801) レボカルニチンＦＦ内用液１０％「トーワ」(622950201) レボカルニチンＦＦ内用液１０％分包５ｍＬ「トーワ」(622950301) レボカルニチンＦＦ内用液１０％分包１０ｍＬ「トーワ」(622950401) レボカルニチンＦＦ静注千ｍｇシリンジ「トーワ」　千ｍｇ５ｍＬ(622913701)		検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果（レボカルニチンＦＦ錠１００ｍｇ「トーワ」等）(880100094)	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	別表Ⅲ【項番28】

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

※別表は令和6年3月27日
保医発0327第5号をもとに記載

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
11176	DPC病院	本製剤を投与するに当たって投与以前に遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果測定した年月日の記載が必要です。（レボカルニチンＦＦ「フソー」）			レボカルニチンＦＦ静注千ｍｇシリンジ「フソー」　千ｍｇ５ｍＬ(622917701)		検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果（レボカルニチンＦＦ静注１０００ｍｇシリンジ「フソー」）(880100095)	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	別表Ⅲ【項番29】
11177	DPC病院	本製剤を投与するに当たって投与以前に遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果測定した年月日の記載が必要です。（レボカルニチンＦＦ「ニプロ」）			レボカルニチンＦＦ静注千ｍｇシリンジ「ニプロ」　千ｍｇ５ｍＬ(622918401)		検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果（レボカルニチンＦＦ静注１０００ｍｇシリンジ「ニプロ」）(880100096)	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	別表Ⅲ【項番30】
11178	DPC病院	本製剤を投与するに当たって投与以前に遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果測定した年月日の記載が必要です。（レボカルニチンＦＦ「アメル」）			レボカルニチンＦＦ錠１００ｍｇ「アメル」(622951901) レボカルニチンＦＦ錠２５０ｍｇ「アメル」(622952001) レボカルニチンＦＦ内用液１０％「アメル」(622952101) レボカルニチンＦＦ内用液１０％分包５ｍＬ「アメル」(622952201) レボカルニチンＦＦ内用液１０％分包１０ｍＬ「アメル」(622952301)		検査実施年月日及び遊離カルニチンの測定結果（レボカルニチン塩化物錠１００ｍｇ「アメル」等）(880100097)	本製剤を投与するに当たって、投与以前に実施した遊離カルニチンの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	別表Ⅲ【項番2】
11179	共通	非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべての記載が必要です。（非定型抗精神病薬加算（精神科地域包括ケア病棟入院料））			非定型抗精神病薬加算（精神科地域包括ケア病棟入院料）(190868970)		向精神病薬名（非定型抗精神病薬加算（精神科地域包括ケア病棟入院料）） ; (830100922)	非定型、定型を含めて投与している向精神病薬をすべて記載する。 事務連絡令和6年7月11日「令和6年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について」	別表Ⅰ A315【項番56】
11180	共通	検査実施月と初回投与の場合、ホルモン受容体陽性、HER2陰性及びPIK3CA、AKT1又はPTEN遺伝子変異を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（トルカプ錠）			トルカプ錠１６０ｍｇ(622954901) トルカプ錠２００ｍｇ(622955001)	＊ホルモン受容体＊陽性＊(810000001) ＊ＨＥＲ２＊陰性＊(810000001) ＊ＰＩＫ３ＣＡ＊遺伝子変異＊(810000001)	＊ＡＫＴ１＊遺伝子変異＊(810000001) ＊ＰＴＥＮ＊遺伝子変異＊(810000001)	保医発0521第1号令和6年5月21日「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」	―
11181	共通	検査実施月と初回投与の場合、CLDN18.2陽性及びHER2陰性を確認した検査の実施年月日を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（ビロイ点滴静注用）			ビロイ点滴静注用１００ｍｇ(629930401)	＊ＣＬＤＮ＊陽性＊(810000001) ＊ＨＥＲ２＊陰性＊(810000001)	令和　　年　　月　　日(840000561) ＊年＊月＊日＊(810000001) ＊初回＊(810000001)	保医発0521第1号令和6年5月21日「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」	―
11182	共通	検査実施月と初回投与の場合、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の記載が必要です。（ハイイータン錠）			ハイイータン錠５０ｍｇ(622970101)	＊ＭＥＴ遺伝子エクソン１４スキッピング＊変異陽性＊(810000001)	令和　　年　　月　　日(840000561) ＊年＊月＊日＊(810000001) ＊初回＊(810000001)	保医発0814第7号令和6年8月14日「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」	―
11183	共通	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の記載が必要です。（ファビハルタカプセル）			ファビハルタカプセル２００ｍｇ(622970801)	＊品名＊(810000001) ＊使用期間＊(810000001)		保医発0814第7号令和6年8月14日「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」	―
11184	共通	本製剤の投与開始に当たっては、施設要件、患者の要件アからウのすべてに該当する旨の記載が必要です。（ヌーカラ皮下注）	病名に疑いを除く	慢性副鼻腔炎(4739014) 鼻茸(8843493)	ヌーカラ皮下注１００ｍｇペン　１ｍＬ(629906501) ヌーカラ皮下注１００ｍｇシリンジ　１ｍＬ(629906601)	＊施設要件ア＊(810000001) ＊すべてに＊該当する＊(810000001)		保医発0828第6号令和6年8月28日「メポリズマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインの策定に伴う留意事項について」	―
11185	共通	本製剤の投与開始に当たっては、慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日又は手術が適応とならないと判断した理由の記載が必要です。（ヌーカラ皮下注）	病名に疑いを除く グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ	慢性副鼻腔炎(4739014) 鼻茸(8843493)	ヌーカラ皮下注１００ｍｇペン　１ｍＬ(629906501) ヌーカラ皮下注１００ｍｇシリンジ　１ｍＬ(629906601)	＊理由＊(810000001)	令和　　年　　月　　日(840000561) ＊年＊月＊日＊(810000001)	保医発0828第6号令和6年8月28日「メポリズマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインの策定に伴う留意事項について」	―
11186	共通	本製剤の投与開始に当たっては、 投与前における各鼻腔の鼻茸スコア、鼻閉のVAS重症度スコア並びに「嗅覚の減弱若しくは消失」などが継続している期間の記載が必要です。（ヌーカラ皮下注）	病名に疑いを除く グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ	慢性副鼻腔炎(4739014) 鼻茸(8843493)	ヌーカラ皮下注１００ｍｇペン　１ｍＬ(629906501) ヌーカラ皮下注１００ｍｇシリンジ　１ｍＬ(629906601)	＊鼻茸スコア＊(810000001) ＊ＶＡＳ＊(810000001) ＊継続＊期間＊(810000001)		保医発0828第6号令和6年8月28日「メポリズマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインの策定に伴う留意事項について」	―
11187	共通	本製剤の継続投与に当たっては、医師要件(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)の記載が必要です。(ヌーカラ皮下注)	病名に疑いを除く グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ	慢性副鼻腔炎(4739014) 鼻茸(8843493)	ヌーカラ皮下注１００ｍｇペン　１ｍＬ(629906501) ヌーカラ皮下注１００ｍｇシリンジ　１ｍＬ(629906601)	＊医師要件イ＊(810000001) ＊効果判定＊(810000001)	＊医師要件ア＊(810000001)	保医発0828第6号令和6年8月28日「メポリズマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインの策定に伴う留意事項について」	―
11188	共通	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の記載が必要です。（ヌーカラ皮下注）	病名に疑いを除く グループ情報（非出力）をＯＲでつなぐ	慢性副鼻腔炎(4739014) 鼻茸(8843493)	ヌーカラ皮下注１００ｍｇペン　１ｍＬ(629906501) ヌーカラ皮下注１００ｍｇシリンジ　１ｍＬ(629906601)		＊継続＊投与＊(810000001)	保医発0828第6号令和6年8月28日「メポリズマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインの策定に伴う留意事項について」	―
11189	共通	主たるもの３つの所定点数のみの算定です。（抗カルジオリピンIgG抗体、抗カルジオリピンIgM抗体、抗β２グリコプロテインＩＩｇＧ抗体、抗β２グリコプロテインＩＩｇM抗体）	同日	抗カルジオリピンＩｇＧ抗体(160164050) 抗カルジオリピンＩｇＭ抗体(160228750) 抗β２グリコプロテインＩＩｇＧ抗体(160228850) 抗β２グリコプロテインＩＩｇＭ抗体(160228950)				主たるもの３つの所定点数を算定する【Ｄ０１４】	―
11190	共通	３項目以上を併せて実施した場合には、主たるもの２つに限り算定です。（ＲＦ定量、抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定性など）	同日		ＲＦ定量(160195610) 抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定性(160168750) 抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定量(160195910) ＭＭＰ－３(160173150) Ｃ１ｑ結合免疫複合体(160119210) モノクローナルＲＦ結合免疫複合体(160143750) ＩｇＧ型リウマトイド因子(160151650) **≪３件散当≫**			３項目以上を併せて実施した場合には、主たるもの２つに限り算定する。【Ｄ０１４】	―
11191	共通	共同指導を行った者の職種及び年月日の記載が必要です。（退院時共同指導料２＋退院時リハビリテーション指導料又は退院時薬剤情報管理指導料）	同日	退院時共同指導料２(113008910)	退院時リハビリテーション指導料(190056910) 退院時薬剤情報管理指導料(113701910)	共同指導を行った者の職種；(830100076) 指導年月日(850100072)		（同一日に退院時共同指導料２と退院時リハビリテーション指導料又は退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合） 共同指導を行った者の職種及び年月日を記載すること。	別表Ⅰ Ｂ005【項番113】
11192	共通	検査実施月と初回投与の場合、FGFR2融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（タスフィゴ錠）			タスフィゴ錠３５ｍｇ(622975901)		令和　　年　　月　　日(840000561) ＊年＊月＊日＊(810000001) ＊初回＊(810000001)	保医発 1119第11号令和6年11月19日「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」	―
11193	共通	検査実施月と初回投与の場合、ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（オータイロカプセル）			オータイロカプセル４０ｍｇ(622977201)		令和　　年　　月　　日(840000561) ＊年＊月＊日＊(810000001) ＊初回＊(810000001)	保医発 1119第11号令和6年11月19日「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」	―
11194	共通	検査実施月と初回投与の場合、EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（ライブリバント点滴静注）			ライブリバント点滴静注３５０ｍｇ　７ｍＬ(629931101)		令和　　年　　月　　日(840000561) ＊年＊月＊日＊(810000001) ＊初回＊(810000001)	保医発 1119第11号令和6年11月19日「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」	―

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation

コメントコード	DPC病院区分	コメント内容	特定条件	グループ情報		グループ情報（非出力）		記載箇所	別表
				AND／OR項目	OR項目	AND／OR項目	OR項目		
11195	共通	検査実施月と初回投与の場合、ホルモン受容体陰性及びHER2陰性を確認した検査の実施年月日の記載が必要です。（トロデルビ点滴静注用）			トロデルビ点滴静注用２００ｍｇ(629931301)	＊ホルモン受容体＊陰性＊(810000001) ＊ＨＥＲ２＊陰性＊(810000001)	令和　　年　　月　　日(840000561) ＊年＊月＊日＊(810000001) ＊初回＊(810000001)	保医発 1119第11号令和6年11月19日「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」	—
11196	共通	過去に実施したタキサン系抗悪性腫瘍剤による治療歴の記載が必要です。（トロデルビ点滴静注用）			トロデルビ点滴静注用２００ｍｇ(629931301)		＊治療歴＊(810000001)	保医発 1119第11号令和6年11月19日「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」	—
11197	共通	初回投与、継続投与、投与開始後6か月以降の投与ごとに、それぞれ必要事項の記載が必要です。（ケサンラ点滴静注液）			ケサンラ点滴静注液３５０ｍｇ　２０ｍＬ(629931401)			保医発1119第12号令和6年11月19日「ドナネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインの策定に伴う留意事項について」	—
11198	共通	心身医学療法を算定した場合、傷病名欄において心身症による当該身体的傷病の傷病名の次に「（心身症）」の記載が必要です。（心身医学療法）	病名に疑いを除く		心身医学療法（入院）(180012410) 心身医学療法（入院外）（再診時）(180020010) 心身医学療法（入院外）（初診時）(180020610)		片頭痛(3469004) **<<補足コメント　心身症>>** 自律神経失調症(3379021) **<<補足コメント　心身症>>** 胃潰瘍(5319009) **<<補足コメント　心身症>>** 肩こり(8831347) **<<補足コメント　心身症>>** 男性更年期障害(8844079) **<<補足コメント　心身症>>** 月経痛(6252001) **<<補足コメント　心身症>>** 更年期症候群(6272001) **<<補足コメント　心身症>>** 動悸(7851005) **<<補足コメント　心身症>>** 嘔吐症(8830971) **<<補足コメント　心身症>>** めまい(8841308) **<<補足コメント　心身症>>** 頭痛(7840024) **<<補足コメント　心身症>>** 片頭痛(3469004) **<<修飾語：（心身症）(8041)を設定>>** 自律神経失調症(3379021) **<<修飾語：（心身症）(8041)を設定>>** 胃潰瘍(5319009) **<<修飾語：（心身症）(8041)を設定>>** 肩こり(8831347) **<<修飾語：（心身症）(8041)を設定>>** 男性更年期障害(8844079) **<<修飾語：（心身症）(8041)を設定>>** 月経痛(6252001) **<<修飾語：（心身症）(8041)を設定>>** 更年期症候群(6272001) **<<修飾語：（心身症）(8041)を設定>>** 動悸(7851005) **<<修飾語：（心身症）(8041)を設定>>** 嘔吐症(8830971) **<<修飾語：（心身症）(8041)を設定>>** めまい(8841308) **<<修飾語：（心身症）(8041)を設定>>** 頭痛(7840024) **<<修飾語：（心身症）(8041)を設定>>**	審査の一般的な取り扱い（17回） 【 精神科専門療法 】 347 片頭痛（心身症）等に対する心身医学療法の算定について	—

© 2025 Wemex Healthcare Systems Corporation