

<抄>

事 務 連 絡
令和8年9月30日

関 係 団 体 御 中

厚生労働省保険局医療課

「診療報酬請求書の記載要領等について」の一部改正について

標記につきまして、別紙のとおり、地方厚生(支)局医療課長、都道府県民生
主管部(局)国民健康保険主管課(部)長及び都道府県後期高齢者医療主管部(局)
後期高齢者医療主管課(部)長あて通知しましたので、別添団体各位におかれま
しても、関係者に対し周知を図られますよう協力方お願いいたします。

保医発 0930 第 8 号
令和 8 年 9 月 30 日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長 殿
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

厚生労働省保険局医療課長
（ 公 印 省 略 ）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（ 公 印 省 略 ）

「診療報酬請求書等の記載要領等について」の一部改正について

「健康保険法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う厚生労働省関係告示の整備に関する告示」（令和 8 年厚生労働省告示第 360 号）が告示され、要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養が令和 9 年 3 月 1 日から施行されるところである。

これに伴い、「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和 51 年 8 月 7 日保険発第 82 号。以下「記載要領通知」という。）の一部を別添のとおり改正し、要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養の診療報酬請求書における記載方法を定め、令和 9 年 3 月 1 日から適用する。

なお、記載要領通知の主な改正内容は下記のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう、関係者に周知徹底を図られたい。

記

改正内容は以下のとおり。

- ・ 「診療報酬請求書等の記載要領等について」別紙 1 「診療報酬請求書等の記載要領」Ⅱ第 3 の 2 の（20）のカの（カ）、Ⅲの第 3 の 2 の（23）のアの（テ）及び（24）のチ並びにⅣの第 2 の 2 の（21）のス及び別紙 2 「診療録等の記載上の注意事項」第 5 の 7 の（8）に要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性

が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養の診療報酬請求書等における記載方法を規定する。

- ・ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成 18 年厚生労働省告示第 495 号）の告示名が厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養となったことを踏まえ、告示名の手当てを行う。
- ・ 別表 1 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧の（医科）613 番及び（歯科）192 番に一部保険外療養に関する取扱いを追加する。

以上

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

別紙 1

診療報酬請求書等の記載要領

I 一般的事項

- 1 診療報酬請求書、診療報酬明細書、調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書（以下「診療報酬請求書等」という。）については、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令附則第四条の二第二項の規定に基づきこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式」（平成 20 年厚生労働省告示第 126 号）に定める様式により扱うものとするが、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令附則第四条の二第二項の規定に基づきこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件」（令和 8 年こども家庭庁・厚生労働省告示第二号）により改正のあった様式については、令和 8 年 7 月 1 日（6 月診療分）から新様式により扱うものとし、令和 8 年 5 月診療分までは旧様式によっても差し支えないこと。
- 2 診療報酬請求書等の用紙の大きさは A 列 4 番とすること。
ただし、電子計算機により作成する場合は、A 列 4 番と ± 6 mm（縦方向）、+ 6 mm、- 4 mm（横方向）の差は差し支えないものであること。
- 3 診療報酬請求書等は、別添 1「診療報酬請求書等一覧表」の区分によるものであること。
- 4 診療報酬請求書等においては、単に保険医療機関又は保険薬局とのみ表示しているが、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号。以下「高齢者医療確保法」という。）の規定による療養の給付（以下「後期高齢者医療」という。）又は公費負担医療に係るもの（後期高齢者医療のうち保険医療機関におけるものを除く。）については「保険医療機関」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当医療機関」と、「保険薬局」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当薬局」と読み替え、また、「保険医氏名」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものであること。
- 5 診療報酬請求書及び診療報酬明細書に記載した数字等の訂正を行うときは、修正液を使用することなく、誤って記載した数字等を＝線で抹消の上、正しい数字等を記載すること。
なお、診療報酬請求書等の記載に当たっては、黒若しくは青色のインク又はボールペン等を使用すること。
- 6 「※」が付されている欄には、記載する必要がないこと。

Ⅱ 診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第1 診療報酬請求書（医科・歯科、入院・入院外併用）に関する事項（様式第1（1））

1 「令和 年 月分」欄について

診療年月を記載すること。したがって、診療年月の異なる診療報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合には、それぞれの診療年月分について診療報酬請求書を作成すること。

なお、診療年月の異なる明細書であっても、返戻分の再請求等やむを得ぬ事由による請求遅れ分については、この限りではないこと。

2 「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁を記載すること（別添2「保険者番号 公費負担者番号、公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領」（以下「設定要領」という。）の第4を参照）。

3 「別記 殿」欄について

保険者名、市町村名及び公費負担者名を下記例のとおり備考欄に記載することを原則とするが、省略しても差し支えないこと。

（例） 別記 全国健康保険協会理事長
千代田区長
東京都知事

4 「令和 年 月 日」欄について

診療報酬請求書を提出する年月日を記載すること。

5 「保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名」欄について

（1） 保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名については、保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載すること。なお、開設者氏名については、開設者から診療報酬請求等につき委任を受けている場合は、保険医療機関の管理者の氏名であっても差し支えないこと。

（2） 保険医療機関自体で診療報酬請求書用紙の調製をしない場合において、記名の労を省くため、保険医療機関の所在地、名称及び開設者氏名のゴム印を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。

6 「入・外」欄について

入院・外来については、入院・外来別にそれぞれ請求することとしたことに伴い入院に係る分は「入」の文字を、入院外に係る分は「外」の文字を○で囲むこと。なお、「入」又は「外」のみを印刷した様式を用いても差し支えないこと。

なお、救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床（救急医療管理加算又は救命救急入院料を算定する病床に限る。）に入院したものとみなす場合は、入院に係るものとして取り扱うこと。

7 「医療保険」欄について

（1） 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち医療保険に係る分及び医療保険単独の者に係る明細書について記載することとし、医療保険単独の者に係る分については医療保険制度ごとに記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」

〇１精神（精神病棟）、〇２結核（結核病棟）、〇７療養（療養病棟）

(11) 「氏名」欄について

ア 姓名を記載すること。ただし、健康保険の被保険者については、姓のみの記載で差し支えないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字を読み替えたカタカナを使用すること又はひらがなをカタカナに読み替えて記載することも差し支えないこととするが、この場合には被保険者であっても姓名を記載することとし、姓と名の間にスペースをとること。

イ 性別は該当するものを○で囲むこと。なお、電子計算機の場合は、「１ 男」、「２ 女」と記載しても差し支えないこと。

ウ 生年月日は以下によること。

(ア) 該当する元号を○で囲み、生まれた年月日を記載すること。

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

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

(12) 「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者については、「１ 職務上」、「２ 下船後３月以内」又は「３ 通勤災害」のうち該当するものを○で囲むこと。ただし、「１ 職務上」及び「３ 通勤災害」については、災害発生時が平成２１年１２月３１日以前のものに限る。共済組合の船員組合員については、下船後３月以内の傷病で職務上の取扱いとなる場合に「２ 下船後３月以内」の番号を○で囲むこと。

なお、同一月に職務上の取扱いとなる傷病及び職務外の取扱いとなる傷病が生じた場合は、入院外分についてはそれぞれ１枚、入院分については、それぞれに係る診療が区分できない場合に限り職務上として１枚の診療報酬明細書の取扱いとすること。

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略号を記載することとしても差し支えないこと。

１ 職上（職務上）、２ 下３（下船後３月以内）、３ 通災（通勤災害）

(13) 「特記事項」欄について

記載する略号をまとめると、以下のとおりであること。なお、電子計算機の場合はコードと略号を記載すること。

コード	略 号	内 容
〇 １	公	医療保険単独の者及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書で、「公費負担医療が行われる療養に係る高額療養費の支給について」（昭和 48 年 10 月 30 日付保発第 42 号、庁保発第 26 号）による公費負担医療が行われる療養に要する費用の額が、健康保険法施行令（大正 15 年勅令第 243 号）第 42 条及び高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成 19 年政令第 318 号。以下「高齢者医療確保法施行令」という。）第 15 条に規定する金額を超える場合
〇 ２	長	以下のいずれかに該当する場合 ① 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出又は特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、健康保険法施行令第 42 条第 9 項第 1 号に

		規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出又は特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。） ② 後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示又は後期高齢者医療特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、高齢者医療確保法施行令第 15 条第 6 項に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が後期高齢者医療特定疾病療養受療証の提示又は後期高齢者医療特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
03	長処	慢性腎不全に係る自己連続携行式腹膜灌流（CAPD）を行っている患者に対して、同一月内の投薬を院外処方箋のみにより行い、保険医療機関では当該患者の負担額を受領しない場合
04	後保	公費負担医療のみの場合であって、請求点数を高齢者医療確保法の規定による医療の提供をする場合
07	老併	介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
08	老健	介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
09	施	平成 18 年 3 月 31 日保医発第 0331002 号に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。）
10	第三	患者の疾病又は負傷が、第三者の不法行為（交通事故等）によって生じたと認められる場合
11	薬治	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養（平成 18 年厚生労働省告示第 495 号）第 1 条第 2 号の規定に基づく医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）（以下「医薬品医療機器等法」という。）に規定する治験（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
12	器治	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第 1 条第 3 号の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（機械器具等に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
13	先進	地方厚生（支）局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合（この場合にあつては、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。）
14	制超	「診療報酬の算定方法」に規定する回数を超えて行った診療であって「保険外

		併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」（平成 18 年厚生労働省告示第 498 号）の第 7 号の 5 に規定する診療（以下「制限回数を超えて行う診療」という。）に係る診療報酬の請求である場合（この場合にあっては、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を「摘要」欄へ記載すること。）
1 6	長 2	高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出又は特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、健康保険法施行令第 42 条第 9 項第 2 号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出又は特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
2 1	高半	月の初日以外の日に 75 歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより被用者保険の被保険者でなくなった者の被扶養者であった者又は月の初日以外の日に 75 歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより国民健康保険組合の組合員でなくなった者の世帯に属する組合員以外の被保険者であった者（いずれも市町村国保に加入することになる。）であって、当該後期高齢者医療の被保険者が 75 歳に到達した月に療養を受けた者（以下「自己負担限度額特例対象被扶養者等」という。）の場合
2 5	出産	平成 23 年 1 月 31 日保発 0131 第 2 号から 4 号までにより定める「「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」実施要綱」に基づき、直接支払制度を利用する者の出産に係る診療報酬請求である場合
2 6	区ア	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ア））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ② 「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の適用区分（ア）の記載のある難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 26 年法律第 50 号。以下「難病法」という。）に基づく医療受給者証（以下「特定医療費受給者証」という。）、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「3 1」に該当する場合を除く。） 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（3 割））の提示のみ又は高齢受給者証情報若しくは後期高齢者医療資格確認書情報の提供のみの場合 ② 「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の適用区分（VI）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「3 1」に該当する場合を除く。）
2 7	区イ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合

		① 「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（イ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ② 「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の適用区分（イ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「32」に該当する場合を除く。） 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ② 「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「32」に該当する場合を除く。）
28	区ウ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ② 「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の適用区分（ウ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「33」に該当する場合を除く。） 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ② 「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「33」に該当する場合を除く。）
29	区エ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（エ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ② 「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の適用区分（エ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「34」に該当する場合を除く。）

		70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証（一部負担金の割合（2 割））の提示のみ又は高齢受給者証情報の提供のみの場合 ② 「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「3 4」に該当する場合を除く。）
3 0	区オ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合 ② 「低所得者の世帯」の適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「3 5」に該当する場合を除く。） 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（Ⅰ又はⅡ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合 ② 「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「3 5」に該当する場合を除く。）
3 1	多ア	以下のいずれかに該当する場合 ① 70 歳未満で「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分（ア））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（ア）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合において、難病法による特定医療、特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾病医療支援又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る公費負担医療（入院に限る。）の自院における高額療養費の支給が直近 1 2 か月間において 4 月目以上である場合（以下「特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合」という。ただし、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業については、特記事項「3 4」及び同「3 5」に限る。） ② 70 歳以上で「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（3 割））が提示又は高齢受給者証情報若しくは後期高齢者医療資格確認書情報が提供された場合であっ

		て、かつ、特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
3 2	多イ	以下のいずれかに該当する場合 ① 70歳未満で「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分（イ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（イ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ② 70 歳以上で「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
3 3	多ウ	以下のいずれかに該当する場合 ① 70歳未満で「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分（ウ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（ウ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ② 70 歳以上で「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
3 4	多エ	以下のいずれかに該当する場合 ① 70歳未満で「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分（エ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合、又は適用

		区分（エ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ② 70歳以上で「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証（一部負担金の割合（2割））が提示又は高齢受給者証情報が提供された場合であって、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合又は適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
35	多才	以下のいずれかに該当する場合 ① 70歳未満で「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分（オ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合、又は適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ② 70歳以上で「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（Ⅱ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合、又は適用区分（Ⅱ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
36	加治	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第1条第3号の2の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（加工細胞等（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則（昭和36年厚生省令第1号）第275条の2に規定する加工細胞等をいう。以下同じ。）に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
37	申出	別に厚生労働大臣が定める患者申出療養（当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において行われるものに限る。）を実施した場合（この場合にあつては、当該療養の名称及び当該療養について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。）

38	医併	介護医療院に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護医療院に入所中の診療と介護医療院に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
39	医療	介護医療院に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護医療院に入所中の診療と介護医療院に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
41	区力	後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合 ① 課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円以上）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（2 割））の提示のみ又は後期高齢者医療資格確認書情報の提供のみの場合 ② 課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円以上）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（2 割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「43」に該当する場合を除く。）
42	区キ	後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合 ① 課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円未満）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（1 割））の提示のみ又は後期高齢者医療資格確認書情報の提供のみの場合 ② 課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円未満）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（1 割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「44」に該当する場合を除く。）
43	多力	後期高齢者医療で課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円以上）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（2 割））かつ特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究

		促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療資格確認書情報が提供かつ特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
4 4	多キ	後期高齢者医療で課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円未満）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（1 割））かつ特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療資格確認書情報が提供かつ特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）

※ 「区力」、「区キ」、「多力」及び「多キ」については、令和 4 年 10 月 1 日から適用する。令和 4 年 9 月 30 日までの間は、後期高齢者医療にあつては従前どおり「区エ」及び「多エ」を使用されたい。

(14) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。この場合、所在地とともに、連絡先電話番号を記載することが望ましいものであること。

なお、外来診療料を算定する場合は、「（床）」の欄に、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床（以下「許可病床」という。）のうち一般病床に係るものの数を記載すること。また、特定疾患療養管理料を算定する場合、病院である保険医療機関にあつては、「（床）」の欄に、許可病床の数を記載すること。また、月の途中において当該病床数が増減した場合は、当該欄には変更後の病床数（以下「病床数」という。）を記載し、「摘要」欄に変更日と変更前の病床数を記載すること。

(15) 「傷病名」欄について

ア 傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（令和 6 年 4 月 22 日付保発 0422 第 2 号）（本通知が改正された場合は改正後の通知によること。）別添 3 に規定する傷病名を用いること。別添 3 に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名については、「傷病名コードの統一の推進について」（令和 8 年 3 月 27 日医療課事務連絡）に取りまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いること。

イ 主傷病、副傷病の順に記載すること。主傷病については原則として 1 つ、副傷病については主なものについて記載することとし、主傷病が複数ある場合は、主傷病と副傷病の間を線で区切るなど、主傷病と副傷病とが区別できるようにすること。

ウ 薬剤料に係る所定単位当たりの薬価が 175 円以下の薬剤の投与又は使用の原因となった傷病のうち、健胃消化剤、鎮咳剤などの投与又は使用の原因となった傷病など、イに基づき記載した傷病名から判断して、その発症が類推できる傷病については、傷病名を記載する必要はな

15号に基づき、選定療養として長期収載品を処方等した場合の記載については、力の(工)の例によること。

カ 「投薬」欄について

(ア) 入院分について

- ① 内服薬及び浸煎薬を投与した場合は内服の項に、屯服薬を投与した場合は屯服の項に、外用薬を投与した場合は外用の項にそれぞれの調剤単位数及び薬剤料の総点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所定単位当たりの薬剤名、投与量及び投与日数等を記載すること。

また、調剤料を算定する場合は、調剤の項に日数及び点数を記載すること。

- ② 薬剤名、規格単位（%又はmg等）及び投与量を「摘要」欄に記載すること。

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

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

- ③ 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を処方調剤した場合は、麻毒の項に日数及び点数を記載すること。
- ④ 調剤技術基本料を算定した場合は、調基の項に所定点数を記載すること。なお、院内製剤加算を算定した場合は、調基の項に名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

(イ) 入院外分について

- ① 内服薬及び浸煎薬を投与した場合は内服の「薬剤」の項に、屯服薬を投与した場合は屯服の項に、外用薬を投与した場合は外用の「薬剤」の項にそれぞれの薬剤料の所定単位による総投与単位数と総点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所定単位当たりの薬剤名、投与量及び投与日数等を記載すること。

- ② 内服の「調剤」の項には内服薬、浸煎薬及び屯服薬の投与回数及び点数を、外用の「調剤」の項には、外用薬の投与回数及び点数を記載すること。

- ③ 処方の項は、処方箋を交付しない場合において処方回数及び点数を記載すること。

- ④ 薬剤名、規格単位（%又はmg等）及び投与量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、届出保険医療機関については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が175円以下の場合は、薬剤名、投与量等を記載する必要はないものとする。

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

- ⑤ 1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を3種類以上、抗精神病薬を3種類以上又は抗不安薬及び睡眠薬を4種類以上投与した場合であって、薬剤料（抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係るものに限る。）を所定点数の100分の80に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄に、薬剤名の下に算定点数を記載（合計点数のみを記載）し又は算定点数から所定点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載し、その区分の前に **精減** と表示すること。

- ⑥ 常態として、内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を所定点数の合計の100分の90に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄の当該処方に係る薬剤名を区分して記載するとともに、薬剤名の下に算定点数を記載（合計点数のみを記載）し又は算定点数から所定点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載し、その区分の前に「減」と表示すること。
- ⑦ また、初診料の注2、注3又は外来診療料の注2、注3を算定する保険医療機関において投与期間が30日以上を処方し、薬剤料を所定点数の合計の100分の40に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄の当該処方に係る薬剤名を区分して記載するとともに、薬剤名の下に算定点数を記載（合計点数のみを記載）し又は算定点数から所定点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載し、その区分の前に「減」と表示すること。
- ⑧ 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を処方調剤した場合は、麻毒の項に処方回数及び点数を記載すること。
- ⑨ 調剤技術基本料を算定した場合は、調基の項に所定点数を記載すること。
- ⑩ 乳幼児加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、乳幼児加算の表示は必要がないこと。
- ⑪ 特定疾患処方管理加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称、回数及び点数を記載すること。
- ⑫ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。
- ⑬ 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算1、2又は3を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。
- ⑭ 向精神薬調整連携加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。
- (ウ) 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第1条第4号又は第6号に係る医薬品を投与した場合は、次の例により「摘要」欄に「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

〔記載例〕

ラシックス錠 20 mg	1 錠	
アルダクトンA錠 25 mg	1 錠	2 × 5
リピトール錠 10 mg	1 錠	3 × 5

(薬評)

エフピーOD錠 2.5

- (エ) 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第2条第15号に基づき、長期収載品を選定療養として処方した場合（処方箋を交付する場合を除く。）は、当該医薬品名の後に「（選）」を記載し、所定単位につき、選定療養に係る額を除いた薬価を用いて算出した点数を記載すること。

〔記載例〕

●●●錠（選）	1 錠	
△△△錠	1 錠	17 × 5

また、長期収載品について、医療上の必要性があるため処方する場合は、その理由について、別表Ⅰに示す項目を参照して「その他」欄に記載すること。

- (オ) 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第2条第16号に基づき、近視の進行抑制を効能又は効果とした医薬品を選定療養として支給した場合は、「摘要」欄に「薬選（近視）」と記載し、薬剤名を記載すること。

- (カ) 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第3条に基づき、対象医薬品を一部保険外療養として処方した場合（対象医薬品について特別の料金の対象とする場合）（処方箋を交付する場合を除く。）は、当該対象医薬品名の後に「（類）」を記載し、所定単位につき、一部保険外療養に係る額を除いた薬価を用いて算出した点数を記載すること。

〔記載例〕

●●●錠（類）

1錠

△△△錠

1錠

17×5

また、対象医薬品について、一部保険外療養の対象とはせずに処方する場合は、その理由について、別表Ⅰに示す項目を参照して「その他」欄に記載すること。ただし、18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者又は入院時に対象医薬品を処方した場合は、一部保険外療養の対象とはならないが、この場合において理由の記載は不要である。

キ 「注射」欄について

- (ア) 外来化学療法加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称及び算定回数を記載すること。

- (イ) 看護師等遠隔診療注射実施料を算定した場合は、「摘要」欄に実施した注射の区分番号を記載すること。

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

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

- (エ) 点滴注射及び中心静脈注射に係る血漿成分製剤加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

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

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

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

- (カ) 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期

間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数が上限点数を超える場合は、当該上限点数から合算点数を控除して得た点数を「注射」欄のその他の項の「摘要」欄に「その他薬剤」と表示して△書きにより記載し、その合計点数をその他の項に記載すること。

- (キ) 特定保険医療材料を使用した場合は、クの(イ)の例により「摘要」欄に記載すること。
- (ク) 乳幼児加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、乳幼児加算の表示は必要がないこと。
- (ケ) 無菌製剤処理料の「1」、「2」又は「注2」に係る加算を算定した場合は、「摘要」欄にそれぞれ名称及び算定回数を記載すること。
- (コ) 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第1条第4号又は第6号に係る医薬品を投与した場合は、カの(ウ)の例により「摘要」欄に「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。
- (サ) 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第2条第15号に基づき、選定療養として長期収載品を処方等した場合の記載については、カの(エ)の例によること。

ク 「処置」欄又は「手術・麻酔」欄について

- (ア) 処置又は手術については、名称（処置名又は手術名）、回数及び点数を、麻酔については、麻酔の種類、回数及び点数を記載すること。麻酔を処置又は検査・画像診断に伴って行った場合は、当該処置又は検査・画像診断の種類を「摘要」欄に記載すること。対称器官の両側に対し、処置又は手術（ともに片側の点数が告示されているものに限る。）を行った場合は、左右別にそれぞれ処置名又は手術名、回数及び点数を記載すること。
- (イ) 麻酔等（麻酔に伴う前処置を含む。）に伴って薬剤を使用した場合は、それぞれ使用した薬剤総量の薬価が15円を超えるものについては、個々の処置、手術又は麻酔ごとに、当該薬価から15円を控除して算定した点数を薬剤の項に記載し、使用した薬剤の薬名、規格単位（％、mL又はmg等）及び使用量を個々の処置、手術及び麻酔別に「摘要」欄に記載すること。ただし、神経破壊剤については、薬価にかかわらず使用した薬剤の薬名及び規格単位を「摘要」欄に記載すること。麻酔中のショック等に対する治療等に伴う薬剤については、注射等当該治療等の該当欄に記載すること。また、処置等に伴って使用した酸素又は窒素の費用を請求する場合は、地方厚生（支）局長に届け出た単価（単位 円・銭）（酸素のみ）及び当該請求に係る使用量（単位 リットル）を「摘要」欄に、手術等において特定保険医療材料等を使用した場合は、「摘要」欄にそれぞれ以下のように記載すること（酸素について、複数の単価で請求する場合は、単価ごとに、単価及び使用量を記載すること。）。
 - a 手術、処置、検査等の名称は告示名又は通知名を使用する。
 - b 手術、処置、検査等の手技料については、必ず点数を明記する。
 - c 材料は商品名及び告示の名称又は通知の名称、規格又はサイズ、材料価格及び使用本数又は個数の順で記載する。
なお、告示の名称又は通知の名称については（ ）書きとすること。
 - d 保険医療機関における購入価格によってなっているものは、定価ではなく保険医療機関が実際に購入した価格で請求すること。
 - e 処置、手術等の名称、手技の加算、処置（手術）医療機器等加算、薬剤、特定保険医

- (ク) 手術前医学管理料及び手術後医学管理料は、それぞれ点数を記載する。
- (ケ) 開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)は、合計点数及び回数を記載する。(項番 28)
- (コ) 療養・就労両立支援指導料は、点数を記載する。なお、療養・就労両立支援指導料の加算は当該加算を合算した点数を記載する。
- (サ) 歯科遠隔連携診療料は、点数を記載する。(項番 29)
- (シ) 薬剤管理指導料の「1」又は「2」は、それぞれ点数及び回数を記載する。また、麻薬管理指導加算は、加算した点数を記載する。(項番 31、32、33)
- (ス) 薬剤総合評価調整管理料は、点数(加算を含む。)を記載する。(項番 34)
- (セ) 診療情報提供料(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)又は連携強化診療情報提供料は、点数を記載する。診療情報提供料(Ⅰ)の加算は当該加算を合算した点数を記載する。(項番 35、36、37、39)
- (ソ) 診療情報等連携共有料 1 又は 2 は、点数を記載する。(項番 38)
- (タ) 電子的診療情報評価料は、点数及び回数を記載する。
- (チ) 栄養情報連携料は、点数を記載する。
- (ツ) 傷病手当金意見書交付料は、点数を記載する。(項番 41)
- (テ) 顎関節疾患の治療にマイオモニターを使用した場合は、点数及び回数を記載する。
- (ト) 開口障害の治療に際して整形手術後に開口器等を使用して開口訓練を行った場合は、点数及び回数を記載する。
- (ナ) 摂食機能療法は、点数(加算を含む。)及び回数を記載する。(項番 85、86)
- (ニ) 歯科口腔リハビリテーション料 1 (2 舌接触補助床の場合)は、点数及び回数を記載する。
- (ヌ) 歯科口腔リハビリテーション料 1 (3 小児保隙装置の場合)は、点数及び回数を記載する。
- (ネ) 歯科口腔リハビリテーション料 1 (4 その他の場合)は、点数及び回数を記載する。
- (ノ) 歯科口腔リハビリテーション料 3 は点数及び回数を記載する。
- (ハ) リハビリテーションを算定した場合は、(ナ)、(ニ)、(ヌ)、(ネ)及び(ノ)を除き、全体の「その他」欄に、当該項目、回数・算定単位数及び合計点数を記載するとともに、実施日数を記載すること。(項番 84)
- (23) 在宅医療について
- ア 全体の「その他」欄に記載する。
- (ア) 歯科訪問診療料は、歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2、歯科訪問診療 3、歯科訪問診療 4 及び歯科訪問診療 5 の点数及び回数を記載する。緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算若しくは深夜歯科訪問診療加算、患家診療時間加算、歯科診療特別対応加算 1、歯科診療特別対応加算 2、歯科診療特別対応加算 3 又は地域医療連携体制加算がある場合は、当該加算を加算した点数及び回数を記載する。訪問診療時の歯科訪問診療補助加算は、点数及び回数を記載する。(項番 45、46、47)
- また、特別歯科訪問診療料を算定した場合は、点数及び回数を記載する。(項番 48)
- (イ) 区分番号 C O O O の注 16 に規定する歯科訪問診療料を算定する場合は、初診時は点数、再診時は点数及び回数を記載する。
- (ウ) 在宅療養支援歯科診療所加算及び在宅療養支援歯科病院加算は、加算点数及び回数を記載する。
- (エ) 歯科訪問診療移行加算は、加算点数及び回数を記載する。(項番 49)

- (オ) 通信画像情報活用加算は、加算点数及び回数を記載する。(項番 50)
 - (カ) 区分番号 C O O O の注 20 に規定する歯科訪問診療料を算定する場合は、初診時は点数、再診時は点数及び回数を記載する。
 - (キ) 医科連携訪問加算は、加算点数及び回数を記載する。
 - (ク) 訪問歯科衛生指導料はそれぞれ点数(加算を含む。)及び回数を記載する。(項番 51)
 - (ケ) 区分番号 C O O 1 の注 4 に規定する訪問歯科衛生指導料を算定する場合は、初診時は点数、再診時は点数及び回数を記載する。
 - (コ) 歯科疾患在宅療養管理料は、点数を記載する。
また、文書提供加算、在宅総合医療管理加算、在宅歯科医療連携加算 1 又は 2、在宅歯科医療情報連携加算は、点数を記載する。(項番 52、53)
 - (サ) 在宅患者歯科治療時医療管理料は、点数及び回数を記載する。(項番 54)
 - (シ) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は、点数及び回数を記載する。なお、当該管理に係る加算を算定する場合は、点数及び回数を記載する。在宅歯科医療連携加算 1 又は 2、在宅歯科医療情報連携加算を算定する場合は、点数を記載する。(項番 55)
 - (ス) 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は、点数及び回数を記載する。なお、当該管理に係る加算を算定する場合は、点数及び回数を記載する。小児在宅歯科医療連携加算 1 又は 2、在宅歯科医療情報連携加算を算定する場合は、点数を記載する。(項番 56)
 - (セ) 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 1、2、3 又は 4 は、点数を記載する。(項番 57)
 - (ソ) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、総点数及び回数を記載する。
 - (タ) 在宅患者連携指導料は、点数を記載する。(項番 58)
 - (チ) 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、点数及び回数を記載する。(項番 59)
 - (ツ) 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第 2 条第 15 号に基づき、選定療養として長期収載品を処方等した場合の記載については、(24) のタの例によること。
 - (テ) 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第 3 条に基づき、一部保険外療養として対象医薬品を処方した場合の記載については、(24) のチの例によること。
- (24) 「投薬・注射」欄について
- ア 内服薬を投与した場合は「内」の文字を、屯服薬を投与した場合は「屯」の文字を、外用薬を投与した場合は「外」の文字を、注射を行った場合は「注」の文字を、それぞれ○で囲み、使用薬剤の点数及び単位数又は回数を記載する。なお、書ききれない場合は、合計点数のみを記載し、使用薬剤の点数及び単位数又は回数は「摘要」欄に記載する。
また、皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈内注射を行った場合は「注」欄に点数及び回数をそれぞれ記載し、その他の注射を行った場合は全体の「その他」欄に、点数及び回数を記載する。(項番 80)
 - イ 血漿成分製剤加算は、加算点数を点数欄に記載する。(項番 81、82)
 - ウ 調剤料は、内服、屯服又は外用ごとに「調」の項にそれぞれ点数及び回数を記載し、「処方」の項は処方箋を交付しない場合において処方の点数及び回数を記載する。なお、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 1、2 又は 3 を算定する場合は、全体の「その他」欄に点数及び回

数を記載する。

エ 使用薬剤の医薬品名、規格・単位（％、mL 又は mg 等）及び使用量を記載する。（項番 78、83）

オ 調剤技術基本料は、全体の「その他」欄に点数を記載する。なお、院内製剤加算は、当該加算後の点数を記載する。

カ 7 種類以上の内服薬の投薬に係る処方箋を発行した場合は、「処」の項にその点数及び回数を、その他の場合は「処」の項にその点数及び回数を記載する。

キ 一般的名称による処方箋の交付は、全体の「その他」欄に点数及び回数を記載する。

ク 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料、毒薬を処方又は調剤した場合は、全体の「その他」欄に点数及び回数を記載する。

ケ 無菌製剤処理料の「1」又は「2」は、「摘要」欄にそれぞれ点数及び算定回数を記載する。また、投与時閉鎖式接続器具使用加算は、「摘要」欄に点数及び回数を記載する。

コ 処方料又は処方箋料における乳幼児加算は、それぞれ項中の「＋ ×」欄にその加算点数及び回数を記載する。

サ 薬剤情報提供料は、「情」の項に点数及び回数を記載する。なお、書ききれない場合は、合計点数のみを記載し、点数及び回数は「摘要」欄に記載する。また、手帳加算を算定した場合は、当該加算を算定した点数及び回数を記載する。

シ 特定疾患処方管理加算は、加算点数及び回数を全体の「その他」欄に記載する。

ス 外来化学療法加算は、当該点数を加算した点数及び算定回数を記載する。

セ バイオ後続品導入初期加算は、加算点数を記載する。

ソ 区分番号 F400 の注 6 に規定する処方箋料を発行した場合は、7 種類以上の内服薬の投薬に係る処方箋を発行した場合は、「処」の項にその点数及び回数を、その他の場合は「処」の項にその点数及び回数を記載する。

タ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第 2 条第 15 号に基づき、長期収載品を選定療養として処方した場合（処方箋を交付する場合を除く。）は、当該医薬品名の後に「（選）」を記載し、所定単位につき、選定療養に係る額を除いた薬価を用いて算出した点数を記載すること。

〔記載例〕

●●●錠（選）	1 錠	
△△△錠	1 錠	1 7 × 5

また、長期収載品について、医療上の必要性があるため処方する場合は、その理由について、別表 I に示す項目を参照して「その他」欄に記載すること。

チ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第 3 条に基づき、対象医薬品を一部保険外療養として処方した場合（対象医薬品について特別の料金の対象とする場合）（処方箋を交付する場合を除く。）は、当該対象医薬品名の後に「（類）」を記載し、所定単位につき、一部保険外療養に係る額を除いた薬価を用いて算出した点数を記載すること。

〔記載例〕

●●●錠（類）	1 錠	
△△△錠	1 錠	1 7 × 5

また、対象医薬品について、一部保険外療養の対象とはせずに処方する場合は、その理由に

について、別表Ⅰに示す項目を参照して「その他」欄に記載すること。ただし、18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者又は入院時に対象医薬品を処方した場合は、一部保険外療養の対象とはならないが、この場合において理由の記載は不要である。

(25) 「X線・検査」欄について

ア 全顎撮影（アナログ撮影）を行った場合は「全顎」の項にフィルム使用枚数及びその合計点数を記載し、全顎撮影以外で標準型フィルムを使用して撮影を行った場合は「標」の項のうち所定点数を算定した場合は左欄に、所定点数の合計の100分の50に相当する点数で算定した場合は右欄にそれぞれ点数及び回数を記載し、パノラマX線撮影を行った「パ」の項のうちオルソパントモ型フィルムであって、15センチメートル×30センチメートルの場合は左欄に、20.3センチメートル×30.5センチメートルの場合は右欄にそれぞれの点数及び回数を記載する。

イ 歯冠補綴時色調採得検査は、「色調」の項に点数及び回数を記載する。（項番 65）

ウ 電氣的根管長測定検査は、「EMR」の項にそれぞれ左から単根管、2根管、3根管、4根管の順に点数及び回数を記載する。

エ 細菌簡易培養検査は、「S培」の項に点数及び回数を記載する。

オ 顎運動関連検査は、「顎運動」の項に点数及び回数を記載する。（項番 64）

カ 歯周病検査における歯周基本検査及び歯周精密検査は、それぞれ「基本検査」の項及び「精密検査」の項のうち、左欄の上から1歯以上10歯未満、10歯以上20歯未満、20歯以上の順にそれぞれ点数を記載する。また、1回目の混合歯列期歯周病検査は「P混検」の項の左欄に点数を記載し、歯周病部分的再評価検査は「P部検」の項に点数及び回数を記載する。歯周病検査を2回以上行った場合は、2回目以後の混合歯列期歯周病検査は「P混検」の項の右欄に点数及び回数を記載し、その他の歯周病検査はそれぞれ該当する検査の項のうち右欄に点数及び回数を記載する。なお、電子計算機の場合は、上段に歯数に応じた点数及び回数を、下段に2回以上行った場合の2回目以降の点数及び回数をそれぞれ記載して差し支えない。（項番 62）

キ 1回目の口腔細菌定量検査1は「菌検」の項の左欄に点数を記載し、2回以上行った場合は右欄に点数及び回数を記載する。

ク 「その他」欄について

（ア） 標準型以外のフィルムを使用して撮影（アナログ撮影）を行った場合は、点数及び回数を、診断のみの場合は点数及び回数をそれぞれ記載する。その他の画像診断は、点数及び回数を記載し、画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、回数及び点数を記載する。（項番 74、77）

（イ） 全顎撮影（デジタル撮影）の場合は、枚数及びその合計点数を記載する。歯科エックス線撮影の全顎撮影以外（デジタル撮影）の場合、歯科パノラマ断層撮影（デジタル撮影）の場合歯科部分パノラマ断層撮影の場合及び歯科用3次元エックス線断層撮影の場合は、点数及び回数を記載する。その他の画像診断は、点数及び回数を記載し、画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、点数及び回数を記載する。なお、電子画像管理加算を算定したデジタル撮影は、（ク）の電子画像管理加算に係る規定により記載する。（項番 74、77）

（ウ） 歯科画像診断管理加算1又は歯科画像診断管理加算2を算定した場合は、点数を記載する。

下に掲げる調剤又は薬学管理料を算定すべき薬学管理のみを行った場合については、受付回数としては計上しないこと。

(ア) 14 日分を超える投薬又は後発医薬品に係る分割調剤に係る調剤基本料を算定すべき調剤

(イ) 医師の指示による分割調剤に係る当該保険薬局における2回目以降の調剤

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

(エ) 服薬情報等提供料

(オ) 在宅患者訪問薬剤管理指導料

(カ) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

(キ) 在宅患者緊急時等共同指導料

(ク) 服薬管理指導料4口及び4ハ

(ケ) 服用薬剤調整支援料

(コ) 外来服薬支援料1

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

(シ) 退院時共同指導料

(ス) 経管投薬支援料

(セ) 調剤後薬剤管理指導料

(ソ) 在宅移行初期管理料

(タ) 訪問薬剤管理医師同時指導料

(チ) 複数名薬剤管理指導訪問料

(17) 「医師番号」欄から「加算料」欄について

「医師番号」欄から「加算料」欄までの該当欄には、当月調剤に係るすべての医師番号等を記載すること。

なお、公費負担医療のみの場合であっても、当月調剤に係るすべての医師番号等を記載すること。感染症法による結核患者の適正医療と生活保護法による医療扶助との併用の場合は、生活保護法による医療扶助に係る調剤が該当するものであること。

(18) 「医師番号」欄について

当該処方箋を発行した医師又は歯科医師の「保険医氏名」欄の該当番号を記載すること。ただし、処方箋を発行した医師又は歯科医師が1枚の明細書において1名の場合は、番号の記載を省略しても差し支えないこと。

(19) 「処方月日」欄について

処方箋が交付された月日を記載すること。

(20) 「調剤月日」欄について

保険薬剤師が調剤した月日を記載すること。

なお、「処方月日」欄の月と調剤した月とが同一の場合は、月の記載を省略しても差し支えないこと。

(21) 「処方」欄について

ア 所定単位（内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。以下同じ。）にあつては1剤1日分、湯薬にあつては内服薬に準じ1調剤ごとに1日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、注射薬及び外用薬に

あつては1調剤分)ごとに調剤した医薬品名、用量(内服薬及び湯薬については、1日用量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬(ただし、鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤(ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。以下同じ。))を除く。))については、投薬全量、屯服薬については1回用量及び投薬全量)、剤形及び用法(注射薬及び外用薬については、省略して差し支えない。)を記載し、次の行との間を線で区切ること。

なお、浸煎薬の用量については、投薬全量を記載し、投薬日数についても併せて記載すること。また、貼付剤の用量については、貼付剤の枚数としての投薬全量を記載するとともに、貼付剤の枚数としての1日用量又は投与日数を併せて記載すること。

ただし、服用時点が同一であっても投薬日数が異なる内服薬に係る調剤及び同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方箋に係る調剤については、それぞれ別の欄(線により区切られた部分をいう。以下同じ。)に記載すること。

イ 特別調剤基本料A又は特別調剤基本料Bを算定する保険薬局において、1処方につき7種類以上の内服薬の調剤を行い、薬剤料を所定点数の100分の90に相当する点数で算定した場合は、該当の「処方」欄の薬剤名の下に「薬剤料逓減(90/100)(内服薬)」と表示すること。

ウ 異なる調剤日に調剤を行った場合又は同一処方を異なった医師が発行した場合であっても、調剤数量以外の処方内容が同一である場合には1欄の記載のみで差し支えないこと。ただし、この場合であっても、前イに該当する調剤日と該当しない調剤日の調剤については、それぞれ別の「処方」欄として記載すること。

エ 医薬品名は原則として調剤した薬剤の名称、剤形及び含量を記載すること。

オ 剤形は「内服」、「内滴」、「屯服」、「浸煎」、「湯」、「注射」、「外用」と記載すること。

カ 医事会計システムの電算化が行われていないものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険薬局については、所定単位当たりの薬剤料が175円以下の場合は医薬品名、規格、用量の記載を省略しても差し支えないが、剤形及び用法は記載すること。

なお、次の場合は医薬品名、規格、用量、剤形、用法を記載するものであること。

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

(イ) 同一処方箋により、2以上の医薬品を用いて内服薬を調剤した場合であつて、別剤として薬剤調製料及び調剤管理料を算定した場合

(ウ) 前イの薬剤料逓減に該当する場合

キ 特定保険医療材料(自己注射に用いる自己注射用ディスポーザブル注射器(針を含む。)、万年筆型注入器用注射針及び「特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)」(平成20年3月厚生労働省告示第61号)の別表のIに規定されている特定保険医療材料)を支給した場合は、他の処方とは別の欄に名称及びセット数等を記載すること。この場合、剤形は「材料」とすること。また、支給月日は「調剤月日」欄に、支給回数は「調剤数量」欄に、単位材料料は「単位薬剤料」欄に、材料料は「薬剤料」欄にそれぞれ記載すること。

ク 同一明細書の同一「処方」欄において、医療保険と公費負担医療の支給薬剤が異なる場合は、

当該「処方」欄の公費負担医療に係る分にアンダーラインを付すこと。

ケ 電子計算機の場合は、カタカナで記載しても差し支えないこと。

コ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第1条第4号又は第6号に係る医薬品を投与した場合は、Ⅱの第3の2の(20)の力の(ウ)の例により「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

サ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第2条第15号に基づき、長期収載品を選定療養として調剤した場合は、当該医薬品名の後に「(選)」を記載し、所定単位につき、選定療養に係る額を除いた薬価を用いて算出した点数を記載すること。

〔記載例〕

●●●錠 (選)	1 錠	
△△△錠	1 錠	1 7 × 5

また、長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合は、理由について、別表Ⅰに示す項目を参照して記載すること。

シ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第2条第16号に基づき、近視の進行抑制を効能又は効果とした医薬品を選定療養として支給した場合は、「薬選(近視)」と記載し、「摘要」欄に薬剤名を記載すること。

ス 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第3条に基づき、対象医薬品を一部保険外療養として調剤した場合(対象医薬品について特別の料金の対象とする場合)は、当該対象医薬品名の後に「(類)」を記載し、所定単位につき、一部保険外療養に係る額を除いた薬価を用いて算出した点数を記載すること。

〔記載例〕

●●●錠 (類)	1 錠	
△△△錠	1 錠	1 7 × 5

(22) 「単位薬剤料」欄について

「処方」欄の1単位(内服薬にあつては1剤1日分、湯薬にあつては内服薬に準じ1調剤ごとに1日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、注射薬及び外用薬にあつては1調剤分)当たりの薬剤料を記載すること。

なお、医療保険と公費負担医療の支給薬剤が異なる場合は、行を改めて公費負担医療に係る薬剤料を記載し、当該薬剤料にアンダーラインを付すか、又はその左側に「*」を付すこと。

(23) 「調剤数量」欄について

ア 「処方」欄記載の処方内容に係る調剤の単位数(内服薬及び湯薬にあつては投薬日数、内服用滴剤、浸煎薬、屯服薬、注射薬及び外用薬にあつては調剤回数)を調剤月日ごとに記載すること。

イ 分割調剤の場合は以下によること。

(ア) 14日分を超える投薬に係る分割調剤を同一保険薬局において行う場合には、単位数に 分 の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、分 に代えて「B」と記載することも差し支えないものであること。

(イ) 後発医薬品に係る分割調剤を同一保険薬局において行う場合には、単位数に 試 の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、試 に代えて「T」と記載することも差し支えないものであること。

(ウ) 医師の分割指示に係る分割調剤を行う場合は、単位数及び医の記号を付した総単位数を

別表Ⅰ 調剤報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧

項番	区分	調剤行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 適用
1	00	同日に複数の保険医療機関が交付した同一患者の処方箋を受け付けた際に、2回目以降の受付に対して調剤基本料の減算規定を適用しない場合（注3に該当しない場合）	同日の異なる時刻に処方箋を複数受け付けた場合は、処方箋を受け付けた年月日及び時刻をそれぞれ記載すること。	850100486	処方箋受付年月日（調剤基本料）：（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				851100065	処方箋受付時刻（同日1回目受付）：hh“時”mm“分”		
				851100066	処方箋受付時刻（同日2回目以降受付）：hh“時”mm“分”		
2	00	在宅薬学総合体制加算2のイ	（「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3の9（7）に該当する場合）別添3の9（7）ア及びビ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。	842100124	在宅薬学総合体制加算1を届け出ており、所定の算定項目の算定回数の総計が直近一年間で480回以上の保険薬局、算定回数****回		※
				820101939	在宅薬学総合体制加算2を届け出ている保険薬局		※
			（「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3の9（7）に該当する場合）別添3の9（7）エの対象の患者を選択して記載すること。なお、9（7）ウに規定するものについては、以下のとおりであること。	820101940	該当する疾患（在宅薬学総合体制加算2のイ）：末期の悪性腫瘍		※
				820101941	該当する疾患（在宅薬学総合体制加算2のイ）：スモン		※
				820101942	該当する疾患（在宅薬学総合体制加算2のイ）：難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病		※
			（イ）次に掲げる疾患に罹患している患者 ・末期の悪性腫瘍 ・スモン ・難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病 ・後天性免疫不全症候群 ・脊髄損傷 ・真皮を越える褥瘡 （ロ）次に掲げる状態の患者 ・在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている状態 ・在宅血液透析を行っている状態 ・在宅酸素療法を行っている状態 ・在宅中心静脈栄養法を行っている状態 ・在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態 ・在宅自己導尿を行っている状態 ・在宅人工呼吸を行っている状態 ・植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態 ・肺高血圧症であって、プロスタグランジン2 製剤を投与されている状態 ・気管切開を行っている状態 ・気管カニューレを使用している状態 ・ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態 ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態	820101943	該当する疾患（在宅薬学総合体制加算2のイ）：後天性免疫不全症候群		※
				820101944	該当する疾患（在宅薬学総合体制加算2のイ）：脊髄損傷		※
				820101945	該当する疾患（在宅薬学総合体制加算2のイ）：真皮を越える褥瘡		※
			（イ）次に掲げる疾患に罹患している患者 ・末期の悪性腫瘍 ・スモン ・難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病 ・後天性免疫不全症候群 ・脊髄損傷 ・真皮を越える褥瘡 （ロ）次に掲げる状態の患者 ・在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている状態 ・在宅血液透析を行っている状態 ・在宅酸素療法を行っている状態 ・在宅中心静脈栄養法を行っている状態 ・在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態 ・在宅自己導尿を行っている状態 ・在宅人工呼吸を行っている状態 ・植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態 ・肺高血圧症であって、プロスタグランジン2 製剤を投与されている状態 ・気管切開を行っている状態 ・気管カニューレを使用している状態 ・ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態 ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態	820101946	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている状態		※
				820101947	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：在宅血液透析を行っている状態		※
				820101948	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：在宅酸素療法を行っている状態		※
			（イ）次に掲げる疾患に罹患している患者 ・末期の悪性腫瘍 ・スモン ・難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病 ・後天性免疫不全症候群 ・脊髄損傷 ・真皮を越える褥瘡 （ロ）次に掲げる状態の患者 ・在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている状態 ・在宅血液透析を行っている状態 ・在宅酸素療法を行っている状態 ・在宅中心静脈栄養法を行っている状態 ・在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態 ・在宅自己導尿を行っている状態 ・在宅人工呼吸を行っている状態 ・植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態 ・肺高血圧症であって、プロスタグランジン2 製剤を投与されている状態 ・気管切開を行っている状態 ・気管カニューレを使用している状態 ・ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態 ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態	820101949	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：在宅中心静脈栄養法を行っている状態		※
				820101950	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態		※
				820101951	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：在宅自己導尿を行っている状態		※
			（イ）次に掲げる疾患に罹患している患者 ・末期の悪性腫瘍 ・スモン ・難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病 ・後天性免疫不全症候群 ・脊髄損傷 ・真皮を越える褥瘡 （ロ）次に掲げる状態の患者 ・在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている状態 ・在宅血液透析を行っている状態 ・在宅酸素療法を行っている状態 ・在宅中心静脈栄養法を行っている状態 ・在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態 ・在宅自己導尿を行っている状態 ・在宅人工呼吸を行っている状態 ・植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態 ・肺高血圧症であって、プロスタグランジン2 製剤を投与されている状態 ・気管切開を行っている状態 ・気管カニューレを使用している状態 ・ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態 ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態	820101952	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：在宅人工呼吸を行っている状態		※
				820101953	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態		※
				820101954	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：肺高血圧症であって、プロスタグランジン2 製剤を投与されている状態		※
			（イ）次に掲げる疾患に罹患している患者 ・末期の悪性腫瘍 ・スモン ・難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病 ・後天性免疫不全症候群 ・脊髄損傷 ・真皮を越える褥瘡 （ロ）次に掲げる状態の患者 ・在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている状態 ・在宅血液透析を行っている状態 ・在宅酸素療法を行っている状態 ・在宅中心静脈栄養法を行っている状態 ・在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態 ・在宅自己導尿を行っている状態 ・在宅人工呼吸を行っている状態 ・植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態 ・肺高血圧症であって、プロスタグランジン2 製剤を投与されている状態 ・気管切開を行っている状態 ・気管カニューレを使用している状態 ・ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態 ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態	820101955	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：気管切開を行っている状態		※
				820101956	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：気管カニューレを使用している状態		※
				820101957	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態		※
			（イ）次に掲げる疾患に罹患している患者 ・末期の悪性腫瘍 ・スモン ・難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病 ・後天性免疫不全症候群 ・脊髄損傷 ・真皮を越える褥瘡 （ロ）次に掲げる状態の患者 ・在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている状態 ・在宅血液透析を行っている状態 ・在宅酸素療法を行っている状態 ・在宅中心静脈栄養法を行っている状態 ・在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態 ・在宅自己導尿を行っている状態 ・在宅人工呼吸を行っている状態 ・植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態 ・肺高血圧症であって、プロスタグランジン2 製剤を投与されている状態 ・気管切開を行っている状態 ・気管カニューレを使用している状態 ・ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態 ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態	820101958	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：人工肛門又は人工膀胱を設置している状態		※
				820101959	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：1－1 要介護3		※
			（イ）次に掲げる疾患に罹患している患者 ・末期の悪性腫瘍 ・スモン ・難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病 ・後天性免疫不全症候群 ・脊髄損傷 ・真皮を越える褥瘡 （ロ）次に掲げる状態の患者 ・在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている状態 ・在宅血液透析を行っている状態 ・在宅酸素療法を行っている状態 ・在宅中心静脈栄養法を行っている状態 ・在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態 ・在宅自己導尿を行っている状態 ・在宅人工呼吸を行っている状態 ・植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態 ・肺高血圧症であって、プロスタグランジン2 製剤を投与されている状態 ・気管切開を行っている状態 ・気管カニューレを使用している状態 ・ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態 ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態	820101960	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：1－2 要介護4		※
				820101961	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：1－3 要介護5		※
			（「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3の9（7）に該当する場合）別添3の9（7）エの対象の患者を選択して記載すること。なお、9（7）エに規定するものについては、以下のとおりであること。	820101962	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：1－4 障害支援区分2以上		※
				820101963	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：2－1 ランク3a		※
				820101964	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：2－2 ランク3b		※
			（「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3の9（7）に該当する場合）別添3の9（7）エの対象の患者を選択して記載すること。なお、9（7）エに規定するものについては、以下のとおりであること。	820101965	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：2－3 ランク4		※
				820101966	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：2－4 ランクM		※
				820101967	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：3 頻回の訪問看護を受けている状態		※
			（「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3の9（7）に該当する場合）別添3の9（7）エの対象の患者を選択して記載すること。なお、9（7）エに規定するものについては、以下のとおりであること。	820101968	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：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		※
				820101969	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：5 施設に入院し、看護職員による処置を受けている状態		※
			（「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3の9（7）に該当する場合）別添3の9（7）エの対象の患者を選択して記載すること。なお、9（7）エに規定するものについては、以下のとおりであること。	820101970	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：6 麻薬投薬を受けている状態		※
				820101971	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：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		※
			（「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3の9（7）に該当する場合）別添3の9（7）エの対象の患者を選択して記載すること。なお、9（7）エに規定するものについては、以下のとおりであること。	820101972	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：7－2 出生時体重が1、500g未満であった1歳未満の患者		※
				820101973	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：7－3 「超重症児（者）」・「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		※
				820101974	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：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		※
3	01	薬剤調製料（内服薬）	（配合禁忌等の理由により内服薬を別剤とした場合） 「配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合」、「内服用固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤等）と内服用液剤の場合」、「内服錠、チュアブル錠及び舌下錠等のように服用方法が異なる場合」又は「その他」から最も当てはまる理由をひとつ記載すること。「その他」を選択した場合は、具体的な理由を記載すること。	820100367	薬剤調製料（内服薬）：配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合		
				820100368	薬剤調製料（内服薬）：内服用固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤等）と内服用液剤の場合		
				820100369	薬剤調製料（内服薬）：内服錠、チュアブル錠及び舌下錠等のように服用方法が異なる場合		
				830100001	薬剤調製料（内服薬）：その他理由：*****		
4	01	自家製剤加算	（自家製剤加算を算定した場合であって「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のとき）算定理由が明確となるように記載すること。	830100438	算定理由（自家製剤加算）：*****		
				830100908	調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名（自家製剤加算）：*****		
			（医薬品の供給上の問題により当該加算を算定する場合）調剤に必要な数量が確保できなかったやむを得ない事情を記載すること。	820101255	調剤に必要な数量が確保できなかったやむを得ない事情（自家製剤加算）：医薬品の供給上の問題		
				830100909	調剤に必要な数量が確保できなかったやむを得ない事情（自家製剤加算）：その他：*****		

項番	区分	調剤行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 適用
5	01	自家製剤加算 計量混合調剤加 算	(同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方箋に係る調剤については、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、このことにより、自家製剤加算及び計量混合調剤加算を算定した場合であつて「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のとき) 算定理由が明確となるように記載すること。	830100439	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由(自家製剤加算); *****		
				830100441	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由(計量混合調剤加算); *****		
6	01	時間外加算 休日加算 深夜加算 時間外加算の特 例	処方箋を受け付けた年月日及び時刻を記載すること。	850100366	処方箋受付年月日(時間外加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100035	処方箋受付時刻(時間外加算):hh"時"mm"分"		
				850100367	処方箋受付年月日(休日加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100368	処方箋受付年月日(深夜加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100036	処方箋受付時刻(深夜加算):hh"時"mm"分"		
				850100369	処方箋受付年月日(時間外加算の特例):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100037	処方箋受付時刻(時間外加算の特例):hh"時"mm"分"		
7	1002	調剤時残薬調整 加算	6日分以下相当の調剤日数の変更を行う場合には、残薬が7日分を超えないにもかかわらず調整する必要性を記載すること。 さらに、「変更のあった主な薬剤名」の記載をすること。	820101907	調整した残薬日数が6日以下の場合、残薬調整をする理由(調剤時残薬調整加算):高価医薬品のため		※
				820101908	調整した残薬日数が6日以下の場合、残薬調整をする理由(調剤時残薬調整加算):治療終了予定日との日数調整のため		※
				820101909	調整した残薬日数が6日以下の場合、残薬調整をする理由(調剤時残薬調整加算):投与間隔が長い薬剤のため		※
				830100982	調整した残薬日数が6日以下の場合、残薬調整をする理由(調剤時残薬調整加算):その他薬学的専門的観点:*****		※
				830100983	調整した残薬日数が6日分以下の場合、変更のあった主な薬剤名(調剤時残薬調整加算):****		※
8	1002	調剤時残薬調整 加算のイ	処方箋が交付される前に処方内容を処方医に相談した年月日を記載すること。	850100600	相談年月日(調剤時残薬調整加算のイ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
9	1002	薬学的有害事象 等防止加算	処方医に連絡・確認を行った内容の要点を記載すること。	820101910	内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):同種・同効の併用薬との重複投薬		※
				820101911	内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):併用薬・飲食物等との相互作用		※
				820101912	内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):過去のアレルギー歴、副作用歴		※
				820101913	内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):年齢や体重による影響		※
				820101914	内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):肝機能、腎機能等による影響		※
				820101915	内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):授乳・妊婦への影響		※
				830100984	内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):その他薬学的観点から必要と認める事項:*****		※
10	1002	薬学的有害事象 等防止加算のイ	処方箋が交付される前に処方医に対する相談(残薬調整に係るものを除く。)を行った年月日を記載すること。 薬剤の変更内容について選択し記載すること。	850100601	相談年月日(薬学的有害事象等防止加算のイ):(元号)yy"年"mm"月"d d"日"		※
				820101916	薬剤の変更内容(薬学的有害事象等防止加算のイ):同種同効薬への変 更		※
				820101917	薬剤の変更内容(薬学的有害事象等防止加算のイ):剤形の変更		※
				820101918	薬剤の変更内容(薬学的有害事象等防止加算のイ):用量の変更		※
				820101919	薬剤の変更内容(薬学的有害事象等防止加算のイ):用法の変更		※
				830100985	薬剤の変更内容(薬学的有害事象等防止加算のイ):その他:*****		※
11	1003	特定薬剤管理指 導加算2	当該患者に抗悪性腫瘍剤を注射している保険医療機関の名称及び当該保険医療機関に情報提供を行った年月日を記載すること。	850100372	情報提供を行った年月日(特定薬剤管理指導加算2):(元号)yy"年"mm "月"dd"日"		
				830100445	患者に抗悪性腫瘍剤を注射している保険医療機関名(特定薬剤管理指導加算2):*****		
12	1003	特定薬剤管理指 導加算3ロ	(医薬品の供給の状況を踏まえ説明を行った場合) 調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名を記載すること。	830100910	調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名(特定薬剤管理指導加算3):*****		
13	1003	吸入薬指導加算	対象となる吸入薬の調剤年月日及び吸入薬の名称を記載すること。	850100480	吸入薬の調剤年月日(吸入薬指導加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100446	吸入薬の名称(吸入薬指導加算):*****		
14	1003	かかりつけ薬剤師 フォローアップ加 算	電話等により、服薬状況、残薬状況等の継続的な確認及び必要な指導等を個別に実施した年月日を記載すること。	850100602	フォローアップ年月日(かかりつけ薬剤師フォローアップ加算):(元号)yy "年"mm"月"dd"日"		※
15	1003	かかりつけ薬剤 師訪問加算	患者で訪問指導を行った年月日を記載すること。	850100604	訪問指導年月日(かかりつけ薬剤師訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"d d"日"		※

項番	区分	調剤行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセ のみ記載	令和8年 6月1日 適用
16	14の4	調剤後薬剤管理 指導料1	当該患者に糖尿病用剤を処方している保険医療機関の名称及び当該保険医療機関に情報提供を行った年月日を記載すること。	850190255 830100911	情報提供を行った年月日(調剤後薬剤管理指導料1):(元号)yy"年"mm "月"dd"日" 糖尿病用剤を処方した保険医療機関名(調剤後薬剤管理指導料1); *****		
17	14の4	調剤後薬剤管理 指導料2	当該患者に循環器用薬等を処方している保険医療機関の名称及び当該保険医療機関に情報提供を行った年月日を記載すること。	850190256 830100912	情報提供を行った年月日(調剤後薬剤管理指導料2):(元号)yy"年"mm "月"dd"日" 循環器用薬等を処方した保険医療機関名(調剤後薬剤管理指導料2); *****		
18	10の3	服薬管理指導料	(在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者)について、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われ、服薬管理指導料を算定する場合) 算定年月日を記載すること。	850100374	算定年月日(服薬管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
19	10の3	服薬管理指導料 3	服薬管理指導料3の対象患者の入所する施設類型について選択し記載すること。(介護医療院又は介護老人保健施設)に入所中の患者については、医師が高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準第20条第4号ハに係る処方箋を交付した場合に服る。)	820101258 820101259 820101260 820101261	服薬管理指導料3:介護老人福祉施設(特養)に入所している患者 服薬管理指導料3:短期入所生活介護(ショートステイ)を受けている患者 服薬管理指導料3:介護医療院に入所している患者 服薬管理指導料3:介護老人保健施設(老健)に入所している患者		
20	14の2	外来服薬支援料 1	外来服薬支援料1の「注1」又は「注2」のどちらに該当するかを記載し、服薬管理を実施した年月日、保険医療機関の名称を記載すること。 なお、保険医療機関の名称については、注1の場合においては、服薬支援の必要性を確認した保険医療機関の名称を、注2の場合においては情報提供をした保険医療機関の名称をそれぞれ記載すること。	820100793 820100794 850100370 830100442	外来服薬支援料1:注1 外来服薬支援料1:注2 服薬管理を実施した年月日(外来服薬支援料1):(元号)yy"年"mm"月" "dd"日" 保険医療機関の名称(外来服薬支援料1);*****		
21	14の2	外来服薬支援料 2	(同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方箋に係る調剤については、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、このことにより、外来服薬支援料2を算定した場合であって「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のとき) 算定理由が明確となるように記載すること。	830100776	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由(外来服薬支援料2); *****		
22	14の2	施設連携加算	特に重点的な服薬管理の支援を行うことが必要な理由を選択し記載すること。	820101262 820101263 820101264	算定理由(施設連携加算):施設入所時であって、服用している薬剤が多いため 算定理由(施設連携加算):新たな薬剤が処方された若しくは薬剤の用法又は用量が変更となったため 算定理由(施設連携加算):患者が服薬している薬剤に関する副作用・体調の変化等における当該施設職員からの相談があったため		
23	14の3	服用薬剤調整支 援料1	減薬の提案を行った年月日、保険医療機関の名称及び保険医療機関における調整前後の薬剤種類数を記載すること。	850100371 830100443 842100122 842100123	減薬の提案を行った年月日(服用薬剤調整支援料1):(元号)yy"年"mm "月"dd"日" 保険医療機関名(服用薬剤調整支援料1);***** 調整前の種類数(服用薬剤調整支援料1);***** 調整後の種類数(服用薬剤調整支援料1);*****		
24	14の3	服用薬剤調整支 援料2	処方医に文書を用いて提案した年月日を記載すること。	850100616	提案年月日(服用薬剤調整支援料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
25	10の3 15の3 15の3 15の3	服薬管理指導料 4の口及びハ 在宅患者訪問薬 剤管理指導料 在宅患者緊急訪 問薬剤管理指導 料 在宅患者緊急時 等共同指導料 服薬情報等提供 料(服薬情報等提 供料3を除く)	(調剤を行っていない月に服薬管理指導料4の口及びハ、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料又は服薬情報等提供料(服薬情報等提供料3を除く)を算定した場合) 情報提供又は訪問の対象となる調剤の年月日及び投薬日数を記載すること。	基本料・薬学管理 料レコード 「前回調剤年月日」 基本料・薬学管理 料レコード 「前回調剤数量」	(元号)yy"年"mm"月"dd"日調剤" ddd"日分投薬"	○ ○	
26	15	在宅患者訪問薬 剤管理指導料	(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。 (1つの患者に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者数が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合) 「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「訪問薬剤管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択して記載すること。	842100071 820100103 820100371 820100372 820100094	単一建物診療患者人数(在宅患者訪問薬剤管理指導料);***** 同居する同一世帯の患者が2人以上 訪問薬剤管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下 当該建築物戸数が20戸未満で訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以下 ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所		
27	15 15の2	在宅患者訪問薬 剤管理指導料 在宅患者緊急訪 問薬剤管理指導 料	(訪問薬剤管理指導を主に実施している保険薬局(以下「在宅基幹薬局」という。))に代わって連携する他の薬局(以下「在宅協力薬局」という。))が訪問薬剤管理指導を実施し、在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定した場合) 在宅基幹薬局は当該訪問薬剤管理指導を実施した日付及び在宅協力薬局名を記載すること。	850100379 830100448 850100380 830100449	(在宅基幹薬局)実施年月日(在宅患者訪問薬剤管理指導料):(元号)yy "年"mm"月"dd"日" (在宅基幹薬局)在宅協力薬局名(在宅患者訪問薬剤管理指導料); ***** (在宅基幹薬局)実施年月日(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料):(元 号)yy"年"mm"月"dd"日" (在宅基幹薬局)在宅協力薬局名(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料); *****		
28	15 15の2	在宅患者訪問薬 剤管理指導料 在宅患者緊急訪 問薬剤管理指導 料	(在宅基幹薬局に代わって在宅協力薬局が訪問薬剤管理指導(この場合においては、介護保険における居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導費を含む。))を実施した場合であって、処方箋が交付されている場合) 在宅協力薬局は当該訪問薬剤管理指導を実施した日付を記載すること。	850100381 850100382	(在宅協力薬局)実施年月日(在宅患者訪問薬剤管理指導料):(元号)yy "年"mm"月"dd"日" (在宅協力薬局)実施年月日(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料):(元 号)yy"年"mm"月"dd"日"		
29	15 15の2 15の3	在宅患者訪問薬 剤管理指導料 在宅患者緊急訪 問薬剤管理指導 料 在宅患者緊急時 等共同指導料	(介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム))の入所者であって末期の悪性腫瘍の患者に対して実施した場合) 訪問薬剤管理指導等を実施した日付を記載すること。	850190257 850190259 850190261	(特養のがん末期の患者)訪問指導年月日(在宅患者訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" (特養のがん末期の患者)訪問指導年月日(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" (特養のがん末期の患者)訪問指導年月日(在宅患者緊急時共同指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※ ※ ※	
30	15の2	在宅患者緊急訪 問薬剤管理指導 料1 在宅患者緊急訪 問薬剤管理指導 料2	(末期の悪性腫瘍の患者又は注射による麻薬の投与が必要な患者に対して実施する場合であって、1と2及び服薬管理指導料4のハ)を合わせて月8回を超えて算定する場合) 当該訪問が必要であった理由を選択し記載すること。	820101265 820101266 820101267 830100913 820101268 820101269 820101270	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1):悪性腫瘍患者に対する麻薬の処方 訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1):悪性腫瘍患者に対する麻薬以外の処方 訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1):悪性腫瘍以外の患者に対する麻薬の処方 訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1):その他;***** 訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2):悪性腫瘍患者に対する麻薬の処方 訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2):悪性腫瘍患者に対する麻薬以外の処方 訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2):悪性腫瘍以外の患者に対する麻薬の処方	※ ※ ※ ※ ※ ※ ※	

項番	区分	調剤行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
				830100914	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2):その他:*****		※
31	15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2	(在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導費を算定していない月に在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2を算定する場合) 最近の在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導費を算定した年月日を記載すること。	850100383	直近算定年月日(訪問薬剤管理指導):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
32	15の3	夜間訪問加算 休日訪問加算 深夜訪問加算	処方箋を受け付けた年月日及び時刻、訪問指導した年月日及び時刻を記載すること。	850190262	保険医から訪問指示があった年月日(夜間訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				851100071	保険医から訪問指示があった時刻(夜間訪問加算):hh"時"mm"分"		
				850190263	訪問指導年月日(夜間訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100072	訪問指導時刻(夜間訪問加算):hh"時"mm"分"		
				850190264	保険医から訪問指示があった年月日(休日訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100073	保険医から訪問指示があった時刻(休日訪問加算):hh"時"mm"分"		
				850190265	訪問指導年月日(休日訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100074	訪問指導時刻(休日訪問加算):hh"時"mm"分"		
				850190266	保険医から訪問指示があった年月日(深夜訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100075	保険医から訪問指示があった時刻(深夜訪問加算):hh"時"mm"分"		
				850190267	訪問指導年月日(深夜訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100076	訪問指導時刻(深夜訪問加算):hh"時"mm"分"		
			当該訪問が必要であった理由を選択し記載すること。	820101271	訪問が必要であった理由(夜間・休日・深夜訪問加算):末期の悪性腫瘍患者であるため		
				820101272	訪問が必要であった理由(夜間・休日・深夜訪問加算):注射による麻薬の投与が必要な患者であるため		
33	15の4	退院時共同指導料	指導年月日、共同して指導を行った患者が入院する保険医療機関の保険医等の氏名及び保険医療機関の名称並びに退院後の在宅医療を担う保険医療機関の名称を記載すること。	850100385	指導年月日(退院時共同指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100450	患者が入院している保険医療機関の保険医等の氏名(退院時共同指導料):****		
				830100451	患者が入院している保険医療機関名(退院時共同指導料):*****		
				830100452	退院後の在宅医療を担う保険医療機関名(退院時共同指導料):*****		
34	15の5	服薬情報等提供料3	情報提供先の保険医療機関の名称及び診療科名を記載すること。 なお、情報提供先の保険医療機関の名称について、複数の保険医療機関に対して服薬情報等の提供を行った場合は各保険医療機関の名称を記載すること。診療科名については、同一保険医療機関の複数の診療科に対して服薬情報等の提供を行った場合に各診療科名を記載すること。	830100638	情報提供先の保険医療機関名(服薬情報等提供料3):*****		
				830100639	情報提供先の診療科名(服薬情報等提供料3):*****		
35	15の8	在宅移行初期管理料	(計画的な訪問薬剤管理指導を実施する前であって別の日に患者を訪問して実施した場合)訪問を実施した日付について、記載すること。 特に重点的な服薬支援を行う必要性があると判断した対象患者を選択し記載すること。	850190270	訪問を実施した年月日(在宅移行初期管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820101289	対象患者(在宅移行初期管理料):認知症患者、精神障害者である患者など自己による服薬管理が困難な患者		
				820101290	対象患者(在宅移行初期管理料):障害児である18歳未満の患者		
				820101291	対象患者(在宅移行初期管理料):6歳未満の乳幼児		
				820101292	対象患者(在宅移行初期管理料):末期のがん患者		
				820101293	対象患者(在宅移行初期管理料):注射による麻薬の投与が必要な患者		
36	15の9	訪問薬剤管理医師同時指導料	算定の対象となる訪問指導を行った年月日を記載すること。また、同時訪問した保険医の保険医療機関の名称を記載すること。	850100608	訪問指導年月日(訪問薬剤管理医師同時指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				830100987	同時訪問した保険医の保険医療機関の名称(訪問薬剤管理医師同時指導料):*****		※
37	15の10	複数名薬剤管理指導訪問料	算定の対象となる訪問指導を行った年月日を記載すること。 また、処方医が複数名訪問が必要であると判断した建目について、処方箋の記載により確認した旨又は疑義照会により確認した旨を記載すること。	850100610	訪問指導年月日(複数名薬剤管理指導訪問料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				820101937	処方箋記載により確認(複数名薬剤管理指導訪問料)		※
				820101938	疑義照会により確認(複数名薬剤管理指導訪問料)		※
38	—	一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった場合	(一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった場合) その理由について、「患者の意向」、「保険薬局の備蓄」、「後発医薬品又はバイオ後続品なし」又は「その他」から最も当てはまる理由をひとつ記載すること。	820100373	後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった理由:患者の意向		
				820100374	後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった理由:保険薬局の備蓄		
				820100375	後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった理由:後発医薬品又はバイオ後続品なし		
				820100376	後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった理由:その他		
39		長期収載品の選定療養に関する取扱い	(長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合)理由のうち、該当するものを記載すること。 ①医療上の必要があると医師又は歯科医師が判断したため ・ 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師又は歯科医師が判断する場合。 ・ 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師又は歯科医師が判断する場合であって、安全性の観点から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。 ・ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師又は歯科医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ・ 後発医薬品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ②後発医薬品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を調剤する必要があると薬剤師が判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。 ③後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合。	820101325	医療上の必要があると医師又は歯科医師が判断したため(処方箋の「変更不可(医療上必要)」欄に「レ」又は「×」の記載があった場合等)		
				820101326	剤形上の違いにより、長期収載品を調剤する必要があると薬剤師が判断したため		
				820101324	後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため		

項番	区分	調剤行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 適用
40	—	長期の旅行等特殊の事情がある場合に、日数制限を超えて投与された場合	長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認められ、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって14日を超えて投与された場合は、処方箋の備考欄に記載されている長期投与の理由について、「海外への渡航」、「年末・年始又は連休」又は「その他」からもっとも当てはまるものをひとつ記載すること。「その他」を選択した場合は具体的な理由を記載すること。	820100795	長期投与の理由:海外への渡航(年末・年始又は連休に該当するものは除く。)		
				820100796	長期投与の理由:年末・年始又は連休		
				830100453	長期投与の理由:その他理由:*****		
41	—	63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤(ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。)が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合	63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤(ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。以下同じ。)が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合は、処方医が当該貼付剤の投与が必要であると判断した趣旨について、処方箋の記載により確認した旨又は疑義照会により確認した旨を記載すること。	820100377	処方箋記載により確認(63枚を超えて鎮痛・消炎に係る貼付剤が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合)		
				820100378	疑義照会により確認(63枚を超えて鎮痛・消炎に係る貼付剤が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合)		
42	—	栄養保持を目的とした医薬品が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合	栄養保持を目的とした医薬品が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合は、手術後の患者に栄養保持を目的とした医薬品を投与した旨又は疑義により栄養補給を行っている患者に栄養保持を目的とした医薬品を投与した旨、処方医が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した理由について処方箋の記載により確認した患者はその旨又は疑義照会により確認した旨を記載すること。	820101929	処方箋記載により確認(栄養保持を目的とした医薬品が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合)		※
				820101930	疑義照会により確認(栄養保持を目的とした医薬品が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合)		※
43	—	介護保険に相当するサービスを行った場合に、当該患者が要介護者又は要支援者である場合	居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費により訪問指導を行った日を記載すること。 要支援度及び要介護度(月末時点)を選択し、記載すること。	850190271	訪問指導年月日(居宅療養管理指導費):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820101294	要支援1		
				820101295	要支援2		
				820101296	要介護1		
				820101297	要介護2		
				820101298	要介護3		
				820101299	要介護4		
				820101300	要介護5		
44	-	プログラム医療機器の評価療養に関する取扱い	「器評」と記載し、当該プログラム医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。	820000095	(器評)		
				820101251	第1段階承認後のプログラム医療機器		
				820101252	チャレンジ申請による再評価を目指すプログラム医療機器		
45	—	プログラム医療機器の選定療養に関する取扱い	「器選」と記載し、当該プログラム医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。	820101253	(器選)		
				820101254	保険適用期間を超えたプログラム医療機器		
46	10の2	調剤管理料	(内服薬が長期処方(28日以上)されている患者であって、減数調剤を行うことにより、実際の調剤する内服薬の投与日数が1日分以上かつ27日分以下となり、調剤管理料1のイを算定する場合)減数調剤を実施した年月日、減数調剤を実施した薬剤名及び調整前の日数を記載すること。	850100617	減数調剤を実施した年月日(調剤管理料1のイ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		※
				830100999	減数調剤を実施した薬剤名(調剤管理料1のイ):****		※
				842100125	調整前の日数(調剤管理料1のイ):****"日分"		※
47	-	近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品を調剤する場合	(厚生労働大臣が定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第2条第16号に基づき薬剤名を記載すること。	830101000	薬剤名(近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品):*****		※

※「記載事項」欄における括弧書きは、該当する場合に記載する事項であること。

※「記載事項」欄の記載事項は、「摘要」欄へ記載するものであること。

※「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」に基づき請求する場合、「紙レセのみ記載」列の○の記載事項については、請求上、該当する「レセプト電算処理システム用コード」の記録により必然的に記載される内容になるので、別途コメントとしての記載は不要であること。

診療録等の記載上の注意事項

第 1 一般的事項

- 1 診療録、歯科診療録及び処方箋（以下「診療録等」という。）の様式については、「保険医療機関及び保険医療費担当規則」（昭和 32 年厚生省令第 15 号）によるものであること。保険薬局に分割調剤を指示する場合は、様式第二号の二を用いること。
- 2 処方箋の用紙は、A 列 5 番を標準とすること。なお、診療録及び歯科診療録の用紙については、用紙の大きさに特段の定めはないが、A 列 4 番とすることが望ましいものであること。
- 3 医療保険単独の者に係る診療録等については公費負担医療に係る欄は空欄のままとし、公費負担医療単独の者に係る診療録等については療養の給付に係る欄は空欄のままとして差し支えないこと。
- 4 公費負担医療に係る診療録等については、「保険医療機関」とあるのは公費負担医療の担当医療機関と、「保険医氏名」とあるのは公費負担医療の担当医氏名と読み替えるものであること。

第 2 診療録等の記載上の注意事項（共通）

1 「公費負担者番号」欄について

- (1) 医療券等に記入されている公費負担者番号 8 桁を記載すること（別添 2「保険者番号、公費負担者番号・公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領（以下「設定要領」という。）の第 2 を参照）。
- (2) 1 種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は、当該公費負担医療に係る分は左上部の該当欄に記載すること（以下左上部の該当欄に記載される公費負担医療を「第 1 公費」という。）。
- (3) 2 種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は、別添 2 の別表 1「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担医療を「第 1 公費」とし、後順位の公費負担医療に係る分は右下部の該当欄（歯科診療録にあっては「備考」欄。以下同じ。）に記載すること（以下右下部の該当欄に記載される公費負担医療を「第 2 公費」という。）。
- (4) 公費負担医療単独の場合は、左上部の該当欄に記載すること。
- (5) 公費負担医療のみが 2 種併用される場合は、第 1 公費に係るものは左上部の該当欄に、第 2 公費に係るものは右下部の該当欄に記載すること。

なお、特例的に、生活保護法による医療扶助、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者総合支援法による精神通院医療等の 3 種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあっては、生活保護法による医療扶助に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者資格に係る記号・番号」欄に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は左上部の該当欄に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は右下部の該当欄に記載すること。

- (6) 同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号が変更となった場合は、変更前の公費負担医療に係る分は第 1 公費とし、変更後の公費負担医療に係る分は第 2 公費として取り扱うものとする。

なお、該当欄に書ききれない場合は、「備考」欄に記載すること。

2 「公費負担医療の受給者番号」欄について

局より支給させる場合は名称及びセット数等を記載すること。

- (5) 処方医が処方箋に記載した医薬品の一部又はすべてについて、医療上の必要性があるため、後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、差し支えがあると判断した医薬品ごとに「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」を記載し、患者及び処方箋に基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても変更不可であることが明確に分かるように記載すること。この場合において、「患者希望」欄には「✓」又は「×」は記載しないこと。なお、一般名処方の趣旨からして、一般名処方に対して「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」が記載されることはあり得ないものであること。

- (6) 処方医が処方箋に記載した医薬品のうち(5)に基づいて「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」を記載していないもののうち、当該医薬品と含量規格が異なる後発医薬品又は類似する別剤形（※）の後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、当該医薬品の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」又は「剤形変更不可」と記載するなど、患者及び処方箋に基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても含量規格変更不可又は剤形変更不可であることが明確に分かるように記載すること。

※ 類似する別剤形の医薬品とは、内服薬であって、次の各号に掲げる分類の範囲内の他の医薬品をいう。

ア 錠剤（普通錠）、錠剤（口腔内崩壊錠）、カプセル剤、丸剤

イ 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤（内服用固形剤として調剤する場合に限る。）

ウ 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（内服用液剤として調剤する場合に限る。）

- (7) 患者の希望を踏まえ、長期収載品を銘柄名処方する場合には、「患者希望」欄に「✓」又は「×」を記載すること。

- (8) 要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養の対象医薬品を処方する場合には、「一部保険外療養」欄に、一部保険外療養の特別の料金の対象である場合は「○」を、特別の料金の対象外である場合は「—」を記載すること。

- (9) リフィル処方を行う場合には、「処方」欄の「リフィル可」欄に「✓」を記載するとともに、総使用回数（上限3回）を記載すること。なお、「処方」欄には、リフィル処方箋1回の使用による投与日数（回数）等を記載すること。

- (10) 外用薬をリフィル処方する場合について、1回当たりの使用量及び1日当たりの使用回数を記載した場合であっても、必ず投与日数を記入すること。

- (11) なお、内服薬の処方箋への記載に当たっては、「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書の公表について」（平成22年1月29日付医政発0129第3号・薬食発0129第5号）も参考にされたい。

8 「備考」欄について

- (1) 保険薬局が調剤を行うに当たって留意すべき事項等を記載すること。

- (2) 麻薬を処方する場合には、麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第27条に規定する事項のうち、患者の住所及び麻薬施用者の免許証の番号を記載すること。