

1

診療報酬明細書の記載要領

第3 診療報酬明細書の記載要領（様式第3）

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

- (1) 明細書は、白色紙黒色刷りとする。
- (2) 左上の隅より右へ12mm、下へ12mmの位置を中心に半径2mmの穴をあけて、綴じ穴とする。
- (3) 月の途中において保険者番号または本人・家族等の種別の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成する。高齢受給者証または後期高齢者の被保険者証が月の途中で発行される等により給付額を調整する必要がある場合または公費負担医療単独の場合において公費負担者番号もしくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も同様とする。
なお、それぞれ別の明細書を作成する場合は、変更後の明細書の「摘要」欄にその旨を記載する。
- (4) 点数をあらかじめ印刷しておき、算定回数が月に1回と限られた項目は当該項目の略称を○で囲み、複数回算定できる項目は算定回数を記載しても差し支えない。
また、あらかじめ印刷する点数を乳幼児加算、歯科診療特別対応加算または歯科訪問診療時の加算の加算後の点数としても差し支えないが、この場合は、「特記事項」欄に「加算」と記載するかあらかじめ印刷する。
- (5) 電子計算機の場合は次による。
 - ア 欄の名称を簡略化して記載しても差し支えない。
また、複数の選択肢から○を用いて選択する欄は、特段の定めのある場合を除き、選択した項目のみ記載し、それ以外の項目は省略しても差し支えなく、記載しない欄は「×」を省略して差し支えない。
 - イ 枠をその都度印刷しても差し支えない。
 - ウ 用紙下端の空白部分は、OCR処理等審査支払機関の事務処理に供するため、その他の目的に使用してはならない。
 - エ 電子計算機用のOCR関連事項は、「レセプト基本フォーマット集（平成9年8月版）」（社会保険庁運営部編）によることが望ましい。
 - オ 記載する文字は、JISX0208において文字コードが設定された範囲とすることが望ましい。

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

- (1) 「令和 年 月分」欄について
診療年月を記載する。
- (2) 「都道府県番号」欄について
別添2の別表2「都道府県番号表」に従い、保険医療機関の所在する都道府県の番号を記載する。
- (3) 「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（別添2「設定要領」の第4を参照）。
- (4) 「保険種別1」、「保険種別2」および「本人・家族」欄について
 - ア 「保険種別1」欄は、次の左に掲げる保険の種別に応じ、右の番号のうち1つを○で囲む。

健康保険（船員保険を含む。以下同じ）または国民健康保険	1 社・国
公費負担医療（健康保険、国民健康保険または後期高齢者医療との併用の場合を除く）	2 公費
後期高齢者医療	3 後期
 - イ 「保険種別2」欄は、「保険種別1」欄のそれぞれについて、次の左の別に応じ、右の番号のうち1つを○で囲む。

単独	1 単独
1種の公費負担医療との併用	2 2併

2 種以上の公費負担医療との併用

3 3 併

(注) 公費負担医療は、地方公共団体が独自に行う医療費助成事業（審査支払機関へ医療費を請求するものに限る）を含む。

ウ 「本人・家族」欄は、次の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち1つを○で囲む。未就学者である患者は「4」、高齢受給者または後期高齢者医療受給対象者は「8」または「0」を○で囲む。なお、公費負担医療は本人に該当する。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるものおよび国民健康保険組合は被保険者（世帯主（高齢受給者を除く））は「2」、被保険者（その他（未就学者である患者および高齢受給者を除く））は「6」を○で囲み、それ以外（未就学者である患者および高齢受給者を除く）はいずれか一方を○で囲む。

なお、「2 本外」（もしくは「2 本」）、「4 六外」（もしくは「4 六」）、「6 家外」（もしくは「6 家」）、「8 高外一」（もしくは「8 高一」）または「0 高外7」（もしくは「0 高7」）の項のみを印刷したものを使用しても差し支えない。

2 本人外来	2 本外
4 未就学者外来	4 六外
6 家族外来	6 家外
8 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得外来	8 高外一
0 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付外来	0 高外7

(注) 後期高齢者医療一般のうち、1割負担の者と、2割負担の者の判別については、「特記事項」欄に記載される所得区分により行うため、特段の記載は必要ない。

エ 電子計算機の場合は、次のいずれかの方法による。

(ア) 当該欄の上に選択する番号および保険種別等のみを記載する。

(イ) 選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて＝線で抹消する。

(5) 「保険者番号」欄について

ア 設定された保険者番号8桁（国民健康保険は6桁）を記載する（別添2「設定要領」の第1を参照）。なお、国民健康保険の場合は右詰めで記載する。

イ 公費負担医療単独の場合および公費負担医療のみの場合は、別段の定めのある場合を除き、記載しない。

(6) 「給付割合」欄について

国民健康保険の場合は、該当する給付割合を○で囲むか、（ ）の中に給付割合を記載する。

ただし、国民健康保険は、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えない。

(7) 「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

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

イ 記号と番号の間にスペース、「・」もしくは「-」を挿入するか、または上段に記号、下段に番号を記載すること。また、枝番は「(枝番)」の後ろに記載すること。

ウ 当該記号および番号のうち○で囲んだ文字に代えて当該文字を（ ）で囲んだものを使用して記載しても差し支えなく、記載枠に書ききれない等の場合は、（ ）を省略しても差し支えない。なお、被保険者が、月の途中において、記号・番号を変更した場合または任意継続に変更した場合（給付割合に変更がない場合に限る）は、変更後の記号・番号を記載する。

(8) 「公費負担者番号」欄について

ア 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（別添2「設定要領」の第2を参照）。

イ 別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」の順により、先順位の公費負担者番号を「公費負担者番号」の項に（以下「公費負担者番号」の項に記載される公費負担医療を「第1公費」という）、後順位の公費負担者番号を「摘要」欄に（以下「摘要」欄に記載される公費負担医療を「第2公費」という）記載する。

ウ 保険者番号の変更はないが、同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号の変更があった場合は、変更前の公費負担医療に係る分を第1公費とし、変更後の公費負担医療に係る分を第2公費として取り扱う。

(9) 「公費負担医療の受給者番号」欄について

医療券等に記入されている受給者番号7桁は、第1公費は「公費負担医療の受給者番号」の項に、第2公費は「摘要」欄に記載する（別添2「設定要領」の第3を参照）。

(10) 「氏名」欄について

ア 姓名を記載する。ただし、健康保険の被保険者は、姓のみの記載で差し支えない。なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字をカタカナに読み替えた使用またはひらがなをカタカナに読み替えた記載も差し支えないが、この場合は被保険者であっても姓名を記載し、姓と名の間にスペースをとる。

イ 性別は該当するものを○で囲む。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。

ウ 生年月日は次による。

(ア) 該当する元号を○で囲み、生まれた年月日を記載する。

(イ) 電子計算機の場合は、元号は「1 明」、「2 大」、「3 昭」、「4 平」、「5 令」と記載する。

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

(11) 「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者は、「1 職務上」、「2 下船後3月以内」または「3 通勤災害」のうち該当するものを○で囲む。ただし、「1 職務上」および「3 通勤災害」は、災害発生時が平成21年12月31日以前ののものに限る。共済組合の船員組合員は、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。なお、同月に職務上の取扱いとなる傷病および職務外の取扱いとなる傷病が生じた場合は、入院外分はそれぞれ1枚、入院分は、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枚の明細書の取扱いとする。

電子計算機の場合は、番号と名称または次の略称を記載も差し支えない。

1 職上（職務上）、 2 下3（下船後3月以内）、 3 通災（通勤災害）

(12) 「特記事項」欄について

次に掲げるもののほかは、Ⅱの第3の2の(13)と同様とする。

40	加算	乳幼児加算（6歳未満）、歯科診療特別対応加算または歯科訪問診療時の加算のいずれかを算定している明細書の場合
----	----	---

(13) 「届出」欄について

クラウン・ブリッジ維持管理料の算定を選択している保険医療機関は「補管」を、初診料の注1に係る施設基準を届け出ている保険医療機関は「歯初診」をそれぞれ○で囲む。なお、電子計算機の場合は、○に代えて（ ）等を使用しても差し支えない。以下、文字を○で囲む場合および○付きの略号を使用する場合も同様とする。

(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および名称を記載する。この場合は、所在地とともに、連絡先電話番号の記載が望ましい。

(15) 「傷病名部位」欄について

ア 病名を同じくする歯または部位を単位として記載する。ただし、ブリッジの病名は、ブリッジの装置ごとに記載する。

イ ブリッジの病名は、部位は支台歯も含めた部位を、病名は欠損と記載し、支台歯を○で囲む。

したがって、支台歯がう蝕症等に罹患している場合は、部位は重複して傷病名を記載する。

また、健全歯を支台としてブリッジを製作するに当たり、なんらかの理由により健全歯に対し抜髄処置を必要とした場合は、当該歯を◎で囲む。

ウ 歯冠修復による隙の補綴は、当該歯冠修復歯に△を付記する。

また、欠損でない1歯相当分の間隙のある補綴は、間隙を欠損とみなした傷病名とし、当該部位に△を記載する。

エ 歯科矯正の病名は、主要な咬合異常の状態を記載する。また、咬合異常の起因となった疾患名（別に厚生労働大臣が定める疾患、3歯以上の永久歯萌出不全または顎変形症）を「摘要」欄に記載する。なお、6歯以上の先

天性部分無菌症または3歯以上の永久歯萌出不全による咬合異常により歯科矯正を行う場合は、先天性欠如部位または埋伏歯の部位を「摘要」欄に記載すること。

オ う蝕多発傾向者の病名は、「C 管理中」と記載し、歯冠修復治療を行った部位を記載する。

なお、歯式は、乳歯および永久歯についてそれぞれ記載する。

カ 初期の根面う蝕に罹患している患者の病名は「初期の根面う蝕」または「根 C」と記載し、当該部位を記載する。

キ エナメル質初期う蝕に罹患している患者の病名は「エナメル質初期う蝕」または「Ce」と記載し、当該部位を記載する。

ク 口腔細菌定量検査1は、「口腔バイオフィルム感染症」と記載する。

ケ う蝕に罹患している患者の指導管理に係る保険外併用療養費を支給する患者の病名は、「C 選療」と記載する。

コ 心身医学療法は、「傷病名部位」欄に心身症による当該身体的傷病の傷病名の次に「(心身症)」と記載する。

サ クラウン・ブリッジ維持管理料を算定している保険医療機関において、クラウン・ブリッジ維持管理料を算定した補綴物の再製作等（再装着、充填を含む）は、傷病名を「傷病名部位」欄に記載し、当該部位に対してクラウン・ブリッジ維持管理料を算定した年月日および補綴物の種類等を「摘要」欄に記載する。なお、当該管理料に規定する期間中に補綴物の維持管理を行っている歯冠補綴物またはブリッジが離脱し再度の装着を行った場合は、再度の装着を行った歯の部位および再度の装着日を「摘要」欄に記載する。

シ 頬、口唇、舌小帯形成術の算定に当たり、複数の頬小帯に対して形成術を行った場合は、部位が分かるように記載する（例：上顎左側）。なお、「傷病名部位」欄に記載できない場合は、「摘要」欄に記載しても差し支えない。

ス 抜歯手術の「注3」の算定に当たり、病名は「完全埋伏歯」、「水平埋伏智歯」、「CRT」または「HIT」と記載する。

セ 傷病名が当該欄に書ききれない場合は、「摘要」欄に記載する。

ソ 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」別添3に規定する傷病名を用いる。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は、「傷病名コードの統一の推進について」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。

(16) 「診療開始日」欄について

ア 当該保険医療機関において、保険診療を開始した年月日を和暦により記載する。ただし、「傷病名部位」欄が単一部分の場合であって請求に係る診療月において診療を開始し、かつ、同月中に治癒または死亡したものは、記載を省略しても差し支えない。

イ 同月中に保険種別等の変更があった場合は、その変更があった日を診療開始日とし、「摘要」欄にその旨を記載する。

ウ 同一の患者に対する診療継続中に、当該保険医療機関において、開設者、名称、所在地等の変更があった場合は、当該保険医療機関の診療内容の継続性が認められて継続して保険医療機関の指定を受けた場合を除き、新たに保険医療機関の指定を受けた日を診療開始日とし、「摘要」欄にその旨を記載する。

(17) 「診療実日数」欄について

ア 括弧外、括弧内および「摘要」欄に、それぞれ医療保険（健康保険、国民健康保険および後期高齢者医療をいう。以下同じ）、第1公費および第2公費に係る診療実日数を記載する。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の診療実日数は、括弧内に記載する。

ただし、第1公費に係る診療実日数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る診療実日数を省略しても差し支えない。

また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る診療実日数が第1公費に係る診療実日数と同じ場合は、第2公費に係る診療実日数の記載を省略しても差し支えない。

イ 入院外分は、診療を行った日数（開放型病院共同指導（I）を行った日数を含む）を記載する。

ウ 電話等再診の実日数は1日として数え、その回数を「摘要」欄に再掲する。

- エ 同日に初診および再診（電話等再診を含む）が2回以上行われた場合の実日数は1日として数え、その回数を「摘要」欄に再掲する。
- オ (16) のアのただし書の場合は、診療開始日の記載を省略しても差し支えないが、診療実日数を記載する。
- カ 同日に複数科を受診した場合の初診料・再診料を算定しない科に係る診療実日数は、初診料・再診料を算定しない日を含め実際に診療を行った日数を記載する。
- キ 傷病手当金意見書交付料、訪問歯科衛生指導料等同日に歯科医師の診療が行われない場合は、実日数として数えない。
- (18) 「転帰」欄について
治癒した場合は「治癒」の文字を、死亡した場合は「死亡」の文字を、中止または転医の場合には「中止」の文字をそれぞれ○で囲む。
- (19) 「初診」, 「再診」, 「管理・リハ」, 「投薬・注射」, 「X線・検査」, 「処置・手術」, 「麻酔」, 「歯冠修復及び欠損補綴」, 全体の「その他」および「摘要」欄について
「初診」, 「再診」, 「管理・リハ」, 「投薬・注射」, 「X線・検査」, 「処置・手術」, 「麻酔」, 「歯冠修復及び欠損補綴」, 全体の「その他」および「摘要」欄の記載事項等は、(20) から (31) まで、別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（歯科）」および別表Ⅱ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）」のとおりであること。各項目の末尾に（項番○）と付したものについては別表Ⅰの当該項目を参照すること。
なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰの「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格」に基づき、該当するコードを選択すること。ただし、別表Ⅰおよび別表Ⅱにおいて、令和6年6月1日適用の旨が表示されたコードについては、令和6年10月診療分以降に選択するものとして差し支えないこと。書面による請求の場合の診療行為名称等の略号については、別表Ⅳ「診療行為名称等の略号一覧（歯科）」を参照し記載すること。
- (20) 「初診」欄について
ア 診療時間内の初診の場合は点数のみを記載し、時間外、休日または深夜の場合は、「時間外」, 「休日」または「深夜」の項に当該加算点数を記載すること。なお、時間外加算の特例を算定した場合は、通常的时间外加算と同様に記載する。（項番3）
また、電子計算機の場合は、全体の「その他」欄に点数を記載して差し支えない。
イ 初診時において乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算、歯科診療特別対応連携加算、歯科診療特別対応地域支援加算、歯科外来診療医療安全対策加算1、歯科外来診療医療安全対策加算2、歯科外来診療感染対策加算1、歯科外来診療感染対策加算2、歯科外来診療感染対策加算3、歯科外来診療感染対策加算4は、「乳」, 「乳・時間外」, 「乳・休日」, 「乳・深夜」, 「特連」, 「特地」, 「外安全」または「外感染」の項に当該加算点数を記載する。（項番4, 5）
ウ 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は、全体の「その他」欄に点数（加算を含む）を記載する。（項番6, 7）
エ 情報通信機器を用いて初診を行った場合は、全体の「その他」欄に点数を記載する。
- (21) 「再診」欄について
ア 再診は、「再診」の項に点数および回数を記載する。（項番8, 9）
イ 時間外、休日または深夜の場合は、「時間外」, 「休日」または「深夜」の項に当該加算点数および回数を記載する。
また、時間外加算の特例は、通常的时间外加算と同様に記載する。
ウ 乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算、歯科外来診療医療安全対策加算1、歯科外来診療医療安全対策加算2、歯科外来診療感染対策加算1、歯科外来診療感染対策加算2、歯科外来診療感染対策加算3または歯科外来診療感染対策加算4は、「乳」, 「乳・時間外」, 「乳・休日」, 「乳・深夜」, 「外安全」または「外感染」の項に当該加算点数および回数を記載する。
エ 明細書発行体制等加算は、再診料と当該加算を加算した合計点数を記載する。
オ 以下の（ア）および（イ）については、全体の「その他」欄に記載する。

- (ア) 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は点数(加算を含む)および回数を記載する。(項番10, 11)
- (イ) 情報通信機器を用いて再診を行った場合は, 全体の「その他」の欄に点数および回数を記載する。(項番12)
- (22) 「管理・リハ」欄について
- ア 歯科疾患管理料は, 「歯管」の項に点数を記載する。
なお, フッ化物洗口指導加算, 文書提供加算, 総合医療管理加算および長期管理加算は, 項中の「+」欄にそれぞれ左から文書提供加算, フッ化物洗口指導加算, 総合医療管理加算, 長期管理加算の順に当該加算点数を記載する。(項番14)
- イ 新製有床義歯管理料は, 「義管」の項に点数を記載する。(項番38)
- ウ 歯科衛生実地指導料1または2は, 「実地指」の項に点数を記載する。
なお, 口腔機能指導加算は, 項中の「+」欄に当該加算点数を記載する。
- エ 歯周病患者画像活用指導料は, 「P画像」の項の左欄に点数(加算を含む)および回数を記載する。2回行った場合は, 右欄に点数(加算を含む)および回数を記載する。
- オ 歯科口腔リハビリテーション料1(有床義歯の場合)または歯科口腔リハビリテーション料2は, 「歯リ」の項にそれぞれ点数を記載する。
- カ 周術期等口腔機能管理計画策定料, 周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)の「1手術前」, 周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)の「1手術前」, 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)または周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定した場合は, 「その他」欄に点数(加算を含む)を記載する。なお, 周術期等口腔機能管理料(Ⅰ), (Ⅱ)の「2手術後」または(Ⅳ)(3月以内の場合)を算定した場合はそれぞれ点数(加算を含む)および回数を記載する。(項番15, 16, 17, 18)
- キ 回復期等口腔機能管理計画策定料または回復期等口腔機能管理料を算定した場合は, 「その他」欄にそれぞれ点数を記載する。(項番19)
- ク 根面う蝕管理料は, 「根管」の項に点数(加算を含む)を記載する。
- ケ エナメル質初期う蝕管理料は, 「エ管」の項に点数(加算を含む)を記載する。
- コ 歯科治療時医療管理料は, 「その他」欄に点数および回数を記載する。(項番23)
- サ 小児口腔機能管理料または口腔機能管理料は「その他」欄に点数(加算を含む)を記載する。
また, 情報通信機器を用いて行った場合は, 点数(加算を含む)および回数を記載する。
- シ 以下の(ア)から(ネ)までについてまたは「その他」欄に書ききれない等の場合は, 全体の「その他」欄に記載する。
- (ア) がん性疼痛緩和指導管理料(加算を含む), がん患者指導管理料, 入院栄養食事指導料, 外来緩和ケア管理料(加算を含む), 外来リハビリテーション診療料, 外来放射線照射診療料, 介護支援等連携指導料, がん治療連携計画策定料, がん治療連携指導料, がん治療連携管理料, こころの連携指導料(Ⅰ), 退院時共同指導料1, 退院時共同指導料2, 退院時薬剤情報管理指導料, がんゲノムプロファイリング評価提供料および医療機器安全管理料は, 全体の「その他」欄に点数および回数を記載する。(項番13, 36, 39, 40)
- (イ) 歯科特定疾患療養管理料は, 点数および回数を記載する。また, 共同療養指導計画加算は, 点数を記載する。なお, 情報通信機器を用いて行った場合は, 点数(加算を含む)および回数を記載する。(項番20)
- (ウ) 退院前訪問指導料は, 点数を記載する。(項番26)
- (エ) 特定薬剤治療管理料は, 点数(加算を含む)を記載する。(項番19)
- (オ) 悪性腫瘍特異物質治療管理料は, 点数を記載する。(項番22)
- (カ) 外来腫瘍化学療法診療料は点数(加算を含む)を記載する。
- (キ) 手術前医学管理料および手術後医学管理料は, それぞれ点数を記載する。
- (ク) 開放型病院共同指導料(Ⅰ)または(Ⅱ)は, 合計点数および回数を記載する。(項番24)
- (ケ) 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。
- (コ) 歯科遠隔連携診療料は, 点数を記載する。(項番25)

- (サ) 薬剤管理指導料の「1」または「2」は、それぞれ点数および回数を記載する。また、麻薬管理指導加算は、加算した点数を記載する。(項番 27, 28, 29)
 - (シ) 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 30)
 - (ス) 診療情報提供料(Ⅰ)もしくは(Ⅱ)また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 31, 32, 33, 35)
 - (セ) 診療情報等連携共有料1および2は、点数を記載する。(項番 34)
 - (ソ) 電子的診療情報評価料は、点数および回数を記載する。
 - (タ) 栄養情報連携料は、点数を記載する。
 - (チ) 傷病手当金意見書交付料は、点数を記載する。(項番 37)
 - (ツ) 顎関節疾患の治療にマイオモニターを使用した場合は、点数および回数を記載する。
 - (テ) 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、点数および回数を記載する。
 - (ト) 摂食機能療法は、点数(加算を含む)および回数を記載する。(項番 81, 82)
 - (ナ) 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、点数および回数を記載する。
 - (ニ) 歯科口腔リハビリテーション料1(3 その他の場合)は、点数および回数を記載する。
 - (ヌ) 歯科口腔リハビリテーション料3は点数および回数を記載する。
 - (ネ) リハビリテーションを算定した場合は、(ト)、(ナ)、(ニ)および(ヌ)を除き、全体の「その他」欄に、当該項目、回数・算定単位数およ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 80)
- (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および歯科訪問診療5の点数および回数を記載する。緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算もしくは深夜歯科訪問診療加算、患者診療時間加算、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また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および回数を記載する。訪問診療時の歯科訪問診療補助加算は、点数および回数を記載する。(項番 41, 42, 43)
 - また、特別歯科訪問診療料を算定した場合は、点数および回数を記載する。(項番 44)
 - (イ) 区分番号C000の注15に規定する歯科訪問診療料を算定する場合は、点数または点数および回数を記載する。
 - (ウ) 在宅歯科医療推進加算は、加算点数および回数を記載する。
 - (エ) 歯科訪問診療移行加算は、加算点数および回数を記載する。(項番 45)
 - (オ) 通信画像情報活用加算は、加算点数および回数を記載する。(項番 46)
 - (カ) 区分番号C000の注19に規定する歯科訪問診療料を算定する場合は、点数または点数および回数を記載する。
 - (キ) 訪問歯科衛生指導料はそれぞれ点数(加算を含む)および回数を記載する。(項番 47)
 - (ク) 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または2、在宅歯科医療情報連携加算は、点数を記載する。(項番 48, 49)
 - (ケ) 在宅患者歯科治療時医療管理料は、点数および回数を記載する。(項番 50)
 - (コ) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は、点数および回数を記載する。なお、当該管理に係る加算を算定する場合は、点数および回数を記載する。在宅歯科医療連携加算1または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 51)
 - (サ) 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、点数および回数を記載する。なお、当該管理に係る加算を算定する場合は、点数および回数を記載する。小児在宅歯科医療連携加算1または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 52)
 - (シ) 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1、2または3は、点数を記載する。(項番 53)
 - (ス) 救急搬送診療料は、点数および回数を記載する。

- (セ) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、総点数および回数を記載する。
- (ソ) 退院前在宅療養指導管理料は、点数を記載する。退院前在宅療養指導管理に用いる薬剤または特定保険医療材料を支給した場合は、総点数を記載する。(項番 54)
- (タ) 在宅麻薬等注射指導管理料、在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料、在宅患者連携指導料は、点数を記載する。在宅悪性腫瘍等患者の療養に用いる薬剤または特定保険医療材料を支給した場合は、総点数を記載する。(項番 55, 56)
- (チ) 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、点数および回数を記載する。(項番 57)
- (ツ) 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 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。
- (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、使用薬剤の点数および単位数または回数を記載する。なお、書ききれない場合は、合計点数のみを記載し、使用薬剤の点数および単位数または回数は「摘要」欄に記載する。
- また、皮内、皮下および筋肉内注射または静脈内注射を行った場合は「注」欄に点数およ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、点数および回数を記載する。(項番 76, 79)
- 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 77, 78)
- ウ 調剤料は、内服、屯服または外用ごとに「調」の項にそれぞれ点数および回数を記載し、「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および回数を記載する。なお、外来後発医薬品使用体制加算 1, 2 または 3 を算定する場合は、全体の「その他」欄に点数および回数を記載する。
- エ 使用薬剤の医薬品名、規格・単位 (%、mL または mg 等) および使用量を記載する。(項番 74, 75)
- 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」の項にその点数および回数を、その他の場合は「処」の項にその点数および回数を記載する。
- キ 一般的名称による処方箋の交付は、全体の「その他」欄に点数および回数を記載する。
- ク 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料、毒薬を処方または調剤した場合は、全体の「その他」欄に点数および回数を記載する。
- ケ 無菌製剤処理料の「1」または「2」は、「摘要」欄にそれぞれ点数および算定回数を記載する。
- コ 処方料または処方箋料における乳幼児加算は、それぞれ項中の「+ ×」欄にその加算点数および回数を記載する。
- サ 薬剤情報提供料は、「情」の項に点数および回数を記載する。なお、書ききれない場合は、合計点数のみを記載し、点数および回数は「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および回数を記載する。
- シ 特定疾患処方管理加算は、加算点数および回数を全体の「その他」欄に記載する。(項番 75)
- ス 外来化学療法加算は、当該点数を加算した点数およ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」の項にその点数および回数を、その他の場合は「処」の項にその点数および回数を記載する。
- タ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第 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「変更不可」欄に「✓」または「×」を記載して処方箋

を交付する場合は、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。

(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およ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」の項のうち点数を算定した場合は左欄に、症状の確認を行った場合は右欄にそれぞれ点数および回数を記載し、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、15cm × 30cm の場合は左欄に、20.3cm × 30.5cm の場合は右欄にそれぞれの点数および回数を記載する。
- イ 歯冠補綴時色調採得検査は、「色調」の項に点数および回数を記載する。（項番 62）
- 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 根管の順に点数および回数を記載する。
- エ 細菌簡易培養検査は、「S 培」の項に点数および回数を記載する。
- オ 顎運動関連検査は、「顎運動」の項に点数および回数を記載する。（項番 61）
- カ 歯周病検査における歯周基本検査および歯周精密検査は、それぞれ「基本検査」の項および「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」の項に点数および回数を記載する。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」の項の右欄に点数および回数を記載し、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および回数を記載する。なお、電子計算機の場合は、上段に歯数に応じた点数および回数を、下段に 2 回以上行った場合の 2 回目以降の点数および回数をそれぞれ記載して差し支えない。（項番 59）
- 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および回数を記載する。
- 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、点数および回数を、診断のみの場合は点数および回数をそれぞれ記載する。その他の画像診断は、点数および回数を記載し、画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、回数および点数を記載する。（項番 70, 73）
- (イ) 全顎撮影（デジタル撮影）の場合は、枚数およ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および歯科用 3 次元エックス線断層撮影の場合は、点数および回数を記載する。その他の画像診断は、点数および回数を記載し、画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、点数および回数を記載する。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 70, 73）
- (ウ) 歯科画像診断管理加算 1 また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。
- (エ) 遠隔画像診断を行った場合は、点数を記載する。
- (オ) 新生児、3 歳未満の乳幼児または 3 歳以上 6 歳未満の幼児に対する加算を算定した場合は、アにかかわらず、当該加算後の点数および回数を記載する。（項番 70）
- (カ) 記載欄が示されていない各種の検査は、当該欄に点数および回数を記載する。検査に当たって薬剤を使用した場合は、点数および回数を記載する。（項番 58, 69）
- (キ) 時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合は、加算点数を記載する。（項番 70）
- (ク) 電子画像管理加算は、歯科エックス線撮影の場合、歯科パノラマ断層撮影の場合、歯科用 3 次元エックス線断層撮影の場合、歯科部分パノラマ断層撮影の場合、その他の場合は、それぞれ加算点数を点数に合算した点数および回数を記載する。
- (ケ) 口腔細菌定量検査 2 を算定する場合は、点数を記載する。（項番 60）
- (コ) 有床義歯咀嚼機能検査を算定する場合は、点数を記載する。（項番 63）
- (サ) 咀嚼能力検査 1 もしくは 2、咬合圧検査 1 もしくは 2、小児口唇閉鎖力検査または舌圧検査を算定した場合は点数および回数を記載する。（項番 63, 68）
- (シ) 精密触覚機能検査を算定した場合は、点数および回数を記載する。

(ス) 睡眠時歯科筋電図検査を算定した場合は、点数および回数を記載する。

(セ) 「その他」欄に書ききれない等の場合は、合計点数のみを「その他」欄に、それ以外は「摘要」欄に記載して差し支えない。以下「その他」欄において同様とする。

(26) 「処置・手術」欄について

ア う蝕処置は、「う蝕」の項に点数および回数を記載する。

イ 歯髄保護処置は、「保護」の項のうち、歯髄温存療法を行った場合は左欄に、直接歯髄保護処置を行った場合は中欄に、間接歯髄保護処置を行った場合は右欄に、それぞれ点数および回数を記載する。

ウ 象牙質レジンコーティングは、「R コ」の項に点数および回数を記載する。

エ 初期う蝕早期充填処置は、「填塞」の項のうち、ガラスアイオノマー系を用いた場合は左欄に、複合レジン系を用いた場合は右欄に、それぞれ材料を合算した点数および回数を記載する。

オ 知覚過敏処置は、「Hys」の項のうち、3歯までの場合は左欄に、4歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数および回数を記載する。

カ 咬合調整は、「咬調」の項のうち、1歯から10歯未満の場合は左欄に、10歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数および回数を記載する。(項番 86)

キ 残根削合は、「その他」欄に点数および回数を記載する。

ク 生活歯髄切断または抜髄のために表面麻酔、浸潤麻酔または簡単な伝達麻酔に用いた場合は、使用薬剤の医薬品名、規格・単位(%, mL または mg 等)および用量を「その他」欄に記載する。(項番 109)

ケ 抜髄は、「抜髄」の項にそれぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に点数および回数を記載する。

また、歯髄温存療法を行った日から起算して3月以内または直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内の場合は、「その他」欄にそれぞれ点数および回数を記載する。

コ 感染根管処置は「感根処」の項に、根管貼薬処置は「根貼」の項に、根管充填は「根充」の項に、それぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に点数および回数を記載する。なお、抜歯を前提として急性症状の消退を図ることを目的として根管拡大を行った場合または抜歯を前提とした消炎のための根管貼薬処置を行った場合は、「その他」欄に点数を記載する。(項番 87, 88)

サ 抜髄および根管充填を同時に行った場合は、「その他」欄に点数の合算点数および回数を記載する。

また、感染根管処置および根管充填を同時に行った場合は、「その他」欄に点数の合算点数および回数を記載する。

シ 根管充填の際に加圧根管充填処置を併せて行った場合は、「加圧根充」の項の上から単根管、2根管、3根管以上の順に加算点数および回数を記載する。

また、手術用顕微鏡加算およびNi-Ti ローターファイル加算は、「加圧根充」の項の「+ × + ×」欄に左から手術用顕微鏡加算の点数および回数ならびにNi-Ti ローターファイル加算の点数および回数を記載する。(項番 89, 90, 91)

ス 生活歯髄切断は、「生切」の項の上欄に点数および回数を記載する。なお、乳歯および永久歯の歯根完成期以前の歯髄の場合は、下欄に点数と加算点数の合計点数および回数を記載する。

セ 失活歯髄切断は、「その他」欄に点数および回数を記載する。

ソ 機械的歯面清掃処置は、「歯清」の項に点数を記載する。(項番 107)

タ 歯冠修復物または補綴物の除去は、「除去」の項のうち、簡単なものは上欄に、困難なものは中欄に、著しく困難なものは下欄に、それぞれ点数および回数を記載する。(項番 103)

チ フッ化物歯面塗布処置は、「F 局」の項に点数を記載する。(項番 108)

ツ 有床義歯床下粘膜調整処置は、「T.cond」の項に点数および回数を記載する。

テ 歯周基本治療におけるスケーリングは「SC」の項に点数および回数を記載し、同時に1/3顎を超えて行った場合は項中の「+ ×」欄に1/3顎を増すごとに加算点数および回数を記載する。

また、2回目以降は右欄に50/100に相当する点数および回数を記載し、同時に1/3顎を超えて行う場合は項中の「+ ×」欄に1/3顎を増すごとに加算点数の50/100に相当する点数および回数を記載する。

ト 歯周基本治療におけるスケーリング・ルートプレーニングは、「SRP」の項のうち、「前」の項に前歯、「小」の項に小臼歯、「大」の項に大臼歯の順に点数および回数を記載する。

また、同部位に対して2回以上歯周基本治療を行った場合は、2回目以降は右欄に前歯、小白歯および大白歯の順に50/100に相当する点数および回数を記載する。

ナ 歯周病安定期治療は、「SPT」の項に点数（加算を含む）を記載する。なお、口腔管理体制強化加算および歯周病ハイリスク患者加算は、項中の「+」欄にそれぞれ左から口腔管理体制強化加算、歯周病ハイリスク患者加算の順に当該加算点数を記載する。（項番 94, 95）

ニ 歯周病重症化予防治療は、「P 重防」の項に点数を記載する。（項番 96）

ヌ 歯周病処置は、「P 処」の項に点数および回数を記載する。（項番 93）

ネ 口腔内消炎手術は、「切開」の項のうち、歯肉膿瘍等は左欄に、骨膜下膿瘍、口蓋膿瘍等は右欄に、それぞれ点数および回数を記載する。また、智歯周囲炎の歯肉弁切除等は、「その他」の欄に点数および回数を記載する。（項番 120）

ノ 抜歯手術は、「抜歯」の項のうち、乳歯は「乳」の項に、前歯は「前」の項に、白歯は「白」の項に、埋伏歯は「埋」の項にそれぞれ点数および回数を記載する。

また、前歯および白歯の難抜歯加算は、「前」または「白」の項の「+ ×」欄にそれぞれ加算点数および回数を記載し、下顎完全埋伏智歯（骨性）および下顎水平埋伏智歯に係る加算は、「埋」の項の「+ ×」欄にそれぞれ加算点数および回数を記載する。（項番 115）

ハ 区分「I100」または「J300」により特定薬剤を算定する場合は、「その他」欄に点数および回数を記載する。（項番 110, 128）

ヒ 「その他」欄について

（ア） 処置または手術のうち、該当する記載欄を設けていない場合および該当欄に記載しきれない場合は、点数（加算を含む）および回数を記載する。（項番 83, 97, 105, 111, 123）

（イ） 診療時間以外、休日もしくは深夜加算を算定する処置または手術は、点数および回数を記載する。なお、時間外加算の特例の場合も、点数および回数を記載する。（項番 84, 112）

（ウ） 口腔内装置を製作した場合は、当該装置に係る印象採得、咬合採得および口腔内装置（装着料を含む）の点数をそれぞれ記載する。（項番 98）

（エ） 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した場合は、当該装置に係る印象採得、咬合採得および装置（装着料を含む）の点数をそれぞれ記載する。（項番 99）

（オ） 舌接触補助床を製作または旧義歯を用いた場合は、当該装置に係る印象採得、咬合採得および装置（装着料を含む）の点数をそれぞれ記載する。

（カ） 術後即時顎補綴装置を製作した場合は、当該装置に係る印象採得、咬合採得および装置（装着料を含む）の点数をそれぞれ記載する。

（キ） 口腔内装置調整・修理の「1 口腔内装置調整」の「イ 口腔内装置調整1」、「ロ 口腔内装置調整2」、「ハ 口腔内装置調整3」または「2 口腔内装置修理」を行った場合は、点数を記載する。

（ク） 根管内異物除去は、点数および回数を記載する。また、手術用顕微鏡を用いて当該処置を行った場合は、加算後の点数および回数を記載する。（項番 104）

（ケ） 周術期等専門的口腔衛生処置1は、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）または（Ⅱ）を算定した患者に対して当該処置を行った場合は、術前または術後に応じて、それぞれ点数を記載する。

周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）または（Ⅳ）を算定した患者に対して当該処置を行った場合は、点数を記載する。また、周術期等専門的口腔衛生処置2は、点数を記載する。（項番 106）

（コ） 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置は、点数を記載する。

（サ） 口腔粘膜処置は、点数を記載する。

（シ） 非経口摂取患者口腔粘膜処置は、点数および回数を記載する。

（ス） 摘便は、点数および回数を記載する。

（セ） ハイフローセラピーを算定した場合は、動脈血酸素分圧または経皮的酸素飽和度の測定結果、点数および回数を「その他」欄に記載する。（項番 92）

（ソ） 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法は、点数および回数を記載する。

（タ） 留置カテーテル設置は、点数および回数を記載する。

- (チ) 超音波ネブライザは、点数および回数を記載する。
- (ツ) 回復期等専門の口腔衛生処置は、点数および回数を記載する。
- (テ) 口腔バイオフィilm除去処置は、点数および回数を記載する。
- (ト) 口腔リンパ管腫局所注入は、点数（加算を含む）を記載する。
- (ナ) 入院を必要とする HIV 抗体陽性の患者に対する観血の手術加算は、加算後の点数および回数を記載する。
（項番 114）
- (ニ) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）感染症患者に対する加算は、加算後の点数および回数を記載する。
- (ヌ) 内視鏡下加算は、加算後の点数および回数を記載する。
- (ネ) 歯根端切除手術における、「2 歯科用 3 次元エックス線断層撮影装置および手術用顕微鏡を用いた場合」を行う場合は、点数および回数を記載する。（項番 116）
- (ノ) 歯の再植術または歯の移植手術は、点数および回数を記載する。（項番 117, 118, 119）
- (ハ) 歯周ポケット搔爬術、新付着手術、歯肉切除手術、歯肉剥離搔爬手術、歯周組織再生誘導手術および歯肉歯槽粘膜形成手術は、点数を記載する。（項番 121）
- (ヒ) 手術時歯根面レーザー応用加算は、点数および回数を記載する。（項番 122）
- (フ) 広範囲顎骨支持型装置埋入手術は、点数および回数を記載する。（項番 124）
- (ヘ) 広範囲顎骨支持型装置搔爬術は、点数を記載する。（項番 125）
- (ホ) 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法は、点数を記載する。（項番 126）
- (マ) レーザー機器加算は、点数および回数を記載する。（項番 127）
- (ミ) 口腔粘膜蛍光観察評価加算は、点数を記載する。
- (ム) 「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。（項番 129）
- フ 乳幼児加算、歯科診療特別対応加算、歯科訪問診療時の加算等を伴う処置および手術は、該当する記載欄に加算後の点数および回数を記載する。（項番 85, 113）
- (27) 「麻酔」欄について
- ア 伝達麻酔は「伝麻」の項に、浸潤麻酔は「浸麻」の項に、それぞれ点数および回数を記載する。
- イ 未熟児加算、新生児加算、乳児加算、幼児（1 歳以上 3 歳未満）加算、乳幼児（6 歳未満）加算または歯科診療特別対応加算等を伴う麻酔は、該当する記載欄に加算後の点数および回数を記載する。
- ウ 「その他」欄について
- (ア) 区分「K100」による麻酔薬剤は、点数および回数を記載する。（項番 134）
- (イ) 吸入鎮静法は、点数および回数を記載する。なお、使用麻酔薬は、点数を記載する。（項番 132）
- (ウ) 静脈内鎮静法は、点数および回数を記載する。なお、使用薬剤は、点数を記載する。（項番 133）
- (エ) 伝達麻酔、浸潤麻酔等以外の医科点数表の取扱いによる麻酔は、麻酔名、点数および回数を記載する。なお、使用麻酔薬は、点数を記載する。（項番 130）
- (オ) 診療時間以外、休日または深夜加算等を算定する麻酔料は、点数および回数を記載する。なお、時間外加算の特例も同様に、点数および回数を記載する。（項番 131）
- (28) 「歯冠修復及び欠損補綴」欄について
- ア 各項に点数を記載する場合は、技術料および材料料を合算した点数（乳幼児加算または歯科診療特別対応加算 1, 2 または 3 等は、当該加算点数をさらに合算した点数）ならびに回数を記載する。
- ただし、有床義歯、有床義歯内面適合法および床修理は、技術料、材料料および装着料を合算した点数ならびに回数を記載する。
- また、充填は、技術料および充填材料料を別の項に記載する。なお、装着材料料は「装着材料」の項に、人工歯料は「人工歯」の項に、それぞれ点数および回数を記載する。
- イ 補綴時診断料は、「補診」の項のうち、欠損補綴物を新たに製作する場合は左欄に、有床義歯修理または有床義歯内面適合法を実施した場合は右欄に、それぞれ点数および回数を記載する。（項番 136）
- ウ クラウン・ブリッジ維持管理料は、「維持管理」の項の左から単冠、支台歯とポンティックの数の合計が 5 歯以下のブリッジ、支台歯とポンティックの数の合計が 6 歯以上のブリッジの順にそれぞれ点数および回数を記載す

る。

エ 「印象」の項について

印象採得の「1 歯冠修復」の「イ 単純印象」,「1 歯冠修復」の「ロ 連合印象」,「2 欠損補綴」の「ニ ブリッジ (1) 5歯以下の場合」および「2 欠損補綴」の「ニ ブリッジ (2) 6歯以上の場合」は、「印象」の項の上欄にそれぞれ左から点数および回数を記載する。「2 欠損補綴」の「イ 単純印象 (1) 簡単なもの」,「2 欠損補綴」の「イ 単純印象 (2) 困難なもの」,「2 欠損補綴」の「ロ 連合印象」および「2 欠損補綴」の「ハ 特殊印象」は、「印象」の項の下欄にそれぞれ左から点数および回数を記載する。また、歯科技工士連携加算1および2は、「その他」欄に加算点数および回数を記載する。なお、「印象」の項に書ききれない場合は、「その他」欄に点数および回数を記載する。(項番 141, 142)

オ 咬合採得の「1 歯冠修復」,「2 欠損補綴」の「イ ブリッジ (1) 5歯以下の場合」および「2 欠損補綴」の「イ ブリッジ (2) 6歯以上の場合」は、「咬合」の項の上欄にそれぞれ左から点数および回数を記載する。咬合採得の「2 欠損補綴」の「ロ 有床義歯 (1) 少数歯欠損」,「2 欠損補綴」の「ロ 有床義歯 (2) 多数歯欠損」および「2 欠損補綴」の「ロ 有床義歯 (3) 総義歯」は、「咬合」の項の下欄にそれぞれ左から点数および回数を記載する。また、歯科技工士連携加算1および2は、「その他」欄に加算点数および回数を記載する。(項番 145, 146)

カ ブリッジの試適の「5歯以下の場合」および「6歯以上の場合」は「試適」の項の上欄にそれぞれ左から点数および回数を記載する。仮床試適の「少数歯欠損」,「多数歯欠損」および「総義歯」は、「試適」の項の下欄にそれぞれ左から点数および回数を記載する。また、仮床試適における歯科技工士連携加算1および2は、「その他」欄に加算点数および回数を記載する。(項番 147)

キ 「歯冠形成」欄について

(ア) 生活歯歯冠形成は、「(生単)」の項のうち、レジン前装金属冠、レジン前装チタン冠、前歯部の3/4冠およびCAD/CAM冠の場合は「前C」の項に、その他の金属冠、チタン冠、乳歯冠(乳歯金属冠を除く)および硬質レジンジャケット冠の場合は「金硬」の項に、乳歯金属冠、小児保険装置および既製金属冠の場合は「既製」の項に、それぞれ点数(加算を含む)および回数を記載する。

(イ) ブリッジに対する生活歯歯冠形成は「(生ブ)」の項のうち、レジン前装金属冠、前歯部の3/4冠、接着冠および高強度硬質レジンブリッジの場合は「前接」の項に、その他の金属冠の場合は「金」の項に、それぞれ点数(加算を含む)および回数を記載する。また、ブリッジ支台歯形成加算は、項中の「+ ×」欄にその加算点数および回数を記載する。

(ウ) 失活歯歯冠形成は、「(失単)」の項のうち、レジン前装金属冠、レジン前装チタン冠、前歯部の3/4冠およびCAD/CAM冠の場合は「前C」の項に、その他の金属冠、チタン冠、乳歯冠(乳歯金属冠を除く)および硬質レジンジャケット冠の場合は「金硬」の項に、乳歯金属冠、小児保険装置および既製金属冠の場合は「既製」の項に、それぞれ点数(加算を含む)および回数を記載する。

(エ) ブリッジに対する失活歯歯冠形成は「(失ブ)」の項のうち、レジン前装金属冠、前歯部の3/4冠および高強度硬質レジンブリッジの場合は「前」の項に、その他の金属冠の場合は「金」の項に、それぞれ点数(加算を含む)および回数を記載する。また、ブリッジ支台歯形成加算は、項中の「+ ×」欄の右欄にその加算点数および回数を記載する。

(オ) 窩洞形成は、「(窩洞)」の項のうち、単純なものは上欄に、複雑なものは中欄に、それぞれ点数および回数を記載すること。なお、複雑なものにおけるブリッジ支台歯形成加算は、複雑なものの下欄に加算点数および回数を記載する。

また、う蝕歯無痛の窩洞形成加算は、ブリッジ支台歯形成加算の下欄に点数および回数を記載する。なお、CAD/CAMインレーのための窩洞形成に係る加算は、「その他」欄に加算点数および回数を記載する。(項番 138)

(カ) う蝕歯即時充填形成は、「充填」の項に点数および回数を記載し、う蝕歯無痛の窩洞形成加算は、項中の「+ ×」欄に点数および回数を記載する。(項番 139)

(キ) う蝕歯インレー修復形成は、「修形」の項に点数および回数を記載する。また、CAD/CAMインレーのための窩洞形成に係る加算は、「その他」欄に加算点数および回数を記載する。

ク 「充填」の項について

- (ア) 充填に係る技術料は、「充填1」または「充填2」の項のうち、単純なものは上欄に、複雑なものは下欄に、それぞれ点数および回数を記載すること。(項番 148)
- (イ) 充填に際して歯科充填用材料Ⅰの複合レジン系を用いた場合は「材充Ⅰ」の項の上欄に、ガラスアイオノマー系を用いた場合は「材充Ⅰ」の項の下欄に、歯科充填用材料Ⅱの複合レジン系を用いた場合は「材充Ⅱ」の項の上欄に、ガラスアイオノマー系を用いた場合は「材充Ⅱ」の項の下欄に、それ以外の材料を用いた場合は「その他」欄に、それぞれ充填材料の点数および回数を記載する。なお、それぞれの項において、充填の「単純なもの」は左欄に、充填の「複雑なもの」は右欄に記載する。

ケ 「支台築造」の項について

- (ア) 間接法において、メタルコアによる支台築造は、「メタル」の項のうち、前歯および小臼歯は「前小」の項に、大臼歯は「大」の項に、それぞれ点数および回数を記載する。なお、ファイバーポストを用いた場合は、「その他」欄に点数および回数を部位ごとにそれぞれ記載する。(項番 140)
- (イ) 直接法において、その他の支台築造は、「その他」の項のうち、前歯および小臼歯は「前小」の項に、大臼歯は「大」の項に、それぞれ点数および回数を記載する。なお、ファイバーポストを用いた場合は、「その他」欄に点数および回数を部位ごとにそれぞれ記載する。(項番 140)
- (ウ) 支台築造印象は「支台印象」の項に点数および回数を記載する。

コ 「リテーナー」の項について

「リテーナー」の項は、支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合は左欄に、支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数および回数を記載する。

サ 「金属歯冠修復」の項について

- (ア) 乳歯、前歯および小臼歯に銀合金を用いた金属歯冠修復は、「乳前小銀」の項の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯部の3/4冠および接着冠、臼歯部の4/5冠および接着冠、全部金属冠およびレジン前装金属冠の順に点数および回数を記載する。
- (イ) 前歯および小臼歯に鑄造用金銀パラジウム合金を用いた金属歯冠修復は、「前小パ」の項の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯部の3/4冠および接着冠、臼歯部の4/5冠および接着冠、全部金属冠およびレジン前装金属冠の順に点数および回数を記載する。(項番 149)
- (ウ) 大臼歯に鑄造用金銀パラジウム合金を用いた金属歯冠修復は、「大パ」の項の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、4/5冠(生活歯をブリッジの支台として用いる場合に限る)および接着冠、全部金属冠の順に点数および回数を記載する。
- (エ) 大臼歯に銀合金を用いた金属歯冠修復は、「大銀」の項の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、4/5冠(生活歯をブリッジの支台として用いる場合に限る)および接着冠、全部金属冠の順に点数および回数を記載する。
- (オ) 可動性連結装置は、当該装置を装着した歯に対する金属歯冠修復の記入欄に、(ア)とは別に点数および回数を記載する。
- (カ) 装着材料は、「装着材料」の項に点数および回数を記載する。

シ 「仮着」の項について

ブリッジの仮着は、支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合は左欄に、支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数および回数を記載する。

ス テンポラークラウンは、「TeC」の項に点数および回数を記載する。

セ 「硬ジ」の項、「乳」の項および「CAD冠」の項について

- (ア) 硬質レジンジャケット冠は、「硬ジ」の項のうち、光重合硬質レジンを入欄に、加熱重合硬質レジンを入欄に、それぞれ点数および回数を記載する。(項番 152)
- (イ) 乳歯冠は、「乳」の項の左欄に乳歯金属冠を、右欄には乳歯に対するジャケット冠を、それぞれ点数(ジャケット冠は人工歯料を除く)および回数を記載する。
- (ウ) CAD/CAM冠の「1 2以外の場合」は、「CAD冠」の項のうち、小臼歯に対してCAD/CAM冠用材料(I)を用いた場合は「(I)」の項、CAD/CAM冠用材料(II)を用いた場合は「(II)」の項に、大臼歯に

対してCAD/CAM冠用材料(Ⅲ)を用いた場合は「(Ⅲ)」の項、前歯に対してCAD/CAM冠用材料(Ⅳ)を用いた場合は「(Ⅳ)」の項にそれぞれ点数および回数を記載する。なお、小臼歯に対してCAD/CAM冠用材料(Ⅲ)を用いた場合は「(Ⅰ)」または「(Ⅱ)」の項に点数および回数を記載する。(項番 153)

ソ 「CADIn」の項、「チ冠」の項および「前チ」の項について

(ア) CAD/CAMインレーは、「CADIn」の項のうち、小臼歯に対してCAD/CAM冠用材料(Ⅰ)を用いた場合は「(Ⅰ)」の項、CAD/CAM冠用材料(Ⅱ)を用いた場合は「(Ⅱ)」の項に、大臼歯に対してCAD/CAM冠用材料(Ⅲ)を用いた場合は「(Ⅲ)」の項に、それぞれ点数および回数を記載する。なお、小臼歯に対してCAD/CAM冠用材料(Ⅲ)を用いた場合は「(Ⅰ)」または「(Ⅱ)」の項に点数および回数を記載する。

(イ) チタン冠は、「チ冠」の項に点数および回数を記載する。

(ウ) レジン前装チタン冠は、「前チ」の項に点数および回数を記載する。

タ 「根板」の項について

(ア) 前歯および小臼歯に鑄造用金銀パラジウム合金を用いた根面板は、「パ前小」の項に点数および回数を記載する。

(イ) 大臼歯に鑄造用金銀パラジウム合金を用いた根面板は、「パ大」の項に点数および回数を記載する。

(ウ) 前歯および小臼歯に銀合金を用いた根面板は、「銀前小」の項に点数および回数を記載する。

(エ) 大臼歯に銀合金を用いた根面板は、「銀大」の項に点数および回数を記載する。

(オ) 歯科充填用材料Ⅰを用いて根面を被覆した場合は、「レジン」の項に点数および回数を記載する。

チ 「ポンティック」の項について

(ア) 鑄造ポンティックは、「鑄造」の項のうち、大臼歯に対する鑄造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ大」の項に、小臼歯に対する鑄造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ小」の項に、銀合金を用いた製作は「銀」の項に、点数および回数を記載する。(項番 156)

(イ) レジン前装鑄造ポンティックは、「前装」の項のうち、前歯に対する鑄造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ前」の項に、小臼歯に対する鑄造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ小」の項に、大臼歯に対する鑄造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ大」の項に、前歯に対する銀合金を用いた製作は「銀前」の項に、小臼歯に対する銀合金を用いた製作は「銀小」の項に、大臼歯に対する銀合金を用いた製作は「銀大」の項に、それぞれ点数および回数を記載する。(項番 156)

ツ 「Br装着」の項について

ブリッジを装着した場合の装着料は、「Br装着」の項のうち、ブリッジ1装置について支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合は左欄に、支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数および回数を記載する。

テ 「装着」の項について

歯冠修復物を装着した場合は、点数および回数を記載する。なお、CAD/CAM冠およびCAD/CAMインレーの装着は、項中の「+ ×」欄に加算点数および回数も記載する。

ト 「有床義歯」の項について

有床義歯は、点数および床数を記載する。(項番 158, 159)

ナ 「床適合」の項について

硬質材料を用いた有床義歯内面適合法は、点数および床数を記載する。なお、軟質材料を用いた有床義歯内面適合法は、「その他」欄に点数を記載する。また、有床義歯内面適合法に伴う歯科技工加算1または2は、「その他」欄に加算点数および回数を記載する。(項番 163, 164)

ニ 「床修理」の項について

有床義歯修理は、1～8歯欠損の場合は上欄に、9～14歯の場合は中欄に、総義歯の場合は下欄に、それぞれ点数および回数を記載する。また、有床義歯修理に伴う歯科技工加算1および2において、歯科技工加算1は項中の「+ ×」欄の左欄に加算点数および回数を記載し、歯科技工加算2は項中の「+ ×」欄の右欄に加算点数および回数を記載する。(項番 161, 162)

ヌ 「人工歯」の項について

人工歯料は、点数および回数を記載する。なお、電子計算機の場合は、「人工歯」の項の記載は上欄左から右

へ記載する。なお、書ききれない場合は、中欄から下欄へ順に点数および回数を記載する。

ネ 「バー」の項について

- (ア) 铸造バーは、「铸」の項のうち、铸造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ」の項に、铸造用コバルトクロム合金を用いた製作は「コバ」の項に、それぞれ点数および回数を記載する。
- (イ) 屈曲バーは、「屈曲」の項のうち、不銹鋼および特殊鋼による屈曲バーの製作は「不特」の項に、保持装置の使用は「保」の項に、それぞれ点数および回数を記載する。

ノ 「铸造鉤」の項について

- (ア) 铸造用金銀パラジウム合金による铸造鉤の製作は「パ」の項に、それぞれ上から大・小白歯の双子鉤、犬歯・小白歯の双子鉤、大白歯の二腕鉤（レスト付き）、犬歯または小白歯の二腕鉤（レスト付き）、前歯（切歯）の二腕鉤（レスト付き）の点数および回数を記載する。
- (イ) 铸造用コバルトクロム合金による铸造鉤の製作は、「コバ」の項に、それぞれ上から双子鉤、二腕鉤（レスト付き）の点数および回数を記載する。

ハ 「線鉤」の項および「間接」の項について

- (ア) 不銹鋼および特殊鋼を用いた製作は「不・特」の項に、それぞれ双子鉤は左上欄に、二腕鉤（レスト付き）は左下欄に、二腕鉤（レスト無し）は右下欄に点数および回数を記載する。
- (イ) 間接支台装置は、「間接」の項に点数および回数を記載する。

ヒ 「コンビ」の項について

铸造用コバルトクロム合金によるコンビネーション鉤の製作は「コンビ」の項に、点数および回数を記載する。

フ 「磁性アタッチメント」の項について

- (ア) 磁石構造体を用いる場合は、「磁性アタッチメント」の項のうち、「磁石」の項に、点数および回数を記載する。
- (イ) キーパー付き根面板を用いる場合は、「キ付根板」の項のうち、铸造用金銀パラジウム合金を用いて前歯および小白歯に対しての製作は「パ」の項の「前小」の項に、大白歯に対する製作は「大」の項に、銀合金を用いて前歯および小白歯に対しての製作は「銀」の項の「前小」の項に、大白歯に対する製作は「大」の項に、それぞれ点数および回数を記載する。

ヘ 「修理」の項について

有床義歯修理および有床義歯内面適合法以外の修理は、点数および回数を記載する。

ホ 「その他」欄について

- (ア) クラウン・ブリッジ維持管理料について地方厚生（支）局長へ届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物またはブリッジを製作し当該補綴物を装着した場合は、所定点数の70/100に相当する点数および回数を記載する。（項番 135）
- (イ) 咬合印象は、点数および回数を記載する。
- (ウ) 光学印象は、点数（加算を含む）および回数を記載する。（項番 143）
- (エ) 仮床試適の「4 その他の場合」は、点数（加算を含む）および回数を記載する。
- (オ) 小児保険装置は、点数および回数を記載する。（項番 155）
- (カ) 熱可塑性樹脂有床義歯等、記載欄がない歯冠修復および欠損補綴は、名称、部位、点数および回数を記載する。（項番 159）
- (キ) レジンインレー、高強度硬質レジンプリッジまたは既製金属冠等、記載欄がない歯冠修復および欠損補綴は、点数および回数を記載する。
なお、高強度硬質レジンプリッジまたは接着ブリッジの装着を行った場合の装着料は、加算を合算した点数および回数を記載する。（項番 135）
- (ク) 铸造用金銀パラジウム合金によるコンビネーション鉤は、点数および回数を記載する。
- (ケ) 歯科铸造用14カラット金合金による铸造鉤および歯科用14カラット金合金鉤用線による線鉤は、点数および回数を記載する。
- (コ) 新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内の当該有床義歯の修理および有床義歯内面適合法は、それぞれの点数の50/100に相当する点数および装着料を合算した点数を記載する。（項番 161, 162,

163, 164)

- (サ) 脱離した歯冠修復物の再装着は、点数および回数を記載する。なお、それに伴い内面処理加算を行った場合は点数および回数を記載する。(項番 144)
 - (シ) 脱離または修理したブリッジを再装着した場合の装着料は、ブリッジ1装置について、支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合または支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合に分けて、点数および回数を記載する。(項番 144)
 - (ス) 歯科鑄造用14カラット金合金を用いた金属歯冠修復は、点数および回数を記載する。(項番 149)
 - (セ) 広範囲顎骨支持型補綴物管理料、広範囲顎骨支持型補綴診断料、広範囲顎骨支持型補綴(ブリッジ形態のもの)に用いたりテーナー、広範囲顎骨支持型補綴または広範囲顎骨支持型補綴物修理は、それぞれ点数を記載すること。(項番 165)
 - (ソ) チタン冠を歯根分割した歯に対し装着した場合は技術料および材料料を合算した点数および回数を記載する。「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。
 - (タ) CAD/CAM冠の「1 2以外の場合」について、CAD/CAM冠用材料(V)を用いた場合は、点数および回数を記載する。
 - (チ) CAD/CAM冠の「2 エンドクラウンの場合」について、CAD/CAM冠用材料(Ⅲ)を用いた場合は、点数および回数を記載する。
 - (ツ) CAD/CAM冠を歯根分割した歯に対し装着した場合は技術料および材料料を合算した点数および回数を記載する。「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。
 - (テ) 歯冠修復および欠損補綴のうち、該当する記載欄を設けていない場合および該当欄に記載しきれない場合は、名称、点数および回数を記載する。「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。
 - (ト) 歯冠修復物または欠損補綴物の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合の当該歯冠修復物または欠損補綴物は、該当する記載欄に装着料を含まない点数および回数を記載する。(項番 135)
- (29) 歯科矯正について
 全体の「その他」欄に記載する。(項番 166～176)
- ア 歯科矯正における帯環およびダイレクトボンドブラケットならびに可撤式装置および固定式装置は、それぞれ点数と装着料を合算した点数を記載する。
 - イ 植立は点数を記載する。また、アンカースクリュー脱落后の再埋入において特定保険医療材料を算定する場合または治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する場合は、点数を記載する。(項番 172)
- (30) その他について
 全体の「その他」欄に記載する。
- ア 看護職員処遇改善評価料、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)および歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ならびに入院ベースアップ評価料は、それぞれ点数および回数を記載する。
- (31) その他の項目について
 ア 都道府県知事が厚生労働大臣の承認を得て別に療養担当手当を定めた場合の療養担当手当は、全体の「その他」欄に点数を記載する。
- イ 内訳を記載するに当たって、「摘要」欄に書ききれない場合は、明細書と同じ大きさの用紙(用紙の色は白色で可とする)に、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別番号(例:1社・国 1単独 2本外)、保険者番号(公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担者番号)、被保険者証・保険者手帳等の記号・番号(公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担医療の受給者番号)を記載した上、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付ける。
 - ウ 医療情報取得加算、医療DX推進体制整備加算または在宅医療DX情報活用加算は、全体の「その他」欄に点数を記載する。
- (32) 「点数」欄について
 「初診」欄から全体の「その他」欄までのそれぞれの合計点数を記載する。
 医療保険と公費負担医療の併用の場合は、「点数」欄を縦に区分して、左欄から順に医療保険に係る請求点数、第

1 公費に係る請求点数、第2 公費に係る請求点数を記載するが、公費負担医療に係るすべての請求点数が医療保険に係る請求点数と同じ場合は、「点数」欄を縦に区分して、当該公費負担医療に係る請求点数を記載することを省略しても差し支えない。

なお、月の途中で公費負担医療の受給資格の変更があった場合または公費負担医療に係る給付の内容が医療保険と異なる場合は、公費負担医療に係る請求点数が医療保険に係る請求点数と異なることとなるので、「点数」欄を縦に区分して、公費負担医療に係る請求点数も必ず記載する。

また、公費負担医療と公費負担医療の併用の場合も同様とする。

(33) 「合計」欄について

請求する医療保険に係る合計点数を記載する。

(34) 「一部負担金額」欄について

ア 医療保険（高齢受給者および高齢受給者以外であって限度額適用認定証もしくは限度額適用・標準負担額減額認定証または特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証もしくは小児慢性特定疾病医療受給者証（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証および小児慢性特定疾病医療受給者証にあつては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る）の提示もしくは限度額適用認定証情報もしくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く）は、次による。

(ア) 船員保険の被保険者について、「職務上の事由」欄中「通勤災害」に該当する場合には、初診時における一部負担金の金額を記載する。ただし、災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。

(イ) 健康保険および国民健康保険の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の文字を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の文字を○で囲む。

また、負担額が免除される場合は「免除」の文字を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の文字を○で囲む。

イ 医療保険（高齢受給者および高齢受給者以外であって限度額適用認定証もしくは限度額適用・標準負担額減額認定証または特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証もしくは小児慢性特定疾病医療受給者証（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証および小児慢性特定疾病医療受給者証にあつては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る）の提示または限度額適用認定証情報もしくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る）および後期高齢者医療は、以下による。

(ア) 高額療養費が現物給付された者に限り記載し、支払いを受けた一部負担金の額を記載する。なお、この場合において、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「一部負担金額」の項の上段に（ ）で再掲するものとし、下段に支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載する。なお、「一部負担金」の項に記載しきれない場合には、「摘要」欄に（ ）で再掲して差し支えない。

(イ) 健康保険法施行令第43条第1項ならびに同条第5項、国民健康保険法施行令第29条の4第1項ならびに同条第3項または高齢者医療確保法施行令第16条第1項ならびに同条第3項の規定が適用される者の場合は、これらの規定により算定した額（この額に1円未満の端数がある場合において、その端数金額が50銭未満であるときは、これを切り捨て、その端数金額が50銭以上であるときは、これを切り上げた額）を記載する。

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

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

(オ) 健康保険および国民健康保険において、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合は減額割合を記載して「割」の文字を○で囲み、「円」単位で減額される場合は減額後の一部負担金の金額を記載して「円」の文字を○で囲む。

また、負担額が免除される場合は「免除」の文字を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の文字を○で囲む。

- (カ) 後期高齢者医療において、高齢者医療確保法第 69 条第 1 項の規定に基づき広域連合長から一部負担金の減額を受けた者の場合は、「割」の単位で減額される場合は減額割合を記載して「割」の文字を○で囲み、「円」単位で減額される場合は減額後の一部負担金の金額を記載して「円」を○で囲む。また、負担額が免除される場合は「免除」の文字を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の文字を○で囲む。

(35) 「公費分点数」欄について

「請求」の項は、第 1 公費に係る合計点数を記載する。なお、第 2 公費に係る合計点数がある場合は、括弧書きで記載する。ただし、第 1 公費に係る合計点数が医療保険に係るものと同じ場合は、第 1 公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えない。

また、第 2 公費がある場合において、当該第 2 公費に係る合計点数が第 1 公費に係る合計点数と同じ場合は、第 2 公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えない。

(36) 「患者負担額（公費）」欄について

医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合で、「一部負担金」の項に金額を記載するもの場合は (34) のイの (ア) により記載した額を、金額の記載を要しないもの場合は 10 円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載する。なお、後期高齢者医療または医療保険（高齢受給者に係るものに限る）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合に限る）および医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証もしくは限度額適用・標準負担額減額認定証の提示または限度額適用認定証情報もしくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る）と感染症法との併用の場合は、一部負担金から同負担金のうち当該公費負担医療が給付する額を控除した額（即ち、窓口で徴収した額）を記載する。

また、障害者総合支援法による精神通院医療等、児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援、肢体不自由児通所医療および障害児入所医療ならびに難病法による特定医療に係る患者の負担額は、10 円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載し、後期高齢者医療または医療保険（高齢受給者に係るものに限る）と障害者総合支援法による精神通院医療等、児童福祉法による肢体不自由児通所医療および障害児入所医療ならびに難病法による特定医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合に限る）に 10 円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載する。ただし、後期高齢者医療または医療保険（高齢受給者に係るものに限る）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合を除く）および医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証もしくは限度額適用・標準負担額減額認定証の提示または限度額適用認定証情報もしくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合には、当該公費に係る負担額は「患者負担額（公費）」欄への記載は要しない。

高齢受給者の一般所得者および低所得者であって、難病法による特定医療、特定疾患治療研究事業または肝炎治療特別促進事業に係る公費負担医療受給者は、医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を記載する。ただし、当該公費負担医療の給付対象額の 2 割相当の額が、当該医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、当該 2 割相当の額（「一部負担金額」の項に金額を記載するものは 10 円未満の端数を四捨五入した後の額を、金額の記載を要しないものは 10 円未満の端数を四捨五入する前の額）を記載する。

(37) その他

ア 歯科の入院に係る費用の請求に当たっては、原則として医科入院の明細書を使用する。

この場合、当該明細書の「保険種別 1」欄の左の欄の「1 医科」を「3 歯科」と訂正する。

また、その記載に当たっては、医科の記載要領に準拠して記載し、「歯冠修復及び欠損補綴」等歯科独自の診療行為は「摘要」欄に診療行為名、点数および必要事項を記載する。

イ 「処置・手術」等のうち、該当する記載欄を設けていないが頻度の高いものは、「処置・手術」等の「その他」欄にあらかじめ印刷しても差し支えない。

ウ 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は、「特記事項」欄に「施」と表示する。なお、同月内に同患者につき、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し「摘要」欄に記載する。
- エ 公費負担医療のみの場合において、請求点数を後期高齢者医療の診療報酬点数表による場合は、「特記事項」欄に「後保」と表示する。
- オ 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出また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号または同項第2号に規定する金額を超えた場合は、「特記事項」欄に、それぞれ「長」または「長2」と記載する。ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出または特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に健康保険法施行令第42条第6項第1号または同項第2号に規定する金額を超えて受領している場合で現物給付化することが困難な場合を除く。
- カ 患者の疾病または負傷が交通事故等第三者の不法行為によって生じたと認められる場合は、「特記事項」欄に「第三」と記載する。なお、「交」等従来行われていた記載も差し支えない。
- キ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第5号、第7号または第8号に規定する医療機器を使用または支給した場合は、Ⅱの第3の2の(26)のケの例により「摘要」欄に「器評」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載する。厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第5号に規定する体外診断用医薬品を使用または支給した場合は、Ⅱの第3の2の(26)のケの例により「摘要」欄に「体評」と記載し、当該体外診断用医薬品名を他の診療報酬請求項目と区別して記載すること。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12号に規定する医療機器を使用または支給した場合は、Ⅱの第3の2の(26)のケの例により「摘要」欄に「器選」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。
- ク 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は、「特記事項」欄に「先進」と記載し、先進医療の名称および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。
- ケ 「制限回数を超えて行う診療」に係る診療報酬の請求は、「特記事項」欄に「制超」と記載する。
また、実施したりハビリテーションごとに、「摘要」欄に「リハ選」と記載し、併せて「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金および回数を記載する。
- コ 自己負担限度額特例対象被扶養者等は、「特記事項」欄に「高半」と記載する。
- サ 高齢者医療確保法第50条第2号に該当する者(65歳から75歳未満の者であって、後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者)が75歳に到達した月に療養を受けた場合(自己負担限度額が1/2とならない場合)は、「摘要」欄に「障害」と記載する。
- シ 電子情報処理組織の使用による請求または光ディスク等を用いた請求により療養の給付等の請求を行う場合は、請求する各点数の算定日ごとに回数を記録して請求し、各規定により「摘要」欄に算定日(初回算定日および前回算定日等の当該請求月以外の算定日を除く)を記載する点数は、その記録を省略しても差し支えない。ただし、平成24年3月診療以前分は、「摘要」欄に算定日を記載する点数の各規定に従い、「摘要」欄に算定日を記載する。
- ス 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第5号の2または第7号の2に規定する再生医療等製品を使用または支給した場合は、「摘要」欄に「加評」と記載し、当該再生医療等製品名を他の再生医療等製品と区別して記載すること。
- セ 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額83万円以上(国民健康保険にあっては、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)であるもの)が提示もしくは限度額適用認定証情報が提供された場合または「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」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証もしくは小児慢性特定疾病医療受給者証(適用区分が(ア)であるもの)が提示された場合(特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く)、または70歳以上の場合であって、「標準報酬月額83万円以上(国民健康保険およ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」の高齢受給者証もしくは後期高齢者医療被保険者証(一部負担金の割合(3割))の提示のみもしくは高齢受給者証情報もしくは後期高齢者医療被保険者証情報の提供のみの場合または「標準報酬月額83万円以上(国民健康保険およ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もしくは特定疾患医療受給者証が提示された場合(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）を除く）には、「特記事項」欄に「区ア」と記載すること。
- ソ 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険および退職者医療にあっては、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）であるもの）が提示もしくは限度額適用認定証情報が提供された場合または「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」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証もしくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（イ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く）、または70歳以上の場合であって、「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険およ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または現役Ⅱ））が提示もしくは限度額適用認定証情報が提供された場合または「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険およ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もしくは特定疾患医療受給者証が提示された場合（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）を除く）には、「特記事項」欄に「区イ」と記載すること。
- タ 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険にあっては、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）であるもの）が提示もしくは限度額適用認定証情報が提供された場合または「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」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証もしくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く）、または70歳以上の場合であって、「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険およ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または現役Ⅰ））が提示もしくは限度額適用認定証情報が提供された場合または「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険およ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もしくは特定疾患医療受給者証が提示された場合（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）を除く）には、「特記事項」欄に「区ウ」と記載すること。
- チ 70歳未満の場合であって、「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）であるもの）が提示もしくは限度額適用認定証情報が提供された場合または「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もしくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く）、または70歳以上の場合であって、「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））の提示のみもしくは高齢受給者証情報の提供のみの場合または「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もしくは肝がん・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）を除く）には、「特記事項」欄に「区エ」と記載すること。
- ツ 70歳未満の場合であって、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証もしくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ）であるもの）が提示もしくは限度額適用認定証情報もしくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合または「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証もしくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く）、または70歳以上の場合であって、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証または限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（ⅠまたはⅡ））が提示もしくは限度額適用認定証情報もしくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合または「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰまたは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もしくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区オ」と記載すること。

- テ 70歳未満において「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または小児慢性特定疾病医療受給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、または70歳以上において「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険およ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または特定疾患医療受給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）には、「特記事項」欄に「多ア」と記載すること。
- ト 70歳未満において「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または小児慢性特定疾病医療受給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、または70歳以上において「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険およ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または特定疾患医療受給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）には、「特記事項」欄に「多イ」と記載すること。
- ナ 70歳未満において「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険および退職者医療にあっては、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または小児慢性特定疾病医療受給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、または70歳以上において「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険およ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または特定疾患医療受給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）には、「特記事項」欄に「多ウ」と記載すること。
- ニ 70歳未満において「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または肝がん・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、または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または肝がん・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）には、「特記事項」欄に「多エ」と記載すること。
- ヌ 70歳未満において「低所得者の世帯」の適用区分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または肝がん・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には、「特記事項」欄に「多オ」と記載すること。
- ネ 後期高齢者医療において「課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円以上（後期高齢者が2人以上の世帯の場合は320万円以上）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（2割））が提示もしくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く）、または「課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円以上（後期高齢者が2人以上の世帯の場合は320万円以上）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（2割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証もしくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示もしくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証もしくは肝がん・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）を除く）には、「特記事項」欄に「区カ」と記載すること。
- ノ 後期高齢者医療において「課税所得28万円未満（「低所得者の世帯」を除く）もしくは課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円未満（後期高齢者が2人以上の世帯の場合は320万円未満）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（1割））が提示もしくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く）、または「課税所得28万円未満（「低所得者の世帯」を除く）もしくは課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他

- の合計所得金額が単身世帯で200万円未満（後期高齢者が2人以上の世帯の場合は320万円未満）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（1割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証，特定疾患医療受給者証もしくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示もしくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証，特定疾患医療受給者証もしくは肝がん・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）を除く）には，「特記事項」欄に「区キ」と記載すること。
- ハ 後期高齢者医療において「課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円以上（後期高齢者が2人以上の世帯の場合は320万円以上）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（2割））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もしくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示または後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証，特定疾患医療受給者証もしくは肝がん・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）には，「特記事項」欄に「多カ」と記載すること。
- ヒ 後期高齢者医療において「課税所得28万円未満（「低所得者の世帯」を除く）もしくは課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円未満（後期高齢者が2人以上の世帯の場合は320万円未満）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（1割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証，特定疾患医療受給者証もしくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示または後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証，特定疾患医療受給者証もしくは肝がん・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）には，「特記事項」欄に「多キ」と記載すること。
- ※ ネからヒまでについては，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ってはチおよびニに従い，従前どおり「区エ」および「多エ」を使用されたい。
- フ 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または診療所において行われるものに限る）を実施した場合には，「特記事項」欄に「申出」と記載するとともに，当該療養の名称およ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。
- ヘ 医療法第30条の13に規定する病床機能報告制度において，医療法施行規則第30条の33の6第1項に規定するレセプト情報による方法の場合であって，病棟情報を電子レセプトに記録する場合は，「病床機能報告制度に関する電子レセプトへの病棟情報の記録の通年化について」によること。

◎別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（歯科）

項番	診療行為名称等	記載事項
1	—	請求に際して、特に説明が必要と判断される内容は、簡潔に記載すること。
2	—	医科点数表の例により算定することと告示された項目については、医科の記載要領の別表Ⅰに準じて記載すること。
3	初診料	<p>(健康診断の結果に基づき治療を開始する場合において、初診料を算定しない場合) 健康診断の結果に基づき治療を開始した旨を記載すること。</p> <p>(歯科疾患管理料を算定した患者について、再度初診料を算定する場合) 当該患者の前回治療年月日を記載すること。 なお、治療終了後2月以内に、予想しなかった外傷等により当初の管理計画の対象となっていた疾患とは異なる疾病が生じたことにより初診料を算定する場合は、その理由を記載すること。</p>
4	初診料 歯科診療特別対応連携加算	当該患者の紹介元保険医療機関名を記載すること。
5	初診料 歯科診療特別対応地域支援加算	当該患者の紹介元保険医療機関名を記載すること。
6	初診料 歯科診療特別対応加算 1, 2	<p>(感染症患者に対して歯科診療特別対応加算 1 または 2 を算定した場合) 患者の病名を選択して記載すること。</p> <p>(ア) 狂犬病 (イ) 鳥インフルエンザ (特定鳥インフルエンザを除く) (ウ) エムボックス (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り) (オ) 腎症候性出血熱 (カ) ニパウイルス感染症 (キ) ハンタウイルス肺症候群 (ク) ヘンドラウイルス感染症 (ケ) インフルエンザ (鳥インフルエンザおよび新型インフルエンザ等感染症を除く) (コ) 後天性免疫不全症候群 (ニューモシスチス肺炎に限る) (サ) 麻しん (シ) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症 (ス) RS ウイルス感染症 (セ) カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症 (ソ) 感染性胃腸炎 (病原体がノロウイルスであるものに限り) (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り) (チ) 新型コロナウイルス感染症 (ツ) 侵襲性髄膜炎菌感染症 (テ) 水痘 (ト) 先天性風しん症候群 (ナ) バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症 (ニ) バンコマイシン耐性腸球菌感染症 (ヌ) 百日咳 (ネ) 風しん (ノ) ペニシリン耐性肺炎球菌感染症 (ハ) 無菌性髄膜炎 (病原体がバルボウイルス B19 によるものに限り) (ヒ) 薬剤耐性アシネトバクター感染症 (フ) 薬剤耐性緑膿菌感染症 (ヘ) 流行性耳下腺炎 (ホ) 感染症法第 6 条第 3 項に規定する二類感染症</p>
7-2	初診料 歯科診療特別対応加算 1, 2 および 3	診療時間を記載すること。【紙】
8	再診料 (同日再診) (同日電話再診)	<p>(同日に 2 回以上の再診 (電話等再診を含む) がある場合) 同日再診, 同日電話再診のうち該当するものを記載すること。【紙】</p> <p>同日再診 同日病再診 同日再診 (未届出) 同日電話等再診 同日電話等病再診 同日電話等再診 (未届出) 同日再診料 (診療所) (情報通信機器を用いた場合) 同日再診料 (診療所・未届出) (情報通信機器を用いた場合) 同日再診料 (病院) (情報通信機器を用いた場合)</p>
9	再診料 (電話再診)	<p>電話再診に係る再診料の回数を記載すること (再掲)。【紙】</p> <p>電話等再診 電話等病再診 電話等再診 (未届出) 同日電話等再診 同日電話等病再診 同日電話等再診 (未届出)</p>
10	再診料 歯科診療特別対応加算 1, 2	<p>(感染症患者に対して歯科診療特別対応加算を算定した場合) 患者の病名を記載すること。 ※項番 6 と同様</p>
11-2	再診料 歯科診療特別対応加算 1, 2 および 3	診療時間を記載すること。【紙】
12	再診料 情報通信機器を用いた診療	<p>特に情報通信機器を用いた歯科診療が必要な患者の状態を選択して記載すること。 なお、複数の状態に該当する場合は、該当する状態を全て記載すること。</p> <p>イ 新型インフルエンザ等感染症等の発生時であって、保険医療機関での対面での診療が困難な状況において、歯科診療を必要とする患者 ロ B000-4-2 に掲げる小児口腔機能管理料の「注 5」又は B000-4-3 に掲げる口腔機能管理料の「注 5」に規定する患者 ハ B002 に掲げる歯科特定疾患療養管理料の (2) のロ及びトに規定する患者</p>

※ 「記載事項」欄における (括弧書) は、該当する場合に記載する事項であること。

※ 「記載事項」欄に【紙】と記したものは、紙レセのみ記載すること。

※ 「レセプト電算処理システム用コード」および「左記コードによるレセプト表示文言」は一部茶文字で記したものを除き割愛した。

項番	診療行為名称等	記載事項
13	医学管理等	がん性疼痛緩和指導管理料, がん患者指導管理料, 入院栄養食事指導料, 外来緩和ケア管理料, 外来リハビリテーション診療料, 外来放射線照射診療料, 外来腫瘍化学療法診療料, 介護支援等連携指導料, がん治療連携計画策定料, がん治療連携指導料, がん治療連携管理料, こころの連携指導料(1), 退院時共同指導料1, 退院時共同指導料2, 退院時薬剤情報管理指導料, がんゲノムプロファイリング評価提供料, 傷病手当金意見書交付料および医療機器安全管理料は, 全体の「その他」欄に当該項目を記載すること。【紙】
14	歯科疾患管理料 総合医療管理加算	主病に係る治療を行っている紹介元保険医療機関名を記載すること。
15	周術期等口腔機能管理計画策定料	(手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づく場合) 依頼元保険医療機関名を記載すること。
16	周術期等口腔機能管理料(Ⅰ) 周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)	手術の実施年月日または予定年月日を記載すること。 (「1 手術前」の算定がなく、「2 手術後」の算定がある場合) 脳卒中等による緊急手術を実施した患者に対して術後早期に口腔機能管理の依頼を受けた旨を記載すること。
17	周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)	がん等に係る放射線治療または化学療法の実施年月日または予定年月日を記載すること。 緩和ケアの場合はその旨を記載すること。 集中治療室での治療後の一連の治療を実施している患者の場合はその旨を記載すること。 (長期管理加算を算定する場合) 周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載すること。
18	周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)	がん等に係る放射線治療または化学療法の実施年月日または予定年月日を記載すること。 緩和ケアの場合はその旨を記載すること。 集中治療室での治療またはその後の一連の治療を実施している患者の場合はその旨を記載すること。 (長期管理加算を算定する場合) 周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載すること。
19	回復期等口腔機能管理計画策定料	(リハビリテーション等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づく場合) 依頼元保険医療機関名を記載すること。
20	歯科特定疾患療養管理料 共同療養指導計画加算	共同療養指導計画の策定に関わった患者の主治医(歯科特定疾患療養管理料の「注1」に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に係るものに限る)の保険医療機関名を記載すること。
21	特定薬剤治療管理料	全体の「その他」欄に初回の算定年月を記載すること。なお, 4月目以降の特定薬剤治療管理料は, 初回の算定年月の記載を省略して差し支えない。
22	悪性腫瘍特異物質治療管理料	実施した腫瘍マーカーの検査名を記載すること。
23	歯科治療時医療管理料	当該管理の対象となる医科の主病名を記載すること。 (在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料, 歯周病安定期治療を算定している場合(歯周病安定期治療を算定した日を除く)) 当該管理料の要件に該当する患者であって, 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料, 歯周病安定期治療の包括範囲に含まれ個別の算定ができない項目に該当する処置を行った日に当該管理料を算定する場合は, 実際に行った処置の項目を記載すること。 (歯科治療時医療管理料の「注1」に掲げる処置等を開始し, 必要な医学管理を行っている際に, 患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止し処置等の算定を行わなかった場合) 患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止し処置等の算定を行わなかった旨を記載すること。
24	開放型病院共同指導料(Ⅰ)	入院日を記載すること。
25	歯科遠隔連携診療料	連携先の保険医療機関名を記載すること。
26	退院前訪問指導料	(退院前訪問指導料を2回算定する場合) それぞれの訪問指導日を記載すること。
27	薬剤管理指導料1(特に安全管理が必要な医薬品が投薬または注射されている患者に対して行う場合)	指導日および薬剤名を記載すること。 ※指導日は【紙】

項番	診療行為名称等	記載事項
28	薬剤管理指導料 2 (1の患者以外の患者に対して行う場合)	指導日を記載すること。【紙】
29	薬剤管理指導料 麻薬管理指導加算	指導日を記載すること。
30	薬剤総合評価調整管理料	(当該保険医療機関および他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合) 当該他の保険医療機関名および各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を記載すること。
31	診療情報提供料 (I)	(保険医療機関以外の機関へ情報提供した場合) 情報提供先を記載すること。
32	診療情報提供料 (I) 退院患者の紹介加算	退院日を記載すること。
33	診療情報提供料 (I) 検査・画像情報提供加算イ	退院日を記載すること。
34	診療情報等連携共有料	(診療情報等連携共有料 1 を算定する場合) 連携先の保険医療機関名または保険薬局名を記載すること。 (診療情報等連携共有料 2 を算定する場合) 依頼元保険医療機関名を記載すること。
35	連携強化診療情報提供料	(妊娠中の場合) 妊娠中である旨を記載すること。
36	退院時薬剤情報管理指導料	退院日を記載すること。
37	傷病手当金意見書交付料	全体の「その他」欄に交付年月日を記載すること。 (当該月前に受療した傷病について傷病手当金意見書の交付のみの求めがあった場合) 当該意見書の対象となった傷病名およびその傷病の診察開始年月日を「傷病名部位」欄および「診療開始日」欄にそれぞれ記載すること。【紙】
38	新製有床義歯管理料	(「傷病名部位」欄に記載した欠損部位と装着部位が異なる場合) 装着部位を記載すること。
39	退院時共同指導料 1	全体の「その他」欄に患者が入院している保険医療機関名を記載。なお、2回目の当該退院時共同指導料は、全体の「その他」欄に別に厚生労働大臣が定める疾病のうち、該当する病名を記載すること。なお、1回目の場合は1回目と記載すること。
40	退院時共同指導料 2	全体の「その他」欄に当該指導を共同して行った保険医療機関名、共同指導に参画した者の職種および指導年月日を記載すること。
41	歯科訪問診療料	訪問診療を行った日付、実施時刻(開始時刻と終了時刻)、訪問先名(記載例:自宅、○マンション、介護老人保健施設××苑)および患者の状態を記載すること。 なお、歯科訪問診療料の留意事項通知(9)に該当し、歯科訪問診療2または歯科訪問診療3を所定点数により算定した場合はその理由を記載すること。
42	歯科訪問診療料 患家診療時間加算／歯科診療特別対応加算／緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算また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、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算または深夜歯科訪問診療加算がある場合) 全体の「その他」欄に患家診療時間加算、歯科診療特別対応加算、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算または深夜歯科訪問診療加算であることを記載すること。【紙】
43	歯科訪問診療料 地域医療連携体制加算	地域医療連携体制加算である旨および連携保険医療機関名を記載すること。
44	歯科訪問診療料 特別歯科訪問診療料	滞在時間(島に上陸したときから離島するまでの時間)を記載すること。【紙】
45	歯科訪問診療料 歯科訪問診療移行加算	当該保険医療機関の外来を最後に受診した年月日を記載すること。
46	歯科訪問診療料 通信画像情報活用加算	歯科医師が口腔内を観察した際の訪問歯科衛生指導料(歯科衛生士等が行う場合)、居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)または介護予防居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)を算定した年月日を記載すること。
47	訪問歯科衛生指導料	訪問歯科衛生指導を行った日付および指導の実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。

項番	診療行為名称等	記載事項
47	訪問歯科衛生指導料	<p>単一建物診療患者が2人以上の場合には「摘要」欄にその人数を記載すること。</p> <p>1つの患家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、保険医療機関が訪問歯科衛生指導料を算定する者の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戸未満で当該保険医療機関が訪問歯科衛生指導料を算定する者が2人以下の場合またはユニット数が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訪問歯科衛生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は、「摘要」欄に、「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「訪問歯科衛生指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で訪問歯科衛生指導料を算定する者が2人以下」または「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。</p> <p>(訪問歯科衛生指導料と月に歯科訪問診療料がない場合) 直近の歯科訪問診療料の算定年月日を記載すること。</p> <p>緩和ケアの場合はその旨を記載すること。</p>
48	歯科疾患在宅療養管理料	<p>(「居宅療養管理指導費」の「歯科医師が行う場合」または「介護予防居宅療養管理指導費」の「歯科医師が行う場合」を算定した場合) 該当するものを選択し、算定年月日を記載すること。</p> <p>(居宅療養管理指導費または介護予防居宅療養管理指導費を算定した場合に、歯科疾患在宅療養管理料を算定したものとみなす場合) 居宅療養管理指導費または介護予防居宅療養管理指導費を算定していない月に、歯科疾患在宅療養管理料の算定が必要な区分を算定する場合は、居宅療養管理指導費または介護予防居宅療養管理指導費を選択し直近の算定年月日を記載すること。</p>
49	歯科疾患在宅療養管理料 在宅総合医療管理加算／在宅歯科医療連携加算1／在宅歯科医療連携加算2	<p>(在宅総合医療管理加算を算定した場合) 在宅総合医療管理加算については、主病に係る治療を行っている紹介元保険医療機関名を記載すること。</p> <p>(在宅歯科医療連携加算1または2を算定した場合) 提供元の保険医療機関または介護保険施設等の名称を記載すること。</p>
50	在宅患者歯科治療時医療管理料	<p>当該管理の対象となる医科の主病名を記載すること。</p> <p>(在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、歯周病安定期治療を算定している場合(歯周病安定期治療を算定した日を除く)) 当該管理料の要件に該当する患者であって、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、歯周病安定期治療の包括範囲に含まれ個別の算定ができない項目に該当する処置を行った日に当該管理料を算定する場合は、実際に行った処置の項目を記載すること。</p> <p>(歯科治療時医療管理料の「注1」に掲げる処置等を開始し、必要な医学管理を行っている際に、患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止し処置等の算定を行わなかった場合) 患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止し処置等の算定を行わなかった旨を記載すること。</p>
51	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 在宅歯科医療連携加算1／在宅歯科医療連携加算2	<p>当該管理の実施日および実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。</p> <p>(在宅歯科医療連携加算1または2を算定した場合) 提供元の保険医療機関または介護保険施設等の名称を記載すること。</p>
52	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	<p>当該管理の実施日および実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。</p> <p>(小児在宅歯科医療連携加算1または2を算定した場合) 提供元の保険医療機関または障害児入所施設等の名称を記載すること。</p>
53	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料	<p>(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1を算定する場合) 連携先の保険医療機関の名称およびカンファレンス等に参加した年月日を記載すること。</p> <p>(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2を算定する場合) 介護保険施設等の名称およびカンファレンス等に参加した年月日を記載すること。</p> <p>(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3を算定する場合) 障害児入所施設等の名称およびカンファレンス等に参加した年月日を記載すること。</p>
54	退院前在宅療養指導管理料	<p>(退院前在宅療養指導管理に用いる薬剤または特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く)) 薬剤の総点数、所定単位あたりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称およびセット数等を記載すること。【紙】</p>

項番	診療行為名称等	記載事項
55	在宅麻薬等注射指導管理料	(在宅悪性腫瘍等患者の療養に用いる薬剤または特定保険医療材料を支給した場合(院外処方の場合を除く)) 薬剤の総点数, 所定単位あたりの薬剤名, 支給量, 特定保険医療材料の総点数, 名称およびセット数等を記載すること。【紙】
56	在宅患者連携指導料	全体の「その他」欄に当該指導に係る情報共有先の保険医療機関名または保険薬局名, 訪問看護ステーション名および当該指導を行った年月日を記載すること。
57	在宅患者緊急時等カンファレンス料	全体の「その他」欄に訪問先, 当該カンファレンスに参加した保険医療機関名または保険薬局名, 訪問看護ステーション名, 当該カンファレンスを行った日および当該指導日を記載すること。
58	検査	(記載欄が示されていない各種の検査を行った場合) X線・検査の「その他」欄に検査の名称を記載すること。【紙】
59	歯周病部分的再評価検査	X線・検査の「その他」欄に部位を記載すること。
60	口腔細菌定量検査 2	前回の算定年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。
61	顎運動関連検査	実施した検査名として, X線・検査の「その他」欄にMMG, ChB, GoA, Ptgのうち該当するものを記載すること。 (少数歯欠損症例において, 顎運動関連検査を実施し, 当該検査に係る費用を算定する場合)患者の咬合状態等当該検査の必要性を記載すること。
62	歯冠補綴時色調採得検査	それぞれの検査ごとに検査対象となった歯冠補綴物の部位を記載すること。なお, 「傷病名部位」欄の記載から当該検査を行った部位が明らかに特定できる場合は, 記載を省略して差し支えない。
63	有床義歯咀嚼機能検査	(新製有床義歯装着日より前に算定する場合で傷病名の部位から新製有床義歯管理料の「困難な場合」に準じる状態であると判断できない場合) 有床義歯咀嚼機能検査を開始する時に, 有床義歯咀嚼機能検査の留意事項通知(9)のイからホまでのうち該当するものを選択して記載すること。 イ 義管の「2 困難な場合」に準じる場合 ロ PAPを装着する場合 ハ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術の(5)に準じる場合 ニ 左右第二大臼歯を含む臼歯が4歯以上欠損している場合 ホ 口蓋補綴, 顎補綴を装着する場合 (新製有床義歯装着日より後に算定する場合) 新製有床義歯装着日より前に行った有床義歯咀嚼機能検査を算定した年月および新製有床義歯等を装着した年月を記載すること。
64	咀嚼能力検査 1	前回の算定年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。
65	咀嚼能力検査 2	手術前である旨または手術後の直近の算定年月を記載すること。
66	咬合圧検査 1	前回の算定年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。
67	咬合圧検査 2	手術前である旨または手術後の直近の算定年月を記載すること。
68	舌圧検査	舌圧検査にあたって, 該当する患者の状態を選択して記載すること。 口腔機能の低下が疑われる場合 PAPを装着する場合または予定している場合 広範囲顎骨支持型装置埋入手術の対象となる場合 口蓋補綴, 顎補綴を装着する場合 口腔機能の発達不全が疑われる場合
69	薬剤(検査)	(検査にあたって薬剤を使用した場合) 薬剤名および使用量を記載すること。
70	画像診断	(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) X線・検査の「その他」欄に使用フィルムの種類を記載すること。【紙】 (新生児, 3歳未満の乳幼児または3歳以上6歳未満の幼児に対する加算を算定した場合) 「X線・検査」欄のそれぞれの項の記載要領にかかわらずX線・検査の「その他」欄に画像診断の種類を記載すること。【紙】 (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, 全顎撮影(デジタル撮影), 歯科エックス線撮影の全顎撮影以外(デジタル撮影), 歯科パノラマ断層撮影(デジタル撮影), 歯科用3次元エックス線断層撮影および歯科部分パノラマ断層撮影以外の画像診断を行った場合) X線・検査の「その他」欄に画像診断の種類を記載すること。【紙】

項番	診療行為名称等	記載事項
71	時間外緊急院内画像診断加算	撮影開始日時を記載すること。 (引き続き入院した場合) 上記に加え、引き続き入院した旨を記載すること。
72	基本的エックス線診断料	X線・検査の「その他」欄に入院日数および点数を次の例により記載すること。 〔記載例〕「基工」(15日) 825
73	造影剤	(画像診断にあたって薬剤を使用した場合) 薬剤名および使用量を記載すること。【紙】
74	投薬	使用薬剤の医薬品名、規格・単位(%, mL または mg 等) および使用量を記載。ただし、届出保険医療機関は、薬剤料に掲げる所定単位の薬価が175円以下の場合、使用薬剤の医薬品名・使用量等の記載は不要とする。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。【紙】 (常態として内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を点数の合計の90/100に相当する点数で算定した場合) 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または算定点数から点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載すること。【紙】 (厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第4号または第1条第6号に係る医薬品を投与した場合) 当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。【紙】 (入院患者に対し退院時に投薬を行った場合) 「投薬・注射」欄の余白に「退院時 日分投薬」と記載すること。 (入院時食事療養費に係る食事療養また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または入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤を投与した場合) 「摘要」欄の余白に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) (長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲において、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬および外用薬であって14日を超えて投与した場合) 当該長期投与の理由を記載すること。
75	処方箋料	(万一緊急やむを得ない事態が生じ、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院外処方箋により投薬した場合) 日付および理由を記載すること。
76	注射	(皮内、皮下および筋肉内注射または静脈内注射のその他の注射を行った場合) 全体の「その他」欄に注射の種類、その内訳は、「摘要」欄に注射の種類、所定単位あたりの使用薬剤の薬名、使用量および回数等を記載すること。【紙】 (その他の注射を行った場合) 全体の「その他」欄に注射の種類、その内訳は、「摘要」欄に注射の種類、所定単位あたりの使用薬剤の薬名、使用量および回数等を記載すること。【紙】
77	点滴注射 血漿成分製剤加算	1回目の注射の実施日を記載すること。
78	中心静脈注射 血漿成分製剤加算	1回目の注射の実施日を記載すること。
79	薬剤(注射)	使用薬剤の医薬品名、規格・単位(%, mL または mg 等) および使用量を記載すること。ただし、届出保険医療機関は、注射のうち皮内、皮下および筋肉内注射または静脈注射であって入院中の患者以外の患者に対するものにあつては1回あたりの、それ以外の注射にあつては1日あたりの薬価がそれぞれ175円以下の場合、使用薬剤の医薬品名・使用量等の記載は不要とする。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。【紙】 (注射の手技料を包括する点数を算定するにあたって、併せて当該注射に係る薬剤料を算定する場合) 「投薬・注射」欄および「摘要」欄に同様に記載すること。【紙】

項番	診療行為名称等	記載事項
80	リハビリテーション	<p>(「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーションを行った場合)</p> <p>次の例により、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および回数を他のリハビリテーションと区別して記載すること。</p> <p>〔記載例〕</p> <p>脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)イ 200×18 実施日数3日 (リハ選) 脳血管疾患等リハビリテーション料 2,000円×1</p>
81	摂食機能療法	摂食機能療法の実施日、実施時刻(開始時刻と終了時刻)等を記載すること。
82	摂食機能療法 摂食嚥下機能回復体制加算	連携している医師名を記載すること。
83	処置	(該当する記載欄を設けていない場合および該当欄に記載しきれない場合) 処置・手術の「その他」欄に当該処置の名称を記載すること。【紙】
84	処置 時間外加算／休日加算／深夜加算	(処置の通則「6」の規定により時間外加算(時間外加算の特例を含む)、休日加算または深夜加算を算定した場合) 処置・手術の「その他」欄に処置名および加算の種類を記載すること。【紙】
85	処置 乳幼児加算	(当月中に6歳を迎え、加算した点数と加算しない点数が混在する場合) 記載欄に加算した点数および回数を記載し、処置・手術の「その他」欄に加算しない点数および回数を名称を付して記載して差し支えない。【紙】
86	咬合調整	咬合調整の留意事項通知(1)のイからホまでのいずれに該当するかを記載すること。 イ 一次性咬合性外傷の場合 ロ 二次性咬合性外傷の場合 ハ 歯冠形態修正の場合 ニ レスト製作の場合 ホ 第13部 歯科矯正に伴うディスクングの場合
87	感染根管処置	<p>(拔牙を前提として急性症状の消退を図ることを目的として根管拡大を行った場合) 処置・手術の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」の記載から当該処置を行った部位が明らかに特定できる場合は、処置・手術の「その他」欄への部位の記載を省略して差し支えない。</p> <p>(同一初診期間内に再度の感染根管処置が必要になった場合) 前回の感染根管処置に係る歯冠修復が完了した年月日を記載すること。</p>
88	根管貼薬処置	<p>(同一歯に対して初回の根管貼薬処置を実施した日の属する月から起算して6月を超えて治療を継続して処置を行う場合) 当該歯の状態および初回の根管貼薬処置を行った年月を記載すること。</p> <p>(拔牙を前提とした消炎のための根管貼薬処置を行った場合) 処置・手術の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」の記載から当該処置を行った部位が明らかに特定できる場合は、処置・手術の「その他」欄への部位の記載を省略して差し支えない。</p>
89	根管充填	(暫間根管充填または暫間根管充填後に根管充填を行う場合) 暫間根管充填または暫間根管充填後に根管充填を行う旨を記載すること。
90	加圧根管充填処置	<p>(加圧根管充填後の歯科エックス線撮影において、妊娠中であり、エックス線撮影に同意が得られない場合) 妊娠中であり、エックス線撮影に同意が得られない旨を記載すること。</p> <p>(加圧根管充填処置と異日にエックス線撮影を行い根管充填の状態を確認した場合) 特別な理由を記載すること。</p>
91	加圧根管充填処置 手術用顕微鏡加算	(手術用顕微鏡加算において、連携する保険医療機関にて歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した場合) 撮影した保険医療機関名を記載すること。
92	ハイフローセラピー	動脈血酸素分圧または経皮的酸素飽和度の測定結果を記載する。
93	歯周病処置	<p>処置・手術の「その他」欄に部位および使用した薬剤の名称を記載すること。なお、特定薬剤を算定した場合は、部位のみを記載すること。 ※医薬品名は【紙】</p> <p>(糖尿病を有する患者に対して、スケーリング・ルートプレーニングと並行して歯周病処置を行う場合) 初回の年月日および紹介元保険医療機関名を記載。</p>

項番	診療行為名称等	記載事項
94	歯周病安定期治療	<p>前回の歯周病安定期治療または歯周病重症化予防治療の実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載すること。</p> <p>(歯周病安定期治療の治療間隔が3月以内の場合) 治療間隔が3月以内になった理由の要点として、歯周病安定期治療の留意事項通知（3）のイからホまでに規定するものの中から該当するものを記載すること。なお、ロまたはニを選択した場合は、別途、詳細な理由（全身的な疾患の状態を含む）を記載すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 歯周外科手術を実施した場合 ロ 全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合 ハ 糖尿病の状態により、歯周病が重症化するおそれのある場合 ニ 全身的な疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合 ホ 侵襲性歯周炎の場合
95	歯周病安定期治療 ハイリスク患者加算	<p>(糖尿病の病態によって歯周病の重症化を引き起こすおそれのある患者に対して、歯周病安定期治療を行う場合) 初回の年月日および紹介元保険医療機関名を記載。</p>
96	歯周病重症化予防治療	前回の歯周病安定期治療または歯周病重症化予防治療の実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）およびSPTからP重防に移行した年月を記載すること。
97	暫間固定	固定を行った部位（固定源となる歯を含めない）およびその方法を記載し、暫間固定の前回実施年月日（1回目の場合は1回目と記載する）および歯周外科手術の予定の有無を記載すること。なお、歯周外科手術後の暫間固定を行う場合については、歯周外科手術の予定に関する記載は不要であり、手術後1回目の場合は術後1回目と記載し、2回目以降は前回実施年月日を記載する。
98	口腔内装置	<p>口腔内装置の留意事項通知（1）のイからヌまでに規定するものの中から該当するものを記載すること。なお、トを選択した場合は手術の予定日および手術を行う保険医療機関名を記載すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 顎関節治療用装置 ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置 ハ 顎間固定用に歯科用ベースプレートをを用いた床 ニ 出血創の保護と圧迫止血を目的としてレジン等で製作した床 ホ 手術に当たり製作したサージカルガイドプレート ヘ 腫瘍等による顎骨切除後、手術創（開放創）の保護等を目的として製作するオプチュレーター ト 気管内挿管時の歯の保護等を目的として製作した口腔内装置 チ 不随意運動等による咬傷を繰り返す患者に対して、口腔粘膜等の保護を目的として製作する口腔内装置 リ 放射線治療に用いる口腔内装置 ス 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置（日常生活時の外傷歯の保護を目的とするもの） ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置（運動時の外傷歯の保護を目的とするもの） <p>(ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置を算定する場合) 当該外傷の受傷年月日を記載すること。</p> <p>(口腔内装置の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合) 「令和 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に装着物の種類、装着予定年月日および装着できなくなった理由を記載すること。</p>
99	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置	<p>紹介元保険医療機関名を記載すること。（医科歯科併設の病院であって院内紹介を受けた場合は、院内紹介元の担当科名を記載）</p> <p>(睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合) 「令和 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に装着物の種類、装着予定年月日および装着できなくなった理由を記載すること。</p>
100	舌接触補助床	<p>(舌接触補助床の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合) 「令和 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に装着物の種類、装着予定年月日および装着できなくなった理由を記載すること。</p>
101	術後即時顎補綴装置	<p>(術後即時顎補綴装置の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合) 「令和 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に装着物の種類、装着予定年月日および装着できなくなった理由を記載すること。</p>
102	歯周治療用装置	<p>(歯周治療用装置の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合) 「令和 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に装着物の種類、装着予定年月日および装着できなくなった理由を記載すること。</p>
103	歯冠修復物または補綴物の除去	除去した歯冠修復物ならびに補綴物等の部位および種類を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から除去した部位および種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。

項番	診療行為名称等	記載事項
104	根管内異物除去 手術用顕微鏡加算	(手術用顕微鏡加算において、連携する保険医療機関にて歯科用3次元エックス線断面撮影を撮影した場合) 撮影した保険医療機関名を記載すること。
105	心身医学療法	確定診断を行った医科保険医療機関名(医科歯科併設の病院であって心因性疾患を有する歯科領域の患者について、確定診断が可能な医科診療科が設置されている場合は、確定診断を行った診療科名)、紹介年月日、治療の内容の要点、実施日、実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。
106	周術期等専門的口腔衛生処置	(周術期等口腔機能管理料(I)または(II)を算定した患者に対して当該処置を行った場合) 当該患者の手術を行った年月日または予定年月日、手術名を記載すること。 (患者の状況により周術期等専門的口腔衛生処置2を算定せずに特定保険医療材料料を算定する場合) 前回の周術期等専門的口腔衛生処置2の算定年月日を記載すること。
107	機械的歯面清掃処置	(機械的歯面清掃処置の留意事項通知(3)に規定している患者以外の場合) 前回実施年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。ただし、根面う蝕管理料の口腔管理体制強化加算またはエナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した場合であって、2月に1回機械的歯面清掃処置を算定する場合は前回実施年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。 (歯科診療特別対応加算を算定した場合) 歯科診療特別対応加算を算定した旨を記載すること。 (根面う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した場合) 根面う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した旨、特に機械的歯面清掃が必要と認められる理由を記載すること。 (エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した場合) エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した旨を記載すること。 (妊娠中の場合) 妊娠中である旨を記載すること。 (糖尿病の場合) 糖尿病である旨を記載すること。
108	フッ化物歯面塗布処置	(フッ化物歯面塗布処置の「う蝕多発傾向者の場合」または「初期の根面う蝕に罹患している患者の場合」を算定した場合) 前回実施年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。 (フッ化物歯面塗布処置の「エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」(エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した患者を除く)を算定した場合) 前回実施年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。 (レジン充填またはインレー修復による治療を行った歯について、充填等による治療を行った月の翌月以降に、充填等を行った歯面と異なる歯面にエナメル質初期う蝕が認められた場合) 充填等が行われた歯面とエナメル質初期う蝕の管理を行う歯面をそれぞれ記載する。 (エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した患者に対して、フッ化物歯面塗布処置の「エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」を算定した場合) エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した旨を記載すること。
109	薬剤(処置)	(生活歯髄切断または抜髄を行い、薬剤(処置)を算定する場合) 処置・手術の「その他」欄にその医薬品名、使用量を記載すること。【紙】
110	特定薬剤(処置)	(特定薬剤(処置)を算定する場合) 処置・手術の「その他」欄にその医薬品名、使用量を記載すること。【紙】
111	手術	(該当する記載欄を設けていない場合および該当欄に記載しきれない場合) 処置・手術の「その他」欄に当該手術の名称を記載すること。【紙】
112	手術 時間外加算/休日加算/深夜加算	(手術の通則「9」の規定により時間外加算(時間外加算の特例を含む)、休日加算または深夜加算を算定した場合) 処置・手術の「その他」欄に手術名および加算の種類を記載すること。【紙】
113	手術 乳幼児加算	(当月中に6歳を迎え、加算した点数と加算しない点数が混在する場合) 記載欄に加算した点数および回数を記載し、加算しない点数については、処置・手術の「その他」欄に名称、加算しない点数および回数を記載する。【紙】

項番	診療行為名称等	記載事項
114	手術 観血の手術加算	(入院を必要とする HIV 抗体陽性の患者に対して行った場合) 処置・手術の「その他」欄に手術の名称を記載すること。【紙】
115	拔牙手術	(難拔牙加算の対象となる歯または埋伏歯において完全拔牙が困難となりやむを得ず拔牙を中止した場合で拔牙料を算定した場合) 完全拔牙が困難となりやむを得ず拔牙を中止した旨を記載すること。 (拔牙のための術前処置として手術野の消毒・麻酔等を行い、拔牙の態勢に入ったが、脳貧血等の患者の急変によりやむを得ず拔牙を中止した場合) 拔牙を中止と記載すること。 (上記以外の理由により拔牙を中止した場合) その他を選択し、その理由を記載すること。
116	歯根端切除手術(歯科用 3 次元エックス線断層撮影装置および手術用顕微鏡を用いた場合)	処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。 (連携する保険医療機関にて歯科用 3 次元エックス線断層撮影を撮影した場合) 撮影した保険医療機関名を記載すること。
117	歯の再植術	手術部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該手術を行った部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。
118	歯の再植術	(歯内治療が困難な根尖病巣を有する保存が可能な小臼歯または大臼歯であって、解剖学的な理由から歯根端切除手術が困難な症例に対して、歯の再植による根尖病巣の治療を行った場合) 部位および算定理由を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療を行った部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載を省略して差し支えない。
119	歯の移植手術	手術部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該手術を行った部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。
120	口腔内消炎手術	(顎炎または顎骨髄炎等の手術として骨の開さく等を行い口腔内消炎手術を行う場合) 処置・手術の「その他」欄に顎炎または顎骨髄炎等の手術として骨の開さく等を行い口腔内消炎手術を行う旨および拔牙した歯の部位を記載すること。
121	歯周外科手術	処置・手術の「その他」欄に算定する区分の名称および歯周外科手術を行った部位を記載すること。 ※区分名称は【紙】 搔爬術 新附着手術 GEct FOp GTR (一次手術) GTR (二次手術) 歯肉歯槽粘膜形成手術(歯肉弁根尖側移動術) 歯肉歯槽粘膜形成手術(歯肉弁歯冠側移動術) 歯肉歯槽粘膜形成手術(歯肉弁側方移動術) 歯肉歯槽粘膜形成手術(遊離歯肉移植術) 歯肉歯槽粘膜形成手術(口腔前庭拡張術) 歯肉歯槽粘膜形成手術(結合組織移植術) (歯周病の治療を目的としない歯周外科手術を行う場合) 当該手術の目的を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該手術を行った目的が明らかに特定できる場合は、目的の記載を省略して差し支えない。
122	歯周外科手術 手術時歯根面レーザー応用加算	処置・手術の「その他」欄に当該加算の名称を記載すること。【紙】
123	皮膚移植術(生体・培養)	皮膚移植者の診療報酬明細書の「摘要」欄に療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、皮膚提供者の療養に係る点数を記載した診療報酬明細書を添付する。【紙】
124	広範囲顎骨支持型装置埋入手術	処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。 (当該手術の実施範囲が 4 歯相当未満である場合) 顎堤欠損の原因となった疾患名を記載すること。
125	広範囲顎骨支持型装置搔爬術	処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。
126	頭頸部悪性腫瘍光線力学療法	処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。
127	レーザー機器加算	処置・手術の「その他」欄に当該加算の名称を記載すること【紙】 レーザー機器加算 1 レーザー機器加算 2 レーザー機器加算 3
128	特定薬剤(手術)	(特定薬剤(手術)を算定する場合) 処置・手術の「その他」欄にその医薬品名、使用量を記載すること。【紙】

項番	診療行為名称等	記載事項
129	特定保険医療材料（手術）	<p>（手術等において特定保険医療材料等を使用した場合） 以下、処置・手術の「その他」欄に記載すること。 a 手術、処置、検査等の名称は、告示名または通知名を使用。 b 手術、処置、検査等の手技料は、必ず点数を記載すること。 c 材料は、①商品名、②告示の名称または通知の名称、③規格またはサイズ、④材料価格、⑤使用本数または個数の順に手術ごとに記載。なお、告示の名称または通知の名称は、（ ）書きとする。 d 保険医療機関における購入価格によるものは、定価ではなく保険医療機関が実際に購入した価格を記載すること。 e 手術等の名称、手技の加算、薬剤、特定保険医療材料等の順に記載すること。 【記載例】 ③特定保険医療材料 [商品名] ×××× （鼻孔プロテーゼ） 387 × 1</p>
130	麻酔	<p>（伝達麻酔、浸潤麻酔等以外の医科点数表の取扱いによる麻酔を行った場合） 麻酔の「その他」欄に麻酔名を記載。なお、使用麻酔薬は、麻酔薬名および使用量を記載すること。</p>
131	麻酔 時間外加算／休日加算／深夜加算	<p>（麻酔の通則「4」の規定により時間外加算（時間外加算の特例を含む）、休日加算または深夜加算を算定した場合） 麻酔名および加算の種類を記載すること。</p>
132	吸入鎮静法	<p>使用麻酔薬は、麻酔の「その他」欄に麻酔薬名および使用量を記載すること。 また、使用した酸素または窒素請求は、地方厚生（支）局長に届け出た購入単価（単位 銭）（酸素のみ）および当該請求に係る使用量（単位 リットル）を記載。なお、酸素の費用に係る請求については、地方厚生（支）局長に届け出た液化酸素（CE, LGC）、酸素ボンベ（大型、小型）の酸素区分、当該請求に係る単価および使用量ならびに補正率を以下の例により記載すること。【紙】 【記載例（単価 0.19 円の場合の酸素購入価格）】 処置名 酸素吸入 65 × 1 酸素の加算（液化酸素 CE） 7 × 1 （0.19 円（請求単価）× 300 リットル（使用量）× 1.3（補正率））÷ 10 = 7 点 （注）（ ）において端数整理を行った後、10 円で除して再度端数整理を行うこと。</p>
133	静脈内鎮静法	<p>使用薬剤は、麻酔の「その他」欄に薬剤名および使用量を記載すること。【紙】 静脈内鎮静法が必要な理由を記載すること。</p>
134	薬剤（麻酔）	<p>麻酔の「その他」欄に医薬品名を記載すること。【紙】</p>
135	歯冠修復および欠損補綴	<p>（歯冠修復または欠損補綴物の装着予定日から起算して 1 月以上患者が来院しない場合） 「令和 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に 0 を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に未、装着物の種類、装着予定日および装着できなくなった理由を記載すること。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。 ※未来院請求コード「01」は【紙】</p> <p>（未来院請求後に患者が再び来院し、すでに未来院請求を行った歯冠修復または欠損補綴物を装着する場合の装着料および装着材料料を算定する場合） 未来院請求後および装着物の種類を記載すること。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。</p> <p>（有床義歯製作中であって、咬合採得後における試適前またはクラスプ等を有する咬合床を用いて咬合採得を行う前に、患者が理由なく来院しなくなった場合、患者の意志により治療を中止した場合または患者が死亡した場合） 装着物の種類および装着（または試適）予定日および装着できなくなった理由を記載すること。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。</p> <p>（歯冠修復および欠損補綴に係る歯冠形成および印象採得後において、偶発的な事故等の原因とする外傷による歯冠形成歯の喪失等やむを得ない場合） 装着物の種類および装着（または試適）予定日および装着できなくなった理由を記載すること。</p> <p>（欠損歯数と補綴歯数が一致しないため、算定点数が異なる場合） 欠損歯数と補綴歯数の不一致と記載すること。</p>

項番	診療行為名称等	記載事項
135	歯冠修復および欠損補綴	<p>(レジンインレー、高強度硬質レジンブリッジまたは熱可塑性樹脂有床義歯等、記載欄がない歯冠修復および欠損補綴を算定する場合)</p> <p>歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に装着物の種類および部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から対象部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載は省略して差し支えない。</p> <p>(クラウン・ブリッジ維持管理料について地方厚生(支)局長へ届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物またはブリッジを製作し当該補綴物を装着した場合)</p> <p>歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に診療行為名を記載すること。【紙】</p> <p>(歯根分割を行った歯に歯冠修復物または欠損補綴物を装着する場合)</p> <p>分割抜歯を行った部位を記載すること。</p>
136	補綴時診断料	<p>(補綴時診断料(有床義歯修理を実施した場合に限る)を算定する場合)</p> <p>当該装置に係る当該診断料の前回実施年月日(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。</p>
137	クラウン・ブリッジ維持管理料	<p>(地方厚生(支)局長に事前に模型等を提出した上でブリッジを製作する場合)</p> <p>事前承認と記載すること。</p> <p>(地方厚生(支)局長に対して、保険適用の有無を判定するために提出するエックス線フィルムまたはその複製の費用を算定する場合)</p> <p>算定の理由を記載すること。</p>
138	歯冠形成(窩洞形成) う蝕歯無痛の窩洞形成加算	<p>部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への記載は省略して差し支えない。</p>
139	う蝕歯即時充填形成 う蝕歯無痛の窩洞形成加算	<p>部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への記載は省略して差し支えない。</p>
140	支台築造	<p>(ファイバーポストを用いた場合)</p> <p>歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位、ファイバーポストの使用本数を部位毎にそれぞれ記載すること。</p> <p>※使用本数は【紙】</p> <p>(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して支台築造を算定する場合)</p> <p>永久歯代行と記載すること。</p>
141	印象採得	<p>(「印象」の項に書ききれない場合)</p> <p>歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に印象採得の名称を記載すること。【紙】</p>
142	印象採得 歯科技工士連携加算1 / 歯科技工士連携加算2	<p>部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から印象採得の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。</p>
143	光学印象 光学印象歯科技工士連携加算	<p>部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から印象採得の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。</p>
144	装着	<p>(脱離した歯冠修復物または、脱離または修理したブリッジを再装着した場合)</p> <p>歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位を記載すること。なお、再装着する歯冠修復物が1つまたは再装着する装置が1つであって、「傷病名部位」欄の記載から再装着した部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。</p>
145	咬合採得	<p>(「咬合」の項に書ききれない場合)</p> <p>歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に咬合採得の名称を記載すること。【紙】</p>
146	咬合採得 歯科技工士連携加算1 / 歯科技工士連携加算2	<p>部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から咬合採得の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。</p>
147	仮床試適 歯科技工士連携加算1 / 歯科技工士連携加算2	<p>部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から仮床試適の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。</p>
148	充填	<p>(2歯以上の充填に際し1歯に複数窩洞の充填を行った場合)</p> <p>当該歯の部位を記載すること。</p>
149	金属歯冠修復	<p>(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して鑄造用金銀パラジウム合金を用いた金属歯冠修復を行った場合)</p> <p>永久歯代行と記載すること。</p>

項番	診療行為名称等	記載事項
149	金属歯冠修復	<p>(同一歯の複数の窩洞に対して、充填およびインレーまたはレジンインレーにより歯冠修復を行った場合)</p> <p>同一歯の複数窩洞に対する歯冠修復であることおよび部位を記載すること。なお、当該治療部位が単独であって「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載は省略して差し支えない。</p> <p>(歯科鑄造用 14 カラット金合金を用いた金属歯冠修復を算定する場合)</p> <p>歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に修復物の名称および部位を記載すること。なお、当該治療部位が単独であって「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「その他」欄への部位の記載は省略して差し支えない。</p> <p>※修復物の名称は【紙】</p>
150	接着冠	<p>歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に当該支台歯の部位および接着冠を記載すること。なお、当該ブリッジが1つであって、「傷病名部位」欄の記載から接着冠の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。</p>
151	レジン前装金属冠	<p>(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対してレジン前装金属冠を用いた歯冠修復を行った場合)</p> <p>永久歯代行と記載すること。</p>
152	非金属歯冠修復（硬質レジンジャケット冠）	<p>(歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者の大白歯に用いた場合)</p> <p>紹介元保険医療機関名を記載すること。</p> <p>(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して硬質レジンジャケット冠を用いた歯冠修復を行った場合)</p> <p>永久歯代行と記載すること。</p>
153	CAD/CAM 冠	<p>(大白歯に用いた場合)</p> <p>歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から対象部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。</p> <p>(第一大臼歯または第二大臼歯に CAD/CAM 冠用材料 (Ⅲ) を使用する場合)</p> <p>当該 CAD/CAM 冠を装着する部位の対側の臼歯による咬合支持の有無および同側の臼歯による咬合支持の有無について記載すること。なお、当該 CAD/CAM 冠を装着する部位の同側に臼歯による咬合支持がない場合は、当該補綴部位の対合歯が欠損である旨および当該補綴部位の近心側隣在歯までの咬合支持の有無について記載すること。</p> <p>(歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者の大白歯に用いた場合)</p> <p>紹介元保険医療機関名を記載すること。</p>
154	CAD/CAM インレー	<p>(大白歯に用いた場合)</p> <p>歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から対象部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。</p> <p>(第一大臼歯または第二大臼歯に用いる場合)</p> <p>当該 CAD/CAM インレーを装着する部位の対側の臼歯による咬合支持の有無および同側の臼歯による咬合支持の有無について記載すること。なお、当該 CAD/CAM インレーを装着する部位の同側に臼歯による咬合支持がない場合は、当該補綴部位の対合歯が欠損である旨および当該補綴部位の近心側隣在歯までの咬合支持の有無について記載すること。</p> <p>(歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者の大白歯に用いた場合)</p> <p>紹介元保険医療機関名を記載すること。</p>
155	小児保険装置	<p>装置の種類を選択して記載すること。</p> <p>クラウンループ バンドループ</p>
156	ボンティック	<p>(地方厚生（支）局長に事前に模型等を提出した上でブリッジを製作した場合)</p> <p>事前承認と記載すること。</p> <p>(地方厚生（支）局長に対して、保険適用の有無を判定するために提出するエクス線フィルムまたはその複製の費用を算定する場合)</p> <p>算定の理由を記載すること。</p> <p>(犬歯のボンティックが必要な場合で、中切歯がすでにブリッジの支台として使用されている等の理由で新たに支台として使用できない場合に限って、ブリッジの設計を変更する場合)</p> <p>中切歯の状態等を記載すること。</p>

項番	診療行為名称等	記載事項
156	ボンティック	(側切歯および犬歯,あるいは犬歯および第一小臼歯の2歯欠損であって、犬歯が低位唇側転位していたため間隙が1歯分しかない場合であってボンティック1歯のブリッジの設計とした場合) 低位唇側転位の犬歯を含む欠損歯数と補綴歯数の不一致の旨を記載すること。
157	高強度硬質レジンプリッジ	(歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者の臼歯部1歯中間欠損に使用する場合) 紹介元保険医療機関名を記載すること。
158	有床義歯	(残根上に義歯を装着した場合) 残根上の義歯と記載すること。 (人工歯料の算定にあたって、同一組の人工歯を月をまたがって分割使用し、既に請求済である場合であって、当該月には人工歯料の請求がない場合) 前月(以前)請求済と記載すること。 (小児義歯に係る費用を算定する場合) 装着部位および小児義歯が必要となった疾患名または必要となった理由を記載すること。 (有床義歯を1～2日で製作し装着する場合) 当該有床義歯の製作方法および1～2日で製作し装着することが必要となった理由および製作方法を記載すること。 (前回有床義歯を製作した際の印象採得を算定した日から6月が経過していない場合であって新たに有床義歯の印象採得を行った場合) 有床義歯の留意事項通知(13)のニまたはホに該当する場合は、該当するものを記載すること。なお、ホの場合は、具体的な理由を記載すること。 ニ 認知症を有する患者等であって、有床義歯が使用できない場合 ホ その他特別な場合：***** (1顎に2床以上の局部義歯を装着した場合) 1顎の床数を記載すること。
159	熱可塑性樹脂有床義歯等	(残根上に義歯を装着した場合) 残根上義歯と記載すること。 (人工歯料の算定にあたって、同一組の人工歯を月をまたがって分割使用し、既に請求済である場合であって、当該月には人工歯料の請求がない場合) 人工歯前月(以前)請求済と記載すること。 (小児義歯に係る費用を算定する場合) 装着部位および小児義歯が必要となった疾患名または必要となった理由を記載すること。
160	口蓋補綴,顎補綴	口蓋補綴,顎補綴の留意事項通知(1)のイからホまでに規定するものの中から該当するものを記載すること。 イ 腫瘍,顎骨嚢胞等による顎骨切除に対する口蓋補綴装置又は顎補綴装置 ロ オクルーザルランプを付与した口腔内装置 ハ 発音補綴装置 ニ 発音補助装置 ホ ホット床
161	有床義歯修理	(新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内に当該有床義歯の修理を行った場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に有床義歯の装着年月日を記載すること。
162	有床義歯修理 歯科技工加算2	(有床義歯修理において、歯科技工加算2を算定した場合) 預かり日および修理を行った当該有床義歯の装着日を記載すること。
163	有床義歯内面適合法	(新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内に当該有床義歯の有床義歯内面適合法を行った場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に有床義歯の装着年月日を記載すること。
164	有床義歯内面適合法 歯科技工加算2	(有床義歯内面適合法において、歯科技工加算2を算定した場合) 預かり日および修理を行った当該有床義歯の装着日を記載すること。
165	広範囲顎骨支持型補綴物修理	(別の保険医療機関で装着された当該補綴物の修理を行った場合) 装着を実施した保険医療機関名および装着日(不明であれば装着時期)を記載すること。
166	歯科矯正	歯科矯正相談料を前回算定した年月日を相談料の名称に併せて記載すること。 歯科矯正診断料または顎口腔機能診断料を最初に算定した年月日を診断料の名称に併せて記載すること。 (歯科矯正における印象採得,咬合採得,床装置,リンガルアーチおよび鉤を算定した場合) 全体の「その他」欄に「簡単」、「困難」、「著しく困難」、「複雑」等の区別を記載すること。

項番	診療行為名称等	記載事項
166	歯科矯正	<p>咬合異常の起因となった疾患名（別に厚生労働大臣が定める疾患、3歯以上の永久歯萌出不全または顎変形症）を記載すること。</p> <p>唇顎口蓋裂 ゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む） 鎖骨頭蓋骨異形成 トリーチャ・コリンズ症候群 ビエール・ロバン症候群 ダウン症候群 ラッセル・シルバー症候群 ターナー症候群 ベックウィズ・ウイードマン症候群 顔面半側萎縮症 先天性ミオパチー 筋ジストロフィー 脊髄性筋萎縮症 顔面半側肥大症 エリス・ヴァンクレベルド症候群 軟骨形成不全症 外胚葉異形成症 神経線維腫症 基底細胞母斑症候群 スーナン症候群 マルファン症候群 ブラダー・ウイリー症候群 顔面裂（横顔裂、斜顔裂及び正中顔裂を含む） 大理石骨病 色素失調症 口腔・顔面・指趾症候群 メビウス症候群 歌舞伎症候群 クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群 ウイリアムズ症候群 ビンダー症候群 スティックラー症候群 小舌症 頭蓋骨癒合症（クルーゼン症候群及び尖頭合指症を含む） 骨形成不全症 フリーマン・シェルドン症候群 ルビンスタイン・ティビ症候群 染色体欠失症候群 ラーセン症候群 濃化異骨症 6歯以上の先天性部分無歯症 CHARGE 症候群 マーシャル症候群 成長ホルモン分泌不全性低身長症 ポリエックス症候群（XXX 症候群、XXXX 症候群及びXXXXX 症候群を含む） リング18症候群 リンパ管腫 全前脳胞症 クラインフェルター症候群 偽性低アルドステロン症 ソトス症候群 グリコサミノグリカン代謝障害（ムコ多糖症） 線維性骨異形成症 スタージ・ウェーバ症候群 ケルビズム 偽性副甲状腺機能低下症 Ekman-Westborg-Julin 症候群 常染色体重複症候群 巨大静脈奇形（頸部口腔咽頭びまん性病変） 毛髪・鼻・指節症候群（Tricho-Rhino-Phalangeal 症候群） クリッペル・ファイル症候群（先天性頸椎癒合症） アラジール症候群 高IgE 症候群 エーラス・ダンロス症候群 ガードナー症候群（家族性大腸ポリポージス） その他顎・口腔の先天異常 3歯以上の永久歯萌出不全 顎変形症</p> <p>（6歯以上の先天性部分無歯症または3歯以上の永久歯萌出不全による咬合異常により歯科矯正を行う場合） 先天性欠如部位または埋伏歯の部位を記載すること。</p>
167	歯科矯正診断料	<p>全体の「その他」欄に歯科矯正、動的処置、マルチブラケット法、保定の開始および顎切除等の手術実施の区別を記載し、それぞれ最初の診断に係る記載とは別に前回歯科矯正診断料の算定年月日を記載すること。</p>
168	顎口腔機能診断料	<p>全体の「その他」欄に歯科矯正、動的処置、マルチブラケット法、保定の開始および顎離断等の手術実施の区別（顎口腔機能診断料は顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名）を記載し、それぞれ最初の診断に係る記載とは別に前回顎口腔機能診断料の算定年月日を記載すること。</p>
169	歯科矯正管理料	<p>全体の「その他」欄に算定年月日および動的処置またはマルチブラケット法の開始の年月日を記載すること。 ※算定年月日は【紙】</p>
170	模型調整製（予測模型）	<p>全体の「その他」欄に予測歯数を記載すること。</p>
171	動的処置	<p>全体の「その他」欄に算定年月日および動的処置またはマルチブラケット法の開始年月日を記載すること。</p>
172	植立	<p>（歯科矯正診断料または顎口腔機能診断料を算定した保険医療機関からの依頼による場合） 当該診断料を算定した保険医療機関名を記載すること。</p> <p>（アンカースクリュー脱落後の再埋入において特定保険医療材料を算定する場合または治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する場合） アンカースクリュー脱落後の再埋入において特定保険医療材料を算定する場合または治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する旨を記載すること。</p>
173	撤去	<p>（装置を撤去した場合） 撤去の費用が算定できない場合であっても、全体の「その他」欄に撤去した装置の名称を記載すること。</p> <p>（歯科矯正用アンカースクリューの撤去について、歯科矯正診断料または顎口腔機能診断料を算定した保険医療機関からの依頼による場合） 当該診断料を算定した保険医療機関名を記載すること。</p>
174	マルチブラケット装置	<p>（マルチブラケット装置（セクショナルアーチを行う場合を除く）を行う場合） 全体の「その他」欄にステップ名およびそのステップにおける装置回数を上下顎別に記載すること。</p> <p>（セクショナルアーチを行う場合） その旨を記載すること。</p>
175	床装置修理	<p>（リングアーチにおいて、主線の前歯部分のみを再製作し、ろう着した場合） その旨を記載すること。</p>
176	特定保険医療材料（矯正）	<p>（特定保険医療材料において、装着材料、スクリュー、バンド、ブラケット、チューブ、矯正用線、不銹鋼、特殊鋼等を使用した場合） 全体の「その他」欄に特定保険医療材料に掲げる名称を記載すること。【紙】</p>

項番	診療行為名称等	記載事項
177	長期収載品の選定療養に関する取扱い	<p>(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(長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む))</p> <p>医療上必要があると認められる場合および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の理由のうち該当するものを記載すること。</p> <p>なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。</p> <p>①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歯科医師が判断する場合。</p> <p>②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歯科医師が判断する場合であって、安全性の観点等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。</p> <p>③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、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。</p> <p>④後発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。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。</p>
178	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。
179	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。

◎別表Ⅳ 診療行為名称等の略号一覧（歯科）

項番	診療行為名称等	略号	記載欄
1	初診料に係る時間外加算の特例を算定した場合 ※電子計算機の場合は全体の「その他」欄に表示	特	初診 「時間外」の文字の上※
2	初診料の医療情報取得加算を算定した場合	医情初	全体 「その他」欄
4	医療 DX 推進体制整備加算 1 を算定した場合	医 DX1	
4-2	医療 DX 推進体制整備加算 2 を算定した場合	医 DX2	
4-3	医療 DX 推進体制整備加算 3 を算定した場合	医 DX3	
4-4	医療 DX 推進体制整備加算 4 を算定した場合	医 DX4	
4-5	医療 DX 推進体制整備加算 5 を算定した場合	医 DX5	
4-6	医療 DX 推進体制整備加算 6 を算定した場合	医 DX6	
5	情報通信機器を用いた初診を算定した場合	情初診	
6	再診料に係る時間外加算の特例を算定した場合 ※電子計算機の場合は全体の「その他」欄に表示	特	再診 「時間外」の文字の上※
7	再診料の医療情報取得加算を算定した場合	医情再	全体 「その他」欄
9	情報通信機器を用いた再診を算定した場合	情再診	
10	小児口腔機能管理料を算定した場合	小機能	
11	小児口腔機能管理料（情報通信機器を用いて行った場合）を算定した場合	情小機能	管理・リハ 「その他」欄
12	口腔機能管理料を算定した場合	口機能	
13	口腔機能管理料（情報通信機器を用いて行った場合）を算定した場合	情口機能	
14	周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した場合	周計	
15	周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）の手術前	周前（Ⅰ）	
16	周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）の手術後	周後（Ⅰ）	
17	周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）の手術前	周前（Ⅱ）	
18	周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）の手術後	周後（Ⅱ）	
19	周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）	周（Ⅲ）	
20	周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）	周（Ⅳ）	
21	回復期等口腔機能管理計画策定料を算定した場合	回計	
22	回復期等口腔機能管理料	回機能	
23	歯科特定疾患療養管理料を算定した場合	特疾管	全体 「その他」欄
24	歯科特定疾患療養管理料に係る共同療養指導計画加算を算定した場合	共計	管理・リハ 「その他」欄
25	歯科特定疾患療養管理料（情報通信機器を用いて行った場合）を算定した場合	情特疾管	
26	特定薬剤治療管理料を算定した場合	薬	全体 「その他」欄
27	悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定した場合	悪	
28	外来腫瘍化学療法診療料 1（抗悪性腫瘍剤を投与した場合）を算定した場合	外化投 1	
29	外来腫瘍化学療法診療料 1（Ⅰ以外の必要な治療管理を行った場合）を算定した場合	外化管 1	
30	外来腫瘍化学療法診療料 2（抗悪性腫瘍剤を投与した場合）を算定した場合	外化投 2	
31	外来腫瘍化学療法診療料 2（Ⅰ以外の必要な治療管理を行った場合）を算定した場合	外化管 2	
32	外来腫瘍化学療法診療料 3（抗悪性腫瘍剤を投与した場合）を算定した場合	外化投 3	
33	外来腫瘍化学療法診療料 3（Ⅰ以外の必要な治療管理を行った場合）を算定した場合	外化管 3	
34	外来腫瘍化学療法診療料の連携充実加算を算定した場合	連充	
35	手術前医学管理料を算定した場合	手前	
36	手術後医学管理料を算定した場合	手後	

項番	診療行為名称等	略号	記載欄	
37	歯科治療時医療管理料を算定した場合	医管	管理・リハ 「その他」欄	
38	開放型病院共同指導料（Ⅰ）を算定した場合	開Ⅰ	全体 「その他」欄	
39	開放型病院共同指導料（Ⅱ）を算定した場合	開Ⅱ		
40	療養・就労両立支援指導料を算定した場合	就労		
41	こころの連携指導料（Ⅰ）を算定した場合	こ連Ⅰ		
42	歯科遠隔連携診療料を算定した場合	歯遠隔		
43	退院前訪問指導料を算定した場合	退前		
44	薬剤管理指導料「1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬または注射されている患者に対して行う場合」を算定した場合	薬管 1		
45	薬剤管理指導料「2 1の患者以外の患者に対して行う場合」を算定した場合	薬管 2		
46	薬剤管理指導料に係る麻薬管理指導加算を算定した場合	麻加		
47	薬剤総合評価調整管理料を算定した場合	薬総評管		
48	診療情報提供料（Ⅰ）を算定した場合	情Ⅰ		
49	診療情報提供料（Ⅰ）に係る退院患者の紹介の加算を算定した場合	情Ⅰ加 1		
50	診療情報提供料（Ⅰ）の基本診療料に係る歯科診療特別対応加算 1, 2 または 3 もしくは歯科訪問診療料を算定している患者の紹介に係る加算（注 6）を算定した場合	情Ⅰ加 2		
51	診療情報提供料（Ⅰ）の基本診療料に係る歯科診療特別対応加算 1, 2 または 3 もしくは歯科訪問診療料を算定している患者の紹介に係る加算（注 7）を算定した場合	情Ⅰ加 3		
52	診療情報提供料（Ⅰ）に係る検査・画像情報提供加算の「Ⅰ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月またはその翌月に、必要な情報を提供した場合」を算定した場合	情Ⅰ加 4 Ⅰ		
53	診療情報提供料（Ⅰ）に係る検査・画像情報提供加算の「Ⅱ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合」を算定した場合	情Ⅰ加 4 Ⅱ		
54	電子的診療情報評価料を算定した場合	電診情評		
55	診療情報提供料（Ⅱ）を算定した場合	情Ⅱ		
56	診療情報等連携共有料 1	情共 1		
57	診療情報等連携共有料 2	情共 2		
58	連携強化診療情報提供料	連情		
59	がんゲノムプロファイリング評価提供料を算定した場合	がんゲ評		
60	傷病手当金意見書交付料を算定した場合	傷		
61	広範囲顎骨支持型補綴物管理料 1 を算定した場合	特Ⅰ管 1		歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
62	広範囲顎骨支持型補綴物管理料 2 を算定した場合	特Ⅰ管 2		
63	歯科訪問診療料の歯科訪問診療 1 を算定した場合	歯訪 1		全体 「その他」欄
64	歯科訪問診療料の歯科訪問診療 2 を算定した場合	歯訪 2		
65	歯科訪問診療料の歯科訪問診療 3 を算定した場合	歯訪 3		
66	歯科訪問診療料の歯科訪問診療 4 を算定した場合	歯訪 4		
67	歯科訪問診療料の歯科訪問診療 5 を算定した場合	歯訪 5		
68	歯科訪問診療料の緊急歯科訪問診療加算を算定した場合	緊訪		
69	歯科訪問診療料の夜間歯科訪問診療加算を算定した場合	夜訪		
70	歯科訪問診療料の深夜歯科訪問診療加算を算定した場合	深訪		
71	歯科訪問診療時の歯科訪問診療補助加算（Ⅰの（1）同一建物居住者以外の場合）を算定した場合	訪補助Ⅰ（1）		
72	歯科訪問診療時の歯科訪問診療補助加算（Ⅰの（2）同一建物居住者の場合）を算定した場合	訪補助Ⅰ（2）		

項番	診療行為名称等	略号	記載欄	
73	歯科訪問診療時の歯科訪問診療補助加算（口の（1）同一建物居住者以外の場合）を算定した場合	訪補助口（1）	全体 「その他」欄	
74	歯科訪問診療時の歯科訪問診療補助加算（口の（2）同一建物居住者の場合）を算定した場合	訪補助口（2）		
75	歯科訪問診療料の注 15 に規定する歯科訪問診療料「イ 初診時」を算定した場合	歯訪診（初）		
76	歯科訪問診療料の注 15 に規定する歯科訪問診療料「ロ 再診時」を算定した場合	歯訪診（再）		
77	歯科訪問診療に係る在宅歯科医療推進加算を算定した場合	在推進		
78	歯科訪問診療に係る歯科訪問診療移行加算を算定した場合	訪移行		
79	歯科訪問診療料の注 19 に規定する歯科訪問診療料「イ 初診時」を算定した場合	特歯訪診（初）		
80	歯科訪問診療料の注 19 に規定する歯科訪問診療料「ロ 再診時」を算定した場合	特歯訪診（再）		
81	歯科診療所の歯科医師が医科歯科併設の病院に入院中の患者に対して歯科訪問診療を行い、周術期等口腔機能管理および周術期等口腔機能管理に伴う治療行為を行った場合	周術期等連携		「摘要」欄
82	歯科診療所の歯科医師が医科歯科併設の病院に入院中の患者に対して歯科訪問診療を行い、回復期等口腔機能管理および回復期等口腔機能管理に伴う治療行為を行った場合	回復期等連携		
83	同一の患家において 2 人以上の患者を診察（診療時間が 20 分以上の場合に限る）し、患者の 1 人に対して歯科訪問診療 1 を算定する場合	同一世帯（1）		
84	歯科訪問診療に係る通信画像情報活用加算を算定した場合	ICT 加算	全体 「その他」欄	
85	在宅医療 DX 情報活用加算 1 を算定した場合	在 DX1		
85-2	在宅医療 DX 情報活用加算 2 を算定した場合	在 DX2		
86	訪問歯科衛生指導料（1 単一建物診療患者が 1 人の場合）を算定した場合	訪衛指 1		
87	訪問歯科衛生指導料（2 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合）を算定した場合	訪衛指 2		
88	訪問歯科衛生指導料（3 1 および 2 以外の場合）を算定した場合	訪衛指 3		
89	訪問歯科衛生指導料に係る複数名訪問歯科衛生指導加算を算定した場合	複訪		
90	歯科疾患在宅療養管理料を算定した場合	歯在管		
91	歯科疾患在宅療養管理料に係る文書提供加算を算定した場合	文		
92	歯科疾患在宅療養管理料に係る在宅総合医療管理加算を算定した場合	歯総管		
93	歯科疾患在宅療養管理料に係る在宅歯科医療連携加算 1 を算定した場合	医連 1		
94	歯科疾患在宅療養管理料に係る在宅歯科医療連携加算 2 を算定した場合	医連 2		
95	歯科疾患在宅療養管理料に係る在宅歯科医療情報連携加算を算定した場合	医情連		
96	在宅患者歯科治療時医療管理料を算定した場合	在歯管		
97	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した場合	訪問口腔リハ		
98	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料または小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る口腔管理体制強化加算を算定した場合	口管強		
99	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料または小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅療養支援歯科診療所加算 1 を算定した場合	歯援診 1		
100	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料または小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅療養支援歯科診療所加算 2 を算定した場合	歯援診 2		
101	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料または小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅療養支援歯科病院加算を算定した場合	歯援病		
102	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅歯科医療連携加算 1 を算定した場合	医連 1		
103	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅歯科医療連携加算 2 を算定した場合	医連 2		

項番	診療行為名称等	略号	記載欄	
104	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅歯科医療情報連携加算を算定した場合	医情連	全体 「その他」欄	
105	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した場合	小訪問口腔リハ		
106	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る小児在宅歯科医療連携加算 1 を算定した場合	小医連 1		
107	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る小児在宅歯科医療連携加算 2 を算定した場合	小医連 2		
108	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅歯科医療情報連携加算を算定した場合	医情連		
109	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 1 を算定した場合	NST1		
110	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 2 を算定した場合	NST2		
111	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 3 を算定した場合	NST3		
112	救急搬送診療料の重症患者搬送加算を算定した場合	搬送重		
113	在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した場合	訪問薬剤		
114	在宅患者訪問薬剤管理指導料に係る麻薬加算を算定した場合	麻		
115	退院前在宅療養指導管理料を算定した場合	前		
116	在宅麻薬等注射指導管理料を算定した場合	在麻		
117	口腔細菌定量検査 2 を算定した場合	口菌検 2		X線・検査 「その他」欄
118	歯冠補綴時色調採得検査を算定した場合	色調		X線・検査 「色調」欄
119	有床義歯咀嚼機能検査 1 「イ 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合」を新製有床義歯装着日より前に算定した場合	咀嚼機能 1 イ (前)		X線・検査 「その他」欄
120	有床義歯咀嚼機能検査 1 「ロ 咀嚼能力測定のみを行う場合」を新製有床義歯装着日より前に算定した場合	咀嚼機能 1 ロ (前)		
121	有床義歯咀嚼機能検査 1 「イ 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合」を新製有床義歯装着日より後に算定した場合	咀嚼機能 1 イ (後)		
122	有床義歯咀嚼機能検査 1 「ロ 咀嚼能力測定のみを行う場合」を新製有床義歯装着日より後に算定した場合	咀嚼機能 1 ロ (後)		
123	有床義歯咀嚼機能検査 2 「イ 下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合」を新製有床義歯装着日より前に算定した場合	咀嚼機能 2 イ (前)		
124	有床義歯咀嚼機能検査 2 「ロ 咬合圧測定のみを行う場合」を新製有床義歯装着日より前に算定した場合	咀嚼機能 2 ロ (前)		
125	有床義歯咀嚼機能検査 2 「イ 下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合」を新製有床義歯装着日より後に算定した場合	咀嚼機能 2 イ (後)		
126	有床義歯咀嚼機能検査 2 「ロ 咬合圧測定のみを行う場合」を新製有床義歯装着日より後に算定した場合	咀嚼機能 2 ロ (後)		
127	咀嚼能力検査 1 を算定した場合	咀嚼 1		
128	咀嚼能力検査 2 を算定した場合	咀嚼 2		
129	咬合圧検査 1 を算定した場合	咬合圧 1		
130	咬合圧検査 2 を算定した場合	咬合圧 2		
131	小児口唇閉鎖力検査を算定した場合	小口唇		
132	舌圧検査を算定した場合	舌圧		
133	精密触覚機能検査を算定した場合	精密触覚		
133	画像診断において時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合	緊画		
134	画像診断において電子画像管理加算「イ 歯科エックス線撮影」を算定した場合	電		
135	画像診断において電子画像管理加算「ロ 歯科パノラマ断層撮影」を算定した場合	パ電		

項番	診療行為名称等	略号	記載欄	
136	画像診断において電子画像管理加算「ハ 歯科用3次元エックス線断層撮影」を算定した場合	CT電	X線・検査 「その他」欄	
137	画像診断において電子画像管理加算「ニ 歯科部分パノラマ断層撮影」を算定した場合	部パ電		
138	画像診断において電子画像管理加算「ホ その他」を算定した場合	他電		
139	写真診断（1のイおよび3に係るものを除く）および基本的エックス線診断料について歯科画像診断管理加算1を算定した場合	画診加1		
140	写真診断（3に係るものに限る）または医科点数表のコンピュータ断層撮影について歯科画像診断管理加算2を算定した場合	画診加2		
141	遠隔画像診断を行った場合	遠画診		
142	歯科エックス線撮影の全顎撮影（デジタル撮影）を算定した場合	全デジ		
143	歯科エックス線撮影の全顎撮影以外（デジタル撮影）を算定した場合	単デジ		
144	歯科パノラマ断層撮影（デジタル撮影）を算定した場合	パデジ		
145	歯科部分パノラマ断層撮影（デジタル撮影）を算定した場合	部パデジ		
146	歯科用3次元エックス線断層撮影を算定した場合	歯CT		
147	基本的エックス線診断料を算定した場合	基エ		
148	処方料に係る外来後発医薬品使用体制加算1を算定した場合	外後使1		全体 「その他」欄
149	処方料に係る外来後発医薬品使用体制加算2を算定した場合	外後使2		
150	処方料に係る外来後発医薬品使用体制加算3を算定した場合	外後使3		
151	処方料および処方せん料に係る特定疾患処方管理加算を算定した場合であって、処方期間が28日以上の場合	特処長		
152	処方料および処方せん料に係る特定疾患処方管理加算を算定した場合であって、処方期間が28日未満の場合	特処		
153	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第4号または第1条第6号に係る医薬品を投与した場合	薬評	「摘要」欄	
154	常態として内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を点数の合計の90/100に相当する点数で算定した場合	減	「摘要」欄 薬剤名の前	
155	7種類以上の内服薬の投薬に係る処方せんを発行した場合	処方せん	投薬・注射 余白	
156	処方せん料に係る一般名処方加算1を算定した場合	一般名処方加算1	全体 「その他」欄	
157	処方せん料に係る一般名処方加算2を算定した場合	一般名処方加算2		
158	調剤技術基本料を算定した場合	調基		
159	調剤技術基本料に係る院内製剤加算を算定した場合	院		
160	静脈内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、点滴注射、中心静脈注射および植込型カテーテルによる中心静脈注射について外来化学療法加算1を算定した場合	化1	「摘要」欄	
161	静脈内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、点滴注射、中心静脈注射および植込型カテーテルによる中心静脈注射について外来化学療法加算2を算定した場合	化2		
162	バイオ後続品導入初期加算を算定した場合	バイオ		
163	点滴注射およ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	血漿		
164	無菌製剤処理料1を算定した場合	菌1		
165	無菌製剤処理料2を算定した場合	菌2		
166	無菌製剤処理料1の「イ 閉鎖式接続器具を使用した場合」を算定した場合	菌1器具		
167	「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーションを実施した場合	リハ選		
168	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」を算定した場合	歯リハ1(2)		全体 「その他」欄
169	歯科口腔リハビリテーション料1「3 その他の場合」を算定した場合	歯リハ1(3)		

項番	診療行為名称等	略号	記載欄
170	歯科口腔リハビリテーション料3「1 口腔機能の発達不全を有する18歳未満の患者の場合」を算定した場合	歯リハ3(1)	全体 「その他」欄
171	歯科口腔リハビリテーション料3「2 口腔機能の低下を来している患者の場合」を算定した場合	歯リハ3(2)	
172	失活歯髄切断を算定した場合	失切	処置・手術 「その他」欄
173	歯髄温存療法を行った日から起算して3月以内に抜髄を行った場合	抜温	処置・手術 「その他」欄
174	直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内に抜髄を行った場合	抜直	
175	抜髄および根管充填を同時に行った場合	抜髄即充	
176	感染根管処置および根管充填を同時に行った場合	感根即充	
177	抜歯を前提として急性症状の消退を図ることを目的として根管拡大を行った場合	消炎拡大	
178	抜歯を前提とした消炎のための根管貼薬処置を行った場合	根貼	
179	糖尿病を有する患者に対して、スケーリング・ルートプレーニングと並行して歯周病処置を行う場合	P処(糖)	「摘要」欄
180	口腔内装置1を算定した場合	OAp1	処置・手術 「その他」欄
181	口腔内装置2を算定した場合	OAp2	
182	口腔内装置3を算定した場合	OAp3	
183	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置1を算定した場合	SAS-OAp1	
184	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置2を算定した場合	SAS-OAp2	
185	舌接触補助床を製作または旧義歯を用いた場合	PAP	
186	術後即時顎補綴装置を製作した場合	術後即時顎補綴装置	
187	口腔内装置調整・修理の「1 口腔内装置調整」の「イ 口腔内装置調整1」を算定した場合	OAp調1	
188	口腔内装置調整・修理の「1 口腔内装置調整」の「ロ 口腔内装置調整2」を算定した場合	OAp調2	
189	口腔内装置調整・修理の「1 口腔内装置調整」の「ハ 口腔内装置調整3」を算定した場合	OAp調3	
190	口腔内装置調整・修理の「2 口腔内装置修理」を算定した場合	OAp修	
191	周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)または(Ⅱ)を算定した患者に対して術前に周術期等専門的口腔衛生処置1を行った場合	術口衛(前)	
192	周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)または(Ⅱ)を算定した患者に対して術後に周術期等専門的口腔衛生処置1を行った場合	術口衛(後)	
193	周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して周術期等専門的口腔衛生処置1を行った場合	術口衛1(Ⅲ)	
194	周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して周術期等専門的口腔衛生処置2を行った場合	術口衛2(Ⅲ)	
195	周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定した患者に対して周術期等専門的口腔衛生処置1を行った場合	術口衛1(Ⅳ)	
196	周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定した患者に対して周術期等専門的口腔衛生処置2を行った場合	術口衛2(Ⅳ)	
197	回復期等口腔機能管理料を算定した患者に対して回復期等専門的口腔衛生処置を行った場合	回口衛	
198	在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した場合	在口衛	
199	口腔粘膜処置を算定した場合	口処	
200	非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した場合	非経口処	
201	口腔バイオフィilm除去処置を算定した場合	バイオ除	

項番	診療行為名称等	略号	記載欄
202	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) 感染症患者に対し、医科点数表のマスクまたは気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、硬膜外麻酔または脊椎麻酔を伴う手術を算定した場合	感	処置・手術 「その他」欄
203	歯根端切除手術「2 歯科用3次元エックス線断層撮影装置および手術用顕微鏡を用いた場合」を算定した場合	根切顕微	
204	唾石摘出術（「2 深在性のもの」および「3 腺体内に存在するもの」）、上顎洞根治手術および上顎洞炎術後後出血止血法において内視鏡下加算を算定した場合	内	
205	広範囲顎骨支持型装置埋入手術を算定した場合	特イ術	
206	広範囲顎骨支持型装置搔爬術を算定した場合	特イ搔	
207	レーザー機器加算	レーザー機器加算	麻酔 「その他」欄
208	吸入鎮静法を算定した場合	IS	
209	静脈内鎮静法を算定した場合	静鎮	
210	広範囲顎骨支持型補綴診断料を算定した場合	特イ診	
211	支台築造「1 間接法」「ロ ファイバーポストを用いた場合」を算定した場合	ファイバー（間）	
212	支台築造「2 直接法」「イ ファイバーポストを用いた場合」を算定した場合	ファイバー（直）	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
213	光学印象を算定した場合	光 imp	
214	脱離した歯冠修復物の再装着を算定した場合	再装	
215	脱離または修理したブリッジを再装着した場合	Br 再装	
216	歯科鑄造用 14カラット金合金を用いた金属歯冠修復を算定した場合	14K	
217	レジンインレーを算定した場合	RIn	
218	CAD/CAM冠の「1 2以外の場合」について、CAD/CAM冠用材料（V）を用いた場合	歯 CAD（V）	
219	CAD/CAM冠の「2 エンドクラウンの場合」について、CAD/CAM冠用材料（Ⅲ）を用いた場合	エンクラ	
220	小児保険装置を算定した場合	保険	
221	高強度硬質レジnbrリッジを算定した場合	HRBr	
222	金銀パラジウム合金を用いたコンビネーション鉤を算定した場合	コンビ CI（金バラ）	
223	広範囲顎骨支持型補綴を算定した場合	特イ補	「摘要」欄
224	有床義歯修理または有床義歯内面適合法において歯科技工加算2を算定した場合	歯技工2	
225	軟質材料を用いた有床義歯内面適合法を算定した場合	床適合（軟）	
226	広範囲顎骨支持型補綴物修理を算定した場合	特イ修	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
227	都道府県知事が厚生労働大臣の承認を得て別に療養担当手当を定めた場合の療養担当手当を算定した場合	療担当	
228	患者が要介護者または要支援者の場合に、介護保険に相当するサービスのある診療を行った場合	介	「摘要」欄
229	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）初診時を算定した場合	歯外ベアⅠ初	全体 「その他」欄
230	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）再診時等を算定した場合	歯外ベアⅠ再	
231	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）歯科訪問診療時のイを算定した場合	歯外ベアⅠ訪イ	
232	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）歯科訪問診療時のロを算定した場合	歯外ベアⅠ訪ロ	
233	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1～8の初診または歯科訪問診療を算定した場合	歯外ベアⅡ● （※●は1～8の算定する数字を記載）	
234	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1～8の再診時等を算定した場合	歯外ベアⅡ再● （※●は1～8の算定する数字を記載）	
235	入院ベースアップ評価料1～165を算定した場合	入ベア● （※●は1～165の算定する数字を記載）	