

◎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 地域歯科医療加算	<p>歯科巡回診療車による巡回診療の内容を記載すること。</p> <p>イ 都道府県等が設置している保険医療機関が歯科巡回診療車を所有している。 ロ 都道府県定める医療計画等に基づく巡回診療である。 ハ その他イ又はロに準ずるものである。</p>
54	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。
65	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。
76	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る) (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る) (タ) 急性弛緩性麻痺 (急性灰白髄炎を除く、病原体がエンテロウイルスによるものに限る) (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 によるものに限る) (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 (マ) クロストリジオイデス・デフィシル感染症 (ミ) 基質特異性拡張型 β ラクターマーゼ産生腸内細菌目細菌感染症</p>
87-2	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】
98	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>
109	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>
1140	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 7 と同様</p>
12 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】

※ 「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
1342	再診料 情報通信機器を用いた診療	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。 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75」又はB000-4-3に掲げる口腔機能管理料の「注75」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
1443	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, 遺伝性疾患療養指導管理料, 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】
15	歯科疾患管理料	有床義歯に係る口腔管理のみを行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその旨を記載する。
1614	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。
1745	周術期等口腔機能管理計画策定料1	(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。
18	周術期等口腔機能管理計画策定料2	(他の保険医療機関で策定した管理計画を修正した場合) 変更前の管理計画書を策定した保険医療機関名を記載すること。
1946	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。
2047	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。
2148	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。
2249	回復期等口腔機能管理計画策定料1	(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。
23	回復期等口腔機能管理計画策定料2	(他の保険医療機関で策定した管理計画を修正した場合) 変更前の管理計画書を策定した保険医療機関名を記載すること。
2420	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。
2524	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月日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。
2622	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。
2723	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, 歯周病継続支援安定期治療を算定している場合(歯周病継続支援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, 歯周病継続支援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。

項番	診療行為名称等	記載事項
		(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。
2824	開放型病院共同指導料 (I)	入院日を記載すること。
2925	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。
3026	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。
3127	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】
3228	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】
3329	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。
3430	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。
3531	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。
3632	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。
3733	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。
3834	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。
3935	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。
4036	退院時薬剤情報管理指導料	退院日を記載すること。
4137	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】
4238	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。
4339	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。
4440	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。
4541	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(109)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。
4642	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】

項番	診療行為名称等	記載事項
4743	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。
4844	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】
4945	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。
5046	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。
5147	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。 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。 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。 (訪問歯科衛生指導料と同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。 緩和ケアの場合はその旨を記載すること。
5248	歯科疾患在宅療養管理料	(「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。 (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。
5349	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	(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。 (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。
5450	在宅患者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、歯周病継続支援安定期治療を算定している場合（歯周病継続支援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、歯周病継続支援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。
5551	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	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。 (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。

項番	診療行為名称等	記載事項
5652	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	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。 (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。
5753	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料	(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。 (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。 (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。
5856	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。
5957	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。
6058	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】
61	歯周病検査	(歯周病継続支援治療に規定する状態に該当しなくなったことにより、別の治療を行う必要がある場合) SPT 中断年月日を記載すること。
6259	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。 歯科インプラント摘出術のために歯周病部分検査を行った場合は、その旨を記載すること。
6360	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。
6461	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。
6562	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。
6663	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 総義歯又は9歯以上の局部義歯を装着する場合義管の「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。
6764	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。
6865	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。
6966	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。
7067	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。
71	口腔粘膜湿度検査	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。
7268	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

項番	診療行為名称等	記載事項
7369	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。 ※薬剤名は【紙】
7470	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】
7574	画像診断 通則 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。
7672	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〕「基エ」（15日） 825
7773	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】
7874	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。
7975	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。
8076	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」欄に注射の種別、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」欄に注射の種別、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】
8177	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。

項番	診療行為名称等	記載事項
8278	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。
8379	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 円以下の場合は、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】
8480	リハビリテーション	(「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) 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。 〔記載例〕 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
8581	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。
8682	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。
8783	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】
8884	処置 通則 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】
8985	処置 通則 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】
9086	咬合調整	咬合調整の留意事項通知（1）のイからハ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
9187	感染根管処置	(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) 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。 (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。
9288	根管貼薬処置	(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。 (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) 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。
9389	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。
9490	加圧根管充填処置	(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。 (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。

項番	診療行為名称等	記載事項
9591	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。
9692	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。
9793	歯周病処置	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】 (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。
9894	歯周病継続支援安定期治療	前回の歯周病継続支援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。 (歯周病継続支援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、歯周病継続支援安定期治療の留意事項通知(3)のイからト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。 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 ヘ 特別管理加算を算定した場合 ト 地域歯科診療支援病院歯科再診料を算定した患者であって、遺伝疾患の状態により、歯周病が重症化するおそれのある場合
9995	歯周病継続支援安定期治療 重症化予防連携強化ハイリスク 患者加算	(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、歯周病継続支援安定期治療を実施し、他の保険医療機関の主治の医師に治療した内容、今後の治療方針等について情報提供を行った行う場合) 初回の年月日および紹介元保険医療機関名を記載。
100 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。 ※前回実施年月日は【紙】
101 98	口腔内装置	口腔内装置の留意事項通知(1)のイからル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。 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) ル 歯周治療用装置(床義歯形態) (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) 当該外傷の外傷年月日を記載すること。 (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。
102 99	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔 内装置	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)

項番	診療行為名称等	記載事項
		(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。
103 100	舌接触補助床	(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。
104 101	術後即時顎補綴装置	(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。
102	歯周治療用装置	(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。
105 103	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。
106 104	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。
107 105	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。
108 106	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。
109 107	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。
110 108	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。

項番	診療行為名称等	記載事項
		(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。
111 109	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】
112 110	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】
113 111	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】
114 112	手術 通則 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】
115 113	手術 通則 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こと。【紙】
116 114	手術 通則 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】
117 115	抜歯手術	(難抜歯加算の対象となる歯または埋伏歯において完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止した場合で抜歯料を算定した場合) 完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止した旨を記載すること。 (抜歯のための術前処置として手術野の消毒・麻酔等を行い、抜歯の態勢に入ったが、脳貧血等の患者の急変によりやむを得ず抜歯を中止した場合) 抜歯を中止と記載すること。 (上記以外の理由により抜歯を中止した場合) その他を選択し、その理由を記載すること。
118 116	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。
119 117	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。
120 118	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。
121 119	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。
122 120	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抜歯した歯の部位を記載すること。
123 121	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 新付着手術 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。
124 122	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】
125 123	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】

項番	診療行為名称等	記載事項
126 124	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。
127 125	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。
128 126	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。
129 127	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
130 128	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】
131 129	特定保険医療材料（手術）	(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。【紙】 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
132 130	麻酔	(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。【紙】
133 131	麻酔 通則 時間外加算／休日加算／深夜加算	(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。【紙】
134	麻酔 通知通則 麻酔薬剤	使用した酸素または窒素、地方厚生（支）局長に届け出た購入単価（単位 銭）（酸素のみ）、当該請求に係る使用量（単位 リットル）を麻酔の「その他」欄に記載すること。 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。
135 132	吸入鎮静法	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。
136 133	静脈内鎮静法	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。
137	歯科吸入麻酔または歯科静脈麻酔（I）	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】 吸入麻酔または静脈麻酔が必要な理由を記載すること。

項番	診療行為名称等	記載事項
138	歯科吸入麻酔または歯科静脈麻酔(Ⅱ)	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】 吸入麻酔または静脈麻酔が必要な理由を記載すること。
139	薬剤(麻酔)	麻酔の「その他」欄に医薬品名を記載すること。【紙】
140 135	歯冠修復および欠損補綴	(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) 「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】 (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物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。 (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。 ※未来院請求コード「01」は【紙】 (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、偶発的な事故等を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。 (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。 (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) 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。 (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) 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】 (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) 分割抜歯を行った部位を記載すること。
141 136	補綴時診断料	(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) 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。
142	補綴時診断料 歯科技工士連携加算1/歯科技工士連携加算2	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から補綴時診断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。
143 137	クラウン・ブリッジ維持管理料	装着日から2年を経過するまでの間に、やむを得ず再製作する場合は、算定の理由を記載すること。 (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) 事前承認と記載すること。 (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) 算定の理由を記載すること。
144 138	歯冠形成(窩洞形成) う蝕歯無痛の窩洞形成加算	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。
145 139	う蝕歯即時充填形成 う蝕歯無痛の窩洞形成加算	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。

項番	診療行為名称等	記載事項
146	補綴前処置	実施した前処置の内容を記載すること。 レストシート ガイドプレーン リカントゥアリング その他前処置：***** 修理を行った有床義歯に対して、再度の義歯修理を行う場合は、前回算定年月日を記載すること。
147 140	支台築造	(ファイバーポストを用いた場合) 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。 ※使用本数は【紙】 (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) 永久歯代行と記載すること。
148 141	印象採得	(「印象」の項に書ききれない場合) 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】
149 142	印象採得 歯科技工士連携加算 1 / 歯科技工士連携加算 2	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。
150	暫間歯冠補綴装置	いずれに該当するかを記載すること。 イ テンポラリークラウン又はリテーナー ロ 歯周治療用装置(冠形態) ハ 暫間固定(レジン連続冠固定法による連結固定) ニ 歯科用暫間被覆冠成形品による暫間的な連結固定 ロの再製作を行った場合、前回の算定年月を記載すること。【紙】
151 143	光学印象 歯科技工士連携加算 1 / 歯科技工士連携加算 2 光学印象歯科技工士連携加算	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。
152 144	装着	(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) 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。
153 145	咬合採得	(「咬合」の項に書ききれない場合) 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】
154 146	咬合採得 歯科技工士連携加算 1 / 歯科技工士連携加算 2	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。
155 147	仮床試適 歯科技工士連携加算 1 / 歯科技工士連携加算 2	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。
156 148	充填	(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) 当該歯の部位を記載すること。
157 149	金属歯冠修復	(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) 永久歯代行と記載すること。 (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) 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。 (歯科鑄造用 14カラット合金を用いた金属歯冠修復を算定する場合) 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。 ※修復物の名称は【紙】
158 150	接着冠	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。

項番	診療行為名称等	記載事項
159 151	レジン前装金属冠	(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) 永久歯代行と記載すること。
160 152	非金属歯冠修復 (硬質レジンジャケット冠)	(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犬歯に用いた場合) 紹介元保険医療機関名を記載すること。 (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) 永久歯代行と記載すること。
161 153	CAD/CAM 冠	(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して CAD/CAM 冠を用いた歯冠修復を行った場合) 永久歯代行と記載すること。 (犬歯に用いた場合) 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。 (第一犬歯または第二犬歯に CAD/CAM 冠用材料 (Ⅲ) を使用する場合) 当該 CAD/CAM 冠を装着する部位の対側の犬歯による咬合支持の有無および同側の犬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犬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。 (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犬歯に用いた場合) 紹介元保険医療機関名を記載すること。
162 154	CAD/CAM インレー	(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して CAD/CAM インレーを用いた歯冠修復を行った場合) 永久歯代行と記載すること。 (犬歯に用いた場合) 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。 (第一犬歯または第二犬歯に用いる場合) 当該 CAD/CAM インレーを装着する部位の対側の犬歯による咬合支持の有無および同側の犬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犬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。 (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犬歯に用いた場合) 紹介元保険医療機関名を記載すること。
163 155	小児保険装置 固定式保険装置	装置の種類を選択して記載すること。 クラウンループ バンドループ
164	小児保険装置 可撤式保険装置	いずれに該当するかを記載すること。 イ 両側性の乳歯を早期喪失した場合 ロ 片側性の2歯以上の乳歯を早期喪失した場合 ハ 片側性の乳歯1歯欠損であっても、支台歯に加重負担をきたす可能性がある場合 ニ 乳前歯を早期喪失した場合 ホ 永久歯を早期喪失し、将来の補綴処置に備えて保険を行う必要がある場合
165 156	ポンティック	(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) 事前承認と記載すること。 (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) 算定の理由を記載すること。 (犬歯のポ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り、ブリッジの設計を変更する場合) 中切歯の状態等を記載すること。 (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ポンティック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。

項番	診療行為名称等	記載事項
166 157	高強度硬質レジンブリッジ	(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。
167 158	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) の二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。
168	3 次元プリント有床義歯	(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。 (有床義歯を 1～2 日で製作し装着する場合) 1～2 日で製作し装着することが必要となった理由を記載すること。 (前回有床義歯を算定した日から 6 月が経過していない場合であって新たに有床義歯の算 定を行った場合) 有床義歯の留意事項通知 (13) の二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：*****
169 159	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。 (有床義歯を 1～2 日で製作し装着する場合) 1～2 日で製作し装着することが必要となった理由を記載すること。 (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。 (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) の二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。
170 160	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 発音補整装置 ニ 発音補助装置 ホ ホッツ床

項番	診療行為名称等	記載事項
171 161	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。
172 162	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。
173 163	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。
174 164	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。
175 165	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。
176	薬剤(歯冠修復および欠損補綴)	(生活歯歯冠形成を行い、薬剤(歯冠修復および欠損補綴)を算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄にその医薬品名、使用量を記載すること。
177	特定保険医療材料(歯冠修復および欠損補綴)	(特定保険医療材料(歯冠修復および欠損補綴)により特定薬剤を算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄にその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。
178 166	歯科矯正	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>(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。</p> <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・ウイーデマン症候群 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・ヴァンクレーベルド症候群 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・ウィリー症候群 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 ピンダー症候群 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・ウェーバー症候群 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(顎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) 原発性低リン血症性くる病 ロイス・ディーツ症候群 その他顎・口腔の先天異常 3歯以上の永久歯萌出不全 連続した3歯以上の先天性欠如歯 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または連続した3歯以上の先天性欠如歯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>
179 167	歯科矯正診断料	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。
180 168	顎口腔機能診断料	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。
181 169	歯科矯正管理料	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】
182 170	模型調整製(予測模型)	全体の「その他」欄に予測歯数を記載すること。

項番	診療行為名称等	記載事項
183 171	動的処置	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。
184 172	植立	(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。 (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。
185 173	撤去	(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。 (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。
186 174	マルチブラケット装置	(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。 (セクショナルアーチを行う場合) その旨を記載すること。
187 175	床装置修理	(リンガルアーチにおいて、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。
188 176	特定保険医療材料(矯正)	(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】
189 177	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、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)) 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。 なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。 ①長期収載品と後発医薬品で薬事承認された効能・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。 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。 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。 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。
190 178	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。
191 179	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。