

リハビリテーション (摂食機能療法)

本章のおもな明細書記載ポイント

診療報酬明細書

(歯科)

令和 年 月 分

都道府県 医療機関コード
県番号

3 1 社・国 3 後期 1 単 2 本 8 高外-
2 2 併 4 六外
3 3 併 6 家外 0 高外7

公費負担番号	10 9 8 7 ()
診療開始日	年 月 日
診療日数	日 (日)
転帰	治癒 死亡 中止

- ・摂食機能療法算定時および摂食機能障害患者に対する舌接触補助床算定時の傷病名は「**摂食機能障害**」とする。
- ・口腔機能低下症患者に対する舌接触補助床算定時の傷病名は「**口腔機能低下症**」とする。
- ・舌接触補助床の調整を行う場合は「**PAP フテキ**」、修理を行う場合は「**PAP ハセツ**」などとする。

氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 生	補 審 歯初診	診療開始の所在地及び名称
職務上の事由	1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害		

傷病名部位	摂食機能障害															診療開始日	年	月	日								
																診療実日数	日() 日()										
																転	帰	治	癒	死	亡	中	止				
初診	時間外() 休日() 深夜() 乳() 乳・時間外() 乳・休日() 乳・深夜() 特連() 特地() 外安全() 外感染()																										
再診	×	時間外	×	休日	×	深夜	×	乳	×	乳・時間外	×	乳・休日	×	乳・深夜	×	外安全	×	外感染	×								
管理・リハ	×	歯管	+	+	+	+	根管	×	根管	×	実地指導	×	口指導	×	×	×	×	×	×	×							
投薬・注射	内 屯 外 注																										
X線検査	全額	枚	色調	×	P混	咀嚼機能1 イ(前) 560 咀嚼機能1 ロ(前) 140										×	×	×	×	注	×	×					
	標	×	×	S培	×	顎運	咀嚼機能1 イ(後) 550 咀嚼機能1 ロ(後) 140										×	×	×	×	×	×					
	バ	×	×	EMR	×		咀嚼機能2 イ(前) 560 咀嚼機能2 ロ(前) 130										×	×	×	×	×	×					
		×	×				咀嚼機能2 イ(後) 550 咀嚼機能2 ロ(後) 130										×	×	×	×	×	×					
処置	単純	×	保護	×	×	舌圧 140×										×	×	×	×	×	×	×					
	抜	×	感	×	根	×	根	×	加	×	生	×	除	×	T.cond	×	F局										
	髓	×	処	×	貼	×	充	×	充	×	+	×	+	×	×	×	P処	×									
	S	C	×	×	×	×	×	SRP	前	×	小	×	大	×	前	×	小	×	大	×							
手術	抜 歯 乳 × 前 × + × + × 臼 × + × 埋 × + × 去 ×															開閉 × ×											
その他	imp 230 BT 187 PAP 2620・1120 OAp修 234																										
麻酔	伝麻	×	浅麻	×	その他																						
歯冠形成	補診	×	×	×	×	舌接触補助床の製作にかかる費用の請求は、印象採得、咬合採得、所定点数(装着料と合算する)のいずれも「処置・手術」の「その他」欄に記載する。										×	×	×	×	×	×						
	生	前C	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×							
	歯	金硬	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×							
	生	既製	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×							
修復	支台	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×							
	支台	金	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×							
	支台	銀	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×							
	支台	金	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×							
び	CADIn	(I)	×	(II)	×	(III)	×	チ冠	×	前チ	×	根板	×	バ	×	バ	×	バ	×	バ							
	ボ	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前							
	ボ	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前							
	ボ	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前							
欠	ボ	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前							
	ボ	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前							
	ボ	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前							
	ボ	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前	×	銀	前							
損	有	1~4歯	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×							
	有	5~8歯	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×							
	有	9~11歯	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×							
	有	12~14歯	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×							
綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴							
	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴							
	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴							
	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴	綴							
その他	摂食機能療法 185・130 + (210・190・120) × 歯リハ1(2) 194×																										
摘要	※「摘要」欄記載事項については、「本章のおもな明細書記載事項・記載例(本誌147頁)」を参照のこと。															公費分請求	点	合 計	点								
																患者負担額	円	決 定	点								
																高額療養費	円	一部負担金 免除・支払猶予	円								

算定項目等	記載欄	明細書略号	「摘要」欄記載 (○：原則必要, △：場合により必要)
■検査			
有床義歯咀嚼機能検査（1口腔につき） 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 「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 「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 「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 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 「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 「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 「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	X線・検査 「その他」欄	咀嚼機能 1 イ(前) 咀嚼機能 1 ロ(前) 咀嚼機能 1 イ(後) 咀嚼機能 1 ロ(後) 咀嚼機能 2 イ(前) 咀嚼機能 2 ロ(前) 咀嚼機能 2 イ(後) 咀嚼機能 2 ロ(後)	○
舌圧検査（1回につき）		舌圧	○
■リハビリテーション			
摂食機能療法（1日につき） 30分以上の場合／30分未満の場合 摂食嚥下機能回復体制加算 1-3	全体 「その他」欄		○
歯科口腔リハビリテーション料 1（1口腔につき） 舌接触補助床の場合		歯リハ 1（2）	○
■処置			
舌接触補助床（1装置につき） 新たに製作した場合※／旧義歯を用いた場合※	処置・手術 「その他」欄 (※は装着料と合算)	PAP	
口腔内装置調整・修理（1口腔につき） 口腔内装置修理		OAp 修	
■歯冠修復及び欠損補綴			
印象採得 欠損補綴（1装置につき） 連合印象	処置・手術 「その他」欄 (※は装置と合算)		
装着 欠損補綴（1装置につき） 有床義歯（多数歯欠損）※			
咬合採得 欠損補綴（1装置につき） 有床義歯（多数歯欠損）			