

- 当該診療報酬点数の記載事項の一部に追加・変更等があった場合
- 当該診療報酬点数の記載事項に追加があった場合(記載要領上の新規を含む)
- 当該診療報酬点数が今回新設されたことに従い、記載事項が新規に追加された場合
- 当該診療報酬点数の記載事項が削除された場合

※原則「記載事項」欄の内容に変更があったものを掲載しているが、表現上の変更(例)検査日→算定日)や項目番号のみの変更等の場合、省略しているものもある。  
 ※「記載事項」欄における括弧等は、該当する場合に記載する事項であること。  
 ※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

【改定後(医科2020)】別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧

【改定前(医科2018)】別表Ⅰ

項番	区分	診療行為 名称等	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	項番	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
	A000	初診料の妊婦加算等(注7、注10、注11の加算)	削除			2	当該患者が妊婦である旨記載すること。	レセプト共通レコード「患者の状態001」又は820100348	妊婦
	A001	再診料の妊婦加算等(注5、注15、注16の加算)	削除			5	当該患者が妊婦である旨記載すること。	レセプト共通レコード「患者の状態001」又は820100348	妊婦
	A002	外来診療料の妊婦加算等(注8、注10、注11の加算)	削除			8	当該患者が妊婦である旨記載すること。	レセプト共通レコード「患者の状態001」又は820100348	妊婦
6	A003	オンライン診療料	<p>〔診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について〕別添1第1章第1部A003オンライン診療料の(3)のイ又はロに該当する患者に当該診療料を算定する場合。</p> <p>特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、精神科在宅患者支援管理料又は在宅自己注射指導管理料のうち、当該患者が算定しているものを選択して記載するとともに、当該管理料等の算定を開始した年月日を記載すること。</p> <p>〔診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について〕別添1第1章第1部A003オンライン診療料の(3)のウに該当する患者に当該診療料を算定する場合。</p> <p>頭痛患者に対する対面診療を開始した年月日。</p>	850100001 特定疾患療養管理料の算定を開始した年月日(オンライン診療料):(元号)yy年mm月dd日 850100002 小児科療養指導料の算定を開始した年月日(オンライン診療料):(元号)yy年mm月dd日 850100003 てんかん指導料の算定を開始した年月日(オンライン診療料):(元号)yy年mm月dd日 850100004 難病外来指導管理料の算定を開始した年月日(オンライン診療料):(元号)yy年mm月dd日 850100005 糖尿病透析予防指導管理料の算定を開始した年月日(オンライン診療料):(元号)yy年mm月dd日 850100006 地域包括診療料の算定を開始した年月日(オンライン診療料):(元号)yy年mm月dd日 850100007 認知症地域包括診療料の算定を開始した年月日(オンライン診療料):(元号)yy年mm月dd日 850100008 生活習慣病管理料の算定を開始した年月日(オンライン診療料):(元号)yy年mm月dd日 850100009 在宅時医学総合管理料の算定を開始した年月日(オンライン診療料):(元号)yy年mm月dd日 850100010 精神科在宅患者支援管理料の算定を開始した年月日(オンライン診療料):(元号)yy年mm月dd日 850100011 在宅自己注射指導管理料の算定を開始した年月日(オンライン診療料):(元号)yy年mm月dd日 850100012 頭痛患者に対する対面診療を開始した年月日(オンライン診療料):(元号)yy年mm月dd日		9	特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料又は精神科在宅患者支援管理料のうち、当該患者が算定しているものを選択して記載するとともに、算定を開始した年月日を記載すること。	820100006 特定疾患療養管理料算定患者 820100007 小児科療養指導料算定患者 820100008 てんかん指導料算定患者 820100009 難病外来指導管理料算定患者 820100010 糖尿病透析予防指導管理料算定患者 820100011 地域包括診療料算定患者 820100012 認知症地域包括診療料算定患者 820100013 生活習慣病管理料算定患者 820100014 在宅時医学総合管理料算定患者 820100015 精神科在宅患者支援管理料算定患者	
									変更
17	A205の1	救急医療管理加算1	<p>〔診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について〕別添1第1章第2部A205救急医療管理加算の(2)のイからケまでのいずれか該当するものを選択して記載すること。また、(2)のイ、ウ、オ、カ(肝不全、腎不全又は重症糖尿病のものに限る。)又はキの状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標を記載し、(2)のロに該当する場合であって、肝不全、腎不全、重症糖尿病以外のものについては、具体的な状態を記載すること。</p>	820100393 ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良(救急医療管理加算1) 820100394 ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良(救急医療管理加算1) 820100395 イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS1 820100396 イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS2 820100397 イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS3 820100398 イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS10 820100399 イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS20 820100400 イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS30 820100401 イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS100 820100402 イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS200 820100403 イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算1):JCS300 820100404 ウ 心不全(救急医療管理加算1):NYHA1 820100405 ウ 心不全(救急医療管理加算1):NYHA2 820100406 ウ 心不全(救急医療管理加算1):NYHA3 820100407 ウ 心不全(救急医療管理加算1):NYHA4 820100408 ウ 呼吸不全(救急医療管理加算1):P/F比300以上400未満 820100409 ウ 呼吸不全(救急医療管理加算1):P/F比200以上300未満 820100410 ウ 呼吸不全(救急医療管理加算1):P/F比200未満 820100411 エ 急性薬物中毒(救急医療管理加算1) 820100412 オ ショック(救急医療管理加算1):平均血圧70mmHg以上 820100413 オ ショック(救急医療管理加算1):平均血圧70mmHg未満 820100414 オ ショック(救急医療管理加算1):昇圧剤利用なし 820100415 オ ショック(救急医療管理加算1):昇圧剤利用あり 842100001 カ 代謝障害(肝不全)(救急医療管理加算1)AST値:***** 842100002 カ 代謝障害(肝不全)(救急医療管理加算1)ALT値:***** 842100003 カ 代謝障害(腎不全)(救急医療管理加算1)eGFR値:***** 842100004 カ 代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算1)JSD値:***** 842100005 カ 代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算1)NGSP値:***** 842100006 カ 代謝障害(重症糖尿病)(救急医療管理加算1)随時血糖値:***** 830100023 カ 代謝障害(その他)(救急医療管理加算1)具体的な状態:***** 820100416 キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index 9以上 820100417 キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index 4以上9未満 820100418 キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算1):Burn Index 4未満 820100419 キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算1):気道熱傷なし 820100420 キ 広範囲熱傷(救急医療管理加算1):気道熱傷あり 820100421 ク 外傷、破傷風等(救急医療管理加算1) 830100024 ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態(救急医療管理加算1)		20	<p>〔診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について〕別添1第1章第2部A205救急医療管理加算の(2)のイからケまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。</p>	820100016 ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 820100017 イ 意識障害又は昏睡 820100018 ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態 820100019 エ 急性薬物中毒 820100020 オ ショック 820100021 カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) 820100022 キ 広範囲熱傷 820100023 ク 外傷、破傷風等で重篤な状態 820100024 ケ 緊急の手術、カテーテル治療等又はt-PA療法を必要とする状態	
			当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なものについて、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に關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關して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」(平成30年4月27日保発0428第10号)(本通知が改正された場合は、改正後の通知によること。)の別添5に掲げる医療診療行為コードを記載すること。	831110001	入院後3日以内に実施した主要な診療行為(救急医療管理加算1):***** (医科診療行為コード)			追加	
			(当該加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合)当該加算を算定した入院年月日を記載すること。	850100017	救急医療管理加算を算定した入院年月日:(元号)yy年mm月dd日				—

- 当該診療報酬点数の記載事項の一部に追加・変更等があった場合
- 当該診療報酬点数の記載事項に追加があった場合(記載要領上の新規を含む)
- 当該診療報酬点数が今回新設されたことに従い、記載事項が新規に追加された場合
- 当該診療報酬点数の記載事項が削除された場合

※原則「記載事項」欄の内容に変更があったものを掲載しているが、表現上の変更(例)検査日→算定日)や項目番号のみの変更等の場合、省略しているものもある。  
 ※「記載事項」欄における括弧書きは、該当する場合に記載する事項であること。  
 ※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

【改定後(医科2020)】別表I 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧

【改定前(医科2018)】別表I

項番	区分	診療行為 名称等	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	項番	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
18	A205の 2	救急医療管理加算2	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A205救急医療管理加算の(2)のイ、ウ、オ、カ(肝不全、腎不全又は重症糖尿病のものに限る。)又はキの状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標を記載し、(2)の力に該当する場合であって、肝不全、腎不全、重症糖尿病以外のものについては、具体的な状態を記載すること。また、(2)のロに該当する場合はその医学的根拠を記載すること。	820100422	ア 吐血、嘔血又は重篤な脱水で全身状態不良(救急医療管理加算2)	21	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A205救急医療管理加算の(2)のイ、ウ、オ、カ(肝不全、腎不全又は重症糖尿病のものに限る。)又はキの状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標を記載し、(2)の力に該当する場合であって、肝不全、腎不全、重症糖尿病以外のものについては、具体的な状態を記載すること。	820100422	ア 吐血、嘔血又は重篤な脱水で全身状態不良(救急医療管理加算2)
				820100423	イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS1				イ 意識障害又は昏睡(救急医療管理加算2):JCS1
26	A230-3	精神科身体合併症管理加算	対象患者について基本診療料の施設基準等別表第七の二の各号に掲げるものの中からいずれか該当するものを選択して記載すること。	820100453	呼吸器系疾患の患者(精神科身体合併症管理加算)	26	追加	820100453	呼吸器系疾患の患者(精神科身体合併症管理加算)
				820100454	心疾患の患者(精神科身体合併症管理加算)				心疾患の患者(精神科身体合併症管理加算)
38	A251	排尿自立支援加算	当該加算の初回算定日及び初回からの通算算定回数(当該月に実施されたものを含む。)を記載すること。	850100027	初回算定年月日(排尿自立支援加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	38	追加	850100027	初回算定年月日(排尿自立支援加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日
				842100022	通算算定回数(排尿自立支援加算):*****				通算算定回数(排尿自立支援加算):*****

- 当該診療報酬点数の記載事項の一部に追加・変更等があった場合
- 当該診療報酬点数の記載事項に追加があった場合(記載要領上の新規を含む)
- 当該診療報酬点数が今回新設されたことに従い、記載事項が新規に追加された場合
- 当該診療報酬点数の記載事項が削除された場合

※原則「記載事項」欄の内容に変更があったものを掲載しているが、表現上の変更(例)検査日→算定日)や項目番号のみの変更等の場合、省略しているものもある。  
 ※「記載事項」欄における括弧書きは、該当する場合に記載する事項であること。  
 ※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

【改定後(医科2020)】別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
40	A302	新生児特定集中治療室管理料	〔総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料と合計して22日以上算定した場合〕 出生時体重について、「1,500g以上」、「1,000g以上1,500未満」、「1,000g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100027	出生時体重 1,500g以上
				820100028	出生時体重 1,000g以上1,500g未満
				820100029	出生時体重 1,000g未満
				820100474	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ア 高度の先天奇形
				820100475	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):イ 低体温
				820100476	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ウ 重症黄疸
				820100477	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):エ 未熟児
				820100478	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):オ 意識障害又は昏睡
				820100479	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
				820100480	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):キ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)
				820100481	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ク 急性薬物中毒
				820100482	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ケ ショック
				820100483	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):コ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
				820100484	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):サ 大手術後
820100485	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):シ 救急蘇生後				
820100486	該当するもの(新生児特定集中治療室管理料):ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態				
41	A303の1	総合周産期特定集中治療室管理料 1 母体・胎児集中治療室管理料	〔診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について〕別添1第1章第2部A303総合周産期特定集中治療室管理料の(2)のアからカまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820100487	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):ア 合併症妊娠
				820100488	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):イ 妊娠高血圧症候群
				820100489	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):ウ 多胎妊娠
				820100490	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):エ 胎盤位置異常
				820100491	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):オ 切迫流産
				820100492	該当するもの(母体・胎児集中治療室管理料):カ 胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの
削除					
43	A303の2	総合周産期特定集中治療室管理料 2 新生児集中治療室管理料	〔診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について〕別添1第1章第2部A302新生児特定集中治療室管理料の(1)のアからスまでのいずれに該当するか選択して記載すること。	820100493	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ア 高度の先天奇形
				820100494	該当するもの(新生児集中治療室管理料):イ 低体温
				820100495	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ウ 重症黄疸
				820100496	該当するもの(新生児集中治療室管理料):エ 未熟児
				820100497	該当するもの(新生児集中治療室管理料):オ 意識障害又は昏睡
				820100498	該当するもの(新生児集中治療室管理料):カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
				820100499	該当するもの(新生児集中治療室管理料):キ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)
				820100500	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ク 急性薬物中毒
				820100501	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ケ ショック
				820100502	該当するもの(新生児集中治療室管理料):コ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
				820100503	該当するもの(新生児集中治療室管理料):サ 大手術後
				820100504	該当するもの(新生児集中治療室管理料):シ 救急蘇生後
				820100505	該当するもの(新生児集中治療室管理料):ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態
				44	A303-2
820100028	出生時体重 1,000g以上1,500g未満				
820100029	出生時体重 1,000g未満				
820100506	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ア 高度の先天奇形				
820100507	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):イ 低体温				
820100508	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ウ 重症黄疸				
820100509	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):エ 未熟児				
820100510	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):オ 意識障害又は昏睡				
820100511	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪				
820100512	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):キ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)				
820100513	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ク 急性薬物中毒				
820100514	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ケ ショック				
820100515	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):コ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)				
820100516	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):サ 大手術後				
820100517	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):シ 救急蘇生後				
820100518	該当するもの(新生児治療回復室入院医療管理料):ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態				
52	A311	精神科救急入院料	当該病棟におけるクロザピンの初回投与日と投与回数(精神科救急入院料)を記載すること。	850100039	当該病棟におけるクロザピンの初回投与年月日(精神科救急入院料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日
				850100040	当該病棟におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急入院料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日
				820100519	当該病棟におけるクロザピンの投与中止理由(精神科救急入院料):ア クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止
				820100520	当該病棟におけるクロザピンの投与中止理由(精神科救急入院料):イ 患者事由により、投与を中止
				850100041	他の病棟におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急入院料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日
842100025	クロザピンの投与中止回数(精神科救急入院料);*****				

【改定前(医科2018)】別表Ⅰ

項番	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
41	追加	820100027	出生時体重 1,500g以上
		820100028	出生時体重 1,000g以上1,500g未満
		820100029	出生時体重 1,000g未満
43	追加	820100027	出生時体重 1,500g以上
		820100028	出生時体重 1,000g以上1,500g未満
		820100029	出生時体重 1,000g未満
43	追加	820100027	出生時体重 1,500g以上
		820100028	出生時体重 1,000g以上1,500g未満
		820100029	出生時体重 1,000g未満
52	追加	820100027	出生時体重 1,500g以上
		820100028	出生時体重 1,000g以上1,500g未満
		820100029	出生時体重 1,000g未満
		820100027	出生時体重 1,500g以上
		820100028	出生時体重 1,000g以上1,500g未満

- 当該診療報酬点数の記載事項の一部に追加・変更等があった場合
- 当該診療報酬点数の記載事項に追加があった場合(記載要領上の新規を含む)
- 当該診療報酬点数が今回新設されたことに従い、記載事項が新規に追加された場合
- 当該診療報酬点数の記載事項が削除された場合

※原則「記載事項」欄の内容に変更があったものを掲載しているが、表現上の変更(例)検査日＝算定日)や項目番号のみの変更等の場合、省略しているものもある。  
 ※「記載事項」欄における括弧書きは、該当する場合に記載する事項であること。  
 ※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

【改定後(医科2020)】別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧

【改定前(医科2018)】別表Ⅰ

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	項番	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
53	A311-2	精神科急性期治療病棟入院料	当該病棟におけるクロザピンの初回投与日と記載すること。	850100042	当該病棟におけるクロザピンの初回投与年月日(精神科急性期治療病棟入院料);(元号)yy年"mm"月"dd"日	追加			
			(当該病棟においてクロザピンの投与を中止した場合)投与中止日及び投与中止の理由について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A311-2精神科急性期治療病棟入院料の(4)のア又はイの理由のうち該当するものを記載すること。	850100043	当該病棟におけるクロザピンの投与中止日(精神科急性期治療病棟入院料);(元号)yy年"mm"月"dd"日				
			(他の病棟においてクロザピンを中止したことがある場合)他の病棟における直近のクロザピンの投与中止日及び当該保険医療機関におけるクロザピンの投与中止回数	820100521	クロザピンの投与中止の理由(精神科急性期治療病棟入院料):ア クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止				
				820100522	クロザピンの投与中止の理由(精神科急性期治療病棟入院料):イ 患者事由により、投与を中止				
				850100044	他の病棟におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科急性期治療病棟入院料);(元号)yy年"mm"月"dd"日				
54	A311-3	精神科救急・合併症入院料	当該病棟におけるクロザピンの初回投与日と記載すること。	850100045	当該病棟におけるクロザピンの初回投与年月日(精神科救急・合併症入院料);(元号)yy年"mm"月"dd"日	追加			
			(当該病棟においてクロザピンの投与を中止した場合)投与中止日及び投与中止の理由について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部A311-3精神科救急・合併症入院料の(3)のア又はイの理由のうち該当するものを記載すること。	850100046	当該病棟におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急・合併症入院料);(元号)yy年"mm"月"dd"日				
			(他の病棟においてクロザピンを中止したことがある場合)他の病棟における直近のクロザピンの投与中止日及び当該保険医療機関におけるクロザピンの投与中止回数	820100523	クロザピンの投与中止の理由(精神科救急・合併症入院料):ア クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止				
				820100524	クロザピンの投与中止の理由(精神科救急・合併症入院料):イ 患者事由により、投与を中止				
				850100047	他の病棟におけるクロザピンの投与中止年月日(精神科救急・合併症入院料);(元号)yy年"mm"月"dd"日				
B(通則)	オンライン医学管理料	削除	842100026	クロザピンの投与中止回数(精神科急性期治療病棟入院料);*****	64	特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料又は生活習慣病管理料の算定を開始した年月を記載すること。			
70	B001の2	特定薬剤治療管理料1の注9加算	ミコフェノール酸モフェテルの血中濃度測定の実施を記載すること。	830100058	ミコフェノール酸モフェテルの血中濃度測定の実施(特定薬剤治療管理料1);*****				追加
71	B001の2	特定薬剤治療管理料1の注10加算	(エベロリムスの初回投与から3月の間に算定する場合)エベロリムスの初回投与日	850100050	エベロリムスの初回投与年月日(特定薬剤治療管理料1);(元号)yy年"mm"月"dd"日				追加
72			(エベロリムスの初回投与から3月の間に算定する場合)エベロリムスの血中濃度測定の実施を記載すること。	830100059	エベロリムスの血中濃度測定の実施(特定薬剤治療管理料1);*****				
	B001の10	入院栄養食事指導料	削除			69	算定日を記載すること。		
75	B001の9	外来栄養食事指導料の「注2」の場合	指選した年月日	850100052	指導した年月日(外来栄養食事指導料(注2));(元号)yy年"mm"月"dd"日				追加
80	B001の14	高度難聴指導管理料の人工内耳機器調整加算	前回算定年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190043	前回算定年月日(人工内耳機器調整加算);(元号)yy年"mm"月"dd"日				追加
				820190043	初回(人工内耳機器調整加算)				
90	B001の31	腎代替療法指導管理料	(腎代替療法指導管理料を2回算定する場合)その医療上の必要性を詳細に記載すること。	830100065	2回算定する医療上の必要性(腎代替療法指導管理料);*****	新規			
			(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部B001の31腎代替療法指導管理料の(2)のアに該当する場合)直近の血液検査におけるeGFRの検査値について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部B001の31腎代替療法指導管理料の(6)のイからハのうちいずれか該当するものを選択して記載すること。	820100575	eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料):(イ) 25ml/min/1.73m2以上、30ml/min/1.73m2未満				
				820100576	eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料):(ロ) 15ml/min/1.73m2以上、25ml/min/1.73m2未満				
				820100577	eGFRの検査値(腎代替療法指導管理料):(ハ) 15ml/min/1.73m2未満				
			(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第1部B001の31腎代替療法指導管理料の(2)のイに該当する場合)腎代替療法指導管理料の実施について適切な時期と判断とした理由を記載すること。	830100066	腎代替療法指導管理料の実施について適切な時期と判断とした理由:*****				
116	B005-9	外来排尿自立指導料	A251排尿自立支援加算の初回算定日並びにA251排尿自立支援加算の初回算定日からのA251排尿自立支援加算及び当該指導料の通算算定回数(当該月に実施されたものを含む。)を記載すること。	850100082	排尿自立支援加算の初回算定年月日(外来排尿自立指導料);(元号)yy年"mm"月"dd"日	108	当該指導の初回算定日及び初回からの通算算定回数(当該月に実施されたものを含む。)を記載すること。		
	842100030	排尿自立支援加算及び外来排尿自立指導料の通算算定回数(外来排尿自立指導料);*****							
130	B011	診療情報提供料(Ⅲ)	(妊婦である場合)当該患者が妊婦している旨記載すること。	820100579	妊婦(診療情報提供料3)				新規
135	B015	精神科退院時共同指導料1のイ	対象となる患者の状態について記載すること。	820100581	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のイ):措置入院にかかる患者	追加			
				820100582	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のイ):緊急措置入院にかかる患者				
				820100583	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のイ):医療観察法による入院又は通院をしたことがある患者				
				820100584	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のイ):入院の期間が1年以上の患者				
136	B015	精神科退院時共同指導料1のロ	対象となる患者の状態について記載すること。	820100585	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):6ヶ月間継続して社会的役割を遂行することに重大な問題がある。	追加			
				820100586	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):自分1人で地域生活に必要な課題を遂行することに重大な問題がある。				
				820100587	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある。				
				820100588	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある。				
				820100589	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):自傷や自殺を企てたことがある。				
				820100590	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):家族への暴言、拒絶がある。				
				820100591	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):警察・保健所介入歴がある。				
				820100592	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった。				
				820100593	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):外来受診をしないことが2か月以上あった。				
				820100594	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない。				
				820100595	精神科退院時共同指導料1のロの対象患者:直近の入院は措置入院である。				
				820100596	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある。				
				820100597	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):家賃の支払いに経済的な問題を抱えている。				
820100598	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):支援をする家族がいない。								
820100599	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料1のロ):同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている。								

- 当該診療報酬点数の記載事項の一部に追加・変更等があった場合
- 当該診療報酬点数の記載事項に追加があった場合(記載要領上の新規を含む)
- 当該診療報酬点数が今回新設されたことに従い、記載事項が新規に追加された場合
- 当該診療報酬点数の記載事項が削除された場合

※原則「記載事項」欄の内容に変更があったものを掲載しているが、表現上の変更(例)検査日→算定日)や項目番号のみの変更等の場合、省略しているものもある。  
 ※「記載事項」欄における括弧書きは、該当する場合に記載する事項であること。  
 ※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

【改定後(医科2020)】別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧

【改定前(医科2018)】別表Ⅰ

項番	区分	診療行為 名称等	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	項番	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言			
137	B015	精神科退院時共同指導料2	対象となる患者の状態について記載すること。	820100600	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):措置入院にかかる患者	追加						
				820100601	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):緊急措置入院にかかる患者							
				820100602	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):医療観察法による入院又は通院をしたことがある患者							
				820100603	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):入院の期間が1年以上の患者							
				820100604	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):6ヶ月間継続して社会的役割を遂行することに重大な問題がある。							
				820100605	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):自分1人で地域生活に必要な課題を遂行することに重大な問題がある							
				820100606	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):家族以外への暴力行為、器物破壊、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある。							
				820100607	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある。							
				820100608	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):自傷や自殺を企てたことがある。							
				820100609	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):家族への暴言、拒絶がある。							
				820100610	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):警察・保健所介入歴がある。							
				820100611	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった。							
				820100612	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):外来受診をしないことが2か月以上あった。							
				820100613	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない。							
				820100614	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):直近の入院は措置入院である。							
				820100615	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある。							
				820100616	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):家賃の支払いに経済的な問題を抱えている。							
				820100617	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):支援をする家族がいない。							
820100618	対象患者の状態(精神科退院時共同指導料2):同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている。											
138	C	乳幼児呼吸管理材料加算	(1月に3回又は2回分の算定を行う場合) 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれかを算定したのか又は当月分に加え、翌月分、前月分のいずれかを算定したのかを選択して記載すること。	820100619	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):当月分	追加						
				820100620	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):翌月分							
				820100621	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):翌々月分							
				820100622	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):前月分							
				820100623	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):前々月分							
142	C001	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)	(「1」の在宅患者訪問診療料1を算定する場合、患者の急性増悪等により一時的に週4回以上の頻回な在宅患者訪問診療を行った場合) その必要性、必要を認めた診療日及び当該訪問診療を行った日を記載すること。	830100088	頻回な在宅患者訪問診療を行った必要性(在宅患者訪問診療料(1)): *****	129	(「1」の在宅患者訪問診療料1を算定する場合、患者の急性増悪等により一時的に週4回以上の頻回な在宅患者訪問診療を行った場合) その必要性、必要を認めた診療日及び当該訪問診療を行った日を記載すること。					
				850100094	必要性を認めた診療年月日(在宅患者訪問診療料(1)):(元号)yy'年'mm'月'dd'日							
				850100095	訪問診療年月日(在宅患者訪問診療料(1)):(元号)yy'年'mm'月'dd'日							
				850100096	他医療機関から依頼があった年月(在宅患者訪問診療料(1)):(元号)yy'年'mm'月'							
				820100072	ア その診療科の医師でなければ困難な診療					820100072	ア その診療科の医師でなければ困難な診療	
				820100073	イ 既に診療した傷病等とは明らかに異なる傷病に対する診療					820100073	イ 既に診療した傷病等とは明らかに異なる傷病に対する診療	
				830100089	継続的な訪問診療の必要性(在宅患者訪問診療料2):*****					変更		
				820100074	末期の悪性腫瘍					820100074	末期の悪性腫瘍	
				820100075	多発性硬化症					820100075	多発性硬化症	
				820100076	重症筋無力症					820100076	重症筋無力症	
				820100077	スモン					820100077	スモン	
				820100078	筋萎縮性側索硬化症					820100078	筋萎縮性側索硬化症	
				820100079	脊髄小脳変性症					820100079	脊髄小脳変性症	
				820100080	ハンチントン病					820100080	ハンチントン病	
				820100081	進行性筋ジストロフィー症					820100081	進行性筋ジストロフィー症	
				820100082	パーキンソン病関連疾患(留意事項通知に規定するもの)					820100082	パーキンソン病関連疾患(留意事項通知に規定するもの)	
				820100083	多系統萎縮症(留意事項通知に規定するもの)					820100083	多系統萎縮症(留意事項通知に規定するもの)	
				820100084	プリオン病					820100084	プリオン病	
				820100085	亜急性硬化性全脳炎					820100085	亜急性硬化性全脳炎	
				820100086	ライゾゾーム病					820100086	ライゾゾーム病	
820100087	副腎白質ジストロフィー	820100087	副腎白質ジストロフィー									
820100088	脊髄性筋萎縮症	820100088	脊髄性筋萎縮症									
820100089	球脊髄性筋萎縮症	820100089	球脊髄性筋萎縮症									
820100090	慢性炎症性脱髄性多発神経炎	820100090	慢性炎症性脱髄性多発神経炎									
820100091	後天性免疫不全症候群	820100091	後天性免疫不全症候群									
820100092	頭髄損傷の患者	820100092	頭髄損傷の患者									
820100093	人工呼吸器を使用している状態の患者	820100093	人工呼吸器を使用している状態の患者									
850100097	訪問診療を行った年月日(在宅患者訪問診療料(1)):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	(当該月又はその前月に往診料を算定している場合) 当該訪問診療を行った日を記載すること。										

- 当該診療報酬点数の記載事項の一部に追加・変更等があった場合
- 当該診療報酬点数の記載事項に追加があった場合(記載要領上の新規を含む)
- 当該診療報酬点数が今回新設されたことに従い、記載事項が新規に追加された場合
- 当該診療報酬点数の記載事項が削除された場合

※原則「記載事項」欄の内容に変更があったものを掲載しているが、表現上の変更(例)検査日→算定日)や項目番号のみの変更等の場合、省略しているものもある。  
 ※「記載事項」欄における括弧弧は、該当する場合に記載する事項であること。  
 ※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

【改定後(医科2020)】別表 I 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧

【改定前(医科2018)】別表 I

項番	区分	診療行為 名称等	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	項番	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
153	C002 C002-2	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料の包括的支援加算	<p>〔診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について〕別添1第2章第2部C002在宅時医学総合管理料及びC002-2施設入居時等医学総合管理料の(22)に規定するものうち、該当するものを選択して記載すること。なお、(22)に規定するものについては、以下のとおりであること。</p> <p>〔1 要介護2以上の状態又はこれに準ずる状態〕          1-1 要介護2          1-2 要介護3          1-3 要介護4          1-4 要介護5          1-5 障害支援区分2以上</p> <p>〔2 認知症高齢者の日常生活自立度におけるランクⅡb以上〕          2-1 ランクⅡb          2-2 ランクⅢa          2-3 ランクⅢb          2-4 ランクⅣ          2-5 ランクM</p> <p>3 頻回の訪問看護を受けている状態          4 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態          5 介護保険法第8条第11項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受け、看護職員による処置を受けている状態          6 その他関係機関との調整のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態</p> <p>6-1 脳性麻痺等、小児慢性特定疾病、障害児に該当する15歳未満の患者          6-2 出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者          6-3 「超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準」による判定スコアが10以上である患者          6-4 訪問診療を行う医師又は当該医師の指示を受けた看護職員の指導管理に基づき、家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置を行っている患者</p>	820100625	該当する状態(包括的支援加算):1-1 要介護2	追加			
				820100626	該当する状態(包括的支援加算):1-2 要介護3				
				820100627	該当する状態(包括的支援加算):1-3 要介護4				
				820100628	該当する状態(包括的支援加算):1-4 要介護5				
				820100629	該当する状態(包括的支援加算):1-5 障害支援区分2以上				
				820100630	該当する状態(包括的支援加算):2-1 ランク2b				
				820100631	該当する状態(包括的支援加算):2-2 ランク3a				
				820100632	該当する状態(包括的支援加算):2-3 ランク3b				
				820100633	該当する状態(包括的支援加算):2-4 ランク4				
				820100634	該当する状態(包括的支援加算):2-5 ランクM				
				820100635	該当する状態(包括的支援加算):3 頻回の訪問看護を受けている状態				
				820100636	該当する状態(包括的支援加算):4 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態				
				820100637	該当する状態(包括的支援加算):5 施設に入居し、看護職員による処置を受けている状態				
				820100638	該当する状態(包括的支援加算):6-1 脳性麻痺等、小児慢性特定疾病、障害児に該当する15歳未満の患者				
				820100639	該当する状態(包括的支援加算):6-2 出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者				
820100640	該当する状態(包括的支援加算):6-3 「超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準」による判定スコアが10以上である患者								
820100641	該当する状態(包括的支援加算):6-4 家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置を行っている患者								
178	C013	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	<p>〔診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について〕別添1第2章第2部C013在宅患者訪問褥瘡管理指導料の(7)又は(8)により当該指導管理料算定する場合、カンファレンスの日時、実施場所、概要、DESIGN-Rによる深さの評価及び本通知C013(2)のいずれに該当するのかを記載すること。</p>	850100130	初回カンファレンスの実施年月日(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	1回目の評価カンファレンス又は2回目の評価カンファレンスのうち該当するものを選択して記載するとともに、初回カンファレンスを実施した日を記載すること。	820100108	1回目の評価カンファレンス	
				850100131	2回目のカンファレンスの実施年月日(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		820100109	2回目の評価カンファレンス	
				850100132	3回目のカンファレンスの実施年月日(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		変更		
				820100644	DESIGN-Rによる深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):d0(皮膚損傷・発赤なし)				
				820100645	DESIGN-Rによる深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):d1(持続する発赤)				
				820100646	DESIGN-Rによる深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):d2(真皮までの損傷)				
				820100647	DESIGN-Rによる深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):D3(皮下組織までの損傷)				
				820100648	DESIGN-Rによる深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):D4(皮下組織を負える損傷)				
				820100649	DESIGN-Rによる深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):D5(関節腔、体腔に至る損傷)				
				820100650	DESIGN-Rによる深さの評価(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):DU(深さ判定が不能の場合)				
				820100651	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):ア 重度の末梢循環不全のもの				
				820100652	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):イ 麻痺等の顔痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの				
				820100653	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):ウ 強度の下痢が続く状態であるもの				
				820100654	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):エ 極度の皮膚脆弱であるもの				
				820100655	該当項目(在宅患者訪問褥瘡管理指導料):オ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの				
削除									
180	C101	在宅自己注射指導管理料	(在宅自己注射に用いる薬剤を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給日数等を記載すること。		—	追加			
			(緊急時に受診した場合の注射に係る費用を算定する場合) 緊急時の受診である旨及びその日付を記載すること。	820100656	算定理由(在宅自己注射指導管理料):緊急時				
181	C101-3	在宅妊婦糖尿病患者指導管理料 2 在宅妊婦糖尿病患者指導管理料2	分娩日を記載すること。	850100133	緊急受診した年月日(在宅自己注射指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	追加			
				850100134	分娩日(在宅妊婦糖尿病患者指導管理料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日				
182	C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	(1月に2回以上在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C102在宅自己腹膜灌流指導管理料の(1)のAからオまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100110	ア 在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの	追加	820100110	ア 在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの	
				820100111	イ 糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの		820100111	イ 糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの	
				820100112	ウ 腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの		820100112	ウ 腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの	
				820100113	エ 腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの		820100113	エ 腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの	
				820100114	オ その他医師が特に必要と認めるもの		820100114	オ その他医師が特に必要と認めるもの	
				850100135	人工腎臓算定年月日(在宅自己腹膜灌流指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日				
	850100136	腹膜灌流算定年月日(在宅自己腹膜灌流指導管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日							
		(在宅自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。		—					
		(他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合) J038人工腎臓を算定している他の保険医療機関名 (他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合) 他の保険医療機関での実施の必要性	830100096	人工腎臓を算定している他の保険医療機関名(在宅自己腹膜灌流指導管理料):*****	追加				
		他の保険医療機関で人工腎臓を実施する必要性(在宅自己腹膜灌流指導管理料):*****	830100097						
202	C152-2	持続血糖測定器加算	<p>〔診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について〕別添1第2章第2部C152-2持続血糖測定器の(1)に規定するものうち、該当するものを選択して記載すること。</p> <p>(2型糖尿病患者に対して、間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合) 直近の空腹時血清Cペプチドの測定結果を記載すること。</p>	820100657	該当する患者(持続血糖測定器):1型糖尿病患者の患者(間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合)	追加	820100118	ア 留意事項通知に規定する1型糖尿病患者(在宅医療)	
				820100658	該当する患者(持続血糖測定器):2型糖尿病患者の患者(間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合)		820100119	イ 留意事項通知に規定する2型糖尿病患者(在宅医療)	
				820100659	該当する患者(持続血糖測定器):2型糖尿病患者の患者(間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合)		変更		
				820100660	該当する患者(持続血糖測定器):1型糖尿病患者の患者(間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合)				
				820100661	該当する患者(持続血糖測定器):2型糖尿病患者の患者(間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合)				
				820100662	該当する患者(持続血糖測定器):2型糖尿病患者(間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合)				
		(2型糖尿病患者に対して、間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合) 直近の空腹時血清Cペプチドの測定結果を記載すること。	830100103	直近の空腹時血清Cペプチドの測定結果(持続血糖測定器):*****	追加				

- 当該診療報酬点数の記載事項の一部に追加・変更等があった場合
- 当該診療報酬点数の記載事項に追加があった場合(記載要領上の新規を含む)
- 当該診療報酬点数が今回新設されたことに従い、記載事項が新規に追加された場合
- 当該診療報酬点数の記載事項が削除された場合

※原則「記載事項」欄の内容に変更があったものを掲載しているが、表現上の変更(例)検査日→算定日)や項目番号のみの変更等の場合、省略しているものもある。  
 ※「記載事項」欄における括弧等は、該当する場合に記載する事項であること。  
 ※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

【改定後(医科2020)】別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧

【改定前(医科2018)】別表Ⅰ

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	項番	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
208	C163	特殊カテテル加算「2」の「イ」親水性コーティング	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第2部C163の「特殊カテテル加算」の(3)の「イ」から「エ」までの中から該当するものを選択して記載するとともに、要件を満たす医学的根拠を記載すること。	830100104	ア 脊髄障害の要件を満たす医学的根拠;*****	追加			
				830100105	イ ニ分背椎の要件を満たす医学的根拠;*****				
				830100106	ウ 他の中枢神経を原因とする神経因性膀胱の要件を満たす医学的根拠;*****				
				830100107	エ その他の要件を満たす医学的根拠;*****				
209	C163	特殊カテテル加算	(1月に3回分又は2回分の算定を行う場合) 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれかを算定したのか又は当月分に加え、翌月分、前月分のいずれかを算定したのかを選択して記載すること。	820100122	当月分	追加			
				820100123	翌々月分				
				820100124	翌月分				
				820100125	前月分				
				820100126	前々月分				
				820100663	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるALK融合遺伝子検査				
820100664	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるK-ras遺伝子検査								
820100665	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるBRAF遺伝子検査								
820100666	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):肺癌におけるK-ras遺伝子検査								
820100667	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):大腸癌におけるRAS遺伝子検査								
820100668	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):大腸癌におけるBRAF遺伝子検査								
820100669	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):大腸癌におけるEGFR遺伝子検査								
820100670	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):大腸癌におけるK-ras遺伝子検査								
820100671	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):大腸癌におけるマイクロサテライト不安定性検査								
820100672	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):乳癌におけるHER2遺伝子検査								
820100673	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査								
820100674	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性骨軟部組織腫瘍におけるEWS-Fli1遺伝子検査								
820100675	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性骨軟部組織腫瘍におけるTLS-CHOP遺伝子検査								
820100676	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性骨軟部組織腫瘍におけるSYT-SSX遺伝子検査								
820100677	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):消化管間葉系腫瘍におけるKIT遺伝子検査								
820100678	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査								
820100679	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査								
820100680	該当する遺伝子検査(悪性腫瘍遺伝子検査):固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査								
225	D004-2の1	悪性腫瘍組織検査 1 悪性腫瘍遺伝子検査	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D004-2悪性腫瘍組織検査の(2)から(4)までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを選択して記載すること。	850100150	マイクロサテライト不安定性検査の実施年月日(悪性腫瘍遺伝子検査): (元号)yy"年"mm"月"dd"日	追加			
				830100119	遺伝学的検査を2回以上実施する医療上の必要性(遺伝学的検査);*****				
228	D006-4	遺伝学的検査	(2回以上実施する場合) その医療上の必要性を記載すること。 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D006-4遺伝学的検査の(1)の「ア」に掲げる遺伝子疾患に対する検査を実施する場合) 臨床症状や他の検査等では当該疾患の診断がつかないこと及びその医学的な必要性を記載すること。	830100120	臨床症状や他の検査等では当該疾患の診断がつかないこと及びその医学的な必要性(遺伝学的検査);*****	追加			
				830100125	上皮内癌(CIS)と診断された病理所見(膀胱がん関連遺伝子検査);*****				
232	D006-15	膀胱がん関連遺伝子検査	K803膀胱悪性腫瘍手術の「6」経尿道的手術の実施日を記載すること。 (本検査を過去に算定している場合) 過去の算定日を記載すること。	850100155	膀胱悪性腫瘍手術(経尿道的手術)の実施年月日(膀胱がん関連遺伝子検査): (元号)yy"年"mm"月"dd"日	追加			
				850100156	過去の算定年月日(膀胱がん関連遺伝子検査): (元号)yy"年"mm"月"dd"日				
233	D006-18	BRCA1/2遺伝子検査	その医療上の必要性を記載すること。	830100126	医療上の必要性(BRCA1/2遺伝子検査);*****	追加			
234	D006-20	角膜ジストロフィー遺伝子検査	その医学的な必要性を記載すること。	830100127	医学的な必要性(角膜ジストロフィー遺伝子検査);*****	追加			
250	D014の23	抗シトルリン化ペプチド抗体定性 抗シトルリン化ペプチド抗体定量	(関節リウマチの確定診断がつかず抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は定量を2回以上算定する場合) 「未確」と表示し、当該検査の実施年月日及び検査値をすべて記載すること。 (再度治療薬を選択する必要があり抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は定量を2回以上算定する場合) その医学的な必要性を記載すること。	850100171	検査の実施年月日(抗シトルリン化ペプチド抗体定性): (元号)yy"年"mm"月"dd"日	追加			
				850100172	検査の実施年月日(抗シトルリン化ペプチド抗体定量): (元号)yy"年"mm"月"dd"日				
				842100050	未確 検査値(抗シトルリン化ペプチド抗体定性);*****				
				842100051	未確 検査値(抗シトルリン化ペプチド抗体定量);*****				
259	D023の17	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	検査を実施した年月日を記載すること。 (「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D023の17ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の(22)の「イ」(ロ)に該当する場合) 治療内容を記載すること。	850100181	検査実施年月日(ウイルス・細菌核酸多項目同時検出): (元号)yy"年"mm"月"dd"日	追加			
				830100140	治療内容(ウイルス・細菌核酸多項目同時検出);*****				
263	D026	検体検査判断料の遺伝カウンセリング加算	(BRCA1/2遺伝子検査を行った保険医療機関と遺伝カウンセリングを行った保険医療機関とが異なる場合) 遺伝カウンセリングを行った保険医療機関と当該医療機関を受診した日付を記載すること。	830100142	遺伝カウンセリングを行った保険医療機関名(遺伝カウンセリング加算);*****	追加			
				850100183	遺伝カウンセリングを行った保険医療機関の受診年月日(遺伝カウンセリング加算): (元号)yy"年"mm"月"dd"日				
267	D215	超音波検査(記録に要する費用を含む) 2断層撮影法(心臓超音波検査を除く) ロ その他の場合 (1) 胸腹部	検査を行った領域を記載すること。 (カ)に該当する場合) 具体的な臓器又は領域を記載すること。	820100681	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):ア 消化器領域	追加			
				820100682	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):イ 腎・泌尿器領域				
				820100683	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):ウ 女性生殖器領域				
				820100684	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):エ 血管領域(大動脈・大静脈等)				
				820100685	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):オ 腹腔内・胸腔内の肝臓等				
				820100686	超音波検査(断層撮影法)(胸腹部):カ その他				
274	D236-3の2	脳磁図 2 その他のもの	検査の医学的な必要性及び結果の概要を記載すること。	830100144	具体的な臓器又は領域;*****	追加			
				830100152	検査の医学的な必要性(脳磁図);*****				
				830100153	結果の概要(脳磁図);*****				

- 当該診療報酬点数の記載事項の一部に追加・変更等があった場合
- 当該診療報酬点数の記載事項に追加があった場合(記載要領上の新規を含む)
- 当該診療報酬点数が今回新設されたことに従い、記載事項が新規に追加された場合
- 当該診療報酬点数の記載事項が削除された場合

※原則「記載事項」欄の内容に変更があったものを掲載しているが、表現上の変更(例)検査日→算定日)や項目番号のみの変更等の場合、省略しているものもある。  
 ※「記載事項」欄における括弧等は、該当する場合に記載する事項であること。  
 ※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

【改定後(医科2020)】別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧

【改定前(医科2018)】別表Ⅰ

項番	区分	診療行為 名称等	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	項番	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
275	D237の3のイ	終夜睡眠ポリグラフ1及び2以上の場合イ安全精度管理下で行うもの	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第3部D237終夜睡眠ポリグラフ1及び2の(イ)から(ニ)までのいずれかの要件を満たす医学的根拠を記載すること。	830100154 830100155 830100156 830100157	(イ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフ1及び2以外(安全精度管理下))：***** (ロ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフ1及び2以外(安全精度管理下))：***** (ハ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフ1及び2以外(安全精度管理下))：***** (ニ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフ1及び2以外(安全精度管理下))：*****		追加		
276	D239の2	筋電図検査の2誘発筋電図	検査を行った神経名を記載すること。 (感・運動の別、左・右の別を記載すること。)	830100158 830100159 830100160 830100161 830100162 830100163 830100164 830100165 830100166 830100167	正中神経(誘発筋電図)：***** 尺骨神経(誘発筋電図)：***** 腓腹神経(誘発筋電図)：***** 脛骨神経(誘発筋電図)：***** 腓骨神経(誘発筋電図)：***** 顔面神経(誘発筋電図)：***** 橈骨神経(誘発筋電図)：***** 三叉神経(誘発筋電図)：***** 腋窩神経(誘発筋電図)：***** その他(誘発筋電図)：*****	251	検査を行った神経名を記載すること。		
279	D258-3	黄斑局所網膜電図、全視野精密網膜電図	(黄斑局所網膜電図又は全視野精密網膜電図を年2回以上算定する場合)その医学的必要性を記載すること。	830100169 830100170	年2回以上算定する医学的必要性(黄斑局所網膜電図)：***** 年2回以上算定する医学的必要性(全視野精密網膜電図)：*****		追加		
280	D285	認知機能検査その他の心理検査1操作が容易なものイ簡易なもの	(3月以内に2回以上算定する場合)その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830100171	その理由及び医学的根拠(認知機能検査1 簡易なもの)：*****		追加		
286	E	画像診断	撮影部位を記載すること。 ※E001写真診断、E200コンピューター断層撮影、E202磁気共鳴コンピューター断層撮影は項番288、293、297のとおり、選択して記載すること。		—	259	撮影部位を記載すること。		
288	E001	写真診断1単純撮影撮影	撮影部位を選択して記載すること。 選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的な部位を記載すること。 なお、四肢については、左・右・両側の別を記載すること。	820181000 820181100 820181220 820181300 820181340 820181120 820181240 820181310 820181320 830181200 830181400 830181410 830181420 830181430 830181440 830181370 830181500 830181510 830181520 830181530 830181540 830189000	撮影部位(単純撮影)：頭部 撮影部位(単純撮影)：頸部(頭椎を除く) 撮影部位(単純撮影)：胸部(肩を除く) 撮影部位(単純撮影)：腹部 撮影部位(単純撮影)：骨盤(仙骨部・股関節を除く) 撮影部位(単純撮影)：頸椎 撮影部位(単純撮影)：胸椎 撮影部位(単純撮影)：腰椎 撮影部位(単純撮影)：仙骨部 撮影部位(単純撮影)：肩：***** 撮影部位(単純撮影)：上腕：***** 撮影部位(単純撮影)：肘関節：***** 撮影部位(単純撮影)：前腕：***** 撮影部位(単純撮影)：手関節：***** 撮影部位(単純撮影)：手：***** 撮影部位(単純撮影)：股関節：***** 撮影部位(単純撮影)：膝：***** 撮影部位(単純撮影)：大腿：***** 撮影部位(単純撮影)：下腿：***** 撮影部位(単純撮影)：足関節：***** 撮影部位(単純撮影)：足：***** 撮影部位(単純撮影)：その他：*****		追加		
289	E	コンピューター断層撮影診断料通則4 新生児頭部外傷撮影加算	医学的な理由について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、力に該当する場合は、その詳細な理由及び医学的必要性を選択して記載すること。	820100696 820100697 820100698 820100699 820100700 820100701 830100187	該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算)：ア GCS≤14 該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算)：イ 頭蓋骨骨折の触知又は徴候 該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算)：ウ 意識変容(興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等) 該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算)：エ 受診後の症状所見の悪化 該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算)：オ 家族等の希望 該当する項目(新生児頭部外傷撮影加算)：カ その他 詳細な理由及び医学的必要性(新生児頭部外傷撮影加算(カ その他))：*****		追加		
290	E	コンピューター断層撮影診断料通則4 乳幼児頭部外傷撮影加算	医学的な理由について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、力に該当する場合は、その詳細な理由及び医学的必要性を選択して記載すること。	820100702 820100703 820100704 820100705 820100706 820100707 830100188	該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算)：ア GCS≤14 該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算)：イ 頭蓋骨骨折の触知又は徴候 該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算)：ウ 意識変容(興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等) 該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算)：エ 受診後の症状所見の悪化 該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算)：オ 家族等の希望 該当する項目(乳幼児頭部外傷撮影加算)：カ その他 詳細な理由及び医学的必要性(乳幼児頭部外傷撮影加算(カ その他))：*****		追加		
291	E	コンピューター断層撮影診断料通則4 幼児頭部外傷撮影加算	医学的な理由について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、力に該当する場合は、その詳細な理由及び医学的必要性を選択して記載すること。	820100708 820100709 820100710 820100711 820100712 830100189	該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算)：ア GCS≤14 該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算)：イ 頭蓋骨骨折の触知又は徴候 該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算)：ウ 意識変容(興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等) 該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算)：エ 受診後の症状所見の悪化 該当する項目(幼児頭部外傷撮影加算)：オ 家族等の希望 詳細な理由及び医学的必要性(幼児頭部外傷撮影加算(カ その他))：*****		追加		

- 当該診療報酬点数の記載事項の一部に追加・変更等があった場合
- 当該診療報酬点数の記載事項に追加があった場合(記載要領上の新規を含む)
- 当該診療報酬点数が今回新設されたことに従い、記載事項が新規に追加された場合
- 当該診療報酬点数の記載事項が削除された場合

※原則「記載事項」欄の内容に変更があったものを掲載しているが、表現上の変更(例)検査日→算定日)や項目番号のみの変更等の場合、省略しているものもある。  
 ※「記載事項」欄における括弧書きは、該当する場合に記載する事項であること。  
 ※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

【改定後(医科2020)】別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧

【改定前(医科2018)】別表Ⅰ

項番	区分	診療行為 名称等	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	項番	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
293	E200	コンピューター断層撮影	(コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に行った場合)それぞれ初回の算定日を記載すること。 (別の保険医療機関と共同でCT又はMRIを利用している保険医療機関が、当該機器を利用してコンピューター断層撮影を算定した場合)面診共同と表示すること。	850100198	初回算定年月日(CT撮影):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	262	(コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に行った場合)それぞれ初回の算定日を記載すること。 (別の保険医療機関と共同でCT又はMRIを利用している保険医療機関が、当該機器を利用してコンピューター断層撮影を算定した場合)面診共同と表示すること。		—
				820100713	面診共同(CT撮影)				—
				820182000	撮影部位(CT撮影):頭部			追加	
				820182110	撮影部位(CT撮影):頸部				
				820182210	撮影部位(CT撮影):胸部・肩				
				820182300	撮影部位(CT撮影):腹部				
				820182350	撮影部位(CT撮影):骨盤・股関節				
				820182600	撮影部位(CT撮影):四肢				
				820182700	撮影部位(CT撮影):全身				
				820182250	撮影部位(CT撮影):心臓				
820182230	撮影部位(CT撮影):脊椎								
830189100	撮影部位(CT撮影)(その他):*****								
294	E200 注4	冠動脈CT撮影加算	【診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について】別添1第2章第3節E200 コンピューター断層撮影(CT撮影)の(8)のAからオまでの該当するものを選択して記載すること。なお、オに該当する場合はその詳細な理由を記載する。	820100723	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):ア 諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常	追加			
				820100724	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):イ 急性冠症候群				
				820100725	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):ウ 狭心症				
				820100726	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):エ 狭心症等が疑われ、冠動脈疾患のリスク因子が認められる場合				
				820100727	該当する医学的根拠(冠動脈CT撮影加算):オ その他、冠動脈CT撮影が医学的に必要と認められる場合				
830100191	その詳細な理由(冠動脈CT撮影加算):*****								
295	E200-2	血流予備量比コンピューター断層撮影	血流予備量比コンピューター断層撮影による血流予備量比の値を記載すること。	842100052	血流予備量比の値(血流予備量比コンピューター断層撮影):*****			追加	
297	E202	磁気共鳴コンピューター断層撮影	撮影部位を選択して記載すること。 選択する撮影部位がない場合はその他を選択し、具体的部位を記載すること。	820183020	撮影部位(MRI撮影):頭部(脳)	追加			
				820183010	撮影部位(MRI撮影):頭部(脳を除く)				
				820183110	撮影部位(MRI撮影):頸部				
				820183200	撮影部位(MRI撮影):肩				
				820183220	撮影部位(MRI撮影):胸部(肩を除く)				
				820183300	撮影部位(MRI撮影):腹部				
				820183360	撮影部位(MRI撮影):骨盤・股関節				
				820183610	撮影部位(MRI撮影):四肢(膝を除く)				
				820183500	撮影部位(MRI撮影):膝				
				820183120	撮影部位(MRI撮影):頸椎				
				820183240	撮影部位(MRI撮影):胸椎				
				820183330	撮影部位(MRI撮影):腰椎・仙骨部				
				830189200	撮影部位(MRI撮影)(その他):*****				
321	H003-2	リハビリテーション総合計画評価料の運動量増加機器加算	(機器の使用に有効性が認められ、継続すべき医学的必要性が認められ、運動量増加機器加算を更に算定する場合)医学的必要性を記載すること。	830100223	医学的必要性(運動量増加機器加算):*****			追加	
323	H004	摂食機能療法の摂食嚥下支援加算	内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の実施日及びカンファレンス日を記載すること。	850100231	内視鏡下嚥下機能検査を実施した年月日(摂食嚥下支援加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	288	内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の実施日及びカンファレンス日を記載すること。		
				850100232	嚥下造影を実施した年月日(摂食嚥下支援加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日				
				850100233	カンファレンスを実施した年月日(摂食嚥下支援加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日				
削除									
330	I000-2	経頭蓋磁気刺激療法	治療開始日と終了日の年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	850100235	治療開始年月日(経頭蓋磁気刺激療法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	追加			
				850100236	治療終了年月日(経頭蓋磁気刺激療法):(元号)yy"年"mm"月"dd"日				
334	I002	通院・在宅精神療法の療養生活環境整備指導加算	(精神科退院時共同指導料1を算定した月と異なる月に当該加算を算定する場合)直近の精神科退院時共同指導料を算定した年月日を記載すること。	850100242	直近の精神科退院時共同指導料を算定した年月日(療養生活環境整備指導加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日			追加	
345	I012	精神科訪問看護・指導料(Ⅰ) 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)	(患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示し、当該急性増悪した日から7日以内の期間に算定した場合)その医療上の必要性を記載すること。 (急性増悪した患者について、さらに継続した訪問看護が必要と医師が判断し、急性増悪した日から1月以内の連続した7日間に算定した場合)その医療上の必要性を記載すること。	830100229	急性増悪した日から7日以内の期間に算定した医療上の必要性(精神科訪問看護・指導料):*****	308	追加		
				830100230	急性増悪した日から1月以内の連続した7日間に算定した医療上の必要性(精神科訪問看護・指導料):*****				
				850100251	退院年月日(精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日				
			(退院後3月以内の期間において行われる場合で、週5回算定する場合)退院年月日を記載すること。	850100252	退院年月日(精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日			—	

当該診療報酬点数の記載事項の一部に追加・変更等があった場合  
 当該診療報酬点数の記載事項に追加があった場合(記載要領上の新規を含む)  
 当該診療報酬点数が今回新設されたことに従い、記載事項が新規に追加された場合  
 当該診療報酬点数の記載事項が削除された場合

※原則「記載事項」欄の内容に変更があったものを掲載しているが、表現上の変更(例)検査日→算定日)や項目番号のみの変更等の場合、省略しているものもある。  
 ※「記載事項」欄における括弧書きは、該当する場合に記載する事項であること。  
 ※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

【改定後(医科2020)】別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧

【改定前(医科2018)】別表Ⅰ

項番	区分	診療行為 名称等	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	項番	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
353	I016	精神科在宅患者支援管理料	(精神科在宅患者支援管理料の「1」又は「2」を算定した場合) 直近の入院についての入院日、入院形態、退院日(入退院を繰り返す者の場合は、直近の入院に加え、前々回の入院日、入院形態並びに退院日)、直近の退院時におけるGAF、当該月の最初の訪問診療時におけるGAF、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランク、初回の算定日、カンファレンス実施日、算定する月に行った訪問の日時、診療時間及び訪問した者の職種を記載すること。 なお、入院形態については、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院の中から該当するものを選択して、また、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクについては、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添6の別紙12におけるランクの中から該当するものを選択して記載すること。	850100259	直近の入院の入院日(精神科在宅患者支援管理料):(元号)yy年"mm"月"dd"日	316	(精神科在宅患者支援管理料の「1」のイ又は「2」のイを算定した場合) 直近の入院についての入院日、入院形態、退院日(入退院を繰り返す者の場合は、直近の入院に加え、前々回の入院日、入院形態並びに退院日)、直近の退院時におけるGAF、当該月の最初の訪問診療時におけるGAF、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランク、初回の算定日、カンファレンス実施日、算定する月に行った訪問の日時、診療時間及び訪問した者の職種を記載すること。 なお、入院形態については、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院の中から該当するものを選択して、また、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクについては、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添6の別紙12におけるランクの中から該当するものを選択して記載すること。	820100207	措置入院
				820100746	入院形態(精神科在宅患者支援管理料):措置入院			820100208	緊急措置入院
				820100747	入院形態(精神科在宅患者支援管理料):緊急措置入院			820100209	医療保護入院
				820100748	入院形態(精神科在宅患者支援管理料):医療保護入院				
				850100260	直近の入院の退院日(精神科在宅患者支援管理料):(元号)yy年"mm"月"dd"日				
				830100233	前々回の入院日、入院形態並びに退院日(精神科在宅患者支援管理料):*****				
				842100054	直近の退院時におけるGAF(精神科在宅患者支援管理料):*****				
				842100055	当該月の最初の訪問診療時におけるGAF(精神科在宅患者支援管理料):*****				
				820100194	認知症高齢者の日常生活自立度 1			820100194	認知症高齢者の日常生活自立度 1
				820100195	認知症高齢者の日常生活自立度 2			820100195	認知症高齢者の日常生活自立度 2
				820100196	認知症高齢者の日常生活自立度 2a			820100196	認知症高齢者の日常生活自立度 2a
				820100197	認知症高齢者の日常生活自立度 2b			820100197	認知症高齢者の日常生活自立度 2b
				820100198	認知症高齢者の日常生活自立度 3			820100198	認知症高齢者の日常生活自立度 3
				820100199	認知症高齢者の日常生活自立度 3a			820100199	認知症高齢者の日常生活自立度 3a
				820100200	認知症高齢者の日常生活自立度 3b			820100200	認知症高齢者の日常生活自立度 3b
				820100201	認知症高齢者の日常生活自立度 4			820100201	認知症高齢者の日常生活自立度 4
				820100202	認知症高齢者の日常生活自立度 M			820100202	認知症高齢者の日常生活自立度 M
				850100261	初回算定日(精神科在宅患者支援管理料):(元号)yy年"mm"月"dd"日				
				850100262	カンファレンス実施日(精神科在宅患者支援管理料):(元号)yy年"mm"月"dd"日				
				850100263	算定する月に行った訪問日(精神科在宅患者支援管理料):(元号)yy年"mm"月"dd"日				
				851100008	算定する月に行った訪問の時刻(精神科在宅患者支援管理料)				
				852100013	診療時間(精神科在宅患者支援管理料)				
				830100234	訪問した者の職種(精神科在宅患者支援管理料):*****				
				850100264	初回の算定日(精神科在宅患者支援管理料1):(元号)yy年"mm"月"dd"日				
850100265	初回の算定日(精神科在宅患者支援管理料2):(元号)yy年"mm"月"dd"日								
850100266	初回の算定日(精神科在宅患者支援管理料3):(元号)yy年"mm"月"dd"日								
830100235	訪問の日時、診療時間、訪問した者の職種(精神科在宅患者支援管理料3):*****								
830100236	急性増悪における状態像(精神科在宅患者支援管理料1の「ロ」):*****								
830100237	急性増悪における状態像(精神科在宅患者支援管理料2の「ロ」):*****								
830100238	カンファレンス不参加理由(精神科在宅患者支援管理料):*****								
830100240	難治性潰瘍の所見(静脈圧迫処置):*****								
830100241	治療経過(静脈圧迫処置):*****								
830100242	慢性静脈不全等と診断した根拠(下肢静脈超音波検査等の所見)(静脈圧迫処置):*****								
830100243	静脈圧迫処置を必要とする医学的理由(静脈圧迫処置):*****								
830100244	指導内容(静脈圧迫処置):*****								
830100245	理由及び医学的根拠(局所陰圧閉鎖処置と洗浄を行った場合):*****								
850100271	初回加算を算定した年月日(局所陰圧閉鎖処置(入院)):(元号)yy年"mm"月"dd"日								
830100246	陰圧維持管理装置として使用した機器(局所陰圧閉鎖処置(入院)):*****								
830100247	医学的必要性(局所陰圧閉鎖処置(入院)):*****								
830100248	持続洗浄加算を算定した理由及び医学的根拠(持続洗浄加算):*****								
830100249	多血小板血漿処置を行う医学的必要性(多血小板血漿処置):*****								
850190046	初回の算定年月日(周術期乳幼児加算(肛門拡張法)):(元号)yy年"mm"月"dd"日								
820190046	初回(周術期乳幼児加算(肛門拡張法))								
367	J038	人工腎臓	人工腎臓を算定した日を記載すること。	算定日情報 (算定日)	人工腎臓を算定した日を記載すること。				
			(慢性維持透析以外の患者に対して「その他の場合」として算定した場合) その理由として「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第9部J038人工腎臓の(8)のAからEまで(エについては(イ)から(ヌ)まで)に規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。	820100211 ア 急性腎不全の患者 820100212 イ 透析導入期(1月に限る。)の患者 820100213 ウ 血液濾過又は血液透析濾過を実施 820100214 エ 特別な管理が必要(イ 進行性眼底出血) 820100215 エ 特別な管理が必要(ロ 重篤な急性出血性合併症) 820100216 エ 特別な管理が必要(ハ ヘパリン起因性血小板減少症) 820100217 エ 特別な管理が必要(ニ 播種性血管内凝固症候群) 820100218 エ 特別な管理が必要(ホ 敗血症) 820100219 エ 特別な管理が必要(ヘ 急性肺炎) 820100220 エ 特別な管理が必要(ト 重篤な急性肝不全) 820100221 エ 特別な管理が必要(チ 注射による化学療法中の悪性腫瘍) 820100222 エ 特別な管理が必要(リ 自己免疫疾患の活動性が高い状態) 820100223 エ 特別な管理が必要(ヌ 麻酔による手術を実施した状態)	820100211 ア 急性腎不全の患者 820100212 イ 透析導入期(1月に限る。)の患者 820100213 ウ 血液濾過又は血液透析濾過を実施 820100214 エ 特別な管理が必要(イ 進行性眼底出血) 820100215 エ 特別な管理が必要(ロ 重篤な急性出血性合併症) 820100216 エ 特別な管理が必要(ハ ヘパリン起因性血小板減少症) 820100217 エ 特別な管理が必要(ニ 播種性血管内凝固症候群) 820100218 エ 特別な管理が必要(ホ 敗血症) 820100219 エ 特別な管理が必要(ヘ 急性肺炎) 820100220 エ 特別な管理が必要(ト 重篤な急性肝不全) 820100221 エ 特別な管理が必要(チ 注射による化学療法中の悪性腫瘍) 820100222 エ 特別な管理が必要(リ 自己免疫疾患の活動性が高い状態) 820100223 エ 特別な管理が必要(ヌ 麻酔による手術を実施した状態)				
			C102在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している保険医療機関名を記載すること。	830100252	在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している他の保険医療機関名(人工腎臓):*****				

- 当該診療報酬点数の記載事項の一部に追加・変更等があった場合
- 当該診療報酬点数の記載事項に追加があった場合(記載要領上の新規を含む)
- 当該診療報酬点数が今回新設されたことに従い、記載事項が新規に追加された場合
- 当該診療報酬点数の記載事項が削除された場合

※原則「記載事項」欄の内容に変更があったものを掲載しているが、表現上の変更(例)検査日→算定日)や項目番号のみの変更等の場合、省略しているものもある。  
 ※「記載事項」欄における括弧は、該当する場合に記載する事項であること。  
 ※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

【改定後(医科2020)】別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧

【改定前(医科2018)】別表Ⅰ

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	項番	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言		
370	J038-2	持続緩徐式血液濾過	一連の当該療法の初回実施日、初回からの通算実施回数(当該月に実施されたものを含む。)、当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。)を記載すること。	850100276	初回実施年月日(持続緩徐式血液濾過);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	一連の当該療法の初回実施日、初回からの通算実施回数(当該月に実施されたものを含む。)、当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間(当該月に実施されたものに限る。)を記載すること。					
				842100057	通算実施回数(持続緩徐式血液濾過);*****						
				851100009	開始時刻(持続緩徐式血液濾過)						
				851100010	終了時刻(持続緩徐式血液濾過)						
				820100750	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):ア 末期腎不全の患者						
				820100751	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):イ 急性腎障害と診断された、高度代謝性アシドーシスの患者						
				820100752	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):ウ 急性腎障害と診断された、薬物中毒の患者						
				820100753	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):エ 急性腎障害と診断された、尿毒症の患者						
				820100754	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):オ 急性腎障害と診断された、電解質異常の患者						
				820100755	該当する項目(持続緩徐式血液濾過):カ 急性腎障害と診断された、体液過剰状態の患者						
830100253	キの要件を満たす医学的根拠(重症急性肺炎の患者)(持続緩徐式血液濾過);*****										
830100254	クの要件を満たす医学的根拠(重症敗血症の患者)(持続緩徐式血液濾過);*****										
830100255	ケの要件を満たす医学的根拠(劇症肝炎又は術後肝不全)(持続緩徐式血液濾過);*****										
375	J041	吸着式血液浄化法	〔診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について〕別添1第2章第9部J41吸着式血液浄化法の(2)のイに該当する場合。 〔診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について〕別添1第2章第9部J41吸着式血液浄化法の(2)のアの①から③までのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。	830100257	アの①の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);*****	追加					
				830100258	アの②の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);*****						
				830100259	アの③の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);*****						
				830100260	イの①の要件を満たす医学的根拠(吸着式血液浄化法);*****						
379	J047の3	心不全に対する遠赤外線温熱療法	当該療法を開始した年月日及び医学的必要性を記載する。	850100282	初回の算定年月日(心不全に対する遠赤外線温熱療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	追加					
				830100263	医学的必要性(心不全に対する遠赤外線温熱療法);*****						
390	K002	デブリードマン	(デブリードマンを繰り返し算定する場合) 植皮の範囲(全身に占める割合)を記載すること。  (A群溶連菌感染症に伴う壊死性筋膜炎に対して行う場合) 病歴、細菌培養検査及び画像所見を記載すること。	830100267	植皮の範囲(デブリードマン);*****	追加					
				830100268	病歴(デブリードマン);*****						
				830100269	細菌培養検査結果(デブリードマン);*****						
395	K079-2	関節鏡下靭帯断裂形成手術の一次的両靭帯形成加算	両靭帯損傷と診断する根拠となった検査所見等及び一次的な両靭帯形成術の医学的必要性を記載すること。	830100277	両靭帯損傷と診断する根拠となった検査所見(一次的両靭帯形成加算);*****	追加					
				830100278	一次的な両靭帯形成術の医学的必要性(一次的両靭帯形成加算);*****						
397	K172の2	脳動静脈奇形摘出術	SM-Grade3から5と診断した画像所見及び手術の概要を摘要欄に記載又は添付する。	830100281	SM-Grade3から5と診断した画像所見;*****	追加					
				830100282	手術の概要(脳動静脈奇形摘出術);*****						
403	K546 K547 K548 K549	経皮的冠動脈形成術 経皮的冠動脈粥腫切除術 経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの) 経皮的冠動脈ステント留置術	〔診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について〕別添1第2章第10部K546経皮的冠動脈形成術の(1)から(3)、(6)、(7)、K547経皮的冠動脈粥腫切除術の(1)及び(2)、K548経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)の(1)又はK549経皮的冠動脈ステント留置術の(1)から(3)、(6)、(7)に該当する場合は、所定の事項を記載すること。  (経皮的冠動脈形成術又は経皮的冠動脈ステント留置術の「3」その他のものを算定する場合) 〔診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について〕別添1第2章第10部K546経皮的冠動脈形成術又はK549経皮的冠動脈ステント留置術の(4)の「ア」から「ウ」までのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。なお、ウの病変に対して実施する場合は、実施の医学的必要性及びカンファレンスの検討の結果を記載すること。	820100756	該当する病変(経皮的冠動脈形成術):ア 機能的虚血の原因である狭窄病変	追加					
				820100757	該当する病変(経皮的冠動脈形成術):イ 心臓カテーテル法における90%以上の狭窄病変						
				820100758	該当する病変(経皮的冠動脈形成術):ウ その他医学的必要性が認められる病変						
				830100287	実施の医学的必要性及びカンファレンス等の検討結果(経皮的冠動脈形成術);*****						
				820100759	該当する病変(経皮的冠動脈ステント留置術(その他のもの)):ア 機能的虚血の原因である狭窄病変						
				820100760	該当する病変(経皮的冠動脈ステント留置術(その他のもの)):イ 心臓カテーテル法における90%以上の狭窄病変						
				820100761	該当する病変(経皮的冠動脈ステント留置術(その他のもの)):ウ その他医学的必要性が認められる病変						
				830100288	実施の医学的必要性及びカンファレンス等の検討結果(経皮的冠動脈ステント留置術(その他のもの));*****						
412	K594の4のイ	不整脈手術 4 左心耳閉鎖術 1 開胸手術によるもの	手術前に心房細動又は心房粗動と診断した根拠となる12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査(ホルター心電図検査を含む。)の結果及び当該手術を行う医学的理由を記載すること。	830100305	12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査の結果(不整脈手術(左心耳閉鎖術(開胸手術)));*****	追加					
				830100306	当該手術を行う医学的理由(不整脈手術(左心耳閉鎖術(開胸手術)));*****						
415	K616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合	〔診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について〕別添1第2章第10部K616-4経皮的シャント拡張術・血栓除去術の(2)の要件を満たす画像所見等の医学的根拠を記載すること。  前回算定年月日(他の保険医療機関での算定を含む。)を記載すること。	830100310	アの要件を満たす医学的根拠(経皮的シャント拡張術・血栓除去術);*****	新規					
				830100311	イの要件を満たす医学的根拠(経皮的シャント拡張術・血栓除去術);*****						
				850100292	前回算定年月日(経皮的シャント拡張術・血栓除去術);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"						
420	K695	肝切除術	複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由を記載又は添付すること。	830100315	複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由(腹腔鏡下肝切除術);*****	追加					
421	K695-2	腹腔鏡下肝切除術	複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由を記載又は添付すること。	830100315	複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由(腹腔鏡下肝切除術);*****	追加					
423	K735-2	小腸・結腸狭窄部拡張術	〔短期間又は同一入院期間中に2回目を算定する場合〕 その理由及び医学的必要性を記載すること。	830100317	短期間又は同一入院期間中に2回目を算定する理由及び医学的必要性(小腸・結腸狭窄部拡張術);*****	追加					
431	-	特定保険医療材料	〔特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について〕(平成30年3月5日保医発0305第10号) Iの2の006の(1)のウ、008、009の(3)、010、011の(2)、013の(3)、013の(4)、1の3の010の(2)、021の(4)、031の(4)、033の(2)、040〔Iの2の006の(1)のウと同様〕、061の(1)、065、066の(2)、069、070、071、094の(2)、129の(1)のイ、129の(2)のイ、133の(2)のイ、133の(7)のイ、133の(8)のイ、133の(12)のイ、146の(1)、146の(2)、146の(3)、146の(5)、149の(3)、150の(1)のイ、150の(2)のウ、150の(3)のイ、150の(3)のウ、152の(2)、152の(5)、153の(2)、153の(5)、155の(2)、159の(3)、159の(4)、174の(3)、187の(3)、189の(2)、190の(2)、191の(2)、191の(5)、195の(2)、200の(1)のウ、202の(3)、203の(5)、204の(1)、205の(1)、206の(2)に該当する場合には、所定の事項を「摘要」欄に記載すること。また、同通知のIVに規定する略称を使用しても差し支えないこと。なお、Iの3の133の(2)のイ、144の(2)、150の(1)のイ、150の(2)のウ、150の(3)のウ、150の(4)のイ、186の(4)、191の(5)については、症状詳細を添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。また、Iの3の153(動脈管内部留置物を使用する場合に限る。)]については、関連学会より認定された保険医療機関であることを証する文書の写し及び関連学会より認定された医師であることを証する文書の写しを、191については、関連学会により発行される実施施設証明書の写しを、196については、経皮的留置弁クリップシステムを用いた治療が当該患者にとって最適であると判断した評価内容を、204、205については、関連学会より認定された保険医療機関であることを証する文書の写し及び医師の所定の研修修了を証する文書の写しを添付すること。			380	〔特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について〕(平成30年3月5日保医発0305第10号) Iの2の008、009の(3)、010、1の3の010の(2)、021の(4)、031の(4)、033の(2)、040の(1)、061の(1)、065、066の(2)、069、070、071、094の(2)、129の(1)のイ、129の(2)のイ、133の(6)のイ、133の(7)のイ、133の(11)のイ、146の(1)、146の(2)、146の(3)、146の(5)、149の(3)、150の(1)のイ、150の(2)のウ、152の(2)、152の(5)、155の(2)、159の(3)、159の(4)、174の(3)、187の(3)、189の(2)、190の(2)、191の(2)、191の(5)、195の(2)、200の(1)のウ、202の(3)、203の(5)、204の(1)、205の(1)、206の(2)に該当する場合には、所定の事項を「摘要」欄に記載すること。また、同通知のIVに規定する略称を使用しても差し支えないこと。なお、Iの3の144の(2)、150の(1)のイ、150の(2)のウ、150の(3)のイ、186の(4)、191の(5)については、症状詳細を添付すること。ただし、記載可能であれば、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。また、Iの3の193については、関連学会により発行される実施施設証明書の写しを、196については、経皮的留置弁クリップシステムを用いた治療が当該患者にとって最適であると判断した評価内容を添付すること。				

- 当該診療報酬点数の記載事項の一部に追加・変更等があった場合
- 当該診療報酬点数の記載事項に追加があった場合(記載要領上の新規を含む)
- 当該診療報酬点数が今回新設されたことに従い、記載事項が新規に追加された場合
- 当該診療報酬点数の記載事項が削除された場合

※原則「記載事項」欄の内容に変更があったものを掲載しているが、表現上の変更(例)検査日→算定日)や項目番号のみの変更等の場合、省略しているものもある。  
 ※「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」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

【改定後(医科2020)】別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
434	L008 注9	神経ブロック加算	硬膜外麻酔の代替として神経ブロックを行う医学的必要性を記載すること。	830100320	医学的必要性(神経ブロック加算):*****
440	N000	病理組織標本作製「2」の「セルブロック法によるもの」	算定した理由を記載すること。	830100325	算定理由(T-M(セルブロック法)):*****
			対象疾患名について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第13部N000病理組織標本作製(6)に規定するものうち、該当するものを選択して記載すること。	820100762	対象患者(T-M(セルブロック法)):悪性中皮腫を疑う患者
				820100763	対象患者(T-M(セルブロック法)):肺悪性腫瘍を疑う患者
				820100764	対象患者(T-M(セルブロック法)):胃癌を疑う患者
				820100765	対象患者(T-M(セルブロック法)):大腸癌を疑う患者
				820100766	対象患者(T-M(セルブロック法)):卵巣癌を疑う患者
			820100767	対象患者(T-M(セルブロック法)):悪性リンパ腫を疑う患者	
(肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌若しくは悪性リンパ腫を疑う患者に対して実施した場合)組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を記載すること。	830100326	実施困難理由(T-M(セルブロック法)):*****			
441	N002	免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製	算定した理由を記載すること。	830100327	算定理由(免疫染色病理組織標本作製):*****
			(セルブロック法による病理組織標本に対する免疫染色を実施した場合)対象疾患名について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第2章第13部N002免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製(10)に規定するものうち、該当するものを選択して記載すること。	820100762	対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製):悪性中皮腫を疑う患者
				820100763	対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製):肺悪性腫瘍を疑う患者
				820100764	対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製):胃癌を疑う患者
				820100765	対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製):大腸癌を疑う患者
				820100766	対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製):卵巣癌を疑う患者
			820100767	対象患者(セルブロック法による免疫染色病理組織標本作製):悪性リンパ腫を疑う患者	
(肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌若しくは悪性リンパ腫を疑う患者に対して実施した場合)組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である理由を記載すること。	830100328	実施困難理由(免疫染色病理組織標本作製):*****			

【改定前(医科2018)】別表Ⅰ

項番	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
	追加		
388	算定した理由を記載すること。		—
	追加		
	(肺悪性腫瘍を疑う患者に対して実施した場合)組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である理由を記載すること。		—
389	算定した理由を記載すること。		—
	追加		
	(肺悪性腫瘍を疑う患者に対して実施した場合)組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である理由を記載すること。		—