

- ク HIV抗体陽性の患者に対して観血的手術を行った場合は、観血的加算を算定した旨の表示は省略すること。
- ケ 内視鏡使用による手術料の加算を算定した場合は、当該手術名を当該欄に記載し、「摘要」欄は内視鏡使用による加算である旨の(内)を表示すること。
- コ 人工腎臓について入院中の患者以外の患者に対して「その他の場合」として算定した場合は、その理由を「摘要」欄に記載すること。また、月の4回目以降の再診時に人工腎臓を実施した場合は、「摘要」欄に、4回目以降の再診時に実施した人工腎臓の回数を記載すること。
- なお、人工腎臓について導入期加算を算定した場合は、加算して得た点数を点数欄に記載し、「摘要」欄に導入の年月日を記載すること。また、障害者加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を点数欄に記載し、「摘要」欄に(障)と表示
- サ 生体腎を移植した場合においては、「手術・麻酔」欄の余白に(腎)と表示して腎提供者の療養上の費用に係る点数及び食事に要した費用の額を10円で除して得た点数を合算した点数を記載し、「摘要」欄に腎提供者の氏名を記載すること。この場合、食事に要した費用の額については、平成6年8月5日厚生省告示第237号の別表「食事療養の費用額算定表」による額とすること。
- なお、腎提供者の療養上の費用に係る点数を記載した明細書（保険者番号及び被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号を除いたもの）を「摘要」欄に貼付すること。骨髄移植のうち同種移植を行った場合又は同種皮膚移植若しくは生体部分肝移植を行った場合においては、「手術・麻酔」欄の余白にそれぞれ(骨)又は(膚)若しくは(肝)と表示するほか、生体腎の移植と同様に記載し、明細書の貼付を行うこと。
- シ 連続携帯式腹膜灌流について導入期加算を算定した場合は、加算して得た点数を点数欄に記載し、「摘要」欄に導入の年月日を記載すること。
- ス 180日を超える期間通算対象入院料を算定している患者であって厚生労働大臣が定める状態にあるもの（平成14年3月厚生労働省告示第88号第4号トに該当する患者）について胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、「処置」欄に(洗浄)と表示して回数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に処置名を記載すること。また、重度の肢体不自由者及び人工腎臓を実施している状態にある患者（同告示第4号ニ又はりに該当する患者）については、「摘要」欄に、「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について（平成3年11月18日老健第102-2号）におけるランクを記載すること。
- セ 複数手術を同時に行った場合は、「摘要」欄に従たる手術の名称を「（併施）」を付して記載し、所定点数の100分の50に相当する点数を記載すること。
- ソ 熱傷に対する処置を算定した場合には、「摘要」欄に初回の処置を行った月日を記載すること。
- タ 熱傷温浴療法を算定した場合には、「摘要」欄に受傷日を記載すること。
- チ 干渉低周波による膀胱等刺激法を算定した場合には治療開始日を、皮膚レーザー照射療法の色素レーザー照射療法又はQスイッチ付レーザー照射療法を算定した場合には前回の治療開始日を「摘要」欄に記載すること。
- ツ 埋込型除細動器移植術を算定した場合には、明細書に症状詳記を添付すること。
- テ 麻酔管理料を算定した場合は、「摘要」欄に(麻管)と表示すること。
- ト 血漿交換療法又は血球成分除去療法を算定した場合は、「摘要」欄に一連の当該療法の初回実施日及び初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものも含む。）を記載すること。

29 「検査」欄について

ア 検査名、回数及び点数を記載すること。所定点数の100分の90に相当する点数により算定する場合は、検査名の右に(減)と表示し、他と分けて記載すること。検査に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の項に点数を記載し、薬名及び使用量については「摘要」欄に記載すること。

また、特定保険医療材料を使用した場合は、(28)のイの例により「摘要」欄に記載すること。

イ 時間外緊急院内検査加算を算定した場合には、加算点数として得た点数を点数欄に記載し、「摘要」欄に(緊検)と表示し、検査開始日時を記載すること。引き続き入院した場合には、その旨を「摘要」欄に記載すること。また、血管内超音波加算、血管内視鏡検査加算、超音波内視鏡検査加算又は粘膜点墨法加算を算定した場合は、それぞれ(血超)、(血内)、(超内)又は(墨)と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。

ウ 検体検査判断料、病理学的検査診断・判断料を算定した場合には、判断料の区分名、所定点数を点数欄に記載すること。区分名としては(判)と「尿」、「血」、「生Ⅰ」、「生Ⅱ」、「免」、「微」、「基Ⅰ」、「基Ⅱ」、「病診」又は「病学」とをそれぞれ組み合わせて表示すること。入院、入院外2枚の明細書を作成する場合等において判断料を算定しない場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。また、生体検査料の各判断料を算定した場合は、検体検査判断料と同様に記載すること。区分名としては(判)と「呼」、「脈」、「脳」、「神」又は「ラ」とをそれぞれ組み合わせて表示すること。

エ 出血・凝固検査、血液化学検査、内分泌学的検査、腫瘍マーカーに掲げる検査、肝炎ウイルス関連検査又は自己抗体検査(これらの所定点数を準用する場合を含む。)をそれぞれ多項目の包括の規定を適用して算定した場合であっても、回数と点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄にこれらの検査名又は略称を他の検査と区別して記載すること。これらの所定点数を準用する場合は、準用した旨を記載し、当該項目数を内訳として示すこと。例えば尿と血液を用いてそれぞれ生化学的検査(Ⅰ)に掲げる項目について検査を行った場合は、判断料については「(判)生Ⅰ」と表示し、「摘要」欄に項目名、項目数を尿を用いて行った検査、血液を用いて行った検査に分けて記載し、合計項目数も記載すること。

オ 基本的検体検査実施料を算定した場合は、(基検)と表示し、入院日数(外泊期間を除く。)及び点数を次の例により点数欄に記載すること。

〔記載例〕

(基検) (15日)	2, 475
(判) 基Ⅰ	630

カ 慢性維持透析患者外来医学管理料を算定した場合に、これに含まれる検査以外の検体検査又はこれに含まれる検査であって特例として算定を認められた検査を別に算定した場合は、その必要性を「摘要」欄に記載すること。

キ マンガンを算定した場合は、「摘要」欄に高カロリー静脈栄養法を開始した日を記載すること。

ク ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)精密測定を算定した場合は、「摘要」欄に本検査の実施日(ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド(HANP)精密測定を併せて実施した場合は、併せて各検査の実施日)を記載すること。

ケ 検体検査管理加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に(検管Ⅰ)又は(検管Ⅱ)と表示すること。

コ 赤血球不規則抗体検査を算定した場合にあっては、輸血歴又は妊婦歴がある旨を「摘要」欄に記載すること。例えば輸血歴がある場合においては、「輸血歴あり」と記載すること。

- サ K920輸血料（「3」の自己血輸血を除く。）を算定した患者又は血漿成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結人血漿等）の輸注を行った患者について、HIV-1抗体価又はHIV-1、2抗体価の測定が行われた場合は、「摘要」欄に当該輸血又は輸注が行われた最終日を記載すること。
- シ 算定回数が複数月に1回のみとされている検査を実施した場合は、「摘要」欄に前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。
- ス 呼吸心拍監視を算定した場合は、「摘要」欄に算定開始日を記載すること。
- セ 光トポグラフィーを算定した場合は、「摘要」欄に手術実施日又は手術実施予定日を記載し、手術が行われなかった場合は、「摘要」欄にその理由を記載すること。
- ソ 鼻腔通気度検査を算定した場合は、「摘要」欄に当該検査に関連する手術名及び手術日（手術前に当該検査を実施した場合においては手術予定日）を記載すること。

(30) 「画像診断」欄について

- ア 画像診断の種類、回数及び点数を記載すること。
- イ 時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合は、加算点数として得た点数を点数欄に記載し、「摘要」欄に「**緊画**」と表示し、撮影開始日時を記載すること。引き続き入院した場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。
- ウ 写真診断に係る場合は、写真の部位、種類、回数及び点数を記載すること。
- エ デジタル映像化処理を行った場合においては、「**デ**」と表示すること。
- オ 画像診断に当たって、特定保険医療材料を使用した場合は、(28)のイの例により「摘要」欄に記載すること。
- カ フィルムを使用した場合にあっては、フィルムの種類、枚数及び大きさを記載すること。
- キ 画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の項に点数を記載し、薬剤名及び使用量については「摘要」欄に記載すること。
- ク 核医学診断又はコンピューター断層診断について、入院、入院外2枚の明細書を作成する場合等において当該点数を算定しないときは、その旨を「摘要」欄に記載すること。
- ケ 基本的エックス線診断料を算定した場合は、「**基エ**」と表示し、入院日数（外泊期間を除く。）及び点数を次の例により点数欄に記載すること。

〔記載例〕

基エ (15日) 825

- コ 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は、それぞれ頭部、躯幹、四肢の各部位の初回の実施日を「摘要」欄に記載すること。
- サ 写真診断、基本的エックス線診断、核医学診断又はコンピューター断層診断について、画像診断管理加算1を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に「**写画1**」、「**基画1**」、「**核画1**」、「**コ画1**」と表示すること。また、核医学診断又はコンピューター断層診断について、画像診断管理加算2を算定した場合は、当該加算した点数を記載し、「摘要」欄に「**核画2**」又は「**コ画2**」と表示すること。

(31) 「その他」欄について

- ア 短期滞在手術基本料1を算定した場合は、「摘要」欄に「**短手1**」と表示し、併せて手術日及び手術名を記載すること

イ 外来患者に対し処方せんを交付した場合は、処方せんの項に回数及び点数を記載すること。

なお、緊急やむを得ず、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、他の薬剤を処方せんにより投薬した場合は、「摘要」欄にその月日及び理由を記載すること。乳幼児加算を算定した場合は、処方せんの項に当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、乳幼児加算の表示は必要がないこと。また、特定疾患処方管理加算を算定した場合は、処方せんの項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に「特処」と表示し、回数及び点数を記載すること。

なお、複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が処方した場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。

ウ リハビリテーションを算定した場合は、当該項目、算定単位数及び合計点数を記載するとともに、「摘要」欄に実施日数を記載すること。また、精神科専門療法を算定した場合は、当該項目、回数及び合計点数を記載すること。ただし、持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料を算定した場合は、「持精」と表示すること。心疾患リハビリテーション料及び難病患者リハビリテーション料については、発症月日を「摘要」欄に記載すること。早期リハビリテーション加算を算定した場合は、「摘要」欄に「早」と表示し、当該加算の対象となる疾患名及び発症月日又は新たな発症月日を記載すること。痴呆患者特殊療法料については(33)の例によること。通院精神療法を退院患者について算定した場合には退院日、また、精神科退院前訪問指導料を2回算定した場合は、各々の訪問指導日をそれぞれ「摘要」欄に記載すること。また、初診の日に通院精神療法又は心身医学療法を算定した場合は、当該診療に要した時間を「摘要」欄に記載すること。

なお、家族等に対する通院精神療法又は精神科退院指導料を算定した場合は、「摘要」欄に「家族」と表示すること。

エ リハビリテーション総合計画評価料を算定した場合は、「リハ総評」と表示して、点数を記載すること。

オ リハビリテーション及び精神科専門療法に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の項に点数を記載し、薬名及び使用量については「摘要」欄に記載すること。

カ 放射線治療管理料を算定した場合は、「放管」と表示して、所定点数を記載すること。

キ 放射線治療料を算定した場合は、「放」と表示して、回数及び点数を記載すること。

なお、放射性粒子、高線量率イリジウム又は低線量率イリジウムを使用した場合は、「摘要」欄に当該名称及び使用量を記載すること。

ク 密封小線源治療に当たって、気管・気管支用アプリータ又は食道アプリータを使用した場合は、「摘要」欄に「気アプ」又は「食アプ」と表示すること。

ケ 施設入所者共同指導料を算定した場合は、「施設指導」と表示して、点数を記載すること。

コ 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における療養担当手当を算定した場合は、「その他」欄に合算して記載すること。

(32) 「入院」欄について

ア 病院・診療所別の該当する文字を○で囲み、入院基本料について、該当する入院基本料の種類別を病院・診療所別欄の下の空欄（以下「入院基本料種別欄」という。）に次に掲げる略号を用いて記載すること。また、別に厚生労働大臣が定める看護師比率に関する基準を満たすことができない病棟の入院基本料については、入院基本料種別欄中の当該略号の次に「未」と記載すること。入院診療計画について別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合、院内感染防止対策

を未実施の場合、医療安全管理体制を未整備の場合又は褥瘡対策を未実施の場合は、入院基本料種別欄に「計画未」、「感防未」、「安管未」又は「褥瘡未」と記載し、老人病棟に入院している患者の場合には、(34)の例によること。

結核病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（結核病棟の場合）について、入院期間が91日以上の間について、所定点数からの減算が行われない場合は、「摘要」欄に、「減無」と記載すること。

なお、入院基本料種別欄に書ききれない場合は「摘要」欄に記載し、また、電子計算機で該当する文字のみを印字する場合は、前記の種類順であれば、様式の区分、配字等を変更することとして差し支えないこと。

I群1、I群2、I群3、I群4、I群5（一般病棟I群入院基本料1～5）、II群3、II群4、II群5（一般病棟II群入院基本料3～5）、I群特1、I群特2（一般病棟I群特別入院基本料1～2）、II群特1、II群特2（一般病棟II群特別入院基本料1～2）、療1、療2、療3、療4、療5、療6、療7（療養病棟入院基本料1～7）、療特1、療特2（療養病棟特別入院基本料1～2）、結1、結2、結3、結4、結5、結6、結7（結核病棟入院基本料1～7）、結特1、結特2（結核病棟特別入院基本料1～2）、精1、精2、精3、精4、精5、精6、精7（精神病棟入院基本料1～7）、精特1、精特2（精神病棟特別入院基本料1～2）、特一I1、特一I2（特定機能病院入院基本料一般病棟I群1～2）、特一II1、特一II2、特一II3（特定機能病院入院基本料一般病棟II群1～3）、特結I1、特結I2（特定機能病院入院基本料結核病棟I群1～2）、特結II1、特結II2、特結II3（特定機能病院入院基本料結核病棟II群1～3）、特精I1、特精I2（特定機能病院入院基本料精神病棟I群1～2）、特精II1、特精II2、特精II3（特定機能病院入院基本料精神病棟II群1～3）、専1、専2（専門病院入院基本料1～2）、障1、障2、障3、障4、障5（障害者施設等入院基本料1～5）、老1、老2、老3、老4、老5（老人病棟入院基本料1～5）、老特（老人病棟特別入院基本料）、診I1、診I2、診I3（有床診療所I群入院基本料1～3）、診II3、診II4（有床診療所II群入院基本料3～4）、診療床（有床診療所療養病床入院基本料）、診療床特（有床診療所療養病床特別入院基本料）

イ 「入院年月日」の項は、当該医療機関における入院基本料の起算日としての入院年月日を記載すること。

ウ 療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟は、必要があつて患者を他の病棟へ移動させた場合は、その医療上の必要性について、「摘要」欄に詳細に記載すること。

エ 「入院基本料・加算」の項について

(ア) 入院基本料・加算の項には、入院基本料に係る1日当たりの所定点数（入院基本料及び入院基本料等加算の合計）、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に当該所定点数の内訳を記載すること。ただし、入院基本料が月の途中で変更した場合は、同項において行を改めて、それぞれの入院基本料について同様に記載し、「摘要」欄に、変更の前後に分けて、当該所定点数の内訳を記載すること。

なお、入院基本料と入院基本料等加算を区分して、同項において行を改めて、同様に記載することも差し支えない。

(イ) 入院時医学管理加算、紹介外来加算、紹介外来特別加算、急性期入院加算、急性期特定入院加算、地域医療支援病院入院診療加算2、診療録管理体制加算、特殊疾患入院施設管理加算、

新生児入院医療管理加算、看護配置加算、看護補助加算、夜間勤務等看護加算、特別看護加算、特別看護補助加算、療養環境加算、重症者等療養環境特別加算、療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算、重症皮膚潰瘍管理加算、緩和ケア診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神病棟入院時医学管理加算又は児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定した場合は、入院基本料種別欄に、**医管**、**紹外**、**紹外特**、**急性**、**急性特**、**地入診2**、**録管**、**特疾**、**新入医**、**看配**、**補4**（4対1看護補助加算）、**補5**（5対1看護補助加算）、**補6**（6対1看護補助加算）、**補10**（10対1看護補助加算）、**補15**（15対1看護補助加算）、**夜1**（夜間勤務等看護加算1）、**夜2**（夜間勤務等看護加算2）、**夜3**（夜間勤務等看護加算3）、**夜4**（夜間勤務等看護加算4）、**夜5**（夜間勤務等看護加算5）、**1付I**（1人付特別看護加算I）、**1付II**（1人付特別看護加算II）、**2付I**（2人付特別看護加算I）、**2付II**（2人付特別看護加算II）、**2付補**（2人付特別看護補助加算）、**3付補**（3人付特別看護補助加算）、**環境**、**重境**、**療環1**（療養病棟療養環境加算1）、**療環2**（療養病棟療養環境加算2）、**療環3**（療養病棟療養環境加算3）、**診環1**（診療所療養病床療養環境加算1）、**診環2**（診療所療養病床療養環境加算2）、**重皮潰**、**緩和**、**精応**、**精医管**又は**児思精**を記載し、特別看護加算に係る長時間加算を算定した場合は併せて**長**を、特別看護補助加算に係る長時間加算を算定した場合は併せて**長1**又は**長2**を記載すること。

なお、地域医療支援病院入院診療加算2、診療録管理体制加算又は精神科応急入院施設管理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は、当該加算を算定した入院年月日を、新生児入院医療管理加算を新生児特定集中治療室管理料及び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と合わせて31日以上算定した場合は、出生時体重を、重症皮膚潰瘍管理加算を算定した場合は、患者の皮膚潰瘍に係るSheaの分類を、「摘要」欄に記載し、精神科応急入院施設管理加算を算定した場合は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第33条の4第2項に基づく精神病院の管理者から都道府県知事に対する届出の書面の写しを添付すること。

(ウ) 地域医療支援病院入院診療加算1、救急医療管理加算、乳幼児救急医療管理加算、在宅患者応急入院診療加算、乳幼児加算、幼児加算、難病等特別入院診療加算、二類感染症患者入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算、準超重症児（者）入院診療加算、HIV感染者療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、精神科措置入院診療加算又は精神科隔離室管理加算を算定した場合は、「摘要」欄に、**地入診1**、**救医**、**乳救医**、**任応**、**乳**、**幼**、**新介**、**乳介**、**難入**、**二感入**、**超重症**、**準超重症**、**感染特**、**小環特**、**無菌**、**放室**、**精措**又は**精隔**を記載すること。

なお、地域医療支援病院入院診療加算1、救急医療管理加算、乳幼児救急医療管理加算又は在宅患者応急入院診療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は、当該加算を算定した入院年月日を記載すること。また、小児療養環境特別加算を算定した場合は、「摘要」欄に個室での管理が必要な旨及び当該患者の病態の概要を記載し、精神科隔離室管理加算を算定した場合は、「摘要」欄に算定日を記載すること。

(エ) 日常生活障害加算又は痴呆加算を算定した場合は、「摘要」欄に**障**又は**痴**と表示し、当該加算を算定した日数を記載するとともに、当該加算の算定根拠となる評価（当該加算の基

準に基づくランク等)及び評価日を記載すること。なお、月の途中で加算点数に変更がある場合には、その都度、評価及び評価日を記載すること。

(オ) 有床診療所入院基本料を算定している患者について看護配置に応じた加算がある場合は、「摘要」欄に「有看」を記載すること。

オ 外泊した場合は、行を改めて入院基本料又は特定入院料を算定する日ごとに1日当たりの所定点数、日数並びに合計点数を記載し「摘要」欄に外泊した日を記載すること。

なお、外泊した日の記載については、連続して3日を超える場合にあっては、外泊の開始日と終了日を「～」等で結ぶことにより記載して差し支えないこと。

カ 特定入院料、療養病棟入院基本料、老人病棟入院基本料又は診療所療養病床入院基本料(以下カにおいて「特定入院料等」という。)を算定している患者について、専門的な診療が必要となり、他医療機関において「診療報酬点数表(平成6年3月厚生省告示第54号)及び老人診療報酬点数表(平成6年3月厚生省告示第72号)の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」(平成14年3月8日保医発第0308001号)別添1第1章第2部5の(3)のアからケまでに規定する診療を行った場合は、入院医療機関においては、行を改めて減額された特定入院料等の所定点数、算定日数及び合計点数を記載すること。また、他医療機関においては、「摘要」欄に「当該患者の算定する特定入院料等」、「診療科」及び「他」(受診日数:○日)」と記載すること。

キ 180日を超える期間通算対象入院料を算定している患者について、平成14年3月厚生労働省告示第88号第4号のいずれにも該当しない場合は、「摘要」欄に「選」と記載し、いずれかに該当する場合は、「摘要」欄に「選外」と記載し、その理由を簡潔に記載すること。また、月の途中で通算対象入院料を算定する期間が180日を超えた場合は、行を改めて減額された通算対象入院料の所定点数、算定日数及び合計点数を記載すること。

ク 特別の関係にある保険医療機関等に入院又は入所していたことのある患者であって、入院期間を当該保険医療機関等の初回入院日を起算日として計算する場合は、「摘要」欄に「特別」と表示すること。

ケ 定数超過入院に該当する保険医療機関にあっては、当該入院基本料の1日当たり点数(療養病棟入院基本料、老人病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料の場合は所定点数から所定点数に100分の10を乗じて得た点数を控除した点数、それ以外の入院基本料の場合は所定点数から所定点数に100分の20を乗じて得た点数を控除した点数)、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に「超過」と表示すること。

コ 医療法の人員標準を満たさない保険医療機関にあっては、当該入院基本料の1日当たりの所定点数(離島等所在保険医療機関以外の場合は所定点数から所定点数に100分の12、100分の15、100分の18、100分の21、100分の24、100分の27又は100分の30を乗じて得た点数を控除した点数、離島等所在保険医療機関の場合は所定点数から所定点数に100分の3又は100分の6を乗じて得た点数を控除した点数)、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に「標欠」、「医欠5」、「医欠6」、「医欠8」、「看欠5」、「看欠6」又は「看欠8」と表示すること。

サ 「特定入院料・その他」の項について

(ア) 特定入院料については、算定した特定入院料の種別を次の略号を用いて記載し、それぞれの日数及び合計点数(①地域加算該当施設である場合、②救命救急入院料を算定している患者について加算若しくは減算がある場合、③特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料若しくは特殊疾患療養病棟入院料を算定している患者について人工呼吸器使用加算がある場合又は④

小児入院医療管理料を算定している患者について施設基準に応じた加算がある場合にあっては、それぞれの加算を加えた点数又は減算後の点数)を記載すること。また、入院診療計画について別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合、院内感染防止対策を未実施の場合、医療安全管理体制を未整備の場合又は褥瘡対策を未実施の場合には、(32)の例により「特定入院料・その他」欄に記載すること。

救命1、救命2(救命救急入院料1、2)、特集(特定集中治療室管理料)、新集(新生児特定集中治療室管理料)、産集母、産集新(総合周産期特定集中治療室管理料)、熱集(広範囲熱傷特定集中治療室管理料)、感入管(一類感染症患者入院医療管理料)、特入管(特殊疾患入院医療管理料)、小入管1、小入管2、小入管3(小児入院医療管理料1~3)、復り入(回復期リハビリテーション病棟入院料)、特療1、特療2(特殊疾患療養病棟入院料1、2)、緩和(緩和ケア病棟入院料)、精救(精神科救急入院料)、精急1、精急2(精神科急性期治療病棟入院料1、2)、精1、精2(精神療養病棟入院料1、2)

- (イ) 救命救急入院料の算定に係る入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合は、救命救急入院料の算定に係る入院年月日を「摘要」欄に記載すること。また、高度救命救急センターである場合、救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階B若しくはCである場合(充実度評価を受けていない場合(新規開設の場合を除く。))を含む。)又は急性薬毒物中毒に係る加算を算定した場合は、「摘要」欄に、それぞれ、**高救**、**減救**又は**薬救**と記載すること。
- (ロ) 新生児特定集中治療室管理料を新生児入院医療管理加算及び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と合計して22日以上算定した場合又は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を新生児入院医療管理加算及び新生児特定集中治療室管理料と合計して22日以上算定した場合は、出生時体重を「摘要」欄に記載すること。
- (ハ) 特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患療養病棟入院料又は精神療養病棟入院料を算定している患者について、必要があって患者を他の病棟へ移動した場合は、その医療上の必要性を「摘要」欄に詳細に記載すること。
- (ニ) 精神科救急入院料又は精神科急性期治療病棟入院料を算定した場合は、当該点数の算定を開始した日を「摘要」欄に記載し、転棟患者等の場合は、転棟の必要性について併せて記載すること。なお、老人性痴呆疾患治療病棟入院料、老人性痴呆疾患療養病棟入院料については、(34)の例によること。
- (ホ) 短期滞在手術基本料2を算定した場合は、「摘要」欄に**短手2**と表示し、併せて手術日及び手術名を記載すること。

- (33) 老人医療における「保険医療機関の所在地及び名称」、「診療実日数」、「初診」、「再診」、「指導」、「在宅」、「注射」、「処置」、「検査」及び「その他」欄について次に掲げるもののほか(16)、(20)、(22)から(25)、(27)から(29)及び(31)と同様であること。この場合において、(16)中「外来診療料」とあるのは「老人外来診療料」と、「特定疾患療養指導料」とあるのは「老人慢性疾患外来総合診療料、老人慢性疾患外来共同指導料又は老人慢性疾患生活指導料」と、(20)のイ中「在宅患者入院共同指導料(Ⅰ)」とあるのは「在宅患者入院共同指導料(Ⅰ)又は寝たきり老人退院時共同指導料(Ⅰ)」と、同キ中「初診料・再診料・外来診療料」とあるのは「老人初診料・老人再診料・老人外来診療料」と、(22)のオ中「初診料」とあるのは「老人初診料」と、(23)のア中「外来診療料」とあるのは「老人外来診療料」と、同イ中「再診料」とあるのは「老人再診料」と、同カ中「再診料」と

あるのは「老人再診料」と、(24)のク中「薬剤情報提供料」とあるのは「老人薬剤情報提供料」とそれぞれ読み替えるものとする。

ア 病床数が200床以上の保険医療機関における入院外分については、「保険医療機関の所在地及び名称」欄に、**200以上**と記載すること。

イ 再診について、当該再診時の医療費総額が一部負担金と同額の場合であっても、再診の回数及び合計点数は、当該再診の回数及び点数を含めて記載すること。

ウ 老人外来管理加算を算定した場合は、「再診」欄の外来管理加算の項に所定点数を記載すること。

エ 老人慢性疾患外来総合診療料イ又はロを算定した場合は、「指導」欄に「外来総合イ」又は「外来総合ロ」と表示して点数を記載するとともに、当該診療料の対象となった傷病名を明示すること。

なお、病状の急性増悪等により老人慢性疾患外来総合診療料を算定しない場合には、「摘要」欄にその理由を記載すること。

オ 老人慢性疾患生活指導料、老人慢性疾患外来共同指導料又は痴呆患者在宅療養指導管理料を算定した場合は、「指導」欄に「慢疾」、「慢疾(外共)」又は「痴呆」と表示して、点数を記載すること。

カ 寝たきり老人退院時共同指導料(Ⅰ)を算定した場合は、診療報酬明細書(入院外)の「指導」欄に「退院共同(Ⅰ)」と表示して、点数を記載すること。また、寝たきり老人退院時共同指導料(Ⅱ)を算定した場合は、診療報酬明細書(入院)の「指導」の欄に「退院共同(Ⅱ)」と表示して、点数を記載し、退院日を「摘要」欄に記載すること。

キ 老人退院前訪問指導料を算定した場合は、「指導」欄に**退前**と表示して、点数を記載すること。また、老人退院前訪問指導料を2回算定した場合は、「摘要」欄に各々の訪問指導日を記載すること。

ク 寝たきり老人在宅総合診療料イ又はロを算定した場合は、「在宅」欄のその他の項に「在宅総合イ」又は「在宅総合ロ」と表示して、点数を記載すること。

なお、24時間連携体制加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定した場合は、所定点数に当該点数を加算した点数を当該点数として記載し、「在宅総合イ、ロ」の字句の次に**連Ⅰ**、**連Ⅱ**又は**連Ⅲ**と表示すること。また、緊急時入院体制加算を算定した場合は、所定点数、又は、所定点数に24時間連携体制加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)を加えた点数に当該加算点数を加算した点数を当該点数として記載し、「在宅総合イ、ロ」又は「在宅総合イ、ロ」**連Ⅰ**、**連Ⅱ**又は**連Ⅲ**の字句の次に**緊**と表示すること。さらに在宅老人ターミナルケア加算を算定した場合は、所定点数等に当該加算点数を加算した点数を当該点数として記載し、「在宅総合イ、ロ」、**連Ⅰ**、**連Ⅱ**又は**連Ⅲ**、**緊**の字句の次に**夕**と表示すること。

なお、症状の急性増悪等により寝たきり老人在宅総合診療料を算定しない場合には、「摘要」欄にその理由を記載すること。

ケ 寝たきり老人訪問指導管理料を算定した場合は、「在宅」欄のその他の項に「訪問指導」と表示して、点数を記載すること。

コ 退院患者継続訪問指導料を算定した場合は、「在宅」欄のその他の項に「継続指導」と表示して、回数及び総点数を記載するほか、「摘要」欄にその算定日及び退院日を記載すること。

サ 入院中の患者(老人精神病棟等入院患者を除く。)に対して点滴注射を行った場合(1日分の注射量が500ml以上の場合に限る。)は、「注射」欄のその他の項に、注射の種類を記して、そ

れぞれ日数又は回数及び点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所定単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。

シ 老人精神病棟等点滴注射料を算定した場合は、「注射」欄のその他の項に「老注」と表示して、日数及び合計点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に、1日分の使用薬剤の薬名、使用量（経静脈的手技による注射の場合で1単位20mlを超える薬剤の場合は、容量（ml単位）についても併せて記載する。）及び回数等を記載するほか、経静脈的手技による注射の場合であって1日分の注射量（1単位20ml以内の薬剤の注射量を除く。以下同じ。）が500mlを超えた場合（経口摂取不可（経管栄養実施者を含む。）又は重篤な状態及びこれに準ずる状態にある者に係る場合を除く。）には、「摘要」欄に「過注」と表示し、所定の計算方法により得られた薬剤料を記載すること。なお、1日分の注射量が500mlを超えた場合であって、経口摂取不可（経管栄養実施者を含む。）又は重篤な状態及びこれに準ずる状態にあることにより従来の薬剤料の算定方法による場合には、「摘要」欄にその理由を記載すること。

ス 老人処置料、老人精神病棟等処置料、老人留置カテーテル設置料又は老人導尿料を算定した場合は、「処置」欄にそれぞれ「褥瘡」、「老人等処置」、「留置カテ」又は「導尿」と表示して、回数及び合計点数を記載すること。

セ 90日を超える期間一般病棟に入院している患者であって特定患者に係る厚生労働大臣が定める状態等にあるもの（平成14年3月厚生労働省告示第73号別表第四の第7号に該当する患者）について胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、「処置」欄に「洗浄」と、同別表第四の第8号に該当する患者について喀痰吸引を算定した場合は、「処置」欄に「頻回」と表示して回数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に処置名を記載すること。

ソ 老人医療の診療報酬点数表第2章第3部の注1のイの検査料を算定した場合は、「検査」欄に検査名、回数及び点数を記載すること。

タ 老人精神病棟等入院時基本検査料を算定した場合は、「検査」欄に「老人等検査」と表示して、点数を記載すること。

チ 老人精神病棟等検体検査判断料を算定した場合は、(29)のウ及びエと同様に記載すること。

ツ 老人理学療法(I)、(II)、(III)若しくは(IV)又は老人作業療法(I)若しくは(II)を算定した場合は、「その他」欄にそれぞれ「老理(I)」、「老理(II)」、「老理(III)」若しくは「老理(IV)」又は「作業(I)」若しくは「作業(II)」と表示して、算定単位数及び合計点数を記載するほか、「摘要」欄に実施日数を記載すること。また、急性発症した脳血管疾患等の患者に対する老人理学療法(I)、老人理学療法(II)、老人作業療法(I)及び老人作業療法(II)を行い早期リハビリテーション加算を算定する場合には、摘要欄に「早」と表示し、当該加算の対象となる疾患名及び発症月日又は新たな発症年月日を「摘要」欄に記載すること。また、外来移行加算を算定した場合は、退院日を「摘要」欄に記載すること。

テ 老人リハビリテーション総合計画評価料を算定した場合は、「その他」欄に「リハ総評」と表示して、点数を記載すること。

ト 重度痴呆患者デイ・ケア料(I)又は重度痴呆患者デイ・ケア料(II)を算定した場合は、「その他」欄に「痴呆デイ(I)」又は「痴呆デイ(II)」と表示して、回数及び合計点数を記載すること。

ナ 入院生活リハビリテーション管理指導料を算定した場合は、「その他」欄に「リハ指導」と表示して、算定の対象となる週の数及び合計点数を記載すること。

ニ 痴呆性老人入院精神療法料を算定した場合は、「その他」欄に「入院精神」と表示して、算定の対象となる週の数及び合計点数を記載すること。

ヌ 重度痴呆患者入院治療料を算定した場合は、「その他」欄に「重痴入院」と表示して、回数及び合計点数を記載すること。

ネ 老人保健法（昭和57年法律第80号）第28条第5項に規定する届出保険医療機関以外の保険医療機関が、老人慢性疾患外来総合診療料等院外処方せんを交付したにもかかわらず処方せん料を算定できない点数を院外処方せんを交付した上で算定した場合は、「その他」欄の「処方せん」の項に、**④**と記載すること。なお、「その他」欄の「処方せん」の項に記載することが困難な場合は、「一部負担金額」欄に記載しても差し支えないものであること。

④ 老人医療における「入院」欄について

次に掲げるものを除き、㉔と同様であること。この場合において、㉔のア、イ、エ、オ及びキ中「入院基本料」とあるのは「老人入院基本料」と、「Ⅰ群1、Ⅰ群2、Ⅰ群3、Ⅰ群4、Ⅰ群5（一般病棟Ⅰ群入院基本料1～5）」とあるのは「老Ⅰ群1、老Ⅰ群2、老Ⅰ群3、老Ⅰ群4、老Ⅰ群5（老人一般病棟Ⅰ群入院基本料1～5）」と、「Ⅱ群3、Ⅱ群4、Ⅱ群5（一般病棟Ⅱ群入院基本料3～5）」とあるのは「老Ⅱ群3、老Ⅱ群4、老Ⅱ群5（老人一般病棟Ⅱ群入院基本料3～5）」と、「Ⅰ群特1、Ⅰ群特2（一般病棟Ⅰ群特別入院基本料1～2）」とあるのは「老Ⅰ群特1、老Ⅰ群特2（老人一般病棟Ⅰ群老人入院基本料1～2）」と、「Ⅱ群特1、Ⅱ群特2（一般病棟Ⅱ群特別入院基本料1～2）」とあるのは「老Ⅱ群特1、老Ⅱ群特2（老人一般病棟Ⅱ群入院基本料1～2）」と、「療1、療2、療3、療4、療5、療6、療7（療養病棟入院基本料1～7）」とあるのは「老療1、老療2、老療3、老療4、老療5、老療6、老療7（老人療養病棟入院基本料1～7）」と、「療特1、療特2（療養病棟特別入院基本料1～2）」とあるのは「老療特1、老療特2（老人療養病棟特別入院基本料1～2）」と、「結1、結2、結3、結4、結5、結6、結7（結核病棟入院基本料1～7）」とあるのは「老結1、老結2、老結3、老結4、老結5、老結6、老結7（老人結核病棟入院基本料1～7）」と、「結特1、結特2（結核病棟特別入院基本料1～2）」とあるのは「老結特1、老結特2（老人結核病棟特別入院基本料1～2）」と、「精1、精2、精3、精4、精5、精6、精7（精神病棟入院基本料1～7）」とあるのは「老精1、老精2、老精3、老精4、老精5、老精6、老精7（老人精神病棟入院基本料1～7）」と、「精特1、精特2（精神病棟特別入院基本料1～2）」とあるのは「老精特1、老精特2（老人精神病棟特別入院基本料1～2）」と、「特一Ⅰ1、特一Ⅰ2（特定機能病院入院基本料一般病棟Ⅰ群1～2）」とあるのは「老特一Ⅰ1、老特一Ⅰ2（老人特定機能病院入院基本料一般病棟Ⅰ群1～2）」と、「特一Ⅱ1、特一Ⅱ2、特一Ⅱ3（特定機能病院入院基本料一般病棟Ⅱ群1～3）」とあるのは「老特一Ⅱ1、老特一Ⅱ2、老特一Ⅱ3（老人特定機能病院入院基本料一般病棟Ⅱ群1～3）」と、「特結Ⅰ1、特結Ⅰ2（特定機能病院入院基本料結核病棟Ⅰ群1～2）」とあるのは「老特結Ⅰ1、老特結Ⅰ2（老人特定機能病院入院基本料結核病棟Ⅰ群1～2）」と、「特結Ⅱ1、特結Ⅱ2、特結Ⅱ3（特定機能病院入院基本料結核病棟Ⅱ群1～3）」とあるのは「老特結Ⅱ1、老特結Ⅱ2、老特結Ⅱ3（老人特定機能病院入院基本料結核病棟Ⅱ群1～3）」と、「特精Ⅰ1、特精Ⅰ2（特定機能病院入院基本料精神病棟Ⅰ群1～2）」とあるのは「老特精Ⅰ1、老特精Ⅰ2（老人特定機能病院入院基本料精神病棟Ⅰ群1～2）」と、「特精Ⅱ1、特精Ⅱ2、特精Ⅱ3（特定機能病院入院基本料精神病棟Ⅱ群1～3）」とあるのは「老特精Ⅱ1、老特精Ⅱ2、老特精Ⅱ3（老人特定機能病院入院基本料精神病棟Ⅱ群1～3）」と、「専1、専2（専門病院入院基本料1～2）」とあるのは「老専1、老専2（老人専門病院Ⅰ群入院基本料1～2）」と、「障1、障2、障3、障4、障5（障害者施設等入院基本料1～5）」とあるのは「老障1、老障2、老障3、老

障4、老障5（老人障害者施設等入院基本料1～5）」と、「診Ⅰ1、診Ⅰ2、診Ⅰ3（有床診療所Ⅰ群入院基本料1～3）」とあるのは「老診Ⅰ1、老診Ⅰ2、老診Ⅰ3（老人有床診療所Ⅰ群入院基本料1～3）」と、「診Ⅱ3、診Ⅱ4（有床診療所Ⅱ群入院基本料3～4）」とあるのは「老診Ⅱ3、老診Ⅱ4（老人有床診療所Ⅱ群入院基本料3～4）」と、「診療床（有床診療所療養病床入院基本料）」とあるのは「老診療床（老人有床診療所療養病床入院基本料）」と、「診療床特（有床診療所療養病床特別入院基本料）」とあるのは「老診療床特（老人有床診療所療養病床特別入院基本料）」と、「入院基本料等加算」とあるのは「老人入院基本料等加算」と読み替えるものとする。

ア 老人入院基本料については、一般病棟における入院期間が90日を超える患者のうち、いわゆる「特定患者」に該当する場合は、「摘要」欄に「特」と記載し、該当しない場合は、「摘要」欄に「特外」と記載し、その理由（悪性新生物に対する治療を行っている、など）を簡潔に記載すること。

イ 老人一般病棟入院医療管理料、老人性痴呆疾患治療病棟入院料又は老人性痴呆疾患療養病棟入院料（以下「入院医療管理料等」という。）を算定した場合は、「特定入院料・その他」の項にそれぞれ「老入管」、「痴治入院」又は「痴療入院」と表示して、回数及び合計点数を記載すること。

なお、当該入院医療管理料等の算定開始日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合は、「摘要」欄に当該入院医療管理料等の算定開始日を記載すること。老人性痴呆疾患治療病棟入院料を算定した場合に入院期間が前月から引き続いているため、当該月の途中で90日を超えることとなった場合は、1日につき所定点数から減算した点数を当該点数として記載すること。この際、「摘要」欄に、それぞれの算定の基礎となった入院期間（月日）を記載すること。

また、入院医療管理料等を算定した患者について、当該届出病棟（病床）から他の病棟（病床）に移動した場合には、当該移動した日及びその理由を「摘要」欄に記載すること。

ウ 診療所老人医療管理料を算定した場合は、「特定入院料・その他」の項に「診医療管」と表示して、合計点数（地域加算該当施設の場合はその加算点数を加えた点数）を記載すること。なお、入院期間が前月から引き続いているため、当該月の途中で14日を超えることとなった場合は、1日につき所定点数から減算した点数を当該点数として記載すること。なお、この際、「摘要」欄に、それぞれの算定の基礎となった入院期間（月日）を記載すること。

(35) 「療養の給付」欄について

ア 「請求」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費の療養の給付（医療の給付を含む。以下同じ。）に係る合計点数を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の合計点数は、「公費①」の項に記載すること。

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こと。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公費に係る記載を省略しても差し支えないこと。

イ 入院外における「薬剤一部負担金額」の項については、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る薬剤一部負担金の金額を記載すること。

ただし、第1公費に係る負担額が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る負担額の記載を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る

負担額が第1公費に係る負担額と同じ場合は、第2公費に係る負担額の記載を省略しても差し支えないこと。

ウ 入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下によること。

(ア) 「一部負担金額」の項には、薬剤一部負担金を除いた金額を記載すること。

(イ) 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こと。

(ウ) 前記(イ)による場合のほか、健康保険の場合は、健康保険法等の一部を改正する法律（昭和59年法律第77号。以下「改正法」という。）附則第4条及び附則第13条の届出を行った医療機関においてのみ記載するものとし、改正法の届出に係る一部負担金と、この届出による適用範囲を超える分に係る一部負担金との合計金額を記載すること。

なお、当該明細書に係る一部負担金が改正法による届出の適用範囲を超える場合のみであっても記載を必要とするものであること。

(エ) 国民健康保険及び退職者医療の場合は、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」の字句を○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」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

(オ) 老人医療の場合は、老人医療の一部負担金相当額を公費負担医療が給付する場合において、当該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「負担金額」の項の「保険」の項の上段に（ ）で再掲すること。

入院外分にあつては、老人保健法第28条に規定する一部負担金の支払を受けた場合にはその金額を記載すること。なお、旧総合病院において、他の診療科で老人医療に係る一部負担金の支払を受けた場合は、「摘要」欄に「他科徴収」と表示すること。老人保健法第28条第12項の規定に基づき市町村長から一部負担金の減免を受けた者の場合は、「一部負担金額」欄の「減額」又は「免除」のいずれか該当する字句を○で囲み、減額の場合は減額後の一部負担金の額を記載すること。

入院分にあつては、以下によること。

a 老人保健法第28条に規定する一部負担金の支払を受けた場合にはその金額を記載すること。

b 老人保健法施行令（昭和57年政令第293号）第2条の2第3項の規定に基づき市町村長から認定を受けた者の場合は、「認」の字句を○で囲み、支払を受けた一部負担金の金額を記載すること。

c 老人保健法施行令第2条の2第4項の規定に基づき市町村長から認定を受けた者の場合は、「年」の字句を○で囲み、支払を受けた一部負担金の金額を記載すること。

d 老人保健法第28条第12項の規定に基づき市町村長から一部負担金の減免を受けた者の場合は、「減」又は「免」のいずれか該当する字句を○で囲み、減額の場合は減額後の一部負担金の金額を記載すること。

(カ) 「公費①」及び「公費②」の項には、それぞれ第1公費及び第2公費に係る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（薬剤一部負担金及び標準負担額を

含む。)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は、当該額)を記載すること。なお、老人医療と結核予防法又は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律との併用の場合には、老人医療に係る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)を記載すること。

ただし、医療保険(老人医療を除く。)と結核予防法又は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律との併用の場合には、当該公費に係る患者負担額は「公費①」及び「公費②」の項には記載することを要しないこと。

(36) 「食事」欄について

ア 「基準」の項には、算定した項目について次の略号を用いて記載すること。

Ⅰ(入院時食事療養Ⅰ)、Ⅱ(入院時食事療養Ⅱ)、管(特別管理)、堂(食堂)

イ 「基準」の項の右の項には、食事療養に係る1日当たり所定金額及び日数を記載すること。この場合、特別管理加算及び食堂加算については入院時食事療養(Ⅰ)に加算した額を1日当たりの所定金額として記載し、特別食加算又は選択メニュー加算を算定した場合には、それぞれ行を改めて次の略号を用いて1日当たりの所定金額及び日数を記載すること。

特(特別食)、選(選択メニュー)

ウ ただし、アに掲げる加算金額等を月の途中で変更した場合には、「摘要」欄に変更の前後に分けて、それぞれの基準の内容、1日当たりの所定金額及び日数を記載すること。

エ 老人医療に係る食事療養の内容が公費負担医療に係る食事療養の内容と異なる場合には、「摘要」欄に公費負担医療に係る事項を記載すること。

オ 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又は公費負担医療に係る食事療養の給付の内容が医療保険(老人医療を除く。)と異なる場合は、「摘要」欄に公費負担医療に係る事項を記載すること。

(37) 「食事療養」欄について

ア 「請求」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る食事療養を行った日数及び当該食事療養に係る金額合計を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の金額合計は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、食事療養を行った日数が診療実日数と同じ場合は、食事療養を行った日数の記載を省略し、第1公費に係る食事療養が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る「請求」の項の記載を省略して差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る請求金額が第1公費に係る請求金額と同じ場合は、第2公費に係る「請求」の項の記載を省略しても差し支えないこと。

イ 「標準負担額」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費の食事療養に係る負担額を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の負担額は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る負担額が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る負担額の記載を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る負担額が第1公費に係る負担額と同じ場合は、第2公費に係る負担額の記載を省略しても差し支えないこと。

ウ 食事療養に係る標準負担額に関し減額認定証の交付を受けた場合は、「認」の字句を○で囲む

こと。なお、入院日数が90日を超えた場合の特例の対象となる場合は、併せて「3月超」の字句を○で囲むこと。

- エ 老人保健法施行令第2条の2第4項に規定する市町村長の認定を受けている者の場合は、(35)「療養の給付」欄についてのウの(イ)のcと同様とする。この場合において、ウの(イ)のc中「一部負担金」とあるのは「食事療養の標準負担額」と読み替えるものとする。

(38) 「摘要」欄について

- ア 介護保険に相当するサービスのある診療を行った場合に、当該患者が要介護者又は要支援者である場合には、「摘要」欄に (介) と記載すること。また、介護保険の適用病床において、患者の急性増悪等により、緊急に診療を行った場合についても、同様とし、この場合においては、介護保険適用の病床において、医療保険からの給付が必要となった理由（急性肺炎の治療のためなど）を簡潔に記載すること。
- イ 内訳を記載するに当たっては、項目との対応関係が明らかになるような形で記載すること。なお、診療項目名に代えて項目の番号を用いて差し支えないこと。この場合、「摘要」欄の左側点線内に当該番号を記載すること。
- ウ 内訳を記載するに当たって、「摘要」欄に書ききれずに符せんを付す必要がある場合には、「摘要」欄の右端の余白に符せんを貼り付けるとともに、「摘要」欄の幅に折り返しておくこと。この場合において、符せんに代えて続紙として、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙の下端を50mm程度切りとったものに、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別（例；1社・国1単独 1本入）、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、内容を記載し、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けることとしても差し支えないこと。
- エ 同一明細書において医療保険と公費負担医療の給付の内容が異なる場合又は医療保険と公費負担医療の診療実日数が異なる場合は、「摘要」欄に記載された内訳のうち、公費負担医療に係る分にアンダーラインを付すこと。また、公費負担医療と公費負担医療の併用の場合も同様であること。

なお、医療保険と公費負担医療の診療実日数が異なる場合において、「公費分点数」欄との対応が明らかである場合はアンダーラインを省略しても差し支えないこと。

(39) 「公費分点数」欄について

「公費分点数」欄には、併用する公費負担医療に係る請求点数を記載することとするが、併用する公費負担医療に係る請求点数が「初診」欄から「入院」欄のすべてに係る請求点数と同じ場合は省略しても差し支えないこと。

なお、月の途中で公費負担医療の受給資格に変更があった場合又は公費負担医療に係る給付の内容が「点数」欄に係る給付と異なる場合は、併用する公費負担医療に係る請求点数が「点数」欄に係る請求点数と異なることとなるので、この場合には「公費分点数」欄に当該公費負担医療に係る請求点数を必ず記載すること。この場合において、「点数」欄に係る請求点数と異なる公費負担医療が2種以上あるときは、「公費分点数」欄を縦に区分し、左から順次「第1公費」、「第2公費」の順で当該公費に係る請求点数を記載すること。

ただし、「点数」欄に係る請求点数と第1公費又は第2公費の請求点数が同じ場合は、縦に区分

すること及び当該第1公費又は第2公費の請求点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

(40) その他

ア 3種の公費負担医療の併用の者に係る明細書の記載要領の特例について

特例的に、生活保護法、結核予防法及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあっては、法別番号順等によらず、次の記載要領によること。

(ア) 生活保護法に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄に記載し、結核予防法に係る分は「公費負担者番号①」欄に、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に係る分は「公費負担者番号②」欄に記載すること。

(イ) 「職務上の事由」欄は記載しないこと。

(ウ) 生活保護法に係る診療実日数は「診療実日数」欄の「保険」の項に、結核予防法に係る分は「公費①」の項に、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に係る分は「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

なお、結核予防法又は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に係る診療実日数が、生活保護法に係る診療実日数と同じ場合は、当該診療実日数の記載を省略しても差し支えないこと。

(エ) 「初診」欄から「入院」欄には生活保護法に係る回数及び点数を記載すること。

(オ) 「公費分点数」欄は縦に2区分し、左欄に結核予防法、右欄に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に係る請求点数を記載することとするが、生活保護法に係る請求点数と同じ請求点数の公費負担医療がある場合は、縦に2区分すること及び当該請求点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

(カ) 生活保護法に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事療養」欄の「保険」の項に、結核予防法に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事療養」欄の「公費①」の項に、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事療養」欄の「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

イ 医療保険と3種の公費負担医療の併用の者に係る記載要領の特例について

別添3「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担医療を「第1公費」とし、後順位の公費負担医療を順次「第2公費」、「第3公費」として、第3公費に係る公費負担者番号、受給者番号及び診療実日数を、「摘要」欄に「第3公費」と表示して、次の略称を用いて記載すること。また、第3公費に係る療養の給付の合計点数、薬剤一部負担金、負担金額、食事療養を行った日数及び当該療養に係る金額の合計額並びに標準負担額は、「療養の給付」欄及び「食事療養」欄の「公費②」の項をそれぞれ上下に区分し、上欄には第2公費に係る事項を、下欄には第3公費に係る事項を記載すること。

なお、4種以上の公費負担医療の併用の場合においても、これに準じて記載すること。

公3（公費負担者番号）、受（受給者番号）、実（診療実日数）

ウ 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）第79条第5項に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に「長」と記載すること。

ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に健康保険法施行令第79条第5項

に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除くこと。

エ 当該患者のうち慢性腎不全に係る自己連続携行式腹膜灌流（CAPD）を行っている患者に対して、同一月内の投薬を院外処方せんのみにより行い、保険医療機関では当該患者の負担額を受領しない場合にあつては、「特記事項」欄に「長処」と記載すること。

オ 特定承認保険医療機関において、厚生労働大臣の承認を受けた高度先進医療を実施した場合には、「特記事項」欄に「高度」と記載するとともに、当該承認を受けた高度先進医療の名称を「摘要」欄の最上部に記載すること。

カ 平成14年3月11日保医発第0311002号通知に規定する特別養護老人ホーム等に赴き、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」と記載すること。

なお、当該診療が同通知に規定する配置医師による場合は、「摘要」欄に「配」と表示して回数を記載すること。

また、同一月内に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。

キ 患者の疾病又は負傷が、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」と記載すること。なお、「交」等従来行われていた記載によることも差し支えないこと。

ク 健康保険法第43条第2項の規定に基づき厚生労働大臣の定める療養を定める件（平成6年8月厚生省告示第236号）第7号の規定に基づく薬事法（昭和35年法律第145号）に規定する治験に係る診療報酬の請求については、次に掲げる方法によること。

(ア) 1月中に治験期間とそれ以外の期間が併存する場合であっても、明細書は1枚として請求すること。

(イ) 「特記事項」欄に「薬治」と記載すること。

(ロ) 明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。

a 治験の依頼者の氏名及び連絡先

b 治験薬等の名称及び予定される効能効果

c 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）

(ハ) 上記(ア)の場合においては、治験期間外に実施し請求の対象となる検査、画像診断、投薬及び注射（投薬及び注射については、当該治験の対象とされる薬物の予定されている効能又は効果と同様の効能又は効果を有する医薬品に係るものに限る。）について、その実施日を「摘要」欄に記載すること。

(ニ) 特定入院料等いわゆる包括化されていた項目を算定している保険医療機関の場合の当該項目に係る記載については、当該項目の点数から当該項目に包括されるもののうち診療報酬の請求ができない項目の所定点数の合計を差し引いた点数を記載するとともに、「摘要」欄に診療報酬の請求ができない項目及び所定点数を記載すること（別業にしても差し支えない。）。

ケ 健康保険法第43条第2項の規定に基づき厚生労働大臣が定める療養を定める件第10号の規定に基づく薬事法に規定する治験に係る診療報酬請求については、次に掲げる方法によること。

(ア) 1月中に治験期間とそれ以外の期間が併存する場合であっても、明細書は1枚として請求すること。

(イ) 「特記事項」欄に「材治」と記載すること。

(ウ) 明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。

a 治験の依頼者の氏名及び連絡先

b 治験用具等の名称

c 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）及び治験用具等を用いた手術又は処置が行われた日

(ニ) 上記(ウ)の場合においては、請求の対象となる検査、画像診断、処置及び手術について、その実施日を「摘要」欄に記載すること。

(オ) 特定入院料等いわゆる包括化されていた項目を算定している保険医療機関の場合の当該項目に係る記載については、当該項目の点数から当該項目に包括されるもののうち診療報酬の請求ができない項目の所定点数の合計を差し引いた点数を記載するとともに、「摘要」欄に診療報酬の請求ができない項目及び所定点数を記載すること（別葉にしても差し支えない。）。

コ 公費負担医療のみの場合において、請求点数を老人医療の診療報酬点数表による場合は、「特記事項」欄に「老保」と表示すること。

(4) 老人医療におけるその他

ア 老人保健特定疾病療養受療証を提示した患者の負担額が、老人保健法施行令第2条の2第2項の規定により読み替えられる同条第1項第3号に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に「長」と表示すること。ただし、患者が老人保健特定疾病療養受療証の提示を行った際に、既に同条に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除くこと。

イ 介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合は「老併」と、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合は「老健」と「特記事項」欄に記載すること。

なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と、介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。

ウ 老人被爆者の場合は、「摘要」欄右下に赤色で(原)の表示をすること。

エ その他は、(4)のア、イ及びオからケまでと同様であること。