

赤文字は、今回の主な変更箇所

● 歯科診療に係る診療報酬明細書の記載要領に関する一般事項

- (1) 明細書は、白色純黒色刷りとする。
- (2) 左上の隅より右へ 12 mm、下へ 12 mm の位置を中心に半径 2 mm の穴をあけて、綴じ穴とすること。
- (3) 月の途中において保険者番号の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。月の途中において市町村番号又は老人医療の受給者番号の変更があった場合、高齢受給者証又は老人医療受給者証が月の途中に発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も、同様とすること。
- (4) 所定点数を予め印刷しておき、算定回数が月に 1 回と限られた項目を算定した場合には、当該項目の略称を○で囲み、複数回算定できる項目を算定した場合には、算定した回数を記載することでも差し支えないこと。また、予め印刷する点数を乳幼児加算、障害者加算又は歯科訪問診療時加算の加算後の点数としても差し支えないが、この場合、「特記事項」欄に「50/100」と記載するか、予め印刷しておくこと。
- (5) 電子計算機の場合は、以下によること。
 - ア 欄の名称を簡略化して記載しても差し支えないこと。また、複数の選択肢から○を用いて選択する欄については、特段の定めのある場合を除き、選択した項目のみ記載し、それ以外の項目は省略しても差し支えなく、記載しない欄については「×」を省略して差し支えないこと。
 - イ 枠をその都度印刷することとしても差し支えないこと。
 - ウ 用紙下端の空白部分は、OCR 処理等審査支払機関の事務処理に供するため、その他の目的には使用しないこと。
 - エ 電子計算機用の OCR 関連事項は、「レセプト基本フォーマット集（平成 9 年 8 月版）」（社会保険庁運営部編）によることが望ましいこと。
 - オ 記載する文字は、JISX0208 において文字コードが設定された範囲とすることが望ましいこと。

● 歯科診療に係る診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(1) 「平成 年 月分」欄について

診療月のみの記載で差し支えないこと。

なお、診療月の翌月以外の月に請求する明細書については、診療年月を記載すること。

(2) 「都道府県番号」欄について

昭和 51 年 8 月 7 日保発第 45 号、庁保発第 34 号の別表第 2 に掲げる都道府県番号表に従い、保険医療機関の所在する都道府県の番号を記載すること。

(3) 「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード 7 桁を記載すること（別添 2「設定要領」の第 4 を参照）。

(4) 「保険種別 1」、「保険種別 2」及び「本人・家族」欄について

ア 「保険種別 1」欄については、以下の左に掲げる保険の種別に応じ、右の番号のうち 1 つを○で囲むこと。

健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険（退職者医療を除く。）	1 社・国
以下同じ。）	
公費負担医療（健康保険、国民健康保険、老人医療又は退職者医療との併用の場合を除く。）	2 公費
老人医療	3 老人
退職者医療	4 退職

(注) 退職者医療には、健康保険法附則第3条に規定する特定健保組合に係るものは該当しないこと。

イ 「保険種別2」欄については、「保険種別1」欄のそれぞれについて、以下の左の別に応じ、右の番号のうち1つを○で囲むこと。

単独	1 単独
1種の公費負担医療との併用	2 2併
2種以上の公費負担医療との併用	3 3併

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

ウ ア及びイについては、○で囲むことを省略しても差し支えないこと。

エ 「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち1つを○で囲むこと。なお、3歳未満の患者は「4」、高齢受給者又は老人医療受給対象者は「8」又は「0」を○で囲むこととする。なお、公費負担医療については本人に該当するものとする。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者（世帯主（高齢受給者を除く.））は「2」、被保険者（その他（3歳未満の患者及び高齢受給者を除く.））は「6」を○で囲むこととし、それ以外（3歳未満の患者及び高齢受給者を除く.）はいずれか一方を○で囲むこと。

なお、「2 本外」（若しくは「2 本」）、「4 三外」（若しくは「4 三」）、「6 家外」（若しくは「6 家」）、「8 高外9」（若しくは「8 高9」）又は「0 高外8」（若しくは「0 高8」）の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

2 本人外来	2 本外
4 3歳未満外来	4 三外
6 家族外来	6 家外
8 高齢受給者・老人医療9割給付外来	8 高外9
0 高齢受給者・老人医療8割給付外来	0 高外8

オ 電子計算機の場合は、以下のいずれかの方法によること。

(ア) 当該欄の上に選択する番号及び保険種別等のみを記載する。

(イ) 選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて＝線で抹消する。

(5) 「保険者番号」欄について

ア 設定された保険者番号8桁（政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く.）については4桁、国民健康保険については6桁）を記載すること（別添2「設定要領」の第1を参照）。

イ 政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く.）及び船員保険については、当該被保険者及び被扶養者の管轄地方社会保険事務局長と当該保険医療機関の管轄地方社会保険事務局長とが同一である場合（以下(5)において「自県分の場合」という.）には、記載を省略して差し支えないこと。

ウ 日雇特例被保険者の保険については、自県分の場合は、頭初の2欄に法別番号を必ず記載し、他の記載は省略して差し支えないこと。

エ 前記により、「保険者番号」欄の記載は、次表のとおりとなること。

区 分	自県分の場合	他県分の場合
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> </div> <small>法別 都道府県 保険者別 検証 番号 番 号 番 号 番号</small>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> </div> <small>法別 都道府県 保険者別 検証 番号 番 号 番 号 番号</small>
政府管掌健康保険 (日雇特例被保険者の 保険を除く。)	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> </div> <small>(省略して差し支えないこと)</small>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> </div> <small>(空欄)</small>
船 員 保 険	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> </div> <small>(省略して差し支えないこと)</small>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ </div>
日雇特例被保険者の保険	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> ○ ○ </div> <small>(省略して差し支えないこと)</small>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ </div>
そ の 他 の 健 康 保 険 退 職 者 医 療	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ </div>
国 民 健 康 保 険	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> ○ ○ ○ ○ ○ ○ </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> ○ ○ ○ ○ ○ ○ </div>

- 備考 1 ○印のものは、必ず記載すること。
 2 公費負担医療単独の場合及び公費負担医療と公費負担医療の併用の場合（以下「公費負担医療のみの場合」という。）は、別段の定めのある場合を除き、記載しないこと。

(6) 「給付割合」欄について

国民健康保険及び退職者医療の場合、該当する給付割合を○で囲むか、（ ）の中に給付割合を記載すること。ただし、国民健康保険については、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えないこと。

(7) 「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

ア 健康保険被保険者証，国民健康保険被保険者証，退職者医療被保険者証，船員保険被保険者証，船員保険被扶養者証，受給資格者票及び特別療養費受給票等の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。

イ 記号と番号の間にスペース，「・」若しくは「-」を挿入するか，又は上段に記号，下段に番号を記載すること。また，当該記号及び番号のうち○で囲んだ文字に代えて当該文字を（ ）で囲んだものを使用して記載することも差し支えなく，記載枠に書ききれない等の場合は，（ ）を省略しても差し支えないこと。

なお，被保険者が，月の途中において，記号・番号を変更した場合又は任意継続に変更した場合（給付割合に変更がない場合に限る。）は，変更後の記号・番号を記載すること。

(8) 「市町村番号」欄について

健康手帳の医療受給者証に記入されている市町村番号 8 桁を記載すること（別添 2「設定要領」の第 2 を参照）。

(9) 「老人医療の受給者番号」欄について

健康手帳の医療受給者証に記入されている受給者番号 7 桁を記載すること（別添 2「設定要領」の第 3 を参照）。

(10) 「公費負担者番号」欄について

ア 医療券等に記入されている公費負担者番号 8 桁を記載すること（別添 2「設定要領」の第 2 を参照）。

イ 別添 3「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により，先順位の公費負担者番号を「公費負担者番号」の項に（以下「公費負担者番号」の項に記載される公費負担医療を「第 1 公費」という。）後順位の公費負担者番号を「摘要」欄に（以下「摘要」欄に記載される公費負担医療を「第 2 公費」という。）記載すること。

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

(11) 「公費負担医療の受給者番号」欄について

医療券等に記入されている受給者番号 7 桁を，第 1 公費については「公費負担医療の受給者番号」の項に，第 2 公費については「摘要」欄に記載すること（別添 2「設定要領」の第 3 を参照）。

(12) 「氏名」欄について

- ア 姓名を記載すること。ただし、健康保険の被保険者については、姓のみの記載で差し支えないこと。
 なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字を読み替えたカタカナを使用すること又はひらがなをカタカナに読み替えて記載することも差し支えないこととするが、この場合には被保険者であっても姓名を記載することとし、姓と名の間にスペースをとること。
- イ 性別は該当するものを○で囲むこと。なお、電子計算機の場合は、「1 男」、「2 女」と記載しても差し支えないこと。
- ウ 生年月日は以下によること。
 - (ア) 該当する元号を○で囲み、生まれた年を記載すること。
 - (イ) 月日の記載は省略して差し支えないが、6歳に満たないものについては、生まれた月をも記載すること。
 また、年齢が算定要件となっている項目を算定する場合であって、生まれた年の記載のみでは要件に該当するか否かが明らかでない場合は、生まれた月をも記載すること。
 - (ウ) 電子計算機の場合は、元号については「1 明」、「2 大」、「3 昭」、「4 平」と記載すること。また、生年月日を記載することが望ましいものであること。

(13) 「職務上の事由」欄について

- 船員保険の被保険者については、職務上の取扱いとなる場合のみ該当する番号を○で囲むこと。共済組合の船員組合員については、下船後3月以内の傷病で職務上の取扱いとなる場合に「2 下船後3月以内」の番号を○で囲むこと。
- なお、同一月に職務上の取扱いとなる傷病及び職務外の取扱いとなる傷病が生じた場合は、入院外分についてはそれぞれ1枚、入院分については、それぞれに係る診療が区分できない場合に限り職務上として1枚の明細書の取扱いとすること。
- 電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略称を記載することとしても差し支えないこと。
- 1 職上（職務上）、 2 下3（下船後3月以内）、 3 通災（通勤災害）

(14) 「特記事項」欄について

次に掲げるもののほかは、Ⅱの第3の2の(15)と同様とすること。

40	50/100	乳幼児加算（5歳未満）、障害者加算又は歯科訪問診療時の加算を算定している明細書の場合
----	--------	--

(15) 「届出」欄について

- 補綴物維持管理料の算定を選択している保険医療機関は、「補管」の字句を、**歯科疾患総合指導料1の算定を選択している保険医療機関は、「総指1」を、歯科疾患総合指導料2の算定を選択している保険医療機関は「総指2」をそれぞれ○で囲むこと。**
- なお、電子計算機の場合、○に代えて（ ）等を使用して記載することも差し支えないものであること。以下、字句を○で囲む場合及び○付きの略号を使用する場合も同様であること。

(16) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方社会保険事務局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。
 この場合、所在地とともに、連絡先電話番号を記載することが望ましいものであること。

(17) 「傷病名部位」欄について

- ア 病名を同じくする歯牙又は部位を単位として記載すること。
- イ ブリッジの病名の記載に当たっては、部位は支台歯も含めた部位を、病名は欠損と記載し、支台歯を○で囲むこと。したがって、支台歯が齶蝕症等に罹患している場合には部位は重複して傷病名を記載すること。
 また、健全歯を支台としてブリッジを製作するに当たりなんらかの理由により、健全歯に対し、抜髄処置を必要とした場合には、当該歯を◎で囲むこと。

ウ 歯冠修復により隙を補綴した場合は、当該歯冠修復歯に△を付記すること。また、欠損でない1歯相当分の間隙のある場合に補綴を行った場合は、間隙を欠損とみなした傷病名とし、当該部位に△を記し、「摘要」欄にその旨を記載すること。

エ 歯科矯正の病名の記載に当たっては、病名は主要な咬合異常の状態を記載し、併せて唇顎口蓋裂の裂形（顎変形症にあっては、頭蓋に対する上下顎骨の相対的位置関係の分類）等を記載すること。

オ 齲蝕多発傾向者の病名の記載に当たっては、病名はC管理中と記載し、歯冠修復治療を行った歯牙を記載すること。なお、歯式については、乳歯及び永久歯について、それぞれ記載すること。

カ 齲蝕に罹患している患者の指導管理に係わる特定療養費を支給する患者の病名の記載に当たっては、病名はC特療と記載すること。

キ 歯科疾患継続管理指導に係る歯科疾患継続指導料を算定する患者の病名の記載に当たっては、病名と併せて歯科疾患継続管理中と記載すること。

ク 補綴物維持管理料を算定している保険医療機関において、補綴物維持管理料を算定した補綴物の再製作等（再装着、充填を含む。）を行う場合は、傷病名を「傷病名部位」欄に記載し、当該部位に対して補綴物維持管理料を算定した年月日及び補綴物の種類等を「摘要」欄に記載すること。

ケ 傷病名の記載に当たり、傷病名が当該欄に書ききれない場合は、「摘要」欄に記載すること。

(18) 「診療開始日」欄について

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

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

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

(19) 「診療実日数」欄について

ア 括弧外、括弧内及び「摘要」欄に、それぞれ医療保険（健康保険、国民健康保険、退職者医療及び老人医療をいう。以下同じ。）、第1公費及び第2公費に係る診療実日数を記載すること。

なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の診療実日数は、括弧内に記載すること。

ただし、第1公費に係る診療実日数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る診療実日数を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る診療実日数が第1公費に係る診療実日数と同じ場合は、第2公費に係る診療実日数の記載を省略しても差し支えないこと。

イ 入院外分については、診療を行った日数（開放型病院共同指導（I）を行った日数を含む。）を記載すること。

ウ 電話等再診の実日数は1日として数えること。

なお、この場合、その回数を「摘要」欄に再掲すること。

エ 同一日に初診及び再診（電話等再診を含む。）が2回以上行われた場合の実日数は1日として数えること。

なお、この場合、その回数を「摘要」欄に再掲すること。

オ (18)のアのただし書きの場合、診療開始日の記載を省略しても差し支えないが、この場合においても、診療実日数は記載するものであること。

カ 同一日に複数料を受診した場合の初診料・再診料を算定しない科に係る診療実日数については、初診料・再診料を算定しない日を含め実際に診療を行った日数を記載するものとする。

キ 傷病手当金意見書交付料、訪問歯科衛生指導料等同一日に歯科医師の診療が行われない場合は、実日数とし

て数えないこと。

(20) 「転帰」欄について

治ゆた場合には「治ゆ」の字句を、死亡した場合には「死亡」の字句を、中止又は転医の場合には「中止」の字句をそれぞれ○で囲むこと。

(21) 「初診」欄について

ア 診療時間内の初診の場合には点数のみを記載し、時間外、休日又は深夜の場合は該当文字を○で囲み当該加算点数を記載すること。

なお、時間外加算の特例を算定した場合は、通常の間外加算と同様に記載し、「時間外」の字句の上に㊦と表示すること。また、電子計算機の場合は、全体の「その他」欄に㊦と表示し、点数を記載することとして差し支えないこと。以下、字句の上に略号を記載する場合について同様であること。

イ 初診時において乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算、障害者加算又は初診時歯科診療導入加算を算定した場合は、該当文字を○で囲み、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」、「障」又は「障導」の項に当該加算点数を記載すること。

(22) 「再診」欄について

ア 再診があった場合には「再診」の項に点数及び回数を記載すること。なお、同一日に2回以上の再診（電話等再診を含む。）がある場合には、「再診」欄の余白にその旨及び同一日に2回以上の再診を行った日を記載すること。

なお、電子計算機の場合は、その旨を「摘要」欄に記載することとして差し支えないこと。以下、余白に記載する場合について同様であること。

イ 時間外、休日又は深夜の場合は、該当文字を○で囲み当該加算点数及び回数を記載すること。また、時間外加算の特例を算定した場合は、通常の間外加算と同様に記載し、「時間外」の字句の上に㊦と表示すること。

ウ 乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算、又は障害者加算を算定した場合は、該当文字を○で囲み、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」、又は「障」の項に当該加算点数及び回数を記載すること。なお、月の途中から乳幼児加算等を算定しなくなった場合は、「再診」欄の余白にその旨及び算定しないこととなった日を記載すること。

エ 歯科口腔衛生指導料を算定した場合には、「C指」の項に所定点数を記載すること。また、歯科口腔衛生指導料におけるフッ化物局所応用加算については、「F局」の項に当該加算点数を、フッ化物洗口指導加算については、「F洗」の項に当該加算点数を記載すること。

オ 歯科疾患総合指導料、歯周疾患指導管理料又は歯科疾患継続指導料を算定した場合は、「総指」、「P指」又は「継続」の項に所定点数を記載する。また、歯科疾患総合指導料、歯周疾患指導管理料及び歯科疾患継続指導料に係る機械的歯面清掃加算を算定した場合においては、「歯清」の項に当該加算点数を記載すること。なお、機械的歯面清掃加算の算定が2回目以降の場合においては、「摘要」欄にその旨記載するとともに、前回は行った機械的歯面清掃の日付を記載すること。

カ 歯科疾患総合指導料を算定した患者であって、治療計画に基づく一連の治療が終了した日から起算して3か月を超えた場合に、当該患者に対し再度、歯科疾患総合指導料を算定する場合は、「摘要」欄に当該患者の前回治療終了年月日を記載すること。

キ 2回目以降の歯科疾患継続指導料の算定に当たっては、直近の歯科疾患継続指導料の算定年月日を「摘要」欄に記載すること。

ク 歯科疾患継続指導料を算定した場合には、算定が1回目の場合には、歯科疾患継続管理診断料の算定年月日を、2回目の歯科疾患継続管理診断料の算定に基づく場合には、2回目の歯科疾患継続管理診断料の算定年月日を、「摘要」欄にその旨と併せて記載すること。なお、2回目の歯科疾患継続管理診断料に基づき歯科疾患継続指導料を算定する場合には、2回目の歯科疾患継続管理診断料に基づく旨を併せて「摘要」欄に記載すること。

ケ 歯科疾患継続指導料の算定と併せて行なった歯周組織検査、初期齲蝕小窩裂溝充填塞処置、スケーリング等を算定した場合には、所定の記載方法により記載すること。なお、スケーリングを行なった場合には、対象となった歯の部位を「摘要」欄に記載すること。

コ 歯科衛生実地指導料を算定した場合には、「衛実」の項に所定点数を記載すること。

サ 新製義歯指導料を算定した場合には、「義歯指」の項に所定点数を記載すること。

シ 歯科治療総合医療管理料を算定した場合には、「医管」の項に、点数を記載すること。なお算定に当たっては、主病に係る治療を行っている紹介元の保険医療機関の名称を記載すること。

(23) 「投薬・注射」欄について

ア 内服薬を投与した場合は「内」の文字を、屯服薬を投与した場合は「屯」の文字を、外用薬を投与した場合は「外」の文字を、注射を行った場合は「注」の文字を、それぞれ○で囲み、使用薬剤の点数及び単位数又は回数を記載することとするが、書ききれない場合は、合計点数のみを記載し、使用薬剤の点数及び単位数又は回数は「摘要」欄に記載しても差し支えないこと。また、皮下筋肉内注射又は静脈内注射を行った場合は、「注」欄に点数及び回数をそれぞれ記載し、その他の注射を行った場合は、全体の「その他」欄に注射の種類、点数及び回数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に注射の種類、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。

なお、注射の手技料を包括する点数を算定するに当たって、併せて当該注射に係る薬剤料を算定する場合は、「投薬・注射」欄及び「摘要」欄と同様に記載すること。

イ 血漿成分製剤加算を算定した場合は、加算点数を点数欄に記載し、「摘要」欄に(血漿)と表示して、1回目の注射の実施日を記載すること。

ウ 調剤料は、内服、屯服又は外用ごとに「調」の項にそれぞれ点数及び回数を記載し、「処方」の項は処方せんを交付しない場合において処方の点数及び回数を記載すること。

エ 使用薬剤の医薬品名、規格・単位(%, mL又はmg等)及び使用量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、届出保険医療機関については、投薬にあつては薬剤料に掲げる所定単位の、注射のうち皮下・筋肉内注射又は静脈注射であつて入院中の患者以外の患者に対するものにあつては1回当りの、それ以外の注射にあつては1日当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・使用量等を記載する必要はないものとする。

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。

オ 入院患者に対し退院時に投薬を行った場合には、「退院時 日分投薬」と余白に記載すること。

カ 調剤技術基本料を算定する場合は、全体の「その他」欄に「調基」と表示して点数を記載すること。なお、院内製剤加算を算定した場合は、(院)を表示して当該加算後の点数を記載すること。

キ 7種類以上の内服薬の投薬に係る処方せんを発行した場合は、余白に「処方せん」と表示して「処」欄にその点数及び回数を、その他の場合には、「処」欄にその点数及び回数を記載すること。

ク 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を処方又は調剤した場合は、全体の「その他」欄に点数及び回数を記載すること。

ケ 常態として内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を所定点数の合計の100分の90に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄に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し又は算定点数から所定点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載し、その区分の前に(減)と表示すること。

コ 入院時食事療養費に係る食事療養を受けている入院患者又は入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤(ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。)を投与した場合は、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「摘要」欄に記載すること。

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。

サ 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及び外用薬であって 14 日を超えて投与した場合は、当該長期投与の理由を「摘要」欄に記載すること。

シ 無菌製剤処理加算を算定した場合は、加算点数及び日数を全体の「その他」欄に記載し、無菌製剤処理加算である旨の(菌)を表示すること。

ス 処方料又は処方せん料において、乳幼児加算を算定した場合は、それぞれの「+ ×」欄にその加算点数及び回数を記載すること。

セ 薬剤情報提供料を算定した場合は、「情」の項に点数及び回数を記載することとするが、書ききれない場合は、合計点数のみを記載し、点数及び回数は「摘要」欄に記載しても差し支えないこと。

ソ 注射に当たって特定保険医療材料を使用した場合は、(25) のナの (ウ) の例により全件の「その他」欄に記載すること。

タ 特定疾患処方管理加算を算定した場合は、疾患名、加算点数及び回数を全体の「その他」欄に記載し、処方期間が 28 日以上の場合は(特処長)、それ以外の場合は(特処)と表示すること。

チ 厚生労働大臣の定める選定療養第 11 号若しくは第 13 号に係る医薬品を投与した場合は、Ⅱの第 3 の 2 の (26) のウの例により「摘要」欄に「薬選」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

(24) 「X 線・検査」欄について

ア 全顎撮影を行った場合は「全顎」の項にフィルム使用枚数及びその合計点数を記載し、全顎撮影以外で標準型フィルムを使用して撮影を行った場合は「標」の項のうち所定点数を算定した場合は左欄に、症状の確認を行った場合は右欄にそれぞれ点数及び回数を記載し、パノラマ X 線撮影を行った「パ」の項のうちオルソパントモ型フィルムであって、15 センチメートル×30 センチメートルの場合は左欄に、20.3 センチメートル×30.5 センチメートルの場合は右欄にそれぞれの点数及び回数を記載すること。

イ スタディモデルは「模」の項に点数及び回数を記載すること。ただし、歯科疾患総合指導料の算定時に用いたスタディモデルの費用は、歯科疾患総合指導料の所定点数に含まれるため、当該欄には記載しないこと。

ウ カラー写真等により、歯科疾患の状態を患者に示した場合は、「写」の項に所定点数及び枚数を記載すること。ただし、歯科疾患総合指導料の算定時に用いた口腔内カラー写真の費用は、歯科疾患総合指導料の所定点数に含まれるため、等該欄には記載しないこと。

エ 電氣的根管長測定検査は、「EMR」の項にそれぞれ左から単根管、2 根管、3 根管、4 根管の順に所定点数及び回数を記載すること。

オ 歯内療法における細菌簡易培養検査は「S 培」の項に、所定点数及び回数を記載すること。

カ 歯科疾患継続管理診断料を算定した場合には、「継管診」の項に、所定点数を記載し、「摘要」欄にその旨及び歯科疾患継続管理診断料を算定した月日、歯科疾患総合指導料の一連の治療計画に基づく治療が終了した年月日を併せて記載すること。

キ ブリッジにおける平行測定は、「平測」の項のうち、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が 5 歯以下の場合は上欄に、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が 6 歯以上の場合は下欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

ケ 歯周組織検査における歯周基本検査及び歯周精密検査を算定した場合には、それぞれ「基本検査」欄及び「精密検査」欄のうち、左欄の上から 1 歯以上 10 歯未満、10 歯以上 20 歯未満、20 歯以上の順にそれぞれ所定点数及び回数を記載し、歯周組織検査を 2 回以上行った場合、2 回目以後の点数はそれぞれ該当する検査欄のうち右欄に所定点数及び回数を記載すること。なお、電子計算機の場合は、上段に歯数に応じた所定点数及び回数を、下段に 2 回以上行った場合の 2 回目以降の点数及び回数をそれぞれ記載することとして差し支えないこと。

コ 「その他」欄について

(ア) 標準型以外のフィルムを使用して撮影を行った場合は、使用フィルムの種類、点数及び回数を、診断みの場合は点数及び回数をそれぞれ記載すること。その他の画像診断については、画像診断の種類、点数及

び回数を記載し、画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、回数及び点数を記載し、「摘要」欄に薬剤名及び使用量を記載すること。

(イ) 画像診断管理加算を算定した場合は、画診加と表示し所定点数を記載すること。

(ウ) 遠隔画像診断を行った場合は、遠画診と表示し所定点数を記載すること。

(エ) 新生児又は3歳未満の乳幼児加算を算定した場合は、(ア)にかかわらず画像診断の種類、当該加算後の点数及び回数を記載すること。

(オ) 記載の欄が示されていない各種の検査は、当該欄に名称、点数及び回数を記載すること。検査に当たって薬剤を使用した場合は、回数及び点数を記載し、「摘要」欄に薬剤名及び使用量を記載すること。

(カ) デジタル映像化処理加算を算定した場合は、歯科エックス線撮影の場合は(ア)、歯科パノラマ断層撮影の場合は(バデ)、その他の場合は(他デ)と表示し、それぞれ加算点数を加算した所定点数及び回数を記載すること。

(キ) 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、入院日数及び点数を次の例により記載すること。

〔記載例〕

(基エ) (15日) 825

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

(25) 「処置・手術」欄について

ア 齲蝕処置は「う処」欄に所定点数及び回数を記載すること。なお、算定に当たっては、算定部位を「摘要」欄に記載すること。

イ 歯髄覆罩のうち、直接歯髄覆罩を行った場合は「覆罩」欄の左欄に、間接歯髄覆罩を行った場合は右欄に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。なお、直接歯髄覆罩を行った場合においては、直接歯髄覆罩を行なった歯の部位及び直接歯髄覆罩を行なった年月日を「摘要」欄に記載すること。

ウ 初期齲蝕小窩裂溝填塞処置は「填塞」欄に材料料を合算した点数及び回数を記載すること。

エ 歯冠修復物又は補綴物の除去のうち簡単なものを行った場合は「除去」欄の左欄に、困難なものを行った場合は中欄に、根管ポストを有する鑄造体の除去を行った場合は右欄に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。

オ 知覚過敏処置は「知覚過敏」欄のうち3歯までは左欄に、4歯以上は右欄にそれぞれの所定点数及び回数を記載すること。

カ ラバーダム防湿法を行った場合のラバーの費用は、「ラバー」欄に所定点数及び回数を記載すること。

キ 歯周疾患において咬合調整を行った場合は、1歯から10歯の場合は「咬調」欄の左欄に、10歯以上の場合には右欄に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。なお、歯冠形態修正を行なった場合は、歯冠形態修正を行なった歯の部位を「摘要」欄に記載すること。

ク 抜髄は、「抜髄」欄にそれぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に所定点数及び回数を記載すること。また、直接歯髄覆罩を行った日から起算して1月以内に実施した時の減算を算定する場合は、「その他」欄に抜直と表示して、減算した点数及び回数を記載すること。

ケ 感染根管処置は「感染根処」欄に、根管貼薬処置は「根管貼薬」欄に、根管充填は「根充」欄に、それぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に所定点数及び回数を記載すること。なお、抜歯を前提として急性症状の消退を図ることを目的として根管拡大を行なった場合又は抜歯を前提とした消炎のための根管貼薬処置を行なった場合は、「摘要」欄にその旨及び根管拡大又は根管貼薬をおこなった歯の部位を記載すること。

コ 同時に抜髄及び根管充填を行った場合は、「抜髄即充」欄にそれぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に、抜髄の所定点数及び根管充填の所定点数を合算した点数及び回数を記載すること。

サ 同時に感染根管処置と根管充填を行った場合は、「感根即充」欄にそれぞれ上から単根管、2根管、3根管以

上の順に、各所定点数の合算点数及び回数を記載すること。

シ 加圧根管充填加算については、「加圧根充」欄にそれぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に、加算点数及び回数を記載すること。

ス 生活歯髄切断は、「生切」の項の上欄に所定点数及び回数を記載すること。なお、乳歯及び永久歯の歯根完成期以前の歯髄の場合には、所定点数と加算点数を合計した点数及び回数を下欄に記載すること。

セ 失活歯髄切断は、「失切」の項に所定点数及び回数を記載すること。

ソ 歯周基本治療におけるスケーリングは、「スケーリング」欄に所定点数及び回数を記載し、同時に3分の1顎を超えて行った場合は、「+ ×」欄に3分の1顎を増すごとの加算点数及び回数を記載すること。

タ 歯周疾患処置は、「P 処」欄に点数及び回数を記載すること。また、「その他」欄に部位及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においては、部位のみの記載でよいこと。

チ 歯周基本治療におけるスケーリング・ルートプレーニング及び歯周ポケット搔爬（盲嚢搔爬）は、それぞれ「SRP」欄及び「PCur」欄のうち「前」欄に前歯、「小」欄に小白歯、「大」欄に大白歯の順に所定点数及び回数を記載すること。なお、同一部位に対して再度の歯周基本治療を行った場合においては、「摘要」欄に再度、歯周基本治療を行った内容（区分の名称）及び部位を記載すること。

ツ 各種膿瘍の切開を行った場合は、「切開」欄に点数及び回数を記載すること。

テ 拔牙は「拔牙」欄のうち乳歯は「乳」欄に、前歯は「前」欄に、白歯は「白」欄に、難拔牙は「難」欄に、埋伏歯は「埋」欄にそれぞれ点数及び回数を記載すること。また下顎完全埋伏智歯（骨性）及び下顎水平埋伏智歯に係る加算については「+ ×」の項に、それぞれ加算点数及び回数を記載すること。なお、脳貧血等、患者の体調の急変によりやむを得ず拔牙を中止した場合は、「摘要」欄に拔牙が中止となった理由を記載すること。

ト 区分「I100」又は「J300」により特定薬剤を算定する場合には、その医薬品名、使用量、点数及び回数を「特定薬剤」欄に記載すること。

ナ 「その他」欄について

（ア）処置及び手術であって該当する記載欄を設けていないもの及び該当欄に記載しきれない場合については、その処置及び手術の名称、点数及び回数を記載すること。

（イ）診療時間以外、休日又は深夜加算を算定する処置及び手術については、その内容、点数及び回数を記載すること。なお、時間外加算の特例を算定した場合においても、その内容、点数及び回数を記載すること。

（ウ）手術等において特定保険医療材料等を使用した場合は、以下のように記載すること。

a 手術、処置、検査等の名称は告示名又は通知名を使用する。

b 手術、処置、検査等の手技料については、必ず点数を明記する。

c 材料は商品名及び告知の名称又は通知の名称、規格又はサイズ、材料価格及び使用本数又は個数の順に手術ごとに記載すること。

なお、告示の名称又は通知の名称については（ ）書きとすること。

d 保険医療機関における購入価格によってなっているものは、定価ではなく保険医療機関が実際に購入した価格で請求すること。

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 398円×1)

（エ）歯科訪問診療時に周辺装置使用加算を算定した場合は、エアタービン及びその周辺装置は（タービン）と、歯科用電気エンジン及びその周辺装置は（エンジン）と表示し、それぞれ点数及び回数を記載すること。

なお、同日に周辺装置を使用する歯冠修復又は欠損補綴を行った場合に、当該歯冠修復又は欠損補綴が主たるものであるときは「歯冠修復及び欠損補綴」の「その他」欄にのみ（タービン）又は（エア）若しくは

(エンジン)又は(電気)と記載すること。

(オ)入院を必要とする HIV 抗体陽性の患者に対して、観血的手術加算を算定した場合は、その手術の名称、加算後の点数及び回数を記載すること。

(カ)歯周外科手術における歯周ポケット搔爬術、新付着手術、歯肉切除手術及び歯肉剥離搔爬手術を算定する場合は、歯周外科手術を行なった部位、算定する区分の名称及び所定点数を記載すること。なお、同時に3分の1額を超えて行なった場合は、所定点数、加算点数及び回数を記載すること。

ニ 乳幼児加算、障害者加算又は歯科訪問診療時の加算等を算定する処置及び手術を行った場合は、該当する記載欄に加算後の点数及び回数を記載すること。

なお、当月中に5歳の誕生日を迎え、加算を適用した点数と加算を適用しない点数を算定した場合は、記載欄には加算した点数及び回数を記載し、加算しない点数及び回数を「その他」欄に名称を付して記載することとしても差し支えないこと。以下、当月中に5歳の誕生日を迎えた場合について同様とすること。

ヌ メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)感染症患者等に対する加算を算定した場合は(感)と、内視鏡下加算を算定した場合は(内)と記載し、加算後の点数及び回数を記載すること。

ネ 広範囲の顎骨骨髓炎の手術として拔牙を行い口腔内消炎手術の算定を行なう場合は、「摘要」欄にその旨及び拔牙した歯の部位を記載すること。

ノ 歯の再植術又は歯の移植術を行なった場合は、所定点数及び回数を記載すること。なお、「摘要」欄に、歯の再植術を行なった歯の部位、再植を行なうに至った原因又は理由を併せて記載すること。

(26)「麻酔」欄について

ア 伝達麻酔は「伝麻」欄に、浸潤麻酔又は圧迫麻酔は「浸麻」欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

イ 未熟児加算、新生児加算、乳児加算、幼児(1歳以上3歳未満)加算、乳幼児(5歳未満)加算又は障害者加算等を算定する麻酔を行った場合は、該当する記載欄に加算後の点数及び回数を記載すること。

ウ 「その他」欄について

(ア)区分「K100」により麻酔薬剤を請求する場合はその医薬品名、点数及び回数を記載すること。

(イ)吸入鎮静法については、「IS」と記載し、所定点数及び回数を記載すること。なお、使用麻酔薬名、使用量及び点数を記載すること。

また、使用した酸素又は窒素の費用を請求する場合は、地方社会保険事務局長に届け出た購入単価(単位銭)(酸素のみ)及び当該請求に係る使用量(単位 リットル)を記載すること。また、酸素の費用に係る請求については、Ⅱの第3の2(28)のウのgと同様とする。

(ウ)伝達麻酔、浸潤麻酔、圧迫麻酔等以外の医科点数表の取扱いによる麻酔については、その麻酔名、点数、回数及び使用麻酔薬名、使用量、点数を記載すること。

(エ)診療時間以外、休日又は深夜加算等を算定する麻酔料については、その内容、点数及び回数を記載すること。

なお、時間外加算の特例を算定した場合も同様に、その内容、点数及び回数を記載すること。

(27)「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

ア 各欄に点数を記載する場合、技術料及び材料料を合算した点数(乳幼児加算又は障害者加算等を算定した場合は、当該加算点数を更に合算した点数)及び回数を記載すること。ただし、有床義歯、床裏装、床修理については、技術料、材料料及び装着料を合算した点数及び回数を記載すること。また、充填については、技術料と充填材料料を別欄に記載すること。

なお、装着材料料については「装着材料」欄に、人工歯料については「人工歯」欄に点数及び回数を記載すること。

イ 補綴時診断料は「補診」欄に所定点数を記載すること。なお、再度の診断を行なった場合は、算定年月日及び理由を「摘要」欄に記載すること。

ウ 補綴物維持管理料については、「維持管理」欄の左から単冠、支台歯及びポンティック(ダミー)の数の合

計が5歯以下のブリッジ、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上のブリッジの順にそれぞれ所定点数及び回数を記載すること。

エ 「印象」欄について

印象採得を行った場合は、それぞれの所定点数ごとに点数及び回数を記載すること。

オ 咬合採得を行った場合は、「咬合」欄にそれぞれの所定点数ごとに点数及び回数を記載すること。

カ 仮床試適及びワンピースキャストブリッジの試適を行った場合は、「試適」欄にそれぞれの所定点数ごとに点数及び回数を記載すること。

キ 「歯冠形成」欄について

(ア) 生活歯歯冠形成については、「(生活)」の項のうち、前装铸造冠及び前歯部の4分の3冠の場合は「前ブリッジ」の項の上欄に、その他の铸造冠及びジャケット冠の場合は「前ブリッジ」の項の下欄に、乳歯冠の場合は「乳」の項に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

(イ) 失活歯歯冠形成については、「(失活)」の項のうち、前装铸造冠及び前歯部の4分の3冠の場合は「前ブリッジ」の項の上欄に、その他の铸造冠及びジャケット冠の場合は「前ブリッジ」の項の下欄に、乳歯冠の場合は「乳」の項に、それぞれ点数及び回数を記載すること。また、前装铸造冠、铸造冠及びジャケット冠の場合において、メタルコアにより支台築造した歯に対するものの加算については「+×」の項にその加算点数及び回数を記載すること。

(ウ) 窩洞形成については、「(窩洞)」の項のうち、単純なものは上欄に、複雑なものは下欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

(エ) 齶蝕歯即時充填形成を行った場合は、「充形」の項に点数及び回数を記載すること。

(オ) 齶蝕歯インレー修復形成を行った場合は、「修形」の項に点数及び回数を記載すること。

ク 「充填」欄について

(ア) 充填に係る技術料（エナメルエッチング法加算，エナメルボンディング法加算及び金属小釘を除く。）については単純なものは上欄に，複雑なものは下欄に，それぞれ点数及び回数を記載すること。

(イ) 充填に際して「充填材料」欄には、歯科用充填材料Ⅰを用いた場合は「充Ⅰ」の項に、歯科用充填材料Ⅱを用いた場合は「充Ⅱ」の項に、歯科用充填材料Ⅲを用いた場合は「充Ⅲ」の項に、それ以外の材料を用いた場合には「その他」の項に、それぞれ使用した材料の名称又はその略称、充填材料の点数及び回数を記載すること。

(ウ) 上記(イ)の略称は、光重合型レジン、光重合型複合レジン強化ガラスアイオノマー及び初期齶蝕小窩裂溝充填塞材の場合は「光」、ガラスアイオノマーセメントの場合は「グ」、複合レジンの場合は「複」、歯科用珪燐酸セメントの場合は「珪」、銀錫アマルガムの場合は「ア」と記載すること。

(エ) エナメルエッチング法及びエナメルボンディング法加算については、「EE」欄に加算点数及び回数を記載すること。

ケ 充填物の研磨を行った場合は、「研磨」欄に点数及び回数を記載すること。

コ 「支台築造」欄について

(ア) 支台築造のうちメタルコアを行った場合は、上欄に、小白歯及び前歯については「メタル」の項の「前小」欄に、大白歯については「メタル」の項の「大」欄に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。

(イ) その他の支台築造を行った場合は、小白歯及び前歯については「その他」の項の「前小」欄に、大白歯については「その他」の項の「大」の欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

サ 「リテイナー」欄について

「リテイナー」欄については、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合は上欄に、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合は下欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

シ 「铸造歯冠修復」欄について

(ア) 乳歯、前歯及び小白歯を銀合金を用いて铸造歯冠修復を行なった場合は、「乳前小銀」欄の左からインレー

単純なもの、インレー複雑なもの、前歯 4 分の 3 冠、5 分の 4 冠、全部鑄造冠及び前装鑄造冠の順に点数及び回数を記載すること。

(イ) 前歯及び小臼歯を鑄造用金銀パラジウム合金を用いて鑄造歯冠修復を行なった場合は、「前小パ」欄の左からインレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯 4 分の 3 冠、5 分の 4 冠、全部鑄造冠及び前装鑄造冠の順に点数及び回数を記載すること。

(ウ) 前歯及び小臼歯を鑄造用ニッケルクロム合金を用いて鑄造歯冠修復を行なった場合は、「前小二」欄の左からインレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯 4 分の 3 冠、5 分の 4 冠、全部鑄造冠及び前装鑄造冠の順に点数及び回数を記載すること。

(エ) 大臼歯を鑄造用金銀パラジウム合金を用いて鑄造歯冠修復を行なった場合は、「大パ」欄の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、5 分の 4 冠（生活歯をブリッジの支台として用いる場合に限る。）及び全部鑄造冠の順に点数及び回数を記載すること。

(オ) 大臼歯を鑄造用銀合金を用いて鑄造歯冠修復を行なった場合は、「大銀」欄の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、5 分の 4 冠（生活歯をブリッジの支台として用いる場合に限る。）及び全部鑄造冠の順に点数及び回数を記載すること。

(カ) 大臼歯を鑄造用ニッケルクロム合金を用いて鑄造歯冠修復を行なった場合は、「大二」欄の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、5 分の 4 冠（生活歯をブリッジの支台として用いる場合に限る。）及び全部鑄造冠の順に点数及び回数を記載すること。

(キ) 歯科鑄造用 14 カラット金合金を用いて鑄造歯冠修復を行なった場合は、「14K」欄の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの順に点数及び回数を記載する。

(ク) 可動性連結装置を行った場合は、当該装置を装着した歯牙に対する鑄造歯冠修復の記入欄に、(ア)とは別に点数及び回数を記載すること。

(ケ) 装着材料料については、「装着材料」欄に点数及び回数を記載すること。

ス 「仮」欄について

ワンピースキャストブリッジの仮着については、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が 5 歯以下の場合には左欄に、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が 6 歯以上の場合には右欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

セ 「ジ」欄、「硬ジ」欄及び「乳」欄について

(ア) ジャケット冠については、「ジ」欄に人工歯料を除いた点数及び回数を記載すること。

(イ) 硬質レジンジャケット冠については、「硬ジ」欄に上欄に光重合硬質レジンのもの、下欄に加熱重合硬質レジンのものの順にそれぞれ点数及び回数を記載すること。

(ウ) 乳歯金属冠を行なった場合は、「乳」欄に点数及び回数を記載すること。

ソ 「ポンティック」欄について

(ア) 鑄造ポンティック（ダミー）については「鑄造」の欄のうち、大臼歯に対して鑄造用金銀パラジウム合金を用いて製作した場合は「パ大」の項に、小臼歯に対して鑄造用金銀パラジウム合金を用いて製作した場合は「パ小」の項に、鑄造用ニッケルクロム合金を用いて製作した場合は「ニ」の項に、銀合金を用いて製作した場合は「銀」の項に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。

(イ) 裏装ポンティック（ダミー）については、「裏装」の欄のうち、金銀パラジウム合金の前歯に対して鑄造用金銀パラジウム合金を用いて製作を行なった場合は「パ前」の項に、小臼歯に対して鑄造用金銀パラジウム合金を用いて製作を行なった場合は「パ小」の項に、歯科鑄造用 14 カラット合金を用いて製作した場合は「14K」の項に、その他の合金及び金属裏装を行わない場合については「他」の項に、それぞれ人工歯料を除いた点数及び回数を記載すること。

(ウ) 前装鑄造ポンティック（ダミー）については「前装」欄のうち、鑄造用金銀パラジウム合金を用いて製作した場合は「パ」の項に、鑄造用ニッケルクロム合金を用いて製作した場合は「ニ」の項に、銀合金を用

いて製作した場合は「銀」の項に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

タ 「Br 装着」欄について

ブリッジを装着した場合の装着料については「Br 装着」欄のうち、その他のブリッジについては上欄に、ワンピースキャストブリッジについては支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合は中欄に、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合は下欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

チ 「装着」欄について

歯冠修復物を装着した場合は、点数及び回数を記載すること。

ツ 「有床義歯」欄について

有床義歯については、該当する項に点数及び床数を記載すること。

テ 「床裏装」欄について

有床義歯床裏装を行った場合については該当する項に点数及び床数を記載すること。

ト 「床修理」欄について

有床義歯の修理を行った場合は、1～8歯欠損の場合は上欄に、9～14歯の場合は中欄に、総義歯の場合は下欄にそれぞれ点数及び回数を記載すること。

ナ 「人工歯」欄について

人工歯料については、点数及び回数を記載すること。なお、電子計算機の場合、「人工歯」欄の記載に当たっては、上欄左から右へ、書ききれないときは中欄及び下欄へ順次、点数及び回数を記載すること。

ニ 「バー」欄について

鑄造バーについては「鑄」欄のうち、**鑄造用金銀パラジウム合金を用いて製作した場合は「パ」の項に、鑄造用ニッケルクロム合金又は鑄造用コバルトクロム合金を用いて製作した場合は「ニ」の項にそれぞれ点数及び回数を記載すること。** 屈曲バーについては「屈曲」欄のうち、**パラタルバーを製作した場合は「パ上」の項に、屈曲バーのリングルバーを製作した場合は「下」の項に、不銹鋼及び特殊鋼による屈曲バーを製作した場合は「不特」の項に、保持装置を使用した場合は「保」の項に、それぞれ点数及び回数を記載すること。**

ヌ 「鑄造鉤」欄について

(ア) **歯科鑄造用 14カラット金合金による鑄造鉤を製作した場合は「14K」欄に、鑄造用金銀パラジウム合金で製作した場合は「パ」欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。**

(イ) 前(ア)の場合の「14K」欄及び「パ」欄は、上から大・小白歯の双歯鉤、犬歯・小白歯の双歯鉤、大臼歯の両翼鉤（レスト付き）、犬歯・小白歯の両翼鉤（レスト付き）、前歯（切歯）の両翼鉤（レスト付き）を記載すること。

(ウ) 鑄造用ニッケルクロム合金又は鑄造用コバルトクロム合金を用いて製作した場合は「ニ」欄に点数及び回数を記載すること。

(エ) 前(ウ)の場合の「ニ」欄は、双歯鉤の場合は上欄に記載し、両翼鉤（レスト付き）の場合は下欄に記載すること。

ネ 「線鉤」の欄について

(ア) **歯科用 14カラット金合金鉤用線を用いて製作した場合は「14K」欄に、不銹鋼及び特殊鋼を用いて製作した場合は「不・特」欄にそれぞれ点数及び回数を記載すること。**

(イ) 前(ア)の場合の「14K」欄は、双歯鉤の場合は上欄に記載し、両翼鉤（レスト付き）の場合は下欄にそれぞれ点数及び回数を記載すること。

(ウ) 前(ア)の場合の「不・特」欄は、双歯鉤の場合は上欄に、両翼鉤（レスト付き）の場合は左下欄に記載し、両翼鉤（レスト無し）の場合は右上欄に、フック、スパーの場合は右下欄のそれぞれ点数及び回数を記載すること。

ノ 「修理」欄について

有床義歯修理及び有床義歯床裏装以外の修理を行った場合は、点数及び回数を記載すること。

ハ 「義歯調整」欄について

有床義歯の調整を行った場合は、点数を記載し、あわせて、有床義歯製作の場合は「新製」、有床義歯床裏装の場合は「床裏装」と記載すること。また、咬合機能回復が困難な者に対する加算を算定した場合は、「+」の項に加算点数を記載すること。

ただし、新製義歯調整料の算定が、新製義歯の装着の翌月である場合は、「摘要」欄に新製した義歯の部位及び月日を記載すること。また、新製義歯調整料を算定した月の翌月に有床義歯調整料を算定する場合には、「摘要」欄に新製義歯を装着した月日を記載すること。

ヒ 「その他」欄について

(ア) 熱可塑性樹脂有床義歯等記載の欄が示されていない各種の歯冠修復及び欠損補綴は当該欄に、それぞれ名称、部位、点数及び回数を記載すること。

(イ) 歯科訪問診療時に周辺装置加算を算定した場合は、エアタービン及びその周辺装置は(タービン)と、歯科用電気エンジン及びその周辺装置は(エンジン)と表示し、それぞれ点数及び回数を記載すること。

なお、同日に周辺装置を使用する処置又は手術を行った場合に当該処置又は手術が主たるものであるときは「処置・手術」欄の「その他」欄にのみ(タービン)又は(エンジン)と記載すること。

(ウ) 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は、有床義歯修理の点数の100分の50に相当する点数と装着料を合算した点数を記載すること。なお、請求時に新たに製作した有床義歯の装着年月日を併せて記載すること。

(エ) 充填に際し金属小釘を使用した場合は、(釘)と記載し点数及び回数を記載すること。

(オ) 脱離又は修理したブリッジを再装着した場合の装着料は、その他のブリッジ、ワンピースキャストブリッジについては支台歯とポンティック(ダミー)の数の合計が5歯以下の場合、支台歯とポンティック(ダミー)の数の合計が6歯以上の場所に分けて、(Br再装)と表示し、部位、点数及び回数を記載すること。

(カ) 脱離した歯冠修復物の再装着を行った場合は、(再装)と表示し、部位、点数及び回数を記載すること。

(28) 全体の「その他」欄について

ア 在宅医療、リハビリテーション、入院等については、診療行為、点数及び回数を記載すること。

イ 開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した場合は、(開Ⅰ)又は(開Ⅱ)と表示し、回数及び合計点数を記載し、開放型病院共同指導料(Ⅰ)を算定した場合は入院日を「摘要」欄に記載すること。

ウ 歯科訪問診療1又は2を算定した場合は、点数及び回数を記載すること。緊急、夜間若しくは深夜加算、患者診療時間加算又は地域医療連携体制加算がある場合は、その旨、当該加算を加算した点数及び回数を記載すること。なお、「摘要」欄には、訪問診療を行った日付、開始した時刻及び終了した時刻、訪問先及び通院困難となった理由を記載すること。また、複数の患者に歯科訪問診療2を算定した場合は、1人目の患者に限り(1人目)と記載すること。歯科訪問診療料1又は2の費用を算定できない場合であっても、訪問歯科診療を行った日時、開始した時刻及び終了した時刻、訪問先並びに通院困難となった理由をそれぞれ「摘要」欄に記載すること。

なお、特別歯科訪問診療料を算定する場合はその旨を記載し、「摘要」欄に滞在時間を記載すること。同一月内に歯科訪問診療とそれ以外の外来分の診療がある場合には、それぞれを明確に区分できるように「摘要」欄に記載すること。

エ 訪問歯科衛生指導料を算定した場合は、複雑なもの及び簡単なものを区分し、それぞれ点数及び回数を記載し、「摘要」欄に日付、訪問先、通院が困難な理由、指導の開始及び終了時刻を記載すること。

なお、訪問歯科衛生指導料を算定した月と同一月に歯科訪問診療料の算定がない場合には、直近の歯科訪問診療を行った月日を記載すること。

オ 老人訪問口腔指導管理料を算定した場合は、全体の「その他」欄に「訪問口腔」と表示して、点数及び算定日を記載し、「摘要」欄に訪問先、通院困難な理由及び指導の実施時刻を記載する。

- カ 歯科矯正に係る費用の請求に当たっては、各区分の名称、点数及び回数を記載すること。なお、歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料の最初に算定した年月日を診断料の名称に合わせて「摘要」欄に記載すること。また、顎変形症の手術前後の歯科矯正治療については、口腔の医療を担当する保険医療機関の名称を記載すること。
- キ 歯科矯正における印象採得、咬合採得、床装置、リングアーチ及び鉤を算定する場合は、「簡単」、「困難」、「著しく困難」又は「複雑」等の区別を記載すること。
- ク 歯科矯正における帯環及びダイレクトボンドブラケット並びに可撤式装置及び固定式装置は、各々の所定点数と装着料を合算した点数により記載すること。
- ケ 歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を算定する場合は、歯科矯正、動的処置、マルチブラケット法及び保定の開始の区別を記載し、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又は顎口腔機能診断料を算定した年月日を記載すること。
- コ 歯科矯正管理料を算定する場合は、歯科矯正管理料を算定した年月日と動的処置又はマルチブラケット法の開始の年月日を記載すること。
- サ 予測模型を算定する場合は、予測歯数を記載すること。
- シ 動的処置を算定する場合は、動的処置を算定した年月日と動的処置又はマルチブラケット法の開始年月日及び同一月内における算定の回数を記載すること。
- ス マルチブラケット装置を算定する場合は、ステップ名及びそのステップにおける回数を記載すること。
- セ 装置を撤去した場合は、撤去の費用が算定できない場合であっても、撤去した装置の名称を記載すること。
- ソ 特定保険医療材料料を算定する場合において、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ときには、特定保険医療材料に掲げる名称を記載すること。
- タ 診療情報提供料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定した場合は情Ⅰ又は情Ⅱと表示して点数を記載し、「摘要」欄にその算定日を記載すること。なお、診療情報提供料（Ⅰ）の加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に退院日を記載するとともに、併せて情Ⅰ加と表示すること。
- また、保険医療機関以外の機関へ情報提供を行った場合は、「摘要」欄にその情報提供先を記載すること。
- チ 歯科特定疾患療養管理料、特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、手術前医学管理料、手術後医学管理料、開放型病院共同指導料、退院前訪問指導料、薬剤管理指導料、診療情報提供料及び傷病手当金意見書交付料を算定した場合は、全体の「その他」欄に当該項目及び点数を記載すること。
- ツ 歯科特定疾患療養管理料を算定した場合は、特疾と表示して点数を記載すること。共同療養指導計画加算を算定した場合は、共計と表示して点数を記載し、併せて「摘要」欄に共同療養指導計画を共同して策定した保険医療機関及び主治の医師の氏名を記載すること。また、退院前訪問指導料を算定した場合は、退前と表示して点数を記載すること。
- なお、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。
- テ 薬剤管理指導料を算定した場合は、薬管と表示し総点数を記載すること。また、麻薬管理指導加算を算定した場合は、薬管に併せて麻加と表示すること。
- ト 傷病手当金意見書交付料を算定した場合は傷と表示して、点数及び交付年月日を記載すること。ただし、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には、当該意見書の対象となった傷病名及びその傷病についての診察を開始した日を、「傷病名部位」欄及び「診療開始日」欄にそれぞれ記載すること。
- ナ 特定薬剤治療管理料を算定した場合は、薬と表示して、点数及び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を算定する場合には、初回の算定年月の記載を省略して差し支えないこと。
- ニ 悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定した場合は、悪と表示して、点数を記載すること。この場合、行った腫瘍マーカーの検査名を「摘要」欄に記載すること。

- ヌ 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した場合は、「訪問薬剤」と表示し、回数及び総点数を記載すること。
また、麻薬加算を算定した場合は「訪問薬剤」に併せて(麻)を表示すること。
- ネ 退院前在宅療養指導管理料を算定した場合は、(前)と表示して点数を記載すること。退院前在宅療養指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、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。
- ノ 在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定した場合は、(在悪)と表示して点数を記載すること。携帯型ディスプレイ注入ポンプ加算又は注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ(携ポ)又は(悪ポ)と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。在宅悪性腫瘍患者の療養に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、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。
- ハ 手術前医学管理料及び手術後医学管理料を算定した場合は、「手前」及び「手後」と表示し、それぞれ点数を記載すること。
- ヒ 短期滞在手術基本料を算定した場合は、「短手 1」又は「短手 2」と表示し、併せて当該点数、手術日及び手術名を記載すること。
- フ 補綴物維持管理料に係る地方社会保険事務局長への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した場合は、診療行為名並びに所定点数の 100 分の 70 に相当する点数及び回数を記載すること。
- ヘ 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、「療担当」并表示して点数を記載すること。
- ホ 睡眠時無呼吸症候群の治療として口腔内装置治療を行った場合は、「睡眠時無呼吸」と表示し、床副子、印象採得、咬合採得、装着の点数をそれぞれ記載すること。
また、睡眠時無呼吸症候群の口腔内装置治療の紹介元保険医療機関名について、「摘要欄」に記載すること。
(医科歯科併設の病院で行われた場合は、院内紹介元の担当科名を記載すること。)
- マ 「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーションを実施した場合は、次の例により「摘要」欄に「リハ選」と記載し、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及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) 100×18

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 1,000 円×1

(29) 「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。
- イ 第 8 部処置の通則「6」、第 9 部手術の通則「9」又は第 10 部麻酔の通則「4」の規定により時間外加算（時間外加算の特例を含む。）、休日加算又は深夜加算を算定したときは、処置名、手術名又は麻酔名及び加算の種類を記載すること。
- ウ 抜歯に当たって、長時間普通以上の苦心にかかわらず不成功に終わった場合で抜歯料を算定した場合は、その旨を記載すること。
- エ 欠損歯数と補綴歯数が異なり、算定点数が異なる場合は、その旨を記載すること。
- オ 残根上に義歯を装着した場合は、その旨を記載すること。
- カ 地方社会保険事務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は、その旨を記載すること。

- キ 歯冠修復物又は欠損補綴物の完成後1か月以上経過したにもかかわらず患者が来院しない場合であって、当該歯冠修復物又は欠損補綴物を算定したときは、「平成 年 月分」欄は製作月を記載し、「診療実日数」欄は0とし、「転帰」欄は中止とし、該当する記載欄には装着料を含まない点数及び回数を記載し、「摘要」欄に㊦と記載すること。
- ク 人工歯料の算定に当たって、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にはその旨を記載すること。
- ケ 電話等再診について再診料を算定した場合は、その回数を再掲すること。
- コ 暫間根管充填を行った場合又は暫間根管充填後に根管充填を行った場合は、それぞれ行った月日およびその旨を記載すること。
- サ 暫間充填を行なった場合は、暫間充填を行なった月日およびその旨を記載すること。
- シ 前回有床義歯を作製してより6か月が経過していない場合において、新たに有床義歯を作製した場合はその理由を記載すること。
- ス 歯科訪問診療を行った場合は、訪問診療を行った日付、開始した時刻及び終了した時刻、訪問先及び通院困難となった理由を記載すること。また、特別歯科訪問診療料を算定した場合は滞在時間を記載すること。同一月内に歯科訪問診療とそれ以外の外来分の診療がある場合には、それぞれを明確に区分できるように記載すること。
- セ 歯科訪問診療料の地域医療連携体制加算の算定を行った場合は、地域医療連携体制加算に係る連携保険医療機関名を記載すること。
- ソ 訪問歯科衛生指導料を算定した場合は、日付、訪問先、通院が困難な理由、指導の開始及び終了時刻を記載すること。
- なお、訪問歯科衛生指導料を算定した月と同一月に歯科訪問診療料の算定がない場合には、直近の歯科訪問診療を行った月日を記載すること。
- タ 短期滞入手術基本料を算定した場合は、当該手術日を記載すること。
- チ 歯科疾患継続指導料の算定を行った場合、前回の歯科疾患継続指導料の算定日を記載すること。ただし、初回の算定については、歯科疾患継続指導料の算定日を記載すること。
- ツ 歯科特定疾患療養管理料の共同療養指導計画加算の算定を行った場合は、共同療養指導計画の策定に関わった患者の主治医の氏名及び所属保険医療機関名を記載すること。
- テ 歯科治療総合医療管理料の算定を行った場合は、当該主病に係る紹介元保険医療機関名を記載すること。
- ト 1歯に複数窩洞の充填を行った場合は、当該歯の部位を記載すること。
- ナ 歯科矯正に係る費用の請求に当たっては、主要な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）及び当該疾患に係る育成医療及び更正医療を担当する連携医療機関名を記載すること。
- ニ 歯科疾患総合指導料を算定した患者であって、算定要件を満たし再度の歯科疾患総合指導料を算定する場合には、当該患者の前回治療終了年月日を記載すること。ただし、前回治療終了年月日から1年以上経過した場合にはこの限りでない。
- ヌ 顎関節疾患の治療にマイオモニターを使用した場合は、所定点数及び回数を記載すること。なお、算定に当たっては治療年月日、治療時間、治療内容（使用機器名等を含む。）等を併せて記載すること。
- ネ 開口障害の治療に際して整形手術後に開口器等を使用して開口訓練を行なった場合は、所定点数及び回数を記載すること。なお、算定に当たっては、治療実施月日、訓練時間、訓練内容（使用器具名等を含む。）等を併せて記載すること。
- ノ 摂食機能療法を行なった場合には、所定点数及び回数を記載すること。なお、算定に当たっては、摂食機能療法の治療年月日、治療時間、治療内容（使用器具名等を含む。）等を併せて記載すること。
- ハ 心身医学療法を行なった場合には、所定点数及び回数を記載すること。なお、心身医学療法を行なった治療年月日、実施時間、連携医療機関名を併せて記載すること。

- ヒ デブリードマンを繰り返し算定する場合は、植皮等範囲（全身に占める割合）を記載すること。
- フ 皮膚移植術の算定に当たっては、皮膚移植者の診療報酬明細書の「摘要」欄に皮膚提供者の氏名及び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所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。
- ヘ メタルコアによる支台建築物を再装着した場合は、メタコアを再装着した部位を記載すること。
- ホ 有床義歯では目的が達せられないか或いは嚥下吸引等の事故を起こす恐れが極めて高い場合であって、ブリッジを行なう以外に方法が無いときには、社会保険事務局長に当該ブリッジの製作の適否を決するために製作した、スタディモデルの製作を行なった場合は、算定の理由を簡潔に記載すること。
- マ 犬歯のポンティック（ダミー）が必要な場合で、中切歯がすでにブリッジの支台として使用されている等の理由で新たに支台として使用できない場合に限って、ブリッジの設計を変更する場合には、中切歯の状態等を記載すること。
- ミ 側切歯及び犬歯、或いは犬歯及び第一小臼歯の2歯欠損であって、犬歯が低位唇側転移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（ダミー）1歯のブリッジの設計とした場合には、低位唇側転移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。
- ム 地方社会保険事務局長に対して、保険適用の有無を判定するために提出するスタディモデル及びエックス線フィルム又はその複製の費用を算定するに当たっては、算定の理由を記載すること。
- メ 口蓋補綴、顎補綴を算定する場合には、患者の口腔内の状態、製作した装置の設計等を記載すること。
- モ エナメルボンドシステムにより暫定固定を行なった場合は、固定を行なった部位及びその方法を記載すること。
- ヤ 歯内療法では治療ができなかった根尖病巣を有する保存が可能な大臼歯であって、解剖学的な理由から歯根端切除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は、部位、算定理由を記載すること。

ユ 請求に際して、特に説明が必要と判断される内容については、当該欄に簡潔に記載すること。

ヨ 内訳を記載するに当たって、「摘要」欄に書ききれない場合は、明細書と同じ大きさの用紙（用紙の色は白色で可とする。）に、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別番号（例；1社・国 1単独 2本外）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担者番号）、被保険者証・保険者手帳等の記号・番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

(30) 「点数」欄について

「初診」欄から全体の「その他」欄までのそれぞれの合計点数を記載すること。

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

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

公費負担医療と公費負担医療の併用の場合も同様とすること。

(31) 「合計」欄について

請求する医療保険に係る合計点数を記載すること。

(32) 「一部負担金額」欄について

ア 船員保険の被保険者について、「職務上の事由」欄中「通勤災害」に該当する場合には、初診時における一部負担金の金額を記載すること。

イ 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、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

ウ 老人医療の場合で、老人保険法第28条第3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、減額を受けた者の場合は減額後の一部負担金の金額を記載すること。

(33) 「公費分点数」欄について

「請求」の項には第1公費に係る合計点数を記載すること。なお、第2公費に係る合計点数がある場合は、括弧書きで記載すること。

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公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えないこと。

(34) 「患者負担額（公費）」欄について

医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、十円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載すること。なお、障害者自立支援法による自立支援医療に係る患者の負担額については、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載すること。

ただし、医療保険と結核予防法による適正医療との併用の場合には、当該公費に係る負担額は「患者負担額（公費）」欄には記載することを要しないこと。

(35) その他

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

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

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

イ 「処置・手術」等のうち、該当する記載欄を設けていないが頻度の高いものについては、「処置・手術」等の「その他」欄に予め印刷することは差し支えないこと。

ウ 特定承認保険医療機関の承認に係る高度先進医療を実施した場合には、「特記事項」欄に「高度」の表示を記載するとともに、当該高度先進医療の名称および当該高度先進医療について徴収した費用の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。

エ 平成16年3月19日保医発第0319004号に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合は、「特記事項」欄に「施」と表示すること。

なお、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。

オ 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。

カ 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、健康保険法施行令第42条第6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42条第6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。

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 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。
- ケ 厚生労働大臣の定める選定療養第 14 号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第 3 の 2 の(40)のコの例により「摘要」欄に「器選」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。
- コ 地方社会保険事務局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合には、「特記事項」欄に「先進」と記載するとともに、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。
- サ 「制限回数を超えて行う診療」に係る診療報酬の請求については、「特記事項」欄に「制超」と記載すること。また、実施したりハビリテーションごとに、「摘要」欄に「リハ選」と記載し、併せて当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を記載すること。