

別表 I 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（歯科）

| 項番 | 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    |
|----|----------------------------|--|---|------------------------|---------------------|
| 1  | -                          | -  | 請求に際して、特に説明が必要と判断される内容は、簡潔に記載すること。  |                        | —                   |
| 2  | A000                       | 初診料  | (健康診断の結果に基づき治療を開始する場合において、初診料を算定しない場合)<br>健康診断の結果に基づき治療を開始した旨を記載すること。<br><br>(歯科疾患管理料を算定した患者について、再度初診料を算定する場合)<br>当該患者の前回治療年月日を記載すること。<br>なお、治療終了後2月以内に、予想しなかった外傷等により当初の管理計画の対象となっていた疾患とは異なる疾病が生じたことにより初診料を算定する場合は、その理由を記載すること。 | 820100300              | 健康診断の結果に基づき治療開始     |
| 3  | A000                       | 初診料<br>注10 歯科診療特別対応連携加算                            | 当該患者の紹介元保険医療機関名を記載すること。   |                        | —                   |
| 4  | A000                       | 初診料<br>注11 歯科診療特別対応地域支援加算                          | 当該患者の紹介元保険医療機関名を記載すること。   |                        | —                   |
| 5  | A002                       | 再診料(同日再診)<br>(同日電話再診)                              | (同日に2回以上の再診(電話等再診を含む。))がある場合)<br>同日再診、同日電話再診のうち該当するものを記載すること。   | 301003050<br>301003150 | 同日再診<br>同日電話等再診     |
| 6  | A002                       | 再診料(電話再診)  | 電話再診に係る再診料の回数を記載すること(再掲)。   |                        | —                   |
| 7  | B                          | 医学管理等  | がん性疼痛緩和指導管理料、がん患者指導管理料、入院栄養食事指導料、外来緩和ケア管理料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、介護支援等連携指導料、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料、がん治療連携管理料、退院時共同指導料1、退院時共同指導料2、退院時薬剤情報管理指導料、傷病手当金意見書交付料及び医療機器安全管理料は、全体の「その他」欄に当該項目を記載すること。                                 |                        | —                   |
| 8  | B000-4                     | 歯科疾患管理料<br>注11 総合医療管理加算                            | 主病に係る治療を行っている紹介元保険医療機関名を記載すること。   |                        | —                   |
| 9  | B000-5                     | 周術期等口腔機能管理計画策定料                                    | (手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づく場合)<br>依頼元保険医療機関名を記載すること。  |                        | —                   |
| 10 | B000-6<br>B000-7<br>B000-8 | 周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)<br>周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)<br>周術期等口腔機能管理料(Ⅲ) | 手術、放射線治療、化学療法等の実施日又は予定日を記載すること。<br><br>(周術(Ⅰ)又は周術(Ⅱ)の「1 手術前」の算定がなく、「2 手術後」の算定がある場合)<br>脳卒中等による緊急手術を実施した患者に対して術後早期に口腔機能管理の依頼を受けた旨を記載すること。  | 820100379              | 脳卒中等の術後早期に口腔機能管理の依頼 |
| 11 | B002                       | 歯科特定疾患療養管理料<br>注2 共同療養指導計画加算                       | 共同療養指導計画の策定に関わった患者の主治医(区分番号B002 歯科特定疾患療養管理料の「注1」に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に係るものに限る。)の保険医療機関名を記載すること。   |                        | —                   |
| 12 | B003                       | 特定薬剤治療管理料  | 全体の「その他」欄に初回の算定年月を記載すること。なお、4月日以降の特定薬剤治療管理料は、初回の算定年月の記載を省略して差し支えない。   |                        | —                   |
| 13 | B004                       | 悪性腫瘍特異物質治療管理料                                      | 実施した腫瘍マーカーの検査名を記載すること。  |                        | —                   |
| 14 | B004-6-2                   | 歯科治療時医療管理料   | 当該管理の対象となる医科の主病名を記載すること。  |                        | —                   |
| 15 | B005                       | 開放型病院共同指導料(Ⅰ)                                      | 入院日を記載すること。   |                        | —                   |
| 16 | B007                       | 退院前訪問指導料   | (退院日に退院前訪問指導料を2回分算定する場合)<br>それぞれの訪問指導日を記載すること。  |                        | —                   |
| 17 | B008                       | 薬剤管理指導料1<br>特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合    | 指導日及び薬剤名を記載すること。  |                        | —                   |
| 18 | B008                       | 薬剤管理指導料2<br>1の患者以外の患者に対して行う場合                      | 指導日を記載すること。   |                        | —                   |
| 19 | B008                       | 薬剤管理指導料<br>注2 麻薬管理指導加算                             | 指導日を記載すること。   |                        | —                   |
| 20 | B008-2                     | 薬剤総合評価調整管理料  | (当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合)<br>当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を記載すること。   |                        | —                   |
| 21 | B009                       | 診療情報提供料(Ⅰ)   | (保険医療機関以外の機関へ情報提供した場合)<br>情報提供先を記載すること。   |                        | —                   |
| 22 | B009                       | 診療情報提供料(Ⅰ)<br>注5 退院患者の紹介加算                         | 退院日を記載すること。   |                        | —                   |
| 23 | B009                       | 診療情報提供料(Ⅰ)<br>注9 検査・画像診断提供加算 イ                     | 退院日を記載すること。   |                        | —                   |
| 24 | B011                       | 診療情報連携共有料  | 連携先の保険医療機関名を記載すること。   |                        | —                   |
| 25 | B011-4                     | 退院時薬剤情報管理指導料                                       | 退院日を記載すること。   |                        | —                   |
| 26 | B012                       | 傷病手当金意見書交付料  | 全体の「その他」欄に交付年月日を記載すること。<br><br>(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)<br>当該意見書の対象となった傷病名及びその傷病の診察開始年月日を「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。  |                        | —                   |
| 27 | B013                       | 新製有床義歯管理料  | (「傷病名部位」欄に記載した欠損部位と装着部位が異なる場合)<br>装着部位を記載すること。  |                        | —                   |

| 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   |
|----|----------|--|--|-------------------------------------|--|
| 28 | B013     | 新製有床義歯管理料 2 困難な場合  | (傷病名の部位から困難な場合であることが判断できない場合)<br>「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」(平成30年3月5日保医発0305第1号)別添2第2章第1部B013新製有床義歯管理料の(3)のイ又はロの中から該当するものを記載すること。   | 820100301<br>820100302              | イ 総義歯を新たに装着した場合又は総義歯を装着している場合<br>ロ 局部義歯以外は臼歯部で垂直的咬合関係を有しない場合                                   |
| 29 | B014     | 退院時共同指導料 1   | 全体の「その他」欄に患者が入院している保険医療機関名を記載。なお、2回目の当該退院時共同指導料は、全体の「その他」欄に別に厚生労働大臣が定める疾病のうち、該当する病名を記載すること。なお、1回目の場合は1回目と記載すること。   | 820100303                           | 1回目  |
| 30 | B015     | 退院時共同指導料 2   | 全体の「その他」欄に当該指導を共同して行った保険医療機関名、共同指導に参画した者の職種及び指導年月日を記載すること。   | —                                   | —  |
| 31 | C000     | 歯科訪問診療料  | 訪問診療を行った日付、実施時刻(開始時刻と終了時刻)、訪問先名(記載例:自宅、〇〇マンション、介護老人保健施設××苑)及び患者の状態を記載すること。<br>なお、「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2第2章第2部C000歯科訪問診療料の(5)又は(7)に該当し、歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2を所定点数により算定した場合はその理由を記載すること。  | 820100380<br>820100381<br>820100382 | (5)イ 容体が急変し、やむを得ず治療中断<br>(5)ロ 著しく歯科診療が困難な者又は要介護3以上に準じる場合<br>(7)容体が急変し、やむを得ず治療中断                |
| 32 | C000     | 歯科訪問診療料<br>注5 患家診療時間加算<br>注6 歯科診療特別対応加算、初診時歯科診療導入加算<br>注7 緊急、夜間若しくは深夜加算  | (緊急、夜間若しくは深夜加算、患家診療時間加算、歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算がある場合)<br>全体の「その他」欄に緊急、夜間若しくは深夜加算、患家診療時間加算、歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算である旨を記載すること。  | —                                   | —  |
| 33 | C000     | 歯科訪問診療料<br>注8 地域医療連携体制加算   | 地域医療連携体制加算である旨及び連携保険医療機関名を記載すること。  | —                                   | —  |
| 34 | C000     | 歯科訪問診療料<br>注9 特別歯科訪問診療料  | 滞在時間を記載すること。<br>同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、それぞれを明確に区分して記載すること。  | —                                   | —  |
| 35 | C000     | 歯科訪問診療料<br>注15 歯科訪問診療移行加算  | 当該保険医療機関の外来を最後に受診した年月日を記載すること。   | —                                   | —  |
| 36 | C001     | 訪問歯科衛生指導料  | 日付、指導の実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。<br>単一建物診療患者が2人以上の場合には「摘要」欄にその人数を記載すること。<br>1つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険医療機関が訪問歯科衛生指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で当該保険医療機関が訪問歯科衛生指導料を算定する者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれユニットにおいて訪問歯科衛生指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合は、「摘要」欄に、「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「訪問歯科衛生指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で訪問歯科衛生指導料を算定する者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択して記載すること。<br>(訪問歯科衛生指導料と同月に歯科訪問診療料がない場合)<br>直近の歯科訪問診療料の算定年月日を記載すること。 | 820100094<br>820100304<br>820100305 | ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所<br>訪問歯科衛生指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下<br>当該建築物戸数が20戸未満で訪問歯科衛生指導を行う患者が2人以下 |
| 37 | C001-3   | 歯科疾患在宅療養管理料  | (指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生労働省告示19号)別表「5 居宅療養管理指導費」の「ロ 歯科医師が行う場合」又は指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示127号)別表「5 介護予防居宅療養管理指導費」の「ロ 歯科医師が行う場合」を算定した場合)<br>該当するものを選択し、算定年月日を記載すること。<br>(居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した場合に、歯科疾患在宅療養管理料を算定したものとみなす場合)<br>居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定していない月に、歯科疾患在宅療養管理料の算定が必要な区分を算定する場合は、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を選択し直近の算定年月日を記載すること。  | 820100306<br>820100307              | 居宅療養管理指導費<br>介護予防居宅療養管理指導費   |
| 38 | C001-3   | 歯科疾患在宅療養管理料<br>注4 在宅総合医療管理加算<br>注5 栄養サポートチーム等連携加算1<br>注6 栄養サポートチーム等連携加算2 | (在宅総合医療管理加算を算定した場合)<br>在宅総合医療管理加算については、主病に係る治療を行っている紹介元保険医療機関名を記載すること。<br>(栄養サポートチーム等連携加算を算定した場合)<br>連携先の保険医療機関名又は介護保険施設名及びカンファレンス等に参加した年月日を記載すること。  | —                                   | —  |
| 39 | C001-4-2 | 在宅患者歯科治療時医療管理料   | 当該管理の対象となる医科の主病名を記載すること。   | —                                   | —  |
| 40 | C001-5   | 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料<br>注6 栄養サポートチーム等連携加算1<br>注7 栄養サポートチーム等連携加算2       | 当該管理の実施日及び実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。<br>(栄養サポートチーム等連携加算を算定した場合)<br>連携先の保険医療機関名又は介護保険施設名及びカンファレンス等に参加した年月日を記載すること。   | —                                   | —  |
| 41 | C001-6   | 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料   | 当該管理の実施日及び実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。  | —                                   | —  |
| 42 | C004     | 退院前在宅療養指導管理料   | (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)<br>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。  | —                                   | —  |
| 43 | C005     | 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料   | (在宅悪性腫瘍等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)<br>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。   | —                                   | —  |
| 44 | C007     | 在宅患者連携指導料  | 全体の「その他」欄に当該指導に係る情報共有先の保険医療機関名又は保険薬局名、訪問看護ステーション名及び当該指導を行った年月日を記載すること。   | —                                   | —  |
| 45 | C008     | 在宅患者緊急時等カンファレンス料   | 全体の「その他」欄に訪問先、当該カンファレンスに参加した保険医療機関名又は保険薬局名、訪問看護ステーション名、当該カンファレンスを行った日及び当該指導日を記載すること。   | —                                   | —  |
| 46 | D        | 検査   | (記載欄が示されていない各種の検査を行った場合)<br>X線・検査の「その他」欄に検査の名称を記載すること。   | —                                   | —  |

| 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  |
|----|--------|---------------------------|--|--|---|
| 47 | D002-5 | 歯周病部分的再評価検査               | X線・検査の「その他」欄に部位を記載すること。  |  | —   |
| 48 | D009   | 顎運動関連検査                   | 実施した検査名として、X線・検査の「その他」欄にMMG、ChB、GoA、Ptgのうち該当するものを記載すること。<br>(少数歯欠損症例において、顎運動関連検査を実施し、当該検査に係る費用を算定する場合)患者の咬合状態等当該検査の必要性を記載すること。   | 820100308<br>820100309<br>820100310<br>820100311                           | MMG<br>ChB<br>GoA<br>Ptg  |
| 49 | D010   | 歯冠補綴時色調採得検査               | それぞれの検査ごとに検査対象となった歯冠補綴物の部位を記載すること。   |  | —   |
| 50 | D011   | 有床義歯咀嚼機能検査                | (新製有床義歯装着日より前に算定する場合で傷病名の部位から新製有床義歯管理料の「2 困難な場合」に準じる状態であると判断できない場合)<br>有床義歯咀嚼機能検査を開始する時に、「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2第2章第1部D011有床義歯咀嚼機能検査の(9)のイからホまでのうちB013新製有床義歯管理料の(3)のイ又はロの中から該当するものを選択して記載すること。<br>(新製有床義歯装着日より後に算定する場合)<br>新製有床義歯装着日より前に行った有床義歯咀嚼機能検査「1 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合」を算定した年月及び新製有床義歯等を装着した年月を記載すること。   | 820100312<br>820100313<br>820100314<br>820100315<br>820100316<br>820100317 | イ(1) 総義歯を新たに装着した場合又は総義歯を装着している場合<br>イ(2) 局部義歯以外は臼歯部で垂直的咬合関係を有しない場合<br>ロ 舌接触補助床を装着する場合<br>ハ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術の(5)に準じる場合<br>ニ 左右第二大臼歯を含む臼歯が4歯以上欠損している場合<br>ホ 口蓋補綴、顎補綴を装着する場合 |
| 51 | D012   | 舌圧検査                      | 舌圧検査に当たって、該当する患者の状態を選択して記載すること。  | 820100318<br>820100319<br>820100320<br>820100321                           | 口腔機能の低下が疑われる場合<br>舌接触補助床を装着する場合又は予定している場合<br>広範囲顎骨支持型装置埋入手術の対象となる場合<br>口蓋補綴、顎補綴を装着する場合  |
| 52 | D100   | 薬剤(検査)                    | (検査に当たって薬剤を使用した場合)<br>薬剤名及び使用量を記載すること。   |  | —   |
| 53 | E      | 画像診断                      | (標準型以外のフィルムを使用して撮影(アナログ撮影)を行った場合)<br>X線・検査の「その他」欄に使用フィルムの種類を記載すること。<br>(新生児、3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対する加算を算定した場合)<br>「X線・検査」欄のそれぞれの項の記載要領にかかわらずX線・検査の「その他」欄に画像診断の種類を記載すること。<br>(標準型以外のフィルムを使用して撮影(アナログ撮影)を行った場合、全顎撮影(デジタル撮影)、歯科エックス線撮影の全顎撮影以外(デジタル撮影)、歯科パノラマ断層撮影(デジタル撮影)及び歯科用3次元エックス線断層撮影以外の画像診断を行った場合)<br>X線・検査の「その他」欄に画像診断の種類を記載すること。  |  | —   |
| 54 | E(通則)  | 時間外緊急院内画像診断加算             | 撮影開始日時を記載すること。<br>(引き続き入院した場合)<br>上記に加え、引き続き入院した旨を記載すること。  | 820100322  | 画像診断後、引き続き入院  |
| 55 | E200   | 基本的エックス線診断料               | X線・検査の「その他」欄に入院日数及び点数を次の例により記載すること。<br>〔記載例〕「基工」(15日) 825  |  | —   |
| 56 | E301   | 造影剤                       | (画像診断に当たって薬剤を使用した場合)<br>薬剤名及び使用量を記載すること。   |  | —   |
| 57 | F      | 投薬                        | 使用薬剤の医薬品名、規格・単位(%、mL又はmg等)及び使用量を記載。<br>ただし、届出保険医療機関は、薬剤料に掲げる所定単位の薬価が175円以下の場合は、使用薬剤の医薬品名・使用量等の記載は不要とする。なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。<br>(常態として内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を点数の合計の100分の90に相当する点数で算定した場合)<br>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点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載すること。<br>(厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合)<br>当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。<br>(入院患者に対し退院時に投薬を行った場合)<br>「投薬・注射」欄の余白に「退院時 日分投薬」と記載すること。<br>(入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている入院患者又は入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤を投与した場合)<br>「摘要」欄の余白に当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を記載すること。(ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。)<br>(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)<br>当該長期投与の理由を記載すること。 |  | —   |
| 58 | F100   | 処方料<br>注5及び注6 特定疾患処方管理加算  | 全体の「その他」欄に当該管理の対象となる医科の主病名を記載すること。   |  | —   |
| 59 | F400   | 処方箋料                      | (万一緊急やむを得ない事態が生じ、同一の患者に対して、同一診療日に一部の薬剤を院内において投薬し他の薬剤を院外処方箋により投薬した場合)<br>日付及び理由を記載すること。   |  | —   |
| 60 | F400   | 処方箋料<br>注3及び注4 特定疾患処方管理加算 | 全体の「その他」欄に当該管理の対象となる医科の主病名を記載すること。   |  | —   |
| 61 | G      | 注射                        | (皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈内注射のその他の注射を行った場合)<br>全体の「その他」欄に注射の種類、その内訳は、「摘要」欄に注射の種類、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。<br>(その他の注射を行った場合)<br>全体の「その他」欄に注射の種類、その内訳は、「摘要」欄に注射の種類、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。   |  | —   |
| 62 | G004   | 点滴注射<br>注3 血漿成分製剤加算       | 1回目の注射の実施日を記載すること。   |  | —   |
| 63 | G005   | 中心静脈注射<br>注1 血漿成分製剤加算     | 1回目の注射の実施日を記載すること。   |  | —   |

| 項番 | 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   |
|----|--------|-------------------------------------|---|---|--|
| 64 | G100   | 薬剤(注射)                              | 使用薬剤の医薬品名、規格・単位(%, mL又はmg等)及び使用量を記載すること。<br>ただし、届出保険医療機関は、注射のうち皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈注射であって入院中の患者以外の患者に対するものにあつては1回当たりの、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、使用薬剤の医薬品名・使用量等の記載は不要とする。なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。<br>(注射の手法技量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)<br>「投薬・注射」欄及び「摘要」欄に同様に記載すること。 |   | —  |
| 65 | G200   | 特定保険医療材料(注射)                        | (注射に当たって特定保険医療材料等を使用した場合)<br>項番109の例により、全体の「その他」欄に記載すること。   |   | —  |
| 66 | H      | リハビリテーション                           | (「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーションを行った場合)<br>次の例により、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を含め、他のリハビリテーションと区別して記載すること。<br>〔記載例〕<br>脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)イ 200×18<br>実施日数3日<br>(リハ選)<br>脳血管疾患等リハビリテーション料 2,000円×1   |   | —  |
| 67 | H001   | 摂食機能療法                              | 摂食機能療法の実施日、実施時刻(開始時刻と終了時刻)等を記載すること。   |   | —  |
| 68 | H001   | 摂食機能療法注3 経口摂取回復促進加算1又は2             | 連携している医師名を記載すること。   |   | —  |
| 69 | H001-2 | 歯科口腔リハビリテーション料1 1有床義歯の場合<br>口 困難な場合 | (傷病名の部位から困難な場合であることが判断できない場合)<br>「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2第2章第1部B013新製有床義歯管理料の(3)のイ又はロから該当するものを記載すること。   | 820100301<br>820100302  | イ 総義歯を新たに装着した場合又は総義歯を装着している場合<br>ロ 局部義歯以外は臼歯部で垂直的咬合関係を有しない場合   |
| 70 | I      | 処置                                  | (該当する記載欄を設けていない場合及び該当欄に記載しきれない場合)<br>処置・手術の「その他」欄に当該処置の名称を記載すること。   |   | —  |
| 71 | I(通則)  | 時間外加算<br>休日加算<br>深夜加算               | (第8部処置の通則「6」の規定により時間外加算(時間外加算の特例を含む。)、休日加算又は深夜加算を算定した場合)<br>処置・手術の「その他」欄に処置名及び加算の種類を記載すること。   |   | —  |
| 72 | I(通則)  | 乳幼児加算                               | (当月中に6歳を迎え、加算した点数と加算しない点数が混在する場合)<br>記載欄に加算した点数及び回数を記載し、処置・手術の「その他」欄に加算しない点数及び回数を名称を付して記載して差し支えない。  |   | —  |
| 73 | I000-2 | 咬合調整                                | 「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2第2章第1部I000-2咬合調整の(1)のイからホまでのいずれに該当するかを記載すること。また、その他の理由による場合は、その理由を具体的に記載すること。   | 820100323<br>820100324<br>820100325<br>820100326<br>820100327 | イ 歯周炎に対する歯の削合<br>ロ 歯ざりに対する歯の削合<br>ハ 過重圧を受ける歯の切縁、咬頭の過高等の削合<br>ニ レスト製作のための削合<br>ホ 咬合性外傷等を起こしている場合の歯冠形態修正     |
| 74 | I000-3 | 残根削合                                | 処置・手術の「その他」欄に残根削合と記載すること。   | 820100328   | 残根削合   |
| 75 | I006   | 感染根管処置                              | (抜歯を前提として急性症状の消退を図ることを目的として根管拡大を行った場合)<br>処置・手術の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」の記載から当該処置を行った部位が明らかに特定できる場合は、処置・手術の「その他」欄への部位の記載を省略して差し支えない。<br>(同一初診期間内に再度の感染根管処置が必要になった場合)<br>前回の感染根管処置に係る歯冠修復が完了した年月日を記載すること。   |   | —  |
| 76 | I007   | 根管貼薬処置                              | (同一歯に対して初回の根管貼薬処置を実施した日の属する月から起算して6月を超えて治療を継続して処置を行う場合)<br>当該歯の状態及び初回の根管貼薬処置を行った年月を記載すること。<br>(抜歯を前提とした消炎のための根管貼薬処置を行った場合)<br>処置・手術の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」の記載から当該処置を行った部位が明らかに特定できる場合は、処置・手術の「その他」欄への部位の記載を省略して差し支えない。   |   | —  |
| 77 | I008   | 根管充填                                | (暫間根管充填又は暫間根管充填後に根管充填を行う場合)<br>暫間根管充填又は暫間根管充填後に根管充填を行う旨を記載すること。   | 820100329<br>820100330  | 暫間根管充填<br>暫間根管充填後の根管充填   |
| 78 | I008-2 | 加圧根管充填処置                            | (加圧根管充填後の歯科エックス線撮影において、妊娠中であり、エックス線撮影に同意が得られない場合)<br>妊娠中であり、エックス線撮影に同意が得られない旨を記載すること。   | 820100390   | 妊娠中  |
| 79 | I008-2 | 加圧根管充填処置注3 手術用顕微鏡加算                 | (手術用顕微鏡加算において、連携する医療機関にて歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した場合)<br>撮影した医療機関名を記載すること。  |   | —  |
| 80 | I010   | 歯周疾患処置                              | 処置・手術の「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は、部位のみを記載すること。<br>(糖尿病を有する患者に対して、スケーリング・ルートプレーニングと並行して歯周疾患処置を行う場合)<br>初回の年月日及び紹介元医療機関名を記載。  |   | —  |
| 81 | I011-2 | 歯周病安定期治療(Ⅰ)                         | (当該処置の1回目の場合(初診月を除く。))<br>1回目である旨を記載すること。<br>(2回目以降の場合)<br>前回実施月を記載すること。<br>(歯周病安定期治療(Ⅰ)の治療間隔が3月以内の場合)<br>治療間隔が3月以内になった理由の要点として、「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2第2章第8部I011-2歯周病安定期治療(Ⅰ)の(2)のイからニまでに規定するものの中から該当するものを記載すること。なお、ロ又はハを選択した場合は、別途、詳細な理由(全身的な疾患の状態を含む。)を記載すること。  | 820100303<br>820100331<br>820100332<br>820100333<br>820100334 | 1回目<br>イ 歯周外科手術を実施した場合<br>ロ 全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合<br>ハ 全身的な疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合<br>ニ 侵襲性歯周炎の場合 |

| 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  |
|----|----------|---|--|---|---|
| 82 | I011-2-2 | 歯周病安定期治療(Ⅱ)                                   | (当該処置の1回目の場合(初診月を除く。))<br>1回目である旨を記載すること。<br>(2回目以降の場合)<br>1回目の実施年月を記載すること。  | 820100303   | 1回目<br>—  |
| 83 | I014     | 暫間固定  | 固定を行った部位(固定源となる歯を含めない。)及びその方法を記載し、暫間固定の前回実施年月日(1回目の場合は1回目と記載する。)及び歯周外科手術を行う予定であるか否かを記載すること。なお、歯周外科手術後の暫間固定を行う場合については、歯周外科手術の予定に関する記載は不要であり、手術後1回目の場合は術後1回目と記載し、2回目以降は前回実施年月日を記載する。   | 820100303<br>820100335<br>820100336<br>820100337<br>820100338   | 1回目<br>歯周外科手術の予定あり<br>歯周外科手術の予定なし<br>歯周外科手術未定<br>術後1回目  |
| 84 | I017     | 口腔内装置   | 「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2第2章第8部I017口腔内装置の(1)のイからリまでに規定するものの中から該当するものを記載すること。<br>なお、トを選択した場合は手術の予定日及び手術を行う保険医療機関名を記載すること。  | 820100339<br>820100340<br>820100341<br>820100342<br>820100343<br>820100344<br>820100345<br>820100346<br>820100347 | イ 顎関節治療用装置<br>ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置<br>ハ 顎間固定用に歯科用ベースプレートを用いた床<br>ニ 出血創の保護と圧迫止血を目的としてレジン等で製作した床<br>ホ 手術に当たり製作したサージカルガイドプレート<br>ヘ 手術創(開放創)の保護等を目的として製作するオプチュレーター<br>ト 気管内挿管時の歯の保護等を目的として製作した口腔内装置<br>チ 口腔粘膜等の保護を目的として製作する口腔内装置<br>リ 放射線治療に用いる口腔内装置 |
| 85 | I017-1-2 | 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置                            | 紹介元保険医療機関名を記載すること。(医科歯科併設の病院であって院内紹介を受けた場合は、院内紹介元の担当科名を記載。)  |   | —   |
| 86 | I019     | 歯冠修復物又は補綴物の除去                                 | 除去した歯冠修復物並びに補綴物の部位及び種類を記載すること。なお、「傷病各部位」欄の記載から除去した部位及び種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位及び種類の記載を省略して差し支えない。   |   | —   |
| 87 | I023     | 心身医学療法  | 確定診断を行った医科保険医療機関名(医科歯科併設の病院であって心因性疾患を有する歯科領域の患者について、確定診断が可能な医科診療科が設置されている場合は、確定診断を行った診療科名)、紹介年月日、治療の内容の要点、実施日、実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。  |   | —   |
| 88 | I029     | 周術期等専門的口腔衛生処置                                 | (周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した患者に対して当該処置を行った場合)<br>当該患者の手術を行った年月日又は予定年月日、手術名を記載すること。<br>(患者の状況により周術期等専門的口腔衛生処置2を算定せずに特定保険医療材料を算定する場合)<br>前回の周術期等専門的口腔衛生処置2の算定年月日を記載すること。  |   | —   |
| 89 | I030     | 機械的歯面清掃処置                                     | (当該処置の1回目の場合(初診月を除く。))<br>1回目である旨を記載すること。<br>(2回目以降の場合)<br>前回実施月を記載すること。<br>(妊婦の場合)<br>妊婦である旨を記載すること。  | 820100303   | 1回目<br>—<br>妊婦  |
| 90 | I031     | フッ化物歯面塗布処置                                    | (当該処置の1回目の場合(初診月を除く。))<br>1回目である旨を記載すること。<br>(2回目以降の場合)<br>前回実施月を記載すること。   | 820100303   | 1回目<br>—  |
| 91 | I100     | 特定薬剤(処置)                                      | (区分番号I100により特定薬剤を算定する場合)<br>処置・手術の「その他」欄にその医薬品名、使用量を記載すること。  |   | —   |
| 92 | J        | 手術  | (該当する記載欄を設けていない場合及び該当欄に記載しきれない場合)<br>処置・手術の「その他」欄に当該手術の名称を記載すること。  |   | —   |
| 93 | J(通則)    | 時間外加算<br>休日加算<br>深夜加算                         | (第9部手術の通則「9」の規定により時間外加算(時間外加算の特例を含む。)、休日加算又は深夜加算を算定した場合)<br>処置・手術の「その他」欄に手術名及び加算の種類を記載すること。  |   | —   |
| 94 | J(通則)    | 乳幼児加算   | (当月中に6歳を迎え、加算した点数と加算しない点数が混在する場合)<br>記載欄に加算した点数及び回数に記載し、加算しない点数については、処置・手術の「その他」欄に名称、加算しない点数及び回数を記載する。   |   | —   |
| 95 | J(通則)    | 観血的手術加算                                       | (入院を必要とするHIV抗体陽性の患者に対して行った場合)<br>処置・手術の「その他」欄に手術の名称を記載すること。  |   | —   |
| 96 | J000     | 拔牙手術  | 以下の理由以外により拔牙を中止した場合は、その他を選択し、その理由を記載すること。<br>(難拔牙加算の対象となる歯又は埋伏歯において完全拔牙が困難となりやむを得ず拔牙を中止した場合で拔牙料を算定した場合)<br>完全拔牙が困難となりやむを得ず拔牙を中止した旨を記載すること。<br>(拔牙のための術前処置として手術野の消毒・麻酔等を行い、拔牙の態勢に入ったが、脳貧血等の患者の急変によりやむを得ず拔牙を中止した場合)<br>拔牙を中止と記載すること。 | 820100349<br>820100350<br>820100102   | 完全拔牙が困難となりやむを得ず拔牙を中止<br>患者の急変によりやむを得ず拔牙を中止<br>その他   |
| 97 | J004     | 歯根端切除手術<br>2. 歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合 | 処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。<br>(連携する医療機関にて歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した場合)<br>撮影した医療機関名を記載すること。   |   | —   |
| 98 | J004-2   | 歯の再植術   | 手術部位を記載すること。なお、「傷病各部位」欄の記載から当該手術を行った部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。   |   | —   |
| 99 | J004-2   | 歯の再植術   | (歯内治療が困難な根尖病巣を有する保存が可能な小臼歯又は大臼歯であって、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)<br>部位及び算定理由を記載すること。なお、「傷病各部位」欄の記載から当該治療を行った部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載を省略して差し支えない。   |   | —   |

| 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        |
|-----|----------|--------------------------------|---|------------------|-------------------------|
| 100 | J004-3   | 歯の移植手術                         | 手術部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該手術を行った部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。  | —                | —                       |
| 101 | J013     | 口腔内消炎手術                        | (顎炎又は顎骨骨髓炎等の手術として骨の開さく等を行い口腔内消炎手術を行う場合)<br>処置・手術の「その他」欄に顎炎又は顎骨骨髓炎等の手術として骨の開さく等を行い口腔内消炎手術を行う旨及び抜歯した歯の部位を記載すること。  | 820100351        | 顎炎又は顎骨骨髓炎等の手術としての骨の開さく等 |
| 102 | J063     | 歯周外科手術                         | 処置・手術の「その他」欄に算定する区分の名称及び歯周外科手術を行った部位を記載すること。  | —                | —                       |
| 103 | J063     | 歯周外科手術<br>注5 手術時歯根面レーザー応用加算    | 処置・手術の「その他」欄に当該加算の名称を記載すること。  | —                | —                       |
| 104 | J090     | 皮膚移植術                          | 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点数を記載した診療報酬明細書を添付する。   | —                | —                       |
| 105 | J109     | 広範囲顎骨支持型装置埋入手術                 | 処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。<br>(当該手術の実施範囲が3分の1顎未満である場合)<br>顎堤欠損の原因となった疾患名を記載すること。   | —                | —                       |
| 106 | J110     | 広範囲顎骨支持型装置隆起術                  | 処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。   | —                | —                       |
| 107 | J200-4-2 | レーザー機器加算                       | 処置・手術の「その他」欄に当該加算の名称を記載すること。  | —                | —                       |
| 108 | J300     | 特定薬剤(手術)                       | (区分番号J300により特定薬剤を算定する場合)<br>処置・手術の「その他」欄にその医薬品名、使用量を記載すること。   | —                | —                       |
| 109 | J400     | 特定保険医療材料(手術)                   | (手術等において特定保険医療材料等を使用した場合)以下、処置・手術の「その他」欄に記載すること。<br>a 手術、処置、検査等の名称は、告示名又は通知名を使用。<br>b 手術、処置、検査等の手技料は、必ず点数を記載すること。<br>c 材料は、①商品名、②告示の名称又は通知の名称、③規格又はサイズ、④材料価格、⑤使用本数又は個数の順に手術ごとに記載。なお、告示の名称又は通知の名称は、( )書きとする。<br>d 保険医療機関における購入価格によるものは、定価ではなく保険医療機関が実際に購入した価格を記載すること。<br>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。<br>[記載例]<br>③特定保険医療材料 [商品名] × × × × ×<br>(鼻孔プロテーゼ) 387 × 1  | —                | —                       |
| 110 | K        | 麻酔                             | (伝達麻酔、浸潤麻酔等以外の医科点数表の取扱いによる麻酔を行った場合)<br>麻酔の「その他」欄に麻酔名を記載。なお、使用麻酔薬は、麻酔薬名及び使用量を記載すること。   | —                | —                       |
| 111 | K(通則)    | 時間外加算<br>休日加算<br>深夜加算          | (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場合)<br>麻酔名及び加算の種類を記載すること。   | —                | —                       |
| 112 | K002     | 吸入鎮静法                          | 使用麻酔薬は、麻酔の「その他」欄に麻酔薬名及び使用量を記載すること。<br>また、使用した酸素又は窒素請求は、地方厚生(支)局長へ届け出た購入単価(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。なお、酸素の請求は、IIの第3の2(26)のイのgと同様とする。  | —                | —                       |
| 113 | K003     | 静脈内鎮静法                         | 使用薬剤は、麻酔の「その他」欄に薬剤名及び使用量を記載すること。  | —                | —                       |
| 114 | K100     | 薬剤(麻酔)                         | 麻酔の「その他」欄に医薬品名を記載すること。  | —                | —                       |
| 115 | M        | 歯冠修復及び欠損補綴                     | (歯冠修復物又は欠損補綴物の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合)<br>「平成 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に未、装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由を記載すること。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。<br>(未来院請求後に患者が再び来院し、すでに未来院請求を行った歯冠修復物又は欠損補綴物を装着する場合の装着料及び装着材料を算定する場合)<br>未来院請求後及び装着物の種類を記載すること。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。<br>(有床義歯製作中であって咬合採得後における試通前に、患者が理由なく来院しなくなった場合、患者の意志により治療を中止した場合又は患者が死亡した場合)<br>装着物の種類及び装着(又は試通)予定日及び装着できなくなった理由を記載すること。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。<br>(歯冠修復及び欠損補綴に係る歯冠形成及び印象採得後において、偶発的な事故等を原因とする外傷による歯冠形成物の喪失等やむを得ない場合)<br>装着物の種類及び装着(又は試通)予定日及び装着できなくなった理由を記載すること。<br>(欠損歯数と補綴歯数が一致しないため、算定点数が異なる場合)<br>傷病名と歯数不一致と記載すること。<br>(レジンインレー、高強度硬質レジンブリッジ又は熱可塑性樹脂有床義歯等、記載欄がない歯冠修復及び欠損補綴を算定する場合)<br>歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に名称及び部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から対象部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載は省略して差し支えない。<br>(クラウン・ブリッジ維持管理料について地方厚生(支)局長へ届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し当該補綴物を装着した場合)<br>歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に診療行為名を記載すること。<br>(歯科鑄造用ニッケルクロム合金を用いる場合)<br>「その他」欄に歯冠修復物又は補綴物の名称を記載する場合は、別表1-2に掲げる略称を用いること。 | 820100383        | 傷病名と歯数不一致               |
| 116 | M000     | 補綴時診断料                         | (補綴時診断料(有床義歯修理を実施した場合に限る。)を算定する場合)<br>1回目の場合は1回目と記載すること。2回目以降の場合は当該装置に係る当該診断料の前回実施年月日を記載すること。   | 820100303        | 1回目                     |
| 117 | M001     | 歯冠形成 3 窩洞形成<br>注9 う蝕歯無痛の窩洞形成加算 | 部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載は省略して差し支えない。  | —                | —                       |
| 118 | M001-2   | う蝕歯即時充填形成<br>注1 う蝕歯無痛の窩洞形成加算   | 部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載は省略して差し支えない。  | —                | —                       |

| 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               |
|-----|--------|--------------------------|---|------------------|--------------------------------|
| 119 | M002   | 支台築造                     | (ファイバーポストを用いた場合)<br>歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位、ファイバーポストの使用本数を部位毎にそれぞれ記載すること。  | —                |                                |
|     |        |                          | (後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して支台築造を算定する場合)<br>永久歯代行と記載すること。  | 820100353        | 永久歯代行                          |
| 120 | M003   | 印象採得                     | (「印象」の項に書ききれない場合)<br>歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に印象採得の名称を記載すること。  | —                |                                |
| 121 | M005   | 装着                       | (脱離した歯冠修復物又は、脱離又は修理したブリッジを再装着した場合)<br>歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位を記載すること。なお、再装着する歯冠修復物が1つ又は再装着する装置が1つであって、「傷病名部位」欄の記載から再装着した部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載を省略して差し支えない。                    | —                |                                |
| 122 | M006   | 咬合採得                     | (「咬合」の項に書ききれない場合)<br>歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に咬合採得の名称を記載すること。  | —                |                                |
| 123 | M009   | 充填                       | (2歯以上の充填に際し1歯に複数高洞の充填を行った場合)<br>当該歯の部位を記載すること。  | —                |                                |
| 124 | M010   | 金属歯冠修復                   | (後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して鑄造用金銀パラジウム合金を用いた金属歯冠修復を行った場合)<br>永久歯代行と記載すること。   | 820100353        | 永久歯代行                          |
|     |        |                          | (同一歯の複数の高洞に対して、充填及びインレー又はレジンインレーにより歯冠修復を行った場合)<br>同一歯の複数の高洞に対する歯冠修復であること及び部位を記載すること。なお、当該治療部位が単独であって「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載は省略して差し支えない。             | 820100354        | 同一歯の複数高洞に対する歯冠修復               |
|     |        |                          | (歯科鑄造用14カラット金合金を用いた金属歯冠修復を算定する場合)<br>歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に修復物の名称及び部位を記載すること。なお、当該治療部位が単独であって「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「その他」欄への部位の記載は省略して差し支えない。                       |                  |                                |
|     |        |                          | (歯科鑄造用ニッケルクロム合金を用いた金属歯冠修復を算定する場合)<br>歯冠修復及び欠損補綴に「その他」欄に修復物の名称を記載すること。   |                  |                                |
| 125 | M011   | レジン前装金属冠                 | (歯科鑄造用ニッケルクロム合金を用いた金属歯冠修復を算定する場合)<br>歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に補綴物の名称を記載すること。   | —                |                                |
| 126 | M015   | 非金属歯冠修復<br>2 硬質レジンジャケット冠 | (歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者の大臼歯に用いた場合)<br>紹介元保険医療機関名を記載すること。  | —                |                                |
| 127 | M015-2 | CAD/CAM冠                 | (大臼歯に用いた場合)<br>歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から対象部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載は省略して差し支えない。  | —                |                                |
|     |        |                          | (歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者の大臼歯に用いた場合)<br>紹介元保険医療機関名を記載すること。  |                  |                                |
| 128 | M016-2 | 小児保険装置                   | 装置の種類を選択して記載すること。   | —                |                                |
| 129 | M017   | ボンティック                   | (地方厚生(支)局長に事前に模型等を提出した上でブリッジを製作した場合)<br>事前承認と記載すること。  | 820100355        | 事前承認                           |
|     |        |                          | (地方厚生(支)局長に対して、保険適用の有無を判定するために提出するエックス線フィルム又はその複製の費用を算定する場合)<br>算定の理由を記載すること。   |                  |                                |
|     |        |                          | (犬歯のボンティックが必要な場合で、中切歯がすでにブリッジの支台として使用されている等の理由で新たに支台として使用できない場合に限って、ブリッジの設計を変更する場合)<br>中切歯の状態等を記載すること。  |                  |                                |
|     |        |                          | (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ボンティック1歯のブリッジの設計とした場合)<br>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。   |                  |                                |
|     |        |                          | (歯科鑄造用ニッケルクロム合金を用いたボンティックを算定する場合)<br>歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に補綴物の名称を記載すること。   |                  |                                |
| 130 | M017   | ボンティック(接着ブリッジ)           | 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に当該支台歯の部位及び接着冠を記載すること。なお、当該ブリッジが1つであって、「傷病名部位」欄の記載から接着冠の部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載を省略して差し支えない。  | —                |                                |
| 131 | M018   | 有床義歯                     | (残根上に義歯を装着した場合)<br>残根上の義歯と記載すること。   | 820100356        | 残根上義歯                          |
|     |        |                          | (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)<br>前月(以前)請求済みと記載すること。  | 820100357        | 人工歯請求済み                        |
|     |        |                          | (欠損歯数と補綴歯数が一致しないため、算定点数が異なる場合)<br>欠損歯数と補綴歯数の不一致の旨を記載すること。   | 820100358        | (小児義歯)欠損歯数と補綴歯数の不一致            |
|     |        |                          | (小児義歯に係る費用を算定する場合)<br>装着部位及び小児義歯が必要となった疾患名又は必要となった理由を記載すること。  |                  |                                |
| 132 | M018   | 有床義歯                     | (前回有床義歯を製作した際の印象採得を算定した日から6月が経過していない場合であって新たに有床義歯の印象採得を行った場合)<br>「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2第2章第8部M018有床義歯の(13)のハ又はニに該当する場合は、該当するものを記載すること。なお、この場合は、具体的な理由を記載すること。 | 820100359        | ハ 認知症を有する患者等であって、有床義歯が使用できない場合 |
|     |        |                          |   | 820100360        | ニ その他特別な場合                     |

| 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               |
|-----|--------|-------------------------|--|------------------|--------------------------------|
| 133 | M019   | 熱可塑性樹脂有床義歯等             | (残根上に義歯を装着した場合)<br>残根上義歯と記載すること。   | 820100356        | 残根上義歯                          |
|     |        |                         | (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)<br>人工歯請求済と記載すること。   | 820100357        | 人工歯請求済み                        |
|     |        |                         | (小児義歯に係る費用を算定する場合)<br>装着部位及び小児義歯が必要となった疾患名又は必要となった理由を記載すること。なお、欠損歯数と補綴歯数が一致しないため、算定点数が異なる場合は、欠損歯数と補綴歯数の不一致の旨を記載すること。   | 820100358        | (小児義歯)欠損歯数と補綴歯数の不一致            |
| 134 | M020   | 鑄造鉤                     | (歯科鑄造用ニッケルクロム合金を用いた鑄造鉤を算定する場合)<br>歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に補綴物の名称を記載すること。   | —                | —                              |
| 135 | M023   | バー<br>1 鑄造バー            | (歯科鑄造用ニッケルクロム合金を用いたバーを算定する場合)<br>歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に補綴物の名称を記載すること。  | —                | —                              |
| 136 | M025   | 口蓋補綴、顎補綴                | 「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2第2章第12部M025口蓋補綴、顎補綴の(1)のイからホまでに規定するものの中から該当するものを記載すること。  | 820100384        | イ 腫瘍等による顎骨切除等に対する口蓋補綴装置又は顎補綴装置 |
|     |        |                         |  | 820100385        | ロ オクルーザランプを付与した口腔内装置           |
|     |        |                         |  | 820100386        | ハ 発音補正装置                       |
|     |        |                         |  | 820100387        | ニ 発音補助装置                       |
|     |        |                         |  | 820100388        | ホ ホツツ床                         |
| 137 | M029   | 有床義歯修理                  | (新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内に当該有床義歯の修理を行った場合)<br>歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に有床義歯の装着年月日を記載。  | —                | —                              |
| 138 | M029   | 有床義歯修理<br>注4 歯科技工加算2    | (有床義歯修理において、歯科技工加算2を算定した場合)<br>預かり日及び修理を行った当該有床義歯の装着日を記載すること。  | —                | —                              |
| 139 | M030   | 有床義歯内面適合法               | (新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内に当該有床義歯の有床義歯内面適合法を行った場合)<br>歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に有床義歯の装着年月日を記載すること。   | —                | —                              |
| 140 | M030   | 有床義歯内面適合法<br>注5 歯科技工加算2 | (有床義歯内面適合法において、歯科技工加算2を算定した場合)<br>預かり日及び修理を行った当該有床義歯の装着日を記載すること。   | —                | —                              |
| 141 | M041   | 広範囲顎骨支持型補綴物修理           | 装着を実施した医療機関名(自院は除く。)及び装着日(不明であれば装着時期)を記載すること。  | —                | —                              |
| 142 | N      | 歯科矯正                    | 当該疾患に係る顎切除又は顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名を記載。<br>また、歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を最初に算定した年月日を診断料の名称に併せて記載すること。<br><br>(歯科矯正における印象採得、咬合採得、床装置、リンガルアーチ及び鉤を算定した場合)<br>全体の「その他」欄に「簡単」、「困難」、「著しく困難」、「複雑」等の区別を記載すること。                                | 820100361        | 簡単                             |
|     |        |                         |  | 820100362        | 困難                             |
|     |        |                         |  | 820100363        | 著しく困難                          |
|     |        |                         |  | 820100364        | 複雑                             |
| 143 | N000   | 歯科矯正診断料                 | 全体の「その他」欄に歯科矯正、動的処置、マルチブラケット法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の算定年月日を記載すること。  | —                | —                              |
| 144 | N001   | 顎口腔機能診断料                | 全体の「その他」欄に歯科矯正、動的処置、マルチブラケット法及び保定の開始の区別(顎口腔機能診断料は顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名)を記載し、それぞれ最初の診断に係る記載とは別に前回顎口腔機能診断料の算定年月日を記載すること。   | —                | —                              |
| 145 | N002   | 歯科矯正管理料                 | 全体の「その他」欄に算定年月日及び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。  | —                | —                              |
| 146 | N004   | 模型調整 2 予測模型             | 全体の「その他」欄に予測歯数を記載すること。   | —                | —                              |
| 147 | N005   | 動的処置                    | 全体の「その他」欄に算定年月日及び動的処置又はマルチブラケット法の開始年月日並びに同月内における算定回数を記載すること。   | —                | —                              |
| 148 | N008-2 | 植立                      | (歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を算定した保険医療機関からの依頼による場合)<br>当該診断料を算定した保険医療機関名を記載すること。<br><br>(アンカースクリュー脱離後の再埋入において特定保険医療材料を算定する場合又は治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する場合)<br>アンカースクリュー脱離後の再埋入において特定保険医療材料を算定する場合又は治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する旨を記載すること。 | 820100365        | アンカースクリュー脱離後の再埋入の場合            |
|     |        |                         |  | 820100366        | 治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する場合    |
| 149 | N009   | 撤去                      | (装置を撤去した場合)<br>撤去の費用が算定できない場合であっても、全体の「その他」欄に撤去した装置の名称を記載すること。<br><br>(歯科矯正用アンカースクリューの撤去について、歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を算定した保険医療機関からの依頼による場合)<br>当該診断料を算定した保険医療機関名を記載すること。  | —                | —                              |
| 150 | N018   | マルチブラケット装置              | 全体の「その他」欄にステップ名(例:ステップ I、1装置目)及びそのステップにおける回数を記載すること。   | —                | —                              |
| 151 | N100   | 特定保険医療材料(矯正)            | (特定保険医療材料において、装着材料、スクリュー、バンド、ブラケット、チューブ、矯正用線、不銹鋼、特殊鋼等を使用した場合)<br>全体の「その他」欄に特定保険医療材料に掲げる名称を記載すること。  | —                | —                              |

※「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。



別表 I -2(歯科)

| 項番 | 記載欄                  | 区分   | 項目(診療行為名等)                      | 略称           |
|----|----------------------|------|---------------------------------|--------------|
| 1  | 歯冠修復及び欠損補綴<br>「その他」欄 | M010 | 鑄造用ニッケルクロム合金を用いた金属歯冠修復を算定した場合   | Ni-In(単)     |
|    |                      |      |                                 | Ni-In(複)     |
|    |                      |      |                                 | Ni-3/4Cro    |
|    |                      |      |                                 | Ni-4/5Cro    |
|    |                      |      |                                 | Ni-FMC       |
| 2  | 歯冠修復及び欠損補綴<br>「その他」欄 | M011 | 鑄造用ニッケルクロム合金を用いたレジン前装金属冠を算定した場合 | N i - 前装 M C |
| 3  | 歯冠修復及び欠損補綴<br>「その他」欄 | M020 | 鑄造用ニッケルクロム合金を用いた鑄造鉤を算定した場合      | N i - C I    |
| 4  | 歯冠修復及び欠損補綴<br>「その他」欄 | M023 | 鑄造用ニッケルクロム合金を用いたバーを算定した場合       | バー ( N i )   |