

レセプト記載要領の注意事項

【医科点数表】

第1部 医学管理等

B013 療養費同意書交付料

POINT!

療養費同意書交付料を算定する場合、以下①、②について両方の記載をお願いします。

- ① 交付年月日
- ② 同意書又は診断書の病名欄に記載した病名

第2部 在宅医療

C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

- 1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1
- 2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2

POINT!

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定する場合、以下①～③について記載をお願いします。また、④に該当する場合はその旨を記載してください。

- ① 初回の指導管理を行った月日
- ② 直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに実施年月日
- ③ 当該管理料を算定する日の自覚症状等の所見
- ④ 2月を超えて当該療法の継続が可能であると認める場合、その理由

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2 の算定について、心不全である者のうち、日本循環器学会・日本心不全学会による ASV 適正使用に関するステートメントに留意した上で ASV 療法を継続せざるを得ない場合、②の記載は不要です。

(①, ③, ④の記載は必要であることにご留意ください。)

C150 血糖自己測定器加算

POINT!

血糖自己測定器加算を算定する場合、血糖自己測定の回数の記載が必要です。

※回数は1日単位ではなく、月の合計回数をご記入ください。

第3部 検査

D215 超音波検査

2 断層撮影法(心臓超音波検査を除く)

□ その他の場合

(1)胸腹部

- ア 消化器領域
- イ 腎・泌尿器領域
- ウ 女性生殖器領域
- エ 血管領域(大動脈・大静脈等)
- オ 腹腔内・胸腔内の貯留物等
- カ その他

POINT!

超音波検査：2 断層撮影法(心臓超音波検査を除く)：その他の場合：(1) 胸腹部を算定する場合は、「ア」～「カ」より検査を行った領域を記載ください。

複数の領域を行った場合は全ての領域を記載ください。

また、「カ その他」に該当する場合は、具体的な臓器又は領域の記載をお願いします。

D282-4 ダーモスコピー

注 検査の回数又は部位数にかかわらず、4月に1回に限り算定する。

POINT!

●新たに他の病変があり、かつ医学的な必要性から検査を行う場合は4月に2回以上算定できますが、診療報酬明細書の摘要欄に算定理由を記載いただく必要があります。(その場合でも、1月に1回が算定上限となります。)

●ダーモスコピーのように算定回数が数か月に1回、又は年1回とされている検査については、前回の実施日(初回である場合は初回である旨)の記載が必要です。

第4部 画像診断

E001 写真診断

1 単純撮影

POINT!

- 単純撮影を算定する場合、撮影部位を記載要領より選択して記載してください。選択する部位がない場合は「その他」を選択し、具体的部位の記載をお願いします。
- 四肢(例:手関節, 足関節)については、左・右・両側の別を記載してください。