

事務連絡
令和8年5月1日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部） 御中
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

令和8年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添1から別添11までのおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

また、令和8年3月5日付官報（号外第46号）及び令和8年3月27日付官報（号外第71号）に掲載された令和8年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添12のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定ですので、あらかじめお知らせします。

- ・「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」
（令和8年3月5日保医発0305第6号）（別添1）
- ・「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和8年3月5日保医発0305第7号）（別添2）
- ・「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和8年3月5日保医発0305第8号）（別添3）
- ・「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和8年3月5日保医発0305第9号）（別添4）
- ・「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部改正に伴う特定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について」
（令和8年3月5日保医発0305第2号）（別添5）
- ・「特定保険医療材料の定義について」
（令和8年3月5日保医発0305第4号）（別添6）
- ・「「診療報酬における加算等の算定対象等となるバイオ後続品」について」
（令和8年3月5日保医発0305第13号）（別添7）
- ・「院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等に係る届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和8年3月5日保医発0305第17号）（別添8）

- ・ 「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」
（令和8年3月27日保医発0327第2号）（別添9）
- ・ 「歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について」
（令和8年3月27日保医発0327第3号）（別添10）
- ・ 「「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について」
（令和8年3月27日老老発0327第2号・保医発0327第3号）（別添11）

(別添 1)

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
(令和 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 6 号)

別添 1

医科診療報酬点数表に関する事項

(割愛)

歯科診療報酬点数表に関する事項

第 1 章 基本診療料

第 1 部 初・再診料

第 1 節 初診料

A 0 0 0 初診料

- (23) 「注 10」に規定する歯科外来診療医療安全対策加算 1 及び歯科外来診療医療安全対策加算 2 は、歯科診療の特性を踏まえ、患者にとってより安全で安心できる歯科外来診療の医療安全対策に係る取組を評価したものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、外来診療に係る初診を行った場合に加算する。なお、「注 16」に規定する情報通信機器を用いた初診の場合は、当該加算は算定できない。
- (24) 「注 11」に規定する歯科外来診療感染対策加算 1 及び歯科外来診療感染対策加算 3 は、歯科診療の特性を踏まえ、患者にとってより安全で安心できる歯科外来診療の感染対策に係る取組を評価したものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、外来診療に係る初診を行った場合に加算する。なお、「注 16」に規定する情報通信機器を用いた初診の場合は、当該加算は算定できない。
- (25) 「注 11」に規定する歯科外来診療感染対策加算 2 及び歯科外来診療感染対策加算 4 は、新型インフルエンザ等感染症等の患者に対応可能な歯科外来診療の体制整備に係る取組を評価したものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、外来診療に係る初診を行った場合に加算する。なお、「注 16」に規定する情報通信機器を用いた初診の場合は、当該加算は算定できない。

第 2 章 特掲診療料

第 1 部 医学管理等

B 0 0 0 - 4 - 3 口腔機能管理料

- (1) 口腔機能管理料とは、50 歳以上の歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等による口腔機能低下症の患者に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として行う医学管理を評価したものをいい、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者に対して、管理計画に基づき継続的な管理を実施する場合に当該管理料を算定する。当該管理を行うに当たっては、関係学会より示されている「口腔機能低下症に関する基本的な考え方」(令和 ~~6~~⁸ 年 3 月日本歯科医学会)を参考とすること。

第 2 部 在宅医療

C 0 0 1 - 7 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料

- (4) 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 4 は、当該保険医療機関の歯科医師又は歯

科医師から指示を受けた歯科衛生士が、自宅での療養を行っている患者であって、C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又はC001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の患家にて経口による継続的な食事摂取を支援するためのに食事観察もを行い、それらの結果に基づいて患者又はその看護に当たっている者への口腔管理に関する技術的助言・協力し、当該患者に口腔機能等に係る指導を行った場合に、月に1回に限り算定する。

第3部 検査

第1節 検査料

D002-6 口腔細菌定量検査

- (1) 口腔細菌定量検査とは、舌の表面を擦過し採取されたもの又は舌の下部から採取された唾液を検体として、口腔細菌定量分析装置を用いて細菌数を定量的に測定することをいう。口腔細菌定量検査の実施は「口腔バイオフィーム感染症に関する基本的な考え方」（令和6年3月日本歯科医学会）及び「口腔機能低下症に関する基本的な考え方」（令和6-8年3月日本歯科医学会）を参考にすること。

D011 有床義歯咀嚼機能検査

- (11) I017-1-3に掲げる舌接触補助床若しくはM025に掲げる口蓋補綴、顎補綴を装着する場合において、H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1の「2 舌接触補助床の場合」若しくは「3-4 その他の場合」を算定している患者又はJ109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の(5)に準ずる場合において、B013-3に掲げる広範囲顎骨支持型補綴物管理料を算定している患者について、咀嚼機能検査を行う必要がある場合については、当該患者の装着する装置を新製しない場合においても当該検査を算定できる。

D012 舌圧検査

- (4) (2)及び(3)以外に、「注2」に規定する患者に対して舌の運動機能を評価する目的で当該検査を行った場合は、月2回に限り算定する。なお、この場合において、B013-3に掲げる広範囲顎骨支持型補綴物管理料、H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1の「2 舌接触補助床の場合」若しくは「3-4 その他の場合」、I017-1-3に掲げる舌接触補助床、M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴又はM025-2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴と同日に算定して差し支えない。

第7部 リハビリテーション

第1節 リハビリテーション料

H001-4 歯科口腔リハビリテーション料3

- (2) 「2 口腔機能の低下を来している患者の場合」は、口腔機能の回復又は維持・向上を目的としてB000-4-3に掲げる口腔機能管理料又はC001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定する患者に対し、管理計画に基づき口腔機能に係る指導・訓

練を行った場合に算定する。当該指導・訓練を行うに当たっては、関係学会より示されている「口腔機能低下症に関する基本的な考え方」（令和~~6~~8年3月日本歯科医学会）を参考とすること。

第9部 手術

第1節 手術料

J063 歯周外科手術

- (1) 歯周外科手術とは、D002に掲げる歯周病検査の「2 歯周精密検査」に規定する歯周精密検査の結果に基づき行われる歯周ポケット搔爬術、新付着手術、歯肉切除手術、歯肉剥離搔爬手術、歯周組織再生誘導手術及び歯肉歯槽粘膜形成手術をいう。ただし、歯周病の治療を目的としない「6 歯肉歯槽粘膜形成手術」を実施した場合はこの限りではない。なお、歯周外科手術の実施に当たっては、「歯周病の治療に関する基本的な考え方」（令和~~2~~8年3月日本歯科医学会）を参考とする。
- (6) ~~暫間固定に当たって印象採得を行った場合は1装置につきM003に掲げる印象採得の「3 口腔内装置」を、咬合採得を行った場合は、1装置につき、装置の範囲に相当する歯数が8歯以下の場合はM006に掲げる咬合採得の「2のロの(1) 少数歯欠損」、装置の範囲に相当する歯数が9歯以上はM006に掲げる咬合採得の「2のロの(2) 多数歯欠損」又は装置の範囲に相当する歯数が全歯にわたる場合はM006に掲げる咬合採得の「2のロの(3) 総義歯」の所定点数を、装着を行った場合は1装置につきM005に掲げる装着の「3 口腔内装置等の装着の場合」の所定点数及び装着材料料を算定する。ただし、エナメルボンドシステムにより連結固定を行った場合は、装着料及び装着材料料は別に算定できない。暫間固定の際に用いる保険医療材料等の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。~~

第10部 麻酔

第1節 麻酔料

K006 歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）

- (5) 「2」については、(4)のロ及びニ並びに以下のイ及びロを満たすこと。
- イ 厚生労働大臣が定める施設基準に適合している保険医療機関において、当該保険医療機関において勤務を行っている歯科医師であって、歯科麻酔科医の指導の下に麻酔を担当するもの（以下この区分において単に「担当歯科医師」という。）又は当該保険医療機関の歯科麻酔科医が、麻酔前後の診察を行い、担当歯科医師が、麻酔を行うこと。
- ロ 主要な麻酔手技を実施する際には、歯科麻酔科医の管理下で行わなければならない。この場合、当該歯科麻酔科医は、麻酔中の患者と同室又は隣接する部屋にいる必要があること。

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

第1節 歯冠修復及び欠損補綴診療料

M002 支台築造

(7) 乳歯について、支台築造は算定できない。ただし、後継永久歯が先天性に欠如している乳歯に対する全部金属冠、レジン前装金属冠~~及び~~、硬質レジンジャケット冠~~及び~~CAD/CAM冠の歯冠形成については、支台築造を算定して差し支えない。

M015-2 CAD/CAM冠

(8) (1)にかかわらず、M003-4に掲げる光学印象により印象採得を行った場合は、直接法により取得したデータを用いて、歯科用CAD/CAM装置によりCAD/CAM冠を製作しても差し支えない。

M015-3 CAD/CAMインレー

(5) 特定保険医療材料料は別に算定する。なお、(2-3)のハについて、CAD/CAM冠用材料は永久歯に準じて算定する。

M017-3 チタンブリッジ

(3) チタンブリッジを装着する場合は、次により算定する。

イ 歯冠形成を行った場合は、以下のいずれかにより算定する。また、~~「注2」に規定する~~レジン前装加算のための支台歯形成を行った際には、M001に掲げる歯冠形成の「注2」、「注3」、「注6」又は「注7」の加算を算定する。

① 生活歯の歯冠形成を行う場合は、M001に掲げる歯冠形成の「1のイ 金属冠」及びM001に掲げる「注1」の加算を算定する。

② 失活歯の歯冠形成を行う場合は、M001に掲げる歯冠形成の「2のイ 金属冠」及びM001に掲げる歯冠形成の「注1」の加算を算定する。

M021-3 磁性アタッチメント

(1) 磁性アタッチメントとは、磁石構造体とキーパーからなり、有床義歯を磁気吸引力により口腔内に維持する支台装置をいう。ただし、ダイレクトボンディング法（接着性レジンセメントを用いてキーパーをキーパーの装着されていないキーパー付き根面板に装着する方法をいう。）により製作されたキーパーを装着した根面板（以下「キーパー付き根面板」という。）を用いる場合に限る。なお、実施に当たっては、「磁性アタッチメントを支台装置とする有床義歯の診療に対する基本的な考え方」（令和~~3~~4年~~8~~12月日本歯科医学会）を参考とする。

M025 口蓋補綴、顎補綴

(11) 本区分により算定する装置の調整は1回につきH001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1「~~3~~4 その他の場合」により算定する。

第15部 その他

第3節 支援料

P200 歯科技工所ベースアップ支援料（1装置につき）

(3) 本区分は、M005に掲げる装着又はN008に掲げる装着の算定日に算定する。ま

た、装着の費用が含まれるM002に掲げる支台築造、M003-2に掲げる暫間歯冠補綴装置、M018-2に掲げる3次元プリント有床義歯、M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴（ホッツ床に限る。）、M025-2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴、N019に掲げる保定装置（7に限る。）又はN025に掲げるトルキングアーチについては、各区分の算定日に本区分を算定する。

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて
(令和8年3月5日保医発0305第7号)

第4 経過措置等

- 1 第2及び第3の規定にかかわらず、令和8年5月31日現在において現に入院基本料等を算定している保険医療機関において、引き続き当該入院基本料等を算定する場合（名称のみが改正されたものを算定する場合を含む。）には、新たな届出を要しない。ただし、令和8年6月以降の実績により、届出を行っている入院基本料等の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。また、令和8年度診療報酬改定において、新設された又は施設基準が創設された入院基本料等（表1）及び施設基準が改正された入院基本料等のうち届出が必要なもの（表2）については、令和8年6月1日以降の算定に当たり届出を行う必要があること。なお、表2における経過措置期間については、令和8年3月31日時点で改正前の当該入院基本料等の届出を行っている保険医療機関についてのみ適用される。

表2 施設基準が改正された入院基本料等

(中略)

- ・ 地域包括医療病棟入院料2（令和8年3月31日時点で「旧算定方法」別表第一「A304」に掲げる地域包括医療病棟入院料に係る届出を行っている病棟において、令和8年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料1（令和8年8月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料~~1~~、2、3及び4（令和8年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- ・ ~~回復期リハビリテーション入院医療管理料（令和8年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）~~
- ・ 精神科救急急性期医療入院料の注5に規定する精神科救急医療体制加算
- ・ 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料（令和8年~~10~~8月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

表3 施設基準が改正された入院基本料等（届出を必要としないもの）

(中略)

- ・ 小児入院医療管理料
- ・ 回復期リハビリテーション入院医療管理料
- ・ 地域包括ケア病棟入院料

表4 施設基準等の名称が変更されたが、令和8年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

(中略)		
初診料（歯科）の注 16 及び再診料（歯科）の注 12 に掲げる基準	⇒	初診料（歯科）の注 16 及び再診料（歯科）の注 13 に掲げる基準
(中略)		
精神病棟入院基本料	⇒	精神病棟入院料

様式 4 の 3

初診料（歯科）の注 16 及び再診料（歯科）の注 1213 に掲げる
 情報通信機器を用いた歯科診療の施設基準に係る届出書添付書類

1 診療体制等

要件	該当
(1) 「歯科におけるオンライン診療の適切な実施に関する指針」 （以下「歯科オンライン指針」という。）に沿って診療を行う 体制を有していること。	<input type="checkbox"/>
(2) 対面診療を行う体制を有していること。	<input type="checkbox"/>

2 患者急変時等において、対面診療が困難な場合に連携する保険医療機関

① 名称	
② 所在地	
③ 担当歯科医師名	

3 歯科医師の配置状況

配置歯科医師の 氏名	経験等	研修修了番号/ 受講番号等	研修修了年月日
	<input type="checkbox"/>	情報通信機器を用いた 歯科診療を実施する 歯科医師が、歯科 オンライン指針に定め る「厚生労働省が 定める研修」を修了 している	

[記載上の注意]

- には適合する場合「✓」を記入すること。
- 「3」については、研修修了証を添付すること。ただし、当該研修の修了番号（受講番号等でも可。）及び研修修了年月日を記載する場合は添付を省略して差し支えない。その場合は、研修の修了を確認できる文書を保険医療機関内に保管すること。

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

(令和8年3月5日保医発0305第8号)

第2 届出に関する手続き

- 4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

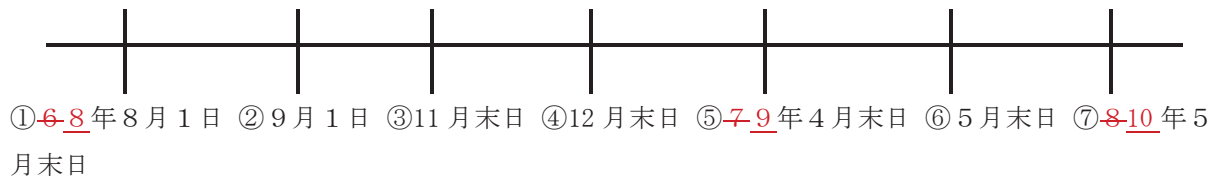
(12) 調剤基本料の施設基準

ア 処方箋受付回数等

新規届出の場合

例：令和8年8月1日に新規指定された薬局（(ロ)の場合）

- ・①から④までは調剤基本料1に該当するものとして取り扱う（ただし、保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しているものとして第88の4の2（2）に該当する場合は、特別調剤基本料Aとする。特別調剤基本料Aの施設基準に該当する場合を除き、特定の保険医療機関と不動産の取引等その他特別な関係を有している等の施設基準に該当する場合は調剤基本料3のイ又はロとする。上記の場合を除き、同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に40万回を超えるグループに属する場合は調剤基本料3のハとする。）。
- ・②から③までにおける実績で判断し、その翌々月（④の翌日）から⑥まで適用する。
- ・令和9年6月1日（⑥の翌日）から令和10年5月末日（⑦）までの調剤基本料の施設基準の適合は②から⑤までの期間における実績で判断する。



- 6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。なお、入院基本料等区分があるものについては、区分も付すこと。

(中略)

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注13（在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の注6の規定により準用する場合を含む。）、在宅がん医療総合診療料の注8及び歯科訪問診療料の注21に規定する在宅医療情報活用加算在宅医療DX情報活用加算（在宅DX）第 号

(中略)

在宅時医学総合管理料の注 14（施設入居時等医学総合管理料の注 5 の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準（在医総管 2）第 号
(中略)

在宅時医学総合管理料の注 16（施設入居時等医学総合管理料の注 5 の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準（在医総管 3）第 号

第 4 経過措置等

表 1 新設された又は施設基準が創設された特掲診療料

(中略)

- ・ 口腔機能実地指導料
- ・ 在宅時医学総合管理料の注 16（施設入居時等医学総合管理料の注 5 の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準
- ・ 歯科訪問診療料の注 7 に規定する基準

(中略)

- ・ ~~医科連携体制加算~~

表 2 施設基準の改正された特掲診療料（届出が必要なもの）

(中略)

- ・ ~~在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料~~

別添 1

特掲診療料の施設基準等

(割愛)

|

|

|

|

|

(割愛)

第13の2の2 小児口腔機能管理料の注7、並びに口腔機能管理料の注7及び歯科特定疾患療養管理料の注5に規定する施設基準

- 1 小児口腔機能管理料の注7、並びに口腔機能管理料の注7及び歯科特定疾患療養管理料の注5に規定する施設基準

基本診療料施設基準通知別添1の第4の3に掲げる歯科点数表の初診料の注16及び再診料の注13に規定する施設基準の届出を行っていること。

- 2 届出に関する事項

歯科点数表の初診料の注17及び再診料の注13に規定する施設基準の届出を行ってればよく、小児口腔機能管理料の注7、並びに口腔機能管理料の注7及び歯科特定疾患療養管理料の注5に規定する情報通信機器を用いた歯科診療として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第14の1の3 歯科訪問診療料の注7に規定する施設基準

- 1 歯科訪問診療料の注7に規定する施設基準

(1) 次のいずれかに該当すること。

ア 過去1年間に歯科訪問診療料1又は歯科訪問診療料2の算定実績が12回以上あること。

イ 過去1年間に患家で療養している患者又は入院患者に対する歯科訪問診療の実績が6回以上あること。

(割愛)

(割愛)

第 106 の 2 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I)

3 届出に関する事項

- (5) 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、~~場合~~には、別添 2 の様式 100 の別添 1 の代わりに、別添 2 の様式 100 の別添 2 を用いることとする。

(割愛)

在宅療養支援歯科診療所 1 若しくは 2 又は在宅療養支援歯科病院の
施設基準に係る届出書添付書類

届出区分 (該当するいずれか 1 つを○で囲むこと)	1 : 在宅療養支援歯科診療所 1 2 : 在宅療養支援歯科診療所 2 3 : 在宅療養支援歯科病院
-------------------------------	--

1. 歯科訪問診療の割合(届出前 1 月間の実績)

①歯科訪問診療料を算定した人数	人
②外来で歯科診療を提供した人数	人
歯科訪問診療を提供した患者数の割合 ①/(①+②)/・・・(A)	

※ ①については、歯科訪問診療料(歯科訪問診療 1、2、3、4 若しくは 5 又は歯科訪問診療料の注15「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」若しくは注19「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」)を算定した患者の延べ人数を記載すること。

※ ②については、診療所で歯科初診料、歯科再診料を算定した患者の延べ人数を記載すること。

2. 歯科訪問診療の実績

在宅療養支援歯科診療所 1 の届出を行う場合(次のいずれかに該当すること。)

① 直近 1 か月に歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2 又は歯科訪問診療料 3 を合計10回以上算定していること。	
歯科訪問診療 1、2 又は 3 の算定回数 (届出前 1 月間の実績)	回
歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2 又は歯科訪問診療料 3 を合計10回以上算定している	1 : 満たしている 2 : 満たしていない
② 直近 1 か月に歯科訪問診療 2 から 5 までのいずれかを算定した回数が 5 回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合が 6 割以上であること。	
①歯科訪問診療 2 から 5 までの算定回数 (届出前 1 月間の実績)	回
②歯科訪問診療 2 から 5 までのうち、20分以上の歯科訪問診療を算定した回数 (届出前 1 月間の実績)	回
②歯科訪問診療 2 から 5 までのうち、20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合 ②/①	
歯科訪問診療 2 から 5 までのいずれかを算定した回数が 5 回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合が 6 割以上である	1 : 満たしている 2 : 満たしていない
③ 直近 1 か月に在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を合計 5 回以上算定していること。	
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数 (届出前 1 月間の実績)	回
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を合計 5 回以上算定している	1 : 満たしている 2 : 満たしていない
④ 研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設であること。	
研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設である	1 : 満たしている 2 : 満たしていない

在宅療養支援歯科診療所2の届出を行う場合（次のいずれかに該当すること。）

① 過去1年間に歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3を合計4回以上算定していること。	
歯科訪問診療1、2又は3の算定回数 (届出前1年間の実績)	回
歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3 を合計4回以上算定している	1：満たしている 2：満たしていない
② 研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設であること。 (在宅療養支援歯科診療所1、2又は在宅療養支援歯科病院の届出を行う場合)	
研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して 歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設である	1：満たしている 2：満たしていない

在宅療養支援歯科病院の届出を行う場合（次のいずれかに該当すること。）

① 過去1年間に歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3の算定件数及び他の保険医療機関からの要請により歯科訪問診療による歯科治療が困難な患者の受入れを行った実績が合計18回以上であること。	
歯科訪問診療1、2又は3の算定回数 (届出前1年間の実績)	回
他の保険医療機関からの要請により歯科訪問診療による 歯科治療が困難な患者の受入れ (届出前1年間の実績)	回
歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3 を合計4回以上算定している	1：満たしている 2：満たしていない
② 直近1か月に歯科訪問診療2から5までのいずれかを算定した回数が5回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合が6割以上であること。	
①歯科訪問診療2から5までの算定回数 (届出前1月間の実績)	回
②歯科訪問診療2から5までのうち、20分以上の歯科 訪問診療を算定した回数 (届出前1月間の実績)	回
②歯科訪問診療2から5までのうち、20分以上の歯科 訪問診療を算定した回数の割合 ②/①	
歯科訪問診療2から5までのいずれかを算定した回数が 5回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問診療 を算定した回数の割合が6割以上である	1：満たしている 2：満たしていない
③ 直近1か月に在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を合計10回以上算定していること。	
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 の算定回数 (届出前1月間の実績)	回
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 を合計5回以上算定している	1：満たしている 2：満たしていない
④ 研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設であること。	
研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して 歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設である	1：満たしている 2：満たしていない

※ 歯科訪問診療料の注15「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」又は注19「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」のうち、歯科訪問診療1、2又は3に相当する診療を含めた、算定回数を記載すること。

3. 高齢者の口腔機能管理等に係る研修の受講歴等

受講者 1	
受講者名 (常勤歯科医師名)	
研修名	
受講年月日 (和暦で記載すること)	年 月 日
当該講習会の主催者	
講習の内容等	
受講者 2	
受講者名 (常勤歯科医師名)	
研修名	
受講年月日 (和暦で記載すること)	年 月 日
当該講習会の主催者	
講習の内容等	
受講者 3	
受講者名 (常勤歯科医師名)	
研修名	
受講年月日 (和暦で記載すること)	年 月 日
当該講習会の主催者	
講習の内容等	

※ 高齢者の心身の特性(認知症に関する内容を含む。)、高齢者の口腔機能管理、緊急時の対応等に関する内容を含むものであること。

※ 研修会の修了証の写し又は当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧の添付でも可とするものであること。

4. 歯科衛生士の氏名等

歯科衛生士 1	
歯科衛生士名	
常勤又は非常勤(常勤又は非常勤を○で囲むこと)	1 : 常勤 2 : 非常勤
歯科衛生士 2	
歯科衛生士名	
常勤又は非常勤(常勤又は非常勤を○で囲むこと)	1 : 常勤 2 : 非常勤
歯科衛生士 3	
歯科衛生士名	
常勤又は非常勤(常勤又は非常勤を○で囲むこと)	1 : 常勤 2 : 非常勤

5. 迅速に対応できる体制に係る事項

(1) 患者からの連絡を受ける体制

担当者数		人
担当者 1		
担当者名		
職種		
担当者 2		
担当者名		
職種		
担当者 3		
担当者名		
職種		

(2) 歯科訪問診療体制

担当医数		人
担当医名		

6. 在宅医療を担う他の保険医療機関等からの歯科訪問診療の依頼実績（届出前1年間の実績）

依頼元 1	
施設名	
回数	回
依頼元 2	
施設名	
回数	回
依頼元 3	
施設名	
回数	回
合計回数	回

7. 保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の実績（以下のいずれかに該当すること。）

① 地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・診療所・介護保険施設等が実施する多職種連携に係る会議等の出席	
会議等の名称	
② 病院・診療所・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実績又は口腔管理への協力（届出前1年間）	
協力施設名	
③ 歯科訪問診療に関する他の保険医療機関との連携実績（年1回）	
保険医療機関名	
④ 次のうち該当する項目に、算定件数（届出前1年間）を記載する。	
在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料（1から3までに限る。）	件
退院時共同指導料 1	件
医科連携訪問加算	件
在宅歯科医療連携加算 1	件
在宅歯科医療連携加算 2	件
小児在宅歯科医療連携加算 1	件
小児在宅歯科医療連携加算 2	件
在宅歯科医療情報連携加算	件
在宅患者連携指導料	件
在宅患者緊急時等カンファレンス料	件

8. 在宅歯科診療に係る後方支援の機能

①在宅療養支援歯科診療所1又は2の届出を行う場合 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。	
医療機関の名称	
所在地	
連絡先	
②在宅療養支援歯科病院の届出を行う場合 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有していること。	
在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有している	1：満たしている 2：満たしていない

以下、9～13については、1. の(A)が0.95以上である診療所のみ記載

9. 過去1年間に、5か所以上の保険医療機関から初診患者の診療情報提供を受けていること。

① 保険医療機関名	
② 保険医療機関名	
③ 保険医療機関名	
④ 保険医療機関名	
⑤ 保険医療機関名	

10. 直近3か月に当該診療所で行われた歯科訪問診療のうち、6割以上が歯科訪問診療1を算定していること。

① 歯科訪問診療1		人
② 歯科訪問診療2		人
③ 歯科訪問診療3		人
④ 歯科訪問診療4		人
⑤ 歯科訪問診療5		人
歯科訪問診療1の算定割合 ① / (①+②+③+④+⑤)		

※1 ①～⑤の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

※2 歯科訪問診療1には歯科訪問診療料の注15「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」又は注19「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者数を含む。

※3 歯科訪問診療2には歯科訪問診療料の注15「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」又は注19「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者を除いた患者数を含む。

11. 在宅歯科医療に係る3年以上の経験を有する歯科医師が勤務していること。

① 歯科医師		
歯科医師名		
経験年数		年
② 歯科医師		
歯科医師名		
経験年数		年
⑤ 歯科医師		
歯科医師名		
経験年数		年

12. 歯科用ポータブルユニット、歯科用ポータブルバキューム及び歯科用ポータブルレントゲンを有していること。

① ポータブルユニット		
医療機器認証番号		
製品名		
製造販売業者名		
② ポータブル <u>ユニットバキューム</u>		
医療機器認証番号		
製品名		
製造販売業者名		
③ ポータブル <u>ユニットレントゲン</u>		
医療機器認証番号		
製品名		
製造販売業者名		

※ ①～③について、各欄に書ききれない場合は備考欄に医療機器認証番号、製品名及び製造販売業者名を記載すること。

13. 歯科訪問診療において、過去1年間の診療実績（歯科点数表に掲げるのうち、次に掲げるものの算定実績をいう。）

①抜髄	回
②感染根管処置	回
③ ①及び②の合計 (③=①+②)	回
④抜歯手術	回
⑤有床義歯の新製	回
⑥有床義歯修理	回
⑦有床義歯内面適合法	回
⑧ ⑤、⑥及び⑦の合計 (⑧=⑤+⑥+⑦)	回

※1 回数は延べ算定回数を記載すること。

※2 ③、④が20回以上であること。

※3 ⑤、⑥及び⑦がそれぞれ5回以上であること。

※4 ⑧が40回以上であること。

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード	
又は保険薬局コード	

届出番号	
------	--

連絡先

担当者氏名 :

電話番号 :

(届出事項)

の施設基準に係る届出

↓チェックをしてください。すべての基準に適合していない場合には届出ができません。

- 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているのので、別添の様式を添えて届出します。

令和 年 月 日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名

殿

備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。

2 □には、適合する場合「✓」を記入すること。

3 届出書は、1通提出のこと。

〔 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)
歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ) 〕 の施設基準に係る届出書添付書類

◎以下について確認の上、必ず☑を記載すること

※項目が未チェックです

誓約書

毎年8月に、①前年度の賃金改善の取組状況について、様式100「賃金改善実績報告書」により報告すること、②算定を行っている年度における賃金改善の取組状況について、様式100「賃金改善中間報告書」により報告することについて、理解しました。

本評価料による収入については全て対象職員の賃上げに充当することについて、誓約します。

年 月 日 開設者名： _____

◎必要記載項目

1 保険医療機関コード _____

保険医療機関名 _____

2 届出を行う評価料

- 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)
 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)

3 外来医療等の実施の有無

- 外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関(医科)
 外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関(歯科)

4 対象職員(常勤換算)数

_____ 人

※ 対象職員とは、自保険医療機関に勤務する職員をいう。

(ただし、40歳以上の医師及び歯科医師並びに業務委託により勤務する者を除く。)

※ 本様式の届出時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。

※ 0より大きい数であればよい。

5 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)注5に係る算定要件確認

※以下の①～③のいずれかの該当する項目に、チェックを付けてください。

＜外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の注5に該当する医療機関＞

- ① 令和8年3月31日時点において、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)」を届け出ている保険医療機関
② 「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)」または「入院ベースアップ評価料」を届け出ていなかったが本様式届出時点において、施設基準通知に記載された給与水準以上の賃上げを行った保険医療機関

＜外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の注5に該当しない医療機関＞

- ③ ①・②に該当せず、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)」のみを届け出る保険医療機関

(2) 外来・在宅ベースアップ評価料及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料の算定可否

【記載上の注意】

1 「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。

なお、いずれにも該当する保険医療機関にあつては、いずれも☑を記載すること。

2 「3」については、外来医療等の実施の有無について☑を記載すること。

なお、いずれにも該当する保険医療機関にあつては、いずれも☑を記載すること。

3 「4」については、本様式の届出時点における対象職員の人数を常勤換算数で記載すること。

なお、常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1）とする。

〔 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)
 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 〕 の施設基準に係る届出書添付書類 (新規・区分変更)

◎以下について確認の上、必ず☑を記載すること

※項目が未チェックです

誓約書

毎年8月に、①前年度の賃金改善の取組状況について、様式100「賃金改善実績報告書」により報告すること、②算定を行っている年度における賃金改善の取組状況について、様式100「賃金改善中間報告書」により報告することについて、理解しました。

本評価料による収入については全て対象職員の賃上げに充当することについて、誓約します。

年 月 日 開設者名： _____

◎必要記載項目

1 保険医療機関コード _____
 保険医療機関名 _____

2 届出を行う評価料

- 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)
- 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)

3 該当する届出

- 新規届出
- 区分変更

●対象職員(常勤換算)数

_____ 人

※区分変更の場合は前回届出時の人数も記入
 (前回届出時 _____ 人)
 1割以上の変動

※【記載上の注意】を参照

※ 原則2.0以上であるが、以下の項目に該当する場合はその限りではない。

対象職員(常勤換算)数が2.0人未満の場合、特定地域(※)に所在する保険医療機関に該当するか。

※「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域

(1)届出年月日 令和 _____ 年 _____ 月

〔 ※ 本様式の届出作業を行っている月をさす 例)令和8年6月から評価料を算定するために、令和8年5月に様式を記入する場合
 →令和【8】年【5】月 を入力 〕

(2)賃金改善開始年月日 令和 _____ 年 _____ 月

※ 当該年度における賃金改善を開始した月

4 区分計算

(1)算出方法

- 同一法人内の複数医療機関で通算して算出しますか。 はい (はいの場合は(2)の記入は不要、様式99の記入が必要)

(2)賃金改善算定基礎額の算出

●計算に必要な対象職種ごとの記載項目

ア 自保険医療機関に勤務する職員(医師・歯科医師、看護補助者、事務職員を除く)の月額賃金総額

円

イ 自保険医療機関に勤務する職員のうち、看護補助者及び事務職員の月額賃金総額

円

※ 月額賃金総額:届出を行う月(3(1)の月)の直近1月の総額 <対象月> 【 】

※ ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合(チェックしてください) →

ウ 自保険医療機関に勤務する職員のうち40歳未満の常勤医師及び歯科医師の人数

人 (※ ただし、事業主及び役員を除く)

エ 自保険医療機関に勤務する職員のうち、週22時間以上勤務する非常勤の医師及び歯科医師の人数

人 (※ただし、週22時間以上勤務する場合には、宿日直を除く。
また、事業主及び役員を除く。)

※ 人数:本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における1月あたりの平均の数値を用いる。

<対象月> 【 . . 】の平均

→【賃金改善算定基礎額】 円

(3)外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により算定される点数の見込み、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等の区分の上限を算出する値【B】

● 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数・金額の見込み

【算出の際に用いる「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の対象期間:

本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均】

点数表の項目		算定回数 月	算定回数 月	算定回数 月	算定回数 (直近3月平均)
医 科 点 数 表	① 初診料等	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回
	② 再診料等	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回
	③ 訪問診療料(同一建物以外)	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回
	④ 訪問診療料(同一建物)	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回
歯 科 点 数 表	⑤ 初診料等	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回
	⑥ 再診料等	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回
	⑦ 歯科訪問診療料(同一建物以外)	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回
	⑧ 歯科訪問診療料(同一建物)	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回

- ※ 本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均の数値(小数第二位を四捨五入)を記載すること。
- ※ 外来・在宅ベースアップ評価料の注5又は注7、歯科外来・在宅ベースアップ評価料の注5又は注7を算定している場合には、それぞれの当該評価料の1から3まで又は注6に規定する点数を算定したものとみなす。
- ※ 自由診療の患者については、計上しない。
公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

【合計】

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数見込み

回

※区分変更の場合は前回届出時の回数も記入
(前回届出時 回)

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定により算定される点数の見込み

点

1割以上の変動

(4) 【B】の値

$$\begin{aligned}
 \text{【B】} = & \frac{\left[\text{賃金改善算定基礎額} \times 0.5 - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び} \right. \\
 & \left. \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み}) \times 10\text{円} \right]}{\left[\begin{aligned} & \text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数の見込み} \times 8 \\ & + \text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数の見込み} \\ & + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数の見込み} \times 8 \\ & + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数の見込み} \end{aligned} \right]} \times 10\text{円}
 \end{aligned}$$

5 施設基準要件の確認

- 常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること
- 1月あたりの入院料(※)の算定回数が30未満の医療機関であること。
 ※ 医科点数表又は歯科点数表第1章第2部第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)、
 同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料1を除く。)
- 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の届出を行っており、
 入院ベースアップ評価料の届出を行っていない保険医療機関であること
- 社会保険診療等に係る収入金額(※)の合計額が、総収入の80/100を超えること。
 ※ 【記載上の注意】を参照

6 4(4)により算出した【B】に基づき、該当する区分の算出

(1) 算定が可能となる区分

※区分変更の必要はありません

※区分変更の必要はありません

(2) 届出する区分(いずれかを選択)

<input checked="" type="radio"/>	届出無し
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)3
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)4
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)5
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)6
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)7
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)9
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)10
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)11
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)12
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)13
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)14
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)15
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)16
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)17
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)18
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)19
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)20
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)21
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)22
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)23
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)24

<input checked="" type="radio"/>	届出無し
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)3
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)4
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)5
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)6
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)7
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)9
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)10
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)11
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)12
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)13
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)14
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)15
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)16
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)17
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)18
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)19
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)20
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)21
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)22
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)23
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)24

～令和9年5月末まで

～令和10年5月末まで

(3) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の注5・注6に係る算定要件確認

※以下の①～③のいずれかの該当する項目に、チェックを付けてください。

<外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の注5及び注6に該当する医療機関>

- ① **令和8年3月31日時点において**、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)」を届け出していた保険医療機関
- ② 「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)」または「入院ベースアップ評価料」を届け出ていなかったが
本様式届出時点において、施設基準通知に記載された給与水準以上の賃上げを行った保険医療機関

<外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の注5及び注6に該当しない医療機関>

- ③ 「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)」のみを届け出る保険医療機関

(4) 最終算定区分

※区分変更の必要はありません

※区分変更の必要はありません

【記載上の注意】

- 1 「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。
なお、いずれにも該当する保険医療機関にあつては、いずれも☑を記載すること。
- 2 「3」の「対象職員(常勤換算)数」については、自保険医療機関に勤務する職員をいう。ただし、40歳以上の医師及び歯科医師並びに業務委託により勤務する者を除く。また、事業主及び役員を含まない。
なお、本様式の届出時点における人数を常勤換算で記載すること。
常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数(当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする)。
- 3 「4」(2)対象職員の「月額賃金総額」とは、基本給又は決まって毎月支払われる手当(以下「基本給等」という。)及び時間外手当等の月ごとに変動して支払われる手当の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
なお、算出については、届出を行う月の直近1月の総額を用いること。ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合は、当該賃金改善を開始する前月の総額)を用いること。
「月額賃金総額」には、「令和7年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は、含めないものとする。
- 4 「4」(2)対象職員の「人数」については、本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における1月あたりの平均の数値を用いること。
- 5 「4」(3)「①初診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
 - ・医科点数表区分番号(以下5～8において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料
 - ・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のイ若しくは2のイ
 - ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(1)、1の口の(1)、2のイの(1)若しくは2の口の(1)
- 6 「4」(3)「②再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
 - ・区分番号A001に掲げる再診料
 - ・区分番号A002に掲げる外来診療料
 - ・区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の1
 - ・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1の口若しくは2の口
 - ・区分番号B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料
 - ・区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料
 - ・区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料
 - ・区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料
 - ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(2)、1の口の(2)、2のイの(2)若しくは2の口の(2)
 - ・区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 7 「4」(2)「③訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
 - ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のイ若しくは2のイ
 - ・区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料(訪問診療を行った場合に限る。)
- 8 「4」(2)「④訪問診療料(同一建物に係る算定回数)」については、以下の合計算定回数を記載すること。
 - ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1の口若しくは2の口
 - ・区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)
- 9 「4」(2)「⑤歯科初診料等に係る算定回数」については、歯科点数表区分番号(以下9～12において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料の合計算定回数を記載すること。
- 10 「4」(2)「⑥歯科再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
 - ・区分番号A002に掲げる再診料
 - ・区分番号B004-1-6に掲げる外来リハビリテーション診療料
 - ・区分番号B004-1-7に掲げる外来放射線照射診療料

- ・区分番号B004-1-8に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 11 「4」(2)「⑦歯科訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合を除く。)の合計算定回数を記載すること。
- 12 「4」(2)「⑧歯科訪問診療料(同一建物)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合。)
 - ・区分番号C000の2に掲げる歯科訪問診療料の2 歯科訪問診療2
 - ・区分番号C000の3に掲げる歯科訪問診療料の3 歯科訪問診療3
 - ・区分番号C000の4に掲げる歯科訪問診療料の4 歯科訪問診療4
 - ・区分番号C000の5に掲げる歯科訪問診療料の5 歯科訪問診療5
 - ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注15
 - ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注19
- 13 「5」の「社会保険診療等に係る収入金額」については、社会保険診療報酬のほか、労災保険制度等の収入が含まれる。

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)
 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)・歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)
 医科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等 通則第11号
 歯科点数表第1章第2部入院料等通則第9号

の注5
 の注5・注6

の施設基準に係る届出書添付書類

◎必要記載項目

1 保険医療機関コード

保険医療機関名

2 届出を行う評価項目

- 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)・歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の 注5
- 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)・歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の 注5・6
- 医科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等 通則11【入院料減算免除】
- 歯科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等 通則9【入院料減算免除】

届出年月日 令和 年 月

3 要件の確認

(1)開設時期【入院料減算免除】要件

●令和8年6月1日以降に、新規開設した保険医療機関か はい
 (該当する場合には(3)の記載は不要です。)

(2)ベースアップ評価料の算定有無(該当する項目1つに☑をしてください)【入院料減算免除】要件

(i)令和8年3月31日時点で入院ベースアップ評価料を届け出ている保険医療機関である。 はい
 (該当する場合には(3)の記載は不要です。)

(ii)令和8年3月31日時点で外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)を届け出ている有床診療所である。 はい
 (該当する場合には(3)の記載は不要です。)

(iii)本様式届出時点で外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)のみを届け出ている保険医療機関である。 はい
 ((3)③の記載が必要です。)

(iv)上記(i～iii)条件には該当しないが、減算免除を希望する保険医療機関である。 はい
 ((3)①・②の記載が必要です。)

(3)本評価項目に必要な賃上げ水準の算出【注5、注6】・【入院料減算免除】要件

○ 以下、基本給等総額については1か月当たりの額を記載してください。

※ 「基本給等総額」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の合計を計上すること。

【ベースアップ評価料対象職種について】

①ベースアップ評価料対象職員(医師、歯科医師・看護補助者・事務職員を除く。)の

基本給等(基本給又は決まって毎月支払われる手当)に係る事項

(Ⅰ) 当該評価料の算定を開始する年月	【当該評価料: <input type="text"/> / <input type="text"/> 】	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
(Ⅱ) 対象職員の常勤換算数【当該評価料の算定を開始する月(Ⅰ)時点】		人
(Ⅲ) 当該評価料を算定する時点における基本給等総額【評価料の算定を開始する月(Ⅰ)時点の基本給等総額】		円
(Ⅳ) (Ⅲ)と同じ対象職員で、令和6年3月時点の給与体系に当てはめた基本給等総額【賃金改善前の基本給等総額】		円
(Ⅴ) 施設基準要件を満たすために必要な賃上げ額【(Ⅳ)×0.055】		円

②ベースアップ評価料対象職員（看護補助者・事務職員）の

基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

(I) 当該評価料の算定を開始する年月	【当該評価料： / 】	令和	年	月
(II) 対象職員の常勤換算数【当該評価料の算定を開始する月（(I)）時点】				人
(III) 当該評価料を算定する時点における基本給等総額【評価料の算定を開始する月（(I)）時点の基本給等総額】				円
(IV) (III)と同じ対象職員で、令和6年3月時点の給与体系に当てはめた基本給等総額【賃金改善前の基本給等総額】				円
(V) 施設基準要件を満たすために必要な賃上げ額【(IV) × 0.08】				円

③入院料減算免除（上記3（2）(iii) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）のみを届け出ている保険医療機関の場合）

に該当する医療機関の対象職員（医師・歯科医師を除く）の基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

(I) 入院料の減算免除が開始する月	【当該評価料： 外来ベア（I）のみ】	令和	年	月
(II) 対象職員の常勤換算数【入院料の減算免除が開始する月（I）時点】				人
(III) (I) 入院料の減算免除が開始する月時点の基本給等総額【入院料の減算免除が開始する月（(I)）時点の基本給等総額】				円
(IV) (III)と同じ対象職員で、令和6年3月時点の給与体系に当てはめた基本給等総額【賃金改善前の基本給等総額】				円
(V) 施設基準要件を満たすために必要な賃上げ額【(IV) × 0.023】				円

ベースアップ評価料対象職員(40歳以下の常勤医師・歯科医師を除く。)の令和6年3月以降の賃金改善が、

必要な水準以上に達しているか(0以上の場合)は該当)

$$\ast \{ \textcircled{1}(\text{III}) + \textcircled{2}(\text{III}) \} - \{ \textcircled{1}(\text{IV}) + \textcircled{1}(\text{V}) + \textcircled{2}(\text{IV}) + \textcircled{2}(\text{V}) \} = \text{円}$$

(※賃上げ後の基本給等総額が、賃上げ前の基本給等総額＋賃上げ必要額と同等(0以上であるかを確認))

4 要件の該当可否

- 外来・在宅ベースアップ評価料（I）・歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I） 注5
及び
 - 外来・在宅ベースアップ評価料（II）・歯科外来・在宅ベースアップ評価料（II） 注5
- 【算定可否】

算定可能

5 入院料減算の要否

- 医科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等 通則11【入院料減算の免除】
及び
 - 歯科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等 通則9【入院料減算の免除】
- 【算定可否】

減算免除

【記載上の注意】

- 1 「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。
なお、外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）の注5、外来・在宅ベースアップ評価料（II）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（II）の注5・注6、医科診療報酬点数表第1章第2部入院料等通則11、歯科点数表第1章第2部入院料等通則第9号のいずれにも該当する保険医療機関にあっては、いずれも☑を記載すること。
- 2 「3」の（1）及び（2）については、該当する項目1つに☑を入れること。なお、該当しない場合は不要である。
- 3 「3」の（2）(iii)「外来・在宅ベースアップ評価料（I）のみを届け出ている」ということは、医科点数表の第14部第1節ベースアップ評価料等において、当該評価料のみを届け出ている医療機関をいう。
- 4 「3」の（3）の（I）「当該評価料」は、届け出る施設基準に係る評価料の項目をいう。
- 5 「3」の（3）の（II）「算定を開始する月」は、当該評価料を新たに算定し始める月のことをいう。

- 6 「3」の(3)の(Ⅱ)「対象職員の常勤換算数」は、本様式の届出時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。
常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数(当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする。)
- 7 「3」の(3)「基本給等総額」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の合計を計上すること。
- 8 「3」の(3)の(Ⅳ)は、(Ⅲ)と同じ対象職員で、令和6年3月時点の給与体系に当てはめた際の基本給等総額【賃金改善前の基本給等総額】は、(Ⅲ)と同じ対象職員が令和6年3月時点にいと仮定し、令和6年3月時点の給与体系に当てはめた場合の基本給等総額を求めること。
- 9 「3」の(3)の(Ⅴ)「必要な賃上げ額」は、届け出る施設基準の区分によって、必要な賃上げ水準が異なる。
- 10 「4」の「要件の該当可否」の結果及び「5」の「入院料減算の要否」に基づいて、算定可能若しくは減算免除となった場合、別添2と併せて本用紙を地方厚生(市)局長に提出すること。

ウ 保険医療機関に勤務する職員のうち40歳未満の常勤医師及び歯科医師の人数

人 (※ただし、事業主及び役員を除く)

エ 保険医療機関に勤務する職員のうち、週22時間以上勤務する非常勤の医師及び歯科医師の人数

人 (※ただし、週22時間以上勤務する場合には、宿日直を除く。
また、事業主及び役員を除く。)

※ 人数:本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における1月あたりの平均の数値を用いる。

<対象月> 【 】の平均

②賃金改善算定基礎額<通算して算出する医療機関の合計額>

→【賃金改善算定基礎額(通算)】 円

③賃金改善算定基礎額<申請する1医療機関分>

→【賃金改善算定基礎額】×【按分比率】 円

→この数値が様式96、様式97に転記されます

【記載上の注意点】

1 「2」(1)については、ベースアップ評価料に係る「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和8年3月5日保医発 0305 第 8 号)に記載された以下の項目を対象とする。

ア 社会保険診療(租税特別措置法(昭和 32 年法律第 26 号)第 26 条第2項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。)に係る収入金額(労働者災害補償保険法(昭和 22 年法律第50 号)に係る患者の診療報酬(当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額(全収入金額のおおむね 100 分の 10 以下の場合をいう。))の場合に限る。)及び保険外併用療養費(健康保険法第 86 条に規定する保険外併用療養費をいう。)を支給された場合に当該療養に関して患者から支払われる料金を含む。)

イ 健康増進法(平成 14 年法律第 103 号)第6条各号に掲げる健康増進事業実施者が行う同法第4条に規定する健康増進事業(健康診査に係るものに限る。以下同じ。)に係る収入金額(当該収入金額が社会保険診療報酬と同一の基準により計算されている場合に限る。)

ウ 予防接種(予防接種法(昭和 23 年法律第 68 号)第2条第6項に規定する定期の予防接種等その他医療法施行規則第 30 条の 35 の3第1項第2号口の規定に基づき厚生労働大臣が定める予防接種(平成 29 年厚生労働省告示第 314 号)に規定する予防接種をいう。)に係る収入金額

エ 助産(社会保険診療及び健康増進事業に係るものを除く。)に係る収入金額(1の分娩に係る助産に係る収入金額が 50 万円を超えるときは、50 万円を限度とする。)

オ 介護保険法の規定による保険給付に係る収入金額(租税特別措置法第 26 条第2項第4号に掲げるサービスに係る収入金額を除く。)

カ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第6条に規定する介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費、特例訓練等給付費、特定障害者特別給付費、特例特定障害者特別給付費、地域相談支援給付費、特例地域相談支援給付費、計画相談支援給付費、特例計画相談支援給付費及び基準該当療養介護医療費並びに同法第 77 条及び第 78 条に規定する地域生活支援事業に係る収入金額

キ 児童福祉法第 21 条の5の2に規定する障害児通所給付費及び特例障害児通所給付費、同法第 24 条の2に規定する障害児入所給付費、同法第 24 条の7に規定する特定入所障害児食費等給付費並びに同法第 24 条の 25 に規定する障害児相談支援給付費及び特例障害児相談支援給付費に係る収入金額

ク 国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等に係る収入金額

看護職員処遇改善評価料

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）

歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）

入院ベースアップ評価料

「賃金改善実績報告書 ・賃金改善中間報告書」

1. 「看護職員処遇改善評価料」、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」（「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」を含む）、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」（「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」を含む）及び「入院ベースアップ評価料」を算定する医療機関については、別添1の「実績報告書・中間報告書」を提出すること。
2. 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、保険医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添2「実績報告書・中間報告書（法人）」を用いること。

(令和 年度分)

保険医療機関コード

保険医療機関名

I. 提出書類の種類 ※どちらか1つを選択してください。

- 賃金改善中間報告書
- 賃金改善実績報告書

II. 報告する医療機関種別 ※どちらか1つを選択してください。

- 病院及び診療所
- 歯科診療所

III. 賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

(1) 賃金改善実施期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 ヶ月

※ 令和8年度診療報酬改定以降のベースアップ評価料等で賃金改善を実施した期間を記載すること。

※ 令和8年度又は令和9年度の6月から翌年5月の1年間に算定した当該評価料による収入を、当該年度の4月から翌年3月の賃金改善に充当した場合、遡及して賃金改善を実施した期間を記載する。

(2) ベースアップ評価料算定期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 ヶ月

IV-1. ベースアップ評価料等による収入の実績額【(2)の期間中】

(3) 看護職員処遇改善評価料による収入の実績額	円
(4) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による収入の実績額	円
(5) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等による収入の実績額	円
(6) 入院ベースアップ評価料による収入の実績額	円
(7) ベースアップ評価料等による収入の実績額【(3) + (4) + (5) + (6)】	円

※ 「収入の実績額」とは、該当の評価料を算定した総額を記載すること。（算定していない場合は0と記載。）

IV-1-1. ベースアップ評価料等による収入の繰越状況

(8) 前年度からの繰越額（令和8年度分報告時のみ記載）	円
------------------------------	---

IV-2. ベースアップ評価料等による収入の実績額（総計）

(9) ベースアップ評価料等による収入の実績額のうち、当該年度における対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当すべき金額【(7) + (8)】	円
--	---

○ 以下、基本給等総額については1か月当たりの額を記載してください。

※ 「基本給等総額」とは、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の合計をいい、賞与、期末・勤怠手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。

※ 「ベア等」の定義は【記載上の注意】を参照のこと。

※ (15) のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額も必ず記載すること。

【ベースアップ評価料対象職種について】

V. ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

(10) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(11) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(12) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(13) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（11）－（12）】	円
(14) ベア等による賃金増率【（13）÷（12）】	%
(15) 上記（13）以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額	円

V-2. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の月額賃金総額に係る事項

(16) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(17) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(18) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(19) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（17）－（18）】	円
(20) ベア等による賃金増率【（19）÷（18）】	%
(21) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(22) 前年度の賞与の支給月数	か月

V-3. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

(23) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(24) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(25) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(26) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（24）－（25）】	円
(27) ベア等による賃金増率【（26）÷（25）】	%
(28) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(29) 前年度の賞与の支給月数	か月

V-4. 事務職員の基本給等に係る事項

(30) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(31) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(32) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(33) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（31）－（32）】	円
(34) ベア等による賃金増率【（33）÷（32）】	%
(35) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(36) 前年度の賞与の支給月数	か月

V-5. 看護補助者の基本給等総額に係る事項

(37) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(38) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(39) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(40) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（38）－（39）】	円
(41) ベア等による賃金増率【（40）÷（39）】	%
(42) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(43) 前年度の賞与の支給月数	か月

V-6. 薬剤師の基本給等総額に係る事項

(44) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(45) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(46) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(47) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（45）－（46）】	円
(48) ベア等による賃金増率【（47）÷（46）】	%
(49) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(50) 前年度の賞与の支給月数	か月

V-7. 歯科衛生士の基本給等総額に係る事項（歯科診療を主とする病院及び診療所の場合に記入）

(51) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(52) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(53) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(54) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（52）－（53）】	円
(55) ベア等による賃金増率【（54）÷（53）】	%
(56) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(57) 前年度の賞与の支給月数	か月

V-8. その他の対象職種の基本給等に係る事項

(58) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(59) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(60) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(61) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（59）－（60）】	円
(62) ベア等による賃金増率【（61）÷（60）】	%
(63) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(64) 前年度の賞与の支給月数	か月

VI. ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

(65) ベースアップ評価料による収入の実績額【（9）】	円
(66) 対象職員全体の賃金改善実績額（算定期間分）【（13）×（算定期間）】	円
(67) ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額	円
(68) 収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（66）＋（67））－（65）】	円
(69) ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか	賃金改善額充当済み

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日

開設者名：

【記載上の注意】

- 1 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」のことをいう。
- 2 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。
- 3 本報告書において、「ベースアップ評価料」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「入院ベースアップ評価料」のことをいう。
- 4 本報告書において、「令和8年3月又は5月時点の給与体系（令和8年5月までにベースアップ評価料等を届け出していた保険医療機関にあっては、令和8年度診療報酬改定前のベースアップ評価料等による賃金改善後であって令和8年度診療報酬改定によるベースアップ評価料等による賃金改善前の体系に限る。）を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」及び賃金改善の実績には、「令和7年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。
- 5 Vの「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする。）
- 6 Vの「ベア等」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げのことをいう。
- 7 Vについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。
- 8 Vについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。
- 9 VIについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。

(令和 年度分)

保険医療機関コード	<input type="text"/>
保険医療機関名	<input type="text"/>
集約医療機関数	<input type="text"/>

I. 提出書類の種類 **※どちらか1つを選択してください。**

- 賃金改善中間報告書
- 賃金改善実績報告書

II. 報告する医療機関種別 **※どちらか1つを選択してください。**

- 病院及び診療所
- 歯科診療所

III. 賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

(1) 賃金改善実施期間

令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	～	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	<input type="text"/>	ヶ月
--	---	--	----------------------	----

- ※ 令和8年度診療報酬改定以降のベースアップ評価料等で賃金改善を実施した期間を記載すること。
- ※ 令和8年度又は令和9年度6月から翌年5月の1年間に算定した当該評価料による収入を、当該年度の4月から翌年3月の賃金改善に充当した場合、遡及して賃金改善を実施した期間を記載する。

(2) ベースアップ評価料算定期間

令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	～	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	<input type="text"/>	ヶ月
--	---	--	----------------------	----

IV-1. ベースアップ評価料等による収入の実績額【(2)の期間中】

(3) 看護職員処遇改善評価料による収入の実績額	<input type="text"/>	円
(4) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による収入の実績額	<input type="text"/>	円
(5) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等による収入の実績額	<input type="text"/>	円
(6) 入院ベースアップ評価料による収入の実績額	<input type="text"/>	円
(7) ベースアップ評価料等による収入の実績額【(3) + (4) + (5) + (6)】	<input type="text"/>	円

※ 「収入の実績額」とは、該当の評価料を算定した総額を記載すること。（算定していない場合は0と記載。）

IV-1-1. ベースアップ評価料等による収入の繰越状況

(8) 前年度からの繰越額（令和8年度分報告時のみ記載）	<input type="text"/>	円
------------------------------	----------------------	---

IV-2. ベースアップ評価料等による収入の実績額（総計）

(9) ベースアップ評価料等による収入の実績額のうち、当該年度における対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当すべき金額【(7) + (8)】	<input type="text"/>	円
--	----------------------	---

○ 以下、基本給等総額については1月当たりの額を記載してください。

※ 「基本給等総額」には、基本給等及び時間外手当の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。

※ 「ベア等」の定義は【記載上の注意】を参照のこと。

※ (15)のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額も必ず記載すること。

【ベースアップ評価料対象職種について】

V. ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

(10) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(11) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(12) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(13) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（11）－（12）】	円
(14) ベア等による賃金増率【（13）÷（12）】	%
(15) 上記（14）以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額	円

V-2. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の月額賃金総額に係る事項

(16) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(17) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(18) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(19) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（17）－（18）】	円
(20) ベア等による賃金増率【（19）÷（18）】	%
(21) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(22) 前年度の賞与の支給月数	か月

V-3. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

(23) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(24) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(25) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(26) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（24）－（25）】	円
(27) ベア等による賃金増率【（26）÷（25）】	%
(28) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(29) 前年度の賞与の支給月数	か月

V-4. 事務職員の基本給等に係る事項

(30) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(31) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(32) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(33) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（31）－（32）】	円
(34) ベア等による賃金増率【（33）÷（32）】	%
(35) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(36) 前年度の賞与の支給月数	か月

V-5. 看護補助者の基本給等総額に係る事項

(37) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(38) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(39) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(40) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（38）－（39）】	円
(41) ベア等による賃金増率【（40）÷（39）】	%
(42) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(43) 前年度の賞与の支給月数	か月

V-6. 薬剤師の基本給等総額に係る事項

(44) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(45) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(46) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(47) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（45）－（46）】	円
(48) ベア等による賃金増率【（47）÷（46）】	%
(49) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(50) 前年度の賞与の支給月数	か月

V-7. 歯科衛生士の基本給等総額に係る事項（歯科診療を主とする病院及び診療所の場合に記入）

(51) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(52) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(53) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(54) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（52）－（53）】		円
(55) ベア等による賃金増率【（54）÷（53）】		%
(56) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(57) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-8. その他の対象職種の基本給等に係る事項

(58) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(59) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(60) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(61) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（59）－（60）】		円
(62) ベア等による賃金増率【（61）÷（60）】		%
(63) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(64) 前年度の賞与の支給月数		か月

VI. ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

(65) ベースアップ評価料による収入の実績額【（9）】		円
(66) 対象職員全体の賃金改善実績額（算定期間分）【（13）×（算定期間）】		円
(67) ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額		円
(68) 収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（66）＋（67））－（65）】		円
(69) ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか		賃金改善額充当済み

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日

開設者名：

【記載上の注意】

- 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」のことをいう。
- 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。
- 本報告書において、「ベースアップ評価料」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「入院ベースアップ評価料」のことをいう。
- 本報告書において、「令和8年3月又は5月時点の給与体系（令和8年5月までにベースアップ評価料を届け出た医療機関にあっては、令和8年度診療報酬改定前のベースアップ評価料による賃金改善後であって令和8年度診療報酬改定によるベースアップ評価料による賃金改善前の体系に限る。）を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」と、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」及び賃金改善の実績には、「令和7年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。
- Vの「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする。）
- Vの「ベア等」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げのことをいう。
- Vについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。
- Vについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。
- VIについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード	
又は保険薬局コード	

届出番号	
------	--

連絡先

担当者氏名 :

電話番号 :

(届出事項)

の施設基準に係る届出

↓チェックをしてください。すべての基準に適合していない場合には届出ができません。

- 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているのので、別添の様式を添えて届出します。

令和 年 月 日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名

殿

備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。

2 □には、適合する場合「✓」を記入すること。

3 届出書は、1通提出のこと。

歯科技工所ベースアップ支援料の施設基準に係る届出書添付書類

◎以下について確認の上、必ず☑を記載すること

毎年8月において、前年度の賃金改善支援の取組状況について、様式102により、「実績報告書」を作成し、報告することについて、理解しました。

本支援料評価料による収入については全て歯科技工士の賃上げに充当することについて、誓約します。

令和 年 月 日

開設者名：

◎必要記載項目

1 保険医療機関コード

保険医療機関名

2 製作委託等を行う歯科技工所の名称

3 歯科技工所における賃金引き上げの方法

--

【記載上の注意】

1 「3」については、歯科技工所と連携し、可能な限り具体的に記載すること。

様式102

歯科技工所ベースアップ支援料

「実績報告書」

歯科技工所ベースアップ支援料を算定する歯科診療所、病院においては、別添
1 「実績報告書」を提出すること。

(歯科技工所ベースアップ支援料) 実績報告書 (令和 年度分)

保険医療機関コード
保険医療機関名

I. 提出書類の種類

実績報告書

I. 賃金改善支援実施期間及びベースアップ支援料算定期間

(1) 賃金改善支援実施期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 ヶ月

(2) ベースアップ支援料算定期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 ヶ月

II ベースアップ支援料の算定回数

ベースアップ支援料の算定回数	0 回
ベースアップ支援料の算定額	0 円

III 製作委託等を行った歯科技工所の名称と算定回数

歯科技工所名	算定回数
<input type="text"/>	<input type="text"/> 回
<input type="text"/>	<input type="text"/> 回
<input type="text"/>	<input type="text"/> 回
<input type="text"/>	<input type="text"/> 回

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日

開設者名 :

【記載上の注意】

1 「III」において、歯科技工所ごとの算定回数については、可能な範囲で記載すること。

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード	
又は保険薬局コード	

届出番号	
------	--

連絡先

担当者氏名 :

電話番号 :

(届出事項)

の施設基準に係る届出

↓チェックをしてください。すべての基準に適合していない場合には届出ができません。

- 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているのので、別添の様式を添えて届出します。

令和 年 月 日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名

殿

備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。

2 には、適合する場合「✓」を記入すること。

3 届出書は、1通提出のこと。

特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部改正に伴う
特定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について
（令和8年3月5日保医発0305第2号）

（別紙1）

材料料

M023 ~~バー~~大連結子（1個につき）

1 铸造バー

- | | |
|-----------------------|--------|
| (1) 金銀パラジウム合金（金12%以上） | 2,482点 |
| (2) 铸造用コバルトクロム合金 | 19点 |

（別紙2）

材料料

N008 装着

1 帯環（1個につき）

(1) 歯科用合着・接着材料Ⅰ

~~イ レジン系~~

- | | |
|----------------------|-----|
| ア イ 標準型 | 17点 |
| ハ ロ 自動練和型 | 36点 |

(2) 歯科用合着・接着材料Ⅱ

~~ロ グラスアイオノマー系~~

- | | |
|--------------------------------|-----|
| ア イ 標準型 | 10点 |
| ハ ロ 自動練和型 | 12点 |
| (23) 歯科用合着・接着材料 ハ Ⅲ | 12点 |
| (24) 歯科用合着・接着材料 ニ Ⅳ | 4点 |

(別添9)

「診療報酬請求書の記載要領等について」等の一部改正について
(令和8年3月27日保医発0327第2号)

別添1

「診療報酬請求書の記載要領等について」(昭和51年8月7日保発第82号)

別紙1

診療報酬請求書の記載要領

(割愛)

|

|

|

(割愛)

Ⅲ 歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第3 診療報酬明細書の記載要領（様式第3）

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

- (3) 月の途中において保険者番号又は本人・家族等の種別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。高齢受給者証又は後期高齢者の被保険者証資格確認書が月の途中に発行される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。

なお、それぞれ別の明細書を作成する場合は、変更後の明細書の「摘要」欄にその旨を記載する。

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

- (7) 「被保険者証・被保険者手帳等の資格に係る記号・番号」欄について

ア 被保険者証資格確認書等の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載する。また、後期高齢者医療被保険者証資格確認書の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載する。被保険者証資格確認書等の「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、併せて枝番を記載すること。なお、電子資格確認の場合は、オンラインにより提供された資格情報から、これらの記載を行うこと。

- (20) 「初診」欄について

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、歯科診療特別対応連携加算、歯科診療特別対応地域支援加算、歯科外来診療医療安全対策加算1、歯科外来診療医療安全対策加算2、歯科外来診療感染対策加算1、歯科外来診療感染対策加算2、歯科外来診療感染対策加算3、歯科外来診療感染対策加算4は、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」、「特連」、「特地」、「外安全」又は「外感染」の項に当該加算点数を記載する。（項番5、6）

- (21) 「再診」欄について

オ 以下の（ア）から（ウ）までについては、全体の「その他」欄に記載する。

（ア） 歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2、歯科診療特別対応加算3は点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番11、12）

（イ） 情報通信機器を用いて再診を行った場合は、全体の「その他」の欄に点数及び回数を記載する。（項番13）

(ウ) 地域歯科医療加算は点数及び回数を記載する。

(22) 「管理・リハ」欄について

オ 歯周病患者画像活用指導料の「1 口腔内画像」は、「P画像」の項の左欄に点数及び回数を記載する。なお、「2 顕微鏡画像」は、「その他」欄に点数を記載する。

(中略)

シ 小児口腔機能管理料又は口腔機能管理料は、「機能」欄に点数を記載する。なお、口腔管理体制強化加算は、「その他」欄に加算点数を記載する。また、情報通信機器を用いて行った場合は、「その他」欄に点数(加算を含む。)及び回数を記載する。

ス 以下の(ア)から(ヒ)までについて又は「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。

(ネ) 歯科口腔リハビリテーション料1(4 その他の場合)は、点数及び回数を記載する。

~~(ノ) 歯科口腔リハビリテーション料2は点数及び回数を記載する。~~

(ハ) 歯科口腔リハビリテーション料3は点数及び回数を記載する。

(ヒ) リハビリテーションを算定した場合は、(ナ)、(ニ)、(ヌ) 及び (ネ) 及び(ノ)を除き、全体の「その他」欄に、当該項目、回数・算定単位数及び合計点数を記載するとともに、実施日数を記載すること。(項番84)

(23) 在宅医療について

ア 全体の「その他」欄に記載する。

(イ) 区分番号C000の注16に規定する歯科訪問診療料を算定する場合は、初診時は点数、再診時は点数及び回数点数又は点数及び回数を記載する。

(26) 「処置・手術」欄について

ネ 「その他」欄について

(ソ) ハイフローセラピーを算定した場合は、動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度の測定結果、点数及び回数を「~~その他~~」欄に記載する。(項番96)

(28) 「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

ホ 「その他」欄について

(シ) 歯科鑄造用14カラット金合金及び鑄造用金銀パラジウム合金によるによる鑄造鉤は、点数及び回数を記載する。

(31) その他の項目について

イ 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・保険者手帳等の資格に係る記号・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。

(37) その他

セ 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ア）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ア）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、又は70歳以上の場合であって、「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得690万円以上）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証資格確認書（一部負担金の割合（3割））の提示のみ若しくは高齢受給者証情報若しくは後期高齢者医療被保険者証資格確認書情報の提供のみの場合又は「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得690万円以上）の世帯」の適用区分（VI）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区ア」と記載すること。

（中略）

ネ 後期高齢者医療において「課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円以上（後期高齢者が2人以上の世帯の場合は320万円以上）」の後期高齢者医療被保険者証資格確認書（一部負担金の割合（2割））が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証資格確認書情報が提供された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、又は「課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円以上（後期高齢者が2人以上の世帯の場合は320万円以上）」の後期高齢者医療被保険者証資格確認書（一部負担金の割合（2割））かつ適用区分（III）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証資格確認書情報が提供かつ適用区分（III）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・

重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区カ」と記載すること。

- ノ 後期高齢者医療において「課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円未満）」の後期高齢者医療被保険者証資格確認書（一部負担金の割合（1 割））が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証資格確認書情報が提供された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、又は「課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円未満）」の後期高齢者医療被保険者証資格確認書（一部負担金の割合（1 割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区キ」と記載すること。
- ハ 後期高齢者医療において「課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円以上）」の後期高齢者医療被保険者証資格確認書（一部負担金の割合（2 割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多カ」と記載すること。
- ヒ 後期高齢者医療において「課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円未満）」の後期高齢者医療被保険者証資格確認書（一部負担金の割合（1 割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であ

って、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多キ」と記載すること。

※ ネからヒまでについては、令和4年10月1日から適用する。令和4年9月30日までの間は、後期高齢者医療にあってはチ及びニに従い、従前どおり「区エ」及び「多エ」を使用されたい。

(割愛)

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
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	-	-	医科点数表の例により算定することと告示された項目については、医科の記載要領の別表 I に準じて記載すること。		—		
3	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) 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。 (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) 当該患者の前回治療年月日を記載すること。 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		
				850100296	前回治療年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100332	初診理由:*****		
4	A000	初診料 注9 地域歯科医療加算	歯科巡回診療車による巡回診療の内容を記載すること。	820101872	イ 都道府県等が設置している保険医療機関が歯科巡回診療車を所有している。		※
				820101873	ロ 都道府県の定める医療計画等に基づく巡回診療である。		※
				820101874	ハ その他イ又はロに準ずるものである。		※
5	A000	初診料 注12 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。	830100333	特達紹介元保険医療機関名:*****		
6	A000	初診料 注13 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。	830100334	特地紹介元保険医療機関名:*****		
7	A000	初診料 注6 歯科診療特別対応加算1、2	(感染症患者に対して歯科診療特別対応加算1又は2を算定した場合) 患者の病名を選択して記載すること。	820101196	(ア)狂犬病		
				820101197	(イ)鳥インフルエンザ(特定鳥インフルエンザを除く。)		
				820101198	(ウ)エムボックス		
				820101199	(エ)重症熱性血小板減少症候群(病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。)		
				820101200	(オ)腎症候性出血熱		
				820101201	(カ)ニパウイルス感染症		
				820101202	(キ)ハンタウイルス肺症候群		
				820101203	(ク)ヘンドラウイルス感染症		
				820101204	(ケ)インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。)		
				820101205	(コ)後天性免疫不全症候群(ニューモシス肺炎に限る。)		
				820101206	(サ)麻しん		
				820101207	(シ)メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症		
				820101208	(ス)RSウイルス感染症		
				820101209	(セ)カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症		
				820101210	(ソ)感染性胃腸炎(病原体がノロウイルスであるものに限る。)		
				820101211	(タ)急性弛緩性麻痺(急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。)		
				820101212	(チ)新型コロナウイルス感染症		
				820101213	(ツ)侵襲性髄膜炎菌感染症		
				820101214	(テ)水痘		
				820101215	(ト)先天性風しん症候群		
820101216	(ナ)バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症						
820101217	(ニ)バンコマイシン耐性腸球菌感染症						
820101218	(ヌ)百日咳						

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	紙レセ のみ記載	令和8年 6月1日 適用
				820101219	(ネ)風しん		
				820101220	(ノ)ペニシリン耐性肺炎球菌感染症		
				820101221	(ハ)無菌性髄膜炎(病原体がバルボウイルスB19によるものに限る。)		
				820101222	(ヒ)薬剤耐性アシネトバクター感染症		
				820101223	(フ)薬剤耐性緑膿菌感染症		
				820101224	(ヘ)流行性耳下腺炎		
				820101225	(ホ)感染症法第6条第3項に規定する二類感染症		
				820101875	(マ)クロストリジオイデス・ディフィシル感染症		※
				820101876	(ミ)基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生腸内細菌目細菌感染症		※
8	A000	歯科診療特別対応 加算1、2及び3	診療時間を記載すること。	CA002 (301000470)	歯科診療特別対応加算1(初診)****分	○	
				CA003 (301000570)	歯科診療特別対応加算2(初診)****分	○	
				CA261 (301122870)	歯科診療特別対応加算3(初診)****分	○	
9	A002	再診料(同日再診 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) 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	同日再診	○	
				301003250	同日病再診	○	
				301073250	同日再診(未届出)	○	
				301003150	同日電話等再診	○	
				301003350	同日電話等病再診	○	
				301073350	同日電話等再診(未届出)	○	
				301182510	同日再診料(診療所)(情報通信機器を用いた場合)	○	
				301182610	同日再診料(診療所-未届出)(情報通信機器を用いた場合)	⊖	
				301182810	同日再診料(病院)(情報通信機器を用いた場合)	○	
10	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)。	301002810	電話等再診	○	
				301002910	電話等病再診	○	
				301073110	電話等再診(未届出)	○	
				301003150	同日電話等再診	○	
				301003350	同日電話等病再診	○	
				301073350	同日電話等再診(未届出)	○	
				820101196	(ア)狂犬病		
				820101197	(イ)鳥インフルエンザ(特定鳥インフルエンザを除く。)		
				820101198	(ウ)エムボックス		
				820101199	(エ)重症熱性血小板減少症候群(病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。)		
				820101200	(オ)腎症候性出血熱		
				820101201	(カ)ニパウイルス感染症		
				820101202	(キ)ハンタウイルス肺症候群		
				820101203	(ク)ヘンドラウイルス感染症		

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	紙レセ のみ記載	令和8年 6月1日 適用
11	A002	歯科診療特別対応 加算1、2	(感染症患者に対して歯科診療特別対応加算を算定した場合) 患者の病名を記載すること。	820101204	(ケ)インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。)		
				820101205	(コ)後天性免疫不全症候群(ニューモシスチス肺炎に限る。)		
				820101206	(サ)麻しん		
				820101207	(シ)メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症		
				820101208	(ス)RSウイルス感染症		
				820101209	(セ)カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症		
				820101210	(ソ)感染性胃腸炎(病原体がノロウイルスであるものに限る。)		
				820101211	(タ)急性弛緩性麻痺(急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。)		
				820101212	(チ)新型コロナウイルス感染症		
				820101213	(ツ)侵襲性髄膜炎菌感染症		
				820101214	(テ)水痘		
				820101215	(ト)先天性風しん症候群		
				820101216	(ナ)バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症		
				820101217	(ニ)バンコマイシン耐性腸球菌感染症		
				820101218	(ヌ)百日咳		
				820101219	(ネ)風しん		
				820101220	(ノ)ペニシリン耐性肺炎球菌感染症		
				820101221	(ハ)無菌性髄膜炎(病原体がバブルウイルスB19によるものに限る。)		
				820101222	(ヒ)薬剤耐性アシネトバクター感染症		
				820101223	(フ)薬剤耐性緑膿菌感染症		
820101224	(ヘ)流行性耳下腺炎						
820101225	(ホ)感染症法第6条第3項に規定する二類感染症						
820101875	(マ)クロストリジオイデス・デフィシル感染症		※				
820101876	(ミ)基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生腸内細菌目細菌感染症		※				
12	A002	歯科診療特別対応 加算1、2及び3	診療時間を記載すること。	CA015 (301001970)	歯科診療特別対応加算1(再診)****分	○	
				CA271 (301123970)	歯科診療特別対応加算2(再診)****分	○	
				CA272 (301124070)	歯科診療特別対応加算3(再診)****分	○	
13	A002	再診料 注13 情報通信機器を用 いた診療	特に情報通信機器を用いた歯科診療が必要な患者の状態を選択して記載すること。 なお、複数の状態に該当する場合は、該当する状態を全て記載すること。	820101226	イ 新型インフルエンザ等感染症等の発生時であって、保険医療機関での対面での診療が困難な状況において、歯科診療を必要とする患者		
				820101227	ロ B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の「注57」又はB000-4-3に掲げる口腔機能管理料の「注57」に規定する患者		
				820101228	ハ B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料の(2)のロ及びトに規定する患者		
				302006410	がん性疼痛緩和指導管理料	○	
				302007810	がん患者指導管理料(歯科医師等の共同診療方針等を文書等で提供)	○	
				302007910	がん患者指導管理料(歯科医師・看護師が心理的不安軽減のため面接)	○	

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
14	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、外来腫瘍化学療法診療料、遺伝性疾患療養指導管理料、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、こころの連携指導料(1)、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、がんゲノムプロファイリング評価提供料、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。	302008010	がん患者指導管理料(歯科医師等が抗悪性腫瘍剤の必要性等文書説明)	○	
				302008610	入院栄養食事指導料1(初回)	○	
				302008710	入院栄養食事指導料1(2回目)	○	
				302008810	入院栄養食事指導料2(初回)	○	
				302008910	入院栄養食事指導料2(2回目)	○	
				302006710	外来緩和ケア管理料	○	
				302006910	外来リハビリテーション診療料1	○	
				302007010	外来リハビリテーション診療料2	○	
				302007110	外来放射線照射診療料	○	
				302012210	外来腫瘍化学療法診療料1(イ)	○	
				302012310	外来腫瘍化学療法診療料1(ロ)	○	
				302012410	外来腫瘍化学療法診療料2(イ)	○	
				302012510	外来腫瘍化学療法診療料2(ロ)	○	
				302018510	外来腫瘍化学療法診療料3(イ)	○	
				302018710	外来腫瘍化学療法診療料3(ロ)	○	
				302022810	遺伝性疾患療養指導管理料(イ)	○	
				302022910	遺伝性疾患療養指導管理料(ロ)	○	
				302022710 302005210	介護支援等連携指導料1	○	
				302022710	介護支援等連携指導料2	○	
				302007310	がん治療連携計画策定料1	○	
				302007410	がん治療連携計画策定料2	○	
				302005410	がん治療連携指導料	○	
				302007510	がん治療連携管理料(がん診療連携拠点病院)	○	
				302009110	がん治療連携管理料(地域がん診療病院)	○	
				302009210	がん治療連携管理料(小児がん拠点病院)	○	
				302012910	こころの連携指導料(1)	○	
				302004110	退院時共同指導料1(歯援診1又は歯援診2)	○	
				302004210	退院時共同指導料1(1以外)	○	
				302004310	退院時共同指導料2	○	
				302003510	退院時薬剤情報管理指導料	○	
				302013010	がんゲノムプロファイリング評価提供料	○	
				302003610	傷病手当金意見書交付料	○	
302004810	医療機器安全管理料	○					
15	B000-4	歯科疾患管理料	有床義歯に係る口腔管理のみを行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその旨を記載する。	820101879	有床義歯に係る口腔管理のみ		※

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
16	B000-4	歯科疾患管理料 注10 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。	830100335	総合医療管理加算紹介元保険医療機関名:*****		
17	B000-5	周術期等口腔機能管理計画策定料1	(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) 依頼元保険医療機関名を記載すること。	830100336	周計依頼元保険医療機関名:*****		
18	B000-5	周術期等口腔機能管理計画策定料2	(他の保険医療機関で策定した管理計画を修正した場合) 変更前の管理計画書を策定した保険医療機関名を記載すること。	830100964 830100994	周計管理計画策定保険医療機関名:*****		※
19	B000-6 B000-7	周術期等口腔機能管理料(I) 周術期等口腔機能管理料(II)	手術の実施年月日又は予定年月日を記載すること。 (「1 手術前」の算定がなく、「2 手術後」の算定がある場合) 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。	850100298	周1(手術後)手術等実施年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		
				850100300	周2(手術後)手術等実施年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		
				850100302	周1(手術前)手術等予定年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		
				850100304	周2(手術前)手術等予定年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		
				820100379	脳卒中等の術後早期に口腔機能管理の依頼		
20	B000-8	周術期等口腔機能管理料(III)	がん等に係る放射線治療又は化学療法の実施年月日又は予定年月日を記載すること。 緩和ケアの場合はその旨を記載すること。 集中治療室での治療後の一連の治療を実施している患者の場合はその旨を記載すること。 (長期管理加算を算定する場合) B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載すること。	850100470	放射線治療等実施年月日(周3):(元号)yy年"mm"月"dd"日		
				850100306	放射線治療等予定年月日(周3):(元号)yy年"mm"月"dd"日		
				820101015	緩和ケア(周3)		
				820101327	集中治療室(周3)		
				850190244	周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月日(周3(長期管理加算)): (元号)yy年"mm"月"dd"日		
21	B000-9	周術期等口腔機能管理料(IV)	がん等に係る放射線治療又は化学療法の実施年月日又は予定年月日を記載すること。 緩和ケアの場合はその旨を記載すること。 集中治療室での治療又はその後の一連の治療を実施している患者の場合はその旨を記載すること。 (長期管理加算を算定する場合) B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載すること。	850190277	放射線治療等実施年月日(周4):(元号)yy年"mm"月"dd"日		
				850190278	放射線治療等予定年月日(周4):(元号)yy年"mm"月"dd"日		
				820101328	緩和ケア(周4)		
				820101329	集中治療室(周4)		
				850190246	周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月日(周4(長期管理加算)): (元号)yy年"mm"月"dd"日		
22	B000-10	回復期等口腔機能管理計画策定料1	(リハビリテーション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) 依頼元保険医療機関名を記載すること。	830100875	回計依頼元保険医療機関名:*****		
23	B000-10	回復期等口腔機能管理計画策定料2	(他の保険医療機関で策定した管理計画を修正した場合) 変更前の管理計画書を策定した保険医療機関名を記載すること。	830100964 830100995	回計管理計画策定保険医療機関名:*****		※
24	B002	歯科特定疾患療養管理料 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。	830100337	共計主治医の保険医療機関名:*****		
25	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。	850100307	業初回算定年月:(元号)yy年"mm"月		
26	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。	830100338	悪性腫瘍特異物質治療管理料検査名:*****		
27	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。	830100339	医管医科の主病名:*****		
			(在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、歯周病継続支援治療を算定している場合(歯周病継続支援治療を算定した日を除く。)) 当該管理料の要件に該当する患者であって、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、歯周病継続支援治療の包括範囲に含まれ個別の算定ができない項目に該当する処置を行った日に当該管理料を算定する場合は、実際に行った処置の項目を記載すること。	830100876	実際に行った処置の項目(歯科治療時医療管理料):*****		
			(区分番号B004-6-2の「注1」に掲げる処置等を開始し、必要な医学管理を行っている際に、患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止し処置等の算定を行わなかった場合) 患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止し処置等の算定を行わなかった旨を記載すること。	820101229	患者の容体の急変等によりやむを得ず処置等を中止(歯科治療時医療管理料)		
28	B005	開放型病院共同指導料(I)	入院日を記載すること。	850100308	開1入院年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		
29	B006-4	歯科遠隔連携診療料	連携先の保険医療機関名を記載すること。	830100877	歯科遠隔連携診療料連携先保険医療機関名:*****		
30	B007	退院前訪問指導料	(退院前訪問指導料を2回算定する場合) それぞれの訪問指導日を記載すること。	850100309	退院前訪問指導年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
31	B008	薬剤管理指導料1 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。	算定日情報 (算定日)		○	
				830100340	薬管1(安全管理を要する医薬品投与患者)薬剤名;*****		
32	B008	薬剤管理指導料2 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。	算定日情報 (算定日)		○	
33	B008	薬剤管理指導料 注2 麻薬管理指導加算	指導日を記載すること。	850100310	麻加指導年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
34	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) 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。	842100062	薬剤総合評価調整管理料調整前後の種類数;*****		
				830100461	薬剤総合評価調整管理料他の保険医療機関名;*****		
35	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) 情報提供先を記載すること。	830100341	情1情報提供先;*****		
36	B009	診療情報提供料 (I) 注5 退院患者の紹介加算	退院日を記載すること。	850100311	情1加1退院年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
37	B009	診療情報提供料 (I) 注8 検査・画像情報提供加算 イ	退院日を記載すること。	850100312	検査・画像情報提供加算(退院患者の必要な情報を提供)退院年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
38	B011	診療情報等連携共有料	(診療情報等連携共有料1を算定する場合) 連携先の保険医療機関名又は保険薬局名を記載すること。	830100342	診療情報等連携共有料連携先保険医療機関名;*****		
				830100878	診療情報等連携共有料連携先保険薬局名;*****		
				830100879	診療情報等連携共有料依頼元保険医療機関名;*****		
39	B011-2	連携強化診療情報提供料	(妊娠中の場合) 妊娠中である旨を記載すること。	820100579	妊娠中(連携強化診療情報提供料)		
40	B011-4	退院時薬剤情報管理指導料	退院日を記載すること。	850100313	退院時薬剤情報管理指導料退院年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
41	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。	850100089	交付年月日(傷病手当金意見書交付料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
			(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) 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「診察開始日」欄にそれぞれ記載すること。	傷病名コード (傷病名を表示する。)	○		
					修飾語コード (修飾語を表示する。)	○	
42	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) 装着部位を記載すること。	830100343	義管装着部位;*****		
43	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。	830100344	退院時共同指導料1保険医療機関名;*****		
				830100345	退院時共同指導料1病名;*****		
				820100303	1回目(退院時共同指導料1)		
44	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。	830100346	退院時共同指導料2保険医療機関名;*****		
				830100347	退院時共同指導料2指導参画者の職種;*****		
				850100314	退院時共同指導料2指導年月日;(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
45	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、○○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。 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(10)に該当し、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3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。	853100010	歯科訪問診療日及び開始時刻;dd"日"hh"時"mm"分		
				853100011	歯科訪問診療日及び終了時刻;dd"日"hh"時"mm"分		
				830100348	訪問診療訪問先名;*****		
				830100349	訪問診療患者の状態;*****		
				820100382	(10)容体が急変し、やむを得ず治療中断		
				CC001 (303000370)	患者診療時間加算(歯科訪問診療)	○	
				CC002 (303000470)	歯科診療特別対応加算1(歯科訪問診療料)	○	

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
46	C000	歯科訪問診療料 注8 患者診療時間加算 注9 歯科診療特別対応加算 注10 緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算	(患者診療時間加算、歯科診療特別対応加算、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算がある場合)全体の「その他」欄に患者診療時間加算、歯科診療特別対応加算、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算であることを記載すること。	CC003 (303000570)	歯科診療特別対応加算2(歯科訪問診療料)	○	
				CC084 (303013870)	歯科診療特別対応加算3(歯科訪問診療料)	○	
				CC004 (303000670)	緊急歯科訪問診療加算(歯科訪問診療1)	○	
				CC005 (303000770)	緊急歯科訪問診療加算(歯科訪問診療2)	○	
				CC028 (303004770)	緊急歯科訪問診療加算(歯科訪問診療3)	○	
				CC086 (303014070)	緊急歯科訪問診療加算(歯科訪問診療4)	○	
				CC087 (303014170)	緊急歯科訪問診療加算(歯科訪問診療5)	○	
				CC006 (303000870)	夜間歯科訪問診療加算(歯科訪問診療1)	○	
				CC007 (303000970)	夜間歯科訪問診療加算(歯科訪問診療2)	○	
				CC029 (303004870)	夜間歯科訪問診療加算(歯科訪問診療3)	○	
				CC088 (303014270)	夜間歯科訪問診療加算(歯科訪問診療4)	○	
				CC089 (303014370)	夜間歯科訪問診療加算(歯科訪問診療5)	○	
				CC008 (303001070)	深夜歯科訪問診療加算(歯科訪問診療1)	○	
				CC009 (303001170)	深夜歯科訪問診療加算(歯科訪問診療2)	○	
CC030 (303004970)	深夜歯科訪問診療加算(歯科訪問診療3)	○					
CC090 (303014470)	深夜歯科訪問診療加算(歯科訪問診療4)	○					
CC091 (303014570)	深夜歯科訪問診療加算(歯科訪問診療5)	○					
47	C000	歯科訪問診療料 注11 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。	830100350	地域医療連携体制加算(歯科訪問診療料)連携保険医療機関名:*****		
48	C000	歯科訪問診療料 注12 特別歯科訪問診療料	滞在時間(島に上陸したときから離島するまでの時間)を記載すること。	CC013 (303001570)	滞在時間加算(1号地域)****分	○	
49	C000	歯科訪問診療料 注18 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。	850100315	歯科訪問診療移行加算外来最後受診年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
50	C000	歯科訪問診療料 注19 通信画像情報活用加算	歯科医師が口腔内を観察した際の訪問歯科衛生指導料(歯科衛生士等が行う場合)、-、居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)又は介護予防居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)を算定した年月日を記載すること。	850100398	訪問歯科衛生指導料(歯科衛生士等が行う場合)算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100485	居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100484	介護予防居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
51	C001	訪問歯科衛生指導料	訪問歯科衛生指導を行った日付及び指導の実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。 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。 1つの患者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の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。 (訪問歯科衛生指導料と同一に歯科訪問診療料がない場合)直近の歯科訪問診療料の算定年月日を記載すること。 緩和ケアの場合はその旨を記載すること。	853100012	訪問歯科衛生指導日及び開始時刻:dd"日"hh"時"mm"分		
				853100013	訪問歯科衛生指導日及び終了時刻:dd"日"hh"時"mm"分		
				842100063	訪問指単一建物診療患者数:*****		
				820100094	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		
				820100103	同居する同一世帯の患者が2人以上		
				820100304	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		
				820100305	当該建築物戸数が ≥ 20 戸未満で訪問指を算定するものが ≥ 2 人以下		
				850100316	歯科訪問診療料前回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
820101330	緩和ケア(訪問指)						
				820100306	居宅療養管理指導費		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
52	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「口 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「口 歯科医師が行う場合」を算定した場合) 該当するものを選択し、算定年月日を記載すること。	820100307	介護予防居宅療養管理指導費		
				850100317	居宅療養管理指導費算定年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		
				850100318	介護予防居宅療養管理指導費算定年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		
				850100319	居宅療養管理指導費前回算定年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		
				850100320	介護予防居宅療養管理指導費前回算定年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		
53	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料 注4 在宅総合医療管理加算 注5 在宅歯科医療連携加算1 注6 在宅歯科医療連携加算2	(在宅総合医療管理加算を算定した場合) 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。	830100351	在歯総医紹介元保険医療機関名:*****		
			(在宅歯科医療連携加算1又は2を算定した場合) 提供元の保険医療機関又は介護保険施設等の名称を記載すること。	830100880	在宅歯科医療連携加算1提供元保険医療機関名:*****		
				830100881	在宅歯科医療連携加算2提供元介護保険施設等名:*****		
54	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。	830100354	在歯管医科主病名:*****		
			(在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、歯周病継続支援治療を算定している場合(歯周病継続支援治療を算定した日を除く。)) 当該管理料の要件に該当する患者であって、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、歯周病継続支援治療の包括範囲に含まれ個別の算定ができない項目に該当する処置を行った日に当該管理料を算定する場合は、実際に行った処置の項目を記載すること。	830100882	実際に行った処置の項目(在宅患者歯科治療時医療管理料):*****		
			(区分番号B004-6-2の「注1」に掲げる処置等を開始し、必要な医学管理を行っている際に、患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止し処置等の算定を行わなかった場合) 患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止し処置等の算定を行わなかった旨を記載すること。	820101230	患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止(在宅患者歯科治療時医療管理料)		
55	C001-5	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 注6 在宅歯科医療連携加算1 注7 在宅歯科医療連携加算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。 (小児在宅歯科医療連携加算1又は2を算定した場合) 提供元の保険医療機関又は障害児入所施設等の名称を記載すること。	853100014	訪問口腔リハ実施日及び開始時刻(在宅患者訪問口腔リハ):dd"日"hh"時"mm"分		
				853100015	訪問口腔リハ実施日及び終了時刻(在宅患者訪問口腔リハ):dd"日"hh"時"mm"分		
				830100880	在宅歯科医療連携加算1提供元保険医療機関名:*****		
				830100881	在宅歯科医療連携加算2提供元介護保険施設等名:*****		
56	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。 (小児在宅歯科医療連携加算1又は2を算定した場合) 提供元の保険医療機関又は障害児入所施設等の名称を記載すること。	853100016	小訪問口腔リハ開始日時:dd"日"hh"時"mm"分		
				853100017	小訪問口腔リハ終了日時:dd"日"hh"時"mm"分		
				830100883	小児在宅歯科医療連携加算1提供元保険医療機関名:*****		
				830100884	小児在宅歯科医療連携加算2提供元障害児入所施設等名:*****		
57	C001-7	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料	(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1を算定する場合) 連携先の保険医療機関の名称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。	830100885	連携先保険医療機関名(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1):*****		
				850190247	カンファレンス等の参加年月日(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1):(元号)yy年"mm"月"dd"日		
			(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2を算定する場合) 介護保険施設等の名称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。	830100886	連携先介護保険施設等名(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2):*****		
				850190248	カンファレンス等の参加年月日(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2):(元号)yy年"mm"月"dd"日		
			(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3を算定する場合) 障害児入所施設等の名称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。	830100887	連携先障害児入所施設等名(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3):*****		
	850190249	カンファレンス等の参加年月日(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3):(元号)yy年"mm"月"dd"日					
58	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。	830100357	在宅患者連携指導料情報共有先保険医療機関名等:*****		
				850100325	在宅患者連携指導料指導年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		
59	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。	830100358	在宅患者緊急時等カンファレンス料訪問先:*****		
				830100359	在宅患者緊急時等カンファレンス料参加保険医療機関名等:*****		
				850100326	在宅患者緊急時等カンファレンス料実施年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		
				850100327	在宅患者緊急時等カンファレンス料指導年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		
60	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) X線・検査の「その他」欄に検査の名称を記載すること。		診療行為コード (診療行為名を表示。)	○	
61	D 002	歯周病検査	(歯周病継続支援治療に規定する状態に該当しなくなったことにより、別の治療を行う必要がある場合) SPT中断年月日を記載すること。	850100596	SPT中断年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		※

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	紙レセ のみ記載	令和8年 6月1日 適用
62	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。	830100360	P部検査部位;*****		
			歯科インプラント摘出術のために歯周病部分検査を行った場合は、その旨を記載すること。	820101880	歯科インプラント摘出術前の検査		※
63	D002-6	口腔細菌定量検査2	前回の算定年月を記載すること。(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。	850190250	前回の算定年月(口腔細菌定量検査2);(元号)yy"年"mm"月"		
				820190500	初回(口腔細菌定量検査2)		
64	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。 (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	MMG		
				820100309	ChB		
				820100310	GoA		
				820100311	Ptg		
65	D010	歯冠補綴時色調探得検査	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。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該検査を行った部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100362	歯冠補綴時色調探得検査部位;*****		
66	D011	有床義歯咀嚼機能検査	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該当するものを選択して記載すること。 (新製有床義歯装着日より後に算定する場合) 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。	820100770	イ 総義歯又は9歯以上の局部義歯を装着する場合		
				820100314	ロ PAPを装着する場合		
				820100315	ハ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術の(5)に準じる場合		
				820100316	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		
				820100317	ホ 口蓋補綴、顎補綴を装着する場合		
				850100328	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施)年月;(元号)yy"年"mm"月"		
850100388	有床義歯咀嚼機能検査2(下顎運動測定と咬合圧測定を併施)年月;(元号)yy"年"mm"月"						
850100329	新製有床義歯等装着年月;(元号)yy"年"mm"月"						
850100471	有床義歯咀嚼機能検査1(咀嚼能力測定のみ実施)年月;(元号)yy"年"mm"月"						
850100472	有床義歯咀嚼機能検査2(咬合圧測定のみ実施)年月;(元号)yy"年"mm"月"						
67	D011-2	咀嚼能力検査1	前回の算定年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。	850190251	前回の算定年月(咀嚼能力検査1);(元号)yy"年"mm"月"		
				820190501	初回(咀嚼能力検査1)		
68	D011-2	咀嚼能力検査2	手術前である旨又は手術後の直近の算定年月を記載すること。	850190252	手術後の直近の算定年月(咀嚼能力検査2);(元号)yy"年"mm"月"		
				820190502	手術後初回(咀嚼能力検査2)		
				820101231	手術前(咀嚼能力検査2)		
69	D011-3	咬合圧検査1	前回の算定年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。	850190253	前回の算定年月(咬合圧検査1);(元号)yy"年"mm"月"		
				820190503	初回(咬合圧検査1)		
70	D011-3	咬合圧検査2	手術前である旨又は手術後の直近の算定年月を記載すること。	850190254	手術後の直近の算定年月(咬合圧検査2);(元号)yy"年"mm"月"		
				820190504	手術後初回(咬合圧検査2)		
				820101232	手術前(咬合圧検査2)		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
71	D011-5	口腔粘膜湿度検査	前回の算定年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。	850100597	前回の算定年月(口腔粘膜湿度検査):(元号)yy"年"mm"月"		※
				820101881	初回(口腔粘膜湿度検査)		※
72	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	口腔機能の低下が疑われる場合		
				820100319	PAPを装着する場合または予定している場合		
				820100320	広範囲顎骨支持型装置埋入手術の対象となる場合		
				820100321	口蓋補綴、顎補綴を装着する場合		
				820101317	口腔機能の発達不全が疑われる場合		
73	D100	薬剤(検査)	(検査に当たって薬剤を使用した場合) 薬剤名及び使用量を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
74	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) 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。 (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) 「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。 (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、全額撮影(デジタル撮影)、歯科エックス線撮影の全額撮影以外(デジタル撮影)、歯科パノラマ断層撮影(デジタル撮影)、歯科用3次元エックス線断層撮影及び歯科部分パノラマ断層撮影以外の画像診断を行った場合) X線・検査の「その他」欄に画像診断の種類を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示。)	○	
75	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。 (引き続き入院した場合) 上記に加え、引き続き入院した旨を記載すること。	853100018	時間外緊急院内画像診断加算撮影開始日時(時間外緊急院内画像診断加算):dd"日"hh"時"mm"分"		
				820100322	画像診断後、引き続き入院		
76	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。 【記載例】「基工」(15日) 825	830100363	基工(4週以内);*****		
				830100364	基工(4週超);*****		
77	E301	造影剤	(画像診断に当たって薬剤を使用した場合) 薬剤名及び使用量を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
78	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。 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。 (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) 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D書きにより記載すること。 (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) 当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。 (入院患者に対し退院時に投薬を行った場合) 「投薬・注射」欄の余白に「退院時 日分投薬」と記載すること。 (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) 「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。) (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) 当該長期投与の理由を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
				630010002	薬剤料逓減(90/100)(内服薬)	○	
				医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
				840000006	退院時 日分投薬		
				830100365	ビタミン剤の投与趣旨;*****		
				830100366	長期投与理由;*****		
79	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) 日付及び理由を記載すること。	850100331	同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った診療年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100369	同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った理由;*****		
80	G	注射	(皮下内、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) 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。 (その他の注射を行った場合) 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。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
				医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
81	G004	点滴注射 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。	850100332	血漿(点滴)1回目実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
82	G005	中心静脈注射 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。	850100333	血漿(中心静脈注射)1回目実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
83	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。 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。 (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) 「投薬・注射」欄及び「摘要」欄に同様に記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
84	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) 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科(Ⅱ)イ 200×18 実施日数3日 (リハ選) 脳血管疾患等リハビリテーション科 2,000円×1	830100372	リハ選:*****		
85	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。	853100019	摂食機能療法開始日時(摂食機能療法):dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100020	摂食機能療法終了日時(摂食機能療法):dd"日"hh"時"mm"分"		
86	H001	摂食機能療法 注3 摂食嚥下機能回復体制加算	連携している医師名を記載すること。	830100373	摂食嚥下機能回復体制加算(摂食機能療法)連携医師名:*****		
87	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) 処置・手術の「その他」欄に当該処置の名称を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
88	I(通則)	時間外加算 休日加算 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) 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。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
89	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) 記載欄に加算した点数及び回数に記載し、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。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
90	1000-2	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8部1000-2咬合調整の(1)のイからハまでのいずれに該当するかを記載すること。	820100910	イ 一次性咬合性外傷の場合		
				820100911	ロ 二次性咬合性外傷の場合		
				820100912	ハ 歯冠形態修正の場合		
91	1006	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) 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と特定できる場合は、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。 (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) 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。	830100376	抜歯前提の消炎目的の根管拡大部位:*****		
				850100334	感染処前歯冠修復完了年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
92	1007	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) 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。 (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) 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と特定できる場合は、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。	830100377	根貼実施部位の状態:*****		
				850100335	根貼初回年月:(元号)yy"年"mm"月"		
				830100378	抜歯前提の消炎目的の根管拡大後の根管貼薬部位:*****		
93	1008	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) 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	暫間根充		
				820100330	暫間根充後の根充		
94	1008-2	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) 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。 (加圧根管充填処置と異日にエックス線撮影を行い根管充填の状態を確認した場合) 特別な理由を記載すること。	820100390	妊娠中(加圧根管充填処置)		
				830100888	加圧根管充填処置と異日にエックス線撮影を行う特別な理由(加圧根管充填処置):*****		
95	1008-2	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、連携する保険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) 撮影した保険医療機関名を記載すること。	830100379	手術用顕微鏡加算(加圧根管充填処置)撮影保険医療機関名:*****		
96	1009-7	ハイフローセラピー	動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度の測定結果を記載すること。	830100251	動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度測定結果(ハイフローセラピー):		
				830100380	P処部位:*****		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
97	1010	歯周病処置	は、部位のみを記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
			(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病処置を行う場合) 初回の年月日及び紹介元保険医療機関名を記載。	850100336	P処初回年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
98	1011-2	歯周病継続支援治療	前回の歯周病継続支援治療の実施年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。	850100337	SPT前回実施年月:(元号)yy"年"mm"月"		
				820190337	初回(SPT -SPT)		
				820100331	イ 歯周外科手術を実施した場合		
				820100332	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		
				820101233	ハ 糖尿病の状態により、歯周病が重症化するおそれのある場合		
				820100333	ニ 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		
				820100334	ホ 侵襲性歯周炎の場合		
				820101882	ヘ 特別管理加算を算定した場合		※
99	1011-2	重症化予防連携強化加算	(糖尿病の病態によって歯周病の重症化を引き起こすおそれのある患者に対して、歯周病継続支援安定療治療を実施し、他の保険医療機関の主治の医師に治療した内容、今後の治療方針等について情報提供を行った場合) 初回の年月日及び紹介元保険医療機関名を記載。	850190272	SPT初回年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100917	SPT紹介元保険医療機関名:*****		
100	1014	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回目場合は1回目と記載する。)及び歯周外科手術の予定の有無を記載すること。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。	830100383	暫間固定部位:*****		
				830100384	暫間固定方法:*****		
				850190047	暫間固定前回実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○	
				820190047	1回目(暫間固定)		
				820100335	歯周外科手術の予定あり		
				820100336	歯周外科手術の予定なし		
				820100337	歯周外科手術未定		
				820100776	術後1回目(暫間固定)		
101	1017	口腔内装置		820100339	イ 顎関節治療用装置		
				820100340	ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置		
				820100341	ハ 顎間固定用に歯科用ベースプレートをを用いた床		
				820100342	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		
				820100343	ホ 手術に当たり製作したサージカルガイドプレート		
				820100344	ヘ 腫瘍等による顎骨切除後、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		
				820100345	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		
				820100346	チ 不随意運動等による咬傷を繰り返す患者に対して、口腔粘膜等の保護を目的として製作する口腔内装置		
				820100347	リ 放射線治療に用いる口腔内装置		
				820101234	ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置(日常生活時の外傷歯の保護を目的とするもの)		
				820101235	ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置(運動時の外傷歯の保護を目的とするもの)		
				820101884	ル 歯周治療用装置(床義歯形態)		※
				850100394	口腔内装置手術予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用		
				830100462	口腔内装置手術を行う保険医療機関名;*****				
			(※ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置を算定する場合) 当該外傷の受傷年月日を記載すること。	850190274	外傷受傷年月日:(元号)yy"mm"月"dd"日				
			(口腔内装置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) 「令和 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」欄に装着物の種類、装着予定年月日及び装着できなくなった理由を記載すること。	830100404	未来院請求 装着物の種類;*****				
				850100348	未来院請求 装着予定年月日:(元号)yy"mm"月"dd"日				
				830100405	未来院請求 装着できなくなった理由;*****				
			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。)	830100385	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;*****				
				830100468	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置院内紹介元担当科名;*****				
			(睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置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) 「令和 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」欄に装着物の種類、装着予定年月日及び装着できなくなった理由を記載すること。	830100404	未来院請求 装着物の種類;*****				
				850100348	未来院請求 装着予定年月日:(元号)yy"mm"月"dd"日				
				830100405	未来院請求 装着できなくなった理由;*****				
			103	1017-1-2	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置				
			(舌接触補助床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) 「令和 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」欄に装着物の種類、装着予定年月日及び装着できなくなった理由を記載すること。	830100404	未来院請求 装着物の種類;*****				
				850100348	未来院請求 装着予定年月日:(元号)yy"mm"月"dd"日				
				830100405	未来院請求 装着できなくなった理由;*****				
			(術後即時顎補綴装置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) 「令和 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」欄に装着物の種類、装着予定年月日及び装着できなくなった理由を記載すること。	830100404	未来院請求 装着物の種類;*****				
				850100348	未来院請求 装着予定年月日:(元号)yy"mm"月"dd"日				
				830100405	未来院請求 装着できなくなった理由;*****				
			除去した歯冠修復物並びに補綴物等の部位及び種類を記載すること。なお、「傷病名部位」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」欄への部位の記載を省略して差し支えない。	830100386	除去部位;*****				
				830100387	除去した歯冠修復・補綴物等の種類;*****				
106	1021	根管内異物除去注 手術用顕微鏡加算	(手術用顕微鏡加算において、連携する保険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) 撮影した保険医療機関名を記載すること。	830100388	歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した保険医療機関名等;*****				
			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。	830100389	心身医学療法医科保険医療機関名等;*****				
				850100341	心身医学療法紹介年月日:(元号)yy"mm"月"dd"日				
				830100390	心身医学療法治療内容の要点;*****				
				850100342	心身医学療法実施年月日:(元号)yy"mm"月"dd"日				
				851100033	心身医学療法開始時刻				
				851100034	心身医学療法終了時刻				
			(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) 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。	850100343	術口術手術年月日:(元号)yy"mm"月"dd"日				
				850100344	術口術手術予定年月日:(元号)yy"mm"月"dd"日				
				830100391	術口術手術名;*****				
			(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) 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。	850100345	術口術2前回算定年月日:(元号)yy"mm"月"dd"日				
			(I030機械的歯面清掃処置の留意事項通知(3)に規定している患者以外の場合) 前回実施年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。	850100346	歯清前回実施年月:(元号)yy"mm"月				
				820190346	初回(歯清)				
			(歯科診療特別対応加算を算定した場合) 歯科診療特別対応加算を算定した旨を記載すること。	820100779	歯科診療特別対応加算算定後				

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
109	1030	機械的歯面清掃処置	(根面う蝕管理料の口腔管理体強化加算を算定した場合) 根面う蝕管理料の口腔管理体強化加算を算定した旨、特に機械的歯面清掃が必要と認められる理由を記載すること。	820101304	根管強(歯清)		
				830100918	特に機械的歯面清掃が必要と認められる理由:*****		
			(エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体強化加算を算定した場合) エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体強化加算を算定した旨を記載すること。	820101304	根管強(歯清)		
			(妊娠中の場合) 妊娠中である旨を記載すること。	820100348	妊娠中(歯清)		
		(糖尿病の場合) 糖尿病である旨を記載すること。	820100789	糖尿病(歯清)			
110	1031	フッ化物歯面塗布処置	(フッ化物歯面塗布処置の「1 う蝕多発傾向者の場合」又は「2 初期の根面う蝕に罹患している患者の場合」を算定した場合) 前回実施年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。	850100347	F局前回実施年月:(元号)yy”年”mm”月”		
			(フッ化物歯面塗布処置の「3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」(エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体強化加算を算定した患者を除く)を算定した場合) 前回実施年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。	820190347	初回(F局)		
			(レジン充填又はインレー修復による治療を行った歯について、充填等による治療を行った月の翌月以降に、充填等を行った歯と異なる歯面にエナメル質初期う蝕が認められた場合) 充填等が行われた歯面とエナメル質初期う蝕の管理を行う歯面をそれぞれ記載すること。	830100889	充填等が行われた歯面(フッ化物歯面塗布処置):*****		
			(エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体強化加算を算定した患者に対して、フッ化物歯面塗布処置の「3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」を算定した場合) エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体強化加算を算定した旨を記載すること。	820101319	根管強(F局)		
111	1090	薬剤(処置)	(生活歯髄切断又は抜髄を行い、区分番号1090により薬剤を算定する場合) 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。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
112	1100	特定薬剤(処置)	(区分番号1100により特定薬剤を算定する場合) 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。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
113	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) 処置・手術の「その他」欄に当該手術の名称を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
114	J(通則)	時間外加算 休日加算 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) 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。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
115	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) 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こと。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
116	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) 処置・手術の「その他」欄に手術の名称を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
117	J000	抜歯手術	(難抜歯加算の対象となる歯又は埋伏歯において完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止した場合で抜歯料を算定した場合) 完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止した旨を記載すること。	820100349	完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止		
			(抜歯のための術前処置として手術野の消毒・麻酔等を行い、抜歯の態勢に入ったが、脳貧血等の患者の急変によりやむを得ず抜歯を中止した場合) 抜歯を中止と記載すること。	820100350	患者の急変によりやむを得ず抜歯を中止		
			(上記以外の理由により抜歯を中止した場合) その他を選択し、その理由を記載すること。	830100392	抜歯手術中止理由:*****		
118	J004	歯根端切除手術 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。	830100393	根切部位:*****		
			(連携する保険医療機関にて歯科用3次元エックス線断層撮影装置を使用した場合) 撮影した保険医療機関名を記載すること。	830100394	根切(歯科CT撮影装置及び手術用顕微鏡)歯科CT装置撮影保険医療機関名:*****		
119	J004-2	歯の再植術	手術部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄に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。	830100395	歯の再植術部位:*****		
120	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手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) 部位及び算定理由を記載すること。なお、「傷病名部位」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。	830100396	歯の再植による根尖病巣の治療部位:*****		
				830100397	歯の再植による根尖病巣の治療算定理由:*****		
121	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。	830100398	歯の移植手術部位:*****		
122	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) 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		
				830100399	口腔内消炎手術に係る抜歯部位:*****		
				310011610	掻爬術	○	

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
123	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。	310011710	新附着手術	○	
				310011810	GEct	○	
				310011910	FOp	○	
				310012010	GTR(一次手術)	○	
				310012110	GTR(二次手術)	○	
				310013010	歯肉歯槽粘膜形成手術(歯肉弁根尖側移動術)	○	
				310013110	歯肉歯槽粘膜形成手術(歯肉弁歯冠側移動術)	○	
				310013210	歯肉歯槽粘膜形成手術(歯肉弁側方移動術)	○	
				310013310	歯肉歯槽粘膜形成手術(遊離歯肉移植術)	○	
				310013410	歯肉歯槽粘膜形成手術(口腔前庭拡張術)	○	
				310037510	歯肉歯槽粘膜形成手術(結合組織移植術)	○	
830100400	歯周外科手術部位:*****						
		(歯周病の治療を目的としない歯周外科手術を行う場合) 当該手術の目的を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該手術を行った目的が明らかと特定できる場合は、目的の記載を省略して差し支えない。	830100919	歯周外科手術を行う目的:*****			
124	J063	歯周外科手術 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。	CJ027 (310030670)	手術歯根(FOp又はGTR)	○	
125	J090	皮膚移植術(生体培養)	皮膚移植者の診療報酬明細書の「摘要」欄に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。	310021070	提供者の療養上の費用(皮膚移植術)	○	
126	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。 (当該手術の実施範囲が4歯相当未満である場合) 顎堤欠損の原因となった疾患名を記載すること。	830100401	特イ術部位:*****		
				830100402	特イ術疾患名:*****		
127	J110	広範囲顎骨支持型装置揺戻術	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。	830100403	特イ揺部位:*****		
128	J111	頭頸部悪性腫瘍光線力学療法	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。	830100920	歯頭頸悪光部位:*****		
129	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	BJ005 (310036210)	レーザー機器加算1	○	
				BJ006 (310036310)	レーザー機器加算2	○	
				BJ007 (310036410)	レーザー機器加算3	○	
130	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) 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。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
131	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。 a 手術、処置、検査等の名称は、告示名又は通知名を使用。 b 手術、処置、検査等の手技料は、必ず点数を記載すること。 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。 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。 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】 ①特定保険医療材料 [商品名]××××× (鼻孔プロテーゼ) 387×1	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示。)	○	

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
132	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) 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。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
				医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
133	K(通則)	時間外加算 休日加算 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) 麻酔名及び加算の種類を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
134	K(通知通則)	麻酔薬剤	使用した酸素又は窒素、地方厚生(支)局長に届け出た購入単価(単位 銭)(酸素のみ)、当該請求に係る使用量(単位 リットル)を麻酔の「その他」欄に記載すること。なお、酸素の請求は、Ⅱの第3の2(20)のクの(イ)と同様とする。	特定器材コード	(特定器材名を表示。)	○	※
135	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。 また、使用した窒素請求は当該請求に係る使用量(単位 リットル)を記載。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示。)	○	
136	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。 静脈内鎮静法が必要な理由を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
				830100891	静脈内鎮静法が必要な理由(静脈内鎮静法):*****	○	
137	K005	歯科吸入麻酔又は 歯科静脈麻酔(I)	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。 吸入麻酔又は静脈麻酔が必要な理由を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	※
				830100966	吸入麻酔又は静脈麻酔が必要な理由(歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔(I)):*****	○	※
138	K006	歯科吸入麻酔又は 歯科静脈麻酔(II)	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。 吸入麻酔又は静脈麻酔が必要な理由を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	※
				830100967	吸入麻酔又は静脈麻酔が必要な理由(歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔(II)):*****	○	※
139	K100	薬剤(麻酔)	麻酔の「その他」欄に医薬品名を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
140	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) 「令和 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。 (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は装着料及び装着材料料を算定する場合) 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。 (有床義歯製作中であって、咬合採得後における試適前又はクロスブ等を有する咬合床を用いて咬合採得を行う前に、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は患者が死亡した場合) 装着物の種類及び装着(又は試適)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。 (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歯の喪失等やむを得ない場合) 装着物の種類及び装着(又は試適)予定日及び装着できなくなった理由を記載すること。 (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) 欠損歯数と補綴歯数の不一致を記載すること。 (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) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に装着物の種類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。 (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) 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。 (歯根分割を行った歯に歯冠修復物又は欠損補綴物を装着する場合) 分割抜歯を行った部位を記載すること。	未来院請求コード「01」	(「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様(歯科用)」の別表12に収載するコード) 未来院請求	○	
				830100404	未来院請求 装着物の種類:*****	○	
				850100348	未来院請求 装着予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	○	
				830100405	未来院請求 装着できなくなった理由:*****	○	
				830100406	未来院請求後 装着物の種類:*****	○	
				850100349	未来院請求 装着(又は試適)予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	○	
				830100409	やむを得ない場合 装着物の種類:*****	○	
				850100350	やむを得ない場合 装着(又は試適)予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	○	
				830100410	やむを得ない場合 装着できなくなった理由:*****	○	
				820100358	欠損歯数と補綴歯数の不一致	○	
				830100411	歯冠修復及び欠損補綴部位:*****	○	
				診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
830100892	分割抜歯を行った部位:*****	○					
141	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) 当該装置に係る当該診断料の前回実施年月日(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。	850190048	補綴前回実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	○	
				820101016	初回(補綴)	○	
142	M000	補綴時診断料 注3 歯科技工士運携加算1 注4 歯科技工士運携加算2	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から補綴時診断の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100968	補綴時診断の部位:*****	○	※
143	M000-2	クラウン・ブリッジ維持管理料	装着日から2年を経過するまでの間に、やむを得ず再製作する場合は、算定の理由を記載すること。	820100355 830100996	再製作による算定の理由:*****	○	
144	M001	歯冠形成 3 窩洞形成 注9 う蝕無痛窩洞形成加算	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」欄への記載は省略して差し支えない。	830100412	う蝕無痛(KP)部位:*****	○	

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
145	M001-2	即時充填形成 注1 う蝕歯無痛的高洞形成加算	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」欄への記載は省略して差し支えない。	830100413	う蝕無痛(充形)部位:*****		
146	M001-4	補綴前処置	実施した前処置の内容を記載すること。 修理を行った有床義歯に対して、再度の義歯修理を行う場合は、前回算定年月日を記載すること。	820101885	レストシート		※
				820101886	ガイドブレーン		※
				820101887	リカントゥアリング		※
				830100969	その他前処置:*****		※
147	M002	支台築造	(ファイバーポストを用いた場合) 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。	830100617	ファイバーポスト部位:*****		
			(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) 永久歯代行と記載すること。	DM110 (313029520)	ファイバーポスト*****本	○	
			820100353	永久歯代行			
148	M003	印象採得	(「印象」の項に書ききれない場合) 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。	診療行為コード	(診療行為名称を表示)	○	
149	M003	印象採得 注1 歯科技工士連携加算1 注2 歯科技工士連携加算2	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から印象採得の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100893	印象採得部位:*****		
150	M003-2	暫間歯冠補綴装置	いずれに該当するかを記載すること。 口の再製作を行った場合、前回の算定年月を記載すること。	820101888	イ テンポラリークラウン又はリテーナー		※
				820101889	ロ 歯周治療用装置(冠形態)		※
				820101890	ハ 暫間固定(レジン連続冠固定法による連結固定)		※
				820101891	ニ 歯科用暫間被覆冠成形品による暫間的な連結固定		※
				850100599	前回の算定年月(ロ);(元号)yy”年”mm”月”	○	※
151	M003-4	光学印象 注3 歯科技工士連携加算1 注4 歯科技工士連携加算2	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から印象採得の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100894	光学印象部位:*****		
152	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) 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、記載を省略して差し支えない。	830100414	再装着部位:*****		
153	M006	咬合採得	(「咬合」の項に書ききれない場合) 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。	診療行為コード	(診療行為名称を表示)	○	
154	M006	咬合採得 注1 歯科技工士連携加算1 注2 歯科技工士連携加算2	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から咬合採得の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100895	咬合採得部位:*****		
155	M007	仮床試適 注1 歯科技工士連携加算1 注2 歯科技工士連携加算2	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から仮床試適の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100896	仮床試適部位:*****		
156	M009	充填	(2歯以上の充填に際し1歯に複数窩洞の充填を行った場合) 当該歯の部位を記載すること。	830100415	同一歯の複数窩洞に対する充填部位:*****		
157	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) 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行		
			(同一歯の複数の窩洞に対して、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) 同一歯の複数窩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。	830100416	同一歯の複数窩洞に対する歯冠修復部位:*****		
			820100354	同一歯の複数窩洞に対する歯冠修復			
			830100417	14Kを用いた金属歯冠修復部位:*****			
		(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) 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。	DM019 (313010920)	14K(インレー(複))	○		
			DM020 (313011020)	14K(3/4冠)	○		
158	M010-3	接着冠	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、記載を省略して差し支えない。	830100422	接着冠部位:*****		
159	M011	レジン前装金属冠	(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対してレジン前装金属冠を用いた歯冠修復を行った場合) 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行		
160	M015	非金属歯冠修復 ツ、矯正レジンジャ	(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) 紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100418	硬ジ紹介元保険医療機関名:*****		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
160	M015-1	後継永久歯用ハードレジンジャケット冠	(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対してハードレジンジャケット冠を用いた歯冠修復を行った場合) 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行		
161	M015-2	CAD/CAM冠	(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対してCAD/CAM冠を用いた歯冠修復を行った場合) 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行		※
162	M015-3	CAD/CAMインレー	(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対してCAD/CAMインレーを用いた歯冠修復を行った場合) 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行		※
163	M016-1	小児保険装置 1 固定式保険装置	装置の種類を選択して記載すること。	820100782	クラウンループ		
				820100783	バンドループ		
164	M016-2	小児保険装置 2 可撤式保険装置	いずれに該当するかを記載すること。	820101893	イ 両側性の乳臼歯を早期喪失した場合		※
				820101894	ロ 片側性の2歯以上の乳臼歯を早期喪失した場合		※
				820101895	ハ 片側性の乳臼歯1歯欠損であっても、支台歯に加重負担をきたす可能性がある場合		※
				820101896	ニ 乳前歯を早期喪失した場合		※
				820101897	ホ 永久歯を早期喪失し、将来の補綴処置に備えて保障を行う必要がある場合		※
165	M017	ボンテック	(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) 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) 算定の理由を記載すること。	830100420	BrIに係るフィルム料等の算定理由:*****		
			(犬歯のボンテ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) 中切歯の状態等を記載すること。	830100421	BrIに係る中切歯の状態等:*****		
			(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、犬歯が低位唇側転位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ック1歯のブリッジの設計とした場合) 低位唇側転位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。	820100784	低位唇側転位の犬歯を含む欠損歯数と補綴歯数の不一致		
166	M017-2	高強度硬質レジンブリッジ	(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臼歯部1歯中間欠損に使用する場合) 紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100618	HRBr紹介元保険医療機関名:*****		
167	M018	有床義歯	(残根上に義歯を装着した場合) 残根上の義歯と記載すること。	820100356	残根上義歯		
			830100423	小児義歯装着部位:*****			
			(小児義歯に係る費用を算定する場合) 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。	830100424	小児義歯が必要な疾患名:*****		
			830100425	小児義歯が必要な理由:*****			
			(有床義歯を1～2日で製作し装着する場合) 当該有床義歯の製作方法及び1～2日で製作し装着することが必要となった理由及び製作方法を記載すること。	830100906	有床義歯の製作方法:*****		
			830100907	有床義歯を1～2日で製作し装着することが必要な理由:*****			
			(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か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) 「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M018有床義歯の(13)の二又はホに該当する場合は、該当するものを記載すること。なお、ホの場合は、具体的な理由を記載すること。	820100359	ニ 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		
			830100426	ホ その他特別な場合:*****			
168	M018-2	3次元プリント有床義歯	(残根上に義歯を装着した場合) 残根上の義歯と記載すること。	820100356	残根上義歯		※
			(有床義歯を1～2日で製作し装着する場合) 1～2日で製作し装着することが必要となった理由を記載すること。	830100907	有床義歯を1～2日で製作し装着することが必要な理由:*****		※
			(前回有床義歯を算定した日から6か月が経過していない場合であって新たに有床義歯の算定を行った場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第12部M018有床義歯の(13)の二又はホに該当する場合は、該当するものを記載すること。なお、ホの場合は、具体的な理由を記載すること。	820100359	ニ 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		※
			830100426	ホ その他特別な場合:*****		※	
			(残根上に義歯を装着した場合) 残根上義歯と記載すること。	820100356	残根上義歯		
			(有床義歯を1～2日で製作し装着する場合)	830100994 830100906	有床義歯の製作方法:*****		※

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用	
169	M019	熱可塑性樹脂有床義歯等	1～2日で製作し装着することが必要となった理由を記載すること。	830100907	有床義歯を1～2日で製作し装着することが必要な理由:*****		※	
			(小児義歯に係る費用を算定する場合) 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。	830100423	小児義歯装着部位:*****			
				830100424	小児義歯が必要な疾患名:*****			
				830100425	小児義歯が必要な理由:*****			
			(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) 「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M018有床義歯の(13)の二又はホに該当する場合は、該当するものを記載すること。なお、ホの場合は、具体的な理由を記載すること。	820100359	ニ 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		※	
				830100426	ホ その他特別な場合:*****		※	
(1顎に2床以上の局部義歯を装着した場合) 1顎の床数を記載すること。	842100115	1顎の床数(有床義歯):*****		※				
170	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、顎骨嚢胞等による顎骨切除に対する口蓋補綴装置又は顎補綴装置			
				820100385	ロ オクルーザルランプを付与した口腔内装置			
				820100386	ハ 発音補綴装置			
				820100387	ニ 発音補助装置			
				820100388	ホ ホツツ床			
171	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) 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。	850100351	有床義歯装着年月日:(元号)yy年mm月dd日			
172	M029	有床義歯修理 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) 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。	850100353	歯技工2(床修理)預かり年月日:(元号)yy年mm月dd日			
				850100354	歯技工2(床修理)装着年月日:(元号)yy年mm月dd日			
173	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) 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。	850100351	有床義歯装着年月日:(元号)yy年mm月dd日			
174	M030	有床義歯内面適合法 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) 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。	850100355	歯技工2(床裏装)預かり年月日:(元号)yy年mm月dd日			
				850100356	歯技工2(床裏装)装着年月日:(元号)yy年mm月dd日			
175	M041	広範囲顎骨支持型補綴物修理	(別の保険医療機関で装着された当該補綴物の修理を行った場合) 装着を実施した保険医療機関名及び装着日(不明であれば装着時期)を記載すること。	830100430	特イ補綴装着保険医療機関名:*****			
				850100357	特イ補綴装着年月日:(元号)yy年mm月dd日			
				830100431	特イ補綴装着時期:*****			
176	M100	薬剤(歯冠修復及び欠損補綴)	(生活歯歯冠形成を行い、区分番号M100により薬剤を算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄にその医薬品名、使用量を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)		※	
177	M200	特定保険医療材料(歯冠修復及び欠損補綴)	(区分番号M200により特定薬剤を算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄にその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。	特定器材コード	(特定器材名を表示。)		※	
			歯科矯正相談料を前回算定した年月日を相談料の名称に併せて記載すること。	850190275	歯科矯正相談料1前回算定年月日:(元号)yy年mm月dd日			
				850190276	歯科矯正相談料2前回算定年月日:(元号)yy年mm月dd日			
				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。	850100358	歯科矯正診断料初回算定年月日:(元号)yy年mm月dd日		
					850100359	顎口腔機能診断料初回算定年月日:(元号)yy年mm月dd日		
				(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) 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		
				820100929	唇顎口蓋裂			
				820100930	ゴールデンハー症候群(髁弓異常症を含む。)			
820100931	顎骨頭蓋骨異常形成							

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	紙レセ のみ記載	令和8年 6月1日 適用
178	N	歯科矯正	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、3歯以上の永久歯萌出不全又は顎変形症)を記載すること。	820100932	トリーチャ・コリンズ症候群		
				820100933	ビエール・ロバン症候群		
				820100934	ダウン症候群		
				820100935	ラッセル・シルバー症候群		
				820100936	ターナー症候群		
				820100937	バックウィズ・ウィーデマン症候群		
				820100938	顔面半側萎縮症		
				820100939	先天性ミオパチー		
				820100940	筋ジストロフィー		
				820100088	脊髄性筋萎縮症		
				820100942	顔面半側肥大症		
				820100943	エリス・ヴァンクレベルド症候群		
				820100944	軟骨形成不全症		
				820100945	外胚葉異形成症		
				820100946	神経線維腫症		
				820100947	基底細胞母斑症候群		
				820100948	スーナン症候群		
				820100949	マルファン症候群		
				820100950	ブラダー・ウィリー症候群		
				820100951	顔面裂(横顔裂、斜顔裂及び正中顔裂を含む。)		
				820100952	大理石骨病		
				820100953	色素失調症		
				820100954	口腔・顔面・指趾症候群		
				820100955	メビウス症候群		
				820100956	歌舞伎症候群		
				820100957	クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群		
				820100958	ウイリアムズ症候群		
				820100959	ピンダー症候群		
				820100960	スティックラー症候群		
				820100961	小舌症		
				820100962	頭蓋骨癒合症(クルーゾン症候群及び尖頭合指症を含む。)		
				820100963	骨形成不全症		
820100964	フリーマン・シェルドン症候群						
820100965	ルビンスタイン・ティビ症候群						
820100966	染色体欠失症候群						

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	紙レセ のみ記載	令和8年 6月1日 適用
				820100967	ラーセン症候群		
				820100968	濃化異骨症		
				820100969	6歳以上の先天性部分無歯症		
				820100970	CHARGE症候群		
				820100971	マーシャル症候群		
				820100972	成長ホルモン分泌不全性低身長症		
				820100973	ポリエックス症候群(XXX症候群、XXXX症候群及びXXXXX症候群を含む。)		
				820100974	リング18症候群		
				820100975	リンパ管腫		
				820100976	全前脳嚢症		
				820100977	クラインフェルター症候群		
				820100978	偽性低アルドステロン症		
				820100979	ソス症候群		
				820100980	グリコサミノグリカン代謝障害(ムコ多糖症)		
				820100981	線維性骨異形成症		
				820100982	スタージ・ウェーバ症候群		
				820100983	ケルビズム		
				820100984	偽性副甲状腺機能低下症		
				820100985	Ekman-Westborg-Julin症候群		
				820100986	常染色体重複症候群		
				820100987	巨大静脈奇形(頸部口腔咽頭びまん性病変)		
				820100988	毛髪・鼻・指節症候群(Tricho-Rhino-Phalangeal症候群)		
				820101236	クリッペル・ファイル症候群(先天性頸椎癒合症)		
				820101237	アラジュール症候群		
				820101238	高IgE症候群		
				820101239	エーラス・ダンロス症候群		
				820101240	ガードナー症候群(家族性大腸ポリポージス)		
				820101902	原発性低リン血症性くる病		※
				820101903	ロイス・ディーツ症候群		※
				820100989	その他顎・口腔の先天異常		
				820100918	3歳以上の永久歯萌出不全		
				820101904	連続した3歳以上の先天性欠如歯		※
				820100919	顎変形症		
			(6歳以上の先天性部分無歯症、3歳以上の永久歯萌出不全又は連続した3歳以上の先天性欠如歯による咬合異常により歯科矯正を行う場合) 先天性欠如部位又は埋伏歯の部位を記載すること。	830100641	先天性欠如又は埋伏歯部位:*****		※

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
179	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、保定の開始及び顎切除等の手術実施の区別を記載し、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。	820100785	歯科矯正開始		
				820100786	動的処置開始		
				820100787	マルチブラケット法開始		
				820100788	保定開始		
				820101306	顎切除等の手術実施		
				850100360	歯科矯正診断料前回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				820100785	歯科矯正開始		
180	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、保定の開始及び顎離断等の手術実施の区別(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。	820100785	歯科矯正開始		
				820100786	動的処置開始		
				820100787	マルチブラケット法開始		
				820100788	保定開始		
				820101241	顎離断等の手術実施		
				850100361	顎口腔機能診断料前回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100466	顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名:*****		
181	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。	算定日情報 (算定日)		○	
				850100382	動的処置開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100383	マルチブラケット法開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
182	N004	模型調整製 2 予測模型	全体の「その他」欄に予測歯数を記載すること。	842100064	模型調整(予測模型)予測歯数:*****		
183	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を記載すること。	850100396	動的処置算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100382	動的処置開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100383	マルチブラケット法開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
184	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) 当該診断料を算定した保険医療機関名を記載すること。	830100433	歯科矯正診断料算定保険医療機関名:*****		
				830100434	顎口腔機能診断料算定保険医療機関名:*****		
				820100385	アンカースクリュー脱着後の再埋入の場合		
				820100386	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		
185	N009	撤去	(装置を撤去した場合) 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。	830100435	撤去した装置の名称:*****		
				830100433	歯科矯正診断料算定保険医療機関名:*****		
				830100434	顎口腔機能診断料算定保険医療機関名:*****		
186	N018	マルチブラケット装置	(マルチブラケット装置(セクショナルアーチを行う場合を除く)を行う場合) 全体の「その他」欄にステップ名及びそのステップにおける装置歯数を上下顎別に記載すること。	830100767	マルチブラケット装置ステップ1(上顎)・装置数:*****		
				830100768	マルチブラケット装置ステップ1(下顎)・装置数:*****		
				830100769	マルチブラケット装置ステップ2(上顎)・装置数:*****		
				830100770	マルチブラケット装置ステップ2(下顎)・装置数:*****		
				830100771	マルチブラケット装置ステップ3(上顎)・装置数:*****		
				830100772	マルチブラケット装置ステップ3(下顎)・装置数:*****		
				830100773	マルチブラケット装置ステップ4(上顎)・装置数:*****		
				830100774	マルチブラケット装置ステップ4(下顎)・装置数:*****		

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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
			(セクショナルアーチを行う場合) その旨を記載すること。	820101017	セクショナルアーチを実施		
187	N028	床装置修理	(リンガルアーチにおいて、主線の前歯部分のみを再製作し、ろう着した場合) その旨を記載すること。	820101018	リンガルアーチ前歯部分の再製作		
188	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) 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。	特定器材コード	(特定器材名を表示。)	○	
189		長期収載品の選定療養に関する取扱い	(長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合(長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む。)) 医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合の理由のうち該当するものを記載すること。 なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。 ① 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された機能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると歯科医師が判断する場合。 ② 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと歯科医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。 ③ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、歯科医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ④ 後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一酸化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。	820101320	長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された機能・効果に差異があるため		
				820101321	患者が後発医薬品を使用した際、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、長期収載品との間で治療効果に差異があったため		
				820101322	学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されているため		
				820101323	剤形上の違いにより、長期収載品を処方等の必要があるため		
				820101324	後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため		
190		プログラム医療機器の評定療養に関する取扱い	「器評」と記載し、当該プログラム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。	820000095	(器評)		
				820101251	第1段階承認後のプログラム医療機器		
				820101252	チャレンジ申請による再評価を目指すプログラム医療機器		
191		プログラム医療機器の選定療養に関する取扱い	「器選」と記載し、当該プログラム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。	820101253	(器選)		
				820101254	保険適用期間を超えたプログラム医療機器		

※「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。

※「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」に基づき請求する場合、「紙レセのみ記載」列の○の記載事項については、請求上、該当する「レセプト電算処理システム用コード」の記録により必然的に記載される内容になるので、別途コメントとしての記載は不要であること。

別表Ⅳ材料価格基準 抜粋

項番	別表	区分	特定保険医療材料の機能区分	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	令和8年6月1日適用	
				(一連の治療で3個以上使用する場合) 医学的必要性を記載すること。	308000115 30900115	3個以上使用する医学的必要性(薬剤溶出型吸収性鼻腫脹用ステント); *****	※	
102	Ⅱ	236	上腕静脈用カテーテル	使用する医学的必要性を記載すること。	308000116 30900116	使用する医学的必要性(上腕静脈用カテーテル);*****	※	
103	Ⅱ	237	軟骨修復材	使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳細を記載すること。	308000117 30900117	使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳細(軟骨修復材);*****	※	
104	Ⅱ	238	冷凍アブレーション用バルーンカテーテル	用いる医学的必要性を記載すること。	308000118 30900118	使用する医学的必要性(冷凍アブレーション用バルーンカテーテル);*****	※	
105	Ⅱ	239	腎神経焼灼術用カテーテル	(医学的必要性から3個以上使用する必要がある場合) 理由を記載すること。	308000119 30900119	3個以上使用する医学的必要性(腎神経焼灼術用カテーテル);*****	※	
106	Ⅱ	240	経皮的三尖弁クリップシステム	(医学的必要性から3個以上使用する必要がある場合) 理由を記載すること。	308000120 30900120	3個以上使用する医学的必要性(経皮的三尖弁クリップシステム);*****	※	
				用いた治療が最適であると判断した評価内容及び症状詳細を記載すること。	308000121 30900121	用いた治療が最適であると判断した評価内容及び症状詳細(経皮的三尖弁クリップシステム);*****	※	
107	Ⅳ	021	中心静脈用カテーテル (1)中心静脈カテーテル ⑥抗菌型	下記1から4について記載すること。 1 対象患者の症状詳細 2 対象患者についての該当項目【アのa～dのいずれか又はイ】を以下から選択して記載すること。 ア 中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して5日を超える当該カテーテルの留置が必要であり、かつ下記のa～dのいずれかに該当する患者 a 同一入院期間においてCLABSIを2回以上繰り返している患者 b 小児等の中心静脈カテーテル挿入が可能な血管が限定される患者 c 人工弁、人工血管グラフト、心血管系電子デバイス(ペースメーカー等)等を体内に留置しており、CLABSIによる発症が重篤化する危険性が高い患者 d 好中球減少患者、熱傷患者、臓器移植患者、短小腸患者等のCLABSIの危険性が高い患者 イ CLABSI発生率が地域や全国のサーベイランス(厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等)の報告結果を超えている保険医療機関において、中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して14日以上の当該カテーテルの留置が必要である患者 3 対象患者のアレルギー歴(特に含有抗菌薬に関するアレルギー歴がないことを確認すること)。 4(2のイ)に該当する患者に対して使用する場合 当該保険医療機関のCLABSI発生率及び参考とした地域や全国のサーベイランス(厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等)におけるCLABSI発生率	308000122 30900122	1症状詳細(中心静脈用カテーテル(1)中心静脈カテーテル・抗菌型);*****	※	
					2ア a 同一入院期間中においてCLABSIを2回以上繰り返している患者(中心静脈用カテーテル(1)中心静脈カテーテル・抗菌型)	308000030 30900030	2ア a 同一入院期間中においてCLABSIを2回以上繰り返している患者(中心静脈用カテーテル(1)中心静脈カテーテル・抗菌型)	※
					2ア b 小児等の中心静脈カテーテル挿入が可能な血管が限定される患者(中心静脈用カテーテル(1)中心静脈カテーテル・抗菌型)	308000031 30900031	2ア b 小児等の中心静脈カテーテル挿入が可能な血管が限定される患者(中心静脈用カテーテル(1)中心静脈カテーテル・抗菌型)	※
					2ア c 人工弁、人工血管グラフト、心血管系電子デバイス(ペースメーカー等)等を体内に留置しており、CLABSIによる発症が重篤化する危険性が高い患者(中心静脈用カテーテル(1)中心静脈カテーテル・抗菌型)	308000032 30900032	2ア c 人工弁、人工血管グラフト、心血管系電子デバイス(ペースメーカー等)等を体内に留置しており、CLABSIによる発症が重篤化する危険性が高い患者(中心静脈用カテーテル(1)中心静脈カテーテル・抗菌型)	※
					2ア d 好中球減少患者、熱傷患者、臓器移植患者、短小腸患者等のCLABSIの危険性が高い患者(中心静脈用カテーテル(1)中心静脈カテーテル・抗菌型)	308000033 30900033	2ア d 好中球減少患者、熱傷患者、臓器移植患者、短小腸患者等のCLABSIの危険性が高い患者(中心静脈用カテーテル(1)中心静脈カテーテル・抗菌型)	※
					2イ CLABSI発生率が地域や全国のサーベイランス(厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等)の報告結果を超えている保険医療機関において、中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して14日以上の当該カテーテルの留置が必要である患者(中心静脈用カテーテル(1)中心静脈カテーテル・抗菌型)	308000034 30900034	2イ CLABSI発生率が地域や全国のサーベイランス(厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等)の報告結果を超えている保険医療機関において、中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して14日以上の当該カテーテルの留置が必要である患者(中心静脈用カテーテル(1)中心静脈カテーテル・抗菌型)	※
					3対象患者のアレルギー歴(中心静脈用カテーテル(1)中心静脈カテーテル・抗菌型);*****	308000123 30900123	3対象患者のアレルギー歴(中心静脈用カテーテル(1)中心静脈カテーテル・抗菌型);*****	※
		4(2のイ)に該当する患者に対して使用する場合)CLABSI発生率及び参考とした地域や全国のサーベイランスにおけるCLABSI発生率(中心静脈用カテーテル(1)中心静脈カテーテル・抗菌型);*****	308000013 342900008	4(2のイ)に該当する患者に対して使用する場合)CLABSI発生率及び参考とした地域や全国のサーベイランスにおけるCLABSI発生率(中心静脈用カテーテル(1)中心静脈カテーテル・抗菌型);*****	※			
108	V	033	口腔粘膜保護材	(患者の状況により10mLを超える量を使用する場合) 理由を記載すること。	308000125 30900125	10mLを超える量を使用する理由(口腔粘膜保護材);*****	※	
109	V	036	半導体レーザー用プローブ	(8本を超えた本数の算定が必要な場合) 詳細な理由を記載すること。	308000126 30900126	8本を超えて算定する理由(半導体レーザー用プローブ);*****	※	
110	Ⅶ	012	皮膚欠損用創傷被覆材	(区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者以外に対して使用する場合であって、3週間を超えた期間で算定が必要な場合) 詳細な理由を記載すること。	308000001 30900001	3週間を超えて算定する詳細な理由(皮膚欠損用創傷被覆材);*****	※	
111	Ⅶ	013	非固着性シリコンガーゼ	(区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者以外であって、3週間を超えた期間で算定が必要な場合) 詳細な理由を記載すること。	308000002 30900002	3週間を超えて算定する詳細な理由(非固着性シリコンガーゼ);*****	※	
112	Ⅶ	015	人工鼻材料 (1)人工鼻	(1月当たり60個を超えて算定が必要な場合) 医学的必要性について記載すること。	308000006 30900006	60個を超えて算定する医学的必要性(人工鼻材料);*****	※	
113	Ⅶ	015	人工鼻材料 (2)接続用材料 ①シール型	(合わせて1月当たり30枚を超えて算定が必要な場合) 医学的必要性について記載すること。	308000007 30900007	30枚を超えて算定する医学的必要性(人工鼻材料((2)接続用材料・シール型));*****	※	

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

※「別表」欄におけるローマ数字は、特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)の一部を改正する件(令和8年厚生労働省告示第73号)の別表のことを指す。

(例:「別表」欄の「Ⅰ」は、別表第一医療診療報酬点数表の第2章第2部に規定する特定保険医療材料のこと。)

別表V 診療行為名称等の略号一覧(歯科)

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
1	A000	初診料に係る時間外加算の特例を算定した場合 ※電子計算機の場合は全体の「その他」欄に表示	特	初診 「時間外」の文字の上※
2	A000	地域歯科医療加算を算定した場合	地歯	全体「その他」欄
3	A000	電子的歯科診療情報連携体制整備加算1を算定した場合	医歯DX1	全体「その他」欄
4	A000	電子的歯科診療情報連携体制整備加算2を算定した場合	歯DX2	全体「その他」欄
5	A000	情報通信機器を用いた初診を算定した場合	情初診	全体 「その他」欄
6	A002	再診料に係る時間外加算の特例を算定した場合 ※電子計算機の場合は全体の「その他」欄に表示	特	再診 「時間外」の文字の上※
7	A002	地域歯科医療加算を算定した場合	地歯	全体「その他」欄
8	A002	電子的歯科診療情報連携体制整備加算を算定した場合	歯DX	全体「その他」欄
9	A002	情報通信機器を用いた再診を算定した場合	情再診	全体 「その他」欄
10	B000-5	周術期等口腔機能管理計画策定料1を算定した場合	周計1	管理・リハ 「その他」欄
11	B000-5	周術期等口腔機能管理計画策定料2を算定した場合	周計2	管理・リハ 「その他」欄
12	B000-6	周術期等口腔機能管理料(I)の手術前	周前(I)	管理・リハ 「その他」欄
13	B000-6	周術期等口腔機能管理料(I)の手術後	周後(I)	管理・リハ 「その他」欄
14	B000-7	周術期等口腔機能管理料(II)の手術前	周前(II)	管理・リハ 「その他」欄
15	B000-7	周術期等口腔機能管理料(II)の手術後	周後(II)	管理・リハ 「その他」欄
16	B000-8	周術期等口腔機能管理料(III)	周(III)	管理・リハ 「その他」欄
17	B000-9	周術期等口腔機能管理料(IV)	周(IV)	管理・リハ 「その他」欄
18	B000-10	回復期等口腔機能管理計画策定料1を算定した場合	回計1	管理・リハ 「その他」欄
19	B000-10	回復期等口腔機能管理計画策定料2を算定した場合	回計2	管理・リハ 「その他」欄
20	B000-11	回復期等口腔機能管理料	回機能	管理・リハ 「その他」欄
21	B002	歯科特定疾患療養管理料を算定した場合	特疾管	全体 「その他」欄
22	B002	歯科特定疾患療養管理料に係る共同療養指導計画加算を算定した場合	共計	全体 「その他」欄
23	B002	歯科特定疾患療養管理料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情特疾管	管理・リハ 「その他」欄
24	B003	特定薬剤治療管理料を算定した場合	薬	全体 「その他」欄
25	B004	悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定した場合	悪	全体 「その他」欄
26	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料1(抗悪性腫瘍剤を投与した場合)を算定した場合	外化投1	全体 「その他」欄
27	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料1(イ以外の必要な治療管理を行った場合)を算定した場合	外化管1	全体 「その他」欄
28	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料2(抗悪性腫瘍剤を投与した場合)を算定した場合	外化投2	全体 「その他」欄
29	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料2(イ以外の必要な治療管理を行った場合)を算定した場合	外化管2	全体 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
30	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料3(抗悪性腫瘍剤を投与した場合)を算定した場合	外化投3	全体 「その他」欄
31	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料3(イ以外の必要な治療管理を行った場合)を算定した場合	外化管3	全体 「その他」欄
32	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料の連携充実加算を算定した場合	連充	全体 「その他」欄
33	B004-2	手術前医学管理料を算定した場合	手前	全体 「その他」欄
34	B004-3	手術後医学管理料を算定した場合	手後	全体 「その他」欄
35	B004-6-2	歯科治療時医療管理料を算定した場合	医管	管理・リハ 「その他」欄
36	B005	開放型病院共同指導料(Ⅰ)を算定した場合	開Ⅰ	全体 「その他」欄
37	B006	開放型病院共同指導料(Ⅱ)を算定した場合	開Ⅱ	全体 「その他」欄
38	B006-3-4	療養・就労両立支援指導料を算定した場合	就労	全体 「その他」欄
39	B006-3-5	こころの連携指導料(Ⅰ)を算定した場合	こ連Ⅰ	全体 「その他」欄
40	B006-4	歯科遠隔連携診療料を算定した場合	歯遠隔	全体 「その他」欄
41	B007	退院前訪問指導料を算定した場合	退前	全体 「その他」欄
42	B008	薬剤管理指導料「1 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」を算定した場合	薬管1	全体 「その他」欄
43	B008	薬剤管理指導料「2 1の患者以外の患者に対して行う場合」を算定した場合	薬管2	全体 「その他」欄
44	B008	薬剤管理指導料に係る麻薬管理指導加算を算定した場合	麻加	全体 「その他」欄
45	B008-2	薬剤総合評価調整管理料を算定した場合	薬総評管	全体 「その他」欄
46	B009	診療情報提供料(Ⅰ)を算定した場合	情Ⅰ	全体 「その他」欄
47	B009	診療情報提供料(Ⅰ)に係る退院患者の紹介の加算を算定した場合	情Ⅰ加1	全体 「その他」欄
48	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の基本診療料に係る歯科診療特別対応加算1、2又は3若しくは歯科訪問診療料を算定している患者の紹介に係る加算(区分B009 注6)を算定した場合	情Ⅰ加2	全体 「その他」欄
49	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の基本診療料に係る歯科診療特別対応加算1、2又は3若しくは歯科訪問診療料を算定している患者の紹介に係る加算(区分B009 注7)を算定した場合	情Ⅰ加3	全体 「その他」欄
50	B009	診療情報提供料(Ⅰ)に係る検査・画像情報提供加算の「イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合」を算定した場合	情Ⅰ加4イ	全体 「その他」欄
51	B009	診療情報提供料(Ⅰ)に係る検査・画像情報提供加算の「ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合」を算定した場合	情Ⅰ加4ロ	全体 「その他」欄
52	B009-2	電子的診療情報評価料を算定した場合	電診情評	全体 「その他」欄
53	B010	診療情報提供料(Ⅱ)を算定した場合	情Ⅱ	全体 「その他」欄
54	B011	診療情報等連携共有料1	情共1	全体 「その他」欄
55	B011	診療情報等連携共有料2	情共2	全体 「その他」欄
56	B011-2	連携強化診療情報提供料	連情	全体 「その他」欄
57	B011-5	がんゲノムプロファイリング評価提供料を算定した場合	がんゲ評	全体 「その他」欄
58	B012	傷病手当金意見書交付料を算定した場合	傷	全体 「その他」欄
59	B013-3	広範囲顎骨支持型補綴物管理料1を算定した場合	特イ管1	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
60	B013-3	広範囲顎骨支持型補綴物管理料2を算定した場合	特イ管2	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
61	C000	歯科訪問診療料の歯科訪問診療1を算定した場合	歯訪1	全体 「その他」欄
62	C000	歯科訪問診療料の歯科訪問診療2を算定した場合	歯訪2	全体 「その他」欄
63	C000	歯科訪問診療料の歯科訪問診療3を算定した場合	歯訪3	全体 「その他」欄
64	C000	歯科訪問診療料の歯科訪問診療4を算定した場合	歯訪4	全体 「その他」欄
65	C000	歯科訪問診療料の歯科訪問診療5を算定した場合	歯訪5	全体 「その他」欄
66	C000	歯科訪問診療料の緊急歯科訪問診療加算を算定した場合	緊訪	全体 「その他」欄
67	C000	歯科訪問診療料の夜間歯科訪問診療加算を算定した場合	夜訪	全体 「その他」欄
68	C000	歯科訪問診療料の深夜歯科訪問診療加算を算定した場合	深訪	全体 「その他」欄
69	C000	歯科訪問診療時の歯科訪問診療補助加算(イの(1)同一建物居住者以外の場合)を算定した場合	訪補助イ(1)	全体 「その他」欄
70	C000	歯科訪問診療時の歯科訪問診療補助加算(イの(2)同一建物居住者の場合)を算定した場合	訪補助イ(2)	全体 「その他」欄
71	C000	歯科訪問診療時の歯科訪問診療補助加算(ロの(1)同一建物居住者以外の場合)を算定した場合	訪補助ロ(1)	全体 「その他」欄
72	C000	歯科訪問診療時の歯科訪問診療補助加算(ロの(2)同一建物居住者の場合)を算定した場合	訪補助ロ(2)	全体 「その他」欄
73	C000	区分番号C000の注16に規定する歯科訪問診療料「イ 初診時」を算定した場合	歯訪診(初)	全体 「その他」欄
74	C000	区分番号C000の注16に規定する歯科訪問診療料「ロ 再診時」を算定した場合	歯訪診(再)	全体 「その他」欄
75	C000	歯科訪問診療に係る歯科訪問診療移行加算を算定した場合	訪移行	全体 「その他」欄
76	C000	区分番号C000の注20に規定する歯科訪問診療料「イ 初診時」を算定した場合	特歯訪診(初)	全体 「その他」欄
77	C000	区分番号C000の注20に規定する歯科訪問診療料「ロ 再診時」を算定した場合	特歯訪診(再)	全体 「その他」欄
78	C000	歯科診療所の歯科医師が医科歯科併設の病院に入院中の患者に対して歯科訪問診療を行い、周術期等口腔機能管理及び回復期等口腔機能管理に伴う治療行為を行った場合	周術期等連携	「摘要」欄
79	C000	歯科診療所の歯科医師が医科歯科併設の病院に入院中の患者に対して歯科訪問診療を行い、回復期等口腔機能管理及び回復期等口腔機能管理に伴う治療行為を行った場合	回復期等連携	「摘要」欄
80	C000	同一の患者において2人以上の患者を診察(診療時間が20分以上の場合に限る。)、患者の1人に対して歯科訪問診療1を算定する場合	同一世帯(1)	「摘要」欄
81	C000	歯科訪問診療に係る通信画像情報活用加算を算定した場合	ICT加算	全体 「その他」欄
82	C000	在宅医療DX情報活用加算を算定した場合	在DX	全体 「その他」欄
83	C000	医科連携訪問加算を算定した場合	医訪	全体 「その他」欄
84	C001	訪問歯科衛生指導料(1 単一建物診療患者が1人の場合)を算定した場合	訪衛指1	全体 「その他」欄
85	C001	訪問歯科衛生指導料(2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合)を算定した場合	訪衛指2	全体 「その他」欄
86	C001	訪問歯科衛生指導料(3 1及び2以外の場合)を算定した場合	訪衛指3	全体 「その他」欄
87	C001	訪問歯科衛生指導料に係る複数名訪問歯科衛生指導加算を算定した場合	複訪	全体 「その他」欄
88	C001	訪問歯科衛生指導料の注4に規定する特別の関係にある保険医療機関等において訪問歯科衛生指導料を算定した場合	特訪	全体 「その他」欄
89	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料を算定した場合	歯在管	全体 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
90	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料に係る文書提供加算を算定した場合	文	全体 「その他」欄
91	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料に係る在宅総合医療管理加算を算定した場合	歯総管	全体 「その他」欄
92	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料に係る在宅歯科医療連携加算1を算定した場合	医連1	全体 「その他」欄
93	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料に係る在宅歯科医療連携加算2を算定した場合	医連2	全体 「その他」欄
94	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料に係る在宅歯科医療情報連携加算を算定した場合	医情連	全体 「その他」欄
95	C001-4-2	在宅患者歯科治療時医療管理料を算定した場合	在宅管	全体 「その他」欄
96	C001-5	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した場合	訪問口腔リハ	全体 「その他」欄
97	C001-5 C001-6	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る口腔管理体制強化加算を算定した場合	口管強	全体 「その他」欄
98	C001-5 C001-6	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅療養支援歯科診療所加算1を算定した場合	歯援診1	全体 「その他」欄
99	C001-5 C001-6	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅療養支援歯科診療所加算2を算定した場合	歯援診2	全体 「その他」欄
100	C001-5 C001-6	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅療養支援歯科病院加算を算定した場合	歯援病	全体 「その他」欄
101	C001-3	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅歯科医療連携加算1を算定した場合	医連1	全体 「その他」欄
102	C001-3	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅歯科医療連携加算2を算定した場合	医連2	全体 「その他」欄
103	C001-3	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅歯科医療情報連携加算を算定した場合	医情連	全体 「その他」欄
104	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を算定した場合	小訪問口腔リハ	全体 「その他」欄
105	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に係る小児在宅歯科医療連携加算1を算定した場合	小医連1	全体 「その他」欄
106	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に係る小児在宅歯科医療連携加算2を算定した場合	小医連2	全体 「その他」欄
107	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に係る在宅歯科医療情報連携加算を算定した場合	医情連	全体 「その他」欄
108	C001-7	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1を算定した場合	NST1	全体 「その他」欄
109	C001-7	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2を算定した場合	NST2	全体 「その他」欄
110	C001-7	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3を算定した場合	NST3	全体 「その他」欄
111	C001-7	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料4を算定した場合	NST4	全体 「その他」欄
112	C003	在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した場合	訪問薬剤	全体 「その他」欄
113	C003	在宅患者訪問薬剤管理指導料に係る麻薬加算を算定した場合	麻	全体 「その他」欄
114	D002-6	口腔細菌定量検査2を算定した場合	口菌検2	X線・検査「菌検」欄
115	D010	歯冠補綴時色調採得検査を算定した場合	色調	X線・検査「色調」欄
116	D011	有床義歯咀嚼機能検査1「イ 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合」を新製有床義歯装着日より前に算定した場合	咀嚼機能1イ(前)	X線・検査 「その他」欄
117	D011	有床義歯咀嚼機能検査1「ロ 咀嚼能力測定のみを行う場合」を新製有床義歯装着日より前に算定した場合	咀嚼機能1ロ(前)	X線・検査 「その他」欄
118	D011	有床義歯咀嚼機能検査1「イ 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合」を新製有床義歯装着日より後に算定した場合	咀嚼機能1イ(後)	X線・検査 「その他」欄
119	D011	有床義歯咀嚼機能検査1「ロ 咀嚼能力測定のみを行う場合」を新製有床義歯装着日より後に算定した場合	咀嚼機能1ロ(後)	X線・検査 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
120	D011	有床義歯咀嚼機能検査2「イ 下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合」を新製有床義歯装着日より前に算定した場合	咀嚼機能2イ(前)	X線・検査 「その他」欄
121	D011	有床義歯咀嚼機能検査2「ロ 咬合圧測定のみを行う場合」を新製有床義歯装着日より前に算定した場合	咀嚼機能2ロ(前)	X線・検査 「その他」欄
122	D011	有床義歯咀嚼機能検査2「イ 下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合」を新製有床義歯装着日より後に算定した場合	咀嚼機能2イ(後)	X線・検査 「その他」欄
123	D011	有床義歯咀嚼機能検査2「ロ 咬合圧測定のみを行う場合」を新製有床義歯装着日より後に算定した場合	咀嚼機能2ロ(後)	X線・検査 「その他」欄
124	D011-2	咀嚼能力検査1を算定した場合	咀嚼1	X線・検査 「その他」欄
125	D011-2	咀嚼能力検査2を算定した場合	咀嚼2	X線・検査 「その他」欄
126	D011-3	咬合圧検査1を算定した場合	咬合圧1	X線・検査 「その他」欄
127	D011-3	咬合圧検査2を算定した場合	咬合圧2	X線・検査 「その他」欄
128	D011-4	小児口唇閉鎖力検査を算定した場合	小口唇	X線・検査 「その他」欄
129	D011-5	口腔粘膜湿潤度検査を算定した場合	湿潤	X線・検査 「その他」欄
130	D012	舌圧検査を算定した場合	舌圧	X線・検査 「その他」欄
131	D013	精密触覚機能検査を算定した場合	精密触覚	X線・検査 「その他」欄
132	第4部通則4	画像診断において時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合	緊画	X線・検査 「その他」欄
133	第4部通則5	画像診断において電子画像管理加算「イ 歯科エックス線撮影」を算定した場合	電	X線・検査 「その他」欄
134	第4部通則5	画像診断において電子画像管理加算「ロ 歯科パノラマ断層撮影」を算定した場合	パ電	X線・検査 「その他」欄
135	第4部通則5	画像診断において電子画像管理加算「ハ 歯科用3次元エックス線断層撮影」を算定した場合	CT電	X線・検査 「その他」欄
136	第4部通則5	画像診断において電子画像管理加算「ニ 歯科部分パノラマ断層撮影」を算定した場合	部パ電	X線・検査 「その他」欄
137	第4部通則5	画像診断において電子画像管理加算「ホ その他」を算定した場合	他電	X線・検査 「その他」欄
138	第4部通則6	区分番号E000(1のイ及び3に係るものを除く。)及びE200について歯科画像診断管理加算1を算定した場合	画診加1	X線・検査 「その他」欄
139	第4部通則7	区分番号E000(3に係るものに限る。)又は医科点数表の区分番号E203について歯科画像診断管理加算2を算定した場合	画診加2	X線・検査 「その他」欄
140	第4部通則8 第4部通則9	遠隔画像診断を行った場合	遠画診	X線・検査 「その他」欄
141	E100	歯科エックス線撮影の全額撮影(デジタル撮影)を算定した場合	全デジ	X線・検査 「その他」欄
142	E100	歯科エックス線撮影の全額撮影以外(デジタル撮影)を算定した場合	単デジ	X線・検査 「その他」欄
143	E100	歯科パノラマ断層撮影(デジタル撮影)を算定した場合	パデジ	X線・検査 「その他」欄
144	E100	歯科部分パノラマ断層撮影(デジタル撮影)を算定した場合	部パデジ	X線・検査 「その他」欄
145	E100	歯科用3次元エックス線断層撮影を算定した場合	歯CT	X線・検査 「その他」欄
146	E200	基本的エックス線診断料を算定した場合	基工	X線・検査 「その他」欄
147	F100	処方料に係る外来後発医薬品使用体制加算1を算定した場合	外後使1	全体 「その他」欄
148	F100	処方料に係る外来後発医薬品使用体制加算2を算定した場合	外後使2	全体 「その他」欄
149	F100	処方料に係る外来後発医薬品使用体制加算3を算定した場合	外後使3	全体 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
150	F100 F400	処方料及び処方せん料に係る特定疾患処方管理加算を算定した場合であって、処方期間が28日以上の場合	特処長	全体 「その他」欄
151	F100 F400	処方料及び処方せん料に係る特定疾患処方管理加算を算定した場合であって、処方期間が28日未満の場合	特処	全体 「その他」欄
152	F200	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	薬評	「摘要」欄
153	F200	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	減	「摘要」欄 薬剤名の前
154	F400	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	処方せん	投薬・注射 余白
155	F400	処方せん料に係る一般名処方加算1を算定した場合	一般名処方加算1	全体 「その他」欄
156	F400	処方せん料に係る一般名処方加算2を算定した場合	一般名処方加算2	全体 「その他」欄
157	F500	調剤技術基本料を算定した場合	調基	全体 「その他」欄
158	F500	調剤技術基本料に係る院内製剤加算を算定した場合	院	全体 「その他」欄
159	第6部通則6	区分番号G001からG005及びG006について外来化学療法加算1を算定した場合	化1	「摘要」欄
160	第6部通則6	区分番号G001からG005及びG006について外来化学療法加算2を算定した場合	化2	「摘要」欄
161	第6部通則7	バイオ後続品導入初期加算を算定した場合	バイオ	「摘要」欄
162	G004 G005	点滴注射及び中心静脈注射に係る血漿成分製剤加算を算定した場合	血漿	「摘要」欄
163	G020	無菌製剤処理料1を算定した場合	菌1	「摘要」欄
164	G020	無菌製剤処理料2を算定した場合	菌2	「摘要」欄
165	G020	無菌製剤処理料1の「イ 閉鎖式接続器具を使用した場合」を算定した場合	菌1器具	「摘要」欄
166	H -	「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	リハ選	「摘要」欄
167	H001-2	歯科口腔リハビリテーション料1「2 舌接触補助床の場合」を算定した場合	菌リハ1(2)	全体 「その他」欄
168	H001-2	歯科口腔リハビリテーション料1「3 小児保険装置の場合」を算定した場合	菌リハ1(3)	全体 「その他」欄
169	H001-2	歯科口腔リハビリテーション料1「4 その他の場合」を算定した場合	菌リハ1(34)	全体 「その他」欄
170	H001-3	歯科口腔リハビリテーション料2「1 口腔内装置を装着している場合」	菌リハ2(1)	全体 「その他」欄
171	H001-3	歯科口腔リハビリテーション料2「2 1以外の場合」	菌リハ2(2)	全体 「その他」欄
172	H001-4	歯科口腔リハビリテーション料3「1 口腔機能の発達不全を有する18歳未満の患者の場合」を算定した場合	菌リハ3(1)	全体 「その他」欄
173	H001-4	歯科口腔リハビリテーション料3「2 口腔機能の低下を来している患者の場合」を算定した場合	菌リハ3(2)	全体 「その他」欄
174	I005	歯髄温存療法を行った日から起算して3月以内に抜髄を行った場合	抜温	処置・手術 「その他」欄
175	I005	直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内に抜髄を行った場合	抜直	処置・手術 「その他」欄
176	I005 I008	抜髄及び根管充填を同時に行った場合	抜髄即充	処置・手術 「その他」欄
177	I006 I008	感染根管処置及び根管充填を同時に行った場合	感根即充	処置・手術 「その他」欄
178 176	I006	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	消炎拡大	処置・手術 「その他」欄
179 177	I007	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	根貼	処置・手術 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
180 178	I010	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病処置を行う場合	P処(糖)	「摘要」欄
181 179	I017	口腔内装置1を算定した場合	OAp1	処置・手術 「その他」欄
182 180	I017	口腔内装置2を算定した場合	OAp2	処置・手術 「その他」欄
183 181	I017	口腔内装置3を算定した場合	OAp3	処置・手術 「その他」欄
184 182	I017-1-2	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置1を算定した場合	SAS-OAp1	処置・手術 「その他」欄
185 183	I017-1-2	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置2を算定した場合	SAS-OAp2	処置・手術 「その他」欄
186 184	I017-1-3	舌接触補助床を製作又は旧義歯を用いた場合	PAP	処置・手術 「その他」欄
187 185	I017-1-4	術後即時顎補綴装置を製作した場合	術後即時顎補綴装置	処置・手術 「その他」欄
188 186	I017-2	口腔内装置調整・修理の「1 口腔内装置調整」の「イ 口腔内装置調整1」を算定した場合	OAp調1	処置・手術 「その他」欄
189 187	I017-2	口腔内装置調整・修理の「1 口腔内装置調整」の「ロ 口腔内装置調整2」を算定した場合	OAp調2	処置・手術 「その他」欄
190 188	I017-2	口腔内装置調整・修理の「1 口腔内装置調整」の「ハ 口腔内装置調整3」を算定した場合	OAp調3	処置・手術 「その他」欄
191 189	I017-2	口腔内装置調整・修理の「2 口腔内装置修理」を算定した場合	OAp修	処置・手術 「その他」欄
192 190	I029	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術前に周術期等専門的口腔衛生処置1を行った場合	術口衛(前)	処置・手術 「その他」欄
193 191	I029	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術後に周術期等専門的口腔衛生処置1を行った場合	術口衛(後)	処置・手術 「その他」欄
194 192	I029	周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して周術期等専門的口腔衛生処置1を行った場合	術口衛1(Ⅲ)	処置・手術 「その他」欄
195 193	I029	周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して周術期等専門的口腔衛生処置2を行った場合	術口衛2(Ⅲ)	処置・手術 「その他」欄
196 194	I029	周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定した患者に対して周術期等専門的口腔衛生処置1を行った場合	術口衛1(Ⅳ)	処置・手術 「その他」欄
197 195	I029	周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定した患者に対して周術期等専門的口腔衛生処置2を行った場合	術口衛2(Ⅳ)	処置・手術 「その他」欄
198 196	I029-1-2	回復期等口腔機能管理料を算定した患者に対して回復期等専門的口腔衛生処置を行った場合	回口衛	処置・手術 「その他」欄
199 197	I029-2	在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した場合	在口衛	処置・手術 「その他」欄
200 198	I029-3	口腔粘膜処置を算定した場合	口処	処置・手術 「その他」欄
201 199	I030-2	非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した場合	非経口処	処置・手術 「その他」欄
202 200	I030-3	口腔バイオフィルム除去処置を算定した場合	バイオ除	処置・手術 「その他」欄
203 201	第9部通則10	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)感染症患者に対し、医科点数表の区分番号L008、L002又はL004を伴う手術を算定した場合	感	処置・手術 「その他」欄
204 202	J004	歯根端切除手術「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」を算定した場合	根切顕微	処置・手術 「その他」欄
205 203	J053 J087 J087-2	区分番号J053(2及び3)、J087及びJ087-2において内視鏡下加算を算定した場合	内	処置・手術 「その他」欄
206 204	J109	広範囲顎骨支持型装置埋入手術を算定した場合	特イ術	処置・手術 「その他」欄
207 205	J110	広範囲顎骨支持型装置搔爬術を算定した場合	特イ搔	処置・手術 「その他」欄
208 206	J200-4-2	レーザー機器加算	レーザー機器加算	処置・手術 「その他」欄
209 207	K002	吸入鎮静法を算定した場合	IS	麻酔 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
240 208	K003	静脈内鎮静法を算定した場合	静鎮	麻酔 「その他」欄
241 209	K004	歯科麻酔管理料1を算定した場合	歯麻管1	麻酔 「その他」欄
242 210	K004	歯科麻酔管理料2を算定した場合	歯麻管2	麻酔 「その他」欄
243 211	K005	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔(Ⅰ)「10分未満のもの」を算定した場合	歯麻酔(Ⅰ)1	麻酔 「その他」欄
244 212	K005	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔(Ⅰ)「10分以上20分未満のもの」を算定した場合	歯麻酔(Ⅰ)2	麻酔 「その他」欄
245 213	K006	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔(Ⅱ)「1 麻酔に従事する歯科医師が専従で実施する場合」	歯麻酔(Ⅱ)1	麻酔 「その他」欄
246 214	K006	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔(Ⅱ)「2 麻酔に従事する歯科医師の指導下で麻酔を専従で実施する場合」	歯麻酔(Ⅱ)2	麻酔 「その他」欄
247 215	K006	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔(Ⅱ)「3 麻酔を専従で実施する場合」	歯麻酔(Ⅱ)3	麻酔 「その他」欄
248 216	K006	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔(Ⅱ)「4 1から3まで以外の場合」	歯麻酔(Ⅱ)4	麻酔 「その他」欄
249 217	M000-3	広範囲顎骨支持型補綴診断料を算定した場合	特イ診	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
220 218	M002	支台築造「1 間接法」「ロ ファイバーポストを用いた場合」を算定した場合	ファイバー(間)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
221 219	M002	支台築造「2 直接法」「イ ファイバーポストを用いた場合」を算定した場合	ファイバー(直)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
222 220	M003-4	光学印象を算定した場合	光imp	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
223 221	M005	脱離した歯冠修復物の再装着を算定した場合	再装	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
224 222	M005	脱離又は修理したブリッジを再装着した場合	Br再装	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
225 223	M010 M017	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した場合	14K	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
226 224	M015	レジンインレーを算定した場合	RIn	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
227 225	M015-2	CAD/CAM冠の「1 2以外の場合」について、CAD/CAM冠用材料(V)を用いた場合	歯CAD(V)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
228 226	M015-2	CAD/CAM冠の「2 エンドクラウンの場合」について、CAD/CAM冠用材料(Ⅲ)を用いた場合	エンクラ	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
229 227	M016-2	小児保険装置の「1 固定式保険装置」を算定した場合	保険(固)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
230 228	M016-2	小児保険装置の「2 可撤式保険装置」を算定した場合	保険(可)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
231 229	M018	有床義歯補強加算を算定した場合	芯補強	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
232 230	M018-2	3次元プリント有床義歯を算定した場合	3DFD	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
233 231	M020	金銀パラジウム合金を用いた鑄造鉤を算定した場合	鑄Cl(金パラ)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
234 232	M020	14カラット金合金を用いた鑄造鉤を算定した場合	鑄Cl(金)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
235 233	M021	14カラット金合金を用いた線鉤を算定した場合	線Cl(金)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
236 234	M021-2	金銀パラジウム合金を用いたコンビネーション鉤を算定した場合	コンビCl(金パラ)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
237 235	M023	金銀パラジウム合金を用いた鑄造バーを算定した場合	バー(金パラ)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
238 236	M025-2	広範囲顎骨支持型補綴を算定した場合	特イ補	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
239 237	M029 M030	有床義歯修理又は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	歯技工2	「摘要」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
240 238	M030	軟質材料を用いた有床義歯内面適合法を算定した場合	床適合(軟)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
241 239	M041	広範囲顎骨支持型補綴物修理を算定した場合	特イ修	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
242 240	-	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の療養担当手当を算定した場合	療担手当	全体 「その他」欄
243 241	-	患者が要介護者又は要支援者の場合に、介護保険に相当するサービスのある診療を行った場合	介	「摘要」欄
244 242	P001	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)初診時を算定した場合	歯外ベアⅠ初	全体 「その他」欄
245 243	P001	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)再診時等を算定した場合	歯外ベアⅠ再	全体 「その他」欄
246 244	P001	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)歯科訪問診療時のイを算定した場合	歯外ベアⅠ訪イ	全体 「その他」欄
247 245	P001	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)歯科訪問診療時のロを算定した場合	歯外ベアⅠ訪ロ	全体 「その他」欄
248 246	P002	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1～24の初診又は歯科訪問診療を算定した場合	歯外ベアⅡ● (※●は1から24までの算定する数字を記載)	全体 「その他」欄
249 247	P002	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1～24の再診時等を算定した場合	歯外ベアⅡ再● (※●は1から24までの算定する数字を記載)	全体 「その他」欄
250 248	P003	入院ベースアップ評価料1～500を算定した場合	入ベア● (※●は1から500までの算定する数字を記載)	全体 「その他」欄
251 249	P100	歯科外来物価対応料の初診時を算定した場合	歯物価初	全体 「その他」欄
252 250	P100	歯科外来物価対応料の再診時等を算定した場合	歯物価再	全体 「その他」欄
253 251	P100	歯科入院物価対応料のイ～ヘンを算定した場合	歯物価入● (※●はイからヘンまでの算定する区分を記載)	全体 「その他」欄
254 252	P200	歯科技工所ベースアップ支援料を算定した場合	歯技ベア	全体 「その他」欄

診療録等の記載上の注意事項

第5 処方箋の記載上の注意事項

8 「備考」欄について

(8) 保険薬局が調剤時に患者の残薬を確認した際に、当該保険薬局に対して、「保険医療機関へ疑義照会をした上で調剤」すること又は「保険医療機関へ情報提供調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供」することを指示する場合には、該当するチェック欄に「✓」又は「×」を記載すること。

(中略)

(11) 保険薬剤師が訪問薬剤管理指導を実施するにあたり、保険薬剤師単独での訪問では当該指導の実施が担保できないおそれがある場合など、当該指導の安全かつ確実な実施を確保する観点で複数名で訪問する必要があると処方医が認めている場合はその旨を記載すること。

なお、この場合において、保険薬局に複数名で訪問することを指示しておくべき理由等があれば具体的に記載すること。

(12) 栄養保持を目的とした医薬品を投与する場合は、手術後の患者に栄養保持を目的とした医薬品を投与した場合はその旨又は経管により栄養補給を行っている患者に栄養保持を目的とした医薬品を投与した場合はその旨、処方医が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した場合はその理由を記載すること。

(別添 10)

歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について

(令和 8 年 3 月 27 日保医発 0327 第 3 号)

2 第 1 章 基本診療料について

項 目	略 称
(中略)	
電子的歯科診療情報連携体制整備加算 1	歯DX 1
電子的歯科診療情報連携体制整備加算 2	歯DX 2
<u>電子的歯科診療情報連携体制整備加算(再診時)</u>	<u>歯DX</u>
情報通信機器を用いた初診	情初診

7 第 7 部 リハビリテーションについて

項 目	略 称
(中略)	
歯科口腔リハビリテーション料 1	歯リハ 1 (3)
(3 <u>その他小児保険装置</u> の場合)	
<u>歯科口腔リハビリテーション料 1</u>	<u>歯リハ 1 (4)</u>
<u>(4 その他の場合)</u>	

官報掲載事項の一部訂正

【令和 8 年 3 月 5 日 (号外第 46 号)】

○ 診療報酬の算定方法の一部を改正する件 (厚生労働省告示第 69 号)

該当箇所	誤	正
別表第二 H001 摂食 機能療養 (1 日につき)	4 治療開始日から起算して3月を超えた場合においては、摂食機能療法と区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1 (2及び3に限る。)を合わせて月6回に限り算定する。	4 治療開始日から起算して3月を超えた場合においては、摂食機能療法と区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1 (2及び4に限る。)を合わせて月6回に限り算定する。
別表第二 第2章 第9部 手術 通則	7 区分番号J016、J018、J021の2、J031、J032、J035、J039の2及び3、J042、J057並びにJ060に掲げる手術については、頸部郭清術と併せて行った場合は、所定点数に片側は4,000点を、両側は6,000点を加算する。また、上記に掲げる手術については、放射性同位元素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算として、3,000点を所定点数に加算する。	7 区分番号J016、J018、J021の2、J031、J032、J035、J039の2及び3、J042、J057並びにJ060に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、頸部郭清術と併せて行った場合は、所定点数に片側は4,000点を、両側は6,000点を加算する。また、上記に掲げる手術については、放射性同位元素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算として、3,000点を所定点数に加算する。
別表第二 K006 歯科 吸入麻酔又は 歯科静脈麻酔 (II)	—	5 3及び4について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の歯科医師が行った場合に算定する。

○ 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件 (厚生労働省告示第 70 号)

該当箇所	誤	正
------	---	---

<p>第三十五の四 病棟薬剤業務 実施加算 (3) 病棟薬剤 業務実施加算 3の施設基準</p>	<p>ロ 病棟薬剤業務実施加算1に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。</p>	<p>ロ 病棟薬剤業務実施加算1又は2に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。</p>
--	--	---

○ 特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件（厚生労働省告示第71号）

該当箇所	誤	正
<p>第十二の二 麻酔 四 歯科麻酔管理料の施設基準</p>	<p>(1) <u>常勤の</u>麻酔に従事する歯科医師が配置されていること。</p>	<p>(1) 麻酔に従事する歯科医師が配置されていること。</p>
<p>第十五 調剤 三 調剤基本料の注4に規定する保険薬局</p>	<p>(3) <u>服薬管理指導料の注1に規定する</u>保険薬局（処方箋の受付回数が一月に六百回以下の保険薬局を除く。）であること。</p>	<p>(3) <u>薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を一年間実施していない</u>保険薬局（処方箋の受付回数が一月に六百回以下の保険薬局を除く。）であること。</p>

【令和8年3月27日（号外第71号）】

- 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令附則第四条の二第二項の規定に基づき子ども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件（子ども家庭庁・厚生労働省告示第2号）

別紙1のとおり、様式第三を訂正する予定である。

- 訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令附則第三条第一項の規定に基づき子ども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件（子ども家庭庁・厚生労働省告示第3号）

別紙2のとおり、様式第四の二の1及び様式第四の二の2を訂正する予定である。

