## 別表Ⅱ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧(薬価基準)

# 本質別に至する場合の高さ会社・下記書かれている意味にいることの日本に、一つで、	モビーグ版下注7
のいずれかの学会の漫画版の設定を有していることとわているため、段を開始に当たっては、はアウケー・ウンを出するとのと記すると記するというに対していることという。 と26800002 図料等件イワイモビーグ度で注70mgペン) 2000年201日 2000年20日 2000年201日 2000年201日 2000年201日 2000年201日 2000年201日 2000年201日 200	モビーグ級下注7
7 書館を計画的報名 2 年の初期情報を移了した後に、議義を呈する成色の診療に 5 年以上 820600003 医師要件や(アイモビーグ及下注70 mgペン) の 1 本が過音学 2 日本外科学会 2 日本外科学会 2 日本外科学会 3 20600004 医師要件本(アイモビーグ及下注70 mgペン) 2 4 日本科科学会 2 日本外科学会 2 日本外科学会 3 20600004 医師要件本(アイモビーグ及下注70 mgペン) 2 5 4 5 4 5 4 5 4 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5	モビーグ仮下注7
### 1 日本科科学会(総合内科専門版) ####################################	モビーグ仮下注7
1 7イモビーグ皮下注70mgペン	モビーグ級下注7
1 74ピーク及トを / Umgペン	モビーグ級下注7
お与の要否の判断にあたっては、本柄は与前の片頭痛発性の発症時刻楽による治療の状況を記載すること(関前後発行・力がら、割から動きを含めるとで記載)。	<b>りられた(アイモ</b>
### ### ### ### ### ### ### ### ### ##	りられた(アイモ
ウ 本邦で既及認の片頭痛条件の発症即刺薬のいずれかが、忍管が低(使用又は継続ができない。 お治療要件ウ(アイモビーグ皮下注70mgペン) ま 本邦で既承認の片頭痛条件の発症即刺薬のいずれかが、禁患、又は副作用等の超点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。 820600009 前治療要件エ(アイモビーグ皮下注70mgペン) 投与期始後3ヶ月(3回校与後)を目式に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の砂タ中止と考慮することとされているため、当該評価を実施した際に、症状の改善が認められた旨を記載すること。 820600010 投与が必要と判断した理由を記載すること。 830600115 投与が必要と判断した理由を記載すること。 830600115 保持が必要と判断した理由を記載すること。 830600115 保持が必要と判断した可能を表示する。 93060011 保持が必要と判断した可能を表示する。 93060011 保持を表示する。 93060001 保持を表示する。 93060001 保持を表示する。 93060001 保持を表示する。 93060011 医が要件 7 (アジョビ皮下注225mgシリンジ) ア 医療免許を申録を 2 年の別期所をを修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に 5 年以上の説は発酵を表示する。 93060013 医師要件 7 (アジョビ皮下注225mgシリンジ) 2 日本神経学会 9 日本神経典 9 日本神経学会 9 日本神経験 9 日本神経学会 9 日本神経験 9 日本神経学会 9 日本神経験を 9 日本神経学会 9	<b>りられた(アイモ</b>
お治療要件エ(アイモビーグ皮下注70mgペン)   投与開始後3ヶ月(3回投与後)を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本体の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際に、症状の変素が認められた。   投与開始後3ヶ月(3回投与後)症状の改善が認められた自管を配動することと   830600115	りられた(アイモ
□場合には、未務の投与中止を考慮することされているため、当該評価を実施した際に、症状 820600010	<b>りられた(アイモ</b>
2	
限り第三できること。また、その場合には、診療報酬明細書の傷病名に「機能性ディスペプシア」 傷病名コード (傷病名を表示する。) を担いること。 といること。 といたし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。 といたし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。 ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。 といたし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。 といたし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。 といたし、本剤の初回投与に当たっては、のは、一部消化管内視鏡検査等の実施年月日(初回社 100mg): (元号)ツ,"年"mm"月"dd"日" といること。 といたし、本剤の初回投与に当たのでは、といる。 といることをいること。 といたし、本剤の初回投与に当たっては、以下のアーは当し、イーオのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされていること。 といて、以下のアーは当し、イーオのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされていること。 後4開始に当たっては、以下のアーオのうち該当するものを企配数 シーク の場所を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に5年以上の の場所を経を有している。 イロ本部語学会 クロ神系語音学会 クロ神系語音学会 クロ神系語音学会 人のとは表面で、	争注250mg);
3 アコファイト錠100mg 食食膨満感、上腹部膨満感、 早期満腹感 ・	
たっては、必ず実施年月日を記載すること。  850600002 上部消化 管内視鏡検査等の実施年月日(初回社 100mg): (元号) yy "年"mm" 月" dd" 日"  820600011 医師要件ア(アジョビ皮下注225mgシリンジ)  本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ~オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、以下のアースのうち該当するものを全を記載すること(「医師要件ア」が少」医師要件ア」がより医療を持ちませたのできている。  7 医師が非説得後 2 年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に 5 年以上の脳末発観を有している。 イ 日本神経学会 フ 日本別様学会 フ 日本別様学会	'イド錠100mg);
本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ~オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、殺与開始に当たっては、以下のアマイのうち該当するものを企配載すること(「医師要件ア」から「医師要件オーまでのうち該当ずるものを企配載すること(「医師要件ア」から「医師要件オーまでのうち該当ずるものを企配数」。 ア 医師砂計取得後 2 年の和期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に 5 年以上の臨床接続を有している。 イ 日本本語学会 ウ 日本国語学会	与)(アコファイド錠
のいずれかの学会の専門医の認定を有していることされているため、投与開始に当たっては、 以下のアーメウラに該当するものを記載すること(「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該 当するものを全て記載)。 ア 医師会性を得後 2 年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に 5 年以上 の臨床経験を有している。 イ 日本解析学会 ( クーカリを用限)。	
当するものを全て記載)。 ア 医師会院和操後 2 年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に 5 年以上 の臨床経験を有している。 イ 日本神経学会 ウ 日本国発学会() へかは東西軍()	
ウ日本頭痛学会	
エ 日本内科学会(総合内科専門医)     820600014     医師要件エ(アジョビ皮下注225mgシリンジ)       オ 日本脳神経外科学会	
820600015 医師要件オ(アジョビ皮下注225mgシリンジ)	
投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数(片頭痛の疑いが起こった日数)の平均を記載すること。	
4 アジョビ皮下注225mgシリンジ 投与の要否の判断にあたっては、以下のアに該当し、イーエのいずれかを満たす患者であることを確認することとされているため、投与前の片頭病発作の発症制制薬による治療の状況を記	
載すること(明治療要件ア」から結論者要件エリのうち該当するものを全て記載)。 ア非義物性法及び日海療発作の急性理治療等で既上実施している患者であり、それらの治 療を適切に行っても日常生活に支持としている。 イ本邦で既未認の伊藤痛発作の急性理制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又	
は継続ができない。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続が できない。	
エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。 820600019 前治療要件エ(アジョビ皮下注225mgンリンジ)	
820600226 4週間に1回投与の場合であって、投与開始後と 症状の改善が認められた(アジョビ皮下注225n	ァ月(3回投与後) gシリンジ)
4週間に回投与の場合は本利投与開始後3ヶ月(回股与後)、12週間に回投与の場合は本利 投与開始後3ヶ月(回股与後)又はた。 使用を発力とは、日間を発金)又は、日間を発金)とは、日間を発生を計画してを 状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評 価を実施した際に、成体の改善が認められた「デジョビ皮下注22	3ヶ月 (1回投与 5mgシリンジ)
820600228 12週間に1回投与の場合であって、投与期始後 後)症状の改善が認められた(アジョビ皮下注22	
850600003 CD30抗原が陽性であることを確認した検査の身 リス点滅静注用50mg): (元号) yy "年"mm" 月"(	3ヶ月(2回投与 5mgシリンジ)
CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月の本業年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当 5 アドセトリス点演奏注用50mg たっては、必ず実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当	5mgシリンジ) 施年月日(アドセト
5 アトセトリス点演绎注用50mg (平成: 90年2月 20 日以前に既に本製剤の投与を受けている患者に対しては、本選知前から の投与維禁患者である旨(投与維禁患者と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年 月日を記載すること。)	5mgシリンジ) 施年月日(アドセト d"日" 施年月日(初回投
850600005 初めて投与した年月日 (アドセトリス点演静注用 年"mm"月"dd"日"	5mgシリンジ) 施年月日(アドセト d"日" 施年月日(初回投
ALK 融合遺伝子陽性を確認した検索の実施年月日を記載すること。	5mgシリンジ) 施年月日(アドセト d"日" 
6 アルンプリグ級・Ome なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当85060007 ALK酸合適伝子陽性を確認した検査の実施年リルンプリグ錠のmg等): (元号)ップ 年 mm 月 c	5mgシリンジ) 施年月日(アドセト d"日" 施年月日(初回投 年"mm"月"dd"日"

項番	医薬品名称	効能·効果	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
7	アレセンサカプセル150mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は 核査施設における検査により、ALK 融合温圧子陽性が確認された患者に投与すること、」とされ ているので、ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診機報顧明細書に記入する こと。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当 たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600008	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日 (アレセンサカ ブセル150mg) : (元号) y,"年"mm"月"dd"日"
			ALK 融合遺伝子順性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600009	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(アレセンサカブセル150mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				830600002	投与が適切と判断した理由(アロフィセル注):*****
			本製品の効能、効果又は性能において、「非活動期又は軽症の活動期クローン病患者における 複雑病療の治療。ただし、少なども1つの既存治療薬による治療を行っても効果がホー分な場 合に限る。及び用法及び用量とは使用方法に関連する使用。D注意において、「お品を用	830600003	既存治療薬による治療として使用していた薬剤の品名(アロフィセル 注): ******
8	アロフィセル注		与した臨床成績は得られておらず、痔瘻の状態を十分に確認した上で、再投与の要否を慎重に 判断すること。」とされていることから、このような場合に限り算定できるものであり、次の事項を 配載すること。	830600004	既存治療薬による治療として使用していた薬剤の使用期間(アロフィセル注);******
			ア 本製品の投与が適切と判断した理由 イ 既存治療薬による治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間 ウ 本製品の投与回数(1回目又は2回目と記載する)	820600022	投与回数1回目(アロフィセル注)
				820600023	投与回数2回目(アロフィセル注)
			投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。(「施設要件ア」 又は「施設要件イ」と記載) ア 日本造血・疫媒態機法学金分定める移植施設設定基準の全での項目を満たす診機科	820600024	施設要件ア(イエスカルタ点滴静注)
9	イエスカルタ点滴静注		(設定カデゴリー1)を有する施設 イ 設定カデゴリー(エキザる診療科(設定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科)を有する施設	820600025	施設要件イ(イエスカルタ点滴静注)
10	イデルビオン静注用250 イデルビオン静注用500 イデルビオン静注用1000 イデルビオン静注用1000 イデルビオン静注用3500		手術等における血液凝固策IX因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される役与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600005	手術時に使用した理由(イデルビオン静注用250等):*****
11	イブランスカプセル25mg		ホルモン受容体陽性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600010	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(イブランスカブ セル25mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
	イブランスカプセル125mg			850600012	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(イブランスカプセル25mg等): (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
	イブランス錠25mg イブランス錠125mg		ホルモン受容体陽性、HER2際性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当 たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600011	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(イブランス錠2 5mg等): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
12				850600012	HER2除性を確認した検査の実施年月日(イブランスカプセル25mg等): (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
		7 Age 1 2 Uning		850600013	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(イ ブランス錠25mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850600014	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(イブランスカプセル25mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
13	イベニティ皮下注105mgシリンジ		(12ヵ月投与した後に本製剤を再投与する場合) 再投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ア 骨折の条除性が高いと判断した理由	830600006	骨折の危険性が高いと判断した理由(イベニティ皮下注105mgシリンジ);******
		ア 骨折の危険性が高いと判断した理由 イ 本製剤を再投与するまでに投与した骨粗軽症治療薬の品名	830600007	再投与するまでに投与した骨粗鬆症治療薬の品名(イベニティ皮下注105mgシリンジ):******	
				820600026	施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)
		次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること(「施設要件ア」から「施設要件不」までのう ち該当するものを記載 フ 厚生労働大臣が指定するが人診療連携後点病院等・都道府県が人診療連携拠点病院、 地域が人診療連携拠点病院、地域が心診療病院など)	820600027	施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
			イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協 力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法整を設置し、外来化学療法加算1又は外来化学療法加算2の施設基準に係	820600028	施設要件ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等)
		切除不能な局所進行の非小細 胞肺癌における根治的化学放 射線療法後の維持療法	る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600029	施設要件エ(イミフィンジ点滴静注120mg等)
			次に掲げる医師の要件のうち、本製利に関する治療の責任者として配置されている者が該当す ものを記載すること(医師事件)又は【医師事件」と記載 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後15年以上のが人境の臨床研修を行って いること。うち、2年以上は、が人業物機法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。	820600030	施設要件オ(イミフィンジ点滴静注120mg等)
			イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後124年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600229	医師要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)
14	イミフィンジ点滴静注120mg			820600230	医師要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)
	イミフィンジ点滴静注500mg			820600026	施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)
			次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)。 7、厚生労働人匠が指定するが人診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、	820600027	施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)
			地域が(必能速携拠点病院、地域が(必能療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するが (が人診療連携指定病院、が人診療連携協力病院、が人診療連携協力病院、が人診療連携性違病院など)	820600028	施設要件ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等)
		進展型小細胞肺癌	エ 外来化学療法室を設置し、外来化学療法加算1又は外来化学療法加算2の施設基準に係る届出を行っている施設 方属出を行っている施設 対	820600029	施設要件エ(イミフィンジ点滴静注120mg等)
			3 加速は重増用投入は金加井の地の転車に乗り回収されている。 がに掲げる医和度すること(国際要件・ア)以は「医師要件・/上記載)。 ア 医師免許・財権と全の利用事を修作した場合。 ア 医師免許・財権と全の利用事を修作した場合。 では、がし、最新権法を主とした。 は、がし、最新権法を主とした。 では、がし、最新権法を主とした。 では、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、	820600030	施設要件オ(イミフィンジ点滴静注120mg等)
				820600229	医師要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)
L				820600230	医師要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)

項番	医薬品名称	効能·効果	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
15	ヴァイトラックビカブセル25mg ヴァイトラックビカブセル100mg		NTRK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当	850600015	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ヴァイトラッ クビカブセル25mg等): (元号) yy "年" mm" 月" dd" 日"
	ヴァイトラックビ内用液20mg/mL		たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600016	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与) (ヴァイトラックビカプセル25mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
16	ヴァンフリタ錠17. 7mg ヴァンフリタ錠26. 5mg		FLT3-ITD 変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当 たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600017	FLT3-ITD変異陽性を確認した接着の実施年月日(ヴァンフリタ錠 17.7mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" FLT3-ITD変異陽性を確認した接着の実施年月日(初回投与)
17	エクロックゲル5%		投与開始に当たっては、多汗症疾患単症度評価尺度(HDSS)を記載すること。	850600018 830600011	(ヴァンフリタ錠17.7mg等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 多汗症疾患重症度評価尺度(HDSS)(エクロックゲル5%);*******
.,	17177776576		13.7の別にコスノには、ダイルにから土地の計画人は、11000/と記載すること。	830600012	学の
18	エスポー皮下用24000シリンジ		(貯血量が800mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血の場合) 貯血量、本剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載すること。	830600013	対
			A THE LANGE OF THE CONTROL OF THE CO	830600014	Hb濃度(エスポー皮下用24000シリンジ):******
				820600031	ア 6ヵ月以内での5%以上の体重減少及び食欲不振(エドルミズ錠 50mg)
			以下のアに該当し、イーエのうち2つ以上を認める患者に使用することとされているため、投与 開始に当たっては、以下のアーエのうち該当うちものをすべて記載すること。 ア 6 カ月以内での5以上の体重減少及び食欲不服	820600032	イ 疲労又は倦怠感(エドルミズ錠50mg)
19	エドルミズ錠50mg		イ 疲労又は倦怠感 ウ 全身の筋力低下 エ CRP値0.5mg/dL超、ヘモグロビン値12g/dL未満又はアルブミン値3.2g/dL未満のいずれか 1つ以上	820600033	ウ 全身の筋力低下(エドルミズ錠50mg)
				820600034	エ CRP値0.5mg/dL超、ヘモグロピン値12g/dL未満又はアルブミン値3.2g/dL未満のいずれか1つ以上(エドルミズ錠50mg)
			投与継続の検討を行った直近の年月日を記載すること。	850600019	投与継続の検討を行った直近の年月日(エドルミズ錠50mg);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
20	エフィエント錠2. 5mg エフィエント錠3. 75mg	虚血性脳血管障害(大血管ア テローム硬化又は小血管の閉 塞に伴う)後の再発抑制	効能又は効果に関連する注意において、「「17、臨床級績」の項の内容を終知し、有効性についてクロピゲリルに対する非劣性が検証されていないことや臨床試験の対象患者等を十分に理 別した上で、本剤投手の適合を判断すること。」とされているので、投与開始に当たっては、本製 剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	842600003	投与が必要と判断した理由(エフィエント錠2.5mg等):******
	エブリスディドライシロップ60mg		効能・効果に関連する使用上の注意において「遺伝子検査により、SMN1遺伝子の欠失又は変 異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が「以上であることが確認された患者に投与すること。」とさ れているので、SMN1遺伝子の失又れば家史を有し、SMN2遺伝子のコピー数が「以上であるこ	850600020	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が 1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日(エブリスディ ドライシロップ60mg): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
21			とを確認した遺伝子検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600021	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が 1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日(初回投与) (エブリスディドライシロップ60mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
		る場合)	(オナセム/ゲン アベバルボベク(販売名:ゾルゲンスマ点滴静注)の投与後に本製剤を投与する場合。 も場合) その必要性を適切に判断し、投与が必要な理由を記載すること。	830600015	オナセムノゲン アベパルボベクの投与後に本製剤の投与が必要な理由(エブリスディドライシロップ60mg):******
				830600016	貯血量(エポジン注シリンジ1500等);******
22	エポジン注シリンジ1500 エポジン注シリンジ3000 エポジン注シリンジ6000	ブン注シリンジ3000	(貯血量が800ml以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術能行患者の自己血貯血にエポッン注シリンシ1500、関3000及び同6000を使用する場合) 貯血量、本剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載すること。	830600017	投与する前の患者の体重(エポジン注シリンジ1500等):******
				830600018	Hb濃度(エポジン注シリンジ1500等);******
				830600019	貯血量(エポジン皮下注シリンジ24000):******
23	エポジン皮下注シリンジ24000		(貯血量が800mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血に使用する場合) 貯血量、本製剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載すること。	830600020	投与する前の患者の体重(エポジン皮下注シリンジ24000); *******
				830600021	Hb濃度(エポジン皮下注シリンジ24000):******
				820600233	医師要件ア(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)
			未製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに踏出し、イーオのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たって は、以下のアーオのうち終当するものを記載すること(「医師要件ア」から「医師要件オ」までの	820600234	医師要件イ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)
			うち該当するものを全て記載)。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に5年以上の 臨床経験を有している。 イ 日本神経学会	820600235	医師要件ウ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)
			ウ 日本頭痛学会 エ 日本内科学会(総合内科専門医) オ 日本脳神経外科学会	820600236	医師要件エ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)
				820600237	医師要件オ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)
24	エムガルティ皮下注120mgオートイン ジェクター エムガルティ皮下注120mgシリンジ		投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりのMigraine Headache Days (MHD、片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数)の平均。	842100110	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりのMigraine Headac he Days(MHD、片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数)の平 均(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等):******
			接与の要否の判断にあたっては、以下のアに該当し、イーエ のいずれかを満たす患者であることを確認することとされているため、本剤投与前の片頭痛発作の発症期制薬による治療の状況	820600238	前治療要件ア(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)
			を記載すること(「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載)。 ア 非薬物療法及びド知療発作の急性期治療等を脱工実施している患者であり、それらの治療を適切に予つも日常生活と支障をきしている。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又	820600239	前治療要件イ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)
			は継続ができない。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続が できない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の報点か	820600240	前治療要件ウ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)
			ら安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。	820600241	前治療要件エ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)
			抱与中は症状の経過を十分に観察し、本剤投与開始後3カ月(3回投与後)を目安に治療上の 有差性を評価して症状の連帯が認められたい場合には、本剤の投与中止を考慮することされ ているため、当該評価を実施した際、症状の改善が認められた旨を記載すること。	820600044	投与開始後3ヶ月(3回投与後)症状の改善が認められた(エムガル ティ皮下注120mgオートインジェクター等)

項番	医薬品名称	効能·効果	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
				820600045	トラスツズマブ(遺伝子組換え)の治療歴を有する患者(エンハーツ 点滴静注用100mg)
		化学療法歴のあるHER2陽性の 手術不能又は再発乳癌(標準 的な治療が困難な場合	い。」と記載されているので、トラスツズマブ(遺伝子組換え)、タキサン系抗悪性腫瘍剤及びトラスツズマブ エムタンシン(遺伝子組換え)の治療歴を有する患者に投与することとし、その旨を	820600046	タキサン系抗悪性腫瘍剤の治療歴を有する患者(エンハーツ点滴 静注用100mg)
25	エンハーツ点滴静注用100mg		記載すること。	820600047	トラスツズマブ エムタンシン(遺伝子組換え)の治療歴を有する患者(エンハーツ点演弊注用100mg)
		がん化学療法後に増悪した	<ul><li>一次治療及び二次治療の治療歴を有し、かつ、トラスツズマブ(遺伝子組換え)を含む化学療法</li></ul>	830600022	ー次治療で実施した化学療法(エンハーツ点滴静注用100mg): ******
		HER2陽性の治癒切除不能な 進行・再発の胃癌の場合	による治療歴を有する患者に投与することとし、一次治療及び二次治療で実施した化学療法を 記載すること。	830600023	二次治療で実施した化学療法(エンハーツ点滴静注用100mg): *******
26	エンレスト錠50mg エンレスト錠100mg エンレスト錠200mg	慢性心不全、高血圧症	(機性心不全の場合) 本製剤の効能又は効果において、「慢性心不全の標準的な治療を受けている患者に限る」とされているので、後夕開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。 (高血圧症の場合) 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「過度な血圧低下のおそれ等があり、原則と して本剤を高血圧症が他の第一型状薬としないこと。」とされているので、投与開始に当たっては、 本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600024	投与が必要と判断した理由(エンレスト錠50mg等):******
				820600164	施設要件ア(オプジーボ点滴静注)
			次に掲げる施設のうち、該当するもの「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載すること。(※は、古典的ホジキンリンパ腫に限る。) ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点網院等(都道府県がん診療連携拠点網院、	820600186	施設要件イ(オブジーボ点滴静注)
27	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg	共通	地域が必要が (必要と、からないできる。 (など) できる。 では できる <p< td=""><td>820600190</td><td>施設要件ウ(オプジーボ点滴静注)</td></p<>	820600190	施設要件ウ(オプジーボ点滴静注)
	オプジーボ点滴静注240mg		・ 命垣(河宗) 中部 は、9 のかんの数な速度発明に(かんか) な速度を指定を制度、かんか数な速度接触 対解院、がん砂療速度接進進網院など) エ 外来化学療法変を設置し、外来化学療法加算1又は外来化学療法加算2の施設基準に係 る届出を行っている施設	820600194	施設要件エ(オプジーボ点滴静注)
			るが祖立というでは、 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600197	施設要件オ(オプジーボ点滴静注)
			次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当す	820600141	医師要件ア(オプジーボ点流静注)
			るもの「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後15年以上のがん治療の臨床研修を行って いること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後15年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経		
			1 返回ルロF 私 付後と ナッカガ 切 かと ぞ 】 した 後 に リナル エッ 及 雨 ぶ 丘 座 物 か 水 ジ 知 外 生 験 を 有 して いること。	820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)
			(本製剤とイビリムマブの併用を根治切除不能な悪性黒色腫患者であって、PD-L1発現率が確認できた患者に投与する場合)	850600123	PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			80 CC/たむ旬に投子する場合/ PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日及び検査結果(発現率)を記載すること。	830600106	PD-L1発現率を確認した検査結果(発現率)(オプジーボ点滴静注):******
	オブジーボ点流静注20mg オブジーボ点流静注100mg オブジーボ点流静注120mg オブジーボ点流静注240mg	g 悪性黒色腫	(本製剤とイビリムマブの併用を根治切除不能な悪性黒色腫患者であって、PD-L1発現率1% 以上の場合) 本製剤とイビリムマブを併用投与することとした理由を記載すること。	830600116	本製剤とイピリムマブを併用投与することとした理由(オブジーボ点 滴静注):******
28			(本製剤とイビリムマブの併用を根治切除不能な悪性黒色腫患者であって、PD-L1発現率が確認できなかった場合) 確認できなかった場合)	830600117	PD-L1発現率を確認できなかった理由(オブジーボ点滴静注): ******
			(平成20年2月13日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合) 投与中である旨((投与中患者)と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載 すること。	820600169	投与中患者(オプジーボ点滴静注)
				850600129	患者に初めて投与した年月日(オブジーボ点滴静注):(元号)yy "年"mm"月"dd"日"
		(平成29年2月13日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて 投与する必要が生じた患者の場合、平成29年4月30日までの間) 当該保険医療機関での使用実績がある旨(「使用実績有」と記載)及び当該患者に初めて本製 剤を投与した年月日を記載すること。 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当す るもの(「医師要件・12は「医師要件・12に配料と記載すること。 ア 医師免計取得後2年の初期待修を修丁した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行って いること。うち、2年以上は、が人薬物販法を主とした通常・9の研修学でなっていること。 イ 医師免計取得後2年の初期待修を修丁した後に4年以上の個族保険を行っていること。 5、3年以上は、第60か/系書物は表さまとい意は、2年以上の個族保険を有っていること。 5、3年以上は、第60か/系書物は表さまとい意は、2年以上の個族保険を有っていること。 5、3年以上は、第60か/系書物は表さまとい意は、2年以上の個族保険を有っていること。 5、3年以上は、第60か/永書物はまるさは可能発展的反映研修を行っていること。 5、3年以上は、第60か/永書物はまるさは可能発展的反映研修を行っていること。	820600168	使用実績有(オプジーボ点滴静注)	
			当該保険医療機関での使用実績がある旨(「使用実績有」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	850600129	患者に初めて投与した年月日(オブジーボ点滴静注):(元号)yy "年"mm"月"dd"日"
			820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
			820600183	医師要件イ(オブジーボ点滴静注)	
			(本製剤を非扁平上皮癌患者であって、PD-L1 発現率が確認できた患者に単独投与する場合)	850600123	PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日(オプジーボ点滴静 注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日及び検査結果(発現率)を記載すること。	830600106	PD-L1発現率を確認した検査結果(発現率)(オプジーボ点滴静注):******
			(PD-L1発現率が1%未満の場合) 投与することとした理由を配載すること。	830600113	投与することとした理由(オプジーボ点滴静注):*****
				820600170	併用投与ア(オブジーボ点滴静注)
		(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に網がる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」から「併用投与力」までのうち該 ものを記載)を記載すること。	820600173	併用投与イ(オブジーボ点滴静注)	
			ア イビリムマブ(遺伝子組換え)、カルボブラテン及びパクリタキセルとの併用投与 イ イビリムマブ(遺伝子組換え)、カルボブラテン又はシスプラチン及びペメトレキセドとの併 用投与	820600176	併用投与ウ(オプジーボ点滴静注)
			ウ イビリムマブ(遺伝子組験え)との併用投与 エ カルポプラチンスはシスプラチン及びゲムシタビンとの併用投与 オ カルポプラチンスはシスプラチン及びベメトレキセドとの併用投与 カ ベバシズマブ(遺伝子組換え)、カルボプラチン及びベクリタキセルとの併用投与	820600179	併用投与エ(オプジーボ点滴静注)
			ガ・マインへも、ほぼする情味人、カルハノノノン及びインソテモとルとの研究はテ	820600180	併用投与オ(オプジーボ点滴静注) 
	オプジーボ点滴静注20mg			820600242	併用投与カ(オプジーボ点滴静注)
29	オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	切除不能な進行・再発の非小 細胞肺癌	(「併用投与ア」から「併用投与オ」により併用する場合)	850600116	EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日(オプジーボ 点滴静注): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			EGFR遺伝子変異除性及びALK融合遺伝子除性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600114	ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日(オブジーボ点 滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			(f # m # h + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 +	850600116	EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日(オブジーボ 点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			(「併用投与力」により併用する場合) にGFR遺伝子享異陰性、ALK融合遺伝子陰性及びROSI融合遺伝子陰性を確認した検査の実施 年月日を記載すること。	850600114	ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日(オブジーボ点 滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850600127	ROS1融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日(オブジーボ 点滴静注): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			(「併用投与エ」又は「併用投与オ」の併用投与をする場合) PDL1発現率が196米減の患者において有効性が示されているので、PD-L1発現率を確認した	850600123	PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			検査の実施年月日及び検査結果(発現率)。	830600106	PD-L1発現率を確認した検査結果(発現率)(オブジーボ点滴静注):******

項番	医薬品名称	効能·効果	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
			(平成29年2月13日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合)	820600169	投与中患者(オブジーボ点滴静注)
			投与中である旨(「投与中患者」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	850600129	患者に初めて投与した年月日(オブジーボ点演幹注):(元号)yy "年"mm"月"dd"日"
			(平成29年2月13日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて 接与する必要が生じた患者の場合:平成29年4月30日までの間)	820600168	使用実績有(オブジーボ点滴静注)
			当該保険医療機関での使用実績がある旨(「使用実績有」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	850600129	患者に初めて投与した年月日(オブジーボ点滴静注):(元号)yy "年"mm"月"dd"日"
			次に掲げる医師又は歯科医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの「医師変件フォ芸しは「医師妻件イ」又は「医師・歯科医師要件ウ」のうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期所修を終了した後15年以上のがん治療の臨床研修を行って	820600141	医師要件ア(オブジーボ点滴静注)
30	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	再発又は遠隔転移を有する頭 頭部癌	いること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の耳鼻咽喉科領域の臨床研修 を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む頭頭部悪性腫瘍診療の臨床研修を行って いること。	820600183	医師要件イ(オブジーボ点滴静注)
			ウ 医師免許又は歯科医師免許取得後の初期研修を終了した後に、5年以上の口腔外科の 臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む口腔外科のがん治療の臨床研 修を行っていること。	820600140	医師・歯科医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)
			次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件フリエ 医師要件イン記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後15年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。	820600141	医師要件ア(オブジーボ点滴静注)
			イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿薬料学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)
			(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載)を記載する こと。	820600170	併用投与ア(オプジーボ点滴静注)
			ア イビリムマブ(遺伝子組換え) イ カボザンチニブ	820600173	併用投与イ(オプジーボ点滴静注)
31	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg	根治切除不能又は転移性の腎	(本製剤とイビリムマブの併用を化学療法未治療の根治切除不能又は転移性の腎細胞癌の患者に投与する場合) 次のいずれに該当するかを記載すること。(「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載)	820600152	患者要件ア(オプジーボ点滴静注)
	オブジーボ点滴静注240mg	满静注:240mg 满静注:240mg	ア IMDG リスク分類: intermediate リスク イ IMDG リスク分類: poor リスク	820600154	患者要件イ(オプジーボ点滴静注)
			(平成29年4月17日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合であって、施設要件等を 記載できない場合) 投与中である旨(「投与中患者」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載 すること。 (平成29年4月17日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて 投与する必要が生じた患者の場合:平成29年6月30日までの間) 当該保険医療機関での使用実績がある旨(「使用実績有」と記載)及び当該患者に初めて本製 剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者(オブジーボ点滴静注)
				850600129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy "年"mm"月"dd"日"
				820600168	使用実績有(オブジーボ点滴静注)
				850600129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy "年"mm"月"dd"日"
		次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当す るもの(医師要件)から、医師要件りまでのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を 修 丁した後に5年以上のがんが最の臨床研修を行っ ていること。うち、2年以上は、が人業物療法を主と上た臨床程準分の併修を行っていること。	820600141	医師要件ア(オブジーボ点滴静注)	
			イ 医師免許取得後2年の初期研修を 修 了した後に4年以上の臨床経験を有していること。 うち、3年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っていること。 と。	820600183	医師要件イ(オブジーボ点滴静注)
	オプジーボ点滴静注20mg		ウ 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に 5 年以上の小児血液 及び小児 がんを含む小児科臨床経験を有すること。	820600184	医師要件ウ(オブジーボ点滴静注)
32	ブジーボ点滴静注100mg ブジーボ点滴静注120mg ブジーボ点流静注240mg ボランーボ点流静注240mg	一ボ点滴静注100mg     再発又は難治性の古典的ホジ       一ボ点滴静注120mg     キンリンバ腫       一ボ点滴静注240mg     股	(平成29年4月17日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合であって、施設要件等を記載できない場合) 投与中である目で投与中患者」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載	820600169	投与中患者(オブジーボ点滴静注)
			以子子(ひの目(以子子が目)に記載/以び日認が目に切がく不表所に以子び、子方日と記載 すること。	850600129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy "年"mm"月"dd"日"
			(平成29年4月17日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者の場合:平成29年6月30日までの間)	820600168	使用実績有(オプジーボ点滴静注)
			当該保険医療機関での使用実績がある旨(「使用実績有」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	850600129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点滴静注);(元号)yy "年"mm"月"dd"日"
			次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当す ももの(医師要件ア」から(医師要件の)までのうち該当するものを記載と記載すること。 ア 医師免託取得後2年の初期研修を修了した後15年以上のが公治療の臨床研修を行って	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)
			いること。うち、2年以上は、が人薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以 上の消化器外科学の修練を行っていること。	820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)
	オプジーボ点滴静注20mg		ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器艦のが仏薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600184	医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)
33	オプジーボ点滴評注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	治癒切除不能な進行・再発の 胃癌	(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」から「併用投与ウ」までのうち該当す	820600170	併用投与ア(オプジーボ点滴静注)
			るものを記載)を記載すること。 ア オキサリプラチン及びがペンタビンとの併用投与 イ オキサリプラチン、ポリナートカルシウム及びフルオロウラシルとの併用投与	820600173	併用投与イ(オブジーボ点滴静注)
			ウ オキサリプラチン及びデガフール・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤との併用投与	820600176	併用投与ウ(オブジーボ点滴静注)
			(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) HERV間性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600118	HER2除性を確認した検査の実施年月日(オプジーボ点滴静注): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
34	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg	ジーボ点海静注20mg ジーボ点海静注100mg 切除不能な進行・再発の悪性 ジーボ点海静注120mg 脚膜中皮腫	点滴静注100mg 切除不能な進行・再発の悪性 いること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 角滴静注120mg 胸膜中皮腫 いること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)
	* オブジーボ点滴静注120mg オブジーボ点滴静注240mg			820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)

項番	医薬品名称	効能·効果	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
			次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当す るもの(「医師要件ア」から「医師要件つ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。	820600141	医師要件ア(オブジーボ点滴静注)
	オプジーボ点滴静注20mg	がん化学療法後に増悪した治	ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後15年以上のがん治療の臨床研修を行って いること。うち、2年以上は、が火薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器船のがん薬物療法を含む5年以 上の消化器外科学の修練を行っていること。	820600183	医師要件イ(オブジーボ点滴静注)
35	→ → **	癒切除不能な進行・再発の高 頻度マイクロサテライト不安定 性(MSI-High)を有する結腸・直 腸癌	ウ 医師免許取得後2年の刺期研修を修了した後14年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器傷のが心薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600184	医師要件ウ(オブジーボ点滴静注)
		1949 PAGE	MSI-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600120	MSI-Highを確認した検査の実施年月日(オプジーボ点滴静注): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与を行った頃(併用投与ア)と記載)を記載すること。 ア イビリムマブ遺伝子組換え)との併用投与	820600170	併用投与ア(オブジーボ点滴静注)
	→		次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載」を記載すること。	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)
36	オプン一不忌凋評注100mg オプジーボ占流熱注120mg	がん化学療法後に増悪した根 治切除不能な進行・再発の食 道癌	ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行って いること。うち、2年以上は、がん棄物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器艦のがん薬物療法を含む5年以 上の消化器外科学の修練を行っていること。	820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)
			ウ 医師免許取得後2年の刺期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。う ち、3年以上は、消化器艦のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600184	医師要件ウ(オブジーボ点滴静注)
			次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当す るもの(「医師要件ア」から「医師要件で)までのうち該当するものを記載)を記載すること。	820600141	医師要件ア(オブジーボ点滴静注)
37	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	食道癌における術後補助療法	ア 医師免許取得後と年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行って いること。うた。2年以上は、が人業物療法を主とした臨床種種学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後と年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以 上の消化器外科学の修練を行っていること。	820600183	医師要件イ(オブジーボ点滴静注)
			ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後14年以上の臨床経験を有していること。う ち、3年以上は、消化器癌のが心薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600184	医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)
			次に掲げる医師の要件のうち、本製料に関する治療の責任者として配置されている者が該当す 合もの「医師室件丁以足ば 医筋要件 12 比配数 た記載すること ア 医師免許取得後と年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行って いること。うち、2年以上は、が人業物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)
			イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後(24年以上の臨床経験を有していること。う ち、3年以上は、原発不明艦に対するがA薬物療法を含むがA治療の臨床研修を行っていること。	820600183	医師要件イ(オブジーボ点滴静注)
			原発不明癌と診断するにあたり実施した原発巣検索の検査等として該当するもの(「検査等ア」 から「核査等力」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 胸部 X線 イ 頭頭部・胸腹部・骨盤CT ウ FDC-FDCで エ 上部・下部消化管内視線 オ 理解であり換案 と 免疫組織化学的検索	820600156	検査等ア(オプジーボ点滴静注)
	オブジーボ点流静注20mg オブジーボ点流静注100mg オブジーボ点流静注120mg オブジーボ点流静注240mg オブジーボ点流静注240mg			820600157	検査等イ(オプジーボ点滴静注)
38		原発不明癌		820600158	検査等ウ(オプジーボ点滴静注)
				820600159	検査等エ(オプジーボ点滴静注)
				820600160	検査等オ(オプジーボ点滴静注)
				820600161	検査等カ(オプジーボ点滴静注)
				820600162	検査等キ(オプジーボ点滴静注)
			820600163	検査等ク(オプジーボ点滴静注)	
	オルプロリクス静注用500 オルプロリクス静注用1000 オルプロリクス静注用2000 オルプロリクス静注用3000		手術時における血液凝固第区因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600025	手術時に使用した理由(オルプロリクス静注用500等);******
39	オルプロリクス静注用250		手術時における血液凝固策区因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考 慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載 すること。	830600026	手術時に使用した理由(オルプロリクス静注用250);******
	オルプロリクス静注用4000		手術時における血液凝固第区因子製剤の使用に当たっては、新前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600027	手術時に使用した理由(オルブロリクス静注用4000);******
				820600048	施設要件ア(オルミエント錠2mg等)
			投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、継続投与に当たっては、投与開始時 の情報を記載すること。 1)次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が	820600049	施設要件イ(オルミエント錠2mg等)
			該当する施設(「施設要件イ)又は「施設要件イ」と記載) ア 医師等共神後生をつ助研研修を終了した後に、5年以上の皮膚料診療の臨床研修を 行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に6年以上の臨床経験を有していること。	820600050	前治療要件ア(オルミエント錠2mg等)
40	オルミエント錠2mg オルミエント錠4mg	アトピー性皮膚炎	うち、3年以上は、アドビー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 2) 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況(「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と 記載) ア 成人アドビー性皮膚炎患者であって、アドビー性皮膚炎診療ガイドラインで単症度に応じ	820600051	前治療要件イ(オルミエント錠2mg等)
	カルミエント戦争1118		て推奨されるステロイド外用薬(ストロングクラス以上)やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 イ成人アドビー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に	830600028	IGAスコア(オルミエント錠2mg等);******
			対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3) 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア	830600029	全身のEASIスコア(オルミエント錠2mg等):******
			イ 全身又は頭頭部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%)	830600030	頭頸部のEASIスコア(オルミエント錠2mg等);******
				842600008	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%)(オルミエント 錠2mg等):******
41	ガザイバ点滴静注1000mg		本製剤の使用上の注意において、「フローサイトメトリー法等により検査を行い、CD20抗原が陽 性であることが確認された患者に使用することと記載されているため、CD20抗原が陽性である ことを確認した検査の実施年月日について記載すること。	850600023	CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日(ガザイ パ点滴静注1000mg): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
	· T / N 点間野注 I UUUMg		なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600024	CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日(初回投与)(ガザイバ点海静注1000mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"

項番	医薬品名称	効能·効果	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
			カーセイスないのこと ジェナスキの「かいエルフ・ムン「かいエルム・ナーのことをいって	820600165	施設要件ア(キイトルーダ点滴静注)
			次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するもの を記載)を記載すること。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、	820600187	施設要件イ(キイトルーダ点滴静注)
42	キイトルーダ点滴静注100mg	共通	地域が心診療連携拠点病院、地域が心診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府祭知事が指定するが心診療連携病院(が心診療連携指定病院、が心診療連携協	820600191	施設要件ウ(キイトルーダ点滴静注)
			カ病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来化学療法加算1又は外来化学療法加算2の施設基準に係 る届出を行っている施設	820600195	施股要件エ(キイトルーダ点滴静注)
			オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600198	施設要件オ(キイトルーダ点滴静注)
43	キイトルーダ点流静注100mg	悪性黒色腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行って	820600146	医師要件ア(キイトルーダ点滴静注)
			いること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経 験を有していること。	820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)
			次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件フリスは「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師会計取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行って	820600146	医師要件ア(キイトルーダ点滴静注)
			いること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の臨床疑修を有していること。う ち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)
44	ナノル が上流熱汁100	切除不能な進行・再発の非小	(本剤を単独で投与する場合)	850600133	PD-L1の発現を確認した検査の実施年月日(キイトルーダ点滴静注): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
44	キイトルーダ点滴静注100mg	細胞肺癌	PD-Li の発現を確認した検査の実施年月日及び検査結果(発現率)を記載すること。	830600118	PD-L1の発現を確認した検査結果(発現率)(キイトルーダ点滴静注): ******
			(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載)を記載する	820600171	併用投与ア(キイトルーダ点滴静注)
			こと。 ア ベメトレキセド及びプラチナ製剤との併用投与 ア ベメトレキセド及びプラチナ製剤との併用投与 イ カルボプラチン及びパクリタキセル又は nab-パクリタキセルとの併用投与	820600174	併用投与イ(キイトルーダ点滴静注)
45	± √ ト Ⅱ	再発又は難治性の古典的ホジ	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(医師要件ア)又は医師要件イ」と記載を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のが心治療の臨床研修を行って	820600146	医師要件ア(キイトルーダ点滴静注)
40	キイトルーダ点滴静注100mg	キンリンパ腫	いること。 うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、遺血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っていること。	820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)
46	キイトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に増悪した根	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当す ももの(医師要件7)以は「医師要件7,1以は「医師要件7,1と記載)を記載すること。 7 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行って いること。うち、2年以上は、が小薬物療法を主とした臨床避棄学の研修を行っていること。	820600146	医師要件ア(キイトルーダ点滴静注)
40	V I I V N MAHTY I I I I I I I I I I I I I I I I I I I	治切除不能な尿路上皮癌	いること。うち、2年以上は、か小楽物像法を主とした臨床機構手の研修を行うていること。 イ 医師免許取得後2年の初期所修を終了した後に4年以上の盗尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)
		がん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライル不安定性(MSI-High)を有する関係機率的な治療が、困難な場合に限る)	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの「(医師案件ア)又は「医師要件インと配数」を記載すること。 もの「(医師案件ア)又は「医師要件インと配数」を記載すること。 ア、医師免許取得後2年での別規制を発作して後に5年以上のが公治療の臨床研修を行って	820600146	医師要件ア(キイトルーダ点滴静注)
47	キイトルーダ点滴静注100mg		いること。うち、2年以上は、が仏薬物療法を主とした臨床産業学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。う ち、3年以上は、対象となる癌種領域でのが仏薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行ってい ること	820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)
			MSI-Highを確認した検査の実施年月日	850600121	MSI-Highを確認した検査の実施年月日(キイトルーダ点滴静 注): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			次に掲げる医師又は歯科医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が終当するもの(「医師要件フ)若しくは「医師要件イ」又は「医師・歯科医師要件ウ」のうち 該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行って	820600146	医師要件ア(キイトルーダ点滴静注)
	キイトルーダ点流静注100mg	再発又は遠隔転移を有する頭頭部艦	いること、うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること、 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の耳鼻咽喉科領域の臨床研修 を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む頭頭師悪性腫瘍診療の臨床研修を行って	820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)
48			バルーダ点滴静注100mg 再発又は遠隔転移を有する頭 ウ 医師免許又は歯科医 頭部癌 臨床研修を行っており、うち 修を行っていること。	いること。 ウ 医師免許又は歯科医師免許取得後の初期研修を修了した後に、5年以上の口腔外科の 臨床研修を行っており、3ち、2年以上は、がん薬物療法を含む口腔外科のがん治療の臨床研 修を行っていること。	
			なお、本剤による治療においては副作用等の全身的管理を要するため、患者の治療に当 たる歯科医師はアからウまでのいずれかに示す。気件を満まて疾筋(頭頭部級の化学療法を 副作用発現時の対応に十分な知識と経験を持つ医師)との緊密な連携のもとに診療すること。	820600139	医師・歯科医師要件ウ(キイトルーダ点滴静注)
			(本製料を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用安を行った旨 (併用段与ア)と記載)を記載すること。 ア 5-FU 及びプラチナ製剤との併用投与	820600171	併用投与ア(キイトルーダ点滴静注)
		次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が終 るもの(「医師要件アスは「医師要件・八記職)を記載すること ア 医師免許取得後2年の初期待修を修了した場合に5年以上のがん治療の態度研修をだ いること うち、2年10日 けん(基準無率ままと)」と地に事態を受い場を終すている。こと	るもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載」を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床障集学の研修を行っていること。	820600146	医師要件ア(キイトルーダ点滴静注)
49	キイトルーダ点滴静注100mg	根治切除不能又は転移性の腎	イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿薬科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のが必薬物療法を含むが必治療の臨床研修を行っていること。	820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)
	, v	細胞癌	(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載)を記載する こと。	820600171	併用投与ア(キイトルーダ点滴静注)
			ア アキシチニフとの併用投与 イ レンバチニブとの併用投与	820600174	併用投与イ(キイトルーダ点滴静注)
			次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免計取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行って	820600146	医師要件ア(キイトルーダ点滴静注)
			いること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以 上の消化器外科学の修練を行っていること。	820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)
50	キイトルーダ点滴静注100mg	根治切除不能な進行・再発の	ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器艦のが仏薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600145	医師要件ウ(キイトルーダ点滴静注)
	, v	食道癌	(本製剤を単独で投与する場合) アルスタン・サルス・マルム・ロロスパや本統甲 (AMII 年) よわギナス・レ	850600124	PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日(キイトルーダ点滴静 注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果(発現率)を記載すること。	830600107	PD-L1陽性を確認した検査結果(発現率)(キイトルーダ点滴静注):******
			(本製料を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用安を行った旨 (併用段与ア」と記載)を記載すること。 ア 5-FU及びシスプラナンとの併用投与	820600171	併用投与ア(キイトルーダ点滴静注)
			次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当す ももの(医師要件ア1から)医師要件ウ1までのうち該当するものを記載されますること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行って いること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床障棄学の研修を行っていること。	820600146	医師要件ア(キイトルーダ点滴静注)
51	キイトルーダ点滴静注100mg	治癒切除不能な進行・再発の 高頻度マイクロサテライト不安 マ#*(MSL-Uin)を有する結果。	イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 う 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。う	820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)
	キイトルーダ点滴静注100mg	静注100mg 堂性(MSI-High)を有する結構・ 5、3年以上は、対象となる処理領域でのが人業物療法を含むがん治療の健康研修を行ってし 意識感	820600145	医師要件ウ(キイトルーダ点滴静注)	
			MSI-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600121	MSI-Highを確認した検査の実施年月日(キイトルーダ点滴静 注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(医師要件ア」又は「医師要件インと記載と記載すること。 ア 医節免乳取得炎半の対策が参をデリた後に5年以上のがん治療の臨床研修を行って ア 医節免乳取得炎半の対策が参を	820600146	医師要件ア(キイトルーダ点滴静注)
			いること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の乳癌のがん薬物療法を含む乳 腺腫瘍学の臨床研修を行っていること。	820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)

項番	医薬品名称	効能·効果	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ブト表示文言
				850600124	PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日(キイトルーダ点滴静注): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果(発現率)を記載すること。	830600107	PD-L1陽性を確認した検査結果(発現率)(キイトルーダ点滴静 注):******
	キイトルーダ点滴静注100mg	PD-L1 陽性のホルモン受容体 陰性かつHER2 陰性の手術不 能又は再発乳癌	ホルモン受容体陰性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600134	ホルモン受容体陰性であることを確認した検査の実施年月日(キイトルーダ点滴静注): (元号) yy "年" mm"月" dd "日"
				850600135	HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日(キイトルーダ 点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合)	820600171	併用投与ア(キイトルーダ点滴静注)
			次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記録を記載すること。 ア ゲムシタビン及びカルボブラテンとの併用投与 イ バクリタキセルとの併用投与	820600174	併用投与イ(キイトルーダ点滴静注)
			ウ バクグタキゼル(アルブミン・懸濁型)との併用投与	820600177	併用投与ウ(キイトルーダ点滴静注)
52	キイトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に増悪した切除不能な進行・再発の子宮体	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のが心治療の臨床研修を行って	820600146	医師要件ア(キイトルーダ点滴静注)
	, III / MANAGET / LOONING	癌	いること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の到新研修を修了した後14年以上の臨床軽砂を有していること。 ち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)
		がん化学療法後に増悪した高	次に高ける医師の受性のプラ、承要所に関する治療の責任者にし、配置されている者が該当するもの(「医療を件7」及は「医療験件1」と記録と記載すること である。 ア 医師免許取得後と年の初期保験を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行って いること。うち、2年以上は、が集物療法を主した臨床理職学の研修を行っていること。	820600146	医師要件ア(キイトルーダ点滴静注)
53	キイトルーダ点滴静注100mg	い腫瘍遺伝子変異量(TMB- High)を有する進行・再発の固 形癌(標準的な治療が困難な	イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後12年以上の臨床経験を有していること。う ち、3年以上は、対象となるがん種領域でのがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行って いること。	820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)
		場合に限る)	TMB-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600128	TMB-Highを確認した検査の実施年月日(キイトルーダ点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。(「施設要件ア」 又は「施設要件イ」と記載)	820600052	施設要件ア(キムリア点滴静注)
54	キムリア点滴静注		ア 日本造血細胞移植学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科(認定 カテゴ)ー1)を有する施設 イ 認定カテゴ)ートに準づる診療科(認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基 準以外を満たす診療科)を有する施設	820600053	施設要件イ(キムリア点滴静注)
			再発了は整治性のCDTIME性のB棚酸性急性リンパ芽球性白血病本製品の効能、効果又は性能に関連する使用上の注意において「CDI9抗原が陽性であることが確認された患者に使用すること」と記載されているため、CDI9抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載されているため、CDI9抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載されているため、CDI9抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載され	850600025	CD19抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日(キムリア点満静注):(元号)y"年"mm"月"dd"日"
55	クリースピータ皮下注10mg クリースピータ皮下注20mg クリースピータ皮下注30mg		本剤の効能又は効果は「FGF23限遺能リン血症性くる病・骨軟化症」であり、FGF23の過剰産生により血清リン選度が低下している患者が対象であることから、FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を支施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては必ず実施年月日を記載すること。	850600026	FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日(クリースピータ皮下注10mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850600027	FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日(初回投与)(クリース ビータ皮下注10mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
56	コラテジェン筋注用4mg		本品の効能、効果又は性能において、「標準的な薬物治療の効果が不十分で血行再建術の施行が困難な物性動脈閉路にされていることから、本品の投身が適切と判断される患者であった。かつ開発性動脈硬化症の患者に対してのサインでの要件を激した場合、ページーのある問者は以下のサインでの要件を激した場合、ページーのの患者は以下のサインでの要件を激した場合、ページーのの患者は以下のが大力を受ける場合であること。なる、病間によったのためたのであること。なる、病間によったした自分関係性を侵害した。 自然を持ち、一般には、自然には、自然には、自然には、自然には、自然には、自然には、自然には、自然	842600009	虚血に基づく清傷であると判断した血行動態指揮(足趾血圧、足趾 上腕血圧比(TBI)等)の測定値(コラテシェン筋注用4mg):******
				850600028	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ザーコリカプセル200mg等): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
	ザーコリカプセル200mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査 施設における検査により、ALX融合遺伝子陽性又はROSI融合遺伝子陽性が確認された患者に	850600029	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与) (ザーコリカブセル200mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
57	サーコリカプセル250mg ザーコリカプセル250mg		投与すること。」とされているので、ALK 融合遺伝子陽性又はROS1融合遺伝子陽性を確認した 検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当 たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600030	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ザーコリカプセル200mg等): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			850600031	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与) (ザーコリカブセル200mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				820600054	医師要件ア(サイバインコ錠50mg等)
			本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1、次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該	820600055	医師要件イ(サイバインコ錠50mg等)
			当するもの(「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載 ア 成人アトビー性皮膚炎患者又は小児アトビー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医 師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行ってい	820600056	医師要件ウ(サイパインコ錠50mg等)
			ること。 イ 成人アトビー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を 修了した後に、6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトビー性皮膚炎を含むアレル ギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アナー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を	820600057	前治療要件ア(サイバインコ錠50mg等)
58	サイバインコ錠50mg サイバインコ錠100mg サイバインコ錠200mg		修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトビー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2 本製剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況(「前治療要件ア)又は「前治療要件イ」と	820600058	前治療要件イ(サイパインコ錠50mg等)
			記載) ア 12歳以上のアトビー性皮膚炎患者であって、アトビー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度 に応じて推奨されるステロイド外用薬(ストロングクラス以上)やカルシニューリン阻害外用薬に よる適切さ消費を直近の6カ月以上行っている。	830600031	IGAスコア(サイバインコ錠50mg等);******
			イ 12歳以上のアトビー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外 用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用 薬のみによる治療の継続が困難	830600032	全身のEASIスコア(サイバインコ錠50mg等);******
			3 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア [GAスコア イ 全身又は顕頭部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアドビー性皮膚炎病変の割合(%)	830600119	頭頭部のEASIスコア(サイバインコ錠50mg等);******
				842600010	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%)(サイバインコ 錠50mg等);******
	サイラムザ点滴静注液100mg		本製剤をがん化学療法後に増悪した血清AFP値が400ng/mL以上の切除不能な肝細胞癌に用	830600033	AFPの検査値(サイラムザ点滴静注液100mg等);******
59	サイフムサ点滴静注液100mg サイラムザ点滴静注液500mg		いる場合は、効能・効果に関連する使用上の注意において、「本剤の使用にあたっては、初回投 与時の血清AFP値に基づき、通応患者の選択を行うこと、いされているので、本製剤の投与開 始に当たっては、AFPの検査値及び当該検査の実施年月日を記載すること。	850600032	AFP検査の実施年月日(サイラムザ点滴静注液100mg等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
	ザルティア錠2.5mg ザルティア錠5mg タダラフィル錠2.5mgZA「サワイ」 タダラフィル錠2.5mgZA「フソー」		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤の適用にあたっては、前立線肥大 症の診断・診療に関する国内外のガイドライン等の最新の情報を参考に、適切な検査により診 断を確定することとなれており、適切な検査により前立線限大能と診断された場合に現り算定	850600136	診断に用いた主な検査の実施年月日(ザルティア錠2.5mg等); (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
	タダラフィル錠2、5mgZA「1円医工」 タダラフィル錠2、5mgZA「二プロ」 タダラフィル錠2、5mgZA「二プロ」 タダラフィル錠2、5mgZA「杏林」 タダラフィル錠2、5mgZA「サンド」		できること、また、民志測定検査、現尿検査、前立線超音波検査等の診断に用いた主な検査に のいて、実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当 たつては、必ず実施年月日を記載すること。	850600137	診断に用いた主な検査の実施年月日(初回投与)(ザルティア錠2. 5mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"

項番	医薬品名称	効能·効果	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
60	タダラフィル錠2.5mgZA「JG」 タダラフィルOD錠2.5mgZA「トーワ」 タダラフィル錠5mgZA「サワイ」 タダラフィル錠5mgZA「フソー」		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤の適用にあたっては、前立線肥大 たの砂筋・砂塊に関する日内はのポインラインをの最近の特別を含まっ、海内で放送によりいた	850600138	診断に用いた主な検査の実施年月日(タダラフィル錠2.5mg等); (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
	タダラフル能等mgZA「日医工」 タダラフル能等mgZA「ゴロ」 タダラフル能等mgZA「あすか」 タダラフル能等mgZA「あすか」 タダラフル能等mgZA「サンド」 タダラフル能等mgZA「JG」 タグラフルル能をmgZA「トーワ」 タダラフルル能をmgZA「トーワ」 タダラフルル能とmgZA「トーワ」 タダラフルル能とmgZA「シオエ」		金の診断・診療に関する国内外のガイドライン等の最新の情報を参考に、通切な核査により診 形を確定することとれており、適切な核査により診 那を確定することとれており、適切な核査により前 できること、また、民流測定検査、現尿検査、前立線超音波検査等の診断に用いた主な検査に シルて、実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当 たつては、必ず 実施年月日を記載すること。	850600139	診断に用いた主な検査の実施年月日(初回投与)(タダラフィル錠 2. 5mg等):(元号)yy <sup>*</sup> 年 <sup>**</sup> mm <sup>*</sup> 月 <sup>**</sup> dd 日**
				820600059	ア 免疫不全状態(ジーンプラバ点滴静注625mg)
			本製剤の使用に当たっては、重症化又は再発のリスクが高いクロストリジウム・ディフィンル感染	820600060	イ 重症のクロストリジウム・ディフィシル態染症(ジーンプラバ点滴 静注625mg)
61	ジーンプラバ点滴静注625mg		症を対象とすること。本製料の使用に当たっては、次のアからオまでのうち該当するものを記載 し、才を選択する場合には、産症化又は再参のリスクが高いと判断した理由を記載すること。な お、65歳以上であること、又は過去2回以下の既住歴があることのみでは重症化又は再発のリ スクが高いとは認められない。	820600061	ウ 強毒株(リボタイプ027、078又は244)への感染(ジーンプラ バ点滴静注625mg)
01	2 2 2 7 CARAMITALO E OTTO		ア 免疫不全状態 イ 重症のウロストリジウム・ディフィシル感染症 ウ 強毒株(リポタイプ027,078又は244)への感染 エ 過去3回以上の既住歴	820600062	エ 過去3回以上の既往歴(ジーンプラバ点滴静注625mg)
			オ その他の理由により重症化又は再発のリスクが高いと判断できる場合	820600063	オ その他の理由により重症化又は再発のリスクが高いと判断できる場合(ジーンプラバ点滴静注625mg)
				830600034	オの場合、重症化又は再発のリスクが高いと判断した理由(ジーン プラバ点滴静注625mg);******
62	ジカディア錠150mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査 施設における検査により、ALK 酸合造品で再催化が確認された患者に行ちすること。」とされてい るので、ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600033	ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ジカディア錠1 50mg): (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
63	ジャクスタピッドカプセル5mg ジャクスタピッドカプセル10mg	ホモ接合体家族性高コレステ	本製剤の効能・効果は「ホモ接合体家族性高コレステロール血症」であることから、次のいずれかを記載すること。 ① 本疾患に係る特定医療費(指定難病)医療受給者証の交付を受けていること。	820600243	本疾患に係る特定医療費(指定難病)医療受給者証の交付を受けている(ジャクスタビッドカプセル5mg等)
	ジャクスタピッドカプセル20mg	ロール血症	② 本疾患の診断根拠(遺伝子解析、コレステロール値、重度の高コレステロール血症の徴候等)	830600035	診断根拠(遺伝子解析、コレステロール値、重度の高コレステロール血症の徴候等)(ジャクスタビッドカブセル5mg等):******
			効能又は効果において、「ただし、慢性心不全の標準的な治療を受けている患者に限る。」とされているので、使用に当たっては十分留意すること。また、効能又は効果に関連する注意にお	850600034	左室駆出率の計測年月日(ジャディアンス錠10mg): (元号)yy"年 "mm"月"dd"日"
64	ジャディアンス錠10 mg	慢性心不全	して、「左室駅出率が採たれた慢性心不全における本剤の有効性及び安全性は確立していた いため、左室駅出率の係下した慢性心不全と熱者に没与すること。」とされているので、投与閉始 に当たっては、左室駅出率の計測年月日及び左室駅出率の値を記載すること。なお、他の医療 機関で左室駅出率を測定した場合には、当路測定結果及び医療機関各を記載することを が表現れた。	830600120	左室駆出率の値(ジャディアンス錠10mg);******
			支えない。	830600121	左室駆出率を測定した医療機関名(他の医療機関で測定した場合) (ジャディアンス錠10mg):******
				830600038	他の薬物療法として使用していた薬剤の品名(シンポニー皮下注5 Omgシリンジ):******
	シンポニー皮下注50mgシリンジ		イ 本製剤の投与が必要と判断した理由 	830600039	他の薬物療法として使用していた薬剤の使用期間(シンポニー皮下注50mgシリンジ): ******
65		渡傷性大腸炎 一皮下注50mgオートインジェク		830600040	投与が必要と判断した理由(シンポニー皮下注50mgシリンジ): *******
	シンポニー皮下注50mgオートインジェク			830600041	他の薬物療法として使用していた薬剤の品名(シンポニー皮下注5 Omgオートインジェクター):******
				830600042	他の薬物療法として使用していた薬剤の使用期間(シンポニー皮下注50mgオートインジェクター):******
				830600043	投与が必要と判断した理由(シンポニー皮下注50mgオートイン ジェクター):******
66	ステボロニン点滴静注バッグ9000mg /300mL		本製剤の効能又は効果に関連する注意に、「化学放射線療法等の標準的な治療が可能な場合 にはこれらの治療を優先すること。」と記載されているので、本剤の投与が必要と判断した理由 を記載すること。	830600044	投与が必要と判断した理由(ステポロニン点滴静注バッグ9000mg /300mL):******
			本製品の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる医師の要件のうち、本製利に関する治療の責任者として配置されている者が	820600064	医師要件ア(ステミラック注)
67	ステミラック注		該当するもの「医師要件イ」又は「医師要件イ」と記載) ア 医師免許取得後、脊髄領域を含む整形外科に関する10年以上の修練を行い、脊髄損傷 に関する十分な臨床経験(計30件以上)を有し、ALS評価が適切に行えること。 イ 医師免許取得後、脊髄領域を含む脳神経外科に関する10年以上の修練を行い、脊髄損	820600065	医師要件イ(ステミラック注)
		傷に関する十分な臨床経験(計30件以上)を有し、AIS評価が適切に行えること。 ② 本製品の製造両料して最初に末梢血の採血を行う通点と行え品を及び本製品を投与する直前の 時点におけるAIS なお、供給当初においては、AISがAの患者を中心とした投与が適切であるとされているこ	830600045	製造原料として最初に末梢血の採血を行う時点におけるAIS(ステミラック注):******	
			とから、供給可能量も踏まえAの患者を優先して対応すること。	830600046	本製品を投与する直前の時点におけるAIS(ステミラック注): *******
			効能・効果に関連する使用上の注意において「遺伝子検査により、SMN1遺伝子の欠失又は変 異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が「以上であることが確認された患者に投与すること。」とさ れているので、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が「以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日を配載すること。	850600035	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が 1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日(スピンラザ 髄注12mg): (元号) yy "年 "mm" 月 "dd" 日 "
68	スピンラザ髄注12mg		なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600036	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が 1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日(初回投与) (スピンラザ髄注12mg):(元号)y,"年"mm"月"dd"日"
			(オナセム/ゲン アベバルボベク(販売名:ゾルゲンスマ点滴静注)の投与後に本製剤を投与する場合) その必要性を適切に判断し、投与が必要な理由を記載すること。	830600047	オナセムノゲン アベパルボベクの投与後に本製剤の投与が必要な理由(スピンラザ髄注12mg):******
			本製剤を「白金系抗悪性腫瘍剤感受性の相同組換え修復欠損を有する再発卵巣癌」に用いる 場合は、効能又は効果に関連する使用上の注意において、「3つ以上の化学療法歴のある患者 を対象とすること。」及び「承認された体外診断用販薬品又は医療機器を用いた検査により、相	830600048	過去に実施した化学療法歴(ゼジューラカプセル100mg):******
69	ゼジューラカプセル100mg		同組換え修復欠損を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、過去に 実施した化学療法歴及び相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日を記載すること。 載すること。 なお、検査実施年月日は、当該検査を実施した月のみ記載すること。ただし、本剤の初回投与	850600037	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日(ゼ ジューラカブセル100mg): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			やは、吹き大幅で行うは、当め快きと失幅したカップのLand ラッピーCirlo 不用ジャの回はテ に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600038	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日(初 回投与)(ゼジューラカプセル100mg);(元号)yy"年"mm"月"dd" 日"
				830600049	HBV-DNA検査結果(ゼフィックス錠100);******
			本製剤の使用に当たっては、B型肝炎ウイルスの増離を伴う肝機能の異常の確認が前提であ は HBV-DNA DNAポリスラーギワイはB、お笛ニトリウノルスの機能を施到し、年日日(松本宝	830600050	DNAポリメラーゼ検査結果(ゼフィックス錠100);******
70	ゼフィックス錠100		り、HBV-DNA、DNAポリメラーゼ又はHBe抗原によりウイルスの増殖を確認した年月日(検査実施年月日)及びその結果を記載すること。 施年月日)及びその結果を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。 ただし、本剤の初回投与に当 たっては、必ず実施年月日を記載すること。	830600051	HBe抗原検査結果(ゼフィックス錠100):******
			100 A / ABT/1 M CHAM/ WEG	850600039	ウイルスの増殖を確認した年月日(検査実施年月日)(ゼフィックス 錠100):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850600040	ウイルスの増殖を確認した年月日(検査実施年月日)(初回投与) (ゼフィックス錠100);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
71	ゼルボラフ錠240mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査 施設における検査により、BRAT遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているの で、BRAT遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 というなどをよる変更を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600041	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(ゼルボラフ錠24 Omg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当 たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600042	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ゼルボラフ錠240mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"

項番	医薬品名称	効能・効果	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
72	NIT PROPERTY.	スパタ錠40mg	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査 施設における検査により、FLT3 遺伝子変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされて いるので、FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600043	FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(ゾスパタ錠4 Omg): (元号) yy "年"mm"月"dd"日"
12	プスパラ級中UTTIg		いるので、FLIの選ばする。共間はど物能した検査の美術ギガロと的数すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当 たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600044	FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与) (ゾスパタ錠40mg): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			本品の効能、効果又は性能に関連する使用上の注意に、「SMNI遺伝子の両アレル性の欠失又は変異が確認された患者に投与すること。」「2歳未満の患者に投与すること。」及び「承認され	850600045	SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異を確認した遺伝子検査の実施年月日(ゾルゲンスマ点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
73	ゾルゲンスマ点滴静注		た体外診断薬を用いた検査により抗AAV3抗体が陰性であることが確認された患者に投与する こと。」とされているので、以下を記載すること。 ・SANI遺伝子の両アレル性の欠失又は変異を確認した遺伝子検査の実施年月日 ・本品の投与日齢	842600011	本品の投与日齢(ゾルゲンスマ点滴静注):*****
			・抗AAV9抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日	850600046	抗AAV9抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日(ゾルゲンスマ点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				820600251	医師要件ア(ゾレア皮下注用75mg等)
				820600252	医師要件イ(ゾレア皮下注用75mg等)
				820600253	医師要件ウ(ゾレア皮下注用75mg等)
				820600254	医師要件エ(ゾレア皮下注用75mg等)
			- (スギ花粉)による手節性アレルギー性鼻炎に投与する場合であって、当該スギ花粉シーズン中 における本製剤の投与開始の場合)	830600122	投与量の設定に用いた血清中総IgE濃度(ゾレア皮下注用75mg 等): ******
				850600140	投与量の設定に用いた血清中総IgE検査の実施年月日(ゾレア皮 下注用75mg等): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				830600052	スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎であると判断した理由(ゾレア皮下注用75mg等):******
		次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる医療が本製剤に関する治療の責任者として配置されている施設(「医師要件 7 月から 1 医師要件 7 月から 1 を持た 7 月 下 医師免許 取得後2 年の 初期研修を修了した後に、4 年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を作了ていること。  イ 医師免許取得後2 年の初期研修を修了した後に、4 年以上の正鼻咽喉科診療の臨床研修を作了ていること。 イ 医師免許取得後2 年の初期研修を修了した後に、4 年以上の正珠経験を有し、そのうち3 年以上は李節性アルルギー性鼻炎を含むアルルギー診療の臨床研修を行っていること。 (小児季節性アルルギー性鼻炎を含むアルルギーが違り、4 年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修 4 年の 1 年の	842600012	前スギ花粉シーズンにおける鼻症状(くしゃみ発作の1日回数)(ゾレア皮下注用75mg等):******	
			842600013	前スギ花粉シーズンにおける鼻症状(こう鼻の1日回数)(ゾレア皮 下注用75mg等):*******	
			830600053	前スギ花粉シーズンにおける鼻症状(鼻閉の状態)(ゾレア皮下注 用75mg等):******	
			842600014	本製剤の投与時における鼻症状(くしゃみ発作の1日回数)(ゾレア 皮下注用75mg等):******	
			842600015	本製剤の投与時における鼻症状(こう鼻の1日回数)(ゾレア皮下注 用75mg等): *******	
			体拮抗薬の成分名及び一日投与量 ⑥ 既存治療で効果不十分と判断した理由 ⑦ アレルゲン免疫療法(滅感作療法)に関する説明	830600054	本製剤の投与時における鼻症状(鼻閉の状態)(ゾレア皮下注用7 ng等);******
	ゾレア皮下注用75mg ゾレア皮下注用150mg			830600055	前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイドの成分名 (ゾレア皮下注用75mg等);******
74	ゾレア皮下注75mgシリンジ ゾレア皮下注150mgシリンジ			830600056	前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイドの一日投 与量(ゾレア皮下注用75mg等):*****
				830600057	前スギ花粉シーズンに治療に用いたケミカルメディエーター受容体 拮抗薬の成分名(ゾレア皮下注用75mg等):******
				830600058	前スギ花粉シーズンに治療に用いたケミカルメディエーター受容体 拮抗薬の一日投与量(ゾレア皮下注用75mg等):******
			830600059	既存治療で効果不十分と判断した理由(ゾレア皮下注用75mg 等): ******	
				830600060	アレルゲン免疫療法(滅感作療法)に関する説明内容(ゾレア皮下注用75mg等):*******

項番	医薬品名称	効能・効果	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
				842600016	前回投与時における鼻症状(くしゃみ発作の1日回数)(ゾレア皮下注用75mg等):******
				842600017	前回投与時における鼻症状(こう鼻の1日回数)(ゾレア皮下注用75 mg等);******
				830600061	前回投与時における鼻症状(鼻閉の状態)(ゾレア皮下注用75mg 等):******
			(スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎に投与する場合であって、当該スギ花粉シーズン中における本製剤の継続按与の場合)	842600018	継続投与時における鼻症状(くしゃみ発作の1日回数)(ゾレア皮下 注用75mg等):******
			次の事項を記載すること。 ① 本製剤の前回投与時及び当該継続投与時における鼻症状。なお、鼻症状としては、くしゃ み発作の1日回数、損鼻の1日回数及び鼻閉の状態をそれぞれ記載すること。 ② 本製剤と併用しているとエスタミンH1受容体拮抗薬の成分名及び一日投与量	842600019	継続投与時における鼻症状(こう鼻の1日回数)(ゾレア皮下注用75 mg等);******
			③ 12週間を超えて本製剤を投与する場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由	830600062	継続投与時における鼻症状(鼻閉の状態)(ゾレア皮下注用75mg 等):******
				830600063	併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の成分名(ゾレア皮下注用 75mg等):******
				830600064	併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の一日投与量(ゾレア皮下注用75mg等):******
				830600065	12週を超えて継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由(ゾレア皮下注用75mg等);******
75	タグリッソ錠40mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査 施設において、承認された体外診断薬を用い、EGFR遺伝子変異が確認された患者に投与する こと」及び1他のEGFRチロシンキナーゼ間害等による治療歴を有し、病勢進行が確認されている患者では、EGFR T790M変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR遺	850600047	EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(タグリッソ錠40mg等): (元号) yy "年 "mm" 月 "dd" 日 "
,,,	タグリッソ錠80mg		伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当 たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600048	EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(タグ リッソ錠40mg等): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
76	タズベリク錠200mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査 施設により、E2H2 遺伝子変異隔性が確認された患者に投与すること。」とされているので、 E2H2遺伝子変異限性を確認した検査の実施を月日を記載すること。	850600049	EZH2遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(タズベリク錠 200mg):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
			なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600050	EZH2遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与) (タズベリク錠200mg): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
77	タフィンラーカプセル50mg	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査 施設における体管により、BRAで選供子変異が確認をれた患者に投与すること。」とされているの で、BRAに選任子変異を確認し、体管の実施年月日を記載すること。	850600051	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(タフィンラーカプ セル50mg等): (元号) yy"年"mm"月" dd"日"	
	タフィンラーカプセル75mg		なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当 たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600052	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(タフィンラーカブセル50mg等):(元号)yy´年 "mm"月 "dd"日"
78	タブレクタ錠150mg		850600053	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(タブレクタ錠150mg等): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
	タブレクタ錠200mg		なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当	850600054	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(タブレクタ錠150mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
79	チャンピックス錠0. 5mg チャンピックス錠1mg		(ニコチン依存症管理料を算定する禁煙治療を行っている患者が、何らかの理由により入院治療を要することなった場合、ニコチン依存症管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関に入院に、患者への強い禁煙窓に基づき禁煙治療を機続に得合)「外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方」した旨を配載すること。	820600066	外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方(チャンピックス錠0.5mg等)
80	チラーヂンS静注液200μg		本製剤を甲状腺機能低下症の患者に投与する際は、レボチロキシンナトリウム経口製剤による 治療が適さない場合に限ること。 また、甲状腺機能が下産の患者に対する本製剤の投与開始に当たっては、レボチロキシンナト リウム経口製剤による治療が適さないと判断した理由を配載すること。	830600066	レポチロキシンナトリウム経口製剤による治療が適さないと判断した 理由(チラーヂンS静注液200 µg):******
				820600166	施設要件ア(テセントリク点滴静注)
			次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載と記載すること。 ア 厚生労働人臣が批定するが人診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、	820600188	施設要件イ(テセントリク点滴静注)
81	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	共通	地域が が診療連携幾点病院、地域が い診療連携機の病院 ・ 特定機能病院 ・ 物道所 ・ 物道所 ・ 知道所 ・ 知道所 ・ がいる ・ がった ・ かん ・ かん 	820600192	施設要件ウ(テセントリク点滴静注)
			エ 外来化学療法室を設置し、外来化学療法加算1又は外来化学療法加算2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600196	施設要件エ(テセントリク点滴静注)
				820600199	施設要件オ(テセントリク点滴静注)
			次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(医師要件ア)以ば(医師要件イ)と記載。を記載すること。 ア 医節免託取得後2年の初期研修を終了した後15年以上のが心治療の臨床研修を行って	820600147	医師要件ア(テセントリク点滴静注)
			いること。うち、2年以上は、が小薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ 医師免許取得後2年の対期研修を終了した彼14年以上の臨床軽齢を有していること。 ち、3年以上は、肺癌のが小薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600149	医師要件イ(テセントリク点滴静注)
			(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合)	820600172	併用投与ア(テセントリク点滴静注)
82	テセントリク点滴静注840mg	切除不能な進行・再発の非小	次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載し記載すること。 ア カルボプラチン、パクリタキセル及びペパシズマブ(遺伝子組換え)との併用投与 イ 白金繋列(シスプチン・スはカルボプラチン)及びペイントレキセドとの併用投与 ウ カルボプラチン及びパクリタキセル(アルブミン懸濁型)との併用投与	820600175	併用投与イ(テセントリク点滴静注)
	テセントリク点滴静注1200mg	細胞肺癌	ウ カルボブラチン及びハクリタキセル(アルフミン整満型)との併用投与	820600178	併用投与ウ(テセントリク点滴静注)
			(太型制水小学森洋原のたにDD-1;際性(Tro ▽Phro)の知路でなわおおに、高級のや小 omab	850600117	EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日(テセントリク 点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			(本製剤を化学療法歴のないPD-L1 陽性 (TC3 又はIC3)の切除不能な進行・再発の非小細胞 肺癌患者に単独で投与する場合) EGFR遺伝子変異陰性、ALK融合遺伝子陰性及びPD-L1陽性(TC3又はIC3)を確認した検査の 実施年月日を記載すること。	850600115	ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日(テセントリク点 滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850600125	PD-L1陽性(TC3又はIC3)を確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
83	テセントリク点滴静注840mg	進展型小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当す ももの(医師要件ア)以は(医師要件イ)と記載。を記載すること。 ア 医節免許取得後2年の砂期保修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行って	820600147	医師要件ア(テセントリク点滴静注)
	83 テセントリク点満静注1200mg 進展型小		いること。うち、2年以上は、が小薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ 医師免許取得後2年の利期研修を修了した後14年以上の臨床軽勢を有していること。う ち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600149	医師要件イ(テセントリク点滴静注)

項番	医薬品名称	効能·効果	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
			次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当す るもの「医師要件ア」以は「医師要件イ」と記載する記載すること。 ア 医節免針取得後2年の初期研修を修下した後15年以上のがん治療の臨床研修を行っ	820600147	医師要件ア(テセントリク点滴静注)
			ていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ 医節巻計取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の乳癌のがん薬物療法を含む 乳腺腫瘍学の臨床研修を行っていること。	820600149	医師要件イ(テセントリク点滴静注)
84	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	乳癌		850600141	PD-L1陽性であることを確認した検査の実施年月日(テセントリク 点滴静注): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			PD-L1陽性、ホルモン受容体陰性及びHER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600142	ホルモン受容体陰性であることを確認した検査の実施年月日(テセントリク点演静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850600143	HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日(テセントリク点 滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当す るもの「医師要件7」以は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免決取債後と年の利期明務を修了した後に5年以上のが心治療の臨床研修を行って	820600147	医師要件ア(テセントリク点滴静注)
85	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	切除不能な肝細胞癌	いること、うち、2年以上は、が4、薬物療法を主とした健康等の研修を行っていること、 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。う ち、3年以上は、肝細胞癌のが4、薬物療法を含む肝臓病学の臨床研修を行っていること。	820600149	医師要件イ(テセントリク点滴静注)
			本製剤投与時におけるChild-Pugh分類を記載すること。	830600114	投与時におけるChildーPugh分類(テセントリク点滴静注);******
			本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設 における検査により、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異が確認された患者に投与するこ と。」とされているので、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月	850600144	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(テプミトコ錠250mg); (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
86	テプミトコ錠250mg		Co. ICCALCUS CO. C. MELIGIAT エフノン IAA ヤリビン 及美味噌はで味むして味宜の美能 ナリ を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当 たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600145	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(テプミトコ錠250mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
87	テムセルHS注		本品の警告において、「緊急時に十分対応できる底療施設において、適血幹細胞移植に関する 十分な知識・経験を持つ医師のもとで、臨床検査による管理等の適切な対応がなされる体制下 で本品を使用すること。また、効能、効果又は性能に関連する使用上の注意において、「ステロ イド機式によっても十分な治療効果が持っれない場合に使用すること)及び「本品の投与に際し では、急性なりの登重度等、可能は成績に列度の内容を摂加、本品の有効性及び変性を 十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこととされていることから、このような場合に限り 算定できるものであり、本品の使用が必要かつ利金・判断に理由を記載すること。	830600067	本品の使用が必要かつ有効と判断した理由(テムセルHS注); *******
				820600167	施設要件ア(デュピクセント皮下注)
			投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投 与開始時の情報を記載すること。	820600189	施設要件イ(デュピクセント皮下注)
			1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が 該当する施設(施設要件フ)以は「施設要件内」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚料診療の臨床研修を 行っていること。	820600181	前治療要件ア(デュピクセント皮下注)
	デュピクセント皮下注300 mgシリンジ	-1.0 M + +0.0	イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の鑑成経験を有していること。 うち、3年以上は、アドビー性皮膚炎を含むプレルギー診療の酸尿研修を行っていること。 2) 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況(「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と 記載)	820600182	前治療要件イ(デュピクセント皮下注)
88	デュビクセント及下注300 mgペン	アトビー性皮膚炎	↑ 内皮下注300 mgペン ア 成入アドビー性皮膚炎患者であって、アドビー性皮膚炎診療がイドラインで重症度に応じて推奨支持もるステロ・パチ界薫《ストロングウラス以上)やカルシニューリン阻害外用薬による通じのも月以上行っている。	820600202	IGAスコア(デュピクセント皮下注)
			対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみ による治療の継続が困難。 3) 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値	820600200	全身のEASIスコア(デュピクセント皮下注)
			ア IGA スコア イ 全身又は頭頸部の EASI スコア ウ 体表面積に占めるアトビー性皮膚炎病変の割合(%)	820600201	頭頸部のEASIスコア(デュピクセント皮下注)
				830600109	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%)(デュピクセント皮下注):******
			投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が 該当する施設(「施設要件ア」から「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載) ア 医師免許取得後と年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管を確息に関する呼吸	820600167	施設要件ア(デュピクセント皮下注)
			器科診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関するアレ ルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。	820600189	施設要件イ(デュピクセント皮下注)
	デュピクセント皮下注300 mgシリンジ	Air Air - nii da	ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修か 23年以上の気管支端息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有 していること。 2) 本製剤投与前の長期管理薬による治療の状況及び投与理由(「患者要件ア」又は「患者	820600193	施設要件ウ(デュピクセント皮下注)
89	デュピクセント皮下注300 mgペン	気管支喘息	要件イ」と記載) ア高用量吸入ステロイド薬(ICS)とその他の長期管理薬(長時間作用性 β 2刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬(成人のみ)、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン依放 製剤を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を	820600153	患者要件ア(デュピクセント皮下注)
			年に1回以上きたしている。 イ 中用量 ICS とその他の長期管理薬(長時間作用性β2 刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬(成人のみ)、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤)を併用しても	820600155	患者要件イ(デュピクセント皮下注)
			コントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に1回以上きたしている。 3) 2) で「患者要件イノに該当する場合は、ICS を当該用並以上に増量することが不適切であると判断した理由	830600104	ICSを当該用量以上に増量することが不適切であると判断した理由 (デュピクセント皮下注);******
				820600167	施設要件ア(デュピクセント皮下注)
				820600150	患者の要件アに該当(デュピクセント皮下注)
				820600185	患者の要件イに該当(デュピクセント皮下注)
			① 本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 1) 本製剤に関する治療の責任者として、次に掲げる要件を満たす医師が配置されている施 設である官(施設要件アン記載)	820600151	患者の要件ウに該当(デュピクセント皮下注)
			ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 2) 次に掲げる患者の要件アからウのすべてに該当する旨 ア 慢性副鼻腔炎の確定診断がなされている。	850600132	慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日(デュピクセント皮下注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			イ「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」又は「既存の治療を 行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならな い。」 ウ 既存の治療によっても以下のすべての症状が認められる。	830600108	手術が適応とならないと判断した理由(デュピクセント皮下注): ******
			<ul> <li>内視鏡検査による鼻茸スコアが各鼻腔とも2点以上かつ両側の合計が5点以上</li> <li>鼻閉重症度スコアが2(中等症)以上(8週間以上持続していること)</li> <li>・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・</li></ul>	830600123	本製剤投与前における鼻茸スコア(デュピクセント皮下注);******
90	デュピクセント皮下注300 mgシリンジ デュピクセント皮下注300 mgペン	鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎	3) 2)でイのうち「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」に該当する 場合は、慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日、「既存の治療を行ってもコントロール 不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」に該当する場合 は、手術が適応とならないと判断した理由	830600124	本製剤投与前における鼻閉重症度スコア(デュピクセント皮下注): ******
			4) 本製剤役与前における各鼻腔の鼻茸スコア、鼻閉重症度スコア及び嗅覚障害、鼻汁(前 鼻漏/後鼻漏)等が継続している期間 ② 本製剤の継続投与に当たっては、次の事項を記載すること。	830600125	本製剤投与前における鼻汁(前鼻漏/後鼻漏)等が継続している期間(デュビクセント皮下注):******
			1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が 該当する施設(ア係節要ヤア)又は「医師要件インと記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研 終ただっていること。	820600142	医師要件ア(デュピクセント皮下注)
			修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3 年以上は鳥茸を伴う慢性副鼻腔炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 2) 1)でイに該当する場合は、アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤	820600144	医師要件イ(デュピクセント皮下注)
			の効果判定を行った旨 3) 本製料の継続投与前における各鼻腔の鼻茸スコア及び鼻閉重症度スコア 4) 24週間を超えて本製剤を投与する場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断 した理由	820600143	医師要件アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して 本剤の効果判定を行った旨(デュピクセント皮下注)
				830600126	本製剤の継続投与前における鼻茸スコア(デュピクセント皮下注); ******
1	T.	I .	I and the second	L	<b></b>

項番	医薬品名称	効能・効果	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	
				830600127	本製剤の継続投与前における鼻閉重症度スコア(デュピクセント皮 下注):*****	
				830600103	24週間を超えて投与することが必要かつ適切と判断した理由(デュ ピクセント皮下注):******	
				820600067	施設要件ア(デリタクト注)	
	デリタクト注			820600068	施設要件イ(デリタクト注)	
			本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる施設のうち、該当するもの(施設要件ア」から「施設要件エ」までのうち該当す	820600069	施設要件ウ(デリタクト注)	
			るものを記載) ア 特定機能病院 イ 大学附属病院本院(脳神経外科に係る診療科を有する場合に限る。) ウ 悪性神経部腫手術の年間症例数が30例以上ある施設	820600070	施設要件エ(デリタクト注)	
91			エ 本品に係る治験の実施施設、又はこれと同等の施設体制を有し本品に係る治験責任医 防又は治験分担医筋が常動する施設 (脳神経外科に係る診療料を有っ場合に限る。) ② 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が 該当するもの(医師要件ア)から (医師要件・)は下でのうち該当するもの全を工窓載、最適使用	820600071	医師要件ア(デリタクト注)	
			推進ガイドラインにおいて、次に掲げる医師の要件のすべてに該当する医師を配置することされている。) ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、4年以上の脳神経外科学の臨床研修 を行っており、5ち、3年以上は、脳神経外科治療の臨床経験があること。	820600072	医師要件イ(デリタクト注)	
			2172 にかいつい 3キャルエは、銀件を対すればない場合を扱いめること。 イ 園煙部に関する十分が最終を終めます。 カ ナビゲーション下生検術を含む定位脳手術の実績が6例以上あること。 3 放射線が度及びチェリロミいの治療症のある患者である旨	820600073	医師要件ウ(デリタクト注)	
				820600074	放射線治療歴のある患者(デリタクト注)	
				820600075	テモゾロミド治療歴のある患者(デリタクト注)	
92	トルツ皮下注80mgオートインジェクター トルツ皮下注80mgシリンジ	尋常性乾癬、関節症性乾癬、 膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症	12週以降において、2週間隔で投与する場合、2週間隔で投与することが適切と判断した理由を 記載すること。	830600068	12週以降、2週間隔で投与することが適切と判断した理由(トルツ 皮下注80mgオートインジェクター等):******	
93	ニコチネルTTS10 ニコチネルTTS20 ニコチネルTTS30		(ニコチン依存症管理料を算定する禁煙治療を行っている患者が、何らかの理由により入院治療を要することとなった場合、ニコチン依存症管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関に入院し、患者本人の強い禁煙意志に基づ等操造機を機能機に指導合)	820600076	外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方(ニコチネル TTS10等)	
94	ーコテイル ITS30 ノーモサング点滴静注250mg		「外来にてニーチン依存症管理料の算定患者に対し処方」した旨を記載すること。 本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤による急性発作の予防効果は確 認されていないことから、予防的には使用しないこと」とされているので、予防的に使用した場 台には算定できないものであること。また、診療報酬明顯書の記載に当たっては、発作時の使 用である版を必載すること	820600077	発作時の使用(ノーモサング点滴静注250mg)	
95	ノボセブンHI静注用1mgシリンジ ノボセブンHI静注用2mgシリンジ		本製剤の使用に当たっては、血液凝固第種因子又は区因子のインヒビターを保有することの確	830600128	インヒビターカ価(ノボセブンHI静注用1mgシリンジ等);******	
	ノポセブンHI静注用5mgシリンジ ノポセブンHI静注用8mgシリンジ		認が前提であり、インヒビター力価の測定された年月日及び力価を記載すること。	850600146	インヒビターカ価測定年月日(ノボセブンHI静注用1mgシリンジ等): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
	ハーセブチン注射用150 ハーセブチン注射用60 ハーセブチン注射用60 ドラスツズマブBS点流静注用150mg 「NK」 トラスツズマブBS点流静注用150mg 「ファイザー」 トラスツズマブBS点流静注用150mg 「第一三共」 トラスツズマブBS点流静注用60mg「C TH」 トラスツズマブBS点流静注用60mg「N KJ トラスツズマブBS点流静注用60mg「N ドラスツズマブBS点流静注用60mg「アイザー」 トラスツズマブBS点流静注用60mg「アイザー」 トラスツズマブBS点流静注用60mg「第 ー三共」		ハーセブチン注射用60、ハーセブチン注射用150 HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日について記載すること。	850600057	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(ハーセプチン注射 用60等): (元号) yy "年"mm"月 "dd"日"	
				れた、当該外ので確認した民国の未施を行うは、ついて、記載すること。 なお、当該教会を実施した月の外実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当 たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600058	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ハーセプチン注射用60等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
					850600059	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(トラスツズマブBS 点満静注用60mg「NK」等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
		ッズマブBS 点滴静注用150mg 1 ッズマブBS 点滴静注用150mg   マスマブBS 点滴静注用150mg   マスマブBS 点滴静注用150mg (ポー) ツズマブBS 点滴静注用150mg (ポー) ツズマブBS 点滴静注用150mg ニ共」 ツズマブBS 点滴静注用60mg「C	トラスツズマブ BS 点滴静注用 60mg f NK」、同 150mg f NK」、同 60mg f CTH」及び同 150mg f CTH」 てTHJ 本製剤の使用上の注意において、「HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する帰理医又は 検査施設において実施すること。」と記載されているため、HER2過剰発現を確認した検査の実 施年月日を危載すること。なお、当該検査を実施した月の分実施年月日を記載すること。ただ し、本剤の初回発与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600060	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(初回投与)(トラスツズマブBS点滴静注用60mg「NK」等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
96				850600061	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(トラスツズマブBS 点滴静注用60mg「CTH」等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600062	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(初回投与)(トラスツズマブBS点滴静注用60mg「CTH」等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
			トラスツズマブ BS 点滴静注用 60mg/第一三共」及び同 150mg/第一三共」 末美利の使用上の注意において、「HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理原又は 検査施設において実施すること。」と記載されているため、HER2 過剰発現を確認した検査の実 施年月日を記載すること。なか、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただ し、本有の初回校与に当たつでは、必ず実施年月日を記載すること。 トラスツズマブ BS 点滴静注用 60mg/ファイザー」及び同 150mg/ファイザー」 本製剤の使用上の注意において、「HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理原又は 検査施設において実施すること。」と記載されているため、HER2 週剰利現を確認した検査の実 ル、本有の初回校子に当かでは、必ず実施年月日を記載すること。ただ し、本有の初回校子に当かでは、必ず実施年月日を記載すること。ただ し、本有の初回校子に当かでは、必ず実施年月日を記載すること。ただ し、本有の初回校子に当かでは、必ず実施年月日を記載すること。ただ	850600063	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(トラスツズマブBS 高満静注用60mg「第一三共」等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
		共」 ***   し   ト   本   植		850600064	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(初回投与) (トラスツ ズマブBS点滴静注用60mg「第一三共」等):(元号)yy"年"mm"月 "dd"日"	
				850600065	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(トラスツズマブBS 点滴静注用60mg「ファイザー」等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600066	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(初回投与)(トラスツズマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
97	バイクロット配合静注用	本製剤の使用に当たっては、血液凝固第個因子又は第IX因子のインヒビターを保有すること 確認が前提であり、インヒビターカ価の測定された年月日及びカ価を記載すること。	本製剤の使用に当たっては、血液凝固第個因子又は第区因子のインセピターを保有することの	830600129	インヒビターカ価(バイクロット配合静注用):******	
	ハロンログド耶省辞法州		850600147	インヒビターカ価測定年月日(バイクロット配合静注用):(元号)yy″ 年"mm"月"dd"日"		
98	バクスミー点鼻粉末剤3mg		1回2瓶以上処方する場合は、複数必要と判断した理由を記載すること。	830600069	1回2瓶以上必要と判断した理由(パクスミー点鼻粉末剤3mg); ******	
99	バクトロバン鼻腔用軟膏2%		■感染患者から隔離することが開戦な人族患者に対する使用に当たっては、やむを得す、こ名 以下の患者が収容されている病室にMRSA感染症免症の危険性の高い免疫機能の低下状態 にある患者(易感染患者)とともに入院している者に対して使用した場合に限り算をできるもので あること。 その場合、易感染患者から隔離することが困難な入院患者の使用に係る薬剤料はMRSA感染 症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者(易感染患者)の分として算定し、 MRSA感染症者症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者(易感染患者)の診療機能 MRSA感染症者症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者(易感染患者)の診療機能	820600078	易感染患者から隔離することが困難な入院患者に投与(パクトロパン鼻腔用軟膏2%)	
100	パドセブ点滴静注用30mg		明細書に易受免患者から隔離することが困難なん疾患者に投与した旨を記載すること。 本製剤の効能と対効果に関連する注意において、「素利の一次治療における有砂性及び安全 性は確立していない。」及びFPDI/PDL 間書剤による治療歴のない患者における本剤の有効性 及び安全性は確立していない。」と記載されているので、PDI/PDL 間書剤を含む化学療法によ る治療歴を有する患者に投与することとし、その旨を記載すること。	820600079	PD1/PDL1阻害剤を含む化学療法による治療歴を有する患者に投与(バドセブ点満静注用30mg)	

項番	医薬品名称	効能・効果	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
				820600244	施設要件ア(パペンチオ点滴静注200mg)
			次の事項を記載すること。	820600245	施設要件イ(パペンチオ点滴静注200mg)
	バベンチオ点滴静注200mg		1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの(施設要件ア)から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載 するのを記載 ア 厚生労働大臣が指定するが人診療連携拠点病院等(都道府県が人診療連携拠点病院、地域が心診療連携拠点病院、地域が心診療機院など) イ 物定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するが心診療連携病院(が心診療連携指定病院、が心診療連携協	820600246	施設要件ウ(パベンチオ点滴静注200mg)
101		メルケル細胞癌	カ病院、がん診療連携推進病院など) エ 外末化学療法室於原医し、芥末化学療法加算1又は外来化学療法加算2の施設基準に 係る届出を行っている施設 オ 抗悪性障痛剤処方管理加重の施設基準に係る届出を行っている施設	820600247	施設要件エ(バベンチオ点滴静注200mg)
			2) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が 該当するもの(「医師要件下)又は「医師要件付」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。 うち、2年以上は、が从棄物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ 医師免許取得後2年の到解解修を終了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経 の場合が、2年の場合である。	820600248	施設要件オ(パペンチオ点滴静注200mg)
			「	820600249	医師要件ア(パペンチオ点滴静注200mg)
				820600250	医師要件イ(パペンチオ点滴静注200mg)
				820600244	施設要件ア(パペンチオ点滴静注200mg)
			次の事項を記載すること。 1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当す るものを記載	820600245	施設要件イ(パペンチオ点滴静注200mg)
			ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、 地域が心診療連携拠点病院、地域が心診療病院など) イ 特定機能病院 の過避府県知事が指定するが心診療連携病院(が心診療連携指定病院、が心診療連携協 力病院、が心診療連携推進病院など)	820600246	施設要件ウ(パペンチオ点滴静注200mg)
102	パベンチオ点滴静注200mg	根治切除不能又は転移性の腎 細胞艦の治療	T 以本ル学療注意を設置」 以本ル学療注加管1.77 H以本ル学療注加管2.77 佐野甘港に	820600247	施設要件エ(パペンチオ点滴静注200mg)
				820600248	施設要件オ(パペンチオ点滴静注200mg)
				820600249	医師要件ア(パペンチオ点滴静注200mg)
				820600250	医師要件イ(パペンチオ点滴静注200mg)
		根治切除不能な尿路上皮癌に おける化学療法後の種特療法 の治療	次の事項を記載すること。 1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載) ア 厚生労働大臣が指定するが心診療連携拠点解院等(都道府県が心診療連携拠点解院、イ 特定機能解院 力 都道府県知事が指定するが心診療連携機病院(かい診療連携指定病院、が心診療連携協力解院、が心診療連携指定病院、が心診療連携協力解院、が心診療連携接近保証 ア 未化学療法室を設置し、外末化学療法加算1又は外末化学療法加算2の施設基準に係る局出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍利処方管理加算の施設基準に係る間上を行っている証と オ 抗悪性腫瘍利処方管理加算の施設基準に係る間上を行っている正とまた。2 次に掲げる医療の要件のうち、未製剤に関する治療の責任者として配置れている者が 該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載) ア 医師奇族和得後全体の力を、体制に関する治療の責任者として配置れている者が 該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載) ア 医師奇族和得後全体の大機(15年以上のが人治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、が人事物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師奇族和神後を解すた後に4年以上の次医器科学の施尿研修を行っていること。	820600244	施設要件ア(パペンチオ点滴静注200mg)
				820600245	施設要件イ(パペンチオ点滴静注200mg)
				820600246	施設要件ウ(パペンチオ点滴静注200mg)
103	バベンチオ点滴静注200mg			820600247	施設要件エ(パペンチオ点滴静注200mg)
				820600248	施設要件オ(パペンチオ点滴静注200mg)
				820600249	医師要件ア(バベンチオ点滴静注200mg)
				820600250	医師要件イ(パペンチオ点滴静注200mg)
	ピラントピガンゼル/5mg	共通	本製剤の効能・効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たつては、必ず実施年月日を記載すること。	850600067	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(ビラフトビカブセル50mg等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
104				850600068	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ビラフトビカプセル50mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
		がん化学療法後に増悪した BRAF遺伝子変異を有する治 疲切除不能な進行・再発の結 腸・直腸癌	本製剤の用法・用量に関連する注意において、「併用する他の抗悪性腫瘍剤の選択に際して は、「「13臨床成績」の項の内容を熟知し、関連学会の最新のガイドライン等を参考にした上で、 起着の状態に応じて、ビニチェフの併用の必要性を判断すること、」とされているので、本剤と ビニチェフを併用する場合には、関連学会の最新のガイドライン等を踏まえ、併用する理由を 起載すること、の場合は、併用が必要とした判断に用いた情報(ECOG PS、転移線器数、CRP 値等)を具体的に記載すること。	830600070	ビニメチニブを併用する理由(ビラフトビカブセル50mg等):******
105	ビルテプソ点滴静注250mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意に、「遺伝子検査により、エクソン63スキッピングにより 治療可能なジストロフィン遺伝子の欠失(エクソン43-52、45-52、47-52、48-52、49-52、50-52、 52欠失等)が確認されている患者に発与すること。」と記載されているので、遺伝子欠失を確認 した検査の実施年月日を診察機関制機器に配置すること。	850600148	遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日(ビルテプン点滴静注25 Omg): (元号) yy "年"mm" 月 "dd"日"
			なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当 たっては、必ず実施年月日を記載すること。 不安内で17フノクワイレナン室ルフトロイトニンへ(封王軍及び医典軍/JP/2078に)の用す	850600149	遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ビルテブソ 点滴静注250mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
	ビンダケルカプセル20mg	トランスサイレチン型心アミロイ ドーンス(野生型及び変異型)	る場合、本製剤の素剤料については、次の①又は②のすべての要件を満たした場合に算定でき、いずれに製造するかを記載すること。(「患者要件①」又は「患者要件②」と記載)  ① 野生型の場合  ① かな全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること  (	820600087	患者要件1(ビンダケルカブセル20mg)
106				820600088	患者要件2(ビンダケルカブセル20mg)

項番	医薬品名称	効能・効果	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
107	ピンマックカプセル61mg		次の①又は22のすべての要件を満たした場合に算定でき、いずれに該当するかを記載すること。(日書 海準件)又はは患者要件2)と記載) ② 野生型の場合 フルーターの全による人院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること ウ 組織生検によるアミロイド次素が認められること	820600089	患者要件1(ピンマックカブセル61mg)
			② 変異型の場合 ア い粉症を検えがい粉症と関連する TTR 遺伝子変異を有すること ア い粉症症状及が心粉症と関連する TTR 遺伝子変異を有すること イ む不全による 入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること ウ むエコーによる拡張末期の心室中隔厚が 12mm を超えること エ 組織生徒によるアミロイド次第が認められること	820600090	患者要件2(ビンマックカブセル61mg)
				830600130	インヒビターカ価(ファイバ静注用1000):******
108	ファイバ静注用1000		本製剤の使用に当たっては、インヒビター力価が測定されていることが前提であり、その測定された年月日及びその力価を記載する。	850600150	インヒビターカ価測定年月日(ファイバ特注用1000): (元号) yy"年 "mm"月"dd"日"
109	フェインジェクト静注500mg		(本製剤投与前の血中Hd値及び血中Hb値が80g/dL以上の場合) 本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600071	投与が必要と判断した理由(フェインジェクト静注500mg):******
			効能又は効果に関連する注意において、「左室駆出率が保持された慢性心不全における本薬	850600071	左室駆出率の計測年月日(フォシーガ錠5mg等);(元号)yy"年 "mm"月"dd"日"
		慢性心不全	が記されるが、にも過ぎったといるが、などを単一へかっていた。使任した「全生の・パーターする」の有効性及び安全性は確立していないため、左室駆出率の計画を用りている主要を出る。 ること、」とされているので、接与開始に当たっては、左室駆出率の計画年月日及び左室駆出率 の値を記載すること。なお、他の医療機関で左室駆出率を測定した場合には、当該測定結果及 び医療機関を各記載することを差し支えない。	830600072	左室駆出率の値(フォシーガ錠5mg等);******
110	フォシーガ錠5mg フォシーガ錠10mg			830600073	左室駆出率を測定した医療機関名(他の医療機関で測定した場合) (フォシーガ錠5mg等):*******
		慢性腎臓病	効能又は効果に関連する注息にあいて、「GUFMY/SmU /mm/ I/3mux海の患者では、本海リン 育保護作用が十分に得られない可能性があること、本剤投与中にGGFRが低下することがあり、 腎機能障害が悪化するおそれがあることか。長夕の必要性を慎重と判断すること。」及び 「「臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景(原疾患、併用薬	830600074	適応患者であると判断した理由(フォシーガ錠5mg等):*****
		DC LE PI BW/PS	腎機能等)を十分に理解した上で、慢性腎臓病に対するガイドラインにおける診断基準等を参考 に、適応患者を選択すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、本製剤の 適応患者であると判断した理由及び判断に用いた指標の値等(eGFRの値を含む。)を記載する こと	830600075	判断に用いた指標の値等(eGFRの値を含む。)(フォシーガ錠5mg 等):*****
111	ブレヤンジ静注	要件アJ又は「施設要件イル記載) ア 日本造血・免疫細胞療法学会 (認定カテゴリー)を有する施設 イ 認定カテブリー) に率する施設	ア 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科	820600105	施設要件ア(プレヤンジ静注)
			(認定カテコリー1)を有する施設 イ 認定カテゴリー (に幸ごる)を頼料(認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基 準以外を満たす診療料)を有する施設	820600106	施設要件イ(プレヤンジ静注)
	ペイスン錠0.2 ペイスンのD錠0.2 ボグリボースODフィルム0.2「QQ」 ボグリボースOD錠0.2mg「MED」 ボグリボースOD錠0.2mg「MEK」 ボグリボースOD錠0.2mg「ケミファ」 ボグリボースOD錠0.2mg「ケミファ」	<ul> <li>(ンOD館) 2</li> <li>(ンOD館) 2</li> <li>(加州-スODダルム) 2「QQ」 ボースOD館(2 omg「MEEK」 ボースOD館(2 omg「MEEK」 ボースOD館(2 omg「デンフ」 ボースOD館(2 omg「デンフ」 ボースOD館(2 omg「ガカ」 ボースOD館(2 omg「カカ」 ボースOD館(2 omg「カカ」 ボースOD館(2 omg「エラン」 ボースOD館(2 omg「西上」 ボースの館(2 omg「西上」 ボース館(2 omg「MEEK」 ボース館(2 omg「MEK」 ボース館(2 omg「MEK」)</li> <li>ボース館(2 omg「MEK」 ボース館(2 omg「MEK」)</li> <li>ボース館(2 omg「MEK」 ボース館(2 omg「MEK」 ボース館(2 omg「MEK」)</li> <li>ボース館(2 omg」MEK」)</li> <li>ボース間(2 omg」MEMEK」)</li> <li>ボース間(2 omg」MEK」)</li> <li>ボース間(2 omg」MEK」)</li></ul>	830600081	耐糖能異常と判断した根拠(ベイスン錠0.2等):*****	
	ボクリホースOD酸() 2 mg   サツイ  ボグリホースOD酸() 2 mg   サカイ  ボグリホースOD酸() 2 mg   マラマ  ボグリホースOD酸() 2 mg   マラマ  ボグリホースOD酸() 2 mg   ロリース ボグリホースOD®() 2 mg   ロリース ボグリホース酸() 2 mg   MG   ロリース ボグリホース酸() 2 mg   MG   ロリース ボグリホース酸() 2 mg   MG   ロリース ボグリホース酸() 2 mg   MG   NG   ボグリホース酸() 2 mg   MG   NG   NG   NG   NG   NG   NG   NG			850600073	耐糖能異常と判断した年月日(ベイスン錠0.2等);(元号)yy"年 "mm"月"dd"日"
112			耐糖能展常と判断した掲載(判断した年月日とその結果)、食事療法及び運動療法を3~6ヶ月間行っても改善されなかった旨及び高血圧症又は脂質異常症の診断名を記載する。	820600107	食事療法及び運動療法を3~6ヶ月間行っても改善されなかった (ベイスン錠0.2等)
				830600082	高血圧症又は脂質異常症の診断名(ベイスン錠0.2等);******
				850600074	ホルモン 受容体陽性を確認した検査の実施年月日(ベージニオ錠5 Omg等): (元号) yy "年 "mm" 月 "dd"日"
113	ベージニオ錠50mg ベージニオ錠100mg		本製剤の効能・効果は「ホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発引艦」及び「ホ ルモン受容体陽性かつHER2陰性で再発急リスクの見鑑における所後薬物能法」であることか 、ホルモン受容体陽性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のか実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当 たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600075	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与) (ベージニオ錠50mg等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
	ページニオ錠150mg			850600076	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(ベージニオ錠50mg 等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850600077	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ページニオ 錠50mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
114	ペスポンサ点滴静注用1mg		本製剤の使用上の注意において「フローサイトメトリー法等の検査によって、CD22抗原が陽性であることが確認された患者に使用すること」とされているので、CD22関性を確認した検査の実施	850600078	CD22陽性を確認した検査の実施年月日(ベスポンサ点滴静注用1 mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
	・ハハンソ 点 両 肝注 用 I Mg		年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、 本剤の初回投与に当たっては必ず実施年月日を記載すること。	850600079	CD22陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ベスポンサ 点満静注用1mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
115	ペマジール錠4. 5mg	により、FG 遺伝子をT なお、当影	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設 により、FGFR2融合遺伝子が確認された患者に投与すること。」とされているので、FGFR2融合 遺伝子を確認した検査の実施を月日を記載すること。	850600080	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日(ペマジール錠 4. 5mg): (元号) yy "年" mm" 月 "dd" 日"
			16.丁で「感じし、天皇の大阪・井口」とは、戦争を上。。 は、当族検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当っては、必ず実施年月日を記載すること。	850600081	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ペマジール錠4.5mg);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
	ベリキューボ錠2.5mg ベリキューボ錠5mg ベリキューボ錠10mg		効能又は効果に関連する注意において、「左室駆出率の保たれた慢性心不全における本剤の 有効性及び安全性は確立していないため、左室駆出率の能でした慢性心不全患者に投与する こと」とされているので、投与開始に当たっては、左室駆出率の制率月月及び左空駆出率の 値を記載すること。 なも、他の医機関で左室駆出率を測定した場合には、当該測定結果及び医療機関名を記載	850600082	左室駆出率の計測年月日(ベリキューボ錠2.5mg等);(元号)yy" 年"mm"月"dd"日"
116		こと、」とされているので、投与開始に当たっては、左室駆出率の計測年月日及び左室駆出 二十一様題で 塩を記載すること。 二十が終10mg はを記載することで差し支えない。		830600083	左室駆出率の値 (ベリキューボ錠2.5mg等);******
			830600084	左室駆出率を測定した医療機関名(他の医療機関で測定した場合) (ベリキューボ錠2.5mg等);*******	
117	ポテリジオ点演静注20mg	才点滴静注20mg	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「CCR4階性の成人 T細胞白血病リン バ腫(ATL) 再発又は輸発性のCCR4階性の実料性 Talley Jンパ は、フローサイトメリー (FCM) 又は免疫組織化学染色 (JHC) 法により検査を行い、陽性である こか循環及よれている患者のみに咎与すること。」とされているので、CCR4個性を確認した検査 の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当 たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600083	CCR4陽性を確認した検査の実施年月日(ポテリジオ点滴静注20 mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850600084	CCR4陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ポテリジオ 点滴静注20mg);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"

項番	医薬品名称	効能・効果	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
118	ミカトリオ配合錠		本製剤への切り替えに当たっては、次の事項を切り替えた月に記載すること。 (1) テルミサルタン80mg、アムロジビン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mg の併用療法として使用していた品名及び使用期間	830600085	テルミサルタン80mg、アムロジビン5mg及びヒドロクロロチアジド1 2.5mgの併用療法として使用していた品名(ミカトリオ配合錠): ********
				830600086	テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド1 2.5mgの併用療法として使用していた使用期間(ミカトリオ配合 錠): ******
			(2) テルミサルタン80mg、アムロジビン5mg及びヒドロクロロチアジド125mg の併用療法において、安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定値及び当該血圧測定の実施年月日	830600131	併用療法において安定した血圧コントロールが得られていると判断 した際に参照した血圧測定値(ミカトリオ配合錠):******
				850600151	併用療法において安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定実施年月日(ミカトリオ配合錠):(元号) yy"年"mm"月"dd"日"
119	ムルプレタ錠3mg		本製剤の使用上の注意において、「開腹、開胸、開心、開頭又は臓器切除を伴う観血的手技の 場合は、本剤の投与を避けること。」とされていることから、このような症例には使用しないこと。	830600087	観血的手技の名称(ムルプレタ錠3mg) ;******
	The state of the s		者目は、中が少なラと足りがによってこれでいることがなったかったないにはなからない。また、観血的手技の名称及び実施予定年月日を記載すること。	850600085	観血的手技の実施予定年月日(ムルプレタ錠3mg): (元号)yy"年 "mm"月"dd"日"
120	メキニスト錠0.5mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査 施設における検査により、BRAF遺伝子変異が施設された患者に投与すること。」とされているの で、BRAF 遺紀子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600086	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(メキニスト錠0.5 mg等):(元号)yy <sup>*</sup> 年 "mm"月 "dd"日"
	メキニスト錠2mg		なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600087	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(メキニスト錠0.5mg等):(元号)yy'年"mm"月"dd"日"
121	メクトビ錠15mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査 施設における検査により、BRAF遺伝子変異が施設された患者に投与すること。」とされているの で、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施を月日を記載すること。	850600088	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(メクトビ錠15mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600089	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(メクトビ錠15mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850600090	二スト錠0.5mg等): (元号) yy"年"mm"月"dd"目"  BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(幼回投与)(メクトビ錠15mg): (元号) yy"年"mm"月"dd"目。  BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(メクトビ錠15mg): (元号) yy"年"mm"月"dd"目。  エクリスマブ(遺伝子組換え)投与を行った年月日(メナクトラ筋注): (元号) yy"年"mm"月"dd"目。  エクリスマブ(遺伝子組換え)投与を行った年月日(メナクトラ筋注): (元号) yy"年"mm"月"dd"目。  ラブリスマブ(遺伝子組換え)投与を行っ予定の年月日(メナクトラ筋注): (元号) yy"年"mm"月"dd"目。  ラブリスマブ(遺伝子組換え)投与を行った年月日(メナクトラ筋注): (元号) yy"年"mm"月"dd"目。  MISG集積陽性を確認した検査の実施年月日(ライアットMIBGー131静注): (元号) yy"年"mm"月"dd"目。  MISG集積陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ワイアットMIBGー1131静注): (元号) yy"年"mm"月"dd"目。  CD20陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リツキサン点流静注100mg等): (元号) yy"年"mm"月"dd"目。  CD20陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リツキサン点流静注100mg等): (元号) yy"年"mm"月"dd"目。  CD20陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リツキサン点流静注100mg「KHK」等): (元号) yy"年"mm"月"dd"目。  CD20陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リツキサン点流静注100mg「KHK」等): (元号) yy"年"mm"月"dd"目。  CD20陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リツキサン点流静注100mg「アイザー」等): (元号) yy"年"mm"月"dd"目。  CD20陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リツキサン点流静注100mg「アイザー」等): (元号) yy"年"mm"月"dd"目。  BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(リムパーザ錠100mg等): (元号) yy"年"mm"月"dd"目。  BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(リムパーザ錠100mg等): (元号) yy"年"mm"月"dd"目。
122	メナクトラ筋注		本製剤は、エクリズマブ(遺伝子組換え)又はラブリズマブ(遺伝子組換え)投与患者に使用した 場合に限り算定できるものであるので、エクリズマブ(遺伝子組換え)又はラブリズマブ(遺伝子組換え)の投与を行った又は行う予定の年月日を記載すること(同一の診療機御明細書におい	850600091	エクリズマブ(遺伝子組換え)投与を行う予定の年月日(メナクトラ筋注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			てエクリズマブ(遺伝子組換え)又はラブリズマブ(遺伝子組換え)の投与が確認できる場合を除 (。)。	850600092	ラブリズマブ (遺伝子組換え)投与を行った年月日 (メナクトラ筋注): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850600093	ラブリズマブ(遺伝子組換え)投与を行う予定の年月日(メナクトラ筋注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
123	ライアットMIBG-I131静注		本製剤の効能又は効果は「MIBG集積陽性の治療切除不能な褐色細胞腫・パラガングリオーマ」であり、MIBG集積陽性が確認された患者が対象であることから、MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600094	MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日(ライアットMIBG-I 131静注): (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
	y . y y made Hoter/L		なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に 当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600095	
	リツキサン点滴静注100mg リツキサン点滴静注500mg	CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫、CD20陽性の慢性 リンパ種 CD20陽性の慢性 リンパ性白血病及び免疫抑制 状態下の CD20陽性のB細胞 性リンパ増殖性疾患	CD20階性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600096	
				850600097	
124	K」 リツキシマブBS点滴静注500mg「KH	CD20陽性のB細胞性非ポジキンリンパ腫及び免疫抑制状態 下のCD20陽性のB細胞性リン パ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600098	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(リツキサン点滴静注10 Omg「KHK」等): (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
				850600152	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リツキサン 点滴静注100mg「KHK」等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
	イザー」  ンリンパ腫及び免疫抑制  お	CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リン	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当 たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600099	
	イザー」 リベルサス錠3mg	パ増殖性疾患		850600100	
125	リベルサス錠3mg リベルサス錠1mg リベルサス錠14mg	ア「BRCA遺伝子変異陽性の卵	他の経口血糖降下薬を投与していない患者に本剤を投与する場合は、本剤の投与が必要と判 断した理由を記載すること。	830600088	他の経口血糖降下薬を投与していない患者に投与が必要と判断した理由(リベルサス錠3mg等);******
		巣癌における初回化学療法後 の維持療法」、イ「がん化学療 法歴のある BRCA遺伝子変異 陽性かつ HER2 除性の手柄不 能又は再発乳癌」、ウ「BRCA 遺伝子変異陽性の遠隔転移を	効能又は効果に関連する使用上の注意において、ア・ク及びエの場合「承認された体外診断用 医薬品又は医療機器を用いた検査により、BRCA通信子変異を有することが確認された患者に 投与すること。」、イの場合「承認された体外診断薬等を用いた検査により、生態機能系列の BRCA進伝子変異、例的変異以、場所変異似。と考することが確認された患者に従与するこ	850600101	BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(リムバーザ錠10 Omg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日
126	リムパーザ錠100mg リムパーザ錠150mg	有する去勢抵抗性前立腺癌」 又はエ「BRCA遺伝子変異陽性 の治癒切除不能な膵癌におけ る白金系抗悪性腫瘍剤を含む 化学療法後の維持療法」	と。」とされているので、BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当接検査を実施した月の分集施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当 たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600102	BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リルバーザ錠100mg等):(元号)yy´年´mm´/月´dd´日´
		相同組換え修復欠損を有する 卵巣癌におけるベルシスマブ	効能又は効果に関連する使用上の注意において、「承認された体外診断用医薬品又は疾機機 整を用いた検査により、相同総数、修復代制を有することが確認された患者に投与すること とされているので、相同組換え修復代機を有することを確認した検査の実施年月日を記載する こと。	850600103	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日(リムパーザ錠100mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
		(遺伝子組換え)を含む初回化 学療法後の維持療法	こと。 なお、検査実施年月日は、当該検査を実施した月のみ記載すること。ただし、本剤の初回投与 に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600104	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日(初回投与)(リムパーザ錠100mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続按与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1) 次に現代る際の要件のあり、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が 該当するもの(短額要件す)から「医筋要件・力までのうち譲当するものを記載) ア 成人アトビー性皮膚炎患者又は小児アトビー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医 筋免除助得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行ってい。 イ 成人アトビー性皮膚炎患者では小児アトビー性皮膚炎患者を2年の初期研修を 体了した後に5年以上の臨床経験を有し、そのうる年以上のアトビー性皮膚炎を含むアレル ギー診療の臨床研修を合行っていること。 ウ 小児アトビー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医筋免許取得後2年の初期研修を 修了した後に5年以上の協床経験を有し、そのうる年以上のアトビー性皮膚炎を含むアレル ギー診療の臨床研修を合行のよること。 2)本剤投与前の抗疾症外用薬による治療の状況(「前消療要件 7」又は「前治療要件 7」 記載) ア 12歳以上のアトビー性皮膚炎患者であって、アトビー性皮膚炎診療が1ドラインで重症度 に応じて養産されるステロイドが用薬による治療のが及び前消療要件 7」以に関係を直近の6カ月以上行っている。 4 12歳以上のアトビー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン服害外用薬による治療の場筋が阻塞 3 1条 18月 18月 18日	820600108	医師要件ア(リンヴォック錠7.5mg等)
				820600109	医師要件イ(リンヴォック錠7.5mg等)
		i ォック錠7. 5mg ォック錠15mg オック錠30mg		820600110	医師要件ウ(リンヴォック錠7. 5mg等)
				820600111	前治療要件ア(リンヴォック錠7. 5mg等) 
127	リンヴォック錠7. 5mg リンヴォック錠 15mg リンヴォック錠30mg			830600089	IGAスコア(リンヴォック錠7. 5mg等);******
				830600090	全身のEASIスコア(リンヴォック錠7. 5mg等);******
				830600091	頭頭部のEASIスコア(リンヴォック錠7.5mg等);******
				842600020	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%)(リンヴォック 錠7.5mg等)
				842600021	体重(小児アトピー性皮膚炎患者に投与の場合)(kg)(リンヴォック 錠7.5mg等)
128	レットヴィモカプセル40mg 能な進行・再 レットヴィモカプセル80mg 癌、RET融金	RET 融合遺伝子陽性の切除不 能な進行・再発の非小細胞肺 癌、RET融合遺伝子陽性の根	行・再発の非小細胞師 により、REI配合遺伝子陽性の根 にて融合遺伝子陽性の根 かお、当該検査を実施した日のみ実施を日々を記載すること。 したが、当該検査を実施した日のみ実施を日々を記載すること。ただに、太制刻の知回投与に当	850600105	RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(レットヴィモカブセル40mg等): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
		IL-80mg 總、RET融合遺伝子陽性の根 治切除不能な甲状腺癌		850600106	RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与) (レットヴィモカブセル40mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"

項番	医薬品名称	効能·効果	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
	レットヴィモカプセル40mg	RET 遺伝子変異陽性の根治切	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設 により、RET 遺伝子変異が確認された患者に按与すること。」とされているので、RET 遺伝子	850600153	RET 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(レットヴィモカ プセル40mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
129	レットヴィモカプセル80mg	除不能な甲状腺髄様癌	東興陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600154	RET 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日 (初回投与) (レットヴィモカブセル40mg等): (元号) yy 年 "mm"月 "dd"日"
				820600113	施設要件ア(レパーサ皮下注140mgペン)
				820600114	施設要件イ(レパーサ皮下注140mgペン)
				850600155	LDL-コレステロール検査の実施年月日(レパーサ皮下注140mg ペン): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				830600132	LDL-コレステロール検査値(レパーサ皮下注140mgペン); *******
			10 W T + 27 M + 7 - 1	820600115	食事療養を行っている(レパーサ皮下注140mgペン)
			次の事項を記載すること。本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1)次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載) ア 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は循環器診療に関す	820600116	運動、喫煙等に関する指導を行っている(レパーサ皮下注140mg ペン)
			る臨床研修歴を有する医師が所属する施設 イ 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は動脈硬化学に関す る臨床研修歴を有する医師が所属する施設 2) 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDLーコレステロールの検査値及び は対験をあっませた 日 日	820600117	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を 行っている(レパーサ皮下注140mgペン)
			当該検査の実施年月日 3) 食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿 病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 4) HMG-Cの違元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合には、投与中のHMG	820600118	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を 行っている(レパーサ皮下注140mgペン)
			ーCoA還元酵素阻害剂の成分名及び1日投与量、なお、1日投与量が最大用量でない場合 は、最大制用量である皆もあわせて記載すること。 5) 本製剤をHMGーCoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者(副作用の既往等により HMGーCoA還元酵素阻害剤の使用が困敗を患者又はHMGーCoA還元酵素阻害剤の使用	830600092	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名(レパーサ皮下注 140mgペン) :******
			が禁忌とされる患者)に投与する場合には、使用可能なHMG-CoA還元酵素阻害剤がないと 判断した理由 6) 家族性高コレステロール血症以外の患者では、以下の心血管イベントのリスク因子のいず	830600093	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の1日投与量(レパーサ皮 下注140mgペン):******
	レパーサ皮下注140mgペン		れに該当するか(「リスク因子」から「リスク因子子」までのうち該当するものを記載)。 ア 冠動脈条機・皮定狭から産に対する冠動脈形成術を含む)の既往歴 イ 非心原性脳梗塞の既往歴 ウ 糖尿機	820600119	投与中のHMGーCoA還元酵素阻害剤の最大耐用量である(レパーサ皮下注140mgペン)
			エ 慢性腎臓病 オ 末補助腕疾患 7) 家族性高コレステロール血症以外の患者で、6)の「リスク因子ウ」から「リスク因子オ」まで のいずれかに該当し、HMG-CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投	830600094	使用可能なHMG-CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由(レパーサ皮下注140mgペン):******
			与中のHMG — CoA 還元酵素阻害剤の投与期間	820600120	リスク因子ア(レパーサ皮下注140mgペン)
		(平成29年3月31日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合) ③を記載できない場合は、後期のとおり次の事項を記載するとともに、投与中である旨「投与中患者」と記載力及の当該を書もの助力に本製剤を受けますること。 ア 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したにDLーコレス中ロールの検査値及び 該検査の実施等日日 イ 食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖原 病、高血圧症等の虚血性心疾患の危限因子に対する治療者にくは指導を行っている旨 ウ 投与中のHMCーCoA最近都禁阻害剤のおど名及び、日投手重が最 所定では、場合は、最大利用量である首とあわせ、名及があると、の表型スタイ流し、全間が 工工程由(冠動脈疾患、非心原性脈梗塞、末梢動脈疾患、糖尿病者しくは慢性腎臓病に罹患しいること者としなそのいずれかの既性脈梗塞、末梢動脈疾患、糖尿病者しくに慢性腎臓病に罹患しいること者としなそしない。可以の原因が必然の原因が認められること。	820600121	リスク因子イ(レパーサ皮下注140mgペン)	
				820600122	リスク因子ウ(レパーサ皮下注140mgペン)
				820600123	リスク因子エ(レパーサ皮下注140mgペン)
				820600124	リスク因子才(レパーサ皮下注140mgペン)
				830600095	HMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間(レパーサ皮下注140mgペン):******
				850600155	LDL-コレステロール検査の実施年月日(レパーサ皮下注140mg ペン): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				830600132	LDLーコレステロール検査値(レパーサ皮下注140mgペン): *******
				820600115	食事療養を行っている(レパーサ皮下注140mgペン)
				820600116	運動、喫煙等に関する指導を行っている(レパーサ皮下注140mg ペン)
			③を記載できない場合は、従前のとおり次の事項を記載するとともに、投与中である旨(「投与中患者」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月を記載すること。	820600117	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を 行っている(レバーサ皮下注140mgペン)
			該検査の実施年月日 イ 食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿 病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨	820600118	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を 行っている(レパーサ皮下注140mgペン)
130			エ 家族性高コレステロール血症以外の患者では、心血管イベントの発現リスクが高いと判断し	830600092	投与中のHMGーCoA還元酵素阻害剤の成分名(レパーサ皮下注 140mgペン):******
			٤)。	830600093	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の1日投与量(レパーサ皮 下注140mgペン):*******
			③を記載できない場合は、従前のとおり(平成29年3月31日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合)に掲げる事項を記載するとともに、当該保険医療機関での使用実績がある旨	820600119	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の最大耐用量である(レパーサ皮下注140mgペン)
				830600096	心血管イベントの発現リスクが高いと判断した理由(レパーサ皮下注140mgペン): ******
				820600125	投与中患者(レパーサ皮下注140mgペン)
				850600107	初めて本製剤を投与した年月(レパーサ皮下注140mgペン):(元号)yy"年"mm"月"
				820600126	使用実績有(レパーサ皮下注140mgペン)

項番	医薬品名称	効能·効果	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
				820600127	施設要件ア(レパーサ皮下注420mgオートミニドーザー)
				820600128	施設要件イ(レパーサ皮下注420mgオートミニドーザー)
				850600156	LDLーコレステロール検査の実施年月日(レパーサ皮下注420mg オートミニドーザー):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				830600133	LDLーコレステロール検査値(レパーサ皮下注420mgオートミニ ドーザー):*****
				820600129	食事療養を行っている(レパーサ皮下注420mgオートミニドー ザー)
			本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。本製剤の継続投与に当たっては、 投与開始時の情報を記載すること。 1)次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載)	820600130	運動、喫煙等に関する指導を行っている(レパーサ皮下注420mg オートミニドーザー)
	レバーサ皮下注420mgオートミニドー ザー		ア 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は循環器診療に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 イ 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は動脈硬化学に関す	820600131	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を 行っている(レパーサ皮下注420mgオートミニドーザー)
			6臨床付修歴を有する医師が所属する施設 2) 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDLーコレステロールの検査値及び 当該検査の実施年月日 3) 食事時よを行っている旨 及び自来の分別に広げて 運動 融極等に関する指導又け鮮尿	820600132	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を 行っている(レパーサ皮下注420mgオートミニドーザー)
			病、高血圧医等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療者としば指導を行っている旨 4) HMGーCoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合には、投与中のHMG ーCoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量、なお、1日投与量が最大用量でない場合 は、最大制用量である目もあわせて配載すること。	830600097	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名(レパーサ皮下注 420mgオートミニドーザー):******
		HMG-CoA還元解素) が禁忌される患者に 判断した理由 6) 家族性第コレステロ れに該当するか(リス/ ア 短動派疾患(安定	は、最大耐用量である皆もあわせて記載すること。 5) 本製剤をHMGーCoA電元酵素阻害剤による治療が適さない患者(副作用の既往等により HMGーCoA電元酵素阻害剤の使用が困難な患者(はHMGーCoA電元酵素阻害剤の使用 が禁忌とされる患者)に投与する場合には、使用可能なHMGーCoA還元酵素阻害剤がないと	830600098	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の1日投与量(レパーサ皮下注420mgオートミニドーザー): ******
			6) 家族性高コレステロール血症以外の患者では、以下の心血管イベントのリスク因子のいずれに該当するか(リスク因子)から「リスク因子オナまでのうち該当するものを記載)。 ア 冠動派疾患(安定狭心症に対する冠動脈形成術を含む)の既往歴	820600133	投与中のHMGーCoA還元酵素阻害剤の最大耐用量である(レパーサ皮下注420mgオートミニドーザー)
			工 慢性腎臓病	830600099	使用可能なHMG-CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由(レパーサ皮下注420mgオートミニドーザー):******
			7) 家族性高コレステロール血症以外の患者で、6)のパリスク因子ウ」から「リスク因子オ」まで のいずれかに該当し、HMG一CoA透示院業組書剤で効果不十分な患者に投与する場合、投 与中のHMG一CoA還元酵業組書剤の投与期間	820600134	リスク因子ア(レパーサ皮下注420mgオートミニドーザー)
				820600135	リスク因子イ(レパーサ皮下注420mgオートミニドーザー)
				820600136	リスク因子ウ(レパーサ皮下注420mgオートミニドーザー)
				820600137	リスク因子エ(レパーサ皮下注420mgオートミニドーザー)
				820600138	リスク因子オ(レパーサ皮下注420mgオートミニドーザー)
				830600100	HMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間(レパーサ皮下注420mgオートミニドーザー) : *******
131	レフィキシア静注用500 レフィキシア静注用1000 レフィキシア静注用2000		手術時における血液凝固第IX因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600101	手術時に使用した理由(レフィキシア静注用500等):******
132	ローブレナ錠25mg ローブレナ錠100mg	で 100mg な	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設 における検査により、ALK融合遺伝干機性が確認された患者に投与すること。」とされているの で、ALK融合遺伝干機性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当核検査を無した月の失態年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当 たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600108	ALK融合遺伝子際性を確認した検査の実施年月日(ローブレナ錠2 5mg等): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
132				850600109	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与) (ローブレナ錠25mg等): (元号)yy"年"mm"月"dd"日"
	ロズリートレクカプセル100mg ロズリートレクカプセル200mg	NTRK 融合遺伝子陽性の進行・再発の固形能 により、 合遺伝・なお、当たっては、当たっては、当たっては、当たっては、当たっては、当たっては、当たっては、当たっては、当たっては、当たっては、当たっては、「により、「合遺伝子陽性の切除・不能な進行・再発の非小細胞・勝態・	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、NTRA融合遺伝子開性が確認された患者に投与すること。」されているので、NTRA融合遺伝子開性を確認した接査の実施年月日を記載すること。  本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設 により、ROSI融合遺伝子開性が確認された患者に投与すること。 とされているので、ROSI融合遺伝子開性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ROSI融合遺伝子開性を確認した検査の実施年月日を記載すること。とたに、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600110	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ロズリートレクカプセル100mg等): (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
133				850600111	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与) (ロズリートレクカプセル100mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
133				850600112	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ロズリートレクカプセル100mg等): (元号) yy"年"mm"月"dd"日"
				850600113	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与) (ロズリートレクカプセル100mg等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
134	照射洗浄血小板-LR「日赤」 照射洗浄血小板HLA-LR「日赤」		本製剤の使用適正化については、「「血液製剤の使用指針」の一部改正について」(平成28年6月14日付了薬生発的14期・号厚生労働省能薬・生活衛生馬長連知)により選助されているところあるので、使用に当たっては十分1台間ぎるとした。なお、同途知られて、「大参加・竹製剤 利については、輸血による副計中形を防止するという目的に裏か当該製剤の使用が望ましい状態にある副計りに運動に使与されるよう、その使用についてはない存留を踏まる。必要と考えられる場合に限ることとされていることから、本製剤の保料用についてはなりに受用を設備することと、「生場合に限り業定できるものであり、本製剤の保料の必要と利用に上環由を設備すること。	830600102	使用が必要と判断した理由(照射洗浄血小板ーLR「日赤」等): ******

<sup>※「</sup>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。

<sup>※「</sup>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。

<sup>※</sup>別表Ⅲに掲げる記載事項を記載する場合であって、別表Ⅱに掲げる記載事項と重複する事項については、別表Ⅱを用いた記載は4