

別表Ⅲ 検査値記載を求むる診療行為等に係る診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧

項番	区分等	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	別表Ⅰ・Ⅱ	重複するレセプト電算処理システム用コード
1	D009の8	前立腺特異抗原(PSA)	(3月に1回を超える算定の場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値を記載すること。	880100012	検査実施年月日及び検査結果(前立腺特異抗原(PSA)):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****	I	850100164
2	D007の26	フェリチン	(同一月に2回以上の算定の場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100013	検査実施年月日及び検査結果(フェリチン):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****		
3	D005の5	末梢血液一般	(同一月に2回以上の算定の場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100014	検査実施年月日及び検査結果(末梢血液一般):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****		
4	D006の17	D-ダイマー	(同一月に3回以上の算定の場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100015	検査実施年月日及び検査結果(D-ダイマー):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****		
5	D015の11	β2-マイクログロブリン	(同一月に2回以上の算定の場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100016	検査実施年月日及び検査結果(β2-マイクログロブリン):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****		
6	J039	血漿交換療法	(血陰性血小板減少性紫斑病の算定可否の場合) 検査の実施年月日及び血小板値を記載すること。	880100017	検査実施年月日及び血小板値(血漿交換療法):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****	I	842100059
7	医薬品	解毒赤血球液-LR「日赤」 赤血球液-LR「日赤」 洗浄赤血球液-LR「日赤」 照射赤血球液-LR「日赤」 照射解毒赤血球液-LR「日赤」 照射洗浄赤血球液-LR「日赤」	本製剤を投与するにあたってHb値を測定した場合は、投与の直前に測定したHb値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100018	検査実施年月日及びHb値(人赤血球液等):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****		
8	医薬品	照射洗浄血小板-LR「日赤」 照射濃厚血小板-LR「日赤」 濃厚血小板-LR「日赤」 照射洗浄血小板HLA-LR「日赤」 照射濃厚血小板HLA-LR「日赤」	本製剤を投与するにあたって血小板値を測定した場合は、投与の直前に測定した血小板値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100025	検査実施年月日及び血小板値(血小板濃厚液等):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****		
9	医薬品	新鮮凍結血漿-LR「日赤」120 新鮮凍結血漿-LR「日赤」240 新鮮凍結血漿-LR「日赤」480	本製剤を投与するにあたってプロトロン時間(PT)及びフィブリノゲン値を測定した場合は、投与の直前に測定したPT及びフィブリノゲン値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100034	検査実施年月日及びフィブリノゲン時間(新鮮凍結人血漿):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****		
10	医薬品	ファイバ特注用1000	本製剤を投与するにあたって、投与以前に血液凝固因子又は第Ⅳ因子に対するインヒビター力価を測定した場合は、測定結果を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100041	検査実施年月日及びインヒビター力価(ファイバ特注用1000):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****	Ⅱ	830600130 850600150
11	医薬品	バイロット配合特注用	本製剤を投与するにあたって、投与以前に血液凝固因子又は第Ⅳ因子に対するインヒビター力価を測定した場合は、測定結果を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100044	検査実施年月日及びインヒビター力価(バイロット配合特注用):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****	Ⅱ	830600129 850600147
12	医薬品	サイラムザ点滴静注液100mg サイラムザ点滴静注液500mg	(本製剤を投与するにあたって、投与以前に血清AFP値を測定した場合) 測定結果が陽性であった旨(「+」)を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100082	検査実施年月日及び血清AFP測定結果(+) (サイラムザ点滴静注液100mg等):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****	Ⅱ	830600033 850600032
13	医薬品	ノボセプトH特注用1mg シリンジ ノボセプトH特注用2mg シリンジ ノボセプトH特注用5mg シリンジ ノボセプトH特注用8mg シリンジ	(血液凝固因子又は第Ⅳ因子に対するインヒビターを保有する先天性血友病患者の出血抑制の場合) 本製剤を投与するにあたって、投与以前に血液凝固因子又は第Ⅳ因子に対するインヒビターの力価を測定した場合は測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。 (血小板に対する同種抗体を保有し、血小板輸血不応状態が過去又は現在みられるグラマンツァン血小板無力症患者の出血傾向の抑制の場合) 製剤を投与するにあたって、投与以前に血小板抗体検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100046 880100049	検査実施年月日及びインヒビターの力価(ノボセプトH特注用1mg シリンジ等):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:***** 検査実施年月日及び血小板抗体検査値(ノボセプトH特注用1mg シリンジ等):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****	Ⅱ	830600128 850600146
14	医薬品	ソリス点滴静注300mg	(「全身重症筋無力症(免疫グロブリン大量静注療法又は血液浄化療法による症状の管理が困難な場合に限る。)」又は「視神経脊髄炎スベクトラム障害(視神経脊髄炎を含む。)」の再発予防の場合) 本製剤を投与するにあたって、投与以前に抗アセチルコリン受容体抗体検査を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100050	検査実施年月日及び抗アセチルコリン受容体抗体検査値(ソリス点滴静注300mg):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****		
15	医薬品	キムリア点滴静注	(再発又は難治性のCD19陽性のB細胞性急性リンパ芽球性白血病の場合) 本製剤を投与するにあたって、投与以前にCD19抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100054	検査実施年月日及びCD19抗原検査値(キムリア点滴静注):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****	Ⅱ	850600025
16	医薬品	ユプリズナ点滴静注100mg	本製剤を投与するにあたって、投与以前に抗アクリン4(AQP4)抗体検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100083	検査実施年月日及び抗アクリン4(AQP4)抗体検査値(ユプリズナ点滴静注100mg等):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****		
17	医薬品	ゼヴァリン イットリウム(90Y)特注用セット	本製剤を投与するにあたって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100084	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(ゼヴァリン イットリウム(90Y)特注用セット):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****		
18	医薬品	エンスプリング皮下注120mgシリンジ	本製剤を投与するにあたって、投与以前に抗アクリン4(AQP4)抗体検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100085	検査実施年月日及び抗アクリン4(AQP4)抗体検査値(エンスプリング皮下注120mgシリンジ):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****		
19	医薬品	ベスボキサ点滴静注用1mg	本製剤を投与するにあたって、投与以前にCD22抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100086	検査実施年月日及びCD22抗原検査値(ベスボキサ点滴静注用1mg):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****	Ⅱ	850600078 850600079
20	医薬品	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	本製剤を投与するにあたって、投与以前にFGF23を測定した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100087	検査実施年月日及びFGF23検査値(クリースピータ皮下注10mg等):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****	Ⅱ	850600026 850600027
21	医薬品	アドセトリス点滴静注用50mg	本製剤を投与するにあたって、投与以前にCD30抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100088	検査実施年月日及びCD30抗原検査値(アドセトリス点滴静注用50mg):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****	Ⅱ	850600003 850600004
22	医薬品	ガザイハ点滴静注1000mg	本製剤を投与するにあたって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100089	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(ガザイハ点滴静注1000mg):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****	Ⅱ	850600023 850600024
23	医薬品	ポテリゾ点滴静注20mg	(「CCR4陽性の成人T細胞白血病リンパ腫」又は「再発又は難治性のCCR4陽性の末梢性T細胞リンパ腫」の場合) 本製剤を投与するにあたって、投与以前にCCR4抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100065	検査実施年月日及びCCR4抗原検査値(ポテリゾ点滴静注20mg):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****	Ⅱ	850600083 850600084
24	医薬品	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陽性の慢性リンパ白血球」又は「免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患」の場合) 本製剤を投与するにあたって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100067	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(リツキサン点滴静注100mg等):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****	Ⅱ	850600096 850600097
25	医薬品	リツキシマPBS点滴静注100mg「FKHK」 リツキシマPBS点滴静注500mg「FKHK」	(「CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫」又は「免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患」の場合) 本製剤を投与するにあたって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100070	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(リツキシマPBS点滴静注100mg「FKHK」等):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****	Ⅱ	850600098 850600152
26	医薬品	リツキシマPBS点滴静注100mg「ファイザー」 リツキシマPBS点滴静注500mg「ファイザー」	(「CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫」又は「免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患」の場合) 本製剤を投与するにあたって、投与以前にCD20抗原検査を実施した場合は、検査結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100073	検査実施年月日及びCD20抗原検査値(リツキシマPBS点滴静注100mg「ファイザー」等):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****	Ⅱ	850600099 850600100
27	医薬品	エルカルテンF錠100mg エルカルテンF錠250mg エルカルテンF特注1000mgシリンジ エルカルテンF内用液10% エルカルテンF内用液10%分包10mL エルカルテンF内用液10%分包5mL	本製剤を投与するにあたって、投与以前に実施した遊離カルシウムの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100076	検査実施年月日及び遊離カルシウムの測定結果(エルカルテンF錠100mg等):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****		
28	医薬品	レボカルニチン塩化物錠100mg「VD」 レボカルニチン塩化物錠300mg「VD」	本製剤を投与するにあたって、投与以前に実施した遊離カルシウムの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100077	検査実施年月日及び遊離カルシウムの測定結果(レボカルニチン塩化物錠100mg「VD」等):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****		
29	医薬品	レボカルニチン塩化物錠100mg「イセイ」 レボカルニチン塩化物錠300mg「イセイ」	本製剤を投与するにあたって、投与以前に実施した遊離カルシウムの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100078	検査実施年月日及び遊離カルシウムの測定結果(レボカルニチン塩化物錠100mg「イセイ」等):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****		
30	医薬品	レボカルニチン塩化物錠100mg「フイー」 レボカルニチン塩化物錠300mg「フイー」	本製剤を投与するにあたって、投与以前に実施した遊離カルシウムの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100079	検査実施年月日及び遊離カルシウムの測定結果(レボカルニチン塩化物錠100mg「フイー」等):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****		
31	医薬品	レボカルニチン塩化物錠100mg「日工工」 レボカルニチン塩化物錠300mg「日工工」	本製剤を投与するにあたって、投与以前に実施した遊離カルシウムの測定を実施した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100080	検査実施年月日及び遊離カルシウムの測定結果(レボカルニチン塩化物錠100mg「日工工」等):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****		
29	医薬品	エボジン注シリンジ1500 エボジン注シリンジ3000 エボジン注シリンジ6000 エボジン皮下注シリンジ24000	(貯血量が800mL以上1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己貯血の場合) 本製剤を投与するにあたって、投与以前にHb濃度を測定した場合は、測定結果を記載すること。また、測定した年月日を記載すること。	880100081	検査実施年月日及びHb濃度値(エボジン注シリンジ1500等):(元号)yy年"mm"月"dd"日 検査値:*****	Ⅱ	830600018

※「記載事項」欄における括弧書きは、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。

※「区分等」欄に医薬品と記載しているものについて、一般名処方による場合は、一般的名称、剤形及び含量が同一のいずれかの医薬品のコードを用いて記載することで差し支えないこと。

※別表Ⅲに掲げる記載事項を記載する場合であって「別表Ⅰ」又は「別表Ⅱ」に掲げられているものについては、別表Ⅰ又は別表Ⅱに掲げる記載事項と重複しているため、別表Ⅲを用いた記載がされていばよく、別表Ⅰ又は別表Ⅱに掲げるコードを用いた記載は省略して差し支えないこと。