

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)

R8 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	令和6年 6月1日 適用
1	アイモビーグ皮下注70mgペン		<p>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～オのうち該当するものを記載すること(「医師要件A」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載)。</p> <p>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。</p> <p>イ 日本神経学会</p> <p>ウ 日本頭痛学会</p> <p>エ 日本内科学会(総合内科専門医)</p> <p>オ 日本脳神経科学会</p>	820600001	医師要件A(アイモビーグ皮下注70mgペン)	
				820600002	医師要件イ(アイモビーグ皮下注70mgペン)	
				820600003	医師要件ウ(アイモビーグ皮下注70mgペン)	
				820600004	医師要件エ(アイモビーグ皮下注70mgペン)	
				820600005	医師要件オ(アイモビーグ皮下注70mgペン)	
				842600001	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛発作(片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数)の平均を記載すること。	
				820600006	前治療要件A(アイモビーグ皮下注70mgペン)	
				820600007	前治療要件イ(アイモビーグ皮下注70mgペン)	
				820600008	前治療要件ウ(アイモビーグ皮下注70mgペン)	
				820600009	前治療要件エ(アイモビーグ皮下注70mgペン)	
820600010	投与開始後3ヶ月(3回投与後)を以て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、症状の改善が認められた旨を記載すること。					
2	アキラルックス点滴静注250mg		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(アキラルックス点滴静注250mg):*****	
3	アクトヒブ		ベグセタコプランの投与を行った又は行う予定の年月日を記載すること。	850600157	ベグセタコプランの投与を行った年月日(アクトヒブ):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600158	ベグセタコプランの投与を行う予定の年月日(アクトヒブ):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
4	アコファイド錠100mg	機能性ディスペプシアにおける食後膨満感、上腹部膨満感、早期満腹感	<p>「機能性ディスペプシアにおける食後膨満感、上腹部膨満感、早期満腹感」と診断された場合に限り算定できること。また、その場合には、診療報酬明細書の備病名に「機能性ディスペプシア」を用いること。</p> <p>診療報酬明細書の記載に当たっては、上部消化管内視鏡検査等の実施年月日を記載すること。</p> <p>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。</p>	850600001	上部消化管内視鏡検査等の実施年月日(アコファイド錠100mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				850600002	上部消化管内視鏡検査等の実施年月日(初回投与)(アコファイド錠100mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
5	アゾビ皮下注225mgシリンジ アゾビ皮下注225mgオートインジェクター		<p>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～オのうち該当するものを記載すること(「医師要件A」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載)。</p> <p>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。</p> <p>イ 日本神経学会</p> <p>ウ 日本頭痛学会</p> <p>エ 日本内科学会(総合内科専門医)</p> <p>オ 日本脳神経科学会</p>	820600011	医師要件A(アゾビ皮下注225mgシリンジ等)	
				820600012	医師要件イ(アゾビ皮下注225mgシリンジ等)	
				820600013	医師要件ウ(アゾビ皮下注225mgシリンジ等)	
				820600014	医師要件エ(アゾビ皮下注225mgシリンジ等)	
				820600015	医師要件オ(アゾビ皮下注225mgシリンジ等)	
				842600002	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛発作(片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数)の平均(アゾビ皮下注225mgシリンジ等):*****	
				820600016	前治療要件A(アゾビ皮下注225mgシリンジ等)	
				820600017	前治療要件イ(アゾビ皮下注225mgシリンジ等)	
				820600018	前治療要件ウ(アゾビ皮下注225mgシリンジ等)	
				820600019	前治療要件エ(アゾビ皮下注225mgシリンジ等)	
820600226	4週間に1回投与の場合であって、投与開始後3ヶ月(3回投与後)症状の改善が認められた(アゾビ皮下注225mgシリンジ等)					
820600227	12週間に1回投与の場合であって、投与開始後3ヶ月(1回投与後)又は6ヶ月(2回投与後)を以て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、症状の改善が認められた旨を記載すること。					
820600228	12週間に1回投与の場合であって、投与開始後6ヶ月(2回投与後)症状の改善が認められた(アゾビ皮下注225mgシリンジ等)					
6	アドセトリス点滴静注50mg		<p>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。</p> <p>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。</p> <p>(平成30年9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、本通知前からの投与継続患者である旨(「投与継続患者」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。)</p>	850600003	CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日(アドセトリス点滴静注50mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				850600004	CD30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)(アドセトリス点滴静注50mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				820600021	投与継続患者(アドセトリス点滴静注50mg)	
				850600005	初めて投与した年月日(アドセトリス点滴静注50mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
7	アドラーザ皮下注150mgシリンジ	アトピー性皮膚炎	<p>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。</p> <p>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もの(「医師要件A」又は「医師要件イ」と記載)</p> <p>イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。</p> <p>ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピ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。</p> <p>2) 次に掲げる本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況のうち該当するもの(「前治療要件A」又は「前治療要件イ」と記載)</p> <p>ア 成人アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインに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な治療を直近の6か月以上行っている。</p> <p>イ 成人アトピ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である。</p> <p>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</p> <p>ア IGAスコア</p> <p>イ 全身又は頭頸部のEASISスコア</p> <p>ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%)</p>	820600255	医師要件A(アドラーザ皮下注150mgシリンジ)	※
				820600256	医師要件イ(アドラーザ皮下注150mgシリンジ)	※
				820600257	前治療要件A(アドラーザ皮下注150mgシリンジ)	※
				820600258	前治療要件イ(アドラーザ皮下注150mgシリンジ)	※
				830600138	IGAスコア(アドラーザ皮下注150mgシリンジ):*****	※
				830600139	全身のEASISスコア(アドラーザ皮下注150mgシリンジ):*****	※
				830600140	頭頸部のEASISスコア(アドラーザ皮下注150mgシリンジ):*****	※
				842600022	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) (アドラーザ皮下注150mgシリンジ):*****	※

RO 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レポート番号処理 システム用コード	左記コードによるレポート表示文言	令和6年 6月1日 適用
8	アレクマ点滴静注		本製品の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A」から「施設要件E」までのうち該当するものを記載。 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(認定カテゴリ1)を有する施設 イ 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うち、看護部(基準3.1及び3.2)、移植認定医(基準3.2)及び移植コーディネーター(基準3.4)以外の全ての項目を満たす診療科(認定カテゴリ2)を有する施設 ウ 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うち、看護部(基準3.1及び3.2)、移植認定医(基準3.2)、移植コーディネーター(基準3.4)及び移植棟(基準4.1及び4.2)以外の全ての項目を満たす診療科(認定カテゴリ3)を有する施設 エ 本品に係る治験の実施施設	820600259	施設要件A(アレクマ点滴静注)	※
				820600260	施設要件イ(アレクマ点滴静注)	※
				820600261	施設要件ウ(アレクマ点滴静注)	※
				820600262	施設要件エ(アレクマ点滴静注)	※
9	アリエト錠3mg アリエト錠5mg アリエト錠10mg アリエトD錠3mg アリエトD錠5mg アリエトD錠10mg アリエト錠0.5% アリエト内服ゼリー3mg アリエト内服ゼリー5mg アリエト内服ゼリー10mg アリエトドライシロップ1% 後発品のドネペジル塩酸塩製剤		(本製剤をレビー小体型認知症における認知症症状の進行抑制に用いる場合) 次の事項を記載すること。 ① 効能又は効果に関連する使用上の注意において、本製剤は、認知症治療に精通し、「17. 臨床成績」の項の内容について十分に理解した医師又はその指導の下で、レビー小体型認知症の臨床診断基準に基づき、適切な症状観察や検査等によりレビー小体型認知症と診断され、本製剤の使用が適切と判断された患者にのみ使用すること。とされていることから、適切な症状観察や検査等によりレビー小体型認知症と診断され、本製剤の使用が適切と判断された患者に対して使用した場合に限り算定できる。レビー小体型認知症と診断され、本製剤の使用が適切と判断した理由(最新のガイドラインに基づいた診断内容及び臨床試験成績を理解した上で本剤投与が適切と判断した旨)を記載すること。 ② 用法及び用量において投与開始12週間後までを自任に、認知機能検査、患者及び家族・介護者から自己覚症状の聴取等による有効性評価を行い、認知機能、精神症状・行動障害、日常生活動作等を総合的に評価してベネフィット/リスクを上回ると判断できない場合は、投与を中止すること。とされていることから、投与開始12週間後までに有効性評価を行い、投与継続の検討を行った年月日、本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由(認知機能検査、患者及び家族・介護者から自己覚症状の聴取等による有効性評価を行い、認知機能、精神症状・行動障害、日常生活動作等を総合的に評価し、ベネフィット/リスクを上回ると判断した内容)を記載すること。 ③ 用法及び用量において投与開始12週間後までの有効性評価の結果に基づき投与継続を判断した場合であっても、定期的な有効性評価を行い、投与継続の可否を判断すること。とされていることから、投与開始12週間後までの有効性評価後に投与を継続する場合は、投与継続の検討を行った直近の年月日、本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由(認知機能検査、患者及び家族・介護者から自己覚症状の聴取等による有効性評価を行い、認知機能、精神症状・行動障害、日常生活動作等を総合的に評価し、ベネフィット/リスクを上回ると判断した内容)を記載すること。	830600141	本製剤の使用が適切と判断した理由(アリエト錠3mg等): *****	※
				850600159	投与継続の検討を行った年月日(アリエト錠3mg等):(元号)yy'年 mm'月 dd'日	※
				830600142	本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由(アリエト錠3mg等): *****	※
				850600160	投与継続の検討を行った直近の年月日(投与開始12週間後までの有効性評価後に投与を継続する場合)(アリエト錠3mg等):(元号)yy'年 mm'月 dd'日	※
10	アルンブリグ錠30mg アルンブリグ錠90mg		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。 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。	850600006	ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(アルンブリグ錠30mg等):(元号)yy'年 mm'月 dd'日	※
				850600007	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)(アルンブリグ錠30mg等):(元号)yy'年 mm'月 dd'日	※
11	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検査施設における検査により、ALK 融合遺伝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と検査結果を併記すること。 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(アレセンサカプセル150mg):(元号)yy'年 mm'月 dd'日	※
				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)(アレセンサカプセル150mg):(元号)yy'年 mm'月 dd'日	※
12	アレモ皮下注15mg アレモ皮下注60mg アレモ皮下注150mg		本製剤の使用に当たっては、血液凝固因子又は因子に対するインヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビター濃度の測定された年月日及び力価を記載すること。	830600144	インヒビター力価(アレモ皮下注15mg等): *****	※
				850600161	インヒビター力価測定年月日(アレモ皮下注15mg等):(元号)yy'年 mm'月 dd'日	※
13	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痔瘻の治療。ただし、少ない1つの非活動期による治療を行っても効果が不十分な場合に限り、及び用法及び用量又は使用方法に関連する使用上の注意において、「本品を再投与し臨床成績は得られず、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、次の事項を記載すること。 ア 本製品の投与が適切と判断した理由 イ 既存治療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)を記載すること。	830600002	投与が適切と判断した理由(アロフィセル注): *****	
				830600003	既存治療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): *****	
				830600004	既存治療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): *****	
				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)	
14	イェスカルタ点滴静注		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A」又は「施設要件イ」を記載。 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(認定カテゴリ1)を有する施設 イ 認定カテゴリ1に準ずる診療科(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	820600024	施設要件A(イェスカルタ点滴静注)	
				820600025	施設要件イ(イェスカルタ点滴静注)	
15	イデルピオン静注用250 イデルピオン静注用500 イデルピオン静注用1000 イデルピオン静注用2000 イデルピオン静注用3500		手術時における血液凝固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。	830600005	手術時に使用した理由(イデルピオン静注用250等): *****	
16	イブランス錠25mg イブランス錠125mg		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25mg等):(元号)yy'年 mm'月 dd'日	
				850600012	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(イブランス錠25mg等):(元号)yy'年 mm'月 dd'日	
				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)(イブランス錠25mg等):(元号)yy'年 mm'月 dd'日	
17	イベンティ皮下注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鬆症治療薬の品名	830600006	骨折の危険性が高いと判断した理由(イベンティ皮下注105mgシリンジ): *****	
				830600007	再投与するまでに投与した骨粗鬆症治療薬の品名(イベンティ皮下注105mgシリンジ): *****	
切除不能な局所進行 の非小細胞肺癌にお ける根治的治療 経路後の維持療 法			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A」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、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携拠点病院(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 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科1又は外来腫瘍化学療法診療科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	820600026	施設要件A(イミファンジ点滴静注120mg等)	
				820600027	施設要件イ(イミファンジ点滴静注120mg等)	
				820600028	施設要件ウ(イミファンジ点滴静注120mg等)	
				820600029	施設要件エ(イミファンジ点滴静注120mg等)	
				820600030	施設要件オ(イミファンジ点滴静注120mg等)	
				820600229	医師要件A(イミファンジ点滴静注120mg等)	
				820600230	医師要件イ(イミファンジ点滴静注120mg等)	
				820600026	施設要件A(イミファンジ点滴静注120mg等)	
				820600027	施設要件イ(イミファンジ点滴静注120mg等)	
				820600028	施設要件ウ(イミファンジ点滴静注120mg等)	
820600029	施設要件エ(イミファンジ点滴静注120mg等)					
進展型小細胞肺癌			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A」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、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携拠点病院(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 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科1又は外来腫瘍化学療法診療科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	820600026	施設要件A(イミファンジ点滴静注120mg等)	
				820600027	施設要件イ(イミファンジ点滴静注120mg等)	
				820600028	施設要件ウ(イミファンジ点滴静注120mg等)	
				820600029	施設要件エ(イミファンジ点滴静注120mg等)	

RO 項目	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	令和6年 6月1日 適用
18	イミフィンジ点滴静注120mg イミフィンジ点滴静注500mg	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	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るものを記載すること(「医師要件ア」又は「医師要件イ」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6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研修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、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病気の臨床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)		
			820600229 施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)			
			820600230 施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)			
			820600026 施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)			
			820600027 施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)			
			820600028 施設要件ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等)			
			820600029 施設要件エ(イミフィンジ点滴静注120mg等)			
			820600030 施設要件オ(イミフィンジ点滴静注120mg等)			
			820600229 施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)			
			820600230 施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)			
			820600263 併用投与ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)		※	
			850600162 EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日(イミフィンジ点滴静注120mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'		※	
			850600163 ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日(イミフィンジ点滴静注120mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'		※	
			820600026 施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)			
			820600027 施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)			
			820600028 施設要件ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等)			
			820600029 施設要件エ(イミフィンジ点滴静注120mg等)			
			820600030 施設要件オ(イミフィンジ点滴静注120mg等)			
820600229 施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)						
820600230 施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)						
820600026 施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)						
820600027 施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)						
820600028 施設要件ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等)						
820600029 施設要件エ(イミフィンジ点滴静注120mg等)						
820600030 施設要件オ(イミフィンジ点滴静注120mg等)						
820600229 施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)						
820600230 施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)						
820600263 併用投与ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)		※				
820600264 施設要件ア(ウゴビ皮下注0.25mg SD等)		※				
820600265 施設要件イ(ウゴビ皮下注0.25mg SD等)		※				
820600266 施設要件ウ(ウゴビ皮下注0.25mg SD等)		※				
820600267 施設要件エ(ウゴビ皮下注0.25mg SD等)		※				
820600268 施設要件オ(ウゴビ皮下注0.25mg SD等)		※				
820600269 施設要件カ(ウゴビ皮下注0.25mg SD等)		※				
820600270 施設要件キ(ウゴビ皮下注0.25mg SD等)		※				
820600271 施設要件ク(ウゴビ皮下注0.25mg SD等)		※				
820600272 施設要件ケ(ウゴビ皮下注0.25mg SD等)		※				
820600273 施設要件コ(ウゴビ皮下注0.25mg SD等)		※				
820600274 施設要件サ(ウゴビ皮下注0.25mg SD等)		※				
830600145 連携施設名(施設要件キ、ケ又はサに該当)(ウゴビ皮下注0.25mg SD等);*****		※				
830600146 連携施設の所在地(施設要件キ、ケ又はサに該当)(ウゴビ皮下注0.25mg SD等);*****		※				
820600275 施設要件シ(ウゴビ皮下注0.25mg SD等)		※				
820600276 施設要件ス(ウゴビ皮下注0.25mg SD等)		※				
(本製剤の投与開始の場合) 次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる標榜診療科名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すべて記載) ア 内科 イ 循環器内科 ウ 内臓外科						

R3 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	シレプト電算処理 システム用コード	左記コードによるシレプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
19	ウゴビー皮下注0.25mg SD ウゴビー皮下注0.5mg SD ウゴビー皮下注1.0mg SD ウゴビー皮下注1.7mg SD ウゴビー皮下注2.4mg SD		<p>エ 代謝内科 オ 糖尿病内科 ② 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件カ」から「施設要件サ」までのうち該当するものを記載)及び「施設要件キ」、「施設要件ケ」又は「施設要件ク」に該当する場合は、連携施設名及び所在地 カ 日本糖尿病学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる キ 日本糖尿病学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ク 日本糖尿病学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ケ 日本糖尿病学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる コ 日本内科学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ク 日本内科学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ③ 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件シ」から「施設要件セ」までのうち該当するものを記載) シ 日本糖尿病学会の教育研修施設 ス 日本糖尿病学会の教育研修施設 セ 日本内分泌学会の教育研修施設 ④ 常勤の管理栄養士の免許証番号 ⑤ 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」に記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の診療に5年以上の臨床研修を有していること。 イ 医師免許取得後、満7年以上の臨床経験を有し、そのうち5年以上は高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の臨床研修を行っていること。 ⑥ 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(「医師要件ウ」から「医師要件オ」までのうち該当するものをすべて記載) ウ 日本糖尿病学会の専門医 エ 日本糖尿病学会の専門医 オ 日本内分泌学会の専門医 ⑦ 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの(「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものをすべて記載) ア 高血圧 イ 脂質異常症 ウ 2型糖尿病 ⑧ 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの(「患者要件エ」又は「患者要件カ」と記載) エ BMIが27kg/m2以上であり、2つ以上の肥満に関連する健康障害を有する オ BMIが35kg/m2以上 ⑨ 次の「患者要件カ」に該当する場合は、次に掲げる肥満に関連する健康障害のうち、該当するもの(「患者要件カ」～「患者要件ナ」までのうち該当するものをすべて記載) カ 脂質異常症(2型糖尿病・耐糖能異常など) キ 脂質異常症 ク 高血圧 ケ 高尿酸血症・痛風 コ 冠動脈疾患 サ 脳梗塞 シ アルコール性脂肪性肝疾患 ス 月経異常・不妊 セ 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群 ソ 運動器疾患 タ 肥満関連腎臓病 ⑩ 食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日 ⑪ ⑩の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかるすべての年月日 ⑫ 合併している高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病に対して投与中のすべての医薬品名 ⑬ 本製剤による治療計画(68週以内に投与を中止する計画であることを作成した年月日)</p>	82060027	施設要件セ(ウゴビー皮下注0.25mg SD等)	※
			830600147	常勤の管理栄養士の免許証番号(ウゴビー皮下注0.25mg SD等);*****	※	
			820600278	医師要件ア(ウゴビー皮下注0.25mg SD等)	※	
			820600279	医師要件イ(ウゴビー皮下注0.25mg SD等)	※	
			820600280	医師要件ウ(ウゴビー皮下注0.25mg SD等)	※	
			820600281	医師要件エ(ウゴビー皮下注0.25mg SD等)	※	
			820600282	医師要件オ(ウゴビー皮下注0.25mg SD等)	※	
			820600283	患者要件ア(ウゴビー皮下注0.25mg SD等)	※	
			820600284	患者要件イ(ウゴビー皮下注0.25mg SD等)	※	
			820600285	患者要件ウ(ウゴビー皮下注0.25mg SD等)	※	
			820600286	患者要件エ(ウゴビー皮下注0.25mg SD等)	※	
			820600287	患者要件オ(ウゴビー皮下注0.25mg SD等)	※	
			820600288	患者要件カ(ウゴビー皮下注0.25mg SD等)	※	
			820600289	患者要件キ(ウゴビー皮下注0.25mg SD等)	※	
			820600290	患者要件ク(ウゴビー皮下注0.25mg SD等)	※	
			820600291	患者要件ケ(ウゴビー皮下注0.25mg SD等)	※	
			820600292	患者要件コ(ウゴビー皮下注0.25mg SD等)	※	
			820600293	患者要件サ(ウゴビー皮下注0.25mg SD等)	※	
			820600294	患者要件シ(ウゴビー皮下注0.25mg SD等)	※	
			820600295	患者要件ス(ウゴビー皮下注0.25mg SD等)	※	
			820600296	患者要件セ(ウゴビー皮下注0.25mg SD等)	※	
			820600297	患者要件ソ(ウゴビー皮下注0.25mg SD等)	※	
			820600298	患者要件タ(ウゴビー皮下注0.25mg SD等)	※	
			850600164	食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日(ウゴビー皮下注0.25mg SD等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※	
			850600165	管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかる年月日(ウゴビー皮下注0.25mg SD等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※	
			830600148	合併している高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病に対して投与中の医薬品名(ウゴビー皮下注0.25mg SD等);*****	※	
			850600166	治療計画(68週以内に投与を中止する計画であることを作成した年月日(ウゴビー皮下注0.25mg SD等));(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※	
			850600167	投与中、管理栄養士による栄養指導を受けた直近の年月日(ウゴビー皮下注0.25mg SD等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※	
			842600023	初回投与から起算して、何週目の投与(ウゴビー皮下注0.25mg SD等);*****	※	
			842600024	直近の測定値(ア 体重)(ウゴビー皮下注0.25mg SD等);*****	※	
			842600025	直近の測定値(イ 血糖)(ウゴビー皮下注0.25mg SD等);*****	※	
			842600026	直近の測定値(ウ 血圧)(ウゴビー皮下注0.25mg SD等);*****	※	
			842600027	直近の測定値(エ 脂質)(ウゴビー皮下注0.25mg SD等);*****	※	
			850600168	測定年月日(ア 体重)(ウゴビー皮下注0.25mg SD等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※	
			850600169	測定年月日(イ 血糖)(ウゴビー皮下注0.25mg SD等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※	
			850600170	測定年月日(ウ 血圧)(ウゴビー皮下注0.25mg SD等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※	
			850600171	測定年月日(エ 脂質)(ウゴビー皮下注0.25mg SD等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※	
			830600149	改善傾向が認められた旨(ウゴビー皮下注0.25mg SD等);*****	※	
			850600172	投与を中止した年月日(ウゴビー皮下注0.25mg SD等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※	
			850600173	改めて食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日(ウゴビー皮下注0.25mg SD等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※	
			850600165	管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかる年月日(ウゴビー皮下注0.25mg SD等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※	
			830600150	やむを得ず本製剤の投与を再開するその理由(ウゴビー皮下注0.25mg SD等);*****	※	
			850600174	改めて本製剤による治療計画(68週以内に投与を中止する計画であることを作成した年月日(ウゴビー皮下注0.25mg SD等));(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※	

R0 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	令和6年 6月1日 適用
20	ヴァイトラックピカセル25mg ヴァイトラックピカセル100mg ヴァイトラックピカセル20mg/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たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600015	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ヴァイトラックピカセル25mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				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)(ヴァイトラックピカセル25mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
21	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検査の実施年月日(ヴァンフリタ錠 17.7mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				850600018	FLT3-ITD変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ヴァンフリタ錠 17.7mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
22	エクログケル5%		投与開始に当たっては、多汗症疾患重症度評価尺度(HDSS)を記載すること。	830600011	多汗症疾患重症度評価尺度(HDSS)(エクログケル5%): *****	
23	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。	830600012	貯血量(エスポー皮下用24000シリンジ):*****	
				830600013	投与する前の患者の体重(エスポー皮下用24000シリンジ): *****	
				830600014	Hb濃度(エスポー皮下用24000シリンジ):*****	
24	エスワンタイホウ配合OD錠T20 エスワンタイホウ配合OD錠T25		本剤の用法及び用量において、「胃癌」にはA法、B法又はC法、結腸・直腸癌にはA法、C法又はD法、頭頸部癌にはA法、非小細胞肺癌にはA法、B法又はC法、手術不能又は再発乳癌にはA法、肺癌にはA法又はC法、胆道癌にはA法、E法又はF法を使用する。」とされていることから、用法・用量を記載すること(「A法」から「F法」までのうち該当するものを記載)。	820600299	A法(エスワンタイホウ配合OD錠T20等)	※
				820600300	B法(エスワンタイホウ配合OD錠T20等)	※
				820600301	C法(エスワンタイホウ配合OD錠T20等)	※
				820600302	D法(エスワンタイホウ配合OD錠T20等)	※
				820600303	E法(エスワンタイホウ配合OD錠T20等)	※
				820600304	F法(エスワンタイホウ配合OD錠T20等)	※
25	エドルミズ錠50mg		以下のアに該当し、イ～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～エのうち該当するものをすべて記載すること。 ア 6ヵ月以内での5%以上の体重減少及び食欲不振 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	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)	
				820600032	イ 疲労又は倦怠感(エドルミズ錠50mg)	
				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(エドルミズ錠50mg)	
				850600019	投与継続の検討を行った直近の年月日を記載すること。(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
26	エフィエント錠 2.5mg エフィエント錠 7.5mg	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. 臨床成績」の項の内容を熟知し、有効性についてクロビドグレ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解した上で、本剤投与の適否を判断すること。」とされているので、投与開始に当たっては、本剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600134	投与が必要と判断した理由(エフィエント錠 2.5mg等):*****	
27	エブリスティライシロップ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1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1以上であるこ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。	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(エブリスティライシロップ60mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				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)(エブリスティライシロップ60mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
28	エボジン注シリンジ1500 エボジン注シリンジ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施行患者の自己血貯血にエボジン注シリンジ1500、同3000又は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。	830600016	貯血量(エボジン注シリンジ1500等):*****	
				830600017	投与する前の患者の体重(エボジン注シリンジ1500等):*****	
				830600018	Hb濃度(エボジン注シリンジ1500等):*****	
				830600019	貯血量(エボジン皮下注シリンジ24000):*****	
29	エボ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(エボジン皮下注シリンジ24000): *****	
				830600021	Hb濃度(エボジン皮下注シリンジ24000):*****	
30	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		本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～オのうち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 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	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)	
				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)	
				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)	
				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)	
				842100110	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(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等):*****	
				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)	
				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)	
				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)	
				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)	
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)					
31	エムババリ皮下注1080mg		本剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「補体(C5)阻害剤による適切な治療を行っても、十分な効果が得られない場合に投与すること。」とされているので、本剤の投与開始に当たっては、治療として併用している薬剤の品名及び	830600151	治療として併用している薬剤の品名(エムババリ皮下注1080mg):*****	※

RO 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	シレプト電算処理 システム用コード	左記コードによるシレプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
			「トラスツマブ(遺伝子組換え)及びタキサン系抗悪性腫瘍剤による治療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、トラスツマブ(遺伝子組換え)及びタキサン系抗悪性腫瘍剤の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。	830600152	治療として使用していた使用期間(エンハーツ皮下注1080mg): *****	※
32	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肺癌	「トラスツマブ(遺伝子組換え)及びタキサン系抗悪性腫瘍剤による治療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、トラスツマブ(遺伝子組換え)及びタキサン系抗悪性腫瘍剤の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。	820600045	トラスツマブ(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)	
			がん化学療法後に増悪したHER2陽性の治療不能な再発の再発の再発の場合	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)	
			がん化学療法後に増悪したHER2陽性の治療不能な再発の再発の場合	830600022	一次治療で実施した化学療法(エンハーツ点滴静注用100mg): *****	
			がん化学療法後に増悪したHER2陽性の治療不能な再発の再発の場合	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): *****	
			化学療法歴のあるHER2低発現の手術不能又は再発肺癌	850600175	HER2低発現を確認した検査の実施年月日(エンハーツ点滴静注用100mg):(元号)yy年mm月dd日	※
			「HER2低発現の定義について、「17FLP成績」の項の内容を熟知し、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、HER2低発現が確認された患者に投与すること。と記載されているので、HER2低発現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。	850600176	HER2低発現を確認した検査の実施年月日(初回投与)(エンハーツ点滴静注用100mg):(元号)yy年mm月dd日	※
			「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、HER2(ERBB2)遺伝子変異が確認された患者に投与すること。と記載されているので、HER2(ERBB2)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っては、必ず実施年月日を記載すること。	850600177	HER2(ERBB2)遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(エンハーツ点滴静注用100mg):(元号)yy年mm月dd日	※
			「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、HER2(ERBB2)遺伝子変異を確認された患者に投与すること。と記載されているので、HER2(ERBB2)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っては、必ず実施年月日を記載すること。	850600178	HER2(ERBB2)遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(エンハーツ点滴静注用100mg):(元号)yy年mm月dd日	※
33	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	(慢性心不全の場合) 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、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):*****	
			(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治療の第一選択薬としないこと。」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。			
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 オプジーボ点滴静注240mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件A」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。 (※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病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、がん診療連携拠点病院、小児がん拠点病院、小児がん連携病院※など) 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 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科又は外来腫瘍化学療法診療科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	820600164	施設要件A(オプジーボ点滴静注)	
			820600186	施設要件イ(オプジーボ点滴静注)		
			820600190	施設要件ウ(オプジーボ点滴静注)		
			820600194	施設要件エ(オプジーボ点滴静注)		
			820600197	施設要件オ(オプジーボ点滴静注)		
35	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	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A」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研修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年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600141	医師要件A(オプジーボ点滴静注)	
			820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)		
			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		
			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):*****		
			830600116	本製剤とイビリマブを併用投与することとした理由(オプジーボ点滴静注):*****		
			830600117	PD-L1発現率を確認できなかった理由(オプジーボ点滴静注):*****		
			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(オプジーボ点滴静注):(元号)yy年mm月dd日		
			820600168	使用実績有(オプジーボ点滴静注)		
			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		
36	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	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	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るもの(「医師要件A」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研修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、肺がんがん薬物療法を含む呼吸器病気の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の呼吸器外科の研修を行っていること。	820600141	医師要件A(オプジーボ点滴静注)	
			820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)		
			820600184	医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)	※	
			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(オプジーボ点滴静注):(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。	820600168	使用実績有(オプジーボ点滴静注)	
			(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。	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	
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240mg	再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌	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(「医師要件A」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いること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床研修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いること。うち、2年以上は、がん薬物療法を含む頭頸部悪性腫瘍診療の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の口腔外科の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を含む口腔外科がん治療の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件A(オプジーボ点滴静注)	
			820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)		
			820600140	医師・歯科医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)		
38	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	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌	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るもの(「医師要件A」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研修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年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っていること。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。	820600141	医師要件A(オプジーボ点滴静注)	
			820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)		
			820600152	患者要件A(オプジーボ点滴静注)		
			820600154	患者要件イ(オプジーボ点滴静注)		
			820600169	投与中患者(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。	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) 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るもの(「医師要件A」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A(オプジーボ点滴静注)	

RO 項目	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	令和6年 6月1日 適用
39	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	再発又は難治性の 古典的ホジキンリン パ腫	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研修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、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。 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。  (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30日までの期間) 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。	820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
				820600184	医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)	
				820600189	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(オプジーボ点滴静注):(元号)yy "年"mm"月"dd"日	
				820600168	使用実績有(オプジーボ点滴静注)	
40	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	治療切除不能な進行・再発の胃癌	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研修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、消化器のがん薬物療法を含む消化器病の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の消化器外科学の研修を行っていること。  (本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) HER2陰性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
				820600184	医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)	
				850600118	HER2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	
41	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	切除不能な進行・再発の悪性胸腺中皮腫	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)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研修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、悪性胸腺中皮腫のがん薬物療法を含む呼吸器病の臨床研修を行っていること。  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研修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、悪性胸腺中皮腫のがん薬物療法を含む呼吸器病の臨床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)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
42	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	がん化学療法後に増悪した治療切除不能な進行・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	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研修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、消化器のがん薬物療法を含む消化器病の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の消化器外科学の研修を行っていること。  MSI-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
				820600184	医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)	
				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	
43	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	根治切除不能な進行・再発の食道癌	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研修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、消化器のがん薬物療法を含む消化器病の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の消化器外科学の研修を行っていること。  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(「医師要件ア」から「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研修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、原発不明癌に対する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。	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
				820600184	医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)	
				820600156	検査等ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600157	検査等イ(オプジーボ点滴静注)	
45	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	原発不明癌	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研修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、原発不明癌に対する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。  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「検査等ク」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 胸部超音波・胸部CT ウ FDG-PET、PET-CT エ 上部・下部消化管内視鏡 オ 腫瘍マーカー測定 カ 病理学的検査 キ 免疫組織化学的検査 ク 遺伝子・染色体検査	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
				820600156	検査等ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600157	検査等イ(オプジーボ点滴静注)	
				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)	
46	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	原路上皮癌における術後補助療法	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研修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年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、原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。  (シスプラチン等の白金系抗悪性腫瘍剤を含む術前補助療法のない患者に投与する場合) 投与することとした理由	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
				830600113	投与することとした理由(オプジーボ点滴静注):*****	
				820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
47	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	非小細胞肺癌における術前補助療法	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研修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、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の呼吸器外科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)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
				820600184	医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)	
48	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	悪性中皮腫(悪性胸腺中皮腫を除く)	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研修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、悪性中皮腫(悪性胸腺中皮腫を除く)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。	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
49	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	根治切除不能な進行・再発の上皮系悪性腫瘍	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研修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、皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
	オルプロクシク静注500 オルプロクシク静注1000 オルプロクシク静注2000 オルプロクシク静注3000		手術時における血管造影用造影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(オルプロクシク静注500等):*****	

RO 項目	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	令和6年 6月1日 適用				
50	オルブロクス静注用250		手術時における血液凝固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と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(オルブロクス静注用250):*****					
	オルブロクス静注用4000		手術時における血液凝固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と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(オルブロクス静注用4000):*****					
51	オルミニ錠2mg オルミニ錠4mg	アトピー性皮膚炎	投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、最終投与に当たっては、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当する施設(「施設要件A」から「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載) ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピ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ること。 イ 成人アトピ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年以上の臨床研修を有していること。うち、3年以上は、アトピ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 小児アトピ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、3年以上の小児科診療の臨床研修及び5年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を有していること。 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A」又は「前治療要件イ」と記載) ア 2歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで推奨されていると推奨されるステロイド外用薬(スロングラス以上)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か月以上行っていること。 イ 2歳以上のアトピ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、顕著な局所副作用若しくは全身性副作用のうち、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取組 ア IGAスコア イ 全身又は顔面の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(%)	820600048 820600049 820600372 820600050 820600051 830600028 830600029 830600030 830600030 842600008 830600153 830600154	施設要件A(オルミニ錠2mg等) 施設要件イ(オルミニ錠2mg等) 施設要件ウ(オルミニ錠2mg等) 前治療要件A(オルミニ錠2mg等) 前治療要件イ(オルミニ錠2mg等) IGAスコア(オルミニ錠2mg等):***** 全身のEASIスコア(オルミニ錠2mg等):***** 顔面のEASIスコア(オルミニ錠2mg等):***** 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) (オルミニ錠2mg等):***** 顔面全体に占める顔毛部位の割合(オルミニ錠2mg等):***** 毛髪の自然再生が認められていない期間(オルミニ錠2mg等):*****					
			円形脱毛症(ただし、顔毛部位が広範囲に及ぶ場合は除く)	効能又は効果に関連する注意において、「本剤投与前に、顔面全体の約50%以上に顔毛が認められ、過去6か月程度に自然再生が認められない患者に投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、顔面全体に占める顔毛部位の割合及び毛髪の自然再生が認められていない期間を記載すること。	830600155 830600156 830600157 830600158	直接作用型第Xa因子阻害剤の種類(オンデキサ静注用200mg):***** 最終投与時の1回投与量(オンデキサ静注用200mg):***** 最終投与からの経過時間(オンデキサ静注用200mg):***** 投与が必要と判断した理由(オンデキサ静注用200mg):*****				
			53	ガザイバ点滴静注1000mg	CD20陽性の慢性リンパ性白血病(小リンパ球性リンパ腫を含む)	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「フローサイトメトリ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を記載すること。 なお、当該検査を実施した月の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。	850600023 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(ガザイバ点滴静注1000mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日 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)(ガザイバ点滴静注1000mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日		
						用法及び用量に関連する注意において、「アカラブルチニブを8日間で投与した後に本剤の投与を開始すること。」とされているため、アカラブルチニブと併用する場合には、アカラブルチニブの単独投与開始日及び単独投与終了日を記載すること。	850600179 850600180	アカラブルチニブの単独投与開始年月日(ガザイバ点滴静注1000mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日 アカラブルチニブの単独投与終了年月日(ガザイバ点滴静注1000mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日		
			54	カナグル錠100mg		(「2型糖尿病を合併する慢性腎臓病 ただし、末期腎不全又は透析施行中の患者を除く。」に用いる場合) 効能又は効果に関連する注意において、「eGFRが30ml/min/1.73m <sup>2</sup> 未満の患者では、本剤の腎保護作用が十分に得られない可能性があること、本剤投与前にeGFR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、新規投与しないこと。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、投与開始時のGFRの値及び検査の実施年月日を記載すること。	842600028 850600181	投与開始時のeGFRの値(カナグル錠100mg):***** eGFR検査の実施年月日(カナグル錠100mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日		
						(本製剤を「未治療の慢性リンパ性白血病(小リンパ球性リンパ腫を含む)」に用いる場合は、用法及び用量に関連する注意の投与を開始すること。」とされているため、ピンスツマブ(遺伝子組換え)と併用する場合) 本製剤の単独投与開始日及び単独投与終了日を記載すること。	850600182 850600183	単独投与開始年月日(カルケンスカプセル100mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日 単独投与終了年月日(初回投与)(カルケンスカプセル100mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日		
			56	キイトルーダ点滴静注100mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件A」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、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定医療機関 ウ がん診療連携拠点病院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 外來化学療法室を設置し、外來腫瘍化学療法診療科1又は外來腫瘍化学療法診療科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	820600165 820600187 820600191 820600195 820600198	施設要件A(キイトルーダ点滴静注) 施設要件イ(キイトルーダ点滴静注) 施設要件ウ(キイトルーダ点滴静注) 施設要件エ(キイトルーダ点滴静注) 施設要件オ(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(「施設要件A」又は「施設要件イ」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年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600146 820600148	医師要件A(キイトルーダ点滴静注) 医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)		
						(本剤を単独で投与する場合) PD-L1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。	850600133 830600118	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 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A」又は「併用投与イ」と記載)を記載すること。 ア カルボプラチン及びパクリタキセル又は nab-paクリタキセルとの併用投与 イ カルボプラチン及びパクリタキセル又は nab-paクリタキセルとの併用投与	820600174	併用投与A(キイトルーダ点滴静注) 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(「施設要件A」又は「施設要件イ」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腫瘍学の研修を行っていること。	820600146 820600148	医師要件A(キイトルーダ点滴静注) 医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)								
58	キイトルーダ点滴静注100mg	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	(本剤を単独で投与する場合) PD-L1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。	850600133 830600118	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 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A」又は「併用投与イ」と記載)を記載すること。 ア カルボプラチン及びパクリタキセル又は nab-paクリタキセルとの併用投与 イ カルボプラチン及びパクリタキセル又は nab-paクリタキセルとの併用投与	820600174	併用投与A(キイトルーダ点滴静注) 併用投与イ(キイトルーダ点滴静注)					
59	キイトルーダ点滴静注100mg	再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫	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(「施設要件A」又は「施設要件イ」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腫瘍学の研修を行っていること。	820600146 820600148	医師要件A(キイトルーダ点滴静注) 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(「施設要件A」又は「施設要件イ」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年以上の臨床経験を有しており、うち、2年以上は、原発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。	820600146 820600148	医師要件A(キイトルーダ点滴静注) 医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)					
61	キイトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイグロサチン不安定性(MSI-High)を有する固形癌(標準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(「施設要件A」又は「施設要件イ」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。	820600146 820600148	医師要件A(キイトルーダ点滴静注) 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	850600021	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					



RO 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レポート番号処理 システム用コード	左記コードによるレポート表示文言	令和6年 6月1日 適用
62	キイトルーダ点滴静注100mg	再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌	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(「医師要件A」又は「医師要件B」)に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頸部癌性腫瘍の臨床研修を行っていること。 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、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。 なお、本剤による治療においては副作用等の全体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該当する必要がある医師(頭頸部癌の化学療法及び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。	820600146	医師要件A(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を行った旨(「併用投与A」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	820600148	医師要件イ(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A」又は「併用投与イ」と記載)を記載すること。 ア アキシチニブとの併用投与 イ レンパチニブとの併用投与	820600139	医師・歯科医師要件ウ(キイトルーダ点滴静注)	
			820600171	併用投与A(キイトルーダ点滴静注)		
63	キイトルーダ点滴静注100mg	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌	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るもの(「医師要件A」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年以上の泌尿器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。	820600146	医師要件A(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A」と記載)を記載すること。 ア アキシチニブとの併用投与 イ レンパチニブとの併用投与	820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)	
			820600171	併用投与A(キイトルーダ点滴静注)		
			820600174	併用投与イ(キイトルーダ点滴静注)		
64	キイトルーダ点滴静注100mg	根治切除不能な進行・再発の食道癌	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るもの(「医師要件A」又は「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研修を行っていること。 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、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病の臨床研修を行っていること。	820600146	医師要件A(キイトルーダ点滴静注)	
			(本製剤を単独で投与する場合) 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。	820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)	
			820600145	医師要件ウ(キイトルーダ点滴静注)		
			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		
65	キイトルーダ点滴静注100mg	治療切除不能な進行・再発の高度不安定性(MSI-High)を有する結腸・直腸癌	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るもの(「医師要件A」又は「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研修を行っていること。 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、対象となる癌種領域で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。	820600146	医師要件A(キイトルーダ点滴静注)	
			(本製剤を単独で投与する場合) 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。	820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)	
			820600145	医師要件ウ(キイトルーダ点滴静注)		
			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		
66	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	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A」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。	820600146	医師要件A(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A」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア ゲムシタジン及びカルボプラチンとの併用投与 イ パクリタキセルとの併用投与 ウ パクリタキセル(アルブミン懸濁液)との併用投与	820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)	
			820600124	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		
			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):*****		
67	キイトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に悪化した切除不能な進行・再発の子宮体癌	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るもの(「医師要件A」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年以上の泌尿器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。	820600146	医師要件A(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A」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア ゲムシタジン及びカルボプラチンとの併用投与 イ パクリタキセルとの併用投与 ウ パクリタキセル(アルブミン懸濁液)との併用投与	820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)	
			820600177	併用投与ウ(キイトルーダ点滴静注)		
			820600171	併用投与A(キイトルーダ点滴静注)		
68	キイトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に悪化した高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(「医師要件A」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。	820600146	医師要件A(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A」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア ゲムシタジン及びカルボプラチンとの併用投与 イ パクリタキセルとの併用投与 ウ パクリタキセル(アルブミン懸濁液)との併用投与	820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)	
			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		
			820600171	併用投与A(キイトルーダ点滴静注)		
69	キイトルーダ点滴静注100mg	腎細胞癌における術後補助療法	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A」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年以上の泌尿器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。	820600146	医師要件A(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A」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア ゲムシタジン及びカルボプラチンとの併用投与 イ パクリタキセルとの併用投与 ウ パクリタキセル(アルブミン懸濁液)との併用投与	820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)	
			820600146	医師要件A(キイトルーダ点滴静注)		
			820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)		
70	キイトルーダ点滴静注100mg	ホルモン受容体陰性かつHER2陰性で再発・再発の乳癌における術前・術後薬物療法	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A」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年以上の泌尿器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。	820600146	医師要件A(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A」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア ゲムシタジン及びカルボプラチンとの併用投与 イ パクリタキセル及びシクロホスファミド水合物との併用投与 ウ エルビジン塩酸塩及びシクロホスファミド水合物との併用投与	820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)	
			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		
71	キイトルーダ点滴静注100mg	ホルモン受容体陰性かつHER2陰性で再発・再発の乳癌における術前・術後薬物療法	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A」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年以上の泌尿器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。	820600146	医師要件A(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A」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア ゲムシタジン及びカルボプラチンとの併用投与 イ パクリタキセル及びシクロホスファミド水合物との併用投与 ウ エルビジン塩酸塩及びシクロホスファミド水合物との併用投与	820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)	
			820600171	併用投与A(キイトルーダ点滴静注)		
			820600177	併用投与ウ(キイトルーダ点滴静注)		
72	キイトルーダ点滴静注100mg	ホルモン受容体陰性かつHER2陰性で再発・再発の乳癌における術前・術後薬物療法	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A」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年以上の泌尿器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。	820600146	医師要件A(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A」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア ゲムシタジン及びカルボプラチンとの併用投与 イ パクリタキセル及びシクロホスファミド水合物との併用投与 ウ エルビジン塩酸塩及びシクロホスファミド水合物との併用投与	820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)	
			820600171	併用投与A(キイトルーダ点滴静注)		
			820600177	併用投与ウ(キイトルーダ点滴静注)		

RO 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レポート番号処理 システム用コード	左記コードによるレポート表示文言	令和6年 6月1日 適用
71	キイトルーダ点滴静注100mg	進行又は再発の子宮頸癌	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年以上の臨床経験を有していること。うち、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)	
			本製剤を術前薬物療法として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」又は「併用投与」と記載)を記載すること。 ア パブリタキセル及びプラチナ製剤との併用投与 イ パブリタキセル、プラチナ製剤及びベパシズマブとの併用投与	820600171	併用投与ア(キイトルーダ点滴静注)	
				820600174	併用投与イ(キイトルーダ点滴静注)	
72	キイトルーダ点滴静注100mg	再発又は難治性の原発性腫瘍大細胞型B細胞リンパ腫	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(「医師要件イ」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6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。 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、造血系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。	820600146	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)	
				820600148	医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)	
73	キムリア点滴静注		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・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(認定カテゴリー)を有する施設 イ 認定カテゴリー1に準ずる診療科(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	820600052	施設要件ア(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「CD19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」と記載されていること、CD19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。	820600053	施設要件イ(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「CD19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」と記載されていること、CD19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。	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(キムリア点滴静注);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
74	クリスピータ皮下注10mg クリスピータ皮下注20mg クリスピータ皮下注30mg		本剤の効能又は効果は「FGF23関連低リン血症性(骨軟化症)であり、FGF23の過剰産生により血清リン濃度が低下している患者を対象であること、本品の投与が適切と判断される患者であって、かつ閉鎖性動脈硬化症の患者は以下のすべての要件を満たした場合、パーチャー病の患者は以下の①～③の要件を満たした場合に限り算定できるものであること。なお、病態によって④の指標の測定が困難な閉鎖性動脈硬化症患者においては、虚血に基づく潰瘍であると判断した血行動態指標(足趾血圧、足趾上腕血圧比(TB))等の測定値を記載すること。 ① 血管造影、コルヒナール造影検査(CTA)又は造影剤動態撮影(MRA)により投与対象肢の末大動脈、膝動脈、腓骨動脈又は膝窩下の動脈に閉塞又は狭窄部が認められ、かつ潰瘍を有していること。 ② 投与対象肢の血行再建術(血管内治療を含む)の適応が困難であること。 ③ 既存の内科的治療や薬物による対象肢の症状の改善が認められないこと。 ④ 対象肢の血行動態の指標が、以下の条件をいずれも満たすこと。 ア 安静時上腕・足関節血圧比(ABPI)が0.6以下であること イ 足関節血圧が70mmHg未満であること	850600026	FGF23の過剰産生確認した検査の実施年月日(クリスピータ皮下注10mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				850600027	FGF23の過剰産生確認した検査の実施年月日(初回投与)(クリスピータ皮下注10mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
75	コラテジエン筋注用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慢性動脈閉塞性」とされていることから、本品の投与が適切と判断される患者であって、かつ閉鎖性動脈硬化症の患者は以下のすべての要件を満たした場合、パーチャー病の患者は以下の①～③の要件を満たした場合に限り算定できるものであること。なお、病態によって④の指標の測定が困難な閉鎖性動脈硬化症患者においては、虚血に基づく潰瘍であると判断した血行動態指標(足趾血圧、足趾上腕血圧比(TB))等の測定値を記載すること。 ① 血管造影、コルヒナール造影検査(CTA)又は造影剤動態撮影(MRA)により投与対象肢の末大動脈、膝動脈、腓骨動脈又は膝窩下の動脈に閉塞又は狭窄部が認められ、かつ潰瘍を有していること。 ② 投与対象肢の血行再建術(血管内治療を含む)の適応が困難であること。 ③ 既存の内科的治療や薬物による対象肢の症状の改善が認められないこと。 ④ 対象肢の血行動態の指標が、以下の条件をいずれも満たすこと。 ア 安静時上腕・足関節血圧比(ABPI)が0.6以下であること イ 足関節血圧が70mmHg未満であること	842600009	虚血に基づく潰瘍であると判断した血行動態指標(足趾血圧、足趾上腕血圧比(TB))等の測定値(コラテジエン筋注用4mg);*****	
76	ザコーリカプセル200mg ザコーリカプセル250mg		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融合遺伝子陽性又はROS1融合遺伝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。	850600028	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ザコーリカプセル200mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				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)(ザコーリカプセル200mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				850600030	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ザコーリカプセル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)(ザコーリカプセル200mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				820600054	医師要件ア(サイハイコ錠50mg等)	
77	サイハイコ錠50mg サイハイコ錠100mg サイハイコ錠200mg		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 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピ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ること。 イ 成人アトピ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ていること。 ロ 小児アトピ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、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピ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」と記載) ア 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピ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連日の6か月以上行っていること。 イ 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬/カルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所副作用等もしくは全身副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難な場合、 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 イ 全身又は顔頸部の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(%)	820600055	医師要件イ(サイハイコ錠50mg等)	
				820600056	医師要件ウ(サイハイコ錠50mg等)	
				820600057	前治療要件ア(サイハイコ錠50mg等)	
				820600058	前治療要件イ(サイハイコ錠50mg等)	
				830600031	IGAスコア(サイハイコ錠50mg等);*****	
				830600032	全身のEASIスコア(サイハイコ錠50mg等);*****	
				830601119	顔頸部のEASIスコア(サイハイコ錠50mg等);*****	
			体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) (サイハイコ錠50mg等);*****	842600010		
78	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以上の切除不能肝細胞癌に用いる場合は、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、適応患者の選択を行うこと。」とされているので、本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。	830600033	AFPの検査値(サイラムザ点滴静注液100mg等);*****	
				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	
79	ザルティア錠2.5mg ザルティア錠5mg タダラフィル錠2.5mgZA「サイ」 タダラフィル錠2.5mgZA「フー」 タダラフィル錠2.5mgZA「日露」 タダラフィル錠2.5mgZA「ニブ」 タダラフィル錠2.5mgZA「あすか」 タダラフィル錠2.5mgZA「香林」 タダラフィル錠2.5mgZA「サント」 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「サウ」 タダラフィル錠5mgZA「フソー」 タダラフィル錠5mgZA「日工」 タダラフィル錠5mgZA「ニブ」 タダラフィル錠5mgZA「あすか」 タダラフィル錠5mgZA「香林」 タダラフィル錠5mgZA「サント」 タダラフィルOD錠5mgZA「トーワ」 タダラフィル錠2.5mgZA「シオエ」 タダラフィル錠5mgZA「シオエ」	慢性腎臓病	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、前立腺癌の診断・診療に関する国内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」とされており、適切な検査により前立腺癌と診断された場合に限り算定できること。また、尿流測定検査、残尿検査、前立腺超音波検査等の診断に用いた主な検査について、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っては、必ず実施年月日を記載すること。	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	
				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	
				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	
				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'年'mm'月'dd'日	
80	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融合遺伝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150mg);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				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(ジャクスタピッドカプセル5mg等)	
81	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 ジャクスタピッドカプセル20mg	ホモ接合体家族性高コレステロール血症	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。 ② 本疾患の診断根拠(遺伝子診断、コレステロール値、重症の高コレステロール血症の徴候等)	830600035	診断根拠(遺伝子診断、コレステロール値、重症の高コレステロール血症の徴候等)(ジャクスタピッドカプセル5mg等);*****	
				830600159	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ない(ジャクスタピッドカプセル5mg等);*****	※
82	ジャディア錠10mg	慢性腎臓病	本製剤の効能又は効果に関連する使用上の注意において、「eGFRが20mL/min/1.73m <sup>2</sup> 未満の患者では、本剤の腎保護作用が十分に得られない可能性があること、本剤投与にあたっては、eGFRが低下することがあり、腎機能悪化が懸念されるおそれがあることから、投与の必要性を慎重に判断すること。」及び「臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れた患者の背景(疾患名、併用薬、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。	830600160	判断に用いた指標の値等(eGFRの値を含む。)(ジャディア錠10mg);*****	※
				850600184	最近の薬剤耐性検査の実施年月日(シュレンカ錠300mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
83	シュレンカ錠300mg		本製剤の効能又は効果は「薬剤耐性HIV-1感染症」であり、効能又は効果に関連する使用上の注意において、「過去の治療において、本剤を含まない既存の抗レトロウイルス療法による適切な治療を行ってもウイルス学的抑制が得られなかった患者」及び「(薬剤耐性検査(遺伝子型診断)又は血清型診断)の結果、本剤を含まない適切な抗HIV-1製剤を併用する必要がある」とされているので、本剤の投与開始に当たっては、本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。	850600184	最近の薬剤耐性検査の実施年月日(シュレンカ錠300mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※

IR 項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	シレボト電算処理 システム用コード	左記コードによるシレボト表示文言	令和6年 6月1日 適用
	シュンレンカ皮下注463.5mg		本剤は「本剤を投与する前に、本剤の投与による副作用の発現を予防するために、本剤の投与前に患者の腎機能を確認し、腎機能が正常であることを確認する必要がある」とされているが、本剤の投与開始に当たっては、直近の薬剤耐性検査の実施年月日及び薬剤耐性が認められた全ての抗HIV薬の品名を記載すること。	830600161	薬剤耐性が認められた抗HIV薬の品名(シュンレンカ錠300mg等)；*****	※
84	シンボニー皮下注50mgシリンジ	潰瘍性大腸炎	次の事項を記載すること。 ア 他の薬物療法として使用していた薬剤の品名及び使用期間 イ 本剤の投与が必要と判断した理由	830600038 830600039 830600040 830600041 830600042 830600043	他の薬物療法として使用していた薬剤の品名(シンボニー皮下注50mgシリンジ)；***** 他の薬物療法として使用していた薬剤の使用期間(シンボニー皮下注50mgシリンジ)；***** 投与が必要と判断した理由(シンボニー皮下注50mgシリンジ)；***** 他の薬物療法として使用していた薬剤の品名(シンボニー皮下注50mgオートインジェクター)；***** 他の薬物療法として使用していた薬剤の使用期間(シンボニー皮下注50mgオートインジェクター)；***** 投与が必要と判断した理由(シンボニー皮下注50mgオートインジェクター)；*****	
85	ステロニン点滴静注バッグ9000mg/300mL		本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(ステロニン点滴静注バッグ9000mg/300mL)；*****	
86	ステミラック注		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A」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年以上の経験を有し、脊髄損傷に関する十分な臨床経験(計30件以上)を有し、AIS評価が適切に行なわれること。 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年以上の経験を有し、脊髄損傷に関する十分な臨床経験(計30件以上)を有し、AIS評価が適切に行なわれること。 ② 本製品の製造原料として最初末梢血の採血を行う時点及び本製品の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。	820600064 820600065 830600045 830600046	医師要件A(ステミラック注) 医師要件イ(ステミラック注) 製造原料として最初末梢血の採血を行う時点におけるAIS(ステミラック注)；***** 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)；*****	
87	スピナラザ錠12mg		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1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1以上であることを確認した遺伝子検査の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。  (オナセム/ゲン アペル/ボベク(販売名:ゾルゲンスマ点滴静注)の投与後に本剤を投与する場合) その必要性を適切に判断し、投与が必要なる理由を記載すること。	850600035 850600036 830600047 830600048 850600037 850600038	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(スピナラザ錠12mg)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日 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)(スピナラザ錠12mg)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日 オナセム/ゲン アペル/ボベク(販売名:ゾルゲンスマ点滴静注)の投与後に本剤の投与が必要なる理由(スピナラザ錠12mg)；***** 過去に実施した化学療法歴(ゼジュラカプセル100mg等)；***** 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(ゼジュラカプセル100mg等)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日 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)(ゼジュラカプセル100mg等)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
88	ゼジュラカプセル100mg ゼジュラ錠100mg		本剤を「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医薬品又は医療機器を用いた検査により、相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。 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。	830600048 850600037 850600038	過去に実施した化学療法歴(ゼジュラカプセル100mg等)；***** 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(ゼジュラカプセル100mg等)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日 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)(ゼジュラカプセル100mg等)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
89	ゼフィックス錠100		本剤の使用に当たっては、B型肝炎ウイルスの増殖を伴う肝機能の異常の確認が前提であり、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。 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。	830600049 830600050 830600051 850600039 850600040	HBV-DNA検査結果(ゼフィックス錠100)；***** DNAポリメラーゼ検査結果(ゼフィックス錠100)；***** HBe抗原検査結果(ゼフィックス錠100)；***** 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 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	
90	ゼルボラフ錠240mg		本剤の効能・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っては、必ず実施年月日を記載すること。	850600041 850600042	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240mg)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日 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	
91	ゾスバ錠40mg		本剤の効能・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。 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。	850600043 850600044	FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(ゾスバ錠40mg)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日 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)(ゾスバ錠40mg)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
92	ゾルゲンスマ点滴静注		本品の効能・効果又は性能に関連する使用上の注意に、「SMN1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。」と2歳未満の患者に投与すること。」及び「承認された体外診断用医薬品を用いた検査により抗AAV9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。 ・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 ・本品の投与日誌 ・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	850600045 842600011 850600046	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 本品の投与日誌 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	
			① 次に掲げる医師が本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A」から「医師要件イ」までのうち該当するもの) 【成人季節性アレルギー性鼻炎患者に投与する場合】 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。 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診療の臨床経験を有し、そのうち3年以上は季節性アレルギー性鼻炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 【小児季節性アレルギー性鼻炎患者に投与する場合】 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 エ 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つ3年以上の季節性アレルギー性鼻炎を含む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 投与量の設定に用いた血清中総IgE濃度及び当該検査の実施年月日 ③ 患者が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 ④ 前スギ花粉シーズンにおける鼻症状及び本剤の投与時における鼻症状、なお、鼻症状としては、(しゃみ発作の1日回数、擤鼻の1日回数及び鼻閉の状態をそれぞれ記載すること。 ⑤ 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及びケミカルメディエーター受容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(減感作療法)に関する説明	820600251 820600252 820600253 820600254 830600122 850600140 830600052 842600012 842600013 830600053 842600014 842600015 830600054	医師要件A(ゾレア皮下注150mg等) 医師要件イ(ゾレア皮下注150mg等) 医師要件ウ(ゾレア皮下注150mg等) 医師要件エ(ゾレア皮下注150mg等) 投与量の設定に用いた血清中総IgE濃度(ゾレア皮下注150mg等)；***** 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150mg等)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日 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150mg等)；***** 前スギ花粉シーズンにおける鼻症状(しゃみ発作の1日回数)(ゾレア皮下注150mg等)；***** 前スギ花粉シーズンにおける鼻症状(こら鼻の1日回数)(ゾレア皮下注150mg等)；***** 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150mg等)；***** 本剤の投与時における鼻症状(しゃみ発作の1日回数)(ゾレア皮下注150mg等)；***** 本剤の投与時における鼻症状(こら鼻の1日回数)(ゾレア皮下注150mg等)；***** 本剤の投与時における鼻症状(鼻閉の状態)(ゾレア皮下注150mg等)；*****	



RO 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	シレボト電算処理 システム用コード	左記コードによるシレボト表示文言	令和6年 6月1日 適用
			エ 外科化学療法を併用し、外科療法で手術療法を行ったがん患者に外科療法以外の治療法に併用して行うこと。 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E(セントリク点滴静注)	
				820600199	施設要件オ(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A」又は「医師要件イ」)までのうち該当するものを記載すること。 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の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科の研修を行っていること。	820600147	医師要件A(セントリク点滴静注)	
				820600149	医師要件イ(セントリク点滴静注)	
				820600316	医師要件ウ(セントリク点滴静注)	※
				820600172	併用投与A(セントリク点滴静注)	
				820600175	併用投与イ(セントリク点滴静注)	
				820600178	併用投与ウ(セントリク点滴静注)	
				850600117	EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日(セントリク点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				850600115	ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日(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(セントリク点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
103	セントリク点滴静注840mg セントリク点滴静注1200mg	切除不能進行・再発の非小細胞肺癌	(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、該当するものを(「併用投与A」から「併用投与ウ」)までのうち該当するものを記載すること。 ア カルボプラチン、パクリタキセル及びビヘキサメブ(遺伝子相換え)との併用投与 イ 白金製剤(シスプラチン又はカルボプラチン)及びベメシドとの併用投与 ウ カルボプラチン及びパクリタキセル(アルブミン希釈型)との併用投与	820600147	医師要件A(セントリク点滴静注)	
				820600149	医師要件イ(セントリク点滴静注)	
				820600147	医師要件A(セントリク点滴静注)	
				820600149	医師要件イ(セントリク点滴静注)	
				850600117	EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日(セントリク点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				850600115	ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日(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(セントリク点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
104	セントリク点滴静注840mg セントリク点滴静注1200mg	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るもの(「医師要件A」又は「医師要件イ」)に記載すること。 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の臨床研修を行っていること。	820600147	医師要件A(セントリク点滴静注)	
				820600149	医師要件イ(セントリク点滴静注)	
				820600147	医師要件A(セントリク点滴静注)	
				820600149	医師要件イ(セントリク点滴静注)	
				850600141	PD-L1陽性であることを確認した検査の実施年月日(セントリク点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				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(セントリク点滴静注):(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(セントリク点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				820600147	医師要件A(セントリク点滴静注)	
				820600149	医師要件イ(セントリク点滴静注)	
				830600114	投与時におけるChild-Pugh分類(セントリク点滴静注):*****	
				820600147	医師要件A(セントリク点滴静注)	
				820600149	医師要件イ(セントリク点滴静注)	
				820600316	医師要件ウ(セントリク点滴静注)	※
				850600141	PD-L1陽性であることを確認した検査の実施年月日(セントリク点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				830600162	PD-L1発現率を確認した検査結果(発現率)(セントリク点滴静注):*****	※
106	セントリク点滴静注840mg セントリク点滴静注1200mg	切除不能肝細胞癌	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るもの(「医師要件A」又は「医師要件イ」)に記載すること。 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年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肝臓癌のがん薬物療法を含む肝臓病の臨床研修を行っていること。 本製剤投与時におけるChild-Pugh分類を記載すること。	820600147	医師要件A(セントリク点滴静注)	
				820600149	医師要件イ(セントリク点滴静注)	
				820600147	医師要件A(セントリク点滴静注)	
				820600149	医師要件イ(セントリク点滴静注)	
				820600316	医師要件ウ(セントリク点滴静注)	※
				850600141	PD-L1陽性であることを確認した検査の実施年月日(セントリク点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				830600162	PD-L1発現率を確認した検査結果(発現率)(セントリク点滴静注):*****	※
				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(チロシニド錠250mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				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)(チロシニド錠250mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				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A(デュピセント皮下注)	
				820600189	施設要件イ(デュピセント皮下注)	
				820600193	施設要件ウ(デュピセント皮下注)	
				820600181	前治療要件A(デュピセント皮下注)	
				820600317	前治療要件イ(デュピセント皮下注)	※
				820600182	前治療要件ウ(デュピセント皮下注)	
				830600137	IGAスコア(デュピセント皮下注):*****	
				830600135	全身のEASIスコア(デュピセント皮下注):*****	
				830600136	顔面のEASIスコア(デュピセント皮下注):*****	
				830600109	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) (デュピセント皮下注):*****	
				820600167	施設要件A(デュピセント皮下注)	
				820600189	施設要件イ(デュピセント皮下注)	
				820600193	施設要件ウ(デュピセント皮下注)	
110	デュピセント皮下注300mgシリンジ デュピセント皮下注300mgペン デュピセント皮下注200mgシリンジ	アトピー性皮膚炎	本品の警告において、「緊急時に十分対応できる医療施設において、過剰投与に備えて十分な知識・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・効果又は安全性に關する使用上の注意において、「ステロイド療法によっても十分な治療効果が得られない場合に使用する」と及び「本品の投与に関しては、急性GVHDの重症度等、「臨床成績」の項の内容を熟知し、本品の有効性及び安全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有効と判断した理由を記載すること。 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当する施設(「施設要件A」から「施設要件ウ」)までのうち該当するものを記載すること。 ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピ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ること。 イ 成人アトピ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ていること。うち、3年以上は、アトピ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(ステロイド外用薬)又は小児アトピ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、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピ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) 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況(「前治療要件A」から「前治療要件ウ」)までのうち該当するものを記載すること。 ア 成人アトピー性皮膚炎患者であって、アトピ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(ステロイド外用薬)又は小児アトピー性皮膚炎患者であって、アトピ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(ステロイド外用薬)又は小児アトピ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、3年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 小児アトピ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、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピ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。 ウ 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬や小児アトピー性皮膚炎患者に対する過剰投与、顕著な副作用作用若しくは全身副作用作用により、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 イ 全身又は顔面の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(%)	820600167	施設要件A(デュピセント皮下注)	
				820600189	施設要件イ(デュピセント皮下注)	
				820600193	施設要件ウ(デュピセント皮下注)	
				820600181	前治療要件A(デュピセント皮下注)	
				820600317	前治療要件イ(デュピセント皮下注)	※
				820600182	前治療要件ウ(デュピセント皮下注)	
				830600137	IGAスコア(デュピセント皮下注):*****	
				830600135	全身のEASIスコア(デュピセント皮下注):*****	
				830600136	顔面のEASIスコア(デュピセント皮下注):*****	
				830600109	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) (デュピセント皮下注):*****	
				820600167	施設要件A(デュピセント皮下注)	
				820600189	施設要件イ(デュピセント皮下注)	
				820600193	施設要件ウ(デュピセント皮下注)	
111	デュピセント皮下注300mgシリンジ デュピセント皮下注300mgペン	喉等奇腫瘍	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A」から「施設要件ウ」)までのうち該当するものを記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関する呼吸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。 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つ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。	820600167	施設要件A(デュピセント皮下注)	
				820600189	施設要件イ(デュピセント皮下注)	
				820600193	施設要件ウ(デュピセント皮下注)	

RO 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	シレボト電算処理 システム用コード	左記コードによるシレボト表示文言	令和6年 6月1日 適用
	デュピセント皮下注200mgシリンジ		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A」又は「患者要件I」と記載) 高用量吸入ステロイド薬(ICS)とその他の長期間管理薬(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)、ロコリン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤)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)、ロコリン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤)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年に1回以上きたしている。 3) 2)で「患者要件I」に該当する場合は、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	820600153 820600155 830600104	患者要件A(デュピセント皮下注) 患者要件I(デュピセント皮下注) 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(デュピセント皮下注);*****	
112	デュピセント皮下注300mgシリンジ デュピセント皮下注300mgペン デュピセント皮下注200mgシリンジ	鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎	① 本製剤の投与前に当たっては、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旨(「施設要件A」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修を行っていること。 イ 慢性副鼻腔炎の確定診断がなされている旨 エ 「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療がある。」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すべての症状が認められる。 ・ 夜間頻発による鼻スコアが各鼻翼とも5点以上かつ両側の合計が5点以上 ・ 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) ・ 嗅覚障害、鼻汁(前鼻漏/後鼻漏)等(8週間以上持続していること)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 4) 本製剤投与前における各鼻翼の鼻スコア、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 本製剤の継続投与前に当たっては、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A」又は「施設要件I」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年以上は鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎を含むフルタイム診療の臨床研修を行っていること。 2) 1)で該当する場合は、A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 3) 本製剤の継続投与前における各鼻翼の鼻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	820600167 820600150 820600185 820600151 850600132 830600108 830600123 830600124 830600125 820600142 820600144 820600143 830600126 830600127 830600103	施設要件A(デュピセント皮下注) 患者の要件Aに該当(デュピセント皮下注) 患者の要件Iに該当(デュピセント皮下注) 患者の要件Iに該当(デュピセント皮下注) 慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日(デュピセント皮下注);(元号)yy'年'mm'月'dd'日' 手術が適応とならないと判断した理由(デュピセント皮下注);***** 本製剤投与前における鼻スコア(デュピセント皮下注);***** 本製剤投与前における鼻閉重症度スコア(デュピセント皮下注);***** 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(デュピセント皮下注);***** 施設要件A(デュピセント皮下注) 施設要件I(デュピセント皮下注) 施設要件A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(デュピセント皮下注) 本製剤の継続投与前における鼻スコア(デュピセント皮下注);***** 本製剤の継続投与前における鼻閉重症度スコア(デュピセント皮下注);***** 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(デュピセント皮下注);*****	
113	デュピセント皮下注300mgシリンジ デュピセント皮下注300mgペン	既存治療で効果不十分な結節性痒疹	効能又は効果に関連する注意において、「17.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を十分に理解した上で、本剤はステロイド外用剤等による治療を施行しても、痒疹結節を主体とする病変が改善し、複数の節節に及ぶ痒疹を用いること」とされているので、本剤の投与前に当たっては、次の事項を記載すること。 A 既存治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間(既存治療として薬剤を使用していない場合はその理由) イ 投与前開始時の痒疹結節数 エ 投与前開始時の痒疹部位 ウ 投与前開始時の痒疹スコア	830600163 830600164 830600165 830600166 830600167 842600029	既存治療として使用していた薬剤の品名(デュピセント皮下注);***** 既存治療として使用していた薬剤の使用期間(デュピセント皮下注);***** 既存治療として薬剤を使用していない理由(デュピセント皮下注);***** 投与前開始時の痒疹結節数(デュピセント皮下注);***** 投与前開始時の痒疹部位(デュピセント皮下注);***** 投与前開始時の痒疹スコア(デュピセント皮下注);*****	※ ※ ※ ※ ※ ※
114	デリタクト注		本製剤の投与前に当たっては、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I」から「施設要件E」までのうち該当するものを記載) 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 慢性神経障害性疼痛の年間症例数が10例以上ある施設 エ 本品に係る治療の実施施設。又はこれと同等の施設体制を有し本品に係る治療責任医師又は治療分担医師が常勤する施設(脳神経外科に係る診療科を有する場合に限る。) 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(「施設要件A」から「施設要件F」までのうち該当するものを全て記載。最適用推定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とされている。) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の脳神経外科の臨床研修を行っており、うち、3年以上は、脳神経外科治療の臨床経験があること。 イ 脳腫瘍に関する十分な臨床経験(計30例以上)があること。 ウ ナビゲーション下生検術を含む定位脳手術の実績が5例以上あること。 ③ 放射線治療及びテモゾロミドの治療歴のある患者である旨	820600067 820600068 820600069 820600070 820600071 820600072 820600073 820600074 820600075	施設要件A(デリタクト注) 施設要件I(デリタクト注) 施設要件U(デリタクト注) 施設要件E(デリタクト注) 施設要件A(デリタクト注) 施設要件I(デリタクト注) 施設要件U(デリタクト注) 施設要件U(デリタクト注) 放射線治療歴のある患者(デリタクト注) テモゾロミド治療歴のある患者(デリタクト注)	
115	ドブレチン錠20mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「開腹、開胸、開心、開頭又は臓器切除を伴う複雑な手術の場合は、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。また、観血的手術の名称及び実施予定年月日を記載すること。	830600168 850600185	観血的手術の名称(ドブレチン錠20mg);***** 観血的手術の実施予定年月日(ドブレチン錠20mg);(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	※ ※
116	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、乾癬性紅皮症	12週において、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);*****	
117	ニコチンTTS10 ニコチンTTS20 ニコチン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履行し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き禁煙治療を継続した場合) 「外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記載すること。」	820600076	外にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方(ニコチンTTS10等)	
118	ニューモバックスNPシリンジ		(スチムリマブ(遺伝子組換え)又はベグセクオラン投与患者に使用する場合) スチムリマブ(遺伝子組換え)又はベグセクオランの投与を行った又は行う予定の年月日を記載すること(同一の診療報酬明細書においてスチムリマブ(遺伝子組換え)又はベグセクオランの投与が確認できる場合を除く。)	850600186 850600187	スチムリマブ(遺伝子組換え)又はベグセクオランの投与を行った年月日(ニューモバックスNPシリンジ);(元号)yy'年'mm'月'dd'日' スチムリマブ(遺伝子組換え)又はベグセクオランの投与を行う予定の年月日(ニューモバックスNPシリンジ);(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	※ ※
119	ノモサン点滴静注250mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤による急性副作用の予防効果は確認されていないことから、予防的に使用しないこと。」とされているので、予防的に使用しない場合には記載できないものであること。また、診療報酬明細書の記載に当たっては、発作時の使用である旨を記載すること。	820600077	発作時の使用(ノモサン点滴静注250mg)	
120	ノボセプンH静注用1mg シリンジ ノボセプンH静注用2mg シリンジ ノボセプンH静注用5mg シリンジ		本製剤の使用に当たっては、血清薬物濃度測定又は尿中のインヒターを保有することの確認が前提であり、インヒター濃度の測定された年月日及び力価を記載すること。	830600128 850600146	インヒター力価(ノボセプンH静注用1mgシリンジ等);***** インヒター力価測定年月日(ノボセプンH静注用1mgシリンジ等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
121	パーゼクタ点滴静注420mg/14mL	結腸・直腸癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験値を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2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、HER2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。	850600188 850600189	HER2陽性を確認した検査の実施年月日(パーゼクタ点滴静注420mg/14mL);(元号)yy'年'mm'月'dd'日' HER2陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(パーゼクタ点滴静注420mg/14mL);(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	※ ※
			ハーセプチン注射用60、ハーセプチン注射用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'	

RS 項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	シレボト電算処理 システム用コード	左記コードによるシレボト表示文言	令和6年 6月1日 適用
122	ハーセプチン注射用150 ハーセプチン注射用60 トラスズマブBS点滴静注用150mg CTHJ トラスズマブBS点滴静注用150mg 「NKJ」 トラスズマブBS点滴静注用150mg 「ファイザー」 トラスズマブBS点滴静注用150mg 「第一三共」 トラスズマブBS点滴静注用60mg「C THJ」 トラスズマブBS点滴静注用60mg「N KJ」 トラスズマブBS点滴静注用60mg 「ファイザー」 トラスズマブBS点滴静注用60mg「第 一三共」		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。	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'	
			トラスズマブ BS 点滴静注用 60mg「NKJ」、同 150mg「NKJ」、同 60mg「CTHJ」及び同 150mg「CTHJ」	850600059	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(トラスズマブBS点滴静注用60mg「NKJ」等)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
			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。	850600060	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(初回投与)(トラスズマブBS点滴静注用60mg「NKJ」等)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
			トラスズマブ BS 点滴静注用 60mg「第一三共」及び同 150mg「第一三共」	850600062	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(トラスズマブBS点滴静注用60mg「CTHJ」等)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
			トラスズマブ BS 点滴静注用 60mg「第一三共」及び同 150mg「第一三共」	850600063	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(トラスズマブBS点滴静注用60mg「第一三共」等)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
			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。	850600064	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(初回投与)(トラスズマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」等)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
			トラスズマブ BS 点滴静注用 60mg「ファイザー」及び同 150mg「ファイザー」	850600065	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(トラスズマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」等)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
			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。	850600066	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(初回投与)(トラスズマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」等)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
123	バイアグラ錠25mg バイアグラ錠50mg バイアグラODフィルム錠25mg バイアグラODフィルム錠50mg シアリス錠5mg シアリス錠10mg シアリス錠20mg	勃起不全による男性不妊の治療を目的として一般不妊治療におけるタイミング法において用いる場合	以下の事項を記載すること。 ① 投与を行う医師に係る要件として次に掲げるもののうち、該当するもの(「投与医薬品A」又は「投与医薬品B」と記載)ア 泌尿器科について5年以上の経験を有する医師 イ A以外で、特段の理由がある場合 ② 上記①に該当する場合、当該理由	820600318	投与医薬品A(バイアグラ錠25mg等)	※
			ア 泌尿器科について5年以上の経験を有する医師 イ A以外で、特段の理由がある場合 ② 上記①に該当する場合、当該理由	820600319	投与医薬品B(バイアグラ錠25mg等)	※
			以下事項を記載すること。 ① 医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を行っているが、本製剤を投与する患者又はそのパートナーのいずれであるか ② 医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を行っている保険医療機関名(投与する保険医療機関と同一である場合には省略しても差し支えない。) ③ 医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料の算定が行われた年月(投与日から遡って6か月以内に限る。)	830600169	投与医薬品Bに該当する理由(バイアグラ錠25mg等)；*****	※
			以下事項を記載すること。 ① 医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を行っているが、本製剤を投与する患者又はそのパートナーのいずれであるか ② 医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を行っている保険医療機関名(投与する保険医療機関と同一である場合には省略しても差し支えない。) ③ 医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料の算定が行われた年月(投与日から遡って6か月以内に限る。)	820600320	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者(バイアグラ錠25mg等)	※
			① 医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を行っているが、本製剤を投与する患者又はそのパートナーのいずれであるか ② 医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を行っている保険医療機関名(投与する保険医療機関と同一である場合には省略しても差し支えない。) ③ 医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料の算定が行われた年月(投与日から遡って6か月以内に限る。)	820600321	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者のパートナー(バイアグラ錠25mg等)	※
			一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を行っている保険医療機関名(バイアグラ錠25mg等)；*****	830600170	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を行っている保険医療機関名(バイアグラ錠25mg等)；*****	※
			(6か月を超えて投与を継続する場合) 継続の必要性を改めて検討し、必要と判断した理由及び初回投与の年月を記載すること。	830600171	6か月を超えて投与を継続する必要と判断した理由(バイアグラ錠25mg等)；*****	※
	850600191	初回投与の年月(バイアグラ錠25mg等)；(元号)yy'年'mm'月'	※			
124	バイロコト配合静注用		本製剤の使用に当たっては、血液凝固第四因子又は第五因子のインヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビター濃度の測定された年月日及び力価を記載すること。	830600129	インヒビター力価(バイロコト配合静注用)；*****	
				850600147	インヒビター力価測定年月日(バイロコト配合静注用)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
125	バクソミー点鼻粉末剤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(バクソミー点鼻粉末剤3mg)；*****	
126	バクトロバン鼻腔用軟膏2%		易感染患者から隔離することが困難な入院患者に対する使用に当たっては、やむを得ず、二名以下の患者が収容されている病室に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)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定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)の診療報酬明細書に易感染患者から隔離することが困難な入院患者に投与した旨を記載すること。	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(バクトロバン鼻腔用軟膏2%)	
127	パドセブ点滴静注用20mg パドセブ点滴静注用30mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤の一次治療における有効性及び安全性は確立していない。」及び「PD1/PDL1阻害剤による治療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、PD1/PDL1阻害剤を含む化学療法による治療を有する患者に投与すること、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を有する患者に投与(パドセブ点滴静注用20mg等)	
128	パベンチオ点滴静注200mg	メルケル細胞癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤の一次治療における有効性及び安全性は確立していない。」及び「PD1/PDL1阻害剤による治療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、PD1/PDL1阻害剤を含む化学療法による治療を有する患者に投与すること、その旨を記載すること。	820600244	施設要件A(パベンチオ点滴静注200mg)	
				820600245	施設要件B(パベンチオ点滴静注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A」から「施設要件C」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、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定医療機関 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 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍学療法診療科1又は外来腫瘍学療法診療科2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗癌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 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A」又は「医師要件B」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。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600246	施設要件C(パベンチオ点滴静注200mg)	
			オ 抗癌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 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A」又は「医師要件B」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。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600247	施設要件D(パベンチオ点滴静注200mg)	
			オ 抗癌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 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A」又は「医師要件B」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。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600248	施設要件E(パベンチオ点滴静注200mg)	
			オ 抗癌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 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A」又は「医師要件B」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。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600249	施設要件F(パベンチオ点滴静注200mg)	
			オ 抗癌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 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A」又は「医師要件B」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。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600250	施設要件G(パベンチオ点滴静注200mg)	
129	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癌の治療	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤の一次治療における有効性及び安全性は確立していない。」及び「PD1/PDL1阻害剤による治療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、PD1/PDL1阻害剤を含む化学療法による治療を有する患者に投与すること、その旨を記載すること。	820600244	施設要件A(パベンチオ点滴静注200mg)	
				820600245	施設要件B(パベンチオ点滴静注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A」から「施設要件C」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、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定医療機関 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 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍学療法診療科1又は外来腫瘍学療法診療科2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗癌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 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A」又は「医師要件B」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。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科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。	820600246	施設要件C(パベンチオ点滴静注200mg)	
			オ 抗癌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 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A」又は「医師要件B」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。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科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。	820600247	施設要件D(パベンチオ点滴静注200mg)	
			オ 抗癌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 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A」又は「医師要件B」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。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科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。	820600248	施設要件E(パベンチオ点滴静注200mg)	
			オ 抗癌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 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A」又は「医師要件B」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。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科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。	820600249	施設要件F(パベンチオ点滴静注200mg)	
			オ 抗癌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 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A」又は「医師要件B」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。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科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。	820600250	施設要件G(パベンチオ点滴静注200mg)	

RO 項目	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	令和6年 6月1日 適用
130	パベンテオ点滴静注200mg	根治切除不能な原発 上皮癌における化学 療法後の維持療法 の治療	<p>記載事項</p> <p>次の事項を記載すること。</p> <p>1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件A」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)</p> <p>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、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など)</p> <p>イ 特定機能病院</p> <p>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)</p> <p>エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科1又は外来腫瘍化学療法診療科2の施設基準に係る届出を行っている施設</p> <p>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</p> <p>イ又は「施設要件イ」と記載</p> <p>ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後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研修の研修を行っていること。</p> <p>イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後4年以上の泌尿器科の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、原発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。</p>	820600244	施設要件A(パベンテオ点滴静注200mg)	
				820600245	施設要件イ(パベンテオ点滴静注200mg)	
				820600246	施設要件ウ(パベンテオ点滴静注200mg)	
				820600247	施設要件エ(パベンテオ点滴静注200mg)	
				820600248	施設要件オ(パベンテオ点滴静注200mg)	
				820600249	施設要件ア(パベンテオ点滴静注200mg)	
820600250	施設要件イ(パベンテオ点滴静注200mg)					
131	ビラフピカセル50mg ビラフピカセル75mg	共通	<p>本製剤の効能・効果に関連する注意において、「十分な経歴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。</p> <p>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。</p>	850600067	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(ビラフピカセル50mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				850600068	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ビラフピカセル50mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				830600070	ピニチニブを併用する理由(ビラフピカセル50mg等);*****	
132	ビルテプノ点滴静注250mg	がん化学療法後に増悪したBRAF遺伝子変異を有する治癒的切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌	<p>本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「遺伝子検査により、エクソン53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投与すること。」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療報酬明細書に記載すること。</p> <p>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。</p>	850600148	遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日(ビルテプノ点滴静注250mg);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				850600149	遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ビルテプノ点滴静注250mg);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
133	ビシメチン錠20mg	トランスサイレチン型心アミロイドーシス(野生型及び変異型)	<p>本製剤を「トランスサイレチン型心アミロイドーシス(野生型及び変異型)」の効能・効果に使用する場合は、本製剤の薬剤料に「患者要件①」又は「患者要件②」と記載</p> <p>① 野生型の場合</p> <p>ア 心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</p> <p>イ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること</p> <p>ウ 組織生検によるアミロイド沈着が認められること</p> <p>エ 免疫組織染色によりTTR 前駆タンパク質が同定されること</p> <p>② 変異型の場合</p> <p>ア 心筋症候及び心筋症と関連する TTR 遺伝子変異を有すること</p> <p>イ 心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</p> <p>ウ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること</p> <p>エ 組織生検によるアミロイド沈着が認められること</p>	820600087	患者要件1(ビシメチン錠20mg)	
				820600088	患者要件2(ビシメチン錠20mg)	
134	ビシメチン錠61mg		<p>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、いずれに該当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)</p> <p>① 野生型の場合</p> <p>ア 心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</p> <p>イ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること</p> <p>ウ 組織生検によるアミロイド沈着が認められること</p> <p>エ 免疫組織染色によりTTR 前駆タンパク質が同定されること</p> <p>② 変異型の場合</p> <p>ア 心筋症候及び心筋症と関連する TTR 遺伝子変異を有すること</p> <p>イ 心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</p> <p>ウ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること</p> <p>エ 組織生検によるアミロイド沈着が認められること</p>	820600089	患者要件1(ビシメチン錠61mg)	
				820600090	患者要件2(ビシメチン錠61mg)	
135	ファイバ静注用1000		<p>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こと。</p>	830600130	インヒビター力価(ファイバ静注用1000);*****	
				850600150	インヒビター力価測定年月日(ファイバ静注用1000);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
136	フェインジェクト静注500mg		(本製剤投与前の血中Hb値及び血中Hb値が8.0g/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);*****	
137	フェスゴ配合皮下注 MA フェスゴ配合皮下注 IN		<p>(HER2陽性の乳癌に用いる場合)</p> <p>効能又は効果に関連する注意において、「HER2陽性の検査は、十分な経歴を有する病理医又は検査施設において実施すること。」とされているので、HER2陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。</p> <p>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。</p>	850600192	HER2陽性を確認した検査の実施年月日(フェスゴ配合皮下注MA等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600193	HER2陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(フェスゴ配合皮下注MA等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
138	フォシーガ錠5mg フォシーガ錠10mg	慢性腎臓病	<p>効能又は効果に関連する注意において、「eGFRが25ml/min/1.73m<sup>2</sup>未満の患者では、本剤の腎保護作用が十分に得られない可能性があること、本剤投与前Ca<sup>2+</sup>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、投与の必要性を慎重に判断すること。」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、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。</p>	830600074	適応患者であると判断した理由(フォシーガ錠5mg等);*****	
				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);*****	
139	プレラジ静注		<p>本製品の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A」又は「施設要件B」と記載)</p> <p>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(認定カテゴリー1)を有する施設</p> <p>イ 認定カテゴリー1に準ずる診療科(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</p>	820600105	施設要件A(プレラジ静注)	
				820600106	施設要件イ(プレラジ静注)	
140	ベイスン錠0.2 ベイスンOD錠0.2 ポグリホースODフィルム0.2「GQ」 ポグリホースOD錠0.2mg「MED」 ポグリホースOD錠0.2mg「クミファ」 ポグリホースOD錠0.2mg「サワイ」 ポグリホースOD錠0.2mg「カタタ」 ポグリホースOD錠0.2mg「トーフ」 ポグリホースOD錠0.2mg「日医工」 ポグリホースOD錠0.2mg「武田テバ」 ポグリホースOD錠0.2mg「杏林」 ポグリホース錠0.2mg「G」 ポグリホース錠0.2mg「NP」 ポグリホース錠0.2mg「NS」 ポグリホース錠0.2mg「TOK」 ポグリホース錠0.2mg「TD」 ポグリホース錠0.2mg「クミファ」 ポグリホース錠0.2mg「サワイ」 ポグリホース錠0.2mg「カタタ」 ポグリホース錠0.2mg「トーフ」 ポグリホース錠0.2mg「杏林」 ポグリホース錠0.2mg「日医工」 ポグリホース錠0.2mg「武田テバ」 ポグリホース錠0.2mg「VTRS」	耐糖能異常における2型糖尿病の発症抑制(ただし、食事療法及び運動療法を十分に実行しても改善されない場合に限る。)	<p>耐糖能異常と判断した根拠(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書を記載すること。</p>	830600081	耐糖能異常と判断した根拠(ベイスン錠0.2等);*****	
				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	
				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(ベジーネ錠50mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	



RO 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レポート番号処理 システム用コード	左記コードによるレポート表示文言	令和6年 6月1日 適用
141	ベージニオ錠50mg ベージニオ錠100mg ベージニオ錠150mg		本製剤の効能・効果は「ホルモン受容体阻害かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」及び「ホルモン受容体阻害かつHER2陰性の再発高リスクの乳癌における術後薬物療法」であることから、ホルモン受容体阻害、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	ホルモン受容体阻害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'	
				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)(ベージニオ錠50mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
142	ベスボンサ点滴静注用1mg		本製剤の使用上の注意において「フローサイトトリー法等の検査によって、CD22阻害剤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阻害剤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。	850600078	CD22阻害剤を確認した検査の実施年月日(ベスボンサ点滴静注用1mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				850600079	CD22阻害剤を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ベスボンサ点滴静注用1mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
143	ペマジュール錠4.5mg	がん化学療法後に増悪したFGFR2融合遺伝子陽性の治療不能胆道癌	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年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月の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。	850600080	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日(ペマジュール錠4.5mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				850600081	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ペマジュール錠4.5mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				850600194	8p11染色体領域の転座を確認した検査の実施年月日(ペマジュール錠4.5mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	※
				850600195	8p11染色体領域の転座を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ペマジュール錠4.5mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	※
144	ペリキユーホ錠2.5mg ペリキユーホ錠5mg ペリキユーホ錠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、左室駆出率の低下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、左室駆出率の計測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名を記載することで差し支えない。	850600082	左室駆出率の計測年月日(ペリキユーホ錠2.5mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				830600083	左室駆出率の値(ペリキユーホ錠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)(ペリキユーホ錠2.5mg等):*****	
145	ボテジジオ点滴静注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陽性の成人T細胞白血病リンパ腫(ATL)、再発又は難治性のCCR4陽性の末梢性T細胞リンパ腫(PTCL)の場合、CCR4抗原は、フローサイトトリー(FCM)又は免疫組織化学染色(IHC)法により検査を行い、陽性であることが確認されている患者のみに投与すること。」とされているので、CCR4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(ボテジジオ点滴静注20mg):(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)(ボテジジオ点滴静注20mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
146	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、アムロジピン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 (2) 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12.5mg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	830600085	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12.5mg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12.5mg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):*****	
				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'	
147	ミチーガ皮下注用60mgシリンジ	アトピー性皮膚炎に伴うそう痒	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当するもの(「医師要件A」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載) ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピ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ること。 イ 成人アトピ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年以上はアトピ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 小児アトピ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、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピ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すること。 2) 本剤投与前の治療の状況 ア 13歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、本剤投与前にステロイド外用薬(ストロングクラス以上)又はカルシニューリン阻害外用薬を行った治療期間(4週間未満又は行っていない場合はその理由) イ 13歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、本剤投与前に抗ヒスタミン薬又は抗アレルギー薬による内服治療を行った治療期間(2週間未満又は行っていない場合はその理由) 3) 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の値。ただし、ア及びイについては、本製剤投与前2日前から本剤投与前直前までの3日間全ての値を記載すること。 ア 痒みVAS イ かゆみスコア ウ EASIスコア	820600322	医師要件A(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ)	※
				820600323	医師要件イ(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ)	※
				820600324	医師要件ウ(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ)	※
				830600172	ステロイド外用薬(ストロングクラス以上)又はカルシニューリン阻害外用薬を行った治療期間(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ):*****	※
				830600173	4週間未満又は行っていない場合はその理由(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ):*****	※
				830600174	抗ヒスタミン薬又は抗アレルギー薬による内服治療を行った治療期間(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ):*****	※
				830600175	2週間未満又は行っていない場合はその理由(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ):*****	※
				842600030	痒みVASの値(投与開始2日前)(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ):*****	※
				842600031	痒みVASの値(投与開始1日前)(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ):*****	※
				842600032	痒みVASの値(投与開始日)(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ):*****	※
				842600033	痒みNRSの値(投与開始2日前)(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ):*****	※
				842600034	痒みNRSの値(投与開始1日前)(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ):*****	※
				842600035	痒みNRSの値(投与開始日)(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ):*****	※
				842600036	かゆみスコア(投与開始2日前)(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ):*****	※
842600037	かゆみスコア(投与開始1日前)(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ):*****	※				
842600038	かゆみスコア(投与開始日)(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ):*****	※				
842600039	EASIスコア(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ):*****	※				
148	ムルプレタ錠3mg		本製剤の使用上の注意において、「開眼、開脚、開心、開頭又は臓器切除を伴う観光的手術の場合は、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。また、観光的手術の名称及び実施予定年月日を記載すること。	830600087	観光的手術の名称(ムルプレタ錠3mg):*****	
				850600085	観光的手術の実施予定年月日(ムルプレタ錠3mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
149	メキニスト錠0.5mg メキニスト錠2mg		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。	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0.5mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
				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'	
150	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。	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'	
				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'	
				850600202	エクシズマブ(遺伝子組換え)投与を行った年月日(メクアッドファイ筋注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	※
850600203	エクシズマブ(遺伝子組換え)投与を行う予定の年月日(メクアッドファイ筋注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	※				

RO 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	シレット電算処理 システム用コード	左記コードによるシレット表示文言	令和6年 6月1日 適用
152	メンクアッドフィ筋注		本製剤は、エクシマブ(遺伝子組換え)、ラブリマブ(遺伝子組換え)、スチムリマブ(遺伝子組換え)、ベグセコブラン又はジルクプラナトリウム投与患者に使用した場合に限り算定できるものである。これらの製剤のうちいずれかの投与を行った又は行う予定の年月日を記載すること(同一の診療報酬明細書においてこれらの製剤のうちいずれかの投与が確認できる場合を除く。)	850600204	ラブリマブ(遺伝子組換え)投与を行った年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600205	ラブリマブ(遺伝子組換え)投与を行う予定の年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600206	スチムリマブ(遺伝子組換え)投与を行った年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600207	スチムリマブ(遺伝子組換え)投与を行う予定の年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600208	ベグセコブラン投与を行った年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600209	ベグセコブラン投与を行う予定の年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600210	ジルクプラナトリウム投与を行った年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
850600211	ジルクプラナトリウム投与を行う予定の年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※				
153	モノヴァー静注500mg モノヴァー静注1000mg		(本製剤投与前の血中Hb値及び血中Hb値が8.0g/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。	830600176	投与が必要と判断した理由(モノヴァー静注500mg等);*****	※
154	ライアットMIBG-1131静注		本製剤の効能又は効果は「MIBG集積陽性の治療不能な褐色細胞腫(パングリオーマ)」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。 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。	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-1131静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600095	MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ライアットMIBG-1131静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
155	ラビフォートワイプ2.5%		本製剤の投与開始に当たっては、多汗症疾患重症度評価尺度(HDSS)を記載すること。	842600040	多汗症疾患重症度評価尺度(HDSS)(ラビフォートワイプ2.5%);*****	※
156	リツキシマブBS点滴静注100mg「KH K」 リツキシマブBS点滴静注500mg「KH K」 リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」 リツキシマブBS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、CD20陽性の慢性リンパ性白血球及び免疫抑制剤下での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。	850600096	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(リツキシマブBS点滴静注100mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600097	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リツキシマブBS点滴静注100mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600098	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(リツキシマブBS点滴静注100mg「KH K」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)(リツキシマブBS点滴静注100mg「KH K」等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600099	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
850600100	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※				
157	リットフォーカプセル50mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤投与開始時に、頭部全体の概ね50%以上に脱毛が認められ、過去6ヵ月程度毛髪に自然再生が認められない患者に投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、頭部全体に占める脱毛部位の割合及び毛髪自然再生が認められない期間を記載すること。	830600177	頭部全体に占める脱毛部位の割合(リットフォーカプセル50mg);*****	※
				830600178	毛髪自然再生が認められない期間(リットフォーカプセル50mg);*****	※
158	リトゴビ錠4mg		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、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。	850600212	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日(リトゴビ錠4mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600213	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リトゴビ錠4mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
159	リフア錠45mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「最新ガイドライン等を参考に、慢性咳嗽の原因となる病原、職業、環境要因、臨床検査結果等を含めた包括的な診断に基づき十分な治療を行っても咳嗽が継続する場合に使用を考慮すること。」とされていることを踏まえ、投与開始に当たっては、慢性性の慢性咳嗽であると判断した理由を記載すること。	830600179	慢性性の慢性咳嗽であると判断した理由(リフア錠45mg);*****	※
160	リプアヨ点滴静注350mg	がん化学療法後に増悪した進行がん再発の子宮頸癌の治療	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A)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、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携拠点病院(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 外来腫瘍化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科1又は外来腫瘍化学療法診療科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算の施設基準に係る届出を行っている施設 イ又は「施設要件イ」と記載) 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研修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、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。	820600325	施設要件A(リプアヨ点滴静注350mg)	※
				820600326	施設要件イ(リプアヨ点滴静注350mg)	※
				820600327	施設要件ウ(リプアヨ点滴静注350mg)	※
				820600328	施設要件エ(リプアヨ点滴静注350mg)	※
				820600329	施設要件オ(リプアヨ点滴静注350mg)	※
				820600330	施設要件A(リプアヨ点滴静注350mg)	※
				820600331	施設要件イ(リプアヨ点滴静注350mg)	※
161	リベルサス錠3mg リベルサス錠7mg リベルサス錠14mg		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);*****	※
				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100mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600102	BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リムバーザ錠100mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
162	リムバーザ錠100mg リムバーザ錠150mg	ア「BRCA遺伝子変異陽性の卵巣癌における初回化学療法後の維持療法」イ「がん化学療法のあるBRCA遺伝子変異陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」ウ「BRCA遺伝子変異陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌」エ「BRCA遺伝子変異陽性の治療不能な脳腫瘍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」又はオ「BRCA遺伝子変異陽性の治療不能な脳腫瘍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」	効能又は効果に関連する使用上の注意において、ア、ウ、エ及びオの場合「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遺伝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、生腫瘍系列のBRCA遺伝子変異(病的変異又は病的変異型)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、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。	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(リムバーザ錠100mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				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)(リムバーザ錠100mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				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)(リムバーザ錠100mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※

RO 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レポート番号処理 システム用コード	左記コードによるレポート表示文言	令和6年 6月1日 適用
163	リンゴウク錠7.5mg リンゴウク錠15mg リンゴウク錠30mg	アトピー性皮膚炎	<p>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。</p> <p>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もの(「医師要件A」)から「医師要件F」までのうち該当するものを記載</p> <p>ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピ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ること。</p> <p>イ 成人アトピ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年以上の臨床研修を有し、そのうち3年以上はアトピ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。</p> <p>ロ 小児アトピ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、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピ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。</p> <p>ハ 卒前研修中の抗炎症外用薬による治療の状況(「前治療要件A」又は「前治療要件イ」と記載)</p> <p>② 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピ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な治療を直近の6か月以上行っている。</p> <p>③ 12歳以上のアトピ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、顕著な副作用作用若しくは全身副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。</p> <p>④ 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</p> <p>ア IGAスコア</p> <p>イ 全身又は顔面のEASISスコア</p> <p>ロ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%)</p> <p>ハ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合は、体重</p>	820600108	医師要件A(リンゴウク錠7.5mg等)	
				820600109	医師要件イ(リンゴウク錠7.5mg等)	
				820600110	医師要件ウ(リンゴウク錠7.5mg等)	
				820600111	前治療要件A(リンゴウク錠7.5mg等)	
				820600112	前治療要件イ(リンゴウク錠7.5mg等)	
				830600089	IGAスコア(リンゴウク錠7.5mg等);*****	
				830600090	全身のEASISスコア(リンゴウク錠7.5mg等);*****	
				830600091	顔面部のEASISスコア(リンゴウク錠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(%) (リンゴウク錠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) (リンゴウク錠7.5mg等);*****	
164	ルクスターナ注		<p>本製剤の効能、効果又は性能に関連する使用上の注意において、「遺伝学的検査によりRPE65遺伝子の両アレル性の変異が確認された患者に投与すること。」及び「適切な検査により十分な生存網膜細胞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、以下を記載すること。</p> <p>・RPE65遺伝子の両アレル性の変異を確認した遺伝学的検査の実施年月日</p> <p>・生存網膜細胞を確認した検査方法及び検査の実施年月日</p>	850600214	RPE65遺伝子の両アレル性の変異を確認した遺伝学的検査の実施年月日(ルクスターナ注);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				830600180	生存網膜細胞を確認した検査方法(ルクスターナ注);*****	※
				850600215	生存網膜細胞を確認した検査の実施年月日(ルクスターナ注);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
165	ルマケラス錠120mg		<p>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医師又は検査施設における検査により、KRAS G12C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、KRAS G12C変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。</p> <p>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。</p>	850600216	KRAS G12C変異陽性を確認した検査の実施年月日(ルマケラス錠120mg);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600217	KRAS G12C変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ルマケラス錠120mg);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
166	レクビオ皮下注300mgシリンジ		<p>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。</p> <p>① 次に掲げる施設のうち、該当するものを「施設要件A」又は「施設要件イ」と記載</p> <p>ア 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修を有し、このうち3年以上は循環器診療に関する臨床研修を有する医師が所属する施設</p> <p>イ 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修を有し、このうち3年以上は動脈硬化学に関する臨床研修を有する医師が所属する施設</p> <p>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-Cコレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日</p> <p>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</p> <p>④ HMG-CoA還元酵素阻害剤でない患者に投与する場合に、投与中のHMG-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、最大用量である旨もあわせて記載すること。</p> <p>⑤ 本製剤がHMG-CoA還元酵素阻害剤による治療に適さない患者(副作用の既往等によりHMG-CoA還元酵素阻害剤の使用が困難な患者又はHMG-CoA還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-CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由</p> <p>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かに該当するか(「リスク因子A」から「リスク因子カ」までのうち該当するものを記載)</p> <p>ア 冠動脈疾患(不安定心臓に対する冠動脈形成術を含む)の既往歴</p> <p>イ アテローム血栓性脳梗塞(明らかなアテロームを有する他の脳梗塞も含む)の既往歴</p> <p>ウ 糖尿病</p> <p>エ 慢性腎臓病</p> <p>オ 末梢動脈疾患</p> <p>カ 久山町研究スコアにて高リスク分類</p> <p>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A」から「リスク因子カ」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、投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間</p>	820600332	施設要件A(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	※
				820600333	施設要件イ(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	※
				830600181	本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL-Cコレステロールの検査値(レクビオ皮下注300mgシリンジ);*****	※
				850600218	LDL-Cコレステロール検査の実施年月日(レクビオ皮下注300mgシリンジ);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				820600334	食事療法を行っている(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	※
				820600335	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を行っている(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	※
				820600336	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指導を行っている(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	※
				830600182	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名(レクビオ皮下注300mgシリンジ);*****	※
				830600183	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名の日投与量(レクビオ皮下注300mgシリンジ);*****	※
				820600337	最大用量である(1日投与量が最大用量でない場合)(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	※
				830600184	使用可能なHMG-CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由(レクビオ皮下注300mgシリンジ);*****	※
				820600338	リスク因子A(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	※
				820600339	リスク因子イ(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	※
				820600340	リスク因子ウ(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	※
				820600341	リスク因子エ(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	※
				820600342	リスク因子オ(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	※
				820600343	リスク因子カ(レクビオ皮下注300mgシリンジ)	※
				830600185	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間(レクビオ皮下注300mgシリンジ);*****	※
				830600186	直近のLDL-Cコレステロールの検査値(レクビオ皮下注300mgシリンジ);*****	※
				850600218	LDL-Cコレステロール検査の実施年月日(レクビオ皮下注300mgシリンジ);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
830600187	投与継続が可能と判断した理由(レクビオ皮下注300mgシリンジ);*****	※				
167			<p>(本製剤を最初に投与した場合)</p> <p>次の事項を記載すること。</p> <p>① 次に掲げる医師の要件のうち、該当するものを「(患者要件A)」「(患者要件ウ)」までのうち該当するものを記載</p> <p>ア 患者本人及び家族・介護者の、安全性に関する内容も踏まえ本剤による治療意思が確認されている患者</p> <p>イ 以下に示す本剤の禁忌に該当しないことが確認された患者</p> <p>・ 本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者</p> <p>・ 本剤投与開始前に血管性脳浮腫、5歳以上の脳梗塞小出血、脳脊髄液シンジシス沈着症又は1cmを超える脳出血が認められる患者</p> <p>ウ MRI検査(1.5 Tesla以上)が実施可能であることが確認された患者</p> <p>② 認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲について、次に掲げるすべての項目のスコア及び実施年月日</p> <p>ア 認知機能評価 MMSEスコア</p> <p>イ 臨床認知症尺度 CDR全般スコア</p> <p>③ 次に掲げる検査のうち、当該患者の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A」から「医師要件F」)までのうち該当するものを記載</p> <p>オ 脳脊髄液(CSF)検査</p> <p>④ 次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の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A」から「医師要件F」)までのうち該当するものを記載</p>	820600344	患者要件A(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				820600345	患者要件イ(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				820600346	患者要件ウ(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				820600347	患者要件エ(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				820600348	患者要件オ(レケンビ点滴静注200mg等)	※
				842600041	認知機能評価MMSEスコア(レケンビ点滴静注200mg等);*****	※
				850600219	認知機能評価MMSEスコアの実施年月日(レケンビ点滴静注200mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				842600042	臨床認知症尺度CDR全般スコア(レケンビ点滴静注200mg等);*****	※
				850600220	臨床認知症尺度CDR全般スコアの実施年月日(レケンビ点滴静注200mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
				850600221	アミロイドPETの実施年月日(レケンビ点滴静注200mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※



RO 項目	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	令和6年 6月1日 適用
170	レバサ皮下注140mgペン		<p>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。</p> <p>1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの(施設要件A)又は(施設要件イ)と記載</p> <p>A 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</p> <p>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</p> <p>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-Cコレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日</p> <p>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</p> <p>4) 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には、投与中のHMG-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、最大用量である旨もあわせて記載すること。</p> <p>5) 本製剤をHMG-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-CoA還元酵素阻害剤の使用が困難な患者又はHMG-CoA還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-CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由</p> <p>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」までのうち該当するものを記載)。</p> <p>A 冠動脈疾患(不安定狭心症に対する冠動脈形成術を含む)の既往歴</p> <p>イ アテローム血栓性脳梗塞(明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞も含む)の既往歴</p> <p>ウ 糖尿病</p> <p>エ 慢性腎臓病</p> <p>オ 末梢動脈疾患</p> <p>カ 久山町研究スコアにて高リスク分類</p> <p>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」から「リスク因子カ」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、投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間</p>	820600115	食事療養を行っている(レバサ皮下注140mgペン)	
				820600116	運動、喫煙等に関する指導を行っている(レバサ皮下注140mgペン)	
				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(レバサ皮下注140mgペン)	
				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(レバサ皮下注140mgペン)	
				830600092	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名(レバサ皮下注140mgペン);*****	
				830600093	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の1日投与量(レバサ皮下注140mgペン);*****	
				820600119	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の最大用量である(レバサ皮下注140mgペン);*****	
				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(レバサ皮下注140mgペン);*****	
				820600120	リスク因子A(レバサ皮下注140mgペン)	
				820600121	リスク因子イ(レバサ皮下注140mgペン)	
				820600122	リスク因子ウ(レバサ皮下注140mgペン)	
				820600123	リスク因子エ(レバサ皮下注140mgペン)	
				820600124	リスク因子オ(レバサ皮下注140mgペン)	
				820600370	リスク因子カ(レバサ皮下注140mgペン)	※
				830600095	HMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間(レバサ皮下注140mgペン);*****	
				850600155	LDL-Cコレステロール検査の実施年月日(レバサ皮下注140mgペン);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				830600132	LDL-Cコレステロール検査値(レバサ皮下注140mgペン);*****	
				820600115	食事療養を行っている(レバサ皮下注140mgペン)	
				820600116	運動、喫煙等に関する指導を行っている(レバサ皮下注140mgペン)	
				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(レバサ皮下注140mgペン)	
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(レバサ皮下注140mgペン)					
830600092	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名(レバサ皮下注140mgペン);*****					
830600093	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の1日投与量(レバサ皮下注140mgペン);*****					
820600119	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の最大用量である(レバサ皮下注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(レバサ皮下注140mgペン);*****					
820600125	投与中患者(レバサ皮下注140mgペン)					
850600107	初めて本製剤を投与した年月(レバサ皮下注140mgペン);(元号)yy'年'mm'月'					
820600126	使用実績有(レバサ皮下注140mgペン)					
171	レバサ皮下注420mgオートミドナー		<p>(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)</p> <p>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(「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を記載すること。</p> <p>(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)</p> <p>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(「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を記載すること。</p>	820600127	施設要件A(レバサ皮下注420mgオートミドナー)	
				820600128	施設要件イ(レバサ皮下注420mgオートミドナー)	
				850600156	LDL-Cコレステロール検査の実施年月日(レバサ皮下注420mgオートミドナー);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				830600133	LDL-Cコレステロール検査値(レバサ皮下注420mgオートミドナー);*****	
				820600129	食事療養を行っている(レバサ皮下注420mgオートミドナー)	
				820600130	運動、喫煙等に関する指導を行っている(レバサ皮下注420mgオートミドナー)	
				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(レバサ皮下注420mgオートミドナー)	
				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(レバサ皮下注420mgオートミドナー)	
				830600097	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名(レバサ皮下注420mgオートミドナー);*****	
				830600098	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の1日投与量(レバサ皮下注420mgオートミドナー);*****	
				820600133	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の最大用量である(レバサ皮下注420mgオートミドナー)	
				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(レバサ皮下注420mgオートミドナー);*****	
				820600134	リスク因子A(レバサ皮下注420mgオートミドナー)	
				820600135	リスク因子イ(レバサ皮下注420mgオートミドナー)	
				820600136	リスク因子ウ(レバサ皮下注420mgオートミドナー)	

RO 項目	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	令和6年 6月1日 適用
				820600137	リスク因子E(レバーサ皮下注420mgオートミドナー)	
				820600138	リスク因子O(レバーサ皮下注420mgオートミドナー)	
				820600371	リスク因子カ(レバーサ皮下注420mgオートミドナー)	※
				830600100	HMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間(レバーサ皮下注420mgオートミドナー);*****	
172	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Ⅲ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);*****	
173	ロブレナ錠25mg ロブレナ錠100mg		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。	850600108	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ロブレナ錠25mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				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)(ロブレナ錠25mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
174	ロズリートレカプセル100mg ロズリートレカプセル200mg	NTRK 融合遺伝子陽性の進行・再発の固形癌	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、NTRK融合遺伝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、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(ロズリートレカプセル100mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
				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)(ロズリートレカプセル100mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
		ROS1融合遺伝子陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	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、ROS1融合遺伝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、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。	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)(ロズリートレカプセル100mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
175	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日付け厚生発0614第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知)により通知されているところであるので、使用に当たっては十分に留意すること。なお、同通知において、「洗浄血小板製剤については、輸血による副作用を防止するという目的にのみ当該製剤の使用が望ましい状態にある患者に対して適切に投与されるよう、その使用については改正内容を踏まえ、必要と考えられる場合に限り」とされていることから、本製剤の投与が適切と判断される症例に使用した場合に限り算定できるものであり、本製剤の使用が必要と判断した理由を記載すること。	830600102	使用が必要と判断した理由(照射洗浄血小板-LR「日赤」等);*****	

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

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

※別表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を用いた記載は省略して差し支えないこと。