

別表 I 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（歯科）

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和4年4月1日適用
1	-	-	請求に際して、特に説明が必要と判断される内容は、簡潔に記載すること。		—	
2	-	-	医科点数表の例により算定することと告示された項目については、医科の記載要領の別表 I に準じて記載すること。		—	※
3	A000	初診料	(健康診断の結果に基づき治療を開始する場合において、初診料を算定しない場合) 健康診断の結果に基づき治療を開始した旨を記載すること。	820100300	健康診断の結果に基づき治療開始	
			(歯科疾患管理料を算定した患者について、再度初診料を算定する場合) 当該患者の前回治療年月日を記載すること。 なお、治療終了後2月以内に、予想しなかった外傷等により当初の管理計画の対象となっていた疾患とは異なる疾病が生じたことにより初診料を算定する場合は、その理由を記載すること。	850100296	前回治療年月日:(元号)yy"mm"月"dd"日"	
				830100332	初診理由:*****	
4	A000	初診料 注10 歯科診療特別対応連携加算	当該患者の紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100333	特連紹介元保険医療機関名:*****	
5	A000	初診料 注11 歯科診療特別対応地域支援加算	当該患者の紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100334	特地紹介元保険医療機関名:*****	
6	A002	再診料(同日再診) (同日電話再診)	(同日に2回以上の再診(電話等再診を含む。)がある場合) 同日再診、同日電話再診のうち該当するものを記載すること。	301003050	同日再診	
				301003250	同日病再診	
				301073250	同日再診(未届出)	
				301003150	同日電話等再診	
				301003350	同日電話等病再診	
				301073350	同日電話等再診(未届出)	
7	A002	再診料(電話再診)	電話再診に係る再診料の回数を記載すること(再掲)。	301002810	電話等再診	
				301002910	電話等病再診	
				301073110	電話等再診(未届出)	
				301003150	同日電話等再診	
				301003350	同日電話等病再診	
				301073350	同日電話等再診(未届出)	
8	B	医学管理等	がん性疼痛緩和指導管理料、がん患者指導管理料、入院栄養食事指導料、外来緩和ケア管理料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、外来腫瘍化学療法診療料、介護支援等連携指導料、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料、がん治療連携管理料、こころの連携指導料(1)、退院時共同指導料1、退院時共同指導料2、退院時薬剤情報管理指導料、がんゲノムプロファイリング評価提供料、傷病手当金意見書交付料及び医療機器安全管理料は、全体の「その他」欄に当該項目を記載すること。	302006410	がん性疼痛緩和指導管理料	
				302007810	がん患者指導管理料(歯科医師等の共同診療方針等を文書等で提供)	
				302007910	がん患者指導管理料(歯科医師・看護師が心理的不安軽減のため面接)	
				302008010	がん患者指導管理料(歯科医師等が抗悪性腫瘍剤の必要性等文書説明)	
				302008610	入院栄養食事指導料1(初回)	
				302008710	入院栄養食事指導料1(2回目)	
				302008810	入院栄養食事指導料2(初回)	
				302008910	入院栄養食事指導料2(2回目)	
				302006710	外来緩和ケア管理料	
				302006910	外来リハビリテーション診療料1	
				302007010	外来リハビリテーション診療料2	
				302007110	外来放射線照射診療料	
				302012210	外来腫瘍化学療法診療料1(イ)	※
				302012310	外来腫瘍化学療法診療料1(ロ)	※
				302012410	外来腫瘍化学療法診療料2(イ)	※
				302012510	外来腫瘍化学療法診療料2(ロ)	※
				302005210	介護支援等連携指導料	
				302007310	がん治療連携計画策定料1	
				302007410	がん治療連携計画策定料2	
				302005410	がん治療連携指導料	
				302007510	がん治療連携管理料(がん診療連携拠点病院)	
				302009110	がん治療連携管理料(地域がん診療病院)	
				302009210	がん治療連携管理料(小児がん拠点病院)	
				302012910	こころの連携指導料(1)	※
				302004110	退院時共同指導料1(歯援診1又は歯援診2)	
				302004210	退院時共同指導料1(1以外)	
				302004310	退院時共同指導料2	
				302003510	退院時薬剤情報管理指導料	
				302013010	がんゲノムプロファイリング評価提供料	※
				302003610	傷病手当金意見書交付料	※
				302004810	医療機器安全管理料	
				9	B000-4	歯科疾患管理料 注11 総合医療管理加算
10	B000-5	周術期等口腔機能管理計画策定料	(手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づく場合) 依頼元保険医療機関名を記載すること。	830100336	周計依頼元保険医療機関名:*****	

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和4年4月1日適用
11	B000-6 B000-7	周術期等口腔機能管理料(Ⅰ) 周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)	手術の実施年月日又は予定年月日を記載すること。	850100298	周術1(手術後)手術実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
			(「1 手術前」の算定がなく、「2 手術後」の算定がある場合)	850100300	周術2(手術後)手術実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
			脳卒中等による緊急手術を実施した患者に対して術後早期に口腔機能管理の依頼を受けた旨を記載すること。	850100302	周術1(手術前)手術予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				850100304	周術2(手術前)手術予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				820100379	脳卒中等の術後早期に口腔機能管理の依頼	
12	B000-8	周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)	がん等に係る放射線治療又は化学療法の実施年月日又は予定年月日を記載すること。	850100470	放射線治療等実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
			緩和ケアの場合はその旨を記載すること。	850100306	放射線治療等予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
			820101015	緩和ケア	※	
13	B002	歯科特定疾患療養管理料 注2 共同療養指導計画加算	共同療養指導計画の策定に関わった患者の主治医(区分番号B002 歯科特定疾患療養管理料の「注1」に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に係るものに限る。)の保険医療機関名を記載すること。	830100337	共計主治医の保険医療機関名:*****	
14	B003	特定薬剤治療管理料	全体の「その他」欄に初回の算定年月日を記載すること。なお、4月目以降の特定薬剤治療管理料は、初回の算定年月日の記載を省略して差し支えない。	850100307	薬剤回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"	
15	B004	悪性腫瘍特異物質治療管理料	実施した腫瘍マーカーの検査名を記載すること。	830100338	悪性腫瘍特異物質治療管理料検査名:*****	
16	B004-6-2	歯科治療時医療管理料	当該管理の対象となる医科の主病名を記載すること。	830100339	医管医科の主病名:*****	
17	B005	開放型病院共同指導料(Ⅰ)	入院日を記載すること。	850100308	開1入院年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
18	B007	退院前訪問指導料	(退院前訪問指導料を2回算定する場合)それぞれ訪問指導日を記載すること。	850100309	退院前訪問指導年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
19	B008	薬剤管理指導料1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合	指導日及び薬剤名を記載すること。	算定日情報	(算定日)	
				830100340	薬管1(安全管理を要する医薬品投与患者)薬剤名:*****	
20	B008	薬剤管理指導料2 1の患者以外の患者に対して行う場合	指導日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	
21	B008	薬剤管理指導料 注2 麻薬管理指導加算	指導日を記載すること。	850100310	麻加指導年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
22	B008-2	薬剤総合評価調整管理料	当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合)	842100062	薬剤総合評価調整管理料調整前後の種類数:*****	
			当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を記載すること。	830100461	薬剤総合評価調整管理料他の保険医療機関名:*****	
23	B009	診療情報提供料(Ⅰ)	(保険医療機関以外の機関へ情報提供した場合)情報提供先を記載すること。	830100341	情1情報提供先:*****	
24	B009	診療情報提供料(Ⅰ) 注5 退院患者の紹介加算	退院日を記載すること。	850100311	情1加1退院年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
25	B009	診療情報提供料(Ⅰ) 注8 検査・画像情報提供加算 イ	退院日を記載すること。	850100312	検査・画像情報提供加算(退院患者の必要な情報を提供)退院年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
26	B011	診療情報連携共有料	連携先の保険医療機関名を記載すること。	830100342	診療情報連携共有料連携先保険医療機関名:*****	
27	B011-2	連携強化診療情報提供料	(妊娠中の場合)妊娠中である旨を記載すること。	820100579	妊娠中(連携強化診療情報提供料)	※
28	B011-4	退院時薬剤情報管理指導料	退院日を記載すること。	850100313	退院時薬剤情報管理指導料退院年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
29	B012	傷病手当金意見書交付料	全体の「その他」欄に交付年月日を記載すること。 (当該月前に受療した傷病について傷病手当金意見書の交付のみの求めがあった場合) 当該意見書の対象となった傷病名及びその傷病の診察開始年月日を「傷病名部位」欄及び「診療開始日」欄にそれぞれ記載すること。	傷病名コード 修飾語コード	(傷病名を表示する。) (修飾語を表示する。)	
30	B013	新製有床義歯管理料	(「傷病名部位」欄に記載した欠損部位と装着部位が異なる場合)装着部位を記載すること。	830100343	新製有床義歯管理料装着部位:*****	
31	B014	退院時共同指導料1	全体の「その他」欄に患者が入院している保険医療機関名を記載。なお、2回目の当該退院時共同指導料は、全体の「その他」欄に別に厚生労働大臣が定める疾病のうち、該当する病名を記載すること。なお、1回目の場合は1回目と記載すること。	830100344	退院時共同指導料1保険医療機関名:*****	
				830100345	退院時共同指導料1病名:*****	
			820100303	1回目(退院時共同指導料1)		
32	B015	退院時共同指導料2	全体の「その他」欄に当該指導を共同して行った保険医療機関名、共同指導に参画した者の職種及び指導年月日を記載すること。	830100346	退院時共同指導料2保険医療機関名:*****	
				830100347	退院時共同指導料2指導参画者の職種:*****	
				850100314	退院時共同指導料2指導年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
33	C000	歯科訪問診療料	訪問診療を行った日付、実施時刻(開始時刻と終了時刻)、訪問先名(記載例:自宅、〇〇マンション、介護老人保健施設××苑)及び患者の状態を記載すること。 なお、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第2部C000 歯科訪問診療料の(5)又は(7)に該当し、歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2を所定点数により算定した場合はその理由を記載すること。	853100010	歯科訪問診療日及び開始時刻:dd"日"hh"時"mm"分	※
				853100011	歯科訪問診療日及び終了時刻:dd"日"hh"時"mm"分	※
				830100348	訪問診療訪問先名:*****	
				830100349	訪問診療患者の状態:*****	
				820100380	(5)イ 容体が急変し、やむを得ず治療中断	
				820100381	(5)ロ 著しく歯科診療が困難な者又は要介護3以上に準じる場合	
	820100382	(7)容体が急変し、やむを得ず治療中断				

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和4年4月1日適用
34	C000	歯科訪問診療料 注5 患家診療時間加算 注6 歯科診療特別対応加算、初診時歯科診療導入加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算がある場合 注7 緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算	(患家診療時間加算、歯科診療特別対応加算、初診時歯科診療導入加算、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算がある場合) 全体の「その他」欄に患家診療時間加算、歯科診療特別対応加算、初診時歯科診療導入加算、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算であることを記載すること。	CC001 (303000370)	患家診療時間加算(歯科訪問診療)	※
				CC002 (303000470)	歯科診療特別対応加算(歯科訪問診療料)	※
				CC003 (303000570)	初診時歯科診療導入加算(歯科訪問診療料)	※
				CC004 (303000670)	緊急歯科訪問診療加算(歯科訪問診療1)	※
				CC005 (303000770)	緊急歯科訪問診療加算(歯科訪問診療2)	※
				CC028 (303004770)	緊急歯科訪問診療加算(歯科訪問診療3)	※
				CC006 (303000870)	夜間歯科訪問診療加算(歯科訪問診療1)	※
				CC007 (303000970)	夜間歯科訪問診療加算(歯科訪問診療2)	※
				CC029 (303004870)	夜間歯科訪問診療加算(歯科訪問診療3)	※
				CC008 (303001070)	深夜歯科訪問診療加算(歯科訪問診療1)	※
				CC009 (303001170)	深夜歯科訪問診療加算(歯科訪問診療2)	※
				CC030 (303004970)	深夜歯科訪問診療加算(歯科訪問診療3)	※
				35	C000	歯科訪問診療料 注8 地域医療連携体制加算
36	C000	歯科訪問診療料 注9 特別歯科訪問診療料	滞在時間(島に上陸したときから離島するまでの時間)を記載すること。	CC013 (303001570)	滞在時間加算(1号地域)****分	※
37	C000	歯科訪問診療料 注15 歯科訪問診療移行加算	当該保険医療機関の外来を最後に受診した年月日を記載すること。	850100315	歯科訪問診療移行加算外来最後受診年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
38	C000	歯科訪問診療料 注16 通信画像情報活用加算	歯科医師が口腔内を観察した際の訪問歯科衛生指導料(歯科衛生士等が行う場合)、居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)又は介護予防居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)を算定した年月日を記載すること。	850100398	訪問歯科衛生指導料(歯科衛生士等が行う場合)算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850100485	居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850100484	介護予防居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
39	C001	訪問歯科衛生指導料	訪問歯科衛生指導料を行った日付及び指導の実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。  単一建物診療患者が2人以上の場合には「摘要」欄にその人数を記載すること。 1つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険医療機関が訪問歯科衛生指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で当該保険医療機関が訪問歯科衛生指導料を算定する者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれユニットにおいて訪問歯科衛生指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合は、「摘要」欄に、「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「訪問歯科衛生指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で訪問歯科衛生指導料を算定する者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択して記載すること。  (訪問歯科衛生指導料と同月に歯科訪問診療料がない場合) 直近の歯科訪問診療料の算定年月日を記載すること。	853100012	訪問歯科衛生指導日及び開始時刻:dd"日"hh"時"mm"分"	※
				853100013	訪問歯科衛生指導日及び終了時刻:dd"日"hh"時"mm"分"	※
				842100063	訪問指単一建物診療患者数:*****	
				820100094	ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所	
				820100103	同居する同一世帯の患者が2人以上	
				820100304	訪問歯科衛生指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下	
				820100305	当該建築物戸数が20戸未満で訪問歯科衛生指導料を算定する者が2人以下	
				850100316	歯科訪問診療料前回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
40	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料	(指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生労働省告示19号)別表「5 居宅療養管理指導費」の「ロ 歯科医師が行う場合」又は指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示12号)別表「5 介護予防居宅療養管理指導費」の「ロ 歯科医師が行う場合」を算定した場合) 該当するものを選択し、算定年月日を記載すること。  (居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した場合に、歯科疾患在宅療養管理料を算定したものとみなす場合) 居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定していない月に、歯科疾患在宅療養管理料の算定が必要な区分を算定する場合は、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を選択し直近の算定年月日を記載すること。	820100306	居宅療養管理指導費	
				820100307	介護予防居宅療養管理指導費	
				850100317	居宅療養管理指導費算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850100318	介護予防居宅療養管理指導費算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850100319	居宅療養管理指導費前回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850100320	介護予防居宅療養管理指導費前回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和4年4月1日適用
41	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料 注4 在宅総合医療管理加算 注5 栄養サポートチーム等連携加算1 注6 栄養サポートチーム等連携加算2	(在宅総合医療管理加算を算定した場合) 在宅総合医療管理加算については、主病に係る治療を行っている紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100351	在宅総合医療管理加算紹介元保険医療機関名:*****	
			(栄養サポートチーム等連携加算を算定した場合) 連携先の保険医療機関名又は介護保険施設名及びカンファレンス等に参加した年月日を記載すること。	830100352	栄養サポートチーム等連携加算1(歯在管)連携先保険医療機関名等:*****	
				830100353	栄養サポートチーム等連携加算2(歯在管)連携先保険医療機関名等:*****	
				850100321	栄養サポートチーム等連携加算1(歯在管)カンファレンス等年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850100322	栄養サポートチーム等連携加算2(歯在管)カンファレンス等年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
42	C001-4-2	在宅患者歯科治療時医療管理料	当該管理の対象となる医科の主病名を記載すること。	830100354	歯在管医科主病名:*****	
43	C001-5	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 注6 栄養サポートチーム等連携加算1 注7 栄養サポートチーム等連携加算2	当該管理の実施日及び実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。	853100014	訪問口腔リハ実施日及び開始時刻(在宅患者訪問口腔リハ):dd"日"hh"時"mm"分"	※
				853100015	訪問口腔リハ実施日及び終了時刻(在宅患者訪問口腔リハ):dd"日"hh"時"mm"分"	※
			(栄養サポートチーム等連携加算を算定した場合) 連携先の保険医療機関名又は介護保険施設名及びカンファレンス等に参加した年月日を記載すること。	830100355	栄養サポートチーム等連携加算1(在宅患者訪問口腔リハ)連携先保険医療機関名等:*****	
				850100397	栄養サポートチーム等連携加算1(在宅患者訪問口腔リハ)参加年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				830100454	栄養サポートチーム等連携加算2(在宅患者訪問口腔リハ)連携先保険医療機関名等:*****	
				850100324	栄養サポートチーム等連携加算2(在宅患者訪問口腔リハ)参加年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
44	C001-6	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 注6 小児栄養サポートチーム等連携加算1 注7 小児栄養サポートチーム等連携加算2	当該管理の実施日及び実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。	853100016	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導日及び開始時刻(小児在宅患者訪問口腔リハ):dd"日"hh"時"mm"分"	※
				853100017	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導日及び終了時刻(小児在宅患者訪問口腔リハ):dd"日"hh"時"mm"分"	※
			(小児栄養サポートチーム等連携加算を算定した場合) 連携先の保険医療機関名又は障害児入所施設名及びカンファレンス等に参加した年月日を記載すること。	830100436	小児栄養サポートチーム等連携加算1(小児在宅患者訪問口腔リハ)連携先保険医療機関名等:*****	
				850100399	小児栄養サポートチーム等連携加算1(小児在宅患者訪問口腔リハ)参加年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				830100437	小児栄養サポートチーム等連携加算2(小児在宅患者訪問口腔リハ)連携先保険医療機関名等:*****	
				850100400	小児栄養サポートチーム等連携加算2(小児在宅患者訪問口腔リハ)参加年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
45	C004	退院前在宅療養指導管理料	(退院前在宅療養指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	
				特定器材コード	(特定器材名を表示。)	
46	C005	在宅患者腫瘍等患者指導管理料	(在宅患者腫瘍等患者の療養に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合) 薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	
				特定器材コード	(特定器材名を表示。)	
47	C007	在宅患者連携指導料	全体の「その他」欄に当該指導に係る情報共有先の保険医療機関名又は保険薬局名、訪問看護ステーション名及び当該指導を行った年月日を記載すること。	830100357	在宅患者連携指導料情報共有先保険医療機関名等:*****	
				850100325	在宅患者連携指導料指導年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
48	C008	在宅患者緊急時等カンファレンス料	全体の「その他」欄に訪問先、当該カンファレンスに参加した保険医療機関名又は保険薬局名、訪問看護ステーション名、当該カンファレンスを行った日及び当該指導日を記載すること。	830100358	在宅患者緊急時等カンファレンス料訪問先:*****	
				830100359	在宅患者緊急時等カンファレンス料参加保険医療機関名等:*****	
				850100326	在宅患者緊急時等カンファレンス料実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850100327	在宅患者緊急時等カンファレンス料指導年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
49	D	検査	(記載欄が示されていない各種の検査を行った場合) X線・検査の「その他」欄に検査の名称を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	
50	D002-5	歯周病部分的再評価検査	X線・検査の「その他」欄に部位を記載すること。	830100360	P部検査部位:*****	
51	D009	顎運動関連検査	実施した検査名として、X線・検査の「その他」欄にMMG、ChB、GoA、Ptgのうち該当するものを記載すること。	820100308	MMG	
				820100309	ChB	
				820100310	GoA	
				820100311	Ptg	
			(少数歯欠損症例において、顎運動関連検査を実施し、当該検査に係る費用を算定する場合) 患者の咬合状態等当該検査の必要性を記載すること。	830100361	顎運動関連検査必要性:*****	
52	D010	歯冠補綴時色調採得検査	それぞれの検査ごとに検査対象となった歯冠補綴物の部位を記載すること。	830100362	歯冠補綴時色調採得検査部位:*****	

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和4年4月1日適用
53	D011	有床義歯咀嚼機能検査	(新製有床義歯装着日より前に算定する場合に傷病名の部位から新製有床義歯管理料の「2 困難な場合」に準じる状態であると判断できない場合) 有床義歯咀嚼機能検査を開始する時に、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添第2章第1部D011有床義歯咀嚼機能検査の(9)のイからホまでのうち該当するものを選択して記載すること。	820100770	イ 新製有床義歯管理料の「2 困難な場合」に準じる場合	
				820100314	ロ 舌接触補助床を装着する場合	
				820100315	ハ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術の(5)に準じる場合	
				820100316	ニ 左右第二大臼歯を含む臼歯が4歯以上欠損している場合	
				820100317	ホ 口蓋補綴、顎補綴を装着する場合	
				850100328	有床義歯咀嚼機能検査1(下顎運動測定と咀嚼能力測定を併施)年月:(元号)yy年mm月	
				850100388	有床義歯咀嚼機能検査2(下顎運動測定と咬合圧測定を併施)年月:(元号)yy年mm月	
54	D012	舌圧検査	舌圧検査に当たって、該当する患者の状態を選択して記載すること。	850100329	新製有床義歯等装着年月:(元号)yy年mm月	
				850100471	有床義歯咀嚼機能検査1(咀嚼能力測定のみ実施)年月:(元号)yy年mm月	※
				850100472	有床義歯咀嚼機能検査2(咬合圧測定のみ実施)年月:(元号)yy年mm月	※
				820100318	口腔機能の低下が疑われる場合	
55	D100	薬剤(検査)	(検査に当たって薬剤を使用した場合) 薬剤名及び使用量を記載すること。	820100319	舌接触補助床を装着する場合又は予定している場合	
				820100320	広範囲顎骨支持型装置埋入手術の対象となる場合	
				820100321	口蓋補綴、顎補綴を装着する場合	
56	E	画像診断	(標準型以外のフィルムを使用して撮影(アナログ撮影)を行った場合) X線・検査の「その他」欄に使用フィルムの種類を記載すること。  (新生児、3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対する加算を算定した場合) X線・検査欄のそれぞれの項の記載要領にかかわらずX線・検査の「その他」欄に画像診断の種類を記載すること。  (標準型以外のフィルムを使用して撮影(アナログ撮影)を行った場合、全額撮影(デジタル撮影)、歯科エックス線撮影の全額撮影以外(デンタル撮影)、歯科パノラマ断層撮影(デンタル撮影)、歯科用3次元エックス線断層撮影及び歯科部分パノラマ断層撮影以外の画像診断を行った場合) X線・検査の「その他」欄に画像診断の種類を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	
				特定器材コード	(特定器材名を表示。)	
57	E(通則)	時間外緊急院内画像診断加算	撮影開始日時を記載すること。  (引き続き入院した場合) 上記に加え、引き続き入院した旨を記載すること。	853100018	時間外緊急院内画像診断加算撮影開始日時(時間外緊急院内画像診断加算):dd日hh時mm分	※
				820100322	画像診断後、引き続き入院	
58	E200	基本的エックス線診断料	X線・検査の「その他」欄に入院日数及び点数を次の例により記載すること。 〔記載例〕「基工」(15日) 825	830100363	基工(4週以内):*****	
				830100364	基工(4週超):*****	
59	E301	造影剤	(画像診断に当たって薬剤を使用した場合) 薬剤名及び使用量を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	
60	F	投薬	使用薬剤の医薬品名、規格・単位(%, mL又はmg等)及び使用量を記載。 ただし、届出保険医療機関は、薬剤料に掲げる所定単位の薬価が175円以下の場合、使用薬剤の医薬品名・使用量等の記載は不要とする。なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。  (常態として内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を点数の合計の100分の90に相当する点数で算定した場合) 当該処方に係る薬剤名を区分して記載するとともに、薬剤名の下に算定点数を記載し又は算定点数から点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載すること。  (厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合) 当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。  (入院患者に対し退院時に投薬を行った場合) 「投薬・注射」欄の余白に「退院時 日分投薬」と記載すること。  (入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている入院患者又は入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤を投与した場合) 「摘要」欄の余白に当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を記載すること。(ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。)  (長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲において、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって14日を超えて投与した場合) 当該長期投与の理由を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	
				630010002	薬剤料減減(90/100)(内服薬)	
				医薬品コード	(医薬品名を表示。)	
				840000006	退院時 日分投薬	
				830100365	ビタミン剤の投与趣旨:*****	
61	F400	処方箋料	(万一緊急やむを得ない事態が生じ、同一の患者に対して、同一診療日に一部の薬剤を院内において投薬し他の薬剤を院外処方箋により投薬した場合) 日付及び理由を記載すること。	850100331	同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った診療年月日:(元号)yy年mm月dd日	
				830100369	同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った理由:*****	
62	G	注射	(皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈内注射のその他の注射を行った場合) 全体の「その他」欄に注射の種類、その内訳は、「摘要」欄に注射の種類、所定単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。  (その他の注射を行った場合) 全体の「その他」欄に注射の種類、その内訳は、「摘要」欄に注射の種類、所定単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	
				医薬品コード	(医薬品名を表示。)	
63	G004	点滴注射 注3 血漿成分製剤加算	1回目の注射の実施日を記載すること。	850100332	血漿(点滴)1回目実施年月日:(元号)yy年mm月dd日	
64	G005	中心静脈注射 注1 血漿成分製剤加算	1回目の注射の実施日を記載すること。	850100333	血漿(中心静脈注射)1回目実施年月日:(元号)yy年mm月dd日	

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和4年4月1日適用
65	G100	薬剤(注射)	使用薬剤の医薬品名、規格・単位(%)、mL又はmg等)及び使用量を記載すること。 ただし、届出保険医療機関は、注射のうち皮下、皮下及び筋肉内注射又は静脈注射であって入院中の患者以外の患者に対するものについては1回当たりの、それ以外の注射にあつては1日当たりの薬価がそれぞれ175円以下の場合は、使用薬剤の医薬品名、使用量等の記載は不要とする。なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。 (注射の手技料を包括する点数を算定するに当たって、併せて当該注射に係る薬剤料を算定する場合)「投薬・注射」欄及び「摘要」欄に同様に記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	
66	H	リハビリテーション	(「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーションを行った場合) 次の例により、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他のリハビリテーションと区別して記載すること。 (記載例) 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)イ 200×18 実施日数3日 (リハ選) 脳血管疾患等リハビリテーション料 2,000円×1	830100372	リハ選:*****	
67	H001	摂食機能療法	摂食機能療法の実施日、実施時刻(開始時刻と終了時刻)等を記載すること。	853100019	摂食機能療法開始日時(摂食機能療法): dd"日"hh"時"mm"分"	※
				853100020	摂食機能療法終了日時(摂食機能療法): dd"日"hh"時"mm"分"	※
68	H001	摂食機能療法 注3 摂食嚥下機能回復体制加算	連携している医師名を記載すること。	830100373	摂食嚥下機能回復体制加算(摂食機能療法)連携医師名:*****	※
69	I	処置	(該当する記載欄を設けていない場合及び該当欄に記載しきれない場合) 処置・手術の「その他」欄に当該処置の名称を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	
70	I(通則)	時間外加算 休日加算 深夜加算	(第8部処置の通則「6」の規定により時間外加算(時間外加算の特例を含む。)、休日加算又は深夜加算を算定した場合) 処置・手術の「その他」欄に処置名及び加算の種類を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	
71	I(通則)	乳幼児加算	(当月中に6歳を迎え、加算した点数と加算しない点数が混在する場合) 記載欄に加算した点数及び回数に記載し、処置・手術の「その他」欄に加算しない点数及び回数を名称を付けて記載して差し支えない。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	
72	1000-2	咬合調整	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第8部000-2咬合調整の(1)のイからホまでのいずれかに該当するかを記載すること。	820100910 820100911 820100912 820100913 820100914	イ 一次性咬合性外傷の場合 ロ 二次性咬合性外傷の場合 ハ 歯冠形態修正の場合 ニ レスト製作の場合 ホ 第13部 歯科矯正に伴うディスクングの場合	※ ※ ※ ※ ※
73	1006	感染根管処置	(抜歯を前提として急性症状の消退を図ることを目的として根管拡大を行った場合) 処置・手術の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」の記載から当該処置を行った部位が明らか特定できる場合は、処置・手術の「その他」欄への部位の記載を省略して差し支えない。 (同一初診期間内に再度の感染根管処置が必要になった場合) 前回の感染根管処置に係る歯冠修復が完了した年月日を記載すること。	830100376 850100334	抜歯前提の消炎目的の根管拡大部位:***** 感染根管処置前歯冠修復完了年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
74	1007	根管貼薬処置	(同一歯に対して初回の根管貼薬処置を実施した日の属する月から起算して6月を超えて治療を継続して処置を行う場合) 当該歯の状態及び初回の根管貼薬処置を行った年月を記載すること。 (抜歯を前提とした消炎のための根管貼薬処置を行った場合) 処置・手術の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」の記載から当該処置を行った部位が明らか特定できる場合は、処置・手術の「その他」欄への部位の記載を省略して差し支えない。	830100377 850100335 830100378	根管貼薬処置実施部位の状態:***** 根管貼薬初回年月:(元号)yy"年"mm"月" 抜歯前提の消炎目的の根管拡大後の根管貼薬部位:*****	
75	1008	根管充填	(暫間根管充填又は暫間根管充填後に根管充填を行う場合) 暫間根管充填又は暫間根管充填後に根管充填を行う旨を記載すること。	820100329 820100330	暫間根管充填 暫間根管充填後の根管充填	
76	1008-2	加圧根管充填処置	(加圧根管充填後の歯科エックス線撮影において、妊娠中であり、エックス線撮影に同意が得られない場合) 妊娠中であり、エックス線撮影に同意が得られない旨を記載すること。	820100390	妊娠中(加圧根管充填処置)	※
77	1008-2	加圧根管充填処置 注3 手術用顕微鏡加算	(手術用顕微鏡加算において、連携する医療機関にて歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した場合) 撮影した医療機関名を記載すること。	830100379	手術用顕微鏡加算(加圧根管充填処置)撮影医療機関名:*****	
78	1010	歯周病処置	処置・手術の「その他」欄に部位及び使用した薬剤の名称を記載すること。なお、特定薬剤を算定した場合は、部位のみを記載すること。 (糖尿病を有する患者に対して、スケーリング・ルートプレーニングと並行して歯周病処置を行う場合) 初回の年月日及び紹介元医療機関名を記載。	830100380 850100336 830100381	P処部位:***** (医薬品名を表示。) P処初回年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日" P処紹介元医療機関名:*****	
79	1011-2	歯周病安定期治療	前回の歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療の実施年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。 (歯周病安定期治療の治療間隔が3月以内の場合) 治療間隔が3月以内になった理由の要点として、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第8部011-2歯周病安定期治療の(3)のイからニまでに規定するものの中から該当するものを記載すること。なお、ロ又はハを選択した場合は、別途、詳細な理由(全身的な疾患の状態を含む。)を記載すること。	850100337 820190337 820100331 820100332 820100333 820100334 830100382	SPT又はP重防前回実施年月:(元号)yy"年"mm"月" 初回(SPT) イ 歯周外科手術を実施した場合 ロ 全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合 ハ 全身的な疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合 ニ 慢性歯周炎の場合 SPT詳細理由:*****	※ ※     ※
80	1011-2-3	歯周病重症化予防治療	前回の歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療の実施年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。	850100339 820190339	SPT又はP重防前回実施年月:(元号)yy"年"mm"月" 初回(P重防)	※ ※

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和4年4月1日適用
81	1014	暫間固定	固定を行った部位(固定源となる歯を含めない。)及びその方法を記載し、暫間固定の前回実施年月日(1回目の場合は1回目と記載する。)及び歯周外科手術の予定の有無を記載すること。なお、歯周外科手術後の暫間固定を行う場合については、歯周外科手術の予定に関する記載は不要であり、手術後1回目の場合は術後1回目と記載し、2回目以降は前回実施年月日を記載すること。	830100383	暫間固定部位:*****	
				830100384	暫間固定方法:*****	
				850190047	暫間固定前回実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				820190047	1回目(暫間固定)	
				820100335	歯周外科手術の予定あり	
				820100336	歯周外科手術の予定なし	
				820100337	歯周外科手術未定	
820100776	術後1回目(暫間固定)					
82	1017	口腔内装置	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第8部017口腔内装置の(1)のイからラまでに規定するものの中から該当するものを記載すること。なお、トを選択した場合は手術の予定日及び手術を行う保険医療機関名を記載すること。	820100339	イ 顎関節治療用装置	
				820100340	ロ 歯ざしりに対する口腔内装置	
				820100341	ハ 顎間固定用に歯科用ベースプレートを用いた床	
				820100342	ニ 出血創の保護と圧迫止血を目的としてレジジン等で製作した床	
				820100343	ホ 手術に当たり製作したサージカルガイドプレート	
				820100344	ヘ 手術創(開放創)の保護等を目的として製作するオプチュレター	
				820100345	ト 気管内挿管時の歯の保護等を目的として製作した口腔内装置	
				820100346	チ 口腔粘膜等の保護を目的として製作する口腔内装置	
				820100347	リ 放射線治療に用いる口腔内装置	
				850100394	口腔内装置手術予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				830100462	口腔内装置手術を行う保険医療機関名:*****	
				830100404	未来院請求 装着物の種類:*****	※
				850100348	未来院請求 装着予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
830100405	未来院請求 装着できなくなった理由:*****	※				
83	1017-1-2	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置	紹介元保険医療機関名を記載すること。(医科歯科併設の病院であって院内紹介を受けた場合は、院内紹介元の担当科名を記載。)	830100385	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置紹介元保険医療機関名:*****	
				830100468	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置院内紹介元担当科名:*****	※
				830100404	未来院請求 装着物の種類:*****	※
				850100348	未来院請求 装着予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
84	1017-1-3	舌接触補助床	(舌接触補助床の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合) 「令和 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に装着物の種類、装着予定年月日及び装着できなくなった理由を記載すること。	830100404	未来院請求 装着物の種類:*****	※
				850100348	未来院請求 装着予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				830100405	未来院請求 装着できなくなった理由:*****	※
85	1017-1-4	術後即時顎補綴装置	(術後即時顎補綴装置の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合) 「令和 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に装着物の種類、装着予定年月日及び装着できなくなった理由を記載すること。	830100404	未来院請求 装着物の種類:*****	※
				850100348	未来院請求 装着予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				830100405	未来院請求 装着できなくなった理由:*****	※
86	1018	歯周治療用装置	(歯周治療用装置の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合) 「令和 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に装着物の種類、装着予定年月日及び装着できなくなった理由を記載すること。	830100404	未来院請求 装着物の種類:*****	※
				850100348	未来院請求 装着予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				830100405	未来院請求 装着できなくなった理由:*****	※
87	1019	歯冠修復物又は補綴物の除去	除去した歯冠修復物並びに補綴物等の部位及び種類を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から除去した部位及び種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。	830100386	除去部位:*****	
				830100387	除去した歯冠修復・補綴物等の種類:*****	※
88	1021	根管内異物除去注 手術用顕微鏡加算	(手術用顕微鏡加算において、連携する医療機関にて歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した場合)撮影した医療機関名を記載すること。	830100388	歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した医療機関名等:*****	
89	1023	心身医学療法	確定診断を行った医療機関名(医科歯科併設の病院であって心因性疾患を有する歯科領域の患者について、確定診断が可能な医療機関が設置されている場合は、確定診断を行った診療科名)、紹介年月日、治療の内容の要点、実施日、実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。	830100389	心身医学療法医療機関名等:*****	
				850100341	心身医学療法紹介年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				830100390	心身医学療法治療内容の要点:*****	
				850100342	心身医学療法実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				851100033	心身医学療法開始時刻	
851100034	心身医学療法終了時刻					
90	1029	周術期等専門的口腔衛生処置	(周術期等口腔機能管理料Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した患者に対して当該処置を行った場合) 当該患者の手術を行った年月日又は予定年月日、手術名を記載すること。	850100343	術口術手術年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				850100344	術口術手術予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				830100391	術口術手術名:*****	
850100345	術口術2前回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日					
91	1030	機械的歯面清掃処置	前回実施年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。 (初診時歯科診療導入加算を算定した場合) 初診時歯科診療導入加算を算定した旨を記載すること。 (歯科診療特別対応加算を算定した場合) 歯科診療特別対応加算を算定した旨を記載すること。 (妊娠中の場合) 妊娠中である旨を記載すること。 (糖尿病の場合) 糖尿病である旨を記載すること。	850100346	歯面清掃実施年月:(元号)yy"年"mm"月"	
				820190346	初回(歯面)	※
				820100778	初診時歯科診療導入加算算定後	
				820100779	歯科診療特別対応加算算定後	
				820100348	妊娠中(歯面)	※
820100789	糖尿病(歯面)	※				
92	1031	フッ化物歯面塗布処置	前回実施年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。	850100347	F局前回実施年月:(元号)yy"年"mm"月"	
				820190347	初回(F局)	※
93	1100	特定薬剤(処置)	(区分番号1100により特定薬剤を算定する場合) 処置・手術の「その他」欄にその医薬品名、使用量を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和4年4月1日適用
94	J	手術	(該当する記載欄を設けていない場合及び該当欄に記載しきれない場合) 処置・手術の「その他」欄に当該手術の名称を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	
95	J(通則)	時間外加算 休日加算 深夜加算	(第9部手術の通則「9」の規定により時間外加算(時間外加算の特例を含む。)、休日加算又は深夜加算を算定した場合) 処置・手術の「その他」欄に手術名及び加算の種類を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	
96	J(通則)	乳幼児加算	(当月中に6歳を迎え、加算した点数と加算しない点数が混在する場合) 記載欄に加算した点数及び回数に記載し、加算しない点数については、処置・手術の「その他」欄に名称、加算しない点数及び回数を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	
97	J(通則)	親血的手術加算	(入院を必要とするHIV抗体陽性の患者に対して行った場合) 処置・手術の「その他」欄に手術の名称を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	
98	J000	抜歯手術	(難抜歯加算の対象となる歯又は埋伏歯において完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止した場合で抜歯料を算定した場合) 完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止した旨を記載すること。	820100349	完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止	
			(抜歯のための術前処置として手術野の消毒・麻酔等を行い、抜歯の態勢に入ったが、脳貧血等の患者の急変によりやむを得ず抜歯を中止した場合) 抜歯を中止と記載すること。	820100350	患者の急変によりやむを得ず抜歯を中止	
			(上記以外の理由により抜歯を中止した場合) その他を選択し、その理由を記載すること。	830100392	抜歯手術中止理由:*****	※
99	J004	歯根端切除手術 2 歯科用3次元 エックス線断層撮 影装置及び手術用 顕微鏡を用いた場 合	処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。	830100393	根切部位:*****	
			(連携する医療機関にて歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した場合) 撮影した医療機関名を記載すること。	830100394	根切(歯科CT撮影装置及び手術用顕微鏡)歯科CT装置撮影医療機関名:*****	
100	J004-2	歯の再植術	手術部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該手術を行った部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。	830100395	歯の再植術部位:*****	
101	J004-2	歯の再植術	(歯内治療が困難な根尖病巣を有する保存可能な小臼歯又は大臼歯であって、解剖学的な理由から歯根端切除手術が困難な症例に対して、歯の再植による根尖病巣の治療を行った場合) 部位及び算定理由を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療を行った部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載を省略して差し支えない。	830100396	歯の再植による根尖病巣の治療部位:*****	
				830100397	歯の再植による根尖病巣の治療算定理由:*****	
102	J004-3	歯の移植手術	手術部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該手術を行った部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。	830100398	歯の移植手術部位:*****	
103	J013	口腔内消炎手術	(顎炎又は顎骨髄炎等の手術として骨の開さく等を行い口腔内消炎手術を行う場合) 処置・手術の「その他」欄に顎炎又は顎骨髄炎等の手術として骨の開さく等を行い口腔内消炎手術を行う旨及び抜歯した歯の部位を記載すること。	820100351	顎炎又は顎骨髄炎等の手術としての骨の開さく等	
				830100399	口腔内消炎手術に係る抜歯部位:*****	
104	J063	歯周外科手術	処置・手術の「その他」欄に算定する区分の名称及び歯周外科手術を行った部位を記載すること。	310011610	掻爬術	
				310011710	新付着手術	
				310011810	GEct	
				310011910	FOp	
				310012010	GTR(一次手術)	
				310012110	GTR(二次手術)	
				310013010	歯肉歯槽粘膜形成手術(歯肉弁根尖側移動術)	
				310013110	歯肉歯槽粘膜形成手術(歯肉弁歯冠側移動術)	
				310013210	歯肉歯槽粘膜形成手術(歯肉弁側方移動術)	
				310013310	歯肉歯槽粘膜形成手術(遊離歯肉移植術)	
310013410	歯肉歯槽粘膜形成手術(口腔前庭拡張術)					
830100400	歯周外科手術部位:*****					
105	J063	歯周外科手術 注5 手術時歯根 面レーザー応用加 算	処置・手術の「その他」欄に当該加算の名称を記載すること。	CJ027 (310030670)	手術歯根(FOp又はGTR)	※
106	J090	皮膚移植術(生体培養)	皮膚移植者の診療報酬明細書の「摘要」欄に療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、皮膚提供者の療養に係る点数を記載した診療報酬明細書を添付する。	310021070	提供者の療養上の費用(皮膚移植術)	※
107	J109	広範囲顎骨支持型 装置埋入手術	処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。	830100401	特異術部位:*****	
			(当該手術の実施範囲が4歯相当未満の場合) 顎堤欠損の原因となった疾患名を記載すること。	830100402	特異術疾患名:*****	
108	J110	広範囲顎骨支持型 装置掻爬術	処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。	830100403	特異術部位:*****	
109	J200-4- 2	レーザー機器加算	処置・手術の「その他」欄に当該加算の名称を記載すること	BJ005 (310036210)	レーザー機器加算1	※
				BJ006 (310036310)	レーザー機器加算2	※
				BJ007 (310036410)	レーザー機器加算3	※
110	J300	特定薬剤(手術)	(区分番号J300により特定薬剤を算定する場合) 処置・手術の「その他」欄にその医薬品名、使用量を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	
111	J400	特定保険医療材料 (手術)	(手術等において特定保険医療材料等を使用した場合) 以下、処置・手術の「その他」欄に記載すること。 a 手術、処置、検査等の名称は、告示名又は通知名を使用。 b 手術、処置、検査等の手技料は、必ず点数を記載すること。 c 材料は、①商品名、②告示の名称又は通知の名称、③規格又はサイズ、④材料価格、⑤使用本数又は個数の順に手術ごとに記載。なお、告示の名称又は通知の名称は、( )書きとする。 d 保険医療機関における購入価格によるものは、定価ではなく保険医療機関が実際に購入した価格を記載すること。 e 手術等の名称、手技の加算、薬剤、特定保険医療材料等の順に記載すること。 (記載例) ③ 特定保険医療材料 [商品名] × × × × (鼻孔プローブ) 387 × 1	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	
			特定器材コード	(特定器材名を表示。)		
112	K	麻酔	(伝達麻酔、浸潤麻酔等以外の医科点数表の取扱いによる麻酔を行った場合) 麻酔の「その他」欄に麻酔名を記載。なお、使用麻酔薬は、麻酔薬名及び使用量を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	
				医薬品コード	(医薬品名を表示。)	
113	K(通則)	時間外加算 休日加算 深夜加算	(第10部麻酔の通則「4」の規定により時間外加算(時間外加算の特例を含む。)、休日加算又は深夜加算を算定した場合) 麻酔名及び加算の種類を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	



項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和4年4月1日適用
114	K002	吸入鎮静法	使用麻酔薬は、麻酔の「その他」欄に麻酔薬名及び使用量を記載すること。 また、使用した酸素又は窒素請求は、地方厚生(支)局長に届け出た購入単価(単位 銭)(酸素のみ)及び当該請求に係る使用量(単位 リットル)を記載。なお、酸素の請求は、IIの第3の2(20)のウのイ)と同様とする。	医薬品コード 特定器材コード	(医薬品名を表示。) (特定器材名を表示。)	
115	K003	静脈内鎮静法	使用薬剤は、麻酔の「その他」欄に薬剤名及び使用量を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	
116	K100	薬剤(麻酔)	麻酔の「その他」欄に医薬品名を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	
117	M	歯冠修復及び欠損補綴	(歯冠修復物又は欠損補綴物の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合) 「令和 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に未、装着物の種類、装着予定日及び装着できなかった理由を記載すること。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。	未来院請求コード「01」	(「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様(歯科用)」の別表12に収載するコード) 未来院請求	
			(未来院請求後に患者が再び来院し、すでに未来院請求を行った歯冠修復物又は欠損補綴物を装着する場合の装着料及び装着材料を算定する場合) 未来院請求後及び装着物の種類を記載すること。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。	830100404	未来院請求 装着物の種類:*****	
			(有床義歯製作中であって、咬合採得後における試適前又はクラスプ等を有する咬合床を用いて咬合採得を行う前に、患者が理由なく来院しなくなった場合、患者の意志により治療を中止した場合又は患者が死亡した場合)	850100348	未来院請求 装着予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
			(欠損歯数と補綴歯数が一致しないため、算定点数が異なる場合) 欠損歯数と補綴歯数の不一致を記載すること。	830100405	未来院請求 装着できなかった理由:*****	
			(レジンインレー、高強度硬質レジンブリッジ又は熱可塑性樹脂有床義歯等、記載欄がない歯冠修復及び欠損補綴を算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に装着物の種類及び部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から対象部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載を省略して差し支えない。	830100406	未来院請求後 装着物の種類:*****	
			(クラウン、ブリッジ維持管理料について地方厚生(支)局長へ届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し当該補綴物を装着した場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に診療行為名を記載すること。	850100349	未来院請求 装着(又は試適)予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
			(歯冠修復及び欠損補綴に係る歯冠形成及び印象採得後において、偶発的な事故等を原因とする外傷による歯冠形成歯の喪失等やむを得ない場合) 装着物の種類及び装着(又は試適)予定日及び装着できなかった理由を記載すること。	830100409	やむを得ない場合 装着物の種類:*****	
			(欠損歯数と補綴歯数が一致しないため、算定点数が異なる場合) 欠損歯数と補綴歯数の不一致を記載すること。	850100350	未来院請求 装着(又は試適)予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
			(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対してやむを得ない場合) 欠損歯数と補綴歯数の不一致を記載すること。	830100410	やむを得ない場合 装着できなかった理由:*****	
			(レジンインレー、高強度硬質レジンブリッジ又は熱可塑性樹脂有床義歯等、記載欄がない歯冠修復及び欠損補綴を算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に装着物の種類及び部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から対象部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載を省略して差し支えない。	820100358	欠損歯数と補綴歯数の不一致	※
(クラウン、ブリッジ維持管理料について地方厚生(支)局長へ届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し当該補綴物を装着した場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に診療行為名を記載すること。	830100411	歯冠修復及び欠損補綴部位:*****	※			
		診療行為コード (診療行為名を表示。)	※			
118	M000	補綴時診断料	(補綴時診断料(有床義歯修理を実施した場合に限る。)を算定する場合) 当該装置に係る当該診断料の前回実施年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190048	補綴時診断料前回実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
			820101016	初回(補綴時診断料)		※
119	M001	歯冠形成 3 窩洞形成注9 う蝕歯無痛的窩洞形成加算	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への記載は省略して差し支えない。	830100412	う蝕無痛(KP)部位:*****	
120	M001-2	う蝕歯即時充填形成注1 う蝕歯無痛的窩洞形成加算	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への記載は省略して差し支えない。	830100413	う蝕無痛(充填)部位:*****	
121	M002	支台築造	(ファイバーポストを用いた場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位、ファイバーポストの使用本数を部位毎にそれぞれ記載すること。	830100617	ファイバーポスト部位:*****	※
			(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して支台築造を算定する場合) 永久歯代行と記載すること。	DM110 (313029520)	ファイバーポスト*****本	※
122	M003	印象採得	(「印象」の項に書ききれない場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に印象採得の名称を記載すること。		診療行為コード (診療行為名を表示)	
123	M005	装着	(脱離した歯冠修復物又は、脱離又は修理したブリッジを再装着した場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位を記載すること。なお、再装着する歯冠修復物が1つ又は再装着する装置が1つであって、「傷病名部位」欄の記載から再装着した部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100414	再装着部位:*****	※
124	M006	咬合採得	(「咬合」の項に書ききれない場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に咬合採得の名称を記載すること。		診療行為コード (診療行為名を表示)	
125	M009	充填	(2歯以上の充填に際し1歯に複数窩洞の充填を行った場合) 当該歯の部位を記載すること。	830100415	同一歯の複数窩洞に対する充填部位:*****	※
126	M010	金属歯冠修復	(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して鑄造用金銀パラジウム合金を用いた金属歯冠修復を行った場合) 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行	
			(同一歯の複数の窩洞に対して、充填及びインレー又はレジンインレーにより歯冠修復を行った場合) 同一歯の複数窩洞に対する歯冠修復であること及び部位を記載すること。なお、当該治療部位が単独であって「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載は省略して差し支えない。	830100416	同一歯の複数窩洞に対する歯冠修復部位:*****	
			(歯科鑄造用14カラット金合金を用いた金属歯冠修復を算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に修復物の名称及び部位を記載すること。なお、当該治療部位が単独であって「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「その他」欄への部位の記載は省略して差し支えない。	820100354	同一歯の複数窩洞に対する歯冠修復	
			(歯科鑄造用14カラット金合金を用いた金属歯冠修復を算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に修復物の名称及び部位を記載すること。なお、当該治療部位が単独であって「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「その他」欄への部位の記載は省略して差し支えない。	830100417	14Kを用いた金属歯冠修復部位:*****	
			DM019 (313010920)	14K(インレー(複))		※
			DM020 (313011020)	14K(3/4冠)		※
127	M010-3	接着冠	歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に当該支台歯の部位及び接着冠を記載すること。なお、当該ブリッジが1つであって、「傷病名部位」欄の記載から接着冠の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100422	接着冠部位:*****	※
128	M011	レジン前装金属冠	(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対してレジン前装金属冠を用いた歯冠修復を行った場合) 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行	※
129	M015	非金属歯冠修復 2 硬質レジンジャケット冠	(歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者の大口歯に用いた場合) 紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100418	硬質紹介元保険医療機関名:*****	
			(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して硬質レジンジャケット冠を用いた歯冠修復を行った場合) 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行	※
130	M015-2	CAD/CAM冠	(大口歯に用いた場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から対象部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100419	CAD/CAM冠部位:*****	
			(歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者の大口歯に用いた場合) 紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100465	CAD/CAM冠紹介元保険医療機関名:*****	
131	M015-3	CAD/CAMインレー	(歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者の大口歯に用いた場合) 紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100470	CAD/CAMインレー紹介元保険医療機関名:*****	※

項番	区分	診療行為 名称等	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和4年 4月1日 適用
132	M016-2	小児保険装置	装置の種類を選択して記載すること。	820100782 820100783	クラウンループ バンドループ	
133	M017	ボンテック	(地方厚生(支)局長に事前に模型等を提出した上でブリッジを製作した場合) 事前承認と記載すること。	820100355	事前承認	
			(地方厚生(支)局長に対して、保険適用の有無を判定するために提出するエクセス線フィルム又はその複製の費用を算定する場合) 算定の理由を記載すること。	830100420	ブリッジに係るフィルム料等の算定理由:*****	
			(犬歯のボンテックが必要な場合で、中切歯がすでにブリッジの支台として使用されている等の理由で新たに支台として使用できない場合に限って、ブリッジの設計を変更する場合) 中切歯の状態等を記載すること。	830100421	ブリッジに係る中切歯の状態等:*****	
		(側切歯及び犬歯、或いは犬歯及び第一小臼歯の2歯欠損であって、犬歯が低位唇側転移していたため間隙が1歯分しかない場合であってボンテック1歯のブリッジの設計とした場合) 低位唇側転移の犬歯を含む欠損歯数と補綴歯数の不一致の旨を記載すること。	820100784	低位唇側転移の犬歯を含む欠損歯数と補綴歯数の不一致		
134	M017-2	高強度硬質レジンブリッジ	(歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者の臼歯部1歯中間欠損に使用する場合) 紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100618	高強度硬質レジンブリッジ紹介元保険医療機関名:*****	※
135	M018	有床義歯	(残根上に義歯を装着した場合) 残根上の義歯と記載すること。	820100356	残根上義歯	
			(人工歯料の算定に当たって、同一組の人工歯を月をまたがって分割使用し、既に請求済である場合であって、当該月には人工歯料の請求がない場合) 前月(以前)請求済と記載すること。	820100357	人工歯前月(以前)請求済	
			(小児義歯に係る費用を算定する場合) 装着部位及び小児義歯が必要となった疾患名又は必要となった理由を記載すること。	830100423 830100424 830100425	小児義歯装着部位:***** 小児義歯が必要な疾患名:***** 小児義歯が必要な理由:*****	
136	M018	有床義歯	(前回有床義歯を製作した際の印象採得を算定した日から6月が経過していない場合であって新たに有床義歯の印象採得を行った場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第12節M018有床義歯の(1)の二又はホに該当する場合は、該当するものを記載すること。なお、ホの場合は、具体的な理由を記載すること。	820100359 830100426	ニ 認知症を有する患者等であって、有床義歯が使用できない場合 ホ その他特別な場合:*****	
137	M019	熱可塑性樹脂有床義歯等	(残根上に義歯を装着した場合) 残根上義歯と記載すること。	820100356	残根上義歯	
			(人工歯料の算定に当たって、同一組の人工歯を月をまたがって分割使用し、既に請求済である場合であって、当該月には人工歯料の請求がない場合) 人工歯前月(以前)請求済と記載すること。	820100357	人工歯前月(以前)請求済	
			(小児義歯に係る費用を算定する場合) 装着部位及び小児義歯が必要となった疾患名又は必要となった理由を記載すること。	830100423 830100424 830100425	小児義歯装着部位:***** 小児義歯が必要な疾患名:***** 小児義歯が必要な理由:*****	
138	M025	口蓋補綴、顎補綴	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第12節M025口蓋補綴、顎補綴の(1)のイからホまでに規定するものの中から該当するものを記載すること。	820100384	イ 腫瘍等による顎骨切除等に対する口蓋補綴装置又は顎補綴装置	
				820100385	ロ オクルーザルランプを付与した口腔内装置	
				820100386	ハ 発音補綴装置	
				820100387	ニ 発音補助装置	
			820100388	ホ ホツツ床		
139	M029	有床義歯修理	(新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内に当該有床義歯の修理を行った場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に有床義歯の装着年月日を記載すること。	850100351	有床義歯装着年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
140	M029	有床義歯修理 注4 歯科技工加算2	(有床義歯修理において、歯科技工加算2を算定した場合) 預かり日及び修理を行った当該有床義歯の装着日を記載すること。	850100353	歯技工2(有床義歯修理)預かり年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				850100354	歯技工2(有床義歯修理)装着年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
141	M030	有床義歯内面適合法	(新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内に当該有床義歯の有床義歯内面適合法を行った場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に有床義歯の装着年月日を記載すること。	850100351	有床義歯装着年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
142	M030	有床義歯内面適合法 注5 歯科技工加算2	(有床義歯内面適合法において、歯科技工加算2を算定した場合) 預かり日及び修理を行った当該有床義歯の装着日を記載すること。	850100355	歯技工2(有床義歯内面適合法)預かり年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				850100356	歯技工2(有床義歯内面適合法)装着年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
143	M041	広範囲顎骨支持型補綴物修理	装着を実施した医療機関名(自院は除く。)及び装着日(不明であれば装着時期)を記載すること。	830100430	広範囲顎骨支持型補綴物装着医療機関名:*****	
				850100357	広範囲顎骨支持型補綴物装着年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				830100431	広範囲顎骨支持型補綴物装着時期:*****	

項番	区分	診療行為 名称等	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和4年 4月1日 適用
144	N	歯科矯正	歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を最初に算定した年月日を診断料の名称に併せて記載すること。	850100358	歯科矯正診断料初回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850100359	顎口腔機能診断料初回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				820100361	簡単	
			(歯科矯正における印象採得、咬合採得、床装置、リソグアルアーチ及び鉤を算定した場合)全体の「その他」欄に「簡単」、「困難」、「著しく困難」、「複雑」等の区別を記載すること。	820100362	困難	
				820100363	著しく困難	
				820100364	複雑	
				820100929	唇顎口蓋裂	
				820100930	ゴールデンハー症候群(顴弓異常症を含む。)	
				820100931	顴骨頭蓋骨異形成	
				820100932	トリーチャ・コリンズ症候群	
				820100933	ビエール・ロバン症候群	
				820100934	ダウン症候群	
				820100935	ラッセル・シルバー症候群	
				820100936	ターナー症候群	
				820100937	ベックウィズ・ウィーデマン症候群	
				820100938	顔面半側萎縮症	
				820100939	先天性ミオパチー	
				820100940	筋ジストロフィー	
				820100088	脊髄性筋萎縮症	
				820100942	顔面半側肥大症	
				820100943	エリス・ヴァンクレベルド症候群	
				820100944	軟骨形成不全症	
				820100945	外胚葉異形成症	
				820100946	神経線維腫症	
				820100947	基底細胞母斑症候群	
				820100948	ヌーナン症候群	
				820100949	マルファン症候群	
				820100950	ブラダー・ウィリー症候群	
				820100951	顔面裂(横顔裂、斜顔裂及び正中顔裂を含む。)	
				820100952	大理石骨病	
				820100953	色素失調症	
				820100954	口腔・顔面・指趾症候群	
				820100955	メビウス症候群	
				820100956	歌舞伎症候群	
				820100957	クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群	
				820100958	ウイリアムズ症候群	
				820100959	ビンダー症候群	
				820100960	スティックラー症候群	
				820100961	小舌症	
				820100962	頭蓋骨癒合症(クルーゾン症候群及び尖頭合指症を含む。)	
				820100963	骨形成不全症	
				820100964	フリーマン・シエルドン症候群	
				820100965	ルビンスタイン・ティビ症候群	
				820100966	染色体欠失症候群	
				820100967	ラーセン症候群	
				820100968	濃化異骨症	
				820100969	6歯以上の先天性部分無歯症	
				820100970	CHARGE 症候群	
				820100971	マーシャル症候群	
				820100972	成長ホルモン分泌不全性低身長症	
				820100973	ポリエックス症候群(XXX症候群、XXXX症候群及びXXXXX症候群を含む。)	
				820100974	リング18症候群	
	820100975	リンパ管腫				
	820100976	全前脳胞症				
	820100977	クラインフェルター症候群				
	820100978	偽性低アルドステロン症				
	820100979	ソトス症候群				
	820100980	グリコサミノグリカン代謝障害(ムコ多糖症)				
	820100981	線維性骨異形成症				
	820100982	スタージ・ウェーバ症候群				
	820100983	ケルビズム				
	820100984	偽性副甲状腺機能低下症				
	820100985	Ekman-Westborg-Julin症候群				
	820100986	常染色体重複症候群				

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和4年4月1日適用
				820100987	巨大静脈奇形(頭部口腔咽頭びまん性病変)	※
				820100988	毛髪・鼻・指節症候群(Tricho-Rhino-Phalangeal症候群)	※
				820100989	その他顎・口腔の先天異常	
				820100918	3歳以上の永久歯萌出不全	※
				820100919	顎変形症	
		(6歳以上の先天性部分無歯症又は3歳以上の永久歯萌出不全による咬合異常により歯科矯正を行う場合) 先天性欠如部位又は埋伏歯の部位を記載すること。	830100641	先天性欠如又は埋伏歯部位:*****	※	
145	N000	歯科矯正診断料	全体の「その他」欄に歯科矯正、動的処置、マルチブラケット法及び保定の開始の区別を記載し、それぞれ最初の診断に係る記載とは別に前回歯科矯正診断料の算定年月日を記載すること。	820100785	歯科矯正開始	
				820100786	動的処置開始	
				820100787	マルチブラケット法開始	
				820100788	保定開始	
				850100360	歯科矯正診断料前回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
146	N001	顎口腔機能診断料	全体の「その他」欄に歯科矯正、動的処置、マルチブラケット法及び保定の開始の区別(顎口腔機能診断料は顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名)を記載し、それぞれ最初の診断に係る記載とは別に前回顎口腔機能診断料の算定年月日を記載すること。	820100785	歯科矯正開始	
				820100786	動的処置開始	
				820100787	マルチブラケット法開始	
				820100788	保定開始	
				850100361	顎口腔機能診断料前回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
		顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名:*****	830100466	顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名:*****		
147	N002	歯科矯正管理料	全体の「その他」欄に算定年月日及び動的処置又はマルチブラケット法の開始の年月日を記載すること。	算定日情報 (算定日)		※
				850100362	動的処置開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				850100363	マルチブラケット法開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
148	N004	模型調整 2 予測模型	全体の「その他」欄に予測歯数を記載すること。	842100064	模型調製(予測歯数)予測歯数:*****	
149	N005	動的処置	全体の「その他」欄に算定年月日及び動的処置又はマルチブラケット法の開始年月日を記載すること。	850100396	動的処置算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				850100362	動的処置開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				850100363	マルチブラケット法開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
150	N008-2	植立	(歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を算定した保険医療機関からの依頼による場合) 当該診断料を算定した保険医療機関名を記載すること。	830100433	歯科矯正診断料算定保険医療機関名:*****	
				830100434	顎口腔機能診断料算定保険医療機関名:*****	
			(アンカースクリュー脱着後の再埋入において特定保険医療材料を算定する場合又は治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する場合) アンカースクリュー脱着後の再埋入において特定保険医療材料を算定する場合又は治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する旨を記載すること。	820100365	アンカースクリュー脱着後の再埋入の場合	
		820100366	治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する場合			
151	N009	撤去	(装置を撤去した場合) 撤去の費用が算定できない場合であっても、全体の「その他」欄に撤去した装置の名称を記載すること。	830100435	撤去した装置の名称:*****	
			(歯科矯正用アンカースクリューの撤去について、歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を算定した保険医療機関からの依頼による場合) 当該診断料を算定した保険医療機関名を記載すること。	830100433	歯科矯正診断料算定保険医療機関名:*****	
				830100434	顎口腔機能診断料算定保険医療機関名:*****	
152	N018	マルチブラケット装置	(マルチブラケット装置(セクショナルアーチを行う場合を除く)を行う場合) 全体の「その他」欄にステップ名及びそのステップにおける装置回数を上下顎別に記載すること。	830100767	マルチブラケット装置ステップ1(上顎)装置数:*****	※
				830100768	マルチブラケット装置ステップ1(下顎)装置数:*****	※
				830100769	マルチブラケット装置ステップ2(上顎)装置数:*****	※
				830100770	マルチブラケット装置ステップ2(下顎)装置数:*****	※
				830100771	マルチブラケット装置ステップ3(上顎)装置数:*****	※
				830100772	マルチブラケット装置ステップ3(下顎)装置数:*****	※
				830100773	マルチブラケット装置ステップ4(上顎)装置数:*****	※
				830100774	マルチブラケット装置ステップ4(下顎)装置数:*****	※
		(セクショナルアーチを行う場合) その旨を記載すること。	820101017	セクショナルアーチを実施	※	
153	N028	床装置修理	(リングルアーチにおいて、主線の前歯部分のみを再製作し、ろう着した場合) その旨を記載すること。	820101018	リングルアーチ前歯部分の再製作	※
154	N100	特定保険医療材料(矯正)	(特定保険医療材料において、装着材料、スクリュー、バンド、ブラケット、チューブ、矯正用線、不銹鋼、特殊鋼等を使用した場合) 全体の「その他」欄に特定保険医療材料に掲げる名称を記載すること。	特定器材コード	(特定器材名を表示。)	

※「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。