

8 福薬業発第 199 号
令和 8 年 8 月 3 日

各地区薬剤師会会長 殿

公益社団法人福岡県薬剤師会
常務理事 竹野 将行

令和 8 年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

平素より本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

標記について、日本薬剤師会より別添のとおり追加の通知等の一部訂正について連絡がありましたのでお知らせいたします。

ご多忙とは存じますが、貴会会員へのご周知方よろしくお願い申し上げます。

日 薬 業 発 第 189 号

令 和 8 年 7 月 31 日

都道府県薬剤師会担当役員 殿

日 本 薬 剤 師 会

副 会 長 渡 邊 大 記

令和 8 年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

平素より、本会会務に格段のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

令和 8 年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正につきましては、令和 8 年 6 月 22 日付け日薬業発第 116 号にてお知らせしたところですが、今般、別添のとおり追加の通知等の一部訂正について連絡がありましたのでお知らせいたします。

つきましては、貴会会員へご周知下さいますようお願い申し上げます。

(別添)

令和 8 年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

(令和 8 年 7 月 30 日付け事務連絡、厚生労働省保険局医療課)

< 抄 >

事 務 連 絡
令和 8 年 7 月 30 日

関 係 団 体 御中

厚生労働省保険局医療課

令和 8 年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

標記につきまして、別紙のとおり、地方厚生(支)局医療課、都道府県民生主管部(局)国民健康保険主管課(部)及び都道府県後期高齢者医療主管部(局)後期高齢者医療主管課(部)あて連絡するとともに別添団体各位に協力を依頼しましたので、貴団体におかれましても、関係者に対し周知を図られますようお願いいたします。

事 務 連 絡
令和8年7月30日

地 方 厚 生（支）局 医 療 課
都道府県民生主管部（局）

国民健康保険主管課（部） 御中
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

令和8年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添1から別添6までのとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

また、令和8年3月5日付官報（号外第46号）に掲載された令和8年度診療報酬改定に伴う関係告示については、「令和8年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について」（令和8年4月2日事務連絡）の別添7のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定である旨をお知らせしたところですが、当該事務連絡の別添7の一部について、本事務連絡の別添7のとおり改めます。

- ~~・「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」
（令和8年3月5日保医発 0305 第6号）（別添1）~~
- ~~・「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和8年3月5日保医発 0305 第7号）（別添2）~~
- ・「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和8年3月5日保医発 0305 第8号）（別添3）
- ~~・「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和8年3月5日保医発 0305 第9号）（別添4）~~
- ・「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」
（令和8年3月27日保医発 0327 第2号）（別添5）
- ・「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について」
（令和8年3月27日保医発 0327 第6号）（別添6）

(別添 3)

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

別添 1

特掲診療料の施設基準等

第 57 の 10 の 1 の 1 の 2 人工関節置換術（人工肩関節置換術（腱移行を伴うもの）に限る。）

1 人工関節置換術（人工肩関節置換術（腱移行を伴うもの）に限る。）に関する施設基準

(1) 整形外科を標榜している~~病院~~保険医療機関であること。

第 106 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)

2 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の注 5 及び注 6 に関する施設基準

以下のいずれかに該当する保険医療機関であること。

(1) 令和 8 年 3 月 31 日時点において外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)又は入院ベースアップ評価料を届け出ている保険医療機関

様式87の3の1

地域支援・医薬品供給対応体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

〔届出区分について〕

1 当該保険薬局における調剤基本料の区分 (いずれかに○)	調剤基本料の区分		
	()	調剤基本料 1	
	()	調剤基本料 2	
	()	調剤基本料 3－イ	
	()	調剤基本料 3－ロ	
	()	調剤基本料 3－ハ	
	()	特別調剤基本料 A	
2 当該保険薬局における地域支援・医薬品供給対応体制加算の区分等 (いずれかに○)	地域支援・医薬品供給対応体制加算の区分		提出が必要な様式
	()	地域支援・医薬品供給対応体制加算 1	本様式のみ
	()	地域支援・医薬品供給対応体制加算 2	様式87の3の1（本様式）及び様式87の3の2
	()	地域支援・医薬品供給対応体制加算 3	
	()	地域支援・医薬品供給対応体制加算 4	
	()	地域支援・医薬品供給対応体制加算 5	

〔地域支援・医薬品供給対応体制加算1への該当性について（加算1～5共通）〕

3	地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制	
	ア 医薬品の安定供給に向けた計画的な調達や在庫管理を行っている	☐ 該当
	イ 他の保険薬局に医薬品を分譲した実績がある	☐ 該当
	ウ 供給不安等により調剤できない場合には適切に対応している	☐ 該当
	エ 原則として単品単価交渉している（様式85「妥結率等に係る報告書」を提出している）	☐ 該当
	オ 適正な在庫を確保し、頻回配送や緊急配送を控える	☐ 該当
	カ 在庫調整等を目的とした返品を控える	☐ 該当
	キ 後発医薬品の調剤を積極的に行っている旨を掲示している	☐ 該当
	ク 後発医薬品の調剤割合が85%以上である	☐ 該当
4	全医薬品の規格単位数量及び後発医薬品の規格単位数量並びにその割合	
	期間	年 月 ～ 年 月
	後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量（①）	
	後発医薬品の規格単位数量（②）	
	後発医薬品の調剤割合（②／①）（％）	％

〔地域支援・医薬品供給対応体制加算2から5までへの該当性について〕

5 地域における医薬品等の供給拠点としての体制	
ア 備蓄品目数 (年 月現在)	品目
イ 地域の保険医療機関又は保険薬局（同一グループの保険薬局を除く。）に対して在庫状況の共有、医薬品の融通の実施	☐ あり
ウ 医療材料及び衛生材料を供給できる体制	☐ あり
エ 麻薬小売業者免許の取得 (免許証の番号を記載 :)	
オ 当該保険薬局で取り扱う医薬品に係る情報提供ができる体制	☐ あり
カ 調剤室面積が16m ² 以上である (令和8年6月以降に開設、改築又は増築した保険薬局のみ記載)	☐ あり 開設日 : 改築日 : 増築日 :

6 休日、夜間を含む開局時間外における調剤・相談応需体制			
ア 開局時間			
日曜	開局時間（ ： ）～	閉局時間（ ： ）	
月曜	開局時間（ ： ）～	閉局時間（ ： ）	
火曜	開局時間（ ： ）～	閉局時間（ ： ）	
水曜	開局時間（ ： ）～	閉局時間（ ： ）	
木曜	開局時間（ ： ）～	閉局時間（ ： ）	
金曜	開局時間（ ： ）～	閉局時間（ ： ）	
土曜	開局時間（ ： ）～	閉局時間（ ： ）	
合計	（ ） 時間（日～土曜までの開局時間の合計）		
祝日	開局時間（ ： ）～	閉局時間（ ： ）	
輪番の日	開局時間（ ： ）～	閉局時間（ ： ）	
イ 休日、夜間を含む開局時間外の調剤・在宅業務に対応できる体制			☐ あり
他の保険薬局との連携		連携薬局名	
		連携する業務内容	
ウ 当該薬局を利用する患者又はその家族等からの相談応需体制			
初回の処方箋受付時に連絡先等を事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書により交付している			☐ 実施している
連携薬局及び自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示している			☐ 実施している
あらかじめ患者に伝えてある電話に応答できない場合の体制（該当するものに☑）		☐ 薬剤師の携帯・自宅電話へ転送 ☐ 留守録による応答後、速やかに折り返し ☐ その他（ ）	
エ 休日、夜間を含む時間外の調剤、在宅対応体制（地域の輪番体制含む）に係る周知			
自局及びグループによる周知			☐ 実施している
地域での周知の方法 （該当するものに☑）		☐ 地域の行政機関を通じて周知している。 ☐ 地域の薬剤師会等を通じて周知している。	
7 在宅医療を行うための関係者との連携体制等の対応			
ア 診療所又は病院及び訪問看護ステーションとの円滑な連携			☐ あり
イ 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制			☐ あり
ウ 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績 （実績回数の期間： 年 月～ 年 月）			回
（７のウの参考）			
① 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料（㊦医療保険）の算定実績（情報通信機器を用いた場合を除く）			回
② 居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費 （介護保険の算定実績（情報通信機器を用いた場合を除く））			回
③ ①及び②について、在宅協力薬局として連携した場合の実績			回
④ ①及び②について、同等の業務を行った場合の実績			回
エ 在宅患者に対する薬学的管理指導が可能ない体制整備		☐ 在宅患者訪問薬剤管理指導の届出 ☐ 在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修の実施 ☐ 薬学的管理指導計画書の様式の整備 ☐ 在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であること を 明示し、文書で交付 ☐ その他（ ）	

8 医療安全に関する取組の実施	
ア 医薬品医療機器情報配信サービス（PMDAメディナビ）への登録 （薬局が登録した登録番号を記載すること）	登録証明書番号 （ ）
イ 常に最新の医薬品緊急安全性情報、安全性速報、医薬品・医療機器等安全情報等の医薬品情報の収集、自局の保険薬剤師への周知	☐ あり
ウ プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の実施	☐ あり
エ 副作用報告に係る手順書の作成と報告実施体制	☐ あり
9 服薬管理指導料の注1に係る届出（かかりつけ薬剤師）	☐ あり
10 管理薬剤師	
①氏名	
②保険薬局勤務経験年数	年
③週あたりの勤務時間	時間
④当該薬局在籍年数	年
11 薬局における薬学的管理指導に必要な体制及び機能の整備	☐ 薬学的管理指導等に係る職員研修の計画の作成と実施 ☐ 定期的な外部の学術研修の受講 ☐ 職員の薬学等に関する団体等による研修認定の取得の奨励 ☐ 職員の医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表の奨励 ☐ その他（ ）
12 薬局における薬学的管理指導に必要な体制及び機能の整備状況	☐ あり
13 患者のプライバシーに配慮した服薬指導を実施する体制 （パーテーション等で区切られた独立したカウンターを有する等）	☐ あり
14 地域医療に関連する取組の実施	
ア 要指導医薬品及び一般用医薬品の備蓄・販売（基本的な48薬効群）	☐ あり
イ 健康相談、生活習慣等に係る相談の実施	☐ あり
ウ 緊急避妊薬を備蓄し、調剤又は販売する体制	☐ あり
エ 当該保険薬局が敷地内禁煙であること	☐ あり
オ 薬局等においてたばこ又は喫煙器具を販売していないこと	☐ していない
カ セルフメディケーション関連機器を設置している	☐ あり
キ 薬事未承認の研究用試薬又は検査サービスの販売等をしていない	☐ していない

【記載上の注意】

- 「1」については、当該保険薬局における調剤基本料の区分に該当するもの1つに○をすること。
- 「2」については、当該保険薬局における届出に係る地域支援・医薬品供給対応体制加算の区分に該当するもの1つに○をすること。
- 「3」のクについては、当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量を合算した数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合をいう。
- 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、~~「「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」~~
~~（令和8年3月5日保医発0305第2号）~~「新指標の割合の算出に当たって対象となる後発医薬品」等について」（令和8年3月5日保医発0305第12号）を参照すること。
- 「5」の力について、令和8年6月以降に開設、改築又は増築した保険薬局においては、調剤室面積がわかる文書（見取り図等）を添付すること。
- 「6」のイの他の保険薬局との連携については、地域薬剤師会等の当番・輪番に参加している場合は、その旨を記載すること。
- 「6」のエについては、地域の行政機関又は地域の薬剤師会から公表されていることが確認できる資料を添付すること。
- 「8」のウの「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組」について、薬局機能情報提供制度において、「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」として都道府県に報告している場合に「あり」とすること。
- 「8」のエについては、当該手順書の写しを添付すること。
- 「10」の②の「保険薬局勤務経験年数」については、当該保険薬剤師の保険薬局勤務年数を記載すること。③の「週あたりの勤務時間」については、当該保険薬剤師の1週間あたりの平均勤務時間を記載すること。④「在籍年数」については、当該保険薬局に勤務しはじめてから、届出時までの当該保険薬剤師の在籍期間を記載すること。
- 「11」については、当該保険薬局における職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること
- 「14」のエについては、保険薬局が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険薬局の保有又は借用している部分が禁煙であること。
- 「14」の力の「セルフメディケーション関連機器」とは、次に掲げるものの中から3つ以上設置している場合に「あり」とすること。

- ① 体重計
- ② 体温計
- ③ 血圧測定器
- ④ 体組成計（体脂肪率、BMI等を含むもの）
- ⑤ 血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメータ）
- ⑥ 握力計
- ⑦ 骨密度測定器
- ⑧ 心電計

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

別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセ のみ記載	令和8年 7月1日 適用
1	A000	初診料	(初診の後、当該初診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該初診日が前月である場合) 「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」(平成30年3月5日保医発0305第1号)別添1第1章第1節通則2の「ア」から「ウ」までに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100001	ア 初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院		
				820100002	イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院		
				820100003	ウ 一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院		
			(注5のただし書に規定する2つ目の診療科に係る初診料を算定した場合) 1つ目及び2つ目の診療科の診療科名を記載すること。	830100923	1つ目の診療科(初診料);*****		※
				830100002	2つ目の診療科(初診料);*****		
			(情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合) 当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であることを記載すること。	820100990	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である(初診料)		
2	A001	再診料	(情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合) 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方指針に沿った適切な処方であることを記載すること。	820100816	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である(初診料)		
			(再診の後、当該再診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該再診日が前月である場合) 「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1第1章第1節通則2の「ア」から「ウ」までに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100001	ア 初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院		
				820100002	イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院		
				820100003	ウ 一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院		
				112008350	同日再診料	○	
				112024950	同日再診料(情報通信機器)	○	
				112016850	同日特定妥結率再診料	○	
				112025150	同日特定妥結率再診料(情報通信機器)	○	
			(同一日に2回以上の再診(電話等再診を含む。))がある場合) 同一日に2回以上の再診(電話等再診を含む。))がある旨を記載すること。	112008850	同日電話等再診料	○	
				112024450	同日電話等再診料(30年3月以前継続)	○	
				112016950	同日電話等特定妥結率再診料	○	
				112023750	同日電話等特定妥結率再診料(30年3月以前継続)	○	
			(健診等に関する疾病に対して、健診等を実施した保険医の属する保険医療機関において、保険診療を行う場合) 当該保険診療よりも前に、健診等を別の受診において実施したことを記載すること。	820101331	健診等の実施とは別の受診において保険診療を実施した(再診料)		※
			(注3に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合) 1つ目及び2つ目の診療科の診療科名を記載すること。	830100964	1つ目の診療科(再診料);*****		※
3	A001 注20	看護師等遠隔診療補助加算		830100003	2つ目の診療科(再診料);*****		
			(情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合) 当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを記載すること。	820100817	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である(再診料)		
			(情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合) 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方指針に沿った適切な処方であったことを記載すること。	820100818	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である(再診料)		
			(へき地診療所の医師又はへき地医療拠点病院の医師が、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を実施した場合) 前回の対面診療を実施した年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190207	前回の対面診療を実施した年月日(再診料(看護師等遠隔診療補助加算));(元号)yy年mm月dd日		
				820190492	初回(再診料(看護師等遠隔診療補助加算))		
4	A002	外来診療料	(当該病院において過去1年間に12回以上外来診療料(「注1」から「注4」までに限る。))を算定した患者であって、過去1年間に、紹介を行った医療機関との連携により、「B005-11」遠隔連携診療料又は「B011」連携強化診療情報提供料を算定していない場合) 「緊急その他やむを得ない事情がある患者」又は「専門性の高い医学管理を要する等の理由により、当該患者の他の医療機関への紹介が困難であり、自院において継続した通院が必要であると医師が認めた患者」のいずれが該当するものを選択して記載すること。	820101332	イ 緊急その他やむを得ない事情がある患者(外来診療料)		※
				820101333	ウ 専門性の高い医学管理を要する等の理由により、当該患者の他の医療機関への紹介が困難であり、自院において継続した通院が必要であると医師が認めた患者(外来診療料)		※
			(再診の後、当該再診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該再診日が前月である場合) 「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1第1章第1節通則2の「ア」から「ウ」までに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100001	ア 初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院		
				820100002	イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院		
				820100003	ウ 一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院		
			(健診等に関する疾病に対して、健診等を実施した保険医の属する保険医療機関において、保険診療を行う場合) 当該保険診療よりも前に、健診等を別の受診において実施したことを記載すること。	820101334	健診等の実施とは別の受診において保険診療を実施した(外来診療料)		※
			(注5に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合) 1つ目及び2つ目の診療科の診療科名を記載すること。	830100998	1つ目の診療科(外来診療料);*****		※
				830100004	2つ目の診療科(外来診療料);*****		
			(情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合) 当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であることを記載すること。	820100819	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である(外来診療料)		
			(情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合) 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方指針に沿った適切な処方であることを記載すること。	820100820	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である(外来診療料)		

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)

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8年 6月1日 適用
1	アイザベイ硝子体内注射液20mg/mL		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「眼底自発蛍光検査や眼底三次元画像解析を用いて、投与開始時に加え投与中には定期的に地図状萎縮の中心窩への拡大の有無を評価した上で、治療上の有益性と危険性を十分に勘案し、本剤の投与の適否を慎重に判断すること。」とされており、その他の注意において、「地図状萎縮の中心窩への拡大が認められた被験者では、持続性視力喪失のハザード比の信頼区間において、本剤群とシヤム群の間に差は認められなかった。」とされているので、地図状萎縮の中心窩への拡大に関する評価を実施した際の診療報酬明細書の摘要欄に、当該評価の結果を記載すること。	830600196	地図状萎縮の中心窩への拡大に関する評価の結果(アイザベイ硝子体内注射液20mg/mL)：*****	○
2	アイモビーグ皮下注70mgペン		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 投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数(片頭痛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。 投与の要否の判断にあたっては、本剤投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること。 (「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載)。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。 投与開始後3ヶ月(3回投与後)を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本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。	820600001 820600002 820600003 820600004 820600005 842600001 820600006 820600007 820600008 820600009 820600010	医師要件ア(アイモビーグ皮下注70mgペン) 医師要件イ(アイモビーグ皮下注70mgペン) 医師要件ウ(アイモビーグ皮下注70mgペン) 医師要件エ(アイモビーグ皮下注70mgペン) 医師要件オ(アイモビーグ皮下注70mgペン) 投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数(片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数)の平均(アイモビーグ皮下注70mgペン)：***** 前治療要件ア(アイモビーグ皮下注70mgペン) 前治療要件イ(アイモビーグ皮下注70mgペン) 前治療要件ウ(アイモビーグ皮下注70mgペン) 前治療要件エ(アイモビーグ皮下注70mgペン) 投与開始後3ヶ月(3回投与後)症状の改善が認められた(アイモビーグ皮下注70mgペン)	
3	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)：*****	
4	アクトヒブ		ベグセタコブラン又はイブタコバン塩酸塩水和物の投与を行った又は行う予定の年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること(同一の診療報酬明細書においてベグセタコブラン又はイブタコバン塩酸塩水和物の投与が確認できる場合を除く)。	850600157 850600158	ベグセタコブラン又はイブタコバン塩酸塩水和物の投与を行った年月日(アクトヒブ)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日 ベグセタコブラン又はイブタコバン塩酸塩水和物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	
5	アコファイド錠100mg	機能的ディスペシアにおける食後膨満感、上腹部膨満感、早期満腹感	「機能的ディスペ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、診療報酬明細書の傷病名に「機能的ディスペシア」を用いること。 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。 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。	850600001 850600002	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 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	
6	アジョビ皮下注225mgシリンジ アジョビ皮下注225mgオートインジェクター		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～エ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～エ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 投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数(片頭痛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。 投与の要否の判断にあたっては、以下のアに該当し、イ～エのいずれかを満たす患者であることを確認することとされているため、投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること(「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載)。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。 4週間に1回投与の場合は本剤投与開始後3ヶ月(3回投与後)、12週間に1回投与の場合は本剤投与開始後3ヶ月(1回投与後)又は6ヶ月(2回投与後)を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本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。	820600011 820600012 820600013 820600014 820600015 842600002 820600016 820600017 820600018 820600019 820600226 820600227 820600228	医師要件ア(アジョビ皮下注225mgシリンジ等) 医師要件イ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等) 医師要件ウ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等) 医師要件エ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等) 医師要件オ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等) 投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数(片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数)の平均(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)：***** 前治療要件ア(アジョビ皮下注225mgシリンジ等) 前治療要件イ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等) 前治療要件ウ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等) 前治療要件エ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等) 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(アジョビ皮下注225mgシリンジ等) 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)症状の改善が認められた(アジョビ皮下注225mgシリンジ等) 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(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)	
7	アドセトリス点滴静注用50mg		CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月の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。 (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。)	850600003 850600004 820600002 850600005 820600255	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用50mg)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日 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用50mg)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日 投与継続患者(アドセトリス点滴静注用50mg) 初めて投与した年月日(アドセトリス点滴静注用50mg)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日 医師要件ア(アドトラザーグ皮下注150mgシリンジ等)	

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
176	ベイスン錠0.2 ベイスンOD錠0.2 ポグリボースODフィルム0.2「GG」 ポグリボースOD錠0.2mg「ナメフ」 ポグリボースOD錠0.2mg「サワイ」 ポグリボースOD錠0.2mg「タカタ」 ポグリボースOD錠0.2mg「トーワ」 ポグリボースOD錠0.2mg「日医工」 ポグリボースOD錠0.2mg「武田テバ」 ポグリボース錠0.2mg「NPJ」 ポグリボース錠0.2mg「NS」 ポグリボース錠0.2mg「TCK」 ポグリボース錠0.2mg「YD」 ポグリボース錠0.2mg「サワイ」 ポグリボース錠0.2mg「トーワ」 ポグリボース錠0.2mg「杏林」 ポグリボース錠0.2mg「日医工」 ポグリボース錠0.2mg「武田テバ」	耐腫瘍異常における2段階原病の免疫抑制(ただし、食事療法及び運動療法を十分に行っても改善されない場合に限る。)	耐腫瘍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名を記載する。	830600081	耐腫瘍異常と判断した根拠(ベイスン錠0.2等)：*****	
				850600073	耐腫瘍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)：*****	
177	ページニオ錠50mg ページニオ錠100mg ページニオ錠150mg		本製剤の効能・効果は「ホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」及び「ホルモン受容体陽性かつHER2陰性で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。	850600074	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(ページニオ錠50mg等)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				850600075	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ページニオ錠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(ページニオ錠50mg等)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				850600077	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ページニオ錠50mg等)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
178	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「フローサイトメトリ法等の検査によって、CD22抗原が陽性であることが確認された患者に使用すること」とされているので、CD22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。	850600078	CD22陽性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陽性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	
179	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切除不能胆道癌	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。	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	
		FGFR1融合遺伝子陽性又はリンパ性腫瘍	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「染色体検査又は遺伝子検査により8p11染色体領域の転座が確認され、FGFR1融合遺伝子陽性の骨髄性又はリンパ性腫瘍と診断された患者に投与すること。」とされているので、染色体検査又は遺伝子検査により8p11染色体領域の転座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。	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	
180	ヘムライブラ炭下注12mg ヘムライブラ炭下注30mg ヘムライブラ炭下注60mg ヘムライブラ炭下注100mg ヘムライブラ炭下注105mg ヘムライブラ炭下注150mg		本製剤の使用に当たっては、血液凝固薬使用時のインセプターを保有することの確認が前提であり、インセプター在庫の測定された年月日及び方を診療報酬明細書の請求欄に記入すること。	850600302	インセプター在庫測定年月日(ヘムライブラ炭下注12mg等)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	○
181	ベリキューボ錠2.5mg ベリキューボ錠5mg ベリキューボ錠10mg		効能又は効果に関連する注意において、「左室駆出率の保たれた慢性心不全における本剤の有効性及び安全性は確立していないため、左室駆出率の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(ベリキューボ錠2.5mg等)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				830600083	左室駆出率の値(ベリキューボ錠2.5mg等)：*****	
				830600084	左室駆出率を測定した医療機関名(他の医療機関で測定した場合)(ベリキューボ錠2.5mg等)：*****	
182	ヘルネクシオス錠80mg		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、HER2(ERBB2)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、HER2(ERBB2)遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の請求欄に記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600303	HER2(ERBB2)遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(ヘルネクシオス錠80mg)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	○
				850600304	HER2(ERBB2)遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ヘルネクシオス錠80mg)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	○
183	ボイデヤ錠50mg		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、「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、補体(C5)阻害剤と併用して投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、診療報酬明細書の請求欄に、治療として使用している薬剤の品名及び使用期間を記載すること。	830600247	治療として使用していた薬剤の品名(ボイデヤ錠50mg)：*****	○
				830600248	治療として使用していた薬剤の使用期間(ボイデヤ錠50mg)：*****	○
184	ボテリジオ点滴静注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、フローサイトメトリ(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み実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600083	CCR4陽性を確認した検査の実施年月日(ボテリジオ点滴静注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)(ボテリジオ点滴静注20mg)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
185	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の併用療法として使用していた品名及び使用期間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の実施年月日(ミカトリオ配合錠)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				820600322	医師要件A(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等)	
				820600323	医師要件イ(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等)	
				820600324	医師要件ウ(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等)	
				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シリンジ等)：*****	

項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年 6月1日 適用
488 188	ミチーガ皮下注用60mgシリンジ ミチーガ皮下注用30mgバイアル	アトピー性皮膚炎に伴う痒	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8年以上の臨床経験を有していること。 2) 本剤投与前の治療の状況 ア 6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 6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) 13歳以上のアトピー性皮膚炎患者に投与する場合、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、本製剤投与開始2日前から本剤投与開始までの3日間全ての値を記載すること。 ア そう痒VAS 又は そう痒NRS イ かゆみスコア ウ EASIスコア 4) 6歳以上13歳未満のアトピー性皮膚炎患者に投与する場合、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、アについては、本製剤投与開始2日前から本剤投与開始までの3日間全ての値を記載すること。 ア かゆみスコア イ EASIスコア	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シリンジ等）；*****	
				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シリンジ等）；*****	
				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シリンジ等）；*****	
				842600030	そう痒VASの値（投与開始2日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600031	そう痒VASの値（投与開始1日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600032	そう痒VASの値（投与開始日）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600033	そう痒NRSの値（投与開始2日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600034	そう痒NRSの値（投与開始1日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600035	そう痒NRSの値（投与開始日）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600036	かゆみスコア（投与開始2日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600037	かゆみスコア（投与開始1日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600038	かゆみスコア（投与開始日）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
				842600039	EASIスコア（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）；*****	
489 188	ミチーガ皮下注用30mgバイアル	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、ステロイド外用剤等の抗炎症外用剤及び抗ヒスタミン剤等の抗アレルギー剤による適切な治療を一定期間施行しても、痒疹結節を主体とする病変が多発し、複数の部位に及ぶ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、次の事項を診療報酬明細書の請求欄に記載すること。 ア 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 投与開始時の痒疹結節数 ウ 投与開始時の病変部位 エ 投与開始時の痒みスコア	830600249	既存治療として使用していた薬剤の品名（ミチーガ皮下注30mgバイアル）；*****	○
				830600250	既存治療として使用していた薬剤の使用期間（ミチーガ皮下注30mgバイアル）；*****	○
				830600251	既存治療として薬剤を使用していない理由（ミチーガ皮下注30mgバイアル）；*****	○
				842600070	投与開始時の痒疹結節数（ミチーガ皮下注30mgバイアル）；*****	○
				830600252	投与開始時の病変部位（ミチーガ皮下注30mgバイアル）；*****	○
				842600071	投与開始時の痒みスコア（ミチーガ皮下注30mgバイアル）；*****	○
488 187	ムルプレタ錠3mg		本製剤の使用上の注意において、「開腹、開胸、開心、開頭又は臓器切除を伴う観血的手術の場合は、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。	830600087	観血的手術の名称（ムルプレタ錠3mg）；*****	
				850600085	観血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	
489 188	メキニスト錠0.5mg メキニスト錠2mg	BRAF遺伝子変異を有する悪性黒色腫 BRAF遺伝子変異を有する切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌 標準的な治療が困難なBRAF遺伝子変異を有する進行・再発の固形腫瘍（結腸・直腸癌を除く） BRAF遺伝子変異を有する再発又は難治性の有毛細胞白血病	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。	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	
489 188	メキニスト小児用ドライシロップ4.7mg	標準的な治療が困難なBRAF遺伝子変異を有する進行・再発の固形腫瘍（結腸・直腸癌を除く） BRAF遺伝子変異を有する再発又は難治性の有毛細胞白血病	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み実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600087	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（メキニスト錠0.5mg等）：（元号）yy年mm月dd日	○
				850600088	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15mg）：（元号）yy年mm月dd日	
489 190	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。	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	
489 191	メンクアッドフィ筋注		本製剤は、エクシズマブ（遺伝子組換え）、ラブリズマブ（遺伝子組換え）、スチムリマブ（遺伝子組換え）、ベグセタコブラン、ジルコプランナトリウム、ダニコバン、クロバリマブ（遺伝子組換え）又はイブタコバン塩酸塩水和物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と、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診療報酬明細書の請求欄に記入すること（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。）。	850600202	エクシズマブ（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	
				850600203	エクシズマブ（遺伝子組換え）投与を行う予定の年月日（メンクアッドフィ筋注）：（元号）yy年mm月dd日	
				850600204	ラブリズマブ（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	ラブリズマブ（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	ベグセタ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	ベグセタ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	ジルコプラン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	ジルコプラン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	

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8年6月1日適用
				850600306	ダニコバ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	○
				850600307	ダニコバ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	○
				850600308	クロバリマブ(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	○
				850600309	クロバリマブ(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	○
				850600310	イブタコバン(塩酸塩水和物)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	○
				850600311	イブタコバン(塩酸塩水和物)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	○
483 182	モノブアー静注500mg モノブアー静注1000mg		本製剤投与前の血中Hb値及び血中Hb値が6.0g/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。	830600195	投与前の血中Hb値(モノブアー静注500mg等)：*****	
				830600176	投与が必要と判断した理由(モノブアー静注500mg等)：*****	
484 183	ヨビバス皮下注168μgペン ヨビバス皮下注294μgペン ヨビバス皮下注420μgペン		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「活性型ビタミンD製剤やカルシウム剤による治療を受けている患者に対して、本剤の投与を検討すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、治療として使用している薬剤の品名及び使用期間を記載すること。	830600253	治療として使用している薬剤の品名(ヨビバス皮下注168μgペン等)：*****	○
				830600254	治療として使用している薬剤の使用期間(ヨビバス皮下注168μgペン等)：*****	○
485 184	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褐色細胞腫・パラグングリオーマ」及び「MBG集積陽性の神経芽腫」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、MBG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	
486 185	ライプリハント点滴静注350mg	EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性の切除不能進行・再発の非小細胞肺癌に用いる場合	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、EGFR遺伝子変異(エクソン20挿入変異を除く)が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR遺伝子変異(エクソン20挿入変異を除く)陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600312	EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性を確認した検査の実施年月日(ライプリハント点滴静注350mg)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	○
				850600313	EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ライプリハント点滴静注350mg)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	○
				850600314	EGFR遺伝子変異(エクソン20挿入変異を除く)陽性を確認した検査の実施年月日(ライプリハント点滴静注350mg)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	○
				850600315	EGFR遺伝子変異(エクソン20挿入変異を除く)陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ライプリハント点滴静注350mg)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	○
				850600316	EGFR遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(ラズクルーズ錠80mg等)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	○
				850600317	EGFR遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ラズクルーズ錠80mg等)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	○
487 186	ラズクルーズ錠80mg ラズクルーズ錠240mg		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、EGFR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、EGFR遺伝子変異陽性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。 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、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600316	EGFR遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(ラズクルーズ錠80mg等)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	○
				850600317	EGFR遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ラズクルーズ錠80mg等)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	○
488 187	ラピフォートワイプ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)(ラピフォートワイプ2.5%)：*****	
489 188	リツキシマン点滴静注100mg リツキシマン点滴静注500mg	CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫、CD20陽性の慢性リンパ性白血病及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20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(リツキシマン点滴静注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)(リツキシマン点滴静注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/KHK等)：(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				850600152	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リツキシマブBS点滴静注100mg/KHK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	
200 189	リットーロカプセル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てい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(リットーロカプセル50mg)：*****	
				830600178	毛髪自然再生が認められていない期間(リットーロカプセル50mg)：*****	
201 200	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	
202 201	リフヌア錠45mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「最新のガイドライン等を参考に、慢性咳嗽の原因となる病歴、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、難治性の慢性咳嗽であると判断した理由を記載すること。	830600179	難治性の慢性咳嗽であると判断した理由(リフヌア錠45mg)：	
203 202	リプタヨ点滴静注350mg	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) 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、外来腫瘍化学療法診療科2又は外来腫瘍化学療法診療科3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	820600325	施設要件A(リプタヨ点滴静注350mg)	
				820600326	施設要件イ(リプタヨ点滴静注350mg)	
				820600327	施設要件ウ(リプタヨ点滴静注350mg)	
				820600328	施設要件エ(リプタヨ点滴静注350mg)	
				820600329	施設要件オ(リプタヨ点滴静注350mg)	
		がん化学療法後に増悪した進行又は再発の子宮頸癌の治療	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) 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、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。	820600330	医師要件A(リプタヨ点滴静注350mg)	
				820600331	医師要件イ(リプタヨ点滴静注350mg)	
				820600330	医師要件A(リプタヨ点滴静注350mg)	○

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8年6月1日適用
		切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌の治療	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) 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 医師入局後2年次の研修修了を併せて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学の臨床研修を行っていること。 本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) 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) ア 白金製剤(カルボプラチン又はシスプラチン)及びパクリタキセルとの併用投与 イ 白金製剤(カルボプラチン又はシスプラチン)及びビドレキセドナトリウムとの併用投与	820600331 医師要件イ(リブタヨ点滴静注350mg)		○
				850600318 PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日(リブタヨ点滴静注350mg)：(元号)yy'年'mm'月'dd'日		○
				842600085 PD-L1陽性を確認した検査の検査結果(発現率)(リブタヨ点滴静注350mg)：*****		○
				820600596 併用投与A(リブタヨ点滴静注350mg)		○
				820600597 併用投与イ(リブタヨ点滴静注350mg)		○
204 205	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)：*****	
206 207	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「がん化学療法後のある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乳房抗がん剤前立腺癌」、エ「BRCA遺伝子変異陽性の治療切除不能な卵巣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切除不能な卵巣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」	機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。」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。	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	
			相同組織換修復欠損を有する卵巣癌におけるパリスマブ(遺伝子組換え)を含む初回化学療法後の維持療法	850600103	相同組織換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	相同組織換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	
			ミスマッチ修復機能正常(pMMR)の進行・再発の子宮体癌におけるフェルバリンマブ(遺伝子組換え)を含む化学療法後の維持療法	850600319	ミスマッチ修復機能正常(pMMR)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	○
			850600320	ミスマッチ修復機能正常(pMMR)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	○	
208 209	リンヴォック錠7.5mg リンヴォック錠15mg リンヴォック錠30mg	アトピー性皮膚炎	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。 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 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(ストロククラス以上)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。 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。 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 IOAスコア イ 全身又は顔面部の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(%) 4) 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合は、体重	820600108 医師要件A(リンヴォック錠7.5mg等)		
			820600109 医師要件イ(リンヴォック錠7.5mg等)			
			820600110 医師要件ウ(リンヴォック錠7.5mg等)			
			820600111 前治療要件A(リンヴォック錠7.5mg等)			
			820600112 前治療要件イ(リンヴォック錠7.5mg等)			
			842600081 IGAスコア(リンヴォック錠7.5mg等)：*****			
			842600082 全身のEASIスコア(リンヴォック錠7.5mg等)：*****			
			842600083 顔面部のEASIスコア(リンヴォック錠7.5mg等)：*****			
			842600020 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) (リンヴォック錠7.5mg等)：*****			
			842600021 体重(小児アトピー性皮膚炎患者に投与の場合)(kg) (リンヴォック錠7.5mg等)：*****			
201 206	ルクスターナ注	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、「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。 ・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 ・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	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			
208 207	ルマケラス錠120mg	がん化学療法後に増悪したKRAS G12C変異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、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。 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。	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			
			820600598 フッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍剤、オキサリプラチン及びイリノテカン塩酸塩水和物による治療歴を有する患者(ルマケラス錠120mg)	○		
				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 食事療養を行っている(レクビオ皮下注300mgシリンジ)		

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8年 6月1日 適用
206 208	レクビオ皮下注300mgシリンジ		本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 ① 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は循環器診療に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 イ 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は動脈硬化学に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 ② 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 ③ 食事療法を行っている旨及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 ④ HMG－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。 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 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（「リスク因子ア」から「リスク因子カ」までのうち該当するものを記載）。 ア 冠動脈疾患（安定狭心症に対する冠動脈形成術を含む）の既往歴 イ アテローム血行性脳梗塞（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 ウ 糖尿病 エ 慢性腎臓病 オ 末梢動脈疾患 カ 久山町研究スコアにて高リスク分類 ⑦ 家族性高コレステロール血症以外の患者で、⑥の「リスク因子ウ」から「リスク因子カ」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	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1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	リスク因子ア（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－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－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）	
				820600344	患者要件ア（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）	
206 209	レケンビ点滴静注200mg レケンビ点滴静注500mg		（本製剤を最初に投与した場合） 次の事項を記載すること。 ① 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記載） ア 患者本人及び要介護者の、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 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 ・ 本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者 ・ 本剤投与開始前に血管原性脳浮腫、5mm以上の脳膜小出血、脳表ヘモジドリン沈着症又は1cmを超える脳出血が認められる患者 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 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 ア 認知機能評価 MMSEスコア イ 臨床認知症尺度 CDR全般スコア ③ 次に掲げる検査のうち、当該患者の診断に用いた検査に該当するもの（「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載）、実施年月日及び検査実施施設名 エ アミロイドPET オ 脳脊髄液（CSF）検査 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（「医師要件ア」から「医師要件エ」までのうち該当するものを記載） ア 日本神経学会の専門医 イ 日本老年医学会の専門医 ウ 日本精神神経学会の専門医 エ 日本脳神経外科学会の専門医 ⑤ 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（「医師要件オ」から「医師要件ク」までのうち該当するものを記載） オ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の経度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専ら医療所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること キ 製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること ク 日本認知症学会又は日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していること ⑥ 次に掲げる項目のうち、該当するもの（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 以下のⅠからⅧをすべて満たす施設である。 イ 以下のⅠからⅧをすべて満たす施設でない。 （項目） Ⅰ MRI検査（1.5 Tesla以上）が実施可能な医療機関であり、かつ、ARIAが認められた場合に、画像所見や症状の有無から、本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ、施設内で必要な対応ができる体制が整っていること Ⅱ 認知機能のスコア評価（MMSEスコア）及び臨床認知症尺度（CDR全般スコア）が実施可能な者が配置されていること Ⅲ 同一施設内又は連携がとれる施設においてPET検査又はCSF検査が実施可能であること Ⅳ 上記の④及び⑤に該当する、常勤医師が複数名配置されていること Ⅴ CDR全般スコア評価に精通し、一定以上の評価経験を有する医療従事者がいること Ⅵ ARIAのリスク管理に必要な知識を有し、かつ、MRI読影に関する医療従事者向け研修を受講した、ARIAの鑑別を含むMRI読影が適切に行える常勤医が1名以上いること Ⅶ 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携がとれる施設であること Ⅷ 製造販売業者に課せられている全例調査を確実に実施できる施設であること	820600349	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	
				830600188	アミロイドPET検査実施施設名（レケンビ点滴静注200mg等）	
				850600222	脳脊髄液（CSF）検査の実施年月日（レケンビ点滴静注200mg等）：（元号）yy'年'mm'月'dd'日	
				830600189	脳脊髄液（CSF）検査検査実施施設名（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600349	医師要件ア（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600350	医師要件イ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600351	医師要件ウ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600352	医師要件エ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600353	医師要件オ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600354	医師要件カ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600355	医師要件キ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600356	医師要件ク（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600357	施設要件ア（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600358	施設要件イ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600359	施設要件ウ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600360	施設要件エ（レケンビ点滴静注200mg等）	

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8年6月1日適用		
214 210	レットヴィモカプセル40mg レットヴィモカプセル80mg レットヴィモ錠40mg レットヴィモ錠80mg		(投与開始後6か月以降の投与の場合) 次の事項を記載すること。 ① 本製剤の投与施設(「施設要件ウ」又は「施設要件エ」と記載)及び「施設要件エ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地 ウ 初回投与施設(初回投与施設と同一の施設) エ 連携施設(初回投与施設と連携している施設) ② 次に掲げる施設要件のうち、本製剤の投与施設に該当するもの(「施設要件オ」と記載) オ 製造販売業者に課せられている全例調査を確実に実施できること ③ 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(「施設要件ケ」から「施設要件シ」までのうち該当するものを記載) ケ 日本神経学会の専門医 コ 日本老年医学会の専門医 サ 日本脳神経学会の専門医 シ 日本脳神経外科学会の専門医 ④ 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(「施設要件ス」～「施設要件タ」までのうち該当するものを記載) ス 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の経度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有していること セ 画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること ソ 製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること タ 日本認知症学会又は日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していること	830600190	連携施設名(施設要件エに該当))(レケンビ点滴静注200mg等);*****			
				830600191	連携施設の所在地(施設要件エに該当))(レケンビ点滴静注200mg等);*****			
				820600361	施設要件オ(レケンビ点滴静注200mg等)			
				820600362	医師要件ケ(レケンビ点滴静注200mg等)			
				820600363	医師要件コ(レケンビ点滴静注200mg等)			
				820600364	医師要件サ(レケンビ点滴静注200mg等)			
				820600365	医師要件シ(レケンビ点滴静注200mg等)			
				820600366	医師要件ス(レケンビ点滴静注200mg等)			
				820600367	医師要件セ(レケンビ点滴静注200mg等)			
				820600368	医師要件ソ(レケンビ点滴静注200mg等)			
				820600369	医師要件タ(レケンビ点滴静注200mg等)			
				842600043	初回投与から起算しての週数(レケンビ点滴静注200mg等);*****			
				850600223	臨床症状の評価を実施した直近の年月日(レケンビ点滴静注200mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日			
				850600224	MRI検査を受けた直近の年月日(レケンビ点滴静注200mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日			
				830600192	投与の継続が必要と判断した理由(レケンビ点滴静注200mg等);*****			
				820600344	患者要件ア(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)			
				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			
				RET 融合遺伝子陽性の進行・再発の固形腫瘍	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、RET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、RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600105	RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(レットヴィモカプセル40mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
						850600106	RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(レットヴィモカプセル40mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日	
		RET 遺伝子変異陽性の根治切除不能な甲状腺癌	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、RET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、RET遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600153	RET 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(レットヴィモカプセル40mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日			
				850600154	RET 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(レットヴィモカプセル40mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日			
			次の事項を記載すること。本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載) ア 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修を有し、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 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年以上は動脈硬化化学に関する臨床研修を有する医師が所属する施設 2) 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL-Cコレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 3) 食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 4) HMG-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、最大耐用量である旨もあわせて記載すること。 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 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」から「リスク因子」までのうち該当するものを記載) ア 冠動脈疾患(冠状動脈に対する冠動脈形成術を含む)の既往歴 イ アテローム血行性脳梗塞(明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞を含む)の既往歴 ウ 糖尿病 エ 慢性腎臓病 オ 末梢動脈疾患 カ 心臓病リスクスコアにて高リスク分類 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」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	820600113	施設要件ア(レバーサ皮下注140mgペン)			
				820600114	施設要件イ(レバーサ皮下注140mgペン)			
				850600155	LDL-Cコレステロール検査の実施年月日(レバーサ皮下注140mgペン);(元号)yy'年'mm'月'dd'日			
				830600132	LDL-Cコレステロール検査値(レバーサ皮下注140mgペン);*****			
				820600115	食事療養を行っている(レバーサ皮下注140mgペン)			
				820600116	運動、喫煙等に関する指導を行っている(レバーサ皮下注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(レバーサ皮下注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(レバーサ皮下注140mgペン)			
				830600092	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名(レバーサ皮下注140mgペン);*****			
				830600093	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の1日投与量(レバーサ皮下注140mgペン);*****			
				820600119	投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の最大耐用量である(レバーサ皮下注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(レバーサ皮下注140mgペン);*****			
				820600120	リスク因子ア(レバーサ皮下注140mgペン)			
				820600121	リスク因子イ(レバーサ皮下注140mgペン)			

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年 6月1日 適用
213 211	レバサ皮下注140mgペン		(平成29年3月31日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合) ③を記載できない場合は、従前のとおり次の事項を記載するとともに、投与中である旨(「投与中患者」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月を記載すること。 ア 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 イ 食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 ウ 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、最大耐用量である旨もあわせて記載すること。 エ 家族性高コレステロール血症以外の患者では、心血管イベントの発現リスクが高いと判断した理由(冠動脈疾患、非心原性脳梗塞、末梢動脈疾患、糖尿病若しくは慢性腎臓病に罹患していること若しくはそのいずれかの既往歴を有すること、又は複数の危険因子が認められること)。 (平成 29 年3 月 31 日以前に本製剤の使用実績がある医療機関の場合) 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。	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－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－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耐用量である(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)	
213 212	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		手術時における血漿凝固因子遺伝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)；*****	
214 213	ロープレナ錠25mg ロープレナ錠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(ロープレナ錠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)(ロープレナ錠25mg等)；(元号)yy'年'mm'月'dd'日'	
214 214	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 融合遺伝子陽性の初発不能進行・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'	
214 215	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、「(血漿製剤の使用指針)の一部改正について」(平成28年6月14日付付薬生発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鑑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ること」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診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。	830600102	使用が必要と判断した理由(照射洗浄血小板－LR「日赤」等)；*****	
213 216	照射洗浄血小板HLA－LRBS「日赤」 照射洗浄血小板－LRBS「日赤」		洗浄血小板製剤の使用適正化については、「(血漿製剤の使用指針)の一部改正について」(平成28年6月14日付付薬生発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鑑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ること」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診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。	830600256	使用が必要と判断した理由(照射洗浄血小板HLA－LRBS「日赤」等)；*****	○

※「記載事項」欄における括弧書きは、該当する場合に記載する事項であること。

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

※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。

(別添 6)

「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める
掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医
薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について
(令和 8 年 3 月 27 日保医発 0327 第 6 号)

別添

第 3 保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める基準等（掲示事項等告示第 2、第 2
の 2 及び第 3 並びに医薬品等告示関係）

31 近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給に関する事項

(6) 患者から近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給に係る費用徴収を
行った保険医療機関及び保険薬局は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担
に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当
該費用徴収に係る領収書を交付するものとする。

(7) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式 23 により
地方厚生（支）局長にその都度報告すること。また、患者から特別の料金を徴収
した保険医療機関及び保険薬局については、毎年、定例報告の際に、その実施状
況について地方厚生（支）局長に報告すること。