

平成29年7月28日時点

平成28年6月30日版からの変更は赤字

平成29年4月6日版からの変更は青字

平成29年度
「DPC導入の影響評価に係る調査」
実施説明資料

平成29年7月28日

目 次

I 概要とスケジュール

- 提出データの概要…………… 4
- 提出スケジュール等…………… 10

II 各様式と入力要領

- データ提出に係る通則的事項…………… 13
- 様式1…………… 19
- 様式3…………… 99
- 様式4…………… 103
- D、E、Fファイル…………… 106
- Hファイル…………… 107

III 関係資料

- 病名入力の留意点…………… 116
- 「DPC導入の影響評価」に係るレセプトデータダウンロード方式による
レセプト情報データ収集について…………… 145
- レセプトデータダウンロード方式 D、E、Fファイルの作成及び事例…………… 174

I

概要とスケジュール

提出データの概要

提出するデータは、主として大きく次の三つに分けられる。

- (1) 患者単位で把握する診療録情報で、主に診療録（カルテ）からの情報
- (2) 患者単位で把握するレセプトデータ情報で、主に診療報酬明細書（レセプト）からの情報
- (3) 医療機関単位で把握する情報

【DPC調査提出データ一覧と主な変更点】

内容		様式の名称	平成28年度調査からの主な変更点	
データ提出関係			項目の追加 ・データ提出方法	
患者別匿名化情報	診療録情報	様式1	変更なし	
	医科保険診療以外のある症例調査票	様式4	変更なし	
	カルテからの日別の匿名化情報	Hファイル	変更なし	
	診療報酬請求情報	医科点数表による出来高情報	EF統合ファイル	診療科区分の項目追加
		外来患者の医科点数表による出来高情報	外来EF統合ファイル	診療科区分の項目追加
診断群分類点数表により算定した患者に係る診療報酬請求情報		Dファイル	診療科区分の項目追加	
施設調査票（病床数、入院基本料、算定状況等）		様式3	変更なし	

*変更内容の詳細は各調査票の頁を参照のこと。

*患者別の情報については、匿名化を行った上で提出すること。ただし、提出データについてはデータの品質管理上疑義照会を行う必要があるため、連結可能匿名化（医療機関内において、匿名化情報と実データとの対応表を管理し、カルテなどの原資料が確認出来る方法）を用いる必要がある。また、再入院率などの集計を実施する予定があるため、調査期間を通じて提出するデータについては、1患者=1匿名IDの形をとるものとし、複数の匿名IDを振ることのないように留意すること。

1. 様式1（カルテからの匿名化情報）

(1) 対象範囲

調査参加病院のうち、調査対象期間中に1日でも医科保険で入院料を算定したものについて作成する。

（対象となる患者）

- ・平成29年4月1日から平成30年3月31日の間に退院又は転棟*1した患者。
- ・入院年月日は問わない(平成29年4月以前入院も対象となる)。
- ・医科保険で入院料を1日でも算定した患者。入院料を算定した期間は問わない。
- ・包括の診断群分類に該当しない、いわゆる「出来高払い」の症例も対象。
- ・治験や先進医療の対象患者も調査の対象。
- ・調査対象となる疾病は限っていない。「移植」、「HIV」、「多発外傷」及び「救急患者」等も対象となる。
- ・救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床に入院したものとみなされるもの（死亡時の1日分の入院料等を算定するもの）。

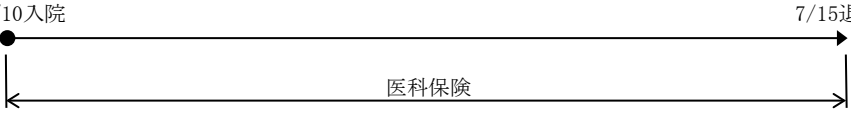
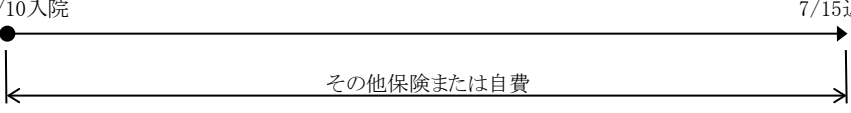
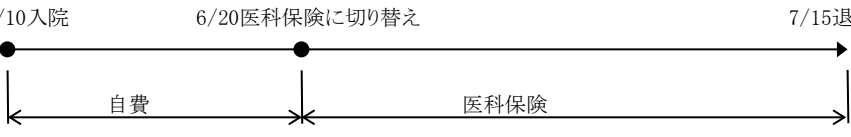
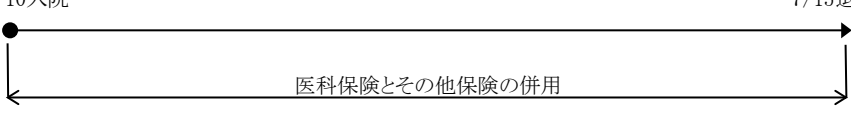
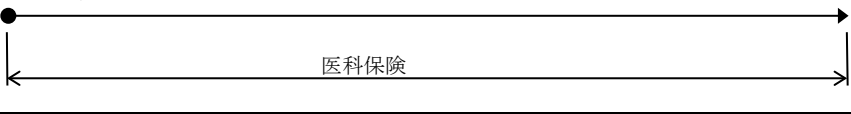
（対象外となる患者）

- ・医科のレセプトを使用しない自費診療のみまたは医科以外の他保険のみの患者。
- ・医科保険で入院料を算定せず一部の投薬・注射のみ保険適用した患者。

- ・ 医科レセプトを使う場合でも、支払基金等に歯科分として請求する場合(歯科の入院等)は対象外となる。
- ・ 移植術(例えば腎移植)の場合の臓器提供者(ドナー)。
※1:「病棟グループ」に変更のあった場合を指す。詳細は後述する

なお、対象外となる患者データを提出しても差し支えない。

保険・自費、入院時期等による対象、対象外の例

対象	保険
対象	医科保険のみ 6/10入院  7/15退院
対象外	その他保険または自費のみ 6/10入院  7/15退院
対象	保険の切り替えの例(自費 → 医科保険) 6/10入院 6/20医科保険に切り替え  7/15退院
対象	保険の併用 6/10入院  7/15退院 医科保険で1日でも入院料を算定した場合は対象とする。 入院料を医科保険で1日も算定しない場合は対象外とする。
対象	4/1以前の入院 4/1以前入院  7/15退院

(2) 必要となる情報(抜粋); 退院時サマリーのイメージ

主傷病名、入院の目的、手術術式等(「入力要領」参照)で匿名化された情報。

(3) データ入力・取扱いにおける特記事項

入院日から退院日までの期間を基本とするが、一般病棟から療養病棟等へ転棟があった場合、転棟した時点で様式1を別に作成、提出する。また、一連となる7日以内の再入院の条件(詳細は後述する)を満たした場合は、新たに一連とした様式1も追加作成する。

様式1のデータは傷病名等、診断、診療に関わる情報であるため、主治医による入力票を活用した方式、ICD10(傷病名)のコーディングに関しては、熟練した診療情報管理士等が分担する方法も考えられる。入院中に転科があった場合には、複数の科別サマリーを1入院として集約する必要がある。病院によって様々な方策が考えられるが、一つの方法として管理担当者(診療情報管理士等も含む。)が集約することも考えられる。

傷病分類については、疾病、傷病および死因統計分類提要、ICD-10(2003年版)準拠を使用すること。

2. 様式 3

(1) 必要となる情報（抜粋）

医療機関別の病床数、入院基本料等に係る加算の算定状況等（様式 3 入力要領 参照）。

(2) データ入力・取扱いにおける特記事項

様式 3 は患者単位ではなく医療機関単位での情報であるため、医事課等において別途把握が必要となるデータである。

3. 様式 4

(1) 対象範囲

全患者が対象。つまり、自費のみによる出産、健康診断のための入院、労災保険のみの入院等も含め、全ての症例が対象。

(2) 必要となる情報（抜粋）

医科保険診療以外の診療の有無（に係る）情報（様式 4 入力要領 参照）

(3) データ入力・取扱いにおける特記事項

様式 4 は患者単位にレセプトだけでは分からない情報であり、様式 3 と同じく医事課等において別途把握が必要となるデータである。

4. EF 統合ファイル（出来高レセプト情報）

(1) 対象範囲

医科点数表に基づく出来高による診療報酬の算定範囲、入院料の包括診療項目、及び持参薬等。

（対象となる患者）

- ・ 入院医科保険の対象の全患者。
- ・ 労災・公害・その他の除外分と保険分との混在の場合は医科保険部分のみ対象とする。
- ・ 治験や高度先進の対象患者も調査の対象となる。医科保険部分のみ対象とする。

（対象外となる患者）

- ・ 自費診療のみの患者
- ・ 労災・公害・その他保険のみの患者
- ・ 移植術（例えば腎移植）の場合の臓器提供者はレシピエントに総括する。作成時期に間に合わない場合には不要とする。

対象外となるデータを提出した場合、エラーとして取り扱い修正・再提出を求める。

(2) 必要となる情報（抜粋）；診療報酬明細書情報

医科点数表に基づく出来高による診療報酬の算定情報で、匿名化された情報（対象は全患者）である。

(3) データ入力・取扱いにおける特記事項

医科点数表に基づく出来高による診療報酬の算定情報については、レセプトデータダウンロード方式による E、F ファイルが原則である。

DPC 対象病院においては、包括評価対象患者に係る診断群分類点数表に基づく診療報酬の算定情報が別途必要である。（D ファイルの項を参照）

(4) EF ファイル統合

提出にあたり、事前に配布する EF ファイル統合ソフトにより、E・F ファイルを統合させることが必要となる。

EF ファイル統合ソフトについては、6 月下旬までに配布予定であるが、リリース時には連絡担当者宛に、メールによる連絡を行う予定。

5. D ファイル（包括レセプト情報）

(1) 対象範囲

DPC 対象病院のみ作成し、それ以外の医療機関は作成不要。包括範囲の診療報酬請求情報及び出来高による診療報酬の算定範囲。出来高理由コードに係るレコードも出力すること。

(2) 必要とする情報（抜粋）；包括点数（レセプト）イメージ

診断群分類点数表により算定する患者の包括評価点数、医療機関別係数等に関する請求情報で匿名化された情報である。

(3) データ入力・取扱いにおける特記事項

DPC 対象病院のみ提出する。

6. H ファイル（カルテからの日別の匿名化情報）

(1) 対象範囲

「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」・「特定集中治療室における重症度、医療・看護必要度に係る調査票」・「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」により評価を行う入院料を届け出ている病棟（病床）に入院している患者について作成する。

(2) 必要とする情報（抜粋）

重症度、医療・看護必要度に係る評価票の各評価項目の点数。

(3) データ入力・取扱いにおける特記事項

H ファイルは様式 1 と異なり、1 日毎に情報を入力して 1 カ月分を 1 つのファイルに作成する。この点では EF 統合ファイルと同じである。

7. データ提出先等

(1) 事前チェック

提出にあたり、事前に配布する形式チェックソフトによりチェックを行い、エラーがないことを確認してからデータ提出することを必須とする。

形式チェックソフトについては、6 月下旬までに配布予定であるが、リリース時には連絡担当者宛に、メールによる連絡を行う予定。

(2) データ提出方法【重要】

- データ等（紙面を含む）の提出にあたっては、以下の 2 つの要件をいずれも満たす配送方法を用いること。
 - ① 「提出日」及び「配送状況」がインターネット上で送付側（医療機関）・受領側（DPC 調査事務局）の双方向で確認できる方法であること。
 - ② 対面による受け渡し時、双方のサインが必要となる方法であること。
- データ等（紙面を含む）の提出にあたっては、下記の事業者および配達形態のうち可否が○印のいずれかを利用し、インターネット上で提出日の確認が可能なサービスによりデータ等を提出すること（事務局側で確認できたものは以下の通り）。該当する事業者および形態以外の方法を利用した場合、提出日の確認が出来ないことから、期限内に提出したとはみなされない。
- 「提出日」とは、配達事業者の引き渡し日等インターネットで検索した際に表示される日時を指す。集荷時間や持ち込み時間が遅くなった場合、翌日が「提出日」として記録される可能性があるため、注意すること。尚、配達業者伝票の受付印及び消印等は、原則「提出日」として認めない。

配達事業者	配達形態	可否	備考
佐川急便株式会社	飛脚メール便	×	発送方法の要件②を満たしていないため
	宅配便・航空便	○	
	飛脚特定信書便	○	
	飛脚ジャストタイム便	○	
西濃運輸株式会社	宅配便・航空便	○	
日本通運株式会社	宅配便・航空便	○	
福山通運株式会社	宅配便・航空便	○	

配達事業者	配達形態	可否	備考
ヤマト運輸株式会社	クロネコ DM 便	×	発送方法の要件②を満たしていないため
	ネコポス	×	発送方法の要件②を満たしていないため
	宅急便コンパクト	○	
	宅配便・航空便	○	
日本郵便株式会社	普通郵便	×	発送方法の要件①、②をいずれも満たしていないため
	特定記録郵便	×	発送方法の要件②を満たしていないため
	簡易書留	○	
	書留	○	
	ゆうパック	○	
	新特急郵便（普通）	×	発送方法の要件②を満たしていないため
	新特急郵便（書留）	○	
	配達時間帯指定郵便（普通）	×	発送方法の要件②を満たしていないため
	配達時間帯指定郵便（書留）	○	
	レターパックライト	×	発送方法の要件②を満たしていないため
	レターパックプラス	○	
	ゆうパケット	×	発送方法の要件②を満たしていないため
	スマートレター	×	発送方法の要件②を満たしていないため

なお、以下の点に注意すること。

- ・ データ提出加算におけるデータ提出遅延の有無はこの「提出日」で判定される（提出日が提出期限と同日であるものまで期限内に提出されたものと取扱う）。
- ・ 上記配達事業者のサービス内容によっては提出日の確認ができない場合がある。
- ・ 同一月の提出用データが同じ提出日に複数提出された場合は、提出用データの更新日時（提出用データを右クリック→プロパティで確認可能）が新しい方を後に提出されたものとして扱う。

(3) データの提出先

〒100-0013 東京都千代田区霞が関 3-2-1 霞が関コモンゲート西館 20 階
株式会社健康保険医療情報総合研究所内 DPC 調査事務局 行

(4) データ提出に関する問い合わせ先

DPC 調査事務局への到着確認などは配達記録等で、病院自ら確認のこと。

(5) データの返却

データ（媒体）の返却は当該年度調査終了時点で一括返却を行う。データの内容について問い合わせをする場合があるので、提出前に必ずバックアップをとること。

8. 調査に関する連絡

(1) 連絡方法

調査に関する連絡は、原則メールにて行うため、連絡担当者におかれては、定期的にメールのチェックを行っていただく必要がある。連絡担当者は本調査の実務担当者を登録すること。

(2) 連絡担当者および住所の変更

連絡担当者および住所に変更がある場合は、下記宛に速やかに登録を行うこと。

調査用ホームページからファイルをダウンロードし、変更内容を入力したファイルを下記メールアドレスに送付のこと。送付メールの件名は「連絡担当者・住所の変更」とすること。

Email dpc@prism.com 株式会社健康保険医療情報総合研究所内 DPC 調査事務局

(3) 施設名、住所の変更

施設名の変更は下記のとおり

① DPC 対象病院、DPC 準備病院

「DPC 対象病院等名称変更届」(別紙 16) を地方厚生(支)局へ提出する。
詳細は通知「DPC 制度への参加等の手続きについて」を参照すること。

② 上記①以外(その他の病院)

変更の旨をメール本文中に記載いただいた上で、調査用ホームページから連絡担当者変更届をダウンロードし、新たに届け出た正式名称を記載して下記メールアドレス宛に届け出ること。送付メールの件名は「施設名、住所の変更」とすること。

Email dpc@prism.com 株式会社健康保険医療情報総合研究所内 DPC 調査事務局

9. 調査に関する質問について

質問はメールでのみ受け付けるが、あくまで本調査に対する質問にのみ回答する。算定の疑義等については回答しない。算定の疑義は地方厚生(支)局へ問い合わせること。また、本資料に詳細な記載があるにもかかわらず、質問した場合も回答しない。本資料を参照したが、それでも分からない場合のみ質問すること。質問内容はできるだけ詳細に書くこと。なお、質問は連絡担当者が必ず行い、病院名、担当者名を必ずメールに記載すること。無記名の場合、回答しない。当日 16 時 30 分までの質問に関しては、原則当日中に回答を行う(土日、祝日及び年末年始を除く)。件名の先頭に自院の施設コード(9 桁)を記載すること。

Email dpc@prism.com 株式会社健康保険医療情報総合研究所内 DPC 調査事務局

※ 緊急の場合を除き、原則メールにて連絡。(電話による問い合わせはご遠慮下さい。)

提出スケジュール等

1. データ提出時の注意

様式1、様式3、様式4、D、E、F及びHファイルのデータの正確性を期するため、管理担当者によるチェックを行い、その上でデータ提出を行うという業務フローを院内で確立する必要がある。各院内でチェックする必要があるのは、下記のような内容である。

- ・ 提出対象の全患者データが提出されているか。
- ・ 提出必要な全様式・ファイルが提出されているか。
- ・ 各様式に記載必要な全てのデータが記載されているか。
- ・ 様式間のデータ識別番号が適切に振られており、様式間の突合ができるか。
- ・ データの重複がないか。

EFファイルの統合を行うソフトおよび形式チェックを行うことができるソフトは、別途配布される。
なお、データに不整合があった場合は再提出を求める。

2. データの提出期限

① 初回提出ファイル

対象データの提出期限は次の通りである。

対象となるデータ	提出期限
平成29年4、5、6月のDEFHファイル、様式1、様式3、様式4、外来統合EFファイル	平成29年 7月22日 (土)
平成29年7、8、9月のDEFHファイル、様式1、様式3、様式4、外来統合EFファイル	平成29年10月22日 (日)
平成29年10、11、12月のDEFHファイル、様式1、様式3、様式4、外来統合EFファイル	平成30年 1月22日 (月)
平成30年1、2、3月のDEFHファイル、様式1、様式3、様式4、外来統合EFファイル	平成30年 4月22日 (日)

※DファイルについてはDPC対象病院のみ作成する。また外来統合EFファイルについては、DPC対象病院及び様式40の7（データ提出加算2）の届出を行った医療機関のみ作成対象となる。

※原則として3カ月分を一括して提出スケジュールの締切日までにデータを提出する。

② 初回提出後のデータチェック

各四半期のデータの提出が行われた段階で、DPC調査事務局よりデータチェックを行い再確認が必要と思われる症例について、集計結果とともにデータの再確認依頼を各医療機関個別に書面にて連絡する。

対象範囲	提出期限
第一回：平成29年6月分までの提出データに基づくデータチェック	平成29年 9月22日 (金)
第二回：平成29年9月分までの提出データに基づくデータチェック	平成29年12月12日 (火)
第三回：平成29年12月分までの提出データに基づくデータチェック	平成30年 3月22日 (木)
第四回：平成30年3月分までの提出データに基づくデータチェック	平成30年 6月22日 (金)

※提出日とは、配達事業者の集荷日などインターネットで検索をした場合に表示される日時であることに注意すること。

(提出日・提出期限の定義は、提出データの概要7.(2)を参照のこと)

※データ再確認依頼は提出期限の各月1日を目途に書面にて連絡する。

※第二回のデータ再確認依頼については、分析等の都合により提出期限が12日となっていることに注意すること。

3. 検証用レセプトの提出

(1) 概要

レセプトデータダウンロード方式によるDファイル（DPC対象病院のみ）、EFファイルと、レセプト内容との整合性のチェックを実施するため、検証用レセプトを提出する。レセプトとの不整合があった場合又は再確認が必要と思われる点があった場合はデータの再提出又は確認結果の提出を求める。不整合又は再確認が必要となる点があった場合のみ病院個別に連絡する。

レセプト	DPC対象病院	・ 出来高症例の出来高レセプト 5症例程度 ・ 包括症例の包括レセプト 5症例程度
	DPC対象病院以外	・ 出来高症例の出来高レセプト 5症例程度

(2) 検証用レセプトの対象となるもの

DPC 調査事務局から指定されたデータ識別番号及び入院年月日のレセプトのコピーを提出する。

（包括レセプト、出来高レセプトそれぞれ5症例程度）

病院個別に書面にて連絡する。通知は調査実施期間中に行う。

(3) 締切り日

DPC 調査事務局から病院個別に締切りを設定する。DPC 調査事務局から通知後、1週間後程度とする。

(4) 留意事項

- ・ レセプトは表紙の他、続紙も必要。続紙はのり付けせず表紙とホチキスやクリップで留めること。
- ・ レセプトのコピーは患者氏名や保険記号・番号部分（表紙、続紙とも）を消してコピーを作成する。
- ・ レセプトの余白に必ずDEFファイルの施設コード（9桁）、データ識別番号（表紙、続紙とも）を記載のこと。
- ・ DPC 調査事務局から指定されたデータ識別番号に該当するレセプトは全て提出のこと。
- ・ 指定されたレセプト以外は提出しないこと（DPC 調査事務局から指定されたもののみ提出する）。
- ・ レセプト全体が見えるようにコピーすること。見切れや汚れ、文字が薄い等でレセプト内容の判読ができない場合は、レセプトの再提出を求める。
- ・ レセ電算請求、オンライン請求を行っている病院についても紙レセプトに出力して提出する。

Q&A

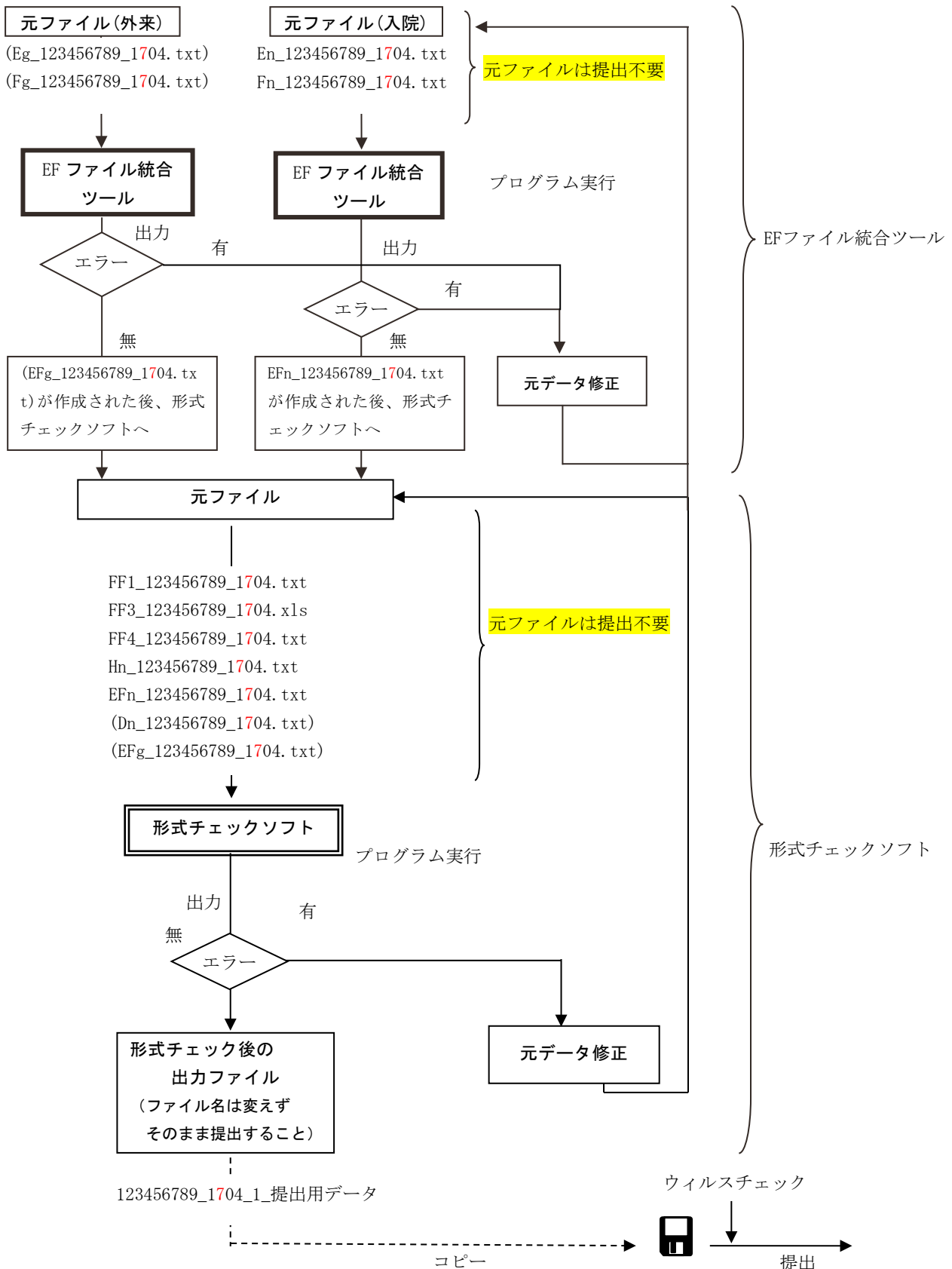
Q：検証用レセプトの提出の対象月はいつになるのか。

A：調査実施期間中に、当局より提出用レセプトについては連絡する。

II

各様式と入力要領

データ提出に係る通則的事項

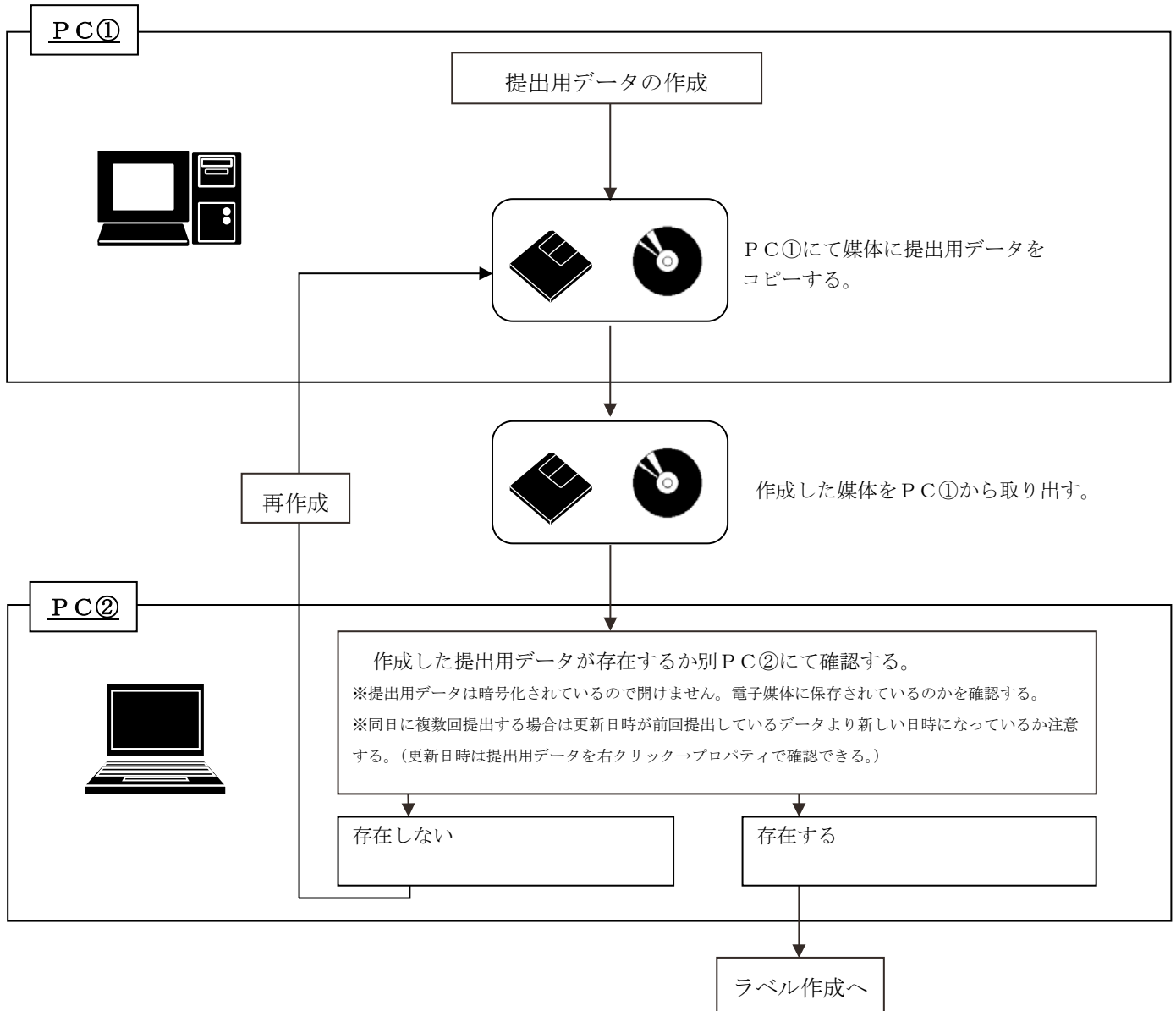


※括弧内は該当する医療機関のみ作成
 ※適宜、バックアップを取得すること
 ※媒体作成方法及びチェック方法については次頁参照

媒体作成方法及びチェック方法

提出用データの作成後、以下の手順を参考にして提出用媒体を作成する。

※正しくコピーできていない媒体や空の媒体で送付する医療機関が多々見受けられる。必ず確認すること。



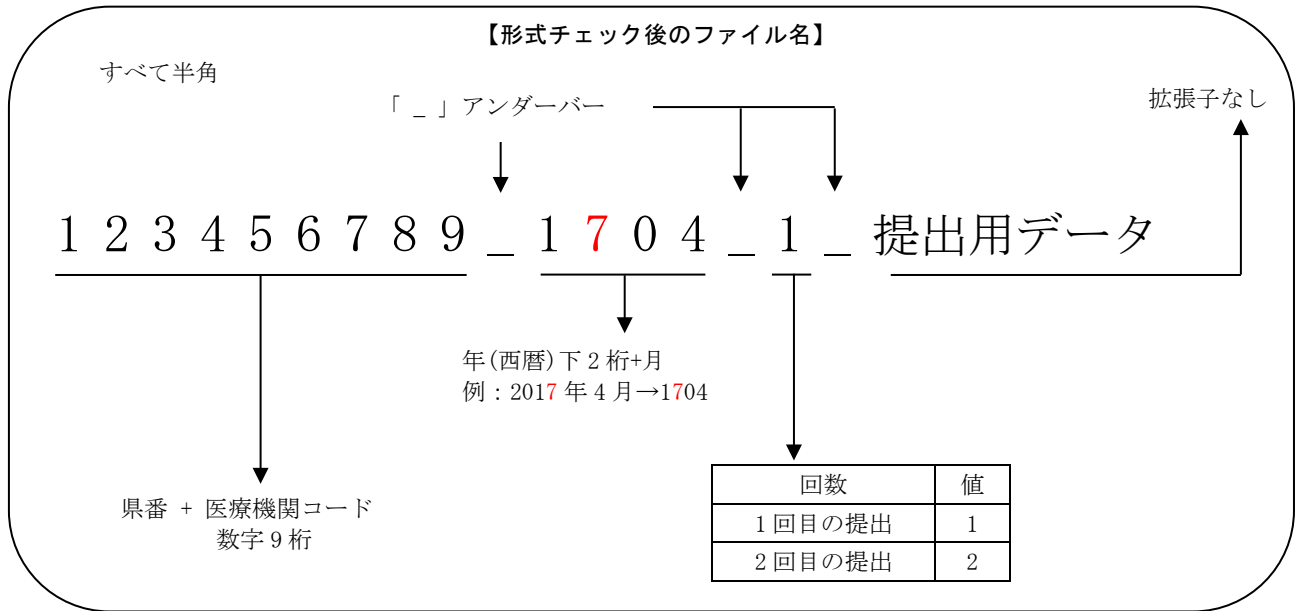
※使用可能な媒体については、P. 18 を参照のこと。

形式チェックソフトを実行し、エラーがあった場合は提出しない。エラーがあった場合は必ず修正し、再度形式チェックソフトを実行し、出力された提出用データをそのままコピーして提出すること。

ただし、「W」のついたエラーコードは正しい値なのかを確認し、修正の必要がなければそのまま提出可とする。

※ 形式チェックソフト（本体）、マニュアルは6月下旬頃配布予定。操作方法についてはマニュアルを参照のこと。

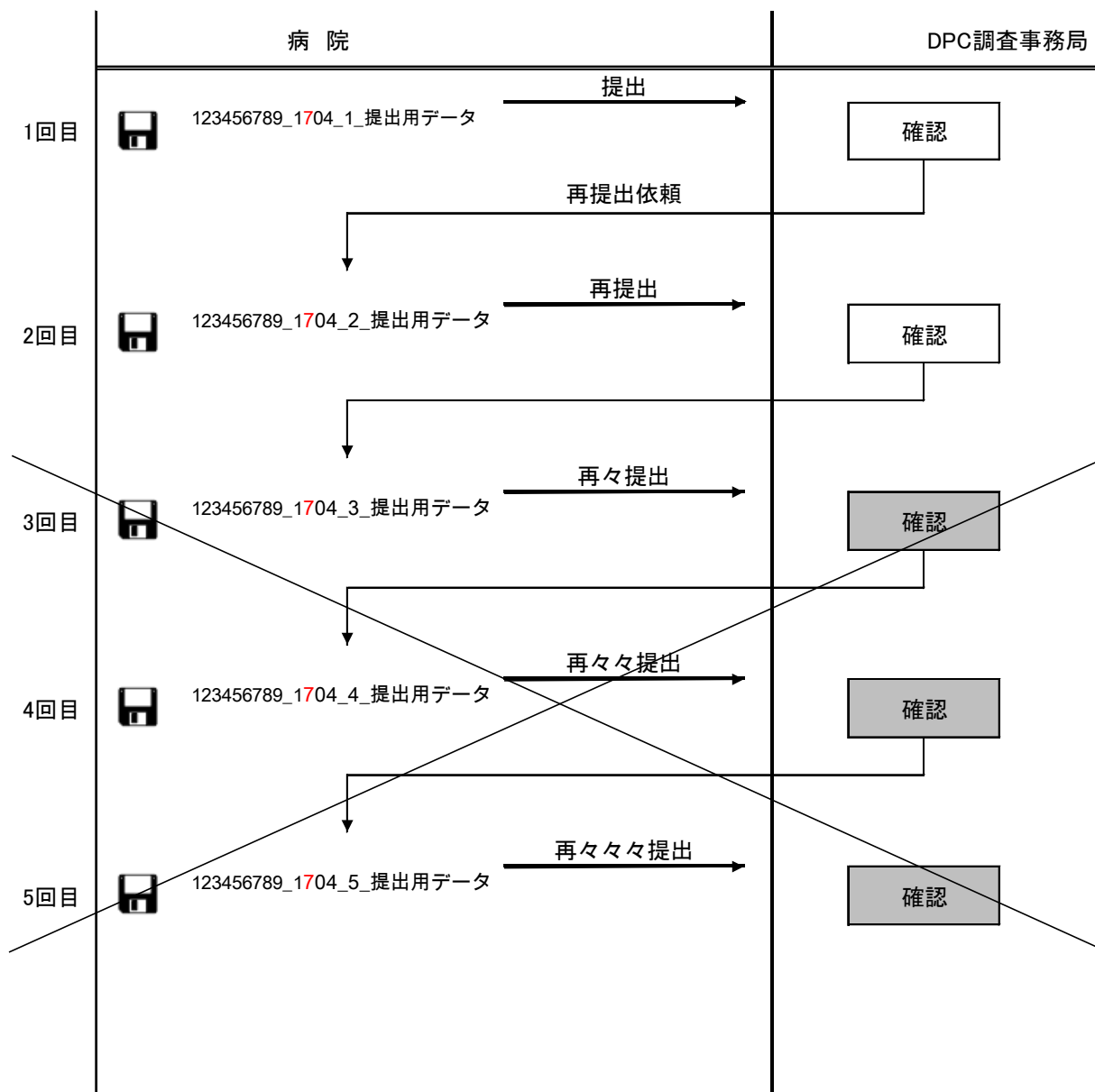
形式チェックソフト出力データ



※ 形式チェックソフトにデータをかけると、エラーが無ければ上記のファイル名が自動的に付与された提出用のファイルが自動的に作成される。

※ このファイル名は、絶対に修正等を行わないこと。

【データ再提出時のファイル名について】



※ 原則として再々提出以降は認めないが、セルフチェックやデータチェック等による場合はこの限りでは無い。

提出するファイル名及び媒体ラベルは以下の記載要領を参考に作成すること。

(1) ラベル表示の統一

次に示す形式でラベルの表示を統一する。

【ラベル記入例】

記入事項：

- (1) 施設名
- (2) 施設コード
- (3) 年月（下記参照）
- (4) 作成年月日
- (5) 再提出の場合は「再提出」と記載のこと

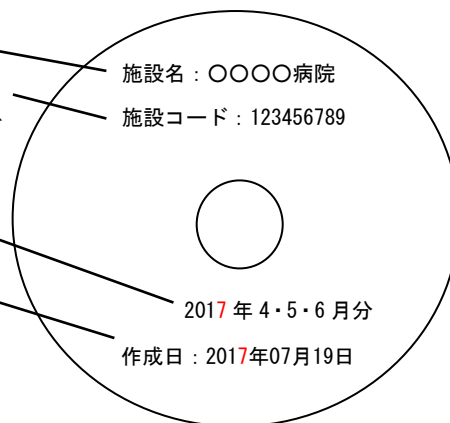
作成例①：

4・5・6月分
1回目の提出の場合



- (1) 施設名を記入
- (2) 施設コードを記入
(県番＋医療機関コードの数字 9桁)
- (3) 年月を記入
- (4) 作成年月日を記入
年は西暦で表記

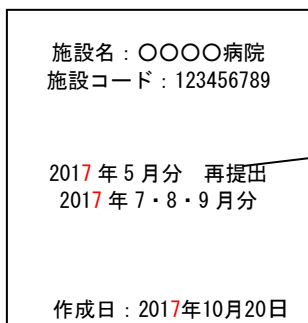
ラベルライター（テプラ等）は不可



1媒体に提出する各月ファイルを全て収める。
1媒体に収まらない場合は2媒体に分割も可。

作成例②：

2017年5月分 データに不備が見つかり再提出、2017年7・8・9月分を初回提出する場合。



- (5) 再提出の場合
「再提出」と記載のこと

ラベルライター（テプラ等）は不可



(2) その他の留意点

<共通>

- ① 提出媒体は、MO、CD-R、DVD-R、DVD+Rのいずれかとする。不意による事故等の消去や書き換えなどを防止するため、上記以外での提出は認めない。提出可能な規格は以下の通り。

CD	可否	DVD	可否	其他媒体	可否
CD-R	○	DVD-R	○	MO	○
CD-RW	×	DVD-R DL	×	FD	×
		DVD-RW	×	USB メモリ	×
		DVD-RAM	×	Blu-ray Disc	×
		DVD+R	○	SD メモリーカード	×
		DVD+R DL	×		
		DVD+RW	×		

- ② EFファイル統合ツール及び形式チェック後のファイルの提出
必ずEFファイル統合ツールを実行しEファイルとFファイルを統合し、エラーがないことを確認の上、形式チェックソフトを実行したデータを提出すること。
- ③ 媒体には形式チェック後の提出用データをそのままコピーして提出すること。提出を行う際は、媒体内に必要月数分の提出用データが存在していることを確認すること。
- ④ 提出媒体にコピー後、必ずウイルスチェックを行うこと。
- ⑤ データのバックアップ
毎回、提出したデータは必ずバックアップを行うこと。調査終了した時点で、一括してデータ返却を行う予定。
- ⑥ 媒体内にフォルダを作成しないこと。提出データは媒体の直下へコピーすること。
- ⑦ 複数月分のデータを1枚の媒体に収めてもよい。初回の提出の月分と再提出の月分の混在も構わない。
データの差し換え、調査途中でデータの返却等は受け付けない。
- ⑧ ラベルを貼る際は、はがれないようにしっかりと貼り付けること。

<MOで提出の際の留意点>

- ① MS-DOSフォーマット準拠の媒体を使用すること。
- ② 提出媒体を書き込み禁止状態で提出すること。
ライトプロテクトタブを記録可から記録不可にスライドすること。
- ④ 施設コード、施設名は媒体の表面になるようラベルに記載すること。
- ④ ラベルライター（テブラ等）は不可とする。
- ⑤ 記憶容量は問わない。

<CD、DVDで提出の際の留意点>

- ① 作成するには、どのPCでも読み取れるフォーマットにて作成し、必ず他のPCにて提出データが存在していることを確認の上、提出すること。
- ② 必ずプラスチックケースに入れて提出する。不織布ケース等は不可。
- ③ ラベルは媒体本体に表記すること。プラスチックケースのみの表記は不可。
- ④ ラベルを貼付する場合は専用のラベルを用いること。ラベルライター（テブラ等）は不可とする。手書きが可能な媒体であれば、手書きでも構わない。プリンターによる印字でも可。
- ⑤ CD、DVDは120mmディスクのみ使用可とする。
- ⑥ DVDについては片面記録用のみ使用可とする。
- ⑦ 記録容量・記録速度は問わない。

様式 1

【記録方式】

改定時の調査項目変更への対応の柔軟性、目視性の良さ、データ処理速度等の観点から、データ記録方式を次のとおりとする。

- ① ファイルは改行コードにより複数レコードに分割し、レコードの組み合わせにて構成する。また、各レコードは、ヘッダ部およびペイロード部で構成する。
- ② ファイルは、複数の様式1により構成する。
- ③ 様式1は、同じヘッダ部の情報を持つ複数レコードにより構成し、その中でペイロード部の「コード」「バージョン」「連番」で昇順に記録する。
- ④ ペイロード部の「ペイロード1」から「ペイロード9」には、「コード」および「バージョン」で規定された情報を記録する。

【提出データ形式】

- ・タブ区切りテキスト形式

【ファイルレイアウト例】

施設コード	データ識別番号	入院年月日	回数 管理 番号	統括診 療情報 番号	コード	バージョン	連 番	ペイロード 1(日付等)	ペイロード 2(コード等)	ペイロー ド3	ペイロ ード4	ペイロ ード5	ペイロ ード6	ペイロ ード7	ペイロ ード8	ペイロード9(可 変長文字列)
123456789	0011223344	20170401	0	0	A000010	20140401	0	19640521	1	1920914						
123456789	0011223344	20170401	0	0	A000020	20140401	0	20170401	1	0	0	100	0			
123456789	0011223344	20170401	0	0	A000030	20140401	0	20170410	1	2	0					
123456789	0011223344	20170401	0	0	A000031	20140401	0	20170401	20170410							
123456789	0011223344	20170401	0	0	A000040	20140401	0		060	0						
123456789	0011223344	20170401	0	0	A000050	20140401	0		1	0	0					
123456789	0011223344	20170401	0	0	A000060	20140401	0		4	0						
123456789	0011223344	20170401	0	0	A000070	20140401	0	99999999	99999999							

・
・
・

特に断りがない場合は、入力する値は文字列情報として扱う。エクセル等に数字を入力する場合、数値情報では先頭が"0"の場合に先頭の"0"が消えてしまうため。(例 01001 → 1001)

入力しない場合、"0"、" " (スペース) で埋めることのないように注意すること。

特に規定をする場合を除き、原則入力必須であるので注意すること。疑い病名でも、指定の疾患がある場合は入力必須となる。

様式 1

大項目	必須条件等有	小項目	内容（入力様式等）
-----	--------	-----	-----------

1. ヘッダ部	○	(1) 施設コード	都道府県番号（2桁）＋医療機関コード（7桁） 例 011234567 ※前ゼロ必須
	○	(2) データ識別番号	0～9 からなる 10 桁の数字 例 0123456789 ※前ゼロ必須
	○	(3) 入院年月日	0～9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2017 年 4 月 1 日→20170401
	○	(4) 回数管理番号	入院時間が早いものから順に 1、2、3 とする。同日入退院でない症例については 0 とする。
	○	(5) 統括診療情報番号	1 入院サマリは 0。転棟の度に 1、2、3 とする。一連となる 7 日以内の再入院は A とする。

2. ペイロード部	○	(1) コード	ペイロード部の情報種別（ペイロード種別）を表すコードを入力する。（次表「ペイロード項目」－「コード」参照）
	○	(2) バージョン	平成 28 年度に新設されたコードについては「20160401」を入力する。平成 26 年度に存在していたコードについては「20140401」を入力する。 後述の「ペイロード部のバージョンについて」も参照すること。
	○	(3) 連番	連番が規定されている場合は、レコード順に“1”から入力する。連番が規定されていない場合は“0”を入力する。
	※	(4) ペイロード 1（日付等）	(1) コードで規定された内容をそれぞれ入力する。（次表【ペイロード項目】－「内容」欄参照） 「ペイロード 1」には【ペイロード項目】－「ペイロード番号」が 1 の内容を、「ペイロード 2」には【ペイロード項目】－「ペイロード番号」が 2 の内容を入力する。以下同様。 内容が規定されていない場合や情報がない場合は、空欄（Null）とする。
	※	(5) ペイロード 2（コード等）	
	※	(6) ペイロード 3	
	※	(7) ペイロード 4	
	※	(8) ペイロード 5	
	※	(9) ペイロード 6	
	※	(10) ペイロード 7	
	※	(11) ペイロード 8	
	※	(12) ペイロード 9（可変長文字列）	

○：必須

※：次表【ペイロード項目】－「レコード必須条件等有」欄および「項目必須条件等有」欄を参照

「ペイロード 1」から「ペイロード 9」のすべての項目が空欄（Null）の場合は、当該レコードを作成しない。

ペイロード部のバージョンについて

以下のコードについてはバージョンを 20160401 とする。

コード	バージョン
A006060	20160401
FIM0010	20160401
M050040	20160401

表に記載以外のコードについてはバージョンを 20140401 とすること。

【ペイロード項目】

コード	ペイロード種別	レコード必須条件等有	連番	ペイロード番号	項目必須条件有	項目名	内容（入力様式等）
A000010	患者属性	○	-	1	○	生年月日	0～9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 1970 年 5 月 1 日→19700501
				2	○	性別	1. 男 2. 女
				3	○	患者住所地域の郵便番号	0～9 からなる 7 桁の数字 例 〒100-8916→1008916 ※前ゼロ必須
A000020	入院情報	○	-	1	○	入院年月日	0～9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2017 年 4 月 1 日→20170401
				2	○	入院経路	入力要領を参照
				3	※A	他院よりの紹介の有無	0. 無 1. 有
				4	※A	自院の外来からの入院	0. 無 1. 有
				5	※A	予定・救急医療入院	入力要領を参照
				6	※A	救急車による搬送の有無	0. 無 1. 有
				7	※A	入院前の在宅医療の有無	0. 無 1. 当院が提供 2. 他施設が提供 9. 不明
				8	※A	自傷行為・自殺企図の有無	1. 縊頸 2. 飛び降り・飛び込み 3. 服毒 4. 過量服薬 5. 刃物等による自傷（手首自傷を除く） 6. 手首自傷 7. その他 9. 無
A000030	退院情報	○	-	1	○	退院年月日	0～9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2017 年 4 月 1 日→20170401
				2	○	退院先	入力要領を参照
				3	○	退院時転帰	入力要領を参照
				4	○	24 時間以内の死亡の有無	0. 入院後 24 時間以内の死亡無し 1. 入院後 24 時間以内の死亡有り 2. 救急患者として搬送され、入院前に処置室、手術室等で死亡有り
				5	※B	退院後の在宅医療の有無	0. 無 1. 当院が提供 2. 他施設が提供 9. 不明
A000031	様式 1 対象期間	○	-	1	○	様式 1 開始日	0～9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2017 年 6 月 1 日→20170601
				2	○	様式 1 終了日	0～9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2017 年 6 月 1 日→20170601
A000040	診療科	○	-	2	○	診療科コード	「医療資源を最も投入した傷病名」を診療した科のコードを記入 ※前ゼロ必須
				3	○	転科の有無	0. 無 1. 有

○：必須 ▲：ある場合必須 ◇：任意

※A：A000020 入院情報 ②入院経路が“1”、“4”、“5”の場合に入力する

※B：A000030 退院情報 ②退院先が“1”～“9”の場合に入力する

コード	ペイロード種別	レコード必須条件等有	連番	ペイロード番号	項目必須条件有	項目名	内容（入力様式等）
-----	---------	------------	----	---------	---------	-----	-----------

A000050	病棟	○	-	2	○	調査対象となる一般病棟への入院の有無	入力要領を参照
				3	○	調査対象となる精神病棟への入院の有無	入力要領を参照
				4	○	調査対象となるその他の病棟への入院の有無	入力要領を参照
A000060	診療目的・経過	○	-	2	○	入院中の主な診療目的	1. 診断・検査のみ 2. 教育入院 3. 計画された短期入院の繰り返し（化学療法、放射線療法、抜釘） 4. その他の加療
				3	○	治験実施の有無	0. 無 1. 有
A000070	前回退院	○	-	1	○	前回退院年月日	0~9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2017年6月1日→20170601
				2	○	前回同一疾病で自院入院の有無	0~9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2017年6月1日→20170601
A000080	再入院調査	※1	-	2	○	再入院種別	1. 計画的再入院 2. 計画外の再入院
				3	○	理由の種別	入力要領を参照
				9	※C	自由記載欄	全角100文字以内で内容を入力
A000090	再転棟調査	※2	-	2	○	再転棟種別	1. 計画的再転棟 2. 計画外の再転棟
				3	○	理由の種別	入力要領を参照
				9	※D	自由記載欄	全角100文字以内で内容を入力
A001010	患者プロフィール/身長・体重	○	-	2	○	身長	センチメートル単位入力 例 156
				3	○	体重	キログラム単位入力（小数点第一位まで） 例 52.5、53.0
A001020	患者プロフィール/喫煙指数	○	-	2	○	喫煙指数	喫煙指数=1日の喫煙本数×喫煙年数
A001030	患者プロフィール/褥瘡	◇	○	1	○	入棟日	0~9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2017年6月1日→20170601
				2	○	退棟日	0~9からなる8桁の数字 YYYYMMDD 例 2017年6月1日→20170601
				3	○	入棟時の褥瘡の有無	入力要領を参照
				4	○	退棟時の褥瘡の有無	入力要領を参照

○：必須 ▲：ある場合必須 ◇：任意

※1：一般病棟グループ間で4週間以内（前回入院における一般病棟グループの退棟日又は退院日と当該入院における一般病棟グループへの入棟日とが4週間以内）に再入院した親様式1に入力する

※2：1入院内で一般病棟グループから一般病棟グループ以外へ転棟しており、その後一般病棟グループへ再転棟した場合に入力する

※C：A000080 再入院調査 ③理由の種別が“その他”の場合に入力する

※D：A000090 再転棟調査 ③理由の種別が“その他”の場合に入力する

コード	ペイロード種別	レコード必須条件等有	連番	ペイロード番号	項目必須条件有	項目名	内容（入力様式等）
-----	---------	------------	----	---------	---------	-----	-----------

A002010	妊婦情報	○	-	2	○	現在の妊娠の有無	0. 無 1. 有 2. 不明
				3	※E	入院時の妊娠週数	2桁の数字
A003010	出生児情報	※3	-	2	○	出生時体重	グラム単位入力 例 3000
				3	○	出生時妊娠週数	0~9 からなる 2桁の数字
A004010	高齢者情報	※4	-	2	○	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	0. 無し 1. I ~ II 以下 2. III ~ IV ・ M
A006010	診断情報/ 主傷病	○	-	2	○	ICD10 コード	主傷病に対する ICD10
				3	-	空欄	空欄
				4	○	傷病名コード	レセプト電算処理用の傷病名コード
				5	※F	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
				6	※F	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
				7	※F	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
				8	※F	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
9	○	主傷病名	退院時サマリの主傷病欄に記入された傷病名				
A006020	診断情報/ 入院契機	○	-	2	○	ICD10 コード	入院の契機となった傷病名に対する ICD10
				3	-	空欄	空欄
				4	○	傷病名コード	レセプト電算処理用の傷病名コード
				5	※F	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
				6	※F	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
				7	※F	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
				8	※F	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
9	○	入院の契機となった傷病名	入院の契機となった傷病名				
A006030	診断情報/ 医療資源	○	-	2	○	ICD10 コード	医療資源を最も投入した傷病名に対する ICD10
				3	※G	病名付加コード	入力要領を参照
				4	○	傷病名コード	レセプト電算処理用の傷病名コード
				5	※F	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
				6	※F	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
				7	※F	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
				8	※F	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
9	○	医療資源を最も投入した傷病名	医療資源を最も投入した傷病名でレセプトと請求した手術等の診療行為と一致する傷病名				

○：必須 ▲：ある場合必須 ◇：任意

※3：新生児疾患の場合は入力する

※4：65歳以上の患者、又は40歳以上の介護保険が適用されている患者の場合は入力する

※E：A002010 妊婦情報 ②現在の妊娠の有無が“1”の場合は入力する

※F：ある場合は必須。入力の際はペイロード番号の小さいものから順次使用する

※G：A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10 コードが C340、C341、C342、C343、C348、C349、C445、C493、C73、C783、C788、C792、C795、C798、C859、D139、D180、D181、D213、D360、D361、D367、D376、D377、D481、D485、G618、I50\$, J841、S364\$, S368\$, S378\$に該当する場合に入力する

コード	ペイロード種別	レコード必須条件等有	連番	ペイロード番号	項目必須条件有	項目名	内容（入力様式等）
-----	---------	------------	----	---------	---------	-----	-----------

A006031	診断情報/ 医療資源 2	▲	-	2	○	ICD10 コード	医療資源を 2 番目に投入した傷病名に対する ICD10
				3	-	空欄	空欄
				4	○	傷病名コード	レセプト電算処理用の傷病名コード
				5	※F	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
				6	※F	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
				7	※F	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
				8	※F	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
			9	○	医療資源を 2 番目に投入した傷病名	医療資源を 2 番目に投入した傷病名	
A006040	診断情報/ 併存症	▲	○	2	○	ICD10 コード	入院時併存症名に対する ICD10
				3	-	空欄	空欄
				4	○	傷病名コード	レセプト電算処理用の傷病名コード
				5	※F	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
				6	※F	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
				7	※F	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
				8	※F	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
			9	○	入院時併存症名	入院時点で既に存在していた傷病名	
A006050	診断情報/ 続発症	▲	○	2	○	ICD10 コード	入院後発症疾患名に対する ICD10
				3	-	空欄	空欄
				4	○	傷病名コード	レセプト電算処理用の傷病名コード
				5	※F	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
				6	※F	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
				7	※F	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
				8	※F	修飾語コード	レセプト電算処理用の修飾語コード
			9	○	入院後発症疾患名	入院中に発生した傷病名	
A006060	診断情報/ 難病	▲	-	2	○	難病の告示番号 1	告示番号
				3	○	医療費助成の有無 1	0. 無 1. 有
				4	▲	難病の告示番号 2	告示番号
				5	※H	医療費助成の有無 2	0. 無 1. 有

○：必須 ▲：ある場合必須 ◇：任意

※F：ある場合は必須。入力の際はペイロード番号の小さいものから順次使用する

※H：A006060 診断情報/難病 ④告示番号に入力がある場合は入力する

コード	ペイロード種別	レコード必須条件等有	連番	ペイロード番号	項目必須条件有	項目名	内容（入力様式等）
-----	---------	------------	----	---------	---------	-----	-----------

A007010	手術情報	▲	○	1	○	手術日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2017 年 7 月 1 日→20170701
				2	○	点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード
				3	-	空欄	空欄
				4	○	手術回数	1. 初回 2. 再手術
				5	○	手術側数	0. 左右の区別のないもの 1. 右側 2. 左側 3. 左右
				6	○	麻酔	1. 全身麻酔 2. 硬膜外麻酔 3. 脊椎麻酔 4. 静脈麻酔 5. 局所麻酔 6. 全麻+硬膜外 7. 脊椎+硬膜外 8. その他 9. 無
				9	○	手術名	名称
ADL0010	ADL スコア/ 入院時	※5	-	2	○	入院時の ADL スコア	10 項目の評価視点について数字 10 桁で記入 例 1211111100
ADL0020	ADL スコア/ 退院時	※6	-	2	○	退院時の ADL スコア	10 項目の評価視点について数字 10 桁で記入 例 1211111100
CAN0010	がん患者/ 初発・再発	※7	-	2	-	空欄	空欄
				3	○	がんの初発、再発	0. 初発 1. 再発
CAN0020	がん患者/ UICC TNM	※8	-	2	-	空欄	空欄
				3	○	UICC 病期分類(T)	入力要領を参照
				4	○	UICC 病期分類(N)	入力要領を参照
				5	○	UICC 病期分類(M)	入力要領を参照
				6	○	UICC 病期分類(版)	6. 第 6 版 7. 第 7 版
CAN0030	がん患者/ Stage	※9	-	2	-	空欄	空欄
				3	○	癌取扱い規約に基づくがんの Stage 分類	入力要領を参照
CAN0040	がん患者/ 化学療法の有無	○	-	2	-	空欄	空欄
				3	○	化学療法の有無	0. 無 1. 有(経口) 2. 有(皮下) 3. 有(経静脈又は経動脈) 4. 有(その他)
FIM0010	FIM	◇	○	1	○	入棟日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2017 年 7 月 1 日→20170701
				2	※I	退棟日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2017 年 7 月 1 日→20170701
				3	○	入棟時 FIM 得点	入力要領を参照
				4	※I	退棟時 FIM 得点	入力要領を参照

○：必須 ▲：ある場合必須 ◇：任意

※5：15 歳以上の場合は入力する。但し、産科の患者は除く

※6：15 歳以上の場合は入力する。但し、死亡退院・産科の患者は除く

※7：医療資源を最も投入した傷病名が悪性腫瘍に該当する場合は入力する

※8：がんの初発、再発が初発である場合は入力する。但し造血器腫瘍、副腎及び脳腫瘍を除く

※9：がんの初発、再発が初発である場合は入力する。但し消化器系癌*、骨腫瘍、悪性リンパ腫、副腎に限る

*食道癌、大腸癌、肝癌、胆道癌、膵臓癌を指す

※I：死亡退院の場合以外は入力する

コード	ペイロード 種別	レコード 必須 条件等 有	連 番	ペイ ロー ド番 号	項目 必須 条件 有	項目名	内容（入力様式等）
-----	-------------	------------------------	--------	---------------------	---------------------	-----	-----------

JCS0010	JCS/入院時	○	-	2	○	入院時意識障害がある場合の JCS	0. 無 1. 有 (1~300) R. 不穩 I. 糞尿失禁 A. 自発性喪失 例 意識レベル 3 で自発性喪失の場合は「3A」と記録
JCS0020	JCS/退院時	※10	-	2	○	退院時意識障害がある場合の JCS	0. 無 1. 有 (1~300) R. 不穩 I. 糞尿失禁 A. 自発性喪失 例 意識レベル 3 で自発性喪失の場合は「3A」と記録
M010010	脳卒中患者/ 入院前	※11	-	2	○	発症前 Rankin Scale	入力要領を参照
				3	○	脳卒中の発症時期	入力要領を参照
M010020	脳卒中患者/ 退院時	※11	-	2	○	退院時 modified Rankin Scale	入力要領を参照
M010030	脳腫瘍患者/ テモゾロミド	※12	-	2	○	テモゾロミド（初回治療）の有無	0. 無 1. 有
M040010	MDC04 患者/ Hugh-Jones	※13	-	2	○	Hugh-Jones 分類	入力要領を参照
M040020	肺炎患者/ 重症度	※14	-	2	○	肺炎の重症度分類	入力要領を参照
				3	○	医療介護関連肺炎に該当の有無	0. 無 1. 有
M050010	心疾患患者/ NYHA	※15	-	2	○	NYHA 心機能分類	1. レベルⅠ 2. レベルⅡ 3. レベルⅢ 4. レベルⅣ
M050020	狭心症、慢性 虚血性心疾 患患者情報 /CCS	※16	-	2	○	狭心症、慢性虚血性心疾患（050050）における入院時の重症度：CCS 分類	入力要領を参照
M050030	急性心筋梗 塞患者情報 /Killip	※17	-	2	○	急性心筋梗塞（050030）における入院時の重症度：Killip 分類	入力要領を参照

○：必須 ▲：ある場合必須 ◇：任意

※10：死亡退院以外の場合は入力する

※11：医療資源を最も投入した傷病名が 010020、010040～010070 に定義される傷病名の場合は入力する

※12：医療資源を最も投入した傷病名が 010010 に定義される傷病名の場合は入力する

※13：医療資源を最も投入した傷病名が MDC04 に定義される傷病名の場合（6 歳未満の小児で分類不能な場合、04026x に定義される傷病名の場合は除く）は入力する

※14：15 歳以上で、医療資源を最も投入した傷病名が 040070、040080 に定義される傷病名の場合は入力する

※15：主傷病名あるいは医療資源を最も投入した傷病名、医療資源を 2 番目に投入した傷病名のいずれかに I110、I130、I132、I270、I272、I279 を入力した場合に入力する

※16：医療資源を最も投入した傷病名が 050050 に定義される傷病名の場合は入力する

※17：医療資源を最も投入した傷病名が 050030 に定義される傷病名の場合は入力する

コード	ペイロード種別	レコード必須条件等有	連番	ペイロード番号	項目必須条件有	項目名	内容（入力様式等）
-----	---------	------------	----	---------	---------	-----	-----------

M050040	心不全患者/ 血行動態的 特徴	※18	-	2	○	心不全の発症時期	1. 入院初日までに発症 2. 入院2日 以降に発症
			-	3	○	収縮期血圧	1. 100mmHg 未満 2. 100mmHg 以上、 140mmHg 以下 3. 140mmHg 超
			-	4	○	心拍数	1. 100 回/分以下 2. 100 回/分超
			-	5	○	心調律	1. 洞調律 2. 心房細動 3. ペースメー カリズム 4. その他
M060010	肝硬変患者 情報 /Child-Pugh	※19	-	2	○	肝硬変の Child-Pugh 分 類	Bil=1、Alb=2、腹水=1、脳症=3、PT=2 の場合は” 12132” と記入
M060020	急性膵炎患 者情報/重症 度	※20	-	2	○	急性膵炎の重症度分類	入力要領を参照
M070010	関節リウマ チ患者情報/ 分子標的薬	※21	-	2	○	抗リウマチ分子標的薬 の初回導入治療の有無	0. 無 1. 有
M120010	産科患者情 報/分娩	※22	-	2	○	入院周辺の分娩の有無	1. 入院前1 週間以内に分娩あり 2. 入院中に分娩あり 3. その他
			-	3	※J	分娩時出血量	分娩時出血量をミリリットル単位で記 入
M160010	熱傷患者情 報 /BurnIndex	※23	-	2	○	BurnIndex	0~100 の数字
M170010	精神疾患・認 知症患者情 報/入院時 GAF	※24	-	2	○	入院時 GAF 尺度	入力要領を参照

○：必須 ▲：ある場合必須 ◇：任意

※18：次のいずれかに該当する場合は入力必須となる。「A006030 診断情報/医療資源」について②ICD10 コードが I50\$であって、③病名付加コードが ‘30101’（急性心不全）又は ‘30102’（慢性心不全の急性増悪）である場合。「A006010 診断情報/主傷病」又は「A006031 診断情報/医療資源2」について②ICD10 コードが I50\$であって、病態が病名付加コード ‘30101’ 又は ‘30102’ に相当すると考えられる場合

※19：診断情報で入力した傷病名のいずれかが 060300 に定義される傷病名の場合は入力する

※20：医療資源を最も投入した傷病名が 060350 に定義される傷病名の場合は入力する

※21：医療資源を最も投入した傷病名が 070470 に定義される傷病名で、かつ、インフリキシマブを使用した場合は入力する

※22：医療資源を最も投入した傷病名が 120130、120140、120160、120170、120180、120200、120210、120260、120270 に定義される傷病名の場合は入力する

※23：診断情報で入力した傷病名のいずれかが 161000 に定義される場合入力。ない場合は空欄(Null)とする

※24：医療資源を最も投入した傷病名が MDC17 及び 01021x に定義される傷病名の場合又は精神病床への入院がある場合は入力する

※J：M120010 産科患者/分娩 ②入院周辺の分娩の有無が“1”、“2”の場合は入力する

コード	ペイロード種別	レコード必須条件等有	連番	ペイロード番号	項目必須条件有	項目名	内容（入力様式等）
-----	---------	------------	----	---------	---------	-----	-----------

M170020	精神保健福祉法に関する情報	※25	-	2	○	精神保健福祉法における入院形態	1. 任意入院 2. 医療保護入院 3. 措置入院 4. 応急入院
				3	○	精神保健福祉法に基づく隔離日数	日数を記入（単位 日）
				4	○	精神保健福祉法に基づく身体拘束日数	日数を記入（単位 日）
Mzz0010	その他の重症度分類	◇	-	2	-	その他の重症度分類・分類番号または記号	空欄
			-	9	-	その他の重症度分類・名称	空欄

○：必須 ▲：ある場合必須 ◇：任意

※25:医療資源を最も投入した傷病名が MDC17 及び 01021x に定義される傷病名の場合又は精神病床への入院がある場合は入力する

【ヘッダ項目】

(1) 施設コード

診療報酬明細書に記載する都道府県番号と医療機関コードを併せて入力する。

施設コード = 都道府県番号 (2桁) + 医療機関コード (7桁)

Q&A

Q : 調査期間中に医療機関コードが変更になる予定だが、それに伴い施設コードを変更するのか。
A : 調査期間中は同一の施設コードとすること。変更があっても本年度調査開始当初のコードとする。

Q&A

Q : 医療機関コードとは医科と歯科でコードが異なるが、医科のコードでよいのか。
A : そのとおり。

(2) データ識別番号

診療録等の検索が可能なデータ識別番号等を、“0”～“9”からなる10桁の値で入力する。桁数が不足する場合は、当該文字列の前に“0”を必ず加えること。データ識別番号はカルテ番号である必要はない。

例 番号が52531111の場合 → 0052531111

注 データの型を数値ではなく文字列として入力しないと、先頭の“00”が省略されて“52531111”となってしまう、エラーデータ (桁不足) として除外されるため、注意すること。

院内で利用する患者IDと連結可能な匿名化番号を使用することが望ましい。なお、全調査データを通じて“1患者=1データ識別番号”とし、前年度調査からデータ識別番号を引き継ぐこと。

Q&A

Q : 調査期間中に匿名化の方法を変更したいがよろしいか。
A : 不可。調査期間中は1患者1番号に統一し、再入院した場合は前回入院と同じ番号とすること。
その際、様式4・DEFHファイルについても様式1と同一のデータ識別番号を用いること。

(3) 入院年月日

今回入院における実際の入院日を入力する。保険における入院日が実際の入院日と異なる場合があるので注意すること。

YYYY (西暦4桁) MM (月2桁) DD (日2桁) の値 (計8桁) を入力する。

例 入院年月日が2017年6月10日 → 20170610

Q&A

Q : 再入院した場合の入院年月日は、保険請求における入院起算日ではなく再入院日になるのか。
A : そのとおり。

(4) 回数管理番号

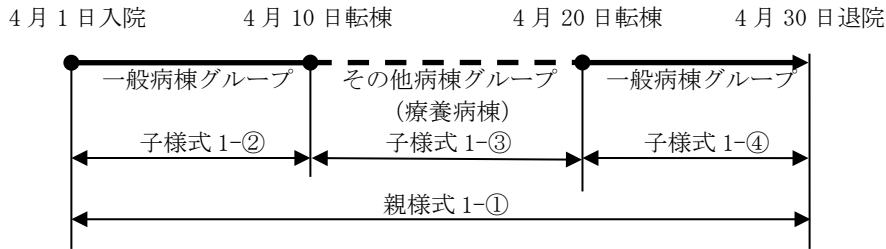
同一日に入退院する、いわゆる「1日入院」の症例については”1”を記録する。ただし、同じ日に1日入院の症例が複数あった場合は、入院時間の早いものから順に”1”、”2”、”3”と記録する。同一日に入退院を行っていない症例、子様式1、統括診療情報番号A、Bの様式1については”0”とする。

(5) 統括診療情報番号

入院日から退院日までの期間（親様式1）は統括診療情報番号を“0”とし、下記に定義する様式1対象病棟区分（「一般病棟グループ」、「精神病棟グループ」もしくは「その他病棟グループ」）に在院していた期間（子様式1）を“1”とし、様式1対象病棟区分をまたがって転棟した場合“2”、“3”・・・とする。子様式1の場合、統括診療情報番号の飛び番号および重複は無いようにする。

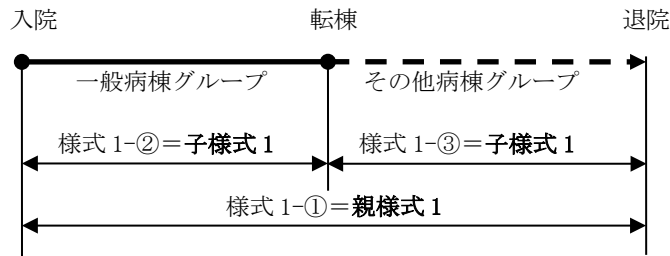
また、一連となる7日以内の再入院をした場合の集約された様式1については“A”とする。本資料「様式1の作成方法まとめ」のパターン14、18のようなケースの場合は、“B”とする。

例 4月1日に一般病棟に入院し、4月10日に療養病棟に転棟し、4月20日に一般病棟に再転棟した後4月30日退院した。



	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日
親様式1-①	0	20170401	20170430	20170401	20170430
子様式1-②	1	20170401	00000000	20170401	20170409
子様式1-③	2	20170401	00000000	20170410	20170419
子様式1-④	3	20170401	20170430	20170420	20170430

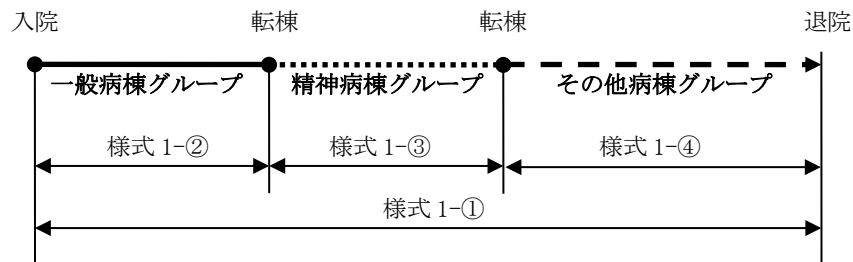
本調査説明資料では、様式1-①のような入院日から退院日までの期間のものを「親様式1」、様式1-②のような一部の入院期間中のものを「子様式1」として以降説明する。



一般病棟グループのみ、精神病棟グループのみまたはその他病棟グループのみで入退院した場合、親様式1のみ作成し、子様式1の作成は行わない。「その他病棟グループ」とされている期間においても「子様式1」として作成を行うこと。

様式1 対象病棟区分

1. 「**一般病棟グループ**」図解の様式1-②とは、以下の入院基本料、特定入院料等を算定する（届け出ている）病棟（一部病床）をいう。
 - ・一般病棟入院基本料（7対1、10対1、13対1、15対1）
 - ・特定機能病院入院基本料（一般）
 - ・専門病院入院基本料（7対1、10対1、13対1）
 - ・救命救急入院料
 - ・特定集中治療室管理料
 - ・ハイケアユニット入院医療管理料
 - ・脳卒中ケアユニット入院医療管理料
 - ・小児特定集中治療室管理料
 - ・新生児特定集中治療室管理料
 - ・総合周産期特定集中治療室管理料
 - ・新生児治療回復室入院医療管理料
 - ・一類感染症患者入院医療管理料
 - ・小児入院医療管理料
 - ・短期滞在手術等基本料（3のみ）
 - ・救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床に入院したものとみなされるもの（死亡時の1日分の入院料等を算定するもの）も含む。
2. 「**精神病棟グループ**」様式1-③とは以下の入院基本料、特定入院料を算定する病棟をいう。
 - ・精神病棟入院基本料（10対1、13対1、15対1、18対1、20対1）
 - ・特定機能病院入院基本料（精神）
 - ・精神科救急入院料
 - ・精神科急性期治療病棟入院料（1および2）
 - ・精神科救急・合併症入院料
 - ・児童・思春期精神科入院医療管理料
3. 「**その他病棟グループ**」とは上記以外の入院基本料、特定入院料等を算定する病棟をいう。
 - ・障害者施設等入院基本料
 - ・短期滞在手術等基本料（2）
 - ・回復期リハビリテーション病棟入院料
 - ・地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む）
 - ・結核病棟入院基本料
 - ・療養病棟入院基本料
 - ・特殊疾患入院医療管理料
 - ・認知症治療病棟入院料 等



【ペイロード項目】

・ A000010 患者属性

① 生年月日

YYYY (西暦4桁) MM (月2桁) DD (日2桁) の値 (計8桁) を入力する。

例 生年月日が1977年6月10日 → 19770610

Q&A

Q: 患者の生年月日が不明の場合、どのように入力すればよいか。

A: 部分的に不明な場合は、不明な部分を 0 にして入力する。但し、月日が分かっている生年が不明の場合は「00000000」とする。

例: 2012年のある日に推定年齢40歳の場合 → 「19710000」(MMDDを0000と入力する)

② 性別

男性は「1」を、女性は「2」を入力する。

③ 患者住所地域の郵便番号

患者が入院した時点における患者住所 (患者が普段生活している場所※) の郵便番号7桁を入力する。

※ 例えば保険証の住所が新潟県であっても、普段生活の拠点としている住所が東京都であれば、東京都の住所に従った郵便番号を入力する。

なお、入院した時点での患者住所の郵便番号が不明な場合は、「0000000」を入力する。

例 郵便番号が〒100-8916 → 1008916

Q&A

Q: 患者が海外在住の場合、どのように入力すればよいか。

A: 患者の住所が海外の場合は「9999999」と入力する。

Q&A

Q: 一般病棟で入院し、療養病棟へ転棟するまでに住所変更があった場合、どのように入力するか。

A: 入院した時点の情報であるために、転棟後であっても入院時の郵便番号を入力する。

・ A000020 入院情報

① 入院年月日

ヘッダ項目の「入院年月日」と同じ値を入力する。

② 入院経路

入院にいたる経路について、該当する値を入力する。

子様式1で他病棟からの転棟があった場合は「0」院内の他病棟からの転棟を入力する。

値	区分
0	院内の他病棟からの転棟
1	家庭からの入院
4	他の病院・診療所の病棟からの転院
5	介護施設・福祉施設に入所中
8	院内で出生
9	その他

Q&A

Q: 院内出生した新生児が、数日後NICUに入った。この場合、「8. 院内で出生」とするのかわ。

A: そのとおり。

Q&A

Q: 社会福祉施設からの入院はどこに該当するのかわ。

A: 「5. 介護施設・福祉施設に入所中」とする。

Q&A

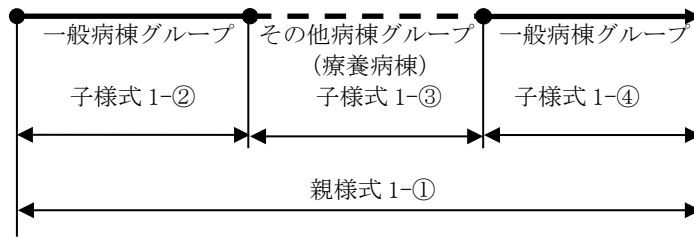
Q: 外出先から搬送されてきた場合は「9. その他」か。

A: 否。入院経路は普段の居宅から判断する。外出先からの搬送であっても普段の居宅が家庭であれば「1. 家庭からの入院」とする。

Q：一般病棟から療養病棟等へ転棟した場合、どのように入力するのか。

A：親様式は入院時点。他病棟から転棟した子様式1は「0」となる。

例 4月1日入院 4月10日転棟 4月20日転棟 4月30日退院



入院経路

	入院経路
親様式 1-①	入院時点（4月1日時点）で“1”から“9”を選択する。
子様式 1-②	入院時点（4月1日時点）で“1”から“9”を選択する。
子様式 1-③	「0」院内の他病棟からの転棟を選択する。
子様式 1-④	「0」院内の他病棟からの転棟を選択する。

A病棟からB病棟へ転棟した場合のB病棟の子様式1の入院経路は全て「0. 院内の病棟からの転棟」となる。

A病棟	B病棟	入院経路
一般病棟グループ	精神病棟グループ	精神病棟グループの子様式1の入院経路は「0. 院内の他病棟からの転棟」
その他病棟グループ	精神病棟グループ	〃
精神病棟グループ	一般病棟グループ	一般病棟グループの子様式1の入院経路は「0. 院内の他病棟からの転棟」
その他病棟グループ	一般病棟グループ	〃

③ 他院よりの紹介の有無（②入院経路が“1”、“4”、“5”のときのみ入力）

保険診療における紹介率の計算の対象となる文書により紹介された患者（ただし、救急用自動車で搬送された患者を除く。）の場合は「有」の“1”を入力する。具体的には、紹介状等の文書を確認できる場合に限り「有」の“1”を入力する。また、電話紹介、名刺による紹介等、確認ができない場合は「無」の“0”を入力する。

入院の多くのケースは、紹介された後、自院の外来を数回受診して入院となるが、この場合には、他院よりの紹介「有」と考える。

過去に紹介により通院していた患者が入院になった場合、紹介された時点と同じ又はこれに関連する傷病のときであっても、紹介された時点と関連のない傷病の時であっても、過去に紹介状の確認ができていれば他院よりの紹介「有」として判断してよい。

紹介の有無は初診時まで遡ることが望ましいが、事情により実施が困難である場合は、今回の入院（診療録）における他院よりの紹介の有無で判断してもよい。

④ 自院の外来からの入院（②入院経路が“1”、“4”、“5”のときのみ入力）

自院の外来から入院した場合は「有」の“1”を、それ以外の場合は「無」の“0”を入力する。

同一傷病か、同一診療科によるものかは問わない。（ただし、初診後に即入院した患者、明らかに別疾病による救急患者は「無」とする。）

⑤ 予定・救急医療入院（②入院経路が“1”、“4”、“5”のときのみ入力）

予定入院の場合は“100”、予定された再入院で、かつ、再入院時に悪性腫瘍患者に係る化学療法を実施する場合は“101”を、救急医療入院以外の予定外入院の場合は“200”を、救急医療入院の場合は“3**”を入力する。（**には下記の理由を記載する数字が入る）

※“100”、“101”がレセプトの「予定入院」、「200」「3**」が「緊急入院」と対応

「救急医療入院」とは次に掲げる状態にある患者に対して、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めたとのを指す。（参考：これらはA205 救急医療管理加算の患者要件と同一である。）

「救急医療入院」に該当する場合は、以下のいずれの要件に該当するか、二桁の番号(**)を付与すること。

- 01 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- 02 意識障害又は昏睡
- 03 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- 04 急性薬物中毒
- 05 ショック
- 06 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

- 07 広範囲熱傷
- 08 外傷、破傷風等で重篤な状態
- 09 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態
- 10 その他上記の要件に準ずるような重篤な状態

例) 意識障害を理由に「救急医療入院」となった場合は、「302」と入力。

<補足>

本項は患者の状態像のみで「救急医療入院」に該当するかを判断する。すなわち、医療機関が施設基準を満たしていない若しくは医療機関が施設基準を満たしているが、輪番制の担当日でなく体制が整っていないため、A205の算定要件を満たさない等の理由により救急医療管理加算が算定出来ない場合であっても、患者が要件を満たしている場合は「救急医療入院」とする。尚、「301」～「309」は救急医療管理加算1の算定要件である患者の状態に、「310」は救急医療管理加算2の算定要件である患者の状態に対応する。

化学療法実施の計画的な予定再入院の「101」については、再入院までの期間が7日を超える場合でも予定された再入院で、かつ、再入院時に悪性腫瘍患者に係る化学療法実施の再入院の場合は「101」を入力することとする。また医療資源を最も投入した傷病名が悪性腫瘍に係るものに限り「101」を入力することとする。

⑥ 救急車による搬送の有無 (②入院経路が「1」、「4」、「5」のときのみ入力)

救急車による搬送により入院した場合は「有」の「1」を、それ以外の場合は「無」の「0」を入力する。

病院間の搬送は対象とならない。但し、他院にて対応不能であり搬送された場合（他院に救急搬送されたものの、検査や処置の結果として対応不能と判断されて搬送された場合、他院入院中の患者が他院で対応不能な疾患を発症したため搬送された場合等）については「有」としてよい。また、現場からの要請に応じて、ドクターカー、ドクターヘリ、防災ヘリにより出動した場合は「有」と判断してよい。

⑦ 入院前の在宅医療の有無 (②入院経路が「1」、「4」、「5」のときのみ入力)

入院直前においての、在宅医療の実施状況を入力する。

在宅医療を実施していない場合は「0」を、当院が提供している場合は「1」を、他施設が提供している場合は「2」を入力する。

実施状況が把握できない場合は「9」を入力する。

ここでいう在宅医療とは、以下の「1」～「3」のいずれかに該当するものを指す。(参考：これらは患者調査における在宅医療と同一である。)

- 「1」. 往診：患家（介護老人保健施設等を含む）の求めにより必要に応じて患家に赴いて診療するものをいう。
- 「2」. 訪問診療：居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師が訪問して診療を行うものをいう。
- 「3」. 医師・歯科医師以外の訪問：居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師・歯科医師以外の者（公的医療保険・公的介護保険の適用範囲内）が訪問して実施されるものをいう。

Q&A

Q：自院と特別な関係にある施設により、在宅医療を実施していた場合はどうなるのか。

A：「2:他施設が提供」とする。

Q&A

Q：介護保険の適用範囲とはどの範囲か。

A：・居宅サービス、介護予防サービスのうち以下のもの

「訪問看護」、「訪問リハビリテーション」、「居宅療養管理指導」

・地域密着型サービスのうち以下のもの

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」、「複合型サービス（訪問看護を利用する者に限る）」

をいう。

⑧ 自傷行為・自殺企図の有無 (②入院経路が"1"、"4"、"5"のときのみ入力)

今回の入院契機として、患者自らの意図を伴う死や身体損傷に至る行為が確認できる場合は該当するものを選択する。同伴者(家族、知人、救急隊)から確認できた場合でも構わない。確認できない場合は「9.無」を選択する。

値	区 分
1	縊頸
2	飛び降り・飛び込み
3	服毒
4	過量服薬
5	刃物等による自傷(手首自傷を除く)
6	手首自傷
7	その他
9	無

・ A000030 退院情報

① 退院年月日

YYYY(西暦4桁) MM(月2桁) DD(日2桁)の値(計8桁)を入力する。

例 退院年月日が2017年6月10日 → 20170610

子様式1で転棟し、入院が継続する場合は 00000000 を入力する。

Q&A

Q: 3/10 入院し医療保険で算定を行っていたが 3/20 に他保険切り替え 4/15 に退院した場合の入院年月日、退院年月日はどのようなになるのか。

A: 入院年月日: 3/10 退院年月日: 4/15 となる。保険・自費にかかわらず入院した日を入院年月日、退院した日を退院年月日とする。

Q&A

Q: 一般病棟から療養病棟等へ転棟した場合、どのように入力するのか。

A: 入院年月日、退院年月日はあくまで入退院した日付を入力する。親・子様式 1 とともに同じ入院日となる。退院年月日は退院した日と入力するが、転棟し入院を継続する場合は 00000000 となる。

例 4月1日入院 4月10日転棟 4月20日転棟 4月30日退院

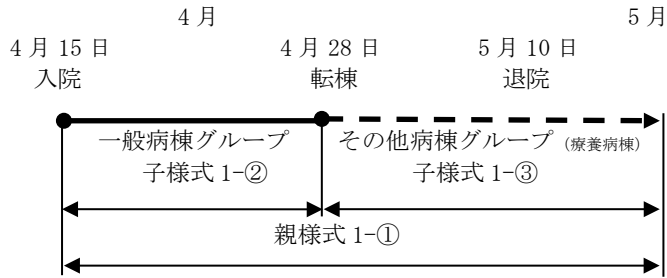
親様式 1-①	入院年月日	退院年月日
親様式 1-①	20170401	20170430
子様式 1-②	20170401	00000000
子様式 1-③	20170401	00000000
子様式 1-④	20170401	20170430

子様式 1-②、子様式 1-③の退院年月日は 00000000 となることに注意する。

Q&A

Q：一般病棟から療養病棟へ転棟し月をまたいで退院した場合は、どのように入力し提出するのか。
 A：子様式1で転棟し退院していない場合は”00000000”と入力し、転棟した当該月で提出する。

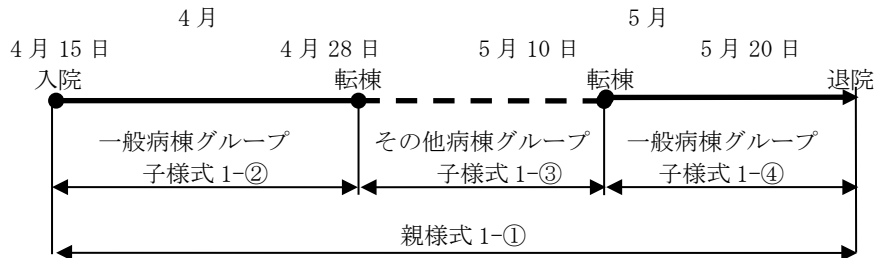
例1



入院年月日・退院年月日

	入院年月日	退院年月日	備考
親様式 1-①	20170415	20170510	5月分として提出
子様式 1-②	20170415	00000000	4月分として提出
子様式 1-③	20170415	20170510	5月分として提出

例2



入院年月日・退院年月日

	入院年月日	退院年月日	備考
親様式 1-①	20170415	20170520	5月分として提出
子様式 1-②	20170415	00000000	4月分として提出
子様式 1-③	20170415	00000000	5月分として提出
子様式 1-④	20170415	20170520	5月分として提出

② 退院先

退院先について、該当する“0”、“1”、“2”、“3”、“4”、“5”、“6”、“7”、“8”、“9”の値を入力する。

値	区 分	定 義
0	院内の他病棟への転棟	子様式1で他病棟へ転棟し、入院を継続する場合
1	家庭への退院（当院に通院）	・ 引続き当該病院の外来診療を受けるよう医師が指示した場合（人間ドックを除く。） ・ 特に外来での治療は要さないが、定期的に経過観察等のため来院するように医師が指示した場合
2	家庭への退院（他の病院・診療所に通院）	・ 引続き他の病院、診療所の外来診療を受けるよう医師が指示した場合（人間ドックを除く。他医で引続き診療を受けながら時々経過観察等のため外来へ来るよう指示した場合を含む。） ・ 患者から他の病院、診療所の外来診療を受けたい旨申し出があり、医師がその必要があると認めた場合（人間ドックを除く。）
3	家庭への退院（その他）	・ 退院後外来診療を要しないと医師が判断した場合 ・ 人間ドックの退院の場合（所見の有無にかかわらず） 等
4	他の病院・診療所への転院	他院へ転院（入院）した場合 ・ 介護療養型医療施設（介護療養病床）への転院を含む
5	介護老人保健施設に入所	介護老人保健施設（介護保険法第8条第27項に規定）への入所
6	介護老人福祉施設に入所	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）への入所 ・ 「介護老人福祉施設」（介護保険法第8条第26項に規定） ・ 「特別養護老人ホーム」（老人福祉法第20条の5に規定）
7	社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所	社会福祉施設（社会福祉法に基づく施設）および介護サービスを提供する居住施設（老人福祉法に基づく施設）等への入所 ・ 「社会福祉施設」（社会福祉法第2条第2項に規定する第一種社会福祉事業を行う施設） ・ 「有料老人ホーム」（老人福祉法第29条に規定） ・ 「養護老人ホーム」（老人福祉法第20条の4に規定） ・ 「軽費老人ホーム」（社会福祉法第65条、老人福祉法第20条の6に規定） ・ 「認知症高齢者グループホーム」（老人福祉法第5条の2第6項に規定）
8	終了（死亡等）	死亡退院の場合 等
9	その他	0、1、2、3、4、5、6、7、8以外の場合

退院先の場所に基づき、「1」～「9」のいずれかを選択する。「4」～「8」のいずれかに該当する場合は、そちらを優先して入力すること。また、退院先が家庭である場合は、退院後の通院予定に基づき「1」～「3」のいずれかを選択する。また、「1」については自院の外来のみで継続して診療する場合に選択すること。

（参考）

老人福祉系サービスを提供する施設

施設名	調査項目
介護療養型医療施設	4 他の病院・診療所への退院
介護老人保健施設	5 介護老人保健施設に入所
特別養護老人ホーム	6 介護老人福祉施設に入所
養護老人ホーム	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
軽費老人ホーム（A型・B型）	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
軽費老人ホーム（ケアハウス）	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
有料老人ホーム	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
老人短期入所施設	1～3 家庭への退院（いずれかを選択）
老人デイサービスセンター	1～3 家庭への退院（いずれかを選択）
老人福祉センター	1～3 家庭への退院（いずれかを選択）
小規模多機能型居宅介護	1～3 家庭への退院（いずれかを選択）
サービス付き高齢者住宅	1～3 家庭への退院（いずれかを選択）

社会福祉施設

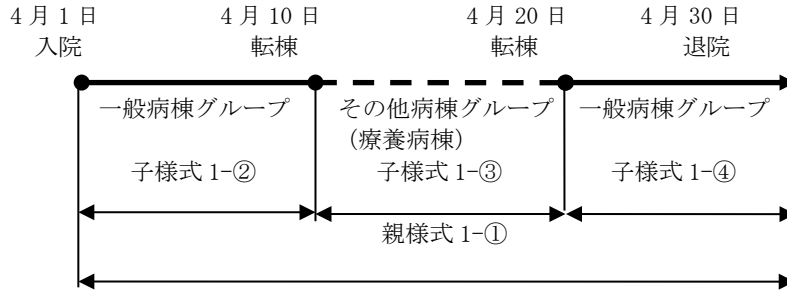
系統	施設名	調査項目
生活保護法系	救護施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	更正施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
児童福祉法系	乳児院	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	母子生活支援施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	児童養護施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	障害児入所施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	情緒障害児短期治療施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	児童自立支援施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
老人福祉法系	養護老人ホーム	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	特別養護老人ホーム	6 介護老人福祉施設に入所
	軽費老人ホーム	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
身体障害者福祉法系	身体障害者更生施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	障害者支援施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	身体障害者福祉ホーム	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
知的障害者福祉法系	知的障害者更生施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	障害者支援施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	知的障害者福祉ホーム	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
	知的障害者通勤寮	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所
売春防止法系	婦人保護施設	7 社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所

Q&A

Q：一般病棟から療養病棟等へ転棟した場合、どのように入力するのか。

A：親様式1は退院時点。子様式1で入院を継続する場合は「0」院内の他病棟への転棟を入力する。

例



退院先

	②退院先
親様式 1-①	4月30日退院時点を「1」から「9」から選択する。
子様式 1-②	「0」院内の他病棟への転棟を入力する。
子様式 1-③	「0」院内の他病棟への転棟を入力する。
子様式 1-④	4月30日退院時点を「1」から「9」から選択する。

A病棟からB病棟へ転棟した場合のA病棟の子様式1の退院先は全て「0. 院内の他病棟への転棟」となる。

A病棟	B病棟	②退院先
一般病棟グループ	精神病棟グループ	一般病棟グループの子様式1の退院先は「0. 院内の他病棟への転棟」
一般病棟グループ	その他病棟グループ	〃
精神病棟グループ	一般病棟グループ	精神病棟グループの子様式1の退院先は「0. 院内の他病棟への転棟」
精神病棟グループ	その他病棟グループ	〃

Q&A

Q：退院先が介護老人保健施設・介護老人福祉施設で、今回入院疾患を引き続き外来でフォローする場合、どのように入力すればよいか。

A：「5:介護老人保健施設に入所」もしくは「6:介護老人福祉施設に入所」を入力する。

③ 退院時転帰

退院時における転帰について、主治医の判断したものに基づく区分に該当する「1」、「3」～「7」、「9」の値を入力する。
 なお、正常分娩及び人間ドックの場合は、「その他」に該当するものとして「9」を入力する。

値	区 分
1	最も医療資源を投入した傷病が治癒・軽快したと判断される場合
3	最も医療資源を投入した傷病（白血病、潰瘍性大腸炎、クローン病等）が寛解したと判断される場合
4	最も医療資源を投入した傷病が不変と判断される場合
5	最も医療資源を投入した傷病が増悪したと判断される場合
6	最も医療資源を投入した傷病による死亡
7	最も医療資源を投入した傷病以外による死亡
9	その他（検査入院含む）

Q&A

Q：3/10 一般病棟に入院し 3/20 に療養病棟に転棟し 4/15 に退院した場合の退院時転帰は 3/20 時点のものか、4/15 時点のものか。

A：3/10～4/15 の親様式 1 は 4/15 時点のもの。
 3/10～3/19 の子様式 1 は 3/20 時点のもの（前年度 3 月分として子様式 1 を提出）。
 3/20～4/15 の子様式 1 は 4/15 時点のもの（今年度 4 月分として子様式 1 を提出）。

Q&A

Q：転帰の判定に迷う場合はどのようにしたらよいのか。

A：転帰とは、あくまで今回の入院時と比較してのものであり、必ずしも原疾患そのものに対してのものではない。したがって、今回の入院において、入院時と退院時と比較した結果によって転帰を判断するものである。さらに、退院時の判断によるものであるから、以後の転帰を保証するまたは考慮したものではない。例えば、医師が退院時に転帰を判断した後、それ以降、患者の状況が変化したりしても退院時の転帰を覆すものではない。判定は、以下の定義を参照の上判断すること。

転帰	定 義
治癒・軽快	疾患に対して治療行為を行い、改善、快復がみられたもの。
寛解	血液疾患などで、根治療法を試みたが、再発のおそれがあり、あくまで一時的な改善をみたもの。
不変	当該疾患に対して改善を目的として治療行為を施したが、それ以上の改善が見られず不変と判断されたもの。ただし、検査のみを目的とした場合の転帰としては適用しない。
増悪	当該疾患に対して改善を目的として治療行為を施したが、改善が見られず悪化という転帰を辿ったもの。

Q&A

Q：加療はなく検査のみを目的とした場合の転帰は「4 不変」とするののか。

A：「9 その他」とする。

④ 24時間以内の死亡の有無

当該患者が入院してから24時間以内に死亡した場合に「有」の「1」を、死亡無しの場合は「無」の「0」を入力する。

入院時刻は病棟に入った時刻から時間のカウントを開始する。また、救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床に入院したものとみなされるもの（死亡時の1日分の入院料等を算定するもの）は「2」を入力する。

⑤ 退院後の在宅医療の有無（②退院先が「1」～「9」のときのみ入力）

退院後1か月以内の在宅医療の実施予定状況を入力する。在宅医療を実施の予定がない場合及び死亡退院の場合は「0」を、当院が提供する予定の場合は「1」を、他施設が提供する予定の場合は「2」を入力する。実施予定状況が把握できない場合は「9」を入力する。

ここでいう在宅医療とは、以下の「1」～「3」のいずれかに該当するものを指す。（参考：これらは患者調査における在宅医療と同一である。）

- 「1」. 往診：患家（介護老人保健施設等を含む）の求めにより必要に応じて患家に赴いて診療するものをいう。
- 「2」. 訪問診療：居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師が訪問して診療を行うものをいう。
- 「3」. 医師・歯科医師以外の訪問：居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師・歯科医師以外の者（公的医療保険・公的介護保険の適用範

圈内)が訪問して実施されるものをいう。

Q&A

Q：自院と特別な関係にある施設により、在宅医療を実施していた場合はどうなるのか。
A：“2:他施設が提供”とする。

Q&A

Q：介護保険の適用範囲とはどの範囲か。
A：・居宅サービス、介護予防サービスのうち以下のもの
「訪問看護」、「訪問リハビリテーション」、「居宅療養管理指導」
・地域密着型サービスのうち以下のもの
「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」、「複合型サービス（訪問看護を利用する者に限る）」
をいう。

・A000031 様式1対象期間

① 様式1開始日

入院日または転棟した場合は転棟日を入力する。

② 様式1終了日

退院日または転棟した場合は転棟した前日の日付を入力する。

・A000040 診療科

② 診療科コード

医療資源を最も投入した傷病の診療を担当した医師の所属する診療科のコード番号を入力する。診療科目が当該病院の診療科名と一致しない場合には、近いものを適宜選択する。

また、コード番号は3桁であるので、これを超えない変更は可能である。(例えば、胸部外科を外科“110”に加えて“111”とする等)

診療科目	コード番号	診療科目	コード番号	診療科目	コード番号
内科	010	耳鼻咽喉科	240	血液科	470
心療内科	020	気管食道科	250	血液内科	480
精神科	030	リハビリテーション科	260	麻酔科	490
神経科	040	放射線科	270	消化器内科	500
呼吸器科	050	神経内科	280	消化器外科	510
消化器科	060	胃腸科	290	肝胆膵外科	520
循環器科	070	皮膚科	300	糖尿内科	530
アレルギー科	080	泌尿器科	310	大腸肛門科	540
リウマチ科	090	産科	320	眼形成眼窩外科	550
小児科	100	婦人科	330	不妊内分泌科	560
外科	110	呼吸器内科	340	膠原病リウマチ内科	570
整形外科	120	循環器内科	350	脳卒中科	580
形成外科	130	歯科	360	腫瘍治療科	590
美容外科	140	歯科矯正科	370	総合診療科	600
脳神経外科	150	小児歯科	380	乳腺甲状腺外科	610
呼吸器外科	160	歯科口腔外科	390	新生児科	620
心臓血管外科	170	糖尿病科	400	小児循環器科	630
小児外科	180	腎臓内科	410	緩和ケア科	640
皮膚泌尿器科	190	腎移植科	420	内分泌リウマチ科	650
性病科	200	血液透析科	430	血液腫瘍内科	660
肛門科	210	代謝内科	440	腎不全科	670
産婦人科	220	内分泌内科	450	精神神経科	680
眼科	230	救急医学科	460	内分泌代謝科	690

Q&A

Q：当院では第一内科、第二内科、第三内科と称した内科がある。それぞれ 011、012、013 としてよい
か。また、このように独自コードとした場合、調査事務局へ連絡する必要があるか。
A：よい。連絡は必要ない。

③ 転科の有無

転科があった場合は「有」の“1”を、ない場合は「無」の“0”を入力する。親、子それぞれの様式1の期間で判断する。

・ A000050 病棟

② 調査対象となる一般病棟への入院の有無

下記の調査対象となる一般病棟グループへの入院があった場合に「有」の“1”を、それ以外の場合は「無」の“0”を入力する。

- ・ 一般病棟入院基本料（7対1、10対1、13対1、15対1）
- ・ 特定機能病院入院基本料（一般）
- ・ 専門病院入院基本料（7対1、10対1、13対1）
- ・ 救命救急入院料（1、2、3および4）
- ・ 特定集中治療室管理料（1、2、3および4）
- ・ ハイケアユニット入院医療管理料（1および2）
- ・ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- ・ 小児特定集中治療室管理料
- ・ 新生児特定集中治療室管理料（1および2）
- ・ 総合周産期特定集中治療室管理料（1および2）
- ・ 新生児治療回復室入院医療管理料
- ・ 一類感染症患者入院医療管理料
- ・ 小児入院医療管理料（1、2、3、4および5）
- ・ 短期滞在手術等基本料（3のみ）
- ・ 救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床に入院したものとみなされるもの（死亡時の1日分の入院料等を算定するもの）も含む。

③ 調査対象となる精神病棟への入院の有無

下記の調査対象となる精神病棟グループへの入院があった場合に「有」の“1”を、それ以外の場合は「無」の“0”を入力する。

- ・ 精神病棟入院基本料（10対1、13対1、15対1、18対1、20対1）
- ・ 特定機能病院入院基本料（精神）
- ・ 精神科救急入院料
- ・ 精神科急性期治療病棟入院料（1および2）
- ・ 精神科救急・合併症入院料
- ・ 児童・思春期精神科入院医療管理料

④ 調査対象となるその他の病棟への入院の有無

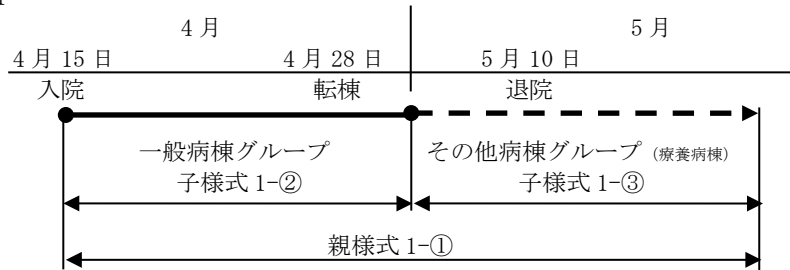
同項目の②、③に掲げる病棟グループ以外への入院があった場合に「有」の“1”を、それ以外の場合は「無」の“0”を入力する。

- ・ 障害者施設等入院基本料
- ・ 短期滞在手術等基本料（2）
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料
- ・ 地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む）
- ・ 結核病棟入院基本料
- ・ 療養病棟入院基本料
- ・ 特殊疾患入院医療管理料
- ・ 認知症治療病棟入院料 等

Q&A

Q：一般病棟から療養病棟へ転棟し月をまたいで退院した場合は、どのように入力し提出するのか。
 A：子様式1で転棟し退院していない場合は”00000000”と入力し、転棟した当該月で提出する。

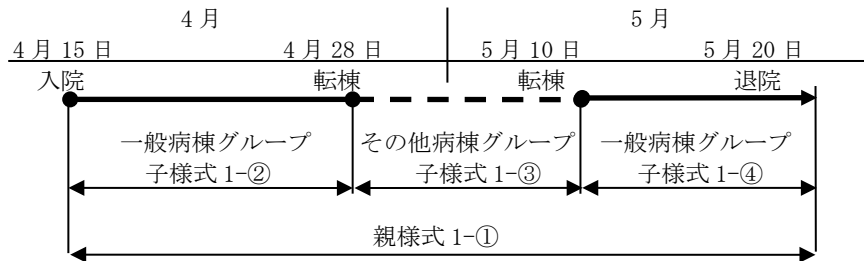
例 1



入院年月日・退院年月日

	入院年月日	退院年月日	備考
親様式 1-①	20170415	20170510	5月分として提出
子様式 1-②	20170415	00000000	4月分として提出
子様式 1-③	20170415	20170510	5月分として提出

例 2



入院年月日・退院年月日

	入院年月日	退院年月日	備考
親様式 1-①	20170415	20170520	5月分として提出
子様式 1-②	20170415	00000000	4月分として提出
子様式 1-③	20170415	00000000	5月分として提出
子様式 1-④	20170415	20170520	5月分として提出

・ A000060 診療目的・経過

② 入院中の主な診療目的

入院中の主な診療目的について、該当する“1”～“4”の値を入力する。

値	区 分	例 示
1	診断・検査のみ	例 心臓カテーテル検査実施を目的とし、検査のみ実施し、退院した場合
2	教育入院	例 糖尿病教育入院
3	計画された短期入院の繰り返し	例 放射線療法目的の入院、抗がん剤の化学療法目的の入院、骨折手術後のプレート抜去・抜釘目的の入院等で計画的に入退院を繰り返す場合 初回の化学療法は、“3”「計画された短期入院の繰り返し」に該当する。
4	その他の加療	例 経皮的冠動脈形成術を目的として入院した場合（検査目的で入院し、その後加療目的での入院に変更になった場合も含む。）

Q&A

Q：プレート抜去・抜釘目的で入院したが計画は数ヶ月前であった。この場合も「計画された短期入院の繰り返し」でよいのか。

A：そのとおり。

Q&A

Q：入院中の主な診療目的は親・子様式1のそれぞれの範囲入力するのか。

A：そのとおり。

③ 治験実施の有無

治験の対象となっていた場合は「有」の“1”を、それ以外の場合は「無」の“0”を入力する。

Q&A

Q：入院料等は主保険を使っているが、一部の検査や画像診断を治験で行った場合、様式1の治験実施の有無はどうなるのか。

A：有となる。

Q&A

Q：過去の治験の実施の有無も入力するのか。

A：当該入院中の治験実施の有無を入力する。

Q&A

Q：フェーズⅠ～Ⅲの試験を行った場合は「有」となり、フェーズⅣ（市販後臨床試験や特定使用成績調査）は行っても「無」になるのか。

A：そのとおり。フェーズⅣ（市販後臨床試験や特定使用成績調査）は含まない。

・ A000070 前回退院

① 前回退院年月日

自院において前回入院がある場合に、その退院年月日を入力する。

YYYY（西暦4桁）MM（月2桁）DD（日2桁）の値（計8桁）を入力する。

例 前回退院年月日が2017年5月10日 → 20170510

前回退院年月日が不明の場合は“00000000”を入力する。一部不明の場合は、不明な部分のみ0とする（例：1998年5月に退院したことがわかっている場合は“19980500”と入力する）。初回入院の場合は“99999999”を入力する。

② 前回同一傷病で自院入院の有無

自院の前回入院の医療資源を最も投入した傷病名と今回入院の契機となった傷病名から決定される診断群分類の上2桁（MDC）が同一、かつ、予定外の入院の場合に、前回退院の年月日を入力する。予定外の入院は、計画的な入院であったか否かを目安に判断する。「①前回退院年月日」と同じ年月日であっても入力すること。

入力は「①前回退院年月日」と同様である。判断が困難な場合には、個別に照会すること。

例 胃がん手術実施、退院後、予定外の再手術が必要になったため入院

初回入院、予定入院および同一傷病名以外の場合は“99999999”を入力する。不明の場合は“00000000”を入力する。

・ A000080 再入院調査

一般病棟グループ間で4週間以内（前回入院における一般病棟グループの退棟日又は退院日と当該入院における一般病棟グループへの入棟日とが4週間以内）に再入院した親様式1は入力必須となる。

調査期間中に同一患者で複数回一般病棟グループへ再入院する際も、各再入院につき同様に対応すること。

一連となる7日以内の再入院の場合も同様に対応すること。

② 再入院種別

今回の再入院について該当する値を入力する。

前回退院時に当該入院が決定していた場合は計画的な再入院の“1”を入力し、前回退院時に当該入院が決定していなかった場合は計画外の再入院の“2”を入力する。

値	区 分
1	計画的再入院
2	計画外の再入院

③ 理由の種別

今回の再入院について該当する値を入力する。該当する値が複数ある場合は最も小さい値を入力する。

選択する値の内容は各区分によって異なるので注意すること。

値	1. 計画的再入院	2. 計画外の再入院
1	前回入院で術前検査等を行い、今回入院で手術を行うため	原疾患(※1)の悪化、再発のため
2	前回入院以前に手術を行い、今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため	原疾患(※1)の合併症発症のため
3	計画的な化学療法のため	前回入院時の入院時併存症の悪化のため
4	計画的な放射線療法のため	前回入院時の入院後発症疾患の悪化のため
5	前回入院時、予定された手術・検査等が実施できなかったため	前回入院時の手術・処置や治療の合併症が退院後に発症したため
6	患者のQOL向上のため一時帰宅したため	新たな他疾患発症のため
7	その他	その他

※1: 前回入院時の主傷病名と医療資源を最も投入した傷病を指す

Q&A

Q：睡眠時無呼吸症候群（G473）という病名がついた時、まず一泊二日入院にて検査をし、後日（約10日）病名が確定すれば、今度は処置（CPAPを使用する為のデモンストレーション）を受けるため、又、一泊二日の入院をするが、こういう場合は理由としてはどれに当て込めればよいか。

A：「計画的再入院 — その他」を選択して、⑨自由記載欄に簡潔に理由を記入する。

Q&A

Q：白内障で両目を手術するのに、患者様が短期間の入院で済むよう配慮し、片目手術し、一旦退院し、後日また片目手術する場合があるが、この場合は「計画的再入院 — その他」とし、前記の理由を書けばよいか。

A：そのとおり。

再入院理由の具体例（参考）

	項目	具体例
* 計画的再入院	① 前回入院で術前検査等を行い、今回入院で手術を行うため	小児の先天性心室中隔欠損症で前回カテーテル検査のため入院、今回はパッチ閉鎖手術のため入院。
	② 前回入院以前に手術を行い、今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため	前回、骨折で入院して観血的整復術をうけた。今回、抜釘手術のため入院。
		前回、急性心筋梗塞で大動脈バイパス手術を受けた。今回、術後のカテーテル検査のため入院。
	③ 計画的な化学療法のため	前回、急性骨髄性白血病に対する化学療法のため入院、今回も化学療法を受けるため入院。
	④ 計画的な放射線療法のため	前回、肺がんに対する化学療法のため入院、今回は放射線療法を受けるため入院。
	⑤ 前回入院時、予定された手術・検査等が実施できなかったため	小児で斜視手術のため入院したが、前日夕に咽頭部の発赤と発熱があったので手術を中止して退院、軽快したので2週間後に手術のため入院。
	⑥ 患者のQOL向上のため一時帰宅したため	前回、肺小細胞癌で入院したが、ターミナルであるが小康をえていたので、患者のQOLの向上を図るため退院、今回、疼痛や呼吸困難が強くなり入院。
⑦ その他		
* 計画外の再入院	① 原疾患の悪化、再発のため	前回、胃がん再発で入院し治療をうけて退院、自宅療養中であつたが腹水貯留が著しく、嘔吐を繰り返すようになり入院。
	② 原疾患の合併症発症のため	前回、食道がん治療のため入院、患者の希望で胃瘻は造設されなかったが、退院1週間後誤嚥性肺炎が発症したので入院。
	③ 前回入院時の入院時併存症の悪化のため	前回、腸閉塞のため入院、併存症として閉塞性肺疾患があり、退院2週間後呼吸状態の悪化のため、入院。
	④ 前回入院時の入院後発症疾患の悪化のため	前回、脳梗塞のため入院、入院中に胃潰瘍を発症。退院後、同病巣の悪化のため入院。
	⑤ 前回入院時の手術・処置や治療の合併症が退院後に発症したため	前回、胃がん治療のため入院、手術。退院後、縫合部の感染症により入院。
	⑥ 新たな他疾患発症のため	前回、白内障のため眼内レンズ挿入術をうけて退院、その5日後急性心筋梗塞を発症して入院。
	⑦ その他	

⑨ 自由記載欄(③理由の種別が“その他”の場合に入力)

理由の種別において「その他」を選択した理由を簡潔に記入する。(全角100文字以内)

・ A000090 再転棟調査

1入院内で一般病棟グループから一般病棟グループ以外へ転棟しており、その後一般病棟グループへ再転棟した場合、2レコード目以降の様式1において入力必須となる。

1入院内で一般病棟グループへ複数回再転棟がある場合も各再転棟につき理由を記載すること。

7日以内再入院における一連の条件を7日以内再転棟が満たす場合も調査表に含まれているため同様に対応すること。

② 再転棟種別

今回の再転棟について該当する値を入力する。

計画的な再転棟であれば“1”を、計画外の再転棟であれば“2”を入力する。

値	区分
1	計画的再転棟
2	計画外の再転棟

③ 理由の種別

今回の再転棟の理由について該当する値を入力する。該当する値が複数ある場合は最も小さい値を入力する。

選択する値の内容は各区分によって異なるので注意すること。

値	1. 計画的再転棟	2. 計画外の再転棟
1	術前検査等で一般病棟グループへ入院後手術のため	原疾患(※1)の悪化、再発のため
2	計画的な手術・処置・検査のため	原疾患(※1)の合併症発症のため
3	計画的な化学療法のため	入院時併存症(※2)の悪化のため
4	計画的な放射線療法のため	入院後発症疾患(※3)の悪化のため
5	前回一般病棟グループでの入院時、予定された手術・検査等を中止して一時転棟したため	手術・処置や治療の合併症が転棟後に発症したため
6	患者のQOL向上のため一時転棟したため	新たな他疾患発症のため
7	その他	その他

※1: 前回の一般病棟グループにおける主傷病名と医療資源を最も投入した傷病を指す

※2: 前回の一般病棟グループにおける入院時併存症を指す

※3: 前回の一般病棟グループにおける入院後発症疾患を指す

再転棟理由の具体例（参考）

	項目	具体例
* 計画的再転棟	① 術前検査等で一般病棟グループへ入院後手術のため	狭心症で前回カテーテル検査のため一般病棟グループへ入院、今回は冠動脈形成術のため一般病棟グループへ転棟。
	② 計画的な手術・処置・検査のため	前回、骨折で一般病棟グループへ入院して観血的整復術をうけた。今回、抜釘手術のため一般病棟グループへ転棟。
		前回、急性心筋梗塞で大動脈バイパス手術を受けた。今回、術後のカテーテル検査のため一般病棟グループへ転棟。
	③ 計画的な化学療法のため	前回、急性骨髄性白血病に対する化学療法のため一般病棟グループへ入院、今回も化学療法を受けるため一般病棟グループへ転棟。
	④ 計画的な放射線療法のため	前回、肺がんに対する化学療法のため一般病棟グループへ入院、今回は放射線療法を受けるため一般病棟グループへ転棟。
	⑤ 前回一般病棟グループでの入院時、予定された手術・検査等を中止して一時転棟したため	白内障手術のため一般病棟グループへ入院したが、前日夕に咽頭部の発赤と発熱があったので手術を中止して転棟、軽快したので2週間後に手術のため一般病棟グループへ転棟。
	⑥ 患者のQOL向上のために一時転棟したため	肺小細胞癌で一般病棟グループへ入院したが、ターミナルであるが小康をえていたので、患者のQOLの向上を図るため転棟、今回、疼痛や呼吸困難が強くなり一般病棟グループへ転棟。
⑦ その他		
* 計画外の再転棟	① 原疾患の悪化、再発のため	胃がん再発で一般病棟グループへ入院し、治療をうけて転棟、療養中であったが腹水貯留が著しく、嘔吐を繰り返すようになり一般病棟グループへ転棟。
	② 原疾患の合併症発症のため	食道がん治療のため一般病棟グループへ入院、患者の希望で胃瘻は造設されなかったが、転棟一週間後誤嚥性肺炎が発症したので一般病棟グループへ転棟。
	③ 入院時併存症の悪化のため	腸閉塞のため一般病棟グループへ入院、併存症として閉塞性肺疾患があり、転棟2週間後呼吸状態の悪化のため一般病棟グループへ転棟。
	④ 入院後発症疾患の悪化のため	脳梗塞のため一般病棟グループへ入院、一般病棟グループへ入院中に胃潰瘍を発症。転棟後、同病巣の悪化のため一般病棟グループへ転棟。
	⑤ 手術・処置や治療の合併症が転棟後に発症したため	胃がん治療のため一般病棟グループへ入院、手術。転棟後、縫合部の感染症により一般病棟グループへ転棟。
	⑥ 新たな他疾患発症のため	白内障のため眼内レンズ挿入術をうけて転棟、その5日後急性心筋梗塞を発症して一般病棟グループへ転棟。
	⑦ その他	

⑨ 自由記載欄(③理由の種別が“その他”の場合に入力)

理由の種別において「その他」を選択した理由を簡潔に記入する。(全角100文字以内)

・ A001010 患者プロフィール/身長・体重

② 身長

入院時の身長をセンチメートル単位（小数点以下四捨五入）で入力する。親様式1、子様式1ともに入院時点のものを入力する。入院時点での値の把握が困難な場合は、入院日に近い日に計測した値を入力する。

例 入院時の身長が156cmであった場合には“156”と入力する。

測定不能であった場合は“000”と入力する。

③ 体重

入院時の体重をキログラム単位で入力する（小数点第一位まで、それ以下は四捨五入）。親様式1、子様式1ともに入院時点のものを入力する。A003010 ②出生時体重を入力した場合も入力を行うこと（出生時に入院しない場合は異なることがあるため）。入院時点での値の把握が困難な場合は、入院日に近い日に計測した値を入力する。

例 入院時の体重が52.5kgであった場合には“52.5”と入力する。

また、入院時の体重が53.0 kgであった場合には“53.0”（小数点第1位の0まで）と入力する。

測定不能であった場合は“000”と入力する。

・ A001020 患者プロフィール/喫煙指数

② 喫煙指数

下記式を用いて、「喫煙指数」を数値で入力する。

「喫煙指数」＝1日の喫煙本数×喫煙年数とする。

例 1日20本を20年吸っている場合は“400”と入力する。

※ 喫煙歴がない場合は“0”と入力すること。

※ 不明な場合は、“9999”とすること。

※ 現在吸っていない場合でも過去の喫煙歴に従い入力すること。

Q&A

Q：非喫煙者の喫煙指数は0でよいか。

A：よい。

・ A001030 患者プロフィール/褥瘡

療養病棟入院基本料を届け出ている病棟へ入院した期間が、様式1開始日から様式1終了日までの間にある場合は入力する。当該期間が様式1開始日から様式1終了日までの間に複数ある場合については、入力の順番を日付の早い順とし、連番の上限を“3”とする。親様式1・子様式1の各々について入力すること。

なお、本年度調査では任意入力とする。

①、② 入棟日・退棟日

当該病棟（病床）に入棟した日および退棟した日を各々①②に入力する。

Q&A

Q：当該病棟より一般転棟グループへ転棟した症例の場合、退棟した日は様式1終了日の翌日となる。

退棟日に入力した日付が様式1終了日を越えてもよいのか。

A：よい。実際に退棟した日を入力すること。

③、④ 入棟時・退棟時の褥瘡の有無

「DESIGN-R分類」のDepth（深さ）（→0～5 + U）に基づき、入棟時の褥瘡（いわゆる持ち込み褥瘡）および退棟時（死亡退院も含む。）の褥瘡を下表に従って各々③④に入力する。評価は創内の一番深い部分により行うこととする。

値	所見
0	皮膚損傷・発赤なし
1	持続する発赤
2	真皮までの損傷
3	皮下組織までの損傷
4	皮下組織を越える損傷
5	関節腔、体腔に至る損傷
9	判定不能

・ A002010 妊婦情報

② 現在の妊娠の有無

入院中に妊娠していた場合は「有」の「1」を、妊娠していない場合は「無」の「0」を、不明の場合は「不明」の「2」を入力する。親様式1、子様式1ともに入院時点のものを入力する。子様式1は転棟時点ではないことに注意する。

- ・ 子宮外妊娠の場合は「有」の「1」
- ・ 男性の場合は「無」の「0」

Q&A

Q：流産で入院した患者は「有」「無」はどちらになるのか。
A：入院中に流産した場合は「有」とする。

③ 入院時の妊娠週数（②現在の妊娠の有無が“有”の場合入力）

②の現在の妊娠の有無が“有”の場合、妊娠週数を最大2桁の数字で記入。親様式1、子様式1ともに入院時点のものを入力する。子様式1は転棟時点ではないことに注意する。

・ A003010 出生児情報

医療資源を最も投入した傷病名が新生児疾患の場合、入力必須となる。

② 出生時体重

出生時体重をグラム単位で入力する。

出生時体重を記載する対象者は、新生児疾患（出生時体重が医療資源の投入量に影響すると考えられる疾患）をもつ患者であり、出生時から引き続き入院している場合に限られないので注意する。

Q&A

Q：新生児疾患以外であっても入力して構わないか。
A：構わない。

③ 出生時妊娠週数

出生時の妊娠週数を入力する。親様式1、子様式1ともに入院時点のものを入力する。子様式1は転棟時点ではないことに注意する。

出生時妊娠週数を記載する対象者は、新生児疾患（出生時妊娠週数が医療資源の投入量に影響すると考えられる疾患）をもつ患者であり、出生時から引き続き入院している場合に限られないので注意する。

Q&A

Q：自宅分娩にて出産後当院に搬送され、週数が全く不明の患者の場合入力なしでよいか。
A：極力調査して入力をする。どうしても分からない場合は医師の所見で入力のこと。

Q&A

Q：新生児疾患以外であっても入力して構わないか。
A：構わない。

・ A004010 高齢者情報

年齢が65歳以上の患者又は40歳以上の介護保険が適用されている患者の場合、入力必須となる。

② 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

入院時の患者の日常生活自立度を、介護保険の主治医意見書に活用されている判定基準を用いて入力する。

判定基準のⅠ～Ⅱの場合は"1"を、Ⅲ～Ⅳ・Mの場合は"2"を入力する。認知症を患っていない場合は"0"とする。

判定に際しては、疾患による一時的な変化については考慮せず、判定を行うこと。可能であれば家族等からの情報も参考にする。

なお、このランクは介護の必要度を示すものであり、認知症の程度の医学的判定とは必ずしも一致するものではない。

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項
Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。
Ⅱ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ。 服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番ができない。等	在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もある。
Ⅲ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない・時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがランクⅡより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。 在宅生活が基本ではあるが、一人暮らしは困難である。
Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢと同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクⅢと同じであるが、頻度の違いにより区分される。
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等	ランクⅠ～Ⅳと判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門病棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

・ A006010、A006020、A006030、A006031、A006040、A006050

診断情報/主傷病、入院契機、医療資源、医療資源2、併存症、続発症

A006010⑨主傷病名、A006020⑨入院の契機となった傷病名、A006030⑨医療資源を最も投入した傷病名が同一の場合、すべてに同一傷病名を入力する。

記載する傷病名は、原則としてレセ電算傷病名マスタから選択すること。病名については、ICD10へのコーディングが適切に行えるように入力すること。

なお、B00Pの診断基準に該当する病態である場合には、B00Pを病名として使用すること。

また、A006030 診断情報/医療資源については、一部の傷病について「③病名付加コード」を追記する必要がある。対象となる傷病およびコードの詳細については、「③病名付加コード」の項目を参照のこと。

ICDコードは、レセ電算処理マスタ等の傷病名に対応したICDコードをそのまま入力するのではなく、「疾病、障害及び死因統計分類提要」に基づいた全桁の入力をする。こと。(例えば、MDC07(整形外科領域)については、5桁コードが必要な分類もある。)

疑い病名の場合であってもZコードは使用せず、疑った傷病名のICD10コードを記入する。例えば、心臓カテーテル検査の目的で入院する場合の主傷病には、心臓カテーテル目的Z09.8は使用しない。「A000060②入院中の主な診療目的」で「診断・検査のみ」を選択し、医療資源を最も投入した傷病名には入院検査を行うことになった原因の病態をコーディングすること。

A006040 診断情報/併存症、A006050 診断情報/続発症において、複数の傷病を入力する場合は、「連番」を利用して複数行に記入をする。連番の使用は“10”を上限とする。

② ICD10コード

該当傷病に対するICD10コードを左詰めで小数点以下まで入力する。(小数点は1桁として数えない。また、小数点は入力しない。)

例 傷病が慢性C型ウイルス肝炎 (B18.2) → B182

③ 病名付加コード (②ICD10コードが下記に該当する場合入力。※A006030 診断情報/医療資源のみ)

下記表に定められた付加コードを記入する。②ICD10コードがこれら以外の場合は入力不要とする。

ICD	分類名	付加グループコード	付加グループ名称	付加Seq	付加コード	付加区分名称
C340	主気管支の悪性新生物	101	病理 1	00	10100	小細胞癌
				01	10101	非小細胞癌
				99	10199	不明
C341	上葉、気管支または肺の悪性新生物	101	病理 1	00	10100	小細胞癌
				01	10101	非小細胞癌
				99	10199	不明
C342	中葉、気管支または肺の悪性新生物	101	病理 1	00	10100	小細胞癌
				01	10101	非小細胞癌
				99	10199	不明
C343	下葉、気管支または肺の悪性新生物	101	病理 1	00	10100	小細胞癌
				01	10101	非小細胞癌
				99	10199	不明
C348	気管支および肺の悪性新生物 気管支および肺の境界部病巣	101	病理 1	00	10100	小細胞癌
				01	10101	非小細胞癌
				99	10199	不明
C349	気管支または肺の悪性新生物、 部位不明	101	病理 1	00	10100	小細胞癌
				01	10101	非小細胞癌
				99	10199	不明
C445	体幹の皮膚の悪性新生物	201	部位 1	02	20102	胸部 胸腰部
				03	20103	腰部 腰仙骨部
				04	20104	仙骨部 仙尾骨部または仙腸骨部
				05	20105	骨盤部 股関節部または陰部
				08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下
				09	20109	腹部(胃、大腸、肝含む)
				90	20190	多発または全身
99	20199	不明				

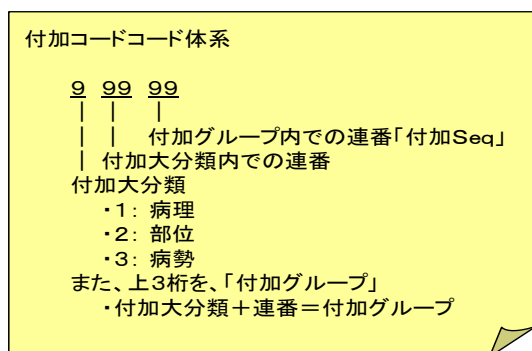
ICD	分類名	付加グループコード	付加グループ名称	付加Seq	付加コード	付加区分名称
C493	胸部<郭>の結合組織および軟部組織の悪性新生物	201	部位 1	02	20102	胸部 胸腰部
				08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下
				90	20190	多発または全身
				99	20199	不明
C73	甲状腺の悪性新生物	102	病理 2	00	10200	未分化癌
				09	10209	その他
C783	中耳ならびにその他および部位不明の呼吸器の続発性悪性新生物	203	部位 3	00	20300	中耳
				01	20301	扁桃
				02	20302	中咽頭
				03	20303	鼻(上)咽頭
				04	20304	梨状陥ぼつ(洞)
				99	20399	不明
C788	その他および部位不明の消化器の続発性悪性新生物	202	部位 2	00	20200	食道
				03	20203	肛門
				05	20205	胆嚢・胆管
				06	20206	膵臓
				07	20207	脾臓
				21	20221	胃
C792	皮膚の続発性悪性新生物	201	部位 1	00	20100	頭部(頭蓋内含む) 後頭頸部 顔面
				01	20101	頸部 頸胸部
				02	20102	胸部 胸腰部
				03	20103	腰部 腰仙骨部
				04	20104	仙骨部 仙尾骨部または仙腸骨部
				05	20105	骨盤部 股関節部または陰部
				06	20106	下肢
				07	20107	上肢 肩峰鎖骨部および胸骨鎖骨部
				08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下
				09	20109	腹部(胃、大腸、肝含む)
				90	20190	多発または全身
C795	骨および骨髄の続発性悪性新生物	201	部位 1	00	20100	頭部(頭蓋内含む) 後頭頸部 顔面
				01	20101	頸部 頸胸部
				02	20102	胸部 胸腰部
				03	20103	腰部 腰仙骨部
				04	20104	仙骨部 仙尾骨部または仙腸骨部
				05	20105	骨盤部 股関節部または陰部
				06	20106	下肢
				07	20107	上肢 肩峰鎖骨部および胸骨鎖骨部
				08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下
				09	20109	腹部(胃、大腸、肝含む)
				90	20190	多発または全身
C798	その他の明示された部位の続発性悪性新生物	204	部位 4	00	20400	心外膜
				90	20490	その他
C859	非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫、型不明	201	部位 1	00	20100	頭部(頭蓋内含む) 後頭頸部 顔面
				01	20101	頸部 頸胸部
				02	20102	胸部 胸腰部
				03	20103	腰部 腰仙骨部

ICD	分類名	付加 グループ コード	付加 グループ 名称	付加 Seq	付加 コード	付加区分名称
				04	20104	仙骨部 仙尾骨部または仙腸骨部
				05	20105	骨盤部 股関節部または陰部
				06	20106	下肢
				07	20107	上肢 肩峰鎖骨部および胸骨鎖骨部
				08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下
				09	20109	腹部(胃、大腸、肝含む)
				90	20190	多発または全身
				99	20199	不明
D139	消化器系の良性新生物、部位 不明確	202	部位 2	02	20202	腸管(空腸、回腸、多発性含む)
				07	20207	脾臓
D180	血管腫、各部位	201	部位 1	00	20100	頭部(頭蓋内含む) 後頭頸部 顔面
				01	20101	頸部 頸胸部
				02	20102	胸部 胸腰部
				03	20103	腰部 腰仙骨部
				04	20104	仙骨部 仙尾骨部または仙腸骨部
				05	20105	骨盤部 股関節部または陰部
				06	20106	下肢
				07	20107	上肢 肩峰鎖骨部および胸骨鎖骨部
				08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下
				09	20109	腹部(胃、大腸、肝含む)
				90	20190	多発または全身
				99	20199	不明
D181	リンパ管腫、各部位	201	部位 1	00	20100	頭部(頭蓋内含む) 後頭頸部 顔面
				01	20101	頸部 頸胸部
				02	20102	胸部 胸腰部
				03	20103	腰部 腰仙骨部
				04	20104	仙骨部 仙尾骨部または仙腸骨部
				05	20105	骨盤部 股関節部または陰部
				06	20106	下肢
				07	20107	上肢 肩峰鎖骨部および胸骨鎖骨部
				08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下
				09	20109	腹部(胃、大腸、肝含む)
				90	20190	多発または全身
				99	20199	不明
D213	胸部<郭>の結合組織および その他の軟部組織の良性新生物	201	部位 1	02	20102	胸部 胸腰部
				08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下
				90	20190	多発または全身
				99	20199	不明
D360	リンパ節の良性新生物	201	部位 1	01	20101	頸部 頸胸部
				02	20102	胸部 胸腰部
				03	20103	腰部 腰仙骨部
				04	20104	仙骨部 仙尾骨部または仙腸骨部
				05	20105	骨盤部 股関節部または陰部
				06	20106	下肢
				07	20107	上肢 肩峰鎖骨部および胸骨鎖骨部
				08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下
				09	20109	腹部(胃、大腸、肝含む)
				90	20190	多発または全身
				99	20199	不明
D361	末梢神経および自律神経系の	201	部位 1	00	20100	頭部(頭蓋内含む) 後頭頸部 顔面

ICD	分類名	付加 グループ コード	付加 グループ 名称	付加 Seq	付加 コード	付加区分名称
	良性新生物			01	20101	頸部 頸胸部
				02	20102	胸部 胸腰部
				03	20103	腰部 腰仙骨部
				04	20104	仙骨部 仙尾骨部または仙腸骨部
				05	20105	骨盤部 股関節部または陰部
				06	20106	下肢
				07	20107	上肢 肩峰鎖骨部および胸骨鎖骨部
				08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下
				09	20109	腹部(胃、大腸、肝含む)
				90	20190	多発または全身
				99	20199	不明
D367	その他および部位不明の良性 新生物 その他の明示された部 位	201	部位 1	00	20100	頭部(頭蓋内含む) 後頭頸部 顔面
				01	20101	頸部 頸胸部
				02	20102	胸部 胸腰部
				03	20103	腰部 腰仙骨部
				04	20104	仙骨部 仙尾骨部または仙腸骨部
				05	20105	骨盤部 股関節部または陰部
				06	20106	下肢
				07	20107	上肢 肩峰鎖骨部および胸骨鎖骨部
				08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下
				09	20109	腹部(胃、大腸、肝含む)
				90	20190	多発または全身
				99	20199	不明
D376	肝、胆のうく囊>および胆管の 性状不詳または不明の新生物	202	部位 2	01	20201	十二指腸
				04	20204	肝臓
				05	20205	胆嚢・胆管
D377	その他の消化器の性状不詳ま たは不明の新生物	202	部位 2	00	20200	食道
				02	20202	腸管(空腸、回腸、多発性含む)
				03	20203	肛門
				06	20206	膵臓
				07	20207	脾臓
D481	その他および部位不明の性状 不詳または不明の新生物 結合 組織およびその他の軟部組織	201	部位 1	00	20100	頭部(頭蓋内含む) 後頭頸部 顔面
				01	20101	頸部 頸胸部
				02	20102	胸部 胸腰部
				03	20103	腰部 腰仙骨部
				04	20104	仙骨部 仙尾骨部または仙腸骨部
				05	20105	骨盤部 股関節部または陰部
				06	20106	下肢
				07	20107	上肢 肩峰鎖骨部および胸骨鎖骨部
				08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下
				09	20109	腹部(胃、大腸、肝含む)
				90	20190	多発または全身
				99	20199	不明
D485	その他および部位不明の性状 不詳または不明の新生物 皮膚	201	部位 1	00	20100	頭部(頭蓋内含む) 後頭頸部 顔面
				01	20101	頸部 頸胸部
				02	20102	胸部 胸腰部
				03	20103	腰部 腰仙骨部
				04	20104	仙骨部 仙尾骨部または仙腸骨部
				05	20105	骨盤部 股関節部または陰部
				06	20106	下肢

ICD	分類名	付加グループコード	付加グループ名称	付加Seq	付加コード	付加区分名称
				07	20107	上肢 肩峰鎖骨部および胸骨鎖骨部
				08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下
				09	20109	腹部(胃、大腸、肝含む)
				90	20190	多発または全身
				99	20199	不明
G618	その他の炎症性多発(性)ニューロパチ<シ>ー	103	病理 3	00	10300	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
				09	10309	その他
I50\$	心不全	301	病勢 1	00	30100	慢性
				01	30101	急性
				02	30102	慢性の急性増悪
				09	30109	不明(急性、慢性の明示なし)
J841	肺線維症を伴うその他の間質性肺疾患	104	病理 4	00	10400	特発性肺線維症
				09	10409	その他
S364\$	小腸損傷	202	部位 2	01	20201	十二指腸
				02	20202	腸管(空腸、回腸、多発性含む)
S368\$	その他の腹腔内臓器の損傷	204	部位 4	05	20405	腹膜
				06	20406	後腹膜
				90	20490	その他
S378\$	その他の骨盤臓器の損傷	204	部位 4	01	20401	副腎
				02	20402	精囊
				03	20403	前立腺
				04	20404	精管
				90	20490	その他

<付加コードの体系>



<付加グループコード一覧>

付加グループコード	付加グループ名称	付加Seq	付加コード	付加区分名称	備考
101	病理 1	00	10100	小細胞癌	
		01	10101	非小細胞癌	
		99	10199	不明	
102	病理 2	00	10200	未分化癌	
		09	10209	その他	
103	病理 3	00	10300	慢性炎症性脱髄性多発神経炎	
		09	10309	その他	
104	病理 4	00	10400	特発性肺線維症	
		09	10409	その他	
201	部位 1	00	20100	頭部(頭蓋内含む) 後頭頸部 顔面	ICD2 巻、572 頁の部位分類準拠。
		01	20101	頸部 頸胸部	
		02	20102	胸部 胸腰部	

付加グループコード	付加グループ名称	付加Seq	付加コード	付加区分名称	備考
		03	20103	腰部 腰仙骨部	
		04	20104	仙骨部 仙尾骨部または仙腸骨部	
		05	20105	骨盤部 股関節部または陰部	
		06	20106	下肢	
		07	20107	上肢 肩峰鎖骨部および胸骨鎖骨部	
		08	20108	胸郭 肋骨肋軟骨部、肋骨椎骨部、胸骨肋軟骨部 腋下	
		09	20109	腹部(胃、大腸、肝含む)	
		90	20190	多発または全身	
		99	20199	不明	
2202	部位 2	00	20200	食道	名称は、該当の ICD 部位に準拠。 部位の順序は、ICD 消化器系疾患(K)の発生順。
		01	20201	十二指腸	
		02	20202	腸管(空腸、回腸、多発性含む)	
		03	20203	肛門	
		04	20204	肝臓	
		05	20205	胆嚢・胆管	
		06	20206	膵臓	
		07	20207	脾臓	
		21	20221	胃	
		99	20299	不明	
203	部位 3	00	20300	中耳	
		01	20301	扁桃	
		02	20302	中咽頭	
		03	20303	鼻(上)咽頭	
		04	20304	梨状陥ぼつ(洞)	
		05	20305	下咽頭	
		99	20399	不明	
204	部位 4	00	20400	心外膜	
		01	20401	副腎	
		02	20402	精嚢	
		03	20403	前立腺	
		04	20404	精管	
		05	20405	腹膜	
		06	20406	後腹膜	
		90	20490	その他	
		99	20499	不明	
301	病勢 1	00	30100	慢性	
		01	30101	急性	
		02	30102	慢性の急性増悪	
		09	30109	不明(急性、慢性の明示なし)	

④ 傷病名コード

レセプト電算処理システムの傷病名マスタを使用して⑨傷病名に該当する傷病名コードを入力する。傷病名マスタに該当がない場合は、未コード化傷病名コード（傷病名コード‘000099’）を入力する。

⑤～⑧ 修飾語コード

⑨傷病名に修飾語がある場合は、レセプト電算処理システムの修飾語マスタの修飾語コードを入力する。ICD10コーディングを行う際に組み立てた病名の修飾語について傷病名に近い位置にあるものから4個目までを順次入力する。

ただし、組み立ての際に用いた修飾語の中に「の疑い」（修飾語コード‘8002’）が含まれる場合は、当該コードを必ず入力することとする。また、修飾語コードが5個以上の場合は、入力した修飾語コード及び④傷病名コードを用いてICD-10コーディングを行えることが望ましい。

⑨ 傷病名

傷病名を日本語で入力する。

・主傷病名について

退院時サマリーの主傷病欄に記入された傷病名を入力する。

※ 主傷病は、『保健ケアに関連したエピソードの間に治療または検査された主要病態である。主要病態とは、主として、患者の治療または検査に対する必要性にもとづく、保健ケアのエピソードの最後に診断された病態であると定義される。もしそのような病態が複数ある場合には、もっとも医療資源が使われた病態を選択すべきである。もし診断がなされなかった場合は、主要症状または異常な所見もしくは問題を主要病態として選択すべきである。』（「疾病、傷害および死因統計分類提要」第1巻より一部抜粋）

転科により診療科ごとに複数の主傷病名、複数の診断名をもつ場合は、一つにする。

・入院の契機となった傷病名について

入院時に契機傷病と判断されたものを入力する（原則、入院診療計画書に記載された病名と一致する）。また、レセプトの入院契機傷病名と一致させること。

転棟した場合等の子様式1は転棟した時点のものを入力する。

・医療資源を最も投入した傷病名について

一入院で一つだけ入力する。複数の病名があった場合でも、病名を一つ選ぶこと。傷病と一致させること。

例えば、月によって病態が変化して、医療資源を投入した傷病名が月によって異なる場合であっても、医療資源を最も投入した傷病名は、退院時に、親様式1の場合1入院期間を通して最も医療資源を投入した傷病名を一つ選ぶこと。子様式1の場合は、子様式1の範囲で一つ選ぶ。

医療資源を最も投入した傷病名の決定に当たり、退院時処方（退院後に在宅において使用するための薬剤を退院時に処方することをいう。）をした場合は、当該薬剤の処方投入した医療資源に含めないこと。

複数の手術や侵襲的処置を行った場合、そのうちの最も診療報酬点数が高い診療行為を行った傷病を対象とする。転科があった場合には、診療報酬点数の高い診療行為を行った傷病を対象とする。

糖尿病性網膜症のE11.3† H36.0*のように、ダブルコーディングが必要な場合については、本調査では医療資源の投入量に基づき主たるものを第1病名としてコーディングし、第2病名の登録が必要な場合は入院時併存症の欄に記入する。また、補助コードの登録が必要な場合は入院時併存症の欄に入力すること。

・医療資源を2番目に投入した傷病名について

明確に医療資源を投入した複数の傷病が発生した場合に入力する。

・入院時併存症名について

入院時（子様式1の場合は入院時または転棟時）に既に存在していた疾患があれば入力する。

なお、記載に当たっては、次のものは基本的に該当するものがあれば入力すること。

1. DPCの診断群分類の分岐に影響を及ぼしたもの（診断群分類点数表に定義された副傷病名）
2. 慢性腎不全
3. 血友病・HIV感染症
4. 併存精神疾患

これらに該当する病名が10個を超える場合は、上記の優先順位に従い、順次入力すること。

また、これらに該当しない病名についても、医療資源の投入量に影響を及ぼすと判断される入院時併存症がある場合には、必ず入力すること。他院で治療している疾患であって、医療資源の投入量に影響を及ぼした疾患がある場合も入力する。

入院後の検査で発見された傷病であっても、入院時に既にその病態があったと主治医が判断できる場合は、入院時併存症として扱うこと。

※入院時併存症は、『保健ケアのエピソードの間に併存し、またはその間に悪化して、患者管理に影響を与えた病態と定義される。現在のエピソードに関連しない以前のエピソードに関連する病態は、記載してはいけない。』という定義にあてはまるもののうち、入院時に既に存在していたものである。（「疾病、傷害および死因統計分類提要」第1巻より一部抜粋）

・入院後発症疾患名について

入院後（子様式1の場合は入院後または転棟後）に新たに発生した疾患があれば入力する。（当該疾患の原因が入院前にあるとしても、発症した時期が入院後の場合には、入院後発症疾患とする。）

なお、記載に当たっては、入院時併存症に同じく、次のものは基本的に該当するものがあれば入力すること。

1. DPCの診断群分類の分岐に影響を及ぼしたもの（診断群分類点数表に定義された副傷病名）
2. 術後合併症

これらに該当する病名が10個を超える場合は、上記の優先順位に従い、順次入力すること。

また、これらに該当しない病名についても、医療資源の投入量に影響を及ぼしたと判断される入院後発症疾患がある場合には、必ず入力する。入院後に発症した疾患のうち、他院での治療を必要とした場合も入力する。

※入院後発症疾患は、『保健ケアのエピソードの間に併存し、またはその間に悪化して、患者管理に影響を与えた病態と定義される。現在のエピソードに関連しない以前のエピソードに関連する病態は、記載してはいけない。』という定義にあてはまるもののうち、入院後に発症したものである。（「疾病、傷害および死因統計分類提要」第1巻より一部抜粋）

・病名の決定方法についてのQ&A

Q&A

Q：医療資源を最も投入した傷病名は「疑い」でもよいのか。確定病名でなければいけないのか。
 A：原則として入院期間中に診断を確定し、「確定病名」を入力すること。ただし、適正な診断のためのガイドライン等に従って検査等を行った結果、退院までに確定診断が得られなかった場合のみに、「疑い」とする。根拠もなく「疑い」としたものについては認めない。例えば、特段の検査もなく、風邪に対する肺癌疑い、頭痛に対する脳梗塞疑いとすること等。

Q&A

Q：入院目的は前立腺生検で退院時点では病名が「前立腺癌疑い」であった。しかし生検の結果が出て悪性ではないと判明した。この場合、病名は「前立腺癌疑い」のままが良いか、他の病名とするのか。
 A：生検の結果が入院中に出了のであれば、疑いを外した確定病名として登録するが、退院後に病理が出了のであれば疑い病名のまま登録となる。

Q&A

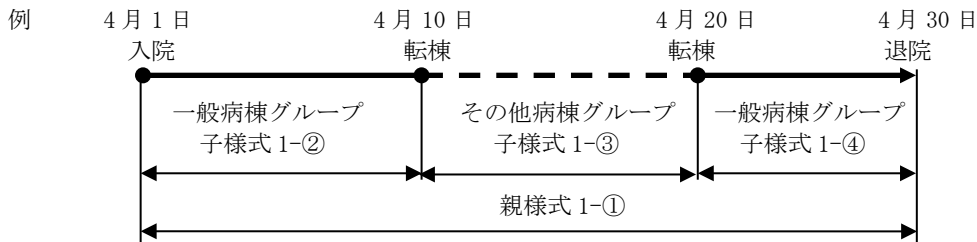
Q：正常分娩予定で入院したが帝王切開となった。この場合の医療資源を最も投入した傷病名はどの期間で判断するのか。入院から退院していた全入院期間か。または保険適用となった期間のみで判断するのか。
 A：保険にかかわらず、様式1の範囲で判断する。

Q&A

Q：一般病棟から精神病棟に転棟し退院した。この場合の医療資源を最も投入した傷病名はどの期間で判断するのか。入院から退院していた全入院期間か。一般病棟にいた期間のみで判断するのか。
 A：親子それぞれの様式1の範囲で判断する。

Q&A

Q：一般病棟から療養病棟等へ転棟した場合、どのような範囲で入力するのか。
 A：親・子それぞれの様式1の範囲で入力する。親様式1は入院日から退院日までの全入院期間の範囲とし、子様式1はそれぞれの範囲で作成する。



	親様式1-①	子様式1-②	子様式1-③	子様式1-④
主傷病	4月1日～ 4月30日で判定	4月1日～ 4月9日で判定	4月10日～ 4月19日で判定	4月20日～ 4月30日で判定
入院の契機となった傷病名	4月1日で判定	4月1日で判定	4月10日で判定	4月20日で判定
医療資源を最も投入した傷病名	4月1日～ 4月30日で判定	4月1日～ 4月9日で判定	4月10日～ 4月19日で判定	4月20日～ 4月30日で判定
医療資源を2番目に投入した傷病名	〃	〃	〃	〃
入院時併存症1～10	4月1日で判定	4月1日で判定	4月10日で判定	4月20日で判定
入院後発症疾患1～10	4月1日～ 4月30日で判定	4月1日～ 4月9日で判定	4月10日～ 4月19日で判定	4月20日～ 4月30日で判定

・ ICD10についてのQ&A

Q&A

Q：抜釘目的のみで入院したが、医療資源を最も投入した傷病名は「〇〇骨折」でよいか。

A：そのとおり。

Q&A

Q：入院時併存症、入院後発症疾患にZコードを入力してもよいか。

A：Zコードは入力不要とするが、入力しても構わない。

Q&A

Q：首吊り自殺（保険適用の場合）の場合 ICD-10 コードがXコードになり入力することができない。その場合のコードは何か。それとも別の病名にするのか。

A：自殺は傷病名ではないので、自殺に到った原疾患に対する傷病名を選択する。また、必要に応じて行為の結果の損傷中毒に対しての傷病名等を選択すること。

Q&A

Q：ICD-10の「.9」等の（本資料の留意すべきICD-10）は使用してはいけないのか。

A：留意点としてあげられたコードについては、通常は、他のコードが選択されるはずのものである。したがって、本当に他の分類を選択するだけの情報がないのかどうか、再確認をお願いしたい。その結果、選択することは致し方ない。

Q&A

Q：Rコードを使用してもよいか。

A：Rコードのほとんどは病名ではなく徴候や症状である。通常の診療では、何らかの診断名が確定するという前提であるが、あらゆる事実を調査したが確定に到らなかった、一過性のもので原因が特定できなかった等、Rコードを付与するためにはかなり厳しい条件がある。条件については、ICD-10第2巻、第XVIII章、737頁等を確認すること。入院時併存症、入院後発症疾患には使用してよいが、医療資源を最も投入した傷病名 ICD-10 コードに以下のコードを用いてはならない。

- ・ 詳細不明の寄生虫症（B89）
- ・ 他章に分類される疾患の原因であるレンサ球菌およびブドウ球菌（B95）からその他および詳細不明の感染症（B99）
- ・ 心拍の異常（R00）からその他の診断名不明確および原因不明の死亡（R99）まで（ただし、鼻出血（R040）、喀血（R042）、気道のその他の部位からの出血（R048）、気道からの出血、詳細不明（R049）、熱性けいれん（R560）、限局性発汗過多（R610）、全身性発汗過多（R611）、発汗過多、詳細不明（R619）及びブドウ糖負荷試験異常（R730）を除く。）

Q&A

Q：標準病名マスタを必ず使わなければならないのか。手入力や院内で作成したマスタを用いてもよいか。

A：標準病名マスタの使用を前提とするが、そこに含まれていない等の場合は、施設独自のレコードを使っても構わない。その場合、ICD-10のコーディングはもちろん、データの仕様に準拠していること。

Q&A

Q：ある病名に対するICD-10コードが分からない。どこに問い合わせればよいのか。

A：病名、ICD-10の決定は医師と相談の上、各医療機関で行うこと。

・入院時併存症・入院後発症疾患についての Q&A

Q&A

Q：医療資源を2番目に投入した傷病名に入力をすれば、入院時併存症、入院後発症疾患に入力不要か。
A：必要。副傷病有無の評価の判定は入院時併存症、入院後発症疾患のみで行うことから必ず入力すること。(主傷病名、入院の契機となった傷病名、2番目に医療資源を投入した傷病名で、副傷病有無の評価の判定は行っていない。)

Q&A

Q：併存症があっても定義テーブルに掲載されていないものは入力不要か。
A：必要。入院時併存症、入院後発症疾患は定義テーブルでの掲載にかかわらず、あれば入力のこと。

Q&A

Q：入院時併存症、入院後発症疾患に「疑い」病名を入力してよいか。
A：疑い病名は入力不要とするが、入力しても構わない。但し、入力する場合は「〇〇〇病疑い」などのように必ず「疑い」と入力すること。

Q&A

Q：医療資源を最も投入した傷病を入院時併存症または入院後発症疾患にも入力が必要か。
A：不要。入院時併存症、入院後発症疾患については、医療資源を最も投入した傷病名に対してのものであるから、不要となる。

・ A006060 診断情報/難病

難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号。以下「法」という。)に基づく医療費助成制度における指定難病(法第5条第1項に規定する指定難病をいう。)に係る医療受給者証(法第7条第4項に規定する医療受給者証をいう。)の交付を受けている場合は入力する。複数ある場合は、主たるものから2個目の指定難病までを順次入力する。
(参考)厚生労働省HP <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000084783.html>

②、④ 指定難病の告示番号1、指定難病の告示番号2

指定難病ごとの告示番号を入力する。

③、⑤ 医療費助成の有無1、医療費助成の有無2

当該入院に係る診療報酬において、②又は④へ入力した難病に係る医療費助成を受けている場合には“1”を、受けていない場合には“0”を入力する。

・ A007010 手術情報

様式1については、同日に三つの手術が行われた場合等、保険診療報酬上算定が認められない手術についても、実際に行われていれば入力のこと。自院入院期間中に実施した手術のみを入力する（予定された手術が中止になった場合、特別の関係にある病院に転院して手術を実施した場合は入力を行わない）。点数表コード（Kコード）の入力は各手術について必要である。

診療報酬上の手術の部で評価されている手術について入力する。なお、輸血はKコードではあるが、様式1について入力は不要である。

今回の入院中に複数の手術を行った場合は、「連番」を利用して複数行に記入をする。その際は主たる手術（又は点数の最も高い手術）を連番1に入力する。なお、飛び番号または重複番号が無いようにする。連番の使用は“5”を上限とする。

たとえば、1回の入院でK542心腔内異物除去術、K543心房内血栓除去術の手術を別の日に同一病変若しくは別病変に対して行った場合の保険点数は同じだが、このように保険点数がまったく同じとなる場合の主たる手術の判断は主治医の判断による。

Q&A

Q：輸血は手術情報に入力が不要であるが、入力しても構わないか。また、輸血とはK920のみをいうのか。

A：入力しても構わない。ただし、それによってその他に実施された手術情報が入力できないという事態は避けること。輸血とはK920のみをいう。

Q&A

Q：K930 脊髄誘発電位測定加算等の手術医療機器等加算の情報は入力が必要か。

A：不要。K930～K939-6は入力しないこと。

Q&A

Q：定義テーブルにない手術として「KKK1」を入力してよいか。

A：不可。KKK1はシステム上のコードであるので、正しい医科点数表のKコードを入力のこと。

Q&A

Q：K0011 皮膚切開術長径 10 センチメートル未満（470 点）のような点数が低いものでも全て入力しないといけないのか。

A：そのとおり。行った手術は全て入力すること。

Q&A

Q：K600 大動脈バルーンポンピング法（IABP 法）を 2 日間行った場合はどのように入力するのか。

A：初日 K6001、2 日目 K6002 と手術 2 項目分を使用してそれぞれ入力すること。

Q&A

Q：一般病棟へ入院し手術 A を行い、療養病棟等へ転棟後、一般病棟へ再転棟し手術 B を行った場合、どのように入力するのか。

A：親・子それぞれの様式 1 の範囲で入力する。

例

	手術 1	手術 2	手術 3	手術 4	手術 5
親様式 1-①	手術 A	手術 B			
子様式 1-②	手術 A				
子様式 1-③					
子様式 1-④	手術 B				

Q&A

Q：当院は DPC 対象病院であるが、入院日Ⅲを超えて行った手術も入力するのか。

A：そのとおり。入院日Ⅲは一切関係なく、様式 1 の期間で行った手術は全て入力すること。

Q&A

Q：K781 経尿道的尿路結石除去術のように一連の治療につき1回しか算定できない手術について、算定できない2回目以降の手術を入力する必要があるか。EFファイルと矛盾が生じるが問題ないか。
A：必要。必ず入力のこと。この場合、EFファイルと矛盾するが問題ないものとする。算定の有無にかかわらず、行った手術は全て入力のこと。

Q&A

Q：手術を6つ以上行った場合は入力できないが、どのように入力するのか。
A：主要なものから5つ選んで入力のこと。

Q&A

Q：1入院で2回以上の手術を行った場合、診断群分類決定に関係のない手術に関しても様式1に入力しないといけないのか。
A：そのとおり。手術情報には様式1の入院期間に行った全ての手術を入力すること。

① 手術日

当該手術を実施した年月日を、入院年月日と同様の書式で入力する。

例 2017年6月10日の場合 → 20170610

② 点数表コード

当該術式に対する医科診療報酬点数表における手術料に関わるコードを入力する。当該コードは基本部分(4桁)の他に、細項目(1、2、3、イ、ロ、ハ等)がある場合にはそれも含めて入力する。その際、空白などは入れずにつめて入力する。

例 K082 人工関節置換術

1 肩、股、膝 → K0821

K082-2 人工関節抜去術

1 肩、股、膝 → K082-21 * ハイフンを入れることが必要。

Q&A

Q：点数表コードの入力は基本部分(4桁)のみでよいか。
例) K407 顎・口蓋裂形成手術(3のイ顎裂を伴うもの)
A：不可。入力の際、細項目(1、2、3、イ、ロ、ハ等)がある場合はそれも含めて入力する。
例示の場合、K4073イ 顎・口蓋裂形成手術 顎裂を伴うもの 片側、と細項目も付加のこと。

Q&A

Q：改定前に手術を実施、改定後に退院となった。当該手術のKコードが改定に伴い変更された場合は、手術を行った時の旧コードで入力するのか、それとも術式自体は無くなっていないので新コードで入力するのか教えていただきたい。
A：改定前に実施した手術は、改定前の手術コードを入力する。

Q&A

Q：手術の区分番号「K○○○」において、「●●術は区分番号「K△△△」の▲▲術に準じて算定する」と記載されている場合、診断群分類を決定する際は準用元の手術「K○○○」で判断するが、様式1も「K○○○」の方を入力するのか。
A：そのとおり。
例 区分番号K7812 経尿道的尿路結石除去術 その他のもの
(中略)ただし、透視下にバスケットワイヤーカテーテルのみを用いて、碎石を行わず結石の摘出のみを行った場合はK798 膀胱結石、異物摘出術の「1」に準じて算定する。
のただし書き以降の行為を行った場合は「K7812」とする。

③ 空欄（外保連手術コード）

外保連手術コードが現在整備中となっている。これが整備された場合は、その手術コードを本欄に入力予定である（入力開始時期については追って通知する）。整備されるまでは入力しないこととする。

④ 手術回数

当該手術をはじめて行う場合には「初回」の「1」を、同一部位（当該傷病名にかかる同一部位等）について再度行う場合は「再手術」の「2」を入力する。（自院・他院を問わない。術式等を問わない。）

例 偽関節手術後、その部位が化膿し手術をした場合

偽関節に関連すると判断される場合 → 「再手術」

関連性が不明、ない場合 → 「初回」

※関連性は手術の治療対象とした疾患のICD10が部位レベルで同一かどうかで判断する。

ペースメーカーの電池交換術、抜釘術は、「再手術」に該当する。

また、再手術の記載は、他の医療機関で行った手術、同一の医療機関でも過去の入院で行った手術についても対象となる。

心臓カテーテル（PTCA等）を、同一日に2部位以上に行った場合であっても、「再手術」とならない。

Q&A

Q：同一日に同一部位に対して術式が別の手術を二回施行した場合、二回目の手術は再手術を選択するのか。

A：一連の手術であれば初回となる。

⑤ 手術側数

左右の区別のないものについては「0」を、右側は「1」を、左側は「2」を、左右は「3」を入力する。

「左右」とは、左右対称の器官（左右対称の器官とは単純に左右にある体の部位で眼、耳、手足、肺、腎臓などのことを指す。）であって、両側・同時に実施の場合が対象となる。冠動脈のバイパス手術で、左右の冠動脈について手術を行った場合は、「左右の区別のないもの」となる。

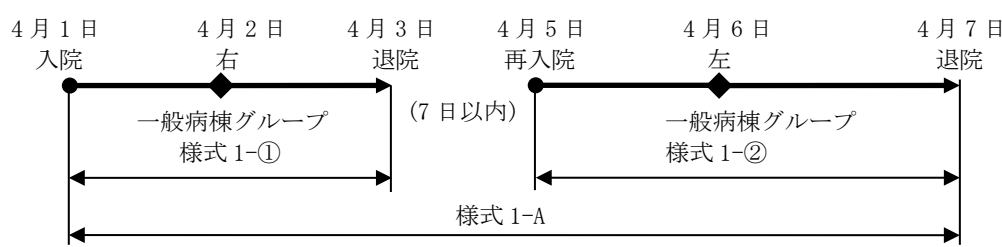
眼の手術を片方ずつ別々の日に手術した場合には、それぞれの手術について別々の片側手術として記載することとなるが、この場合は、右側「1」、左側「2」それぞれ入力する。

Q&A

Q：両目の白内障にて、右目に手術を行い退院。退院 2 日後に再入院し、左目に手術をおこなった。同一疾病での 7 日以内の再入院となるが、どのように手術側数を入力するのか。

A：それぞれの入院期間での様式 1 の範囲で入力する。2 つの入院を一連とした様式 1 は右、左それぞれ別に入力する。

例



	手術 1	手術 2	手術 3	手術 4	手術 5
様式 1-A	右	左			
様式 1-①	右				
様式 1-②	左				

⑥ 麻酔

当該手術実施時に使用した麻酔の種類を一つ入力する。

値	区分	麻酔区分
1	全身麻酔	L007:開放点滴式全身麻酔 L008:マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔
2	硬膜外麻酔	L002:硬膜外麻酔 (L003:硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続注入)
3	脊椎麻酔	L004:脊椎麻酔
4	静脈麻酔	L001-2:静脈麻酔
5	局所麻酔	L100～L105
6	全身+硬膜外	L007:開放点滴式全身麻酔 または L008:マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 + L002:硬膜外麻酔 (L003:硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続注入)
7	脊椎+硬膜外	L004:脊椎麻酔 + L002:硬膜外麻酔 (L003:硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続注入)
8	その他	L000:迷もう麻酔 L001:筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔 L005:上・下肢伝達麻酔 L006:球後麻酔および顔面・頭頸部の伝達麻酔 L008-2:低体温療法 等
9	無	

Q&A

Q : 仮に「2」 L002 硬膜外麻酔と「3」 L004 脊椎麻酔の両方を行った場合はどちらを選ぶのか。
A : 「7」を選択すること。

Q&A

Q : 内視鏡手術などで、キシロカインゼリーのみを使用した麻酔の場合は、「5」局所麻酔、「7」その他、「9」無のどれに該当するか。
A : 「9」無とすること。

Q&A

Q : キシロカインゼリー+キシロカインポンプスプレーといったように組み合わせて使用した場合も「9. 無」とするののか。
A : 診療報酬点数表の第2章特掲診療料第11部麻酔第1節麻酔料および第2節神経ブロック料を算定していない場合は、「9. 無」とする。

⑨ 手術名

手術名称を入力する。

・ADL0010 ADL スコア/入院時

年齢が15歳以上の場合、入力必須となる。但し、産科の患者を除く。

② 入院時のADLスコア

入院時に下表の分類に従って各分類の値を決め、その値を連ねて入力する。15歳以上の場合には必須（ただし産科の患者を除く）。

食事="1"、移乗="2"、整容="1"、トイレ動作="1"、入浴="1"、平地歩行="1"、階段="1"、更衣="1"、排便管理="0"、排尿管理="0"の場合は"1211111100"と入力する。

※ "9"は、どうしてもわからない場合にのみ使用することとし、極力使用しないようにする。

分類	所見			
	自立	一部介助	全介助	不明
食 事	2	1 切ったり、バターを塗ったりなどで介助を必要とする	0	9
移 乗	3	2 軽度の介助で可能	0 座位バランス困難	9
		1 高度の介助を必要とするが、座ってられる。		
整 容	1 顔/髪/歯/ひげ剃り	0		9
トイ レ 動 作 トイ レ の 使 用	2	1 多少の介助を必要とするがおおよそ自分一人で行える。	0	9
入 浴	1	0		9
平 地 歩 行	3	2 一人介助で歩く	0	9
		1 車いすで自立		
階 段	2	1	0	9
更 衣	2	1	0	9
排 便 管 理	2	1 時々失敗	0 失禁	9
排 尿 管 理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

Q&A

Q：消化器手術をする患者が絶食をしていた場合、または平地歩行可能な患者が医師の指示で安静の場合、「0.全介助」となるのか。

A：手間のかかり具合を評価するものである。もし食事や歩行をしたらという所見で判断のこと。

Q&A

Q：経管栄養をしている患者の場合、食事の判定はどうしたらよいか。

A：「0.全介助」となる。

Q&A

Q：調査開始以前に入院した患者の場合であっても、入院時ADLは入院時の状態を入力するのか。

A：そのとおり。入院時を入力する。

・ADL0020 ADLスコア/退院時

年齢が15歳以上の場合、入力必須となる。但し、死亡退院、産科の患者を除く。

② 退院時のADLスコア

入院時のADLスコアと同様に入力する。

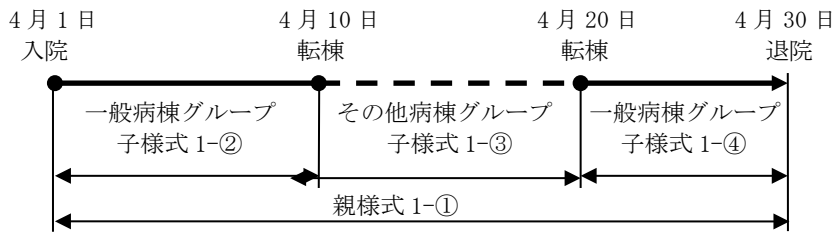
Q&A

Q：親様式1の退院時ADLは病院を退院時点か。一般病棟から療養病棟に転棟し退院した場合は転棟した時点か。
A：実際に退院した日となる。

Q&A

Q：一般病棟から療養病棟等へ転棟した場合、いつの時点で入力するのか。
A：親・子それぞれの様式1の範囲の開始時点、終了時点で入力すること。

例



	入院時の ADL スコア	退院時の ADL スコア
親様式 1-①	4月1日入院時点	4月30日退院時点
子様式 1-②	4月1日入院時点	4月10日転棟時点
子様式 1-③	4月10日転棟時点	4月20日転棟時点
子様式 1-④	4月20日転棟時点	4月30日退院時点

・CAN0010 がん患者/初発・再発

「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」が悪性腫瘍に該当する場合、入力必須となる。

③ がんの初発、再発

今回の入院で医療資源を最も投入した傷病名が悪性腫瘍の場合に、入院時に「初発」は「0」を、「再発」は「1」を入力する。がんの進展度にかかわらず（はじめから遠隔転移がある進行がんで見つかった場合でも）初発であれば「0」を入力する。

一連の治療期間中（がんに対する化学療法を何回かの入院に分けて行ったような場合）の各入院においては、一番初めの状態が初発であれば「0」、再発であれば「1」とするが、一連の治療期間中であっても、遠隔転移などを認めた場合には再発とし「1」を入力する。

重複がん（同一臓器、他臓器）の場合には、再発としない。

Q&A

Q：「初発」および「再発」とは何か。
A：「初発」とは、自施設において、当該腫瘍の診断、診断と初回治療、あるいは初回治療を実施した場合を指す。「再発」とは、自施設・他施設を問わずに初回治療が完了した後、自施設にて患者を診療した場合や、治療がん寛解後に、局所再発・再燃または新たな遠隔転移をきたした場合を指す。

Q&A

Q：一連の治療とは、何を意味するのか。
A：「一連の治療」とは、治療計画後再評価までに行われる治療を総括して指す。（例：手術後、化学療法 4クールを行った後再評価、という事例であれば、これら全てが一連の治療（入院回数は問わない。）

Q&A

Q：「疑い」傷病の場合はどうするのか。
A：病理診断レベルで確定していない場合であっても、臨床診断レベルでがんであることが確定している場合は、「疑い」をつけず、「初発」として入力をする。（退院時点でがんであること自体が疑わしい場合は入力しなくて良い。但し、その場合は医療資源を最も投入した傷病名の最後に「疑い」の文字を付けること）。

・ CAN0020 がん患者/UICC TNM

「CAN0010 がん患者/初発・再発 ③がんの初発、再発」が「初発」である場合、入力必須となる。但し、造血器腫瘍、副腎及び脳腫瘍は除く。

③、④、⑤ UICC病期分類 (T) (N) (M)

UICCに準拠したTNM臨床分類を入力する。

T：原発腫瘍の広がり N：所属リンパ節転移の有無と広がり M：遠隔転移の有無

※ UICC病期分類について

今回の入院で悪性腫瘍に対する治療が行われた場合に、治療前に得られた情報（一般理学所見、血液検査、画像診断、内視鏡検査、生検など）に基づくTNM分類を入力する。例) TX、NX、MX

院内がん登録が平成24年1月からUICC病期分類第7版に移行したことを踏まえ、第6版と第7版両方での入力に対応するものとする。なお、⑥UICC病期分類(版)の欄にどちらの版を用いたのかを入力する。

また、入力に当たって参考資料が必要であれば、以下の資料も活用すること。

国立がん研究センターの「がん情報サービス」より、

- 院内がん登録実務者のためのマニュアル

http://ganjoho.jp/hospital/cancer_registration/registration02_01.html

- UICC/TNM7版準拠_がんの広がり と進行度

<http://ncc.ctr-info.com/text/>

T-原発腫瘍	
TX	原発腫瘍の評価が不可能
T0	原発腫瘍を認めない
Tis	上皮内癌
T1、T2、T3、T4	原発腫瘍の大きさまたは局所進展度を順次表す
N-所属リンパ節	
NX	所属リンパ節の評価が不可能
N0	所属リンパ節転移無し
N1、N2、N3	所属リンパ節転移の程度を順次表す
M-遠隔転移	
MX	遠隔転移の評価が不可能
M0	遠隔転移無し
M1	遠隔転移あり

【TNM分類で使用される可能性のある記号一覧】

T	N	M
TX	NX	MX
T0	N0	M0
Tis	N1mi	M1
Tis (DCIS)	N1	M1a
Tis (LCIS)	N1a	M1b
Tis (Paget)	N1b	M1c
Tispu	N1c	M1d
Tispd	N2	M1e
T1mi	N2a	
T1mic	N2b	
T1	N2c	
T1a	N3	
T1a1	N3a	
T1a2	N3b	
T1b	N3c	
T1b1		
T1b2		
T1c		
T1d		
T2		
T2a		
T2a1		
T2a2		
T2b		
T2c		
T2d		
T3		
T3a		
T3b		
T3c		
T3d		

T4		
T4a		
T4b		
T4c		
T4d		
T4e		
Ta		

Q&A

Q：胸腺癌など UICC 病期分類で評価出来ない場合、どのように入力すればよいか。
A：「TX」「NX」「MX」とする。

Q&A

Q：転移性悪性腫瘍の場合、どのように入力すればよいか。
A：転移性悪性腫瘍の場合は原発巣について評価する。

Q&A

Q：化学療法など入退院を繰り返す場合はいつの時点で評価すればよいか。
A：化学療法などで入退院を繰り返す場合は、一連の治療前の状態で評価する。

⑥ UICC病期分類（版）

③～⑤の入力の際に用いた版番号を入力する。第6版なら“6”を、第7版なら“7”を入力すること。

・ CAN0030 がん患者/Stage

「CAN0010 がん患者/初発・再発 ③がんの初発、再発」が初発である場合、入力必須となる。但し、下記取扱い規約に該当する悪性腫瘍に限る。

③ 癌取扱い規約に基づくがんのStage分類

癌取扱い規約に定められている食道、大腸、肝、胆道、膵、悪性骨、悪性軟部、悪性リンパ腫、副腎の各腫瘍について各種癌取扱い規約に準じて、一連の治療を決定する際に用いた病期分類を入力する。

術後の病期分類がなければ術前所見に基づくStageの、あれば手術所見に基づくStageの入力値を入力する。不明な場合は“9”を入力する。

取扱い規約	版	部位	Stage 分類	入力値
膵癌取扱い規約	6	膵癌	0	0
			I	1
			II	2
			III	3
			IVNOS	4N
			IVa	4A
			IVb	4B
胆道癌取扱い規約	5	胆管	I	1
			II	2
			III	3
			IVNOS	4N
			IVa	4A
			IVb	4B
		胆嚢	I	1
			II	2
			III	3
			IVNOS	4N
			IVa	4A
			IVb	4B
		乳頭部	I	1
			II	2
			III	3
IVNOS	4N			
IVa	4A			
IVb	4B			
食道癌の取扱い規約	10	食道癌	0	0
			I	1
			II	2
			III	3
			IVNOS	4N
			IVa	4A
			IVb	4B
大腸癌取扱い規約	7	結腸・直腸	0	0
			I	1
			II	2
			IIINOS	3N
			IIIa	3A
			IIIb	3B

取扱い規約	版	部位	Stage 分類	入力値			
		肛門管	IV	4			
			O	0			
			I	1			
			II	2			
			IIINOS	3N			
			IIIa	3A			
			IIIb	3B			
原発性肝癌取扱い規約	5	肝細胞癌	I	1			
			II	2			
			III	3			
			IVNOS	4N			
			IVA	4A			
			IVB	4B			
		肝内胆管癌	I	1			
			II	2			
			III	3			
			IVNOS	4N			
			IVA	4A			
			IVB	4B			
			整形外科・病理 悪性軟部腫瘍取扱い規約	3	骨軟部腫瘍	I NOS	1N
						I A	1A
I B	1B						
II NOS	2N						
II A	2A						
II B	2B						
II C	2C						
III	3						
IV	4						
整形外科・病理 悪性骨腫瘍取扱い規約	3	骨腫瘍				I NOS	1N
			I A	1A			
			I B	1B			
			II NOS	2N			
			II A	2A			
			II B	2B			
			III	3			
			IVNOS	4N			
			IVA	4A			
			IVB	4B			
泌尿器科・病理 副腎腫瘍取扱い規約	2	副腎皮質癌	I	1			
			II	2			
			III	3			
			IV	4			
		神経芽腫	1	1			
			2NOS	2N			
			2A	2A			
			2B	2B			
			3	3			
			4	4			
悪性リンパ腫 Ann Arbor 分類	1	悪性リンパ腫	I	1			
			II	2			
			III	3			
			IV	4			

共通	不明	9
----	----	---

Q&A

Q：必須となっている悪性腫瘍以外の Stage 分類を入力しても差し支えはないか。
A：差し支えはない。

Q&A

Q：転移性悪性腫瘍の場合、どのように入力すればよいか。
A：転移性悪性腫瘍の場合は原発巣について評価する。

Q&A

Q：取扱い規約では評価の難しい場合、どのように入力すればよいか。
A：不明として「9」を入力しても構わない。

Q&A

Q：化学療法など入退院を繰り返す場合はいつの時点で評価すればよいか。
A：化学療法などで入退院を繰り返す場合は、一連の治療前の状態で評価する。

・ CAN0040 がん患者/化学療法の有無

③ 化学療法の有無

ここでの化学療法とは、悪性腫瘍に対する抗癌剤の使用、ホルモン療法及び免疫療法等の補助療法とする。(抗生物質のみの使用等を含まない。) G003抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入が行われた場合を含む。

投与方法によって、「無」は"0"を、「有(経口)」は"1"を、「有(皮下)」は"2"を、「有(経静脈又は経動脈)」は"3"を、「有(その他)」は"4"を入力する。

「有(経口)」、「有(皮下)」、「有(経静脈又は経動脈)」、「有(その他)」の中で複数実施した場合は、主治医の判断で主たるもの一つを選択すること。「経口投与」と「経静脈又は経動脈投与」が同時に実施された場合には、「有(経静脈又は経動脈)」を優先して"3"を入力する。選択が困難な場合は、「有(経静脈又は経動脈)」を優先してコードすること。

放射性同位元素の内服による内照射療法は含まない。

また、当該入院中に処方されたものに限ることとし、手術中の使用及び、外来又は退院時に処方されたものは含まない。G-CSF製剤、鎮吐剤等の副作用に係る薬剤のみの使用も含まない。

Q&A

Q：関節リウマチ患者に対する治療として使用したインフリキシマブ静注についても化学療法有となるのか。

A：化学療法とは抗腫瘍用薬の使用、ホルモン療法、免疫療法をいう。抗腫瘍用薬を腫瘍以外の他の目的で使用した場合、「有」とはならない。

Q&A

Q：前回の入院で化学療法を行い、今回の入院は化学療法を行っていない。今回の入院では化学療法「無」とするのか。

A：そのとおり「無」とする。今回の入院期間(様式1の期間)で化学療法を行ったかで判断する。

Q&A

Q：活性NK細胞療法は、化学療法に含まれるか

A：含まれない。

Q&A

Q：他院で処方された抗がん剤を持参し入院した場合「有」としてよいか。また、自院外来で処方された抗がん剤を持参して入院した場合も「有」としてよいか。

A：いずれも「無」とする。

Q&A

Q：手術中に行った抗腫瘍薬の投与のみをもって化学療法「有」としてよいか。また、退院時処方処方された抗がん剤のみを持って「有」としてよいか。

A：いずれも「無」とする。

Q&A

Q：化学療法の定義として「悪性腫瘍に対して抗腫瘍効果を有する薬剤を使用した場合」とあるが、高カルシウム血症の治療薬「ゾメタ」は骨転移に対して適応がある。このような薬剤の場合、ゾメタを使用すれば全て化学療法「有」としてよいか。

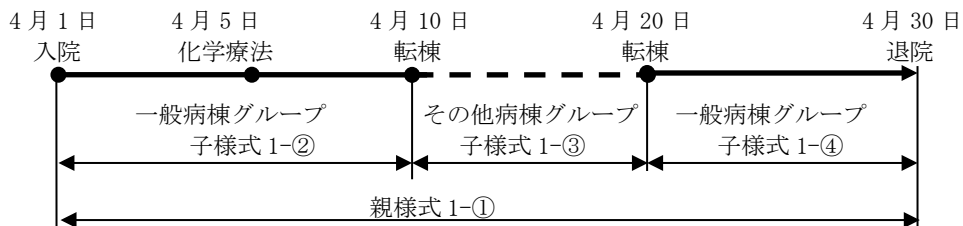
A：化学療法とは抗腫瘍用薬の使用、ホルモン療法、免疫療法をいう。抗腫瘍用薬を腫瘍以外の他の目的で使用した場合、「有」とはならない。

Q&A

Q：一般病棟で化学療法投与後、療養病棟等へ転棟し、再び転棟した場合、どのように入力するのか。

A：親・子それぞれの様式1の範囲で入力する。

例



	化学療法の有無
親様式 1-①	有り"1"、"2"、"3"または"4"
子様式 1-②	有り"1"、"2"、"3"または"4"
子様式 1-③	無し"0"
子様式 1-④	無し"0"

・FIM0010 FIM

回復期リハビリテーション病棟へ入院した期間が、様式1開始日から様式1終了日までの間にある場合は入力する。当該期間が様式1開始日から様式1終了日までの間に複数ある場合については、入力の順番を日付の早い順とし、連番の上限を“3”とする。親様式1・子様式1の各々について入力すること。

なお、本年度調査では任意入力とする。

①、② 入棟日・退棟日

当該病棟に入棟した日および退棟した日を各々①②に入力する。但し、②退棟日について、死亡したため評価不能の場合は入力不要とする。

Q&A

Q：当該病棟より一般転棟グループへ転棟した症例の場合、退棟した日は様式 1 終了日の翌日となる。退棟日に入力した日付が様式 1 終了日を越えてもよいのか。
A：よい。実際に退棟した日を入力すること。

③、④ 入棟時・退棟時のFIM得点

回復期リハビリテーション病棟へ入院した症例について、入棟時および退棟時の得点を下表に従って各々③④に入力する。表の分類に従って各分類の値を決め、その値を連ねて入力する。但し、④退棟時のFIM得点について、死亡したため評価不能の場合は入力不要とする。

分類		所見							
		全介助	最大介助	中等度介助	最小介助	監視又は準備	修正自立	完全自立	不明
運動項目	セルフケア								
	食事	1	2	3	4	5	6	7	9
	整容	1	2	3	4	5	6	7	9
	清拭	1	2	3	4	5	6	7	9
	更衣（上半身）	1	2	3	4	5	6	7	9
	更衣（下半身）	1	2	3	4	5	6	7	9
	トイレ	1	2	3	4	5	6	7	9
	排泄コントロール								
	排尿コントロール	1	2	3	4	5	6	7	9
	排便コントロール	1	2	3	4	5	6	7	9
	移乗								
	ベッド・車椅子	1	2	3	4	5	6	7	9
	トイレ	1	2	3	4	5	6	7	9
	浴槽・シャワー	1	2	3	4	5	6	7	9
	移動								
	歩行・車椅子	1	2	3	4	5	6	7	9
	階段	1	2	3	4	5	6	7	9
認知項目	コミュニケーション								
	理解	1	2	3	4	5	6	7	9
	表出	1	2	3	4	5	6	7	9
	社会認識								
	社会的交流	1	2	3	4	5	6	7	9
	問題解決	1	2	3	4	5	6	7	9
	記憶	1	2	3	4	5	6	7	9

食事=7、整容=6、清拭=7、更衣（上半身）=6、更衣（下半身）=6、トイレ=6、排尿コントロール=6、排便コントロール=5、ベッド・車椅子移乗=7、トイレ移乗=7、浴槽・シャワー移乗=7、歩行・車椅子移動=5、階段移動=4、理解=5、表出=5、社会的交流=6、問題解決=5、記憶=5 の場合は” 767666657775455655” と入力する。9はどうしてもわからない場合のみに使用することとし、極力使用しないようにする。

運動項目の評価

点数	介助者	手助け	手助けの程度
7	不要	不要	自立
6	不要	不要	時間がかかる、装具や自助具が必要、投薬している、安全性の配慮が必要
5	必要	不要	監視・準備・指示・促しが必要
4	必要	必要	75%以上自分で行う。
3	必要	必要	50%以上75%未満自分で行う。
2	必要	必要	25%以上50%未満自分で行う。
1	必要	必要	25%未満しか自分で行わない。

認知項目の評価

点数	介助者	手助け	手助けの程度
7	不要	不要	自立
6	不要	不要	時間がかかる。投薬している。安全性の配慮が必要。
5	必要	必要	監視・準備・指示。促しが必要。介助は10%未満。
4	必要	必要	75%以上90%未満自分で行う。
3	必要	必要	50%以上75%未満自分で行う。
2	必要	必要	25%以上50%未満自分で行う。
1	必要	必要	25%未満しか自分で行わない。

・ JCS0010 JCS/入院時

② 入院時意識障害がある場合のJCS

入院時の意識障害のレベルを入力する。ただし、入院後に様式1範囲において発症した傷病が医療資源を最も投入した傷病になる場合は、発症時により判断する。

意識障害がない場合は「無」の“0”を、意識障害がある場合は意識レベルの数値の“1”～“300”を入力する。

Japan Coma Scale

III群	刺激しても覚醒しない
300	まったく動かない
200	手足を少し動かしたり顔をしかめたりする（除脳硬直を含む）
100	払いのける動作をする
II群	刺激すると覚醒する
30	かろうじて開眼する
20	痛み刺激で開眼する
10	呼びかけで容易に開眼する
I群	覚醒している
3	名前、生年月日が言えない
2	見当識障害あり
1	清明とはいえない

R：不穏、 I：糞尿失禁、 A：自発性喪失

例 意識レベル3で自発性喪失の場合は“3A”と入力する。意識レベル3で不穏・糞尿失禁がある場合“3RI”と入力する。“R”、“I”、“A”のいずれにも該当しない場合は、数値のみでもよい。

※ 小児の場合の判定の例

Grade III	刺激しても覚醒しない
300	痛み刺激にまったく反応せず
200	手足を少し動かしたり顔をしかめたりする
100	払いのける動作をする
Grade II	刺激で覚醒する
30	呼びかけを繰り返すとかろうじて開眼する
20	呼びかけをすると開眼して目を向ける
10	飲み物を見せると飲もうとする。あるいはニップルを見せると欲しがって吸う
Grade I	覚醒している
3	母親と視線が合わない
2	あやしても笑わないが、視線が合う
1	あやすと笑う、ただし不十分で声を出して笑わない

Q&A

Q：救急受診後そのまま入院となる場合で、救急受診時に処置として鎮静をかけてから病棟へ上がるのだが、その場合の「入院時」とは救急受診時の値なのか病棟入室時の値なのか。
 A：救急受診時とする。

Q&A

Q：新生児や小児の場合、脳性麻痺がある場合等の判断が難しいが必須か。
 A：必須。医師の所見で入力すること。

・ JCS0020 JCS/退院時

死亡退院時以外の場合は入力必須となる。

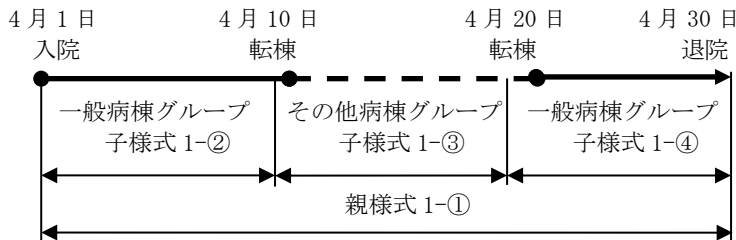
② 退院時意識障害がある場合のJCS

入院時と同様に入力する。

Q&A

Q：一般病棟から療養病棟等へ転棟した場合、いつの時点で入力するのか。
 A：親・子それぞれの様式1の範囲で入力する。

例



	入院時意識障害がある場合の JCS	退院時意識障害がある場合の JCS
親様式 1-①	4月1日時点	4月30日時点
子様式 1-②	4月1日時点	4月10日時点
子様式 1-③	4月10日時点	4月20日時点
子様式 1-④	4月20日時点	4月30日時点

但し、入院中に意識障害を発症した場合はその時点で入力する。

・ M010010 脳卒中患者/入院前

「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」が010020、010040～010070に定義される傷病名になる場合は入力必須となる。

② 発症前 Rankin Scale (「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」が010020、010040～010070に定義される場合は入力)

発症前RankinScaleは発症前おおむね1週間のADLを病歴等から推定し、その上で“0”～“5”までの値を入力すること。親様式、子様式は同じ値を入力すること。不明の場合は“9”を入力する。

値	Rankin Scale	参考にすべき点
0	まったく症候がない	自覚症状および他覚徴候がともにない状態である
1	明らかな障害はない： 日常の勤めや活動は行える	自覚症状および他覚徴候はあるが、発症以前から行っていた仕事や活動に制限はない状態である
2	軽度の障害： 自分の身の回りのことは介助なしで行える	発症以前から行っていた仕事や活動に制限はあるが、日常生活は自立している状態である
3	中等度の障害： 何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える	買い物や公共交通機関を利用した外出などには介助を必要とするが、通常歩行、食事、身だしなみの維持、トイレなどには介助を必要としない状態である
4	中等度から重度の障害： 歩行や身体的要求には介助が必要である	通常歩行、食事、身だしなみの維持、トイレなどには介助を必要とするが、持続的な介護は必要としない状態である
5	重度の障害： 寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする	常に誰かの介助を必要とする状態である
6	死亡	※退院時のみ選択可

- ③ 脳卒中の発症時期（「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」が010020、010040～010070に定義される場合入力）
該当する“1”～“4”までの値を入力する。

値	区 分
1	発症3日目以内
2	発症4日目以降7日目以内
3	発症8日目以降
4	無症候性（発症日なし）

Q&A

Q：複数の脳卒中を発症している場合、どのように入力すればよいか。
A：今回の医療資源となったものについて入力する。

・ M010020 脳卒中患者/退院時

「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」が010020、010040～010070に定義される傷病名になる場合は入力必須となる。

② 退院時 modified Rankin Scale

退院時の状態を発症前RankinScaleと同じ指標を用いて“0”～“6”までの値を入力すること。転棟する場合は転棟時の値を入力する。不明の場合は“9”を入力する。

・ M010030 脳腫瘍患者/テモゾロミド

「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」が010010に定義される傷病名になる場合は入力必須となる。

② テモゾロミド（初発の初回治療に限る）の有無

テモゾロミドの初回治療を行えば「有」“1”を、「無」は“0”を入力する。例えば、他院でテモゾロミドによる治療を行って、自院に転院し、今回の入院でテモゾロミドの投与を行っても「無」となる。

・ M040010 MDC04患者/Hugh-Jones

「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」がMDC04に定義される傷病名になる場合は入力必須となる。ただし04026xに定義される傷病名になる場合を除く。

② Hugh-Jones分類

“1”～“5”までの値を入力する。6歳未満の小児で分類不能の場合は入力不要。

値	分類	所 見
1	I	同年齢の健康者と同様の労作ができ、歩行、階段昇降も健康者並みにできる。
2	II	同年齢の健康者と同様に歩行できるが、坂道・階段は健康者並みにはできない。
3	III	平地でも健康者並みに歩けないが、自分のペースなら1マイル(1.6km)以上歩ける。
4	IV	休み休みでなければ50m以上歩けない。
5	V	会話・着替えにも息切れがする。息切れの為外出できない。

Q&A

Q：寝たきりで分類不能な場合はどのようにするのか。
A：分類不能の場合は“0”を入力する。

Q&A

Q：症状が一番悪い時点でよいか。
A：各親、子様式1のそれぞれの期間内で一番悪い状態を評価する。

・M040020 肺炎患者/重症度

15歳以上で「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」が040070（インフルエンザ、ウイルス性肺炎）、040080（肺炎等）に該当する場合には入力必須となる。

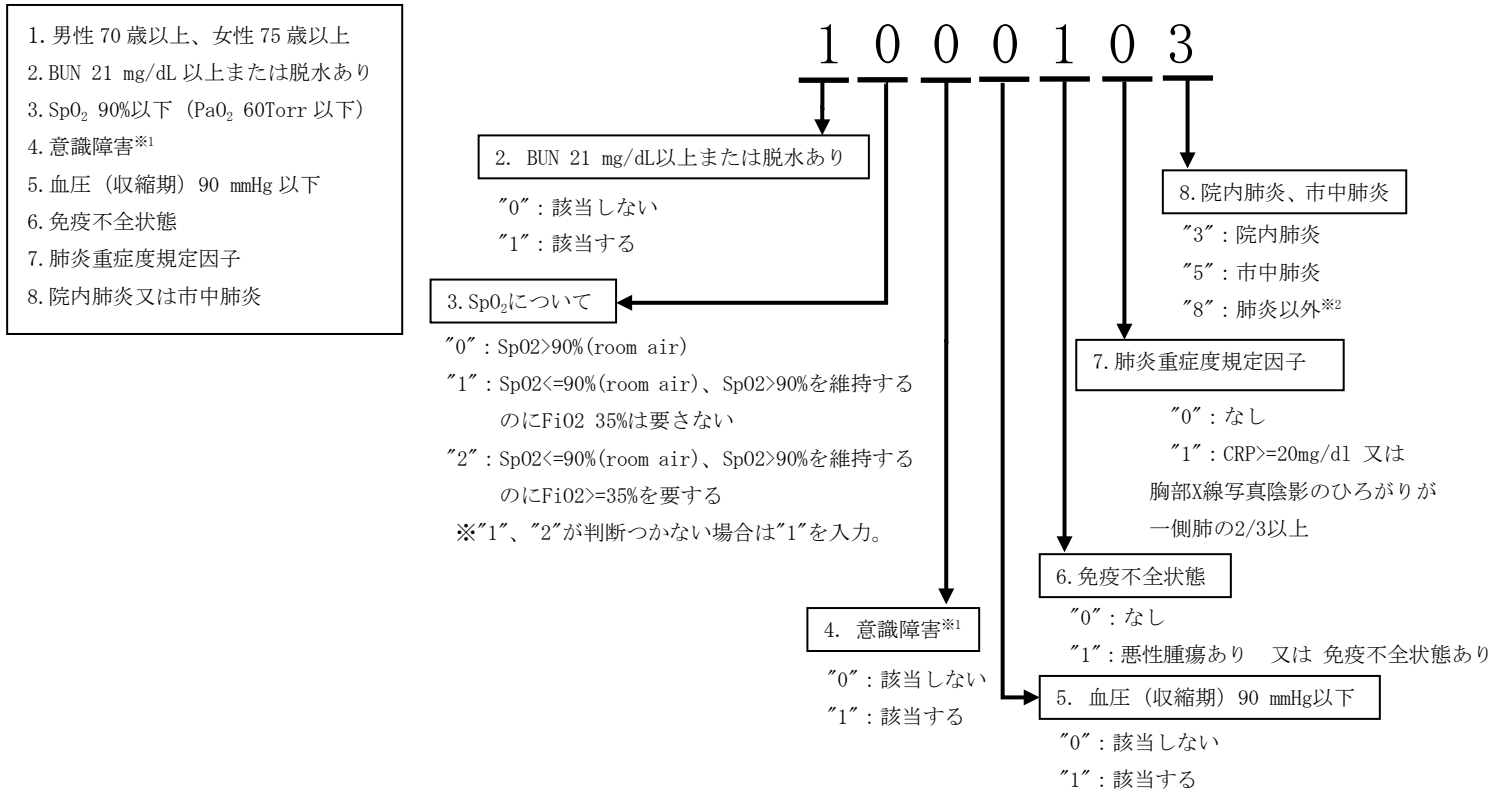
② 肺炎の重症度分類

入院時の状態を評価する。入院中に発症した場合は発症時の状態を評価する。

入力する値は、次の各分類について、下記の入力方法に則って入力する。但し、「1. 男性 70 歳以上、女性75 歳以上」の年齢はA000010 ①生年月日と重複するデータであるため、入力しない。

〈入力項目〉

〈入力方法〉



例えば、BUNが25mg/dl="1"、SpO₂=93% = "0"、意識障害なし="0"、血圧 (収縮期) =120mmHg="0"、免疫不全状態あり="1"、肺炎重症度規定因子なし="0"、院内肺炎="3"の場合は、"1000103"と入力する。

※1：意識障害；本邦では3-3-9度方式（Japan coma scale）が用いられている。これに該当する場合は意識障害ありと判断する高齢者などではI 1~3程度の意識レベルは認知症などで日頃から存在する場合がある。したがって、肺炎に由来する意識障害であることを検討する必要がある。

※2：8. 院内肺炎、市中肺炎が「8：肺炎以外」の場合、1~6桁目は"0"で構わない。

③ 医療介護関連肺炎に該当の有無

医療介護関連肺炎に該当する場合は"1"、該当しない場合は"0"と入力する。

ここでいう医療介護関連肺炎とは、以下の「1」～「4」のいずれかに該当するものを指す。

「1」. 長期療養型病床もしくは介護施設に入所している。

「2」. 90日以内に病院を退院した。

「3」. 介護を必要とする高齢者、身体障害者。

「4」. 通院にて継続的に血管内治療（透析、抗菌薬、化学療法、免疫抑制薬等による治療）を受けている。

ただし、「1」は精神病床を含む。「3」の介護の基準としては、PS3（限られた自分の身の回りことしかできない。日中の50%以上をベッドか椅子で過ごす）を目安とする。

入力に当たって参考資料が必要であれば、以下を参照すること。

○医療・介護関連肺炎診療ガイドライン

http://www.jrs.or.jp/modules/guidelines/index.php?content_id=51

・ M050010 心疾患患者/NYHA

A006010 診断情報/主傷病 ②ICD10コード」、「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」、「A006031 診断情報/医療資源 2 ②ICD10コード」のいずれかがI110、I130、I132、I270、I272、I279の場合は入力必須となる。

② NYHA心機能分類

入院時又は傷病が発症した時点で、下表の分類に従って値を入力する。傷病が1入院中に複数回生じた場合には、その中で最も重症な場合を入力する。

値	分類	所見
1	I	身体活動に制限のない心疾患患者（心疾患を有するがそのために身体活動が制限されることのない患者。通常の身体活動では疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状はきたさない。）
2	II	身体活動に軽度の制限のある心疾患患者。普通の生活可能だが疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状あり。（心疾患を有し、そのために身体活動が軽度から中等度制限される患者。安静時は無症状である。通常の身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状をきたす。）
3	III	身体活動に高度の制限のある心疾患患者。軽い日常生活でも愁訴を訴える。（心疾患を有し、そのために身体活動が高度に制限される患者。安静時は無症状であるが、通常以下の身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状をきたす。）
4	IV	身体活動を制限し安静にしても心不全症状・狭心症状が生じ、わずかな身体活動でも訴えが増強する。（心疾患を有し、そのために非常に軽度の身体活動でも愁訴をきたす患者。安静時においても心不全あるいは狭心症状を示すことがある。少しの身体活動でも愁訴が増加する。）

Q&A

Q：分類不能な場合はどのようにするのか。
A：分類不能の場合は“0”を入力する。

・ M050020 狭心症、慢性虚血性心疾患患者情報/CCS

「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」が050050に定義される傷病名になる場合は入力必須となる。

② 狭心症、慢性虚血性心疾患（050050）における入院時の重症度：CCS分類

入院時のCCS分類を“1”～“4”までの値により入力する。

値	分類	所見
1	Class I	日常身体活動では狭心症が起こらないもの。たとえば歩行、階段を登るなど。しかし、激しいか、急激な長時間にわたる仕事やレクリエーションでは狭心症が起こる。
2	Class II	日常生活にわずかな制限のあるもの。早足歩行や急いで階段を昇る、坂道を上る、食後や寒冷時、風が吹いているとき、感情的にストレスを受けたとき、または起床後数時間以内に歩いたり階段を昇ったときに狭心症が起こるもの。
3	Class III	日常生活に明らかに制限のあるもの。1～2ブロック（50～100m）の平地歩行や自分のペースで階段を昇っても狭心症が起こるもの。
4	Class IV	不快感なしに日常生活ができず、安静時にも狭心症状があるもの。

Q&A

Q：分類不能な場合はどのように扱えばよいのか。
A：分類不能の場合は“0”を入力する。

Q&A

Q：狭心症の症状がなければ入力しなくてよいのか。
A：症状がない場合は“9”を入力する。

・ M050030 急性心筋梗塞患者情報/Killip

「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」が050030に定義される傷病名になる場合は入力必須となる。

② 急性心筋梗塞（050030）における入院時の重症度：Killip分類

入院時のKillip分類を“1”～“4”までの値により入力する。

値	分類	所見
1	Class1	心不全の兆候なし
2	Class2	軽症～中等症の心不全(肺ラ音、3音、静脈圧上昇)
3	Class3	重症心不全、肺水腫
4	Class4	心原性ショック（収縮期血圧<90mmHg、末梢循環不全（乏尿、チアノーゼ、発汗）

Q&A

Q：分類不能な場合はどのように扱えばよいのか。
A：分類不能の場合は“0”を入力する。

・M050040 心不全患者/心不全の血行動態的特徴

次のいずれかに該当する場合は入力必須となる。

- ・「A006030 診断情報/医療資源」について②ICD10コードがI50\$であって、③病名付加コードが‘30101’（急性心不全）又は‘30102’（慢性心不全の急性増悪）である場合
- ・「A006010 診断情報/主傷病」又は「A006031 診断情報/医療資源2」について②ICD10コードがI50\$であって、病態が病名付加コード‘30101’又は‘30102’に相当すると考えられる場合

② 心不全の発症時期

急性心不全もしくは慢性心不全の急性増悪を発症した時期を“1”か“2”かの値により入力する。
入院初日までに発症した場合は“1”を、それ以降に発症した場合は“2”を入力する。

値	区 分
1	入院初日までに発症
2	入院2日目以降に発症

③～⑤

M050040 心不全患者/心不全の血行動態的特徴の②心不全の発症時期が“1”の場合は来院後の初回測定値、“2”の場合は医師が診断した時点の初回測定値を入力する。

③ 収縮期血圧

収縮期血圧を“1”～“3”までの値により入力する。

値	区 分
1	100mmHg未満
2	100mmHg以上、140mmHg以下
3	140mmHg超

④ 心拍数

心拍数を“1”か“2”かの値により入力する。

値	区 分
1	100回/分以下
2	100回/分超

⑤ 心調律

心調律を“1”～“4”までの値により入力する。

値	区 分
1	洞調律
2	心房細動・粗動
3	ペースメーカーリズム
4	その他

・M060010 肝硬変患者情報/Child-Pugh

診断情報で入力した傷病名のいずれかが060300に定義される傷病名になる場合は入力必須となる。

② 肝硬変のChild-Pugh分類

入院時又は肝硬変が発症した時点での下表の分類に従って各分類の値を決め、そのScoreを連ねて入力する。060300に該当する傷病の内、肝硬変以外の疾患の場合は全て“0”を入力する。

Bil=1、Alb=2、腹水=1、脳症=3、PT=2の場合は“12132”と入力する。

Score	1	2	3
Bil (mg/dl)	<2	2-3	3<
Alb (g/dl)	3.5<	2.8-3.5	<2.8
腹水	なし	少量	中等量
脳症	なし	軽症	ときどき昏睡
PT (%)	70<	40-70	<40

Q&A

Q：いつの時点のものを入力するのか。入院時点か。

A：親・子様式1それぞれの該当期間内における最も悪い時点の状態を入力する。

Q&A

Q：分類不能な場合はどのように扱えばよいのか。

A：分類不能な項目は“0”を入力する。

・ M060020 急性膵炎患者情報/重症度

「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」が060350に定義される傷病名になる場合は入力必須となる。

② 急性膵炎の重症度分類

入力する値は、A予後因子の合計点数と、B造影CT重症度スコアの合計点数を連ねた値を入力する。原則として発症後48時間以内に判定を行う。

例えば、該当する項目がA. 予後因子 (LDH、血小板数、CRP、年齢)、B. 造影剤CT Grade ①炎症の膵外進展度 (結腸間膜根部)、B. 造影剤CT Grade ②膵の造影不良域 (2つの区域全体にしめる、またはそれ以上の場合) だとした場合、入力する値としては、“43”と入力することとなる。なお、不明の場合は“99”を入力することとする。「B. 造影剤CT Grade」のみが不明の場合は「*8」と入力する (*にはAの点数を入力する)。

A. 予後因子 合計点数	B. 造影剤CT 重症度スコア 合計点数
0~9	0
	1
	2
	3
	4

※ 急性膵炎の重症度判定基準 (2008改訂)

	重症度判定基準	重症度スコア
A. 予後因子	<ul style="list-style-type: none"> ・ Base excess \leq -3mEq/L、またはショック (収縮期血圧 \leq 80mmHg) ・ PaO₂ \leq 60mmHg (room air)、または呼吸不全 (人工呼吸器管理を必要とするもの) ・ BUN \geq 40mg/dL (or Cr \geq 2.0mg/dL)、または乏尿 (輸液後も1日尿量が400mL以下であるもの) ・ LDHが基準値上限の2倍以上 ・ 血小板数 \leq 10万/mm³ ・ 総Ca値 \leq 7.5 mg/dL ・ CRP \geq 15 mg/dL ・ SIRS診断基準 (※) における陽性項目数 \geq 3 ・ 70歳以上 	各1点
B. 造影剤CT Grade ①炎症の膵外進展度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 前腎傍腔 ・ 結腸間膜根部 ・ 腎下極以遠 	0点 1点 2点
B. 造影剤CT Grade ②膵の造影不良域	膵を便宜的に3つの区域 (膵頭部、膵体部、膵尾部) に分け、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 各区域に局限している場合、または膵の周辺のみの場合 ・ 2つの区域にかかる場合 ・ 2つの区域全体にしめる、またはそれ以上の場合 	0点 1点 2点

※SIRS診断基準項目：

- (1) 体温 $>$ 38°C または $<$ 36°C
- (2) 脈拍 $>$ 90回/分
- (3) 呼吸数 $>$ 20回/分 または PaCO₂ $<$ 32mmHg
- (4) 白血球数 $>$ 12,000/mm³ もしくは $<$ 4,000/mm³、または10%超の幼若球の出現

Q&A

Q：いつの時点のものを入力するのか。入院時点か。

A：親・子様式1それぞれの該当期間内において最も重症であると判断された時点の状態を入力する。

・ M070010 関節リウマチ患者情報/分子標的薬

「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」が070470に定義される傷病名でかつ、インフリキシマブを使用した場合は入力必須となる。

② 抗リウマチ分子標的薬の初回導入治療の有無

抗リウマチ分子標的薬（インフリキシマブをいう）の初回導入治療（1回目投与もしくは2回目投与）の場合は“1”を、3回目以降投与の場合は“0”を入力する。例えば、他院で抗リウマチ分子標的薬（インフリキシマブをいう）による治療を行って、自院に転院し、今回の入院で抗リウマチ分子標的薬（インフリキシマブをいう）の投与を行っても回数にカウントして入力する。

・ M120010 産科患者情報/分娩

「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」が120130、120140、120160、120170、120180、120200、120210、120260、120270に定義される傷病名になる場合は入力必須となる。

② 入院周辺の分娩の有無

入院周辺の分娩の有無の状況に適する“1”～“3”までの値を入力する。

値	区分
1	入院前1週間以内に分娩あり
2	入院中の分娩あり
3	その他

③ 分娩時出血量（②入院周辺の分娩の有無が“1”、“2”の場合入力）

分娩時出血量をミリリットル単位で記入する。不明の場合は“99999”と入力する。

・ M160010 熱傷患者情報/Burn index

診断情報で入力した傷病名のいずれかが161000に定義される傷病名になる場合は入力必須となる。

② Burn index

「Burn index」 = $0.5 \times \text{II度熱傷面積}\% + \text{III度熱傷面積}\%$ の値を入力する。熱傷がない場合は空欄（null）とする。

例 II度熱傷面積が10%でIII度熱傷面積が10%の場合 → 15

Q&A

Q：化学熱傷、凍傷、電撃傷の場合も入力が必要か。

A：化学熱傷、凍傷、電撃傷についても皮膚表在性の広さを仮に評価し入力する。

Q&A

Q：熱傷があるがBurn index 値が「0」の場合は入力しないのか。

A：「0」を入力する。

Q&A

Q：I度熱傷面積はBurn index 値の計算に使用しないのか。II度、III度のみか。

A：II度、III度のみ。

・ M170010 精神疾患・認知症患者情報/入院時 GAF

「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」がMDC17及び01021xに定義される傷病名になる場合、又は精神病床への入院がある場合は入力必須となる。

② 入院時GAF尺度

精神的健康と病気という1つの仮想的な連続体に沿って、心理的、社会的、職業的機能を考慮し、0から100の数値を入力する。この際、身体的（または環境的）制約による機能障害を含めないこと。（注：例えば、45、68、72のように、それが適切ならば、中間の値のコードを用いること）。入院時に該当するGAFにより判断する。ただし、入院後に様式1範囲において発症した傷病が医療資源を最も投入した傷病になる場合は、発症時により判断する。

値	所見
91-100	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人に多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
81-90	症状が全くないか、ほんの少しだけ（例：試験前の軽い不安）。すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない（例：たまに家族と口論する）。
71-80	症状があったとしても、心理社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である（例：家族と口論した後の集中困難）。社会的、職業的、または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない（例：一時的に学業で後れをとる）。
61-70	いくつかの軽い症状がある（例：抑うつ気分と軽い不眠）、または、社会的、職業的、または学校の機能にいくらかの困難はある（例：時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする）が、全体的には機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
51-60	中等度の症状（例：感情が平板で、会話がまわりくどい、時にパニック発作がある）、または、社会的、職業的、または学校の機能における中等度の困難（例：友達が少ししかいない、仲間や仕事の同僚との葛藤）
41-50	重大な症状（例：自殺念慮、強迫的儀式が重症、しょっちゅう万引する）または、社会的、職業的、または学校の機能における何らかの深刻な障害（例：友達がいない、仕事が続かない）
31-40	現実検討が疎通性にいくらかの欠陥（例：会話は時々非論理的、あいまい、または関係性がなくなる）、または、仕事や学校、家族関係、判断、思考、または気分など多くの面での重大な欠陥（例：抑うつ的な男が友人を避け、家族を無視し、仕事ができない。子どもがしばしば年下の子どもをなぐり、家庭では反抗的であり、学校では勉強ができない）
21-30	行動は妄想や幻覚に相当影響されている、または疎通性が判断に重大な欠陥がある（例：時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている）、または、ほとんどすべての面で機能することができない（例：1日中床についている、仕事も家庭も友達もない）。
11-20	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか（例：はっきりと死の可能性を意識しない自殺企図、しばしば暴力的になる、躁病性興奮）、または、時には最低限の身の清潔維持ができない。（例：大便を塗りたくる）、または、疎通性に重大な欠陥（例：大部分滅裂か無言症）
1-10	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている（例：暴力の繰り返し）、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、または、はっきりと死の可能性を意識した重大な自殺行為
0	情報不十分

・ M170020 精神保健福祉法に関する情報

「A006030 診断情報/医療資源 ②ICD10コード」がMDC17及び01021xに定義される傷病名になる場合、又は精神病床への入院がある場合は入力必須となる。

② 精神保健福祉法における入院形態

任意入院の場合は“1”を、医療保護入院の場合は“2”を、措置入院の場合は“3”を、応急入院の場合は“4”を入力する。

③ 精神保健福祉法に基づく隔離日数

隔離とは、「精神科隔離室管理加算」の算定要件を満たすものに限らない。すなわち、12時間以内の隔離や7日を超える隔離も含め、精神保健福祉法に基づいて行われた全ての隔離を日数単位で記入すること。

④ 精神保健福祉法に基づく身体拘束日数

身体拘束とは、精神保健福祉法に基づいて行われる行為に限定され、点滴等を目的に同法に基づかずに短時間のみ四肢等の一部を拘束する行為は含まれない。また、同一日に複数回の身体拘束指示および解除が繰り返されても、1日として日数単位で記入すること。

Q&A

Q：医療資源を最も投入した傷病名が MDC17 及び 01021x に該当するが、精神病床に入院していない場合は、②～④はどのように入力するのか。

A：精神病床に入院していない場合は、精神保健福祉法が適用されたと仮定して入力する（入院形態ならば「任意入院」等）。日数については「0」と入力しても構わない。

・ Mzz0010 その他の重症度分類

使用は病院毎に任意、本調査では使用しない。

② その他の重症度分類・分類番号または記号

⑨で記入した分類の該当する分類番号または記号を記入する。

⑨ その他の重症度分類・名称

上記に定義されている重症度分類以外で記述できる重症度分類がある場合に、その分類名を記入する。

様式1全般のQA

調査対象について

Q&A

Q：1年前に入院し、今年の4月に退院した患者がいるが、この患者も様式1の対象となるのか。
A：入院日は関係なく様式1対象の条件を満たせば対象になる。

Q&A

Q：障害者施設等入院基本料を算定する特定患者の特定入院基本料を算定する場合は、様式1の対象となるのか。
A：その他病棟のグループとして作成を要する。

Q&A

Q：一般病棟特別入院基本料を算定する病棟に入院する患者は様式1の対象となるのか。
A：その他病棟のグループとして作成を要する。

Q&A

Q：一般病棟入院基本料の算定病棟に90日を超えて入院している患者が、一般病棟入院基本料注11の規定に基づき療養病棟入院基本料を算定する場合は様式1の作成対象となるのか。
A：一般病棟グループとして作成を要する。

入力条件について

Q&A

Q：「必須（医療資源が〇〇〇の場合は入力）」という項目は、〇〇〇に該当していると必須なのか。
A：そのとおり。

Q&A

Q：「必須（医療資源が〇〇〇の場合は入力）」という項目の〇〇〇に該当していなくても、入力して構わないか。
A：構わない。

作成・提出方法について

Q&A

Q：当院は A100 一般病棟入院基本料を算定する病棟のみしかなく、一般病棟以外への転棟はない。子様式 1 の作成は不要か。
 A：不要。A100 一般病棟入院基本料のみの場合は、入院から退院まで 1 レコードのみを作成する。

Q&A

Q：当院は DPC 対象病院ではないが、一連の様式 1（統括診療情報番号：A 又は B）を作成するのか。
 A：そのとおり。

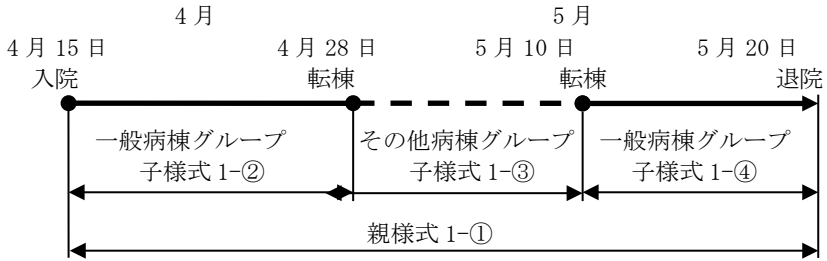
Q&A

Q：転棟した場合、転棟した日は転棟先の入院料を算定するが、転棟した日を含めて転棟後の子様式 1 を作成するのか。
 A：そのとおり。転棟した日を含めて転棟後の子様式 1 の範囲とする。

Q&A

Q：4 月に一般病棟から療養病棟へ転棟し、5 月に一般病棟へ再転棟し、同月退院した場合、どのように提出するのか。
 A：子様式 1 は転棟または退院した時点、親様式 1 は退院した時点の月に作成し、提出する。

例



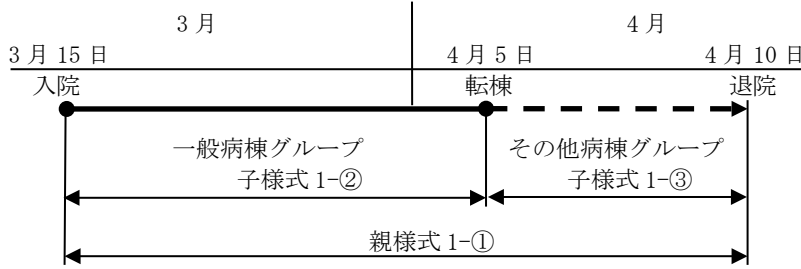
4 月分 1 レコード、5 月分 3 レコード提出する。

	提出月	
	4 月分として提出	5 月分として提出
親様式 1-①		○
子様式 1-②	○	
子様式 1-③		○
子様式 1-④		○

Q&A

Q：3月に一般病棟へ入院し、4月に療養病棟へ転棟、退院した場合は、どのように提出するのか。
 A：子、親それぞれの様式1を4月分として提出する。

例



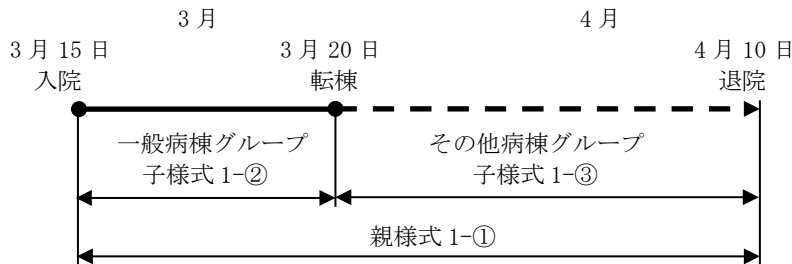
親様式1-①、子様式1-②および子様式1-③を4月分として提出する。

	提出月
	4月分として提出
親様式1-①	○
子様式1-②	○
子様式1-③	○

Q&A

Q：4月1日以前に一般病棟から療養病棟へ転棟し、4月に退院した場合は、どのように提出するのか。
 A：親様式1は今年度4月分、子様式1は前年度3月分として提出する。各年度の調査実施説明資料に合わせて作成すること。

例



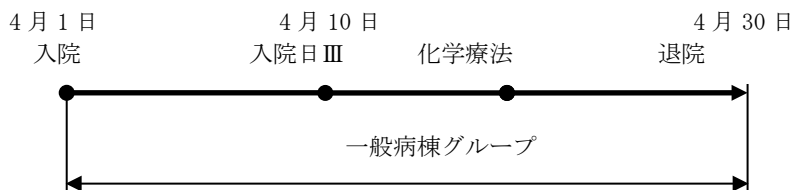
親様式1-①は今年度4月分として提出する。
 子様式1-②は前年度3月分として提出する。
 子様式1-③は今年度4月分として提出する。

	提出月	提出月
	前年度3月分として提出	今年度4月分として提出
親様式1-①		○
子様式1-②	○	
子様式1-③		○

Q&A

Q：当院はDPC対象病院であるが、入院日Ⅲを超えた場合の手術や化学療法の入力方法はどのように行うのか。
 A：入院日Ⅲは関係ない。入院日Ⅲを超えても様式1の範囲間を入力する。様式1の範囲でその行為を行えば必ず入力すること。

例

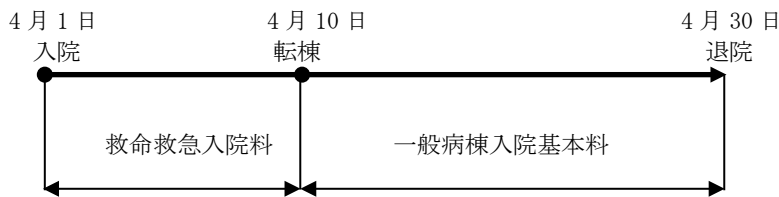


入院年月日	退院年月日	化学療法の有無
20170401	20170430	1「有（経口）」

Q：救命救急入院料を算定した患者が、一般病棟入院基本料を算定する病棟に転棟し退院した場合は、様式1を救命救急入院料、一般病棟入院基本料を算定していた期間でそれぞれ作成するのか。

A：この場合は1レコード作成する。

例



1レコード作成する。

入院年月日	退院年月日
20170401	20170430

下記の同グループ間内の転棟の場合は1レコードとし、他のグループ（例えば一般病棟グループから精神病棟グループ）へ移動した場合は子様式1を作成する。

一般病棟グループ

- ・一般病棟入院基本料（7対1、10対1、13対1、15対1）
- ・特定機能病院入院基本料（一般）
- ・専門病院入院基本料（7対1、10対1、13対1）
- ・救命救急入院料
- ・特定集中治療室管理料
- ・ハイケアユニット入院医療管理料
- ・脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- ・小児特定集中治療室管理料
- ・新生児特定集中治療室管理料
- ・総合周産期特定集中治療室管理料
- ・新生児治療回復室入院医療管理料
- ・一類感染症患者入院医療管理料
- ・小児入院医療管理料
- ・短期滞在手術等基本料（3のみ）

精神病棟グループ

- ・精神病棟入院基本料（10対1、13対1、15対1、18対1、20対1）
- ・特定機能病院入院基本料（精神）
- ・精神科救急入院料
- ・精神科急性期治療病棟入院料（1および2）
- ・精神科救急・合併症入院料
- ・児童・思春期精神科入院医療管理料

その他病棟グループ

- ・上記以外の入院基本料、特定入院料等

様式1の作成方法まとめ

親様式1の作成（入院日から退院日までの様式1）

入院日から退院日までの親様式1を作成する。

子様式1の作成（転棟毎による様式1）

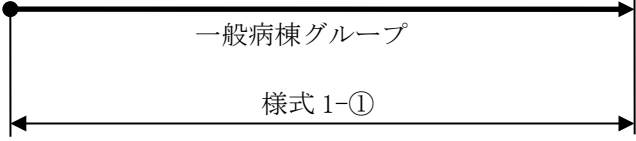
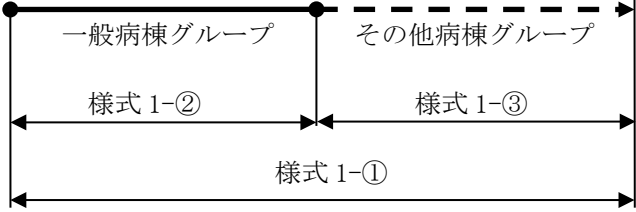
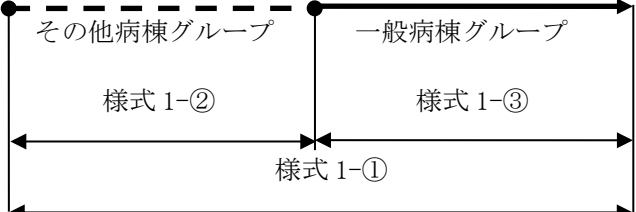
入院日から退院日までの親様式1に加え、転棟した場合はその期間の子様式1を作成する。下記の同グループ内の転棟は作成しない。（例えば一般病棟グループ内のみ、または精神病棟グループ内のみで入退院した場合は親様式1のみ作成し、子様式1は作成しない。）

グループ	入院基本料・特定入院料等
一般病棟グループ	<ul style="list-style-type: none"> ・一般病棟入院基本料（7対1、10対1、13対1、15対1） ・特定機能病院入院基本料（一般） ・専門病院入院基本料（7対1、10対1、13対1） ・救命救急入院料 ・特定集中治療室管理料 ・ハイケアユニット入院医療管理料 ・脳卒中ケアユニット入院医療管理料 ・小児特定集中治療室管理料 ・新生児特定集中治療室管理料 ・総合周産期特定集中治療室管理料 ・新生児治療回復室入院医療管理料 ・一類感染症患者入院医療管理料 ・小児入院医療管理料 ・短期滞在手術等基本料（3のみ） ・救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床に入院したものとみなされるもの（死亡時の1日分の入院料等を算定するもの）も含む。
精神病棟グループ	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病棟入院基本料（10対1、13対1、15対1、18対1、20対1） ・特定機能病院入院基本料（精神） ・精神科救急入院料 ・精神科急性期治療病棟入院料（1および2） ・精神科救急・合併症入院料 ・児童・思春期精神科入院医療管理料
その他病棟グループ	上記以外 <ul style="list-style-type: none"> ・障害者施設等入院基本料 ・短期滞在手術等基本料（2） ・回復期リハビリテーション病棟入院料 ・地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料含む） ・結核病棟入院基本料 ・療養病棟入院基本料 ・特殊疾患入院医療管理料 ・認知症治療病棟入院料 等

一連となる7日以内に再入院した場合の様式1の作成

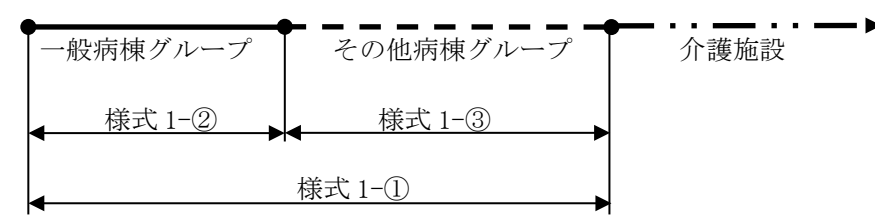
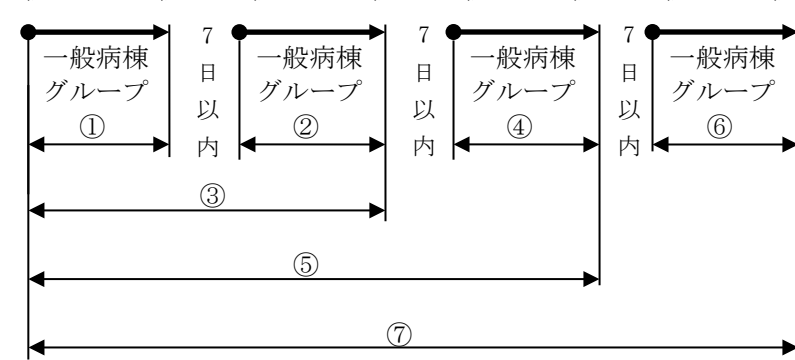
一般病棟グループ間において7日以内に再入院し、一連の条件を満たす場合は、前回入院と再入院したそれぞれの様式1に加え、この2つの様式1を一連の入院とした様式1を作成する。次項のパターン9、11、14、15、16、18、21に例示するように、この場合の統括診療情報番号の記載に留意すること。

さまざまな入院パターンによる様式1の作成例

パターン	入院パターン																								
1	<p data-bbox="331 192 603 224">一般病棟グループのみ</p> <p data-bbox="384 262 480 327">4月1日 入院</p> <p data-bbox="995 262 1091 327">4月20日 退院</p>  <table border="1" data-bbox="418 499 1335 640"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式 1-①</td> <td>0</td> <td>20170401</td> <td>20170420</td> <td>20170401</td> <td>20170420</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="411 645 657 676">1レコード作成する。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式 1-①	0	20170401	20170420	20170401	20170420												
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																				
様式 1-①	0	20170401	20170420	20170401	20170420																				
2	<p data-bbox="331 714 868 745">一般病棟グループ → その他病棟グループ</p> <p data-bbox="384 784 480 848">4月1日 入院</p> <p data-bbox="699 784 810 848">4月10日 転棟</p> <p data-bbox="995 784 1091 848">4月20日 退院</p>  <table border="1" data-bbox="418 1124 1335 1339"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式 1-①</td> <td>0</td> <td>20170401</td> <td>20170420</td> <td>20170401</td> <td>20170420</td> </tr> <tr> <td>様式 1-②</td> <td>1</td> <td>20170401</td> <td>00000000</td> <td>20170401</td> <td>20170409</td> </tr> <tr> <td>様式 1-③</td> <td>2</td> <td>20170401</td> <td>20170420</td> <td>20170410</td> <td>20170420</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="411 1344 657 1375">3レコード作成する。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式 1-①	0	20170401	20170420	20170401	20170420	様式 1-②	1	20170401	00000000	20170401	20170409	様式 1-③	2	20170401	20170420	20170410	20170420
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																				
様式 1-①	0	20170401	20170420	20170401	20170420																				
様式 1-②	1	20170401	00000000	20170401	20170409																				
様式 1-③	2	20170401	20170420	20170410	20170420																				
3	<p data-bbox="331 1413 868 1444">その他病棟グループ → 一般病棟グループ</p> <p data-bbox="384 1482 480 1547">4月1日 入院</p> <p data-bbox="699 1482 810 1547">4月10日 転棟</p> <p data-bbox="995 1482 1091 1547">4月20日 退院</p>  <table border="1" data-bbox="418 1823 1335 2038"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式 1-①</td> <td>0</td> <td>20170401</td> <td>20170420</td> <td>20170401</td> <td>20170420</td> </tr> <tr> <td>様式 1-②</td> <td>1</td> <td>20170401</td> <td>00000000</td> <td>20170401</td> <td>20170409</td> </tr> <tr> <td>様式 1-③</td> <td>2</td> <td>20170401</td> <td>20170420</td> <td>20170410</td> <td>20170420</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="411 2042 657 2074">3レコード作成する。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式 1-①	0	20170401	20170420	20170401	20170420	様式 1-②	1	20170401	00000000	20170401	20170409	様式 1-③	2	20170401	20170420	20170410	20170420
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																				
様式 1-①	0	20170401	20170420	20170401	20170420																				
様式 1-②	1	20170401	00000000	20170401	20170409																				
様式 1-③	2	20170401	20170420	20170410	20170420																				

パターン	入院パターン																														
4	<p>一般病棟グループ → その他病棟グループ → 一般病棟グループ</p> <p>4月1日 入院 4月10日 転棟 4月20日 転棟 4月30日 退院</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式1-①</td> <td>0</td> <td>20170401</td> <td>20170430</td> <td>20170401</td> <td>20170430</td> </tr> <tr> <td>様式1-②</td> <td>1</td> <td>20170401</td> <td>00000000</td> <td>20170401</td> <td>20170409</td> </tr> <tr> <td>様式1-③</td> <td>2</td> <td>20170401</td> <td>00000000</td> <td>20170410</td> <td>20170419</td> </tr> <tr> <td>様式1-④</td> <td>3</td> <td>20170401</td> <td>20170430</td> <td>20170420</td> <td>20170430</td> </tr> </tbody> </table> <p>4レコード作成する。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式1-①	0	20170401	20170430	20170401	20170430	様式1-②	1	20170401	00000000	20170401	20170409	様式1-③	2	20170401	00000000	20170410	20170419	様式1-④	3	20170401	20170430	20170420	20170430
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																										
様式1-①	0	20170401	20170430	20170401	20170430																										
様式1-②	1	20170401	00000000	20170401	20170409																										
様式1-③	2	20170401	00000000	20170410	20170419																										
様式1-④	3	20170401	20170430	20170420	20170430																										
5	<p>外科（一般病棟グループ） → 内科（一般病棟グループ）へ転科</p> <p>4月1日 入院 4月10日 転科 4月20日 退院</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式1-①</td> <td>0</td> <td>20170401</td> <td>20170420</td> <td>20170401</td> <td>20170420</td> </tr> </tbody> </table> <p>1レコード作成する。 一般病棟グループ内であれば診療科は関係なく転科をしても1レコードとする。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式1-①	0	20170401	20170420	20170401	20170420																		
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																										
様式1-①	0	20170401	20170420	20170401	20170420																										
6	<p>救命救急入院料（一般病棟グループ） → 一般病棟入院基本料（一般病棟グループ）</p> <p>4月1日 入院 4月10日 転棟 4月20日 退院</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式1-①</td> <td>0</td> <td>20170401</td> <td>20170420</td> <td>20170401</td> <td>20170420</td> </tr> </tbody> </table> <p>1レコード作成する。 一般病棟グループ内であれば転棟とはせず、一連の入院として取り扱う。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式1-①	0	20170401	20170420	20170401	20170420																		
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																										
様式1-①	0	20170401	20170420	20170401	20170420																										

パターン	入院パターン																								
7	<p>DPC 包括評価対象（一般病棟グループ） → 入院日Ⅲ超え（一般病棟グループ）</p> <p>4月1日 入院 5月1日 入院日Ⅲ超え 5月20日 退院</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式1-①</td> <td>0</td> <td>20170401</td> <td>20170520</td> <td>20170401</td> <td>20170520</td> </tr> </tbody> </table> <p>1レコード作成する。 包括評価の対象となる患者が、入院途中で入院日Ⅲを超え、出来高評価になった場合であっても、入院日から退院日までの期間で様式1を1レコード作成する。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式1-①	0	20170401	20170520	20170401	20170520												
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																				
様式1-①	0	20170401	20170520	20170401	20170520																				
8	<p>医科保険以外 → 医科保険 ～保険の切り替え</p> <p>4月1日 入院 4月10日 保険切り替え 4月20日 退院</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式1-①</td> <td>0</td> <td>20170401</td> <td>20170420</td> <td>20170401</td> <td>20170420</td> </tr> </tbody> </table> <p>1レコード作成する。 医科保険以外の患者が、入院途中で保険を切り替え、医科保険適用になった場合であっても、入院日から退院日までの期間で様式1を1レコード作成する。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式1-①	0	20170401	20170420	20170401	20170420												
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																				
様式1-①	0	20170401	20170420	20170401	20170420																				
9	<p>一連となる7日以内の再入院</p> <p>4月1日 入院 4月10日 退院 4月12日 再入院 4月20日 退院</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式1-①</td> <td>0</td> <td>20170401</td> <td>20170410</td> <td>20170401</td> <td>20170410</td> </tr> <tr> <td>様式1-②</td> <td>0</td> <td>20170412</td> <td>20170420</td> <td>20170412</td> <td>20170420</td> </tr> <tr> <td>様式1-A</td> <td>A</td> <td>20170401</td> <td>20170420</td> <td>20170401</td> <td>20170420</td> </tr> </tbody> </table> <p>3レコード作成する。 一連となる7日以内の再入院をした場合、様式1は一連としたものとそれぞれの入院期間の様式1を作成する。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式1-①	0	20170401	20170410	20170401	20170410	様式1-②	0	20170412	20170420	20170412	20170420	様式1-A	A	20170401	20170420	20170401	20170420
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																				
様式1-①	0	20170401	20170410	20170401	20170410																				
様式1-②	0	20170412	20170420	20170412	20170420																				
様式1-A	A	20170401	20170420	20170401	20170420																				

パターン	入院パターン																																																
10	<p>一般病棟グループ → その他病棟グループ → 介護施設</p> <p>4月1日 入院 4月10日 転棟 4月20日 退院</p>  <table border="1" data-bbox="414 526 1332 739"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式 1-①</td> <td>0</td> <td>20170401</td> <td>20170420</td> <td>20170401</td> <td>20170420</td> </tr> <tr> <td>様式 1-②</td> <td>1</td> <td>20170401</td> <td>00000000</td> <td>20170401</td> <td>20170409</td> </tr> <tr> <td>様式 1-③</td> <td>2</td> <td>20170401</td> <td>20170420</td> <td>20170410</td> <td>20170420</td> </tr> </tbody> </table> <p>3レコード作成する。 介護施設へ入所した時点で退院したものとし、様式1を作成する。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式 1-①	0	20170401	20170420	20170401	20170420	様式 1-②	1	20170401	00000000	20170401	20170409	様式 1-③	2	20170401	20170420	20170410	20170420																								
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																																												
様式 1-①	0	20170401	20170420	20170401	20170420																																												
様式 1-②	1	20170401	00000000	20170401	20170409																																												
様式 1-③	2	20170401	20170420	20170410	20170420																																												
11	<p>一連となる7日以内の再入院を繰り返した場合</p> <p>4/1 入院 4/2 退院 4/5 入院 4/7 退院 4/9 入院 4/11 退院 4/13 入院 4/15 退院</p>  <table border="1" data-bbox="414 1500 1332 1859"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式 1-①</td> <td>0</td> <td>20170401</td> <td>20170402</td> <td>20170401</td> <td>20170402</td> </tr> <tr> <td>様式 1-②</td> <td>0</td> <td>20170405</td> <td>20170407</td> <td>20170405</td> <td>20170407</td> </tr> <tr> <td>様式 1-③</td> <td colspan="5">不要</td> </tr> <tr> <td>様式 1-④</td> <td>0</td> <td>20170409</td> <td>20170411</td> <td>20170409</td> <td>20170411</td> </tr> <tr> <td>様式 1-⑤</td> <td colspan="5">不要</td> </tr> <tr> <td>様式 1-⑥</td> <td>0</td> <td>20170413</td> <td>20170415</td> <td>20170413</td> <td>20170415</td> </tr> <tr> <td>様式 1-⑦</td> <td>A</td> <td>20170401</td> <td>20170415</td> <td>20170401</td> <td>20170415</td> </tr> </tbody> </table> <p>5レコード作成する。 再入院を繰り返す場合であっても、最終的に集約した1データのみ作成する。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式 1-①	0	20170401	20170402	20170401	20170402	様式 1-②	0	20170405	20170407	20170405	20170407	様式 1-③	不要					様式 1-④	0	20170409	20170411	20170409	20170411	様式 1-⑤	不要					様式 1-⑥	0	20170413	20170415	20170413	20170415	様式 1-⑦	A	20170401	20170415	20170401	20170415
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																																												
様式 1-①	0	20170401	20170402	20170401	20170402																																												
様式 1-②	0	20170405	20170407	20170405	20170407																																												
様式 1-③	不要																																																
様式 1-④	0	20170409	20170411	20170409	20170411																																												
様式 1-⑤	不要																																																
様式 1-⑥	0	20170413	20170415	20170413	20170415																																												
様式 1-⑦	A	20170401	20170415	20170401	20170415																																												

パターン	入院パターン																														
12	<p>一般病棟グループ → その他病棟グループ (4月1日以前に転棟)</p> <p>3月1日 入院 3月10日 転棟 4月20日 退院</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式 1-①</td> <td>0</td> <td>20170301</td> <td>20170420</td> <td>20170301</td> <td>20170420</td> </tr> <tr> <td>様式 1-②</td> <td>1</td> <td>20170301</td> <td>00000000</td> <td>20170301</td> <td>20170309</td> </tr> <tr> <td>様式 1-③</td> <td>2</td> <td>20170301</td> <td>20170420</td> <td>20170310</td> <td>20170420</td> </tr> </tbody> </table> <p>3レコード作成する。 様式 1-①および様式 1-③は、今年度調査実施説明資料 様式 1-②は、前年度調査実施説明資料 に基づいて、それぞれ作成する。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式 1-①	0	20170301	20170420	20170301	20170420	様式 1-②	1	20170301	00000000	20170301	20170309	様式 1-③	2	20170301	20170420	20170310	20170420						
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																										
様式 1-①	0	20170301	20170420	20170301	20170420																										
様式 1-②	1	20170301	00000000	20170301	20170309																										
様式 1-③	2	20170301	20170420	20170310	20170420																										
13	<p>一般病棟グループ → その他病棟グループ (3月31日以前に転棟) → 一般病棟グループ (3月31日以前に転棟)</p> <p>3月1日 入院 3月10日 転棟 3月15日 転棟 4月10日 退院</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式 1-①</td> <td>0</td> <td>20170301</td> <td>20170410</td> <td>20170301</td> <td>20170410</td> </tr> <tr> <td>様式 1-②</td> <td>1</td> <td>20170301</td> <td>00000000</td> <td>20170301</td> <td>20170309</td> </tr> <tr> <td>様式 1-③</td> <td>2</td> <td>20170301</td> <td>00000000</td> <td>20170310</td> <td>20170314</td> </tr> <tr> <td>様式 1-④</td> <td>3</td> <td>20170301</td> <td>20170410</td> <td>20170315</td> <td>20170410</td> </tr> </tbody> </table> <p>4レコード作成する。 様式 1-①、様式 1-④は、今年度調査実施説明資料 様式 1-②、様式 1-③は、前年度調査実施説明資料 に基づいて、それぞれ作成する。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式 1-①	0	20170301	20170410	20170301	20170410	様式 1-②	1	20170301	00000000	20170301	20170309	様式 1-③	2	20170301	00000000	20170310	20170314	様式 1-④	3	20170301	20170410	20170315	20170410
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																										
様式 1-①	0	20170301	20170410	20170301	20170410																										
様式 1-②	1	20170301	00000000	20170301	20170309																										
様式 1-③	2	20170301	00000000	20170310	20170314																										
様式 1-④	3	20170301	20170410	20170315	20170410																										

パターン	入院パターン																																																
14	<p>一般病棟グループ → その他病棟グループ → 一般病棟グループ → 一連となる 7 日以内の再入院 パターン 4 と 9 の組み合わせ</p> <p>4/1 4/5 4/10 4/15 4/17 4/30 入院 転棟 転棟 退院 再入院 退院</p> <table border="1" data-bbox="422 701 1337 1057"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式 1 開始日</th> <th>様式 1 終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式 1-①</td> <td>1</td> <td>20170401</td> <td>00000000</td> <td>20170401</td> <td>20170404</td> </tr> <tr> <td>様式 1-②</td> <td>2</td> <td>20170401</td> <td>00000000</td> <td>20170405</td> <td>20170409</td> </tr> <tr> <td>様式 1-③</td> <td>3</td> <td>20170401</td> <td>20170415</td> <td>20170410</td> <td>20170415</td> </tr> <tr> <td>様式 1-④</td> <td>0</td> <td>20170401</td> <td>20170415</td> <td>20170401</td> <td>20170415</td> </tr> <tr> <td>様式 1-⑤</td> <td>0</td> <td>20170417</td> <td>20170430</td> <td>20170417</td> <td>20170430</td> </tr> <tr> <td>様式 1-⑥</td> <td>A</td> <td>20170401</td> <td>20170430</td> <td>20170410</td> <td>20170430</td> </tr> <tr> <td>様式 1-⑦</td> <td>B</td> <td>20170401</td> <td>20170430</td> <td>20170401</td> <td>20170430</td> </tr> </tbody> </table> <p>7 レコード作成する。 様式 1-⑦の統括診療情報番号は”B”となることに注意すること。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式 1 開始日	様式 1 終了日	様式 1-①	1	20170401	00000000	20170401	20170404	様式 1-②	2	20170401	00000000	20170405	20170409	様式 1-③	3	20170401	20170415	20170410	20170415	様式 1-④	0	20170401	20170415	20170401	20170415	様式 1-⑤	0	20170417	20170430	20170417	20170430	様式 1-⑥	A	20170401	20170430	20170410	20170430	様式 1-⑦	B	20170401	20170430	20170401	20170430
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式 1 開始日	様式 1 終了日																																												
様式 1-①	1	20170401	00000000	20170401	20170404																																												
様式 1-②	2	20170401	00000000	20170405	20170409																																												
様式 1-③	3	20170401	20170415	20170410	20170415																																												
様式 1-④	0	20170401	20170415	20170401	20170415																																												
様式 1-⑤	0	20170417	20170430	20170417	20170430																																												
様式 1-⑥	A	20170401	20170430	20170410	20170430																																												
様式 1-⑦	B	20170401	20170430	20170401	20170430																																												
15	<p>一連となる 7 日以内の再入院 (1 回目の入院日が 3 月 31 日以前)</p> <p>平成 28 年 平成 28 年 平成 28 年 平成 29 年 3 月 10 日 4 月 15 日 4 月 18 日 4 月 20 日 入院 退院 再入院 退院</p> <table border="1" data-bbox="418 1615 1337 1825"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式 1 開始日</th> <th>様式 1 終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式 1-①</td> <td>0</td> <td>20160310</td> <td>20160415</td> <td>20160310</td> <td>20160415</td> </tr> <tr> <td>様式 1-②</td> <td>0</td> <td>20160418</td> <td>20170420</td> <td>20160418</td> <td>20170420</td> </tr> <tr> <td>様式 1-③</td> <td colspan="5">不要</td> </tr> </tbody> </table> <p>2 レコード作成する。 様式 1-①は、平成 28 年度調査実施説明資料 様式 1-②は、平成 29 年度調査実施説明資料 に基づいてそれぞれ作成する。</p> <p>診療報酬改定年度を跨いだ一連となる様式についての作成は不要とする。 ※改定年度を跨ぐとは、様式 1 開始日と様式 1 終了日の間に改定があることをいう。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式 1 開始日	様式 1 終了日	様式 1-①	0	20160310	20160415	20160310	20160415	様式 1-②	0	20160418	20170420	20160418	20170420	様式 1-③	不要																												
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式 1 開始日	様式 1 終了日																																												
様式 1-①	0	20160310	20160415	20160310	20160415																																												
様式 1-②	0	20160418	20170420	20160418	20170420																																												
様式 1-③	不要																																																

パターン 16 入院パターン
月をまたいで一連となる7日以内再入院を繰り返した場合

	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日
様式1-①	0	20170420	20170421	20170420	20170421
様式1-②	0	20170423	20170430	20170423	20170430
様式1-③	不要				
様式1-④	0	20170503	20170520	20170503	20170520
様式1-⑤	A	20170420	20170520	20170420	20170520

4レコード作成する。
4月分として様式1-①、様式1-②、5月分として様式1-④、様式1-⑤を提出する。
再入院を繰り返す場合であっても、最終的に集約した1データのみ作成する。

パターン 17 一般病棟グループ → その他病棟グループ → 一連となる7日以内の再入院

	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日
様式1-①	1	20170401	00000000	20170401	20170409
様式1-②	2	20170401	20170415	20170410	20170415
様式1-③	0	20170401	20170415	20170401	20170415
様式1-④	0	20170418	20170430	20170418	20170430
様式1-⑤	不要				

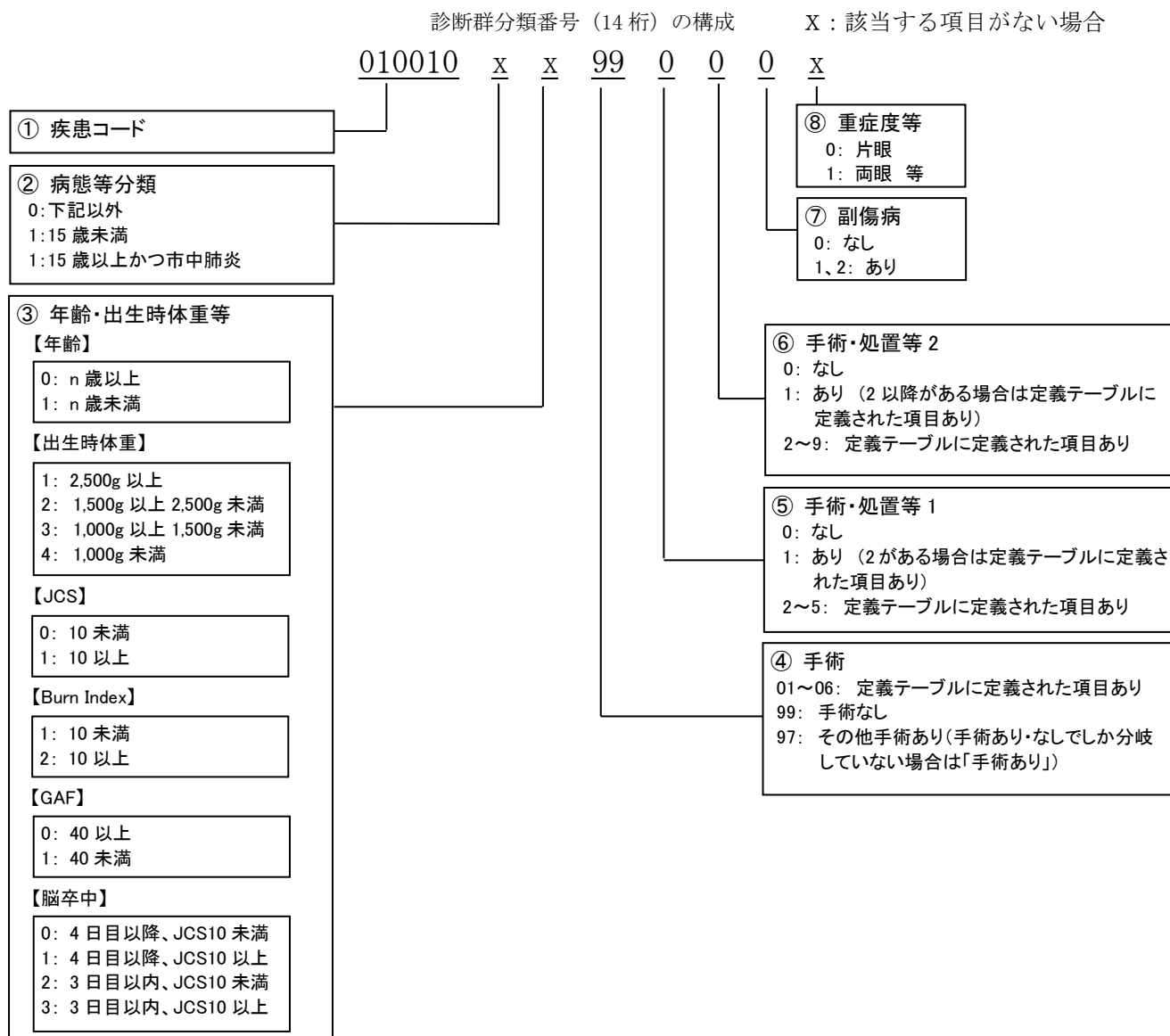
4レコード作成する。
様式1-⑤は不要
この場合は7日以内の再入院とは扱わない。
7日以内の再入院は一般病棟間が7日以内かで判断する。

パターン	入院パターン																																										
18	<p data-bbox="331 152 1356 185">一般病棟グループ → 一連となる7日以内の再入院（一般病棟） → その他病棟</p> <div data-bbox="411 255 1340 689"> </div> <table border="1" data-bbox="418 770 1334 1093"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式1-①</td> <td>0</td> <td>20170401</td> <td>20170412</td> <td>20170401</td> <td>20170412</td> </tr> <tr> <td>様式1-②</td> <td>1</td> <td>20170415</td> <td>00000000</td> <td>20170415</td> <td>20170417</td> </tr> <tr> <td>様式1-③</td> <td>2</td> <td>20170415</td> <td>20170430</td> <td>20170418</td> <td>20170430</td> </tr> <tr> <td>様式1-④</td> <td>0</td> <td>20170415</td> <td>20170430</td> <td>20170415</td> <td>20170430</td> </tr> <tr> <td>様式1-⑤</td> <td>A</td> <td>20170401</td> <td>00000000</td> <td>20170401</td> <td>20170417</td> </tr> <tr> <td>様式1-⑥</td> <td>B</td> <td>20170401</td> <td>20170430</td> <td>20170401</td> <td>20170430</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="411 1097 657 1126">6レコード作成する。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式1-①	0	20170401	20170412	20170401	20170412	様式1-②	1	20170415	00000000	20170415	20170417	様式1-③	2	20170415	20170430	20170418	20170430	様式1-④	0	20170415	20170430	20170415	20170430	様式1-⑤	A	20170401	00000000	20170401	20170417	様式1-⑥	B	20170401	20170430	20170401	20170430
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																																						
様式1-①	0	20170401	20170412	20170401	20170412																																						
様式1-②	1	20170415	00000000	20170415	20170417																																						
様式1-③	2	20170415	20170430	20170418	20170430																																						
様式1-④	0	20170415	20170430	20170415	20170430																																						
様式1-⑤	A	20170401	00000000	20170401	20170417																																						
様式1-⑥	B	20170401	20170430	20170401	20170430																																						
19	<p data-bbox="331 1267 1340 1301">療養病棟（その他病棟グループ） → 回復期リハビリ病棟（その他病棟グループ）</p> <div data-bbox="383 1370 1110 1585"> </div> <table border="1" data-bbox="418 1635 1334 1778"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式1-①</td> <td>0</td> <td>20170401</td> <td>20170420</td> <td>20170401</td> <td>20170420</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="411 1854 1423 1955">1レコード作成する 算定される入院料（在室している病棟）が変更となった場合であっても、グループ単位で作成する。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式1-①	0	20170401	20170420	20170401	20170420																														
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																																						
様式1-①	0	20170401	20170420	20170401	20170420																																						

パターン	入院パターン																																				
20	<p>一般病棟グループ → 地域包括ケア入院医療管理料（その他病棟グループ） → 一般病棟グループ</p> <p>4月1日 入院 4月10日 転棟 4月15日 転棟 4月25日 退院</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式1-①</td> <td>0</td> <td>20170401</td> <td>20170425</td> <td>20170401</td> <td>20170425</td> </tr> <tr> <td>様式1-②</td> <td>1</td> <td>20170401</td> <td>00000000</td> <td>20170401</td> <td>20170409</td> </tr> <tr> <td>様式1-③</td> <td>2</td> <td>20170401</td> <td>00000000</td> <td>20170410</td> <td>20170414</td> </tr> <tr> <td>様式1-④</td> <td>3</td> <td>20170401</td> <td>20170425</td> <td>20170415</td> <td>20170425</td> </tr> </tbody> </table> <p>4レコード作成する。 地域包括ケア入院医療管理料については、その他病棟グループであるために子様式1-③を作成する。この場合、様式1-②と様式1-③の一連とする様式の作成は必要ない。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式1-①	0	20170401	20170425	20170401	20170425	様式1-②	1	20170401	00000000	20170401	20170409	様式1-③	2	20170401	00000000	20170410	20170414	様式1-④	3	20170401	20170425	20170415	20170425						
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																																
様式1-①	0	20170401	20170425	20170401	20170425																																
様式1-②	1	20170401	00000000	20170401	20170409																																
様式1-③	2	20170401	00000000	20170410	20170414																																
様式1-④	3	20170401	20170425	20170415	20170425																																
21	<p>一般病棟グループ → その他病棟グループ → 一連となる7日以内の再入院</p> <p>4月1日 入院 4月11日 転棟 4月15日 退院 4月17日 入院 4月30日 退院</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>統括診療情報番号</th> <th>入院年月日</th> <th>退院年月日</th> <th>様式1開始日</th> <th>様式1終了日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>様式1-①</td> <td>1</td> <td>20170401</td> <td>00000000</td> <td>20170401</td> <td>20170410</td> </tr> <tr> <td>様式1-②</td> <td>2</td> <td>20170401</td> <td>20170415</td> <td>20170411</td> <td>20170415</td> </tr> <tr> <td>様式1-③</td> <td>0</td> <td>20170401</td> <td>20170415</td> <td>20170401</td> <td>20170415</td> </tr> <tr> <td>様式1-④</td> <td>0</td> <td>20170417</td> <td>20170430</td> <td>20170417</td> <td>20170430</td> </tr> <tr> <td>様式1-⑤</td> <td>A</td> <td>20170401</td> <td>20170430</td> <td>20170401</td> <td>20170430</td> </tr> </tbody> </table> <p>5レコード作成する。 一連となる7日以内の再入院と扱うために様式1-⑤を作成する。 7日以内の再入院は、一般病棟グループより退院した日の翌日又は一般病棟グループより転棟した日から再入院後の一般病棟グループまでが7日以内かで判断すること。</p>		統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日	様式1-①	1	20170401	00000000	20170401	20170410	様式1-②	2	20170401	20170415	20170411	20170415	様式1-③	0	20170401	20170415	20170401	20170415	様式1-④	0	20170417	20170430	20170417	20170430	様式1-⑤	A	20170401	20170430	20170401	20170430
	統括診療情報番号	入院年月日	退院年月日	様式1開始日	様式1終了日																																
様式1-①	1	20170401	00000000	20170401	20170410																																
様式1-②	2	20170401	20170415	20170411	20170415																																
様式1-③	0	20170401	20170415	20170401	20170415																																
様式1-④	0	20170417	20170430	20170417	20170430																																
様式1-⑤	A	20170401	20170430	20170401	20170430																																

一連となる7日以内の再入院について

診断群分類番号（14桁）の頭2桁（主要診断群（MDC））が前回入院と今回入院で一致した場合、同一とする。一連の入院とみなす7日以内の再入院は、前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」と今回入院の「入院の契機となった傷病名」から決定される診断群分類の上2桁において判断する。一連の入院とみなす7日以内の再入院では、ICD10コードが異なっても、診断群分類の上2桁が同一であれば、一連とみなす。また、定義テーブルにおいて診断群分類毎に定める「医療資源を最も投入した傷病名」欄に掲げるICDコード以外のICDコードを今回入院の「入院の契機となった傷病名」に選択した場合も一連とみなす。ただし、予定された再入院で、かつ、再入院時に悪性腫瘍患者に係る化学療法を実施する場合は、一連の入院とはみなさない。



7日以内とは

一般病棟グループより退院した日の翌日又は一般病棟グループより転棟した日から再入院後の一般病棟グループまでが7日以内の場合をいう。

例) 4月1日に退院した場合、4月8日までに再入院した場合を7日以内とする

7日以内	4月1日	4月2日	4月3日	4月4日	4月5日	4月6日	4月7日	4月8日	4月9日	備考
○	→●									当日に再入院
	→	●								翌日に再入院
					・	・				・
×	→							●	→	7日後に再入院
	→								●	8日後に再入院

様式 3

様式3は「施設調査票」であり、医療機関別の病床数、入院基本料等に係る加算の算定状況等を把握するために必要なデータである。

1. 入力方法

- * 様式3は入力データフォーマットであるエクセルファイルを後日配布する。
- * 様式3は電子媒体での提出を基本とするので、「記憶媒体」、「ファイル」についても、要領に従って提出すること。

(1) 届出病床数

各月1日における「届出病床数」及び「入院基本料等加算」の算定状況を、エクセルの記載要領に従って記載。「届出病床数」は、保険診療として地方厚生（支）局に届けられた病床数であって、医療法の許可病床数とは異なる。

- ※1 病床総数：医療保険届出病床数＋介護保険届出病床数＋その他病床数＋休止病床数の合計
- ※2 医療保険総数：医療保険届出病床数の総計
- ※3 介護保険総数：届出病床数のうち、老人性痴呆疾患療養病棟を除いたもの
- ※4 その他病床数：健診ベッド等※2、※に含まれない病床数
- ※5 休止病床数：地方厚生局へ届出を行っている休止病床数

(2) 許可病床数

医療法上の許可病床数を入力する。なお、入力値は医療法許可病床種別別（一般、療養、精神、感染症、結核）で入力することとする。

(3) 医療保険届出病床のうち非稼働病床数

医療保険届出病床のうち、地方厚生局へ届出を行っていない非稼働病床数を入力する。調査上での定義は「医師・看護師等の職員の不足やノロウイルス等の感染症の発生等によって新たな入院患者の受け入れを休止している病床であって、地方厚生支局に休止を届ける予定のない病床。」をいう。

(4) 入院基本料加算

算定が可能な場合は「○」、不可の場合は「×」を入力する。算定実績がなくとも算定が可能であった場合は「○」とする。

(5) 開設者コード

該当するコードを入力する。

コード	類型	説明
1	国立	独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構又は独立行政法人地域医療機能推進機構が開設する病院、国立高度専門医療研究センター
2	公立	都道府県立、市町村立、地方独立行政法人
3	公的	日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会
4	社会保険関係	健康保険組合又はその連合会、共済組合又はその連合会、国民健康保険組合
5	医療法人	医療法第39条の規定にもとづく医療法人（社会医療法人は含まれない）
6	個人	個人
7	その他の法人	公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人など、1～6 に該当しない法人

2. ファイル

- (1) 配布されたエクセルファイルを使用すること。
- (2) エクセルシートは1ファイルにつき2シートとすること。

Q&A

Q：改装のため休床としている病床があるが病床数には加えるのか。
A：届け出ている休床数については、「休止病床数」に計上すること。

Q&A

Q：短期滞在手術等基本料2、小児入院医療管理料5は病床数という概念がない。どのように入力するのか。
A：「○」と入力すること。

Q&A

Q：ハイリスク分娩管理加算について、施設基準の届出はしているが、4月には算定が1件もなかった場合はどちらになるのか。
A：算定の実績ではなく、算定可能かどうかで判定する。この場合は「○」となる。

Q&A

Q：A214 看護補助加算を精神病棟のみで算定している場合はどうすればよいか。
A：精神病棟のみで算定している場合は「×」とする。

Q&A

Q：第二種感染症病床については、どうすればよいか。
A：医科点数表第1章基本診療料第1節入院基本料および第3節特定入院料として病床数に含まれているために、重複しての入力は必要ない。

Q&A

Q：すでに4月～6月分を提出している。自主チェックで4月～6月分の様式3-1に誤った値を入力していた事が判明した。この場合どのように修正し再提出すればよいか。
A：様式3に誤った値を入力している月が複数あった場合でも、提出している最新月分の様式3について該当月欄を修正し形式チェックにかけ、提出用データを再提出する。
質問のケースでは6月分の様式3-1の4月～6月欄を修正した6月分のみを形式チェックにかけ、提出用データを再提出する。

様式3-1		=入力必要箇所											
施設コード:													
施設名:													
調査年月:		29年	29年	29年	29年	29年	29年	29年	29年	29年	30年	30年	30年
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
		1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日
医療上の許可病床数を記入して下さい。													
許可病床数	病床区分	許可病床数											
	一般病床												
	精神病床												
	感染症病床												
	結核病床												
	療養病床												
届出病床数を記入して下さい。													
届出病床数		届出病床数											
病床総数	※1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医療保険	総数 ※2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
介護保険	総数 ※3												
	うち老人性認知症疾患療養病床を除く介護療養(再掲)												
その他病床数	※4												
休止病床数	※5												
医療保険届出病床のうち非稼働病床数 ※6		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
届出入院料 種別													
A100 一般病棟入院基本料		届出病床数											
	1 7対1入院基本料												
	7対1入院基本料(夜勤時間超過減算)												
	夜勤時間特別入院基本料												
	2 10対1入院基本料												
	10対1入院基本料(夜勤時間超過減算)												
	夜勤時間特別入院基本料												
	3 13対1入院基本料												
	13対1入院基本料(夜勤時間超過減算)												
	夜勤時間特別入院基本料												
	4 15対1入院基本料												
	15対1入院基本料(夜勤時間超過減算)												
	夜勤時間特別入院基本料												
	特別入院基本料												
	届出病床のうち非稼働病床数 ※6												
A101 療養病棟入院基本料													
	1 療養病棟入院基本料1												
	2 療養病棟入院基本料2												
	療養病棟入院基本料2(夜勤時間超過減算)												
	夜勤時間特別入院基本料												
	療養病棟入院基本料2(看護職員数等経過措置)												
	特別入院基本料												
	届出病床のうち非稼働病床数 ※6												
A102 結核病棟入院基本料													
	1 7対1入院基本料												
	7対1入院基本料(夜勤時間超過減算)												
	夜勤時間特別入院基本料												
	2 10対1入院基本料												
	10対1入院基本料(夜勤時間超過減算)												
	夜勤時間特別入院基本料												
	3 13対1入院基本料												
	13対1入院基本料(夜勤時間超過減算)												
	夜勤時間特別入院基本料												
	4 15対1入院基本料												
	15対1入院基本料(夜勤時間超過減算)												
	夜勤時間特別入院基本料												
	5 18対1入院基本料												
	18対1入院基本料(夜勤時間超過減算)												
	夜勤時間特別入院基本料												
	6 20対1入院基本料												
	20対1入院基本料(夜勤時間超過減算)												
	夜勤時間特別入院基本料												
	特別入院基本料												
	届出病床のうち非稼働病床数 ※6												
A103 精神病棟入院基本料													
	1 10対1入院基本料												
	10対1入院基本料(夜勤時間超過減算)												
	夜勤時間特別入院基本料												
	2 13対1入院基本料												
	13対1入院基本料(夜勤時間超過減算)												
	夜勤時間特別入院基本料												
	3 15対1入院基本料												
	15対1入院基本料(夜勤時間超過減算)												
	夜勤時間特別入院基本料												

様式3-2		=入力必要箇所											
施設コード:	0	開設者コード:											
施設名:	0												
調査年月:	29年	29年	29年	29年	29年	29年	29年	29年	29年	30年	30年	30年	
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	
算定している入院基本料加算等に該当する場合は「○」を該当しない場合は「×」を選択して下さい。													
入院基本料加算等													
A200	総合入院体制加算(1日につき)												
	1 総合入院体制加算1												
	2 総合入院体制加算2												
	3 総合入院体制加算3												
A204	地域医療支援病院入院診療加算(入院初日)												
A204-2	臨床研修病院入院診療加算(入院初日)												
	1 基幹型												
	2 協力型												
A205	救急医療管理加算(1日につき)												
A205-2	超急性期脳卒中加算(入院初日)												
A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算(入院初日)												
A206	在宅患者緊急入院診療加算(入院初日)												
	1 他の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所(区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。)若しくは在宅療養支援病院(区分番号C000に掲げる住診料の注1に規定する在宅療養支援病院をいう。)(別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)の体制を確保している保険医療機関において、当該他の保険医療機関の求めに応じて行う場合又は在宅療養後方支援病院(区分番号C012に掲げる在宅患者共同診療料の注1に規定する在宅療養後方支援病院をいう。)が他の保険医療機関の求めに応じて行う場合												
	2 連携医療機関である場合(1の場合を除く。)												
	3 1及び2以外の場合												
A207	診療録管理体制加算(入院初日)												
	1 診療録管理体制加算1												
	2 診療録管理体制加算2												
A207-2	医師事務作業補助体制加算(入院初日)												
	1 医師事務作業補助体制加算1												
	イ 15対1補助体制加算												
	ロ 20対1補助体制加算												
	ハ 25対1補助体制加算												
	ニ 30対1補助体制加算												
	ホ 40対1補助体制加算												
	ヘ 50対1補助体制加算												
	ト 75対1補助体制加算												
	チ 100対1補助体制加算												
	2 医師事務作業補助体制加算2												
	イ 15対1補助体制加算												
	ロ 20対1補助体制加算												
	ハ 25対1補助体制加算												
	ニ 30対1補助体制加算												
	ホ 40対1補助体制加算												
	ヘ 50対1補助体制加算												
	ト 75対1補助体制加算												
	チ 100対1補助体制加算												
	注:一般病床に限る。												
A207-3	急性期看護補助体制加算(1日につき)												
	1 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上)												
	2 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満)												
	3 50対1急性期看護補助体制加算												
	4 75対1急性期看護補助体制加算												
	夜間30対1急性期看護補助体制加算												
	夜間50対1急性期看護補助体制加算												
	夜間100対1急性期看護補助体制加算												
	夜間看護体制加算												
A207-4	看護職員夜間配置加算(1日につき)												
	1 看護職員夜間12対1配置加算												
	イ 看護職員夜間12対1配置加算1												
	ロ 看護職員夜間12対1配置加算2												
	2 看護職員夜間16対1配置加算												
A208	乳幼児加算・幼児加算(1日につき)												
A210	難病等特別入院診療加算(1日につき)												
	1 難病患者等入院診療加算												
	2 二類感染症患者入院診療加算												
A211	特殊疾患入院施設管理加算(1日につき)												
A212	超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(1日につき)												
A213	看護配置加算(1日につき)												
	注:A213は一般病棟入院基本料15対1を算定している場合に限る。												

様式 4

様式4は「医科保険診療以外のある症例調査票」である。

様式1、診療報酬請求情報（EFファイル等）は医科保険診療の実績データに限定して収集することにしており、自賠責や正常分娩など他の支払方法に基づいた診療との併用や、歯科診療との組み合わせ等がある入院症例の場合に、在院日数や診療報酬などが特異値となってしまうことが考えられる。

様式4としてこのような症例を識別するデータを収集することにより、より精度の高いデータ収集を図り、分析精度を高めることを目的とする。

なお、様式4は、下記要領に従って提出すること。

【ファイルレイアウト例】

施設コード	データ識別番号	入院年月日	退院年月日	医療保険外との組合せ
010000001	0000001256	20170405	20170706	1
010000001	0000005438	20170412	20170704	2
010000001	0000004524	20170507	20170714	1
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮

1. 調査対象

すべての退院症例（自費のみの症例を含む。）が原則として対象となる。

入院を通してどのような支払いがなされたのかの実績について、退院時点での確定情報で、データを作成する。

2. 入力方法

すべて半角数字でデータを入力すること。

施設コード	9桁の半角数字（都道府県番号+医療機関コード）		
データ識別番号	10桁の半角数字（満たない場合は前ゼロ追加）		
入院年月日	yyyymmdd		
退院年月日	yyyymmdd		
医療保険外との組合せ	該当するものを下記のコードにより入力		
	コード	区 分	内 容
	1	医科レセプトのみ	医科レセプトのみの場合、市販後調査、保険優先公費と医科レセプトの併用
	2	歯科レセプトあり	歯科レセプトのみ、医科レセプトと歯科レセプトの併用
	3	保険請求なし	100%企業負担の治験、学用100%、他制度（公害レセ、労災レセ、自賠責）のみ。正常分娩、人間ドック等の自費のみ
	4	保険と他制度の併用	公害レセ、労災レセ、自賠責と医科レセプトの組み合わせ療養費のうち、治験、先進医療、患者申出療養
	5	その他	臓器提供者等、上記“1”～“4”以外の症例

3. ファイル

- データはテキストファイルタブ区切りとする。
- 様式4の入力データフォーマット（エクセルファイル等）は配布しない。

Q&A

Q：正常分娩で自費にて入院したが、一部投薬のみ医科保険の適用となった。この場合「医療保険外との組み合わせ」はどのようになるのか。

A：「5.その他」となる。

Q&A

Q：医科と歯科レセプトの併用の患者が先進医療を行った場合の「医療保険外との組み合わせ」はどのようになるのか。

A：先進医療を優先し「4:保険と他制度の併用」となる。

Q&A

Q：オムツ代、病衣代、個室代のかかった患者の「医療保険外との組み合わせ」は「4. 保険と他制度の併用」となるのか。「5. その他」となるのか。

A：様式 4 の「医療保険外との組み合わせ」は医科保険の適用範囲（入院料や手術等）を指し、オムツ代等は自費とはいわない。医科保険で適用される範囲が自費だったのか保険だったのかで判断のこと。

Q&A

Q：正常分娩で自費にて入院したが、帝王切開となり医科保険に切り替えた。この場合「医療保険外との組み合わせ」はどのようになるのか。

A：「5. その他」となる。

Q&A

Q：検診入院も含め全患者分が必要か。

A：必要。全患者分提出のこと。

D、E、Fファイル

Dファイルは「包括レセプト情報」、Eファイルは「診療明細情報」、Fファイルは「行為明細情報」である。

これらのファイルについては、レセプトデータダウンロード方式 (RDDL方式) を導入して作成することが有効であり、RDDL方式については資料『「DPC導入の影響評価」に係るレセプトデータダウンロード方式によるレセプト情報データ収集について』(第14版 厚生労働省保険局医療課) にその詳細が提示されているので、「Ⅲ 関係資料」に掲載の当該資料を参照すること。

Q&A

Q : データを再提出したいが、作成する時点が異なるため、異なるデータとなってしまうがよろしいか。
例)

- ・ 保留レセプトとしていたものが初回提出分には出力されていないが、レセプトが確定したため今回再提出分に反映される。
- ・ 健康保険証の提出がなかったため自費扱いとなり DEF ファイルの対象外だったが、後日提出があり対象になり、今回再提出分に反映される。

A : データを再作成した時点のものでよい。但し、様式4を確認し修正が必要であれば、様式4も修正、再提出のこと。

Q&A

Q : 当院は DPC 準備病院であるが、退院時処方において F ファイルの F19 行為明細区分情報の退院時処方区分「1」としなければならないのか。

A : そのとおり。DPC 準備病院であっても例外なく退院時処方「1」とする。エラーと思われるものについては、DPC 準備病院であっても再提出を求める。

Q&A

Q : 当院は DPC 対象病院であるが、DPC 算定患者分のみ退院時処方において F ファイルの F19 行為明細区分情報の退院時処方区分を「1」とすればよいのか。

A : DPC 算定、出来高に関係なく、退院時処方であれば必ず「1」とすること。

Q&A

Q : 退院時処方とはなにか。

A : 退院後に在宅において使用するための薬剤を退院時に処方すること。

Q&A

Q : 入院中に薬を 28 日分処方されたが、10 日分は入院中に使用せず在宅で使用するため持ち帰った。
退院時処方区分はどのように入力すればいいか。

A : レコードを分けて

入院中に使用した 18 日分 : 退院時処方区分「0」

持ち帰り 10 日分 : 退院時処方区分「1」

と作成する。

Q&A

Q : 入院日Ⅲを超えて化学療法等を初めて実施した場合、当該化学療法薬については算定することはできないが、F ファイルへの出力はどうするか。

A : 入院日Ⅲを超えて初めて化学療法等を実施し請求できない場合であっても、当該薬剤等については F-18 出来高実績点数に点数を計上した上で出力すること。

H ファイル

1. 提出データの仕様

データ記録方式を次のとおりとする。

- ・タブ区切りテキスト形式とする。
- ・ファイルは改行コードにより複数レコードに分割し、レコードの組み合わせにて構成する。また、各レコードは、ヘッダ部およびペイロード部で構成する。
- ・Hファイルは、同じヘッダ部の情報を持つ複数レコードにより構成し、その中でペイロード部の「コード」「バージョン」「連番」で昇順に記録する。
- ・ペイロード部の「ペイロード1」から「ペイロード20」には、「コード」および「バージョン」で規定された情報を記録する。

なお、エクセル等に数字を入力する際は、数値情報ではセルに入力した値の先頭が“0”の場合に先頭の“0”が消えてしまうため（例 01001 → 1001）、入力する値は文字列情報として扱う。入力しない場合は“0”、“ ”（スペース）で埋めることのないように注意すること。

2. データ仕様の概要

重症度、医療・看護必要度に係る評価票で評価を行うことを医科点数表で定めた病棟（病床）に入院した患者について日毎に作成する。作成対象は、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票又はハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を作成することが施設基準に定められた病棟（病床）とする。また、外泊日（外出日）であっても当該病棟（病床）に在棟した時間があつた場合は作成する（0時から24時の間、外泊している日は作成不要）。なお、短期滞在手術等基本料を算定する期間については作成不要とする。

入院（入室）している病棟の評価票を基に作成する。転棟日については転棟後の病棟（病床）の評価票を基に作成する。ただし、同日に転棟が複数回ある場合は最終的に入院（入室）している病棟（病床）の評価票を基にすること。

作成対象とする病棟の詳細は3. データ形式の最下部の注意書きを、データ項目毎の詳細は医科点数表等を参照すること。

- ・施設コード：（ヘッダ）
レセプトに記載するコード。都道府県コード（2桁）と医療機関コード（7桁）を合わせて9桁とする。（様式1と同一）
- ・病棟コード：（ヘッダ）
病院独自コード（10桁以下）とする。退院時の病棟コードではなく、実施日毎にセットすること。
- ・データ識別番号（ヘッダ）
データを識別するための固有番号で、複数回入院退院があつても同一のコードとする。様式1と同一の番号とする。
- ・退院年月日：（ヘッダ）
当月末時点において、当該入院がまだ入院中の場合は、ゼロ8桁‘00000000’とする。
- ・入院年月日：（ヘッダ）
当該入院日を8桁（yyyymmdd）で入力する。
- ・実施年月日：（ヘッダ）
当該実施年月日を8桁（yyyymmdd）で入力する。
- ・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票「A モニタリング及び処置等」、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票「B 患者の状況等」、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票「C 手術等の医学的状況」：（ASS0010～ASS0030）
「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」に準じて入力する。
- ・特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票「A 項目（モニタリング及び処置等）」、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票「B 患者の状況等」：（ASS0040、ASS0050）
「特定集中治療室における重症度、医療・看護必要度に係る評価票」に準じて入力する。
- ・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票「A モニタリング及び処置等」、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票「B 患者の状況等」：（ASS0060、ASS0070）
「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」に準じて入力する。

3. 提出データ形式

Hファイル

大項目	必須条件等有	小項目	内容（入力様式等）
-----	--------	-----	-----------

1. ヘッダ部	○	(1) 施設コード	都道府県番号+医療機関コード 間には区切りを入れない。
	○	(2) 病棟コード	病院独自コード。但し、一般、一般以外の区別が可能なこと。左詰め。
	○	(3) データ識別番号	複数回入退院しても共通の番号。様式1と一致する。
	○	(4) 退院年月日	(共通) yyymmdd 2016年10月1日の場合、20161001
	○	(5) 入院年月日	退院年月日において未確定時は00000000とする。
	○	(6) 実施年月日	yyymmdd(西暦年4桁)2016年10月1日の場合、20161001
2. ペイロード部	○	(1) コード	ペイロード部の情報種別(ペイロード種別)を表すコードを入力する。(次表「ペイロード項目」-「コード」参照)
	○	(2) バージョン	'20160401'
	○	(3) 連番	連番が規定されている場合は、レコード順に"1"から入力する。連番が規定されていない場合は"0"を入力する。
	※	(4) ペイロード1(コード等)	(1) コードで規定された内容をそれぞれ入力する。(次表【ペイロード項目】-「内容」欄参照) 「ペイロード1」には【ペイロード項目】-「ペイロード番号」が1の内容を、「ペイロード2」には【ペイロード項目】-「ペイロード番号」が2の内容を入力する。以下同様。 内容が規定されていない場合や情報がない場合は、空欄 (Null) とする。
	※	(5) ペイロード2	
	※	(6) ペイロード3	
	※	(7) ペイロード4	
	※	(8) ペイロード5	
	※	(9) ペイロード6	
	※	(10) ペイロード7	
	※	(11) ペイロード8	
	※	(12) ペイロード9	
	※	(13) ペイロード10	
	※	(14) ペイロード11	
	※	(15) ペイロード12	
	※	(16) ペイロード13	
	※	(17) ペイロード14	
	※	(18) ペイロード15	
	※	(19) ペイロード16	
	※	(20) ペイロード17	
	※	(21) ペイロード18	
	※	(22) ペイロード19(可変長文字列)	
	※	(23) ペイロード20(可変長文字列)	

○: 必須

※: 次表【ペイロード項目】-「レコード必須条件等有」欄および「項目必須条件等有」欄を参照

【Hファイル ペイロード項目】

コード	ペイロード種別	レコード必須条件有	連番	ペイロード番号	項目必須条件有	項目名	内容（入力様式等）	
ASS0010	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票「A モニタリング及び処置等」		※1	-	1	○	創傷処置（①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置）	①～②に関して 0: なし 1: あり の 2 桁の数字 例 ①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）のみ該当した場合→10
					2	○	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	0: なし 1: あり
					3	○	点滴ライン同時 3 本以上の管理	0: なし 1: あり
					4	○	心電図モニターの管理	0: なし 1: あり
					5	○	シリンジポンプの管理	0: なし 1: あり
					6	○	輸血や血液製剤の管理	0: なし 1: あり
					7	○	専門的な治療・処置（① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩ ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療）	①～⑪に関して 0: なし 1: あり の 11 桁の数字 例 ① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）のみ該当した場合→10000000000
					8	○	救急搬送後の入院	0: なし 1: あり

○：必須

※1: 7 対 1 一般病棟入院基本料、10 対 1 一般病棟入院基本料、7 対 1 特定機能病院入院基本料（一般病棟のみ）、10 対 1 特定機能病院入院基本料（一般病棟のみ）、7 対 1 専門病院入院基本料、10 対 1 専門病院入院基本料及び地域包括ケア病棟入院料（医療管理料も含む）を届け出ている病棟に入院している患者（産科患者及び 15 歳未満の小児患者は除く）に対して作成する

コード	ペイロード種別	レコード必須条件有	連番	ペイロード番号	項目必須条件有	項目名	内容（入力様式等）
-----	---------	-----------	----	---------	---------	-----	-----------

ASS0020	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票「B 患者の状況等」	※2	-	1	○	寝返り	0: できる 1: 何かにつかまればできる 2: できない
				2	○	移乗	0: 介助なし 1: 一部介助 2: 全介助
				3	○	口腔清潔	0: 介助なし 1: 介助あり
				4	○	食事摂取	0: 介助なし 1: 一部介助 2: 全介助
				5	○	衣服の着脱	0: 介助なし 1: 一部介助 2: 全介助
				6	○	診療・療養上の指示が通じる	0: はい 1: いいえ
				7	○	危険行動	0: ない 1: ある

○: 必須

※2: 7 対 1 一般病棟入院基本料、10 対 1 一般病棟入院基本料、7 対 1 特定機能病院入院基本料（一般病棟のみ）、10 対 1 特定機能病院入院基本料（一般病棟のみ）、7 対 1 専門病院入院基本料及び 10 対 1 専門病院入院基本料を届け出ている病棟に入院している患者（産科患者及び 15 歳未満の小児患者は除く）に対して作成する

コード	ペイロード種別	レコード必須条件有	連番	ペイロード番号	項目必須条件有	項目名	内容（入力様式等）
-----	---------	-----------	----	---------	---------	-----	-----------

ASS0030	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票「C 手術等の医学的状況」	※1	-	1	○	開頭手術（7日間）	0：なし 1：あり
				2	○	開胸手術（7日間）	0：なし 1：あり
				3	○	開腹手術（5日間）	0：なし 1：あり
				4	○	骨の手術（5日間）	0：なし 1：あり
				5	○	胸腔鏡・腹腔鏡手術（3日間）	0：なし 1：あり
				6	○	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（2日間）	0：なし 1：あり
				7	○	救命等に係る内科的治療（2日間） （①経皮的血管内治療、②経皮的心筋焼灼等の治療、③侵襲的な消化器治療）	①～③に関して 0：なし 1：あり の3桁の数字 例 ①経皮的血管内治療のみ 該当した場合→100

○：必須

※1：7 対 1 一般病棟入院基本料、10 対 1 一般病棟入院基本料、7 対 1 特定機能病院入院基本料（一般病棟のみ）、10 対 1 特定機能病院入院基本料（一般病棟のみ）、7 対 1 専門病院入院基本料、10 対 1 専門病院入院基本料及び地域包括ケア病棟入院料（医療管理料も含む）を届け出ている病棟に入院している患者（産科患者及び15歳未満の小児患者は除く）に対して作成する

コード	ペイロード種別	レコード必須条件有	連番	ペイロード番号	項目必須条件有	項目名	内容（入力様式等）
-----	---------	-----------	----	---------	---------	-----	-----------

ASS0040	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 「A モニタリング及び処置等」	※3	—	1	○	心電図モニターの管理	0：なし 1：あり
				2	○	輸液ポンプの管理	0：なし 1：あり
				3	○	動脈圧測定（動脈ライン）	0：なし 1：あり
				4	○	シリンジポンプの管理	0：なし 1：あり
				5	○	中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	0：なし 1：あり
				6	○	人工呼吸器の装着	0：なし 1：あり
				7	○	輸血や血液製剤の管理	0：なし 1：あり
				8	○	肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	0：なし 1：あり
				9	○	特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO）	0：なし 1：あり
ASS0050	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 「B 患者の状況等」	※3	—	1	○	寝返り	0：できる 1：何かにつかまればできる 2：できない
				2	○	移乗	0：介助なし 1：一部介助 2：全介助
				3	○	口腔清潔	0：介助なし 1：介助あり
				4	○	食事摂取	0：介助なし 1：一部介助 2：全介助
				5	○	衣服の着脱	0：介助なし 1：一部介助 2：全介助
				6	○	診療・療養上の指示が通じる	0：はい 1：いいえ
				7	○	危険行動	0：ない 1：ある

○：必須

※3：救命救急入院料2・4又は特定集中治療室管理料を届け出ている治療室に入室している患者に対して作成する

コード	ペイロード種別	レコード必須条件有	連番	ペイロード番号	項目必須条件有	項目名	内容（入力様式等）
-----	---------	-----------	----	---------	---------	-----	-----------

ASS0060	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 「A モニタリング及び処置等」	※4	-	1	○	創傷処置（①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置）	①～②に関して 0: なし 1: あり の2桁の数字 例 ①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）のみ該当した場合→10
				2	○	蘇生術の施行	0: なし 1: あり
				3	○	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く）	0: なし 1: あり
				4	○	点滴ライン同時3本以上の管理	0: なし 1: あり
				5	○	心電図モニターの管理	0: なし 1: あり
				6	○	輸液ポンプの管理	0: なし 1: あり
				7	○	動脈圧測定（動脈ライン）	0: なし 1: あり
				8	○	シリンジポンプの管理	0: なし 1: あり
				9	○	中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	0: なし 1: あり
				10	○	人工呼吸器の装着	0: なし 1: あり
				11	○	輸血や血液製剤の管理	0: なし 1: あり
				12	○	肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	0: なし 1: あり
				13	○	特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO）	0: なし 1: あり

○：必須

※4：ハイケアユニット入院医療管理料を届け出ている治療室に入室している患者に対して作成する

コード	ペイロード種別	レコード必須条件有	連番	ペイロード番号	項目必須条件有	項目名	内容（入力様式等）
-----	---------	-----------	----	---------	---------	-----	-----------

ASS0070	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票「B 患者の状況等」	※4	-	1	○	寝返り	0: できる 1: 何かにつかまればできる 2: できない
				2	○	移乗	0: 介助なし 1: 一部介助 2: 全介助
				3	○	口腔清潔	0: 介助なし 1: 介助あり
				4	○	食事摂取	0: 介助なし 1: 一部介助 2: 全介助
				5	○	衣服の着脱	0: 介助なし 1: 一部介助 2: 全介助
				6	○	診療・療養上の指示が通じる	0: はい 1: いいえ
				7	○	危険行動	0: ない 1: ある

○：必須

※4：ハイケアユニット入院医療管理料を届け出ている治療室に入室している患者に対して作成する

III

關係資料

病名入力の留意点

【基礎調査における傷病名の選択と ICD コーディング：その原則】

1. 原則

- 1) 日本語病名と ICD コード対応関係に、最大限の注意を払ってください。
- 2) ICD 付与に関しては、疾病、傷病および死因統計分類提要：ICD-10（2003 年版準拠）第 2 巻（内容例示表）をご確認下さい。17 年度以前とは異なり、「2003 年版準拠」となっているのでご注意ください。また、ICD コーディングの定義、ルール等は第 1 巻をご確認ください。
- 3) 病名に関しては、病名に含まれる情報として、
 - ・部位
 - ・病理学的区分両方を明示するように、ご配慮ください。

※DPC は、基本的な構造として、傷病名の部位と病理から決定されます。両方が明示無い場合、その他以外の DPC に区分され、結果的にミスコーディングと指摘されてしまうことがありますのでご注意ください。

※医療情報システム開発センター、システムベンダー各社等が提供する「傷病名マスタ」を使う場合、すべての ICD 分類がそこに含まれていない場合があります。また、全ての傷病名を網羅していない場合があります。あくまで ICD-10 第 2 巻を ICD コーディングの解釈としてください。第 3 巻の索引をみてそのままコーディングするのではなく必ず第 2 巻で確認をしてください。相互に差違があった場合は 2 巻を優先してください。

2. 細則

- 1) 傷病名を表記する場合、出来るだけ、部位を ICD が求めるレベルまで明示するように配慮してください。傷病名の表記には、詳細な情報が含まれるにも関わらず、詳細不明等として「.9」を付与されているケースが多く見られますのでご注意ください。
- 2) 処置名、手術名、検査名、分娩法等は病名ではありません。診療行為を行うに至った、もしくは原因となった傷病名を記載してください。
- 3) 略語の使用も避けてください。保険診療の範囲内において、傷病名は原則として日本語で正確に記載していただく必要があります。
- 4) 「～術後（状態）」「～既往」「～処置後」は状態を表している用語であり、原則として使用を避けてください。術後に何らの障害が発生したのであれば、その傷病名を表示してください。
※例：胃全摘術後→胃体部癌等
- 5) 「～再発」「～術後再発」の場合、“～”は、例えば、手術・処置名等ではなく、傷病名であるべきで、それに対する ICD を付与してください。さらに上記 1) で示したことに配慮してください。
※例：冠動脈形成術後再発
- 6) 「両側性」を必要とする ICD コードには、「両側性」などの詳細な傷病名記載が必要です。記載の無い場合、判断がつかないために、片側と取り扱われてしまいます。片側等については、左右、上下等を明示してください。
- 7) 骨折に関して、「開放性」の場合は、「開放性」の記載が必要です。記載が無い場合、判断がつかないために、「閉鎖性」と取り扱われてしまいます。
- 8) 悪性新生物（腫瘍）の場合、「悪性」または「癌」などの記載が必要です。記載が無い場合は、ICD10 コードは詳細不明に分類され、診断群分類が良性となる場合があります。また「性状不詳」や判断がつかない場合も診断群分類は良性となる場合があります。転移性、再発の場合は、原発と区別がつくように配慮してください。特段の表示がない場合は、原発と取り扱います。
- 9) 先天性疾患の分類である Q コードを選択する場合、その病名が単独では明らかに先天性疾患でない場合、必ず「先天性」の表記をしてください。表記が無い場合、「後天性」と判断される場合があります。
- 10) 多発 ICD コードの場合、多発性だと認識出来るように、必ず「多発性」の表記をしてください。また、多発性の損傷等、そのうちのどれか一つを主要病態と選択出来ない場合に限り、多発性を表示するためのコードを選択してください。詳細は、ICD10 第一巻 149 頁「第 XIX 章：損傷、中毒およびその他の外因の影響」を確認してください。
- 11) 単発性における指（趾）の記載については、ICD が求める範囲で解剖学的に確認して、必ず必要な部位を記載してください。

- 12) 母体に問題があった新生児又は胎児で、P00～P05 までを使用する場合は、「～母体児」の記載が必要です。
 ※例：慢性C型肝炎母体児等
- 13) 同一入院で、手術や処置に強く関連した続発症の記載は、本来の傷病名や関連しない傷病名との区別がつかないので、その接頭語として可能なかぎり「術後」又は「処置後」の記載をしてください。
 ※術後胆嚢炎等
 ただし、当該入院期間と関連しない入院の場合は、その限りではありません。
- 14) 「～症候群」の場合、ICD が定義する症候群以外、特に極めて希な症候群の場合は、当該症候群の中で、一番問題となった病態に対する病名の表記をしてください。

【傷病名付与と ICD コーディングの留意点】

※まず、「基礎調査における傷病名の選択と ICD コーディング：その原則」をご確認ください。本ドキュメントはその原則に基づいて過去のデータ検証の結果から、特にご注意をお願いしたい留意点をまとめたものです。あくまでも注意すべき点であって、エラーや使用禁止ということではありません。

1. 傷病名全般について：

- 1) 「主傷病名」、「入院の契機となった傷病名」、「医療資源を最も投入した傷病名」、関連する ICD コードは必ず入力してください。データ提出の際には、これらの傷病名そして ICD コードが全て埋まっていることをご確認下さい。3種類の傷病名が同一であっても全て埋めてください。
- 2) 入力された内容は、提示された仕様に合致しているか、ご確認ください。
- 3) 不適切なデータ（仕様に対するエラー）が発生する要因の主な例
- (1) システム上の問題と考えられること
- (i) 存在しない (ICD) コードがある
- (ii) 文字化け、桁数不適、不要文字の存在等がある
- ※「*」、「“」、「大量のスペース」「・」「/」等
- (例) Null、空白、不要なスペース
- (2) データ取扱の根本的問題（チェックがなされていない、または不十分）
- (i) 入力がされていない（空欄のまま）
- (ii) 誤字、脱字、意味不明文字・用語（本来の傷病名がわからない）がある
- ※ミスタイプ等が原因と思われるもの
 腫→種、再発→里発、肺癌→肝癌、中葉→虫葉、腎→仁、脳→胸、腺→線、他
- (iii) 略語、不明なシンボル、施設独自のルールによると考えられる文字（傷病名）
- (例) 脳S、喉頭K、神1、外傷1、等
- (3) ICD コーディングの問題
- (i) 傷病名と ICD が一致しない（誤っている）
- (ii) unspecified コード（.9 等）が多数存在する→傷病名に詳細な情報があるにもかかわらず「.9」とコードされているものがある。
 (例) 噴門部癌（正しいコードは C16.0）と表示されているにもかかわらず、C16.9（胃部位不明）等でコーディング
- (iii) 逆に、傷病名に詳細な情報がなく曖昧になっているにもかかわらず、ICD コードは詳細に与えられている（恐らく、表示されている傷病名とは全く異なる情報でコーディングしていると推察される）
 (例) 胃腫瘍（C16.2）とコーディングしているが、C16.2 は胃体部癌である
- (iv) そもそも傷病名として適切でないものが含まれる→ICD の分類名そのまま等
 ※ICD の分類名は臨床病名とは異なるものである→あくまで臨床病名を入力すべきであって、場合によっては、全く傷病名の意味をなさないケースがある
 (例) その他および部位不明の悪性新生物（C76）、その他の脳神経障害（G52）、その他の診断名不明確な心疾患（I51.8）等

2. 傷病名の入力方法など詳細について：

1) 修飾語の取り扱い：

システム上、「良性」、「悪性」等を修飾語として処理し、マスタ部分（Lead term.）との組み合わせで傷病名を構成する方法は汎用的に行われていると思われます。そのようなシステム下において、データ提出時に修飾語コードを単純に削除したため、部位詳細不明コードになっていると推察される例が多く見られます。つまり、マスタ部分の傷病名に付与されている ICD コードは、修飾語によってカバーすることを前提としてふられているために、極めて曖昧なコードとせざるを得ないという問題があります。

したがって、このように系統的に修飾語コードを使用している場合は特に注意が必要となり、通常、傷病名の意味を考え直し、再コーディングが必須となります。以下にいくつか例示しますが、傷病名の構成については十分にご理解いただき、正しい ICD コードが付与されるような運用をしていただく必要があります。

以下に MEDIS 標準病名集に存在するコードを使って例示してみました。

(1) 良性、悪性、部位の区別

「悪性（修飾語）」＋「噴門部（修飾語）」＋胃腫瘍（D37.1）→本当は噴門部癌（C16.0）という正しいコードが存在する。しかし、D37.1 の胃の性状不明の新生物、詳細不明のコードに分類されてしまう。

(2) 部位が明確になっていない

「尺骨（修飾語）」＋骨折（T14.20）→本当は尺骨骨折（S52.20）という正しいコードが存在する。しかし、T14.2 の部位不明の骨折のコードに分類されてしまう。

※つまり、部位や病勢等によって ICD は変化することを理解しておかなければなりません。

2) ICD コード取り扱いの基本（仕様）

(1) ICD の表示には、半角・大文字を使用してください。

(2) ICD10 は、原則として全桁ふってください。

(i) 特に、以下については、診断群分類に分類する際に4桁目のコードが必須ですので留意してください。

- ・糖尿病（E10～E14、ただし、E14「詳細不明の糖尿病」は極力使用しないでください。）
- ・消化管潰瘍（K25～K28、ただし、K27「部位不明の消化性潰瘍」は極力使用しないでください。）
- ・糸球体疾患（N00～N08）

(ii) 5桁目が必須とされているものは以下に例示します。（\$を省いて例示）。

M14-M18、M20、M22、M30-M36、M50、M51、M63、M67、M68、M75、M92、M93、M95、M96 以外の M コード

S02、S06、S12、S22、S26、S27、S32、S36、S37、S42、S52、S62、S72、S82、S92、T02、T08、T10、T12、T142

A085、A778、F15、F603、P071、Q41、Q42、Q433

(3) 医療資源を最も投入した疾患については、ICD10 の A から T、U の一部までを利用してコーディングしてください。（ICD10 の Z「健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用」は使用しないでください。）また、症状、徴候等に関する分類（R）は、確定診断名がつかない場合等のやむを得ない場合を除き、極力使用しないでください。なお、診断群分類においては、R040、R042、R048、R049、R560、R61\$, R730 のみが使用されています。

3) 新生物は、悪性、良性の区別をしてください。そして、傷病名の表示にもその意図がわかるように、必要に応じて良性や悪性の区別をしてください。病理結果を待っている場合等、不明な場合には、退院時点で限りなくこの傷病が疑われるというような観点で判断してください。ただし、行った診療行為と整合性が取れるようにご配慮ください。基本的に悪性新生物（腫瘍）の場合、「悪性」または「癌」等の表示があることを原則とします。さらに、「再発」と「転移」はコードが異なることもご注意ください。また、傷病名についても明確に区別をしてください。

(例)

- (1) 上葉肺癌再発（C34.1）
- (2) 転移性肺癌（C78.0）
- (3) 乳癌術後胸壁再発（C76.1：結合組織の場合：C49.3）
- (4) 乳癌術後胸壁転移（C79.8）
- (5) 上顎洞癌術後前頭洞再発（C31.2）
- (6) 上顎洞癌術後前頭洞転移（C78.3）

- 4) 部位の明示されない悪性新生物 (C80) 等、別添の「留意すべき ICD コード」がふられているデータについては、適切にコーディングし直してください。
- (1) C80 部位の明示されない悪性新生物 の使用は極力避けてください。
 - (2) C80 を使用する場合は、再度、部位等が明確にできないか見直してください。
 - (3) D37-D44、D48 性状不詳または不明の新生物の使用は極力避けてください。さらに、病理の結果などを見直してください。
- 5) 本調査においては、ダブルコーディングのルールは採用しません。
- (1) ダブルコーディングに該当する病名の場合は治療対象となったコードを優先させてください。
 - (2) 「+: 剣印」優先というルールもありません。また、ダブルコーディングの+、*印は入力しないでください。
 - (3) 治療対象となった傷病については、ICD のカテゴリーに所属することがわかるような傷病名を付与してください。
- (例)
- (1) 糖尿病性白内障 (H28.0) →○、糖尿病性白内障 (E14.3) →×
 - (2) 白内障を伴う 2 型糖尿病 (E11.3) →○、白内障を伴う 2 型糖尿病 (H28.0) →×
- 6) 骨折は開放性、閉鎖性の区別、部位を明確にして S コードで分類してください。(S02\$, S22\$, S32\$, S42\$, S52\$, 62\$, S72\$, S82\$, S92\$)、さらに、多部位の場合は、T02\$。
- 部位不明 (T08、T10、T12、T14\$) については、部位を明確にして、所定のコードに分類してください。
- ※基本的に骨折や外傷等については、部位の確認が可能であり、部位が明示されないという可能性はないはずなので、例えば、コンピュータの表示だけを鵜呑みにせず、正しい部位等を選択するように配慮してください。
- 7) 過去、提出されたデータに桁数が不適当なレコードが存在する場合がありますのでご注意ください。(コードは 3 桁なのに、4 桁目に 0 を入力している場合等)
- ※ICD は 3 桁から 5 桁の範囲を持ちますが、基礎調査の仕様では、3 桁の ICD コードの場合、残りの 2 桁は、「Null」ということになります。「スペース」や「ゼロ」ではありません。
- 8) 過去、提出されたデータに漢字の書き間違い、パソコンの変換ミス等が原因と思われる意味不明の傷病名、コーディングミス多数見受けられますのでご注意下さい。
- 9) 妊娠に合併した疾患のコーディングについて
- (1) 本調査では、今回治療対象となる疾患を医療資源を最も投入した傷病名としてコーディングしてください。Z33 を併存症としてコードしていただいても差し支えありません。
 - (2) 妊娠が合併した疾患の場合、今回治療対象とした診療科で ICD コードを使い分けてください。
例えば、「IgA 腎症合併妊娠」の場合、
 - ・産科的治療で入院した場合→O268
 - ・IgA 腎症の内科的治療のために入院した場合→N028
 - (3) 分娩方法は傷病名でないので、例えば帝王切開術を行ったことが最も投入した医療資源であればその原因となった傷病名を表示しコーディングしてください (前置胎盤等)。
- 10) 過去、傷病名に詳細な情報がないにも関わらず、詳細な ICD コードが付与されているケースが散見されますのでご注意ください。
- ※恐らく、診療録やサマリー等、当該レコードにある「傷病名」とそれ以外の情報とを併せて判断し、コーディングしたのではないかと推察されますが、基礎調査に関しての提出データは、傷病名と ICD コードは一對というものです。したがって、そのセットを一つのレコードと考えると、傷病名の記載と ICD の選択に粒度の差が出て、適切なデータとならないのでご注意ください。
- (例)
- (1) 「糖尿病」のみの記載→ E107 (インスリン依存性糖尿病<IDDM> 多発合併症を伴うもの)
 - (2) 「上皮内癌」のみの記載→ D067 (子宮頸 (部) のその他の部位の上皮内癌)、他
- ※ただし、この場合、傷病名が非常に曖昧な表記になっていることが多く、恐らく ICD の方が正確であるはずなので、より詳細な情報を持った傷病名を記載するように配慮してください。
- 11) ICD のルールには世界的なレベルで用いるという目的があり、曖昧な情報への対処方法が定められています。それに準拠したコーディング自体は誤っているとはいえないものの、いくら正確なコーディングを行

う努力をしても、適切とはいえない傷病名に対してのコーディングは、結果として正しい ICD コードを表現することが出来ないこととなります。つまり、傷病名自体が極めて曖昧な場合は、ICD コーディングの精度以前の問題となりますので、その場合は、主治医等を含めて適正な傷病名であるのか必ず確認してください。特に、DPC の場合は、臨床的な視点からの傷病名付与とそれにマッチした ICD コーディングを求めていますので、出来るだけ詳細な傷病名の表示と正確な ICD コーディングをしてください。また、入院時に診断名不確定の場合は、十分な注意をしてください。極めて曖昧な傷病名の例を示します。

(例)

(1) 「カルチノイド」→ C80 (部位の明示されない悪性新生物)

(2) 「感染症」→ B99 (その他および詳細不明の感染症)

※この例は、傷病名が曖昧で、精度の高いコーディングするための情報が不足していることを表しています。

12) 傷病名と扱うことが困難な「傷病名」の存在

「状態」、「治療法」等をそのまま傷病名としている多くの例があります。そもそも、本来的な意味からして、特に「治療法」と「傷病名」は全く異なる概念であり、傷病名として扱うことには無理がありません。例えば、透析状態、化学療法後等のパターンは多く見られるので、ご注意ください。

(例)

(1) 「膀胱全摘状態」→ C679 (膀胱の悪性新生物, 部位不明)

(2) 「正常新生児」→ Z380 (単胎児, 院内出生)

※上記の例、「正常新生児」というレコードについては、単純に施設として出生の結果を表現していると推察されますが、基礎調査についてはあくまでも入院患者対象であり、このような場合は、データ提出時に削除が必要ですのでご注意ください。(データ提出時に「患者数」とマッチしているかご確認ください：正常新生児は調査対象患者ではありません)。

13) 傷病名が途中で切れていると推察されるものの存在

恐らく、データベースのフィールドの制限もしくは桁数オーバーで正常な表示が出来ない場合に起こったと推察されます。基本的に、「ICD の分類名」と「臨床病名」は異なるものであり、以下に示す例については、ICD の分類名をそのまま表示しようとしてエラー (途中で切れている) というケースです。

(例)

(1) D477、リンパ組織、造血組織および関連組織の性状不詳または不明のその他の明示さ (以降が切れている)

(2) K566、麻痺性イレウスおよび腸閉塞、ヘルニアを伴わないもの、その他および詳細不 (以降が切れている)

※過去の基礎調査で出現したデータから例示していますが、そもそも、上記の「傷病名」が正しく表示されたとしても、それは ICD の分類名であって、「傷病名」として受け入れられないのでご注意ください。

14) 傷病名に、複数の傷病名要素を含むために曖昧なコーディングとなっている、もしくはコーディングそのものが出来ない

多発性の外傷等の一部の分野を除くと、基本的に ICD で個別に定義された傷病名は、各々を記載し、各々について ICD コーディングを行う必要があります。しかし、複数の傷病名を一つの傷病名として、正確には一つの傷病名のフィールドに複数の傷病名が入力されているケースがみられます。

(例)

(1) 「呼吸不全、C 型肝炎」→ コードは J969 (呼吸不全, 詳細不明)

※呼吸不全、C 型肝炎は別疾患として傷病名の標記をし、個別にコーディングする必要がある (しかし、呼吸不全、C 型肝炎という傷病名そのものも正しいコーディングをするにあたり十分な情報を持っていないので、適切な傷病名の付与ではない)

(2) 「脱水症、S/O 脳梗塞」→ E86 (体液量減少 (症))

※この例も、傷病名そのものに問題を抱えている

15) いわゆる「R」コードの取り扱いについて：

医療資源を最も投入した傷病名に対する ICD が「R」、すなわち、「症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの (R00-R99)」に分類され、手術をしている場合、恐らく確定診断がなされているはずなので、傷病名の再確認をしてください。

基本的な問題として R コードは「その症例に関するあらゆる事実を調査したにもかかわらず、それ以上明確な診断を下せなかった」場合や「一過性の徴候や症状」等に、限定的に使用すべきであるとされて

います。したがって、継続的な入院期間を対象とした本基礎調査においては、ほぼ全ての症例について何らかの診断がなされることが一般的と思われます。

※定義は、ICD-10（内容例示表）第2巻、第XVIII章、737ページをご確認ください。

（例）

(1) 「不明熱（R509）」 → リンパ節摘出術（長径3cm未満）（K6261）

(2) 「多臓器不全（R688）」 → 経皮的冠動脈形成術（K614）

※このような事例の発生は、入院当初の診断名未確定というケースに、確定診断名を確認することなしに修正されなかったことが原因だと推察されます。診断名が不明確な場合は、再度、傷病名が確定していないか確認してください。

留意すべきICDコード

- ※以下のICD分類は、他のコードが候補になり得る可能性が高いものを例示したものである。
- ※すなわち、下記のICD分類例のほとんどは、部位や病態等を確認することによって、他のコードに分類される可能性が高いものを示している。
- ※「医療資源を最も投入した疾患」に付与することを前提としたものである。
- ※以下に留意すべきとしたコードはほぼすべてレセ電算病名にも含まれるので注意のこと。
- ※M99\$を除くM分類について、5桁目を必要とする場合、5桁目が「.9」になることはない。
- ※R分類については、全てにおいて他に分類出来ないか再検討を要する。
- ※部位不明・詳細不明コードについて評価対象は、「医療資源最傷病名」とする。

中分類名称等	ICDコード	留意すべきICD分類名称	部位不明・詳細不明コード
腸管感染症(A00-A09)	A009	コレラ、詳細不明	
腸管感染症(A00-A09)	A014	パラチフス、詳細不明	○
腸管感染症(A00-A09)	A029	サルモネラ感染症、詳細不明	
腸管感染症(A00-A09)	A039	細菌性赤痢、詳細不明	
腸管感染症(A00-A09)	A049	細菌性腸管感染症、詳細不明	
腸管感染症(A00-A09)	A059	細菌性食中毒、詳細不明	○
腸管感染症(A00-A09)	A069	アメーバ症、詳細不明	○
腸管感染症(A00-A09)	A079	原虫性腸疾患、詳細不明	
腸管感染症(A00-A09)	A084	ウイルス性腸管感染症、詳細不明	
結核(A15-A19)	A153	肺結核、確認されてはいるが、その方法については詳細不明のもの	○
結核(A15-A19)	A159	詳細不明の呼吸器結核、細菌学的または組織学的に確認されたもの	○
結核(A15-A19)	A169	詳細不明の呼吸器結核、細菌学的または組織学的確認の記載がないもの	○
結核(A15-A19)	A179	神経系結核、詳細不明 (G99.8*)	○
結核(A15-A19)	A192	急性粟粒結核、詳細不明	○
結核(A15-A19)	A199	粟粒結核、詳細不明	○
人畜共通細菌性疾患(A20-A28)	A209	ペスト、詳細不明	○
人畜共通細菌性疾患(A20-A28)	A219	野兎病<ツラレミア>、詳細不明	○
人畜共通細菌性疾患(A20-A28)	A229	炭疽、詳細不明	○
人畜共通細菌性疾患(A20-A28)	A239	ブルセラ症、詳細不明	○
人畜共通細菌性疾患(A20-A28)	A244	類鼻疽、詳細不明	
人畜共通細菌性疾患(A20-A28)	A259	鼠咬症、詳細不明	○
人畜共通細菌性疾患(A20-A28)	A269	類丹毒、詳細不明	○
人畜共通細菌性疾患(A20-A28)	A279	レプトスピラ症、詳細不明	○
人畜共通細菌性疾患(A20-A28)	A289	人畜共通細菌性疾患、詳細不明	○
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A309	らいく癩<ハンセン<Hansen>病>、詳細不明	○
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A319	非結核性抗酸菌感染症、詳細不明	
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A329	リステリア症、詳細不明	○
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A369	ジフテリア、詳細不明	○
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A379	百日咳、詳細不明	○
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A394	髄膜炎菌菌血症、詳細不明	
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A399	髄膜炎菌感染症、詳細不明	
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A409	レンサ球菌性敗血症、詳細不明	○
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A412	詳細不明のブドウ球菌による敗血症	○
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A419	敗血症、詳細不明	
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A429	放線菌症<アクチノミセス症>、詳細不明	○
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A439	ノカルジア症、詳細不明	○
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A449	バルトネラ症、詳細不明	○
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A490	ブドウ球菌感染症、詳細不明	
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A491	レンサ球菌感染症、詳細不明	
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A492	インフルエンザ菌感染症、詳細不明	
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A493	マイコプラズマ感染症、詳細不明	
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A498	部位不明のその他の細菌感染症	
その他の細菌性疾患(A30-A49)	A499	細菌感染症、詳細不明	
主として性的伝播様式をとる感染症(A50-A64)	A502	早期先天梅毒、詳細不明	○
主として性的伝播様式をとる感染症(A50-A64)	A507	晩期先天梅毒、詳細不明	○
主として性的伝播様式をとる感染症(A50-A64)	A509	先天梅毒、詳細不明	○
主として性的伝播様式をとる感染症(A50-A64)	A519	早期梅毒、詳細不明	○
主として性的伝播様式をとる感染症(A50-A64)	A523	神経梅毒、詳細不明	
主として性的伝播様式をとる感染症(A50-A64)	A529	晩期梅毒、詳細不明	○
主として性的伝播様式をとる感染症(A50-A64)	A530-A539	この範囲の全て	○
主として性的伝播様式をとる感染症(A50-A64)	A549	淋菌感染症、詳細不明	○
主として性的伝播様式をとる感染症(A50-A64)	A562	尿路性器のクラミジア感染症、詳細不明	○
主として性的伝播様式をとる感染症(A50-A64)	A599	トリコモナス症、詳細不明	○
主として性的伝播様式をとる感染症(A50-A64)	A609	肛門性器ヘルペスウイルス感染症、詳細不明	○
主として性的伝播様式をとる感染症(A50-A64)	A64	性的伝播様式をとる詳細不明の感染症	
その他のスピロヘータ疾患(A65-A69)	A660-A699	この範囲の「.9」となるもの	○

中分類名称等	ICDコード	留意すべきICD分類名称	部位不明・詳細不明コード
クラミアによるその他の疾患(A70-A74)	A710-A749	この範囲の「.9」となるもの	○
リケッチア症(A75-A79)	A750-A799	この範囲の「.9」となるもの	○
中枢神経系のウイルス感染症(A80-A89)	A803	急性麻痺性灰白髄炎<ポリオ>、その他および詳細不明	
中枢神経系のウイルス感染症(A80-A89)	A809	急性灰白髄炎<ポリオ>、詳細不明	○
中枢神経系のウイルス感染症(A80-A89)	A819	中枢神経系の非定型ウイルス感染症、詳細不明	○
中枢神経系のウイルス感染症(A80-A89)	A829	狂犬病、詳細不明	○
中枢神経系のウイルス感染症(A80-A89)	A839	蚊媒介ウイルス(性)脳炎、詳細不明	○
中枢神経系のウイルス感染症(A80-A89)	A849	ダニ媒介ウイルス(性)脳炎、詳細不明	○
中枢神経系のウイルス感染症(A80-A89)	A852	節足動物媒介ウイルス(性)脳炎、詳細不明	
中枢神経系のウイルス感染症(A80-A89)	A86	詳細不明のウイルス(性)脳炎	
中枢神経系のウイルス感染症(A80-A89)	A879	ウイルス(性)髄膜炎、詳細不明	○
中枢神経系のウイルス感染症(A80-A89)	A89	中枢神経系の詳細不明のウイルス感染症	
節足動物媒介ウイルス熱およびウイルス性出血熱(A90-A99)	A929	蚊媒介ウイルス熱、詳細不明	○
節足動物媒介ウイルス熱およびウイルス性出血熱(A90-A99)	A94	詳細不明の節足動物媒介ウイルス熱	
節足動物媒介ウイルス熱およびウイルス性出血熱(A90-A99)	A959	黄熱、詳細不明	○
節足動物媒介ウイルス熱およびウイルス性出血熱(A90-A99)	A969	アレナウイルス出血熱、詳細不明	○
節足動物媒介ウイルス熱およびウイルス性出血熱(A90-A99)	A99	詳細不明のウイルス性出血熱	
皮膚および粘膜病変を特徴とするウイルス感染症(B00-B09)	B009	ヘルペスウイルス感染症、詳細不明	○
皮膚および粘膜病変を特徴とするウイルス感染症(B00-B09)	B09	詳細不明の皮膚および粘膜病変を特徴とするウイルス感染症	
ウイルス肝炎(B15-B19)	B189	慢性ウイルス肝炎、詳細不明	○
ウイルス肝炎(B15-B19)	B190-B199	この範囲の全て	○
ヒト免疫不全ウイルス[HIV]病(B20-B24)	B209	詳細不明の感染症または寄生虫症を起こしたHIV病	○
ヒト免疫不全ウイルス[HIV]病(B20-B24)	B219	詳細不明の悪性新生物を起こしたHIV病	○
ヒト免疫不全ウイルス[HIV]病(B20-B24)	B24	詳細不明のヒト免疫不全ウイルス[HIV]病	
その他のウイルス疾患(B25-B34)	B259	サイトメガロウイルス病、詳細不明	○
その他のウイルス疾患(B25-B34)	B279	伝染性単核症、詳細不明	○
その他のウイルス疾患(B25-B34)	B309	ウイルス(性)結膜炎、詳細不明	○
その他のウイルス疾患(B25-B34)	B340-B349	この範囲の全て	○
真菌症(B35-B49)	B359	皮膚糸状菌症、詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B369	表在性真菌症、詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B379	カンジダ症、詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B382	肺コクシジオイデス症、詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B389	コクシジオイデス症、詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B392	カプスラーツム肺ヒストプラズマ症、詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B394	カプスラーツムヒストプラズマ症、詳細不明	
真菌症(B35-B49)	B399	ヒストプラズマ症、詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B402	肺プラストミセス症、詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B409	プラストミセス症、詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B419	バラコクシジオイデス症、詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B429	スポロトリコーシス、詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B439	クロモミコーシス、詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B449	アスペルギルス症、詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B459	クリプトコッカス症、詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B465	ムーコル<ムコール>症、詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B469	接合菌症、詳細不明	○
真菌症(B35-B49)	B479	菌腫、詳細不明	
真菌症(B35-B49)	B49	詳細不明の真菌症	
原虫疾患(B50-B64)	B509	熱帯熱マラリア、詳細不明	○
原虫疾患(B50-B64)	B54	詳細不明のマラリア	
原虫疾患(B50-B64)	B559	リーシュマニア症、詳細不明	○
原虫疾患(B50-B64)	B569	アフリカ トリパノソーマ症、詳細不明	○
原虫疾患(B50-B64)	B589	トキソプラズマ症、詳細不明	○
原虫疾患(B50-B64)	B64	詳細不明の原虫疾患	
ぜんく<蠕>虫症(B65-B83)	B659	住血吸虫症、詳細不明	○
ぜんく<蠕>虫症(B65-B83)	B669	吸虫感染症、詳細不明	○
ぜんく<蠕>虫症(B65-B83)	B674	単包条虫感染症、詳細不明	○
ぜんく<蠕>虫症(B65-B83)	B677	多包条虫感染症、詳細不明	○
ぜんく<蠕>虫症(B65-B83)	B678	肝の詳細不明のエキ<ヒ>ノコックス症	○
ぜんく<蠕>虫症(B65-B83)	B679	エキ<ヒ>ノコックス症、その他および詳細不明	○
ぜんく<蠕>虫症(B65-B83)	B689	条虫症、詳細不明	○
ぜんく<蠕>虫症(B65-B83)	B699	のう<囊>(尾)虫症、詳細不明	○
ぜんく<蠕>虫症(B65-B83)	B719	条虫感染症、詳細不明	○
ぜんく<蠕>虫症(B65-B83)	B749	フィラリア症<糸状虫症>、詳細不明	○
ぜんく<蠕>虫症(B65-B83)	B769	鉤虫症、詳細不明	○
ぜんく<蠕>虫症(B65-B83)	B779	回<蛔>虫症、詳細不明	○

中分類名称等	ICDコード	留意すべきICD分類名称	部位不明・詳細不明コード
ぜんく蟻>虫症(B65-B83)	B789	糞線虫症、詳細不明	○
ぜんく蟻>虫症(B65-B83)	B820-B829	この範囲の全て	○
ぜんく蟻>虫症(B65-B83)	B839	ぜんく蟻>虫症、詳細不明	○
シラミ症、ダニ症およびその他の動物寄生症(B85-B89)	B852	シラミ症、詳細不明	○
シラミ症、ダニ症およびその他の動物寄生症(B85-B89)	B879	ハエ幼虫症、詳細不明	○
シラミ症、ダニ症およびその他の動物寄生症(B85-B89)	B889	寄生症、詳細不明	○
シラミ症、ダニ症およびその他の動物寄生症(B85-B89)	B89	詳細不明の寄生虫症	
感染症および寄生虫症の続発・後遺症 (B90-B94)	B909	呼吸器および詳細不明の結核の続発・後遺症	
感染症および寄生虫症の続発・後遺症 (B90-B94)	B94	その他および詳細不明の感染症および寄生虫症の続発・後遺症	
感染症および寄生虫症の続発・後遺症 (B90-B94)	B949	詳細不明の感染症または寄生虫症の続発・後遺症	○
細菌、ウイルスおよびその他の病原体 (B95-B97)	B955	他章に分類される疾患の原因である詳細不明のレンサ球菌の感染症	○
細菌、ウイルスおよびその他の病原体 (B95-B97)	B958	他章に分類される疾患の原因である詳細不明のブドウ球菌の感染症	○
その他の感染症 (B99)	B99	その他および詳細不明の感染症	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C002	外側口唇の悪性新生物、部位不明	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C005	口唇の悪性新生物、部位不明、内側面	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C009	口唇の悪性新生物、部位不明	○
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C023	舌の前3分の2の悪性新生物、部位不明	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C028	その他および部位不明の舌の悪性新生物 舌の境界部病巣	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C029	舌の悪性新生物、部位不明	○
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C039	歯肉の悪性新生物、部位不明	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C049	口(腔)底の悪性新生物、部位不明	○
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C059	口蓋の悪性新生物、部位不明	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C068	その他および部位不明の口腔の悪性新生物 その他および部位不明の口腔の境界部病巣	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C069	口腔の悪性新生物、部位不明	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C088	その他および部位不明の大唾液腺の悪性新生物 大唾液腺の境界部病巣	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C089	大唾液腺の悪性新生物、部位不明	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C099	扁桃の悪性新生物、部位不明	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C109	中咽頭の悪性新生物、部位不明	○
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C119	鼻<上>咽頭の悪性新生物、部位不明	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C139	下咽頭の悪性新生物、部位不明	
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C140	咽頭の悪性新生物、部位不明	○
口唇、口腔および喉頭の悪性新生物 (C00-C14)	C148	その他および部位不明の口唇、口腔および咽頭の悪性新生物 口唇、口腔および咽頭の境界部病巣	
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C159	食道の悪性新生物、部位不明	○
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C165	胃小弯の悪性新生物、部位不明	
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C166	胃大弯の悪性新生物、部位不明	
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C169	胃の悪性新生物、部位不明	
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C179	小腸の悪性新生物、部位不明	○
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C189	結腸の悪性新生物、部位不明	○
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C210	肛門の悪性新生物、部位不明	
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C229	肝の悪性新生物、詳細不明	○
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C248	その他および部位不明の胆道の悪性新生物 胆道の境界部病巣	
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C249	胆道の悪性新生物、部位不明	○
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C259	膵の悪性新生物、部位不明	○
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C260	腸管の悪性新生物、部位不明	○
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C268	その他および部位不明の消化器の悪性新生物 消化器系の境界部病巣	
消化器の悪性新生物(C15-C26)	C269	消化器系の悪性新生物、部位不明確	○
呼吸器および胸腔内臓器の悪性新生物(C30-C39)	C319	副鼻腔の悪性新生物、部位不明	○
呼吸器および胸腔内臓器の悪性新生物(C30-C39)	C329	喉頭の悪性新生物、部位不明	○
呼吸器および胸腔内臓器の悪性新生物(C30-C39)	C349	気管支または肺の悪性新生物、部位不明	○
呼吸器および胸腔内臓器の悪性新生物(C30-C39)	C383	縦隔の悪性新生物、部位不明	
呼吸器および胸腔内臓器の悪性新生物(C30-C39)	C390	上気道の悪性新生物、部位不明	○
呼吸器および胸腔内臓器の悪性新生物(C30-C39)	C398	その他および部位不明の呼吸器系および胸腔内臓器の悪性新生物 呼吸器および胸腔内臓器の境	
呼吸器および胸腔内臓器の悪性新生物(C30-C39)	C399	呼吸器系の悪性新生物、部位不明確	○
骨および関節軟骨の悪性新生物(C40-C41)	C409	(四)肢の骨および関節軟骨の悪性新生物、部位不明	○
骨および関節軟骨の悪性新生物(C40-C41)	C418	その他および部位不明の骨および関節軟骨の悪性新生物 骨および関節軟骨の境界部病巣	
骨および関節軟骨の悪性新生物(C40-C41)	C419	骨および関節軟骨の悪性新生物、部位不明	○
皮膚の黒色腫およびその他の悪性新生物(C43-C44)	C433	その他および部位不明の顔面の悪性黒色腫	
皮膚の黒色腫およびその他の悪性新生物(C43-C44)	C439	皮膚の悪性黒色腫、部位不明	○
皮膚の黒色腫およびその他の悪性新生物(C43-C44)	C443	その他および部位不明の顔面の皮膚の悪性新生物	
皮膚の黒色腫およびその他の悪性新生物(C43-C44)	C449	皮膚の悪性新生物、部位不明	○
中皮および軟部組織の悪性新生物(C45-C49)	C459	中皮腫、部位不明	○
中皮および軟部組織の悪性新生物(C45-C49)	C469	カポジ<Kaposi>肉腫、部位不明	○
中皮および軟部組織の悪性新生物(C45-C49)	C476	体幹の末梢神経の悪性新生物、部位不明	○
中皮および軟部組織の悪性新生物(C45-C49)	C479	末梢神経および自律神経系の悪性新生物、部位不明	○
中皮および軟部組織の悪性新生物(C45-C49)	C482	腹膜の悪性新生物、部位不明	

中分類名称等	ICDコード	留意すべきICD分類名称	部位不明・詳細不明コード
中皮および軟部組織の悪性新生物(C45-C49)	C496	体幹の結合組織および軟部組織の悪性新生物、部位不明	
中皮および軟部組織の悪性新生物(C45-C49)	C499	結合組織および軟部組織の悪性新生物、部位不明	○
乳房の悪性新生物(C50)	C509	乳房の悪性新生物、部位不明	○
女性生殖器の悪性新生物(C51-C58)	C519	外陰(部)の悪性新生物、部位不明	
女性生殖器の悪性新生物(C51-C58)	C539	子宮頸(部)の悪性新生物、部位不明	
女性生殖器の悪性新生物(C51-C58)	C549	子宮体部の悪性新生物、部位不明	
女性生殖器の悪性新生物(C51-C58)	C55	子宮の悪性新生物、部位不明	
女性生殖器の悪性新生物(C51-C58)	C574	子宮付属器の悪性新生物、部位不明	○
女性生殖器の悪性新生物(C51-C58)	C579	女性生殖器の悪性新生物、部位不明	○
男性生殖器の悪性新生物(C60-C63)	C609	陰茎の悪性新生物、部位不明	
男性生殖器の悪性新生物(C60-C63)	C629	精巣<睾丸>の悪性新生物、部位不明	
男性生殖器の悪性新生物(C60-C63)	C638	男性生殖器の境界部病巣	○
男性生殖器の悪性新生物(C60-C63)	C639	男性生殖器の悪性新生物、部位不明	○
腎尿路の悪性新生物(C64-C68)	C679	膀胱の悪性新生物、部位不明	
腎尿路の悪性新生物(C64-C68)	C688	腎尿路の境界部病巣	○
腎尿路の悪性新生物(C64-C68)	C689	尿路の悪性新生物、部位不明	○
眼、脳およびその他の中枢神経系の部位の悪性新生物(C69-C72)	C699	眼の悪性新生物、部位不明	○
眼、脳およびその他の中枢神経系の部位の悪性新生物(C69-C72)	C709	髄膜の悪性新生物、部位不明	○
眼、脳およびその他の中枢神経系の部位の悪性新生物(C69-C72)	C719	脳の悪性新生物、部位不明	○
眼、脳およびその他の中枢神経系の部位の悪性新生物(C69-C72)	C725	その他および部位不明の脳神経の悪性新生物	
眼、脳およびその他の中枢神経系の部位の悪性新生物(C69-C72)	C729	中枢神経系の悪性新生物、部位不明	○
甲状腺およびその他の内分泌腺の悪性新生物(C73-C75)	C749	副腎の悪性新生物、部位不明	
甲状腺およびその他の内分泌腺の悪性新生物(C73-C75)	C758	その他の内分泌腺および関連組織の悪性新生物 複数の内分泌腺、部位不明	
甲状腺およびその他の内分泌腺の悪性新生物(C73-C75)	C759	その他の内分泌腺および関連組織の悪性新生物 内分泌腺、部位不明	
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物(C76-C80)	C760	その他および部位不明確の悪性新生物 頭部、顔面および頸部の悪性新生物	
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物(C76-C80)	C761	その他および部位不明確の悪性新生物 胸部<郭>の悪性新生物	
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物(C76-C80)	C762	その他および部位不明確の悪性新生物 腹部の悪性新生物	
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物(C76-C80)	C763	その他および部位不明確の悪性新生物 骨盤の悪性新生物	
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物(C76-C80)	C764	その他および部位不明確の悪性新生物 上肢の悪性新生物	
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物(C76-C80)	C765	その他および部位不明確の悪性新生物 下肢の悪性新生物	
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物(C76-C80)	C767	その他および部位不明確の悪性新生物 その他の不明確な部位の悪性新生物	○
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物(C76-C80)	C768	その他および部位不明確の悪性新生物 その他および部位不明確の境界部病巣	○
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物(C76-C80)	C779	リンパ節の悪性新生物、部位不明	○
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物(C76-C80)	C783	中耳ならびにその他および部位不明の呼吸器の続発性悪性新生物	
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物(C76-C80)	C788	その他および部位不明の消化器の続発性悪性新生物	
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物(C76-C80)	C791	膀胱ならびにその他および部位不明の尿路の続発性悪性新生物	
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物(C76-C80)	C794	眼ならびにその他および部位不明の中枢神経系の続発性悪性新生物	
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物(C76-C80)	C80	部位の明示されない悪性新生物	
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物(C81-C96)	C819	ホジキン<Hodgkin>病、詳細不明	○
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物(C81-C96)	C829	ろく濾>胞性非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫、詳細不明	
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物(C81-C96)	C839	びまん性非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫、詳細不明	○
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物(C81-C96)	C845	その他および詳細不明のT細胞リンパ腫	
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物(C81-C96)	C851	B細胞リンパ腫、詳細不明	
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物(C81-C96)	C859	非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫、型不明	
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物(C81-C96)	C889	悪性免疫増殖性疾患、詳細不明	○
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物(C81-C96)	C919	リンパ性白血病、詳細不明	○
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物(C81-C96)	C929	骨髄性白血病、詳細不明	○
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物(C81-C96)	C939	単球性白血病、詳細不明	○
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物(C81-C96)	C950	細胞型不明の急性白血病	
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物(C81-C96)	C951	細胞型不明の慢性白血病	○
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物(C81-C96)	C952	細胞型不明の垂急性白血病	○
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物(C81-C96)	C957	細胞型不明のその他の白血病	○
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物(C81-C96)	C959	白血病、詳細不明	○
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物(C81-C96)	C969	リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物、詳細不明	○
上皮内新生物(D00-D09)	D014	その他および部位不明の腸の上皮内癌	
上皮内新生物(D00-D09)	D019	消化器の上皮内癌、部位不明	○
上皮内新生物(D00-D09)	D024	呼吸器系の上皮内癌、部位不明	○
上皮内新生物(D00-D09)	D033	その他および部位不明の顔面の上皮内黒色腫	
上皮内新生物(D00-D09)	D039	上皮内黒色腫、部位不明	○
上皮内新生物(D00-D09)	D043	その他および部位不明の顔面の皮膚の上皮内癌	
上皮内新生物(D00-D09)	D049	皮膚の上皮内癌、部位不明	○
上皮内新生物(D00-D09)	D059	乳房の上皮内癌、部位不明	○
上皮内新生物(D00-D09)	D069	子宮頸(部)の上皮内癌、部位不明	○
上皮内新生物(D00-D09)	D073	その他および部位不明の女性生殖器の上皮内癌	
上皮内新生物(D00-D09)	D076	その他および部位不明の男性生殖器の上皮内癌	

中分類名称等	ICDコード	留意すべきICD分類名称	部位不明・詳細不明コード
上皮内新生物(D00-D09)	D091	その他および部位不明の腎尿路の上皮内癌	
上皮内新生物(D00-D09)	D099	上皮内癌、部位不明	○
良性新生物(D10-D36)	D103	口腔のその他および部位不明の良性新生物	
良性新生物(D10-D36)	D109	咽頭の良性新生物、部位不明	○
良性新生物(D10-D36)	D119	大唾液腺の良性新生物、部位不明	○
良性新生物(D10-D36)	D126	結腸の良性新生物、部位不明	
良性新生物(D10-D36)	D133	その他および部位不明の小腸の良性新生物	
良性新生物(D10-D36)	D139	消化器系の良性新生物、部位不明確	
良性新生物(D10-D36)	D144	呼吸器系の良性新生物、部位不明	○
良性新生物(D10-D36)	D159	胸腔内臓器の良性新生物、部位不明	○
良性新生物(D10-D36)	D169	骨および関節軟骨の良性新生物、部位不明	○
良性新生物(D10-D36)	D173	その他および部位不明の皮膚および皮下組織の良性脂肪腫性新生物(脂肪腫を含む)	
良性新生物(D10-D36)	D179	良性脂肪腫性新生物(脂肪腫を含む)、部位不明	○
良性新生物(D10-D36)	D199	中皮組織の良性新生物、部位不明	○
良性新生物(D10-D36)	D216	体幹の結合組織およびその他の軟部組織の良性新生物、部位不明	
良性新生物(D10-D36)	D219	結合組織およびその他の軟部組織の良性新生物、部位不明	○
良性新生物(D10-D36)	D223	その他および部位不明の顔面のメラニン細胞性母斑の良性新生物	
良性新生物(D10-D36)	D229	メラニン細胞性母斑の良性新生物、部位不明	○
良性新生物(D10-D36)	D233	その他および部位不明の顔面の皮膚の良性新生物	
良性新生物(D10-D36)	D239	皮膚の良性新生物、部位不明	○
良性新生物(D10-D36)	D259	子宮平滑筋腫、部位不明	
良性新生物(D10-D36)	D269	子宮の良性新生物、部位不明	○
良性新生物(D10-D36)	D289	女性生殖器の良性新生物、部位不明	○
良性新生物(D10-D36)	D299	男性生殖器の良性新生物、部位不明	○
良性新生物(D10-D36)	D309	尿路の良性新生物、部位不明	○
良性新生物(D10-D36)	D316	眼窩の良性新生物、部位不明	
良性新生物(D10-D36)	D319	眼の良性新生物、部位不明	○
良性新生物(D10-D36)	D329	髄膜の良性新生物、部位不明	○
良性新生物(D10-D36)	D332	脳の良性新生物、部位不明	
良性新生物(D10-D36)	D339	中枢神経系の良性新生物、部位不明	○
良性新生物(D10-D36)	D358	その他および部位不明の内分泌腺の良性新生物 複数の内分泌腺	
良性新生物(D10-D36)	D359	内分泌腺の良性新生物、部位不明	○
良性新生物(D10-D36)	D367	その他および部位不明の良性新生物 その他の明示された部位	
良性新生物(D10-D36)	D369	その他および部位不明の良性新生物 部位不明の良性新生物	○
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D370	口唇、口腔および咽頭の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D371	胃の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D372	小腸の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D373	虫垂の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D374	結腸の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D375	直腸の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D376	肝、胆のうく囊>および胆管の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D377	その他の消化器の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D379	消化器の性状不詳または不明の新生物、部位不明	○
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D380	喉頭の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D381	気管、気管支および肺の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D382	胸膜の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D383	縦隔の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D384	胸腺の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D385	その他の呼吸器の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D386	呼吸器の性状不詳または不明の新生物、部位不明	○
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D390	子宮の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D391	卵巣の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D392	胎盤の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D397	その他の女性生殖器の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D399	女性生殖器の性状不詳または不明の新生物、部位不明	○
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D400	前立腺の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D401	精巣<睾丸>の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D407	その他の男性生殖器の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D409	男性生殖器の性状不詳または不明の新生物、部位不明	○
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D410	腎の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D411	腎盂の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D412	尿管の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D413	尿道の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D414	膀胱の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D417	その他の尿路の性状不詳または不明の新生物	

中分類名称等	ICDコード	留意すべきICD分類名称	部位不明・詳細不明コード
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D419	尿路の性状不詳または不明の新生物、部位不明	○
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D420	脳髄膜の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D421	脊髄膜の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D429	髄膜の性状不詳または不明の新生物、部位不明	○
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D430	脳の性状不詳または不明の新生物、テント上	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D431	脳の性状不詳または不明の新生物、テント下	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D432	脳の性状不詳または不明の新生物、部位不明	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D433	脳神経の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D434	脊髄の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D437	中枢神経系のその他の部位の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D439	中枢神経系の性状不詳または不明の新生物、部位不明	○
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D440	甲状腺の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D441	副腎の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D442	上皮小体<副甲状腺>の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D443	下垂体の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D444	頭蓋咽頭管の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D445	松果体の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D446	D44.6 頸動脈小体の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D447	大動脈小体およびその他のパラガングリア<傍神経節>の性状不詳または不明の新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D448	内分泌腺の性状不詳または不明の新生物 複数の内分泌腺	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D449	内分泌腺の性状不詳または不明の新生物、部位不明	○
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D464	骨髄異形成症候群 不応性貧血、詳細不明	○
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D469	骨髄異形成症候群、詳細不明	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D470	性状不詳および不明の組織球性および肥満細胞性腫瘍	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D477	リンパ組織、造血組織および関連組織の性状不詳または不明のその他の明示された新生物	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D479	リンパ組織、造血組織および関連組織の性状不詳または不明の新生物、詳細不明	○
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D480	その他および部位不明の性状不詳または不明の新生物 骨および関節軟骨	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D481	その他および部位不明の性状不詳または不明の新生物 結合組織およびその他の軟部組織	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D482	その他および部位不明の性状不詳または不明の新生物 末梢神経および自律神経系	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D483	その他および部位不明の性状不詳または不明の新生物 後腹膜	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D484	その他および部位不明の性状不詳または不明の新生物 腹膜	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D485	その他および部位不明の性状不詳または不明の新生物 皮膚	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D486	その他および部位不明の性状不詳または不明の新生物 乳房	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D487	その他および部位不明の性状不詳または不明の新生物 その他の明示された部位	
性状不詳または不明の新生物(D37-48)	D489	性状不詳または不明の新生物、部位不明	○
栄養性貧血(D50-D53)	D500-D539	この範囲の「9」となるもの	○
溶血性貧血(D55-D59)	D559	酵素障害による貧血、詳細不明	○
溶血性貧血(D55-D59)	D569	サラセミア<地中海貧血>、詳細不明	○
溶血性貧血(D55-D59)	D589	遺伝性溶血性貧血、詳細不明	○
溶血性貧血(D55-D59)	D599	後天性溶血性貧血、詳細不明	
無形成性貧血およびその他の貧血(D60-D64)	D609	後天性赤芽球ろうく瘍>、詳細不明	○
無形成性貧血およびその他の貧血(D60-D64)	D619	無形成性貧血、詳細不明	
無形成性貧血およびその他の貧血(D60-D64)	D649	貧血、詳細不明	○
凝固障害、紫斑病およびその他の出血性病態(D65-D69)	D689	凝固障害、詳細不明	○
凝固障害、紫斑病およびその他の出血性病態(D65-D69)	D696	血小板減少症、詳細不明	○
凝固障害、紫斑病およびその他の出血性病態(D65-D69)	D699	出血性病態、詳細不明	○
血液および造血器のその他の疾患(D70-D77)	D720-D759	この範囲の「9」となるもの	○
免疫機構の障害(D80-D89)	D809	主として抗体欠乏を伴う免疫不全症、詳細不明	○
免疫機構の障害(D80-D89)	D819	複合免疫不全症、詳細不明	
免疫機構の障害(D80-D89)	D829	大きな欠損に関連する免疫不全症、詳細不明	○
免疫機構の障害(D80-D89)	D839	分類不能型免疫不全症、詳細不明	○
免疫機構の障害(D80-D89)	D849	免疫不全症、詳細不明	○
免疫機構の障害(D80-D89)	D869	サルコイドーシス、詳細不明	○
免疫機構の障害(D80-D89)	D892	高ガンマグロブリン血症、詳細不明	
免疫機構の障害(D80-D89)	D899	免疫機構の障害、詳細不明	○
甲状腺障害(E00-E07)	E009	先天性ヨード欠乏症候群、詳細不明	
甲状腺障害(E00-E07)	E012	ヨード欠乏による(地方病性)甲状腺腫、詳細不明	
甲状腺障害(E00-E07)	E039	甲状腺機能低下症、詳細不明	
甲状腺障害(E00-E07)	E049	非中毒性甲状腺腫、詳細不明	
甲状腺障害(E00-E07)	E059	甲状腺中毒症、詳細不明	
甲状腺障害(E00-E07)	E069	甲状腺炎、詳細不明	○
甲状腺障害(E00-E07)	E079	甲状腺障害、詳細不明	○
糖尿病(E10-E14)	E108	インスリン依存性糖尿病<IDDM> 詳細不明の合併症を伴うもの	○
糖尿病(E10-E14)	E118	インスリン非依存性糖尿病<NIDDM> 詳細不明の合併症を伴うもの	○
糖尿病(E10-E14)	E128	栄養障害に関連する糖尿病 詳細不明の合併症を伴うもの	○

中分類名称等	ICDコード	留意すべきICD分類名称	部位不明・詳細不明コード
糖尿病(E10-E14)	E138	その他の明示された糖尿病 詳細不明の合併症を伴うもの	○
糖尿病(E10-E14)	E140-E149	この範囲の全て	○
その他のグルコース調節および膵内分泌傷害(E15-E16)	E162	低血糖症、詳細不明	
その他のグルコース調節および膵内分泌傷害(E15-E16)	E169	膵内分泌障害、詳細不明	
その他の内分泌腺障害(E20-E35)	E209	副甲状腺<上皮小体>機能低下症、詳細不明	
その他の内分泌腺障害(E20-E35)	E213	副甲状腺<上皮小体>機能亢進症、詳細不明	○
その他の内分泌腺障害(E20-E35)	E215	副甲状腺<上皮小体>障害、詳細不明	○
その他の内分泌腺障害(E20-E35)	E229	下垂体機能亢進症、詳細不明	○
その他の内分泌腺障害(E20-E35)	E237	下垂体障害、詳細不明	○
その他の内分泌腺障害(E20-E35)	E249	クッシング<Cushing>症候群、詳細不明	○
その他の内分泌腺障害(E20-E35)	E259	副腎器障害、詳細不明	
その他の内分泌腺障害(E20-E35)	E269	アルドステロン症、詳細不明	○
その他の内分泌腺障害(E20-E35)	E274	その他および詳細不明の副腎皮質機能不全(症)	
その他の内分泌腺障害(E20-E35)	E279	副腎障害、詳細不明	○
その他の内分泌腺障害(E20-E35)	E289	卵巣機能障害、詳細不明	○
その他の内分泌腺障害(E20-E35)	E299	精巣<睾丸>機能障害、詳細不明	○
その他の内分泌腺障害(E20-E35)	E309	思春期障害、詳細不明	○
その他の内分泌腺障害(E20-E35)	E319	多腺性機能障害、詳細不明	○
その他の内分泌腺障害(E20-E35)	E329	胸腺の疾患、詳細不明	○
その他の内分泌腺障害(E20-E35)	E349	内分泌障害、詳細不明	○
栄養失調(症)(E40-E46)	E43	詳細不明の重度たんぱく<蛋白>エネルギー性栄養失調(症)	
栄養失調(症)(E40-E46)	E46	詳細不明のたんぱく<蛋白>エネルギー性栄養失調(症)	
その他の栄養欠乏症(E50-E64)	E500-E649	この範囲の「9」となるもの	○
肥満(症)およびその他の過栄養<過剰摂食>(E65-E68)	E669	肥満(症)、詳細不明	
代謝障害(E70-E90)	E709	芳香族アミノ酸代謝障害、詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E712	側鎖<分枝鎖>アミノ酸代謝障害、詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E729	アミノ酸代謝障害、詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E739	乳糖不耐症、詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E749	糖質代謝障害、詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E753	スフィンゴリピドーシス、詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E756	脂質蓄積障害、詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E763	ムコ多糖(体蓄積)症、詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E769	グルコサミノグリカン代謝障害、詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E779	糖たんぱく<蛋白>代謝障害、詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E785	高脂(質)血症、詳細不明	
代謝障害(E70-E90)	E789	リポたんぱく<蛋白>代謝障害、詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E799	プリンおよびピリミジン代謝障害、詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E807	ビリルビン代謝障害、詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E839	ミネラル<鉱質>代謝障害、詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E849	のう<囊>胞性線維症<システィックファイブローシス>、詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E852	遺伝性家族性アミロイドーシス<アミロイド症>、詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E859	アミロイドーシス<アミロイド症>、詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E889	代謝障害、詳細不明	○
代謝障害(E70-E90)	E899	治療後内分泌および代謝障害、詳細不明	○
症状性を含む器質性精神障害(F00-F09)	F009	アルツハイマー<Alzheimer>病の認知症、詳細不明 (G30.9†)	○
症状性を含む器質性精神障害(F00-F09)	F019	血管性認知症、詳細不明	○
症状性を含む器質性精神障害(F00-F09)	F03	詳細不明の認知症	
症状性を含む器質性精神障害(F00-F09)	F059	せん妄、詳細不明	○
症状性を含む器質性精神障害(F00-F09)	F069	脳の損傷および機能不全ならびに身体疾患による詳細不明の精神障害	○
症状性を含む器質性精神障害(F00-F09)	F079	脳の疾患、損傷および機能不全による器質性の人格および行動の障害、詳細不明	
症状性を含む器質性精神障害(F00-F09)	F09	詳細不明の器質性または症状性精神障害	
精神作用物質による精神および行動の障害(F10-F19)	F100-F199	この範囲の「9」となるもの	○
統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害(F20-F29)	F209	統合失調症、詳細不明	○
統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害(F20-F29)	F229	持続性妄想性障害、詳細不明	○
統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害(F20-F29)	F239	急性一過性精神病性障害、詳細不明	
統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害(F20-F29)	F259	統合失調感情障害、詳細不明	○
統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害(F20-F29)	F29	詳細不明の非器質性精神病	
気分(感情)障害(F30-F39)	F300-349	この範囲の「9」となるもの	○
気分(感情)障害(F30-F39)	F39	詳細不明の気分[感情]障害	
神経性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害(F40-F48)	F400-F489	この範囲の「9」となるもの	○
生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群(F50-F59)	F500-F55	この範囲の「9」となるもの	○
生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群(F50-F59)	F59	生理的障害および身体的要因に関連した詳細不明の行動症候群	
成人の人格および行動の障害(F60-F69)	F603D	情緒不安定性人格障害、詳細不明	○
成人の人格および行動の障害(F60-F69)	F609	人格障害、詳細不明	○
成人の人格および行動の障害(F60-F69)	F629	持続的人格変化、詳細不明	○

中分類名称等	ICDコード	留意すべきICD分類名称	部位不明・詳細不明コード
成人の人格および行動の障害(F60-F69)	F639	習慣および衝動の障害、詳細不明	○
成人の人格および行動の障害(F60-F69)	F649	性同一性障害、詳細不明	○
成人の人格および行動の障害(F60-F69)	F659	性嗜好の障害、詳細不明	○
成人の人格および行動の障害(F60-F69)	F669	心理的性発達障害、詳細不明	○
成人の人格および行動の障害(F60-F69)	F69	詳細不明の成人の人格および行動の障害	
知的障害<精神遅滞>(F70-F79)	F790-F799	この範囲の全て	○
心理的発達の障害(F80-F89)	F809	会話および言語の発達障害、詳細不明	○
心理的発達の障害(F80-F89)	F819	学習能力発達障害、詳細不明	○
心理的発達の障害(F80-F89)	F849	広汎性発達障害、詳細不明	○
心理的発達の障害(F80-F89)	F89	詳細不明の心理的発達障害	
小児<児童>期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害(F90-F98)	F900-F959	この範囲の「.9」となるもの	○
小児<児童>期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害(F90-F98)	F989	小児<児童>期および青年期に通常発症する詳細不明の行動および情緒の障害	○
詳細不明の精神障害(F99)	F99	精神障害、詳細不明	
中枢神経系の炎症性疾患(G00-G09)	G000-G049	この範囲の「.9」となるもの	○
中枢神経系の炎症性疾患(G00-G09)	G062	硬膜外および硬膜下膿瘍、詳細不明	○
主に中枢神経系を障害する系統萎縮症(G10-G13)	G110-G129	この範囲の「.9」となるもの	○
錐体外路障害および異常運動(G20-G26)	G20-G259	この範囲の「.9」となるもの	○
神経系のその他の変性疾患G30-G32)	G300-G319	この範囲の「.9」となるもの	○
中枢神経系の脱髄疾患(G35-G37)	G35-G379	この範囲の「.9」となるもの	○
挿間性および発作性障害(G40-G47)	G406	大発作、詳細不明(小発作を伴うものまたは伴わないもの)	○
挿間性および発作性障害(G40-G47)	G407	小発作、詳細不明、大発作を伴わないもの	○
挿間性および発作性障害(G40-G47)	G409	てんかん、詳細不明	○
挿間性および発作性障害(G40-G47)	G419	てんかん重積(状態)、詳細不明	○
挿間性および発作性障害(G40-G47)	G439	片頭痛、詳細不明	○
挿間性および発作性障害(G40-G47)	G459	一過性脳虚血発作、詳細不明	○
挿間性および発作性障害(G40-G47)	G479	睡眠障害、詳細不明	
神経、神経根および神経そく叢>の障害(G50-G59)	G500-G589	この範囲の「.9」となるもの	○
多発(性)ニューロパチ<シ>およびその他の末梢神経系の障害(G60-G64)	G600-G629	この範囲の「.9」となるもの	○
神経筋接合部および筋の疾患(G70-G73)	G700-G729	この範囲の「.9」となるもの	○
脳性麻痺およびその他の麻痺性症候群(G80-G83)	G800-G819	この範囲の「.9」となるもの	○
脳性麻痺およびその他の麻痺性症候群(G80-G83)	G822	対麻痺、詳細不明	○
脳性麻痺およびその他の麻痺性症候群(G80-G83)	G825	四肢麻痺、詳細不明	○
脳性麻痺およびその他の麻痺性症候群(G80-G83)	G833	単麻痺、詳細不明	○
脳性麻痺およびその他の麻痺性症候群(G80-G83)	G839	麻痺性症候群、詳細不明	○
神経系のその他の障害(G90-G99)	G909	自律神経系の障害、詳細不明	○
神経系のその他の障害(G90-G99)	G913	外傷後水頭症、詳細不明	○
神経系のその他の障害(G90-G99)	G919	水頭症、詳細不明	○
神経系のその他の障害(G90-G99)	G934	脳症<エンセファロパチ<シ>->、詳細不明	○
神経系のその他の障害(G90-G99)	G939	脳の障害、詳細不明	○
神経系のその他の障害(G90-G99)	G952	脊髄圧迫、詳細不明	○
神経系のその他の障害(G90-G99)	G959	脊髄疾患、詳細不明	○
神経系のその他の障害(G90-G99)	G969	中枢神経系の障害、詳細不明	○
神経系のその他の障害(G90-G99)	G979	神経系の処置後障害、詳細不明	○
眼瞼、涙器および眼窩の障害(H00-H06)	H019	眼瞼の炎症、詳細不明	○
眼瞼、涙器および眼窩の障害(H00-H06)	H029	眼瞼の障害、詳細不明	○
眼瞼、涙器および眼窩の障害(H00-H06)	H043	涙道の急性および詳細不明の炎症	○
眼瞼、涙器および眼窩の障害(H00-H06)	H049	涙器の障害、詳細不明	○
眼瞼、涙器および眼窩の障害(H00-H06)	H059	眼窩の障害、詳細不明	○
結膜の障害(H10-H13)	H103	急性結膜炎、詳細不明	○
結膜の障害(H10-H13)	H109	結膜炎、詳細不明	○
結膜の障害(H10-H13)	H119	結膜の障害、詳細不明	○
強膜、角膜、虹彩および毛様体の障害(H15-H22)	H159-H219	この範囲の「.9」となるもの	○
水晶体の障害(H25-H28)	H250-H279	この範囲の「.9」となるもの	○
脈絡膜および網膜の障害(H30-H36)	H300-H359	この範囲の「.9」となるもの	○
緑内障(H40-H42)	H409	緑内障、詳細不明	○
硝子体および眼球の障害(H43-H45)	H430-H449	この範囲の「.9」となるもの	○
視神経および視(覚)路の障害(H46-H48)	H471	乳頭浮腫、詳細不明	○
視神経および視(覚)路の障害(H46-H48)	H477	視(覚)路の障害、詳細不明	○
眼筋、眼球運動、調節および屈折の障害(H49-H52)	H499	麻痺性斜視、詳細不明	○
眼筋、眼球運動、調節および屈折の障害(H49-H52)	H504	その他および詳細不明の斜視	
眼筋、眼球運動、調節および屈折の障害(H49-H52)	H509	斜視、詳細不明	○
眼筋、眼球運動、調節および屈折の障害(H49-H52)	H519	両眼運動障害、詳細不明	○
眼筋、眼球運動、調節および屈折の障害(H49-H52)	H527	屈折の障害、詳細不明	○
視機能障害および盲<失明>(H53-H54)	H539	視覚障害、詳細不明	○
視機能障害および盲<失明>(H53-H54)	H543	詳細不明の視力障害、両眼	○

中分類名称等	ICDコード	留意すべきICD分類名称	部位不明・詳細不明コード
視機能障害および盲く失明>(H53-H54)	H546	詳細不明の視力障害、片眼	○
視機能障害および盲く失明>(H53-H54)	H547	詳細不明の視力障害	○
眼および付属器のその他の障害 (H55-H59)	H570-H599	この範囲の「.9」となるもの	○
外耳疾患 (H60-H62)	H600-H619	この範囲の「.9」となるもの	○
中耳および乳様突起の疾患 (H65-H75)	H659	非化膿性中耳炎、詳細不明	○
中耳および乳様突起の疾患 (H65-H75)	H66	化膿性および詳細不明の中耳炎	
中耳および乳様突起の疾患 (H65-H75)	H664	化膿性中耳炎、詳細不明	○
中耳および乳様突起の疾患 (H65-H75)	H669	中耳炎、詳細不明	○
中耳および乳様突起の疾患 (H65-H75)	H690-H749	この範囲の「.9」となるもの	○
内耳疾患 (H80-H83)	H800-H839	この範囲の「.9」となるもの	○
耳のその他の障害 (H90-H95)	H902	伝音難聴、詳細不明	○
耳のその他の障害 (H90-H95)	H905	感音難聴、詳細不明	○
耳のその他の障害 (H90-H95)	H908	混合難聴、詳細不明	○
耳のその他の障害 (H90-H95)	H919	難聴、詳細不明	
耳のその他の障害 (H90-H95)	H939	耳の障害、詳細不明	○
耳のその他の障害 (H90-H95)	H959	耳および乳様突起の処置後障害、詳細不明	○
急性リウマチ熱 (I00-I02)	I019	急性リウマチ性心疾患、詳細不明	○
慢性リウマチ性心疾患 (I05-I09)	I059	僧帽弁疾患、詳細不明	○
慢性リウマチ性心疾患 (I05-I09)	I069	リウマチ性大動脈弁疾患、詳細不明	○
慢性リウマチ性心疾患 (I05-I09)	I079	三尖弁疾患、詳細不明	○
慢性リウマチ性心疾患 (I05-I09)	I089	連合弁膜症、詳細不明	○
慢性リウマチ性心疾患 (I05-I09)	I091	心内膜のリウマチ性疾患、弁膜不詳	○
慢性リウマチ性心疾患 (I05-I09)	I099	リウマチ性心疾患、詳細不明	
高血圧性疾患 (I10-I15)	I130-I159	この範囲の「.9」となるもの	○
虚血性心疾患 (I20-I25)	I209	狭心症、詳細不明	
虚血性心疾患 (I20-I25)	I213	急性貫壁性心筋梗塞、部位不明	○
虚血性心疾患 (I20-I25)	I219	急性心筋梗塞、詳細不明	○
虚血性心疾患 (I20-I25)	I229	部位不明の再発性心筋梗塞	○
虚血性心疾患 (I20-I25)	I249	急性虚血性心疾患、詳細不明	○
虚血性心疾患 (I20-I25)	I259	慢性虚血性心疾患、詳細不明	○
肺性心疾患および肺循環疾患 (I26-I28)	I269	急性肺性心の記載のない肺塞栓症	
肺性心疾患および肺循環疾患 (I26-I28)	I279	肺性心疾患、詳細不明	○
肺性心疾患および肺循環疾患 (I26-I28)	I289	肺血管の疾患、詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I309	急性心膜炎、詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I319	心膜炎の疾患、詳細不明	
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I339	急性心内膜炎、詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I349	非リウマチ性僧帽弁障害、詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I359	大動脈弁障害、詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I369	非リウマチ性三尖弁障害、詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I379	肺動脈弁障害、詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I398	弁膜不詳の心内膜炎、他に分類される疾患におけるもの	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I409	急性心筋炎、詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I429	心筋症、詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I443	その他および詳細不明の房室ブロック	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I446	その他および詳細不明の分枝ブロック	
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I447	左脚ブロック、詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I451	その他および詳細不明の右脚ブロック	
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I459	伝導障害、詳細不明	
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I469	心停止、詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I479	発作性頻拍(症)、詳細不明	
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I494	その他および詳細不明の早期脱分極	
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I499	不整脈、詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I509	心不全、詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I514	心筋炎、詳細不明	
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I516	心血管疾患、詳細不明	○
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I518	その他の診断名不明確な心疾患	
その他の型の心疾患 (I30-I52)	I519	心疾患、詳細不明	○
脳血管疾患 (I60-I69)	I607	頭蓋内動脈からのくも膜下出血、詳細不明	○
脳血管疾患 (I60-I69)	I609	くも膜下出血、詳細不明	○
脳血管疾患 (I60-I69)	I612	(大脳)半球の脳内出血、詳細不明	○
脳血管疾患 (I60-I69)	I619	脳内出血、詳細不明	○
脳血管疾患 (I60-I69)	I629	頭蓋内出血(非外傷性)、詳細不明	○
脳血管疾患 (I60-I69)	I632	脳実質外動脈の詳細不明の閉塞または狭窄による脳梗塞	○
脳血管疾患 (I60-I69)	I635	脳動脈の詳細不明の閉塞または狭窄による脳梗塞	○
脳血管疾患 (I60-I69)	I639	脳梗塞、詳細不明	○

中分類名称等	ICDコード	留意すべきICD分類名称	部位不明・詳細不明コード
脳血管疾患(160-169)	I64	脳卒中、脳出血または脳梗塞と明示されないもの	
脳血管疾患(160-169)	I659	詳細不明の脳実質外動脈の閉塞および狭窄	○
脳血管疾患(160-169)	I669	詳細不明の脳動脈の閉塞および狭窄	○
脳血管疾患(160-169)	I679	脳血管疾患、詳細不明	○
脳血管疾患(160-169)	I694	脳卒中の続発・後遺症、出血または梗塞と明示されないもの	
脳血管疾患(160-169)	I698	その他および詳細不明の脳血管疾患の続発・後遺症	○
動脈、細動脈および毛細血管の疾患(170-179)	I709	全身性および詳細不明のアテローム<じゅく>粥>状>硬化(症)	
動脈、細動脈および毛細血管の疾患(170-179)	I718	部位不明の大動脈瘤、破裂性	○
動脈、細動脈および毛細血管の疾患(170-179)	I719	部位不明の大動脈瘤、破裂の記載がないもの	○
動脈、細動脈および毛細血管の疾患(170-179)	I729	部位不明の動脈瘤	○
動脈、細動脈および毛細血管の疾患(170-179)	I739	末梢血管疾患、詳細不明	○
動脈、細動脈および毛細血管の疾患(170-179)	I741	その他および部位不明の大動脈の塞栓症および血栓症	
動脈、細動脈および毛細血管の疾患(170-179)	I744	詳細不明の(四)肢の動脈の塞栓症および血栓症	○
動脈、細動脈および毛細血管の疾患(170-179)	I749	詳細不明の動脈の塞栓症および血栓症	○
動脈、細動脈および毛細血管の疾患(170-179)	I776	動脈炎、詳細不明	○
動脈、細動脈および毛細血管の疾患(170-179)	I779	動脈および細動脈の障害、詳細不明	○
動脈、細動脈および毛細血管の疾患(170-179)	I789	毛細血管の疾患、詳細不明	○
静脈、リンパ管およびリンパ節の疾患、他に分類されないもの(180-189)	I803	下肢の静脈炎および血栓(性)静脈炎、詳細不明	○
静脈、リンパ管およびリンパ節の疾患、他に分類されないもの(180-189)	I809	部位不明の静脈炎および血栓(性)静脈炎	○
静脈、リンパ管およびリンパ節の疾患、他に分類されないもの(180-189)	I829	部位不明の静脈の塞栓症および血栓症	○
静脈、リンパ管およびリンパ節の疾患、他に分類されないもの(180-189)	I847	詳細不明の血栓性痔核	○
静脈、リンパ管およびリンパ節の疾患、他に分類されないもの(180-189)	I848	その他の合併症を伴う詳細不明の痔核	
静脈、リンパ管およびリンパ節の疾患、他に分類されないもの(180-189)	I849	合併症を伴わない痔核、詳細不明	○
静脈、リンパ管およびリンパ節の疾患、他に分類されないもの(180-189)	I879	静脈の障害、詳細不明	○
静脈、リンパ管およびリンパ節の疾患、他に分類されないもの(180-189)	I889	非特異性リンパ節炎、詳細不明	○
静脈、リンパ管およびリンパ節の疾患、他に分類されないもの(180-189)	I899	リンパ管およびリンパ節の非感染性障害、詳細不明	○
循環器系のその他および詳細不明の障害(195-199)	I950-I979	この範囲の「9」となるもの	○
循環器系のその他および詳細不明の障害(195-199)	I99	循環器系のその他および詳細不明の障害	
急性上気道感染症(J00-J06)	J010-J039	この範囲の「9」となるもの	
急性上気道感染症(J00-J06)	J069	急性上気道感染症、詳細不明	
インフルエンザおよび肺炎(J10-J18)	J129	ウイルス肺炎、詳細不明	
インフルエンザおよび肺炎(J10-J18)	J159	細菌性肺炎、詳細不明	
インフルエンザおよび肺炎(J10-J18)	J180-J189	この範囲の全て	
その他の急性下気道感染症(J20-J22)	J209	急性気管支炎、詳細不明	
その他の急性下気道感染症(J20-J22)	J219	急性細気管支炎、詳細不明	
その他の急性下気道感染症(J20-J22)	J22	詳細不明の急性下気道感染症	
上気道のその他の疾患(J30-J39)	J304	アレルギー性鼻炎<鼻アレルギー>、詳細不明	○
上気道のその他の疾患(J30-J39)	J329	慢性副鼻腔炎、詳細不明	○
上気道のその他の疾患(J30-J39)	J339	鼻ポリープ、詳細不明	○
上気道のその他の疾患(J30-J39)	J359	扁桃およびアデノイドの慢性疾患、詳細不明	○
上気道のその他の疾患(J30-J39)	J393	上気道過敏反応、部位不明	○
上気道のその他の疾患(J30-J39)	J399	上気道の疾患、詳細不明	○
慢性下気道疾患(J40-J47)	J40	気管支炎、急性または慢性と明示されないもの	
慢性下気道疾患(J40-J47)	J42	詳細不明の慢性気管支炎	
慢性下気道疾患(J40-J47)	J439	肺炎腫、詳細不明	
慢性下気道疾患(J40-J47)	J441	急性増悪を伴う慢性閉塞性肺疾患、詳細不明	
慢性下気道疾患(J40-J47)	J449	慢性閉塞性肺疾患、詳細不明	○
慢性下気道疾患(J40-J47)	J459	喘息、詳細不明	
外因因子による肺疾患(J60-J70)	J64	詳細不明のじん<塵>肺(症)	
外因因子による肺疾患(J60-J70)	J679	詳細不明の有機粉じん<塵>による過敏性肺臓炎	○
外因因子による肺疾患(J60-J70)	J689	化学物質、ガス、フュームおよび蒸気による詳細不明の呼吸器病態	○
外因因子による肺疾患(J60-J70)	J704	薬物誘発性間質性肺障害、詳細不明	○
外因因子による肺疾患(J60-J70)	J709	詳細不明の外因因子による呼吸器病態	○
主として間質を障害するその他の呼吸器疾患(J80-J84)	J849	間質性肺疾患、詳細不明	○
胸膜のその他の疾患(J90-J94)	J939	気胸、詳細不明	○
胸膜のその他の疾患(J90-J94)	J949	胸膜病態、詳細不明	○
呼吸器系のその他の疾患(J95-J99)	J950-J989	この範囲の「9」となるもの	○
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K009	歯の発育障害、詳細不明	○
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K029	う<齲>蝕、詳細不明	○
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K039	歯の硬組織の疾患、詳細不明	○
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K049	歯髄および根尖周囲組織のその他および詳細不明の疾患	○
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K056	歯周疾患、詳細不明	○
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K069	歯肉および無歯顎堤の障害、詳細不明	○
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K074	不正咬合、詳細不明	○
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K079	歯顎顔面の異常、詳細不明	○

中分類名称等	ICDコード	留意すべきICD分類名称	部位不明・詳細不明コード
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K089	歯および歯の支持組織の障害、詳細不明	○
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K099	口腔部のうく囊>胞、詳細不明	○
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K109	顎骨の疾患、詳細不明	○
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K119	唾液腺疾患、詳細不明	○
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K137	その他および詳細不明の口腔粘膜の病変	
口腔、唾液腺および顎の疾患(K00-K14)	K149	舌疾患、詳細不明	○
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K229	食道の疾患、詳細不明	○
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K254	胃潰瘍 慢性または詳細不明、出血を伴うもの	
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K255	胃潰瘍 慢性または詳細不明、穿孔を伴うもの	
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K256	胃潰瘍 慢性または詳細不明、出血および穿孔の両者を伴うもの	
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K259	胃潰瘍 急性または慢性の別不明、出血または穿孔を伴わないもの	○
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K264	十二指腸潰瘍 慢性または詳細不明、出血を伴うもの	
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K265	十二指腸潰瘍 慢性または詳細不明、穿孔を伴うもの	
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K266	十二指腸潰瘍 慢性または詳細不明、出血および穿孔の両者を伴うもの	
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K269	十二指腸潰瘍 急性または慢性の別不明、出血または穿孔を伴わないもの	○
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K270-K279	この範囲の全て	○
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K284	胃空腸潰瘍 慢性または詳細不明、出血を伴うもの	
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K285	胃空腸潰瘍 慢性または詳細不明、穿孔を伴うもの	
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K286	胃空腸潰瘍 慢性または詳細不明、出血および穿孔の両者を伴うもの	
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K289	胃空腸潰瘍 急性または慢性の別不明、出血または穿孔を伴わないもの	○
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K295	慢性胃炎、詳細不明	○
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K297	胃炎、詳細不明	○
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K299	胃十二指腸炎、詳細不明	○
食道、胃および十二指腸の疾患(K20-K31)	K319	胃および十二指腸の疾患、詳細不明	○
虫垂の疾患(K35-K38)	K359	急性虫垂炎、詳細不明	
虫垂の疾患(K35-K38)	K37	詳細不明の虫垂炎	
虫垂の疾患(K35-K38)	K389	虫垂の疾患、詳細不明	○
ヘルニア(K40-K46)	K403	一側性または患側不明のそけい<峯径>ヘルニア、閉塞を伴い、えく壊>疝を伴わないもの	
ヘルニア(K40-K46)	K404	一側性または患側不明のそけい<峯径>ヘルニア、えく壊>疝を伴うもの	
ヘルニア(K40-K46)	K409	一側性または患側不明のそけい<峯径>ヘルニア、閉塞またはえく壊>疝を伴わないもの	
ヘルニア(K40-K46)	K413	一側性または患側不明の大腿<股>ヘルニア、閉塞を伴い、えく壊>疝を伴わないもの	
ヘルニア(K40-K46)	K414	一側性または患側不明の大腿<股>ヘルニア、えく壊>疝を伴うもの	
ヘルニア(K40-K46)	K419	一側性または患側不明の大腿<股>ヘルニア、閉塞またはえく壊>疝を伴わないもの	
ヘルニア(K40-K46)	K460-K469	この範囲の全て	○
非感染性腸炎および非感染性大腸炎(K50-K52)	K500-K529	この範囲の「9」となるもの	○
腸のその他の疾患(K55-K63)	K559	腸の血行障害、詳細不明	○
腸のその他の疾患(K55-K63)	K566	その他および詳細不明の腸閉塞	○
腸のその他の疾患(K55-K63)	K567	イレウス、詳細不明	○
腸のその他の疾患(K55-K63)	K578	腸の憩室性疾患、部位不明、穿孔および膿瘍を伴うもの	○
腸のその他の疾患(K55-K63)	K579	腸の憩室性疾患、部位不明、穿孔および膿瘍を伴わないもの	○
腸のその他の疾患(K55-K63)	K599	腸の機能障害、詳細不明	○
腸のその他の疾患(K55-K63)	K602	裂肛、詳細不明	○
腸のその他の疾患(K55-K63)	K629	肛門および直腸の疾患、詳細不明	○
腸のその他の疾患(K55-K63)	K639	腸の疾患、詳細不明	○
腹膜の疾患(K65-K67)	K650-K669	この範囲の「9」となるもの	○
肝疾患(K70-K77)	K709	アルコール性肝疾患、詳細不明	○
肝疾患(K70-K77)	K719	中毒性肝疾患、詳細不明	○
肝疾患(K70-K77)	K729	肝不全、詳細不明	○
肝疾患(K70-K77)	K739	慢性肝炎、詳細不明	○
肝疾患(K70-K77)	K745	胆汁性肝硬変、詳細不明	○
肝疾患(K70-K77)	K746	その他および詳細不明の肝硬変	
肝疾患(K70-K77)	K759	炎症性肝疾患、詳細不明	○
肝疾患(K70-K77)	K769	肝疾患、詳細不明	○
胆のう<囊>、胆管および膵の障害(K80-K87)	K810-K869	この範囲の「9」となるもの	○
消化器系のその他の疾患(K90-K93)	K909	腸性吸収不良(症)、詳細不明	○
消化器系のその他の疾患(K90-K93)	K919	消化器系の処置後障害、詳細不明	○
消化器系のその他の疾患(K90-K93)	K922	胃腸出血、詳細不明	○
消化器系のその他の疾患(K90-K93)	K929	消化器系の疾患、詳細不明	○
皮膚および皮下組織の感染症(L00-L08)	L029	皮膚膿瘍、せつ<フルンケル>および よう<カルブンケル>、部位不明	○
皮膚および皮下組織の感染症(L00-L08)	L039	蜂巣炎<蜂窩織炎>、詳細不明	○
皮膚および皮下組織の感染症(L00-L08)	L049	急性リンパ節炎、部位不明	○
皮膚および皮下組織の感染症(L00-L08)	L089	皮膚および皮下組織の局所感染症、詳細不明	○
水疱症(L10-L14)	L100-L139	この範囲の「9」となるもの	○
皮膚炎および湿疹(L20-L30)	L209	アトピー性皮膚炎、詳細不明	○
皮膚炎および湿疹(L20-L30)	L219	脂漏性皮膚炎、詳細不明	○

中分類名称等	ICDコード	留意すべきICD分類名称	部位不明・詳細不明コード
皮膚炎および湿疹(L20-L30)	L239	アレルギー性接触皮膚炎、原因不明	○
皮膚炎および湿疹(L20-L30)	L249	刺激性接触皮膚炎、原因不明	○
皮膚炎および湿疹(L20-L30)	L250-L259	この範囲の全て	○
皮膚炎および湿疹(L20-L30)	L279	詳細不明の摂取物質による皮膚炎	○
皮膚炎および湿疹(L20-L30)	L293	肛門性器そうく?>痒症、詳細不明	○
皮膚炎および湿疹(L20-L30)	L299	そうく?>痒症、詳細不明	○
皮膚炎および湿疹(L20-L30)	L309	皮膚炎、詳細不明	○
丘疹落せつく屑>くりんせつく鱗屑>性障害(L40-L45)	L400-L449	この範囲の「9」となるもの	○
じんまく蕁麻疹>疹および紅斑(L50-L54)	L500-L539	この範囲の「9」となるもの	○
皮膚および皮膚組織の放射線(非電離および電離)に関連する障害(L55-L59)	L550-L599	この範囲の「9」となるもの	○
皮膚付属器の障害(L60-L75)	L609	爪の障害、詳細不明	○
皮膚付属器の障害(L60-L75)	L639	円形脱毛症、詳細不明	○
皮膚付属器の障害(L60-L75)	L649	男性ホルモン性脱毛症、詳細不明	○
皮膚付属器の障害(L60-L75)	L659	非瘢痕性脱毛症、詳細不明	○
皮膚付属器の障害(L60-L75)	L669	瘢痕性脱毛症、詳細不明	○
皮膚付属器の障害(L60-L75)	L679	毛髪の色および毛幹の異常、詳細不明	○
皮膚付属器の障害(L60-L75)	L689	多毛症、詳細不明	○
皮膚付属器の障害(L60-L75)	L709	ざ瘡<アクネ>、詳細不明	○
皮膚付属器の障害(L60-L75)	L719	しゅさく酒さ>、詳細不明	○
皮膚付属器の障害(L60-L75)	L729	皮膚および皮下組織の毛包のうく囊>胞、詳細不明	○
皮膚付属器の障害(L60-L75)	L739	毛包障害、詳細不明	○
皮膚付属器の障害(L60-L75)	L743	汗疹、詳細不明	○
皮膚付属器の障害(L60-L75)	L749	エクリン汗腺の障害、詳細不明	○
皮膚付属器の障害(L60-L75)	L759	アポクリン汗腺の障害、詳細不明	○
皮膚および皮下組織のその他の障害(L80-L99)	L810-L989	この範囲の「9」となるもの	○
◇注意：M99を除くM分類について、5桁目を必要とする場合、5桁目が「9」になることはない。			
感染性関節障害(M00-M03)	M000-M008	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
感染性関節障害(M00-M03)	M0090-M0099	この範囲の全て	○
感染性関節障害(M00-M03)	M010-M028	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
感染性関節障害(M00-M03)	M0290-M0299	この範囲の全て	○
感染性関節障害(M00-M03)	M030-M058	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
炎症性多発性関節障害(M05-M14)	M0590-M0599	この範囲の全て	○
炎症性多発性関節障害(M05-M14)	M060-M068	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
炎症性多発性関節障害(M05-M14)	M0690-M0699	この範囲の全て	○
炎症性多発性関節障害(M05-M14)	M070-M088	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
炎症性多発性関節障害(M05-M14)	M0890-M0899	この範囲の全て	○
炎症性多発性関節障害(M05-M14)	M090-M104	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
炎症性多発性関節障害(M05-M14)	M1090-M1099	この範囲の全て	○
炎症性多発性関節障害(M05-M14)	M110-M118	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
炎症性多発性関節障害(M05-M14)	M1190-M1199	この範囲の全て	○
炎症性多発性関節障害(M05-M14)	M120-M128	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
炎症性多発性関節障害(M05-M14)	M1300	多発性関節炎、詳細不明 多部位	○
炎症性多発性関節障害(M05-M14)	M1301	多発性関節炎、詳細不明 肩甲帯	○
炎症性多発性関節障害(M05-M14)	M1302	多発性関節炎、詳細不明 上腕	○
炎症性多発性関節障害(M05-M14)	M1303	多発性関節炎、詳細不明 前腕	○
炎症性多発性関節障害(M05-M14)	M1304	多発性関節炎、詳細不明 手	○
炎症性多発性関節障害(M05-M14)	M1305	多発性関節炎、詳細不明 骨盤部および大腿	○
炎症性多発性関節障害(M05-M14)	M1306	多発性関節炎、詳細不明 下腿	○
炎症性多発性関節障害(M05-M14)	M1307	多発性関節炎、詳細不明 足関節部および足	○
炎症性多発性関節障害(M05-M14)	M1308	多発性関節炎、詳細不明 その他	○
炎症性多発性関節障害(M05-M14)	M1309	多発性関節炎、詳細不明 部位不明	○
炎症性多発性関節障害(M05-M14)	M131-M138	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
炎症性多発性関節障害(M05-M14)	M1390-M1399	この範囲の全て	○
関節症(M15-M19)	M159	多発性関節症、詳細不明	○
関節症(M15-M19)	M169	股関節症、詳細不明	○
関節症(M15-M19)	M179	膝関節症、詳細不明	○
関節症(M15-M19)	M189	第1手根中手関節の関節症、詳細不明	○
関節症(M15-M19)	M190-M198	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
関節症(M15-M19)	M1990-M1999	この範囲の全て	○
その他の関節障害(M20-M25)	M206	趾<足ゆび>の後天性変形、詳細不明	○
その他の関節障害(M20-M25)	M210-M218	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の関節障害(M20-M25)	M2190-M2199	この範囲の全て	○
その他の関節障害(M20-M25)	M229	膝蓋骨の障害、詳細不明	○

中分類名称等	ICDコード	留意すべきICD分類名称	部位不明・詳細不明コード
その他の関節障害 (M20-M25)	M230-M238	この範囲の部位コード「3」「6」となるもの	
その他の関節障害 (M20-M25)	M230-M238	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の関節障害 (M20-M25)	M2390-M2399	この範囲の全て	○
その他の関節障害 (M20-M25)	M240-M248	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の関節障害 (M20-M25)	M2490-M2499	この範囲の全て	○
その他の関節障害 (M20-M25)	M250-M258	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の関節障害 (M20-M25)	M2590-M2599	この範囲の全て	○
全身性結合組織障害 (M30-M36)	M319	えく壊>死性血管障害、詳細不明	○
全身性結合組織障害 (M30-M36)	M329	全身性エリテマトーデス<紅斑性狼瘡><SLE>、詳細不明	○
全身性結合組織障害 (M30-M36)	M339	皮膚(多発性)筋炎、詳細不明	○
全身性結合組織障害 (M30-M36)	M349	全身性硬化症、詳細不明	○
全身性結合組織障害 (M30-M36)	M359	全身性結合組織疾患、詳細不明	○
変形性脊柱障害 (M40-M43)	M400-M401	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
変形性脊柱障害 (M40-M43)	M4020-M4029	この範囲の全て	○
変形性脊柱障害 (M40-M43)	M403-M404	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
変形性脊柱障害 (M40-M43)	M4050-M4059	この範囲の全て	○
変形性脊柱障害 (M40-M43)	M410-M418	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
変形性脊柱障害 (M40-M43)	M4190-M4199	この範囲の全て	○
変形性脊柱障害 (M40-M43)	M420-M421	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
変形性脊柱障害 (M40-M43)	M4290-M4299	この範囲の全て	○
変形性脊柱障害 (M40-M43)	M430-M438	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
変形性脊柱障害 (M40-M43)	M4390-M4399	この範囲の全て	○
脊椎障害 (M45-M49)	M450-M463	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
脊椎障害 (M45-M49)	M4640-M4649	この範囲の全て	○
脊椎障害 (M45-M49)	M465-M468	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
脊椎障害 (M45-M49)	M4690-M4699	この範囲の全て	○
脊椎障害 (M45-M49)	M470-M478	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
脊椎障害 (M45-M49)	M4790-M4799	この範囲の全て	○
脊椎障害 (M45-M49)	M480-M488	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
脊椎障害 (M45-M49)	M4890-M4899	この範囲の全て	○
脊椎障害 (M45-M49)	M490-M498	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の脊柱障害 (M50-M54)	M509	頸椎椎間板障害、詳細不明	○
その他の脊柱障害 (M50-M54)	M519	椎間板障害、詳細不明	○
その他の脊柱障害 (M50-M54)	M530-M538	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の脊柱障害 (M50-M54)	M5390-M5399	この範囲の全て	○
その他の脊柱障害 (M50-M54)	M540-M548	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の脊柱障害 (M50-M54)	M5490-M5499	この範囲の全て	○
筋障害 (M60-M63)	M600-M608	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
筋障害 (M60-M63)	M6090-M6099	この範囲の全て	○
筋障害 (M60-M63)	M610-M615	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
筋障害 (M60-M63)	M6190-M6199	この範囲の全て	○
筋障害 (M60-M63)	M620-M628	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
筋障害 (M60-M63)	M6290-M6299	この範囲の全て	○
滑膜および腱の障害 (M65-M68)	M650-M658	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
滑膜および腱の障害 (M65-M68)	M6590-M6599	この範囲の全て	○
滑膜および腱の障害 (M65-M68)	M660-M664	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
滑膜および腱の障害 (M65-M68)	M6650-M6659	この範囲の全て	○
滑膜および腱の障害 (M65-M68)	M679	滑膜および腱の障害、詳細不明	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M700-M708	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M7090-M7099	この範囲の全て	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M710-M718	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M7190-M7199	この範囲の全て	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M720-M728	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M7290-M7299	この範囲の全て	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M730-M738	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M759	肩の傷害<損傷>、詳細不明	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M760-M768	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M7690-M7699	この範囲の全て	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M770-M778	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M7790-M7799	この範囲の全て	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M7900-M7909	この範囲の全て	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M7919	筋(肉)痛 部位不明	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M7920-M7929	この範囲の全て	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M7930-M7939	この範囲の全て	○
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M794-M798	この範囲の部位コード「9」となるもの	○

中分類名称等	ICDコード	留意すべきICD分類名称	部位不明・詳細不明コード
その他の軟部組織障害 (M70-M79)	M7990-M7999	この範囲の全て	○
骨の密度および構造の障害 (M80-M85)	M800-M808	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
骨の密度および構造の障害 (M80-M85)	M8090-M8099	この範囲の全て	○
骨の密度および構造の障害 (M80-M85)	M810-M818	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
骨の密度および構造の障害 (M80-M85)	M8190-M8199	この範囲の全て	○
骨の密度および構造の障害 (M80-M85)	M820-M838	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
骨の密度および構造の障害 (M80-M85)	M8390-M8399	この範囲の全て	○
骨の密度および構造の障害 (M80-M85)	M840-M848	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
骨の密度および構造の障害 (M80-M85)	M8490-M8499	この範囲の全て	○
骨の密度および構造の障害 (M80-M85)	M850-M858	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
骨の密度および構造の障害 (M80-M85)	M8590-M8599	この範囲の全て	○
その他の骨障害 (M86-M90)	M860-M868	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の骨障害 (M86-M90)	M8690-M8699	この範囲の全て	○
その他の骨障害 (M86-M90)	M870-M878	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の骨障害 (M86-M90)	M8790-M8799	この範囲の全て	○
その他の骨障害 (M86-M90)	M880-M888	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の骨障害 (M86-M90)	M8890-M8899	この範囲の全て	○
その他の骨障害 (M86-M90)	M890-M898	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
その他の骨障害 (M86-M90)	M8990-M8999	この範囲の全て	○
その他の骨障害 (M86-M90)	M900-M918	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
軟骨障害 (M91-M94)	M9190-M9199	この範囲の全て	○
軟骨障害 (M91-M94)	M929	若年性骨軟骨症<骨端症>、詳細不明	○
軟骨障害 (M91-M94)	M939	骨軟骨障害、詳細不明	○
軟骨障害 (M91-M94)	M940-M948	この範囲の部位コード「9」となるもの	○
軟骨障害 (M91-M94)	M9490-M9499	この範囲の全て	○
筋骨格系および結合組織のその他の障害 (M95-M99)	M959	筋骨格系の後天性変形、詳細不明	○
筋骨格系および結合組織のその他の障害 (M95-M99)	M969	処置後筋骨格障害、詳細不明	○
筋骨格系および結合組織のその他の障害 (M95-M99)	M9990-M9999	この範囲の全て	○
糸球体疾患(N00-N08)	N009	急性腎炎症候群 詳細不明	○
糸球体疾患(N00-N08)	N019	急速進行性腎炎症候群 詳細不明	○
糸球体疾患(N00-N08)	N029	反復性および持続性血尿 詳細不明	○
糸球体疾患(N00-N08)	N039	慢性腎炎症候群 詳細不明	○
糸球体疾患(N00-N08)	N049	ネフローゼ症候群 詳細不明	○
糸球体疾患(N00-N08)	N050-N059	この範囲の全て	○
糸球体疾患(N00-N08)	N069	明示された形態学的病変を伴う単独たんぱく<蛋白>尿 詳細不明	○
糸球体疾患(N00-N08)	N079	遺伝性腎症<ネフロパシー>、他に分類されないもの 詳細不明	○
腎尿細管間質性疾患 (N10-N16)	N119	慢性尿細管間質性腎炎、詳細不明	○
腎尿細管間質性疾患 (N10-N16)	N12	尿管間質性腎炎、急性または慢性と明示されないもの	○
腎尿細管間質性疾患 (N10-N16)	N133	その他および詳細不明の水腎症	○
腎尿細管間質性疾患 (N10-N16)	N139	閉塞性尿路疾患および逆流性尿路疾患、詳細不明	○
腎尿細管間質性疾患 (N10-N16)	N142	詳細不明の薬物、薬剤または生物学的製剤により誘発された腎症<ネフロパシー>	○
腎尿細管間質性疾患 (N10-N16)	N159	腎尿細管間質性疾患、詳細不明	○
腎不全 (N17-N19)	N179	急性腎不全、詳細不明	○
腎不全 (N17-N19)	N189	慢性腎不全、詳細不明	○
腎不全 (N17-N19)	N19	詳細不明の腎不全	○
尿路結石症 (N20-N23)	N209	尿路結石、詳細不明	○
尿路結石症 (N20-N23)	N219	下部尿路結石、詳細不明	○
尿路結石症 (N20-N23)	N23	詳細不明の腎仙痛	○
腎および尿管のその他の障害 (N25-N29)	N259	腎尿管機能障害から生じた障害、詳細不明	○
腎および尿管のその他の障害 (N25-N29)	N26	詳細不明の萎縮腎	○
腎および尿管のその他の障害 (N25-N29)	N279	矮小腎、患側不明	○
腎および尿管のその他の障害 (N25-N29)	N289	腎および尿管の障害、詳細不明	○
尿路系のその他の疾患 (N30-N39)	N309	膀胱炎、詳細不明	○
尿路系のその他の疾患 (N30-N39)	N319	神経因性膀胱(機能障害)、詳細不明	○
尿路系のその他の疾患 (N30-N39)	N329	膀胱障害、詳細不明	○
尿路系のその他の疾患 (N30-N39)	N343	尿道症候群、詳細不明	○
尿路系のその他の疾患 (N30-N39)	N359	尿道狭窄、詳細不明	○
尿路系のその他の疾患 (N30-N39)	N369	尿道の障害、詳細不明	○
尿路系のその他の疾患 (N30-N39)	N390	尿路感染症、部位不明	○
尿路系のその他の疾患 (N30-N39)	N391	持続性たんぱく<蛋白>尿、詳細不明	○
尿路系のその他の疾患 (N30-N39)	N392	起立性たんぱく<蛋白>尿、詳細不明	○
尿路系のその他の疾患 (N30-N39)	N399	尿路系の障害、詳細不明	○
男性性器の疾患 (N40-N51)	N419	前立腺の炎症性疾患、詳細不明	○
男性性器の疾患 (N40-N51)	N429	前立腺の障害、詳細不明	○
男性性器の疾患 (N40-N51)	N433	精巣<睾丸>水腫、詳細不明	○

中分類名称等	ICDコード	留意すべきICD分類名称	部位不明・詳細不明コード
男性性器の疾患(N40-N51)	N489	陰茎の障害、詳細不明	○
男性性器の疾患(N40-N51)	N499	部位不明の男性生殖器の炎症性障害	○
男性性器の疾患(N40-N51)	N509	男性生殖器の障害、詳細不明	○
乳房の障害(N60-N64)	N609	良性乳房異形成(症)、詳細不明	○
乳房の障害(N60-N64)	N63	乳房の詳細不明の塊<lump>	
乳房の障害(N60-N64)	N649	乳房の障害、詳細不明	○
女性骨盤臓器の炎症性疾患(N70-N77)	N709	卵管炎および卵巣炎、詳細不明	○
女性骨盤臓器の炎症性疾患(N70-N77)	N719	子宮の炎症性疾患、詳細不明	○
女性骨盤臓器の炎症性疾患(N70-N77)	N732	詳細不明の子宮傍(結合)組織炎および骨盤蜂巣炎<蜂窩織炎>	○
女性骨盤臓器の炎症性疾患(N70-N77)	N735	女性骨盤腹膜炎、詳細不明	○
女性骨盤臓器の炎症性疾患(N70-N77)	N739	女性骨盤炎症性疾患、詳細不明	○
女性骨盤臓器の炎症性疾患(N70-N77)	N759	バルトリン<Bartholin>腺の疾患、詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害(N80-N98)	N809	子宮内膜症、詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害(N80-N98)	N814	子宮腔脱、詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害(N80-N98)	N819	女性性器脱、詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害(N80-N98)	N829	女性性器瘻、詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害(N80-N98)	N832	その他および詳細不明の卵巣のうく囊>胞	
女性生殖器の非炎症性障害(N80-N98)	N839	卵巣、卵管および子宮広間膜の非炎症性障害、詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害(N80-N98)	N849	女性性器のポリープ、詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害(N80-N98)	N859	子宮の非炎症性障害、詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害(N80-N98)	N879	子宮頸(部)の異形成、詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害(N80-N98)	N889	子宮頸(部)の非炎症性障害、詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害(N80-N98)	N893	腔異形成、詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害(N80-N98)	N899	腔の非炎症性障害、詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害(N80-N98)	N903	外陰異形成、詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害(N80-N98)	N909	外陰および会陰の非炎症性障害、詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害(N80-N98)	N912	無月経、詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害(N80-N98)	N915	希発月経、詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害(N80-N98)	N926	月経不順、詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害(N80-N98)	N939	子宮および腔の異常出血、詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害(N80-N98)	N946	月経困難症、詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害(N80-N98)	N949	女性生殖器および月経周期に関連する詳細不明の病態	○
女性生殖器の非炎症性障害(N80-N98)	N959	閉経期および閉経周辺期障害、詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害(N80-N98)	N979	女性不妊症、詳細不明	○
女性生殖器の非炎症性障害(N80-N98)	N989	人工授精に関連する合併症、詳細不明	○
尿路生殖器系のその他の障害(N99)	N999	腎尿路生殖器系の処置後障害、詳細不明	○
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O009	子宮外妊娠、詳細不明	○
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O019	胎状奇胎、詳細不明	○
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O029	受胎の異常生成物、詳細不明	○
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O033	自然流産 不全流産、その他および詳細不明の合併症を伴うもの	
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O035	自然流産 完全流産または詳細不明の流産、生殖器および骨盤内感染症を合併するもの	
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O036	自然流産 完全流産または詳細不明の流産、遅延出血または多量出血を合併するもの	
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O037	自然流産 完全流産または詳細不明の流産、塞栓症を合併するもの	
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O038	自然流産 完全流産または詳細不明の流産、その他および詳細不明の合併症を伴うもの	
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O039	自然流産 完全流産または詳細不明の流産、合併症を伴わないもの	
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O043	医学的人工流産 不全流産、その他および詳細不明の合併症を伴うもの	
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O045	医学的人工流産 完全流産または詳細不明の流産、生殖器および骨盤内感染症を合併するもの	
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O046	医学的人工流産 完全流産または詳細不明の流産、遅延出血または多量出血を合併するもの	
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O047	医学的人工流産 完全流産または詳細不明の流産、塞栓症を合併するもの	
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O048	医学的人工流産 完全流産または詳細不明の流産、その他および詳細不明の合併症を伴うもの	
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O049	医学的人工流産 完全流産または詳細不明の流産、合併症を伴わないもの	
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O053	その他の流産 不全流産、その他および詳細不明の合併症を伴うもの	
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O055	その他の流産 完全流産または詳細不明の流産、生殖器および骨盤内感染症を合併するもの	
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O056	その他の流産 完全流産または詳細不明の流産、遅延出血または多量出血を合併するもの	
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O057	その他の流産 完全流産または詳細不明の流産、塞栓症を合併するもの	
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O058	その他の流産 完全流産または詳細不明の流産、その他および詳細不明の合併症を伴うもの	
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O059	その他の流産 完全流産または詳細不明の流産、合併症を伴わないもの	
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O060-O069	この範囲の全て	○
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O073	不成功に終わった医学的人工流産、その他および詳細不明の合併症を伴うもの	○
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O075	その他および詳細不明の不成功に終わった人工流産、生殖器および骨盤内感染症を合併するもの	○
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O076	その他および詳細不明の不成功に終わった人工流産、遅延出血または多量出血を合併するもの	○
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O077	その他および詳細不明の不成功に終わった人工流産、塞栓症を合併するもの	○
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O078	その他および詳細不明の不成功に終わった人工流産、その他および詳細不明の合併症を伴うもの	○
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O079	その他および詳細不明の不成功に終わった人工流産、合併症を伴わないもの	○
流産に終わった妊娠(O00-O08)	O089	流産、子宮外妊娠および胎状奇胎妊娠に続発する合併症、詳細不明	○

中分類名称等	ICDコード	留意すべきICD分類名称	部位不明・詳細不明コード
妊娠、分娩および産じょく<褥>における浮腫、たんぱく<蛋白>および高血圧性障害(O10-O16)	O109	妊娠、分娩および産じょく<褥>に合併する詳細不明の既存の高血圧(症)	○
妊娠、分娩および産じょく<褥>における浮腫、たんぱく<蛋白>および高血圧性障害(O10-O16)	O149	子かん<痲>前症、詳細不明	○
妊娠、分娩および産じょく<褥>における浮腫、たんぱく<蛋白>および高血圧性障害(O10-O16)	O159	子かん<痲>、発生時期不明	○
妊娠、分娩および産じょく<褥>における浮腫、たんぱく<蛋白>および高血圧性障害(O10-O16)	O16	詳細不明の母体の高血圧(症)	
主として妊娠に関連するその他の母体障害(O20-O29)	O209	妊娠早期の出血、詳細不明	○
主として妊娠に関連するその他の母体障害(O20-O29)	O219	妊娠嘔吐、詳細不明	○
主として妊娠に関連するその他の母体障害(O20-O29)	O229	妊娠中の静脈合併症、詳細不明	○
主として妊娠に関連するその他の母体障害(O20-O29)	O234	妊娠中の詳細不明の尿路感染症	○
主として妊娠に関連するその他の母体障害(O20-O29)	O239	妊娠中のその他および詳細不明の腎尿路性器感染症	○
主として妊娠に関連するその他の母体障害(O20-O29)	O243	既存の糖尿病、詳細不明	○
主として妊娠に関連するその他の母体障害(O20-O29)	O249	妊娠中の糖尿病、詳細不明	○
主として妊娠に関連するその他の母体障害(O20-O29)	O269	妊娠に関連する病態、詳細不明	○
主として妊娠に関連するその他の母体障害(O20-O29)	O289	母体の分娩前スクリーニングにおける異常所見、詳細不明	○
主として妊娠に関連するその他の母体障害(O20-O29)	O299	妊娠中の麻酔合併症、詳細不明	○
胎児および羊膜腔に関連する母体ケアならびに予想される分娩の諸問題(O30-O48)	O300-O479	この範囲の「9」となるもの	○
分娩の合併症(O60-O75)	O619	分娩誘発の不成功、詳細不明	○
分娩の合併症(O60-O75)	O629	娩出力の異常、詳細不明	○
分娩の合併症(O60-O75)	O639	遷延分娩、詳細不明	○
分娩の合併症(O60-O75)	O649	胎位異常および胎向異常による分娩停止、詳細不明	○
分娩の合併症(O60-O75)	O654	胎児骨盤不均衡による分娩停止、詳細不明	○
分娩の合併症(O60-O75)	O659	母体の骨盤異常による分娩停止、詳細不明	○
分娩の合併症(O60-O75)	O664	試験分娩の不成功、詳細不明	
分娩の合併症(O60-O75)	O665	吸引分娩および鉗子分娩の不成功、詳細不明	
分娩の合併症(O60-O75)	O669	分娩停止、詳細不明	○
分娩の合併症(O60-O75)	O679	分娩時出血、詳細不明	○
分娩の合併症(O60-O75)	O689	胎児ストレスを合併する分娩、詳細不明	○
分娩の合併症(O60-O75)	O699	臍帯合併症を合併する分娩、詳細不明	○
分娩の合併症(O60-O75)	O709	分娩における会陰裂傷<laceration>、詳細不明	○
分娩の合併症(O60-O75)	O719	産科的外傷、詳細不明	○
分娩の合併症(O60-O75)	O749	分娩における麻酔合併症、詳細不明	○
分娩の合併症(O60-O75)	O756	自然破水または詳細不明の破水後の遷延分娩	
分娩の合併症(O60-O75)	O759	分娩の合併症、詳細不明	○
分娩(O80-O84)	O809	単胎自然分娩、詳細不明	○
分娩(O80-O84)	O813	その他および詳細不明の鉗子分娩	○
分娩(O80-O84)	O829	帝王切開による分娩、詳細不明	○
分娩(O80-O84)	O839	介助単胎分娩、詳細不明	○
分娩(O80-O84)	O849	多胎分娩、詳細不明	○
主として産褥に関連する問題(O85-O92)	O864	分娩に続発する原因不明の発熱	
主として産褥に関連する問題(O85-O92)	O879	産じょく<褥>における静脈合併症、詳細不明	○
主として産褥に関連する問題(O85-O92)	O899	産じょく<褥>における麻酔合併症、詳細不明	○
主として産褥に関連する問題(O85-O92)	O909	産じょく<褥>の合併症、詳細不明	○
主として産褥に関連する問題(O85-O92)	O922	分娩に関連するその他および詳細不明の乳房障害	
主として産褥に関連する問題(O85-O92)	O927	その他および詳細不明の乳汁分泌障害	
その他の産科的病態、他に分類されないもの(O94-O99)	O95	原因不明の産科的死亡	
その他の産科的病態、他に分類されないもの(O94-O99)	O989	妊娠、分娩および産じょく<褥>に合併する詳細不明の母体の感染症および寄生虫症	○
母体側要因ならびに妊娠および分娩の合併症により影響を受けた胎児および新生児(P00-P04)	P009	詳細不明の母体の病態により影響を受けた胎児および新生児	○
母体側要因ならびに妊娠および分娩の合併症により影響を受けた胎児および新生児(P00-P04)	P019	母体の妊娠合併症により影響を受けた胎児および新生児、詳細不明	○
母体側要因ならびに妊娠および分娩の合併症により影響を受けた胎児および新生児(P00-P04)	P022	その他および詳細不明の胎盤の形態および機能の異常により影響を受けた胎児および新生児	
母体側要因ならびに妊娠および分娩の合併症により影響を受けた胎児および新生児(P00-P04)	P026	臍帯のその他および詳細不明の病態により影響を受けた胎児および新生児	
母体側要因ならびに妊娠および分娩の合併症により影響を受けた胎児および新生児(P00-P04)	P029	卵膜の異常により影響を受けた胎児および新生児、詳細不明	○
母体側要因ならびに妊娠および分娩の合併症により影響を受けた胎児および新生児(P00-P04)	P039	分娩合併症により影響を受けた胎児および新生児、詳細不明	○
母体側要因ならびに妊娠および分娩の合併症により影響を受けた胎児および新生児(P00-P04)	P049	母体の有害な影響を受けた胎児および新生児、詳細不明	○
妊娠期間および胎児発育に関連する障害(P05-P08)	P059	胎児の発育遅延<成長遅滞>、詳細不明	○
出産外傷(P10-P15)	P109	出産損傷による詳細不明の頭蓋内裂傷<laceration>および出血	○
出産外傷(P10-P15)	P112	出産損傷による詳細不明の脳傷害	○
出産外傷(P10-P15)	P119	中枢神経系の出産損傷、詳細不明	○
出産外傷(P10-P15)	P129	頭皮の出産損傷、詳細不明	○
出産外傷(P10-P15)	P139	骨格の出産損傷、詳細不明	○
出産外傷(P10-P15)	P149	末梢神経系の出産損傷、詳細不明	○
出産外傷(P10-P15)	P159	出産損傷、詳細不明	○
周産期に特異的な呼吸障害および心血管障害(P20-P29)	P209	子宮内低酸素症、詳細不明	○
周産期に特異的な呼吸障害および心血管障害(P20-P29)	P219	出生時仮死、詳細不明	○
周産期に特異的な呼吸障害および心血管障害(P20-P29)	P229	新生児の呼吸窮<促>迫、詳細不明	○
周産期に特異的な呼吸障害および心血管障害(P20-P29)	P239	先天性肺炎、詳細不明	○
周産期に特異的な呼吸障害および心血管障害(P20-P29)	P249	新生児吸引症候群、詳細不明	○

中分類名称等	ICDコード	留意すべきICD分類名称	部位不明・詳細不明コード
周産期に特異的な呼吸障害および心血管障害(P20-P29)	P269	周産期に発生した詳細不明の肺出血	○
周産期に特異的な呼吸障害および心血管障害(P20-P29)	P279	周産期に発生した詳細不明の慢性呼吸器疾患	○
周産期に特異的な呼吸障害および心血管障害(P20-P29)	P281	その他および詳細不明の新生児無気肺	
周産期に特異的な呼吸障害および心血管障害(P20-P29)	P289	新生児の呼吸器病態、詳細不明	○
周産期に特異的な呼吸障害および心血管障害(P20-P29)	P299	周産期に発生した心血管障害、詳細不明	○
周産期に特異的な感染症(P35-P39)	P359	先天性ウイルス疾患、詳細不明	○
周産期に特異的な感染症(P35-P39)	P361	その他および詳細不明のレンサ球菌による新生児の敗血症	
周産期に特異的な感染症(P35-P39)	P363	その他および詳細不明のブドウ球菌による新生児の敗血症	
周産期に特異的な感染症(P35-P39)	P369	新生児の細菌性敗血症、詳細不明	○
周産期に特異的な感染症(P35-P39)	P379	先天性感染症または寄生虫症、詳細不明	
周産期に特異的な感染症(P35-P39)	P399	周産期に特異的な感染症、詳細不明	○
胎児および新生児の出血性障害および血液障害(P50-P61)	P509	胎児失血、詳細不明	○
胎児および新生児の出血性障害および血液障害(P50-P61)	P519	新生児の臍出血、詳細不明	○
胎児および新生児の出血性障害および血液障害(P50-P61)	P523	胎児および新生児の詳細不明の脳室内(非外傷性)出血	
胎児および新生児の出血性障害および血液障害(P50-P61)	P529	胎児および新生児の頭蓋内(非外傷性)出血、詳細不明	○
胎児および新生児の出血性障害および血液障害(P50-P61)	P549	新生児出血、詳細不明	○
胎児および新生児の出血性障害および血液障害(P50-P61)	P559	胎児および新生児の溶血性疾患、詳細不明	○
胎児および新生児の出血性障害および血液障害(P50-P61)	P569	その他および詳細不明の溶血性疾患による胎児水腫	
胎児および新生児の出血性障害および血液障害(P50-P61)	P579	核黄疸、詳細不明	○
胎児および新生児の出血性障害および血液障害(P50-P61)	P589	多量の溶血による新生児黄疸、詳細不明	○
胎児および新生児の出血性障害および血液障害(P50-P61)	P592	その他および詳細不明の肝細胞傷害による新生児黄疸	
胎児および新生児の出血性障害および血液障害(P50-P61)	P599	新生児黄疸、詳細不明	
胎児および新生児の出血性障害および血液障害(P50-P61)	P619	周産期の血液障害、詳細不明	○
胎児および新生児に特異的な一過性の内分泌障害および代謝障害(P70-P74)	P700-P749	この範囲の「.9」となるもの	○
胎児および新生児の消化器系障害(P75-P78)	P760-P789	この範囲の「.9」となるもの	○
胎児および新生児の外皮および体温調節に関連する病態(P80-P83)	P809	新生児低体温、詳細不明	○
胎児および新生児の外皮および体温調節に関連する病態(P80-P83)	P819	新生児の体温調節機能障害、詳細不明	
胎児および新生児の外皮および体温調節に関連する病態(P80-P83)	P833	胎児および新生児に特異的なその他および詳細不明の浮腫	
胎児および新生児の外皮および体温調節に関連する病態(P80-P83)	P839	胎児および新生児に特異的な外皮の病態、詳細不明	○
周産期に発生したその他の障害(P90-P96)	P919	新生児の脳の機能障害、詳細不明	○
周産期に発生したその他の障害(P90-P96)	P929	新生児の哺乳上の問題、詳細不明	○
周産期に発生したその他の障害(P90-P96)	P949	新生児の筋緊張障害、詳細不明	○
周産期に発生したその他の障害(P90-P96)	P95	原因不明の胎児死亡	
周産期に発生したその他の障害(P90-P96)	P969	周産期に発生した病態、詳細不明	○
神経系の先天奇形(Q00-Q07)	Q019	脳瘤、詳細不明	○
神経系の先天奇形(Q00-Q07)	Q039	先天性水頭症、詳細不明	○
神経系の先天奇形(Q00-Q07)	Q049	脳の先天奇形、詳細不明	○
神経系の先天奇形(Q00-Q07)	Q054	詳細不明の二分脊椎<脊椎抜く破>裂>、水頭症を伴うもの	
神経系の先天奇形(Q00-Q07)	Q059	二分脊椎<脊椎抜く破>裂>、詳細不明	○
神経系の先天奇形(Q00-Q07)	Q069	脊髄の先天奇形、詳細不明	○
神経系の先天奇形(Q00-Q07)	Q079	神経系の先天奇形、詳細不明	○
眼、耳、顔面および頸部の先天奇形(Q10-Q18)	Q129	先天(性)水晶体奇形、詳細不明	○
眼、耳、顔面および頸部の先天奇形(Q10-Q18)	Q139	前眼部の先天奇形、詳細不明	○
眼、耳、顔面および頸部の先天奇形(Q10-Q18)	Q149	眼球後極部の先天奇形、詳細不明	○
眼、耳、顔面および頸部の先天奇形(Q10-Q18)	Q159	眼の先天奇形、詳細不明	○
眼、耳、顔面および頸部の先天奇形(Q10-Q18)	Q169	聴覚障害の原因となる耳の先天奇形、詳細不明	
眼、耳、顔面および頸部の先天奇形(Q10-Q18)	Q179	耳の先天奇形、詳細不明	○
眼、耳、顔面および頸部の先天奇形(Q10-Q18)	Q189	顔面および頸部の先天奇形、詳細不明	○
循環器系の先天奇形(Q20-Q28)	Q209	心臓の房室および結合部の先天奇形、詳細不明	○
循環器系の先天奇形(Q20-Q28)	Q219	心(臓)中隔の先天奇形、詳細不明	○
循環器系の先天奇形(Q20-Q28)	Q229	三尖弁の先天奇形、詳細不明	○
循環器系の先天奇形(Q20-Q28)	Q239	大動脈弁および僧帽弁の先天奇形、詳細不明	○
循環器系の先天奇形(Q20-Q28)	Q249	心臓の先天奇形、詳細不明	○
循環器系の先天奇形(Q20-Q28)	Q259	大型動脈の先天奇形、詳細不明	○
循環器系の先天奇形(Q20-Q28)	Q264	肺静脈還流<結合>異常(症)、詳細不明	○
循環器系の先天奇形(Q20-Q28)	Q269	大型静脈の先天奇形、詳細不明	○
循環器系の先天奇形(Q20-Q28)	Q279	末梢血管系の先天奇形、詳細不明	○
循環器系の先天奇形(Q20-Q28)	Q289	循環器系の先天奇形、詳細不明	○
呼吸器系の先天奇形(Q30-Q34)	Q300-Q349	この範囲の「.9」となるもの	○
唇裂および口蓋裂(Q35-Q37)	Q359	詳細不明の口蓋裂	○
唇裂および口蓋裂(Q35-Q37)	Q378	詳細不明の口蓋裂、両側性唇裂を伴うもの	○
唇裂および口蓋裂(Q35-Q37)	Q379	詳細不明の口蓋裂、片側性唇裂を伴うもの	○
消化器系のその他の先天奇形(Q38-Q45)	Q399	食道の先天奇形、詳細不明	○
消化器系のその他の先天奇形(Q38-Q45)	Q403	胃の先天奇形、詳細不明	○
消化器系のその他の先天奇形(Q38-Q45)	Q409	上部消化管の先天奇形、詳細不明	○

中分類名称等	ICDコード	留意すべきICD分類名称	部位不明・詳細不明コード
消化器系のその他の先天奇形 (Q38-Q45)	Q419	小腸の先天(性)欠損、閉鎖および狭窄、部位不明	○
消化器系のその他の先天奇形 (Q38-Q45)	Q419A	小腸の先天(性)欠損、閉鎖および狭窄、部位不明 欠損	○
消化器系のその他の先天奇形 (Q38-Q45)	Q419B	小腸の先天(性)欠損、閉鎖および狭窄、部位不明 閉鎖	○
消化器系のその他の先天奇形 (Q38-Q45)	Q419C	小腸の先天(性)欠損、閉鎖および狭窄、部位不明 狭窄	○
消化器系のその他の先天奇形 (Q38-Q45)	Q429	大腸の先天(性)欠損、閉鎖および狭窄、部位不明	○
消化器系のその他の先天奇形 (Q38-Q45)	Q429A	大腸の先天(性)欠損、閉鎖および狭窄、部位不明 欠損	○
消化器系のその他の先天奇形 (Q38-Q45)	Q429B	大腸の先天(性)欠損、閉鎖および狭窄、部位不明 閉鎖	○
消化器系のその他の先天奇形 (Q38-Q45)	Q429C	大腸の先天(性)欠損、閉鎖および狭窄、部位不明 狭窄	○
消化器系のその他の先天奇形 (Q38-Q45)	Q439	腸の先天奇形、詳細不明	○
消化器系のその他の先天奇形 (Q38-Q45)	Q459	消化器系の先天奇形、詳細不明	○
性器の先天奇形 (Q50-Q56)	Q519	子宮および子宮頸(部)の先天奇形、詳細不明	○
性器の先天奇形 (Q50-Q56)	Q529	女性性器の先天奇形、詳細不明	○
性器の先天奇形 (Q50-Q56)	Q539	停留精巣<辜丸>、患側不明	○
性器の先天奇形 (Q50-Q56)	Q549	尿道下裂、詳細不明	○
性器の先天奇形 (Q50-Q56)	Q559	男性生殖器の先天奇形、詳細不明	○
性器の先天奇形 (Q50-Q56)	Q563	仮性半陰陽、詳細不明	○
性器の先天奇形 (Q50-Q56)	Q564	性不確定、詳細不明	○
尿路系の先天奇形 (Q60-Q64)	Q602	腎無発生、患側不明	○
尿路系の先天奇形 (Q60-Q64)	Q605	腎低形成<形成不全>、患側不明	○
尿路系の先天奇形 (Q60-Q64)	Q613	多発性のう<囊>胞腎、病型不明	○
尿路系の先天奇形 (Q60-Q64)	Q619	のう<囊>胞性腎疾患、詳細不明	○
尿路系の先天奇形 (Q60-Q64)	Q639	腎の先天奇形、詳細不明	○
尿路系の先天奇形 (Q60-Q64)	Q649	尿路系の先天奇形、詳細不明	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q652	先天性股関節脱臼<先天股脱>、患側不明	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q655	先天性股関節垂脱臼、患側不明	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q659	股関節の先天(性)変形、詳細不明	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q669	足の先天(性)変形、詳細不明	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q685	脚の長管骨の先天(性)彎曲、詳細不明	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q699	多指<趾>(症)、詳細不明	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q709	合指<趾>(症)、詳細不明	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q719	上肢の減形成、詳細不明	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q729	下肢の減形成、詳細不明	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q730	詳細不明の(四)肢の先天(性)欠損	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q731	フォコモリー<あざらし肢症>、詳細不明の(四)肢	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q738	詳細不明の(四)肢のその他の減形成	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q749	(四)肢の詳細不明の先天奇形	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q759	頭蓋および顔面骨の先天奇形、詳細不明	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q769	骨性胸郭の先天奇形、詳細不明	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q779	骨軟骨異形成<形成異常>(症)、長管骨および脊椎の成長障害を伴うもの、詳細不明	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q789	骨軟骨異形成<形成異常>(症)、詳細不明	○
筋骨格系の先天奇形および変形 (Q65-Q79)	Q799	筋骨格系の先天奇形、詳細不明	○
その他の先天奇形 (Q80-Q89)	Q809	先天性魚りんせん<鱗癬>、詳細不明	○
その他の先天奇形 (Q80-Q89)	Q819	表皮水疱症、詳細不明	○
その他の先天奇形 (Q80-Q89)	Q829	皮膚の先天奇形、詳細不明	○
その他の先天奇形 (Q80-Q89)	Q839	乳房の先天奇形、詳細不明	○
その他の先天奇形 (Q80-Q89)	Q849	外皮の先天奇形、詳細不明	○
その他の先天奇形 (Q80-Q89)	Q859	母斑症、詳細不明	○
その他の先天奇形 (Q80-Q89)	Q899	先天奇形、詳細不明	○
染色体異常、他に分類されないもの (Q90-Q99)	Q909	ダウン<Down>症候群、詳細不明	○
染色体異常、他に分類されないもの (Q90-Q99)	Q913	エドワーズ<Edwards>症候群、詳細不明	○
染色体異常、他に分類されないもの (Q90-Q99)	Q917	パトー<Patau>症候群、詳細不明	○
染色体異常、他に分類されないもの (Q90-Q99)	Q929	常染色体のトリソミーおよび部分トリソミー、詳細不明	○
染色体異常、他に分類されないもの (Q90-Q99)	Q939	常染色体欠失、詳細不明	○
染色体異常、他に分類されないもの (Q90-Q99)	Q959	均衡型再配列およびマーカー(染色体)、詳細不明	○
染色体異常、他に分類されないもの (Q90-Q99)	Q969	ターナー<Turner>症候群、詳細不明	○
染色体異常、他に分類されないもの (Q90-Q99)	Q979	性染色体異常、女性表現型、詳細不明	○
染色体異常、他に分類されないもの (Q90-Q99)	Q984	クラインフェルター<Klinefelter>症候群、詳細不明	○
染色体異常、他に分類されないもの (Q90-Q99)	Q989	性染色体異常、男性表現型、詳細不明	○
染色体異常、他に分類されないもの (Q90-Q99)	Q999	染色体異常、詳細不明	○
◇R分類については、全てにおいて他に分類出来ないか再検討を要する。			
循環器系および呼吸器系に関する症状および徴候 (R00-R09)	R000	頻脈、詳細不明	○
循環器系および呼吸器系に関する症状および徴候 (R00-R09)	R001	徐脈、詳細不明	○
循環器系および呼吸器系に関する症状および徴候 (R00-R09)	R008	その他および詳細不明の心拍の異常	○

中分類名称等	ICDコード	留意すべきICD分類名称	部位不明・詳細不明コード
循環器系および呼吸器系に関する症状および徴候 (R00-R09)	R011	心雑音、詳細不明	○
循環器系および呼吸器系に関する症状および徴候 (R00-R09)	R049	気道からの出血、詳細不明	○
循環器系および呼吸器系に関する症状および徴候 (R00-R09)	R068	その他および詳細不明の呼吸の異常	○
循環器系および呼吸器系に関する症状および徴候 (R00-R09)	R074	胸痛、詳細不明	○
消化器系および腹部に関する症状および徴候 (R10-R19)	R104	その他および詳細不明の腹痛	○
皮膚および皮下組織に関する症状および徴候 (R20-R29)	R208	その他および詳細不明の皮膚感覚障害	○
皮膚および皮下組織に関する症状および徴候 (R20-R29)	R229	限局性腫脹、腫瘍<mass>および塊<lump>、部位不明	○
皮膚および皮下組織に関する症状および徴候 (R20-R29)	R238	その他および詳細不明の皮膚変化	○
皮膚および皮下組織に関する症状および徴候 (R20-R29)	R251	振戦、詳細不明	○
皮膚および皮下組織に関する症状および徴候 (R20-R29)	R258	その他および詳細不明の異常不随意運動	○
皮膚および皮下組織に関する症状および徴候 (R20-R29)	R268	歩行および移動のその他および詳細不明の異常	○
皮膚および皮下組織に関する症状および徴候 (R20-R29)	R270	運動失調(症)、詳細不明	○
皮膚および皮下組織に関する症状および徴候 (R20-R29)	R278	その他および詳細不明の協調運動障害	○
皮膚および皮下組織に関する症状および徴候 (R20-R29)	R298	神経系および筋骨格系に関するその他および詳細不明の症状および徴候	○
尿路系に関する症状および徴候 (R30-R39)	R309	排尿痛、詳細不明	○
尿路系に関する症状および徴候 (R30-R39)	R398	尿路系に関するその他および詳細不明の症状および徴候	○
認識、知覚、情緒状態および行動に関する症状および徴候 (R40-R46)	R402	昏睡、詳細不明	○
認識、知覚、情緒状態および行動に関する症状および徴候 (R40-R46)	R410	失見当(識)、詳細不明	○
認識、知覚、情緒状態および行動に関する症状および徴候 (R40-R46)	R418	認知機能および自覚に関するその他および詳細不明の症状および徴候	○
認識、知覚、情緒状態および行動に関する症状および徴候 (R40-R46)	R438	嗅覚および味覚のその他および詳細不明の障害	○
認識、知覚、情緒状態および行動に関する症状および徴候 (R40-R46)	R443	幻覚、詳細不明	○
認識、知覚、情緒状態および行動に関する症状および徴候 (R40-R46)	R448	一般感覚および知覚に関するその他および詳細不明の症状および徴候	○
認識、知覚、情緒状態および行動に関する症状および徴候 (R40-R46)	R457	情緒性ショックおよびストレスの(持続)状態、詳細不明	○
言語および音声に関する症状および徴候 (R47-R49)	R478	その他および詳細不明の言語の障害	○
言語および音声に関する症状および徴候 (R47-R49)	R488	その他および詳細不明の表象機能の障害	○
言語および音声に関する症状および徴候 (R47-R49)	R498	その他および詳細不明の音声の障害	○
全身症状および徴候 (R50-R69)	R509	発熱、詳細不明	○
全身症状および徴候 (R50-R69)	R529	疼痛、詳細不明	○
全身症状および徴候 (R50-R69)	R568	その他および詳細不明のけいれん<痙攣>	○
全身症状および徴候 (R50-R69)	R579	ショック、詳細不明	○
全身症状および徴候 (R50-R69)	R599	リンパ節腫大、詳細不明	○
全身症状および徴候 (R50-R69)	R609	浮腫、詳細不明	○
全身症状および徴候 (R50-R69)	R619	発汗過多<多汗>(症)、詳細不明	○
全身症状および徴候 (R50-R69)	R629	身体標準発育不足、詳細不明	○
全身症状および徴候 (R50-R69)	R682	口内乾燥、詳細不明	○
血液検査の異常所見、診断名の記載がないもの (R70-R79)	R739	高血糖、詳細不明	○
血液検査の異常所見、診断名の記載がないもの (R70-R79)	R749	詳細不明の血清酵素の異常値	○
血液検査の異常所見、診断名の記載がないもの (R70-R79)	R769	血清の免疫学的異常所見、詳細不明	○
血液検査の異常所見、診断名の記載がないもの (R70-R79)	R779	血漿たんぱく<蛋白>の異常、詳細不明	○
血液検査の異常所見、診断名の記載がないもの (R70-R79)	R789	詳細不明の物質の検出、正常では血中から検出されないもの	○
血液検査の異常所見、診断名の記載がないもの (R70-R79)	R799	血液化学的異常所見、詳細不明	○
尿検査の異常所見、診断名の記載がないもの (R80-R82)	R829	尿のその他および詳細不明の異常所見	○
その他の体液、検体<材料>および組織の検査の異常所見、診断名の記載がないもの (R83-R89)	R839	脳脊髄液に関する異常所見 詳細不明の異常所見	○
その他の体液、検体<材料>および組織の検査の異常所見、診断名の記載がないもの (R83-R89)	R849	呼吸器および胸部<郭>からの検体<材料>の異常所見 詳細不明の異常所見	○
その他の体液、検体<材料>および組織の検査の異常所見、診断名の記載がないもの (R83-R89)	R859	消化器および腹腔からの検体<材料>の異常所見 詳細不明の異常所見	○
その他の体液、検体<材料>および組織の検査の異常所見、診断名の記載がないもの (R83-R89)	R869	男性生殖器からの検体<材料>の異常所見 詳細不明の異常所見	○
その他の体液、検体<材料>および組織の検査の異常所見、診断名の記載がないもの (R83-R89)	R879	女性生殖器からの検体<材料>の異常所見 詳細不明の異常所見	○
その他の体液、検体<材料>および組織の検査の異常所見、診断名の記載がないもの (R83-R89)	R899	その他の臓器、器官系および組織からの検体<材料>の異常所見 詳細不明の異常所見	○
頭部損傷 (S00-S09)	S009	頭部の表在損傷、部位不明	○
頭部損傷 (S00-S09)	S019	頭部の開放創、部位不明	○
頭部損傷 (S00-S09)	S029	頭蓋骨および顔面骨の骨折、部位不明	○
頭部損傷 (S00-S09)	S0290	頭蓋骨および顔面骨の骨折、部位不明 閉鎖性	○
頭部損傷 (S00-S09)	S0291	頭蓋骨および顔面骨の骨折、部位不明 開放性	○
頭部損傷 (S00-S09)	S033	頭部のその他および部位不明の脱臼	○
頭部損傷 (S00-S09)	S035	頭部のその他および部位不明の関節および靭帯の捻挫およびストレイン	○
頭部損傷 (S00-S09)	S049	詳細不明の脳神経損傷	○
頭部損傷 (S00-S09)	S059	眼球および眼窩の損傷、詳細不明	○
頭部損傷 (S00-S09)	S069	頭蓋内損傷、詳細不明	○
頭部損傷 (S00-S09)	S0690	頭蓋内損傷、詳細不明 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	○
頭部損傷 (S00-S09)	S0691	頭蓋内損傷、詳細不明 頭蓋内に達する開放創を伴うもの	○
頭部損傷 (S00-S09)	S079	頭部の挫滅損傷、部位不明	○
頭部損傷 (S00-S09)	S089	頭部の部位不明の外傷性切断	○
頭部損傷 (S00-S09)	S099	頭部の詳細不明の損傷	○
頸部損傷 (S10-S19)	S101	咽喉部<のど>のその他および詳細不明の表在損傷	○
頸部損傷 (S10-S19)	S109	頸部の表在損傷、部位不明	○

中分類名称等	ICDコード	留意すべきICD分類名称	部位不明・詳細不明コード
頸部損傷(S10-S19)	S119	頸部の開放創、部位不明	○
頸部損傷(S10-S19)	S129	頸部の骨折、部位不明	○
頸部損傷(S10-S19)	S1290	頸部の骨折、部位不明 閉鎖性	○
頸部損傷(S10-S19)	S1291	頸部の骨折、部位不明 開放性	○
頸部損傷(S10-S19)	S132	頸部のその他および部位不明の脱臼	
頸部損傷(S10-S19)	S136	頸部のその他および部位不明の関節および靭帯の捻挫およびストレイン	
頸部損傷(S10-S19)	S141	頸髄のその他および詳細不明の損傷	
頸部損傷(S10-S19)	S146	頸部のその他および詳細不明の神経損傷	
頸部損傷(S10-S19)	S159	頸部の詳細不明の血管損傷	○
頸部損傷(S10-S19)	S179	頸部の挫滅損傷、部位不明	
頸部損傷(S10-S19)	S199	頸部の詳細不明の損傷	○
胸部(郭)損傷(S20-S29)	S201	乳房のその他および詳細不明の表在損傷	
胸部(郭)損傷(S20-S29)	S208	胸部<郭>のその他および部位不明の表在損傷	
胸部(郭)損傷(S20-S29)	S219	胸部<郭>の開放創、部位不明	○
胸部(郭)損傷(S20-S29)	S229	骨性胸郭の骨折、部位不明	○
胸部(郭)損傷(S20-S29)	S2290	骨性胸郭の骨折、部位不明 閉鎖性	○
胸部(郭)損傷(S20-S29)	S2291	骨性胸郭の骨折、部位不明 開放性	○
胸部(郭)損傷(S20-S29)	S232	胸部<郭>のその他および部位不明の脱臼	
胸部(郭)損傷(S20-S29)	S235	胸部<郭>のその他および部位不明の捻挫およびストレイン	
胸部(郭)損傷(S20-S29)	S241	胸髄のその他および詳細不明の損傷	
胸部(郭)損傷(S20-S29)	S246	胸部<郭>の詳細不明の神経損傷	○
胸部(郭)損傷(S20-S29)	S259	胸部<郭>の詳細不明の血管損傷	○
胸部(郭)損傷(S20-S29)	S269	心臓損傷、詳細不明	○
胸部(郭)損傷(S20-S29)	S2690	心臓損傷、詳細不明 胸腔に達する開放創を伴わないもの	○
胸部(郭)損傷(S20-S29)	S2691	心臓損傷、詳細不明 胸腔に達する開放創を伴うもの	○
胸部(郭)損傷(S20-S29)	S279	詳細不明の胸腔内臓器の損傷	○
胸部(郭)損傷(S20-S29)	S2790	詳細不明の胸腔内臓器の損傷 胸腔に達する開放創を伴わないもの	○
胸部(郭)損傷(S20-S29)	S2791	詳細不明の胸腔内臓器の損傷 胸腔に達する開放創を伴うもの	○
胸部(郭)損傷(S20-S29)	S299	胸部<郭>の詳細不明の損傷	○
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷(S30-S39)	S309	腹部、下背部および骨盤部の表在損傷、部位不明	○
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷(S30-S39)	S315	その他および詳細不明の外性器の開放創	
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷(S30-S39)	S318	腹部のその他および部位不明の開放創	
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷(S30-S39)	S328	腰椎および骨盤のその他および部位不明の骨折	
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷(S30-S39)	S3280	腰椎および骨盤のその他および部位不明の骨折 閉鎖性	
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷(S30-S39)	S3281	腰椎および骨盤のその他および部位不明の骨折 開放性	
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷(S30-S39)	S333	腰椎および骨盤のその他および部位不明の脱臼	
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷(S30-S39)	S337	腰椎および骨盤のその他および部位不明の捻挫およびストレイン	
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷(S30-S39)	S348	腹部、下背部および骨盤部のその他および詳細不明の神経損傷	
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷(S30-S39)	S359	腹部、下背部および骨盤部の詳細不明の血管損傷	○
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷(S30-S39)	S369	詳細不明の腹腔内臓器の損傷	○
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷(S30-S39)	S3690	詳細不明の腹腔内臓器の損傷 腹腔に達する開放創を伴わないもの	○
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷(S30-S39)	S3691	詳細不明の腹腔内臓器の損傷 腹腔に達する開放創を伴うもの	○
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷(S30-S39)	S379	詳細不明の骨盤臓器の損傷	○
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷(S30-S39)	S3790	詳細不明の骨盤臓器の損傷 骨盤腔に達する開放創を伴わないもの	○
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷(S30-S39)	S3791	詳細不明の骨盤臓器の損傷 骨盤腔に達する開放創を伴うもの	○
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷(S30-S39)	S381	腹部、下背部および骨盤部のその他および部位不明の挫滅損傷	
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷(S30-S39)	S383	腹部、下背部および骨盤部のその他および部位不明の外傷性切断	
腰部、下背部、腰椎および骨盤部の損傷(S30-S39)	S399	腹部、下背部および骨盤部の詳細不明の損傷	○
肩および上腕の損傷(S40-S49)	S409	肩および上腕の表在損傷、詳細不明	○
肩および上腕の損傷(S40-S49)	S418	肩甲<上肢>のその他および部位不明の開放創	
肩および上腕の損傷(S40-S49)	S429	肩甲<上肢>帯の骨折、部位不明	○
肩および上腕の損傷(S40-S49)	S4290	肩甲<上肢>帯の骨折、部位不明 閉鎖性	○
肩および上腕の損傷(S40-S49)	S4291	肩甲<上肢>帯の骨折、部位不明 開放性	○
肩および上腕の損傷(S40-S49)	S433	肩甲<上肢>帯のその他および部位不明の脱臼	
肩および上腕の損傷(S40-S49)	S437	肩甲<上肢>帯のその他および部位不明の捻挫およびストレイン	
肩および上腕の損傷(S40-S49)	S449	肩および上腕の詳細不明の神経損傷	○
肩および上腕の損傷(S40-S49)	S459	肩および上腕の詳細不明の血管損傷	○
肩および上腕の損傷(S40-S49)	S469	肩および上腕の詳細不明の筋および腱の損傷	○
肩および上腕の損傷(S40-S49)	S489	肩および上腕の外傷性切断、部位不明	○
肩および上腕の損傷(S40-S49)	S499	肩および上腕の詳細不明の損傷	○
肘および前腕の損傷(S50-S59)	S501	前腕のその他および部位不明の挫滅	
肘および前腕の損傷(S50-S59)	S509	前腕の表在損傷、詳細不明	○
肘および前腕の損傷(S50-S59)	S519	前腕の開放創、部位不明	○
肘および前腕の損傷(S50-S59)	S529	前腕の骨折、部位不明	○
肘および前腕の損傷(S50-S59)	S5290	前腕の骨折、部位不明 閉鎖性	○

中分類名称等	ICDコード	留意すべきICD分類名称	部位不明・詳細不明コード
肘および前腕の損傷(S50-S59)	S5291	前腕の骨折、部位不明 開放性	○
肘および前腕の損傷(S50-S59)	S531	肘の脱臼、詳細不明	
肘および前腕の損傷(S50-S59)	S549	前腕の詳細不明の神経損傷	○
肘および前腕の損傷(S50-S59)	S559	前腕の詳細不明の血管損傷	○
肘および前腕の損傷(S50-S59)	S568	前腕のその他および詳細不明の筋および腱の損傷	
肘および前腕の損傷(S50-S59)	S579	前腕の挫減損傷、部位不明	○
肘および前腕の損傷(S50-S59)	S589	前腕の外傷性切断、部位不明	○
肘および前腕の損傷(S50-S59)	S599	前腕の詳細不明の損傷	○
手首および手の損傷(S60-S69)	S609	手首および手の表在損傷、詳細不明	○
手首および手の損傷(S60-S69)	S619	手首および手の開放創、部位不明	○
手首および手の損傷(S60-S69)	S628	手首および手のその他および部位不明の骨折	
手首および手の損傷(S60-S69)	S6280	手首および手のその他および部位不明の骨折 閉鎖性	
手首および手の損傷(S60-S69)	S6281	手首および手のその他および部位不明の骨折 開放性	
手首および手の損傷(S60-S69)	S637	手のその他および部位不明の捻挫およびストレイン	
手首および手の損傷(S60-S69)	S649	手首および手の詳細不明の神経損傷	○
手首および手の損傷(S60-S69)	S659	手首および手の詳細不明の血管損傷	○
手首および手の損傷(S60-S69)	S669	手首および手の詳細不明の筋および腱の損傷	○
手首および手の損傷(S60-S69)	S678	手首および手のその他および部位不明の挫減損傷	
手首および手の損傷(S60-S69)	S689	手首および手の外傷性切断、部位不明	○
手首および手の損傷(S60-S69)	S699	手首および手の詳細不明の損傷	○
股関節部および大腿の損傷(S70-S79)	S709	股関節部および大腿の表在損傷、詳細不明	○
股関節部および大腿の損傷(S70-S79)	S718	骨盤<下肢>帯のその他および部位不明の開放創	
股関節部および大腿の損傷(S70-S79)	S729	大腿骨骨折、部位不明	○
股関節部および大腿の損傷(S70-S79)	S7290	大腿骨骨折、部位不明 閉鎖性	○
股関節部および大腿の損傷(S70-S79)	S7291	大腿骨骨折、部位不明 開放性	○
股関節部および大腿の損傷(S70-S79)	S749	股関節部および大腿の詳細不明の神経損傷	○
股関節部および大腿の損傷(S70-S79)	S759	股関節部および大腿の詳細不明の血管損傷	○
股関節部および大腿の損傷(S70-S79)	S764	大腿のその他および詳細不明の筋および腱の損傷	
股関節部および大腿の損傷(S70-S79)	S789	股関節部および大腿の外傷性切断、部位不明	○
股関節部および大腿の損傷(S70-S79)	S799	股関節部および大腿の詳細不明の損傷	○
膝および下腿の損傷(S80-S89)	S801	下腿のその他および部位不明の挫傷	
膝および下腿の損傷(S80-S89)	S809	下腿の表在損傷、詳細不明	○
膝および下腿の損傷(S80-S89)	S819	下腿の開放創、部位不明	○
膝および下腿の損傷(S80-S89)	S829	下腿の骨折、部位不明	○
膝および下腿の損傷(S80-S89)	S8290	下腿の骨折、部位不明 閉鎖性	○
膝および下腿の損傷(S80-S89)	S8291	下腿の骨折、部位不明 開放性	○
膝および下腿の損傷(S80-S89)	S836	膝のその他および部位不明の捻挫およびストレイン	
膝および下腿の損傷(S80-S89)	S849	下腿の詳細不明の神経損傷	○
膝および下腿の損傷(S80-S89)	S859	下腿の詳細不明の血管損傷	○
膝および下腿の損傷(S80-S89)	S869	下腿の詳細不明の筋および腱の損傷	○
膝および下腿の損傷(S80-S89)	S878	下腿のその他および部位不明の挫減損傷	
膝および下腿の損傷(S80-S89)	S889	下腿の外傷性切断、部位不明	○
膝および下腿の損傷(S80-S89)	S899	下腿の詳細不明の損傷	○
足首および足の損傷(S90-S99)	S903	足のその他および部位不明の挫傷	
足首および足の損傷(S90-S99)	S909	足首および足の表在損傷、詳細不明	○
足首および足の損傷(S90-S99)	S929	足の骨折、詳細不明	○
足首および足の損傷(S90-S99)	S9290	足の骨折、詳細不明 閉鎖性	○
足首および足の損傷(S90-S99)	S9291	足の骨折、詳細不明 開放性	○
足首および足の損傷(S90-S99)	S933	足のその他および部位不明の脱臼	
足首および足の損傷(S90-S99)	S936	足のその他および部位不明の捻挫およびストレイン	
足首および足の損傷(S90-S99)	S949	足首および足の詳細不明の神経損傷	○
足首および足の損傷(S90-S99)	S959	足首および足の詳細不明の血管損傷	○
足首および足の損傷(S90-S99)	S969	足首および足の詳細不明の筋および腱の損傷	○
足首および足の損傷(S90-S99)	S984	足の外傷性切断、部位不明	○
足首および足の損傷(S90-S99)	S999	足首および足の詳細不明の損傷	○
多部位の損傷(T00-T07)	T009	多発性表在損傷、詳細不明	○
多部位の損傷(T00-T07)	T019	多発性開放創、詳細不明	○
多部位の損傷(T00-T07)	T029	多発骨折、詳細不明	○
多部位の損傷(T00-T07)	T0290	多発骨折、詳細不明 閉鎖性	○
多部位の損傷(T00-T07)	T0291	多発骨折、詳細不明 開放性	○
多部位の損傷(T00-T07)	T039	多発性の脱臼、捻挫およびストレイン、詳細不明	○
多部位の損傷(T00-T07)	T049	多発性挫減損傷、詳細不明	○
多部位の損傷(T00-T07)	T059	多発性外傷性切断、詳細不明	○
多部位の損傷(T00-T07)	T07	詳細不明の多発性損傷	
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T08-0	脊椎骨折、部位不明 閉鎖性	○

中分類名称等	ICDコード	留意すべきICD分類名称	部位不明・詳細不明コード
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T08-1	脊椎骨折、部位不明 開放性	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T090-T099	この範囲の全て	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T10-0	上肢の骨折、部位不明 閉鎖性	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T10-1	上肢の骨折、部位不明 開放性	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T110	上肢の表在損傷、部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T111	上肢の開放創、部位不明	
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T112	上肢の詳細不明の関節および靭帯の脱臼、捻挫およびストレイン、部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T113	上肢の詳細不明の神経損傷、部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T114	上肢の詳細不明の血管損傷、部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T115	上肢の詳細不明の筋および腱の損傷、部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T116	上肢の外傷性切断、部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T118	上肢のその他の明示された損傷、部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T119	上肢の詳細不明の損傷、部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T12-0	下肢の骨折、部位不明 閉鎖性	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T12-1	下肢の骨折、部位不明 開放性	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T130	下肢の表在損傷、部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T131	下肢の開放創、部位不明	
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T132	下肢の詳細不明の関節および靭帯の脱臼、捻挫およびストレイン、部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T133	下肢の詳細不明の神経損傷、部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T134	下肢の詳細不明の血管損傷、部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T135	下肢の詳細不明の筋および腱の損傷、部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T136	下肢の外傷性切断、部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T138	下肢のその他の明示された損傷、部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T139	下肢の詳細不明の損傷、部位不明	○
部位不明の体幹もしくは(四)肢の損傷または部位不明の損傷(T08-T14)	T140-T149	この範囲の全て	○
自然開口部からの異物進入の作用(T15-T19)	T150-T199	この範囲の「9」となるもの	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T200	頭部および頸部の程度不明の熱傷	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T204	頭部および頸部の程度不明の腐食	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T210	体幹の程度不明の熱傷	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T214	体幹の程度不明の腐食	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T220	肩および上肢の程度不明の熱傷、手首および手を除く	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T224	肩および上肢の程度不明の腐食、手首および手を除く	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T230	手首および手の程度不明の熱傷	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T234	手首および手の程度不明の腐食	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T240	股関節部および下肢の程度不明の熱傷、足首および足を除く	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T244	股関節部および下肢の程度不明の腐食、足首および足を除く	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T250	足首および足の程度不明の熱傷	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T254	足首および足の程度不明の腐食	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T264	眼および付属器の熱傷、部位不明	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T269	眼および付属器の腐食、部位不明	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T273	気道の熱傷、部位不明	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T277	気道の腐食、部位不明	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T284	その他および詳細不明の内臓の熱傷	
熱傷および腐食(T20-T32)	T289	その他および詳細不明の内臓の腐食	
熱傷および腐食(T20-T32)	T290	多部位の熱傷、程度不明	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T294	多部位の腐食、程度不明	○
熱傷および腐食(T20-T32)	T300-T307	この範囲の全て	○
凍傷(T33-T35)	T339	その他および部位不明の表在性凍傷	○
凍傷(T33-T35)	T349	その他および部位不明の組織へく壊>死を伴う凍傷	○
凍傷(T33-T35)	T352	頭部および頸部の詳細不明の凍傷	○
凍傷(T33-T35)	T353	胸部<郭>、腹部、下背部および骨盤部の詳細不明の凍傷	○
凍傷(T33-T35)	T354	上肢の詳細不明の凍傷	○
凍傷(T33-T35)	T355	下肢の詳細不明の凍傷	○
凍傷(T33-T35)	T356	多部位の詳細不明の凍傷	○
凍傷(T33-T35)	T357	詳細不明の凍傷、部位不明	○
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T369	全身性抗生物質による中毒、詳細不明	○
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T379	全身性抗感染薬および抗寄生虫薬による中毒、詳細不明	○
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T388	その他および詳細不明のホルモン類およびその合成代替薬による中毒	
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T389	その他および詳細不明のホルモン拮抗薬による中毒	○
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T399	非オピオイド系鎮痛薬、解熱薬および抗リウマチ薬による中毒、詳細不明	○
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T406	その他および詳細不明の麻薬による中毒	
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T409	その他および詳細不明の精神変容薬[幻覚発現薬]による中毒	
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T412	その他および詳細不明の全身麻酔薬による中毒	
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T414	麻酔薬による中毒、詳細不明	○
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T427	抗てんかん薬および鎮静・催眠薬による中毒、詳細不明	○

中分類名称等	ICDコード	留意すべきICD分類名称	部位不明・詳細不明コード
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T432	その他および詳細不明の抗うつ薬による中毒	
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T435	その他および詳細不明の抗精神病薬および神経抑制薬による中毒	
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T439	向精神薬による中毒、詳細不明	○
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T449	主として自律神経系に作用するその他および詳細不明の薬物による中毒	
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T459	主として全身および血液に作用する薬物による中毒、詳細不明	○
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T469	主として心血管系に作用するその他および詳細不明の薬物による中毒	○
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T479	主として消化器系に作用する薬物による中毒、詳細不明	○
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T482	主として筋肉に作用するその他および詳細不明の薬物による中毒	
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T487	主として呼吸器系に作用するその他および詳細不明の薬物による中毒	
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T499	局所用薬による中毒、詳細不明	○
薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒(T36-T50)	T509	その他および詳細不明の薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒	
薬用を主としないう物質の毒作用(T51-T65)	T510-T659	この範囲の「9」となるもの	○
外因のその他および詳細不明の作用(T66-T78)	T66	放射線の作用、詳細不明	
外因のその他および詳細不明の作用(T66-T78)	T675	日射病、詳細不明	○
外因のその他および詳細不明の作用(T66-T78)	T679	熱および光線の作用、詳細不明	○
外因のその他および詳細不明の作用(T66-T78)	T699	低温の作用、詳細不明	○
外因のその他および詳細不明の作用(T66-T78)	T702	高所のその他および詳細不明の作用	
外因のその他および詳細不明の作用(T66-T78)	T709	気圧および水圧の作用、詳細不明	○
外因のその他および詳細不明の作用(T66-T78)	T739	欠乏・消耗の作用、詳細不明	○
外因のその他および詳細不明の作用(T66-T78)	T749	虐待症候群、詳細不明	○
外因のその他および詳細不明の作用(T66-T78)	T782	アナフィラキシーショック、詳細不明	
外因のその他および詳細不明の作用(T66-T78)	T784	アレルギー、詳細不明	
外因のその他および詳細不明の作用(T66-T78)	T789	有害作用、詳細不明	○
外傷の早期合併症(T79)	T799	外傷の詳細不明の早期合併症	○
外科的および内科的ケアの合併症、他に分類されないもの(T80-T88)	T809	輸液、輸血および治療用注射に続発する詳細不明の合併症	○
外科的および内科的ケアの合併症、他に分類されないもの(T80-T88)	T819	処置の詳細不明の合併症	○
外科的および内科的ケアの合併症、他に分類されないもの(T80-T88)	T829	心臓および血管のプロステーシス、挿入物および移植片の詳細不明の合併症	○
外科的および内科的ケアの合併症、他に分類されないもの(T80-T88)	T839	尿路性器プロステーシス、挿入物および移植片の詳細不明の合併症	○
外科的および内科的ケアの合併症、他に分類されないもの(T80-T88)	T849	体内整形外科のプロステーシス、挿入物および移植片の詳細不明の合併症	○
外科的および内科的ケアの合併症、他に分類されないもの(T80-T88)	T859	体内プロステーシス、挿入物および移植片の詳細不明の合併症	○
外科的および内科的ケアの合併症、他に分類されないもの(T80-T88)	T869	詳細不明の移植臓器および組織の不全および拒絶反応	○
外科的および内科的ケアの合併症、他に分類されないもの(T80-T88)	T876	切断端のその他および詳細不明の合併症	
外科的および内科的ケアの合併症、他に分類されないもの(T80-T88)	T887	薬物および薬剤の詳細不明の有害作用	○
外科的および内科的ケアの合併症、他に分類されないもの(T80-T88)	T889	外科的および内科的ケアの合併症、詳細不明	○
損傷、中毒およびその他の外因による影響の続発・後遺症(T90-T98)	T909	頭部の詳細不明の損傷の続発・後遺症	○
損傷、中毒およびその他の外因による影響の続発・後遺症(T90-T98)	T919	頸部および体幹の詳細不明の損傷の続発・後遺症	○
損傷、中毒およびその他の外因による影響の続発・後遺症(T90-T98)	T929	上肢の詳細不明の損傷の続発・後遺症	○
損傷、中毒およびその他の外因による影響の続発・後遺症(T90-T98)	T939	下肢の詳細不明の損傷の続発・後遺症	○
損傷、中毒およびその他の外因による影響の続発・後遺症(T90-T98)	T941	損傷の続発・後遺症、部位の明示されないもの	
損傷、中毒およびその他の外因による影響の続発・後遺症(T90-T98)	T959	詳細不明の熱傷、腐食および凍傷の続発・後遺症	○
損傷、中毒およびその他の外因による影響の続発・後遺症(T90-T98)	T981	外因のその他および詳細不明の作用の続発・後遺症	
原因不明の新たな疾患の暫定分類(U00-U49)	U049	重症急性呼吸器症候群[SARS]、詳細不明	○
抗生物質に耐性の細菌性病原体(U80-U89)	U899	詳細不明の抗生物質耐性病原体	○

「D P C 導入の影響評価」に係る
レセプトデータダウンロード方式による
レセプト情報データ収集について

第14版

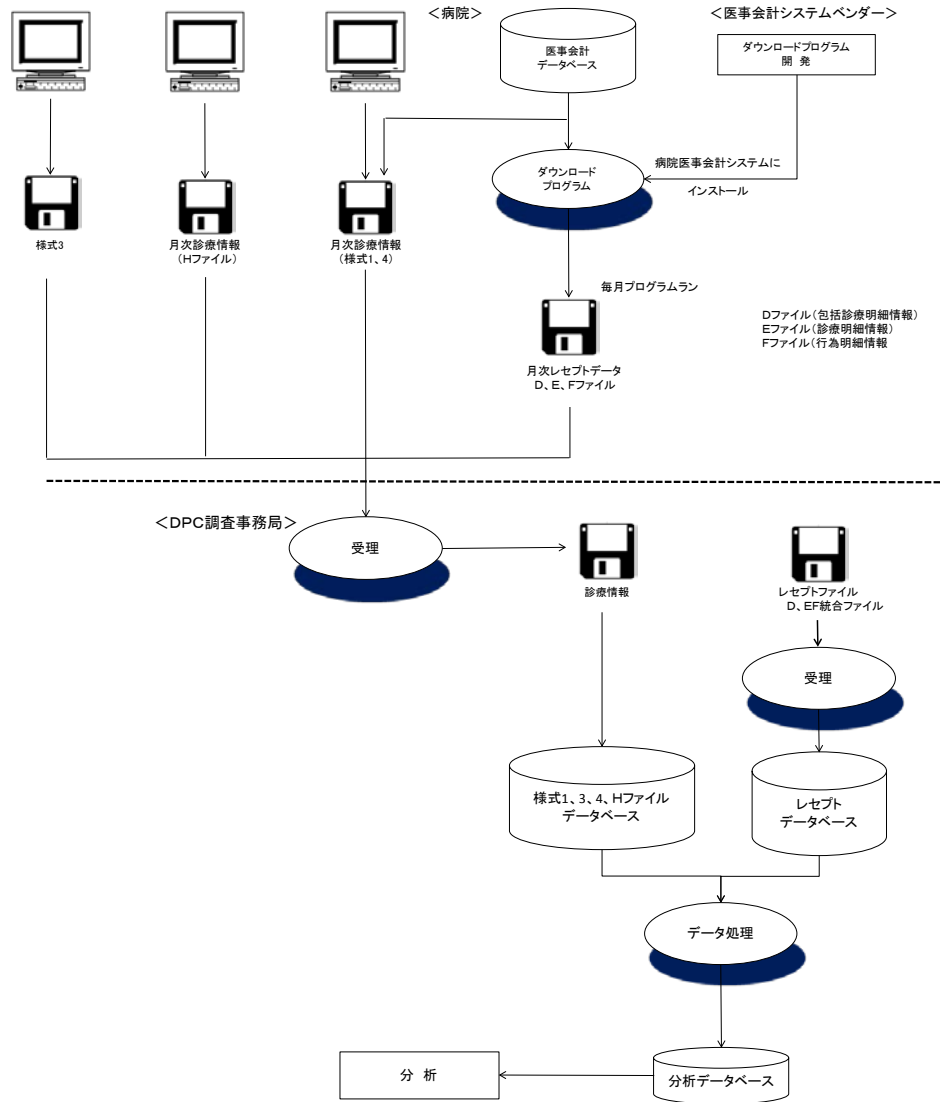
平成29年4月6日

データ収集におけるレセプト情報は、所定の統一形式でレセプトのデータを毎月ダウンロードしたデータを蓄積する方法（レセプトデータダウンロード方式）が基本となる。

本資料はレセプトデータダウンロード方式の詳細を提示するものです。

このレセプトデータダウンロード方式による役割分担と作業フローは次に示す形になります。

＜レセプトデータを活用した試行診療情報データ収集方式＞



1. レセプトデータダウンロード方式の提出データの仕様

ファイルレイアウト : レセプトデータダウンロード・データ仕様 参照

提出データ形式 : タブ区切テキスト形式。
日本語はシフトJIS形式。
外字は含めない。(単位、名称等)

提出媒体 : MO、CD、DVD-R、DVD+R

提出単位 : 毎月、1ヶ月分をダウンロードし、3ヶ月毎に3ヶ月分をまとめて提出。

ファイル名 : ファイル名は16ページ参照。

2. ファイル作成方式の基本的な方法

以下の点がファイルレコードを生成する上での基本です。

- ・メーカーにて開発されたアプリケーションプログラムを、病院設置のコンピュータにインストール、常駐させる形とし、病院の担当者が月に一度当該アプリケーションを起動させると所定の形式にのっとりデータファイルが作成される形を基本とする。
- ・その際、当該処理月の指定やファイル名のインプット等が必要であっても、作業が容易に病院の担当者により実施可能なアプリケーションとする。
- ・月内の全入院症例に係るコンピュータ内に取り込まれ、または生成された診療行為単位に、全行為情報をレコードとして作成する。
- ・データファイルはEファイル（診療明細情報）、Fファイル（行為明細情報）とDファイル（包括診療明細情報）の3種類で構成される（最終ページ、レセプトダウンロードデータ仕様参照）。E、Fファイルの関係は親子の関係であり、Eファイルのレコードは、一連の行為を基本とし、Fファイルではその中に含まれる行為単位、薬剤、診療材料単位に分割してレコードを作成する。
- ・医科の範囲とする。
- ・同一データ識別者に同月内に複数の入院が発生する場合に、入退院別に診療行為を分割する。さらに入退院の中で同一診療行為が複数日にわたって実施されている場合、レコードを分離し、実施日別に別レコードとする。
- ・当該月内に存在した症例に関わるすべてのデータを含むこと。
- ・症状詳記等において、個人の情報が含まれる場合にはEFファイルに出力しないこと。

下記参照のこと。

入退院時期	前月以前	当該月	翌月以降
当月内に入院が完了		←→	
前月以前に入院、当月に退院	←→		
当月に入院、翌月以降に退院		←→	←→
前月以前に入院、翌月以降に退院	←→		←→
当月内に複数入退院が発生 ^(注)	←→	←→	←→

(注)：この場合は入退院年月日を別にし、レコードを分ける。

- ・加算についてもレコードを作成する。一連の行為を単位として独立する場合はEファイルにもレコードとして作成する。従属の場合はFにレコードが発生する。

3. データ仕様の概要

各々のデータ項目毎の定義等はプロセスデータ仕様を参照していただくこととし、以下に追加の説明を加える。

1) Eファイル（診療明細情報）、Fファイル（行為明細情報）

DPC 対象病院における E ファイル、F ファイルは、医科点数表に準じて計算した点数（出来高換算した点数）にて作成すること。

EF ファイルにおいて診療項目を包括する入院料を出力した場合は、これらに包括される診療項目も併せて出力すること。ただし、入院料以外の医学管理料等に包括される診療項目は出力しない。包括診療項目の出力方法については、後述の「入院料に包括される診療項目の扱い」を参照。

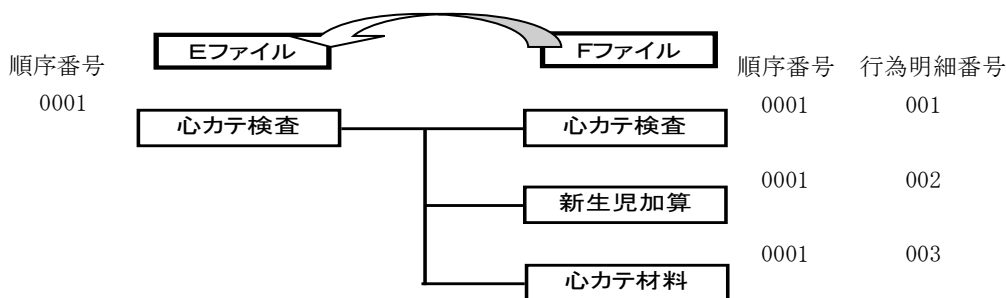
また、持参薬も DPC 対象病院、DPC 準備病院については出力必須とする。出力方法については、後述の「持参薬の扱い」を参照。

- ・施設コード：(E-1、F-1、EF-1)
レセプトに記載するコード。都道府県コード(2桁)と医療機関コード(7桁)を合わせて9桁とする。(様式1と同一コード)
- ・データ識別番号(E-2、F-2、EF-2)
データを識別するための固有番号で、複数回入退院があっても同一のコードとする。様式1と同一の番号とする。カルテの番号である必要はない。
- ・退院年月日：(E-3、F-3、EF-3)
当月末時点において、当該入院がまだ入院中の場合は、ゼロ8桁‘00000000’とする。
- ・入院年月日：(E-4、F-4、EF-4)
当該入院日を8桁(yyyymmdd)で記載する。
- ・データ区分：(E-5、F-5、EF-5)
レセプト電算処理システムの診療識別コード(医科)をうめる。以下のうち()内は外来データを作成する場合に適用となる。

[コード]	[名称]	[コード]	[名称]
11	初診	32	静脈内
(12)	(再診)	33	その他
13	指導	39	薬剤料減点=入院
14	在宅	40	処置
21	内服	50	手術
22	屯服	54	麻酔
23	外用	60	検査・病理
24	調剤=入院	70	画像診断
(25)	(処方)	80	その他
26	麻毒	90	入院基本料=入院
27	調基	92	特定入院料=入院
28	その他=入院	97	食事療養・標準負担額=入院
31	皮下筋肉内		

※先進医療に係る項目はデータ区分‘80’を設定する。

- ・順序番号：(E-6、F-6、EF-6)
データ識別番号、入退院及びデータ区分の分類毎に一連の行為を最大のレコードとして0001から順に採番する。同一行為は実施日別に別レコードを発生させる。入退院が複数月にまたがる場合には月を通して連続番号で採番することを基本とする。これが不可能な場合には、上記の分類毎に月内の採番でも可とする。
- ・行為明細番号：(F-7、EF-7)
Fファイルでは、順序番号の中を更に行為や医薬品、診療材料単位に分割してレコードを発生させる。前提として、実施日別のレコードとする。(順序番号を親とすると、行為明細番号は子に相当する)
診療明細情報の順序番号に対応する行為明細を001から付番すること。(001~999)
ただし、投薬についてはレセプト入力日単位にまとめることも可とする。なお、退院時処方に関しては、退院時処方以外の薬剤とは分けて別の順序番号で作成すること。
先進医療に係る項目を行った場合、行為明細番号については必ず001を記載することとし、定められた解釈番号および行為明細点数を行為明細番号001の行に記載する。



・レセプト電算処理システム用コード：(E-8、F-9、EF-9)

コメントコードは‘8’から開始するコードを使用する。

診療行為のE-8レセプト電算コードについてはFファイルに対応する先頭の診療行為レコードのレセプト電算コードをうめること。Fファイルに診療行為レコードがない場合は薬剤、材料のレコードをうめる。

また、コメントについてEファイルは不要であるが、Fファイルについては残すようにする。Eファイルでコメントコードを使用した場合は点数ゼロとする(先進医療に係る項目を除く)。

先進医療に係る項目を行った場合には‘810000001’のフリーコメントを記載し、下記解釈番号を付与すること。

・解釈番号：(E-9、F-10、EF-10)

点数表コード(K600等)で、病院のマスタが対応できる場合にうめる。

先進医療に係る項目を行った場合には、下記例の通り明記する。‘Z2’又は‘Z3’より始まる解釈番号については、先進医療に係る項目でのみ用いること。

(例：第2項高周波切除器を用いた子宮腺筋症核出術(整理番号1)を行った場合、Z2001と入力。)

(例：第3項低出力体外衝撃波治療法(整理番号13)を行った場合、Z3013と入力。)

解釈番号については、必ず行為明細番号001が付与されている行に記載すること。

※整理番号については、新しいものが追加される度に下記URLに掲載されるので、その都度参照すること。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryu/kikan03.html>

・診療行為名称：(E-10) および、診療明細名称：(F-11、EF-11)

レセプトに記載する名称。病院のマスタにて使用している名称を用いても良いが、その場合には院内で設定している外字などの定義がなくとも可読なように変換を行うこと。日本語コードにはシフトJISを用いること。

・行為点数：(E-11、EF-18)

一連の行為をレコードの最大単位としている。包括化、まるめなどによって、差異が発生するが、Eファイルの点数フィールドの値はレセプトと同一の値を正とする(査定前)。減加算の場合は-をつけ負の形態をとる。

・円点区分：(E-14、F-17、EF-15)

設定した値が円単位で表示されるレコードには「1」を、点単位で表示されるレコードには「0」を設定する。

Eファイルでは食事(E5データ区分‘97’のレコード)に「1」を設定し、他のものに「0」を設定する。

Fファイルでは食事(F5データ区分‘97’のレコード)に加えてF-17行為明細薬剤料及びF-16行為明細材料料についても「1」を設定し、他のものに「0」を設定する。

先進医療に係る項目はEファイル、Fファイルともに「1」を設定する。

・行為明細点数：(F-14、EF-14)

行為の点数または金額を1レコードで合算せず、医科診療行為マスタに基づき各々1レコード単位で設定すること。ただし、医科診療行為マスタの点数識別の5:%加算および6:%減算に関しては「0」を設定する。なお、きざみ値については出来高実績点数と同様にきざみ計算後の点数を記録することとする。

診療明細名称(F-5)	行為明細点数(F-14)
MRI撮影(その他)	950
2回目以降減算(CT・MRI)	0
造影剤使用加算(MRI撮影)	250

なお、先進医療に係る項目を行った場合、行為明細点数に先進医療について徴収した特別の料金の金額を記載する。

先進医療に係る項目を記載する際は以下の通りとする。

(例：低出力体外衝撃波治療法(整理番号13)を実施し、特別の料金として300,000円徴収した場合)

データ区分(F-5)	順序番号(F-6)	行為明細番号(F-7)	レセプト電算処理システム用コード(F-9)	解釈番号(F-10)	診療明細名称(F-11)	行為明細点数(F-14)	円点区分(F-17)
80	0025	001	810000001	Z3013	先進医療	300,000	1

※データ区分は80とし、診療明細名称に記載する内容は任意とする。

データ区分(E-5)	順序番号(E-6)	レセプト電算処理システム用コード(E-8)	解釈番号(E-9)	診療行為名称(E-10)	行為点数(E-11)	円点区分(E-14)
80	0025	810000001	Z3013	先進医療	300,000	1

- ・ **行為明細薬剤料**：(F-15、 EF-14)
行為毎の薬剤料で薬価×使用量とする。
1円未満の場合は小数点第3位まで出力のこと。
- ・ **行為明細材料料**：(F-16、 EF-14)
行為毎の材料料で、購入価または公示価に使用量をかけた値とする。
1円未満の場合は小数点第3位まで出力のこと。
- ・ **行為回数**：(E-15、 EF-21)
同一日に同一行為が複数回発生した場合は、合計した点数がE-11、12、13に計上され、回数は1とすることを基本とする。(薬剤等)
ただし、合計処理が不可能な場合で、各々を別レコードとして分離できず、かつ、点数が1回当たり点数となる場合は、回数として2以上が入る。合計処理は、統一データ処理にて実施。
- ・ **レセ電算保険者番号**：(E-16、 EF-22)
主たる保険をうめる。
- ・ **レセプト種別コード**：(E-17、 EF-23)
レセプト電算処理システムのレセプト種別コードをうめる。(別紙—4参照)
- ・ **レセプト科区分**：(E-19、 EF-25)
レセプト電算処理システムの診療科コードをうめる。(別紙—2参照) なお、病棟区分が「2.入院中の外来診療」の場合、外来診療を行った診療科の診療科コードを設定する。
- ・ **診療科区分**：(E-20、 EF-26)
処置伝票などをコンピュータに入力する際に同時に入力された標榜科などの診療科をうめる。コードは、指定された診療科コードとする(別紙—1参照)。診療科目が当該病院の診療科名と一致しない場合には、近いものを適宜選択する。
また、コード番号は3桁であるので、これを超えない変更は可能である。なお、病棟区分が「2.入院中の外来診療」の場合、外来診療を行った診療科の診療科コードを設定する。
- ・ **医師コード**：(E-21、 EF-27)
処置伝票などをコンピュータに入力する際に同時に入力された医師コードをうめる。なお、病棟区分が「2.入院中の外来診療」の場合、外来診療を行った医師の医師コードをうめる。
- ・ **使用量**：(F-12、 EF-12)
基準単位に合わせた使用量を小数点以上7桁、小数点以下3桁にて設定(小数点は『.』にて設定する)。0.002mlの場合、0000000.002。行為コードでレセプト電算処理システム用コードの単位が設定されていない場合は0000000.000を設定。また、使用量については、出来高実績点数(F-18、 EF-16)を算出した根拠となる使用量、回数、数量を設定する。
- ・ **基準単位**：(F-13、 EF-3)
レセプト電算処理システムの基本マスタ(医科診療行為マスタ、医薬品マスタ及び特定器材マスタ)に単位コード(診療行為の場合はデータ規格コード)が規定されている場合は、基本マスタに規定された単位コード等に対応した単位コード(別紙—3参照)を設定する。また、単位コードが規定されていない場合は、使用量算出の根拠となる単位コードを設定する。
- ・ **病棟コード**：(E-22、 EF-28)
病院独自コードとする。退院時の病棟コードではなく、実施日毎にセットすること。
- ・ **病棟区分**：(E-23、 EF-29)
入院中の外来診療については、病棟を外来扱いとし、コードをうめる。
このとき、レセプト科区分と診療科区分は当該診療科とし、医師は外来診療を行った医師のコードをうめることとする。
- ・ **入外区分**：(E-24、 EF-30)
「0:入院」を入力する。
- ・ **施設タイプ**：(E-25、 EF-31)
統一データ処理用のフィールドである。
- ・ **出来高実績点数**：(F-18、 EF-16)
出来高算定として請求すべき点数を設定する。なお、DPCに係る特定入院料等に包括される診療項目に関しては、特定入院料等を算定しない場合の点数を記載する(詳細は後述の「入院料に包括される診療項目の扱い」を参照)。また、持参薬に関しても点数を記載する(詳細は後述の「持参薬の扱い」を参照)。
行為、薬剤、材料のレコード(②入院料包括項目区分が「0」のものに限る)の出来高実績点数の合算が、Eファイルの行為点数と一致すること。
薬剤レコード(②入院料包括項目区分が「0」で③持参薬区分が「0」のものに限る)の出来高実績点数の合算が、Eフ

ファイルの行為薬剤料と一致すること。

材料レコード（②入院料包括項目区分が「0」のものに限る）の出来高実績点数の合算が、E ファイルの行為材料料と一致すること。

薬剤、材料に関しては、計算した単位の最後のレコードに点数を設定する。

行為に関して、加算がある場合には、加算分のレコードには、加算分の点数を設定すること。なお、%加算等で端数が発生する場合には、その加算レコードで調整すること。

但し、その場合でも、行為（加算含む）の出来高実績点数の合計は、E ファイルの行為点数の薬剤・材料を除いた分と一致すること。

また、%減算がある場合には、“-”（マイナス）付きで、マイナス点数を設定すること。

包括対象検査（検査項目数に応じて医科点数表の算定額が包括されるもの。例：○項目以上△点 など）については、点数表に規定する項目数に応じた点数を、点数算定内の一連の検査（医科診療行為マスタの「包括対象検査」が同じもの）の最終レコードに設定する。なお、項目数に応じた点数を算定しない場合及び包括対象検査以外の場合の診療行為レコードは、レコード毎に点数を設定しなければならないので注意すること。

・行為明細区分情報：（F-19、 EF-17）

次の12個の区分を連結した12桁の数字をセットする。

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

① 退院時処方区分

退院時処方に該当する薬剤には「1」を、それ以外には「0」を設定する。

なお、「1」を設定するのは当該入院の退院時処方に該当する薬剤のみで「出来高で算定可能な薬剤」ではないことに留意すること。

② 入院料包括項目区分

DPCに係る特定入院料等に包括される診療項目（薬剤、特定保険医療材料を含む）には「1」を、診療項目を包括するその他の入院料に包括される診療項目（薬剤、特定保険医療材料を含む）には「2」を、それ以外には「0」を設定する（詳細は後述の「入院料に包括される診療項目の扱い」を参照）。ただし、診療項目を包括する入院料本体には「0」を設定すること。

③ 持参薬区分

自院又は他の病院等で処方された薬剤を患者が持参し、自院で入院中に使用した場合は、使用した薬剤に次の区分を設定してEFファイルに出力する。

- 1：当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとして使用
- 2：当該入院の契機となる傷病の治療に係らないものとして使用

持参薬以外は「0」を設定する。

④ 持参薬処方区分

持参薬（③持参薬区分：「1」・「2」）の場合は次の区分を設定してEFファイルに出力する。

- 1：自院が処方した薬剤
- 2：自院以外が処方した薬剤

持参薬以外（③持参薬区分：「0」）は「0」を設定する。

⑤ DPC 適用区分

医科診療行為マスタのDPC 適用区分と同じ値を設定する。

薬剤、特定器材には包括「0」を設定する。

⑥～⑫ 予備

「0」を設定する。

【入院料に包括される診療項目の扱い】

(1) 診療項目を包括する入院料を算定する期間については、これらを算定しないとした場合に医科点数表により算定する診療項目（包括診療項目）を追加で出力する。入院基本料および入院基本料等加算も出力すること（但し、療養病棟入院基本料については(2)に従う。）。また、基本的検体検査実施料、基本的エックス線診断料については、当該入院料算定期間中の基本的検体検査実施料および基本的エックス線診断料の記載は行わず、個々の細かい診療内容を記載することとする。

なお、診療項目を包括する入院料を算定しないとした場合に、医療機関で届け出た入院基本料の施設基準がないなどの理由で入院基本料が出力できないときは、「一般病棟特別入院基本料」を算定すると仮定して入院基本料、入院基本料等加算、その他の包括診療項目を出力する。

DPCに係る特定入院料等に包括される診療項目については、出来高実績点数（F-18、EF-16）に「特定入院料等を算定しないとした場合に医科点数表に準じて計算した点数（出来高換算した点数）」を設定し、行為明細区分情報の入院料包括項目区分（F-19、EF-17 ②）に「1」を設定する。

【DPCに係る特定入院料等】

A300 救命救急入院料
A301 特定集中治療室管理料
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
A301-4 小児特定集中治療室管理料
A302 新生児特定集中治療室管理料
A303 総合周産期特定集中治療室管理料
A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料
A305 一類感染症患者入院医療管理料
A307 小児入院医療管理料
A4003 短期滞在手術等基本料 3

上記以外の入院料に包括される診療項目については、出来高実績点数（F-18、EF-16）に「0」を設定し、行為明細区分情報の入院料包括項目区分（F-19、EF-17 ②）に「2」を設定する。なお、出来高実績点数（F-18、EF-16）については「当該入院料を算定しないとした場合に医科点数表に準じて計算した点数（出来高換算した点数）」を設定しても差し支えない。

【診療項目を包括する上記以外の入院料】

A306 特殊疾患入院医療管理料
A308 回復期リハビリテーション病棟入院料
A308-3 地域包括ケア病棟入院料
A309 特殊疾患病棟入院料
A310 緩和ケア病棟入院料
A311 精神科救急入院料
A311-2 精神科急性期治療病棟入院料
A311-3 精神科救急・合併症入院料
A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料
A312 精神療養病棟入院料
A314 認知症治療病棟入院料
A317 特定一般病棟入院料
A4002 短期滞在手術等基本料 2
A101 療養病棟入院基本料 等

診療項目を包括する入院料を算定する日以外に当該入院料に包括される診療項目がある場合は、当該包括診療項目を出力しても差し支えない。出力する場合は、当該入院料を算定する期間と同様に出来高実績点数（F-18、EF-16）を設定し、行為明細区分情報の入院料包括項目区分（F-19、EF17 ②）には「1」もしくは「2」を設定すること。

例）小児入院医療管理料など検体検査判断料（以下「判断料」という。）が包括される入院料に係る病棟に入院して退

院後、同一月に当該判断料を包括しない入院料に係る病棟に入院して初めて当該判断料が算定できる検体検査を実施した場合、当該判断料は算定できない。このとき、当該判断料は診療項目を包括する入院料を算定する期間外の包括診療項目であるが、EF ファイルに出力しても差し支えない。

(2) 医科点数表「A101 療養病棟入院基本料」（一般病棟入院基本料「注 11」、特定機能病院入院基本料「注 9」、および専門病院入院基本料「注 8」の規定により療養病棟入院基本料 1 の例により算定する場合を含む。）を算定する期間については、「一般病棟特別入院基本料」を算定すると仮定した場合に医科点数表により算定する診療項目（包括診療項目）を追加で出力する。なお、包括診療項目として入院基本料等加算は出力しないこととする。

出力する包括診療項目については、出来高実績点数（F-18、EF-16）に「0」を設定し、行為明細区分情報の入院料包括項目区分（F-19、EF-17 ②）に「2」を設定する。なお、出来高実績点数（F-18、EF-16）については「当該入院料を算定しないとした場合に医科点数表に準じて計算した点数（出来高換算した点数）」を設定しても差し支えない。

前項(1)において、入院料に包括される診療項目として療養病棟入院基本料を出力した場合は、療養病棟入院基本料を算定する期間と同様に、「一般病棟特別入院基本料」を算定すると仮定して、さらに療養病棟入院基本料の包括診療項目を追加で出力する。

(3) 包括対象検査（検査項目数に応じて医科点数表の算定額が包括されるもの。例：○項目以上△点 など）については、点数表に規定する項目数に応じた点数を、点数算定内の一連の検査（医科診療行為マスタの「包括対象検査」が同じもの）の最終レコードに設定する。

【持参薬の扱い】

持参薬とは、今回入院以前に自院又は他の病院等で処方された薬剤を患者が持参し、自院で入院中に使用した薬剤とする。持参したものの使用せずに持ち帰った場合等については出力対象としない。

EF ファイルに出力する際は、入院した病院において入院中に処方した薬剤と同様の仕様で使用量（F-12、EF-12）、基準単位（F-13、EF-13）、出来高実績点数（F-18、EF-16）などを設定すること。ただし、行為点数（E-11、EF-18）および行為薬剤料（E-12、EF-19）は「0」とし、行為明細区分情報の持参薬区分（F-19、EF-17 ②）には「1：当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとして使用」または「2：当該入院の契機となる傷病の治療に係らないものとして使用」を設定することとする。また、持参薬処方区分（F-19、EF-17 ③）には「1：自院が処方した薬剤」または「2：自院以外が処方した薬剤」を設定することとする。

また、出来高実績点数については、包括、通減などを考慮しないで医科点数表に準じて計算した点数を設定すればよい。

実施年月日（E-18、EF-24）については、薬剤を使用した日が含まれる様式 1 対象病棟区分の在院期間中（子様式 1 の期間内）であれば、薬剤を使用した日でなくてもよい。（例えば、一般病棟グループからその他病棟グループに転棟した場合、転棟した日の前日に、当該一般病棟グループの在院期間中に使用した持参薬をまとめて出力してもよい。）また、一般病棟グループの在院期間中に使用した持参薬は必ず出力することとし、一般病棟グループ以外（精神病棟グループおよびその他病棟グループ）の在院期間中に使用した持参薬の出力は任意とする。

Q&A

Q：使用量や成分内容が不明な持参薬を使用する場合はどうすればよいか。

A：詳細が不明な持参薬を使用することは想定していない。不明な持参薬については、用法・用量含めて処方元の医療機関、または調剤した保険薬局に問合せを行うこと。

Q&A

Q：自己管理にて自己調節して服用している場合日々の使用量の把握が困難な場合はどうすればよいか。

A：自己注射製剤（インスリン製剤等）や点眼薬、吸入薬、軟膏で使用量の把握がどうしても困難な場合は、出来高実績点数及び使用量を「0」と設定する。

【医療区分・ADL区分の扱い】

療養病棟入院基本料を算定する病棟又は病床に入院する患者については、該当する日ごとの入院基本料の区分に係る全ての疾患又は状態等並びにADL区分をEFファイルに出力する。

当該区分を出力する際は、レセプト電算処理システムのコメントマスタに規定された‘82’で始まるコメントコードを設定して出力すること。なお、ADL合計得点の出力は任意とし、各項目の評価点は必ず出力することとする。

例) 医療区分3の「1 24時間持続して点滴を実施」に関して出力する場合は‘820000096’を設定

ADL区分評価の「ADLa ベッド上の可動性 3点」に関して出力する場合は‘820000201’を設定

【外泊の扱い】

レセプト電算処理システムの外泊コードおよび入院基本料等入院料本体の2レコードとして設定（同一順序番号で行為明細2レコード、または別の順序番号で2レコードのどちらでも可とする）し、外泊のコードで%減算分を”-”（マイナス）付きで、マイナス点数を設定すること。なお、入院期間が180日を超えた日以後で外泊が発生し請求が発生しない場合においても同様の取扱いとし、入院基本料等入院料本体（点数あり）および外泊コード（100%減算分のマイナス点数）の2レコードとして設定することとする。短期滞在手術等基本料3の算定期間中に外泊が発生した場合も外泊コードおよび入院基本料等入院料本体の2レコードを設定するが、行為明細区分情報の入院料包括項目区分（F-19、EF-17②）が「1」となることに注意する（当該区分が「0」のレコードは出力しない）。

2) Dファイル（包括診療明細情報）

DファイルはDPC対象病院のみ作成するファイルである。

出来高理由コード（下部の表を参照。）が‘08’～‘10’に該当する症例については、出来高となった理由のレコードを出力必須とする。‘01’～‘07’に該当する症例についての出力は任意とする。

なお、Dファイルの点数は、実際に請求した点数にて作成すること。（包括評価対象外の患者についても作成すること。）

- ・施設コード：（D-1）
レセプトに記載するコード。都道府県コード（2桁）と医療機関コード（7桁）を合わせて9桁とする。（様式1と同一コード）
- ・データ識別番号（D-2）
データを識別するための固有番号で、複数回入退院があっても同一のコードとする。様式1と同一の番号とする。カルテの番号である必要はない。
- ・退院年月日：（D-3）
当月末時点において、当該入院がまだ入院中の場合は、ゼロ8桁‘00000000’とする。
- ・入院年月日：（D-4）
当該入院日を8桁（yyyymmdd）で記載する。
- ・データ区分：（D-5）
レセプト電算処理システムの診療識別コード（医科）をうめる。（データ区分：（E-5、F-5）を参照）
但し、出来高となった理由のレコードは「01」、DPC包括点数のレコードは、「93」、DPC調整点数のレコードは、「94」を設定すること。
- ・順序番号：（D-6）
データ識別番号、入退院及びデータ区分の分類毎に一連の行為を最大のレコードとして0001から順に採番する。同一行為は実施日別に別レコードを発生させる。入退院が複数月にまたがる場合には月を通して連続番号で採番することを基本とする。これが不可能な場合には、上記の分類毎に月内の採番でも可とする。
なお、E、Fファイルの順序番号とは同期を取る必要は無い。
- ・レセプト電算処理システム用コード：（D-8）
E、Fファイルと同様に、レセプト電算コードを設定すること。
但し、出来高となった理由のレコードは‘810000001’を、DPC包括点数レコードについては‘930000000’を、DPC調整点数レコードについては‘940000000’を設定する。
- ・解釈番号：（D-9）
点数表コード（K600等）で、病院のマスタが対応できる場合にうめる。全ての出来高算定期間について実施日毎に‘GRO’& ‘出来高理由コード’を出力する。

出来高理由コード	医科点数表算定理由
01	入院後24時間以内に死亡したため
02	生後1週間以内に死亡したため
03	評価療養又は患者申出療養を受ける患者であるため
04	臓器移植を受ける患者であるため
05	包括評価の対象とならない入院料を算定する患者であるため
06	厚生労働大臣が別に定める者（特定の手術等）の患者であるため
07	厚生労働大臣が別に定める者（短期滞在手術等基本料3）の患者であるため
08	厚生労働大臣が別に定める者（告示別表一に掲げる薬剤）の患者であるため
09	医科点数表算定コードに該当するため
10	入院期間3を超えて入院しているため

※医科点数表算定コードとは診断群分類区分に該当しない分岐の14桁コード

(例：診断群分類点数表に定める入院日3を超えた患者の場合)

D5 データ区分	D8レセプト電算処理システム用コード	D9解釈番号	D10診療行為名称	D11行為点数	D12行為薬剤料	D13行為材料料
01	810000001	GR010	入院期間3を超えて入院しているため	0	0	0

D14円点区分	D15行為回数	D18実施年月日
0	1	20171003

・診療行為名称：(D-10)

レセプトに記載する名称。病院のマスタにて使用している名称を用いても良いが、その場合には院内で設定している外字などの定義がなくとも可読なように変換を行うこと。日本語コードにはシフトJISを用いること。

DPC包括点数レコード及びDPC調整点数レコードには、診断群分類区分(名称)を設定しても良い。

・行為点数：(D-11)

一連の行為をレコードの最大単位としている。包括化、丸めなどによって、差異が発生するが、Dファイルの点数フィールドの値はレセプトと同一の値を正とする(査定前)。減加算の場合は-をつけ負の形態をとる。

なお、DPC包括点数レコードでは、診断群分類点数を設定すること(医療機関係数を掛ける前の値とする)

また、DPC調整点数レコードでは、調整点数を設定すること(医療機関係数を掛けた後の調整点数を設定する)(マイナスの場合には、-をつけ負の形態をとる)

・円点区分：(D-14)

Dファイルの場合円となるのは食事のみで、他は点数表示とする。

DPC包括点数レコード及びDPC調整点数レコードは点数表示とする。

・行為回数：(D-15)

同一日に同一行為が複数回発生した場合は、合計した点数がD-23、24、25に計上され、回数は1とすることを基本とする。(薬剤等)

・レセ電算保険者番号：(D-16)

主たる保険をうめる。

・レセプト種別コード：(D-17)

レセプト電算処理システムのレセプト種別コードをうめる。(別紙-4参照)

・レセプト科区分：(D-19)

レセプト電算処理システムのレセプト科コード。(別紙-2参照)

・診療科区分：(D-20)

処置伝票などをコンピュータに入力する際に同時に入力された標榜科などの診療科をうめる。コードは、指定された診療科コードとする(別紙-1参照)。診療科目が当該病院の診療科名と一致しない場合には、近いものを適宜選択する。

また、コード番号は3桁であるので、これを超えない変更は可能である。

・医師コード：(D-21)

処置伝票などをコンピュータに入力する際に同時に入力された医師コードをうめる。

・算定開始日：(D-26)

DPC適用開始日を設定すること。

DPC包括算定期間のレコード全体に設定すること。

・算定終了日：(D-27)

DPC適用終了日を設定すること。

DPC包括算定期間のレコード全体に設定すること。

・算定起算日：(D-28)

DPC算定の起算日を設定すること。

DPC包括算定期間のレコード全体に設定すること。

・診断群分類番号：(D-29)

診断群分類番号を設定すること。

以下の場合には必須とする。

- ① 包括算定期間である場合

- ② 算定している DPC コードの入院日Ⅲを超えた場合
- ③ 「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第1項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者（平成28年厚生労働省告示第74号）」第二項に該当する患者（高額薬剤において、告示されている DPC コードに該当する者）
- ④ 「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について（平成28年3月18日保医発0318第2号）」別添1（ツリー図）において、破線の診断群分類番号に該当する患者（出来高請求の DPC コードに該当する者）

なお、上記以外でも診断群分類番号を決定できる場合は、当該項目を設定しても差し支えない。

・医療機関係数：（D-30）

医療機関係数を設定すること。

DPC 包括算定期間のレコード全体に設定すること。

※D ファイルは、DPC 対象病院のみ提出すること。

※D-26 以降は、DPC 包括算定開始日から DPC 包括算定終了日までの全レコードに設定すること。また、DPC 包括算定期間外のレコードには設定しないこと。（「診断群分類番号（D-29）」は除く。）

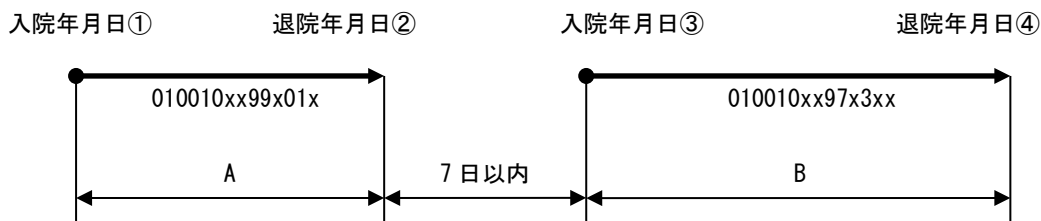
※特定集中治療室管理料等は、請求通り、加算点数のレコードを設定すること。

※DPC により包括されて0点となった項目は、レコードを作成する必要は無い。

※一連となる7日以内の再入院をした場合は以下のようにする。

一連となる7日以内の再入院をした場合の例

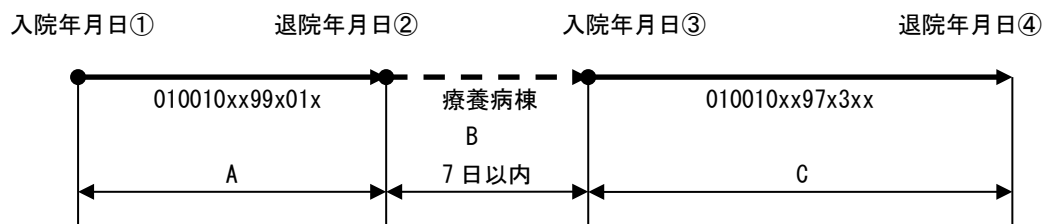
入院年月日①で入院、退院年月日②で退院し、脳梗塞 手術なし 副傷病あり（010010xx99x01x）を算定した。7日以内に入院年月日③で脳梗塞（010010）にて再入院し、退院年月日④で退院した。2回目の入院は脳梗塞 その他の手術あり 手術処置等2 3あり（010010xx97x3xx）を算定した。



	D4 入院年月日	D3 退院年月日	D28 算定起算日	D26 算定開始日	D27 算定終了日
A	入院年月日①	退院年月日② または 00000000	入院年月日①	入院年月日①	退院年月日④ または 00000000
B	入院年月日③	退院年月日④	入院年月日①	入院年月日①	退院年月日④

一連となる条件を満たし、7日以内に一般病棟へ再転棟した場合

入院年月日①で入院、退院年月日②で退院し、脳梗塞 手術なし 副傷病あり (010010xx99x01x) を算定した。療養病棟へ転棟後、7日以内に入院年月日③で脳梗塞 (010010) にて一般病棟へ再転棟し、退院年月日④で退院した。2回目の入院は脳梗塞 その他の手術あり 手術処置等2 3あり (010010xx97x3xx) を算定した。



	D4 入院年月日	D3 退院年月日	D28 算定起算日	D26 算定開始日	D27 算定終了日
A	入院年月日①	退院年月日④ または 00000000	入院年月日①	入院年月日①	退院年月日④ または 00000000
B	入院年月日①	退院年月日④ または 00000000			
C	入院年月日①	退院年月日④ または 00000000	入院年月日①	入院年月日①	退院年月日④ または 00000000

レセプトデータダウンロード・データ仕様

Eファイル<診療明細情報>

DE 番号	必須 項目	データエレメント Data Element (DE)	桁数	累積 桁数	前ゼロ の必須	説 明
E-1	○	施設コード	9	9	必須	都道府県番号+医療機関コード 間には区切りを入れない。
E-2	○	データ識別番号	10	19	必須	複数回入退院しても共通の番号。様式1と一致する。
E-3	○	退院年月日(西暦)	8	27		(共通) yyyymmdd 1996年1月1日の場合、19960101
E-4	○	入院年月日(西暦)	8	35		退院年月日において未確定時は00000000とする
E-5	○	データ区分	2	37	必須	レセプト電算処理システムの診療識別に準ずる(※)
E-6	○	順序番号	4	41	必須	データ区分別に、診療行為明細を1からの連続した番号で付与する。
E-7	○	病院点数マスタコード	12	53		12桁ない場合は、左詰め。
E-8	○	レセプト電算処理システム用コード	9	62		コメントについてEファイルは不要(先進医療に係る項目を除く)。
E-9	▲	解釈番号(基本)	8	70		診療報酬点数上の解釈番号 K600等
E-10	○	診療行為名称	254	324		診療行為の名称(最大漢字127文字)。満たない場合は、左詰め。
E-11	○	行為点数	8	332	必須	診療行為(剤単位)での点数計。手技料+E12 行為薬剤料+E13 行為材料料
E-12	○	行為薬剤料	8	340	必須	診療行為内の薬剤点数計(再掲)。薬剤料のみ。
E-13	○	行為材料料	8	348	必須	診療行為内の材料点数計(再掲)。材料料のみ。
E-14	○	円・点区分	1	349		1:円単位 0:点単位
E-15	○	行為回数	3	352	必須	診療行為の実施回数(同日の同一行為は1とカウント)
E-16	○	保険者番号	8	360		コードが4桁あるいは6桁の場合は、前に各々4桁、2桁のスペースを挿入。
E-17	△	レセプト種別コード	4	364		レセプト種別コード(医科)。1111~1999
E-18	○	実施年月日	8	372		yyymmdd(西暦年4桁)1996年1月1日の場合、19960101
E-19	○	レセプト科区分	2	374	必須	レセプト電算処理システムの診療科区分を入力。
E-20	○	診療科区分	3	377	必須	医師の所属する診療科。別紙-1のコードを使用。
E-21	△	医師コード	10	387		病院独自コード。左詰め。
E-22	○	病棟コード	10	397		病院独自コード。但し、一般、一般以外の区別が可能なこと。左詰め。
E-23	○	病棟区分	1	398		1:一般以外 0:一般 2:入院中の外来診療
E-24	○	入外区分	1	399		1:外来 0:入院
E-25	○	施設タイプ	3	402		データ挿入不要。タブでフィールドのみ作成。

注1) 薬剤だけとれる検査の時は、E-8に薬剤のコードを入れ、E-11とE-12が同じ点数となる

注2) 加算点数はコメント情報扱い(独立レコードとして分離できない場合)

※: 11、13、14、21、22、23、24、26、27、31、32、33、40、50、54、60、70、80、90、92、97のいずれかが入る

Fファイル<行為明細情報>

DE 番号	必須 項目	データエレメント Data Element (DE)	桁数	累積 桁数	前ゼロ の必須	説 明
F-1	○	施設コード	9	9	必須	都道府県番号+医療機関コード 間には区切りを入れない。
F-2	○	データ識別番号	10	19	必須	複数回入退院しても共通の番号。様式1と一致する。
F-3	○	退院年月日(西暦)	8	27		(共通) yyyymmdd 1996年1月1日の場合、19960101
F-4	○	入院年月日(西暦)	8	35		退院年月日において未確定時は00000000とする
F-5	○	データ区分	2	37	必須	レセプト電算処理システムの診療識別に準ずる(※)
F-6	○	順序番号	4	41	必須	データ区分別に、診療行為明細を1からの連続した番号で付与する。
F-7	○	行為明細番号	3	44	必須	診療明細情報の順序番号に対応する行為明細を、1から付番する。 001~999
F-8	○	病院点数マスタコード	12	56		12桁ない場合は、左詰め。
F-9	○	レセプト電算処理システム 用コード	9	65		Fファイルにはコメントデータを残す(コード810000000使用)。Eには不要。
F-10	▲	解釈番号(基本)	8	73		診療報酬点数上の解釈番号 K600等
F-11	○	診療明細名称	254	327		診療明細の名称(最大漢字127文字)。満たない場合は、左詰め。
F-12	○	使用量	11	338	必須	基準単位に合わせた使用量を小数点以上7桁、小数点以下3桁にて設定(小数点は『.』にて設定する)。0.002mlの場合、0000000.002。行為コードでレセプト電算処理システム用コードの単位が設定されていない場合は0000000.000を設定。出来高実績点数(F-18、EF-16)を算出した根拠となる使用量、回数、数量を設定する。
F-13	○	基準単位	3	341		レセプト電算処理システム基本マスタに単位コードが規定されている場合は、基本マスタ規定された単位コード等に対応した単位コード(別紙-3参照)を設定する。また、単位コードが規定されていない場合は、使用量算出の根拠となる単位コードを設定する。
F-14	○	行為明細点数	8	349	必須	行為の点数計
F-15	○	行為明細薬剤料	12	361	必須	行為の薬剤料(薬価×使用量)。
F-16	○	行為明細材料料	12	373	必須	行為の材料料(購入価または公示価×数量)。
F-17	○	円・点区分	1	374		1:円単位 0:点単位
F-18	○	出来高実績点数	8	382	必須	出来高算定として請求すべき点数。
F-19	○	行為明細区分情報	12	394	必須	12桁の数字をセットする。退院時処方区分、入院料包括項目区分、持参薬区分、持参薬処方区分及びDPC適用区分を上5桁に設定し、残りの7桁に0を設定する。

注1) 点数のないものは、円表示とする

注2) 行為明細情報の点数は、丸め処理をする前のもの

注3) F-14、F-15、F-16にはいずれか一つに点数が入る

※: 11、13、14、21、22、23、24、26、27、31、32、33、40、50、54、60、70、80、90、92、97のいずれかが入る

Dファイル<包括診療明細情報>

DE 番号	必須 項目	データエレメント Data Element (DE)	桁数	累積 桁数	前ゼロ の必須	説 明
D-1	○	施設コード	9	9	必須	都道府県番号+医療機関コード 間には区切りを入れない。
D-2	○	データ識別番号	10	19	必須	複数回入退院しても共通の番号。様式1と一致する。
D-3	○	退院年月日(西暦)	8	27		(共通) yyyymmdd 1996年1月1日の場合、19960101。未確定時は00000000
D-4	○	入院年月日(西暦)	8	35		(共通) yyyymmdd 1996年1月1日の場合、19960101
D-5	○	データ区分	2	37	必須	レセプト電算処理システムの診療識別に準ずる(※1)
D-6	○	順序番号	4	41	必須	データ区分別に、診療行為明細を1からの連続した番号で付与する。
D-7	○	病院点数マスタコード	12	53		12桁ない場合は、左詰め。
D-8	○	レセプト電算処理システム 用コード	9	62		E、Fファイルと同様に、レセプト電算コードを設定すること。
D-9	▲	解釈番号(基本)	8	70		診療報酬点数上の解釈番号 K600等
D-10	○	診療行為名称	254	324		診療行為の名称(最大漢字127文字)。満たない場合は、左詰め。
D-11	○	行為点数	8	332	必須	診療行為(剤単位)での点数計
D-12	○	行為薬剤料	8	340	必須	診療行為内の薬剤点数計(再掲)。
D-13	○	行為材料料	8	348	必須	診療行為内の材料点数計(再掲)。
D-14	○	円・点区分	1	349		1:円単位 0:点単位
D-15	○	行為回数	3	352	必須	診療行為の実施回数(同日の同一行為は1とカウント)
D-16	○	保険者番号	8	360		コードが4桁あるいは6桁の場合は、前に各々4桁、2桁のスペースを挿入。
D-17	△	レセプト種別コード	4	364		レセプト種別コード(医科)。1111~1999
D-18	○	実施年月日	8	372		yyymmdd(西暦年4桁)1996年1月1日の場合、19960101
D-19	○	レセプト科区分	2	374	必須	レセプト電算処理システムの診療科区分を入力。
D-20	○	診療科区分	3	377	必須	医師の所属する診療科。別紙-1のコードを使用。
D-21	△	医師コード	10	387		病院独自コード。左詰め。
D-22	○	病棟コード	10	397		病院独自コード。但し、一般、一般以外の区別が可能なこと。左詰め。
D-23	○	病棟区分	1	398		1:一般以外 0:一般 2:入院中の外来診療
D-24	○	入外区分	1	399		1:外来 0:入院
D-25	○	施設タイプ	3	402		データ挿入不要。タブでフィールドのみ作成。
D-26	◎	算定開始日	8	410		DPC適用開始日
D-27	◎	算定終了日	8	418		DPC適用終了日
D-28	◎	算定起算日	8	426		算定起算日
D-29	※2	分類番号	14	440		DPCコード(14桁)
D-30	◎	医療機関係数	6	446		診療年月に対応する医療機関調整係数例) 1.1234(小数点も1桁として設定)

○：必須 △：出来高の時必須 ◎：DPC包括算定期間のみ必須 ▲：必須ではない

※1：01、11、13、14、21、22、23、24、26、27、31、32、33、40、50、54、60、70、80、90、92、93、94、97のいずれかが入る

※2：2) Dファイル(包括診療明細情報)に記載した①~④の場合は必須。それ以外は任意

EF統合ファイル<行為明細情報>

DE 番号	必須 項目	データエレメント Data Element (DE)	桁数	累積 桁数	前ゼロ の必須	E ファイル	F ファイル	備 考
EF-1	○	施設コード	9	9	必須	E1 施設コード	F1 施設コード	
EF-2	○	データ識別番号	10	19	必須	E2 データ識別番号	F2 データ識別番号	
EF-3	○	退院年月日(西暦)	8	27		E3 退院年月日	F3 退院年月日	
EF-4	○	入院年月日(西暦)	8	35		E4 入院年月日	F4 入院年月日	
EF-5	○	データ区分	2	37	必須	E5 データ区分	F5 データ区分	
EF-6	○	順序番号	4	41	必須	E6 順序番号	F6 順序番号	
EF-7	○	行為明細番号	3	44	必須		F7 行為明細番号	
EF-8	○	病院点数マスタコード	12	56		(E7 病院点数マスタ コード)	F8 病院点数マスタ コード	
EF-9	○	レセプト電算処理シ ステム用コード	9	65		(E8 レセプト電算コ ード)	F9 レセプト電算コ ード	
EF-10	▲	解釈番号	8	73		(E9 解釈番号)	F10 解釈番号	
EF-11	○	診療明細名称	254	327		(E10 診療行為名称)	F11 診療明細名称	
EF-12	○	使用量	11	338	必須		F12 使用量	
EF-13	○	基準単位	3	341			F13 基準単位	
EF-14	○	明細点数・金額	12	353	必須	}	F14 行為明細点数 F15 行為明細薬剤料 F16 行為明細材料料	
EF-15	○	円・点区分	1	354			(E14 円点区分)	F17 円点区分
EF-16	○	出来高実績点数	8	362	必須		F18 出来高実績点数	
EF-17	○	行為明細区分情報	12	374	必須		F19 行為明細区分情 報	
EE-18	○	行為点数	8	382	必須	E11 行為点数		
EF-19	○	行為薬剤料	8	390	必須	E12 行為薬剤料		
EF-20	○	行為材料料	8	398	必須	E13 行為材料料		
EF-21	○	行為回数	3	401	必須	E15 行為回数		全レコード
EF-22	○	保険者番号	8	409		E16 保険者番号		
EF-23	△	レセプト種別コード	4	413		E17 レセプト種別コ ード		
EF-24	○	実施年月日	8	421		E18 実施年月日		全レコード
EF-25	○	レセプト科区分	2	423	必須	E19 レセプト科区分		
EF-26	○	診療科区分	3	426	必須	E20 診療科区分		全レコード
EF-27	△	医師コード	10	436		E21 医師コード		全レコード
EF-28	○	病棟コード	10	446		E22 病棟コード		全レコード
EF-29	○	病棟区分	1	447		E23 病棟区分		全レコード
EF-30	○	入外区分	1	448		E24 入外区分		
EF-31	○	施設タイプ	3	451		E25 施設タイプ		

○：必須 △：出来高の時必須 ▲：必須ではない

※：11、13、14、21、22、23、24、26、27、31、32、33、40、50、54、60、70、80、90、92、97のいずれかが入る

DPC 調査における外来 EF ファイルの仕様について

1. ファイル作成の基本的な方法について

- ファイルの作成方法は、厚生労働省保険局医療課による「DPC 導入の影響評価」に係るレセプトデータダウンロード方式によるレセプト情報データ収集について 第 14 版 に規定された方法論に従い、外来診療データを対象として EF ファイルを作成する。
- フィールドは入院 EF ファイルと同一とする。
- 提出ファイルは入院 EF ファイルと外来 EF ファイルの 2 つとする（入院と外来は統合しない）。
- EF 統合ファイルソフトは調査事務局にて準備する（医療機関は「自ら EF 統合ファイルを作成」又は「E ファイル・F ファイル別々に作成」のいずれを実行しても構わない）。

2. 提出対象となる患者について

- 調査期間内の外来診療データすべて。
- 入院の有無により対象患者を絞り込む必要はない。
- ただし、入院期間中の外来診療（自院・他院係わらず）については、入院 EF ファイルに出力し、外来 EF ファイルには出力しないこと。
- 外来医科保険の対象の全患者を出力。労災・公害・その他の除外分と保険分との混在の場合は、医科保険部分のみ対象とする。

3. 外来 EF ファイルにおける各フィールドの入力規則

外来 EF ファイルにおいては、下記の点で入力規則について注意すること。

- (1) データ識別番号：(E-2、F-2)
入院 EF・様式 1 等と外来 EF で同一の患者については同一の匿名化処理後番号を使用する。
- (2) 退院年月日：(E-3、F-3)
常にゼロ 8 桁 '00000000' とする。
- (3) 入院年月日：(E-4、F-4)
外来受診年月日を YYYYMMDD 形式により入力する。
- (4) 順序番号：(E-6、F-6)
データ識別番号及びデータ区分の分類毎に一連の行為を最大のレコードとして 0001 から順に採番する。入院 EF ファイルと同様、同一診療行為は外来受診日別に別レコードを発生させる。同一月内は連続番号で採番することとし、月が変わった際は番号を振り直す。
外来受診年月日（入院年月日）内の連番での入力も可とするが、診療科別にはしないこと。
- (5) 行為明細区分情報：(F-19、EF-17)
次の 12 個の区分を連結した 12 桁の数字をセットする。
 - ① 院外処方区分
院外処方に伴う薬剤には「1」を、院内処方に伴う薬剤には「0」を設定する。
 - ② 一般名処方区分
院内処方（①院外処方区分：「0」）に伴う薬剤には「0」を設定する。院外処方（①院外処方区分：「1」）に伴う薬剤については一般名処方を行った場合は「1」を、一般名処方以外を行った場合は「0」を設定する。
 - ③～⑫ 予備
「0」を設定する。
- (6) 「病棟コード：(E-22)」→ '9999999999' を入力する。
- (7) 「病棟区分：(E-23)」→ 「9」を入力する。
- (8) 「入外区分：(E-24)」→ 「1：外来」を入力する。
- (9) 「入外区分：(E-24)」→ 「1：外来」を入力する。

4. 外来特有の診療行為の取扱い

(1) 入院にない項目：処方せん料、処方薬（院外処方薬）

- 外来受診日に複数の処方箋が発生した場合、原則として1処方1レコード(RP 毎/剤毎)としてEファイルに作成し、診療科を明記する。
- 院外処方、院内処方により処方された薬剤については1薬剤1レコードとしてFファイルに作成する。
- 院外処方薬については、データ区分「20 番台」にし行為点数(E-11)に「0」を、「院外処方区分」に「1」を入力する。処方せん料についてはデータ区分「80」で作成することとし、院外処方において一般名処方を行った場合等の記載方法については、以下を参照のこと。
- 院外処方において一般名処方を行った場合の院外処方薬データ作成方法
 - 一般名に対応する任意の銘柄名の医薬品(*)で作成する。
「F-15 行為明細薬剤料/EF-14 明細点数・金額」には、同一剤形・規格内の最低薬価ではなく、当該銘柄名の医薬品の薬剤料を入力すること。
 - 「F-19(EF-17) 行為明細区分情報の一般名処方区分」に「1」を入力する。

* 厚生労働省が提供している一般名処方マスタのコード(一般名コード)で指示した場合、原則、薬価基準収載医薬品コード(厚生労働省医政局経済課の分類コード)の上9桁が一般名コードの上9桁と一致する医薬品コードの中で任意のものを使用する。

※上記より、院外処方に対する「F-19(EF-17) 行為明細区分情報の一般名処方区分」の入力は次の通りとなる。

- ◇ 一般名処方ではない院外処方の場合は「0」を入力する。
- ◇ 一般名処方を行い、任意の銘柄名をEFファイルに出力する場合は「1」を入力する。

(2) 複数科受診の取扱い

- 初診料、再診料について請求可能なものについて、それぞれ1レコードとしてEファイルに作成し、診療科を明記する。

5. 包括診療行為の取扱い

入院 EF ファイルと同様に包括診療行為の詳細な実施情報を記載(例: D007 血液化学検査 10 項目以上を算定する場合は、当該点数に包括され実施した個別検査項目を記載)。包括される診療行為については、「行為点数: (E-11)」に「0」を入力。

外来 E ファイル<診療明細情報>

DE 番号	必須 項目	データエレメント Data Element (DE)	桁数	累積 桁数	前ゼロ の必須	説 明
E-1	○	施設コード	9	9	必須	都道府県番号+医療機関コード 間には区切りを入れない。
E-2	○	データ識別番号	10	19	必須	複数回入退院しても共通の番号。様式1と一致する。入院・外来同一コード。
E-3	○	退院年月日(西暦)	8	27		常にゼロ8桁‘00000000’とする。
E-4	○	入院年月日・外来受診年月日(西暦)	8	35		外来受診年月日をYYYYMMDD形式によりセットする。
E-5	○	データ区分	2	37	必須	レセプト電算処理システムの診療識別に準ずる。(※)
E-6	○	順序番号	4	41	必須	データ識別番号、入院年月日(本調査では外来受診年月日)及びデータ区分の分類毎に一連の行為を最大のレコードとして0001から順に採番する。これが不可能な場合には、データ識別番号毎に月内の採番でも可とする。
E-7	○	病院点数マスタコード	12	53		12桁ない場合は、左詰め。
E-8	○	レセプト電算処理システム用コード	9	62		コメントについてEファイルは不要。
E-9	▲	解釈番号(基本)	8	70		診療報酬点数上の解釈番号 K600等
E-10	○	診療行為名称	254	324		診療行為の名称(最大漢字127文字)。満たない場合は、左詰め。
E-11	○	行為点数	8	332	必須	診療行為(剤単位)での点数計。手技料+E12行為薬剤料+E13行為材料料
E-12	○	行為薬剤料	8	340	必須	診療行為内の薬剤点数計(再掲)。薬剤料のみ。
E-13	○	行為材料料	8	348	必須	診療行為内の材料点数計(再掲)。材料料のみ。
E-14	○	円・点区分	1	349		1:円単位 0:点単位
E-15	○	行為回数	3	352	必須	診療行為の実施回数(同日の同一行為は1とカウント)
E-16	○	保険者番号	8	360		コードが4桁あるいは6桁の場合は、前に各々4桁、2桁のスペースを挿入。
E-17	○	レセプト種別コード	4	364		レセプト種別コード(医科)。1111~1999
E-18	○	実施年月日	8	372		yyyymmdd(西暦年4桁)1996年1月1日の場合、19960101
E-19	○	レセプト科区分	2	374	必須	レセプト電算処理システムの診療科区分を入力。
E-20	○	診療科区分	3	377	必須	医師の所属する診療科。別紙-1のコードを使用。
E-21	▲	医師コード	10	387		病院独自コード。左詰め。
E-22	○	病棟コード	10	397		「999999999」をセットすること。左詰め。
E-23	○	病棟区分	1	398		「9」をセットすること。
E-24	○	入外区分	1	399		「1:外来」をセットすること
E-25	○	施設タイプ	3	402		データ挿入不要。タブでフィールドのみ作成。

○：必須 ▲：必須ではない

注1) 薬剤だけとれる検査の時は、E-8に薬剤のコードを入れ、E-11とE-12が同じ点数となる

注2) 加算点数はコメント情報扱い(独立レコードとして分離できない場合)

※：11、12、13、14、21、22、23、25、26、27、31、32、33、40、50、54、60、70、80、のいずれかが入る。

外来 F ファイル<行為明細情報>

DE 番号	必須 項目	データエレメント Data Element (DE)	桁数	累積 桁数	前ゼロ の必須	説 明
F-1	○	施設コード	9	9	必須	都道府県番号+医療機関コード 間には区切りを入れない。
F-2	○	データ識別番号	10	19	必須	複数回入退院しても共通の番号。様式1と一致する。入院・外来同一コード。
F-3	○	退院年月日(西暦)	8	27		常にゼロ8桁‘00000000’とする。
F-4	○	入院年月日・外来受診年月日(西暦)	8	35		外来受診年月日をYYYYMMDD形式によりセットする。
F-5	○	データ区分	2	37	必須	レセプト電算処理システムの診療識別に準ずる。(※)
F-6	○	順序番号	4	41	必須	データ識別番号、入院年月日(本調査では外来受診年月日)及びデータ区分の分類毎に一連の行為を最大のレコードとして0001から順に採番する。これが不可能な場合には、データ識別番号毎に月内の採番でも可とする。
F-7	○	行為明細番号	3	44	必須	診療明細情報の順序番号に対応する行為明細を、1から付番する。001~999
F-8	○	病院点数マスタコード	12	56		12桁ない場合は、左詰め。
F-9	○	レセプト電算処理システム用コード	9	65		Fファイルにはコメントデータを残す(コード810000000使用)。Eには不要。
F-10	▲	解釈番号(基本)	8	73		診療報酬点数上の解釈番号 K600等
F-11	○	診療明細名称	254	327		診療明細の名称(最大漢字127文字)。満たない場合は、左詰め。
F-12	○	使用量	11	338	必須	基準単位に合わせた使用量を小数点以上7桁、小数点以下3桁にて設定(小数点は『.』にて設定する)。0.002mlの場合、0000000.002。行為コードでレセプト電算処理システム用コードの単位が設定されていない場合は0000000.000を設定。出来高実績点数(F-18、EF-16)を算出した根拠となる使用量、回数、数量を設定する。
F-13	○	基準単位	3	341		レセプト電算処理システム基本マスタに単位コードが規定されている場合は、基本マスタに規定の単位コード等に対応した単位コード(別紙-3参照)を設定する。また、単位コードが規定されていない場合は、使用量算出の根拠となる単位コードを設定する。
F-14	○	行為明細点数	8	349	必須	行為の点数計
F-15	○	行為明細薬剤料	12	361	必須	行為の薬剤料(薬価×使用量)。
F-16	○	行為明細材料料	12	373	必須	行為の材料料(購入価または公示価×数量)。
F-17	○	円・点区分	1	374		1:円単位 0:点単位
F-18	○	出来高実績点数	8	382	必須	出来高算定として請求すべき点数。
F-19	○	行為明細区分情報	12	394	必須	12桁の数字をセットする。院外処方区分及び一般名処方区分を上2桁に設定し、残りの10桁に0を設定する。

○：必須 ▲：必須ではない

注1) 点数のないものは、円表示とする。

注2) 行為明細情報の点数は、丸め処理をする前のもの。

注3) F-14、F-15、F-16にはいずれか一つに点数が入る。

※：Eファイルと同じ

外来 EF 統合ファイル<行為明細情報>

DE 番号	必須 項目	データエレメント Data Element (DE)	桁数	累積 桁数	前ゼロ の必須	E ファイル	F ファイル	備 考
EF-1	○	施設コード	9	9	必須	E1 施設コード	F1 施設コード	
EF-2	○	データ識別番号	10	19	必須	E2 データ識別番号	F2 データ識別番号	
EF-3	○	退院年月日(西暦)	8	27		E3 退院年月日	F3 退院年月日	
EF-4	○	入院年月日(西暦)	8	35		E4 入院年月日	F4 入院年月日	
EF-5	○	データ区分	2	37	必須	E5 データ区分	F5 データ区分	
EF-6	○	順序番号	4	41	必須	E6 順序番号	F6 順序番号	
EF-7	○	行為明細番号	3	44	必須		F7 行為明細番号	
EF-8	○	病院点数マスタコード	12	56		(E7 病院点数マスタ コード)	F8 病院点数マスタ コード	
EF-9	○	レセプト電算処理シ ステム用コード	9	65		(E8 レセプト電算コ ード)	F9 レセプト電算コ ード	
EF-10	▲	解釈番号	8	73		(E9 解釈番号)	F10 解釈番号	
EF-11	○	診療明細名称	254	327		(E10 診療行為名称)	F11 診療明細名称	
EF-12	○	使用量	11	338	必須		F12 使用量	
EF-13	○	基準単位	3	341			F13 基準単位	
EF-14	○	明細点数・金額	12	353	必須		F14 行為明細点数 F15 行為明細薬剤料 F16 行為明細材料料	
EF-15	○	円・点区分	1	354		(E14 円点区分)	F17 円点区分	
EF-16	○	出来高実績点数	8	362	必須		F18 出来高実績点数	
EF-17	○	行為明細区分情報	12	374	必須		F19 行為明細区分情 報	
EF-18	○	行為点数	8	382	必須	E11 行為点数		
EF-19	○	行為薬剤料	8	390	必須	E12 行為薬剤料		
EF-20	○	行為材料料	8	398	必須	E13 行為材料料		
EF-21	○	行為回数	3	401	必須	E15 行為回数		全レコード
EF-22	○	保険者番号	8	409		E16 保険者番号		
EF-23	○	レセプト種別コード	4	413		E17 レセプト種別コ ード		
EF-24	○	実施年月日	8	421		E18 実施年月日		全レコード
EF-25	○	レセプト科区分	2	423	必須	E19 レセプト科区分		
EF-26	○	診療科区分	3	426	必須	E20 診療科区分		全レコード
EF-27	▲	医師コード	10	436		E21 医師コード		全レコード
EF-28	○	病棟コード	10	446		E22 病棟コード		全レコード
EF-29	○	病棟区分	1	447		E23 病棟区分		全レコード
EF-30	○	入外区分	1	448		E24 入外区分		
EF-31	○	施設タイプ	3	451		E25 施設タイプ		

○：必須 ▲：必須ではない

※：データ区分はEファイルと同じ

別紙—1 診療科区分

診療科目	コード番号	診療科目	コード番号	診療科目	コード番号
内科	010	整形外科	120	眼科	230
心療内科	020	形成外科	130	耳鼻咽喉科	240
精神科	030	美容外科	140	気管食道科	250
神経科	040	脳神経外科	150	リハビリテーション科	260
呼吸器科	050	呼吸器外科	160	放射線科	270
消化器科	060	心臓血管外科	170	神経内科	280
循環器科	070	小児外科	180	胃腸科	290
アレルギー科	080	皮膚泌尿器科	190	皮膚科	300
リウマチ科	090	性病科	200	泌尿器科	310
小児科	100	肛門科	210	産科	320
外科	110	産婦人科	220	婦人科	330

呼吸器内科	340	救急医学科	460	脳卒中科	580
循環器内科	350	血液科	470	腫瘍治療科	590
歯科	360	血液内科	480	総合診療科	600
歯科矯正科	370	麻酔科	490	乳腺甲状腺外科	610
小児歯科	380	消化器内科	500	新生児科	620
歯科口腔外科	390	消化器外科	510	小児循環器科	630
糖尿病科	400	肝胆膵外科	520	緩和ケア科	640
腎臓内科	410	糖尿内科	530	内分泌リウマチ科	650
腎移植科	420	大腸肛門科	540	血液腫瘍内科	660
血液透析科	430	眼形成眼窩外科	550	腎不全科	670
代謝内科	440	不妊内分泌科	560	精神神経科	680
内分泌内科	450	膠原病リウマチ内科	570	内分泌代謝科	690

別紙—2 E-19: レセプト電算処理システム用診療科コード

コード名	コード	内 容
診療科コード	01	内科
	02	精神科
	03	神経科
	04	神経内科
	05	呼吸器科
	06	消化器科
	07	胃腸科
	08	循環器科
	09	小児科
	10	外科
	11	整形外科
	12	形成外科
	13	美容外科
	14	脳神経外科
	15	呼吸器外科
	16	心臓血管外科
	17	小児外科
	18	皮膚泌尿器科
	19	皮膚科
	20	泌尿器科
	21	性病科
	22	肛門科
	23	産婦人科（産科又は婦人科）
	24	産科
	25	婦人科
	26	眼科
	27	耳鼻咽喉科
	28	気管食道科
	29	（欠）
	30	放射線科（放射線診断科又は放射線治療科）
	31	麻酔科
	32	（欠）
	33	心療内科
	34	アレルギー科
	35	リウマチ科
	36	リハビリテーション科
	37	病理診断科
	38	臨床検査科
	39	救急科

別紙—3 F-13：基準単位

コード名	コード	内 容	コード	内 容	コード	内 容	コード	内 容
特定器材単位 コード	001	分	031	滴	061	カセット	130	3分の1顎
	002	回	032	mg	101	分画	131	月
	003	種	033	g	102	染色	132	入院初日
	004	箱	034	Kg	103	種類	133	入院中
	005	巻	035	cc	104	株	134	退院時
	006	枚	036	mL	105	菌株	135	初回
	007	本	037	L	106	照射	136	口腔
	008	組	038	mLV	107	臓器	137	顎
	009	セット	039	バイアル	108	件	138	週
	010	個	040	cm	109	部位	139	窩洞
	011	裂	041	cm ²	110	肢	140	神経
	012	方向	042	m	111	局所	141	一連
	013	トローチ	043	μCi	112	種目	142	2週
	014	アンプル	044	mCi	113	スキャン	143	2月
	015	カプセル	045	μg	114	コマ	144	3月
	016	錠	046	管(瓶)	115	処理	145	4月
	017	丸	047	筒	116	指	146	6月
	018	包	048	GBq	117	歯	147	12月
	019	瓶	049	MBq	118	面	148	5年
	020	袋	050	KBq	119	側	149	妊娠中
	021	瓶(袋)	051	キット	120	個所	150	検査当り
	022	管	052	国際単位	121	日	151	1疾患当り
	023	シリンジ	053	患者当り	122	椎間	153	装置
	024	回分	054	気圧	123	筋	154	1歯1回
	025	テスト分	055	缶	124	菌種	155	1口腔1回
	026	ガラス筒	056	手術当り	125	項目	156	床
	027	桿錠	057	容器	126	箇所	157	1顎1回
	028	単位	058	mL(g)	127	椎弓	158	椎体
	029	万単位	059	ブリスター	128	食		
	030	フィート	060	シート	129	根管		

別紙—4 E-17: レセプト種別コード (医科)

コード名	コード	社会保険診療報酬支払基金	国民健康保険団体連合会
レセプト 種別 (医科)	1111	医科・医保単独・本人・入院	医科・国保単独・世帯主・入院
	1112	〃・〃・本人・入院外	〃・〃・世帯主・入院外
	1113	〃・〃・未就学者・入院	〃・〃・未就学者・入院
	1114	〃・〃・未就学者・入院外	〃・〃・未就学者・入院外
	1115	〃・〃・家族・入院	〃・〃・その他・入院
	1116	〃・〃・家族・入院外	〃・〃・その他・入院外
	1117	〃・〃・高齢受給者一般・低所得者・入院	〃・〃・高齢受給者一般・低所得者・入院
	1118	〃・〃・高齢受給者一般・低所得者・入院外	〃・〃・高齢受給者一般・低所得者・入院外
	1119	〃・〃・高齢受給者7割・入院	〃・〃・高齢受給者7割・入院
	1110	〃・〃・高齢受給者7割・入院外	〃・〃・高齢受給者7割・入院外
	1121	〃・医保と1種の公費併用・本人・入院	〃・国保と1種の公費併用・世帯主・入院
	1122	〃・〃・本人・入院外	〃・〃・世帯主・入院外
	1123	〃・〃・未就学者・入院	〃・〃・未就学者・入院
	1124	〃・〃・未就学者・入院外	〃・〃・未就学者・入院外
	1125	〃・〃・家族・入院	〃・〃・その他・入院
	1126	〃・〃・家族・入院外	〃・〃・その他・入院外
	1127	〃・〃・高齢受給者一般・低所得者・入院	〃・〃・高齢受給者一般・低所得者・入院
	1128	〃・〃・高齢受給者一般・低所得者・入院外	〃・〃・高齢受給者一般・低所得者・入院外
	1129	〃・〃・高齢受給者7割・入院	〃・〃・高齢受給者7割・入院
	1120	〃・〃・高齢受給者7割・入院外	〃・〃・高齢受給者7割・入院外
	1131	〃・医保と2種の公費併用・本人・入院	〃・国保と2種の公費併用・世帯主・入院
	1132	〃・〃・本人・入院外	〃・〃・世帯主・入院外
	1133	〃・〃・未就学者・入院	〃・〃・未就学者・入院
	1134	〃・〃・未就学者・入院外	〃・〃・未就学者・入院外
	1135	〃・〃・家族・入院	〃・〃・その他・入院
	1136	〃・〃・家族・入院外	〃・〃・その他・入院外
	1137	〃・〃・高齢受給者一般・低所得者・入院	〃・〃・高齢受給者一般・低所得者・入院
	1138	〃・〃・高齢受給者一般・低所得者・入院外	〃・〃・高齢受給者一般・低所得者・入院外
	1139	〃・〃・高齢受給者7割・入院	〃・〃・高齢受給者7割・入院
	1130	〃・〃・高齢受給者7割・入院外	〃・〃・高齢受給者7割・入院外
	1141	〃・医保と3種の公費併用・本人・入院	〃・国保と3種の公費併用・世帯主・入院
	1142	〃・〃・本人・入院外	〃・〃・世帯主・入院外
	1143	〃・〃・未就学者・入院	〃・〃・未就学者・入院
	1144	〃・〃・未就学者・入院外	〃・〃・未就学者・入院外
	1145	〃・〃・家族・入院	〃・〃・その他・入院
	1146	〃・〃・家族・入院外	〃・〃・その他・入院外
1147	〃・〃・高齢受給者一般・低所得者・入院	〃・〃・高齢受給者一般・低所得者・入院	
1148	〃・〃・高齢受給者一般・低所得者・入院外	〃・〃・高齢受給者一般・低所得者・入院外	
1149	〃・〃・高齢受給者7割・入院	〃・〃・高齢受給者7割・入院	
1140	〃・〃・高齢受給者7割・入院外	〃・〃・高齢受給者7割・入院外	
1151	医科・医保と4種の公費併用・本人・入院	医科・国保と4種の公費併用・世帯主・入院	
1152	〃・〃・本人・入院外	〃・〃・世帯主・入院外	
1153	〃・〃・未就学者・入院	〃・〃・未就学者・入院	
1154	〃・〃・未就学者・入院外	〃・〃・未就学者・入院外	
1155	〃・〃・家族・入院	〃・〃・その他・入院	
1156	〃・〃・家族・入院外	〃・〃・その他・入院外	

コード名	コード	社会保険診療報酬支払基金	国民健康保険団体連合会
	1157	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・ 入院	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・ 入院
	1158	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・ 入院外	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・ 入院外
	1159	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割 ・ 入院	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割 ・ 入院
	1150	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割 ・ 入院外	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割 ・ 入院外
	1211	〃 ・ 公費単独 ・ 入院	_____
	1212	〃 ・ 〃 ・ 入院外	_____
	1221	〃 ・ 2種の公費併用 ・ 入院	_____
	1222	〃 ・ 〃 ・ 入院外	_____
	1231	〃 ・ 3種の公費併用 ・ 入院	_____
	1232	〃 ・ 〃 ・ 入院外	_____
	1241	〃 ・ 4種の公費併用 ・ 入院	_____
	1242	〃 ・ 〃 ・ 入院外	_____
	1317	〃 ・ 後期高齢者単独 ・ 一般・低所得者 ・ 入院	医科・後期高齢者単独 ・ 一般・低所得者 ・ 入院
	1318	〃 ・ 〃 ・ 一般・低所得者 ・ 入院外	〃 ・ 〃 ・ 一般・低所得者 ・ 入院外
	1319	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・ 入院	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・ 入院
	1310	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・ 入院外	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・ 入院外
	1327	〃 ・ 後期高齢者と1種の公費併用 ・ 一般・低所得者 ・ 入院	〃 ・ 後期高齢者と1種の公費併用 ・ 一般・低所得者 ・ 入院
	1328	〃 ・ 〃 ・ 一般・低所得者 ・ 入院外	〃 ・ 〃 ・ 一般・低所得者 ・ 入院外
	1329	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・ 入院	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・ 入院
	1320	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・ 入院外	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・ 入院外
	1337	〃 ・ 後期高齢者と2種の公費併用 ・ 一般・低所得者 ・ 入院	〃 ・ 後期高齢者と2種の公費併用 ・ 一般・低所得者 ・ 入院
	1338	〃 ・ 〃 ・ 一般・低所得者 ・ 入院外	〃 ・ 〃 ・ 一般・低所得者 ・ 入院外
	1339	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・ 入院	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・ 入院
	1330	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・ 入院外	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・ 入院外
	1347	〃 ・ 後期高齢者と3種の公費併用 ・ 一般・低所得者 ・ 入院	〃 ・ 後期高齢者と3種の公費併用 ・ 一般・低所得者 ・ 入院
	1348	〃 ・ 〃 ・ 一般・低所得者 ・ 入院外	〃 ・ 〃 ・ 一般・低所得者 ・ 入院外
	1349	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・ 入院	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・ 入院
	1340	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・ 入院外	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・ 入院外
	1357	〃 ・ 後期高齢者と4種の公費併用 ・ 一般・低所得者 ・ 入院	〃 ・ 後期高齢者と4種の公費併用 ・ 一般・低所得者 ・ 入院
	1358	〃 ・ 〃 ・ 一般・低所得者 ・ 入院外	〃 ・ 〃 ・ 一般・低所得者 ・ 入院外
	1359	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・ 入院	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・ 入院
	1350	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・ 入院外	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・ 入院外
	1411	_____	医科・退職者単独 ・ 本人 ・ 入院
	1412	_____	〃 ・ 〃 ・ 本人 ・ 入院外
	1413	_____	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・ 入院
	1414	_____	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・ 入院外
	1415	_____	〃 ・ 〃 ・ 家族 ・ 入院
	1416	_____	〃 ・ 〃 ・ 家族 ・ 入院外
	1421	_____	〃 ・ 退職者と1種の公費併用 ・ 本人 ・ 入院
	1422	_____	〃 ・ 〃 ・ 本人 ・ 入院外
	1423	_____	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・ 入院
	1424	_____	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・ 入院外
	1425	_____	〃 ・ 〃 ・ 家族 ・ 入院
	1426	_____	〃 ・ 〃 ・ 家族 ・ 入院外

コード名	コード	社会保険診療報酬支払基金	国民健康保険団体連合会
	1431	—————	” ・ 退職者と2種の公費併用 ・ 本人 ・ 入院
	1432	—————	” ・ ” ・ 本人 ・ 入院外
	1433	—————	” ・ ” ・ 未就学者 ・ 入院
	1434	—————	” ・ ” ・ 未就学者 ・ 入院外
	1435	—————	” ・ ” ・ 家族 ・ 入院
	1436	—————	” ・ ” ・ 家族 ・ 入院外
	1441	—————	” ・ 退職者と3種の公費併用 ・ 本人 ・ 入院
	1442	—————	” ・ ” ・ 本人 ・ 入院外
	1443	—————	” ・ ” ・ 未就学者 ・ 入院
	1444	—————	” ・ ” ・ 未就学者 ・ 入院外
	1445	—————	” ・ ” ・ 家族 ・ 入院
	1446	—————	” ・ ” ・ 家族 ・ 入院外
	1451	—————	医科 ・ 退職者と4種の公費併用 ・ 本人 ・ 入院
	1452	—————	” ・ ” ・ 本人 ・ 入院外
	1453	—————	” ・ ” ・ 未就学者 ・ 入院
	1454	—————	” ・ ” ・ 未就学者 ・ 入院外
	1455	—————	” ・ ” ・ 家族 ・ 入院
	1456	—————	” ・ ” ・ 家族 ・ 入院外

<患者>

4月29日

入院

病名 C700 悪性脳室髄膜腫

DPC 010010xx99000x 脳腫瘍 手術なし 手術・処置等2なし 副傷病なし

5月 1日

病理組織顕微鏡検査(1臓器) 実施

病理診断料 実施

5月 2日

K168 脳切除術 実施

5月 3~5日

ICU

5月 7~8日

外泊

5月10日

退院

退院時投与

メネシット配合錠100mg 1T 14日分

DPCの退院時見直し

DPC 010010xx01x00x 脳腫瘍 頭蓋内腫瘍摘出術等 手術・処置等2なし 副傷病なし

<5月分レセプト>

※仮に、医療機関係数は、1.1234としています。

※特定機能病院の一般病棟10:1看護としています。

分類番号		診断群分類区分	脳腫瘍 頭蓋内腫瘍摘出術等 手術・処置等2なし 副傷病なし	
010010XX01X00X			ICD	C700
傷病名	悪性脳室髄膜腫		ICD	C700
副傷病名			10	
今回入院年月日	平成 29年 4月 29日		今回退院年月日	平成 29年 5月 10日
患者基礎情報	傷病情報	<傷病情報> 主傷病名 C700 悪性脳室髄膜腫 入院の契機となった傷病名 C700 悪性脳室髄膜腫		包括評価部分 1:93
	入退院情報	<入退院情報> 転科：無 予定・緊急入院区分：1予定入院		
	診療関連情報	<診療関連情報> 年齢：33歳 手術・処置等 K168 脳切除術 29年 5月 2日実施		

a)Dプログラムの作成例：レセプトの*(アスタリスク)行為毎に作成する

<レセプト明細>

<D7ファイル>(4月分)															
D-5	D-6	D-8	D-9	D-10	D-11	D-12	D-13	D-14	D-15	D-18	D-26	D-27	D-28	D-29	D-30
データ区分	順番番号	レセプト処理システム	診療科目	診療行為名称	行為点数	行為点数	行為点数	行為点数	行為点数	行為年月日	行為年月日	行為年月日	行為年月日	行為年月日	医療機関係数

4月診療分

<包括請求部分>

(4月請求分)
 入I 2753 X 2 = 5506
 合計 5506 X 1.1234 = 6185



1 20170429 20170429 00000000 20170429 010010X99000X 1.1234
 1 20170430 20170429 00000000 20170429 010010X99000X 1.1234

5月診療分

<包括請求部分>

(5月請求分)
 *メネジット配合錠100 14
 (1日投与時点を基に14日分) 4 X 14
 *脳切除術 35150 X 1
 *組織診断料 400 X 1
 *画像診断管理加算1 70 X 1
 *外泊(特一0) 197 X 2



14 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170502 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170501 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170501 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170507 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170508 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170503 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170504 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170505 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170505 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170509 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

1 20170510 20170429 20170510 20170429 010010X01X00X 1.1234

<患者>
4月29日

入院

病名 C700 悪性脳室髄膜腫

DPC 010010xx01x00x 脳腫瘍 頭蓋内腫瘍摘出術等 手術・処置等2なし 副傷病なし

6月 1日

病理組織顕微鏡検査(1臓器) 実施

病理診断料 実施

6月 2日

K168 脳切除術 実施

6月 6~7日

外泊

6月13日

末梢血液一般検査 実施

投薬

ラキソベロン内用液 50ml

6月14日

退院

退院時投与

メネシット配合錠100mg 1T 14日分

<6月分レセプト>

※仮に、医療機関係数は、1.1234としています。

※特定機能病院の一般病棟10:1看護としています。

分類番号		診断群分類区分	脳腫瘍 頭蓋内腫瘍摘出術等 手術・処置等2なし 副傷病なし		
010010XX01X00X					
傷病名	悪性脳室髄膜腫		ICD	傷病名	C700
副傷病名			10	副傷病名	
今回入院年月日 平成 29年 4月 29日			今回退院年月日 平成 29年 6月 14日		
患者基礎情報	傷病情報	<傷病情報> 主傷病名 C700 悪性脳室髄膜腫 入院の契機となった傷病名 C700 悪性脳室髄膜腫		包括評価部分	<包括評価部分> (4月請求分) 入I 2782 × 2 = 5564 合計 5564 × 1.1234 = 6251 (5月請求分) 入I 2782 × 9 = 25038 入II 2057 × 11 = 22627 入III 1748 × 11 = 19228 合計 66893 × 1.1234 = 75148 (6月請求分) 外泊日 6日 7日 入III 1748 × 5 = 8740 合計 8740 × 1.1234 = 9819
	入退院情報	<入退院情報> 転科 : 無 予定・緊急入院区分 : 1予定入院			
	診療関連情報	<診療関連情報> 年齢 : 33歳 手術・処置等 K168 脳切除術 29年 6月 2日実施			出来高部分 1:50 *脳切除術 2日 35150 × 1 1:60 *組織診断料 400 × 1 1:90 *外泊(特一10) 6日 7日 197 × 2

出来高明細書

2 1	*ラキソベロン内用液 50ml	135 × 1
	*メネシット配合錠100mg 1T (退院時持ち帰り 14日分)	4 × 14
6 0	*末梢血液一般	21 × 1
9 0	*特一10	1311 × 6

E・Fファイル作成例
 <出来高レセプト>

11	初診		回	250
13	指導			2910
14	在宅			382
20	21 内服		85 単	161
22	22 頓服		5 単	98
23	23 外用		14 日	14
24	24 調剤		14 日	
26	26 調剤		14 日	
27	27 調剤			
30	31 皮下筋肉内		回	
32	32 静脈内		回	
33	33 その他		12 回	2348
40	処置		30 回	1722
41	処置		30 回	2949
50	手術・麻酔		1 回	6070
60	検査		31 回	4795
70	検査		4 回	680
80	画像診断			
90	薬剤			
92	特定入院料・その他			
99	入院年月日			
90	90入院料	2066 x	14 日	28924
入		x	日	
院				
療	請求点	決定点	負担金額	
養	51317			
の	①			
給	②			
付				

97	標準			
食	特			
事	選	円x		
		円x		
		円x		
食	請求円	決定円	負担金額	
事	①			
の	②			
療				
養				

- 13 * 診療情報提供料(1) 1回 250x 1
 14 * 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 2500x 1
 ツインラインNF(400ml)組 3組 110x 1
 * 訪問看護指示料 300x 1
 21 * ラキソブロン内用液 50ml (退院時投与) 130x 1
 * メネント配合錠100mg 1T 3x 14
 * メネント配合錠100mg 1T 3x 28
 * リスバダー錠1mg 1T 3x 14
 * リスバダー錠1mg 1T (退院時投与) 3x 28
 * マイコソポール外用液1% 2 89x 1
 * ビサコジル坐剤10mg 5個 10x 1
 * ビサコジル坐剤10mg 14個 (退院時投与) 27x 1
 * ポルタレンサホ25mg 3個 15x 1
 * ポルタレンゲル25g 20x 1
 33 * ヘパリンNaロック100シリンジ(1000単位) 1筒 17x 4
 * ソリターT3号輸液 500mL 4瓶
 * チエナム点滴用500mgキット 2キット
 * ビタメジン静注用 1瓶 415x 1
 * 点滴/ソリター-T3号輸液 500mL 3瓶
 * ビタメジン静注用 1瓶
 * チエナム点滴用 500mgキット 2キット
 * ドパストン20ml 1A 428x 1
 * 点滴注射 95x 1
 * 点滴/ソリター-T3号輸液 500mL 2瓶
 * チエナム点滴用 500mgキット 2キット
 * ビタメジン静注用 1瓶 384x 3
 40 * 点滴注射 95x 2
 * 鼻腔栄養 60x 14
 * 喀痰吸引(1日につき) 48x 14
 * エンジュア・リット 1000ml 61x 7
 * フォール 1000ml 84x 2
 * ツインラインNF(400ml)組 3組 107x 22
 * 老人留置カテーテル設置 40x 1
 * キンロカインリ-2% 5ml 4x 1
 * 膀胱留置用アスホ-ガフカカテーテル(2管一般)(II) 1本 66x 1
 50 * 排便 100x 1
 * 胃造設 6070x 1
 * 局麻
 * カスコトロフ内用液2% 3ml
 * キンロカインヒカス 2% 5ml
 * キンロカインリ- 2% 5ml
 * リトカイン注射液1% 1ml 9x 1

- 70 * 腹部単純撮影
 * フイルム 半切(GR用) 1枚 1方向 170x 2
 * 胸部単純撮影
 * フイルム 半切(GR用) 1枚 1方向 170x 2
 90 * 特定機能病院一般病棟10対1入院基本料 (2種地域) 2066x 14
 60 * 血液学的検査判断料 125x 1
 * 生化学的検査(I)判断料 144x 1
 * 免疫学的検査判断料 144x 1
 * 尿・糞便検査判断料 34x 1
 * 検体検査管理加算(Ⅲ) 300x 1
 * 末梢血液一般検査 21x 3
 * 末梢血液像 25x 3
 * C反応性蛋白(CRP)定量 16x 3
 * 生化学的検査①(10項目以上) 総蛋白(血清) Na.Cl(血清) K(血清) Mg(血清) Ca(血清) 無機リン定量(血清) クレアチニン(血清) 尿酸窒素(血清) AST(血清) ALT(血清) アルカリホスファターゼ(血清) γ-GTP(血清) 総ビリルビン(血清) 直接ビリルビン(血清) 総コレステロール(血清) トリグリセリド(血清) 糖定量(血清) 121x 1
 * LDアイソザイム 48x 1
 * プロトンピン時間測定(血清) 18x 1
 * 活性化部分トロンボプラスチン時間 29x 1
 * フィブリノーゲン定量 23x 1
 * 生化学的検査①(8項目又は9項目) 総蛋白(血清) 尿酸窒素(血清) クレアチニン(血清) AST(血清) ALT(血清) Na.Cl(血清) K(血清) LD(血清) 無機リン定量(血清) AST(血清) 121x 1
 * グルコース 11x 1
 * 免疫グロブリン(IgG) 38x 1
 * 髄液(一般検査) 腰椎穿刺 212x 1
 * リトカイン注射液1% 3ml 3x 1
 * 尿中蛋白定量 7x 1
 * β2-マクログロブリン精密測定(髄液) 112x 1
 * 組織診断料 400x 1
 * 病理組織標本作製(1臓器につき) 内視鏡下生検法(1臓器につき) 1170x 1
 * 脳波検査判断料 180x 1
 * 嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部 ファイバースコープ 600x 1
 * キンロカインリ-2% 3ml 2x 1
 * 脳誘発電位検査(視覚誘発電位) 670x 1

a)Eファイルの作成例：レセプトの*(アスタリスク)行為毎に作成する

<レセプト明細>

- 13 250x 1
*診療情報提供料(1) 1回
- 14 2500x 1
*在宅成分栄養経管栄養法指導管理料
3組
110x 1
*訪問看護指示料
- 21 300x 1
*ラキソプロン内服液 50ml
130x 1
*メネシット配合錠100mg 1T
3x 14
*メネシット配合錠100mg 1T
(退院時投与)
*リスバダール錠1mg 1T
3x 14
*リスバダール錠1mg 1T
(退院時投与)

<Eファイル>

E-5	E-6	E-8	E-9	E-10	E-11	E-12	E-13	E-14	E-15	E-18	
データ区分	順序番号	レセプト番号	処方理番号	診療行為名称	行為点数	行為薬剤	材料	円	区分	行為回数	実施年月日

13	0001	180016110	5009	診療情報提供料(1)	250	0	0	0	0	1	20170714
14	0001	114008010	NuII	訪問看護指示料	300	0	0	0	0	1	20170714
14	0002	114004310	NuII	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	2610	110	0	0	0	1	20170714
21	0001	620491401	NuII	ラキソプロン内服液0.75%	130	130	0	0	0	1	20170714
21	0002	620124001	NuII	メネシット配合錠100	3	3	0	0	0	28	20170714
21	0003	610409340	NuII	リスバダール錠1mg	3	3	0	0	0	28	20170714
21	0004	620124001	NuII	メネシット配合錠100	3	3	0	0	0	7	20170711
21	0005	610409340	NuII	リスバダール錠1mg	3	3	0	0	0	7	20170711
21	0006	620124001	NuII	メネシット配合錠100	3	3	0	0	0	7	20170703
21	0007	610409340	NuII	リスバダール錠1mg	3	3	0	0	0	7	20170703
23	0001	662350108	NuII	ピサコジル坐剤 10mg	27	27	0	0	0	1	20170714
23	0002	620660401	NuII	マイコスポール外用液 1%	89	89	0	0	0	1	20170711
23	0003	661140080	NuII	ボルタレンサポ25mg	15	15	0	0	0	1	20170711
23	0004	662350108	NuII	ピサコジル坐剤 10mg	10	10	0	0	0	1	20170709
23	0005	620007787	NuII	ボルタレンゲル 1%	20	20	0	0	0	1	20170704
24	0001	120001110	NuII	調剤料(入院)	7	0	0	0	0	1	20170701
24	0002	120001110	NuII	調剤料(入院)	7	0	0	0	0	1	20170702
24	0003	120001110	NuII	調剤料(入院)	7	0	0	0	0	1	20170703
24	0004	120001110	NuII	調剤料(入院)	7	0	0	0	0	1	20170704
24	0005	120001110	NuII	調剤料(入院)	7	0	0	0	0	1	20170705
24	0006	120001110	NuII	調剤料(入院)	7	0	0	0	0	1	20170706
24	0007	120001110	NuII	調剤料(入院)	7	0	0	0	0	1	20170707
24	0008	120001110	NuII	調剤料(入院)	7	0	0	0	0	1	20170708
24	0009	120001110	NuII	調剤料(入院)	7	0	0	0	0	1	20170709
24	0010	120001110	NuII	調剤料(入院)	7	0	0	0	0	1	20170710
24	0011	120001110	NuII	調剤料(入院)	7	0	0	0	0	1	20170711
24	0012	120001110	NuII	調剤料(入院)	7	0	0	0	0	1	20170712
24	0013	120001110	NuII	調剤料(入院)	7	0	0	0	0	1	20170713
24	0014	120001110	NuII	調剤料(入院)	7	0	0	0	0	1	20170714
26	0001	1200000410	NuII	調剤料(麻・向・覚・毒)(入院)	1	0	0	0	0	1	20170701
26	0002	1200000410	NuII	調剤料(麻・向・覚・毒)(入院)	1	0	0	0	0	1	20170702
26	0003	1200000410	NuII	調剤料(麻・向・覚・毒)(入院)	1	0	0	0	0	1	20170703
26	0004	1200000410	NuII	調剤料(麻・向・覚・毒)(入院)	1	0	0	0	0	1	20170704
26	0005	1200000410	NuII	調剤料(麻・向・覚・毒)(入院)	1	0	0	0	0	1	20170705
26	0006	1200000410	NuII	調剤料(麻・向・覚・毒)(入院)	1	0	0	0	0	1	20170706
26	0007	1200000410	NuII	調剤料(麻・向・覚・毒)(入院)	1	0	0	0	0	1	20170707
26	0008	1200000410	NuII	調剤料(麻・向・覚・毒)(入院)	1	0	0	0	0	1	20170708
26	0009	1200000410	NuII	調剤料(麻・向・覚・毒)(入院)	1	0	0	0	0	1	20170709
26	0010	1200000410	NuII	調剤料(麻・向・覚・毒)(入院)	1	0	0	0	0	1	20170710
26	0011	1200000410	NuII	調剤料(麻・向・覚・毒)(入院)	1	0	0	0	0	1	20170711
26	0012	1200000410	NuII	調剤料(麻・向・覚・毒)(入院)	1	0	0	0	0	1	20170712
26	0013	1200000410	NuII	調剤料(麻・向・覚・毒)(入院)	1	0	0	0	0	1	20170713
26	0014	1200000410	NuII	調剤料(麻・向・覚・毒)(入院)	1	0	0	0	0	1	20170714

診療情報提供料は
区分13で作成する

区分毎、実施日毎に
レコードを作成する

a)Eファイルの作成例：レセプトの*(アスタリスク)行為毎に作成する

<レセプト詳細>

- 33 *ヘパリンNaロック用1000J/mLシリリン
10mLタンベ 1斗 1筒 17x 4
- *シリナーT3号輸液 500mL 4瓶
- チエナム点滴用500mgキット 2キット
- ピタマジン静注用 1瓶 415x 1
- *点滴/シリナーT3号輸液 500mL 3瓶
- ピタマジン静注用 1瓶
- チエナム点滴用 500mgキット 2キット
- ドバスターン20ml 1A 428x 1
- 点滴注射 95x 1
- *点滴/シリナーT3号輸液 500mL 2瓶
- チエナム点滴用 500mgキット 2キット
- ピタマジン静注用 1瓶 384x 3
- 点滴注射 95x 2

E-5	E-6	E-8	E-9	E-10	E-11	E-12	E-13	E-14	E-15	E-18	
データ区分	順序番号	レセプト番号	計算処理解釈番号	診療行為名称	行為点数	行為薬剤費	材料費	円	区分	行為回数	実施年月日
33	0001	620007329	Null	シリナーT3号輸液 500mL	384	384	0	0	0	1 20170707	
33	0002	621463401	Null	ヘパリンNaロック用 1000J/mLシリリン	17	17	0	0	0	1 20170706	
33	0003	620007329	Null	シリナーT3号輸液 500mL	384	384	0	0	0	1 20170706	
33	0004	621463401	Null	ヘパリンNaロック用 1000J/mLシリリン	17	17	0	0	0	1 20170705	
33	0005	620007329	Null	シリナーT3号輸液 500mL	384	384	0	0	0	1 20170705	
33	0006	621463401	Null	ヘパリンNaロック用 1000J/mLシリリン	17	17	0	0	0	1 20170704	
33	0007	620007329	Null	シリナーT3号輸液 500mL	428	428	0	0	0	1 20170711	
33	0008	621463401	Null	ヘパリンNaロック用 1000J/mLシリリン	17	17	0	0	0	1 20170711	
33	0009	620007329	Null	シリナーT3号輸液 500mL	415	415	0	0	0	1 20170711	
33	0010	130003810	Null	点滴注射	95	95	0	0	0	1 20170704	
33	0011	130003810	Null	点滴注射	95	95	0	0	0	1 20170705	

行為点数=手技点数+行為薬剤料+行為材料料となる

- 40 *鼻腔栄養 60x 14
- *喀痰吸引(1日につき) 48x 14
- *エンジュアキット 1000ml 61x 7
- *ラコールNF配合経腸用液 1000ml 84x 2
- *ツインラインNF (400ml 1組) 3組
- 107x 22
- *老人留置カテーテル設置 40x 1
- 膀胱留置用子イネーサルカテーテル(2管一取II) 1本 4x 1
- 66x 1
- 100x 1
- *排便

40	0001	140037710	J022-2	排便	100	0	0	0	0	1 20170713
40	0002	140013810	Null	留置カテーテル設置	110	4	66	0	0	1 20170713
40	0003	613250031	Null	ツインラインNF配合経腸用液 (混合剤)	107	107	0	0	0	14 20170711
40	0004	613250031	Null	ツインラインNF配合経腸用液 (混合剤)	107	107	0	0	0	7 20170710
40	0005	613250031	Null	ツインラインNF配合経腸用液 (混合剤)	107	107	0	0	0	1 20170709
40	0006	622070901	Null	ラコールNF配合経腸用液 (混合剤)	84	84	0	0	0	2 20170708
40	0007	613250021	Null	エンジュアキット	61	61	0	0	0	7 20170703
40	0008	140023210	J120	鼻腔栄養	60	0	0	0	0	1 20170701
40	0009	140023210	J120	鼻腔栄養	60	0	0	0	0	1 20170702
40	0010	140023210	J120	鼻腔栄養	60	0	0	0	0	1 20170703
40	0011	140023210	J120	鼻腔栄養	60	0	0	0	0	1 20170704
40	0012	140023210	J120	鼻腔栄養	60	0	0	0	0	1 20170705
40	0013	140023210	J120	鼻腔栄養	60	0	0	0	0	1 20170706
40	0014	140023210	J120	鼻腔栄養	60	0	0	0	0	1 20170707
40	0015	140023210	J120	鼻腔栄養	60	0	0	0	0	1 20170708
40	0016	140023210	J120	鼻腔栄養	60	0	0	0	0	1 20170709
40	0017	140023210	J120	鼻腔栄養	60	0	0	0	0	1 20170710
40	0018	140023210	J120	鼻腔栄養	60	0	0	0	0	1 20170711
40	0019	140023210	J120	鼻腔栄養	60	0	0	0	0	1 20170712
40	0020	140023210	J120	鼻腔栄養	60	0	0	0	0	1 20170713
40	0021	140023210	J120	鼻腔栄養	60	0	0	0	0	1 20170714
40	0022	140003810	J018	喀痰吸引	48	0	0	0	0	1 20170701
40	0023	140003810	J018	喀痰吸引	48	0	0	0	0	1 20170702
40	0024	140003810	J018	喀痰吸引	48	0	0	0	0	1 20170703
40	0025	140003810	J018	喀痰吸引	48	0	0	0	0	1 20170704
40	0026	140003810	J018	喀痰吸引	48	0	0	0	0	1 20170705
40	0027	140003810	J018	喀痰吸引	48	0	0	0	0	1 20170706
40	0028	140003810	J018	喀痰吸引	48	0	0	0	0	1 20170707
40	0029	140003810	J018	喀痰吸引	48	0	0	0	0	1 20170708
40	0030	140003810	J018	喀痰吸引	48	0	0	0	0	1 20170709
40	0031	140003810	J018	喀痰吸引	48	0	0	0	0	1 20170710
40	0032	140003810	J018	喀痰吸引	48	0	0	0	0	1 20170711
40	0033	140003810	J018	喀痰吸引	48	0	0	0	0	1 20170712
40	0034	140003810	J018	喀痰吸引	48	0	0	0	0	1 20170713
40	0035	140003810	J018	喀痰吸引	48	0	0	0	0	1 20170714

手技、薬剤、材料に分けてセットする

- 50 *胃瘻造設術 6070x 1
- *局麻
- カスコントップ内用液2% 3ml
- キシロカインスス入 2% 5ml
- キシロカインセリ 2% 5ml
- 小カイン注射液 1% 1ml
- 9x 1

50	0001	150171610	K664	胃瘻造設術(経皮の内視鏡下胃瘻造設)	6070	0	0	0	0	1 20170703
54	0001	620004961	Null	カスコントップ内用液 2%	9	9	0	0	0	1 20170703

麻酔は区分54で作成する

a) Eファイアイルの作成例 : レセプトの*(アスタリスク)行為毎に作成する

<レセプト詳細>

60	*血液学的検査判断料	125x 1
	*生化学的検査(1)判断料	144x 1
	*免疫学的検査判断料	144x 1
	*尿・糞便検査判断料	34x 1
	*検体検査管理加算(Ⅲ)	300x 1
	*末梢血液一般検査	21x 3
	*末梢血液像	25x 3
	*C反応性蛋白(CRP)定量	16x 3
	*生化学的検査①(10項目以上)	
	総蛋白(血清) NaCl(血清)	
	K(血清) Mg(血清) Ca(血清)	
	無機リン定量(血清) アルブミン(血清)	
	尿素窒素(血清) AST(血清)	
	ALT(血清)	
	アルカリホスファターゼ(血清)	
	γ-GTP(血清) 総ビリルビン(血清)	
	直接ビリルビン(血清)	
	総コレステロール(血清)	
	トリグリセリド(血清) 糖定量(血清)	121x 1
	*LDアイザイム	48x 1
	*プロトロンビン時間測定(血清)	18x 1
	*活性化部分トロンボプラスチン時間	28x 1
	*フィブリノーゲン半定量	28x 1
	*生化学的検査①(8項目又は9項目)	
	総蛋白(血清) 尿素窒素(血清)	
	アルブミン(血清) AST(血清)	
	ALT(血清) NaCl(血清)	
	K(血清) LDH(血清) 糖定量(血清)	102x 1
	*生化学的検査①(10項目以上)	
	総蛋白(血清) 尿素窒素(血清)	
	アルブミン(血清) LDH(血清)	
	NaCl(血清) K(血清)	
	無機リン定量(血清) AST(血清)	
	ALT(血清)	121x 1
	*グルコース	11x 1
	*免疫グロブリン(IgG)	38x 1
	*髄液(一般検査) 腰椎穿刺	212x 1
	Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ注射液 1% 3ml	3x 1
	*尿中蛋白定量	7x 1
	*β2-マイクログロブリン精密測定(髄液)	112x 1
	*組織診断料	400x 1
	*病理組織標本作製(1臓器につき)	1170x 1
	内視鏡下生検法(1臓器につき)	180x 1
	*脳波検査判断料	600x 1
	*嗅覚部・鼻咽腔・副鼻腔入口部	2x 1
	ファイバースコープ	
	キノロイセリ-2% 3ml	
	*脳誘発電位検査(視覚誘発電位)	670x 1

<Eファイアイル>

E-5	E-6	E-8	E-9	E-10	E-11	E-12	E-13	E-14	E-15	E-18
アータ区分	順序番号	レセプト番号	電算処理番号	診療行為名称	行為点数	行為回数	材料料	円	区分	行為回数
	60	0001	160076210 D2362	視覚誘発電位	670	0	0	0	0	1 20170711
	60	0002	160147610 D238	脳波検査判断料	180	0	0	0	0	1 20170711
	60	0003	160019410 D0071	グルコース	11	0	0	0	0	1 20170710
	60	0004	160055210 D0154	IgG	38	0	0	0	0	1 20170710
	60	0005	160061110 D0044	髄液一般	215	3	0	0	0	1 20170710
	60	0006	160000410 D0011	尿蛋白	7	0	0	0	0	1 20170710
	60	0007	160036610 D01512	β2-マイクログロブリン	112	0	0	0	0	1 20170710
	60	0008	160061710 D0261	尿・糞便等検査判断料	34	0	0	0	0	1 20170710
	60	0009	160092310 D288	EF-嗅覚・鼻咽・副鼻腔	602	2	0	0	0	1 20170710
	60	0010	160008010 D0055	末梢血液一般	21	0	0	0	0	1 20170707
	60	0011	160008210 D0056	末梢血液像(顕鏡法)	25	0	0	0	0	1 20170707
	60	0012	160054710 D0151	CRP(定量)	16	0	0	0	0	1 20170707
	60	0013	160017410 D0071	TP	121	0	0	0	0	1 20170707
	60	0014	160008010 D0055	末梢血液一般	21	0	0	0	0	1 20170704
	60	0015	160008210 D0056	末梢血液像(顕鏡法)	25	0	0	0	0	1 20170704
	60	0016	160054710 D0151	CRP(定量)	16	0	0	0	0	1 20170704
	60	0017	160017410 D0071	TP	102	0	0	0	0	1 20170703
	60	0018	160060010 N000	T-M	1170	0	0	0	0	1 20170703
	60	0019	160155110 N0061	組織診断料	400	0	0	0	0	1 20170703
	60	0020	160008010 D0055	末梢血液一般	21	0	0	0	0	1 20170702
	60	0021	160008210 D0056	末梢血液像(顕鏡法)	25	0	0	0	0	1 20170702
	60	0022	160054710 D0151	CRP(定量)	16	0	0	0	0	1 20170702
	60	0023	160017410 D0071	TP	121	0	0	0	0	1 20170702
	60	0024	160026810 D00716	LDアイム	48	0	0	0	0	1 20170702
	60	0025	160012010 D0062	PT	18	0	0	0	0	1 20170702
	60	0026	160012310 D0067	APTT	29	0	0	0	0	1 20170702
	60	0027	160012610 D0064	フィブリノーゲン半定量	23	0	0	0	0	1 20170702
	60	0028	160061810 D0262	血液学的検査判断料	125	0	0	0	0	1 20170702
	60	0029	160061910 D0263	生化学的検査(1)判断料	144	0	0	0	0	1 20170702
	60	0030	160062110 D0265	免疫学的検査判断料	144	0	0	0	0	1 20170702
	60	0031	160161610 D0267	検体検査管理加算(3)	300	0	0	0	0	1 20170702

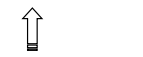
a)Eファイルの作成例：レセプトの*(アスタリスク)行為毎に作成する

<レセプト明細>

<Eファイル>

E-5	E-6	E-8	E-9	E-10	E-11	E-12	E-13	E-14	E-15	E-18
データ区分	順序番号	レセプト番号	電算処理番号	診療行為名称	行為点数	行為材料	円	区分	行為回数	実施年月日

70	0001	170000410	E00114	単純撮影(イ)の写真診断	170	0	25	0	0	1 20170704
70	0002	170000410	E00114	単純撮影(イ)の写真診断	170	0	25	0	0	1 20170704
70	0003	170000410	E00114	単純撮影(イ)の写真診断	170	0	25	0	0	1 20170702
70	0004	170000410	E00114	単純撮影(イ)の写真診断	170	0	25	0	0	1 20170702



90	0001	190077170	A2182	2級地域域加算	15	0	0	0	0	1 20170701
90	0002	190077170	A2182	2級地域域加算	15	0	0	0	0	1 20170702
90	0003	190077170	A2182	2級地域域加算	15	0	0	0	0	1 20170703
90	0004	190085910	Null	特定機能病院一般病棟10対1入院基	2051	0	0	0	0	1 20170701
90	0005	190085910	Null	特定機能病院一般病棟10対1入院基	2051	0	0	0	0	1 20170702
90	0006	190085910	Null	特定機能病院一般病棟10対1入院基	2051	0	0	0	0	1 20170703
90	0007	190077170	A2182	2級地域域加算	15	0	0	0	0	1 20170704
90	0008	190077170	A2182	2級地域域加算	15	0	0	0	0	1 20170705
90	0009	190077170	A2182	2級地域域加算	15	0	0	0	0	1 20170706
90	0010	190077170	A2182	2級地域域加算	15	0	0	0	0	1 20170707
90	0011	190077170	A2182	2級地域域加算	15	0	0	0	0	1 20170708
90	0012	190077170	A2182	2級地域域加算	15	0	0	0	0	1 20170709
90	0013	190077170	A2182	2級地域域加算	15	0	0	0	0	1 20170710
90	0014	190077170	A2182	2級地域域加算	15	0	0	0	0	1 20170711
90	0015	190077170	A2182	2級地域域加算	15	0	0	0	0	1 20170712
90	0016	190077170	A2182	2級地域域加算	15	0	0	0	0	1 20170713
90	0017	190077170	A2182	2級地域域加算	15	0	0	0	0	1 20170714
90	0018	190085910	Null	特定機能病院一般病棟10対1入院基	2051	0	0	0	0	1 20170704
90	0019	190085910	Null	特定機能病院一般病棟10対1入院基	2051	0	0	0	0	1 20170705
90	0020	190085910	Null	特定機能病院一般病棟10対1入院基	2051	0	0	0	0	1 20170706
90	0021	190085910	Null	特定機能病院一般病棟10対1入院基	2051	0	0	0	0	1 20170707
90	0022	190085910	Null	特定機能病院一般病棟10対1入院基	2051	0	0	0	0	1 20170708
90	0023	190085910	Null	特定機能病院一般病棟10対1入院基	2051	0	0	0	0	1 20170709
90	0024	190085910	Null	特定機能病院一般病棟10対1入院基	2051	0	0	0	0	1 20170710
90	0025	190085910	Null	特定機能病院一般病棟10対1入院基	2051	0	0	0	0	1 20170711
90	0026	190085910	Null	特定機能病院一般病棟10対1入院基	2051	0	0	0	0	1 20170712
90	0027	190085910	Null	特定機能病院一般病棟10対1入院基	2051	0	0	0	0	1 20170713
90	0028	190085910	Null	特定機能病院一般病棟10対1入院基	2051	0	0	0	0	1 20170714



b) Fファイルの作成例：Eファイルレコードの明細行に対応した行を明細行を作成する

Fファイル		Eファイル		Fファイル		Eファイル		Fファイル		Eファイル		Fファイル		Eファイル	
レコード番号	レコード名	レコード番号	レコード名	レコード番号	レコード名	レコード番号	レコード名	レコード番号	レコード名	レコード番号	レコード名	レコード番号	レコード名	レコード番号	レコード名
40	0002	14003810	NuII	0002	001	14003810	NuII	0002	001	0000	40	0000	0000	0000	0000
40	0003	61250303	NuII	0003	001	62207001	NuII	0003	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
40	0004	61250303	NuII	0004	001	62207001	NuII	0004	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
40	0006	82207001	NuII	0006	001	62207001	NuII	0006	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
40	0007	61325027	NuII	0007	001	61325027	NuII	0007	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
40	0008	14002310	J120	0008	001	14002310	J120	0008	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
40	0010	14002310	J120	0010	001	14002310	J120	0010	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
40	0011	14002310	J120	0011	001	14002310	J120	0011	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
40	0012	14002310	J120	0012	001	14002310	J120	0012	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
40	0013	14002310	J120	0013	001	14002310	J120	0013	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
40	0015	14002310	J120	0015	001	14002310	J120	0015	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
40	0017	14002310	J120	0017	001	14002310	J120	0017	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
40	0018	14002310	J120	0018	001	14002310	J120	0018	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
40	0020	14002310	J120	0020	001	14002310	J120	0020	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
40	0021	14002310	J120	0021	001	14002310	J120	0021	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
40	0022	140003810	J018	0022	001	140003810	J018	0022	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
40	0024	140003810	J018	0024	001	140003810	J018	0024	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
40	0025	140003810	J018	0025	001	140003810	J018	0025	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
40	0026	140003810	J018	0026	001	140003810	J018	0026	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
40	0027	140003810	J018	0027	001	140003810	J018	0027	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
40	0028	140003810	J018	0028	001	140003810	J018	0028	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
40	0029	140003810	J018	0029	001	140003810	J018	0029	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
40	0031	140003810	J018	0031	001	140003810	J018	0031	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
40	0032	140003810	J018	0032	001	140003810	J018	0032	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
40	0034	140003810	J018	0034	001	140003810	J018	0034	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
40	0035	140003810	J018	0035	001	140003810	J018	0035	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
50	0001	150171610	K664	0001	001	150171610	K664	0001	001	0000	6070	0000	0000	0000	0000
54	0001	62000382	NuII	0001	001	62000382	NuII	0001	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
60	0001	160078210	D282	0001	001	160078210	D282	0001	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
60	0002	160147610	D288	0002	001	160147610	D288	0002	001	0000	180	0000	0000	0000	0000
60	0003	160081110	D0044	0003	001	160081110	D0044	0003	001	0000	0	0000	0000	0000	0000
60	0004	16008210	D0154	0004	001	16008210	D0154	0004	001	0000	38	0000	0000	0000	0000
60	0005	160081110	D0044	0005	001	160081110	D0044	0005	001	0000	62	0000	0000	0000	0000
60	0006	16000410	D0011	0006	001	16000410	D0011	0006	001	0000	7	0000	0000	0000	0000
60	0008	160081710	D0281	0008	001	160081710	D0281	0008	001	0000	34	0000	0000	0000	0000
60	0009	16008210	D288	0009	001	16008210	D288	0009	001	0000	24	0000	0000	0000	0000
60	0010	16008010	D0055	0010	001	16008010	D0055	0010	001	0000	21	0000	0000	0000	0000
60	0012	160084710	D0151	0012	001	160084710	D0151	0012	001	0000	16	0000	0000	0000	0000

b) Fファイルの作成例：Eファイルレコードの明細行に対応した行を明細行を作成する

Eファイル		Eファイル		Eファイル		Eファイル		Eファイル		Eファイル		Eファイル		Eファイル		Eファイル		Eファイル		
レコード番号	レコード番号	レコード番号	レコード番号	レコード番号	レコード番号	レコード番号	レコード番号	レコード番号	レコード番号	レコード番号	レコード番号	レコード番号	レコード番号	レコード番号	レコード番号	レコード番号	レコード番号	レコード番号	レコード番号	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
90	0001	19007170	A2182	2級地地域加算	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0002	19007170	A2182	2級地地域加算	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0003	19007170	A2182	2級地地域加算	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0004	19008910	A1041	特定機能除算一般廃棄物10割1入院基本料	2051	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0005	19008910	A1041	特定機能除算一般廃棄物10割1入院基本料	2051	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0006	19008910	A1041	特定機能除算一般廃棄物10割1入院基本料	2051	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0007	19007170	A2182	2級地地域加算	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0008	19007170	A2182	2級地地域加算	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0009	19007170	A2182	2級地地域加算	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0010	19007170	A2182	2級地地域加算	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0011	19007170	A2182	2級地地域加算	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0012	19007170	A2182	2級地地域加算	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0013	19007170	A2182	2級地地域加算	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0014	19007170	A2182	2級地地域加算	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0015	19007170	A2182	2級地地域加算	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0016	19007170	A2182	2級地地域加算	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0017	19007170	A2182	2級地地域加算	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0018	19008910	A1041	特定機能除算一般廃棄物10割1入院基本料	2051	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0019	19008910	A1041	特定機能除算一般廃棄物10割1入院基本料	2051	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0020	19008910	A1041	特定機能除算一般廃棄物10割1入院基本料	2051	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0021	19008910	A1041	特定機能除算一般廃棄物10割1入院基本料	2051	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0022	19008910	A1041	特定機能除算一般廃棄物10割1入院基本料	2051	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0023	19008910	A1041	特定機能除算一般廃棄物10割1入院基本料	2051	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0024	19008910	A1041	特定機能除算一般廃棄物10割1入院基本料	2051	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0025	19008910	A1041	特定機能除算一般廃棄物10割1入院基本料	2051	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0026	19008910	A1041	特定機能除算一般廃棄物10割1入院基本料	2051	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0027	19008910	A1041	特定機能除算一般廃棄物10割1入院基本料	2051	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	0028	19008910	A1041	特定機能除算一般廃棄物10割1入院基本料	2051	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

b) Fファイルの作成例：Eファイルレコードの明細行に対応した行為明細行を作成する

<レコード>

z	50	<p>* 緊急対応手術 92738 x 1 (幼) (体)</p> <p>吸引留置カテーテル自動吸引型チュートレノゾムA型 (288円)1本 胃管カテーテルアールノード標準型(485円)1本 尿管カテーテル一般標準型(2100円)1本 2268 x 1 ペリカシロ コルセット 相継接着用 1mL2パック 生理食塩水1L 2瓶 1513 x 1</p> <p>* 閉鎖循環式全身麻酔(側臥位手術)3時間51分 (乳) (体) 14030 x 1 麻薬(溶化酸素CE)(0.18円 x 600L x 1.3) ÷ 10 = 14点 14 x 1</p> <p>セブテン150-A 0.095%2ml フエンタニール注射液(1mg/1ml) 0.005%2ml マスキュラス静注用4mg(溶解液)1管 1013 x 1</p> <p>* 麻酔管理料1 (閉鎖循環式全身麻酔) 900 x 1</p>
---	----	---

<Eファイル>

E-9 区分	E-6 順序番号	E-8 レコード番号 船シスラム 用一E-6 本)	E-9 船シスラム 用一E-6 本)	E-10 診療行為名称	E-11 行高取 1513	E-12 行高取 1513	E-13 行高取 2268	E-14 行高取 0	E-15 行高取 1	E-16 行高取 1	E-18 報告年月 日
50	0001	150198110	K778	緊急対応手術	96455	1513	2268	0	1	1	20170408
54	0001	150279110	L092	麻酔管理料1(閉鎖循環式全身麻酔)	1900	0	0	0	1	1	20170408
54	0002	150233410	L085	閉鎖循環式全身麻酔5	15057	1013	0	0	1	1	20170408

<Fファイル>

F-9 区分	F-6 順序番号	F-7 行為明細 コード	F-8 レコード 番号	F-9 船シスラム 用一E-6 本)	F-10 船シスラム 用一E-6 本)	F-11 診療行為名称	F-12 使用量	F-13 基準単位	F-14 行為明細 量	F-15 行為明細 量	F-16 行為明細 材料区分	F-17 行為明細 材料区分	F-18 行高取 1513	F-19 行高取 1513
50	0001	001	150198110	K778	緊急対応手術	緊急対応手術	0.000	0.000	331.00	0	0	0	331.20	000100000000
50	0001	002	150000950	null	2名患者の乳幼児処置(手術)	2名患者の乳幼児処置(手術)	0.000	0.000	0	0	0	0	26.495	000100000000
50	0001	003	150000950	null	休日加算(手術)	休日加算(手術)	0.000	0.000	0	0	0	0	26.495	000100000000
50	0001	004	733420000	null	吸引留置カテーテル自動吸引型チュートレノゾムA型	吸引留置カテーテル自動吸引型チュートレノゾムA型	1.007	1.007	0	0	283	1	0	000100000000
50	0001	005	733310000	null	胃管カテーテルアールノード標準型	胃管カテーテルアールノード標準型	1.007	1.007	0	0	485	1	0	000100000000
50	0001	006	733720000	null	尿管カテーテル一般標準型	尿管カテーテル一般標準型	1.007	1.007	0	0	21.200	1	2.206	000100000000
50	0001	007	621519801	null	ペリカシロ コルセット	相継接着用 1mL2パック	1.008	1.008	0	14.6704	0	1	0	000100000000
50	0001	008	643107658	null	生理食塩水1L	生理食塩水1L	2.019	2.019	0	464	0	1	1.513	000100000000
54	0001	001	150279110	L092	麻酔管理料1(閉鎖循環式全身麻酔)	麻酔管理料1(閉鎖循環式全身麻酔)	0.000	0.000	900	0	0	0	900	000100000000
54	0002	001	150233410	L085	閉鎖循環式全身麻酔5	閉鎖循環式全身麻酔5	0.000	0.000	6.100	0	0	0	6.100	000100000000
54	0002	003	150231890	null	乳日加算(麻酔)	乳日加算(麻酔)	0.000	0.000	0	0	0	0	3.050	000100000000
54	0002	004	150231890	null	休日加算(麻酔)	休日加算(麻酔)	0.000	0.000	0	0	0	0	4.850	000100000000
54	0002	005	732620000	null	麻薬(溶化酸素CE)	麻薬(溶化酸素CE)	600.000	600.000	0	0	0	0	0	000100000000
54	0002	006	620032201	null	セブテン150-A	セブテン150-A	0.000	0.000	0	0	30	1	0	000100000000
54	0002	007	620032201	null	フエンタニール注射液	フエンタニール注射液	150.008	150.008	0	9.510	0	1	0	000100000000
54	0002	008	620008157	null	マスキュラス静注用4mg(溶解液)	マスキュラス静注用4mg(溶解液)	1.022	1.022	0	228	0	1	0	000100000000
54	0002	009	620002288	null	マスキュラス静注用4mg(溶解液)	マスキュラス静注用4mg(溶解液)	1.022	1.022	0	398	0	1	1.013	000100000000

c) EF統合ファイルの作成例

E-5	E-6	E-7	E-8	E-9	E-10	E-11	E-12	E-13	E-14	E-15	E-16	E-17	E-18	E-19	E-20	E-21	E-22	E-23	E-24	E-25
院区分	順序番号	病歴点数 マスタコード	レセプト電算 コード	呼 釈 番号	診療行為名称	行為点数	行為薬剤料	行為材料料	円・ 点 分	行為回数	保険者 番号	レセプト 種別 コード	実施年月 日	レセプト 科 区 分	診療科 区分	医師 コード	病棟 コード	病棟区 分	入外区 分	施設 タイプ
50	0001	502331	150253010		水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合)	12100	1960	0	0	1	3901101317	20170624	26	230	603808	N07	0	0	0	

F-5	F-6	F-7	F-8	F-9	F-10	F-11	F-12	F-13	F-14	F-15	F-16	F-17	F-18	F-19
院区分	順序番号	行為 明細 番号	病歴点数 マスタコード	レセプト電算 コード	診療明細名称	明細 数・金 額	使用量	標準 単 位	行為明 細点数	行為明 細薬剤 料	行為明 細材料 料	円・ 点 分	出来高 実績 数	行為明細区分 情報
50	0001	001	788005	8100000000	右	0	0	000	0	0	0	0	0	00000000000000
50	0001	002	502331	150253010	水晶体再建術(眼内レンズを挿入す。)	0	0	000	12100	0	0	12100	00001000000000	
50	0001	003	431709	620003739	セファメジンα点滴用キット1g (生製)	0.5	033	0	731	0	1	0	00000000000000	
50	0001	004	356530	661310031	エロリン眼軟膏	0.1	047	0	7714.1	0	1	0	00000000000000	
50	0001	005	359169	620006397	オベガンハYO. 85眼粘弾剤1% O1	0.1	047	0	10408.6	0	1	0	00000000000000	
50	0001	006	384267	621512501	ヒーロンVO. 6眼粘弾剤2.3% O. 1	2	019	0	220	0	1	0	00000000000000	
50	0001	007	431536	643310183	生理食塩液 100mL	1	022	0	189	0	1	0	00000000000000	
50	0001	008	441020	620525301	デカロン注射液3.3mg 1mL	1	022	0	318	0	1	1960	00000000000000	
50	0001	009	422094	620003210	ゲンタン注40 40mg	1	022	0	318	0	1	1960	00000000000000	

EFファイル統合
1ファイルに集約

EF-5	EF-6	EF-7	EF-8	EF-9	EF-10	EF-11	EF-12	EF-13	EF-14	EF-15	EF-16	EF-17	EF-18	EF-19	EF-20	EF-21	EF-22	EF-23	EF-24	EF-25	EF-26	EF-27	EF-28	EF-29	EF-30	EF-31			
院区分	順序番号	行為 明細 番号	病歴点数 マスタコード	レセプト電算 コード	診療明細名称	明細 数・金 額	使用量	標準 単 位	行為明 細点数	行為明 細薬剤 料	行為明 細材料 料	円・ 点 分	出来高 実績 数	行為明細区分 情報	行為点数	行為薬剤料	行為材料料	円・ 点 分	行為回数	保険者 番号	レセプト 種別 コード	実施年月 日	レセプト 科 区 分	診療科 区分	医師 コード	病棟 コード	病棟区 分	入外区 分	施設 タイプ
50	0001	000	502331	150253010	水晶体再建術(眼内レンズを挿入す。)	0	0	000	0	0	0	0	0	NULL	12100	1960	0	1	3901101317	20170624	26	230	603808	N07	0	0	0	0	
50	0001	001	788005	8100000000	右	0	0	000	0	0	0	0	0	00000000000000	0	0	0	1	NULL	NULL	20170624	NULL	230	603808	N07	0	0	NULL	
50	0001	002	502331	150253010	水晶体再建術(眼内レンズを挿入す。)	0	0	000	12100	0	0	12100	00001000000000	0	0	0	1	NULL	NULL	20170624	NULL	230	603808	N07	0	0	NULL		
50	0001	003	431709	620003739	セファメジンα点滴用キット1g (生製)	0.5	033	0	731	0	1	0	00000000000000	0	0	0	1	NULL	NULL	20170624	NULL	230	603808	N07	0	0	NULL		
50	0001	004	356530	661310031	エロリン眼軟膏	0.1	047	0	7714.1	0	1	0	00000000000000	0	0	0	1	NULL	NULL	20170624	NULL	230	603808	N07	0	0	NULL		
50	0001	005	359169	620006397	オベガンハYO. 85眼粘弾剤1% O1	0.1	047	0	10408.6	0	1	0	00000000000000	0	0	0	1	NULL	NULL	20170624	NULL	230	603808	N07	0	0	NULL		
50	0001	006	384267	621512501	ヒーロンVO. 6眼粘弾剤2.3% O. 1	2	019	0	220	0	1	0	00000000000000	0	0	0	1	NULL	NULL	20170624	NULL	230	603808	N07	0	0	NULL		
50	0001	007	431536	643310183	生理食塩液 100mL	1	022	0	189	0	1	0	00000000000000	0	0	0	1	NULL	NULL	20170624	NULL	230	603808	N07	0	0	NULL		
50	0001	008	441020	620525301	デカロン注射液3.3mg 1mL	1	022	0	318	0	1	1960	00000000000000	0	0	0	1	NULL	NULL	20170624	NULL	230	603808	N07	0	0	NULL		
50	0001	009	422094	620003210	ゲンタン注40 40mg	1	022	0	318	0	1	1960	00000000000000	0	0	0	1	NULL	NULL	20170624	NULL	230	603808	N07	0	0	NULL		

① EF-7 行為明細番号: 「000」=元EFファイルの項目のため「000」を設定
 ② EF-12 使用量: 「0」=元EFファイルの項目のため「0」を設定
 ③ EF-13 標準単位: 「000」=元EFファイルの項目のため「0」を設定
 ④ EF-14 明細点数・金額: 「0」=元EFファイルの項目のため「0」を設定
 ⑤ EF-15 円点区分: 「0」=元EFファイルの項目を保持するためE14円点区分の「0」を設定
 ⑥ EF-16 出来高実績点数: 「0」=元EFファイルの項目のため「0」を設定
 ⑦ EF-17 行為明細区分情報: 「NULL」=元EFファイルの項目のためnullを設定
 ※特定入院料に含まれる項目が同一院区分、順序番号にある場合は入院料包括項目区分に「1」を設定

行為点数(EF-18)、行為薬剤料(EF-19)、行為材料料(EF-20):
 EFファイル情報の項目のため、元EFファイルの項目(数値欄)には「0」点を設定
 保険者番号(EF-22)、レセプト種別コード(EF-23)、レセプト科区分(EF-25)、入外区分(EF-30):
 EFファイル情報の項目のため、元EFファイルの項目(文字欄)には「NULL」を設定
 行為回数(EF-21)、実施年月日(EF-24)、診療科区分(EF-26)、医師コード(EF-27)、病棟コード(EF-28)、病棟区分(EF-29):
 EFファイル情報の項目であるが、元EFファイルの項目には元EFファイルの情報を設定

E・Fファイ作成例
＜出来高レセプト＞

11	初診		回	880
13	指導			
14	在宅			
20	21 内服	58 単		437
22	頓服	単		
23	外用	3 単		788
24	調剤	12 日		84
26	麻毒	日		
27	調基			
30	31 皮下筋肉内	回		
32	静脈内	回		1011
33	その他	6 回		
40	処置	4 回		1225
41	薬剤			10
50	手術・麻酔	1 回		35540
51	薬剤			39391
60	検査	59 回		8413
70	画像診断	14 回		770
80	その他			
90	入院年月日			
90	90入院院科			
2866 x	6 日			17196
2066 x	7 日			14462
1561 x	1 日			1561
33219				
92	特定入院料・その他			
11109 x	1 日			11109
x	x 日			
保険	請求点	決定点	負担金額	
①	132877			
②				
97	食事			
特選	円x			
円x				
円x				
保険	請求円	決定円	負担金額	
①				
②				

- 13 * 診療情報提供料(1) 1回 450x1
* 薬剤管理指導料2 430x1
* マグネシウム 82x1
* タケプロンOD錠15 1T 9x7
* ワーファリン錠1mg 3T 3x3
* フロモックス錠100mg 3T 17x3
* タケプロンOD錠15 1T 9x21
* (退院時投与)
* ワーファリン錠1mg 1T 1x3
* (退院時投与)
* ワーファリン錠1mg 2T
* (退院時投与)
* ワーファリン錠1mg 2T
* (退院時投与)
* 7-E72507-イカス60吸入用 607リットル 727x1
* ニゾランダーグ液7% 20x1
* セファマジンα注射液1g 1キ 20x1
* 生食注キット「フソ」 100ml 1キット 41x1
* プラスチックガリニエーレ型静脈内留置針 (針刺し事故防止機構付加基) 10x1
* 点滴/精密持続点滴注射
* カタボンH注600mg 0.3%200ml 2袋
* ヴァーノンF注 500ml 5袋
* セファマジンα注射液1g 1キ
* 生食注キット「フソ」 100ml 1キット
* プドウ糖注射液 5%200ml 1瓶
* プリンペラン注射液10mg 0.5%2ml 1瓶
* ポスミン注 0.1%1ml 10瓶
* プドウ糖注射液 20%200ml 0.8瓶
* アトロピン注0.05%シリンジ 「テルモ」 1ml 1キット
* 生食 20ml 2瓶
* ノルアドリナリン注1mg 0.1%1ml 1瓶
* 点滴/ヴァーノンF注 500ml 1袋 556x1
* セファマジンα注射液1g 2キット
* 生食 100ml 2キット 209x1
* 点滴/ヴァーノンF注 500ml 1袋
* 点滴/ヴァーノンF注 500ml 2袋 110x2
* 点滴/ヴァーノンF注 500ml 2袋 126x1
* 胃持続下ナニジ 50x1
* 胃管カテーテル (タフルマン・標準型) 1本 50x1
* 膀胱留置用デバイスボ-サルカテーテル (2管一般(2)) 1本 65x1
* 体表面ベ-ーシング法 400x1
* 体表面ベ-ーシング用電極 440x1
* 液体酸素(CE) 4890L 114x1
* イソジン液10% 5本 1x1
* 留置カテーテル設置 40x1
* イソジン液10% 5本 1x1
* キシロカインゼリー2% 1l 8x1
* 膀胱留置用デバイスボ-サルカテーテル (2管一般(2)) 1本 66x1

- 50 * 経皮的カテーテル心筋焼灼術 (その他のもの) 34370x1
* キシロカイン注射液1% 40r
* 生理食塩液 500ml 1瓶
* ヘパリンナトリウム注N5千単位/5ml 「味の素」 5000単位 3
* オムニハ-グ350注100ml 75.49% 1瓶
* ヴァーノンF注 500ml 1袋
* 生食 500ml 1瓶
* ニトロール注5mgシリンジ 10ml 2筒
* キシロカイン注ボリアンブ1% 10ml 1瓶
* ノルアドリナリン注1mg 0.1%1ml 1瓶
* 生食 20ml 1瓶 1170x1
* 血管造影用カテーテル(一般用) 2本
* 血管造影用ガイドワイヤー(一般用) 1本
* 血管造影用シースイトロチューブセツト (一般用) 2セツト(蛇行血管用) 3セツト (選択的導入用) 1セツト
* 経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテル (標準型) 1本
* 体外ペ-ースメーカー用電極 (検査機能付加・標準型) 1個
* (検査機能付加・房室弁輪部型) 1個 39391x1
* 末梢血液一般検査
* 生化学的検査① (10項目以上)
* 総蛋白(血清) ALb(血清) CK(血清)
* CK-MB(血清) AST(血清) ALT(血清)
* LD(血清) アルカリホスファターゼ(血清)
* γ-GT(血清) chE(血清) LAP(血清)
* TG(血清) 総コレステロール(血清)
* LDL-コレステロール(血清) NaCl(血清)
* Mg(血清) Ca(血清) 無機リン定量(血清)
* クレアチニン(UA(血清) BUN(血清)
* 総ビリルビン(血清) グルコース(血 0x1
* クレアチニン・ホスホキナーゼ(C 0x1
* 血液ガス分析 0x1
* 甲状腺刺激ホルモン(TSH) 0x1
* 甲状腺刺激ホルモン(TSH) 115x1
* 遊離トリヨードサイロニン(FT: 280x1
* 遊離サイロキシン(FT4) 0x1
* ABO血液型 0x1
* Rh(D)血液型 0x1
* C反応性蛋白(CRP) 0x1
* 細菌顕微鏡検査(その他のも 0x2
* 生化学的検査(2)判断料 144x1
* ECG12 0x1
* ECG12 117x4
* ホルター型心電図検査(8時間 1500x1
* 脈波図、心機図、ポリグラフ (3又は4検査) 130x1
* 超音波検査(心臓超音波検査) 0x1
* (経胸壁心エコー法)
* 超音波検査(心臓超音波検査) 792x1
* (経胸壁心エコー法)

- 70 * 基本的エックスマン診断料 0x1
* (4週間以内)(1日につき 55x14
* 特定機能病院一般診療10対1入院基本料 (2種地域)(救急医療管理加算) 2866x6
* 特定機能病院一般診療10対1入院基本料 (2種地域)(14日以内) 2066x7
* 特定機能病院一般診療10対1入院基本料 (2種地域)(30日以内) 1561x1
* 救命救急入院料1(3日以内) (2種地域) 11109x1

a)Eフアイルの作成例：レセプトの*(アスタリスク)行為毎に作成する

<レセプト明細>

<Eフアイイル>

E-5	E-6	E-8	E-9	E-10	E-11	E-12	E-13	E-14	E-15	E-18
ターデータ別順序番号	レセプト番号	処方処置	解釈番号	診療行為名称	行為点数	行為薬剤	行為材料	区分	行為回数	実施年月日
13	0001	113010810 B008	薬剤管理指導料2	薬剤管理指導料2	430	0	0	0	0	1 20170415
13	0002	180016110 B009	診療情報提供料(1)	診療情報提供料(1)	450	0	0	0	0	1 20170415
21	0001	617210100	マグコロールP	マグコロールP	82	82	0	0	0	1 20170401
21	0002	610462010	タケブロンOD錠15 15mg	タケブロンOD錠15 15mg	9	9	0	0	0	7 20170409
21	0003	613330003	ワーアリン錠1mg 3T	ワーアリン錠1mg 15mg	3	3	0	0	0	3 20170412
21	0004	610411058	フロモックス錠100mg 3T	フロモックス錠100mg	17	17	0	0	0	3 20170412
21	0005	610462010	タケブロンOD錠15 1T	タケブロンOD錠15 15mg	9	9	0	0	0	21 20170415
21	0006	613330003	(退院時投与)	ワーアリン錠1mg	1	1	0	0	0	3 20170415
21	0007	613330003	(退院時投与)	ワーアリン錠1mg	2	2	0	0	0	20 20170415
23	0001	621829601	アトロペン注 60μl/スプー	アトロペン注 60μl/スプー	727	727	0	0	0	1 20170401
23	0002	620008969	インジゲンガーゲル液7%	インジゲンガーゲル液7%	20	20	0	0	0	1 20170404
23	0003	620000385	ニソラロロロシオン2%	ニソラロロロシオン2%	41	41	0	0	0	1 20170408
24	0001	120001110 F000	調剤料(入院)	調剤料(入院)	7	0	0	0	0	1 20170401
24	0002	120001110 F000	調剤料(入院)	調剤料(入院)	7	0	0	0	0	1 20170404
24	0003	120001110 F000	調剤料(入院)	調剤料(入院)	7	0	0	0	0	1 20170408
24	0004	120001110 F000	調剤料(入院)	調剤料(入院)	7	0	0	0	0	1 20170409
24	0005	120001110 F000	調剤料(入院)	調剤料(入院)	7	0	0	0	0	1 20170410
24	0006	120001110 F000	調剤料(入院)	調剤料(入院)	7	0	0	0	0	1 20170411
24	0007	120001110 F000	調剤料(入院)	調剤料(入院)	7	0	0	0	0	1 20170412
24	0008	120001110 F000	調剤料(入院)	調剤料(入院)	7	0	0	0	0	1 20170413
24	0009	120001110 F000	調剤料(入院)	調剤料(入院)	7	0	0	0	0	1 20170414
24	0010	120001110 F000	調剤料(入院)	調剤料(入院)	7	0	0	0	0	1 20170415
33	0001	710010003	フラジックα型静脈内留置針(針刺)	フラジックα型静脈内留置針(針刺)	10	0	10	0	0	1 20170401
33	0002	130003810 G004	点滴注射(その他500ml以上)	点滴注射(その他500ml以上)	556	556	0	0	0	1 20170401
33	0003	130003810 G004	点滴注射(その他500ml以上)	点滴注射(その他500ml以上)	209	114	0	0	0	1 20170402
33	0004	130003810 G004	点滴注射(その他500ml以上)	点滴注射(その他500ml以上)	110	15	0	0	0	1 20170403
33	0005	130003810 G004	点滴注射(その他500ml以上)	点滴注射(その他500ml以上)	110	15	0	0	0	1 20170404
33	0006	130003810 G004	点滴注射(その他500ml以上)	点滴注射(その他500ml以上)	126	31	0	0	0	1 20170412
40	0001	140004310 J020	胃持続ドレナー(開始日)	胃持続ドレナー(開始日)	100	0	50	0	0	1 20170401
40	0002	728730000	膀胱留置用子(スホーガル)カテーテル(2管)	膀胱留置用子(スホーガル)カテーテル(2管)	66	66	0	66	0	1 20170401
40	0003	140009150 J044-2	体表面ベーンシング法(1日につき)	体表面ベーンシング法(1日につき)	840	0	440	0	0	1 20170401
40	0004	739200000	酵素(液化酵素CE)	酵素(液化酵素CE)	114	0	114	0	0	1 20170401
40	0005	620007579	インジゲン液10%	インジゲン液10%	1	1	0	0	0	1 20170412
40	0006	140013810 J063	留置カテーテル設置	留置カテーテル設置	115	9	66	0	0	1 20170412

診療情報提供料は
区分13で作成する

区分毎、実施日毎にし
コードを作成する

行為点数=手技点数+行為薬剤料+行為材料料になる

手技、薬剤、材料に
分けてセットする

a)Eフアイルの作成例：レセプトの*(アスタリスク)行為毎に作成する

<レセプト明細>

50 ---*経度師方アテール心筋焼灼術(その他) 34370x 1

その他のもの) 34370x 1
 キシロカイン注射液1% 40ml
 生理食塩液 500ml 1瓶
 ヘパリンナトリウム注N5千単位/5ml
 味の素J 5000単位 3瓶
 オムニバグ350注100ml 75.4% 1瓶
 ウィーンF注 500ml 1袋
 生食 500ml 1瓶
 ニトロール注5mgシリンジ 10ml 2筒
 キシロカイン注ポリアンブ1% 10ml 1瓶
 ノルアドリナリン注1mg 0.1%1ml 1瓶
 生食 200ml 1瓶
 1170x 1
 血管造影用カタテール(一般用) 2本
 血管造影用ワイヤー(一般用) 1本
 血管造影用シーストドナーセット
 (一般用)2セット(配行血管用)3セット
 (選択的導入用) 1セット
 経皮的カタテール心筋焼灼術用カタテール
 (標準型) 1本
 体外ペースメーカー用電極
 (検査機能付加・標準型) 1個
 *ホルター型心電図(房室弁輪部型) 1個
 (検査機能付加・標準型) 39391x 1

60 ---*手帳血液一般検査(10項目以上) 0x 1

*生化学的検査①(10項目以上)
 総蛋白(血清) OK(血清)
 CK-MB(血清) AST(血清) ALT(血清) LD(血清)
 アルカリホスファターゼ(血清) γ-GT(血清) chE(血清)
 LAP(血清) TG(血清) 総コレステロール(血清)
 LDL-コレステロール(血清) NaCl(血清) Mg(血清)
 Ca(血清) 無機リン定量(血清) 尿酸(血清)
 UA(血清) BUN(血清) 総ビリルビン(血清)
 グルコース(血清) 0x 1
 *クレアチニンホスホキナーゼ(CK) 0x 1
 *血液ガス分析 0x 1
 *甲狀腺刺激ホルモン(TSH) 115x 1
 *遊離トリヨードサイロニン(FT3) 280x 1
 *遊離サイロキニン(FT4) 0x 1
 *ABO血液型 0x 1
 *Rh(D)血液型 0x 1
 *C反応性蛋白(CRP) 0x 1
 *細菌陽性検査(その他のもの) 0x 2
 *生化学的検査(2)判断料 144x 1
 *ECG12 0x 1
 *ECG12 117x 4
 *肺泡型心電図 1500x 1
 *超音波検査(心臓超音波検査) 130x 1
 (経胸壁心エコー法)
 *超音波検査(心臓超音波検査) 0x 1
 (経胸壁心エコー法)
 *経度師方アテール心筋焼灼術(経胸壁) 792x 1
 *動脈血採取(一日につき) 0x 1
 *呼吸心拍監視(7日以内) 150x 7
 *呼吸心拍監視(7日超14日以内) 130x 6
 *基本的検査検査実施料(4週間以内) 140x 14
 *基本的検査検査判断料 604x 1
 *心筋トロポニンT(定性、定量) 0x 1
 *経皮的動脈血酸素飽和度 30x 3
 *H-FABP 0x 1
 *検体検査管理加算(4) 7x 1
 *心臓カタテールによる諸検査(左心) 0x 1

<Eフアイイル>

E-5	E-6	E-8	E-9	E-10	E-11	E-12	E-13	E-14	E-15	E-18
子-区分	順序番号	レセプト番号	電算処理	検査番号	検査行為名称	行為点数	行為材料	区分	行為回数	実施年月日
50	0001	150262810	K5952	経皮的カタテール心筋焼灼術(その他)	74831	1170	39391	0	0	1 20170412
60	0001	160072510	D215	超音波検査(心臓超音波検査)(経胸壁)	0	0	0	0	0	1 20170401
60	0002	160152850	D007	心筋トロポニンT(定性、定量)	0	0	0	0	0	1 20170401
60	0003	160168150	D007	H-FABP	0	0	0	0	0	1 20170401
60	0004	160027710	D007	血液ガス分析	0	0	0	0	0	1 20170401
60	0005	160101210	D419	動脈血採取(一日につき)	0	0	0	0	0	1 20170401
60	0006	160020610	D007	クレアチニンホスホキナーゼ(CK)	0	0	0	0	0	1 20170401
60	0007	160033310	D008	遊離サイロキニン(FT4)	0	0	0	0	0	1 20170401
60	0008	160031710	D008	甲狀腺刺激ホルモン(TSH)	0	0	0	0	0	1 20170401
60	0009	160068410	D208	ECG12	0	0	0	0	0	1 20170401
60	0010	160057710	D017	S-M	0	0	0	0	0	1 20170401
60	0011	160057710	D017	S-M	0	0	0	0	0	1 20170401
60	0012	160149110	D027	基本的検査判断料	604	0	0	0	0	1 20170401
60	0013	160062010	D026	生化学的検査(2)判断料	144	0	0	0	0	1 20170401
60	0014	160185770	D028	検体検査管理加算(4)	500	0	0	0	0	1 20170401
60	0015	160008010	D005	末梢血液一般	0	0	0	0	0	1 20170401
60	0016	160039110	D011	ABO血液型	0	0	0	0	0	1 20170401
60	0017	160039210	D011	Rh(D)血液型	0	0	0	0	0	1 20170401
60	0018	160017410	D007	TP	0	0	0	0	0	1 20170401
60	0019	160054710	D015	C反応性蛋白(CRP)	0	0	0	0	0	1 20170401
60	0020	160064510	D206	心臓カタテールによる諸検査(左心)	0	0	0	0	0	1 20170401
60	0021	160155510	D223	経皮的動脈血酸素飽和度	30	0	0	0	0	1 20170402
60	0022	160102510	D220	呼吸心拍監視(7日以内)	150	0	0	0	0	1 20170402
60	0023	160068410	D208	ECG12	117	0	0	0	0	1 20170402
60	0024	160033210	D008	遊離トリヨードサイロニン(FT3)	280	0	0	0	0	1 20170402
60	0025	160031710	D008	甲狀腺刺激ホルモン(TSH)	115	0	0	0	0	1 20170402
60	0026	160145410	D025	基本的検査検査実施料(4週間以内)	140	0	0	0	0	1 20170402
60	0027	160155510	D223	経皮的動脈血酸素飽和度	30	0	0	0	0	1 20170403
60	0028	160102510	D220	呼吸心拍監視(7日以内)	150	0	0	0	0	1 20170403
60	0029	160145410	D025	基本的検査検査実施料(4週間以内)	140	0	0	0	0	1 20170403
60	0030	160102510	D220	呼吸心拍監視(7日以内)	150	0	0	0	0	1 20170404
60	0031	160068410	D208	ECG12	117	0	0	0	0	1 20170404
60	0032	160072510	D215	超音波検査(心臓超音波検査)(経胸壁)	792	0	0	0	0	1 20170404
60	0033	160145410	D025	基本的検査検査実施料(4週間以内)	140	0	0	0	0	1 20170404
60	0034	160102510	D220	呼吸心拍監視(7日以内)	150	0	0	0	0	1 20170404
60	0035	160069610	D210	ホルター型心電図(8時間超)	1500	0	0	0	0	1 20170405
60	0036	160145410	D025	基本的検査検査実施料(4週間以内)	140	0	0	0	0	1 20170405
60	0037	160155510	D223	経皮的動脈血酸素飽和度	30	0	0	0	0	1 20170406
60	0038	160102510	D220	呼吸心拍監視(7日以内)	150	0	0	0	0	1 20170406
60	0039	160145410	D025	基本的検査検査実施料(4週間以内)	140	0	0	0	0	1 20170406
60	0040	160102510	D220	呼吸心拍監視(7日以内)	150	0	0	0	0	1 20170407
60	0041	160145410	D025	基本的検査検査実施料(4週間以内)	140	0	0	0	0	1 20170407
60	0042	160102510	D220	呼吸心拍監視(7日以内)	150	0	0	0	0	1 20170408
60	0043	160145410	D025	基本的検査検査実施料(4週間以内)	140	0	0	0	0	1 20170408
60	0044	160165510	D220	呼吸心拍監視(7日超14日以内)	130	0	0	0	0	1 20170409
60	0045	160070210	D214	肺泡型心電図、ポリグラフ(3又は4検)	130	0	0	0	0	1 20170409
60	0046	160145410	D025	基本的検査検査実施料(4週間以内)	140	0	0	0	0	1 20170409
60	0047	160165510	D220	呼吸心拍監視(7日超14日以内)	130	0	0	0	0	1 20170410
60	0048	160145410	D025	基本的検査検査実施料(4週間以内)	140	0	0	0	0	1 20170410
60	0049	160165510	D220	呼吸心拍監視(7日超14日以内)	130	0	0	0	0	1 20170411
60	0050	160145410	D025	基本的検査検査実施料(4週間以内)	140	0	0	0	0	1 20170411
60	0051	160068410	D208	ECG12	117	0	0	0	0	1 20170412
60	0052	160165510	D220	呼吸心拍監視(7日超14日以内)	130	0	0	0	0	1 20170412
60	0053	160145410	D025	基本的検査検査実施料(4週間以内)	140	0	0	0	0	1 20170412
60	0054	160165510	D220	呼吸心拍監視(7日超14日以内)	130	0	0	0	0	1 20170413
60	0055	160145410	D025	基本的検査検査実施料(4週間以内)	140	0	0	0	0	1 20170413
60	0056	160068410	D208	ECG12	117	0	0	0	0	1 20170414
60	0057	160165510	D220	呼吸心拍監視(7日超14日以内)	130	0	0	0	0	1 20170414
60	0058	160145410	D025	基本的検査検査実施料(4週間以内)	140	0	0	0	0	1 20170414
60	0059	160145410	D025	基本的検査検査実施料(4週間以内)	140	0	0	0	0	1 20170415

a)Eファイルの作成例：レセプトの*(アスタリスク)行為毎に作成する

<Eファイル>

E-5	E-6	E-8	E-9	E-10	E-11	E-12	E-13	E-14	E-15	E-18
子-区分	順序番号	レセプト電算処理	解釈番号	診療行為名称	行為点数	行為薬剤	行為材料	円-点区分	行為回数	実施年月日
70	0001	170006410	E001	単細撮影(イ)の写真診断	0	0	0	0	0	1 20170401
70	0002	170016810	E004	基本的エックス線診断料(4週間以内)	55	0	0	0	0	1 20170402
70	0003	170016810	E004	基本的エックス線診断料(4週間以内)	55	0	0	0	0	1 20170403
70	0004	170016810	E004	基本的エックス線診断料(4週間以内)	55	0	0	0	0	1 20170404
70	0005	170016810	E004	基本的エックス線診断料(4週間以内)	55	0	0	0	0	1 20170405
70	0006	170016810	E004	基本的エックス線診断料(4週間以内)	55	0	0	0	0	1 20170406
70	0007	170016810	E004	基本的エックス線診断料(4週間以内)	55	0	0	0	0	1 20170407
70	0008	170016810	E004	基本的エックス線診断料(4週間以内)	55	0	0	0	0	1 20170408
70	0009	170016810	E004	基本的エックス線診断料(4週間以内)	55	0	0	0	0	1 20170409
70	0010	170016810	E004	基本的エックス線診断料(4週間以内)	55	0	0	0	0	1 20170410
70	0011	170016810	E004	基本的エックス線診断料(4週間以内)	55	0	0	0	0	1 20170411
70	0012	170016810	E004	基本的エックス線診断料(4週間以内)	55	0	0	0	0	1 20170412
70	0013	170016810	E004	基本的エックス線診断料(4週間以内)	55	0	0	0	0	1 20170413
70	0014	170016810	E004	基本的エックス線診断料(4週間以内)	55	0	0	0	0	1 20170414
70	0015	170016810	E004	基本的エックス線診断料(4週間以内)	55	0	0	0	0	1 20170415

70 --- * 基本的エックス線診断料
(4週間以内)(1日につき)
55x14



<レセプト明細>

90 --- * 特定機能病院一般病棟10対1入院基本料
(2種地域)(救急医療管理加算)
2866x 6
* 特定機能病院一般病棟10対1入院基本料
(2種地域)(14日以内)
2066x 7
* 特定機能病院一般病棟10対1入院基本料
(2種地域)(30日以内)
1561x 1

90	0001	190085910	A104	特定機能一般病棟・10対1入院基本料	0	0	0	0	0	1 20170401
90	0002	190085910	A104	特定機能一般病棟・10対1入院基本料	2051	0	0	0	0	1 20170402
90	0003	190100070	A205	救急医療管理加算	800	0	0	0	0	1 20170402
90	0004	190077170	A218	地域加算(2級地)	15	0	0	0	0	1 20170402
90	0005	190085910	A104	特定機能一般病棟・10対1入院基本料	2051	0	0	0	0	1 20170403
90	0006	190100070	A205	救急医療管理加算	800	0	0	0	0	1 20170403
90	0007	190077170	A218	地域加算(2級地)	15	0	0	0	0	1 20170403
90	0008	190085910	A104	特定機能一般病棟・10対1入院基本料	2051	0	0	0	0	1 20170404
90	0009	190100070	A205	救急医療管理加算	800	0	0	0	0	1 20170404
90	0010	190077170	A218	地域加算(2級地)	15	0	0	0	0	1 20170404
90	0011	190085910	A104	特定機能一般病棟・10対1入院基本料	2051	0	0	0	0	1 20170405
90	0012	190100070	A205	救急医療管理加算	800	0	0	0	0	1 20170405
90	0013	190077170	A218	地域加算(2級地)	15	0	0	0	0	1 20170405
90	0014	190085910	A104	特定機能一般病棟・10対1入院基本料	2051	0	0	0	0	1 20170406
90	0015	190100070	A205	救急医療管理加算	800	0	0	0	0	1 20170406
90	0016	190077170	A218	地域加算(2級地)	15	0	0	0	0	1 20170406
90	0017	190085910	A104	特定機能一般病棟・10対1入院基本料	2051	0	0	0	0	1 20170407
90	0018	190100070	A205	救急医療管理加算	800	0	0	0	0	1 20170407
90	0019	190077170	A218	地域加算(2級地)	15	0	0	0	0	1 20170407
90	0020	190085910	A104	特定機能一般病棟・10対1入院基本料	2051	0	0	0	0	1 20170408
90	0021	190077170	A218	地域加算(2級地)	15	0	0	0	0	1 20170408
90	0022	190085910	A104	特定機能一般病棟・10対1入院基本料	2051	0	0	0	0	1 20170409
90	0023	190077170	A218	地域加算(2級地)	15	0	0	0	0	1 20170409
90	0024	190085910	A104	特定機能一般病棟・10対1入院基本料	2051	0	0	0	0	1 20170410
90	0025	190077170	A218	地域加算(2級地)	15	0	0	0	0	1 20170410
90	0026	190085910	A104	特定機能一般病棟・10対1入院基本料	2051	0	0	0	0	1 20170411
90	0027	190077170	A218	地域加算(2級地)	15	0	0	0	0	1 20170411
90	0028	190085910	A104	特定機能一般病棟・10対1入院基本料	2051	0	0	0	0	1 20170412
90	0029	190077170	A218	地域加算(2級地)	15	0	0	0	0	1 20170412
90	0030	190085910	A104	特定機能一般病棟・10対1入院基本料	2051	0	0	0	0	1 20170413
90	0031	190077170	A218	地域加算(2級地)	15	0	0	0	0	1 20170413
90	0032	190085910	A104	特定機能一般病棟・10対1入院基本料	2051	0	0	0	0	1 20170414
90	0033	190077170	A218	地域加算(2級地)	15	0	0	0	0	1 20170414
90	0034	190085910	A104	特定機能一般病棟・10対1入院基本料	1546	0	0	0	0	1 20170415
90	0035	190077170	A218	地域加算(2級地)	15	0	0	0	0	1 20170415

92 --- * 救命救急入院料1(3日以内)
(2種地域)
11109x 1

92	0001	190117170	A204-2	臨床研修病院入院診療加算(入院初日)	40	0	0	0	0	1 20170401
92	0002	190120510	A234	医療安全対策加算1	185	0	0	0	0	1 20170401
92	0003	190077170	A218	地域加算(2級地)	15	0	0	0	0	1 20170401
92	0004	190024510	A300	救命救急入院料1(3日以内)	10869	0	0	0	0	1 20170401

e) 外来EFファイル作成例

〔処方〕

- ① タガメット錠200mg 2錠
ロキソニン錠60mg 3錠
ムスカラム錠100mg 14日分
- ② マイザ軟膏0.05% 50g

〔院内投与の場合〕

EF-5 ター タ区 分	EF-6 順序 番号	EF-7 行為明細 番号	EF-8 病院内 タコード マ	EF-9 レセプト 算コード	EF-10 解釈 番号	EF-11 診療明細 名称	EF-12 使用量	EF-13 標準 単位	EF-14 明細 数・金額	EF-15 円点 区分	EF-16 出来 実績 点数	EF-17 行為明細 区分 情報	EF-18 行為 回数	EF-19 行為 薬料	EF-20 行為 材料	EF-21 行為 回数
21	0001	000	612320183	612320183		タガメット錠200mg	0	000	0	0	0	NULL	12	12	0	14
21	0001	001	612320183	612320183		タガメット錠200mg	2	016	40.2	1	0	000000000000	0	0	0	14
21	0001	002	620098801	620098801		ロキソニン錠60mg	3	016	52.5	1	0	000000000000	0	0	0	14
21	0001	003	620006145	620006145		ムスカラム錠100mg	3	016	30.3	1	12	000000000000	0	0	0	14
21	0002	000	120000710	120000710		調剤料(内服薬)	0	000	0	0	0	NULL	9	0	0	1
21	0002	001	120000710	120000710		調剤料(内服薬)	0	000	9	0	9	000000000000	0	0	0	1
23	0001	000	620625401	620625401		マイザ軟膏0.05%	0	000	0	0	0	NULL	113	113	0	1
23	0001	001	620625401	620625401		マイザ軟膏0.05%	50	033	1125	1	113	000000000000	0	0	0	1
23	0002	000	120001010	120001010		調剤料(外用薬)	0	000	0	0	0	NULL	6	0	0	1
23	0002	001	120001010	120001010		調剤料(外用薬)	0	000	6	0	6	000000000000	0	0	0	1
25	0001	000	120001210	120001210		処方料(その他)	0	000	0	0	0	NULL	42	0	0	1
25	0001	001	120001210	120001210		処方料(その他)	0	000	42	0	42	000000000000	0	0	0	1
27	0001	000	120001810	120001810		調剤料(その他)	0	000	0	0	0	NULL	8	0	0	1
27	0001	001	120001810	120001810		調剤料(その他)	0	000	8	0	8	000000000000	0	0	0	1

※: 外来EFファイルにおいて院内処方の「EF-17 行為明細区分情報の院外処方区分(F-19 行為明細区分情報の院外処方区分)」には全て「0」をセットする(院外処方薬を除く)。

〔院外処方の場合〕

EF-5 ター タ区 分	EF-6 順序 番号	EF-7 行為明細 番号	EF-8 病院内 タコード マ	EF-9 レセプト 算コード	EF-10 解釈 番号	EF-11 診療明細 名称	EF-12 使用量	EF-13 標準 単位	EF-14 明細 数・金額	EF-15 円点 区分	EF-16 出来 実績 点数	EF-17 行為明細 区分 情報	EF-18 行為 回数	EF-19 行為 薬料	EF-20 行為 材料	EF-21 行為 回数
21	0001	000	612320183	612320183		タガメット錠200mg	0	000	0	0	0	NULL	0	0	0	14
21	0001	001	612320183	612320183		タガメット錠200mg	2	016	40.2	1	0	110000000000	0	0	0	14
21	0001	002	620098801	620098801		ロキソニン錠60mg	3	016	52.5	1	0	110000000000	0	0	0	14
21	0001	003	620006145	620006145		ムスカラム錠100mg	3	016	30.3	1	0	110000000000	0	0	0	14
23	0001	000	620625401	620625401		マイザ軟膏0.05%	0	000	0	0	0	NULL	0	0	0	1
23	0001	001	620625401	620625401		マイザ軟膏0.05%	50	033	1125	1	0	110000000000	0	0	0	1
80	0001	000	120002910	120002910		処方せん料(その他)	0	000	0	0	0	NULL	68	0	0	1
80	0001	001	120002910	120002910		処方せん料(その他)	0	000	68	0	68	000000000000	0	0	0	1

※: 院外処方薬の「EF-17 行為明細区分情報の院外処方区分(F-19 行為明細区分情報の院外処方区分)」には「1」をセットする。

ただし、一般名処方を行った場合は「EF-17 行為明細区分情報の一般名処方区分(F-19 行為明細区分情報の一般名処方区分)」に「1」をセットする。

外薬EFファイナル作成例(7種類以上の内服薬)

- 例) (減)オルメテック錠20mg 2錠
 ティオバン錠80mg 2錠
 ノルバスク錠5mg 2錠
 ラジレス錠150mg 2錠
 アーチスト錠10mg 1錠
 カルプロック錠16mg 1錠
 シンックス錠40mg 1錠
 セララ錠25mg 1錠
 アンカロン錠100 100mg 1錠
 ジルテック錠10 10mg 2錠
 ワルファリンカリウム錠 1mg 5錠
 薬剤料速減(90/100)(内服薬)△234 x 1

86 x 14

19 x 14

37 x 14

20 x 14

5 x 14

EF-5	EF-6	EF-7	EF-8	EF-9	EF-10	EF-11	EF-12	EF-13	EF-14	EF-15	EF-16	EF-17	EF-18	EF-19	EF-20	EF-21
データ区分	順序番号	行為明細番号	病院点数マスタコード	レセプト電算コード	解釈番号	診療明細名称	使用量	基準単位数	明細点数・金額	円点区分	出来高実績点数	行為明細区分情報	行為点数	行為薬剤料	行為材料料	行為回数
21	0001	000		620001906		オルメテック錠20mg	0	000	0	0	0	NULL	86	86	0	14
21	0001	001		820000047		(減)	0	000	0	0	0	000000000000	0	0	0	14
21	0001	002		620001906		オルメテック錠20mg	2	016	246.6	1	0	000000000000	0	0	0	14
21	0001	003		610443044		ティオバン錠80mg	2	016	218.2	1	0	000000000000	0	0	0	14
21	0001	004		612170710		ノルバスク錠5mg	2	016	109	1	0	000000000000	0	0	0	14
21	0001	005		621932501		ラジレス錠150mg	2	016	289.8	1	86	000000000000	0	0	0	14
21	0002	000		612140702		アーチスト錠10mg	0	000	0	0	0	NULL	19	19	0	14
21	0002	001		612140702		アーチスト錠10mg	1	016	62.4	1	0	000000000000	0	0	0	14
21	0002	002		610470002		カルプロック錠16mg	1	016	62.5	1	0	000000000000	0	0	0	14
21	0002	003		62000168		ラジレス錠40mg	1	016	14.7	1	0	000000000000	0	0	0	14
21	0002	004		620005824		セララ錠25mg	1	016	47.7	1	19	000000000000	0	0	0	14
21	0003	000		612120358		アンカロン錠100 100mg	0	000	0	0	0	NULL	37	37	0	14
21	0003	001		612120358		アンカロン錠100 100mg	1	016	369.5	1	37	000000000000	0	0	0	14
21	0004	000		610421327		ジルテック錠10 10mg	0	000	0	0	0	NULL	20	20	0	14
21	0004	001		610421327		ジルテック錠10 10mg	2	016	204.6	1	20	000000000000	0	0	0	14
21	0005	000		613330001		ワルファリンカリウム錠 1mg	0	000	0	0	0	NULL	5	5	0	14
21	0005	001		613330001		ワルファリンカリウム錠 1mg	5	016	48	1	5	000000000000	0	0	0	14
21	0006	000		630010002		薬剤料速減(90/100)(内服薬)	0	000	0	0	0	NULL	-234	-234	0	1
21	0006	001		630010002		薬剤料速減(90/100)(内服薬)	0	000	-2342.2	1	-234	000000000000	0	0	0	1