

歯科保険診療の手引き 令和2年4月版 **正誤表**

| 頁 | 誤 | | 正 |
|-----|-----------|-----------------|-----------------------------|
| 103 | 訪問口腔リハ | 16. | [訪衛歯]と、… |
| 197 | 口腔外科関連 | ◇血管結紮術 | [3750] |
| 224 | 口腔外科関連 | ◇血管結紮術 | [3750] |
| 252 | 暫間固定装置の除去 | | 暫間固定した場合は、 残 間固定装置の… |
| 283 | 補綴時診断料 | 1. | 有床義歯修理、有床義歯内面的合法… |
| | | 5. | [床修理]、[床裏装]の補綴診断で[70]を算定後、… |
| 327 | 有床義歯 | 10.③ | 急性歯牙疾患のため喪失歯数が異なった… |
| 337 | 人工歯料 | レジン歯 | 前歯部・両側 26(点) |
| 416 | 高額療養費 | 70歳以上・外来(個人)・一般 | 14,000円(年間上限 14.4万円) |

歯科保険診療の手引き 令和2年4月版 **追補** 改正部分のみ抽出(編集部)

2020年9月1日

材料料

M010 金属歯冠修復(1個につき) 現行点数(7月1日～) 改正点数(10月1日～)

| | | |
|---------------------|---------|-----------|
| 2 金銀パラジウム合金(金12%以上) | | |
| (1) 大臼歯 イ インレー | a 単純なもの | 320 → 294 |
| | b 複雑なもの | 592 → 545 |
| □ 5分の4冠 | | 745 → 685 |
| ハ 全部金属冠 | | 937 → 862 |
| (2) 小臼歯・前歯 | | |
| イ インレー | a 単純なもの | 218 → 200 |
| | b 複雑なもの | 433 → 399 |
| □ 4分の3冠 | | 535 → 492 |
| ハ 5分の4冠 | | 535 → 492 |
| ニ 全部金属冠 | | 671 → 617 |
| 5 純チタン2種【追加】 | | 66 → 66 |

M011 レジン前装金属冠(1歯につき)

| | |
|---------------------|-----------|
| 1 金銀パラジウム合金(金12%以上) | 835 → 769 |
|---------------------|-----------|

M015-2 CAD/CAM冠(1歯につき)

(9月1日～)

| | |
|-------------------|-----|
| 4 CAD/CAM冠用材料(IV) | 576 |
|-------------------|-----|

M017 ボンティック(1歯につき)

| | | |
|-----------------------|-------------|--|
| 1 鑄造ボンティック | | |
| (1) 金銀パラジウム合金(金12%以上) | | |
| イ 大臼歯 | 1,079 → 993 | |
| □ 小臼歯 | 812 → 748 | |
| 2 レジン前装金属ボンティック | | |
| (1) 金銀パラジウム合金(金12%以上) | | |
| イ 前歯 | 648 → 597 | |
| □ 小臼歯 | 812 → 748 | |
| ハ 大臼歯 | 1,079 → 993 | |

M020 鑄造鉤(1個につき)

| | | |
|---------------------|----------|-----------|
| 2 金銀パラジウム合金(金12%以上) | | |
| (1) 双子鉤 | イ 大・小臼歯 | 862 → 794 |
| | □ 犬歯・小臼歯 | 675 → 621 |
| (2) 二腕鉤(レスト付) | イ 大臼歯 | 592 → 545 |
| | □ 犬歯・小臼歯 | 515 → 474 |
| | ハ 前歯(切歯) | 478 → 440 |

M021-2 コンビネーション鉤(1個につき)

| | | | |
|---|--|-------|-----|
| 1 鑄造鉤又はレストに金銀パラジウム合金(金 12%以上)、 線鉤に不銹鋼及び特殊鋼を用いた場合 | | | |
| (1) 前歯 | | 239 → | 220 |
| (2) 犬歯・小臼歯 | | 257 → | 237 |
| (3) 大臼歯 | | 296 → | 272 |

M023 バー(1個につき)

| | | | |
|--------|------------------------|---------|-------|
| 1 鑄造バー | (1) 金銀パラジウム合金(金 12%以上) | 1,383 → | 1,273 |
|--------|------------------------|---------|-------|

算定早見表

◇金属歯冠修復(P.300)

7月1日～9月30日まで

| | | インレー | | PZ(レジン前装金属冠は前歯部に限る) | | | | |
|----------|------------|------|-----|---------------------|---------------|----------------|----------------|----------------|
| | | 単純 | 複雑 | 前歯 | 4/5冠 | FMC | レジン前装金属冠 | |
| | | | | 3/4冠 | | | 前歯 | 小臼歯 |
| 金パラ | 前歯・ 小臼歯 | 408 | 717 | 905 《794》 | 845 《752》 | 1125 《989》 | 2009 《1657》 | 2009 《1657》 |
| | 大臼歯 | 510 | 876 | - | 1055 《962》 | 1391 《1255》 | - | - |
| チタン(大臼歯) | | - | - | - | - | 1266《906》 | - | - |

10月1日～

| | | インレー | | PZ(レジン前装金属冠は前歯部に限る) | | | | |
|----------|------------|------|-----|---------------------|--------------|----------------|----------------|----------------|
| | | 単純 | 複雑 | 前歯 | 4/5冠 | FMC | レジン前装金属冠 | |
| | | | | 3/4冠 | | | 前歯 | 小臼歯 |
| 金パラ | 前歯・ 小臼歯 | 390 | 683 | 862 《751》 | 802 《709》 | 1071 《935》 | 1943 《1591》 | 1943 《1591》 |
| | 大臼歯 | 484 | 829 | - | 995 《902》 | 1316 《1180》 | - | - |
| チタン(大臼歯) | | - | - | - | - | 1266《906》 | - | - |

※純チタン2種の全部金属冠で大臼歯を歯冠修復した場合はCAD/CAM冠に準じて算定する。(5月29日)

なお、除去は「著しく困難なもの」[70]で算定する。

◇レジン前装金属冠(P.302)

7月1日～9月30日まで

金パラ[2009]《1657》

10月1日～

金パラ[1943]《1591》

◇CAD/CAM冠(P.307)

9月1日～

新設 前歯(材料Ⅳ) 1776《1416》

○「歯冠修復及び欠損補綴」の特定保険医療材料(P.279)

4. CAD/CAM冠用材料の算定の留意点(追加):(Ⅳ)は前歯に使用した場合に限り算定できる。

CAD/CAM冠用材料(Ⅲ)を大臼歯に、(Ⅳ)を前歯に使用した場合は、製品に付属している材料の名称・ロット番号等を記載したシール等をカルテに貼付するなど管理すること。

※前歯にCAD/CAM冠を製作する場合、CAD/CAM冠用材料(Ⅳ)の色調決定を目的に、色調見本とともに補綴部位の口腔内写真を撮影した場合は、歯冠補綴時色調採得検査に準じて算定する。

※前歯に、CAD/CAM冠の費用を算定した歯またはCAD/CAM冠の歯冠形成を予定している歯で、テンポラリークラウンを用いた場合はテンポラリークラウンに準じ、処置等開始日から装着までの期間に1歯1回に限り算定する。

◇ポンティック(P.315)

7月1日～9月30日まで

10月1日～

| 材料 | 種類 | 7月1日～9月30日まで | | 10月1日～ | |
|-------|-----|--------------|----------------|--------|----------------|
| | | 歯種 | 単価 | 歯種 | 単価 |
| 鑄造 | 金パラ | 大臼歯 | 1513 《1383》 | 大臼歯 | 1427 《1297》 |
| | | 小臼歯 | 1246 《1116》 | 小臼歯 | 1182 《1052》 |
| レジン前装 | 金パラ | 前歯 | 1828 《1698》 | 前歯 | 1777 《1647》 |
| | | 小臼歯 | 1446 《1316》 | 小臼歯 | 1382 《1252》 |
| | | 大臼歯 | 1573 《1443》 | 大臼歯 | 1487 《1357》 |

◇鑄造鉤(P.335)

7月1日～9月30日まで

| 金パラ | 双子鉤 | | 二腕鉤(レスト付) | | |
|-----|-------|-------|-----------|--------|-----|
| | 大大・大小 | 犬小・小小 | 大臼齒 | 小臼齒・犬齒 | 前齒 |
| | 1113 | 926 | 823 | 746 | 709 |

10月1日～

| 金パラ | 双子鉤 | | 二腕鉤(レスト付) | | |
|-----|-------|-------|-----------|--------|-----|
| | 大大・大小 | 犬小・小小 | 大臼齒 | 小臼齒・犬齒 | 前齒 |
| | 1045 | 872 | 776 | 705 | 671 |

◇コンビネーション鉤(P.335)

7月1日～9月30日まで

| 金パラ | 大臼齒 | 528 |
|-----|--------|-----|
| | 小臼齒・犬齒 | 489 |
| | 前齒 | 471 |

10月1日～

| | |
|--------|-----|
| 大臼齒 | 504 |
| 小臼齒・犬齒 | 469 |
| 前齒 | 452 |

◇バー(P.336)

7月1日～9月30日まで

| | |
|---------------|------|
| 鑄造バー (金パラ) | 1837 |
|---------------|------|

10月1日～

| | |
|---------------|------|
| 鑄造バー (金パラ) | 1727 |
|---------------|------|

別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（歯科）

| 項番 | 区分 | 診療行為名称等 | 記載事項 | レセプト電算処理システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言 |
|----|----------------------------|--|--|------------------|--|
| 2 | A000 | 初診料 | (健康診断の結果に基づき治療を開始する場合において、初診料を算定しない場合) 健康診断の結果に基づき治療を開始した旨を記載すること。 | 820100300 | 健康診断の結果に基づき治療開始 |
| | | | (歯科疾患管理料を算定した患者について、再度初診料を算定する場合) 当該患者の前回治療年月日を記載すること。 なお、治療終了後2月以内に、予想しなかった外傷等により当初の管理計画の対象となっていた疾患とは異なる疾病が生じたことにより初診料を算定する場合は、その理由を記載すること。 | 850100296 | 初診前回算定年月日: 前回治療年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |
| | | | | 830100332 | 初診理由:***** |
| 10 | B000-6 B000-7 B000-8 | 周術期等口腔機能管理料(Ⅰ) 周術期等口腔機能管理料(Ⅱ) 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ) | 手術、放射線治療、化学療法等の実施年月日又は予定年月日を記載すること。 | 850100297 | 周管1(手術前)手術等実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |
| | | | | 850100298 | 周管1(手術後)手術等実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |
| | | | | 850100299 | 周管2(手術前)手術等実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |
| | | | | 850100300 | 周管2(手術後)手術等実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |
| | | | | 850100301 | 周管3手術等実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |
| | | | | 850100302 | 周管1(手術前)手術等予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |
| | | | | 850100303 | 周管1(手術後)手術等予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |
| | | | | 850100304 | 周管2(手術前)手術等予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |
| | | | | 850100305 | 周管2(手術後)手術等予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |
| | | | | 850100306 | 周管3手術等予定年月日: 放射線治療等予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |
| | 820100379 | 脳卒中等の術後早期に口腔機能管理の依頼 | | | |
| 12 | B003 | 特定薬剤治療管理料 | 全体の「その他」欄に初回の算定年月を記載すること。なお、4月以降の特定薬剤治療管理料は、初回の算定年月の記載を省略して差し支えない。 | 850100307 | 薬初回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 薬初回算定年月:(元号)yy"年"mm"月" |
| 20 | B008-2 | 薬剤総合評価調整管理料 | (当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合) 当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を記載すること。 | 842100062 | 薬剤総合評価調整管理料他の保険医療機関名等及び調整前後の種類数:***** 薬剤総合評価調整管理料調整前後の種類数:***** |
| | | | | 830100461 | 薬剤総合評価調整管理料他の保険医療機関名:***** |
| 27 | B012 | 傷病手当金意見書交付料 | 全体の「その他」欄に交付年月日を記載すること。 | 850100089 | 交付年月日(傷病手当金意見書交付料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |
| | | | (当該月前に受療した傷病について傷病手当金意見書の交付のみの求めがあった場合) 当該意見書の対象となった傷病名及びその傷病の診察開始年月日を「傷病名部位」欄及び「診療開始日」欄にそれぞれ記載すること。 | | 傷病名コード (傷病名を表示する。) |
| | | | | | 修飾語コード (修飾語を表示する。) |
| 29 | B014 | 退院時共同指導料1 | 全体の「その他」欄に患者が入院している保険医療機関名を記載。なお、2回目の当該退院時共同指導料は、全体の「その他」欄に別に厚生労働大臣が定める疾病のうち、該当する病名を記載すること。なお、1回目の場合は1回目と記載すること。 | 830100344 | 退院時共同指導料1保険医療機関名:***** |
| | | | | 830100345 | 退院時共同指導料1病名:***** |
| | | | | 820100303 | 1回目(退院時共同指導料1) |
| 33 | C000 | 歯科訪問診療料注8 地域医療連携体制加算 | 地域医療連携体制加算である旨及び連携保険医療機関名を記載すること。 | 830100350 | 地域医療連携体制加算(歯科訪問診療料)連携保険医療機関名:***** |
| 34 | C000 | 歯科訪問診療料注9 特別歯科訪問診療料 | 滞在時間(島に上陸したときから離島するまでの時間)を記載すること。 同月内に歯科訪問診療とそれ以外の外来分の診療がある場合、それぞれを明確に区分して記載すること。 | 303001570 | 滞在時間 滞在時間(特別歯科訪問診療料) |
| 36 | C001 | 訪問歯科衛生指導料 | 日付、指導の実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。 | | 算定日情報 (算定日) |
| | | | | 851100024 | 訪問歯科衛生指導開始時刻 |
| | | | | 851100025 | 訪問歯科衛生指導終了時刻 |
| | | | | 842100063 | 訪問指導一建物診療患者数:***** |
| | | | 単一建物診療患者が2人以上の場合には「摘要」欄にその人数を記載すること。 1つの患者に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険医療機関が訪問歯科衛生指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で当該保険医療機関が訪問歯科衛生指導料を算定する者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれユニットにおいて訪問歯科衛生指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合は、「摘要」欄に、「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「訪問歯科衛生指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で訪問歯科衛生指導料を算定する者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択して記載すること。 | 820100094 | ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所 |
| | | | | 820100103 | 同居する同一世帯の患者が2人以上 |
| | | | | 820100304 | 訪問歯科衛生指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下 |
| | | | | 820100305 | 当該建築物戸数が20戸未満で訪問歯科衛生指導料を算定する者を行診患者が2人以下 |
| | | | | 850100316 | (訪問歯科衛生指導料と同月に歯科訪問診療料がない場合) 直近の歯科訪問診療料の算定年月日を記載すること。 |
| | | | | | 算定日情報 (算定日) |
| 40 | C001-5 | 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料注6 栄養サポートチーム等連携加算1 注7 栄養サポートチーム等連携加算2 | 当該管理の実施日及び実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。 | | 算定日情報 (算定日) |
| | | | | 851100026 | 訪問口腔リハ開始時刻 |
| | | | | 851100027 | 訪問口腔リハ終了時刻 |
| | | | (栄養サポートチーム等連携加算を算定した場合) 連携先の保険医療機関名又は介護保険施設名及びカンファレンス等に参加した年月日を記載すること。 | 830100355 | 栄養サポートチーム等連携加算1(在宅患者訪問口腔リハ)連携先保険医療機関名等:***** |
| | | | | 850100397 | 栄養サポートチーム等連携加算1(在宅患者訪問口腔リハ)参加年月日: (元号)yy"年"mm"月"dd"日" |
| | | | | 830100356 | 栄養サポートチーム等連携加算2(在宅患者訪問口腔リハ)医療機関名:***** |
| | | | | 830100454 | 栄養サポートチーム等連携加算2(在宅患者訪問口腔リハ)連携先保険医療機関名等:***** |

| 項番 | 区分 | 診療行為名称等 | 記載事項 | レセプト電算処理システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言 |
|-----------|---|-------------|--|------------------|---|
| | | | | 850100324 | 栄養サポートチーム等連携加算2(在宅患者訪問口腔リハ)参加年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日 |
| 50 | D011 | 有床義歯咀嚼機能検査 | (新製有床義歯装着日より前に算定する場合で傷病名の部位から新製有床義歯管理料の「2 困難な場合」に準じる状態であると判断できない場合) 有床義歯咀嚼機能検査を開始する時に、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第1部D011有床義歯咀嚼機能検査の(9)のイからホまでのうち該当するものを選択して記載すること。 (新製有床義歯装着日より後に算定する場合) 新製有床義歯装着日より前に行った有床義歯咀嚼機能検査1「イ」下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合又は有床義歯咀嚼機能検査2「イ」下顎運動測定と咬合圧咀嚼能力測定を併せて行う場合を算定した年月及び新製有床義歯等を装着した年月を記載すること。 | 820100770 | イ 新製有床義歯管理料の「2 困難な場合」に準じる場合 |
| | | | | 820100314 | ロ 舌接触補助床を装着する場合 |
| | | | | 820100315 | ハ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術の(5)に準じる場合 |
| | | | | 820100316 | ニ 左右第二大臼歯を含む臼歯が4歯以上欠損している場合 |
| | | | | 820100317 | ホ 口蓋補綴、顎補綴を装着する場合 |
| | | | | 850100328 | 有床義歯咀嚼機能検査1(下顎運動測定と咀嚼能力測定を併施)年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日 有床義歯咀嚼機能検査1(下顎運動測定と咀嚼能力測定を併施)年月:(元号)yy"年"mm"月" |
| | | | | 850100388 | 有床義歯咀嚼機能検査2(下顎運動測定と咀嚼能力測定を併施)年月日:(元号)yy"年"mm"月" 有床義歯咀嚼機能検査2(下顎運動測定と咬合圧測定を併施)年月:(元号)yy"年"mm"月" |
| 850100329 | 有床義歯咀嚼機能検査装着年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日 有床義歯咀嚼機能検査装着年月:(元号)yy"年"mm"月" 新製有床義歯等装着年月:(元号)yy"年"mm"月" | | | | |
| 66 | H | リハビリテーション | (「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーションを行った場合) 次の例により、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他のリハビリテーションと区別して記載すること。 〔記載例〕 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)イ 200×18 実施日数3日 (リハ選) 脳血管疾患等リハビリテーション料 2,000円×1 | 830100372 | リハ選:***** |
| 75 | I007 | 根管貼薬処置 | (同一歯に対して初回の根管貼薬処置を実施した日の属する月から起算して6月を超えて治療を継続して処置を行う場合) 当該歯の状態及び初回の根管貼薬処置を行った年月を記載すること。 (抜歯を前提とした消炎のための根管貼薬処置を行った場合) 処置・手術の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」の記載から当該処置を行った部位が明らかに特定できる場合は、処置・手術の「その他」欄への部位の記載を省略して差し支えない。 | 830100377 | 根管貼薬処置実施部位の状態:***** |
| | | | | 850100335 | 根管貼薬初回年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日 根管貼薬初回年月:(元号)yy"年"mm"月" |
| | | | | 830100378 | 抜歯前提の消炎目的の根管拡大後の根管貼薬部位:***** |
| 80 | I011-2 | 歯周病安定期治療(Ⅰ) | (当該処置の1回目の場合(初診月を除く。)) 1回目である旨を記載すること。 (SPT及びP重防が2回目以降の場合)2回目以降の場合) SPT1又はP重防の前回実施年月を記載すること。 (歯周病安定期治療(Ⅰ)の治療間隔が3月以内の場合) 治療間隔が3月以内になった理由の要点として、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第8部I011-2歯周病安定期治療(Ⅰ)の(3)のイからニまでに規定するものの中から該当するものを記載すること。なお、ロ又はハを選択した場合は、別途、詳細な理由(全身的な疾患の状態を含む。)を記載すること。 | 820100772 | 1回目(SPT1) |
| | | | | 850100337 | SPT1前回実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日 SPT1又はP重防前回実施年月:(元号)yy"年"mm"月" |
| | | | | 820100331 | イ 歯周外科手術を実施した場合 |
| | | | | 820100332 | ロ 全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合 |
| | | | | 820100333 | ハ 全身的な疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合 |
| | | | | 820100334 | ニ 侵襲性歯周炎の場合 |
| 830100382 | SPT1詳細理由:***** | | | | |
| 81 | I011-2-2 | 歯周病安定期治療(Ⅱ) | (当該処置の1回目の場合(初診月を除く。)) 1回目である旨を記載すること。 (SPT及びP重防が2回目以降の場合)2回目以降の場合) 1回目SPT2又はP重防の前回実施年月を記載すること。 | 820100773 | 1回目(SPT2) |
| | | | | 850100338 | SPT2-1回目実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日 SPT2-1回目実施年月:(元号)yy"年"mm"月" SPT2又はP重防前回実施年月:(元号)yy"年"mm"月" |
| 82 | I011-2-3 | 歯周病重症化予防治療 | (当該処置の1回目の場合(初診月を除く。)) 1回目である旨を記載すること。 (SPT及びP重防が2回目以降の場合)2回目以降の場合) SPT1、SPT2又はP重防の前回実施年月を記載すること。 | 820100774 | 1回目(P重防) |
| | | | | 850100339 | 歯周病重症化予防治療前回実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日 SPT1、SPT2又はP重防前回実施年月:(元号)yy"年"mm"月" |
| 83 | I014 | 暫間固定 | 固定を行った部位(固定源となる歯を含めない。))及びその方法を記載し、暫間固定の前回実施年月日(1回目の場合は1回目と記載する。))及び歯周外科手術を行う予定であるか否かを記載すること。なお、歯周外科手術後の暫間固定を行う場合については、歯周外科手術の予定に関する記載は不要であり、手術後1回目の場合は術後1回目と記載し、2回目以降は前回実施年月日を記載する。 | 830100383 | 暫間固定部位:***** |
| | | | | 830100384 | 暫間固定方法:***** |
| | | | | 850190047 | 暫間固定前回実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日 |
| | | | | 820190047 | 1回目(暫間固定) |
| | | | | 820100335 | 歯周外科手術の予定あり |
| | | | | 820100336 | 歯周外科手術の予定なし |
| | | | | 820100337 | 歯周外科手術未定 |
| 820100776 | 術後4回目(暫間固定) 術後1回目(暫間固定) | | | | |
| 84 | I017 | 口腔内装置 | 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第8部I017口腔内装置の(1)のイからラまでに規定するものの中から該当するものを記載すること。 なお、トを選択した場合は手術の予定日及び手術を行う保険医療機関名を記載すること。 | 820100339 | イ 顎関節治療用装置 |
| | | | | 820100340 | ロ 歯ざりに対する口腔内装置 |
| | | | | 820100341 | ハ 顎間固定用に歯科用ベースプレートをを用いた床 |
| | | | | 820100342 | ニ 出血創の保護と圧迫止血を目的としてレジン等で製作した床 |
| | | | | 820100343 | ホ 手術に当たり製作したサージカルガイドプレート |
| | | | | 820100344 | ヘ 手術創(開放創)の保護等を目的として製作するオブチュレーター |
| | | | | 820100345 | ト 気管内挿管時の歯の保護等を目的として製作した口腔内装置 |
| | | | | 820100346 | チ 口腔粘膜等の保護を目的として製作する口腔内装置 |
| | | | | 820100347 | リ 放射線治療に用いる口腔内装置 |
| | | | | 850100394 | 口腔内装置手術予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日 |
| | | | | 830100462 | 口腔内装置手術を行う保険医療機関名:***** |

| 項番 | 区分 | 診療行為名称等 | 記載事項 | レセプト電算処理システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言 |
|-----------|---|---|---|------------------|--|
| 85 | 1017-1-2 | 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置 | 紹介元保険医療機関名を記載すること。(医科歯科併設の病院であって院内紹介を受けた場合は、院内紹介元の担当科名を記載。) | 830100385 | 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置紹介元保険医療機関名;***** |
| | | | | 830100468 | 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置院内紹介元担当科名;***** |
| 90 | 1030 | 機械的歯面清掃処置 | (当該処置の1回目の場合(初診月を除く。)) 1回目である旨を記載すること。 | 820100777 | 1回目(歯清) |
| | | | | 850100346 | 歯清前回実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 歯清前回実施年月:(元号)yy"年"mm"月" |
| | | | | 820100778 | 初診時歯科診療導入加算算定後 |
| | | | | 820100779 | 歯科診療特別対応加算算定後 |
| | | | | 820100348 | 妊婦 |
| | | | | 820100789 | 糖尿病 |
| 91 | 1031 | フッ化物歯面塗布処置 | (当該処置の1回目の場合(初診月を除く。)) 1回目である旨を記載すること。 | 820100780 | 1回目(F局) |
| | | | | 850100347 | F局前回実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日" F局前回実施年月:(元号)yy"年"mm"月" |
| 98 | J004 | 歯根端切除手術 2. 歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合 | 処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。 (連携する医療機関にて歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した場合) 撮影した医療機関名を記載すること。 | 830100393 | 根切部位;***** |
| | | | | 830100394 | 根切(歯科CT撮影装置及び手術用顕微鏡)歯科CT装置撮影医療機関名;***** 根切(歯科CT撮影装置及び手術用顕微鏡)歯科CT装置撮影医療機関名;***** |
| 105 | J090 | 皮膚移植術(生体培養) | 皮膚移植術の診療報酬明細書の「摘要」欄に皮膚提供者の氏名及び療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、皮膚提供者の療養に係る点数を記載した診療報酬明細書を添付する。 | 310021070 | 皮膚提供者の療養上の費用(皮膚移植術) |
| 116 | M | 歯冠修復及び欠損補綴 | (歯冠修復物又は欠損補綴物の装着予定日から起算して1年以上患者が来院しない場合) 「令和 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に未、装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由を記載すること。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。 (未来院請求後に患者が再び来院し、すでに未来院請求を行った歯冠修復物又は欠損補綴物を装着する場合の装着料及び装着材料を算定する場合) 未来院請求後及び装着物の種類を記載すること。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。 (有床義歯製作中であって咬合採得後における試適前、患者が理由なく来院しなくなった場合、患者の意志により治療を中止した場合又は患者が死亡した場合) 装着物の種類及び装着(又は試適)予定日及び装着できなくなった理由を記載すること。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。 (歯冠修復及び欠損補綴に係る歯冠形成及び印象採得後において、偶発的な事故等を原因とする外傷による歯冠形成歯の喪失等やむを得ない場合) 装着物の種類及び装着(又は試適)予定日及び装着できなくなった理由を記載すること。 (欠損歯数と補綴歯数が一致しないため、算定点数が異なる場合) 傷病名と歯数不一致と記載すること。 (レジンインレー、高強度硬質レジンブリッジ又は熱可塑性樹脂有床義歯等、記載欄がない歯冠修復及び欠損補綴を算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に装着物の種類名称及び部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から対象部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載は省略して差し支えない。 (クラウン・ブリッジ維持管理料について地方厚生(支)局長へ届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し当該補綴物を装着した場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に診療行為名を記載すること。 | 未来院請求コード「01」 | (「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様(歯科用)」の別表12に収載するコード) 未来院請求 |
| | | | | 830100404 | 未来院請求 装着物の種類;***** |
| | | | | 850100348 | 未来院請求 装着予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |
| | | | | 830100405 | 未来院請求 装着できなくなった理由;***** |
| | | | | 830100406 | 未来院請求後 装着物の種類; |
| | | | | 未来院請求コード「01」 | 未来院請求 |
| | | | | 830100404 | 未来院請求-装着物の種類;***** |
| | | | | 850100349 | 未来院請求 装着(又は試適)予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |
| | | | | 830100405 | 未来院請求-装着できなくなった理由;***** |
| | | | | 830100409 | やむを得ない場合 装着物の種類;***** |
| | | | | 850100350 | やむを得ない場合 装着(又は試適)予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |
| | | | | 830100410 | やむを得ない場合 装着できなくなった理由;***** |
| 820100383 | 傷病名と歯数不一致 | | | | |
| 830100411 | 歯冠修復及び欠損補綴部位;***** | | | | |
| 830100463 | 診療行為名称(歯冠補綴物又はブリッジを製作し当該補綴物を装着した場合);***** | | | | |
| 120 | M002 | 支台築造 | (ファイバーポストを用いた場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位、ファイバーポストの使用本数を部位毎にそれぞれ記載すること。 (後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して支台築造を算定する場合) 永久歯代行と記載すること。 | 313029520 | ファイバーポスト部位及び使用本数;***** ファイバーポスト部位;***** |
| | | | | 842100073 | ファイバーポスト使用本数;***** |
| | | | | 820100353 | 永久歯代行 |
| | | | | 820100353 | 永久歯代行 |
| | | | | 830100416 | 同一歯の複数窩洞に対する歯冠修復部位;***** |

| 項番 | 区分 | 診療行為名称等 | 記載事項 | レセプト電算処理システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言 |
|-----------|----------------------|----------------|--|------------------|-------------------------------------|
| 125 | M010 | 金属歯冠修復 | <p>(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して鑄造用金銀パラジウム合金を用いた金属歯冠修復を行った場合) 永久歯代行と記載すること。</p> <p>(同一歯の複数の窩洞に対して、充填及びインレー又はレジンインレーにより歯冠修復を行った場合) 同一歯の複数の窩洞に対する歯冠修復であること及び部位を記載すること。なお、当該治療部位が単独であって「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載は省略して差し支えない。</p> <p>(歯科鑄造用14カラット合金を用いた金属歯冠修復を算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に修復物の名称及び部位を記載すること。なお、当該治療部位が単独であって「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「その他」欄への部位の記載は省略して差し支えない。</p> | 820100354 | 同一歯の複数窩洞に対する歯冠修復 |
| | | | | 830100417 | 14Kを用いた金属歯冠修復部位:***** |
| | | | | 313010920 | 14K(インレー(複)) |
| | | | | 313011020 | 14K(3/4冠) |
| | | | | 313018420 | 鑄造鉤(14K(双子鉤(犬・小臼歯))) |
| | | | | 313018520 | 鑄造鉤(14K(双子鉤(犬歯・小臼歯))) |
| | | | | 313018620 | 鑄造鉤(14K(二腕鉤(レストつき)(大臼歯))) |
| | | | | 313018720 | 鑄造鉤(14K(二腕鉤(レストつき)(犬歯・小臼歯))) |
| | | | | 313018820 | 鑄造鉤(14K(二腕鉤(レストつき)(前歯(切歯))) |
| | | | | 313019920 | 線鉤(14K(双子鉤)) |
| 313020020 | 線鉤(14K(二腕鉤(レストつき))) | | | | |
| 127 | M015-2 | CAD/CAM冠 | <p>(大臼歯に用いた場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から対象部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載は省略して差し支えない。</p> <p>(歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者の大臼歯に用いた場合) 紹介元保険医療機関名を記載すること。</p> | 830100419 | CAD/CAM冠部位:***** |
| | | | | 830100465 | CAD/CAM冠紹介元保険医療機関名:***** |
| 130 | M017 | ボンティック(接着ブリッジ) | <p>歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に当該支台歯の部位及び接着冠を記載すること。なお、当該ブリッジが一つであって、「傷病名部位」欄の記載から接着冠の部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載を省略して差し支えない。</p> | 830100422 | 接着冠部位:***** |
| | | | | 313015720 | 鑄造ボンティック(金バラ(大臼歯)) |
| | | | | 313015820 | 鑄造ボンティック(金バラ(小臼歯)) |
| | | | | 313015920 | 鑄造ボンティック(銀合金(犬・小臼歯)) |
| | | | | 313016420 | 前装金属ボンティック(金バラ(前歯)) |
| | | | | 313031920 | 前装金属ボンティック(金バラ(大臼歯)) |
| | | | | 313032020 | 前装金属ボンティック(金バラ(大臼歯)) |
| | | | | 313016520 | 前装金属ボンティック(銀合金(前歯)) |
| | | | | 313032120 | 前装金属ボンティック(銀合金(小臼歯)) |
| 313032220 | 前装金属ボンティック(銀合金(大臼歯)) | | | | |
| 131 | M018 | 有床義歯 | <p>(残根上に義歯を装着した場合) 残根上の義歯と記載すること。</p> <p>(人工歯料の算定に当たって、同一組の人工歯を月をまたがって分割使用し、既に請求済である場合であって、当該月には人工歯料の請求がない場合) 前月(以前)請求済と記載すること。</p> <p>(欠損歯数と補綴歯数が一致しないため、算定点数が異なる場合) 欠損歯数と補綴歯数の不一致の旨を記載すること。</p> <p>(小児義歯に係る費用を算定する場合) 装着部位及び小児義歯が必要となった疾患名又は必要となった理由を記載すること。</p> | 820100356 | 残根上義歯 |
| | | | | 820100357 | 人工歯前月(以前)請求済み |
| | | | | 820100358 | 欠損歯数と補綴歯数の不一致 |
| | | | | 830100423 | 小児義歯装着部位:***** |
| | | | | 830100424 | 小児義歯が必要な疾患名:***** |
| | | | | 830100425 | 小児義歯が必要な理由:***** |
| | | | | 820100356 | 残根上義歯 |
| 820100357 | 人工歯前月(以前)請求済み | | | | |
| 820100358 | 欠損歯数と補綴歯数の不一致 | | | | |
| 830100423 | 小児義歯装着部位:***** | | | | |
| 830100424 | 小児義歯が必要な疾患名:***** | | | | |
| 830100425 | 小児義歯が必要な理由:***** | | | | |
| 133 | M019 | 熱可塑性樹脂有床義歯等 | <p>(残根上に義歯を装着した場合) 残根上義歯と記載すること。</p> <p>(人工歯料の算定に当たって、同一組の人工歯を月をまたがって分割使用し、既に請求済である場合であって、当該月には人工歯料の請求がない場合) 人工歯前月(以前)請求済と記載すること。</p> <p>(小児義歯に係る費用を算定する場合) 装着部位及び小児義歯が必要となった疾患名又は必要となった理由を記載すること。なお、欠損歯数と補綴歯数が一致しないため、算定点数が異なる場合は、欠損歯数と補綴歯数の不一致の旨を記載すること。</p> | 820100356 | 残根上義歯 |
| | | | | 820100357 | 人工歯前月(以前)請求済み |
| 135 | M029 | 有床義歯修理 | <p>(新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内に当該有床義歯の修理を行った場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に有床義歯の装着年月日を記載すること。</p> | 850100351 | 有床義歯装着年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |
| | | | | 850100352 | |
| 142 | N001 | 顎口腔機能診断料 | <p>全体の「その他」欄に歯科矯正、動的処置、マルチブラケット法及び保定の開始の区別(顎口腔機能診断料は顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名)を記載し、それぞれ最初の診断に係る記載とは別に前回顎口腔機能診断料の算定年月日を記載すること。</p> | 820100785 | 歯科矯正開始 |
| | | | | 820100786 | 動的処置開始 |
| | | | | 820100787 | マルチブラケット法開始 |
| | | | | 820100788 | 保定開始 |
| | | | | 850100361 | 顎口腔機能診断料前回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |
| | | | | 850100361 | 顎口腔機能診断料前回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日" |

| 項番 | 区分 | 診療行為 名称等 | 記載事項 | レセプト電算処理 システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言 |
|-----|------|-------------|--|----------------------|--|
| | | | | 830100466 | 顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名:***** |
| 143 | N002 | 歯科矯正管理料 | 全体の「その他」欄に算定年月日及び動的処置又はマルチブラケット法の開始の年月日を記載すること。 | 算定日情報 850100395 | (算定日) 歯科矯正管理料算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日 |
| | | | | 850100362 | 動的処置開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日 |
| | | | | 850100363 | マルチブラケット法開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日 |
| 145 | N005 | 動的処置 | 全体の「その他」欄に算定年月日及び動的処置又はマルチブラケット法の開始年月日並びに同月内における算定回数を記載すること。 | 算定日情報 850100396 | (算定日) 動的処置算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日 |
| | | | | 850100362 | 動的処置開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日 |
| | | | | 850100363 | マルチブラケット法開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日 |
| | | | | 842100065 | 動的処置算定回数:***** |
| 148 | N018 | マルチブラケット装置 | 全体の「その他」欄にステップ名(例:ステップⅠ、Ⅰ装置日)及びそのステップにおける回数を記載すること。 | 842100066 | マルチブラケット装置ステップ1回数:***** |
| | | | | 842100067 | マルチブラケット装置ステップ2回数:***** |
| | | | | 842100068 | マルチブラケット装置ステップ3回数:***** |
| | | | | 842100069 | マルチブラケット装置ステップ4回数:***** |
| | | | | 830100467 | マルチブラケット装置ステップ名:***** |

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。