

## 10月例会資料

令和2年10月28日  
保険研究委員会

### <留意事項>

- (1) 下顎大臼歯の歯根分割搔把術後の補綴について  
近心根、遠心根にそれぞれ金属冠を製作し、連結して装着する場合、歯冠修復は製作物毎に算定する。この場合のクラウン・ブリッジ維持管理料の算定回数ですが、1歯単位での算定となるため×2ではなく、×1となります。  
※歯内療法については当該歯単位での算定となります。
- (2) 口腔内装置1について  
義歯床用アクリリック樹脂以外の材料で製作されたものは算定できないので  
ご留意下さい。

### <報告事項>

- 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項の一部改訂について（別表1）  
「歯科点数表の解釈（通称：青本）」のP819～P829、「保険診療の手引き」のP200～P216が該当ページとなります。

### <連絡事項>

- 令和2年11月レセプトチェック勉強会は開催されません。  
質問のある方は、保険研究委員会委員の先生にお尋ね下さい。

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	周術1(手術前)手術等実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				850100298	周術1(手術後)手術等実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				850100299	周術2(手術前)手術等実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				850100300	周術2(手術後)手術等実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				850100301	周術3手術等実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				850100302	周術1(手術前)手術等予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				850100303	周術1(手術後)手術等予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				850100304	周術2(手術前)手術等予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				850100305	周術2(手術後)手術等予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日	
				850100306	周術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。		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:*****	
					算定日情報 (算定日)	

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
				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1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)のイからリ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課名;*****
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。	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
			(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。	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	鑄造ボンテック(金バラ(大臼歯))
				313015820	鑄造ボンテック(金バラ(小臼歯))
				313015920	鑄造ボンテック(銀合金(犬・小臼歯))
				313016420	前装金属ボンテック(金バラ(前歯))
				313031920	前装金属ボンテック(金バラ(大臼歯))
				313032020	前装金属ボンテック(金バラ(大臼歯))
				313016520	前装金属ボンテック(銀合金(前歯))
				313032120	前装金属ボンテック(銀合金(小臼歯))
313032220	前装金属ボンテック(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。