

別表II 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧(薬価基準)

R6 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 8月1日 適用
1 アイモビーグ皮下注70mgベン	アイモビーグ皮下注70mgベン		本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～オのうち該当するものを記載すること(「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載)。 ア 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に 5 年以上の臨床経験を有している。 イ 日本神経学会 ウ 日本頭痛学会 エ 日本内科学会(総合内科専門医) オ 日本脳神経外科学会	820600001	医師要件ア(アイモビーグ皮下注70mgベン)	
				820600002	医師要件イ(アイモビーグ皮下注70mgベン)	
				820600003	医師要件ウ(アイモビーグ皮下注70mgベン)	
				820600004	医師要件エ(アイモビーグ皮下注70mgベン)	
				820600005	医師要件オ(アイモビーグ皮下注70mgベン)	
			投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数(片頭痛又は片頭痛の疑いが起った日数)の平均を記載すること。	842600001	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数(片頭痛又は片頭痛の疑いが起った日数)の平均(アイモビーグ皮下注70mgベン);*****	
			投与の要否の判断にあたっては、本剤投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること。(「前治療要件」から「前治療要件オ」のうち該当するものを全て記載)。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしていない。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。	820600006	前治療要件ア(アイモビーグ皮下注70mgベン)	
				820600007	前治療要件イ(アイモビーグ皮下注70mgベン)	
				820600008	前治療要件ウ(アイモビーグ皮下注70mgベン)	
				820600009	前治療要件エ(アイモビーグ皮下注70mgベン)	
			投与開始後3ヶ月(3回投与後)を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際に、症状の改善が認められた旨を記載すること。	820600010	投与開始後3ヶ月(3回投与後)症状の改善が認められた(アイモビーグ皮下注70mgベン)	
2	アキラックス点滴静注250mg		投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600115	投与が必要と判断した理由(アキラックス点滴静注250mg);*****	
3 アクヒブ	アクヒブ		ベグセタコプランの投与を行った又は行う予定の年月日を記載すること。	850600157	ベグセタコプランの投与を行った年月日(アクヒブ):(元号)yy~年mm~月dd~日	※
				850600158	ベグセタコプランの投与を行う予定の年月日(アクヒブ):(元号)yy~年mm~月dd~日	※
4 アコファイド錠100mg	アコファイド錠100mg	機能性ディスペシアにおける食後腹満感、上腹部膨満感、早期満腹感	「機能性ディスペシアにおける食後腹満感、上腹部膨満感、早期満腹感」と診断された場合に限り算定できること。また、その場合には、診療報酬明細書の薬名に「機能性ディスペシア」を用いること。	850600001	傷病名コード(傷病名を表示する。)	
			診療報酬明細書の記載に当たっては、上部消化管内視鏡検査等の実施年月日を記載すること。 ア 医師免許取得才(までのうち該当するもの)のうち該当する月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600002	上部消化管内視鏡検査等の実施年月日(アコファイド錠100mg):(元号)yy~年mm~月dd~日	
			投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数(片頭痛又は片頭痛の疑いが起った日数)の平均を記載すること。	820600011	医師要件ア(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)	
				820600012	医師要件イ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)	
5 アジョビ皮下注225mgシリンジ アジョビ皮下注225mgオートインジェクター	アジョビ皮下注225mgシリンジ アジョビ皮下注225mgオートインジェクター		本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～オのうち該当するものを記載すること(「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載)。 ア 医師免許取得才(までのうち該当するもの)のうち該当する月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	820600013	医師要件ウ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)	
				820600014	医師要件エ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)	
				820600015	医師要件オ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)	
			投与の要否の判断にあたっては、以下のアに該当し、イ～エのいずれかを満たす患者であることを確認することとされているため、投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること(「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載)。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。	820600016	前治療要件ア(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)	
				820600017	前治療要件イ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)	
			4週間に1回投与の場合であって、投与開始後3ヶ月(3回投与後)症状の改善が認められた(アジョビ皮下注225mgシリンジ等);*****	820600018	前治療要件ウ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)	
				820600019	前治療要件エ(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)	
			4週間に1回投与の場合には本剤投与開始後3ヶ月(3回投与後)、12週間に1回投与の場合には本剤投与開始後3ヶ月(1回投与後)又は6ヶ月(2回投与後)を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際に、症状の改善が認められた旨を記載すること。	8206000226	4週間に1回投与の場合であって、投与開始後3ヶ月(3回投与後)症状の改善が認められた(アジョビ皮下注225mgシリンジ等);*****	
				8206000227	12週間に1回投与の場合であって、投与開始後3ヶ月(1回投与後)症状の改善が認められた(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)	
				8206000228	12週間に1回投与の場合であって、投与開始後6ヶ月(2回投与後)症状の改善が認められた(アジョビ皮下注225mgシリンジ等)	
6 アドセトリス点滴静注用50mg	アドセトリス点滴静注用50mg		CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。 (平成30年9月20日以前に既に本製剤の投与を受けている患者に対しては、本通知前からの投与継続患者である旨(「投与継続患者」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。)	850600003	CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日(アドセトリス点滴静注用50mg):(元号)yy~年mm~月dd~日	
				850600004	CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日(初回投与)(アドセトリス点滴静注用50mg):(元号)yy~年mm~月dd~日	
				820600021	投与継続患者(アドセトリス点滴静注用50mg)	
				850600005	初めて投与した年月日(アドセトリス点滴静注用50mg):(元号)yy~年mm~月dd~日	
7 アドトラーザ皮下注150mgシリンジ	アドトラーザ皮下注150mgシリンジ		本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 第一次に投与される際の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 乙 成人アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬(ストロングクラス以上)やカルニクリン外用薬やカルニクリン軟膏外用薬に対する過敏症、顎面局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難である。 丙 全身又は頭頸部のEASIスコア	820600255	医師要件ア(アドトラーザ皮下注150mgシリンジ)	※
				820600256	医師要件イ(アドトラーザ皮下注150mgシリンジ)	※
				820600257	前治療要件ア(アドトラーザ皮下注150mgシリンジ)	※
				820600258	前治療要件イ(アドトラーザ皮下注150mgシリンジ)	※
				830600138	IGAスコア(アドトラーザ皮下注150mgシリンジ);*****	※
			ア IGAスコア イ 全身又は頭頸部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%)	830600139	全身のEASIスコア(アドトラーザ皮下注150mgシリンジ);*****	※
				830600140	頭頸部のEASIスコア(アドトラーザ皮下注150mgシリンジ);*****	※

別表II(薬価基準)-1

R6 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
				842600022	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) (アドトラーザ 皮下注150mgシリンジ);*****	※
8 アベクマ点滴静注			<p>本製品の投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。「施設要件A」から「施設要件E」までのうち該当するものを記載。</p> <p>ア 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科(認定カテゴリーI)を有する施設</p> <p>イ 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準のうち、看護師(基準3.1及び3.3.2)、移植認定医(基準3.2.1)及び移植コーディネーター(基準3.4.3)以外の全ての項目を満たす診療科(認定カテゴリーI)を有する施設</p> <p>ウ 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準のうち、看護師(基準3.1及び3.3.2)、移植認定医(基準3.2.1)、移植コーディネーター(基準3.4.3)及び移植看護師(基準4.1及び4.2)以外の全ての項目を満たす診療科(認定カテゴリーI)を有する施設</p> <p>エ 本品に係る治療の実施施設</p>	820600259	施設要件A(アベクマ点滴静注)	※
				820600260	施設要件E(アベクマ点滴静注)	※
				820600261	施設要件ウ(アベクマ点滴静注)	※
				820600262	施設要件エ(アベクマ点滴静注)	※
9 アリセプト錠3mg アリセプト錠5mg アリセプト錠10mg アリセプト錠3mg アリセプト錠5mg アリセプト錠10mg アリセプト錠3mg アリセプト錠5mg アリセプト錠10mg アリセプト錠3mg アリセプト内服ゼリー3mg アリセプト内服ゼリー5mg アリセプト内服ゼリー10mg アリセプトドライシロップ1% 後発品のドネヘジル硫酸塩製剤			<p>(本製剤を用いて小体型認知症における認知症症状の進行抑制に用いる場合) 次の手順を記載すること。</p> <p>① 効能又は効果に関する使用上の注意において「本剤は、認知症治療に精通し、「17. 臨床成績」の項の内容について十分に理解した医師によるその指揮のもと、本剤を認知症の治療に適さず、適切な治療を受けるべき患者から、他の覚醒状態の維持や活動性の増加による行動障害、日常生活活動動作等に問題があることから、投与を中止すること。」とされていることから、投与開始12週間後までに、患者及び家族・介護者から「他覚醒状態の維持等による有効性評価をを行い、認知機能・精神状況・行動障害、日常生活活動動作等を総合的に評価し、ペニグットがリスクを上回ることと判断した場合は、投与を中止すること。」</p> <p>③ 用法・用量の記載において、「投与開始12週間後までの効果判定の結果に基づき投与を継続する場合であっても、定期的に有効性評価を行い、投与を継続する場合に、投与開始12週間後までの有効性評価後に投与を継続する場合、母子と継続の検査を行った直近の年月日(本剤の投与と継続が必ずかつ有効と判断した理由(最新のガード付)に基づいた検査の実施年月日)と記載すること。」とされていることから、投与開始12週間後までの有効性評価後に投与を継続する場合、母子と継続の検査を行った直近の年月日(本剤の投与と継続が必ずかつ有効と判断した理由(最新のガード付)に基づいた検査の実施年月日)と記載すること。</p>	830600141	本製剤の使用が適切と判断した理由(アリセプト錠3mg等);*****	※
				850600159	投与継続の検査を行った年月日(アリセプト錠3mg等);(元号)yy 年 mm 月 dd 日	※
				830600142	本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由(アリセプト錠3mg等);*****	※
				850600160	投与継続の検査を行った直近の年月日(投与開始12週間後までの有効性評価後)と投与を継続する場合(アリセプト錠3mg等);(元号)yy 年 mm 月 dd 日	※
				830600143	本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由(投与開始12週間後までの有効性評価後)と投与を継続する場合(アリセプト錠3mg等);*****	※
10 アルンブリグ錠30mg アルンブリグ錠90mg			ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600006	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(アルンブリグ 錠30mg等);(元号)yy 年 mm 月 dd 日	
11 アレセンサカプセル150mg			本製剤の効能・効果に関する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600008	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(アレセンサカ プセル150mg);(元号)yy 年 mm 月 dd 日	
12 アレモ皮下注15mg アレモ皮下注60mg アレモ皮下注150mg			本製剤の使用に当たっては、血液凝固因子又は第V因子に対するインヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビターカ値の測定された年月日及びカ値を記載すること。	830600144	インヒビターカ値(アレモ皮下注15mg等);*****	※
				850600161	インヒビターカ値測定年月日(アレモ皮下注15mg等);(元号)yy 年 mm 月 dd 日	※
13 アロフィセル注			<p>本製品の効能、効果又は性能において、「非活動期又は軽症の活動期クローリング病患者における複数疾患の治療。ただし、少なくとも2つの既往治療薬による治療を行っており効果が不十分な場合に限る。」と用法・用量又は使用方法に記載する使用上の注意において、「本品を再投与した臨床成績は得られておらず、病歴の状態を十分に確認した上で、再投与の妥否を慎重に判断すること。」とされていることから、このような場合に限り算定できるものであり、次の手順を記載すること。</p> <p>ア 本製品の投与が適切と判断した理由</p> <p>イ 既存治療薬による治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間</p> <p>ウ 本製品の投与回数(1回目は2回目と記載する)</p>	830600002	投与が適切と判断した理由(アロフィセル注);*****	
				830600003	既存治療薬による治療として使用していた薬剤の品名(アロフィセル 注);*****	
				830600004	既存治療薬による治療として使用していた薬剤の使用期間(ア ロフィセル注);*****	
				820600022	投与回数1回目(アロフィセル注)	
14 イエスカルタ点滴静注			<p>投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。「施設要件A」又は「施設要件E」を有する施設</p> <p>ア 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科(認定カテゴリーI)を有する施設</p> <p>イ 認定カテゴリーIに準ずる施設科(認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科)を有する施設</p>	820600024	施設要件A(イエスカルタ点滴静注)	
				820600025	施設要件I(イエスカルタ点滴静注)	
15 イデルビオン静注用250 イデルビオン静注用50 イデルビオン静注用1000 イデルビオン静注用2000 イデルビオン静注用3500			手術時における血漿凝固第V因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600005	手術時に使用した理由(イデルビオン静注用250等);*****	
16 イプランス錠25mg イプランス錠125mg			<p>ホルモン受容体陽性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</p>	850600011	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(イプランス錠2 5mg等);(元号)yy 年 mm 月 dd 日	
				850600012	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(イプランスカプセル25m g等);(元号)yy 年 mm 月 dd 日	
				850600013	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(イプランスカ プセル25mg等);(元号)yy 年 mm 月 dd 日	
				850600014	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(イプランスカ プセル25mg等);(元号)yy 年 mm 月 dd 日	
17 イベニティ皮下注105mgシリンジ			<p>(1ヵ月投与した後に本製剤を再投与する場合) 再投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。</p> <p>ア 骨折の危険性が高いと判断した理由</p> <p>イ 本製剤を再投与するまでに投与した骨粗鬆症治療薬の品名</p>	830600006	骨折の危険性が高いと判断した理由(イベニティ皮下注105mgシ リンジ);*****	
				830600007	再投与するまでに投与した骨粗鬆症治療薬の品名(イベニティ皮下 注105mgシリンジ);*****	
切除不能局所進行 の非小細胞肺癌に対する 根治的化学放射 線療法後の維持療 法			<p>次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること(「施設要件A」から「施設要件E」までのうち該当するものを記載)。</p> <p>ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など)</p> <p>イ 特定機能病院</p> <p>ウ 地域がん診療連携拠点病院等が指定するがん診療連携拠点病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など</p> <p>エ 外来化療療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科1又は外来腫瘍化学療法診療科2の施設基準に係る届出を行っている施設</p> <p>オ 抗悪性腫瘍薬剤方管理算の施設基準に係る届出を行っている施設</p> <p>△ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること、うち、2年以上は、がん薬物療法を主としたがん診療専門学の研修を行っていること。</p> <p>△ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。</p>	820600026	施設要件A(イミフインジ点滴静注120mg等)	
				820600027	施設要件I(イミフインジ点滴静注120mg等)	
				820600028	施設要件ウ(イミフインジ点滴静注120mg等)	
				820600029	施設要件エ(イミフインジ点滴静注120mg等)	
				820600030	施設要件オ(イミフインジ点滴静注120mg等)	
				8206000229	医師要件A(イミフインジ点滴静注120mg等)	
				8206000230	医師要件I(イミフインジ点滴静注120mg等)	
				820600026	施設要件A(イミフインジ点滴静注120mg等)	
				820600027	施設要件I(イミフインジ点滴静注120mg等)	

R6 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
		進行型小細胞肺癌	院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など)、外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科1又は外来腫瘍化学療法診療科2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の条件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること(「医師要件A」又は「医師要件B」と記載)。 ア 医師免許取得後2年以内の初期研修を修了した後5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を中心とした臨床獣医学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年以内の初期研修を修了した後5年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600028 820600029 820600030 820600229 820600230	施設要件ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等) 施設要件エ(イミフィンジ点滴静注120mg等) 施設要件オ(イミフィンジ点滴静注120mg等) 医師要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等) 医師要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
18	イミフィンジ点滴静注120mg イミフィンジ点滴静注500mg	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること(「施設要件A」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科1又は外来腫瘍化学療法診療科2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の条件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること(「医師要件A」又は「医師要件B」と記載)。 ア 医師免許取得後2年以内の初期研修を修了した後5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を中心とした臨床獣医学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年以内の初期研修を修了した後5年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与を行った旨を記載すること(「併用投与ア」と記載)。 ア テムセリマブ(遺伝子工組換え)及び白金製剤(シスプラチン又はカルボプラチン)との併用投与 本製剤を併用投与アにより併用する場合は、EGFR遺伝子変異陽性及びALK融合遺伝子陰性の患者において有効性が示されているので、EGFR遺伝子変異陽性及びALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	820600026 820600027 820600028 820600029 820600030 820600229 820600230 820600263 850600162 850600163	施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等) 施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等) 施設要件ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等) 施設要件エ(イミフィンジ点滴静注120mg等) 施設要件オ(イミフィンジ点滴静注120mg等) 医師要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等) 医師要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等) 併用投与ア(イミフィンジ点滴静注120mg等) EGFR遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(イミフィンジ点滴静注120mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日 [*] ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日(イミフィンジ点滴静注120mg等):(元号)yy'年'mm'月'dd'日 [*]	
		切除不能な肝細胞癌	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること(「施設要件A」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科1又は外来腫瘍化学療法診療科2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の条件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること(「医師要件A」又は「医師要件B」と記載)。 ア 医師免許取得後2年以内の初期研修を修了した後5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を中心とした臨床獣医学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年以内の初期研修を修了した後5年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肝細胞癌のがん薬物療法を含む肝臓病学の臨床研修を行っていること。	820600026 820600027 820600028 820600029 820600030 820600229 820600230	施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等) 施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等) 施設要件ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等) 施設要件エ(イミフィンジ点滴静注120mg等) 施設要件オ(イミフィンジ点滴静注120mg等) 医師要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等) 医師要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
		治療切除不能な胆道癌	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること(「施設要件A」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科1又は外来腫瘍化学療法診療科2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の条件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること(「医師要件A」又は「医師要件B」と記載)。 ア 医師免許取得後2年以内の初期研修を修了した後5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を中心とした臨床獣医学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年以内の初期研修を修了した後5年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、胆道癌のがん薬物療法を含む肝臓病学の臨床研修を行っていること。 本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与を行った旨を記載すること(「併用投与ア」と記載)。 ア ゲムシタビン塩酸塩及びシスラブランとの併用投与	820600026 820600027 820600028 820600029 820600030 820600229 820600230 820600263	施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等) 施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等) 施設要件ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等) 施設要件エ(イミフィンジ点滴静注120mg等) 施設要件オ(イミフィンジ点滴静注120mg等) 医師要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等) 医師要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等) 併用投与ア(イミフィンジ点滴静注120mg等) 医師要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600264 820600265 820600266 820600267 820600268 820600269 820600270 820600271 820600272 820600273 820600274 830600145	施設要件ア(ウゴーピ皮下注0. 25mg SD等) 施設要件イ(ウゴーピ皮下注0. 25mg SD等) 施設要件ウ(ウゴーピ皮下注0. 25mg SD等) 施設要件エ(ウゴーピ皮下注0. 25mg SD等) 施設要件オ(ウゴーピ皮下注0. 25mg SD等) 施設要件キ(ウゴーピ皮下注0. 25mg SD等) 施設要件ケ(ウゴーピ皮下注0. 25mg SD等) 施設要件コ(ウゴーピ皮下注0. 25mg SD等) 施設要件カ(ウゴーピ皮下注0. 25mg SD等) 連携施設名(施設要件キ、ケ又はサに該当)(ウゴーピ皮下注0. 25mg SD等):*****	※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※

R6 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
			(本製剤の中止後に満満症の悪化が認められ、本製剤の初回投与開始時と同様に、本剤を投与する施設において適切な治療計画に基づく食事療法・運動療法を実施しても、本製剤の再投与が必要と判断された場合) ① 本製剤の投与を中止した年月日 ② 本製剤の中止後に改めて食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日 ③ 治療計画に基づく食事療法において、曾理栄養士による栄養指導を少なくとも6ヶ月以上受けたことがわかるすべての年月日 ④ 改めて食事療法に基づく食事療法・運動療法を6ヶ月間行う前に、やむを得ず本製剤の投与を再開する場合はその理由 ⑤ 改めて本製剤による治療計画(6ヶ月以内に投与を中止する計画であることを)を作成した年月日	850600173	改めて食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日(ウゴーピ皮下注O.25mg SD等):(元号)yy'年''mm'月''dd'日"	※
				850600165	管理栄養士による栄養指導を少なくとも6ヶ月以上受けたことがわかる年月日(ウゴーピ皮下注O.25mg SD等):(元号)yy'年''mm'月''dd'日"	※
				830600150	やむを得ず本製剤の投与を再開するその理由(ウゴーピ皮下注O.25mg SD等);*****	※
				850600174	改めて本製剤による治療計画(6ヶ月以内に投与を中止する計画であることを)を作成した年月日(ウゴーピ皮下注O.25mg SD等):(元号)yy'年''mm'月''dd'日"	※
				850600015	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ヴァイオラックピカゼル25mg等):(元号)yy'年''mm'月''dd'日"	
20	ヴァイオラックピカゼル25mg ヴァイオラックピカゼル100mg ワイトラックピカゼル200mg/mL		NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600016	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ヴァイオラックピカゼル25mg等):(元号)yy'年''mm'月''dd'日"	
21	ヴァンフリタミン17.7mg ヴァンフリタミン26.5mg		FLT3-ITD 変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600017	FLT3-ITD 変異陽性を確認した検査の実施年月日(ヴァンフリタミン17.7mg等):(元号)yy'年''mm'月''dd'日"	
22	エクロックゲル5%		投与開始に当たっては、多汗症疾患重症度評価尺度(HDSS)を記載すること。	830600011	多汗症疾患重症度評価尺度(HDSS)(エクロックゲル5%):*****	
23	エスボーピー下用24000シリンジ		(貯血量が800mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血の場合) 貯血量、本剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載すること。	830600012	貯血量(エスボーピー下用24000シリンジ):*****	
				830600013	投与する前の患者の体重(エスボーピー下用24000シリンジ):*****	
				830600014	Hb濃度(エスボーピー下用24000シリンジ):*****	
24	エスワンタイホウ配合OD錠T20 エスワンタイホウ配合OD錠T25		本製剤の用法及び用量において、「胃癌にはA法、B法又はC法、結腸・直腸癌にはA法、C法又はD法、頭頸部癌にはA法、非小細胞肺癌にはA法、B法又はC法、手術不能又は再発乳癌にはA法、膝癌にはA法又はC法、胆道癌にはA法、E法又はF法を使用する。」とされていることから、用法・用量を記載すること(「A法」から「F法」までのうち該当するものを記載)。	820600299	A法(エスワンタイホウ配合OD錠T20等)	※
				820600300	B法(エスワンタイホウ配合OD錠T20等)	※
				820600301	C法(エスワンタイホウ配合OD錠T20等)	※
				820600302	D法(エスワンタイホウ配合OD錠T20等)	※
				820600303	E法(エスワンタイホウ配合OD錠T20等)	※
				820600304	F法(エスワンタイホウ配合OD錠T20等)	※
25	エドルミズ錠50mg		以下のアに該当し、イーエのうち2つ以上を認める患者に使用することとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～エのうち該当するものをすべて記載すること。 ア 6ヶ月以内での5%以上の体重減少及び食欲不振 イ 痰嗽又は倦怠感 ウ 全身の筋力低下 エ CRP値0.3mg/dL超、ヘモグロビン値12g/dL未満又はアルブミン値3.2g/dL未満のいずれか1つ以上 投与継続の検討を行った直近の年月日を記載すること。	820600031	ア 6ヶ月以内での5%以上の体重減少及び食欲不振(エドルミズ錠50mg)	
				820600032	イ 痰嗽又は倦怠感(エドルミズ錠50mg)	
				820600033	ウ 全身の筋力低下(エドルミズ錠50mg)	
				820600034	エ CRP値0.5mg/dL超、ヘモグロビン値12g/dL未満又はアルブミン値3.2g/dL未満のいずれか1つ以上(エドルミズ錠50mg)	
				850600019	投与継続の検討を行った直近の年月日(エドルミズ錠50mg):(元号)yy'年''mm'月''dd'日"	
26	エフィエント錠2.5mg エフィエント錠3.75mg	虚血性脳血管障害(大血管アテローム硬化又は小血管の閉塞に伴う)後の再発抑制	効果又は効果に関する注意において、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、有効性についてクロビドグレルに対する非劣性が検証されていないことや臨床試験の対象患者等を十分に理解した上で、本剤投与の適否を判断すること。」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600134	投与が必要と判断した理由(エフィエント錠2.5mg等):*****	
27	エプリスピディライソップ60mg		効果・効果に関する使用上の注意において、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、有効性についてクロビドグレルに対する非劣性が検証されていないことや臨床試験の対象患者等を十分に理解した上で、本剤投与の適否を判断すること。」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。 (オナセムノゲン、アベバカルボベク(販売名:ゾルゲンスム点滴静注)の投与後に本製剤を投与する場合) その必要性を適切に判断し、投与が必要な理由を記載すること。	850600020	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日(エプリスピディライソップ60mg):(元号)yy'年''mm'月''dd'日"	
				850600021	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日(初回投与)(エプリスピディライソップ60mg):(元号)yy'年''mm'月''dd'日"	
				830600015	オナセムノゲン、アベバカルボベクの投与後に本製剤の投与が必要な理由(エプリスピディライソップ60mg):*****	
28	エボジン注シリンジ1500 エボジン注シリンジ3000		(貯血量が800mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血にエボジン注シリンジ1500、同3000及び同6000を使用する場合) 貯血量、本剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載すること。	830600016	貯血量(エボジン注シリンジ1500等):*****	
				830600017	投与する前の患者の体重(エボジン注シリンジ1500等):*****	
				830600018	Hb濃度(エボジン注シリンジ1500等):*****	
29	エボジン皮下注シリンジ24000		(貯血量が800mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血に使用する場合) 貯血量、本剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載すること。	830600019	貯血量(エボジン皮下注シリンジ24000):*****	
				830600020	投与する前の患者の体重(エボジン皮下注シリンジ24000):*****	
				830600021	Hb濃度(エボジン皮下注シリンジ24000):*****	
30	エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター ¹ エムガルティ皮下注120mgシリンジ		本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～エのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～エのうち該当するものを記載すること(「医師要件」としては、医師の資格条件才(までのう)のうち該当するものを全て記載)。 ア 医師として就職後2年の研修修了修了した後に、片頭痛を呈する疾患の診療に5年以上の臨床経験を有している。 日本頭痛学会 ウ 日本頭痛学会 エ 日本内科学会(総合内科専門医) オ 日本脳神経外科学会	820600233	医師要件ア(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)	
				820600234	医師要件イ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)	
				820600235	医師要件ウ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)	
				820600236	医師要件エ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)	
				820600237	医師要件オ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)	
				842100110	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりのMigraine Headache Days(MHD、片頭痛又は片頭痛の疑いが起った日数)の平均。(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等):*****	
				820600238	前治療要件ア(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)	

R6 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
			るため、本剤投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること(「前治療要件A」から「前治療要件E」)うち該するものを記載すること。	820600239	前治療要件イ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)	
			ア 非蓄積性法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたさない場合。	820600240	前治療要件ウ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)	
			イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られる使用又は継続ができない。	820600241	前治療要件エ(エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等)	
			ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。	820600044	投与開始後3ヶ月(3回投与後)自覚的に治療上の有効性を評価して症状の改善が認められない旨を記載すること。	
31	エムバペリ皮下注1080mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「補体(O5)阻害剤による適切な治療を行っても、十分な効果が得られない場合には投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間を記載すること。	830600151	治療として使用していた薬剤の品名(エムバペリ皮下注1080mg):*****	*
32	エンハーツ点滴静注用100mg		化学療法歴のあるHER2陽性の手術不能又は再発乳癌 がん化学療法後に増悪したHER2陽性の治療切除不能な進行・再発の胃癌の場合	820600045	「トラスツズマブ(遺伝子組換え)及びタキサン系抗悪性腫瘍剤による治療歴のない患者における本剤の有効性及び安全性は確立していない」と記載されているので、トラスツズマブ(遺伝子組換え)及びタキサン系抗悪性腫瘍剤の治療歴を有する患者に投与することとし、その旨を記載すること。	
			一次治療及び二次治療の治療歴を有し、かつ、トラスツズマブ(遺伝子組換え)を含む化学療法による治療歴を有する患者に投与することとし、一次治療及び二次治療で実施した化学療法を記載すること。	820600046	タキサン系抗悪性腫瘍剤の治療歴を有する患者(エンハーツ点滴静注用100mg):*****	
			830600022 一次治療で実施した化学療法(エンハーツ点滴静注用100mg):*****	830600023 二次治療で実施した化学療法(エンハーツ点滴静注用100mg):*****		
			850600175 HER2低発現を確認した検査の実施年月日(エンハーツ点滴静注用100mg):(元号)yy年mm月dd日	850600176 HER2低発現を確認した検査の実施年月日(初回投与)(エンハーツ点滴静注用100mg):(元号)yy年mm月dd日		*
			なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600177 HER2(ERBB2)遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(エンハーツ点滴静注用100mg):(元号)yy年mm月dd日		*
			850600178 HER2(ERBB2)遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(エンハーツ点滴静注用100mg):(元号)yy年mm月dd日			*
33	エンレスト錠50mg エンレスト錠100mg エンレスト錠200mg	慢性心不全、高血圧症	(慢性心不全の場合) 本製剤の効能又は効果は効果において、「慢性心不全の標準的な治療を受けている患者に限る」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。 (高血圧症の場合) 本製剤の効能又は効果は効果に関連する注意において、「過度な血圧低下のおそれ等があり、原則として本剤を高血圧治療の第一選択薬としないこと。」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600024	投与が必要と判断した理由(エンレスト錠50mg等):*****	
34	オブジーポ点滴静注20mg オブジーポ点滴静注100mg オブジーポ点滴静注120mg オブジーポ点滴静注240mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件A」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 (※は、古典的ホジキンリバ腫に限る。) ア 厚生労働大臣が認めたる専門医療機関(病院等)(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、小児がん拠点病院、小児がん連携病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院、がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科1又は外来腫瘍化学療法診療科との施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤处方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600164	施設要件ア(オブジーポ点滴静注)	
35	オブジーポ点滴静注20mg オブジーポ点滴静注100mg オブジーポ点滴静注120mg オブジーポ点滴静注240mg	悪性黒色腫	(本製剤とイビリムマブの併用を根治切除不能な悪性黒色腫患者であって、PD-L1発現率が確認できた患者に投与する場合) PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日及び検査結果(発現率)を記載すること。	820600183	医師要件イ(オブジーポ点滴静注)	
			850600123 PD-L1発現率を確認した検査の実施年月日(オブジーポ点滴静注):(元号)yy年mm月dd日	830600106 PD-L1発現率を確認した検査結果(発現率)(オブジーポ点滴静注):*****		
			830600116 本製剤とイビリムマブを併用投与することと理由を記載すること。	830600117 PD-L1発現率を確認できなかった理由(オブジーポ点滴静注):*****		
			820600169 投与中患者(オブジーポ点滴静注)	850600129 患者に初めて投与した年月日(オブジーポ点滴静注):(元号)yy年mm月dd日		
			820600188 使用実績有(オブジーポ点滴静注)	850600129 患者に初めて投与した年月日(オブジーポ点滴静注):(元号)yy年mm月dd日		
36	オブジーポ点滴静注20mg オブジーポ点滴静注100mg オブジーポ点滴静注120mg オブジーポ点滴静注240mg	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる医師の条件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 医師免許取得後2年以内に初期研修修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を中心とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年以内に初期研修修了した後に5年以上の臨床経験を有していること。うち、3歳以上は、肺癌のがん薬物療法を中心とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年以内に初期研修修了した後に5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	820600141	医師要件ア(オブジーポ点滴静注)	
			820600183 医師要件イ(オブジーポ点滴静注)	820600184 医師要件ウ(オブジーポ点滴静注)		*
			820600169 投与中患者(オブジーポ点滴静注)	850600129 患者に初めて投与した年月日(オブジーポ点滴静注):(元号)yy年mm月dd日		
			820600168 使用実績有(オブジーポ点滴静注)	820600168 使用実績有(オブジーポ点滴静注)		
			820600129 患者に初めて投与した年月日(オブジーポ点滴静注):(元号)yy年mm月dd日	850600129 患者に初めて投与した年月日(オブジーポ点滴静注):(元号)yy年mm月dd日		
37	オブジーポ点滴静注20mg オブジーポ点滴静注100mg オブジーポ点滴静注120mg オブジーポ点滴静注240mg	再発又は遠隔転移を有する頭部癌	次に掲げる医師の条件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年以内に初期研修修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を中心とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年以内に初期研修修了した後に5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を中心とした頭部悪性腫瘍診療の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年以内に初期研修修了した後に5年以上の口腔外科学の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件ア(オブジーポ点滴静注)	
			820600183 医師要件イ(オブジーポ点滴静注)	820600140 医師・歯科医師要件ウ(オブジーポ点滴静注)		
			820600169 医師要件ア(オブジーポ点滴静注)	820600183 医師要件イ(オブジーポ点滴静注)		
			820600129 患者要件ア(オブジーポ点滴静注)	820600152 患者要件ア(オブジーポ点滴静注)		

別表II(薬価基準)-6

R6 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
38	オブジーボ点滴静注20mg オブジーボ点滴静注100mg オブジーボ点滴静注120mg オブジーボ点滴静注240mg	根治切除不能又は 転移性の腎細胞癌	ア IMDG リスク分類: intermediate リスク イ IMDG リスク分類: poor リスク	820600154	患者要件イ(オブジーボ点滴静注)	
			(平成29年4月17日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合であって、施設要件等を記載できない場合) 投与中である旨(「投与中患者」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者(オブジーボ点滴静注)	
				850600129	患者に初めて投与した年月日(オブジーボ点滴静注);(元号)yy "年" "mm" "月" "dd" 日	
			(平成29年4月17日以前に既に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者の場合、平成29年6月30日までの間) 当該保険医療機関での使用実績がある旨(「使用実績有」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600168	使用実績有(オブジーボ点滴静注)	
				850600129	患者に初めて投与した年月日(オブジーボ点滴静注);(元号)yy "年" "mm" "月" "dd" 日	
39	オブジーボ点滴静注20mg オブジーボ点滴静注100mg オブジーボ点滴静注120mg オブジーボ点滴静注240mg	再発又は難治性の 古典的ホジキンリン パ腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」)から 「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、 がん薬物療法を中心とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、造血器悪 性腫瘍のがん薬物療法を中心とした臨床血液学の研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の小児血液及び小児がんを含む小児科臨床経験を有 すること。	820600141	医師要件ア(オブジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オブジーボ点滴静注)	
				820600184	医師要件ウ(オブジーボ点滴静注)	
			(平成29年4月17日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合であって、施設要件等を記載できない場合) 投与中である旨(「投与中患者」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者(オブジーボ点滴静注)	
				850600129	患者に初めて投与した年月日(オブジーボ点滴静注);(元号)yy "年" "mm" "月" "dd" 日	
40	オブジーボ点滴静注20mg オブジーボ点滴静注100mg オブジーボ点滴静注120mg オブジーボ点滴静注240mg	根治切除不能な進 行・再発の胃癌	(平成29年4月17日以前に既に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者の場合、平成29年6月30日までの間) 当該保険医療機関での使用実績がある旨(「使用実績有」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載 すること。	820600168	使用実績有(オブジーボ点滴静注)	
				850600129	患者に初めて投与した年月日(オブジーボ点滴静注);(元号)yy "年" "mm" "月" "dd" 日	
			(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) HER2陰性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	820600118	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(オブジーボ点滴静注); (元号)yy "年" "mm" "月" "dd" 日	
				820600141	医師要件ア(オブジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オブジーボ点滴静注)	
41	オブジーボ点滴静注20mg オブジーボ点滴静注100mg オブジーボ点滴静注120mg オブジーボ点滴静注240mg	切除外不能な進行・再 発の悪性胸膜中皮 腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」)又は 「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、 がん薬物療法を中心とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行 っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌の がん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件ア(オブジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オブジーボ点滴静注)	
				820600184	医師要件ウ(オブジーボ点滴静注)	
				850600118	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(オブジーボ点滴静注); (元号)yy "年" "mm" "月" "dd" 日	
				820600141	医師要件ア(オブジーボ点滴静注)	
42	オブジーボ点滴静注20mg オブジーボ点滴静注100mg オブジーボ点滴静注120mg オブジーボ点滴静注240mg	がん化学療法後に確 定した治療切除不能 な進行・再発の高頻 度マイクロサライ 不安定性 MSI-High を有する結腸・直腸 癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」)から 「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、 がん薬物療法を中心とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行 っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌の がん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件ア(オブジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オブジーボ点滴静注)	
				820600184	医師要件ウ(オブジーボ点滴静注)	
			MSI-High を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600120	MSI-High を確認した検査の実施年月日(オブジーボ点滴静注); (元号)yy "年" "mm" "月" "dd" 日	
				820600141	医師要件ア(オブジーボ点滴静注)	
43	オブジーボ点滴静注20mg オブジーボ点滴静注100mg オブジーボ点滴静注120mg オブジーボ点滴静注240mg	根治切除不能な進 行・再発の食道癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」)から 「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、 がん薬物療法を中心とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行 っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌の がん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件ア(オブジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オブジーボ点滴静注)	
				820600184	医師要件ウ(オブジーボ点滴静注)	
				820600141	医師要件ア(オブジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オブジーボ点滴静注)	
44	オブジーボ点滴静注20mg オブジーボ点滴静注100mg オブジーボ点滴静注120mg オブジーボ点滴静注240mg	食道癌における術後 補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」)から 「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、 がん薬物療法を中心とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行 っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌の がん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件ア(オブジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オブジーボ点滴静注)	
				820600184	医師要件ウ(オブジーボ点滴静注)	
				820600141	医師要件ア(オブジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オブジーボ点滴静注)	
45	オブジーボ点滴静注20mg オブジーボ点滴静注100mg オブジーボ点滴静注120mg オブジーボ点滴静注240mg	原発不明癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」)又は 「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、 がん薬物療法を中心とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、原発不明癌 に対するがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600141	医師要件ア(オブジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オブジーボ点滴静注)	
				820600156	検査等ア(オブジーボ点滴静注)	
				820600157	検査等イ(オブジーボ点滴静注)	
				820600158	検査等ウ(オブジーボ点滴静注)	
				820600159	検査等エ(オブジーボ点滴静注)	
				820600160	検査等オ(オブジーボ点滴静注)	
				820600161	検査等カ(オブジーボ点滴静注)	
				820600162	検査等キ(オブジーボ点滴静注)	
46	オブジーボ点滴静注20mg オブジーボ点滴静注100mg オブジーボ点滴静注120mg オブジーボ点滴静注240mg	原路上皮癌における 術後補助療法	原発不明癌と診断するにあたり実施した原発巣検索の検査等として該当するもの(「検査等ア」)から「検査等ク」までのうち該 当するものを記載すること。	820600141	医師要件ア(オブジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オブジーボ点滴静注)	
			(シスラブチン等の白金系抗悪性腫瘍薬を含む術前補助療法歴のない患者に投与する場合) 投与することとした理由	830600113	投与することとした理由(オブジーボ点滴静注);*****	
				820600141	医師要件ア(オブジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オブジーボ点滴静注)	

R6 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
47	オブジーボ点滴静注200mg オブジーボ点滴静注100mg オブジーボ点滴静注120mg オブジーボ点滴静注240mg	非小細胞肺癌における術前補助療法	ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の臨床経験を有していること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器外科学の修練を行っていること。	820600183 820600184	医師要件イ(オブジーボ点滴静注) 医師要件ウ(オブジーボ点滴静注)	
48	オブジーボ点滴静注200mg オブジーボ点滴静注100mg オブジーボ点滴静注120mg オブジーボ点滴静注240mg	悪性中皮腫(悪性胸膜中皮腫を除く)	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」)又は「医師要件イ」と記載を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の臨床経験を有していること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器外科学の修練を行っていること。	820600141 820600183	医師要件ア(オブジーボ点滴静注) 医師要件イ(オブジーボ点滴静注)	
49	オブジーボ点滴静注200mg オブジーボ点滴静注100mg オブジーボ点滴静注120mg オブジーボ点滴静注240mg	根治切除不能な進行・再発の上皮系皮膚悪性腫瘍	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」)又は「医師要件イ」と記載を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600141 820600183	医師要件ア(オブジーボ点滴静注) 医師要件イ(オブジーボ点滴静注)	
50	オルプロリクス静注用500 オルプロリクス静注用1000 オルプロリクス静注用2000 オルプロリクス静注用3000		手術時における血液凝固第IX因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600025	手術時に使用した理由(オルプロリクス静注用500等):*****	
	オルプロリクス静注用250		手術時における血液凝固第IX因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600026	手術時に使用した理由(オルプロリクス静注用250):*****	
	オルプロリクス静注用4000		手術時における血液凝固第IX因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600027	手術時に使用した理由(オルプロリクス静注用4000):*****	
51	オルミエント錠2mg オルミエント錠4mg	アトピー性皮膚炎	投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設(「施設要件ア」)又は「施設要件イ」までのうち該当するものを記載)。 ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 成年アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験をしていること。 2) 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況(「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載)。 ア 2週間以内に他の抗炎症外用薬(アレルギー性鼻炎用薬等)を併用して推奨されるステロイド外用薬(ロクロングル等)又はカルシジオプレン(抗炎症外用薬による著効治療を直近の6ヶ月以上行っていないこと)。 イ 2週間以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシジオプレン(抗炎症外用薬による過敏症、頭痛等の副作用若しくは全身性副作用に因り、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難)。 3) 痘瘍活動度の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア EASIスコア イ 全身又は頭部部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%)	820600048 820600049 8206000372 820600050 820600051 830600028 830600029 830600030 842600008	施設要件ア(オルミエント錠2mg等) 施設要件イ(オルミエント錠2mg等) 施設要件ウ(オルミエント錠2mg等) 前治療要件ア(オルミエント錠2mg等) 前治療要件イ(オルミエント錠2mg等) IGAスコア(オルミエント錠2mg等):***** 全身のEASIスコア(オルミエント錠2mg等):***** 頭部部のEASIスコア(オルミエント錠2mg等):***** 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) (オルミエント錠2mg等):*****	※
	円形脱毛症(ただし、脱毛部位が広範囲に及び難治の場合に限る)		効能又は効果に関連する注意において、「本剤投与開始時に、頭部全体の概ね50%以上に脱毛が認められ、過去6ヶ月程脱毛型に自然再生せぬ認められない患者に投与すること」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、頭部全体に占める脱毛部位の割合及び毛髪の自然再生が認められていない期間を記載すること。	830600153 830600154	頭部全体に占める脱毛部位の割合(オルミエント錠2mg等):***** 毛髪の自然再生が認められていない期間(オルミエント錠2mg等):*****	※
52	オンデキサ静注用200mg		本製剤の効能又は効果に関する注意において、「本剤は直接作用型第Xa因子阻害剤(アピキサバイン、リバローキサン等又はエビキサバイン)と塩酸水和物の種類、最終投与時の1回投与量、最終投与から約の経過時間、患者背景(直接作用型第Xa因子阻害剤の効果に影響する可能性のある既存疾患等)等から、直接作用型第Xa因子阻害剤による抗凝固作用が発現する時間であることが推定される患者にのみ使用すること。及び本剤はアピキサバイン、リバローキサン又はエビキサバインと塩酸水和物以外の抗凝固剤による抗凝固作用の中和には使用しないこと。」とされているので、次の事項を記載すること。 イ 直接作用型第Xa因子阻害剤、最終投与時の1回投与量及び最終投与からの経過時間 イ 本製剤の投与が必要と判断した理由	830600155 830600156 830600157 830600158	直接作用型第Xa因子阻害剤の種類(オンドキサ静注用200mg):***** 最終投与時の1回投与量(オンドキサ静注用200mg):***** 最終投与からの経過時間(オンドキサ静注用200mg):***** 投与が必要と判断した理由(オンドキサ静注用200mg):*****	※
53	ガザイバ点滴静注1000mg	CD20陽性の慢性リンパ性白血病(リンパ球性白血病を含む)	本製剤の効能又は効果に関する注意において、「フローサイトメーター法等により検査を行い、CD20抗原が陽性であることが確認された患者に使用すること」と記載されているため、CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載すること。 本製剤の効能又は効果に関する注意において、「アカラブルチニブを28日間投与した後に本剤の投与を開始すること。」とされているため、アカラブルチニブ併用する場合には、アカラブルチニブの単独投与開始日及び単独投与終了日を記載すること。	850600023 850600024 850600179 850600180	CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日(ガザイバ点滴静注1000mg): (元号)yy年mm月dd日 CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日(初回投与)(ガザイバ点滴静注1000mg): (元号)yy年mm月dd日 アカラブルチニブの単独投与開始年月日(ガザイバ点滴静注1000mg): (元号)yy年mm月dd日 アカラブルチニブの単独投与終了年月日(ガザイバ点滴静注1000mg): (元号)yy年mm月dd日	※
54	カナグリル錠100mg		(「2型糖尿病を併合する慢性腎臓病」たゞし、末梢腎不全又は透析施行中の患者を除く。)に用いる場合、「eGFRが60ml/min/70kg未満の患者では、本剤投与による腎機能障害が十分に得られない場合があること、本剤投与中にeGFRを低下することがあり、腎機能障害が悪化するおそれがあることから、新規に投与しないこと。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、投与開始時のeGFRの追及及び検査の実施年月日を記載すること。	842600028 850600181	投与開始時のeGFRの値(カナグリル錠100mg):***** eGFR検査の実施年月日(カナグリル錠100mg): (元号)yy年mm月dd日	※
55	カルケンスカプセル100mg		(本製剤を「非治療の慢性リンパ性白血病(リンパ球性白血病、(腫瘍を含む))」に用いる場合は、用法及び用量に関連する注意において、「オビズマズマブ(遺伝子組換え)併用する場合では、本剤を1日間投与した後オビズマズマブ(遺伝子組換え)併用する場合と併用する場合では、本剤を1日間投与した後オビズマズマブ(遺伝子組換え)併用する場合」)と記載されているため、オビズマズマブ(遺伝子組換え)併用する場合)本製剤の単独投与開始日及び単独投与終了日を記載すること。	850600182 850600183	単独投与開始年月日(カナグリル錠100mg): (元号)yy年mm月dd日 単独投与終了年月日(カナグリル錠100mg): (元号)yy年mm月dd日	※
56	キトルーダ点滴静注100mg	共通	次に掲げる医師の要件のうち、該当するものの「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 厚生労働大臣が認定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) 特定期間病院 ウ 外来化学療法室が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科1又は外来腫瘍化学療法診療科2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗恶性腫瘍剤处方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600165 820600187 820600191 820600195 820600198	施設要件ア(キトルーダ点滴静注) 施設要件イ(キトルーダ点滴静注) 施設要件ウ(キトルーダ点滴静注) 施設要件エ(キトルーダ点滴静注) 施設要件オ(キトルーダ点滴静注)	
57	キトルーダ点滴静注100mg	悪性黑色腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600146 820600148	医師要件ア(キトルーダ点滴静注) 医師要件イ(キトルーダ点滴静注)	
58	キトルーダ点滴静注100mg	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600146 820600148 850600133 830600118	医師要件ア(キトルーダ点滴静注) 医師要件イ(キトルーダ点滴静注) PD-L1の発現を確認した検査の実施年月日(キトルーダ点滴静注): (元号)yy年mm月dd日 PD-L1の発現を確認した検査結果(発現率)(キトルーダ点滴静注):*****	

R6 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
			(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載)を記載すること。 ア エメラセキド及びブルナ製剤との併用投与 イ カルボプロラント及びイクタキセル又は nab-バクリタキセルとの併用投与	820600171	併用投与ア(キトールダ点滴静注)	
				820600174	併用投与イ(キトールダ点滴静注)	
59	キトルーダ点滴静注100mg	再発又は難治性の舌癌のホスキンソン・ハニ症	次に掲げる医師の条件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許を取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許を取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っていること。	820600146	医師要件ア(キトールダ点滴静注)	
				820600148	医師要件イ(キトールダ点滴静注)	
				820600149	医師要件イ(キトールダ点滴静注)	
60	キトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に再発した現治切除不能な原路上皮癌	次に掲げる医師の条件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許を取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許を取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、原路上皮癌のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っていること。	820600146	医師要件ア(キトールダ点滴静注)	
				820600148	医師要件イ(キトールダ点滴静注)	
				820600149	医師要件イ(キトールダ点滴静注)	
61	キトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に再発した現治切除不能な頭頸部癌	次に掲げる医師の条件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許を取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許を取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、対象となる腫瘍領域でのがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること	820600146	医師要件ア(キトールダ点滴静注)	
				820600148	医師要件イ(キトールダ点滴静注)	
			MSI-Highを確認した検査の実施年月日	850600121	MSI-Highを確認した検査の実施年月日(キトールダ点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日"	
62	キトルーダ点滴静注100mg	再発又は遅延転移を有する頭頸部癌	次に掲げる医師又は歯科医師の条件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」又は「医師・歯科医師要件ア」又は「医師・歯科医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許を取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許を取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、口腔外科の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許を取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の耳鼻咽喉科領域の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む頭頸部悪性腫瘍診療科の臨床研修を行っていること。 なお、本剤による治療においては副作用等の全身的管轄を差さないため、患者の治療に当たる歯科医師はアからウまでのいずれかに示す条件を満たす医師(頭頸部癌の化学療法及び副作用差別現時の対応に十分な知識と経験を持つ医師)との緊密な連携のもとに診療すること。	820600146	医師要件ア(キトールダ点滴静注)	
				820600148	医師要件イ(キトールダ点滴静注)	
			(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載)を記載すること。 ア 5-FU及びシラチラブチジンとの併用投与	820600171	併用投与ア(キトールダ点滴静注)	
63	キトルーダ点滴静注100mg	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌	次に掲げる医師の条件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許を取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許を取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること	820600146	医師要件ア(キトールダ点滴静注)	
				820600148	医師要件イ(キトールダ点滴静注)	
			(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載)を記載すること。 ア アキラチニブとの併用投与 イ レンバチニブとの併用投与	820600171	併用投与イ(キトールダ点滴静注)	
64	キトルーダ点滴静注100mg	根治切除不能な進行・再発の食道癌	次に掲げる医師の条件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち2つを記載すること)。 ア 医師免許を取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許を取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許を取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600146	医師要件ア(キトールダ点滴静注)	
				820600148	医師要件イ(キトールダ点滴静注)	
			(本製剤を単独で投与する場合) PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果(発現率)を記載すること。	820600145	医師要件ウ(キトールダ点滴静注)	
65	キトルーダ点滴静注100mg	治療切除不能な進行・再発の高齢マ・イクロサゼット不安定性(MSI-High)を有する結腸・直腸癌	(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載)を記載すること。	850600124	PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日(キトールダ点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日"	
				830600107	PD-L1陽性を確認した検査結果(発現率)(キトールダ点滴静注):*****	
			(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載)を記載すること。	820600171	併用投与ア(キトールダ点滴静注)	
66	キトルーダ点滴静注100mg	PD-L1陽性のホルモン受容体陰性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌	(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」から「併用投与ウ」までのうち2つを記載すること)。 ア ゲムタビン及びカルボプロチモとの併用投与 イ バクリタキセルとの併用投与 ウ バクリタキセル(アルブチン態衡型)との併用投与	820600146	医師要件ア(キトールダ点滴静注)	
				820600148	医師要件イ(キトールダ点滴静注)	
			PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果(発現率)を記載すること。	850600124	PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日(キトールダ点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日"	
67	キトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に再発した初回切除不能な進行・再発の子宮癌	(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載)を記載すること。	830600107	PD-L1陽性を確認した検査結果(発現率)(キトールダ点滴静注):*****	
				850600134	ホルモン受容体陰性であること確認した検査の実施年月日(キトールダ点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日"	
				850600135	HER2陰性であること確認した検査の実施年月日(キトールダ点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日"	
68	キトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に再発した初回切除不能な進行・再発の子宮癌	(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載)を記載すること。	820600171	併用投与ア(キトールダ点滴静注)	
				820600174	併用投与イ(キトールダ点滴静注)	
			PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果(発現率)を記載すること。	820600177	併用投与ウ(キトールダ点滴静注)	
69	キトルーダ点滴静注100mg	TMB-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載)を記載すること。	820600146	医師要件ア(キトールダ点滴静注)	
				820600148	医師要件イ(キトールダ点滴静注)	
				850600128	TMB-Highを確認した検査の実施年月日(キトールダ点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日"	

R6 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
69	キイトルーダ点滴静注100mg	腎細胞癌における術後補助療法	次に掲げる医師の条件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年までの初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん治療の臨床研修の実施年月日を記載すること。 イ 医師免許取得後2年までの初期研修を修了した後に5年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600146 820600148	医師要件ア(キイトルーダ点滴静注) 医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)	
70	キイトルーダ点滴静注100mg	ホルモン受容体陰性かつHER2陰性で、ホルモニクスのうち、 における術前・術後薬物療法	次に掲げる医師の条件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年までの初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年までの初期研修を修了した後に5年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600146 820600148 850600134 850600135	医師要件ア(キイトルーダ点滴静注) 医師要件イ(キイトルーダ点滴静注) ホルモン受容体陰性であることを確認した検査の実施年月日(キイトルーダ点滴静注);(元号)yy'年"mm"月"dd"日 HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日(キイトルーダ点滴静注);(元号)yy'年"mm"月"dd"日	
71	キイトルーダ点滴静注100mg	進行又は再発の子宮頸癌	本製剤を術前薬物療法として他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載)を記載すること。 ア パクリタキセル及びカルボラブチドとの併用投与 イ ドキルビン塩酸塩及びクロロスルファド水和物との併用投与 ウ エビルビン塩酸塩及びシクロホスファド水和物との併用投与	820600146 820600148 820600171 820600174 820600177	医師要件ア(キイトルーダ点滴静注) 医師要件イ(キイトルーダ点滴静注) 併用投与ア(キイトルーダ点滴静注) 併用投与イ(キイトルーダ点滴静注) 併用投与ウ(キイトルーダ点滴静注)	
72	キイトルーダ点滴静注100mg	再発又は難治性の原発性鏡間大細胞型B細胞リンパ腫	次に掲げる医師の条件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年までの初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年までの初期研修を修了した後に5年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600146 820600148	医師要件ア(キイトルーダ点滴静注) 医師要件イ(キイトルーダ点滴静注)	
73	キムリア点滴静注		投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。(「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載) 日本造影・免疫細胞療法学会が認める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科(認定カタログリー)を有する施設 イ 認定カタログリーIに準ずる診療科(認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科)を有する施設	820600052 820600053	施設要件ア(キムリア点滴静注) 施設要件イ(キムリア点滴静注)	
74	クリースピータ皮下注10mg クリースピータ皮下注20mg クリースピータ皮下注30mg		再発又は難治性のCD19陽性的B細胞性リバパ球性白血病本製品の効能、効果又は性能に関連する使用上の注意においてCD19抗原が陽性であることを確認された患者に使用することと記載されているため、CD19抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載すること。	850600025	CD19抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日(キムリア点滴静注);(元号)yy'年"mm"月"dd"日	
75	コラテジエン筋注用4mg		本剤の効能又は効果は「FGF23関連低リン血症性くる病・骨軟化症」であり、FGF23の過剰産生により血清リン濃度が低下している患者が対象であることから、FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては必ず実施年月日を記載すること。	850600026 850600027	FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日(クリースピータ皮下注10mg等);(元号)yy'年"mm"月"dd"日 FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日(初回投与)(クリースピータ皮下注10mg等);(元号)yy'年"mm"月"dd"日	
76	ザーコリカブセル200mg ザーコリカブセル250mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK融合遺伝子陽性又はROS1融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること」とされているので、ALK融合遺伝子陽性又はROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては必ず実施年月日を記載すること。	842600009 850600028 850600029 850600030 850600031	虚血に基づく潰瘍であると判断した血行動態指標(足趾血圧、足趾上腕血圧比(TBI)等)の測定値(コラテジエン筋注用4mg等);***** ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ザーコリカブセル200mg等);(元号)yy'年"mm"月"dd"日 ALK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与することと記載 ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ザーコリカブセル200mg等);(元号)yy'年"mm"月"dd"日 ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ザーコリカブセル200mg等);(元号)yy'年"mm"月"dd"日	
77	サイバインコ腚50mg サイバインコ腚100mg サイバインコ腚200mg		本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 次に掲げる医師の条件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件イ」までのうち該当するものを記載) 成人アビーピー性皮膚炎患者又は小児アビーピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 成人アビーピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、6年以上の臨床経験を有する皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 小児アビーピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3歳以上の小児科診療の臨床研修及び5歳以上のアビーピー性皮膚炎を含むアレルギー性疾患の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2 本製剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況(「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載) ア 12歳以下のアビーピー性皮膚炎患者であつて、アビーピー性皮膚炎コントロールドクターにて重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬(スルオキシム系外用薬)による治療を終了するまでの臨床経験を有していること。 イ 12歳以上のアビーピー性皮膚炎患者であつて、ステロイド外用薬やカルニコニューリン・組合外用薬等による治療の経験が困難な局所性作用若しくは全身性作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の経験が困難。 3 病歴活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア EASISコア イ 全身EASISコアは頭部のEASISコア ウ 体表面積に占めるアビーピー性皮膚炎病変の割合(%)	820600054 820600055 820600056 820600057 820600058 830600031 830600032 830600119 8426000101	医師要件ア(サイバインコ腚50mg等) 医師要件イ(サイバインコ腚50mg等) 医師要件ウ(サイバインコ腚50mg等) 前治療要件ア(サイバインコ腚50mg等) 前治療要件イ(サイバインコ腚50mg等) 前治療要件ウ(サイバインコ腚50mg等) EASISコア(サイバインコ腚50mg等);***** 全身のEASISコア(サイバインコ腚50mg等);***** 頭部のEASISコア(サイバインコ腚50mg等);***** 体表面積に占めるアビーピー性皮膚炎病変の割合(%) (サイバインコ腚50mg等);*****	
78	サイラムザ点滴静注液100mg サイラムザ点滴静注液500mg		本製剤をがん化学療法後に増悪した血清AFP値が400ng/ml以上の中切不能な肝細胞癌に用いる場合は、効能・効果に関連する使用上の注意において、「本剤の適用にあたっては、初回投与時の血清AFP値に基づき、適応患者の選択を行ふこと。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、AFPの検査値及び当該検査の実施年月日を記載すること。	830600033 850600032	AFPの検査値(サイラムザ点滴静注液100mg等);***** AFP検査の実施年月日(サイラムザ点滴静注液100mg等);(元号)yy'年"mm"月"dd"日	
	ザルティア錠2.5mg ザルティア錠5mg タダラフィル錠2.5mgZA「サワイ」 タダラフィル錠2.5mgZA「フロー」		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤の適用にあたっては、前立腺大症の診断・診療に関する国内外のガイドライン等の最新の情報を参考に、適切な検査により診断を確定すること」とされており、適切な検査により前立腺大症と診断された場合に限り算定できること。また、尿流測定検査、残尿検査、前立腺超音波検査等の診断に用いた	850600136	診断に用いた主な検査の実施年月日(ザルティア錠2.5mg等);(元号)yy'年"mm"月"dd"日	

別表 II (薬価基準)- 10

R6 項目番号	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
79	タダラフィル錠2.5mgZA[日医工] タダラフィル錠2.5mgZA[ニコロ] タダラフィル錠2.5mgZA[杏林] タダラフィル錠2.5mgZA[アスカ] タダラフィル錠2.5mgZA[アンド]		主な検査について、実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600137	診断に用いた主な検査の実施年月日(初回投与)(ザルティア錠2.5mg等):(元号)yy'年"mm"月"dd"日	
	タダラフィル錠2.5mgZA[トーア] タダラフィル錠5mgZA[サワイ] タダラフィル錠5mgZA[フジー] タダラフィル錠5mgZA[日医工] タダラフィル錠5mgZA[アカ] タダラフィル錠5mgZA[アカ] タダラフィル錠5mgZA[杏林] タダラフィル錠5mgZA[アスカ] タダラフィル錠5mgZA[サンド] タダラフィル錠5mgZA[JG] タダラフィル錠OD錠5mgZA[トーア] タダラフィル錠2.5mgZA[シエウ] タダラフィル錠5mgZA[オイエ]		本製剤の効能・効果に関する使用上の注意において「本剤の適用にあたっては、前立腺肥大症の診断・診療に関する国内外のガイドラインの最新の情報と参考に、適切な検査により診断を確定すること」とされており、重複的な検査により前立腺肥大症の診断された場合は併用するべきと定められています。また、原尿測定検査、残尿検査、前列腺超音波検査等の診断に用いた主な検査について、実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600138 850600139	診断に用いた主な検査の実施年月日(タダラフィル錠2.5mg等):(元号)yy'年"mm"月"dd"日 診断に用いた主な検査の実施年月日(タダラフィル錠2.5mg等):(元号)yy'年"mm"月"dd"日	
80	ジカディア錠150mg		本製剤の効能・効果に関する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600033	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ジカディア錠150mg):(元号)yy'年"mm"月"dd"日	
81	ジャクスタビッドカプセル5mg ジャクスタビッドカプセル10mg ジャクスタビッドカプセル20mg	ホモ接合体家族性高コレステロール血症	本製剤の効能・効果は「ホモ接合体家族性高コレステロール血症」であることから、次のいずれかを記載すること。 ① 本疾患に係る特定医療費(指定難病)医療受給者証の交付を受けていること。 ② 本疾患の診断根拠(遺伝子解析、コレステロール値、重度の高コレステロール血症の徴候等)	820600243 830600035	本疾患に係る特定医療費(指定難病)医療受給者証の交付を受けている(ジャクスタビッドカプセル5mg等) 診断根拠(遺伝子解析、コレステロール値、重度の高コレステロール血症の徴候等)(ジャクスタビッドカプセル5mg等):*****	
82	ジャディアンス錠10mg	慢性腎臓病	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「eGFRが20mL/min/1.73m ² 未満の患者では、本剤の腎保護作用が十分に得られない可能性があること、本剤投与中のeGFRが低下することがあり、腎機能障害が悪化するおそれがあることから、投与の必要性を慎重に判断すること。」及び「臨床成績」の内容を熟知し、臨床試験に組み込まれた患者の背景(原疾患、併用薬、腎機能等)を十分に理解した上で、慢性腎臓病に対するガイドラインにおける診断基準等を参考に、適応患者を選択すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、本製剤の適応患者であると判断した理由及び判断に用いた指標の値等(eGFRの値を含む。)(ジャディアンス錠10mg):*****	830600159 830600160	適応患者であると判断した理由(ジャディアンス錠10mg):***** 判断に用いた指標の値等(eGFRの値を含む。)(ジャディアンス錠10mg):*****	※ ※
83	シュンレンカ錠300mg シュンレンカ皮下注463.5mg		本製剤の効能又は効果は「多剤耐性HIV-1感染症」であり、効能又は効果に関する注意において、「過去の治療において、本剤を含まない既存の抗レトロウイルス療法による適切な治療を行ってもウイルス学的抑制が得られなかった患者」及び「薬剤耐性検査(遺伝子型解析あるいは表現型解析)を実施し、本剤を含まない既存の抗HIV薬に耐性を示す患者」のいずれも満たす患者に投与すること。」とされているので、使用に当たっては十分留意すること。また、本製剤の投与開始に当たっては、直近の薬剤耐性検査の実施年月日及び薬剤耐性が認められた全ての既存HIV薬の品名を記載すること。	850600184 830600161	直近の薬剤耐性検査の実施年月日(シュンレンカ錠300mg等):(元号)yy'年"mm"月"dd"日 薬剤耐性が認められた既存HIV薬の品名(シュンレンカ錠300mg等):*****	※ ※
84	シンボニー皮下注50mgシリンジ シンボニー皮下注50mgオートインジェクター	潰瘍性大腸炎	次の事項を記載すること。 ア 他の薬物療法として使用していた薬剤の品名及び使用期間 イ 本製剤の投与が必要と判断した理由	830600038 830600039 830600040 830600041 830600042 830600043	他の薬物療法として使用していた薬剤の品名(シンボニー皮下注50mgシリンジ):***** 他の薬物療法として使用していた薬剤の使用期間(シンボニー皮下注50mgシリンジ):***** 投与が必要と判断した理由(シンボニー皮下注50mgシリンジ):***** 他の薬物療法として使用していた薬剤の品名(シンボニー皮下注50mgオートインジェクター):***** 他の薬物療法として使用していた薬剤の使用期間(シンボニー皮下注50mgオートインジェクター):***** 投与が必要と判断した理由(シンボニー皮下注50mgオートインジェクター):*****	
85	ステボロニン点滴静注パック9000mg/ 300mL		本製剤の効能又は効果に関連する注意に、「化学放射線療法等の標準的な治療が可能な場合にはこれらの治療を優先すること。」と記載されているので、本剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600044	投与が必要と判断した理由(ステボロニン点滴静注パック9000mg/ 300mL):*****	
86	ステミラック注		本製品の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件B」)に記載された医師の資格を有する者。 ・脊髄領域を含む脳神経外科に関する10年以上の修練を行い、脊髄損傷に関する十分な臨床経験(計30年以上)を有し、AIS評価が適切に行えること。 ・AIS評価取得後、脊髄領域を含む脳神経外科に関する10年以上の修練を行い、脊髄損傷に関する十分な臨床経験(計30年以上)を有し、AIS評価が適切に行えること。 ② 本製品の製造原則として最初に末梢血の採血を行う時点及び本製品を投与する直前の時点におけるAISなお、供給当初においては、AIS ^a Aの患者を中心とした投与が適切であるとされていることから、供給可能量も踏まえAの患者を優先して対応すること。	820600064 820600065 830600045 830600046	医師要件A(ステミラック注) 医師要件B(ステミラック注) 製造販売して最初に末梢血の採血を行う時点におけるAIS(ステミラック注):***** 本製品を投与する直前の時点におけるAIS(ステミラック注):*****	
87	スピナラザ錠12mg		効能・効果に関連する使用上の注意において「遺伝子検査により、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることが確認された患者に投与すること。」とされているので、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。 (オナセムノゲン、アベノルボペク(販売名:ソルゲンスマ点滴静注)の投与後に本製剤を投与する場合) その必要性を判断し、投与が必要な理由を記載すること。	850600035 850600036 830600047	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日(スピナラザ錠12mg):(元号)yy'年"mm"月"dd"日 SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日(初回投与)(スピナラザ錠12mg):(元号)yy'年"mm"月"dd"日 オナセムノゲン、アベノルボペク(販売名:ソルゲンスマ点滴静注12mg):*****	
88	ゼジューラカプセル100mg ゼジューラ錠100mg		本製剤を「白金系抗悪性腫瘍癌感受性の相同換え修復欠損を有する再発卵巣癌」に用いる場合は、効能又は効果に関連する使用上の注意において、「3才以上の化学療法歴のある患者を対象とすること。」及び「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、相同組換え修復欠損を有することを確認した遺伝子検査の実施年月日を記載すること。」とされているので、過去に実施した化学療法歴及び相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、検査実施年月日は、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	830600048 850600037 850600038	過去に実施した化学療法歴(ゼジューラカプセル100mg等):***** 相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日(ゼジューラカプセル100mg等):(元号)yy'年"mm"月"dd"日 相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日(初回投与)(ゼジューラカプセル100mg等):(元号)yy'年"mm"月"dd"日	
89	ゼフィックス錠100		本製剤の使用に当たっては、B型肝炎ウイルスの増殖を伴う肝機能の異常の確認が前提であり、HBV-DNA、DNAポリメラーゼ又はHBe抗原によりウイルスの増殖を確認した年月日(検査実施年月日)及びその結果を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	830600049 830600050 830600051 850600039 850600040	過去に実施した化学療法歴(ゼフィックス錠100):***** DNAポリメラーゼ検査結果(ゼフィックス錠100):***** HBe抗原検査結果(ゼフィックス錠100):***** ウイルスの増殖を確認した年月日(検査実施年月日)(ゼフィックス錠100):(元号)yy'年"mm"月"dd"日 ウイルスの増殖を確認した年月日(検査実施年月日)(初回投与)(ゼフィックス錠100):(元号)yy'年"mm"月"dd"日	
90	ゼルボラフ錠240mg		本製剤の効能・効果に関する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600041 850600042	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(ゼルボラフ錠240mg):(元号)yy'年"mm"月"dd"日 BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(ゼルボラフ錠240mg):(元号)yy'年"mm"月"dd"日	
91	ゾスバタ錠40mg		本製剤の効能・効果に関する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、FLT3遺伝子変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600043 850600044 850600045	FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(ゾスバタ錠40mg):(元号)yy'年"mm"月"dd"日 FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(ゾスバタ錠40mg):(元号)yy'年"mm"月"dd"日 SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異を確認した遺伝子検査の実施年月日(初回投与)(ゾスバタ錠40mg):(元号)yy'年"mm"月"dd"日	
92	ゾルゲンスマ点滴静注		本品の効能・効果又は性能に関連する使用上の注意に、「SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異が確認された患者に投与すること。」、「2歳未溝の患者に投与すること。」及び「承認された体外診断薬を用いた検査により抗AAV9抗体が陰性であることが確認された患者に投与すること。」とされているので、以下を記載すること。 - SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異を確認した遺伝子検査を実施年月日 - 本品の投与日数 - 抗AAV9抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日	842600011 850600046 820600251	本品の投与日数(ゾルゲンスマ点滴静注):***** 抗AAV9抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日(ゾルゲンスマ点滴静注):(元号)yy'年"mm"月"dd"日 医師要件A(ゾレア皮下注入用150mg等)	

R6 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
93	ソレア皮下注用150mg ソレア皮下注75mgシリジン ソレア皮下注150mgシリジン		(スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎に投与する場合であって、当該スギ花粉シーズン中における本製剤の投与開始の場合) 次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる医師が本製剤に関する治療の責任者として配置されている施設(「医師要件A」から「医師要件E」までのうち最も高いもの)の医師が本製剤に投与する場合 【既存患者】アレルギー性鼻炎患者に投与する場合】 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上は季節性アレルギー性鼻炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以下の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 エ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以下の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の季節性アレルギー性鼻炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 ② 投与量の設定に用いた血清中濃度及び当該検査の実施年月日 ③ 患者がスギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎であると判断した理由 ④ 前回投与時の回数及び前回投与時における鼻症状及び本製剤の投与時ににおける鼻症状。なお、鼻症状としては、「くしゃみ発作の1日回数」、「擤鼻の1日回数」及び「鼻閉の1日回数」をそれぞれ記載すること。 ⑤ 前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイド及びケミカルメディエーター受容体拮抗薬の成分名及び一日投与量 ⑥ 既存治療で効果不十分と判断した理由 ⑦ アレルゲン免疫療法(減感作療法)に関する説明	820600252 医師要件イ(ソレア皮下注用150mg等) 820600253 医師要件ウ(ソレア皮下注用150mg等) 820600254 医師要件エ(ソレア皮下注用150mg等) 830600122 投与量の設定に用いた血清中濃度(ソレア皮下注用150mg等);***** 850600140 投与量の設定に用いた血清中濃度(ソレア皮下注用150mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日 830600052 スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎であると判断した理由(ソレア皮下注用150mg等);***** 842600012 前スギ花粉シーズンにおける鼻症状(くしゃみ発作の1日回数)(ソレア皮下注用150mg等);***** 842600013 前スギ花粉シーズンにおける鼻症状(こう鼻の1日回数)(ソレア皮下注用150mg等);***** 830600053 前スギ花粉シーズンにおける鼻症状(鼻閉の状態)(ソレア皮下注用150mg等);***** 842600014 本製剤の投与における鼻症状(くしゃみ発作の1日回数)(ソレア皮下注用150mg等);***** 842600015 本製剤の投与における鼻症状(こう鼻の1日回数)(ソレア皮下注用150mg等);***** 830600054 本製剤の投与における鼻症状(鼻閉の状態)(ソレア皮下注用150mg等);***** 830600055 前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイドの成分名(ソレア皮下注用150mg等);***** 830600056 前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイドの一日前投与量(ソレア皮下注用150mg等);***** 830600057 前スギ花粉シーズンに治療に用いたケミカルメディエーター受容体拮抗薬の成分名(ソレア皮下注用150mg等);***** 830600058 前スギ花粉シーズンに治療に用いたケミカルメディエーター受容体拮抗薬の一日前投与量(ソレア皮下注用150mg等);***** 830600059 既存治療で効果不十分と判断した理由(ソレア皮下注用150mg等);***** 830600060 アレルゲン免疫療法(減感作療法)に関する説明内容(ソレア皮下注用150mg等);***** 842600016 前回投与における鼻症状(くしゃみ発作の1日回数)(ソレア皮下注用150mg等);***** 842600017 前回投与における鼻症状(こう鼻の1日回数)(ソレア皮下注用150mg等);***** 830600061 前回投与における鼻症状(鼻閉の状態)(ソレア皮下注用150mg等);***** 842600018 継続投与における鼻症状(くしゃみ発作の1日回数)(ソレア皮下注用150mg等);***** 842600019 継続投与における鼻症状(こう鼻の1日回数)(ソレア皮下注用150mg等);***** 830600062 継続投与における鼻症状(鼻閉の状態)(ソレア皮下注用150mg等);***** 830600063 併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の成分名(ソレア皮下注用150mg等);***** 830600064 併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の一日前投与量(ソレア皮下注用150mg等);***** 830600065 12週を超えて継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由(ソレア皮下注用150mg等);*****		
94	タグリップ錠40mg タグリップ錠80mg		(スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎に投与する場合であって、当該スギ花粉シーズン中における本製剤の継続投与の場合) 次の事項を記載すること。 ① 本製剤の前回投与時及び当該継続投与における鼻症状。なお、鼻症状としては、「くしゃみ発作の1日回数」、「擤鼻の1日回数」及び「鼻閉の1日回数」を記載すること。 ② 一日投与量 ③ 12週間を超えて本製剤を投与する場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由	850600047 EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(タグリップ錠40mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日		
95	タズベリク錠200mg		本製剤の効能・効果に関する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、EGFR遺伝子変異検査の実施には、十分な経験を有する病理医又は検査施設により、承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用い、EGFR遺伝子変異が確認された患者に投与すること」と他のEGFRタラクシニンキナーゼ阻害剤による治療歴を有し、病勢進行が確認されている患者は、EGFR790M変異が確認された患者に投与すること」とされているので、EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600048 EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(タズベリク錠200mg);(元号)yy'年'mm'月'dd'日		
96	タフィンラーカプセル50mg タフィンラーカプセル75mg		本製剤の効能・効果に関する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600051 BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(タフィンラーカプセル50mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日 850600052 BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(タフィンラーカプセル75mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日		
97	タブレクタ錠150mg タブレクタ錠200mg		本製剤の効能・効果に関する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、MET遺伝子エクリン14キシビング変異が確認された患者に投与すること」とされているので、MET遺伝子エクリン14キシビング変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600053 MET遺伝子エクリン14キシビング変異陽性を確認した検査の実施年月日(タブレクタ錠150mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日 850600054 MET遺伝子エクリン14キシビング変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(タブレクタ錠200mg等);(元号)yy'年'mm'月'dd'日		
98	チャンピックス錠0.5mg チャンピックス錠1mg		(ニコチン依存症管理料を算定する場合)「何らかの理由により入院治療を要することになった場合、ニコチン依存症管理料の算定基準を届け出ている併用医療機関に入院し、患者本人の強い禁煙意志に基づき禁煙治療を継続した場合」「外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方した旨を記載すること。	820600066 外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方(チャンピックス錠0.5mg等)		*
99	チラーチンS静注液200μg		本製剤を甲状腺機能低下症の患者に投与する際は、レボチロキシンナトリウム経口剤による治療が適さない場合に限ること。 また、甲状腺機能低下症の患者に対する本製剤の投与開始に当たっては、レボチロキシンナトリウム経口剤による治療が適さないと判断した理由を記載すること。	830600066 レボチロキシンナトリウム経口剤による治療が適さないと判断した理由(チラーチンS静注液200μg);*****		
				820600305 A法(ティーエスワン配合顆粒T20等)	※	
				820600306 B法(ティーエスワン配合顆粒T20等)	※	

別表II(薬価基準)-12

R6 項目番号	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示言語	令和6年 6月1日 適用
100	ティーエスワン配合顆粒T20 ティーエスワン配合顆粒T25 ティーエスワン配合OD 錠T20 ティーエスワン配合OD 錠T25 ティーエスワン配合カプセルT20 ティーエスワン配合カプセルT25		本製剤の用法及び用量において、「胃癌にはA法、B法又はC法、結腸・直腸癌にはA法、C法又はD法、頭頸部癌にはA法、非小細胞肺癌にはA法、B法又はC法、手術不適又は再発乳癌にはA法、肺癌にはA法又はC法、胆道癌にはA法、E法又はF法を使用する。」とされていることから、用法・用量を記載すること、「A法」から「F法」までのうち該当するものを記載。)	820600307 820600308 820600309 820600310	C法(ティーエスワン配合顆粒T20等) D法(ティーエスワン配合顆粒T20等) E法(ティーエスワン配合顆粒T20等) F法(ティーエスワン配合顆粒T20等)	※ ※ ※ ※
101	テゼスバイア皮下注210mgシリンジ 気管支喘息		次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」)から「医師要件イ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関する呼吸器科診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。	820600311 820600312 820600313 820600314	医師要件ア(テゼスバイア皮下注210mgシリンジ) 医師要件イ(テゼスバイア皮下注210mgシリンジ) 医師要件ウ(テゼスバイア皮下注210mgシリンジ) 患者要件ア(テゼスバイア皮下注210mgシリンジ)	※ ※ ※ ※
			(患者要件イに該当する場合) ICSを当該用量以上に增量することが不適切であると判断した理由	830600193	ICSを当該用量以上に增量することが不適切であると判断した理由 (テゼスバイア皮下注210mgシリンジ):*****	※
102	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	共通	次に掲げる医師の要件のうち、該当するもの(「施設要件オ」)までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地方がん診療病院など) イ 地域がん診療連携拠点病院 ウ 病院選定結果が指定するがん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) 丙 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科1又は外来腫瘍化學療法診療科2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600166 820600188 820600192 820600196 820600199	施設要件ア(テセントリク点滴静注) 施設要件イ(テセントリク点滴静注) 施設要件ウ(テセントリク点滴静注) 施設要件エ(テセントリク点滴静注) 施設要件オ(テセントリク点滴静注)	
103	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」)から「医師要件イ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行なっていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行なっていること。	820600147 820600149 820600316	医師要件ア(テセントリク点滴静注) 医師要件イ(テセントリク点滴静注) 医師要件ウ(テセントリク点滴静注)	
104	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	進行型小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」)又は「医師要件イ」を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行なっていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行なっていること。	820600147 820600149	医師要件ア(テセントリク点滴静注) 医師要件イ(テセントリク点滴静注)	
105	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	乳癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」)又は「医師要件イ」を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行なっていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の乳癌のがん薬物療法を含む乳腺腫瘍学の臨床研修を行なっていること。	820600147 820600149	医師要件ア(テセントリク点滴静注) 医師要件イ(テセントリク点滴静注)	
106	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	切除不能な肝細胞癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」)又は「医師要件イ」を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行なっていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の肝細胞癌のがん薬物療法を含む肝臓病学の臨床研修を行なっていること。	820600147 820600149	医師要件ア(テセントリク点滴静注) 医師要件イ(テセントリク点滴静注)	
			本製剤投与におけるChild-Pugh分類を記載すること。	830600114	投与におけるChild-Pugh分類(テセントリク点滴静注):*****	
107	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	PD-L1陽性的非小細胞肺癌における術後補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」)から「医師要件イ」までのうち該当するものを記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行なっていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器外科学の修練を行なっていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行なっていること。	820600147 820600149 820600316 850600141 830600162	医師要件ア(テセントリク点滴静注) 医師要件イ(テセントリク点滴静注) 医師要件ウ(テセントリク点滴静注) PD-L1陽性であることを確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日 PD-L1発現率を確認した検査結果(発現率)(テセントリク点滴静注):(元号)yy'年'mm'月'dd'日 PD-L1発現率を確認した検査結果(発現率):*****	
108	テブミトコ錠250mg		本製剤の効能又は効果に関する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異が確認された患者に投与すること」とされているので、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した日のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600144 850600145	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(テブミトコ錠250mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日 MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(テブミトコ錠250mg):(元号)yy'年'mm'月'dd'日	

R6 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
109	テムセルHS注		本品の警告において、「緊急時に十分対応できる医療施設において、造血幹細胞移植に関する十分な知識・経験を持つ医師のもとで、臨床検査による管理等の適切な対応がなされる体制下で本品を使用すること」また、「効能・効果又は性能に関する使用上の注意において、「ステロイド皮膚炎によっても十分な治療効果が得られない場合に使用すること」とび「本品の投与に際しては、急性GVHDの重症度等、「臨床成績」の項目の内容を熟知し、本品の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと」とされていることから、このような場合に限り算定できるものであり、本品の使用が必要かつ有効と判断した理由を記載すること。	83060067	本品の使用が必要かつ有効と判断した理由(テムセルHS注);*****	
110	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン デュピクセント皮下注200mgシリンジ	アトピー性皮膚炎	投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 ① 次に掲げる医師の件数のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設(「施設要件ア」)から「施設要件ア」でのうち該当するもの(「記載」) ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の臨床経験をしていること。 ウ 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、6年以上の臨床経験をしていること。 2) 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況(「前治療要件ア」から「前治療要件ウ」までのうち該当するものを記載) ア 成人アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬(ストロングクラス以上)やカルニルシーライン阻害外用薬による適切な治療を直近の6か月以上行っていること。 イ 小児アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬(5ダミエクラス以上)やカルニルシーライン阻害外用薬による適切な治療を直近の6か月以上行っていること。 △おどり外用薬の投与歴も含むこと。 ウ 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルニルシーライン阻害外用薬に対する過敏症、頭著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の経験を有していること。 3) 痰毛活動性的状況について、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は頭頸部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎疾患の割合(%)	820600167 820600189 820600193 820600181 820600317 820600182 820600137 830600135 830600136 830600109	施設要件ア(デュピクセント皮下注) 施設要件イ(デュピクセント皮下注) 施設要件ウ(デュピクセント皮下注) 前治療要件ア(デュピクセント皮下注) 前治療要件イ(デュピクセント皮下注) 前治療要件ウ(デュピクセント皮下注) IGAスコア(デュピクセント皮下注);***** 全身のEASIスコア(デュピクセント皮下注);***** 頭頸部のEASIスコア(デュピクセント皮下注);***** 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎疾患の割合(%) (デュピクセント皮下注);*****	※
111	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン デュピクセント皮下注200mgシリンジ	気管支喘息	投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる医師の件数のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設(「施設要件ア」)から「施設要件ア」でのうち該当するもの(「記載」) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関する呼吸器科診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 △既往の喘息の既往歴を有する場合であって、手術による治療歴があること。 2) 本製剤投与前の長期間管理による治療の状況及び投与理由(「患者要件ア」又は「患者要件イ」に記載) ア 高用量ICS吸入式ロイド薬(ICS)との他の長期間管理(長時間作用性β ₂ 刺激薬、長時間作用性ムスリ受容体拮抗薬(成人のみ)、ロイコトリエン受容体拮抗薬、オナフラン(後放散型))を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与が必要な喘息増悪等年に回復できていないこと。 3) 2)「患者要件イ」に該当する場合は、ICSを当該用量以上に增量することが不適切であると判断した理由	820600167 820600189 820600193 820600153 820600155 830600104	施設要件ア(デュピクセント皮下注) 施設要件イ(デュピクセント皮下注) 施設要件ウ(デュピクセント皮下注) 患者要件ア(デュピクセント皮下注) 患者要件イ(デュピクセント皮下注) ICSを当該用量以上に增量することが不適切であると判断した理由(デュピクセント皮下注);*****	
112	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン デュピクセント皮下注200mgシリンジ	鼻茎を伴う慢性副鼻腔炎	① 本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 1) 本製剤に関する治療の責任者として、次に掲げる要件を満たす医師が配置されている施設である旨(「施設要件ア」と記載) △医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 2) 次に掲げる患者の件数アラウカのすべてに該当する旨 △慢性副鼻腔炎の確定診断がなされていること。 イ 慢性副鼻腔炎に対する手術歴があること。 △既往の副鼻腔炎に対する手術歴によつてもも該当する旨。 △既往の副鼻腔炎に対する手術歴が各鼻腔を1点以上含むこと。 ・鼻閉塞度指数アラウカ(中等症)以上(8時間以上持続していること) ・嗅覚障害、鼻汁(前鼻漏／後鼻漏)等(8時間以上持続していること) 3) 2)「患者要件イ」に該当する場合は、Jに該当する場合は、慢性副鼻腔炎に対する手術が適応にならない。 △既往の副鼻腔炎に対する手術歴によつてもも該当する旨。 △既往の副鼻腔炎に対する手術歴が各鼻腔を1点以上含むこと。 ・鼻閉塞度指数アラウカ(中等症)以上(8時間以上持続していること) 4) 2)「患者要件イ」に該当する場合は、アの条件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨 3) 2)「患者要件イ」に該当する場合は、アの条件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨 4) 24時間を超えて本製剤を投与する場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由	820600167 820600150 820600185 820600151 850600132 830600108 830600123 830600124 830600125 820600142 820600144 820600143 830600126 830600127 830600103	施設要件ア(デュピクセント皮下注) 患者の要件アに該当(デュピクセント皮下注) 患者の要件イに該当(デュピクセント皮下注) 患者の要件ウに該当(デュピクセント皮下注) 慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日(デュピクセント皮下注);(元号)年mm月dd日 手術が適応にならないと判断した理由(デュピクセント皮下注);***** 本製剤投与前における鼻茸スコア(デュピクセント皮下注);***** 本製剤投与前における鼻閉塞度スコア(デュピクセント皮下注);***** 本製剤投与前における鼻汁(前鼻漏／後鼻漏)等が継続している期間(デュピクセント皮下注);***** 医師要件ア(デュピクセント皮下注) 医師要件イ(デュピクセント皮下注) 医師要件ア(デュピクセント皮下注) 医師要件ア(デュピクセント皮下注) 医師要件ア(デュピクセント皮下注) 医師要件ア(デュピクセント皮下注) 医師要件ア(デュピクセント皮下注) 医師要件ア(デュピクセント皮下注) 医師要件ア(デュピクセント皮下注) 24週間を超えて投与することが必要かつ適切と判断した理由(デュピクセント皮下注);*****	
113	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン	既存治療で効果不十分な結節性痒疹	効能又は効果に関する注意において、「[1]、疾患成績」の項目の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景を十分に理解した上で、本剤はストロングクラスによる治療を施行して、痒疹結節を主体とする病変が多発し、複数の部位に及ぶ患者に用いること」と述べられているので、本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 △既存治療として使用している薬剤の品名及び使用期間(既存治療として薬剤を使用していない場合はその理由) イ 投与開始時の痒疹結節数 ウ 投与開始時の病変部位 エ 投与開始時のそば痒スコア	830600163 830600164 830600165 830600166 830600167 830600168 842600029	既存治療として使用していた薬剤の品名(デュピクセント皮下注);***** 既存治療として使用していた薬剤の使用期間(デュピクセント皮下注);***** 既存治療として薬剤を使用していない理由(デュピクセント皮下注);***** 投与開始時の痒疹結節数(デュピクセント皮下注);***** 投与開始時の病変部位(デュピクセント皮下注);***** 既存治療として投与することが必要かつ適切と判断した理由(デュピクセント皮下注);***** 投与開始時のそば痒スコア(デュピクセント皮下注);*****	※ ※ ※ ※ ※ ※ ※
114	デリタクト注		本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件エ」までのうち該当するものを記載) △特定機能病院 △大学附属病院(大学附属病院に係る医療料を有する場合に限る。) △本邦に係る施設の実施設設、又はこれと同様の施設体制を有し本品に係る治験責任医師又は治験分担医師が常勤する施設(脳神経外科に係る治療科を有する場合に限る。) △本邦に係る施設の実施設設、又はこれと同様の施設体制を有し本品に係る治験責任医師又は治験分担医師が常勤する施設(脳神経外科に係る治療科を有する場合に限る。) △医師要件ア(デリタクト)と同一の施設の医師の件数のうち該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件エ」までのうち該当する医師を配置することを全てに記載)。最適使用推進ガイドラインにおいて、次に掲げる医師の件数のすべてに該当する医師を配置することを必要としている。 △医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、4年以上の脳神経外科の臨床研修を行っており、うち、3年以上	820600067 820600068 820600069 820600070 820600071 820600072	施設要件ア(デリタクト注) 施設要件イ(デリタクト注) 施設要件ウ(デリタクト注) 施設要件エ(デリタクト注) 医師要件ア(デリタクト注) 医師要件イ(デリタクト注)	

R6 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
			は、脳神経外科治療の臨床経験があること。 イ 脳梗塞に関する十分な臨床経験(計 30 例以上)があること。 ウ ナビゲーション下手術を含む定位脳手術の実績が 5 例以上あること。 ③ 放射線治療及びモソロミドの治療歴のある患者である旨	820600073	医師要件ウ(デリタクト注)	
				820600074	放射線治療歴のある患者(デリタクト注)	
				820600075	モソロミド治療歴のある患者(デリタクト注)	
115	ドブレット錠20mg		本製剤の効能又は効果に関する注意において、「開腹、開胸、開心、開頭又は臍器切除を伴う親血的手技の場合は、本剤の投与を避けること。」とされていることから、このような症例には使用しないこと。また、親血的手技の名称及び実施予定期日を記載すること。	830600168	親血的手技の名称(ドブレット錠20mg):*****	※
				850600185	親血的手技の実施予定期日月(ドブレット錠20mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
116	トルツ皮下注80mgオートインジェクター ^{トルツ皮下注80mgシリンジ}	尋常性乾癬、間節性乾癬、扁平苔癬、乾燥性紅皮症	12週以降において、2週間隔で投与する場合、2週間隔で投与することが適切と判断した理由を記載すること。	830600068	12週以降、2週間隔で投与することが適切と判断した理由(トルツ皮下注80mgオートインジェクター等):*****	
117	ニコチネルTTS10 ニコチネルTTS20 ニコチネルTTS30		(ニコチン依存症管理料を算定する熱療法治療を行っている患者が、何らかの理由により入院治療を要することになった場合、ニコチニン依存症管理料の施設基準を届け出ている保険医療後間にに入院し、患者本人の強い禁煙意志に基づき禁煙治療を継続した場合)	820600076	外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方(ニコチネル TTS10 等)	
118	ニューモバックスNPシリンジ		(スチムリマブ(選択子組換え)又はペグセタコプラン投与に患者に使用する場合) スチムリマブ(選択子組換え)又はペグセタコプランの投与を行ったは行う予定期日月を記載すること(同一の診療報酬明細書においてスチムリマブ(選択子組換え)又はペグセタコプランの投与が確認できる場合を除く)。	850600186	スチムリマブ(選択子組換え)又はペグセタコプランの投与を行った予定期日月(ニューモバックスNPシリンジ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600187	スチムリマブ(選択子組換え)又はペグセタコプランの投与を行う予定期日月(ニューモバックスNPシリンジ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
119	ノーモサング点滴静注250mg		本製剤の効能・効果に関する使用上の注意において「本剤による急性発作の予防効果は確認されていないことから、予防的には使用しないこと。」とされているので、予防的に使用した場合には算定できないものであること。また、診療報酬明細書の記載に当たっては、発作時の使用である旨を記載すること。	820600077	発作時の使用(ノーモサング点滴静注250mg)	
120	ノボセブンH静注用1mg シリンジ ノボセブンH静注用2mg シリンジ ノボセブンH静注用5mg シリンジ	結腸・直腸癌	本製剤の使用に当たっては、血液凝固第V因子又はIX因子のインヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビターカ価の測定された年月日及びカ価を記載すること。	830600128	インヒビターカ価(ノボセブンH静注用1mgシリンジ等):*****	
				850600146	インヒビターカ価測定年月日(ノボセブンH静注用1mgシリンジ等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
121	バージェタ点滴静注420mg/14mL	結腸・直腸癌	本製剤の効能又は効果に関する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2陽性が確認された患者に投与すること。」とされているため、HER2陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600188	HER2陽性を確認した検査の実施年月日(バージェタ点滴静注420mg/14mL):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				850600189	HER2陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(バージェタ点滴静注420mg/14mL):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
122	ハーセブチン注射用150 ハーセブチン注射用60 トラスツズマブBS点滴静注用150mg CTH トラスツズマブBS点滴静注用150mg [NK] トラスツズマブBS点滴静注用150mg [ファイザー] トラスツズマブBS点滴静注用150mg [第一三共] トラスツズマブBS点滴静注用60mg[C TH] トラスツズマブBS点滴静注用60mg[N K] トラスツズマブBS点滴静注用60mg [ファイザー] トラスツズマブBS点滴静注用60mg[第 一三共]		ハーセブチン注射用60、ハーセブチン注射用150 HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日にについて記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600057	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(ハーセブチン注射用60等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600058	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ハーセブチン注射用60等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600059	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(トラスツズマブBS点滴静注用60mg[NK]):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600060	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(初回投与)(トラスツズマブBS点滴静注用60mg[ファイザー]):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600061	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(トラスツズマブBS点滴静注用60mg[CTH]):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600062	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(トラスツズマブBS点滴静注用60mg[C TH]):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600063	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(トラスツズマブBS点滴静注用60mg[第一三共]):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600064	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(初回投与)(トラスツズマブBS点滴静注用60mg[第一三共]):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600065	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(トラスツズマブBS点滴静注用60mg[ファイザー]):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600066	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日(初回投与)(トラスツズマブBS点滴静注用60mg[ファイザー]):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
123	ハイアグラ錠25mg ハイアグラ錠50mg ハイアグラ錠100mg ハイアグラ錠25mg ハイアグラODフィルム50mg シリアス錠6mg シリアス錠10mg シリアス錠20mg	勃起不全による男性 不育の治療を目的とする場合 一般的不妊治療に併用する場合 おいて行なっている場合	以下の事項を記載すること。 ① 投与を行う医師に係る要件として次に掲げるもののうち、該当するもの(「投与医要件ア」又は「投与医要件イ」と記載) ア 必要器科にについて5年以上の経験を有する医師 ア以外で、特段の理由がある場合 ② 上記①に該当する場合、当該理由	8206000318	投与医要件ア(ハイアグラ錠25mg等)	※
				820600319	投与医要件イ(ハイアグラ錠25mg等)	※
				830600169	投与医要件イに該当する理由(ハイアグラ錠25mg等):*****	※
				820600320	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者(ハイアグラ錠25mg等)	※
				820600321	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者(ハイアグラ錠25mg等)	※
				830600170	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を行っている保険医療機関名(ハイアグラ錠25mg等):*****	※
				850600190	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料の算定が行われた年月(ハイアグラ錠25mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	※
				830600171	6ヶ月を超えて投与を継続する必要と判断した理由(ハイアグラ錠25mg等):*****	※
				850600191	初回投与の年月(ハイアグラ錠25mg等):(元号)yy"年"mm"月"	※
				830600129	インヒビターカ価(ハイクロット配合静注用):*****	
124	バイクロット配合静注用		本製剤の使用に当たっては、血液凝固第V因子又は第IX因子のインヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビターカ価の測定された年月日及びカ価を記載すること。	850600147	インヒビターカ価測定年月日(ハイクロット配合静注用):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
125	バクスミー点鼻粉末剤3mg		1回2瓶以上処方する場合は、複数必要と判断した理由を記載すること。	830600069	1回2瓶以上必要と判断した理由(バクスミー点鼻粉末剤3mg):*****	
126	バクトロバン鼻腔用軟膏2%		易感染患者から隔離することが困難な入院患者に対する使用に当たっては、やむを得ず、2名以下の患者が収容されている病室にMRSA感染症発症の危険性の高い投薬能の低下的状態にある患者(易感染患者)とともに入院している者に対して、特段の理由がない場合、2名の患者を1つのおもてあつてのナーストーブーのいずれであるか	820600078	易感染患者から隔離することが困難な入院患者に投与(バクトロバン鼻腔用軟膏2%)	
127	パドセピ点滴静注用20mg パドセピ点滴静注用30mg		本製剤の効能又は効果に関する注意において、「本剤の一次治療における有効性及び安全性は確立していない。」及び「PD1/PDL1阻害剤による治療歴のない患者における本剤の有効性及び安全性は確立していない。」と記載されているので、PD1/PDL1阻害剤を含む化学療法による治療歴を有する患者に投与することと、その旨を記載すること。	820600079	PD1/PDL1阻害剤を含む化学療法による治療歴を有する患者に投与(パドセピ点滴静注用20mg等)	

R6 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
128	バベンチオ点滴静注200mg	メルケル細胞癌	次の事項を記載すること。 1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載) ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療専門病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携指定病院(がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来腫瘍化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤处方管理算の施設基準に係る届出を行っている施設 2) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること、うち、2年以上は、がん薬物療法を中心とした臨床腫瘍学の研修を行っていること イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600244 820600245 820600246 820600247 820600248 820600249 820600250	施設要件ア(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件イ(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件ウ(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件エ(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件オ(バベンチオ点滴静注200mg) 医師要件ア(バベンチオ点滴静注200mg) 医師要件イ(バベンチオ点滴静注200mg)	
129	バベンチオ点滴静注200mg	根治切除不能又は 転移性の腎細胞癌 の治療	次の事項を記載すること。 1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載) ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療専門病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携指定病院(がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤处方管理算の施設基準に係る届出を行っている施設 2) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること、うち、2年以上は、がん薬物療法を中心とした臨床腫瘍学の研修を行っていること イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600244 820600245 820600246 820600247 820600248 820600249 820600250	施設要件ア(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件イ(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件ウ(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件エ(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件オ(バベンチオ点滴静注200mg) 医師要件ア(バベンチオ点滴静注200mg) 医師要件イ(バベンチオ点滴静注200mg)	
130	バベンチオ点滴静注200mg	根治切除不能な原発 上皮癌における化学 療法後の維持療法 の治療	次の事項を記載すること。 1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載) ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療専門病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携指定病院(がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤处方管理算の施設基準に係る届出を行っている施設 2) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること、うち、2年以上は、がん薬物療法を中心とした臨床腫瘍学の研修を行っていること イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600244 820600245 820600246 820600247 820600248 820600249 820600250	施設要件ア(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件イ(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件ウ(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件エ(バベンチオ点滴静注200mg) 施設要件オ(バベンチオ点滴静注200mg) 医師要件ア(バベンチオ点滴静注200mg) 医師要件イ(バベンチオ点滴静注200mg)	
131	ビラフトビカブセル50mg ビラフトビカブセル75mg	共通	本製剤の効能・効果に関する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600067 850600068 830600070	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(ビラフトビカブセル50mg等):(元号)yy年mm月dd日 BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ビラフトビカブセル50mg等):(元号)yy年mm月dd日 ビニメチニップを併用する理由(ビラフトビカブセル50mg等):*****	
132	ビルテゾ点滴静注250mg		本製剤の効能又は効果に関する注意において、「併用する他の抗悪性腫瘍剤の選択に際しては、「17臨床成績」の項目内容を熟知し、開発学会の最新のガイドライン等を参考にして、患者の状態に応じて、ビニメチニップの併用の必要性を判断されたりするが、本剤とビニメチニップ併用する場合に、始動年会議の更新のガイドラインを踏まえ、併用する理由を記載すること。」の場合は、併用が必要とした判断に用いた情報(EGOG PS、転移部位数、CRP値等)を具体的に記載すること。	850600148 850600149	遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日(ビルテゾ点滴静注250mg等):(元号)yy年mm月dd日 遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ビルテゾ点滴静注250mg等):(元号)yy年mm月dd日	
133	ビンダケルカブセル20mg	トランスサイレチン型 心アミロイドーシス (野生型及び変異型)	本製剤をトランスサイレチン型心アミロイドーシス(野生型及び変異型)の効能・効果に使用する場合、本製剤の薬剤料については、次の①又は②のすべての要件を満たした場合に算定でき、いずれに該当するかを記載すること。(「患者要件①」又は「患者要件②」と記載) ① 野生型の場合 ア 心血管による入院症又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること イ 心エコーによる心筋梗塞期の心室中隔厚が12mmを超えること ウ 組織生検によるアリロイド沈着が認められること エ 免疫組織染色によりTTR前駆タンパク質が同定されること ② 変異型の場合 ア 心筋症候及び心筋症に関連するTTR遺伝子変異を有すること イ 心全心による入院症又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること ウ 心エコーによる心筋梗塞期の心室中隔厚が12mmを超えること エ 組織生検によるアリロイド沈着が認められること	820600087 820600088	患者要件1(ビンダケルカブセル20mg) 患者要件2(ビンダケルカブセル20mg)	
134	ビンマックカブセル61mg		次の①又は②のすべての要件を満たした場合に算定でき、いずれに該当するかを記載すること。(「患者要件①」又は「患者要件②」と記載) ① 野生型の場合 ア 心血管による入院症又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること イ 心エコーによる心筋梗塞期の心室中隔厚が12mmを超えること ウ 組織生検によるアリロイド沈着が認められること エ 免疫組織染色によりTTR前駆タンパク質が同定されること ② 変異型の場合 ア 心筋症候及び心筋症に関連するTTR遺伝子変異を有すること イ 心全心による入院症又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること ウ 心エコーによる心筋梗塞期の心室中隔厚が12mmを超えること エ 組織生検によるアリロイド沈着が認められること	820600089 820600090	患者要件1(ビンマックカブセル61mg) 患者要件2(ビンマックカブセル61mg)	
135	ファイバ静注用1000		本製剤の使用に当たっては、インヒビーターカ価が測定されていることが前提であり、その測定された年月日及びそのカ価を記載する。	830600130 850600150	インヒビーターカ価(ファイバ静注用1000):***** インヒビーターカ価測定年月日(ファイバ静注用1000):(元号)yy年mm月dd日	
136	フェインジェクト静注500mg		本製剤投与前の血中Hb値及び血中Hb値が0.0/L以上の場合、本製剤の投与が必要と判断し、其理由を記載すること。	830600194	投与前の血中Hb値(フェインジェクト静注500mg):*****	

R6 項目番号	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
			(HER2陽性の乳癌に用いる場合) 効能又は効果に関連する注意において、「HER2陽性の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること」とされているので、HER2陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	830600071	投与が必要と判断した理由(フェンインジェクト静注500mg):*****	
137	フェスゴ配合皮下注 MA フェスゴ配合皮下注 IN		(がん化学療法後に増悪したHER2陽性の治療切除不能な進行・再発の結果、直腸癌に用いる場合) 効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2陽性が確認された場合」とされているので、HER2陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600192	HER2陽性を確認した検査の実施年月日(フェスゴ配合皮下注MA等):(元号)yy'年''mm'月''dd'日	*
				850600193	HER2陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(フェスゴ配合皮下注MA等):(元号)yy'年''mm'月''dd'日	*
138	フォーシーガ錠5mg フォーシーガ錠10mg	慢性腎臓病	効能又は効果に関連する注意において、「eGFRが25mL/min・1.73m2未満の患者では、本剤の腎保護作用が十分に得られない可能性があること、本剤投与中にeGFRが低下することがあり、腎機能障害が悪化するおそれがあることから、投与の必要性を慎重に判断すること。」及び「腫瘍成績の項目の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景(疾患、併用薬、腎機能等)を十分に理解した上で、慢性腎臓病に対するガイドラインにおける診断基準等を参考に、適応患者を選択すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、本製剤の適応患者であると判断した理由及び判断に用了した指標の値等(eGFRの値を含む。)を記載すること。	830600074	適応患者であると判断した理由(フォーシーガ錠5mg等):*****	
				830600075	判断に用了した指標の値等(eGFRの値を含む。)(フォーシーガ錠5mg等):*****	
139	ブレヤンジ静注		本製品の投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。(「施設要件A」又は「施設要件B」と記載) ①日本血清・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科(認定カテゴリーI)を有する施設 ②認定カテゴリーIに準ずる診療科(認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科)を有する施設	820600105	施設要件A(ブレヤンジ静注)	
				820600106	施設要件B(ブレヤンジ静注)	
140	ペインズ錠0.2 ペインズOD錠0.2 ボリボース錠0.2ml×40錠「000」 ボリボースOD錠0.2mg「MED」 ボリボースOD錠0.2mg「ケミア」 ボリボースOD錠0.2mg「サワ」 ボリボースOD錠0.2mg「タカ」 ボリボースOD錠0.2mg「カワ」 ボリボース錠0.2ml「日本」 ボリボースOD錠0.2mg「武田」 ボリボース錠0.2mg「武田バ」 ボリボース錠0.2mg「JG」 ボリボース錠0.2mg「NP」 ボリボース錠0.2mg「TOK」 ボリボース錠0.2mg「YD」 ボリボース錠0.2mg「ケミア」 ボリボース錠0.2mg「サワ」 ボリボース錠0.2mg「タカ」 ボリボース錠0.2mg「カワ」 ボリボース錠0.2mg「杏林」 ボリボース錠0.2mg「日医工」 ボリボース錠0.2mg「武田バ」 ボリボース錠0.2mg「VTRS」	耐糖能異常における2型糖尿病の発症抑制(ただし、食事療法及び運動療法を十分に行なっても改善されない場合に限る。)	耐糖能異常における2型糖尿病の発症抑制(ただし、食事療法及び運動療法を十分に行なっても改善されない場合に限る。)	830600081	耐糖能異常と判断した根拠(ペインズ錠0.2等):*****	
				850600073	耐糖能異常と判断した年月日(ペインズ錠0.2等):(元号)yy'年''mm'月''dd'日	
				820600107	食事療法及び運動療法を3~6ヶ月間行なっても改善されなかった(ペインズ錠0.2等)	
				830600082	高血糖症又は脂質異常症の診断名(ペインズ錠0.2等):*****	
141	ベージニオ錠50mg ベージニオ錠100mg ベージニオ錠150mg		本剤の効能・効果は「ホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」及び「ホルモン受容体陽性かつHER2陰性で再発高リスクの乳癌における術後乗用療法」であることから、ホルモン受容体陽性・HER2陰性であること確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600074	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(ベージニオ錠50mg等):(元号)yy'年''mm'月''dd'日	
				850600075	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ベージニオ錠50mg等):(元号)yy'年''mm'月''dd'日	
				850600076	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(ベージニオ錠50mg等):(元号)yy'年''mm'月''dd'日	
				850600077	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ベージニオ錠50mg等):(元号)yy'年''mm'月''dd'日	
142	ベスピソナ点滴静注用1mg		本剤の使用上の注意において「フローサイトメトリー法等の検査によって、CO22抗原が陽性であることが確認された患者に使用すること」とされているので、CO22陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては必ず実施年月日を記載すること。	850600078	CD22陽性を確認した検査の実施年月日(ベスピソナ点滴静注用1mg):(元号)yy'年''mm'月''dd'日	
				850600079	CD22陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ベスピソナ点滴静注用1mg):(元号)yy'年''mm'月''dd'日	
143	ペマジール錠4.5mg	がん化学療法後に増悪したFGFR2融合遺伝子陽性の骨髄性又はリンパ性腫瘍	本剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、FGFR2融合遺伝子が確認された患者に投与すること。」とされているので、FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600080	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日(ペマジール錠4.5mg):(元号)yy'年''mm'月''dd'日	
				850600081	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ペマジール錠4.5mg):(元号)yy'年''mm'月''dd'日	
				850600194	Bp11染色体領域の転座を確認した検査の実施年月日(ペマジール錠4.5mg):(元号)yy'年''mm'月''dd'日	*
				850600195	Bp11染色体領域の転座を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ペマジール錠4.5mg):(元号)yy'年''mm'月''dd'日	*
144	ペリキュー錠2.5mg ペリキュー錠5mg ペリキュー錠10mg		本剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「左室駆出率の低下した慢性心不全における本剤の有効性及び安全性は確立していないため、左室駆出率の低下した慢性心不全患者に投与すること。」とされているので、投与開始に当たっては、左室駆出率の計測年月日及び左室駆出率の値を記載すること。なお、他の医療機関で左室駆出率を測定した場合には、当該測定結果及び医療機関名を記載することで差し支えない。	850600082	左室駆出率の計測年月日(ペリキュー錠2.5mg等):(元号)yy'年''mm'月''dd'日	
				830600083	左室駆出率の値(ペリキュー錠2.5mg等):*****	
				830600084	左室駆出率を測定した医療機関名(他の医療機関で測定した場合)(ペリキュー錠2.5mg等):*****	
145	ボテリジオ点滴静注20mg		本剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「CCR4陽性的成人で細胞外由来リバク(腫瘍AT)、再発又は難治性のCCR4陽性的末梢性細胞リバク(PTCL)の場合、CCR4抗原は、フローサイトメトリー(FCM)又は免疫組織化学染色(IHC)法により検査を行い、陽性であることが確認されている患者のみに投与すること。」とされているので、CCR4陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては必ず実施年月日を記載すること。	850600083	CCR4陽性を確認した検査の実施年月日(ボテリジオ点滴静注20mg):(元号)yy'年''mm'月''dd'日	
				850600084	CCR4陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ボテリジオ点滴静注20mg):(元号)yy'年''mm'月''dd'日	
146	ミカトリオ配合錠		本剤への切り替えに当たっては、次の事項を切り替えた月に記載すること。 (1) テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mgの併用療法として使用していた品名及び使用期間 (2) テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mgの併用療法において、安定した血圧コントロールが得られないと判断した際に参照した血圧測定値及び当該血圧測定の実施年月日	830600085	テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mgの併用療法として使用していた品名(ミカトリオ配合錠):*****	
				830600086	テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mgの併用療法として使用していた使用期間(ミカトリオ配合錠):*****	
				830600131	併用療法において安定した血圧コントロールが得られないと判断した際に参照した血圧測定値(ミカトリオ配合錠):*****	
				850600151	併用療法において安定した血圧コントロールが得られないと判断した際に参照した血圧測定実施年月日(ミカトリオ配合錠):(元号)yy'年''mm'月''dd'日	
				820600322	医師要件A(ミチーガ皮下注入用60mgシリンジ)	*
				820600323	医師要件B(ミチーガ皮下注入用60mgシリンジ)	*
				820600324	医師要件C(ミチーガ皮下注入用60mgシリンジ)	*
				830600172	ステロイド外用薬(ストロングクラス以上)又はカルシニューリン阻害外用薬を行った治療期間(ミチーガ皮下注入用60mgシリンジ):*****	*
				830600173	4週間未満又は行なっていない場合はその理由(ミチーガ皮下注入用60mgシリンジ):*****	*

R6 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
147	ミチーガ皮下注用60mgシリンジ	アトピー性皮膚炎に伴うそ痒	<p>本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。</p> <p>ア「既往に持続する皮膚のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件」)から「既往に持続する皮膚のうち該当するものを記載すること。</p> <p>ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。</p> <p>イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有する、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含む他の診療の臨床経験を有していること。</p> <p>ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児皮膚科の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。</p> <p>2) 本剤投与前の治療の状況</p> <p>ア 13歳未満のアトピー性皮膚炎患者であって、本剤投与前にステロイド外用薬(ストロングクラス以上)又はカルニューリング外用薬を行つて治療期間(即ち実施年月日)が行つてない場合はその理由)</p> <p>13歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、本剤投与前に抗ヒスタミン薬又は抗アレルギー薬による内服治療を行つた治療期間(即ち実施年月日又は行つてない場合はその理由)</p> <p>3) 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の値、ただし、及びイについては、本製剤投与開始2日前から本剤投与開始まで30日間までの値を記載すること。</p> <p>ア そ痒VASの値(即ちNRSの値(投与開始2日前)(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ):*****</p> <p>イ かゆみスコア(EASIスコア)</p>	830600174	抗ヒスタミン薬又は抗アレルギー薬による内服治療を行つた治療期間(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ):*****	※
				830600175	2週間未満又は行つていない場合はその理由(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ):*****	※
				842600030	そ痒VASの値(投与開始2日前)(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ):*****	※
				842600031	そ痒VASの値(投与開始1日前)(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ):*****	※
				842600032	そ痒VASの値(投与開始日)(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ):*****	※
				842600033	そ痒NRSの値(投与開始日)(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ):*****	※
				842600034	そ痒NRSの値(投与開始1日前)(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ):*****	※
				842600035	そ痒NRSの値(投与開始日)(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ):*****	※
				842600036	かゆみスコア(投与開始2日前)(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ):*****	※
				842600037	かゆみスコア(投与開始1日前)(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ):*****	※
				842600038	かゆみスコア(投与開始日)(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ):*****	※
				842600039	EASIスコア(ミチーガ皮下注用60mgシリンジ):*****	※
				830600087	観血的手技の名称(マルブレタ錠3mg):*****	
				850600085	観血的手技の実施予定年月日(マルブレタ錠3mg):(元号)yy年mm月dd日	
148	マルブレタ錠3mg		<p>本製剤の使用上の注意において、「腹痛、開胸、開腹、開心、開肺等又は臟器切除を伴う複数的手技の場合は、本剤の投与を避けること」とされていることから、このような症例には使用しないこと。また、観血的手技の名称及び実施予定年月日を記載すること。</p>	850600086	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(メキニスト錠0.5mg等):(元号)yy年mm月dd日	
				850600087	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(メキニスト錠0.5mg等):(元号)yy年mm月dd日	
149	メキニスト錠0.5mg メキニスト錠2mg		<p>本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。</p> <p>なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</p>	850600088	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(メクビ錠15mg):(元号)yy年mm月dd日	
				850600089	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(メクビ錠15mg):(元号)yy年mm月dd日	
150	メクトビ錠15mg		<p>本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。</p> <p>なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</p>	850600088	エクリズマブ(遺伝子組換え)投与を行つた年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy年mm月dd日	
				850600089	エクリズマブ(遺伝子組換え)投与を行つた年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy年mm月dd日	
152	メンクアッドフィ筋注		<p>本製剤は、エクリズマブ(遺伝子組換え)、ラブリズマブ(遺伝子組換え)、スチムリマブ(遺伝子組換え)、ベガセカブラン又はジルコブランナトリウム投与患者に使用した場合に限り算定できるものであるので、これらの剤のうちいずれかの投与を行つた又は行う予定の年月日を記載すること(同一の診療報酬明細書においてこれらの剤のうちいずれかの投与が確認できる場合を除く)。</p>	850600202	ラブリズマブ(遺伝子組換え)投与を行つた年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy年mm月dd日	
				850600203	ラブリズマブ(遺伝子組換え)投与を行つた年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy年mm月dd日	
				850600204	ラブリズマブ(遺伝子組換え)投与を行つた年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy年mm月dd日	
				850600205	ラブリズマブ(遺伝子組換え)投与を行つた年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy年mm月dd日	
				850600206	スチムリマブ(遺伝子組換え)投与を行つた年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy年mm月dd日	
				850600207	スチムリマブ(遺伝子組換え)投与を行つた年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy年mm月dd日	
				850600208	ベガセカブラン投与を行つた年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy年mm月dd日	
				850600209	ベガセカブラン投与を行つた年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy年mm月dd日	
				850600210	ジルコブランナトリウム投与を行つた年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy年mm月dd日	
				850600211	ジルコブランナトリウム投与を行つた年月日(メンクアッドフィ筋注):(元号)yy年mm月dd日	
153	モノヴァー静注500mg モノヴァー静注1000mg		<p>本製剤投与前の血中Hb値及び血中Hb値が8.0g/dL以上の場合、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。</p>	830600195	投与前の血中Hb値(モノヴァー静注500mg等):*****	※
				830600176	投与が必要と判断した理由(モノヴァー静注500mg等):*****	※
154	ライアットMIBG—I131静注		<p>本製剤の効能又は効果は「MIBG集積陽性の治療困難不能な褐色細胞腫・パラ Gangリオーマ」であり、MIBG集積陽性が確認された患者が対象であることから、MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。</p> <p>なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</p>	850600094	MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日(ライアットMIBG—I131静注):(元号)yy年mm月dd日	
				850600095	MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ライアットMIBG—I131静注):(元号)yy年mm月dd日	
155	ラビフォートワープ2.5%		本製剤の投与開始に当たっては、多汗症疾患重症度評価尺度(HDSS)を記載すること。	842600040	多汗症疾患重症度評価尺度(HDSS)(ラビフォートワープ2.5%):*****	※
156	リツキサン点滴静注100mg リツキサン点滴静注500mg	CD20陽性のB細胞非ホジキンリンパ腫、CD20陽性のB細胞白血病及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	<p>CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。</p> <p>なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</p>	850600096	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(リツキサン点滴静注100mg等):(元号)yy年mm月dd日	
				850600097	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リツキサン点滴静注100mg等):(元号)yy年mm月dd日	
				850600098	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(リツキサン点滴静注100mg/K'HK等):(元号)yy年mm月dd日	
				850600152	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リツキサン点滴静注100mg/K'HK等):(元号)yy年mm月dd日	
157	リツキシマブBS点滴静注100mg「フライザー」 リツキシマブBS点滴静注500mg「フライザー」	CD20陽性のB細胞非ホジキンリンパ腫及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	<p>CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。</p> <p>なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。</p>	850600099	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(リツキシマブBS点滴静注100mg「フライザー」等):(元号)yy年mm月dd日	
				850600100	CD20陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リツキシマブBS点滴静注100mg「フライザー」等):(元号)yy年mm月dd日	
157	リットフローカプセル50mg	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤投与開始時に、頭部全体の被毛50%以上に脱毛が認められ、過去6ヵ月程度毛髪に自然再生が認められない患者に投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、頭部全体に占める脱毛部位の割合(リットフローカプセル50mg):*****	<p>本製剤の投与開始に当たっては、多汗症疾患重症度評価尺度(HDSS)を記載すること。</p>	830600177	頭部全体に占める脱毛部位の割合(リットフローカプセル50mg):*****	※
				830600178	毛髮の自然な再生が認められない期間(リットフローカプセル50mg):*****	※

R6 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
158	リゴビズ4mg		本製剤の効能又は効果に関する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、FGR2融合遺伝子が確認された患者に投与すること。」とされているので、FGR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600212	FGR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日(リゴビズ4mg : (元号)yy'年'mm'月'dd'日)	*
				850600213	FGR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リゴビズ4mg) : (元号)yy'年'mm'月'dd'日)	*
159	リフヌア腚45mg		本製剤の効能又は効果に関する注意において、「最新のガイドライン等を参考に、慢性咳嗽の原因となる病歴・職業・環境要因・臨床検査結果等を含めた包括的な診断に基づく十分な治療を行っても咳嗽が継続する場合に使用を考慮すること。」とされていることを踏まえ、投与開始に当たっては、難治性の慢性咳嗽と判断した理由を記載すること。	830600179	難治性の慢性咳嗽であると判断した理由(リフヌア腚45mg) : *****	*
160	リブタヨ点滴静注350mg	がん化学療法後に増悪した進行又は再発の子宮頸癌の治療	次の事項を記載すること。 1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件A」から「施設要件E」までのうち該当するものを記載) ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院等) エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療科1又は外来腫瘍化学療法診療科2の施設基準に係る届出を行っている施設 2) 次に掲げる医師のいずれか、本製剤に係る治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」又は「医師要件B」のうち該当するものを記載) ア 医師免許取得後2年以内の初期研修を修了した後25年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研究を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600325	施設要件A(リブタヨ点滴静注350mg)	*
				820600326	施設要件イ(リブタヨ点滴静注350mg)	*
				820600327	施設要件ウ(リブタヨ点滴静注350mg)	*
				820600328	施設要件エ(リブタヨ点滴静注350mg)	*
				820600329	施設要件オ(リブタヨ点滴静注350mg)	*
				820600330	医師要件A(リブタヨ点滴静注350mg)	*
				820600331	医師要件イ(リブタヨ点滴静注350mg)	*
161	リペルサス錠3mg リペルサス錠7mg リペルサス錠14mg		他の経口血糖降下薬を投与していない患者に本剤を投与する場合は、本剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600088	他の経口血糖降下薬を投与していない患者に投与が必要と判断した理由(リペルサス錠3mg等).*****	
162	リムバーザ錠100mg リムバーザ錠150mg		ア「BRCA遺伝子変異陽性の卵巣癌における初回化学療法後の維持療法」、イ「BRCA遺伝子変異陽性の乳癌における初回化学療法後の維持療法」、ウ「BRCA遺伝子変異陽性の治療切除不能な肺癌における白金系抗悪性腫瘍薬を含む化学療法後の維持療法」 効能又は効果に関する使用上の注意において、ア、ウ、エ及びオの場合「承認された外体診断用医薬品又是医療機器を用いた検査により、生殖細胞系のBRCA遺伝子変異(病的変異又は病的変異疑い)を有することが確認された患者に投与すること」とされているので、BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施4ヶ月目を記載すること。 エお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600101	BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(リムバーザ錠100mg等) : (元号)yy'年'mm'月'dd'日)	
				850600102	BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リムバーザ錠100mg等) : (元号)yy'年'mm'月'dd'日)	
				850600103	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日(リムバーザ錠100mg等) : (元号)yy'年'mm'月'dd'日)	
				850600104	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日(初回投与)(リムバーザ錠100mg等) : (元号)yy'年'mm'月'dd'日)	
163	リンヴァック錠7.5mg リンヴァック錠15mg リンヴァック錠30mg	アトピー性皮膚炎	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 ア 次に掲げる医師のいずれかが該当する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件A」から「医師要件E」までのうち該当するものを記載) ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬(スルオルタニクランスル)やカロチノイド(屈曲用軟膏)による治療を直近の約6ヶ月以上に行っている。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の皮膚科経験を有し、そのうち5年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児科専門の臨床研修及び3年間以上のアトピー性皮膚炎患者を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2) 本剤投与前の既往のアトピー性皮膚炎による治療の歴史(「前治療要件A」又は「前治療要件イ」と記載) ア 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬(スルオルタニクランスル)やカロチノイド(屈曲用軟膏)やカルシニューリー(屈骨外用軟膏)に対する過敏症、顎蓋局所副作用若しくは全身性副作用によるこれらの抗炎症外用薬のみによる治療の経緯が困難。 3) 痘瘍活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は頭部のEASIスコア ウ 皮膚面積に占めるアトピー性皮膚炎表面の割合(%) 4) 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合は、体重	820600108	医師要件A(リンヴァック錠7.5mg等)	
				820600109	医師要件イ(リンヴァック錠7.5mg等)	
				820600110	医師要件ウ(リンヴァック錠7.5mg等)	
				820600111	前治療要件A(リンヴァック錠7.5mg等)	
				820600112	前治療要件イ(リンヴァック錠7.5mg等)	
				830600089	IGAスコア(リンヴァック錠7.5mg等) : *****	
				830600090	全身のEASIスコア(リンヴァック錠7.5mg等) : *****	
				842600020	皮膚面積に占めるアトピー性皮膚炎表面の割合(%) (リンヴァック錠7.5mg等) : *****	
				842600021	体重(小児アトピー性皮膚炎患者に投与の場合)(kg) (リンヴァック錠7.5mg等) : *****	
164	ルクスターナ注		本製品の効能・効果又は性能に関する使用上の注意において、「遺伝学的検査によりRPE65遺伝子の両アルレル性の変異を有する患者に投与する」と「RPE65遺伝子により十分な生存網膜細胞を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、それを記載すること。	850600214	RPE65遺伝子の両アルル性の変異を確認した遺伝学的検査の実施年月日(ルクスターナ注) : (元号)yy'年'mm'月'dd'日)	*
				830600180	生存網膜細胞を確認した検査方法(ルクスターナ注) : *****	*
				850600215	生存網膜細胞を確認した検査の実施年月日(ルクスターナ注) : (元号)yy'年'mm'月'dd'日)	*
165	ルマケラス錠120mg		本製剤の効能又は効果に関する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、KRAS G12変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、KRAS G12変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600216	KRAS G12変異陽性を確認した検査の実施年月日(ルマケラス錠120mg) : (元号)yy'年'mm'月'dd'日)	*
				850600217	KRAS G12変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ルマケラス錠120mg) : (元号)yy'年'mm'月'dd'日)	*
166			本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 ① 次に掲げる医師のうちの「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載	820600332	施設要件A(レクリオ皮下注300mgシリジン)	*
				820600333	施設要件イ(レクリオ皮下注300mgシリジン)	*
				830600181	本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL-コレステロールの検査値(レクリオ皮下注300mgシリジン) : *****	*
				850600218	LDL-コレステロール検査の実施年月日(レクリオ皮下注300mgシリジン) : (元号)yy'年'mm'月'dd'日)	*
				820600334	食事療養を行っている(レクリオ皮下注300mgシリジン)	*
				820600335	運動、栄養等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている(レクリオ皮下注300mgシリジン)	*
				820600336	運動、栄養等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている(レクリオ皮下注300mgシリジン)	*

R6 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
166	レクビオ皮下注300mgシリンジ		<p>イ 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は動脈硬化学に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設</p> <p>② 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL-コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日</p> <p>③ 食事療法を行っている旨及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を含む指導を行っている</p> <p>④ HMG-CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者を含む場合に投与する場合に、投与量は最大用量で記載すること</p> <p>⑤ 本製剤をHMG-CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者（副作用のある既往歴等によりHMG-CoA還元酵素阻害剤の使用が困難な患者又はHMG-CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者（副作用のある既往歴等によりHMG-CoA還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者）に投与する場合には、使用可能なHMG-CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由</p> <p>⑥ 家族性高コレステロール血症以外の患者では、以下の心血管イベントのリスク因子のいずれに該当するか（リスク因子から該当する因子までのうち該当するものを記載）</p> <p>ア 家族性高コレステロール血症（明かなアテロームを伴う他の脂便疾患も含む）の既往歴</p> <p>イ 血栓性血管疾患</p> <p>エ 優選腎臓病</p> <p>オ 末梢動脈疾患</p> <p>カ 家族性高コレステロール血症以外の患者で、⑥の「リスク因子ウ」から「リスク因子カ」までのいずれかに該当し、HMG-CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間</p> <p>（本製剤の2回目の投与の場合は） 次に掲げるすべての項目をお読みください。 ア 最近のLDL-コレステロールの検査値及び検査年月日 イ LDL-コレステロール及び患者の状態等を踏まえ、投与継続が可能と判断した理由</p>	830600182 投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名（レクビオ皮下注300mgシリンジ）:***** 830600183 投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名の1日投与量（レクビオ皮下注300mgシリンジ）:***** 820600337 最大用量である（1日投与量が最大用量でない場合）（レクビオ皮下注300mgシリンジ） 830600184 使用可能なHMG-CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由（レクビオ皮下注300mgシリンジ）:***** 820600338 リスク因子ア（レクビオ皮下注300mgシリンジ） 820600339 リスク因子イ（レクビオ皮下注300mgシリンジ） 820600340 リスク因子チ（レクビオ皮下注300mgシリンジ） 820600341 リスク因子エ（レクビオ皮下注300mgシリンジ） 820600342 リスク因子オ（レクビオ皮下注300mgシリンジ） 820600343 リスク因子カ（レクビオ皮下注300mgシリンジ） 830600185 投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間（レクビオ皮下注300mgシリンジ）:***** 830600186 最近のLDL-コレステロールの検査値（レクビオ皮下注300mgシリンジ）:***** 850600218 LDL-コレステロール検査の実施年月日（レクビオ皮下注300mgシリンジ）:（元号）yy年mm月dd日 830600187 投与継続が可能と判断した理由（レクビオ皮下注300mgシリンジ）:*****		
			<p>（本製剤を最初に投与した場合） 次の事項を記載すること。</p> <p>ア 次に掲げる患者の要件のうち、該当するものに「患者要件ア」「患者要件ウ」までのうち該当するものを記載） イ 傷病本人及び家族・介護者の、安全性に関する内容も踏まえて本剤による治療意思が確認されている患者 イ 以下に示す本剤の禁忌に該当しないことと確認された患者</p> <p>イ 本剤の成分に特に重篤な過敏症の既往歴がある患者</p> <p>イ 本剤を初めて使用する場合、5歳以上の脳梗塞小出血、脳膜へモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血が認められた患者</p> <p>ウ MRI検査（1.5 Tesla以上）が実施可能であることが確認された患者</p> <p>② 認知機能の評価及び臨床症状の重症度範囲について、次に掲げるすべての项目的スコア及び実施年月日</p> <p>ア 認知機能評価 MMSEスコア</p> <p>イ 臨床認知症尺度 CDR全般スコア</p> <p>イ 既往歴をもつる者から、当該患者の診断に用いた検査に該当するもの（「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載）、実施年月日及び検査実施施設名</p> <p>エ アミロイドPET</p> <p>オ 脳脊髄液（CSF）検査</p> <p>④ 次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」「医師要件エ」または「患者要件ウ」までのうち該当するものを記載）</p> <p>ア 日本精神神経学会の専門医</p> <p>ウ 日本精神科外科学会の専門医</p> <p>エ 日本精神科外科学会の専門医</p> <p>⑤ 次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」「医師要件エ」または「患者要件ウ」までのうち該当するものを記載）</p> <p>ア 安全免許取得後2年の初期研修を終了した後に、10年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を修めた認定医と同様の施設で研修を修めていたこと</p> <p>カ 画像所見からARIの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与・継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること</p> <p>キ 製造販売業者が提供するARIに関するMRI読影の評修を受講していること</p> <p>ク 製造販売業者が提供するARIに関するMRI読影の評修を受講していること</p> <p>⑥ 次に掲げる項目のうち、該当するもの（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載）</p> <p>ア 以下の1から複数すべて満たす施設である。</p> <p>イ 以下の1から複数すべて満たす施設でない。</p> <p>（項目）</p> <p>ア MRI検査（1.5 Tesla以上）が実施可能な医療機関であり、かつ、ARIAが認められた場合に、画像所見や症状の有無から、本剤の投与・継続、中断又は中止を判断し、かつ、施設内で必要な対応ができる体制が整っていること</p> <p>イ 認知機能のスコア評価（MMSEスコア）及び認知症尺度（CDR全般スコア）が実施可能な者が配置されていること</p> <p>ア ARIAのリスク管理に必要な知識を有する医療従事者であること</p> <p>Ⅱ 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携がとれる施設であること</p> <p>Ⅲ 製造販売業者に譲せられている全例調査を確実に実施できる施設であること</p> <p>Ⅳ 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携がとれる施設であること</p> <p>Ⅴ 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携がとれる施設であること</p> <p>Ⅵ ARIAのリスク管理に必要な知識を有する医療従事者であること</p> <p>Ⅶ MRI読影が適切に行われる常勤医が1名以上いること</p> <p>Ⅷ 製造販売業者に譲せられている全例調査を確実に実施できる施設であること</p> <p>Ⅸ 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携がとれる施設であること</p> <p>Ⅹ 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携がとれる施設であること</p> <p>（投与開始後6ヶ月以降の投与の場合） 次の事項を記載すること。</p> <p>① 本製剤の投与・施設（「施設要件ア」又は「施設要件エ」と記載）及び「施設要件エ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地</p> <p>ウ 初回投与施設（初回投与施設と同一の施設）</p> <p>エ 本製剤の投与・施設（初回投与施設と同一の施設）</p> <p>② 次に掲げる施設要件のうち、本製剤の投与・施設に該当するもの（「施設要件オ」と記載）</p> <p>オ 製造販売業者が譲せられている全例調査を確実に実施できること</p> <p>③ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ケ」から「医師要件シ」までのうち該当するものを記載）</p> <p>ケ 日本精神神経学会の専門医</p> <p>エ 日本精神科外科学会の専門医</p> <p>サ 日本精神科外科学会の専門医</p> <p>シ 日本精神科外科学会の専門医</p> <p>④ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ス」～「医師要件タ」までのうち該当するものを記載）</p> <p>ス 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、10年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を修めた認定医と同様の施設で研修を修めていたこと</p>	820600344 患者要件ア（レケンビ点滴静注200mg等） 820600345 患者要件イ（レケンビ点滴静注200mg等） 820600346 患者要件ウ（レケンビ点滴静注200mg等） 820600347 患者要件エ（レケンビ点滴静注200mg等） 820600348 患者要件オ（レケンビ点滴静注200mg等） 842600041 認知機能評価MMSEスコア（レケンビ点滴静注200mg等）:***** 850600219 認知機能評価MMSEスコアの実施年月日（レケンビ点滴静注200mg等）:（元号）yy年mm月dd日 842600042 臨床認知症尺度CDR全般スコア（レケンビ点滴静注200mg等）:***** 850600220 臨床認知症尺度CDR全般スコアの実施年月日（レケンビ点滴静注200mg等）:（元号）yy年mm月dd日 850600221 アミロイドPETの実施年月日（レケンビ点滴静注200mg等）:（元号）yy年mm月dd日 830600188 アミロイドPET検査実施施設名（レケンビ点滴静注200mg等）:***** 850600222 脳脊髄液（CSF）検査の実施年月日（レケンビ点滴静注200mg等）:（元号）yy年mm月dd日 830600189 脳脊髄液（CSF）検査実施施設名（レケンビ点滴静注200mg等）:***** 820600349 医師要件ア（レケンビ点滴静注200mg等） 820600350 医師要件エ（レケンビ点滴静注200mg等） 820600351 医師要件ウ（レケンビ点滴静注200mg等） 820600352 医師要件エ（レケンビ点滴静注200mg等） 820600353 医師要件オ（レケンビ点滴静注200mg等） 820600354 医師要件エ（レケンビ点滴静注200mg等） 820600355 医師要件キ（レケンビ点滴静注200mg等） 820600356 医師要件ク（レケンビ点滴静注200mg等） 820600357 施設要件ア（レケンビ点滴静注200mg等） 820600358 施設要件イ（レケンビ点滴静注200mg等） 820600359 施設要件ウ（レケンビ点滴静注200mg等） 820600360 施設要件エ（レケンビ点滴静注200mg等） 830600190 連携施設名（施設要件エに該当）（レケンビ点滴静注200mg等）:***** 830600191 連携施設の所在地（施設要件エに該当）（レケンビ点滴静注200mg等）:***** 820600361 施設要件オ（レケンビ点滴静注200mg等） 820600362 施設要件ケ（レケンビ点滴静注200mg等） 820600363 施設要件コ（レケンビ点滴静注200mg等） 820600364 施設要件サ（レケンビ点滴静注200mg等）		
167	レケンビ点滴静注200mg レケンビ点滴静注500mg		<p>（投与開始後6ヶ月以降の投与の場合） 次の事項を記載すること。</p> <p>① 本製剤の投与・施設（「施設要件ア」又は「施設要件エ」と記載）及び「施設要件エ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地</p> <p>ウ 初回投与施設（初回投与施設と同一の施設）</p> <p>エ 本製剤の投与・施設（初回投与施設と同一の施設）</p> <p>② 次に掲げる施設要件のうち、本製剤の投与・施設に該当するもの（「施設要件オ」と記載）</p> <p>オ 製造販売業者が譲せられている全例調査を確実に実施できること</p> <p>③ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ケ」から「医師要件シ」までのうち該当するものを記載）</p> <p>ケ 日本精神神経学会の専門医</p> <p>エ 日本精神科外科学会の専門医</p> <p>サ 日本精神科外科学会の専門医</p> <p>シ 日本精神科外科学会の専門医</p> <p>④ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ス」～「医師要件タ」までのうち該当するものを記載）</p> <p>ス 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、10年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を修めた認定医と同様の施設で研修を修めていたこと</p>	820600359 施設要件ウ（レケンビ点滴静注200mg等） 820600360 施設要件エ（レケンビ点滴静注200mg等） 830600190 連携施設名（施設要件エに該当）（レケンビ点滴静注200mg等）:***** 830600191 連携施設の所在地（施設要件エに該当）（レケンビ点滴静注200mg等）:***** 820600361 施設要件オ（レケンビ点滴静注200mg等） 820600362 施設要件ケ（レケンビ点滴静注200mg等） 820600363 施設要件コ（レケンビ点滴静注200mg等） 820600364 施設要件サ（レケンビ点滴静注200mg等）		

R6 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
			「」医療とエビデンスが同じ病状を有していること。 セ 画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること。 吉田認定医会員又は日本老年精神医学会に認定されるMRI検査の研修を受講していること。 タ 日本認定医会員又は日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していること。	820600365 820600366 820600367 820600368 820600369	医師要件シ(レケンビ点滴静注200mg等) 医師要件ス(レケンビ点滴静注200mg等) 医師要件セ(レケンビ点滴静注200mg等) 医師要件ソ(レケンビ点滴静注200mg等) 医師要件タ(レケンビ点滴静注200mg等)	※ ※ ※ ※ ※
			(継続投与の場合) 次の事項を摘要欄に記載すること。 なお、本製剤は、初回投与後6か月までは、初回投与と施設で投与すること。 ① 本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか。 ② ①の投与回数と、CDR全般スコア推移、MMSEスコア推移、患者及び家族・介護者から自覚症状の聴取等による臨床症状の評価を実施した直前の年月日 ③ 本製剤投与中、MRI検査を受けた直前の年月日	842600043 850600223 850600224 830600192 820600344 820600345 820600346 842600041 850600219 842600042 850600220	初回投与から起算しての週数(レケンビ点滴静注200mg等): ***** 臨床症状の評価を実施した直前の年月日(レケンビ点滴静注200mg等):(元号)yy'年''mm'月''dd'日 MRI検査を受けた直前の年月日(レケンビ点滴静注200mg等):(元号)yy'年''mm'月''dd'日 投与の継続が必要と判断した理由(レケンビ点滴静注200mg等): ***** 患者要件ア(レケンビ点滴静注200mg等) 患者要件イ(レケンビ点滴静注200mg等) 患者要件ウ(レケンビ点滴静注200mg等) 認知機能評価MMSEスコア(レケンビ点滴静注200mg等): ***** 認知機能評価MMSEスコアの実施年月日(レケンビ点滴静注200mg等):(元号)yy'年''mm'月''dd'日 臨床認知症尺度CDR全般スコア(レケンビ点滴静注200mg等): ***** 臨床認知症尺度CDR全般スコアの実施年月日(レケンビ点滴静注200mg等):(元号)yy'年''mm'月''dd'日	※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※
			(初回投与から起算して、18か月を超える投与の場合) 次の事項を記載すること。 ① 本製剤の継続必要と判断した理由(CDR全般スコア推移、MMSEスコア推移、患者及び家族・介護者から自覚症状の評価を実施した直前の年月日)の評価を踏まえた効果の観点、並びにARIAの有無や副作用発現状況等を踏まえた安全性の観点を具体的に記載すること。 ② 本剤の最高使用量ガイドラインにおいて「中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された場合、中等度以降に進行した患者に投与を継続したときの有効性が確立していないことから、本剤の投与を中止し、再評価を行こと。」とされていることから、中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された患者に対して本剤の投与継続を行う場合には、再評価を行った結果とて(2)の①~②及び投与継続を判断した理由(上記)と同様に具体的に記載すること。	850600219 850600220	認知機能評価MMSEスコアの実施年月日(レケンビ点滴静注200mg等):(元号)yy'年''mm'月''dd'日 臨床認知症尺度CDR全般スコアの実施年月日(レケンビ点滴静注200mg等):(元号)yy'年''mm'月''dd'日	※ ※
168	レットヴィモカゼル40mg レットヴィモカゼル80mg	RET 融合遺伝子陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌、RET融合遺伝子陽性の根治切除不能な甲状腺癌	本製剤の効能又是効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、RET融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること」とされているので、RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600105 850600106	RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(レットヴィモカゼル40mg等):(元号)yy'年''mm'月''dd'日 RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(レットヴィモカゼル40mg等):(元号)yy'年''mm'月''dd'日	※ ※
169	レットヴィモカゼル40mg レットヴィモカゼル80mg	RET 遺伝子変異陽性の根治切除不能な甲状腺腫瘍	本製剤の効能又是効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、RET 遺伝子変異が確認された患者に投与すること」とされているので、RET 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600153 850600154	RET 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(レットヴィモカゼル40mg等):(元号)yy'年''mm'月''dd'日 RET 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(レットヴィモカゼル40mg等):(元号)yy'年''mm'月''dd'日	※ ※
			次の事項を記載すること。本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1) 次に掲げる投与のうち、該当するもの(「施設要件」)又は(「施設要件+記載」)。 ① 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は循環器診療に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 ② 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は動脈硬化病に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 2) 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参考したLDL-コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 3) 食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 4) HMG-CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合には、投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名及び投与量。なお、既に投与量が最大量ではない場合は、最大耐用量である旨もあわせて記載すること 5) 家族性高コレステロール血症以外の患者では、以下の心血管イベントのリスク因子のいずれに該当するか(「リスク因子ア」「リスク因子イ」「リスク因子ウ」までのうち該当するものを記載)。 ア 冠動脈疾患(安定型狭窄に対する冠動脈形成術を含む)の既往歴 イ 高脂血症、高コレステロール血症(明らかにアテロームを伴うその他の血管病変も含む)の既往歴 ウ 糖尿病 エ 慢性腎臓病 オ 末梢動脈疾患 カ 久山町研究スコアにて高リスク分類 7) 家族性高コレステロール血症以外の患者で、6)の「リスク因子ウ」から「リスク因子カ」までのいずれかに該当し、HMG-CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間	820600113 820600114 850600155 830600132 820600115 820600116 820600117 820600118 830600092 830600093 820600119 820600120 820600121 820600122 820600123 820600124 820600370 830600095 850600155 830600132 820600115	施設要件ア(レバーサ皮下注140mgベン) 施設要件イ(レバーサ皮下注140mgベン) LDL-コレステロール検査の実施年月日(レバーサ皮下注140mgベン):(元号)yy'年''mm'月''dd'日 LDL-コレステロール検査(レバーサ皮下注140mgベン):***** 食事療養を行っている(レバーサ皮下注140mgベン) 運動、喫煙等に関する指導を行っている(レバーサ皮下注140mgベン) 糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている(レバーサ皮下注140mgベン) 糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている(レバーサ皮下注140mgベン) 投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名(レバーサ皮下注140mgベン):***** 投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の1日投与量(レバーサ皮下注140mgベン):***** 投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の最大耐用量である(レバーサ皮下注140mgベン) 使用可能なHMG-CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由(レバーサ皮下注140mgベン):***** リスク因子ア(レバーサ皮下注140mgベン) リスク因子イ(レバーサ皮下注140mgベン) リスク因子ウ(レバーサ皮下注140mgベン) リスク因子オ(レバーサ皮下注140mgベン) リスク因子カ(レバーサ皮下注140mgベン) HMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間(レバーサ皮下注140mgベン):***** LDL-コレステロール検査の実施年月日(レバーサ皮下注140mgベン):(元号)yy'年''mm'月''dd'日 LDL-コレステロール検査値(レバーサ皮下注140mgベン):***** 食事療養を行っている(レバーサ皮下注140mgベン)	
170	レバーサ皮下注140mgベン					

R6 項目	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
			(平成29年3月31日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合) ③を記載できない場合は、従前のとおり次の事項を記載することとともに、投与中である旨(「投与中患者」と記載)及び当該患者に本製剤の投与が終了した年月を記載すること。 本製剤の使用が終了した場合は、投与開始から最終投与までを示すLDL-コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日、食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 ウ 投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量、なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大用量である旨もあわせて記載すること。 カ 本製剤の投与が終了した場合は、心血管イベントの発現リスクが高いと判断した理由(冠動脈疾患、非心筋梗塞症、未梢動脈疾患、糖尿病若しくは後性腎臓病に罹患していること若しくはそのいずれかの既往歴を有すること、又は複数の危険因子が認められること)。	820600116 820600117 820600118 820600092 830600093 820600119 830600096 820600125 850600107 820600126	運動、喫煙等に関する指導を行っている(レバーサ皮下注140mgペン) 糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている(レバーサ皮下注140mgペン) 糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている(レバーサ皮下注140mgペン) 投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名(レバーサ皮下注140mgペン):***** 投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の1日投与量(レバーサ皮下注140mgペン):***** 投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の最大用量である(レバーサ皮下注140mgペン) 心血管イベントの発現リスクが高いと判断した理由(レバーサ皮下注140mgペン):***** 投与中患者(レバーサ皮下注140mgペン) 初めて本製剤を投与した年月(レバーサ皮下注140mgペン):(元号)yy 年 mm 月 使用実績有(レバーサ皮下注140mgペン)	
				820600127 820600128 850600156 830600133 820600129 820600130 820600131 820600132 830600097 830600098 820600133 830600099 820600134 820600135 820600136 820600137 820600138 820600371 830600100	施設要件A(レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー) 施設要件イ(レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー) LDL-コレステロール検査の実施年月日(レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー):(元号)yy 年 mm 月 dd 日 LDL-コレステロール検査値(レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー):***** 食事療養を行っている(レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー) 運動、喫煙等に関する指導を行っている(レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー) 糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている(レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー) 糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている(レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー) 投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名(レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー):***** 投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の1日投与量(レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー):***** 投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の最大用量である(レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー) 使用可能なHMG-CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由 冠動脈疾患(安定期心電図に対する冠動脈形成術を含む)の既往歴 アテローム性血管狭窄症(明らかなアテロームを作成する他の脳梗塞も含む)の既往歴 糖尿病 慢性腎臓病 オ 未梢動脈疾患 カ 血管硬さスコアにて高リスク分類 7) 家族性高コレステロール血症以外の患者で、6)の「リスク因子ウ」から「リスク因子カ」までのいずれかに該当し、HMG-CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間	
171	レバーサ皮下注420mgオートミニドーザー		本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件A」と「施設要件イ」と記載) ア 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は循環器診療に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 イ 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は動脈硬化学に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 2) 本製剤の使用が必要と判断するに当たって選択したLDL-コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日、3) 食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 4) 本製剤の投与が終了した場合は、投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量、なお、1日投与量が最大用量でない場合は、投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者(副作用の既往等によりHMG-CoA還元酵素阻害剤の使用が困難な患者又はHMG-CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者(副作用の既往等によりHMG-CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由 5) 本製剤をHMG-CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者(副作用の既往等によりHMG-CoA還元酵素阻害剤の使用が困難な患者又はHMG-CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者(副作用の既往等によりHMG-CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由 6) 家族性高コレステロール血症以外の患者で、以下の心血管イベントのリスク因子のいずれに該当するか(「リスク因子ア」「リスク因子イ」「リスク因子ウ」「リスク因子カ」「リスク因子オ」のいずれかに該当するか) ア 冠動脈疾患(安定期心電図に対する冠動脈形成術を含む)の既往歴 イ アテローム性血管狭窄症(明らかなアテロームを作成する他の脳梗塞も含む)の既往歴 ウ 糖尿病 エ 慢性腎臓病 オ 未梢動脈疾患 カ 血管硬さスコアにて高リスク分類 7) 家族性高コレステロール血症以外の患者で、6)の「リスク因子ウ」から「リスク因子カ」までのいずれかに該当し、HMG-CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中のHMG-CoA還元酵素阻害剤の投与期間	820600127 820600128 850600156 830600133 820600129 820600130 820600131 820600132 830600097 830600098 820600133 830600099 820600134 820600135 820600136 820600137 820600138 820600371 830600100		
172	レフィキシア静注用500 レフィキシア静注用1000 レフィキシア静注用2000		手術時ににおける血液凝固第IX因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することと、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600101	手術時に使用した理由(レフィキシア静注用500等):*****	
173	ローブレナ錠25mg ローブレナ錠100mg		本製剤の効能又は効果に関する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること」とされているので、ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600108 850600109	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ローブレナ錠25mg等):(元号)yy 年 mm 月 dd 日 ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ローブレナ錠25mg等):(元号)yy 年 mm 月 dd 日	
174	ロズリートレカゼル100mg	NTRK 融合遺伝子陽性の進行・再発の臨床形態	本製剤の効能又は効果に関する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、NTRK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること」とされているので、NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600110 850600111	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ロズリートレカゼル100mg等):(元号)yy 年 mm 月 dd 日 NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ロズリートレカゼル100mg等):(元号)yy 年 mm 月 dd 日	※

R6 項目番号	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和6年 6月1日 適用
175	ロズリートレカプセル200mg	ROS1融合遺伝子陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、ROS1融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600112 850600113	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(ロズリートレカプセル100mg等):(元号)yy年mm月dd日 ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ロズリートレカプセル100mg等):(元号)yy年mm月dd日	
	照射洗浄血小板－LR「日赤」 照射洗浄血小板HLA－LR「日赤」		本製剤の使用適正化については、「血液製剤の使用指針」の一部改正について〔平成28年6月14日付け薬生発0614第1号厚生労働省医政局長通知〕によると、この改正の趣旨は、当該改正で六十分钟に留まることが可能な輸血時間の短縮によって、「照射血小板製剤について」とあるように、本剤の供給と輸血時間の間にかかる時間差を最小限に保つこととされいることから、本製剤の投与が適切と判断される症例に使用した場合に限り算定できるものであり、本製剤の使用が必要と判断した理由を記載すること。	830600102	照射洗浄血小板－LR「日赤」等： *****	

※「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。

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

※別表Ⅲに掲げる記載事項を記載する場合であって、別表Ⅱに掲げる記載事項と重複する事項については、別表Ⅱを用いた記載は省略して差し支えないこと。