

レセプト提出前に算定日やコメントの記載が必要な検査項目の点検チェックリスト

検査点数項目（検査回数が限定されているもの等）	留意点等（レセプト摘要に月日等の記載が必要な内容）
算定回数が複数月に1回と定められた検査	※前回実施日を記載。初回の場合は初回と記載する
尿中マイクロトランスフェリン	・3月に1回
尿中マイクロアルブミン	・3月に1回
尿中ミオイノシトール	・1年に1回
尿中IV型コラーゲン	・3月に1回
血液細胞核酸増幅同定検査	・2月に1回
免疫関連遺伝子再構成	・6月に1回
マンガン	・3月に1回。高カロリー静脈栄養法開始日
リボ蛋白（a）	・3月に1回
ベントジン	・3月に1回
イヌリン	・6月に1回
シスタチンC	・3月に1回
レムナント様リボ蛋白（RLP）コレステロール	・3月に1回
MDA-LDL	・3月に1回
1,25 ジヒドロキシビタミンD ₃	・3月に1回。活動型ビタミンD ₃ 剤による治療開始後1月以内は2回を、その後は3月に1回を限度
I型コラーゲン架橋N-テロペプチド（NTx）	・骨粗鬆症の場合6月に1回
酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ	・6月に1回
尿中βクロスラプス	・6月に1回。治療開始前は1回限り算定可。2回目を算定した場合は、前回算定日を「摘要」欄に記載
βクロスラプス（尿を除く）	・6月に1回。治療開始前は1回限り算定可
尿中デオキシピリジノリン	・骨粗鬆症の場合6月に1回
PSA	・検査結果が4.0ng/mL以上で前立腺がんの確定診断がつかない場合、3月に1回
抗シトルリン化ペプチド抗体	・1回限り。陰性の場合、3月に1回
抗シトルリン化ペプチド抗体（確定判断がつかず、2回以上算定する場合）	・関節リウマチの確定診断がつかず抗シトルリン化ペプチド抗体を2回以上算定する場合は、「摘要」欄に検査の実施月日及び検査値をすべて記載
血清中抗RNAポリメラーゼⅢ抗体	・びまん性強皮症確定診断で実施した場合、1回を限度。陽性患者で、腎クリーゼ発症後の患者には3月に1回を限度
HIV-1ジェノタイプ薬剤耐性検査	・3月に1回
骨塩定量検査	・4月に1回
終夜睡眠ポリグラフィー「1」	・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料算定患者の場合6月に1回
網膜機能精密電気生理検査	・初回診断時1回、以降3月に1回。ただし網膜手術前後は各1回
角膜形状解析検査	・角膜移植後患者は2月に1回
ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（BNP）	・実施日を記載（ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント〔NT-proBNP〕またはヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド〔HNP〕を併せて実施した場合は、併せて当該検査の実施日を記載）
PSA（確定判断がつかず、2回以上算定する場合）	・検査実施月日（3カ月に1回）および検査値（4.0ng/mL以上）を記載（初回を含めて3回まで）
赤血球不規則抗体検査を算定した場合	・輸血歴または妊娠歴がある旨を「摘要」欄に記載。たとえば輸血歴がある場合は、「輸血歴あり」と記載
K920 輸血料（「4」の自己血輸血を除く）算定患者または血漿成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結人血漿等）の輸注を行った患者への検査の留意点	・HIV-1抗体価またはHIV-1,2抗体価の測定実施の場合、「摘要」欄に当該輸血または輸注が行われた最終日を記載
呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ	・算定開始日を記載
光トポグラフィー、神経磁気診断、鼻腔通気度検査	・手術実施日または手術予定日を記載。手術が中止された場合はその理由も記載
埋込型心電図検査	・「摘要」欄に心電図が記録されていた時間を記載
超音波検査「3」心臓超音波検査「ニ」胎児心エコー法	・算定日の胎児週数を「摘要」欄に記載
皮下連続式グルコース測定	・以下のいずれかに該当するかをレセプトに明記 ア) 治療方針策定のために血糖プロファイルを必要とする1型糖尿病患者 イ) 低血糖発作を繰り返す等重篤な有害事象がおきている血糖コントロールが不安定な2型糖尿病患者で、医師の指示に従い血糖コントロールを行う意志のある患者
筋電図検査の「2」誘発筋電図	・「摘要」欄に検査を行った神経を記載
網膜機能精密電気生理検査	・D258-2 網膜機能精密電気生理検査のアからウに規定するもののうち、該当するものを記載する。また、ア及びイは、直近の算定月日または初回であればその旨を、ウは手術施行（予定を含む）月日を「摘要」欄に記載。 参考）網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）は区分番号「D258」網膜電位図（ERG）では十分な情報が得られないと医師が認めるものであって、以下に掲げる場合において算定できる。 ア) 前眼部または中間透光体に混濁があって、眼底検査が不能な黄斑疾患が疑われる患者に対して診断を目的として行う場合（初回診断）。以下略
悪性腫瘍遺伝子検査	・「摘要」欄にその目的、結果及び選択した治療法を記載
抗IA-2抗体	・「摘要」欄にその理由及び医学的根拠を記載
抗LKM-1抗体	・「摘要」欄に抗核抗体陰性である旨を記載
小腸ファイバースコープ「2」	・患者の症状詳記を添付する
免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製	・確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対し、標本作製を実施した場合、「摘要」欄に対象疾患名と染色抗体数を記載

注）複数月に1回のみ実施が認められている検査や、レセプト記載要領に留意点が記載してある検査のうち、必要と思われるものを抜粋したもの。