

(参考資料1)

制限回数定められている診療報酬項目一覧

基本診療料

区分	診療行為	算定回数制限
A001・注6	再診料・継続管理加算	治療計画に基づき継続して再診を行った場合は、継続管理加算として月1回に限り、所定点数に5点を加算する。

指導管理等

区分	診療行為	算定回数制限
B000・注1	特定疾患療養指導料	治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。
B001・1・注	特定疾患治療管理料・ウイルス疾患指導料	イについては、肝炎ウイルス疾患又は成人T細胞白血病に罹患している患者に対して、ロについては、後天性免疫不全症候群に罹患している患者に対して、それぞれ療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に、イについては患者1人につき1回に限り、ロについては患者1人につき月1回に限り算定する。
B001・4・注	小児特定疾患カウンセリング料	療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、1年を限度として月1回に限り算定する。
B001・5・注1	小児療養指導料	必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。
B001・6・注1	てんかん指導料	治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001・7・注1	難病外来指導管理料	計画的な医学管理を継続して行い、かつ、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001・8・注1	皮膚科特定疾患指導管理料	計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001・9・注	外来栄養食事指導料	医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。
B001・10・注	入院栄養食事指導料	医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。
B001・11・注	集団栄養食事指導料	医師の指示に基づき管理栄養士が栄養指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。入院患者は、入院期間中に2回を限度。
B001・12・注1	心臓ペースメーカー指導管理料	療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001・18・注1	小児悪性腫瘍患者指導管理料	計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001-3・注1	生活習慣病指導管理料	治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
B008	薬剤管理指導料	患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する。ただし、本指導料を算定する日の間隔は6日以上とする。
B008・注2	薬剤管理指導料（麻薬）	必要な薬学的管理指導（麻薬）を行った場合は1回に限り加算する。

B011-3	薬剤情報提供料	月1回に限り（処方内容に変更があった場合は、その都度）算定する。
B001・13・注1	在宅療養指導料	医師の指示に基づき、看護師又は保健師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回（初回の指導を行った月にあつては、月2回）に限り算定する。
B001・14・注2	高度難聴指導管理料	人工内耳埋込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については1回に限り算定する。
B001・2・注2	特定疾患治療管理料・ 特定薬剤治療管理料	同一患者につき特定薬剤治療管理料を算定すべき測定及び計画的な治療管理を月2回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料は月1回とし、第1回の測定及び計画的な治療管理を行ったときに算定する。
B001・2・注3	特定疾患治療管理料・ 特定薬剤治療管理料	ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合又はてんかん重積状態の患者に対して、抗てんかん剤の注射等を行った場合は、所定点数にかかわらず、1回に限り740点を特定薬剤治療管理料として算定する。
B001・2・注5	特定薬剤治療管理料 （臓器移植、初回月加算）	免疫抑制剤の投与を行った場合は、臓器移植を行った日の属する月を含め3月に限り加算し、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者以外の患者に対して特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り加算する。
B001・3・注1	悪性腫瘍特異物質治療管理料	悪性腫瘍の患者に対して、AFP、IAP及びBTAに係る検査のうち1又は2以上の項目を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。
B001・3・注2	悪性腫瘍特異物質治療管理料	悪性腫瘍の患者に対して、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカーに係る検査のうち、1又は2以上の項目を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。
B001・15・注1	慢性維持透析患者外来医学管理料	検査の結果に基づき計画的な医学管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001-4・注2	手術前医学管理料	同一患者につき1月以内に手術前医学管理料を算定すべき医学管理を2回以上行った場合は、第1回目の手術前医学管理に係る手術料を算定した日1回に限り、手術前医学管理料を算定する。検査及び画像診断は2回以上行った場合は、第2回目以降のものについて別に算定できる。
B001・16・注	喘息治療管理料	ピークフローメーターを用いて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001・17・注	慢性疼痛疾患管理料	療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001・19・注	植込み型補助人工心臓指導管理料	療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
B001-6・注1	肺血栓塞栓予防管理料	必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。
B002	開放型病院共同指導料（Ⅰ）	当該開放型病院に赴いて、当該患者に対して療養上必要な指導を共同して行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。
B003	開放型病院共同指導料（Ⅱ）	当該開放型病院において、当該患者を診察した保険医療機関の医師と共同して療養上必要な指導を行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。
B004	在宅患者入院共同指導料（Ⅰ）	入院日から起算して1月以内の期間にあつては月4回、入院日から起算して1月超の期間にあつては月2回に限り、1人の患者に1日につき1回算定できる。

B005	在宅患者入院共同指導料(Ⅱ)	入院日から起算して1月以内の期間にあっては月4回、入院日から起算して1月超の期間にあっては月2回に限り、1人の患者に1日につき1回算定できる。
B006-2	退院指導料	指導を行った者及び指導の対象が患者又はその家族等であるかの如何を問わず、1回の入院につき1回を限度として、説明の実施日にかかわらず退院日に算定する。
B006-3	退院時リハビリテーション指導料	指導を行ったもの及び指導を受けたものが患者又はその家族であるかの如何を問わず退院日に1回に限り算定する。
B006-4	退院時共同指導料	指導の対象が患者又はその家族であるかの如何を問わず、1回の入院につき1回を限度として、指導の実施日にかかわらず退院日に算定する。
B007	退院前訪問指導料	指導の対象が患者又はその家族であるかの如何を問わず、1回の入院につき1回を限度として、指導の実施日にかかわらず退院日に算定する。ただし、入院後早期(入院後14日以内とする。)に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行い、かつ退院前に在宅療養に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、指導の実施日にかかわらず退院日に2回分を算定する。
B008・注3	薬剤管理指導料(退院時服薬指導加算)	薬剤管理指導料の算定日にかかわらず、退院日に1回に限り算定する。
B009	診療情報提供料(A) (診療所から診療所、病院から病院)	紹介先保険医療機関ごとに、患者1人につき月1回に限り算定する。
B009	診療情報提供料(A) (上記以外)	患者1人につき月1回に限り算定する。
B010	診療情報提供料(B) (診療所から病院、病院から診療所)	紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。
B010	診療情報提供料(B) (上記以外)	患者1人につき月1回に限り算定する。
B011	診療情報提供料(C)	退院に際して、患者1人につき月1回に限り算定する。
B011-2	診療情報提供料(D)	紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

在宅

区分	診療行為	算定回数制限
C001	在宅患者訪問診療料	1日につき1回に限り週3回を限度(末期の悪性腫瘍の患者その他厚生労働大臣が定める患者に対する場合を除く)として算定するが、患者の急性増悪等により頻回訪問診療を認める場合(末期の悪性腫瘍の患者その他厚生労働大臣が定める患者に対する場合を除く)は1月に1回に限り、頻回訪問診療を認めた診療日から14日以内に行った訪問診療については14日を限度として算定できる。
C005・1	在宅患者訪問看護・指導料	週3回を限度(厚生労働大臣が定める患者を除く)として算定するが、患者の急性増悪等により頻回訪問看護指導を認める場合(厚生労働大臣が定める患者を除く)は1月に1回に限り、頻回訪問看護を認めた診療日から14日以内に行った訪問看護については14日を限度として算定できる。
C006	在宅訪問リハビリテーション指導管理料	患者1人につき週3回を限度(末期の悪性腫瘍の患者を除く)とし、1日につき1回に限り算定する。
C008	在宅患者訪問薬剤管理指導料	1月に2回を限度として算定できる。ただし、月2回算定する場合にあっては、本指導料を算定する日の間隔は6日以上とする。
C009	在宅患者訪問栄養食事指導料	月2回に限り算定する。

C002	在宅時医学管理料	毎週1回以上又は月に4回以上継続して訪問診療を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、月に4回以上行う場合にあっては、訪問診療と訪問診療との間隔はいずれも10日以内であることが必要である。
C005・注4	在宅患者訪問看護・指導料（在宅移行管理加算）	退院後1月以内に訪問看護・指導料を4回以上算定した場合に、患者1人につき1回に限り加算する。
C005-2	在宅患者訪問点滴注射管理指導料	文書を交付して必要な指導管理を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。
C100	退院前在宅療養指導管理料	外泊の初日1回に限り算定する。
C101	在宅自己注射指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C102・注1	在宅自己腹膜灌流指導管理料（頻回に指導管理を行う必要がある場合）	月2回に限り算定する。
C102-2	在宅血液透析指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C102-2・注1	在宅血液透析指導管理料（頻回に指導管理を行う必要がある場合）	月2回に限り算定する。
C103	在宅酸素療法指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C106	在宅自己導尿指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C107	在宅人工呼吸指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C108	在宅悪性腫瘍患者指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C110	在宅自己疼痛管理指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C112	在宅気管切開患者指導管理料	1月1回を限度とし、入院患者については退院の日1回に限り算定する。
C101・注2、3	在宅自己注射指導管理料（血糖自己測定加算）	1月に1回を限度として算定する。
C101・注4	在宅自己注射指導管理料（注入器加算、間歇注入シリンジポンプ加算）	1月に1回を限度として算定する。

C101・注 5	在宅自己注射指導管理 料（注入器用の注射針 を処方）	1月に1回を限度として算定する。
C102・注 2	在宅自己腹膜灌流指導 管理料（紫外線殺菌器 加算、自己腹膜灌流装 置加算）	1月に1回を限度として算定する。
C102-2・ 注2	在宅血液透析指導管理 料（透析液供給装置加 算）	1月に1回を限度として算定する。
C103・注 2	在宅酸素療法指導管理 料（酸素ポンベ加算）	1月に1回を限度として算定する。
C103・注 3	在宅酸素療法指導管理 料（酸素濃縮装置加 算）	1月に1回を限度として算定する。
C103・注 4	在宅酸素療法指導管理 料（携帯用酸素ポンベ 加算）	1月に1回を限度として算定する。
C103・注 5	在宅酸素療法指導管理 料（設置型液化酸素装 置加算）	1月に1回を限度として算定する。
C103・注 5	在宅酸素療法指導管理 料（携帯型液化酸素装 置加算）	1月に1回を限度として算定する。
C104・注 2	在宅中心静脈栄養法指 導管理料（輸液セット 加算、注入ポンプ加 算）	1月に1回を限度として算定する。
C105・注 2	在宅成分栄養経管栄養 法指導管理料（栄養管 セット加算、注入ポン プ加算）	1月に1回を限度として算定する。
C106・注 2	在宅自己導尿指導管理 料（間歇導尿用ディス ポーザブルカテーテル 加算）	1月に1回を限度として算定する。
C107・注 2	在宅人工呼吸指導管理 料（人工呼吸器加算）	1月に1回を限度として算定する。
C107-2・ 注2	在宅持続陽圧呼吸療法 指導管理料（経鼻的持 続陽圧呼吸療法治療器 加算）	1月に1回を限度として算定する。
C108・注 2	在宅悪性腫瘍患者指導 管理料（注入ポンプ加 算）	1月に1回を限度として算定する。
C110・注 2	在宅自己疼痛管理指導 管理料（送信器加算）	1月に1回を限度として算定する。
C111・注 2	在宅肺高血圧症患者指 導管理料（携帯型精密 輸液ポンプ加算）	1月に1回を限度として算定する。
C112・注 2	在宅気管切開患者指導 管理料（人工鼻加算）	1月に1回を限度として算定する。

C007	訪問看護指示料	患者1人につき退院時に1回算定できるほか、在宅療養患者について1月に1回を限度として算定できる。
C007・注2	訪問看護指示料（特別訪問看護指示加算）	患者1人につき1月に1回を限度として算定する。

検査

区分	診療行為	算定回数制限
D・第1節・第1款・通則1	検体検査実施料（時間外緊急院内検査加算）	同一患者に対して、同一日に2回以上、時間外、休日又は深夜の診療を行い、その都度緊急の検体検査を行った場合（複数の区分にまたがる場合を含む。）も、1日につき1回のみ算定する。
D001・15	尿中特殊物質定性定量検査（マイクロトランスフェリン精密測定（尿中））	3か月に1回に限り算定できる。
D001・16	尿中特殊物質定性定量検査（アルブミン定量精密測定）	3か月に1回に限り算定できる。
D001・18	尿中特殊物質定性定量検査（IV型コラーゲン定量精密測定）	3か月に1回に限り算定できる。
D004・8	穿刺液・採取液検査（羊水中肺サーファクタントアポ蛋白（SP-A））	糖尿病を合併しない場合は妊娠満33週より前の時期において1回に限り算定でき、糖尿病を合併する場合は妊娠満32週より前の時期において1回に限り、満32週以降においては週1回に限り算定できる。
D005・9	血液形態・機能検査（ヘモグロビンA1（HbA1））	本検査、ヘモグロビンA1c（HbA1c）、フルクトサミン、グリコアルブミン又は1,5-アンヒドロ-D-グルシトール（1,5AG）のうちいずれかを同一月中に併せて2回以上実施した場合は、月1回に限り主たるもののみ算定するが、妊娠中の患者については、フルクトサミン、グリコアルブミン又は1,5-アンヒドロ-D-グルシトール（1,5AG）のいずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。
D005・10	血液形態・機能検査（ヘモグロビンA1c（HbA1c））	本検査、ヘモグロビンA1（HbA1）、フルクトサミン、グリコアルブミン又は1,5-アンヒドロ-D-グルシトール（1,5AG）のうちいずれかを同一月中に併せて2回以上実施した場合は、月1回に限り主たるもののみ算定するが、妊娠中の患者については、フルクトサミン、グリコアルブミン又は1,5-アンヒドロ-D-グルシトール（1,5AG）のいずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。
D006-2	血液細胞核酸増幅同定検査（造血器腫瘍核酸増幅同定検査）	6月に1回を限度として算定できる。
D007・11	血液化学検査（フルクトサミン）	本検査、ヘモグロビンA1（HbA1）、ヘモグロビンA1c（HbA1c）、グリコアルブミン又は1,5-アンヒドロ-D-グルシトール（1,5AG）のうちいずれかを同一月中に併せて2回以上実施した場合は、月1回に限り主たるもののみ算定するが、妊娠中の患者については、本検査、グリコアルブミン又は1,5-アンヒドロ-D-グルシトール（1,5AG）のいずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。
D007・12	血液化学検査（マンガン）	高カロリー静脈栄養法が行われている患者に対して、3月に1回に限り算定できる。

D007・19	血液化学検査 (グリコアルブミン)	本検査, ヘモグロビンA1 (HbA1), ヘモグロビンA1c (HbA1c), フルクトサミン又は1,5-アンヒドロ-D-グルシトール (1,5AG) のうちいずれかを同一月中に併せて2回以上実施した場合は, 月1回に限り主たるもののみ算定するが, 妊娠中の患者については, 本検査, フルクトサミン又は1,5-アンヒドロ-D-グルシトール (1,5AG) のいずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。
D007・23	血液化学検査 (1,5-アンヒドロ-D-グルシトール (1,5AG))	本検査, ヘモグロビンA1 (HbA1), ヘモグロビンA1c (HbA1c), フルクトサミン又は1,5-アンヒドロ-D-グルシトール (1,5AG) のうちいずれかを同一月中に併せて2回以上実施した場合は, 月1回に限り主たるもののみ算定するが, 妊娠中の患者については, 本検査, フルクトサミン又は1,5-アンヒドロ-D-グルシトール (1,5AG) のいずれか1項目を月2回に限り別に算定できる。
D007・24	血液化学検査 (心筋トロポニンT定性)	心筋梗塞の診断の確定又は転帰の決定までの間に1回に限り算定する。(すでに心筋梗塞の治療のために入院中の患者については算定できない)
D007・25	血液化学検査 (ヘパリン)	同一の患者につき1月以内に当該検査を2回以上行った場合, 算定は1回とし, 第1回の測定を行ったときに算定する。
D007・29	血液化学検査 (リポ蛋白 (a) 精密測定)	3月に1回を限度として算定できる。
D007・30	血液化学検査 (I型コラーゲン架橋N-テロペプチド (NTx) 精密測定)	原発性副甲状腺機能亢進症の手術適応の決定, 副甲状腺機能亢進症手術後の治療効果判定又は骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択に際して実施された場合に算定する。なお, 骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に1回, その後6月以内の薬剤効果判定時に1回に限り, また薬剤治療方針を変更したときは変更後6月以内に1回に限り算定できる。
D007・30	血液化学検査 (尿中デオキシピリジノリン精密測定)	原発性副甲状腺機能亢進症の手術適応の決定, 副甲状腺機能亢進症手術後の治療効果判定又は骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択に際して実施された場合に算定する。なお, 骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に1回, その後6月以内の薬剤効果判定時に1回に限り, また薬剤治療方針を変更したときは変更後6月以内に1回に限り算定できる。
D007・34	血液化学検査 (アセトアミノフェン精密測定)	同一の患者につき1月以内に2回以上行った場合は, 第1回の測定を行ったときに1回に限り算定する。
D007・36	血液化学検査 (心室筋ミオシン軽鎖I精密測定)	同一の患者につき同一日に2回以上行った場合は, 1回のみ算定する。
D007・36	血液化学検査 (レムナント様リポ蛋白 (RLP) コレステロール)	3月に1回を限度として算定できる。
D007・48	血液化学検査 (1,25ジヒドロキシビタミンD3 (1,25(OH)2D3))	活性型ビタミンD3剤による治療開始後1月以内においては2回を限度とし, その後は3月に1回を限度として算定する。
D008・10	内分泌学的検査 (ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド (BNP) 精密測定)	入院中の患者については急性心不全又は慢性心不全の急性増悪時の病態把握のため, 入院中の患者以外の患者については心不全の病態把握のために実施した場合に月1回に限り算定する。
D009・7	腫瘍マーカー (PSA精密測定)	前立腺癌の患者であることが強く疑われる者に対して検査を行った場合に, 前立腺癌の診断の確定又は転機決定までの間に原則として, 1回を限度として算定する。ただし, PSA精密検査の検査結果が4.0ng/mL以上であって前立腺癌の確定診断がつかない場合においては, 3月に1回に限り, 3回を上限として算定できる。

D009・注 1	腫瘍マーカー	悪性腫瘍の診断の確定又は転帰の決定までの間に1回を限度として算定する。悪性腫瘍の診断が確定し、計画的な治療管理を開始した場合、当該治療管理中に行った腫瘍マーカーの検査の費用はB001特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料に含まれ、腫瘍マーカーは、原則として、B001特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料と同一月に併せて算定できない。ただし、悪性腫瘍の診断が確定した場合であっても、次に掲げる場合においては、B001・3悪性腫瘍特異物質治療管理料とは別に腫瘍マーカーの検査料を算定できる。
D010・8	特殊分析（先天性代謝異常症検査）	患者1人につき月1回に限り算定する。
D012・5	感染症血清反応（TPHA試験（定性））	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D012・8	感染症血清反応（TPHA試験（定量））	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D012・9	感染症血清反応（ヘリコバクター・ピロリ抗体）	<p>除菌前の感染診断については、内視鏡検査又は造影検査において胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の確定診断がなされた患者のうち、ヘリコバクター・ピロリ感染が疑われる患者に対し、次の5項目の検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に1項目のみ算定できる。ただし、検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対して、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1回に限り算定できる。</p> <p>① 迅速ウレアーゼ試験 ② 鏡検法 ③ 培養法 ④ 抗体測定 ⑤ 尿素呼気試験</p> <p>除菌後の感染診断については、除菌終了後4週間以上経過した患者に対し、検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に1項目のみ算定できる。ただし、検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対して、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1回に限り算定できる。除菌後の感染診断の結果、ヘリコバクター・ピロリ陽性の患者に対し再度除菌を実施した場合は、1回に限り再除菌に係る費用及び再除菌後の感染診断に係る費用を算定することができる。</p>
D012・10	感染症血清反応（ヘリコバクター・ピロリ抗体精密測定）	<p>除菌前の感染診断については、内視鏡検査又は造影検査において胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の確定診断がなされた患者のうち、ヘリコバクター・ピロリ感染が疑われる患者に対し、次の5項目の検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に1項目のみ算定できる。ただし、検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対して、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1回に限り算定できる。</p> <p>① 迅速ウレアーゼ試験 ② 鏡検法 ③ 培養法 ④ 抗体測定 ⑤ 尿素呼気試験</p> <p>除菌後の感染診断については、除菌終了後4週間以上経過した患者に対し、検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に1項目のみ算定できる。ただし、検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対して、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1回に限り算定できる。除菌後の感染診断の結果、ヘリコバクター・ピロリ陽性の患者に対し再度除菌を実施した場合は、1回に限り再除菌に係る費用及び再除菌後の感染診断に係る費用を算定することができる。</p>

D012・10	感染症血清反応（ウイルス抗体価（サイトメガロウイルス））	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D012・13	感染症血清反応（HTLV-I抗体価）	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D012・16	感染症血清反応（HIV-1抗体価）	輸血料（自己血輸血を除く）算定患者又は血漿成分製剤輸注患者に対して、当該輸血又は輸注の最終日から起算して概ね2か月後に行われた場合は、当該輸血又は輸注につき1回に限り算定できる。 臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D012・17	感染症血清反応（HIV-1,2抗体価）	輸血料（自己血輸血を除く）算定患者又は血漿成分製剤輸注患者に対して、当該輸血又は輸注の最終日から起算して概ね2か月後に行われた場合は、当該輸血又は輸注につき1回に限り算定できる。 臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D012・25	感染症血清反応（HTLV-I抗体価精密測定）	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D012・26	感染症血清反応（サイトメガロウイルス抗体価精密測定）	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D012・35	感染症血清反応（HIV-1抗体価精密測定）	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D012・30	感染症血清反応（グロブリンクラス別ウイルス抗体価精密測定（サイトメガロウイルス））	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D012・36	感染症血清反応（HIV-2抗体価精密測定）	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D013・1	肝炎ウイルス関連検査（HBs抗原）	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D013・3	肝炎ウイルス関連検査（HBs抗原精密測定）	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D013・5	肝炎ウイルス関連検査（HCV抗体価精密測定）	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D013・6	肝炎ウイルス関連検査（HBc抗体価）	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D013・8	肝炎ウイルス関連検査（HBc抗体価精密測定）	臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査1回に限り、別に算定できる。
D013・9	肝炎ウイルス関連検査（HCV特異抗体価測定による群別判定）	患者1人につき1回に限り算定する。

D017	排泄物，滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査	染色の有無及び方法の如何にかかわらず，また，これら各種の方法を2以上用いた場合であっても，1回として算定する。
D018・2	細菌培養同定検査等 (消化管からの検体・ヘリコバクター・ピロリの培養法)	<p>除菌前の感染診断については，内視鏡検査又は造影検査において胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の確定診断がなされた患者のうち，ヘリコバクター・ピロリ感染が疑われる患者に対し，次の5項目の検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に1項目のみ算定できる。ただし，検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対して，異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り，さらに1回に限り算定できる。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 迅速ウレアーゼ試験 ② 鏡検法 ③ 培養法 ④ 抗体測定 ⑤ 尿素呼気試験 <p>除菌後の感染診断については，除菌終了後4週間以上経過した患者に対し，検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に1項目のみ算定できる。ただし，検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対して，異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り，さらに1回に限り算定できる。除菌後の感染診断の結果，ヘリコバクター・ピロリ陽性の患者に対し再度除菌を実施した場合は，1回に限り再除菌に係る費用及び再除菌後の感染診断に係る費用を算定することができる。</p>
D018・7	細菌培養同定検査等 (迅速ウレアーゼ試験)	<p>除菌前の感染診断については，内視鏡検査又は造影検査において胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の確定診断がなされた患者のうち，ヘリコバクター・ピロリ感染が疑われる患者に対し，次の5項目の検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に1項目のみ算定できる。ただし，検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対して，異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り，さらに1回に限り算定できる。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 迅速ウレアーゼ試験 ② 鏡検法 ③ 培養法 ④ 抗体測定 ⑤ 尿素呼気試験 <p>除菌後の感染診断については，除菌終了後4週間以上経過した患者に対し，検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に1項目のみ算定できる。ただし，検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対して，異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り，さらに1回に限り算定できる。除菌後の感染診断の結果，ヘリコバクター・ピロリ陽性の患者に対し再度除菌を実施した場合は，1回に限り再除菌に係る費用及び再除菌後の感染診断に係る費用を算定することができる。</p>
D018・8	細菌培養同定検査等 (尿素呼気試験)	<p>除菌前の感染診断については，内視鏡検査又は造影検査において胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の確定診断がなされた患者のうち，ヘリコバクター・ピロリ感染が疑われる患者に対し，次の5項目の検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に1項目のみ算定できる。ただし，検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対して，異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り，さらに1回に限り算定できる。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 迅速ウレアーゼ試験 ② 鏡検法 ③ 培養法 ④ 抗体測定 ⑤ 尿素呼気試験 <p>除菌後の感染診断については，除菌終了後4週間以上経過した患者に対し，検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に1項目のみ算定できる。ただし，検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対して，異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り，さらに1回に限り算定できる。</p>

D020	抗酸菌分離培養検査	検体の採取部位が異なる場合であっても、同時に又は一連として検体を採取した場合は、1回のみ算定する。
D021・2	抗酸菌同定検査（その他の同定検査）	検査法、培地数にかかわらず1回のみ算定する。
D023・7	微生物核酸同定・定量検査（HBVプレコア変異及びコアプロモーター変異遺伝子同定検査）	B型急性肝炎患者に対しては、劇症肝炎が疑われる場合に限り、患者1人につき1回算定できる。B型慢性肝炎患者に対しては、経過観察中にALT異常値などにより肝炎増悪が疑われ、かつ、抗ウイルス薬等のB型肝炎治療薬の投与対象患者の選択のために行われた場合に限り算定できる。
D023・7	微生物核酸同定・定量検査（SARSコロナウイルス核酸増幅検査）	診断の確定までの間に1回を限度として算定する。ただし、発症後10日以内に他疾患であるとの診断がつかない場合は、さらに1回に限り算定できる。
D100	病理組織迅速顕微鏡検査	1手術につき1回算定する。摘出した臓器について、術後に再確認のための精密な病理組織検査を行った場合は所定点数を別に算定できる。
D101	病理組織顕微鏡検査	3臓器を限度として算定する。
D101	病理組織顕微鏡検査（ヘリコバクター・ピロリの鏡検法）	<p>除菌前の感染診断については、内視鏡検査又は造影検査において胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の確定診断がなされた患者のうち、ヘリコバクター・ピロリ感染が疑われる患者に対し、次の5項目の検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に1項目のみ算定できる。ただし、検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対して、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1回に限り算定できる。</p> <p>① 迅速ウレアーゼ試験 ② 鏡検法 ③ 培養法 ④ 抗体測定 ⑤ 尿素呼気試験</p> <p>除菌後の感染診断については、除菌終了後4週間以上経過した患者に対し、検査法のうちいずれかの方法を実施した場合に1項目のみ算定できる。ただし、検査の結果ヘリコバクター・ピロリ陰性となった患者に対して、異なる検査法により再度検査を実施した場合に限り、さらに1回に限り算定できる。除菌後の感染診断の結果、ヘリコバクター・ピロリ陽性の患者に対し再度除菌を実施した場合は、1回に限り再除菌に係る費用及び再除菌後の感染診断に係る費用を算定することができる。</p>
D101・注2	病理組織顕微鏡検査（免疫抗体法加算）	方法（蛍光抗体法、酵素抗体法）、試薬の種類にかかわらず、1臓器につき1回のみ算定する。
D102	細胞診検査（婦人科材料）	同一又は近接した部位より同時に数検体を採取して検査を行った場合であっても、1回として算定する。
D102	細胞診検査（その他）	同一又は近接した部位より同時に数検体を採取して検査を行った場合であっても、1回として算定する。
D103・注	染色体検査（分染法加算）	種類、方法にかかわらず1回の算定とする。
D103-2	HER2遺伝子	乳癌の転移が確認された乳癌患者に対して、抗HER2ヒト化モノクローナル抗体抗悪性腫瘍剤の投与対象患者の選択のため、FISH法により遺伝子増幅検査を行った場合に限り1回を限度として算定する。
D200	スパイログラフィー等検査	負荷を行った場合は、負荷の種類、回数にかかわらずその前後についてそれぞれ1回のみ算定する。

D201	換気力学的検査	負荷を行った場合は、負荷の種類、回数にかかわらずその前後についてそれぞれ1回のみ算定する。
D202	肺内ガス分布	負荷を行った場合は、負荷の種類、回数にかかわらずその前後についてそれぞれ1回のみ算定する。
D203	肺胞機能検査	負荷を行った場合は、負荷の種類、回数にかかわらずその前後についてそれぞれ1回のみ算定する。
D206・注1	心臓カテーテル法による諸検査（新生児加算、乳幼児加算）	右心カテーテルと左心カテーテルを同時に行った場合であっても1回のみに限られる。
D206・注2	心臓カテーテル法による諸検査（左心カテーテル検査加算、経中隔左心カテーテル加算、伝導機能検査加算等）	右心カテーテルと左心カテーテルを同時に行った場合であっても1回のみに限られる。
D207・2	体液量等測定（皮弁血流検査）	1有茎弁につき2回までを限度として算定する。
D207・2	体液量等測定（電子授受式発消色性インジケーター使用皮膚表面温度測定）	皮弁形成術及び四肢の血行再建術後1回を限度とする。
D214・1	脈波図、心機図、ポリグラフ検査（脈波図、心機図、ポリグラフ検査実施料）	種目又は部位を順次変えて検査した場合であっても、一連の検査のうちの最高誘導数による。運動又は薬剤の負荷による検査を行った場合には、負荷前後の検査をそれぞれ1回の検査として算定し、複数の負荷を行った場合であっても、負荷の種類及び回数にかかわらず、所定点数の100分の200を限度として算定する。
D215	超音波検査	同一の部位に同時に2以上の方法を併用する場合は、主たる検査方法により1回として算定する。また、同一の方法による場合は、部位数にかかわらず、1回のみ算定とする。
D216-2	残尿測定検査	患者1人につき月2回に限り算定する。
D217	骨塩定量検査	4月に1回を限度とする。
D219	ノンストレステスト	1週間につき1回に限り算定できる。
D231	人工臓腑	2日以上にわたり連続して実施した場合においても、一連として1回の算定とする。
D233	直腸肛門機能検査	患者1人につき月1回に限り算定する。
D234	胃・食道内24時間pH測定	概ね24時間以上連続して行われるものであり、これを1回として算定する。
D236-2	光トポグラフィ	手術前1回のみ算定できる。
D236-3	神経磁気診断	手術前1回のみ算定できる。
D237・2	終夜睡眠ポリグラフィ（携帯用装置を使用した場合以外）	1月に1回を限度として算定するが、在宅持続陽圧式呼吸療法指導管理料算定患者は、初回月に限り2回を限度として算定できる。
D244-2	補聴器適合検査	患者1人につき月2回に限り算定する。
D251・3	音声言語医学的検査（音声機能検査）	種類及び回数にかかわらず、一連として1回算定する。
D254	電気味覚検査	対象とする支配神経領域に関係なく一連につき1回算定する。
D255-2	汎網膜硝子体検査	患者1人につき月1回に限り算定する。

D256	眼底カメラ撮影（インスタントフィルムの費用）	1回当たり16点を限度とする。
D257	細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）	散瞳剤を使用し、前眼部、透光体及び網膜に対して行った場合には、検査の回数にかかわらず、1回に限り算定する。
D257	細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）（インスタントフィルムの費用）	D256の例により、1回当たり16点を限度とする。
D257・（通）	細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）後生体染色再検査	再検査1回に限りD273により算定する。
D261	屈折検査	散瞳剤又は調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査した場合には、前後各1回を限度として算定する。
D264・注	精密眼圧検査（負荷加算）	検査の種類、負荷回数にかかわらず1回のみ算定する。
D265-2	角膜形状解析検査	患者1人につき、初期円錐角膜などの角膜変形患者については月1回に限り、角膜移植後患者については2か月に1回を限度とし、高度角膜乱視を伴う白内障患者については手術の前後各1回に限り算定する。
D273	細隙燈顕微鏡検査（前眼部）（インスタントフィルムの費用）	D256の例により、1回当たり16点を限度とする。
D273	細隙燈顕微鏡検査（前眼部）後生体染色再検査	再検査1回に限り算定する。
D287	内分泌負荷試験	一連として月1回算定する。
D292	体外からの計測によらない諸検査	検査に数日を要した場合であっても同一のラジオアイソトープを用いた検査は、一連として1回の算定とする。
D324	血管内視鏡検査	患者1人につき月1回に限り算定する。
D026	検体検査判断料	検査の種類及び回数、入院・外来又は診療科の別にかかわらず、月1回に限り、初回検査の実施日に算定する。
D026・注3	検体検査判断料（検体検査管理加算（Ⅰ）、（Ⅱ））	患者1人につき月1回に限り加算する。
D027	基本的検体検査判断料（Ⅰ）	検査の種類又は回数にかかわらず月1回に限り算定できる。
D027・注2	基本的検体検査判断料（Ⅰ）（検体検査管理加算（Ⅰ）、（Ⅱ））	患者1人につき月1回に限り加算する。
D028	基本的検体検査判断料（Ⅱ）	検査の種類又は回数にかかわらず月1回に限り算定できる。
D028・注2	基本的検体検査判断料（Ⅱ）（検体検査管理加算（Ⅰ）、（Ⅱ））	患者1人につき月1回に限り加算する。
D104	病理診断料	検査の別又は回数にかかわらず月1回に限り算定する。
D105	病理学的検査判断料	病理学的検査の種類又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。
D205	呼吸機能検査等判断料	検査の種類及び回数、入院・外来又は診療科の別にかかわらず、月1回に限り算定する。

D214・2	脈波図, 心機図, ポリグラフ検査 (脈波図, 心機図, ポリグラフ検査判断料)	検査の種類及び回数, 入院・外来又は診療科の別にかかわらず, 月1回に限り算定する。
D238	脳波検査判断料	検査の種類及び回数, 入院・外来又は診療科の別にかかわらず, 月1回に限り算定する。
D241	神経・筋検査判断料	検査の種類及び回数, 入院・外来又は診療科の別にかかわらず, 月1回に限り算定する。
D294	ラジオアイソトープ検査判断料	検査の種類及び回数, 入院・外来又は診療科の別にかかわらず, 月1回に限り算定する。
D007・注・ハ・注	血液化学検査 (入院時初回加算)	入院時初回検査に限り加算する。(10項目以上行った場合)
D・第4節・(通)	診断穿刺・検体採取料	各部位の穿刺・針生検においては, 同一部位において2か所以上行った場合にも, 所定点数のみの算定とする。
D416・2	臓器穿刺, 組織採取 (開腹によるもの (腎を含む。))	穿刺回数, 採取臓器数又は採取した組織の数にかかわらず, 1回として算定する。

画像診断

区分	診療行為	算定回数制限
E・通則3	画像診断 (時間外緊急院内画像診断加算)	同一患者に同一日に2回以上, 時間外, 休日又は深夜の診療を行い, その都度緊急の画像診断を行った場合 (複数の区分にまたがる場合を含む。) においても1回のみ算定とする。
E003・3・注	造影剤注入手技 (動脈造影カテーテル法・選択的血管造影加算)	1回に限り加算する。主要血管の分枝血管を選択的造影撮影した場合, 分枝血管の数にかかわらず1回に限り算定できる。
E100	シンチグラム (画像を伴うもの)	同一のラジオアイソトープを使用して数部位又は数回にわたってシンチグラム検査を行った場合においても, 一連として扱い, 主たる点数をもって算定する。
E・通則4	画像診断 (画像診断管理加算1)	月1回に限り加算する。
E・通則5	画像診断 (画像診断管理加算2)	月1回に限り加算する。
E・通則6	画像診断 (遠隔画像診断・画像診断管理加算1)	月1回に限り加算する。
E・通則7	画像診断 (遠隔画像診断・画像診断管理加算2)	月1回に限り加算する。
E001・(通)	写真診断 (他医療機関撮影)	撮影部位及び撮影方法 (単純撮影, 特殊撮影又は造影剤使用撮影) 別に1回の算定とするが, 1つの撮影方法については撮影回数, 写真枚数にかかわらず1回として算定する。
E102	核医学診断	種類及び回数, 入院・外来又は診療科の別にかかわらず, 月1回に限り算定する。
E203	コンピューター断層診断	種類及び回数, 入院・外来又は診療科の別にかかわらず, 月1回に限り算定する。

投薬、注射

区分	診療行為	算定回数制限
F100・注5	処方料 (特定疾患処方管理加算)	月2回に限り算定する。なお, 同一暦月に処方料と処方せん料を算定する場合であっても, 処方せん料の当該加算と合わせて2回を限度とする。

F100・注6	処方料（特定疾患処方管理加算）	処方期間が28日以上の場合は、月1回に限り1処方につき加算する。
F400・注3	処方せん料（特定疾患処方管理加算）	月2回に限り算定する。なお、同一暦月に処方料と処方せん料を算定する場合であっても、処方せん料の当該加算と合わせて2回を限度とする。
F400・注4	処方料（特定疾患処方管理加算）	処方期間が28日以上の場合は、月1回に限り1処方につき加算する。
F500	調剤技術基本料	患者1人につき、月1回に限り算定する。
G003-3	肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入	抗悪性腫瘍剤注入用肝動脈塞栓材の使用量を決定する目的で注入する場合は、その必要性が高い場合に限り、月1回に限り算定できる。

リハビリテーション

区分	診療行為	算定回数制限
H・通則4	リハビリテーション（理学療法・作業療法・言語聴覚療法）	患者1人につき1日合計4単位（厚生労働大臣が定める患者については1日合計6単位）に限り算定する。
H001・1・イ	理学療法（個別療法）	患者1人につき1日3単位に限り算定する。
H001・1・ロ	理学療法（集団療法）	患者1人につき1日2単位、かつ、1月合計8単位に限り算定する。ただし、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後180日以内のものについては、1日2単位、かつ、1月に合計12単位に限り算定する。
H002・1・イ	作業療法（個別療法）	患者1人につき1日3単位に限り算定する。
H002・1・ロ	作業療法（集団療法）	患者1人につき1日2単位、かつ、1月合計8単位に限り算定する。ただし、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後180日以内のものについては、1日2単位、かつ、1月に合計12単位に限り算定する。
H002-2	リハビリテーション総合計画評価料（入院患者）	入院初月並びに当該月から起算して2月、3月及び6月の各月に限り、患者1人につき1月に1回を限度として算定する。
H002-2	リハビリテーション総合計画評価料（外来患者）	理学療法又は作業療法を最初に算定した月並びに当該月から起算して2月、3月及び6月の各月に限り、患者1人につき1月に1回を限度として算定する。
H003・1・イ	言語聴覚療法（個別療法）	患者1人につき1日3単位に限り算定する。
H003・1・ロ	言語聴覚療法（集団療法）	患者1人につき1日2単位、かつ、1月合計8単位に限り算定する。ただし、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であって発症後180日以内のものについては、1日2単位、かつ、1月に合計12単位に限り算定する。
H004	摂食機能療法	1月に4回を限度として算定する。
H005	視能訓練	両眼視機能に障害のある患者に対して、その両眼視機能回復のための矯正訓練を行った場合に算定できるものであり、1日につき1回のみ算定する。

精神科専門療法

区分	診療行為	算定回数制限
I000	精神科電気痙攣療法	1日に1回を限度として算定する。
I001・1	入院精神療法（入院精神療法（I））	入院日から起算して3月以内の期間に限り週3回を限度として算定する。

I 001・2	入院精神療法（入院精神療法（Ⅱ））	入院日から起算して4週間以内の期間に行われる場合は週2回を、4週間超の期間に行われる場合は週1回をそれぞれ限度として算定するが、重度精神障害者である患者で精神保健指定医が必要と認めた場合は入院期間にかかわらず週2回を限度として算定する。
I 002	通院精神療法	退院後4週間以内の期間に行われる場合は週2回を、その他の場合にあつては週1回をそれぞれ限度として算定する。
I 004・1	心身医学療法（入院患者）	入院日から起算して4週間以内の期間に行われる場合は週2回を、4週間超の期間に行われる場合は週1回をそれぞれ限度として算定する。
I 004・2	心身医学療法（外来患者）	初診日から起算して4週間以内の期間に行われる場合は週2回を、4週間超の期間に行われる場合は週1回をそれぞれ限度として算定する。
I 005	入院集団精神療法	入院日から起算して6月に限り週2回を限度として算定する。
I 006	通院集団精神療法	開始日から6月に限り週2回を限度として算定する。
I 008	入院生活技能訓練療法	週1回を限度として算定する。
I 009	精神科デイ・ケア	当該療法を最初に算定した日から起算して3年を越える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。
I 010	精神科ナイト・ケア	当該療法を最初に算定した日から起算して3年を越える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。
I 010-2	精神科デイ・ナイト・ケア	当該療法を最初に算定した日から起算して3年を越える期間に行われる場合にあつては、週5日を限度として算定する。
I 011	精神科退院指導料	指導を行った者及び指導の対象が患者又はその家族等にかかわらず、算定の基礎となる退院につき、1回に限り当該患者の退院日に算定する。
I 011-2	精神科退院前訪問指導料	当該入院中3回に限り算定する。
I 012・1	精神科訪問看護・指導料	週3回に限り算定する。
I 012・注3	精神科訪問看護・指導料（精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）・時間加算）	3時間を越えた場合は8時間を限度として加算する。
I 013	持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料	月1回に限り、当該薬剤を投与した日に算定する。
I 014	医療保護入院等診療料	当該入院期間中1回に限り算定する。
I 015	痴呆患者在宅療養指導管理料	1月に1回を限度として算定する。

処置

区分	診療行為	算定回数制限
J 001-2	絆創膏固定術	交換は原則として週1回とする。
J 018・(通)	気管支分泌物吸引（内視鏡）	1日に1回を限度として算定する。
J 019	持続的胸腔ドレナージ（開始日）	挿入したドレーンの本数にかかわらず、1日に1回に限り算定する。
J 021	持続的腹腔ドレナージ（開始日）	挿入したドレーンの本数にかかわらず、1日に1回に限り算定する。
J 038	人工腎臓	1月に15回目以降は算定できない。

J 038・注 2	人工腎臓（導入期加算）	導入期 1 月に限り 1 回につき加算する。
J 038・（通）	持続緩徐式血液濾過術（重症急性膵炎の患者）	一連につきおおむね 8 回を限度として算定する。
J 038・（通）	持続緩徐式血液濾過術（劇症肝炎，術後肝不全又はこれらと同程度の急性肝不全の患者）	一連につき月 10 回を限度として 3 月間に限って算定する。
J 039	血漿交換療法（多発性骨髄腫，マクログロブリン血症）	一連につき週 1 回を限度として 3 月間に限って算定する。
J 039	血漿交換療法（劇症肝炎）	一連につき概ね 10 回を限度として算定する。
J 039	血漿交換療法（薬物中毒）	一連につき概ね 8 回を限度として算定する。
J 039	血漿交換療法（重症筋無力症）	一連につき月 7 回を限度として 3 月間に限って算定する。
J 039	血漿交換療法（悪性関節リウマチ）	週 1 回を限度として算定する。
J 039	血漿交換療法（全身性エリテマトーデス）	月 4 回を限度として算定する。
J 039	血漿交換療法（血栓性血小板減少性紫斑病）	一連につき週 3 回を限度として 3 月間に限って算定する。
J 039	血漿交換療法（術後肝不全）	一連につき概ね 7 回を限度として算定する。
J 039	血漿交換療法（急性肝不全）	一連につき概ね 7 回を限度として算定する。
J 039	血漿交換療法（多発性硬化症，慢性炎症性脱髄性多発根神経炎）	一連につき月 7 回を限度として 3 月間に限って算定する。
J 039	血漿交換療法（ギラン・バレー症候群）	一連につき月 7 回を限度として 3 月間に限って算定する。
J 039	血漿交換療法（天疱瘡，類天疱瘡）	一連につき週 2 回を限度として 3 月間に限って算定する。ただし，3 月間治療を行った後であっても重症度が中等度以上（厚生省特定疾患調査研究班の天疱瘡スコア）の天疱瘡の患者については，さらに 3 月間に限って算定する。
J 039	血漿交換療法（巣状糸球体硬化症）	一連につき 3 月間に限って 12 回を限度として算定する。
J 039	血漿交換療法（家族性高コレステロール血症）	維持療法としての実施回数は週 1 回を限度として算定する。
J 039	血漿交換療法（閉塞性動脈硬化症）	一連につき 3 月間に限って 10 回を限度として算定する。
J 039	血漿交換療法（同種腎移植）	一連につき術前は 4 回を限度とし，術後は 2 回を限度として算定する。
J 041-2	血球成分除去療法（潰瘍性大腸炎）	一連の治療につき 2 クールを限度として算定できるが，1 クールにつき週 1 回を限度として 5 週間に限って算定する。ただし，劇症患者については，第 1 週目に限り週 2 回を限度として算定できる。

J 041-2	血球成分除去療法（薬物療法抵抗する関節リウマチ）	一連の治療につき1クールを限度として算定できるが、1クールにつき週1回を限度として5週間に限って算定する。
J 044	救急処置としての体表面ペーシング法・食道ペーシング法	1日に1回を限度として算定する。
J 054・1	皮膚科光線療法	同じものを同一日に複数回行った場合でも、1日につき算定する。
J 054-2・1・注	皮膚レーザー照射療法（色素レーザー照射療法・照射面積加算）	所定点数の100分の400を限度とする。
J 054-2・2	皮膚レーザー照射療法（Qスイッチ付レーザー照射療法・Qスイッチ付ルビーレーザー照射療法）	一連の治療終了後に再発した場合は、同一部位に対しては初回治療を含め2回を限度として算定する。
J 057-3	鶏眼・胼胝処置	同一部位の一連の治療について、その範囲にかかわらず1回のみ算定する。
J 065	間歇的導尿	3月間を限度として算定する。
J 070・(通)	冷却痔処置	1日1ないし2回、かつ連続して5日以上実施した場合に10日間を限度として、1日につき1回算定できる。
J 070-2	干渉低周波による膀胱等刺激法	治療開始時点においては3週間に6回を限度とし、その後は2週間に1回を限度とする。
J 089	睫毛除去（多数）	上眼瞼と下眼瞼についてそれぞれ処置した場合であっても1回の算定とし、1日に1回を限度として算定する。
J 129・(通)	練習用仮義足	仮義足を支給する1回に限り算定する。

手術

区分	診療行為	算定回数制限
K・通則11	手術（HIV抗体陽性患者観血的手術加算）	1回に限り算定する。ただし、同一日に複数の手術を行った場合は、主たる手術についてのみ加算する。
K・通則12	手術（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症患者手術加算、B型肝炎感染者患者、C型肝炎感染者患者、結核患者）	1回に限り算定する。ただし、同一日に複数の手術を行った場合は、主たる手術についてのみ加算する。
K000・注3	創傷処理（デブリードマン加算）	当初の1回に限り加算する。
K017	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	四肢（手、足、指（手、足）を含む）以外の部位において微小血管自動縫合器を使用した場合は、K511・注2の加算点数に2個を限度として使用個数を乗じて加算する。
K020	自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	四肢（手、足、指（手、足）を含む）以外の部位において微小血管自動縫合器を使用した場合は、K511・注の自動縫合器加算点数に2個を限度として使用個数を乗じて加算する。
K022	組織拡張器による再建手術	1患者の同一疾患に対して1回のみ算定であり、1回行った後に再度行っても算定できない。

K047	難治性骨折電磁波電気治療法	1患者に対して一連として1回のみ算定であり、1回行った後に再度行った場合又は入院中に開始した当該療法を退院した後も継続して行っている場合であっても別に算定できない。
K052・(通)	多発性骨腫瘍摘出術	同一皮切で行う範囲のものは回数にかかわらず1回の算定とする。
K058	骨長調整手術	使用するステイプルの数にかかわらず1回の算定とする。
K059	骨移植術	採取した骨片を複数か所に移植した場合も1回の算定とする。
K062・(通)	リーメンビューゲル法	1回に限り算定する。
K131・注	椎弓切除術(椎間加算)	1椎間を増すごとに100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算点数は所定点数の100分の200に相当する点数を限度とする。
K132・注	椎弓形成手術(椎間加算)	1椎間を増すごとに100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算点数は所定点数の100分の200に相当する点数を限度とする。
K134・4	椎間板摘出術(経皮的髄核摘出術)	1椎間につき2回を限度とする。
K142・注	脊椎固定術(椎間加算)	所定点数の100分の200に相当する点数を限度とする。
K148・(通)	穿頭術及び試験開頭術を2か所以上行った場合	1回に限り算定する。
K200-2	涙点プラグ挿入術	上下涙点に挿入した場合も含め1回のみ算定とする。
K208	麦粒腫切開術	数か所切開でも同一眼内は1回として算定する。
K214	霰粒腫摘出術	数か所切開でも同一眼内は1回として算定する。
K276	網膜光凝固術	一連とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。1週間程度の間隔で一連の治療過程にある数回の手術を行うときは、1回のみ所定点数を算定する。
K482	肋骨切除術	切除肋骨の本数に関係なく、2本以上を切除した場合も所定点数のみにより算定する。
K511・注	肺切除術(自動縫合器加算)	「注」の加算点数に4個を限度として使用個数を乗じて加算する。
(通)	肺気腫に対する正中切開による肺縫縮術(自動縫合器加算)	「注」の加算点数に15個を限度として使用個数を乗じて加算する。
K514・注	肺悪性腫瘍手術(自動縫合器加算)	「注」の加算点数に6個を限度として使用個数を乗じて加算する。
K529・注	食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの)(自動吻合器又は自動縫合器加算)	「注」の加算点数に3個を限度として使用個数を乗じて加算する。
K531・注	食道切除後2次的再建術(自動吻合器又は自動縫合器加算)	自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、それぞれ1個又は3個を限度として加算する。

K614	経皮的冠動脈形成術	同一医療機関で同一患者に5年間において、同一標的病変に対して実施するK614, K614-2, K614-3又はK615の合計回数は2回以下を標準（これを超える場合はレセプト詳記）とする。なお、PTCA用カテーテル算定本数は、完全閉塞病変1箇所の場合2本以下、完全閉塞病変2箇所の場合3本以下、完全閉塞病変以外の病変1箇所の場合1本以下、完全閉塞病変以外の病変2箇所の場合2本以下（これらを上回る場合はレセプト詳記）とする。
K614-2	経皮的冠動脈血栓切除術	同一医療機関で同一患者に5年間において、同一標的病変に対して実施するK614, K614-2, K614-3又はK615の合計回数は2回以下を標準（これを超える場合はレセプト詳記）とする。
K614-3	経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）	同一医療機関で同一患者に5年間において、同一標的病変に対して実施するK614, K614-2, K614-3又はK615の合計回数は2回以下を標準（これを超える場合はレセプト詳記）とする。
K615	経皮的冠動脈ステント留置術（完全閉塞病変1箇所の場合のPTCA用カテーテル算定本数）	同一医療機関で同一患者に5年間において、同一標的病変に対して実施するK614, K614-2, K614-3又はK615の合計回数は2回以下を標準（これを超える場合はレセプト詳記）とする。なお、PTCA用カテーテル算定本数は、完全閉塞病変1箇所の場合2本以下、完全閉塞病変2箇所の場合3本以下、完全閉塞病変以外の病変1箇所の場合1本以下、完全閉塞病変以外の病変2箇所の場合2本以下（これらを上回る場合はレセプト詳記）とする。
K617・2	下肢静脈瘤手術（硬化療法）	一連とは所期の目的を達成するまでに行う一連の治療過程をいい、概ね2週間にわたり行われるものをいう。
K635	胸水・腹水濾過濃縮再静注法	一連の治療期間中、第1回目の実施日に、1回に限り算定する。なお、一連の治療期間は2週間を目安とし、治療上の必要があって初回実施後2週間以上経過して実施した場合は改めて算定する。
K653	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術	短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する。
K654	内視鏡的消化管止血術	1日1回、週3回を限度として算定する。
K655・注1	胃切除術（自動吻合器又は自動縫合器加算）	自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、それぞれ1個又は3個を限度として加算する。
K657・注1	胃全摘術（自動吻合器又は自動縫合器加算）	自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、それぞれ2個又は4個を限度として加算する。
K678	体外衝撃波胆石破砕術	一連とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。数日の間隔をおいて一連の治療過程にある数回の体外衝撃波胆石破砕を行う場合は、1回のみ所定点数を算定するものであり、その後に行われた同一目的の手術の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
K678・注	体外衝撃波胆石破砕術（消耗性電極加算）	一連の手術について1回のみ算定できる。
K685	内視鏡的胆道碎石術（経十二指腸的又は外瘻孔を介するもの）	短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する。
K687	内視鏡的乳頭切開術	短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する。
K716	小腸切除術	自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、それぞれ1個又は3個を限度として加算する。
K719・3・注	結腸切除術（自動縫合器加算）	「注」の加算点数に4個を限度として使用個数を乗じて加算する。

K721	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術	短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する。
K722	小腸結腸内視鏡的止血術	1日1回、週3回を限度として算定する。
K735・注	先天性巨大結腸症手術（自動吻合器又は自動縫合器加算）	「注」の加算点数に4個を限度として使用個数を乗じて加算する。
K735-2	小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）	短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する。
K740・注	直腸切除・切断術（自動吻合器又は自動縫合器加算）	自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、それぞれ1個又は4個を限度として加算する。
K768	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	一連とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。数日の間隔をおいて一連の治療過程にある数回の体外衝撃波腎・尿管結石破砕を行う場合は、1回のみ所定点数を算定する。なお、その他数回の手術の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
K768・注	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（消耗性電極加算）	一連の手術について1回のみ算定できる。
K803・注	膀胱悪性腫瘍手術（自動縫合器加算）	自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、それぞれ1個又は5個を限度として加算する。
K817・注	尿道悪性腫瘍摘出術（自動縫合器加算）	自動吻合器又は自動縫合器を使用した場合は、それぞれ1個又は5個を限度として加算する。
K823-2	尿失禁コラーゲン注入手術	所期の目的を達するために複数回実施しても、一連として算定する。
K841-3	経尿道的前立腺高温度治療	所期の目的を達するために複数回実施しても、一連として算定する。

麻酔

区分	診療行為	算定回数制限
L101	神経ブロック（神経破壊剤使用）	同一神経のブロックは、癌性疼痛を除き月1回に限り算定する。
L104	トリガーポイント注射	回数及び部位数にかかわらず、1日につき1回算定できる。

放射線療法

区分	診療行為	算定回数制限
M000	放射線治療管理料	患者1人につき1回に限り算定する。
M001・注2	体外照射（術中照射療法加算）	患者1人につき1日に限り加算する。
M001-2	ガンマナイフによる定位放射線治療	数か月の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合でも、1回のみ算定する。
M001-3	直線加速器による定位放射線治療	数か月の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合でも、1回のみ算定する。
M002	全身照射	1回の骨髄移植について、一連として1回に限り算定できる。

M003	電磁波温熱療法	一連とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。数か月間の一連の治療過程に複数回の電磁波温熱療法を行う場合は、1回のみ所定点数を算定し、その他数回の療法の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
M004	密封小線源治療	疾病の種類、部位の違い、部位数の多寡にかかわらず、一連として算定する。
M004・4	密封小線源治療（放射性粒子照射）	使用本数等に関係なく一連につき所定点数を算定する。
M004・注2	密封小線源治療（高線量率イリジウムの費用加算）	同一の高線量率イリジウムを使用し、1人又は複数の患者に対して1回又は複数回の密封小線源治療を行った場合は、患者1人につき1回に限り加算する。
M004・注3	密封小線源治療（低線量率イリジウムの費用加算）	同一の低線量率イリジウムを使用し、1人の患者に対して複数回の密封小線源治療を行った場合は、患者1人につき1回に限り加算する。

特定保険医療材料

名称	算定要件
腹膜透析液交換セット	交換キットは、キャップ又はクラムシェルの場合は1個を、ウェハーの場合は2枚を1キットとし、1交換当たり1キットを限度として算定する。イ 交換キットは、自動腹膜透析装置を使用する場合は、APDセット1個当たり4キット分を限度として算定する。
血管内超音波プローブ	血管内超音波プローブは、一連の検査、画像診断又は手術につき1本のみ算定できる。
尿道ステント	永久留置型尿道ステントは、1回の手術に対し1個を限度として算定する。
緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル	緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテルは1週間に1本を限度として算定できる。
白血球吸着用材料	白血球吸着用材料は、1日につき1個を限度として算定する。
副鼻腔炎治療用カテーテル	副鼻腔炎治療用カテーテルは3本を限度として算定する。
埋込型脳・脊髄電気刺激装置（4極用）	埋込型脳・脊髄電気刺激装置（振戦軽減用）は、パーキンソン病又は本態性振戦に伴う薬物療法によって十分な治療効果の得られない振戦等の症状の軽減を目的に使用した場合に、1回の手術に対し1個を限度として算定できる。
気管・気管支ステント	気管・気管支ステントは、1回の手術に対し1個を限度として算定する。
食道用ステント	食道用ステントは、1回の手術に対し1個を限度として算定する。
内視鏡的食道静脈瘤結紮セット	実際に使用したセット数にかかわらず、1日につき1個のみ算定する。
皮膚欠損用創傷被覆材	皮膚欠損用創傷被覆材は、いずれも2週間を標準として、特に必要と認められる場合については3週間を限度として算定できる。
真皮欠損用グラフト	真皮欠損用グラフトについては、1局所に2回を限度として算定する。
デキストラノマー	デキストラノマーは、下腿潰瘍、第Ⅱ度熱傷、第Ⅲ度熱傷若しくは消化管瘻周囲皮膚炎の浸出性創面、褥瘡又は術創に対して、2週間（改善傾向が明らかな場合は、3週間）を限度として算定できる。

経皮的冠動脈形成術用 穿刺部止血材料	経皮的冠動脈形成術用穿刺部止血材料は、経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈血栓切除術、経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）又は経皮的冠動脈ステント留置術を実施した患者の日帰り又は早期退院を目的とした大腿動脈穿刺部位の止血を行う場合に、7Fr以上9Fr未満のイントロデューサーシースを使用した症例であって、当該患者が手術の翌日までに帰宅した場合に限り1セットについてのみ算定できる。
-----------------------	---

ヘリコバクターピロリの除菌

区分	診療行為	算定回数制限
	ヘリコバクター・ピロリ除菌	除菌後の感染診断の結果、ヘリコバクター・ピロリ陽性の患者に対し再度除菌を実施した場合は、1回に限り再除菌に係る費用及び再除菌後の感染診断に係る費用を算定することができる。

調剤報酬

区分	診療行為	算定回数制限
11	薬剤情報提供料1	月4回（処方内容に変更があった場合は、その都度）に限り算定する。
12	薬剤情報提供料2	月1回（処方内容に変更があった場合は、その都度）に限り算定する。
15	在宅患者訪問薬剤管理指導料	月4回（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ週8回）に限り算定する。
17	服薬情報提供料	月1回に限り算定する。

歯科診療報酬

区分	診療行為	算定回数制限
A004	歯周疾患継続総合診療料	再診時に歯周組織検査、歯周基本治療及び指導管理等を行った場合に、月1回に限る
A005	歯科口腔継続管理総合診療料	再診時に口腔内検査、機械的歯面清掃及び指導管理等を行った場合に、月1回に限る
B000	歯科口腔衛生指導料	療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限る
B000-2	継続的歯科口腔衛生指導料	療養上必要な指導を継続的に行った場合に、月1回に限る
B000-2	継続的歯科口腔衛生指導料 （フッ化物洗口指導加算）	継続的指導実施期間中に患者1人につき1回限る
B001	歯周疾患指導管理料	療養上必要な指導を行った場合に、同一暦月につき1回限る
B001-2	歯科衛生実地指導料	主治医の指示に基づき歯科衛生士が直接口腔内で15分以上の実地指導を行った場合に、月1回に限る
B001-3	感染予防対策管理料	病院である保険医療機関において行われた場合に、患者1人につき月1回に限る
B002	歯科特定疾患療養指導料	患者に対し療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限る

B002	歯科特定疾患療養指導料 (共同療養指導計画加算)	患者の主治医と共同で歯科診療に関する総合的な口腔の療養指導計画を策定し当該患者にその内容を文書により提供した場合に、患者1人につき1回に限る
B004-4	病院歯科共同治療管理料 (I)	患者1人1日につき1回に限る
B004-5	病院歯科共同治療管理料 (II)	患者1人1日につき1回に限る
B004-6	歯科治療総合医療管理料	別の保険医療機関から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして、文書により診療情報の提供を受けたものに対し、処置及び手術等を行うに当たって必要な医療管理を行った場合に、患者1人につき月1回に限る
C000	歯科訪問診療料	1日につき
C000	歯科訪問診療料 (地域医療連携体制加算)	患者に対し連携保険医療機関に関する情報を文書提供し、かつ患者等の同意を得て当該患者の診療に必要な情報を他の保険医療機関の保険医等に提供した場合に、月1回に限る
C001	訪問歯科衛生指導料	訪問指導計画を策定した歯科医師の文書による指示に基づき、療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月4回(同一月内に「複雑なもの」および「簡単なもの」を行った場合には併せて月4回)に限る
D000	電氣的根管長測定検査	電氣的抵抗を応用して根管長を測定した場合、1歯について1回に限る
D003-2	口腔内写真検査	歯周組織検査を行った場合において、プラークコントロールの動機付けを目的として、歯周疾患の状態を患者に示した場合に、5枚を限度
D004	平行測定	ブリッジの支台歯形成に当たり、1装置について1回に限る
D006	チェックバイト検査	計画的に欠損補綴物を製作するために1口腔1回に限る
D007	ゴシックアーチ描記法	計画的に欠損補綴物を製作するために1口腔1回に限る
D008	パントグラフ描記法	計画的に欠損補綴物を製作するために1口腔1回に限る
第4部 通則5	画像診断管理加算 (歯科診療に係るもの)	画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は月1回に限る
I000	普通処置 (鉤歯と鉤歯の対合歯の削除)	咬合緊密である患者の義歯を製作するに当たり、レスト製作のために削除した場合は、1歯1回に限る
I001	歯髄覆罩	同一歯牙に2箇所以上に齶蝕が存在する場合に、同日又は日を異にして行った場合であっても、1歯1回に限る
I005	抜髄	1歯につき1回に限る
I006	感染根管処置	急性症状の消退を図る目的で根管拡大等を行ったときは根管数にかかわらず、1歯につき1回に限る
I008	根管充填	1歯につき1回に限る

I008	根管充填 (予後観察のための暫 間的根管充填)	数ヶ月間根尖部の閉鎖状態の予後観察を行うために行った場合は1回 に限る
I014	暫間固定 (簡単なも の)	1顎に2か所以上行っても1回の算定
M001	歯冠形成	同一歯牙について1回に限る
M006	咬合採得 (欠損補綴)	欠損補綴に係る場合、2回以上行っても所定点数により算定
M035	新製義歯調整指導料	有床義歯の装着時又は装着後1月以内に、1口腔につき1月1回に限る。
M036	有床義歯調整・指導料	有床義歯の装着後1月を超えた期間において、1口腔につき月4回に限 る。新製義歯調整指導料と同一月において行った場合は、併せて月4 回に限る。
M038	有床義歯長期調整指導 料 (I)	有床義歯の装着の日を含む月から起算して6月を超え1年以内の期間中 1回を限度とする。
M039	有床義歯長期調整指導 料 (II)	有床義歯長期調整指導料 (I) を算定した月から起算して6月を超え1 年以内の期間中1回に限る。
M040	有床義歯長期調整指導 料 (III)	有床義歯長期調整指導料 (II) を算定した月から起算して6月を超え1 年以内の期間中1回に限る。
N000	歯科矯正診断料	歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケッ ト法を開始したとき、保定を開始したとき及び顎切除を実施する とき、各々につき1回に限る。
N001	顎口腔機能診断料	歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケッ ト法を開始したとき、顎離断等の手術を開始したとき及び保定を開始 したとき、各々につき1回に限る。
N002	歯科矯正管理料	1月以内に2回以上行った場合でも1回に限る。
N004	模型調製 (平行模型)	歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケッ ト法を開始したとき、顎離断等の手術を終了したとき及び保定を開始 したとき、各々につき1回に限る。
N004	模型調製 (予測模型)	ダイナミックポジショナー及びスプリングリテーナーを製作した場合 に各々につき1回。歯科矯正を開始したとき又は動的処置を開始した ときは、いずれかについて1回に限る。顎離断等の手術を開始したと きも1回に限る。
N008	装着 (マルチブラケット装 置を除く)	第1回の装着の場合のみ
N008	装着 (マルチブラケッ ト装置)	各ステップにつき1回に限る
N018	マルチブラケット装置 (装着)	ステップI、ステップII、ステップIII及びステップIVの各々につき最 初の1装置に限る