

診療報酬明細書 (包括評価用)

1社 令和 4年 6月分 県番 14 医コ

1 医科 1 社 1 単独 1 本入

公負①	公受①
公負②	公受②

保険	[REDACTED]
記号・番号	[REDACTED] (枝番)00

氏名	[REDACTED]	特記事項	27区イ
職務上の事由	[REDACTED]		

分類番号	130030XX99X3XX	診断群分類区分	非ホジキンリンパ腫 手術なし 手術・処置等 2 3あり	転院	9その他	保険	6日
傷病名	びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫	ICD 10	C833	傷病名	C833	公	日
副傷病名		副傷病名		傷病名		公	日
今回入院年月日	令和 4年 5月 31日	今回退院年月日	令和 4年 6月 6日			公	日

傷病情報 患者退院基礎情報 診療関連情報	<傷病情報> 主傷病名 C 8 3 3 びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫 入院の契機となった傷病名 C 8 3 3 びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫 入院時併存傷病名 G 6 2 9 末梢神経障害 J 4 2 慢性気管支炎
	<入退院情報> 予定・緊急入院区分：1 予定入院 前回退院日：4年 5月 25日 同一傷病入院：有
	<診療関連情報> 年齢：53歳 手術・処置等 コードなし 化学療法ありかつ放射線療法なし 4年 6月 2日実施

包括評価部分 1 93	<包括評価部分> (5月診療分) 入 I 3503 X 1 = 3503 <合計> 3503 X 1.5513 = 5434 (6月診療分) 入 I 3503 X 6 = 21018 <合計> 21018 X 1.5513 = 32605
	<出来高部分>
	1 13 * 特定薬剤治療管理料1(メトレキサート)(7) (初回算定日 4年 6月 1日) 470X 1 メトレキサート
	1 13 * 薬剤管理指導料1(特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合) (算定日 1日) 380X 1 薬剤名(薬剤管理指導料1);メトレキサート
	1 21 * グイエン配合錠 1T (退院時持ち帰り 19日分) 1X 19
	1 21 * メコバラミン錠500「ト-ワ」 0.5mg 3T (退院時持ち帰り 19日分) 2X 19
1 33 * 無菌製剤処理料1(その他) 45X 5	

内訳は別紙に続く

※高額療養費	標準 I 640円× 16回	※公 点
食 特別 50円× 6日	※公 点	

請求点※	決定点	負担金額円	請求点※	決定点	標準負担額円
44,797			16	10,540	7,360

診療報酬明細書(続紙)

1社 令和 4年 6月分 県番 14 医コ

1 医科	1 社	1 単独	1 本入
------	-----	------	------

氏名	[REDACTED]
	[REDACTED]

保険	[REDACTED]
記号・番号	[REDACTED] (枝番)00

1 90* 入退院履歴		
4年 5月17日 ~ 4年 5月25日		
1 90* (環境) (精充) (急充) (無菌2)	2305X	1
1 90* (環境) (精充) (急充) (無菌2)	2235X	3
1 90* (環境) (無菌2)	2025X	1
1 90* (環境)	25X	1

1 97* (I) (1食につき) 3食	¥1920X	5
1 97* (I) (1食につき) 1食	¥640X	1
1 97* 堂(1日につき)	¥50X	6

カルテ番号等 [REDACTED]

症状詳記

令和 04 年 06 月分 (医科・入院)レセ科:

診療科:血液内科

氏名	[REDACTED]
----	------------

保険者番号	[REDACTED]	給付割合	070
-------	------------	------	-----

【主な治療行為の経過】

びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫に対し、中枢神経浸潤予防目的に、5/31からHD-MTX療法目的に入院。繰り返す化学療法に伴う免疫機能の低下を考慮し、無菌室入室の上治療を行った。6/1～治療を開始したが、大きな骨髄抑制は認めず、6/6退院した。

0407-90, 457, 400 000, 432	[REDACTED]	本入	[REDACTED]	23	90	06	-2,000	A	1 療養環境加算 1 精神科充実体制加算 1 急性期充実体制加算 (8日以上11日以内の期間) 1 無菌治療室管理加算2 2305× 1	1 療養環境加算 1 精神科充実体制加算 1 急性期充実体制加算 (8日以上11日以内の期間) 305× 1 A:療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上適 とならないもの 審査結果の理由等:『本症での「無菌治療室管理加算 」は適応外と判断いたします。』
							06	-6,000	A	1 療養環境加算 1 精神科充実体制加算 1 急性期充実体制加算 (12日以上14日以内の期間) 1 無菌治療室管理加算2 2235× 3

医療機関コード 05, 0444, 9 内科-42
 医療機関名 公)横浜市立大学附属市民総合医療センター 御中

社会保険診療報酬支払基金神奈川県支

診療年月	受付番号 レセプト番号	保険者番号等	区分	給付 区分	氏名 カルテ 番号	箇所	法別	増減点数(金額)	事由	負担	請求内容	負担	補正・査定後内容	
	0407-90, 457, 400 000, 432	[REDACTED]	本入		[REDACTED]	23	9006	-2,000	A	1	療養環境加算 無菌治療室管理加算2 2025× 1	1	療養環境加算 25× A:療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上適 とならないもの 審査結果の理由等:『本症での「無菌治療室管理加算 」は適応外と判断いたします。』	
合計								06	-10,000				44,797	34,797

