

# 再審査等請求書

令和 4 年 12 月 10 日

社会保険診療報酬支払基金 神奈川県 支部 御中

保険医療機関等の  
所在地及び名称  
開設者氏名  
電話番号

下記理由により、診療報酬等明細書を

再審査  
取下げ

願います。

1	点数表	① 医科 6 訪問	3 歯科	4 調剤	医療機関等 コード	500-008-8	旧総合病院 診療科	11									
2	診療 年月	4 年 8 月	請求 (調整) 年月	4 年 9 月	明細書 区分	1 単独 2 併用 3 老健	①本人入院 2=本人外来 3=未就学者入院 4=未就学者外来 5=家族入院 6=家族外来 7=高齢者入院一般 8=高齢者外来一般 9=高齢者入院7割 0=高齢者外来7割	再審査等 対象種別 ① 一次審査 2 突合再審査 3 再審査									
3	再審査等対象種別が 「2 突合再審査」 のとき、相手方薬局	薬局コード			( 都道 府県 )												
		薬局の名称															
4	保険者番号	3	4	1	3	0	0	2	1	記号・番号	14A008	02776					
5	公費負担者番号 市町村番号	2	8	1	4	2	5	0	3	受給者番号	9	9	9	9	9	9	6
6	フリガナ	[REDACTED]					生年月日			写の有無							
	患者氏名	[REDACTED]					2大正 ③昭和 4平成 5令和 44年12月16日			1 有 ② 無							
7	請求点数 (金額)	83,467 点(円)					一部 負担金			円							
	食事・生活 請求金額	12,736 円			標準 負担額	8,280 円			※取下げ 理由								
8	No.	減点点数 (金額)	減点事由及び箇所			減点内容											
	①	18,780 点(円)	50 B			膝移植術(人工膝形成術を含む)(指)18,780×1 → 0											
	②																
	③																
請求理由																	
別紙参照、																	
再審査の結果、下記のとおり決定します。 ※備考																	
No.	結果	原審理由	摘要		※ 基金 使用欄	増減点	請求理由	責任	請求数	処理	診療科	再審査					
1	復活・原審																
2	復活・原審																
3	復活・原審																

注 「※取下げ理由」欄、「※備考」欄及び「※基金使用欄」については、基金で使しますので、何も記入しないでください。

(機械様式第20号の1)

8 月 分 増 減 点 連 絡 書 ( 続 紙 )

ページ 2

医療機関コード 整形外科  
医療機関名

御中

社会保険診療報酬支払基金神奈川支部

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	
0409-91.947.900 000.009	01130012 28142503	01130012 28142503	本入	⑤↑	00003899428-01-2-05	50 01 28	-11 0	1	(バーデックスシルバールブリキャス温度センサーカテ ーテル) 膀胱留置用ディスプレイカテーテル(2管一般(3 )・標準型) 1650円/本 1本 液体酸素・可搬式液化酸素容器(LGC) 0.31円 /L 280L D 1 D 1 酸素補正率1.3(1気圧) 176× 1	1	(バーデックスシルバールブリキャス温度センサーカテ ーテル) 膀胱留置用ディスプレイカテーテル(2管一般(3 )・標準型) 1650円/本 1本 165× 1  D:告示・通知の算定要件に合致していないと認められ るもの 審査結果の理由等:『医科点数表第11部麻酔における 酸素加算は、『L008マスク又は気管内挿管による閉 鎖循環式全身麻酔』の告示注3に示されており、本麻酔 において酸素を使用した場合は算定できますが、L00 8以外の麻酔において酸素を使用した場合は同様の告示 が示されていないことから算定できないものとなります のでご留意願います。』 D:告示・通知の算定要件に合致していないと認められ るもの 審査結果の理由等:『医科点数表第11部麻酔における 酸素加算は、『L008マスク又は気管内挿管による閉 鎖循環式全身麻酔』の告示注3に示されており、本麻酔 において酸素を使用した場合は算定できますが、L00 8以外の麻酔において酸素を使用した場合は同様の告示 が示されていないことから算定できないものとなります のでご留意願います。』	
						合計 合計	01 28	-11 0			25,496 850	25,485 850
0409-91.948.600 000.033	34130021 28142503	34130021 28142503	本入	⑤↑	00004973748-34-2-05	50 34 28	-18,780 0	B 1	腫移植術(人工腫形成術を含む)(指) 1指 18780× 1	1	B:療養担当規則等に照らし、医学的に保険診療上過剰 ・重複となるもの 審査結果の理由等:『関節形成術は、その関節に対す るすべての手術を含みます。したがって、腫移植術を併 算定できません。』	
						合計 合計	34 28	-18,780 0			83,467 850	64,687 850
0409-91.949.400 000.078	01400018	01400018	本入	⑤↑	00005007985-01-2-01	50 01 28	-17,030 0	C 1	関節鏡下関節滑膜切除術(手) 17030× 1	1	C:療養担当規則等に照らし、A・B以外で医学的に保 険診療上適当でないもの 審査結果の理由等:『検査の関節鏡視と判断いたしまし た。』	
						合計	01	-17,030			54,001	36,971

100 - 4

整形外科

令和 4年 8月分 県番14 医コ

診療報酬明細書

(医科入院医療機関別包括評価用)

1医科 1社 22併 1本入

Table with 4 columns and 3 rows for patient information.

Insurance and registration information table with columns for insurance type and registration number.

Table for patient name, sex, age, date of birth, and special notes.

保険医療機関の所在地及び名称

Main classification and diagnosis table including classification number, diagnosis, and dates.

傷病情報 (主傷病名) M189 右母指CM関節症 (入院の契機となった傷病名) M189 右母指CM関節症 (入院時併存傷病名) E780 高コレステロール血症 J459 気管支喘息 K210 難治性逆流性食道炎 (入院後発症傷病名) U071 COVID-19の疑い

入退院情報 予定・緊急入院区分: 1 予定入院

診療関連情報 入院時年齢: 52歳 JCS: 0 手術・処置等 K0802 関節形成手術(手) 令和4年8月5日実施 K0391 腱移植術(人工腱形成術を含む)(指) 令和4年8月5日実施

包括評価部分 (8月請求分) 入I 2510 X 3 = 7530 入II 1848 X 4 = 7392 入III 1571 X 1 = 1571 193 \*合計 16493 X 1.4335 = 23643

出来高部分 \*「帰国者・接触者外来」設置医療機関 COVID-19の感染を医師が疑い各種検査を行った。 113 \*退院時薬剤情報管理指導料 退院日 令和4年8月11日 90 X 1 113 \*薬剤管理指導料2 (1以外の患者) 4日, 10日 325 X 2 121 \*退院時 2日分投薬 ケフラールカプセル250mg 3C 16 X 2 121 \*退院時 6日分投薬 ソラントール錠100mg 3T レバミピド錠100mg「オーツカ」 3T 6 X 6 150 \*関節形成手術(手) (右母指CM関節) (5日) 28210 X 1 \*\* 次頁へ続く \*\* 外来あり

Table for high-cost medical care fees (高額療養費) including base and special rates.

Summary table for charges, including request points, decision points, and standard charges.

診療報酬明細書

令和4年8月分 県番14医コ1 医科1社 2 2併1本入

(医科入院医療機関別包括評価適用)

公負①		
公負②	公受②	

保険	3	4	1	3	0	0	2	1
記号・番号	14A0008 02776							

氏名	[Redacted]		
	2女	3昭	44.12.16

保険医  
療機関  
の所在  
地及び  
名称

150	*	腱移植術(人工腱形成術を含む)(指(手、足))指 (長掌筋腱を採取、移植) (5日)	18780 X 1
150	*	生理食塩液 1L 1瓶	24 X 1
150	*	(バードI, CシルバーフォーリートレイB)(膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル 2管一般(3)閉鎖式導尿システム)(1,720円) 1本 液体酸素 可搬式液化酸素容器(LGC)(0.31円×340L×1.3)÷10=14点	186 X 1
154	*	麻酔管理料(I)(閉鎖循環式全身麻酔)周術期薬剤管理加算(麻酔管理料I)(5日)	1125 X 1
154	*	マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔5(その他)(イ以外の場合) 3時間30分 神経ブロック併施加算(イ以外の場合)(5日)	7845 X 1
		セボフルラン吸入麻酔液「マイラン」 50mL プロポフォール静注1%20mL「FK」 200mg 1管 ロクロニウム臭化物静注液50mg/5.0mL「マルイシ」 5mL 1瓶 エフェドリン塩酸塩注射液 4%1mL 1管 生理食塩液 5mL 2管 ㊦フェンタニル注射液0.1mg「テルモ」 0.005%2mL 1管 ㊦レミフェンタニル静注用2mg「第一三共」 1瓶 生食液NS 20mL 1管 ブリディオ静注200mg 2mL 1瓶 アセリオ静注液1000mgバッグ 1,000mg100mL 1袋 デキサート注射液6.6mg 2mL 1瓶 カイトリル注1mg 1mL 1管 ピカネイト輸液 500mL 1袋 ラクテック注 500mL 1袋 大塚生食注2ポート100mL 1キット セファゾリンナトリウム注射用0.5g「日医工」 500mg 1瓶 アナペイン注7.5mg/mL 0.75%20mL 1管 キシロカイン注シリンジ1% 10mL 1筒 キシロカインゼリー2% 5mL ポビドンヨード外用液10%「明治」 10mL (腕神経叢ブロック併施、薬剤のみ算定) (ポビドンヨード外用液:神経ブロック部に使用)	1601 X 1

160	*	鼻腔・咽頭拭い液採取	25 X 1
260	*	微生物学的検査判断料	150 X 1
260	*	SARS-CoV-2核酸検出(検査委託以外)	700 X 1
160	*	病理判断料	130 X 1
170	*	画像診断管理加算1(写真診断)	70 X 1
190	*	患者サポート体制充実加算 4日	70 X 1
190	*	せん妄ハイリスク患者ケア加算 5日	100 X 1
190	*	せん妄ハイリスク患者ケア加算 せん妄のリスク因子:全身麻酔を要する手術後又はその予定があること	
190	*	せん妄ハイリスク患者ケア加算 ハイリスク患者に対するせん妄対策:疼痛管理の強化(痛みの客観的評価の併用等)	
197	*	入院時食事療養(I)(1食につき) 2食	1280 X 1
197	*	入院時食事療養(I)(1食につき) 3食	1920 X 5
197	*	入院時食事療養(I)(1食につき) 1食	640 X 1
197	*	特別食加算(1食につき) 3食	228 X 5
197	*	特別食加算(1食につき) 1食	76 X 1
197	*	標準負担額(一般) 2食	920 X 1
197	*	標準負担額(一般) 3食	1380 X 5
197	*	標準負担額(一般) 1食	460 X 1
197	*	当月内 令和 4年 8月 4日 入院 当月内 令和 4年 8月 11日 退院	
		レセプト詳記	
		宮寄 絹子 整形外科 金 潤壽	
		大菱形骨の壊死に伴う右母指CM関節症に対して手術を施行した。手術は掌側皮切で機側手根屈筋を用いた tendon sling suspension arthroplastyを行ったが、suspensionの効果が少なく、長掌筋腱を採取、移植するThompson法を背側皮切で行った。現在リハビリテーションを行ない経過観察中である。	