Ｂ０１０　診療情報提供料(Ⅲ)　500点
注　保険医療機関が、治療法の選択等に関して当該保険医療機関以外の医師の意見を求める患者からの要望を受けて、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の別の医療機関において必要な情報を添付し、診療状況を示す文書を患者に提供することを通じて、患者が当該保険医療機関以外の医師の助言を得るための支援を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。
Ｂ０１１及びＢ０１１－２　削除
Ｂ０１１－３　薬剤情報提供料　10点
注１　入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月１回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）算定する。
２　注１の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合には、手帳記載加算として、所定点数に３点を加算する。
３　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した患者については、算定しない。
Ｂ０１１－４　医療機器安全管理料
１　臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合（１月につき）　100点
２　放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合（一連につき）　1,100点
注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。
２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療が必要な患者に対して、放射線治療計画に基づいて治療を行った場合に算定する。
Ｂ０１２　傷病手当金意見書交付料　100点
注　健康保険法第99条第１項の規定による傷病手当金に係る意見書を交付した場合に算定する。
Ｂ０１３　療養費同意書交付料　100点
注　健康保険法第87条の規定による療養費（柔道整復以外の施術に係るものに限る。）に係る同意書を交付した場合に算定する。
Ｂ０１４　退院時薬剤情報管理指導料　90点
注　保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に１回に限り算定する。
Ｂ０１５からＢ０１８まで　削除

第２部　在宅医療

通則
１　在宅医療の費用は、第１節又は第２節の各区分の所定点数により算定する。
２　在宅療養指導管理に当たって患者に対して薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第３節の所定点数を合算した点数により算定する。
３　在宅療養指導管理に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前２号により算定した点数及び第４節の所定点数を合算した点数により算定する。
４　第１節又は第２節に掲げられていない在宅医療であって特殊な在宅医療の在宅患者診療・指導料又は在宅療養指導管理料は、第１節又は第２節に掲げられている在宅医療のうちで最も近似する在宅医療の各区分の所定点数により算定する。

第１節　在宅患者診療・指導料

区分
Ｃ０００　往診料　720点
注１　別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診については325点を、夜間（深夜を除く。）の往診については650点を、深夜の往診については1,300点を所定点数に加算する。ただし、在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の保険医が行う往診については、それぞれ、650点、1,300点、2,300点を所定点数に加算する。
２　患家における診療時間が１時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、所定点数に100点を加算する。
３　患家において死亡診断を行った場合は、200点を加算する。
４　保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による往診を行った場合で、特殊の事情があったときの往診料は、別に厚生労働大臣が定めるところによって算定する。
５　往診に要した交通費は、患家の負担とする。
Ｃ００１　在宅患者訪問診療料（１日につき）
１　同一建物居住者以外の場合　830点
２　同一建物居住者の場合　200点
注１　１については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、２については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、当該患者１人につき週３回（同一の患者について、１及び２を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料又は区分番号Ｃ０００に掲げる往診料は、算定しない。
２　保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問診療を行う必要性を認め、計画的な医学的管理の下に、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して訪問診療を行った場合は、注１の規定にかかわらず、１月に１回に限り、当該診療の日から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する。
３　３歳未満の乳幼児又は３歳以上６歳未満の幼児に対して訪問診療を行った場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数に200点を加算する。