3　入院中の患者に対する処方を行った場合は、当該処方の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれる。
4　３歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、１処方につき３点を加算する。
5　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、月２回を限度として１処方につき18点を加算する。
6　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、月１回を限度として１処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注５の加算は算定できない。
7　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（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合は、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月１回を限度として１処方につき70点を加算する。
8　入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合は算定しない。

第３節　薬剤料

区分
Ｆ２００　薬剤　　薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、使用薬剤の薬価が15円以下である場合は１点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増すごとに１点を加算する。

使用薬剤	単位
内服薬及び浸煎薬	１剤１日分
屯服薬	１回分
外用薬	１調剤

注１　特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が１年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患（ｂ）している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）は、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。
2　１処方につき７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のものを除く。）を行った場合は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。
3　健康保険法第85条第１項及び高齢者医療確保法第74条第１項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養若しくは健康保険法第85条の２第１項及び高齢者医療確保法第75条第１項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、歯科医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。
4　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。
5　入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合は算定しない。

第４節　特定保険医療材料料

区分
Ｆ３００　特定保険医療材料　　材料価格を10円で除して得た点数
注　支給した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第５節　処方せん料

区分
Ｆ４００　処方せん料
1　７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のものを除く。）を行った場合　40点
2　１以外の場合　68点
注１　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場合に、交付１回につき算定する。
2　３歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、処方せんの交付１回につき３点を加算する。
3　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方せんを交付した場合は、月２回を限度として処方せんの交付１回につき18点を加算する。
4　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、月１回を限度として１処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注３の加算は算定できない。
5　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（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方せんを交付した場合は、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月１回を限度として処方せんの交付１回につき70点を加算する。
6　薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合、処方せんの交付１回につき２点を加算する。
7　入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合は算定しない。

第６節　調剤技術基本料

区分
Ｆ５００　調剤技術基本料
1　入院中の患者に投薬を行った場合　42点
2　その他の患者に投薬を行った場合　８点
注１　薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方せんを交付した場合を除く。）に算定する。
2　同一の患者につき同一月内に調剤技術基本料を算定すべき投薬を２回以上行った場合においては、調剤技術基本料は月１回を限度として算定する。
3　１において、調剤を院内製剤の上行った場合は、10点を所定点数に加算する。
4　区分番号Ｂ００８に掲げる薬剤管理指導料又は区分番号Ｃ００３に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定できない。
5　入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合は算定しない。