Ｇ００４　点滴注射（１日につき）
１　６歳未満の乳幼児に対するもの（１日分の注射量が100mL以上の場合）　98点
２　１に掲げる者以外の者に対するもの（１日分の注射量が500mL以上の場合）97点
３　その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）　49点
注１　点滴に係る管理に要する費用を含む。
２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、45点を加算する。
３　血漿成分製剤の注射を行う場合であって、１回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、当該注射を行った日に限り、50点を加算する。
４　区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号Ｃ１０４に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。

Ｇ００５　中心静脈注射（１日につき）　140点
注１　血漿成分製剤の注射を行う場合であって、１回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、当該注射を行った日に限り、50点を加算する。
２　中心静脈注射の費用を算定した患者については、同一日に行われた区分番号Ｇ００４に掲げる点滴注射の費用は算定しない。
３　区分番号Ｃ１０４に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者に対して行った中心静脈注射の費用は算定しない。
４　区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。
５　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、50点を加算する。

Ｇ００５－２　中心静脈注射用カテーテル挿入　1,400点
注１　カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。
２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、500点を加算する。
３　別に厚生労働大臣が定める患者に対して静脈切開法を用いて行った場合は、2,000点を所定点数に加算する。

Ｇ００５－３　末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入　700点
注１　カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。
２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合には、500点を所定点数に加算する。

Ｇ００５－４　カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入　2,500点
注１　カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。
２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合には、500点を所定点数に加算する。

Ｇ００６　植込型カテーテルによる中心静脈注射（１日につき）　125点
注１　区分番号Ｃ１０４に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者に対して行った中心静脈注射の費用は算定しない。
２　区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。
３　６歳未満の乳幼児に対して行った場合には、50点を所定点数に加算する。

Ｇ００７　腱鞘内注射　27点
Ｇ００８　骨髄内注射
１　胸骨　80点
２　その他　90点
Ｇ００９　脳脊髄腔注射
１　脳室　300点
２　後頭下　220点
３　腰椎　140点
注　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、60点を加算する。
Ｇ０１０　関節腔内注射　80点
Ｇ０１０－２　滑液嚢穿刺後の注入　80点
Ｇ０１１　気管内注入　100点
Ｇ０１２　結膜下注射　27点
Ｇ０１２－２　自家血清の眼球注射　27点
Ｇ０１３　角膜内注射　35点
Ｇ０１４　球後注射　60点
Ｇ０１５　テノン氏嚢内注射　60点
Ｇ０１６　硝子体内注射　580点
Ｇ０１７　腋窩多汗症注射（片側につき）　200点

第２款　無菌製剤処理料

区分
Ｇ０２０　無菌製剤処理料
１　無菌製剤処理料１（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者）
イ　閉鎖式接続器具を使用した場合　180点
ロ　イ以外の場合　45点
２　無菌製剤処理料２（１以外のもの）　40点
注　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、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があって無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い１日につき所定点数を算定する。

第２節　薬剤料

区分
Ｇ１００　薬剤
１　薬価が１回分使用量につき15円以下である場合　１点
２　薬価が１回分使用量につき15円を超える場合　薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数
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合算薬剤料が、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。）には、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　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又は健康保険法第85条の２第１項及び高齢者医療確保