

医科診療報酬点数表

平成24年4月版

追補 201306

● 以下の告示・通知等により本書の内容に訂正が生じたので、ここに追補します。

- 平成24年9月21日 医療課事務連絡
- 平成24年9月28日 厚生労働省告示第539号（平成24年10月1日適用）
- 平成24年9月28日 保医発0928第1号（平成24年10月1日適用）
- 平成24年10月31日 保医発1031第2号（平成24年11月1日適用）
- 平成24年11月1日 厚生労働省告示第555号
- 平成24年11月1日 保医発1101第1号（平成24年11月1日適用）
- 平成24年11月21日 保医発1121第3号（平成24年11月21日適用）
- 平成24年11月22日 厚生労働省告示第569号
- 平成24年11月30日 厚生労働省告示第578号
- 平成24年11月30日 保医発1130第4号（平成24年12月1日適用）
- 平成24年12月14日 厚生労働省告示第586号
- 平成24年12月28日 厚生労働省告示第601号（平成25年1月1日適用）
- 平成24年12月28日 保医発1228第1号（平成25年1月1日適用）
- 平成25年1月18日 厚生労働省告示第6号（平成25年4月1日適用）
- 平成25年2月22日 保医発0222第5号
- 平成25年3月8日 厚生労働省告示第42号
- 平成25年3月8日 厚生労働省告示第43号
- 平成25年3月8日 保医発0308第13号
- 平成25年3月21日 厚生労働省告示第57号
- 平成25年3月29日 厚生労働省告示第102号（平成25年4月1日適用）
- 平成25年3月29日 保医発0329第4号（平成25年4月1日適用）
- 平成25年4月16日 厚生労働省告示第148号
- 平成25年4月30日 保医発0430第3号（平成25年5月1日適用）
- 平成25年5月24日 厚生労働省告示第180号
- 平成25年5月24日 厚生労働省告示第181号
- 平成25年5月24日 保医発0524第4号
- 平成25年5月31日 保医発0531第1号（平成25年6月1日適用）
- 平成25年6月14日 保医発0614第3号（平成25年6月14日適用）
- 平成25年6月27日 保医発0627第2号（平成25年7月1日適用）
- 平成25年6月28日 厚生労働省告示第216号（平成25年7月1日適用）
- 平成25年6月28日 保医発0628第1号（平成25年7月1日適用）

● 本追補中、下線を付している部分は「追補201208」によって訂正された部分であることを示しています。

頁	欄	行	訂正前	訂正後
3	—		[下から14行目の次に右のように追加]	一部改正 平成25年1月18日 厚生労働省告示第6号（平成25年4月1日から適用）
66	右	下から18行目	3時間	4.5時間
66	右	下から13～12行目	日本脳卒中学会医療向上・社会保険委員会rt-PA（アルテプラゼ）静注療法指針部会	日本脳卒中学会脳卒中医療向上・社会保険委員会rt-PA（アルテプラゼ）静注療法指針改訂部会
145	右	上から13行目	又は重度の再生不良性貧血	又はその他の非感染性ぶどう膜炎（既存治療で効果不十分で、視力低下のおそれのある活動性の中間部又は後部の非感染性ぶどう膜炎に限る）、重度の再生不良性貧血

頁	欄	行	訂正前	訂正後
145	右	上から21～22行目	ループス腎炎又は潰瘍性大腸炎の患者	ループス腎炎、潰瘍性大腸炎又は間質性肺炎（多発性筋炎又は皮膚筋炎に合併するものに限る）の患者
145	右		〔下から22行目の次に右のように追加〕	タ 結節性硬化症に伴う上衣下巨細胞性星細胞腫の患者であって抗悪性腫瘍剤としてエベロリムスを投与しているもの
189	左	上から21～22行目	障害者自立支援法	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律
227	右		〔上から24行目の次に右のように追加〕	(iii) トシリズマブ製剤については、皮下注射により用いた場合に限り算定する。
237	右	上から7～8行目	自己注射を行っている者	自己注射を承認された用法及び用量に従い1週間に1回以上上行っている者
242	右	上から13行目	ヘパリンカルシウム製剤及びアポモルヒネ塩酸塩製剤	ヘパリンカルシウム製剤、アポモルヒネ塩酸塩製剤、セルトリズマブベゴル製剤、トシリズマブ製剤及びメトレプレチン製剤
261	右		〔D007血液化学検査の「33」の右欄として追加〕	※ リポ蛋白分画（HPLC法） リポ蛋白分画（HPLC法）は、本区分「33」の肺サーファクタント蛋白-A（SP-A）の所定点数に準じて算定する。
265	右		〔D008内分泌学的検査の「18」の右欄として追加〕	※ I型プロコラーゲン-N-プロペプチド（PINP） I型プロコラーゲン-N-プロペプチド（PINP）は、本区分「18」のインタクトI型プロコラーゲン-N-プロペプチド（Intact PINP）の所定点数に準じて算定する。
265	右	上から23～24行目	及び「D007」血液化学検査の「38」のALPアイソザイム（PAG電気泳動法）	、「D007」血液化学検査の「38」のALPアイソザイム（PAG電気泳動法）及びI型プロコラーゲン-N-プロペプチド（PINP）
274	右		〔D012感染症免疫学的検査の「21」の右欄として追加〕	※ インフルエンザ菌（無莢膜型）抗原定性 ア インフルエンザ菌（無莢膜型）抗原定性は、本区分「21」のヘモフィルス・インフルエンザb型（Hib）抗原定性（尿・髄液）に準じて算定する。 イ ELISA法により、インフルエンザ菌感染が疑われる中耳炎又は副鼻腔炎患者に対して、インフルエンザ菌（無莢膜型）感染の診断の目的で実施した場合に算定する。
275	右		〔D012感染症免疫学的検査の「27」の右欄として追加〕	※ 単純ヘルペスウイルス抗原定性（性器） 単純ヘルペスウイルス抗原定性（性器）は、本区分「27」の単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜）の所定点数に準じて算定する。 ※ 肺炎球菌莢膜抗原定性（髄液） 肺炎球菌莢膜抗原定性（髄液）は、本区分「27」の肺炎球菌莢膜抗原定性（尿）の所定点数に準じて算定する。
279	右	下から9行目	ELISA法	ELISA法又はCLEIA法
279	右	下から1行目	ELISA法	ELISA法又はCLEIA法
280	右	上から12行目	ELISA法	ELISA法又はCLEIA法
280	右	下から16行目	ネフェロメトリー法	ネフェロメトリー法又はTIA法
280	右		〔D014自己抗体検査の「25」の右欄として追加〕	※ 抗トリコスポロン・アサヒ抗体 ア 抗トリコスポロン・アサヒ抗体は、本区分「25」の抗アセチルコリンレセプター抗体（抗AChR抗体）の所定点数に準じて算定する。 イ 当該検査は、ELISA法により、夏型過敏性肺炎の鑑別診断を目的として測定した場合に算定できる。なお、鑑別診断目的の対象患者は、厚生省特定疾患びまん性肺疾患調査研究班による「過敏性肺炎の診断の手引と診断基準」により、夏型過敏性肺炎が疑われる患者とする。
284	右		〔D023微生物核酸同定・定量検査の「5」の右欄として追加〕	※ HPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定） ア HPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）は、本区分「5」のHPV核酸検出の所定点数に準じて算定する。

頁	欄	行	訂正前	訂正後
				<p>イ 当該検査は、本区分「5」のHPV核酸検出の施設基準を届け出ている保険医療機関のみ算定できる。</p> <p>ウ 当該検査は、予め行われた細胞診の結果、ベセスダ分類上ASC-US（意義不明異型扁平上皮）と判定された患者に対して行った場合に限り算定できる。なお、細胞診と同時に実施した場合は算定できない。</p> <p>エ 当該検査をHPV核酸検出と併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。</p>
284	右	下から12～11行目	細胞診と同時に実施した場合は算定できない。	<p>なお、細胞診と同時に実施した場合は算定できない。</p> <p>当該検査をHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）と併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。</p>
285	右	[D023微生物核酸同定・定量検査の「10」の右欄として追加]		<p>※ 結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出</p> <p>ア 結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出は、本区分「10」の結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出に準じて算定する。</p> <p>イ 当該検査は、同時に結核菌を同定した場合に限り算定する。</p> <p>ウ 当該検査は、本区分「6」の結核菌群核酸検出を併用した場合は、主たるもののみ算定する。</p>
341	右	[E100シンチグラム（画像を伴うもの）の「3」の右欄として追加]		<p>◇ 乳房用ポジトロン断層撮影について</p> <p>(1) 乳房用ポジトロン断層撮影は、乳房専用のPET装置を用いて、診断用の画像としてポジトロン断層撮影画像を撮影するものをいい、本区分「3」及び「E101」シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影の所定点数を併せて算定する。</p> <p>(2) 乳房用ポジトロン断層撮影は、画像の方向、スライスの数、撮影の部位数、疾病の種類等にかかわらず、所定点数のみにより算定する。</p> <p>(3) 乳房用ポジトロン断層撮影は、¹⁸F DGを用いて、乳がんの病期診断及び転移・再発の診断を目的とし、他の検査、画像診断により病期診断及び転移・再発の診断が確定できない患者に使用した場合に限り算定する。</p> <p>(4) 乳房用ポジトロン断層撮影は、「E101-2」ポジトロン断層撮影の「2」¹⁸F DGを用いた場合、「E101-3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影の「2」¹⁸F DGを用いた場合又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影と併せて同日に行った場合に限り算定する。なお、¹⁸F DGの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。</p> <p>(5) 乳房用ポジトロン断層撮影又は「E101-3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影の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ている保険医療機関に限り算定できる。</p> <p>(6) 乳房用ポジトロン断層撮影又は「E101-3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影の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ている保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p>
343	右	[下から14行目の次に右のように追加]		<p>(9) ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影は、PET装置とMRI装置を組み合わせた装置を用いて、診断用の画像としてポジトロン断層撮影画像、磁気共鳴コンピューター断層撮</p>

頁	欄	行	訂正前	訂正後
				<p>影画像及び両者の融合画像を取得するものをいう。また、画像のとり方、画像処理法の種類、スライスの数、撮影の部位数、疾病の種類等にかかわらず、所定点数のみにより算定する。</p> <p>(10) 同一月に、「E 202」磁気共鳴コンピューター断層撮影（MR I 撮影）を行った後にポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影を行った場合は、本区分は算定せず、「E 101-2」ポジトロン断層撮影により算定する。この場合においては、「E 101-2」ポジトロン断層撮影の届出を行っていなくても差し支えない。</p> <p>(11) ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影については、¹⁸F D Gを用いて、悪性腫瘍（脳、頭頸部、縦隔、胸膜、乳腺、直腸、泌尿器、卵巣、子宮、骨軟部組織、造血器、悪性黒色腫）の病期診断及び転移・再発の診断を目的とし、他の検査、画像診断により病期診断及び転移・再発の診断が確定できない患者に使用した場合に限り算定する。ただし、この画像診断からは磁気共鳴コンピューター断層撮影に係るものを除く。</p> <p>(12) ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影に当たって造影剤を使用した場合は、「E 202」磁気共鳴コンピューター断層撮影（MR I 撮影）の「注 3」の加算を本区分に対する加算として併せて算定する。</p> <p>(13) ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影による画像診断を実施した同一月内に悪性腫瘍の診断の目的でシンチグラム（ガリウムにより標識された放射性医薬品を用いるものに限る）又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を実施した場合には、主たるもののみを算定する。</p> <p>(14) ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影は、「E 101-2」ポジトロン断層撮影又は「E 101-3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影の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ている保険医療機関に限り算定できる。</p>
346	右		〔下から11行目の次に右のように追加〕	<p>(4) MR I 対応型ペースメーカーを植え込んだ患者に対してMR I 撮影を行う場合、厚生労働大臣が定める施設基準に加えて、日本医学放射線学会、日本磁気共鳴医学会、日本不整脈学会が定める「MR I 対応植込み型デバイス患者のMR I 検査の施設基準」を満たす保険医療機関で行う。</p> <p>(5) MR I 対応型ペースメーカーを植え込んだ患者に対してMR I 撮影を行う場合は、患者が携帯している当該機器を植え込んでいることを示すカード（製造販売業者が発行する「条件付きMR I 対応ペースメーカーカード」）を確認し、そのカードの写しを診療録に貼付する。</p>
405	右		〔下から11行目の次に右のように追加〕	<p>(5) 陰圧創傷治療用カートリッジを用いて処置を行った場合は、局所陰圧閉鎖処置用材料で被覆すべき創傷面の広さに応じて各号により算定する。ただし、入院中の患者以外に使用した場合に限る。</p> <p>(6) 陰圧創傷治療用カートリッジを用いて処置を行う際、局所陰圧閉鎖処置用材料の初回の貼付に限り、「J 003」の「注」による所定点数を加算する。ただし、入院中に「J 003」局所陰圧閉鎖処置を算定していた患者が引き続き外来で使用した場合は算定できない。</p> <p>(7) 陰圧創傷治療用カートリッジを用いて処置を</p>

頁	欄	行	訂正前	訂正後
				<p>行う際は、部位数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>(8) 陰圧創傷治療用カートリッジを用いて処置を行う際は、「J 001-4」重度褥瘡処置及び「J 053」皮膚科軟膏処置は併せて算定できない。「J 000」創傷処置又は「J 001」熱傷処置は併せて算定できるが、当該処置が対象とする創傷を重複して算定できない。</p> <p>(9) 陰圧創傷治療用カートリッジを用いた処置終了後に引き続き創傷部位の処置が必要な場合は、「J 000」創傷処置により算定する。</p> <p>(10) 陰圧創傷治療用カートリッジを用いた処置を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて使用した場合に限り算定することができる。</p>
407	右		〔下から3行目の次に右のように追加〕	(1) 入院患者に対して処置を行った場合に限り算定できる。
407	右	下から2行目	(1)	(2)
408	右	上から1行目	(2)	(3)
408	右	上から2行目	(3)	(4)
408	右	上から6行目	(4)	(5)
408	右		〔上から7行目の次に右のように追加〕	<p>(6) 「注」に規定する加算は、外来患者が陰圧創傷治療用カートリッジを用いて処置を行っていた場合で、引き続き入院中に局所陰圧閉鎖処置を行った場合は算定できない。</p> <p>(7) 局所陰圧閉鎖処置を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて使用した場合に限り算定することができる。</p>
422	右	上から1～2行目	又はクローン病患者に対して次のア、イ又はウ	、クローン病又は膿疱性乾癬患者に対して次のア、イ、ウ又はエ
422	右		〔下から24行目の次に右のように追加〕	エ 薬物療法が無効又は適用できない、中等症以上の膿疱性乾癬患者（厚生労働省難治性疾患克服研究事業稀少難治性皮膚疾患に関する調査研究班の診断基準）に対しては、臨床症状の改善を目的として行った場合に限り、一連の治療につき1クールを限度として行い、1クールにつき週1回を限度として、5週間に限って算定できる。
425	右		〔J 047カウンターショックの右欄として追加〕	※ 心房性不整脈に対する治療の目的で心腔内除細動カテーテルを使用した場合は、本区分「2」の所定点数に準じて算定する。ただし、不整脈手術などに伴う除細動は、それぞれの手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。
430	右		〔J 077子宮出血止血法の「1」の右欄として追加〕	◇ 子宮用止血バルーンカテーテルを用いて止血を行った場合は、本区分「1」により算定する。ただし、子宮用止血バルーンカテーテルを用いた止血を行う前に、他の止血法を行った場合であっても、一連のものとして算定する。
454	右		〔上から11行目の次に右のように追加〕	(5) II度以上の熱傷、糖尿病性潰瘍又は植皮を必要とする創傷に対して、加圧した生理食塩水を用い、組織や汚染物質等の切除、除去を目的に行った場合は、本区分及び「K936」自動縫合器加算（一連の治療につき1個）の所定点数を併せて算定する。なお、加圧に用いた生理食塩水の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
463	右		〔下から3行目の次に右のように追加〕	(8) 自家培養軟骨を患者自身に移植した場合は、本区分「1」により算定する。
466	右		〔K082人工関節置換術の「1」の右欄として追加〕	◇ 「1」肩、股、膝に掲げる手術において、手術前に得た画像等により作成された実物大の手術支援モデルを用いて行った場合は、本区分と「K939」画像等手術支援加算の「2」実物大臓器立体モデルによるものの所定点数を併せて算定できる。

頁	欄	行	訂正前	訂正後
467	右		[K082-3人工関節再置換術の「1」の右欄として追加]	◇ 「1」肩, 股, 膝に掲げる手術において, 手術前に得た画像等により作成された実物大の手術支援モデルを用いて行った場合は, 本区分と「K939」画像等手術支援加算の「2」実物大臓器立体モデルによるものの所定点数を併せて算定できる。
470	右		[K126脊椎, 骨盤骨(軟骨)組織採取術(試験切除によるもの)の「2」の右欄として追加]	◇ 自家培養軟骨を作製するために, 患者の軟骨から組織を採取した場合は, 本区分「2」により算定し, 複数回採取した場合でも, 一連のものとして算定する。
607	右	上から12行目	ヘパリンカルシウム製剤及びアポモルヒネ塩酸塩製剤	ヘパリンカルシウム製剤, アポモルヒネ塩酸塩製剤, セルトリズマブベゴル製剤, トシリズマブ製剤及びメトレプレチン製剤
626	右	下から15行目	ヘパリンカルシウム製剤及びアポモルヒネ塩酸塩製剤	ヘパリンカルシウム製剤, アポモルヒネ塩酸塩製剤, セルトリズマブベゴル製剤, トシリズマブ製剤及びメトレプレチン製剤
627	右	下から1行目	ヘパリンカルシウム製剤 アポモルヒネ塩酸塩製剤	ヘパリンカルシウム製剤 アポモルヒネ塩酸塩製剤 セルトリズマブベゴル製剤 トシリズマブ製剤 メトレプレチン製剤
641	左	上から2行目	(平成24. 5. 29 厚生労働省告示第368号改正)	(平成25. 5. 24 厚生労働省告示第180号改正)
643	右	下から11行目	医薬品を除く。)	医薬品を, 同年10月1日以降においては別表第4(編注; 略)に記載されている医薬品を, 平成26年4月1日以降においては別表第6(編注; 略)に記載されている医薬品を除く。)
643	右	下から10行目	記載されている医薬品	記載されている医薬品(平成25年4月1日以降においては, 別表第5(編注; 略)に記載されている医薬品を, 平成26年4月1日以降においては別表第7(編注; 略)に記載されている医薬品を除く。)
644	右	上から9~10行目	ヘパリンカルシウム製剤, オキシコドン塩酸塩製剤及びアポモルヒネ塩酸塩製剤	ヘパリンカルシウム製剤, オキシコドン塩酸塩製剤, アポモルヒネ塩酸塩製剤, セルトリズマブベゴル製剤, トシリズマブ製剤及びメトレプレチン製剤
644	右	下から8行目	リオベル配合錠LD, サムチレール内用懸濁液15パーセント(後天性免疫不全症候群に罹患している患者に投与するものに限る。)及びエジュラント錠25mg	リオベル配合錠LD, サムチレール内用懸濁液15パーセント(後天性免疫不全症候群に罹患している患者に投与するものに限る。), エジュラント錠25mg, アイミクス配合錠HD, アイミクス配合錠LD及びスタリビルド配合錠
647	左	上から1行目	(平成24. 3. 5 厚生労働省告示第77号改正)	(平成24. 11. 1 厚生労働省告示第555号改正)
663	左	下から4行目	3時間	4.5時間
693	左		[下から14行目の次に右のように追加]	13 医療区分2に定める「褥瘡に対する治療を実施している状態」については, 入院又は転院時に発生していた褥瘡に限り, 治癒又は軽快後も30日間に限り, 引き続き医療区分2として取り扱うことができる。ただし, 当該取り扱いを行う場合においては, 入院している患者に係る褥瘡の発生割合について, 患者又は家族の求めに応じて説明を行うこと。なお, 褥瘡の発生割合とは, 有床診療所療養病床入院基本料を算定する全入院患者数に占める褥瘡患者数(入院又は転院時に発生していた褥瘡患者を除く。)の割合である。
693	左	下から13行目	13~16	14~17
709	右	上から1行目	(平成24. 5. 29 厚生労働省告示第369号改正)	(平成25. 5. 24 厚生労働省告示第181号改正)
719	右	上から10~11行目	障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員, 設備及び運営に関する基準	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員, 設備及び運営に関する基準
720	左	上から8行目	障害者自立支援法	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律

頁	欄	行	訂正前	訂正後
735	左	上から12行目	へパリンカルシウム製剤 アポモルヒネ塩酸塩製剤	へパリンカルシウム製剤 アポモルヒネ塩酸塩製剤 セルトリズマブベゴル製剤 トシリズマブ製剤 メトレレブチン製剤
756	左	上から2行目	(平成24. 6. 29 厚生労働省告示第413号改正)	(平成25. 6. 28 厚生労働省告示第216号改正)
762	右	上から3行目	イ 特殊型 (I) 180,000円 ウ 特殊型 (II) 189,000円	イ 特殊型 (I) 180,000円 ウ 特殊型 (II) 189,000円 エ 特殊型 (III) 153,000円
762	右	上から5行目	③ カップ・ライナー一体型 (II) 87,900円	③ カップ・ライナー一体型 ア カップ・ライナー一体型 (II) 87,900円 イ カップ・ライナー一体型 (III) 94,200円
762	右	[上から8行目の次に右のように追加]		⑦ ライナー (V) 59,400円 ⑧ ライナー (VI) 60,300円 ⑨ ライナー (VII) 79,200円
763	左	下から11行目	(1) 一般スクリュー (生体用合金 I) 6,440円	(1) 一般スクリュー (生体用合金 I) ① 標準型 6,440円 ② 特殊型 6,920円
764	左	下から4行目	(1) 肩甲骨側材料 134,000円	(1) 肩甲骨側材料 ① 標準型 134,000円 ② 特殊型 146,000円
764	左	下から3行目	(2) 上腕骨側材料 553,000円	(2) 上腕骨側材料 ① 標準型 553,000円 ② 特殊型 574,000円
765	左	[下から8行目の次に右のように追加]		(4) 位置情報表示装置 (プローブ・ドリル) 22,400円
765	右	下から7行目	イ 多孔体 1mL当たり14,900円	イ 多孔体 i 一般型 1mL当たり14,900円 ii 蛋白質配合型 1mL当たり14,900円
766	左	[下から2行目の次に右のように追加]		(12) 頭蓋骨閉鎖用クランプ 38,200円
767	右	下から9行目	経皮的冠動脈形成術用穿刺部止血材料	経皮的血管形成術用穿刺部止血材料
768	左	下から9行目	(1) シングルチャンバ 733,000円	(1) シングルチャンバ ① 標準型 733,000円 ② MR I 対応型 781,000円
768	左	下から4行目	(6) デュアルチャンバ (IV型) 1,000,000円	(6) デュアルチャンバ (IV型) ① 標準型 1,000,000円 ② MR I 対応型 1,050,000円 ※ ②については、経過措置により薬事法承認番号が22400BZX00131000のものは、平成24年10月1日から平成26年3月31日までにおける材料価格は1,080,000円とされています。
768	左	下から3行目	(7) トリプルチャンバ (I型) 1,510,000円	(7) トリプルチャンバ (I型) ① 標準型 1,510,000円 ② 極性可変型 1,570,000円
768	右	下から13行目	⑤ アブレーション機能付き * 371,000円	⑤ アブレーション機能付き ア 標準型 * 371,000円 イ 接触情報感知機能付き 378,000円 ※ イについては、経過措置により薬事法承認番号が22400BZX00163000のものは、平成24年10月1日から平成26年3月31日までにおける材料価格は382,000円とされています。
768	右	[下から12行目の次に右のように追加]		⑦ 除細動機能付き 229,000円
769	左	[上から3行目の次に右のように追加]		(3) アダプター 256,000円
770	左	[下から12行目の次に右のように追加]		③ 軸流型 18,100,000円
771	左	上から6行目	バルーン型	遠位バルーン型
771	左	[上から6行目の次に右のように追加]		ウ 近位バルーン型 187,000円
771	右	[上から7行目の次に右のように追加]		(17) 下肢動脈狭窄部貫通用カテーテル 172,000円 (18) 血管塞栓用プラグ 126,000円

頁	欄	行	訂正前	訂正後
				(9) 冠動脈カテーテル交換用カテーテル 19,100円
772	左	上から7行目	139 組織拡張器 31,200円	139 組織拡張器 (1) 一般用 31,200円 (2) 乳房用 32,100円
772	左	下から15行目	(3) 胸部大動脈用ステントグラフト (メイン部分) 1,620,000円	(3) 胸部大動脈用ステントグラフト (メイン部分) ① 標準型 1,620,000円 ② 血管分岐部対応型 1,850,000円 ※ ②については、経過措置により薬事法承認番号が22400BZX00516000のものは、平成25年7月1日から平成26年3月31日までににおける材料価格は1,970,000円とされています。
772	左	下から10行目	150 ヒト自家移植組織 306,000円	150 ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮 306,000円 (2) 自家培養軟骨 2,080,000円
772	右	上から3行目	158 皮下グルコース測定用電極 6,070円	158 皮下グルコース測定用電極 (1) 一般型 6,070円 (2) 疼痛軽減・針刺し事故防止機構付加型 6,370円
772	右	下から13～10行目	172 尿道括約筋用補綴材 (略) 173 中心静脈血酸素飽和度測定用プローブ 23,500円	172 尿道括約筋用補綴材 (略) 173 中心静脈血酸素飽和度測定用プローブ 23,500円 174 植込型骨導補聴器 (1) 音振動変換器 396,000円 (2) 接合子付骨導端子 122,000円 (3) 骨導端子 63,200円 (4) 接合子 67,400円 175 脳手術用カテーテル 48,300円 176 子宮用止血バルーンカテーテル 17,900円 177 心房中隔穿刺針 51,700円 178 神経再生誘導材 388,000円 179 気管支用充填材 7,400円 180 陰圧創傷治療用カートリッジ 21,000円 181 人工乳房 69,400円
775	左		〔「114 体外式ペースメーカー用カテーテル電極」の項中「⑤ アブレーション機能付き」を右のように改める。〕	⑤ アブレーション機能付き ア 標準型
775	右		〔下から1行目の次に以下のように追加〕 (3) IIの規定にかかわらず、薬事法（昭和35年法律第145号）第14条第1項の規定による承認を受け、次の表の左欄の薬事法承認番号を付与された同欄に掲げる特定保険医療材料の同表の中欄に掲げる期間における材料価格は、それぞれ同表の右欄に掲げる材料価格とする。	
			112 ペースメーカー (6) デュアルチャンバ (IV型) ② MR I 対応型 (薬事法承認番号) 22400BZX00131000	平成24年10月1日から 平成26年3月31日まで 1,080,000円
			114 体外式ペースメーカー用カテーテル電極 (2) 心臓電気生理学的検査機能付加型 ⑤ アブレーション機能付き イ 接触情報感知機能付き (薬事法承認番号) 22400BZX00163000	平成24年10月1日から 平成26年3月31日まで 382,000円
			146 大動脈用ステントグラフト (3) 胸部大動脈用ステントグラフト (メイン部分) ② 血管分岐部対応型 (薬事法承認番号) 22400BZX00516000	平成25年7月1日から 平成26年3月31日まで 1,970,000円