

歯科診療報酬点数表

平成30年4月版

追補 201812

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

- 平成30年11月19日 厚生労働省告示第386号（平成30年11月20日適用）
- 平成30年11月19日 保医発1119第4号
- 平成30年11月27日 厚生労働省告示第402号（平成30年11月28日適用）
- 平成30年11月30日 厚生労働省告示第405号（平成30年12月1日適用）
- 平成30年11月30日 厚生労働省告示第406号（平成30年12月1日適用）
- 平成30年11月30日 保医発1130第1号
- 平成30年11月30日 保医発1130第3号（平成30年12月1日適用）
- 平成30年12月11日 厚生労働省告示第410号（平成30年12月12日適用）

● 本追補中、下線を付している部分は「追補201809」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
174	右		〔上から23行目の次に右のように追加〕	エ 永久歯に対する既製の金属冠による歯冠修復
177	右		〔上から2行目の次に次のように追加〕 ※ 永久歯に対する既製の金属冠に係る歯冠形成を行った場合は、本区分の「1のハ」乳歯金属冠又は本区分の「2のハ」乳歯金属冠に準じて算定する。	
187	左		〔上から3行目の次に右のように追加〕	3 永久歯金属冠 30点
187	右		〔上から23行目の次に次のように追加〕 ※ 永久歯に対して既製の金属冠による歯冠修復を行った場合は、本区分の「1」乳歯金属冠の場合に準じて算定する。	
237	右	下から9行目	<u>、ゴリムマブ製剤及びエミシズマブ製剤</u>	、ゴリムマブ製剤、エミシズマブ製剤、イカチバント製剤及びサリルマブ製剤
263	右	下から5行目	<u>、ゴリムマブ製剤及びエミシズマブ製剤</u>	、ゴリムマブ製剤、エミシズマブ製剤、イカチバント製剤及びサリルマブ製剤
264	右	下から1行目	ゴリムマブ製剤 <u>エミシズマブ製剤</u>	ゴリムマブ製剤 エミシズマブ製剤 イカチバント製剤 サリルマブ製剤
279	左	上から2行目	(平成30. 8.28 厚生労働省告示第310号改正)	(平成30.12.11 厚生労働省告示第410号改正)
282	左	上から24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除く。
283	左	上から6～7行目	<u>、ゴリムマブ製剤及びエミシズマブ製剤</u>	、ゴリムマブ製剤、エミシズマブ製剤、イカチバント製剤及びサリルマブ製剤
283	左	下から24行目	<u>、カナリア配合錠、アトーゼット配合錠H D、アトーゼット配合錠L D、アイセントレス錠600mg、スージャヌ配合錠、オデフシィ配合錠及びジェミーナ配合錠（1回の投薬量が30日分以内である場合に限る。）</u>	、カナリア配合錠、アトーゼット配合錠H D、アトーゼット配合錠L D、アイセントレス錠600mg、スージャヌ配合錠、オデフシィ配合錠、ジェミーナ配合錠（1回の投薬量が30日分以内である場合に限る。）、トラディアン配合錠A P、トラディアン配合錠B P、メトアナ配合錠H D、メトアナ配合錠L D及びジャルカ配合錠
311	左	上から2行目	(平成30. 8.31 厚生労働省告示第314号改正)	(平成30.11.30 厚生労働省告示第406号改正)
314	右		〔下から14行目の次に右のように追加〕	067 永久歯金属冠 1本 297円