

問1 次の各項について正しいものには○を、誤っているものには×を解答欄に記入しなさい。

1. 全国健康保険協会管掌健康保険の法別番号は01である。
2. 医療機関では、患者に対して特定の薬局へ行くよう指示をすることは禁じられている。
3. 保険診療で使用できる医薬品の価格等を一覧表にしたものを薬価基準表という。
4. 後期高齢者医療制度の対象者は75歳以上の人のみである。
5. レセプトの提出は、原則診療月の翌月10日までに行う。

問2 次の各項について正しいものには○を、誤っているものには×を解答欄に記入しなさい。

1. 高額療養費は、1ヶ月分の総医療費が自己負担限度額を超えた場合に、超過分が給付される制度である。
2. 保険診療を行うために、都道府県知事に申請をして登録を受けた医師を保険医と呼ぶ。
3. 社会保険は職場に勤める人を対象とした保険で、職域保険とも呼ばれる。
4. 自衛官の家族が加入する医療保険の法別番号は31である。
5. 保険外併用療養費の先進医療は、評価療養の1つである。

問3 次の各項についてA,Bと示されているもののうち正しい方を選び解答欄に記入しなさい。

1. 公費負担医療単独のレセプトは、(A、支払基金 B、国保連合会) に提出する。
2. 患者を診療した時に必ず算定する費用は (A、基本診療料 B、特掲診療料) である。
3. 9月10日に75歳となる患者は (A、9月10日 B、10月1日) から後期高齢者医療の対象となる。
4. レセプトを提出する前に見直しを行い、誤りを修正することを (A、総括 B、点検) という。
5. カルテは完結の日から (A、3年間 B、5年間) の保存が義務づけられている。

問9 次の診療録・薬価基準表およびレセプト点検問題を確認し、各問に答えなさい。

◆医療機関情報：病院（一般病床80床） 薬剤師常勤

【患者情報】氏名:光本 邦英 生年月日:昭和35年10月22日 性別:男			
保険者番号:222120		記号・番号:12・945820	
世帯主:光本 邦英			
傷病名	開始	終了	転帰
高血圧症(主)・前立腺肥大症	平成28年5月 2日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止
左手ガングリオン	令和 1年7月16日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止
マイコプラズマ肺炎	令和 1年7月25日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止
既往症・原因・主要症状・経過等		処方・手術・処置等	
<p>1.7.2(火)(内科) BP:125/89</p> <p>療養指導を行う。 投薬を継続し経過観察。</p> <p>薬剤情報提供(手帳記載)</p>		<p>1.7.2</p> <p>RP ①アダラートカプセル10mg 1C カプトリル錠12.5mg 1T プロプレス錠12mg 1T</p> <p>分1×28TD</p> <p>②ハルナールD錠0.2mg 1T</p> <p>分1×28TD</p>	
<p>1.7.16(火)(整形外科) 左手母指付け根にあるガングリオンが大きくなってきたため除去する。</p> <p>薬剤情報提供(手帳記載)</p>		<p>1.7.16</p> <p>ガングリオン摘出術</p> <p>〔キシロカイン注射液2%10mL イソジン液10% 10mL ソフラチュール貼付剤10cm 10cm×10cm1枚</p> <p>RP ソフラチュール貼付剤10cm 10cm×10cm3枚</p>	
<p>1.7.25(木)(内科) 2週間前から咳が続いている。 KT:38. 5℃</p> <p>薬剤情報提供(手帳記載)</p>		<p>1.7.25</p> <p>胸部デジタルX-P(画像記録用 半切1枚)</p> <p>B-末梢血液一般 B-CRP 寒冷凝集検査 マイコプラズマ抗体定性検査</p> <p>inj. ブドウ糖注射液20%20mL 1A パンスポリン静注用1g 1瓶</p> <p>iv</p> <p>RP クラリス錠200mg 2T コデインリン酸塩散10% 0.5g</p> <p>分2×7TD</p> <p>ムコソルバンL錠45mg 1T</p> <p>分1×7TD</p>	

◆薬価基準表

※薬価は全てこの試験用紙に記載された価格で算出すること。

【 内用薬 】		
品名	規格・単位	薬価
アダラートカプセル	10mg1カプセル	14.00
カプトリル錠	12.5mg1錠	14.00
クラリス錠	200mg1錠	67.90
Ⓜコデインリン酸塩散	10%1g	147.10
ハルナールD錠	0.2mg1錠	101.00
プロプレス錠	12mg1錠	177.40
ムコソルバンL錠	45mg1錠	56.70
【 外用薬 】		
品名	規格・単位	薬価
イソジン液	10%10mL	25.40
ソフラチュール貼付剤10cm	10cm×10cm1枚	55.10
【 注射薬 】		
品名	規格・単位	薬価
キシロカイン注射液	2%10mLバイアル	159
注射用水	5mL1管	61
注射用水	20mL1管	61
パンスポリン静注用	静Aq 1g1瓶	719
ブドウ糖注射液	20%20mL1管	66

◆点検用レセプト

診療報酬明細書

(医科入院外)

令和 1 年 7 月分

省略

都道府県番号 医療機関コード

1 1 社・国	3 後期	1 単独	2 本外	8 高外一
2 2 公費	4 退職	2 2 併	4 六外	0 高外7
		3 3 併	6 家外	
保険者番号	2 2	2 1 2	0	給付割 (7) (9) (8)

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 12-945820

公担号	費者	負番①	公担号	費者	負番②	公担号	費者	負番③	公担号	費者	負番④

氏名 光本 邦英
 1 男 2 女 1 明 2 大 3 昭 4 平 35 . 10 . 22 生
 職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

保険医療機関の所在地及び名称

省略

(80 床)

傷病名	(1) 高血圧症(主)・前立腺肥大症 (2) 左手ガングリオン (3) マイコプラズマ肺炎	診療開始日	(1) H28 年 5 月 2 日 (2) R1 年 7 月 16 日 (3) R1 年 7 月 25 日	転帰	治癒 死亡 中止	診療実日数	3 日
-----	---	-------	---	----	----------	-------	-----

11	初診	時間外・休日・深夜	1 回	282 点	公費分点数
12	再診	時間外	2 回	144	
	外来管理加算		1 回	52	
	時間外				
	休日				
	深夜				

13 医学管理 省略

14 在宅 診間 深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他 薬剤

20 投薬 21 内服 薬剤 調剤 × 単位 回 省略 22 屯服 薬剤 調剤 × 単位 回 省略 23 外用 薬剤 調剤 × 単位 回 省略 25 処方 × 回 26 麻毒 回 27 調基 回

30 注射 31 皮下筋肉内 回 省略 32 静脈内 回 省略 33 その他 回

40 処置 薬剤 回

50 手術 麻酔 薬剤 回

60 検査 病変 薬剤 回 省略

70 画像 診断 薬剤 回 省略

80 その他 処方せん 回 薬剤

13 特 薬情 手帳 147 × 1 13 × 3

21 アダラートカプセル10mg 1C 21 × 28
 カプトリル錠12.5mg 1T
 プロプレス錠12mg 1T

22 ハルナールD錠0.2mg 1T 10 × 28
 クラリス錠200mg 2T
 コデインリン酸塩散10% 0.5g } 21 × 7
 ムコソルバンL錠45mg 1T 6 × 7

23 ソフラチュール貼付剤10cm 10cm × 10cm 3枚 6 × 3

25 特処2 66 × 1

32 ブドウ糖注射液20%20mL1A 111 × 1
 バンスポリン静注用1g 1瓶

50 ガングリオン摘出術 16日 3050 × 1
 キシロカイン注射液2%10mL
 イソジン液10%10mL
 ソフラチュール貼付剤10cm 10cm × 10cm 1枚 } 24 × 1

60 B-末梢血液一般 21 × 1
 B-CRP、COLD、マイコプラズマ抗体定性 59 × 1
 B-V 30 × 1
 判 血、免 269 × 1

70 胸部デジタルX-P(半切1枚) 175 × 1

療養の給付	請求 点	※ 決定 点	一部負担金額 円	
	省略 点		減額 割(円)免除・支払猶子 円	
	点	点	円	※ 高額療養費 円 ※ 公費負担点数 点 ※ 公費負担点数 点

(1) 対象枠①の記載について、正しいものを下記より1つ選び、番号で記入しなさい。

①

記載に誤りはない

②

11	初診	時間外・休日・深夜	回	点
12	再診	72 ×	3回	216
	外来管理加算	52 ×	2回	104
再診	時間外	×	回	
	休日	×	回	
	深夜	×	回	

③

11	初診	時間外・休日・深夜	1回	282点
12	再診	72 ×	2回	144
	外来管理加算	52 ×	2回	104
再診	時間外	×	回	
	休日	×	回	
	深夜	×	回	

④

11	初診	時間外・休日・深夜	回	点
12	再診	72 ×	3回	216
	外来管理加算	52 ×	3回	156
再診	時間外	×	回	
	休日	×	回	
	深夜	×	回	

(2) 対象枠②の記載について、正しいものを下記より1つ選び、番号で記入しなさい。

①

記載に誤りはない

②

21	アダラートカプセル10mg 1C	}	20 × 28
	カプトリル錠12.5mg 1T		
	プロプレス錠12mg 1T		

③

21	アダラートカプセル10mg 1C	}	588 × 1
	カプトリル錠12.5mg 1T		
	プロプレス錠12mg 1T		

④

21	アダラートカプセル10mg	}	21 × 28
	カプトリル錠12.5mg		
	プロプレス錠12mg		

(3) 対象枠③の記載について、正しいものを下記より1つ選び、番号で記入しなさい。

①

記載に誤りはない

②

23	ソフラチュール貼付剤10cm	17 × 3
	10cm × 10cm 3枚	

③

23	ソフラチュール貼付剤10cm	5 × 3
	10cm × 10cm 3枚	

④

23	ソフラチュール貼付剤10cm	17 × 1
	10cm × 10cm 3枚	