

先生各位

検体検査実施料新規収載のお知らせ

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。
平素は格別のお引き立てを賜り、誠にありがとうございます。
このたび、「保医発0203第2号」により下記の検査項目に検査実施料が新設されましたので
ご案内いたします。

謹白

記

- 適用日 2021年（令和3年）2月3日から適用
- 新規保険収載項目

項目名	保険点数
インターフェロン-λ3（IFN-λ3）	340点

詳細は裏面をご参照ください。

● 詳細内容

検査項目	保険点数	判断料	診療報酬 点数表区分	備考
インターフェロン -λ3 (IFN-λ3)	340点	免疫学的 検査判断料 (144点)	D013 肝炎ウイルス関連検査 14 HBV ジェノタイプ判定	<p>インターフェロン-λ3(IFN-λ3)</p> <p>ア COVID-19 と診断された患者(呼吸不全管理を要する中等症以上の患者を除く。)の重症化リスクの判定補助を目的として、2ステップサンドイッチ法を用いた化学発光酵素免疫測定法により、インターフェロン-λ3(IFN-λ3)を測定した場合は、区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「14」HBVジェノタイプ判定の所定点数を準用して算定する。</p> <p>イ 本検査を2回以上算定する場合は、前回の検査結果が基準値未満であることを確認すること。</p> <p>ウ 本検査の実施に際し、区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「14」HBVジェノタイプ判定の所定点数を準用して算定する場合は、区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の「注」に定める規定は適用しない。</p>