

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--------|-----------|---|----------|---------------------|------|---|------|--|----|--|
| 1424 | 080230 | 皮膚色素異常症 | L80, L81 | | | | | | | | |
| 1425 | 080245 | 放射線皮膚障害 | L57, L58, L598, L599 | | | | | | | | |
| 1426 から 1430 まで | 080250 | 褥瘡潰瘍 | L89 | | | なし | K015, K016, K017 (2に限る。), K019, K020, K022 (2に限る。), K013, K013-2 なし | なし | J003, J001-4 なし | | |
| | | | | | | あり | K015, K016, K017 (2に限る。), K019, K020, K022 (2に限る。), K013, K013-2 | あり | J003, J001-4 | | |
| 1431 | 080260 | その他の皮膚の疾患 | L972, L22, L45, L67, L68, L71, L84, L852, L858, L859, L86, L87, L944, L945, L946, L948, L949, L981, L985, L986, L989, L99 | | | | | | | | |
| 1432 | 080270 | 食物アレルギー | T780, T781 | | | なし | D291-2 なし | | | | |
| 1433 から 1463 まで | 090010 | 乳房の悪性腫瘍 | C50, D05 | その他の手術あり | この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術 | なし | | なし | ペバシズマブ, パクリタキセル (アルブミン懸濁型), トラスツズマブ, ベルツズマブ, エリブリンメシル酸塩, ゲムシタビン塩酸塩, シクロホスファミド+塩酸エビルピシン, パクリタキセル, ドセタキセル水和物, 化学療法, 放射線療法, J038 (3に限る。), G005, J045 なし | あり | 010010, 040040, 040050, 070040, 080245 |
| | | | | | | 1 あり | | 1 あり | J038 (3に限る。), G005, J045 | | |
| | | | | | | 2 あり | | 2 あり | 放射線療法 | | |
| | | | | | | 3 あり | | 3 あり | 化学療法ありかつ放射線療法なし | | |

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|--------|---------------------|--|---|---|--|--|---|----|------------------------|
| | | | | 乳腺悪性腫瘍手術 (K476 (4に限る。)), 乳房部分切除術 (腋窩部郭清を伴うもの (内視鏡下によるものを含む。)) 等 | | | | 4 あり ゲムシタビン塩酸塩, シクロホスファミド+塩酸エピルビシンあり, パクリタキセル, ドセタキセル水和物 | | |
| | | | | | | | | 5 あり エリブリンメシル酸塩 | | |
| | | | | | | | | 6 あり トラスツズマブ, ペルツズマブ | | |
| | | | | | | | | 7 あり パクリタキセル (アルブミン懸濁型) | | |
| | | | | | | | | 8 あり ペバシズマブ | | |
| 1464 | 090020 | 乳房の良性腫瘍 | D24, D486, N60, N63 | | | | | | | |
| 1465 及び 1466 | 090030 | 乳房の炎症性障害 | N61, 091 | | | | | | | |
| 1467 | 090040 | 乳房の形態異常、女性化乳房、乳腺症など | N62, N64, 0920, 0921, Q83 | その他の手術あり | この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術 (ただし、K013, K013-2, K015, K016, K017 (1に限る。), K019, K020, K022 (1に限る。)) 及び K059 を除く。 | | | | | |
| 1468 から 1476 まで | 100020 | 甲状腺の悪性腫瘍 | C73, D093, D440, E070 | その他の手術あり | この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術 | | | なし ヒトチロトロピンアルファ, I 1 3 1 内用療法, 化学療法, 放射線療法なし | あり | 010120, 040010, 040040 |
| | | | | 甲状腺悪性腫瘍手術切除等 | K463 (1に限る。), K463 (2に限る。), K461 | | | 1 あり 化学療法, 放射線療法 | | |
| | | | | | | | | 2 あり I 1 3 1 内用療法 | | |
| | | | | | | | | 3 あり ヒトチロトロピンアルファ | | |
| 1477 から 1480 まで | 100030 | 内分泌腺および関連組織の腫瘍 | C752, C753, C754, C755, C758, C759, D353, D354, D355, D357, D359, D442, D444, D445, D446 | | | | | なし 化学療法, 放射線療法なし | | |
| | | | | | | | | あり 化学療法, 放射線療法 | | |
| 1481 から 1484 まで | 100040 | 糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏睡 | E100, E101, E110, E111, E130, E131, E140, E141 | | | | | なし J038 (3に限る。), G005 なし | あり | 040081, 110310 |
| | | | | | | | | あり J038 (3に限る。), G005 | | |
| 1485 | 100050 | 低血糖症 (糖尿病治療に伴う場合) | E160 | | | | | | | |