

# システム更新仕様書

2024年5月



# 目次

ハードウェア要件	P1～3
移行要件	P4
共通	P5～7
電子カルテシステム	P8～39
看護支援システム	P40～54
医事会計システム	P55～94
給食管理システム	P95～97
リハビリシステム	P98～102
インシデント管理システム	P102～105
検体検査システム	P106～113
放射線診断管理システム（診断RIS）	P114～116
病歴管理システム	P117～118
健診システム	P119～123
医療文書電子管理システム	P124～125
病理システム	P126～130
診察案内表示システム	P131～132
地域連携部門システム	P133～135
カルテビューアシステム	P136～137
看護勤務システム	P138～141
調剤支援システム	P142
二要素認証システム	P143～144

ハードウェア要件			
1	1		サーバ基本
1	1	1	サーバ基本
1	1	1	基本要件とソフトウェア要件を実現するため、電子カルテシステムほか当院医療システムの機能が稼働する構成とすること。また、サーバ構成は、電子カルテシステムメーカーの推奨する構成以外は認めないこととする。
1	1	2	使用するハードウェアのCPU、メモリ、ハードディスク容量は、各システムの処理の規模に応じて用意し、十分にスペックを満たしていること。また、将来的な拡張性を考慮した構成とすること。
1	1	3	サーバが停止しない構成を提案し、万が一、サーバに障害が発生しても、システム停止時間を最小限にし、業務に影響がないようにすること。
1	1	4	基幹システムである電子カルテシステムは仮想サーバ構成とする。部門システムについては、仮想化可能な範囲とし、仮想化できない部門システムは物理サーバでも可とする。
1	1	5	仮想サーバ基盤は、物理サーバを複数台で構成し、単一障害による業務停止を生じさせないこと。
1	1	6	本調達範囲内のシステムを構成する全サーバおよび各部門システムとの連携に必要なインターフェースサーバは、クラスタリングやレプリケーション等のシステム構成とし可用性を担保すること。障害が発生した場合は自動的に切り替わり運用できること。
1	1	2	仮想基盤サーバ1
1	1	2	1 下記のスペックを満たすこと。
1	1	2	2 サーバに用いるハードディスクはRAID構成とし、電源、LANの二重化等ハードが原因でシステムが停止しない構成とすること。
1	1	2	3 ディスク障害等によりディスク交換が必要な場合もサーバを停止することなく、システム運用中でも故障ディスクを交換できること。
1	1	2	4 サーバ筐体は電源を冗長化し、ホットプラグが可能であること。
1	1	2	5 電力の瞬断に対応できるように無停電電源装置（UPS）を有し、3分以上の停電の場合は、UPSからサーバに対して安全に自動シャットダウンが行われること。本稼動後もサーバ機器等を安全移動させるための管理システムを構築すること。
1	1	2	6 ハードウェアの故障検知と連動し、縮退故障の場合でも待機サーバへ切換えできること。
1	1	2	7 サーバ機器故障時に自動的に検知し、修理メーカーへ通知する仕組みを有すること。また、通知する際は管理サーバを有し、特定サーバのみが通知すること。
1	1	2	8 24時間365日、ハードウェアに関する質問・障害の受付窓口を有し、対応が可能な体制を確保すること。
1	1	2	9 メモリは32GB以上であること。
1	1	2	10 内蔵ディスク容量は300GB×3以上の物理容量を有し、データ量等を考慮し十分な容量を確保すること。
1	1	2	11 電子カルテシステムで使用する仮想サーバOSはWindows Server 2022 相当以上であること。ただし、対応していない部門システムベンダがあれば、動作するOSでも構わない。
1	1	2	12 ネットワークカードは1000BASE-Tの2ポート以上の構成とし冗長化すること。
1	1	2	13 基幹サーバのCPU性能はクアッドコアIntel製Xeon Gold 6248R 2GHz相当以上であること。
1	1	2	14 CPUは1筐体あたり2CPU以上実装していること。
1	1	2	15 Fibre Channel規格（最大転送速度8Gbps）に準拠したインタフェースを搭載すること。
1	1	2	16 米国電子工業会（EIA）標準に準拠した19インチラックに搭載できること。
1	1	2	17 複数のサーバで、ディスプレイ、キーボード、マウスが共有できる機能を有すること。
1	1	2	18 無停電電源装置より電源供給を行うこと。
1	1	2	19 サーバ保守は7年間対応を含めた提案をすること。
1	1	3	仮想基盤サーバ2
1	1	3	1 下記のスペックを満たすこと。
1	1	3	2 サーバに用いるハードディスクはRAID構成とし、電源、LANの二重化等ハードが原因でシステムが停止しない構成とすること。
1	1	3	3 ディスク障害等によりディスク交換が必要な場合もサーバを停止することなく、システム運用中でも故障ディスクを交換できること。
1	1	3	4 サーバ筐体は電源を冗長化し、ホットプラグが可能であること。
1	1	3	5 電力の瞬断に対応できるように無停電電源装置（UPS）を有し、3分以上の停電の場合は、UPSからサーバに対して安全に自動シャットダウンが行われること。本稼動後もサーバ機器等を安全移動させるための管理システムを構築すること。
1	1	3	6 ハードウェアの故障検知と連動し、縮退故障の場合でも待機サーバへ切換えできること。
1	1	3	7 サーバ機器故障時に自動的に検知し、修理メーカーへ通知する仕組みを有すること。また、通知する際は管理サーバを有し、特定サーバのみが通知すること。
1	1	3	8 24時間365日、ハードウェアに関する質問・障害の受付窓口を有し、対応が可能な体制を確保すること。
1	1	3	9 メモリは32GB以上であること。
1	1	3	10 内蔵ディスク容量は300GB×3以上の物理容量を有し、データ量等を考慮し十分な容量を確保すること。
1	1	3	11 電子カルテシステムで使用する仮想サーバOSはWindows Server 2022 相当以上であること。ただし、対応していない部門システムベンダがあれば、動作するOSでも構わない。
1	1	3	12 ネットワークカードは1000BASE-Tの2ポート以上の構成とし冗長化すること。
1	1	3	13 基幹サーバのCPU性能はクアッドコアIntel製Xeon Gold 6248R 2GHz相当以上であること。
1	1	3	14 CPUは1筐体あたり2CPU以上実装していること。
1	1	3	15 Fibre Channel規格（最大転送速度8Gbps）に準拠したインタフェースを搭載すること。
1	1	3	16 米国電子工業会（EIA）標準に準拠した19インチラックに搭載できること。
1	1	3	17 複数のサーバで、ディスプレイ、キーボード、マウスが共有できる機能を有すること。
1	1	3	18 無停電電源装置より電源供給を行うこと。
1	1	3	19 サーバ保守は7年間対応を含めた提案をすること。
1	1	4	仮想基盤サーバ3
1	1	4	1 下記のスペックを満たすこと。
1	1	4	2 サーバに用いるハードディスクはRAID構成とし、電源、LANの二重化等ハードが原因でシステムが停止しない構成とすること。
1	1	4	3 ディスク障害等によりディスク交換が必要な場合もサーバを停止することなく、システム運用中でも故障ディスクを交換できること。
1	1	4	4 サーバ筐体は電源を冗長化し、ホットプラグが可能であること。
1	1	4	5 電力の瞬断に対応できるように無停電電源装置（UPS）を有し、3分以上の停電の場合は、UPSからサーバに対して安全に自動シャットダウンが行われること。本稼動後もサーバ機器等を安全移動させるための管理システムを構築すること。
1	1	4	6 ハードウェアの故障検知と連動し、縮退故障の場合でも待機サーバへ切換えできること。
1	1	4	7 サーバ機器故障時に自動的に検知し、修理メーカーへ通知する仕組みを有すること。また、通知する際は管理サーバを有し、特定サーバのみが通知すること。
1	1	4	8 24時間365日、ハードウェアに関する質問・障害の受付窓口を有し、対応が可能な体制を確保すること。
1	1	4	9 メモリは32GB以上であること。
1	1	4	10 内蔵ディスク容量は300GB×3以上の物理容量を有し、データ量等を考慮し十分な容量を確保すること。
1	1	4	11 電子カルテシステムで使用する仮想サーバOSはWindows Server 2022 相当以上であること。ただし、対応していない部門システムベンダがあれば、動作するOSでも構わない。
1	1	4	12 ネットワークカードは1000BASE-Tの2ポート以上の構成とし冗長化すること。
1	1	4	13 基幹サーバのCPU性能はクアッドコアIntel製Xeon Gold 6248R 2GHz相当以上であること。
1	1	4	14 CPUは1筐体あたり2CPU以上実装していること。
1	1	4	15 Fibre Channel規格（最大転送速度8Gbps）に準拠したインタフェースを搭載すること。
1	1	4	16 米国電子工業会（EIA）標準に準拠した19インチラックに搭載できること。
1	1	4	17 複数のサーバで、ディスプレイ、キーボード、マウスが共有できる機能を有すること。

1	1	4	18	無停電電源装置より電源供給を行うこと。
1	1	4	19	サーバ保守は7年間対応を含めた提案をすること。
1	1	5		仮想基盤用 iStorage
1	1	5	1	下記のスペックを満たすこと。
1	1	5	2	ディスク障害等によりディスク交換が必要な場合もサーバを停止することなく、システム運用中でも故障ディスクを交換できること。
1	1	5	3	サーバ筐体は電源を冗長化し、ホットプラグが可能であること。
1	1	5	4	電力の瞬断に対応できるように無停電電源装置（UPS）を有し、3分以上の停電の場合は、UPSからサーバに対して安全に自動シャットダウンが行われること。本稼動後もサーバ機器等を安全移動させるための管理システムを構築すること。
1	1	5	5	ハードウェアの故障検知と連動し、縮退故障の場合でも待機サーバへ切換えできること。
1	1	5	6	サーバ機器故障時に自動的に検知し、修理メーカーへ通知する仕組みを有すること。また、通知する際は管理サーバを有し、特定サーバのみが通知すること。
1	1	5	7	24時間365日、ハードウェアに関する質問・障害の受付窓口を有し、対応が可能な体制を確保すること。
1	1	5	8	内蔵ディスク容量は36TB以上の物理容量を有し、データ量等を考慮し十分な容量を確保すること。
1	1	5	9	SASディスクドライブを12台以上搭載可能な筐体とする。
1	1	5	10	ネットワークカードは1000BASE-Tの2ポート以上の構成とし冗長化すること。
1	1	5	11	Fibre Channel規格（最大転送速度8Gbps）に準拠したインタフェースを搭載すること。
1	1	5	12	米国電子工業会（EIA）標準に準拠した19インチラックに搭載できること。
1	1	5	13	複数のサーバで、ディスプレイ、キーボード、マウスが共有できる機能を有すること。
1	1	5	14	無停電電源装置より電源供給を行うこと。
1	1	5	15	サーバ保守は7年間対応を含めた提案をすること。
1	1	6		仮想管理サーバ
1	1	6	1	下記のスペックを満たすこと。
1	1	6	2	ディスク障害等によりディスク交換が必要な場合もサーバを停止することなく、システム運用中でも故障ディスクを交換できること。
1	1	6	3	サーバ筐体は電源を冗長化し、ホットプラグが可能であること。
1	1	6	4	電力の瞬断に対応できるように無停電電源装置（UPS）を有し、3分以上の停電の場合は、UPSからサーバに対して安全に自動シャットダウンが行われること。本稼動後もサーバ機器等を安全移動させるための管理システムを構築すること。
1	1	6	5	サーバ機器故障時に自動的に検知し、修理メーカーへ通知する仕組みを有すること。また、通知する際は管理サーバを有し、特定サーバのみが通知すること。
1	1	6	6	24時間365日、ハードウェアに関する質問・障害の受付窓口を有し、対応が可能な体制を確保すること。
1	1	6	7	内蔵ディスク容量は1TB×2以上の物理容量を有し、データ量等を考慮し十分な容量を確保すること。
1	1	6	8	ネットワークカードは1000BASE-Tの2ポート以上の構成とし冗長化すること。
1	1	6	9	Fibre Channel規格（最大転送速度8Gbps）に準拠したインタフェースを搭載すること。
1	1	6	10	米国電子工業会（EIA）標準に準拠した19インチラックに搭載できること。
1	1	6	11	複数のサーバで、ディスプレイ、キーボード、マウスが共有できる機能を有すること。
1	1	6	12	無停電電源装置より電源供給を行うこと。
1	1	6	13	サーバ保守は7年間対応を含めた提案をすること。
1	1	7		バックアップサーバ
1	1	7	1	下記のスペックを満たすこと。
1	1	7	2	内蔵ディスク容量は2.4TB×4以上の物理容量を有し、データ量等を考慮し十分な容量を確保すること。
1	1	7	3	電力の瞬断に対応できるように無停電電源装置（UPS）を有し、3分以上の停電の場合は、UPSからサーバに対して安全に自動シャットダウンが行われること。本稼動後もサーバ機器等を安全移動させるための管理システムを構築すること。
1	1	7	4	24時間365日、ハードウェアに関する質問・障害の受付窓口を有し、対応が可能な体制を確保すること。
1	1	7	5	ネットワークカードは1000BASE-Tの2ポート以上の構成とし冗長化すること。
1	1	7	6	米国電子工業会（EIA）標準に準拠した19インチラックに搭載できること。
1	1	7	7	複数のサーバで、ディスプレイ、キーボード、マウスが共有できる機能を有すること。
1	1	7	8	無停電電源装置より電源供給を行うこと。
1	1	7	9	サーバ保守は7年間対応を含めた提案をすること。
1	1	8		ウィルス対策サーバ
1	1	8	1	下記のスペックを満たすこと。
1	1	8	2	内蔵ディスク容量は1TB×2以上の物理容量を有し、データ量等を考慮し十分な容量を確保すること。
1	1	8	3	電力の瞬断に対応できるように無停電電源装置（UPS）を有し、3分以上の停電の場合は、UPSからサーバに対して安全に自動シャットダウンが行われること。本稼動後もサーバ機器等を安全移動させるための管理システムを構築すること。
1	1	8	4	24時間365日、ハードウェアに関する質問・障害の受付窓口を有し、対応が可能な体制を確保すること。
1	1	8	5	ネットワークカードは1000BASE-Tの2ポート以上の構成とし冗長化すること。
1	1	8	6	米国電子工業会（EIA）標準に準拠した19インチラックに搭載できること。
1	1	8	7	複数のサーバで、ディスプレイ、キーボード、マウスが共有できる機能を有すること。
1	1	8	8	無停電電源装置より電源供給を行うこと。
1	1	8	9	サーバ保守は7年間対応を含めた提案をすること。
1	1	9		ドメインサーバ
1	1	9	1	下記のスペックを満たすこと。
1	1	9	2	内蔵ディスク容量は1TB×2以上の物理容量を有し、データ量等を考慮し十分な容量を確保すること。
1	1	9	3	電力の瞬断に対応できるように無停電電源装置（UPS）を有し、3分以上の停電の場合は、UPSからサーバに対して安全に自動シャットダウンが行われること。本稼動後もサーバ機器等を安全移動させるための管理システムを構築すること。
1	1	9	4	24時間365日、ハードウェアに関する質問・障害の受付窓口を有し、対応が可能な体制を確保すること。
1	1	9	5	ネットワークカードは1000BASE-Tの2ポート以上の構成とし冗長化すること。
1	1	9	6	米国電子工業会（EIA）標準に準拠した19インチラックに搭載できること。
1	1	9	7	複数のサーバで、ディスプレイ、キーボード、マウスが共有できる機能を有すること。
1	1	9	8	無停電電源装置より電源供給を行うこと。
1	1	9	9	サーバ保守は7年間対応を含めた提案をすること。
1	1	10		WSUSサーバ
1	1	10	1	下記のスペックを満たすこと。
1	1	10	2	内蔵ディスク容量は1TB×2以上の物理容量を有し、データ量等を考慮し十分な容量を確保すること。
1	1	10	3	電力の瞬断に対応できるように無停電電源装置（UPS）を有し、3分以上の停電の場合は、UPSからサーバに対して安全に自動シャットダウンが行われること。本稼動後もサーバ機器等を安全移動させるための管理システムを構築すること。
1	1	10	4	24時間365日、ハードウェアに関する質問・障害の受付窓口を有し、対応が可能な体制を確保すること。
1	1	10	5	ネットワークカードは1000BASE-Tの2ポート以上の構成とし冗長化すること。
1	1	10	6	米国電子工業会（EIA）標準に準拠した19インチラックに搭載できること。
1	1	10	7	複数のサーバで、ディスプレイ、キーボード、マウスが共有できる機能を有すること。
1	1	10	8	無停電電源装置より電源供給を行うこと。
1	1	10	9	サーバ保守は7年間対応を含めた提案をすること。
1	1	11		PC-WInGsサーバ
1	1	11	1	下記のスペックを満たすこと。
1	1	11	2	内蔵ディスク容量は1.8TB×4以上の物理容量を有し、データ量等を考慮し十分な容量を確保すること。
1	1	11	3	電力の瞬断に対応できるように無停電電源装置（UPS）を有し、3分以上の停電の場合は、UPSからサーバに対して安全に自動シャットダウンが行われること。本稼動後もサーバ機器等を安全移動させるための管理システムを構築すること。
1	1	11	4	24時間365日、ハードウェアに関する質問・障害の受付窓口を有し、対応が可能な体制を確保すること。

1	1	11	5	ネットワークカードは1000BASE-Tの2ポート以上の構成とし冗長化すること。
1	1	11	6	米国電子工業会（EIA）標準に準拠した19インチラックに搭載できること。
1	1	11	7	複数のサーバで、ディスプレイ、キーボード、マウスが共有できる機能を有すること。
1	1	11	8	無停電電源装置より電源供給を行うこと。
1	1	11	9	サーバ保守は7年間対応を含めた提案をすること。
1	1	12		ラック関連
1	1	12	1	下記のスペックを満たすこと。
1	1	12	2	ラックを準備し、サーバ、無停電装置等の機器を搭載できること。
1	1	12	3	17.0型LCDコンソールユニットを搭載すること。
1	1	12	4	スイッチユニットを搭載し、各サーバのディスプレイ、キーボード、マウスの操作ができるようにすること。
1	1	13		サーバスイッチ関連
1	1	13	1	IPアドレスを設定することができ、設定されたインターフェースがpingに応答すること。
1	1	13	2	ボックス型のL2スイッチ製品を4台準備すること。
1	1	13	3	将来的な拡張性を考慮し、複数のスタック論理的に1台とするスタック接続機能及び、専用のスタックスロットを有すること。
1	1	13	4	装置単体で10Base-T/100Base-TX/1000Base-Tポートを24ポート以上有すること。
1	1	14		テープバックアップ関連
1	1	14	1	オフラインバックアップの環境を構築すること。
1	1	14	2	バックアップを取得するソフトウェアも準備すること。
1	1	15		その他
1	1	15	1	LANケーブル（50本）を準備すること。またそれ以外に必要なLANケーブルも見積に含むこと。
1	2			クライアント
1	2	1		クライアント
1	2	1	1	今回提案するシステムが動作する端末を準備すること。
1	2	1	2	CPUはインテル Corei3-13100(最大4.5GHz)またはそれと同等以上の性能のものを有すること。
1	2	1	3	デスクトップ端末は350台準備すること。
1	2	1	4	ノート端末は70台準備すること。
1	2	1	5	OSはWindows11 Pro 64bit、またはそれと同等以上であること。
1	2	1	6	メモリは合計8GB以上であること。
1	2	1	7	HDDもしくはSSDは256GB以上を搭載していること。
1	2	1	8	ディスプレイは21.5インチモニタ以上を実装すること。
1	2	1	9	高精細モニタとの接続に必要なグラフィックボードやケーブル類は病院準備とする。
1	2	1	10	Microsoft Office 2021以上またはOffice相当（JustOffice等）を431本準備すること。
1	2	1	11	1000BASE-T/100BASE-TX/10BASE-Tを標準装備すること。
1	2	2		医学辞書
1	2	2	1	医学辞書は431台準備すること。
1	3			その他
1	3	1		その他
1	3	1	1	Oracle Database StandardEditionを仮想基盤サーバ分準備すること。
1	3	1	2	SQLServer2019 Standard 2CoreLicenseを医療文書電子管理システム用に2本準備すること。
1	3	1	3	CALを電子カルテクライアント用に420本、部門システム用に28本準備すること。
1	3	1	4	Microsoft Excel 2021以上をリハビリサーバ用に準備すること。またはそれと同等以上の性能のものを有すること。
1	3	1	5	Microsoft Access 2021以上を医事会計システム用に2本準備すること。またはそれと同等以上の性能のものを有すること。
1	3	1	6	Acrobat Standard 2020以上を勤務表システム用に1本準備すること。またはそれと同等以上の性能のものを有すること。
1	3	1	7	Microsoft Office 2021以上を下記のサーバ分準備すること。またはそれと同等以上の性能のものを有すること。 ・放射線診断管理システム（1本） ・病歴管理システム（1本） ・検体検査システム（1本） ・勤務表システム（1本）

移行要件				
1	1		データ移行	
1	1	1	既存基幹システムベンダおよび既存部門システムベンダと協議し、既存システムからの移行データについて、e-文書法に準拠した電子保存の原本を担保すること。なお、既存基幹システム（電子カルテシステム及び医事会計システム）からのデータ抽出等、データ移行に関わる費用はすべて本調達には含むこと。	
1	1	1	2	新システムへ移行されたデータについては、電子カルテの三原則を技術的に担保することが望ましいが、それが技術的に困難である場合、電子保存の三原則を担保する形で継続的に利用する方法を提案すること（本提案に要する費用はすべて提案価格に含めること）。
1	1	1	3	更新対象のシステムに蓄積されたマスタおよびデータを次期システム上に移行すること。また、仕様書上に記載がなくとも、診療継続上、必要となるマスタやデータについては、もれなく移行すること。
1	1	1	4	既存基幹システムおよび既存部門システムからのデータ移行は、原則としてプログラム等により移行することとし、プログラム等で移行できないマスタやデータは、納入者の責任において入力要員を手配し追加入力などを実施すること。病院職員は、移行・入力結果の確認および移行・入力作業に必要なアドバイスをを行う。
1	1	1	5	移行作業は当院職員に大きな負担をかけることなく、安全かつ確実に移行して、病院業務に支障をきたさないこと。
1	1	1	6	移行するデータについて、移行後において差異がないことを技術的に保証するとともに、その旨を記載した移行データ保証書（様式は任意とするが、基本検証、外観検証、機能検証等について記載すること。）を提出すること。
1	1	1	7	移行スケジュール、移行方法及び確認方法等は、当院と十分協議のうえ、決定すること。
1	1	1	8	オーダ情報については、次期システム稼働日以降の未来分含む全てのデータ（再診予約、検査予約（放射線、内視鏡、生理、検体・細菌、病理、輸血、エコー等）、注射・処置、手術、リハビリ、看護等）を移行すること。
1	1	1	9	既存システムに登録されているセット情報（医師別、診療科別、病院共通）を全件移行し、次期システムで利用できること。なお、プログラム等での移行が困難な場合は、納入者の手入力による移行でも可とする。
1	1	1	10	既存システムに登録されているテンプレート、シェーマ、文書ひな形等を全件移行し、次期システムで利用できること。なお、プログラム等での移行が困難な場合は、納入者の手入力による移行でも可とする。
1	1	1	11	データ移行作業は、院内で行い院外には持ち出さないこと。
1	1	1	12	既存システムからの移行対象データの抽出は、現行システムの開発業者が実施する予定である。納入者に対して提供する移行用データは、現行システムから抽出したままのデータ内容とする。（データ内容の説明等は現行システム開発業者から実施する）
1	1	1	13	移行対象データのデータフォーマットの変換については、納入者が実施すること。
1	1	1	14	データの整合性の確認は、納入者が実施すること。もし一部のデータに不整合があった場合には、その対処について当院に指示を仰ぐこと。
1	1	1	15	既存基幹システムおよび既存部門システムのデータ移行について、稼働3か月前までに移行リハーサルを実施した上で、移行実施計画を策定し、当院の承認を得ること。

1				<b>共通</b>
1	1			基本仕様
1	1	1		導入及び開発体制
1	1	1	1	納入者は、専任の開発チームで当開発にあたること。なお開発チームの構成員は、医療機関の業務に精通した者で、提案システムを導入した経験を持つ者を配置すること。
1	1	1	2	運用検討は「運用検討ワークシート」を元に選択形式で効率良く取り決めが可能なこと。
1	1	1	3	運用検討部会における、議事録を作成し提出すること。
1	1	1	4	運用環境が完成した段階で、総合的なリハーサルを2回以上行い本稼働に備えること。
1	1	1	5	システム稼働後、立会い業務スキルを有する人員を、1週目は10名以上、2週目は4名以上、各部署に配置し、立会いを実施すること。
1	1	1	6	システム設計、プログラム製造からシステム総合テストまでの作業、医療機関職員への操作研修、本稼働前のリハーサル、本稼働立ち会い、安定稼働までのシステム支援など、全てに対応すること。
1	1	1	7	システム開発途中においては、随時パッケージソフトを提示し、画面構成および機能、操作性の説明を行い、マスター設定の変更でどのように変化するかユーザーが確認可能なこと。
1	1	1	8	設置する機器との接続テスト、機能テストおよびプログラムテストは医療機関職員の立ち会いのもとに行い、その評価を受けること。
1	1	1	9	プログラムのテストデータは医療機関の提供するデータを用い、実際の稼働環境に適切なプログラムであるかどうかを確認すること。
1	1	1	10	システム導入のスケジュールを医療機関に提示したうえで、進捗会議を月1回以上開催し、医療機関に書面にて報告すること。（但し、稼働1ヶ月前は毎週）
1	1	1	11	システム開発プロジェクトは各システムごとに医療機関業務およびITに精通したシステムエンジニアで編成すること。担当者は正当な理由が無い限り、システム開発初期から本稼働までの期間において変更を行わないこと。
1	1	1	12	システム開発中に発生する懸案事項、問題点に対し請負者側の検討が必要な場合、解決方策を速やかに提案すること。
1	1	1	13	医療機関職員へ対象となるシステムを運用するために、必要な教育および端末機器などの操作訓練を行うこと。また、教育や操作訓練に必要な操作マニュアルを作成すること。
1	1	2		<b>保守管理体制</b>
1	1	2	1	納入した全ての機器、ソフトウェアなどに関して、アフターサービス、修理、部品などの提供、各種相談の受付など連絡窓口を一本化し、常時速やかに障害に対処できる体制を確保すること。
1	1	2	2	ハードウェア・ソフトウェアの一次窓口は一本化されること。
1	1	2	3	障害時、障害内容と原因および対処などの経過を報告すること。ただし緊急性のある場合は、事後報告も可能とする。
1	1	2	4	障害が発生した際は、速やかに保守技術者を医療機関へ派遣し、障害復旧作業を行うことを基本とする
1	1	2	5	ハードウェア障害に関し、24時間対応窓口を設置し緊急時にも遅滞なく対応可能なこと。なお、窓口の所在地は問わないが、技術者を有する拠点は市内を基本とする。なお、市内に拠点が無い場合は、対応する拠点を明記すること。
1	1	2	6	ソフトウェアに起因する障害には、緊急時にも遅滞なく対応可能なこと。また、基幹サーバについてはリモート管理により異常が発生した時点で保守担当部門へ自動通報が可能なこと。
1	1	2	7	ソフトウェアに起因する障害には、緊急時にも遅滞なく対応可能なこと。なお、窓口の所在地は問わないが、技術者を有する拠点からリモートメンテナンスによる対応が可能なこと。
1	1	3		<b>端末の管理</b>
1	1	3	1	モジュール自動配信が容易に可能なこと。（基本プログラムの配信はメーカー作業）
1	1	3	2	マスター修正後、ユーザーによる配信作業を必要としないこと。
1	1	3	3	設定ファイル修正後、ユーザーによる配信作業を必要としないこと。
1	1	3	4	共通文書のテンプレート作成・修正後、ユーザーによる配信作業を必要としないこと。
1	1	3	5	機能強化などでプログラム配信が発生した際、起動中の端末へシステム再起動を促すメッセージを表示すること。
1	1	3	6	各端末の一元管理を実現するための総合的な機能を提供すること。（端末名やIPアドレスなどの変更や管理が容易に可能なこと。）
1	1	3	7	情報管理者が各端末ごとのアクセスやデータの保存などについて制限をかけることが可能なこと。
1	1	4		<b>端末の操作性</b>
1	1	4	1	操作は簡便で統一性が考慮されていること。Windows 10以上の機能を有すること。（Word、ExcelなどのOfficeソフトを必要数実装すること。）
1	1	4	2	ユーザーごとに一覧画面の項目表示順の並びを設定可能なこと。また、端末が変わってもユーザーの設定はログインIDにより引き継がれること。
1	1	4	3	画面解像度ごとにユーザーが設定した画面配置を記憶可能なこと。
1	1	4	4	画面解像度ごとにユーザーが設定するフォントを記憶する場合、以下が可能なこと。
1	1	4	5	・フォントの種類とフォントサイズは患者一覧画面とカルテ画面上から直接設定可能であること。
1	1	4	6	・変更したフォントは、その子画面へ引継ぎが可能であること。
1	1	4	7	・端末が変わっても操作者の設定はログインIDにより引継ぎが可能であること。
1	1	4	8	画面解像度はUXGA（1600×1200ピクセル）以上の高解像度モニターに対応していること。
1	1	4	9	登録・修正・削除などのボタンに色を付け、視覚的に判別が容易であること。
1	1	4	10	患者パネルは男性・女性・性別不明で色分けが可能なこと。
1	1	4	11	各個人ごとの日本語辞書の作成が可能なこと。
1	1	5		<b>拡張性</b>
1	1	5	1	将来、対象業務やデータ量が増えた場合の拡張性が考慮されており、機器更新が容易に行える柔軟性を確保すること。
1	1	5	2	ソフトウェアの仕様変更は、可能な限りマスターメンテナンスで対応が可能なこと。
1	1	6		<b>端末応答時間</b>
1	1	6	1	病院内に高速ネットワークシステムを構築し、画像情報や波形・図形のイメージ情報など、大容量データの通信、およびデータ参照が、ユーザーにとってストレスなく行われること。
1	1	6	2	各種受付・予約患者画面、1患者の診療履歴画面、診療情報登録・参照画面などの端末応答時間は、システム利用上、支障の無い応答時間を維持すべく善処すること。またデータの長期保存により応答時間が低下しないよう機器選定、各種パラメータ設定を行なうこと。
1	1	6	3	端末応答時間は、以下を目安とすること。
1	1	6	4	・入力内容のチェック処理：1～2秒
1	1	6	5	・データ検索処理：2～5秒
1	1	7		<b>システムのメンテナンス</b>
1	1	7	1	情報システムは24時間365日の安定した連続運用が可能であること。（制限がある場合は入札提案時に通知すること。）
1	1	7	2	監視機能により以下が可能なこと。
1	1	7	3	・システムの監視
1	1	7	4	・リモートメンテナンス
1	1	7	5	電子カルテシステム、オーダーリングシステム、医事会計システムなどの基幹業務システムを停止することなく、データベースのバックアップなどのメンテナンスが可能なこと。
1	1	7	6	プログラムを改修せずに、マスターや設定ファイルの更新作業でシステム保守が容易に行える仕組みをもっていること。またその方法はユーザー側の要求に応じて情報提供可能なこと。
1	1	7	7	マスターや設定ファイルの変更の動作確認を行うため、標準機能としてテスト環境が構築されていること。
1	1	7	8	テスト環境から本番環境へ、テーブル単位のマスターが移行可能なこと。また、その逆も可能なこと。
1	1	7	9	設定ファイルは一元管理されていること。ただし端末ごとに設定内容の変更、削除も可能とし、各部署の運用に柔軟に対応可能なこと。
1	1	7	10	設定ファイルは専用の設定ツールを持ち、保守性が高いこと。
1	1	7	11	マスター、設定ファイル、文書のテンプレートはサーバーで一括管理し、ユーザーの配信の作業が発生しないこと。



1	1	7	12	診療科、病棟、病室、部署、医療機関職員（システム利用者）、運用制限時間など、医療機関の基本的な組織・運営に関わる情報について、変更が生じてもマスターの設定により画面、帳票の修正が容易に可能なこと。ただしデータの追加などにより画面や帳票のレイアウトが異なる場合や特殊設定が必要な場合は、この限りではない
1	1	7	13	マスターの内容を随時変更する必要がある場合は、マスター保守画面を開いて、マスター登録・更新が可能なこと。
1	1	7	14	病名や医薬品に関するマスターをオーダリングシステム、電子カルテシステム、医事会計システムなどに登録する場合、MEDISの標準マスターより提供されるCD-ROMなどの電子媒体から登録が行えること。（追加、更新時に対応）。また処置、手術、検査、医療材料などについても、対応できていれば望ましい
1	1	8		<b>システムの信頼性</b>
1	1	8	1	基幹業務システムの以下部品の基幹スイッチを二重化し、万全なシステム障害対策を行うこと。（障害発生時のバックアップ、データ復元が可能なる仕組みを有すること。）
1	1	8	2	・CPU
1	1	8	3	・ストレージ
1	1	8	4	・ネットワーク
1	1	8	5	オーダリングシステムや電子カルテシステムが停止した場合でも、部門系システムでのローカル運用ができるシステムであること。（オーダリングシステムや電子カルテシステムから部門システムへのデータ取り込みについては、伝票による情報伝達と手入力によってローカル運用が可能であるなど）
1	1	9		<b>システムの機能</b>
1	1	9	1	各システム間の円滑な情報連携を実現すること。（既存の継続使用システム、医療機器、設備機器との接続においても同様とする）
1	1	9	2	オーダリングシステム、電子カルテシステムを基幹システムとして、院内各部門が円滑に運用できるようシステム機能上の配慮をすること。
1	1	9	3	患者情報や診療情報として、テキストデータ、画像データ、波形データ、イラストデータ、音声データなどのマルチメディアデータを同一画面上で扱えること。波形データについてはイメージでもよい
1	1	9	4	電子カルテシステムや部門システムなどが同一のPC上で稼働し、複数の業務システムを利用可能なこと。
1	1	9	5	電子カルテの規格として、HL7 Ver.2.4以降およびHL7 Ver.3（XML形式）、DICOM規格を実装すること。
1	1	9	6	電子カルテシステムと各部門システムとの間で、Webを利用した情報連携が可能なこと。
1	1	9	7	各部署における患者の受付、到着確認、実施など業務で、診察券やリストバンドのバーコードを読み取ることによって患者データの照会画面表示や到着確認、実施登録などの処理が可能なこと。
1	1	9	8	必要に応じて、各種指示箋や帳票にバーコードを印字し、それを読み取ることにより上記と同様の処理が可能なこと。
1	1	9	9	各検査、オーダー画面にはヘルプボタンが設定可能なこと。ヘルプの内容は各部門の運用に合わせて設定可能なこと。
1	1	9	10	診療記録や画像情報、検査結果には自由に付箋を貼り付けて、後で一括参照できること。
1	1	9	11	電子メール、電子掲示板、施設スケジュール管理など、院内共通情報インフラを構築すること。
1	1	9	12	カルテの記載に関しては、SOAPの統合システムを導入すること。
1	1	9	13	カルテ開示の項目設定と一括出力が行えること。また、カルテ出力は、期間指定、病名の有無、出力情報選択、保険種別に可能なこと。
1	1	9	14	外来患者一覧画面は、あらかじめ設定した情報の表示・非表示が反映されていること。
1	1	9	15	アプリケーション仮想化への対応が可能なこと。
1	1	10		<b>データの一元管理・共有化</b>
1	1	10	1	患者の基本情報（感染症、アレルギー、血液型、身長・体重を含む）は、一元管理されると同時に、他機能の画面や他部門システムなどでも利用が可能なこと。
1	1	10	2	予約の情報（診療、検査、リハビリ、透析などすべて）は、一元管理されると同時に、他機能の画面や他部門システムなどでも利用が可能なこと。また、予約時刻重複チェックが可能なこと。
1	1	11		<b>セキュリティ</b>
1	1	11	1	機密保護対策として、ユーザーIDおよびパスワードによる認証を行うこと。
1	1	11	2	パスワードは暗号化を可能とし、マスターメンテナンス画面やデータベース直接参照でも読み取りできない状態にすることが可能なこと。
1	1	11	3	電子カルテシステムのログイン時に、ICカードによる認証チェックが行える拡張機能を有すること。
1	1	11	4	認証チェック時にはユーザーIDだけでなく、パスワードなどを含めた複数項目でチェックを行うこと。
1	1	11	5	利用者ごとにグループ（職種、役職など）が設定可能なこと。また、利用者ごともしくは利用者が所属するグループごと（職種、役職など）に利用制限を設定可能なこと。
1	1	11	6	電子カルテ画面から部門の検査・治療所見の入力画面への移行には部門登録されている医師のみを許可するアクセス権限の管理がなされていること。
1	1	11	7	電子カルテへのログイン者情報は、診療記録の記載者や更新者として反映されること。
1	1	11	8	導入予定の全サーバは定期的にウイルスチェックを行い、感染の防止対策ができる仕組みを持つこと。
1	1	11	9	超音波、病理、内視鏡部門サーバ、その他の部門システムはオーダーゲートウェイを通じて常にウイルスのパターンファイルを取得・更新が可能なこと。
1	1	11	10	USBポートを使用する各種メディア装置への入出力制限が可能なこと。
1	1	11	11	パソコンを紛失しても情報が漏洩しないセキュリティを有すること。
1	1	12		<b>運用説明および操作説明</b>
1	1	12	1	医療機関情報担当者に対して以下の教育を行うこと。また、関連して必要となるマニュアルをそれぞれ1部提供すること。（医療費改正や職員の異動などに伴うマスター管理を円滑に行うことも念頭にいれること。）
1	1	12	2	・システムの説明
1	1	12	3	・操作教育
1	1	12	4	・障害発生時対応教育
1	1	13		<b>病院職員に対する教育研修</b>
1	1	13	1	医療機関の情報担当者が、緊急事態発生時にベンダーのシステム技術者からの電話による説明を理解できるよう、情報システムに関する教育を実施すること。
1	1	14		<b>接続部門システム</b>
1	1	14	1	下記部門システムと接続可能であること
1	1	14	2	・栄養管理システム（カイトテクノロジー社）（サーバを調達し、システム更新すること）
1	1	14	3	・リハビリシステム（ソフトサービスライフケア社）（サーバを調達し、システムを新規に更新すること）
1	1	14	4	・インシデントシステム（テクニカルイン長野社）（サーバを調達し、システム更新すること）
1	1	14	5	・臨床検査システム（オネスト社）（サーバを調達し、システム更新すること）
1	1	14	6	・放射線診断管理システム（メディカルクリエイト社）（サーバを調達し、システム更新すること）
1	1	14	7	・病歴管理システム（ウェイ・ライソフト社）（サーバを調達し、システム更新すること）
1	1	14	8	・健診システム（テグノア社）（サーバを調達し、システム更新すること）
1	1	14	9	・医療文書電子管理システム（エヌ・エス・エム社）（サーバを調達し、システム更新すること）
1	1	14	10	・病理システム（松浪硝子工業社）（サーバを調達し、システム更新すること）
1	1	14	11	・採血システム（テクノメディカ社）
1	1	14	12	・診察券発行機（ドットウェル社）
1	1	14	13	・再来受付機（ドットウェル社）
1	1	14	14	・診療費支払機（グローリー社）
1	1	14	15	・眼科システム（ビーライン社）
1	1	14	16	・診察案内表示システム（アルメックス社）（サーバを調達し、システム更新すること）
1	1	14	17	・細菌検査システム（ベックマン・コールター社）
1	1	14	18	・結果参照用WEBシステム（ベックマン・コールター社）
1	1	14	19	・内視鏡システム（富士フィルムメディカル社）
1	1	14	20	・診断書作成システム（ニッセイ情報テクノロジー社）（サーバを調達し、システム移行すること）

1	1	14	21	・コードファイnder (ニッセイ情報テクノロジー社)
1	1	14	22	・透析システム (ニプロ社)
1	1	14	23	・地域連携部門システム (ファーストプレス社) (サーバーを調達し、システムを導入すること)
1	1	14	24	・カルテビューアシステム (石川コンピュータ社) (サーバーを調達し、システム更新すること)
1	1	14	25	・看護勤務システム (セコム医療システム社) (サーバーを調達し、システムを新規に更新すること)
1	1	14	26	・調剤支援システム (ユヤマ社) (サーバーを調達し、システム移行すること)
1	1	14	27	・手術システム (日本光電社)
1	1	14	28	・生理検査システム (日本光電社)
1	1	14	29	・レポートシステム (富士フイルム医療ソリューションズ社)
1	1	15		その他
1	1	15	1	要求仕様に含まれている業務ソフトウェア類を、環境含めハードウェアなどにインストールし納入すること。

電子カルテシステム			
1	1		基本仕様
1	1	1	共通
1	1	1	操作者のユーザーID（職員コード）とパスワードの入力で利用可能なこと。 また、パスワード変更が可能なこと。
1	1	2	パスワードは暗号化を可能とし、マスターメンテナンス画面やデータベース直接参照でも読み取りできない状態にすることが可能なこと。
1	1	3	指紋認証を利用してログインが可能なこと。
1	1	4	初期画面に掲示板を備えてあること。また利用者ごとに既読・未読の管理が行えること。
1	1	5	機密保護機能（職員コードとパスワードの妥当性チェック、職員の職制に応じた業務メニューの限定、職員の職制に応じた機能の制限）を有すること。
1	1	6	パスワードは、操作者以外にはわからないようにすること。また、随時画面上で変更が可能なこと。
1	1	7	パスワードは、有効期限の管理が可能なこと。有効期限が切れた場合は、システムにログインができないこと。
1	1	8	一定期間が経過したパスワードは、変更を要求する督促が可能なこと。また督促時にパスワードの変更が可能なこと。
1	1	9	操作者情報（氏名、所属、部署）は常に画面に表示してあること。
1	1	10	操作者情報は、ログインした職種ごとに色分けされ、指示医選択後でも視覚的に認識しやすいこと。
1	1	11	指示医選択はカルテを開く際に選択するか、オーダー等医師の承認が必要な行為を行う際に選択するか、医療機関の運用ポリシーに合わせ柔軟に設定可能なこと。
1	1	12	選択した指示医は、目的の操作や機能画面終了時に指示医選択状態を解除し、意図しない指示医で登録されないよう配慮されていること。指示医の選択解除は病院の運用に合わせて容易に変更可能なこと。
1	1	13	端末離席時に、コンピュータをロックし他者の不正アクセスを防ぐことが可能であること。またロックした操作者は画面に表示されること。
1	1	14	業務に支障を出さない為、必要時はロック者以外が強制的にロックの解除が可能なこと。
1	1	15	強制ロック解除を行った時は、ロック解除時間・ロック解除者情報と、開いていたカルテの患者情報をロック者へ伝達可能なこと。
1	1	16	ログイン後、一定時間無操作の場合、自動ログアウトが可能なこと。
1	1	17	自動ログアウトの際、未登録の一時データがある場合の動作を設定指定できること。
1	1	18	自動ログアウトとなったとき、ログインしていた職員へ、伝達機能で自動ログアウトされたことが伝達されること。
1	1	19	医師が2つ以上の科に所属するとき、再ログインすることなく科の変更することが可能なこと。
1	1	20	現日時を常に表示でき、一定時間無操作であれば、自動的にロック可能なこと。
1	1	21	各業務は機能ボタン、またはメニューバーから選択可能なこと。
1	1	22	メイン画面・カルテ画面の上部メニューは、キーボードによるショートカットキーを用いて操作負担を軽減可能なこと。
1	1	23	メイン画面・カルテ画面の機能ボタンは、マウスのホイール機能と連動していること。
1	1	24	ボタン表示順を、職員ごとで設定可能とし、どの端末でも同じ表示順になること。
1	1	25	機能ボタンに親子関係を持たせ、親ボタン押下時に子ボタンを表示可能なこと。
1	1	26	操作者ごとに良く使う機能ボタンを固定表示可能とすること。
1	1	27	操作者が、よく使う機能ボタンのみを表示することが可能なこと。
1	1	28	患者（外来、入院）の一覧表示が可能なこと。また一覧表示から直接患者選択が行えること。
1	1	29	外来患者一覧・入院患者一覧はタブで表示され、簡単に切り替え可能なこと。
1	1	30	外来患者一覧を複数起動可能とし、異なる予約項目ごとにタブから切り離し、別ウィンドウで同時参照可能なこと。
1	1	31	外来患者一覧にて、複数のタブを展開している状態を操作者ごとに記憶可能なこと。また次回ログイン時に前回終了時の状態でタブが展開され、即座に業務に入れること。
1	1	32	外来患者一覧、入院患者一覧、ベッドボードイメージをタブから切り離し、別ウィンドウで同時参照可能なこと。
1	1	2	患者検索
1	1	2	1 患者検索では文字検索が可能なこと。カナ・漢字での検索が完全一致だけではなく、検索語を含む等の条件も指定可能なこと。
1	1	3	外来患者一覧
1	1	3	1 外来患者一覧表は、以下の機能を有すること。
1	1	3	2 ・日付を選択することにより、該当日の表示に切り替わること。
1	1	3	3 ・操作者が医師の場合、担当する予約項目のスケジュールを表示すること。
1	1	3	4 ・当該患者のカルテを開くことなく、検体検査の進捗状況を表示することが可能なこと。
1	1	3	5 ・上記機能からカルテを開くことなく、検査結果が参照可能なこと。
1	1	3	6 ・当該患者のカルテを開くことなく、画像生理検査の進捗状況を表示することが可能なこと。
1	1	3	7 ・上記機能からカルテを開くことなく、画像結果が参照可能なこと。
1	1	3	8 ・医事システムでの受付情報（受付時間・受付番号・受診科）を表示すること。
1	1	3	9 ・一覧表はシステム設定により、表示色の変更が可能なこと。
1	1	3	10 ・受付後の患者待ち時間が一覧上で把握可能なこと。
1	1	3	11 ・患者の初再診情報を一覧上で把握可能なこと。
1	1	3	12 ・一覧上にて、患者に対するフリーコメントが編集可能なこと。また患者情報への反映も自動で行えること。
1	1	3	13 ・患者の診察状況により、一覧行色の色分けされて表示可能なこと。 （診察状況は、未来院、診察待ち、診察一時終了、診察終了、キャンセルの区分け）
1	1	3	14 ・患者の診療状態区分は、医療機関の運用に合わせ最大10個まで任意の区分を設定可能なこと。
1	1	3	15 ・診療状態区分は、医療機関が確認が容易な名称へ変更可能なこと。
1	1	3	16 ・外来患者一覧から「受付」が処理が可能なこと。
1	1	3	17 ・外来患者一覧から、ワンクリックで患者の簡易的なサマリーが表示可能なこと。またワンクリックで編集画面を展開可能なこと。
1	1	3	18 ・外来患者一覧の表示順を表示項目のクリックでソート可能なこと。
1	1	3	19 ・フォントサイズと種類変更がサブ画面を開かずに可能なこと。カルテ以外の子画面にフォントサイズが引き継がれること。
1	1	3	20 ・画面表示色の変更がサブ画面を開かずに可能なこと。全ての画面に画面表示色が引き継がれること。
1	1	3	21 ・離席機能をワンクリックで起動可能なこと。
1	1	3	22 ・外来患者一覧は、機能ボタン等を非表示にして画面に一覧の全画面表示が可能なこと。
1	1	3	23 ・部門照会において、オーダー進捗ごとに背景色が自動変更されること。
1	1	3	24 ・患者IDを直接指定することで、各科受付の対応が可能。また同時に案内票の出力が可能なこと。
1	1	3	25 ・一定間隔で外来患者一覧が自動更新されること。
1	1	3	26 ・外来当日の自科オーダ進捗（処方、注射、検査、放射線、生理、内視鏡、汎用）を確認可能なこと。
1	1	3	27 ・手術予定日時、術式、手術室を確認可能なこと。
1	1	3	28 ・外来患者一覧の同姓同名は当日の外来患者間でチェックできること。
1	1	3	29 ・一覧の内容をCSV出力可能なこと。
1	1	3	30 ・カルテ起動した患者を患者番号入力欄に履歴表示可能とし、履歴から患者を選択することで、その患者のカルテを起動できること。
1	1	4	入院患者一覧表
1	1	4	1 入院患者一覧表は以下の機能を有すること。
1	1	4	2 ・病棟および診療科を選択することにより入院患者一覧、入院予定患者一覧、転入予定患者一覧を表示すること。
1	1	4	3 ・医師・看護師だけでなく患者に登録されている医療スタッフまで、担当患者の絞込みが可能なこと。
1	1	4	4 ・日付を選択することで選択日の退院患者を表示可能なこと。
1	1	4	5 ・当該患者のカルテを開くことなく、検体検査の進捗状況を表示することが可能なこと。

1	1	4	6	・当該患者のカルテを開くことなく、検査結果が参照可能なこと。
1	1	4	7	・当該患者のカルテを開くことなく、画像生理検査の進捗状況を表示することが可能なこと。
1	1	4	8	・当該患者のカルテを開くことなく、画像結果が参照可能なこと。
1	1	4	9	・病棟フロアイメージで入院患者一覧が表示されること。
1	1	4	10	・一覧表はシステム設定により、表示色の変更が可能なこと。
1	1	4	11	・患者の入院状況により、一覧行色が色分けされて表示可能なこと。 (入院状況は、在院、退院予定、退院予定日、転棟予定、外出・外泊の区分け)
1	1	4	12	・入院患者一覧上から年齢、生年月日、入院日数(入院日からの経過日数)を確認可能なこと。
1	1	4	13	・入院患者一覧上から、患者の担当看護師の氏名を確認可能なこと。
1	1	4	14	・入院患者一覧上から、服薬指導の有無および、服薬指導依頼日が確認可能なこと。
1	1	4	15	・入院患者一覧上から、手術予定日、術式を確認可能なこと。また術式が複数ある場合でも確認可能なこと。
1	1	4	16	・入院患者一覧上から、簡易な患者状況をフリー入力(最大全角20文字)・表示可能なこと。
1	1	4	17	・指示変更が発生した患者にマーク表示が可能なこと。
1	1	4	18	・入院患者一覧から、ワンクリックで患者の簡易的なサマリーが表示可能なこと。またワンクリックで編集画面を展開可能なこと。
1	1	4	19	・入院患者一覧の表示順を表示項目のクリックでソート可能なこと。
1	1	4	20	・フォントサイズと種類変更がサブ画面を開かずに可能なこと。カルテ以外の子画面にフォントサイズが引き継がれること。
1	1	4	21	・画面表示色の変更がサブ画面を開かずに可能なこと。全ての画面に画面表示色が引き継がれること。
1	1	4	22	・離席機能をワンクリックで起動可能なこと。
1	1	4	23	・入院患者一覧は、機能ボタン等を非表示にして画面に一覧の全画面表示が可能なこと。
1	1	4	24	・過去日を指定し、指定日時点での在院状況を表示可能なこと。
1	1	4	25	・操作者ごとに一覧の表示順が管理可能なこと。
1	1	4	26	・入院患者一覧に、感染症フリーコメントが表示可能なこと。
1	1	4	27	・感染症について陽性となっている場合、一覧の該当患者の文字色が変更されること。
1	1	4	28	・一覧の内容をCSV出力可能なこと。
1	1	4	29	・カルテ起動した患者を患者番号入力欄に履歴表示可能とし、履歴から患者を選択することで、その患者のカルテを起動できること。
1	1	4	30	・特定の病棟・病室について現在の病棟・病室に「転棟・転室」から何日が経過しているかを表示可能なこと。
1	1	5		<b>救急患者一覧</b>
1	1	5	1	救急患者一覧が用意されていること。
1	1	5	2	救急患者一覧は以下の機能を有すること。
1	1	5	3	・該当患者を検索する機能を有していること。
1	1	5	4	・科、来院経路、トリアージ区分、傷病名、コメントを登録可能なこと。
1	1	5	5	・救急患者一覧では、診療区分およびトリアージ区分で患者の絞り込みが可能なこと。
1	1	5	6	・救急患者一覧に登録されている患者の情報を更新することが可能なこと。
1	1	5	7	・救急患者一覧に登録されている患者を、一覧から削除が可能なこと。
1	1	6		<b>病床管理</b>
1	1	6	1	入院患者は、ベッドボードイメージで表示可能なこと。
1	1	6	2	ベッドボードの背景に、自由にビットマップを貼りつけ、実際の病棟イメージに合わせた表示が可能なこと。
1	1	6	3	ベッドボードイメージは、自由に変更可能なこと。
1	1	6	4	ベッド画面に、患者情報が以下の患者情報が表示されていること。ワンクリックで詳細情報も表示可能なこと。(ベッド番号・患者氏名・主治医・入院科・看護度・搬送区分・患者状態)
1	1	6	5	ベッドボードからカルテ画面が表示可能なこと。またカルテ以外の画面の起動も、設定で可能なこと。
1	1	6	6	ベッドボードには、入院予定・退院予定の患者も一覧で表示されていること。
1	1	6	7	ベッドボードは、科・主治医で絞り込みが可能なこと。
1	1	6	8	ベッドボード画面は、入院患者一覧と同等の機能を有すること。
1	1	6	9	ベッドボードはタブ表示とし、他の一覧画面(外来患者・入院患者)と同時に参照・操作が可能なこと。
1	1	6	10	ベッドボードイメージは、機能ボタン等を非表示にして画面にフル表示可能なこと。
1	1	6	11	ワークベッド(一時退避領域)を用いて、転室・転棟操作が容易に可能なこと。
1	1	6	12	緊急性の高い未指示受けのオーダーが存在している患者のベッドにアイコン表示可能なこと。
1	1	7		<b>病棟照会・部門照会</b>
1	1	7	1	入院患者に対し、病棟を指定して以下のオーダー種について時系列で指示状態を簡易的に確認可能なこと。 (処方・検査・画像/生理・処置/汎用・注射・レジメン)
1	1	7	2	自担患者の絞り込みが可能なこと。また病棟・科でも絞り込みが可能なこと。
1	1	7	3	オーダー進捗状態は、【未実施】【発行・受付】【実施】【中止】が、マークで表示可能なこと。
1	1	7	4	状態をクリックするだけで、指示の詳細内容が表示されること。また指示の受付・実施も可能なこと。
1	1	7	5	処方オーダーは処方区分を指定して表示可能なこと。
1	1	7	6	表示されている一覧から、カルテ画面を表示可能なこと。
1	1	7	7	病棟を指定しての検体検査の一括ラベル発行が可能なこと。
1	1	7	8	病棟を指定しての一括処方箋発行が可能なこと。
1	1	7	9	病棟照会・部門照会はタブ表示とし、他の一覧画面(外来患者・入院患者)と同時に参照・操作が可能なこと。
1	1	7	10	病棟照会・部門照会は、機能ボタン等を非表示にして画面に一覧の全画面表示が可能なこと。
1	1	7	11	部門照会において、オーダー進捗ごとに背景色が自動変更されること。
1	1	7	12	病棟照会の表示期間は職員ごとに管理可能であること。
1	1	7	13	部門照会画面から選択した結果について、ナビゲーション機能に登録可能なこと。
1	1	8		<b>画像照会</b>
1	1	8	1	画像オーダー/生理オーダー/内視鏡オーダーの一覧表示が可能なこと。
1	1	8	2	指示一覧は以下の項目で絞り込むことが可能なこと。 (入院・外来/依頼部署/検査日/実施状態/依頼科/検査種/検査室・患者番号)
1	1	8	3	以下の機能を有し放射線部門業務が運用可能なこと。ただし画像システム(PACS)連携は、別途調整が可能なこと。
1	1	8	4	・画像照会から検査部門の受付業務が可能なこと。
1	1	8	5	・検査日の確定していない画像検査・生理検査の予約日指定が可能なこと。
1	1	8	6	・放射線・検査部門で、緊急の事後オーダー入力が可能なこと。その時はオーダー指示画面と同じ画面を表示しコメント等も入力可能なこと。
1	1	8	7	・緊急の事後オーダー入力時は、予約運動項目でも即実施状態で入力可能なこと。
1	1	8	8	・患者状態により、放射線・検査部門の技師判断で、オーダーの中止業務が可能なこと。
1	1	8	9	画像照会はタブ表示とし、他の一覧画面(外来患者・入院患者)と同時に参照・操作が可能なこと。
1	1	8	10	画像照会は機能ボタン等を非表示にして、画面に一覧の全画面表示が可能なこと。
1	1	8	11	画像照会において、オーダー進捗ごとに背景色が自動変更されること。
1	1	8	12	一定間隔で一覧画面が自動更新されること。
1	1	8	13	画像照会画面から選択した結果について、ナビゲーション機能に登録可能なこと。
1	1	8	14	レポートの未読・既読を一覧で参照可能なこと。
1	1	9		<b>空床照合</b>
1	1	9	1	ベッド管理のため、空きベッド状態を参照可能なこと。
1	1	9	2	ベッドの空き状態は病棟単位で視覚的に分かるよう、1ヵ月分をマップ形式で表示可能なこと。
1	1	9	3	日付単位で入院患者数が表示されていること。また、過去にさかのぼって入院患者数を把握することも可能なこと。

1	1	9	4	日付を指定して、空床数・入院患者数・退院患者数・転入患者数の表示が可能なこと。また、患者の詳細情報が表示可能なこと。
1	1	9	5	日ごとにベッドの稼働率を表示していること。
1	1	10		<b>カルテ画面</b>
1	1	10	1	紙カルテからの移行を考慮し、カルテ画面はカルテ2号紙イメージで、診療記録領域とオーダー指示領域とが分かれて表示すること。
1	1	10	2	過去カルテの参照は、日ごとに簡単に切り替えが可能なこと。
1	1	10	3	カルテ画面には患者の過去のオーダー履歴を表示し、ドラッグ&ドロップで流用 (D0) 可能なこと。
1	1	10	4	カルテ画面には入力したオーダーの情報を表示すること。
1	1	10	5	オーダー入力方法はD0入力、フォルダーウィンドウからのセット入力、各種オーダー入力ウィンドウからの新規入力の3種類以上の入力方法を可能とすること。
1	1	10	6	過去のカルテ画面に表示されているオーダー内容を容易に流用 (D0) 可能なこと。
1	1	10	7	表示されている情報に関して、そのオーダーに応じた編集作業が可能なこと。
1	1	10	8	カルテ画面は、依頼日ベース又は実施日ベースでオーダー情報・診療記録情報を表示可能なこと。
1	1	10	9	オーダー指示欄の表示は、依頼日/実施日で表示を切り替えることが可能なこと。表示の切り替えは、カルテ画面内でワンクリックで可能であり、即時反映されること。
1	1	10	10	他端末で同一患者のカルテが開かれた時、カルテ同時参照中が分かるメッセージが表示されること。
1	1	10	11	他端末で更新のあったオーダー情報を、画面を閉じないでワンクリックでカルテ画面へ反映可能なこと。
1	1	10	12	未来日に実施するオーダー情報を集約して表示可能なこと。
1	1	10	13	当日カルテと過去カルテを別ウィンドウで同時参照が可能なこと。
1	1	10	14	当日カルテを参照しながら、各種オーダー指示画面を別ウィンドウで同時操作可能なこと。
1	1	10	15	オーダー記載欄を、入院時情報のみ表示と外来時情報のみ表示の指定が可能なこと。
1	1	10	16	オーダー記載欄を、自科・全科・全科・任意の複数科で指定可能なこと。
1	1	10	17	カルテ画面の診療記録欄を、入院時情報のみ表示と外来時情報のみ表示の指定が可能なこと。
1	1	10	18	カルテ画面の診療記録欄を、入力した職種で指定可能なこと。また職種は複数指定が可能なこと。
1	1	10	19	カルテ画面の診療記録欄を、自記録のみ表示を可能とすること。
1	1	10	20	診療記録、オーダーの仮登録 (事前登録) が可能なこと。
1	1	10	21	仮登録 (事前登録) データは、ワンクリックで登録、流用が可能なこと。
1	1	10	22	仮登録 (事前登録) データ登録時に、データの公開・非公開を指定可能なこと。
1	1	10	23	仮登録 (事前登録) データを集約して表示可能なこと。
1	1	10	24	仮登録 (事前登録) データが登録されている場合、登録有りを示す記号をカルテ画面上に表示し、一目で確認可能なこと。
1	1	10	25	仮登録 (事前登録) データが非公開の場合は記号を表示しないこと。
1	1	10	26	仮データ登録 (事前登録) 機能は、職制により利用権を設定可能なこと。
1	1	10	27	仮データ登録 (事前登録) 後でも、公開範囲の設定が変更可能なこと。
1	1	10	28	仮データが複数登録されている場合、個別にデータの流用、削除が可能なこと。
1	1	10	29	医師が2つ以上の科に所属するとき、再度カルテ起動することなく科を変更することが可能なこと。
1	1	10	30	オーダー記載欄、診療記録欄を保険情報による表示指定が可能なこと。
1	1	10	31	権限を持つ職員は、オーダー編集画面を開かずに保険情報を変更可能なこと。
1	1	10	32	医師が、自分で登録したデータのみオーダー記載欄に表示可能なこと。
1	1	11		<b>カルテレイアウト変更機能</b>
1	1	11	1	カルテ内のサブウィンドウに診療支援の為、以下の情報が表示可能なこと。 ・ DO領域情報 ・ 指示簿情報 ・ 予約情報 ・ 病名情報 ・ 紹介状情報 ・ 他端末入力情報
1	1	11	2	診療記録の記載時間短縮のための、簡易入力ツールが実装されていること。
1	1	11	3	カルテ画面内のサブウィンドウは、利用者ごとに初期表示項目・表示位置を設定可能なこと。
1	1	12		<b>DO領域情報</b>
1	1	12	1	DO領域情報ウィンドウには、以下の機能を有すること。
1	1	12	2	・ オーダー種ごとに表示していること。
1	1	12	3	・ 当日カルテへのドラッグ&ドロップ操作でD0操作可能なこと。
1	1	12	4	・ 右クリックメニューで、カルテ画面と同等の操作が可能なこと。オーダーの進捗により、修正・発行・削除・中止等が可能なこと。
1	1	12	5	・ カルテ画面からサブウィンドウを切り離し、別ウィンドウとして拡大表示可能なこと。
1	1	12	6	・ DO領域は、利用者ごとに表示位置・表示・非表示を自由に設定可能なこと。
1	1	12	7	・ オーダー種ごとに表示内容の展開有無を設定可能なこと。
1	1	13		<b>指示簿情報ウィンドウには以下の機能を有すること。</b>
1	1	13	1	指示簿情報ウィンドウには以下の機能を有すること。
1	1	13	2	・ 指示確認・未確認で切り分けて表示可能なこと。
1	1	13	3	・ ツリー形式で指示された全ての情報を表示可能なこと。
1	1	13	4	・ 指示確認された項目のみ、ドラッグ&ドロップでカルテ画面へのオーダー展開が可能なこと。
1	1	13	5	・ カルテ画面からサブウィンドウを切り離し、別ウィンドウとして拡大表示可能なこと。
1	1	13	6	・ 指示簿領域は利用者ごとに表示位置・表示・非表示を自由に設定可能なこと。
1	1	14		<b>病名情報</b>
1	1	14	1	病名情報ウィンドウには以下の機能を有すること。
1	1	14	2	・ 表示条件を設定可能なこと。(有効病名/主病名、自科・全科、患者への告知保護)
1	1	14	3	・ 表示病名をダブルクリックすると、病名が選択された状態で病名修正画面が表示されること。
1	1	14	4	・ カルテ画面からサブウィンドウを切り離し、別ウィンドウとして拡大表示可能なこと。
1	1	14	5	・ 病名領域は利用者ごとに表示位置・表示・非表示を自由に設定可能なこと。
1	1	15		<b>紹介情報</b>
1	1	15	1	紹介情報ウィンドウには以下の機能を有すること。
1	1	15	2	・ 紹介医療機関名が表示されていること。
1	1	15	3	・ 他医療機関への文書の返信状態が表示されていること。
1	1	15	4	・ カルテ画面からサブウィンドウを切り離し、別ウィンドウとして拡大表示可能なこと。
1	1	15	5	・ 紹介状領域は、利用者ごとに表示位置・表示・非表示を自由に設定可能なこと。
1	1	16		<b>予約情報</b>
1	1	16	1	予約情報ウィンドウには以下の機能を有すること。
1	1	16	2	・ ワンクリックで当日のみ表示か、全ての予約表示か表示条件の変更が可能なこと。
1	1	16	3	・ 予約日/予約科目を表示可能なこと。
1	1	16	4	・ カルテ画面からサブウィンドウを切り離し、別ウィンドウとして拡大表示可能なこと。
1	1	16	5	・ 予約領域は、利用者ごとに表示位置・表示・非表示を自由に設定可能なこと。
1	1	17		<b>他端末情報</b>
1	1	17	1	他端末情報ウィンドウには以下の機能を有すること。
1	1	17	2	・ 同一患者を他の端末で操作した時、その端末情報を表示すること。(端末名/操作者/部署)
1	1	17	3	・ 他の端末で操作しているオーダー情報が表示されていること。(新規/修正/削除/中止されたオーダー情報)
1	1	17	4	・ カルテ画面からサブウィンドウを切り離し、別ウィンドウとして拡大表示可能なこと。
1	1	17	5	・ 他端末領域は利用者ごとに表示位置・表示・非表示を自由に設定可能なこと。
1	1	18		<b>簡易所見</b>
1	1	18	1	簡易所見ウィンドウには以下の機能を有すること。
1	1	18	2	・ チェックボックスにチェックするだけで、簡単に所見登録が可能なこと。
1	1	18	3	・ 所見内容はユーザーと協議の上、要望に合わせた設定が可能なこと。

1	1	18	4	・カルテ画面からサブウィンドウを切り離し、別ウィンドウとして拡大表示可能なこと。
1	1	18	5	・簡易所見領域は、利用者ごとに表示位置・表示・非表示を自由に設定可能なこと。
1	1	19		簡易問診
1	1	19	1	簡易問診ウィンドウには以下の機能を有すること。
1	1	19	2	・チェックボックスにチェックするだけで簡単に問診登録が可能なこと。
1	1	19	3	・問診内容はユーザーと協議の上、要望に合わせた設定が可能なこと。
1	1	19	4	・カルテ画面からサブウィンドウを切り離し、別ウィンドウとして拡大表示可能なこと。
1	1	19	5	・簡易問診領域は利用者ごとに表示位置・表示・非表示を自由に設定可能なこと。
1	1	20		カルテボタン設定
1	1	20	1	カルテ内の機能ボタンを利用者ごとに表示順も含め設定可能なこと。
1	1	20	2	カルテボタンへ表示する機能は、ユーザーと協議のうえ要望に合わせた設定が可能なこと。
1	1	21		患者履歴
1	1	21	1	患者履歴について患者の来院履歴、予約状況、入退院履歴を表示すること。
1	1	22		カルテ履歴
1	1	22	1	カルテ画面よりカルテ履歴画面が起動可能なこと。カルテ履歴画面には以下の機能を有すること。
1	1	22	2	・オーダー日単位にオーダー種（実施、未実施）と診療記録の内容が一覧で把握でき、指示により明細も表示可能なこと。
1	1	22	3	・オーダー種単位で集約して、複数日の詳細表示可能なこと。
1	1	22	4	・診療記録は全記録、自記録のみの表示切り替えが可能なこと。
1	1	22	5	・オーダー情報は全科、自科分のみの表示切り替えが可能なこと。
1	1	22	6	・入院時情報のみ表示と外来時情報のみの表示切り替えが可能なこと。
1	1	22	7	・カルテ画面起動時に、自動でカルテ履歴情報を起動可能なこと。
1	1	22	8	・文字列検索が可能なこと。
1	1	22	9	・複数のオーダー種を指定して参照可能なこと。
1	1	22	10	・処方・注射オーダーにて、特定薬剤がオーダーされている場合、カルテ履歴画面にてマークが表示されること。
1	1	22	11	・カルテ履歴画面に表示する特定薬剤のマークは、医療機関ごとに自由に指定可能なこと。
1	1	22	12	・記載日単位に診療記録の内容が表題別に一覧で把握でき、指示により明細も表示可能なこと。
1	1	23		諸記録
1	1	23	1	カルテ画面より諸記録が起動可能なこと。諸記録には以下の機能を有すること。
1	1	23	2	・記載日単位に診療記録の内容が表題別に一覧で把握でき、指示により明細も表示可能なこと。
1	1	23	3	・表題ごとに集約して、複数日の詳細表示可能なこと。
1	1	23	4	・全記録、自記録のみの表示切り替えが可能なこと。
1	1	23	5	・入院時情報のみ表示と外来時情報のみの表示切り替えが可能なこと。
1	1	23	6	・カルテ画面起動時に、自動で諸記録を起動可能なこと。
1	1	23	7	・文字列検索が可能なこと。
1	1	23	8	・複数の表題を指定して参照が可能なこと。
1	1	24		カルテカレンダー
1	1	24	1	患者の過去の受診歴をカレンダー形式で参照可能なこと。
1	1	24	2	カルテ画面より、カルテカレンダー画面が起動可能なこと。
1	1	24	3	カルテカレンダーは以下の機能を有すること。
1	1	24	4	・操作者の任意で3ヵ月表示/6ヶ月表示を、ワンクリックで切替え可能なこと。
1	1	24	5	・カルテ記載がある日付にマークが付き、容易に把握可能なこと。
1	1	24	6	・日付を選択することで、その日の内容をカルテ画面で確認可能なこと。
1	1	24	7	・他科の記載がある場合、記号が色分け表示され容易に把握可能なこと。
1	1	24	8	・入院期間、外来期間が色分け表示され容易に識別可能なこと。
1	1	24	9	・入院日、退院日の日付が色分け表示されること。
1	1	24	10	・オーダー種ごとに絞り込み表示が可能なこと。
1	1	24	11	・診療記録は全職種、自記録、職制で表示の切り替えが可能なこと。
1	1	24	12	・オーダー情報は全科、自科、指定した科、保険情報で表示切替が可能なこと。
1	1	24	13	・カルテ画面起動時に、自動でカルテカレンダーを起動可能なこと。
1	1	25		薬歴
1	1	25	1	カルテ画面より薬歴画面が起動可能なこと。薬歴画面には以下の機能を有すること。
1	1	25	2	・処方オーダー、注射オーダーの指示内容が時系列で表示されていること。
1	1	25	3	・投与開始日、薬剤名、単位、用法手技は表示されていること。
1	1	25	4	・患者の薬剤禁忌情報が表示されていること。
1	1	25	5	・表示期間の変更が可能なこと。
1	1	25	6	・実施/未実施の指定が可能なこと。
1	1	25	7	・薬剤を指定して、DI表示が可能なこと。
1	1	25	8	・一覧表示の形式を【薬剤用法で集約】、【RP単位で集約】、【薬剤名で集約】で切り替え可能なこと。
1	1	25	9	・一覧表示は一日量とCP換算値を選択して表示可能なこと。
1	1	25	10	・薬歴情報を印刷可能なこと。
1	1	25	11	・処方オーダーについて、服用開始日、服用開始時間、用法に従い、実際に服用する量が表示されていること。
1	1	26		付箋紙
1	1	26	1	カルテ画面へ付箋紙を貼れること。
1	1	26	2	付箋紙には記載者・記載日を表示可能なこと。
1	1	26	3	付箋紙の色やフォント変更が設定可能なこと。
1	1	26	4	作成者の任意で表示職制、更新職制を指定可能なこと。
1	1	26	5	作成者の任意で表示可能職員、更新可能職員を指定可能なこと。
1	1	26	6	作成者のみ表示可能な付箋を作成できること。
1	1	26	7	作成者の任意で表示期間を指定可能なこと。また表示期間が過ぎた場合、カルテ上から自動的に非表示になること。
1	1	26	8	付箋紙の剥がし忘れを防止する目的で、予め表示期間を設定可能なこと。表示期間の設定は職種ごとに指定可能なこと。
1	1	26	9	定型文から付箋紙を作成可能なこと。
1	1	26	10	新規作成時、作成した職種に応じて自動的に、付箋紙の背景色が変ること。
1	1	26	11	付箋紙の更新時、更新者の職制に応じて自動的に背景色が変ること。
1	1	27		重要日
1	1	27	1	カルテ記載として重要な日をマークし付箋紙で記載可能なこと。
1	1	27	2	重要日付箋紙には記載者・記載日を表示可能なこと。
1	1	27	3	重要日付箋紙の色やフォント変更が設定可能なこと。
1	1	27	4	作成者の任意で表示職制、更新職制を指定可能なこと。
1	1	27	5	定型文から付箋紙を作成可能なこと。
1	1	27	6	新規作成時、作成した職種に応じて自動的に付箋紙の背景色が変ること。
1	1	27	7	付箋紙を更新した際、更新者の職制に応じて自動的に背景色が変ること。
1	1	28		統合セット
1	1	28	1	各種オーダー情報をセットとしてフォルダーに登録可能なこと。
1	1	28	2	フォルダーには病院セット、科セット、医師セット、メディカルセット、患者セットの分類が可能なこと。
1	1	28	3	病院セット、科セットには利用権があり、セットの作成や表示に制限を設けることが可能なこと。
1	1	28	4	病院セットは管理者のみ更新操作が可能と可能なこと。
1	1	28	5	科セットは設定により他科のセットを参照/流用可能なこと。
1	1	28	6	セット展開時に患者へ病名の自動登録が可能なこと。また病名のみの登録も可能なこと。

1	1	28	7	セット展開時に患者へ予め終了日を指定した病名の自動登録が可能なこと。
1	1	28	8	カルテ画面起動時に、自動でセット情報を起動可能なこと。
1	1	28	9	セットに登録されている文書作成オーダーの文書テンプレートが削除されていた場合、メッセージを表示しセットの再登録を促すことが可能なこと。
1	1	29		日本語入力
1	1	29	1	ATOK日本語入力（FEP）辞書がユーザーごとに管理可能なこと。
1	1	29	2	管理されたユーザー辞書ファイルは、システム立ち上げ時に利用者ごとでダウンロードされ、どの端末でも利用者ごとの辞書ファイルを設定することが可能なこと。
1	1	30		画面色
1	1	30	1	患者一覧系の画面色は、操作者ごとに6種類以上のパターンから自由に選択可能なこと。
1	1	30	2	画面背景色は医療機関との調整で色の追加が可能なこと。
1	1	30	3	画面背景色は色覚障害のある職員にも認識しやすい配色であること。
1	1	31		患者パネル
1	1	31	1	患者の性別によるピクトグラムを、患者パネルに表示可能なこと。
1	1	31	2	患者パネルの背景色で性別が分かること。また、性別不明も識別可能なこと。
1	1	31	3	患者パネルには患者保険情報を表示可能なこと。また保険切り替えを行った場合、切り替えた保険情報が各オーダー指示に引き継がれること。
1	1	31	4	ミドルネームが表示可能であること。
1	1	31	5	直前に開いた患者のカルテを、再度患者選択・患者IDから検索しなくても、ワンクリックで起動可能なこと。
1	1	31	6	出産予定日が入力されている患者は、妊娠週数を表示すること。
1	1	31	7	患者パネルには患者の禁忌情報などがアイコンで表示され、状況が一目で把握可能なこと。
1	1	31	8	患者パネルのアイコンは以下の項目について表示されること。
1	1	31	9	・督促情報
1	1	31	10	・紹介情報
1	1	31	11	・感染情報
1	1	31	12	・障害情報
1	1	31	13	・一般アレルギー情報
1	1	31	14	・薬剤アレルギー情報
1	1	31	15	・食物アレルギー情報
1	1	31	16	・職員フリーコメント情報
1	1	31	17	・血液型（不規則抗体情報含）
1	1	31	18	・身長
1	1	31	19	・体重
1	1	31	20	・BMI
1	1	31	21	・受診科
1	1	31	22	・入外区分
1	1	31	23	・入院日
1	1	31	24	・在院日数
1	1	31	25	・病棟病室ベッド番号
1	1	31	26	・術後日数
1	1	31	27	・妊娠週数
1	1	31	28	・介護度
1	1	31	29	血液型の文字色を病院の任意で変更可能なこと。
1	1	31	30	生年月日表示の西暦表示・和暦表示が可能なこと。
1	1	31	31	処置（汎用）オーダー、病名オーダーで歯式入力した際、処置（汎用）、病名オーダーと連動し、患者パネルに歯科処置及び既往歴の有無がアイコンで表示されること。
1	1	31	32	患者パネルのアイコンは、登録情報の有無により色分け表示され、把握が容易なこと。
1	1	31	33	患者パネルのアイコンから、アレルギー情報や障害情報の編集画面をワンクリックで起動可能なこと。
1	1	31	34	患者の麻薬使用有無が表示され、状況が一目で把握可能なこと。
1	1	31	35	患者のワクチン情報が表示され、状況が把握可能なこと。
1	1	31	36	同名同名患者の有無を、カルテ画面上で容易に確認可能なこと。
1	1	31	37	ツールチップで以下の情報を表示可能なこと。
1	1	31	38	《入院予定患者一覧画面》 ・入院予定コメント ・入院予定日 ・入院予定依頼日、依頼科
1	1	31	39	《入院決定患者一覧画面》 ・入院決定日時 ・入院決定科、病棟、病室、ベッド ・入院決定依頼日、依頼科
1	1	31	40	《入院確認患者一覧画面》 ・入院確認日時 ・入院日数 ・入院中の科、病棟、病室、ベッド
1	1	31	41	《退院決定患者一覧画面》 ・入院確認日 ・入院日数 ・入院中の科、病棟、病室、ベッド ・退院決定日時
1	1	32		排他制御
1	1	32	1	複数の端末で同一患者のカルテを開いた時、該当端末の利用者にカルテ同時参照中が分かるメッセージを表示可能なこと。
1	1	32	2	同一患者を開いている端末名と利用者は、全て参照可能なこと。
1	1	32	3	同じオーダー項目に対して、修正・中止・削除等の操作を行った場合は、排他制御が掛かり、操作できない旨のメッセージを表示すること。
1	1	32	4	他の端末で操作中のオーダー情報を参照できる機能を有すること。
1	1	32	5	チェックが必要なオーダーは、他端末で入力中のオーダーもチェック対象とすること。
1	1	32	6	同一患者のオーダーに更新が発生した時は、他の端末でデータ更新が発生した旨のメッセージが表示されること。
1	1	32	7	カルテ画面を閉じずに、最新情報を表示可能なこと。
1	1	32	8	他端末とのオーダーチェックにおいて重複などがあり、オーダー登録を取りやめた状態で、他端末の対象オーダーが登録されずにキャンセルされた場合は、オーダー登録がされていない旨を操作者に伝達可能なこと。
1	1	33		ADL
1	1	33	1	医療区分、ADL区分の評価入力が可能なこと。
1	1	33	2	入院元、退院先の入力が可能なこと。
1	1	33	3	指定した期間の評価内容をコピー可能なこと。
1	1	33	4	医療区分ごとの項目名称及びADL区分ごとの項目名称がユーザー操作で変更可能なこと。
1	1	33	5	ADL評価表を出力可能なこと。
1	1	33	6	患者の保険、病名、汎用オーダーの状態に応じて医療区分の自動入力が可能なこと。
1	1	33	7	看護機能で入力した褥瘡データの取り込みが可能なこと。
1	1	34		その他
1	1	34	1	自費・自賠・労災の保険については、保険指定により該当カルテのみが表示されること。
1	1	34	2	カルテに表示されているテキストは、任意に選択した範囲をクリップボードにコピーが可能なこと。また患者名を選択した場合は、患者氏名、患者番号、性別、生年月日がコピー可能なこと。
1	1	34	3	面会区分（電話のみ、家族のみ）の管理が可能であり、選択内容により背景色を変更し、容易に確認が可能なこと。
1	1	34	4	面会区分について、前回入院時の情報を引き継げること。
1	1	34	5	診療記録やオーダーを入力中に不慮の事態でシステムがダウンした場合でも、次回システム起動時に入力中だったデータを復元可能なこと。
1	1	34	6	復元データがある患者のカルテを起動する際、復元データがある旨のメッセージを表示すること。

1	1	34	7	データの復元は、操作者の任意で行えること。
1	1	34	8	データの復元および削除の前に、復元対象のデータの内容を確認可能なこと。その上で復元か削除かを選択可能なこと。
1	1	34	9	排他制御機能と連動し、他職員が対象データを操作中または該当データが登録済みなどの状況をチェックする機能を有していること。
1	1	34	10	他職員が入力していたデータの復元がおこなえること。またその際、更新端末は復元をおこなった端末、更新時間は復元を行った時間となり、真正性を担保可能なこと。
1	1	34	11	指示簿機能で登録されている各種指示のうち、血糖コントロールに関連する指示が行われている患者と内容を表示可能なこと。
1	1	34	12	入院病棟、病室、チームで絞り込み可能なこと。
1	1	34	13	一覧に病室、ベッド、患者ID、患者氏名、チーム、指示科、指示医、指示区分、条件、区分、内容、コメント、指示開始日、指示終了日、確認者を表示可能なこと。
1	1	34	14	一覧表示している患者をダブルクリックすると、カルテ画面を起動可能なこと。
1	1	34	15	血糖管理一覧表(帳票)を出力可能なこと。
1	2			患者診療情報の時系列一覧表示機能(メディカルシート)
1	2	1	1	診療記録、看護記録、看護計画、各種オーダー情報を時系列に参照可能なこと。また一覧画面上で新規オーダー登録や修正等の操作が可能であること。
1	2	1	2	時系列表示には判りやすいアイコンでオーダー有無が表示されること。
1	2	1	3	アイコンをクリックすると記録及びオーダー詳細内容が表示されること。
1	2	1	4	記録及びオーダー詳細内容の表示領域は、任意で非表示にすることが可能なこと。
1	2	1	5	一覧表より各種オーダーの追加・修正・削除が可能なこと。
1	2	1	6	未来日の予約情報も表示されること。
1	2	1	7	バイタル情報も同時に表示可能なこと。
1	2	1	8	診療記録・看護記録・看護計画・各種オーダー情報が自科分と全科分の表示切替が可能なこと。
1	2	1	9	入院/外来診察の表示が時系列(日別)に把握可能なこと。
1	2	1	10	診療記録、各種オーダー、看護記録などの表示形式は、操作者ごとに設定可能なこと。
1	2	1	11	診療記録・看護記録・看護計画・各種オーダーの詳細情報を、日ごとやオーダー種ごと、任意の選択により集合表示可能なこと。
1	2	1	12	診療記録・看護記録・各種オーダーなどにおいて、実績または予定のある日付へワンクリックで移動が可能なこと。
1	3			他病院カルテ参照
1	3	1	1	複数医療機関のMI・RA・ISのカルテ・オーダー情報を参照可能なこと。
1	3	1	2	参照したい医療機関を、任意に選択可能なこと。
1	3	1	3	複数医療機関の情報は、以下の内容を一覧で表示されること。 ・実施日もしくはオーダー日 ・医療機関名 ・入院もしくは外来 ・診療科 ・職種 ・氏名
1	3	1	4	一覧上では診療記事の記載有無、オーダー指示の有無を記号で判断可能なこと。
1	3	1	5	オーダー指示については、未実施、発行済み、一部実施、実施済み、中止の進捗を記号で表示し、容易に把握可能なこと。
1	3	1	6	患者一覧画面で、他施設の検査の進捗が確認可能なこと。
1	3	1	7	一覧上に表示されている各情報の詳細は、ワンクリックで確認可能なこと。
1	3	1	8	各情報の内容はテキスト検索が可能なこと。
1	3	1	9	他施設の診療記事の流用が可能なこと。
1	3	1	10	他施設のオーダー情報の流用が可能なこと。流用は、右クリックメニューから、もしくはドラッグ&ドロップで簡単に操作可能なこと。
1	3	1	11	情報の表示条件を任意に指定可能なこと。表示期間を指定した場合、いつからいつまでの情報を表示しているか、一目で確認可能なこと。
1	4			患者サマリー機能
1	4	1	1	現病歴など患者状態を一目で把握できる情報を登録・参照可能なこと。また登録した内容が、カルテを開いた時に自動表示されるよう操作者ごとに設定、変更可能なこと。
1	4	1	2	簡易サマリー情報として、科別情報・全科共通情報の簡易サマリー(現病歴)を登録、参照可能なこと。 登録したサマリー情報は変更履歴を持つこと。
1	4	1	3	患者情報として、属性・身体情報・入院歴・感染症情報・禁忌情報・アレルギーなどの患者情報を登録参照可能なこと。
1	4	1	4	食事・薬物・運動などの情報を登録参照可能なこと。また登録情報の種類は上記以外の情報へ変更可能であること。
1	4	1	5	登録された簡易サマリー情報はカルテを開くことなく外来患者一覧・入院患者一覧等で参照可能なこと。
1	5			機能ボタンとメニュー
1	5	1	1	職種、操作者ごとに機能ボタン(メニュー)は設定・変更可能なこと。
1	5	1	2	メニューは階層型メニューも可能なこと。
1	5	1	3	メニューを固定部と可変部に分け、よく使う機能は固定部に管理でき、常に表示可能なこと。また、利用者ごとに設定可能なこと。
1	5	1	4	操作者が、よく使うボタンだけを表示することが可能なこと。
1	6			診療情報(カルテ・オーダー情報)データ検索・抽出機能
1	6	1	1	診療情報(カルテ・オーダー)の検索用のデータベースをリアルタイムに作成・検索すること。(例:病名と特定薬剤処方患者検索等)
1	6	1	2	検索用データベースに蓄積されたデータを任意に抽出可能なこと。
1	6	1	3	抽出条件は保存可能なこと。また保存した抽出条件を職員間で流用可能なこと。
1	6	1	4	検索結果をCSVファイルに出力可能なこと。
1	6	1	5	使用制限が可能なこと。
1	6	1	6	使用履歴を採取し不正使用抑制が可能なこと。
1	7			伝達・患者/職員グループ機能
1	7	1		伝達事項機能
1	7	1	1	伝達事項送受信機能(簡易メール機能)が電子カルテに組み込まれていること。
1	7	1	2	伝達事項送受信機能は、電子カルテにログインせずとも使用可能なこと。
1	7	1	3	職員個人/職種/科/部署/任意のグループなどへメールを送信可能なこと。
1	7	1	4	複数の送信先をあらかじめ組み合わせてメーリングリストとして保存可能なこと。
1	7	1	5	メールには患者カルテを関連させて送信可能なこと。受信者はメール画面から関連したカルテ(オーダー)画面を開くことが可能なこと。
1	7	1	6	メール着信のポップアップ表示が可能なこと。
1	7	1	7	送信者が受信者の、メールの未読/既読管理が可能なこと。
1	7	2		コミュニケーションフォルダー機能
1	7	2	1	任意の目的(特殊症例・NST・面会謝絶・退院サマリー未作成など)で患者をフォルダー管理可能なこと。
1	7	2	2	フォルダーは院内共通用と操作者用に区別して管理可能なこと。
1	7	2	3	院内共通用のフォルダーは職員間で共有可能なこととし、患者伝達事項の有無及び未読/既読を管理可能なこと。
1	7	2	4	操作者用のフォルダーは操作者が自由にフォルダーを作成でき、操作者自身のみ参照可能なこと。
1	7	2	5	各患者に対してコメントを登録可能なこと。同一患者が別フォルダーに登録されている場合は、フォルダー別でコメント登録が可能なこと。
1	7	2	6	作成したフォルダは、操作者が任意で並べ替えが可能なこと。
1	7	2	7	フォルダのコピーが可能なこと。フォルダ階層や担当職員の情報を任意で選択しコピーが可能なこと。
1	7	2	8	クリティカルパス適用患者に対し、適用パス名称、開始日を表示可能なこと。
1	8			カルテ参照ログ、VIPカルテ
1	8	1		参照ログ
1	8	1	1	カルテ記載以外に、システムの参照履歴が取れること。また参照履歴には、以下の項目をログとして保持すること。



1	8	1	2	・システム起動と終了情報
1	8	1	3	・カルテの起動と終了情報
1	8	1	4	・カルテ印刷情報
1	8	1	5	・一覧画面からの直接入院情報/患者移動情報の更新情報
1	8	1	6	・一覧画面からの直接検査結果参照情報
1	8	1	7	・一覧画面からの直接病名参照
1	8	1	8	参照ログの抽出は以下の条件で可能なこと。 ・対象日付 (FROM-TO) ・時間 ・患者番号 ・操作者 ・指示医
1	8	2		VIPカルテ
1	8	2	1	特定の患者 (VIP患者) に対し、興味本位でその情報を、診療に関係の無い場面で不正に得ようとする操作を制限できるような機能や工夫がなされていること。
1	8	2	2	特定患者への設定は利用権を持った職員のみが任意に設定可能とすること。ただし利用権限を職員へ付与する設定は、管理者権限のある職員のみとする。
1	8	2	3	患者一覧やオーダー指示画面では、患者氏名をダミー名称として表示する機能を有すること。
1	9			文書サマリー
1	9	1	1	カルテの文書作成で登録された文書内容を一覧表示可能なこと。
1	9	1	2	患者番号・作成日・文書確定日・レポート登録日 (PDF化して登録) ・テンプレート名から検索可能なこと。また文書の確定/未確定を指定して絞り込みも可能なこと。
1	9	1	3	一覧表示された文書サマリーから、文書内容の表示が可能なこと。また、表示された文書は、修正不可なこと。
1	9	1	4	一覧表示された文書サマリーから、文書確定・確定取り消しが可能なこと。
1	9	1	5	一覧表示された文書からレポート登録 (PDF) が可能なこと。
1	9	1	6	文書サマリーはタブ表示とし、他の一覧画面 (外来患者・入院患者) と同時に参照・操作が可能なこと。
1	9	1	7	退院サマリーを作成可能なこと。
1	9	1	8	退院サマリーの作成状況を確認可能なこと。
1	9	1	9	カルテ画面が起動可能なこと。
1	10			外来管理機能
1	10	1	1	外来患者の治療・検査計画の作成が可能なこと。
1	10	1	2	来院サイクルは当日を基準として2W、4W、3M、6Mで設定可能なこと。
1	10	1	3	検査項目は医療機関ごとで任意に登録可能なこと。
1	10	1	4	検査項目、来院予定間隔をセットとして登録可能なこと。
1	10	1	5	検査項目の登録は一覧から選択し登録可能なこと。
1	10	1	6	治療・検査計画は、あらかじめ登録したセットから簡便に登録可能なこと。
1	10	1	7	検査項目ごとに検査サイクルを登録可能なこと。
1	10	1	8	検査のステータスは「通常」、「緊急」、「中止」に登録可能なこと。
1	10	1	9	当日を基準とし次回の来院予定表をプリントアウトし患者へ渡すことが可能なこと。
1	10	1	10	カルテ画面を参照しながら治療・検査計画の作成が可能なこと。
1	11			簡易カルテ照会
1	11	1	1	サーバーに障害が発生しても、カルテの情報を参照が可能なこと。
1	11	1	2	簡易カルテ照会には以下の機能を有すること。
1	11	1	3	・オーダーサーバーのシステムダウン時に、画面上でのオーダー情報を参照可能なこと。
1	11	1	4	・オーダーサーバーのシステムダウン時に、画面上での診療記録を参照可能なこと。
1	11	1	5	・オーダーサーバーのシステムダウン時に、画面上での指示簿を参照可能なこと。
1	11	1	6	・オーダーサーバーのシステムダウン時に、画面上での検査結果を参照可能なこと。
1	11	1	7	・オーダーサーバーのシステムダウン時に、画面上での患者情報を参照可能なこと。
1	11	1	8	・表示範囲を設定可能なこと。
1	12			オンライン資格確認
1	12	1		基本
1	12	1	1	オンライン資格確認に対応していること。
1	12	1	2	医事システムで、共有フォルダに格納された同意ファイルを取り込むことが可能なこと。
1	12	1	3	資格確認端末に格納された薬剤情報、特定健診情報を、電子カルテシステムに取り込むことが可能なこと。
1	12	2		情報閲覧
1	12	2	1	有資格者が、電子カルテシステム上から患者の薬剤情報・特定健診情報の取得要求が可能なこと。
1	12	2	2	情報の取得要求は以下の条件を指定可能なこと。 ・特定健診情報、薬剤情報の指定を有資格者が任意に指定可能なこと。 ・薬剤情報は、期間を指定して取得可能なこと。 ・同意情報の取得日時を確認可能なこと。
1	12	2	3	要求した患者の薬剤情報・特定健診情報を、電子カルテシステム上で参照可能なこと。
1	12	2	4	要求した患者の診療情報・手術情報を、電子カルテシステム上で参照可能なこと。 取得した情報は、以下の内容が確認可能なこと。 ・取得した情報の履歴は一覧で表示可能なこと。 ・取得状況の進捗を確認可能なこと。 ・取得した情報の区分を確認可能なこと。 ・取得日時、取得期間 (薬剤情報のみ) を確認可能なこと。
1	12	2	5	取得した情報の詳細内容を確認可能なこと。
1	12	2	6	確認した情報は、患者別のフォルダにPDFで格納可能なこと。格納した情報は、操作者の任意で参照可能なこと。
1	12	3		被保険者番号
1	12	3	1	医事システムより送信される被保険者番号について、枝番を含めて取り込み可能なこと。
1	13			電子カルテ機能
1	13	1		真正性、見読性、保存性、操作性を確保すること。
1	13	1	1	システムは職員IDとパスワードの組み合わせなどでユーザーを識別して認証が可能なこと。
1	13	1	2	カルテ情報の利用に際して以下の範囲指定が可能なこと。 ・科別指定 (全科指定も含む) ・入院/外来指定
1	13	1	3	カルテ情報はオーダー情報と問診/所見、治療計画等、紙カルテの2号紙イメージで表示記載が可能なこと。
1	13	1	4	カルテの代行入力が可能とし、その際は代行入力者、指示医の管理が可能なこと。
1	13	1	5	カルテ情報の更新に際しては、追記式で保存が可能なこと。
1	13	1	6	以下の権限設定ができ、権限を細分化することで過失を予防可能なこと。 ・操作毎に権限付与 (参照、修正、進捗更新、削除) ・オーダー種毎に権限付与
1	13	1	7	カルテ情報は以下の項目単位で表示が可能なこと。 ・オーダー日 (記録日) ・実施日
1	13	1	8	情報の保存タイミングを制御するための確定操作 (オーダー登録、帳票印刷、カルテを閉じるなど) が可能なこと。
1	13	1	9	代行入力により更新した患者の一覧を管理可能なこと。
1	13	1	10	医師により代行入力の確認及び承認操作が可能なこと。
1	13	1	11	カルテ履歴は、以下の内容が一覧で把握でき、指示により明細も表示可能なこと。 ・オーダー日 ・オーダー種

1	13	1	20	カルテ履歴の明細にて絞り込み表示が可能なこと。
1	13	1	21	カルテ情報は必要に応じて印刷可能なこと。（オーダー情報、問診/所見、シエマ、画像など）
1	13	1	22	カルテ情報の参照権限は職制別に設定可能なこと。
1	13	1	23	システムで利用する部分のデータは、固定ディスクに常駐とし5年間以上の保存が可能なこと。
1	13	1	24	システムの変更に対して、蓄積したデータは容易に継続的利用が可能なこと。
1	13	1	25	故意または過失によるデータの破壊を防ぐ機能を備えていること。
1	13	1	26	データの破壊が発生した場合も回復機能を備えていること。
1	13	1	27	カルテに記載されたオーダー情報の修正は、カルテ画面から直接修正が可能なこと。（必ず修正履歴が残ること。）
1	13	1	28	診療諸記録（問診、所見、治療計画、他科依頼、看護記録、その他）の情報を、カルテ画面に直接記載が可能なこと。
1	13	1	29	診療諸記録（問診、所見、治療計画、他科依頼、看護記録、その他）の情報は職制により、記載/参照のみの権限を設定できること。
1	13	1	30	診療諸記録の履歴管理において、記載者だけでなく更新者も表示可能なこと。また表示名称を自由に設定可能なこと。
1	13	1	31	カルテ情報と経過一覧表が同時に参照が可能なこと。
1	13	1	32	薬歴情報を参照しながら、同時にオーダーの流用が可能なこと。
1	13	1	33	各種オーダーの履歴から、今回オーダーの流用が可能なこと。
1	13	1	34	過去オーダーやセットオーダーから今回オーダーへ流用する際、複数のオーダーを今回オーダーにまとめることが可能なこと。
1	13	1	35	中止したオーダーの表示は他と比べて、容易に判別可能なこと。
1	13	1	36	麻薬、特殊薬剤などの表示は他と比べて、容易に判別可能なこと。
1	13	1	37	オーダー情報の更新有無が識別できるよう表示されること。
1	13	2		<b>診療記録</b>
1	13	2	1	フリーでの診療記録は、直接カルテ画面から入力可能なこと。
1	13	2	2	フリー記載の表題を簡単に変更可能なこと。
1	13	2	3	診療記録は、以下の表示切り替えが行えること。
1	13	2	4	・自記録
1	13	2	5	・全科
1	13	2	6	・入院区分
1	13	2	7	診療記録が更新されても、作成者と更新者が区別されること。
1	13	2	8	診療記録は最終更新者の職制毎に表示色を変更可能なこと。
1	13	2	9	診療記録に、診療区分の設定が可能なこと。
1	13	2	10	問診/所見は定型のプロセスをパターン化し選択入力可能なこと。
1	13	2	11	問診/所見は選択した文書の直接修正も可能なこと。
1	13	2	12	診療記録は以下の登録が可能なこと。
1	13	2	13	・家族歴
1	13	2	14	・バイタル（身長、体重、脈拍、血圧、体温、呼吸数等。項目数は設定で変更可能なこと。）
1	13	2	15	・既往歴（病名はICDより検索可能なこと。）
1	13	2	16	バイタルは履歴管理が可能なこと。
1	13	2	17	シエマを利用した所見も登録可能であること。またシエマに対するコメントは、診療科、部位単位の定型が利用可能なこと。
1	13	2	18	シエマ上で描画した線や文字は、オブジェクトとして管理しシエマ内で自由に移動可能なこと。
1	13	2	19	シエマの描画を効率的に行うために、スタンプを用いた描画が可能なこと。
1	13	2	20	フリーで記載した診療記録欄へシエマを追記する事が可能なこと。
1	13	2	21	重要な画像結果及び検査結果値については、所見を選択して貼り付けが可能なこと。画像については、ペンタブレットによる手書きも可能なこと。
1	13	2	22	画像ファイルを選択し、診療記録に貼り付けが可能なこと。
1	13	2	23	紹介状、手書き問診票は、スキャナーで読み込み、カルテに貼り付けが可能なこと。
1	13	2	24	SOAP形式での入力が容易であること。
1	13	2	25	診療記録は、クリップボード経由で任意の範囲を容易に流用が可能なこと。
1	13	2	26	検査結果画面から、診療記録に結果情報を転記が可能なこと。
1	13	2	27	病名オーダー画面から診療記録に病名情報を転記が可能なこと。
1	13	2	28	過去日を指定して診療記録が記載が可能なこと。但し、履歴として記載日を管理可能なこと。
1	13	2	29	カルテ記載した内容を、患者のサマリーへ転記が可能なこと。
1	13	2	30	画面を切り替えることなく、リッチテキスト入力状態に切り替えが可能なこと。また文字色・文字サイズ・フォントの種類が変更可能なこと。
1	13	2	31	診療記録を簡便に入力できるツール画面があること。このツール画面はユーザーの任意で使用可能なこと。
1	13	2	32	入力ツール画面では以下の内容を編集可能なこと。
1	13	2	33	・日付変更
1	13	2	34	・表題変更
1	13	2	35	・記事区分
1	13	2	36	・拡張入力切り替え
1	13	2	37	・簡易SOAP
1	13	2	38	・定型文
1	13	2	39	診療記録の内容更新有無が視認可能なこと。
1	13	2	40	診療記録は、修正による版数が表示可能なこと。
1	13	2	41	診療記録の修正による版数の履歴が確認可能なこと。
1	13	3		<b>フリーテンプレート</b>
1	13	3	1	診療記録のテンプレート入力が可能なこと。
1	13	3	2	診療記録のテンプレート入力後もフリー形式で診療記録の修正が可能なこと。
1	13	3	3	1つの診療記録欄に複数のテンプレートの内容を登録・修正することが可能なこと。
1	13	3	4	テンプレートは、以下の単位毎に管理可能なこと。
1	13	3	5	・病院
1	13	3	6	・診療科
1	13	3	7	・職制
1	13	3	8	・ユーザー
1	13	3	9	テンプレートは直観的な操作性により作成が容易であること。
1	13	3	10	テンプレート使用時にフォーカス遷移先が日本語入力ができる場合、自動的に日本語入力に切り替わること。
1	13	3	11	テンプレートを作成する場合、同時に複数の作成済みのテンプレートから流用可能なこと。
1	13	4		<b>ダイナミックテンプレート</b>
1	13	4	1	ダイナミックテンプレート機能を標準実装していること。
1	13	4	2	テンプレートを使用して、簡便に診療記事の作成が可能なこと。
1	13	4	3	テンプレートは以下のカテゴリに分けて使用可能なこと。
1	13	4	4	・病院
1	13	4	5	・診療科
1	13	4	6	・職種
1	13	4	7	・個人
1	13	4	8	・他科
1	13	4	9	・他職種
1	13	4	10	テンプレートは他科や他職種の内容も使用可能なこと。

1	13	4	11	テンプレートの検索が可能なこと。また複数キーワードでの検索が可能なこと。
1	13	4	12	テンプレート登録画面では、診療記録の表題を指定して登録が可能なこと。
1	13	4	13	テンプレート登録画面では、選択した項目に対して、診療記録への登録イメージが確認可能なこと。
1	13	4	14	一度に連続して複数のテンプレートを登録可能なこと。
1	13	4	15	テンプレートに点数がある内容では、選択した項目の点数を自動計算し、診療記録として登録可能なこと。
1	13	4	16	登録したテンプレートの編集が可能なこと。
1	13	4	17	カルテ画面を閉じずに、テンプレートマスターからテンプレートを追加登録が可能なこと。
1	13	4	18	文書連携が可能なこと。
1	13	4	19	項目ピッキングが可能なこと。
1	13	4	20	多目的データベース検索機能(DWH機能)連携が可能なこと。
1	13	4	21	シユーマ連携が可能なこと。
1	13	4	22	テンプレートの新規作成が可能なこと。
1	13	4	23	テンプレートの新規作成に必要な部品を取り揃えていること。
1	13	4	24	複数のテンプレートをセット化することが可能なこと。
1	13	4	25	テンプレートのセット名称、表示名称、出力名称は、任意に登録可能なこと。
1	13	4	26	テンプレートは以下の操作が可能なこと。
1	13	4	27	・複製作成
1	13	4	28	・編集
1	13	4	29	・参照
1	13	4	30	・削除
1	13	4	31	テンプレートマスターに登録されているテンプレートのエクスポートが可能なこと。
1	13	4	32	テンプレートマスターのインポートが可能なこと。
1	13	4	33	ダイナミックテンプレートを使った記事作成時に、汎用オーダーが登録できること。
1	13	4	34	常に最新のテンプレートコンテンツを入手可能なこと。
1	13	4	35	テンプレートデータファイルを施設間で使用可能なこと。
1	13	5		<b>ランドマーク機能</b>
1	13	5	1	診療記録の任意の範囲を置石(ランドマーク)として登録可能なこと。
1	13	5	2	登録する置石(ランドマーク)に、区分を設定可能なこと。
1	13	5	3	置石(ランドマーク)が登録されている診療記録の表題に、登録の示す記号が表示されること。
1	13	5	4	登録されている置石(ランドマーク)の修正・削除が可能なこと。
1	13	5	5	過去日の診療記録に対しても、置石(ランドマーク)の登録が可能なこと。
1	13	5	6	諸記録画面にて、登録されている置石(ランドマーク)をロールペーパー形式で参照可能なこと。また文字列検索も可能なこと。
1	13	5	7	入院患者一覧上から、簡易な患者状況をフリー入力(最大全角20文字)で入力や表示が可能なこと。
1	13	6		<b>セット機能</b>
1	13	6	1	各種オーダーを混在してセット作成が可能なこと。
1	13	6	2	患者に指示したオーダー情報を、そのままセットに登録が可能なこと。
1	13	6	3	患者に指示した所見、治療計画、看護記録等の文書情報を、そのままセット登録が可能なこと。
1	13	6	4	セットの流用時には、複数日に展開して流用が可能なこと。
1	13	6	5	病名単位のセット作成が可能なこと。
1	13	6	6	病名セット流用時は病名が登録可能なこと。
1	13	6	7	病名のみでセット展開が可能なこと。
1	13	6	8	診療記録のセット作成が可能なこと。
1	13	6	9	セットの作成単位は、医療機関単位、診療科単位、医師単位、看護師単位、患者単位に作成可能なこと。
1	13	6	10	カルテ画面起動時に、自動でセット情報を起動可能なこと。
1	13	7		<b>カルテ開示</b>
1	13	7	1	診療情報として入力された情報が時系列、課別の分類で表示可能なこと。
1	13	7	2	診療情報は入力者、入力時間などが認識可能なこと。
1	13	7	3	病名など、開示上好ましくない情報は一部非表示が可能なこと。または病名については、マスタ登録により代替病名にて表示が可能なこと。
1	13	7	4	登録された情報の入力後、変更可能な時間の設定が可能なこと。
1	13	7	5	診察情報の改訂は、改訂箇所がその前後で認識ができ、改訂者、改訂時間が確認可能なこと。
1	13	8		<b>紹介状作成</b>
1	13	8	1	以下の情報を入力し、紹介状を作成可能なこと。またオーダーリングシステム等で、入力済みの項目に関しては自動的に入力されること。
1	13	8	2	・一般 ・患者属性(患者氏名 ・性別 ・生年月日 ・年齢 ・職業)
1	13	8	3	・紹介元情報(紹介日、医師名、医療機関名、電話番号、登録医番号)
1	13	8	4	・紹介先情報(医師名、医療機関名、電話番号、登録医番号)
1	13	8	5	・紹介理由(入院、検査、その他患者に関する留意事項)
1	13	8	6	・診療要約(主訴、既往歴、現病歴)
1	13	9		<b>その他</b>
1	13	9	1	雑記類を付箋紙として登録可能なこと。付箋紙は以下の機能を有していること。
1	13	9	2	・職種を問わずに登録 ・参照が可能なこと。
1	13	9	3	・患者ごとに登録 ・参照が可能なこと。
1	13	9	4	・フォントが変更可能なこと。
1	13	9	5	・背景色が変更可能なこと。
1	13	9	6	複数日のカルテを同時参照可能なこと。
1	13	9	7	フォントや画面サイズは変更可能なこと。
1	13	9	8	フォントや画面サイズは以下のように管理可能なこと。
1	13	9	9	・ユーザー単位で設定可能なこと。
1	13	9	10	・ユーザーがログイン時に操作者が設定したフォント・画面サイズが適用されること。
1	13	9	11	カルテの操作情報は操作ログ情報として詳細なログ取得が可能なこと。
1	13	9	12	操作ログ情報について、以下の機能を有していること。
1	13	9	13	・暗号化
1	13	9	14	・指定フォルダでの管理
1	13	9	15	重要日等の特定日付に対してコメントを付加しマーキングが可能なこと。
1	13	9	16	マーキングされた日付をカルテ画面や各種一覧画面で把握が可能なこと。
1	13	9	17	マーキングの追加・削除した履歴が管理が可能なこと。
1	13	9	18	患者カルテに常時閲覧可能な付箋紙の入力が可能なこと。
1	13	9	19	付箋紙毎に参照権限・更新権限を設定可能なこと。
1	13	9	20	過去の付箋紙を記録(ログ)可能なこと。
1	13	9	21	付箋紙毎に以下のデザイン設定が可能なこと。
1	13	9	22	・フォント変更
1	13	9	23	・背景色変更
1	13	9	24	付箋紙毎に表示期限の設定が可能なこと。
1	13	9	25	付箋紙に以下の項目が表示可能なこと。
1	13	9	26	・登録者
1	13	9	27	・登録日時

1	13	9	28	付箋紙はワンクリックで表示・非表示の切り替えが可能なこと。
1	13	9	29	特定の患者のカルテを、予め許可設定された職員のみが操作・参照可能な制限可能な機能を有すること。
1	13	9	30	電子カルテの情報交換規格である「HL7」に対応可能なこと。
1	13	9	31	患者に対し担当となる以下の職員を登録可能なこと。
1	13	9	32	・主治医
1	13	9	33	・第一担当医
1	13	9	34	・担当医
1	13	9	35	・看護師
1	13	9	36	・その他担当（職員を複数人分の登録ができる）
1	13	9	37	入院患者一覧画面等でその他担当でも担当患者一覧で絞り込み表示が可能なこと。
1	13	9	38	ジェノグラムの管理が可能なこと。
1	13	9	39	ジェノグラム編集画面では以下の機能を有していること。
1	13	9	40	・描画ツールがあること。
1	13	9	41	・セット登録機能があること。
1	13	9	42	・更新履歴管理が可能なこと。
1	13	9	43	生活歴・病歴管理は以下の情報を管理可能なこと。
1	13	9	43	・患者イベント（生育・教育歴、職歴、入・通院歴）・病歴（既往歴含）
1	13	9	44	・各イベントに対するフリー入力（公的文書へ反映可能なこと。）
1	13	9	45	登録されたフリー入力文書は、公的文書にも反映が可能なこと。
1	13	9	47	入力されたイベント・病歴は、電子カルテで登録された入・通院歴、病歴（病名）も合わせて一覧、年表表示が可能なこと。
1	13	9	48	入力情報確定時に、入力していた内容はクリアされずに表示されていること。
1	13	9	49	入・退院、転科・転出、特定入院形態発生・終了日から起算して、指定の日数を経過すると、文書・フリーコメントの督促が可能なこと。
1	13	9	50	督促を通知する担当区分を設定可能なこと。
1	13	9	51	督促状況は一覧で表示可能なこと。
1	13	9	52	行動制限では以下の機能を有すること。
1	13	9	53	・行動制限の指示が可能であること。
1	13	9	54	・隔離や身体拘束の指示が可能なこと。
1	13	9	55	・観察記録（コメント記録含）が可能なこと。
1	13	9	56	・指示や記録を一覧で参照可能なこと。
1	13	9	57	空床照会が可能なこと。
1	13	9	58	保護室の設定が可能なこと。
1	13	9	59	空床照会にて保護室の状況を照会することが可能なこと。
1	13	9	60	ID-Linkに公開中であることが患者パネルにアイコンで表示可能であり、一目で把握できる視認性をもつこと。
1	13	9	61	救急患者としての仮患者IDと正式な患者ID、親子・配偶者などの家族間における患者IDの関連付けが可能なこと。
1	13	9	62	カルテ画面から関連IDの有無が容易に把握可能なこと。
1	13	9	63	カルテ画面から関連付けされたIDが把握可能なこと。
1	13	9	64	カルテ画面から関連付けされたIDのカルテが起動可能なこと。
1	13	9	65	カルテ1号紙(様式1号)の記載項目である「労務不能に関する意見欄」を登録可能なこと。
1	14			患者基本オーダー
1	14	1	1	医事システムで保有する患者の基本属性情報（患者ID、患者氏名、カナ氏名、性別、生年月日、保険情報、保険有効期限、住所情報、電話番号、携帯電話番号、緊急連絡先、身長、体重、保護者名を最低限の表示項目とする）を表示すること。
1	14	1	2	カルテを開かずに、患者基本情報画面を開くことが可能なこと。
1	14	1	3	患者基本情報編集画面を、カルテ画面から独立して別ウィンドウで表示可能なこと。
1	14	1	4	別ウィンドウを表示した場合は、オーダー画面に患者情報を表示すること。複数患者起動を想定して、表示内容はカルテ画面と同等の情報を表示すること。
1	14	1	5	看護情報、基本情報、障害情報、感染情報、薬剤禁忌情報、一般アレルギー、職種コメント、家族歴情報等を登録する機能を有すること。
1	14	1	6	各項目はインデックス表示され、該当項目を選択することにより編集画面の切り替えが可能なこと。
1	14	1	7	編集画面を切り替えること。なく、未登録の項目が把握可能なこと。
1	14	1	8	身長や体重など、前回計測時から変更がない場合、その旨を登録可能なこと。
1	14	1	9	精神科用患者基本情報として、保護者/同意者（複数）、緊急連絡先（複数）、関係機関（複数）、紹介者/紹介機関（複数）、その他患者情報、フリーコメント等が登録可能なこと。登録した内容は、公的文書へ展開可能なこと。
1	14	1	10	機密保護のため参照可能な機能、登録可能な機能を職制に応じて制限可能な機能を有すること。
1	14	1	11	患者基本画面では、以下の内容を表示および入力、修正が可能なこと。
1	14	1	12	・感染症と検査日
1	14	1	13	・禁忌(薬剤、食物)
1	14	1	14	・身長、体重（推移が表示されること。）
1	14	1	15	・入力された身長、体重から体表面積、標準体重、BMIが自動計算されること。
1	14	1	16	・紹介患者であることがカルテ画面にて認識可能なこと。
1	14	1	17	・職種ごとのコメントが入力可能なこと。
1	14	1	18	・患者固有の情報について複数設定が可能なこと。また、設定した内容がカルテ画面にて認識可能なこと。
1	14	1	19	患者確認チェック機能を有していること。
1	14	1	20	患者確認チェック項目は、医療機関ごとで自由に作成可能なこと。
1	14	1	21	患者確認チェック項目は、最大99項目作成可能なこと。
1	14	1	22	オーダー側で入力した家族歴イメージは、看護支援機能と共有可能なこと。
1	14	1	23	各種ワクチンおよび接種日の登録が可能なこと。
1	14	1	24	患者基本情報の項目ごとに更新履歴を参照可能なこと。
1	14	1	25	食物禁忌を登録すると、食事オーダーに禁止事項として登録可能なこと。
1	15			外来基本オーダー
1	15	1	1	医師（診察室）別予約および予約外患者一覧を識別表示可能なこと。
1	15	1	2	患者の呼び出し状況を未来院、診察待ち、診察終了、診察一時終了別に識別表示可能なこと。
1	15	1	3	予約外患者を予約患者一覧へ、容易な操作で割込み入力可能なこと。
1	15	1	4	以下の内容を表示可能なこと。
1	15	1	5	・予約時間
1	15	1	6	・当日検体検査進捗情報
1	15	1	7	・当日画像 ・生理検査進捗情報
1	15	1	8	・受付番号
1	15	1	9	・受付時刻
1	15	1	10	・患者氏名、年齢、性別
1	15	1	11	・コメント
1	15	1	12	・患者フリーコメント
1	15	1	13	・患者サマリー情報の有無
1	15	1	14	・患者ID
1	15	1	15	・併科受診情報
1	15	1	16	・外来患者呼び出し状況
1	15	1	17	・紹介情報
1	15	1	18	・各オーダー進捗情報

1	15	1	19	予約患者と予約外患者を同一画面に表示することが、操作者の指示で可能なこと。
1	15	1	20	患者IDおよび50音検索が可能なこと。
1	15	1	21	同名同名の患者は、識別表示可能なこと。
1	15	1	22	当日、再診患者の保留機能を有し、識別表示可能なこと。
1	15	1	23	患者選択によりオーダー画面に展開可能なこと。患者が入室しない場合は、診察中断が可能なこと。
1	15	1	24	診察終了患者は、非表示と可能なこと。また、必要に応じて再表示可能なこと。
1	15	1	25	診察終了ごとに最新表示可能なこと。
1	15	1	26	代行入力機能（医師以外がオーダーを入力可能とすること。ただし、利用者認証を確定できる機能）を有すること。
1	15	1	27	担当医師への連絡のために、診療予約時に定型コメント、フリーコメント入力可能なこと。
1	15	1	28	診療予約区分の表示が可能なこと。
1	15	1	29	代行入力した場合は、未承認として登録され、未承認の患者を表示可能なこと。医師が承認処理を行なうことにより承認となる機能を有すること。
1	15	1	30	外来患者一覧の表示項目は個人ごとに並び順を変更可能なこと。
1	15	1	31	患者一覧画面から患者フリーコメントを編集可能なこと。
1	15	1	32	誤って受付した場合でも患者一覧から削除可能なこと。
1	16			入院基本オーダー
1	16	1	1	空床状況が病棟別、および病室別に照会可能なこと。
1	16	1	2	カレンダー形式でベッドの使用状況を確認でき、入院操作が可能なこと。
1	16	1	3	入院予定、入院決定、入院確認、転棟予定、転科、転室、転ベッド、外泊、外出、退院予定、退院確認、医師／看護師の登録、履歴確認が可能なこと。
1	16	1	4	外出、外泊での欠食、転棟による配膳先変更、退院により食止めとなる連携情報等、登録された情報は、食事オーダーに自動的に反映されること。
1	16	1	5	外出、外泊の初期表示に関して、設定により手入力か初期表示を選択可能なこと。
1	16	1	6	入院予定オーダーは、以下の機能を有すること。
1	16	1	7	・依頼科、医師、入院予定日、目的、期間、主治医、担当医、看護師、病棟、病室の登録が可能なこと。
1	16	1	8	・運用により主治医、担当医、看護師、病棟、病室の入力は省略可能なこと。
1	16	1	9	・必要に応じて入院病名を登録可能なこと。
1	16	1	10	・入院時の食事が選択可能なこと。
1	16	1	11	・入院時、検査日や手術日が確定している場合、必要に応じて食事のスケジュールを立てることが可能なこと。
1	16	1	12	・登録した情報は、入院予定患者一覧に反映されること。
1	16	1	13	・入院患者一覧上から、簡易な患者状況をフリー入力（最大全角20文字）可能なこと。
1	16	1	14	入院予定の段階で文書作成オーダーと連動して必要な文書の作成が可能なこと。
1	16	1	15	入院決定オーダーは、以下の機能を有すること。
1	16	1	16	・入院予定で登録された内容を引き継ぎ、入力の省力化を図ること。
1	16	1	17	・依頼科、医師、入院決定日、時間、目的、期間、主治医、病棟、病室、ベッド、担当医、看護師の登録が可能なこと。
1	16	1	18	・運用により担当医、看護師は省略可能なこと。
1	16	1	19	・外来にて入院予定時に登録済みの情報は入院時（入院決定時・確認時等）に情報を引き継げること。
1	16	1	20	・必要に応じて入院病名を登録可能なこと。
1	16	1	21	・入院時の食事を選択可能なこと。
1	16	1	22	・入院予定で登録済みの食事の内容は情報を引き継ぎ可能なこと。
1	16	1	23	・登録した情報は入院決定患者一覧に反映されること。
1	16	1	24	・精神科での入院の場合、入院形態、告知医など管理可能なこと。
1	16	1	25	・入院決定時、薬剤管理指導記録の医師の同意が取れること。
1	16	1	26	・紹介情報を参照可能なこと。
1	16	1	27	・緊急入院種別判定が可能なこと。
1	16	1	28	・入院決定時に退院決定が可能なこと。
1	16	1	29	・入院中患者に対し次回分の入院決定が可能なこと。
1	16	1	30	・入院決定の段階で文書作成オーダーと連動して必要な文書の作成が可能なこと。
1	16	1	31	入院確認オーダーは以下の機能を有すること。
1	16	1	32	・入院予定、入院決定で登録された内容を引き継ぎ、入力の省力化が可能なこと。
1	16	1	33	・依頼科、医師、入院日、時間、主治医、病棟、病室、ベッド、担当医、看護師、室料扱いの登録が可能なこと。
1	16	1	34	・担当医、看護師、室料扱いは省略可能なこと。
1	16	1	35	・入院予定、入院決定が登録済みの場合は情報をそのまま引き継げること。
1	16	1	36	・登録した情報は入院患者一覧に反映されること。
1	16	1	37	・精神科での入院の場合、入院形態、告知医などの管理可能なこと。
1	16	1	38	・入院決定時、薬剤管理指導記録の医師の同意が取れること。
1	16	1	39	・紹介情報を参照可能なこと。
1	16	1	40	・緊急入院種別判定が可能なこと。
1	16	1	41	入院確認の段階で文書作成オーダーと連動して必要な文書の作成が可能なこと。
1	16	1	42	入院病名入力と病名オーダーを、連動可能なこと。
1	16	1	43	転科予定オーダー（転入側病棟にて登録）は、以下の機能を有すること。
1	16	1	44	・転棟日時、診療科、病棟、病室、ベッドの入力が可能なこと。
1	16	1	45	・登録した情報は、転入側病棟の転入予定患者一覧に反映されること。
1	16	1	46	・食事オーダーには、配膳先の変更情報として伝達されること。
1	16	1	47	・精神科での入院の場合、入院形態、告知医などの管理可能なこと。
1	16	1	48	転入確認オーダー（転入側病棟の確認情報）は以下の機能を有すること。
1	16	1	49	・転棟日時、診療科、病棟、病室、ベッドの入力が可能なこと。
1	16	1	50	・転棟予定で登録された情報はそのまま引き継ぎ、省力化を図ること。
1	16	1	51	・転出側の病棟で未実施の予定オーダーや継続オーダーが存在するとき、転科を伴わない場合には自動的に転入側の病棟のオーダーに変更されること。
1	16	1	52	・登録した転入情報により、転入予定患者一覧から該当患者が消去されること。
1	16	1	53	・精神科での入院の場合、入院形態、告知医など管理可能なこと。
1	16	1	54	転科、転室、転ベッド登録は、以下の機能を有すること。
1	16	1	55	・転棟日時、診療科、病棟、病室、ベッド、室料扱いの入力が可能なこと。ただし、室料扱いは省略可能なこと。
1	16	1	56	・登録された内容（転科、転室、転ベッド）は即時実行され、入院患者一覧に反映されること。
1	16	1	57	・食事オーダーには、配膳先の変更情報として伝達されること。
1	16	1	58	・精神科での入院の場合、入院形態、告知医などの管理可能なこと。
1	16	1	59	一覧画面でドラッグ&ドロップなどの簡易な操作により、転室、転ベッドが可能であること。
1	16	1	60	外泊、外出オーダーは、以下の機能を有すること。
1	16	1	61	・開始日時、食事中止日、食事中止区分（朝食、昼食、夕食）、終了日時、食事再開日、食事再開区分（朝食、昼食、夕食）、理由の入力が可能なこと。
1	16	1	62	・外出、外泊を登録した際、食事オーダーに欠食情報として伝達されるとともに、医事システムにも反映されること。
1	16	1	63	医師／看護師登録は以下の機能を有すること。
1	16	1	64	・入力項目は主治医、担当医、看護師とする
1	16	1	65	・主治医、担当医、看護師は複数登録可能なこと。
1	16	1	66	退院決定オーダーは以下の機能を有すること。
1	16	1	67	・退院日時、理由、コメント等を入力可能なこと。
1	16	1	68	・紹介情報を参照可能なこと。

1	16	1	69	退院確認オーダーは以下の機能を有すること。
1	16	1	70	・退院決定で登録された情報を引き継ぎ、入力の手軽化を図ること。
1	16	1	71	・退院日時、理由、コメントなどを入力可能なこと。
1	16	1	72	・退院確認日以降の食事オーダーは食止め情報として登録され、医事システムなどの部門システムにも反映されること。
1	16	1	73	・紹介情報の参照が可能なこと。
1	16	1	74	・退院時に未来日の不要なオーダーを一括削除可能なこと。
1	16	1	75	・患者に指示された入院基本オーダーの履歴状況を一覧形式で表示可能なこと。
1	16	1	76	患者IDおよび50音検索が可能なこと。(完全、前方一部データでの検索が可能なこと。)
1	16	1	77	同姓同名の患者は、識別表示可能なこと。
1	16	1	78	薬剤師、栄養士、ソーシャルワーカーなど職制に応じた担当者を複数登録し管理可能なこと。
1	16	1	79	担当している患者を、一覧表形式にて絞り込みが可能なこと。
1	16	1	80	カルテを開いたときに、当該患者の担当者が表示可能なこと。
1	16	1	81	保護室を定床に含めて管理するか、定床から除外して管理するかが選択可能なこと。
1	16	1	82	退院登録時にそれ以降のオーダーがある場合はキャンセルしてよいかアラートを出すことが可能なこと。
1	16	1	83	退院登録は容易に解除して入院に復旧可能なこと。
1	16	1	84	過去の入院履歴を参照可能なこと。
1	16	1	85	過去入院時の担当者の情報を参照可能なこと。
1	17			ベッドコントロール機能
1	17	1		ベッドコントロール
1	17	1	1	1日のうち、午前/午後における空きベッド状況がマップ形式確認可能なこと。
1	17	1	2	ベッド使用状況が視覚的に判別可能であること。
1	17	1	3	使用するベッドの変更がドラッグ&ドロップで簡易に行えること。
1	17	1	4	日ごとにベッドの稼働率が確認可能であること。
1	17	1	5	ベッドコントロールにおける稼働率などのシミュレーションが可能なこと。
1	17	1	6	ベッドを使用している患者情報が確認可能であること。
1	17	1	7	ベッドを使用している患者に対する他の入院基本操作が可能であること。
1	17	1	8	ベッドの変更に対する取消操作(元に戻す)が可能であること。
1	17	2		ベッドコントロール退院調整
1	17	2	1	入院患者が現在どの病床に何日入院しているか確認可能なこと。
1	17	2	2	入院患者に対する出来高入院料が病床区分ごとで確認可能なこと。
1	18			食事オーダー
1	18	1	1	オーダー画面をカルテ画面から独立して別ウィンドウで表示可能なこと。
1	18	1	2	別ウィンドウで表示した場合は、オーダー画面に患者情報を表示すること。複数患者起動を想定して、表示内容はカルテ画面と同等の情報
1	18	1	3	入院時の食事情報、転科、転室情報、外泊・外出に伴う欠食情報および退院による食止め情報は入院基本オーダーから自動的に伝達されること。
1	18	1	4	給食システムへの情報伝達を可能とすること。
1	18	1	5	以下の内容を入力可能なこと。マスターまたは他のシステムで入力済みの項目については、選択入力または自動表示可能なこと。
1	18	1	6	・食種
1	18	1	7	・開始日、終了日
1	18	1	8	・時間(朝・昼・夕)
1	18	1	9	・食事区分(朝・昼・夕)
1	18	1	10	・主食の食品・量
1	18	1	11	・禁止食品、代替食品
1	18	1	12	・特別食の加算・非加算
1	18	1	13	・エネルギー指示(熱量制限、低蛋白食)
1	18	1	14	・食止めおよび理由
1	18	1	15	・定型コメントおよびフリーコメント
1	18	1	16	食事時間帯指定によるオーダー登録が可能なこと。
1	18	1	17	1日の食事(朝・昼・夕)に複数の食種が混在したオーダー登録が可能なこと。
1	18	1	18	オーダー食の栄養量表示が可能なこと。
1	18	1	19	食種一覧表からの食種選択入力が可能なこと。
1	18	1	20	食種一覧表には食種別の栄養量の表示が可能なこと。
1	18	1	21	食事開始日、食事区分(朝・昼・夕食)の入力画面は、締切時間を考慮した表示が可能なこと。
1	18	1	22	食事終了日は、指定しない限り登録されているオーダー食を継続すること。
1	18	1	23	登録されている食事オーダーはカレンダー形式(以下、食事カレンダー)で確認可能なこと。
1	18	1	24	食事カレンダーでは以下の情報が確認可能であり、操作が可能なこと。
1	18	1	25	・身長、体重、BMIの確認が可能なこと。また患者基本情報と連動していること。
1	18	1	26	・食物禁忌の情報と、食物禁忌のコメントが確認可能なこと。
1	18	1	27	・栄養士のコメントが確認可能なこと。
1	18	1	28	・選択した日付(朝・昼・夕)の食事オーダーの詳細情報が確認可能なこと。
1	18	1	29	・食事オーダーの新規登録画面の展開が可能なこと。
1	18	1	30	・過去の食事オーダーの流用(コピー)が可能なこと。
1	18	1	31	・食事オーダーの修正画面が展開可能なこと。
1	18	1	32	・食事オーダーの削除が可能なこと。
1	18	1	33	・部分欠食指示が、編集画面を開かず指示が可能なこと。
1	18	1	34	・未確定の食事オーダーを、一括で取り消し可能なこと。
1	18	1	35	・食事箋の発行、再発行が可能なこと。
1	18	1	36	食事カレンダーを表示しながら、食事オーダーの登録が可能なこと。
1	18	1	37	新規に食事オーダーを登録する際、最後に登録された食事オーダーの特別指示、禁止事項、塩分指示などの内容が引き継ぎ可能なこと。
1	18	1	38	食種をグループ別に分類管理でき、選択可能なこと。
1	18	1	39	選択した食種に応じた、詳細指示が可能なこと。
1	18	1	40	食事締め切り時間のチェックを自動的にを行い、登録可能な食事開始日/区分を、既定値表示することが可能なこと。
1	18	1	41	食事を継続する場合は、終了日および食事終了区分は入力を省略可能なこと。
1	18	1	42	特別食を指示する場合は、必要に応じて特別食加算の対象となる病名を入力可能なこと。
1	18	1	43	特別指示として栄養管理部門に伝えたいコメント情報や、食物禁忌情報を入力可能なこと。食物禁忌情報は患者基本オーダーで登録済み項目が、自動的に選択済みになること。
1	18	1	44	術後食、潰瘍食等は、パターン食として食事の変動(食上がり)に従ったセットを、作成可能なこと。
1	18	1	45	食事と患者食物アレルギーとのチェック機能を有すること。
1	18	1	46	1食単位で医事会計システムへ送信が可能なこと。
1	18	1	47	特定薬剤服用時には該当する食物禁忌チェックが可能なこと。
1	18	1	48	食事箋発行のログを持っていること。
1	18	1	49	食事箋発行ログから、食事箋の再出力が可能なこと。
1	18	1	50	食事箋発行ログは、自動削除機能があること。削除のタイミングは、設定により指定可能なこと。
1	18	1	51	カルテ画面を参照しながら、食事オーダーの入力が可能とすること。

1	18	1	52	他の端末で同一患者のカルテを同時に開いている際に、双方で入力中の食事オーダーの内容がリアルタイムで参照可能なこと。
1	18	1	53	オーダーツリーに表示する名前は、オーダー登録者か最終更新者を設定により変更可能なこと。
1	18	1	54	選択した食事内容のカロリー表示が可能なこと。
1	19			処方オーダー
1	19	1	1	オーダー画面は操作者が任意にカルテ画面から切り離して別ウィンドウで表示可能なこと。
1	19	1	2	別ウィンドウ表示した場合は、オーダー画面に患者情報を表示すること。複数患者起動を想定して、表示内容はカルテ画面と同等の情報を表示すること。
1	19	1	3	適用保険選択によるオーダーが可能なこと。
1	19	1	4	薬袋印字機、自動調剤分包機に、処方オーダーで入力されたデータが伝達可能なこと。
1	19	1	5	薬剤の入力方法はフォルダーを利用した頻用薬剤から選択する方法と、カナ・アルファベット等の検索入力方法をとること。薬剤の検索は文字検索を基本とすること。
1	19	1	6	薬剤検索時、リアルタイムで入力文字から候補薬剤を表示すること。医師が多く使用する薬剤は文字サイズを大きく表示するなど、誤った薬を選択させないための工夫がされていること。
1	19	1	7	以下の内容を入力が可能なこと。マスターまたは自動表示可能なこと。
1	19	1	8	・ 薬剤
1	19	1	9	・ 用量
1	19	1	10	・ 用法（内服、外用、頓服、回数、時間、粉碎、混合等）
1	19	1	11	・ 投与日数
1	19	1	12	・ 一包化表示
1	19	1	13	・ 後発品への変更指示
1	19	1	14	・ 薬剤の一般名によるオーダーが可能なこと。
1	19	1	15	・ 外来患者に対して、入院時の処方を院外オーダーとして流用する場合に、薬剤の一般名によるオーダーが可能なこと。
1	19	1	16	・ 採用期限が切れた薬剤を含むオーダーの流用時に、現在採用されている薬剤への変更が簡易に行えること。
1	19	1	17	一般名で登録されている薬剤を含む約束処方をオーダーする際、一般名もしくは商品名のどちらで登録するか選択可能なこと。有効期限切れの薬剤が含まれる場合はメッセージを表示し再登録を促すことが可能なこと。
1	19	1	18	薬効から薬剤の検索が可能なこと。
1	19	1	19	ログイン者ごとの頻用薬一覧が表示されること。表示される薬剤の使用量を必要に応じて変更可能なこと。
1	19	1	20	薬剤指定によるDIを表示可能なこと。
1	19	1	21	過去の指示内容流用時は、オーダーの履歴ウィンドウから今回診療オーダーウィンドウへ直接、Do入力が可能なこと。
1	19	1	22	入外区分を問わずDo入力が可能なこと。その際、処方区分は患者の入外区分に合わせて自動で変更されること。
1	19	1	23	セット入力はセットウィンドウから、ドラッグ&ドロップで簡単に可能なこと。
1	19	1	24	複数のオーダーを1つにまとめてオーダー可能なこと。
1	19	1	25	必要に応じて処方箋選択コメント、処方箋コメント（処方箋に付加するコメント）、薬剤コメント（薬剤単位に付加するコメント）、用法コメント（用法に付加するコメント）がRPごとに登録可能なこと。
1	19	1	26	投与日数は、期間指定を指定してオーダー可能なこと。
1	19	1	27	投与日数は予約オーダーと連動し、次回診察予約までの日数で自動登録可能なこと。
1	19	1	28	投与日数を期間指定および、次回診察予約日までの期間で登録した場合、コメントに投与期間を表示すること。
1	19	1	29	投与期間のコメントは、任意で削除可能なこと。
1	19	1	30	以下のチェック機能を有すること。
1	19	1	31	・ 薬剤の警告量チェック、極量チェック、最大投与日数チェック
1	19	1	32	・ 用法と使用量の適合チェック、粉碎化可否チェック
1	19	1	33	・ 患者アレルギーチェック、妊産婦禁忌チェック
1	19	1	34	・ 他科を含めた服用期間の重なる薬剤との重複チェック、絶対禁忌チェック、相互作用チェック
1	19	1	35	・ 他の端末で入力中の処方データもチェック対象とすること。
1	19	1	36	・ 劇薬、麻薬、特殊薬剤警告チェック
1	19	1	37	・ 注射薬剤との禁忌チェック
1	19	1	38	・ 他の端末で入力中の注射データもチェック対象とすること。
1	19	1	39	・ 院外不可薬剤チェック、採用薬期限切れチェック
1	19	1	40	・ 同月内の院内/院外処方混在チェック
1	19	1	41	・ 分割チェック、成分重複チェック、年齢別投与制限チェック、妊婦授乳婦チェック
1	19	1	42	・ 禁忌病名チェック、適応病名チェック
1	19	1	43	警告に対して、コメント付加等の一定の条件によるオーダーが可能なこと。強制入力によるオーダーはコメント、または識別表示が可能なこと。
1	19	1	44	定期、継続、臨時、先渡、退院、緊急の処方区分を有すること。
1	19	1	45	オーダーの進捗状況をカレンダー形式等（2週間分以上）で表示し以下の機能を有すること。
1	19	1	46	・ 患者を条件によって、限定して表示可能なこと。
1	19	1	47	・ 日付を選択することにより、該当する詳細情報が参照可能なこと。
1	19	1	48	・ 表示されたオーダーに対して処方箋の発行、仮発行、再発行が行えること。
1	19	1	49	・ 表示されたオーダーに対して削除指示、未実施指示が行えること。
1	19	1	50	オーダー修正時、修正前と修正後の内容を同一画面で確認可能なこと。また、修正前と修正後の項目は文字色が変わり一目で把握可能なこと。
1	19	1	51	入力した時間帯により院内/院外区分の既定値を設定可能なこと。
1	19	1	52	患者ごとに院内/院外区分の既定値を設定可能なこと。
1	19	1	53	院外処方オーダーに伴う院外処方箋を出力可能なこと。
1	19	1	54	麻薬処方箋を出力可能なこと。
1	19	1	55	適用保険の保険者番号等を院外処方箋に印字可能なこと。
1	19	1	56	院外処方箋に2次元コードを印字可能なこと。
1	19	1	57	病棟で至急、臨時オーダーに伴う処方箋の発行が可能なこと。
1	19	1	58	処方区分（定時・臨時・退院）により、異なったタイミングで薬剤部門へ情報送信し、必要に応じて処方箋が出力可能なこと。
1	19	1	59	処方履歴として以下の内容の表示が可能なこと。
1	19	1	60	・ 日付、時間（オーダー日）
1	19	1	61	・ 診療科
1	19	1	62	・ 入外区分
1	19	1	63	・ 依頼医師
1	19	1	64	・ オーダー種別
1	19	1	65	・ オーダー進捗状況（実施、未実施）
1	19	1	66	・ 全科/自科の切替表示が可能なこと。
1	19	1	67	・ 処方日指定で、処方内容の表示が可能なこと。
1	19	1	68	DI情報を、マスターに取り込めること。
1	19	1	69	定期処方、担当医であるなら他科でも可能とすること。
1	19	1	70	麻薬、劇薬は識別表示可能なこと。
1	19	1	71	錠剤一包化、散剤一包化の指示（ボタン）、不均等投与機能を有すること。
1	19	1	72	医師への督促コメント機能を有すること。
1	19	1	73	薬剤部門でも、医師と同じ画面で照会可能なこと。
1	19	1	74	院外処方専用採用薬について、院内処方押下時にエラー表示が可能なこと。
1	19	1	75	処方箋の出力について出力先を以下の条件で切り替えることが可能なこと。

1	19	1	76	・時間帯により自動的に時間内・時間外を判断し出力先を変更
1	19	1	77	・手動により時間内・時間外を切替え出力先を変更
1	19	1	78	・院内・院外処方箋の出力（再発行）、プリンター等の不具合時の対応として再発行が可能であること。
1	19	1	79	入院処方箋（注射含む）の出力は定時と臨時で別プリンター（注射も別）とし、定時薬の取り出しがALL、病棟別、ID番号等で可能なこと。
1	19	1	80	処方箋に患者基本情報のほか、処方医、診療科名、病室番号等が出力可能なこと。
1	19	1	81	院内、院外、麻薬の各処方箋では、一回量と一日量の併記が可能なこと。
1	19	1	82	薬剤選択時、薬剤部門からの注意コメントが表示可能なこと。
1	19	1	83	医師ごとの使用頻度に応じて頻用薬リストが自動的に作成され、そのリストからオーダーが容易に可能なこと。
1	19	1	84	一度のオーダーで麻薬処方と通常の処方と同時にできること。
1	19	1	85	外来処方オーダー時、曜日、時間帯を判断し、院内処方/院外処方の初期値を自動で切り替えることが可能なこと。過去オーダーの流用時やセットからオーダー登録時にも同様の切替えが可能なこと。
1	19	1	86	適応病名、禁忌病名との薬剤チェックが可能なこと。
1	19	1	87	適応病名チェックは処方オーダー登録時、処方オーダー流用時にチェックがかかること。
1	19	1	88	適応病名チェックがかかった処方薬剤に対し適応病名の一覧を表示し、一覧より病名の登録まで行えること。
1	19	1	89	適応病名チェックに複数の薬剤がかかった場合でも、薬剤ごとに適応病名の登録が行えること。
1	19	1	90	適応病名一覧画面では、適応病名を登録する必要のある薬剤数が、常に表示されていること。
1	19	1	91	適応病名の一覧では、病名の漢字名称もしくはカナ名称、キーワードの部分一致もしくは前方一致で病名の絞り込みが可能なこと。
1	19	1	92	登録する病名を、主病名として登録可能なこと。
1	19	1	93	登録する病名に疑いサインの付加が可能なこと。
1	19	1	94	体重、体表面積、年齢別薬剤規定値計算が可能なこと。
1	19	1	95	疑義照会等で変更のあった場合は、再送信可能なこと。
1	19	1	96	会計終了後の追加処方にも対応することが可能なこと。
1	19	1	97	追加の場合、追加分のみ出力が可能なこと。
1	19	1	98	オーダーツリーに表示する名前は、オーダー登録者か最終更新者を設定により変更可能なこと。
1	19	1	99	オーダーを中止、削除、修正をした場合、元のオーダーに取消し線が引かれること。
1	19	1	100	カルテツリー上から任意で指定した複数の薬剤を一括削除可能なこと。
1	19	1	101	カルテ画面を参照しながら、オーダーを入力可能とすること。
1	19	1	102	他の端末で同一患者のカルテを同時に開いている際に、双方で入力中の処方オーダーの内容がリアルタイムで参照可能なこと。
1	19	1	103	特定の科、医師のみオーダー入力可能な薬剤を設定可能なこと。ただし任意に対象患者を登録することで、チェック対象外とすることが可能なこと。
1	19	1	104	麻薬がオーダーされた場合に患者パネルに○麻マークを赤字で表示可能なこと。
1	19	1	105	Rpごとに服用開始日、服用（投与）間隔を指定可能なこと。
1	19	1	106	用法の開始時間と服用開始時間に差異がある場合、エラーもしくは警告メッセージを表示すること。
1	19	1	107	投与間隔日数もしくは曜日を指定してオーダー可能なこと。
1	19	1	108	投与間隔日数もしくは曜日を指定した際、投与日数を自動計算可能なこと。
1	19	1	109	オーダーを流用する際、間隔投与日数、曜日を引継ぐことが可能なこと。
1	19	1	110	処方オーダー中止時に中止理由の入力が可能なこと。
1	19	1	111	入院患者において薬の服用有無を記録することが可能なこと。
1	19	1	112	分割調剤が可能であること。
1	19	1	113	処方オーダー時に特定薬剤と連動し文書作成が可能なこと。
1	19	1	114	処方オーダーの薬剤選択時、既定値の薬剤コメントが選択されること。
1	19	1	115	リフィル処方指示が可能なこと。
1	19	1	116	同一用法のRpを集約可能なこと。
1	19	1	117	電子処方箋の発行指示が可能なこと。
1	19	1	118	HPKIカード認証、生体認証が可能なこと。
1	20			検体検査オーダー
1	20	1	1	オーダー画面は操作者が任意にカルテ画面から切り離して別ウィンドウで表示可能なこと。
1	20	1	2	別ウィンドウ表示した場合は、オーダー画面に患者情報を表示すること。複数患者起動を想定して、表示内容はカルテ画面と同等の情報を表示すること。
1	20	1	3	適用保険選択によるオーダーが可能なこと。
1	20	1	4	以下の内容を入力が可能なこと。マスターまたは、他のシステムで入力済みの項目については、選択入力または自動表示可能なこと。
1	20	1	5	・検査種別検査項目（一般、生化、血液、血清、細菌、遺伝子検査（PCR等の検体系）など）
1	20	1	6	・検査日時および、同一日の同一項目の時間指定
1	20	1	7	・検体材料
1	20	1	8	・培養方法、検査材料、使用薬剤、染色方法（細菌検査）
1	20	1	9	・検査時間および薬剤（負荷試験）
1	20	1	10	・定型コメントおよびフリーコメント
1	20	1	11	入力は、検査伝票イメージで項目選択形式で行えること。
1	20	1	12	運用に応じて緊急および至急扱いの2レベル指定が可能なこと。
1	20	1	13	緊急および至急扱いの指定は、検査項目単位に可能なこと。
1	20	1	14	緊急および至急検査が、識別表示可能なこと。
1	20	1	15	時間外検査、曜日指定検査を入力可能なこと。
1	20	1	16	外注検査、保険外検査も同様にオーダー可能なこと。保険外検査については、識別が可能なこと。
1	20	1	17	セット入力はセットウィンドウから、ドラッグ&ドロップで簡単に可能なこと。
1	20	1	18	複数のオーダーを1つにまとめてオーダー可能なこと。
1	20	1	19	検体検査セットを複数登録した後、一つのセットを削除した場合、重複している検査項目は削除せず残ること。
1	20	1	20	検体検査オーダーで作成したセットは、カルテ画面でセット名称が識別可能なこと。
1	20	1	21	入力したオーダーを複数の日付にコピーする機能を有すること。
1	20	1	22	オーダー入力項目を検査種別ごとに一覧表示でき、オーダー内容の確認が可能なこと。
1	20	1	23	必要に応じて検体ごとにコメントが入力可能なこと。また、検査部門からのコメント情報を表示可能なこと。
1	20	1	24	検体検査オーダーでは以下のチェック機能を有すること。
1	20	1	25	・検査項目の重複チェック
1	20	1	26	・他の端末から入力中の検査データもチェックの対象とすること。
1	20	1	27	・検査指示日の休診日チェック
1	20	1	28	・検体変更指示時の検体と検査項目の妥当性チェック
1	20	1	29	前回検査時の異常値検査項目を入力画面で認識可能なこと。また、入力しながら確認可能なこと。
1	20	1	30	病棟、部門でオーダーの進捗状況をカレンダー形式等で表示し、以下の機能を有すること。
1	20	1	31	・前後のカレンダーも（過去、未来4年間以上）表示可能なこと。
1	20	1	32	・カレンダー上の選択で、詳細情報が表示可能なこと。
1	20	1	33	・患者氏名の選択により、表示期間内（2週間以上表示）に指示された、全てのオーダーの内容が表示可能なこと。
1	20	1	34	・日付選択により、該当日に指示された全ての患者のオーダーに関わる詳細情報が表示可能なこと。
1	20	1	35	・表示されたオーダーについて、検体ラベル・採取指示票の発行、仮発行、再発行が可能なこと。
1	20	1	36	・表示されたオーダーについて、削除指示、未実施指示、中止指示、中止取消指示が行えること。
1	20	1	37	・部門で一括指示にて、診療科別、病棟別にオーダー進捗状況が表示されること。



1	20	1	38	・検体採取指示票に、患者IDNo.のバーコードが印刷されること。
1	20	1	39	検体ラベルには、以下の情報が印字可能なこと。
1	20	1	40	・患者ID
1	20	1	41	・患者氏名
1	20	1	42	・検査名
1	20	1	43	・採取日時
1	20	1	44	・バーコード
1	20	1	45	・採液本数
1	20	1	46	・採取量
1	20	1	47	・採取ナンバー
1	20	1	48	・採取管の種類
1	20	1	49	・検査材料種別
1	20	1	50	・感染症情報
1	20	1	51	・診療科など
1	20	1	52	・保存方法
1	20	1	53	外来診察室または処置室採液の検体ラベル、検査指示書は指定部署で出力可能なこと。
1	20	1	54	定時採血締切時間以降はシステムにて自動判断を行い、病棟で検体ラベル、検査指示書が出力可能なこと。
1	20	1	55	日付未定のオーダーが可能であること。
1	20	1	56	曜日別、時間別に採取時間の規定値管理が可能なこと。
1	20	1	57	項目が分からない場合、検索し入力可能なこと。
1	20	1	58	入院患者の検体採取ラベルは当該患者の病棟端末で、病棟ごと一括、またはオーダー単位で発行可能なこと。
1	20	1	59	オーダーツリーに表示する名前は、オーダー登録者か最終更新者を設定により変更可能なこと。
1	20	1	60	オーダーを中止、削除、修正をした際、元のオーダーに取消し線が引かれること。
1	20	1	61	カルテ画面を参照しながら、オーダーを入力可能とすること。
1	20	1	62	他の端末で同一患者のカルテを同時に開いている際に、双方で入力中の検体検査オーダーの内容がリアルタイムで参照可能なこと。
1	20	1	63	数ヶ月に1回のみ算定可能な検査項目の期間が重複していないかをオーダー時にチェック可能なこと。
1	20	1	64	一般検査項目のキーワード検索が可能なこと。
1	20	1	65	検査オーダー中止時に中止理由の入力が可能なこと。
1	20	1	66	検査項目の組合せチェックが可能であること。
1	20	1	67	カルテ起動時に特定検査項目の経過日数を通知できること。
1	21			検体検査結果照会
1	21	1	1	検査結果画面は操作者が任意にカルテ画面から切り離して別ウィンドウで表示可能なこと。
1	21	1	2	別ウィンドウ表示した場合は、検査結果画面に患者情報を表示すること。複数患者起動を想定して、表示内容はカルテ画面と同等の情報 を表示すること。
1	21	1	3	検体検査の結果を検査システムからオンラインにて取り込みが可能なこと。
1	21	1	4	各科検査の結果を入力可能なこと。
1	21	1	5	取り込まれた結果は日付別、検査種別に参照可能なこと。
1	21	1	6	検査結果は検査項目を時系列で参照が可能なこと。
1	21	1	7	検査結果は検査項目を指定しない場合、表示期間内に含まれる全ての検査項目を時系列で参照が可能なこと。
1	21	1	8	病院共通、診療科共通、医師個人ごとに参照用セットマスターが設定でき、セットマスターに従った時系列表示が可能なこと。
1	21	1	9	選択した検査結果をグラフ表示可能なこと。
1	21	1	10	選択した検査結果をカルテに表形式で貼り付けが可能なこと。
1	21	1	11	カルテ画面を参照しながら、結果参照が可能なこと。
1	21	1	12	以下の内容の検査結果が表示可能なこと。
1	21	1	13	・検査日指定で検査種別ごとの検査結果一覧表示
1	21	1	14	・検査項目別または検査セット指定による時系列表示
1	21	1	15	・検査項目指定または検査セット指定による時系列グラフ表示
1	21	1	16	検査結果時系列グラフ表示画面の表示方法は、設定により以下について変更可能なこと。
1	21	1	17	・日付表示位置
1	21	1	18	・日付、結果値の表示方法
1	21	1	19	時間軸グラフの表示ができ、経過時間を認識可能なこと。
1	21	1	20	基準値を越える検査結果は、識別表示可能なこと。
1	21	1	21	検査結果の到着は、リアルタイムで知らせること。
1	21	1	22	検査結果により感染症および血液型情報の自動反映が可能であること。
1	21	1	23	検査結果報告書の印字が可能であること。
1	22			病理(組織診・細胞診)オーダー
1	22	1	1	オーダー画面は操作者が任意にカルテ画面から切り離して別ウィンドウで表示可能なこと。
1	22	1	2	別ウィンドウ表示した場合は、オーダー画面に患者情報を表示すること。複数患者起動を想定して、表示内容はカルテ画面と同等の情報 を表示すること。
1	22	1	3	複数の材料、採取方法が選択可能なこと。選択された材料により左右の指示が可能なこと。
1	22	1	4	目的となる病名が指定でき、患者病名またはマスター設定した病名から選択可能なこと。
1	22	1	5	採取日、時間の指定が可能なこと。
1	22	1	6	臨床情報の登録が可能なこと。頻繁に使用する内容についてはマスター登録可能なこと。
1	22	1	7	オーダー登録時にラベル発行が可能なこと。
1	22	1	8	採取方法、検査種、加算情報が入力可能なこと。
1	22	1	9	検査目的が予め用意された選択肢から選択可能であること。
1	22	1	10	臨床経過、検査成績の登録が可能なこと。頻繁に使用する内容についてはマスター登録可能なこと。
1	22	1	11	複数の臓器および臓器数が選択可能なこと。
1	22	1	12	臓器ごとにグループの概念を持たせ、同一のグループは一つの臓器として判断可能なこと。
1	22	1	13	目的となる病名が指定でき、患者病名またはマスター設定した病名から選択可能なこと。
1	22	1	14	患者情報として喫煙歴、飲酒歴などの情報が入力可能なこと。
1	22	1	15	オーダー登録時にラベル発行が可能なこと。
1	22	1	16	病理組織オーダー登録時に、採取法、検査種、加算を入力可能なこと。
1	22	1	17	病理組織オーダーにて、登録した臓器の分類や個数に応じて、検査種を自動判定可能なこと。
1	22	1	18	自動判定する検査種は、設定により自由に作成可能なこと。(最大8グループ)
1	22	1	19	オーダーツリーに表示する名前は、オーダー登録者か最終更新者を設定により変更可能なこと。
1	22	1	20	オーダーを中止、削除、修正をした際、元のオーダーに取消し線が引かれること。
1	22	1	21	カルテ画面を参照しながら、オーダーを入力可能とすること。
1	22	1	22	他の端末で同一患者のカルテを同時に開いている際に、双方で入力中の病理オーダーの内容がリアルタイムで参照可能なこと。
1	22	1	23	病理オーダー中止時に中止理由の入力が可能なこと。
1	22	1	24	日付未定のオーダーが可能であること。
1	23			生理オーダー
1	23	1	1	オーダー画面は操作者が任意にカルテ画面から切り離して別ウィンドウで表示可能なこと。
1	23	1	2	別ウィンドウ表示した場合は、オーダー画面に患者情報を表示すること。複数患者起動を想定して、表示内容はカルテ画面と同等の情報 を表示すること。

1	23	1	3	適用保険選択によるオーダーが可能なこと。
1	23	1	4	以下の内容を入力が可能なこと。マスターまたは他のシステムで入力済みの項目については選択入力または自動表示可能なこと。
1	23	1	5	・検査種別
1	23	1	6	・検査項目
1	23	1	7	・検査薬剤
1	23	1	8	・検査目的
1	23	1	9	・病名
1	23	1	10	・検査日時
1	23	1	11	・定型コメントおよびフリーコメント
1	23	1	12	当日緊急オーダー指定が可能なこと。
1	23	1	13	診療科別、初診時、入院時、術前後セット等のセット選択入力が可能なこと。
1	23	1	14	予約の必要な検査は、検査指示と一連の操作で入力が可能なこと。
1	23	1	15	予約時間が重複した場合は、警告表示が可能なこと。
1	23	1	16	予約入力時に既予約情報を同一画面で表示可能なこと。
1	23	1	17	予約入力時に、診療予約も同時に取得可能なこと。
1	23	1	18	複数の検査項目の予約を、一画面で取得可能なこと。
1	23	1	19	患者別の検査指示書を、必要に応じて出力可能なこと。
1	23	1	20	患者受付は以下の方法で可能なこと。
1	23	1	21	・診察券
1	23	1	22	・患者ID入力
1	23	1	23	・予約患者一覧選択
1	23	1	24	検査予定表が出力可能なこと。
1	23	1	25	オーダー内容を元に、以下の内容を入力が可能なこと。
1	23	1	26	・オーダー指定日時、検査種別ごとに実施入力が可能なこと。
1	23	1	27	・使用薬剤、診療材料の入力が可能なこと。
1	23	1	28	・実施内容は医事会計システムへ送信が可能なこと。
1	23	1	29	・受付により、即実施と可能な検査項目を設定が可能なこと。
1	23	1	30	生理検査履歴表示として以下の内容の表示が可能なこと。
1	23	1	31	・日付（オーダー日）
1	23	1	32	・入外区分
1	23	1	33	・診療科
1	23	1	34	・依頼医師
1	23	1	35	・オーダー進捗状況（未実施、受付済み、実施済み、中止等）
1	23	1	36	薬剤が必要な検査は、薬剤のセット登録が可能なこと。
1	23	1	37	生理検査オーダーの実施入力およびコメントを付加することが可能なこと。
1	23	1	38	タックシールの発行（台紙に貼るための患者ID番号、氏名、生年月日、年齢、検査日等が印刷されたシール）が可能なこと。
1	23	1	39	受付時、診察券またはバーコードによる患者情報の取り込みが可能なこと。
1	23	1	40	項目単位に文書作成と連動して必要な文書の作成が可能なこと。
1	23	1	41	オーダーツリーに表示する名前は、オーダー登録者が最終更新者を設定により変更可能なこと。
1	23	1	42	オーダーを中止、削除、修正をした際、元のオーダーに取消し線が引かれること。
1	23	1	43	カルテ画面を参照しながら、オーダーを入力可能とすること。
1	23	1	44	他の端末で同一患者のカルテを同時に開いている際に、双方で入力中の生理オーダーの内容がリアルタイムで参照可能なこと。
1	23	1	45	画像生理依頼票に、患者チェック項目のチェック内容について印字されること。
1	23	1	46	生理オーダー中止時に中止理由の入力が可能なこと。
1	24			画像オーダー
1	24	1		基本機能
1	24	1	1	オーダー画面は操作者が任意にカルテ画面から切り離して別ウィンドウで表示可能なこと。
1	24	1	2	別ウィンドウ表示した場合は、オーダー画面に患者情報を表示すること。複数患者起動を想定して、表示内容はカルテ画面と同等の情報を表示すること。
1	24	1	3	適用保険選択によるオーダーが可能なこと。
1	24	1	4	以下の内容を入力が可能なこと。マスターまたは他のシステムで入力済みの項目については選択入力または自動表示可能なこと。
1	24	1	5	・検査種別による検査項目
1	24	1	6	・撮影種別ごとの部位・手技・撮影方向
1	24	1	7	・検査目的
1	24	1	8	・検査薬剤の入力
1	24	1	9	・病名
1	24	1	10	・検査日時
1	24	1	11	・至急現像の指示
1	24	1	12	・定型コメントおよびフリーコメント
1	24	1	13	撮影項目ごとに、病名、検査目的、定型コメントおよびフリーコメントを必須入力とするか否かを、設定により変更可能なこと。
1	24	1	14	検査薬剤と、個人禁忌薬剤との禁忌チェックが可能なこと。
1	24	1	15	当日緊急オーダー指定が可能なこと。
1	24	1	16	診療科別、初診時、入院時、術前後セット等のセット選択入力が可能なこと。
1	24	1	17	予約の必要な検査は、検査指示と一連の操作で入力可能なこと。
1	24	1	18	予約時間が重複した場合は、警告表示可能なこと。
1	24	1	19	予約入力時に既予約情報を同一画面で表示可能なこと。
1	24	1	20	予約入力時に、診療予約も同時に取得可能なこと。
1	24	1	21	オーダー時、患者確認チェック項目が患者基本と連動し、医療過誤防止を支援する機能を有していること。
1	24	1	22	患者確認チェック項目で一つでも未確認内容がある場合、警告もしくはエラーが表示されること。
1	24	1	23	体内金属のチェック以外にも、患者の同意書の有無もチェック対象であること。
1	24	1	24	複数の検査項目の予約を、一画面で取得可能なこと。
1	24	1	25	患者別の検査指示書を必要に応じて出力可能なこと。
1	24	1	26	画像検査履歴表示として以下の内容の表示が可能なこと。
1	24	1	27	・日付（オーダー日）
1	24	1	28	・入外区分
1	24	1	29	・診療科
1	24	1	30	・依頼医師
1	24	1	31	・オーダー進捗状況（未実施、受付済み、実施済み、中止等）
1	24	1	32	放射線画像管理システムから送信された画像データが表示可能なこと。
1	24	1	33	検査日指定で検査結果（画像）および読影レポート表示が可能なこと。
1	24	1	34	放射線部門からのコメント情報を表示可能なこと。
1	24	1	35	診療科別、初診時、入院時、術前後セット等の登録が可能なこと。薬剤が必要な検査は、薬剤のセット登録も可能なこと。
1	24	1	36	患者のペースメーカ（金属）チェックが可能なこと。
1	24	1	37	オーダーにてシェーマを使用した依頼が可能なこと。

1	24	1	38	項目単位に文書作成と連動して必要な文書の作成が可能なこと。
1	24	1	39	オーダーツリーに表示する名前は、オーダー登録者か最終更新者を設定により変更可能なこと。
1	24	1	40	オーダーを中止、削除、修正をした際、元のオーダーに取消し線が引かれること。
1	24	1	41	カルテ画面を参照しながら、オーダーを入力可能とすること。
1	24	1	42	他の端末で同一患者のカルテを同時に開いている際に、双方で入力中の画像検査オーダーの内容がリアルタイムで参照可能なこと。
1	24	1	43	撮影機種ごとに、結果受信の対象および対象外を指定可能なこと。
1	24	1	43	画像生理依頼票に、患者チェック項目のチェック内容について印字されること。
1	24	1	44	患者薬剤アレルギー情報と薬剤禁忌チェックが可能なこと。
1	24	1	45	画像オーダー中止時に中止理由の入力が可能なこと。
1	24	1	46	画像オーダー登録時に撮影項目の組合せチェックが可能であること。
1	24	1	47	カルテ起動時に特定撮影項目の経過日数を通知できること。
1	24	1	48	画像オーダー中止時に中止理由の入力が可能なこと。
1	24	2		画像予約スケジュール照会
1	24	2	1	検査室ごとの予約状況を一週間単位で確認できること。
1	25			画像結果照会
1	25	1	1	画像結果照会画面は操作者が任意にカルテ画面から切り離して別ウィンドウで表示可能なこと。
1	25	1	2	別ウィンドウ表示した場合は、オーダー画面に患者情報を表示すること。複数患者起動を想定して、表示内容はカルテ画面と同等の情報を表示すること。
1	25	1	3	画像結果はファイル、スキャナ取り込み、画像システムとの連携により取り込みが可能なこと。
1	25	1	4	取り込んだ画像結果はモダリティ別、時系列で管理が可能なこと。
1	25	1	5	取り込んだ画像には編集、コメント追加が可能なこと。
1	25	1	6	画像はカルテに貼り付けが可能なこと。
1	25	1	7	カルテ画面を参照しながら、結果参照が可能なこと。
1	25	1	8	検査種（撮影種）ごとにレポートの記載が可能なこと。
1	25	1	9	レポートのテンプレートを新規に作成が可能なこと。
1	25	1	10	Excelで作成したテンプレートの取り込みが可能なこと。
1	25	1	11	レポートにシエマの登録も可能なこと。
1	25	1	12	レポートの進捗状況を一覧で確認可能なこと。
1	25	1	13	作成したレポートは一覧で確認可能なこと。
1	25	1	14	作成したレポートの内容は、一覧画面もしくはカルテ画面から参照可能なこと。
1	25	1	15	カルテ画面のオーダーツリーからレポートの有無が確認可能なこと。
1	26			予約オーダー
1	26	1	1	オーダー画面に患者情報を表示すること。複数患者起動を想定して、表示内容はカルテ画面と同等の情報を表示すること。
1	26	1	2	患者の診療予約や検査予約を登録し、予約票が発行可能なこと。
1	26	1	3	基本スケジュール、月例スケジュールを作成可能なこと。
1	26	1	4	基本スケジュール作成時、時間ごとの規定値ポイントを設定可能なこと。
1	26	1	5	患者に登録された診療予約および検査予約の取得状況を、サマリー形式で表示すること。
1	26	1	6	登録済み予約日付枠の選択により、予約の修正や削除が行えること。
1	26	1	7	予約を登録したユーザーや削除したユーザーや日時などの履歴の参照が可能なこと。
1	26	1	8	複数の予約スケジュールを表示し、予約の空き状況が確認可能なこと。
1	26	1	9	操作者の任意で、最大15項目の予約スケジュールを一画面で表示し、予約の空き状況が確認可能なこと。
1	26	1	10	予約の空き状況は、数字表示、マーク表示が設定で選択可能なこと。
1	26	1	11	複数の予約スケジュールを表示し、一度に予約を取得可能なこと。
1	26	1	12	予約スケジュールカレンダーの日付枠を選択することで、その日付に予約を登録可能なこと。
1	26	1	13	予約スケジュールカレンダーは、当日を基準とし〇週間後、〇ヶ月後とページ送りがワンクリックで行え、該当日に色が付き一目で把握可能なこと。
1	26	1	14	取得済みの予約時間、予約区分および行為区分が変更可能なこと。
1	26	1	15	予約修正の際、既存で予約を取得している日付に色が付き、何時の予約を変更するか確認が容易なこと。
1	26	1	16	予約の依頼医師、準備品、コメントの登録が可能なこと。
1	26	1	17	行為区分をあらかじめ設定することにより、患者ごとに予約ポイント数を指定し、登録可能なこと。
1	26	1	18	基本スケジュール照会は、以下の機能を有すること。 ・予約の枠単位にスケジュールを作成すること。
1	26	1	19	・曜日選択により詳細スケジュールの編集が可能なこと。
1	26	1	20	・曜日ごとに時間枠と1日枠の予約ポイント数を設定し、登録可能なこと。
1	26	1	21	・必要に応じて、入外限定、診療科限定の情報が登録可能なこと。
1	26	1	22	・必要に応じて、予約の取得方法を設定可能なこと。
1	26	1	23	予約取得業務を円滑に行うために、予約項目の並び順、表示/非表示をマスターで設定可能なこと。
1	26	1	24	予約は1年以上先まで予約可能なこと。
1	26	1	25	他の予約項目と連動取得が可能なこと。
1	26	1	26	予約時間単位で、入院、外来の登録制限をかけることが可能なこと。
1	26	1	27	予約項目単位で、診療科の取得制限をかけることが可能なこと。
1	26	1	28	予約項目単位に、1日の予約取得可能な最大人数の指定が可能なこと。1日内の強制入力数に制限がかけられること。
1	26	1	29	予約画面は、カレンダー形式と一覧形式を設定により切替えが可能なこと。
1	26	1	30	カルテ画面を参照しながら、オーダーを入力可能とすること。
1	26	1	31	予約取得業務を円滑に行うために、予約項目の並び順、表示/非表示をマスターで設定可能なこと。
1	26	1	32	予約情報の操作履歴を簡易的に参照可能なこと。
1	26	1	33	時間未定の予約を登録可能なこと。
1	26	1	34	予約スケジュールを自動展開可能なこと。
1	27			注射オーダー
1	27	1		基本機能
1	27	1	1	オーダー画面は操作者が任意にカルテ画面から切り離して別ウィンドウで表示可能なこと。
1	27	1	2	別ウィンドウ表示した場合は、オーダー画面に患者情報を表示すること。複数患者起動を想定して、表示内容はカルテ画面と同等の情報を表示すること。
1	27	1	3	適用保険選択によるオーダーが可能なこと。
1	27	1	4	薬剤検索等の方法を利用して注射に関する情報を登録し、注射箋を発行すること。
1	27	1	5	オーダーが正常に登録されたが、注射箋が発行されなかった場合、メッセージを表示し、操作者に対し再発行を促すことで発行の漏れを防ぐことが可能なこと。
1	27	1	6	患者の注射履歴（当日を含め前後2週間分）をサマリー形式で一覧表示、印刷可能とすること。
1	27	1	7	表示された履歴単位または日付単位でDo入力、修正入力、実施入力を行うことが可能なこと。
1	27	1	8	セット入力はセットウィンドウから、ドラッグ&ドロップで簡単に可能なこと。
1	27	1	9	複数のオーダーを1つにまとめてオーダー可能なこと。
1	27	1	10	当日の注射オーダーを一覧形式にて表示でき、そこからクリックで実施可能なこと。
1	27	1	11	情報の入力は「ルート（手技）選択→薬剤入力」、「薬剤入力→ルート選択」のいずれかを導入時に設定可能なこと。
1	27	1	12	薬剤の入力方法はフォルダーを利用して頻用薬剤から選択する方法と、カナ、アルファベット検索入力方法等の2種類以上が可能なこと。
1	27	1	13	薬剤検索時、リアルタイムで入力文字から候補薬剤を表示すること。医師が多く利用している薬剤を、文字サイズを大きく表示するなど、誤った薬を選択させない為の工夫がされていること。
1	27	1	14	薬剤検索が可能なこと。

1	27	1	15	麻薬は識別表示可能なこと。
1	27	1	16	用量は複数単位で選択入力可能なこと。
1	27	1	17	以下の内容を入力が可能なこと。マスターまたは自動表示可能なこと。
1	27	1	18	・薬剤
1	27	1	19	・用量
1	27	1	20	・用法（手技、速度/時間、投与経路、実施時間/回数）
1	27	1	21	・投与期間
1	27	1	22	・コメント（定型・フリー）
1	27	1	23	・投与期間の入力は『朝』『昼』『夕』などの指定が可能なこと。
1	27	1	24	・投与期間の入力は部署、科ごとの時間セット指定が可能なこと。
1	27	1	25	・ルート区分
1	27	1	26	・採用期限が切れた薬剤を含む指示内容の流用時に、現在採用されている薬剤への変更が容易に可能なこと。
1	27	1	27	薬剤のDIを確認可能なこと。
1	27	1	28	診療科別、疾患別セットの選択入力が可能に可能なこと。
1	27	1	29	既オーダーを参照し、全部または一部を流用（Do処理）してオーダーが可能に可能なこと。
1	27	1	30	診療科別、疾患別セットの登録が作成可能なこと。セットの作成、修正は容易にユーザー側で行えること。
1	27	1	31	必要に応じて以下のコメントが入力可能なこと。
1	27	1	32	・ルートに付加するコメントとして、ルートコメント、手技コメント
1	27	1	33	・薬剤および使用量に付加するコメントとして、薬剤・使用量コメント
1	27	1	34	・Rp. 単位に付加するコメントとして、RPコメント
1	27	1	35	・注射オーダー全体のコメント
1	27	1	36	実施期間の入力は連続指定（開始と終了の日付入力）、日付指定（6回分）が可能に可能なこと。
1	27	1	37	実施期間の入力は任意に投与間隔（日数、曜日）の指定が可能に可能なこと。
1	27	1	38	注射薬剤を入力した際、その注射薬剤に適応した病名を一覧表示し、その一覧から病名登録可能なこと。
1	27	1	39	入力時のチェック機能として以下を有すること。
1	27	1	40	・薬剤の警告量チェック、極量チェック、最大投与日数チェック
1	27	1	41	・手技と注射薬の適合チェック
1	27	1	42	・患者アレルギーチェック、妊産婦禁忌チェック
1	27	1	43	・他注射オーダーとの重複チェック、絶対禁忌チェック、相互作用チェック、混合チェック
1	27	1	44	・他の端末で入力中の処方データもチェック対象とすること。
1	27	1	45	・採用薬期限切れチェック
1	27	1	46	・麻薬・特殊薬剤警告
1	27	1	47	・処方薬剤との禁忌チェック
1	27	1	48	・他の端末で入力中の処方データもチェック対象とすること。
1	27	1	49	・分割チェック、成分重複チェック、年齢別投与制限チェック、妊婦授乳婦チェック
1	27	1	50	・禁忌病名チェック、適応病名チェック
1	27	1	51	オーダーの進捗状況を今週と翌週の2週間分をカレンダー形式で表示し、以下の機能を有すること。
1	27	1	52	・指示により前後のカレンダーが表示可能なこと。
1	27	1	53	・日付を選択することにより、該当する日に指示された全ての患者のオーダーの詳細情報が表示可能なこと。
1	27	1	54	・表示されたオーダーについて、注射箋の発行、再発行が行えること。
1	27	1	55	・表示されたオーダーについて、削除指示、未実施指示、中止指示、中止取消指示が行えること。
1	27	1	56	・カレンダー上でのクリックやマウスドラッグにより、オーダーの流用が簡易に行えること。
1	27	1	57	・任意の日付を選択し、同日に投与するオーダー内容が時間順に把握可能なこと。
1	27	1	58	注射カレンダーはカルテ画面から直接起動可能なこと。
1	27	1	59	部門照会機能として、オーダーの進捗状況を一覧形式で表示し、以下の機能を有すること。
1	27	1	60	・患者照会指示にて、患者の詳細ウィンドウを表示すること。
1	27	1	61	・一括表示指示にて、一括オーダー進捗状況を表示すること。
1	27	1	62	・進捗別に背景色が自動で変更されること。
1	27	1	63	オーダー修正時、修正前と修正後の内容を同一画面で確認可能なこと。修正前と修正後の項目は文字色が変わり一目で把握可能なこと。
1	27	1	64	注射履歴として、以下の内容の表示が可能なこと。
1	27	1	65	・日付（オーダー日）
1	27	1	66	・診療科
1	27	1	67	・入外区分
1	27	1	68	・全科・自科の切替表示が可能なこと。
1	27	1	69	・注射日指定で注射内容の表示が可能なこと。
1	27	1	70	カレンダー形式で注射予定および履歴の参照ができ、実施入力も可能であること。
1	27	1	71	Rpや回数別の実施入力を管理可能なこと。
1	27	1	72	定時、定期、臨時、至急、緊急等処方（注射）の開始日が、表示可能なこと。
1	27	1	73	注射オーダー入力時に、用法に応じた投与実施時間の規定値管理が可能なこと。
1	27	1	74	実施予定時間から、搬出時間を考慮し締切時間チェックが可能なこと。
1	27	1	75	搬出時間と、搬出時間を考慮した締切時間は、医療機関側で設定可能なこと。
1	27	1	76	搬出時間を考慮した締切時間を過ぎた場合、緊急指示になること。
1	27	1	77	注射オーダーの新規、修正、実施、中止の各タイミングで、指示書発行の有無を個別に設定可能なこと。
1	27	1	78	オーダーツリーに表示する名前は、オーダー登録者か最終更新者を設定により変更可能なこと。
1	27	1	79	オーダーを中止、削除、修正をした際、元のオーダーに取消し線が引かれること。
1	27	1	80	オーダー登録時に注射薬と連動した文書を登録可能なこと。また入院中の患者に対する文書、入院中外来患者に対する文書、外来患者に対する文書を分けて管理が可能であり、連動する文書は複数登録可能なこと。
1	27	2		注射オーダー適応病名チェック
1	27	2	1	適応病名、禁忌病名との薬剤チェックが可能なこと。
1	27	2	2	適応病名チェックは注射オーダー登録時、注射オーダー流用時にチェックがかかること。
1	27	2	3	適応病名チェックがかかった注射薬剤に対し、適応病名の一覧を表示し、一覧より病名の登録まで行えること。
1	27	2	4	適応病名チェックに、複数の薬剤がかかった場合でも、薬剤ごとに適用病名の登録が行えること。
1	27	2	5	適応病名一覧画面では、適応病名を登録する必要のある薬剤数が、常に表示されていること。
1	27	2	6	適応病名の一覧では、病名の漢字名称もしくはカナ名称、キーワードの部分一致もしくは前方一致で病名の絞り込みが可能なこと。
1	27	2	7	登録する病名を、主病名として登録可能なこと。
1	27	2	8	登録する病名に疑いサインを付加可能なこと。
1	27	2	9	体重、対表面積、年齢別薬剤規定値計算が可能なこと。
1	27	2	10	カルテ画面を参照しながら、オーダーを入力可能とすること。
1	27	2	11	他の端末で同一患者のカルテを同時に開いている際に、双方で入力中の注射オーダーの内容がリアルタイムで参照可能なこと。
1	27	2	12	別々に登録されたオーダー内容についても、注射箋がまとめて印字可能であること。
1	27	2	13	注射オーダー中止時に中止理由の入力が可能なこと。
1	28	1		リハビリオーダー
1	28	1	1	オーダー画面は操作者が任意にカルテ画面から切り離して別ウィンドウで表示可能なこと。
1	28	1	2	別ウィンドウで表示した場合は、オーダー画面に患者情報を表示すること。複数患者起動を想定して、表示内容はカルテ画面と同等の情報を表示すること。

1	28	1	3	適用保険選択によるオーダーが可能なこと。
1	28	1	4	疾患分類ごとにリハビリ指示内容を、起算日とするか、治療開始日とするか設定可能なこと。
1	28	1	5	以下の内容を入力可能なこと。
1	28	1	6	・診断病名（登録されている患者病名からの選択またはフリー入力可能なこと。）
1	28	1	7	・障害名（複数選択可能なこと。）
1	28	1	8	・治療目標（主となるもの、副となるもの）
1	28	1	9	・疾患分類（脳血管疾患、運動器、呼吸器など）
1	28	1	10	・診療報酬区分（理学、作業、言語および単位数）
1	28	1	11	・訓練場所
1	28	1	12	・加算の有無
1	28	1	13	・リハビリの内容
1	28	1	14	・起算日
1	28	1	15	・各種コメント（定型句からの選択またはフリー入力可能なこと。）
1	28	1	16	診断病名の入力チェックがかかること。
1	28	1	17	他科が登録したリハビリオーダーを修正可能なこと。ただし病院の運用により編集不可とすることも可能なこと。
1	28	1	18	依頼内容が反映されたリハビリ依頼箋が出力可能なこと。
1	28	1	19	予約状況が表示可能なこと。リハビリの予約が療法士ごとに可能なこと。
1	28	1	20	予約状況を参照しながら予約が可能なこと。
1	28	1	21	リハビリ依頼患者一覧から患者を選択し、療法士ごとの予約が入力可能なこと。
1	28	1	22	リハビリ予約は期間、曜日、時間を指定することにより一括で入力可能なこと。
1	28	1	23	リハビリ予約患者一覧から実施入力が可能なこと。
1	28	1	24	入院患者一覧から、リハビリ実施入力画面を起動可能なこと。
1	28	1	25	リハビリ実施入力時には、オーダー時、予約時に入力した情報を引き継ぐこと。
1	28	1	26	実施と予約の連動により療法士ごとの単位管理が可能であること。
1	28	1	27	リハビリ評価が入力でき、時系列表示が可能であること。
1	28	1	28	入院患者一覧から、リハビリ評価入力画面を起動可能なこと。
1	28	1	29	リハビリ評価入力画面は、FIM、Barthel Indexなど選択した検査名に応じた入力画面が展開されること。
1	28	1	30	オーダーツリーに表示する名前は、オーダー登録者か最終更新者を設定により変更可能なこと。
1	28	1	31	オーダーを中止、削除、修正をした際、元のオーダーに取消し線が引かれること。
1	28	1	32	カルテ画面を参照しながら、オーダーを入力可能とすること。
1	28	1	33	他の端末で同一患者のカルテを同時に開いている際に、双方で入力中のリハビリオーダーの内容がリアルタイムで参照可能なこと。
1	28	1	34	リハビリオーダー中止時に中止理由の入力が可能なこと。
1	29			処置（汎用）オーダー
1	29	1	1	オーダー画面は操作者が任意にカルテ画面から切り離して別ウィンドウで表示可能なこと。
1	29	1	2	別ウィンドウ表示した場合は、オーダー画面に患者情報を表示すること。複数患者起動を想定して、表示内容はカルテ画面と同等の情報を表示すること。
1	29	1	3	適用保険選択によるオーダーが可能なこと。
1	29	1	4	以下の内容が入力可能なこと。
1	29	1	5	・処置項目
1	29	1	6	・処置実施日および期間
1	29	1	7	・処置部位
1	29	1	8	・処置薬、診療材料
1	29	1	9	・定型コメントおよびフリーコメント
1	29	1	10	処置薬剤の、個人禁忌薬との禁忌チェックが可能なこと。
1	29	1	11	病名登録が必要な項目については、登録時に病名オーダーが自動で起動すること。
1	29	1	12	処置薬剤、処置材料の検索機能を有していること。
1	29	1	13	処置内容がカレンダー形式で表示可能なこと。
1	29	1	14	カレンダー画面から指示の実施、中止等の実施入力が可能なこと。
1	29	1	15	カレンダー画面は、カルテ画面から直接起動が可能なこと。
1	29	1	16	カレンダーを参照しながら処置入力が可能なこと。
1	29	1	17	登録済みのオーダーを参照し、流用（Do処理）して処置オーダーが可能なこと。
1	29	1	18	科別、疾患別処置セットの選択入力が容易に可能なこと。
1	29	1	19	処置項目により、即実施（オーダー登録時に実施とする）と予定実施（オーダー登録時は未実施とし、処置を実施後に実施入力）に分けて管理可能なこと。
1	29	1	20	処置日付は既定値で当日に設定可能なこと。処置日付は期間の指定、過去日から未来日の期間指定も可能なこと。
1	29	1	21	オーダーとの付加情報として患者情報に加えて以下の項目を送信可能なこと。
1	29	1	22	・診察科
1	29	1	23	・指示医師
1	29	1	24	予定実施となる処置項目については、オーダー内容をもとに実施入力可能なこと。
1	29	1	25	オーダー単位ごとに実施入力が可能なこと。
1	29	1	26	使用薬剤、診察材料の規定値で設定可能なこと。実施入力時にはこれらの使用量を変更可能なこと。
1	29	1	27	実施入力は処置歴に反映可能なこと。
1	29	1	28	実施内容は医事会計システムへ送信されること。
1	29	1	29	診療科別、疾患別セットの登録が作成可能なこと。セットの作成、修正は容易に医療機関側で行えること。
1	29	1	30	オーダーツリーに表示する名前は、オーダー登録者か最終更新者を設定により変更可能なこと。
1	29	1	31	オーダーを中止、削除、修正をした際、元のオーダーに取消し線が引かれること。
1	29	1	32	カルテ画面を参照しながら、オーダーを入力可能とすること。
1	29	1	33	他の端末で同一患者のカルテを同時に開いている際に、双方で入力中の処置オーダーの内容がリアルタイムに参照可能なこと。
1	29	1	34	過去の処置オーダーを流用する際、登録可能な最大日数を医療機関の運用にあわせ、設定で変更可能なこと。
1	29	1	35	汎用オーダー中止時に中止理由の入力が可能なこと。
1	29	1	36	汎用項目のキーワード検索が可能であること。
1	30			手術オーダー
1	30	1	1	オーダー画面は操作者が任意にカルテ画面から切り離して別ウィンドウで表示可能なこと。
1	30	1	2	別ウィンドウ表示した場合は、オーダー画面に患者情報を表示すること。複数患者起動を想定して、表示内容はカルテ画面と同等の情報を表示すること。
1	30	1	3	診療部門で手術予定情報を入力可能なこと。
1	30	1	4	手術予定では以下の情報を入力可能なこと。各項目ごとに必須と任意の設定が可能なこと。
1	30	1	5	・手術進捗
1	30	1	6	・要求度
1	30	1	7	・手術日
1	30	1	8	・手術室
1	30	1	9	・入室予定時間
1	30	1	10	・手術開始予定時間
1	30	1	11	・順番
1	30	1	12	・所要時間
1	30	1	13	・術前病名

1	30	1	14	・合併症
1	30	1	15	・術式
1	30	1	16	・依頼医
1	30	1	17	・手術室名
1	30	1	18	・手術器材
1	30	1	19	・麻酔科依頼
1	30	1	20	・戻り先
1	30	1	21	・コメント（選択 or フリー）
1	30	1	22	手術予定入力画面で必須事項を連続入力でき効率的な入力が可能なこと。
1	30	1	23	手術予定入力画面で術式の選択には文字列検索が可能なこと。
1	30	1	24	手術予定入力画面で術式の横にKコードを表示可能なこと。
1	30	1	25	手術予定入力画面で感染症情報が自動表示され確認可能なこと。
1	30	1	26	手術予定入力画面で各種アレルギー情報が自動表示され確認可能なこと。
1	30	1	27	その患者についての全ての手術サマリーを表示し、詳細が参照可能なこと。
1	30	1	28	手術チャート画面を照会し、すでに登録されている手術オーダーの一覧、手術室の状況を参照することが可能なこと。
1	30	1	29	部長医師等の承認後、手術部への手術依頼を入力可能なこと。
1	30	1	30	手術依頼では以下の情報を入力可能なこと。各項目ごとに必須と任意の設定が可能なこと。
1	30	1	31	・手術進捗
1	30	1	32	・要求度
1	30	1	33	・手術日
1	30	1	34	・手術室
1	30	1	35	・入室予定時間
1	30	1	36	・手術開始予定時間
1	30	1	37	・順番
1	30	1	38	・所要時間
1	30	1	39	・術前病名
1	30	1	40	・合併症
1	30	1	41	・術式
1	30	1	42	・依頼医
1	30	1	43	・手術室名
1	30	1	44	・手術器材
1	30	1	45	・麻酔科依頼
1	30	1	46	・戻り先
1	30	1	47	・コメント（選択 or フリー）
1	30	1	48	・体位
1	30	1	49	・部位
1	30	1	50	・麻酔法
1	30	1	51	・手術材料
1	30	1	52	・主治医
1	30	1	53	・術者
1	30	1	54	・輸血製剤種
1	30	1	55	手術依頼入力画面で必須事項を連続入力でき効率的な入力が可能なこと。
1	30	1	56	手術依頼入力画面で術式の選択には文字列検索が可能なこと。
1	30	1	57	手術依頼入力画面で術式の横にKコードを表示可能なこと。
1	30	1	58	手術依頼入力画面で感染症情報が自動表示され確認可能なこと。
1	30	1	59	手術依頼入力画面で各種アレルギー情報が自動表示され確認可能なこと。
1	30	1	60	手術依頼情報の登録により手術の依頼箋が出力可能なこと。
1	30	1	61	手術チャート画面にて、以下の情報が参照可能なこと。
1	30	1	62	・依頼科／在院科、入院病棟、進捗状態、対象期間、医師、看護師を指定することにより、条件にあった手術オーダーの一覧を表示可能なこと。
1	30	1	63	・手術日時点の予定科、予定病棟が手術チャート上で確認可能なこと。
1	30	1	64	・対象期間を指定することにより、期間内の各手術室の予約や使用状況を日付、手術室ごとで表示が可能なこと。
1	30	1	65	・手術時間帯は、手術開始時間および手術進捗状態に応じた色で表示可能なこと。
1	30	1	66	・手術予定、依頼、手術決定がそれぞれ色分けされてスケジュールが表示でき、手術室が重複している時間帯は別色で表示されること。
1	30	1	67	・手術状況一覧画面にて、マウスカーソルを合わせることで、手術オーダー内容の簡易情報が確認可能なこと。
1	30	1	68	・手術状況画面は、一日の手術室使用状況が画面をスクロールせずに確認可能なこと。
1	30	1	69	・何らかの理由で手術を実施できない日にち、時間帯を確認可能なこと。実施できない期間内は、手術オーダーの登録を不可とできること。
1	30	1	70	・手術チャート画面から、手術オーダー登録不可の期間と理由を登録、編集、削除が可能なこと。
1	30	1	71	・既に登録されている手術オーダー登録不可期間について、他端末で編集、削除が行われていた場合、その旨のメッセージを表示し、他端末で編集された内容を再表示可能なこと。
1	30	1	72	・既に登録されている手術オーダーの期間に、登録不可期間を登録しようとした際は、警告メッセージを表示させること。重複する期間に登録されている手術オーダーの簡易情報が表示されること。
1	30	1	73	患者カルテを開かずに、手術オーダー一覧から該当する手術オーダーの編集が可能なこと。
1	30	1	74	手術オーダー一覧から手術依頼を選択し、手術決定が入力可能なこと。入力時には手術依頼で入力した内容が、引継がれて表示されること。
1	30	1	75	手術決定では以下の情報を入力可能なこと。各項目ごとに必須と任意の設定が可能なこと。
1	30	1	76	・手術進捗
1	30	1	77	・要求度
1	30	1	78	・手術日
1	30	1	79	・手術室
1	30	1	80	・入室予定時間
1	30	1	81	・手術開始予定時間
1	30	1	82	・順番
1	30	1	83	・所要時間
1	30	1	84	・術前病名
1	30	1	85	・合併症
1	30	1	86	・術式
1	30	1	87	・依頼医
1	30	1	88	・手術室名
1	30	1	89	・手術器材
1	30	1	90	・麻酔科依頼
1	30	1	91	・戻り先
1	30	1	92	・コメント（選択 or フリー）
1	30	1	93	・体位
1	30	1	94	・部位
1	30	1	95	・麻酔法

1	30	1	96	・麻酔薬剤
1	30	1	97	・手術材料
1	30	1	98	・主治医
1	30	1	99	・術者
1	30	1	100	・輸血製剤種
1	30	1	101	・直接看護師
1	30	1	102	・間接看護師
1	30	1	103	手術依頼入力画面で感染症情報が自動表示され確認可能なこと。
1	30	1	104	手術依頼入力画面で各種アレルギー情報が自動表示され確認可能なこと。
1	30	1	105	手術オーダー一覧から手術決定を選択し、手術実施入力が可能なこと。入力時には手術決定で入力した内用が、引き継がれて表示されること。
1	30	1	106	手術実施では以下の情報を入力可能なこと。各項目ごとに必須と任意の設定が可能なこと。
1	30	1	107	・手術進捗
1	30	1	108	・要求度
1	30	1	109	・手術日
1	30	1	110	・手術室
1	30	1	111	・入室予定時間
1	30	1	112	・手術開始予定時間
1	30	1	113	・実入室時間、退室時間
1	30	1	114	・執刀開始時間、終了時間
1	30	1	115	・麻酔開始時間、終了時間
1	30	1	116	・順番
1	30	1	117	・所要時間
1	30	1	118	・術前病名
1	30	1	119	・合併症
1	30	1	120	・術式
1	30	1	121	・依頼医
1	30	1	122	・手術室名
1	30	1	123	・手術器材
1	30	1	124	・麻酔科依頼
1	30	1	125	・麻酔薬剤
1	30	1	126	・麻酔医
1	30	1	127	・戻り先
1	30	1	128	・コメント（選択 or フリー）
1	30	1	129	・体位
1	30	1	130	・部位
1	30	1	131	・麻酔法
1	30	1	132	・麻酔薬剤
1	30	1	133	・手術材料
1	30	1	134	・主治医
1	30	1	135	・術者
1	30	1	136	・輸血製剤種
1	30	1	137	・直接看護師
1	30	1	138	・間接看護師
1	30	1	139	手術依頼入力画面で感染症情報が自動表示され確認可能なこと。
1	30	1	140	手術依頼入力画面で各種アレルギー情報が自動表示され確認可能なこと。
1	30	1	141	オーダー一覧からオーダーを選択し、該当するオーダーを取消すことが可能なこと。
1	30	1	142	オーダー一覧からオーダーを選択し、該当するオーダーを中止することが可能なこと。
1	30	1	143	オーダー一覧からオーダーを選択し、該当するオーダーを削除することが可能なこと。
1	30	1	144	オーダー一覧からオーダーを選択し、該当するオーダーの薬剤/材料払い出し票と手術確認表が出力可能なこと。
1	30	1	145	オーダーされた情報により、手術の予定表、手術台帳が出力可能なこと。
1	30	1	146	オーダーツリーに表示する名前は、オーダー登録者か最終更新者を設定により変更可能なこと。
1	30	1	147	オーダーを中止、削除、修正をした際、元のオーダーに取消し線が引かれること。
1	30	1	148	カルテ画面を参照しながら、オーダーを入力可能とすること。
1	30	1	149	他の端末で同一患者のカルテを同時に開いている際に、双方で入力中の手術オーダーの内容がリアルタイムに参照可能なこと。
1	30	1	150	手術オーダー中止時に中止理由の入力が可能なこと。
1	31			病名オーダー
1	31	1	1	オーダー画面は操作者が任意にカルテ画面から切り離して別ウィンドウで表示可能なこと。
1	31	1	2	別ウィンドウ表示した場合は、オーダー画面に患者情報を表示すること。複数患者起動を想定して、表示内容はカルテ画面と同等の情報を表示すること。
1	31	1	3	病名は過去の病名、現在の病名を分けて一覧にて表示可能なこと。
1	31	1	4	病名には、開始日、終了日、主病名、適用保険、各種サイン（疑い、慢性）を記載すること。
1	31	1	5	運用により、表示の必要がない病名の非表示が可能なこと。
1	31	1	6	病名はICD10に準拠していること。
1	31	1	7	病名の入力はカナ、コード、分類等から入力可能なこと。
1	31	1	8	病名の検索は、検索文字列による部分一致検索が可能なこと。
1	31	1	9	病名は任意で分類分けが可能であること。
1	31	1	10	入力されている病名はカルテ画面に表示可能であること。
1	31	1	11	医師ごとの使用頻度に応じて頻用病名リストが自動的に作成され、そのリストから病名登録が容易に可能なこと。また登録の際は頭部、尾部、主病名、疑いサインも付加可能なこと。
1	31	1	12	複数病名を一括して転帰可能なこと。
1	31	1	13	有効病名、転帰病名一覧は、初期の表示順を設定可能なこと。
1	31	1	14	カルテ画面で主病名や開始日等が識別可能であること。
1	31	1	15	カルテ画面を参照しながら、病名登録が可能であること。
1	31	1	16	設定により医療機関内で使用頻度の高い接頭語をボタン表示でき、簡便に登録可能なこと。
1	31	1	17	操作者がよく使用する接頭語を一覧表示可能なこと。また、一覧から接頭語の登録が簡便に行えること。
1	31	1	18	設定により特定の疾患における一覧表示の背景色を変更可能であること。
1	31	1	19	病名を流用できること。
1	32			輸血オーダー
1	32	1	1	オーダー画面は操作者が任意にカルテ画面から切り離して別ウィンドウで表示可能なこと。
1	32	1	2	別ウィンドウ表示した場合は、オーダー画面に患者情報を表示すること。複数患者起動を想定して、表示内容はカルテ画面と同等の情報を表示すること。
1	32	1	3	血液製剤（MAP、FFP、PC）の他に、血漿分画製剤、アルブミン製剤の使用状況などを登録、管理可能なこと。製剤の請求依頼が使用予定日単位に入力が可能なこと。その際には申込み単位数やT&S依頼単位数、型違い指示や依頼時コメント入力などが行えること。
1	32	1	4	血液製剤依頼（交差適合試験含む）のための依頼書を印刷可能なこと。
1	32	1	5	T&Sによる血液製剤依頼書を、オーダーリング端末で印刷可能なこと。

1	32	1	6	T&Sによる血液製剤依頼書発行の際には、輸血歴と抗体スクリーニング実施日が確認可能なこと。
1	32	1	7	製剤請求依頼内容に従って、患者別に在庫（払出し）を行う製剤ロットを指定可能なこと。製剤ロット指定時には、患者血液型、有効期限などのチェックが行えること。
1	32	1	8	在庫した製剤ロット単位に使用日、または戻入日の登録が可能なこと。
1	32	1	9	製剤番号（LotNo）の入力文字制限を設定ファイルから切替えが可能なこと。
1	32	1	10	患者血液型、保有抗体、抗体スクリーニング結果などの登録が可能なこと。登録情報については履歴管理され、時系列で結果の確認が可能なこと。
1	32	1	11	製剤請求依頼時に製剤請求依頼伝票が発行可能なこと。
1	32	1	12	製剤出庫登録時に、出庫伝票と、入力した製剤ロット単位のラベルが発行可能なこと。
1	32	1	13	自己血の採血スケジュールを管理可能なこと。
1	32	1	14	製剤使用確定（実施）時に医事会計伝票が発行可能なこと。
1	32	1	15	輸血歴等がオーダーリングシステムにて登録・管理が可能なこと。
1	32	1	16	血液製剤（MAP、FFP、PC）の他に血漿分画製剤、アルブミン製剤の使用状況などを、オーダーリングシステムにて登録、管理可能なこと。
1	32	1	17	文書作成と連動して承諾書の作成が可能なこと。
1	32	1	18	オーダーツリーに表示する名前は、オーダー登録者か最終更新者を設定により変更可能なこと。
1	32	1	19	オーダーを中止、削除、修正をした際、元のオーダーに取消し線が引かれること。
1	32	1	20	カルテ画面を参照しながら、オーダーを入力可能とすること。
1	32	1	21	他の端末で同一患者のカルテを同時に開いている際に、双方で入力中の輸血オーダーの内容がリアルタイムで参照可能なこと。
1	32	1	22	製剤依頼時に血液型検査の実施回数がチェック可能なこと。
1	32	1	23	輸血オーダー中止時に中止理由の入力が可能なこと。
1	32	1	24	輸血実施後の経過日数により、患者カルテ起動時にメッセージを表示できること。
1	32	1	25	検査オーダーの運動登録が可能なこと。
1	33			<b>栄養指導オーダー</b>
1	33	1	1	オーダー画面は操作者が任意にカルテ画面から切り離して別ウィンドウで表示可能なこと。
1	33	1	2	別ウィンドウ表示した場合は、オーダー画面に患者情報を表示すること。複数患者起動を想定して、表示内容はカルテ画面と同等の情報を表示すること。
1	33	1	3	適用保険選択によるオーダーが可能なこと。
1	33	1	4	以下の栄養量が入力可能なこと。
1	33	1	5	・エネルギー
1	33	1	6	・蛋白
1	33	1	7	・脂肪
1	33	1	8	・塩分
1	33	1	9	・糖質
1	33	1	10	・水分
1	33	1	11	・リン
1	33	1	12	・熱量構成比
1	33	1	13	・脂質構成比
1	33	1	14	・蛋白質（%）
1	33	1	15	・炭水化物（%）
1	33	1	16	・脂質（%）
1	33	1	17	カリウム制限のチェックが可能なこと。
1	33	1	18	その他栄養素が自由に入力可能なこと。
1	33	1	19	栄養指導のコメントを、フリーもしくは定型文より入力可能なこと。
1	33	1	20	栄養量の単位は、マスターより医療機関ごとに変更可能なこと。
1	33	1	21	食事オーダーの食種マスターと連動して栄養量を指定可能なこと。
1	33	1	22	患者病名から、指導に必要な病名を指定可能なこと。
1	33	1	23	栄養指導依頼箋の発行が可能なこと。
1	33	1	24	栄養指導依頼の一覧表示が可能なこと。
1	33	1	25	栄養指導依頼の一覧では、患者番号で絞り込みが可能なこと。
1	33	1	26	栄養指導依頼の一覧では、予約日で検索が可能なこと。
1	33	1	27	予約オーダーと連動して栄養指導のスケジュール管理が可能なこと。
1	33	1	28	栄養指導の実施入力が可能なこと。
1	33	1	29	実施入力した栄養指導は、医事システムと連携が可能なこと。
1	33	1	30	カルテ画面を参照しながら、オーダーを入力可能とすること。
1	33	1	31	他の端末で同一患者のカルテを同時に開いている際に、双方で入力中の栄養指導オーダーの内容がリアルタイムに参照可能なこと。
1	33	1	32	身長、体重は患者基本情報で登録されている内容を既定表示すること。入力した身長、体重は患者基本情報への反映が可能なこと。
1	33	1	33	栄養指導オーダー中止時に中止理由の入力が可能なこと。
1	34			<b>文書作成オーダー</b>
1	34	1		<b>基本機能</b>
1	34	1	1	予め用意した文書テンプレートから、定形書式の文書が作成可能なこと。
1	34	1	2	作成文書は、患者カルテ画面にて登録日の確認が可能なこと。
1	34	1	3	作成文書はサーバーに保存され、必要に応じてファイル出力可能なこと。
1	34	1	4	文書テンプレート毎に、職種別利用権限の設定が可能なこと。
1	34	1	5	テンプレート保存領域は、システム共通と利用者個別を持つことが可能なこと。
1	34	1	6	文書のテンプレートはシステム共通、利用者個別ごとに一括管理され、どの端末でも同じテンプレートが表示されること。
1	34	1	7	システム共通にあるテンプレートは、管理者権限のある職員以外、修正はできないこと。
1	34	1	8	オーダー画面で表示されるテンプレートの並び順を設定ファイルにより切り替え可能なこと。（文書登録順もしくは、テンプレート文書名での昇順）
1	34	1	9	オーダー画面で表示されるテンプレートの検索が可能なこと。
1	34	1	10	作成文書の修正、削除履歴は保存され、過去履歴の文書内容を閲覧、印字可能なこと。
1	34	1	11	既登録文書は、文書作成オーダーのメイン画面を閉じずに連続して閲覧可能なこと。
1	34	1	12	入院期間を指定することで、指定した期間に作成された文書のみ検索可能なこと。
1	34	1	13	患者記録、オーダー記録を閲覧しながら、文書の作成が可能なこと。
1	34	1	14	患者に対し継続的に経過を記載したい文書を患者ごとに管理可能なこと。
1	34	1	15	文書テンプレート選択時に、下記の項目が、文書内の所定位置に自動反映可能なこと。
1	34	2		<b>システム情報</b>
1	34	2	1	・年月日（西暦／和暦）
1	34	3		<b>患者基本情報</b>
1	34	3	1	・患者ID
1	34	3	2	・漢字氏名
1	34	3	3	・カナ氏名
1	34	3	4	・年齢
1	34	3	5	・生年月日
1	34	3	6	・性別



1	34	3	7	・住所
1	34	3	8	・電話番号
1	34	3	9	・身長・体重
1	34	4		紹介患者情報
1	34	4	1	・紹介元病院、紹介者
1	34	5		医師・職員情報
1	34	5	1	・指示医
1	34	5	2	・指示医の科
1	34	5	3	・操作者
1	34	5	4	・患者担当職員
1	34	6		身体的状況
1	34	6	1	・血液型
1	34	7		アレルギー
1	34	7	1	・薬剤アレルギー
1	34	7	2	・食物アレルギー
1	34	8		入院情報
1	34	8	1	・入院日
1	34	8	2	・退院日
1	34	8	3	・入院病棟
1	34	8	4	・入院科
1	34	8	5	・入院日数
1	34	8	6	・入院時病名
1	34	9		既往歴病名・コメント
1	34	9	1	・既往歴病名
1	34	10		各種オーダー情報
1	34	10	1	・診断病名
1	34	10	2	・薬剤名
1	34	10	3	・検査項目（検査結果）
1	34	10	4	・画像
1	34	10	5	・シエーマ
1	34	10	6	・画像オーダー
1	34	10	7	・食事オーダー
1	34	10	8	・手術オーダー
1	34	10	9	・フリーコメント
1	34	10	10	オーダー画面を閉じずに、連続して文書の作成が可能なこと。
1	34	10	11	文書作成の進捗管理が行え、記載内容が確定した段階で更新不可にすることが可能なこと。
1	34	10	12	文書確定と同時にPDFの作成が可能なこと。
1	34	10	13	確定前の文書と確定後の文書で、職制単位で参照権限の制御が可能なこと。
1	34	10	14	マスターにより、レポート登録が必要な文書と不必要な文書の管理が可能なこと。
1	34	10	15	作成した文書で、レポート登録が必要な文書は、カルテツリー上に明記され操作者がひと目で確認可能なこと。
1	34	10	16	文書作成オーダー画面より、操作端末のローカル上に、テンプレート文書のコピーが可能なこと。
1	34	10	17	文書テンプレートは、ファイル単位やフォルダ単位で入れ替えが可能なこと。
1	34	10	18	既登録文書を流用し当日の文書として作成、登録が可能なこと。
1	34	10	19	オーダー登録時に作成した文書を自動印刷し、オーダー登録漏れや文書の印刷漏れを防止することが可能なこと。
1	34	11		統合レポート機能（PDF管理機能）
1	34	11	1	文書作成にて作成した文書（Word・Excel）をPDFファイルにて管理できること。
1	34	11	2	PDF化する際にキーワードを付与し、自動的に患者別・カテゴリ別に自動仕分けされ管理ができること。
1	34	11	3	スキャナなどで取り込んだイメージファイルをPDF化し管理できること。
1	34	11	4	スキャナなどで取り込む際にバーコードを同時に読み込み、患者別、カテゴリ別に自動仕分けされ管理ができること。
1	34	11	5	部門システムからの文書データやイメージデータをPDF変換し患者別、カテゴリ別に管理できること。
1	34	11	6	PDF化したデータに検索用キーワードを付与できること。
1	34	11	7	検索用キーワードから該当文書を検索できること。また検索結果をCSVファイルへ出力できること。
1	35			服薬指導依頼
1	35	1	1	服薬指導依頼画面はカルテ画面から起動可能なこと。
1	35	1	2	服薬指導依頼は、入院基本と連動し入院決定／入院確認時に依頼可能なこと。
1	35	1	3	患者ごとに服薬指導サマリーが表示可能なこと。
1	35	1	4	入院患者一覧に服薬指導依頼の有りを表示可能なこと。
1	35	1	5	指導内容を診療記録に記載可能なこと。
1	35	1	6	カルテ画面を参照しながら服薬指導依頼を入力可能とすること。
1	36			指示簿
1	36	1	1	オーダー画面は操作者が任意にカルテ画面から切り離して別ウィンドウで表示可能なこと。
1	36	1	2	別ウィンドウで表示した場合は、オーダー画面に患者情報を表示すること。複数患者起動を想定して、表示内容はカルテ画面と同等の情報を表示すること。
1	36	1	3	医師が入院患者に対する指示を、指示簿として記入可能なこと。
1	36	1	4	外来患者に対して指示入力が可能であること。
1	36	1	5	入院・外来共通の指示簿入力が可能であること。
1	36	1	6	指示簿には以下の項目が入力可能なこと。
1	36	1	7	・安静度
1	36	1	8	・オーダー
1	36	1	9	・バイタル
1	36	1	10	・その他指示
1	36	1	11	指示簿には、セットを用いた簡易入力機能を有すること。
1	36	1	12	指示を受けた確認者の名前が表示される、指示受け機能を有すること。
1	36	1	13	指示簿に記入された項目はカルテ画面に表示され、指示内容の未確認、確認済、終了の各状態を判別可能なこと。
1	36	1	14	指示には予めオーダー設定が可能で、指示条件時、操作によりオーダー反映が可能なこと。
1	36	1	15	指示履歴を流用し、新たな指示を登録可能なこと。
1	36	1	16	オーダー反映後、通常オーダーと指示オーダーとの区別が可能なこと。
1	37			オーダー通知
1	37	1	1	オーダー登録、変更、削除の状況を、特定端末にリアルタイムで通知可能なこと。
1	37	1	2	通知対象のオーダーは、処方、検査、画像、食事、入院基本、注射、汎用、文書、リハビリ、手術、輸血等のオーダー種と入院／外来の組み合わせで可能とすること。
1	37	1	3	通知は画面ポップアップの他に、音により通知されること。
1	37	1	4	通知内容は、一覧表示が可能であり確認指示可能なこと。
1	37	1	5	システムにログインしていなくても、オーダー登録、変更、削除の状況をリアルタイムで通知可能なこと。
1	37	1	6	一覧から該当オーダーを指示することにより、該当患者のカルテ画面を表示する機能を有すること。
1	37	1	7	オーダー通知画面からカルテ内容参照を行う時は、専用のログイン画面を表示して直接カルテ起動を可能とすること。
1	37	1	8	オーダー登録、変更、削除の状況確認時、修正前と現状の内容を表示し、変更箇所を色分けして表示可能なこと。
1	37	1	9	オーダー内容確認時に指示確認も同時に行なえること。

1	37	1	10	通知内容は部署ごとに設定が可能なこと。
1	38			指示受け
1	38	1	1	患者に対するオーダー指示等の新規指示、変更指示、削除指示の確認および指示受け機能を有すること。
1	38	1	2	以下が指示受けの対象となること。指示受け対象は設定により変更が可能なこと。
1	38	1	3	・処方オーダー
1	38	1	4	・注射オーダー
1	38	1	5	・文書オーダー
1	38	1	6	・手術オーダー
1	38	1	7	・汎用（処置）オーダー
1	38	1	8	・輸血オーダー
1	38	1	9	・検体検査オーダー
1	38	1	10	・病理オーダー
1	38	1	11	・画像オーダー
1	38	1	12	・リハビリ（依頼）オーダー
1	38	1	13	・予約（診察予約）オーダー
1	38	1	14	・食事オーダー
1	38	1	15	・指示簿
1	38	1	16	・行動制限管理（その他指示／隔離拘束）
1	38	1	17	・作業療法オーダー
1	38	1	18	・デイケアオーダー
1	38	1	19	・レジメンオーダー
1	38	1	20	指示受け時の履歴管理ができ、過去の履歴を参照、および印刷可能なこと。
1	38	1	21	指示受け後に指示の修正があった場合、前回と今回の指示内容を同一画面で確認可能なこと。変更箇所は色分けして表示可能なこと。
1	38	1	22	指示変更の確認をする場合に、対象を一覧で確認可能なこと。（指示受け一覧）
1	38	1	23	指示受け一覧では、任意の情報情報でソートが可能なこと。
1	38	1	24	指示受け一覧では、新規指示、修正指示、削除指示ごとのステータスにより、行および文字の色を設定可能なこと。
1	38	1	25	指示確認を行う職種を設定可能なこと。
1	38	1	26	リーダー指示受け／拒否指示受けや、2名の看護師による指示受けなどのダブルチェック機能を有すること。
1	38	1	27	オーダー通知機能と連動し、指示変更が発生した通知が可能なこと。
1	38	1	28	指示受けの対象とするオーダー診療科を設定可能なこと。
1	38	1	29	病床一覧から起動した場合、緊急性の高いオーダーを絞り込み可能なこと。
1	39			その他オーダー機能
1	39	1	1	患者の退院時、未末日のオーダーを一括削除（中止）可能なこと。
1	39	1	2	一括削除時はログを出力し後で削除オーダーの確認が可能なこと。また、帳票出力も可能なこと。
1	39	1	3	複数患者に対して、「処方オーダー」「検体検査オーダー」「汎用オーダー」「診療記録（テキスト）」の一括登録や一括Doが可能なこと。対象患者の検索および選択は、容易に可能なこと。
1	39	1	4	一括登録時に発生したエラー、警告はログを出力し、後で内容が確認が可能なこと。また、帳票出力も可能なこと。
1	40			部門システム連携
1	40	1	1	カルテ画面からPACS（ビューア）を起動し、その患者の画像リストおよびDICOM画像を表示可能なこと。
1	40	1	2	検査、調剤、給食、リハビリなど、様々なメーカーの様々な部門システムと接続実績を有すること。
1	40	1	3	診察予約、各検査予約、リハビリ予約、看護ケアといった患者をとりまく、診療に関わる各予定を一元管理可能なこと。
1	40	1	4	インターネットエクスペローラで表示可能なビューアを、カルテと一体で動作させることが可能なこと。
1	40	1	5	検査システムより、MRSA細菌検査結果が陽性の場合、患者基本情報の感染症情報が自動更新されること。
1	40	1	6	部門システムより送信された、音声ファイルや動画ファイルなどのマルチメディアファイルを表示可能なこと。
1	40	1	7	部門システムより送信された、EXE情報やURL情報のハイパーリンクの表示が可能なこと。
1	41			クリティカルパス
1	41	1		基本機能
1	41	1	1	入院、外来ともにクリティカルパスが設定可能なこと。また、外来→入院や入院→外来と、入外が連動したクリティカルパスを作成可能なこと。
1	41	1	2	クリティカルパス名称登録で入外、日数、有効開始日、終了日を設定で入外、日数、有効開始日、終了日を設定可能なこと。
1	41	1	3	クリティカルパス内容は、治療を段階別（ステップ）に分ける機能を有すること。
1	41	1	4	術前、術後など、一日のうちで治療経過により段階別（ステップ）に分ける機能を有すること。
1	41	1	5	クリティカルパスに登録されているオーダー指示やケア項目は、段階ごとでカルテ反映が可能なこと。
1	41	1	6	クリティカルパスの段階ごとに登録されている治療計画（ユニット）を状況により切り替える機能を有すること。
1	41	1	7	クリティカルパスの進行状態が分かるように、段階や治療計画の進行状態を画面上にイメージで表示されていること。
1	41	1	8	クリティカルパス画面とカルテ画面が同時に参照可能なこと。
1	41	1	9	入院日が決定していない患者に対しても、患者へのクリティカルパスの登録は可能とすること。ただし、オーダー展開は、入院日が決まった後で展開可能なこと。
1	41	1	10	同一期間に複数のクリティカルパスが設定可能なこと。
1	41	1	11	クリティカルパス画面では以下の内容が表示可能なこと。
1	41	1	12	・オーダー内容
1	41	1	13	・タスク
1	41	1	14	・アウトカム
1	41	1	15	・バリエーション
1	41	1	16	・看護計画
1	41	1	17	・看護記録
1	41	1	18	・観察項目
1	41	1	19	・経過一覧
1	41	1	20	クリティカルパスマスターには、以下のオーダー種が登録可能なこと。
1	41	1	21	・処方
1	41	1	22	・検査
1	41	1	23	・画像
1	41	1	24	・注射
1	41	1	25	・汎用
1	41	1	26	・食事
1	41	1	27	・文書作成
1	41	1	28	・病理
1	41	1	29	・リハ依頼
1	41	1	30	・手術依頼
1	41	1	31	・病名
1	41	1	32	・デイケアオーダー・作業療法オーダー
1	41	1	33	・作業療法オーダー
1	41	1	34	クリティカルパス情報の世代管理が可能なこと。
1	41	1	35	患者にクリティカルパスを適用した時に、パスマスター登録された病名の候補から選択して患者へ適用する可能なこと。
1	41	1	36	患者が退院した時に、クリティカルパスを自動終了する機能を有すること。
1	41	1	37	上記内容はボタンにより全画面、分割表示が可能なこと。
1	41	1	38	オーダー反映後、オーダー画面にて通常オーダーとクリティカルパスの区別が可能なこと。

1	41	1	39	バリエーションによる変更が可能なこと。
1	41	1	40	クリティカルパス画面/日めくり画面/カルテ画面を切り替えて表示することが可能なこと。別ウィンドウとして同時参照が可能なこと。
1	41	1	41	クリティカルパス/日めくり画面/カルテ画面の各画面で入力したオーダー情報は、リアルタイムで各画面に反映されていること。
1	41	1	42	クリティカルパス画面で通常のオーダーが可能であること。
1	41	1	43	クリティカルパス画面で記録等が入力可能であること。
1	41	1	44	アウトカムを設定可能なこと。
1	41	1	45	設定したアウトカムに対して評価入力が可能であること。
1	41	1	46	タスクを設定可能なこと。
1	41	1	47	設定したタスクに対して確認入力が可能であること。
1	41	1	48	確認対象となる職種を設定可能なこと。
1	41	1	49	本日実施する項目を、日めくり画面として1画面内にまとめて表示する機能を有すること。
1	41	1	50	日めくり画面には、以下の情報が表示されること。
1	41	1	51	・当日記載された診療記録
1	41	1	52	・当日記載された看護記録
1	41	1	53	・当日測定した測定値を時系列で表示
1	41	1	54	・当日実施するオーダー情報。画面上からオーダー情報の修正、実施、削除等の操作が可能なこと。
1	41	1	55	・当日実施するケア項目
1	41	1	56	・現在対象の看護計画
1	41	1	57	・現在対象の指示簿情報
1	41	1	58	・クリティカルパスのタスク情報
1	41	1	59	・アウトカム情報を登録、表示可能なこと。
1	41	1	60	・バリエーション情報を登録、表示可能なこと。
1	41	1	61	日めくり画面は、クリティカルパス適用患者以外でも表示可能なこと。
1	41	1	62	日めくり画面に表示する項目は、操作者ごとに変更を可能とし保存可能なこと。また複数のパターンも登録可能なこと。
1	41	1	63	クリティカルパスを提供している患者一覧を表示可能なこと。またクリティカルパスの進行状態が段階で分かるような表記になっていること。
1	41	1	64	一括ステップ適用画面から一括でオーダーの適用が可能なこと。
1	41	1	65	一括ステップ適用画面から登録されたオーダーでエラー、警告が発生したオーダーの情報はログで表示し、印刷も可能なこと。
1	41	1	66	入院のクリティカルパスの場合以下の項目から検索が可能なこと。
1	41	1	67	・病棟
1	41	1	68	・科
1	41	1	69	・主治医
1	41	1	70	・担当看護師
1	41	1	71	・適用クリティカルパス
1	41	1	72	外来パスの場合以下の項目から検索が可能なこと。
1	41	1	73	・科
1	41	1	74	・指示医
1	41	1	75	・適用クリティカルパス
1	41	1	76	クリティカルパス期間中に日数を指定して挿入が可能なこと。
1	41	1	77	クリティカルパス説明用シートの印刷がクリティカルパス説明用シートの印刷が可能なこと。
1	41	1	78	クリティカルパス適用患者は、カルテ画面の患者パネルにアイコンを表示し一目で確認可能なこと。
1	41	1	79	クリティカルパス適用患者のカルテを開いた際、クリティカルパスの画面が自動起動され、即座に内容を確認可能なこと。
1	41	1	80	基本アウトカムマスター (BOM) を取り込み、使用可能なこと。
1	41	2		<b>クリティカルパス統計</b>
1	41	2	1	クリティカルパスにおいて、以下の統計がとれること。
1	41	2	2	・クリティカルパスごとの適用件数の集計
1	41	2	3	・クリティカルパスごとのアウトカム達成率の集計
1	41	2	4	・バリエーションが発生しているクリティカルパスの集計
1	41	2	5	クリティカルパスの統計は、患者別、クリティカルパス別を指定して抽出可能なこと。
1	41	2	6	クリティカルパス一覧から、統計をとりたいクリティカルパスを指定可能なこと。また、世代番号が古いクリティカルパスも抽出可能なこと。
1	41	2	7	統計を取る際、以下の検索条件で絞り込みが可能なこと。
1	41	2	8	・入外区分
1	41	2	9	・クリティカルパス開始期間
1	41	2	10	クリティカルパス開始期間を指定しない場合、全期間で統計をとれること。
1	41	2	11	バリエーション発生一覧では、一覧からバリエーションの詳細情報を確認可能なこと。
1	41	2	12	抽出した情報は、Excelに出力可能なこと。
1	42			<b>一括オーダー</b>
1	42	1	1	一括オーダー画面には前回処方日、前回検査日、前回汎用オーダー日、前回画像生理検査日、主治医、担当医、入院状態の特記事項が表示されていること。
1	42	1	2	一括オーダーでは以下のオーダーの情報が登録可能なこと。
1	42	1	3	・処方オーダー
1	42	1	4	・検査オーダー
1	42	1	5	・汎用オーダー
1	42	1	6	・画像オーダー
1	42	1	7	・診察記録 (フリー定型句)
1	42	1	8	病棟、診療科を指定して、入院患者から患者選択にて、セットから一括オーダーが可能なこと。
1	42	1	9	日付、診療科、予約科目を指定して、外来患者から患者選択にて、セットから一括オーダーが可能なこと。
1	42	1	10	任意のまとめ (コミュニケーションフォルダー) られた患者一覧で、セットから一括オーダーが可能なこと。
1	42	1	11	一括オーダーによる絞り込みは、病棟、予約診療科、任意のまとめ (コミュニケーションフォルダー)、担当患者などが可能なこと。
1	42	1	12	一覧形式による患者選択にて、一括Doが可能なこと。
1	42	1	13	一括Doは、処方オーダー、検査オーダー、汎用オーダー、画像オーダーが可能なこと。
1	42	1	14	一括Doによる絞り込みは、病棟、予約診療科、任意のまとめ (コミュニケーションフォルダー)、担当患者などが可能なこと。
1	42	1	15	一括オーダー操作のログを採取していること。
1	42	1	16	ログには以下の内容が保存され参照できること。必要に応じて印刷が可能なこと。
1	42	1	17	・操作日
1	42	1	18	・操作内容
1	42	1	19	・操作端末
1	42	1	20	・操作者
1	42	1	21	・対象患者
1	42	1	22	・オーダー区分
1	42	1	23	・結果
1	42	1	24	・メッセージなど
1	43			<b>生活歴・病歴管理</b>

1	43	1	1	生活歴、病歴画面は操作者が任意にカルテ画面から切り離して別ウィンドウで表示可能なこと。
1	43	1	2	別ウィンドウ表示した場合は、生活歴、病歴管理画面に患者情報を表示すること。複数患者起動を想定して、表示内容はカルテ画面と同等の情報を表示すること。
1	43	1	3	生活歴および現病歴が管理可能なこと。
1	43	1	4	・年齢、年代の表形式による生活歴/現病歴イベント表示が可能なこと。
1	43	1	5	・一覧形式による生活歴/現病歴イベント表示が可能なこと。
1	43	1	6	・フリー形式で入力された生活歴/現病歴を文書作成へ反映可能なこと。
1	43	1	7	・入力履歴を管理可能なこと。
1	43	1	8	・診療記録の履歴を確認可能なこと。参照する履歴日数は設定により自由に変更可能なこと。
1	43	1	9	・個人歴、患者概要（生活歴、現病歴フリー入力領域）、診察内容（診察歴）の表示領域は、ワンクリックで表示/非表示が可能なこと。また操作者単位で次回起動時に引き継げること。
1	43	1	10	履歴印刷（カルテ印刷）が可能なこと。
1	44			ジェノグラム管理
1	44	1	1	ジェノグラム管理が可能なこと。
1	44	1	2	・イメージによるジェノグラム管理が可能なこと。
1	44	1	3	・テンプレートによるジェノグラム作成が可能なこと。
1	44	1	4	・ドラッグ&ドロップ操作による描画が可能なこと。
1	44	1	5	・ジェノグラムへのコメント付けが可能なこと。
1	44	1	6	・記載済みのジェノグラム記号について簡易に修正、移動、削除が可能なこと。
1	44	1	7	・履歴管理が可能なこと。
1	44	1	8	イメージのジェノグラムを文書作成へ反映可能なこと。
1	44	1	9	履歴印刷（カルテ印刷）が可能なこと。
1	45			カウンターサイン
1	45	1	1	研修医が入力した記事に対して指導医が確認を行う為、以下の機能を実装していること。
1	45	1	2	・研修医による指導医登録機能
1	45	1	3	・研修医からの記事内容の確認依頼機能
1	45	1	4	・指導医の確認機能
1	45	1	5	・指導医からの差し戻し機能
1	45	1	6	・研修医/指導医の記録履歴の参照機能
1	45	1	7	夜間救急担当した際に記載した内容は、救急の担当医に対して確認依頼を出せること。
1	45	1	8	カルテ印刷機能で印刷が可能なこと。
1	45	1	9	研修医が記載した記事について、一括で承認、差し戻しが可能なこと。
1	46			督促チェック
1	46	1	1	入院イベントにおける督促チェックが可能なこと。
1	46	1	2	・入院後、一定期間が経過し、未作成文書などが存在する場合に督促が可能なこと。
1	46	1	3	・退院後、一定期間が経過し、未作成文書などが存在する場合に督促が可能なこと。
1	46	1	4	・入院、転棟、転室、退院などの入院イベント発生後、一定期間が経過した場合、任意（フリー文言）の督促が可能なこと。
1	46	1	5	ログイン時に、督促有無が照会可能なこと。
1	46	1	6	カルテを開いた時に、当該患者に関する督促有無が照会可能なこと。
1	46	1	7	一定期間（日数指定）ごとに同じ督促チェックを繰り返しで行えること。
1	46	1	8	督促有無を随時、一覧形式で照会可能なこと。繰り返し督促においては、背景色を変更し識別が可能なこと。
1	47			ナビゲーション
1	47	1	1	ログイン者が確認しなければならない事項を、一覧表示可能なこと。
1	47	1	2	一人の患者に複数の確認事項があった場合でも、全てを一覧形式で確認可能なこと。
1	47	1	3	ナビゲーション画面は、システムログイン時にログイン者の判断で起動可能なこと。
1	47	1	4	ナビゲーション画面は、カルテ起動時に自動起動されること。
1	47	1	5	ナビゲーション画面は、機能ボタンより起動可能なこと。
1	47	1	6	ナビゲーション画面は、患者一覧の右クリックメニューより起動可能なこと。
1	47	1	7	ナビゲーション画面は、クリティカルパス、メディカルシートからも起動可能なこと。
1	47	1	8	患者個々に関する承認、確認の一覧を表示可能なこと。
1	47	1	9	確認依頼、文書督促など区分ごとで文字色を変更されること。
1	47	1	10	任意に設定した確認依頼期限、督促期限に近い内容は自動的に背景色を変更されること。
1	47	1	11	以下のオーダーを指示した際、マスターの設定により自動的にナビゲーション画面へ特定の確認内容を表示可能なこと。
1	47	1	12	・入院決定
1	47	1	13	・入院確認
1	47	1	14	・退院予定
1	47	1	15	・退院確認
1	47	1	16	・転科
1	47	1	17	・入院形態変更
1	47	1	18	・拘束
1	47	1	19	・隔離
1	47	1	20	ナビゲーション画面では、以下の情報に関する一覧表示が可能なこと。
1	47	1	21	・文書督促データ
1	47	1	22	・フリー督促データ
1	47	1	23	・確認依頼データ
1	47	1	24	・未承認データ
1	47	1	25	文書督促はカルテ画面、クリティカルパス、メディカルシートにて該当する文書を作成することで、自動的に確認済みに可能なこと。
1	47	1	26	ナビゲーション画面のフォントの変更、表示項目をログイン者ごとに自由に設定可能なこと。設定した内容はログイン者の規定値として管理可能なこと。
1	47	1	27	一覧は以下の項目で、絞り込み表示可能なこと。
1	47	1	28	・科
1	47	1	29	・病棟
1	47	1	30	・チーム
1	47	1	31	・依頼元
1	47	1	32	・通知対象者
1	47	1	33	・文書名
1	47	1	34	・承認/未承認
1	47	1	35	・期間
1	47	1	36	・確認者
1	47	1	37	絞り込み条件は、ログイン者が「お気に入り」として保存でき、いつでも使用可能なこと。
1	47	1	38	一覧の並び替えは、ログイン者ごとに3つのソートキーを設定可能なこと。
1	47	1	39	一覧は項目ごとに昇順、降順にてソート可能なこと。
1	47	1	40	一覧は、他科、他職員の内容も表示可能なこと。
1	47	1	41	スタッフ、担当者が、以下に記載するデータに対し内容の確認依頼を登録可能なこと。
1	47	1	42	・文書作成オーダー
1	47	1	43	・診療記事

1	47	1	44	・処方オーダー
1	47	1	45	・注射オーダー
1	47	1	46	・レジメンオーダー
1	47	1	47	・汎用オーダー
1	47	1	48	・手術オーダー
1	47	1	49	・輸血オーダー
1	47	1	50	・検体検査オーダー
1	47	1	51	・病理オーダー
1	47	1	52	・画像オーダー
1	47	1	53	・リハビリオーダー
1	47	1	54	・デイケアオーダー
1	47	1	55	・作業療法オーダー
1	47	1	56	・食事オーダー
1	47	1	57	確認依頼は、クリティカルパスからも登録可能なこと。
1	47	1	58	文書督促の確認処理の為、一覧画面より文書作成オーダーの起動が可能なこと。起動はタグ情報の任意選択とタグ情報の自動選択の2パターンを使用者が選択可能なこと。
1	47	1	59	代行入力されたオーダーは、指示医に対し自動で承認依頼が出せること。
1	47	1	60	未承認データを一覧表示可能なこと。
1	47	1	61	未承認データの内容を一覧上で確認でき、カルテを開かなくても承認操作を行えること。
1	47	1	62	記載した診療記事の確認依頼が出せること。
1	47	1	63	診療記録の確認依頼は、指示医をワンクリックで選択可能なこと。
1	47	1	64	一覧上から、対象患者のカルテを開くことが可能なこと。
1	47	1	65	入院イベントにおける督促チェックが可能なこと。
1	47	1	66	・入院後、一定期間が経過し、未作成文書などが存在する場合に督促が可能なこと。
1	47	1	67	・退院後、一定期間が経過し、未作成文書などが存在する場合に督促が可能なこと。
1	47	1	68	・入院、転棟、転室、退院などの入院イベント発生後、一定期間が経過した場合、任意（フリー文言）の督促が可能なこと。
1	47	1	69	・精神科に関する、隔離開始、隔離継続、隔離終了、拘束開始、拘束継続、拘束終了に関しても、督促が可能なこと。
1	47	1	70	ログイン時に、督促有無が照会可能なこと。
1	47	1	71	カルテを開いた時に、当該患者に関する督促有無が照会可能なこと。
1	47	1	72	一定期間（日数指定）ごとに同じ督促チェックを繰り返して行えること。
1	47	1	73	督促有無を随時一覧形式で照会可能なこと。繰り返し督促においては、背景色を変更し識別が可能なこと。
1	47	1	74	ナビゲーションの検索条件は、職制により自由に設定、追加可能なこと。
1	47	1	75	ナビゲーションの検索条件は、医療機関でデフォルトの内容を設定可能なこと。
1	47	1	76	ナビゲーションの検索条件は、操作者の任意で複数設定可能なこと。複数設定した場合は、タブで簡単に切替えが可能なこと。
1	47	1	77	ナビゲーション画面起動時は、前回開いていたタブが初期表示されること。初期表示するタブは設定で切り替え可能なこと。
1	47	1	78	タブを切り替えるたびに、最新の情報に更新されること。
1	47	1	79	レポート結果が通知可能なこと。
1	47	1	80	薬切れが通知されること。
1	47	1	81	特定文書の結果通知が可能であること。
1	48			医療福祉相談
1	48	1		患者一覧
1	48	1	1	医療福祉相談の登録が可能なこと。
1	48	1	2	登録されている医療福祉相談の患者一覧画面が用意されていること。
1	48	1	3	患者一覧では、以下の条件で患者の絞り込みが可能なこと。
1	48	1	4	・表示期間
1	48	1	5	・患者番号
1	48	1	6	・カナ氏名
1	48	1	7	・漢字氏名
1	48	1	8	・性別
1	48	1	9	・対応者
1	48	1	10	・作成区分
1	48	1	11	・相談種別
1	48	1	12	・待機区分
1	48	1	13	・相談内容区分
1	48	1	14	医療福祉相談の新規登録、修正、削除が可能なこと。
1	48	1	15	医療福祉相談の患者一覧は、Excel出力が可能なこと。
1	48	1	16	医療福祉相談の患者一覧より、患者を指定して相談内容の詳細を確認可能なこと。
1	48	1	17	医療福祉相談の患者一覧の項目は、操作者の使い易いように並び替えが可能なこと。並び替えた結果は規定値として記憶可能なこと。
1	48	2		新規登録
1	48	2	1	相談者本人の情報を登録可能なこと。電子カルテ上に患者登録されている場合、患者基本情報が自動で反映されること。
1	48	2	2	相談者が患者本人以外の場合、相談者の情報を登録可能なこと。
1	48	2	3	相談者が患者本人の場合、以下の項目が登録可能なこと。
1	48	2	4	・患者番号
1	48	2	5	・性別
1	48	2	6	・カナ氏名
1	48	2	7	・漢字氏名
1	48	2	8	・生年月日
1	48	2	9	・年齢
1	48	2	10	・相談日
1	48	2	11	・相談時間
1	48	2	12	・郵便番号
1	48	2	13	・電話番号
1	48	2	14	・住所
1	48	2	15	・保険情報
1	48	2	16	・主治医
1	48	2	17	・通院歴
1	48	2	18	・最終受診（退院）日
1	48	2	19	・作成区分
1	48	2	20	相談者が患者本人以外の場合、以下の情報も登録可能なこと。
1	48	2	21	・氏名
1	48	2	22	・性別
1	48	2	23	・所属機関
1	48	2	24	・続柄
1	48	2	25	・住所
1	48	2	26	・電話番号

1	48	2	27	電子カルテ上に患者登録されていない患者の登録が可能なこと。その際は、ダミー番号を自動で発行すること。
1	48	2	28	医療福祉相談内容は、以下のパターンの内容が登録可能なこと。それらはタブで容易に切替え可能なこと。
1	48	2	29	・入院患者についての相談
1	48	2	30	・電話での相談
1	48	2	31	・来所者からの相談
1	48	2	32	・児童に関する相談
1	48	2	33	入院患者の相談については、相談内容を登録可能なこと。登録内容は以下について登録可能なこと。
1	48	2	34	・主たる病名
1	48	2	35	・従たる病名
1	48	2	36	・合併
1	48	2	37	・身体状況
1	48	2	38	・保健室
1	48	2	39	・アルコール
1	48	2	40	・違法薬物
1	48	2	41	・保護者（同意者）の了解
1	48	2	42	・関係
1	48	2	43	・相談内容（日付・時間・操作者をワンクリックで挿入可能なこと。）
1	48	2	44	入院患者の相談については、院内調整の内容を登録可能なこと。登録内容は以下について登録可能なこと。
1	48	2	45	・連絡先医師名
1	48	2	46	・連絡先病棟
1	48	2	47	・転帰区分
1	48	2	48	・連絡内容（日付・時間・操作者をワンクリックで挿入可能なこと。）
1	48	2	49	電話での相談については、相談内容について登録可能なこと。登録内容は下記について登録可能なこと。
1	48	2	50	・相談内容区分
1	48	2	51	・本人の疾患区分
1	48	2	52	・相談内容（日付・時間・操作者をワンクリックで挿入可能なこと。）
1	48	2	53	電話での相談については、援助内容について登録可能なこと。登録内容は下記について登録可能なこと。
1	48	2	54	・連絡先医師名
1	48	2	55	・連絡先病棟
1	48	2	56	・援助内容区分
1	48	2	57	・連絡内容（日付・時間・操作者をワンクリックで挿入可能なこと。）
1	48	2	58	来所での相談については、相談内容について登録可能なこと。登録内容は下記について登録可能なこと。
1	48	2	59	・相談内容区分
1	48	2	60	・本人の疾患区分
1	48	2	61	・相談内容（日付・時間・操作者をワンクリックで挿入可能なこと。）
1	48	2	62	来所での相談については、援助内容について登録可能なこと。登録内容は下記について登録可能なこと。
1	48	2	63	・連絡先医師名
1	48	2	64	・連絡先病棟
1	48	2	65	・援助内容区分
1	48	2	66	・連絡内容（日付・時間・操作者をワンクリックで挿入可能なこと。）
1	48	2	67	児童に関する相談については、以下について登録可能なこと。
1	48	2	68	・所属
1	48	2	69	・待機区分
1	48	2	70	・受診日
1	48	2	71	・受診目的
1	48	2	72	・相談者
1	48	2	73	・紹介機関
1	48	2	74	・療育状況
1	48	2	75	・制度の利用状況
1	48	2	76	・発達診断の希望有無
1	48	2	77	・発達検査の有無
1	48	2	78	・主訴
1	48	2	79	・受診歴／診断名／通院状況
1	48	2	80	・特記事項（主訴、受診歴／診断名／通院状況、特記事項は日付・時間・操作者をワンクリックで挿入可能なこと。）
1	49			Myチャート
1	49	1	1	Myチャート画面は操作者が任意にカルテ画面から切り離して別ウィンドウで表示可能なこと。
1	49	1	2	別ウィンドウ表示した場合は、Myチャート画面に患者情報を表示すること。複数患者起動を想定して、表示内容はカルテ画面と同等の情報を表示すること。
1	49	1	3	Myチャートは、以下の内容について検索や時系列表示が可能なこと。
1	49	1	4	・処方オーダー
1	49	1	5	・注射オーダー
1	49	1	6	・検査結果
1	49	1	7	・画像オーダー（放射線、生理、内視鏡）
1	49	1	8	・測定値
1	49	1	9	・観察項目
1	49	1	10	・看護ケア
1	49	1	11	・看護処置
1	49	1	12	・IN/OUT
1	49	1	13	・バイタル
1	49	1	14	・入退院情報
1	49	1	15	表示する項目は、登録されているマスターから操作者が自由に選択可能なこと。表示している患者が実施している項目からも選択可能なこと。
1	49	1	16	チャートは病院、診療科、職制、操作者、患者ごとに管理可能なこと。
1	49	1	17	チャートはGUIにより作成が可能で、表示対象項目、表示順など自由な変更が可能なこと。表示対象項目の検索は、名称検索、患者のオーダー履歴から検索が可能なこと。
1	49	1	18	時系列の表示は14日間表示、7日間表示、1日（24時間）表示切替が可能なこと。
1	49	1	19	チャートは情報分類（オーダー種）ごとに、色分けし見やすくなっていること。
1	49	1	20	表示対象とするオーダーの進捗を、設定で変更可能なこと。
1	49	1	21	カルテ起動時に自動で起動することが可能なこと。
1	50			持参薬管理
1	50	1	1	持参薬画面は操作者が任意にカルテ画面から切り離して別ウィンドウで表示可能なこと。
1	50	1	2	別ウィンドウで表示した場合は、持参薬画面に患者情報を表示すること。複数患者起動を想定して、表示内容はカルテ画面と同等の情報を表示すること。
1	50	1	3	院内採用薬外の持参薬を含め、カルテ登録可能なこと。
1	50	1	4	持参薬と、処方オーダー、注射オーダーのチェックが可能なこと。
1	50	1	5	持参薬から処方オーダーへの流用が可能なこと。流用時に院内採用薬の同効薬候補から選択可能なこと。
1	50	1	6	持参薬の履歴管理が可能なこと。

1	50	1	7	持参薬の薬歴は処方オーダー、注射オーダーと同一画面で確認可能なこと。また、処方オーダー、注射オーダー、持参薬が一目でわかるよう色分け表示されること。
1	50	1	8	持参薬薬歴画面、カルテ画面、Do領域より、院内採用薬に振り替えてDo登録が可能なこと。
1	50	1	9	カルテ画面や薬歴照会、クリティカルパス画面などにて、他のオーダー情報と同時に照会が可能なこと。
1	50	1	10	カルテ画面を参照しながら、オーダーを入力可能とすること。
1	50	1	11	他の端末で同一患者のカルテを開いている際に、双方で入力中の持参薬オーダーの内容がリアルタイムで参照可能なこと。
1	50	1	12	持参薬は、薬剤名称、識別記号、薬効分類から検索、登録が可能なこと。
1	50	1	13	持参薬検索は一般名、商品名から検索可能なこと。
1	50	1	14	持参薬検索は、キーワード検索が可能なこと。
1	50	1	15	薬剤の検索結果を一覧表示し、選択可能なこと。
1	50	1	16	薬剤の検索結果一覧では、院内採用薬剤と院内不採用薬剤が一目でわかるよう、色分け表示されること。
1	50	1	17	持参薬の履歴から、過去の持参薬をDo登録することが可能なこと。
1	50	1	18	持参薬登録後のカルテツリー上では、院内採用薬と院外採用薬が一目で確認可能なよう、文字色の色分け表示が可能なこと。
1	50	1	19	登録した持参薬日数/回数の変更、用法の変更、使用量の変更、コメントの修正は、編集画面を開かずともカルテ画面上で行えること。
1	50	1	20	登録した持参薬の、院内採用薬での同効薬剤一覧を、カルテツリーから開けること。
1	50	1	21	登録した持参薬に対して、医師による採用の継続/中止指示が可能なこと。
1	50	1		隔日投与となる用法の登録が可能なこと。
1	51	1		レジメンオーダー
1	51	1		基本機能
1	51	1	1	オーダー画面は操作者が任意にカルテ画面から切り離して別ウィンドウで表示可能なこと。
1	51	1	2	別ウィンドウ表示した場合は、オーダー画面に患者情報を表示すること。複数患者起動を想定して、表示内容はカルテ画面と同等の情報を表示すること。
1	51	1	3	抗がん剤であることが、オーダー画面上で一目で把握可能なよう表示すること。
1	51	2		レジメンマスター作成
1	51	2	1	レジメンオーダーのプロトコールの作成を行い、複数登録メンオーダーのプロトコールの作成を行い、複数登録可能なこと。
1	51	2	2	作成したプロトコールを一覧表示可能なこと。
1	51	2	3	プロトコールは診療科、疾患名別に登録、表示可能なこと。
1	51	2	4	プロトコールには有効期間を設定でき、世代管理が可能なこと。
1	51	2	5	プロトコールの作成、登録は、「作成中」、「未承認」、「承認済」と履歴管理が可能なこと。
1	51	2	6	作成したプロトコールに対する承認機能を有し、院内で承認しない限り患者適用が行えないこと。
1	51	2	7	プロトコールを作成可能な職員、および承認可能な職員を管理可能なこと。
1	51	2	8	プロトコール一覧には以下の項目が表示可能なこと。
1	51	2	9	・プロトコール名称
1	51	2	10	・診療科
1	51	2	11	・疾患名
1	51	2	12	・承認区分
1	51	2	13	・承認者
1	51	2	14	・承認取消者
1	51	2	15	・更新者
1	51	2	16	あらかじめ登録されたプロトコールを流用し、新規プロトコールとして登録可能なこと。
1	51	2	17	プロトコールには注射薬の入力が可能なこと。
1	51	2	18	登録されたプロトコールの内容修正、削除が行えること。
1	51	2	19	プロトコール作成では以下のパラメータを表示、登録可能なこと。
1	51	2	20	・プロトコール名称
1	51	2	21	・投薬日数
1	51	2	22	・休薬期間
1	51	2	23	・最大クール数
1	51	2	24	・体表面積計算式
1	51	2	25	・腎機能の値による実投与量の割合
1	51	2	26	・腎機能による警告表示
1	51	2	27	・肝機能による警告表示
1	51	2	28	・CBCによる警告表示
1	51	2	29	・心機能の確認有無
1	51	2	30	体表面積については以下の計算式から選択可能なこと。計算式はプログラムの修正無しに追加、変更可能なこと。
1	51	2	31	・DuBois式
1	51	2	32	・Mosteller式
1	51	2	33	・新谷式
1	51	2	34	・藤本式
1	51	2	35	注射オーダーの指示内容としては、注射薬剤/手技、投与量、補正単位、開始時間、速度、投与日を登録可能なこと。開始時間は、相対時間での指定も可能なこと。
1	51	2	36	レジメンオーダーで使用する抗がん剤は注射オーダー機能では指定できないこと。
1	51	2	37	プロトコール作成時、抗がん剤を先発医薬品で作成したプロトコールと、後発医薬品で作成したプロトコールを紐付けることが可能なこと。
1	51	2	38	抗がん剤において、先発医薬品と後発医薬品の紐付けが可能であり、先発医薬品、後発医薬品を同一薬剤として投与量を累計し、生涯投与量のチェックが可能なこと。
1	51	2	39	プロトコール作成時、既に登録されているプロトコールグループの一覧を確認可能なこと。
1	51	2	40	抗がん剤は薬価を管理可能なこと。
1	51	2	41	規格調整量は、薬価により最も安価な組合せを自動的に展開することが可能なこと。
1	51	2	42	プロトコールの内容を帳票に出力し記録として残せること。
1	51	2	43	プロトコールに対するコメントと、参考文献の登録が可能なこと。
1	51	3		化学療法登録
1	51	3	1	診療科、疾患名を指定し、プロトコールを患者へ適用可能なこと。
1	51	3	2	患者へプロトコールを適用する際、今回の予定クール数を指定可能とし、該当プロトコールの適用上限のクール数を表示可能なこと。
1	51	3	3	プロトコール適用時に以下のパラメータを表示、登録可能なこと。
1	51	3	4	・身長
1	51	3	5	・体重
1	51	3	6	・BMI（表示項目）
1	51	3	7	・標準体重（表示項目）
1	51	3	8	・体表面積（表示項目）
1	51	3	9	・換算体表面積（表示項目）
1	51	3	10	・投与量換算の体重指定（体重/標準体重）
1	51	3	11	・GFRの算出
1	51	3	12	・AUCの算出
1	51	3	13	体表面積の算出結果により、患者への投与量が大きくなる場合には、身長、標準体重から算出した体表面積より患者への投与量を算出可能なこと。

1	51	3	14	プロトコール適用時に、患者基本情報（身長、体重）、検査結果値により、患者に適した抗がん剤の投与量を算出可能なこと。
1	51	3	15	身長、体重は患者基本情報で登録されている内容を既定表示すること。入力した身長、体重は患者基本情報への反映が可能なこと。
1	51	3	16	GFRについては以下の計算式の結果から最も近い値を選択可能なこと。また、この計算式は、プログラムの修正無しに、追加、変更可能なこと。
1	51	3	17	・クレアチニンクレアランスの結果値からの体表面積補正
1	51	3	18	・Cockcroft-Gault式
1	51	3	19	・MDRD式
1	51	3	20	・Jelliffe式
1	51	3	21	・日本腎臓学会（2008）
1	51	3	22	GFR算出で使用する検査結果値（Ccr、Serf）は、当該患者の検査結果値から取り込みが行えること。
1	51	3	23	パラメータ決定時には、年齢制限、GFR結果値の上限で警告を表示可能なこと。
1	51	3	24	GFRについては、医師が任意の投与量を入力可能な場合にはフリー入力可能なこと。
1	51	3	25	プロトコール適用時に腎機能検査の検査結果値（BUN、Scr）から警告表示の指定が可能なこと。
1	51	3	26	プロトコール適用時に肝能検査の検査結果値（AST、ALT、T-Bil）から警告表示の指定が可能なこと。
1	51	3	27	プロトコール適用時にCBC検査の検査結果値（白血球、リンパ球、好中球、血小板、ヘモグロビン）から警告表示の指定が可能なこと。
1	51	3	28	投与量のチェックが可能なこと。
1	51	3	29	抗がん剤は、同一規格の総量で投与量のチェックが可能なこと。
1	51	3	30	抗がん剤の投与割合の上限値、下限値が設定可能なこと。オーダー時に上限値、下限値のチェックが可能なこと。
1	51	3	31	抗がん剤と処方、注射薬剤の相互チェックが可能なこと。
1	51	3	32	アレルギー等の患者禁忌チェックが可能なこと。
1	51	3	33	プロトコール内の休薬期間、最大クール数のチェックが可能なこと。
1	51	3	34	プロトコール適用時、心機能チェックが必要なプロトコールは、警告メッセージが表示されること。
1	51	3	35	プロトコール間の休薬期間チェックが可能なこと。
1	51	3	36	検査結果値からの警告表示に使用する結果値は、何日前までの結果値を有効にするかを指定可能なこと。
1	51	3	37	投与薬剤の投与量は、補正単位とパラメータによる計算で表示されること。
1	51	3	38	投与薬剤の投与量は、直接入力、および割合にて変更可能なこと。
1	51	3	39	全適用抗がん剤の割合を一括で変更可能なこと。
1	51	3	40	使用量範囲ごとの規格薬剤パターンマスター設定に従い、注射薬の規格最適化処理が行われること。
1	51	3	41	プロトコール適用時には、抗がん剤の追加・変更は行えないこと。
1	51	3	42	プロトコール適用時に、患者に合わせて手技、コメント、抗がん剤以外の薬剤の変更が行えること。
1	51	3	43	適用開始日時の指定が可能なこと。
1	51	3	43	適用開始日時を指定することにより、患者へ投与する実際の時間が自動で設定されること。
1	51	3	44	オーダーの進捗ステータスは、未実施、注射箋発行済、最終確認済、混注済、一部実施、実施済が表示可能なこと。
1	51	3	45	患者に適用するプロトコールごとに担当医師を指定可能なこと。
1	51	3	47	他院で投与実績のある抗がん剤の投与量を管理可能なこと。
1	51	3	48	プロトコール適用時、および実施時に抗がん剤の生涯投与量の極量チェックが可能なこと。チェックには自院だけではなく、他院での投与量も加味してチェック可能なこと。
1	51	3	49	患者に適用したプロトコールの履歴を参照可能なこと。また、プロトコールごとの進行、終了状態が確認可能なこと。（完遂、中止、一部中止、進行中、開始前）
1	51	3	50	同一グループのプロトコールを新規適用時、クール数は適用済みの同一グループ内の最新クール数を考慮可能なこと。 例）同一グループの先発医薬品のプロトコール「A」が2クール分既に適用されており、新規適用の後発医薬品のプロトコール「B」を選択した場合、3クール目として登録
1	51	3	51	プロトコールごとに抗がん剤の投与実績が参照可能なこと。
1	51	3	52	抗がん剤の投与日が日を跨ぐ場合、オーダー画面上で一目で把握可能なよう表示すること。
1	51	3	53	プロトコール適用時、実施時間の選択は、日付の選択も可能なこと。
1	51	3	54	日を跨いで投与するRpは、カルテツリー上に実際の投与日が表示されること。
1	51	3	55	次クール適用時、直前に測定された身長、体重を反映可能なこと。
1	51	3	56	次クール適用時、前回クールの最終投与日の検査結果値の警告表示を流用可能なこと。
1	51	3	57	次クール適用時、過去のクールの内容を参照し流用可能なこと。過去のクールと今回適用する内容を一画面で比較しながら修正・適用が可能なこと。
1	51	3	58	プロトコール流用時、過去に適用したプロトコールの、クールにおけるDayごとの抗がん剤投与実績を参照可能なこと。
1	51	3	59	プロトコール流用時、過去に適用したプロトコールと最新のプロトコールマスターをチェックし、相違があった場合メッセージを表示し、安易に流用できないこと。
1	51	3	60	プロトコール流用時、過去に適用したプロトコールの抗がん剤が、マスターから削除されていた場合、流用時にメッセージを表示し、安易に流用できないこと。
1	51	3	61	プロトコール流用時、最新のプロトコールマスターと選択クールの世代番号のチェックがかかること。
1	51	3	62	適用済みクールに中止Dayがある場合、その中止Dayより次クールを重複登録可能なこと。
1	51	3	63	中止Dayより次クールを重複登録する際、クール番号を引継ぐか、次クール番号とするかは、設定により変更可能なこと。
1	51	3	64	全中止となったクールに、新規クールを重複登録可能なこと。
1	51	3	65	レジメンオーダーを指示している患者の一覧表示が可能なこと。一覧画面は、以下の複合条件で絞り込みが可能なこと。
1	51	3	66	・投与日
1	51	3	67	・プロトコール名称
1	51	3	68	・診療科
1	51	3	69	・依頼医
1	51	3	70	・担当医
1	51	3	71	・疾患名
1	51	3	72	・入外区分
1	51	3	73	・入院病棟
1	51	3	74	・実施進捗
1	51	3	75	レジメンオーダーの指示一覧画面から以下の操作が行えること。
1	51	3	76	・注射箋発行
1	51	3	77	・注射ラベル発行
1	51	3	78	・投与実施指示（最終確認）
1	51	3	79	・オーダーの中止指示
1	51	3	80	・オーダーの未実施指示
1	51	3	81	・混注終了指示
1	51	3	82	レジメンオーダーの注射箋は注射オーダーとは別に一括で発行可能なこと。
1	51	3	83	1クールの最終投与の実施指示を行った場合は、次クールの適用を行うかの督促が可能なこと。
1	51	3	84	患者に適用しているプロトコールはカレンダー形式で表示可能なこと。
1	51	3	85	レジメンカレンダーでは投与日と休薬期間が色を分けて表示可能なこと。
1	51	3	86	レジメンカレンダーには日ごとに処方、注射、検体検査、画像オーダーの有無をアイコンにて表示し、アイコンはオーダーの進捗別に違うイメージで表示されること。
1	51	3	87	レジメンカレンダーでは以下の操作が可能なこと。
1	51	3	88	・担当医変更
1	51	3	89	・生涯投与量確認



1	51	3	90	・レジメンオーダーの履歴参照
1	51	3	91	・新規プロトコール適用（次クール適用）
1	51	3	92	・抗がん剤投与の一括修正／個別修正
1	51	3	93	・抗がん剤投与の一括中止／個別中止
1	51	3	94	・抗がん剤投与の一括移動／個別移動
1	51	3	95	・休業期間移動
1	51	3	96	・投与実施指示（最終確認）
1	51	3	97	・投与実施入力
1	51	3	98	レジメン過去履歴（開始日、プロトコール名称、診療科、疾患名、依頼医、クール数、状態（完遂、一部中止、進行中）等）が一覧で参照可能なこと。
1	51	3	99	レジメンオーダーの実施入力および、医事会計連動が可能なこと。
1	51	3	100	投薬時にバーコード等による認証、チェック機能を有すること。
1	51	3	101	レジメンオーダーでのみ使用する注射薬は、注射オーダーではオーダーができないこと。
1	51	3	102	プロトコール別に、患者の抗がん剤投与量に対し、マスター等の設定により適正な手配単位に分けてオーダーが可能なこと。 例）101ml以上150ml未満の場合、50ml×3個ではなく、100ml×1と50ml×1を手配
1	51	3	103	薬剤事前準備の為、薬剤別払出票計（基準日から10日分）の帳票が出力可能なこと。出力は入院／外来単位、病棟単位で可能なこと。
1	51	3	104	オーダーツリーに表示する名前は、オーダー登録者か最終更新者を設定により変更可能なこと。
1	51	3	105	オーダーを中止、削除、修正をした際、元のオーダーに取消し線が引かれること。
1	51	3	106	カルテ画面を参照しながら、オーダーを入力可能とすること。
1	51	3	107	他の端末で同一患者のカルテを同時に開いている際に、双方で入力中のレジメンオーダーの内容がリアルタイムで参照可能なこと。
1	51	3	108	患者に適用した1クール分の情報が時系列形式で帳票出力可能なこと。
1	51	3	109	外来患者に対する治療のために、化学療法室におけるベッド管理が可能なこと。
1	51	3	110	プロトコールマスターにて時間入力された滴下速度は、患者適用時の投与量により自動で変更されること。
1	51	3	111	患者適用時にAUC目標値の変更が可能なこと。
1	51	3	112	他プロトコールとの重複チェックが可能なこと。
1	51	3	113	レジメンオーダー中止時に中止理由の入力が可能なこと。
1	51	3	114	指示医がレジメンオーダー登録後に指示医以外の医師及び薬剤師がオーダー内容確認したこと。を記録できること。
1	52			処置室照会
1	52	1	1	外来患者または入院患者へのオーダー内容（処方、注射、汎用、輸血、病理、放射線、生理、内視鏡、リハビリ）および進捗状況が確認可能なこと。
1	52	1	2	患者を指定しカルテを起動可能なこと。
1	52	1	3	患者を指定し、オーダー内容の確認が可能なこと。
1	52	1	4	患者のオーダーを指定し実施入力が可能なこと。
1	53			他科紹介
1	53	1	1	オーダー画面は操作者が任意にカルテ画面から切り離して別ウィンドウで表示可能なこと。
1	53	1	2	別ウィンドウ表示した場合は、オーダー画面に患者情報を表示すること。複数患者起動を想定して、表示内容はカルテ画面と同等の情報を表示すること。
1	53	1	3	他科への紹介状を作成可能なこと。（紹介元、紹介先、診察場所、診察日時、診察予約、紹介目的、紹介内容）
1	53	1	4	紹介状を印刷可能なこと。
1	53	1	5	紹介内容の定型文管理が可能なこと。
1	53	1	6	紹介内容はカルテに記載されること。
1	53	1	7	診察予約を取得した場合、外来患者一覧に紹介患者マークが表示されること。
1	53	1	8	紹介内容は紹介先へ通知されること。
1	53	1	9	他科紹介患者一覧にて他科からの紹介情報が確認可能なこと。また、未読、既読を確認可能なこと。
1	53	1	10	他科からの紹介に対し返書の作成が可能なこと。
1	53	1	11	返書内容の定型文管理が可能なこと。
1	53	1	12	返書の編集画面は、クリック数削減を目的にカルテ画面からダイレクトに起動可能なこと。
1	53	1	13	返書を印刷可能なこと。
1	53	1	14	返書はカルテに記載されること。
1	53	1	15	他科紹介患者一覧にて他科へ紹介した患者の情報が確認可能なこと。また、返書の有無を確認可能なこと。
1	53	1	16	日付未定の他科紹介が可能であること。
1	54			チーム医療
1	54	1	1	一人の患者に複数の医療専門職が連携し治療やケアを行うために、介入から介入終了時までの情報管理を行えるチーム医療の機能を有すること。
1	54	1	2	チーム介入依頼について、新規依頼、修正、削除が可能であること。
1	54	1	3	介入依頼は、チーム毎に依頼内容のテンプレートを設定できること。テンプレートの内容は、病院独自の内容を作成できること。
1	54	1	4	チームはマスター管理されており、運用後にチームの追加が可能であること。
1	54	1	5	チーム介入依頼に対し、受付／却下ができること。また、受付取り消しも可能であること。
1	54	1	6	チーム介入依頼を却下する場合は、却下理由が入力できること。
1	54	1	7	受付したチーム介入に対し、回診予約が可能であること。また、予約キャンセルも可能であること。
1	54	1	8	受付したチーム介入に対し、回診記録が登録できること。また、回診記録の修正、削除が可能であること。
1	54	1	9	介入依頼登録の際、依頼を行うチームに対して、既に依頼が登録されているのか重複チェックを行うこと。既に依頼が登録されている場合は、メッセージを表示し操作者へ注意を促すこと。
1	54	1	10	回診記録において、テンプレート機能により1チームに対して複数の回診記録内容を設定できること。
1	54	1	11	回診記録の下書き登録が可能であること。
1	54	1	12	回診記録において、回診予約が無い場合も回診記録を登録できること。
1	54	1	13	回診記録を作成する際、前回回診記録を流用して記録が作成できること。
1	54	1	14	回診時に加算が発生する場合、加算項目一覧から加算項目を選択登録することで医事システムへ加算情報を伝達できること。
1	54	1	15	加算項目は、チーム毎にマスターで管理が可能なこと。
1	54	1	16	加算項目は、複数項目を一度に登録できること。登録と同時に汎用オーダーを生成し、コストの取り漏れの防止が可能なこと。
1	54	1	17	回診記録／加算一覧で介入依頼に対する回診記録の記載状況および加算登録状況を確認できること。
1	54	1	18	回診記録／加算一覧から回診記録内容および加算登録内容を参照できること。
1	54	1	19	チーム介入が終了する場合、介入終了登録が可能であること。
1	54	1	20	介入終了の際、チーム毎に介入終了内容を登録できること。登録内容はテンプレートを活用することで登録の負荷を軽減できること。
1	54	1	21	チーム医療一覧にてチーム介入の状況（依頼、介入中、却下、終了）が確認できること。
1	54	1	22	チーム医療一覧から受付／却下、受付取消、介入終了、回診予約、回診記録・加算登録の操作が可能であること。
1	54	1	23	チーム医療一覧からチーム介入依頼の内容を参照できること。
1	54	1	24	チーム医療一覧からカルテ、検査結果照会、経過一覧表が起動できること。
1	54	1	25	チーム医療一覧の表示内容を印刷できること。
1	54	1	26	チーム介入依頼、回診記録、介入終了の記載内容はカルテに記載されること。
1	54	1	27	入院患者一覧画面、外来患者一覧画面にて介入中の全てのチームが表示されること。
1	54	1	28	病床一覧画面にてチームを選択すると介入中の患者が強調表示されること。
1	54	1	29	カルテを開いた時、チーム介入中を示すアイコンを、患者パネルに表示できること。

1	54	1	30	チーム医療一覧の情報は帳票印刷ができること。
1	54	1	31	データベースを共有している他施設のチーム介入状況を確認可能なこと。画面上から他施設を含めた表示と自施設のみを表示を切り替えることが可能なこと。

看護支援システム			
1	1		基本仕様
1	1	1	看護データベース
1	1	1	1 看護データベース画面は一覧形式で表示が可能なこと。
1	1	1	2 画面サイズに関わらず全体にデータが表示が可能なこと。
1	1	1	3 看護データベースのリスト新規作成は画面上から以下動作を選択できること。 ・新規・・・取込項目は最新情報を取込、手入力項目は空白の状態。
1	1	1	4 ・引継ぎ・・・直近リストから値を引継ぐ。
1	1	1	6 ・複製・・・選択中リストのデータを全てコピーされた状態であること。
1	1	1	7 リスト新規作成のボタン名は任意の名称に変更できること。
1	1	1	8 患者基本情報については、オーダリングシステムより取り込みが可能なこと。
1	1	1	9 看護データベースで登録した以下項目は、患者基本に反映が可能なこと。 ・連絡先（患者基本の連絡先もしくは精神科患者基本の緊急連絡先と連携可能なこと。）
1	1	1	11 ・家族構成図
1	1	1	12 ・患者情報
1	1	1	13 ・障害情報
1	1	1	14 ・食物アレルギー
1	1	1	15 ・薬剤アレルギー
1	1	1	16 ・感染症
1	1	1	17 ・一般アレルギー
1	1	1	18 ・患者固有情報
1	1	1	19 ・既往歴
1	1	1	20 ・患者確認チェック事項
1	1	1	21 看護データベースは最新データを取り込むことが可能なこと。
1	1	1	22 看護データベースは患者毎に更新履歴を残すことが可能なこと。
1	1	1	23 看護データベースの編集履歴は画面上で確認可能なこと。
1	1	1	24 看護データベースの編集履歴から以下の情報を確認することが可能なこと。 ・更新日時 ・更新者 ・編集履歴
1	1	1	28 看護データベースリストの自動作成が可能なこと。
1	1	1	29 リストには、看護データベースで登録した任意の項目を表示可能なこと。
1	1	1	30 項目一覧で選択した入力項目へ自動スクロールが可能なこと。
1	1	1	31 項目一覧は表示・非表示の切替が可能なこと。
1	1	1	32 看護データベースで作成したデータは看護要約と連携可能なこと。
1	1	1	33 各項目の入力においては、補助機能より選択する方法と、直接入力する方法を自由に選択可能なこと。 入力ミスを防止するため、特定の項目のチェック状態に応じて別項目の編集可否を設定が可能なこと。 例) 症状＝「無」を選択した場合は、内容＝編集不可 症状＝「有」を選択した場合は、内容＝編集可能
1	1	1	34
1	1	1	35 チェック式で選択する項目については、内容に画像の表示が可能なこと。
1	1	1	36 看護データベース作成状況一覧が確認可能な専用画面を有すること。
1	1	1	37 看護データベース作成状況一覧は以下の条件で抽出が可能なこと。 ・期間指定 ・入院/外来指定
1	1	1	38
1	1	1	39
1	1	1	40 看護データベースの内容を確認しやすいうに未入力項目をワンクリックで表示切替が可能なこと。また項目ごとに未入力チェックの対象とするか設定できること。
1	1	1	41 看護データベースは帳票出力が可能なこと。
1	1	1	42 看護データベース入力時には診療記録など登録に必要なデータをワンクリックで切り替えて確認が可能なこと。
1	1	1	43 看護データベースの登録に必要なデータは未保存状態であっても可能なこと。
1	1	1	44 看護データベースの各入力項目毎に初期値を設けることが可能なこと。
1	1	1	45 看護データベースは、NANDA・ゴードン・生活像①・生活像②・産科・小児の標準レイアウトを提供が可能なこと。
1	1	1	46 看護データベースの入力項目は行の高さを指定可能なこと。
1	1	1	47 看護データベースの入力項目は項目一覧から入力状況を判別可能なこと。
1	1	1	48 他画面で引用できるように、看護データベースで登録した内容は、複数項目を指定様式でコピーすることが可能なこと。
1	1	1	49 看護データベースの画面で入力必須項目で絞り込みが可能なこと。
1	1	2	看護計画/評価
1	1	2	1 看護計画画面では以下の情報を一画面で表示可能なこと。 ・看護計画マスター ・立案している看護計画 ・評価データ
1	1	2	2
1	1	2	3
1	1	2	4
1	1	2	5 看護計画では以下の順番で選択し登録可能なこと。 1. 診療科 2. 看護項目 3. 看護問題点
1	1	2	6
1	1	2	7
1	1	2	8
1	1	2	9 看護問題点は仮診断として登録した内容から選択可能なこと。
1	1	2	10 看護問題点マスターの文字列検索が可能なこと。
1	1	2	11 看護問題点マスターの検索は階層検索が可能なこと。
1	1	2	12 看護問題点マスターの検索結果から問題点を登録可能なこと。
1	1	2	13 病名関連問題点マスターより、患者に登録されている病名オーダーを参照し、病名に基づく問題点を表示し、問題点の選択及び問題点の新規登録が可能なこと。
1	1	2	14 看護計画リストに対する以下の項目が選択可能なこと。 ・看護目標 ・治療方針
1	1	2	15
1	1	2	16
1	1	2	17 看護計画リストは前回のリスト情報を引継ぎ可能なこと。
1	1	2	18 選択した看護問題点は修正可能なこと。
1	1	2	19 画面及び帳票に看護問題点リストに該当項目の一覧を出力する機能を持つこと。
1	1	2	20 看護計画は看護問題点マスターから選択することで作成が可能なこと。
1	1	2	21 看護問題点マスターから選択した項目はフリー入力が可能なこと。
1	1	2	22 選択した看護計画は修正可能なこと。
1	1	2	23 看護計画作成画面からマスター登録されている看護介入の予定登録が可能なこと。
1	1	2	24 予定登録はワークシートに反映可能なこと。
1	1	2	25 看護問題点は優先度毎に表示・非表示の切替が可能なこと。
1	1	2	26 看護問題点は優先度毎に並び替え可能なこと。
1	1	2	27 看護問題点は問題点番号毎に並び替え可能なこと。
1	1	2	28 看護問題点の問題点番号を変更が可能なこと。
1	1	2	29 解決された看護問題点は色分けが可能なこと。
1	1	2	30 解決された看護問題点は表示・非表示の切替が可能なこと。
1	1	2	31 病棟患者以外に以下の患者に看護計画が作成可能なこと。

1	1	2	32	・外来患者
1	1	2	33	・手術室の患者
1	1	2	34	・透析室の患者
1	1	2	35	過去入院時の看護計画が流用可能なこと。
1	1	2	36	看護問題点に対する評価が可能なこと。
1	1	2	37	評価区分が終了となった際、終了した看護計画に紐づく看護介入項目も自動で終了可能なこと。
1	1	2	38	評価区分が修正となった際、修正した看護問題点と看護計画をコピーすることが可能なこと。
1	1	2	39	継続された評価は履歴管理が可能なこと。
1	1	2	40	評価は表示・非表示の切替が可能なこと。
1	1	2	41	看護問題点の編集履歴は画面上で確認可能なこと。
1	1	2	42	看護問題点の編集履歴から以下の情報を確認することが可能なこと。
1	1	2	43	・更新日時
1	1	2	44	・更新者
1	1	2	45	・編集履歴
1	1	2	46	看護計画の編集履歴の表示が可能なこと。
1	1	2	47	看護計画の編集履歴から以下の情報を確認することが可能なこと。
1	1	2	48	・更新日時
1	1	2	49	・更新者
1	1	2	50	・編集履歴
1	1	2	51	評価の編集履歴は画面上で確認可能なこと。
1	1	2	52	評価の編集履歴から以下の情報を確認することが可能なこと。
1	1	2	53	・更新日時
1	1	2	54	・更新者
1	1	2	55	・編集履歴
1	1	2	56	目標・OTE（観察、ケア、指導）毎に評価が可能なこと。
1	1	2	57	設定ファイルにより、要因の入力必須は切替が可能なこと。
1	1	2	58	設定ファイルにより、評価済みの看護計画は表示・非表示の切替が可能なこと。
1	1	2	59	看護問題点マスターは表示・非表示の切替が可能なこと。
1	1	2	60	必要な情報を確認できるように看護計画/評価入力画面を起動中も他画面の操作が可能なこと。
1	1	3		<b>看護介入</b>
1	1	3	1	介入項目の予定が登録可能なこと。
1	1	3	2	介入項目の予定はワークシートに反映可能なこと。
1	1	3	3	介入項目の予定は経過一覧表に反映可能なこと。
1	1	3	4	基準日時点の予定情報を表示が可能なこと。
1	1	3	5	介入項目は以下の項目が登録可能なこと。
1	1	3	6	・看護介入区分
1	1	3	7	・看護介入内容
1	1	3	8	・補足
1	1	3	9	・開始日時
1	1	3	10	・終了日時
1	1	3	11	・一般/重症選択
1	1	3	12	・間隔
1	1	3	13	・曜日
1	1	3	14	・時間指定
1	1	3	15	・指示者名
1	1	3	16	・発行者名
1	1	3	17	・コメント
1	1	3	18	・看護問題点との関連付け
1	1	3	19	介入項目登録時、時間未定として登録が可能なこと。
1	1	3	20	介入項目登録時、「出血時」「発熱時」等のあいまい時間（時間未定）として登録が可能なこと。
1	1	3	21	登録した介入項目は表形式で確認可能なこと。
1	1	3	22	介入項目に表示している介入項目の予定を直接編集可能なこと。
1	1	3	23	介入項目をまとめてセット登録可能なこと。
1	1	3	24	介入項目は文字列検索から選択可能なこと。
1	1	3	25	文字列検索時、介入項目以外に階層検索が可能なこと。
1	1	3	26	検索結果から介入項目を新規登録が可能なこと。
1	1	3	27	看護計画から介入項目が連携し登録可能なこと。
1	1	3	28	介入項目を複数選択し、登録可能なこと。
1	1	3	29	介入項目を複数選択し、一括編集が可能なこと。また選択した項目の一括削除が可能なこと。
1	1	3	30	介入項目の実施進捗を画面上で識別できること。
1	1	3	31	予約対象となる項目を登録した際、予約オーダーと連動し予約を取得可能なこと。
1	1	3	32	介入項目は表示・非表示の切替が可能なこと。
1	1	3	33	介入項目は退院時に自動終了が可能なこと。
1	1	3	34	介入項目は任意のタイミングで一括終了が可能なこと。
1	1	3	35	介入項目の編集履歴は画面上で確認可能なこと。
1	1	3	36	介入項目の編集履歴から以下の情報を確認することが可能なこと。
1	1	3	37	・更新日時
1	1	3	38	・更新者
1	1	3	39	・編集履歴
1	1	3	40	看護介入マスターは表示・非表示の切替が可能なこと。
1	1	3	41	看護介入マスターのコストが発生する項目については、汎用オーダーと連携することが可能なこと。
1	1	3	42	看護介入と汎用オーダーの連携のマスターメンテナンス画面を有すること。
1	1	3	43	看護介入画面の表示レイアウト(表示する内容や列位置)は任意の指定が可能なこと。
1	1	3	44	看護介入画面の表示項目は、職員別に指定が可能なこと。
1	1	4		<b>ワークシート</b>
1	1	4	1	以下の情報が反映可能なこと。
1	1	4	2	・オーダー情報と介入項目
1	1	4	3	・申し送り
1	1	4	4	・看護必要度基準クリア
1	1	4	5	以下項目のワークシートが出力可能なこと。
1	1	4	6	・部屋別
1	1	4	7	・患者別
1	1	4	8	・チーム別
1	1	4	9	・看護師別
1	1	4	10	・割当患者別
1	1	4	11	オーダー種類毎のワークシートが出力可能なこと。
1	1	4	12	行為別・時系列のワークシートが出力可能なこと。

1	1	4	13	介入項目別のワークシートが出力可能なこと。出力時は、画面順、もしくは患者順で出力するか帳票種を選択可能なこと。
1	1	4	14	患者個人別のワークシートが出力可能なこと。
1	1	4	15	ワークシートの患者欄に以下情報が出力可能なこと。
1	1	4	16	・病室
1	1	4	17	・患者番号
1	1	4	18	・年齢
1	1	4	19	・生後日数
1	1	4	20	・入院日
1	1	4	21	・在院日数
1	1	4	22	・移動情報
1	1	4	23	・手術日
1	1	4	24	・手術経過日数
1	1	4	25	・食事オーダー
1	1	4	26	・診療科
1	1	4	27	・主治医
1	1	4	28	・担当看護師
1	1	4	29	・受持ち看護師
1	1	4	30	・問題点評価日
1	1	4	31	・患者状況
1	1	4	32	・病名
1	1	4	33	・術後日数
1	1	4	34	・褥瘡経過記録次回評価日
1	1	4	35	・褥瘡アセスメント次回評価予定日
1	1	4	36	・褥瘡回診記録次回評価日
1	1	4	37	・クリティカルパス名
1	1	4	38	・クリティカルパス経過日数
1	1	4	39	・経過一覧表で登録されたイベント名及び経過日数
1	1	4	40	・他科紹介情報
1	1	4	41	ワークシートのレイアウト(出力する内容や列位置)を任意に設定変更が可能なこと。
1	1	4	42	ワークシートのレイアウトの設定内容に任意の名称をつけ保存可能なこと。
1	1	4	43	ワークシートのレイアウトは、職員毎に指定が可能なこと。
1	1	4	44	ワークシート画面は行為別表示・時系列表示の切替が可能なこと。
1	1	4	45	ワークシート画面にオーダー情報が表示が可能なこと。
1	1	4	46	ワークシート画面にオーダーの進捗が表示可能なこと。
1	1	4	47	ワークシート画面に指示受け状況が表示可能なこと。
1	1	4	48	ワークシート画面に介入項目の詳細表示が可能なこと。
1	1	4	49	ワークシート画面にオーダー情報の詳細表示が可能なこと。
1	1	4	50	ワークシート画面の表示レイアウト(表示する内容や列位置)は任意の指定が可能なこと。
1	1	4	51	ワークシート画面の表示レイアウトは、職員別に指定が可能なこと。
1	1	4	52	ワークシート画面の表示レイアウトは、職員別に指定する場合、共通レイアウトの設定内容をコピーすることが可能なこと。
1	1	4	53	ワークシート画面に表示する患者は以下のグルーピングした患者から選択が可能なこと。
1	1	4	54	・患者指定
1	1	4	55	・病室
1	1	4	56	・チーム
1	1	4	57	・受け持ち患者
1	1	4	58	・割当患者
1	1	4	59	・職員毎
1	1	4	60	ワークシート画面は勤務帯毎に表示が可能なこと。
1	1	4	61	勤務帯の表示を変更しても、その日の食事オーダーの内容は全て表示が可能なこと。
1	1	4	62	ワークシート画面から実施画面を介さずに介入項目の実施入力が必要なこと。
1	1	4	63	ワークシート画面は実施進捗にて色分けし表示可能なこと。
1	1	4	64	ワークシート画面は実施進捗にて表示・非表示の切替が可能なこと。
1	1	4	65	ログイン者の勤務状況に応じ、勤務帯が自動選択されること。
1	1	4	66	ワークシート画面から以下のメニューを表示し、各画面の起動、また登録が可能なこと。
1	1	4	67	・マイリスト
1	1	4	68	・カルテ画面
1	1	4	69	・入院基本
1	1	4	70	・入院履歴
1	1	4	71	・入退院サマリー
1	1	4	72	・患者基本
1	1	4	73	・病名
1	1	4	74	・紹介情報
1	1	4	75	・予約
1	1	4	76	・患者サマリー
1	1	4	77	・リハビリ(予約、実施)
1	1	4	78	・注射実施
1	1	4	79	・注射カレンダー
1	1	4	80	・汎用オーダー
1	1	4	81	・指示簿
1	1	4	82	・指示受け
1	1	4	83	・検査結果照会
1	1	4	84	・検査結果入力
1	1	4	85	・薬歴照会
1	1	4	86	・ナビゲーション
1	1	4	87	・CMフォルダー/伝達事項
1	1	4	88	・服薬指導
1	1	4	89	・看護支援機能
1	1	4	90	汎用オーダーの新規入力ワークシート画面から可能なこと。
1	1	5		個人ワークシート
1	1	5	1	患者1人毎のワークシート画面を表示可能なこと。
1	1	5	2	以下の情報が反映可能なこと。
1	1	5	3	・オーダー情報と介入項目
1	1	5	4	・申し送り
1	1	5	5	・必要度
1	1	5	6	・指示簿
1	1	5	7	・適用中のパス名
1	1	5	8	個人ワークシートの患者情報欄に以下情報が出力可能なこと。
1	1	5	9	・入院日

1	1	5	10	・入院日数
1	1	5	11	・病床入院日数
1	1	5	12	・転入日
1	1	5	13	・転室
1	1	5	14	・転棟
1	1	5	15	・外出外泊
1	1	5	16	・主治医
1	1	5	17	・担当医
1	1	5	18	・担当看護師
1	1	5	19	・患者状況
1	1	5	20	・看護計画評価予定日
1	1	5	21	・退院予定日
1	1	5	22	・褥瘡部位
1	1	5	23	・褥瘡経過記録次回評価日
1	1	5	24	・褥瘡回診記録次回評価日
1	1	5	25	・褥瘡アセスメント次回評価予定日
1	1	5	26	・転倒転落次回評価予定日
1	1	5	27	・診療科
1	1	5	28	・手術日
1	1	5	29	・術後日数
1	1	5	30	・病名
1	1	5	31	患者情報欄は表示・非表示が切替可能なこと。
1	1	5	32	患者情報欄に表示する項目は表示・非表示が切替可能なこと。
1	1	5	33	個人ワークシート画面は実施進捗にて表示・非表示の切替が可能なこと。
1	1	5	34	個人ワークシート画面は勤務帯毎に表示が可能なこと。
1	1	5	35	個人ワークシート帳票を印刷可能なこと。
1	1	5	36	ワークシート画面から実施画面を介さず介入項目の実施入力が可能なこと。
1	1	5	37	個人ワークシート画面から指示受け画面が表示可能なこと。
1	1	5	38	個人ワークシート画面から以下の各画面の起動が可能なこと。
1	1	5	39	・注射実施
1	1	5	40	・汎用オーダー
1	1	5	41	・汎用実施
1	1	5	42	・患者メモ
1	1	5	43	・必要度個人入力
1	1	5	44	・クリティカルパス
1	1	5	45	・指示受け
1	1	6		<b>実施入力</b>
1	1	6	1	介入項目の実施入力が可能なこと。
1	1	6	2	介入項目の実施入力時、実施および中止等に対するコメント入力が可能なこと。
1	1	6	3	介入項目のコメントは入力補助機能を用い、ワンクリックでコメント入力が可能なこと。
1	1	6	4	基準日時点の介入項目を表示可能なこと。
1	1	6	5	勤務帯毎に介入項目をフィルタリング可能なこと。
1	1	6	6	実施進捗毎に介入項目をフィルタリング可能なこと。
1	1	6	7	観察結果の入力時にあらかじめ登録してある定型句を選択し入力可能なこと。
1	1	6	8	実施時間の入力が可能なこと。
1	1	6	9	設定によりシステム日時を自動反映可能なこと。
1	1	6	10	予定実施時刻以外の時間帯に実施入力しようとした際に、警告メッセージが表示されること。
1	1	6	11	表示されている介入項目の全項目実施が可能なこと。
1	1	6	12	選択中の実施項目が強調表示可能なこと。
1	1	6	13	実施入力時に入力値に対する説明が参照可能なこと。
1	1	6	14	実施入力の編集履歴は画面上で確認可能なこと。
1	1	6	15	実施入力の編集履歴から以下の情報を確認することが可能なこと。
1	1	6	16	・更新日時
1	1	6	17	・更新者
1	1	6	18	・編集履歴
1	1	7		<b>経過一覧表</b>
1	1	7	1	以下項目の入力は患者一括入力が可能なこと。
1	1	7	2	・バイタル
1	1	7	3	・IN/OUT情報
1	1	7	4	・食事摂取量
1	1	7	5	バイタル入力時は選択中のバイタル項目が強調表示可能なこと。
1	1	7	6	外出・外泊の食止めや食事オーダーが欠食の場合、食事摂取量の入力欄の背景色が変わり視覚的に把握できること。
1	1	7	7	携帯端末を利用したバイタル等の入力をベツトサイドで可能なこと。
1	1	7	8	経過一覧表は、一般・重症等にタイプの切替が可能なこと。
1	1	7	9	経過一覧表には以下データが表示可能なこと。
1	1	7	10	・バイタルグラフ
1	1	7	11	・数値情報
1	1	7	12	・INOUT情報
1	1	7	13	・看護介入項目
1	1	7	14	・オーダー情報
1	1	7	15	・備考
1	1	7	16	・サイン
1	1	7	17	・イベント
1	1	7	18	・アウトカム
1	1	7	19	・移動情報
1	1	7	20	・患者状況
1	1	7	21	・妊娠週数（患者基本の出産予定日もしくは助産録の分娩予定日を基準とする）
1	1	7	22	・産褥日数
1	1	7	23	・病名
1	1	7	24	・術式（手術オーダーが登録されている場合）
1	1	7	25	・看護計画評価予定日
1	1	7	26	・クリティカルパス名
1	1	7	27	・クリティカルパス経過日数
1	1	7	28	・看護必要度項目
1	1	7	29	・看護必要度の実施時間・実施内容
1	1	7	30	・看護必要度基準クリア情報
1	1	7	31	・チーム医療（介入依頼・回診記録）
1	1	7	32	乳幼児の哺乳量等（最大9項目）の登録が可能なこと。

1	1	7	33	乳幼児の哺乳量等（最大9項目）の表示が可能なこと。
1	1	7	34	乳幼児の哺乳量等（最大9項目）の合計量を表示可能なこと。
1	1	7	35	体重増減・減少率を自動計算して表示可能なこと。
1	1	7	36	経過一覧表より、選択した検査オーダーの検査結果を参照可能なこと。
1	1	7	37	重症用の経過一覧表作成および画面表示が可能なこと。
1	1	7	38	重症用の経過一覧表は以下の表示切替が可能なこと。
1	1	7	39	・5分間隔
1	1	7	40	・10分間隔
1	1	7	41	・15分間隔
1	1	7	42	・30分間隔
1	1	7	43	・1時間間隔
1	1	7	44	以下の項目は表示順を変更することが可能なこと。
1	1	7	45	・バイタル
1	1	7	46	・I N O U T
1	1	7	47	・患者状況
1	1	7	48	・看護介入
1	1	7	49	・オーダー
1	1	7	50	・サイン
1	1	7	51	・備考
1	1	7	52	・看護必要度
1	1	7	53	以下の項目は表示・非表示の切替が可能なこと。
1	1	7	54	・バイタル
1	1	7	55	・I N O U T
1	1	7	56	・患者状況
1	1	7	57	・看護介入
1	1	7	58	・オーダー
1	1	7	59	・サイン
1	1	7	60	・備考
1	1	7	61	・看護必要度
1	1	7	62	経過一覧表から看護イベントを登録が可能なこと。
1	1	7	63	経過一覧のイベントには基準日の登録が可能なこと。
1	1	7	64	経過一覧のイベントには基準日からの経過日数が表示されること。
1	1	7	65	介入項目として登録された手術項目に対し、術後の経過日を表示可能なこと。
1	1	7	66	介入項目の実施予定件数が確認可能なこと。
1	1	7	67	進捗毎に文字色が変わること。
1	1	7	68	経過一覧表に表示される介入項目の並び替えが可能なこと。
1	1	7	69	バイタルデータに範囲外の入力があった場合はメッセージを表示すること。
1	1	7	70	バイタルデータに範囲外の入力があった場合は、経過一覧表に色をつけて表示すること。
1	1	7	71	バイタルデータ、IN・OUT、看護介入の表示は、表示枠に対して最終値の表示もしくは、すべての内容を表示するか設定ファイルで切替が可能なこと。
1	1	7	72	バイタルグラフの各項目は表示・非表示の切替が可能なこと。
1	1	7	73	バイタルグラフは表示倍率の設定が可能なこと。
1	1	7	74	バイタルグラフマークにカーソルを当てた際、ポップアップにてバイタル表示が可能なこと。
1	1	7	75	経過一覧表から以下の画面を表示し、各々の操作が可能なこと。
1	1	7	76	・バイタル入力画面
1	1	7	77	・バイタルデータの入力
1	1	7	78	・看護介入入力画面
1	1	7	79	・看護介入の追加
1	1	7	80	・看護介入の編集
1	1	7	81	・処方オーダー画面
1	1	7	82	・登録
1	1	7	83	・修正
1	1	7	84	・削除
1	1	7	85	・予約オーダー画面
1	1	7	86	・登録
1	1	7	87	・修正
1	1	7	88	・削除
1	1	7	89	・食事オーダー画面
1	1	7	90	・登録
1	1	7	91	・修正
1	1	7	92	・削除
1	1	7	93	・指示簿オーダー画面
1	1	7	94	・指示受け
1	1	7	95	・経過記録画面
1	1	7	96	・経過記録の入力
1	1	7	97	・経過記録の編集
1	1	7	98	・看護必要度入力画面
1	1	7	99	・看護必要度の入力
1	1	7	100	・看護必要度の編集
1	1	7	101	経過一覧表で操作できるオーダー登録についてはメニューの表示は設定ファイルで切替が可能なこと。
1	1	7	102	経過一覧表は1日毎に備考としてフリーコメントを登録可能なこと。
1	1	7	103	産科系画像の表示が可能なこと。
1	1	7	104	経過一覧表は期間を指定してを印刷が可能なこと。
1	1	7	105	経過一覧表は入院期間でフィルタリングが可能なこと。
1	1	7	106	経過一覧表上で終了している看護介入については背景色を変更し、有効期間の判別が一目で確認が可能なこと。
1	1	7	107	経過一覧表上にて、表示されているオーダーに関する指示受け状況を確認可能なこと。
1	1	7	108	経過一覧表上に、看護必要度の結果が表示されること。
1	1	7	109	経過一覧表でバイタルを入力する際の時間枠を患者ごとに設定が可能なこと。
1	1	7	110	時間枠はログイン者が変わっても間隔が継続されること。
1	1	7	111	点滴の流量を入力可能なこと。
1	1	7	112	点滴のIN量を自動計算が可能なこと。
1	1	7	113	点滴の流量が変更された場合やコメントが入力された場合は赤いマークを表示すること。
1	1	7	114	点滴の流量が変更された場合やコメントが入力された項目をロールオーバー時、内容の表示が可能なこと。
1	1	7	115	点滴の流量の入力は未来日時でも可能なこと。
1	1	7	116	実施済みの注射オーダー、化学療法オーダーの注射データをIN項目として表示可能なこと。
1	1	7	117	経過一覧表のみ有効な付箋機能を有すること。
1	1	7	118	付箋はを以下を指定して貼り付けが可能なこと。
1	1	7	119	・文字色

1	1	7	120	・背景色
1	1	7	121	・フォント
1	1	7	122	・日時
1	1	7	123	付箋の編集履歴は画面上で確認可能なこと。
1	1	7	124	付箋の編集履歴から以下の情報を確認することが可能なこと。
1	1	7	125	・更新日時
1	1	7	126	・更新者
1	1	7	127	・編集履歴
1	1	7	128	備考の編集履歴は画面上で確認可能なこと。
1	1	7	129	備考の編集履歴から以下の情報を確認することが可能なこと。
1	1	7	130	・更新日時
1	1	7	131	・更新者
1	1	7	132	・編集履歴
1	1	7	133	血液のIN/OUT/バランス等最大9項目を計算、表示可能なこと。
1	1	7	134	バイタル入力時、IN/OUT/バランスの締め時間となる時間の入力が容易に指定可能なこと。
1	1	7	135	経過一覧表に経過記録という行を設定し、各勤務対毎に経過記録が当日記載されたかを表示でき、なおかつ最大一日四枠まで設定が可能なこと。
1	1	7	136	経過一覧表上で入力された以下の項目は患者基本と連携し更新が可能なこと。
1	1	7	137	・バイタル
1	1	7	138	・身長
1	1	7	139	・体重
1	1	7	140	外来患者などで利用する、診療記録にバイタル情報を登録した際に、データが経過一覧表へ連携が可能なこと。
1	1	7	141	職種毎の診療記録記載の有無を表示し、詳細画面で記録を表示できること。
1	1	7	142	設定によりカルテ起動時に経過一覧表画面を自動起動が可能なこと。
1	1	7	143	経過一覧表画面の自動起動は設定により入院患者カルテ起動時のみとすることが可能なこと。
1	1	8		経過記録
1	1	8	1	経過記録は入出力が可能な専用画面を有すること。
1	1	8	2	経過記録は以下の形式に対応していること。
1	1	8	3	・SOAP形式
1	1	8	4	・フォーカスチャート形式
1	1	8	5	・経時記録形式
1	1	8	6	SOAP、フォーカスの両方を使用する場合は、起動時の画面の初期選択が可能なこと。また選択した情報を職員設定として保存し、次回画面起動時に反映が可能なこと。
1	1	8	7	経過記録はリッチテキスト形式に対応していること。
1	1	8	8	入力画面については行の高さを区分ごとに設定が可能なこと。また行の高さをユーザー個人毎に記憶が可能なこと。
1	1	8	9	看護計画の問題点に対する経過記録入力可能なこと。
1	1	8	10	経過記録入力時、看護計画の内容を参照しながら入力可能なこと。
1	1	8	11	経過記録入力時、計画内容のコピー&ペーストが可能なこと。
1	1	8	12	未来日時の登録が可能なこと。
1	1	8	13	未来日時の運用は、医療機関の運用に合わせてられる様、設定ファイルで変更が可能なこと。
1	1	8	14	経過記録入力時に、記号設定をしてどのような記録か区分可能なこと。また選択した記号によって記録の背景色・文字色を変更可能なこと。
1	1	8	15	SOAP入力時、SOAPの各区分を一面で入力でき、各区分ごとの入力補助マスターを画面右に表示可能なこと。
1	1	8	16	SOAP入力時、SOAPの未入力区分がある場合でも、確定できること。また未入力区分に対しては、空白で保存するか、自動で削除を行うか設定ファイルで指定可能なこと。
1	1	8	17	経過記録の問題点と関連性がない内容も登録可能なこと。
1	1	8	18	参照したい内容のみ表示可能なよう以下の項目は抽出条件を設定可能なこと。
1	1	8	19	・SOAP
1	1	8	20	・フォーカスチャート
1	1	8	21	・経時記録
1	1	8	22	以下抽出条件で設定可能なこと。
1	1	8	23	・問題点番号
1	1	8	24	・区分
1	1	8	25	・記号
1	1	8	26	・内容(文言)
1	1	8	27	・記載者
1	1	8	28	・職制
1	1	8	29	経過記録入力時に、あらかじめ登録してある定型句を選択し入力可能なこと。定型句については院内共通、ユーザー個人毎に管理可能なこと。
1	1	8	30	過去の経過記録からコピー&ペーストが可能なこと。
1	1	8	31	経過記録を更新した場合、経過記録画面から修正履歴の確認が可能なこと。
1	1	8	32	経過記録に画像の貼り付けが可能なこと。
1	1	8	33	画像の取り込み時、画像のトリミングが可能なこと。また、解像度の高い画像については、フォームサイズに合わせて画像サイズの自動調整が可能なこと。
1	1	8	34	文字色を勤務帯毎に設定ファイルで指定可能なこと。
1	1	8	35	登録された経過記録は、患者カルテ画面に反映されること。
1	1	8	36	登録された経過記録は、入院期間で絞り込み可能なこと。
1	1	8	37	経過記録記載時、看護必要度の結果を参照し、文章として貼り付けることが可能なこと。
1	1	8	38	設定によりカルテ起動時に経過記録画面を自動起動が可能なこと。
1	1	8	39	必要な情報を確認できるように経過記録入力画面を起動中も他画面の操作が可能なこと。
1	1	8	40	電子カルテシステムの一括オーダー機能から複数患者に対して一括記載が可能なこと。
1	1	8	41	経過記録記載時は、ダイナミックテンプレートを活用した記録入力が可能なこと。
1	1	8	42	経過記録記載者の職種が看護師の場合は、看護師の表示内容のみに絞って入力候補を表示可能なこと。
1	1	8	43	経過記録詳細画面において内容欄のセルがロックされていても範囲選択しコピー、貼り付け操作が可能なこと。
1	1	9		看護要約
1	1	9	1	看護要約画面は一覧形式であること。
1	1	9	2	看護要約画面は画面サイズに関わらず全体にデータが表示可能なこと。
1	1	9	3	看護要約は、必要なデータを作成時にオーダーリングシステムより取り込めること。
1	1	9	4	看護要約は、必要なデータを作成時に看護データベースより取り込めること。
1	1	9	5	各項目の入力においては以下の方法から自由に選択することが可能なこと。
1	1	9	6	・補助機能より選択する方法
1	1	9	7	・直接入力
1	1	9	8	項目一覧で選択した入力項目へ自動スクロールが可能なこと。
1	1	9	9	項目一覧は表示・非表示の切替が可能なこと。
1	1	9	10	看護計画で作成した未解決な問題点を表示し、具体策を取り込み可能なこと。
1	1	9	11	看護計画の取り込みは、取り込みする内容のチェック式で選択が可能なこと。また、職員毎にチェック状態の保持が可能なこと。
1	1	9	12	看護要約の編集履歴は画面上で確認することが可能なこと。



1	1	9	13	看護要約の編集履歴から以下の情報を確認することが可能なこと。
1	1	9	14	・更新日時
1	1	9	15	・更新者
1	1	9	16	・編集履歴
1	1	9	17	看護要約は患者毎に編集履歴の管理が可能なこと。
1	1	9	18	看護要約を承認機能を有すること。
1	1	9	19	看護要約の作成状況および承認状況を一覧で確認可能な専用画面を有すること。
1	1	9	20	看護要約作成状況一覧画面では看護要約の作成状況、承認状況によって表示の絞込みが可能なこと。
1	1	9	21	看護要約作成状況一覧画面では退院決定患者・退院確認患者で抽出表示が可能なこと。
1	1	9	22	看護要約の編集が可能なこと。
1	1	9	23	看護要約の作成状況および承認状況の一覧は退院済み患者の状況も確認可能なことを考慮し、期間および入院・退院・外来区分での抽出が可能なこと。
1	1	9	24	看護要約の各入力項目毎に初期値を設けることが可能なこと。
1	1	9	25	看護要約の帳票出力が可能なこと。また要約区分に応じて印刷するページ指定が可能なこと。
1	1	10		<b>患者切り替え</b>
1	1	10	1	情報収集を容易に行えるように専用の看護患者一覧画面を有すること。
1	1	10	2	情報収集は複数患者の看護情報を切替で収集可能なこと。
1	1	10	3	以下の画面が起動可能なこと。
1	1	10	4	・経過一覧表
1	1	10	5	・看護計画/評価
1	1	10	6	・経過記録
1	1	10	7	・看護介入
1	1	10	8	・測定値
1	1	10	9	・実施入力
1	1	10	10	・患者状況
1	1	10	11	・患者メモ
1	1	10	12	・NOC・NIC評価
1	1	10	13	・褥瘡計画書
1	1	10	14	・看護データベース
1	1	10	15	・転倒転落アセスメントスコアシート
1	1	10	16	・助産録
1	1	10	17	・必要度個人入力
1	1	10	18	・個人ワークシート
1	1	10	19	看護患者一覧から新しい患者を選択した場合は、起動中の各画面が新しい患者の内容に切替が可能なこと。
1	1	10	20	看護患者一覧画面に表示する患者数には上限がないこと。
1	1	10	21	看護患者一覧画面に表示する患者は、以下の任意にグルーピングした患者から選択が可能なこと。
1	1	10	22	・患者指定
1	1	10	23	・病室
1	1	10	24	・チーム
1	1	10	25	・受け持ち患者
1	1	10	26	・割当患者
1	1	10	27	・職員毎
1	1	10	28	看護患者一覧から起動した画面については表示だけでなく、入力が可能なこと。
1	1	10	29	看護患者一覧から起動した画面については一括終了が可能なこと。
1	1	10	30	看護患者一覧画面で前回開いていた画面を記憶し、次回起動時に一括で起動可能なこと。
1	1	11		<b>患者状況</b>
1	1	11	1	患者の以下状況が登録でき編集履歴の管理が可能なこと。
1	1	11	2	・救護区分
1	1	11	3	・看護度
1	1	11	4	・安静度
1	1	11	5	・状況区分
1	1	11	6	・自立度
1	1	11	7	・処遇
1	1	11	8	・面会制限
1	1	11	9	・チーム
1	1	11	10	患者状況で登録した以下項目は、患者基本に反映可能なこと。
1	1	11	11	・救護区分
1	1	11	12	・看護度
1	1	11	13	・安静度
1	1	11	14	・状況区分
1	1	11	15	患者状況の入力項目はマスターで追加が可能なこと。
1	1	11	16	患者状況は患者一括入力が可能なこと。
1	1	11	17	患者状況一括入力では、項目毎の集計値が参照可能なこと。
1	1	11	18	入力時に入力値に対する説明が参照可能なこと。
1	1	11	19	転倒転落アセスメントシート機能から最新の危険度と評価日時を参照可能なこと。
1	1	11	20	患者状況一括画面に表示する患者は以下の任意にグルーピングした患者から選択可能なこと。
1	1	11	21	・患者指定
1	1	11	22	・病室
1	1	11	23	・チーム
1	1	11	24	・受け持ち患者
1	1	11	25	・割当患者
1	1	11	26	・職員毎
1	1	11	27	前回入院時のデータが未変更のまま継続されている場合、背景色を変更して表示し表示可能なこと。
1	1	12		<b>業務分担表</b>
1	1	12	1	各看護師の日々の担当する患者、PHSデータを登録可能なこと。
1	1	12	2	ペアナース方式の場合は、1患者に対して2名以上の看護師の割り当てが可能なこと。
1	1	12	3	病棟、勤務帯を指定することで、対象の勤務者名を一覧表示可能なこと。
1	1	12	4	勤務帯は2交代、3交代のどちらにも対応可能なこと。
1	1	12	5	患者状況画面で入力したチーム情報が参照可能なこと。
1	1	12	6	受持ち看護師が登録されている場合、簡単な操作で割当可能なこと。また、当日勤務がない看護師がいる場合、別の看護師に切り替えることができること。
1	1	12	7	業務分担表で登録したデータは、一括入力各画面で患者を絞り込む際に流用が可能なこと。
1	1	12	8	看護師が複数患者の受け持ちが可能なこと。
1	1	12	9	帳票の出力が可能なこと。
1	1	13		<b>申送り</b>
1	1	13	1	患者メモ・申送りが登録可能なこと。
1	1	13	2	患者メモ・申送りは件名、期間、記載者が登録可能なこと。
1	1	13	3	患者の退院時、申送りを一括で終了可能なこと。

1	1	13	4	申送りはワークシート帳票に出力可能なこと。また重要度に応じて記号を表示できること。
1	1	13	5	ワークシート画面へは申送り本文以外に以下の内容を表示可能なこと。
1	1	13	6	・ 件名
1	1	13	7	・ 記載者
1	1	13	8	・ 記載日時
1	1	13	9	・ 優先度
1	1	13	10	申送り一覧が表示、出力可能なこと。
1	1	13	11	期限切れの申送りは表示・非表示の切替が可能なこと。
1	1	13	12	未来日の申送りは表示・非表示の切替が可能なこと。
1	1	13	13	申し送り画面は以下の任意にグルーピングした患者から選択可能なこと。
1	1	13	14	・ 患者指定
1	1	13	15	・ 病室
1	1	13	16	・ チーム
1	1	13	17	・ 受け持ち患者
1	1	13	18	・ 割当患者
1	1	13	19	・ 職員毎
1	1	13	20	患者メモ・申し送りの編集履歴は画面上で確認可能なこと。
1	1	13	21	患者メモ・申し送りの編集履歴から以下の情報を確認することが可能なこと。
1	1	13	22	・ 更新日時
1	1	13	23	・ 更新者
1	1	13	24	・ 編集履歴
1	1	14		帳票出力
1	1	14	1	以下の帳票が病棟全患者、患者別、病室別、チーム別、看護師別に患者選択をして出力可能なこと。
1	1	14	2	・ 行為別ワークシート
1	1	14	3	・ 時系列ワークシート
1	1	14	4	・ 申し送り
1	1	14	5	・ 経過一覧表
1	1	14	6	・ 経過記録
1	1	14	7	・ 問題リスト
1	1	14	8	・ 看護計画
1	1	14	9	・ 評価
1	1	14	10	・ オーダー種別ワークシート
1	1	14	11	・ フリーシート
1	1	14	12	・ 患者ラベル
1	1	14	13	・ 評価予定
1	1	14	14	・ 週間予定
1	1	14	15	・ カードックスシート
1	1	14	16	・ 入院患者処置一覧表
1	1	14	17	・ 入院患者ケア勤務帯別一覧表
1	1	14	18	・ 看護成果表
1	1	14	19	・ 日別患者状況一覧
1	1	14	20	看護師が担当患者の一日にやること。の全容を把握するため、以下の項目を全てまとめた個人ワークシートがワンクリックで出力可能なこと。
1	1	14	21	・ 患者基本オーダー
1	1	14	22	・ 入院基本オーダー（外出外泊）
1	1	14	23	・ 病名オーダー
1	1	14	24	・ 指示簿オーダー
1	1	14	25	・ 食事オーダー
1	1	14	26	・ 予約オーダー
1	1	14	27	・ リハビリオーダー
1	1	14	28	・ 処方オーダー
1	1	14	29	・ 持参薬オーダー
1	1	14	30	・ 注射オーダー
1	1	14	31	・ レジメンオーダー
1	1	14	32	・ 汎用オーダー
1	1	14	33	・ 画像オーダー
1	1	14	34	・ 検査オーダー
1	1	14	35	・ 看護介入
1	1	14	36	・ イベント
1	1	14	37	・ 看護計画
1	1	14	38	・ 患者状況
1	1	14	39	・ 申し送り
1	1	14	40	・ 手書き欄
1	1	14	41	帳票出力時、プレビュー画面で印刷イメージを確認可能なこと。
1	1	14	42	患者ラベルに以下の印字が可能なこと。
1	1	14	43	・ バーコード
1	1	14	44	・ 担当医
1	1	14	45	・ チーム
1	1	14	46	・ 転棟日
1	1	14	47	患者ラベルのバーコードは設定ファイルによりチェックディジットの有無を切り替え可能なこと。
1	2			看護業務照会
1	2	1	1	評価予定日当日に、評価が行われているか確認可能な専用画面を有すること。
1	2	1	2	評価予定日当日以外に、過去日で評価漏れがあるか確認可能なこと。
1	2	1	3	看護業務照会画面から、以下の評価入力画面を起動可能なこと。
1	2	1	4	・ 看護計画/評価
1	2	1	5	・ 看護必要度個人入力
1	2	1	6	・ 褥瘡画面
1	2	1	7	・ 転倒転落アセスメントスコア
1	2	1	8	・ 経過記録
1	2	1	9	・ 実施入力
1	2	1	10	看護業務照会画面に表示する患者は以下の任意にグルーピングした患者から選択可能なこと。
1	2	1	11	・ 患者指定
1	2	1	12	・ 病室
1	2	1	13	・ チーム
1	2	1	14	・ 受け持ち患者
1	2	1	15	・ 割当患者
1	2	1	16	・ 職員毎
1	2	1	17	評価状況に応じ、表示データをフィルタリングすることが可能なこと。

1	3		看護日誌作成機能
1	3	1	基本機能
1	3	1	1 各日誌はオーダーリングシステム、勤務表作成システムからデータの取込みが可能なこと。
1	3	1	2 病棟日誌の以下機能を有すること。
1	3	1	3 ・入力
1	3	1	4 ・表示
1	3	1	5 ・出力
1	3	1	6 看護管理日誌の以下機能を有すること。
1	3	1	7 ・入力
1	3	1	8 ・表示
1	3	1	9 ・出力
1	3	1	10 外来日誌の以下機能を有すること。
1	3	1	11 ・入力
1	3	1	12 ・表示
1	3	1	13 ・出力
1	3	1	14 手術日誌の以下機能を有すること。
1	3	1	15 ・入力
1	3	1	16 ・表示
1	3	1	17 ・出力
1	3	1	18 システム日付が午前中の場合、日誌に初期表示する基準日を前日もしくは当日とするか設定ファイルにより切り替え可能なこと。
1	3	1	19 必要な情報を確認できるように日誌の詳細入力画面を起動中も他画面の操作が可能なこと。
1	3	1	20 各日誌画面で複数端末からの同時入力が可能なこと。
1	3	1	21 各日誌の月報、年報のデータをCSV形式で出力可能な機能を有すること。
1	3	1	22 看護支援機能、看護勤務表システムとのデータの受け渡しが自動で行われること。
1	3	1	23 勤務者の出力結果が不一致の場合に、ユーザーが原因調査可能な機能を有すること。
1	3	1	24 各日誌は排他制御が可能なこと。
1	3	1	25 他端末で特定の時間離席時間が経過したら自動に排他制御を解除すること。排他制御を解除すると日誌の起動が可能なこと。
1	3	1	26 病棟単位の取込み実施情報、承認情報が参照可能なこと。
1	3	1	27 各日誌の作成状況が把握可能な専用画面を有すること。
1	3	1	28 当直者の入力は1か月分を把握可能な日当直者入力画面を有すること。
1	3	1	29 入力は当直医師は医師、当直看護師は看護師の職員一覧から選択が可能なこと。
1	3	1	30 日当直者入力は入力列を日直・当直でフィルタリングが可能なこと。
1	3	1	31 日当直者入力は入月間入力もしくは週間入力が可能なこと。週間の場合は、前週のデータを引継ぎ可能なこと。
1	3	1	32 当直者の入力は日単位で履歴参照が可能なこと。
1	3	1	33 日当直者入力は帳票出力が可能なこと。
1	3	2	病棟管理日誌
1	3	2	1 入力したデータは、看護管理日誌に反映可能なこと。
1	3	2	2 各項目については、オーダー・看護支援機能からの取り込みが可能で、最新データを任意のタイミングで集計可能なこと。
1	3	2	3 診療科別患者数は、患者数が多い診療科順に出力することが可能なこと。
1	3	2	4 診療科別患者数の診療科が表示枠の個数を超える場合、その他に集計して出力することが可能なこと。
1	3	2	5 診療科別患者数の診療科が表示枠の個数を超える場合、画面上でその他の内訳が診療科別に参照が可能なこと。
1	3	2	6 管理事項等の項目については、直近または過去作成日（カレンダー選択）で作成内容を表示可能なこと。
1	3	2	7 看護支援機能の患者状況の患者数と日誌に取込みした患者数が不一致の場合に、ユーザーが原因調査可能な機能を有すること。
1	3	2	8 日誌レイアウトは、医療機関指定のレイアウトで作成が可能なこと。
1	3	2	9 病棟業務日誌の表示・印刷が可能なこと。
1	3	3	看護管理日誌
1	3	3	1 各日誌のデータより、看護管理日誌に出力可能なこと。
1	3	3	2 日誌を作成しない部署の勤務集計が可能で、看護管理日誌に出力可能なこと。
1	3	3	3 管理事項等の項目については、直近または過去作成日（カレンダー選択）で作成内容を表示可能なこと。
1	3	3	4 日誌レイアウトは、医療機関指定のレイアウトで作成可能なこと。
1	3	3	5 看護管理日誌の表示・印刷が可能なこと。
1	3	4	外来管理日誌
1	3	4	1 入力したデータは、看護管理日誌に反映可能なこと。
1	3	4	2 勤務集計機能は他部署（透析室等）の集計が可能なこと。
1	3	4	3 管理事項等の項目については、直近または過去作成日（カレンダー選択）で作成内容を表示可能なこと。
1	3	4	4 新患、再来患者数を予約オーダーから集計が自動で可能なこと。また来院区分のコードを指定して集計が可能なこと。
1	3	4	5 日誌レイアウトは、医療機関指定のレイアウトで作成可能なこと。
1	3	4	6 外来管理日誌の表示・印刷を行えること。
1	3	5	手術管理日誌
1	3	5	1 入力したデータは、看護管理日誌に反映可能なこと。
1	3	5	2 勤務集計機能は他部署（中央材料室等）の集計が可能なこと。
1	3	5	3 手術件数・手術明細については、手術オーダーから診療科別、麻酔種類別に取り込み・集計可能なこと。
1	3	5	4 管理事項等の項目については、直近または過去作成日（カレンダー選択）で作成内容を表示可能なこと。
1	3	5	5 日誌レイアウトは、医療機関指定のレイアウトで作成可能なこと。
1	3	5	6 手術管理日誌の表示・印刷を行えること。
1	4		褥瘡管理
1	4	1	褥瘡管理患者一覧
1	4	1	1 褥瘡管理患者一覧は現在入院中の患者を一覧表示し、以下の記録の作成状況を確認可能な専用画面を有すること。
1	4	1	2 ・リスクアセスメント
1	4	1	3 ・発生報告書
1	4	1	4 ・診療計画書
1	4	1	5 ・褥瘡経過記録
1	4	1	6 ・褥瘡回診記録
1	4	1	7 ・転帰報告書
1	4	1	8 ・ケアサマリー
1	4	1	9 ・ハイリスク
1	4	1	10 褥瘡管理患者一覧は部位毎の褥瘡状態を確認可能なこと。
1	4	1	11 褥瘡管理患者一覧で以下の内容を確認可能なこと。
1	4	1	12 ・病棟
1	4	1	13 ・記録時病棟
1	4	1	14 ・診療科
1	4	1	15 ・患者番号
1	4	1	16 ・患者氏名
1	4	1	17 ・年齢
1	4	1	18 ・性別
1	4	1	19 ・入院日

1	4	1	20	・退院日
1	4	1	21	褥瘡管理患者一覧で以下の次回評価予定日を確認可能なこと。
1	4	1	22	・リスクアセスメント
1	4	1	23	・褥瘡経過記録
1	4	1	24	・褥瘡回診記録
1	4	1	25	褥瘡管理患者一覧から褥瘡記録画面を起動可能なこと。
1	4	1	26	褥瘡管理患者一覧に表示されている項目で検索が可能なこと。
1	4	1	27	検索した条件は記憶され、次回起動時に自動的に設定されること。
1	4	1	28	褥瘡管理患者一覧から直接承認が可能なこと。
1	4	1	29	褥瘡管理患者一覧を印刷可能なこと。
1	4	1	30	褥瘡管理患者一覧は、画面表示抽出情報をもとにEXCELファイルに出力可能なこと。
1	4	2		リスクアセスメント
1	4	2	1	危険因子の評価は以下の内容を記録可能なこと。
1	4	2	2	・厚生労働省危険因子の評価
1	4	2	3	・ブレイデンスケール
1	4	2	4	・OHスケール
1	4	2	5	・K式スケール
1	4	2	6	・ブレイデンQスケール
1	4	2	7	日常生活自立度は、患者状況から取込が可能なこと。
1	4	2	8	危険因子の評価ができ、点数は自動的に計算可能なこと。
1	4	2	9	日常生活自立度の評価基準をツールチップで表示可能なこと。
1	4	2	10	リスクアセスメントの次回評価予定日は自動的に設定可能なこと。
1	4	2	11	過去のリスクアセスメントを複製し、作成可能なこと。
1	4	2	12	リスクアセスメント票を印刷可能なこと。
1	4	2	13	次回評価予定をワークシートに出力可能なこと。
1	4	3		発生報告書
1	4	3	1	部位毎の評価登録が行えること。
1	4	3	2	日常生活自立度は、リスクアセスメントの最新評価より取込が可能なこと。
1	4	3	3	DESIGN-Rの評価が可能なこと。
1	4	3	4	DESIGN-Rの評価点数が自動的に計算されること。
1	4	3	5	発生報告書に画像を添付可能なこと。
1	4	3	6	添付した画像にコメント等を追記可能なこと。
1	4	3	7	日常生活自立度の評価基準をツールチップで表示可能なこと。
1	4	3	8	NPUAPの評価基準をツールチップで表示可能なこと。
1	4	3	9	マットレスの選択が可能なこと。
1	4	3	10	リスクアセスメントの最新評価の危険因子の評価点数から、推奨マットレスを視覚的に確認可能なこと。
1	4	3	11	専任看護師による承認機能を有すること。
1	4	3	12	過去の発生報告書を複製し、作成可能なこと。
1	4	3	13	発生報告書を印刷可能なこと。
1	4	4		診療計画書
1	4	4	1	部位毎の評価登録が行えること。
1	4	4	2	以下の項目をリスクアセスメントの最新評価より取込が可能なこと。
1	4	4	3	・日常生活自立度
1	4	4	4	・危険因子の評価
1	4	4	5	以下の項目を発生報告書の最新評価より取込が可能なこと。また、部位が選択されている場合は、選択部位の最新評価を取込可能なこと。
1	4	4	6	・発生日
1	4	4	7	・部位
1	4	4	8	・褥瘡状態の画像
1	4	4	9	・DESIGN-R評価
1	4	4	10	・使用マットレス
1	4	4	11	・体圧測定値
1	4	4	12	危険因子の評価ができ、点数は自動的に計算可能なこと。
1	4	4	13	DESIGN-Rの評価が可能なこと。
1	4	4	14	DESIGN-Rの評価点数が自動的に計算されること。
1	4	4	15	診療計画書に画像を添付可能なこと。
1	4	4	16	画像を選択時、参照するフォルダのパスの指定が設定できること。またファイル名に患者番号を含む場合はフィルタリングをかけることができること。
1	4	4	17	添付した画像にコメント等を追記可能なこと。
1	4	4	18	日常生活自立度の評価基準をツールチップで表示可能なこと。
1	4	4	19	マットレスの選択が可能なこと。
1	4	4	20	リスクアセスメントの最新評価の危険因子の評価点数から、推奨マットレスを視覚的に確認可能なこと。
1	4	4	21	診療計画書から看護計画を起動し、看護計画の登録が可能なこと。
1	4	4	22	専任看護師および専任医師による承認機能を有すること。
1	4	4	23	過去の診療計画書を複製し、作成可能なこと。
1	4	4	24	診療計画書を印刷可能なこと。
1	4	4	25	診療計画書からチーム医療の介入依頼画面を起動可能なこと。
1	4	5		褥瘡経過記録
1	4	5	1	部位毎の評価登録が行えること。
1	4	5	2	DESIGN-Rの評価が可能なこと。
1	4	5	3	DESIGN-Rの評価点数が自動的に計算されること。
1	4	5	4	褥瘡経過記録の次回評価予定日は自動的に設定可能なこと。
1	4	5	5	褥瘡経過記録に画像を添付可能なこと。
1	4	5	6	添付した画像にコメント等を追記可能なこと。
1	4	5	7	前回の評価内容を引継ぎして登録可能なこと。
1	4	5	8	診療計画書で評価した内容を初回評価として表示が可能なこと。
1	4	5	9	登録された経過を時系列で確認可能なこと。
1	4	5	10	褥瘡経過記録を印刷可能なこと。また帳票に出力する内容を項目毎に設定できること。
1	4	5	11	次回評価予定をワークシートに出力可能なこと。
1	4	6		回診記録
1	4	6	1	部位毎の評価登録が行えること。
1	4	6	2	以下の項目を発生報告書の最新評価より取込が可能なこと。また、部位が選択されている場合は、選択部位の最新評価を取込可能なこと。
1	4	6	3	・発生場所
1	4	6	4	・発生要因
1	4	6	5	・NPUAP分類
1	4	6	6	以下の項目を診療計画書の最新評価より取込が可能なこと。また、部位が選択されている場合は、選択部位の最新評価を取込可能なこと。

1	4	6	7	・発生日
1	4	6	8	・部位
1	4	6	9	・日常生活自立度
1	4	6	10	・使用マットレス
1	4	6	11	・体圧測定値
1	4	6	12	以下の項目を褥瘡経過記録の最新評価より取込が可能なこと。また、部位が選択されている場合は、選択部位の最新評価を取込可能なこと。
1	4	6	13	・褥瘡状態の画像
1	4	6	14	・DESIGN-R評価
1	4	6	15	回診記録の次回評価予定日は自動的に設定可能なこと。
1	4	6	16	DESIGN-Rの評価が可能なこと。
1	4	6	17	DESIGN-Rの評価点数が自動的に計算されること。
1	4	6	18	回診記録に画像を添付可能なこと。
1	4	6	19	添付した画像にコメント等を追記可能なこと。
1	4	6	20	日常生活自立度の評価基準をツールチップで表示可能なこと。
1	4	6	21	NPUPの評価基準をツールチップで表示可能なこと。
1	4	6	22	マットレスの選択が可能なこと。
1	4	6	23	リスクアセスメントの最新評価の危険因子の評価点数から、推奨マットレスを視覚的に確認可能なこと。
1	4	6	24	以下の職制の記録が登録可能なこと。その他の職制においても設定ファイルの変更により記録が可能なこと。
1	4	6	25	・医師
1	4	6	26	・看護師
1	4	6	27	・薬剤師
1	4	6	28	・栄養士
1	4	6	29	過去の回診記録を複製可能なこと。
1	4	6	30	回診記録を印刷可能なこと。
1	4	6	31	次回評価予定をワークシートに出力可能なこと。
1	4	7		<b>転帰報告書</b>
1	4	7	1	部位毎の評価登録が行えること。
1	4	7	2	日常生活自立度をリスクアセスメントの最新評価より取込が可能なこと。
1	4	7	3	発生場所を発生報告書の最新評価より取込が可能なこと。
1	4	7	4	発生報告書に部位が選択されている場合は、選択部位の最新評価が取込可能なこと。
1	4	7	5	以下の項目を診療計画書の最新評価より取込が可能なこと。
1	4	7	6	・発生日
1	4	7	7	・部位
1	4	7	8	診療計画書に部位が選択されている場合は、選択部位の最新評価を取込可能なこと。
1	4	7	9	以下の項目を褥瘡経過記録の最新評価より取込が可能なこと。
1	4	7	10	・褥瘡状態の画像
1	4	7	11	・DESIGN-R評価
1	4	7	12	褥瘡経過記録に部位が選択されている場合は、選択部位の最新評価を取込可能なこと。
1	4	7	13	DESIGN-Rの評価が可能なこと。
1	4	7	14	DESIGN-Rの評価点数が自動的に計算されること。
1	4	7	15	転帰報告書に画像の添付が可能なこと。
1	4	7	16	添付した画像にコメント等の追記が可能なこと。
1	4	7	17	日常生活自立度の評価基準をツールチップで表示可能なこと。
1	4	7	18	専任看護師による承認機能を有すること。
1	4	7	19	過去の転帰報告書を複製が可能なこと。
1	4	7	20	転帰報告書の印刷が可能なこと。
1	4	8		<b>ケアサマリー</b>
1	4	8	1	転院、退院患者向けの褥瘡ケアサマリーを登録することが可能なこと。
1	4	8	2	診療計画書を選択し、以下の計画に対する最新の経過記録を取込みが可能なこと。
1	4	8	3	・発生日
1	4	8	4	・部位
1	4	8	5	・DESIGN-R評価
1	4	8	6	1度に複数の部位の褥瘡状態を登録可能なこと。
1	4	8	7	DESIGN-Rの評価が可能なこと。
1	4	8	8	DESIGN-Rの評価点数が自動的に計算されること。
1	4	8	9	ケアサマリーに画像を添付可能なこと。
1	4	8	10	添付した画像にコメント等を追記可能なこと。
1	4	8	11	過去のケアサマリーを複製し、作成可能なこと。
1	4	8	12	ケアサマリーを印刷可能なこと。
1	4	9		<b>ハイリスク</b>
1	4	9	1	褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書を登録することが可能なこと。
1	4	9	2	危険因子の評価をリスクアセスメントの最新評価より取込が可能なこと。
1	4	9	3	褥瘡の発生が予測される部位及び褥瘡の発生部位をシェーマを用いて入力可能なこと。
1	4	9	4	褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書の複製が可能なこと。
1	4	9	5	褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書の印刷が可能なこと。
1	5			<b>転倒転落</b>
1	5	1		<b>転倒転落アセスメントシート</b>
1	5	1	1	転倒転落アセスメントシートの入力・表示が可能なこと。
1	5	1	2	1日に複数回の評価が可能なこと。
1	5	1	3	転倒転落アセスメントシートの次回評価予定日を入力可能なこと。
1	5	1	4	評価時に評価理由を入力可能なこと。
1	5	1	5	項目をチェックするだけで転倒転落の危険度集計が可能なこと。
1	5	1	6	危険度に応じて評価登録時にメッセージ表示を行うことが可能なこと。
1	5	1	7	評価内容を時系列に表示することが可能なこと。
1	5	1	8	前回評価内容を引継ぐことが可能なこと。
1	5	1	9	チェック項目の内容は導入時に任意に決定可能なこと。
1	5	1	10	チェック項目の設定で最大9種類まで増やすことが可能なこと。
1	5	1	11	アセスメントシートは帳票出力が可能なこと。
1	5	1	12	本機能画面から看護計画を立案可能なこと。
1	6			<b>看護必要度</b>
1	6	1		<b>基本機能</b>
1	6	1	1	病棟毎に評価項目の表示、結果入力、集計が可能なこと。
1	6	1	2	患者毎に評価項目の表示、結果入力が可能なこと。
1	6	1	3	以下入力画面が切り替えが可能なこと。
1	6	1	4	・一般病棟用
1	6	1	5	・地域包括ケア用
1	6	1	6	・回復期リハ病棟用

1	6	1	7	・特定集中治療室用
1	6	1	8	・ハイケアユニット用
1	6	1	9	レセプト電算処理システム用コードを用いずに評価する項目に絞って入力可能なこと。
1	6	1	10	最大99種まで入力画面を設定で増やすことが可能なこと。
1	6	1	11	診療報酬改定のタイミングで新旧の入力画面で結果を共有が可能なこと。
1	6	1	12	結果の共有でシミュレーションを行うことが可能なこと。
1	6	1	13	看護日誌各種へ結果を反映することが可能なこと。
1	6	1	14	看護必要度の基準クリア、A・B・C項目の得点、評価日を入院患者一覧に表示可能なこと。
1	6	1	15	看護必要度のC項目で実施時刻が入力されている結果が「あり」の項目について指定した日数を超えた場合は「なし」に切り替わること。
1	6	2		<b>看護必要度個人入力</b>
1	6	2	1	患者毎に評価項目の表示、結果入力が可能なこと。
1	6	2	2	配点、基準クリアの有無が表示されること。
1	6	2	3	個人入力画面から参考資料などを表示可能なこと。
1	6	2	4	表示されている内容を印刷可能なこと。
1	6	2	5	個人入力画面に、下記を表示することが可能なこと。
1	6	2	6	・診療科
1	6	2	7	・病棟
1	6	2	8	・部屋
1	6	2	9	・ベッド番号
1	6	2	10	・入院経過日数
1	6	2	11	・転入経過日数
1	6	2	12	入力する対象日を選択可能なこと。
1	6	2	13	患者個人毎に、前回入力したデータを取り込めること。
1	6	2	14	入力した評価を集計対象外とすることが可能なこと。
1	6	2	15	評価項目毎に以下の登録が可能なこと。項目毎にあらかじめ登録された定型句からのコメント記載が可能なこと。
1	6	2	16	・コメントの記載
1	6	2	17	・評価者
1	6	2	18	・時刻
1	6	2	19	看護必要度で記入された項目結果が、経過一覧表に自動反映可能なこと。
1	6	2	20	経過一覧表にて看護必要度の経過を確認することが可能なこと。
1	6	2	21	必要度のデータがある場合は日付ごとに必要度の行に評価区分名称が表示されること。
1	6	2	22	入力画面から看護必要度に関する経過記録を記載するために、経過記録画面を起動することが可能なこと。
1	6	2	23	看護必要度の結果について、任意で選択した項目を経過記録へ反映可能なこと。
1	6	3		<b>看護必要度病棟一括入力</b>
1	6	3	1	病棟毎に一覧表示し評価項目の表示、結果入力、集計が可能なこと。
1	6	3	2	以下項目に患者を表示し結果入力可能なこと。入力中の箇所については強調表示が可能なこと。
1	6	3	3	・病棟全患者
1	6	3	4	・患者別
1	6	3	5	・診療科別
1	6	3	6	・病室種類別
1	6	3	7	・病室別
1	6	3	8	・チーム別
1	6	3	9	・部屋別
1	6	3	10	・担当患者別
1	6	3	11	・患者移動情報別（転入・転出・入院・退院）
1	6	3	12	以下条件の患者でフィルタリングが可能なこと。
1	6	3	13	・未入力患者
1	6	3	14	・入力済み患者
1	6	3	15	・確定済み患者
1	6	3	16	以下の各項目は設定ファイルにて背景色を変更可能なこと。
1	6	3	17	・未入力
1	6	3	18	・入力済み
1	6	3	19	・確定済み
1	6	3	20	・集計変更理由あり
1	6	3	21	・追加患者
1	6	3	22	入力済み患者を一括で確定が可能なこと。
1	6	3	23	評価したい患者を任意に追加可能なこと。
1	6	3	24	一括入力画面に、以下を表示することが可能なこと。またユーザー毎に入力画面に表示する項目を選定可能なこと。
1	6	3	25	・病棟
1	6	3	26	・部屋
1	6	3	27	・ベッド番号
1	6	3	28	・入院経過日数
1	6	3	29	・転入経過日数
1	6	3	30	入力する対象日を選択可能なこと。
1	6	3	31	評価結果入力の有無が確認可能なこと。
1	6	3	32	配点、基準クリアの有無、表示内容を選択が可能なこと。
1	6	3	33	一括入力画面では前回入力した病棟全患者のデータを取り込めること。
1	6	3	34	転棟時および病室種類変更時は、前回入力したデータを取り込むかクリアするかを、マスターで切替が可能なこと。
1	6	3	35	参考資料などを表示が可能なこと。
1	6	3	36	表示されている内容と集計結果を印刷可能なこと。
1	6	3	37	表示されている内容をCSV形式で出力可能なこと。
1	6	3	38	病室種類をメンテナンス可能なこと。
1	6	3	39	一括入力画面では、入力の対象となる患者を選択可能なこと。
1	6	3	40	一括入力画面から個人画面を起動時は画面を閉じずに連続して次の患者の入力が可能なこと。
1	6	3	41	看護必要度画面から情報収集ができるよう、各患者のカルテ画面、看護データベース・経過一覧表・看護計画・看護介入・看護計画評価・測定値・実施入力・患者メモ・患者状況・経過記録・看護要約を起動可能なこと。
1	6	3	42	看護必要度で評価した情報（確定状態、病室種類、状況、集計対象、基準クリア、得点、評価日）を入院患者一覧に反映できること。
1	6	4		<b>帳票出力</b>
1	6	4	1	病棟毎、患者毎に一般病棟用の以下帳票が出力可能なこと。
1	6	4	2	・集計リスト
1	6	4	3	・評価表
1	6	4	4	・勤務毎記録表
1	6	4	5	・日毎記録票
1	6	4	6	・集計表
1	6	4	7	・病床機能報告用病棟別患者割合
1	6	4	8	病棟毎、患者毎に地域包括ケア用の以下帳票が出力可能なこと。

1	6	4	9	・集計リスト
1	6	4	10	・評価表
1	6	4	11	・勤務毎記録表
1	6	4	12	・日毎記録票
1	6	4	13	・集計表
1	6	4	14	病棟毎、患者毎に回復期リハ用の以下帳票が出力可能なこと。
1	6	4	15	・集計リスト
1	6	4	16	・評価表
1	6	4	17	・日常生活機能評価表
1	6	4	18	・勤務毎記録表
1	6	4	19	・日毎記録票
1	6	4	20	・新入院患者重症割合
1	6	4	21	・退院患者名簿
1	6	4	22	病棟毎、患者毎に一般病棟用の以下帳票が出力可能なこと。
1	6	4	23	・集計リスト
1	6	4	24	・評価表
1	6	4	25	・勤務毎記録表
1	6	4	26	・日毎記録票
1	6	4	27	・集計表
1	6	4	28	・病床機能報告用病棟別患者割合
1	6	4	29	病棟毎、患者毎に特定集中治療室用の以下帳票が出力可能なこと。
1	6	4	30	・集計リスト
1	6	4	31	・評価表
1	6	4	32	・勤務毎記録表
1	6	4	33	・日毎記録票
1	6	4	34	・集計表
1	6	4	35	病棟毎、患者毎にハイケアユニット用の以下帳票が出力可能なこと。
1	6	4	36	・集計リスト
1	6	4	37	・評価表
1	6	4	38	・勤務毎記録表
1	6	4	39	・日毎記録票
1	6	4	40	・集計表
1	6	4	41	看護師のチーム毎に病棟毎に以下の集計表を出力可能なこと。
1	6	4	42	・一般病棟用
1	6	4	43	・ICU用
1	6	4	44	・ICU用の重症度
1	6	4	45	・医療 ・看護必要度
1	6	4	46	帳票出力時は、病棟を選択可能なこと。
1	6	4	47	帳票出力時は、看護師のチーム別に出力可能なこと。
1	6	4	48	以下を選択して出力することが可能なこと。
1	6	4	49	・一般病棟用
1	6	4	50	・地域包括ケア用
1	6	4	51	・回復期リハ病棟用
1	6	4	52	・特定集中治療室用
1	6	4	53	・ハイケアユニット用
1	6	4	54	帳票出力時は、出力期間の選択が可能なこと。
1	6	5		CSV出力
1	6	5	1	出力する病棟の選択が可能なこと。
1	6	5	2	看護師のチーム別に出力が可能なこと。
1	6	5	3	以下を選択して出力することが可能なこと。
1	6	5	4	・一般病棟用
1	6	5	5	・地域包括ケア用
1	6	5	6	・回復期リハ病棟用
1	6	5	7	・特定集中治療室用
1	6	5	8	・ハイケアユニット用
1	6	5	9	出力期間の選択が可能なこと。
1	6	5	10	状況の選択が可能なこと。
1	6	5	11	手術有無の選択が可能なこと。
1	6	5	12	項目の合計点を指定可能なこと。
1	6	6		Hファイル出力
1	6	6	1	厚労省より提示されたHファイルの形式に沿ったCSVファイルに出力が可能なこと
1	6	6	2	電子カルテシステム・オーダーリングシステムのメニューボタンから起動可能なこと。
1	6	6	3	Hファイル出力対象外の以下データの除外が可能なこと。
1	6	6	4	・病棟
1	6	6	5	・病室
1	6	6	6	・診療科
1	6	6	7	・年齢
1	6	6	8	施設コードを設定可能なこと。
1	6	6	9	病棟ごとにHファイル出力用の病棟コードを設定可能なこと。
1	6	6	10	対象外とする条件を保存可能なこと。
1	6	6	11	患者番号の匿名化に対応可能なこと。
1	6	6	12	出力される月ごとにファイリングされファイル名称も自動的に設定されること。
1	6	6	13	看護必要度機能で任意に設定した「短期滞在手術等基本料を算定する為」、「産科患者の為」に該当する患者データを除外可能なこと。
1	6	6	14	医事システムから出力するEF統合ファイル、Hファイルを参照し、1ヶ月分の患者数/重症患者数/重症患者割合を参照可能なこと。またデータ識別番号毎のクリア状況の詳細を把握できること。
1	7			分娩台帳
1	7	1		助産録・新生児記録
1	7	1	1	助産録Ⅰ（母に関するデータ）を入力・表示可能なこと。
1	7	1	2	助産録Ⅰは、以下の内容が登録可能なこと。
1	7	1	3	・患者基本情報（氏名・住所・電話番号）
1	7	1	4	・分娩予定日
1	7	1	5	・妊娠週数
1	7	1	6	・妊娠分娩歴
1	7	1	7	・分娩経過
1	7	1	8	・分娩様式
1	7	1	9	・妊娠異常
1	7	1	10	・分娩異常

1	7	1	11	・産科処置
1	7	1	12	・縫合状態
1	7	1	13	・後産所見 (娩出様式、胎盤、臍帯、卵膜、羊水)
1	7	1	14	・総合所見
1	7	1	15	・分娩番号
1	7	1	16	助産録Ⅰで登録した分娩予定日、分娩日を基準とし、経過一覧表で妊娠週数、産褥日数を表示することが可能なこと。
1	7	1	17	助産録Ⅱ (子に関するデータ) を入力・表示可能なこと。
1	7	1	18	助産録Ⅱは以下の内容が登録可能なこと。
1	7	1	19	・出生日時
1	7	1	20	・在胎週数
1	7	1	21	・性別
1	7	1	22	・ApgarScore (1分後・5分後)
1	7	1	23	・出生時処置
1	7	1	24	・計測値 (出生時・退院時の体重・身長・胸囲・頭位)
1	7	1	25	・出生時所見
1	7	1	26	助産録Ⅱは多胎児の入力が可能なこと。
1	7	1	27	助産録Ⅰ・助産録Ⅱのデータから以下を指定して出力可能なこと。
1	7	1	28	・分娩台帳
1	7	1	29	・分娩日
1	7	1	30	・分娩予定日
1	7	1	31	分娩番号を一括で入力・表示可能なこと。
1	7	1	32	分娩番号は自動採番も可能なこと。
1	7	1	33	分娩日、または分娩予定日で患者検索が可能なこと。
1	7	1	34	出力条件を項目毎に設定し、データの検索が可能なこと。
1	7	1	35	抽出条件は個人ごとに保存可能なこと。
1	7	1	36	CSVデータ出力機能を有すること。
1	8			医療安全支援機能基本仕様
1	8	1		基本機能
1	8	1	1	オーダーリングシステムと連携してオーダー情報を医療安全支援機能に反映可能なこと。
1	8	1	2	オーダーリングシステムと連携してバーコードを印刷したリストバンド発行が可能なこと。
1	8	1	3	看護支援機能と連携して患者認証と同時に以下の情報を取得可能なこと。
1	8	1	4	・バイタル
1	8	1	5	・観察
1	8	1	6	・ケア情報
1	8	1	7	携帯端末または、ノートパソコンを利用し、かつ無線LAN運用が可能なこと。
1	8	1	8	バーコードをスキャンし、ユーザーが特定可能なこと。
1	8	1	9	バーコードによるユーザー認証の有無は設定で切替可能なこと。バーコードによるユーザー認証を行わない場合は電子カルテのログインしているユーザーを実施者とする。
1	8	2		ログ参照
1	8	2	1	医療安全支援機能のログの参照が可能なこと。
1	8	2	2	ログは以下の項目をAND条件で抽出し参照可能なこと。
1	8	2	3	・日時
1	8	2	4	・患者番号
1	8	2	5	・ユーザーID
1	8	2	6	・操作端末名
1	8	2	7	・オーダー番号
1	8	2	8	・バーコードラベル情報
1	8	2	9	・端末種類
1	8	2	10	・認証結果
1	8	2	11	ログを集計し以下の統計情報を出力可能なこと。
1	8	2	12	・医療安全での実施比率
1	8	2	13	・病棟別使用状況
1	8	2	14	・時間帯別使用状況
1	8	2	15	・病棟時間帯別使用状況
1	8	2	16	・携帯端末使用状況
1	8	2	17	・医療安全エラー状況
1	8	2	18	ログ参照機能は、電子カルテにログインせずとも使用可能なこと。
1	8	3		リストバンド発行
1	8	3	1	リストバンドが発行可能なこと。
1	8	3	2	リストバンドが再発行が可能なこと。
1	8	3	3	リストバンドは以下のどちらでも印刷することが可能なこと。
1	8	3	4	・患者番号の直接入力
1	8	3	5	・病棟患者の一括指定
1	8	3	6	リストバンドには以下の情報の印字が可能なこと。
1	8	3	7	・患者ID
1	8	3	8	・患者氏名
1	8	3	9	・患者フリガナ
1	8	3	10	・生年月日
1	8	3	11	・性別
1	8	3	12	・血液型
1	8	3	13	・病棟
1	8	3	14	・病院名など任意の固定文字列項目 (5項目)
1	8	3	15	リストバンドのレイアウトは一般用、小児用に切り替えて印刷することが可能なこと。
1	8	3	16	性別毎、血液型毎に文字色、背景色を設定し印刷することが可能なこと。
1	8	3	17	リストバンド発行機能は、電子カルテにログインせずとも使用可能なこと。
1	8	3	18	QRコードの印字が可能なこと。
1	8	4		ユーザーバーコード発行
1	8	4	1	ユーザーバーコードを発行可能なこと。再発行も可能なこと。
1	8	4	2	ユーザーバーコードは病棟の配属一覧からの選択、職員番号直接入力どちらからでも指定して印刷可能なこと。
1	8	4	3	ユーザーバーコードには以下の情報の印字が可能なこと。
1	8	4	4	・職員ID
1	8	4	5	・職員氏名
1	8	4	6	・職員フリガナ
1	8	4	7	・役職
1	8	4	8	・配属病棟
1	8	4	9	・病院名
1	8	4	10	QRコードの印字が可能なこと。
1	8	4	11	ユーザーバーコード発行機能は、電子カルテにログインせずとも使用可能なこと。



1	8	5		患者選択
1	8	5	1	リストバンドのバーコードをスキャンし、患者の認証が可能なこと。
1	8	5	2	携帯端末または、ノートパソコン画面に、年齢帯・性別に応じたイメージを、患者氏名パネルに表示可能なこと。
1	8	5	3	患者氏名パネルにアレルギー、感染症のアイコンを表示することが可能なこと。
1	8	5	4	アレルギーアイコン・感染症アイコンをクリックすると詳細情報が確認可能なこと。
1	8	5	5	リストバンドを装着していない患者は、ベッドラベルのバーコードをスキャンが可能なこと。
1	8	5	6	患者のリストバンドを直接スキャンすることにより、他病棟の患者や退院患者を選択することが可能になる
1	8	5	7	患者選択のバーコード読込時に認証エラーとなった場合は、ラベル情報を画面表示可能なこと。
1	8	6		注射照合
1	8	6	1	投与照合に必要な情報を携帯端末または、ノートパソコンで参照可能なこと。
1	8	6	2	以下の情報をバーコードにより照合可能なこと。
1	8	6	3	・投与照合実施者
1	8	6	4	・投与する患者情報
1	8	6	5	・薬剤とオーダー情報
1	8	6	6	・ダブルチェックを行う場合はダブルチェックした職員
1	8	6	7	投与する点滴薬が複数ある場合は、続けて点滴薬バーコードの読取を実施する事が可能なこと。
1	8	6	8	バーコードとオーダー情報が一致しない場合は、その旨画面に表示すること。また認証エラーとなった場合は、ラベル情報を画面表示可能なこと。
1	8	6	9	照合が一致した場合は、実施者と照合実施日時を登録可能なこと。また実施操作を行わずに他画面に遷移しようとする場合、確認のメッセージを表示できること。
1	8	6	10	照合された情報は、リアルタイムに登録可能なこと。
1	8	6	11	翌日の注射投与が早まること。を考慮して、翌日分の表示を日付指定して表示することが可能なこと。
1	8	6	12	指定期間より過去日の場合、認証時にエラーメッセージを表示し認証不可とすることが可能なこと。
1	8	7		注射薬剤確認
1	8	7	1	注射薬剤確認に必要な情報を携帯端末または、ノートパソコンで参照可能なこと。
1	8	7	2	バーコードにより以下の情報を照合することが可能なこと。
1	8	7	3	・薬剤確認者
1	8	7	4	・確認する患者情報
1	8	7	5	・薬剤とオーダー情報
1	8	7	6	・ダブルチェックを行う場合はダブルチェックした職員
1	8	7	7	確認する点滴薬が複数ある場合は、続けて点滴薬バーコードの読取を実施する事が可能なこと。
1	8	7	8	バーコードとオーダー情報が一致しない場合は、その旨画面に表示可能なこと。
1	8	8		簡易認証
1	8	8	1	照合対象のバーコードと患者バーコードを照合することで認証が可能なこと。
1	8	8	2	読み取ったバーコードと患者バーコードが一致しない場合は、その旨画面に表示すること。また認証エラーとなった場合は、ラベル情報を画面表示可能なこと。
1	8	8	3	認証したい食札、薬袋などの区分を任意に追加し認証が可能なこと。
1	8	9		輸血照合
1	8	9	1	輸血照合に必要な情報を携帯端末または、ノートパソコンで参照可能なこと。
1	8	9	2	バーコードにより以下の情報を照合することが可能なこと。
1	8	9	3	・輸血照合実施者
1	8	9	4	・輸血する患者情報
1	8	9	5	・製剤番号とロット番号
1	8	9	6	・ダブルチェックを行う場合はダブルチェックした職員
1	8	9	7	バーコードとオーダー情報が一致しない場合は、その旨画面に表示可能なこと。また認証エラーとなった場合は、ラベル情報を画面表示可能なこと。
1	8	9	8	実施時に、使用予定日が実施するシステム日付と異なる場合はメッセージを表示し確認が可能なこと。
1	8	9	9	照合が一致した場合は、実施者と照合実施日時を登録可能なこと。
1	8	9	10	照合された情報は、リアルタイムに登録可能なこと。
1	8	9	11	輸血照合時に、下記の印刷可能なこと。
1	8	9	12	・製剤依頼票
1	8	9	13	・出庫伝票
1	8	9	14	・製剤ラベル
1	8	9	15	・会計伝票
1	8	9	16	指定期間より過去日の場合、認証時にエラーメッセージを表示し認証不可とすることが可能なこと。
1	8	10		レジメンオーダー照合
1	8	10	1	投与照合に必要な情報を携帯端末または、ノートパソコンで参照可能なこと。
1	8	10	2	バーコードにより以下の情報を照合することが可能なこと。
1	8	10	3	・投与照合実施者
1	8	10	4	・投与する患者情報
1	8	10	5	・薬剤とオーダー情報
1	8	10	6	・ダブルチェックを行う場合はダブルチェックした職員
1	8	10	7	投与する点滴薬が複数ある場合は、続けて点滴薬バーコードの読取を実施する事が可能なこと。
1	8	10	8	読み取ったバーコードとオーダー情報が一致しない場合は、その旨画面に表示可能なこと。また認証エラーとなった場合は、ラベル情報を画面表示可能なこと。
1	8	10	9	照合時に薬剤が生体投与量を超えている場合は、その旨画面に表示し実施が行われないこと。
1	8	10	10	照合が一致した場合は、実施者と照合実施日時を登録可能なこと。
1	8	10	11	照合された情報は、リアルタイムに登録可能なこと。
1	8	10	12	実施順が異なる場合は実施操作ができないこと。
1	8	10	13	指定期間より過去日の場合、認証時にエラーメッセージを表示し認証不可とすることが可能なこと。
1	8	11		採血照合
1	8	11	1	採血照合に必要な情報を携帯端末または、ノートパソコンで参照可能なこと。
1	8	11	2	バーコードにより以下の情報を照合することが可能なこと。
1	8	11	3	・採血する患者情報
1	8	11	4	・採血とオーダー情報
1	8	11	5	・ダブルチェックを行う場合はダブルチェックした職員
1	8	11	6	採血が複数ある場合は、続けて採血バーコードの読取を実施する事が可能なこと。
1	8	11	7	読み取ったバーコードとオーダー情報が一致しない場合は、その旨画面に表示すること。
1	8	11	8	検査認証後に何らかの理由で採血ができなかった場合に、再認証が可能なこと。再認証時は、確認メッセージを表示することが可能なこと。
1	8	12		手術入室照合
1	8	12	1	手術入室時の照合に必要な情報を携帯端末または、ノートパソコンに送信可能なこと。
1	8	12	2	患者バーコードを読み取ることで手術オーダーが表示可能なこと。
1	8	12	3	ダブルチェックを行う場合は、ダブルチェックした職員をバーコードにより、照合可能なこと。

医事会計システム			
1	1		共通機能
1	1	1	各種機能/入力方式について
1	1	1	1 マウスおよびキーボードによる容易な入力方式を採用していること。 通常、キーボード主体でも入力ができること。
1	1	1	2 ヘルプ機能（入力案内ウィンドウ）を装備し、入力形式やコードを覚えなくても容易な入力ができること。 また、検索時には項目のスクロール表示（1行単位/ウィンドウ単位）ができること。
1	1	1	3 全入力業務において、他業務（業務数への制限なし）への自由な画面切り替え、および各種照会業務との連携やウィンドウ表示ができること。 なお、このときの患者基本情報は自動的に引き継がれること（会計入力→会計カード→病名登録→会計入力（元の画面に戻る）等）。
1	1	1	4 主要な患者登録/窓口会計業務では、初期画面表示後も前回処理した患者IDをワンタッチで呼び出せること。
1	1	1	5 端末/科/利用者/業務単位に外來基本カードや患者請求書の出力先（プリンタ）を設定できること。
1	1	1	6 業務メニューのタスクバーに病院名または病院コードを表示できること。
1	1	1	7 オープンシステムの事実上の標準であるMicrosoft Windows上で動作するシステムであること。 入力端末を利用して各種市販ソフト（MS-ACCESS、MS-EXCEL等）の活用が図れること。
1	1	1	8 画面の解像度は1280*1024（SXGA）以上とすること。
1	1	1	9 画面の解像度は1920*1080のフルHD画面にも対応していること。
1	1	1	10 Microsoft Windows Aero機能を有効にしている場合でも問題なく動作すること。
1	1	2	運用管理について
1	1	2	1 診療データ保存期間は、標準で6ヵ月であり、最大9ヶ月まで拡大できること。
1	1	2	2 診療データ保存期間については、会計カードでの修正およびレセプト再出力ができること。
1	1	2	3 料金データについても、診療データと同期をとり同一期間の保存ができること。
1	1	2	4 月次のファイル整理（診療データ削除）においては、該当月分のデータ削除と最新月分へのデータ切り替え処理で済ませることができること。
1	1	2	5 その他のファイル整理時には、保存期限日、削除件数、削除対象件数、処理ゲージ、残り時間を画面表示できること。
1	1	2	6 システムエラー/業務エラー/業務警告メッセージ等に対し、文字色および警告音有無の設定ができること。
1	1	2	7 システムエラー/業務エラー/業務警告メッセージは視覚的にわかり易く工夫されていること（エラー・警告位置にブリンクマークが表示される等）。
1	1	2	8 入力中のテキストボックスの背景色を選択できること。
1	1	2	9 和暦/西暦年の選択利用ができること（判定年の設定含む）。
1	1	2	10 同一端末で複数患者・複数業務を同時に立ち上げて実行できること（A患者の会計入力、B患者の患者登録、空床照会等々の同時立ち上げ）。業務画面はメイン画面から分離の上並べて表示可能であり、複数業務の取り扱いがしやすいこと。
1	1	2	11 同一端末で同一業務画面を複数起動して利用できること（A患者の会計、B患者の会計等）。業務画面はメイン画面から分離の上並べて表示可能であり、複数業務の取り扱いがしやすいこと。
1	1	2	12 メイン画面から分離した業務画面は、その内容を拡大表示できること。
1	1	2	13 同一端末で同一業務画面を複数起動する場合、起動できる上限数を設定可能なこと。設定しなければ、制限なく起動して利用できること。
1	1	2	14 複数端末による同一患者の同時データ更新を防止できること（患者ロック処理）。この時、処理中の端末番号・端末情報や内線番号を表示して、どの端末で処理されているか判断し易くすること。
1	1	2	15 患者ロック処理時にも、対象患者のデータは参照モードで内容が展開し、業務が滞滞することがないこと。
1	1	2	16 患者ロックビューア画面では、端末ID、患者ID、利用者で並べ替えができること。
1	1	2	17 利用者・職制ごとに更新権限、参照権限の区別ができること。
1	1	2	18 医療事務システムを使用する利用者全体にお知らせする掲示板機能が付加されていること。
1	1	2	19 掲示板機能をシステム起動時に自動表示できること。
1	1	2	20 ヘルプメニューから、いま操作している業務画面に関連したドキュメント参照画面を起動できること。 ドキュメント参照画面のドキュメント一覧から、関連する任意のドキュメントを呼び出し、参照が可能なこと。
1	1	2	21 ドキュメント参照画面では、業務選択のプルダウン表示から参照したい業務を選択できること。 いま操作している業務が、業務選択の初期値として表示されること。業務画面を操作していない場合には、全ての業務が対象となること。 設定されている業務を、手動で変更もできること。
1	1	2	22 業務選択に表示する業務リストや一覧表示する資料は、設定により追加・変更が可能なこと。
1	1	2	23 ドクターコードの運用有無の設定ができること。
1	1	2	24 テスト患者IDの範囲設定が行え、実患者との切り分けができること。
1	1	2	25 安定したレスポンスを保証できること。
1	1	2	26 複数病院での共同利用ができること。 この場合、各種マスタとデータベースの保有（利用）方法を指定することにより、共用や個別利用等、病院コードによる判断ができること。
1	1	2	27 リビジョンアップが正しく行われていないクライアントの起動抑制ができること。
1	1	2	28 リビジョンアップが正しく行われたかどうかをチェックできること。
1	1	3	マスタメンテナンスについて
1	1	3	1 点数・薬価マスタとも病院向け基本マスタを標準提供できること。
1	1	3	2 新薬・材料の追加等、病院利用者でのメンテナンスもできること。
1	1	3	3 薬剤（物品）管理システムと接続し、医薬品マスタ情報連携ができること。
1	1	3	4 頻繁な医療費改定を考慮し、点数・薬価マスタの世代管理が無制限に行えること。
1	1	3	5 システムで使用するマスタは日付で世代化して改正前後の内容を保持できること。
1	1	3	6 点数マスタでは、特定器材等の商品名、規格名称を登録するエリアを持っており、レセプト電算記録仕様に対応していること。
1	1	3	7 点数マスタメンテ画面は、他システム等から呼び出すことが可能で、そのシステムより引き渡されたキー情報（点数マスタコード）に合致するマスタを初期表示できること。
1	1	3	8 職員マスタの利用者ID（ドクターコード）については、最大10桁までの数字と英字が設定できること。
1	1	3	9 診療科マスタを表形式で一括メンテナンス・登録が行えること。
1	1	4	セキュリティについて
1	1	4	1 業務開始時のパスワード利用を必須にできること。
1	1	4	2 パスワード運用時、利用者名の表示ができること。
1	1	4	3 端末ごとに利用業務・画面の設定ができること。
1	1	4	4 利用者ごとに利用業務・画面の設定ができること。
1	1	4	5 パスワードに使用期限設定が可能で、期限切れの場合変更要求がシステムでできること。
1	1	4	6 パスワード認証失敗時の再入力不応時間が設定可能で、設定により一定時間ログインボタンを無効化（押下不可）できること。
1	1	4	7 パスワード認証に一定回数失敗した場合、ロックアウト（ログインを一定期間受け付けない）できること。
1	1	4	8 パスワードを暗号化できること。 1. 利用者のパスワードをハッシュ（不可逆暗号） 2. 接続用パスワードの暗号化 3. パスワードの定期的変更、英数字・記号混在の8文字以上の検証

1	1	4	9	以下の操作を実施した際に、アクセスの記録がとれること。 1. システム起動 2. ログイン 3. 患者基本情報の検索 4. 患者基本情報へのアクセス 5. 患者基本情報の出力 6. システムの停止
1	1	4	10	システムへログインしているログインID・利用者漢字氏名が、常に画面上に表示されていること。利用者カナ氏名と職制コードはツールチップにより確認可能なこと。
1	1	4	11	画面上のログイン情報表示部分は、設定によりフォントをメイリオに変更できること。
1	1	4	12	患者基本情報をアクセスした履歴が時系列で参照できること。
1	1	4	13	患者基本情報の最終更新時の処理時間、処理者、処理端末を画面上で確認できること。
1	1	4	14	住所情報の最終更新時の処理時間、処理者、処理端末を画面上で確認できること。
1	1	4	15	住所情報については、登録する住所区分ごとに最終更新時の処理時間、処理者、処理端末を画面上で確認できること。
1	1	4	16	保険情報の最終更新時の処理時間、処理者、処理端末を画面上で確認できること。
1	1	4	17	保険情報については、登録する保険ごとに最終更新時の処理時間、処理者、処理端末を画面上で確認できること。
1	1	5		印刷物について
1	1	5	1	請求書等のオンライン印刷物は、オーバーレイ対応（枠線の印字等）していること。 専用紙の発注が不要であること。
1	1	5	2	請求書等のオンライン印刷物は、印刷用サーバに出力物の履歴を保持すること。
1	1	5	3	請求書等のオンライン印刷物の出力物の履歴から、再印刷の処理ができること。
1	1	6		業務サポート画面（IBARSヘルパー）について
1	1	6	1	業務画面とは別に、処理中の患者に関する各種情報等を参照可能な、業務サポート画面を表示できること。
1	1	6	2	フルHD対応ディスプレイ（画面解像度：1920×1080以上）を使用する場合、起動時に業務画面と並べて、常に業務サポート画面を表示できること。 また、業務サポート画面の呼び出しボタンを配置し、業務サポート画面の表示・非表示を切り替えられること。
1	1	6	3	フルHD非対応ディスプレイを使用する場合、業務画面に業務サポート画面の呼び出しボタンを配置し、業務中必要な場合に呼び出して表示できること。また、利用が終わった時点で呼び出した画面を非表示に変えられること。
1	1	6	4	利用者別、端末別に使用患者履歴を表示できること。
1	1	6	5	使用患者履歴は過去何件まで保持するか設定ができること。
1	1	6	6	院内周知する為のコメントテロップの表示ができること。
1	1	6	7	院内周知する為のコメントテロップは、最大全角90文字まで登録できること。
1	1	6	8	利用者が任意の業務画面を4つまで業務起動ボタンに設定ができること。
1	1	6	9	使用履歴患者を選択して業務起動ボタンを押下すると、患者IDを引き継いで各業務画面表示ができること。
1	1	6	10	業務サポート情報として、来院履歴、保有保険情報、患者メモ情報、DPC情報、点数マスタ検索、患者ID検索の機能タブが表示できること。
1	1	6	11	利用者ごとに既定で表示するタブを設定できること。
1	1	6	12	既定で表示するタブは、業務画面単位で設定できること。
1	1	6	13	来院履歴画面では、カレンダーに来院日、入院期間、予約日が日付別にアイコンで表示できること。
1	1	6	14	カレンダーは2月表示とし、左側のカレンダーを処理日の前月、右側のカレンダーを処理日の当月とすること（初期表示）。
1	1	6	15	カレンダーの表示月は、自由に切り替えることが可能なこと。
1	1	6	16	来院履歴画面では、次回予約日が表示できること。
1	1	6	17	外来履歴一覧では、来院日、受診科、初診日、初回算定日、初回区分、DR名称が表示され、各項目で並べ替えができること。
1	1	6	18	入院履歴一覧では、入院日、退院日、最終科、病棟、転帰、転出区分、DR名称が表示され、各項目で並べ替えができること。
1	1	6	19	保険詳細画面では、社保/国保、公費、その他に分けて以下の保険情報が表示できること。 ・保険者番号、保険確認日、記号、番号、保険コメント、食事標準負担、食事減額区分、船員区分、福祉医療一部負担区分、外来月額一部負担金、入院月額一部負担金、委任サイン、低所サイン、外来限定科、入院限定科、レセプト特記欄
1	1	6	20	処理日時点で有効でない保険の識別ができること。
1	1	6	21	患者メモ画面では、患者メモ情報、レセプトコメント、自動起動業務区分が表示できること。
1	1	6	22	患者メモ情報タブを選択しなくても、患者メモ情報またはレセプトコメント情報が登録されている場合には、何らかの情報が登録されていることが認識可能なこと。
1	1	6	23	患者メモ情報に自動起動業務区分を設定した場合、該当画面（新患登録等）起動時に、業務サポート画面に患者メモが強制的に表示できること。
1	1	6	24	患者メモ情報を追加したい場合、業務サポート画面より患者メモ画面を呼び出して新規登録が可能なこと。
1	1	6	25	レセプトコメントを表示する際には、以下の条件で設定できること。 対象年月・医歯区分・内外区分・診療科・主保険
1	1	6	26	レセプトコメントを追加したい場合、レセプトコメントのメンテナンス画面を呼び出して新規登録が可能なこと。
1	1	6	27	条件設定は、患者ごとに保持でき、他の患者に切り替えても条件が保持されること。
1	1	6	28	DPC情報画面では、属性、DPC決定内容、入院情報、病名情報、手術・処置情報が表示できること。
1	1	6	29	DPC情報画面の入院時併存症と入院後発症疾患はそれぞれ40件表示できること。
1	1	6	30	DPC情報画面の内容は、業務画面で選択した患者のIDと自動連携すること。
1	1	6	31	DPC情報画面からコーディング画面や出来高包括比較ツールを起動できること。
1	1	6	32	業務サポート画面において、点数マスタ検索ができること。
1	1	6	33	業務サポート画面において、点数マスタ検索条件（診療区分、カナ名称、名称、解釈番号、基金コード、定数（金額）の範囲、検索日）を設定できること。
1	1	6	34	業務サポート画面の点数マスタ検索において、名称検索は検索方式「部分一致」「前方一致」「後方一致」をその都度、簡易に選択できること。
1	1	6	35	業務サポート画面の点数マスタ検索において、名称検索の検索方式の既定値を設定できること
1	1	6	36	業務サポート画面において、検索した点数マスタコードはコピーし、会計入力時のコードとして利用できること。
1	1	6	37	業務サポート画面において、検索した点数マスタを指定し、点数マスタメンテ画面に連動できること。
1	1	6	38	業務サポート画面において、患者ID検索ができること。
1	1	6	39	患者ID検索画面では、検索条件（カナ姓・名・ミドル、漢字姓・名・ミドル、性別、生年月日、第二カナ姓・名・ミドル、第二漢字姓・名・ミドル）を指定できること。
1	1	6	40	患者ID検索画面では、テスト患者を検索対象に含むか否か、随時指定できること。
1	1	6	41	患者ID検索画面にて表示された患者IDのうち、選択した患者IDを前回処理患者IDとして保持することができること。
1	2			患者基本情報
1	2	1		患者基本情報共通部分
1	2	1	1	患者基本情報共通部分は、患者を個人で取り扱う画面全てにおいて、同一の情報を表示できること。
1	2	1	2	患者基本情報共通部分にて、以下の内容を表示できること。 患者ID、患者漢字氏名、患者カナ氏名、性別、生年月日、満年齢月、最終来院日、保有保険、住所、電話番号、年齢範囲・性別対応イラスト（顔アイコン）、VIPサイン、法人区分、未収ラベル、同姓同名患者アイコン、最終入院日、最終退院日、最終在院病棟/病室/ベッド、最終主治医、患者コメント、他システム連動ボタン、患者電子ファイル・メモ保存機能連動ボタン
1	2	1	3	患者の年齢帯・性別に応じて、患者基本情報共通部分に適切なイラスト（顔アイコン）を表示できること。
1	2	1	4	患者の年齢範囲は変更可能なこと。顔アイコンに対応する画像形式は、bmp/jpg/pngのいずれかであること。
1	2	1	5	VIPサインは患者基本情報共通部分にアイコン表示でき、そのアイコンは任意に変更できること。

1	2	1	6	<p>同名同名患者がデータベース上に存在するとき、患者基本情報共通部分にアイコンを出力し、以下の状況が把握できること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当日の外来患者に存在する</li> <li>・入院中患者に存在する</li> <li>・当日外来患者、入院中患者の両方に存在する</li> <li>・データベース上の登録患者に存在する</li> </ul> <p>それぞれの区分によって、アイコンの背景色を変更し、視覚的に区別ができること。</p>
1	2	1	7	<p>未収金がある患者には患者基本情報共通部分に（未収有）のラベルが表示できること。</p> <p>ラベルは、（外来未収のみがある場合）（入院未収のみがある場合）（入外両方に未収がある場合）の3つのパターンでラベルの内容を変更できること。</p>
1	2	1	8	<p>設定によりフォントをメイリオに変更できること。</p>
1	2	2		<p><b>患者電子ファイル・メモ保存機能、他システム連動起動機能</b></p>
1	2	2	1	<p>患者基本情報に紐付けて電子ファイルを登録、管理できること。</p>
1	2	2	2	<p>データが格納されている場合は、画面上で起動ボタン色を赤色に変更し、利用者にわかり易くできること。</p>
1	2	2	3	<p>登録するファイルが無い場合も、タイトル/メモを登録、管理できること。</p>
1	2	2	4	<p>メモは、文字数に制限なく登録が可能なこと。</p>
1	2	2	5	<p>タイトル/メモを付ける際、重要度、有効期限の設定ができること。</p>
1	2	2	6	<p>重要度に応じて、一覧の背景色を設定することができること。</p>
1	2	2	7	<p>登録時に、業務指定を行うと、指定された業務を起動した場合に、患者電子ファイル・メモ保存機能が自動起動し、該当の業務が指定されたタイトル/メモ、ファイルがソートされ、表示できること。</p>
1	2	2	8	<p>フォルダ内にある該当患者に紐付けられたタイトル/メモ、ファイルの一覧が表示できること。</p>
1	2	2	9	<p>一覧には以下の表示ができること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重要度、タイトル/メモ、種類、サイズ、有効期限、登録日時、更新者、更新日時、編集サイン</li> </ul>
1	2	2	10	<p>患者ごとの合計ファイルサイズの上限でチェックができること。</p>
1	2	2	11	<p>登録したファイルは画面上でプレビューできること。また、プレビューを行いながら患者登録等の操作ができること。</p>
1	2	2	12	<p>登録したファイルのプレビュー画面は、任意の位置で固定して表示できること。また、表示位置は任意に変更可能なこと。</p>
1	2	2	13	<p>登録したファイルを開く際に使用するアプリケーションは、拡張子に対してアプリケーション名を設定できること。</p>
1	2	2	14	<p>患者ID、職員IDを連携して、最大20システムまで他システムを起動できること。</p>
1	2	3		<p><b>新患受付</b></p>
1	2	3	1	<p>患者基本・保険登録画面は、入力優先順位を配慮した画面構成とする。</p> <p>〔例〕会計時に必要最低限の保険情報（保険者、本人/家族、記号、番号、有効期間、給付割合、継続区分、保険確認区分）が先に入力でき、入力頻度が低い情報は保険詳細情報ウィンドウで入力できること。</p>
1	2	3	2	<p>新規来院患者の患者基本情報（氏名（ミドルネーム、旧姓含む）、性別、生年月日、住所、電話番号、コメント）および患者保有保険情報の登録・修正・削除ができること。</p>
1	2	3	3	<p>新規来院患者のカナ氏名では英数字の入力も可能で、かつカナ姓・カナ名・カナミドルネームが同一の場合には（同姓同名有り）を警告表示できること。</p>
1	2	3	4	<p>二重登録チェック（カナ氏名、性別、生年月日が同じ）として、基本・保険登録画面（変更時含む）に（二重登録疑い患者一覧ウィンドウ）を表示できること。この時、設定により第2氏名もチェック対象にできること（患者ID、漢字氏名、電話番号、郵便番号、来院科歴、現住所を表示）。また、登録済み患者の場合は、変更（修正）モードに切り替えできること。</p>
1	2	3	5	<p>旧姓や支払者等、患者に関連する氏名を第2氏名として登録できること。</p>
1	2	3	6	<p>新患登録画面以外でも画面上部の患者基本情報表示部分には以下の情報が常に表示できること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者ID・漢字氏名・カナ氏名・生年月日・最終来院日・保有保険（当日有効なもの）・現住所・最終入院歴</li> </ul>
1	2	3	7	<p>患者ごとに、初診時特定療養費抑制区分、定期請求停止区分、食事減額区分等が登録できること。</p>
1	2	3	8	<p>登録された患者基本情報は永久保存情報として常時照会ができること。</p>
1	2	3	9	<p>患者の年齢について、基本・保険登録画面と他の入力画面上に、何歳何ヶ月までを表示できること。</p>
1	2	3	10	<p>患者IDについては、自動的に付番できる機能を有すること。自動付番機能については、チェックディジット方式または1312採番方式に対応できること。また、患者IDの手入力にも対応できること。</p>
1	2	3	11	<p>性別および生年月日の元号については、既定値入力ができること。また、生年月日は西暦年での入力もできること。</p>
1	2	3	12	<p>氏名の漢字変換は日本語辞書を利用してできること。</p>
1	2	3	13	<p>カナ漢字変換では、漢字氏名、漢字保険記号、漢字保険番号の直接漢字（ワープロ）入力もできること。漢字氏名では姓、名、ミドルネームとも、漢字30文字分までの登録ができること。また、マスク設定によっては、漢字10文字までの制限もできること。</p>
1	2	3	14	<p>VIPサインの登録・管理ができること。</p>
1	2	3	15	<p>法人区分の登録・管理ができること。</p>
1	2	3	16	<p>住民基本台帳コードが登録できること。</p>
1	2	3	17	<p>患者コメントは漢字90文字分を登録・表示できること。</p>
1	2	3	18	<p>登録された患者コメントは、該当患者の患者基本情報表示部分に表示され、他の業務画面からも参照できること。</p> <p>また、患者コメントはカルテ1号紙、外来基本カード、患者請求書へも出力できること。</p>
1	2	3	19	<p>患者コメントとは別画面にて、患者メモ画面に別途情報を登録できること。</p>
1	2	3	20	<p>患者メモ画面では患者ID検索ウィンドウを呼び出し、対象の患者を検索した上で、患者メモ入力が行えること。</p>
1	2	3	21	<p>患者メモは全角で480文字まで登録できること。</p>
1	2	3	22	<p>患者メモの最終更新日が画面上に表示できること。</p>
1	2	3	23	<p>利用者単位で患者メモのテンプレートを追加、修正、削除が可能な、患者メモマスク画面を呼び出せること。</p>
1	2	3	24	<p>患者コメント、患者メモ画面にて入力できない量のコメント、メモについては患者電子ファイル・メモ保存機能を利用し、文字数に制限なく登録できること。</p>
1	2	3	25	<p>保有保険情報は99保険登録できること（主保険、従保険、自費別の個数制限はなし）。</p>
1	2	3	26	<p>保険証読取機器（他社）と接続し、保険証の患者基本情報と保険情報を新患受付画面に自動で取込みができること。</p>
1	2	3	27	<p>全保有保険の略称を一覧表示できること。また、略称をマウスで選択することにより、ダイレクトに登録内容を表示し、修正できること。なお、有効期間切れの保険については、略称部分（背景）が色分け表示されていること。</p>
1	2	3	28	<p>保有保険ごとの最終保険確認日が画面を切り替えずに確認できること。</p>
1	2	3	29	<p>保有保険ごとの保険確認状態を解除・確認済に切り替えることができること。</p>
1	2	3	30	<p>保有保険ごとの被保険者・続柄・職種・資格取得日が登録できること。</p>
1	2	3	31	<p>被保険者番号の個人番号化に伴い、健康保険証情報の枝番情報を登録できること。</p>
1	2	3	32	<p>登録された枝番情報を含めて、健康保険証情報を電子カルテシステムおよび必要な部門システムに送信できること。</p>
1	2	3	33	<p>健康保険証情報（保険者情報、記号、番号）を表示している下記画面では、枝番についても表示できること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新患受付（自保険情報コピー、患者情報コピー画面含む）</li> <li>・患者照会</li> <li>・保険照会</li> <li>・保険確認履歴照会</li> <li>・患者情報履歴</li> <li>・再来受付</li> <li>・患者ポータル</li> <li>・業務サポート画面（IBARSヘルパー）</li> </ul>

1	2	3	34	健康保険証情報（保険者番号、記号、番号）を表示している下記帳票には、枝番についても出力できること。 ・入院カルテ ・入院台帳 ・カルテ1号紙 ・外来基本カード ・患者属性I F電文 ・処方箋 ・処方箋QRコード ・自己負担金徴収依頼書
1	2	3	35	保険登録の際に、既存の保険情報をコピーして引用できること。
1	2	3	36	保有保険ごとに記号と番号の文字列チェックを行えること。
1	2	3	37	保有保険の保険ID・法制コード・保険者番号を指定し、給付割合、委任払いサイン、低所得者サイン、レセプト特記欄、食事減額区分、食事標準負担の設定内容の組み合わせチェックを行えること。なお、対象患者の年齢範囲（以上・未満）が指定できること。
1	2	3	38	チェック結果をポップアップ等でメッセージ表示ができること。
1	2	3	39	保険情報の詳細を登録する際、保険情報詳細の入力パターンを利用して登録できること。
1	2	3	40	保険情報を変更した際には、変更前の情報が全てデータベースに残ること。その変更履歴を別画面にて確認できること。
1	2	3	41	主保険登録時の保険有効期間において、同一期間に別の主保険が登録されている場合はエラー表示できること。
1	2	3	42	主保険登録時の保険有効期間において、同一期間に別の主保険が登録されている場合にも強制入力する方法があること。
1	2	3	43	保有している主保険・従保険・諸法の情報に基づき、適用保険の組み合わせパターンを登録する必要がないこと。
1	2	3	44	患者の保険情報として、適用保険の組み合わせパターンを作成しなくても、会計計算および診療報酬請求業務で最適な適用保険パターンを自動選択が可能なこと。
1	2	3	45	会計窓口、診療報酬請求業務では、3者併用に対応できること。
1	2	3	46	会計窓口、診療報酬請求業務では、高齢受給者、未就学児、生保（75歳以上/未満）、マル老（高齢受給者との併用含む）、特別公費（乳幼児、ひとり親、障害者等）への対応ができること。
1	2	3	47	保険変更後、遡及処理を自動起動し、保険の一括遡り修正ができること。
1	2	3	48	保険者マスタの活用により、保険記号、番号を自動表示できること。 また、新規に登録した内容をそのままマスタ登録できること。
1	2	3	49	患者ごと（全保有保険）および保険別の保険確認日が管理でき、前回保険確認日を表示できること。
1	2	3	50	保険確認日の未設定指示ができること。
1	2	3	51	保険の有効期限の管理ができること。保険開始日については、入力方法によって、当日または当月1日の自動補完ができること。
1	2	3	52	社保・国保本人、後期高齢者等各種保険と年齢の妥当性チェックができること。各種保険と年齢の妥当性チェックについては、マスタ設定ができること。
1	2	3	53	社保、国保以外の本人/家族区分については、（本人）を自動設定できること。
1	2	3	54	後期高齢者保険適用のチェックについては、保険登録時に、誕生日付による判断ができること。
1	2	3	55	保険詳細情報画面で以下の設定ができること。 ・継続区分 ・船員区分 ・国保特別区分（結予/精神併用区分） ・高額療養費委任払いサイン（入外/入院のみ/外来のみ） ・低所得者サイン（一般/上位/長期/後期 等） ・食事標準負担区分 ・保険負担区分 ・レセプト特記欄指定メッセージ4個（主保、公費共指定可） ・保険毎コメント情報 ・入外別の限定科（適用/非適用）各々12科
1	2	3	56	高額療養費委任払いサイン、低所得者サイン、食事標準負担区分、特記事項欄については、初期画面で内容確認できること。
1	2	3	57	高額療養費発生が年4回以上に該当するときは、自動的に限度額を変更でき、登録済保険の手修正を要しないこと。
1	2	3	58	継続区分の活用により、後期高齢者の月途中の保険者変更（市町村変更によるレセプト分割）や難病保険、特定疾患保険の複数登録にも対応できること。
1	2	3	59	長期療養患者についても、保険の科限定ができると共に、限定科以外と切り分けて保険適用が可能なこと。
1	2	3	60	給付割合（年齢により区別）のほか、1点単価、食事標準負担区分、保険負担区分、公費一部負担金月額の自動設定と画面からの変更処理ができること。
1	2	3	61	70歳以上で社保、国保、退職者の場合、高額療養費委任払いサインと低所得者サインを自動設定できること（変更も可）。
1	2	3	62	食事標準負担区分の自動設定は、減額認定患者の県単公費助成や諸法的全額患者請求にも対応できていること。
1	2	3	63	公費一部負担金月額の自動設定は保険者マスタからできること。
1	2	3	64	公費一部負担金月額は画面を切り替えずに確認できること。
1	2	3	65	患者や職員の減免用の保険（減免保険）を登録できること。
1	2	3	66	減免保険の減免率や減免金額は減免マスタで設定できること。
1	2	3	67	減免マスタでは対象の診療区分も設定できること。
1	2	3	68	被保険者情報として、被保険者名、続柄、職種の登録ができ、カルテ1号紙への出力も可能なこと。
1	2	3	69	労災固有情報（労働保険番号、年金証書番号、入外療養期間、請求回数（3桁）、傷病年月日、労災事業所名・所在地）の容易な入力ができること。
1	2	3	70	労災以外の保険においても、事業所名（会社名）・所在地（住所）等の登録と利用ができること（カルテ1号紙へ出力可）。
1	2	3	71	労災固有情報の請求回数については、自動カウントできること。
1	2	3	72	せき損・けい損区分が登録できること。
1	2	3	73	保険毎のコメント入力（汎用利用）ができること（漢字20文字）。
1	2	3	74	同一画面内で保険毎に入力されたコメントを参照して、会計計算が可能なこと。
1	2	3	75	住所については、町名まで表現可能な住所マスタを有すること。
1	2	3	76	住所マスタのメンテナンスができること。今後の住所マスタのバージョンアップにも対応できること。
1	2	3	77	10箇所分の詳細住所（自宅・勤務先・連絡先の番地、マンション名 等）の登録できること。
1	2	3	78	住所の入力方式として、以下の機能を有すること。
1	2	3	79	・住所コード入力（英字も利用可）
1	2	3	80	・カナ検索入力（都道府県による限定が可能）
1	2	3	81	・郵便番号による検索入力（任意桁での部分検索も可能）
1	2	3	82	・電話番号からの住所コピー入力
1	2	3	83	・住所コードの部分検索入力
1	2	3	84	・市区郡町村名称の部分検索入力
1	2	3	85	・詳細住所のフリー入力
1	2	3	86	住所区分を追加して携帯電話区分、国籍区分等の住所区分で住所情報を追加登録できること。
1	2	3	87	特定の住所区分入力時には、住所コードの省略もできること。
1	2	3	88	住所区分の重複チェックができること。
1	2	3	89	連絡先情報として、携帯電話番号、メールアドレスの入力ができること。
1	2	3	90	住所に含まれる携帯電話番号を電子カルテシステムに伝達できること。
1	2	3	91	ある患者を呼び出し、患者基本情報として患者姓、保険、住所の中から任意のものあるいは全てを別の患者にコピーできること（同一家族へのコピー等）。

1	2	3	92	患者基本情報の患者基本の新規追加、変更登録に連動し、変更前の情報を退避できること。さらに変更履歴を保存できること。
1	2	3	93	患者基本情報の保険の新規追加、変更登録に連動し、変更前の情報を退避できること。さらに変更履歴を保存できること。
1	2	3	94	患者基本情報の住所の新規追加、変更登録に連動し、変更前の情報を退避できること。さらに変更履歴を保存できること。
1	2	3	95	退避する情報は保険変更履歴のみか、患者基本情報変更履歴、住所情報変更履歴も含むか設定ができること。
1	2	3	96	退避情報の専用画面では一覧での参照、確認が可能であり、処理日時や更新者、保険者番号や住所区分等で並び替えおよび絞込み表示が可能であること。
1	2	3	97	退避情報の専用画面上で表示されているデータは、変更部分を色分け表示することで、当日、7日以内、30日以内、1年以内、1年以上前のいずれかが把握できること。
1	2	3	98	患者基本情報は、必要に応じて他部門での共通利用ができること。
1	2	3	99	臨床検査システム等と接続し、患者基本情報を伝達できること。
1	2	3	100	新患登録時に受診科を指定することで、受付処理が同時にできること。
1	2	3	101	新患登録時の受付処理と同時に、外來基本カード（前回処方を含む）の発行、受付票の発行およびカルテ出庫指示ができること。また連動してカルテ1号用紙の発行が可能なること。
1	2	3	102	既存患者の患者情報を更新する際、氏名・性別・生年月日が変更されている場合は確認メッセージを表示できること。
1	2	3	103	既存患者の患者番号を入力した際、保険情報登録欄へ即座に移移できること。
1	2	4		<b>患者ポータル</b>
1	2	4	1	患者ポータル画面で任意の患者を指定し、その患者の保険情報・病名情報・住所情報を一元で参照できること。
1	2	4	2	保険情報・病名情報・住所情報は、各種情報レコードを選択することで新患受付画面や病名登録画面が起動し、選択したレコードの情報にカーソル遷移された状態で表示できること。
1	2	4	3	保険情報・病名情報・住所情報は、各種情報レコードを選択することで新患受付画面や病名登録画面が起動し、選択したレコードの情報にカーソル遷移された状態で表示できること。
1	2	4	4	保険情報・病名情報・住所情報の表示は、3情報を均等に表示するか、任意の情報だけを最大化表示するか切り替えられること。最大化表示をする場合には、20件以上の情報表示が可能であること。 また、表示の順番を任意で変更することも可能なこと（ヘッダ部をドラッグ&ドロップ）。
1	2	4	5	患者IDがわからない場合は、患者検索ウィンドウを呼び出し、該当患者を探して表示ができること。
1	2	4	6	患者選択後、ショートカットキーの操作のみで患者IDを引き継いで、複数の業務画面が起動できること。業務画面は、子画面のイメージで別ウィンドウで表示され、複数の画面を並べて表示できること。
1	2	4	7	患者ポータル画面で起動できる業務画面は、ポータル画面上の起動ボタンから、もしくはショートカットキーで呼び出しできること。呼び出す業務画面は、12画面まで設定できること。
1	2	4	8	患者ポータル画面も複数起動ができること。
1	2	5		<b>病名登録</b>
1	2	5	1	レセプトに出力する病名（歯科の場合、歯式部位まで）の登録・修正・削除ができること。
1	2	5	2	病名のコード入力に使用する傷病名マスタは、基金コード、ICD10分類コードが採番されている、レセプト電算傷病名マスタを利用できること。
1	2	5	3	歯式部位の入力では、レセプト表示に合わせた容易な入力ができること。
1	2	5	4	医科歯科共用画面と医科専用画面の切り替えが自由にできること。
1	2	5	5	1患者につき999病名までの登録ができること（科毎の上限がないこと）。
1	2	5	6	一画面にて複数病名（7病名、スクロールにより999病名）の表示ができること。
1	2	5	7	病名の登録・修正・削除・照会が同一画面でできること。従って、新規追加および変更時の病名を区別できるよう考慮されていること（色分け等）。
1	2	5	8	登録された病名のうち、廃止病名が色分け表示され、区別できること。
1	2	5	9	登録された病名のうち、廃止予定病名が色分け表示され、区別できること。この時、同一画面にて廃止日や移行先の病名を確認できること。
1	2	5	10	廃止病名あるいは廃止予定病名にも関わらず、終了日が設定されていない病名に対して警告メッセージを表示できること。
1	2	5	11	病名登録画面上で該当患者の入院・外來履歴（初診日・入院日・退院日）が確認できること。
1	2	5	12	電子カルテシステム側で登録された傷病名なのか、医療事務システムで登録された傷病名なのかを色分けして区別できること。
1	2	5	13	登録病名情報（表示内容）については、マウス操作で位置付け後、容易に修正できること。
1	2	5	14	病名の削除は病名単位／診療科単位／患者ごと全削除ができること。
1	2	5	15	診療科病名削除・全病名削除の表示・非表示の切り替えが設定可能なこと。
1	2	5	16	病名の照会では、全科または科単位の照会機能および入外別の照会機能を有すること。
1	2	5	17	診療科による検索（照会）またはレセプト科による検索（照会）の選択ができること。
1	2	5	18	病名照会の表示順については、レセプトの出力順に合わせた表示や病名開始日降順での表示が選択できること。 また、画面上でも変更ができること。
1	2	5	19	終了・中止病名を表示する／しないの切り替えや表示対象とする病名の期間指定ができること。なお、期間指定については以下の切り替えと初期設定ができること。 ・全期間表示 ・前月以降有効分表示 ・当月以降有効分表示 ・当月有効分表示 また、その時選択（設定）されている病名表示期間を確認できること。
1	2	5	20	病名（本体部分1個）と修飾語（頭部、補助、尾部等）を計7個分、自由に組み合わせ漢字名称を（順不同で）合成できること。
1	2	5	21	病名や修飾語の入れ替え・挿入がマウスクリックによりワンクリックでできること。なお、修飾語は1病名につき前3個、後3個までの登録ができること。
1	2	5	22	ワープロ入力を行った病名は、未コード化病名として判別できること。
1	2	5	23	病名の入力方式として、以下の機能を有すること。
1	2	5	24	・病名コード入力（ハイフン、アルファベット、小文字を含む）
1	2	5	25	・病名検索入力（病名のみ検索／修飾語のみ検索／病名・修飾語の両方を検索）の指示
1	2	5	26	・ワープロ修正入力
1	2	5	27	・登録病名情報のコピー入力
1	2	5	28	病名検索入力の場合、病名コード入力域に直接カナ漢字入力ができること。また、カナ入力時、入力モードの初期状態を半角英数字か半角カタカナのどちらに設定するかを選択できること。
1	2	5	29	病名コードおよび修飾語コードの検索は、カナ検索・ICDコード検索・漢字検索ができること。漢字での検索は、部分一致でも可能であること。
1	2	5	30	病名単位に科の限定および外來／入院／入外共通の限定ができること。
1	2	5	31	全科適用病名（医科）としての登録もできること。
1	2	5	32	病名登録時に該当科の初診日、入院日、退院日を表示できること。
1	2	5	33	病名ごとに、病名コード、基金コード、ICDコード、MEDISコードが表示できること。
1	2	5	34	病名単位にドクターコードのカナ検索入力ができること。
1	2	5	35	ドクターコードの検索ウィンドウを表示できること。
1	2	5	36	（疑い）病名については、指定月数の入力により、自動的に確定病名に切り替えることができること。
1	2	5	37	（疑い）病名については、レセプト出力時のみ（疑い）表示を出力しない設定も可能なこと。
1	2	5	38	病名の登録（追加）時、病名一覧上の1つ上の行にある病名の科、入外区分、開始日、ドクターコード、保険を引き継ぐことができ、入力を省略できること。また、開始日については、システム日付を既定値とする設定もできること。

1	2	5	39	適用保険（2個）の入力時には、有効保険すべての名称（略称）を一覧表示できること。また、マウスによる適用保険の選択入力ができること。
1	2	5	40	早期区分（治癒月数）のマスタからの自動設定および治癒月数の入力により、病名終了日を自動発生できること。
1	2	5	41	病名のうち終了日が未設定のものに対し、病名終了日と転帰区分を一括で設定できること。
1	2	5	42	主病名サイン（レセプト出力時、同一開始日の病名の先頭へ出力）および優先順位の入力により、レセプトへの病名出力順を制御できること。
1	2	5	43	機密保護サインのマスタからの自動設定および機密保護サインの入力機能を有すること。
1	2	5	44	管理区分で公費レセプトの認定疾病区分を入力ができること。
1	2	5	45	統計用区分として、病名ごとに統計サイン（3種類）の入力ができること。また、統計サインについても病名マスタからの自動設定機能を有すること。
1	2	5	46	各種慢性・特定疾患等サインを病名マスタから自動設定できること。 また、当サインの設定により、会計入力時に指導・管理料の督促ができること。 各種慢性・特定疾患等サインを設定できるのは任意の医学管理であること。
1	2	5	47	上記慢性・特定疾患等サインにより、会計入力時に行為適用チェックができること（行為入力時、該当区分の病名未登録の警告）。
1	2	5	48	特定診療費対象サインにより、介護保険レセプト上で特定診療費に対する病名として取扱いができること。
1	2	5	49	労災四肢加算対象病名区分のマスタからの自動設定および労災四肢加算対象病名区分の入力により、会計入力時に当該病名保有患者のみに労災四肢加算の自動発生ができること。
1	2	5	50	医科の補足コメントおよび歯科の補足コメント、コメントコード、歯式の補足コメントの登録・修正・削除ができること。
1	2	6		患者属性登録
1	2	6	1	患者属性情報（識別情報、来院情報、連絡先情報、身体情報、医師情報、感染症情報等）の登録・修正・削除ができること。
1	2	6	2	患者識別（目が悪い・耳が悪い等）を区分設定し、登録できること。
1	2	6	3	患者識別は5区分まで登録できること。
1	2	6	4	備考情報としてメモが記載できること。
1	2	7		紹介情報登録
1	2	7	1	紹介患者についての諸情報（紹介先情報、紹介元情報、搬入情報、紹介扱い状況等）の登録・管理ができること。
1	2	8		生保管理
1	2	8	1	保険情報に登録されている生保（法別12）にリンクした形で、毎月変更される受給者番号や交付番号、一部負担金を管理、修正ができること。
1	2	8	2	中国残留邦人（法制コード25）についても同一画面で管理ができること。
1	2	8	3	生保管理画面では、患者ID検索ウィンドウを呼び出し対象の患者を検索した上で、生保情報の管理ができること。
1	2	8	4	生保情報は同月に入外・医歯組み合わせ別で最大4区分を、それぞれ別番号で管理、修正できること。
1	2	8	5	負担者番号、入外区分、医科歯科区分、年度を条件に患者一覧を表示し、患者選択により受給者番号や交付番号を画面表示できること。
1	2	8	6	登録した生保レコード単位に交付番号が3区分まで登録できること。
1	2	8	7	レセプト・会計カードに対して、生保管理画面上で登録した生保受給者番号や交付番号が出力できること。
1	2	8	8	生保管理画面で生保受給者番号や交付番号、一部負担金情報の登録、更新、世代化を行うと連動して、患者保険情報を更新する機能を有すること。
1	2	9		治験概要登録
1	2	9	1	治験ID、治験依頼企業、依頼者、実施責任医師等の概要登録ができること。
1	2	9	2	登録した内容を治験概要書として出力できること。
1	2	9	3	治験薬別患者一覧を出力できること。
1	2	9	4	企業コードごとのマスタ作成と管理ができること。
1	2	9	5	保険請求用と企業請求用のレセプトをそれぞれ作成できること。
1	2	9	6	治験企業負担分請求書を出力できること。
1	3			受付/管理業務
1	3	1		各種印刷発行
1	3	1	1	患者登録情報を元に、患者IDカード、外来基本カード、受付票の発行およびカルテ出庫指示ができること。 この時、受診科として初回登録時に5科までの受付ができること。
1	3	1	2	患者登録情報を元に、カルテ1号紙の発行（発行画面との連動）ができること。
1	3	1	3	カルテ1号紙発行画面では、患者ID検索ウィンドウを呼び出し対象の患者を検索した上でカルテ1号紙の発行を行うこともできること。
1	3	1	4	運用によりカルテ1号紙を一括発行できること。（年（度）替わり等）一括発行では、患者ID範囲、来院期間、診療科別および出力順（患者NO. /カルテNO. /科コード/カナ氏名等）を指定できること。
1	3	1	5	カルテ1号紙と外来基本カードは、基本的に同じ項目が出力できること。病名の出力順として、病名開始日降順/昇順とレセプト表示順の選択ができること。
1	3	1	6	カルテ1号紙発行時、科、カルテNO.、画面指定保険、カルテコメントを指定し出力できること（登録・修正・削除も可）。なお、カルテコメントは漢字20文字を3個まで登録できること。
1	3	1	7	カルテ1号紙発行時、有効保険（最大6個）、最終来院日、最新入院情報（入院日/科）、診療科別初診日・最終来院日を出力できること。
1	3	1	8	カルテ1号紙には、患者コメント、予約フリーコメント、（同姓同名あり）コメントを出力できること。
1	3	2		再来受付
1	3	2	1	再来患者の受付ができること。
1	3	2	2	再来患者の受付と同時に、外来基本カード（前回処方を含む）の発行、受付票の発行およびカルテ出庫指示ができること。
1	3	2	3	患者IDが不明のとき、再来受付画面からカナ氏名（一部も可）、性別、生年月日を検索条件にして、患者ID照会（患者検索）ができること。また、該当患者が存在しない場合は、新患受付画面に自動的に切り替わること。
1	3	2	4	再来受付画面で処理中の患者の未収金額が表示できること。
1	3	2	5	再来受付画面で処理中の患者の来院履歴が表示できること。
1	3	2	6	再来受付画面で処理中の患者の会計済情報が表示できること。
1	3	2	7	再来受付画面で処理中の患者の有効保険情報が表示できること。
1	3	2	8	全科分の前回（最終）来院日、患者未収金額および有効保険（法制コード、継続区分、前回保険確認日）を表示できること。
1	3	2	9	主保険未登録や有効保険なしの警告メッセージを表示できること。
1	3	2	10	保険証情報や患者基本情報の修正・参照のため、ワンタッチで新患受付画面に切り替わること。
1	3	2	11	併科受診の受付が1回（一画面）の処理で10科分まで対応できること。
1	3	2	12	同日同科での複数受付もできること。
1	3	2	13	受付当日の会計済状況が画面上で確認できること。
1	3	2	14	受診科（受付科）の取り消しおよび変更を、同じ受付画面から科コードの上書きでできること。
1	3	2	15	来院区分として薬、検査、注射、リハビリ等の選択入力ができること。
1	3	2	16	来院区分毎の受付NO.付与もできること。
1	3	2	17	受付履歴については、予約患者の予約番号、予約時間、予約外患者の受付番号、受付時間を画面で確認できること。
1	3	2	18	予約患者の受付（到着確認）処理を行う場合、予約科、予約項目、予約番号、予約時間を受付情報として確認できること。
1	3	2	19	予約患者の受付（到着確認）処理を行う場合、各科の受付情報の到着確認フラグは既定値として（到着）表示できること。
1	3	2	20	予約患者の受付（到着確認）処理を行う場合、当該科の外来基本カードは出力せずに、受付票のみ出力するといった運用もできること。
1	3	2	21	予約到着確認時の受付NO.付与もできること。
1	3	2	22	再来受付画面で予約到着確認を行った時に、帳票（患者IDカード/基本カード/受付票/カルテ出庫指示）のそれぞれについて自動的に発行指示を行うかどうかを選択できること。
1	3	2	23	受付時の科、ドクター入力後、当日予約画面を表示して、容易に入力できること。

1	3	2	24	受診科入力時にドクターの選択ができること。また、外来基本カードの保険別発行時には、ドクター選択の代わりに保険指定や保険選択ができること。
1	3	2	25	ドクター選択では、ドクタースケジュールを参照し、診療科別のドクター表示とドクター選択ができること。
1	3	2	26	来院履歴により、初診/再診等の来院区分の自動表示ができること（会計入力時と同等機能）。
1	3	2	27	初診/再診等の来院区分の自動表示については、患者の来院履歴および最終退院日（退院後の継続中病名保有チェック含む）により、経過期間の診療科別の設定ができること（小児科1ヶ月、内科3ヶ月等）。
1	3	2	28	最終来院日から一定期間以上経過している科の科名称を色分け表示できること。経過期間については、科毎の設定ができること。また、退院日からのチェックもできること。
1	3	2	29	受付時に時間区分の入力により、当該受付の会計時に時間外、深夜、休日加算の自動発生ができること。
1	3	2	30	受付時に算定区分の入力により、当該受付の会計時に紹介患者や救急車搬入等の区分が会計に反映できること。
1	3	2	31	再来受付業務では、保険確認画面との連携処理ができること。
1	3	2	32	保険確認画面との連携条件は、以下のような選択ができること。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 月初に未確認保険がある場合、保険照会表示</li> <li>・ 前回確認日より30日超え保険がある場合、保険照会表示</li> <li>・ 毎回、保険照会表示</li> <li>・ 保険の自動表示は行わない</li> </ul>
1	3	2	33	同一患者の当日受付情報が存在するとき、同一の受付番号が採番できること。
1	3	2	34	依頼料置換を行っている場合、再来受付画面もしくは、再来受付機から受付票発行時、予約情報を出力できること。
1	3	2	35	新患受付時と同様に患者IDカードの発行ができること。
1	3	2	36	患者IDカード、外来基本カード、受付票の再発行指示およびカルテ出庫の再出庫指示ができること。
1	3	2	37	外来基本カードは科単位発行か患者ごと発行かの選択ができること。
1	3	2	38	運用により保険別（前回診療情報）の発行や退院時（入院）処方発行ができること。
1	3	2	39	外来基本カードには以下の内容を出力できること。 （マスタ設定による出力内容の選択） <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者基本情報</li> <li>・ 保険情報</li> <li>・ 受付/予約（当日・未来分10個）情報</li> <li>・ 入外来院歴情報</li> <li>・ 算定歴情報（指導・管理料等）</li> <li>・ 公費一部負担金算定情報（月額、残額/限度額、残額、累積額、回数）</li> <li>・ 特定疾患一部負担金算定情報（限度額、残額、累積額、回数）</li> <li>・ 病名情報</li> <li>・ 前回診療情報（処方内容、用法等）</li> <li>・ 薬剤通減サイン</li> <li>・ カルテ情報（カルテ番号、コメント）</li> <li>・ 患者コメント</li> <li>・ 予約コメント</li> <li>・ （同姓同名あり）表示</li> <li>・ 患者IDと受診科のバーコード</li> <li>・ 未取情報</li> </ul> また、前回処方については、使用量・単位・日数および回数の出力位置の設定までできること。処方内容の最終印字後には（以下余白）と出力できること。
1	3	2	40	外来基本カード出力時、臨時処方（会計にて指定）については、出力対象外とすること。
1	3	2	41	（悪性腫瘍）等、外来基本カード上への医学管理料の名称表示については、プライバシーを考慮して別略称等の印字に対応していること。
1	3	2	42	コメントメンテナンスにより、毎回外来基本カードに出力するためのコメント5個を、別途作成できること（コメントコード入力およびコメントフリー入力）。
1	3	2	43	コメントメンテナンス画面では、患者ID検索ウィンドウを呼び出し、対象の患者を検索した上で、コメントコード入力およびコメントフリー入力が行えること。
1	3	2	44	患者IDカードの診療科別発行を行う運用の場合、発行履歴の照会ができること。
1	3	2	45	患者IDカード発行履歴画面からの再発行時は、9枚までの範囲で患者IDカード出力枚数を設定できること。
1	3	2	46	予約日を指定することで、予約患者のうちIDカード発行履歴の無い患者一覧を表示できること。
1	3	2	47	予約患者のうちIDカード発行履歴の無い患者一覧から、IDカードを一括発行できること。
1	3	3		<b>保険確認</b>
1	3	3	1	保険確認・照会では、その表示方法について以下のような選択ができること。また、検索条件（自動表示方法）を自由に変更できること。
1	3	3	2	・ 月初に未確認保険がある場合、保険照会表示
1	3	3	3	・ 前回確認日より30日超え保険がある場合、保険照会表示
1	3	3	4	・ 毎回、保険照会表示
1	3	3	5	・ 保険の自動表示は行わない
1	3	3	6	患者ごと（全保有保険）および 保険別の保険確認日の登録・修正ができること。
1	3	3	7	保険確認画面では、患者ID検索ウィンドウを呼び出し対象の患者を検索した上で、保険確認情報の管理ができること。
1	3	3	8	対象の保険を1回のオペレーションで確認済みにできること。
1	3	3	9	基本・保険登録処理と連携し、保険の修正・追加ができること。
1	3	3	10	保険確認履歴画面では、過去の確認日を参照できること。
1	3	3	11	保険確認履歴画面では、過去の保険の修正状況が確認できること。
1	3	3	12	保険確認履歴画面では、患者ID検索ウィンドウを呼び出し対象の患者を検索した上で、保険確認履歴情報の管理ができること。
1	3	4		<b>自動再来受付機</b>
1	3	4	1	自動再来受付機を利用し、以下の受付処理ができること。また、予約患者の受付もできること。
1	3	4	2	・ 患者IDカード受付による受付票の発行
1	3	4	3	・ 来院歴チェック、受診科/休診チェック、保険確認チェック（受付拒否、確認促進メッセージ印字等）、予約チェック
1	3	4	4	・ 受付可能診療科ボタンは30科まで
1	3	4	5	・ 受付可能受診項目（診察/薬/検査等）ボタンは1科あたり9項目まで（受診項目毎の休診設定も可）
1	3	4	6	・ 同時受診診療科数は10科まで
1	3	4	7	予約患者の扱いが（予約のみ受付）の場合には、患者IDカードの挿入により自動的に受付処理と受付票の発行ができること。
1	3	4	8	診療科別にドクターの選択ができること（1人の場合には自動選択）。また、受診内容が（診察）時のみ選択可能なモードと（全受診内容）において選択可能なモードが選択できること。
1	3	4	9	受診項目ごとに休診設定ができること。
1	3	4	10	予約患者専用機として、運用可能なモードが選択できること。
1	3	4	11	再来受付機処理画面はSXGAサイズ（1280*1024）に対応していること。
1	3	4	12	再来受付機より出力する受付票に「予約番号」もしくは「受付番号」を印刷する設定ができること。
1	3	5		<b>自動カルテ棚接続</b>
1	3	5	1	自動カルテ棚と接続し、再来受付時に受付情報および出庫指示情報を伝達できること。
1	3	6		<b>カルテアライバ管理機能</b>



1	3	6	1	カルテアプリ管理機能が利用できること。運用条件は以下の5項目とする。 ・外来カルテは1患者1カルテとする ・入院カルテは1入退院1カルテとする ・カルテの又貸しはシステム上認めない ・科毎のカルテには対応しない ・カルテの分冊には対応しない
1	3	6	2	カルテ管理画面では、カルテアプリ情報（入出庫日、出庫部署、保管区分（アクティブ/インアクティブ））の照会・更新ができること。
1	3	6	3	カルテ入出庫情報の検索・登録・修正・削除ができること。
1	3	6	4	カルテ入出庫情報の一括登録（最大20件）ができること。
1	3	6	5	カルテ棚移動・廃棄情報の一括登録（追出処理）ができること。
1	3	6	6	カルテアプリ管理関連帳票の出力（5帳票）ができること。
1	3	6	7	標準受付業務との連動ができること。
1	4			各種情報照会
1	4	1		患者ID照会
1	4	1	1	患者の患者ID、漢字氏名、カナ氏名、性別、生年月日、過去の全受診科の受診履歴、VIP・面会謝絶等の照会ができること。（カナ氏名の50音順に表示） この時、過去の全受診科については、診療科順表示か最終来院日順表示かの選択（設定）ができること。
1	4	1	2	カナ氏名では、（名）の一部（“タロウ”等の“タ”）や（ミドルネーム）の一部からの検索もできること。
1	4	1	3	カナ氏名では、清音の指定で濁音・半濁音の文字を、また濁音・半濁音の指定で清音の文字を検索できること。 例：（シ → シ、ジ、ヂを検索）（バ → ハ、バを検索）
1	4	1	4	カナ氏名の入力必須でなく、漢字氏名での検索が可能。また、漢字氏名の一部からの検索もできること。
1	4	1	5	検索条件は、漢字氏名（姓・名・ミドルネーム）、性別、生年月日の他に、第2氏名（カナ、漢字）からの検索もできること。
1	4	1	6	電話番号、住所コード、住民基本台帳コード、来院日（在院日）でも検索できること。
1	4	1	7	保険の記号・番号での検索ができること。
1	4	1	8	テスト患者を検索対象とすることができ、また、対象とするかどうかの既定値の設定ができること。
1	4	1	9	テスト患者を検索対象とした場合に、実患者ではないことが容易に確認できるような表示ができること。
1	4	1	10	特定のVIPサイン保有患者については、検索患者一覧に表示せず、対象外とする設定ができること。 対象外設定とするVIPサイン区分を最大10個まで設定ができること。
1	4	1	11	検索結果として、患者ID、患者氏名（姓・名・ミドルネーム）、性別、生年月日、第2氏名（姓・名・ミドルネーム）、最新入院履歴の病棟病室ベッド、受診科、面会情報、死亡転帰をウィンドウ表示できること。
1	4	1	12	死亡患者の判別が可能。また、死亡患者の判別が可能。また、死亡患者の判別が可能。
1	4	1	13	検索結果から選択した患者の詳細情報・来院履歴情報を個別に表示できること。
1	4	1	14	検索結果から選択した患者の保険情報・住所情報を個別に表示できること。
1	4	1	15	検索結果から選択した患者の保険情報をウィンドウ表示できること。保険情報は、有効保険のみか全保険を表示するか切り替えができること。
1	4	1	16	検索結果から選択することにより、患者の最終来院日、最新入院情報（入退院日・科・病棟病室ベッド・ドクター名）、診療科別初診日・最終来院日（降順）、現住所情報（郵便番号・電話番号・住所）をウィンドウ表示できること。
1	4	1	17	検索結果から選択した患者の外来受診履歴情報を表示できること。この時、受診科、適用保険情報、初回診察か否か、診察有無、検査有無、実費の有無が判別でき、当該科の最終来院日、初診日、主治医情報が確認できること。
1	4	1	18	検索結果から選択した患者の入院受診履歴情報を表示できること。この時、入院科、入院日、退院日、病棟、転帰、転入日、主治医情報が確認できること。
1	4	1	19	入外それぞれの来院歴は、一覧（詳細・概要）表示だけでなく、カレンダー形式でも表示できること。
1	4	1	20	患者照会情報として表示できる項目は、永久保存項目として照会ができること。 ただし、診療データに関してはデータ保存範囲内（～97か月）での照会となること。
1	4	1	21	選択された患者から各業務画面への切替もワンクリックでできること。
1	4	2		来院履歴照会
1	4	2	1	来院履歴照会では、住所、電話番号、初回来院日、最終来院日および 外来履歴情報（科・来院日・初診日）、入院履歴情報（科・入退院日・病棟病室ベッドNO.・転帰）の時系列照会ができること。
1	4	2	2	来院履歴照会で、ワンクリックもしくは自動で保有保険情報（法制（保険）コード、継続区分、保険者番号、給付割合、記号・番号、本人家族区分、開始・終了日、限定科）も表示できること。
1	4	2	3	外来履歴、入院履歴については、担当医が登録されている場合は、その登録マークと担当医表示ができること。
1	4	2	4	履歴は科毎または日付順での並べ替えおよび入院履歴の詳細表示モード（転科・転室分まで表示）への切り替えができること。
1	4	2	5	入院概要履歴表示（入退院履歴のみ表示）の場合、入院科と退院科の切り替え表示ができること。
1	4	2	6	入院履歴情報は99履歴分（1入院あたり、入退院・転科・転室履歴が99履歴まで）を表示できること。
1	4	2	7	外来履歴情報は科毎（全来院科）の全履歴または1履歴分（最新のみ）を切り替え表示できること。
1	4	2	8	外来履歴情報については、科毎の初回初算定日での表示ができること。
1	4	3		見舞い客案内
1	4	3	1	見舞い客案内では、患者氏名（カナ、漢字）（一部も可）、第2氏名（カナ、漢字）（一部も可）、性別、生年月日、科、入院日範囲、入院時・入院中病棟・病室、退院時病棟・病室、現住所（カナ/コード）および電話番号を検索条件にして、該当患者の見舞い客案内情報の照会ができること。
1	4	3	2	カナ氏名では、（名）の一部や（ミドルネーム）の一部からの検索もできること。
1	4	3	3	住所カナ検索および都道府県コードによる限定検索ができること。この時、他の検索キーとの組み合わせ入力もできること。
1	4	3	4	入院中患者のみ表示/退院後1週間の患者まで表示/退院後1ヶ月の患者まで表示/退院後2ヶ月の患者まで表示/退院後3ヶ月の患者まで表示の選択や、入院中の履歴を表示する/しないの選択ができること。
1	4	3	5	入院時・入院中および退院時の病棟コード、病室コードから検索できること。
1	4	3	6	テスト患者を検索対象とすることができ、また、対象とするかどうかの既定値の設定ができること。
1	4	3	7	テスト患者を検索対象とした場合に、実患者ではないことが容易に確認できるような表示ができること。
1	4	3	8	特定のVIPサイン保有患者については、検索患者一覧に表示せず、対象外とする設定ができること。 対象外設定とするVIPサイン区分を最大10個まで設定ができること。
1	4	3	9	検索結果として、患者ID、患者氏名（姓・名・ミドルネーム）、性別、生年月日、第2氏名（姓・名・ミドルネーム）、最新入院履歴の病棟病室ベッド、受診科、面会情報、死亡転帰をウィンドウ表示できること。
1	4	3	10	検索結果から選択した患者の詳細情報・来院履歴情報を個別に表示できること。
1	4	3	11	（面会謝絶）（VIPサイン）の表示や現住所の詳細表示もできること。
1	4	3	12	死亡患者の判別が可能。また、死亡患者の判別が可能。
1	4	3	13	検索結果から患者を選択することにより、患者の最終来院日、最新入院情報（入退院日・科・病棟病室ベッド・ドクター名）、診療科別初診日・最終来院日（降順）、現住所情報（郵便番号・電話番号・住所）をウィンドウ表示できること。
1	4	3	14	検索結果から選択した患者の保険情報をウィンドウ表示できること。保険情報は、有効保険のみか全保険を表示するか切り替えができること。
1	4	3	15	検索結果から選択した患者の外来受診履歴情報を表示できること。この時、受診科、適用保険情報、初回診察か否か、診察有無、検査有無、実費の有無が判別でき、当該科の最終来院日、初診日、主治医情報が確認できること。
1	4	3	16	検索結果から選択した患者の入院受診履歴情報を表示できること。この時、入院科、入院日、退院日、病棟、転帰、転入日、主治医情報が確認できること。
1	4	3	17	入外それぞれの来院歴は、一覧（詳細・概要）表示だけでなく、カレンダー形式でも表示できること。
1	4	3	18	患者照会情報として表示できる項目は、永久保存項目として照会ができること。 ただし、診療データに関してはデータ保存範囲内（61か月～97か月）での照会となること。

1	4	3	19	検索結果から選択した患者から各業務画面への切替もワンクリックでできること。
1	4	4		空床状況照会
1	4	4	1	空床状況照会では、全病棟または指定病棟／指定病室の空床照会および病室入院患者照会ができること。
1	4	4	2	特定の部屋区分／看護区分／性別区分での限定検索ができること。
1	4	4	3	空き病室のみ表示と全件分表示の切り替えができること。
1	4	4	4	検索（照会）結果については、定員数、使用数、空床数の合計表示ができること。
1	4	4	5	検索（照会）条件を保持したまま、最新の検索結果の表示ができること。
1	4	5		受付状況照会
1	4	5	1	受付DB（受付・会計業務にて更新）により、受付時間、診療済み時間（分散入力）、会計済み時間の管理ができること。
1	4	5	2	受付状況照会では、診療科別受付状況の照会および未会計患者等の照会ができること。
1	4	5	3	当日以外（過去日）の検索日も指定できること。
1	4	5	4	時間軸を横に、受付状況（受付数、未会計数）の推移をグラフ表示できること。
1	4	5	5	診療科別受付状況照会では、診療科別受付数／未会計数／予約数（予約数は内数も可）の表示ができること。
1	4	5	6	診療科別受付状況照会では、新患・再来・予約別の受付数・未会計数合計も表示できること。
1	4	5	7	診療科別受付状況照会からの機能選択により、受付患者一覧、未会計患者一覧、会計済み患者一覧、予約患者一覧を時間順に表示できること。
1	4	5	8	上記患者一覧表示では、指定科分または全科分の選択表示ができること。また、新患／再来等の受付区分の表示もできること。
1	4	6		患者情報検索
1	4	6	1	医療事務システムからだけでなく、電子カルテシステムやその他の外部システムから起動可能な患者情報検索画面を有すること。
1	4	6	2	患者情報検索画面は、ショートカットキーで呼出し可能なこと。
1	4	6	3	患者情報の検索は、患者のカナ氏名、漢字氏名（姓・名・ミドルネーム）、性別、生年月日（西暦または和暦）を条件に行えること。
1	4	6	4	カナ氏名では、清音の指定で濁音・半濁音の文字を、また濁音・半濁音の指定で清音の文字を検索できること。この検索を行うかどうか、モードの切り替え指示が画面上で可能なこと。 例：（シ → シ、ジ、ヂを検索）（パ → ハ、バを検索）
1	4	6	5	検索条件は、漢字氏名（姓・名・ミドルネーム）、性別、生年月日の他に、第2氏名（カナ、漢字）からの検索もできること。
1	4	6	6	電話番号、住所コードでも検索できること。
1	4	6	7	テスト患者を検索対象とすることができ、また、対象とすることがある既定値の設定ができること。
1	4	6	8	住所情報を検索条件として、患者情報の検索が行えること。郵便番号または電話番号の前方一致で検索できること。
1	4	6	9	検索条件を満たす患者が存在する場合、検索結果を一覧で表示できること。検索結果一覧では、患者ID、カナ氏名、漢字氏名、性別、年齢、生年月日、第二氏名区分、第二カナ氏名、第二漢字氏名、電話番号を表示できること。この時、検索結果一覧の患者ID、カナ氏名、漢字氏名、性別、生年月日、第二カナ氏名、第二漢字氏名、電話番号でソートが可能なこと。また、年齢、生年月日や第二氏名区分での絞り込みが可能なこと。
1	4	6	10	検索結果の一覧から患者を選択（最大2名）し、該当患者の患者基本情報、保険情報、住所情報の変更履歴を照会する患者情報履歴照会画面が起動することで、患者の基本情報を比較できること。
1	4	6	11	患者IDを指定することで、検索結果一覧に該当する患者の情報が表示できること。
1	5			会計
1	5	1		会計入力
1	5	1	1	外来・入院・入院中他科併診で会計入力画面を色分けして表示ができ、対象となる計算の入外種別が視覚的に判別できること。
1	5	1	2	外来患者に対する全診療内容をコードまたは略称等で入力し、入力された診療内容と保険情報を基に点数・料金計算を行い、患者に対する外来請求書の発行ができること。
1	5	1	3	会計入力中に画面を切り替えずに各種情報照会（保険、病名、DO番号・内容、セット番号・内容、各種算定状況、診療履歴・内容等）ができること。
1	5	1	4	各種情報照会（病名）については、主病名サインと転帰区分が把握できること。
1	5	1	5	各種情報照会（病名）については、表示する病名の絞込み（入院、外来、医科、歯科別）ができること。
1	5	1	6	各種情報照会（診療履歴）については、設定にてデータ取得期間、表示件数、ノードの開閉、表示順が変更できること。また、設定した期間内で過去の診療履歴の追加取得ができること。
1	5	1	7	他業務への切り替えが自由にできること。また、他業務への切り替え後も元の会計入力画面に戻れること。
1	5	1	8	診療履歴照会では、利用者（担当者）の把握ができること（診療履歴表示・診療内容照会からの修正モード）。
1	5	1	9	患者、科の入力から患者請求書発行までの処理を、1種類の画面（会計入力画面）にてできること。
1	5	1	10	設定により最終来院履歴の科コードとドクターコードを自動発生できること。
1	5	1	11	ドクターコードは3個まで入力できること。
1	5	1	12	同一画面で、同一患者にて、複数科（併科）の入力ができること（最大10科）。
1	5	1	13	同一画面で、同一患者にて、当日受付科との妥当性チェックができること（（受付なし科）、（未会計科）の警告表示および（翌日以降）予約ありの警告表示）。
1	5	1	14	会計時に未会計の受付レコードが存在するとき、会計画面にその未会計科コードを自動発生できること。自動発生後、キーを押下し、受付状況確認画面を表示することもできること。
1	5	1	15	会計時に未会計の受付レコードが複数存在するとき、会計画面に受付状況確認画面を自動表示できること。
1	5	1	16	受付状況確認画面では、以下の内容が確認できること。 受付区分、受診科、来院区分、ドクター名、受付時間、加算区分1～3、未取込オーダ区分、診療時間
1	5	1	17	受付状況確認画面に表示された受診科の中から、任意の科を選択することで、会計画面の会計科に反映し計算できること。また、受付科全科の計算も指示できること。
1	5	1	18	併科同時入力では、科全体での外来管理加算のチェックができること。 外来管理加算を算定しない場合は、非算定入力（+N）ができること（200床未満）。
1	5	1	19	診療日に有効な保有保険が表示できること。
1	5	1	20	事前に適用保険の組み合わせパターンを登録する必要がなく、診療日の有効保険の中から、適用保険の自動選択ができること。
1	5	1	21	自動選択された適用保険が画面で確認できること。
1	5	1	22	自動適用される公費保険の優先順を設定できること。
1	5	1	23	適用保険がない場合に自動発生させたい保険（自費等）の設定ができること。 入力時に全額本人請求の指定がされたデータに対して適用させたい保険の設定もできること（点数マスタでの自費扱い指定項目の自費保険設定を含む）。
1	5	1	24	適用保険がない場合に会計が出来ないようにできること（自費の自動発生を行わない）。
1	5	1	25	エラー／警告メッセージを10個分以上表示できること。
1	5	1	26	入力行番号とエラー／警告メッセージの対応について、行番号と配色でわかり易く表示できること。
1	5	1	27	1会計入力において、科コード行を含み最大500行（項目）の診療データ入力ができること。
1	5	1	28	項目名称、使用量、単位、点数、回数を一度に表示できること。
1	5	1	29	項目名称表示部へのマウス位置付けにより、項目コード（自動発生項目含む）とその正式名称、ドクター名称（診療行為指定）、基金コード、解釈番号および適用保険を表示できること。
1	5	1	30	主行為（手技）、薬剤、材料のグループごとの点数計算と表示ができること。
1	5	1	31	画面単位 または 科単位（一部項目単位も可）で、請求先区分、保険、時間区分（各種加算）、障害者区分、診療日、ドクターコード、入院中外来、課税／非課税、減免コード、臨時処方区分、前回部署コード（統計への活用）（端末毎に特定の部署コードの自動発生も可能）等の指定ができること（ヘルプ機能を含む）。

1	5	1	32	複数の保険に対する診療データを同一画面上で同時に入力できること（単独保険・併用保険の同時入力、画面／科／診療グループ単位の保険指定等）。
1	5	1	33	複数の保険に対する診療データを同一画面上で同時に入力した場合、全体指定されている保険組み合わせと、科／診療グループ単位で指定されている保険組み合わせが異なる場合、会計コード入力エリアの背景色を色分け表示することで視覚的にわかり易くすること。
1	5	1	34	入力された各診療について、適用保険毎に行番号または行全体の背景色を変えることができること。
1	5	1	35	診療データ入力中に点数／金額の強制入力、準ずる区分の入力および強制算定／未算定区分の入力ができること。また、項目コードの重複チェックエラーにも強制算定入力ができること。
1	5	1	36	年齢、労災による項目点数の自動置換ができること（入力者は意識せず、同一コードでの入力が可能なこと）。
1	5	1	37	時間外・年齢加算について、抑制指示入力ができること。
1	5	1	38	入力時の包括・未算定項目については、0点表示ができること。 [例] 薬剤情報提供料の手入力／オーダ取込み時の0点算定のケース ・入院中の場合 ・同日2回目以降の場合 ・同日に処方箋料を算定している場合 ・院内処方箋料が存在しない場合（在宅に伴う薬剤しか存在しない場合も0点）
1	5	1	39	任意で設定した点数マスタについては、特定項目組み合わせチェック機能（警告／エラー）として、以下の機能を保有すること。 ・会計画面内コード項目数超過 ・同時算定不可項目
1	5	1	40	社会保険診療報酬支払基金から提供されている、電子点数表のCSVファイルを医療事務システムへ取込み、マスタとして画面参照できること。
1	5	1	41	電子点数表のCSVファイルをベースとした算定項目の背反チェックができること。
1	5	1	42	算定項目の背反チェックのため、電子点数表に掲載されていないチェックやユーザ個別にチェックしたい内容を設定できること。
1	5	1	43	患者の来院履歴および最終退院日（退院後の継続中病名保有チェック含む）により、初再診データの自動発生ができること。
1	5	1	44	初再診データの判断に関して、経過期間については、診療科別の設定ができること（小児科1ヶ月、内科3ヶ月等）。
1	5	1	45	初再診入力では紹介患者、緊急、救急車搬入等の区分入力が行え、紹介率統計へ反映できること。さらに、初診履歴なしや、一定期間経過後の来院時に（初診扱い再診）の区分を自動発生できること（レセプトの病名開始日チェックや統計で利用可能）。
1	5	1	46	初再診入力では、（前日算定）、（前月算定）での実日数未カウント区分のほか、実日数未カウント区分のみの入力もできること。
1	5	1	47	初再診入力では、小児科外来診療料算定による包括（0点）算定時においても、併科分のレセプトに同日他科受診メッセージを出力できること。
1	5	1	48	初診入力と同一画面内では外来診療料包括処理を行わないこと。
1	5	1	49	初診入力と同一画面内では、外来診療料の強制未包括区分の入力もできること。
1	5	1	50	同一日に2科目の初再診料を算定できる可能性がある場合、自動的に点数マスタコードを発生させることができること。また、設定変更により、点数マスタコードの発生または警告コメントの発生を選択できること。
1	5	1	51	外来リハビリテーション診療料1、外来リハビリテーション診療料2、外来放射線照射診療料のいずれかを算定した場合、診療報酬算定ルールに従い、外来リハ等を算定した科において、初再診料算定不可期間に初再診料が入力された場合、0点になる請求区分を自動設定できること。
1	5	1	52	会計時または分散会計時、薬引換券番号は5個まで登録可能で、自動付番もできること。
1	5	1	53	同一会計入力画面での院内／院外処方の混在入力ができること。また、この時の処方箋料算定により調剤料・処方料・麻毒加算の自動発生を抑制できること。
1	5	1	54	向精神剤多剤投与のチェックを実施し、自動的に連減できること。
1	5	1	55	画像診断の入力では、枚数＞方向数の入力にも対応できること。
1	5	1	56	単純撮影、造影撮影、特殊撮影等について、分画数入力もできること。
1	5	1	57	入院患者に対する全診療内容（入院基本診療データは入院基本登録を参照）を、コードまたは略称等で入力できること。必要に応じ入院料項目の会計入力もできること。また、その場合特定入院料に包括される入院料項目の入力もできること。
1	5	1	58	入院中の科コードは入力域に自動表示できること。
1	5	1	59	入院日および退院日の表示ができること。
1	5	1	60	現在入院中の科と全科での最終来院日の表示ができること。
1	5	1	61	診療行為が継続するデータの容易な入力ができること（（何日から）、（何日から何日まで））。
1	5	1	62	継続データ入力では、間欠（何日おき）入力や何日分（何日から）入力もできること。
1	5	1	63	終了日が未入力の継続データは、退院登録時に終了日を自動設定できること。
1	5	1	64	退院会計後の追加請求指示入力時には、追加入力のみ患者請求書を発行できること。
1	5	1	65	労災保険適用時、病衣加算を自動算定できること。
1	5	1	66	週及処理により、静脈、皮下筋、点滴および中心静脈注射の1日まとめ処理ができること。また、設定により、点滴薬剤（点滴の加算も含む）の中心静脈注射へのまとめ処理もできること。
1	5	1	67	週及処理により、医療・看護必要度Ⅱにおける「A7（専門的な治療処置①～⑦）」の評価対象薬剤を含む処方箋が2日以上投与されているデータについては、処方データを日毎に展開して登録できること。また、退院日を越えた処方がある場合には、退院日まで日毎に展開するか、展開自体を行わないようにするかを選べること。
1	5	1	68	入院中外来（他科）の自動判断および入院中外来の指定入力ができること。
1	5	1	69	入院中外来時の保険の科限定チェックを、入院限定科／外来限定科のどちらで行うかを選択できること。
1	5	1	70	入退院日に、入院科もしくは他科で、外来扱い（外来指定）のデータ入力ができること。また、入院科の場合、入院データへの変更ができること。
1	5	1	71	特別な関係にある他病院の入院履歴情報を登録した場合の外来患者としての対応や、入院中患者の労災アフタケアレセプトへの対応のため、入院中にも外来扱い（外来指定）のデータ入力ができること（警告メッセージを表示）。
1	5	1	72	救急外来等で日付を跨るオーダに対して、複数日付のオーダを選択し、一括して取込みを行い、一日分の会計とできること。
1	5	1	73	入力されたデータは、運用により入院患者の前回処方（またはDO登録処方）情報の出力処理へ反映できること（一括処理）。
1	5	1	74	入院期間中の外来オーダを入院診療として取込めること（同じ科は入院、異なる科は入院中外来データとすること）。
1	5	1	75	電子カルテシステムと接続し、患者基本情報と受付情報を伝達できること。
1	5	1	76	電子カルテシステムと接続し、実施済みのオーダ情報をそれぞれ取込めること。
1	5	1	77	電子カルテシステムと接続し、未実施の検査オーダ、注射オーダ、処方オーダ情報をそれぞれ取込めること。
1	5	1	78	服薬指導システムと連携して薬剤情報を伝達できること。
1	5	1	79	取込み処理画面では、会計画面への情報展開前に取込み内容が確認できること。
1	5	1	80	取込み処理画面では、未実施オーダの取込みデータにはその旨がわかるように（未）マークが表示できること。
1	5	1	81	取込み処理画面では、複数Rp項目があった場合、Rpを指定して会計に取込む・取込まないが選択できること。
1	5	1	82	取込み処理画面からデータを取込む際に、他科のオーダを会計科に置換して取込むことができること。
1	5	1	83	取込み処理画面からオーダデータを取込む際に、診療区分順で取込むことができること。但し、オーダに含まれる診療セット内の順番は保持すること。
1	5	1	84	オーダ状況照会画面では、オーダまとめ番号で並べ替えができること。
1	5	1	85	取込み処理画面からデータを取込む際に、日付を跨いだ診療（救急診療）の計算等のため、前日もしくは後日のデータを該当日にあわせて取込むことができること。
1	5	1	86	全入院患者または任意の入院患者（範囲）を指定して、一括オーダ取込みが可能なこと。この時、一括処理対象となる病棟を指定できること。

1	5	1	87	全入院患者または任意の入院患者（範囲）の一括オーダー取込みの際、診療区分順で取込むことができること。但し、オーダーに含まれる診療セット内の順番は保持すること。
1	5	1	88	全入院患者または任意の入院患者（範囲）の一括オーダー取込みの際、医療・看護必要度Ⅱにおける「A7（専門的な治療処置①～⑦）」の評価対象薬剤を含む処方箋が2日以上投与されているデータについては、処方データを毎日に展開して登録できること。また、退院日を超えた処方がある場合には、退院日まで毎日に展開するか、展開自体を行わないようにするかを選べること。
1	5	1	89	全入院患者または任意の入院患者（範囲）の一括オーダー取込みの際、持参薬のみを取込むことができること。
1	5	1	90	オーダー状況照会画面では、対象期間・患者ID・入外区分・診療科・病棟・退院日・オーダー種・実施/未実施・取込状態を条件指定して、オーダー種、実施/未実施、医療事務システム取込み状態の確認、取込み内容の確認ができること。
1	5	1	91	オーダー状況照会画面では、オーダー情報の取込み済みを未取込みへ強制的に変更できること。
1	5	1	92	オーダー状況照会画面の表示データは、MS-EXCELへのコピー、CSVファイルへの出力ができること。
1	5	1	93	オーダー未取込一覧が出力できること。
1	5	1	94	複数患者に対して単一診療日のオーダーデータ（処置、リハビリテーション、精神科専門療法、一般料金及びセット項目）を作成し、該当データを取込むことで診療データ・料金データを一括で作成することができること。
1	5	1	95	複数患者に対して単一診療日のオーダーデータ（処置、リハビリテーション、精神科専門療法、一般料金及びセット項目）を作成し、オーダー取込み処理画面から取込できること。
1	5	1	96	任意の患者に対して対象年月の複数日に複数のオーダーデータ（処置、リハビリテーション、精神科専門療法、一般料金及びセット項目）を一括で作成し、該当データを取込むことで診療データ・料金データを一括で作成することができること。
1	5	1	97	会計画面からレセプトイメージを表示できること。この時、会計画面で入力途中の内容でレセプトイメージを表示するか、登録済のデータ内容でレセプトイメージを表示するのかわらえること。
1	5	1	98	会計画面からレセプトイメージを表示する際、レセプトチェックマスタによるレセプトチェック結果を表示し、同一画面で確認できること。
1	5	1	99	会計画面からレセプトイメージを表示する際、レセプトイメージ画面を複数起動でき、計算途中のレセプトイメージや修正前後のレセプトイメージ等を複数表示しながら業務を行えること。
1	5	1	100	必要に応じて、以下に示すメッセージボックスを警告表示して、警告メッセージの見落としを防止できること。
1	5	1	101	・当月調基有り
1	5	1	102	・当月薬剤指導有り
1	5	1	103	・当月処方箋料有り
1	5	1	104	・腫瘍マーカー算定済み
1	5	1	105	・検体管理加算（Ⅰ）算定済み
1	5	1	106	・検体管理加算（Ⅱ）算定済み
1	5	1	107	・退院会計済み
1	5	1	108	・動脈血酸素飽和度の入力督促（在宅酸素療法指導算定時）
1	5	1	109	70歳未満の患者の高額療養費の支給基準である21,000円ルールに従った医療費の計算ができること。
1	5	1	110	高額療養費の年4回以上に該当するケースの場合、マスタ設定により、会計時に限度額を自動的に切り替えできること。
1	5	1	111	高額療養費の年4回以上に該当するケースの場合、マスタ設定により、会計時に（多数該当）である旨をチェックし、警告出力できること。
1	5	1	112	月途中で限度額認定証の提示があった場合等に、月初からの再計算を行わなくても、当日の限度額が自動的に算出されること。
1	5	1	113	患者請求書発行時、運用により薬引換券（情報）や予約券（予約情報10個）の発行およびバーコード情報の出力（POSレジ利用等）に対応できること。
1	5	1	114	運用選択項目として院内/院外処方情報の出力・再出力機能を有すること。 麻薬処方時には、患者住所と施行者（免許証）番号（コメント）の印字ができること。
1	5	1	115	請求書発行時（修正会計時を含む）、自動もしくは指示により、負担なし/ありでの強制発行/未発行、未処理扱い、差額分発行、新規発行、調定発行（前回分のマイナス請求書発行と今回新規分発行）、料金データ未作成（診療データのみ更新）の選択ができること。
1	5	1	116	上記同様、自動もしくは指示により、保険組み合わせ別発行/保険まとめ発行、診療科別発行/併科まとめ発行、全額入金扱い/全額未収扱い（過去分含める/含めない）の選択もできること。
1	5	1	117	患者の求めに応じて明細の分かる領収書を野線付きで印刷できること。
1	5	1	118	処方情報を2次元シンボルとして出力できること。
1	5	1	119	請求書発行日については、システム日付または診療日を設定できること。
1	5	1	120	請求書発行日については、運用により締め日を設定できること。
1	5	1	121	外来請求書については、複数の請求書を1枚の請求書として取り扱うことができる機能を有すること。また、複数の請求情報をまとめ、1つの請求情報として取り扱うことができる機能を有すること。
1	5	1	122	請求書発行の際、同一請求書を複数枚発行し、出力先も指定することができること。
1	5	1	123	請求書に印字する請求書宛名、住所を、該当患者のものから差し替えて印字できること。
1	5	1	124	請求額合計の中で感染症37条の2/精神32条/難病法/特定疾患適用分の金額を請求書に出力できること。
1	5	1	125	請求書の未収金額を本日の未収分（当請求書以外）と本日以外の未収分とに分けて出力できること。
1	5	1	126	請求書情報を未収として登録するときは、未収理由区分の既定値を指定できること。
1	5	1	127	POSレジと接続し、入金処理ができること。
1	5	1	128	初再診オーダーの導入により自動入金機による自動精算対応ができること。
1	5	1	129	初再診オーダー未導入、もしくは検査の結果のみ来院等で初再診料を算定しない場合も、再診料データを自動発生させ自動入金機による自動精算を可能にできること。
1	5	1	130	自動入金機と接続し、入金処理を行えること。また、入金機の機能により、デビットカード、クレジットカードでの決済ができること。
1	5	2		各種入力方法について
1	5	2	1	入力方法は指定モードを利用し、形式をガイダンスしながら入力できること。
1	5	2	2	入力方法として、項目コード/略称コード/伝票コード入力、前回DO入力、約束入力、セット入力等の機能を有すること。
1	5	2	3	略称コードについては、覚え易く、かつ削形・規格等表現できるように、8桁までの設定ができること。
1	5	2	4	略称コードは、1項目に対し、制限なく設定可能なこと。
1	5	2	5	伝票コード入力については、伝票NO. 3桁+指示NO. 2桁での入力方式か、伝票NO. 2桁+指示NO. 3桁での入力方式かの選択ができること。
1	5	2	6	検索対象を、項目/略称/伝票/部位/検体コードから選択できること。
1	5	2	7	カナ検索では、カナ名称10桁以内による診療区分限定検索ができること。
1	5	2	8	カナ名称での部分一致検索ができること。
1	5	2	9	解釈番号での検索もできること。
1	5	2	10	材料商品名称での検索もできること。
1	5	2	11	点数マスタの検索は業務サポート画面でもできること。
1	5	2	12	検索画面を表示しての検索の他に、入力行での直接検索指示もできること。
1	5	2	13	コード検索時には該当項目の点数/金額、単位を表示できること。
1	5	2	14	検索名称は画面調整により、表示文字数を拡大できること。
1	5	2	15	科コード入力とドクターコード入力は、設定した既定値が自動的に入力されること。
1	5	2	16	ドクターコードの検索についても科コードライン、各項目コードごとに検索入力ができること。
1	5	2	17	項目コードおよび項目の区切りや入力終了等の指示が、すべてファンクションキーでできること。
1	5	2	18	行削除や行挿入はファンクションキーでできること。
1	5	2	19	行削除や行挿入はクリックでもできること。
1	5	2	20	行削除は複数行をクリックで選択することで、一括削除できること。
1	5	2	21	会計画面のデータ入力部において、複数の診療行を選択し、選択した行を一括で削除できること。

1	5	2	22	選択された単一行もしくは複数行を、キー操作もしくはコンテキストメニューよりコピー及び挿入することができること。
1	5	2	23	使用量や回数が1の場合、使用量/回数入力を省略できること。
1	5	2	24	使用量、回数(日数)は、行為入力行と同一行に入力できること。
1	5	2	25	日数入力については、180日投与に対応し、3桁入力できること。
1	5	2	26	自費項目の回数入力については、990回までの回数に対応し、3桁入力できること。
1	5	2	27	入力支援機能として、入力データのテキストファイル保存/読み込み機能が利用できること。 当機能により、他患者や入外・他科のデータを出し、容易に利用できること。
1	5	2	28	処理時点よりも前に、登録を行った診療データの内容について、診療日・診療科・適用保険ごとにまとめて、診療履歴情報(行為名・数量・回数/日数)を参照できること。
1	5	2	29	セット番号・DO番号や診療履歴情報は、会計画面にドラッグ&ドロップで展開ができること。
1	5	2	30	電子カルテシステムからの外来データ取込み時、未取込み科表示や全科取込みに対応できること。
1	5	2	31	電子カルテシステムからの外来データ取込み時、未実施オーダ種がある場合、その内容の確認と警告ができること。
1	5	2	32	前回DOとして、全診療区分に対し下記のデータが利用できること。なお、DOデータを入力画面上に展開し、自由に追加・修正・削除できること。 ・登録DOデータ ・前回、前々回等の戻り数指定データ(9回前までのデータ) ・日付指定データ ・上記各々の診療区分限定データ(複数診療区分指定可、(DR)はドクターコードの呼出し) ・前回の保険限定データ(診療区分限定も可) ・日付指定の保険限定データ(〃) 上記の戻り数指定DO、日付指定DOおよび診療区分限定DOに対し、入院 または 外来の指定もできること。(入外指定DO)
1	5	2	33	DOデータの画面展開方法についても、会計入力順か診療区分順かの選択ができること。
1	5	2	34	患者別DOデータの登録は、随時会計入力と同様に診療科別にできること。
1	5	2	35	患者別DOデータの削除は、会計入力中のDO番号照会から簡単にできること。
1	5	2	36	該当日の診療データそのものは更新せず、登録DOデータの登録内容のみを更新できること。
1	5	2	37	登録DOデータを外来基本カード上へ出力できること。
1	5	2	38	登録DOデータ以外は事前登録の必要がないこと(過去の診療データを自由に展開・利用可)。
1	5	2	39	科コードの入力により、前回DOデータを自動表示できること。前回DOデータの自動表示についても、診療区分の限定表示として、全て表示または5診療区分までの限定表示ができること。
1	5	2	40	上記運用時においても、前回DOデータの自動表示を抑制する指示入力ができること。
1	5	2	41	該当科データのDO表示後、科コードの上書き修正ができること(他科データの容易な利用)。
1	5	2	42	セット入力についても、全診療区分のデータ利用ができること。
1	5	2	43	セット名称には、カナ英数字(3文字まで)と漢字セット名称(10文字まで)を利用できること。
1	5	2	44	セットは999個まで登録できること。
1	5	2	45	行為入力行に直接セット名称を指定し、セット入力できること。また、セット名称一覧とセット内容の照会を行い、該当セットの選択入力ができること。
1	5	2	46	セットを入力画面上に展開し、自由に追加・修正・削除できること。
1	5	2	47	セットの登録・管理は、随時会計入力と同様にできること。
1	5	2	48	セットの登録・管理については、セット登録時の診療日によりセットの世代管理ができること。
1	5	2	49	約束の親コード入力により、子の内容を入力画面上に展開し、自由に追加・修正・削除できること。
1	5	2	50	約束入力時の数量(使用量/回数)の画面展開方法は、マスタ登録数量、入力数量(集計値数量入力)、入力×登録数量(倍数入力)の3通りの設定ができること。
1	5	2	51	投薬の場合、散剤・液剤の指定がマスタ設定と共に入力画面でも指示できること。
1	5	2	52	7種通減算定の際、点数マスタの設定により同一銘柄、同一剤形の場合は1種類としてカウントできること。
1	5	2	53	院外処方入力でRpの中の一部薬剤のみ後発医薬品変更不可の場合、個々の薬剤に付加できること。
1	5	2	54	注射の場合、注射薬以外を入力すると警告メッセージを表示できること。
1	5	2	55	入力単位については、主単位(入力の省略が可)のほか、サブ単位1、2の入力と単位の漢字表示ができること。
1	5	2	56	注射薬剤入力時、年齢・入院期間・注射量等により点滴手技料を自動発生できること。
1	5	2	57	検査種の混入入力(グループ入力時)においても、検査種ごとの自動振り分けとその表示ができること(まるめ計算を含む)。また、この時、重複項目の自動削除ができること。
1	5	2	58	グループ入力されていない場合でも、検査をまるめ対象区分毎にまとめた上で登録できること(まるめ計算を含む)。
1	5	2	59	レセプトや処方(用法)コメントについては、コード入力、略称入力、コード/略称検索入力およびワープロ修正入力ができること。
1	5	2	60	レセプトの日付コメント入力時、コメント名称内(点数マスタ)に設定してある編集記号により、年月日、年月、日、年月日~年月日等に入力数字を埋め込んでレセプト出力できること。
1	5	2	61	レセプトの日付コメント入力時、基金コードコメントタイプ30、40、41に対応し、基金コードのコメントパターンに従って必要なエリアにのみコメント(年月日)の入力を行える画面を表示できること。
1	5	2	62	レセプトの日付コメント入力時、基金コードコメントタイプ30、40、41に対応し、基金コードの必要なエリアにコメントの穴埋め入力を行った際に、入力数字を埋め込んでレセプト出力ができること。
1	5	2	63	コメントの保険指定入力ができること。
1	5	2	64	分服数(用法コメント)や実施時間の入力ができること。
1	5	2	65	コメントは有効期間や対象レセプト(内科/歯科、入/外、科、保険)等を指定し、患者ごとにレセプト固定コメントを作成・保存できること。
1	5	2	66	患者請求書への出力コメントは、定型コメントを5個まで選択入力ができること。また、20文字以上のフリーコメント入力もできること。
1	5	2	67	患者請求書には、患者コメント、予約コメント、(同性同名あり)表示および(院外処方あり)表示を出力できること。また、併科情報、処理日時、処理端末、担当者、出力業務(処理種別)を出力できること。
1	5	2	68	電子カルテシステムからフリーコメントの取込みができること。
1	5	2	69	コメントメンテナンスにより、毎回患者請求書に出力するためのコメント5個を別途作成できること(コメントコード入力およびコメントフリー入力)。また、コメントメンテナンスにおいて、請求書フリーコメントの修正・削除ができること。
1	5	2	70	コメントメンテナンス画面では、患者ID検索ウィンドウを呼び出し、対象の患者を検索した上で、コメントコード入力およびコメントフリー入力が行えること。
1	5	2	71	診療行為(項目)入力行で指定する各種区分(算定区分、加算区分等)のヘルプ機能を有すること。
1	5	2	72	加算区分については、該当行で入力可能な加算区分のみを検索表示できること。
1	5	2	73	初診日の確認ができること。初診日は全科直近初診日の表示ができること。
1	5	2	74	最終来院日(入力科またはレセプト科と全科での最終来院日)の確認ができること。最終来院日の表示には、最終退院日が考慮されていること。
1	5	2	75	診療日が退院日の3ヶ月以内の場合、(最終退院日より3ヶ月以内)メッセージと最終退院日を表示できること。
1	5	2	76	会計入力中の画面に、常時 適用保険(有効保険含む)と給付割合が表示されていること。
1	5	2	77	常時表示されている適用保険(有効保険含む)とあわせて、保険コメントを確認できること。
1	5	2	78	保険確認・照会の表示方法(自動表示含む)の選択が、外来会計・入院会計別に設定でき、再来受付業務の保険確認(画面)と同様にできること。
1	5	2	79	外来会計時、保険確認画面自動表示の場合、(外来全科非適用)として登録されている保険を除外できること。
1	5	2	80	保険確認画面表示でなく、同条件での警告メッセージ表示のみの選択もできること。
1	5	2	81	会計入力時に保険確認画面を起動して、保険確認日の更新指示ができること。
1	5	2	82	有効期間切れや翌月期間切れの保険に対する警告とその内容照会ができること。

1	5	2	83	会計入力時に、画面を切り替えることなく、患者保有病名の照会ができること。 全科病名の表示だけでなく、医科歯科・入外・終了病名の表示有無などでの絞り込みや、診療日・科・入外での並び替えができること。 この時、主病名や終了病名の判別ができること。
1	5	2	84	各種算定状況（算定履歴）の照会では、初診料、調剤技術基本料、各種指導・管理料、一部負担金、検査判断料、減減計算情報、発症日、同一月/同一日/患者1回/1入院/初回/何月何回/毎回につき等の算定情報の照会ができること。なお、ここで照会できる項目については、基本的には利用者側での設定は不要なこと（発症日以外）。
1	5	2	85	算定履歴の一部負担金算定履歴については算定金額を表示できること。
1	5	2	86	算定情報については、入院算定分および外来算定分の同時表示ができること（入/外で色分け）。
1	5	2	87	算定情報については、全件分/指定月分/指定日分/初回診療日分の限定照会もできること。
1	5	2	88	各種算定状況（算定履歴）の照会では、特定の項目に絞った検索ができること。
1	5	2	89	各種算定状況（算定履歴）の照会では、表示項目の並び替えができること。
1	5	2	90	各種算定状況（算定履歴）の照会で、レセプトに初回算定日、前回算定日を自動出力可能な項目であるか確認できること。
1	5	2	91	各種算定状況（算定履歴）の照会では、算定日を○印で月単位で一覧表示や、カレンダー表示で三か月分一画面に表示できること。
1	5	2	92	各種算定状況（算定履歴）の照会では、表示可能な件数に制限がないこと。
1	5	2	93	会計入力時、同月内算定不可項目等をチェックできるよう、任意の診療項目について、算定履歴を自動表示できるように設定可能なこと。
1	5	2	94	会計入力時、任意の診療項目の算定履歴を自動表示する際、算定項目の名称による絞り込みができること。
1	5	2	95	会計入力時、リハビリ（個別療法・集団療法）、消炎鎮痛等処置の算定回数を自動表示できること。
1	5	2	96	閉鎖循環式全身麻酔の点数を計算できるツールを有すること。 状況（低体温・伏臥位等）を選択し、時間を入力すると、該当の点数が算出され、会計入力形式も含めて表示できること。
1	5	2	97	表示した閉鎖循環式全身麻酔の会計入力形式は、計算ツールより展開ボタンを押下すると会計入力画面に反映できること。
1	5	2	98	M e g a O a k 医学管理サポートとの連携により、会計登録画面で算定可能性のある医学管理料の候補を表示して会計登録画面への展開ができること。
1	5	2	99	診療データ入力終了時、自動もしくは指示により、費用照会・確認ウィンドウを表示できること。
1	5	2	100	費用照会・確認ウィンドウでは12料金明細までの一画面表示ができること。
1	5	2	101	費用照会の診療区分毎の料金明細については、点数表示か患者請求金額表示かの運用選択ができること。
1	5	2	102	費用照会・確認ウィンドウ上で、患者合計および請求書別（保険別・診療科別）に小計を表示して、それぞれの明細表示の切り替えができること。（保険別・診療科別で複数の請求書存在時）
1	5	2	103	内容が間違っている場合には、費用照会・確認ウィンドウから再度、手間なく入力画面に戻り、内容の追加、修正、削除が行えること。
1	5	2	104	マスタ設定により、会計計算完了と同時に、費用照会・確認ウィンドウ上から直接、外来請求書発行指示もできること。
1	5	2	105	会計計算完了と同時に、外来請求書データを作成するが、外来請求書の用紙を発行しないこともできること。
1	5	2	106	現在の会計入力内容をファイルに保存できること。
1	5	2	107	保存した会計入力内容ファイルデータを会計入力に展開できること。
1	5	2	108	診療行為に対して、コメント関連テーブルで関連付く選択式コメントを検索できる画面を表示できること。 （公的資料のコメント関連テーブルマスタ、及び記載要領別表Ⅰを使用する）
1	5	2	109	検索した選択式コメントを選択し、対応する項目コードを会計画面に展開できること。
1	5	2	110	選択式コメントの入力が「必要」あるいは「必要な可能性がある」診療行為が入力されている場合、視覚的に判断可能となるようマークを表示できること。
1	5	2	111	選択式コメントの根拠となる記載要領の別表Ⅰの情報が参照できること。
1	5	2	112	2-2 コメントパターンに応じた入力チェックを行い、コメントの登録ミスを防げるように配慮すること。
1	5	3		<b>分散会計</b>
1	5	3	1	診療各科と中央診療部門からの会計入力データ（外来）を集約し、料金計算と患者請求書の発行ができること。
1	5	3	2	運用により、全科分の未精算（未集約）データを取込み、会計入力画面に表示できること。この時、初再診データの自動発生もできること。
1	5	3	3	複数の保険に対する診療データを同一画面上で同時に入力できること。（単独保険・併用保険の同時入力、画面/科/診療グループ単位の保険指定等）
1	5	3	4	複数の保険に対する診療データを同一画面上で同時に入力した場合、全体指定されている保険組み合わせと、科/診療グループ単位で指定されている保険組み合わせが異なる場合、会計コード入力エリアの背景色を色分け表示することで視覚的にわかり易くすること。
1	5	3	5	分散データ入力時に同一日・同一科の未精算データを画面表示する/しないの設定ができること。
1	5	3	6	端末ごとの会計入力・表示機能として、以下の設定ができること。 ・集中入力/分散入力の選択 ・未精算データの表示/未表示の選択 ・科、部署、ドクターコードの自動表示/非表示の選択
1	5	3	7	指定日の未精算患者一覧を画面表示できること。また、未精算患者一覧表の出力もできること。
1	5	3	8	70歳未満の患者の高額療養費の支給基準である21,000円ルールに従った医療費の計算ができること。
1	5	3	9	高額療養費の年4回以上に該当するケースの場合、マスタ設定により、会計時に限度額を自動的に切り替えることができること（精算モードの場合）。
1	5	3	10	高額療養費の年4回以上に該当するケースの場合、マスタ設定により、会計時に（多数該当）である旨をチェックし、警告が出力できること（精算モードの場合）。
1	5	3	11	月途中に限度額認定証の提示があった場合等に、月初からの再計算を行わなくても当日の限度額が自動的に算出されること（精算モードの場合）。
1	5	3	12	会計画面のデータ入力部において、複数の診療行為を選択し、選択した行を一括で削除できること。
1	5	3	13	分散会計画面からレセプトイメージを表示できること。この時、レセプトチェックマスタによるレセプトチェック結果を表示し、同一画面で確認できること。
1	5	3	14	分散会計画面からレセプトイメージを表示できること。この時、分散会計画面で入力途中の内容でレセプトイメージを表示するか、登録済のデータ内容でレセプトイメージを表示するのかわらべること。
1	5	3	15	分散会計画面からレセプトイメージを表示する際、レセプトチェックマスタによるレセプトチェック結果を表示し、同一画面で確認できること。
1	5	3	16	分散会計画面からレセプトイメージを表示する際、レセプトイメージ画面を複数起動でき、計算途中のレセプトイメージや修正前後のレセプトイメージ等を複数表示しながら業務を行えること。
1	5	4		<b>修正会計</b>
1	5	4	1	修正会計画面では患者ID、入外区分、対象年月・日が指定でき、指定された範囲のデータが診療サマリー一覧エリアに表示できること。
1	5	4	2	入外区分、対象年月・日を指定しなかった場合は、システム日付の月のデータが展開されること。
1	5	4	3	診療サマリー一覧エリアの項目を選択すると、診療内容表示エリアに会計の詳細が表示できること。
1	5	4	4	診療内容表示エリアでは、診療履歴情報として外来/入院/入外両方（省略値）および対象年月（日）を指定し、患者ごとに科、診療日、処理日、入外、主保険、併用保険、担当者、未精算、処理端末（端末番号）、処理時間等の表示ができること。
1	5	4	5	診療サマリー一覧エリアの項目を選択し、当該データを一括削除できること。
1	5	4	6	診療内容表示エリアの診療履歴を選択することにより、診療内容の確認ができること。
1	5	4	7	診療履歴の選択により、診療データ修正画面（会計入力イメージ表示）へ遷移し、診療内容を自由に追加・修正・削除できること（外来/入院データ入力機能に準じる）。
1	5	4	8	診療データ修正画面（会計入力イメージ表示）では、背景色を通常の会計画面と変更することで、新規入力と修正入力の画面取り違えを防止できること。
1	5	4	9	外来・入院・入院中他科併診で診療データ修正画面（会計入力イメージ表示）を色分けして表示ができ、対象となる計算の入外種別が視覚的に判別できること。

1	5	4	10	会計画面での行削除は複数行を選択し、一括で削除ができること。
1	5	4	11	会計入力された診療日、科、指定保険および診療データの修正（会計）入力ができること。上記データは、すべて画面展開後、上書きでの修正入力ができること。
1	5	4	12	複数の保険に対する診療データを同一画面上で同時に入力できること（単独保険・併用保険の同時入力、画面／科／診療グループ単位の保険指定等）。
1	5	4	13	複数の保険に対する診療データを同一画面上で同時に入力した場合、全体指定されている保険組み合わせと、科／診療グループ単位で指定されている保険組み合わせが異なる場合、会計コード入力エリアの背景色を色分け表示することで視覚的わかり易くすること。
1	5	4	14	診療データ保存期間については、データの修正およびレセプトの再出力ができること。
1	5	4	15	データの画面展開方法については、会計入力順か診療区分順かの選択ができること。
1	5	4	16	修正（会計）入力により、同時に来院履歴・算定履歴も修正されること。
1	5	4	17	再計算後、修正会計画面から差額分または全額分（新規）の患者請求書の発行ができること（新規調定発行含む）。
1	5	4	18	新規再計算時には、前回整理番号を患者請求書へ出力できること。
1	5	4	19	新規再計算時には、入金情報として前回分の入金額の履歴を管理できること。
1	5	4	20	修正会計では、再計算後の合計点数、今回請求額合計、前回請求額合計、前回入金額合計を画面表示できること。
1	5	4	21	外来の診療データ入力終了時と同様、費用照会・確認ウィンドウの表示ができること。
1	5	4	22	修正会計では、レセプト請求データの修正（データ修正）を行うか、もしくはレセプト請求データと患者請求データの両方の修正（精算修正）を行うか修正モードの選択ができること。
1	5	4	23	修正会計起動時の修正モード（初期値）を設定できること。
1	5	4	24	修正会計では、診療履歴照会からの修正会計機能と、会計カード画面からの修正会計機能を有すること。
1	5	4	25	入院、外来とも開始年月を指定し、複数患者の保険の一括修正や入院期間外診療データの削除処理等ができること。また、入院中患者のみの一括適及処理もできること。
1	5	4	26	適及処理実行画面では、適及処理状況を画面へログ表示できること。
1	5	4	27	適及処理の患者指定時に病棟単位の抽出ができること。
1	5	4	28	適及処理は手動での実行だけでなく、自動実行にも対応していること。
1	5	4	29	診療データ登録後に保険期間変更（保険切れ）等があった場合には、警告メッセージの出力ができること。
1	5	4	30	レセプトの日付コメント入力時、基金コードコメントタイプ 30、40、41に対応して基金コードの必要なエリアにコメントの穴埋め入力を行った際に、入力数字を埋め込んで日付コメントの画面表示ができること。
1	5	4	31	修正会計画面からレセプトイメージを表示できること。この時、修正会計画面で入力途中の内容でレセプトイメージを表示するか、登録済のデータ内容でレセプトイメージを表示するのかわらえること。
1	5	4	32	修正会計画面からレセプトイメージを表示する際、レセプトチェックマスタによるレセプトチェック結果を表示し、同一画面で確認できること。
1	5	4	33	修正会計画面からレセプトイメージを表示する際、レセプトイメージ画面を複数起動でき、計算途中のレセプトイメージや修正前後のレセプトイメージ等を複数表示しながら業務を行えること。
1	5	4	34	70歳未満の患者の高額療養費の支給基準である21,000円ルールに従った医療費の計算ができること。
1	5	4	35	高額療養費の年4回以上に該当するケースの場合、マスタ設定により、会計時に限度額を自動的に切り替えることができること。
1	5	4	36	高額療養費の年4回以上に該当するケースの場合、マスタ設定により、会計時に（多数該当）である旨をチェックし、警告が出力できること。
1	5	4	37	途中で限度額認定証の提示があった場合等に、月初からの再計算を行わなくても、当日の限度額が自動的に算出されること。
1	5	4	38	入金のある請求書については、修正会計と連動して削除されないように制御できること。
1	5	4	39	入金のある請求書については、修正会計時に料金情報が存在する旨のコメントを出力できること。
1	5	4	40	負担金がある再計算時、負担金額を含め連携して修正できること。
1	5	4	41	修正会計時にオーダーデータを取込む際に、診療区分順で取込むことができること。但し、オーダーに含まれる診療セット内の順番は保持すること。
1	5	4	42	処方オーダーについて、取込後にオーダー内容が修正された場合に、修正会計画面上に「取込後修正オーダー内容の全体」のみでなく「削除されたオーダー内容」もコメントとして取込むことができること。
1	5	4	43	オーダー取込み後、処方情報だけを絞り込んで表示できること。
1	5	4	44	処方オーダーについて、前回取込済みのデータと比較して、「追加」「削除」「変更なし」「変更あり」「以下取込みコメント」の文字色をそれぞれ色分けできること。
1	5	5		会計カード
1	5	5	1	診療内容の右側にカレンダーマップを付加した会計カード画面を表示できること。
1	5	5	2	会計カード画面では、病名参照が同時にできること。
1	5	5	3	会計カード画面では、入院日数が表示できること。
1	5	5	4	会計カード画面では、合計点数が表示できること。
1	5	5	5	会計カード画面では、指定月内に存在する会計カードの組み合わせパターン（科・入外・保険）を参照・選択し、容易に診療内容のカレンダー表示ができること。
1	5	5	6	会計カード画面では、診療行為区分、科、入外の指定による限定表示ができること。
1	5	5	7	会計カード画面では、診療年月入力欄左右のボタンをクリック及びショートカットキーにより、前月、翌月への切替ができること。
1	5	5	8	入院患者のカレンダー表示時、カレンダー上部の日付エリアにマウスを位置付けることにより、入院起算日からの通算日数を表示できること。
1	5	5	9	入院患者のカレンダー表示時、適用されている保険の有効期限が処理日より1ヶ月以内の場合、保険の有効期間とともに終了1ヶ月前の保険である旨をメッセージ欄に表示できること。
1	5	5	10	会計カード画面上には、最大999件の診療データを表示できること。
1	5	5	11	会計カード画面では、入院料や食事情報等の入院料関連データのカレンダー表示にも対応できること。
1	5	5	12	レセプト別表示、レセプト科まとめ表示や全保険表示への切り替えができること。
1	5	5	13	レセプト別表示では、以下の機能を有すること。 外来：診療科別・主保険別表示 入院：主保険別表示（転科前後のデータを同時に表示）
1	5	5	14	レセプト別表示では、主保併用分の項目名称を色分け表示できること。
1	5	5	15	全保険表示では、以下の機能を有すること。
1	5	5	16	・医科／歯科・入外別表示
1	5	5	17	・法制（保険）コード表示
1	5	5	18	・併用データの項目名称色分け表示
1	5	5	19	・診療区分・項目コード・保険・レセプト科順に表示
1	5	5	20	会計カード画面での診療内容の表示順については、診療区分内で項目コード順か日付順かの切り替えができること（項目コード昇順・日付順／日付順・項目コード昇順）。
1	5	5	21	会計カード画面においては、項目名称表示部をマウス選択し、点数マスタの正式名称、解釈番号、基金コード（レセプト電算コード）を表示できること。
1	5	5	22	会計カード画面においては、主行為（手技）、薬剤、材料等のグループごとに点数表示ができること。
1	5	5	23	会計カード画面では、項目ごとにツールチップに以下内容を表示できること。 項目名称、解釈番号、基金コード、項目コード、ドクターコード（3つ）
1	5	5	24	レセプトの日付コメント入力時、基金コードコメントタイプ 30、40、41に対応して基金コードの必要なエリアにコメントの穴埋め入力を行った際に、入力数字を埋め込んで日付コメントの画面表示ができること。
1	5	5	25	呼吸心拍監視等、実施時間の情報を表示できること。
1	5	5	26	180日投与に対応し、日数について3桁の表示ができること。

1	5	5	27	自費項目の回数入力について、990回までの回数に対応し3桁の表示ができること。
1	5	5	28	会計カード画面での診療内容の表示について、処方情報のうち、退院時処方および院外処方の判別ができること。
1	5	5	29	会計カード画面から、直接 回数/日数の修正と行為の別診療日へのコピー（回数/日数のみ入力）ができること（ただし、別診療日へのコピーは入院のみ）。
1	5	5	30	回数/日数の修正とコピーは、マウスで直接カレンダー上に指示（位置付け）ができること。
1	5	5	31	会計カード画面からの修正可/不可データについて、色を分けて表示し判別し易くしていること。
1	5	5	32	カレンダー上の回数/日数を選択し、該当日の診療データ修正画面（会計入力イメージ表示）へ遷移できること。この時、診療データ修正画面上のカーソル位置を、カレンダー上で回数/日数を選択した項目に位置付けできること。
1	5	5	33	自動発生項目等一部の位置付け不可項目を選択した場合には、その旨の警告メッセージを表示し、カーソルは入力最終行に位置付けできること。
1	5	5	34	カレンダー上の回数/日数 空白欄を選択した場合は、該当日の会計入力画面へ遷移できること。
1	5	5	35	修正・入力後は、元の会計カード画面に戻れること。
1	5	5	36	カレンダー上の回数/日数を選択し、簡単な操作で該当項目の削除や該当項目の一括削除ができること。画面上の複数項目の1日単位削除および1ヶ月分削除ができること。
1	5	5	37	会計カード画面からレセプトイメージを表示できること。この時、会計カード画面で入力途中の内容でレセプトイメージを表示するか、登録済のデータ内容でレセプトイメージを表示するのかわることを選べること。
1	5	5	38	会計カード画面からレセプトイメージを表示する際、レセプトチェックマスタによるレセプトチェック結果を表示し、同一画面で確認できること。
1	5	5	39	会計カード画面からレセプトイメージを表示する際、レセプトイメージ画面を複数起動でき、計算途中のレセプトイメージや修正前後のレセプトイメージ等を複数表示しながら業務を行えること。
1	5	5	40	DPC対象患者の診療内容を表示する際、該当の診療年月におけるDPC包括の期間、DPCに包括されている診療内容、出来高で算定している診療内容、DPC適用時、（合計点数）に合算しないデータ、包括点数（差額調整点数を含む）、差額調整点数、出来高点数、出来高換算点数を表示、確認できること。
1	5	5	41	医療区分・ADL区分を会計カード画面で表示した際、様式「医療区分・ADL区分に係る評価票」に記載された順番と同様に表示できること。
1	5	5	42	設定により、フォントをメイリオに変更できること。
1	5	6		自動発生（生成）・包括項目
1	5	6	1	会計入力業務においては、以下1-5-7-1~1-5-22-1に示す自動発生（生成）・包括・チェックの機能を有すること。
1	5	7		会計入力時の自動発生（生成）・包括項目凡例
1	5	7	1	自動選択保険表示/前回指定保険自動表示
1	5	7	2	科コード、ドクターコード、部署コードの自動表示（最終来院履歴or設定値）
1	5	7	3	前回DO自動表示（行為限定可）
1	5	7	4	初再診、処置、手術等、全体指定での各項目 時間外/障害者加算（加算除外項目チェック含む）
1	5	7	5	受付時の時間区分による、会計の時間外加算自動発生
1	5	7	6	年齢、労災による項目点数自動置換
1	5	7	7	各種包括項目/未算定項目の0点置換（各種特定入院包括、ビタミン/サンプル剤、算定回数チェック等）（特入外泊時の特入包括処理対応）（会計入力入院料項目の特定入院料包括処理対応）
1	5	7	8	特定項目への包括（同日同時算定不可項目チェック）（リハビリへの処置、人工呼吸への生体検査・処置、処置同士、傷病名との関連等、自由に設定可）
1	5	7	9	初再診料（科毎の経過期間設定および加算中病名チェック）（受付来院区分による自動発生）
1	5	7	10	同一日2科目の初再診料
1	5	7	11	明細書発行体制加算・地域医療貢献加算（診療所のみ）
1	5	7	12	外来診療料（包括処理含む）（外来診療料0点算定時、包括処理行/行わないの設定も可）（初診入力と同一画面上では包括処理を行わない）（強制未包括区分の入力対応）
1	5	7	13	初診扱いの再診（統計やレセプトの病名開始日チェックで利用）
1	5	7	14	初診時特定療養費（紹介・緊急以外、保険や指示による抑制可）
1	5	7	15	外来管理加算（処置等での併科分消込み可）（労災アプタケア時の自動発生抑制）
1	5	7	16	小児科外来診療料包括（項目の0点置換）（自費分も可）（同月の入院検体検査判断料の包括対応）
1	5	7	17	小児科外来診療料督促メッセージ表示および未入力時の警告/エラーメッセージ表示（3歳未満）
1	5	7	18	医学管理料督促メッセージ表示（保有病名チェック有）（特定、皮膚科特定、悪性腫瘍、小児科療養、難病外来、てんかん指導）（（疑い）病名時の督促表示抑制）
1	5	7	19	小児科外来診療料自動発生
1	5	7	20	小児抗菌薬適正使用支援加算の自動発生
1	5	7	21	慢性維持透析患者外来医学管理料包括（項目の0点置換）
1	5	7	22	生活習慣病管理料包括（項目の0点置換）
1	5	7	23	慢性疼痛疾患管理料算定時のリハビリテーション自動包括
1	5	7	24	手術後医学管理料包括（項目の0点置換）
1	5	7	25	手術前医学管理料包括（項目の0点置換）
1	5	7	26	短期滞在手術等基本料包括（項目の0点置換）
1	5	7	27	薬剤管理指導料（調基消込み可）
1	5	7	28	薬剤情報提供料（同月初回）（科別算定も可）
1	5	7	29	乳幼児育児栄養指導料（年齢、科により自動算定）
1	5	7	30	特定薬剤治療管理料4月目以降通減（以内は通減消込み可）
1	5	7	31	悪性腫瘍特異物質治療管理料精密初回月加算
1	5	7	32	地域包括診療料包括（項目の0点置換）
1	5	7	33	認知症地域包括診療料包括（項目の0点置換）
1	5	7	34	小児かかりつけ診療料包括（項目の0点置換）
1	5	7	35	在宅患者訪問診療料（もしくは歯科訪問診療料）および皮下筋/静注/点滴/中心静脈注射入力時の（在宅療養あり）警告メッセージ表示（在宅自己注射/在宅中心静脈栄養法/在宅悪性腫瘍患者 指導管理料の同月内算定時・・・手技毎に若干対象が異なる）
1	5	7	36	調剤料（含、麻毒・向精神薬・覚醒剤原料加算）
1	5	7	37	処方料（含、麻毒・向精神薬・覚醒剤原料加算）
1	5	7	38	調剤技術基本料（入外共未算定時に算定/外来算定済時も入院優先算定）（遡及処理により外来分割除可）
1	5	7	39	治験保険適用時、調剤料・処方料・調基の自動発生抑制可
1	5	7	40	治験保険適用の薬剤とそうでない薬剤の自動振り分け
1	5	7	41	検査・画像診断項目の治験保険自動適用
1	5	7	42	処方箋料（同日の調剤料・処方料・調基加算の抑制とチェック）（含、一般名処方加算）
1	5	7	43	処方料または処方箋料に対する特定疾患処方管理加算②
1	5	7	44	処方料または処方箋料に対する抗悪性腫瘍剤処方管理加算
1	5	7	45	外来内服薬多剤投与（処方料、薬剤料、処方箋料）（ビタミン剤/サンプル剤/自費薬剤/臨時処方除外）（院内製剤、散剤・液剤、205円以下薬剤の1種カウント）
1	5	7	46	容器代督促メッセージ表示（対象薬剤）
1	5	7	47	特定疾患処方管理加算（保有病名チェック有）（（疑い）病名時の自動発生抑制）
1	5	7	48	地域包括診療加算入力時、内服薬多剤投与と通減の抑制および自動発生する処方料/処方箋料の制御
1	5	7	49	向精神薬多剤投与による自動通減（処方料、薬剤料、処方箋料）
1	5	7	50	薬引替券番号
1	5	7	51	院内製剤加算



1	5	7	52	アクア加算 (5ml / 20ml) (強制未算定入力可)
1	5	7	53	生物学的製剤加算
1	5	7	54	麻薬注射加算
1	5	7	55	使用量切り上げ計算 (残余破棄レセプト自動メッセージ)
1	5	7	56	皮内・皮下筋肉内注射、静脈内注射等の注射手技料
1	5	7	57	点滴手技料 (年齢・入院期間・注射量等による自動判断)
1	5	7	58	点滴注射 (1日につき) 薬剤量・年齢による手技料置換
1	5	7	59	静脈、皮下筋、点滴、中心静脈注射の1日まとめ (週及処理) (選択設定)
1	5	7	60	点滴薬剤 (点滴の加算含む) の中心静脈注射へのまとめ (週及処理) (選択設定)
1	5	7	61	点滴薬剤への管注とみなした静脈内注射まとめ (週及処理) (選択設定)
1	5	7	62	外来化学療法加算
1	5	7	63	注射グループに注射薬以外入力チェック
1	5	7	64	使用量 / 回数省略時の自動発生 (省略値: 1)
1	5	7	65	中心静脈注射入力時の (在宅療養あり) 警告メッセージ表示 (在宅中心静脈栄養法指導管理料の同月内算定時)
1	5	7	66	処置・手術・リハ等 労災特例加算 (1.5倍 / 2倍) (対象病名チェック可)
1	5	7	67	処置・手術・麻酔等 新生児 / 乳児 / 1~3歳未満 / 乳幼児加算 / 6歳未満加算 (歯科)
1	5	7	68	透析液水質確保加算
1	5	7	69	鼻腔栄養 (処置) の入院基本カレンダーからの特食入力対応
1	5	7	70	手術実施当日の注射手技料自動包括
1	5	7	71	閉鎖循環式麻酔の時間、種類による点数計算
1	5	7	72	輸血時の血液交叉試験 / 間接クームス / 不規則抗体検査
1	5	7	73	血液量による輸血手技料
1	5	7	74	輸血管理料
1	5	7	75	時間外緊急院内検査加算 (医科のみ)
1	5	7	76	外来迅速検体検査加算 (検査数カウント)
1	5	7	77	各種検査判断料 (同月検査包括入院料算定後の検査算定時の抑制)
1	5	7	78	各種検査まるめ (カウント除外チェック含む)
1	5	7	79	同日他科算定済みのまるめ対象検査警告表示
1	5	7	80	検査項目の複数項目1カウント
1	5	7	81	血液採取料 (包括 (抑制) 項目指定も可)
1	5	7	82	基本的検体検査実施料 / 判断料 (包括処理含む)
1	5	7	83	病理診断料 (組織診断料・細胞診断料)
1	5	7	84	病理診断管理加算 1・2 (組織診断を行った場合 / 細胞診断を行った場合)
1	5	7	85	生体検査運減 (全て / 同一部位のみ)
1	5	7	86	検体管理加算 (入院Ⅱ or Ⅲ・外来Ⅰ / 入外Ⅰ / 入院のみⅡ or Ⅲ / Ⅳ)
1	5	7	87	国際標準検査管理加算
1	5	7	88	血液化学検査入院初回加算
1	5	7	89	呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視等の経過日数による自動算定
1	5	7	90	時間外緊急院内画像診断加算 (医科のみ)
1	5	7	91	核医学診断料
1	5	7	92	CT / MRI の2回目以降運減
1	5	7	93	PET検査とCTまたはMRI検査を同月内に行った場合
1	5	7	94	コンピュータ断層診断 (算定除外項目チェック含む)
1	5	7	95	基本的X線診断料 (包括処理含む) (包括手技名称等のレセプト出力)
1	5	7	96	画像診断管理加算 1・2 (全て / 写真 / 核医学 / コンピュータ / 写真 + 核医学 / 写真 + コンピュータ / 核医学 + コンピュータ)
1	5	7	97	他医療機関撮影のコンピュータ断層診断を算定済で、コンピュータ断層撮影診断料が自動発生しない場合の画像診断管理加算 1・2
1	5	7	98	電子画像管理加算
1	5	7	99	造影剤使用加算
1	5	7	100	胸部 / 腹部単純6歳未満フィルム 1.1倍
1	5	7	101	放射線治療の施設基準不適合運減
1	5	7	102	時間外緊急院内検査 / 画像診断加算督促メッセージ表示 (外来、即入での時間外指定時、且つ対象行為有り)
1	5	7	103	時間、フィルム、輸血時体重等伴うデータの入力督促メッセージ表示
1	5	7	104	権弓切除術、特異的IgE、人口呼吸等の端数 (段階的) 加算表示および上限チェック表示
1	5	7	105	障害児 (者) リハビリテーション料の年齢による自動置換
1	5	7	106	リハビリテーションに包括される診療内容の自動包括
1	5	7	107	外来リハビリテーション診療料1、外来リハビリテーション診療料2、外来放射線照射診療料算定時の初再診料非算定
1	5	7	108	長期療養患者褥瘡等処置料、精神科棟等長期療養患者褥瘡等処置料の入院期間、病棟による自動置換
1	5	7	109	精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア、重度認知症患者デイ・ケアの算定時、初回算定日または直近の精神科床の退院日から起算して1年を超えているかのチェック
1	5	7	110	精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア、重度認知症患者デイ・ケアの算定時、初回算定日または直近の精神科床の退院日から起算して1年を超えていない場合、精神科専門療法の早期加算を自動発生
1	5	7	111	療養担当手当
1	5	7	112	各種一部負担金 (公費等)
1	5	7	113	複数科入力時の一部負担金 端数調整
1	5	7	114	外泊時の一般料金項目非算定対応 (マスタ設定時)
1	5	7	115	消費税計算 (保険マスタ、点数マスタ、料金区分マスタ、入力時指定)
1	5	7	116	請求書一般料金名称出力
1	5	7	117	会計警告時の各種メッセージボックス表示 (警告メッセージ見落とし防止対策) (当月調基有り、当月薬剤指導有り、当月処方箋料有り、腫瘍マーカー算定済み、検体管理加算Ⅰ算定済み、検体管理加算Ⅱ算定済み) (退院会計済み) (動脈血酸素飽和度の入力督促 (在宅酸素療法指導管理料算定時))
1	5	7	118	一般名処方加算の品目数カウントにおいて、一般的名称および投薬経路が同一の一般名薬剤が複数処方された場合、1品目として取り扱う品目数のカウント方法を変更できること。
1	5	7	119	投薬で向精神薬多剤投与の場合、固定の低減抑制コードを入力することで、該当する処方料もしくは処方箋料に応じた「算定しない理由」選択式コメントが自動発生できること。
1	5	8		入院料関連自動発生 (生成) ・包括項目凡例
1	5	8	1	入院基本料、入院基本料加算
1	5	8	2	一般病棟 / 療養病棟 / 結核病棟 / 精神科棟 / 特定機能病院 / 専門病院 / 障害者施設等の各種入院基本料 (ベッド (病室) マスタ部屋区分・看護区分の反映) (入院期間に応じた加算) (180日超え選定療養対応)
1	5	8	3	夜勤時間特別入院基本料 (ベッド (病室) マスタ設定)
1	5	8	4	疾患・状態等の入力による療養病棟入院基本料の自動判定ができること。
1	5	8	5	療養病棟 / 特定入院基本料 / 障害者施設等入院基本料 (医療区分2又は1に相当するもの) の検査、投薬、注射、画像診断および処置項目 (一部) の包括 (注射薬の包括除外項目含む)
1	5	8	6	特定入院基本料の算定除外時のレセプト (特外) メッセージ
1	5	8	7	病衣加算 (労災保険適用時)

1	5	8	8	一般病棟看護必要度評価加算について、ベッド(病室)マスタ設定で自動発生するとともに、年齢チェック、一部の患者のみベッド詳細画面での非算定入力可能なこと。
1	5	8	9	総合入院体制加算(1日につき)(14日限度)
1	5	8	10	地域医療支援病院入院診療加算(入院初日)
1	5	8	11	臨床研修病院入院診療加算(入院初日)
1	5	8	12	救急医療管理加算(1日につき)
1	5	8	13	急性期看護補助体制加算(夜間看護体制加算含む)
1	5	8	14	医師事務作業補助体制加算(入院初日につき)
1	5	8	15	診療録管理体制加算(入院初日)
1	5	8	16	感染防止対策加算(入院初日)
1	5	8	17	患者サポート体制充実加算(入院初日)
1	5	8	18	乳幼児加算、幼児加算(1日につき)(特別入院基本料を算定/未算定)
1	5	8	19	看護配置加算(1日につき)(ベッド(病室)マスタ設定)
1	5	8	20	看護補助加算(1日につき)(ベッド(病室)マスタ設定)(夜間75対1看護補助加算(20日限度)・夜間看護体制加算(入院初日)を含む)
1	5	8	21	地域加算・離島加算(1日につき)(各種特定入院料算定時含む)
1	5	8	22	療養環境加算(1日につき)(ベッド(病室)マスタ設定)
1	5	8	23	H1V感染者療養環境特別加算(1日につき)(個室/2人部屋)(ベッド詳細入力時)
1	5	8	24	重症者等療養環境特別加算(1日につき)(個室/2人部屋)(ベッド(病室)マスタ設定)
1	5	8	25	療養病棟療養環境加算(1日につき)(ベッド(病室)マスタ設定)
1	5	8	26	小児療養環境特別加算(1日につき)(入院基本登録のベッド詳細入力時)(外泊日は未算定)(15歳未満チェック)
1	5	8	27	無菌治療室管理加算(1日につき)(ベッド(病室)マスタ設定)
1	5	8	28	精神科地域移行実施加算(1日につき)
1	5	8	29	精神病棟入院時医学管理加算(1日につき)
1	5	8	30	重症認知症加算
1	5	8	31	ベッド(病室)マスタで設定する項目を患者単位で非算定にできること。(一般病棟看護必要度評価加算、重傷者等療養環境特別加算、看護必要度加算のみ対応)
1	5	8	32	重度アルコール依存症入院医療管理加算・摂食障害入院医療管理加算(期間チェック)
1	5	8	33	後発医薬品使用体制加算
1	5	8	34	他医療機関で特定入院料算定入院中の外来患者に対して、該当診療の自動包括
1	5	8	35	介護老人保健施設入所者に対しての一部診療のうち、算定できないものに対する自動包括
1	5	8	36	看護職員夜間配置加算(1日につき)(14日限度)
1	5	8	37	栄養管理体制減算(1日につき)
1	5	8	38	病棟薬剤業務実施加算1(入院日から週1回、曜日選択可)
1	5	9		特定入院料
1	5	9	1	救命救急入院料(入院基本料・加算、検査、点滴、中心静脈、酸素吸入、留置カテーテル設置、病理標本作製料等包括)
1	5	9	2	救命救急入院料の施設基準加算(1日につき)
1	5	9	3	ハイケアユニット入院医療管理料(入院基本料・加算、検査、点滴、中心静脈、酸素吸入、留置カテーテル設置、病理標本作製料等包括)
1	5	9	4	脳卒中ケアユニット入院医療管理料(入院基本料・加算、検査、点滴、中心静脈、酸素吸入、留置カテーテル設置等包括)
1	5	9	5	特定集中治療室管理料(1日につき)(入院基本料・加算、検査、点滴、中心静脈、酸素吸入、留置カテーテル設置等包括)
1	5	9	6	小児加算(特定集中治療室管理料)
1	5	9	7	新生児特定集中治療室管理料(1日につき)(入院基本料・加算、検査、点滴、中心静脈、酸素吸入、インキュベータ、病理標本作製料等包括)
1	5	9	8	総合周産期特定集中治療室管理料(1日につき)(入院基本料・加算、検査、点滴、中心静脈、酸素吸入、留置カテーテル設置、インキュベータ、病理標本作製料等包括)
1	5	9	9	一類感染症患者入院医療管理料(1日につき)(入院基本料・加算、酸素吸入、留置カテーテル設置、病理標本作製料等包括)
1	5	9	10	特殊疾患入院医療管理料(1日につき)(地域加算等一部入院料加算を除く全ての項目の自動包括)(超/準超重症児入院診療料加算は可)
1	5	9	11	小児入院医療管理料1・2・3・4・5(1日につき)(在宅療養指導管理料、薬剤料、特定保険医療材料料、投薬、注射、手術、麻酔および一部入院料加算を除く全ての項目の自動包括等)
1	5	9	12	小児入院医療管理料の施設基準加算(1日につき)(外泊日は未算定)
1	5	9	13	小児入院医療管理料の重症児受入体制加算(1日につき)(外泊日は未算定)
1	5	9	14	回復期リハビリテーション病棟入院料(1日につき)(リハビリテーションおよび地域加算を除く全ての項目の自動包括)
1	5	9	15	休日リハビリテーション提供体制加算・体制強化加算
1	5	9	16	特殊疾患病棟入院料(1日につき)(一部入院料加算を除く全ての項目の自動包括)
1	5	9	17	緩和ケア病棟入院料(1日につき)(在宅療養管理指導料、薬剤料、特定保険医療材料料、放射線治療および地域加算等一部の入院料加算を除く全ての項目の自動包括)
1	5	9	18	精神科救急入院料(1日につき)(精神、手術、麻酔、放射線治療および一部入院料加算を除く全ての項目の自動包括)
1	5	9	19	精神科急性期治療病棟入院料1・2(1日につき)(同上)
1	5	9	20	精神科救急・合併症入院料(1日につき)(同上)
1	5	9	21	精神療養病棟入院料(1日につき)(精神および一部入院料加算を除く全ての項目の自動包括)
1	5	9	22	認知症治療病棟入院料1・2(1日につき)(入院した日から30日超、60日超の減算対応)(精神および一部入院料加算を除く全ての項目の自動包括)
1	5	9	23	地域移行機能強化病棟入院料(1日につき)
1	5	9	24	地域包括ケア病棟入院料(1日につき)
1	5	9	25	短期滞在手術等基本料(日帰り手術(基本料1)/一泊手術(基本料2)/15歳未満の鼠径ヘルニア手術等(基本料3)の包括処理対応)
1	5	9	26	病棟薬剤業務実施加算2(1日につき)
1	5	9	27	社会保険診療報酬支払基金から提供されている、電子点数表のcsvファイル(入院基本料テーブル)を用いた算定チェック(特定入院料算定時の入院基本料等加算のみ)
1	5	9	28	会計入力時の経過期間・算定限度期間・回数・項目数チェックおよび行為適用チェック等凡例(点数マスタ情報等)算定限度期間内における限度回数や項目数の設定・チェックができること。(運用による強制算定・未算定入力も可能)
1	5	10		経過期間チェック
1	5	10	1	全科最終初診日とのチェック(1月内算定不可/1月超え算定不可/同月内算定不可/同月内算定可)
1	5	10	2	科別最終初診日とのチェック(6ヶ月以内算定可/6ヶ月超え算定可)
1	5	10	3	入院日とのチェック(6ヶ月以内算定可/6ヶ月超え算定可)(期間は医学管理料の算定基準に準拠)
1	5	10	4	初回算定日とのチェック(6ヶ月以内算定可/6ヶ月超え算定可)
1	5	10	5	最終退院日とのチェック(1月内算定不可/1月超え算定不可/同月内算定不可/同月内算定可)
1	5	10	6	発症日とのチェック(7日以内/14日以内/30日以内/90日以内/150日以内/180日以内/3月以内/6月以内/6月超え/6月超え1年以内)
1	5	11		算定限度期間と限度回数・項目数チェック ・・・算定限度回数・項目数の設定が可能
1	5	11	1	1日につき(検査、点滴、処置、薬剤情報提供料、歯科治療管理料等)
1	5	11	2	1月につき(指導・管理料等)(薬剤情報提供料は科別の月1回チェックも可)
1	5	11	3	患者につき(〃)
1	5	11	4	1入院につき(〃)

1	5	11	5	毎回につき (処方箋料, 再診料/外来診療料等)
1	5	11	6	1月につき (初回月2回) (指導・管理料等)
1	5	11	7	暦月につき (1月 (30日) につき)
1	5	11	8	1医学管理料引き継ぎ入院につき
1	5	11	9	3月につき
1	5	11	10	何月につき何回 (骨塩定量検査の4月につき1回等) (自由に設定可能)
1	5	11	11	長期投与区分と限度日数チェック
1	5	11	12	算定履歴については会計入力時の参照が可能であること。(算定履歴更新項目の利用者設定も可)
1	5	11	13	自動縫合器、自動吻合器加算の限度チェック
1	5	12		項目コード重複チェック ・・・ 運用により、強制入力も可能
1	5	12	1	同一診療/レセプトグループ内の重複チェック (標準機能) (重複検査項目の自動削除も可能)
1	5	12	2	同一画面上での重複チェック
1	5	12	3	外来のみチェック/入外ともチェック の選択が可能
1	5	13		行為適用チェック
1	5	13	1	入力行為 (項目) と診療区分 (点数マスタ設定情報) の妥当性チェック
1	5	13	2	精密持続点滴注射対象薬剤チェック
1	5	13	3	医科/歯科 (医科のみ/歯科のみ/医科・歯科)
1	5	13	4	入院/外来 (外来のみ/入院のみ/外来・即日入院時/入院日のみ/入外とも)
1	5	13	5	適用科 (5科まで設定可)
1	5	13	6	適用年齢 (範囲指定が可) (各種指導管理料の年齢チェック等)
1	5	13	7	適用保険 (健保/労災/公害/労災以外/労災アフタケア以外) (3種類まで設定可)
1	5	13	8	自費・結予適用 (入力時に保険指定がない場合)
1	5	13	9	特定疾患区分 (患者保有病名の同区分との妥当性チェック) (3種類まで設定可) (病名未登録の警告有) (特定疾患療養管理/皮膚科 特定疾患指導管理Ⅰ・Ⅱ/悪性腫瘍特異物質治療管理/小児科療養指導/難病外来指導/てんかん指導/労災四肢加算算定可)
1	5	13	10	麻酔管理料の対象項目チェック
1	5	14		その他のマスタ設定によるチェック
1	5	14	1	使用量上限チェック情報, 入力単位情報 (3単位)
1	5	14	2	1項目複数略称情報の設定機能 (特に制限無)
1	5	14	3	端数 (段階的) 加算情報
1	5	14	4	検査種別の判断料・診断料と外来管理加算の自動算定/未算定情報
1	5	14	5	レセプトの科名/項目名 (特薬他) /診療日表示情報 (初回算定日, CT・MR I 初回実施日, 前回算定日含む)
1	5	14	6	診療Aと診療Bで背反エラーチェック
1	5	14	7	任意の医事コードが入力された場合、任意のメッセージを表示 (もしくはメッセージボックスによる出力) できること。
1	5	15		その他、背反チェック等凡例
1	5	15	1	医学管理料・在宅関連背反チェック (チェックと共に0点算定も可)
1	5	15	2	基本的検体検査実施料/判断料関連背反チェック (入院基本料加算とのチェック含む)
1	5	15	3	基本的X線診断料と入院基本料加算との背反チェック
1	5	15	4	調剤技術基本料, 処方箋料, (在宅) 薬剤管理指導料関連背反チェック
1	5	15	5	処方箋料と調剤料・処方料・麻薬加算との背反チェック (同日)
1	5	15	6	薬剤情報提供料と処方箋料との背反チェック (同日)
1	5	15	7	薬剤情報提供料と院内処方有無チェック (同日)
1	5	15	8	初診入力時の悪性腫瘍精密初回月加算算定済みチェック
1	5	15	9	在宅自己注射指導管理料・外来化学療法加算背反チェック
1	5	15	10	社会保険診療報酬支払基金から提供されている、電子点数表のc s vファイル (背反関連テーブル) を用いた背反チェック
1	5	15	11	院内で独自に背反チェックを行いたい項目を定めた背反チェック
1	5	16		歯科矯正診断料・顎口腔機能診断料の入力チェック 矯正開始→動的処置開始→マルチブラケット法開始→保定開始 の各段階あり
1	5	16	1	(患者算定済み) チェック (患者につき1回) (0点置換)
1	5	16	2	歯科矯正診断料と顎口腔機能診断料との背反チェック (同一段階) (0点置換)
1	5	16	3	(6月以内算定不可) チェック (別段階コード)
1	5	16	4	(矯正段階エラー) チェック (段階の順番チェック)
1	5	16	5	(動的処置開始日なし/開始前エラー) チェック
1	5	16	6	(マルチブラケット法開始日なし/開始前エラー) チェック
1	5	17		歯科矯正管理料の入力チェック
1	5	17	1	(初診同月内算定不可) チェック (初診入力時には、(同月歯科矯正管理料算定あり) の警告表示)
1	5	17	2	矯正管理料加算入力時、動的処置開始日/マルチブラケット法開始日から1年以内かのチェック (開始日より1年超え) の警告表示)
1	5	17	3	矯正管理料加算入力時、動的処置開始日/マルチブラケット法開始日の (開始日なし/開始前エラー) チェック
1	5	18		動的処置項目の入力チェック
1	5	18	1	動的処置またはマルチブラケット法開始日からの2年以内/2年超え項目チェック (動的処置・2年以内/動的処置・2年超えの項目 コード妥当性チェック)
1	5	18	2	(同月内算定あり/算定なし) チェック (動的処置・月1回目/動的処置・月2回目以降の項目コード妥当性チェック)
1	5	19		マルチブラケット装置項目の入力チェック (項目入力は1回につき1装置)
1	5	19	1	ステップⅠ～Ⅳ毎に (上顎～装置目迄), (上顎～装置目以降), (下顎～装置目迄), (下顎～装置目以降) の項目あり
1	5	19	2	上顎・下顎別のステップ後戻りチェック
1	5	19	3	各ステップ毎の上顎1装置目加算の入力妥当性チェック ( (上顎～装置目迄) の項目に対する加算か) (加算単独入力は不可) (同一ス テップでの複数回入力は不可)
1	5	20		会計入力時の経過期間・算定限度期間・回数・項目数チェックおよび 行為適用チェック等凡例 (歯科調整指導料対応)
1	5	20	1	新製有床義歯管理料の入力チェック
1	5	20	2	有床義歯装着後、1月以内かのチェック
1	5	20	3	同月2回チェック
1	5	21		有床義歯管理料の入力チェック
1	5	21	1	有床義歯装着後、1月超えから3月以内であるかのチェック
1	5	21	2	同月1回のチェック
1	5	22		有床義歯長期管理料の入力チェック
1	5	22	1	有床義歯装着日から3月を超え1年以内かのチェック
1	6			入院管理
1	6	1		入院基本登録
1	6	1	1	患者の入退院、転科・転室・転病棟情報およびドクターコードの登録・修正・削除ができること。
1	6	1	2	患者の入退院、転科・転室・転病棟情報について、各々日付とともに、時間区分 (朝食前/昼食前/夕食前/夕食後) の入力ができるこ と。
1	6	1	3	ドクターコードについては、選択入力とカナ氏名での検索入力ができること。
1	6	1	4	転室時には、転室前のドクターコードを引き継げること。
1	6	1	5	上記入力データを、全病棟あるいは指定病棟/指定病室単位の空床照会や、指定病室の入院患者照会に即時に反映できること。
1	6	1	6	入退院および転科・転室・転病棟の入院履歴情報は999履歴分を登録・管理できること。

1	6	1	7	入院情報のオーダ取込み時、医者の入院情報（存在するとき）を優先する／しないの運用選択（設定）ができること（オーダ取込みしない／修正オーダとして更新するの選択）。
1	6	1	8	履歴の照会では、転室表示モードと非表示モードの切り替えやドクターコードの登録有無の表示ができること。
1	6	1	9	ドクターコード登録有無マークへのマウス位置付けにより、ドクター名称が表示できること。
1	6	1	10	入院、退院、転科・転室・転病棟の登録・修正時には、それぞれの処理に応じた入力項目のウィンドウが表示できること。
1	6	1	11	表示されている入院・退院・転科・転室・転病棟履歴の選択により、簡単な操作で履歴の削除／一括削除や項目の修正ができること。
1	6	1	12	病棟、病室のほか、ベッドNO. までの入力ができること。
1	6	1	13	保険情報の表示・チェック機能として以下の機能を有すること。
1	6	1	14	・全診療データ保有期間内で有効な保険のみ表示。
1	6	1	15	・入院登録時、入院日より1ヶ月以内に有効期限があれば、法制（保険）コードを色分け表示。
1	6	1	16	・入院登録時、入院月に保険確認していなければ、法制（保険）コードを色分け表示。 また、マウスの位置付けにより、その保険の有効期間を表示できること。
1	6	1	17	最終退院日から3ヵ月未満の場合、入院登録時に前回までの入院料算定履歴を、履歴NO. の指定なしに自動的に引き継げること。
1	6	1	18	前回の退院日から3ヶ月以内（月数設定が可）の入院登録時には、入退院履歴上の前回退院日を色分け（警告）表示できること。
1	6	1	19	差額室料（課税／非課税および外税／内税対応含む）や一般病棟／療養病棟／結核病棟／精神病棟／特定機能病院／専門病院／障害者施設等の各種入院基本料および療養環境加算等々、入院基本料加算等の情報をベッド（病室）マスタから自動設定できること。
1	6	1	20	特定入院料については、入院オーダ取込み時にベッドに合わせた特定入院料を自動発生させることができること。
1	6	1	21	マスタの設定により自動算定される入院料等項目について、特定の患者のみ非算定の指示ができること。
1	6	1	22	差額室料や重症者加算区分の修正・取消機能を有すること。
1	6	1	23	ベッド（病室）マスタの世代管理は、無制限であること。
1	6	1	24	病院運用を考慮し、上記ベッド（病室）マスタ情報や、電気代等の自費項目（一般料金）を画面から入力できること。
1	6	1	25	入院登録および転科登録時、入院カルテ1号紙／入院台帳の発行ができること。また、共観科5個の登録ができること（統計利用）。
1	6	1	26	入院登録時、通算対象他病院日数を入力できること。
1	6	1	27	同一開設者／特別な関係にある他病院からの転院引き継ぎに対応できること。
1	6	1	28	特定患者（入院90日超）のカウントおよびカウント除外（一般病棟／一般病棟以外）に対応できること。
1	6	1	29	入院期間に応じた入院料算定（加算）に対応できること（180日超えの選定療養対応を含む）。
1	6	1	30	入院カレンダー上に180日超え・90日超え期間をわかりやすく色分け表示できること。
1	6	1	31	180日超え日・90日超え日や通算対象入院料算定日数および入院日数（引継ぎ履歴・最新履歴）を表示できること。
1	6	1	32	同一日での転科・転室・転病棟が入力でき、かつ優先して算定する入院履歴の自動選択ができること。既定値で今回履歴を優先することも可能なこと。
1	6	1	33	同一日の医科から歯科（または歯科から医科）への転科を可能とすること。
1	6	1	34	同一日の医科から歯科（または歯科から医科）への転科時に、医科と歯科の入院料を重複して算定できること。
1	6	1	35	同一日の医科から歯科（または歯科から医科）への転科時に、医科と歯科の入院料を重複して算定するとき、入院基本登録画面において、入院日ラベルをダブルクリックすることで、算定の指示（重複算定許可）をできること。
1	6	1	36	ベッド（病室）マスタ優先区分（9種類）の設定により、入院料・室料を考慮した履歴選択ができること（入院料・室料の高い方の選択等）。
1	6	1	37	退院登録時に期間外データの削除ができること。
1	6	1	38	転科時にも遡及処理によるデータ一括修正ができること。
1	6	1	39	入院基本診療データ（保険、外泊、欠食、特食、長期入院算定除外区分、選択食、特定入院等）の登録・修正・削除が、入退院・転科・転室登録と同一画面で行えること。
1	6	1	40	入院基本診療データの算定状況を、カレンダー形式にて1ヶ月10日分表示できること。
1	6	1	41	入院基本診療データの算定状況を、前月、次月の指示により、過去あるいは未来（翌月）のカレンダー表示ができること。
1	6	1	42	カレンダーマップ切替により、一般料金（ベッド（病室）マスタ設定 または 画面入力）の日単位での非算定入力と選定療養の対象／対象外入力ができること。
1	6	1	43	カレンダーマップ切替により、外泊時に非算定にしたい一般料金項目の設定ができること。
1	6	1	44	入院基本診療データの登録・修正時には、それぞれの処理に応じた入力項目のウィンドウが表示できること。また、簡単な操作で診療の削除や修正ができること。
1	6	1	45	入院基本診療データの日付入力については、カレンダー日付のマウス選択（単一日） およびドラッグ（連続日）による入力ができること。
1	6	1	46	入院料保険について、カレンダー上へのマウス位置付けにより、当該日付と指定保険情報（法制コード・継続区分、減免コード、請求区分）を表示できること。
1	6	1	47	入院料保険について、任意の保険指定時に法制（保険）コードを色分け表示するとともに、利用者で設定したメッセージを警告表示できること。
1	6	1	48	療養病棟における医療区分、ADL区分の変更に伴う算定変更をマップ形式に入力できること。
1	6	1	49	医療区分・ADL区分に係る評価票が出力できること。
1	6	1	50	療養状態の入力については、NO.、期間、区分の手入力もしくはマップ形式の該当項目、該当日をマウスでドラッグして入力できること。
1	6	1	51	療養状態の入力チェックとして、連続算定可能日数超えのチェックができること。
1	6	1	52	療養状態の入力チェックとして、特定日からの算定期間超えのチェックができること。
1	6	1	53	療養状態の入力チェックとして、背反項目チェックができること。
1	6	1	54	外泊の場合、理由として（精神疾患治療目的）が入力できること。
1	6	1	55	診療マップの表示のうち、欠食表示を時間区分の表示または欠食数の表示のいずれかを選択できること。
1	6	1	56	診療マップの表示のうち、特食は1食ずつ特食の区分が表示されること。
1	6	1	57	特食の場合、特食区分のほかに特食を算定する保険（自費含む）の指定ができること。
1	6	1	58	特食の場合、1食ずつ特食区分を指定することができること。
1	6	1	59	鼻腔栄養（処置）については、特食区分（鼻腔栄養食事不可／食事可／特食可）の利用（選択入力）による特食入力ができること。
1	6	1	60	市販流動食については、特食区分の利用（選択入力）による特食入力ができること。
1	6	1	61	栄養管理システムと接続し、患者基本情報を伝達できること。
1	6	1	62	栄養管理システムと接続し、外泊、欠食、特食、選択食等の食事データを取込むことができること。
1	6	1	63	入院中に他医療機関を受診した場合の入院料減額入力について、入院基本登録画面にて減算指示を登録し、自動算定できること。
1	6	1	64	入院中に他医療機関を受診した場合の入院料減額入力については、以下の8つに対応すること。 ・入院基本料減算 ・入院基本料減算（透析等目的とした他医受診） ・療養病棟入院基本料等減算（包括診療行為を算定） ・療養病棟入院基本料等減算（包括診療行為を未算定） ・特定入院料減算 ・特定入院料減算（透析等目的とした他医受診・包括診療行為を算定） ・特定入院料減算（包括診療行為を未算定） ・認知症治療病棟入院料減算（透析目的とした他医受診・包括未算定）
1	6	2		入院請求書

1	6	2	1	入院患者に対して、入院データ入力と入院基本登録で入力されたデータを基に、診療費の計算を行い、患者請求書の発行ができること。
1	6	2	2	請求書発行時、自動もしくは指示により、強制発行／未発行や未処理扱いの選択ができること。
1	6	2	3	請求書発行時、自動もしくは指示により、保険組み合わせ別発行／保険まとめ発行、未収扱い／入金扱いの選択ができること。 ・未収発行 ・入金済み ・退院会計は入金済み、定期請求は未収発行
1	6	2	4	請求済み期間（診療データ保存期間分）の再計算ができること。再計算後の患者請求書は、自動もしくは指示により、差額発行、新規発行および調定発行かの選択ができること。
1	6	2	5	即時処理の退院会計、試算会計（未来日までの入院料・入院データ計算を含む）および一括処理の定期請求の機能を有すること。
1	6	2	6	画面から支払い期日の変更ができること。
1	6	2	7	定期請求・月1回運用時、入院請求書を（月初～設定日（15日等）までの差額室料のみ）と（前記以外分）とに分けて、差額室料のみの中間（分離）請求に対応できること。
1	6	3		退院会計
1	6	3	1	退院会計では、請求書イメージと過去の未収金合計、入院情報（入院開始日・科・病棟・病室・ベッドNO.）、前回請求額、前回入金額、今回請求額を表示できること。
1	6	3	2	請求期間毎の請求履歴と保険を表示し、請求履歴の選択または未請求分の既定値選択により、請求明細表示エリアに請求書イメージを表示できること。
1	6	3	3	請求期間の設定と表示は翌月末まで対応できること。
1	6	3	4	請求期間内での請求締め日の入力による会計もできること。
1	6	3	5	退院会計での請求書イメージ表示については、明細行を10行以上、料金明細内訳項目（欄）を50項目まで設定できること。
1	6	3	6	退院請求書への出力コメントは、定型コメントを5個まで選択入力ができること。また、20文字以上のフリーコメント入力もできること。
1	6	3	7	請求書が複数枚になる場合を考慮し、画面への枚数表示（1/2枚等）ができること。
1	6	3	8	請求期間毎の発行と1枚にまとめて発行（同月内請求期間併合）の選択および試算書の発行の選択ができること。
1	6	3	9	退院請求書を発行する際のプリンタを指定できること。
1	6	3	10	試算請求書発行時に、請求金額の修正ができること。
1	6	3	11	請求済み期間内の未請求分を次回請求に反映し、同月内での差額計算機能を有すること。この時、同月内での複数入院履歴のまとめ計算もできること。
1	6	3	12	複数期間の試算請求を連続して行えること。この時、DPC対象で月を跨って入院中の患者についても正しく試算できること。
1	6	3	13	高額療養費の年4回以上に該当するケースの場合、マスタ設定により、会計時に限度額を自動的に切り替えることができること。
1	6	3	14	高額療養費の年4回以上に該当するケースの場合、マスタ設定により、会計時に（多数該当）である旨をチェックし、警告が出力できること。
1	6	3	15	差額室料のみの請求ができること。
1	6	4		定期請求
1	6	4	1	定期請求では、請求期間の選択や請求書コメント5個分の選択入力ができること。
1	6	4	2	定期請求では、請求書発行日を指定できること。
1	6	4	3	同月内の全請求期間の料金計算指示および退院登録済み患者の再計算を行うか否かの選択ができること。
1	6	4	4	患者、科、病棟、病室、保険（減免保険）単位による請求書発行停止および限定発行機能を有すること。何れも複数指定（特に制限なし）ができること。
1	6	4	5	患者指定で請求書発行停止あるいは限定発行を行う場合、患者IDをテキストファイルから一括して取込めること。
1	6	4	6	上記処理では、病棟限定発行時に、特定患者の発行停止を行う等の柔軟な運用もできること。
1	6	4	7	月に2、3回の定期請求運用時、患者単位で月1回の定期請求を行う運用も可能なこと。
1	6	4	8	仮実行（料金データ未作成）やリスタート処理（前回中断患者の次患者から再開）の機能を有すること。
1	6	4	9	定期請求指示画面上に、請求書発行情報（請求書まとめ区分、入金処理区分、発行・未発行区分、再計算時発行区分）を表示できること。
1	6	4	10	定期請求指示画面上で、請求書発行情報（請求書まとめ区分、入金処理区分、発行・未発行区分、再計算時発行区分）を実行前に変更可能なこと。
1	6	4	11	定期請求により発行された請求書の、一括取消し機能を有すること。
1	6	4	12	定期請求の実行中に処理中の状況表示（対象患者数、処理患者数、発行枚数、処理中患者ID・氏名を表示）ができること。
1	6	4	13	定期請求の実行中、処理のキャンセル（中断）ができること。
1	6	4	14	処理実行後には、請求一覧表（定期請求ブルーリスト）の画面表示や帳表出力ができること。
1	6	4	15	請求一覧表（定期請求ブルーリスト）には、患者情報の他に整理番号、今回請求額、前回請求額、入金合計額等を出力すること。
1	6	4	16	定期請求書の出力順として、以下の選択ができること。 ・患者ID順・科、病棟、病室、（ベッド）、患者ID順 ・カナ氏名順・科、病棟、病室、（ベッド）、カナ氏名順 ・病棟、病室、（ベッド）、患者ID順・病棟、病室、（ベッド）、科、患者ID順
1	6	4	17	請求済み期間内の未請求分を次回請求に反映し、同月内での差額計算機能を有すること。
1	6	4	18	高額療養費の年4回以上に該当するケースの場合、マスタ設定により、会計時に限度額を自動的に切り替えることができること。
1	6	4	19	高額療養費の年4回以上に該当するケースの場合、マスタ設定により、会計時に（多数該当）である旨をチェックし、警告が出力できること。
1	6	5		退院証明書発行
1	6	5	1	退院日（期間）を指定し、該当患者の退院証明書を発行できること。
1	6	5	2	退院予定日と患者IDを指定し、退院証明書を発行できること。
1	6	5	3	退院証明書については、CSVファイルやMS-EXCELファイルとして抽出できること。
1	6	5	4	患者基本情報、入院期間履歴、通算対象入院料算定日数、傷病名等の情報を編集して出力できること。
1	6	6		選定入力開始対象患者一覧
1	6	6	1	選定療養が指定範囲内（日付）から始まる患者の一覧を出力できること。
1	6	6	2	患者ID指定による出力もできること。
1	6	6	3	選定入力開始対象患者一覧をMS-EXCELファイルに出力できること。
1	6	7		入院処方一括出力
1	6	7	1	入院前回処方情報の出力処理では、以下の機能を有すること。
1	6	7	2	・全病棟／病棟指定／患者ID指定の出力選択
1	6	7	3	・転出転入先分／最新履歴分の出力選択（複数入院履歴保有時）
1	6	7	4	・処方データの有無による出力／未出力の選択
1	6	7	5	・テスト患者分の出力／未出力の選択
1	6	7	6	・処理中の患者表示と件数表示
1	6	7	7	・処理中断機能
1	6	7	8	入院前回処方情報は外来基本カードとは別形式にて出力できること。
1	7			収入金管理
1	7	1		料金サマリ

1	7	1	1	窓口会計業務で算定された患者への請求金額を基に、入金／未収金の管理ができること。
1	7	1	2	未収情報は永久保存できること。
1	7	1	3	一部入金の分納履歴は無制限に管理できること。
1	7	1	4	患者請求書に対する、料金請求履歴（料金サマリ）照会、入金・未収登録（全額／一部）、請求書（料金データ）訂正、再発行、削除、削除取消および請求書作成・発行の機能を有すること。
1	7	1	5	入金履歴を追加・変更した場合の更新情報（更新日、時間、端末情報、更新者ID、氏名）の表示ができること。
1	7	1	6	サマリ画面に請求書情報の更新情報（更新日、時間、端末情報、更新者ID、氏名）の表示ができること。
1	7	1	7	サマリ画面の表示項目を利用者ごとに並べ替えができること。
1	7	1	8	入金情報を更新した場合に、請求書情報の更新記録も合わせて更新するかどうかを選択できること。
1	7	1	9	職制・利用者ごとに入金登録操作可否の制御ができること。
1	7	1	10	職制・利用者ごとに請求書再発行操作可否の制御ができること。
1	7	1	11	職制・利用者ごとに領収書再発行操作可否の制御ができること。
1	7	1	12	職制・利用者ごとに請求コピー操作可否の制御ができること。
1	7	1	13	職制・利用者ごとに請求書削除・削除解除・未処理解除操作可否の制御ができること。
1	7	1	14	職制・利用者ごとに請求明細変更操作可否の制御ができること。
1	7	1	15	請求書・領収書発行回数の記録ができること。また、その回数を請求書・領収書に印刷できること。
1	7	1	16	料金情報の履歴保存として、（誰が）（いつ）（何処で）料金情報の変更を行ったか、また請求書・領収書の発行を何回行ったかの履歴が参照できること。
1	7	1	17	発行した請求書・領収書については、それぞれの管理番号で管理できるように対応できていること。
1	7	1	18	発行した請求書・領収書についての管理番号は、患者ID＋請求書通番＋枝番＋発行回数で請求書管理番号とし、患者ID＋請求書通番＋入金回数＋発行回数にて領収書管理番号とすること。それらは請求書、領収書に印字できること。
1	7	1	19	入金のある請求書については、修正会計を行うことに連動して削除されないように制御できること。
1	7	1	20	請求書・診療明細書・領収書について、それぞれ印刷プレビュー表示及び印刷ができること。
1	7	1	21	請求書再発行の際に、振込用紙も同時に発行できること。
1	7	1	22	料金サマリ他の画面上で患者住所情報の参照ができること。
1	7	1	23	入外、科まとめ／診療科別、対象科、抽出対象期間、保険まとめ／保険別 等の抽出条件により、対象患者の請求書を検索できること。
1	7	1	24	入外、科まとめ／診療科別、対象科、抽出対象期間、保険まとめ／保険別 等の抽出条件により検索した請求書を、合算して出力できること。
1	7	1	25	請求書の検索は、患者IDの入力またはテキストファイルからの読み込みでも可能であること。
1	7	1	26	患者IDまたは整理（請求書）番号の入力により、請求書情報を画面表示できること。請求書情報は1履歴（1明細）単位に罫線を引き、見やすく表示できること。また、行単位のスクロール表示においても、上下に1履歴（1明細）単位でシフトできること。
1	7	1	27	入外、科、発行日（期間）、入金日（期間）、診療日（期間）、保険、入金分／未収分／全件等、請求書内容の指定による限定検索ができること。
1	7	1	28	一面にて13枚分の請求書情報を表示できること。また、請求書選択後、前記の各処理（入金・未収登録、請求書訂正、再発行、削除、削除取消）に遷移できること。
1	7	1	29	請求書情報表示の対象を全期間分／当月分／前月分／前月以前分／前月以降分／期間指定分等、自由に切り替えられること。
1	7	1	30	請求書情報のうち、未収分のみを表示対象にできること。
1	7	1	31	請求書情報のうち、満額入金済の分のみを表示対象にできること。
1	7	1	32	検索された請求書情報の合計情報として、合計点数、合計金額、患者負担額、減免額、消費税額、請求額、食事標準負担額を表示できること。
1	7	1	33	請求書情報について、発行日／診療日／入金日／未収額順での並べ替えができること。また、各々の表示順について、昇順／降順の切り替えができること。
1	7	1	34	請求書情報として、整理（請求書）番号、入外、科、発行日、発行状況（通常／未処理／未発行 等）、診療日（期間）、請求額、入金額、未収額、未収理由、削除理由、入金日、入金時間、入金区分、保険、請求書コメント（2個）、請求書フリーコメント、請求先住所、請求先名称を表示できること。
1	7	1	35	請求書情報について、表示倍率の変更、表示サイズの拡張ができること。また、変更した表示方法を利用者ごとに保存できること。
1	7	1	36	入外別の支払い期日の設定および請求書単位の支払い期日の入力ができること。
1	7	1	37	入金登録の際、入金日と受領日、2つの日付を登録できること。これにより、営業日と実際に入金した日とを分けて管理できること。
1	7	1	38	請求書に対する入金履歴は、画面を切り替えることなく、料金サマリ画面で参照できること。
1	7	1	39	入金履歴情報として、入金日、受領日、入金額、入金区分、管理区分、入金端末、入金者ID、入金者氏名、更新日、更新時間を表示すること。
1	7	1	40	分納請求書の場合、入金履歴は直近の入金情報から順にすべての履歴を表示していること。
1	7	1	41	入金・未収登録では、入金区分（現金、小切手、カード等）、管理区分（市町村振込等）および未収区分（持ち合わせなし、患者不在等）の登録・管理ができること。
1	7	1	42	入金区分（現金、小切手、カード等）は、病院独自の内容で設定可能なこと。
1	7	1	43	管理区分（市町村振込等）は、病院独自の内容で設定可能なこと。
1	7	1	44	未収区分（持ち合わせなし、患者不在等）は、病院独自の内容で設定可能なこと。
1	7	1	45	入金・未収登録を行わずに、未収区分のみを変更できること。
1	7	1	46	分納入金時に領収書の発行ができること。この時、領収書番号の自動採番も可能なこと。
1	7	1	47	未収登録時に、未収となった請求書の発行状況を未処理にするか更新しないかの選択ができること。
1	7	1	48	期間指定を行い、期間内の未収履歴に対する処理を順次できること。
1	7	1	49	入金履歴が削除されないよう設定可能なこと。
1	7	1	50	請求書情報の中から、期間を指定して、複数請求書情報を1枚にまとめて発行できること。
1	7	1	51	0点0円請求書の出力ができること。
1	7	1	52	0円入金ができること。
1	7	1	53	料金明細内訳欄（初再診料、投薬料、注射料・・・等々）は50個まで設定できること。
1	7	1	54	請求書イメージ明細行は、保険分／保険外分、非課税分／課税分や減免額等を考慮し、10行分以上保有できること。 ・保険点数 ・金額 ・保険外課税分 ・減免保険外課税分 ・内税額 ・保険外点数 ・保険適用分 ・保険外非課税分 ・減免保険外非課税分 ・外税額等
1	7	1	55	請求書のうち、削除請求書は色分けして表示し、判別し易くすること。
1	7	1	56	削除請求書に対して、削除理由（書損、不能欠損等）を設定できること。
1	7	1	57	削除理由（書損、不能欠損等）は、病院独自の内容で設定可能なこと。
1	7	1	58	請求書情報のうち、削除請求書を表示対象外にできること。
1	7	1	59	既存の請求書をコピーして、別請求書の新規作成・発行ができること（診療行為以外の請求書を含む）。
1	7	1	60	コピーして作成した請求書は、料金サマリ画面で色分けする等して、判別しやすく表示すること。

1	7	1	61	請求書コメント5個および減免コード（法制コード）の選択入力・修正ができること。また、請求書フリーコメント（20文字以上）の入力・修正ができること。
1	7	1	62	コメントメンテナンスにおいて作成した請求書コメントを出力できること。また、コメントメンテナンスにおいて、請求書フリーコメントの修正・削除ができること。
1	7	1	63	患者ごとに当日未処理分/全期間未処理分/全期間未収分の請求履歴を表示し、一括もしくは個々の請求履歴に対し、発行入金/未発行入金/発行未収/未発行未収の処理ができること（請求書発行サマリからの入金登録）。
1	7	1	64	請求書発行サマリで、請求書情報を発行日/診療日/入金日順での並べ替えができること。また、各々の表示順について、昇順/降順の切り替えができること。
1	7	1	65	請求書発行サマリでは、入外別未収件数・金額および当日の未会計科を表示できること。
1	7	1	66	預り金の入力により、釣り銭表示ができること。
1	7	1	67	POSレジと接続して入金処理を行った場合、請求書情報としてどのPOSレジから入金されたのか等、リアルタイムに確認できること。
1	7	1	68	自動入金機と接続して入金処理を行った場合、請求書情報としてどの自動入金機から入金されたのか等、リアルタイムに確認できること。
1	7	1	69	デビットカードによる入金処理機能を有すること（デビットカードの対応は、自動入金機接続時とする）。
1	7	1	70	料金後払いシステムと接続し、後払いシステムに対して患者属性（氏名/性別/生年月日/保険/住所等）を送信できること。
1	7	1	71	設定により、フォントをメイリオに変更できること。
1	7	2		<b>締め処理</b>
1	7	2	1	締め日の設定ができること。この時、締め処理以降の入金を、締め日に行ったことにできること。
1	7	2	2	締め日を、入金登録時の入金日に反映できること。
1	7	2	3	当日の外来、入院およびその他の請求書発行枚数、請求額、入金額（当日分・以前分）の最新情報を随時照会できること。なお、当日のみでなく過去日についても照会できること。
1	7	3		<b>収入金管理帳表</b>
1	7	3	1	収入金管理帳表については、すべて画面に出力帳表イメージを表示できること。 また、MS-EXCELに出力して二次加工ができること。
1	7	3	2	収入金管理（帳表）データの抽出や収入金管理（帳表）データの編集・加工が容易にできること（院内での処理を考慮し、市販ソフト [例] MS-ACCESS、MS-EXCEL等の活用が図れること）。
1	7	3	3	以下に示す収入金管理帳表の作成ができること。また、帳表作成時、入院分/外来分の限定や対象年月日の範囲指定ができること。
1	7	3	4	・現金払込書
1	7	3	5	・項目別集計一覧
1	7	3	6	・削除請求一覧
1	7	3	7	・取消し入金一覧表
1	7	3	8	・書損患者一覧表
1	7	3	9	・請求患者一覧表
1	7	3	10	・請求書一覧
1	7	3	11	・督促郵送リスト
1	7	3	12	・入金一覧
1	7	3	13	・入金患者一覧表
1	7	3	14	・入金明細リスト
1	7	3	15	・発行請求一覧
1	7	3	16	・返金一覧
1	7	3	17	・返金患者一覧表
1	7	3	18	・未収患者一覧表
1	7	3	19	・未収金一覧
1	7	3	20	・未収請求一覧
1	7	3	21	・未納整理簿
1	7	3	22	・請求書発行履歴一覧（入外区分の限定は不可）
1	7	3	23	・領収書発行履歴一覧（入外区分の限定は不可）
1	7	3	24	・入金履歴一覧（入外区分の限定は不可）
1	7	3	25	・未収履歴一覧（入外区分の限定は不可）
1	7	3	26	・書損履歴一覧（入外区分の限定は不可）
1	7	3	27	・過去日修正履歴一覧（入外区分の限定は不可）
1	7	3	28	各種帳票については、請求書運用と領収書運用の場合とで、出力仕様の切替ができること。
1	7	3	29	請求書、領収書のフォーマットを別々に指定できること。
1	7	3	30	督促状発行機能を有すること。（郵便振込用紙・督促郵送リスト出力）抽出条件として、対象期間、対象外患者、法制（保険）コード、科コード、入外区分、未収金額等を指定できること。
1	7	4		<b>預り金管理</b>
1	7	4	1	患者からの預り金の登録、修正等の管理ができること。
1	7	4	2	何の名目で預り金を受領したのか、費目を分けて管理できること。
1	7	4	3	預り金の費目ごとに、預り金の既定値を設定できること。
1	7	4	4	複数回に分けて預かった場合には、合計金額が表示できること。
1	7	4	5	近傍プリンタから預り証の発行ができること。
1	7	4	6	発行する前に、預り証を画面上でプレビューできること。
1	7	4	7	控えとして預り証をあらかじめ指定した枚数（複数枚）発行できること。2枚目以降は、控えであることがわかるように特定の文字を出力できること。
1	7	4	8	預り証を出力するプリンタを、画面上で設定できること。
1	7	4	9	証書番号を採番し、管理できること。
1	7	5		<b>出産育児一時金支援システム</b>
1	7	5	1	出産育児一時金制度に対応した請求機能を有すること。
1	7	5	2	出産育児一時金支援システムでは、患者IDを入力し、保険・入院期間を選択し、明細入力ができること。
1	7	5	3	直接支払制度を利用するかどうかの設定を入力できること。
1	7	5	4	明細書は患者個人向けに出力できること。
1	7	5	5	登録した情報はサマリ画面から確認、保留処理等もレコード単位でできること。
1	7	5	6	登録した情報はサマリ画面から処理を行い、専用請求書を出力できること。
1	7	5	7	専用請求書は紙、CSVファイルそれぞれでの出力ができること。
1	7	5	8	退院会計時に患者負担額上限を超えた部分に対して自動で全体減免ができること。
1	8			<b>外来診療予約</b>
1	8	1		<b>予約</b>
1	8	1	1	予約の登録・修正・削除・照会ができること。
1	8	1	2	基本スケジュールと月例スケジュールを登録して管理ができること。
1	8	1	3	基本スケジュールと月例スケジュールをメンテナンス出来る画面を有しており、時間枠・1日枠など定数を設定できること。
1	8	1	4	予約スケジュールメンテナンス画面により、スケジュールを指定した期間、一括で展開することができること。
1	8	1	5	カレンダー上に、休日/スケジュール・予約状況/予約枠の満員表示が、わかり易く表示されること。
1	8	1	6	同一日同一時間の重複チェックを行うこと。
1	8	1	7	予約枠の重複チェックを行うこと。
1	8	1	8	予約患者の一覧が、画面で確認できること。

1	8	1	9	オーダーリングシステムへの予約情報転送、あるいは、予約オーダーからの予約情報受信が可能なこと。
1	8	1	10	予約分の一括処理として、外来基本カードの一括発行や自動カルテ棚側へ出庫指示情報の伝達ができること。
1	8	1	11	予約のある患者に対して、来院受付を行うための受付情報を作成できること。
1	8	1	12	診療予約の場合には、(薬のみ) (検査のみ) 等の区分に分けて登録できること。
1	8	1	13	患者を指定しての予約票発行ができること。
1	8	1	14	対象日の予約患者一覧表が出力できること。
1	8	1	15	対象日の予約キャンセル患者一覧表が出力できること。
1	8	1	16	対象日の医師スケジュール一覧表が出力できること。
1	9			診療報酬請求業務
1	9	1		レセプト・会計カード作成
1	9	1	1	患者登録業務で登録された基本、保険、病名および入院・入院基本診療データと窓口会計業務で入力された診療内容を編集して、診療報酬明細書(レセプト)の作成ができること。 また、レセプトの摘要欄の右側にカレンダーマップを付加した会計カードの作成ができること。
1	9	1	2	支払基金、国保連へのオンライン請求用電子ファイルの作成もできること。
1	9	1	3	レセプト電算用電子ファイルのデータ形式を元にして、医科・歯科レセプトイメージでの内容の確認ができること(患者指定を含む)。
1	9	1	4	レセプト電算処理データの作成状況を、全件表示や患者指定表示により確認できること(提出先別・入外・診療科別件数表示や患者レセプト情報等)。
1	9	1	5	レセプト電算用電子ファイルを直接修正できるパッチツールを提供でき、診療データ保存期間外の保留レセプトに対して、レセプト電算用電子ファイル作成後の修正が可能であること。
1	9	1	6	院内チェック用の院外処方情報を含んだレセプト電算ファイルを出力できること。
1	9	1	7	紙提出、電子ファイル提出のレセプトを一覧の中で区別し管理できること。
1	9	1	8	レセプト電算処理では、患者氏名に外字が存在するとき、全てカナ氏名として出力することもできること。
1	9	1	9	レセプト電算処理では、外来基本カードや他業務にて使用している医療機関名称と異なる医療機関名称を出力できること。
1	9	1	10	レセプト電算処理では、病床機能報告制度に対応した病棟コードの出力ができること。
1	9	1	11	診療科記録の際に、月内最終診療科もしくは最も算定点数の高い診療科かを選択できること。
1	9	1	12	C S Vレコード(カルテ番号等)エリアに、設定により患者ID、表記科、診療科、病棟コード、ドクターコードの記録ができること。
1	9	1	13	一般、労災(アフターケアレセプト含む)、生保、公害、自賠、歯科のレセプトに対応できること(自費レセプトの単独出力を含む)。
1	9	1	14	自賠責レセプト(健保/労災準拠)については、専用紙出力に対応できること。
1	9	1	15	自賠責レセプトの出力については、通院月、通院日のまる囲み、通院日数、診療期間、請求金額、請求先名または受領元名、医師名の自動編集機能を有すること。
1	9	1	16	公害レセプトの疾病名欄の最上段に認定疾病名を出力し、○付けができること。
1	9	1	17	労災準拠自賠責の全額患者請求および併用自賠責(食事療養費等の患者請求対応含む)への対応ができること(自賠責10割給付/0割給付)。
1	9	1	18	対象診療年月、出力C S V形式(提出用/院内チェック用)、出力先を引数に指定して、レセプト電算C S Vファイルの自動作成が可能なこと。
1	9	1	19	事前で一括編集処理を必要とせず、作成指示後に即座に出力を開始できること。また、複数端末・複数プリンタでの処理と出力が同時できること(再出力を含む)。
1	9	1	20	レセプトおよび会計カードはページプリンタによるカット紙出力および1号紙・続紙の連続出力ができること。また、枠線等の印刷についても白紙への出力ができること。
1	9	1	21	会計カードは1ページ目(1号紙)と2ページ目以降(続紙)を、異なるレイアウトで出力できること。
1	9	1	22	続紙のみの出力や1号紙のみの出力ができる機能を有すること。
1	9	1	23	D P C請求病院において、コーディングデータの作成のみ行うことも可能なこと。
1	9	1	24	端末画面での出力条件として、以下の設定と選択できること。 また、抽出条件により、当日(期間指定可)処理患者のレセプト処理ができること。
1	9	1	25	・請求年月・医科/歯科/早期(退院日指定)/定期/全件
1	9	1	26	・レセプト/会計カード/レセプトチェック等・入院/外来・患者指定/全体
1	9	1	27	・申請中の扱い(全て出力/申請中のみ出力/申請中以外出力)
1	9	1	28	レセプトは早期・定期の処理が可能であり、診療科別・科まとめそれぞれで早期・定期の処理ができること。
1	9	1	29	レセプト電算ファイルについても、早期・定期処理にて作成できること。
1	9	1	30	診療報酬保存月内の指定患者(複数可)のレセプトおよび会計カードを出力できること。
1	9	1	31	患者指定レセプト出力機能として、テキストファイルから10,000件以上の複数患者を指定し、レセプトの一括発行ができること。 また、患者IDの手入力でも同様に10,000件以上の複数患者を一括処理できること。
1	9	1	32	テキストファイルから複数患者を指定し、レセプトの一括保留ができること。
1	9	1	33	一括保留された過去分レセプトを、当月分レセプトと同時に発行することもできること。
1	9	1	34	指定した日付(期間)に診療が存在するレセプトの抽出ができること。
1	9	1	35	事前に用紙別・診療科別/病棟別(入院)の対象レセプト件数を表示できること。
1	9	1	36	出力選択機能として、以下の3パターンを指定できること。
1	9	1	37	・用紙 -----複数/全件可
1	9	1	38	・レセプト科(入院時は病棟) -----複数/全件可
1	9	1	39	・用紙、レセプト科(入院時は病棟) -----複数/全件可
1	9	1	40	出力選択機能として、入院レセプトについても科毎での出力指定ができること。
1	9	1	41	端末画面に出力処理中患者一覧と処理中件数を表示できること。
1	9	1	42	入院患者のレセプト処理の場合も、科名称(最終診療科)を表示できること。
1	9	1	43	出力処理中患者一覧では、処理状態、患者ID、患者氏名、主保点数、科名称、レセプト様式番号および エラー情報を表示できること。
1	9	1	44	処理中件数表示では、用紙名称、レセプト科名称、病棟名称、対象件数、処理件数、エラー件数およびワーニング件数を表示できること。
1	9	1	45	レセプトおよび会計カードの出力順として、入外別に以下の項目を自由に組み合わせることができ、医保編綴順に準じた出力や国保編綴順の個別条件設定にも柔軟に対応できること。可) ・レセプト様式(医保・本人・単独)等 ・患者ID ・病棟 ・カナ氏名 ・科 ・ドクターコード ・主保険 ・年齢ソートフラグ ・保険者番号 ・その他(個別カスタマイズ条件設定:個別対応)
1	9	1	46	年齢ソートフラグの指定により、後期高齢者・高齢受給者(それぞれ8割、7割毎)・未就学児毎にまとめたソート処理に対応できること。全体で最大20項目のキー指定を最大10パターンまで登録できること。
1	9	1	47	レセプト処理前後に、対象月、入外、様式別・科/病棟別合計件数の出力有無およびソート順(患者ID順/様式別出力順/レセプト出力順)を指定し、レセプト対象患者一覧を作成できること(様式別出力順:様式、保険者番号、患者ID順)。
1	9	1	48	レセプト対象患者一覧では、点数(何万点以上(レセプト処理後))、まる長、主保険(10個まで)等を指定し、対象患者を限定して出力できること。



1	9	1	49	レセプト対象患者一覧には、様式、患者ID、患者氏名、科名、保険情報、日数情報、合計点数情報、高額療養費情報、一部負担金情報等を出力・表示できること。
1	9	1	50	レセプト作成後に、レセプト作成リストやエラーリストの出力和画面表示ができること。
1	9	1	51	レセプト作成/エラーリストには、レセプト様式（(医保単独・本人・外来)等）、患者ID、患者氏名、主保険点数、科名、実日数、エラー情報等を出力できること。入院の場合、科名には最終診療科を出力できること。また、定期レセプト作成時には、早期レセプト分に対する差し替え情報（差し替えサインと前回NO.）を出力できること。
1	9	1	52	必要に応じ、用紙切り替えのためのテスト印刷メッセージを表示できること。
1	9	1	53	レセプト欄外情報として、様式内連番とは別に診療科別連番・全体ページ数の出力ができること。
1	9	1	54	レセプト欄外情報に、科名称、病棟、ドクターおよび患者基本情報のVIPサインと法人区分を出力できること。
1	9	1	55	以下に示すレセプトメッセージの出力ができること。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・算定科/算定日（初診等）</li> <li>・初回算定日</li> <li>・診療日</li> <li>・前回算定日（前回がない場合、(初回)表示）</li> <li>・一部負担金他科徴収済み（算定科表示可）</li> <li>・同日受診</li> <li>・他保険受診/保険切り替え</li> <li>・退院時投与（日数表示）（重複投与期間考慮）</li> <li>・端数切り上げ時の残余破棄メッセージ</li> <li>・（判断料は別に算定）メッセージ（入外/他科/他保険）</li> <li>・処方料、処方箋料と実日数比較メッセージ</li> <li>・処方箋料への（後発医薬品含む）/（外来内服薬通減）メッセージ</li> <li>・特定入院基本料算定除外コメント（(特外)メッセージ）</li> <li>・選定療養算定/算定除外コメント（(選) / (選外)メッセージ）</li> <li>・6歳未満自己血輸血の体重コメント出力</li> <li>・レセプト主病名への（主）表示</li> <li>・（15歳未満）等々、各種年齢区分表示</li> <li>・リハビリの単位数、実日数表示</li> <li>・（70/100）等々、各種通減表示</li> <li>・緊入コメント</li> </ul>
1	9	1	56	紙レセプト内訳欄（摘要欄）に出力するカナ文字は、半角か、全角かの選択が可能なこと。摘要欄の点数×回数および摘要欄にあふれた病名の番号・（）・開始日は半角出力とすること。
1	9	1	57	紙レセプトの摘要欄に、外来管理加算の労災特例算定時、「特」の字を○で囲んだ文字の出力ができること。
1	9	1	58	チェック用として院外処方内容の出力ができること。 院外処方内容の出力方法として以下の機能を有すること。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・院外処方薬合計点数が指定点数以上のレセプトのみ出力対象とするか否かの選択機能</li> <li>・0点表示/点数表示の選択機能</li> <li>・通常出力/続紙へ出力の選択機能</li> </ul>
1	9	1	59	レセプトイメージをファイルに保存、出力（表示）することができること。
1	9	1	60	会計カードでは、チェック用として院外処方だけでなく、0点項目の出力機能や入院主治医・診療科情報のマップ表示機能を有すること。
1	9	1	61	入院会計カードでは、入院診療と入院中外来診療の別、かつ科別に分けた状態で出力し、なおかつ、入院診療分のみ、入院中外来診療分のみでの出力ができること。
1	9	1	62	医保（社保）系および国保系（退職者含む）レセプトのOCRエリアへの出力に対応していること。
1	9	1	63	三者併用の公費併用レセプトの「療養の給付」欄の「一部負担金額」の括弧書きについて、公費2が県単公費適用の場合には都道府県や審査支払機関に応じて括弧書きの計算方法、記載方法を変更できること。
1	9	1	64	早期レセプト作成後、病名情報を更新した場合（病名オーダ含む）には、その病名に該当する定期レセプトのみの出力ができること。
1	9	1	65	病名の補足コメントがレセプトへの出力およびレセプト電算への記録ができること。
1	9	1	66	レセプトの病名開始日（保険開始日より古い場合）を保険開始日に置換えて出力できること。
1	9	1	67	労災レセプトにおいても、保険詳細情報の傷病年月日が未登録の場合、病名開始日を労災保険開始日に置換えて出力できること。
1	9	1	68	病名が登録されていないレセプトのみの出力が可能であること。
1	9	1	69	生保単独、感予+生保、精神+生保レセプトの集約処理（保険まとめ処理：単独のみ集約/単独・併用それぞれ集約/全て集約等）ができること。
1	9	1	70	生保（法別番号：12）あるいは中国残留邦人等（法別番号：25）と以下の保険が適用となっている患者のレセプトを1枚にまとめられること。 ※生保（法別番号：12）については、下記保険の他、マスタ設定にて対象の保険を追加することが可能。 <ul style="list-style-type: none"> <li>◇更生医療（法別番号：15）</li> <li>◇育成医療（法別番号：16）</li> <li>◇精神通院医療（法別番号：21）</li> <li>◇小児特定疾患治療研究事業（法別番号：52）</li> <li>◇難病医療（法別番号：54）</li> </ul>
1	9	1	71	補填公費であっても、任意の公費負担者番号については公費併用レセプトで出力が可能であること。
1	9	1	72	運用選択（設定）により、同月内に複数の入院履歴があり、それらが引継がない関係の場合、レセプト定期欄の入院年月日に古い入院履歴の入院日を出力するか、最新の入院年月日を出力するかを選択できること。
1	9	1	73	精神病床への入院年月日のレセプトへの出力およびレセプト電算への記録ができること。
1	9	1	74	DPC対象患者について、DPC包括レセプトと出来高イメージレセプトいずれかを指示してレセプト出力およびレセプトイメージの画面表示が可能なこと。
1	9	1	75	マップ形式で入力した患者の疾患、状態等（療養病棟）を日付順にコメント出力（記録）ができること。
1	9	1	76	一括で診療データ、一部負担金データを再計算後、引き続きレセプトデータの作成ができること。
1	9	1	77	レセプト編集の中間データを、画面上から参照および修正が可能であること。
1	9	1	78	指定した点数以上のレセプトについて、症状詳記レコードの作成ができること。
1	9	1	79	症状詳記の内容を登録およびレセプト電算請求に含めて提出できること。
1	9	1	80	症状詳記の登録時に入力を容易にするため、テンプレート、定型文の登録、過去履歴からの引用ができること。
1	9	1	81	症状詳記は、会計登録を行っていない場合（診察中・オーダ中等会計取込み前）にも登録できること。
1	9	1	82	症状詳記は、電子カルテからもデータ登録が可能なこと。
1	9	1	83	カルテ3号紙（カルテ裏書きイメージ：診療日単位に診療区分別の点数・金額情報を表示）の発行ができること。
1	9	1	84	患者の診療日単位の請求情報として、以下の内容をカルテ3号紙画面で参照できること（カルテ裏書きイメージ）。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・日付</li> <li>・診療科</li> <li>・入外</li> <li>・保険情報</li> <li>・種別項目</li> <li>・点数</li> <li>・負担金徴収額</li> <li>・食事療養算定額/標準負担額</li> </ul>

1	9	1	85	高額レセプト用の薬剤日計表の出力ができること。対象月、入外、指定点数以上および患者・保険の一括指定機能を有すること。
1	9	1	86	電子レセプトの記録条件仕様の変更に対応し、健康保険証情報の枝番追加に対応できること。
1	9	1	87	電子レセプトの記録条件仕様の変更に対応し、受診日等（実日数のカウント有無情報）の記録に対応できること。
1	9	1	88	電子レセプトの記録条件仕様の変更に対応し、窓口負担額（高額療養費の現物給付有無情報）の記録に対応できること。
1	9	2		レセリング
1	9	2	1	レセプト編集情報をもとに、医科歯科の医保・国保・公費・DPC等、労災・自賠責を含む全様式レセプトについて、画面上へのレセプトイメージ表示が可能なこと。
1	9	2	2	レセプトイメージ表示にて、1患者で複数枚にわたるレセプトの場合は、1号紙から続紙に順々に切り替えて内容を表示でき、また、任意に戻ること可能なこと。
1	9	2	3	レセプトイメージ表示では、複数患者を指定し、複数様式分を順次画面表示できること。
1	9	2	4	レセプトイメージ表示画面から、修正画面（基本・保険登録、病名登録、入院基本登録、会計カード、症状詳記）との連携処理ができること。
1	9	2	5	レセプトイメージ表示と合わせて、レセプトチェック結果の表示ができること。
1	9	2	6	レセプトチェックに使用する標準的なマスタを提供できること。 また、マスタ項目については、利用者で独自に変更、追加が容易にできること。
1	9	2	7	基金コードを元にしたマスタにより、診療データ、病名データの入力誤りや入力漏れによるレセプト記載内容の誤りを事前にチェックし、警告・エラーリストの出力と画面表示ができること。
1	9	2	8	医事課から医師への点検依頼を登録して、依頼内容をメモとして画面上登録できること。
1	9	2	9	依頼内容のメモについては、テンプレートを登録し、引用できること。
1	9	2	10	レセプト単位の点検ステータスの登録が可能で、進捗の管理ができること。
1	9	2	11	未点検のレセプト、依頼したレセプト一覧等の条件による絞り込み表示が容易にできること。
1	9	2	12	点検結果に関する保険ルールを解説する点検ポイントを表示できること。
1	9	3		総括表作成
1	9	3	1	レセプト作成データを基に、以下に示す総括表と診療報酬請求書（汎用紙）の作成ができること。また、画面に出力帳表イメージを表示できること。
1	9	3	2	・医保診療報酬請求書
1	9	3	3	・国保総括表
1	9	3	4	・医療費助成制度請求書
1	9	3	5	・国保診療報酬請求書
1	9	3	6	・諸法請求書
1	9	3	7	・高額医療対象患者リスト
1	9	3	8	医保請求書では、別掲させたい法制コードの指定ができること。
1	9	3	9	国保請求書では、診療科別で出力したい保険者番号の指定ができること。
1	9	3	10	入外別や社保・国保別のデータ取込みもできること（ひと月に複数回の実施が可能）。
1	9	3	11	レセプト作成データから総括表データに変換処理している割合をゲージ表示できること。
1	9	3	12	総括表データへの変換処理を、レセプト業務同様、複数端末でできること。
1	9	3	13	提出用の総括表・診療報酬請求書（専用様式）の作成できること。
1	9	3	14	保険請求債権管理システムを導入するとき、レセプト（総括表）処理から直接債権DBへの登録ができること。また、請求年月・医科/歯科・入外別に債権DBの削除ができること。
1	9	3	15	保険請求債権管理システムを導入するとき、債権レコード（債権DB）作成時に、申請中公費については、保留登録を自動でできること。
1	9	3	16	レセプトの請求、保留、査定、返戻、過誤、調整、再請求のデータ管理と、それらを反映させた各種債権管理帳表（各種整理簿・台帳）の作成ができること。
1	9	3	17	患者ごとに対象年月、入外による債権レコード（サマリ）の限定表示ができること。
1	9	3	18	患者ごとの債権レコード（サマリ）の表示順を変更できること。
1	9	3	19	保留・返戻されたデータ等について、債権レコード毎に理由の詳細情報をコメント登録できること（500文字まで）。
1	9	3	20	診療実日数、点数、一部負担金、高額療養費、請求金額、食事日数、食事療養費、薬剤/食事負担金のほか、請求内訳情報として診療区分単位（基本診療、投薬、注射、処置……等々）までのデータ管理ができること。
1	9	3	21	DPC対象病院については、出来高入院料と診断群分類点数表に基づく点数の明細を分けて表示できること。
1	9	3	22	テキストファイルを読み込むことにより、債権保留患者の一括登録ができること。
1	9	3	23	債権DB確定処理において、請求年月（請求書提出月）として、診療月の翌月/診療月/診療月の翌々月 の選択（設定）ができること。
1	9	3	24	債権確定後、債権確定前の状態へ戻すことができること。
1	9	3	25	4者併用レセプトの債権データについて、4者目の請求情報（点数/負担金/請求金額）の参照、修正ができること。
1	9	3	26	提出用の総括表・診療報酬請求書（専用様式）の作成ができること。
1	9	3	27	医保/国保診療報酬請求書（専用様式）の出力については、MS-EXCELシートからの出力機能を有すること（医療費助成制度請求書、諸法請求書、高額医療対象患者リストを含む）。
1	9	3	28	以下に示す各種債権管理帳表については、すべて画面に出力帳表イメージを表示できること。
1	9	3	29	・請求済みデータブルーリスト
1	9	3	30	・保留額内訳書
1	9	3	31	・請求データブルーリスト
1	9	3	32	・保留、過誤、返戻レセプト一覧
1	9	3	33	・保険請求額、再請求額内訳書
1	9	3	34	以下に示す債権管理帳表が出力できること。
1	9	3	35	・債権管理簿
1	9	3	36	・未請求整理簿
1	9	3	37	・返戻整理簿
1	9	3	38	・過誤返戻整理簿
1	9	3	39	・審査増減整理簿
1	9	3	40	・過誤増減整理簿
1	9	3	41	・自己負担金徴収依頼書
1	9	3	42	・保険請求一覧
1	9	3	43	・保険請求集計表
1	9	3	44	・債権ブルーリスト
1	9	3	45	レセプト電算処理から債権データを作成し、総括表の出力ができること。（保留対応も可）総括表の出力では、当月診療分（月遅れ請求分含む）と返戻再請求分に分けて出力できること。
1	10			統計
1	10	1		標準統計帳票
1	10	1	1	リネーションデータベースの採用により、統計データの抽出や統計データの編集・加工が容易なこと（標準統計帳票のMS-ACCESS、MS-EXCEL形式ファイル出力機能の提供）。
1	10	1	2	統計データだけでなく、患者基本や病名、診療データ等のオンラインデータを、随時検索できること。
1	10	1	3	点数マスタ上に設定してある統計区分を、病院毎に設定し活用できること。
1	10	1	4	診療情報統計処理（各種患者一覧表の作成も可）のためのデータ抽出ツールを提供できること。
1	10	1	5	以下に示す集計処理ができること。
1	10	1	6	■日次での集計（年月日指定）…………… 日報
1	10	1	7	■同月内での期間指定（1010→1020等）…………… 期間報（複数日）
1	10	1	8	■月次での集計（年月日指定）…………… 月報

1	10	1	9	■年次での集計（0304→0309等）・・・年報/期間報（複数月）
1	10	1	10	月次集計については、日次抽出ファイルの集計を実施するか、または指定月内のデータすべての再抽出・集計を実施するかの選択ができること。
1	10	1	11	年次集計については、上記2通りの月次抽出・集計ファイルのどちらから集計を実施するかの選択ができること。
1	10	1	12	ひと月分カレンダー上への日次抽出分の確認等、統計DBの抽出状況の確認ができること。
1	10	1	13	統計DBについて、抽出済みDBのデータ削除も容易にできること。
1	10	1	14	統計情報（患者数、診療件数、稼働額、診療情報）を抽出する条件を一面で編集、保存、呼出しを行い、抽出処理を実行できること。
1	10	1	15	スケジュールを設定し、統計情報抽出処理を自動実行できること。また設定した抽出条件は保存ができること。
1	10	1	16	医事統計帳表一覧に示す、医事統計帳表の作成ができること。
1	10	1	17	医事統計帳表は、画面に出力帳表イメージを表示、およびCSVデータとしてMS-EXCEL出力ができること。
1	10	1	18	病棟別入院患者数統計および病棟別診療科別入院患者数統計では、（転棟・転室等）の患者数の計上方法をマスタ設定により容易に変更できること。
1	10	1	19	地域別患者数統計および診療科別地域別患者数統計では、全県対象（県別集計）かまたは県コード指定（地域別集計）かの選択ができること。
1	10	1	20	入院の患者数統計と稼働額統計において、会計や入院登録で入力されたドクターに振り分けるか、主治医オーダーで入力されたドクターに振り分けるかの運用選択（設定）ができること。
1	10	1	21	薬剤使用量統計では、院内処方データと院外処方データを分けて出力できること。
1	10	1	22	医事コード別統計では、下記に示す集計項目の選択および対象とする医事コードの全件指定/範囲指定/個別指定（複数）の選択ができること。 ・外来集計/入院集計/外来・入院・合計集計の選択 ・全科集計/診療科別集計/指定科分集計の選択
1	10	1	23	その他抽出・集計条件として、全患者対象かまたは患者（範囲）指定かの選択できること。
1	10	1	24	入院中他科併診のデータを、外来として扱うか、入院として扱うかの、設定できること。
1	10	1	25	住所区分のうち、現住所を対象とするか、勤務先を対象とするか、その他のものを対象にするか、設定できること。
1	10	1	26	診療データで（請求なし）として登録されているものを、カウントするか、カウントの対象としないのか、設定できること。
1	10	1	27	（初診扱いの再診）として登録されている再診情報を、初診としてカウントするか、再診としてカウントするかの設定できること。
1	10	1	28	テスト患者を処理対象に含めるのか、対象外とするのか、設定できること。
1	10	1	29	年齢算定基準日を、月初とするか、月末とするかについて、設定できること。
1	10	1	30	以下に示す医事統計帳票（患者数統計）のグラフ表示が、指示できること。
1	10	1	31	・診療科別外来患者数
1	10	1	32	・診療科別入院患者数
1	10	1	33	・病棟別入院患者数
1	10	1	34	・保険別外来患者数
1	10	1	35	・保険別入院患者数
1	10	1	36	・年齢別性別患者数
1	10	1	37	・地域別患者数
1	10	1	38	・病棟別診療科別入院患者数
1	10	1	39	・病棟別年齢別患者数
1	10	1	40	・診療科別地域別患者数
1	10	1	41	・ドクター別患者数
1	10	1	42	・病棟別病床利用状況
1	10	1	43	・病室別病床利用状況
1	10	1	44	以下に示す医事統計帳票（診療行為件数/使用量統計）のグラフ表示が、指示できること。
1	10	1	45	・検査業務内訳表
1	10	1	46	・放射線業務内訳表
1	10	1	47	・フィルム使用量統計
1	10	1	48	・薬剤使用量統計（金額順）
1	10	1	49	・薬剤使用量統計（名称順）
1	10	1	50	・文書料等内訳表
1	10	1	51	・医学管理件数統計
1	10	1	52	・医事コード別統計
1	10	1	53	・材料使用量統計
1	10	1	54	以下に示す医事統計帳票（診療費統計）のグラフ表示が、指示できること。
1	10	1	55	・負担別診療稼働額統計
1	10	1	56	・診療科別診療稼働額統計
1	10	1	57	・診療区分別診療稼働額統計
1	10	1	58	・ドクター別診療稼働額統計
1	10	1	59	・病棟別診療稼働額統計
1	10	1	60	・病棟別診療科別診療稼働額統計
1	10	1	61	・ドクター別稼働額一覧
1	10	1	62	以下に示す医事統計帳票（その他一覧表）のグラフ表示が、指示できること。
1	10	1	63	・診療・病名データ検索リスト
1	10	1	64	診療・病名データ検索リストでは、対象年月、診療日（期間）、入外区分、診療科、適用保険、診療コード（複数）および病名コード（複数）を検索条件にして、指定診療データ・病名保有患者一覧を表示できること。検索条件は診療データ検索時に使用し、病名については漢字名称からの検索機能を有すること（文字列検索：“心不全”を“不全”で検索等）。
1	10	1	65	診療・病名データ検索リストでは、患者IDおよび生年月日の範囲指定や、診療データのみ検索/病名のみ検索/診療データ・病名とも検索かの選択ができること。（MS-EXCEL出力可能）
1	10	1	66	疾病分類別の統計帳票が、ICD-10 2013年版に準拠していること。
1	10	1	67	疾病分類別の統計出力時、集計対象とするICD-10コードの決定方法を、病名DBのICDコード/病名マスタのICDコード/ICD対応表（病名コードとICDコードの対応を登録したCSVファイル）から選択できること。この時、ICDコードはICD-1（基礎疾患分類番号）かICD-2（症状発現分類番号）のいずれかを指定できること。
1	10	1	68	疾病分類別の統計出力時、疾病分類マスタとしてICD-10 2003年版/ICD-10 2013年版いずれを参照するか選択できること。
1	10	1	69	400床以上の医療機関における診療報酬上の紹介率および逆紹介率（留意事項通知にて示達）の算出ができること。
1	10	1	70	その他、以下に示す平均在院日数統計帳票の作成ができること。また、画面に出力帳表イメージを表示できること。
1	10	1	71	・病棟別入院患者情報
1	10	1	72	・病棟別患者一覧
1	10	1	73	・平均在院日数調（年次）
1	10	1	74	・病院全体の平均在院日数調
1	10	1	75	・入院患者入退棟状況調査表
1	10	1	76	以下の外来患者一覧帳表が出力できること。
1	10	1	77	・受付患者一覧（診療科別・医師別）（受付順・患者ID順）
1	10	1	78	・未会計患者一覧（診療科別）（受付順・患者ID順）
1	10	1	79	・予約患者一覧（診療科別・医師別）

1	10	1	80	以下の入院患者一覧帳表が出力できること。
1	10	1	81	・入院患者一覧
1	10	1	82	・再入院患者一覧
1	10	1	83	・平均在院日数除外患者一覧
1	10	1	84	・継続入院患者一覧
1	10	1	85	・入院日数別（日数指定可）入院患者一覧
1	10	1	86	・入院患者一覧（主治医別）〈随時〉
1	10	1	87	以下の診療費関係帳表を出力できること。
1	10	1	88	・入院診療点数（疾病分類別）（基本A B C D分類）
1	10	1	89	・入院診療点数（病床種別・診療科別）（基本A B C D分類）
1	10	1	90	・入院診療点数（病棟）（基本A B C D分類）
1	10	1	91	・診療点数（入外別・診療科別）（基本A B C D分類）
1	10	1	92	・診療点数（保険別）
1	10	1	93	・社保・国保等保険診療の診療点数と診療金額、実績金額、食事療養費、消費税
1	10	1	94	・自費診療の負担割合別診療点数と診療金額、実績金額、食事療養費、消費税
1	10	1	95	・労災保険の診療点数と診療金額、実績金額、食事療養費、消費税
1	10	1	96	・入院実績（医師別・疾病分類別）
1	10	1	97	・外来実績（医師別）
1	10	1	98	・診療費集計表（全体稼働額）
1	10	1	99	・診療費点数比較（統計⇄レセ⇄窓口）
1	10	1	100	・診療費金額比較（統計⇄レセ⇄窓口）
1	10	1	101	・病棟別行為別入院診療費
1	10	1	102	・医師別行為別外来診療額、医師別行為別入院診療費
1	10	1	103	・診療科別行為別外来診療額、診療科別行為別入院診療額
1	10	1	104	・保険別行為別外来診療費、保険別行為別入院診療費
1	10	1	105	以下の診療行為件数・点数帳表を出力できること。
1	10	1	106	・診療区分別一覧表
1	10	1	107	・診療科別医師別投薬料通減患者リスト（正規点数・通減後点数）
1	10	1	108	以下の患者数統計帳表が出力できること。（日報、月報、年報）
1	10	1	109	・入院患者数（診療科別・病棟別）
1	10	1	110	・入院患者数（医師別・病棟別）
1	10	1	111	・入院患者数（地域別・年齢別）
1	10	1	112	・入院患者数（保険公費別・病棟別）
1	10	1	113	・入院患者数（疾病分類別・病棟別）
1	10	1	114	・入院患者数（病棟別・地域別・年齢別）
1	10	1	115	・入院患者数（診療科別・地域別・年齢別）
1	10	1	116	・外来患者数（診療科別・地域別・年齢別）
1	10	1	117	・新患・初診・再診患者数（診療科別・医師別・疾病分類別）
1	10	1	118	・医師別紹介患者数、医師別逆紹介患者数
1	10	1	119	・診療科別外来患者数
1	10	1	120	・診療科別入院患者数
1	10	1	121	・患者日報
1	10	1	122	・入院患者数（疾病分類別、病棟別）
1	10	1	123	以下の患者一覧帳表が出力できること。
1	10	1	124	・新患登録患者一覧（患者I D順・氏名順・地域順）〈随時〉
1	10	1	125	・最終来院日患者一覧（患者I D順）〈随時〉
1	10	1	126	・保険公費有効期限切れ患者一覧（患者I D順）〈随時〉
1	10	1	127	・保険公費有効期限切れ入院患者一覧（病棟順）〈随時〉
1	10	1	128	・厚生労働省第二共済組合診療部該当患者一覧表〈随時〉
1	10	1	129	・指定診療行為使用患者一覧〈随時〉
1	10	1	130	・指定保険公費使用患者一覧〈随時〉
1	10	1	131	・指定病名患者一覧〈随時〉
1	10	1	132	・月間に2保険以上使用した患者の一覧〈随時〉
1	10	1	133	・コメント欄に指定した文字列を含む患者一覧〈随時〉
1	10	1	134	・難病患者一覧（入外別）
1	10	1	135	・後期高齢者特定入院基本料対象患者一覧
1	10	1	136	・選定療養対象患者一覧
1	10	1	137	以下の薬品消費統計帳表が出力できること。
1	10	1	138	・使用高一覧（月報・年報）
1	10	1	139	・有料個室使用状況、有料個室使用患者一覧
1	10	1	140	・重症者室使用状況、重症者室使用患者一覧
1	10	1	141	以下の収入金日報が出力できること。
1	10	1	142	・担当者別収入金日計表
1	10	1	143	・担当者別日計表入金リスト
1	10	1	144	・保険別収入金日計表
1	10	1	145	・保険別日計表入金リスト
1	10	1	146	療養等包括病棟について、以下に示す包括項目の出来高シミュレーション機能の提供ができること。（通常どおりの点数計算との対比）
1	10	1	147	・療養病棟稼働額：シミュレーション前
1	10	1	148	・一般病棟稼働額：シミュレーション後
1	10	1	149	療養病棟日数種別（A～I）を集計し、CSVファイルに出力できること。
1	10	1	150	対象期間、医歯区分、診療科、ドクターコード、入力コード等指定した条件に該当する診療情報を検索し、その結果をCSVファイルに出力できること。
1	11	1		D P C決定支援システム
1	11	1		運用管理
1	11	1	1	和暦／西暦年の選択利用ができること。（判定年の設定含む。）
1	11	1	2	ログインするI D・パスワードは、医療事務システム・電子カルテシステムに登録されているI D・パスワードを使用し、D P Cコーディングシステムで別に登録する必要がないこと。
1	11	1	3	職員マスタは医療事務システムを使用できること。
1	11	1	4	複数端末による同一患者の同時データ更新を防止できること（患者ロック処理）。
1	11	1	5	職制ごとの登録状況に関する進捗管理設定ができること。（この患者は医事課まで登録済 or 医師まで登録済等が把握可能。）また、進捗登録可能な職制を設定できること。
1	11	1	6	診療報酬改定時は、改定前の情報を改定施行後であっても参照／登録ができること。
1	11	1	7	安全管理ガイドラインに基づいた機能と有していること。
1	11	1	8	各種帳票の出力先を各々設定できること。
1	11	1	9	S X G A以下のディスプレイにも対応していること。
1	11	1	10	D P C準備病院向けに、様式1のみ入力することができること。

1	11	1	11	職制によって、(MegaOakDPC)の使用可否を設定できること。
1	11	1	12	ログインパスワードの有効期間チェックを行い、有効期間切れの職員について、(MegaOakDPC)の使用可否を設定できること。
1	11	1	13	クライアント環境とサーバ環境のバージョンが異なる場合、起動しないこと。
1	11	1	14	管理者権限を職員IDまたは職制単位に設定できること。
1	11	1	15	メンテナンスのみを行う職制が設定できること。
1	11	1	16	様式1出力時の患者番号の匿名化条件を設定できること。
1	11	1	17	画面からドキュメントを起動できること。
1	11	2		<b>入院患者一覧</b>
1	11	2	1	ログインID及び端末により、一覧表示の条件既定値を設定できること。
1	11	2	2	指定した対象年月に医療事務システムで入院登録されている患者の一覧を表示できること。
1	11	2	3	DPC/様式1の入力有無、DPC/様式1の承認有無等で患者を限定して一覧表示できること。
1	11	2	4	一覧表示した患者件数を表示できること。
1	11	2	5	直近の更新患者を色を分けて表示できること。○日以内で更新した患者を表示するとき、遡り日数をマスク設定できること。
1	11	2	6	複数入院がある患者に対し、入院歴ごとに表示または患者ごとに表示を選択できること。
1	11	2	7	患者一覧に表示しない科、病棟を設定できること。
1	11	2	8	対象年月に(入院開始患者)(退院患者)(入院中患者)(包括開始患者)(2SD超患者)(DPC)(DPC対象外)の絞込みができること。
1	11	2	9	入院患者一覧で様式1の(入院時ADL)(退院時ADL)の入力状況が絞込み表示が行えること(例:退院時ADLが未入力の患者のみ表示等)。
1	11	2	10	主治医・決定責任者・科・病棟指定により対象患者の抽出ができること。
1	11	2	11	一覧画面で転科、転棟、医師変更があった患者が区別できること。また、転科、転棟、医師変更の詳細な履歴が確認できること。
1	11	2	12	DPC/様式1(子様式、A様式1も含む)登録の進捗状況を把握できること。(未登録・入力中・承認済)
1	11	2	13	B様式1登録の進捗状況を把握できること。(未登録・入力中・承認済)
1	11	2	14	入院患者一覧で様式1の(入院時ADL)の入力状況が表示できること。
1	11	2	15	入院患者一覧で親様式1と子様式1がある場合、様式1の(入院時ADL)はどちらも入力済み/未入力、片方のみ入力済みが確認できること。
1	11	2	16	入院患者一覧で様式1の(退院時ADL)の入力状況が表示できること。
1	11	2	17	入院患者一覧で親様式1と子様式1がある場合、様式1の(退院時ADL)はどちらも入力済み/未入力、片方のみ入力済みが確認できること。
1	11	2	18	入院患者一覧で該当月に提出が必要な親様式1、子様式1、A様式1が一目で判別できること。
1	11	2	19	入院患者一覧で該当月に提出が必要なB様式1が一目で判別できること。
1	11	2	20	入院患者一覧に表示した患者のDPC/様式1確認票を一括出力できること。
1	11	2	21	患者ごとに登録されているコメントの有無で一覧表示できること。またコメント内容が確認できること。
1	11	2	22	入院患者一覧で医師が所属する医師グループを表示できること。
1	11	2	23	出来高の診断群分類の場合、その診断群分類番号を表示することができること。
1	11	2	24	入院患者一覧で、項目ごとに並び替えができること。 また、複数の並び替え条件が指定可能なこと。 また、初回表示時の並び順の既定値を設定できること。
1	11	2	25	入院患者一覧で表示している内容(抽出条件、抽出結果)をテキスト出力できること。
1	11	2	26	入院患者一覧で様式1の(転科)(転棟)の存在する患者の絞込ができること。
1	11	2	27	包括患者の場合、その診断群分類番号を表示することができること。
1	11	2	28	包括患者/出来高患者共に、DPC決定傷病名とICD10コードを表示することができること。
1	11	2	29	入院患者一覧画面より、DPC情報登録画面に遷移できること。
1	11	2	30	入院患者一覧画面で複数患者を選択し、DPC入院履歴画面で連続してその患者を処理できること。
1	11	2	31	入院患者一覧で表示している内容(抽出条件、抽出結果)をExcel出力できること。
1	11	2	32	ボタンの表示名称を任意に変更できること。
1	11	2	33	職制によって、ボタンの表示可否を設定できること。
1	11	2	34	各種確認メッセージの表示可否を設定できること。
1	11	2	35	任意の日付時点で2SDを超えている患者の一覧が表示できること。
1	11	2	36	予定DPC/様式1の有無で一覧表示できること。また予定の有無が確認できること。
1	11	2	37	入院患者一覧画面に「期間Ⅰ～Ⅲ」「期間Ⅰ～Ⅲ残日数」を表示することができること。
1	11	3		<b>DPC入院履歴</b>
1	11	3	1	DPC/様式1の入力有無及び承認有無を把握できること。
1	11	3	2	DPC入院履歴で様式1の(入院時ADL)の入力状況が表示できること。
1	11	3	3	DPC入院履歴で親様式1・子様式1・A様式1がある場合、それぞれ(入院時ADL)の入力済み/未入力が確認できること。
1	11	3	4	DPC入院履歴で様式1の(退院時ADL)の入力状況が表示できること。
1	11	3	5	DPC入院履歴で親様式1・子様式1・A様式1がある場合、それぞれ(退院時ADL)の入力済み/未入力が確認できること。
1	11	3	6	DPC/様式1の新規/修正登録及び削除を実行できること。ただし、承認済みのDPC/様式1については新規登録及び削除のいずれも実行できず、修正を行う場合には翌月分データとして新規にDPC情報を作成すること。
1	11	3	7	選択した患者のDPCの過去情報を参照できること。また、それを流用して、DPC情報/様式1情報を登録できること。(DO機能)
1	11	3	8	DPC/様式1の入院履歴が、医療事務システムの入院履歴と異なる場合、リアルタイムに警告表示ができること。
1	11	3	9	指定日以降の入院履歴に対してのみDPC/様式1登録が行える、(入力期間制限設定)が可能であること。
1	11	3	10	入院予定段階でのDPC情報を流用してDPC登録が可能であること。
1	11	3	11	患者ごとにDPC/様式1の登録情報を確認票出力ができること。
1	11	3	12	DPC入院履歴で、該当患者が他の端末で使用されている場合、参照機能のみ有効とする設定ができること。
1	11	3	13	職制によって、機能メニューの表示可否を設定できること。
1	11	3	14	ボタンの表示名称を任意に変更できること。
1	11	3	15	職制によって、ボタンの表示可否を設定できること。
1	11	3	16	他病院の入院履歴が判別できること。
1	11	3	17	各種確認メッセージの表示可否を設定できること。
1	11	3	18	直近の任意の件数の入院履歴のみ表示できること。
1	11	3	19	過去承認済みのDPCを遡って削除/承認解除ができること。
1	11	3	20	過去承認済みDPCの内容を変更できること。 (DPCコード分岐に影響の無いデータのみ)
1	11	3	21	DPC承認解除昨日を使用不可とする「DPC凍結」ステータスを追加することができること。 (「DPC凍結」の場合は、「承認解除」「承認データ修正」を使用不可とすること。)
1	11	3	22	医療事務システムへコメントを送信することができること。
1	11	4		<b>DPC情報登録</b>
1	11	4	1	診断部分類番号を決定するために必要な情報を登録できること。
1	11	4	2	DPC登録画面上では、前回入院歴と前回DPC情報履歴の確認ができること。
1	11	4	3	医療事務システムに登録されている手術、処置情報、傷病名情報をコーディング時に実績情報として自動取込みできること。
1	11	4	4	病名は、医療事務システムに登録されている内容をリアルタイムに表示し、その中から選択してDPC病名として登録ができること。

1	11	4	5	DPC病名登録は、医療事務システムに登録されている病名のみを使用して決定できること。この場合、DPCシステムの病名マスタ検索機能は使用できないようにできること。
1	11	4	6	手術・処置・傷病名それぞれの最終更新者を表示できること。
1	11	4	7	傷病名の開始日、終了日、転帰を医療事務システムから取得できること。
1	11	4	8	決定傷病名の選択により、樹形図で定義されている手術・処置情報を一覧表示して予定入力ができること。
1	11	4	9	診断群分類候補一覧の表示順は、概算点数順、樹形図優先順のいずれかを切り替え表示することができること。
1	11	4	10	登録された診断群分類情報は、リアルタイムに医療事務システムへ登録されること。
1	11	4	11	病名検索では、漢字名称、カナ名称、ICDコード、MDC+分類コードでの検索が可能であること。また、前方一致、後方一致のワイルドカード検索ができること。検索した病名に尾部、頭部を付けて登録できること。
1	11	4	12	病名検索画面において様式調査における留意すべきICDと指定されている病名は背景色を変えて表示できること。
1	11	4	13	病名検索画面より病名オーダを起動できること。
1	11	4	14	患者病名の一覧表示の際は、入外区分、主病サイン、科コード、開始日、終了日、病名をソートキーとして設定できること。
1	11	4	15	病名マスタには、検索文字列を任意に設定することができること。
1	11	4	16	手術検索、手術処置検索では、漢字名称、カナ名称、Kコードでの検索が可能であること。
1	11	4	17	患者ごとに過去の入院期間のDPC情報が参照、流用できること。
1	11	4	18	手術・処置・病名・診療実績・診療予定の入力により、樹形図の形態でDPCの候補一覧を表示できること。
1	11	4	19	患者病名については、外来病名を含むor含まないを選択表示できること。
1	11	4	20	出来高手術として指定されているものを入力した場合に、警告メッセージ表示と共に出来高区分を自動設定できること。
1	11	4	21	条件付きで出来高手術として指定されているものを入力した場合に、サブウィンドウに条件を表示し、DPC包括とするか出来高患者とするかを選択できること。
1	11	4	22	決定傷病名を選択した時点で、選択可能な手術、処置、副傷病名が明確に分かるように表示できること。
1	11	4	23	出来高傷病名を決定した場合に、出来高区分を自動設定できること。
1	11	4	24	特定の出来高区分で、包括の診断群分類番号を決定した場合に、出来高区分へ【包括算定】と自動設定できること。
1	11	4	25	選択した傷病名から、該当する樹形図が表示できること。
1	11	4	26	手術が複数入力されている場合、表示順を以下の様にする事が可能であること。 ①診断群分類点数表の対応コード(01→02→…→未設定→99) ②手術実施日(昇順) ③Kコード(昇順) ④医事コード(昇順)
1	11	4	27	処置1が複数入力されている場合、表示順を以下の様に設定することが可能であること。 ①樹形図の優先度が高い順(2→1→0) ②手術実施日(昇順) ③Kコード(昇順) ④医事コード(昇順)
1	11	4	28	処置2が複数入力されている場合、表示順を以下の様に設定することが可能であること。 ①樹形図の優先度が高い順(7→…→2→1→0) ②手術実施日(昇順) ③Kコード(昇順) ④医事コード(昇順)
1	11	4	29	処置1、処置2を医療事務システムから取込み場合、診療データに登録されている処置を全て取込み設定ができること。 (例) 算定日: 2012/1/1、KJコード: J0271、医事コード: 499999、名称: 処置A 算定日: 2012/1/2、KJコード: J0271、医事コード: 499999、名称: 処置A 算定日: 2012/1/3、KJコード: J0271、医事コード: 488888、名称: 処置B 算定日: 2012/1/4、KJコード: J0271、医事コード: 488888、名称: 処置B
1	11	4	30	処置1、処置2を医療事務システムから取込む場合、診療データに登録されている処置を同一Kコードは最古の診療日のデータのみ取込む設定ができること。 (例) 算定日: 2012/1/1、KJコード: J0271、医事コード: 499999、名称: 処置A 算定日: 2012/1/2、KJコード: J0271、医事コード: 499999、名称: 処置A 算定日: 2012/1/3、KJコード: J0271、医事コード: 488888、名称: 処置B 算定日: 2012/1/4、KJコード: J0271、医事コード: 488888、名称: 処置B 上記例の場合、①のみが取り込まれる。
1	11	4	31	処置1、処置2を医療事務システムから取込む場合、診療データに登録されている処置を同一Kコード及び同一医事コードでまとめて、最古の診療日のデータのみ取込む設定ができること。 (例) 算定日: 2012/1/1、KJコード: J0271、医事コード: 499999、名称: 処置A 算定日: 2012/1/2、KJコード: J0271、医事コード: 499999、名称: 処置A 算定日: 2012/1/3、KJコード: J0271、医事コード: 488888、名称: 処置B 算定日: 2012/1/4、KJコード: J0271、医事コード: 488888、名称: 処置B 上記例の場合、①③が取り込まれる。
1	11	4	32	手術、処置1、処置2を医療事務システムから取込む場合、対象の入院期間内に実施された手術・処置であるか否かが明示できること。
1	11	4	33	候補となる診断群分類番号について、試算日(退院予定日)までの概算点数を表示できること。
1	11	4	34	候補となる診断群分類番号において、入院期間の残日数(入院期間Iの残日数、IIの残日数)と当日の入院期間区分、起算日からの入院日数が確認できること。
1	11	4	35	シミュレーションで得られた候補一覧を保存できること。更に継続して別の条件でシミュレーションを行い候補の抽出ができること。
1	11	4	36	診断群分類の候補表示を行い保存することができること。また、保存された内容は一画面で比較して表示することができること。
1	11	4	37	診断群分類候補の詳細内容をテキストにコピーして他業務への貼り付け等ができること。
1	11	4	38	DPC決定傷病名、副傷病名、手術、手術処置は、承認内容を元に使用頻度の高い最新の20項目が、医師、病棟、科ごとに表示され、それぞれ流用できること。
1	11	4	39	DPC登録時に(不適当なICD)(使用不可ICD)(桁不足ICD)に該当する傷病名が登録されていれば、マスタ設定により警告、エラーいずれかのチェック設定ができること。
1	11	4	40	警告チェックのICDコード設定時は、ワイルドカード設定も可能であること。
1	11	4	41	マスタ設定により入院目的の既定値設定が可能なこと。
1	11	4	42	DPC情報登録画面起動時に医療事務システムに登録されている診療情報よりリハビリの有無を自動判別できること。
1	11	4	43	診断群分類番号によって、必須項目(JCS、BurnIndex、リハビリ等)がある場合、警告メッセージにて未入力を知らせること。
1	11	4	44	7日以内再入院の場合、前回入院時のDPC情報を引き継ぐことができること。また、引き継ぎ解除、解除後の引き継ぎもスムーズに対応できること。
1	11	4	45	入院期間中に包括から出来高になる場合、また出来高から包括になる場合も、日付設定を行うことでデータ作成ができること。
1	11	4	46	副傷病名の検索時に、手術の有無で異なる病名が区別されて表示されること。また、(手術あり)(手術なし)(共通)それぞれで病名検索ができること。

1	11	4	47	副傷病名を検索するときに、DPC決定傷病名のMDC+分類コードに対して評価される副傷病一覧（ICD10、名称）を表示できること。また、この場合に表示された一覧から病名を選択することはできないようにすること。
1	11	4	48	副傷病名は、（疑い）病名が登録できないこと。
1	11	4	49	手術の（回数）（麻酔）をマスタ設定により必須項目にできること。
1	11	4	50	手術が複数入力されている場合、KKKO（手術なし）は最終行に表示することができること。
1	11	4	51	輸血等の側数・眼数・体数が必要のないKコードをマスタ設定できること。
1	11	4	52	輸血等の側数・眼数・体数が必要のないKコードをマスタ設定している場合は、そのKコードを入力時に側数・眼数・体数が必要な診断群分類番号であっても側数・眼数・体数の入力を省略できること。
1	11	4	53	他のシステム（電子カルテシステム等）から直接、入院期間ごとのDPC情報、様式1情報が確認でき、DPC登録がおこなえること。 また、画面起動時に特定の入力項目を初期表示できること。
1	11	4	54	他のシステム（電子カルテシステム等）から直接、入院期間ごとのDPC情報、様式1情報が確認でき、予定DPC登録がおこなえること。 また、画面起動時に特定の入力項目を初期表示できること。
1	11	4	55	病名に対する診断群分類樹形図を表示できること。
1	11	4	56	病名に対する診断群分類点数表を表示できること。
1	11	4	57	職制によって、決定傷病名のみ入力することができること。
1	11	4	58	医療事務システムの診療情報より、手術の麻酔（麻酔の組み合わせ含む）が自動設定できること。
1	11	4	59	（眼数）が（片眼）の同一手術が複数存在するとき、自動的に（両眼）の同一手術が表示されること。
1	11	4	60	KJコード（0063（電気生理学的検査））を決定条件として使用するときに、『特定保健医療材料の（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）の本数』の確認を促すメッセージを表示することができること。
1	11	4	61	（入院履歴）ボタン選択時の画面遷移先を職制毎に設定できること。 （DPC入院履歴、入院患者一覧）
1	11	4	62	職制によって、手術処置の自動取込みの可否を設定できること。
1	11	4	63	職制によって、各種確認メッセージの表示可否を設定できること。
1	11	4	64	決定傷病名の表示順を設定することができること。
1	11	4	65	登録と同時に前回からの変更内容を帳票（連絡票）で出力できること。
1	11	4	66	入院中の場合、予定在院日数が表示できること。
1	11	4	67	DPC情報が退院済みで、様式1情報が入院中の場合、登録のタイミングで様式1が退院済みとなること。
1	11	4	68	病名検索画面において、職制によって、病名の検索を不可とできること。
1	11	4	69	ボタンの表示名称を任意に変更できること。
1	11	4	70	職制によって、ボタンの表示可否を設定できること。
1	11	4	71	登録を行わずに画面遷移しようとした場合に、登録を促すメッセージが表示されること。
1	11	4	72	病名検索画面において、（不適当なICD）（使用不可ICD）（桁不足ICD）に該当する傷病名に対して、背景色を変更できること。
1	11	4	73	診断群分類番号が未決定の場合に、決定を促す警告メッセージが表示できること。
1	11	4	74	（BurnIndex）が計算できること。
1	11	4	75	表示病名において、ICDコードを全桁修正もしくは4、5桁目のみ修正を選択できること。
1	11	4	76	表示病名において、名称変更ができること。
1	11	4	77	決定傷病名欄と定義副傷病名欄で病名の入れ替えができること。
1	11	4	78	診断群分類の候補表示を行い保存することができること。また、保存された内容はグラフ形式で比較して表示することができること。
1	11	4	79	病名検索画面において、性別でICD10コードが異なる病名の場合、患者基本情報より性別を判断し、妥当な病名が選択できること。
1	11	4	80	手術処置の自動取込みの際、診断群分類番号の決定に使用可能な手術のみ取り込まれること。
1	11	4	81	決定傷病名が決定されている場合、手術/処置1/処置2の樹形図番号が画面に表示されること。
1	11	4	82	組み合わせ手術を決定する際、片方しか手術がない場合は、不足している手術が表示され、検索後に決定できること。
1	11	4	83	各種確認メッセージの表示可否を設定できること。
1	11	4	84	画面入力されている情報で決定できる診断群分類番号をすべて保存できること。また、その際決定傷病名単位で樹形図の一覧下の診断群分類番号のみ保存できるような設定ができること。
1	11	4	85	医事システムからの手術/処置の自動取込みを行った状態で、データの参照のみでできること。
1	11	4	86	病名検索結果を「ICD10」「病名」で並び替えることができること。
1	11	4	87	手術検索結果を「コード」「手術処置名」で並び替えることができること。
1	11	4	88	登録時に、樹形図上優先度が高い診断群分類番号が決定可能な場合は警告が表示できること。
1	11	4	89	手術に伴うデータ（回数、体数、眼数、側数、麻酔、実施日）の必須入力可否が設定できること
1	11	4	90	画面起動時に、自動的に医事病名を展開することができること。 また、展開と同時に決定傷病名として決定できること。
1	11	4	91	（留意すべきICD10）（不適当なICD）（使用不可ICD）（桁不足ICD）に該当する傷病名が登録されていればマスタ設定により、警告チェックを表示できること。（留意すべきICD10）（不適当なICD）（使用不可ICD）（桁不足ICD）はそれぞれエラー/警告を設定できること。
1	11	4	92	最も医療資源を投入した病名、入院契機病名、主病名、医療資源を2番目に投入した病名、入院時併存病名、入院後発症病名が登録することができること。
1	11	4	93	持参薬となる薬剤を取り込まないようにできること。
1	11	4	94	A-DROPスコアを算出可能な画面を起動できること。 また、その算出結果をDPCコードの分岐条件に使用できること。
1	11	4	95	定義副傷病名を樹形図の優先度順にソートすることができること。
1	11	4	96	MDC分類決定時に、必須となる入力項目が一目で判断できること。
1	11	5		<b>承認機能</b>
1	11	5	1	DPCデータ登録後の承認機能を有すること。承認機能については、承認解除を行うまではデータの更新ができないようにすること。承認、解除機能については、職制により使用限定ができること。
1	11	5	2	当月未承認のデータで、且つDPCの変更がない場合一括して承認できる機能を有すること。
1	11	5	3	承認画面で必須項目については、各項目の色指定を行い、色分けして表示し明確に区別ができること。
1	11	5	4	2SD期間を超えて入院している患者（2SDを超えて退院患者含む）は、出来高用DPCレコードを自動作成できること。その際の退院時転帰は、包括レコードには（9：その他）を、出来高レコードには退院時転帰を自動設定できること。
1	11	5	5	入力項目（一般病棟以外からの移動、一般病棟以外への移動、予定・緊急入院区分、入院目的 等）に対して診療科別に既定値設定が行えること。
1	11	5	6	DPC承認画面上で前回入院歴と前回DPC情報歴の確認ができること。
1	11	5	7	承認登録後、様式1入力へ画面遷移し、一連の動作でDPC情報、様式1情報の登録ができること。
1	11	5	8	必須入力が未入力の場合、承認が行えないこと。必須項目未入力の場合でも、登録までは可能なこと。
1	11	5	9	レセプトに必要な病名を追加登録可能なこと。（主病）（入院契機）（医療資源2番目）（入院時併存）（入院時発症）それぞれの規定個数以上は入力が行えないこと。また、病名の組合せ登録は、マスタ設定により可能なこと。
1	11	5	10	フリーコメントが入力できること。
1	11	5	11	各病名の開始日・終了日・転帰が登録できること。
1	11	5	12	選択した傷病名から、該当する樹形図が表示できること。
1	11	5	13	承認と同時に確認票が出力できること。
1	11	5	14	登録/承認と同時に前回からの変更内容を帳票で出力できること。
1	11	5	15	医療事務システムの算定情報より、（救急搬送）が自動設定できること。

1	11	5	16	医療事務システムの算定情報より、(他院からの紹介の有無)が自動設定できること。
1	11	5	17	登録/承認と同時に前回からの変更内容を帳票(連絡票)で出力できること。
1	11	5	18	医療事務システムの来院履歴情報より、(自院からの外来入院の有無)が自動設定できること。
1	11	5	19	転科情報より、(院内出生)が自動設定できること。 (産婦人科)に転科している場合は、(あり)。
1	11	5	20	入院中の場合、予定在院日数が表示できること。
1	11	5	21	医療事務システムの退院情報より、(退院時転帰区分)が自動設定できること。
1	11	5	22	DPC情報が退院済みで、様式1情報が入院中の場合、登録/承認のタイミングで様式1が退院済みとなること。
1	11	5	23	追加した病名を決定病名としたシミュレーションを表示できること。
1	11	5	24	ボタンの表示名称を任意に変更できること。
1	11	5	25	職制によって、ボタンの表示可否を設定できること。
1	11	5	26	登録を行わずに画面遷移しようとした場合に、登録を促すメッセージが表示されること。
1	11	5	27	(留意すべきICD10)(不適当なICD)(使用不可ICD)(桁不足ICD)に該当する傷病名が登録されていればマスタ設定により、警告チェックを表示できること。(留意すべきICD10)(不適当なICD)(使用不可ICD)(桁不足ICD)はそれぞれエラー/警告を設定できること。
1	11	5	28	各種確認メッセージの表示可否を設定できること。
1	11	5	29	未承認のデータを一括して承認できる機能を有すること。
1	11	5	30	DPC承認画面での「登録」「承認」「当月承認」「退院登録」ボタンクリック毎にチェックする項目を変更できること
1	11	5	31	病名情報を並び替えてできること。
1	11	6		様式1情報登録
1	11	6	1	医療事務システムに登録された診療情報を様式1入力画面に展開し、医師の入力作業を軽減できること。
1	11	6	2	親様式1、子様式1、A様式1、B様式1が作成可能であること。
1	11	6	3	1入院期間中の子様式1は999個まで可能なこと。
1	11	6	4	様式1登録時のステータスとして、登録、承認、確定の区別ができること。
1	11	6	5	様式1情報の各項目はガイド表示が出て何を入力するかを選択入力できること。 また、項目が変更となった場合は速やかに対応できること。
1	11	6	6	化学療法についても、医事情報の項目コードとの紐付けにより実績情報の取込みを行うことができること。
1	11	6	7	手術情報を取り込む際は、点数が表示され、点数順で表示されること。 また、(取込みを行わない手術)(対象外として取込みむ手術)の設定が可能であること。
1	11	6	8	対象外手術については対象外、削除操作ができること。
1	11	6	9	手術を検索するとき、(検索対象日)を指定することができること。
1	11	6	10	前回退院日を自動設定するときは、対象外病棟を指定することができること。
1	11	6	11	様式1作成時の既定値をマスタにより診療科別に設定できること。 (24時間以内死亡・予定緊急区分・救急搬送・入院経路・一般病棟への入院の有無・精神病棟への入院の有無・その他病棟への入院の有無・現在の妊娠の有無・入院JCS・退院時JCS、喫煙指数、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準)
1	11	6	12	(前回退院年月日)は、医療事務システムに登録されている情報からリアルタイムに取得して自動設定できること。また、手入力された値とシステムで判別した値が異なる場合は警告表示できること。
1	11	6	13	(前回同一疾病で自院入院の有無)は、過去に登録されている様式1情報より自動設定できること。また、手入力された値とシステムで判別した値が異なる場合は警告表示できること。
1	11	6	14	(患者住所地域の郵便番号)は、手入力及び医療事務システムに登録されている情報よりリアルタイムに取得して自動設定できること。 また、手入力された値とシステムで判別した値が異なる場合は警告表示できること。
1	11	6	15	身長・体重の入力有効範囲を診療科別に設定できること。また、有効範囲外の値が入力された場合は警告表示ができること。
1	11	6	16	がんのSTAGE分類ごとにUICC(TNM)の組合せをマスタ登録できること。入力画面でがんのSTAGE分類を選択した時点で、マスタ登録したUICC(TNM)の内容を展開できること。
1	11	6	17	医療事務システムに登録されている救急医療管理加算をリアルタイムに取得して、予定・救急医療入院区分に(2:救急医療)を自動設定できること。
1	11	6	18	2日以上入院の場合、24時間以内の死亡に(なし)を自動設定することができること。また、自動設定された後に手動での修正も行えること。
1	11	6	19	様式1病名をDPC病名から取込みを行う場合、入力されている情報と取り込まれる情報を比較できること。
1	11	6	20	DPC情報と共通する項目については、DPC登録情報を流用し医師の入力作業を軽減できること。
1	11	6	21	様式1情報登録時に、警告リスト画面でエラーとなっている項目名が職制別色分け表示/マーク表示ができること。 明示された項目を選択することで該当項目の入力画面へ切替、該当項目部分の表示が可能であること。
1	11	6	22	様式1登録時に(留意すべきICD10)(不適当なICD)(使用不可ICD)(桁不足ICD)に該当する傷病名が登録されていればマスタ設定により、警告チェックを表示できること。(留意すべきICD10)(不適当なICD)(使用不可ICD)(桁不足ICD)はそれぞれエラー/警告を設定できること。
1	11	6	23	マスタ設定により、様式1で登録された病名(ICD10)と様式1の各項目との関連チェックが可能なこと。また(最も資源を投入した病名)のみ、(最も資源を投入した病名)と(2番目に資源を投入した病名)、(全ての病名)でチェックするのを設定できること。
1	11	6	24	様式1登録時の傷病名については、ICDコードを全桁修正もしくは4、5桁目のみ修正を選択できること。
1	11	6	25	ICD10コードの変更が可能な職制/職員を設定できること。
1	11	6	26	様式1入力項目を職制単位に表示・非表示が可能であると共に、項目の色分け表示も可能であること。
1	11	6	27	職制単位で入力画面に表示される項目をマスタ設定することができること。(例:看護師でログインした場合、入院時ADLのみ画面表示する。医師でログインした場合、入院時ADL以外を画面表示する。)
1	11	6	28	マスタ設定することで、職制単位に入力項目を自由に画面配置することができること。(例:入院時ADLは、看護師でログインした場合は画面の一番上に表示し、医師でログインした場合は画面の一番下に表示し、栄養士でログインした場合は表示しない。)
1	11	6	29	様式調査で廃止となった項目の入力・参照が可能であること。また、入力画面で廃止項目の表示/非表示の切り替えが行えること。
1	11	6	30	厚生労働省指定のフォーマットで様式1ファイルの作成ができること。
1	11	6	31	フリーコメントが入力できること。
1	11	6	32	労災患者等様式1の対象外である場合は、(対象外)の設定が可能なこと。また、入院患者一覧画面で確認ができること。
1	11	6	33	患者ごとに未末日で様式1(以下、(予定様式1)と記述)の登録が行なえること。
1	11	6	34	患者が入院してきた場合、予定様式1情報を流用して様式1が容易に作成できること。
1	11	6	35	他のシステム(電子カルテシステム等)から直接、入院期間ごとのDPC情報、様式1情報が確認でき、様式1登録がおこなえること。 また、画面起動時に特定の入力項目を初期表示できること。
1	11	6	36	平成26年度以降の様式1データを、平成25年度以前の提出データ形式にて出力ができること。
1	11	6	37	様式1ファイルの出力先を任意に指定できること。
1	11	6	38	様式1ファイル名を任意に指定できること。
1	11	6	39	各入力項目に対する(DPC導入の影響評価に係る調査 実施説明資料)の該当頁が表示できること。
1	11	6	40	登録/承認/確定と同時に前回からの変更内容を帳票(連絡票)で出力できること。
1	11	6	41	入院目的を自動設定するときに、取得先を(入院期間内の最初のDPC)(入院期間内の最後のDPC)から選択できること。
1	11	6	42	(死亡)の判断を、(医療事務システムの入院基本登録の転帰区分)(様式1承認の退院時転帰)から選択できること。
1	11	6	43	期間内に特定の保険(労災等)が使用されていた場合、自動的に出力対象外とできること。また、自動設定された後、手動にて出力対象へ変更も行えること。
1	11	6	44	医療事務システムに登録されている任意コメントから、予定・救急医療入院区分に(2:救急医療)を自動設定できること。また、自動設定された後に手動での修正も行えること。



1	11	6	45	(現在の妊娠の有無)は、入院期間内の(産科)の有無を元に自動設定できること。また、自動設定された後に手動での修正も行えること。
1	11	6	46	入院中の場合、予定在院日数が表示できること。
1	11	6	47	様式1作成時の既定値をマスタにより設定できること。 (一般病棟への入院の有無、精神病棟への入院の有無、その他病棟への入院の有無、治験実施の有無、入院経路、入院から24時間以内の死亡、現在の妊娠の有無、入院時JCS、退院時JCS、喫煙指数、入院時の褥瘡の有無、退院時の褥瘡の有無、持参薬の使用の有無、入院前の在宅医療の有無、退院後の在宅医療の有無)
1	11	6	48	(Burn Index)が計算できること。
1	11	6	49	入力したKコードに対するSTEM7コードがひとつの場合には、STEM7コードが自動設定できること。
1	11	6	50	療養病棟入院基本料算定時には、要介護情報の必須入力チェックが表示されること。
1	11	6	51	(要介護度)(要介護情報)を年齢により既定値設定できること。 また(経管・経静脈栄養の状況)は該当する診療を行っている場合に、自動設定できること。
1	11	6	52	回復期リハビリテーション病棟入院料算定時には、FIM得点の必須入力チェックが表示されること。
1	11	6	53	特定集中治療室管理料算定時には、SOFASコアの必須入力チェックが表示されること。
1	11	6	54	様式1ファイルをExcel出力できること。
1	11	6	55	DPC未登録でも、様式1が入力できること。
1	11	6	56	様式1のデータ識別番号を、任意の形式で暗号化できること。
1	11	6	57	用途別の確認票が出力できること。 ・確認票(通常版)・・・全ての項目をカテゴリ別に5ページで出力。 ・確認票(容易版)・・・全ての項目を1ページに収めて出力。
1	11	6	58	ボタンの表示名称を任意に変更できること。
1	11	6	59	職制によって、ボタンの表示可否を設定できること。
1	11	6	60	登録を行わずに画面遷移しようとした場合に、登録を促すメッセージが表示されること。
1	11	6	61	様式1期間内の任意のDPC情報に画面遷移できること。
1	11	6	62	予定様式1情報を流用して様式1を作成後、自動的に予定様式1が削除されること。
1	11	6	63	子様式1の登録時に、入院基本料/特定入院基本料の算定状況と一致していない場合は、警告メッセージを表示できること。
1	11	6	64	入院期間内の入院基本料/特定入院基本料の算定状況が確認できること。また、入院基本料/特定入院基本料の算定期間単位での子様式1が作成できること。
1	11	6	65	修正起動時に、自動的に最新情報を取り込まれること。
1	11	6	66	各種確認メッセージの表示可否を設定できること。
1	11	6	67	(入院経路)の入力に関わらず、(入院前の在宅医療の有無)が入力可能であること。
1	11	6	68	(退院(転科)先)の入力に関わらず、(退院後の在宅医療の有無)が入力可能であること。
1	11	6	69	死亡時に、(退院後の在宅医療の有無)を死亡に自動設定できること。
1	11	6	70	警告リストに自職制に関連するもののみ表示することができること。
1	11	6	71	様式1の各入力項目に対して、入力補助のガイドが表示できること。 また、その内容は任意に変更可能であること。
1	11	6	72	病院独自項目が入力できること。 また、その入力内容が様式1と同時に出力可能であること。
1	11	6	73	子様式1へ入力した内容を親様式1へ引き継ぐことができること。
1	11	6	74	タスクとして様式1出力を自動実行できること。
1	11	6	75	子様式1の病棟区分を入院料から自動設定できること。
1	11	6	76	警告リストをcsvファイルとして出力できること。
1	11	7		<b>修正履歴参照</b>
1	11	7	1	患者ごと・項目単位に修正された内容が履歴表示できること。
1	11	7	2	修正履歴は、ある項目の値をA⇒Bに変更した等の具体的な内容も把握できること。
1	11	7	3	DPC・様式1(予定情報も含む)の修正を行った場合、修正前の画面全体イメージを過去履歴画面を用いて参照できること。
1	11	8		<b>DPCの代行入力・承認機能</b>
1	11	8	1	医療クラーク等がDPC登録・承認の代行入力を行い、医師が複数の患者分を一括で承認することができる機能を備えていること。(代行入力・承認機能)
1	11	8	2	医師が、代行入力されたものを承認するとき、対象の患者を一覧で確認できること。また、一覧は診療科・入外・状態等で絞込みが行えること。
1	11	8	3	医師が、代行入力されたものを承認するとき、否認することができること。また否認理由の登録が行えること。
1	11	8	4	医師が、代行入力されたものを承認するとき、保留することができること。
1	11	8	5	医師が、代行入力されたものを承認するとき、複数人分を同時に内容確認することができること。
1	11	8	6	医療クラークが否認されたものを患者一覧形式で確認できること。
1	11	8	7	医療クラークが否認されたものを参照するとき、複数人分を同時に内容確認することができること。
1	11	8	8	医療クラークが否認されたものを参照するとき、代行入力を行った画面イメージで内容確認することができること。
1	11	8	9	代行入力・承認画面は、電子カルテシステムから任意のタイミングで起動することができること。
1	11	8	10	医療クラーク等がDPC登録・承認の代行入力を行う際、医師への承認依頼を行うかどうかを任意に選択できること。
1	11	9		<b>業務サポート画面(DPCヘルパー)</b>
1	11	9	1	業務画面とは別に、処理中の患者に関する各種情報等を参照可能な、業務サポート画面を表示できること。
1	11	9	2	フルHD対応ディスプレイ(画面解像度:1920×1080以上)を使用する場合、起動時に業務画面と並べて、業務サポート画面を自動的に表示できること。 また、業務サポート画面のアイコンをタスクトレイに表示し、業務サポート画面の表示・非表示を変更できること。
1	11	9	3	フルHD非対応ディスプレイを使用する場合、起動時に業務画面に重なった形で、業務サポート画面を自動的に表示できること。また、業務サポート画面のアイコンをタスクトレイに表示し、業務サポート画面の表示・非表示を変更できること。
1	11	9	4	業務サポート画面を参照することで、任意の患者のDPC情報/様式1情報が参照できること。
1	11	9	5	業務サポート画面で表示中のDPC情報/様式1情報を、入力中のDPC情報/様式1情報に展開できること。
1	11	9	6	DPC情報/様式1情報の入力と平行して、病名の検索が行えること。
1	11	9	7	DPC情報/様式1情報の入力と平行して、入力チェックの結果が参照できること。
1	11	9	8	事前にDPC情報/様式1情報が入力されたプレート患者を呼び出すことができること。
1	11	10		<b>DPC請求情報</b>
1	11	10	1	DPC請求情報が保険請求/患者請求毎に参照できること。
1	11	10	2	DPC請求情報を削除できること。
1	12			<b>DPC請求(MegaOakIBARSⅢ機能)</b>
1	12	1		<b>包括評価算定(DPC)業務</b>
1	12	1	1	包括評価算定(Diagnosis Procedure Combination)に対応した患者請求・レセプト請求が可能であること。
1	12	1	2	会計カード画面では、包括項目・出来高項目を色分け表示することができること。
1	12	1	3	請求書明細を作成の際、包括評価分の点数が分かるような表示が可能なこと。
1	12	1	4	請求期間に包括終了日を含んでDPC確認が必要な場合には、退院会計時(DPC情報を確認して下さい。)旨のメッセージが表示されること。
1	12	1	5	レセプト情報作成に際しては医療事務システムで登録した傷病名、手術、処置情報を流用して利用できること。(重複入力が発生しないこと)
1	12	1	6	DPC患者、DPC情報が未登録患者、当月2SD超患者をそれぞれ一覧で出力できること。
1	12	1	7	レセプト請求に際しては、DPCレセプトオンライン請求に対応したシステムであること。
1	12	1	8	診断群分類単位に出来高点数と包括点数の比較が可能な帳票が出力できること。

1	12	1	9	厚生労働省への提出資料となる、D、E、F、Kファイル及び様式4形式のデータ作成が可能であること。
1	12	1	10	D、E、Fファイル作成時に、既定のファイル名と分けて作成することができること。 (ファイル名には「患者番号」又は「端未名」付加が可能であること)
1	13			拡張機能
1	13	1		診療情報抽出機能
1	13	1	1	医療事務システムで登録する患者基本、傷病名、保険、住所、外来履歴、入院履歴、算定履歴、診療情報、請求情報、レセプト・債権情報に対して条件を指定しデータの抽出ができること。 例 (〇〇月××日現在、△△病棟に入院している患者の一覧がほしい) (〇〇科で××薬を投与した全患者の病名を知りたい) (××検査を実施した患者の入院/外来別・診療科別・日毎の合計を表にしたい)
1	13	1	2	抽出したデータをCSVファイル、EXCELファイル、MDBファイル、XMLファイルそれぞれの形式で保存し、市販ソフトで加工が自由にできること。
1	13	1	3	抽出一覧として表示する項目は、抽出項目、順序も自由に変更できること。
1	13	1	4	検索タイトルは自由に変更できること。
1	13	1	5	検索タイトルはフォルダごとに分類して管理できること。
1	13	1	6	抽出条件には、データベースに格納されている内容を任意に設定できること。
1	13	1	7	データベース内の項目名は、格納内容が理解しやすい日本語項目名称になっていること。
1	13	1	8	一旦作成した抽出条件は、条件変更等行って流用ができること。
1	13	1	9	統計、横計それぞれで集計行を追加できること。 また、指定条件ごとに平均、合計、最大、最小を計算できること。
1	13	1	10	検索・抽出処理のうち、前回処理状況として時刻と処理時間、抽出件数が表示されること。
1	13	1	11	抽出処理実行をスケジュール設定し、定刻に自動実行をできること。
1	13	1	12	検索ファイルのショートカットキーを作成して実行できること。
1	13	1	13	メニューから別アプリケーションの起動ができること。
1	13	1	14	利用者ID、パスワードでログイン制御ができること。
1	13	1	15	サーバベース方式による仮想デスクトップ環境でも利用可能なこと。
1	14			医学管理料算定支援システム
1	14	1		運用管理
1	14	1	1	ログインするID・パスワードは、医事システム・電子カルテに登録されているID・パスワードを使用し、医学管理料算定支援システムで個別に登録・管理する必要がないこと。
1	14	1	2	利用者マスタは医事システム、電子カルテシステムどちらを使用するかを選択できること。
1	14	1	3	電子カルテシステムと連携する際、シングルサインオン(一度の利用者認証で複数のシステムを利用できること)ができること。
1	14	1	4	複数端末による同一患者の同時データ更新を防止できること。(患者ロック機能)
1	14	1	5	フルHD画面に対応していること。
1	14	1	6	仮想環境における、マルチユーザ環境で動作できること。
1	14	1	7	各画面にヘルプ機能を有すること。
1	14	2		算定シミュレーション機能
1	14	2	1	指定した対象年月に医事会計システムで診療情報(算定済み医学管理料、病名、検査、投薬、材料等)が登録されている患者の医学管理料について算定可能と推測されるもののシミュレーションを行い抽出できること。
1	14	2	2	歯科の医学管理料にも対応していること。
1	14	2	3	以下の条件で算定可能と推測される医学管理料を選出すること。 ・科チェック ・病名チェック ・薬剤・材料チェック ・診療行為チェック ・入外チェック ・年齢チェック ・性別チェック ・初診日チェック ・退院日チェック ・限度回数チェック ・背反チェック ・過去算定履歴チェック ・保険チェック ・職種チェック
1	14	2	4	チェックマスタの設定にて、上記1-14-2-3の条件の組合せから、病名チェックを除いた条件の組合せで算定可能と推測される医学管理料を抽出できること。
1	14	2	5	チェックマスタの設定にて、病名のみでチェックして算定候補として挙げている医学管理料をチェック対象から外することができること。
1	14	2	6	過去算定履歴のある医学管理料のみを算定候補と出来るチェックができること。
1	14	2	7	過去算定履歴のある医学管理料のみを算定候補とするチェックができ、かつ、病名・薬剤・材料・診療行為・保険・職種のチェックを合わせて行なえること。
1	14	2	8	チェック対象外とする診療データの算定区分を指定できること。
1	14	2	9	チェック対象外とする診療データの請求区分を指定できること。
1	14	2	10	科チェックにおいて、診療科/レセ科 いずれを対象にするか設定できること。
1	14	2	11	病名チェックにおいて疑い病名を含む/含まない/疑い病名のみを医学管理料単位に設定できること。
1	14	2	12	病名チェックにおいて主病名のみチェック対象/主病名以外もチェック対象を医学管理料単位に設定できること。
1	14	2	13	病名チェックにおいて、任意の疾患グループを設定し、そのグループの中から〇個以上病名がある患者をチェック対象とすることができること。
1	14	2	14	病名チェックにおいて、接頭語・接尾語に対してもチェックすることができること。
1	14	2	15	病名チェックにおいて、病名開始日から対象日までの期間チェックができること。
1	14	2	16	病名チェックにおいて、算定可能と判断した理由に表示する病名数を設定可能であること。
1	14	2	17	保険チェックにおいて、保険・継続区分・低所得者サインでのチェックができること。
1	14	2	18	職種チェックにおいて、職種コードでのチェックができること。
1	14	2	19	病名チェック、薬剤・材料チェック、診療行為チェック、保険チェックにおいて、指定した項目を含まない場合に算定可とする条件をチェックできること。
1	14	2	20	以下の条件で算定不可と判断された医学管理料は、算定不可の理由が表示されること。 ・初診日チェック ・退院日チェック ・限度回数チェック ・背反チェック
1	14	2	21	入院/外来、患者ID、医科/歯科、出力帳票、対象年月日を限定して実行指示できること。
1	14	2	22	テスト患者を含むか含まないかを任意に変更できること。
1	14	2	23	シミュレーション処理の進捗状況・所要時間について、適宜、実行画面での視認ができること。
1	14	2	24	シミュレーションした結果は、シミュレーションリストとしてEXCELに出力されること。

1	14	2	25	シミュレーションリストは、以下の単位で集計ができること。 ・患者別 ・診療科別 ・医師別 ・病棟別
1	14	2	26	医学管理料の算定状況について実績と理論値との差異分析ができること。
1	14	2	27	医学管理料を算定可能であろうと判断する根拠を明示すること。
1	14	2	28	シミュレーション抽出処理を自動実行できること。
1	14	2	29	悪性腫瘍特異物質治療管理料は、腫瘍マーカー検査や尿中BTA検査の実施日・実施項目数により判断して、より妥当な方の医学管理料を導出すること。
1	14	2	30	心臓ペースメーカー指導管理料は、『遠隔モニタリング』、『着用型自動除細動器』、『ロ』と『イ又はロ以外』の算定実績に基づき、より妥当な医学管理料を導出すること。
1	14	2	31	シミュレーション結果データはEXCELもしくはCSV形式で出力するものとし、データの二次利用ができること。
1	14	2	32	シミュレーションを行う医学管理料を設定ファイルにて指定可能であること。
1	14	2	33	シミュレーション結果の点数比較をWebにて参照可能であること。
1	14	2	34	シミュレーション結果の科別件数比較をWebにて参照可能であること。
1	14	2	35	シミュレーション結果の実績点数推移比較をWebにて参照可能であること。
1	14	3		<b>医学管理料オーダ機能</b>
1	14	3	1	オーダリングシステムと連携し、選択した患者に対する医学管理料オーダの機能を有すること。
1	14	3	2	選択した患者に、当日算定可能な医学管理料が存在する場合に、医学管理料オーダ画面を自動起動できること。
1	14	3	3	選択した患者に、当日算定可能な医学管理料が存在しない場合に、医学管理料オーダ画面を起動するかどうかの確認メッセージを表示するか、もしくは算定候補がなくても必ず起動するかを選択できること。
1	14	3	4	オーダ画面では算定候補の医学管理料を表示し、医師の指示が行えるようにすること。(自動選択は行わないこと。)
1	14	3	5	オーダ画面で医師の指示した医学管理料のみ医事会計システムへ伝達されること。(自動算定は行わないこと。)
1	14	3	6	当日、医事会計システムで受付処理を行っていない外来患者について、医学管理料オーダ画面を自動起動しない設定ができること。
1	14	3	7	特定の診療科について、医学管理料オーダ画面を自動起動しない設定ができること。また、特定の診療科は入院/外来とそれぞれで設定できること。
1	14	3	8	職制によって、医学管理料オーダ画面を自動起動しない設定ができること。
1	14	3	9	外来のみ医学管理料オーダ画面を自動起動する設定ができること。
1	14	3	10	入院のみ医学管理料オーダ画面を自動起動する設定ができること。
1	14	3	11	外来及び入院中他科受診(入院中外来)のみ医学管理料オーダ画面を自動起動する設定ができること。
1	14	3	12	入院及び入院中他科受診(入院中外来)のみ医学管理料オーダ画面を自動起動する設定ができること。
1	14	3	13	職制によって参照のみとする設定ができること。
1	14	3	14	過去日オーダまたは当日オーダの場合は、入院・外来の選択が自動的に決定されること。
1	14	3	15	選択した患者の外来受診履歴(全科/受診科の最終来院日、受診科、主治医)、初診/再診区分、入院履歴(移動日、入院科、病棟/病室/ベッド)および病名情報を参照できること。
1	14	3	16	選択した患者の医学管理料オーダ履歴を表示できること。診察日、診療科、入外区別、指示医、医事算定状況およびカルテ記載状況が確認できること。
1	14	3	17	オーダ履歴内のカルテ進捗状況に関して、マスタによる設定した日付より以前のデータには、(ハイフオン)と表示されること。
1	14	3	18	選択した患者の医学管理料オーダ履歴として、中止オーダも表示するかどうか、切り替えできること。
1	14	3	19	任意の医学管理料算定履歴を右クリックすることで、オーダのDO入力、中止指示、カルテ記載内容の修正指示をできること。
1	14	3	20	選択した患者の医学管理料算定履歴、診療履歴、病名をもとに、算定可能な医学管理料の候補を選出すること。その際、以下の条件で医学管理料の候補を選出すること。 ・科チェック ・病名チェック ・薬剤・材料チェック ・診療行為チェック ・入外チェック ・年齢チェック ・性別チェック ・初診日チェック ・退院日チェック ・限度回数チェック ・背反チェック ・過去算定履歴チェック ・保険チェック ・職種チェック
1	14	3	21	チェックマスタの設定にて、上記1-14-3-20の条件の組合せから、病名チェックを除いた条件の組合せで算定可能と推測される医学管理料を抽出できること。
1	14	3	22	チェックマスタの設定にて、病名のみでチェックして算定候補として挙げている医学管理料をチェック対象から外すことができること。
1	14	3	23	過去算定履歴のある医学管理料のみを算定候補と出来るチェックができること。
1	14	3	24	過去算定履歴のある医学管理料のみを算定候補とするチェックができ、かつ、病名・薬剤・材料・診療行為・保険・職種のチェックを合わせて行なえること。
1	14	3	25	チェック対象外とする診療データの算定区分を指定できること。
1	14	3	26	チェック対象外とする診療データの請求区分を指定できること。
1	14	3	27	科チェックにおいて、診療科/レセ科 いずれを対象にするか設定できること。
1	14	3	28	病名チェックにおいて疑い病名を含む/含まない/疑い病名のみを医学管理料単位に設定できること。
1	14	3	29	病名チェックにおいて主病名のみチェック対象/主病名以外もチェック対象を医学管理料単位に設定できること。
1	14	3	30	病名チェックにおいて、任意の疾患グループを設定し、そのグループの中から〇個以上病名がある患者をチェック対象とすることができること。
1	14	3	31	病名チェックにおいて、接頭語・接尾語に対してもチェックすることができること。
1	14	3	32	病名チェックにおいて、病名開始日から対象日までの期間チェックができること。
1	14	3	33	病名チェックにおいて、算定可能と判断した理由に表示する病名数を設定可能であること。
1	14	3	34	保険チェックにおいて、保険・継続区分・低所得者サインでのチェックができること。
1	14	3	35	職種チェックにおいて、職種コードでのチェックができること。
1	14	3	36	病名チェック、薬剤・材料チェック、診療行為チェック、保険チェックにおいて、指定した項目を含まない場合に算定可とする条件をチェックできること。
1	14	3	37	以下の条件で算定不可と判断された医学管理料は、算定不可の理由が表示されること。 ・初診日チェック ・退院日チェック ・限度回数チェック ・背反チェック
1	14	3	38	選択した患者の算定可能もしくは算定不可な医学管理料の候補およびその概要・算定根拠を一覧表示し、その中から(実施)あるいは(未実施)のオーダ指示ができること。
1	14	3	39	医学管理料の候補を一覧表示する際、所定点数および加算点数も表示すること。
1	14	3	40	診療記録の記載内容として、加算指示内容も登録可能であること。
1	14	3	41	常に算定する加算を選択状態で起動するようにできること。
1	14	3	42	加算の表示・非表示を設定できること。
1	14	3	43	表示する加算の表示順を設定できること。
1	14	3	44	加算の回数を選択できること。

1	14	3	45	選択した医学管理料をオーダ登録することで、実施情報が医事システムへ伝達されること。
1	14	3	46	職制によって、医学管理料オーダの登録可否が設定できること。
1	14	3	47	加算分を追加した点数の降順で医事会計側へ伝達され、最も点数の高い医学管理料以外は非算定設定が付加されること。
1	14	3	48	加算同士の背反チェックが設定できること。
1	14	3	49	診療区分16(在宅)の医学管理料を複数オーダする場合、加算分を除いた点数の降順で医事会計側へ伝達されること。(非算定設定は付加しないが、医事システムへ取り込むタイミングで自動判別をできること。)
1	14	3	50	算定不可と判断される医学管理料を、オーダ候補として表示するかしないかを選択できること。
1	14	3	51	算定不可の医学管理料をオーダ候補として一覧表示する場合に、オーダ指示を許すか許さないかを選択できること。
1	14	3	52	背反エラーと判断される医学管理料を、オーダ候補として一覧表示する場合、警告とするかエラーとするかを選択できること。
1	14	3	53	背反エラーの医学管理料をオーダした場合、非算定設定(+SNO)が付加されること。
1	14	3	54	医学管理料のオーダ候補一覧において、設定によって(実施)のみを指示できること。(未実施)は表示せず、また指示も不要であること。)
1	14	3	55	医学管理料の検索機能を有すること。
1	14	3	56	医学管理料の検索方法として、以下の方法ができること。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・入力病名による検索</li> <li>・診療科セットによる検索</li> <li>・医師セットによる検索</li> <li>・特定診療科の頻用医学管理料による検索</li> <li>・特定医師の頻用医学管理料による検索</li> </ul>
1	14	3	57	検索画面から、セットマスタをメンテナンスできること。
1	14	3	58	診療科単位や医師単位で医学管理料のセット登録ができること。
1	14	3	59	診療科単位や医師単位での医学管理料のセット登録は、既に登録されているセットを流用して新たなセットを作成できること。
1	14	3	60	診療科単位や医師単位で医学管理料の頻出情報が自動更新されデータ引用できること。
1	14	3	61	同一日に既に算定済みの医学管理料をオーダしようとする(DO)と、算定済みであることをメッセージ表示できること。
1	14	3	62	選択された医学管理料を(実施)指示する際に、その内容に見合ったカルテ記載内容のテンプレートが自動表示され、診療記録の記載漏れを防止するような仕組みを有すること。
1	14	3	63	診療記録の記載が不要な医学管理料については、記事入力を省略できること。
1	14	3	64	診療記録の入力必須項目は省略して登録できないこと。省略された場合、診療記録記載情報が一時保存状態となること。
1	14	3	65	オーダ履歴のDO入力を行う際に、カルテ記載内容のDO入力もできること。 また、設定により、カルテ記載内容をDOしない、あるいはDOする/しないの確認メッセージを表示できること。
1	14	3	66	カルテ記載内容の前回DO入力時、全科の診療記録を前回DOの対象とするか、指定した診療科の診療記録を対象とするか、医学管理料単位で設定ができること。
1	14	3	67	カルテ記載が完了しなくても、(一時保存)状態でオーダ登録ができること。あるいは、記事記載が完了しなければ、オーダ登録が出来ないようにも動作選択ができること。
1	14	3	68	登録したカルテ記載内容は、電子カルテへ診察記事として伝達できること。
1	14	3	69	登録したカルテ記載内容は、患者説明書として印刷できること。
1	14	3	70	患者説明書使用有無を医学管理料ごとに設定可能であること。
1	14	3	71	患者説明書の原紙は、医学管理料ごとに設定可能であること。
1	14	3	72	患者説明書に印字する項目は、テンプレートごとに設定可能であること。
1	14	3	73	患者説明書を印刷するプリンタは、端末ごとに指定可能であること。
1	14	3	74	患者説明書は電子カルテへ反映可能であること。
1	14	3	75	医学管理料オーダ画面から、病名オーダ画面を呼び出すことができること。
1	14	3	76	該当患者の処方オーダ、注射オーダ、検体検査オーダの内容をもとに、算定可能な医学管理料の候補を選出できること。
1	14	3	77	特定の医学管理料(例:糖尿病透析予防指導管理料など)に関して、選択した患者の検査結果(オーダリングシステム)の内容をもとに、算定可能な医学管理料の候補を選出できること。 この時、検査結果値に対するチェックができること(閾値の設定ができること)。
1	14	3	78	特定の医学管理料(例:悪性腫瘍特異物質治療管理料など)に関して、選択した患者の検査結果(オーダリングシステム)の内容を表示できること。表示内容は以下の内容を網羅していること。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・検査項目名称</li> <li>・検査結果値</li> <li>・基準値外マーク</li> <li>・参考基準値</li> <li>・単位名称</li> <li>・検査実施日</li> <li>・検査結果日</li> <li>・検査オーダ日</li> <li>・検査結果コード</li> <li>・依頼元科名称</li> </ul>
1	14	3	79	選択した患者の検査結果(オーダリングシステム)の内容を、診療記録に連携できること。
1	14	3	80	オーダ画面に患者病名を表示する場合、(病名オーダの病名)と(医事システムの病名)が参照できること。また、(医事システムの病名)のみ表示を行う設定ができること。
1	14	3	81	特定の医学管理料(例:悪性腫瘍特異物質治療管理料など)に関して、選択した患者の検査結果(オーダリングシステム)の内容を医事システム(レセプト記載用コメント)に伝達できること。
1	14	3	82	直近の初診日以降の算定済み医学管理料で判断ができること。
1	14	3	83	直近の初診日以降の算定済み医学管理料で判断を行う場合、初診日が不明の時は最古の来院日を直近の初診日とみなす設定ができること。
1	14	3	84	医事システムで算定済みの医学管理料だけでなく、(オーダ済み・医事未取り込み)の医学管理料も背反チェックの対象にできること。
1	14	3	85	オーダ画面に表示される医事算定済みの医学管理料を表示する場合、オーダ導入日前に医事算定された医学管理料を識別できること。
1	14	3	86	画面表示する医学管理料の名称は、医学管理料単位に(医事システム点数マスタの名称)を表示するか、あるいは(任意設定した名称)を表示するかを設定できること。
1	14	3	87	候補として表示される医学管理料の表示順を(点数降順)と設定できること。
1	14	3	88	候補として表示される医学管理料の表示順を(診療科セット順)と設定できること。
1	14	3	89	候補として表示される医学管理料の表示順を(医師セット順)と設定できること。
1	14	3	90	複数の算定候補が表示され、その内1つを(算定する)とした場合、他の候補の中で背反となるものは背景色が変わり一目で識別(算定不可)できること。
1	14	3	91	オーダ画面で診療日の指定を生年月日以前とした場合はエラーメッセージが表示できること。
1	14	3	92	カルテ記載画面は、前回入力した診療記録内容を引継ぐことができること。
1	14	3	93	オーダ画面でDOを行い、カルテ記載画面を表示する場合、今回のカルテテンプレートとDO元のテンプレートの世代が異なる場合はその旨を警告メッセージにて表示し、その記載内容はクリアした状態で表示できること。
1	14	3	94	医事会計システムに伝達するコードは、(医事システムの医事コード)あるいは(医事システム側のセットコード)を設定できること。
1	14	3	95	特定の医学管理料については、医事会計システムに伝達しない設定もできること。
1	14	3	96	同月内に点数の低い医学管理料を算定しており、後から点数の高い医学管理料が算定可能と判断された場合、算定可と判断し、その旨をコメントで医事会計システムへ伝達できること。
1	14	3	97	同月内に点数の高い指導料(在宅以外)を算定しており、後から点数の低い指導料(在宅)が算定可と判断された場合、その旨をコメントで医事会計システムへ伝達できること。
1	14	3	98	算定不可項目をオーダ登録時、窓口会計とするか自動会計とするかを医事会計システムへ伝達できること。また、以下の機能を有すること。 ①窓口会計とした場合、オーダ端末の通常使うプリンタに会計票(会計は窓口へ案内する帳票)を出力できること。 ②同日・他科で在宅の背反項目をオーダ時は、窓口会計とできること。
1	14	3	99	同月内に悪性腫瘍特異物質治療管理料(その他・1項目)を算定済みで、もう1項目検査を行い、悪性腫瘍特異物質治療(2項目以上)が算定可能と判断された場合、医事会計システムへ(当月内の1項目の算定を削除してください)のコメントを伝達できること。
1	14	3	100	在宅で複数月分の加算コード(例:血糖自己測定器加算(月20回以上)1型糖尿病の患者を除く)を今月算定する場合、算定する加算の数(2~12個)を指定できること。

1	14	3	101	オーダ画面の患者情報を非表示とする設定ができること。(オーダ候補画面を大きく表示)
1	14	3	102	オーダ画面の病名情報を非表示とする設定ができること。(オーダ候補画面を大きく表示)
1	14	3	103	フルHD画面の場合、オーダ画面の右側にヘルパー機能(患者情報・指導料コメント・算定不可一覧・検索履歴・プログレスノート)を閲覧できること。
1	14	3	104	フルHD画面でない場合、オーダ画面の右下のボタンクリックにより、ヘルパー機能(患者情報・指導料コメント・算定不可一覧・検索履歴・プログレスノート)を閲覧できること。
1	14	3	105	オーダ画面から病名オーダ画面(電子カルテ)の起動ができること。
1	14	3	106	電子カルテから医学管理料オーダ画面を起動する場合、電子カルテに特定の医師コードでログインしている場合のみ医学管理料オーダ画面が自動起動する設定が可能であること。
1	14	3	107	患者単位・医学管理料単位に候補として表示しない指定ができること。
1	14	3	108	患者単位・医学管理料単位に候補として表示しない期間指定ができること。(例:患者Aについて、平成25年6月30日までは特定薬剤治療管理料をオーダ画面に候補として表示しない)
1	14	3	109	退院予定日をオーダリングシステムより取得して、退院日として退院時チェックをできること。
1	14	3	110	検査チェックを行う場合、複数の検査を1項目としてカウントするグループ設定ができること。
1	14	3	111	初回算定から〇年以上経過している場合は算定不可とするチェックができること。
1	14	3	112	オーダ履歴の表示で、会計済みでかつ加算内容がオーダと医事会計システムとで異なる場合、カルテ記載の進捗を〇ではなく?にできること。(識別が行えれば表示方法は問わない)
1	14	3	113	診療記録記載画面は(一時保存)と(登録)が行なえること。
1	14	3	114	診療記録記載画面は(一時保存)を使用しない設定ができること。
1	14	3	115	自動的に候補として選出された場合のみ算定可として扱える医学管理料を設定できること。(例:悪性腫瘍特異物質治療管理料は自動的に候補として選出された場合のみ算定可とし、候補として選出されない場合は算定不可(手動による指定も不可)とする。)
1	14	3	116	医師単位に候補表示する医学管理料を設定できること。(研修を受けた医師のみ算定可となる医学管理料を設定できること)
1	14	3	117	電子カルテと連携し、カルテ画面を開いた際に算定可能な医学管理料の候補がある患者に対しては、その旨をお知らせする機能を有すること。
1	14	3	118	カルテ記載/加算選択画面にて、カルテ記載時に関連する加算が自動選択され、オーダ登録時に医学管理料とともに加算も医事会計システムに連携されること。
1	14	3	119	カルテ記載/加算選択画面にて、カルテ記載内容に対して算定可能な加算が選択されていない場合に警告メッセージが表示されること。
1	14	3	120	カルテ記載/加算選択画面にて、加算選択時に必要なカルテ記載が行われていない場合に警告メッセージが表示されること。
1	14	3	121	カルテ記載/加算選択画面にて、記録日時の指定が可能であること。
1	14	3	122	指定された日数を越えたカルテ記載修正/削除が不可であること。
1	14	4		<b>電子診療記録の代行入力・承認機能</b>
1	14	4	1	電子カルテの承認機能と連携して、オーダ内容およびカルテ記載内容の承認が電子カルテ上で可能であること。
1	14	4	2	医療クラーク等が診療記録の代行入力を行い、医師が複数の患者分を一括で承認することができる機能を備えていること。(代行入力・承認画面)
1	14	4	3	医師が代行入力されたものを承認する場合、承認した内容が電子診療記録に反映されること。
1	14	4	4	医師が代行入力されたものを承認する場合、対象の患者を一覧で確認できること。また、一覧は診療科・入外・状態等で絞込みができること。
1	14	4	5	医師が代行入力されたものを承認する場合、否認できること。また否認理由の登録ができること。
1	14	4	6	医師が代行入力されたものを承認する場合、保留できること。
1	14	4	7	医師が代行入力されたものを承認する場合、電子カルテ記載イメージで複数人分を同時に内容確認できること。
1	14	4	8	医師が代行入力されたものを承認する場合、代行入力を行った画面イメージで内容確認できること。
1	14	4	9	医師が代行入力されたものを承認する場合、代行入力された内容の変更ができること。
1	14	4	10	医師が電子カルテにログインした場合、承認依頼がある時のみ代行入力・承認画面が自動的に表示されること。
1	14	4	11	研修医が診療記録の代行入力を行う場合は指示医の指定ができること。
1	14	4	12	医療クラーク等が診療記録の代行入力を行う場合は指示医の指定ができること。
1	14	4	13	医療クラーク等が診療記録の代行入力を行った場合は、指示医の承認を得るまで電子診療記録に反映されないこと。
1	14	4	14	医療クラークが電子カルテにログインした場合、未承認あるいは否認されたものがある時のみ代行入力・承認画面が自動的に表示されること。
1	14	4	15	医療クラークが否認されたものを患者一覧形式で確認できること。
1	14	4	16	医療クラークが否認されたものを参照する場合、電子カルテ記載イメージで複数人分を同時に内容確認できること。
1	14	4	17	医療クラークが否認されたものを参照する場合、代行入力を行った画面イメージで内容確認できること。
1	14	4	18	代行入力・承認画面は、電子カルテから任意のタイミングで起動できること。
1	14	4	19	予約オーダ情報をもとに、受診予定患者を一覧画面で把握可能し、該当患者が算定可能な医学管理料の候補を表示できること。
1	14	4	20	受診予定の任意の患者を指定し、算定可能な医学管理料の候補を表示できること。
1	14	4	21	医療クラーク等が算定可能な医学管理料あるいは算定不可な医学管理料を指定し、その算定可能/不可と判断した根拠と共に、診療記録の代行入力をできること。
1	14	4	22	事前登録を行った内容を、担当医に伝達できること。
1	14	4	23	医学管理料オーダの事前登録は、任意の患者を指定することでも実施できること。
1	14	4	24	医学管理料オーダの事前登録を行う前に、対象患者の医学管理料算定候補の有無をチェックできること。
1	14	4	25	医学管理料オーダ画面を医師が開いた際に、医療クラーク等が事前登録した医学管理料の内容および診察記事の内容が反映されていること。医師は代行者の登録した判断根拠を確認の上、診察記事を承認しオーダ登録ができること。
1	14	4	26	事前登録した医学管理料情報について、医師がオーダしたかどうか、診察記事に反映されているかどうかの状況を確認できること。
1	14	5		<b>会計入力画面</b>
1	14	5	1	医事会計画面において、医学管理料オーダと同等の候補表示ができること。
1	14	5	2	医事会計画面にて、候補の医学管理料を選択し、画面に展開できること。
1	14	5	3	過去の医学管理料の算定履歴を表示し、過去の医学管理料を会計画面に展開できること。
1	14	5	4	以下の条件で算定可能と推測される医学管理料を選出すること。 ・科チェック ・病名チェック ・薬剤・材料チェック ・診療行為チェック ・入外チェック ・年齢チェック ・性別チェック ・初診日チェック ・退院日チェック ・限度回数チェック ・背反チェック ・過去算定履歴チェック
1	14	5	5	チェックマスタの設定にて、上記1-14-5-4の条件の組合せから、病名チェックを除いた条件の組合せで算定可能と推測される医学管理料を抽出できること。
1	14	5	6	チェックマスタの設定にて、病名のみでチェックして算定候補として挙げている医学管理料をチェック対象から外すことができること。
1	14	5	7	過去算定履歴のある医学管理料のみを算定候補と出来るチェックができること。
1	14	5	8	過去算定履歴のある医学管理料のみを算定候補とするチェックができ、かつ、病名・薬剤・材料・診療行為・保険・職種のチェックを合わせて行なえること。
1	14	5	9	チェック対象外とする診療データの算定区分を指定できること。
1	14	5	10	チェック対象外とする診療データの請求区分を指定できること。
1	14	5	11	科チェックにおいて、診療科/レセ科 いずれを対象にするか設定できること。

1	14	5	12	病名チェックにおいて疑い病名を含む/含まない/疑い病名のみを医学管理料単位に設定できること。
1	14	5	13	病名チェックにおいて主病名のみチェック対象/主病名以外もチェック対象を医学管理料単位に設定できること。
1	14	5	14	病名チェックにおいて、任意の疾患グループを設定し、そのグループの中から〇個以上病名がある患者をチェック対象とすることができること。
1	14	5	15	病名チェックにおいて、接頭語・接尾語に対してもチェックすることができること。
1	14	5	16	病名チェックにおいて、病名開始日から対象日までの期間チェックができること。
1	14	5	17	病名チェックにおいて、算定可能と判断した理由に表示する病名数を設定可能であること。
1	14	5	18	保険チェックにおいて、保険・継続区分・低所得者サインでのチェックができること。
1	14	5	19	病名チェック、薬剤・材料チェック、診療行為チェック、保険チェックにおいて、指定した項目を含まない場合に算定可とする条件をチェックできること。
1	14	5	20	以下の条件で算定不可と判断された医学管理料は、算定不可の理由が表示されること。 ・初診日チェック ・退院日チェック ・限度回数チェック ・背反チェック
1	14	6		医学管理料指示票発行機能（再来受付時に基本カードと連動して発行）
1	14	6	1	再来受付時に基本カード発行と連動し、医学管理料指示票の発行が可能であること。
1	14	6	2	今回算定可能と推測される医学管理料は、以下の内容も印字可能であること。 ・医学管理料の概要 ・今回算定可能と判断した理由
1	14	6	3	患者ID、診療科、入外を指定することで、医学管理料指示票が発行できること。
1	14	6	4	患者の診療内容、傷病名などをもとに、今回算定可能と推測される医学管理料名称を印字すること。
1	14	6	5	印字される医学管理料の名称を任意に変更できること。
1	14	6	6	以下の条件で算定可能と推測される医学管理料を選出すること。 ・科チェック ・病名チェック ・薬剤・材料チェック ・診療行為チェック ・入外チェック ・年齢チェック ・性別チェック ・初診日チェック ・退院日チェック ・限度回数チェック ・背反チェック ・過去算定履歴チェック
1	14	6	7	チェックマスタの設定にて、上記1-14-6-6の条件の組合せから、病名チェックを除いた条件の組合せで算定可能と推測される医学管理料を抽出できること。
1	14	6	8	チェックマスタの設定にて、病名のみでチェックして算定候補として挙げている医学管理料をチェック対象から外することができること。
1	14	6	9	過去算定履歴のある医学管理料のみを算定候補と出来るチェックができること。
1	14	6	10	過去算定履歴のある医学管理料のみを算定候補とするチェックができ、かつ、病名・薬剤・材料・診療行為・保険・職種のチェックを合わせて行なえること。
1	14	6	11	チェック対象外とする診療データの算定区分を指定できること。
1	14	6	12	チェック対象外とする診療データの請求区分を指定できること。
1	14	6	13	科チェックにおいて、診療科/レセ科 いずれを対象にするか設定できること。
1	14	6	14	病名チェックにおいて疑い病名を含む/含まない/疑い病名のみを医学管理料単位に設定できること。
1	14	6	15	病名チェックにおいて主病名のみチェック対象/主病名以外もチェック対象を医学管理料単位に設定できること。
1	14	6	16	病名チェックにおいて、任意の疾患グループを設定し、そのグループの中から〇個以上病名がある患者をチェック対象とすることができること。
1	14	6	17	病名チェックにおいて、接頭語・接尾語に対してもチェックすることができること。
1	14	6	18	病名チェックにおいて、病名開始日から対象日までの期間チェックができること。
1	14	6	19	病名チェックにおいて、算定可能と判断した理由に表示する病名数を設定可能であること。
1	14	6	20	保険チェックにおいて、保険・継続区分・低所得者サインでのチェックができること。
1	14	6	21	病名チェック、薬剤・材料チェック、診療行為チェック、保険チェックにおいて、指定した項目を含まない場合に算定可とする条件をチェックできること。
1	14	6	22	以下の条件で算定不可と判断された医学管理料は、算定不可の理由が表示されること。 ・初診日チェック ・退院日チェック ・限度回数チェック ・背反チェック
1	14	7		医学管理料指示票（随時発行機能）
1	14	7	1	再来受付時以外でも随時医学管理料指示票の個別発行が可能であること。
1	14	7	2	今回算定可能と推測される医学管理料は、以下の内容も印字可能であること。 ・医学管理料の概要 ・今回算定可能と判断した理由 ・カルテ記載内容のテンプレート
1	14	7	3	患者ID、診療科、入外を指定することで、医学管理料指示票が発行できること。
1	14	7	4	患者の医事データをもとに、今回算定可能と推測される医学管理料名称を印字すること。
1	14	7	5	印字される医学管理料の名称を任意に変更できること。
1	14	7	6	以下の条件で算定可能と推測される医学管理料を選出すること。 ・科チェック ・病名チェック ・薬剤・材料チェック ・診療行為チェック ・入外チェック ・年齢チェック ・性別チェック ・初診日チェック ・退院日チェック ・限度回数チェック ・背反チェック ・過去算定履歴チェック
1	14	7	7	チェックマスタの設定にて、上記1-14-7-6の条件の組合せから、病名チェックを除いた条件の組合せで算定可能と推測される医学管理料を抽出できること。
1	14	7	8	チェックマスタの設定にて、病名のみでチェックして算定候補として挙げている医学管理料をチェック対象から外することができること。
1	14	7	9	過去算定履歴のある医学管理料のみを算定候補と出来るチェックができること。
1	14	7	10	過去算定履歴のある医学管理料のみを算定候補とするチェックができ、かつ、病名・薬剤・材料・診療行為・保険・職種のチェックを合わせて行なえること。

1	14	7	11	チェック対象外とする診療データの算定区分を指定できること。
1	14	7	12	チェック対象外とする診療データの請求区分を指定できること。
1	14	7	13	科チェックにおいて、診療科/レセ科 いずれを対象にするか設定できること。
1	14	7	14	病名チェックにおいて疑い病名を含む/含まない/疑い病名のみ を医学管理料単位に設定できること。
1	14	7	15	病名チェックにおいて主病名のみチェック対象/主病名以外もチェック対象 を医学管理料単位に設定できること。
1	14	7	16	病名チェックにおいて、任意の疾患グループを設定し、そのグループの中から〇個以上病名がある患者をチェック対象とすることができること。
1	14	7	17	病名チェックにおいて、接頭語・接尾語に対してもチェックすることができること。
1	14	7	18	病名チェックにおいて、病名開始日から対象日までの期間チェックができること。
1	14	7	19	病名チェックにおいて、算定可能と判断した理由に表示する病名数を設定可能であること。
1	14	7	20	保険チェックにおいて、保険・継続区分・低所得者サインでのチェックができること。
1	14	7	21	病名チェック、薬剤・材料チェック、診療行為チェック、保険チェックにおいて、指定した項目を含まない場合に算定可とする条件をチェックできること。
1	14	7	22	以下の条件で算定不可と判断された医学管理料は、算定不可の理由が表示されること。 ・初診日チェック ・退院日チェック ・限度回数チェック ・背反チェック
1	14	7	23	画面表示する医学管理料の名称は、医学管理料単位に（点数マスタの名称）を表示するか、あるいは（任意設定した名称）を表示するかを設定できること。
1	14	8		<b>カルテ記載進捗管理機能</b>
1	14	8	1	カルテ記載状況を登録・修正ができること。
1	14	8	2	医学管理料オーダー画面でのオーダー情報および医事会計システムでの診療情報（算定済み医学管理料）より、以下の条件を指定して医学管理料の算定履歴を抽出できること。 ・算定日 ・患者ID ・医科/歯科 ・入院/外来 ・診療科 ・病棟 ・主治医
1	14	8	3	医学管理料算定履歴の抽出時、医学管理料（入力コード・カナ名称・漢字名称）またはコメント（入力コード・漢字名称）で絞り込みができること。
1	14	8	4	医学管理料算定履歴の抽出時、診療記録記載進捗状況または診療記録記載チェック状況で絞り込みができること。
1	14	8	5	医学管理料の算定履歴抽出結果を画面に一覧表示できること。 ・患者基本情報（患者ID、患者氏名） ・入外区分 ・診療科 ・病棟 ・算定日 ・医学管理料名称 ・主治医 ・オーダー取込状況 ・医事算定状況
1	14	8	6	一覧表示された算定履歴に対してコメント登録ができること。
1	14	8	7	カルテへの記事記載進捗状況（○・△・×・ー）の登録ができること。
1	14	8	8	カルテへの記事記載状況一括チェック（○・△・×・ー）登録ができること。
1	14	8	9	医学管理料算定履歴の抽出時、カルテ記載進捗状況（○・△・×・ー）による絞り込みができること。
1	14	8	10	医学管理料の算定履歴より、カルテ記載漏れ一覧帳票を出力できること。 ・患者基本情報（患者ID、患者氏名） ・入外区分 ・診療科 ・病棟 ・算定日 ・算定済み医学管理料 ・主治医 ・オーダー取込状況 ・医事算定状況 ・カルテ記載有無 ・カルテ記載チェック状況 ・コメント ・処理者 ・備考
1	14	8	11	カルテ記載漏れ一覧はEXCELもしくはCSV形式で出力するものとし、データの二次利用ができること。
1	14	8	12	カルテ記載漏れ一覧帳票は、以下の条件で改ページできること。 ・主治医別 ・診療科別 ・入外別 ・病棟別
1	14	8	13	他のシステムからシングルサインオン（一度の利用者認証で複数のシステムを利用できること）ができること。
1	14	8	14	他のシステムから医師コードを指定してシングルサインオン（一度の利用者認証で複数のシステムを利用できること）した場合、画面の主治医欄に医師コードがセットされること。また、その主治医欄の医師コードで絞り込みして表示ができること。
1	14	8	15	表示される医事算定済みの医学管理料を表示する場合、オーダー導入日前に医事算定された医学管理料を判別できること。
1	14	8	16	画面表示する医学管理料の名称は、医学管理料単位に（点数マスタの名称）を表示するか、あるいは（任意設定した名称）を表示するかを設定できること。
1	14	8	17	カルテ記載進捗管理からカルテ記載内容の変更画面を起動できること。
1	14	8	18	カルテ記載進捗管理からカルテ記載内容の変更画面を起動した場合、医師以外は一時保存機能のみ使用する設定ができること。
1	14	8	19	カルテ記載進捗管理からカルテ記載内容の変更画面を起動した場合、医師は一時保存機能、登録機能を使用できること。
1	14	8	20	任意の医学管理料算定履歴について、診療科別の算定状況（算定件数・合計点数）を集計できること。
1	14	8	21	任意の医学管理料算定履歴について、診療科別算定状況を集計した結果の一覧をEXCEL形式で出力できること。
1	14	8	22	カルテ記載漏れランキングをWebにて参照可能であること。
1	14	8	23	カルテ記載漏れ推移比較をWebにて参照可能であること。
1	14	9		<b>医学管理料チェックマスタ</b>
1	14	9	1	診療内容（薬剤、検査等）、傷病名、算定履歴などと紐付けをした医学管理料チェックマスタが提供可能であること。 改正時の変更対応もできること。
1	14	9	2	標準的に設定された内容は、病院側でも適宜修正が可能であること。
1	14	9	3	チェックマスタ詳細の内容（科、病名、薬剤、診療、背反、医師、用法）を一括登録できること。
1	14	10		<b>カルテ記載用テンプレート</b>
1	14	10	1	医学管理料単位に、カルテ記載用テンプレートのサンプル提供が可能であること。（歯科は除く）
1	14	10	2	改正時に変更・追加がある場合、サンプル提供が可能であること。

1	14	10	3	病院オリジナルのカルテ記載用テンプレートを、チェックボックス・ラジオボタン・テキストボックスを使用して新規作成できること。
1	14	10	4	特定のテンプレートの内容を電子カルテに反映しない設定ができること。
1	14	10	5	特定のテンプレートの内容をDOで引き継がない設定ができること。
1	14	10	6	提供されたカルテ記載用テンプレートを流用して病院オリジナルのカルテ記載用テンプレートが作成できること。
1	14	10	7	医学管理料単位に、医師別・診療科別のテンプレートを設定できること。
1	14	10	8	専用のテンプレートを登録していない医学管理料であっても、記事入力を行えるように汎用的なテンプレートが自動表示できること。
1	14	10	9	テンプレートを作成する場合、オーダ画面で入力用のテキストボックスは（半角のみ入力可）あるいは（全角のみ入力可）の指定ができること。
1	14	10	10	テンプレートを作成する場合、コンボボックスの指定ができること。
1	14	10	11	テンプレートを作成する場合、全ての条件にチェックが行われた場合のみ（オーダ画面の登録ボタン）を表示する設定ができること。 (例) 下記、条件A～Cに全てチェックした場合のみ（登録ボタン）を表示する。 <input type="checkbox"/> 条件A <input type="checkbox"/> 条件B <input type="checkbox"/> 条件C
1	14	10	12	フリー入力が行えるテキストボックスを用意する場合、全角2000文字以上の文字ができること。
1	14	10	13	フリー入力が行えるテキストボックスを用意する場合、カルテ記載画面に表示する行数を指定できること。
1	14	10	14	テンプレートごとに、内部コメントの設定が可能であること。
1	14	10	15	テンプレートのエクスポート及びインポートが可能であること。
1	15			オンライン資格確認
1	15	1		マイナンバーカードによるオンライン資格確認情報等の取込機能
1	15	1	1	資格確認端末の資格情報等格納フォルダ（以下「共有フォルダ」）を介した資格情報等の取込機能を有すること。
1	15	1	2	資格確認端末の共有フォルダから受信した資格情報等の取得結果（表示内容：有効、無効等のステータス）を画面で表示できること。
1	15	1	3	資格情報等の取得結果が有効であった場合、受信した資格情報等から、以下の項目を選択することにより、医事会計システムの該当情報を更新できること。 ・基本情報（氏名、生年月日）
1	15	1	4	・資格情報（保険者番号、記号、番号、枝番）
1	15	1	5	・郵便番号
1	15	1	6	・郵便番号
1	15	1	7	新規来院患者以外で、資格確認結果が有効、照会番号で紐づけた照会結果と医事会計システムに登録済の情報が同じ内容の場合に、保険確認日を自動更新できること。
1	15	1	8	取り込んだ情報を、電子カルテシステムに送信できること。
1	15	1	9	共有フォルダ内のファイルの暗号化有無を設定できること。
1	15	1	10	共有フォルダ内のファイルを暗号化する設定の場合、取出時の復号化ができること。
1	15	2		健康保険証によるオンライン資格確認情報等の取込機能
1	15	2	1	資格確認端末の資格情報等格納フォルダ（以下「共有フォルダ」）を介した資格情報等の取込機能を有すること。
1	15	2	2	新規来院患者の場合、健康保険証によるオンライン資格確認用の入力画面を表示し、資格情報等の照会要求（入力情報：保険者番号、被保険者記号・番号、枝番、生年月日、資格確認日）の作成を行えること。
1	15	2	3	新規来院患者以外の場合、当該患者の保険情報で初期表示されたオンライン資格確認用の入力画面より、資格情報等の照会要求（入力情報：保険者番号、被保険者記号・番号、枝番、生年月日、資格確認日）の作成を行えること。
1	15	2	4	資格確認端末の共有フォルダから受信した資格情報等の取得結果（表示内容：有効、無効等のステータス）を画面で表示できること。
1	15	2	5	資格情報等の取得結果が有効であった場合、受信した資格情報等から、以下の項目を選択することにより、医事会計システムの該当情報を更新できること。 ・基本情報（氏名、生年月日）
1	15	2	6	・資格情報（保険者番号、記号、番号、枝番）
1	15	2	7	・郵便番号
1	15	2	8	・郵便番号
1	15	2	9	新規来院患者以外で、資格確認結果が有効、照会番号で紐づけた照会結果と医事会計システムに登録済の情報が同じ内容の場合に、保険確認日を自動更新できること。
1	15	2	10	主保険の記号・番号にShift_JIS（JISの第一水準、第二水準）の範囲外の文字コードが存在する場合は”●”に変換し、照会要求を行うこと。
1	15	2	11	取り込んだ情報を、電子カルテシステムに送信できること。
1	15	2	12	共有フォルダ内のファイルの暗号化有無を設定できること。
1	15	2	13	共有フォルダ内のファイルを暗号化する設定の場合、情報格納時の暗号化、取出時の復号化ができること。
1	15	3		照会番号の登録機能
1	15	3	1	マイナンバーカードによるオンライン資格確認情報等の取得結果において、照会番号が空白だった場合、取得した資格情報等を登録し、照会番号を生成したうえで、共有フォルダを介して照会番号を送信できること。
1	15	3	2	マイナンバーカードによるオンライン資格確認情報等の取得結果において、照会番号が存在する場合、照会番号を用いて、医事会計システム上の患者情報との紐づけを行うこと。
1	15	3	3	健康保険証によるオンライン資格確認情報等の取得結果において、照会番号が空白だった場合、取得した資格情報等を登録し、照会番号を生成したうえで、共有フォルダを介して照会番号を送信できること。
1	15	4		限度額適用認定証等情報の取込機能
1	15	4	1	共有フォルダを介して、限度額適用認定証等の情報の取得要求、および結果受信機能を有すること。
1	15	4	2	保険証による確認時、限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証の照会を行い、受信した結果を、医事会計システムのヘルパー画面を介して資格確認結果として取り込めること。
1	15	4	3	保険証による確認時、限度額適用認定証等の照会を行うかどうかの初期値を患者さんごとに登録可能とし、照会時に初期値として表示し照会要求ができること。初期表示を変更して照会表示ができること。
1	15	4	4	マイナンバーカードによる確認で、限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証、特定疾病療養受領証の照会を行う場合、受信した結果を、医事会計システムのヘルパー画面を介して資格確認結果として取り込めること。
1	15	4	5	新規来院患者以外の患者について、新患受付画面の右側のヘルパー画面に資格確認結果を表示し、新患画面に表示されている登録済の資格情報と異なっている項目について、赤字表示ができること。
1	15	4	6	取り込んだ情報を、電子カルテシステムに送信できること。
1	15	5		事前確認における一括照会機能
1	15	5	1	資格確認日を指定し、事前確認用の一括照会対象患者リストを作成し、一括照会が実施できること。
1	15	5	2	病院で作成する一括照会対象患者リストから一括照会（1回の一括照会は最大5000件）を実施できること。
1	15	5	3	資格確認日の入力を省略した場合は、システム日付の翌日とすること。
1	15	5	4	共有フォルダを介して、一括照会要求できること。
1	15	5	5	共有フォルダを介して、一括照会受付番号を取得できること。
1	15	5	6	共有フォルダを介して、一括照会受付番号に対する資格照会結果の取得要求ができること。
1	15	5	7	共有フォルダを介して、一括資格照会結果を受信できること。
1	15	5	8	一括照会処理終了後、受信した一括資格照会結果を一覧画面表示できること。
1	15	5	9	照会結果が有効で、医事会計システムに登録されている資格情報から変更がない場合、照会番号で該当患者と紐づけし、該当患者の資格情報（保険確認日）を更新できること。
1	15	5	10	オンライン資格確認情報等の取得結果において、照会番号が空白だった場合、照会番号を生成したうえで、共有フォルダを介して照会番号を送信できること。
1	15	5	11	医事会計システムに登録されている資格上に枝番情報が登録されていない患者を一括照会し、オンライン資格確認等システムから枝番情報が提供された場合、照会番号で紐づけした該当患者の資格情報（枝番）を自動登録ができること。



1	15	5	12	主保険の記号・番号にShift_JIS (JISの第一水準、第二水準) の範囲外の文字コードが存在する場合は”●”に変換し、照会要求を行うこと。
1	15	5	13	一括照会をタスクスケジューラ等であらかじめ設定した時間に自動実行できること。
1	15	5	14	処理中にエラーが発生した患者については、設定したフォルダにエラー患者一覧を出力できること。
1	15	6		その他
1	15	6	1	オンライン資格確認管理画面にて、オンライン資格確認等システムから共有フォルダを介して受信した照会結果を一覧表示できること。
1	15	6	2	オンライン資格確認管理画面にて、処理実行日・資格確認日・ファイル識別子 (前方一致) による検索ができること。
1	15	6	3	一覧表示の各項目でフィルタ表示ができること。
1	15	6	4	一覧から選択した照会結果について、患者番号を引き継いで新患受付画面が起動できること。
1	15	6	5	一覧表示されている情報をCSV出力できること。
1	15	6	6	一覧から選択した照会結果について、照会番号が未登録の場合に照会番号を登録できること。
1	15	6	7	資格確認日、処理実行日を条件に、共有フォルダを介して受信し、取り込んだ結果についてファイル整理ができること。
1	15	6	8	ヘルパー画面で、共有フォルダを介して受信し、取り込んだ結果の詳細が参照できること。
1	15	6	9	ヘルパー画面で、取り込んだ保険情報の資格有効性が1 (有効)、5 (複数該当) の場合は、わかり易く表示できること。
1	15	6	10	ヘルパー画面で、取り込んだ保険情報が国保の場合に、県内国保・県外国保の違いを考慮して表示できること。
1	15	6	11	以下の画面のメッセージエリアに直近の資格照会日と照会方法 (単件/一括) を表示できること。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者ポータル</li> <li>・新患受付</li> <li>・再来受付</li> <li>・保険照会</li> <li>・保険確認履歴照会</li> <li>・会計登録</li> <li>・会計カード</li> </ul>
1	15	6	12	以下の帳票に帳票発行時点で最新の資格確認結果の情報を出力できること。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・外来基本カード</li> <li>・受付票</li> <li>・カルテ1号紙</li> <li>・入院カルテ</li> <li>・入院台帳</li> <li>・予約票</li> </ul>
1	15	6	13	オンライン資格確認等システムから提供されるCSV形式の「資格確認結果連絡書」を取込み、Excel形式に変換して出力できること。
1	15	6	14	オンライン資格確認等システムから提供されるCSV形式の「資格確認結果連絡書」を取込み、一括照会要求の「患者一覧取込」で使用可能な患者番号のリストをテキスト形式で出力できること。

給食管理システム			
1	1		業務全般
1	1	1	全体
1	1	1	1 アミノ酸、脂肪酸、炭水化物成分値を搭載していること。
1	1	1	2 基本献立、実施献立の登録が可能なこと。
1	1	1	3 発注書は納品日、使用日どちらでも作成が可能なこと。
1	1	1	4 患者の呼び出しはIDの他にカナで検索できること。
1	1	1	5 国公立を含めた様々な規模の病院における導入実績があること。また豊富な運用提案ができること。
1	1	1	6 最新の日本食品標準成分表に基づき、食品の分類、配列、食品番号、全ての栄養素項目、廃棄率を搭載していること。
1	1	1	7 日本食品標準成分表以外の加工食品が参考としてあらかじめ登録されていること。
1	1	1	8 最新の日本食品標準成分表を搭載していること。
1	1	1	9 参考料理を600種類以上搭載していること。
1	1	1	10 複数ウィンドウが表示され、業務処理が行えること。(例：献立作成をしながら食品マスタ画面が開く等)
1	1	1	11 喫食時の状態で栄養計算ができ、調理後の食材の状態を考慮して栄養価を確認できること。
1	1	1	12 操作性がよく、長時間の使用にも疲れない画面レイアウトであること。
1	1	1	13 複数の現場における業務を管理できること。
1	1	1	14 各出力帳票に際してはプリンタの有効利用を考慮し、出力範囲、出力部数、プリンタの指定が可能なこと。
1	1	1	15 印刷途中で「中止」が行えること。
1	1	1	16 印刷処理はスムーズに実行されること。
1	1	1	17 データ削除処理の際には確認メッセージにて確認されること。
1	1	1	18 最低、過去1年のデータが必要に応じて参照できるものとし、必要に応じてバックアップから復元できること。
1	1	1	19 当月から未来の献立作成処理は登録可能期間が限定されていないこと。
1	1	1	20 USBメモリや外付けハードディスク等にデータバックアップができること。
1	1	1	21 現行のDr. NSTの機能を踏襲すること。
1	1	1	22 電子カルテ・オーダーリングシステムとの連携が可能であること。
1	2		業務詳細
1	2	1	提供範囲は以下の業務・機能とする。
1	2	1	1 献立管理業務
1	2	1	2 栄養管理業務
1	2	1	3 材料管理業務
1	2	1	4 食数管理業務
1	2	1	5 在庫管理業務
1	2	1	6 患者管理業務
1	2	1	7 マスタメンテナンス業務
1	3		献立管理業務
1	3	1	■ 献立作成
1	3	1	1 1人当たり分量は「可食量」または「使用量」の入力が選択できること。
1	3	1	2 個数マスタは合計99個まで登録できること。
1	3	1	3 食事種類(朝食等)は最大6種類までの献立が作成できること。
1	3	1	4 献立を作成しながら食品の追加・削除・修正が可能なこと。
1	3	1	5 同一食品が複数登録できること。(下処理用と味付け用の調味料が1料理に登録できる)
1	3	1	6 料理ごとに作り方が登録できること。
1	3	1	7 献立作成画面では料理名と食品名が1画面で確認できること。
1	3	1	8 献立作成画面では指定した複数の食種が1度に確認できること。
1	3	1	9 献立作成画面では1画面で1食種から7食種まで表示できること。
1	3	1	10 献立作成画面では、指定した期間の献立(1ヶ月以上)を表示することができること。
1	3	1	11 献立作成画面では1画面で1日から7日まで同時に表示できること。
1	3	1	12 献立作成画面では特定の曜日の献立を1画面内で横に並べて表示できること。
1	3	1	13 献立作成画面上で料理の入れ替え、コピーが簡単にできること。共に献立単位、日付単位、料理単位での作業が可能なこと。
1	3	1	14 献立を作成しながら料理マスタを更新、追加登録できること。
1	3	1	15 料理の検索はコードの他に略称、料理の一部名称(ひらがな、漢字)、主材料・調理法・風味などの区分等、様々な方法で検索できること。
1	3	1	16 食品の検索はコードの他に略称、食品の一部名称(ひらがな、漢字)、食品群など様々な方法で検索できること。
1	3	1	17 献立作成画面から食品マスタの画面を呼び出し、内容の確認、更新・追加登録ができること。
1	3	1	18 献立作成画面で1食単位および1日単位で栄養価を確認できること。
1	3	1	19 献立作成画面で食品ごとの栄養価・材料費が確認できること。
1	3	1	20 献立作成画面で微量栄養素、アミノ酸(およびフィッシャー比)、脂肪酸などの成分値が確認できること。
1	3	1	21 献立作成画面で食品交換表(糖尿病、腎臓病、糖尿病性腎症等)の値を確認できること。
1	3	1	22 献立作成画面で栄養価が基準値と比較できること。
1	3	1	23 献立作成画面で栄養価の充足状況をグラフで確認できること。
1	3	1	24 献立作成画面で食品(食糧)構成の充足状況が1日、期間指定単位で確認できること。
1	3	1	25 献立作成画面で食品単位、1食単位および1日単位で材料金額が確認できること。
1	3	1	26 献立使用食品が一覧で画面確認でき、重複チェックができること。
1	3	1	27 食品の重複チェックでは対象食品の分類が選択でき、その結果が反映されていること。色分けされており視覚的に分かりやすくなっていること。
1	3	1	28 指定した料理が過去に使用されていた日および献立(料理の組み合わせ含む)が確認できること。献立として登録された料理について、過去使用日および献立内容が確認できること。
1	3	2	■ 選択献立
1	3	2	1 選択献立に対応していること。
1	3	2	2 選択献立の栄養価は定食種類を任意に指定して確認できること。
1	3	2	3 選択献立の栄養価を料理ごとに確認できること。
1	3	2	4 選択献立開取り用の献立表、帳票が印刷できること。
1	3	2	5 献立表、栄養管理帳票は選択献立に対応していること。
1	3	3	■ 献立コピー
1	3	3	1 献立を1日から任意の期間でコピーできるものとし、選択食間のコピーもできること。
1	3	3	2 1食種から全食種まで任意に指定してコピーできること。
1	3	3	3 コピー時に献立を上書きするか否かの選択ができること。
1	3	3	4 コピー時に指定分量比率の設定ができること。
1	3	4	■ 献立一括変換
1	3	4	1 献立変更時に料理、食品、料理別の食品を一括で変更・追加・削除できるものとし、分量の指定もできること。
1	3	4	2 変換前の食品の可食量の指定もできること。
1	3	4	3 分量を指定しないときは同量の可食量で変更できること。
1	3	4	4 日付や食種を限定して変更・追加・削除できること。
1	3	4	5 指定した料理内の食品を変更する際には料理の名称も変更できること。
1	3	5	■ 献立表関係
1	3	5	1 献立表は調理現場用、保管用等使用用途に応じた見やすさや使いやすいレイアウトであること。
1	3	5	2 検査簿、給食日誌はレイアウトや項目を変更・設定できること。
1	3	5	3 1食、1日、期間平均の材料費が確認できる帳票が印刷できること。

1	3	5	4	用途に応じて帳票タイトルを設定できること。
1	3	5	5	分量はgまたは個数の表示もできること。
1	3	5	6	帳票には決済欄の表示有無や欄の幅を設定でき、項目も帳票ごとに設定できること。
1	3	5	7	栄養素が表示される帳票は表示栄養素を選択できること。
1	3	5	8	予定食数や総量を表示することができること。
1	3	5	9	献立表と併せて料理レシピが印刷できること。
1	3	5	10	料理レシピには作り方や写真が表示されること。
1	3	5	11	印刷する食種を任意に設定できること。
1	3	5	12	用紙はA4サイズ以外に、A3、B4、B5用紙に印刷できること。
1	3	5	13	帳票によっては料理名にカラー設定ができること。
1	3	5	14	印刷枚数を設定できること。
1	3	5	15	作成した献立データをエクセルに抽出し、エクセル献立表が作成できること。作成後加工もできること。
1	3	5	16	エクセル献立表は原本の調整ができ、出力する前の段階で料理、食品、栄養価ごとに文字サイズ、フォント、色、太文字が設定できること。
1	3	5	17	デジタルカメラで取り込んだ画像やイラストを献立表に印刷できること。
1	3	5	18	献立データをCSVファイルに抽出できること。
1	3	6		■栄養管理帳票関係
1	3	6	1	実施献立から期間を指定して荷重平均成分値を自動算出できること。
1	3	6	2	荷重平均成分値から食品（食糧）構成値をシミュレーションできること。
1	3	6	3	最新の日本食品標準成分表の食品分類に基づき、食品群を任意に設定できること。
1	3	6	4	複数の食品群を設定でき、栄養管理が行えること。
1	3	6	5	献立の食品ごとに栄養価を表示した栄養分析表が印刷できること。
1	3	6	6	食品交換表（糖尿病、腎臓病、糖尿病性腎症等）単位表が印刷できること。
1	3	6	7	アミノ酸、脂肪酸の栄養計算表が印刷できること。
1	3	6	8	栄養素が表示される帳票は表示栄養素を選択できること。
1	3	6	9	印刷する食種を任意に設定できること。
1	3	6	11	栄養年報が印刷できること。
1	3	6	12	報告書類は穀物エネルギー比、動物性蛋白質比、脂質エネルギー比が自動算出できること。
1	3	6	13	患者食年齢構成表および荷重平均栄養所要量が印刷できること。
1	4			材料管理業務
1	4	1		■見積管理
1	4	1	1	食品を区分し、見積書を作成できること。
1	4	1	2	見積金額は業者間で比較し安価な業者へ優先的に決定でき、変更もできること。
1	4	1	3	落札金額が発注管理にも連動していること。
1	4	2		■発注管理
1	4	2	1	食品は即日食品、在庫食品、準在庫食品として管理できること。
1	4	2	2	即日食品は食種ごとの予定人数と使用食品の廃棄率を加味して自動で発注データを集計できること。
1	4	2	3	同一食品の発注業者が複数ある場合、発注優先順位の設定ができること。
1	4	2	4	発注データは画面で確認でき、食品ごとに発注数量・発注業者・単価・納品日を変更でき、追加発注ができること。
1	4	2	5	発注業者を一括で変更できること。
1	4	2	6	即日食品だけでなく、在庫食品・準在庫食品の追加発注にも柔軟に対応できること。
1	4	2	7	食品の発注量は区分別（常食・特別食・職員食等）に設定ができ、発注書へ反映できること。
1	4	2	8	発注単位はg、Kgの他にも99個まで設定できること。
1	4	2	9	食品ごとに発注数量桁数が設定できること。
1	4	2	10	発注する食品は朝昼夕別と1日合計量の表示を食品ごとに設定でき、発注書へ反映できること。
1	4	2	11	発注書は業者名、食品名（区分別）、数量の他に任意のチェック項目等を設定できること。
1	4	2	12	発注書の文字の大きさや用紙サイズ、縦横設定が使用用途に応じて設定できること。
1	4	2	13	発注書を印刷する業者を任意に指定できること。
1	4	2	14	発注書に食品コードとは別に商品コードが表示できること。
1	4	2	15	仕入先別の発注食品、金額等（一日・月単位）の帳票が印刷できること。
1	4	2	16	単価の推移が確認できる帳票が印刷できること。
1	4	2	17	発注データをCSVファイルに抽出できること。
1	4	2	18	発注書は納品日、使用日どちらでも作成が可能なこと。
1	4	3		■納品管理
1	4	3	1	納品書入力は発注データと連動していること。
1	4	3	2	実施食数から使用数量を再集計できること。
1	5			患者管理業務
1	5	1	1	食事箋入力画面はカレンダー形式で、入院・退院・変更処理が容易なこと。
1	5	1	2	患者IDは自動付番と任意指定の選択が可能なこと。
1	5	1	3	朝、昼、夕以外に、間食情報（10時・15時・夜食）の登録も可能なこと。
1	5	1	4	オード連携時は任意でオードを取込むことができ、食数集計ができること。
1	5	1	5	帳票に出力せず画面上で、食種や主食、飲み物の変更履歴を確認できること。
1	5	1	6	帳票に出力せず画面上でコメントの履歴を確認できること。
1	5	1	7	退院処理後の患者の情報が確認できること。
1	5	1	8	食種、主食、飲物、コメントの管理ができること。
1	5	1	9	主食（米）量は患者別に登録した主食マスタから算出できること。
1	5	1	10	コメントは1患者1食につき最大16個の登録ができ、履歴が管理できること。
1	5	1	11	身長、体重、BMIが登録できること。
1	5	1	12	個人ごとに栄養基準値の設定ができること。
1	5	1	13	個人ごとに付加食品の設定ができ、栄養管理、発注管理と連動していること。
1	5	1	14	任意に管理したい項目をマスタ登録し、管理できること。
1	5	1	15	術後食等のパターン化された食事変更は、あらかじめパターンをマスタに登録できること。
1	5	1	16	外泊、欠食等は指定した期間が一括で登録でき、終了後は外泊、欠食前の食事が自動登録されること。
1	5	1	17	特別食加算、非加算情報はマスタで設定した区分が登録され、変更が可能なこと。
1	5	1	18	選択献立の定食情報を確認できること。
1	5	1	19	病棟、食種、主食、飲物、コメント、生年月日等の条件を組み合わせ患者を照会できること。
1	5	1	20	主食、飲物、コメントの集計表が作成できること。
1	5	1	21	コメントに該当する患者が確認できる帳票が作成できること。
1	5	1	22	病棟別、食種別の配食、配膳表が作成できること。
1	5	1	23	月間で患者別の食事履歴を確認できる帳票が作成できること。
1	5	1	24	入院、退院、食事変更該当患者が確認できる帳票が作成できること。
1	5	1	25	食事箋入力後に入力内容を確認できる帳票が印刷できること。
1	5	1	26	特定患者の食事履歴を台帳で確認できること。
1	5	1	27	食札のレイアウト（文字の大きさ、位置、サイズ指定等）は自由に設定が可能なこと。 ※当院で使用しているカスタマイズレイアウト引継ぎを行うこと。
1	5	2		■食数管理
1	5	2	1	食数は食事箋登録データから集計し、食種別の食数データを作成できること。
1	5	2	2	発注量計算用の食数を、月日別・食種別・3食区分（朝昼夕）ごとに登録できること。

1	5	2	3	予定食数と実施食数を別々に管理ができること。
1	5	2	4	調整数の入力ができること。
1	5	2	5	別の日付の食数をコピーできること。期間の指定もできること。
1	5	2	6	食数登録画面で朝夕の合計食数が確認できること。
1	5	2	7	選択食の食数管理ができること。
1	5	2	8	選択食開閉結果の入力が容易にできること。
1	5	2	9	選択食の食数を入力するときに一覧で入力できること。
1	5	2	10	1食、1日、月単位で食数一覧表が印刷できること
1	6			<b>在庫管理業務</b>
1	6	1	1	在庫食品は、発注データより入庫量を、また献立の1人当量と実施食数より出庫量が自動算出できること。
1	6	1	2	棚卸しの期間にあわせて出庫量を計算し日別の画面に表示できること。
1	6	1	3	在庫棚卸し量から出庫量を自動調整でき、また任意でも変更できること。
1	6	1	4	在庫食品は区分別(常食・特別食・職員食)に出庫量の割り振り設定ができる。
1	6	1	5	在庫食品の出納表が作成でき、印刷する食品は選択できること。
1	6	1	6	在庫食品の受払い簿が作成でき、印刷する食品は選択できること。
1	6	1	7	患者1日、1食あたりの消費金額が算出できること。(常食・特別食・職員食等の区分別)
1	6	1	8	消費金額の月平均が算出できること。
1	7			<b>マスタメンテナンス業務</b>
1	7	1		<b>■食品マスタ</b>
1	7	1	1	最新の日本食品標準成分表に基づき、食品の分類、配列・食品番号、全ての栄養素項目、廃棄率を搭載されていること。また最新版が発表された場合は迅速に対応すること。
1	7	1	2	アミノ酸、脂肪酸データが搭載されていること。
1	7	1	3	交換表(糖尿病、腎臓病、糖尿病性腎症)単位データが搭載されていること。
1	7	1	4	日本食品標準成分表以外の加工食品が参考としてあらかじめ登録されていること。
1	7	1	5	食品名は全角15文字まで登録でき、用途に応じて帳票へ反映されること。
1	7	1	6	加工食品の構成食品・分量・比率が登録できること。
1	7	1	7	食品の追加、コピーが容易に行えること。
1	7	1	8	栄養価のみをコピーできること。
1	7	1	9	食品の検索はコード以外に食品略称、食品名(ひらがな、漢字、文字の一部)で検索できること。
1	7	1	10	基本食品名以外に食品名称を3つ登録でき、発注書等の一部の帳票に食品名を選択して表示できること。
1	7	2		<b>■料理マスタ</b>
1	7	2	1	9999件まで登録できること。
1	7	2	2	1人当たり分量は可食量または使用量入力の設定ができること。
1	7	2	3	1人当たり分量はgまたは個数で登録できること。
1	7	2	4	同一食品が複数登録できること。(例:下処理用と味付け用の調味料が1料理に登録できる)
1	7	2	5	料理の検索はコード以外に料理略称、料理名(ひらがな、漢字、文字の一部)で検索できること。
1	7	2	6	料理ごとに主材料、調理法、風味等の区分を登録でき、献立作成時に区分検索できること。
1	7	2	7	料理マスタ登録時に他の料理内容をコピーできること。
1	7	2	8	料理マスタ登録時に栄養価(成分表全て)が確認できること。
1	7	2	9	料理ごとにレシピが登録できること。
1	7	2	10	基本料理名以外に料理の名称を3つ登録でき、献立表など一部の帳票に選択して表示できること。
1	7	3		<b>■業者マスタ</b>
1	7	3	1	発注業者を899業者まで登録できること。
1	7	3	2	複数業者発注時に発注優先順位を設定できること。
1	7	4		<b>■単価マスタ</b>
1	7	4	1	食品別に単価が設定でき、献立作成画面に反映できること。
1	7	4	2	最新単価を容易に更新できること。
1	7	5		<b>■発注マスタ・在庫マスタ</b>
1	7	5	1	食品別に発注単位と単位換算値を任意に設定できること。
1	7	5	2	発注単位は2段階の設定ができること。
1	7	5	3	食品別に発注集計時や在庫管理時のまるめ桁数を設定できること。
1	7	5	4	複数の仕入先、単価の設定ができること。
1	7	5	5	食品別に納品日(当日、前日等)や発注種類(即日・在庫等)の設定ができること。
1	7	6		<b>■食種マスタ</b>
1	7	6	1	999件まで登録できること。
1	7	6	2	特別食加算、非加算情報が登録できること。
1	7	6	3	欠食、外泊等食事が無い場合は区別して登録できること。
1	7	7		<b>■主食マスタ・飲物マスタ</b>
1	7	7	1	主食マスタ・飲物マスタを合わせて999件まで登録できること。
1	7	8		<b>■コメントマスタ</b>
1	7	8	1	999件まで登録できること。
1	7	8	2	コメント内容に応じてグループ化できること、グループ名は任意に設定できること。

リハビリシステム			
1	1		基本要件
1	1	1	電子カルテシステム、医事システム等の基幹システムと連動可能であること。
1	1	1	電子カルテ端末を操作端末として有効活用でき、環境構築が容易であること。 ・電子カルテ端末は全てクライアントとして利用。 ・参照のみでなく、予約、実施、実施計画書など通常業務がどの端末からでもできること。
1	1	2	【法改正対応・バージョンアップ】 基本的な法改正対応・バージョンアップに関しては、保守契約内で対応すること。
1	1	3	【Webシステム】 リハビリについては、「実施計画書」等の書類作成においてリハビリ担当の医師やリハビリ専門職（PT/OT/ST）のみが携わるものではなく、リハビリ依頼をする医師や病棟看護師等も携わるため、どの職種でも、どの端末からでも使用できるWebシステムを採用していること。
1	2		ソフトウェア要件
1	2	1	認証
1	2	1	【ユーザ管理項目】 以下のユーザ情報を管理できること。 ■ユーザ名（ログインID） ■パスワード ■ユーザ名（漢字）・（カナ） ■メールアドレス ■職種 ■所属 ■担当病棟 ■担当科 ■備考
1	2	2	【ログインユーザとして設定できる職種】 リハビリテーション科のセラピストである理学療法士（PT）・作業療法士（OT）・言語療法士（ST）の他、ソーシャルワーカー（SW）・臨床心理士（CP）・医師・看護師・クラーク・事務・管理者・その他等で職種別の適用範囲が設定できること。
1	2	3	【ログイン期限設定】 各ユーザ毎にログイン可能な期間を設定できること。
1	2	4	【パスワードの管理】 各ユーザが自分でログインパスワードを変更できること。
1	2	5	【パスワードの管理】 パスワードを設定して一定期間が経過すると、パスワードの変更を促すことが可能であること。
1	2	6	【利用可能機能の制限】 各メニュー（機能）を表示するか、しないかは職種別に選択可能であること。
1	2	7	【マスタデータの管理】 マスタは、権限によって利用の可、不可を設定可能であること。
1	2	8	【ログイン履歴の管理】 「誰」が「いつ」ログインしたかの情報はシステムとして一定期間管理していること。
1	2	2	患者情報管理
1	2	1	【患者番号桁数】 任意の桁数を設定可能であること。（最大18桁）
1	2	2	【患者番号の0詰め】 自動的に0詰めとする。
1	2	3	【患者基本情報項目】 患者の基本情報では以下の項目を管理できること。 また、病院独自の項目も追加で管理可能であること。 ■性別 ■生年月日 ■郵便番号 ■住所 ■電話番号1、電話番号2 ■備考
1	2	4	【患者家族構成情報】 患者の家族構成情報を手入力にて管理可能であること。 ■氏名（漢字）、（カナ） ■続柄 ■郵便番号 ■住所 ■電話番号 ■メールアドレス ■備考
1	2	5	【患者在院情報】 患者の在院情報を管理可能であること。 ■内外区分（入院・外来など） ■入院日 ■退院日 ■転帰理由、転帰先 ■備考
1	2	6	【患者保険情報】 患者の保険情報は初期値で自動登録されること。 ■種別（主保険、公費） ■保険名 ■有効開始日、有効終了日
1	2	7	【患者感染症情報】 患者の感染症情報を手入力にて管理可能であること。 ■感染症名 ■結果（検査結果） ■備考
1	2	8	【障害者手帳情報】 患者の障害者手帳情報を手入力にて管理可能であること。 ■手帳区分 ■自治体 ■交付日 ■有効期限 ■身体障害者等による等級障害の程度 ■障害名 ■合併障害 ■備考 ■旅客鉄道株式会社旅客運賃減額 ■判定機関
1	2	9	【他システム連携】 医事会計システム、オーダーリング/電子カルテシステムとの連携を行うことで患者頭書情報・入院情報等を連動することができること。
1	2	3	処方・疾患情報管理
1	2	1	【疾患情報管理項目】 患者の疾患情報を管理できること。 また、病院独自の項目も追加で管理可能であること。 ■疾患分類（脳血、心血など） ■開始日/終了日 ■初診日/障害発生日 ■指示医/担当医/リハビリ医 ■診療科 ■訓練（外来or入院） ■初期早期対象 ■回復期開始日 ■回復期区分 ■日数上限（ありorなし）またその理由 ■単位上限（6 or 9単位）またその理由 ■要介護被保険者等 ■保険、公費 ■地域包括ケア病棟入棟期間 ■介護リハ開始日 ■病名・障害（複数登録可） ■手術（名称・手術日を複数登録可） ■医師コメント ■診療項目（理学、作業、言語等）
1	2	2	【処方（療法）情報管理項目】 患者の処方情報を管理できること。 また、病院独自の項目も追加で管理可能であること。 ■診療区分（脳血II理学など） ■依頼日 ■発症日 ■急性増悪日 ■手術日 ■診断日 ■廃用急性増悪日 ■治療開始日 ■起算区分（発症日など） ■起算日 ■訓練場所 ■担当者 ■療法士コメント ■サブコメント ■医師コメント ■リハビリ期間 ■診療内容（各リハビリテーション科、訓練内容など） ■備考
1	2	3	【療法の複数保持】 1疾患に対し複数の療法（理学、作業など）を保持することが可能であること。 担当療法士もそれぞれに登録可能であること。
1	2	4	【疾患の管理】 時系列に患者疾患履歴が参照可能であること。

1	2	3	5	【保険情報】 主保険を1つ、公費を複数、選択登録可能であること。
1	2	3	6	【リハビリ終了日後のスケジュール】 リハビリ終了日をセットすると、翌日以降の予約スケジュールを自動削除可能であること。
1	2	3	7	【起算日の管理】 発症日・治療開始日・手術日・急性増悪日・診断日・廃用急性増悪日の入力項目を各疾患（脳血、運動器、廃用等）の算定条件に合わせて、入力項目自体を表示・非表示の切替ができること。
1	2	3	8	【算定起算区分】 各疾患（脳血、運動器、廃用等）で起算日として選択できるものだけが、選択肢として表示され選択可能であること。
1	2	3	9	【がん患者リハビリテーション料の起算日】 疾患分類が「がん患者リハビリテーション料」である場合、発症日・治療開始日・手術日・急性増悪日・診断日・廃用急性増悪日等及び起算日の入力欄が非表示化され、起算日の入力をしなくても登録が可能であること。
1	2	3	10	【初期早期起算日】 初期加算・早期加算の起算日が発症日・治療開始日・手術日・急性増悪日・診断日・廃用急性増悪日の入力の組み合わせに応じて、自動反映されること。 「呼吸器リハビリテーション料」および「心大血管リハビリテーション料」の場合は、治療開始日と発症日等から7日目の日付のいずれか早い方の日付が自動反映されること。
1	2	3	11	【標準的算定日数除外患者の管理】 疾患ごとに理由を含めて登録管理可能であること。
1	2	3	12	【1日9単位算定可能患者の管理】 疾患ごとに理由を含めて登録管理可能であること。
1	2	3	13	【リハビリ期間の管理】 リハビリ開始日、終了日のみだけでなく、中止、再開を繰り返した場合でも入力管理可能であること。
1	2	3	14	【日付確認】 起算日から14、30、60、90、120、150、180日目の日付を一覧表示可能であること。
1	2	3	15	【診療内容（実施項目）】 加算、処置、訓練、検査などのリハビリ実施内容を事前に登録しておくことができること。実施内容選択項目は職種によって表示設定可能であること。
1	2	3	16	【病名・手術・障害の管理】 1疾患に複数の病名・手術・障害を登録することが可能であること。 病名、手術に関しては選択形式だけでなく、手入力でも登録可能であること。
1	2	3	17	【訓練場所】 リハビリを実施する場所を療法ごとに設定可能であること。
1	2	3	18	【過去履歴】 過去の別の処方情報を一覧より確認、閲覧可能であること。 また1処方情報の修正履歴も一覧より確認、閲覧可能であること。
1	2	3	19	【退院時のリハビリ終了日】 退院日を設定すると自動的にリハビリ終了日の設定可能であること。
1	2	3	20	【他システム連携】 オーダリング／電子カルテシステムとの連携を行うことで、リハビリオーダー情報をリハビリ部門システムに、リハビリ部門システムから電子カルテに実施や予約情報などを送ることが可能であること。
1	2	4		実施計画書作成・管理
1	2	4	1	【実施計画書の作成/権限管理】 実施計画書が担当医師、療法士（PT・OT・ST）・臨床心理士・ソーシャルワーカー・看護師で共有でき、各職種の権限に沿った入力などの端末でも可能であること。
1	2	4	2	【実施計画書共同作成】 実施計画書は多職種での共同作成となります。 同時編集の問題を避けるため、ロック機能を有していること。 誰が現在編集（ロック中）なのか分かること。
1	2	4	3	【実施計画書未登録通知】 実施計画書の未作成の状況が把握できる機能を有していること。 また、未作成・作成済み・算定済みなどの状態別計画書一覧を帳票で出力可能であること。
1	2	4	4	【計画書作成状況確認】 職種毎に計画書の入力完了・未完了を確認及び帳票で出力可能であること。
1	2	4	5	【計画評価料算定状況確認】 作成状況とともに、計画評価料の算定状況（算定日）を一覧に表示可能であること。
1	2	4	6	【複写作成】 これまでに作成した実施計画書をコピーし、作成可能であること。（複写機能）
1	2	4	7	【一時保存】 計画書の入力が途中の場合は一時保存ができること。
1	2	4	8	【リハビリ計画書テンプレートの設定】 複数の計画書をテンプレートとして保持でき、患者ごと・もしくは疾患ごとに計画書作成の有無を設定可能であること。
1	2	4	9	【ライセンス】 上記までの計画書作成機能は特別なライセンスを別途購入する必要がなく、院内のどの端末からでも登録・参照ができること。
1	2	4	10	【目標設定等支援管理シート】 目標設定等支援管理シートも実施計画書と同様の機能で作成可能であること。
1	2	4	11	【目標設定等支援管理シート】 目標設定等支援管理料の算定状況を患者の一覧表示より確認することができること。 ■残日数 ■上限日数 ■算定日数1/3超過日 ■種別 ■前回算定日 ■前回算定項目（初回or2回目以降） ■次回算定可能年月 ■病棟 ■担当療法士
1	2	4	12	【目標設定等支援管理シート】 目標設定等支援管理料の算定状況を患者の一覧表示より確認することができること。 ■残日数 ■上限日数 ■算定日数1/3超過日 ■種別 ■前回算定日 ■前回算定項目（初回or2回目以降） ■次回算定可能年月 ■病棟 ■担当療法士
1	2	4	13	【廃用症候群に係る評価表】 廃用症候群に係る評価表も実施計画書と同様の機能で作成可能であること。
1	2	4	14	【廃用症候群に係る評価表】 FIM・BIの点数、実施日数、提供単位数は、実績登録データや機能評価登録データより引用ができること。
1	2	4	15	【廃用症候群に係る評価表】 対象患者の一覧表示をすることができ、作成状況が確認できること。 また、同画面より入力した内容をテキストコピーする画面を表示することができること。 （レセプトへの貼り付けを目的とする）
1	2	5		要介護被保険者情報の管理

1	2	5	1	<p>【管理項目】 介護保険の認定情報が登録可能であること。 ■申請区分 ■申請状況 ■申請日 ■要介護状態区分等（要介護1、要介護2等） ■通知日 ■認定日 ■有効期間 ■被保険者番号 ■保険者番号 ■サービス計画提供者（担当者、連絡先、住所等）</p>
1	2	5	2	<p>【リハビリテーション料の減算処理】 要介護認定情報が登録された患者が、脳血管疾患、運動器、廃用症候群の場合、算定上限日数を長がしてリハビリ実施しようとした際に自動的に削減した実施項目へと切り替わること。</p>
1	2	5	3	<p>【リハビリテーション料の減算処理】 要介護認定情報が登録された患者が、脳血管疾患、運動器、廃用症候群の場合で、目標設定等支援管理料を算定していない場合、起算日から3分の1を超過した際に自動的に削減した実施項目へと切り替わること。ただし、新規に要介護認定された患者に関しては、通知日の翌月末までは削減対象とならないこと。</p>
1	2	5	4	<p>【処方情報画面からの登録】 処方情報の登録時に、同画面より要介護認定情報を登録できること。</p>
1	2	5	5	<p>【履歴登録】 介護保険の認定情報は、履歴登録が可能であること。</p>
1	2	6		<p>スケジュール管理</p>
1	2	6	1	<p>【予約表示（療法士別）】 療法士別にリハビリスケジュールの作成・表示が可能であること。 また情報は日別、週別、病棟別にて閲覧可能であること。 さらに複数の療法士を1画面に並べた形でスケジュールを閲覧・調整可能であること。</p>
1	2	6	2	<p>【予約表示（患者別）】 患者別にリハビリスケジュールの作成・表示が可能であること。 また情報は日別、週別、病棟別にて閲覧可能であること。</p>
1	2	6	3	<p>【予約登録方法】 空き状況/単位数等を確認しながら簡単操作で登録が可能であること。また、前回登録時の予約単位数を初期表示させることが可能であること。</p>
1	2	6	4	<p>【予約登録項目】 患者へのリハビリ予約が登録可能であること。 ■予約日 ■予約時間 ■単位 ■療法 ■療法士 ■場所 ■予約コメント</p>
1	2	6	5	<p>【他科からのリハビリ予約情報の参照】 病棟の端末、Drの端末など院内の端末からリハビリ予約を確認できること。</p>
1	2	6	6	<p>【他の療法士の予約】 他の療法士のスケジュールも作成・一覧画面表示と操作可能であること。</p>
1	2	6	7	<p>【色分け】 単位数の違い、入院/外来、予約/j実施の状態に応じて、表示色を変更することが可能であること。</p>
1	2	6	8	<p>【一括予約】 期間、時間、単位、曜日を指定し一括して患者の予約を登録可能であること。</p>
1	2	6	9	<p>【一括削除】 以下の項目を検索条件とし、一致した予約情報を一括削除可能であること。 ■削除範囲（期間） ■削除曜日 ■削除時間 ■削除対象療法 ■療法士 ■場所 条件を指定する事で予約情報を一覧で確認可能であること。</p>
1	2	6	10	<p>【一般予約】 療法士の療法以外の予約（研修・出張・会議など）を登録管理可能であること。</p>
1	2	6	11	<p>【指定日コピー】 1日分の予約全てを別の日へ一括コピー可能であること。</p>
1	2	6	12	<p>【患者1日上限単位】 単位数を超えて登録しようすると警告メッセージを表示すること。</p>
1	2	6	13	<p>【算定上限日までの日数】 算定上限日までの残日数をカウント表示すること。</p>
1	2	6	14	<p>【患者の予定単位数表示】 日ごとの予定単位数を画面上で確認でき、単位数を確認しながら予約登録可能であること。</p>
1	2	6	15	<p>【療法士の週間の単位数を表示】 1週間の予約登録の単位数/上限単位数が画面上で確認できること。</p>
1	2	6	16	<p>【療法士単位数チェック】 1日の単位数、週あたりの単位数が設定値を超えた場合、メッセージが出力されること。</p>
1	2	6	17	<p>【患者予約単位数チェック】 患者の1日あたり予約単位数の上限を超えていないかチェックし、メッセージを表示すること。</p>
1	2	6	18	<p>【予約重複チェック（療法士）】 療法の予約の重複、一般予約との重複をチェックし、メッセージを表示すること。</p>
1	2	6	19	<p>【患者予約重複チェック（患者）】 患者の予約の重複をチェックし、メッセージを表示すること。</p>
1	2	6	20	<p>【療法士未定で予約登録】 療法士未定で予約を登録可とするか登録不可とするか選択可能であること。</p>
1	2	6	21	<p>【場所入力】 場所の入力を必須とするか、しないかは選択可能であること。</p>
1	2	6	22	<p>【1単位の登録分数の単位】 1単位当たりの時間の間隔（開始時間～終了時間）を何分単位で登録するか実施項目ごとに設定可能であること。</p>
1	2	6	23	<p>【退院後のスケジュール】 退院日をセットすると翌日以降の予約スケジュールを削除することが可能であること。</p>
1	2	6	24	<p>【予約削除機能】 リハビリ終了時に自動的に残った予約情報が削除されること。</p>
1	2	6	25	<p>【他システム連携】 電子カルテにリハビリシステムで登録した予約情報を反映させることが可能であること。また、電子カルテ側の診察予約や検査予約をリハビリシステム側で表示が可能であり、リハビリ予約登録時に重複した場合に警告/エラーメッセージ等が表示可能であること。</p>
1	2	7		<p>実施管理</p>
1	2	7	1	<p>【実施登録方法】 予約一覧から実施を登録したい対象を選択し実施登録が可能であること。</p>
1	2	7	2	<p>【実施登録項目】 実施情報として以下の項目が登録管理可能であること。 ■実施日 ■実施時間 ■単位 ■療法 ■療法士 ■場所 ■実施項目 ■保険 ■療法士コメント ■サブコメント</p>
1	2	7	3	<p>【予約なし患者の登録】 スケジュール管理で予約をしていなくとも、実施登録可能であること。</p>
1	2	7	4	<p>【当日以外の実施登録】 当日以外の実施登録（未来・過去）が可能であること。</p>
1	2	7	5	<p>【実施項目の登録】 訓練、検査項目に関してはマスタからの選択、もしくはフリー入力可能であること。</p>

1	2	7	6	【療法士実施単位数】 表示中の療法士の当日の実施単位数、週間の実施単位数を表示可能であること。
1	2	7	7	検査、実施計画書総合評価料、退院時指導料など、個別の算定項目だけでも実施登録可能であること。
1	2	7	8	【実施項目】 加算、処置、訓練、検査等をリスト化し表示可能であること。 処方内容以外に追加した訓練、検査などの項目を実施時に追加登録が可能であること。 要介護被保険者の減額対象の場合、自動的に実施項目が減額した項目に変更となること。
1	2	7	9	【療法士コメント（カルテ）の入力補佐】 ・カルテ内容はテンプレートから記入できること。 ・過去のカルテ内容を参照し、コピーできる機能を有していること。 ・システム内で登録済みのFIM・BI等の評価値を反映させることが可能であること。
1	2	7	10	【療法士実施重複チェック】 実施の重複をチェックし、メッセージを表示すること。
1	2	7	11	【患者の実施重複チェック】 患者に関する実施重複をチェックし、メッセージを表示すること。
1	2	7	12	【他システム連携（会計連携）】 医事会計システムとの連携を行うことで実施会計情報を連動することができること。 また、後日単位等を変更した場合でも、医事との整合性を連動にて取ることができること。
1	2	7	13	【他システム連携（カルテ連携）】 電子カルテシステムとの連携を行うことで実施記録（カルテ）情報を連動することができること。 また、後日カルテ内容等を変更した場合でも、電子カルテとの整合性を連動にて取ることができること。
1	2	8		診療報酬チェック
1	2	8	1	【療法士実施単位数上限（日）】 従事者の1日の実施上限単位数を24単位としてチェックを行えること。
1	2	8	2	【療法士実施単位数上限（週）】 従事者の1週間の実施上限単位数を108単位としてチェックを行えること。
1	2	8	3	【患者の実施単位数上限（日）】 患者ごとに1日に6単位（または9単位）としてチェックを行えること。
1	2	8	4	【早期リハビリテーション加算の日数】 起算日から30日を超過していないかチェックを行えること。
1	2	8	5	【早期リハビリテーション加算を使用する場合の内外】 早期リハビリテーション加算を使用する場合、入院または外来で且つ条件を満たす患者の場合にのみ、早期リハビリテーション加算が算定できるチェックを行えること。
1	2	8	6	【早期リハビリテーション加算の併算】 早期リハビリテーション加算はリハビリテーション料と併算されているかのチェックを行えること。
1	2	8	7	【初期加算の日数】 起算日から14日を超過していないかチェックを行えること。
1	2	8	8	【初期加算の併算】 初期加算はリハビリテーション料と併算されているかのチェックを行えること。
1	2	8	9	【病棟ADLの併算】 ADL加算はリハビリテーション料と併算されているかのチェックを行えること。
1	2	8	10	【病棟ADLの保険】 ADL加算を使用する場合、労災保険以外を使用していないかのチェックを行えること。
1	2	8	11	【総合計画評価料の算定上限】 患者ごとに1月1回算定かチェックを行えること。
1	2	8	12	【総合計画評価料の算定条件】 同月にリハビリテーション料が算定されているかのチェックを行えること。
1	2	8	13	【消炎鎮痛および牽引】 1日2回以上算定されていないかのチェックを行えること。
1	2	8	14	【リハビリテーション初期加算の取り漏れチェック】 起算日から14日間に、初期加算が登録されていない場合、メッセージにて警告を行えること。
1	2	8	15	【リハビリテーション初期加算の自動登録】 起算日から14日間に、自動的に登録時に初期加算が付与される機能を有していること。
1	2	8	16	【早期リハビリテーション加算の取り漏れチェック】 入院または外来で且つ条件を満たす場合、実施日が起算日から30日以内、保険が労災ではない患者あることを全て満たす実施登録時に、早期リハビリテーション加算がつけられているかどうかのチェックを行えること。
1	2	8	17	【早期リハビリテーション加算の自動登録】 上記チェック機能の他に、入院または外来で且つ条件を満たす場合、起算日より30日以内の患者に対しては自動で早期リハビリテーション加算を付与した実施を行うことができること。
1	2	9		リハビリ機能評価
1	2	9	1	【機能評価の種類】 機能評価の種類に関係なく、病院独自のテンプレートを管理可能となる仕組みを有していること。 ※システム標準テンプレートとして、いくつかの評価を保持していると望ましい。
1	2	9	2	【入力画面の作成】 機能評価の入力画面は、ExcelやWord等をアップロードして登録するものではなく、画面から直接入力登録することができること。また、その入力画面に関しても、ユーザがチェックボックス、テキストエリア、コンボボックス、ラジオボタン、日付、ラベル等のコントロールをマウスのドラッグ&ドロップ操作で作成することが可能であること。
1	2	9	3	【帳票出力】 入力画面で登録したデータを元に、任意の帳票が作成できること。また、帳票は1つの入力画面にたいして複数の帳票テンプレートが登録可能であること。
1	2	9	4	【過去の複写作成】 過去の評価データを複写して、登録することができること。
1	2	9	5	【入力データの活用】 FIM・BIの登録は標準機能として有していること。 また、入力したデータは、実施計画書や目標設定等支援管理シート、廃用症候群に係る評価表、回復期実績指数等、他機能へのデータ活用が可能であること。
1	2	9	6	【職種別の利用レベル設定】 職種別に、機能評価の「登録・編集可能」「閲覧のみ」「利用不可」などの権限管理が可能であること。
1	2	10		帳票出力
1	2	10	1	【帳票出力形式】 集計帳票類に関しては加工ができるようExcel形式にて出力できること。 それ以外の帳票に関してはExcel形式もしくはPDF形式にて出力できること。
1	2	10	2	【帳票のプレビュー表示】 帳票に関し、プレビュー表示が可能であること。 印刷時の確認だけでなく、通常業務の情報閲覧として利用できること。
1	2	10	3	【予定一覧（日別・療法士別）】 1日の療法士別のスケジュール情報を一覧出力可能であること。 出力時に条件を指定して出力するデータを調整できること。



1	2	10	4	【予定一覧（日別）】 1日のリハビリのスケジュール情報を一覧出力可能であること。 出力時に条件を指定して出力するデータを調整できること。
1	2	10	5	【予定一覧（週別）】 1週間のリハビリのスケジュール情報を一覧出力可能であること。 出力時に条件を指定して出力するデータを調整できること。
1	2	10	6	【集計表】 「自由期間指定」「月指定」「年指定」と期間を指定して集計帳票が出力できること。 また、集計方法や出力項目、患者の集計方法（延べ人数、実人数）なども出力条件指定ができること。
1	2	10	7	【患者別リハビリテーション実施記録】 患者の対象月分の算定記録を出力可能であること。（医事配布などに利用） 出力時に条件を指定して出力するデータを調整できること。
1	2	10	8	【療法士別リハビリテーション実施記録】 療法士別の指定日の実施記録を出力可能であること。 出力時に条件を指定して出力するデータを調整できること。
1	2	10	9	【リハビリテーション実施コメント一覧】 実施時に記録した療法士コメント（カルテ）を一覧出力可能であること。 出力時に条件を指定して出力するデータを調整できること。
1	2	10	10	【算定日数切れ患者一覧】 指定月に算定日数が切れる患者を一覧出力可能であること。 出力時に条件を指定して出力するデータを調整できること。
1	2	10	11	【患者別疾患一覧】 指定日における患者ごとの疾患情報を一覧出力可能であること。 出力時に条件を指定して出力するデータを調整できること。
1	2	10	12	【実施計画書一覧】 指定月の実施計画書の作成状況を出力可能であること。 出力時に条件を指定して出力するデータを調整できること。
1	2	10	13	【廃用症候群に係る評価表（様式22）】 廃用症候群に係る評価表（様式22）が出力可能であること。 また、日々の実施入力を行うことで、一月当たりのリハビリテーションの実施日数と提供単位数が自動計算されること。
1	2	10	14	【送信状態一覧】 指定日の電子カルテおよび医事システムへのデータの送信状態の一覧出力が可能であること。 出力時に条件を指定して出力するデータを調整できること。
1	2	11		CSVデータ出力
1	2	11	1	【CSVデータ出力】 「出力条件」、「出力項目」を指定しCSV形式にてデータを出力可能であること。
1	2	11	2	【出力条件の保存】 選択した出力条件は名前を付け保存することができ、定期出力が可能であること。
1	2	11	3	【出力項目の保存】 選択した出力項目は名前を付け保存することができ、定期出力が可能であること。
1	2	12		回復機能
1	2	12	1	【回復期の管理】 回復期の疾患区分、回復期の開始日、上限日数、日常生活機能評価（開始時、終了時）、FIM（開始時、終了時）、入棟時看護必要度 A 項目得点、転入元、転帰先の管理ができること
1	2	12	2	【回復期期間の自動化】 回復期の上限日数を越えた場合、自動的に上限単位が6単位に戻る事
1	2	12	3	【疾患別リハの上限日越えの管理】 回復期の上限日数が、疾患別リハビリテーションの上限日数よりも大きい場合、疾患別リハビリテーションの上限日を超えるタイミングで、継続理由記載の記載を忘れない為の仕組みがある事
1	2	12	4	【届出用資料の作成】 リハビリの実績、移動情報、回復期管理の情報から、以下の帳票が作成できること ①様式49 ②様式49の2 ③様式49の3 ④様式49の4 ⑤様式49の5 ⑥様式49の6 ⑦様式45
1	2	12	5	【アウトカム管理】 回復期病棟に入院中の患者の在院期間、FIMの利得、対象外患者等の条件を変えると、どのようにアウトカムが変化するか、シミュレーションができる事
1	2	12	6	【アウトカム対象外患者の管理】 入棟時FIMの運動項目、認知項目の点数、年齢により、対象外患者を選択できること
1	2	12	7	【アウトカム対象外患者の管理（死亡退院）】 死亡退院の患者は、アウトカムから除外できること
1	2	12	8	【アウトカム対象外患者の管理（急性増悪）】 急性増悪の患者は、FIMの悪化した日以降の入院期間をアウトカムから除外できること
1	2	12	9	【アウトカム対象外患者の管理（高次脳障害）】 診療報酬に定められた条件を満たす場合、該当月の高次脳障害患者を一括除外できること
1	3			ハードウェア要件
1	3	1		端末装置
1	3	1	1	【サーバ】 自動バックアップを行うこと。
1	3	1	2	【クライアント】 院内ネットワークにつながるPCはクライアントとして利用できること。 増設による当該部門システムのソフトウェアライセンス追加の必要がないこと。
1	3	1	3	【クライアント】 クライアントPC増台の際に特別なソフト等のインストールが不要であること。
1	3	1	4	【クライアント】 参照のみでなく、予約、実施、実施計画書など通常業務の登録作業がどの端末からもできること。
1	3	1	5	【クライアント】 リハビリ部門システム専用のクライアントが必要ないこと。
1	3	1	6	【クライアント】 1つのクライアントで全ての職種が使用できること。

インシデント管理システム (医療安全)			
1	1		システム動作条件
1	1	1	電子カルテシステムのネットワーク及び両端末を併用したシステム構築ができること。
1	1	2	複数事業所間がネットワーク接続されている場合には、サーバ及びソフトを含め1システムでの構築、運用ができること。
1	1	3	インシデントレポート報告やマスタ管理の負担軽減のため、電子カルテシステム等と「職員(利用者)情報」「患者情報」の属性データ連携が行えること。
1	1	4	システム利用端末はウェブブラウザのみで利用でき、Microsoft Edge、Google Chrom、Internet Explorer (IE8以降)のブラウザが利用できること。
1	1	5	ウェブブラウザの表示倍率を変更しても、各画面のユーザーインターフェース(レイアウト)が一切崩れることなく利用できること。
1	1	6	システム利用端末には専用ソフトのインストール、更新管理が不要であること。
1	2		基本機能
1	2	1	(公財)日本医療機能評価機構による「医療事故情報」「ヒヤリ・ハット事例」の収集、分析、提供事業のコード項目に準拠していること。
1	2	2	(公財)日本医療機能評価機構へデータ報告を行うため、発生件数情報(Excel出力)、ヒヤリ・ハット事例報告(XML出力)、医療事故報告(XML出力)の3種類のファイル作成ができること。また、病院独自の追加項目は報告用コードへの紐付けができ、支障なくデータ作成が行えること。
1	2	3	病院独自の運用方針に合わせ、報告項目の追加や名称変更、選択肢の表示、非表示の設定ができること。
1	2	4	全ての報告レポート、マスタデータの管理バックアップができること。
1	2	5	病院担当者からの要望によるマスタ修正や機能修正に対応したアップデートファイルを、病院側で容易に取り込むことができる機能メニューがあること。
1	2	6	ウェブブラウザ機能による印刷時には、データが印刷出力されないよう制限をかける設定ができること。
1	2	7	全ての画面にマニュアル参照用のヘルプボタンが配置されていること。ヘルプボタンをクリックすることにより、即座に当該画面の機能説明や操作説明を閲覧できること。
1	3		ログオン管理・権限管理
1	3	1	ログオン管理
1	3	1	システムへのログオン時には、利用者IDとパスワードの入力によって職員マスタとの妥当性チェック(認証)ができ、不正利用を防ぐことができること。
1	3	2	システムへのログオン時には、利用者権限に応じたメニュー機能制限ができること。
1	3	3	報告者は自身の利用者情報(個人マスタ)について随時修正が行えること。
1	3	2	権限管理
1	3	2	権限管理によってレポート参照範囲、編集、印刷等の利用制限が行え、利用者ごとに権限付与できること。
1	3	2	操作メニューは利用者権限に応じて機能制限ができること。
1	3	3	利用者権限は一般報告者、職場管理者、部門管理者、複数部門管理者、部門リスクマネージャー、全体管理者に準じた形で設定、管理が行えること。
1	3	4	レポート参照のみ可能とし、編集は行えない閲覧者権限が設定できること。
1	3	5	インシデントレポートは運用設定に基づき、上位権限者が「確認」「承認」を行った後は、報告者に対して修正、削除等の操作を制限できること。
1	4		ダッシュボード(掲示板)機能
1	4	1	医療安全コミュニケーション、情報共有機能として掲示板の活用ができること。
1	4	2	カレンダー形式で医療安全活動等に関するスケジュール記入、表示ができること。
1	4	3	管理者からのお知らせ発信、注意喚起等、共有情報の掲示ができること。
1	4	4	Word、Excel、PDF、JPEG等の各種ファイルを添付して情報掲載ができること。
1	4	5	掲載情報を閲覧した職員は、自身や職場の業務に役立つ情報であった場合、お役立ち(いいね)ボタンをクリックして管理者へ意思のフィードバックができること。
1	4	6	掲載情報ごとに閲覧回数やお役立ち(いいね)クリック回数を全職員が閲覧でき、管理者は集計管理ができること。
1	4	7	管理者は各種報告レポートを指定して公開設定し、公開レポートとして掲示することにより職員間での情報共有ができること。
1	4	8	管理者はレポート公開前に公開グループの設定や、部署、職場、個人を指定することによって公開範囲を制限できること。
1	4	9	公開対象者は公開レポートに対して、相互に意見交換(書き込み)ができるコミュニケーション機能を利用できること。
1	4	10	公開レポートのコミュニケーション機能で行われた意見交換情報はレポート印刷ができること。
1	4	11	管理者は個々の掲示情報について、閲覧者や閲覧回数、未読、既読、最終閲覧日時を全職員を対象として確認できること。
1	4	12	一定期間で自動集計された「速報グラフ」を任意で数種類、画面表示する設定ができ、全職員で情報共有ができること。
1	4	13	システム利用者ごとに、自身が未処理のレポートが残っている場合には「未完レポート情報」としてワークフロー運用における進捗状況アイコン付きで当該件数が表示され、確認漏れを防止できること。
1	4	14	システム利用者ごとに、「未完レポート情報」の件数をクリックすると当該レポートが一覧表示され、直ちに内容確認や必要な処理が行えること。
1	5		インシデントレポート報告機能
1	5	1	報告者はインシデント、アクシデント報告の区別を意識すること無く、同一画面と同一操作性によりレポート報告ができること。
1	5	2	インシデント、アクシデントは影響度(リスクレベル)によって、各レポートを自動的に振り分けて管理できること。
1	5	3	インシデント報告は影響度(リスクレベル)の選択に応じて、報告項目と選択肢を自動的に追加する設定ができること。
1	5	4	レポート入力はマウス操作によるプルダウン選択、チェックボックスによる項目選択を中心とした簡便な操作で行えること。
1	5	5	キーボードによるテキスト入力により、記述報告やコメント記入が行えること。
1	5	6	管理者は記述項目に対する入力文字数の制限設定ができること。
1	5	7	インシデント報告に関係する資料や写真等をファイル添付して登録保存できること。
1	5	8	報告項目によって画面遷移(画面切替え)を行う必要なく、スクロールによって画面1ページ内でレポート報告が完了できること。
1	5	9	「発生した場面と内容に関する情報」の絞り込み表示、選択項目の検索機能など、レポート報告時間を短縮できる支援機能があること。
1	5	10	管理者は画面上の各報告項目に対し、説明文を自由に記載、随時編集ができること。
1	5	11	レポート報告は中断保存、仮登録等で入力内容を保存しておき、後に再開できること。
1	5	12	報告項目に対しては「必須項目」の設定ができ、画面上に識別表示できること。
1	5	13	報告者はインシデント発生場所に応じて、レポート報告先の部署・職場を任意指定して報告ができること。
1	5	14	「必須項目」への入力が無い場合、報告者へ入力を促すメッセージが自動表示され、重要事項に対する報告漏れを防止できること。
1	5	15	「匿名報告」により報告者の氏名を表示しない運用設定ができること。
1	5	16	複数要因が考えられる報告項目については、選択肢の複数選択ができること。
1	5	17	「その他」の項目選択をした場合、テキストでコメント記入ができること。
1	5	18	システム稼動後もカスタマイズを行うことなく、報告項目や選択肢の追加、項目名称の変更ができること。
1	5	19	報告者はレポート登録時に、入力した内容を事前に一覧確認でき、修正の必要に応じて即座に報告画面へ戻ることができること。
1	5	20	選択に迷いやすい項目にはヘルプボタンの配置によって説明文を表示するなど、入力支援機能を付加できること。
1	5	21	「転倒・転落」事例の選択時(報告時)は、同一画面内に「転倒・転落」に関連する詳細項目を自動展開し、より詳細な報告が行えること。
1	5	1	「転倒・転落」事例の報告時は、受傷の程度(軽症・中症・重症)の選択によって、そのレベルに応じた詳細報告項目を自動展開できること。
1	6		インシデントレポート管理機能

1	6	1	1	インシデントレポートは、利用者権限の範囲内で一覧表示、内容確認ができること。
1	6	1	2	一覧表示された報告レポートは項目タイトル(ヘッダ部)のクリックによって、日付、レポート状態、場面と内容、影響度、既読/未読により昇順、降順のソート表示ができること。
1	6	1	3	一覧表示された報告レポートは利用者ごとに既読、未読、更新の状態を確認できること。
1	6	1	4	期間指定により報告レポートをExcelへ出力し、事例一覧表を作成できること。
1	6	1	5	報告レポートへ追記、修正がされた場合には版数によって履歴管理され、変更された報告項目や変更内容が確認できること。
1	6	1	6	報告レポートは、利用者権限の範囲内で内容確認、修正、印刷ができること。
1	6	1	7	報告レポートは、条件指定による検索機能によって、抽出や一覧表示ができること。
1	6	1	8	報告レポートは、キーワード入力による全文検索機能によって、記述項目に含まれるテキスト文からも対象レポートとして抽出、表示ができること。
1	6	1	9	管理者は報告者等が誤って(または故意に)削除された報告レポートを復元できること。
1	6	1	10	報告レポートは、仮登録、本登録、差戻し、職場長確認、部門長確認、管理者承認等のワークフロー運用ができ、それぞれのレポート状態がアイコン表示によって識別できること。
1	6	1	11	上位権限者が報告レポートを「差戻し」する場合にはコメント入力が行なえ、差戻しレポート上部やレポート一覧画面にも報告者へのメッセージを表示できること。
1	6	1	12	システム利用者ごとに、自身が報告したレポートに対する上位権限者の確認状況、承認状況をいつでも確認できること。
1	6	1	13	システム利用者ごとに、自身が過去に報告を行ったインシデントレポートは承認コメントを含めて全て閲覧できること。
1	6	1	14	システム利用者ごとに、個々のレポートに対して「お気に入り」登録や、タグマスター設定に基づくタグ付けが行えること。また、タグ付きレポートの検索、一覧表示ができること。
1	6	1	15	管理者は集計対象外とした報告レポートに対しては「例外化」(等)の処理が行なえ、アイコン表示で識別ができること。
1	6	1	16	一つの発生事象に対して複数のレポート報告があった場合、管理者は同一事象としてグループ化が行なえ、1事例として集計管理できること。
1	6	1	17	システム利用者は自身の利用者権限に応じて、報告レポートの印刷ができること。
1	6	1	18	レポート印刷時は影響度(リスクレベル)によって、インシデント、アクシデント、医療事故報告等の標題を自動的に切替えることができること。
1	6	1	19	アクシデント、医療事故報告レポートについては用紙報告を行うため、用紙ヘッダ部に確認者ごとの捺印欄を設定できること。
1	6	1	20	「転倒・転落」事例については、KYT基礎4ラウンド法の分析手法に基づく専用レポートの印刷、管理が行えること。
1	6	1	21	管理者は指定したインシデントレポートの公開設定ができ、「公開レポート」として掲示し、職員間で情報共有ができること。
1	6	1	22	レポート公開機能については、院内全体、部門、職場、職員(個人)を指定することにより公開範囲の制限ができること。
1	6	1	23	公開レポートに対しては、権限範囲内で意見のやり取り(書き込み)ができるコミュニケーション機能を利用できること。
1	6	1	24	患者IDによる検索により、当該患者に関連する過去のインシデントレポートを一覧表示することができ、入院時等のリスクアセスメントに活用ができること。
1	6	1	25	複数回のインシデント事例に関わったことのある患者情報をランキング形式で一覧表示でき、それぞれのレポート内容を即座に確認できること。
1	6	1	26	報告者の退職等により当該利用者IDがシステムから削除された場合でも、報告レポートはそのまま維持されること。
1	7			<b>インシデントレポート分析機能</b>
1	7	1	1	報告レポート一覧から、任意のインシデントレポートを指定し、要因分析機能へ進むことができること。
1	7	1	2	報告レポート一覧には、分析レポートの分析中、対策中(評価中)、分析完了、承認済み、の進捗状況が状態アイコン付きで表示できること。
1	7	1	3	分析テーマ、分析チーム編成を登録し、分析チームはインシデントの発生状況、過程、発生要因、改善策について検討、記入管理できること。
1	7	1	4	立案された改善策の実施にあたり、評価期間の設定、評価日、評価者、評価コメントを記入でき、目標達成度合いに応じた評価点を付与できること。
1	7	1	5	分析レポート一覧では、分析中、対策中(評価中)、分析完了、承認済み、の状態がアイコン表示によって識別できること。
1	7	1	6	要因分析をサポートするため、要因分析表、4M4E、SHEL、時系列表、RCA(出来事流れ図、なぜなぜ分析)の分析ツールが利用できること。
1	7	1	7	事象発生前の業務リスクを評価、分析するため、FMEA、KYT4R法による分析ツールが利用できること。
1	7	1	8	分析レポートは条件指定によって検索表示でき、編集や印刷ができること。
1	7	1	9	管理者は指定した「分析レポート」の公開設定ができ、公開レポートとして掲示し、職員間で情報共有ができること。
1	8			<b>インシデントレポート集計機能</b>
1	8	1	1	報告レポートはリアルタイムに集計ができ、集計結果は画面表示、印刷、Excelへのデータ出力ができること。
1	8	1	2	報告レポート上の全項目を対象とし、単項目集計と、複数条件を任意に組み合わせたクロス集計ができること。
1	8	1	3	レポートの更新日、発生日、報告日、承認日を基準として集計できること。
1	8	1	4	集計結果は報告件数の数値と割合(%)による集計表、グラフ表示ができること。
1	8	1	5	集計値が0(ゼロ)件の場合は空白表示にする設定ができること。
1	8	1	6	集計結果は部門(部署)と職場別の一覧形式による集計表、グラフ表示ができること。
1	8	1	7	集計値が0(ゼロ)件の部署については、表示、非表示の設定ができること。
1	8	1	8	事業所、部門、職場を対象とした任意の集計グループを登録保存することができ、対象を絞り込んだ集計が簡便にできること。
1	8	1	9	定期的に利用する集計条件(集計パターン)は登録保存しておくことができ、定型集計として希望の集計結果を簡便な操作で得られること。
1	8	1	10	画面表示された集計表の数値をクリックすることにより、集計対象となったインシデントレポートが一覧表示され、直ちに個々のレポート内容が参照できること。
1	8	1	11	報告レポートの記述項目は影響度(リスクレベル)別に集計でき、一覧表示できること。
1	8	1	12	画面表示された集計結果は、Excelへデータ出力ができること。
1	8	1	13	システム利用者(報告者)は自身が過去に当事者、発見者として報告を行ったインシデントレポートのふり返し集計が行えること。
1	8	1	14	システム管理者は報告者ごとに当事者、発見者として報告を行ったインシデントレポートの集計管理、ランキング集計が簡便に行えること。
1	8	1	15	各部署、職場別のレポート報告状況をリアルタイムにグラフ付き集計表として一覧表示でき、全スタッフで情報共有ができること。
1	9			<b>医療事故情報の報告、管理機能</b>
1	9	1	1	(公財)日本医療機能評価機構の「医療事故情報」報告様式に準拠する形式で、管理者は専用レポートの作成ができること。
1	9	1	2	(公財)日本医療機能評価機構へ医療事故報告(XML形式)を行うためのデータファイル作成ができること。
1	10			<b>操作記録(ログ)管理機能</b>
1	10	1	1	システム管理者は不正利用や運用トラブルを防止、検証するための操作記録(ログ)管理ができること。
1	10	1	2	システム管理者が操作記録(ログ)を確認するための管理メニューが用意されていること。
1	10	1	3	システムへログオンした利用端末、利用者、表示画面、操作内容、日時がすべて記録管理できること。
1	10	1	4	レポートログについてはレポート1件ごとに、利用端末、利用者、登録、参照、閲覧、更新、添付、確認、データ出力等の各操作に対する日時がすべて記録管理できること。
1	10	1	5	指定期間で利用者(個人)別、利用端末別、部署別、職場別、時間帯別のログオン回数、ログオン失敗回数、ログオン率の利用状況を画面集計し、グラフ表示できること。
1	10	1	6	指定期間で利用者(個人)別、利用端末別、部署別、職場別、時間帯別に利用された主なシステム機能の利用状況を画面集計し、グラフ表示できること。
1	10	1	7	システム利用状況の集計結果は、Excelへ一覧表出力ができること。
1	11			<b>保守サポート</b>

1	11	1	1	保守契約締結により、契約期間を通じた操作支援、運用サポート、定期点検が可能であること。
1	11	1	2	保守契約締結により、リモートメンテナンス（遠隔保守）に対応ができること。
1	11	1	3	障害発生時は保守担当者が速やかに復旧措置が行えること。

検体検査システム			
1	1		検体検査システムは、以下の基本要件を満たすこと。
1	1	1	各検査室の検査業務を統合管理し、オーダ情報受信・検体受付・検査準備・分析装置オンライン取込・結果入力・データチェック・精度管理・検査結果報告（検査結果送信）・統計業務・結果検索等の業務がパッケージ化されたシステムであること。
1	1	2	画面および出力される帳票は、日本語であること。
1	1	3	P C / L A N方式のクライアント/サーバ型のシステムであること。
1	1	4	病院情報システム（オーダリング/電子カルテシステム。以下「H I S」と言う）と病院情報ネットワークLAN（以下「病院LAN」という。）を介して接続され、検査オーダ情報を取得し、さらに検査結果に関わる情報をH I Sへ送信できること。
1	1	5	上位のH I Sがダウンしても、検査運用が停止しないシステムであること。
1	1	6	日替処理は自動で行われること。日替わり処理中でも検査業務が可能であるなど、通常の運用範囲においては業務への影響がないこと。
1	2		検体検査システム・ソフトウェアは、以下の要件を満たすこと。
1	2	1	セキュリティ・トレーサビリティ対策機能
1	2	1	システムへのログインは、ユーザID、パスワードでの認証チェックを行うこと。
1	2	2	各業務の使用制限を職種単位に管理できること。
1	2	3	各業務メニューはユーザ単位、もしくは端末単位に管理できること。
1	2	4	ログイン後の操作について、全てログ情報が記録できること。
1	2	5	・依頼内容を更新・削除する場合、修正者の職員ID・パスワードの入力が必要なこと。また、誰が、いつ、どの端末で更新したかを検索できること。
1	2	6	・結果入力、及び結果承認時に入力者の登録ができること。
1	2	7	・帳票やファイル出力などの出力履歴（出力日時、指示端末、プリンタ）が記録でき、また容易に参照できること。
1	2	8	・操作履歴情報は削除したり編集したりできないこと。
1	2	9	ユーザID、パスワードは、無制限に世代管理できること。
1	2	10	パスワードは有効期限を持ち、有効期限が切れた場合にはパスワード変更を促すこと。
1	2	11	操作者ID、パスワードのキーボード入力を簡素化するため、生体認証（指紋など）、USBメモリー認証、カード認証（無線など）など、ハードウェアと一体となった操作者認証が可能なこと。
1	2	12	市販のウィルスチェックソフトが動作している端末でも動作可能なこと。
1	2	2	システム要件
1	2	1	各種コード、計算、自動発生、コメント、ワークシート等はマスタ化され、メンテナンスが可能なこと。 また、全てのマスタにおいて無制限の世代管理が可能なこと。
1	2	2	マスタ更新権限のあるユーザーのみマスタ更新が可能であること。 各マスタごと、新規作成・更新・削除の操作ごとに権限付与が可能であること。
1	2	3	各マスタメンテナンス画面にて、マスタごとに対応するHELPが表示できること。
1	2	4	複数のマスタメンテナンス画面の関係性を横断的にサポートするマスタメンテナンス機能の有すること。 「新しい検査項目を追加したい」など、目的に対し複数のマスタメンテナンス画面を設定する場合に、手順に沿って設定方法を説明する機能があること。
1	2	5	各マスタ登録内容について、マスタメンテナンス画面より、CSV等への出力が容易に可能なこと。
1	2	6	以下の情報はマスタで管理され、内容についてはユーザによるメンテナンスが可能なこと。 ・システムにて管理できる患者番号は11桁以上であること。 また、モジュラスウェイト値等のチェック機能に対応していること。
1	2	8	・検査項目コードは6桁以上で英（大文字）・数字でコード登録が可能なこと。 コード数は99,999,999項目以上登録できること。
1	2	9	・検査材料は999種以上登録できること。
1	2	10	・検査材料種別コードは、3桁以内の数字または英字（大文字）で登録できること。
1	2	11	・検査項目コードは、検査項目（999,999種）と検査材料（999種）の任意の組合せで登録でき、1項目当たり最大10材料まで可能であること。また、病理学会コード（J L A C 10およびJ L A C 11）の登録が出来ること。
1	2	12	・検査容器種別は、999種類を登録できること。
1	2	13	・検査容器種別コードは、3桁以内の数字または半角文字（混在可）で登録できること。
1	2	14	・セット検査は依頼元別に9999種以上登録できること。
1	2	15	・セット検査の内訳項目は無制限に登録できること。
1	2	16	・ワークシートは99,999種以上登録できること。また英（大文字）・数字でコード登録が可能なこと。
1	2	17	・1ワークシートに登録可能な項目は無制限であること。
1	2	18	・依頼元コードは99,999以上登録できること。また英（大文字）・数字でコード登録が可能なこと。
1	2	19	・依頼医師数は9,999,999人登録できること。また英（大文字）・数字でコード登録が可能なこと。
1	2	20	・検査報告書は、99種以上登録できること。
1	2	21	1日の最大受付件数は、99,999件まで受付できること。
1	2	22	1患者・1検査オーダあたりの検査依頼項目数は、無制限であること。
1	2	23	結果コメントは、1検査結果に2個を登録できること。
1	2	24	オーダコメントコードは、1受付番号に5個以上登録できること。
1	2	25	オーダフリーコメントは、全角で200文字以上登録できること。
1	2	26	検体コメントコードは、1採取管に5個以上登録できること。
1	2	27	検体フリーコメントは、1採取管に2個以上登録できること。また、入力可能な文字数は全角で200文字以上登録できること。
1	2	3	システム共通機能
1	2	1	以下の機能は各業務共通に対応できること
1	2	2	・一覧表示形式の業務は、一覧表エリアにおけるセル幅等を容易に変更可能なこと。
1	2	3	・一覧表示形式の業務は、一覧表のセル幅はログインユーザ単位に保存し、次回起動時より有効であること。
1	2	4	各種一覧形式画面から各種業務に直接画面遷移可能であること 例) 進捗表示の一覧画面から、再検指示・再検結果確認画面やカウンタ画面へ遷移 結果入力画面から時系列結果参照画面へ遷移
1	2	5	各業務におけるファンクション機能（遷移先業務の指定等）のキー配置がマスタで変更可能であること。 また、ファンクションキーとShiftキー、Ctrlキーを組み合わせ使用可能なこと。
1	2	6	帳票出力業務にて、出力プリンタは各端末の規定値プリンタへ出力されること。 また、業務画面で出力先の変更が可能であること。
1	2	7	各種一覧形式画面はワイドモニターに対応し、画面を最大化することでより多くの情報が表示できること。
1	2	8	システム終了時、終了、再起動、ME（分析器通信AP）同時終了、キャンセルを選択できること。
1	2	4	伝言板機能
1	2	1	システム起動時に任意のメッセージを表示する機能を有すること。
1	2	2	メッセージの公開範囲は全体（全端末）・部門内（特定部門の端末）・ログインユーザ単位の3種類の設定が可能なこと。
1	2	3	スケジュール画面では、表示期間、曜日設定が可能であること。
1	2	4	スケジュール画面では、重要度の設定、フォント、文字色の設定が可能なこと。
1	2	5	検査受付業務処理機能
1	2	1	検査受付は、H I Sからの検査オーダ情報受信による受付を基本機能とする。 検体到着確認として以下の内容が実装されていること。
1	2	2	・端末装置に接続された二次元バーコードリーダによる到着確認ができること。
1	2	3	・到着確認できた場合には、それを示す音を出力できること。 また、オーダ中止等に到着確認できない場合は、それを示す音を出力できること。

1	2	5	4	・過去日のオーダーを到着した場合メッセージ等表示し、注意を促す機能を有すること。
1	2	5	5	・未来日のオーダーの到着を許可するか否かをマスタにて設定できること。 また、許可する場合、許可日数も設定可能なこと。
1	2	5	6	・採取番号（バーコード）の区分による到着確認可否チェックが可能であること。
1	2	5	7	・端末単位で到着可能な部門、受付番号範囲を設定できること。
1	2	5	8	・到着確認時に、あらかじめ設定された特定の患者の検体の場合のみ、確認メッセージの表示が可能であること。
1	2	5	9	・画面に「緊急区分」「採取管名称」、「受付番号」、「患者番号」、「患者番号」、「患者性別」、「依頼元名称」、「病棟」、「部門」、「材料」、「同容器本数」、「負荷時間」、「ME情報」、「医師名」、「オーダーコメント」、「オーダーフリーコメント」、「感染症情報（マーク）」を表示することが可能であること。また、画面起動時には到着確認済み一覧を表示するか選択ができること。
1	2	5	10	・到着確認時に、分注ラベルをリアル出力することが可能であること。 なお、リアル発行の有無は到着確認画面の設定にて変更可能であること。
1	2	5	11	・到着確認後の検体を選択し、依頼入力画面へ遷移可能であること。
1	2	5	12	・到着確認後の検体を選択し、検体コメントの入力が可能であること。
1	2	5	13	・到着確認は一覧形式と、1検体単位（詳細情報有り）での到着が可能であること。
1	2	5	14	・1検体単位での到着確認の場合、同一受付番号内にある他の採取管情報も同時に表示できること。
1	2	5	15	・標準でない材料での検査の場合、自動で特定の検体コメントの登録が可能であること。
1	2	5	16	・特殊な採取管での検査の場合、到着確認時の音を通常とは異なる音に変更できること。
1	2	5	17	・過去に感染症陽性の患者の場合、患者番号の文字色の変更が可能であること。
1	2	5	18	採取番号（バーコード）運用可能な自動分析装置（検査項目問合せ型装置）において、必要に応じてオンラインにより自動到着確認ができること。
1	2	5	19	検体搬送装置（システム）による自動到着確認が可能であること。
1	2	5	20	検体到着確認後、HISへ到着確認済みの情報を送信できること。
1	2	5	21	検査中止となったオーダーについて、採取管単位に検査中止コメントの一括入力が可能であること。また、再度検査中止コメントの取消ができること。
1	2	5	22	未到着検体の一覧表示および一覧印刷が可能であること。 ・未到着一覧は、「予約日・予約番号範囲」「到着状況」「依頼元」「病棟」「診療科」「患者番号」「患者氏名カナ、漢字」「医師」「医師名カナ、漢字」「入院」「外来」「入院中外来」「セクション」「緊急区分」を組み合わせで情報を絞込むことが可能であること。
1	2	5	24	・未到着情報を選択し、その採取管単位の詳細情報が表示できること。
1	2	5	25	・詳細情報画面から画面を閉じることなく、前検体・次検体の情報が表示できること。
1	2	5	26	・詳細画面より結果詳細画面へ遷移することが可能であること。
1	2	5	27	・一覧情報のソート順を容易に変更できること。
1	2	5	28	・一覧表は自動で最新情報に更新されること。また、自動更新の有無はユーザで選択が可能であること。
1	2	5	29	・検体紛失防止として、同一オーダーの一部採取管のみ未到着のまま指定時間を経過した場合背景色を変更できること。
1	2	5	30	・採血完了後の検体移送の遅れ監視として、採血完了後未到着のまま指定時間を経過した場合背景色を変更すること。 (ただし、オートラベラから採血完了時刻情報を受信可能であることを前提とする)
1	2	5	31	HISのトラブル時は、キーボード入力などによる検査受付ができること。
1	2	5	32	・キーボード入力にて受付入力する際、省略可能なエリアをモードで選択できること。 (医師コード、科コード、簡易モード等)
1	2	5	33	・新患を受付する場合、患者番号なしでも検査受付ができること。また後から、患者番号の入力が可能であること。
1	2	5	34	・項目選択を行う場合、項目の一覧画面から選択が可能であること。
1	2	5	35	・項目選択の一覧画面に検査項目を表示するかを設定で変更可能であること。
1	2	5	36	・項目の検索は、一部の情報を入力することで検索が可能であること。
1	2	5	37	・項目の検索は、項目コード検索・項目名称検索・項目略称検索、及びセクション単位検索ができること。
1	2	5	38	・画面上に感染情報が表示できること。
1	2	5	39	・感染情報は第三者が解読できない内容で表示できること。
1	2	5	40	・システム内で管理される感染症情報はHISからの情報で自動更新できること。
1	2	5	41	・オーダーコメントは、受付番号単位にコメントが入力できること。
1	2	5	42	・オーダーコメントは、フリー入力も可能なこと。
1	2	5	43	・検査受付は、連続受付入力ができること。また、前依頼の内容を複写できること。
1	2	5	44	・検査受付情報を基に採取ラベル、分注ラベルの発行ができること。
1	2	5	45	・ラベルの発行は、依頼登録と同時にリアル発行できること。また、リアル発行の有無は依頼入力画面の設定にて変更可能であること。
1	2	5	46	・検査材料は、採取管単位で変更・登録をすることが可能であること。
1	2	5	47	・緊急区分の設定は検体単位、項目単位にできること。
1	2	5	48	・緊急グループにて設定された項目の緊急区分を一括で変更できること。
1	2	5	49	・緊急グループは最大10通り設定でき、組み合わせの指定も可能なこと。
1	2	5	50	・HISより受信した検査オーダー情報内の患者番号・依頼科・病棟・医師コード、及び項目コードの登録・訂正・削除ができること。
1	2	5	51	・患者番号による検索により、該当患者の基本情報（氏名、性別、生年月日、身長、体重、血液型等）を表示し、受付情報として使用できること。また合わせて属性情報の入力・訂正ができること。
1	2	5	52	・特定の属性情報についてはHISでの入力のみ可能とし、検体検査側での訂正できないよう設定できること。
1	2	5	53	・単項目、セット項目コードの入力・訂正・削除ができること。さらにセット項目に対し、別セット項目、及び単項目の削除入力ができること。削除入力はセットコード、項目コードの「-（マイナス）」を入力することで行えること。
1	2	5	54	・負荷項目選択時、自動で時間種を選択できる画面が表示できること。
1	2	5	55	・負荷項目に対しては負荷時間の選択が可能であること。また、負荷時間はマスタ設定できること。
1	2	5	56	・負荷時間は、1オーダーで99種類まで選択可能であること。
1	2	5	57	・1依頼に複数の負荷項目が受付可能であること。
1	2	5	58	・負荷薬剤の入力が可能であること。また、投与薬剤量も入力が可能であること。
1	2	5	59	・依頼項目（単独項目）から他の項目を自動発生できること。
1	2	5	60	・依頼項目（複数項目）の依頼状況により他の項目を自動発生できること。
1	2	5	61	・項目の展開は子項目まで展開するのか、無制限に展開するのか設定が可能であること。
1	2	5	62	・依頼項目に対しての採取管情報が表示できること。
1	2	5	63	同一項目を複数検体に対して、一括で受付することができること。
1	2	5	64	・一括受付した検体は一括削除することも可能であること。
1	2	5	65	・一括受付した検体に対して連続入力での属性の登録を行えること。
1	2	5	66	依頼入力データのチェック用にリスト出力ができること。また、プレビューのみも可能であること。
1	2	5	67	予約情報より採取指示リストの出力が可能であること。また、プレビューのみも可能であること。
1	2	6		<b>検査準備処理機能</b>
1	2	6	1	各種ラベル作成機能として以下の内容が実装されていること。
1	2	6	2	・採取ラベル、分注ラベル、精度管理用ラベル、汎用ラベルを出力できること。また、採取ラベルに関しては「発行済み検体（受付）」「予約検体（予約）」のモードにて出力を分けられること。
1	2	6	3	・採取ラベルを発行するモードは「通常（受付番号範囲指定）」「個別（1受付番号指定）」「採取番号（採取管指定）」の切り替えが行えること。
1	2	6	4	・採取ラベルを発行する条件として「受付日、受付番号範囲」「患者番号」「採取管コード」「病棟」「依頼元」にて絞り込みを行えること。
1	2	6	5	・採取ラベルを発行する際のソート順として「病棟・依頼元順」「受付番号順」を指定できること。

1	2	6	6	・採取ラベルを発行する場合は、指定した受付番号の依頼について、採取管種類を確認でき、発行する採取管を選択できること。
1	2	6	7	・採取ラベルを発行するモードにて「個別（1受付番号指定）」モードを指定した場合、属性詳細情報を同時に表示できること。
1	2	6	8	・分注ラベルを発行するモードは「通常（受付番号範囲指定）」「個別（1受付番号指定）」「採取番号」「WS指定（ワークシートSEQ順出力）」の切り替えが行えること。
1	2	6	9	・分注ラベルには検査指示情報が4つ以上印字できること。
1	2	6	10	・ラベルの種類によって、プリンタの出力先を変更できること。また、画面からも出力先を変更できること。
1	2	6	11	・依頼項目による採取量、分注量の計算が行われ採取ラベルへの印字、同容器本数の計算が自動で行われること。また、マスタの設定により丸め計算も可能なこと。
1	2	6	12	・ラベルに出力する内容、及びレイアウトについては、容易にマスタ並びにEXCELで変更することが可能であること。
1	2	6	13	ワークシート作成機能として以下の内容が実装されていること。
1	2	6	14	・検査依頼情報をもとに、各端末装置で各種ワークシートを作成しリスト出力ができること。
1	2	6	15	・作業単位もしくは装置単位にワークシートコードを設定し、個々にワークシートの作成およびリストの出力ができること。また検体の持ち越し指定（検査を翌日以降に持ち越し場合）ができること。
1	2	6	16	・ワークシートの発行時に出力フォーマットを選択可能なこと。
1	2	6	17	・ワークシートは属性の印字、結果値の印字、またその両方の機能の選択ができること。
1	2	6	18	・ワークシートのレイアウトは、ワークシートコード毎に管理できること。
1	2	6	19	・再検用ワークシートを作成できること。
1	2	6	20	バーコード読み取り装置がない分析装置でランダム分析を行う場合、端末装置のバーコードリーダーで採取番号（バーコード）を読み取り、その順番で測定順を指示できること。
1	2	7		<b>検査進捗状況確認</b>
1	2	7	1	検体（採取管）単位に進捗状況が一覧表示できること。
1	2	7	2	・表示内容は「到着日」「採取番号」「測定順」「受付番号」「WSSEQ（ワークシートシーケンス）」の各モードを切り替えて運用できること。
1	2	7	3	・特定の検体について、採取番号（バーコード）を指定して表示することもできること。
1	2	7	4	・患者番号を指定して状況確認が可能なこと
1	2	7	5	・進捗状態（未検査（再検中含む）、未検査+未承認、未承認、未送信、中止、全て）を指定して表示できること。
1	2	7	6	・測定機器、ワークシート等の任意の項目グループ毎に一覧に表示する情報を絞り込むことが可能であること。
1	2	7	7	・グループ単位に報告遅れ対象とする時間設定が任意にでき、その時間を超えた場合に表示する色も任意に設定できること。
1	2	7	8	・グループ単位に受付からの経過時間が確認できること。
1	2	7	9	・上記の単位以外に「緊急区分」、「入外」の条件で絞り込みが可能なこと。
1	2	7	10	・一覧表は自動で最新情報に更新されること。また、自動更新の有無はユーザで選択が可能であること。
1	2	7	11	・同時に表示する検査グループは12個以上指定できること。
1	2	7	12	・表示内容は画面にて指定することができ、設定した情報はユーザ単位に保存可能なこと。また、保存した情報は他端末にてログインした際に有効となること。
1	2	7	13	・表示情報のソートを容易にできること。
1	2	7	14	・一覧表より各画面（再検指示・確認画面、血液像カウンタ、尿沈渣カウンタ、時系列結果参照画面など）へ遷移できること。また、遷移情報はマスタにて任意に変更できること。
1	2	7	15	・進捗状況が”検査待ち”、“再検指示待ち”、“再検査待ち”、“再検確定待ち”、“承認待ち”、“送信待ち”になってからの経過時間、および、進捗状況が”検査中”、“再検中”の状態になってから測定完了までの予定時間を、マスタ設定に従って表示できること。
1	2	7	16	・パニック値等の異常値が発生した場合、一覧上でアラートマークを表示できること。
1	2	7	17	検体単位 及び オータ単位に進捗状況が一覧表示できること。
1	2	7	18	・受付日のほか、依頼元コード・病棟コード・科コード・患者番号・患者名（カナ・漢字）・医師コード・医師名（カナ・漢字）を任意条件として該当データを表示できること
1	2	7	19	・進捗状態（未検査（再検中含む）、未検査+未承認、未承認、未送信、中止、全て）を指定して表示できること。
1	2	7	20	・上記の単位以外に「緊急区分」、「入外」の条件で絞り込みが可能なこと。
1	2	7	21	・一覧表は自動で最新情報に更新されること。また、自動更新の有無はユーザで選択が可能であること。
1	2	7	22	・同時に表示する検査グループは12個以上指定できること。
1	2	7	23	・表示内容は画面にて指定することができ、設定した情報はユーザ単位に保存可能なこと。また、保存した情報は他端末にてログインした際に有効となること。
1	2	7	24	・表示情報のソートを容易にできること。
1	2	7	25	・一覧表より各画面（依頼入力・時系列結果入力・結果入力・再検指示）へ遷移できること。また、遷移情報はマスタにて任意に変更できること。
1	2	7	26	・進捗状況が”検査待ち”、“再検指示待ち”、“再検査待ち”、“再検確定待ち”、“承認待ち”、“送信待ち”になってからの経過時間、および、進捗状況が”検査中”、“再検中”の状態になってから測定完了までの予定時間を、マスタ設定に従って表示できること。
1	2	7	27	・パニック値等の異常値が発生した場合、一覧上でアラートマークを表示できること。
1	2	7	28	未検査、未承認、未報告データを一覧表示、リストプレビュー、リスト出力できること。
1	2	7	29	・ワークシートコードや項目グループ、セクション等で検索対象データの絞り込みが可能であること。
1	2	7	30	・外注検査項目コード、検査完了まで日数が掛かる項目については、報告までの所要日数を考慮して未検査表示が可能であること。
1	2	7	31	・至急・緊急依頼項目や外注検査項目は項目の背景色を変えて表示できること。
1	2	7	32	・一覧表示されたデータを選択し、依頼入力画面や結果入力画面、時系列結果参照画面へ遷移できること。
1	2	7	33	・一覧表示の対象外とする項目をマスタ設定可能であること。
1	2	8		<b>分析装置、及び搬送システム・分注器とのオンライン処理</b>
1	2	8	1	項目選択情報（付随情報を含む）、検査結果の送受信ができること。
1	2	8	2	分析装置のオンライン接続方法は、LANまたはシステム端末装置を介して接続し、1台の端末装置で最高9台までの分析装置を制御できること。 また、分析装置接続端末のダウン対策として、RS232C接続をLAN接続に変換し、オンラインプログラム起動端末の変更がシステム担当者でなくても可能であるなどの対策を講じること。
1	2	8	3	バーコード運用が可能な分析装置については、採取番号（バーコード）をキーとしてランダムに検体の処理が行えること。
1	2	8	4	バーコード運用が出来ない分析装置については、端末装置で採取番号（バーコード）を読み取った順番をキーとして取込処理が行えること。
1	2	8	5	ワークシートSEQ運用のMEはワークシートシーケンスナンバーをキーとして処理を行えること。
1	2	8	6	分析装置への項目選択情報（検査オーダ情報）の送信、及び分析装置からの検査結果データの受信はリアルタイム処理及びバッチ処理で行えること。
1	2	8	7	分析装置に再検査指示を送信できること。
1	2	8	8	分析装置に対して、初回値、又は前回値を元にした希釈情報を送信できること。
1	2	8	9	血液スキャット画像は測定回数単位でデータを保持できること。
1	2	8	10	画像、分画波形等の情報を取り込むことが可能であること。
1	2	8	11	検体搬送システムへ検査オーダ情報の送信ができること。
1	2	8	12	検体搬送システムへ分注情報の送信ができること。
1	2	8	13	検体搬送システムから取込んだ検査結果をもとに、搬送システムへ再検査指示の送信ができること。
1	2	8	14	オーダーがなくても、患者番号の指定だけで分析装置より送信された結果を取り込むことができること。
1	2	9		<b>便バーコード登録機能</b>

1	2	9	1	便潜血の自動分析器専用のバーコードを登録でき、そのバーコードを使用してオンラインで結果が取り込めること。
1	2	9	2	受付番号・採取番号・便専用バーコードを条件とした検体情報読込が可能なこと。
1	2	9	3	便専用バーコードの一覧表示機能を有すること。
1	2	10		<b>検査実施、結果入力・確認処理</b>
1	2	10	1	結果入力機能共通で以下の機能を有すること。
1	2	10	2	属性情報として「緊急区分」「患者番号」「患者名」「生年月日」「性別」「依頼元」「病棟」「オーダコメント」「検体コメント」「画像有無」が入力画面にて同時参照ができること。
1	2	10	3	結果入力時に前回値（前回受付日、受付番号、結果付加コメント1、2、前回結果値）の表示が同一画面に表示可能であること。また、設定により非表示にもできること。
1	2	10	4	関連項目の表示が可能であること。
1	2	10	5	結果入力時に画面表示されていない項目であっても、必要に応じてエラーチェック、エラーコードの付与、計算、結果値変換等が同時に行えること。
1	2	10	6	1 検体単位・項目単位に検査結果の入力/訂正が行えること。（複数検体・単項目結果入力は項目単位のみ） また、結果値の入力と同時にリアルタイムでチェックを実施でき、エラーチェック、エラーコードの付与、計算、結果値変換等が同時に行えること。
1	2	10	7	再検指示解除、結果確認・承認が行えること。
1	2	10	8	再検指示項目の全項目解除はワンクリックで行えること。
1	2	10	9	前回値のチェック、表示期間は項目単位で設定できること。また、検体単位で範囲を設定することも可能とする。
1	2	10	10	主成分分析（PCA）によるチェックにて項目相関、前回値、変動値、検体取り違いチェックが行えること。
1	2	10	11	結果計算の要素に、年齢・性別・身長・体重・尿量・項目コード・定数が設定できること。 また、eGFR、CCR等もマスタ設定可能なこと。
1	2	10	12	結果計算マスターメンテナンス画面で、計算結果の試算が可能なこと。
1	2	10	13	項目単位に結果付加コメントを2つ以上入力できること。また、結果付加コメントは報告対象有無をマスタ設定できること。
1	2	10	14	結果値変換内容（結果、付加コメント）は、自コードにも別コードにも登録可能なこと。
1	2	10	15	結果値によって、検体コメントの自動設定が可能であること。
1	2	10	16	検体のコメントが入力、訂正できること。（乳ビ、溶血、黄色等）
1	2	10	17	検体コメントの更新履歴が登録でき、かつ参照できること。
1	2	10	18	患者属性の血液型情報をマスタ設定、結果値内容により自動で登録できること。
1	2	10	19	患者属性の感染症情報をマスタ設定、結果値内容により自動で登録できること。
1	2	10	20	結果が承認されたタイミングで上位へ承認された結果を伝送することができること。 なお、承認有無での自動送信可否はマスタ設定であること。
1	2	10	21	再検指示・結果入力機能は以下の機能を有すること。
1	2	10	22	検索モードとして「採取番号」「測定順」「WSSEQ（ワークシートシーケンス）」を選択可能なこと。また、必要に応じてワークシートによる絞り込みが行えること。
1	2	10	23	検索モードとして「測定順」モードの場合には分析器を指定し項目内容の絞り込みが行えること。
1	2	10	24	当該業務にて再検指示、再検結果確認・承認が行えること。また、再検指示時には次回測定分析器の指定、希釈倍率の指定が行えること。なお、再検は7回以上（初検とあわせて8回分以上）のデータ確認ができること。
1	2	10	25	データを確定の際には、初検値と再検値（複数回）が一緒に表示することができ、初検、再検、再々検、再々々検等のデータから選択できること。
1	2	10	26	希釈倍率の表示は、機器希釈と手希釈が判断できること。
1	2	10	27	前回値の表示は最大5回まで行えること。
1	2	10	28	分析器より取り込んだ画像参照を項目へ割り当てができること。 また、画像割り付けはマウス操作・ドラッグ&ドロップ等簡易な操作で可能なこと。
1	2	10	29	画像を取り込んだ際、その旨の情報を結果値として項目に取り込めること。
1	2	10	30	取り込んだ画像はIEなどのブラウザにて拡大表示が行えること。
1	2	10	31	取り込んだ画像に対してコメントを入力できること。
1	2	10	32	画面表示中の全項目の報告値に対して、特定の結果値・付加コメントの一括入力が可能なこと。
1	2	10	33	感染症陽性など、特定の検査項目と特定の結果値の組み合わせを条件とした、定型フォーマットの報告書の印刷が行えること。
1	2	10	34	臨床側への電話連絡などの特殊な対応を行った際に、対応を行った日時、対応者、対応を行った検体や項目、対応内容などの情報をシステムで入力でき、対応履歴を管理できること。
1	2	10	35	画面上にスキヤット画像を表示し、画像を確認しながら再検指示・結果入力ができること。
1	2	10	36	1 検体結果入力機能は以下の機能を有すること。
1	2	10	37	1 検体、複数項目を1画面に表示し、結果入力・確認・承認等が行えること。
1	2	10	38	検索モードとして「採取番号」「測定順」「受付番号」「WSSEQ（ワークシートシーケンス）」を選択可能なこと。また、必要に応じてワークシートによる絞り込みが行えること。
1	2	10	39	検索モードとして「測定順」モードの場合には分析器を指定し項目内容の絞り込みが行えること。
1	2	10	40	分析器より取り込んだ画像参照を項目へ割り当てができること。 また、画像割り付けはマウス操作・ドラッグ&ドロップ等簡易な操作で可能なこと。
1	2	10	41	画像を取り込んだ際、その旨の情報を結果値として項目に取り込めること。
1	2	10	42	取り込んだ画像はIEなどのブラウザにて拡大表示が行えること。
1	2	10	43	取り込んだ画像に対してコメントを入力できること。
1	2	10	44	画面表示中の全項目の報告値に対して、特定の結果値・付加コメントの一括入力が可能なこと。
1	2	10	45	1 検体結果入力機能（画像表示あり）は以下の機能を有すること。
1	2	10	46	1 検体、複数項目を1画面に表示し、結果入力・確認・承認等が行えること。
1	2	10	47	画像のサムネイルを確認しながら結果入力が行えること。
1	2	10	48	検索モードとして「採取番号」「測定順」「受付番号」「WSSEQ（ワークシートシーケンス）」を選択可能なこと。また、必要に応じてワークシートによる絞り込みが行えること。
1	2	10	49	検索モードとして「測定順」モードの場合には分析器を指定し項目内容の絞り込みが行えること。
1	2	10	50	分析器より取り込んだ画像参照を項目へ割り当てができること。 また、画像割り付けはマウス操作・ドラッグ&ドロップ等簡易な操作で可能なこと。
1	2	10	51	画像を取り込んだ際、その旨の情報を結果値として項目に取り込めること。
1	2	10	52	取り込んだ画像はIEなどのブラウザにて拡大表示が行えること。
1	2	10	53	取り込んだ画像に対してコメントを入力できること。
1	2	10	54	画面表示中の全項目の報告値に対して、特定の結果値・付加コメントの一括入力が可能なこと。
1	2	10	55	前回値に対する画像を遡って検索することが可能なこと。
1	2	10	56	時系列結果入力機能は以下の機能を有すること。
1	2	10	57	1 検体、複数項目および時系列結果を1画面に表示し、結果入力・確認・承認等が行えること。
1	2	10	58	検索モードとして「採取番号」「測定順」「受付番号」「WSSEQ（ワークシートシーケンス）」を選択可能なこと。また、必要に応じてワークシートによる絞り込みが行えること。
1	2	10	59	検索モードとして「測定順」モードの場合には分析器を指定し項目内容の絞り込みが行えること。
1	2	10	60	分析器より取り込んだ画像参照を項目へ割り当てができること。 また、画像割り付けはマウス操作・ドラッグ&ドロップ等簡易な操作で可能なこと。
1	2	10	61	画像を取り込んだ際、その旨の情報を結果値として項目に取り込めること。
1	2	10	62	取り込んだ画像はIEなどのブラウザにて拡大表示が行えること。
1	2	10	63	取り込んだ画像に対してコメントを入力できること。
1	2	10	64	画面表示中の全項目の報告値に対して、特定の結果値・付加コメントの一括入力が可能なこと。
1	2	10	65	複数検体・複数項目結果入力機能は以下の機能を有すること。



1	2	10	66	複数検体、複数項目を1画面に表示し、結果入力・確認・承認等が行えること。
1	2	10	67	検索モードとして「受付番号」「WSSEQ（ワークシートシーケンス）」を選択可能なこと。
1	2	10	68	ワンクリックで縦・横表示を変更可能なこと。
1	2	10	69	画面表示中の指定項目の報告値に対して、特定の結果値・付加コメントの一括入力が可能なこと。
1	2	10	70	複数検体・単項目結果入力機能は以下の機能を有すること。
1	2	10	71	複数検体、単項目結果を1画面に表示し、結果入力・確認・承認等が行えること。
1	2	10	72	入力を行いたい項目の指定が行え、検索モードとして「受付番号」「WSSEQ（ワークシートシーケンス）」を選択可能なこと。また、必要に応じて材料による絞り込みが行えること。
1	2	10	73	画面表示中の全オーダの報告値に対して、特定の結果値・付加コメントの一括入力が可能なこと。
1	2	10	74	身長・体重・尿量結果入力機能は以下の機能を有すること。
1	2	10	75	1検体、複数項目を1画面に表示し、身長、体重、尿量の入力・計算、結果入力・確認・承認等が行えること。
1	2	10	76	検索モードとして「採取番号」「測定順」「受付番号」「WSSEQ（ワークシートシーケンス）」を選択可能なこと。また、必要に応じてワークシートによる絞り込みが行えること。
1	2	10	77	検索モードとして「測定順」モードの場合には分析器を指定し項目内容の絞り込みが行えること。
1	2	10	78	当該業務にて身長、体重、尿量、蓄尿時間の入力が行えること。また、必要に応じて計算結果の登録も行えること。
1	2	10	79	分析器より取り込んだ画像参照を項目へ割り当てができること。 また、画像割り付けはマウス操作・ドラッグ&ドロップ等簡易な操作で可能なこと。
1	2	10	80	画像を取り込んだ際、その旨の情報を結果値として項目に取り込めること。
1	2	10	81	取り込んだ画像はIEなどのブラウザにて拡大表示が行えること。
1	2	10	82	取り込んだ画像に対してコメントを入力できること。
1	2	10	83	カウンタ入力（血液像、穿刺液等）は以下の機能を有すること。
1	2	10	84	受付日+受付番号、又はワークシートシーケンスを指定して受付を呼び出し、カウンタ業務を行うことができること。
1	2	10	85	カウンタ該当受付を一覧表示し、一覧から受付を選択してカウンタ業務を行うことができること。
1	2	10	86	カウンタ検査を行った検査者を保存することができること。
1	2	10	87	キーボードに項目を割り当ててカウントすることができること。
1	2	10	88	カウントのインクリメント、デクリメントを指定できること。
1	2	10	89	キーに対して、それぞれカウント音を設定できること。
1	2	10	90	1キーに対する項目割り付けは5パターン以上可能なこと。
1	2	10	91	100%に含まない項目を設定できること。
1	2	10	92	カウント時にスクヤット画像を表示することができること。
1	2	10	93	スクヤット画像は今回値と前回値の両方を同時に表示できること。
1	2	10	94	スクヤット画像の切り替えは画像をスクロールすることにより行えること。
1	2	10	95	スクヤット詳細画面を開くことで、スクヤット画像を時系列表示できること。
1	2	10	96	画像は分析装置画像、撮影画像と分けて参照することができること。
1	2	10	97	外部の顕微鏡画像撮影ソフトを起動することができること。
1	2	10	98	カウント時に元のD I F F値を参照することができること。
1	2	10	99	カウント結果以外にも手入力にて結果値を登録することができること。
1	2	10	100	カウント時に、設定した付加コメントを入力することができること。また、コメントは一覧より選択入力ができること。
1	2	10	101	登録時未入力の項目に任意のデフォルト結果を入力することができること。
1	2	10	102	受付内全結果をワンクリックで参照することができること。
1	2	10	103	前回値を表示することができること。（カウント時追加項目も含む）
1	2	10	104	時系列結果参照画面を呼び出すことができること。
1	2	10	105	カウント後、所見項目の入力ができること。
1	2	10	106	カウント値を保存することができること。
1	2	10	107	規定のカウント数以外でカウント値を確定することができること。
1	2	10	108	規定のカウント数未満で実数報告することができること。
1	2	10	109	受付を指定しないでカウントのみ行うことができる（登録不可）こと。
1	2	10	110	カウントをストップするカウント数を設定できること。また、ストップ後も継続カウントが行えること。
1	2	10	111	カウント結果を最大8回分保持し、報告する結果を選択できること。
1	2	10	112	機械値と目視値のどちらを採用するか選択できること。
1	2	10	113	オーダごとに検査部門の内部コメントを登録できること。
1	2	10	114	検査部門の内部コメントについて時系列での表示が可能であること。
1	2	10	115	目視検査の依頼がなくとも、カウンタ入力画面にて目視検査項目の追加が可能であること。
1	2	10	116	可変項目については、依頼を追加して結果を入力できること。
1	2	10	117	尿沈渣カウンタは以下の機能を有すること。
1	2	10	118	受付日+受付番号、又はワークシートシーケンスを指定して受付を呼び出し、カウンタ業務を行うことができること。
1	2	10	119	採取番号（バーコード）を指定して受付を呼び出し、カウンタ業務を行うことができること。
1	2	10	120	任意条件のカンタ該当項目を一覧表示し、一覧から受付を選択してカウンタ業務を行うことができること。
1	2	10	121	カウンタ検査を行った検査者を保存することができること。
1	2	10	122	キーボードに項目または結果を割り当てて処理することができること。
1	2	10	123	依頼のない項目キーを選択したら項目を追加できること。
1	2	10	124	一覧から項目（上皮・円柱・結晶等）の追加できること。
1	2	10	125	キーに対して、音を設定できること。
1	2	10	126	カウント時に設定された画像を参照することができること。
1	2	10	127	登録時未入力の項目に任意のデフォルト結果を入力することができること。
1	2	10	128	設定項目の前回数詳細を参照することができること。
1	2	10	129	受付内全結果をワンクリックで参照することができること。
1	2	10	130	設定された時系列セットの時系列結果参照画面を呼び出すことができること。
1	2	10	131	カウント項目は任意に設定できること。
1	2	10	132	骨髄像カウンタは以下の機能を有すること。
1	2	10	133	受付日+受付番号、又はワークシートシーケンスを指定して受付を呼び出し、カウンタ業務を行うことができること。
1	2	10	134	採取番号（バーコード）を指定して、受付を呼び出し、カウンタ業務を行うことができること。
1	2	10	135	任意条件のカンタ該当項目を一覧表示し、一覧から受付を選択してカウンタ業務を行うことができること。
1	2	10	136	カウンタ検査を行った検査者を保存することができること。
1	2	10	137	カウンタは、キーボードに項目を割り当てて処理することができること。
1	2	10	138	キーに対して、それぞれ、カウント音を設定できること。
1	2	10	139	100%に含まない項目を設定できること。
1	2	10	140	カウント時に画像を参照することができること。
1	2	10	141	登録時、未入力の項目に任意のデフォルト結果を入力することができること。
1	2	10	142	カウントをストップするカウント数を設定できること。また、ストップ後も継続してカウントすることができること。
1	2	10	143	計算項目マスタでME比を計算することができること。
1	2	10	144	設定されたコメントの結果を長文で入力できること。
1	2	10	145	カウントのインクリメント、デクリメントを指定できること。
1	2	10	146	設定項目の前回数詳細を参照することができること。
1	2	10	147	受付内全結果をワンクリックで参照することができること。
1	2	10	148	時系列結果参照画面を呼び出すことができること。
1	2	10	149	カウント値を保存することができること。
1	2	10	150	規定のカウント数以外でカウント値を確定することができること。

1	2	10	151	規定のカウンタ数未満で実数報告することができること。
1	2	10	152	承認登録と同時に自動で報告書を作成でき、画像情報として保存できること。
1	2	10	153	骨髄像報告書内に画像の貼り付けを可能とすること。
1	2	10	154	カウンタ結果を最大8回分保持し、報告する結果を選択できること。
1	2	10	155	オーダーごとに検査部門の内部コメントを登録できること。
1	2	10	156	検査部門の内部コメントについて時系列での表示が可能であること。
1	2	10	157	結果コピー機能は以下の機能を有すること。
1	2	10	158	指定された患者の、指定された受付番号（コピー元）の測定結果を、指定された受付番号（コピー先）の測定結果として、結果値をコピーできること。
1	2	10	159	コピーされた結果情報は画面に表示し、内容の確認が行えること。
1	2	10	160	コピーできない結果値についてはエラーリストに出だし、失敗の内容を確認できること。
1	2	11		<b>データチェック機能</b>
1	2	11	1	オンライン分析装置から取込まれたデータおよび、手入力された結果は、リアルタイムに以下のチェックができること。
1	2	11	2	1) 患者検体（データチェック）
1	2	11	3	①各種（異常値範囲、正常値範囲等）結果範囲値チェック（依頼元別、年齢別、性別、材料別に設定可能）
1	2	11	4	②前回値チェック（演算式、及びチェックロジック、差と比のAND、ORが設定可能であること）
1	2	11	5	③項目間チェック（演算式、及びチェックロジック、差と比のAND、ORが設定可能であること）
1	2	11	6	④他項目同時再検処理
1	2	11	7	⑤初再検チェック（差、比）
1	2	11	8	⑥各データチェックの順番を項目毎に設定可能なこと
1	2	11	9	2) 精度管理検体（QC）
1	2	11	10	①マルチルールチェック
1	2	11	11	②Cusumチェック
1	2	11	12	3) 主成分分析等の多変量解析（PCA）を用いたデータチェック
1	2	11	13	①過去のデータから自動的に、内外別、依頼元別および前回値相関、項目間相関、変動値項目間相関のチェックパラメータをユーザにて算出できること。
1	2	11	14	②PCAチェックパラメータの算出の際は、当院実績より自動的に相関のある項目（相関係数0.5以上）を自動検出できること。
1	2	11	15	③パラメータ算出に必要な母集団数は100個程度で可能なこと。
1	2	11	16	④PCA等にて求めたチェックパラメータを使用し、前回値、項目間、変動値項目間、検体間違いチェックが可能なこと。
1	2	11	17	⑤PCA前回値と変動値項目間チェックに関して経過日数別に判定が行えること。
1	2	11	18	⑥系統誤差を排除し偶発誤差のみでデータチェック全般が行えること。
1	2	11	19	⑦測定結果の値に開きの大きい項目間、測定結果の分布形状が異なる項目間でも、相関のパラメータ算出が可能であること。
1	2	11	20	⑧あらゆる項目（間）におけるパラメータ算出が可能であり、またそれにかかるマスタメンテナンスは極めて少ない。
1	2	11	21	⑨PCAによるチェック結果はグラフ等で可視化して確認が可能であること。
1	2	11	22	データチェックは測定時にリアルタイムで行うことができる。
1	2	11	23	データのチェック結果に優先度を任意に設けることができ、自動承認、自動再検の設定を行うことができる。
1	2	11	24	取込まれたデータで上記チェックで異常と判定された場合、任意の端末画面にマーク表示と音で通知できること。 また、そのマークをクリックすると再検監視モニター画面が表示され、異常があった分析装置と異常検体が一目で認識できること。
1	2	11	25	取込まれたデータで特にパニック値であると判定された場合、任意の端末画面にマーク表示と音で通知できること。 また、そのマークをクリックするとパニック値監視モニター画面が表示され、異常があった分析装置と異常検体が一目で認識できること。
1	2	11	26	データチェックで再検対象となった検体の再検査指示ができること。
1	2	11	27	データチェックは年齢・性別・指定材料などの条件を複数設定して、チェックが行なえること。
1	2	12		<b>検査結果報告処理機能</b>
1	2	12	1	報告書は依頼科別、病棟別など指定で出力できること。
1	2	12	2	出力形態は、最終報告、再出力、ノーチェック出力の指定ができること。
1	2	12	3	報告書に出力する内容の設定、及び変更はマスターで容易に行えること。また、フリー印字項目の設定数は、無制限に設定可能であること。
1	2	12	4	報告書書式の作成、及び変更はEXCELで容易に行えること。
1	2	12	5	通常報告書の結果が揃った時点で、自動的にマスタ指定（依頼元等）のプリンタに自動出力できること。
1	2	12	6	再出力は出力履歴から再出力することが可能であること。
1	2	12	7	画像データを印字できること。
1	2	12	8	緊急検査報告書は依頼元プリンタに自動で出力できること。
1	2	12	9	緊急検査報告書は24時間出力可能であること。
1	2	12	10	緊急報告書の出力状況を自動監視し、所定時間までに緊急報告書が出力されない場合、任意の端末画面にマーク表示と音で通知できること。また、そのマークをクリックすると緊急報告監視モニター画面が表示され、異常があった分析装置と異常検体が一目で認識できること。
1	2	12	11	緊急報告監視モニターでは、どの検体が対象か確認でき、結果入力の画面へ遷移することが可能であること。
1	2	12	12	マスタにて、自動報告書出力設定を可能とすること。また、自動報告書出力は、報告対象の検査結果が全て揃った時点で出力を行うこと。
1	2	13		<b>検査結果時系列問い合わせ処理機能</b>
1	2	13	1	検索は、下記条件で検索ができること。
1	2	13	2	・受付日+受付番号
1	2	13	3	・患者番号
1	2	13	4	・患者名（漢字 or カナ）
1	2	13	5	・依頼元、科コード
1	2	13	6	・医師コード、医師名（カナ・漢字）
1	2	13	7	・緊急区分
1	2	13	8	オーダー番号括りでの表示ができること。
1	2	13	9	一覧表で報告状況が確認ができること。
1	2	13	10	詳細画面より結果の更新履歴が参照ができること。
1	2	13	11	下記情報の更新履歴が参照できること。
1	2	13	12	・結果値
1	2	13	13	・検体コメント
1	2	13	14	更新履歴は、項目単位に管理されていること。
1	2	13	15	管理情報は、いつ（更新日時）、誰が、何処の端末で、何の処理して、どの結果になったかがわかること。
1	2	13	16	画像情報を参照できること。
1	2	13	17	画像に登録されたコメントを参照できること。
1	2	13	18	今回値の画像に対して、前回値以前のオーダーに割り当てられた画像情報を並べて参照できること。
1	2	13	19	詳細画面で今回依頼項目にて時系列表示することができること。
1	2	13	20	時系列表示は、過去50回以上の表示ができること。
1	2	13	21	表示画面で、項目データ（縦）スクロール、日付（横）スクロールができること。
1	2	13	22	検索した結果をグラフ・レーダーチャートに表示できること。
1	2	13	23	検索した結果（時系列・グラフ・レーダーチャート）の印字ができること。
1	2	13	24	時系列結果の抽出ができ、任意のフォーマットでの出力が可能なこと。

1	2	13	25	簡易報告書の作成が可能であること。
1	2	14		<b>精度管理処理機能</b>
1	2	14	1	精度管理検体について、以下の管理図をリスト出力、及び画面に表示できること。
1	2	14	2	①X-R s-R管理図
1	2	14	3	②マルチルール管理図
1	2	14	4	③ヒストグラム管理図
1	2	14	5	④相関図
1	2	14	6	⑤ツインプロット管理図
1	2	14	7	⑥日差精度管理一覧表
1	2	14	8	精度管理検体のデータは、自動分析機からオンラインで取込めること。 また、取り込んだデータは修正・削除ができること。
1	2	14	9	手法検査の精度管理検体のデータも入力できること。
1	2	14	10	分析器等（手入力結果も可）より取り込んだデータにてコントロール基準値を作成でき、マスタとして登録も行えること。
1	2	14	11	精度管理種別、項目毎にグラフのプロットが可能であること。
1	2	14	12	精度管理区分毎のプロット毎に、平均値、SD値、Rs値を計算登録できること。
1	2	14	13	分析装置、項目ごとにメンテナンス情報を登録可能なこと。
1	2	14	14	ロット変更情報、メンテナンス情報はX-R s-R管理図画面、帳票に出力できること。
1	2	14	15	リアルタイムでマルチルールチェックを行うことができ、異常と判定された場合は任意の端末画面にマーク表示と音で通知できること。
1	2	14	16	上記のマークをクリックするとマルチルールグラフ画面が表示され、異常があった分析装置と項目が一目で認識できること。 また、マルチルールグラフをクリックすると結果値とアラーム詳細が表示されること。
1	2	14	17	精度管理検体のデータに対して、項目毎に測定試薬ロットNo、測定試薬バック、フリーコメントを入力できること。
1	2	14	18	精度管理検体のデータ、および、精度管理検体のデータに対する測定試薬ロットNo、測定試薬バック、フリーコメントの情報を帳票に出力できること。
1	2	14	19	通常の検査項目名とは別に、精度管理用の検査項目名を設定できること。
1	2	14	20	部門ごとに、部門の管理下にある複数の分析器の精度管理結果を一覧でサマリー表示し、検査項目ごと、精度管理種別ごとの分析器間での精度管理結果の差異を比較できること。 また、測定モジュールを複数持つ分析器については、測定モジュールごとに精度管理結果を分けて表示すること。
1	2	14	21	サマリー表示した精度管理結果について、測定モジュール単位またはコントロール単位でEXCEL出力、CSV出力ができること。
1	2	14	22	サマリー表示した精度管理結果について、測定モジュール単位、コントロール単位でX-R s-R管理図の表示ができること。
1	2	15		<b>TAT（ターン・アラウンド・タイム）機能</b>
1	2	15	1	受付日+受付番号範囲、緊急区分、内外区分、検査項目の条件にてTATグラフが表示できること。
1	2	15	2	グラフ表示はスケールを変更できること。
1	2	15	3	一覧表は自動で最新情報に更新されること。また、自動更新の有無はユーザで選択が可能であること。
1	2	15	4	TAT情報は「受付日範囲」、「曜日指定」、「受付番号範囲」、「緊急区分」、「内外区分」、「項目」、「時間範囲」、を条件として指定でき、集計・出力できること。
1	2	16		<b>統計機能</b>
1	2	16	1	検査稼働統計として、日報、月報、年報として以下の統計の出力できること。
1	2	16	2	①項目別依頼件数統計
1	2	16	3	②依頼元別依頼件数統計
1	2	16	4	③項目別包括集計
1	2	16	5	④測定件数統計（日報、月報のみ）
1	2	16	6	⑤月別項目件数
1	2	17		<b>汎用データ抽出機能</b>
1	2	17	1	測定順・受付番号範囲・ワークシートSEQ範囲の指定で患者検体のデータ抽出が可能なこと。
1	2	17	2	検査日範囲・分析装置コード・精度管理試料区分の指定で精度管理データ抽出が可能なこと。
1	2	17	3	患者番号・入院/外来・依頼元・性別・年齢範囲等の患者属性指定で患者検体のデータ抽出が可能なこと。
1	2	17	4	項目コードと結果値範囲を組み合わせた条件式で患者検体の抽出が可能なこと。
1	2	17	5	結果の出力方法を横並びまたは縦並びの指定が可能なこと。
1	2	17	6	結果値は報告値・初再検値、その両方の指定ができること。
1	2	17	7	一度レイアウト設定した属性情報・項目情報は保存し、再利用が可能なこと。
1	2	17	8	出力レイアウトは画面から項目（属性、項目結果、コメント等）を選択しユーザにて自由に設定できること。
1	2	18		<b>簡易データ抽出機能</b>
1	2	18	1	システムにて保持しているデータを抽出できる機能があること。また、システム内に保存されているすべてのデータが当該業務にて抽出できること。抽出内容、出力レイアウトはマスタ、EXCELにて変更可能なこと。
1	2	18	2	抽出したデータを一覧形式での印刷が可能なこと。
1	2	18	3	抽出したデータを画面にて確認出来ること。
1	2	19		<b>WEBデータ抽出機能</b>
1	2	19	1	WEB結果照会用のデータベースからのデータ抽出が可能なこと。
1	2	19	2	受付日範囲、受付番号範囲の指定で患者検体のデータ抽出が可能なこと。
1	2	19	3	患者番号・入院/外来・依頼元・性別・年齢範囲等の患者属性指定で患者検体のデータ抽出が可能なこと。
1	2	19	4	項目コードと結果値範囲を組み合わせた条件式で患者検体の抽出が可能なこと。
1	2	19	5	結果の出力方法を横並びまたは縦並びの指定が可能なこと。
1	2	19	6	一度レイアウト設定した属性情報・項目情報は保存し、再利用が可能なこと。
1	2	19	7	出力レイアウトは画面から項目（属性、項目結果、コメント等）を選択しユーザにて自由に設定できること。
1	2	20		<b>外注検査処理</b>
1	2	20	1	外注検査処理は以下の機能を有すること。
1	2	20	2	各外注先との間で、検査依頼情報および検査結果情報を電子媒体（USBメモリ等）で受渡しができること。
1	2	20	3	電子媒体（USBメモリ等）上のファイルフォーマット・コード等は、すべて臨床検査データ交換標準化協議会（MEDIS-DC）の標準仕様でできること。
1	2	20	4	外注検査の結果情報は、検査システムを通じてHISへ送信ができること。
1	2	20	5	外注先がネットワーク経由での依頼ファイル・結果ファイル送受信サービスを提供している場合、該当サービスを利用することで、電子媒体（USBメモリ等）を用いずネットワーク経由での検査依頼情報の送信、および、検査結果情報の取り込みができること。 またその場合には、検査結果情報の取り込みは外注先から結果ファイルが作成された際に自動で行えること。
1	2	20	6	依頼ファイル作成時、外注依頼リストを出力できること。
1	2	20	7	外注依頼リストの再出力は出力日指定により出力履歴から選択することができ、リストのみの再出力も可能であること。
1	2	20	8	外注先から取込んだ検査結果に対し、正常値チェック・異常値チェック・デルタチェック・項目間チェックができること。
1	2	20	9	結果値形態が取り込めること。また、基準値外マークについては、設定により委託先からの情報をそのまま取り込むことも可能なこと。
1	2	20	10	結果取り込み時に取り込みエラーが発生した場合、エラーリストを出力することができること。
1	2	20	11	特殊報告書は画像情報として電子媒体で受け取ることができるか、スキャナーで取り込むことができ、結果入力画面・問合せ画面で参照可能なこと。
1	2	20	12	結果取り込みと同時に画像報告情報が取り込めること。 また、画像が取り込めない場合にはエラーリストにその旨が出力されること。
1	2	21		<b>オーダリング・電子カルテシステム連携</b>

1	2	21	1	オーダーリングまたは電子カルテシステムと連携を行い、依頼情報の取得／結果情報の送信／到着情報の送信が可能であること。
1	2	21	2	オーダーに応じて必要なラベルの発行・制御が可能であること。
1	2	21	3	患者属性情報を電子カルテシステムから受信できること。
1	2	21	4	電子カルテシステムと連携して、画像データを送信する機能を有すること。
1	2	22		データ移行
1	2	22	1	既存の検体検査システムのデータを、新システムに移行できること。
1	2	23		管理業務処理機能
1	2	23	1	一連の検査業務における各工程の操作記録、帳票出力記録、MEメンテナンス記録をシステムで管理できること。（作業担当者、作業項目、処理時刻、使用端末）また、その記録の保存期間は3年間以上可能なこと。
1	2	23	2	検査状況監視モニタ機能として、検査受付または検体到着から検査完了まで、検査の進行状況をリアルタイムに監視できること。
1	2	23	3	各端末、及び常駐プログラムのエラーを監視し、エラーが発生した場合は任意の端末画面にマーク表示と音で通知できること。また、そのマークをクリックすると画面上にエラー内容が一覧表示されること。
1	2	23	4	システムの障害又は、運用的な障害、機器の障害等が発生した場合、システムに障害の記録を残す機能を有すること。
1	2	23	5	記録する情報は、後日カテゴリ又はキーワードにて検索が可能であり、必要に応じてプリントアウトすることが可能であること。
1	3			検体検査システム・ハードウェアは、以下の要件を満たすこと。
1	3	1		検体検査システム サーバ
1	3	1	1	OSは、Windows Server 2022 Standard Edition、又はこれと同等以上のものを搭載していること。
1	3	1	2	データベースは、Oracle社製、又はこれと同等以上のものを搭載していること。
1	3	1	3	中央演算処理装置（CPU）は、Xeon E3-1220v、又はこれと同等以上の性能・機能を有すること。
1	3	1	4	主記憶容量は、8GB以上であること。
1	3	1	5	サーバ装置は、物理容量1TB以上の内蔵ハードディスクを有すること。
1	3	1	6	DVD-ROM装置を装備すること。
1	3	1	7	1000BASE-Tによるネットワーク接続が可能であること。
1	3	1	8	データバックアップ装置を有すること。（外部媒体でも可） データバックアップは、稼働中の業務に影響を与えることなく平行して行うことができること。
1	3	1	9	17インチ以上の液晶カラーディスプレイ装置1台を装備していること。
1	3	1	10	無停電電源装置を有すること。（1500VA以上推奨）
1	3	1	11	サーバはメンテナンス時を除き365日24時間連続稼働できること。
1	3	2	20	検体検査システム クライアント
1	3	2	1	OSは、Microsoft Windows11 Pro、又はこれと同等以上のものを搭載していること。
1	3	2	2	パソコン本体は省スペース型であること。
1	3	2	3	CPUはインテル Corei3-13100(最大4.5GHz)またはそれと同等以上の性能のものを有すること。
1	3	2	4	主記憶容量は、8GB以上であること。
1	3	2	5	物理容量250GB以上の内蔵ハードディスク装置を有すること。
1	3	2	6	ディスプレイは、19インチTFT液晶カラー表示で、解像度は1280×1024ピクセル（SXGA）以上であること。 （推奨は1920×1080ピクセル（FULL HD））
1	3	2	7	1000BASE-T（100BASE-TX/10BASE-T対応）によるネットワーク接続が可能であること。
1	3	2	8	DVD-ROM装置を装備すること。
1	3	2	9	光学式マウスを有すること。
1	3	2	10	Microsoft .NETFramework 4.8以上の環境で動作すること。
1	3	2	11	Officeソフトは、Microsoft社製のMicrosoft Office、またはOffice相当（JustOffice、Kingsoft社製のWPS Office2等）の性能のものを有すること。
1	3	3		検体検査システム バーコードリーダー
1	3	3	1	レーザ仕様であること。
1	3	3	2	NW7、ITF、JAN/EAN、GS1-128規格のバーコードが読み取れること。
1	3	3	3	上記バーコードリーダーを13台準備すること。
1	3	4		検体検査システム バーコードプリンター
1	3	4	1	印字方式は、感熱方式または熱転写方式であること。
1	3	4	2	印字幅は、60mm以上であること。
1	3	4	3	文字種は、漢字、英数字、カタカナを含むバーコードの発行ができること。 なお、アルファベットおよびカタカナは大文字・小文字の印刷ができる機能を有すること。
1	3	4	4	バーコード規格は、NW7、ITF、JAN/EAN、Code39、Code93、Code128をサポートしていること。
1	3	4	5	ネットワーク機能を有し、100BASE-TX/10BASE-T で通信が行えること。
1	3	4	6	上記バーコードプリンターを3台準備すること。

放射線診断管理システム (診断RIS)			
1	1		基本要件
1	1	1	放射線管理システムは、24時間・365日連続稼働できること。
1	1	2	放射線データベースのバックアップは、自動で行える仕組みを有すること。
1	1	3	データベースが破壊された場合、バックアップしたデータから短時間で復旧できる仕組みを有すること。
1	1	4	電子カルテシステム等のシステムトラブルに対して、最低限の運用制限で業務が行える仕組みを有すること。
1	1	5	放射線管理システムのシステムトラブルに際しては、連携している他システムに対して最低限の影響になる様に配慮されていること。
1	1	6	ソフトウェアの欠陥に対する診断または故障原因の追及、及びソフトウェアの修正箇所の識別が行えるシステムであること。
1	1	7	ソフトウェアの欠陥等で修正した、ソフトウェアの妥当性確認が容易にできるシステムであること。
1	1	8	撮影歴データ等は、次期システムへの移植性を十分に考慮されたシステムであること。
1	1	9	調達するシステムは、DICOM規格等が標準装備されていること。
1	1	10	システム移行時には、電子カルテシステムとの整合性を確保して、未来オーダは自動的に移行できる仕組みを提供すること。
1	1	11	放射線管理システムのクライアントは、電子カルテシステムと放射線管理システムが相乗りして動作できるシステム環境を提供すること。
1	1	12	放射線部内で活用できる揭示板機能を有し、各RIS端末で閲覧可能であること。揭示内容には、重要度や表示期限が設定できること。
1	1	13	放射線検査に関わるマスタは、導入業者サポートセンターにて速やかに新規作成・変更・削除すること。
1	1	14	部位マスタなど統計に関わるマスタを導入業者サポートセンターにて修正した場合、統計が正常に出力されるよう導入業者サポートセンターにて調整すること。
1	1	15	システムの安定稼働を目的とし、50施設以上稼働させた実績を有すること。
1	2		予約確認・受付処理
1	2	1	電子カルテシステムとの連携により、放射線画像診断オーダ・画像取り込みオーダ・画像コピー依頼オーダ・患者基本情報の受信ができること。
1	2	2	患者基本情報、入院患者の移動情報(入院、退院、転科、転棟等)の変更情報を受信し、更新すること。
1	2	3	検査受付を行う際、患者情報や同一患者他オーダー等を確認できる画面を有すること。
1	2	4	放射線科受付では、予定日・患者番号・依頼元・検査種別等で放射線画像診断オーダを絞り込んで、検査予約を確認できること。
1	2	5	受付処理時に表示される対象検査としては当日予約のみ表示でき、以前の予約・未来の予約・日未定予約の履歴は選択して表示が可能なこと。
1	2	6	検査一覧は、更新ボタンの押下により、検査オーダーの最新情報が表示できること。また、設定された任意の時間間隔で一覧内容を自動更新する機能が有ること。
1	2	7	検査一覧は、検査オーダーのステータス(未受付・受付・実施等)別に、文字の色や背景色が設定できること。文字サイズや色は病院指定の内容に変更できること。
1	2	8	検査一覧の表示条件は、一般撮影用やCT用など分類を指定することができ、設定には名前を付けて複数の保存ができること。
1	2	9	保存した条件の復元は簡単な操作で呼び出し可能であること。
1	2	10	新規オーダーの受信を、着信音又は音声で知らせる機能が有ること。
1	2	11	入院・外来の別で、検査予約の一覧表示が可能なこと。
1	2	12	検査の予約一覧は、端末毎に表示・非表示・表示位置が変更可能なこと。表示項目毎に、ソート機能を有すること。
1	2	13	検査の予約一覧の列の幅/表示・非表示/表示位置/検索条件はセット化でき、ボタンで切り替えが可能なこと。
1	2	14	一覧表に同姓同名の患者が存在する場合、印を付けて注意を促せること。
1	2	15	緊急検査オーダーは一覧画面上で色表示し、すぐに緊急と判断できること。
1	2	16	検査一覧では、検査オーダー単位に任意のマークが登録できること。マークの図柄は病院指定の内容に変更できること。
1	2	17	放射線科受付において、患者IDカード・リストバンド・予約票等に印刷されたバーコード、IDのキーボード入力のあるいずれかの方法で患者を特定し、その患者の放射線科における予約日時・検査名・予約撮影室が一覧表示でき、受付処理・実施処理が可能なこと。
1	2	18	1度受付済にしたものを、また未受付状態に戻せること。
1	2	19	受付処理により、受付票・ラベルを自動印刷でき、画面上の操作によっても随時印刷が可能なこと。
1	2	20	受付済患者リストは、各撮影室の端末から参照・一覧表示が可能なこと。
1	2	21	受付の時点で、該当の患者の検査オーダー・撮影部位・検査名が表示され、過去の検査履歴の確認が可能なこと。
1	2	22	オーダーリングシステム等からの依頼医・技師・看護師のコメント(検査説明や同意書への署名状況・アレルギー疾患・妊娠有無等の禁忌情報・移動形態等)が、画面表示可能なこと。
1	2	23	コメントは、過去のコメント履歴が参照できること。
1	2	24	受付画面では、受付担当者から検査担当者へのメッセージコメントが入力できること。
1	2	25	受付されてからの待ち時間を管理できること。
1	2	26	待ち時間が指定した既定値を超過すると色による注意喚起ができること。
1	2	27	入院患者等の呼び出し時間を管理できること。
1	2	28	呼び出し時間は、履歴管理ができ、一覧から時間履歴が確認できること。
1	2	29	呼び出し時間は、キャンセル取消が可能なこと。
1	2	30	受付した放射線画像診断オーダは、電子カルテシステムへ受付済であることが返信されること。
1	2	31	検査一覧から、該当患者の画像(PACS)・レポートが参照できること。
1	2	32	検査一覧から、該当患者の過去の画像(PACS)・レポートが参照できること。
1	2	33	検査一覧から、選択したオーダーに対し、同一患者同一検査種の直近過去の画像呼び出しが容易に行えること。
1	2	34	検査一覧から、該当患者の電子カルテを参照することが出来ること。ただし、電子カルテメーカーが対応可能なことを前提条件とする。
1	2	35	RISマスタで管理していない依頼医師が、電子カルテシステムからオーダーした場合でも、自動でRISに反映されること。
1	2	36	検査種別、検査の進捗状態ごとの現在のオーダー数、患者数を一度の操作で確認できること。
1	2	37	電子カルテから来院情報を受信し、検査一覧に表示できること。ただし、電子カルテメーカーが対応可能なことを前提条件とする。
1	2	38	受付専用画面を有し、受付専用画面から患者の移動形態を変更できること。
1	2	39	受付専用画面で入力した患者の移動形態を検査一覧画面に表示できること。
1	2	40	受付専用画面から、撮影室の振り分けが可能なこと。
1	2	41	検査一覧で「夜勤帯」だけ表示できる機能を有すること。夜勤帯の時間は設定で変更できること。
1	2	42	検査一覧で電子カルテシステムから渡された妊娠状況を表示できること。
1	2	43	検査一覧で電子カルテシステムからの血清クレアチニン値を基に、eGFR推算値を計算し、危険度合いを視覚的(画面背景色を3段階色分け)に表示できること。また、検査日から判断してユーザが定めた期間より過去の場合、グレー表示できること。
1	2	44	検査一覧から、固定様式の検査予約一覧が印刷可能なこと。
1	2	45	検査一覧のフォント、文字サイズは設定変更が可能であること。
1	2	46	検査一覧から該当患者の他検査情報一覧が表示され、検査の進捗状況が確認できること。
1	2	47	他検査情報一覧から該当の画像オーダーの実施画面を表示することが可能なこと。
1	2	48	AM・PMごとに検査の予約状況を確認できる画面を有すること。
1	2	49	上記予約状況画面はカレンダー表示され、オーダー数・患者数を切り替えて表示することができること。
1	3		実施入力
1	3	1	受付患者リストから患者を選択すると、実施入力画面に遷移できること。
1	3	2	実施入力画面が開いた状態でも画面を移動することで検査一覧が参照できること。
1	3	3	実施入力画面の前表示として、電子カルテシステムからの血清クレアチニン値を基に、eGFR推算値を計算し、危険度合いを視覚的(画面背景色を3段階色分け)に表示できること。
1	3	4	該当患者に過去の造影剤の副作用が登録されていた場合、注意喚起できること。

1	3	1	5	上位システムから受信した該当患者のプロファイル情報（患者アナムネ・障害情報・感染症情報など）が閲覧できること。
1	3	1	6	実施入力画面では、オーダされた部位・撮影条件・年齢・性別等に準拠した既定値、または予めセット登録された内容を既定値として表示し、実施入力の省力化ができること。
1	3	1	7	実施入力画面では、端末毎に撮影室・撮影装置・撮影者がデフォルトで設定でき、実施入力の省力化ができること。
1	3	1	8	実施入力画面では、依頼施設（紹介病院）を管理することができること。
1	3	1	9	造影検査の場合、撮影方法の列を色で識別できること。また、単純検査の場合で、実施付帯項目に造影剤を入力している時に警告が表示されること。
1	3	1	10	撮影者はログインユーザをデフォルト表示にするか、直近の撮影者をデフォルト表示するか設定できること。
1	3	1	11	実施入力画面では、撮影の実施・中止の入力、使用した薬剤・造影剤・手技・材料や診療報酬加算を入力できること。
1	3	1	12	薬剤・造影剤・手技・器材や加算の入力では、検査毎に項目や数量がデフォルト設定できること。
1	3	1	13	造影剤による副作用の履歴を保持し、過去の副作用の有無を視覚的（副作用ボタンの色分け）に表示した上で、詳細な症状・対応内容が確認できること。
1	3	1	14	造影検査の場合で、実施付帯項目に造影剤が未入力の時に薬品未入力の警告が表示されること。
1	3	1	15	実施入力画面では、撮影条件・コメント、担当技師あるいは検査者から読影担当者へのメッセージコメントが入力できること。
1	3	1	16	強調したいコメントは、強調表示機能で自由に設定できること。
1	3	1	17	各種コメント（オーダ時のコメント、受付時のコメント、実施コメント、撮影指示コメント）は、過去のコメント履歴が参照できること。
1	3	1	18	各種コメント（患者コメント、オーダ時のコメント、受付時のコメント、実施コメント、撮影指示コメント）は、拡大表示ができること。
1	3	1	19	各種コメント（患者コメント、受付時のコメント、実施コメント、撮影指示コメント）を入力した際、入力者・入力日時が自動で追記できること。また、設定で入力者・入力日時を追記しないこともできること。
1	3	1	20	電子カルテから受信した患者情報（感染症等）の状態に応じて注意喚起のため強調表示が出来ること。
1	3	1	21	PDFで作成された該当検査の撮影マニュアルをワンクリックで表示できる機能を有すること。
1	3	1	22	実施入力画面では、線量を管理できること。また、デフォルトの測定値をセット登録できること。
1	3	1	23	実施入力画面では、入室時間・退出時間を管理できること。
1	3	1	24	実施入力では、担当技師・看護師・検査立ち会い医師を入力できること。
1	3	1	25	実施入力画面では、撮影部位を追加・変更できること。なお、変更・追加された項目に対し、実施入力した内容は電子カルテシステムや医事会計システム等に連携されること。
1	3	1	26	実施入力画面から、当該患者の撮影履歴が検索できること。
1	3	1	27	実施入力画面から、当該撮影のレポート・画像が参照できること。
1	3	1	28	実施入力画面から、撮影終了した患者に対して、他の撮影検査の有無が確認できること。また、患者単位の同一日のオーダ内容を、一覧表示できる画面を有すること。
1	3	1	29	実施入力画面から、撮影終了した患者に対して、医事会計上の算定項目に漏れがないかを再確認する画面を表示できること。また、この画面が不要な場合は検査種別単位で非表示にも設定できること。
1	3	1	30	検査によっては、一定時間毎に測定・撮影する検査もある為、入力内容を一時保存できること。
1	3	1	31	電子カルテシステムからシエマが登録された場合は、実施入力画面から参照できること。また、シエマの有無を視覚的に識別できること。
1	3	1	32	電子カルテシステムや医事会計システムに送信せずに、RISの中だけで登録できる機能を有すること。
1	3	1	33	電子カルテシステムや医事会計システムに送信せずに、RISの中だけで登録でき、またレポートシステムには送信する機能を有すること。
1	3	1	34	任意の装置へMWM送信できる機能を有すること。また、指定の装置か任意の装置へMWM送信するか設定できること。
1	4			撮影履歴
1	4	1	1	当該患者の撮影履歴を、撮影の進捗状態、検査種別、撮影室、入院外来の条件で絞り込みができること。
1	4	1	2	撮影履歴一覧は、端末毎に表示・非表示・表示位置が変更可能なこと。表示項目毎に、ソート機能を有すること。
1	4	1	3	検査履歴の任意の行を選択し、実施画面と同様の画面による確認が可能なこと。
1	4	1	4	撮影履歴から、当該撮影のレポート・画像が参照できること。
1	5			撮影指示入力
1	5	1	1	医師が容易な操作で撮影指示を入力できる機能を有すること。
1	5	1	2	医師が撮影指示を入力する上で必要な情報は、1画面に集約していること。
1	5	1	3	撮影指示入力画面から、当該撮影のレポート・画像が参照できること。
1	6			患者情報の表示
1	6	1	1	放射線科内の検査予約患者のオーダー状況を一覧表示できること。
1	6	1	2	検査対象患者の妊娠状態等の患者の状態を、全端末上で確認できること。
1	6	1	3	患者情報として、患者の搬送方法を全端末上で確認できること。
1	6	1	4	患者の禁忌事項を全端末上で確認できること。
1	6	1	5	患者の所在情報（病棟・病室等）は、電子カルテからリアルタイムに取得できること。ただし、電子カルテメーカーが対応可能なことを前提条件とする。
1	7			フィルム袋用ラベル
1	7	1	1	実施入力の確定による、袋ラベルの自動印刷が可能なこと。
1	7	1	2	袋ラベルには、患者ID・患者IDをバーコード化したもの・撮影日時・患者氏名・生年月日・性別等の患者情報の印刷が可能なこと。
1	7	1	3	袋ラベルの印刷枚数の初期値を端末毎に設定できること。また、再印刷が可能なこと。
1	7	1	4	袋ラベルの印刷先のプリンタを端末毎で任意に設定できること。
1	7	1	5	全ての検査について、フィルム袋用ラベルには患者のバーコードを含むラベルを出力可能なこと。
1	8			各検査機器との連携
1	8	1	1	当院所有、もしくは当院にて導入予定の装置についてDICOM MWM接続を行い、患者情報・検査情報等の送信が可能なこと。
1	9			総合検索機能
1	9	1	1	実施入力した項目で、検索が可能なこと。
1	9	1	2	検索条件は、診断・治療毎に任意の期間・項目を組み合わせ検索が可能なこと。
1	9	1	3	検索日は、日付範囲による指定ができ、ひと月・1週単位の変更はワンクリックで可能なこと。また、当日・当月・今週はワンクリックで指定することができること。
1	9	1	4	検索結果一覧の任意の行を選択し、実施画面と同様の画面による確認が可能なこと。
1	9	1	5	総合検索の抽出条件は、名前を付けて複数の保存が出来き、任意に条件の復元が出来ること。
1	9	1	6	検索結果の表示項目及び表示順は画面設定で変更することが可能なこと。
1	9	1	7	各種コメント情報内のキーワード検索が可能なこと。
1	9	1	8	検索結果は、Excelに出力可能なこと。
1	10			印刷・統計帳票
1	10	1	1	放射線科業務における照射録の出力は、任意の期間で出力が可能なこと。
1	10	1	2	以下の各種統計処理・各種帳票の作成が可能なこと。
1	10	1	3	・放射線科当直日誌（日報）
1	10	1	4	・造影剤使用一覧表（月報）
1	10	1	5	・薬品別造影剤使用一覧表（月報）
1	10	1	6	・コピーフィルムCD集計表（月報）
1	10	1	7	・依頼科別集計表（月報）
1	10	1	8	・病棟別集計表（月報）
1	10	1	9	・依頼医師別集計表（月報）
1	10	1	10	・依頼施設別集計表（月報）

1	10	1	11	・ 一般撮影集計表(月報)
1	10	1	12	・ ポータブル集計表(月報)
1	10	1	13	・ 乳腺集計表(月報)
1	10	1	14	・ 透視集計表(月報)
1	10	1	15	・ 健診集計表(月報)
1	10	1	16	・ 断層検査集計表(月報)
1	10	1	17	・ 骨塩定量集計表(月報)
1	10	1	18	・ ESWL集計表(月報)
1	10	1	19	・ CT検査集計表(月報)
1	10	1	20	・ MRI検査集計表(月報)
1	10	1	21	・ ANGIO集計表(月報)
1	10	1	22	・ 画像取込・画像出力集計表(月報)
1	10	1	23	帳票・集計は放射線科内において統計処理が行え、処理後のデータをExcel等の汎用アプリケーションソフトで利用可能なこと。
1	11			在庫管理
1	11	1	1	フィルムの在庫管理が可能なこと。
1	11	1	2	実入力で入力したフィルム枚数は、自動的に在庫に反映されること。
1	11	1	3	日・依頼分類単位でのフィルム入庫操作が可能なこと。
1	11	1	4	過去のフィルム入庫情報の閲覧が可能なこと。
1	11	1	5	CD・DVD等の在庫管理が可能なこと。
1	11	1	6	実入力で入力したCD・DVD等の枚数は、自動的に在庫に反映されること。
1	11	1	7	日・依頼分類単位でのCD・DVD等の入庫操作が可能なこと。
1	11	1	8	過去のCD・DVD等の入庫情報の閲覧が可能なこと。
1	11	1	9	薬剤・器材の在庫管理が可能なこと。
1	11	1	10	実入力で入力した薬剤・器材の数量は、自動的に在庫に反映されること。
1	11	1	11	日・依頼分類単位での薬剤・器材入庫操作が可能なこと。
1	11	1	12	過去の薬剤・器材の入庫情報の閲覧が可能なこと。
1	12			入退室管理
1	12	1	1	放射線業務に従事する者(技師・医師・看護師)の被曝歴管理機能を有すること。
1	12	1	2	管理区域への一時立ち入り者に関する入退室管理が可能なこと。
1	12	1	3	入退室時のユーザの選択は、ユーザIDのバーコード入力に対応していること。
1	13			音声通知機能
1	13	1	1	以下のタイミングで、着信音又は音声で知らせる機能が有ること。 また、受信オーダーは検査種ごとに設定が可能なこと。
1	13	1	2	・ 緊急オーダー受信時
1	13	1	3	・ オーダー受信時(未来オーダー含む)
1	13	1	4	・ オーダー受信時(当日オーダーのみ)
1	13	1	5	・ 受付時
1	13	1	6	音声通知する条件を各端末個別に設定可能なこと。

病歴管理システム			
1	1		基本機能
1	1	1	ログオン処理機能
1	1	1	入力されたIDとパスワードで、管理者制限設定された病歴管理システムにログインができること。
1	1	2	連携取込機能
1	1	2	患者IDの入力で、上位システムより患者属性・入退院情報等の情報が取り込めること。
1	2		入院カルテ所在管理機能
1	2	1	貸出処理機能
1	2	1	入院カルテの貸出処理ができること。
1	2	1	2次元バーコードが印刷された患者管理背ラベルの出力ができること。
1	2	1	3 ID入力または、2次元バーコードのスキュンによる貸出処理ができること。
1	2	1	5 1画面で同一の貸出先に100名以上の貸出処理ができること。
1	2	1	6 返却期限の登録貸出処理ができること。
1	2	1	7 マスタ登録に設定された貸出日数で返却期限の条件が設定される貸出処理ができること。
1	2	1	8 設定された貸出期限日数を、以下の条件で選択ができること。 ・貸出先の日数 ・貸出理由の日数 ・短い日数 ・長い日数 ・セットしない
1	2	1	9 貸出時の設定では、以下の選択ができること。 ・貸出者 ・借用者 ・返却予定日 ・返却期限日 ・貸出票の出力 ・出庫表の出力
1	2	1	10 フリーコメントの入力またはマスタ登録から選択ができること。
1	2	1	11 貸出日が表示され、変更も可能であること。
1	2	1	12 貸出対象者は、以下のステータスが表示できること。 ・ID ・診療科 ・漢字指名 ・カナ指名 ・性別 ・入院日 ・退院日 ・管理状況
1	2	2	返却処理機能
1	2	2	1 ID入力または、2次元バーコードのスキュンによる返却処理ができること。
1	2	2	2 返却日が表示され、変更が可能であること。
1	2	2	3 返却者の登録が可能であること。
1	2	2	4 返却処理画面には、以下のステータスが表示できること。 ・ID ・漢字指名 ・診療科 ・貸出状況の有無 ・返却対象外での返却 ・返却場所 ・入院日 ・退院日 ・性別
1	2	3	情報参照機能
1	2	3	1 IDの入力で対象患者の登録情報が参照できること。
1	2	4	患者登録機能
1	2	4	1 ICD-10・ICD9-CMコードでの登録ができること。
1	2	4	2 ICDのバージョン対応ができること。
1	2	4	3 IDを入力し、対象入退院情報から連携項目を取得した登録ができること。
1	2	4	4 前回入院情報のコピーから登録ができること。
1	2	4	5 様式-1提出データのインポートからの登録・追加登録ができること。
1	2	4	6 登録された項目の変更・削除および手動での新規登録ができること。
1	2	4	7 登録されたICDコードが患者毎で記録され選択ができること。
1	2	4	8 ICDコードを以下の内容で検索ができること。 ・ICDコード ・管理番号 ・名称 ・Mコード ・傷病名コード ・Kコード ・ICD一覧 ・あいまい検索
1	2	5	患者検索機能
1	2	5	1 選択された項目をAND、OR形式で組合わせた検索ができること。
1	2	5	2 登録項目の検索条件を以下項目より選択できること。 ・等しい ・等しくない ・以上 ・以下 ・一部一致 ・入力有 ・入力無 ・含む
1	2	5	3 マスター項目から選択された期間で絞り込めること。
1	2	5	4 検索条件の、登録、追加、変更、削除ができること。
1	2	5	5 検索結果の出力項目の登録、追加、変更、削除ができること。
1	2	5	6 検索条件と検索結果の出力項目は、紐付けし登録、追加、変更、削除ができること。
1	2	5	7 検索結果は、印刷、Excelファイル、CSVファイル、PDFファイルなどに出力ができること。
1	2	5	8 以下の一覧検索ができること。また、検索条件の登録、追加、変更、削除ができること。 ・疾病患者一覧 ・手術患者一覧 ・病棟患者一覧
1	2	6	疾病/手術帳票機能
1	2	6	1 病歴台帳の検索ができること。検索結果には以下の内容が表示できること。 ・患者番号 ・病歴番号 ・カナ指名 ・漢字指名 ・性別 ・生年月日 ・郵便番号 ・住所 ・ICD-10コード ・病名 ・手術名 ・医療点数表コード ・入院日 ・退院日 ・入院時年齢 ・退院時年齢 ・転入日 ・転出日 ・転入時年齢 ・転出日年齢 ・担当医師 ・在院日数 ・部検 ・入院区分 ・転帰区分 ・フリーコメント
1	2	6	2 以下の台帳が検索できること。 ・患者台帳 ・疾病別病歴台帳 ・手術別病歴台帳
1	2	6	3 以下の検索ができること。 ・条件設定し登録患者の確認をするリスト ・入退院一覧 ・未サマリリスト
1	2	6	4 検索条件項目の登録・変更・削除ができること。
1	2	6	5 検索結果は、印刷、Excelファイル、CSVファイル、PDFファイルなどに出力ができること。
1	2	6	6 検索結果の並び替えができること。
1	2	7	患者統計機能
1	2	7	1 マスタ項目より行項目・列項目が選択できること。
1	2	7	2 選択期間は4項目、条件項目は7項目まで絞り込めること。
1	2	7	3 検索結果はグラフ化のイメージが確認できること。
1	2	7	4 検索対象患者の詳細および登録エラー内容が確認できること。
1	2	7	5 検索条件の登録、変更、削除ができること。
1	2	7	6 検索結果は、印刷、Excelファイル、CSVファイル、PDFファイルなどに出力ができること。
1	2	7	7 以下の統計ができること。 ・サマリ記載率(作成率) ・在院統計 ・現場で任意に設定されたグループ項目による統計
1	2	8	疾病/手術統計
1	2	8	1 ICDコードの大分類、中分類、小分類で統計ができること。
1	2	8	2 列項目は、マスター項目から選択できること。
1	2	8	3 選択期間は4項目、条件項目は7項目まで絞り込めること。
1	2	8	4 統計内容は以下から選択ができること。 ・入院 ・退院 ・死亡 ・登録 ・在院 ・列/行の検索結果数値0の表示未表示
1	2	8	5 検索条件は、AND・ORの選択ができること。
1	2	8	6 検索結果はグラフ化のイメージが確認できること。
1	2	8	7 検索対象患者の詳細および登録エラー内容が確認できること。
1	2	8	8 検索条件の登録、変更、削除ができること。
1	2	8	9 検索結果は、印刷、Excelファイル、CSVファイル、PDFファイルなどに出力ができること。
1	2	8	10 列項目を2項目選択できること。
1	2	8	11 1画面で2年分の検索結果の比較ができること。
1	2	8	12 ICDコードの表示を上位または下位の順位設定による統計ができること。
1	2	9	保存場所移動機能
1	2	9	1 マスタ登録された保管場所名称へ設定された条件で対象患者データの一括移動ができること。



1	2	9	2	対象患者移動条件は以下の項目より組合せで検索ができること。 ・移動場所名称 ・退院日(from~to) ・転出日(from~to) ・分冊番号(from~to) ・ID(from~to) ・診療科
1	2	9	3	検索結果では、以下条件での昇順、降順の並び替え表示でき条件保存ができること。 ・ID ・ID ・診療科 ・カナ指名 ・漢字指名 ・性別 ・生年月日 ・入院日 ・退院日 ・転出日 ・転入日 ・死亡日 ・転入日 ・死亡日 ・移動日 ・移動処理時間 ・保管場所 ・移動先
1	2	9	4	検索結果では、以下条件での昇順、降順の並び替え表示でき条件保存ができること。 ・ID ・ID ・診療科 ・50音 ・性別 ・生年月日 ・最終来院日
1	2	9	5	検索結果は、印刷、Excelファイル、CSVファイル、PDFファイルなどに出力ができること。
1	2	9	6	過去の保管場所移動処理の詳細が確認できること。
1	2	10		マスター機能
1	2	10	1	マスター項目の登録、変更・削除ができること。
1	2	10	2	統計期間名称・期間の登録・変更・削除ができること。
1	2	10	3	貸出統計期間名称・期間の登録・変更・削除ができること。
1	2	10	4	グループ化された項目の登録・変更・削除ができること。
1	2	10	5	年齢層の設定・変更・削除ができること。
1	2	10	6	マスター項目・テキストマスター項目・日付マスター項目の新規項目の登録が500項目以上できること。
1	2	11		インポート機能
1	2	11	1	MEDIS標準病名マスターがインポートでき、病名のマスター更新ができること。
1	2	11	2	MEDIS手術・処置マスターがインポートでき、手術・処置のマスター更新できること。
1	2	11	3	MEDIS修飾語マスターがインポートでき、修飾語マスターの更新ができること。
1	2	12		システム設定処理機能
1	2	12	1	使用者をIDおよびパスワード制限するで管理者制限ができること。
1	2	12	2	元号の対応ができること。
1	2	12	3	入力項目色の設定ができること。
1	2	12	4	データは手動・自動のs両方でバックアップができること。
1	2	12	5	システムの自動再起動ができること。
1	2	12	6	病歴管理システムのログオフができること。
1	2	12	7	システム連携ログの確認ができること。
1	2	12	8	システムエラーログの確認ができること。
1	2	12	9	システムの終了ができること。
1	2	12	10	現行の病歴管理システムのデータを新システムへデータ移行ができること。

1				<b>健診システム</b>
1	1			システム構成
1	1	1		基本システム全般
1	1	1	1	既に完成されたパッケージアプリケーションをベースとしたシステムであること。
1	1	1	2	システム上、以下のような安全性管理を有するシステム(ハードウェア・ソフトウェア)であること。
1	1	1	3	・ 個別のIDとパスワードによって、サーバ及びクライアントへの操作者を限定できること。
1	1	1	4	・ 個別のIDとパスワードによって、アプリケーション利用時の認証が可能であること。
1	1	1	5	・ IDごとに利用可能な機能を限定できるアプリケーションであること。
1	1	1	6	・ ログアウト後、別のIDで再度ログインが可能なこと。
1	1	1	7	現行システムからのデータ移行について、CSV形式等でのデータ出力及びテーブルレイアウトの提供を前提として、対応可能且つ経験豊富なシステムであること。
1	1	2		ソフトウェア全般
1	1	2	1	既に完成されたパッケージアプリケーションであることを前提とする。
1	1	2	2	機能の追加・変更が容易なプログラム構成であること。
1	1	2	3	各種設定変更が利用者(医療機関)でも容易に行えるように、マスタ等による追加・変更機能があること。
1	1	2	4	全ての印刷機能にはプレビュー機能が標準装備されていること。
1	1	2	5	マスタ登録された検査項目の基準値、検査分類、判定項目、問診項目を利用した自動判定機能が存在すること。
1	1	2	6	機能として以下のアプリケーションを有し、導入時または稼働後にも追加対応が可能なこと。
1	1	2	7	・ 特定保健指導対応
1	1	2	8	・ 協会けんぽ対応
1	1	2	9	各種連携機能として、以下のような連携が導入時または稼働後にも追加対応が可能なシステムであること。
1	1	2	10	・ 医事システムからの属性情報の受取連携
1	1	2	11	・ 検体検査データ取込
1	1	2	12	以下のようなカスタマイズが実装可能なシステムであること。
1	1	2	13	・ 電子カルテと検体及び生理機能検査等のオーダー連携ができること。
1	1	2	14	・ 結果入力画面からビューワを起動できること。
1	1	2	15	・ 既存の心電図システムと連携できること。
1	1	2	16	・ 既存のレポートシステムと連携できること。
1	1	2	17	・ 既存の内視鏡画像システムと連携できること。
1	1	2	18	・ 予約受付画面カルテNo呼び出しができること。
1	1	3		予約カレンダー
1	1	3	1	カレンダー形式での予約状況の確認ができること。
1	1	3	2	曜日単位で登録した受診時間、検査機器毎の予約可能人数の設定ができること。
1	1	3	3	休日設定や毎日にメモ登録ができ、それがカレンダーに反映すること。
1	1	3	4	カレンダーの表示状態を年・月・週・日毎に切り替えることができ、更に時間・コース・団体・機器で切り替えて表示することができること。
1	1	3	5	時間・コース・男女・団体・機器の予約状況を同時に確認できること。
1	1	3	6	時間・コース・男女・団体・機器で更に絞り込みを行い、絞り込みを行ったカレンダーを表示することができること。
1	1	3	7	月・週毎表示時に受診者一覧を表示することができること。
1	1	3	8	予約カレンダー画面より、受診者の予約画面や結果登録画面、一括予約画面の起動ができること。
1	1	3	9	現在の予約件数、予約可能数(空き状況)の確認がカレンダー画面でできること。
1	1	3	10	受診期間と曜日に加え、受診者の性別、コース、オプションから空き枠を検索できること。また、複数人分の空き枠の検索も可能なこと。
1	1	3	11	院内と巡回で分けてカレンダー表示できること。
1	1	3	12	受診者情報を検索し、そこから予約に展開できること。
1	1	3	13	受診履歴を検索し、同じコース、オプションで新規予約できること。
1	1	3	14	受診者検索画面から業務進捗に応じて、予約受付、結果入力、帳票印刷の各画面に展開できること。
1	2			窓口業務
1	2	1		受診者予約
1	2	1	1	受診日、コース、団体、団体支店、団体所属、保険証区分、性別、生年月日の入力により、契約情報より予め設定されている項目、オプション、請求情報、特定健診、対象帳票の連携が可能なこと。
1	2	1	2	受診者個人の情報については、医事システムからの属性情報取込機能を有し、院内システム共通の患者IDを健診個人IDとして利用すること。また、協会けんぽ対応のために保険情報も取得可能なこと。
1	2	1	3	予約画面において個人の過去の受診履歴が最大5年分参照可能なこと。
1	2	1	4	予約日の変更が容易にできる機能を持っていること。
1	2	1	5	協会けんぽ対応の受付番号を持っていること。
1	2	1	6	個人でのオプション設定や請求情報変更が同一機能内で可能なこと。
1	2	1	7	対象帳票として事前業務、当日業務、報告書の出力帳票の変更が同一機能内で可能なこと。
1	2	1	8	日付を指定せずに予約ができる機能を有すること。
1	2	1	9	受診時間までの管理が可能であること。
1	2	1	10	生年月日を入力する際、和暦、西暦の両方の入力に対応可能なこと。
1	2	1	11	受診内容変更の際も、受診者の性別、コース、オプションからすぐに空き枠検索でき、スムーズな予約変更が可能なこと。
1	2	2		一括予約受付
1	2	2	1	登録時に予約、受付、修正、削除の処理区分の選択が可能であること。
1	2	2	2	登録時に受診日、コース、団体、団体支店、団体所属などの詳細設定が可能であること。
1	2	2	3	受診者を指定せずに仮予約の状態での予約することが可能であること。
1	2	3		受診者情報取込
1	2	3	1	団体からの受診者情報をExcelまたはCSVの一覧データから自動で取込可能な機能を有すること。
1	2	3	2	データの取込形式は予めマスタ設定ができること。
1	2	3	3	取込時に受診日、コース、団体、団体支店、団体所属などの詳細設定が可能であること。
1	2	3	4	取込時に予約データとしての登録と受付完了データとしての登録の選択が可能であること。
1	2	4		予定表印刷
1	2	4	1	出力時にコース予定表と特定健診受診者名簿の選択が可能であること。
1	2	4	2	受診日、コース、団体、団体支店、団体所属などの範囲指定により、対象受診者の予定表の印刷が可能なこと。また、特定健診受診者名簿の場合は、更に契約形態、保険者、代表者、提出先の指定により印刷が可能なこと。
1	2	4	3	受診日、団体、コース、受診者名(カナ)、生年月日、年齢、性別、オプション内訳を出力対象項目とする。
1	2	4	4	出力時に改ページをしないか、月又は日毎に改ページをするかを指定できること。
1	2	5		受診者属性登録/受診者属性管理
1	2	5	1	予約受付をせずに属性の登録及び変更ができること。
1	2	5	2	指定した受診者を一覧に出力する機能を有すること。
1	2	6		受診者分類マスタ登録/受診者分類マスタ管理
1	2	6	1	予約受付で登録できる受診者分類の登録ができること。
1	2	6	2	指定したマスタを一覧に出力する機能を有すること。
1	3			健診業務
1	3	1		進捗一覧
1	3	1	1	受診日、受診者コードの範囲指定と、コース、団体の指定により受診者を抽出し、事前帳票、受付、当日帳票、問診結果、身体情報、検体検査、画像診断、特定健診、判定項目、所見文章、報告書、請求先請求、請求先入金、個人請求、個人入金の進捗の確認が可能なこと。

1	3	1	2	進捗項目を指定して、その進捗に該当する受診者のみ表示する機能を有すること。
1	3	1	3	進捗一覧から該当受診者の対象の入力画面及び出力画面を起動する機能を有すること。
1	3	1	4	進捗状況の変更が可能なこと。
1	3	1	5	進捗状況が完了の際、完了日付が確認可能なこと。
1	3	2		<b>受診結果入力</b>
1	3	2	1	問診結果、身体情報、検体検査、画像診断、判定項目、特定健診、判定項目、所見文章の各入力は、入力タブの切り替えで同一画面内で可能なこと。
1	3	2	2	個人の過去の問診結果、身体情報、検体検査、画像診断、判定項目、判定項目、所見文章の受診履歴が入力画面内で最大5年分参照可能なこと。
1	3	2	3	個人の事前帳票、問診結果、身体情報、検体検査、画像診断、特定健診、判定項目、所見文章、報告書の進捗状況が参照可能で、尚且つ対象の入力画面及び出力画面の起動が可能なこと。
1	3	2	4	問診結果、身体情報、検体検査など結果を参照しながら、所見入力が可能なこと。
1	3	2	5	身体情報、検体検査、画像診断、判定項目の判定を一括でクリアする機能を有すること。
1	3	2	6	問診結果入力として、以下の機能を有すること。
1	3	2	7	・ 問診項目はコース毎に設定が可能なこと。
1	3	2	8	・ 問診項目の回答はマスタで初期設定が可能なこと。
1	3	2	9	・ 問診項目の表示は、問診項目マスタ登録で問診項目毎に指定した問診分類別に切り替えが可能なこと。
1	3	2	10	身体情報入力として、以下の機能を有すること。
1	3	2	11	・ 結果登録後に検査項目マスタの基準値に基づき、単項目の自動判定を行う機能を有すること。
1	3	2	12	・ 自動判定結果の変更が可能なこと。
1	3	2	13	・ 検査項目マスタの有効範囲に基づき、有効範囲外の値が入力された場合、警告を表示する機能を有すること。
1	3	2	14	検体検査入力として、以下の機能を有すること。
1	3	2	15	・ 結果登録後に検査項目マスタの基準値に基づき、単項目の自動判定を行う機能を有すること。
1	3	2	16	・ 自動判定結果の変更が可能なこと。
1	3	2	17	・ 検査項目マスタの有効範囲に基づき、有効範囲外の値が入力された場合、警告を表示する機能を有すること。
1	3	2	18	画像診断入力として、以下の機能を有すること。
1	3	2	19	・ 画像診断で入力する項目にはシェーマが設定でき、それぞれの異常個所に○、×、一印をポイントできること。ポイントの色は5色から選択が可能であること。
1	3	2	20	・ 部位病名を検査所見マスタより選択することができること。
1	3	2	21	・ 結果については、人間ドック報告書の部位所見欄にシェーマごと表現できること。
1	3	2	22	特定健診入力として、以下の機能を有すること。
1	3	2	23	・ 特定健診用の判定値に基づき、メタボリック判定、保健指導の階層化の自動判定対応ができること。
1	3	2	24	判定項目入力として、以下の機能を有すること。
1	3	2	25	・ 総合判定として、単項目を集計した判定項目ごとの自動判定が可能なこと。
1	3	2	26	所見文章入力として、以下の機能を有すること。
1	3	2	27	・ 所見文章をマスタから、検査項目、検査分類、判定項目、問診項目ごとの自動所見文章を作成する機能を有すること。
1	3	2	28	・ 所見文章について、自動所見文章の作成結果の編集も可能とする。また、直接入力やコメントマスタからの呼出についても可能とする。
1	3	2	29	・ 所見文章を一般健診と特定健診で別々に入力が可能なこと。
1	3	2	30	入力が完了したらロック処理がかかること。
1	3	2	31	入力が完了した受診者は画面上で容易に判別できること。
1	3	2	32	結果入力画面から予約受付画面を呼び出し、備考などが参照できること。
1	3	2	33	結果入力画面にてグラフ、チャートの表示が可能なこと。また、表示する検査項目は画面上で選択可能なこと。
1	3	2	34	治療中の項目を考慮した自動判定処理が行えること。
1	3	2	35	自動判定の際、各判定に対して上書きするか選択できること。
1	3	3		<b>結果一覧入力</b>
1	3	3	1	受診日、受診者コードの範囲指定と、コース、団体の指定により受診者を抽出し、受診結果の一覧形式入力が可能であること。
1	3	3	2	一覧で入力できる項目は予めグループをマスタ設定ができること。
1	3	3	3	対象受診者・受診項目についての単項目の自動判定機能も同一画面で行うことができること。
1	3	3	4	指定の検査項目に規定値を一括入力できる機能を有すること。
1	3	3	5	入力順序について、受診者単位に表示している全項目の入力を行う形式と、一項目ずつ全受診者の入力を行う形式の2種類が入力時に選択可能なこと。
1	3	4		<b>検査結果取込</b>
1	3	4	1	既存の検査システムとの連携をカスタマイズにて対応可能なこと。
1	3	4	2	検査システムにて作成された検査結果データを本システム検査結果に自動登録が可能であること。
1	3	4	3	データの取込形式は予めマスタ設定ができること。
1	3	4	4	取込時に結果の上書きの有無の指定ができること。
1	3	4	5	自動登録時に該当項目の単項目判定が同時登録されること。
1	3	4	6	後日返却分の検査も考慮し、受診日から前後〇日分の結果を取り込む、という設定がマスタにて可能なこと。
1	3	5		<b>一括自動判定</b>
1	3	5	1	受診日、コース、団体、個人ID、受診者コードの範囲指定、担当医の指定にて、条件対象者全員の判定を一括で行う機能を持つこと。
1	3	5	2	一括自動判定を行う処理項目を検査項目、判定項目、所見文章、特定健診から指定が可能であること。
1	3	5	3	一括自動判定した結果については、受診結果入力にて変更が可能であること。
1	3	6		<b>画像所見入力</b>
1	3	6	1	検査項目のうち画像診断項目として登録した項目に対して、単独で所見を作成する機能を持つこと。
1	3	6	2	所見はテキスト入力及び、マスタ内容を割り当てた操作ボタンをクリックして入力できること。
1	3	6	3	所見作成者は3名まで登録でき、それぞれの所見作成内容が個別に保存されること。
1	3	6	4	ダブルチェック方式に対応した入力画面であること。
1	3	6	5	ダブルチェックの入力、未入力が容易に判断できること。
1	3	6	6	未読影の受診者のみの表示が可能なこと。
1	4			<b>帳票出力</b>
1	4	1		<b>帳票印刷</b>
1	4	1	1	事前帳票、当日帳票、報告書を、受診日、コース、団体、団体支店、団体所属、保険者、個人ID、受診者コードの範囲指定によって、該当受診者の帳票出力が可能であること。
1	4	1	2	範囲指定して抽出された受診者の中から、更に受診者を指定して出力が可能であること。
1	4	1	3	出力する帳票は事前帳票、当日帳票、報告書から選択が可能であること。
1	4	1	4	出力帳票は受診者毎に予約受付の対象帳票で設定した帳票を出力することができるが、受診者別の帳票出力設定を無視する機能も有すること。
1	4	1	5	複数帳票を出力する場合、帳票単位でまとめて出力する機能を有すること。
1	4	1	6	出力順は受診日、受診者コード、個人ID、受診者名(カナ)、コース、団体、団体支店、団体所属、保険証番号から3項目まで指定して出力が可能である。
1	4	1	7	各帳票のレイアウトは、帳票設計ツールにより、文章や出力項目、色設定、用紙サイズ等を自由に変更が可能である。
1	4	1	8	印刷の際、出力形式が選択でき、PDF形式、JPG形式でも保存可能なこと。
1	4	1	9	受診者単位で設定された帳票に対して出力、未出力が確認できること。
1	4	1	10	各受診者に対して、出力した帳票の種類、出力日時、出力した担当者が画面から確認可能なこと。
1	4	2		<b>ラベル印刷</b>

1	4	2	15	受診日、コース、団体、団体支店、団体所属、保険者、個人IDの範囲指定によって、該当受診者のラベル出力が可能であること。
1	4	2	15	範囲指定して抽出された受診者の中から、更に受診者を指定して出力が可能であること。
1	4	2	15	ラベルの大きさ（1枚12シート、1枚44シート、1枚4シートなど）や出力項目、またラベルのレイアウトは帳票設計ツールで自由に作成できること。
1	4	2	15	出力時に作成したラベルの種類を選択し、1受診者あたりの出力枚数を指定できること。
1	4	2	15	未受診者への案内用として、前回の受診日を指定して、指定する期間内に予約受付が登録されていない受診者を抽出する機能を有すること。
1	4	3		<b>健診結果一覧表印刷</b>
1	4	3	1	パッケージアプリケーションとして、標準の健診結果一覧表のフォーマットを有すること。
1	4	3	2	受診日、コース、団体、団体支店、団体所属などの範囲指定により、対象受診者の健診結果一覧表の印刷が可能なこと。
1	4	3	3	カナ、受診者コードの出力順の指定が可能であること。
1	4	3	4	コース、団体、団体支店、団体所属別に健診結果一覧表の印刷が可能なこと。
1	4	3	5	判定項目、検査項目の出力順、行数設定、基準値表示、項目名称などが帳票設計ツールにて自由に設定変更可能なこと。
1	4	4		<b>定期健康診断報告書印刷</b>
1	4	4	1	パッケージアプリケーションとしての標準フォーマットを有すること。
1	4	4	2	受診日、コース、団体、団体支店、団体所属などの範囲指定により、対象受診者の報告書の印刷が可能なこと。
1	4	4	3	有所見者数の割り出しを判定項目とするか検査項目とするか自由に設定変更できる機能を有すること。
1	4	5		<b>リスト印刷</b>
1	4	5	1	指定した条件に合致した対象者のリストが印刷できること。
1	4	5	2	受診日、コース、団体、団体支店、団体所属などの範囲指定及び、出力区分（予約or受付）の指定により、対象受診者の報告書の印刷が可能なこと。
1	4	5	3	表示順は受診日、受診者コード、個人ID、受診者名（カナ）、コース、団体、団体支店、団体所属、分類から3項目まで指定して出力が可能である。
1	4	6		<b>検査項目指定印刷</b>
1	4	6	1	指定した検査項目、または検査分類に該当する受診者の一覧を出力可能なこと。
1	4	6	2	出力帳票は単票形式かリスト形式か印刷の際に選択可能なこと。
1	4	6	3	出力順は受診日、受診者コード、個人ID、受診者名（カナ）、コース、団体、団体支店、団体所属、保険証番号から3項目まで指定して出力が可能である。
1	4	6	4	印刷の際、出力形式が選択でき、PDF形式、JPG形式でも保存可能なこと。
1	4	6	5	受診者単位で設定された帳票に対して出力、未出力が確認できること。
1	4	6	6	各受診者に対して、出力した帳票の種類、出力日時、出力した担当者が画面から確認可能なこと。
1	5			<b>契約・団体管理</b>
1	5	1		<b>契約情報登録</b>
1	5	1	1	団体・団体支店・団体所属・コース・保険証区分・性別・契約期間・年齢区分を最小単位とした個々の請求情報やオプション(コース・単項目)の設定を可能とする。
1	5	1	2	団体・団体支店・団体所属・コース・保険証区分・性別・契約期間・年齢区分を最小単位とした個々の特定健診受診時の健診区分、保険者・代表者・提出先の設定を可能とする。
1	5	1	3	団体・団体支店・団体所属・コース・保険証区分・性別・契約期間・年齢区分を最小単位とした個々の事前業務、当日業務、報告書の出力帳票の設定を可能とする。
1	5	1	4	出力帳票のレイアウトは帳票設計ツールで自由に作成することができ、複数登録することができること。
1	5	1	5	受診者個々の予約・受付登録時に本設定内容が反映し、個別の検査項目や請求情報、特定健診、対象帳票の設定が連携すること。
1	5	1	6	請求先(金額負担分配)は、団体や企業で最大3箇所+個人負担分に分けることが可能なこと。
1	5	1	7	請求先の団体や企業については予めマスタでの設定が可能で、請求業務へ連携すること。
1	5	1	8	個人負担分については、個人請求書に反映すること。
1	5	1	9	契約情報の内容を印刷することができること。
1	5	1	10	契約ごとで基準値設定が可能なこと。
1	5	1	11	作成した各契約情報の名称は自由に変更できること。
1	5	1	12	契約先の団体、請求先を変更し、他の契約に一括複写できること。
1	5	2		<b>保険者、代表者情報管理</b>
1	5	2	1	保険者の情報を管理できること。
1	5	2	2	特定健診、特定保健指導の単価設定ができること。
1	5	2	3	国保、健保などを保険者、特定健診のとりまとめ機関、支払代行機関を代表者として情報を管理できること。
1	5	2	4	マスタリストの出力が可能であること。
1	5	3		<b>団体情報管理</b>
1	5	3	1	団体名、団体支店、団体所属の情報を管理できること。
1	5	3	2	マスタリストの出力が可能であること。
1	5	4		<b>請求先情報管理</b>
1	5	4	1	請求業務において、団体請求先を管理できること。
1	5	4	2	団体マスタ、保険者マスタ、代表者マスタの情報を引用して作成が可能であること。
1	5	4	3	団体（企業）か健保かを選択できること。
1	5	4	4	マスタリストの出力が可能であること。
1	6			<b>請求業務</b>
1	6	1		<b>個人請求書発行</b>
1	6	1	1	個人負担が発生する受診者に対する請求書が出力できること。
1	6	1	2	受診日の指定、個人ID、団体、コースの範囲指定によって、請求書の出力が可能であること。範囲指定から更に受診者を選択して請求書の出力が可能であること。
1	6	1	3	請求書の再発行、削除伝票発行の機能を有すること。
1	6	1	4	請求書編集機能があり、出力する請求書に対して宛先、内訳を編集可能なこと。
1	6	2		<b>団体請求書発行</b>
1	6	2	1	請求期間、請求先の範囲指定によって、団体向けの請求書及び明細書が出力できること。範囲指定から更に請求先を選択して請求書の出力が可能であること。
1	6	2	2	請求書の再発行、削除伝票発行の機能を有すること。
1	6	2	3	医療機関名、振込先情報などがマスタ等で容易に変更可能なこと。
1	6	2	4	請求書編集機能があり、出力する請求書に対して宛先、内訳を編集可能なこと。
1	6	3		<b>会計名簿印刷</b>
1	6	3	1	一日の受診者(受付完了分)の一覧表が出力可能なこと。
1	6	3	2	団体、コース、受診者名、受診者番号、オプション内訳を出力対象項目とする。
1	6	3	3	受診者の当日請求分の金額情報が付加されていること。
1	6	3	4	団体、団体支店、団体所属などの範囲指定により、一覧表の出力が可能なこと。
1	6	3	5	出力順は受診者コード、受診者名（カナ）から指定して出力が可能であること。
1	6	4		<b>売上集計表印刷</b>
1	6	4	1	期間指定により売上集計表の出力ができること。
1	6	4	2	団体指定による集計表の作成も可能であること。
1	6	4	3	金額は団体（企業）分、健保分と分けて表示されること。
1	6	5		<b>入金入力</b>
1	6	5	1	個人負担分請求書、団体請求書のそれぞれについて、請求書単位での入金消し込み機能を有すること。

1	6	6		未入金・入金一覧表
1	6	6	1	入金入力画面より、未入金分の一覧表や入金済み分の一覧表が出力できること。
1	6	7		請求先別元帳印刷
1	6	7	1	個人負担分請求書、団体請求書のそれぞれについて、請求書単位での元帳の出力が可能であること。
1	6	7	2	入金入力と連携しており、入金額がある場合は入金情報の出力が可能であること。
1	7			データ出力
1	7	1		受診結果Excel出力
1	7	1	1	指定した項目の受診結果をExcelまたはcsvに出力が可能であること。
1	7	1	2	出力項目は予めマスタ設定ができること。
1	7	1	3	出力時に受診日、受診者コードの範囲指定、コース、団体、団体支店、団体所属、性別の指定により、出力が可能であること。
1	7	1	4	マスタ設定は導入後もユーザー側で追加、変更可能なこと。
1	7	2		要精密検査一覧表
1	7	2	1	受診日、受診者コード、年齢の範囲指定、コース、団体、団体支店、団体所属、性別の指定により、異常判定者の一覧表が出力できること。
1	7	2	2	出力項目は、受診者コード、受診者名、生年月日、性別、年齢、受診日と、判定項目別の判定マトリクス表とする。
1	7	2	3	判定区分は指定せずに、範囲内の受診者の一覧表の出力も可能であること。
1	7	3		検査項目別異常者一覧表
1	7	3	1	受診日、コース、団体、団体支店、団体所属、受診者コード、年齢、性別の指定により、指定した3種の検査項目で異常判定に該当した受診者の一覧表が出力できること。
1	7	3	2	出力項目は、受診者コード、受診者名、生年月日、性別、年齢、受診日、判定、結果値、病名とする。
1	7	4		受診者集計表
1	7	4	1	受診日、受診者コード、年齢の範囲指定、コース、団体、団体支店、団体所属、性別の指定により、年齢別集計表、コース別集計表、団体別集計表が出力できること。
1	7	5		人間ドック成績報告書出力
1	7	5	1	人間ドック学会に提示する、成績報告書がデータ出力可能なこと。
1	7	5	2	出力項目の設定は、導入後もユーザー側で可能なこと。
1	7	6		Excel出力
1	7	6	1	ユーザー側で作成したエクセルにデータを出力し、様々な統計資料が作成可能なこと。
1	7	6	2	エクセルの関数を使用し、データ出力定義をユーザー側で設定可能なこと。
1	8			環境設定
1	8	1		環境設定基本
1	8	1	1	システム全般の設定情報を管理するマスタを有すること。
1	8	1	2	担当者を管理するマスタを有すること。
1	8	1	3	担当者又は担当者分類毎に権限を管理するマスタを有すること。
1	8	1	4	予約カレンダー画面での休日を設定するマスタを有すること。
1	8	1	5	予約カレンダー画面での受診時間を設定するマスタを有すること。
1	8	1	6	予約カレンダー画面での受診時間、検査機器毎の予約可能人数を設定するマスタを有すること。
1	8	1	7	受診者コード、個人IDの採番を設定するマスタを有すること。
1	8	1	8	判定段階は10段階まで対応でき、アルファベット、数字、2つの組み合わせ(半角2文字)のいずれにも対応可能なこと。また、判定基準の名称も変更可能なこと。
1	9			マスタ登録
1	9	1		マスタ登録基本
1	9	1	1	各マスタにおいて、マスタリストの出力が可能であること。
1	9	1	2	検査項目の設定変更を行うマスタを有すること。定量項目では有効桁数や判定ごとの基準値の設定、有効範囲を設定することができること。男女別の基準値設定が可能なこと。判定ごとに病名を設定することが可能なこと。団体、保険者別に個別の基準値を設定することが可能なこと。画像診断項目については、受診結果入力に表示するシエマを設定することが可能なこと。
1	9	1	3	検査所見を管理するマスタを有すること。
1	9	1	4	検査分類の設定と、その検査分類単位の検査項目(検査項目マスタ)を設定するマスタを有すること。
1	9	1	5	判定項目の設定と、その判定項目単位に属する検査分類(検査分類マスタ)又は検査項目(検査項目マスタ)を設定するマスタを有すること。
1	9	1	6	コースは最大9999種類まで設定可能とする。コース毎に検査項目の設定及び、問診項目(問診マスタ)の設定、単価の設定を可能とする。また、コース毎に出力する帳票を設定する機能も有すること。
1	9	1	7	また、出力帳票は事前・当日・報告書で分かれており、レイアウトは帳票設計ツールで自由に作成ができること。
1	9	1	8	コースを細分化するため、また、コース分類での統計業務を可能とするために管理するコース分類を設定するマスタを有すること。
1	9	1	9	所見文章を管理するマスタを有すること。
1	9	1	10	検査項目、検査分類、判定項目での判定別の所見文章(コメントマスタ)を設定するマスタを有すること。また、問診項目の回答での所見文章を設定する機能も有すること。
1	9	1	11	判定医師を管理するマスタを有すること。
1	9	1	12	問診マスタの設定と、その問診マスタ単位に属する問診項目(問診項目マスタ)を設定するマスタを有すること。また、問診項目を分類するマスタを有すること。
1	9	1	13	予約カレンダー画面での検査機器を設定するマスタを有すること。
1	9	1	14	結果一覧入力グループを設定し、そこに該当する検査項目を設定するマスタを有すること。
1	9	1	15	契約情報登録で使用可能な年齢区分を設定するマスタを有すること。また、設定する年齢は満年齢と年度年齢、日付指定と指定ができること。
1	9	1	16	受診者情報取込で取込を行う項目を設定するマスタを有すること。
1	9	1	17	検査結果取込で取込を行う検査項目を設定するマスタを有すること。
1	9	1	18	受診結果入力時の検査項目の入力順を設定するマスタを有すること。
1	9	1	19	各マスタで非表示設定ができること。
1	9	1	20	項目の結果を自動計算できるマスタを有すること。
1	9	1	21	併合判定マスタ(2つの検査項目の条件により判定を設定)を有すること。
1	9	1	22	コースや契約ごとで設定できる基準値マスタを有すること。
1	9	1	15	問診結果から特定の項目を治療中、と自動判定するマスタを有すること。
1	10			メンテナンス
1	10	1		メンテナンス基本
1	10	1	1	ログの管理機能を装備していること。
1	10	1	2	指定したテーブルの更新日時、変更処理区分、変更内容、端末名、担当者コード等を一覧に出力できること。
1	11			帳票設計
1	11	1		帳票設計基本
1	11	1	1	現在の帳票の項目配置や位置調整が半自動(フィット機能)で容易に行えること。また、出力項目の追加ができること。
1	11	1	2	所定用紙サイズに合わせて、案内書や問診票、受診票、依頼伝票、各種報告書など様々な帳票作成が可能なこと。
1	11	1	3	既に作成された帳票を複製して一部内容を変更して登録ができること。
1	11	1	4	作成した帳票は、事前業務、当日業務、報告書印刷、ラベル印刷、個人別請求書など、帳票種別を指定して登録できること。
1	11	1	5	帳票種別を事前業務、当日業務、報告書印刷としたものは、コースマスタ登録、契約情報登録、予約受付の対象帳票に反映して、コース別、契約情報別、受診者別に出力する帳票の設定ができること。
1	11	1	6	帳票の配色やフォントの変更が可能なこと。

1	12			特定健診
1	12	1		特定健診基本
1	12	1	1	特定健診の機能として以下の機能を有すること。
1	12	1	2	・ 受診結果入力で特定健診用の判定値に基づき、メタボリック判定、保健指導の階層化の判定対応
1	12	1	3	・ 帳票印刷で特定健診用の問診票や報告書の出力
1	12	1	4	・ 特定健診用の請求関連のデータ編集
1	12	1	5	・ 特定健診用の標準電子データ出力
1	12	1	6	・ 特定健診用の標準電子データへ出力する項目を保険者別に設定可能
1	12	1	7	・ 厚生労働省で定められたJLAC10マスタとは別に健保組合独自のJLAC10マスタを追加するマスタを有し、標準電子データへ出力可能
1	12	1	8	・ 特定健診項目のExcelデータ出力
1	12	1	9	・ 特定健診受診者の判定、検査結果値等の一覧表への出力
1	13			保守契約
1	13	1		保守契約
1	13	1	1	ハードウェア保守契約が可能なこと。
1	13	1	2	ハードウェアについてはメーカー保守により、平日9：00～17：00の訪問保守サポート契約が可能であること。
1	13	1	3	ソフトウェア保守契約が可能なこと。
1	13	1	4	電話、Eメールによるサポートセンターを有すること。
1	13	1	5	サポートセンターは平日・土曜日（日曜・祝日・年末年始休暇を除く）9：00～17：00で開設されていること。
1	13	1	6	インターネット回線、ISDN回線、VPN環境を利用したオンライン保守サポートに対応可能なこと。

医療文書電子管理システム（診療録電子化閲覧システム）			
1	1		基本要件
1	1	1	全体的システム機能
1	1	1	診療録電子化閲覧システムを構築すること。
1	1	1	過去の紙カルテをスキャン電子化し、データベースに蓄積できる機能を有すること。
1	1	3	病院情報管理システム（電子カルテ、オーダリングシステム）とネットワーク接続し、ユーザ情報、患者情報、スキャン状況等の情報連携ができること。なお、ユーザ情報は病院情報システムから引き継ぐことができること。
1	1	4	スキャン画像の検索、閲覧機能は、電子カルテ端末において、利用できると。この際、一覧表示およびサムネイルが表示できること。
1	1	5	電子カルテ側の起動ボタンから、診療録電子化閲覧システムを起動し、スキャン画像を閲覧できること。ただし、病院情報管理システムにログイン後、利用可能となる設定とすること。
1	1	6	ブラウザから閲覧参照可能なシステムであること。
1	1	7	運用必要相当分のデータを安定的に保存できること。なお、必要に応じて各サーバ内磁気ディスク装置および外部記憶装置（画像保存用磁気ディスク装置・バックアップ用磁気ディスク装置）は、ディスク増設（外付け含む）に対応できること。
1	1	8	セキュリティ面での十分な考慮がなされていること。
1	1	2	システムアーキテクチャ
1	1	2	1 データベースは汎用性のあるRDB（リレーショナルデータベース）を採用し、スキャン情報の効率的な格納ができるものであること。
1	1	2	2 サーバのオペレーティングシステム（以下OS）に関して、Windows Serverなど、信頼性の高いものを採用すること。
1	1	2	3 システムは経年によるデータ増加において、レスポンス劣化などに対する対策がとられていること。
1	1	2	4 1000台以上のクライアントに対応可能であり、各クライアントとサーバ間において、運用上支障のない応答時間が得られること
1	1	3	セキュリティ
1	1	3	1 改ざん防止、患者プライバシー保護に配慮した高度なセキュリティ機能を有し、職員ID・パスワード等により利用者の権限設定を行うことが可能なシステムであること。また、「医療情報システム安全管理に関するガイドライン」（厚生労働省）の「技術的安全対策」に沿ったシステムの対応がなされていること
1	1	3	2 各情報へのアクセスログを管理でき、院内内部監査・不正なアクセス抑制ができる機能を有すること。
1	1	3	3 全てのアクセスについて記録された詳細なログを保存すること。
1	1	4	4 標準化への対応
1	1	4	5 通信プロトコルはTCP/IPを用いること。
1	1	5	バックアップ
1	1	5	1 定期的にデータのバックアップをとることのできるシステムであること。
1	1	6	データ移行
1	1	6	1 現行システムのデータ移行作業を実施すること
1	2		登録機能
1	2	1	スキャン画像のデータベースへの登録
1	2	1	1 ユーザID毎に権限を付与して作業レベルを設定できること。
1	2	1	2 スキャン作業および確認作業が完了し、確定されたスキャン画像をスキャニングシステムデータベースへ登録する機能を有すること。
1	2	1	3 スキャン画像の印刷に制限を与え、一般ユーザから容易に印刷できない制限が可能であること。
1	2	1	4 起動時にログイン画面を表示し、職員のユーザ認証を行うこと。
1	2	1	5 起動後、ログインした職員のIDが画面上に表示されること。
1	2	1	6 スキャン作業にて確定処理が完了し、登録待ちとなっているスキャン画像を順番に処理できること。
1	2	1	7 登録処理対象のスキャン画像を画面上に表示し、内容を確認できること。また、内容確認のため、以下の機能を有すること。 1) 拡大・縮小 2) ページ送り 3) 縦適合（全体表示）、横適合（横幅を画面に合わせる）
1	2	1	8 表示中のスキャン画像に対して、登録、保留、削除（中止）の3通りの操作が行えること。
1	2	1	9 登録が完了すると登録端末側のスキャン画像を削除すること。
1	2	1	10 登録処理完了後、次の登録待ちスキャン画像が表示されること。
1	2	2	保留処理
1	2	2	1 登録待ちのスキャン画像をスキャニングシステムサーバへ登録せず、一旦保留できること。（登録可能かどうかの判断がその場でできず、作業を後に回す場合に利用する）。
1	2	2	2 登録端末側のスキャン画像を削除せず、次の登録待ちスキャン画像を表示できること。
1	2	3	削除処理
1	2	3	1 登録待ちのスキャン画像をスキャニングシステムサーバへ登録せず、登録端末側のスキャン画像を削除できること（スキャン画像に問題があり、再スキャンを行う場合等に利用する）。
1	2	3	2 登録端末側のスキャン画像を削除し、次の登録待ちスキャン画像を表示できること。
1	2	3	3 登録後のスキャン画像を削除する場合、サーバ上から完全に削除せず、「削除フォルダ」等へ移動する等の方法で画像ファイルを残すこと。
1	2	4	スキャン画像の画質・ファイル形式
1	2	4	1 医療に関する業務等に差し支えない精度でスキャンし、もとの文書等の見読性を可能な限り保つこと。
1	2	4	2 ファイル形式は、PDF形式で保存できること。また非可逆的な圧縮は画像の精度を低下させるために、非可逆圧縮を行う場合は医療に関する業務等に支障がない精度であること、およびスキャンの対象となった紙等の破損や汚れ等の状況も判定可能な範囲であること。
1	3		スキャン画像の検索・閲覧機能
1	3	1	起動
1	3	1	1 検索画面は、Webブラウザ上で起動でき、クライアント端末側で別途起動できること。
1	3	1	2 画像検索・閲覧画面は、以下の方法にて起動できること。 1) スキャニングシステム内の起動用メニュー 2) 電子カルテランチャーメニューからの起動 3) 電子カルテ内ボタンメニューからのURL指定による連携起動2
1	3	1	3 電子カルテシステムからのURL指定による起動の場合、パラメータとして以下の項目を指定でき、必要に応じて変更可能であること。 1) 患者ID 2) 依頼職員IDおよびパスワード 3) 起動区分（検索画面の起動であることを明示的に指定できること）
1	3	1	4 電子カルテシステムからURL指定による起動の場合で、パラメータに患者IDが指定されている場合、指定された患者IDの患者に関する画像一覧が表示された状態で起動でき、本院の指定したソート順で表示できること。また、パラメータの内容により、検索項目の表示・非表示の切替ができること。
1	3	2	スキャン画像の検索機能
1	3	2	1 スキャニングシステムに登録されたスキャン画像およびアップロード画像を患者単位で効率よく検索し、画像の内容を表示する機能を有すること。
1	3	2	2 以下の項目により画像の検索を行い、検索結果を一覧表示でき、必要に応じて検索項目のカスタマイズが可能であること。 1) 患者情報（患者ID、氏名） 2) 文書種別（文書大分類・文書中分類） 3) 診療科 4) 日付（入院年月日/入科年月日・退院年月日/退科年月日・診療開始日・最終来院日）日付については、範囲を指定し検索できること 5) 備考（最大3項目） 6) 登録日（範囲を指定できること） 7) 入院・外来種別 8) スキャン状態
1	3	2	3 検索結果の中から表示したい画像を選択することで、選択した画像の内容を表示できること。
1	3	2	4 表示レスポンス確保のため、一度に表示できる検索結果の件数を設定できること。
1	3	3	スキャン画像の閲覧機能
1	3	3	1 PDFのフォーマットを表示が可能であること。
1	3	3	2 画像検索画面の検索結果または、電子カルテ上で選択した患者のスキャン画像内容を表示する機能を有すること。
1	3	3	3 画像データの読み込み途中でも、先頭から10ページ程度の表示が5秒以内可能であること。なお、サムネイル全表示の読み込み途中でも、最終ページの表示が可能であること。
1	3	3	4 ページめくりの表示機能が高速であること（30ページめくり10秒以内）。

1	3	3	5	同一患者の画像データを複数のクライアント端末で閲覧可能であること。
1	3	3	6	閲覧画面には、操作者のユーザIDと氏名を表示できること。
1	3	3	7	以下の表示機能を有すること。 1)サムネイル表示（イメージ画像全面表示、イメージ画像とサムネイル画像同時表示、サムネイル画像全面表示、マトリックスビュー）に対応すること 2)拡大・縮小 3)回転 4)縦適合（全体表示）、横適合（横幅を画面に合わせる） 5)ページ送り、戻し（マウスホイールおよび矢印キーと連動すること） 6)コントラスト調整 7)明るさ調整 8)ブックマーク機能
1	3	4		セキュリティ
1	3	4	1	閲覧画面の画像情報をクライアント端末へダウンロード保存できないこと。
1	3	4	2	閲覧画面の画像情報の印刷許可、不許可の設定ができること。
1	3	4	3	電子カルテシステムと連携する際、ユーザID、患者番号等の情報をWEBブラウザ上のURLに表示しないこと。
1	3	4	4	ユーザID等が含まれたURLを見せないようにするため、ブラウザの履歴を残さないこと。
1	3	4	5	閲覧のため、クライアント端末内に一時ダウンロードしたイメージファイルは消去されること。また、急な停電や電源コード抜け、切断などで電源を強制的に切られた場合にも対応すること。
1	3	4	6	閲覧画面は、一定期間操作がない場合、自動ログアウトしビューワを閉じる機能を有すること。また、急な停電や電源コード抜け、切断などで電源を強制的に切られた場合にも対応すること。
1	4			管理者用機能
1	4	1		アクセスログの確認機能
1	4	1	1	スキャンシステムに関するアクセスログを以下の項目で検索、表示できる機能を有すること。 1)患者ID 2)操作日時（範囲で指定できること） 3)職員ID（ログインID） 4)操作種別
1	4	2		ユーザ管理機能
1	4	2	1	スキャンシステムに関するユーザ情報を、以下の項目で登録できる機能を有すること。 1)職員ID 2)職員氏名 3)ユーザ権限 4)パスワード 5)有効期限
1	4	2	2	前項のユーザ権限は、以下の3通りから設定が可能であること。 1)利用者：画像の検索、閲覧が可能 2)利用者：画像の検索、閲覧、印刷が可能 3)システム管理者：利用者権限に加え、画像・属性情報の登録、編集（変更・削除）が可能
1	5			イメージスキャナ
1	5	1		読み取り装置
1	5	1	1	フルカラー24bit（RGB各色8ビット以上）かつ、両面同時読み取りが可能であること。
1	5	1	2	光源はLEDまたは蛍光灯で、蛍光灯の場合片面2本以上、両面で4本以上を搭載していること。
1	5	1	3	イメージセンサはCCDを使用していること。
1	5	1	4	フラッドベッドスキャナを内蔵していること。
1	5	2		読み取り解像度、ファイル形式
1	5	2	1	カラー（RGB各色8ビット以上）読み取り時600dpi以上の解像度を有すること。
1	5	2	2	ファイル形式は、PDF形式またはTIFF形式またはJPEG形式で保存できること。
1	5	2	3	本院のシステムと互換性のあるファイル形式及び階層でファイル出力が可能であること。
1	5	3		読み取り速度
1	5	3	1	A4、300dpiでカラー・両面読み取りの場合、40枚（80イメージ）/分以上の処理ができること。
1	5	3	2	A4、200dpiでカラー・両面読み取りの場合、75枚（150イメージ）/分以上の処理ができること。
1	5	4		読み取り機能
1	5	4	1	特定の用紙をスキャンすることで、カラー、モノクロを自動的に切替え可能であること。
1	5	4	2	特定の用紙をスキャンすることで、書類の区切りを検知し自動的に新しい書類の読み込みを開始し連続的に電子化が可能であること。
1	5	4	3	以下のバーコード形式に対応可能であること。 1)UCC/EAN-128、Code39、Code128、NW-7、PDF417
1	5	4	4	1日20,000枚以上の読み取りが可能であること。
1	5	5		インターフェース
1	5	5	1	USB2.0ポート以上を1port以上有すること。
1	5	6		紙送り機能等
1	5	6	1	原稿搬送型（ADF）であること。
1	5	6	2	最大A3相当の書類までスキャン可能であること。
1	5	6	3	最長4100mmまでスキャン可能なロングペーパーモードを有すること。
1	5	6	4	サイズや厚さの異なる書類を一度にスキャンできること。
1	5	6	5	紙詰まりが発生した場合に、原本が保護される構造となっていること。
1	5	6	6	超音波走査による重送検知機能を有すること。
1	5	6	7	原稿給紙部は最大250枚の原稿を載せて自動給紙可能であること。
1	5	7		キャプチャソフトウェア
1	5	7	1	スキャン画像をマルチページで表示、確認できること。
1	5	7	2	スキャン画像の総ページ数が確認できること。
1	5	7	3	スキャン画像の削除、差し替え、挿入ができること。
1	5	7	4	スキャン画像の自動補正機能（傾きの補正、トリミング）を実装していること。
1	5	7	5	スキャン画像を拡大、縮小できること。
1	5	7	6	ページ単位でスキャン画像を回転（タテ、ヨコの変更）ができること。
1	5	7	7	ページの入れ替え操作ができること。
1	5	7	8	スキャン画像の確認にて問題があった場合は、現在表示されている画像を破棄し、再スキャン（スキャン作業のやり直し）ができること。
1	5	7	9	特定の用紙をスキャンすることで、カラー、モノクロを自動的に切替え可能であること。
1	5	7	10	書類の連続スキャン時に、バーコードシート等による仕切りにより書類が分割できる機能を有すること。
1	5	7	11	スキャン画像のブライトネス、コントラスト、シャープフィルターの調整ができること。
1	5	8		接続対応OS
1	5	8	1	Microsoft Windows 10(64bit)相当以上と接続できること。



病理・細胞診検査業務支援システム			
1	1		システム全般について、以下の要件を満たすこと。
1	1	1	システムへのログオンの権限をユーザー別に管理して不正アクセスを許さないシステムであること。
1	1	1	OS(Windows Server)へのログオンをユーザー別の管理ができること。
1	1	2	病理部門システムへのログオンをユーザー別に管理できること。
1	1	3	病理部門システムへのアクセスログを管理できること。
1	1	2	組織診/細胞診/解剖(剖検)各オーダーに対応できること。
1	1	3	オーダーリングシステムに対応した病理部門システムであること。
1	1	3	1 検査受付/到着確認/検査進捗状況をオーダーリングシステムへ送信できること。
1	1	4	電子カルテシステムに対応した病理部門システムであること。
1	1	4	1 電子カルテの3原則(真正性・見読性・保存性)が確保されたシステムであること。
1	1	5	診断結果(診断名・所見)/画像情報が電子カルテシステム側から参照できること。
1	1	5	1 検査進捗状況が電子カルテシステム側から参照できること。
1	1	5	2 病理診断結果の未読・既読管理ができること。
1	1	5	3 診断結果の未読・既読情報が電子カルテシステム側から参照できること。
1	1	5	4 病理システム側で、診断結果の未読・既読情報の印刷ができること。
1	1	6	2次元バーコードを駆使することで、以下の病理検査のリスク管理を実施できること。
1	1	6	1 スライドガラス印字装置を使用することによる病理組織検体取り違いの防止ができること。
1	1	6	2 包埋カセット印字装置を使用することによる病理組織検体取り違いの防止ができること。
1	1	6	3 耐溶剤性プレパラート用ラベルを使用することによる細胞診検体取り違いの防止ができること。
1	1	7	4 癌登録に必要なデータを、簡単に抽出できること。
1	1	8	5 既存のシステムで保管されている全てのデータ(画像データを含む)を漏れなく移行できること。
1	2		病理組織検査については以下の要件を満たすこと。
1	2	1	検体到着確認
1	2	1	1 オーダーバーコードの読み取りを行うことで検体到着確認ができること。
1	2	1	2 検体を搬送してきた持込者の記録ができること。
1	2	1	3 オーダー未受付一覧のリスト表示ができること。
1	2	1	4 オーダーされた一覧から任意の一行をWクリックすることにより受付入力画面に遷移できること。
1	2	1	5 到着確認の日時・受付者の氏名が自動でシステムに記録できること。
1	2	2	受付入力
1	2	2	1 ユーザーIDとパスワードによりシステムへのログオンを管理できること。
1	2	2	2 病理オーダー発生時に患者情報、病理オーダー情報をリアルタイムに取得すること。
1	2	2	3 病理組織の受付入力は以下の項目を有すること。 受付項目：標本番号、受付日(当日)、採取日(当日)、患者ID、患者氏名、(漢字)、患者氏名(カナ)、生年月日、年齢・性別、外来/入院区分、診療科、病棟、依頼医師、主治医、感染症情報、材料区分、臓器、臨床診断、臨床経過、コメント、治療区分、検査項目(最大99種登録可)、サンプル数、基本数、ブロック総数、プレパラート枚数、至急区分、備考
1	2	2	4 受付できる臓器数は、10臓器デフォルト表示(最大99臓器)であること。
1	2	2	5 病理オーダー情報の受付入力が、バーコードを使って行えること。 (検査依頼書若しくは検体容器に印刷された、バーコードの読み取りが可能であること。)
1	2	2	6 オーダー番号の「一覧」をクリックすることで、病理オーダー未受付リストを表示できること。
1	2	2	7 デフォルト表示は10日前から現在迄のリストを表示できること。
1	2	2	8 病理オーダー未受付リストの印刷ができること。
1	2	2	9 組織診・細胞診の患者既往歴を自動表示できること。
1	2	2	10 標本番号は自動的に最新番号を表示し、二重登録が防止できること。
1	2	2	11 入力項目は、自動表示やコード化により、キーボード入力の省力化をできること。
1	2	2	12 オーダーからのシェーマデータを取り込み、表示できること。また、ドキュメントスキャナを使い、検査依頼用紙のシェーマを連続的にスキャニング処理できること。(1次元バーコードを認識させることで、自動的に保存できること。)
1	2	2	13 検査項目が免疫抗体4種以上で疑い病名が選択入力できること。またはその他の検査項目でも
1	2	2	14 コメントとして選択または直接入力できること。
1	2	2	15 権限を与えられたユーザー以外受付登録作業が行えないこと。
1	2	2	16 受付作業者名が保存できること。
1	2	2	17 受付画面から画面切り替えることで、標本情報の入力画面への切り替えができること。
1	2	2	18 特定のアイコン(ロゴ等)をクリックすることで、ショートカットメニューが表示されること。
1	2	2	19 ファンクションキーの割付として、F1:終了 F2:登録 F3:ラベル印刷であること。
1	2	2	20 受付画面から閲覧のみで同一番号の診断画面を参照できること。
1	2	2	21 手入力にて受付後、該当のオーダーが来た場合、患者IDのチェックによる紐付けができること。
1	2	3	受付修正
1	2	3	1 受付登録したデータを修正できること。
1	2	3	2 権限を与えられたユーザー以外受付データの修正作業が行えないこと。
1	2	3	3 受付修正を行った、作業者名を保存すること。
1	2	3	4 受付登録したデータを削除できること。
1	2	3	5 権限を与えられたユーザー以外受付データの削除作業が行えないこと。
1	2	3	6 誰が受付データの削除を行ったのが分かるように、ログを残すこと。
1	2	3	7 受付時に登録したシェーマイメージが画面表示できること。
1	2	4	切り出し処理
1	2	4	1 未切り出しリストを一覧表示し、必要に応じて一覧の印刷ができること。
1	2	4	2 ブロック数・染色名(特殊染色・免疫染色)・リンパ節番号を入力し、ラベル情報が作成できること。
1	2	4	3 ブロックごとにコメントの入力ができること。
1	2	4	4 1ブロックにつき染色が50種登録できること。
1	2	4	5 カセット、ラベルの染色情報は印刷済みと未印刷が識別できること。
1	2	4	6 包埋カセットにブロック情報を印刷できること。(標本番号・ブロック枝番号・2次元バーコード)
1	2	4	7 包埋カセットを使用しない場合には、ラベルプリンタにブロック情報を印刷できること。 (標本番号・ブロック枝番号・2次元バーコード)
1	2	4	8 デジタルカメラにて撮影した、マクロ画像をデータベースに保存できること。
1	2	4	9 画像のファイル形式はJPEG(ジエイベグ)であること。
1	2	4	10 1検体番号に対して、保存できる画像の枚数には制限がないこと。
1	2	4	11 デジタルスチルカメラのシャッターを押すと、自動的に当該患者のデータとして関連付けができること。
1	2	4	12 撮影済みの画像一覧をサムネール表示し、マウスを使ってのドラッグ&ドロップの操作により、簡単に当該患者のデータとして関連付けができること。
1	2	4	13 それぞれの画像に対し、コメント情報を記入できること。また、画像検索の際には、コメント情報の内容を検索の対象として使用できること。
1	2	4	14 マルチタスク機能により、複数の画像を同時に画面表示できること。
1	2	4	15 登録した画像データの印刷(カラー)が可能であること。また、印刷を行ったユーザー名・日時がログとして残ること。
1	2	4	16 登録した画像データを別ファイルとして保存ができること。また、保存を行なったユーザー名・日時がログとして残ること。
1	2	4	17 登録したマクロ画像には、簡単に切り出し図を作成できること。
1	2	4	18 マウス以外に、液晶ペンタブレットを接続することで、フリーハンドで入力ができること。

1	2	4	19	直線描画、矩形描画、自由曲線描画、文字描画、連続数字描画、トリミング、拡大縮小表示の機能が市販の画像ソフトウェアを使用することなく、対応できること。
1	2	4	20	指定した本数分の平行線を指定した間隔（2mm/5mm/10mm間隔）で、一括で描画できること。
1	2	4	21	指定範囲に対して、指定した直線本数を等分間隔で一括描画できること。
1	2	4	22	高度な画像処理を行う場合には、市販のグラフィックソフトウェア（PhotoShop等）を使って画像加工が可能であること。そのグラフィックソフトウェアは、病理部門システムからダイレクトに起動できること。
1	2	4	23	描画した直線長さ（cm）を表示できること。
1	2	4	24	免疫染色標本の陽性・陰性細胞の簡易カウンター機能を要すること。
1	2	4	25	「Word/Excel/PowerPoint/PDF」のファイル形式のデータをファイルサーバへ保存し、データベース化ができること。
1	2	4	26	切り出し作業名、切り出し医名が登録できること。
1	2	5		特染ワークシート印刷
1	2	5	1	染色及び免疫染色のワークシートを一覧で印刷できること。
1	2	5	2	免疫染色のラベルデータは、自動免疫染色装置と連携ができること。
1	2	6		標本ラベル印刷
1	2	6	1	ラベルの未印刷リストを画面表示し、プレパラートラベルを一括印刷できること。
1	2	6	2	包埋カセットの2次元コードを読み取ることで、必要なプレパラートラベルを自動印字できること。
1	2	6	3	2次元コード「病理標本番号」「患者氏名」「年齢・性別」「ブロック枝番号」「特殊・免疫染色名」「施設名」の情報をスライドガラスへの直接印字もしくは、専用ラベルに印刷できること。
1	2	6	4	スライドガラス印字装置及び耐溶剤性ラベルを使用することで、染色中に文字が消えたり、ラベルが剥がれたりすることを防止できること。
1	2	6	5	ラベル情報の修正ができること。
1	2	6	6	標本番号・日付で検索することでラベルの再発行が可能なこと。
1	2	7		台帳印刷
1	2	7	1	組織検査オーダー未受付リストが印刷可能なこと。
1	2	7	2	受付台帳、報告台帳が印刷できること。
1	2	8		一括報告
1	2	8	1	未報告リスト・報告済みリストが表示できること。
1	2	8	2	未報告分（診断済み分）が一括で報告書印刷（WEB報告も含む）出来ること。
1	2	9		組織診断
1	2	9	1	ユーザーIDとパスワードにより、ログオンを管理できること。
1	2	9	2	未診断リスト/診断済みリストを画面表示し、必要に応じてプリンタで打ち出せること。
1	2	9	3	プレパラートの2次元コードを認識させることで、目的の診断入力画面の表示ができること。
1	2	9	4	患者の病理検査履歴（組織診・細胞診）を自動的に検索し、手書きシェーマ、マクロ・ミクロ画像もセットで画像表示可能なこと。
1	2	9	5	癌取り扱い規約、SNOMEDコード及びICD-0コードに準じた病理組織診断入力ができること。
1	2	9	6	SNOMEDコード及びICD-0コードに準じた、臓器別の病理組織診断マスタを表示できること。
1	2	9	7	診断名を選択すると自動的に各診断コードが登録できること。
1	2	9	8	1つの材料に対し10種類の診断マスタをデフォルト表示でき、またプルダウンメニューから全ての診断マスタが表示できること。
1	2	9	9	癌取り扱い規約に準じた、臓器別の取扱い規約マスタを表示できること。（1つの材料に対して10種類の取扱い規約マスタをデフォルト表示し、プルダウンメニューから全ての取扱い規約マスタが表示可能なこと。）
1	2	9	10	臓器別の病理所見・コメントマスタが表示できること。（1つの臓器に対し10種類のコメントマスタ・所見をデフォルト表示し、またプルダウンメニューから全ての所見・コメントマスタを表示できること。）
1	2	9	11	病理組織診断マスタ・取扱い規約マスタ・病理所見・コメントマスタがユーザー側で追加/修正ができること。
1	2	9	12	織診診断/所見・コメント欄に、フリーテキストで自由入力ができること。
1	2	9	13	組織診断/所見欄に入力された英文のスペルチェックができること。
1	2	9	14	「良性」・「境界」・「悪性」・「不明」の区分にチェックができること。
1	2	9	15	顕微鏡用デジタルCCDカメラで撮影したミクロ画像をファイルサーバへ保存しデータベース化できること。
1	2	9	16	電子カルテシステム側から組織診断結果を参照できること。（Web参照機能）
1	2	9	17	モノクロレーザープリンタにより、手書きシェーマを組み込んだ組織診断報告書の印刷ができること。
1	2	9	18	カラーレーザープリンタにより、マクロ・ミクロ画像のカラー画像を組み込んだ組織画像報告書の印刷ができること。
1	2	9	19	診断済みデータがデータ改竄防止のために電子的にロックがかかること。
1	2	9	20	診断報告した後に修正を行う場合、その修正履歴が全て記録できること。
1	2	9	21	権限を与えられたユーザー以外、診断データの修正が行えないこと。
1	2	9	22	診断報告をした後に追加報告を行う場合、その元のデータが全て保存できること。
1	2	9	23	ログオン時のユーザーIDに該当する診断医名が自動登録できること。
1	2	9	24	受付から診断までに要した日数を自動計算できること。
1	2	9	25	診断入力画面から追加免疫染色、追加特殊染色のオーダーが可能なこと。
1	2	9	26	診断結果を電子カルテ側に送信（Web画面で表示）する場合、その診断の状態（中間報告/最終報告/追加報告）が表示できること。
1	2	9	27	診断医別のMyライブラリとして、症例を登録できること。
1	2	9	28	Myライブラリには、任意のキーワード（ライブラリ名）を登録できること。
1	2	9	29	Myライブラリの内容を検索できること。
1	2	9	30	臨床情報にカーソルを移動すると、臨床情報が別画面で拡大表示できること。
1	3			細胞診検査については以下の要件を満たすこと。
1	3	1		検体到着確認
1	3	1	1	オーダーバーコードの読み取りを行うことで検体到着確認ができること。
1	3	1	2	検体を搬送してきた持込者の記録ができること。
1	3	1	3	オーダー未受付一覧のリスト表示ができること。
1	3	1	4	オーダーされた一覧から任意の一行をWクリックすることにより受付入力画面に遷移できること。
1	3	1	5	システムの進捗一覧に到着確認の日時・受付者の氏名が自動で記録できること。
1	3	2		受付入力
1	3	2	1	ユーザーIDとパスワードによりログオンを管理できること。
1	3	2	2	オーダー発生時に患者情報、オーダー情報をリアルタイムに取得すること。
1	3	2	3	細胞診オーダー情報の受付入力、バーコードを使って行えること。（検査依頼書もしくは検体容器に印刷された、バーコードの読み取りが可能であること。）
1	3	2	4	病理オーダー番号を入力するとオーダー情報（患者属性・科名・病棟名・材料・臨床診断/所見等）のデータが自動入力できること。
1	3	2	5	受付材料は10材料デフォルト表示（最大99材料）であること。
1	3	2	6	組織診・細胞診の既往歴を自動表示できること。
1	3	2	7	標本番号は自動的に最新番号を表示し、二重登録が防止できること。
1	3	2	8	入力項目は、自動表示やコード化により、キーボードの省力化が可能であること。
1	3	2	9	ドキュメントスキャナを使い、検査依頼用紙のシェーマを連続的にスキャニング処理ができること。
1	3	2	10	スキャニング中にイメージデータ（オーダーバーコード部分）を認識させることで、自動的にファイルサーバへシェーマイメージデータを保存できること。
1	3	2	11	権限を与えられたユーザー以外は受付登録作業が行えないこと。
1	3	2	12	受付作業名名の保存ができること。
1	3	2	13	特定のアイコン（ロゴ等）をクリックすることで、ショートカットメニューが表示できること。

1	3	2	14	受付画面から画面切り替えることで標本情報の入力画面に切り替えができること。
1	3	2	15	ファンクションキーへの割付けとして、F1:終了 F2:登録 F3:ラベル印刷であること。
1	3	2	16	受付画面から閲覧に限り同一番号の診断画面を参照できること。
1	3	2	17	手入力にて受付後、該当のオーダーを受信した場合、患者IDのチェックによる紐付けができること。
1	3	3		受付修正
1	3	3	1	受付登録したデータが修正できること。
1	3	3	2	権限を与えられたユーザー以外は受付データの修正作業ができないこと。
1	3	3	3	受付時に登録したシェーマイメージが画面表示できること。
1	3	3	4	受付修正作業名が保存できること。
1	3	4		特殊ワークシート印刷
1	3	4	1	特殊染色及び免疫染色のワークシートを一覧で印刷できること。
1	3	5		標本ラベル印刷
1	3	5	1	ラベルの未印字リストが画面表示できること。
1	3	5	2	「2次元コード」「細胞標本番号」「患者氏名」「年齢・性別」「特殊・免疫染色名」「施設名」の情報を専用紙ラベルに印刷できること。
1	3	5	3	スライドガラス印字装置及び耐溶剤性ラベルを使用することで、染色中に文字が消えたり、ラベルが剥がれたりすることを防止できること。
1	3	5	4	ラベルの情報修正が可能なこと。
1	3	5	5	標本番号/日付で検索することにより、ラベルの再発行ができること。
1	3	6		台帳印刷
1	3	6	1	細胞診検査オーダー受付リストが印刷できること。
1	3	6	2	細胞信検査オーダー未受付リストが印刷できること。
1	3	6	3	受付時「至急」にチェックが入った検査オーダーのリストを印刷できること。
1	3	7		一括報告
1	3	7	1	未報告リスト/報告済みリストを表示できること。
1	3	7	2	未報告分(診断済み分)を一括で報告書印刷(Web報告も含む)を行えること。
1	3	8		スクリーニング入力
1	3	8	1	ユーザーIDとパスワードによりログオンを管理できること。
1	3	8	2	未スクリーニングリスト/スクリーニング済みリストを画面表示し、必要に応じ任意のプリンタに打ち出せること。
1	3	8	3	プレバートの2次元コードを認識させることで、目的の診断入力画面を表示できること。
1	3	8	4	患者の病理検査履歴(組織診・細胞診)を自動的に検索し、手書きシェーマ、マクロ・ミクロ画像もセットで画面表示できること。
1	3	8	5	細胞診「第1選別者」「第2選別者」にて、ダブルチェックにてスクリーニングが行えること。
1	3	8	6	「第2選別者」がスクリーニングする際には、「第1選別者」の判定結果を閲覧できること。
1	3	8	7	「複写」アイコンを押すことで、「第1選別者」が入力した結果(判定・推定組織型・所見)をコピーできること。但し、「第1選別者」が入力した結果は修正できないこと。
1	3	8	8	検査材料の種類により自動認識して、婦人科材料はパピニコウのクラス分類/ベセスダ分類、その他の材料は+、±、-の分類でコード化し判定入力できること。
1	3	8	9	検査材料の評価を適正・不十分・不適正から選択できること。
1	3	8	10	細胞材料別の推定組織型マスタを表示できること。(1つの材料に対し8種類の推定組織型マスタをデフォルト表示でき、またプルダウンメニューから全ての推定組織型マスタを表示できること。)
1	3	8	11	細胞材料別の細胞所見/コメントマスタを表示できること。(1つの材料に対し8種類の細胞所見/コメントマスタをデフォルト表示でき、またプルダウンメニューから全ての細胞所見/コメントマスタを表示できること。)
1	3	8	12	推定組織型マスタ・細胞所見/コメントマスタはユーザー側で追加/修正が可能なこと。
1	3	8	13	推定組織型・所見/コメント入力欄には、フリーテキストにて自由入力もできること。
1	3	8	14	顕微鏡用デジタルCCDカメラにて撮影した、ミクロ画像をファイルサーバへ保存し、データベース化できること。
1	3	8	15	電子カルテシステム側から細胞診検査結果を参照できること。(Web結果参照機能)
1	3	8	16	陰性判定結果の場合でも、電子カルテ側には診断医として病理医(指導医)の名前を表示できること。
1	3	8	17	推定組織型マスタ・細胞所見/コメントマスタはユーザー側で追加/修正が可能なこと。
1	3	8	18	レーザープリンタにより、手書きシェーマ組み込んだ細胞診報告書の印刷ができること。
1	3	8	19	レーザープリンタにより、ミクロ画像のカラー画像を組み込んだ細胞画像報告書の印刷ができること。
1	3	8	20	検査報告済みのデータはデータの改竄防止のため電子的にロックがかかること。
1	3	8	21	検査報告した後に修正を行う場合、その修正履歴は全て記録できること。
1	3	8	22	権限を与えられたユーザー以外は検査データの修正は行えないこと。
1	3	8	23	検査報告した後に追加報告を行う場合、その元の検査データは全て保存されること。
1	3	8	24	ログオン時のユーザーIDに該当する、細胞検査士名が自動登録されること。
1	3	8	25	受付からスクリーニングまでに要した日数を自動計算できること。
1	3	8	26	判定結果が疑陽性以上の場合、細胞診指導医による診断入力が可能なこと。
1	3	8	27	判定結果を電子カルテ側に送信(Web画面で表示)する場合、その判定の状態(中間報告/最終報告/追加報告)を表示できること。
1	3	8	28	細胞検査士別のMyライブラリとして、症例を登録できること。
1	3	8	29	Myライブラリには、任意のキーワード(ライブラリ名)を登録できること。
1	3	8	30	Myライブラリの内容を検索できること。
1	3	8	31	臨床情報にカーソルを移動すると、臨床情報が別画面で拡大表示できること。
1	3	9		細胞診断入力
1	3	9	1	ユーザーIDとパスワードによりログオンを管理できること。
1	3	9	2	未診断/診断済みリストを画面表示し、必要に応じプリンタに打ち出せること。
1	3	9	3	プレバートの2次元コードを認識させることで、目的の診断入力画面を表示できること。
1	3	9	4	患者の病理検査履歴(組織診・細胞診)を自動的に検索し、手書きシェーマ、マクロ・ミクロ画像もセットで画面表示できること。
1	3	9	5	細胞診「第1選別者」「第2選別者」にて、疑陽性以上の判定結果症例につき細胞診断入力ができること。
1	3	9	6	「第1選別者」及び「第2選別者」の判定結果を閲覧できること。同時に、「複写」アイコンを押すことで、「第1選別者」あるいは「第2選別者」が入力したどちらか一方の結果(判定・推定組織型・所見)をコピーできること。但し、検査士が入力した結果は修正できないこと。
1	3	9	7	検査材料の種類により自動認識して、婦人科材料はパピニコウのクラス分類/ベセスダ分類、その他の材料は+、±、-の分類でコード化し判定入力することができること。
1	3	9	8	細胞材料別の推定組織型マスタを表示することができること。(1つの材料に対し10種類の推定組織型マスタをデフォルト表示できること。またプルダウンメニューから全ての推定組織型マスタを表示できること。)
1	3	9	9	細胞材料別の細胞所見/コメントマスタを表示できること。(1つの材料に対し10種類の細胞所見/コメントマスタをデフォルト表示できること。またプルダウンメニューから全ての細胞所見/コメントマスタを表示できること。)
1	3	9	10	推定組織型マスタ・細胞所見/コメントマスタはユーザー側で追加/修正ができること。
1	3	9	11	推定組織型・所見/コメント入力欄には、フリーテキストにて自由入力もできること。
1	3	9	12	顕微鏡用デジタルCCDカメラにて撮影した、ミクロ画像をファイルサーバへ保存し、データベース化ができること。
1	3	9	13	「Word/Excel/PowerPoint/PDF」のファイル形式のデータをファイルサーバへ保存し、データベース化ができること。
1	3	9	14	電子カルテシステム側から細胞診診断結果を参照することができること。(Web結果参照機能)
1	3	9	15	レーザープリンタにより、手書きシェーマ組み込んだ細胞診報告書の印刷ができること。
1	3	9	16	レーザープリンタにより、ミクロ画像のカラー画像を組み込んだ細胞画像報告書の印刷ができること。
1	3	9	17	検査報告済みのデータはデータの改竄防止のため電子的にロックがかかること。

1	3	9	18	検査報告した後に修正を行う場合、その修正履歴は全て記録されること。
1	3	9	19	権限を与えられたユーザー以外は検査データの修正は行えないこと。
1	3	9	20	検査報告した後に追加報告を行う場合、その元の検査データは全て保存ができること。
1	3	9	21	ログオン時のユーザーIDに該当する、細胞診指導医名の自動登録ができること。
1	3	9	22	受付から検査報告までに要した日数を自動計算ができること。
1	3	9	23	細胞診報告台帳をモノクロレーザープリンタにより印刷できること。
1	3	9	24	診断結果を電子カルテ側に送信（Web画面で表示）する場合、その診断の状態（中間報告／最終報告／追加報告／修正報告）を表示させることができること。
1	3	9	25	診断医別のMyライブラリとして、症例を登録できること。
1	3	9	26	Myライブラリには、任意のキーワード（ライブラリ名）を登録できること。
1	3	9	27	Myライブラリの内容を検索できること。
1	3	9	28	臨床情報にカーソルを移動すると、臨床情報が別画面で拡大表示できること。
1	4			剖検については以下の要件を満たすこと。
1	4	1		受付入力
1	4	1	1	ユーザーIDとパスワードによりログオンを管理できること。
1	4	1	2	患者ID番号を入力すると、患者属性データ（氏名・生年月日・年齢・性別）の自動表示ができること。
1	4	1	3	但し、患者IDが存在しない場合は、手入力にて属性データを入力できること。
1	4	1	4	死亡日時と解剖日時を入力すると、死後経過時間を自動計算を行い、画面表示ができること。
1	4	1	5	剖検報に準じた入力項目がデータ入力できること。入力項目は、自動表示やコード化により
1	4	1	6	キーボードの省力化できること。
1	4	1	7	標本番号は自動的に最新番号を表示でき、二重登録を防止できること。
1	4	1	8	権限を与えられたユーザー以外が受付登録作業を行えないこと。
1	4	1	9	治療情報・死因・検索希望事項・感染症情報・臓器保存情報・CPC実施情報を登録できること。
1	4	2		受付データ修正
1	4	2	1	受付登録したデータを修正できること。
1	4	2	2	摘出臓器／部位名・染色名の情報を入力しラベル情報を作成できること。
1	4	3		切り出し処理
1	4	3	1	ブロックごとにコメントの入力ができること。
1	4	3	2	1ブロックにつき染色が50種登録できること。
1	4	3	3	カセット、ラベルの染色情報は印刷済みと未印刷が識別できること。
1	4	3	4	包埋カセットにブロック情報を印刷できること。
1	4	3	5	デジタルカメラにて撮影したマクロ画像をファイルサーバへ保存し、データベース化ができること。
1	4	3	6	画像のファイル形式はJPEG（ジエイベグ）であること。
1	4	3	7	1検体番号に対して、保存できる画像の枚数には制限がないこと。
1	4	3	8	デジタルスチルカメラのシャッターを押すと、自動的に当該患者のデータとして関連付けができること。
1	4	3	9	撮影済みの画像一覧をサムネール表示し、マウスを使つてのドラッグ&ドロップの操作により、簡単に当該患者のデータとして関連付けができること。
1	4	3	10	それぞれの画像に対し、コメント情報を記入できること。また、画像検索の際には、コメント情報の内容を検索の対象として使用できること。
1	4	3	11	マルチタスク機能により、複数の画像を同時に画面表示できること。
1	4	3	12	登録した画像データの印刷（カラー）ができること。また、印刷を行ったユーザー名・日時がログとして残ること。
1	4	3	13	登録した画像データを別ファイルとして保存ができること。また、保存を行なったユーザー名・日時がログとして残ること。
1	4	3	14	登録したマクロ画像には、簡単に切り出し図を作成できること。
1	4	3	15	マウス以外に、液晶ペンタブレットを接続することで、フリーハンドで入力ができること。
1	4	3	16	直線描画、矩形描画、自由曲線描画、文字描画、連続数字描画、トリミング、拡大縮小表示の機能が市販の画像ソフトウェアを使用することなく、対応できること。
1	4	3	17	指定した本数分の平行線を指定した間隔（2mm/5mm/10mm間隔）で、一括で描画できること。
1	4	3	18	指定範囲に対して、指定した直線本数を等分間隔で一括描画できること。
1	4	3	19	高度な画像処理を行う場合には、市販のグラフィックソフトウェア（PhotoShop等）を使つて画像加工が可能であること。そのグラフィックソフトウェアは、病理部門システムから直接起動できること。
1	4	3	20	描画した直線長さ（cm）を表示できること。
1	4	3	21	「Word/Excel/PowerPoint/PDF」のファイル形式のデータをファイルサーバへ保存し、データベース化ができること。
1	4	4		特染ワークシート印刷
1	4	4	1	特殊染色及び免疫染色のワークシートを一覧で印刷できること。
1	4	5		標本ラベル印刷
1	4	5	1	ラベルの未印刷リストが画面表示できること。
1	4	5	2	「2次元コード」「解剖番号」「患者氏名」「年齢・性別」「ブロック枝番号」「特殊・免疫染色名」「施設名」の情報をスライドガラスへ直接印刷できること。
1	4	5	3	染色中に文字が消えたりすることがないように、耐溶剤性インクを使用すること。
1	4	5	4	スライドガラスへの印字情報の修正ができること。
1	4	5	5	標本番号/日付で検索することによってスライドガラスへの印字再発行が何度でも行えること。
1	4	6		台帳印刷
1	4	6	1	剖検受付リストを印刷できること。
1	4	7		解剖診断
1	4	7	1	ユーザーIDとパスワードによりログオンを管理できること。
1	4	7	2	未診断リスト/診断済リストを画面表示し、必要に応じプリンタに印刷できること。
1	4	7	3	患者の病理検査履歴（組織診・細胞診）を自動的に検索し、手書きシェーマ、マクロ・ミクロ画像がセットで画面表示できること。
1	4	7	4	「臨床経過」・「剖検時肉眼的診断（PAD）」・「病理解剖学的診断（FAD）」・「病理組織学的所見」・「総括及び考察」のそれぞれにつき、診断報告書を印刷できること。
1	4	7	5	肉眼的所見入力用として、各臓器別の所見テンプレートを使用できること。
1	4	7	6	肉眼的所見入力用として、各臓器別のシェーマ図テンプレートを使用できること。
1	4	7	7	顕微鏡用デジタルCCDカメラにて撮影した、ミクロ画像をファイルサーバへ保存し、データベース化ができること。
1	4	7	8	診断済みのデータはデータの改竄防止のため電子的にロックがかかること。
1	4	7	9	診断報告した後に修正を行う場合、その修正履歴は全て記録されること。
1	4	7	10	権限を与えられたユーザー以外は診断データの修正は行えないこと。
1	4	7	11	診断報告した後に追加報告を行う場合、その元の診断データは全て保存できること。
1	4	7	12	ログオン時のユーザーIDに該当する、診断医名の自動登録ができること。
1	5			その他機能として以下の要件を満たすこと。
1	5	1		試薬管理
1	5	1	1	病理検査で取り扱う試薬管理機能があること。
1	5	1	2	入庫管理・出庫管理ができること。
1	5	1	3	出庫する診療科・持出者・受渡者の登録ができること。
1	5	2		迅速予定表
1	5	2	1	術中迅速予定日に診療科名、依頼医名をカレンダー表示できること。
1	5	3		簡易検索
1	5	3	1	組織診、細胞診、解剖ごとに任意で検索項目の設定ができ、ユーザー設定毎に保存ができること。

1	5	3	2	検索結果が一覧表示ができ、必要に応じ印刷が可能なこと。また、検索結果一覧の任意の行をダブルクリックすると、その診断詳細画面が表示できること。同時に手書きシェーマ、マクロ・ミクロ画像もセットで画面表示ができること。
1	5	3	3	検索結果の対象になった全てのマクロ・ミクロ画像をサムネイルにて一覧表示できること。
1	5	3	4	また、任意のサムネイル画像をダブルクリックすると、拡大表示できること。
1	5	3	5	進捗の管理ができること。
1	5	4	6	複合検索
1	5	4	7	データベース上の全ての項目を検索の対象として設定できること。
1	5	4	8	検索条件に「and/or」を設定する事でより高度な検索も可能であること。
1	5	4	9	検索の対象とする項目はユーザー側にて自由に設定できること。
1	5	4	10	設定した検索条件は、その条件毎に保存できること。また、その設定条件は適時呼び出せること。
1	5	4	11	検索結果が一覧表示ができ、必要に応じ印刷が可能なこと。また、検索結果一覧の任意の行をダブルクリックすると、その診断詳細画面が表示できること。同時に
1	5	4	12	任意の行をダブルクリックすると、その診断詳細画面が表示できること。同時に手書きシェーマ、マクロ・ミクロ画像もセットで画面表示ができること。
1	5	4	13	検索結果の対象になった全てのマクロ・ミクロ画像をサムネイルにて一覧表示できること。また、任意のサムネイル画像をダブルクリックすると、拡大表示できること。
1	5	4	14	進捗の管理ができること。
1	5	5		集計・統計
1	5	5	1	組織診の月次集計・年次集計（診療科別・検査項目別）が印刷できること。
1	5	5	2	組織診の月次集計・年次集計（診療科別・検査項目別）が印刷できること。
1	5	5	3	解剖の月次集計・年次集計を印刷できること。その他現行システムで管理している、集計・統計機能は継続できること。
1	5	5	4	精度管理機能として、細胞診検査結果と組織診断結果の突合せリストを印刷できること。
1	5	5	5	組織診断結果の突合せ件数を保存し細胞診学会提出用資料作成が安易にできること。
1	5	5	6	各集計結果はExcel形式のデータとして、Exportできること。
1	5	6		貸し出し管理
1	5	6	1	スライド標本・組織ブロック・マクロ写真・写真ネガ等につき、貸し出し管理が行えること。
1	5	6	2	スライド標本/組織ブロックは、2次元コードを読み取ることで、簡単に情報を登録できること。
1	5	6	3	重要な病理標本をいつ・誰に貸し出し、いつ返却されたのかを管理できること。
1	5	6	4	未返却のリストを表示し、必要に応じ一覧を印刷できること。
1	5	6	5	未返却先に対して、早急の返却を求める「督促状」「貸出延長願」等の発行が可能であること。
1	5	7		進捗管理
1	5	7	1	組織診検査及び細胞診検査の進捗管理を行えること。進捗状況は電子カルテ側で確認できること。
1	5	7	2	病理・細胞診における病理各作業単位で実施者・日時が記載されること。
1	5	7	3	標本番号単位・スライド標本単位・包埋ブロック単位での進捗が表示されること。
1	5	7	4	スライド標本・包埋ブロックが貸し出し中の場合、返却予定日が表示されること。
1	5	7	5	受付から一次報告までのTAT (Turn Around Time) が日数で表示されること。
1	5	8		マスタメンテナンス
1	5	8	1	組織診・細胞診ともに、「臨床診断マスタ」「診断マスタ」「所見マスタ」の追加・修正をその作業中に行えること。
1	5	8	2	基本情報管理画面にて、「職員」「主治医」「診療科」「病棟」「患者」「臓器」「採取方法」「検査」「染色名」「特染セット」「材料」「細胞判定」「解剖部位」「解剖医」「解剖介助者」「解剖記録者」「県」「職業」の各マスタのメンテナンスを行えること。
1	5	9		伝言板
1	5	9	1	病理システム使用ユーザーに限定して、伝言板を使用することができること。
1	5	10		バックアップ・メンテナンス
1	5	10	1	端末ごとに画面サイズ、画面位置を自由に変更、保存ができること。
1	5	10	2	大容量バックアップ装置に自動的にデータバックアップを行うこと。
1	5	10	3	ディスクミラーリング (RAID5レベル) により、万一のディスク障害に対応すること。
1	5	10	4	リモートメンテナンスにより、障害時の迅速な対応が可能なこと。
1	5	11		クライアント端末は以下の要件を満たすこと。
1	5	11	1	CPUはインテル Corei3-13100(最大4.5GHz)またはそれと同等以上の性能のものを有すること。
1	5	11	2	メモリは合計8GB以上であること。
1	5	11	3	HDDもしくはSSDは256GB以上を搭載していること。
1	5	11	4	OSはWindows11 Pro 64bit、またはそれと同等以上であること。
1	5	11	5	上記端末を6台準備すること。
1	5	12		その他として、以下の装置を準備すること。
1	5	12	1	スライドガラス印字装置 1台
1	5	12	2	2次元バーコードリーダー 6台
1	5	12	3	ドキュメントスキャナー 1台
1	5	12	4	A4カラーレーザープリンター 1台

診察案内表示システム			
1	1		診察案内表示システムに関して、以下の要件を満たすこと。
1	1	1	診察案内表示システム用サーバー 1台
1	1	2	大型液晶ディスプレイ 33台 ※既設モニターを継続使用する。
1	1	3	ディスプレイコントローラ 33台
1	2		性能及び機能に関する要件
1	2	1	通信及び接続の条件に関し、以下の要件を満たすこと。
1	2	1	電子カルテシステムと診察案内表示システムをLAN接続（TCP/IPソケットインターフェース）で接続できること。接続仕様は当院と協議の上、電子カルテシステム側が提示する仕様書に準拠すること。
1	2	2	上位システム等、保管システムと連携せず単独で動作できること。
1	2	2	診察案内表示システムハード機器に関し、以下の要件を満たすこと。
1	2	2	【外来患者向け表示モニタ本体】
1	2	2	当院指定場所に設置済である。
1	2	2	【ディスプレイコントローラ】
1	2	4	表示モニタの背面に設置出来る小型専用機であること。
1	2	5	LAN接続（TCP/IPソケットインターフェース）であること。
1	2	6	ハードディスクレスであること。
1	2	7	無停電電源装置を搭載しなくても停電対策が取れること。
1	2	8	音声出力できる機能を有すること。
1	2	9	【診察案内表示システム用サーバ】
1	2	10	サーバ室に設置すること。
1	2	11	LAN接続（TCP/IPソケットインターフェース）であること。
1	2	12	サーバ室の既設ラックに設置できるラックマウント機構であること。
1	2	13	RAID1機能であること。
1	2	14	LAN接続（TCP/IPソケットインターフェース）であること。
1	2	15	【メッセージ管理端末】
1	2	16	診療科ブロックなど設置している電子カルテ端末にアプリケーションを相乗りできること。
1	2	17	LAN接続（TCP/IPソケットインターフェース）であること。
1	2	3	診察案内表示システムアプリケーション機能に関し、以下の要件を満たすこと。
1	2	3	【患者向け表示アプリケーション】
1	2	3	オーダーリングシステム又は医事システムと連携して診療科名、診察室名、医師名、診察中番号、診察待ち番号（又は診察時間帯）を表示できること。
1	2	3	表示レイアウトは、診療科単位または、診察室単位で表示できること。
1	2	3	1画面上に最大10までの診察室数が表示でき、病院指定診察室数以上を表示する場合は、次画面への自動切替対応により、最大100診察室の表示ができること。
1	2	3	1つの表示行毎に、診察中番号：1名分と、診察待ち番号：最低3名分を表示できること。
1	2	3	1つの表示行（診察室）毎に、コメントの表示ができること。 （「次の方は診察室へ」「次の方は中待合室へ」「まもなくお呼びします」など）
1	2	3	呼び込み番号が更新された場合、その番号を別画面で拡大表示すると共に、当院指定のチャイム音もしくは音声を鳴らし、当院指定回数点滅させることが出来ること。
1	2	3	呼び込み番号が更新された場合、以後の番号は自動的に前詰め表示すること。
1	2	3	指定された任意のメッセージ文字を画面最下段にスクロール表示ができること。
1	2	3	当院が作成した画像ファイル（JPEG、BMP）を診察案内画面と交互に切替え表示が可能であること。
1	2	3	当院が作成した動画ファイル（WMV、MP4）を診察案内画面と交互に切替え表示が可能であること。
1	2	3	文字配色を任意に変更できること。
1	2	3	表示文字フォントは、ゴシック・明朝・丸ゴシックから選択可能であること。
1	2	3	現在時刻を表示できること。
1	2	3	画面レイアウト（文字・色彩等）は当院の要望に柔軟に対応できること。
1	2	3	ユニバーサルデザインに配慮したCUD対応の画面レイアウトを用意できること。
1	2	3	ディスプレイ毎に、1画面表示、2画面表示（2画面重ね表示含む）、4分割画面表示の切替可能な機能があること。
1	2	3	【診察案内表示サーバアプリケーション】
1	2	3	表示モニタの電源ON/OFFのスケジュール（週間又は日別）設定ができること。
1	2	3	オーダーリングシステム又は医事システムからの表示更新指示発生で、更新情報を該当表示モニタへ送信できること。
1	2	3	全表示モニタの稼働状況、表示モニタの表示内容、障害状況が表示できること。
1	2	3	指定した表示モニタ制御端末へのRGBテスト、音声テストがリモートでできること。
1	2	3	オーダーリングシステム又は医事システムとサーバ間、表示モニタとサーバ間の通信ログが取得できること。
1	2	3	メッセージ管理端末が備えている機能は、診察案内表示サーバでもすべて対応できること。
1	2	3	表示条件の各設定ができること。（点滅/音量/ページング/表示更新）
1	2	3	【メッセージ管理端末アプリケーション】
1	2	3	スクロールメッセージ文字は、1文章64文字以上当院にて任意で作成でき、999件以上の事前登録ができること。
1	2	3	スクロールメッセージ文字は、曜日毎又は日別に100件以上のスケジュール表示ができること。
1	2	3	スクロールメッセージ文字は、表示モニタ単位に指定でき、表示文字色や点滅、太字、アンダーラインなどの修飾を文字単位で指定できること。
1	2	3	スクロールメッセージ文字は、一度に最大20件以上表示ができること。
1	2	3	診察案内画面と交互に切替え表示できる静止画像を当院にて任意で作成でき、999件までの事前登録ができること。
1	2	3	静止画像上に、当院にて任意文字を任意の位置に上書きできること。
1	2	3	静止画像は、曜日毎又は日別に100件以上のスケジュール表示ができること。
1	2	3	静止画像として表示する「*.bmp」「*.jpg」「*.gif」ファイルは、画像サイズに関わらず、表示するサイズに自動調整を行い、表示できること。
1	2	3	静止画像は表示モニタ単位に指定でき、1画面表示時間（1～99秒）を設定できること。
1	2	3	表示できる画像数は最大20画面以上登録できること。
1	2	3	動画の表示が可能であること。
1	2	3	業務終了でアプリの終了/PCの電源オフを選択できること。
1	2	3	指定した表示モニタのモニタリングができること。
1	2	3	指定した表示モニタのモニタ出力を強制的にOFFできること。
1	2	3	任意操作により、指定した表示モニタに別画面で強制的に呼び込み番号を表示できること。
1	2	4	拡張性に関し、以下の要件を満たすこと。
1	2	4	1台のディスプレイより4分割画面表示（診察/動画/時事ニュース/画像）が対応できること。
1	2	4	音声案内対応が可能であること。「～の方へ診察室へお越しください」
1	2	4	【待ち番号表示アプリ連携アプリケーション】
1	2	4	患者所有のスマートフォンまたはタブレット端末に診察案内表示可能なアプリへ表示情報を送信できること。
1	2	4	利用者はスマートフォンまたはタブレット端末でアプリを無料でダウンロードが可能であり、かつ個人情報の登録が不要なこと。
1	3		性能及び機能以外の要件
1	3	1	障害支援体制について、下記の要件を満たすこと。
1	3	1	障害があった場合、迅速に保守する体制が整っていること。
1	3	1	障害があった場合の連絡窓口は1箇所であること。
1	3	2	設置場所等

1	3	2	1	設置場所は病院の指定場所とすること。
1	3	3		その他
1	3	3	1	診察案内表示システム導入後、取り扱い方法について教育訓練を行うこと。
1	3	3	2	保守は導入後、12ヶ月間を無償保守期間とし、7年間は修理対応保証すること。
1	3	3	3	無償保守期間終了後の保守対応は、別途契約とすること。

地域連携部門システム			
1	1		地域連携システム
1	1	1	基本機能
1	1	1	1 システム管理業務（ユーザマスタ等の登録等）と日常業務が使用者権限設定により区別できること。
1	1	1	2 地域連携室の利用者内で共有できる掲示板機能を保持しており、掲載期間を設定でき、掲示内容は色分けできること。
1	1	1	3 連携医療機関との対応状況をマスタで分類し登録管理できること。またその情報は統計処理画面より出力できること。
1	1	1	4 電子カルテシステム又は医事会計システムと患者基本情報が連携できること。
1	1	1	5 電子カルテシステムと入院情報が連携できること。
1	1	1	6 電子カルテシステムと患者病名情報が連携できること。
1	1	1	7 電子カルテシステムのマスタと利用者情報、診療科情報、病棟情報の連携が可能なこと。
1	1	2	紹介受付
1	1	2	1 紹介受付情報を登録／変更／削除ができ、紹介受付時の文書情報（紹介状等）をPDF等のイメージデータで管理できること。
1	1	2	2 新患の場合、患者IDの登録を行わず、後日来院し、患者IDを登録した段階で、紹介情報と患者IDの関連付けができること。
1	1	2	3 依頼目的、紹介経路（連携室経由の予約、医師間での予約、事前予約なし）が管理できること。
1	1	2	4 患者の二重登録チェック機能を有していること。
1	1	2	5 連携医療機関情報は医療機関名、診療科、医師名、電話番号、FAX番号が登録できること。
1	1	2	6 紹介受付時の当院担当医、及びその後担当する医師が変更された場合に履歴で管理できること。
1	1	2	7 紹介患者情報として氏名、フリガナ、性別、生年月日、患者番号が登録できること。
1	1	2	8 連携医療機関への予約票（予約回答）が作成できること。
1	1	2	9 検査予約時の説明用添付文書等は予め用意されたPDFファイルから選択して同時に印刷ができること。また当該添付文書は紹介受付の検査依頼内容と連動して初期選択されること。
1	1	2	10 予約票発行画面の予約日時は、電子カルテシステムと予約情報の連携をしている場合は、既に電子カルテシステムにオーダ登録された日時から取り込むことができること。また手入力でも登録が可能であること。
1	1	2	11 予約票発行画面において送付状の作成ができ、予約票と同時に印刷ができること。
1	1	2	12 患者来院情報を電子カルテシステムと連携し、事前予約患者の受診予定から来院済の状態に更新されること。
1	1	3	患者管理
1	1	3	1 紹介や逆紹介患者の管理ができるとともに、紹介・逆紹介関係の無い情報提供依頼や情報入手のみの患者も合わせて管理できること。
1	1	3	2 病名情報が管理できること。病名は紹介依頼時の病名、受診後に確定した病名の登録ができること。なお確定した病名は病名マスタの画面から選択入力できること。また既に電子カルテシステムに患者病名が登録されている場合、選択登録が可能なこと。
1	1	3	3 一画面にて当該患者の紹介／逆紹介／情報提供／情報入手の履歴が一覧で確認でき、それぞれに、依頼日、連携医療機関名、連携医、依頼内容、担当医、依頼病名が表示されること。
1	1	3	4 上記一覧画面は新規登録順以外に、連携医療機関別、依頼病名別にまとめて表示ができ、選択するとその詳細内容が表示され、連続して切り替え表示ができること。
1	1	3	5 入院履歴のある患者は、電子カルテと連携し、地域連携システム上で入院日、診療科、病棟、病室を表示できること。
1	1	3	6 連携室より発行する報告書の種類はマスタ上で設定でき、患者状態（受診、入院、退院等）に応じて送付する予定文書が自動生成できること。また当該文書の添付文書等は予め用意されたPDFファイルから選択して同時に印刷ができること。なお送付状の作成もできること。
1	1	3	7 紹介や逆紹介情報登録時、紹介医療機関以外に関係機関情報（かかりつけ医、居宅介護支援事業者、訪問看護ステーション等）を登録できること。またその内容は、関係機関名、担当者、電話番号、FAX番号、備考とすること。
1	1	3	8 汎用的に使用できる連絡票が作成できること。また当該文書の添付文書等は予め用意されたPDFファイルから選択して同時に印刷ができること。なお送付状の作成もできること。
1	1	3	9 送付文書を履歴で管理できること。
1	1	3	10 連携患者に対し、連携室で行わなければならない業務を、患者の紹介／逆紹介／情報提供／情報入手ごとに進捗管理（予定実績管理）でき、業務種別、発生日、期限日、完了日、内容が登録できること。
1	1	3	11 進捗管理の内容は、別画面にて、複数患者を一覧表示でき、患者番号、患者氏名、医療機関名、期限日（範囲指定）、発生日（範囲指定）、完了日（範囲指定）、完了状態で検索できること。
1	1	3	12 紹介患者を受診予定日指定で一覧表示でき、更に印刷することができること。
1	1	3	13 紹介患者の状況（入院中、退院、転帰、治療、逆紹介等）が管理できること。
1	1	3	14 紹介／逆紹介／情報提供／情報入手ごとに、マスタで自由設定可能な統計分類項目を、最大5項目まで設定でき、診療科別の件数統計として集計できること。
1	1	3	15 逆紹介は紹介元返送（Uターン）、他機関逆紹介（Jターン）、新規逆紹介（Iターン）を区別して、登録できること。
1	1	3	16 最終更新者の表示ができること。
1	1	3	17 紹介や逆紹介の情報を登録することで電子カルテシステム上に紹介患者であることが分かるマーク等の表示が行われること。
1	1	4	業務進捗管理
1	1	4	1 紹介受付、受診報告、入院報告、退院報告、その他連携室が対応する各管理項目を切り替えて進捗管理ができること。
1	1	4	2 設定された期限日を元に処理すべき未対応項目が一覧表示でき、対応を促せること。
1	1	4	3 紹介／逆紹介情報にて管理される項目を検索項目として進捗状況の一覧を表示できること。内容は、紹介、フェーズ（イベント）、受診連絡、医師報告書、逆紹介等の選択表示が可能なこと。
1	1	4	4 以下の表示内容は各種項目別に並び替えができること。 （来院日、患者氏名、紹介元医療機関、受診報告書の報告予定日及び報告日、逆紹介日、逆紹介先医療機関）
1	1	4	5 検索後に表示された一覧画面より画面表示内容をCSV形式で直接出力できること。
1	1	5	返書管理
1	1	5	1 医師による作成が必要な文書情報を、連携室が紹介患者の来院情報を登録した時点で、未報告文書として自動生成できること。
1	1	5	2 自動生成する文書は、第一報、経過報告、最終報告等、当院で自由に設定できること。
1	1	5	3 それぞれの文書に対し、必要に応じて作成期限日を来院日を起点に自動設定できること。
1	1	5	4 作成された文書に対し実績登録できること。
1	1	5	5 未報告文書を検索でき、一覧で画面表示できること。
1	1	5	6 未報告文書のチェックリストが科別、医師別に出力できること。
1	1	6	統計
1	1	6	1 統計データの有効活用を考慮し、統計帳票はEXCEL形式で出力できること。
1	1	6	2 紹介統計として、科別医師別紹介患者数 科別依頼内容別紹介患者数 科別検査項目別紹介患者数 連携医療機関別医師別患者数 科別経路別紹介患者数 年齢別紹介患者数 報告状況表 科別医療機関別紹介患者数 科別地区別医療機関別紹介患者数 科別種別別医療機関別患者数 経路別医療機関別患者数が出力できること。
1	1	6	3 逆紹介統計として、科別医師別逆紹介患者数 連携医療機関別医師別患者数 逆紹介患者数、年齢別逆紹介患者数 報告状況表 科別医療機関別逆紹介患者数 科別地区別医療機関別逆紹介患者数 科別種別別医療機関別逆紹介患者数が出力できること。
1	1	6	4 紹介／逆紹介／情報提供／情報入手／連携医療機関のデータをCSV形式等で出力できること。
1	1	6	5 統計は汎用的に利用できるように抽出データ（紹介、逆紹介、文書情報）、抽出条件、表示項目を指定し、月別推移やクロス集計を作成できること。作成条件は登録でき、統計処理画面に表示されること。
1	1	6	6 抽出条件をユーザごとに保存できること。また保存条件は永久、ログアウトまで、保存なし、で設定できること。
1	1	7	他部門共有
1	1	7	1 電子カルテシステムで選択されている患者の紹介や逆紹介情報が医療機関別に一覧で参照できること。
1	1	7	2 一覧の紹介や逆紹介情報へ関連付けられている文書やPDFを閲覧できること。
1	2		連携文書管理システム
1	2	1	文書作成管理
1	2	1	1 地域連携システムで指定された報告必要（予定）文書・作成済報告書を医師が確認できること。



1	2	1	2	患者IDを指定した場合は、報告必要文書情報と作成済報告書情報が同一画面上で表示できること。
1	2	1	3	患者IDを指定しない場合は、使用（ログイン）している医師の文書情報を多く表示させるため、報告必要文書情報と作成済報告書情報をタブで切り替えて表示できること。
1	2	1	4	既に地域連携室で紹介患者登録を行っている患者の文書を作成する場合、患者情報、送付先医療機関及び医師名が自動で設定されていること。
1	2	1	5	院内医師による受診時報告（第一報）が作成できること。
1	2	1	6	院内医師による経過報告文書が作成できること。
1	2	1	7	院内医師による診療情報提供書（紹介状）が作成できること。
1	2	1	8	電子カルテシステムと利用者情報の連携が可能なこと。
1	2	1	9	新規逆紹介（Iターン）や紹介元以外の医療機関への逆紹介（Jターン）の場合は、地域連携システムで保持している医療機関情報から検索することができること。なおマスタに無い場合は、直接手入力が可能なこと。更にその場合は連携室に手入力したことをマーク等で通知できること。
1	2	1	10	新規逆紹介（Iターン）や紹介元以外の医療機関への逆紹介（Jターン）の場合、連携室で登録した逆紹介情報と関連付けが連携室でできること。
1	2	1	11	文書作成時、当該患者、別患者を問わず、過去に作成した文書からの複写ができること。
1	2	1	12	診療科ごとの文章テンプレートを作成できること。
1	2	1	13	医師ごとの文章テンプレートを作成できること。当該テンプレートは文書作成時にそのままタイトル（キーワード）を登録してテンプレートとして新規に登録ができること。またテンプレートを利用する場合は、タイトルで検索ができ、必要に応じてそのテンプレートの修正ができること。
1	2	1	14	診療情報提供書作成時、紹介先受入確認中の場合は紹介先未確定とし、医療機関名を表せせず印刷できること。
1	2	1	15	文書は書きかけ保留（一時保存）ができること。
1	2	1	16	連携室に対し、システム上で郵送依頼ができること。また連携室では、連携文書の一括印刷、郵送ラベルが発行ができること。
1	2	1	17	連携先医療機関の事前予約が必要な場合は、連携室に対し、システム上で発行依頼ができること。
1	2	1	18	郵送依頼した連携文書に添付資料（CD-ROM等）の有無をチェック式で登録できること。またその内容は連携室で確認できること。
1	2	1	19	連携室に郵送やFAXを依頼した場合、連携室の対応状況が医師側で確認できること。
1	2	1	20	文書を作成する医師名の連名対応ができること。
1	2	1	21	医師が自ら最終報告の管理ができ自身の判断で最終報告とすることができること。
1	2	1	22	文書が作成完了した後に修正された場合、過去の文書も保持し、改版履歴が管理できること。
1	2	1	23	上記修正に関して更新履歴（日時、更新者）の管理ができること。
1	2	1	24	返書作成が不要の場合は医師自ら予定返書を返書不要状態とするか、連携室でのみ設定変更可能とするか設定できること。
1	2	1	25	医師自身の予定以外に診療科全体の報告必要文書状況も把握できること。
1	2	1	26	各文書は送付先医療機関の住所印刷ができ、窓書き封筒での対応が可能であること。
1	2	1	27	受診日からの期限日数をマスタで設定でき、報告必要文書一覧に報告期限日をわかりやすく表示できること。
1	2	1	28	連携室側の機能として、医師の報告必要文書の一覧が確認でき、また不要な場合は削除することができること。
1	2	1	29	電子カルテの患者病名データを引用し診療情報提供書が作成できること。
1	2	1	30	電子カルテの処方データを引用し診療情報提供書が作成できること。
1	2	1	31	連携室に郵送やFAXを依頼した場合、連携室側で印刷する際に送付状が作成できること。
1	3			医療相談システム
1	3	1		基本機能
1	3	1	1	地域連携システムと連携し、紹介医療機関が共有できること。
1	3	1	2	使用者権限設定により地域連携システムとワンタッチで画面の切り替えができること。
1	3	1	3	システム管理業務（ユーザマスタ等の登録等）と日常業務が使用者権限設定により区別できること。
1	3	1	4	医療相談室の利用者内で共有できる掲示板機能を保持しており、掲載期間を設定でき、掲示内容は色分けできること。
1	3	1	5	連携医療機関との対応状況をマスタで分類し登録管理できること。またその情報は統計処理画面より出力できること。
1	3	1	6	電子カルテシステム又は医事会計システムと患者基本情報が連携できること。
1	3	1	7	電子カルテシステムと入院情報が連携できること。
1	3	1	8	電子カルテシステムと患者病名情報が連携できること。
1	3	1	9	相談記録や経過記録は共有したい内容のみ電子カルテ側と連携できること。また医療相談システムの記録が変更されることなく、必要に応じて記録内容を編集して電子カルテに連携できること。
1	3	2		相談票
1	3	2	1	相談情報はケースNo.、部門、相談種別、対象者名、対象者患者番号、相談者、相談者患者番号、対応者、初回相談日、対応日、相談方法、対応区分（複数選択が可能なこと）、相談結果、終了区分、退院日、退院区分により検索ができること。
1	3	2	2	記録内容の文章をキーワードにて検索できること。
1	3	2	3	検索結果はケース単位（相談票単位）、経過記録単位（対応単位）の双方で表示できること。
1	3	2	4	相談票は受付情報、対応者情報、相談者情報、対象者（患者）情報が登録できること。
1	3	2	5	相談票は受付情報として対応時間が管理できること。開始時間と終了時間より簡便に計算できること。
1	3	2	6	相談票は相談者と対象者が同一の場合ほど簡単に登録した情報を複写できること。
1	3	2	7	相談票は相談内容、対応内容、対応結果が登録できること。
1	3	2	8	相談票は相談者、相談内容、依頼ルートが分類（コード）化されて、統計集計に反映できること。
1	3	2	9	相談者情報が匿名でも登録できること。
1	3	2	10	相談票は対象者は当院の患者以外（当院患者番号無し）も登録できること。
1	3	2	11	相談票を印刷できること。
1	3	2	12	相談票に対し他部門で作成された文書やシステム管理外の情報を、以下の拡張子のファイルで添付登録できること。（PDF、JPG、JPEG、JPE、GIF、PNG、DOC、DOCX、XLS、XLSX）
1	3	2	13	システムで標準で管理される項目以外に、当院で自由に項目をマスタで追加設定できる補足情報を管理できる画面機能を保持すること。またその内容は印刷可能なこと。
1	3	2	14	過去の相談票と補足情報を複写して新規に相談票を登録できること。
1	3	2	15	相談方法と対応区分は項目の選択以外に回数の登録もできること。
1	3	2	16	入院退院情報を連携している場合は、入院に関する各種日数を表示できること。
1	3	2	17	備考欄は必要に応じて日報に記載できること。
1	3	2	18	相談記録内容は過去の内容を参照して入力できること。
1	3	2	19	依頼元及び転帰先は連携医療機関マスタから登録できること。
1	3	3		経過記録
1	3	3	1	継続的にフォローが必要な場合に経過を記録できること。
1	3	3	2	備考欄は必要に応じて日報に記載できること。
1	3	3	3	経過記録に対し他部門で作成された文書やシステム管理外の情報を、以下の拡張子のファイルで添付登録できること。（PDF、JPG、JPEG、JPE、GIF、PNG、DOC、DOCX、XLS、XLSX）
1	3	3	4	経過記録が印刷できること。
1	3	3	5	相談方法と対応区分は項目の選択以外に回数の登録もできること。
1	3	3	6	院内で共有が必要な情報は経過記録を複写し、情報を追加・変更した上で、公開指定できること。また、それらは電子カルテシステムより参照可能なこと。なお公開済であるかどうかの判別ができること。
1	3	3	7	経過記録内容は過去の内容を参照して入力できること。
1	3	4		その他業務支援機能
1	3	4	1	相談票に当院独自の統計分類を最大10項目登録でき、統計分類別の集計が出力できること。
1	3	4	2	統計分類はマスタ化され、当院で自由に追加/変更が行えること。

1	3	4	3	事前にマスタ登録したテンプレート文書を元に、カンファレンス議事録等の定型文書を相談票の添付文書として登録できること。
1	3	4	4	相談票、経過記録以外にメモを登録できる機能を有すること。
1	3	4	5	事前にマスタ登録したExcel形式のテンプレートを元に、相談票単位で簡便に資料を作成し印刷できること。また当該資料は作成時に自動で相談票にファイル添付できること。
1	3	5		<b>統計・帳票</b>
1	3	5	1	指定日、指定期間における相談者一覧及び、相談件数の集計ができること。
1	3	5	2	相談票をいくつかの部門に分け、一覧および統計集計可能なこと。
1	3	5	3	相談票を対応者別に一覧および統計集計可能なこと。
1	3	5	4	統計はEXCEL形式で出力し、加工が可能なこと。
1	3	5	5	月報は実件数（相談票単位）と延件数（経過記録単位）で集計できること。
1	3	5	6	月報は科別と病棟別で集計できること。また、科別には、匿名、当院患者外の件数も表記されること。
1	3	5	7	月報は転帰先で集計できること。集計は施設の種別別、施設別に集計できること。
1	3	5	8	相談票情報の各区分単位に集計が行えること。
1	3	5	9	相談票情報の各区分は、相談者一覧、相談件数集計の双方に表示されていること。
1	3	5	10	当院独自の分類で相談票を集計できること。
1	3	5	11	月報は日付範囲指定をすることで、任意の期間で集計を行えること。
1	3	5	12	相談票や経過記録の情報を一覧で出力できること。
1	3	5	13	相談票や経過記録の情報はCSV形式で出力できること。
1	3	5	14	各種CSVデータを簡便にクロス集計することができ、更にグラフ化できること。
1	3	5	15	統計は汎用的に利用できるよう抽出データ、抽出条件、表示項目を指定し、月別推移やクロス集計を作成できること。作成条件は登録でき、統計処理画面に表示されること。
1	3	5	16	抽出条件をユーザごとに保存できること。また保存条件は永久、ログアウトまで、保存なし、で設定できること。
1	3	6		<b>がん相談</b>
1	3	6	1	がん相談は治療状況、がんの状況（初発、再発、転移）、がん種が登録できること。
1	3	6	2	対応内容、がん相談支援センターに対する感想、要望が登録できること。
1	3	6	3	国立がんセンターがん対策情報センターで提示されている相談記入シートの形式で出力可能なこと。
1	3	6	4	国立がんセンターがん対策情報センターで提示されているがんの種類および相談分類、対応分類等の各区分で統計集計ができること。
1	4			<b>退院支援システム</b>
1	4	1		<b>入退院支援一覧</b>
1	4	1	1	スクリーニング対象者が一覧で表示できること。
1	4	1	2	入退院支援一覧画面にて、画面で指定された病棟に現在入院中の患者のみ表示することができること。
1	4	1	3	入退院支援一覧画面に、在院日数、相談依頼状況、スクリーニング実施状況、転帰先、患者家族面談実施状況、カンファレンス実施状況、退院支援計画書作成状況、介護支援連携実施状況、退院時共同指導実施状況、退院後訪問指導実施状況等が表示されること。またこのような入退院支援に関係する全ての確認プロセスの内、スクリーニングや退院支援計画書を除くプロセスは、最大4プロセスまで汎用的に管理できること。
1	4	1	4	スクリーニングや退院支援計画書以外の汎用的に管理するプロセスは実施日ごとにその日付を複数表示できること。
1	4	1	5	プロセスの内容項目はマスタで設定管理できること。
1	4	1	6	設定した全ての確認プロセスは昇順・降順で表示の並び替えができること。
1	4	1	7	確認プロセスが多い場合、入退院支援一覧画面の表示内容を必要最低限に縮小した簡易表示に切り替えができること。またその表示項目は各確認プロセスごとでマスタで設定できること。
1	4	1	8	電子カルテシステムと利用者情報の連携が可能なこと。
1	4	1	9	表示された一覧画面より画面表示内容をCSV形式で直接出力できること。
1	4	2		<b>スクリーニング票</b>
1	4	2	1	スクリーニング票が登録できること。
1	4	2	2	スクリーニング票が印刷できること。
1	4	2	3	スクリーニング票の登録内容に応じて、入退院支援対象かどうかシステムで自動判定できること。
1	4	2	4	スクリーニング票画面にて前回複写後、内容を編集できること。
1	4	2	5	スクリーニング票画面から入退院支援部門への調整依頼が可能な相談依頼画面が起動できること。
1	4	2	6	スクリーニング票は入院前の外来時にも作成ができ、その後当該患者が入院した場合は情報をシームレスに継続できること。
1	4	3		<b>退院支援計画書</b>
1	4	3	1	退院支援計画書が登録できること。
1	4	3	2	退院支援計画書登録時、スクリーニング票に登録した内容が複写されること。 また、複写する内容は事前にマスタ登録できること。
1	4	3	3	退院支援計画書画面の各登録内容はチェック形式で登録できるようにすること。また、これらのチェック項目は、マスタ画面にて追加/削除や名称変更が行えること。
1	4	3	4	退院支援計画書画面にて、事前に登録した定型文章を選択し、画面に設定後、編集できること。
1	4	3	5	退院支援計画書画面にて、過去に入院し退院支援計画書が作成されている場合には、計画書情報を複写でき、内容を編集できること。
1	4	3	6	退院支援計画書が印刷できること。
1	4	4		<b>その他確認プロセス(患者家族面談、カンファレンス、退院時共同指導書、介護支援連携書等)</b>
1	4	4	1	その他確認プロセスの項目が登録できること。
1	4	4	2	その他確認プロセスの各画面にて画面項目を前回複写後、その内容を編集できること。
1	4	4	3	その他確認プロセスの項目が印刷できること。
1	4	4	4	画面内容はテンプレートや文章雛型の活用ができること。
1	4	5		<b>相談依頼一覧</b>
1	4	5	1	入退院支援部門側の画面に相談依頼された患者の一覧を表示できること。
1	4	5	2	相談依頼者に報告する相談の経過を登録できること。また医療相談システムの記録から簡単に情報を登録し編集できること。
1	4	5	3	情報を依頼した側と確認する側とで未読及び既読の表示ができること。
1	4	6		<b>統計</b>
1	4	6	1	入退院支援に関する情報はCSV形式で出力できること。
1	4	6	2	上記CSVデータを簡便にクロス集計することができ、更にグラフ化できること。
1	4	6	3	その他確認プロセスの情報は各プロセス単位にCSV形式で出力ができること。
1	4	6	4	抽出条件をユーザごとに保存できること。また保存条件は永久、ログアウトまで、保存なし、で設定できること。

カルテビューア (Webビューアシステム)			
1	1		基本条件
1	1	1	電子カルテの診察記事情報及びオーダー情報等が一般的なWebブラウザにて参照できること。
1	1	2	メインサーバが万が一の障害等により停止した状況においてもサーバ停止以前の内容が参照できるようなシステム構築を行うこと。
1	1	3	オーダーや診察記事が時系列に表示されること。また、極力横スクロールを排除し、縦スクロールだけで閲覧ができること。
1	1	4	オーダーや診察記事の時系列表示の際、日付順での降順、昇順が操作者単位で選択できること。
1	1	5	オーダーや診察記事の時系列表示の際、登録日での表示、実施日での表示が選択できること。
1	1	6	オーダーや診察記事の時系列表示の際、表示期間、オーダー種、診療科、保険、医師名での絞り込みが可能なこと。また絞り込み条件については複数の組合せが可能なこと。
1	1	7	修正・削除された履歴についても表示可能であり、修正・削除された情報については表示・非表示の選択が個人単位で選択可能なこと。
1	1	8	離席時にログオフを忘れた場合など情報の流出を防ぐため、指定された時間が経過すると自動的にシステムからログオフされること。また、ログオフされる時間はユーザサイドで設定可能なこと。
1	1	9	電子カルテで利用している機能のみに対応した画面構成にすることができること。 また、電子カルテのオーダー種追加などがあった場合も、設定変更により対応できること。
1	2		ログイン機能
1	2	1	ID、パスワードでシステムにログインできること。
1	2	2	カルテシステムから患者を特定した状態からビューアを起動した場合には、ID、パスワードを引き継いで自動ログインされ該当患者の画面が初期表示されること。
1	3		検索機能
1	3	1	患者ID、カナ氏名、性別により該当患者を検索可能なこと。
1	3	2	カナ氏名での検索においては前方一致での該当情報抽出が可能なこと。
1	3	3	該当情報が複数ある場合は次の条件での表示がソート可能なこと。 Ex. 患者ID 患者氏名 生年月日 性別
1	4		表示機能
1	4	1	住所・保険情報・身長・体重・血液型・障害情報・感染症情報・禁忌情報 看護度・既往歴・輸血固有情報・服薬指導指示・紹介情報・ワクチン接種履歴の表示も可能なこと。
1	4	2	病名、予約情報、入院履歴情報、患者基本情報(各種コメントも含む)、指示も表示できること。
1	4	3	患者属性情報及び診察記事、オーダー内容が同一画面に表示されること。
1	4	4	処方オーダーの表示ができること。
1	4	5	注射オーダーの表示ができること。
1	4	6	一般検体・細菌検査オーダーの表示ができること。
1	4	7	画像・生理オーダーの表示ができること。
1	4	8	汎用(処置・指導料)オーダーの表示ができること。
1	4	9	食事オーダーの表示ができること。
1	4	10	リハビリオーダーの表示ができること。
1	4	11	輸血オーダーの表示ができること。
1	4	12	手術オーダーの表示ができること。
1	4	13	病理オーダーの表示ができること。
1	4	14	栄養指導オーダーの表示ができること。
1	4	15	持参薬オーダーの表示ができること。
1	4	16	化学療法オーダー(注射)の表示ができること。
1	4	17	診察記事及びオーダー内容は登録者及び登録日時が表示されること。
1	4	18	日付内の記事やオーダー内容は常に決まった順序で表示されること。
1	4	19	修正・削除された履歴についても表示可能であり、修正・削除された情報については表示・非表示の選択が可能なこと。また、修正・削除が行われた日付・時間・操作者が表示されること。
1	4	20	修正・削除されたものの表示は色を変えるなど区別が分かりやすいこと。
1	4	21	修正後の情報は修正前の情報の次に並んで表示されること。
1	4	22	オーダーが発行や実施などされた場合、その進捗や日時・操作者についても表示されること。
1	4	23	電子カルテで作成されたシェーマもビューアから参照可能なこと。
1	4	24	電子カルテの診察記事欄に貼付される画像情報もビューアから参照可能なこと。
1	4	25	電子カルテの機能で診察記事文字の装飾(サイズ変更、色、太字、下線等)を行った場合、同一イメージを参照可能なこと。
1	4	26	病名においてはアクティブ、インアクティブ、全ての表示を切り替えられること。
1	4	27	病名においては開始日による並び順(昇順・降順)を選択できること。
1	4	28	病名においては科による絞込み表示ができること。
1	4	29	病名においてはシークレット表示の指定があるものにおいては実病名ではなく、記号で表示されること。
1	4	30	病名においては基本的な情報のみの簡易表示と詳細の表示を切り替えられること。
1	4	31	予約情報においては以下の表示があること。 項目：日時、予約科、予約科目、コメント、準備品、依頼科、依頼医
1	4	32	予約情報においては、当日以降の予約と、過去の予約も含めて表示できること。
1	4	33	入院履歴においては最新の入院分だけでなく、過去の入院も含めて表示できること。
1	4	34	入院履歴においてはサマリ表示部の並び順を日付の昇順、降順に並び替えられること。
1	4	35	入院履歴においてはサマリ表示の各イベント(入院、転棟など)をクリックするとサマリは表示されたまま、該当の詳細情報が表示されること。
1	4	36	検査結果についても表示可能であること。
1	4	37	検査結果についてはサマリ画面より、過去の検査結果の有無が判断できること。
1	4	38	検査結果については以下の表示があること。 項目：検査日、検査項目、検査依頼科、結果値、基準値Hi,Lowステータス、基準値
1	4	39	入院指示、外来指示の表示ができること。
1	4	40	指示については過去の指示も含めて表示できること。 また、指示確認者も表示できること。
1	4	41	文書作成支援機能にて作成されたWord、Excelファイルが閲覧できること ※閲覧にはWord及びExcelのビューア等が必要
1	4	42	【精神科対応機能】生活歴(入院歴、既往歴、これまでの病歴、生活形態など時系列での表示)の表示ができること。
1	4	43	【精神科対応機能】行動制限管理機能(指示、実施)の表示ができること。
1	4	44	【精神科対応機能】精神科用患者基本(保護者情報・関係機関情報)の表示ができること。
1	4	45	【精神科対応機能】ジェノグラム(家族構成と家族関係の図)の表示ができること。
1	4	46	【精神科対応機能】デイケアオーダーの表示ができること。
1	4	47	【精神科対応機能】作業療法オーダーの表示ができること。
1	4	48	【看護対応】経過一覧表(三測表・フローシート)の表示ができること。バイタルのグラフ表示も出来ること。
1	4	49	【看護対応】経過記録(プログレスノート)の表示ができること。
1	4	50	【看護対応】看護サマリーの表示ができること。 ※看護支援システム側にて出力対応が必要
1	4	51	【看護対応】データベース(アナムネ)の表示ができること。 ※看護支援システム側にて出力対応が必要
1	4	52	電子カルテシステムに新たなデータが登録された場合、該当画面を開き直すことなく画面の更新により登録情報が反映されること。

1	4	1	53	同一患者の内容を、複数画面にて同時・比較表示できること。
1	4	1	54	複数患者の内容を、複数画面にて同時・比較表示できること。
1	5			他システム連携
1	5	1	1	Webビューアシステムにログインした状態から 他システムのWebアプリケーションを呼び出すことができること。 その際、ユーザID・パスワードを渡し、連携起動できること。
1	6			セキュリティ機能
1	6	1	1	利用者のパスワードは各人で変更可能なこと。
1	6	1	2	システムへのログインや診療データ参照時点のアクセスログが採取でき、システム管理者は閲覧が可能なこと。
1	6	1	3	採取されるアクセスログは以下の情報を含むこと。 項目：アクセス日時、職員ID、職員名、操作端末IPアドレス、 業務（システムログイン、診療データ参照）、患者ID（診療データ参照時）、 患者氏名（診療データ参照時）、
1	6	1	4	アクセスログにはログインに失敗した場合のログも記録すること。
1	6	1	5	一定時間操作がおこなわれない場合に自動的にログオフする機能を有すること。
1	7			管理者機能
1	7	1	1	管理者はアクセスログ機能の利用が可能なこと。

看護勤務システム			
1	1		全般
1	1	1	ユーザ認証が行えること。
1	1	2	ユーザ登録可能数に制限がないこと。
1	1	3	ユーザに対し、部門ごと勤務表作成権限、個人情報管理権限、要件監視権限、システム管理権限の割り振りが行えること。
1	1	4	アプリケーション起動時にログインIDを引き渡されることによるシングルサインオン対応が可能であること。（オンプレ稼働の場合）
1	2		職員管理
1	2	1	300名までスタッフ登録が可能なこと。
1	2	2	時点の在籍職員一覧を表示できること。
1	2	3	職員一覧を部門、在籍区分、職能分類、職種、雇用形態により絞り込み表示できること。
1	2	4	職員一覧の列によるソートを行えること。
1	2	5	職員一覧から氏名、ふりがな、職員番号によるスタッフ検索をかけられること。
1	2	6	個別職員の基本情報（氏名、ふりがな、生年月日、性別、住所、電話番号、緊急連絡先、旧姓等）を管理できること。
1	2	7	個別職員の履歴情報（免許、学歴、職歴、学生/団体会員、資格/認定、研修、賞罰）を管理できること。
1	2	8	個別職員の所属情報（雇用形態、所属部門、職位、職種、チーム、勤務態様、様式9記載可否等）を管理できること。
1	2	9	個別職員のシフトパターン情報（勤務時間数制限、勤務回数制限、勤務曜日制限、担当可能シフト）を管理できること。
1	2	10	個別職員の評価情報（職能分類、性格分類、病棟スキル、役割、交代制等）を管理できること。
1	2	11	評価情報については、自由に項目の追加削除が行えること。
1	2	12	個別職員の勤務変更履歴を確認できること。
1	2	13	個別職員の他部門応援勤務履歴を確認できること。
1	2	14	結婚等に伴う改姓名の履歴を管理できること。
1	2	15	部門ごとに設定された勤務希望申告可能数制限の適用除外とする職員の登録が行えること。
1	2	16	職員情報のcsvファイルへのエクスポートが可能であること。
1	2	17	職員情報のcsvファイルからのインポートが可能であること。
1	3		勤務変更管理
1	3	1	入職、退職、休職、産休、育休、復職、異動、異動（兼務）、兼務解除の登録が行えること。
1	3	2	勤務変更の際には、事前事後の情報が記録され、それに基づき勤務管理が行われること。
1	3	3	職員の所属情報、シフトパターン情報、評価情報は異動として扱えること。
1	3	4	月ごとに、部門別または病院全体での勤務変更を一覧できること。
1	3	5	月ごとに、休職、産休、育休中の職員を一覧できること。
1	3	6	退職済み職員を一覧できること。
1	3	7	入職登録するスタッフの複製を指定数一括で入職登録できること。
1	3	8	複数スタッフを一括で同じ異動先に異動させることができること。
1	3	9	複数スタッフを一括で同じ日付で退職、休職、産休、育休、復職させることができること。
1	4		公休・休日管理
1	4	1	年次または月次または4週での公休支給管理が行えること。
1	4	2	年次または月次の場合は、月毎公休支給数の修正が可能であること。
1	4	3	職員個別に公休支給数の修正が可能であること。
1	4	4	公休の残数管理が可能であること。
1	4	5	公休の月単位または年単位の繰り越し管理が可能であること。
1	4	6	祝祭日および病院独自の休日（創立記念日等）の管理が出来ること。
1	5		シフト管理
1	5	1	登録可能シフト数に制限がないこと。
1	5	2	病院共通シフトと部門固有シフトを区別して管理できること。
1	5	3	シフト一覧を種別、シフトセットにより絞り込み表示できること。
1	5	4	シフト一覧の列によるソートを行えること。
1	5	5	シフト一覧から名称、記号、開始時間、終了時間、連携コード、メモによる検索をかけられること。
1	5	6	シフトに対し、様式9計上時間数と、給与計算反映時間数を区別して設定できること。
1	5	7	シフトの色やフォントサイズを自由に変更できること。
1	5	8	半日＝日勤＋公休といった複数シフトの組み合わせで成立するシフトを登録できること。
1	5	9	同じシフトでも職員による時間帯の変化があるシフトを登録できること。
1	5	10	月または4週での、特定曜日上の特定シフト個数集計が行えること。
1	5	11	勤務表のシフト個数集計でのシフト並び順の変更が出来ること。
1	5	12	勤務表上で集計表示するか否かの指定が可能であること。
1	5	13	シフトに対し、システム連携のためのコードを付与できること。
1	5	14	シフトに対し、スタッフによるそのシフトの希望申告を許可するか否か設定できること。
1	5	15	シフトに対し、それが割り当てられた場合の拘束時間数の一定率を、（指定した任意数の）別部門で費やしたものとして振り分けることができること。
1	5	16	シフト情報のcsvファイルへのエクスポートが可能であること。
1	5	17	シフト情報のcsvファイルからのインポートが可能であること。
1	5	18	集計対象期間、集計対象者、集計対象シフトを指定して、シフトの集計単位（＝シフトセット）を作成可能であること。
1	5	19	例えば、直近の有休支給日以降通算で何回有休休暇を取得したかを集計する横集計シフトセットを作成可能であること。
1	5	20	例えば、特定シフトを担当する特定グループに所属スタッフが何人配置されているを集計する縦集計シフトセットを作成可能であること。
1	5	21	例えば、様式9とは異なる4週刻みでの労働時間を集計する横集計シフトセットを作成可能であること。
1	5	22	シフトセットによる集計が、勤務表画面に表示されること。
1	5	23	勤務表上でシフトセルを右クリックすることでシフトパレットを表示し、表示されたパレット上でシフトを選択すると、以降、勤務表上セルを左クリックするとパレット上で選択されたシフトが連続入力されるようにできること。
1	5	24	シフトパレットにおいては、キーワードを入力することで選択可能シフトを絞り込み表示できること。
1	6		イベント（研修等）管理
1	6	1	登録可能イベント数に制限がないこと。
1	6	2	病院レベル・部門レベルでのイベント登録、管理が行えること。
1	6	3	イベントのリスト表示、カレンダー表示がともに可能であること。
1	6	4	部門レベルイベントは、登録部門の勤務表上でのみ表示されること。
1	6	5	病院レベルイベントは、全部門の勤務表上で表示されること。
1	6	6	イベントは柔軟な繰り返し登録（毎月第1・3月曜日など）が行えること。
1	6	7	イベントの参加者の登録が行えること。
1	6	8	病院レベルイベントの参加者につき、各部門から自部門のスタッフの追加削除が可能であること。
1	6	9	病院レベルイベントについて、部門によっては非表示にすることが可能であること。
1	6	10	イベント参加者については、勤務表上で当該イベント参加日に印が付されること。
1	6	11	イベント参加者につき様式9から差し引く時間数の登録が行えること。
1	6	12	イベント参加者につき様式9上で「他部門兼務」扱いにするか否か登録が行えること。
1	7		部門・部門群管理
1	7	1	9部門まで部門登録が可能なこと。
1	7	2	病棟部門とそうでない部門を区別して登録できること。
1	7	3	算定している入院基本料等および人員配置にかかる加算を登録でき、それに対応する様式9を出力できること。
1	7	4	部門ごとに、月平均夜勤時間の算出期間（暦月/4週）を登録できること。

1	7	1	5	部門ごとに、必要に応じて、超過労働時間数の繰り越し管理が行えること。
1	7	1	6	部門表示の並び順変更が行えること。
1	7	1	7	複数部門をまとめた部門群の登録が可能であること。
1	7	1	8	部門群を超えて同一の入院基本料等および加算を算定する病棟を一つの様式9にまとめるかどうかの指定ができること。
1	7	1	9	部門群を超えて応援派遣あるいは応援受入が可能であるかの指定ができること。
1	7	1	10	部門群内の部門が、互いの勤務表を閲覧できるようにするか否かを設定できること。
1	7	1	11	部門群の並び順変更が行えること。
1	8			ラダー管理
1	8	1	1	ラダーの段階の登録可能数に制限がないこと。
1	8	1	2	病院レベルでラダーの登録を行い、職員に対して割当て可能であること。
1	8	1	3	ラダーの変更は、異動として登録可能であること。（異動時点と事前の状態が記録される）
1	9			勤務予約登録
1	9	1	1	病院都合／個人都合、必ず／できるだけ、満たす／避ける、の区分で希望登録できること。
1	9	1	2	1日複数シフトの希望登録（複数のうちのいずれかの意）ができること。
1	9	1	3	入力対象シフトを指定しておくことによる、スタンプ方式での希望入力が可能であること。
1	9	1	4	スタンプ入力は、個別シフトのみならず、任意で登録したシフトの並びについても可能であること。
1	9	1	5	翌月のみならず、その先の月の希望も登録できること。
1	9	1	6	希望登録画面上に、前月末尾部分の勤務表が表示できること。
1	9	1	7	希望登録画面上に表示する前月末尾部分の日数は、任意日数または直前の4週区切りを選ぶこと。（デフォルトは1週間）
1	9	1	8	希望登録画面上に、イベントスケジュールを合わせて表示し参考にして希望登録が可能であること。
1	9	1	9	希望登録画面上に、4週区切りを表示可能であること。
1	9	1	10	希望登録画面上に、月またぎ考慮のため前月1週間の勤務を確認可能であること。
1	9	1	11	希望登録画面上に、必ず満たす希望の個数集計が表示されること。
1	9	1	12	希望登録画面上でのカーソル位置は、クロスボイнтаで分かりやすく表示されること。
1	9	1	13	勤務予約画面の勤務表上の任意のシフトセルに、当該部門の勤務表作成権限を持つユーザのみ閲覧可能なコメントを登録できること。
1	9	1	14	勤務予約画面の勤務表上の任意の日付セルに、当該部門の勤務表作成権限を持つユーザのみ閲覧可能なコメントを登録できること。
1	9	1	15	勤務予約表の表示拡大が可能であること。（率を指定）
1	9	1	16	登録された勤務希望の全削除ができること。
1	10			職員による勤務希望申告・様式9控除申告・個人情報登録
1	10	1	1	職員がシステムのアカウントを持ち、自らシステムに対して希望を登録できること。
1	10	1	2	職員が自らの個人情報（住所、電話番号、緊急連絡先等）を登録できること。
1	10	1	3	希望は、必ず／できるだけ、満たす／避ける、の区分で登録できること。
1	10	1	4	希望の取り下げも可能であること。
1	10	1	5	希望と共にメッセージを送信することができ、師長がそれを確認できること。
1	10	1	6	職員に対して師長からの連絡事項を表示できること。
1	10	1	7	カレンダー上で、各日に希望申告した職員数を確認できること。
1	10	1	8	カレンダー上で、自分が申告した希望を確認できること。
1	10	1	9	希望登録時、その日に開催されるイベント、自分が参加しているイベントを参照できること。
1	10	1	10	希望登録時、その日の他職員の希望を参照できること。
1	10	1	11	職員による必ず満たす希望登録の数を、指定数に制限できること。
1	10	1	12	職員による必ず満たす休み希望登録の数を、指定数に制限できること。
1	10	1	13	職員によるできれば満たす希望登録の数を、指定数に制限できること。
1	10	1	14	職員によるできれば満たす休み希望登録の数を、指定数に制限できること。
1	10	1	15	職員が指定数を超えての必ず満たす希望は登録できないようにできること。
1	10	1	16	職員が指定数を超えてのできれば満たす希望は登録できないようにできること。
1	10	1	17	一日に受付可能な必ず満たす希望の数を設定できること。
1	10	1	18	日毎に、受付可能な必ず満たす希望の数を調整できること。
1	10	1	19	希望の集中により配置すべきシフト数が満たせないときは、アラートを表示すること。
1	10	1	20	当月の希望の受付終了／受付再開を師長が制御できること。
1	10	1	21	毎月の希望の受付終了／受付再開を自動化できること。（タイミング指定が可能）
1	10	1	22	作成が完了した当月勤務表を職員が確認できるようにするタイミングを師長が制御できること。
1	10	1	23	師長が登録した希望あるいは予約を、スタッフから見えないようにできること。
1	10	1	24	師長が登録した希望あるいは予約を、スタッフからも見えるようにできること。
1	10	1	25	職員が確定された勤務表を過去にさかのぼり確認できること。
1	10	1	26	職員が確定された勤務表帳票を入手できること。
1	10	1	27	職員が自ら、様式9から控除する時間数と事由を申告できること。
1	10	1	28	職員が、自ら申告した様式9控除を削除・編集できること。
1	10	1	29	職員が申告した様式9控除が、自動で様式9に反映されること。
1	11			勤務表編集
1	11	1	1	部門内に複数の勤務表を作成し、職員を所属させることができること。
1	11	1	2	勤務表内に複数チームを作成し、職員を所属させることができること。
1	11	1	3	チーム内に複数サブチームを作成し、職員を所属させることができること。
1	11	1	4	勤務表・チーム・サブチームそれぞれの並び替えが可能であること。
1	11	1	5	指定したチームまたはサブチームに含まれる全職員の勤務時間数を、指定する別部門様式9に計上することができること。（この登録を行った場合、当該部門の様式9に当該チームの勤務時間数は計上されない）
1	11	1	6	勤務表上での職員の並び順を変更できること。
1	11	1	7	指定したシフトのみ勤務表上で扱うようにできること。
1	11	1	8	勤務表画面上に、イベントスケジュールを合わせて表示し参考にして勤務表編集が可能であること。
1	11	1	9	勤務表画面上に、前月末尾部分の勤務表が表示できること。
1	11	1	10	勤務表画面上に表示する前月末尾部分の日数は、任意日数または直前の4週区切りを選ぶこと。（デフォルトは1週間）
1	11	1	11	勤務表画面上に、4週区切りを表示可能であること。
1	11	1	12	勤務表画面の勤務表上の任意のシフトセルに、当該部門の勤務表作成権限を持つユーザのみ閲覧可能なコメントを登録できること。
1	11	1	13	勤務表画面の勤務表上の任意の日付セルに、当該部門の勤務表作成権限を持つユーザのみ閲覧可能なコメントを登録できること。
1	11	1	14	勤務表画面上に、シフト縦横個数集計と、拘束・実働時間数集計が表示されること。
1	11	1	15	勤務表画面上から、画面遷移することなく、職員情報画面、勤務表作成条件登録画面を呼び出せること。
1	11	1	16	勤務表上でのカーソル位置は、クロスボイнтаで分かりやすく表示されること。
1	11	1	17	集計対象シフト・スタッフ・期間・曜日を指定したオリジナルシフト集計を作成し、勤務表上に表示できること。
1	11	1	18	オリジナル集計は、シフト個数または拘束時間（日勤帯/夜勤帯/終日）または実働時間（日勤帯/夜勤帯/終日）の、縦合計および横合計が可能であること。
1	11	1	19	オリジナル集計の集計対象シフトは、任意の個数のシフトを柔軟に指定できること。
1	11	1	20	オリジナル集計の集計対象スタッフは、スタッフに割り当てられた属性から任意に指定できること。
1	11	1	21	オリジナル集計の集計対象期間は、当該月のみならず、過去●ヵ月間、様式9の4週間、●月●日起算の4週間、●月●日以降の1年間、直近の有休支給期間等、柔軟な指定ができること。
1	11	1	22	オリジナル集計の対象曜日につき、祝日の扱いを指定できること。

1	11	1	23	オリジナル集計は部門固有のものと、全部門で使用することで区別して作成できること。
1	11	1	24	オリジナル集計は必要に応じて無効化しておけること。
1	11	1	25	勤務表をチームまたはサブチームまたは任意の職員毎に絞り込み表示できること。
1	11	1	26	勤務表をチームまたはサブチームまたは任意の職員毎に絞り込み表示できること。
1	11	1	27	希望されたシフトと異なるシフトが割り当てられたセルは、それがわかるように表示されること。
1	11	1	28	シフトに配置定数が定められた場合、その定数を満たさない配置となった日は、それがわかるように表示されること。
1	11	1	29	勤務表画面上に、4週または歴月の月平均夜勤時間数が常時表示されること。
1	11	1	30	作成途中の勤務表をエクセル出力できること。
1	11	1	31	他部門への応援派遣・応援受入およびその解除が出来ること。
1	11	1	32	応援元と応援先にそれぞれシフトをセットでき、拘束・実働時間数もそれぞれ修正する形の応援登録ができること。
1	11	1	33	応援元から応援時間帯を指定して応援先に登録し、応援元と応援先で別シフトの割り当ておよび拘束・実働時間編集はできないが、一日に複数の先にそれぞれ時間帯指定する形での登録ができること。（こちらの方式か、前項の方式のいずれかを導入時に選択できること）
1	11	1	34	モード切り替えにより、予定・実績シフト、拘束・実働時間数、業務の表示・修正が可能であること。（時間帯指定による登録方式の場合、拘束・実働時間数は編集不要であるため修正不可）
1	11	1	35	拘束・実働時間数については、当該部門と応援または兼務先部門での日勤・夜勤時間数を管理可能であること。（時間帯指定による登録方式の場合、拘束・実働時間数は編集不要であるため修正不可）
1	11	1	36	業務については、採用した勤務表のシフトに対して、業務マスタから業務を3つまで選択して登録できること。
1	11	1	37	業務マスタは、病院全体で共通して使用する業務のマスタと、部門固有の業務のマスタを区別して管理できること。
1	11	1	38	勤務表における業務の割り当て数集計については、業務1~3のどこに割り当てられた業務をカウントするか、絞り込めること。
1	11	1	39	勤務表上のセルに対して、当日当該スタッフの参加イベントを登録できること。
1	11	1	40	作成途中の勤務表を名前を付けて保存し、必要に応じて呼び出せること。
1	11	1	41	複数保存した中から勤務表を選択し、それを採用勤務表として登録できること。
1	11	1	41	勤務表の表示拡大が可能であること。（率を指定）
1	12			<b>勤務表自動作成</b>
1	12	1	1	全体のみならず、チーム、サブチーム、任意の職員を指定した自動作成が可能であること。
1	12	1	2	ある時点以降の自動作成が可能であること。
1	12	1	3	自動作成実行前に、条件の破たんチェックができること。
1	12	1	4	どんなに厳しい条件を指定しても停止せずに結果を出す自動作成であること。
1	12	1	5	自動作成された勤務表につき、条件遵守状況を確認できること。
1	12	1	6	自動作成後、手修正された勤務表についても、条件遵守状況を確認できること。
1	12	1	7	勤務表の手動作成も可能であること。
1	13			<b>勤務表自動作成条件</b>
1	13	1	1	職員は名簿情報に基づき自動でグルーピング（リーダー職員、等）され、自動作成条件登録時の対象者に指定できること。
1	13	1	2	登録した条件は分かりやすく日本語で書き下されること。
1	13	1	3	できるだけ満たす条件については、考慮の優先度の設定が可能であること。
1	13	1	4	各条件は見やすいよう並び替えが可能であること。
1	13	1	5	条件作成においては、既存条件の複製を作成しそれを修正することによる作成が可能であること。
1	13	1	6	各条件は、必要あるときとない時とで有効無効を切り替えられること。
1	13	1	7	自動作成エンジンに対する計算量等のパラメーター調整が可能であること。
1	13	1	8	自動作成を開始した際、他部門が自動作成中であった場合、自分の前に（自動作成中の部門含めて）何部門が自動作成を待機しているか表示されること。
1	13	2		<b>職員のシフトパターン関係</b>
1	13	2	1	週または月あたり何回あるいは何時間勤務可能か登録できること。（4週8休を考慮できること）
1	13	2	2	どの曜日にもどのシフトを何回まで担当可能か登録できること。
1	13	2	3	他スタッフのシフトパターンを、同じパターンが適用されるべき複数スタッフに簡単にコピーできること。
1	13	3		<b>勤務希望関係</b>
1	13	3	1	必ず／できるだけ、満たす／避ける希望を考慮できること。
1	13	3	2	1日に複数シフト（その中のいずれかの意）の希望を考慮できること。
1	13	4		<b>シフトの並び関係</b>
1	13	4	1	2交代・3交代のシフトの並びを登録できること。
1	13	4	2	正循環の勤務を実現するための並びを登録できること。
1	13	4	3	その他自由な並びを登録できること。
1	13	5		<b>日々のシフト配置数関係</b>
1	13	5	1	曜日あるいは日付によったシフト毎配置数を登録できること。
1	13	5	2	チームまたはサブチームによったシフト配置数内訳を指定できること。
1	13	6		<b>その他横軸方向の条件</b>
1	13	6	1	特定シフト（複数可）の合計回数、連続回数、間隔日数の制限を指定できること。
1	13	6	2	シフト順序の出現回数、連続回数、間隔日数の制限を指定できること。
1	13	6	3	隣り合うシフト順序の制限を指定できること。（夜明夜明の後は必ず休、など）
1	13	6	4	特定シフト（複数可）の担当可能時間数合計の制限を指定できること。
1	13	6	5	72時間夜勤を満たす指定が出来ること。
1	13	6	6	特定曜日（土日祝日等）に割り当てられる連休の回数を指定できること。
1	13	6	7	シフトの並びの推奨・非推奨、出現回数制限を指定できること。
1	13	6	8	ある日または曜日と別の日または曜日での特定シフト担当回数の差分あるいは割合の目標値を指定できること。
1	13	6	9	あるシフトと別のシフトの担当回数の差分あるいは割合の目標値を指定できること。
1	13	7		<b>その他縦軸方向の条件</b>
1	13	7	1	職員またはグループの組合せの推奨・非推奨、出現回数制限を指定できること。
1	13	7	2	特定シフト（複数可）担当スタッフのスキルレベル平準化ができること。
1	13	7	3	あるシフト担当者とのシフト担当者の人数の差分あるいは割合の目標値を指定できること。
1	13	7	4	シフトによった、リーダーや初心者等の最低・最高配置数を指定できること。
1	13	7	5	シフト担当者のスキルレベルが不足する場合、当該シフト配置を増やす対応が出来ること。
1	14			<b>連携・カスタマイズ</b>
1	14	1	1	周辺システムと、ファイルを介した連携が行えること。
1	14	1	2	周辺システムと、DBを介した連携が行えること。
1	14	1	3	必要に応じて、帳票やシステム機能のカスタマイズが行えること。
1	15			<b>出力</b>
1	15	1	1	勤務表を予定・実績それぞれ、イベント・勤務希望・職員メッセージが確認可能な形でカラーまたはモノクロでエクセル出力できること。
1	15	1	2	白紙勤務表をエクセル出力できること。
1	15	1	3	予定・実績勤務表（公的書式）をPDF・エクセル出力できること。
1	15	1	4	様式8（看護要員の名簿）をエクセル出力できること。
1	15	1	5	様式9（歴月）のエクセル出力が部門個別・届出区分単位で可能であること。
1	15	1	6	様式9（歴月）を、任意の部門・勤務表・チーム・サブチーム単位（複数選択可）で、任意の届出区分または加算を設定しエクセル出力し、病棟構成変更等のシミュレーションができること。
1	15	1	7	様式9（4週）の出力が部門個別・届出区分単位で可能であること。

1	15	1	8	様式9（4週）を、任意の部門・勤務表・チーム・サブチーム単位（複数選択可）で、任意の届出区分または加算を設定しエクセル出力し、病棟構成変更等のシミュレーションができること。
1	15	1	9	様式20をエクセル出力できること。
1	15	1	10	特定スタッフのみ抽出表示した勤務表をエクセル出力できること。
1	15	1	11	週間予定表（当該部門当該週の曜日毎シフト別配置職員一覧）をエクセル出力できること。
1	15	1	12	個人プロフィールを出力できること。
1	15	1	13	様式9から控除されたイベント、あるいは、スタッフが申告した控除の一覧を出力できること。
1	15	1	14	勤務表の日付あるいはセルに対して登録されたコメントの一覧を出力できること。
1	15	1	15	その他必要に応じた帳票の開発が可能であること。
1	15	1	16	週間業務分担表（当該部門当該週の業務一覧）をエクセル出力できること。
1	15	1	17	業務分担表（勤務表上のシフトに対して業務マスタから割り当てられた業務を示したもの）をエクセル出力できること。
1	15	1	18	イベントリストをエクセル出力できること。
1	16			要件監視
1	16	1	1	自動作成を使っている前提で、様式9にまつわる条件の遵守状況の将来予測が可能であること。
1	16	1	2	不足が予測される場合、職種と勤務形態による補充必要人数と補充期限を試算できること。
1	16	1	3	時点を指定した、職員の常勤換算に基づく人数集計が行えること。
1	17			サポート
1	17	1	1	ユーザのQ&A対応が可能であること。
1	17	1	2	システム不具合時に遠隔操作による対応が可能であること。
1	17	1	3	診療報酬改定対応が行われること。（様式9等）



調剤支援システム				
1	1			システム構築ハード品およびソフトについては、以下の要件を満たすこと。
1	1	1		クライアント端末は以下の要件を満たすこと。
1	1	1	1	CPUはインテル Corei3-13100(最大4.5GHz)またはそれと同等以上の性能のものを有すること。
1	1	1	2	メモリは合計8GB以上であること。
1	1	1	3	HDDもしくはSSDは256GB以上を搭載していること。
1	1	1	4	OSはWindows11 Pro 64bit、またはそれと同等以上であること。
1	1	1	5	上記端末を5台準備すること。
1	1	2		外部メディア及びミドルウェアとして以下の要件を満たすこと。
1	1	2	1	【SiCSP】 Win Sv 2022 DEVICE CAL 17本
1	1	2	2	外付けHDD(NAS/4TB) HDL4-Z22WATB04
1	1	2	3	SQLSvrStd Core 2019 2LicCoreLic Embedded 6本
1	1	2	4	【SiCSP】 Excel LTSC 2021 5本
1	1	2	5	フォーマット済Blu-rayディスクライブラリ LBD-PWAGU3LBK

二要素認証システム			
1	1		全般
1	1	1	本システムは、ユーザが電子カルテシステムアプリを利用する際に、認証強度が高い方式を用いて本人認証を行うことを目的とする。なお、ユーザ管理・認証方法等は、運用面も含め、効率的で利便性の高いシステムであること。
1	1	2	稼働する電子カルテシステム端末で動作可能なこと。
1	2		ハードウェア（周辺機器）
1	2	1	認証システムサーバ
1	2	1	認証システムサーバは、本院が用意するサーバ上に構築すること。
1	2	2	CPUは、4コア以上であること。
1	2	3	主記憶容量は、16GB以上であること。
1	2	4	内蔵システムディスクは、実効容量500GB以上であること。
1	2	5	OSはMicrosoft社製、WindowsServer2022Standard相当であること。
1	2	6	データベースはMicrosoft社製、SQLServer2022SEExpress相当であること。
1	3		システム要件
1	3	1	利用者情報連携機能
1	3	1	電子カルテシステムの利用者情報を取得し、認証用利用者情報を格納可能であること。
1	3	2	利用者認証機能
1	3	2	ソフトウェアは、サーバ及びクライアントから構成されていること。
1	3	2	クライアントのOSは、Windows10/11に対応していること。
1	3	2	ユーザ認証の認証方式は、以下の二要素認証に対応していること。 ・ICカード+パスワード ・ICカード+顔認証 ・ID、パスワード+顔認証
1	3	2	認証の方式（IC+パスワード、ID+パスワード+顔認証、ICカード+顔認証等）は、稼働後も必要な機器等を追加することにより上限無く設定・運用が可能なおこと。
1	3	2	利用者認証を実施する対象システムのログイン画面を検知し、認証画面を呼び出すことが可能であること。
1	3	2	一人の利用者に対して、複数のアカウント情報（異なるIDとパスワード）を登録可能であること。シングルサインオンで使用するIDとパスワードを定義可能であること。
1	3	2	上記機能は、当院職員でメンテナンス可能であること。
1	3	2	ロックされている時は、再度、ログイン時と同様の認証を行いロックを解除可能であること。また、別の利用者がログインすることも可能なこと。
1	3	2	認証システムサーバとクライアント端末間の認証情報の通信は暗号化などの方法によりセキュリティの高い方法を利用していること。
1	3	2	電子カルテシステム以外の病院情報システムアプリケーションに対しても二要素認証の対応が可能であること。その際の費用は別途とする。
1	3	3	顔認証要件
1	3	3	マスク装着状態でも顔認証ができること。また写真や動画などによる生体以外のなりすまし防止機能がある場合加点とする。
1	3	3	顔認証処理は、サーバ側で処理可能な仕組みであること。
1	3	3	許容最低照度は、100Lux程度であること。
1	3	3	顔向き角度の最大許容検出範囲は、左右±45°、上下±30°、回転±90°であること。
1	3	3	認証用顔テンプレートは、10個保存可能で、認証の都度、スコアの良いテンプレートに置き換えることで、経年対策ができること。
1	3	3	認証用顔テンプレートの登録ツールを提供できること。
1	3	3	認証用顔テンプレート登録ツールは、ID+パスワードで本人確認実施後、顔を撮影して登録できること。
1	3	3	顔写真から認証用顔テンプレートを登録することもできること。また、本機能は、一括登録や差分登録に対応していること。
1	3	4	パスワード管理機能
1	3	4	以下のパスワードのルールを設定可能なこと。 ・最低桁数 ・生年月日の使用可否 ・世代管理（指定の前世代と同じパスワードの使用不可設定。2世代以上を必須とし当院にて設定可能であること） ・英字（大文字・小文字）、数字、記号の組合せの指定。 ・その他、使用不可能な文字等の指定
1	3	4	一定時間に指定回数パスワード間違いをした場合は、アカウントロックをし、ログインできないように設定可能であること。また、一定時間及び指定回数は設定・変更可能であること。
1	3	4	パスワード間違いによりアカウントロックされた場合は、一定時間経過後、自動的に解除可能であること。また、一定時間は設定・変更可能であること。
1	3	4	パスワード間違いによりアカウントロックされた場合は、管理者により解除することも可能であること。
1	3	4	利用者がパスワードを忘れた時は、管理者がパスワードのリセットが可能であること。
1	3	5	シングルサインオン機能
1	3	5	シングルサインオン機能を利用可能であること。
1	3	5	自動代行入力が可能であること。本機能は、各業務システムのログイン画面に対してID、パスワード及びログイン等の任意のボタン押下を自動処理可能であること。
1	3	5	自動代行入力用の設定ツールが用意されていること。
1	3	5	自動代行入力の設定は、簡単に設定可能な機能が用意されていること。
1	3	5	1人の利用者に対して複数のID及びパスワードの管理が可能で、各業務アプリケーションごとに使用するID及びパスワードを設定可能であること。
1	3	6	ログ管理機能
1	3	6	次のログの取得が可能なおこと。 ・サービス起動、終了時刻 ・利用開始（ログイン）時刻、終了（ログアウト）時刻 ・シングルサインオン対象システムの起動時刻 ・利用者認証時の認証方法（二要素認証か一要素認証か判別可能なこと）
1	3	6	上記ログは、画面で検索し、絞り込みが可能なおこと。また、CSV形式のファイルに出力可能なこと。 絞り込みは下記の項目の組み合わせで可能であること。 ・日時指定、範囲指定 ・職員指定 ・上記の取得可能ログ項目での絞り込み
1	3	6	ログの保存期間は、180日とし、それより古いログはアーカイブし保存可能であり、必要に応じて参照可能であること。
1	4		マスタ管理機能
1	4	1	利用者マスタ
1	4	1	利用者マスタ（利用者ID、パスワード、ICカード情報、生体情報、職種、権限）が登録可能であること。
1	4	1	一人の利用者に対して、複数のID、パスワードが異なるアカウント情報を登録可能であること。また、登録可能なアカウント情報は上限が無いこと。
1	4	1	利用者の有効期間については、開始日と終了日を設定できること。
1	4	1	利用者情報が有効か無効かをフラグ管理可能であること。
1	4	2	動作ポリシー設定
1	4	2	端末の動作ポリシーの設定が以下の項目で可能であること。また、本設定は上限無く複数設定可能であること。 ・認証方法（例：一要素、二要素または生体認証の有無等）

1	4	2	2	<p>端末の動作ポリシーは以下の指定及び組み合わせで設定可能であること。また、本設定は上限無く複数設定可能であること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・端末指定</li> <li>・端末グループ</li> <li>・利用者指定</li> <li>・利用者グループ</li> <li>・端末指定 及び 利用者指定</li> <li>・端末指定 及び 利用者グループ</li> <li>・端末グループ 及び 利用者指定</li> <li>・端末グループ 及び 利用者グループ</li> </ul>
1	5			障害対応
1	5	1		障害対応
1	5	1	1	利用者認証システムにおいて何らかの理由で利用できない場合に、緊急的に認証画面を解除し対象システムのログイン画面に遷移可能なこと。
1	6			その他機能
1	6	1		電子カルテシステム連携機能
1	6	1	1	認証実施後、ログイン者情報を電子カルテシステムのログイン画面にID,パスワードを代理入力が可能であること。
1	6	1	2	電子カルテシステムの離席操作後、電子カルテシステムのロック画面を検知し、認証画面を呼び出すことが可能であること。