

医療情報システム標準要件仕様書

市立福知山市民病院

目 次

- 1 施設概要・調達システム概要
- 2 基本要件
- 3 ハードウェア要件
- 4 ネットワーク要件
- 5 環境・セキュリティ・その他
- 6 電子カルテシステム機能要件
- 7 オーダリングシステム機能要件
- 8 看護支援システム機能要件
- 9 クリニカルパスシステム機能要件
- 10 分院対応機能要件
- 11 医事システム機能要件
- 12 D P C 請求システム機能要件
- 13 看護勤務管理システム機能要件
- 14 輸血管理システム機能要件
- 15 地域医療連携システム機能要件
- 16 病理システム機能要件
- 17 内視鏡システム機能要件
- 18 リハビリテーションシステム機能要件
- 19 病歴・がん登録・がん検索システム機能要件
- 20 健診システム機能要件
- 21 給食・栄養管理システム機能要件（栄養管理）
- 22 給食・栄養管理システム機能要件（栄養指導）
- 23 給食・栄養管理システム機能要件（NST）
- 24 DWH 機能要件
- 25 院内ポータル・グループウェア機能要件
- 26 診察待ち表示システム機能要件（本院）
- 27 診察待ち表示システム機能要件（分院）
- 28 会計表示システム機能要件
- 29 総合案内表示システム機能要件
- 30 診断書作成支援システム機能要件
- 31 インシデントシステム機能要件
- 32 感染管理システム機能要件
- 33 統計

《下記別表は各要件内に含む》

別紙1	詳細保守条件
別紙2	ハードウェアメンテナンス明細表
別紙3	相乗り対象システム
別紙4	システム関連図
別紙5	導入機器及び構成一覧

1				施設概要・調達システム概要				
1	1			本調達の範囲				
1	1	1		調達範囲				
1	1	1	1	本調達は、市立福知山市民病院（以下「本院」という）及び市立福知山市民病院大江分院（以下「分院」という）の2施設における病院情報システムの導入を行うものである。				
1	1	2		病院概要				
1	1	2	1	名 称 市立福知山市民病院（本院）		名 称 市立福知山市民病院 大江分院（分院）		
1	1	2	2	所 在 地 京都府福知山市厚中町231番地（本院）		所 在 地 京都府福知山市 大江町河守180番地（分院）		
1	1	3		調達の目的及び基本方針				
1	1	3	1	（目的）医療の質、患者サービスの向上を図り効率的な病院経営を実現するため、現在稼働している電子カルテシステム等の医療情報システムを更新し、情報の共有及び連携による病院機能の向上と業務の効率化を図るものである。 （基本方針） ア システムの安定稼働（パッケージベースの導入による安定稼働、停電時における最低限運用を担保） イ 業務効率化・標準化 ウ 患者情報共有による医療の質向上 エ データの活用（経営指標管理や学会報告等を含むデータの有効活用を目指す） オ 拡張性の追求（制度改定・機能改良対応が円滑であり費用抑制を図る） カ セキュリティ対策				
1	2			調達システム				
1	2	1		調達システム概要				
1	2	1	1	本調達は市立福知山市民病院（以降「本院」）、並びに市立福知山市民病院大江分院（以降「分院」）の医療情報システムを対象とする。				
1	2	1	2	対象は以下のものを含む。 ＜本院＞ （１）電子カルテシステム （２）オーダーリング （３）看護支援システム （４）クリニカルパスシステム （５）医事システム （６）ＤＰＣ請求システム （７）看護勤務管理システム （８）輸血管理システム （９）地域医療連携システム （１０）病理システム （１１）内視鏡システム （１２）リハビリテーションシステム （１３）病歴・がん登録・がん検索システム （１４）インシデントシステム （１５）健診システム （１６）給食・栄養管理システム （１７）ＤＷＨ （１８）院内ポータル・グループウェア （１９）診察待ち表示システム （２０）会計表示システム （２１）総合案内表示システム （２２）診断書作成支援システム （２３）感染管理システム		対象は以下のものを含む。 ＜分院＞ （１）電子カルテシステム （２）オーダーリング （３）看護支援システム （４）クリニカルパスシステム （５）医事システム （６）ＤＰＣ請求システム （７）看護勤務管理システム （８）地域医療連携システム （９）病理システム （１０）リハビリテーションシステム （１１）病歴・がん登録・がん検索システム （１２）インシデントシステム （１３）ＤＷＨ （１４）院内ポータル・グループウェア （１５）診察待ち表示システム （１６）診断書作成支援システム （１７）感染管理システム		
1	2	1	3	分院で利用していないシステムであっても分院から参照する仕組みを有すること。				
1	2	1	4	併設環境の構築等および機器の増設に係る LAN 敷設工事含むものとす				
1	2	2		調達システムのライセンス数		本院	分院	合計
1	2	2	1	電子カルテシステムを使用する端末数は右記の通りとする。		「1.2.7」電子カルテ用クライアントと同数		
1	2	2	2	オーダーリングシステムを使用する端末数は右記の通りとする。		「1.2.7」電子カルテ用クライアントと同数		
1	2	2	3	看護支援システムを使用する端末数は右記の通りとする。		「1.2.7」電子カルテ用クライアントと同数		
1	2	2	4	クリニカルパスシステムを使用する端末数は右記の通りとする。		「1.2.7」電子カルテ用クライアントと同数		
1	2	2	5	医事システムを使用する端末数は右記の通りとする。		「1.2.7」電子カルテ用クライアントと同数		
1	2	2	6	ＤＰＣ請求システムを使用する端末数は右記の通りとする。		「1.2.7」電子カルテ用クライアントと同数		
1	2	2	7	看護勤務管理システムを使用する端末数は右記の通りとする。		「1.2.7」電子カルテ用クライアントと同数		
1	2	2	8	輸血管理システムを使用する端末数は右記の通りとする。		5	0	5
1	2	2	9	地域医療連携システムを使用する端末数は右記の通りとする。		「1.2.7」電子カルテ用クライアントと同数		
1	2	2	10	病理システムを使用する端末数は右記の通りとする。		7	0	7
1	2	2	11	内視鏡システムを使用する端末数は右記の通りとする。		7	0	7
1	2	2	12	リハビリテーションシステムを使用する端末数は右記の通りとする。尚、リハビリシステムの結果参照は全端末で確認できること。		50（最大同時接続台数）		

1				施設概要・調達システム概要			
1	2	2	13	病歴・がん登録・がん検索システムのライセンス数は右記の通りとする。	「1.2.7」電子カルテ用クライアントと同数		
1	2	2	14	インシデントシステムを使用する端末数は右記の通りとする。	「1.2.7」電子カルテ用クライアントと同数		
1	2	2	15	健診システムを使用する端末数は右記の通りとする。	10	0	10
1	2	2	16	給食・栄養管理システムを使用する端末数は右記の通りとする。	10	0	10
1	2	2	17	DWHを使用する端末数は右記の通りとする。	「1.2.7」電子カルテ用クライアントと同数		
1	2	2	18	院内ポータルを使用する端末数は右記の通りとする。	「1.2.8」電子カルテ用クライアントと同数		
1	2	2	19	グループウェアを使用する端末数は右記の通りとする。	136	24	160
1	2	2	20	診察待ち表示システムを使用する端末数は右記の通りとする。	「1.2.7」電子カルテ用クライアントと同数		
1	2	2	21	会計表示システムを使用する端末数は右記の通りとする。	1	1	2
1	2	2	22	総合案内表示システムを使用する端末数は右記の通りとする。	5 (サーバライセンス1 クライアントライセンス4)	0	5
1	2	2	23	診断書作成支援システムを使用する端末数は右記の通りとする。	「1.2.7」電子カルテ用クライアントと同数		
1	2	2	24	感染管理システムを使用する端末数は右記の通りとする。	「1.2.7」電子カルテ用クライアントと同数		
1	2	2	25	患者呼び出しシステムを使用する端末数は右記の通りとする。	0	2 (サーバライセンス1 クライアントライセンス1)	2
1	2	2	26	ファイル暗号化システムを使用する端末数は右記の通りとする。	136	24	160
1	2	2	27	ウイルスバスター管理システムを使用する端末数は右記の通りとする。	950		
1	2	2	28	デバイス制御システムを使用する端末数は右記の通りとする。	950		
1	2	2	29	Microsoft社製Office2019 Standardのライセンス数は右記の通りとする。	736	77	813
1	2	2	30	Microsoft社製Access2019のライセンス数は右記の通りとする。	20	0	20
1	2	2	31	医学辞書並びにATOKのライセンス数は右記の通りとする。	736	77	813
1	2	3		調達物品名及び導入構成内訳			
1	2	3	1	病院情報システム 一式			
1	2	4		調達品ハードウェア（基幹サーバ）			
1	2	4	1	基幹系クラスタサーバ(ワーキング、APメディア、医事)			
1	2	4	2	基幹系ストレージ(ワーキング、APメディア、医事)			
1	2	4	3	参照サーバ			
1	2	4	4	バックアップサーバ			
1	2	4	5	運用管理サーバ			
1	2	4	6	ドメインサーバ			
1	2	4	7	タイムサーバ			
1	2	4	8	仮想統合_ORACLESQL系サーバ			
1	2	4	9	仮想統合_ORACLESQL系ストレージ			
1	2	4	10	仮想統合_運用系サーバ			
1	2	4	11	仮想統合_運用系ストレージ			
1	2	4	12	評価系ホストサーバ			
1	2	4	13	OA系ドメインサーバ			
1	2	4	14	OA系仮想統合サーバ			
1	2	4	15	ネットワーク監視システムサーバ			
1	2	4	16	その他必要と思われるサーバは含めること。尚、上記サーバは仮想統合することも認める。			
1	2	5		調達品ハードウェア（部門システムサーバ）			
1	2	5	1	部門系仮想サーバ			
1	2	5	2	その他必要と思われるサーバは含めること。			
1	2	6		調達品ハードウェア（その他サーバ）			
1	2	6	1	ウィルス対策ソフトサーバ			
1	2	6	2	SS-MIXストレージサーバ			
1	2	6	3	タイムサーバ			
1	2	6	4	その他必要と思われるサーバは含めること。尚、上記サーバは仮想統合することも認める。			
					数 量		
1	2	7		調達品ハードウェア（端末系機器）（クライアントにはマウスを含む）	本院	分院	合計
1	2	7	1	電子カルテ用デスクトップクライアント	428	41	469
1	2	7	2	電子カルテ用ノートクライアント	100	6	106
1	2	7	3	電子カルテ用無線用ノートクライアント（PNS用）	60	5	65
1	2	7	4	電子カルテ用無線用ノートクライアント(研修用)	15	0	15
1	2	7	5	電子カルテ用無線用ノートクライアント（外来無線用）	10	0	10
1	2	7	6	OA用ノートクライアント	35	0	35
1	2	7	7	フリーノートクライアント	7	3	10
1	2	7	8	総合案内表示板用デスクトップクライアント （右記台数の内1台はサーバとして利用）	5	0	5
1	2	7	9	患者呼び出しシステム用デスクトップクライアント （右記台数の内1台はサーバとして利用）	0	2	2

1				施設概要・調達システム概要			
1	2	7	10	内視鏡システム専用デスクトップクライアント	3	0	3
1	2	7	11	病理システム専用デスクトップクライアント	6	0	6
1	2	7	12	病理システム専用ノートクライアント	1	0	1
1	2	7	13	看護携帯端末	93	10	103
1	2	7	14	自動再来受付用端末	3	1	4
1	2	8		調達品ハードウェア（プリンタ関連機器）	本院	分院	合計
1	2	8	1	レセプト出力用高速プリンタ	1	0	1
1	2	8	2	A4モノクロレーザープリンタ（両面印刷）	184	25	209
1	2	8	3	A3モノクロレーザープリンタ	32	8	40
1	2	8	4	A4カラーレーザープリンタ	5	0	5
1	2	8	5	A3カラーレーザープリンタ	6	4	10
1	2	8	6	病理システム用A4カラープリンタ	1	0	1
1	2	8	7	病理システム用A4モノクロレーザープリンタ	1	0	1
1	2	8	8	ラベルプリンタ	流用	流用	流用
1	2	8	9	リストバンドプリンタ	流用	流用	流用
1	2	9		調達品ハードウェア（大型ディスプレイ）	本院	分院	合計
1	2	9	1	70型ディスプレイ（会計表示システム）	流用	流用	流用
1	2	9	2	43型ディスプレイ（診察案内表示システム） ※ディスプレイ制御端末、取り付け金具、フレーム、各種ケーブル含む。	9	0	12
1	2	9	3	43型ディスプレイ（患者呼び出しシステム）	0	1	1
1	2	9	4	17型ディスプレイ（診察案内表示システム） ※ディスプレイ制御端末、取り付け金具、フレーム、各種ケーブル含む。	37	0	37
1	2	9	5	70型ディスプレイ（総合案内表示システム）	流用	流用	流用
1	2	9	6	49型ディスプレイ（総合案内表示システム） ※ディスプレイ制御端末、取り付け金具、フレーム、各種ケーブル含む。	4	0	4
1	2	10		調達品ハードウェア（自動精算機）	本院	分院	合計
1	2	10	1	自動精算機	2	0	2
1	2	11		調達品ハードウェア（その他機器等）	本院	分院	合計
1	2	11	1	一次元バーコードリーダ	流用	流用	流用
1	2	11	2	二次元バーコードリーダ	流用	流用	流用
1	2	11	3	液晶ペンタブレット	2	0	2
1	2	11	4	A4スキャナ	8	流用	8
1	2	11	5	A3スキャナ	流用	流用	流用
1	2	11	6	P O Sレジ	1	1	2
1	2	11	7	診察券発行機	2	1	3
1	2	11	8	番号読み込み端末（患者呼び出しシステム用）	0	3	3
1	2	11	9	セキュリティワイヤー	流用	流用	流用
	2	11	10	モバイルノート端末	1	0	1
1	2	11	11	iPad（輸血用含む）	5	0	5
1	2	11	12	ネットワーク監視モニター	1	0	1
1	2	11	13	ポータブルSSD	3	0	3
1	2	11	14	PDF変換スキャナ	1	0	1
1	2	11	15	プロジェクター	1	0	1
1	2	11	16	プロジェクタースクリーン	2	0	2
1	2	12		調達品ハードウェア（LANおよびその他設備）			
1	2	12	1	・LANケーブルは流用。別途追加部分のみ敷設。 ・物品搬入、機器据付、調整を含む。			
1	2	12	2	保守用LANケーブル			
1	2	13		調達品（その他）			
1	2	13	1	プリンター用資材（トナー・ドラム）			
1	2	14		調達品ソフトウェア（HIS系）			

1				施設概要・調達システム概要
1	2	14	1	<p>HIS系システムとして、以下のものを含むこと。部門システムは全て基幹システムに接続し、接続費用も入札金額に含めること。</p> <p>尚、本院及び分院に導入するシステムについては、本仕様書「1. 施設概要・調達システム」内「1.2.1.2」を参照すること。</p> <p>(1) 電子カルテシステム (2) オーダリング (3) 看護支援システム (4) クリニカルパスシステム (5) 医事システム (6) D P C 請求システム (7) 看護勤務管理システム (8) 輸血管理システム (9) 地域医療連携システム (10) 病理システム (11) 内視鏡システム (12) リハビリテーションシステム (13) 病歴・がん登録・がん検索システム (14) インシデントシステム (15) 健診システム (16) 給食・栄養管理システム (17) DWH (18) 院内ポータル・グループウェア (19) 診察待ち表示システム (20) 会計表示システム (21) 総合案内表示システム (22) 診断書作成支援システム (23) 感染管理システム</p> <p>また以下のものを含むこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Microsoft社製Office2019相当 ・医療辞書並びに日本語辞書（ATOK相当） ・ウイルス対策ソフト（ウイルスバスター相当）
1	2	15		接続システム（HIS系）
1	2	15	1	<p>HIS系システムとして、以下のシステムと接続し、接続費用も入札金額に含めること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・麻酔システム（日本光電社関西社製） ・透析システム（日機装社製） ・眼科ファイリングシステム（ニデック社製） ・ナースコールシステム（ケアコム社製） ・薬剤部門システム（トーショー社製） ・臨床検査システム（B M L 社製） ・細菌検査システム（シーメンス社製） ・生理検査システム（日本光電関西社製） ・生体情報管理システム（日本光電関西社製） ・採血管準備システム（テクノメディカ社製） ・放射線部門システム（富士フイルムメディカル社製） ・画像ファイリングシステム（富士フイルムメディカル社製） ・画像レポートシステム（富士フイルムメディカル社製） ・D P C 分析システム（コネクト情報テクノロジー社製） ・副カルテシステム（ケルン社製） ・地域医療連携ネットワークシステム（日本電気社製） ・アンギオ動画システム（東芝メディカルシステム社製） ・放射線治療部門システム（富士フイルム医療ソリューションズ社製）
1	2	16		調達品ソフトウェア（OA系）
1	2	16	1	<p>OA系システムとして、以下のものを含むこと。</p> <p>また本機能要件は、「20. 院内ポータル・グループウェア機能要件」を参照すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・グループウェア ・Microsoft社製Office2019相当 ・医学辞書並びに日本語辞書（ATOK相当） ・ウイルス対策ソフト（ウイルスバスター相当） ・Pirates Buster相当品 <p>その他、OA系端末では以下の機能を利用できること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・端末利用時のログイン、ログオフのログが取得可能なこと。 ・共有フォルダ ・インターネット

2				基本要件
2	1			システム要件（一般） ・受注者は提案システムを導入するにあたり本基本要件に基づいて実装しなければならない。但し、本基本要件に由来して本章以降の仕様に記載の無い個別のアプリケーション機能を要求するものではないことを付記する。
2	1	1		基本要件
2	1	1	1	提案システムは、令和年6月1月に本番稼働を行うことを前提とする。
2	1	1	2	本調達システム概要の内容を全て網羅したシステム構築、導入を行うこと。
2	1	1	3	パッケージソフトウェアの適用を基本としたシステム構成であること。
2	1	1	4	利用者指向でメンテナンス性の高いシステムであること。 また、新システム稼働後も病院の運用にあわせたカスタマイズ対応が都度可能であること。
2	1	1	5	診療系、看護系、事務系業務を統合的にシームレスに運営できるシステムであること。
2	1	1	6	部門システムとの接続はリアルタイム性を重視したソケット通信方式であること。
2	1	1	7	基幹システムのサーバ間のデータは必要に応じてリアルタイムな連携・同期がとれること。
2	1	1	8	データベースは、継続した使用や技術者の確保、標準化への対応の観点からORACLE社製データベース等国際標準規格SQL99に準拠した製品を採用すること。
2	1	1	9	採用するデータベースは外部機関のセキュリティ標準に準拠していること。
2	1	1	10	汎用性と操作・保守の容易性を考慮し、各サーバに使用するオペレーティングシステム（OS）は、OSはWindows Server 2022(相当以上)を採用し、共通したOSを使用すること。
2	1	1	11	クライアントOSは、電子カルテ用クライアント及びOA用クライアントともにWindows 10（相当以上）を採用すること。
2	1	1	12	クライアントは、機能的に構成された高速ネットワーク（LAN）に接続されていること。
2	1	1	13	入出力業務の応答速度は病院業務を円滑に遂行し、かつその作業能率の向上を実現できる水準を有するものであること。
2	1	1	14	システムの応答速度は概ね3秒以内とする。但し、多項目にわたる検索を伴う業務や大量のデータを参照する画面については除く。
2	1	1	15	障害対策は自動切替を基本とする。ノード・スイッチ等を人手を介して切替を行うような対策についてはこれを認めない。
2	1	1	16	厚生労働省委託事業における用語／コード標準化委員会の開発方針に基づいた標準マスタ（病名、手術・処置、医薬品、検査、医療材料）を使用することが可能なこと。
2	1	1	17	厚生労働省、MEDIS-DC等で提供している標準コードマスタを使用すること。また、診断・看護診断等の各種マスタ、およびシェーマ等の画像マスタについても受注者側で準備可能な範囲で提供を行う、あるいは提供元の紹介を行う等の便宜を図ること。各種マスタの採用については導入時に協議する。
2	1	1	18	以下に関しては個別アプリケーション機能、ならびに導入実績にかかる要件となるが、システム全体における当該項目の特殊性を鑑みてあえて基本要件として記載する。
2	1	1	19	患者の容態変化に応じて内容を臨機応変に対応できるパスであること。
2	1	1	20	DPC請求を他施設において稼働させた実績を有すること。（DPC調査は除く。）
2	1	1	21	DPCレセプト電算システムを他施設において稼働・請求業務に採用された実績を有すること。
2	1	1	22	同一府県下での自治体公費請求に対応した実績を有すること。
2	1	1	23	病棟業務の効率化を考慮し、バイタル入力、実施入力等において携帯端末（PDAもしくはスマートフォン）を選択可能なシステムであること。
2	1	1	24	基幹システムと連動したDWHが付加できるシステムであること。
2	1	1	25	胎児(母体ID)と出生後の乳幼児(独立ID)との関連付けが可能である等、患者IDに関するリンク機能を有していること。
2	1	1	26	システム運用をする当院職員もしくはそれに準ずる要員に対し、システムバックアップ等サーバ運用に関わる方法に関して情報提供を行うこと。
2	1	1	27	指定したクライアント端末（当院が指定する病院調達システムも含む）に対して、ソフトウェアによるウイルス、ハッキング、クラッキング対策を施すこと。その時にかかる費用を見積りに含めること。なお、パターンファイルの更新契約については5年分を見積ること。
2	1	1	28	各クライアントとサーバ、プリンタ間において、運用上支障のない応答時間が得られること。また、通常使用時にレセプト処理のような大量一括処理を行った場合でも、応答時間に多大な影響を及ぼさないような対策が講じられていること。
2	1	1	29	個人情報保護法に該当する項目については特に細心の注意を払い、不適切な管理、無断での外部持ち出し等の無い様十分注意すること。
2	1	1	30	システム更新にあたり、受注者は現行システム機器の撤去及び廃棄、現行システムデータの消去を行うこと。尚、実施にあたっては当院と相談の上、実施すること。

2				基本要件
2	1	2		三原則の遵守
2	1	2	1	「診療録等の電子保存に係る三原則」（真正性・見読性・保存性）に対応していること。 なお現行システムから移行されたデータにおいても新システムで三原則を担保すること。 また過去参照サーバ構築や現行サーバの残置などは一切認めない。
2	1	2	2	真正性を保証するために、過去の診療データの改ざん防止策として追記型データベースを有すること。
2	1	3		利用者認証等
2	1	3	1	クライアント端末利用時に利用者認証（所属・職種）を行い、システムログイン時に端末利用者の資格権限のチェックが行えること。
2	1	3	2	利用者の利用範囲を限定する権限設定を行う事が可能なシステムであること。
2	1	3	3	一定時間端末を放置した場合に、スクリーンセーブ機能が動作し、再度画面表示した場合には操作者認証が行えること。
2	1	3	4	改竄防止、患者プライバシー保護に配慮したセキュリティ機能を有し、業務開始時にオペレータIDとパスワード入力等により、端末利用者の資格権限をチェックし、利用者の権限設定を行う事が可能なシステムであること。
2	1	4		耐障害性
2	1	4	1	サーバ機器には、瞬時停電を考慮し、各サーバに無停電装置（UPS）を設置できること。
2	1	4	2	各サーバは処理量のピーク時の負荷を考慮したシステム構成とし、処理量の平準化を考慮していること。
2	1	4	3	容量不足によるシステム障害が発生しないように、各システムのサーバのディスク容量は十分な容量を確保すること（最低6年間追加することが無いようにすること）。
2	1	4	4	病棟業務においては24時間運用と業務の継続性への配慮から、ネットワークに障害が発生した場合でも、診療内容、検査データ等の患者情報を参照可能であること。
2	1	4	5	サーバのディスク装置に関しては、原則としてRAID構成とし、業務の停止を防止すること。
2	1	4	6	基幹システムのメインサーバは障害対策として二重化すること。二重化とはサーバを2台設置することではなく、障害発生時に自動的に一方が他を補完する機能を有する必要がある。人手を介したノードやコネクタのつなぎ換えを前提とした提案は認めない。
2	1	5		バックアップ
2	1	5	1	各データベースは通常業務の遂行に支障を来さないバックアップが行えること。
2	1	5	2	診療データ等のバックアップ媒体は、データ量に応じて十分な容量を確保できるものとする。
2	1	5	3	障害発生時に障害前への復元能力を有することにより病院業務に支障を及ぼす範囲を極小化し、復旧時の保守管理操作も容易であること。
2	1	5	4	バックアップは本体とは別の場所に保存できる仕組みを持つこと。
2	1	5	5	媒体にテープを使用する場合は、1回のバックアップ処理で1本以内に収めること。
2	1	6		ソフトウェア基本
2	1	6	1	1台の端末で複数の患者データが同時に参照できること。
2	1	6	2	患者選択時に他のクライアントで処理中（患者画面表示中）であることが表示できること。但し、同一患者のデータを同時に複数のクライアントで利用できること。
2	1	6	3	診療情報を電子化する上で、より簡単にスピーディに入力する有効なツールを装備すること。
2	1	6	4	仮想統合_ORACLESQL系サーバ
2	1	6	5	診療行為の修正、削除、登録について、誰が、どの端末で、いつ、何の操作を行ったかログ情報が採取、参照できること。
2	1	6	6	診療録の保存に関しては、機密保護機能が実装されたシステムであること。
2	1	6	7	1回のログインで電子カルテシステム・看護支援機能（看護システム）・クリニカルパス機能（クリニカルパスシステム）が利用でき、その他の部門システムもシームレスな連携ができること。
2	1	6	8	カルテの初期画面は、操作者毎、職種毎および診療科毎にあらかじめ設定されたウインドウの組み合わせで表示が可能なこと。
2	1	6	9	入力時に、複数の画面を参照できるように画面を分割表示（若しくはマルチウインドウ）できること。
2	1	6	10	入力中でも、患者毎に院内での緊急メッセージの到着確認が行えること。
2	1	6	11	セーフティマネジメントの観点から、患者が識別できる表示を行うこと。
2	1	6	12	必要に応じて日付未定のオーダ入力ができること。
2	1	6	13	過去のオーダ内容を患者毎に一覧で表示できること。
2	1	6	14	過去のオーダ内容を参照し、オーダ内容の流用（DO）ができること。
2	1	6	15	マスタとして診療科を40個設定できること（予備を含む）。
2	1	7		導入・保守
2	1	7	1	短期間での安定稼働を実現するために、当院との間で協力体制を構築すること。

2				基本要件
2	1	7	2	システムの導入に際しては、現場業務に支障をきたさないよう、職員との打合せを実施し、スムーズな構築を図ること。
2	1	7	3	システム導入開始から安定稼働までのシステム構築作業に対応すること。 また、現行システムより操作性が変更となる場合は、病院職員へのワーキング、操作研修、リハーサルに対応すること。
2	1	7	4	情報セキュリティに対して、十分な配慮を行うこととともに、現地での作業者に対してもセキュリティに関する十分な指導を行うこと。
2	1	7	5	導入時に必要となる各種マスタの作成については、参考となるマスタを提供し病院職員の負担を最小限にとどめ、日常業務に支障を来さないよう配慮すること。
2	1	7	6	システム導入作業途中においては、随時パッケージソフトを提示し、画面構成及び機能、操作性の説明を行い、マスタ設定の変更でどのように変化するか。ユーザが確認できるようにすること。
2	1	7	7	各パッケージソフトは、当院内において関係職員が常時自由に操作できるような動作環境を設置すること。 また、必要なマスタデータをすべて登録し、ユーザがソフトウェアの機能を十分に確認できるようにすること。
2	1	7	8	設置する機器の接続テスト、機能テスト及びプログラムテストは、システム担当職員及び関係職員の立ち会いのもとに行い、その評価を受けること。
2	1	7	9	プログラムのテストランに使用するデータは病院の提供するものを用い、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。
2	1	7	10	あらかじめシステム導入のスケジュールを当院に提示したうえ、導入の経過進捗状況を定期的に、当院に報告すること。
2	1	7	11	技術提案業者は、各サブシステムごとに病院業務及びITに精通したシステムエンジニアを召集してシステム導入チームを編成するとともに、システム導入初期から本稼働までの期間、担当者の変更は、必ず当院と協議の上で行うこと。
2	1	7	12	システム導入作業中に発生する懸案事項、問題点に対して、技術提案者側の検討が必要な場合、解決方を速やかに報告すること。
2	1	7	13	技術提案業者は、現行システムより操作性が変更となる場合は当院職員に対して対象となるシステムをすべて稼働させるために必要な教育及び端末機等の操作訓練を、技術提案業者側の負担において行うこと。また、これに必要なマニュアル教材及び操作手引書についても技術提案業者側の負担とすること。
2	1	7	14	操作マニュアルは本院の仕様が盛り込まれた内容であること。
2	1	7	15	操作マニュアル（変更リリース時は更新版）を電子データで保存して電子カルテ端末から参照可能であること。また、必要に応じて更新すること。
2	1	7	16	技術提案業者は、システム稼働後も当院職員が業務に習熟するまでの間は、必要に応じてシステム導入要員を派遣し、システムの運用を支援すること。
2	1	7	17	当院では、技術提案業者のシステムエンジニア10名程度の常駐作業場所は確保するが、本格的な導入のための作業場所は別途相談とする。
2	1	7	18	システム稼働開始までに、操作説明書、設定手順書、運用手順書および障害切り分けマニュアルを用意し、電子媒体の形式で提供すること。
2	1	7	19	機器等の設置作業日程および体制を事前に提示し、搬入口、搬入経路および搬入時間の具体に関しては、本院担当者と協議を行い、その指示に従うこと。
2	1	7	20	地震による移動転倒を防ぐため、サーバ室内のサーバ機器については耐震措置を講ずること。
2	1	7	21	導入機器の搬入、据付け、調整等は当院の日常業務に支障をきたさないこと。また、搬入、据付けに当たっては必要に応じて養生を行うこと。
2	1	7	22	端末配置については、病院が指定した箇所に受注者の要員が設置すること。設置にあたっては病院職員が立ち会ったが、設置作業・動作確認作業は受注者にて行うこと。また、設置の下見を行う場合は病院職員同行のうえ、確認を行うものとする。
2	1	7	23	基幹システムの操作性が現行システムより変更となる場合は、当院の準備する研修室等にて操作教育を行うこと。一般操作者に対する研修の他に、各部門の代表者への運用方法も含めた重点的な運用確認もあわせて行うこと。
2	1	7	24	円滑なシステム本稼働を実現する為に、他病院においてシステム導入経験のあるS Eをプロジェクトリーダーとすること。
2	1	7	25	システムの運用時間（24時間）に応じたコール体制が整備されていること。
2	1	7	26	基幹系システム障害発生時には、2時間以内に現地対応すること。

2				基本要件
2	1	7	27	ハードウェア故障及び障害への速やかなサポート体制が実現されていること。そのため、ハードウェア保守体制は、24時間の受付対応が可能であるとともに、30分以内に到着できる保守拠点を有していること。
2	1	7	28	保守サポートにおいては、本調達システム全てを導入ベンダが契約窓口として一元管理すること。
2	1	7	29	当院へ運用管理状況を報告する定期報告会を当院にて1ヶ月に2回程度実施すること。
2	1	7	30	システムの正常な機能を保つため、請負業者は業務に支障を来さないようにハードウェアに障害予兆が現れた場合は速やかに部品を交換すること。また、万一、システムに障害が発生した場合は速やかに対処すること。
2	1	7	31	ソフトウェアに起因する異常動作において、速やかなサポート体制が実現されていること。また遠隔地よりオンラインにて、メンテナンス可能な体制を有していること。
2	1	7	32	担当営業窓口及び保守窓口については、速やかに対応できる連絡体制が確保されていること。
2	1	7	33	万一のシステム停止に備え、システム停止時の運用マニュアル案を提示すること。
2	1	7	34	システム運用管理規程の作成を支援すること。支援とは、当院担当者の示す運用管理規定案について助言することを最低条件とし、その他誠意をもって対応すること。
2	1	7	35	アプリケーションの追加、修正、入れ替えを行う際に使用するテスト系のシステムならびにその構築は提案に含めること。また、このテスト系システムは、本番運用系とは別であること。
2	1	7	36	その他、詳細な保守条件は現行保守ベンダーとの契約内容と同等を想定すること。
2	1	8		操作性
2	1	8	1	提案システムは以下の操作性を有すること。
2	1	8	2	確定・登録を黄色、削除・中止を赤など意味によってボタンの色を統一すること。
2	1	8	3	カルテ記事画面・経過表・クリニカルパス画面をメニューバー等から1クリックで切り替え表示可能なこと。
2	1	8	4	食事や禁忌の有無を、どの画面からも画面を切り替えることなく読み取り可能なこと。
2	1	8	5	原則、基幹システムは現行システムの操作性を継承すること。
2	1	9		データ移行
2	1	9	1	業務の継続性の維持、および統計等データ活用の観点から、現在の医事システムに保存されている以下のデータは、全てのデータを新システムに移行すること。
2	1	9	2	基本情報
2	1	9	3	保険情報
2	1	9	4	労災保険情報
2	1	9	5	住所情報
2	1	9	6	病名情報
2	1	9	7	入院履歴
2	1	9	8	外来履歴
2	1	9	9	診療データ
2	1	9	10	算定履歴
2	1	9	11	レセプトPDF
2	1	9	12	料金データ
2	1	9	13	現行サーバにある統計データ なお、現行システムから移行したデータを活用し、新システム上で新旧データ横断的に全ての統計業務が行えること。
2	1	9	14	稼働時期の柔軟性を確保するため、月途中のシステム更新も可能であること。また、移行後レセプトが正しく発行されること。
2	1	9	15	移行のために行う医事システム側のデータ抽出・変換作業等の費用については見積価格に含めること。なお現行システムからのデータ抽出作業は、現行システムベンダーより見積をとること。またデータ抽出作業は現行システムベンダーでの作業しか認めない。
2	1	9	16	現行のオーダリングシステムに保存されている以下の依頼（オーダ）データは、全てのデータを新システムに移行すること。
2	1	9	17	患者情報（患者氏名、禁忌、血液型、アレルギー）
2	1	9	18	患者禁忌情報(薬剤、食物)
2	1	9	19	入院基本情報（入院歴、入退院予定、現在入院状況）
2	1	9	20	病名情報
2	1	9	21	診療予約情報
2	1	9	22	検査予約情報
2	1	9	23	食事情報

2				基本要件
2	1	9	24	処方情報
2	1	9	25	注射情報
2	1	9	26	検体検査情報
2	1	9	27	画像生理情報
2	1	9	28	病理検査情報
2	1	9	29	輸血情報
2	1	9	30	栄養指導情報
2	1	9	31	服薬指導情報
2	1	9	32	汎用処置情報
2	1	9	33	リハビリ情報
2	1	9	34	手術申込み情報
2	1	9	35	検査結果情報（検体、細菌、輸血）
2	1	9	36	レジメン情報
2	1	9	37	現行のオーダリングシステムで利用しているマスタデータは、コード体系を継承して新システムに移行すること。
2	1	9	38	病名関連マスタ
2	1	9	39	診療予約関連マスタ
2	1	9	40	検査予約関連マスタ
2	1	9	41	食事関連マスタ
2	1	9	42	処方関連マスタ
2	1	9	43	注射関連マスタ
2	1	9	44	検体検査関連マスタ
2	1	9	45	画像生理関連マスタ
2	1	9	46	病理検査関連マスタ
2	1	9	47	輸血関連マスタ
2	1	9	48	栄養指導関連マスタ
2	1	9	49	服薬指導関連マスタ
2	1	9	50	汎用処置関連マスタ
2	1	9	51	リハビリ関連マスタ
2	1	9	52	手術申込み関連マスタ
2	1	9	53	検査結果関連マスタ
2	1	9	54	移行のために行うオーダリングシステム側のデータ抽出・変換作業等の費用については見積価格に含めること。なお現行システムからのデータ抽出作業は、現行システムベンダーより見積をとること。またデータ抽出作業は現行システムベンダーでの作業しか認めない。
2	1	9	55	現行の電子カルテシステムに保存されている以下のデータは、全てのデータを新システムに移行すること。尚、電子保存されたデータのため、カルテとして整合の取れた移行を行うこと。また、平成18年6月以降のデータについては、カルテシステム原本を新システム（別途の参照環境不可）上で担保すること。なお現行システムからのデータ抽出作業は、現行システムベンダーより見積をとること。またデータ抽出作業は現行システムベンダーでの作業しか認めない。
2	1	9	56	診察記事情報（診察記録、オーダ情報、実施記録）尚、診察記事情報は時系列で参照可能なこと。
2	1	9	57	定型文書（サマリ文書）
2	1	9	58	画像情報（スキャナ取込画像、各種電子データ）
2	1	9	59	テンプレート情報（入力テンプレート、シェーマ）
2	1	9	60	付箋（連絡用メモ）
2	1	9	61	コミュニケーション
2	1	9	62	患者フォーラム
2	1	9	63	フローシート
2	1	9	64	パス
2	1	9	65	現行の電子カルテシステム・医事システム以外の本調達システムについてもインシデントシステムを除いて保存されているデータを新システムに移行すること。尚、詳細は各部門システムの仕様にて確認すること。
2	1	9	66	移行のために行う本調達システム全てのデータ抽出・変換作業等の全費用については見積価格に含めること。尚、現行ベンダー以外のベンダーによるデータ抽出作業は不可とする。
2	1	10		その他

2				基本要件
2	1	10	1	外部インタフェースはH L 7に準拠するのが望ましい。適用範囲については標準コードへの対応状況とインタフェースの位置付けから導入時に協議するものとする。
2	1	10	2	システムのOS、通信プロトコル等は国際標準、業界標準を積極的に採用すること。
2	1	10	3	パッケージを開発している部門がシステムの品質向上を図る上でISO9001を取得していること。
2	1	10	4	個人情報保護法に該当する項目については特に細心の注意を払い、不適切な管理、無断での外部持ち出し等の無い様十分注意すること。
2	1	10	5	ベンダ調達部門システムに加えて当院で調達している部門システムについても部門システム側含め接続費用を含めること。
2	1	10	6	<p>地域医療連携ネットワークシステムについては以下の情報を公開するための接続を含めること。</p> <p><接続情報></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者基本情報 ・ 病名 ・ 診療記事 ・ 入退院情報 ・ 処方オーダ ・ 注射オーダ ・ 放射線画像オーダ ・ 生理検査画像オーダ ・ 内視鏡検査画像オーダ ・ 検体検査結果 ・ アレルギー情報 ・ 文書データ <ul style="list-style-type: none"> (入院報告書 転科転棟報告書 退院報告書 受診結果報告書 経過報告書 退院サマリ) ・ 診療情報提供書 ・ 内視鏡レポート
2	1	10	7	別紙3：相乗り対象システムに記すシステムについては電子カルテシステム用クライアントでも利用できること。
2	1	11		操作研修等
2	1	11	1	操作研修を含む操作支援に係る費用は含むこと。
2	1	11	2	操作研修は、十分な期間を設けた計画書を提出すること。
2	1	11	3	研修用のマニュアルの準備や専門スタッフの手配などの体制を整えること。
2	1	11	4	本稼働時の操作支援、技術支援の専門スタッフの手配などの体制を整えること。
2	1	12		端末展開及び廃棄等
2	1	12	1	クライアント端末等の更新及び展開の費用は含むこと。
2	1	12	2	既存機器の廃棄費用は含むこと。(機密情報が記録されたデバイス等は現地で破壊処理すること)
2	1	12	3	システム稼働テスト及び稼働後安定するまでの技術支援は含むこと。
2	1	12	4	マニュアル等、関連資料の納品は含むこと。

別紙1：詳細保守条件

(1)		2	サービス内容
(1)	1	2-1-1	ハードウェアメンテナンスサービス
(1)	1	2	2-1-1-1 別紙2:ハードウェアメンテナンス明細表に定めるハードウェアに対して、定期予防保守及び障害対応を行うこと。
(1)	1	3	2-1-1-2 サービス内容については、別紙2:ハードウェアメンテナンス明細表に定める条件に準ずること。
(1)		2-1-1	ソフトウェア・アプリケーションサポート
(1)	2	1	2-1-1-1 ソフトウェア・アプリケーションについて技術情報の提供、障害対応等サポート対応を行うこと。
(1)	2	2	2-1-1-2 ソフトウェア・アプリケーションについて技術情報の提供、障害対応等サポート対応を行うこと。
(1)	3	2-1-1	ウィルスチェックソフトウェアサポート
(1)	3	1	2-1-1-1 グループウェアサーバにおけるウィルスチェックソフトウェア及びクライアントPCのウィルスチェックソフトウェアに対してサポートを行うこと。
(1)	3	2	2-1-1-2 サポート対応として以下の対応を行うこと。 (1)問い合わせ対応 電話・E-MAIL・FAXによるお問い合わせ対応 (2)Webでの情報提供 技術情報の提供 最新ウィルス情報の提供 (3)最新版の提供 ダウンロードによる最新版の提供
(1)	4	2-1-1	サーバ監視サービス
(1)	4	1	2-1-1-1 サーバについて不具合発生等の遠隔監視を行うこと。
(1)	4	2	2-1-1-2 本調達にて導入したサーバを対象に監視を行うこと。
(1)	5	2-1-1	運用支援サーバ
(1)	5	1	2-1-1-1 パラメータ、ファイル容量等の変更、コマンドの使い方、シェルプログラムの作成方法等の技術的な問い合わせへの対応を行うこと。
(1)	5	2	2-1-1-2 オペレーションミスによるデータ破壊、システム運用中のトラブル(ハードウェア、ソフトウェア、ネットワーク)発生対応等に伴う、データリカバリ方法・システム復旧またはトラブル原因判別に関する支援を行うこと。
(1)	5	3	2-1-1-15 ディスク増設、端末追加、ネットワーク変更、アプリケーション追加等に伴う、システム設計・システム環境の見直し・インストール方法に関する技術的な問い合わせへの対応を行うこと。
(1)	5	4	2-1-1-16 毎月2回以上、本サービス仕様書3.に定めるシステムのサイト所在地等を訪問し、定例会に対応するものとする。
(1)	6	2-1-1-17	診療報酬改定対応
(1)	6	1	2-1-1-18 本院、分院それぞれのシステムに対応を実施すること。
(1)	6	2	2-1-1-19 医療事務システムの診療報酬改定対応のために必要とされるサービスを提供すること。
(1)	6	3	2-1-1-20 提供サービスは、医事会計システムのバージョンアップ版にて変更・追加のあった機能の説明、インストールに伴う動作環境の設定、インストール・動作環境設定・動作確認までを行うこと。
(1)	7	2-1-1-21	その他
(1)	7	1	2-1-1-22 日々の問合せについては書面（データファイルの形式、Webサービス形式も可とする）での運用をおこなうこと。
(1)	7	2	2-1-1-23 問合せ内容・進捗状況について一覧として管理すること。

別紙２．ハードウェアメンテナンス明細表

項	ハードウェア分類	メンテナンスサービス内容		
		* 1 サービス 形態	日数 ／週	* 2 時間帯
1	サーバ（HW並びにミドルウェア含む）	1	7	C
2	デスクトップクライアント	スポット保守：2	5	A
3	ノートクライアント	スポット保守：2	5	A
4	プリンタ	スポット保守：2	5	A
5	再来受付機	2	5	A
6	自動精算機	2	5	A
7	POSレジ	2	5	A
8	ネットワーク機器	1	7	C

* 1 サービス形態／1：維持保守 2：出張修理

* 2 時間帯／ A：8:30～17:30 B：8:30～21:00 C：24H

別紙３：電子カルテ端末相乗り一覧

No.	システム名	相乗り
1	電子カルテシステム	○
2	オーダーリングシステム	○
3	ブロック受付システム	○
4	医事システム	○
5	看護支援システム	○
6	DWH	○
7	地域連携システム	○
8	看護勤務管理システム	○
9	健診システム	○
10	給食、栄養指導システム	○
11	リハビリシステム	○
12	輸血管理システム	○
13	病理システム	△
14	病歴管理システム	○
15	インシデントレポートシステム	○
16	感染管理システム	○
17	診断書作成支援システム	○
18	内視鏡ファイリングシステム	△ (デスクトップPCのみ)
19	診察待ち表示／会計表示システム	○
20	ウイルス監視	○
22	透析管理システム	△
23	眼科ファイリングシステム	△
24	アンギオ動画システム	○
25	治療RIS	○
26	生理検査・脳神経システム	○
27	麻酔システム	○

－注記－

○ ：相乗り

△ ：一部端末のみ相乗り

空白：相乗りなし(部門専用)

3				ハードウェア要件
3				共通機能
3	1			基幹システムサーバ構成
3	1	1		基幹サーバ共通要件
3	1	1	1	保守一元化のために自社製品で構築すること。
3	1	2		電子カルテ・オーダーリング・医事会計システムクラスサーバ構成の基本要件
3	1	2	1	CPUは負荷分散による処理性能向上のためマルチCPU構成とし、Intel社製8コアXeon プロセッサSilver 4208 (2.10GHz)以上又はこれと同等以上の性能・機能を有すると判断されること。
3	1	2	2	主記憶容量はDDR4-2933 (PC4-2933) SDRAM ECC付 Registered以上であること。64GB以上搭載すること。最大1024GB以上搭載可能であること。
3	1	2	3	コンソールは、コンソール切り替えスイッチにより、1台のサーバラックに収容する複数のサーバ間で共有して使用できること。
3	1	2	4	ネットワークは、1000BASE-Tに対応したインタフェースを6ポート以上有すること。そのうち2ポートは10GBASE-Tに対応していること。
3	1	2	5	DVD-ROMドライブは内蔵型でDVDの転送速度が最大8倍速以上、CDの転送速度は最大24倍速であること。
3	1	2	6	独立で無停電電源装置を有するか、電算室に設置するサーバ・ネットワークスイッチ等の主要機器を統合バックアップするCVCfを設置すること。
3	1	2	7	ファンを冗長化していること。
3	1	2	8	PCIスロットを6つ以上有すること。
3	1	2	9	温度10℃～35℃で動作すること。
3	1	2	10	セキュリティ確保のためフロントベゼルをキーロック可能であること。
3	1	2	11	アナログRGBを1ポート有すること。シリアルポートを有すること。USB3.0を3ポート有すること。
3	1	2	12	サーバのハードウェア障害発生状況を自動検出し、保守サービス拠点に通報する機能を有すること。
3	1	2	13	内蔵システムディスクは、RAID0、RAID1、RAID5、RAID10が可能なディスクアレントローラを搭載すること。
3	1	2	14	内蔵システムディスクは、実効容量が400GB以上で、RAID構成であること。SATA SSDを使用し、スベアディスクを有すること。SSDを最大26本搭載可能であること。ホットプラグ可能であること。
3	1	2	15	大容量ディスクアレイ装置は、FibreChannelをサポートしており理論的最大転送速度は、16Gbps以上であること。
3	1	2	16	大容量ディスクアレイ装置は、FibreChannelは二重化されていること。冗長化を考慮しボードを2枚以上搭載すること。
3	1	2	17	大容量ディスクアレイ装置は、定型業務のスケジューリング機能を有すること。バックアップもスケジュールする機能を有すること。
3	1	2	18	大容量ディスクアレイ装置は、OSはWindows Server 2022相当以上の機能を有すると判断されること。
3	1	2	19	Arcserve Backup r18.0 for Windows - Japanese 相当を採用すること。
3	1	2	20	Arcserve Backup r18.0 for Windows Agent for Oracle - Japanese 相当を採用すること。
3	1	2	21	媒体の記憶容量は非圧縮時12.0TB(LTO8、非圧縮)以上であること。
3	1	2	22	オートローダ機能を有し、非圧縮時の合計容量は108TB以上であること。
3	1	2	23	サーバ本体とSAS(6G以上)接続すること。
3	1	2	24	電源管理ソフトと連動し、クラスタの起動やシャットダウンが自動運転でできること。
3	1	2	25	データベースシステムは日本オラクル社製 Oracle19c相当以上の機能を有すると判断されること。
3	1	3		電子カルテシステムクラスサーバストレージ
3	1	3	1	実効容量が5TB以上であること。
3	1	3	2	ディスクキャッシュが24GB以上であること。
3	1	3	3	ホストと接続するファイバチャネルインタフェースを装置あたり16Gbpsのポートを4ポート搭載すること。また16Gbpsのポートを最大8ポート搭載可能であること。
3	1	3	4	アレイコントローラ、キャッシュメモリ、電源などが二重化されていること。
3	1	3	5	ディスク装置の自動診断機能による不要なディスク交換により応答遅延が防止できること。
3	1	4		参照サーバ構成の基本要件
3	1	4	1	OSはWindows Server 2022相当以上の機能を有すると判断されること。
3	1	4	2	CPUは負荷分散による処理性能向上のためマルチCPU構成とし、Intel社製ヘキサコアXeon プロセッサE5-2603v3(1.60GHz)以上×2台以上又はこれと同等以上の性能・機能を有すると判断されること。
3	1	4	3	CPUは主処理装置1台あたり2CPU以上実装していること。
3	1	4	4	サーバキャッシュは、256KB/CPU以上の能力を有すること。
3	1	4	5	主記憶容量はDDR4-2133(PC4-2133)SDRAM ECC付 Registered以上であること。32GB以上搭載すること。最大512GB以上搭載可能であること。
3	1	4	6	実効容量が400GB以上で、RAID構成であること。SAS,10,000rpmのディスクを使用し、スベアディスクを有すること。HDDを最大16本搭載可能であること。
3	1	4	7	ユーザ任意使用領域として磁気ディスク容量の6割程度を確保できること。
3	1	4	8	ストレージエリアネットワークに対応可能な高速、大容量のディスクアレイ装置(RAID-6)であること。
3	1	4	9	アレイディスクはホットプラグ対応により、システム運転中でも故障ディスクの交換が可能なこと。
3	1	4	10	システム障害に備えて、同一システムを二重化したホットスタンバイ構成とする等、瞬時にシステム切り替え運用が可能なシステムとすること。
3	1	4	11	自動電源制御機能を有すること。
3	1	4	12	ホストと接続するSASインタフェースを装置あたり6Gbpsのポートを8ポート以上搭載可能であること。
3	1	4	13	独立で無停電電源装置を有するか、電算室に設置するサーバ・ネットワークスイッチ等の主要機器を統合バックアップするCVCfを設置すること。
3	1	4	14	DVD-ROMドライブは内蔵型でDVDの転送速度が最大8倍速以上、CDの転送速度は最大24倍速であること。
3	1	4	15	トータル5スロットのPCI拡張スロットを標準装備し、高速I/F PCI EXPRESSを3スロット、PCI-Xを2スロット標準搭載すること。
3	1	4	16	ラックマウントモデルのサーバであること。また、耐震工事を実施する。
3	1	4	17	複数のサーバで、ディスプレイ、キーボード、マウスを共用できる機能を有すること。
3	1	4	18	セキュリティおよび環境性を考慮し、キーロックかつ防塵対策可能なフロントベゼルを標準装備するサーバであること。
3	1	4	19	本番後もサーバ機器などを安定稼働させるためのメンテナンス機能を有すること。

3				ハードウェア要件
3	1	5		参照サーバストレージ
3	1	5	1	実効容量が4TB以上であること。
3	1	5	2	仮想統合_ORACLESQL系サーバ
3	1	5	3	ディスクドライブインタフェースの最大データ転送速度は12Gbps以上であること。
3	1	5	4	アレイコントローラ、キャッシュメモリ、電源などが二重化されていること。
3	1	5	5	ディスク装置の自動診断機能による不要なディスク交換により応答遅延が防止できること。
3	1	6		その他基幹サーバ
3	1	6	1	上記以外の基幹サーバについては業務に支障のない余裕を持ったスペック、構成であること。
3	2			部門システムサーバ構成
3	2	1		部門仮想化サーバ
3	2	1	1	業務に支障のない余裕を持ったスペック、構成であること。なお、対象部門システムは以下とする。 ・看護勤務管理システム ・輸血管理システム ・地域医療連携システム ・病理システム ・内視鏡システム ・リハビリテーションシステム ・病歴・がん登録・がん検索システム ・インシデントシステム ・健診システム ・給食・栄養管理システム ・診断書作成支援システム ・感染管理システム ・診察表示システム ・眼科システム ・後払いシステム
3	2	2		DWHサーバ
3	2	2	1	業務に支障のない余裕を持ったスペック、構成であること。
3	2	3		院内ポータル・グループウェアサーバ
3	2	3	1	業務に支障のない余裕を持ったスペック、構成であること。
3	2	3		眼科システムサーバ
3	2	3	1	業務に支障のない余裕を持ったスペック、構成であること。
3	3			その他サーバ構成
3	3	1		セキュリティソフトウェア用サーバ
3	3	1	1	管理サーバは業務に支障のないスペック、構成であること。
3	3	2		医療用辞書サーバ
3	3	2	1	医療用辞書サーバは業務に支障のないスペック、構成のサーバを調達すること。
3	3	3		デバイス制御ソフトウェア用サーバ
3	3	3	1	デバイス制御ソフトウェア用サーバは業務に支障のないスペック、構成であること。
3	3	4		ウイルス対策ソフトサーバ
3	3	4	1	ウイルス対策サーバ（ウイルスバスター相当）は業務に支障のないスペック、構成であること。
3	3	5		タイムサーバ
3	3	5	1	セイコーソリューションズ製タイムサーバ TS-2210相当の精度・機能を有すること。
3	3	6		WSUSサーバ
3	3	6	1	業務に支障のない余裕を持ったスペック、構成であること。
3	3	6	2	“O A系 ネットワーク”内に構築すること。
3	3	6	3	本院〔本館・救命救急棟〕・大江分院 のO A用クライアントを一括で管理すること。
3	4			クライアント構成
3	4	1		デスクトップクライアント基本要件
3	4	1	1	クライアント端末は、基本的に、19インチ以上の画面サイズの液晶ディスプレイを採用すること。
3	4	1	2	クライアント端末において、CDやDVD、その他USBなど外部からデータを抽出できるデバイスを任意にロックできるような設定がポリシーとレジストリで行えること。
3	4	1	3	納入時期までにコストパフォーマンスの優れた新製品やCPUをはじめとした部品が出荷された場合、協議の上、変更可能とする。
3	4	1	4	クライアント端末は、日本工業規格であるJ-MOSSの“グリーンマーク”に対応していること。
3	4	1	5	クライアント端末は、下記のガイドラインに対応していること。 ・グリーン購入ネットワーク（GPN）が策定する”購入ガイドライン ・パソコンに関わるVOC（揮発性有機化合物）ガイドライン ・PCグリーンラベル制度の審査基準（Ver.14）
3	4	1	6	使用しないUSBポートにはキャップを施すなど、物理的に使用できないような対応を施すこと。
3	4	2		電子カルテ用デスクトップクライアント
3	4	2	1	指定したクライアント端末については、デュアルディスプレイに対応できること。
3	4	2	2	Windows 10以上を使用すること。
3	4	2	3	CPU性能はintel Core i3-12100（4.30GHz）相当以上であること。
3	4	2	4	記憶容量は4GB以上実装すること。
3	4	2	5	ディスク容量はHDD 500GBもしくはSSD 256GB以上であること。
3	4	2	6	光学ドライブにDVD-ROMドライブを有すること。
3	4	2	7	電子カルテ利用時にユーザー名、パスワードを入力する仕組みを有すること。
3	4	2	8	電子カルテ利用時時のログイン、ログオフのログが取得可能なこと。
3	4	2	9	Microsoft社製Office2019相当がインストールされていること。
3	4	2	10	医療辞書並びに日本語辞書（ATOK相当）がインストールされていること。
3	4	2	11	ウイルス対策ソフト（ウイルスバスター相当）がインストールされていること。
3	4	3		ノートクライアント基本要件
3	4	3	1	15.4インチ以上の画面サイズのクライアントを採用すること。

3				ハードウェア要件
3	4	3	2	クライアント端末において、CDやDVD、その他USBなど外部からデータを抽出できるデバイスを任意にロックできるような設定がポリシーとレジストリで行えること。
3	4	3	3	納入時期までにコストパフォーマンスの優れた新製品やCPUをはじめとした部品が出荷された場合、協議の上、変更可能とする。
3	4	3	4	クライアント端末は、日本工業規格であるJ-MOSSの”グリーンマーク”に対応していること。
3	4	3	5	クライアント端末は、下記のガイドラインに対応していること。 ・グリーン購入ネットワーク（GPN）が策定する”購入ガイドライン ・パソコンに関わるVOC（揮発性有機化合物）ガイドライン ・PCグリーンラベル制度の審査基準（Ver.14）
3	4	3	6	使用しないUSBポートにはキャップを施すなど、物理的に使用できないような対応を施すこと。
3	4	4		電子カルテ用ノートクライアント
3	4	4	1	Windows 10以上を使用すること。
3	4	4	2	CPU性能はintel Core i5-1235U (4.40 GHz)相当以上であること。
3	4	4	3	記憶容量は4GB以上実装すること。
3	4	4	4	ディスク容量はHDD 500GBもしくはSSD 256GB以上であること。
3	4	4	5	光学ドライブにDVD-ROMドライブを有すること。
3	4	4	6	電子カルテ利用時にユーザー名、パスワードを入力する仕組みを有すること。
3	4	4	7	電子カルテ利用時時のログイン、ログオフのログが取得可能なこと。
3	4	4	8	Microsoft社製Office2019相当がインストールされていること。
3	4	4	9	医療辞書並びに日本語辞書（ATOK相当）がインストールされていること。
3	4	4	10	ウイルス対策ソフト（ウイルスバスター相当）がインストールされていること。
3	4	5		電子カルテ用無線ノートクライアント
3	4	5	1	IEEE802.11ax/ac/a/b/g/nに対応した無線LANボードを有すること。
3	4	5	2	Bluetoothに対応していること。
3	4	5	3	Windows 10以上を使用すること。
3	4	5	4	CPU性能はintel Core i5-1235U (4.40 GHz)相当以上であること。
3	4	5	5	記憶容量は4GB以上実装すること。
3	4	5	6	ディスク容量はHDD 500GBもしくはSSD 256GB以上であること。
3	4	5	7	光学ドライブにDVD-ROMドライブを有すること。
3	4	5	8	電子カルテ利用時にユーザー名、パスワードを入力する仕組みを有すること。
3	4	5	9	電子カルテ利用時時のログイン、ログオフのログが取得可能なこと。
3	4	5	10	Microsoft社製Office2019相当がインストールされていること。
3	4	5	11	医療辞書並びに日本語辞書（ATOK相当）がインストールされていること。
3	4	5	12	ウイルス対策ソフト（ウイルスバスター相当）がインストールされていること。
3	4	5	13	バッテリー駆動時間がカタログスペックとしてJEITA バッテリー動作時間測定法（Ver.2.0）にて6時間以上であること。
3	4	6		OA用ノートクライアント
3	4	6	1	Windows 10以上を使用すること。
3	4	6	2	CPU性能はintel Core i5-1235U (4.40 GHz)/相当以上であること。
3	4	6	3	記憶容量は4GB以上実装すること。
3	4	6	4	ディスク容量は500GB以上であること。
3	4	6	5	光学ドライブにDVD-ROMドライブを有すること。
3	4	6	6	設定ファイル等を全端末にリリースする仕組みを有すること。
3	4	6	7	端末へのログイン時、または使用時にユーザー名、パスワードを入力する仕組みを有すること。
3	4	6	8	端末利用時のログイン、ログオフのログが取得可能なこと。
3	4	6	9	OA系システム端末の要件として以下を満たすものとする。
3	4	6	10	Microsoft社製Office2019相当がインストールされていること。
3	4	6	11	医療辞書並びに日本語辞書（ATOK相当）がインストールされていること。
3	4	6	12	ウイルス対策ソフト（ウイルスバスター相当）がインストールされていること。
3	4	6	13	Pirates Buster相当品がインストールされていること。
3	4	7		電子カルテ用無線ノートクライアント（研修用）
3	4	7	1	Windows 10以上を使用すること。
3	4	7	2	CPU性能はintel Core i5-1235U (4.40 GHz)相当以上であること。
3	4	7	3	記憶容量は4GB以上実装すること。
3	4	7	4	ディスク容量は500GB以上であること。
3	4	7	5	光学ドライブにDVD-ROMドライブを有すること。
3	4	7	6	設定ファイル等を全端末にリリースする仕組みを有すること。
3	4	7	7	端末へのログイン時、または使用時にユーザー名、パスワードを入力する仕組みを有すること。
3	4	7	8	端末利用時のログイン、ログオフのログが取得可能なこと。
3	4	8		総合案内表示板用デスクトップクライアント
3	4	8	1	指定したクライアント端末については、デュアルディスプレイに対応できること。
3	4	8	2	Windows 10以上を使用すること。
3	4	8	3	CPU性能はintel Core i3-12100 (4.30GHz)相当以上であること。
3	4	8	4	記憶容量は4GB以上実装すること。
3	4	8	5	ディスク容量は500GB以上であること。
3	4	8	6	光学ドライブにDVD-ROMドライブを有すること。
3	4	8	7	電子カルテ利用時にユーザー名、パスワードを入力する仕組みを有すること。
3	4	8	8	電子カルテ利用時時のログイン、ログオフのログが取得可能なこと。
3	4	9		フリーノートクライアント
3	4	9	1	IEEE802.11ax/ac/a/b/g/nに対応した無線LANボードを有すること。
3	4	9	2	Windows 10以上を使用すること。
3	4	9	3	CPU性能はintel Core i5-1235U (4.40 GHz)/相当以上であること。
3	4	9	4	記憶容量は4GB以上実装すること。
3	4	9	5	ディスク容量は500GB以上であること。
3	4	9	6	光学ドライブにDVD-ROMドライブを有すること。
3	4	10		看護携帯端末

3				ハードウェア要件
3	4	10	1	Qualcomm Snapdragon™ 660オクタコア、2.45GHz相当以上相当以上の性能・機能を有すること。
3	4	10	2	メインメモリとして、4GB RAM/32GB UFSフラッシュの性能・機能を有すること。
3	4	10	3	画像表示装置は、5インチ以上であること。
3	4	10	4	1920×1080以上の解像度を有すること。
3	4	10	5	タッチパネル方式を採用していること。
3	4	10	6	無線LANは、IEEE 802.11 a/b/g/n/ac/d/h/i/r/k/v/w/mc/ax* (TC52ax-HC*)、2x2 MU-MIMO、Wi-Fi™認証、デュアルバンド同時、IPv4、IPv6に準拠していること。
3	4	10	7	通信装置として、Bluetooth ワイヤレステクノロジーVer5.0の性能・機能を有すること。
3	4	10	8	NFC対応通信機能を有すること。
3	4	10	9	カメラ装置として、アウトカメラ 13MPの性能・機能を有すること。
3	4	10	10	防水・防塵対応としてIP65（バッテリー装着時）、IECシーリング仕様に準拠していること。
3	4	10	11	バッテリー容量として、4150mAh以上容量を有すること。
3	4	10	12	筐体サイズが、155mm×76mm×19mm以下で有ること。
3	4	10	13	重量が、270g以下で有ること。（バッテリー搭載時）
3	4	10	14	OSとして、Android 11.0以上の性能・機能を有すること。
3	4	10	15	セキュリティ機能として、パスワードロック、パスワードポリシー設定、ローカルワイプ、SDメモリーカード暗号化、アプリインストール/アンインストール制御、利用可能アプリ制御、セキュリティ管理者権限、利用可能デバイス制限、操作ログ管理機能、無線LAN暗号化、ネットワーク利用制御（IPアドレスフィルタ）、VPN対応の機能を有すること。
3	4	10	16	筐体保護用のプロテクターを備えること。
3	4	11		自動再来受付用端末
3	4	11	1	診察券はモータ式(自動吸入/排出)であること。
3	4	11	2	カラーで大きく表示された液晶等のパネル画面を指先で軽く触れるだけのタッチパネル方式を装備すること。
3	4	11	3	対人センサーを内蔵しており利用者の有無を判断できること。
3	4	11	4	カード挿入口と用紙排出口にランプ点灯機能を有しており、利用者の操作をガイドできること。
3	4	11	5	ストレス無く利用できるだけの応答速度を満たすCPUとメモリを有していること。
3	4	11	6	タイマーを内蔵しており自動で起動/終了できること。
3	4	11	7	施錠によるセキュリティを有する構造になっていること。
3	4	11	8	表示部に関連して、以下の要件を満たすこと。
3	4	11	9	モニタはタッチパネル機能付きTFT 型液晶パネルで、対角15インチ以上の性能・機能を有すること。
3	4	11	10	液晶パネルの最大解像度は1024×768 ドット以上で、最大表示色は1,667万色以上であること。
3	4	11	11	診察カード読み取りに関連して、以下の要件を満たすこと。
3	4	11	12	当該発行の診察カード（JIS-II 型（JIS-X6302）に準拠）を扱える機能を有すること。
3	4	11	13	カードの自動挿入、及び自動排出する機能を有すること。
3	4	11	14	受付票印字に関連して、以下の要件を満たすこと。
3	4	11	15	印字方式は、ラインサーマル方式であること。
3	4	11	16	印字速度は、300 mm/秒（最大）以上の性能を有すること。
3	4	11	17	用紙のオートカット機能を有すること。
3	4	11	18	入力画面ののぞき見防止のためセキュリティガードを設置すること。
3	5			プリンタ関連機器
3	5	1		レセプト出力用高速プリンタ
3	5	1	1	印字方式はLED乾式電子写真方式であること。
3	5	1	2	プリント解像度が1,200dpi×2,400dpi相当以上のモノクロレーザプリンタであること。
3	5	1	3	ファーストプリントはモノクロで4秒以下であること。
3	5	1	4	印刷速度は、A4用紙モノクロで55枚/分以上であること。
3	5	1	5	A3までの用紙に印刷が行え、用紙トレイの自動切り替え機能により印刷用紙を最大3000枚以上自動給紙する機能を有すること。
3	5	1	6	100BASE-TX以上のネットワークインタフェースを1つ以上有していること。
3	5	1	7	両面印刷機能を有すること。
3	5	1	8	ウォームアップ時間は、電源投入から27秒以下、スリープモード時は6秒以下であること。
3	5	1	9	グリーン購入法に適合していること。
3	5	2		A4モノクロレーザプリンタ
3	5	2	1	印刷方式はレーザビーム乾式電子写真方式であること。
3	5	2	2	プリント解像度が1200dpi×1200dpi相当以上のモノクロレーザプリンタであること。
3	5	2	3	ファーストプリントは7.2秒以下であること。
3	5	2	4	印刷速度は、A4用紙で40枚/分以上であること。
3	5	2	5	A4までの用紙に印刷が行え、印刷用紙を500枚以上自動給紙する用紙トレイを有すること。
3	5	2	6	USB 2.0 インタフェースを1ポート以上有すること。
3	5	2	7	1000BASE-T以上のネットワークインタフェースを1つ以上有していること。
3	5	2	8	両面印刷機能を有すること。
3	5	2	9	ウォームアップ時間は電源投入から25秒以下、スリープモード時は6秒以下であること。
3	5	2	10	グリーン購入法に適合していること。
3	5	3		A3モノクロレーザプリンタ
3	5	3	1	印字方式はLED乾式電子写真方式であること。
3	5	3	2	プリント解像度が1200dpi×1200dpi相当以上のモノクロレーザプリンタであること。
3	5	3	3	ファーストプリントは6秒以下であること。
3	5	3	4	印刷速度は、A4用紙で39枚/分以上であること。
3	5	3	5	A3までの用紙に印刷が行え、印刷用紙を300枚以上自動給紙する用紙トレイを有すること。
3	5	3	6	1000BASE-T以上のネットワークインタフェースを1つ以上有していること。
3	5	3	7	両面印刷機能を有すること。
3	5	3	8	ウォームアップ時間は電源投入から19秒以下、スリープモード時は16秒以下であること。
3	5	3	9	グリーン購入法に適合していること。
3	5	4		A3カラーレーザプリンタ
3	5	4	1	印刷方式はレーザビーム乾式電子写真方式であること。
3	5	4	2	プリント解像度が600dpi相当×600dpi以上カラーレーザプリンタであること。

3				ハードウェア要件
3	5	4	3	ファーストプリントは10秒以下であること。
3	5	4	4	印刷速度は、片面の場合、A4用紙カラー、モノクロ共に32枚／分以上であること。
3	5	4	5	A3までの用紙に印刷が行え、印刷用紙を670枚以上自動給紙する用紙トレイを有すること。
3	5	4	6	USB3.0インタフェースを1ポート以上有すること。
3	5	4	7	100BASE-TX以上のネットワークインタフェースを1つ以上有していること。
4	5	4	8	両面印刷機能を有すること。
6	5	4	9	ウォームアップ時間は電源投入から19秒以下、スリープモード時は13秒以下であること。
7	5	4	10	グリーン購入法に適合していること。
3	5	5		病理システム用A4カラーレーザープリンタ
3	5	5	1	印字方式はLED乾式電子写真方式であること。
3	5	5	2	プリント解像度が2,400×600dpi以上のカラーレーザープリンタであること。
3	5	5	3	ファーストプリントは11秒以下であること。
3	5	5	4	印刷速度は、A4用紙カラー、モノクロ共に31枚／分以上であること。
3	5	5	5	A4までの用紙に印刷が行え、印刷用紙を550枚以上自動給紙する用紙トレイを有すること。
3	5	5	6	USB2.0インタフェースを1ポート以上有すること。
3	5	5	7	1000BASE-T以上のネットワークインタフェースを1つ以上有していること。
3	5	5	8	両面印刷機能を有すること。
3	5	5	9	ウォームアップ時間は電源投入から35秒以下、スリープモード時は17秒以下であること。
3	5	5	10	グリーン購入法に適合していること。
3	5	6		ラベルプリンタ
3	5	6	1	現行機種を流用すること。
3	5	7		リストバンドプリンタ
3	5	7	1	現行機種を流用すること。
3	6			大型ディスプレイ
3	6	1		70型ディスプレイ（会計表示システム）
3	6	1	1	現行機種を流用すること。
3	6	2		43型ディスプレイ（診察案内表示システム）
3	6	2	1	以下の仕様を満たしたディスプレイを現在と同じ場所に設置すること。
3	6	2	2	ディスプレイの画像サイズは43インチであること。
3	6	2	3	解像度はフルHD／1920 X 1080以上であること
3	6	3		17型ディスプレイ（診察案内表示システム）
3	6	3	1	以下の仕様を満たしたディスプレイを現在と同じ場所に設置すること。
3	6	3	2	ディスプレイの画像サイズは17インチであること。
3	6	3	3	解像度は1280×1024以上であること。
3	6	3	4	250cd/m2以上の輝度を有すること。
3	6	3	5	コントラスト比は、3000：1以上であること。
3	6	4		70型ディスプレイ（会計表示システム）
3	6	4	1	現行機種を流用すること。
3	6	5		49型ディスプレイ（総合案内表示システム）
3	6	5	1	以下の仕様を満たしたディスプレイを現在と同じ場所に設置すること。
3	6	5	2	ディスプレイの画像サイズは49インチであること。
3	6	5	3	解像度はフルHD／1920 X 1080以上であること。
3	7			自動精算機
3	7	1		基本要件
3	7	1	1	本院の医事会計ホストサーバー（以下「医事会計システム」という）と診療費支払機をTCP/IP方式でLAN接続し、ソケット通信で送受信が行えること。
3	7	1	2	診療費支払機に診察券（磁気カード・JISⅡ型）が挿入されることにより、医事会計システムから以下の内容が受信できること。
3	7	1	3	領収書、診療明細書、予約券、お薬券発行に必要な情報
3	7	1	4	医事会計システムから送信される内容により本院の運用で診療費支払機での収納を制限できること。
3	7	1	5	接続方法は、各支払機がそれぞれ、医事会計システムと直接通信する仕組みをとり、障害発生時に一斉ダウンしない仕組みであること（管理サーバ経由でないこと）。
3	7	1	6	拡張機能としてクレジットカードを利用した後払いシステムと連携し、医事会計システムの未収情報を自動で入金済み状態に変更できること。
3	7	2		自動精算機本体
3	7	2	1	省電力対策の為に人体センサー機能があること。
3	7	2	2	音声での操作ガイダンス機能があり、利用者が任意で日本語／英語／中国語（繁体字・簡体字）／韓国語／ポルトガル語／ベトナム語に切替できること。
3	7	2	3	停電時を考慮しデータ保持のためバッテリーを内蔵していること。
3	7	2	4	診察券／領収書／診療明細書／つり銭紙幣／つり銭硬貨の排出時は、完全に抜き取られるまで、センサー検知を行い警告音を発生できること。 または、センサーがなくとも取り忘れにくい構造になっていること。
3	7	2	5	カード（診察券、クレジット・キャッシュカード）を取忘れた際は、任意の設定時間経過後に回収ボックス（個人情報保護の為、鍵付きBOXであること）または筐体内へ回収機能があること。
3	7	2	6	紙幣挿入口、紙幣返却口、硬貨入出金口には、いづれもイタズラ防止の為、開閉シャッターがあること。開閉シャッターは診察券挿入後もしくはバーコードをかざした後に開閉すること。
3	7	2	7	貨幣両替機能があること。
3	7	2	8	本体扉を開けたまま、エラー解除が行えるように、患者様の操作画面の他に、係員専用の操作画面があること（患者様用と職員用に2画面あること）。
3	7	2	9	後扉を開けて操作をする際に、機器本体上部に係員操作専用モニタを装備していること。
3	7	2	10	日常業務（現金装填・回収、領収書準備等）について、後扉運用にて操作ができること。
3	7	2	11	80mmサーマルプリンタで、職員操作による現金の入出金操作の金種情報（釣銭装填、補充、全回収、一部回収、両替ジャーナル他）の発行を、都度行えること。または、管理PCからの発行も可能とする。
3	7	2	12	画面以外に、取扱い、休止の切り替えパネルを有していること。
3	7	2	13	定期的な更新を必要としないホワイトリスト方式のウィルス対策ソフトを搭載していること。

3				ハードウェア要件
3	7	2	14	本体電源及び、取扱時間、再起動時間、カード決済運用切替時間のタイマースケジュール設定ができること。また、タイマースケジュールは、診療費支払機本体と監視モニターのどちらでも設定できること。
3	7	2	15	アンカー固定不要で設置できること（設置環境によりアンカー固定対応も行えること）。
3	7	3		金銭処理機
3	7	3	1	貨幣識別レベルは、金融機関レベルの識別基準で偽装紙幣や偽造硬貨、外貨の収納を防止できること。また、硬貨の識別に「画像センサー」を内蔵していること。
3	7	3	2	入金処理は、以下の金種以上の取扱いができること。 紙幣 全金種（一万円、五千円、二千円、千円） 硬貨 全金種（五百円、百円、五十円、十円、五円、一円）
3	7	3	3	紙幣入金口にはブロック等により開口を狭めることで紙幣入金口は異物投入対策や投入時エラー対策が可能であり、かつ補充時には開口を広げることで大量補充が可能なこと。
3	7	3	4	出金方法は、紙幣30枚以上、硬貨100枚以上（混合一括出金）ができること。
3	7	3	5	受入れ金額の一時保留機能があり、紙幣は投入現金の現物返却ができること。
3	7	3	6	連算金を防止する為に、紙幣硬貨すべての入出金操作は自動計数する機能があること。
3	7	3	7	硬貨投入口に異物が投入された際は、硬貨は払出口に自動排除し、精算機の画面で異物返却があることを患者様に通知すること。また、取忘れないよう誘導すること。
3	7	3	8	紙幣、硬貨共にカギ付きのカセット金庫であること。また、硬貨は機内にセットされた状態で混合一括自動計数回収ができること（手入力は一切ないこと）。
3	7	3	9	管理及び運搬時の負担を軽減する為、紙幣カセット、硬貨カセットは、それぞれ1個ずつ計2個であること。
3	7	3	10	紙幣、硬貨共にカセット回収指示は、診療費支払機用監視モニターから遠隔指示が可能であること。回収操作完了時に、監視モニターから完了アラームがなること。
3	7	3	11	貨幣回収方法として、病院で任意に全額回収／売上金回収の選択ができること。
3	7	4		カード決済
3	7	4	1	接触ICクレジットカード及びデビットカード払いの対応ができること。
3	7	4	2	EMVレベル1&2に準拠したICカード対応カードリーダー、PCI PTSに準拠したPINPADを搭載していること。
3	7	4	3	接触ICクレジットカード、デビットカード決済時の暗証番号入力用PINPADは同一ユニットであること。
3	7	4	4	日本クレジット協会が公布している『オートローディング診療費支払機のIC対応指針と診療費支払機の本人確認方法について』の代替対策案を基にICクレジット対応化におけるセキュリティ対策を実施していること。
3	7	4	5	日本クレジット協会が公布している『対面加盟店における非保持化と同等/相当のセキュリティ確保を可能とする措置に関する具体的な技術要件について』の端末に対するセキュリティ対策を実施していること。
3	7	4	6	操作性とカード取忘れ対策の為、オートローディング方式（自走式：カード自動取込み・自動排出）のカードリーダーを採用していること。
3	7	4	7	カード支払い時は支払い回数選択後、画面に「氏名・金額・支払い回数」を再表示し、確認ボタンを押さないと決済が完了しないこと。
3	7	4	8	クレジットカード利用控え、デビットカード利用控えは、領収書用紙（診療明細書用紙）が出力可能なこと。
3	7	4	9	領収書・明細書とは別に、80mmサーマルプリンタからカード利用明細書、口座引落確認書の発行が行えること。また、領収書内に組込み印字することもできること。
3	7	4	10	決済エラー時（暗証番号間違い等）にエラー内容を画面に表示可能なこと。
3	7	4	11	クレジットカード、デビットカードの取消処理ができること。
3	7	4	12	クレジットカードの取消処理は決済をした機器本体で行えること。またカード取消控えは80mmサーマルプリンタから患者、医療機関にそれぞれ自動印字されること。
3	7	4	13	また、取消し結果が患者様と職員の管理用に出力されること。
3	7	4	14	機器本体が複数台の場合でも、ルータ1台構成にてDA64専用線もしくはフレッツ光回線でカード対応ができること。
3	7	4	15	フレッツ光回線を使用する際は、IP-VPN閉域網サービスを利用できること。
3	7	4	16	本院のセキュリティポリシーに基づき、カード決済対応時は外部ネットワークと院内ネットワークを切離して構築できること。
3	7	5		領収書・診療明細書印刷機能
3	7	5	1	レーザープリンタにて、領収書と診療明細書の発行が可能なこと。
3	7	5	2	本院指定の領収書・診療明細書・予約券・薬引換券が発行できること。
3	7	5	3	本院指定の領収項目／レイアウトに対応でき、白紙用紙にフル印字（オーバーレイ）もしくはプレ印刷用紙（事前印刷用紙）の利用ができること。
3	7	5	4	領収書／診療明細書は、医事会計システムと同一フォーマットにて普通紙で発行できること。
3	7	5	5	領収書／診療明細書は「最大A4サイズ／1,000枚以上」の発行が可能なこと。
3	7	5	6	コスト削減の観点から、診療明細書は白紙コピー用紙が利用できること。
3	7	5	7	用紙在庫の管理がしやすいように、印刷枚数日計表（診療費支払機で印刷した領収書／診療明細書の枚数集計）を出力できること。
3	7	5	8	レーザープリンタは、自動精算機本体に内蔵していること。

3				ハードウェア要件
3	7	5	9	診療明細書は、患者様が任意で「発行可否」を選択できること。また、無条件発行の設定も可能なこと。
3	7	5	10	係員機能として、領収書の再発行機能があること。
3	7	6		自動支払機用監視モニター機能
3	7	6	1	以下の遠隔指示機能を有すること。 ・紙幣、硬貨の回収カセット金庫への回収指示 ・現金専用対応／現金・カード併用対応／カード専用対応への切替指示及び取扱指示 ・データ検索機能・各支払機の機器状態表示機能 ・エラー発生時のエラー詳細の表示機能 ・エラー及び係員呼出ボタン押下時のエラー警告を特別な配線無しに発生できる機能
3	7	6	2	釣銭切れや領収書用紙切れの事前警告機能により、機器停止を未然に防ぐ機能があること。
3	7	6	3	日計表、カード日計表の帳票出力機能を有すること。また、CSV形式でファイル保存できること。
3	7	6	4	データ検索は、取引データを「90日以上」保持できること。またその間は、いつでも検索可能なこと。
3	7	6	5	自動精算機の係員呼出ボタンの押下時に、特別な配線なしで（LAN経由）、監視パソコンに警告する機能があること。
3	7	7		その他要件
3	7	1	1	障害発生時は、メーカー正社員にて迅速に保守する体制が整っていること。
3	7	1	2	製造中止後7年間の保守対応が可能なこと。
3	7	1	3	障害発生時は、迅速な対応を行うため、50キロ圏内に保守拠点を有していること。
3	7	1	4	自動精算システム導入後、取扱い方法については教育訓練を行うこと。
3	7	1	5	本調達機器に必要な電源、LAN配線、フレッツ光回線は既設設備を流用することとし工事費用は本調達に含まないものとする。
3	7	1	6	診療費支払機に関わる消耗品（領収書、明細書用紙含む）は、診療費支払機メーカーからの指定購入ではなく、本院が選定した業者より一般的に購入ができること。また、診療費支払機メーカーからの購入でなくてもメーカー保証にて対応すること。
3	7	1	7	拡張機能として、診療費支払機インターフェースを活用し医事システム（属性連携、未収消込連携、領収書・明細書発行連携）と連携をした「後払いシステム」の導入が可能なこと。
3	7	1	8	既設の診療費自動支払機の撤去、廃棄を行うこと。
3	8			後払いシステム
3	8	1		機器構成
3	8	1	1	機器構成は以下とすること。 中継端末 1式 利用者DBサーバ 1式 ※タワー型 連携端末 1式 管理・参照端末 1式 受付端末 1式 ※磁気カードリーダー、レシートプリンタ、専用架台含む 領収書発行端末 1式 ※磁気カードリーダー、専用架台含む
3	8	1	2	外部連携装置は、本院が採用するインターネット回線を利用し、暗号化通信にて利用者情報を取込む機能を有すること。また、決済情報の情報連携を行う為に安全性を担保した形で設置すること。
3	8	1	3	外部連携装置は、病院情報システムと情報連携を行い、利用者登録情報と利用者の整合性を確認する機能を有すること。
3	8	1	4	外部連携装置は、障害時復旧が速やかに行えるようコールドスタンバイ等の対応を行うこと。
3	8	1	5	本院が準備する領収書・診療明細書発行端末用のA4モノクロレーザープリンタで領収書、診療明細書の発行ができること。
3	8	1	6	領収書・診療明細書発行端末および、レーザープリンタは専用架台に格納すること。
3	8	2		基本要件
3	8	2	1	本院の医事会計システムと医療費後払いシステムをTCP/IP方式でLAN接続し、ソケット通信で送受信が行えること。
3	8	2	2	接続仕様は当院と協議の上、医事会計システム側が提示する仕様書に準拠すること。
3	8	2	3	クレジットカード取引および利用者登録連携用の回線は、本院が採用するインターネット回線を利用し、外部データセンターと暗号化通信を行うこと。
3	8	2	4	病院情報システムのネットワークと外部データセンターの接続は、物理的な方法によるセキュリティ対策を実施し、外部からの侵入に対する十分な対策がなされていること。
3	8	3		後払いシステム本体
3	8	3	1	後払い利用登録の方法は、クラウドサービスに対応しパソコン及びスマートフォンから利用申込み登録ができること。
3	8	3	2	利用登録は、登録促進と利便性向上を図る為、専用アプリケーションのダウンロードや専用媒体の申込み等の手間が発生しないこと。
3	8	3	3	後払いシステムを利用しようとする者（以下「利用者」という）は、支払手数料を負担することなく、後払いシステムを利用できる機能を有すること。
3	8	3	4	利用登録時に、病院情報システムに対して該当患者の登録を照会する機能を有すること。また、クレジットカード会社に対して該当患者の登録クレジットカードの有効性を照会する機能を有すること。
3	8	3	5	利用者は本院滞在中のいづれにおいても、診察券又は診察券番号だけで後払いシステムを利用できる機能を有すること。また、利用者は後払い受付端末にて診察券またはバーコード（診察券番号）で利用受付を行い、受付票の発行ができること。
3	8	3	6	来院時の利用申告は、診察前、診察後のどちらにも対応できること。

3				ハードウェア要件
3	8	3	7	後払いシステム利用申告時、本院にて特定患者の利用を制限できる機能を有すること。
3	8	3	8	クレジットカード取引が正常に行えなかった場合、次回以降の後払い利用を自動で制限する機能を有すること。
3	8	3	9	以下の場合、次回以降の後払い利用を本院が制限することができる機能を有すること。 ・医療機関の都合により、後払い利用を停止にする場合は、医療機関都合として停止登録が手動で行えること。 ・利用者都合による後払い利用停止は、医療機関にて手動にて行えること。
3	8	3	10	利用者があらかじめ登録したメールアドレスに、以下の通知を自動で送信する機能を有すること。 ・利用者登録完了通知 ・病院情報システムとの登録内容相違についての再登録通知 ・診療費確定、課金完了通知 ・診療費課金エラー通知 ・診療費再課金エラー通知 ・クレジットカード有効期限切れ事前通知
3	8	3	11	通知内容の定型文は指定及び修正できる機能を有すること。また、診療費確定通知は本院が任意の時間を選択し送信できる機能を有すること。
3	8	3	12	本システムで利用する専用メールアドレスは、本院より払い出したものを利用すること。
3	8	3	13	本院で契約するクレジットカードブランド（VISA/Master/JCB/Amex/Diners）が使用できる機能を有すること。
3	8	3	14	利用者が保有するクレジットカードを登録できること。また、新たにクレジットカードの新規申込みをする必要がないこと。
3	8	3	15	利用限度額は利用登録者のクレジットカード与信限度額の上限に対応できること。
3	8	3	16	入院診療費及び外来診療費の支払いに対応できること。
3	8	3	17	システムメンテナンスの時間を除き、常時利用できること。
3	8	3	18	後払い対象請求書の算定及びクレジットカード課金タイミングは、本院で任意に設定できる機能を有すること（当日の他、○日後など）。
3	8	3	19	クレジットカード課金が成立することにより、病院情報システムの未収情報が入金済みに自動で変更される機能を有すること。
3	8	3	20	クレジットカード課金が成立した時点で、利用者に対して事前登録したメールアドレスに取引完了を通知する機能を有すること。
3	8	3	21	利用者が、後払いシステム登録後も診療費支払機または有人会計窓口の支払い方法を任意で選択できる機能を有すること。
3	8	3	22	退会時の利用情報は、Web上に登録された後払い利用者個人情報の匿名化加工により、個人特定ができない方法で退会管理ができること。
3	8	3	23	後払い決済した領収書、診療明細書は、院内に設置する専用端末にて利用者自身が現物発行できること。
3	8	3	24	専用端末から発行できる領収書、診療明細書は、一度限りであること。また、窓口会計でも同様に発行できること。
3	8	3	25	管理端末から、請求金額情報及び支払完了／未完了の状態を参照、帳票出力できる機能を有すること。
3	8	3	26	クレジットカード課金が不成立となった場合、管理端末から再課金処理ができる機能を有すること。
3	8	3	27	後払いを行った利用者は診察券またはバーコード（診察券番号）を利用し、本院に設置する専用発行端末から未発行の領収書、診療明細書を自動発行できること。また、発行できる回数は1回限りとする。
3	8	3	28	専用端末から発行する領収書、診療明細書は、診療費支払機、有人会計窓口から発行するものと同一フォーマットとすること。
3	8	3	29	0円請求書については本システムの対象外とすること。
3	8	4		その他
3	8	4	1	本院の医事会計システムとの接続にあたり、医事会計システム側の接続（診療費後払い連携、SE作業費用、現行医事機能変更等）は本調達費用に含むものとする。
3	8	4	2	上位システム（医事会計システム）との接続については、その作業において、病院事務に支障の出ないように、十分な協議及びテスト、システム稼働時の立会いを行うこと。
3	8	4	3	設置場所は機器の設置に配慮した本院の指定場所とすること。
3	8	4	4	電源、ネットワークは既設のものを使用するものとし、本調達には含まないものとする。
3	8	4	5	領収書及び診療明細書発行用のA4プリンター（2カセット）については、本院で準備するものとする。
3	8	4	6	領収書・診療明細書発行端末及びA4プリンタは専用架台への格納を行うこと。
3	8	4	7	後払いシステムの利用で発生するランニング費用（入金消込サービス手数料／データセンターサービス手数料／決済センターサービス手数料）については本調達範囲外とし別途契約とすること。
3	8	4	8	本システムは、診療費支払機のオプション機能であり、診療費支払機と対で稼働するものとする。
3	8	4	9	後払い利用登録者が「20万人以上」、月間処理件数が「8万件以上」のサービス実績があること。
3	9			診察券発行機
3	9	1		基本要件
3	9	1	1	診察券発行機の台数は3台とする。
3	9	1	2	医事会計システムとのオンライン接続で、要求された患者の診察券が自動発行できること。
3	9	1	3	接続仕様は医事会計システムが提示する仕様書に準拠すること。
3	9	1	4	発行するカードは、患者ID番号・カナ氏名・漢字氏名・生年月日・性別を日本語印字とし、現行の診察券カードが使用できること。
3	9	1	5	現行の診察券と磁気エンコード内容の互換性が保たれていること。
3	9	2		診察券発行機本体
3	9	2	1	インプットホッパーはカードを125枚以上収容可能なこと。
3	9	2	2	診察券の連続発行が可能なようにアウトプットホッパーは25枚以上収容可能なこと。
3	9	2	3	インプット・アウトプットホッパー共に外部より容易に操作できる機器前面にあること。
3	9	2	4	エラーカードは正常カードと区別して排出される専用の排出口（リジェクトスタッカー）を有すること。
3	9	2	5	リジェクトスタッカーは10枚程度収容可能であること。
3	9	2	6	カードクリーニング・エンコード・プリントが一行程で自動処理できること。
3	9	2	7	専用のクリーニングテープを使用した、カードクリーニング機構を有していること。
3	9	2	8	機器サイズは、226（W）×442（D）×229（H）mm以下であること。
3	9	2	9	重量は、5.5kg以下であること。

3				ハードウェア要件
3	9	2	10	電源はAC100Vで使用でき、消費電力も待機時：7.6W、プリント時：最大72W以内であること。
3	9	2	11	本体ディスプレイにエラーメッセージが表示できる機能を有すること。
3	9	2	12	モノクロプリントリボンは、1巻で1,500枚程度連続発行が可能であること。
3	9	3		磁気エンコード部
3	9	3	1	JIS-II型（JIS規格X-6302内、付属書（規定））に準拠した磁気エンコードが可能なこと。
3	9	3	2	制御符号は発行機側で自動生成が可能であり、固定位置に付加できること。
3	9	3	3	書き込みチェックのため、エンコード後の確認機能を有すること。
3	9	3	4	磁気エンコード部は、カード表面/裏面のどちらか選択可能であること。
3	9	3	5	磁気エラーの場合は、エラーカードを専用の排出口へ排出し自動で再発行をする機能を有すること。
3	9	3	6	高抵抗磁力（HI-CO）対応を行う場合、磁気書き込み機構を交換しないで設定変更で対応可能なこと。
3	9	4		プリント部（日本語印字）
3	9	4	1	プリント解像度は300dpiであること。
3	9	4	2	プリントは、カードの表面/裏面の両面に印字可能であること。
3	9	4	3	漢字、カナ、英字、記号、バーコードを印字できること。
3	9	4	4	漢字は、JIS第1水準及び第2水準以外にIBM拡張388文字を印字できる機能を有すること。
3	9	4	5	バーコードは、NW7、CODE39、CODE128、UCC/EAN-128、またQRコードを印字できる機能を有すること。
3	9	4	6	プリントエリアは、カードの端（エッジ）を含むカード全面に印字できること。
3	9	4	7	文字サイズはアウトラインフォント対応で自由に変更可能であること。（サイズが10種類以上あること。）
3	9	4	8	プリントフォントは、明朝体、ゴシック体を有すること。
3	9	4	9	プリントリボンの交換は、カートリッジ方式で簡単であること。
3	9	4	10	専用のクリーニングテープを使用した、カードクリーニング機構を有していること。
3	9	6		その他
3	9	6	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。
3	9	6	2	機器導入後、1年間の無償保証期間があること。
3	9	6	3	設置場所は機器の設置に配慮した本院の指定場所とすること。
3	9	6	4	オプションで接触/非接触ICカード発行に対応可能であること。
3	9	6	5	UL、VCCI、RoHS指令準拠、PSEマーク（電気用品安全法）の適合規格を満たしていること。
3	9	6	6	診察券発行システム導入後、取り扱い方法について教育訓練を行うこと。
3	10			その他機器
3	10	1		一次元バーコードリーダ
3	10	1	1	現行機種を流用すること。
3	10	2		二次元バーコードリーダ
3	10	2	1	現行機種を流用すること。
3	10	3		液晶ペンタブレット
3	10	3	1	読み取り方式は電磁波誘導方式であること。
3	10	3	2	表示サイズは23.8型であること。
3	10	3	3	読み取り可能範囲は527 x 296 mm以上であること。
3	10	3	4	インタフェースはUSBに準拠していること。
3	10	4		A4カラーキャナ
3	10	4	1	走査方式は読取ヘッド移動型原稿固定読取とすること。
3	10	4	2	現行サイズはA4/USレターサイズに対応していること。
3	10	4	3	読みとり速度は3.8sec/line以下であること。
3	10	4	4	インタフェースはUSBに準拠していること。
3	10	5		A3カラーキャナ
3	10	5	1	現行機種を流用すること。
3	10	6		POSレジ
3	10	6	1	以下の仕様を満たしたPOSレジを専用ソフトウェアをインストールした上で設置すること。
3	10	6	2	CPUはIntel Celeron J1900相当以上とすること。
3	10	6	3	OSはWindows 10 IoT Enterprise LTSC 2019(64bit)以上相当であること。
3	10	6	4	主記憶容量（メインメモリ）は4GB以上であること。
3	10	6	5	12型以上のディスプレイを有すること。
3	10	6	6	ディスプレイの解像度は800×600以上であること。
3	10	6	7	印字方式がラインサーマル方式のレシートプリンタを実装すること。
3	10	6	8	POS用のキーボードを有すること。
3	10	6	9	硬貨用釣り銭機を有すること。

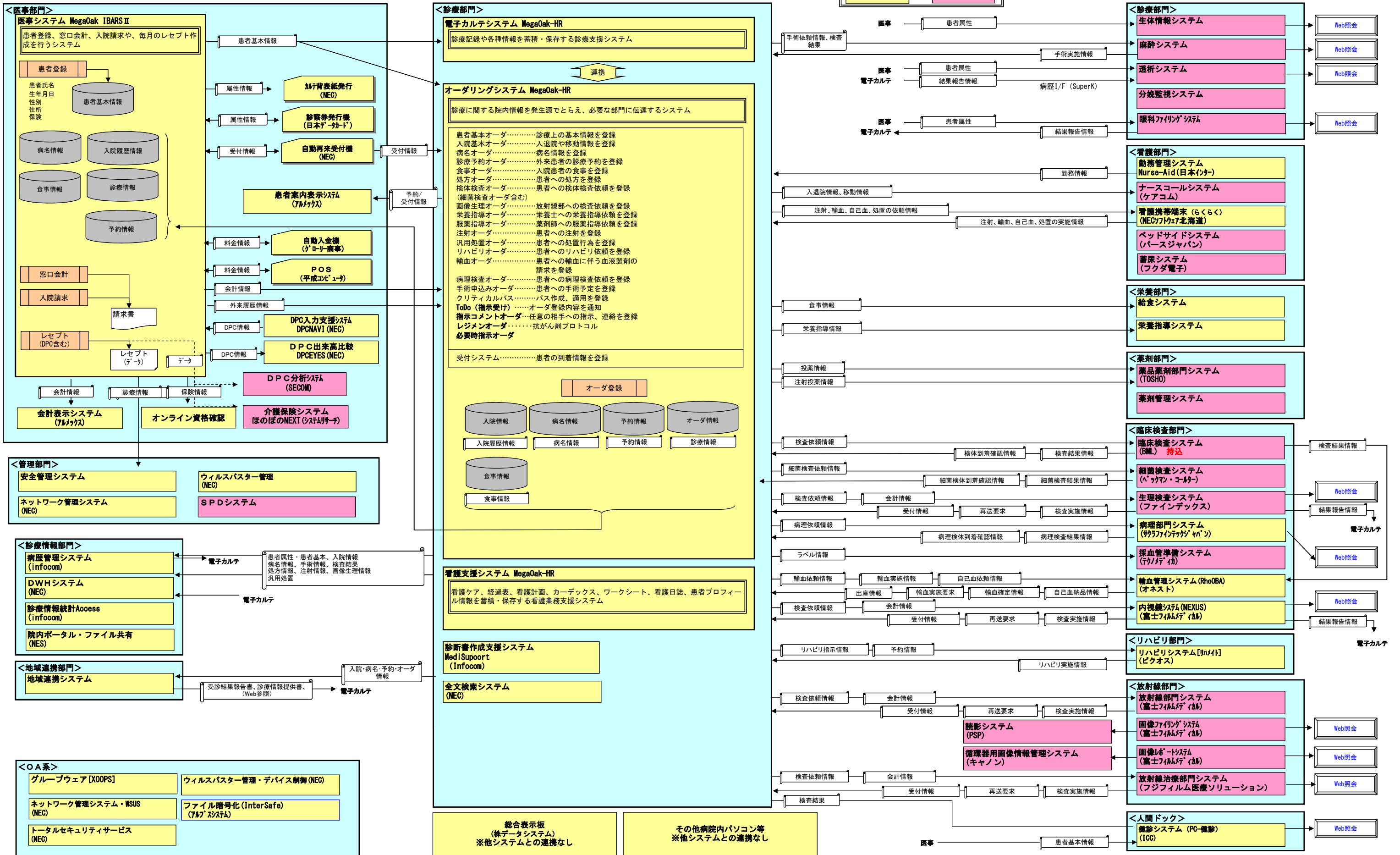
4				ネットワーク
4	1			基本要件
4	1	1		適用範囲
4	1	1	1	市立福知山市民病院が管理する電子カルテシステムに接続した“電子カルテ ネットワーク”と事務システムに接続した“OA系 ネットワーク”とインターネットに接続した“一般インターネット系 ネットワーク”において使用するハードウェア、ソフトウェアについて適応する。 (以下「病院情報システムネットワーク」という。)
4	1	1	2	市立福知山市民病院が運用している病院情報システムネットワーク機器（対象は本院〔本館・救命救急棟〕・大江分院）で運用中の全ての機器を対象とする。既存機器を流用する場合は具体的な提案を行うとともに、全ての機器を更新した際の構成や費用を参考として追加記載すること。
4	1	1	3	既存ネットワーク機器の内、履行期限迄に保守期限となる機器が存在する。構築期間中、優先的に先行して機器更新を行う等の措置を受託者の責任にて行うこと。
4	1	1	4	上記においては発注者と受注者にて協議を行い、発注者が必要と判断した更新範囲については全て、受注者の費用負担とし納品・構築を完了すること。
4	1	1	5	「4-1-1-2」の更新範囲に関わらず、ネットワーク更新後の保守受付窓口は一元化すること。（本院〔本館・救命救急棟〕・大江分院 全て）保守費用負担は全て本調達の受注者とする。
4	1	1	6	新病院情報ネットワークの導入にあたっては構築期間中、新ネットワークの併設環境の構築等、既存各システムへの影響を鑑み、事前に発注者・受注者・既存ネットワーク保守担当会社との協議を綿密に行うこと。また、当該協議や各種必要とされるアウトプット資料並びに既存ネットワークの設計・設定変更作業のにおいて既存ネットワーク保守業者が必要とされる費用は全て受注者の負担とする。
4	1	1	7	救命救急棟と同規模の拡張にも耐えられる構成であること（本業務で納品する基幹スイッチ（L3）等は、新棟との接続の際に十分耐えうる拡張性の高い機種（ソフトウェア含む）を選定し、新棟接続の際に必要な部材を含めてネットワーク設計・構築・納品を行うこととする（光ケーブル追加接続必要））
4	1	1	8	本院〔本館〕2階 図書室にOA系 ネットワークに属する学習用ノートクライアント（10台）の新たに常設することを予定して。必要な機器・部材等の数量を積算し、システム構成を行うこととする。
4	1	1	9	一般インターネット系 無線アクセスポイント の予備機（4台）機器構成に含むこと。
4	1	1	10	設置するネットワーク機器のテスト（仮説、本番環境含む）は、システム担当職員及び関係職員の立ち会いのもとに行い、その評価を受けること。
4	1	1	11	ネットワーク更新において、必要となる工事に関しては受注者において準備すること。尚、工事の実施にあたっては当院と相談の上、実施すること。
4	1	2		機器等構成の作成
4	1	2	1	ネットワーク機器構成は現システム構成と概ね同じ構成とすること。
4	1	2	2	ネットワーク概要設計を実施し、必要な機器等の数量を積算し、システム構成を決定すること。
4	1	2	3	機器等仕様明記されていない場合でも、機器等を動作させるために必要となるものについては、これをシステム構成に含めること。
4	1	3		受注者の責務
4	1	3	1	既設流用機器に対して設定変更が必要な場合は、受注者の責任において既設機器の保守業者に対して設定変更依頼を行うこと。必要となる費用はすべて受注者が負担すること。
4	2			ネットワーク構成（概要）
4	2	1		病院情報システム ネットワーク
4	2	1	1	電子カルテ ネットワーク 電子カルテシステムに接続したネットワーク。外部インターネットへの通信不可。 (OA系ネットワーク、一般インターネットネットワークとの相互通信不可。)
4	2	1	2	OA系 ネットワーク 事務システムに接続したネットワーク。外部インターネットへの通信可。 (電子カルテネットワーク、一般インターネットネットワークとの相互通信は不可。)
4	2	1	3	一般インターネット系 ネットワーク 外部インターネットに接続させるためのネットワーク。 (電子カルテネットワーク、OA系ネットワークとの相互通信は不可。) ※2014年9月 本院〔救命救急棟〕に合わせて整備。
4	2	2		機器整備時期
4	2	2	1	病院情報システムネットワークの各拠点の機器整備時期は以下である。 整備 拠点 2018年1月 福知山市民病院 本院〔本館〕 2021年1月 福知山市民病院 本院〔救命救急棟〕 2021年1月 福知山市民病院 大江分院
4	2	3		病院情報システム ネットワーク構成図 別紙4：病院情報システム ネットワーク構成図（イメージ）を参照のこと。
4	2	3	1	本院と大江分院間は2回線同時利用によるトラフィック分散および冗長化構成をとっている。
4	2	4		構成機器
4	2	4	1	今回更新する対象機器は、次のとおりとする。 本院〔本館〕 ・電子カルテ センタースイッチ（L3スイッチ） ・電子カルテ 部門接続用L3スイッチ（L3スイッチ） ・電子カルテ サーバファーム用L2スイッチ（L2スイッチ） ・電子カルテ フロアスイッチ（L2スイッチ） ・電子カルテ 無線LAN機器 ・OA系 L3スイッチ ・OA系 フロアスイッチ（L2スイッチ） ・OA系 リモート接続用Firewall ・一般インターネット系 スイッチ ・一般インターネット系 無線アクセスポイント ・無停電電源装置 ・予備機
4	2	4	2	詳細は別紙5：病院情報システム ネットワーク 導入機器 及び 構成一覧を参照のこと。
4	3			機器等仕様
4	3	1		本院〔本館〕 電子カルテ センタースイッチ（L3スイッチ）

4				ネットワーク
4	3	1	1	機器等は、以下の機能を有しているもの、または相当品とする。
4	3	1	2	EIA規格の19インチラック搭載金具が標準添付であること。
4	3	1	3	ハードウェアとして、2160.0 Gbps以上のスイッチング容量を持つこと。
4	3	1	4	ハードウェアとして96K 以上のMACアドレスを保持できること。
4	3	1	5	電源の2重化が可能であること。電源を2重化しても装置が19インチラック1Uに収まること。
4	3	1	6	SFP+(10G)スロットを48スロット標準搭載すること。
4	3	1	7	SFP+(10G)スロットは、1000BASE-T/SX/LX/ZX/BX SFP トランシーバ、10GBASE-SR/LR SFP+ トランシーバをサポートすること。
4	3	1	8	QSFP28(100G)スロットを6スロット標準搭載すること。
4	3	1	9	専用のスタックポートを有し、9台までのスタック接続に対応可能であること。
4	3	1	10	スタックされたすべての筐体は 1台の論理ユニットとして設定・管理できること。
4	3	1	11	スタック接続ケーブルが完全に切断されてしまう障害が発生した場合に、複数の同一設定装置がネットワーク上に出現することになり、アドレス重複障害や通信障害が発生する。これを防ぐ機能を有すること。
4	3	2		本院〔本館〕 電子カルテ 部門接続用 L 3 スイッチ（L 3 スイッチ）
4	3	2	1	機器等は、以下の機能を有しているもの、または相当品とする。
4	3	2	2	EIA規格の19インチラック搭載金具が標準添付であること。
4	3	2	3	ハードウェアとして、336Gbps以上のスイッチング容量を持つこと。
4	3	2	4	ハードウェアとして48,000以上のMACアドレスを保持できること。
4	3	2	5	AC電源、およびDC電源の2重化が可能であること。電源を2重化しても装置が19インチラック1Uに収まること。
4	3	2	6	10/100/1000BASE-Tポートを48ポート標準搭載すること。
4	3	2	7	専用のスタックポートを有し、9台までのスタック接続に対応可能であること。
4	3	2	8	スタックされたすべての筐体は 1台の論理ユニットとして設定・管理できること。
4	3	2	9	スタック接続ケーブルが完全に切断されてしまう障害が発生した場合に、複数の同一設定装置がネットワーク上に出現することになり、アドレス重複障害や通信障害が発生する。これを防ぐ機能を有すること。
4	3	3		本院〔本館〕 電子カルテ サーバファーム用 L 2 スイッチ（L 2 スイッチ）
4	3	3	1	機器等は、以下の機能を有しているもの、または相当品とする。
4	3	3	2	EIA規格の19インチラック搭載金具が標準添付であること。
4	3	3	3	10/100/1000BASE-Tポートを48ポート標準搭載すること。
4	3	3	4	仮想統合_ORACLESQL系サーバ
4	3	3	5	9台までのスタック接続に対応可能であること。
4	3	3	6	スタックされたすべての筐体は 1台の論理ユニットとして設定・管理できること。
4	3	3	7	スタック接続ケーブルが完全に切断されてしまう障害が発生した場合に、複数の同一設定装置がネットワーク上に出現することになり、アドレス重複障害や通信障害が発生する。これを防ぐ機能を有すること。
4	3	3	8	AC電源、およびDC電源の2重化が可能であること。電源を2重化しても装置が19インチラック1Uに収まること。
4	3	4		本院〔本館〕 電子カルテ フロアスイッチ（L 2 スイッチ）
4	3	4	1	機器等は、以下の機能を有しているもの、または相当品とする。
4	3	4	2	EIA規格の19インチラック搭載金具が標準添付であること。
4	3	4	3	10/100/1000BASE-Tポートを48ポート標準搭載すること。
4	3	4	4	SFPスロットを4スロット標準搭載すること。
4	3	4	5	4台までのスタック接続に対応可能であること。
4	3	4	6	スタックされたすべての筐体は 1台の論理ユニットとして設定・管理できること。
4	3	4	7	スタック接続ケーブルが完全に切断されてしまう障害が発生した場合に、複数の同一設定装置がネットワーク上に出現することになり、アドレス重複障害や通信障害が発生する。これを防ぐ機能を有すること。
4	3	5		本院〔本館〕 電子カルテ 無線 LAN（アクセスポイント）
4	3	5	1	機器等は、以下の機能を有しているもの、または相当品とする。
4	3	5	2	100/1000/2.5GBASE-T(PoE+受電)ポートを1ポート標準搭載すること。
4	3	5	3	コンソールポート(CLI)による設定、状態確認が可能であること。
4	3	5	4	IEEE802.11axに対応していること。
4	3	5	5	イーサネットケーブル経由での給電、もしくはパワーインジェクタのいずれからの電力供給にても動作可能であること。
4	3	5	6	IEEE802.1X認証/MAC認証/マルチステップ認証に対応のこと。 WPA/WPA2/WPA3に対応していること。
4	3	5	7	ハードウェアベースのTKIP/AESに対応していること。
4	3	5	8	アクセスポイント間で再認証なしの高速ローミングに対応していること。
4	3	5	9	ローカルデータベース、外部RADIUSサーバによる認証が可能なこと。
4	3	5	10	1ラジオあたりに最大16のSSIDが設定できること。
4	3	5	11	コントローラ機能を持ち、最大100台までアクセスポイントを管理可能なこと。
4	3	5	12	SNMPエージェント機能を有し、SNMPv1/v2c/v3に対応可能であること。
4	3	5	13	将来、位置特定システム（ロケーション装置）への対応が可能なこと。
4	3	6		本院〔本館〕 電子カルテ 無線 LAN（ワイヤレスコントローラ）
4	3	6	1	機器等は、以下の機能を有しているもの、または相当品とする。
4	3	6	2	最大512台のAPを管理できること。
4	3	6	3	2台までのスタック接続に対応可能であること。
4	3	6	4	WPA/WPA2/WPA3に対応していること。
4	3	6	5	レイヤ2またはレイヤ3ネットワークのいずれでも無線アクセスポイントをサポートできること。
4	3	6	6	将来の Wi-Fi タグ利用などに対応できるよう、ロケーショントラッキング機能をオプションで提供可能なこと。
4	3	6	7	AC電源搭載時、90～264Vでの動作が可能であること。
4	3	6	8	DHCPクライアント、DHCPリレー、DHCPサーバ、DHCPスヌーピング機能を有すること。

4				ネットワーク
4	3	7		本院〔本館〕 電子カルテ 無線LAN（認証サーバ）
4	3	7	1	機器等は、以下の機能を有しているもの、または相当品とする。
4	3	7	2	ハードウェアとソフトウェアが一体となったアプライアンス機器あること。
4	3	7	3	Web管理画面で製品を操作できること。その言語は日本語、及び英語から選択でき、Web管理画面へのアクセスは暗号化されていること。
4	3	7	4	製品の操作マニュアル、リリースノート、その他の関連文書は日本語で提供されていること。
4	3	7	5	EIA規格 19インチラックに固定可能であること。ラック占有は1RU以下であること。
4	3	7	6	ハードディスクドライブを搭載せず、フラッシュメモリから起動すること。
4	3	7	7	機器前面に液晶表示域を有し、ホスト名、IPアドレス、及びシステムの稼働状況が確認できること。
4	3	7	8	認証方式として、EAP-MD5、EAP-PEAP(MS-CHAPv2、GTC、TLS)、EAP-TTLS(PAP、CHAP、MS-CHAP、MS-CHAPv2、GTC、EAP-MSCHAPv2、EAP-TLS)、Cisco-LEAP、EAP-FAST、EAP-TLS、及びPAP、CHAP、MS-CHAP、MS-CHAPv2に対応すること。
4	3	7	9	システムやRADIUS、CAサービスのログを記録できること。ログの記録先は内部・外部、およびその両方から選択可能で、外部Syslogサーバーへのログ出力はUDP、TCPどちらにも対応すること。
4	3	7	10	2台以上の機器による冗長構成に対応すること。
4	3	8		本院〔本館〕 電子カルテ ネットワーク監視装置
4	3	8	1	機器等は、以下の機能を有しているもの、または相当品とする。
4	3	8	2	複数の端末から接続して監視できること。
4	3	8	3	監視及び監視設定がGUIにて実施できること。
4	3	8	4	マップを用いて監視ができ、障害箇所が視覚的にわかること。
4	3	8	5	メールやパトライトによる通報が可能なこと。
4	3	8	6	Pingによる死活監視ができること。
4	3	8	7	SNMPによる監視ができること。
4	3	8	8	蓄積した統計情報をもとに性能レポートを作成することが可能なこと。
4	3	8	9	警告、異常などの表示の色を、ユーザ任意の色に変更できること。
4	3	8	10	メッセージの色を警告や異常などの重要度に応じてユーザ任意の色に変更できること。
4	3	8	11	ネットワーク機器のアイコン登録は250個以上可能なこと。
4	3	8	12	救命棟 電子カルテ ネットワーク機器、大江分院 ネットワーク機器の監視を行うこと。
4	3	9		本院〔本館〕 OA系 L3スイッチ
4	3	9	1	機器等は、以下の機能を有しているもの、または相当品とする。
4	3	9	2	EIA規格の19インチラック搭載金具が標準添付であること。
4	3	9	3	ハードウェアとして、2160.0 Gbps以上のスイッチング容量を持つこと。
4	3	9	4	ハードウェアとして96K 以上のMACアドレスを保持できること。
4	3	9	5	電源の2重化が可能であること。電源を2重化しても装置が19インチラック1Uに収まること。
4	3	9	6	SFP+(10G)スロットを48スロット標準搭載すること。
4	3	9	7	SFP+(10G)スロットは、1000BASE-T/SX/LX/ZX/BX SFPトランシーバ、10GBASE-SR/LR SFP+トランシーバをサポートすること。
4	3	9	8	QSFP28(100G)スロットを6スロット標準搭載すること。
4	3	9	9	9台までのスタック接続に対応可能であること。
4	3	9	10	スタックされたすべての筐体は1台の論理ユニットとして設定・管理できること。
4	3	9	11	スタック接続ケーブルが完全に切断されてしまう障害が発生した場合に、複数の同一設定装置がネットワーク上に出現することになり、アドレス重複障害や通信障害が発生する。これを防ぐ機能を有すること。
4	3	10		本院〔本館〕 OA系 フロアスイッチ（L2スイッチ）
4	3	10	1	機器等は、以下の機能を有しているもの、または相当品とする。
4	3	10	2	EIA規格の19インチラック搭載金具が標準添付であること。
4	3	10	3	10/100/1000BASE-Tポートを48ポート標準搭載すること。
4	3	10	4	SFPスロットを4スロット標準搭載すること。
4	3	10	5	4台までのスタック接続に対応可能であること。
4	3	10	6	スタックされたすべての筐体は1台の論理ユニットとして設定・管理できること。
4	3	10	7	スタック接続ケーブルが完全に切断されてしまう障害が発生した場合に、複数の同一設定装置がネットワーク上に出現することになり、アドレス重複障害や通信障害が発生する。これを防ぐ機能を有すること。
4	3	11		本院〔本館〕 OA系 ネットワーク監視装置
4	3	11	1	機器等は、以下の機能を有しているもの、または相当品とする。
4	3	11	2	複数の端末から接続して監視できること。
4	3	11	3	監視及び監視設定がGUIにて実施できること。
4	3	11	4	マップを用いて監視ができ、障害箇所が視覚的にわかること。
4	3	11	5	メールやパトライトによる通報が可能なこと。
4	3	11	6	Pingによる死活監視ができること。
4	3	11	7	SNMPによる監視ができること。
4	3	11	8	蓄積した統計情報をもとに性能レポートを作成することが可能なこと。
4	3	11	9	警告、異常などの表示の色を、ユーザ任意の色に変更できること。
4	3	11	10	メッセージの色を警告や異常などの重要度に応じてユーザ任意の色に変更できること。
4	3	11	11	ネットワーク機器のアイコン登録は100個以上可能なこと。
4	3	11	12	救命棟 OA系 ネットワーク機器の監視を行うこと。
4	3	12		本院〔本館〕 OA系 リモート接続用Firewall
4	3	12	1	機器等は、以下の機能を有しているもの、または相当品とする。 推奨品：Palo Alto Networks社 Palo Alto PA-850
4	3	12	2	ハードウェアとソフトウェアが一体となったアプライアンス機器あること。
4	3	12	3	10/100/1000 x 4 ポート、ギガビット SFP x 8以上であること。
4	3	12	4	秒間の最大新規セッション数が13,000以上であること。
4	3	12	5	最大同時セッション数が192,000以上であること。
4	3	12	6	全ての対応アプリケーションが識別できる状態でのファイアウォールスループットが2Gbps以上であること。

4				ネットワーク
4	3	12	7	IPS、アンチウイルス、アンチスパイウェアを同時に使用した場合の脅威防御スループットが1Gbps以上であること。
4	3	12	8	Active/Standbyの冗長化構成が取れること。
4	3	12	9	マネジメントプレーンとパケット転送プレーンが独立しており、マネジメント（機器の設定やログの解析等）によるリソース消費により、パケット転送に影響が生じない設計がなされていること。
4	3	12	10	240GB以上の容量のSSDを搭載していること。
4	3	12	11	冗長化専用ポートを保有すること。
4	3	12	12	19インチ幅のラック搭載型とし、1U以内に収納可能であること。
4	3	12	13	消費電力が250W以下であること。
4	3	12	14	専用のアプリケーション識別エンジンを搭載しており、標準（デフォルト設定）で全てのトラフィックを対象にしたアプリケーションの識別のシグネチャが適用されていること。
4	3	12	15	L2、L3、タップ、バーチャル ワイヤ（トランスパアレント モード）モードの4種類の設置方式を持ち、物理インターフェイス毎にそれぞれの設定が行えること。
4	3	12	16	設定を反映する前の作り込んだ候補設定と、稼働中の設定と比較ができ、変更箇所だけ色分して表示し、設定変更前の最終確認ができること。
4	3	13		本院〔本館〕 一般インターネット系 スイッチ
4	3	13	1	機器等は、以下の機能を有しているもの、または相当品とする。
4	3	13	2	EIA規格の19インチラック搭載金具が標準添付であること。
4	3	13	3	10/100/1000BASE-T(PoE Plus給電対応)ポートを24ポート標準搭載すること。
4	3	13	4	SFPスロットを4スロット標準搭載すること。
4	3	13	5	IEEE802.3af準拠の給電方式にて、装置あたり最大370W以上の給電能力を有すること。
4	3	13	6	スパニングツリー(IEEE802.1d)、ラピッドスパニングツリー(IEEE802.1w)、MSTP(IEEE802.1s)、VLAN毎に動作するスパニングツリー(Per VLAN スパニングツリー)に対応していること。
4	3	13	7	タグVLAN(IEEE802.1Q)に対応していること。
4	3	14		本院〔本館〕 一般インターネット系 無線アクセスポイント
4	3	14	1	機器等は、以下の機能を有しているもの、または相当品とする。
4	3	14	2	10/100/1000BASE-T(PoE+受電)ポートを1ポート標準搭載すること。
4	3	14	3	IEEE802.11ax対応の統合アンテナを内蔵すること。
4	3	14	4	イーサネットケーブル経由での給電、もしくはパワーインジェクタのいずれからの電力供給にても動作可能であること。
4	3	14	5	WPA/WPA2/WPA3に対応していること。
4	3	14	6	ハードウェアベースの TKIP/AES暗号化機能を有すること。
4	3	14	7	無線LANクライアントがアクセスポイント間を移動した際にローミングできる機能を有すること。
4	3	14	8	1ラジオあたりに最大16のSSIDが設定できること。
4	3	14	9	128VLANインタフェースを設定可能で、それぞれにIPアドレスを1つ付与できること。
4	3	14	10	SNMPエージェント機能を有し、SNMPv1/v2c/v3に対応可能であること。
4	3	15		本院〔本館〕 無停電電源装置
4	3	15	1	RoHS指令対応製品であること。
4	3	15	2	製品寸法は 高さ130mm 以下とし、19インチラックマウント可能なキットを付属すること。
4	3	15	3	バッテリー寿命は20℃環境で5年以上であること。
4	3	15	4	ハイブリッド方式であること。
4	3	15	5	バックアップ時間は5分以上であること。
4	3	15	6	UPS管理ソフトが標準で添付していること。
4	3	16		本院〔本館〕 予備機
4	3	16	1	4.3.4 本院〔本館〕 電子カルテ フロアスイッチ（L 2スイッチ） 4.3.5 本院〔本館〕 電子カルテ 無線LAN（アクセスポイント） 4.3.10 本院〔本館〕 O A系 フロアスイッチ（L 2スイッチ） 4.3.13 本院〔本館〕 一般インターネット系 スイッチ 4.3.14 本院〔本館〕 一般インターネット系 無線アクセスポイント 上記機器と同機種であること。
4	3	17		本院〔本館〕 リハ室用 無線アクセスポイント
4	3	17	1	4.3.14 本院〔本館〕 一般インターネット系 無線アクセスポイント 上記機器と同機種であること。

別紙4：市立福知山市民病院 総合医療情報システム全体関連図（2023.4）



別紙5：病院情報システム ネットワーク 導入機器 及び 構成一覧

以下の製品は、現行機種の後継機の一覧を参考として表示している。
 入札においては、これらと同等以上の機能を有する製品を見積もること。

(5)				病院総合情報システムネットワーク	
(5)	1			導入機器 及び 構成一覧	
(5)	1	1		本院[本館]	
(5)	1	1	1	本院[本館] 電子カルテ センタースイッチ(L3スイッチ)	数量
				QX-S6748XP-6H(W)基本部(AC/DC)	2
				PSR450-12A1-N電源部(AC450W)	4
				LSPM5FANSB(前面吸気)	10
				QX-S6748XT-6H(W)基本部(AC/DC)	2
				PSR450-12A1-N電源部(AC450W)	4
				LSPM5FANSB(前面吸気)	10
				QSFP28銅線ケーブル(3m)	4
				1port 1000BASE-SX SFP (MM, LC)	64
(5)	1	1	2	本院[本館] 電子カルテ 部門接続用スイッチ	数量
				QX-S5648GT-4X1C(W)基本部(AC/DC)	2
				PSR150-A1電源部(AC150W)	4
				LSPM5FANSB(前面吸気)	4
				SFP+銅線ケーブル(3m)	2
(5)	1	1	3	本院[本館] 電子カルテ サーバスイッチ	数量
				QX-S5348GT-4X1C(W)基本部(AC/DC)	4
				PSR150-A1電源部(AC150W)	8
				LSPM5FANSB(前面吸気)	8
				SFP+銅線ケーブル(3m)	4
(5)	1	1	4	本院[本館] 電子カルテ フロアスイッチ	数量
				QX-S4148GT-4G基本部(AC)	22
				QX-S4124GT-4G基本部(AC)	7
				1port 1000BASE-SX SFP (MM, LC)	58
(5)	1	1	5	本院[本館] 電子カルテ 無線認証サーバ	数量
				NetAttest EPS-ST05A-A(初年度24365オンサイト保守込)	2
				NetAttest EPS ユーザーライセンス(100~1000)(84ヶ月)	100
				NetAttest EPS(EPS-ST05A-A) 24H365Dオンサイト 年間サポートサービス	12
(5)	1	1	6	本院[本館] 電子カルテ 無線LANコントローラー	数量
				QX-W2230AC基本部(8AP bundled)	2
				SFP+銅線ケーブル(1m)	2
				1port 1000BASE-SX SFP (MM, LC)	4
				PSR150-A1電源部(AC150W)	2
				QX-8AP-Mライセンス	3
				QX-64AP-Mライセンス	1
(5)	1	1	7	本院[本館] 電子カルテ 無線LAN(アクセスポイント)	数量
				QX-W1130基本部	81
				AP-ACアダプタ01(54V)	81
(5)	1	1	8	本院[本館] OA系 L3スイッチ	数量
				QX-S6748XP-6H(W)基本部(AC/DC)	2
				PSR450-12A1-N電源部(AC450W)	4
				LSPM5FANSB(前面吸気)	10
				QSFP28銅線ケーブル(3m)	2
				1port 1000BASE-T SFP (RJ-45)	16
				1port 1000BASE-SX SFP (MM, LC)	16
(5)	1	1	9	本院[本館] OA系 フロアスイッチ	数量
				QX-S4148GT-4G基本部(AC)	3
				QX-S4124GT-4G基本部(AC)	11
				1port 1000BASE-SX SFP (MM, LC)	14
(5)	1	1	10	本院[本館] 総合 インターネット統合ファイアウォール	数量
				Palo Alto PA-850	1
				SFPモジュール Copper	6
				PA-850用脅威防御契約 1年間	7
				PA-850用URLフィルタリング契約 1年間	7
				PA-850用WildFire契約 1年間	7
(5)	1	1	11	仮想統合 ORACLESQL系サーバ	数量
				Express5800/R110j-1 4x2.5型ドライブモデル	1
				AC電源ケーブル(3m)	2
				CPUボード(4C, 3.60GHz/E-2234)	1
				8GB増設メモリボード(1x8GB/U)	2
				RAIDコントローラ(2GB, RAID 0/1/5/6)	1
				増設バッテリー	1
				ライザカード(2xPCI)	1
				管理LAN/シリアルポート	1
				増設用600GB HDD	2
				内蔵DVD-ROMドライブ	1
				内蔵DVDドライブ増設キット	1
				電源ユニット(500W)	2
				冗長電源ケージ	1
				Windows Server 2019 Standard (16Core)	1
				デバイス増設ユニット(ラックマウント用)	1

(5)				病院総合情報システムネットワーク	
				外付USBケーブル(USB3.0)	1
				内蔵RDXドライブ	1
				RDX データカートリッジ(1TB)	2
				17.3型LCDコンソールユニット(1Server)	1
				ディスプレイ/キーボード延長ケーブル(2m, ラックマウント用)	1
				無停電電源装置(1200VA)	1
				PPSupportPack(Windows Server 2019 Standard)	1
				ESMPRO/UPSManager Ver2.8 (PowerChute Business Editionセット)	1
				PPSupportPack (ESMPRO/UPSManager)	1
				PPSupportPack (PowerChute Business Edition)	1
				WebSAM NetvisorPro V 9.4(500ノード版)	1
				PPSupportPack(WebSAM NetvisorPro V 3.0(500ノード版)以降)	1
				Veritas System Recovery 21 Server Edition	1
				PPSupportPack(Veritas System Recovery 21 Server Edition)	1
				ExpressSupportPack G4 R110x-1用 24時間365日対応(5年間)	1
				DN-1500GX-N1LSW (警子ちゃん4GXmini)(株式会社アイエスエイ)	1
				IRSH Ver.2 Windows 用パッケージ版(株式会社アイエスエイ)	1
				32インチモニタ	1
				QX-S1116GT-4G基本部(AC)	1
				フランジ Type8 8PORT用	1
(5)	1	1	12	本院[本館] ライネット系スイッチ	数量
				QX-S1116GT-4G基本部(AC)	1
				フランジ Type8 8PORT用	1
				QX-S1108GT-2G基本部(AC)	2
				フランジ Type7 8PORT用	2
				1port 1000BASE-SX SFP (MM, LC)	4
(5)	1	1	13	本院[本館] 一般インターネット系 フロアスイッチ	数量
				QX-S1124GT-4G-PW基本部(AC)	7
(5)	1	1	14	本院[本館] 一般インターネット系 無線アクセスポイント	数量
				QX-W1130基本部	12
(5)	1	1	15	本院[本館] 無停電電源装置	数量
				BP15SH-R	2
				BP07SH-R	19
(5)	1	1	16	本院[本館] 予備機	数量
				QX-S4148GT-4G基本部(AC)	3
				QX-S4124GT-4G基本部(AC)	3
				1port 1000BASE-SX SFP (MM, LC)	10
				1port 1000BASE-T SFP (RJ-45)	6
				QX-W1130基本部	10
				AP-ACアダプタ01(54V)	5
				QX-S1124GT-4G-PW基本部(AC)	2
(5)	1	1	17	本院[本館] リハ室用 無線アクセスポイント	数量
				QX-W1130基本部	2
(5)	1	1	18	本院[本館] クラスタソフトインタコネクタ用	数量
				QX-S608GT	1
				フランジ Type5 8PORT用	1

5				システム環境・セキュリティ・その他
5	1			システム環境
5	1	1		基本要件
5	1	1	1	電子カルテ端末に外字をリリースする仕組みを有すること。
5	1	1	2	院内端末の時刻同期を実施するタイムサーバを有すること。また、対象は今回調達するサーバ群を対象とする。但し、別途当院が指定するサーバを対象とする場合がある。
5	1	1	3	外字登録は電子カルテ端末だけでなく、各部門システム、診察カード、領収書等全てに対して反映可能な仕組みを有すること。
5	1	1	4	サーバー上の共有フォルダに容量制限が設定可能なこと。
5	1	1	5	運用検討に応じて、部署ごとに利用可能な共有フォルダを作成できること。（実際のフォルダの作成場所等は病院との協議に応じて決定すること）
5	1	1	6	今回調達するシステムのサーバ群は、病院が特別に認める場合を除き単一メーカー製（導入ベンダーがサーバ機器を製造している場合は導入ベンダー製）で構築すること。
5	1	1	7	今回調達するサーバ群の稼働状況（OSやDBMSの死活状況、ディスク容量、サーバプログラムの稼働状況など）を集中管理できる仕組みや環境を提供すること。
5	1	1	8	今回調達するサーバ群の設置箇所に関しては原則、既存電子カルテシステムが設置されているサーバ室を想定している。今回調達する各サーバシステムの併設時における設置環境構築作業や病院が必要と判断した当該作業時における既存の各システム担当業者の手配・作業費用の負担は受注者の負担とする。
5	1	1	9	今回調達する機器に脆弱性が発見された場合、遅滞なく情報を提供し対策を講じること。（対策は別途病院と協議し決定する）
5	1	1	10	ランサムウェア対策としてデータのバックアップは、3-2-1方式により、LTOに保存すること。
5	1	1	11	サーバー室の各サーバシステムの電源バックアップ用50KVA容量UPS（無停電電源装置）の更新に係る調達・作業費用は、本調達に含める。 ただし、現行CVCFの撤去方法、システム停止時間に関しては別途協議する。
5	1	1	12	新サーバ群において現行分電盤、2次配線で賄えない場合は、必要な作業を本調達に含める。
5	2			その他事項
5	2	1		基本要件
5	2	1	1	電子カルテ端末上から端末名をキーに端末設置場所の連絡先番号が検索可能なこと。
5	2	1	2	今回の調達で施設したネットワーク配線図、端末配置図を提出すること。 提出するネットワーク配線図、端末配置図は修正が可能な電子データであること。また修正に特別なソフトが必要であれば提供すること。
5	2	1	3	資産管理のために端末一覧、サーバー一覧、ライセンス一覧等を作成し提供すること。
5	2	1	4	電子カルテネットワークのハブ分けを解消すること。（総務課 放射線科 図書室）
5	2	1	5	工事が発生する箇所の石綿に関する調査は、本調達に含める。但し、除去作業は本調達外とする。 またもし石綿曝露の恐れがある箇所が認められた場合、当該箇所での作業は別途協議とし、安全確保に関する対策は本調達外とする。

6				電子カルテシステム
6	1			共通機能
6	1	1		基本要件
6	1	1	1	電子カルテシステム、オーダリングシステム、看護支援システムはデータベース及びサーバが一体化したものであること。
6	1	1	2	データは患者ごとで管理ができ、一患者のカルテを複数の場所から同時に参照、入力できること。
6	1	1	3	同時に一患者のカルテを複数人でアクセスした際、機能ごとに排他制御ができること。
6	1	1	4	クリニカルパスは電子カルテシステム上の一機能として動作し、電子カルテが動作するすべての端末で利用できること。
6	1	1	5	電子カルテ、オーダリングシステム及び看護支援システムのサーバ停止時でも、診療記録、看護情報の参照ができること。
6	1	2		セキュリティ
6	1	2	1	カルテの改ざんを防止するため、追記型データベース（Write Once型データベース）を採用していること。
6	1	2	2	カルテを参照及び、印刷した際に、アクセスログを取得できること。
6	1	2	3	利用者氏名、職種、所属科、前回ログイン日時の利用者情報が表示できること。
6	1	3		データ対象範囲
6	1	3	1	本システムのデータとして下記情報が扱えること。 ・ 一号用紙（様式第一号） ・ 退院時要約 ・ 入院情報 ・ 入院時基本情報 ・ 既往歴 ・ 家族歴 ・ 生活歴 ・ 現症および身体所見 ・ 問題リスト（プロブレムリスト） ・ 入院診療計画書 ・ 二号用紙（プログレスノート） ・ 説明／同意文書 ・ 紹介状 ・ 医師指示記録 ・ 看護記録 ・ 各種指導記録 ・ 検査記録
6	1	3	2	画像システムとの接続により、カルテ内で画像データが扱えること。
6	2			利用者認証
6	2	1		利用者認証
6	2	1	1	システムを利用するときに、職員コード、パスワードによるログインができること。
6	2	1	2	パスワードの有効期限チェックができること。
6	2	1	3	パスワードの有効期限が近付いた際はログイン時に注意喚起のメッセージが表示できること。
6	2	1	4	パスワードの有効期限が切れた際は、パスワード変更画面を表示しパスワードの変更を促すことができること。
6	2	1	5	パスワードの有効期限が切れた際は、ログインができない旨メッセージを出すことができること。
6	2	1	6	ログインしたまま一定時間放置した場合、自動的にログアウトできること。
6	2	1	7	ログアウトするまでの時間をマスタで設定できること。
6	2	1	8	ログインしたまま一定時間放置した場合、もしくは特定キーを押下した場合に画面ロックができること。また、再ログインすることでロック前の状態に戻る。
6	2	1	9	ログイン認証を一定回数以上失敗した場合には一定時間システムログインを受け付けない仕組みを有すること。また、回数については当院と協議の上、設定すること。
6	2	1	10	システムを利用するときに、ICカード認証等を含む2要素での認証ができること。尚、ポータルシステム機能を活用する提案でも可能とする。
6	3			アクセス権限
6	3	1		アクセス権限
6	3	1	1	利用者の権限に応じて利用できる機能や参照できる情報を設定できること。
6	3	1	2	権限は職種ごとでの設定ができること。
6	3	1	3	システムを利用するときに、利用者認証（所属、職種）を行い、権限の確認ができること。
6	3	1	4	利用者ごとにアクセスできる患者カルテ及び権限（更新許可、参照許可、参照不可）を設定できること。
6	3	1	5	患者ごとにアクセスできる職員及び権限（更新許可、参照許可、参照不可）を設定できること。
6	3	1	6	特定の患者についてはパスワードを知っている利用者のみが更新ができるよう設定できること。
6	3	1	7	利用者の職種ごとに、オーダ操作（参照、登録、修正、削除、発行等）の権限をマスタ設定できること。
6	3	1	8	患者ミドルネームを入院患者一覧、外来患者一覧に表示すること。
6	3	1	9	患者ミドルネームを患者検索画面と見舞客案内画面に表示すること。
6	3	1	10	患者ミドルネームは診察券と再来受付機画面、及び院外に出る帳票には表示されないこと。
6	4			アクセスログ
6	4	1		アクセスログ
6	4	1	1	いつ、誰（利用者）が、誰（患者）のデータにアクセスしたかをアクセスログとして取得できること。
6	4	1	2	日付、端末名、機能名称、患者ID、患者氏名、利用者ID、利用者氏名の情報がアクセスログデータとして記録できること。

6				電子カルテシステム
6	4	1	3	利用者ID、患者ID、検索期間、機能名称の指定で絞り込み検索を実施し、検索結果を一覧表示できること。
6	4	1	4	検索したアクセスログはCSV形式で出力できること。
6	5			画面、メニュー構成
6	5	1		基本要件
6	5	1	1	起動時の初期画面は個人、職種、所属科による業務の特異性に応じて設定できること。
6	5	1	2	起動時の初期画面は端末設置場所ごとに設定できること。
6	5	1	3	事前のマスタ設定により、利用者に応じた画面レイアウトを作成できること。
6	5	1	4	複数の画面を参照できるように画面を分割表示（若しくはマルチウィンドウ）できること。
6	5	1	5	院内共通、職種別、利用者別にあらかじめ設定されたウインドウの組み合わせで表示ができること。
6	5	1	6	ログイン後に診療科変更ができること。
6	5	1	7	カルテを開いている時に診療科変更ができること。
6	5	2		画面
6	5	2	1	ログイン後の初期画面にて、以下の内容を確認できること。 ・利用者の職種 ・利用者の所属科 ・利用者の氏名 ・前回ログイン日時
6	5	2	2	ログイン後の初期画面から利用者情報（パスワード、初期画面等）の変更画面が表示できること。
6	5	2	3	コミュニケーション機能の未読メッセージがある場合には専用アイコン点滅により通知ができること。 （コミュニケーション機能については1. 8. 参照）
6	5	2	4	承認依頼や結果通知等の通知で未確認項目がある場合には専用アイコンの点滅により通知ができること。
6	5	2	5	仮想統合_ORACLESQL系サーバ
6	5	2	6	患者カルテを開いている場合は、開いているカルテの情報（患者氏名、性別、年齢、入外区分、病棟、診療科）が表示できること。
6	5	3		メニュー画面
6	5	3	1	メニュー画面からカルテ入力、オーダ等の診療に使用する各種機能ツールの呼出しができること。
6	5	3	2	カルテ入力、オーダ等の診療に使用する各種機能ツールは利用者ごとにお気に入り登録ができること。
6	5	3	3	お気に入りメニューの並び順は利用者ごとに自由に設定できること。
6	5	4		診察終了画面
6	5	4	1	診察終了時に、本日の診察内容を確認できる画面を有すること。
6	5	4	2	診察内容の全てを登録できる他、診察内容の一部のみを選択して登録できること。
6	5	4	3	診察終了画面を印刷し、カルテ控えとして保存ができること。
6				患者一覧、カルテ選択
6	1			受付患者一覧
6	1	1		受付患者一覧
6	1	1	1	予約患者の到着確認や予約外患者の医師割り振り等、ブロックや診療科での受付業務を支援する機能を有すること。
6	1	1	2	ブロックや診療科に来院予定の患者一覧が受付患者一覧として表示できること。
6	1	1	3	受付患者一覧には、患者氏名、患者カナ氏名、患者ID、性別、年齢、予約区分、予約時間、来院時間、診療状態、検査結果、レントゲン結果の有無、生理検査結果の有無、画像レポート結果、初診区分、併科の有無、当日／紹介区分、フリーコメント、準備品、入院科、入院病棟、他科紹介の有無が表示できること。
6	1	1	4	受付患者一覧の各々の表示項目について、ワンクリックで患者の並べ替え（昇順／降順）ができること。 また、表示項目自体の選択や並べ替えができること。
6	1	1	5	患者の到着確認ができること。 また到着確認時には、診察前検査情報や併科情報等が一画面で確認できること。
6	1	1	6	患者を選択し、患者案内票の印刷ができること。
6	1	1	7	患者案内表示盤と接続時には到着確認情報を表示盤へ送信できること。
6	1	1	8	患者を選択し、予約詳細画面を開き本日の予約内容を参照できること。 予約内容は併科受診の内容の他に、検査、栄養指導、等診療予約以外の内容も参照できること。
6	1	1	9	患者を選択し、予約オーダ画面を表示し予約の参照、取得、修正ができること。
6	1	1	10	患者を選択し、病名オーダ画面を表示し病名の参照、登録、修正ができること。
6	1	1	11	患者を選択し、患者基本オーダ画面を表示し患者基本情報の参照、登録、修正ができること。
6	1	1	12	患者を選択し、検査結果照会画面を開き、検査結果を参照できること。
6	1	1	13	患者を選択し、薬歴照会を参照できること。
6	1	1	14	患者を選択し、対象のチームを選び、チーム患者登録ができること。
6	1	1	15	患者を選択し、患者ラベルの発行ができること。
6	1	1	16	患者を選択し、履歴画面を表示し、入退院情報を参照できること。
6	1	1	17	患者を選択し、入院予定、入院決定、入院確認画面を表示できること。 表示されるメニューは患者の入院状態によって変わる。
6	1	1	18	患者を選択し、検査戻り入力ができること。 検査戻りの患者は色別され表示されること。
6	1	1	19	患者を選択し、予約キャンセル入力ができること。 また、予約キャンセルの患者は識別され表示できること。
6	1	1	20	他科から紹介された患者は、他科紹介の内容を参照できること。
6	1	1	21	担当医師が決まっている患者は、医師変更ができること。
6	1	1	22	重症患者、臨床研究対象患者等特定患者のカルテを患者検索することなくいつでも開くことができるように、受付患者一覧から対象患者を選択し、簡易患者一覧に登録できること。（ミニ患者一覧機能）
6	1	1	23	利用者のカルテの閲覧履歴画面を確認できること。 このカルテ閲覧履歴から患者を選択し、カルテが開けること。
6	2			外来患者一覧
6	2	1		外来患者一覧
6	2	1	1	外来患者一覧では、指定日の指定予約項目に予約がある患者が一覧表示できること。

6				電子カルテシステム
6	2	1	2	外来患者一覧には、患者氏名、患者カナ氏名、患者ID、性別、年齢、予約区分、予約時間、来院時間、診療状態、検査結果、レントゲン、生理、画像レポート結果、初診区分、併科の有無、当日／紹介区分、フリーコメント、準備品、入院科、入院病棟、他科紹介区分が表示できること。
6	2	1	3	外来患者一覧は、患者の診察状態（未来院、診察待ち、診察一時終了、診察終了、キャンセル）ごとに色分け表示できること。
6	2	1	4	外来患者一覧では、予約患者は予約時間順に、予約外患者は受付時間順に一覧表示できること。 また、診察一時終了患者の選択や診察終了患者の再表示にも対応できていること。
6	2	1	5	外来患者一覧の各々の表示項目について、ワンクリックで患者の並べ替え（昇順／降順）ができること。
6	2	1	6	外来患者一覧に表示される項目の表示順を自由に変更ができること。 また、各項目での並べ替えができること。
6	2	1	7	外来患者一覧では、緊急検査結果到着の旨の自動表示ができること。
6	2	1	8	外来患者一覧では、当日の他科予約有無の表示ができること。
6	2	1	9	他科の予約がある場合は、予約内容の詳細表示ができること。
6	2	1	10	入院中外来患者のみ絞り込んで表示できること。
6	2	1	11	外来患者一覧で患者を選択すると、薬剤禁忌、食物禁忌、感染症、その他の障害情報、視覚障害情報、聴覚障害情報の有無がアイコンで確認できること。
6	2	1	12	外来患者一覧から患者を選択し、カルテが開けること。
6	2	1	13	外来患者一覧で患者IDを入力し、カルテが開けること。
6	2	1	14	外来患者一覧からカルテを表示した際、利用者が該当患者の予約科に所属している場合は、担当診療科は自動的にその予約科に変更できること。
6	2	1	15	患者案内表示盤と接続時には、表示盤に案内表示されている患者一覧の表示ができること。
6	2	1	16	患者案内表示盤と接続時には、手動又は自動で患者案内表示盤へ呼び出し情報を送信できること。
6	2	1	17	患者を選択し、予約詳細画面を開き本日の予約内容を参照できること。 予約内容は併科受診の内容の他に、検査、栄養指導、等診療予約以外の内容も参照できること。
6	2	1	18	患者を選択し、予約オーダー画面を表示し予約の参照、取得、修正ができること。
6	2	1	19	患者を選択し、病名オーダー画面を表示し病名の参照、登録、修正ができること。
6	2	1	20	患者を選択し、患者基本オーダー画面を表示し患者基本情報の参照、登録、修正ができること。
6	2	1	21	患者を選択し、検査結果照会画面を開き、検査結果を参照できること。
6	2	1	22	患者を選択し、薬歴照会を参照できること。
6	2	1	23	患者を選択し、対象のチームを選び、チーム患者登録ができること。
6	2	1	24	患者を選択し、患者ラベルの発行ができること。
6	2	1	25	患者を選択し、スキャン依頼用紙の印刷ができること。
6	2	1	26	患者を選択し、履歴画面を表示し、入退院情報を参照できること。
6	2	1	27	患者を選択し、入院予定、入院決定、入院確認画面を表示できること。 表示されるメニューは患者の入院状態によって変わる。
6	2	1	28	患者を選択し、検査戻り入力ができること。 検査戻りの患者は色別され表示されること。
6	2	1	29	患者を選択し、予約キャンセル入力ができること。 また、予約キャンセルの患者は識別され表示できること。
6	2	1	30	他科から紹介された患者は、他科紹介の内容を参照できること。
6	2	1	31	担当医師が決まっている患者は、医師変更ができること。
6	2	1	32	重症患者、臨床研究対象患者等特定患者のカルテを患者検索することなくいつでも開くことができるように、外来患者一覧から対象患者を簡易患者一覧にできること。
6	2	1	33	利用者のカルテの閲覧履歴画面を確認できること。 このカルテ閲覧履歴から患者を選択し、カルテが開けること。
6	3			救急患者一覧
6	3	1		救急患者一覧登録
6	3	1	1	トリアージ区分の登録ができること。
6	3	1	2	救急患者の来院方法や原因を登録できること。
6	4			入院患者一覧
6	4	1		入院患者一覧
6	4	1	1	入院患者を入院患者を病棟別や診療科別に一覧表示できること。 また全患者、担当患者のみの表示切替えができること。
6	4	1	2	入院予定患者、入院決定患者、入院患者、転入予定患者、退院予定患者、退院確認一覧、バス適用患者及びチーム別入院患者一覧を各々一覧で表示できること。 各々の一覧は、タブで切り替えて表示できること。
6	4	1	3	バス適用患者一覧はバスの名称も合わせて表示できること。
6	4	1	4	入院患者一覧に表示される項目の順序は自由に変更できること。 また、各項目の昇順／降順での並べ替えができること。
6	4	1	5	入院患者一覧は、退院予定患者、転棟予定患者及び外泊中、外泊予定を色分けして表示できること。
6	4	1	6	入院患者一覧で患者を選択すると、薬剤禁忌、食物禁忌、感染症、その他の障害情報、視覚障害情報、聴覚障害情報の有無がアイコンで表示できること。
6	4	1	7	入院患者一覧には、患者氏名、患者カナ氏名、患者ID、科、入院日、病棟、病室、ベッド、特記事項、医師や看護師への指示有無、面会情報が表示できること。
6	4	1	8	入院患者一覧には、バス登録の有無が表示できること。
6	4	1	9	キーボードまたは患者IDカードから患者IDを入力し、該当患者を指定できること。
6	4	1	10	患者IDがわからない場合でも、検索画面において姓名検索（カナ、漢字）、性別の絞り込みにより該当患者を一覧表示させ、患者を選択できること。
6	4	1	11	医師の確認が必要な情報がある場合に、患者ごとに確認事項があることを示すマークが表示できること。
6	4	1	12	看護師に対して医師からの指示等がある場合は、患者ごとに指示事項があることを示すマークが表示できること。
6	4	1	13	入院患者をチームでグルーピングしたり、徘徊注意等を把握できるようにするため、入院患者一覧にコメントを複数登録できること。
6	4	1	14	指示の緊急度に合わせて、指示事項があることを示すマークを変更できること。
6	4	1	15	入力したコメントは入院患者一覧に表示され、並べ替えできること。

6				電子カルテシステム
6	4	1	16	入院患者一覧より選択した患者のカルテが開けること。
6	4	1	17	入院患者一覧で患者IDを入力することによりカルテが開けること。
6	4	1	18	患者IDがわからない場合でも、検索画面において姓名検索（カナ、漢字）、性別の絞り込みにより該当患者を一覧表示させ、患者を選択できること。
6	4	1	19	入院患者一覧から患者を選択するとき、利用者が該当患者の入院科に所属している場合は、担当診療科は自動的にその入院科に変更できること。
6	4	1	20	患者を選択し、履歴画面を表示し、入退院情報を参照できること。
6	4	1	21	患者を選択し、患者定型コメントを入力できること。
6	4	1	22	患者を選択し、予約オーダー画面を表示し予約の参照、取得、修正ができること。
6	4	1	23	患者を選択し、病名オーダー画面を表示し病名の参照、登録、修正ができること。
6	4	1	24	患者を選択し、患者基本オーダー画面を表示し患者基本情報の参照、登録、修正ができること。
6	4	1	25	患者を選択し、検査結果照会画面を開き、検査結果を参照できること。
6	4	1	26	患者を選択し、薬歴照会を参照できること。
6	4	1	27	患者を選択し、対象のチームを選び、チーム患者登録ができること。
6	4	1	28	患者を選択し、患者ラベルの発行ができること。
6	4	1	29	患者を選択し、スキャン依頼用紙の印刷ができること。
6	4	1	30	入院予定患者一覧では、患者を選択し、入院決定、入院確認、予定修正、予定削除、入院予定作成の登録ができること。
6	4	1	31	入院決定患者一覧では、患者を選択し、入院確認、決定修正、決定削除、の登録ができること。
6	4	1	32	入院決定患者一覧、および入院患者一覧では、患者を選択し、看護手順の参照ができること。
6	4	1	33	入院決定患者一覧、および入院患者一覧では、患者を選択し、患者プロフィールの参照、登録、修正ができること。
6	4	1	34	入院決定患者一覧、および入院患者一覧では、患者を選択し、食事オーダーの参照、登録、修正ができること。
6	4	1	35	入院決定患者一覧、および入院患者一覧では、患者を選択し、選択食の参照、登録、修正ができること。
6	4	1	36	入院患者一覧では、患者を選択し、転棟予定、転入確認、転科転室、外出外泊、退院予定、退院確認、医師看護師の登録ができること。
6	4	1	37	転入予定一覧では、転入確認の登録ができること。
6	4	1	38	退院予定一覧では、退院確認の登録ができること。
6	4	1	39	退院確認一覧で退院確認日を期間指定することにより、該当期間の退院患者を一覧表示できること。
6	4	1	40	患者を選択し、病棟のエリアにドラッグ&ドロップすることで、転棟予定が登録できること。
6	4	1	41	患者を選択し、診療科のエリアにドラッグ&ドロップすることで、転科転室予定が登録できること。
6	4	1	42	利用者が過去に開いたカルテ閲覧履歴画面が表示できること。 このカルテ閲覧履歴から患者を選択し、カルテが開けること。
6	5			ベッドマップ
6	5	1		ベッドマップ
6	5	1	1	病棟ごとの入院状況を、ベッドマップイメージで表示できること。
6	5	1	2	ベッドマップ上で患者氏名、患者ID、年齢、入院科、主治医が確認できること。
6	5	1	3	感染症保有患者については、一目で分かるよう色を付けて表示できること。
6	5	1	4	患者基本情報として入力した救護区分が表示できること。 救護区分ごとに色分けして表示できること。
6	5	1	5	移動予定（入院決定、転棟予定、転入予定、外出外泊及び退院予定）が登録済みの患者については、一目で分かるよう各々色を付けて予定日とともに表示できること。
6	5	1	6	当日が入院決定日、転入予定日、転棟予定日、退院予定日に該当する患者について、確認忘れ防止のため専用マーカを点滅させ注意を促すことができること。
6	5	1	7	診療科別、主治医別に患者表示ができること。
6	5	1	8	ベッド番号の選択により、患者の詳細情報（年齢、性別、入院科、入院日、主治医、看護度、救護区分及び感染症有無）が表示できること。
6	5	1	9	病室名の選択により、その病室の患者の詳細情報（年齢、性別、入院科、主治医、看護度、救護区分及び感染症有無）が表示できること。
6	5	1	10	収容人数、空床数、入院予定数等の病室利用状況のサマリ表示ができること。
6	5	1	11	入院、退院登録に関わる操作（入院予定、入院決定、入院確認、転科、転棟、退院予定、退院確認の登録、修正及び削除等）をできること。
6	5	1	12	ドラッグ&ドロップ操作により、転科、転室が容易に入力できること。
6	5	1	13	ベッド移動を円滑に行うため、ワークエリアを設けられること。
6	5	1	14	指定した過去日のベッドマップが表示できること。
6	5	1	15	ベッドマップから患者を選択し、カルテが開けること。
6	5	1	16	患者を選択し、履歴画面を表示し、入退院情報を参照できること。
6	5	1	17	患者を選択し、患者定型コメントを入力できること。
6	5	1	18	患者を選択し、看護手順の参照ができること。
6	5	1	19	患者を選択し、患者プロフィールの参照、登録、修正ができること。
6	5	1	20	患者を選択し、食事オーダーの参照、登録、修正ができること。
6	5	1	21	患者を選択し、選択食の参照、登録、修正ができること。
6	5	1	22	患者を選択し、予約オーダー画面を表示し予約の参照、取得、修正ができること。
6	5	1	23	患者を選択し、病名オーダー画面を表示し病名の参照、登録、修正ができること。
6	5	1	24	患者を選択し、患者基本オーダー画面を表示し患者基本情報の参照、登録、修正ができること。
6	5	1	25	患者を選択し、検査結果照会画面を開き、検査結果を参照できること。
6	5	1	26	患者を選択し、薬歴照会を参照できること。
6	5	1	27	患者を選択し、対象のチームを選び、チーム患者登録ができること。
6	5	1	28	患者を選択し、患者ラベルの発行ができること。
6	5	1	29	患者を選択し、スキャン依頼用紙の印刷ができること。
6	5	1	30	患者を選択し、転棟予定、転入確認、転科転室、外出外泊、退院予定、退院確認、医師看護師の登録ができること。
6	5	1	31	重症患者、臨床研究等特定患者のカルテを患者検索することなくいつでも開くことができるように、ベッドマップから対象患者を選択し、簡易患者一覧に登録できること。
6	6			ID入力

6				電子カルテシステム
6	6	1		ＩＤ入力
6	6	1	1	患者ＩＤを入力することでカルテが開けること。
6	6	1	2	患者ＩＤがわからない場合でも、検索画面において姓名検索（カナ、漢字）、性別の絞り込みにより該当患者を一覧表示させ、患者を選択できること。
6	7			患者検索
6	7	1		患者検索
6	7	1	1	以下の条件を指定することにより、対象患者の一覧が表示できること。 ・患者氏名（カナ氏名もしくは漢字氏名のいずれかを選択） ・性別（男性のみ、女性のみ、男女両方のいずれかを選択） ・住所（現住所もしくは全住所のいずれかを選択） ・生年月日（西暦もしくは和暦のいずれかを選択）
6	7	1	2	検索結果患者一覧には、患者カナ氏名、患者氏名、患者ＩＤ、性別、年齢（死亡患者の場合は享年表示）、生年月日、電話番号、郵便番号、住所が表示できること。
6	7	1	3	検索結果患者一覧から患者を選択し、カルテが開けること。
6	8			簡易患者一覧
6	8	1		簡易患者一覧
6	8	1	1	重症患者、臨床研究等特定患者のカルテを患者検索することなくいつでも開くことができるように、外来患者一覧、受付患者一覧、救急患者一覧、入院患者一覧、ベッドマップから対象患者を選択し、簡易患者一覧に登録できること。
6	8	1	2	上記一覧から患者を選択し、カルテが開けること。
6	9			感染症管理
6	9	1		感染症管理
6	9	1	1	入院基本オーダで登録された各種情報をもとにして、指定した病室、または、指定した患者に関する病室利用情報について一覧表を印刷できること。
6	9	1	2	患者指定による印刷指示では、対象患者を患者検索できること。
6	9	1	3	患者指定による印刷指示では、対象患者の入院履歴を検索できること。また、履歴を選択することでその履歴に該当する病室と在室期間を自動的に指定できること。
6	9	1	4	病室指定による印刷指示では、病室、印字期間を指定できること。
6	9	1	5	一覧表では、対象期間に同室だった患者の情報（病室利用期間、同室時間など）が確認できること。
6	9	1	6	一覧表の内容は、ファイル出力できること。
6	9	1	7	印刷する前にプレビュー表示できること。
6	10			患者基本情報表示
6	10	1		患者基本情報表示
6	10	1	1	外来患者一覧、受付患者一覧、救急患者一覧、入院患者一覧、ベッドマップで患者を選択した際、患者基本情報が表示できること。
6	10	1	2	患者の性別、年齢別に応じたアイコンが表示できること。
6	10	1	3	患者氏名、患者ＩＤ、性別、生年月日、年齢、入院日、入院科、入院病棟、病室、適用保険等が表示できること。
6	10	1	4	患者の薬剤禁忌、食物禁忌、感染症、その他の障害情報、視覚障害情報、聴覚障害情報、アレルギー、体内金属、造影剤禁忌、同意書許諾書有無がアイコン表示できること。
6	10	1	5	患者の薬剤禁忌のアイコンは、禁忌情報あり、なし、未確認により各々アイコンの表示が変わること。
6	10	1	6	患者の食物禁忌のアイコンは、禁忌情報あり、なし、未確認により各々アイコンの表示が変わること。
6	10	1	7	患者のアレルギーのアイコンは、禁忌情報あり、なし、未確認により各々アイコンの表示が変わること。
6	10	1	8	患者の体内金属のアイコンは、禁忌情報あり、なし、未確認により各々アイコンの表示が変わること。
6	10	1	9	患者の造影剤禁忌のアイコンは、禁忌情報あり、なし、未確認により各々アイコンの表示が変わること。
6	10	1	10	感染症のアイコンは、陽性、陽性（判定期間を過ぎている）、陰性、陰性（判定期間を過ぎている）、未検査なし、未確認によりアイコンの表示が変わること。
6	10	1	11	アイコンにカーソルを合わせることで医療安全確保情報の内容が表示できること。
6	10	1	12	ツールチップ上で身長、体重、更新情報（更新日時や更新者等）が確認できること。
6	10	1	13	DPC情報が表示できること。
6	10	1	14	DPCの登録状況により文字色、背景色を変えて情報が表示できること。
6	10	1	15	1 患者に患者ＩＤが複数あるときや、周産期の母子が共に患者であるとき等、関連するＩＤが登録されているときには、注意喚起できるようアイコンの背景色を変えて表示できること。
6	10	1	16	ＩＤ誤入力防止として、患者ＩＤボタンをワンクリックすることで患者ＩＤをコピーし、ＩＤ入力欄等に貼り付けできること。
6	10	1	17	患者基本情報に血糖コントロール有りを入力した患者は、「血糖」と表示され、血糖コントロール患者であることが一目で確認できること。
6	10	2		注意メモ
6	10	2	1	院内の情報共有のため、患者基本情報として注意メモが登録、表示できること。
6	10	2	2	メモの重要性に応じて注意メモアイコンの表示色を変えられること。
6	10	2	3	メモの更新履歴を確認できること。
6	10	3		診療歴参照
6	10	3	1	カルテ開いた時に患者の長期間にわたる診療歴を視覚的に把握できるように、患者基本情報から診療履歴マップが表示できること。
6	10	3	2	履歴マップでは過去に受診した診療科と診療時期を時系列に表示できること。表示期間は5年及び1年が同時に表示できること。
6	10	3	3	入院期間を履歴マップ上に表示できること。
6	10	3	4	各診療科ごとに設定した色で履歴マップ上に診療情報があることが表現ができること。
6	10	3	5	履歴マップ特定の時期を指定すると、該当時期の患者の二号用紙画面が自動的に表示できること。
6	10	4		患者ポータル
6	10	4	1	患者基本情報から患者の診察概要をカルテ画面を開かなくてもいち早く一画面で確認できる画面が表示できること。
6	10	4	2	患者基本情報、禁忌、病名、受診履歴、直近の診療記録、オーダ情報が参照できること。
6	10	4	3	直近の診療情報は二号用紙のイメージで表示できること。
6	10	4	4	最終来院履歴（受診科、最終受診日付）が表示できること。

6				電子カルテシステム
6	10	4	5	利用者が自由に表示レイアウトを変更できること。
6	10	5		関連 I D 登録
6	10	5	1	一人の患者に患者 I D が複数ある場合や、周産期の母子が共に患者である場合等、患者に対して関連する I D を登録できること。
6	10	5	2	関連する I D の情報として、本人と関連付ける患者の関連区分（例えば、本人、子等）、関連する I D、コメントを登録できること。
6	10	5	3	登録された関連する I D を一覧で表示でき、この一覧からカルテが開けること。
6	10	5	4	関連する I D が登録されている場合には、注意喚起できるようアイコンの背景色を変えて患者基本情報として表示できること。
6	11			プロブレム
6	11	1		プロブレム作成
6	11	1	1	新規プロブレムを作成するときは、プロブレム名称、プロブレム番号、診療科、開始日付、終了日付、転帰区分、機密表示の有無、歯式、入外区分、重要度等が登録できること。
6	11	1	2	プロブレム名称はフリー入力ができること。
6	11	1	3	開始日付、終了日付の入力方法はカレンダーからの選択、来院日の選択、入院日の選択ができること。
6	11	1	4	機密保護の入力方法は、機密保護なし、機密保護あり、医師のみ参照可、科で制限が選択できること。
6	11	1	5	プロブレムリストからプロブレムの修正、削除ができること。
6	11	1	6	プロブレムの終了ができ、転帰区分が自動的に中止となること。
6	11	1	7	複数プロブレムを一括終了できること。
6	11	1	8	既存のプロブレムを継承し、新たにプロブレムを作成できること。 継承元のプロブレムは自動的に終了されること。
6	11	1	9	既存のプロブレムの内容を流用し、新たにプロブレムを作成できること。
6	11	1	10	プロブレムの承認機能があること。
6	11	2		プロブレムリスト
6	11	2	1	プロブレム、看護プロブレム、病名の参照ができること。
6	11	2	2	プロブレムリストには、プロブレム番号、プロブレム名称、開始日付、終了日付、診療科、入外区分、重要度、保険、歯式が表示できること。
6	11	2	3	登録されたプロブレムは、全てもしくは現在有効なプロブレムのみで切り替えて表示できること。
6	11	2	4	表示するプロブレムは、全科、自科もしくは指定科で絞り込み表示できること。
6	11	2	5	過去に開始したプロブレムの表示ができること。
6	11	2	6	過去に開始したプロブレムの表示は、開始した日付の指定または日付選択で表示できること。
6	11	2	7	プロブレムの表示方法は通常プロブレム名称での表示、全プロブレムのコード番号表示及びコード番号を設定しているプロブレムのみコード番号の3つの表示方法を選択できること。
6	11	2	8	プロブレムリスト画面の文字サイズが変更できること。
6	11	2	9	以下の項目で表示されているプロブレムを並べ替える事ができること。 ・番号順 ・名称順 ・開始日付順 ・終了日付順 ・科名順 ・入外区分順 ・重要度順 ・保険順
6	11	2	10	プロブレム、看護プロブレム、病名のリストにおいて、初期表示するリスト及び表示順を変更できること。
6	12			一号用紙
6	12	1		一号用紙作成
6	12	1	1	一号用紙を作成できること。
6	12	1	2	医事システムで登録された患者基本情報（保険情報）があらかじめ表示できること。
6	12	1	3	保険種、入外区分の設定ができること。
6	12	1	4	保険に対する補足情報を入力できること。
6	12	1	5	傷病名（労務不能に関する意見）を登録できること。病名は、病名オーダで登録した情報から引用ができること。
6	12	2		一号用紙一覧
6	12	2	1	登録された一号用紙を一覧で表示できること。
6	12	2	2	一号用紙の一覧には、保険区分、作成状態、作成者、作成日、対象期間、削除コメントが表示できること。
6	12	2	3	一覧の表示文字サイズを指定できること。
6	12	2	4	一覧で選択した一号用紙を削除できること。 削除した一号用紙は、削除したことが視覚的にわかるよう一覧上赤字で表示できること。
6	12	2	5	一号用紙を削除するときには削除理由を登録できること。
6	12	2	6	一覧で選択した一号用紙をプレビューできること。
6	12	2	7	一覧で選択した一号用紙を印刷できること。
6	13			二号用紙参照（プログレスノート）
6	13	1		基本要件
6	13	1	1	診療記録を日付毎及び時系列に表示でき、診療を行う際の指標や診療記録入力のナビゲーションに役立てることができること。
6	13	1	2	カルテ二号紙のイメージで診療記録、看護記録、オーダ情報、入院情報、文書（レポート、サマリ、紹介状）スキャン依頼情報等が表示できること。
6	13	1	3	検査結果が表示できること。
6	13	1	4	レポート内容の表示ができること。
6	13	1	5	画像データが表示できること。
6	13	1	6	スキャナにて取り込み処理を行った文書が表示できること。
6	13	1	7	重要な記録にはタイトル一覧やカルティンデックスで目印が表示できること。
6	13	1	8	カルティンデックスタブから、日付（診療行為実施日、診療行為記載日）、診療科、利用者、データ種ごとの閲覧ができること。

6				電子カルテシステム
6	13	1	9	重要な記録を容易に把握できるようにするため、ビューア上のアイコンを診療記録のタイトルごとに設定できること。
6	13	1	10	診療記録の修正（青字の取り消し線）、削除（赤字の取り消し線）履歴が表示できること。
6	13	1	11	診療記録を記載日毎に一覧表示できること。複数記載日を一面に同時に表示できること。
6	13	1	12	タイトル一覧タブからデータ種もしくは記録のタイトルを選択して、目的とするカルテを容易に表示できること。
6	13	1	13	表示エリアが2分割でき、診療記録の比較等に利用できること。
6	13	1	14	職種ごとに記録作成者名の帯の色を設定できること。
6	13	1	15	オーダ、記録の承認状況や承認、否認のコメントが表示できること。
6	13	1	16	他科紹介の内容を選択すると、関連する紹介状、返信内容が一面で表示できること。
6	13	1	17	オーダ情報（検査、処置、注射等）の詳細内容が表示できること。
6	13	1	18	オーダ情報は依頼、実施、中止等の進捗が表示できること。
6	13	1	19	オーダ情報の進捗の色を設定で変更ができること。
6	13	1	20	記録を修正、削除したことを修正済み、削除済みの文字で表示するか、指定したアイコンファイルで表示するか選択できること。
6	13	1	21	修正をいつ誰が行ったということを画面を開かなくても一目で判断できるように、修正履歴を記録の下部に表示できること。
6	13	1	22	入力された画像データやシェーマは縮小、標準の表示に切り替えができること。
6	13	1	23	診療データの表示時間順を降順、昇順で変更できること。
6	13	1	24	利用者ごとに初期表示条件を設定ができること。
6	13	1	25	入力者で表示するか、指示者で表示するか切替えができること。
6	13	1	26	入力日時順（入力順）で表示するか、指示日時順（発生順）で表示するか切替えができること。
6	13	1	27	診療記録、オーダ履歴を縦に列挙して表示する縦表示と診療記録を左側に、オーダ履歴を右側に列挙して表示する横表示の切替えができること。
6	13	1	28	外来診療時や入院診療時等利用シーンに合わせて表示条件の切替ができること。 表示条件は利用者毎に複数登録でき、ワンクリックで表示切替できること。
6	13	2		表示設定
6	13	2	1	表示条件を選択し、絞り込み表示ができること。
6	13	2	2	下記各々の項目について表示／非表示の切替ができること。 ・診療記録（医師記録、看護記録、部門記録） ・オーダ情報 ・文書（レポート、サマリ、紹介状等） ・入院履歴 ・診療記録の修正、削除履歴 ・主要情報の詳細内容
6	13	2	3	下記各々の条件で絞り込み表示ができること。 ・対象文書別（全て、記録のみ、オーダのみ、看護記録のみ、部門記録のみ、文書のみ） ・入外別 ・診療科別 ・医科歯科別 ・保険別 ・記載職種別 ・フラグ別 ・オーダ種別 ・プロブレム別 ・記録タイトル別 ・SOAP別 ・DAR別 ・承認状況別（承認済み／未承認）
6	13	2	4	コンボボックスより全科カルテ、自科外来カルテ、全科外来カルテ、入院カルテを選択して指定したカルテが開けること。また、容易に切り替えて表示できること。
6	13	2	5	診療記録横のアイコン（丸アイコン）を選択することにより診療記録の修正（青）、削除（赤）履歴の表示、非表示の切替が項目毎にできること。
6	13	2	6	秘匿記録のみが表示できること。
6	13	2	7	記録の表示条件を、全科、自科、利用者とワンクリックで切替できること。
6	13	2	8	利用者ごとに初期表示条件を設定ができること。
6	13	2	9	入力者で表示するか、指示者で表示するか切替えができること。
6	13	2	10	入力日時順（入力順）で表示するか、指示日時順（発生順）で表示するか切替えができること。
6	13	2	11	診療記録、オーダ履歴を縦に列挙して表示する縦表示と診療記録を左側に、オーダ履歴を右側に列挙して表示する横表示の切替えができること。
6	13	2	12	外来診療時や入院診療時等利用シーンに合わせて表示条件の切替ができること。 表示条件は利用者毎に複数登録でき、ワンクリックで表示切替できること。
6	13	3		検索
6	13	3	1	表示されている診療記録を文字列で検索できること。
6	13	4		修正、削除、承認、DO
6	13	4	1	オーダ情報の修正、中止、削除ができること。
6	13	4	2	オーダ情報の内容をDOできること。
6	13	4	3	指定日の診療記録のすべての内容の一括DOができること。
6	13	4	4	登録した診療記録の修正、削除ができること。
6	13	4	5	オーダ、記録の承認または否認、承認、否認のコメント登録ができること。
6	13	5		印刷
6	13	5	1	診療記録は、診療科、日付別に印刷できること。
6	13	6		時系列ビューア
6	13	6	1	これまでの診療経過を俯瞰するため、一面に複数日の診療記録を並べて表示できること。
6	13	6	2	一面面に表示する列数は、病院ごとに設定により変更ができること。
6	13	6	3	診療記録、看護記録、オーダ情報、入院情報、レポート、サマリ、紹介状等の必要な情報が表示できること。

6				電子カルテシステム
6	13	6	4	重要な記録には、目印マークを表示し、重要な記録を容易に把握できること。
6	13	6	5	診療記録につけられたタイトルが表示できること。
6	13	6	6	診療記録の修正（青字の取り消し線）、削除（赤字の取り消し線）履歴が表示できること。
6	13	6	7	診療記録横のアイコン（丸アイコン）を選択することにより診療記録の修正（青）、削除（赤）履歴の表示／非表示の切替が項目毎にできること。
6	13	6	8	依頼、実施、中止等の進捗が表示できること。
6	13	6	9	オーダ情報の進捗ごとに色分けを設定できること。
6	13	6	10	オーダ情報（検査、処置、注射等）の詳細内容が表示できること。
6	13	6	11	デジカメ等から取り込んだ画像データの表示ができること。
6	13	6	12	記録の記載者名の帯の色を職種ごとに設定できること。
6	13	6	13	オーダ、記録の承認状況の表示ができること。
6	13	6	14	診療データの表示順を変更できること。
6	13	6	15	入力者で表示するか、指示者で表示するか切替えができること。
6	13	6	16	入力日時順（入力順）で表示するか、指示日時順（発生順）で表示するか切替えができること。
6	13	6	17	表示条件を選択し、絞り込み表示ができること。
6	13	6	18	全診療科表示または、条件指定した診療科のみのデータが表示できること。
6	13	6	19	診療記録につけられたタイトルによる絞り込み表示ができること。
6	13	6	20	重要記録で絞り込みができること。
6	13	6	21	指定した基準日から複数日の記録内容を一画面に並べて表示できること。
6	13	6	22	表示内容の拡大、縮小を利用者が容易に変更できること。
6	14			診療記録作成
6	14	1		記録作成
6	14	1	1	診療記録は、SOAP形式、DAR形式、フリー形式での入力ができること。
6	14	1	2	診療記録は、オブジェクト形式（テンプレート、シェーマ、テキスト、図形入力形式）での入力ができること。
6	14	1	3	テキスト形式によるフリー入力ができること。
6	14	1	4	保険は一覧から選択して指定できること。
6	14	1	5	記載日時の指定ができること。未来日時を指定したときには警告メッセージが表示できること。
6	14	1	6	画像ファイル、テキストファイル等の外部ファイルを添付できること。
6	14	1	7	メニューボタンから容易に入力枠が追加できること。
6	14	1	8	診療記録入力時にフォント、文字サイズ、文字色の変更や強調文字（太字、斜体、下線）の設定ができること。
6	14	1	9	診療記録の内容が重要な場合に、重要度マークが付けられること。
6	14	1	13	入力内容を登録するとき、登録前に入力内容が確認できること。
6	14	1	14	診療記録入力モード（記録の区分、タイトルの区分、タイトルに付けるプロブレムの並べ替え順、全角半角の規定値設定等）が利用者ごとに設定できること。
6	14	1	15	一画面で過去の診療記録と今回診療記録入力欄が表示ができること。
6	14	1	16	精神科等の機密性が必要な記録に対して、同一職種であっても参照可、不可が設定できること。
6	14	1	17	登録済みの記録に関連する記録として関連記録が作成できること。
6	14	1	18	関連付けられた元となった記録、新たに追記した記録のどちらにも関連記録ありの表示ができること。
6	14	1	19	関連記録として登録された一連の記録がまとめて参照できること。
6	14	1	20	診療記録入力の自動バックアップができること。
6	14	1	21	診療記録の入力途中で一時保存ができること。
6	14	1	22	書きかけの記録を登録せずに保存しておけるよう、記録の下書きができること。
6	14	2		記録引用（流用）、修正、削除
6	14	2	1	過去の診療記録を引用して記録を作成するときには、引用モードであることが容易にわかるよう画面の背景色を変更できること。
6	14	2	2	他職種の方が記載した記録を引用するとき、警告メッセージを表示し、タイトルや内容について利用者に注意喚起ができること。
6	14	2	3	修正の際はプログレスノートの記載内容から当該テンプレート等を呼び出し、容易に修正ができること。
6	14	2	4	診療記録の修正時には、修正モードであることが容易にわかるよう画面の背景色を変更できること。
6	14	2	5	削除登録するとき、登録前に削除内容が確認できること。
6	14	2	6	修正、削除をするとき理由の登録、表示ができること。
6	14	2	7	遅滞なく診療録の記載をできるようにするため、修正、削除ができる期間を設定により制御できること。
6	14	3		記録タイトル
6	14	3	1	診療記録にタイトルを付けることができること。
6	14	3	2	診療記録のタイトルは、あらかじめ病院ごとに登録されたタイトル一覧から選択できること。
6	14	3	3	タイトル一覧には登録するタイトルは、階層化して登録できること。 階層化されたタイトルを選択したときには、上位タイトルと下位タイトルをあわせてタイトルとして診療記録に表示できること。
6	14	3	4	診療記録のタイトルは、プロブレムからの選択及びフリー入力ができること。
6	14	3	5	診療記録のタイトルは、あらかじめ規定値の設定ができること。
6	14	3	6	診療記録のタイトルによる絞り込みができること。
6	14	3	7	診療記録のタイトルのみを修正できること。また修正するときにはタイトルのみ修正モードであることが容易にわかるよう画面の背景色を指定できること。
6	14	4		診療データ引用
6	14	4	1	診療記録入力時に今回入力中のオーダ情報を引用できること。
6	14	4	2	診療記録入力時に過去の診療記録、過去のオーダ情報を引用できること。
6	14	4	3	診療記録入力時に検査結果照会の結果値を引用できること。
6	14	4	4	引用する情報は対象期間を選択して検索できること。 期間の指定は開始日、終了日の指定以外に1カ月、1年、今回入院履歴等の指定もできること。
6	14	4	5	引用する情報は、対象診療科を選択して検索できること。
6	14	5		定型文入力

6				電子カルテシステム
6	14	5	1	定型文を使用した診療記録の入力ができること。
6	14	5	2	今回入力中の記録内容をコピーして定型文として登録できること。
6	14	5	3	以前に作成した記録内容をコピーして定型文として登録できること。
6	14	5	4	頻用する定型文を事前にお気に入りフォルダに登録し、容易に流用できるようにすることで診療記録入力時の負荷低減ができること。
6	14	5	5	定型文は利用者ごとにお気に入り登録ができること。
6	14	5	6	定型文は診療科ごとにお気に入り登録ができること。
6	14	6		シェーマ入力
6	14	6	1	院内共通、診療科ごと、利用者ごとに登録したシェーマをツリーから選択ができること。その際に、選択したシェーマがプレビューできること。
6	14	6	2	シェーマは、倍率指定もしくはアイコンクリックによる拡大、縮小ができること。
6	14	6	3	シェーマ画像の回転、反転ができること。
6	14	6	4	シェーマの編集機能として直線、二重線、矢印付直線、四角形、円、曲線、エアブラシ、テキストボックス、引き出しテキスト、コンボ枠付き引き出しテキスト、スタンプの入力ができること。
6	14	6	5	シェーマの編集時に、線の色、幅の変更ができること。
6	14	6	6	シェーマをカルテに貼り付けられること。
6	14	6	7	スタンプ、描画線等の透過度の指定ができること。
6	14	6	8	規定値として線の色の設定ができること。
6	14	6	9	元絵なしでの表示ができること。
6	14	6	10	シェーマのコピーができること。
6	14	6	11	消しゴム機能を有すること。
6	14	6	12	Undo（取消し）機能を有すること。
6	14	6	13	診療記録にシェーマを挿入できること。
6	14	6	14	頻用するシェーマを事前にお気に入りフォルダに登録し、容易に流用できるようにすることで診療記録入力時の負荷低減ができること。
6	14	6	15	シェーマは利用者ごとにお気に入り登録ができること。
6	14	6	16	シェーマは診療科ごとにお気に入り登録ができること。
6	14	7		テンプレート入力
6	14	7	1	テンプレートは、ある質問に対して次の質問が自動的に表示される方式（ダイナミックテンプレート方式）であること。
6	14	7	2	診療記録や看護記録作成時、文書作成時にテンプレートを利用できること。
6	14	7	3	利用したテンプレートのタイトルを記録のタイトルとして引用できること。
6	14	7	4	院内共通、診療科、医師ごとに登録したテンプレートをツリーから選択できること。
6	14	7	5	テンプレートで入力された情報は、自然言語変換してカルテに表示できること。
6	14	7	6	フリー入力以外に単一選択入力（コンボボックス、リストボックス、オプションボタン）、複数選択入力（リストボックス、チェックボックス）ができること。
6	14	7	7	数値データの計算結果の自動入力、値の集計入力ができること。
6	14	7	8	シェーマによる入力ができること。
6	14	7	9	患者基本、病名、検査結果、入院情報、手術情報の自動引用ができること。
6	14	7	10	処方、注射、検査、画像、処置、指示コメント等各種オーダ情報の引用できること。
6	14	7	11	前回登録を行った内容を、今回記載のテンプレートに引用できること。
6	14	7	12	フォント種類や文字サイズを指定できること。
6	14	7	13	同一入力項目の繰り返し指定ができること。繰り返し項目を上段や下段に追加できること。
6	14	7	14	頻用するテンプレートを事前にお気に入りフォルダに登録し、容易に流用できるようにすることで診療記録入力時の負荷低減ができること。
6	14	7	15	テンプレートは利用者ごとにお気に入り登録ができること。
6	14	7	16	テンプレートは診療科ごとにお気に入り登録ができること。
6	14	7	17	テンプレートを使用した診療記録を修正するときは、テンプレート形式での修正のほか、テキストとしての修正もできること。
6	14	8		テンプレート作成（テンプレートメンテナンス）
6	14	8	1	入力画面のイメージを確認しながらテンプレートを作成できること。
6	14	8	2	入力されたデータの自然言語変換した内容を確認しながらテンプレートを作成できること。
6	14	8	3	既に登録されているテンプレートを流用し、新たにテンプレートを作成できること。
6	14	8	4	作成したテンプレートは分類ごとに階層化して登録できること。
6	14	8	5	登録済みのテンプレートをファイルとして書き出し保存できること。
6	14	8	6	テンプレートを一括で取込みできること。
6	14	9		他機能連携
6	14	9	1	診療記録が登録されている日付をフローシート、モニタリングシートに表示できること。
6	14	9	2	フローシート、モニタリングシートから記録の内容を確認できること。
6	14	9	3	診療記録タイトル（問題点）の枠を選択することで、該当する記録が記載されている日付で絞込みができること。
6	15			診療記録印刷
6	15	1		診療記録印刷
6	15	1	1	印刷期間、データ種（記録、オーダ種等）を指定し、該当する患者の診療記録、オーダの内容を印刷、表示、保存できること。
6	15	1	2	印刷タイトル、使用目的を一覧から選択もしくはフリー入力できること。
6	15	1	3	ファイル分割単位を選択できること。
6	15	1	4	印刷プリンタを選択できること。
6	15	1	5	改ざんチェックができること。
6	15	1	6	印刷タイトル、使用目的を印刷できること。
6	15	1	7	医療機関名、作成者氏名、患者氏名を印刷できること。
6	15	1	8	診療記録やオーダ情報の内容、登録された日時、登録者が表示できること。
6	15	1	9	診療記録、オーダ情報は、修正されたデータも表示できること。修正されたデータは取り消し線付きで表示できること。関連情報として修正前、後の登録日時を印刷、表示できること。
6	15	1	10	記録、オーダは、削除されたデータも表示できること。削除されたデータは赤色取り消し線付きで表示し、関連情報として削除前のデータ番号や登録日時を印刷、表示できること。

6				電子カルテシステム
6	16			妊婦健診記録
6	16	1		妊婦健診記録作成
6	16	1	1	妊婦健診専用の記録画面があること。
6	16	1	2	健診情報として、子宮底、腹囲、体重、血圧、胎動感、腹緊感、性器出血、浮腫、尿蛋白、尿糖、胎児推定体重、頸管長、羊水量、胎位、胎児心拍数等の情報が登録できること。
6	16	1	3	内診の情報をもとにビショップスコア集計ができること。
6	16	1	4	シェーマによる登録ができること。
6	16	1	5	コメント、特記事項をフリー入力できること。
6	16	1	6	保険指導実施の登録ができること。
6	16	1	7	妊婦健診記録情報をパルトグラムへ取り込みができること。
6	16	2		妊婦健診記録一覧
6	16	2	1	妊婦健診記録を一覧で時系列に参照できること。
6	16	2	2	妊婦健診記録の一覧では、縦軸に健診項目、横軸に日付の表示ができること。
6	16	2	3	出産予定日、妊娠回数、出産回数、妊娠、出産歴の登録ができること。
6	16	2	4	妊娠週数の表示ができること。
6	16	2	5	感染症の情報は患者基本に登録されている情報が反映できること。
6	16	2	6	重要情報の登録ができること。
6	16	2	7	妊婦健診記録の一覧から、健診情報登録画面が表示できること。
6	17			分娩記録
6	17	1		パルトグラム
6	17	1	1	分娩時の記録をパルトグラムとして登録できること。
6	17	1	2	胎児数、出産予定日、出産区分を入力できること。また、多胎児の入力もできること。
6	17	1	3	分娩基本情報入力として、パルトグラム入力開始時間、初発陣痛、破水（自然、人工）時間、子宮口全開時間、胎児娩出時間、胎盤娩出時間、出生時間、分娩番号、出血量（Ⅲ期、Ⅳ期）分娩区分、分娩方式を入力できること。
6	17	1	4	分娩の進行状態の入力として、FHR所見、陣痛所見、頸痛所見、胎位胎向、看護記録、排尿有無、排便有無、酸素流用、注射、処置内容の入力がそれぞれの時間でできること。
6	17	1	5	各項目の入力は、選択入力やフリー入力を使用できること。
6	17	1	6	パルトグラム内への入力は簡易な操作で利用者を切り替えられること。
6	17	1	7	分娩の進行状態の確認のために、FHR所見、陣痛周期、陣痛持続時間、子宮口開大値をグラフ表示できること。
6	17	1	8	妊婦健診記録の情報ををパルトグラムへ取込みができること。
6	17	1	9	出産確認操作をすると、パルトグラムへの入力が不可となること。また、出産確認の取り消し操作もできること。
6	17	1	10	過去の出産時のパルトグラムは履歴として参照できること。
6	17	1	11	パルトグラム入力について誤入力の訂正として、空白入力が可能なこと。
6	17	2		分娩時所見
6	17	2	1	分娩時の所見を入力できること。
6	17	2	2	パルトグラムで入力した分娩基本情報入力の内容が連動されること。
6	17	2	3	分娩基本情報で入力した内容から、Ⅰ期、Ⅱ期、Ⅲ期の時間が表示され、分娩の所要時間が自動計算されること。
6	17	2	4	産科医師、新生児医師、助産師の氏名が入力できること。
6	17	2	4	分娩時所見で助産師と看護師の欄は名前を選択して入力することができること。
6	17	2	5	産科異常所見、合併症所見、妊婦異常所見、陣痛所見、胎盤娩出所見が入力できること。
6	17	2	6	各項目の入力は、選択入力やフリー入力を使用できること。
6	17	2	7	身体的特記事項をシェーマ図を用いて記載できること。
6	17	2	8	分娩時所見で経妊経産の入力及び表示ができること。
6	17	3		分娩時新生児所見
6	17	3	1	分娩時の新生児所見を入力できること。
6	17	3	2	測定観察項目として、体重、身長、頭囲、腹囲、大横径、大泉門（横、縦）、骨重、産瘤、頭血種、胎盤（縦、横、厚さ）、臍帯（縦、横、長さ）、臍動脈、臍静脈、総重量、分娩時排尿、分娩時排便、外表奇形、が入力できること。
6	17	3	3	アプガースコアとして、皮膚色、心拍、呼吸、筋緊張、反射について、1分後、3分後、5分後のそれぞれの数値を入力でき。得点が計算されること。
6	17	3	4	アプガースコアの得点が低い場合（7点以下）の場合には、第1度新生児仮死、等ガイドが表示されること。
6	17	3	5	身体的特記事項をシェーマ図を用いて記載できること。
6	17	3	6	胎盤所見、臍帯所見、卵膜所見、分娩時新生児所見、出生後の処置が入力できること。
6	17	3	7	各項目の入力は、選択入力やフリー入力を使用できること。
6	17	4		分娩記録参照
6	17	4	1	分娩時所見、分娩時新生児所見の内容が、書面形式で参照、ファイル出力、印刷できること。
6	17	4	2	分娩時所見、分娩時新生児所見の内容が表示期間を指定して照会できること。
6	18			承認
6	18	1		代行入力
6	18	1	1	医師以外の医療従事者が医師からの指示の元でオーダ、診療記録の代行入力ができること。
6	18	1	2	代行入力時に、どの医師からの指示であるか診療科、指示医が選択できること。
6	18	1	3	指示医選択時に、前回指定した指示医を選択した状態で表示できること。
6	18	1	4	指示医が未選択の場合、指示医選択画面が表示できること。
6	18	1	5	入院している患者のカルテを開くときは、入院科の主治医を選択した状態で指示医選択画面が表示できること。
6	18	1	6	承認が必要な記録には承認状態が表示されること。代行入力した記録には未承認と表示できること。
6	18	1	7	代行入力すると自動で指示医のTODOに承認依頼の通知が表示できること。
6	18	1	8	承認依頼者は自分が代行入力した情報の承認状況を一覧（看護師TODO、コメディカルTODO）で確認できること。
6	18	2		承認

6				電子カルテシステム
6	18	2	1	研修医または医師以外の職員が登録したオーダー情報、診療記録は指導医または指示医が承認できること。
6	18	2	2	研修医または医師以外の職員がオーダーを登録した場合には、未承認オーダーとして登録できること。
6	18	2	3	承認状況、承認者をプログレスノートに表示できること。
6	18	2	4	承認対象のオーダー、診療記録に対して承認もしくは否認ができること。
6	18	2	5	承認または否認をするときに、承認または否認理由をコメントとして登録できること。
6	18	2	6	オーダー内容により一括で承認もしくは否認登録できること。
6	18	2	7	研修医または医師以外の職員がオーダー、診療記録を登録したときに、承認する医師に対し未承認情報が存在することを通知できること。
6	18	2	8	承認依頼通知一覧には、患者氏名、承認依頼内容、依頼者が表示できること。
6	18	2	9	承認依頼通知一覧より詳細情報を表示し、承認または否認、承認、否認のコメント登録ができること。
6	18	2	10	承認依頼者は自分が代行入力した情報の承認状況を一覧で確認できること。
6	18	2	11	一覧には患者氏名、患者ID、指示種別、指示内容、承認状況、承認医、承認日時、承認、否認コメント、オーダー日（記載日）が表示できること。
6	18	2	12	一覧は、未承認情報のみに絞り込んで表示できること。
6	18	2	13	研修医からの承認依頼、研修医以外の医療従事者からの承認依頼の各々を絞り込んで表示できること。
6	18	2	14	研修医であっても指示医であれば承認ができること。
6	18	2	15	複数の未承認データを一面でまとめて内容確認し、承認ができること。
6	18	2	16	研修医記録に対する指導医のコメントは記録の修正記載ではなく、コメントとして登録ができること。
6	18	2	17	承認依頼者が記録登録後、ログオフする事なく診療記録画面から承認者が承認操作をおこなえること。
6	19			文書作成
6	19	1		文書一覧
6	19	1	1	文書一覧には、作成状況、分類、作成科、作成者、作成日、文書名、対象期間、更新科が表示できること。
6	19	1	2	文書種別、作成日別、作成者別、入院期間別、診療科別で文書を分類して管理できること。
6	19	1	3	分類したものをツリー構造で表示する事ができること。
6	19	1	4	各分類ごとに文書を一覧表示し、一覧から個別の文書を選択できること。
6	19	1	5	一覧から選択した文書をプレビューできること。
6	19	1	6	スキャナで取り込んだ情報を、文書一覧でサムネイル表示できること。
6	19	1	7	作成状況、作成科（全科、自科のみ）、作成者、対象期間、同意確認（同意あり、同意なし）で絞り込んで表示できること。
6	19	1	8	作成状況、分類、作成科、作成者、作成日、文書名、対象期間、更新科、入外区分、同意確認の各項目毎に昇順、降順の並べ替えができること。
6	19	1	9	表示文字サイズの変更ができること。
6	19	1	10	一覧の印刷ができること。
6	19	2		文書作成
6	19	2	1	サマリ、紹介状、診断書、証明書、同意書等の文書を作成でき、印刷や発行管理ができること。
6	19	2	2	入院期間、入院科、コメント、キーワード（診断名、術式、その他）等の共通項目が入力できること。
6	19	2	3	Microsoft Wordの操作性で文書を作成できること。
6	19	2	4	テキスト形式のフリー入力ができること。
6	19	2	5	フリー入力では、テキスト入力の他に図や図形の挿入ができること。
6	19	2	6	患者情報、利用者情報の自動引用ができること。
6	19	2	7	オーダー情報、病名、看護プロブレム、患者基本情報、患者状態、紹介先施設、医師名の引用ができること。
6	19	2	8	作成の際には、既に入力された診療情報を容易に流用できること。
6	19	2	9	入力の際にはテンプレートが利用できること。
6	19	2	10	画像データが添付できること。
6	19	2	11	検査結果をコピーし貼り付けできること。
6	19	2	12	院外とのやりとりを行う文書については、登録済みの紹介先診療機関一覧から情報を引用できること。
6	19	2	13	文書にバーコード及びQRコードの印字ができること。
6	19	2	14	文書の修正、削除が行なえること。
6	19	2	15	文書を修正した場合、更新情報（区分、更新科、更新者、更新日）が表示できること。
6	19	2	16	過去に作成した文書を流用して新規文書作成ができること。
6	19	2	17	文書を診療科ごとにセット化でき、セットから文書を選択できること。
6	19	2	18	診療科ごとのセットには、入院時用等のように分類をして登録できること。 分類は階層化して登録できること。
6	19	2	19	よく利用する文書を利用者ごとにお気に入りとして登録できること。
6	19	2	20	作成予定文書として文書の仮登録ができること。利用者毎に作成予定の文書を一覧で確認できること。
6	19	2	21	文書種毎に設定された承認者による承認ができること。 また、承認後のサマリは承認者以外修正できないこと。
6	19	2	22	文書で作成した一部のデータを外部ファイル出力できること。
6	19	2	23	作成した文書の印刷ができること。
6	19	2	24	文書印刷後の登録漏れを防ぐために、印刷のみのボタンの利用制限ができること。
6	19	2	25	文書登録時に、文書毎に設定した確認メッセージが表示できること。
6	19	2	26	作成した同意書に同意が得られているか判別するために、同意確認の有無が登録できること。
6	19	2	27	スキャナ自動取り込み用のQRコードを印字できること。
6	19	2		他機能連動文書作成
6	19	2	1	リハビリオーダー登録時、連動して実施計画書等の関連する文書作成ができること。
6	19	2	2	入院基本オーダー登録時、連動して実入院診療計画書等の関連する文書作成ができること。
6	19	2	3	画像オーダー確定時、連動して同意書等の関連文書を作成、印刷できること。
6	19	2	4	輸血オーダー確定時、連動して同意書等の関連文書を作成、印刷できること。
6	19	2	5	処方オーダー確定時、連動して関連文書を作成、印刷できること。

6				電子カルテシステム
6	19	2	6	文書登録時に、医事会計システムで文書料を発生させることができること。
6	19	2	7	文書はフローシート、プログレスノート上に表示できること。
6	19	3		文書照会
6	19	3	1	文書名、作成者、承認者、作成日、診療科、文書の作成進捗、患者ID、同意確認の条件を指定し、該当する文書の一覧が表示できること。 また、文書名はキーワード入力による部分検索ができること。
6	19	3	2	文書一覧には、患者ID、患者氏名、文書名、文書作成進捗、作成日、診療科、性別、生年月日、年齢が表示できること。
6	19	3	3	各項目名を選択することでワンクリックで並べ替えができること。
6	19	3	4	一覧から文書の参照、印刷ができること。
6	19	3	5	一覧から文書を流用し、新規文書作成ができること。
6	19	3	6	一覧から文書の修正、削除ができること。
6	19	3	7	一覧から患者カルテが開けること。
6	19	3	8	一覧をファイル出力できること。
6	19	4		文書承認
6	19	4	1	文書作成後に次の処理状態（承認待ち、最終承認待ち）や次の処理者の選択ができること。
6	19	4	2	承認が必要な文書を文書毎に内容を確認し、承認または差し戻しを行う機能があること。
6	19	4	3	作成した文書を修正した場合に文書の版数管理ができること。
6	19	4	4	作成中、承認待ち、最終承認待ち、承認済の進捗管理ができること。
6	19	5		作成進捗管理
6	19	5	1	文書の作成状況が把握できるよう、作成中の文書を一覧表示できる作成進捗管理画面を有すること。
6	19	5	2	文書の記載者、承認者を設定し、各担当者の作成状況の確認を行うことができること。
6	19	5	3	利用者ごと、患者ごとに処理が必要な文書を一覧表示し、文書の記載や承認ができること。
6	19	5	4	利用者自身が担当となっている文書を容易に把握できるよう、自担当文書（My文書）が絞り込まれた状態で初期表示できること。
6	19	5	5	未作成、作成中、作成完了、承認待ち、差し戻し、最終承認待ち等の進捗状況管理ができること。
6	19	5	6	作成すべき文書を容易に把握できるよう、未作成文書は赤字、作成済みはグレー等、文書の進捗状況により一覧上で文書名が色分け表示できること。
6	19	5	7	文書の記載者、承認者は、あらかじめマスタ設定により、主治医や担当看護師等を既定値として設定できること。
6	19	5	8	文書の記載者に対して作成依頼、作成期限を登録できること。
6	19	5	9	コミュニケーション機能と連動し、作成依頼先にメール送信できること。
6	19	5	10	カルテを開かなくても、作成進捗管理画面から文書を編集できること。
6	19	5	11	利用者ごとメモ登録（備忘録）ができこと。
6	20			スキャナ取り込み
6	20	1		スキャナ取り込み
6	20	1	1	院外から来る紹介状、診断書等の紙文書をスキャナ等で取り込み電子データとして保存できること。
6	20	1	2	文書種別（紹介状、同意書等）やフリーコメントの入力ができること。
6	20	1	3	取り込んだ情報をカルテに貼り付けができること。
6	20	1	4	フローシート、プログレスノートで取り込まれた文書を参照できること。
6	20	1	5	取り込まれた文書の一覧を患者ごとに参照できること。
6	20	1	6	取り込まれた文書をブラウザで表示できること。
6	20	1	7	スキャナで読み取るときに、バーコード及びQRコードから患者属性等の登録ができること。
6	20	1	8	スキャナ取り込みを目的とした任意の文書書式が作成、印刷できること。印刷時に指定された文書種別が自動的に入力できること。
6	20	1	9	スキャナ依頼用紙が印刷できること。
6	20	1	13	スキャナ依頼用紙にQRコードが出力できること。
6	20	1	10	スキャナ依頼用紙の情報から依頼者、患者情報、文書分類を引き継ぎ、効率的にスキャナ取り込みできること。
6	20	1	11	取り込まれた文書の種別を指定し、条件に該当する患者一覧が表示できること。
6	20	1	12	患者ID及び取り込まれた文書の種別を指定し、条件に該当する文書の一覧が表示できること。
6	21			外部ファイル取り込み
6	21	1		画像システム、レポートシステム連動
6	21	1	1	画像システムに保存されている画像が電子カルテシステムで表示できること。
6	21	1	2	放射線レポート作成支援システムで作成されたレポート付画像を、電子カルテシステム上で表示できること。
6	21	1	3	診療記録に画像ファイル等の外部ファイルを読み込んで添付できること。
6	22			フローシート
6	22	1		基本要件
6	22	1	1	診療行為を時系列表示でき、診療を行う際の指標や診療記録作成にを支援する画面を有すること。具体的には下記の機能を有すること。
6	22	1	18	記録入力、看護支援機能で入力した患者情報、問診情報、症状、所見情報、各種オーダ情報、検査結果情報、画像結果情報の情報を表示ができること。
6	22	1	19	検査結果等の画像データが表示できること。
6	22	1	17	表示項目（シート）は、診療科、職種毎、患者ごとに設定できること。
6	22	1	2	縦軸を診療行為項目、横軸を日付として各種診療情報を時系列表示できること。
6	22	1	3	縦軸の診療行為項目は、ワンクリックで概要帯のみ表示、概要帯－詳細帯の表示切替ができること。
6	22	1	4	表示される各情報は、目的に応じて最大2階層の表示ができること。
6	22	1	5	表示期間の設定ができること。
6	22	1	6	1画面で1週間分を表示し、ボタン操作によって1週間単位、1日単位で表示期間を変更できること。
6	22	1	7	表示する日付はカレンダー画面から指定できること。
6	22	1	8	表示する日付は、外来ではイベント（診療、検査結果等）がある日付のみとし、入院では全日表示すること。
6	22	1	9	表示期間内にデータがない場合でも概要帯を表示し、表示期間外にデータがあることが識別できること。

6				電子カルテシステム
6	22	1	10	表示文字サイズの変更ができること。
6	22	1	11	当日日付、土曜日、日曜日は利用者が判別しやすいように他の日付と色を変えて表示できること。
6	22	1	12	データ比較を行うため、特定の日付を固定し、固定した指定日間で容易にデータ比較ができること。
6	22	1	13	特定の項目をワンクリックする事でその項目のデータがある日のみに絞り込んで表示できること。
6	22	1	14	全科または自科分の内容に容易に絞込みができること。
6	22	1	15	表示したい項目を設定してシートとして登録できること。
6	22	1	16	登録されているシート一覧から選択することで、表示内容の切替えができること。
6	22	1	20	各枠を選択することで詳細内容が表示できること。
6	22	2		各項目閲覧機能
6	22	2	1	入院患者では、入院日数が表示できること。
6	22	2	2	診療記録が表示できること。診療記録が登録されている日付の枠にマーク（○印等）が表示できること。
6	22	2	3	上記マークを選択することで、対象となる記録が表示できること。
6	22	2	4	診療記録情報帯を選択すると詳細帯が展開すること。詳細帯には診療記録タイトルが表示できること。
6	22	2	5	診療記録のタイトルを選択することで、選択したタイトルの記録がある日付で絞込みができること。
6	22	2	6	紹介状、診断書等のスキャナで取り込んだ文書が表示できること。文書が登録されている日付の枠にマーク（○印等）が表示できること。
6	22	2	7	上記マークを選択することで、対象となる文書が表示できること。
6	22	2	8	文書のタイトルを選択することで、選択したタイトルの文書が記載されている日付で絞込みができること。
6	22	2	9	電子カルテシステムで作成した文書が表示できること。文書が登録されている日付の枠にマーク（○印等）が表示できること。
6	22	2	10	上記マークを選択することで、対象となる文書が表示できること。
6	22	2	11	文書のタイトルを選択することで、選択したタイトルの文書が記載されている日付で絞込みができること。
6	22	2	12	PDF等の外部から取り込んだデータ（外部メディア）が表示できること。データを取り込んだ日付の枠にマーク（○印等）が表示できること。
6	22	2	13	外部メディア帯を選択すると詳細帯が展開すること。詳細帯には各種外部メディア項目が表示できること。
6	22	2	14	外部メディア帯（各種外部メディア項目）には、該当する日付に各種データ項目の存在が表示できること。
6	22	2	15	上記外部メディア項目を選択することで、マルチメディアビューアを表示すること。マルチメディアビューアで該当データが表示できること。
6	22	2	16	同一日に複数データが存在した場合、各データがあることをマーク（○印等）で表示し得ること。項目を選択すると対象データが参照できること。
6	22	2	17	外部メディアの各項目を選択することで、選択した項目がある日付で絞込みができること。
6	22	2	18	オーダ情報を表示が表示できること。各オーダの進捗状況を概要帯にマーク（依頼は△、実施は○等）が表示できること。
6	22	2	19	処方オーダ情報が表示できること。処方オーダが発行／実施されている日付の枠にマーク（○印等）が表示できること。
6	22	2	20	処方帯を選択すると詳細帯が展開すること。詳細帯には薬剤名を表示すること。
6	22	2	21	薬剤名ごとにその薬剤がオーダされた日付に使用量が表示できること。
6	22	2	22	上記使用量を選択することで、対象の処方オーダ内容が表示できること。
6	22	2	23	薬剤名を選択することで、選択した薬剤がオーダされた日付で絞込みができること。
6	22	2	24	注射オーダ情報が表示できること。注射オーダが発行／実施されている日付の枠にマーク（○印等）が表示できること。
6	22	2	25	注射帯を選択すると詳細帯が展開すること。詳細帯には薬剤名を表示すること。
6	22	2	26	詳細帯（薬剤名）では、当該薬剤がオーダされた日付に使用量が表示できること。
6	22	2	27	上記使用量を選択することで、対象の注射オーダ内容が表示できること。
6	22	2	28	薬剤名を選択することで、選択した薬剤がオーダされた日付で絞込みができること。
6	22	2	29	検査結果が表示できること。検査オーダが発行／実施されている日付の枠にマーク（○印等）が表示できること。
6	22	2	30	検査結果帯を選択すると詳細帯が展開すること。詳細帯には各種検査結果項目が表示できること。
6	22	2	31	詳細帯（各種検査結果項目）では、検査実施日付に検査結果（数値等）が表示できること。
6	22	2	32	各種検査結果が基準値を超えた数値の場合、文字の色を変えることで識別ができること。
6	22	2	33	上記検査結果を選択することで、検査結果照会画面が表示できること。
6	22	2	34	各種検査結果項目を選択することで、選択した検査結果がある日付で絞込みができること。
6	22	2	35	放射線、内視鏡、生理オーダ（画像生理）情報が表示できること。オーダが発行／実施されている日付の枠にマーク（○印等）が表示できること。
6	22	2	36	画像生理帯を選択すると詳細帯が展開すること。詳細帯には検査種、部位等が表示できること。
6	22	2	37	詳細帯（検査種、部位）では、データが登録されている日付の枠に部位等が表示できること。
6	22	2	38	上記部位を選択することで、依頼情報、レポート参照、画像参照等が表示できること。
6	22	2	39	検査種、部位の枠を選択することで、選択した検査結果がある日付で絞込みができること。
6	22	2	40	予約情報が表示できること。予約がある日付の枠にマークが表示できること。
6	22	2	41	予約帯を選択すると詳細帯が展開すること。詳細帯には診察予約、検査予約が表示できること。
6	22	2	42	詳細帯（診察予約、検査予約）では、予約が登録されている日付の枠にマークが表示できること。
6	22	2	43	診察予約、検査予約を選択することで、選択した予約がある日付で絞込みができること。
6	22	2	44	処置オーダ情報が表示できること。オーダが発行／実施されている日付の枠にマークが表示できること。
6	22	2	45	処置帯を選択すると詳細帯が展開すること。詳細帯には各種処置項目が表示できること。
6	22	2	46	詳細帯（各種処置項目）では、処置実施日付に処置行為の処置回数が表示できること。
6	22	2	47	同一日に複数データが存在した場合、処置回数の総和が表示できること。
6	22	2	48	各種処置項目を選択することで、選択した処置がある日付で絞込みができること。

6				電子カルテシステム
6	22	2	49	同一日に複数データが存在した場合、処置回数の総和が表示できること。
6	22	2	50	輸血オーダー情報が表示できること。オーダーが発行／実施されている日付の枠にマーク（○印等）が表示できること。
6	22	2	51	輸血帯を選択すると詳細帯が展開すること。詳細帯には製剤請求、自己血等が表示できること。
6	22	2	52	詳細帯（製剤請求、自己血等）では、データのある日付に輸血項目等が表示できること。
6	22	2	53	上記輸血項目を選択することで、対象の輸血項目が表示できること。
6	22	2	54	各種輸血項目の枠を選択することで、選択した輸血項目情報がある日付で絞込みができること。
6	22	2	55	リハビリオーダー情報が表示できること。リハビリオーダーが実施されている日付の枠にマーク（○印等）が表示できること。
6	22	2	56	リハビリ帯を選択すると詳細帯が展開すること。詳細帯には各療法区分が表示できること。
6	22	2	57	詳細帯（各療法区分）では、リハビリ実施日に診療報酬区分が表示できること。
6	22	2	58	各療法区分を選択することで、選択した療法区分を実施した日付で絞込みができること。
6	22	2	59	手術オーダー情報をが表示できること。オーダーが発行／実施されている日付の枠にマーク（○印等）が表示できること。
6	22	2	60	上記手術申込項目を選択することで、依頼情報が表示できること。
6	22	2	61	手術帯を選択することで、手術がある日付で絞込みができること。
6	22	2	62	病理オーダー情報が表示できること。病理オーダーが発行／実施されている日付の枠にマーク（○印等）が表示できること。
6	22	2	63	病理帯を選択すると詳細帯が展開すること。詳細帯には各種病理項目が表示できること。
6	22	2	64	詳細帯（各種病理項目）では、オーダー実施日に臓器、材料名が表示できること。
6	22	2	65	上記病理項目を選択することで、依頼情報、病理結果等が表示できること。
6	22	2	66	各種病理項目を選択することで、選択した病理結果がある日付で絞込みができること。
6	22	2	67	病理システム側で入力した「研修医」の情報が病理結果参照で表示できること。
6	22	2	68	栄養指導オーダー情報が表示できること。オーダーが発行／実施されている日付の枠にマーク（○印等）が表示できること。
6	22	2	69	栄養指導情報が登録されている日付には指導食種が表示できること。
6	22	2	70	栄養指導の詳細帯選択することで、選択した栄養指導がある日付で絞込みができること。
6	22	2	71	指示コメントオーダー情報が表示できること。オーダーがある日付の枠にマーク（○印等）が表示できること。重要度もマークで表示できること。
6	22	2	72	マークを選択することで、選択した指示コメントが表示できること。
6	22	2	73	指示コメント帯を選択することで、指示コメントがある日付で絞込みができること。
6	22	2	74	初再診オーダー情報を表示し、データが存在する日付の枠にマーク（○印等）が表示できること。
6	22	2	75	初再診帯を選択すると詳細帯が展開すること。詳細帯に初再診が表示できること。
6	22	2	76	初再診帯には、該当する日付に初診、再診が表示できること。
6	22	2	77	上記初診、再診を選択することで、初再診オーダー内容が表示できること。
6	22	2	78	初再診の枠を選択することで、初再診オーダーが登録された日で絞込みができること。
6	22	2	79	指導オーダー情報が表示できること。指導オーダーが発行／実施されている日付の枠にマーク（○等）が表示できること。
6	22	2	80	指導帯を選択すると詳細帯が展開すること。詳細帯には各種指導項目が表示できること。
6	22	2	81	詳細帯（各種指導項目）では、指導を実施した日付にマーク（○等）が表示できること。
6	22	2	82	各種指導項目を選択することで、対象となる指導オーダーの内容が表示できること。
6	22	2	83	各種指導項目を選択することで、選択した指導を実施した日付で絞込みができること。
6	22	2	84	透析オーダー情報が表示できること。オーダーが発行／実施されている日付の枠にマーク（○等）が表示できること。
6	22	2	85	詳細帯では、オーダー実施日にマーク（○等）や血液浄化方法が表示できること。
6	22	2	86	上記のマーク（○等）や血液浄化方法を選択することで、選択した透析オーダーの内容が表示できること。
6	22	2	87	詳細帯を選択することで、選択した透析オーダーがある日付で絞込みができること。
6	22	2	88	看護ケア情報を表示し、ケアが実施されている日付の枠にマーク（○印等）が表示できること。
6	22	2	89	看護帯を選択すると詳細帯が展開すること。詳細帯には各種看護ケア項目が表示できること。
6	22	2	90	詳細帯（看護ケア項目）では、ケアで入力した測定値や実施回数が表示できること。
6	22	2	91	測定値や実施回数を選択することで、選択したケアの詳細情報が表示できること。
6	22	2	92	各種看護ケア項目選択することで、選択したケアの実施日で絞込みができること。
6	22	3		他機能連動
6	22	3	1	処方、検査、画像生理、注射、汎用、栄養指導、リハビリ等のオーダー情報に対し、ＤＯ入力ができること。
6	22	3	2	処方、検査、画像生理、注射、汎用、栄養指導、リハビリ等のオーダー情報に対し、修正ができること。
6	22	3	3	シート表示内容をクリップボードにコピーできること。
6	22	3	4	シート表示内容をＣＳＶ形式で出力ができること。
6	22	4		表示条件設定（シート設定）
6	22	4	1	表示する項目を診療科ごと、患者ごとにシートとして設定し、登録できること。
6	22	4	2	表示する項目の設定は、各種オーダー単位だけでなく薬剤、検査、看護等の特定項目単位での設定も可能であること。
6	22	4	3	表示する項目の並び順の設定ができること。
6	22	4	4	表示する項目のグループ化ができること。
6	22	4	5	既に登録してあるシートを流用して新たなシートとして登録ができること。
6	22	4	6	表示中の状態を患者ごとにシートとして登録ができること。
6	22	5		処方、注射オーダー検索
6	22	5	1	処方、注射オーダー情報を薬品名を指定して検索し、一覧表示できること。
6	22	5	2	検索条件として処方オーダーのみ、注射オーダーのみ、処方オーダーと注射オーダーの両方の３パターンを指定できること。
6	22	5	3	一覧では日付、開始日、指示医、薬剤名称、使用量、単位、用法種／投与方法、日数／回数が表示できること。
6	22	5	4	検索結果については全選択、ファイル出力、コピー、クリアができること。
6	22	6		放射線、生理、内視鏡オーダー検索
6	22	6	1	放射線、生理、内視鏡のオーダー情報を検索し、一覧表示できること。

6				電子カルテシステム
6	22	6	2	撮影項目を指定して、放射線、生理、内視鏡オーダ情報が一覧で表示できること。
6	22	6	3	撮影種を指定して、対象の放射線、生理、内視鏡オーダ一覧が表示できること。
6	22	6	4	撮影部位を指定して、対象の画像、生理、内視鏡オーダ一覧が表示できること。
6	22	6	5	一覧ではオーダは日付、開始日、指示医、撮影項目、撮影種、撮影部位、入院／外来の情報が表示できること。
6	22	6	6	検索結果については全選択、ファイル出力、コピー、クリアができること。
6	23			モニタリングシート
6	23	1		基本要件
6	23	1	1	各種患者情報（処方、注射、処置、検査、画像、バイタル等）を俯瞰し、患者状態を容易に確認できる画面を有すること。時系列表示やグラフ表示ができ、以下の機能を有すること。
6	23	1	2	横軸に日付、縦軸に項目を設定してグラフで内容表示できること。
6	23	1	3	横軸に日付、縦軸に項目を設定して各枠に内容表示できること。
6	23	1	4	表示される各情報は、目的に応じて最大3階層の表示ができること。
6	23	1	5	表示される各情報を、ワンクリックで表示（全展開）、非表示（全縮小）に切替えできること。
6	23	2		日付表示
6	23	2	1	表示期間の設定ができること。また表示期間は1日、7日、14日から選択できること。
6	23	2	2	表示する日付は、外来ではイベント（診療、検査結果等）がある日付のみとし、入院では全日表示すること。
6	23	2	3	表示期間内にデータがない場合でも概要帯を表示し、表示期間外にデータがあることが識別できること。
6	23	2	4	日付単位で表示を固定し、固定した指定期間でデータの比較ができること。
6	23	2	5	日付の移動操作はスクロールバーを利用してスピーディーに移動できること。
6	23	2	6	祝日等は日付の色を変えて表示できること。
6	23	3		表示条件設定（シート設定）
6	23	3	1	表示項目や表示順を設定し、シートとして表示条件を登録できること。
6	23	3	2	他のシートを流用して新規シート作成ができること。
6	23	3	3	項目を並べ替える際に、複数項目を選択して一括で並べ替えができること。
6	23	3	4	シートは、診療科、専門領域ごとに分類してできること。
6	23	3	5	シート一覧を表示し、シートの切り替えができること。
6	23	3	6	シート選択するとき、シートの内容の確認ができること。
6	23	4		表示行コンテンツ
6	23	4	1	イベント情報が表示できること。
6	23	4	2	栄養指導情報が表示できること。
6	23	4	3	看護ケア情報が表示できること。
6	23	4	4	バイタル情報についてはグラフで表示できること。
6	23	4	5	薬歴情報が表示ができること。 薬剤毎に枠に各々の投与量が表示できること。
6	23	4	6	処置情報が表示できること。
6	23	4	7	検体検査結果が表示できること。 結果値、High-Low表示、緊急マークが表示できること。
6	23	4	8	病理検査情報・レポートが表示できること。
6	23	4	9	生理検査情報・レポートが表示できること。
6	23	4	10	内視鏡検査情報・レポートが表示できること。
6	23	4	11	画像検査情報・レポートが表示できること。 部位と検査項目名称が表示できること。 未実施、実施済の進捗が分かるようにマーク等で表示できること。
6	23	4	12	診察記事が表示できること。
6	23	4	13	患者基本情報として登録されている身長、体重が表示できること。
6	23	4	14	コメントの入力、表示ができること。コメントを登録するときに通常、重要の区分が設定できること。
6	23	4	15	通常区分のコメントは黒字、重要区分のコメントは赤字で表示すること。
6	23	4	16	表示内容をクリップボードにコピーできること。
6	23	4	17	表示内容をCSV形式で出力できること。
6	23	4	18	And検索モードの場合には、項目を選択することにより、その項目を実施した日のみに絞りこんで表示できること。
6	23	4	19	Or検索モードの場合には、項目を複数選択することにより、選択したいずれかの項目を実施した日に絞りこんで表示できること。
6	23	4	20	And／Orモードの切り替えは画面上でモニタリングシート画面上で行えること。
6	23	5		モニタリング指定
6	23	5	1	注目したい項目を指定（モニタリング指定）し、シート画面の上部にまとめて表示できること。
6	23	5	2	検査項目をモニタリング指定するときは、値として表示する以外にグラフとして表示することもできること。
6	24			カルテトップページ
6	24	1		基本要件
6	24	1	1	カルテ起動後の初期画面として1画面で最低限必要な患者情報を確認できる画面を有すること。
6	24	1	2	上記をカルテ起動時の初期画面として使用するかどうかは、患者の入外区分・操作者の職種ごとに設定できること。
6	24	1	3	任意のタイミングで最新表示できること。
6	24	1	4	アクセス履歴、注意事項、レジメン・パス、患者属性、予約一覧、記事一覧、病名一覧、文書一覧、一般指示、公開メモ、個人メモ、処方・画像検査、診療計画、検査結果一覧の14種類の表示項目から選択して、表示できること。
6	24	1	5	初期表示レイアウトは操作者の職種が医師の場合には医科外来、歯科外来、医科入院、歯科入院別に設定できること。 医師以外の職種の場合には外来、医科入院、歯科入院別に設定できること。
6	24	1	6	表示項目の配置変更は設定変更画面上で容易に行え、操作者単位に上記分類ごとの設定を保存できること。
6	24	1	7	設定変更画面上では、ドラッグ&ドロップでレイアウト変更を容易にできること。
6	24	1	8	不要項目は非表示設定ができること。

6				電子カルテシステム
6	24	1	9	個人ごとの設定は、設定変更画面で初期表示レイアウトに戻すことができること。
6	24	2		アクセス履歴エリア
6	24	2	1	該当患者におけるカルテ起動のアクセス履歴をアクセス日付の降順で一覧表示すること。
6	24	3		注意事項エリア
6	24	3	1	該当患者における患者基本情報のうち、感染症、薬剤禁忌、食物禁忌、アレルギー、体内金属、造影剤禁忌項目を表示すること。
6	24	3	2	感染症、禁忌、体内金属、造影剤禁忌ボタンから、該当項目の登録画面を開き、更新ができること。
6	24	4		レジメン/パスエリア
6	24	4	1	該当患者における現在有効なレジメン、パスを開始日の昇順で表示すること。
6	24	5		患者属性エリア
6	24	5	1	該当患者における患者基本情報のうち特定項目を表示すること。
6	24	6		予約一覧エリア
6	24	6	1	該当患者において取得されている予約について、予約日、予約科目を表示すること。
6	24	7		記事一覧エリア
6	24	7	1	該当患者における診察記事、及び、問診情報において特定のタイトルを含むデータを1日単位で表示すること。
6	24	8		病名一覧エリア
6	24	8	1	該当患者における記事一覧画面で表示されている診療科の現在有効な病名を表示すること。
6	24	9		文書一覧エリア
6	24	9	1	該当患者における文書作成データ及びスキャナ等で取り込んだ特定の文書情報を一覧表示すること。
6	24	10		一般指示エリア
6	24	10	1	該当患者における現在有効な一般指示を表示すること。
6	24	11		公開メモエリア
6	24	11	1	全職員が共有する情報を表示し、全職員が参照、更新できること。
6	24	12		個人メモエリア
6	24	12	1	個人のみ参照可能なメモを参照、更新ができること。
6	24	13		処方・画像検査エリア
6	24	13	1	該当患者における処方、画像検査を表示すること。
6	24	14		診療計画エリア
6	24	14	1	該当患者における診療計画情報を編集・表示できること。
6	24	15		検査結果一覧エリア
6	24	15	1	検査結果を時系列で表示できること。
6	24	15	2	表示する検査結果項目は画面上で設定できること。
6	25			付箋機能
6	25	1		付箋作成
6	25	1	1	患者に関する連絡事項等を、付箋としてカルテに表示できること。
6	25	1	2	設定した付箋を表示させる期間（日時）を設定できること。
6	25	1	3	付箋本文は、フォント、文字サイズ、文字色が変更できること。
6	25	1	4	付箋に重要度が設定できること。
6	25	1	5	重要度毎に付箋の背景色の設定ができること。
6	25	1	6	秘匿モードに設定すると、内容が表示されないよう最小化されて表示できること。
6	25	1	7	付箋の内容編集、削除に関して以下の4通りの権限設定が行なえること。 ・フリー ・本人のみ ・同科同職種のみ ・同職種のみ
6	25	1	8	付箋の大きさ、表示位置を自由に指定できること。
6	25	1	9	テキスト情報だけでなく、画像も貼り付けできること。
6	25	1	10	付箋の右クリックメニューからホワイトボードが表示できること。
6	25	1	11	付箋をホワイトボードへ貼り付けができること。
6	25	2		付箋一覧
6	25	2	1	作成された付箋の内容が一覧画面で確認ができること。
6	25	2	2	付箋の一覧表示では、期間指定、現在有効なもの、全表示として表示期間を切り替えることができること。 ワンクリックで表示の切り替えができること。
6	25	2	3	付箋の一覧表示では、全表示と自科のみの表示を切り替えることができること。
6	25	2	4	付箋の一覧表示から、新規に付箋が登録できること。
6	25	2	5	付箋の一覧表示から、付箋の修正ができること。
6	25	2	6	付箋の一覧表示から、付箋の削除ができること。
6	26			メモ貼り付け画面（ホワイトボード）
6	26	1		基本要件
6	26	1	1	診療録とは別に付箋のようなイメージでメモ（付箋）を登録し、登録したメモ情報を自由に貼り付けできる画面（ホワイトボード）を有すること。
6	26	1	2	貼り付ける画面は全職員が参照できる公開用と、個人しか見られない個人用、どちらかを選択できること。
6	26	1	3	画面間の移動はタブ切替にて行うこと。
6	26	1	4	タブの名称はカテゴリ等、任意に設定できること。
6	26	2		メモ（付箋）作成
6	26	2	1	メモ（付箋）内容本文及びタイトルの登録ができること。
6	26	2	2	ホワイトボードに付箋を表示させる有効期間（日時）を設定できること。
6	26	2	3	付箋本文のフォント、文字サイズ、文字色が設定できること。
6	26	2	4	付箋の種別（重要度等）を設定できること。
6	26	2	5	重要度毎に付箋の背景色の設定ができること。
6	26	2	6	秘匿モードに設定すると、内容が表示されないよう最小化されて表示できること。

6				電子カルテシステム
6	26	2	7	付箋の内容編集、削除に関して以下の4通りの権限設定が行なえること。 ・フリー ・本人のみ ・同科同職種のみ ・同職種のみ
6	26	2	8	ホワイトボードへ貼り付ける付箋の大きさ、表示位置は自由に設定できること。
6	26	2	9	テキスト情報だけでなく、画像も貼り付けできること。
6	26	2	10	記載済みの付箋内容及びタイトルをクリップボードにコピーできること。
6	26	2	11	ホワイトボードに貼り付けている付箋をカルテに貼り付けできること。
6	26	2	12	ホワイトボードの貼り付け先のタブを変更できること。
6	26	3		メモ貼り付け画面（ホワイトボード画面）
6	26	3	1	患者情報表示欄やメニューからホワイトボード画面が表示できること。
6	26	3	2	登録されているメモ（付箋）内容本文及びタイトルの表示ができること。
6	26	3	3	現在有効なもの、全表示として表示期間を切り替えて登録されている付箋が表示できること。
6	26	3	4	全表示と自科のみの表示を切り替えて登録されている付箋が表示できること。
6	26	3	5	ホワイトボード画面上で新規に付箋の登録できること。
6	26	3	6	ホワイトボード画面上で付箋の修正ができること。
6	26	4		他機能連動
6	26	4	1	ホワイトボードのメモ（付箋）の内容は、付箋一覧画面にも表示できること。
6	26	4	2	付箋一覧画面では、ホワイトボード付箋かカルテ用付箋か区分が表示できること。
6	26	4	3	カルテ用付箋を表示し、ホワイトボードへ貼り付けることができること。
6	27			メール機能（コミュニケート、患者フォーラム）
6	27	1		メール機能（コミュニケート、患者フォーラム）
6	27	1	1	宛先を指定して、個人から個人への電子メールによる情報発信、及び個人からグループへの情報発信できる機能（コミュニケート）を有すること。
6	27	1	2	電子メール本文の文字フォント、文字サイズが変更できること。
6	27	1	3	メッセージ区分（問い合わせ、注意、お知らせ、フォーラム、協力、保守、区分なし等）の選択ができること。
6	27	1	4	メッセージ区分を選択した場合、受信メッセージ、送信メッセージにメッセージ区分のアイコンが表示できること。
6	27	1	5	緊急度を緊急区分（A～G、区分なし）として選択ができること。
6	27	1	6	緊急区分を選択した場合、受信メッセージ、送信メッセージに緊急区分が表示できること。
6	27	1	7	緊急メッセージがある場合には、優先的に表示させることができること。
6	27	1	8	送信先の相手がメッセージを読んだかどうかの既読状況を確認できること。
6	27	1	9	以下の宛先指定機能を有していること。 ・宛先検索機能 ・職種別、診療科別、部署別宛先選択機能 ・氏名の部分一致検索機能 ・職種、診療科、部署、氏名の部分一致の組み合わせによる複合検索機能 ・宛先グルーピング機能
6	27	1	10	患者を指定し、指定した患者の治療に携わる個人及びグループへの情報発信がする機能（患者フォーラム）を有すること。
6	27	1	11	患者の診療情報にメッセージをつけて、送信できること。
6	27	1	12	患者選択時、自動的に宛先として主治医、担当看護師、担当薬剤師が設定できること。
6	27	1	13	メッセージ対象の患者より、対象患者のカルテが開けること。
6	27	1	14	送信メールに各種の資料を添付ファイルとして付加して送信できること。 また、画像情報の添付もできること。
6	27	1	15	電子メール未読を知らせるため、アイコンを点滅させることができること。
6	27	1	16	緊急の未読の電子メールがある場合には、通常のメールとは異なるアイコンの点滅色やスピードで表現ができること。
6	27	1	17	送信メッセージ一覧、受信メッセージ一覧に表示させる電子メールの期間を設定できること。
6	27	1	18	表示させる電子メールの期間を複数設定し、タブ表示できること。複数タブを切り替えて表示できること。
6	27	1	19	表示期間ごとに未読件数、メッセージ総件数の表示ができること。
6	27	1	20	最新情報を自動で取得する機能を有すること。
6	27	1	21	最新情報の自動取得時間の間隔を秒単位で設定できること。
6	27	1	22	送受信したメッセージを印刷できること。
6	28			TODO
6	28	1		医師TODO
6	28	1	1	入院患者に対して出したオーダ情報の進捗状況の一覧表示ができること。
6	28	1	2	一覧には、患者氏名、指示内容、進捗状況が表示できること。
6	28	1	3	一覧からカルテが開けること。
6	28	1	4	看護師からの問い合わせ内容が確認でき、問い合わせに対する回答を入力できること。
6	28	1	5	定期、継続、臨時処方処方切れの通知が表示できること。
6	28	1	6	定期、継続、臨時処方の処方切れの通知から詳細内容を確認できること。確認すると確認済みとなり一覧に表示されなくなる。
6	28	1	7	処方実績で残量がなくなったときに指示医に対して通知が表示できること。
6	28	1	8	処方残量無しの通知から詳細内容を確認できること。確認すると確認済みとなり一覧に表示されなくなる。
6	28	1	9	注射または処置オーダの継続確認通知が表示できること。
6	28	1	10	注射または処置オーダの継続の通知から詳細内容を確認できること。確認すると確認済みとなり一覧に表示されなくなる。
6	28	1	11	至急または緊急の検査結果が揃った際に検査結果確認通知が表示できること。
6	28	1	12	検査結果の通知から検査結果照会画面で詳細を確認できること。確認すると確認済みとなり一覧に表示されなくなる。

6				電子カルテシステム
6	28	1	13	未承認のオーダの通知表示ができること。
6	28	1	14	未承認の通知から承認依頼の詳細内容を確認できること。承認依頼内容に対して、承認もしくは否認できること。
6	28	1	15	他科紹介の紹介状の宛先もしくは返信の宛先に対して他科紹介の登録通知が表示できること。
6	28	1	16	他科紹介の通知から紹介の詳細内容を確認できること。確認すると確認済みとなり一覧に表示されなくなる。
6	28	2		患者TODD
6	28	2	1	患者ごとに対象日のオーダ情報と看護情報を一覧で表示できること。
6	28	2	2	一覧には、実施予定時間順に表示されたオーダ情報、病名、最新バイタル情報、条件付き指示、イベント（移動情報、予約）情報、診療記録、看護記録が確認できること。また注意事項等メモの入力ができること。
6	28	2	3	指示受けや実施入力ができること。
6	28	2	4	指示受けや実施の状況が表示できること。
6	28	3		コメディカルTODD
6	28	3	1	薬剤部門、検査部門等の医療従事者が代行入力したオーダの承認状況を一覧表示できること。
6	28	3	2	一覧には、承認区分、承認医、承認日時、診療科、患者ID、患者氏名、入力者、日時が表示できること。
6	28	3	3	未承認の情報のみ表示できるよう絞込み表示ができること。
6	28	3	4	一覧からカルテが開けること。
6	28	3	5	一覧から詳細内容が表示できること。
6	28	3	6	指示内容について問い合わせ入力した情報が表示できること。
6	28	3	7	メモの登録ができること。
6	29			全文検索
6	29	1		基本要件
6	29	1	1	電子カルテシステムから日々発生するデータをリアルタイムに蓄積すること。蓄積したデータに対して、インデックス検索によるWebブラウザを利用した全文検索を行うことができること。
6	29	1	2	検索対象範囲は、電子カルテシステムに登録される以下情報とする。 病名、検査結果、付箋、文書及び、ログレスノート情報として登録される各種情報（入院履歴、処方、注射、輸血、手術、検体検査、画像等の各種オーダ情報を含む）、また、部門システムから電子カルテシステムに送信される文字解析可能なレポート情報も対象であること。
6	29	1	3	院内で管理している各種学会資料等のMicrosoft Word、Microsoft Excel、PDFも検索対象とできること。
6	29	2		インデックス作成機能
6	29	2	1	リアルタイム蓄積に伴う検索インデックスの作成が自動で行うことができること。
6	29	2	2	辞書登録された情報を元に手動にてインデックスを作成できること。
6	29	3		ログイン機能
6	29	3	1	全文検索システムの利用可否設定を利用者ごとに行うことができること。
6	29	3	2	電子カルテシステムや統合認証システムからシングルサインオン（再度認証せずシステムにログインできる）によるログインができること。
6	29	4		検索指示、結果表示機能
6	29	4	1	検索メイン画面にログイン利用者の過去の検索ワード、検索日時の履歴が表示できること。
6	29	4	2	詳細な検索条件として以下の指定ができること。 患者ID、カテゴリ（処方、注射等）、作成者、診療科、新規登録日、カテゴリごとに定義された基準日（処方日、注射実施日など）、更新日
6	29	4	3	検索結果として、カテゴリ及び、患者ごとにグルーピングされた件数の表示ができること。 また、グルーピングされた分類の下位層にも更にグルーピングされた分類が表示できること。
6	29	4	4	グルーピングされた件数を選択することにより、対象データを一覧表示できること。
6	29	4	5	直近に検索した履歴が参照でき、容易に再度検索ができること。
6	29	4	6	一覧表示された検索結果から個々の情報の詳細内容を確認できること。
6	29	5		辞書登録
6	29	5	1	ユーザ辞書の登録が可能であること。 また、登録する辞書がどのような単語として分割されるかの解析と、検索対象とする仮想文書と登録する辞書の解析結果が画面上で確認できること。
6	29	5	2	ユーザ辞書登録は、CSVによる一括取込みまた、電子カルテシステムで登録されたマスタ情報を元にした登録ができること。
6	29	5	3	同義語を登録できること。
6	29	6		他機能連動
6	29	6	1	検索結果一覧画面より検索結果を選択し、他システムに保存されている情報が表示できること。
6	29	6	2	検索結果一覧画面から選択した情報がログレスノートに保存されている情報の場合、ログレスノートの該当位置を自動展開できること。
6	29	7		ファイル出力機能
6	29	7	1	検索結果一覧から選択した詳細情報がCSV形式ダウンロードできること。なお、Microsoft Word、Microsoft Excel、PDFの場合は、各々の形式でダウンロードできること。
6	29	7	2	検索結果一覧画面に表示されている一覧情報を画面単位でCSV形式にて出力できること。
6	29	8		セキュリティ管理
6	29	8	1	ログイン履歴情報として以下の項目情報が検索、表示、ファイル出力できること。 ログイン日時、端末アドレス、職員、職種
6	29	8	2	検索履歴情報として以下の項目情報が検索、表示、ファイル出力できること。 検索日時、時間帯、端末アドレス、検索ワード、検索条件、職員、職種
6	29	8	3	閲覧履歴情報として以下の項目情報が検索、表示、ファイル出力できること。 閲覧日時、閲覧時間帯、端末アドレス、ドキュメント管理番号、職員、職種
6	29	8	4	他システム表示履歴情報として以下の項目情報が検索、表示、ファイル出力できること。 表示日時、表示時間帯、端末アドレス、表示システム、職員、職種
6	29	9		システム管理機能

6				電子カルテシステム
6	29	9	1	利用者、職種、部署、診療科ごとに、ログイン権限、マスタ操作権限、検索対象範囲（病名、検査結果、処方等）の設定ができること。
6	29	9	2	データ登録件数、エラー件数及び、実行状態が表示できること。
6	29	9	3	電子カルテ及び、外部ファイルのデータ取得アプリケーションの開始、停止の状態変更指示が画面上から行えること。
6	29	9	4	管理者は登録されたデータを画面上から条件指定を行い、一括削除できること。
6	30			チーム医療支援機能
6	30	1		チーム一覧
6	30	1	1	ＩＣＴ、緩和ケアなど院内における様々な医療チームごとに患者を登録することにより、管理対象患者の把握ができること。
6	30	1	2	各チームに登録されている患者を一覧表示できること。
6	30	1	3	各チーム区分、対象期間、部署を指定することにより一覧の絞り込みができること。
6	30	1	4	一覧表示中の各項目で絞り込みができること。
6	30	1	5	各チームに登録されている患者の一覧をＣＳＶ出力できること。 ＣＳＶ出力できる職種の指定ができること。
6	30	1	6	入院患者一覧、外来患者一覧、受付患者一覧、救急患者一覧から選択した患者を各チームへ登録できること。
6	30	1	7	退院登録をすると、自動的に退院日時が医療チームの終了日として反映されること。
6	30	1	8	チーム管理情報はマスタ設定できること。
6	30	1	9	チーム一覧では、患者ＩＤ、患者氏名、性別、入院病棟、診療科、依頼医や介入状況等、マスタ設定した内容が表示できること。
6	30	1	10	チーム一覧から患者カルテが開けること。
6	30	2		チーム医療支援機能
6	30	2	1	チーム医療に関する記録を登録できること。
6	30	2	2	テンプレートやシェーマを利用して記録を記載できること。
6	30	2	3	テンプレートに検査結果値等を自動引用できること。
6	30	2	4	記録のタイトルとしてチーム名を設定できること。
6	30	2	5	回診記録を俯瞰できるよう、一画面に複数日のカルテ内容を横に並べて表示できること。
6	30	2	6	チームごとに必要な患者情報を容易に収集できるよう、縦軸に診療行為項目、横軸に日付を表示し、時系列表示でき画面を有すること。
6	30	2	7	縦軸の診療行為項目は、チームごとに参照する項目をあらかじめ設定できること。
6	30	2	8	時系列表示画面でデータ比較を行うため、特定の日付を固定し、固定した指定日間でデータ比較が容易にできること。
6	30	2	9	特定の項目をクリックする事でその項目の情報がある日のみに絞り込んで時系列表示できること。
6	30	2	10	時系列表示画面では、検査結果値は、数値だけでなくグラフとしても表示できること。
6	31			レポート管理機能
6	31	1		基本要件
6	31	1	1	電子カルテシステムにて検査結果を受信した際に医師へ通知し、未読確認が可能であること。
6	31	1	2	電子カルテ起動時、結果報告があれば、自動的に画面起動し通知されること。また通知画面より結果を直接起動できること。
6	31	1	3	通知画面より結果起動時に、確認情報をカルテに記載できること。
6	31	1	4	システム起動時の自分宛通知画面だけでなく、患者カルテ起動時に患者起点の通知画面も表示可能なこと。
6	32			その他
6	32	1		当院個別機能
6	32	1	1	電子カルテ画面の患者情報エリアに同姓同名を表示すること。
6	32	1	2	診察記事（２号用紙）の印刷で、時間と併せて日付を記事単位に印字すること。
6	32	1	3	電子カルテシステムにて福知山市特定健診結果をCSVで作成できること。

7				オーダリングシステム
7	1			オーダ基本機能
7	1	1		オーダメイン機能（診療オーダ共通機能）
7	1	1	1	患者に過去に出されたオーダを参照しながら診療をすすめられるように、過去のオーダ履歴表示画面（オーダ履歴画面）、今回入力した内容を表示する画面（今回診療オーダ画面）を有し、同時に表示できること。 また、必要に応じて各画面の位置や表示サイズが変更できること。
7	1	1	2	オーダ履歴画面では、オーダ内容、オーダ進捗、会計進捗が表示できること。
7	1	1	3	オーダ履歴画面に表示する内容について、表示条件の設定ができること。 ・外来のみ、入院のみ、両方 ・前回から、前々回から、1ヶ月前から、3ヶ月前から、6ヶ月前から、全件 ・自科、全科 ・自科オーダ情報を展開表示
7	1	1	4	オーダ履歴画面は、日付単位またはオーダ種単位にオーダ内容が表示できること。 また、オーダごと、グループごとに、概要のみの表示と明細項目までの表示を自由に切替えることができること。
7	1	1	5	オーダ履歴画面で、以前発行した各オーダの流用（DO）、修正、削除、印刷等の操作ができること。
7	1	1	6	オーダの進捗及び職種ごとに設定された権限マスタに準じて、各オーダの操作ができること。
7	1	1	7	オーダ履歴画面からドラッグ&ドロップにより、DOができること。
7	1	1	8	複数オーダ種の前回流用（前回DO）がワンクリックでできること。
7	1	1	9	今回診療オーダ画面では、入力したオーダについて複数日・複数オーダ種をまとめて表示できること。 また、オーダごと、グループごとに、概要のみの表示と明細項目までの表示を自由に切替えることができること。
7	1	1	10	今回診療オーダ画面で、各オーダに対して修正、削除、印刷等の操作ができること。
7	1	1	11	オーダの進捗及び職種ごとに設定された権限マスタに準じて、各オーダの操作ができること。
7	1	1	12	各オーダで使用する保険を一覧から選択できること。選択された保険をオーダ画面に反映ができること。
7	2			セット機能
7	2	1		セット登録及び頻用一覧登録
7	2	1	1	院内共通、診療科別、医師別及び患者別で頻繁にオーダされる診療内容をグループ化してセットとして登録でき、オーダ登録時に容易に利用できること。 また、セットの登録については、職種による制限ができること。
7	2	1	2	病院別、診療科別及び医師別の3種類の区分に分けて、薬剤セット、オーダセット、条件付き指示セット（必要時セット）の登録ができること。
7	2	1	3	患者別にオーダセットの登録ができること。
7	2	1	4	複数オーダ種を組み合わせたセットの登録及びその利用ができること。
7	2	1	5	対象セット項目（オーダ種）として、処方、注射、検体検査、画像、生理、内視鏡、処置、指導、予約、病名の登録ができること。
7	2	1	6	セットにおいては、日付を複数組み合わせた時系列セットも登録ができること。 また、セットは、階層構造での管理もできること。
7	2	1	7	セットとして、処方薬の頻用一覧を登録し、処方オーダにおいて薬剤選択時に利用ができること。
7	2	1	8	オーダ履歴画面、今回診療オーダ画面から、セットに登録したいオーダをドラッグ&ドロップすることでセットの登録ができること。
7	2	1	9	セット画面から、流用したいオーダを今回診療オーダ画面へドラッグ&ドロップすることで、オーダ入力が容易にできること。
7	2	1	10	予約を含んだセットでは、流用時には予約画面が自動的に最初に表示され、予約画面にて登録された予約日を基準日にして、セットされているオーダを展開できること。
7	2	1	11	セット画面から、流用したい頻用薬剤を処方オーダ画面の薬剤入力エリアへ、ドラッグ&ドロップすることで、頻用薬剤の入力が容易にできること。

7				オーダリングシステム
7	2	2		セット薬剤一括変換
7	2	2	1	セットに含まれる指定した薬剤を一括で変換できること。
7	3			患者基本
7	3	1		患者基本情報入力
7	3	1	1	基本情報として、医事会計システムで登録された患者氏名、性別、住所、保険情報が参照できること。 また障害情報、感染情報、薬剤禁忌情報、食物禁忌情報、アレルギー情報、職種別コメント、体内金属情報、造影剤禁忌情報、生体内留置物・特定生物由来製品・輸血実施情報のロット情報管理及びフリー入力でコメントが登録できること。
7	3	1	2	看護度分類、患者区分（患者移動方法）、救護区分、認知症度及び死亡日の登録ができること。 また、死亡日を登録したときには入力済みの未実施のオーダをすべて削除ができること。
7	3	1	3	薬剤禁忌情報については、禁忌薬剤を選択することにより禁忌薬剤の登録ができること。
7	3	1	4	薬剤禁忌情報については、必要に応じて詳細情報として禁忌薬剤を検索し、薬剤の登録ができること。
7	3	1	5	障害情報、感染情報、薬剤禁忌情報、食物禁忌情報、アレルギー情報、体内金属情報、造影剤禁忌情報については、選択形式及びフリー入力でコメントの入力ができること。
7	3	1	6	食物禁忌情報は、32項目まで登録ができること。
7	3	1	7	患者基本の食物禁忌のフリーコメント入力を栄養士のみ制限できること。
7	3	1	8	患者基本の食物禁忌のフリーコメント入力欄の近くに任意のメッセージを表示できること。
7	3	1	9	特定の薬剤に対して食事の禁忌情報が自動的に登録ができること。
7	3	1	10	ロット情報管理は、生体内留置物について、ロット情報として、ロット番号、生体内留置物、使用期間、フリー入力でコメントの登録ができること。なお、生体内留置物は、マスタで設定された項目より選択登録ができること。
7	3	1	11	ロット情報管理は、特定生物由来製品について、ロット情報として、ロット番号、特定生物由来製品、使用日、フリー入力でコメントの登録ができること。なお、マスタで設定された項目より選択登録ができること。
7	3	1	12	ロット情報管理は、輸血実施情報について、輸血オーダで登録したロット情報（製剤種別、有効期限、在庫日、在庫先・実施部署、実施日、実施区分、ロット番号）が表示できること。
7	3	1	13	面会情報の登録ができること。
7	3	1	14	同意書・承諾書の取得情報の登録ができ各項目にフリー入力でコメントの登録ができること。
7	3	1	15	患者情報として、身長、体重、血液型、亜型、かかりつけ病院・診療所名称とコメント、かかりつけ薬局名称とコメント及び愛玩動物飼育歴の登録ができること。
7	3	1	16	身長、体重の入力間違いを防ぐために、下限値、上限値を設定でき、異常値に対して警告表示できること。
7	3	1	17	主訴情報として、主訴、病状、フリー入力でコメントの登録ができること。
7	3	1	18	診療科別の主訴履歴が登録・表示できること。
7	3	1	19	医学的背景情報として既往歴、手術歴、麻酔歴の登録ができること。また病名が表示できること。
7	3	1	20	輸血歴、自己血採決歴、治験歴、被爆歴、骨髄移植歴、月経歴、妊娠・出産歴、放射線治療歴、化学療法歴、海外渡航歴の登録ができること。
7	3	1	21	ワクチン接種履歴の登録ができ各項目にフリー入力でコメントの登録ができること。
7	3	1	22	家族歴・生育歴情報として家族歴・同居者、生活歴・生育歴の登録ができること。

7				オーダリングシステム
7	3	1	23	登録された家族歴をもとに家系図の自動作成ができること。
7	3	1	24	家系図の表示及び印刷ができること。
7	3	1	25	生活習慣情報として睡眠、排泄、食事、喫煙、飲酒、宗教、住環境、性格及び趣味の登録ができること。
7	3	1	26	生活習慣情報に対してフリー入力でコメントの登録ができること。
7	3	1	27	補装具（杖、義歯、補聴器等）及び医療機器（胃カテーテル、人工肛門、人口呼吸器等）の使用状況の登録ができること。
7	3	1	28	仮想統合 ORACLESQL系サーバ
7	3	1	29	患者に関する人物情報（世話人、キーパーソン等）の登録ができること。
7	3	1	30	患者の職業歴の登録ができること。
7	3	1	31	指示情報として処方一包化指示、薬自己管理、院外不可の指示の有無の登録ができること。
7	3	1	32	服薬指導の容易的な内容の登録ができること。
7	3	1	33	処方箋に関して薬剤師コメントの登録ができること。
7	3	1	34	入院情報として主治医、オーダ歴、予約状況、入院履歴及び来院履歴が自科、全科ごとに表示できること。
7	3	1	35	入院日、退院日、初診日、入院形態、転帰の表示ができ、照会元、照会先の登録ができること。
7	3	1	36	社会保障情報として要介護認定情報、身体障害者手帳、精神障害者手帳、難病認定、年金種類、利用している社会サービス及び連絡先の登録ができること。
7	3	1	37	職種により入力可能項目を限定できること。また、データ更新者が表示できること。
7	3	1	38	同姓同名等の患者注意情報の選択及び補足情報をフリー入力でコメントの登録ができること。
7	3	1	39	身体障害情報、介護情報として、身体障害手帳の有無、種類、等級や、要介護認定の有無、要介護の情報、等を入力できること。
7	3	1	40	上記入力内容はテンプレートで登録でき、登録内容を表形式で、更新者、更新日と合わせて一覧表示できること。 また、登録内容の履歴も管理できること。
7	3	1	41	血糖コントロールの有無を登録できること。
7	3	1	42	身長・体重入力時にBMIをチェックして異常値の場合は警告メッセージを表示することが可能なこと。
7	3	2		患者基本情報照会
7	3	2	1	患者の氏名、性別、生年月日、住所、電話番号及び保険の基本登録情報を、医事会計システムより取得できること。
7	3	2	2	入院患者に対して、科、病棟、病室及びベッドの入院情報を入院基本オーダより取得できること。
7	3	2	3	看護度分類、患者区分（患者移動方法）及び救護区分の情報は、看護ケアで登録された患者状態情報の反映ができること。

7				オーダリングシステム
7	3	2	4	臨床検査システム側からの検体検査結果受信時に、感染情報、血液型の自動更新（取込み）ができること。
7	3	2	5	感染情報を、検体検査オーダの検体ラベルへのコメント表示、放射線、生理、内視鏡オーダの検査申込書のコメントに表示できること。
7	3	2	6	薬剤禁忌情報は、処方オーダ及び注射オーダの患者アレルギーチェックとして利用ができること。
7	3	2	7	食物禁忌情報は、食事オーダの禁止事項項目へ連動ができること。
7	3	2	8	職種により表示項目の限定ができること。
7	3	2	9	特定の基本情報は履歴管理されて、更新履歴が参照できること。
7	4			病名
7	4	1		病名照会
7	4	1	1	指定患者の全科の登録病名を一覧形式で表示できること。
7	4	1	2	継続、終了、全件、自科、他科、全科、診断病名、保険病名を選択し、表示内容の変更ができること。
7	4	1	3	病名一覧には、病名名称、診療科、主病名サイン、病歴、病名コード、入外区分、開始日付、終了日付、転帰区分、歯科区分、承認状況、更新者、承認者、承認依頼先医師、が表示できること。
7	4	1	4	病名一覧上で、主病名の登録、解除ができること。
7	4	1	5	病名一覧上で、本日で治癒、前月末で中止等の選択で転記区分と日付の登録ができること。
7	4	2		病名登録
7	4	2	1	病名の新規登録・修正・流用及び削除ができること。 また、複数の病名を選択し一括入力ができること。 なお、修正及び削除については、病名登録した診療科に所属する利用者のみが可能なようにチェックができること。
7	4	2	2	開始日付、終了日付の入力方法はカレンダーからの選択、来院歴からの来院日の選択ができること。
7	4	2	3	病名コード検索、分類検索及びカナ検索により、病名の入力ができること。 また、フリー入力で病名でも入力ができること。
7	4	2	4	カナ検索では、検索結果を診療科ごと、利用者ごとに利用頻度の高いものから表示できること。
7	4	2	5	カナ検索の利用頻度の表示は、診療科ごとまたは利用者ごとに切替えができること。
7	4	2	6	同一診療科で同一期間に同じ病名を登録しようとしたとき、重複チェックができること。
7	4	2	7	基本病名に頭部及び尾部を付け、診断病名として登録ができること。
7	4	2	8	機密保護を指定をした病名登録ができること。（医師や診療科を限定した指定ができること。）
7	4	2	9	自動終了区分（1ヶ月・2ヶ月・3ヶ月）を持ち、オーダ時に転帰区分が自動表示できること。
7	4	2	10	自動復帰区分（1ヶ月後・2ヶ月後・3ヶ月後）を持ち、疑い病名の自動復帰ができること。
7	4	2	11	死亡退院時に有効病名に終了日、転帰の自動登録ができること。

7				オーダリングシステム
7	4	2	12	病名登録時に主病名としての登録の有無の選択ができること。
7	4	2	13	病名登録時に入院・外来・入外共通の登録ができること。
7	4	2	14	病名登録時に疑い病名として登録ができること。
7	4	2	15	病名の病歴管理の有無の登録ができること。
7	4	2	16	診療科ごとに病名の登録ができること。
7	4	2	17	医師ごとによく利用する病名を医師セットとして登録ができること。また病名入力時に医師セットから病名入力もできること。
7	4	2	18	病名の終了日、転帰区分の一括修正ができること。
7	4	2	19	I C D - 9 または I C D - 1 0 に対応ができること。
7	4	2	20	適用保険を項目一覧より選択入力ができること。
7	4	2	21	歯式部位の入力ができること。 ブリッジ支台、ポンテック、分割歯、間隙等の詳細な入力もできること。
7	4	2	22	患者の病名一覧の印刷ができること。
7	4	2	23	現在有効な病名がない場合や長期間転帰登録のない疑い病名があるときには、診察終了時にチェックができること。
7	4	2	24	あらかじめ設定することにより、I C D コードが表示できること。
7	4	2	25	入力されたデータを医事会計システムへ送信できること。
7	4	3		他オーダとの連動
7	4	3	1	入院基本オーダの入院予定及び入院決定の入力時、入院病名の登録が病名オーダと連動ができること。
7	4	3	2	画像・生理オーダの依頼情報入力時に病名オーダと連動して病名の登録ができること。
7	4	3	3	手術オーダの入力時に病名オーダと連動して手術病名の登録ができること。
7	4	3	4	リハビリオーダの入力時に病名オーダと連動して病名の登録ができること。
7	5			予約
7	5	1		予約スケジュール管理
7	5	1	1	予約スケジュール管理は、診療科または検査科別、診療科別、グループ別、予約項目名別に予約の管理ができること。
7	5	1	2	予約項目に対して、曜日ごとの予約の時間枠・枠ごとのポイント数・1日合計人数・受付場所・診療場所の内容を入力し、予約の基本スケジュール（1週間単位）を作成できること。
7	5	1	3	診療科限定、入外限定、当日予約枠、紹介患者予約枠の管理ができること。
7	5	1	4	指定した期間（開始日及び終了日）の基本スケジュールを月例スケジュールとして展開（コピー）ができること。

7				オーダリングシステム
7	5	1	5	基本スケジュール、月例スケジュールに関する各処理機能及びスケジュール展開（コピー）の機能については、職種により操作の限定ができること。
7	5	1	6	予約を既に取得済みの月例スケジュールの削除を行うとき、利用者の限定ができること。 また、月例スケジュールキャンセルリストの印刷ができること。
7	5	1	7	基本スケジュールは、指定期間に対して予約項目ごとにスケジュールの展開（コピー）ができること。
7	5	1	8	予約枠のポイント数を超えるとき、予約の超過入力（1日合計人数まで）を可能なように設定ができること。 なお、超過入力可能な利用者の制限ができること。
7	5	1	9	基本スケジュール、月例スケジュールにて、予約取得時に利用者へ伝える情報を、あらかじめ注意喚起コメントとして各スケジュール日に登録ができること。
7	5	2		予約登録・照会
7	5	2	1	予約項目の予約時間枠ごとの空き状況一覧を表示し、時間枠を選択することで予約登録ができること。また、複数日の予約入力ができること。
7	5	2	2	予約日と予約時間の表形式の中に空き予約数（予約表示スケジュール）が表示できること。
7	5	2	3	予約表示スケジュールの表示期間の指定ができること。（表示開始日～表示終了日または表示週数）
7	5	2	4	予約表示スケジュールの表示形式を、予約枠がある日のみを表示するか、全てを表示するか切替えができること。
7	5	2	5	予約表示スケジュールの開始日を、日付を指定できること。また、ワンクリックで、1W前、2W後、1か月後、2か月後、3か月後の指定ができること。
7	5	2	6	視認性向上のため予約表示スケジュールを午前、午後と背景色を変えて表示できること。
7	5	2	7	予約表示スケジュールでは、月例スケジュールにて注意喚起コメントが登録されている日には、注意喚起マークが表示できること。また、予約取得時、予約日付変更時、注意喚起マークを選択時に、注意喚起コメント内容の確認ができること。
7	5	2	8	患者の取得済み予約状況が一覧表示できること。
7	5	2	9	予約状況一覧は、予約日、曜日、時間、予約科、予約項目名称、予約区分、コメント、準備品、依頼科、依頼者が表示できること。
7	5	2	10	予約状況一覧より該当の予約を選択して、予約（診療）区分、行為及び予約時間の変更ができること。 また、準備品やコメントも変更できること。
7	5	2	11	予約状況一覧より予約状況を選択して、該当する予約の削除ができること。
7	5	2	12	予約取得時には、予約項目、予約区分、予約行為、準備品、コメント（選択形式及びフリー入力）の登録ができること。
7	5	2	13	予約に空きのある、当日に一番近い日の一番早い時間枠に、予約を自動的に取得ができること。（直近予約機能）
7	5	2	14	1、2、3、4、8、12週間後のいずれかを指定して、指定日の一番早い時間枠に自動的に予約登録ができること。
7	5	2	15	年月日を直接指定して、予約入力ができること。
7	5	2	16	複数の予約項目の予約状況を表示し、続けて複数の予約入力ができること。

7				オーダリングシステム
7	5	2	17	予約項目ごとに、準備品の既定値の設定ができること。
7	5	2	18	診療や検査の予定時間を、患者ごとまたは内容ごとにポイント数を変えて確保する、ポイント制の予約にも対応ができること。
7	5	2	19	予約登録時、必要なポイント数が該当時間枠の残存ポイント数では足りないときでも、該当時間枠の残存ポイント数と次の時間枠のポイント数との合計が予約登録に必要なポイント数を満たしていれば、2つの時間枠をまたがって予約登録ができること。
7	5	2	20	月例スケジュールが展開されていない未来日（6ヶ月先、1年先等）にも、基本スケジュールを参照して長期予約として仮予約の登録ができること。 なお、その後月例スケジュールが展開されたときには、自動的に通常の予約に置き換えができること。
7	5	2	21	予約ポイントについて、通常時、予約ポイント残0の時、予約ポイント残マイナスの時に予約残数を表示している枠の背景色を変えて、表示できること。
7	5	2	22	前処置のように時間指定の必要のない予約項目について、それと関連するもう一つの予約項目を組み合わせ、一度の操作で予約取得ができること。
7	5	2	23	診療予約と検査予約等、予約項目を複数ならべて空き状況が同時にわかるように表示できること。
7	5	2	24	予約登録のとき、予約オーダ画面を表示するときのカレンダー開始日を当日、翌日、明後日、n日後と設定ができること。
7	5	2	25	予約入力時に、一日の最大枠超え、時間枠超え、診療科限定、入外限定、利用者限定及び同一時間重複の各種チェックができること。
7	5	2	26	各種セットを利用し、予約入力ができること。
7	5	2	27	セット画面から、流用したいオーダをドラッグ&ドロップすることで、予約オーダ入力が容易にできること。
7	5	2	28	予約登録時に予約票を印刷するか否かの指定ができること。
7	5	2	29	入力された予約情報を、医事会計システムへ送信できること。
7	5	2	30	半年後、一年後の日付を指定しない仮予約の登録ができること。
7	5	2	31	仮予約は、予約項目の選択、予約の種類（定期健診や定期検査など）の選択、及び、予約の時期（〇年〇月上旬など）の指定により、予約できること。 また、フリーコメント、準備品、定型コメントなども同時に登録できること。
7	5	2	32	仮予約の予約時期は、ワンクリックで、1か月後、2か月後、3か月後、6か月後、12か月後の指定ができること。
7	5	2	33	仮予約の予約票を印字できること。また、予約時に印字するか否かの指定ができること。
7	5	2	34	予約状況一覧では、次の種別で一覧の絞り込み表示ができること。 ・ 内科 ・ 他科 ・ 診察予約 ・ 検査予約 ・ 仮予約
7	5	2	35	簡易予約オーダ画面で各診察室の予約を取得する際、予約項目数が最大20件まで追加できること。
7	5	3		他機能連携
7	5	3	1	予約情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。 また、オーダ変更情報についても履歴で管理され、参照できること。

7				オーダリングシステム
7	5	3	2	フローシート画面に診療科、予約名称が表示できること。 診察予約のセルをクリックすることで、当該予約がある日付のみを絞り込んで予約状況の確認ができること。
7	5	3	3	モニタリングシート画面に診療科、予約名称が表示できること。 診察予約のセルをクリックすることで、当該予約がある日付のみを絞り込んで予約状況の確認ができること。
7	5	4		予約帳表印刷
7	5	4	1	医事会計システムまたは電子カルテシステムで予約票の印刷ができること。
7	5	4	2	予約項目一覧表、基本スケジュール一覧表及び月例スケジュール一覧表の印刷ができること。
7	5	4	3	予約患者一覧表、準備品別一覧表及び月例スケジュールキャンセルリスの印刷ができること。
7	5	5		予約照会
7	5	5	1	患者別予約照会として、患者IDと期間を指定して患者の取得済み予約一覧が表示できること。
7	5	5	2	患者別予約一覧には、予約日、曜日、予約時間、予約科、予約項目、予約コード、予約区分、コメント情報、準備品情報、依頼科、依頼者が表示できること。
7	5	5	3	患者別予約一覧から予約内容の詳細確認ができること。
7	5	5	4	患者別予約一覧から予約の削除、予約内容の変更ができること。
7	5	5	5	患者別予約一覧から予約票の再発行ができること。
7	5	5	6	患者別予約一覧で一覧表示の印刷ができること。
7	5	5	7	項目別予約照会として、予約項目と期間を指定して予約済み患者一覧が表示できること。
7	5	5	8	項目別予約一覧には、予約日、予約時間、患者ID、患者氏名、予約行為、予約区分、性別、年齢、併科情報、入院病棟、連絡先が表示できること。
7	5	5	9	項目別予約一覧から予約票の発行ができること。
7	5	5	10	項目別予約一覧から予約の削除、予約内容の変更ができること。
7	5	5	11	月例スケジュール照会として、予約項目と期間を指定して日付別時間帯別の予約取得状況が表示できること。
7	5	5	12	月例スケジュール照会で検索された一覧表の印刷ができること。
7	5	5	13	予約更新履歴が表示できること。
7	5	5	14	患者別予約照会、項目別予約照会では、仮予約情報を同時に表示させるか否かを指定して一覧表示ができること。
7	5	6		仮予約管理
7	5	6	1	予約科もしくは予約項目、対象月、頃合い（上旬など）を指定して、仮予約をした患者の予約を一覧表示できること。

7				オーダリングシステム
7	5	6	2	仮予約管理の一覧には、予定、予約科、予約項目、予約の種類、患者番号、患者氏名、性別、年齢、入院病棟、連絡先、仮予約フリーコメント、日付未定画像の有無、予約取得日、予約取得者、予約更新日、予約更新者が表示できること。
7	5	6	3	仮予約管理では、患者番号を指定して該当患者の仮予約を含む予約情報の一覧を検索表示できること。患者番号を指定する際には、患者検索ができること。
7	5	6	4	患者番号を指定して、予約オーダ画面を起動することができること。 起動した予約オーダ画面で該当患者の仮予約を含む予約情報の登録、修正、削除ができること。
7	5	6	5	一覧表示した仮予約を選択し、予約を確定させることができること。確定時には、予約項目の変更もできること。
7	5	6	6	仮予約管理の一覧から、仮予約、および通常予約の削除、予約内容の変更ができること。
7	5	6	7	一覧から患者を指定してカルテが開けること。
7	6			他科紹介機能
7	6	1		他科紹介
7	6	1	1	他科に対して診察依頼ができること。
7	6	1	2	他科紹介先に対して患者の紹介文や病名の登録ができること。
7	6	1	3	紹介文は、フリー入力や定型文から選択して作成ができること。
7	6	1	4	病名は、フリー入力や患者に登録されている病名から選択ができること。
7	6	1	5	診察依頼登録時にシェーマ情報登録ができること。
7	6	1	6	他科紹介先の診察予約を予約状況を参照しながら予約取得ができること。 また、診察予定日を日付未定で依頼登録ができること。
7	6	1	7	他科紹介先の診察予約を指定するときは、医師の指定または、診療科を指定して、予約状況を参照しながら予約取得ができること。
7	6	1	8	診察戻り有無の情報を登録ができること。
7	6	1	9	登録時に、紹介内容や返書の内容をコミュニケーションやTODOに通知ができること。
7	6	1	10	登録時に、紹介状の印刷ができること。
7	6	1	11	診察依頼に対して返信記載ができること。
7	6	1	12	返信内容をフリー入力や定型文から選択して作成ができること。
7	6	1	13	返信時にシェーマ情報登録ができること。
7	6	1	14	診察依頼、返信内容の既読状態の管理ができること。
7	6	1	15	外来患者一覧に他科紹介区分が表示できること。
7	6	1	16	他科紹介で記載した紹介文や返信の内容がプログレスノート画面に表示できること。
7	6	1	17	プログレスノート画面より他科紹介の内容をクリックすると、紹介状、返信が一画面で表示できること。

7				オーダリングシステム
7	6	1	18	フローシート画面に他科紹介より取得した予約名称、予約科が表示できること。 診察予約のセルをクリックすることで、当該予約がある日付のみを絞り込んで予約状況の確認ができること。
7	6	1	19	モニタリングシート画面に他科紹介より取得した予約名称、予約科が表示できること。 診察予約のセルをクリックすることで、当該予約がある日付のみを絞り込んで予約状況の確認ができること。
7	6	2		他科紹介一覧
7	6	2	1	他科紹介が登録されている患者を一覧表示し進捗の確認ができること。
7	6	2	2	一覧表示の内容は、紹介期間や、紹介元、紹介先、患者単位や、診療科等で絞り込みができること。
7	6	2	3	一覧には、紹介元、紹介先の情報や、紹介状既読状況、返信記載・既読の状況が表示できること。
7	6	2	4	一覧から返信記載画面が表示できること。
7	7			処方オーダ
7	7	1		処方オーダ登録
7	7	1	1	外来では、外来、外来先渡、外来麻薬等の処方区分で処方オーダの登録ができること。
7	7	1	2	院内処方・院外処方の切替えができること。
7	7	1	3	時間帯によって院内処方、院外処方の規定値設定を自動的に切替えができること。 また、祭日・休日も同様に時間帯により院内処方、院外処方の規定値設定の切替えができること。
7	7	1	4	入院では、定期、継続、臨時、先渡し、退院、緊急、麻薬、持参薬の処方区分で処方オーダの登録ができること。
7	7	1	5	処方区分（例：定期、臨時）に応じて、服用開始区分（例：朝から）の既定値の設定ができること。
7	7	1	6	カナまたは英字、数字の3文字以上を検索キーとして、薬剤の選択ができること。 設定により検索文字数の変更ができること。
7	7	1	7	薬剤名称1 薬剤ごとの検索名称（略称）を30個以上登録ができること。
7	7	1	8	薬効で薬剤の検索ができること。
7	7	1	9	頻用薬として登録した院内共通、診療科別、医師別の薬剤セットから、薬剤の選択ができること。
7	7	1	10	検索した薬剤について、D I（医薬品情報）が表示できること。
7	7	1	11	内用薬は1日量、頓服は1回量及び外用薬は総投与量または一回量で使用量の登録ができること。 また、使用量は成分量での登録もできること。
7	7	1	12	薬剤使用量入力時に、体表面積の算出ができること。
7	7	1	13	体表面積算出画面には、身長、体重、更新情報（更新日時や更新者等）が表示できること。
7	7	1	14	薬剤選択時にあらかじめ薬剤ごとに設定した常用量が自動表示できること。
7	7	1	15	入力薬剤の種別に対応した用法種を自動的に検索表示領域に表示し、この用法種から用法を選択して登録ができること。

7				オーダリングシステム
7	7	1	16	隔日及び不均等分割指示等の特殊用法の入力ができること。
7	7	1	17	コメントとして、薬剤コメント、用法コメント、処方箋選択コメント及び長期投与コメントの4種類の入力ができること。
7	7	1	18	特定期間（例：年末年始）での入力時に長期投与コメントが自動表示できること。
7	7	1	19	別薬袋、別包及び混合のチェック・指示ができること。
7	7	1	20	患者の属性により、一包化指示の既定値の設定ができること。
7	7	1	21	処方オーダー時に保険の変更ができること。
7	7	1	22	外来処方の入力時、開始日を当日に設定ができること。 また、入院定期処方の入力時、入院科及び病棟に対応した定期処方日の選択入力が行え、次回までの日数が自動表示できること。
7	7	1	23	日付未定の入力ができること。
7	7	1	24	日数一括変更ができること。 次回予約日までの日数を自動計算し、日数一括変更をワンクリックでできること。 また、日数選択、日数直接入力もできること。日数選択は、複数の選択肢の設定ができること。
7	7	1	25	処方オーダー入力時、Rpの並べ替えができること。
7	7	1	26	頻用処方（患者単位で流用する為に登録しておく処方）の入力ができること。
7	7	1	27	約束処方（院内製剤）の入力ができること。
7	7	1	28	条件付き指示（必要時指示）の入力ができること。
7	7	1	29	抗菌薬などをオーダーするときは、処方オーダー確定時にあらかじめ設定された文書が表示できること。
7	7	1	30	処方オーダー入力時に患者の薬剤禁忌情報が参照できること。
7	7	1	31	処方オーダー入力時に、薬剤の年齢別の投与量チェック（一日（回）の警告量、制限量チェック）、及び服用日数チェックができること。 また、用法と使用量の適合チェックができること。
7	7	1	32	オーダー登録時に薬剤の体重・体表面積別最大投与量チェックができること。 また、薬剤選択時に体重・身長が更新日有効期限切れまたは未登録のときに、患者基本オーダーを表示して体重登録を促せること。
7	7	1	33	処方オーダー入力時に、同一薬剤、同効薬剤、同効散剤有無、粉碎不適・不可、分割不可、絶対禁忌、相互作用、同一剤型、院内・院外不可薬、妊娠婦禁忌及び有効期限のチェックができること。 （他科服用中薬剤との重複・相互作用チェック含む）
7	7	1	34	注射薬との相互チェックができること。
7	7	1	35	絶対禁忌・相互作用チェック時のメッセージには、チェック対象とした薬剤やオーダー医師、オーダー日等が表示できること。
7	7	1	36	絶対禁忌・相互作用チェック時にパスワード入力を行うことで入力の継続、登録ができること。チェック解除時には解除した旨をログとして残せること。
7	7	1	37	薬ごとに使用可能な科の限定設定ができ、処方オーダー入力時に、科限定チェックができること。

7				オーダリングシステム
7	7	1	38	薬ごとに使用可能な医師の限定設定ができ、処方オーダ入力時に、医師限定チェックができること。
7	7	1	39	薬ごとに使用可能な患者の限定設定ができ、処方オーダ入力時に、患者限定チェックができること。
7	7	1	40	患者基本オーダとの連動により、患者アレルギー、妊産婦禁忌や、院外処方不可等のチェックができること。
7	7	1	41	患者アレルギーチェックは、個別医薬品コード（YJコード）による薬剤禁忌チェックができること。また、厚生省コードによる薬剤禁忌チェックに設定もできること。
7	7	1	42	病名オーダとの連動により、患者保有病名と薬剤との禁忌チェックができること。
7	7	1	43	特定の薬剤に対して食事の禁忌情報が自動的に登録ができること。
7	7	1	44	内服薬の通減チェック（警告）ができること。
7	7	1	45	薬剤選択時麻薬、特殊薬剤の名称を色を変えて表示し、他の薬剤と区別ができること。
7	7	1	46	注意喚起が必要な薬剤に対して薬剤ごとに表示色の設定ができること。
7	7	1	47	麻薬、特殊薬剤を選択したときに、警告メッセージが表示できること。
7	7	1	48	麻薬・特殊薬剤の識別表示（表示色を変える）ができること。
7	7	1	49	麻薬を選択したとき、麻薬施用者番号が職員マスタに設定されている医師のみが入力可能のようにチェックができること。
7	7	1	50	処方オーダ入力、発行済み処方の修正、会計済み処方の修正等について、職種により操作の限定ができること。
7	7	1	51	院内共通、診療科別、医師別、患者別のセットを利用し、処方オーダの登録ができること。
7	7	1	52	セット画面から、流用したいオーダをドラッグ&ドロップすることで、処方オーダ入力が容易にできること。
7	7	1	53	全科分のオーダ履歴を参照し、ドラッグ&ドロップによりオーダ単位またはRp単位で流用（DO）ができること。
7	7	1	54	薬剤名等が変更された場合、薬剤をDOするときに新しい薬剤名称に変更できること。
7	7	1	55	院外処方で薬局で変更されたジェネリック薬剤の情報を登録、オーダ履歴等で参照できること。最初に院内でオーダされた薬剤情報も表示あわせて参照できること。
7	7	1	56	処方オーダの入力途中に、その患者の検体検査結果照会画面が表示できること。
7	7	1	57	オーダ情報を自動錠剤・散剤分包機、薬袋印字機、調剤支援システムへ送信できること。
7	7	1	58	オーダ情報を医事会計システム、服薬指導システム等に送信できること。
7	7	2		持参薬
7	7	2	1	持参薬の登録ができること。
7	7	2	2	カナまたは英字、数字の3文字以上を検索キーとして、薬剤の選択ができること。設定により検索文字数の変更ができること。

7				オーダリングシステム
7	7	2	3	持参薬の登録時、院内非採用薬に対し院内採用薬の情報の登録ができること。
7	7	2	4	持参薬の用法の入力ができること。
7	7	2	5	持参薬の登録時、持参薬通知書の印刷ができること。
7	7	2	6	鑑別報告に対して、中止、鑑別結果承認の指示の入力ができること。
7	7	2	7	鑑別結果承認時には持参薬指示書の印刷ができること。
7	7	2	8	オーダ履歴画面に処方オーダの情報と一緒に持参薬の情報を時系列で表示できること。
7	7	2	9	持参薬を流用時、同効院内採用薬があるときに、院内採用薬への付け替えるかメッセージが表示できること。また、院内採用薬の候補を表示、選択ができること。
7	7	3		他機能連携
7	7	3	1	処方オーダ・持参薬の情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。 また、オーダ変更情報についても履歴で管理され、参照できること。
7	7	3	2	オーダ発行または実施した日付をフローシートに表示できること。 薬剤名の枠をクリックすることで、当該薬剤がオーダされた日付で絞込みができること。
7	7	3	3	オーダ依頼または実施した日付をモニタリングシートに表示できること。 薬剤名の枠をクリックすることで、当該薬剤がオーダされた日付で絞込みができること。
7	7	3	4	注意したい薬剤を容易に把握できるようにするため、指定した薬剤をモニタリングシート画面の上部にまとめて表示できること。
7	7	4		処方箋発行（外来）
7	7	4	1	外来の処方箋を、患者の診察終了と同時に薬剤部門のプリンタに印刷ができること。 また、診察中も随時、処方箋の印刷ができること。
7	7	4	2	院外処方箋の印刷先の選択ができること。
7	7	4	3	当日または指定日の外来処方箋の発行状況が一覧表示できること。
7	7	5		処方箋発行（入院）
7	7	5	1	入院の処方箋を、処方箋区分（定期・臨時・緊急・先渡・退院）により、異なったタイミング（即時、病棟一括）で薬剤部門のプリンタに印刷ができること。
7	7	5	2	病棟別の処方箋の発行状況が一覧表示できること。
7	7	5	3	一覧表示から選択により、処方オーダの詳細内容が表示できること。 また、処方箋番号の指定により、処方オーダの詳細内容が表示できること。
7	7	5	4	処方オーダ詳細画面から処方箋印刷指示や未発行状態への変更及び削除ができること。
7	7	5	5	処方箋に関して、発行日及び処方箋番号を指定することにより、対象の処方箋を再発行ができること。
7	7	6		処方病棟照会（入院患者の予定・実施状況一覧表示）
7	7	6	1	入院患者のオーダ予定・実施状況をカレンダー表示形式で表示できること。

7				オーダリングシステム
7	7	6	2	オーダの予定、実施等の進捗状況がカレンダー上に記号が表示できること。
7	7	6	3	表示対象患者は、全患者と自担当患者を選択して表示できること。
7	7	6	4	表示対象患者は、診療科及び病棟を選択して表示できること。
7	7	6	5	カレンダー表示は、2週間分が表示できること。
7	7	6	6	2週間分の対象日の変更ができること。
7	7	6	7	患者詳細情報として、性別、生年月日、患者ID、診療科、病棟が表示できること。
7	7	6	8	処方オーダ参照時、定期処方のみが表示できること。
7	7	6	9	対象患者またはオーダ進捗記号をクリックすることにより、オーダの詳細内容が表示できること。
7	7	6	10	オーダ詳細内容からオーダを選択し、発行、再発行、中止取消、削除、未実施指示の処理ができること。
7	7	6	11	オーダごとに処方箋の個別印刷指示ができること。
7	7	7		薬歴照会
7	7	7	1	処方オーダ及び注射オーダで登録された薬剤の内容を、カレンダー形式で表示できること。
7	7	7	2	表示する期間の指定ができること。
7	7	7	3	処方のみ、注射のみ、処方と注射両方の3種類の表示方法から選択して切替え表示できること。
7	7	7	4	薬歴のまとめ方として、薬剤及び用法単位、薬剤単位の2種類から選択ができること。
7	7	7	5	入院日、退院日、薬剤禁忌情報が表示できること。
7	7	7	6	薬剤を選択し、DI（医薬品情報）が表示できること。
7	7	7	7	表示された薬歴情報を、患者ごとの薬歴一覧表として印刷ができること。
7	7	8		処方オーダー一覧
7	7	8	1	薬剤部門等で処方オーダー内容の確認を行えるよう、指定条件に該当する処方オーダーが出された患者一覧が表示できること。 日付、外来患者・入院患者、全件・未実施・実施の進捗状況、診療科及び病棟による絞り込みができること。
7	7	8	2	一覧では、オーダー開始時間の選択（朝、昼、夕、夜）による絞り込みができること。
7	7	8	3	一覧には、患者ID、患者氏名、性別、処方箋番号、診療科、部署、病棟、区分、オーダー進捗、会計情報が表示できること。
7	7	8	4	一覧から患者を指定し、患者IDを入力すると、指定患者のオーダー内容の詳細が表示できること。
7	7	8	5	一覧からオーダーを指定し、患者照会を行うと対象患者の指定日の処方オーダー詳細がすべて表示できること。

7				オーダリングシステム
7	7	8	6	一覧からオーダを指定し、患者全照会を行うと対象患者の処方オーダ詳細がすべて表示できること。
7	7	8	7	オーダ種、日付、科、部署の選択内容に該当するオーダのオーダ件数が全件及び未実施に分けて一括照会ができること。
7	7	8	8	一括照会から指定したオーダに関して、処方箋の発行、再発行ができること。
7	8			注射オーダ
7	8	1		注射オーダ登録
7	8	1	1	予定入力、事後入力（実施後入力）、I V Hの注射オーダの登録ができること。
7	8	1	2	カナまたは英字、数字の3文字以上を検索キーとして、薬剤の選択ができること。 設定により検索文字数の変更ができること。
7	8	1	3	薬剤名称1 薬剤ごとの検索名称（略称）を30個以上登録ができること。
7	8	1	4	薬効を検索して、薬剤の選択ができること。
7	8	1	5	検索した薬剤について、D I（医薬品情報）が表示できること。
7	8	1	6	1回量での使用量及び使用量コメントの入力ができること。 また、使用量は成分量での入力もできること。
7	8	1	7	用量の単位は複数設定でき、注射オーダ入力時に選択ができること。
7	8	1	8	体表面積算出画面には、身長、体重、更新情報（更新日時や更新者等）が表示できること。
7	8	1	9	ルート、ルートコメント及び投与方法を、一覧から選択入力ができること。 ルートコメントについては、コメント一覧より複数選択ができること。
7	8	1	10	注射の実施予定日を、連続した期間または指定した複数日付により入力ができること。
7	8	1	11	回数入力については、開始日、中間日及び終了日の回数を個別に一画面で入力ができること。
7	8	1	12	グループごとにRpコメント及び注射実施時間を選択入力ができること。
7	8	1	13	注射の速度指示の入力（数値入力）ができること。
7	8	1	14	速度指示の入力画面において、1時間当たりの注入量（ml/h）の指示により投与持続時間（時間/回）の自動計算ができること。
7	8	1	15	速度指示の入力画面において、投与持続時間（時間/回）の指示により1時間当たりの注入量（ml/h）の自動計算ができること。
7	8	1	16	注射の実施場所の指定ができること。
7	8	1	17	注射オーダ時に保険の変更ができること。
7	8	1	18	補助情報（電解質、カロリー）を算出し表示できること。
7	8	1	19	注射オーダ入力時、Rpの並べ替えができること。

7				オーダリングシステム
7	8	1	20	条件付き指示（必要時指示）の入力ができること。
7	8	1	21	患者の薬剤禁忌情報が参照できること。
7	8	1	22	注射オーダ入力時に、薬剤の年齢別の投与量チェック（一回、一日の警告量・制限量チェック）ができること。
7	8	1	23	オーダ登録時に薬剤の体重・体表面積別最大投与量チェック及び速度チェックができること。 また、薬剤選択時に体重・身長 of 更新日が有効期限切れまたは未登録のときに、患者基本オーダを表示して体重登録を促せること。
7	8	1	24	注射オーダ入力時に、同一薬剤、同一成分（同効薬剤）、絶対禁忌、相互作用、混合、剤型、適正規格値、薬剤・手技（ルート）禁忌、妊産婦禁忌、及び有効期限のチェックができること。 （他科との重複・相互作用チェック含む）
7	8	1	25	処方薬との相互チェックができること。
7	8	1	26	絶対禁忌・相互作用チェック時のメッセージには、チェック対象とした薬剤やオーダ医師、オーダ日等が表示できること。
7	8	1	27	絶対禁忌・相互作用チェック時にパスワード入力を行うことで入力の継続、登録ができること。チェック解除時には解除した旨をログとして残せること。
7	8	1	28	注射オーダ入力時に、科限定、医師限定、患者限定のチェックができること。
7	8	1	29	患者基本オーダとの連動により、患者アレルギーのチェックができること。
7	8	1	30	患者アレルギーチェックは、個別医薬品コード（YJコード）による薬剤禁忌チェックができること。また、厚生省コードによる薬剤禁忌チェックに設定もできること。
7	8	1	31	病名オーダとの連動により、患者保有病名と薬剤との禁忌チェックができること。
7	8	1	32	特定の薬剤に対して食事の禁忌情報が自動的に登録ができること。
7	8	1	33	保険適用量の上限チェックができること。
7	8	1	34	麻薬・特殊薬剤の識別表示（表示色を変える）ができること。
7	8	1	35	麻薬を選択したとき、麻薬施用者番号が職員マスタに設定されている医師のみが入力可能のようにチェックができること。また、チェックのときにパスワード入力の督促ができること。
7	8	1	36	注射オーダ入力、発行済み注射の修正、会計済み注射の修正について、職種により操作の限定ができること。
7	8	1	37	患者にオーダ済みの注射オーダの状況を、カレンダー形式で参照し（注射カレンダー表示）、流用（DO）ができること。
7	8	1	38	注射カレンダー表示画面では、オーダの進捗状況（未実施、実施済み、会計済み等）により、識別表示（表示色を変える）ができること。
7	8	1	39	予定されたオーダ内容に変更があったときには、実施入力により修正ができること。
7	8	1	40	院内共通、診療科別、医師別、患者別のセットを利用し、注射オーダの登録ができること。
7	8	1	41	セット画面から、流用したいオーダをドラッグ&ドロップすることで、注射オーダ入力が容易にできること。

7				オーダーリングシステム
7	8	1	42	全科分のオーダー履歴を参照し、ドラッグ&ドロップによりオーダー単位の流用（DO）ができること。
7	8	1	43	注射オーダーの入力途中に、その患者の検体検査結果照会画面が表示できること。
7	8	1	44	オーダー情報を自動アンプル払出機へ送信できること。
7	8	1	45	オーダー情報を医事会計システム、薬剤管理システム等に送信できること。
7	8	2		実施入力
7	8	2	1	注射オーダーの実施入力ができること。
7	8	2	2	実施画面では、3日分（当日、前後各1日）のオーダー情報が表示できること。
7	8	2	3	実施済み、未実施、中止の実施状況を容易に把握できるよう色分けして表示できること。
7	8	2	4	実施入力は、実施日、実施時間、使用量、単位の登録ができること。
7	8	2	5	必要に応じて、実施開始時間の入力ができること。
7	8	2	6	実施時のコメントの入力ができること。
7	8	2	7	実施した内容の中止ができること。
7	8	2	8	実施入力した情報を医事会計システムへ送信できること。
7	8	3		他機能連携
7	8	3	1	オーダー情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。 また、オーダー変更情報についても履歴で管理され、参照できること。
7	8	3	2	オーダー発行、実施した日付をフローシートに表示できること。 薬剤名の枠をクリックすることで、当該薬剤がオーダーされた日付で絞込みができること。
7	8	3	3	オーダー依頼または実施した日付をモニタリングシートに表示できること。 薬剤名の枠をクリックすることで、当該薬剤がオーダーされた日付で絞込みができること。
7	8	3	4	注意したい薬剤を容易に把握できるようにするため、指定した薬剤をモニタリングシート画面の上部にまとめて表示できること。
7	8	4		注射箋発行
7	8	4	1	外来の注射箋を、各科処置室のプリンタに患者ごとに印刷ができること。
7	8	4	2	入院の注射箋を、臨時・緊急分、定時分ごとに異なったタイミング（即時、病棟一括等）で、薬剤部門のプリンタに印刷ができること。 また、印刷先プリンタの変更もできること。
7	8	5		注射薬集計表・ラベル印刷
7	8	5	1	注射薬剤を準備するための注射薬集計表が、薬剤部門のプリンタに印刷ができること。 また、ボトル等に貼付するラベルの印刷もできること。
7	8	6		注射オーダー一覧

7				オーダーリングシステム
7	8	6	1	薬剤部門等で注射オーダー内容の確認を行えるよう、指定条件に該当する注射オーダーが出された患者一覧が表示できること。 日付、全件・未実施・実施の進捗状況、診療科及び病棟による絞り込みができること。
7	8	6	2	注射オーダー一覧には、患者ID、患者氏名、性別、注射箋番号、診療科、部署、病棟、区分（外来）、オーダー進捗、会計情報が表示できること。
7	8	6	3	一覧から患者を指定し、患者IDを入力すると、指定患者のオーダー内容の詳細が表示できること。
7	8	6	4	一覧からオーダーを指定し、患者照会を行うと対象患者の指定日の注射オーダー詳細がすべて表示できること。
7	8	6	5	一覧からオーダーを指定し、患者全照会を行うと対象患者の注射オーダー詳細がすべて表示できること。
7	8	6	6	オーダー種、日付、科、部署の選択内容に該当するオーダーのオーダー件数が全件及び未実施に分けて一括照会ができること。
7	8	6	7	一括照会から指定したオーダーに関して、注射箋の発行、再発行ができること。
7	9			服薬指導オーダー
7	9	1		服薬指導オーダー登録
7	9	1	1	服薬指導依頼情報の入力ができること。また、登録済みの服薬指導オーダー情報が一覧表示できること。
7	9	1	2	服薬指導の指導内容、指導対象者、持参薬の有無、コメントの登録ができること。
7	9	1	3	入院患者で処方・注射の入力がされたとき、服薬指導の依頼ができること。
7	9	1	4	入院決定・入院確認登録時に服薬指導の依頼もできること。
7	9	1	5	服薬指導依頼表の印刷ができること。
7	10			検体検査オーダー
7	10	1		検体検査オーダー登録
7	10	1	1	生化学、血液、血清、及び一般の各検査をオーダー対象とできること。
7	10	1	2	検査室別・機能別の検査項目画面の設定ができること。
7	10	1	3	検査項目画面の初期画面については、診療科ごとに変更ができること。
7	10	1	4	期間での曜日指定、日付指定及び同一日での時間指定（負荷、日内変動検査の場合）により、連続して検体検査オーダー入力ができること。
7	10	1	5	採取日を当日に自動設定ができること。
7	10	1	6	採取日が日付未定のままでもオーダーができること。
7	10	1	7	設定により、検査項目の検索ができること。
7	10	1	8	検体検査オーダー入力時、自動的に付加情報の入力を促すことができること。 また、患者基本情報（身長・体重）等の付加情報は、患者基本オーダーと連動し表示できること。身長、体重、更新情報（更新日時や更新者等）が表示できること。

7				オーダリングシステム
7	10	1	9	コメント入力及び検体変更入力ができること。 なお、検体変更の可否がマスタ設定によりチェックができること。
7	10	1	10	負荷検査については、負荷薬剤及び負荷時間の選択ができること。
7	10	1	11	日内変動検査については、日内変動時間の選択ができること。
7	10	1	12	オーダごとや検査項目ごとに至急の検査指定ができること。
7	10	1	13	保険の変更ができること。
7	10	1	14	検査項目について、L I（検査情報）が表示できること。
7	10	1	15	予約オーダとの連動により、検査項目の予約取得ができること。
7	10	1	16	病名オーダとの連動により、患者保有病名と検査項目のチェックができること。
7	10	1	17	同一日、同一検査項目の重複チェックが、自科、他科を問わずできること。
7	10	1	18	一定期間、同一検査項目の重複チェックが、自科、他科を問わずできること。
7	10	1	19	重複チェック時に、重複した検査項目について、選択した検査項目のみ取消しするか、重複した検査項目を全て取消すか、重複した検査項目も全てオーダするかの選択ができること。
7	10	1	20	検査項目の有効期限切れをチェックができること。
7	10	1	21	検査項目数をチェックし、警告メッセージが表示できること。
7	10	1	22	休診日や締め切り時間のチェックを行い、オーダ時に警告メッセージが表示できること。
7	10	1	23	登録した診療科と同一診療科でなければ、オーダ削除が行えないこと。
7	10	1	24	医師はラベル未発行のみ修正可能、検査技師は未発行、発行済みとも修正可能というように、各々職種により操作可能な範囲の限定ができること。
7	10	1	25	検査オーダ登録時に採取指示票を印刷するか否かの指定ができること。
7	10	1	26	院内共通、診療科別、医師別、患者別のセットを利用し、検査項目のオーダ入力ができること。
7	10	1	27	セット画面から、流用したいオーダをドラッグ&ドロップすることで、検体検査オーダ入力が容易にできること。
7	10	1	28	全科分のオーダ履歴を参照し、ドラッグ&ドロップによりオーダ単位の流用（DO）ができること。
7	10	1	29	検査オーダの入力途中に、その患者の検体検査結果照会画面が表示できること。
7	10	1	30	オーダ情報をラベルプリンタ、オートラベラー、臨床検査システムへ送信できること。
7	10	1	31	オーダ情報を医事会計システムへ送信できること。
7	10	2		他機能連携

7				オーダーリングシステム
7	10	2	1	オーダー情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。 また、オーダー変更情報についても履歴で管理され、参照できること。
7	10	2	2	オーダー発行、実施した日付をフローシートに表示できること。 検査枠をクリックすることで、当該検査がオーダーされた日付で絞り込みができること。
7	10	2	3	オーダー発行、実施した日付をモニタリングシートに表示できること。 検体名の枠をクリックすることで、当該検体がオーダーされた日付で絞り込みができること。
7	10	3		採取指示票・検体ラベル個別発行
7	10	3	1	発行指示を行った近傍のプリンタ（中央採血室や処置室）に採取指示票・検体ラベルの印刷ができること。
7	10	3	2	外来の未実施オーダーについては、検体ラベル発行を行った日付に採取日の変更ができること。
7	10	4		病棟採血管確認機能
7	10	4	1	病棟単位に当日発行済みの検体一覧が表示できること。
7	10	4	2	採取指示票・検体ラベル及び採取一覧表の印刷ができること。
7	10	4	3	採取指示票・検体ラベルを各病棟のプリンタに印刷ができること。
7	10	4	4	指示日の採取一覧表を各病棟のプリンタに印刷ができること。
7	10	5		検体検査病棟照会（入院患者の予定・実施状況一覧表示）
7	10	5	1	入院患者のオーダー予定・実施状況をカレンダー形式で表示できること。
7	10	5	2	オーダーの予定、実施等の進捗状況がカレンダー上に記号が表示できること。
7	10	5	3	表示対象患者は、全患者と自担当患者を選択して表示できること。
7	10	5	4	表示対象患者は、科及び病棟を選択して表示できること。
7	10	5	5	カレンダー表示は、2週間分が表示できること。
7	10	5	6	2週間分の対象日は変更ができること。
7	10	5	7	患者詳細情報として、性別、生年月日、患者ID、診療科、病棟が表示できること。
7	10	5	8	対象患者またはオーダー進捗記号をクリックすることにより、オーダーの詳細内容が表示できること。
7	10	5	9	オーダー詳細内容からオーダーを選択し、発行、再発行、中止取消、削除、未実施の処理ができること。
7	10	5	10	オーダー詳細内容から蓄尿量の登録ができること。
7	10	5	11	蓄尿量の入力、蓄尿量及び時間の登録ができること。
7	10	5	12	各オーダーごとに、採取指示票（ラベル付き）の個別印刷指示ができること。 ・処方オーダー： 処方箋 ・検体検査オーダー：採取指示票（ラベル付き）
7	10	6		検査オーダー一覧

7				オーダリングシステム
7	10	6	1	検査部門等で検体検査オーダ内容の確認を行えるよう、指定条件に該当する検体検査オーダが出された患者一覧が表示できること。 日付、外来患者・入院患者、全件・未実施・実施の進捗状況、診療科及び病棟による絞り込みができること。
7	10	6	2	一覧には、患者ID、患者氏名、性別、生年月日、診療科、部署、病棟、オーダ進捗、会計情報が表示できること。
7	10	6	3	一覧から患者を指定し、患者IDを入力すると、指定患者のオーダ内容の詳細が表示できること。
7	10	6	4	一覧からオーダを指定し、患者照会を行うと対象患者の指定日の検査オーダ詳細がすべて表示できること。
7	10	6	5	一覧からオーダを指定し、患者全照会を行うと対象患者の検査オーダ詳細がすべて表示できること。
7	10	6	6	一覧から患者を指定してカルテが開けること。
7	10	6	7	オーダ種、日付、科、部署の選択内容に該当するオーダのオーダ件数が全件及び未実施に分けて一括照会ができること。
7	10	6	8	一括照会から指定したオーダに関して、検体ラベル及び採取予定患者一覧表の発行、再発行ができること。
7	10	6	9	蓄尿量入力に該当するオーダー一覧が表示できること。
7	10	6	10	対象のオーダを選択することにより、蓄尿量の入力ができること。
7	10	6	11	蓄尿量の入力は、蓄尿量及び時間の登録ができること。
7	11			検体検査結果照会
7	11	1		検体検査結果の取込み
7	11	1	1	臨床検査システムから検体検査結果情報の取得ができること。
7	11	1	2	感染情報を患者基本情報に自動で取り込みができること。
7	11	1	3	各科検査のときには、検体検査結果の手入力ができること。
7	11	2		検体検査結果サマリ照会
7	11	2	1	報告書単位の検体検査結果（全科分）の有無を、表形式にてサマリ表示できること。 検査結果データが承認済みもしくは、未承認であるか等をマークで識別表示できること。
7	11	2	2	サマリ表での列（検査種）選択により、該当する検査の最新結果の一覧結果照会ができること。
7	11	2	3	サマリ表での行（採取日）選択により、オーダ単位の一覧結果照会ができること。
7	11	2	4	サマリ表でのマーク選択により、該当する検査の一覧結果照会ができること。
7	11	2	5	サマリ表でのマーク選択により、PDFレポートが参照できること。
7	11	2	6	サマリ表に表示する検査結果の件数及び期間の設定ができること。
7	11	3		一覧結果照会

7				オーダリングシステム
7	11	3	1	一般・血液・生化等のサマリ（報告書）単位の検体検査結果が表示できること。 また、対象オーダの依頼元、畜尿量・時間、付加コメント、依頼コメント、検体コメントが表示できること。 検体もしくは、報告書区分の指定により、データの絞込みができること。
7	11	3	2	検査項目の正常値範囲の数値ガイドと単位が表示できること。
7	11	3	3	異常値の検査項目については、色（上限値を超えるときには赤、下限値を下まわるときには青）を変えて表示できること。
7	11	3	4	検査項目の概要説明文が表示できること。
7	11	3	5	検体検査結果データを外部記録媒体にCSV形式で抽出ができること。
7	11	3	6	検体検査結果データをテキスト形式でコピー、CSV形式でコピーができること。
7	11	4		時系列及びグラフ結果照会
7	11	4	1	一覧結果照会にて選択された項目の検査結果を、時系列に表示できること。
7	11	4	2	検査結果時系列セットからあらかじめセット化された検査結果項目を時系列に表示できること。セット編集は権限設定により操作を限定できること。
7	11	4	3	検査項目の正常値範囲の数値ガイドと単位が表示できること。
7	11	4	4	異常値の検査項目については、色（上限値を超えるときには赤、下限値を下まわるときには青）を変えて表示できること。
7	11	4	5	検査項目の概要説明が表示できること。
7	11	4	6	時系列画面出力指示一覧から、選択したオーダを含む過去数回分の時系列データの出力ができること。
7	11	4	7	一覧結果照会にて選択された項目の検査結果を、グラフ（折れ線グラフ）表示できること。
7	11	4	8	時系列結果照会で選択された項目の検査結果を、グラフ（折れ線グラフ）表示できること。
7	11	4	9	グラフ表示では、検査結果の正常値範囲を色帯で表示できること。
7	11	4	10	時系列結果データをテキスト形式でコピー、CSV形式でコピーができること。
7	11	5		負荷・日内検査結果照会
7	11	5	1	検体検査結果サマリを選択することにより、負荷検査及び日内検査の結果を時系列表示できること。 対象オーダの、依頼元、採取日・時間、負荷薬剤・使用量、付加コメント、依頼コメント、検体コメントが表示できること。 検体の指定により、データを指定検体に絞込みができること。
7	11	5	2	異常値の検査項目については、色（上限値を超えるときには赤、下限値を下まわるときには青）を変えて表示できること。
7	11	5	3	検査項目の概要説明が表示できること。
7	11	5	4	負荷・日内検査結果照会画面に表示されているオーダ内容の印刷ができること。
7	11	5	5	負荷検査及び日内検査の結果を、グラフ（折れ線グラフ）表示できること。

7				オーダリングシステム
7	11	5	6	グラフ表示では、検査ごとの結果の正常値範囲を色帯で表示できること。
7	11	5	7	検査結果データをテキスト形式でコピー、CSV形式でコピーができること。
7	11	6		検査結果仮報告書印刷
7	11	6	1	臨床検査システムからの結果データ取り込み後、検査結果仮報告書の印刷ができること。 なお、緊急検査のときには、即時に各依頼元のプリンタに印刷ができること。
7	11	7		他機能連携
7	11	7	1	フローシートに検査結果が表示できること。 各種検査結果項目の枠をクリックすることで、当該検査結果がある日付で絞込みができること。
7	11	7	2	フローシートから検査結果照会画面が表示できること。
7	11	7	3	モニタリングシートに検査結果が表示できること。 各種検査結果項目または、報告書区分の枠をクリックすることで、当該検査結果がある日付で絞込みができること。
7	11	7	4	注意したい検査結果を容易に把握できるようにするため、指定した検査結果をモニタリングシート画面の上部にまとめて表示できること。（モニタリング指定）
7	11	7	5	検査結果をモニタリングシート画面にグラフで表示できること。 また、グラフとしてモニタリング指定できること。
7	11	7	6	モニタリングシートから検査結果照会画面が表示できること。
7	12			細菌検査オーダ
7	12	1		細菌検査オーダ登録
7	12	1	1	検査室別・機能別の検査項目画面の設定ができること。
7	12	1	2	検査項目画面の初期画面については、診療科ごとに変更ができること。
7	12	1	3	期間での曜日指定、日付指定により、連続して細菌検査オーダ入力ができること。
7	12	1	4	採取日を当日に自動設定ができること。
7	12	1	5	採取日が日付未定のままでもオーダができること。
7	12	1	6	設定により、検査項目の検索ができること。
7	12	1	7	材料、検査方法、目的菌、コメント、感受性希望薬剤等指定ができること。
7	12	1	8	細菌検査オーダ入力時、自動的に付加情報の入力を促すことができること。また、患者基本情報（身長・体重）等の付加情報は、患者基本オーダと連動し表示できること。
7	12	1	9	コメント入力及び検体変更入力ができること。 なお、検体変更の可否がマスタ設定によりチェックができること。
7	12	1	10	検査項目について、LI（検査情報）が表示できること。
7	12	1	11	予約オーダとの連動により、検査項目の予約取得ができること。

7				オーダーリングシステム
7	12	1	12	病名オーダーとの連動により、患者保有病名と検査項目のチェックができること。
7	12	1	13	同一日・同一検査項目の重複チェックが、自科、他科を問わずできること。
7	12	1	14	検査項目の有効期限切れのチェックができること。
7	12	1	15	検査項目数をチェックし、警告メッセージが表示できること。
7	12	1	16	休診日や締め切り時間のチェックを行い、オーダー時に警告メッセージが表示できること。
7	12	1	17	登録した診療科と同一診療科でなければ、オーダー削除が行えないこと。
7	12	1	18	医師はラベル未発行のみ修正可能、検査技師は未発行、発行済みとも修正可能というように、各々職種により操作可能な範囲を限定できること。
7	12	1	19	細菌検査オーダー登録時に採取指示票を印刷するか否かの指定ができること。
7	12	1	20	院内共通、診療科別、医師別、患者別のセットを利用し、検査項目のオーダー入力ができること。
7	12	1	21	セット画面から、流用したいオーダーをドラッグ&ドロップすることで、細菌検査オーダー入力が容易にできること。
7	12	1	22	全科分のオーダー履歴を参照し、ドラッグ&ドロップによりオーダー単位の流用（DO）ができること。
7	12	1	23	細菌検査オーダーの入力途中に、その患者の検体検査結果照会画面が表示できること。
7	12	1	24	オーダー情報をラベルプリンタ、オートラベラー、臨床検査システムへ送信できること。
7	12	1	25	オーダー情報を医事会計システムへ送信できること。
7	12	2		他機能連携
7	12	2	1	オーダー情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。 また、オーダー変更情報についても履歴で管理され、参照できること。
7	12	2	2	オーダー発行、実施した日付をフローシートに表示できること。 検査枠をクリックすることで、当該検査がオーダーされた日付で絞込みができること。
7	12	2	3	オーダー発行、実施した日付をモニタリングシートに表示できること。 検体名の枠をクリックすることで、当該検体がオーダーされた日付で絞込みができること。
7	12	3		採取指示票・検体ラベル個別発行
7	12	3	1	発行指示を行った近傍のプリンタ（中央採血室や処置室）に採取指示票・検体ラベルの印刷ができること。
7	12	3	2	外来の未実施オーダーについては、検体ラベル発行を行った日付に採取日を変更できること。
7	12	4		病棟採血管確認機能
7	12	4	1	病棟単位に当日発行済みの検体一覧が表示できること。
7	12	4	2	採取指示票・検体ラベル及び採取一覧表の印刷ができること。

7				オーダーリングシステム
7	12	4	3	採取指示票・検体ラベルを各病棟のプリンタに印刷ができること。
7	12	4	4	指示日の採取一覧表を各病棟のプリンタに印刷ができること。
7	12	5		検体検査病棟照会（入院患者の予定・実施状況一覧表示）
7	12	5	1	入院患者のオーダー予定・実施状況をカレンダー形式で表示できること。
7	12	5	2	オーダーの予定、実施等の進捗状況がカレンダー上に記号で表示できること。
7	12	5	3	表示対象患者は、全患者と自担当患者を選択して表示できること。
7	12	5	4	表示対象患者は、科及び病棟を選択して表示できること。
7	12	5	5	カレンダー表示は、2週間分が表示できること。
7	12	5	6	2週間分の対象日は変更ができること。
7	12	5	7	患者詳細情報として、性別、生年月日、患者ID、診療科、病棟が表示できること。
7	12	5	8	対象患者またはオーダー進捗記号をクリックすることにより、オーダーの詳細内容が表示できること。
7	12	5	9	オーダー詳細内容からオーダーを選択し、発行、再発行、中止取消、削除、未実施の処理ができること。
7	12	5	10	各オーダーごとに、採取指示票（ラベル付き）の個別印刷指示ができること。
7	12	6		検査オーダー一覧
7	12	6	1	検査部門等で検査オーダー内容の確認を行えるよう、指定条件に該当する検査オーダーが出された患者一覧が表示できること。 日付、外来患者・入院患者、全件・未実施・実施の進捗状況、診療科及び病棟による絞り込みができること。
7	12	6	2	一覧には、患者ID、患者氏名、性別、生年月日、診療科、部署、病棟、オーダー進捗、会計情報が表示できること。
7	12	6	3	一覧から患者を指定し、患者IDを入力すると、指定患者のオーダー内容の詳細が表示できること。
7	12	6	4	一覧からオーダーを指定し、患者照会を行うと対象患者の指定日の検査オーダー詳細がすべて表示できること。
7	12	6	5	一覧からオーダーを指定し、患者全照会を行うと対象患者の検査オーダー詳細がすべて表示できること。
7	12	6	6	オーダー種、日付、科、部署の選択内容に該当するオーダーのオーダー件数が全件及び未実施に分けて一括照会ができること。
7	12	6	7	一括照会から指定したオーダーに関して、検体ラベル及び採取予定患者一覧表の発行、再発行ができること。
7	13			細菌検査結果照会
7	13	1		細菌検査結果照会
7	13	1	1	一般検査と細菌検査の結果を同時に参照できること。

7				オーダリングシステム
7	13	1	2	細菌結果表示にて、一般培養・抗酸菌・抗酸菌PCRの結果が同時に参照できること。
7	13	1	3	感受性試験結果が表示できること。
7	13	1	4	検査結果データをテキスト形式でコピー、CSV形式でコピーができること。
7	13	2		他機能連携
7	13	2	1	フローシートに検査結果が表示できること。 各種検査結果項目の枠をクリックすることで、当該検査結果がある日付で絞込みができること。
7	13	2	2	フローシートから検査結果照会画面が表示できること。
7	13	2	3	モニタリングシートに検査結果が表示できること。 各種検査結果項目または、報告書区分の枠をクリックすることで、当該検査結果がある日付で絞込みができること。
7	13	2	4	注意したい検査結果を容易に把握できるようにするため、指定した検査結果をモニタリングシート画面の上部にまとめて表示できること。（モニタリング指定）
7	13	2	5	検査結果をモニタリングシート画面にグラフで表示できること。 また、グラフとしてモニタリング指定できること。
7	13	2	6	モニタリングシートから検査結果照会画面が表示できること。
7	14			病理オーダ
7	14	1		病理オーダ登録
7	14	1	1	病理検査（組織、細胞）オーダ情報の入力ができること。 また、オーダ情報を確定登録、仮登録（後日検体を採取する場合等）として登録ができること。
7	14	1	2	患者の感染情報の照会ができること。
7	14	1	3	分類画面からの選択登録ができること。
7	14	1	4	組織診では、検査種、検査目的、検体採取日、職業、喫煙歴、飲酒歴、妊娠有無（女性の場合）、最終月経期間（女性の場合）、分娩回数（女性の場合）、流産回数（女性の場合）、授乳中サイン、使用ホルモン剤の種類、ホルモン剤の使用量、ホルモン剤の使用期間、臨床診断、臨床経過・検査結果、局所（手術）所見、臓器、病名、材料数、固定方法、治療方法、放射線照射量、移植の有無の登録ができること。
7	14	1	5	検査種は、採取法、検査種、加算の登録ができること。
7	14	1	6	臨床経過、検査成績等及び局所（手術）所見は、フリー入力ができること。 登録した内容は、医師セットとしてセット登録ができること。
7	14	1	7	病名については疑い病名とできること。 また、1臓器に対して複数病名の登録ができること。 登録した病名は病名オーダとして登録されること。
7	14	1	8	材料数の入力ができ、ラベル発行時に材料数分のラベルの印刷ができること。
7	14	1	9	シェーマの登録ができること。またシェーマ登録では、テンプレートをを使用した入力ができること。

7				オーダリングシステム
7	14	1	10	細胞診では、検体採取日、妊娠有無（女性の場合）、最終月経期間（女性の場合）、分娩回数（女性の場合）、流産回数（女性の場合）、授乳中サイン、使用ホルモン剤の種類、ホルモン剤の使用量、ホルモン剤の使用期間、臨床経過、材料・採取法、病名、材料数、左右指定、治療方法、放射線照射量、移植の有無の登録ができること。
7	14	1	11	臨床経過は、フリー入力ができること。 登録した内容は、医師セットとしてセット登録ができること。
7	14	1	12	病名については疑い病名の登録ができること。 また、1臓器に対して複数病名の登録ができること。 登録した病名は病名オーダとして登録されること。
7	14	1	13	材料数の入力ができ、ラベル発行時に材料数分のラベルの印刷ができること。
7	14	1	14	病理検査依頼指示箋、採取ラベルの印刷ができること。
7	14	1	15	オーダ履歴画面からドラッグ&ドロップにより、流用（DO）ができること。
7	14	1	16	オーダ情報を部門システムへ送信できること。
7	14	1	17	オーダ情報を医事会計システムへ送信できること。
7	14	2		他機能連携
7	14	2	1	オーダ情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。 また、オーダ変更情報についても履歴で管理され、参照できること。
7	14	2	2	オーダ発行、実施した日付をフローシートに表示できること。 各種病理項目の枠をクリックすることで、当該病理結果がある日付で絞込みができること。
7	14	2	3	フローシートから病理の所見が参照できること。
7	14	2	4	オーダ発行、実施した日付をモニタリングシートに表示できること。 各種病理項目の枠をクリックすることで、当該病理結果がある日付で絞込みができること。
7	14	2	5	モニタリングシートから病理の所見が参照できること。
7	14	3		病理オーダー一覧
7	14	3	1	病理オーダーが出された患者一覧が表示できること。 組織診・細胞診・両方、依頼日・採取日、診療科、病棟、進捗状況、患者入外区分による絞込みができること。
7	14	3	2	オーダー一覧には、区分（細胞診、組織診）、入外区分、依頼元科、依頼日、検体採取日、患者ID、患者氏名、採取法、オーダNO.、臓器名称、依頼医、実施進捗、会計進捗、検査日、検査種が表示できること。
7	14	3	3	オーダー一覧より、依頼情報を指定し病理検査依頼指示箋、採取ラベルの印刷ができること。
7	15			輸血オーダー
7	15	1		輸血オーダー登録
7	15	1	1	患者の輸血に関する輸血基本情報として、血液型（ABO型、Rh型）、不規則抗体、輸血歴、妊娠歴、分娩歴及び副作用情報の登録ができること。
7	15	1	2	輸血基本情報の登録履歴が表示できること。

7				オーダリングシステム
7	15	1	3	血液型は、患者基本オーダで登録済みの情報を自動的に反映できること。
7	15	1	4	輸血基本情報のコメントとして、医師コメント及び輸血部コメントを各々複数登録ができること。
7	15	1	5	患者基本オーダで登録済みの感染情報が表示できること。
7	15	1	6	輸血部からのお知らせ情報を表示できること。
7	15	1	7	検査結果情報が表示できること。
7	15	1	8	利用者の職種により、入力制限ができること。
7	15	1	9	輸血緊急度を緊急度1～3で指定し、登録ができること。
7	15	1	10	製剤請求情報として、依頼血液型、依頼Rh型、病名、出庫先、使用目的、緊急度（通常、緊急）、手術術式、輸血予定日、製剤名とその数量、特殊処理、特殊処理コメント、輸血同意書の有無及び輸注同意書の有無の入力ができること。
7	15	1	11	依頼血液型、依頼Rhは既定値として該当患者の血液型が表示できること。
7	15	1	12	患者の血液型と異なる製剤の登録を行うときは、確認ウィンドウが表示できること。
7	15	1	13	病名登録については、病名オーダで登録された患者の病名一覧から選択ができること。
7	15	1	14	血液製剤請求履歴画面には、輸血予定日、輸血時間、輸血区分（通常、緊急）、製剤種別、出庫先、オーダ進捗が表示できること。
7	15	1	15	輸血実施後の感染症防止のため、最終輸血実施日より指定期間内に感染症の検査オーダがないとき、メッセージを表示して検査オーダ画面が表示できること。
7	15	1	16	製剤請求オーダに必ず必要な輸血関連検査(ABO・RH検査)が一定回数オーダされていないとき、血液製剤請求時に警告メッセージが表示できること。 また警告メッセージ表示後、検査オーダを自動発生ができること。
7	15	1	17	輸血同意書の印刷ができること。
7	15	1	18	製剤請求依頼書の印刷ができること。
7	15	1	19	オーダ履歴画面からドラッグ&ドロップにより、流用（DO）ができること。
7	15	1	20	オーダ情報を輸血部門システムへ送信できること。
7	15	1	21	オーダ情報を医事会計システムへ送信できること。
7	15	1	22	輸血オーダを流用登録した際に製剤出庫先を規定値空白にされること。
7	15	2		自己血採血情報
7	15	2	1	自己血採血依頼情報として病名、術式、手術予定日、予想出血量、採血予約、目標貯血量、予約情報、身長、体重、循環血液量、輸血部への連絡事項の登録ができること。
7	15	2	2	採血予定日については、予約オーダと連動ができること。
7	15	2	3	採血予定日ごとの採血量の入力ができること。また、製剤種（保存方法）・採血場所・EPO使用の有無・クリオ作製の可否・フリー入力でコメントの入力ができること。

7				オーダリングシステム
7	15	2	4	身長・体重については、患者基本オーダで登録済みの情報が表示できること。身長、体重、更新情報（更新日時や更新者等）が表示できると。
7	15	2	5	病名オーダで登録された患者の病名一覧から選択ができること。
7	15	2	6	同意書の印刷ができること。
7	15	2	7	自己血採血依頼書の印刷ができること。
7	15	2	8	オーダ履歴画面からドラッグ&ドロップにより、流用（DO）ができること。
7	15	3		自己血貯血照会
7	15	3	1	採血日（期間）の指定により患者の自己血情報の一覧が表示できること。
7	15	3	2	一覧には、採血日、製剤名、有効期限、出庫日、出庫先・実施部門、実施日、実施区分（実施、返品、破棄等）、採血量が表示できること。
7	15	4		輸血実施入力
7	15	4	1	患者に出庫されている製剤の内容の一覧が表示できること。 また、製剤の一覧表示の表示条件は変更できること。
7	15	4	2	一覧には、製剤種別、有効期限、出庫日、出庫、実施部署、実施日、実施区分、ロットNO. が表示できること。
7	15	4	3	一覧より実施する情報を選択することにより対象製剤の実施入力ができること。
7	15	4	4	実施日、実施部署、患者ID、実施区分、製剤種別、ロットNO. を入力により対象製剤の実施入力ができること。
7	15	4	5	ハンズキャナを利用してロットNO. のバーコードを読み取りができること。
7	15	4	6	実施入力時の実施区分として使用、返品、破損、未実施、取消の選択ができること。
7	15	4	7	実施入力済みの情報に対して、5分後、15分後、終了時の副作用情報の登録ができること。 副作用情報は、あらかじめマスタ設定した項目から選択ができること。
7	15	5		他機能連携
7	15	5	1	オーダ情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。 また、オーダ変更情報についても履歴で管理され、参照できること。
7	15	5	2	オーダ発行、実施した日付をフローシートに表示できること。 各種輸血項目の枠をクリックすることで、当該輸血がある日付で絞込みができること。
7	15	5	3	オーダ発行、実施した日付をモニタリングシートに表示できること。 各種輸血項目の枠をクリックすることで、当該輸血がある日付で絞込みができること。
7	15	5	4	注意したい輸血項目を容易に把握できるようにするため、指定した輸血項目をモニタリングシート画面の上部にまとめて表示できること。
7	15	6		輸血オーダー一覧
7	15	6	1	登録日または予定日を指定して、輸血オーダーの状況を一覧形式で表示できること。

7				オーダリングシステム
7	15	6	2	一覧表には、緊急区分、予定日、登録日、患者ID、患者氏名、血液型、Rh型、製剤請求、数量、特殊処理、指示医、進捗、依頼票発行状況、交差試験用採取指示票発行状況、コメント、手術予定日（自己血採血依頼票の場合）、目標貯血量（自己血採血依頼票の場合）、依頼医（自己血採血依頼票の場合）、実施進捗（自己血採血依頼票の場合）が表示できること。
7	15	6	3	一覧表に表示される対象を登録日または予定日、検索期間、依頼科、病棟、進捗状況、患者、製剤、出庫先で絞り込みができること。
7	15	6	4	製剤請求一覧より各種帳票の印刷ができること。 ・血液製剤請求一覧表（出庫先別、製剤別） ・血液製剤依頼票 ・交差試験用採取指示票 ・自己血採血依頼票
7	16			生理検査オーダ
7	16	1		生理検査オーダ登録
7	16	1	1	生理検査の各検査をオーダ対象にできること。
7	16	1	2	検査種別の検査項目画面の設定ができること。
7	16	1	3	オーダごとに緊急度・保険の指定ができること。
7	16	1	4	病名、検査目的、特別指示及びその他詳細の依頼情報入力ができること。
7	16	1	5	検査項目選択時、該当患者の基本情報（身長、体重、移動方法、薬アレルギー、感染情報の有無、妊娠否定区分、出産予定日）については、患者基本オーダと連動し表示できること。
7	16	1	6	検査に関わるコメントやシェーマの詳細情報入力ができること。 また、この入力を省略するときは、既定値を自動的に設定できること。
7	16	1	7	シェーマは、外部ファイルを取込み表示できること。
7	16	1	8	シェーマでは、フリー入力、自由曲線、直線、長方形、楕円、ズームの画像編集ができること。
7	16	1	9	シェーマでは、色の選択、線の太さ、画像回転、画像左右反転、画像上下反転、画像消去の編集ができること。
7	16	1	10	検査日が日付未定のままでもオーダができること。
7	16	1	11	予約の必要がない検査項目については、期間での曜日指定及び日付指定により、連続して生理検査オーダ入力ができること。
7	16	1	12	予約の必要な検査項目については、予約オーダとの連動により、オープン予約検査またはクローズ予約検査の入力ができること。
7	16	1	13	撮影項目により、オーダ入力時に直近予約を自動的に取得ができること。
7	16	1	14	予約日と予約時間の表形式の中に空き予約数が表示できること。
7	16	1	15	予約項目ごとに予約時間の空き予約数を表示するか、予約残・済み、定員ポイントの表示とするか設定ができること。
7	16	1	16	予約ポイントについて、通常時、予約ポイント残0の時、予約ポイント残マイナスの時に予約残数を表示している枠の背景色を変えて、表現ができること。

7				オーダーリングシステム
7	16	1	17	1、2、3、4、8、12週間後のいずれかを指定して、指定日の一番早い時間枠に自動的に予約登録ができること。
7	16	1	18	予約項目ごとに、準備品の既定値の設定ができること。
7	16	1	19	緊急オーダーとして新規オーダーを作成したときには、オープン予約項目、クローズ予約項目にかかわらず当日検査としてオーダーができること。 また、セットにも緊急区分が引き継がれること。
7	16	1	20	前処置のように時間指定の必要のない予約項目について、それと関連するもう一つの予約項目を組合わせて、一度の操作で予約取得ができること。
7	16	1	21	オーダー中止・削除が行われたとき、予約取りされたオーダーに関して、予約の取り消しが自動的にできること。
7	16	1	22	項目選択時に、任意の注意メッセージが表示できること。
7	16	1	23	同一日、同一検査項目の重複チェックが、自科、他科を問わずできること。
7	16	1	24	一定期間、同一検査項目の重複チェックが、自科、他科を問わずできること。
7	16	1	25	重複チェック時に、重複した検査項目について、選択した検査項目のみ取消するか、重複した検査項目を全て取消するか、重複した検査項目も全てオーダーするかの選択ができること。
7	16	1	26	患者基本オーダーとの連動により、ペースメーカ等の体内金属や造影剤禁忌のチェックができること。
7	16	1	27	検査項目ごとに欠食の自動発生ができること。 また、検査が中止になったときは、自動的に検査欠食も中止となること。
7	16	1	28	検査項目ごとに締め切り時間の設定ができること。
7	16	1	29	検査後に事後（過去日付含む）のオーダー入力ができること。
7	16	1	30	オーダー終了時に予約票、検査案内、同意書等の印刷ができること。
7	16	1	31	オーダー登録時に予約票を印刷するか否かの指定ができること。
7	16	1	32	院内共通、診療科別、医師別、患者別のセットを利用し、検査項目のオーダーができること。
7	16	1	33	セット利用による、前投薬（処方オーダー）、処置（処置オーダー）を合わせたオーダーができること。
7	16	1	34	セット画面から、流用したいオーダーをドラッグ&ドロップすることで、検査項目のオーダー入力が容易にできること。
7	16	1	35	全科分の既オーダーを参照し、ドラッグ&ドロップにより、流用（DO）ができること。
7	16	1	36	流用（DO）するとき、コメント入力画面が自動表示され、コメントを引き継ぐ、引き継がないの選択ができること。また、コメント入力画面を自動表示するか否かを検査項目ごとにあらかじめ設定ができること。
7	16	1	37	コメント入力を必須とする、しないの設定が検査項目ごとにできること。流用（DO）時にもチェックができること。
7	16	1	38	オーダー情報を生理検査システムへ送信できること。 また、生理検査システムで実施入力されたデータを、オーダーおよび医事会計システムへ送信できること。

7				オーダリングシステム
7	16	2		他機能連携
7	16	2	1	オーダ情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。 また、オーダ変更情報についても履歴で管理され、参照できること。
7	16	2	2	オーダ発行、実施した日付をフローシートに表示できること。 検査種・部位の枠をクリックすることで、当該検査がある日付で絞込みができること。
7	16	2	3	フローシートから画像やレポートが参照できること。
7	16	2	4	オーダ発行、実施した日付をモニタリングシートに表示できること。 検査種・部位の枠をクリックすることで、当該検査がある日付で絞込みができること。
7	16	2	5	モニタリングシートから画像やレポートが参照できること。
7	16	3		検査依頼票発行
7	16	3	1	生理検査部門での患者受付時、発行指示を行った近傍のプリンタに検査依頼票の印刷ができること。
7	16	3	2	該当日分の検査依頼票を、撮影・検査種を指定し一括印刷ができること。
7	16	4		生理検査オーダー一覧
7	16	4	1	検査部門等でオーダ内容の確認を行えるよう、指定条件に該当する生理検査オーダーが出された患者一覧が表示できること。 入外区分、オーダー日、科、病棟、進捗状況、検査種、検査室による絞込みができること。
7	16	4	2	一覧には、患者ID、患者氏名、性別、検査予定日・時間、生年月日、年齢、部位、検査種、診療科、病棟、病室、医師、進捗、会計状況、予約区分、検査室、読影依頼、緊急区分、実施時間が表示できること。
7	16	4	3	一覧よりオーダーを選択するとオーダーの詳細内容が表示できること。
7	16	4	4	発行されたオーダーの受付処理ができ、オーダー進捗を受付済みにできること。
7	16	4	5	受付処理は、個別オーダーの受付処理と複数オーダーをまとめて一括受付処理ができること。
7	16	4	6	オーダーの中止、オーダー内容の修正ができること。
7	16	4	7	個別オーダーの削除及び複数オーダーをまとめて一括削除ができること。
7	16	4	8	個別オーダーの実施処理がおこなえること。また、オーダー全てまたはグループごとの実施処理ができること。
7	16	4	9	撮影項目の予約取得ができること。
7	16	4	10	予約未確定のオーダーの予約確定処理ができること。
7	16	4	11	予約確定しているオーダーを予約未確定に戻せること。
7	16	4	12	一覧からその患者の検体検査結果照会が表示できること。
7	16	4	13	予約票再発行、依頼票再発行、一括依頼票仮発行、ラベル再発行、一括ラベル仮発行ができること。
7	16	4	14	生理検査システムを導入しない場合、各検査項目ごとに、患者受付や実施入力ができること。

7				オーダリングシステム
7	16	4	15	オーダ修正をする場合、生理検査システム等の部門システムで行うオーダ取り込みを考慮し、他端末でオーダ更新された等のメッセージ表示しオーダの再取得を促すことで、最新情報を正しく取り込めるしくみを有していること。
7	16	4	16	オーダ入力、受付済み分の修正、未実施分の修正、実施済み、一部実施済み分の修正、会計済み分の修正について、各々職種により操作を限定できること。
7	17			放射線オーダ
7	17	1		放射線オーダ登録
7	17	1	1	単純撮影、断層撮影、MRI検査、CT検査、超音波検査、病棟撮影、消化管造影検査、血管造影検査、核医学検査の各検査をオーダ対象とできること。
7	17	1	2	撮影種別・検査種別の検査項目画面の設定ができること。
7	17	1	3	オーダごとに緊急度・保険の指定ができること。
7	17	1	4	病名、検査目的、特別指示及びその他詳細の依頼情報入力ができること。
7	17	1	5	検査項目選択時、該当患者の基本情報（身長、体重、移動方法、薬アレルギー、感染情報の有無、妊娠否定区分、出産予定日）については、患者基本オーダと連動し表示できること。
7	17	1	6	フィルム、薬剤、器材、手技、撮影条件、スライス数、コメント及びシェーマの詳細情報入力ができること。 また、この入力を省略するときは、既定値を自動的に設定できること。
7	17	1	7	シェーマは、外部ファイルを取込み表示できること。
7	17	1	8	シェーマでは、フリー入力、自由曲線、直線、長方形、楕円、ズームの画像編集ができること。
7	17	1	9	シェーマでは、色の選択、線の太さ、画像回転、画像左右反転、画像上下反転、画像消去の編集ができること。
7	17	1	10	検査日が日付未定のままでもオーダができること。
7	17	1	11	予約の必要がない検査項目については、期間での曜日指定及び日付指定により、連続して放射線オーダの入力ができること。
7	17	1	12	予約の必要な検査項目については、予約オーダとの連動により、オープン予約検査またはクローズ予約検査の入力ができること。
7	17	1	13	撮影項目により、オーダ入力時に直近予約を自動的に取得ができること。
7	17	1	14	予約日と予約時間の表形式の中に空き予約数が表示できること。
7	17	1	15	予約項目ごとに予約時間の空き予約数を表示するか、予約残・済み、定員ポイントの表示とするか設定ができること。
7	17	1	16	予約ポイントについて、通常時、予約ポイント残0の時、予約ポイント残マイナスの時に予約残数を表示している枠の背景色を変えて、表現ができること。
7	17	1	17	1、2、3、4、8、12週間後のいずれかを指定して、指定日の一番早い時間枠に自動的に予約登録ができること。
7	17	1	18	予約項目ごとに、準備品の既定値の設定ができること。

7				オーダーリングシステム
7	17	1	19	緊急オーダーとして新規オーダーを作成したときには、オープン予約項目、クローズ予約項目にかかわらず当日検査としてオーダーができること。 また、セットにも緊急区分が引き継がれること。
7	17	1	20	前処置のように時間指定の必要のない予約項目について、それと関連するもう一つの予約項目を組合わせて、一度の操作で予約取得ができること。
7	17	1	21	オーダー中止・削除が行われたとき、予約取りされたオーダーに関して、予約の取り消しが自動的にできること。
7	17	1	22	項目選択時に、任意の注意メッセージが表示できること。
7	17	1	23	同一日、同一検査項目の重複チェックが、自科、他科を問わずできること。
7	17	1	24	一定期間、同一検査項目の重複チェックが、自科、他科を問わずできること。
7	17	1	25	重複チェック時に、重複した検査項目について、選択した検査項目のみ取消しするか、重複した検査項目を全て取消すか、重複した検査項目も全てオーダーするかの選択ができること。
7	17	1	26	患者基本オーダーとの連動により、ペースメーカ等の体内金属や造影剤禁忌のチェックができること。
7	17	1	27	検査項目ごとに欠食の自動発生ができること。 また、検査が中止になったときは、自動的に検査欠食も中止となること。
7	17	1	28	検査項目ごとに締め切り時間の設定ができること。
7	17	1	29	検査後に事後（過去日付含む）のオーダー入力ができること。
7	17	1	30	実施入力時に実施者の選択ができること。
7	17	1	31	オーダー終了時に予約票、検査案内、同意書等の印刷ができること。
7	17	1	32	オーダー登録時に予約票を印刷するか否かを指定できること。
7	17	1	33	院内共通、診療科別、医師別、患者別のセットを利用し、放射線のオーダー入力ができること。
7	17	1	34	セット利用による、前投薬（処方オーダー）、処置（処置オーダー）を合わせたオーダーができること。
7	17	1	35	セット画面から、流用したいオーダーをドラッグ&ドロップすることで、検査項目のオーダー入力が容易にできること。
7	17	1	36	全科分の既オーダーを参照し、ドラッグ&ドロップにより、流用（DO）ができること。
7	17	1	37	流用（DO）するとき、コメント入力画面が自動表示され、コメントを引き継ぐ、引き継がないの選択ができること。また、コメント入力画面を自動表示するか否かを検査項目ごとにあらかじめ設定ができること。
7	17	1	38	コメント入力を必須とする、しないの設定が検査項目ごとにできること。流用（DO）時にもチェックができること。
7	17	1	39	オーダー情報を放射線情報システムへ送信できること。 また、放射線情報システムで実施入力されたデータを、オーダーおよび医事会計システムへ送信できること。
7	17	2		他機能連携

7				オーダーリングシステム
7	17	2	1	オーダー情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。 また、オーダー変更情報についても履歴で管理され、参照できること。
7	17	2	2	オーダー発行、実施した日付をフローシートに表示できること。 検査種・部位の枠をクリックすることで、当該検査結果がある日付で絞込みができること。
7	17	2	3	フローシートから画像やレポートが参照できること。
7	17	2	4	オーダー発行、実施した日付をモニタリングシートに表示できること。 検査種・部位の枠をクリックすることで、当該検査がある日付で絞込みができること。
7	17	2	5	モニタリングシートから画像やレポートが参照できること。
7	17	3		検査依頼票発行
7	17	3	1	放射線部門での患者受付時、発行指示を行った近傍のプリンタに検査依頼票の印刷ができること。
7	17	3	2	該当日分の検査依頼票を、撮影・検査種を指定し一括印刷ができること。
7	17	4		放射線オーダー一覧
7	17	4	1	放射線部門等でオーダー内容の確認を行えるよう、指定条件に該当する放射線オーダーが出された患者一覧が表示できること。 入外区分、オーダー日、科、病棟、進捗状況、検査種、検査室による絞込みができること。
7	17	4	2	一覧には、患者ID、患者氏名、性別、検査予定日・時間、生年月日、年齢、部位、検査種、診療科、病棟、病室、医師、進捗、会計状況、予約区分、検査室、読影依頼、緊急区分、実施時間が表示できること。
7	17	4	3	一覧よりオーダーを選択するとオーダーの詳細内容が表示できること。
7	17	4	4	発行されたオーダーの受付処理ができ、オーダー進捗を受付済みにできること。
7	17	4	5	受付処理は、個別オーダーの受付処理と複数オーダーをまとめて一括受付処理ができること。
7	17	4	6	オーダーの中止、オーダー内容の修正ができること。
7	17	4	7	個別オーダーの削除及び複数オーダーをまとめて一括削除ができること。
7	17	4	8	個別オーダーの実施処理がおこなえること。また、オーダー全てまたはグループごとの実施処理ができること。
7	17	4	9	撮影項目の予約取得ができること。
7	17	4	10	予約未確定のオーダーの予約確定処理ができること。
7	17	4	11	予約確定しているオーダーを予約未確定に戻せること。
7	17	4	12	一覧からその患者の検体検査結果照会が表示できること。
7	17	4	13	予約票再発行、依頼票再発行、一括依頼票仮発行、ラベル再発行、一括ラベル仮発行ができること。
7	17	4	14	放射線情報システムを導入しない場合、放射線部門での患者受付及び実施入力（薬剤・器材・フィルムの登録を含む）ができること。

7				オーダリングシステム
7	17	4	15	放射線情報システムを導入しない場合、各検査項目ごとに、患者受付と同時に自動的に実施済みとなるように設定ができること。
7	17	4	16	オーダ修正をする場合、放射線情報システム等の部門システムで行うオーダ取り込みを考慮し、他端末でオーダ更新された等のメッセージ表示しオーダの再取得を促すことで、最新情報を正しく取り込めるしくみを有していること。
7	17	4	17	オーダ入力、受付済み分の修正、未実施分の修正、実施済み、一部実施済み分の修正、会計済み分の修正について、各々職種により操作を限定できること。
7	18			内視鏡オーダ
7	18	1		内視鏡オーダ登録
7	18	1	1	内視鏡検査の各検査をオーダ対象とできること。
7	18	1	2	撮影種別・検査種別の検査項目画面の設定ができること。
7	18	1	3	オーダごとに緊急度・保険の指定ができること。
7	18	1	4	病名、検査目的、特別指示及びその他詳細の依頼情報入力ができること。
7	18	1	5	検査項目選択時、該当患者の基本情報（身長、体重、移動方法、薬アレルギー、感染情報の有無、妊娠否定区分、出産予定日）については、患者基本オーダと連動し表示できること。
7	18	1	6	フィルム、薬剤、器材、手技、撮影条件、スライス数、コメント及びシェーマの詳細情報入力ができること。 また、この入力を省略するときは、既定値を自動的に設定できること。
7	18	1	7	シェーマは、外部ファイルを取込み表示できること。
7	18	1	8	シェーマでは、フリー入力、自由曲線、直線、長方形、楕円、ズームの画像編集ができること。
7	18	1	9	シェーマでは、色の選択、線の太さ、画像回転、画像左右反転、画像上下反転、画像消去の編集ができること。
7	18	1	10	検査日が日付未定のままでもオーダができること。
7	18	1	11	予約の必要がない検査項目については、期間での曜日指定及び日付指定により、連続して内視鏡オーダの入力ができること。
7	18	1	12	予約の必要な検査項目については、予約オーダとの連動により、オープン予約検査またはクローズ予約検査を入力ができること。
7	18	1	13	撮影項目により、オーダ入力時に直近予約を自動的に取得ができること。
7	18	1	14	予約日と予約時間の表形式の中に空き予約数が表示できること。
7	18	1	15	予約項目ごとに予約時間の空き予約数を表示するか、予約残・済み、定員ポイントの表示とするか設定ができること。
7	18	1	16	予約ポイントについて、通常時、予約ポイント残0の時、予約ポイント残マイナスの時に予約残数を表示している枠の背景色を変えて、表現ができること。
7	18	1	17	1、2、3、4、8、12週間後のいずれかを指定して、指定日の一番早い時間枠に自動的に予約登録ができること。

7				オーダリングシステム
7	18	1	18	予約項目ごとに、準備品の既定値の設定ができること。
7	18	1	19	緊急オーダとして新規オーダを作成したときには、オープン予約項目、クローズ予約項目にかかわらず当日検査としてオーダができること。 また、セットにも緊急区分が引き継がれること。
7	18	1	20	前処置のように時間指定の必要のない予約項目について、それと関連するもう一つの予約項目を組合わせて、一度の操作で予約取得ができること。
7	18	1	21	オーダ中止・削除が行われたとき、予約取りされたオーダに関して、予約の取り消しが自動的にできること。
7	18	1	22	項目選択時に、任意の注意メッセージが表示できること。
7	18	1	23	同一日、同一検査項目の重複チェックが、自科、他科を問わずできること。
7	18	1	24	一定期間、同一検査項目の重複チェックが、自科、他科を問わずできること。
7	18	1	25	重複チェック時に、重複した検査項目について、選択した検査項目のみ取消するか、重複した検査項目を全て取消するか、重複した検査項目も全てオーダするかの選択ができること。
7	18	1	26	オーダ終了時に予約票、検査案内、同意書等の印刷ができること。
7	18	1	27	オーダ登録時に予約票を印刷するか否かの指定ができること。
7	18	1	28	院内共通、診療科別、医師別、患者別のセットを利用し、内視鏡検査項目のオーダ入力ができること。
7	18	1	29	セット利用による、前投薬（処方オーダ）、処置（処置オーダ）を合わせたオーダができること。
7	18	1	30	セット画面から、流用したいオーダをドラッグ&ドロップすることで、検査項目のオーダ入力が容易にできること。
7	18	1	31	全科分の既オーダを参照し、ドラッグ&ドロップにより、流用（DO）ができること。
7	18	1	32	流用（DO）するとき、コメント入力画面が自動表示され、コメントを引き継ぐ、引き継がないの選択ができること。また、コメント入力画面を自動表示するか否かを検査項目ごとにあらかじめ設定ができること。
7	18	1	33	コメント入力を必須とする、しないの設定が検査項目ごとにできること。流用（DO）時にもチェックができること。
7	18	1	34	オーダ情報を内視鏡システムへ送信できること。 また、内視鏡システムで実施入力されたデータを、オーダおよび医事会計システムへ送信できること。
7	18	2		他機能連携
7	18	2	1	オーダ情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。 また、オーダ変更情報についても履歴で管理され、参照できること。
7	18	2	2	オーダ発行、実施した日付をフローシートに表示できること。 検査種・部位の枠をクリックすることで、当該検査がある日付で絞込みができること。
7	18	2	3	フローシートから画像やレポートが参照できること。

7				オーダーリングシステム
7	18	2	4	オーダー発行、実施した日付をモニタリングシートに表示できること。 検査種・部位の枠をクリックすることで、当該検査がある日付で絞込みができること。
7	18	2	5	モニタリングシートから画像やレポートが参照できること。
7	18	3		検査依頼票発行
7	18	3	1	生理検査部門での患者受付時、発行指示を行った近傍のプリンタに検査依頼票の印刷ができること。
7	18	3	2	該当日分の検査依頼票を、撮影・検査種を指定し一括印刷ができること。
7	18	4		内視鏡オーダー一覧
7	18	4	1	内視鏡部門等でオーダー内容の確認を行えるよう、指定条件に該当する内視鏡オーダーが出された患者一覧が表示できること。 入外区分、オーダー日、科、病棟、進捗状況、検査種、検査室による絞込みができること。
7	18	4	2	一覧には、患者ID、患者氏名、性別、検査予定日・時間、生年月日、年齢、部位、検査種、診療科、病棟、病室、医師、進捗、会計状況、予約区分、検査室、読影依頼、緊急区分、実施時間が表示できること。
7	18	4	3	一覧よりオーダーを選択するとオーダーの詳細内容が表示できること。
7	18	4	4	発行されたオーダーの受付処理ができ、オーダー進捗を受付済みにできること。
7	18	4	5	受付処理は、個別オーダーの受付処理と複数オーダーをまとめて一括受付処理ができること。
7	18	4	6	オーダーの中止、オーダー内容の修正ができること。
7	18	4	7	個別オーダーの削除及び複数オーダーをまとめて一括削除ができること。
7	18	4	8	個別オーダーの実施処理がおこなえること。また、オーダー全てまたはグループごとの実施処理ができること。
7	18	4	9	撮影項目の予約取得ができること。
7	18	4	10	予約未確定のオーダーの予約確定処理ができること。
7	18	4	11	予約確定しているオーダーを予約未確定に戻せること。
7	18	4	12	一覧からその患者の検体検査結果照会が表示できること。
7	18	4	13	予約票再発行、依頼票再発行、一括依頼票仮発行、ラベル再発行、一括ラベル仮発行ができること。
7	18	4	14	内視鏡システムを導入しない場合、各検査項目ごとに、患者受付や実施入力ができること。
7	18	4	15	オーダー修正をする場合、内視鏡システム等の部門システムで行うオーダー取り込みを考慮し、他端末でオーダー更新された等のメッセージ表示しオーダーの再取得を促すことで、最新情報を正しく取り込めるしくみを有していること。
7	18	4	16	オーダー入力、受付済み分の修正、未実施分の修正、実施済み、一部実施済み分の修正、会計済み分の修正について、各々職種により操作を限定できること。
7	19			手術申込みオーダー
7	19	1		手術予定・依頼登録

7				オーダリングシステム
7	19	1	1	手術予定及び依頼登録として、手術進捗、手術要求度、手術日、入室時間（手術開始予定時間）、順序、所要時間（手術所要予定時間）、術前病名、術式、準備血液、体位、部位、麻酔法、機器、材料、希望手術室、主治医、執刀医、麻酔医、その他医師、感染情報、コメントの登録ができること。
7	19	1	2	身長・体重等の患者情報については、患者基本オーダからの取込みができ、その値を初期値として画面表示できること。身長、体重、更新情報（更新日時や更新者等）が表示できること。
7	19	1	3	病名登録については、病名オーダで登録された患者の病名一覧から選択ができること。
7	19	1	4	締切時間チェックを行い、予定、依頼入力可能期間の制限ができること。
7	19	1	5	術式を選択することにより、あらかじめ設定された器械、材料、麻酔法、体位の項目が自動表示できること。
7	19	1	6	予定、依頼から予定確定までの進捗状況の管理ができること。
7	19	1	7	手術枠の設定（自科・全科・空枠）ができること。
7	19	1	8	手術予定、依頼登録、手術照会及び手術帳表印刷について、各々職種により操作を限定できること。
7	19	1	9	術式、麻酔法、所要時間、機材等を、手術予定及び手術依頼のセットとして診療科ごとに登録ができること。
7	19	1	10	手術予定・手術依頼のセット一覧からセットを選択し、手術の申込の登録ができること。
7	19	1	11	手術予定・手術依頼のセットの一覧では、診療科、術式の指定によりセットの検索ができること。
7	19	1	12	手術申込みオーダで登録した内容を手術予定・手術依頼のセットへ登録できること。
7	19	1	13	手術申込みオーダの流用（D o）ができること。
7	19	1	14	手術オーダの薬剤入力において、バーコード読み取りで登録が可能なこと。
7	19	2		手術決定登録
7	19	2	1	要求度、手術日、手術時間（開始時間）、順序、要求時間（所要時間）、手術室、麻酔法、麻酔種類、麻酔医、直接看護師及び間接看護師、リスト印刷指示、戻り先、リカバリ情報の手術決定情報の登録ができること。
7	19	2	2	リスト印刷有無の指定により、薬剤・材料払い出し票や手術確認表の印刷ができること。
7	19	3		手術実施登録
7	19	3	1	入室時間、退出時間、麻酔開始時間、麻酔終了時間、執刀開始時間、執刀終了時間、特記事項、術後病名、保存血液輸血量、準備自己血液量、出血量及び尿量の手術実績情報の登録ができること。
7	19	3	2	実施されたデータは、医事会計システムへ送信できること。
7	19	4		他機能連携
7	19	4	1	オーダ情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。 また、オーダ変更情報についても履歴で管理され、参照できること。
7	19	4	2	オーダ発行、実施した日付をフローシートに表示できること。 手術帯の枠をクリックすることで、手術がある日付で絞込みができること。
7	19	4	3	モニタリングシートに術式が表示できること。

7				オーダリングシステム
7	19	5		手術帳表印刷
7	19	5	1	手術予定・決定登録された情報をもとに、以下の手術帳表の印刷ができること。 ・手術予定一覧表 ・手術決定一覧表 ・手術確認表 ・薬剤・材料払い出し票 ・日別手術状況表
7	19	6		手術室状況照会（手術部門以外の部署向け）
7	19	6	1	手術室状況照会では、手術状況の一覧表示と手術室状況が表示できること。
7	19	6	2	手術状況一覧表は、依頼科・在院科、病棟、対象期間、医師、看護師、手術進捗の指定により一覧表示の絞り込みができること。
7	19	6	3	手術状況一覧表の手術進捗は、予定、依頼、決定、実施、中止のいずれか、またはその組み合わせの選択ができること。
7	19	6	4	手術状況一覧表には、患者氏名、患者ID、性別、年齢、術式、手術日、入室時間、所要時間、手術進捗、手術室、依頼科が表示できること。
7	19	6	5	手術状況一覧の表示項目を利用者ごとに項目の表示、非表示の設定ができること。
7	19	6	6	手術状況一覧では、締め切り時間後入力、取り消し操作がある、取り消し後修正入力があるオーダにマークが表示できること。
7	19	6	7	一覧から患者を指定してカルテが開けること。
7	19	6	8	手術室状況表示では、指定期間における各手術室の予約及び使用状況を、タイムテーブル形式（縦軸に手術室、横軸に時間）で表示できること。
7	19	6	9	手術時間帯は、手術開始時間及び手術進捗状態に応じて色分けして表示できること。
7	19	6	10	同一時間に同一室に予定が重なって取られていたときは、重複時間が色で識別できること。
7	19	7		手術申込みチャート（手術部門向け）
7	19	7	1	手術部門向けの確認画面として、指定日の手術室状況表示と、手術申込み状況を一覧表示（手術状況一覧）ができること。
7	19	7	2	手術室状況表示では、指定日の手術依頼と決定の情報が、タイムテーブル形式（縦軸に手術室、横軸に時間）で表示できること。
7	19	7	3	手術時間帯は、手術開始時間及び手術進捗状態に応じて色分けして表示できること。
7	19	7	4	同一時間に同一室に予定が重なって取られていたときは、重複時間が色で識別できること。
7	19	7	5	手術室状況表示から、手術依頼に対して手術決定入力や、中止、削除ができること。
7	19	7	6	手術室状況表示画面で、ドラック＆ドロップで手術時間、手術室の変更ができること。
7	19	7	7	手術状況一覧表の手術進捗は、予定、依頼、決定、実施、中止のいずれか、またはその組み合わせで絞り込みができること。
7	19	7	8	手術状況一覧表には、患者氏名、患者ID、性別、年齢、術式、手術日、入室時間、所要時間、手術進捗、手術室、依頼科が表示できること。

7				オーダリングシステム
7	19	7	9	手術状況一覧の表示項目を利用者ごとに項目の表示、非表示を設定できること。
7	19	7	10	一覧から患者を指定してカルテが開けること。
7	20			リハビリオーダ
7	20	1		リハビリオーダ登録（依頼箋登録）
7	20	1	1	リハビリの依頼内容として、開始日、依頼元科、診断病名、障害名、治療目標、疾病分類、訓練内容（理学療法、作業療法、言語療法、心理臨床、その他）、コメント、入外区分、依頼箋印刷、新患の有無の登録ができること。
7	20	1	2	新規登録時、利用者の科を依頼元科として初期表示できること。
7	20	1	3	診断病名、障害名、治療目的、コメントは複数の内容を登録ができること。
7	20	1	4	診断病名の登録については、病名オーダとの連動ができること。
7	20	1	5	障害名の登録については、あらかじめマスタ登録された障害名を参照し、その中から選択ができること。 また、選択方法は、分類分けに従った絞り込みができること。
7	20	1	6	訓練内容については、診療報酬区分、訓練場所、訓練内容、起算日（入院日、発症日、手術日、急性憎悪日）、頻度の登録ができること。
7	20	1	7	リハビリオーダ確定時に、リハビリ実施計画書等の文書入力画面が表示できること。
7	20	1	8	リハビリ依頼箋の印刷ができること。
7	20	1	9	過去のオーダを参照し、ドラッグ&ドロップにより、流用（DO）ができること。
7	20	1	10	オーダ情報を部門システムへ送信できること。
7	20	2		リハビリオーダ登録（予約登録）
7	20	2	1	訓練予約患者を一覧表示できること。
7	20	2	2	一覧には、患者ID、患者氏名、依頼元科、病棟、予約時間、指示内容（PT、OT、ST、心理、その他）及び予約状況（記号で表示）が表示できること。
7	20	2	3	リハビリ科予約項目を選択し、患者にリハビリ依頼の予約登録ができること。 予約内容として、依頼項目、訓練区分（入院中訓練、外来訓練）及び予約日時の入力ができること。 また、依頼内容を予約登録時に確認ができること。
7	20	2	4	予約オーダとの連動により、訓練予約を取得できること。
7	20	2	5	予約日時については、日付指定、開始日と終了日で指定した期間の毎日とする連続指定、開始日と終了日で指定した期間の特定曜日とする曜日指定の3種類の方法が利用できること。
7	20	2	6	予約項目1つに対して、複数依頼項目の予約取得ができること。
7	20	2	7	指定された予約項目について、予約状況を予約照会一覧に表示できること。
7	20	3		実施入力機能

7				オーダリングシステム
7	20	3	1	患者のリハビリ内容の実施入力ができること。 依頼項目については、内容修正、追加及び取り消しができること。
7	20	3	2	実施内容として、診療日、依頼元科、診断病名、障害名、依頼項目及びコメントの登録ができること。
7	20	3	3	起算日から実施日までの月数、予約コードと予約項目が表示できること。
7	20	3	4	診断病名、障害名、治療目的、コメントは複数の内容の登録ができること。
7	20	3	5	依頼項目については、依頼箋入力で登録した内容を引き継ぎ、表示できること。 また、依頼項目の修正、項目追加ができること。
7	20	3	6	実施内容として、使用した材料とその数量の登録ができること。
7	20	3	7	実施内容として、実施担当者、実施時間の登録ができること。
7	20	3	8	実施確認画面で、起算日から実施日までの月数が表示できること。
7	20	3	9	実施されたデータは、医事会計システムへ送信できること。
7	20	4		他機能連携
7	20	4	1	オーダ情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。 また、オーダ変更情報についても履歴で管理され、参照できること。
7	20	4	2	オーダ発行、実施した日付をフローシートに表示できること。 各種診療報酬区分の枠をクリックすることで、当該診療報酬区分がある日付で絞込みができること。
7	20	4	3	オーダ発行、実施した日付をモニタリングシートに表示できること。 各種診療報酬区分の枠をクリックすることで、当該診療報酬区分がある日付で絞込みができること。
7	20	5		評価検査登録
7	20	5	1	リハビリ実施の評価検査として、FIM検査値またはBarthel Indexの登録ができること。
7	20	5	2	FIM検査では、検査日ごとに各評価項目の検査結果が点数で入力ができること。
7	20	5	3	FIM検査では、今回及び過去3回分の検査値が参照できること。
7	20	5	4	今回及び過去3回分の検査値について、各分類ごとの合計値が表示できること。 また、同一日にBarthel検査が行われているときには、その合計値も表示できること。
7	20	5	5	検査値のレベルのガイドが表示できること。
7	20	5	6	FIMの検査結果を外部媒体へ出力ができること。
7	20	5	7	Barthel Index入力については、今回及び過去3回分の検査値が参照できること。
7	20	5	8	今回及び過去3回分の検査値について、その合計値が表示できること。
7	20	5	9	Barthel Indexの検査結果を外部媒体へ出力ができること。
7	20	6		リハビリ帳表印刷

7				オーダリングシステム
7	20	6	1	<p>以下に示す、帳表/統計表の印刷ができること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーション部日報 ・予約患者一覧表 ・実施・予約患者数一覧表 ・リハビリテーション部診療報酬区分別月報 ・依頼元診療科別実施患者数月報 ・初回患者名簿 ・診療（新患）名簿 ・疾患別患者数リスト ・依頼元診療科別新患月報
7	20	7		リハビリオーダー一覧（依頼）
7	20	7	1	<p>リハビリ部門等でリハビリオーダー内容の確認を行えるよう、指定条件に該当するリハビリオーダーが出された患者一覧が表示できること。</p> <p>日付、外来患者・入院患者、全件・未実施・実施の進捗状況、診療科及び病棟による絞り込みができること。</p>
7	20	7	2	<p>依頼の一覧には、患者ID、患者氏名、依頼元科、入院科、病棟、進捗、疾患分類、指示内容（PT、OT、ST、心理、その他）及び予約状況（記号で表示）が表示できること。</p>
7	20	7	3	<p>一覧から患者を指定または、患者IDを入力すると、指定患者のオーダー内容の詳細が表示できること。</p>
7	20	7	4	<p>一覧からオーダーを指定し、患者照会を行うと対象患者の指定日のリハビリオーダー詳細がすべて表示できること。</p>
7	20	7	5	<p>一覧からオーダーを指定し、患者全照会を行うと対象患者のリハビリオーダー詳細がすべて表示できること。</p>
7	20	7	6	<p>一覧から患者を指定してカルテが開けること。</p>
7	20	8		リハビリオーダー一覧（訓練）
7	20	8	1	<p>リハビリ部門等でリハビリオーダー内容の確認を行えるよう、指定条件に該当するリハビリオーダーが出された患者一覧が表示できること。</p> <p>日付、外来患者・入院患者、全件・未実施・実施の進捗状況、診療科、病棟及び指定された予約項目による絞り込みができること。</p>
7	20	8	2	<p>訓練の一覧には、患者ID、患者氏名、依頼元科、入院科、病棟、進捗、予約時間、疾患分類、指示内容（PT、OT、ST、心理、その他）及び予約状況（記号で表示）が表示できること。</p>
7	20	8	3	<p>一覧から患者を指定または、患者IDを入力すると、指定患者のオーダー内容の詳細が表示できること。</p>
7	20	8	4	<p>一覧からオーダーを指定し、患者照会を行うと対象患者の指定日のリハビリオーダー詳細がすべて表示できること。</p>
7	20	8	5	<p>一覧からオーダーを指定し、患者全照会を行うと対象患者のリハビリオーダー詳細がすべて表示できること。</p>
7	20	8	6	<p>一覧から患者を指定してカルテが開けること。</p>
7	21			処置オーダー
7	21	1		処置オーダー登録
7	21	1	1	<p>診療科別処置、病棟別処置及び一般処置・緊急処置の機能別の処置項目画面の設定ができること。</p>
7	21	1	2	<p>処置行為に付随する詳細情報として、部位・薬剤・材料・コメント・時間の入力ができること。</p>
7	21	1	3	<p>処置行為に伴う部位・材料・薬剤・処置時間の自動督促入力ができること。</p>
7	21	1	4	<p>期間での曜日指定及び間隔指定により、連続して処置オーダーの入力ができること。</p>
7	21	1	5	<p>日付未定の指示や、開始日のみ指定（終了日未定）ができること。</p>
7	21	1	6	<p>1日に複数回行うとき、その回数の指定ができること。</p>

7				オーダリングシステム
7	21	1	7	事後のオーダ登録ができること。
7	21	1	8	条件付き指示（必要時指示）の入力ができること。
7	21	1	9	患者に指示済みの処置オーダの状況を、カレンダー形式で表示できること。
7	21	1	10	処置オーダの進捗状況（実施済み、未実施、中止）による色分けをして、カレンダー形式画面に表示できること。
7	21	1	11	1日の実施回数は、カレンダー枠内に数字で表示できること。
7	21	1	12	予定された指示内容に変更があったときには、実施入力により修正できること。
7	21	1	13	院内共通、診療科別、医師別、患者別のセットを利用し、処置項目のオーダ入力ができること。 なお、セット項目には薬剤・材料・コメントも含めることができること。
7	21	1	14	セット画面から、流用したいオーダをドラッグ&ドロップすることで、処置オーダ入力が容易にできること。
7	21	1	15	全科分の既オーダを参照し、ドラッグ&ドロップにより、流用（DO）ができること。
7	21	1	16	外来運用を想定して、流用（DO）は実施済みデータとして行えること。
7	21	1	17	処置指示の入力途中に、その患者の検体検査結果照会画面が表示できること。
7	21	1	18	オーダ情報を医事会計システムへ送信できること。
7	21	2		実施入力
7	21	2	1	患者ごとに処置オーダの実施入力ができること。
7	21	2	2	実施画面では、3日分（当日、前後各1日）のオーダ情報が表示できること。
7	21	2	3	過去又は当日にDOを行った場合は実施済みでデータを作成できること。
7	21	2	4	実施済み、未実施、中止の実施状況を容易に把握できるよう色分けして表示できること。
7	21	2	5	実施入力は、実施日、実施時間、使用量、単位の登録ができること。
7	21	2	6	必要に応じて、実施開始時間の入力ができること。
7	21	2	7	実施時のコメントの入力ができること。
7	21	2	8	実施した内容の中止ができること。
7	21	2	9	複数患者の複数の処置オーダを一覧から選択し、一括で実施ができること。（処置一括実施画面）
7	21	2	10	処置一括実施画面では、オーダ日、入外区分、診療科別、病棟別の絞込みができること。
7	21	2	11	実施入力した情報を医事会計システムへ送信できること。
7	21	3		他機能連携
7	21	3	1	オーダ情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。 また、オーダ変更情報についても履歴で管理され、参照できること。
7	21	3	2	オーダ発行、実施した日付をフローシートに表示できること。 各種処置項目の枠をクリックすることで、当該処置がある日付で絞込みができること。
7	21	3	3	オーダ発行、実施した日付をモニタリングシートに表示できること。 各種処置項目の枠をクリックすることで、当該処置がある日付で絞込みができること。
7	21	4		処置箋（処置指示票）発行

7				オーダリングシステム
7	21	4	1	外来の処置箋（処置指示票）を、各科処置室のプリンタに患者ごとに印刷ができること。
7	21	5		処置病棟照会（入院患者の予定・実施状況一覧表示）
7	21	5	1	入院患者のオーダ予定・実施状況をカレンダー形式で表示できること。
7	21	5	2	オーダの予定、実施等の進捗状況がカレンダー上に記号で表示できること。
7	21	5	3	表示対象患者は、全患者と自担当患者を選択して表示できること。
7	21	5	4	表示対象患者は、科及び病棟を選択して表示できること。
7	21	5	5	カレンダー表示は、2週間分が表示できること。
7	21	5	6	2週間分の対象日は変更ができること。
7	21	5	7	患者詳細情報として、性別、生年月日、患者ID、科、病棟が表示できること。
7	21	5	8	対象患者またはオーダ進捗記号をクリックすることにより、オーダの詳細内容が表示できること。
7	21	6		処置オーダー一覧
7	21	6	1	処置オーダー内容の確認を行えるよう、指定条件に該当する処置オーダーが出された患者一覧が表示できること。 日付、外来患者、入院患者、全件、未実施・実施の進捗状況、診療科及び病棟による絞り込みができること。
7	21	6	2	部門照会一覧には、患者ID、患者氏名、性別、生年月日、診療科、部署、病棟、オーダ進捗、会計情報が表示できること。
7	21	6	3	一覧から患者を指定し、患者IDを入力すると、指定患者のオーダ内容の詳細が表示できること。
7	21	6	4	一覧からオーダを指定し、患者照会を行うと対象患者の指定日の処置オーダー詳細がすべて表示できること。
7	21	6	5	一覧からオーダを指定し、患者全照会を行うと対象患者の処置オーダー詳細がすべて表示できること。
7	22			指示コメント
7	22	1		指示コメント
7	22	1	1	入院指示やDrコール等のような指示を指示コメントとして登録ができること。
7	22	1	2	指示の開始日、有効終了日の登録ができること。また終了日未定の登録ができること。
7	22	1	3	重要指示の指定ができること。
7	22	1	4	指示コメントを指示定型文から選択またはフリー入力により登録ができること。
7	22	1	5	指示定型文は、診療科別（自科、全科）に表示された一覧から選択ができること。
7	22	1	6	指示定型文は種別（例：入院時指示）により絞り込み表示できること。
7	22	1	7	種別は、マスタ管理ができること。

7				オーダリングシステム
7	22	1	8	指示定型文はマスタ管理ができること。
7	22	1	9	指示定型文の文字色、背景色をマスタ設定ができること。
7	22	1	10	指示分類（例：緊急）の登録ができること。
7	22	1	11	指示宛先職種、指示宛先担当者の登録ができること。
7	22	1	12	入院患者に対する指示コメントを医師→看護師、看護師→医師で登録した場合、医師TODO、病棟TODOに指示内容の通知ができること。
7	22	1	13	終了日未定の指示を終了とする場合に、指示終了をクリックにより、操作時点の日時が、終了日に設定できること。
7	22	1	14	前回のオーダを参照し、ドラッグ&ドロップにより、流用（DO）ができること。
7	22	1	15	指示受け漏れを防止するために、指示受け後は、指示コメントの修正をできないようにすること。
7	22	2		他機能連携
7	22	2	1	オーダ情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。 また、オーダ変更情報についても履歴で管理され、参照できること。
7	22	2	2	オーダ発行、実施した日付をフローシートに表示できること。 指示コメント帯の枠をクリックすることで、指示コメントがある日付で絞込みができること。
7	22	2	3	オーダ発行、実施した日付をモニタリングシートに表示できること。 指示コメント帯の枠をクリックすることで、指示コメントがある日付で絞込みができること。
7	23			必要時指示
7	23	1		必要時指示入力
7	23	1	1	発熱時のようなある条件の時にを行う指示を条件付き指示（必要時指示）として登録ができること。
7	23	1	2	条件付き指示は、通常のオーダと同様の処方、注射、処置オーダ画面から入力ができること。
7	23	1	3	条件付き指示の条件をマスタにより設定でき、条件付き指示を入力時に指示の条件を選択ができること。
7	23	1	4	条件付き指示の条件は、フリー入力でも登録ができること。
7	23	1	5	条件付き指示に対して有効期間の設定ができること。
7	23	1	6	退院確認時・死亡登録時に、当日または過去日かつ有効終了日が未来日もしくは未定のとき、未実施の必要時指示の有効期間の終了日を退院確認日に設定ができること。
7	23	1	7	入院決定・入院確認時に未終了の必要時指示が残っているときに、前回の退院確認日を有効期間の終了日として設定ができること。
7	23	1	8	院内共通、診療科別、医師別で頻繁に利用されるオーダされる条件付き指示をグループ化してセットとして登録ができること。
7	23	1	9	セット画面から、条件付き指示をドラッグ&ドロップで流用ができること。
7	23	1	10	退院時に必要時指示の内容を指定して削除せずに残すことが可能なこと。
7	23	2		必要時指示一覧

7				オーダリングシステム
7	23	2	1	患者に適用されているすべての条件付き指示の一覧が表示できること。
7	23	2	2	現在有効な条件付き指示、全ての条件付き指示が切替え表示できること。
7	23	2	3	必要時指示一覧画面上で、条件付き指示の修正ができること。
7	23	2	4	必要時指示一覧画面上で、条件付き指示の削除ができること。
7	23	2	5	必要時指示一覧画面上で、条件付き指示の実施ができること。
7	23	2	6	条件付き指示の実施時、条件指示の日時の登録ができること。
7	23	2	7	条件付き指示の実施情報を医事会計システムへ送信できること。
7	24			入院基本オーダ
7	24	1		入院予定
7	24	1	1	入院診療が予定される患者に対して、入院予定内容の登録ができること。 なお、現在入院している患者の次回の入院予定も登録ができること。
7	24	1	2	依頼科、依頼医師、入院予定日、入院科、入院目的、入院期間を入力必須にできること。
7	24	1	3	入院予定を登録をするときに、面会情報、看護度分類、患者区分（患者移動方法）、救護区分、認知症度、禁忌情報等の情報を同一画面で参照できること。
7	24	1	4	入院患者をチームでグルーピングしたり、徘徊注意等を把握できるようにするため、定型コメントを選択式またはフリー入力により複数入力ができること。
7	24	1	5	前回入院時の定型コメント内容のコピーができること。
7	24	1	6	入力された定型コメントは入院患者一覧に表示され、並べ替えができること。
7	24	1	7	特別な栄養管理の必要性有無の登録ができること。また、入院診療計画書に特別な栄養管理の必要ありの印字ができること。
7	24	1	8	設定により入院予定確定時に、入院にあたって必要な書類を記載できるよう診療科ごとの文書セット画面が表示され、文書入力ができること。 また、後日、文書入力ができるよう、予定として登録ができること。
7	24	2		入院決定
7	24	2	1	入院日が決定した患者に対して、入院予定情報があれば引き継ぎ、なければ新規に入院決定内容の登録ができること。 なお、現在入院している患者への登録をできないようチェックができること。
7	24	2	2	依頼科、依頼医師、入院科、入院予定日、入院目的、入院期間、主治医、病棟・病室・ベッドを入力必須にできること。
7	24	2	3	入院決定登録では、入院時の食種を選択入力ができること。 また、患者の年齢、入院科及び病棟から、食種の自動設定ができること。
7	24	2	4	入院時の食種を選択するときに、前回入院時の食事情報（食種、食事開始日）を一覧表示し選択ができること。
7	24	2	5	入院決定登録以降に入力されるオーダは、決定日を基準に自動的に入院・外来の判定ができること。
7	24	2	6	入院決定の登録をするときに、面会情報、看護度分類、患者区分（患者移動方法）、移動区分、認知症度、禁忌情報等の情報を同一画面で参照できること。

7				オーダリングシステム
7	24	2	7	入院患者をチームでグルーピングしたり、徘徊注意等を把握できるようにするため、定型コメントを選択式またはフリー入力により複数入力ができること。
7	24	2	8	前回入院時の定型コメント内容のコピーができること。
7	24	2	9	入力された定型コメントは入院患者一覧に表示され、並べ替えができること。
7	24	2	10	特別な栄養管理の必要性有無の登録ができること。また、入院診療計画書に特別な栄養管理の必要ありの印字ができること。
7	24	2	11	設定により入院決定確定時に、入院にあたって必要な書類を記載できるよう診療科ごとの文書セット画面が表示され、文書入力ができること。 また、後日、文書入力ができるよう、予定として登録ができること。
7	24	3		入院確認
7	24	3	1	患者が実際に入院したときには、入院確認入力ができること。 なお、入院予定、入院決定情報があれば、入院確認情報としてその内容を引き継げること。
7	24	3	2	依頼科、依頼医師、入院料、入院日、入院時間、主治医、病棟・病室・ベッドを入力必須にできること。
7	24	3	3	入院決定より引き継いだ入院確認情報のうち、入院日、食事時間、病棟及び病室の何れかが変更されたとき、食事指示の自動訂正発行（再発行）ができること。
7	24	3	4	入院時の食種を選択するときに、前回入院時の食事情報（食種、食事開始日）を一覧表示し選択ができること。
7	24	3	5	入院確認を登録をするときに、面会情報、看護度分類、患者区分（患者移動方法）、移動区分、認知症度、禁忌情報等の情報を同一画面で参照できること。
7	24	3	6	入院患者をチームでグルーピングしたり、徘徊注意等を把握できるようにするため、定型コメントを選択式またはフリー入力により複数入力ができること。
7	24	3	7	前回入院時の定型コメント内容のコピーができること。
7	24	3	8	入力された定型コメントは入院患者一覧に表示され、並べ替えができること。
7	24	3	9	特別な栄養管理の必要性有無の登録ができること。また、入院診療計画書に特別な栄養管理の必要ありの印字ができること。
7	24	3	10	設定により入院確認確定時に、入院にあたって必要な書類を記載できるよう診療科ごとの文書セット画面が表示され、文書入力ができること。 また、後日、文書入力ができるよう、予定として登録ができること。
7	24	4		外出・外泊処理
7	24	4	1	外出・外泊が予定されている患者または外出・外泊を行った患者に対して、外出・外泊内容の登録ができること。
7	24	4	2	開始日時、食事中止、終了日時、食事再開日時、理由を入力必須にできること。
7	24	4	3	院外滞在の時間が午前0時を越えるときは外泊、同日内に帰院するときは外出として扱えること。
7	24	4	4	食事の摂取時間帯を含む外出・外泊を登録した時、食事指示（欠食）の自動発行ができること。
7	24	4	5	外出・外泊の時間とは連動しない食事指示（欠食）もできること。
7	24	5		転科・転室処理

7				オーダリングシステム
7	24	5	1	転科・転室を行った患者に対して、転科・転室内容の登録ができること。
7	24	5	2	転室日、転室時間の登録ができること。 転科・転室前の科、病棟、病室、ベッドが表示され、転科・転室後には入力必須にできること。
7	24	5	3	転科を登録したとき、転科前の科で登録している終了日未入力の医師情報に、転科日を終了日として自動セットできること。
7	24	5	4	転室日以降の食事指示に対して、配膳先の自動変更ができること。
7	24	5	5	転科日以降の未実施の予定オーダや継続オーダに対する扱い（保持、削除）の設定ができること。
7	24	6		転棟予定・転入確認処理
7	24	6	1	転棟が予定されている患者に対して、転棟予定内容の登録ができること。
7	24	6	2	転棟予定の登録では、転棟予定日以降の食事指示に対し、配膳先の自動変更ができること。
7	24	6	3	患者が実際に転棟したときには、転入確認入力ができること。 なお、転入日、転入時刻、科及び病棟を転棟予定から引き継げること。
7	24	6	4	転入確認時、科が変更になったとき、転科前の科で登録している終了日未入力の医師情報に、転科日を終了日として自動セットできること。
7	24	6	5	転入確認では、転棟予定からの内容（病室）に変更があったとき、転入確認日以降の食事指示に対し、配膳先の自動変更ができること。
7	24	6	6	転科を伴わないときには、転出側の病棟で登録された未実施の予定オーダや継続オーダを、転入側の病棟のオーダに自動変更ができること。
7	24	6	7	転科日以降の未実施の予定オーダや継続オーダに対する扱い（保持、削除、中止）の設定ができること。
7	24	7		医師登録及び看護師登録
7	24	7	1	新規に医師（主治医、担当医）の登録ができること。
7	24	7	2	登録済み医師の修正・削除ができること。
7	24	7	3	医師の登録では、開始日・終了日を入院日から退院日までの範囲に設定ができること。 また、同一診療科で同一期間に複数の主治医を登録しようとしたとき、重複チェックができること。
7	24	7	4	新規に担当看護師の登録ができること。
7	24	7	5	登録済み看護師の修正・削除ができること。
7	24	7	6	看護師の登録では、開始日・終了日を入院日から退院日までの範囲に設定ができること。 また、同一期間に同一病棟で複数の看護師を登録しようとしたとき、重複チェックができること。
7	24	8		退院予定
7	24	8	1	退院が予定されている患者に対して、退院予定の登録ができること。
7	24	8	2	退院予定日時、理由を入力必須にできること。

7				オーダリングシステム
7	24	8	3	退院予定の登録では、食事指示（食止め）の自動発行ができること。 また、退院予定日以降に存在する食事指示をすべて削除ができること。
7	24	8	4	設定により退院予定確定時に、退院にあたって必要な書類を記載できるよう診療科ごとの文書セット画面が表示され、文書入力ができること。 また、後日、文書入力ができるよう、予定として登録ができること。
7	24	9		退院確認
7	24	9	1	患者が実際に退院したとき、退院確認入力ができること。 また、退院予定情報があれば、退院確認情報としてその内容を引き継げること。
7	24	9	2	終了日未入力の医師情報及び看護師情報に、退院日を終了日として自動セットできること。
7	24	9	3	退院日以降の未実施の予定オーダや継続オーダに対する扱い（保持、削除、中止、入外区分変更）の設定ができること。 また、未実施オーダが存在するときは、警告メッセージが表示できること。 なお、死亡退院時には、入力済みの未実施オーダをすべて削除ができること。
7	24	9	4	設定により退院確認確定時に、退院にあたって必要な書類を記載できるよう診療科ごとの文書セット画面が表示され、文書入力ができること。 また、後日、文書入力ができるよう、予定として登録ができること。
7	24	10		入院基本オーダ共通
7	24	10	1	入力時に食事締切時間の注意メッセージが表示できること。
7	24	10	2	患者ごとの入院履歴（入院予定・決定情報）、今回入院情報（移動情報・外出・外泊等）、過去履歴情報が参照できること。
7	24	10	3	入院決定時または入院確認時に食事指示の自動発行ができること。
7	24	10	4	転室、転棟予定時または転入確認時、配膳先の自動変更ができること。
7	24	10	5	外出・外泊時に欠食の自動発行ができること。
7	24	10	6	退院予定時または退院確認時に、食止めの自動発行ができること。
7	24	10	7	入院基本オーダで登録された入院予定患者、入院決定患者、転入予定患者、入院患者（転棟予定・退院予定表示含む）、退院予定患者、退院患者及びチーム別患者を病棟別や診療科別に一覧表示できること。
7	24	10	8	入力されたデータを医事会計システムや栄養管理システムへ送信できること。
7	24	11		他機能連携
7	24	11	1	オーダ情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。 また、オーダ変更情報についても履歴で管理され、参照できること。
7	24	11	2	フローシート画面に入院期間を表示し、入院日数が表示できること。
7	24	11	3	モニタリングシートに入院日数が表示できること。
7	24	11	4	DPC登録をしている患者の入院予定・決定を削除した際に、DPCデータの削除ができるよう、DPC画面が表示されること。
7	24	12		一覧表印刷機能

7				オーダリングシステム
7	24	12	1	<p>以下に示す、入院基本一覧表の印刷ができること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院予定患者一覧表 ・入院決定患者一覧表 ・入院確認患者一覧表 ・転棟予定患者一覧表 ・転入予定患者一覧表 ・退院予定患者一覧表 ・退院確認患者一覧表 ・入院中患者一覧表 ・主治医別入院患者一覧表
7	25			空床照会
7	25	1		空床照会
7	25	1	1	入院基本オーダで登録された各種情報をもとにして、指定日の病棟別の定床数、入院数、空床数（男性、女性、混合別の表示を含む）、稼働率、入院決定数、転入予定数、退院予定数および転棟予定数の一覧表示ができること。
7	25	1	2	全空床数、全病床数を集計し表示できること。また、全病棟の病床稼働率の表示もできること。
7	25	1	3	日付を指定することで、当日だけでなく未来日の空床照会ができること。
7	25	1	4	一覧から病棟を選択することで、該当する病棟の病室別の定床数、収容状況の一覧が表示できること。
7	25	1	5	収容状況には、入院決定、転棟予定、転入予定、退院予定および空床のマークをベッドごとに表示できること。
7	25	1	6	一覧から病室を選択することで、該当する病室の詳細情報、入院予定情報が表示できること。 なお、詳細情報として患者氏名、入院科、入院日・時間、看護度、救護区分、備考が表示できること。
7	26			ベッドコントロール
7	26	1		基本要件
7	26	1	1	ベッドコントロール機能は、病床のベッドコントロールを円滑に行うため、ベッド予定状況一覧とベッド未確定患者一覧が同時に参照できるよう構成され、以下の機能を有すること。
7	26	2		ベッド予定状況一覧
7	26	2	1	入院基本オーダで登録された各種情報をもとにして、指定した基準日以降のベッド予定状況をカレンダーにて一覧表示できること。それにより、いつ、どのベッドが空いているか、またどの患者様が使用しているか、などのベッドの使用状況が現在から未来にかけて確認できること。
7	26	2	2	病棟、ベッド状態、病室タイプを選択することで、該当のベッド予定状況に絞り込んで一覧表示できること。
7	26	2	3	使用中ベッドについては使用している患者様の情報（氏名、年齢、入院科、主治医、感染症有無、コメント有無）が一覧表示できること。
7	26	2	4	上記の患者の感染症やコメントの内容は簡単に確認できること。
7	26	2	5	患者の移動状況が一覧にて確認できること。
7	26	2	6	一覧から各種入院指示、移動指示、コメント入力、患者の入院履歴確認ができること。
7	26	2	7	一覧から患者を指定してカルテが開けること。
7	26	2	8	ベッド未確定患者一覧の入院予定情報をドラッグ&ドロップすることにより、入院日とベッドを同時に指定して簡単に入院決定指示を行えること。
7	26	3		ベッド未確定患者一覧
7	26	3	8	入院基本オーダで登録された入院予定情報をもとにして、入院予定患者様の情報（科、病棟、病室タイプ、氏名、年齢、主治医、コメント有無、感染症有無、入院予定日、期間、目的）を一覧表示できること。
7	26	1	9	科、病棟、進捗、病室タイプを選択することで、該当の入院予定患者様の情報に絞り込んで一覧表示できること。

7				オーダーリングシステム
7	26	1	10	一覧から各種入院指示、移動指示、コメント入力、患者様の入院履歴確認ができること。
7	26	1	11	一覧から患者を指定してのカルテが開けること。
7	26	1	12	入院予定情報をベッド予定状況一覧のカレンダーヘドドラッグ&ドロップすることにより、入院日とベッドを同時に指定して簡単に入院決定指示を行えること。
7	27			食事オーダー
7	27	1		食事オーダー登録
7	27	1	1	患者に対する食事オーダーの登録ができること。また、入院基本オーダーと連動して、オーダー情報を栄養管理システムへ送信できること。
7	27	1	2	依頼時の入力項目として、食種、開始日、開始時間（朝食から、昼食から、夕食から）、終了日時、終了時間（朝食まで、昼食まで、夕食まで）、病名、コメント、食堂利用の有無、主食、特別指示の登録ができること。
7	27	1	3	食種一覧から食種の選択ができること。
7	27	1	4	食種を選択するときに、前回入院時の食事情報（食種、食事開始日）を一覧表示し選択ができること。
7	27	1	5	1日に複数食種の登録ができること。
7	27	1	6	入院決定時及び食事変更時に任意のメッセージを表示することができること。
7	27	1	7	必要に応じて栄養素指示の入力ができること。
7	27	1	8	栄養素指示は、エネルギー、蛋白、脂肪、塩分、糖分、水分、リンの摂取量、カリウムの摂取制限の有無の登録ができること。
7	27	1	9	必要に応じて特別指示の入力ができること。
7	27	1	10	特別指示は、特別指示、禁止事項、塩分指示の各項目内容を選択し、登録ができること。
7	27	1	11	特別指示、禁止事項、塩分指示、病名及びコメントについては最新の履歴を引き継げること。 また、特別指示、禁止事項は、利用者の職種により入力の制限ができること。
7	27	1	12	禁止事項については、患者基本オーダーの食物禁忌情報と連動ができること。
7	27	1	13	食品との相互作用のある特定の薬剤がオーダーされた場合に食物禁忌情報として自動で登録されること。
7	27	1	14	食堂利用、特食加算の指示ができること。
7	27	1	15	身長・体重の入力ができること。身長、体重、更新情報（更新日時や更新者等）が表示できること。
7	27	1	16	欠食や注食、検査食、調乳食及び混合食の登録ができること。
7	27	1	17	欠食時の欠食指示は、開始日、開始時間（朝食から、昼食から、夕食から）、終了日時、終了時間（朝食まで、昼食まで、夕食まで）、コメント、欠食理由の登録ができること。
7	27	1	18	欠食時の欠食理由については、項目選択、及びフリー入力ができること。
7	27	1	19	注食は選択した食種ごとに、開始日、開始時間（朝食から、昼食から、夕食から）、終了日時、終了時間（朝食まで、昼食まで、夕食まで）、病名、コメント、特食加算の有無の登録ができること。

7				オーダリングシステム
7	27	1	20	注入食については、注入タイプ、1mlのエネルギー、一本の必要量、必要量（朝昼夜）を項目選択や数値入力により入力ができること。
7	27	1	21	注入食は注入食のセットを複数作成し、選択により登録ができること。
7	27	1	22	術後食、潰瘍食等については、食種の変動（食上がり）のパターン入力（連続入力）ができること。
7	27	1	23	パターン入力（連続入力）では、食上がり間隔（日数、回数）の既定値が自動表示できること。
7	27	1	24	調乳食は選択した食種ごとに、開始日、開始時間（朝食から、昼食から、夕食から）、終了日時、終了時間（朝食まで、昼食まで、夕食まで）、病名、コメントの有無の登録ができること。
7	27	1	25	調乳食については、調乳指示（ミルクのみ、母乳のみ、母乳・ミルク併用、冷凍母乳）、ミルク製品名（ミルク使用時）、調乳濃度（ミルク使用時）、1本の必要量、1日の必要本数を項目選択や数値入力により入力ができること。
7	27	1	26	調乳食は調乳食のセットを複数作成し、選択により登録ができること。
7	27	1	27	入力必須項目についてのチェックができること。
7	27	1	28	日付チェック及び締切時間チェックができること。
7	27	1	29	特食加算病名のチェック、登録ができること。
7	27	1	30	数値入力チェック（入力数値としての妥当性チェック）ができること。
7	27	1	31	患者に登録された食事オーダの情報をカレンダー形式で表示できること。（食事カレンダー）
7	27	1	32	パスステップ適用時に食事の禁止事項チェックをかけること。
7	27	1	33	食事カレンダーは、入院基本オーダで登録された外出・外泊期間及び転棟・転室の時間区分をカレンダー上に色分けして表示できること。
7	27	1	34	食事カレンダーから、修正、削除、流用（DO）ができること。
7	27	1	35	選択食の入力ができること。また、病棟単位に一括登録もできること。
7	27	1	36	オーダ情報を栄養管理システムへ送信できること。
7	27	1	37	欠食情報、特食加算情報を、医事会計システムへ送信できること。
7	27	1	38	パス適用時に前回の食事コメントを引き継ぐことができること。
7	27	1	39	入院の食事オーダを登録する前に、メッセージを表示した後に自動的に患者基本画面を起動し、食物禁忌が確認出来ること。
7	27	2		他機能連携
7	27	2	1	オーダ情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。 また、オーダ変更情報についても履歴で管理され、参照できること。
7	27	2	2	オーダ発行、実施した日付をモニタリングシートに表示できること。 各食種項目の枠をクリックすることで、当該食事オーダがある日付で絞込みができること。
7	27	3		食事箋発行及び次回食事一覧表印刷

7				オーダリングシステム
7	27	3	1	栄養管理部門の指示により、一括して食事箋の印刷ができること。
7	27	3	2	締切時間後のオーダは、即時に食事箋の印刷ができること。
7	27	3	3	病棟において、次回食事一覧表の印刷ができること。
7	28			栄養指導オーダ
7	28	1		栄養指導オーダ依頼情報登録
7	28	1	1	栄養指導の依頼時の項目として、依頼情報（依頼日、依頼科、依頼医）、患者基本情報（身長・体重、BMI、標準体重、年齢、代謝量）、血圧、病名、予約情報、指導食種、指示栄養量、コメントの入力ができること。
7	28	1	2	患者基本情報（身長・体重、年齢）は患者基本オーダより取込みできること。 身長、体重について、更新情報（更新日時や更新者等）も表示できること。 BMI、標準体重、基礎代謝量については、自動計算し表示できること。
7	28	1	3	病名登録については、病名オーダで登録された患者の病名一覧から選択ができること。
7	28	1	4	算定対象病名の登録ができること。
7	28	1	5	予約オーダとの連動により、予約取得ができること。
7	28	1	6	指導食種の入力については、食種一覧から選択入力ができること。
7	28	1	7	指示栄養量（熱量、蛋白質、脂質、炭水化物、食塩、コレステロール、P/S比、Ca、Fe、Phe、Ty r、Me t）の入力ができること。 またその他栄養素についてはコメント入力ができること。
7	28	1	8	指示栄養素については、指導食を選択することにより自動で各栄養量が表示できること。
7	28	1	9	選択形式及びフリー入力でコメントの入力ができること。
7	28	1	10	利用者の職種により、入力の制限ができること。
7	28	1	11	患者の過去の栄養指導依頼情報を参照できドラッグ&ドロップにより流用（DO）ができること。
7	28	1	12	オーダ情報を栄養指導システムへ送信できること。
7	28	1	13	オーダ情報を医事会計システムへ送信できること。
7	28	2		指導内容登録
7	28	2	1	依頼情報から指導内容の登録ができること。
7	28	2	2	指導内容入力時の入力項目として、実施情報（栄養指導日、担当栄養士、場所、実施時間、算定、会計状況、指導方法、指導内容、コメント）の登録ができること。 指導履歴があるときは、修正、削除ができること。
7	28	2	3	指導に必要な情報（嗜好、飲酒、喫煙、運動、職業、労働強度、間食、既往症、自覚症状、家庭での食事療法、1日の食生活）の登録ができること。
7	28	2	4	必要に応じて食品構成表が表示できること。

7				オーダーリングシステム
7	28	2	5	指導内容入力途中に、その患者の食事オーダーの入力画面が表示できること。
7	28	2	6	指導内容入力途中に、その患者の検体検査結果照会画面が表示できること。
7	28	2	7	集団指導患者の一括実施ができること。
7	28	2	8	実施情報を栄養指導システムへ送信できること。
7	28	2	9	実施情報を医事会計システムへ送信できること。
7	28	3		他機能連携
7	28	3	1	オーダー情報、登録日時、登録者、指示者等の情報が電子カルテに登録でき、プログレスノート画面に表示できること。 また、オーダー変更情報についても履歴で管理され、参照できること。
7	28	3	2	オーダー発行、実施した日付をフローシートに表示できること。 栄養指導の枠をクリックすることで、当該栄養指導がある日付で絞込みができること。
7	28	3	3	オーダー発行、実施した日付をモニタリングシートに表示できること。 栄養指導の枠をクリックすることで、当該栄養指導がある日付で絞込みができること。
7	28	3		依頼せん・報告書印刷
7	28	3	1	指導依頼内容を依頼箋として印刷ができること。
7	28	3	2	依頼箋の一括発行ができること。
7	28	3	3	指導内容を報告書として印刷ができること。
7	28	4		栄養指導オーダー一覧
7	28	4	1	栄養部門等で栄養指導オーダー内容の確認を行えるよう、指定条件に該当する栄養指導オーダーが出された患者一覧が表示できること。 日付、外来患者・入院患者、全件・未実施・実施の進捗状況、診療科及び病棟による絞込みができること。
7	28	4	2	一覧には患者ID、患者氏名、性別、生年月日、開始時間、予約項目名、食種、オーダー進捗、会計情報、診療科、病棟が表示できること。
7	28	4	3	一覧画面で、患者IDを入力すると、指定患者のオーダー内容の詳細が表示できること。
7	28	4	4	一覧からオーダーを指定し、患者照会を行うと対象患者の指定日の栄養指導オーダー詳細がすべて表示できること。
7	28	4	5	一覧からオーダーを指定し、患者全照会を行うと対象患者の栄養指導オーダー詳細がすべて表示できること。
7	28	4	6	一覧から患者を指定してカルテが開けること。
7	29			その他
7	29	1		マスタテーブル更新処理
7	29	1	1	パソコンに格納されているマスタテーブル類をサーバ側から最新化できること。（電子カルテを表示するときに自動的に反映）
7	29	2		当院個別機能
7	29	2	1	*NANDA看護診断の改定内容に対応すること。
7	29	2	2	汎用オーダーにて過去又は当日にDOを行った場合は実施済みでデータを作成できること。
7	29	2	3	日めくり画面の「印刷」データに「説明指導・コメント」項目を表示できること。
7	29	2	4	パス初回ステップ適用時に服薬指導依頼を自動発生できること。
7	29	2	5	実績入力において未来日分の中止登録を可能とすること。

7				オーダーリングシステム
7	29	2	6	見舞客案内画面にミドルネームを表示すること。
7	29	2	7	患者検索画面にミドルネームを表示すること。
7	29	2	8	入院患者一覧・外来患者一覧へのミドルネーム表示すること。
7	29	2	8	コミュニケート画面んでは、漢字ミドルネームを表示しないこと。
7	29	2	9	リハビリオーダーの依頼入力画面に発症日を入力できること。
7	29	2	10	リハビリ依頼オーダーの必須項目の文字が赤色で表示されること。
7	29	2	11	レジメンマスタの分類にて、診療科ではなく病名での分類ができること。
7	29	2	12	特定住所の患者の場合に入院・外来患者一覧にマークを表示すること。
7	29	2	13	画面ロック時の画面に職種名称、部署名称が表示されること。
7	29	2	14	実績画面にて、注射レジメンの中止ができないように制御されていること。
7	29	2	15	手術部専用チャート画面にて医事送信を行った際、メッセージを表示し、患者名称が表示されること。
7	29	2	16	処方オーダーにて、特定の処方箋コメントを引き継がない設定ができること。
7	29	3		当院個別要望機能
7	29	3	1	長期の床照会画面で未来日にした時に入院数合計に該当日の入院数が表示できること。
7	29	3	2	ベッドネームプレートに主治医及び担当医が表示されること。
7	29	3	3	食事オーダーにて特別指示・禁忌事項の選択肢を増やすこと。
7	29	3	4	1つの病棟で2つの定期処方日の設定を可能にすること。

8				看護支援システム
8	1			看護データベース
8	1	1		看護データベース
8	1	1	1	看護に必要な患者の基本情報を登録し、看護サマリや看護計画作成の基本データとして利用する機能（看護データベース）を有すること。
8	1	1	2	データベースのフォーマットは病院独自の看護領域や、成人用、小児用、NANDA、ゴードン等、複数登録でき、それぞれのフォーマットで登録項目を自由に設定できること。
8	1	1	3	フォーマットは患者に応じて必要なパターンに切り替えて使用できること。
8	1	1	4	看護データベースは、外来患者、入院患者、共に登録できること。
8	1	1	5	看護データベース画面から患者基本情報画面が開けること。
8	1	1	6	看護データベース画面から患者基本情報画面で入力した家系図が参照できること。
8	1	1	7	各項目の入力は、選択入力やフリー入力が使用できること。
8	1	1	8	医事会計システムから患者基本情報（患者氏名、生年月日、性別、住所、連絡先等）を自動で取り込めること。
8	1	1	9	病名や、電子カルテの患者基本情報と重複する項目（身長、体重、等）は、再度入力することがないよう、看護データベースのフォーマットを開いた時点で入力内容が反映されること。
8	1	1	10	看護データベースで入力した情報（看護度区分、等）で電子カルテの患者基本情報と重複する項目は、再度入力することがないよう、患者基本情報に入力内容が反映されること。
8	1	1	11	看護データベースの内容は履歴管理機能を有し、過去の入院時や入院中の情報を参照できること。
8	1	1	12	看護データベースの内容は印刷できること。
8	1	1	13	看護データベースの内容は印刷イメージで参照できること。
8	1	1	14	データベースの入力は領域ごとにタブをわけ、入力できること。
8	1	1	15	アセスメント入力画面を有し、領域ごとにに入力したそれぞれのアセスメントの内容を参照しながら、統合アセスメントの内容を入力できること。
8	1	1	16	看護データベースで入力した内容を参照しながら、看護問題のリストが参照でき、看護問題を登録できること。
8	1	1	17	看護データベースで入力したアセスメント情報から抽出した看護問題の候補を導き出す機能を有すること。
8	2			看護計画／問題
8	2	1		看護問題候補
8	2	1	1	看護データベースで入力したアセスメント情報から抽出した看護問題の候補を、一覧表示できること。
8	2	1	2	一覧にはアセスメントの該当項目数がヒット数として看護問題（各診断名）候補ごとに表示されること。
8	2	1	3	現在有効な看護問題リストを参照できること。
8	2	1	4	現在有効な看護問題リストを参照しながら看護問題の候補を選択し、問題として登録できること。
8	2	2		看護問題選択
8	2	2	1	看護問題リストの中から看護問題を選択し診断ラベルをつけることができること。
8	2	2	2	看護問題リストは、病院指定の看護分類（例えば、看護診断、共同問題、診療科別、疾病別標準看護計画、等）で分類され、階層構造で一覧表示できること。
8	2	2	3	看護問題リストから患者に適した看護問題を複数選択できること。
8	2	2	4	各看護問題の定義が参照できること。
8	2	2	5	看護問題名称のキーワード検索ができること。
8	2	2	6	看護問題選択時に、問題ごとの関連因子、診断指標、患者目標、看護介入、等が表示され、問題を登録する時のガイドとして参照できること。
8	2	2	7	看護問題の名称をフリー入力で追記、修正できること。
8	2	3		看護計画作成
8	2	3	1	看護問題ごとに関連因子等を選択し、看護計画を立案できること。
8	2	3	2	看護問題の全件表示と現在有効な看護問題のみの表示が切り替えて表示できること。
8	2	3	3	全件表示の場合には、日付を変更して看護問題を参照できること。
8	2	3	4	看護問題の表示順は、発生順および優先順位順に並べ替えができること。
8	2	3	5	未登録状態の看護問題は登録済みのものと区別し、表示できること。
8	2	3	6	看護問題の削除ができること。
8	2	3	7	現在有効な看護問題の一括終了ができること。
8	2	3	8	看護問題の開始日を登録できること。
8	2	3	9	看護問題に、語尾（～のハイリスク状態、～の疑い等）を付け登録できること。
8	2	3	10	看護問題のコメントを登録できること。
8	2	3	11	看護問題の評価予定日を登録できること。 評価予定日には、開始日または前回評価日からの規定日数後の日付が自動で計算され、表示されること。
8	2	3	12	評価予定日は、任意の日付に変更できること。
8	2	3	13	評価を過去に入力している看護問題については、評価予定日の下部に最終評価日と評価内容が参照できること。
8	2	3	14	看護問題に関する看護計画は、病院指定の分類により計画立案できるよう、マスタ管理できること。
8	2	3	15	看護問題を選択することにより、その内容に応じた関連因子、診断指標、患者目標および看護介入等の一覧が表示され、その中から患者に該当する項目を選択し看護計画が立案できること。
8	2	3	16	関連因子、診断指標、患者目標および看護介入は親子関係を設定し階層表示できること。
8	2	3	17	関連因子、診断指標、患者目標および看護介入について、フリー入力にも対応していること。
8	2	3	18	関連因子、診断指標、患者目標および看護介入の各項目について、補足のコメントが入力できること。
8	2	3	19	関連因子、診断指標、患者目標および看護介入の各項目について、到達目標が設定できること。
8	2	3	20	関連因子、診断指標、患者目標および看護介入の各項目について、定義が参照できること。
8	2	3	21	関連因子、診断指標、患者目標および看護介入の各項目が一件ずつ削除できること。
8	2	3	22	関連因子、診断指標、患者目標および看護介入の各評価項目について、評価日、評価内容および評価コメントが入力できること。 また、その評価の履歴を参照できること。
8	2	3	23	看護問題ごとに、評価日、評価内容および評価コメントが入力できること。 また、その評価の履歴を参照できること。
8	2	3	24	評価記録を看護記録として登録する場合には、看護計画画面から看護記録入力画面を開けること。

8				看護支援システム
8	2	3	25	仮想統合 ORACLES SQL系サーバ
8	2	3	26	看護計画の内容を参照しながら、評価記録を入力できること。
8	2	3	27	評価記録は看護記録の一部として登録され、プログレスノート画面で参照できること。
8	2	3	28	看護介入に関連する測定、観察、ケア等の看護項目を紐づけておくことにより、関連する項目が問題に関連する項目としてリスト表示され、詳細予定をスケジュール登録できること。
8	2	3	29	看護問題リストと各看護問題ごとの看護計画シートが印刷できること。
8	2	3	30	看護問題リストと各看護問題ごとの看護計画シートの印刷イメージが参照できること。
8	2	3	31	看護計画シートには、患者氏名、看護問題名、立案月日、評価日時、評価内容等が表示されること。
8	3			看護指示
8	3	1		患者状態登録
8	3	1	1	患者状態登録画面では、看護度分類、救護区分（患者移動方法）、安静度、ADL等の登録が行なえること。
8	3	1	2	患者状態の各項目内容に応じた指示内容を選択入力できること。
8	3	1	3	患者状態項目の選択画面は階層構造で表示できること。
8	3	1	4	指示内容は一度に複数選択できること。
8	3	1	5	患者状態の項目に応じて、開始日、終了日、コメント、指示内容等の各種情報が登録できること。
8	3	1	6	患者ごとの登録済み患者状態項目（指示項目、指示内容、更新日時、最終更新者等）を一覧で参照できること。
8	3	1	7	同一期間に項目が重複しないように、開始日、終了日が自動調整されること。
8	3	1	8	患者状態の情報は、履歴保存でき、参照できること。
8	3	1	9	登録されている患者状態をまとめて終了できること。
8	3	1	10	登録した患者状態情報は、看護管理日誌、ワークシート帳票に反映できること。
8	3	1	11	登録した患者状態情報は、カードックス、ワークシート画面で参照でき、この画面からも患者状態の追加、変更ができること。
8	3	1	12	看護必要度の項目は、看護必要度集計画面に内容が連動されること。
8	3	2		看護指示登録
8	3	2	1	看護指示項目について、ケア項目、バイタル等の測定実施項目、観察項目等の登録が行なえること。
8	3	2	2	各看護指示項目について、属性(ケア、測定、観察、IN/OUT)と、入力形式（数値入力、選択入力）を設定できること。
8	3	2	3	数値入力の場合には、制限値の設定ができること。
8	3	2	4	患者ごとに必要な看護指示項目を選択して、スケジュールが作成できること。
8	3	2	5	看護指示項目の選択画面は階層構造で表示できること。
8	3	2	6	看護指示項目は名称による検索ができること。
8	3	2	7	看護指示項目は一度に複数選択できること。
8	3	2	8	看護指示項目と処置項目の結びつけておくことにより、看護項目の予定を立てることで処置項目の予定も連動できること。（例、酸素吸入等）
8	3	2	9	看護指示項目ごとに、開始日、終了日、曜日または日数間隔、実施予定回数、実施予定時刻の登録ができること。
8	3	2	10	終了日未定の登録ができること。
8	3	2	11	複数回の実施予定時刻をスケジュールとして登録できること。
8	3	2	12	看護指示項目ごとに、補足コメントが登録できること。
8	3	2	13	患者ごとの登録済み看護項目内容（曜日、回数実施時刻、最終更新者）を一覧で参照しながら、看護項目の入力ができること。
8	3	2	14	複数の看護指示項目について、同じスケジュールを一度に作成、登録できること。
8	3	2	15	同一期間に同一看護項目の実施予定が重複しないように開始日、終了日が自動調整されること。
8	3	2	16	看護問題との連動により、選択した看護介入の項目と関連づけされているケア項目が表示でき、選択して登録できること。
8	3	2	17	登録したケア予定は、ワークシート帳票に反映できること。
8	3	2	18	登録したケア予定は、カードックス、ワークシート画面で参照でき、それぞれの画面からもケア予定の追加、変更ができること。
8	3	2	19	看護指示項目を複数選択し、一括削除できること。
8	3	3		看護指示セット入力
8	3	3	1	患者状態、看護指示項目等をパターン化したセットとして登録できること。
8	3	3	2	セットは、各項目について基準日からの日数と期間を設定でき、時系列に組み合わせて作成できること。
8	3	3	3	登録されているセットを利用して患者状態、看護指示項目の登録ができること。
8	3	3	4	セットの適用時に基準日が指定でき、セットに登録されている看護指示項目の予定および患者状態情報が時系列に表示できること。
8	3	3	5	セットは階層構造で作成することができること。
8	3	3	6	セットで登録した看護指示項目の修正ができること。
8	3	4		実施入力
8	3	4	1	予定されている看護指示項目に対して、実施入力ができること。
8	3	4	2	指定日に予定されている看護指示項目が表示され、測定値、観察内容等の値の入力や、実施の入力ができること。
8	3	4	3	各実施情報には、実施時刻が登録できること。
8	3	4	4	実施予定時刻がスケジュールされている項目は、予定時刻が表示されていること。 また、スケジュールされている予定以外の時刻でも予定外の実施入力ができること。
8	3	4	5	測定値、IN/OUT項目については、キーボードまたは画面表示されるテンキーパッドから入力できること。 また、入力値に対して、項目ごとに設定されている桁数、上限値、下限値のチェックが行われること。
8	3	4	6	テンキーパッドには、前回測定値を基準にした近傍の候補値が表示され、選択入力できること。
8	3	4	7	測定値、IN/OUT項目以外の項目については、選択入力またはフリー入力できること。
8	3	4	8	実施入力された項目は、実施した事を示すため、チェックボックスにチェックが入ること。
8	3	4	9	実施済みの内容を修正できること。また、実施済みの進捗を未実施に戻すことができること。
8	3	4	10	実施時刻を修正して登録できること。
8	3	4	11	予定されている処置内容、予定回数も同時に表示され、実施入力ができること。

8				看護支援システム
8	3	4	12	ケア実施入力時にケア実施に伴う処置項目が選択可能であり、医事会計システムへ送信できること。
8	3	5		患者状態一括入力
8	3	5	1	複数患者について患者状態項目が参照でき、一度に患者状態の入力ができること。
8	3	5	2	対象となる患者状態項目の組み合わせは自由に設定でき、シートとして登録できること。
8	3	5	3	シートは複数設定でき、切り替えて参照、登録できること。
8	3	5	4	対象患者は、病棟全患者、病棟チーム患者、または患者一覧からの個別選択ができること。
8	3	5	5	日付を過去日に指定することで、過去日時の入力内容が参照できること。
8	3	6		実施一括入力
8	3	6	1	複数患者について、複数の看護指示項目の測定値、観察結果を一度に入力できること。
8	3	6	2	対象となる看護指示項目の組み合わせは自由に設定でき、シートとして登録できること。
8	3	6	3	シートは複数設定でき、切り替えて参照、登録できること。
8	3	6	4	入力時に看護指示項目を追加できること。
8	3	6	5	看護指示項目のスケジュールがある患者のみの表示ができること。
8	3	6	6	対象患者は、病棟全患者、病棟チーム患者、または患者一覧からの個別選択ができること。
8	3	6	7	実施予定時刻がスケジュール登録されている項目は、予定時刻が表示されること。 また、スケジュール登録されていない予定外の登録もできること。
8	3	6	8	測定値、I N／O U T項目については、キーボードまたは画面表示されるテンキーパッドから入力できること。 また、入力値に対して、項目ごとに設定されている桁数、上限値、下限値のチェックが行われること。
8	3	6	9	日付を過去日に指定することで、過去日時の入力ができること。
8	3	7		他機能連携
8	3	7	1	看護指示項目の実施した日付をフローシート、モニタリングシートに表示できること。 特定の枠をクリックすることで、特定項目が実施された日付で絞込みができること（例、血糖値の値を測った日付のみ絞込み表示する、など）
8	3	7	2	一日に複数回実施されている看護指示項目は[]書きで表示され、マウスを合わせると全回数分の値を参照できること。
8	3	7	3	モニタリングシートでは、数値入力のうち指定した6項目はグラフ表示できること。
8	4			指示受け
8	4	1		病棟T O D O
8	4	1	1	各病棟のリーダー看護師が、日々の作業スケジュールを担当看護師に割り振り、病棟の作業管理を行えるよう、指定した病棟のオーダー一覧を表示できること。
8	4	1	2	入院患者に対して医師のオーダー情報、看護情報等の内容を一覧形式で表示ができること。また、スケジュール調整を行うことができること。
8	4	1	3	一覧には指示の種類がわかるアイコン、予定時刻、患者氏名、指示内容、実施時刻、指示医、指示者、入院病室等が表示できること。
8	4	1	4	時間未定のオーダーをまとめて表示できること。
8	4	1	5	処方オーダーで、回数量、規格量薬剤のオーダーをまとめて表示できること。
8	4	1	6	必要時指示情報が表示できること。
8	4	1	7	指示受け済み、指示受け予定時間が過ぎたオーダーを容易に把握できるように色分けして一覧に表示できること。
8	4	1	8	一覧の表示列の並べ替えが可能で、各々の項目で昇順、降順が変更できること。
8	4	1	9	病棟ごとで表示内容の絞込みができること。
8	4	1	10	受持患者の表示のみに絞込みができること。
8	4	1	11	病棟患者の表示のみに絞込みができること。
8	4	1	12	病棟チーム患者ごとの表示のみに絞込みができること。
8	4	1	13	部屋順、時間順に表示ができること。
8	4	1	14	日付又は勤務帯で表示内容の変更ができること。
8	4	1	15	オーダー内容により表示条件指定ができること。
8	4	1	16	項目ごとに一覧に表示されているオーダー内容の詳細内容が参照できること。
8	4	1	17	オーダー内容の詳細内容画面では、指示見落とし防止のため、横スクロールすることなく指示内容が表示されること。
8	4	1	18	項目ごとに一覧から指示受け対象を選択することにより、指示受けができること。
8	4	1	19	患者ごとに、同一オーダー種はまとめて一括指示受けができること。
8	4	1	20	指示受け画面では、変更前と変更後内容が対比して表示されること。
8	4	1	21	指示内容について問い合わせの入力、問い合わせに対する回答表示ができること。
8	4	1	22	リーダー看護師、担当看護師それぞれによる指示受けができること。
8	4	1	23	看護指示につながる指示（安静度、バイタル等）は、指示受け事に看護指示項目のスケジュールに自動反映できること。
8	4	1	24	一覧から実施入力対象を選択することにより、実施入力ができること。
8	4	1	25	実施一覧画面では、カレンダー表示ができること。
8	4	1	26	実施一覧画面では、依頼情報と実施状況、実施回数が表示されること。
8	4	1	27	実施一覧画面から実施入力詳細画面の表示をできること。
8	4	1	28	実施入力詳細では、実施日、実施時間、使用量、単位、入力者等の登録ができること。
8	4	1	29	実施時にコメントが入力できること。
8	4	1	30	実施時に中止入力ができること。
8	4	1	31	日付未定、時間未定、担当看護師が決まっていない項目は指示受け担当者の割り振りが登録できること。
8	4	1	32	指示一覧より看護師名に指示情報をドラック＆ドロップをすることで割り振りが登録できること。
8	4	1	33	入院患者一覧画面、ベットマップで未確認指示の表示ができること。 また未受け指示の重要度の把握ができること。
8	4	1	34	一覧から患者を指定してカルテが開けること。
8	4	2		看護師T O D O
8	4	2	1	病棟の各看護師が、自身が担当する日々の作業スケジュールを参照し、指示受け、疑義問い合わせ等を行えるよう、ログインした看護師が担当する指示一覧を表示できること。
8	4	2	2	一覧にはオーダーの種類がわかるアイコン、予定時刻、患者氏名、指示内容、実施時刻、指示医、支持者、入院病室等が表示できること。

8				看護支援システム
8	4	2	3	時間未定のオーダをまとめて表示できること。
8	4	2	4	処方オーダで、回数量、規格量薬剤の項目をまとめて表示できること。
8	4	2	5	代行入力したオーダの承認状況を表示できること。
8	4	2	6	必要時指示情報が表示できること。
8	4	2	7	指示受け済み、指示受け予定時間が過ぎた指示を容易に把握できるように色分けして一覧に表示できること。
8	4	2	8	一覧の表示列の並べ替えが可能で、各々の項目で昇順、降順が変更できること。
8	4	2	9	部屋順、時間順に表示ができること。
8	4	2	10	日付又は勤務帯で表示内容の変更ができること。
8	4	2	11	オーダ内容により表示条件指定ができること。
8	4	2	12	項目ごとに一覧に表示されているオーダ内容の詳細内容が参照できること。
8	4	2	13	オーダ内容の詳細内容画面では、見落とし防止のため、横スクロールすることなく指示内容が表示されること。
8	4	2	14	項目ごとに一覧から指示受け対象を選択することにより、指示受けができること。
8	4	2	15	患者ごとに、同一オーダ種はまとめて一括指示受けができること。
8	4	2	16	指示受け画面では、変更前と変更後内容が対比して表示されること。
8	4	2	17	指示内容について問い合わせの入力、問い合わせに対する回答表示ができること。
8	4	2	18	リーダ看護師、担当看護師それぞれによる指示受けができること。
8	4	2	19	看護指示につながる指示（安静度、バイタル等）は、指示受け事に看護指示項目のスケジュールに自動反映できること。
8	4	2	20	一覧から実施入力対象を選択することにより、実施入力ができること。
8	4	2	21	実施一覧画面では、カレンダー表示ができること。
8	4	2	22	実施一覧画面では、依頼情報と実施状況、実施回数が表示されること。
8	4	2	23	実施一覧画面から実施入力詳細画面の表示をできること。
8	4	2	24	実施入力詳細では、実施日、実施時間、使用量、単位、入力者の登録ができること。
8	4	2	25	実施時のコメントが入力できること。
8	4	2	26	実施時に中止入力ができること。
8	4	2	27	一覧から患者を指定してカルテが開けること。
8	5			看護ワークシート
8	5	1		看護ワークシート
8	5	1	1	複数患者のオーダ情報と看護指示項目を一覧の表形式で画面表示できること。
8	5	1	2	対象患者は、病棟全患者、ＩＣＴ等専門チームごと、個別選択方式、または自分の担当患者のみ、が選択できること。
8	5	1	3	個別選択方式の場合には、病室毎、病棟チーム毎に一括選択できること。
8	5	1	4	看護ワークシート画面の表形式は、患者軸と時間軸またはデータ種軸の組み合わせ等、複数シート設定できること。 また、表示対象データは表ごとに設定できること。
8	5	1	5	表示対象データに特定の検査結果を指定することができ、項目ごとにセルに結果値が表示できること。
8	5	1	6	規定値で表示する看護ワークシートの種別を病棟ごとに指定できること。
8	5	1	7	看護ワークシート画面に表示される看護指示項目のうち時刻指定されている項目は、勤務帯ごとに背景色を色分けできること。 また、実施状況を任意のマークで区別して表示できること。
8	5	1	8	看護ワークシート画面から、測定、観察、ケア等の看護指示項目の実施入力ができること。
8	5	1	9	測定値、ＩＮ／ＯＵＴ項目の実施入力については、キーボードまたは画面表示されるテンキーパッドから入力できること。 また、入力値に対して、項目ごとに設定されている桁数、上限値、下限値のチェックが行われること。
8	5	1	10	テンキーパッドには、前回測定値を基準にした近傍の候補値が表示され、選択入力できること。
8	5	1	11	看護ワークシートの表示項目から詳細内容の表示ができること。
8	5	1	12	看護ワークシート画面から、処方、注射、処置等のオーダに対する実施入力ができること。 また、医事会計システムへの連動ができること。
8	5	1	13	各看護ワークシートは、表示期間の変更ができること。
8	5	1	14	表示されているシートにデータがない患者を表示するか否か選択できること。
8	5	1	15	各看護ワークシート間の切り替えがシート変更により容易にできること。
8	5	1	16	各看護ワークシートから患者を指定してカルテが開けること。
8	5	1	17	各看護ワークシートから記録入力画面を表示できること。
8	5	1	18	各看護ワークシートから検査結果を表示できること。
8	5	1	19	ワークシート上の患者を選択すると、シート上部に患者基本情報（患者氏名、患者ＩＤ、性別、生年月日、入院日、病棟、入院科、薬剤禁忌情報、感染症情報、食物禁忌情報、障害情報）が表示されること。
8	5	1	20	画面表示された各ワークシートイメージが印刷できること。
8	5	2		ワークシート帳票
8	5	2	1	各種ワークシート帳票の印刷ができること。
8	5	2	2	ワークシート帳票の印刷前にプレビューで出力内容が確認できること。
8	5	2	3	ワークシート帳票はデータとして出力できること。
8	5	2	4	帳票の出力対象患者は、病棟全患者、病棟チーム、ＩＣＴ等専門チーム、部屋、患者別の選択方式があり、選択患者について一括で帳票出力指示ができること。
8	5	2	5	表示する患者については、データのある患者のみとするか全患者を表示するか、選択できること。

8				看護支援システム
8	5	2	6	出力対象のワークシート帳票は、下記の帳票が印刷できること。 ・個人別ワークシート ・検温表（週間、日別） ・週間予定 ・病棟ワークシート ・出棟一覧 ・フリーシート ・ケアプランシート ・ケアスケジュール ・看護問題（一覧、詳細）
8	6			経過表
8	6	1		経過表
8	6	1	1	経過表は患者ごとに、日付、グラフ、測定値、I N／O U T、各種オーダ情報が表示でき、表示対象と並び順、表示、非表示の初期値を職種ごとに設定できること。
8	6	1	2	経過表のグラフは、体温、脈拍、呼吸数、血圧等のバイタルデータ、および検査結果データを折れ線グラフで表示できること。
8	6	1	3	経過表のグラフは、対象項目、スケール、グラフ線の色、マークの組み合わせを設定することができ、随時表示切り替えできること。
8	6	1	4	経過表のグラフは、マークを選択することにより、項目、実施時間、測定値、実施入力者をガイド表示でき、実施内容を確認できること。
8	6	1	5	経過表のグラフは、切り替えにより、指定した項目のグラフのみの表示もできること。
8	6	1	6	経過表のグラフ部に付箋（メモ入力）を貼り付けられること。 付箋の種類は、経過表の日時に合わせて移動する時系列タイプと、常に表示される固定タイプの2種に対応できること。
8	6	1	7	経過表のグラフは、表示、非表示が切り替えられること。
8	6	1	8	経過表の表示形式は、1列あたりの時間数と表示列数の組合せ（1列1日×7列＝1週間表示、1列1時間×24列＝1日表示等）を登録でき、随時表示切り替えできること。
8	6	1	9	経過表の表示形式は、標準、小児用、重症用等、表示形式でタイトルをつけ登録でき、随時表示切替ができること。
8	6	1	10	表示形式ごとに、職員別、患者別に表示する項目の並び替えや、表示、非表示を選択でき、保存できること。
8	6	1	11	経過表の日付部には、入院、転棟、外泊、外出、退院等の移動情報が表示できること。
8	6	1	12	経過表の日付部には、病日、術後日数の表示ができること。
8	6	1	13	経過表の日付部には、患者ごと検査等のイベント日を登録することができ、イベント日からの経過日数を表示できること。
8	6	1	14	経過表の日付部には、帯機能として特定の期間のイベント、項目を開始、終了日時で区切り、入力できること。（例、酸素や人工呼吸器が装着期間などを表示するときに用いる）
8	6	1	15	経過表には、食事オーダで登録された食種情報を表示できること。 また、食事摂取量の情報を表示できること。
8	6	1	16	経過表から患者状態、看護指示項目の実施入力ができること。
8	6	1	17	測定値、I N／O U T項目の実施入力については、キーボードまたは画面表示されるテンキーパッドから入力できること。 また、入力値に対して、項目ごとに設定されている桁数、上限値、下限値のチェックが行われること。
8	6	1	18	テンキーパッドには、前回測定値を基準にした近傍の候補値が表示され、選択入力できること。
8	6	1	19	経過表には、ケア実施で入力された測定値、観察結果を表示できること。 枠内の表示は、設定により表示パターン（最終値、全データ並べて表示）の指定ができること。
8	6	1	20	経過表には、I N／O U T項目は項目ごとの集計値と、I N集計値、O U T集計値およびバランスが自動集計され、表示できること。
8	6	1	21	経過表には、各種オーダ情報が表示できること。 また、マウスを合わせることでオーダの詳細情報も表示できること。
8	6	1	22	各種オーダ情報、バイタル情報、観察項目等は、それぞれ独立で表示、非表示の切り替えができること。
8	6	1	23	検査結果の値を表示できること。
8	6	1	24	経過表画面から、各メニュー（患者データベース、看護問題入力等）の入力画面へ容易に遷移できること。
8	6	1	25	看護問題の欄には、評価予定日が表示されること。 また、マウスを合わせることで問題の詳細情報も表示できること。
8	6	1	26	経過表には、記録のタイトル、記載者、記録時間が表示され、詳細を選択することで記載内容が参照できること。
8	6	1	27	インスリン指示情報を表示できること。
8	6	1	28	インスリン指示時間に合わせ、血糖測定の看護スケジュールが自動で生成されること。
8	6	1	29	インスリン指示情報は、固定打ち指示とスライディングスケール指示それぞれの、依頼と実績を表示すること。
8	6	1	30	依頼行では未実施の指示の有無が一目で分かるよう、進捗をマークで表示すること。
8	6	1	31	実績行では、指示薬剤ごとに薬剤投与量、中止の実績が表示されること。複数のデータがある場合にはスラッシュで区切って表示されること。
8	6	1	32	実績行にカーソルをあてると該当枠内の実施時間と薬剤名、実施単位が確認できること。スライディングスケール指示の場合は、スケールのパターンも表示されること。
8	6	1	33	経過表から、記録入力を行うことができること。
8	6	1	34	一日ごとに医師コメント、看護師コメントが入力できること。

8				看護支援システム
8	6	1	35	経過表の文字サイズが変更できること。
8	6	1	36	経過表の表示において、ケア予定のない日に対してセル背景色を変更できること。
8	7			看護患者一覧
8	7	1		看護患者一覧
8	7	1	1	看護患者一覧では、患者一覧と経過表、またはカードデックスを左右に組合わせて表示でき、申し送り時などに複数患者の情報を素早く確認できること。
8	7	1	2	患者一覧に表示される患者は、病棟または受持ち患者を選択して切り替えて表示できること。
8	7	1	3	患者一覧から患者を選択して、カードデックスまたは経過表を選択患者の内容に切替えることができること。
8	7	1	4	選択されている患者について、測定、観察、ケア等の看護指示項目の実施入力や、ケア項目追加、患者状態、看護計画の入力ができること。
8	7	1	5	測定値、I N / O U T 項目の実施入力については、キーボードまたは画面表示されるテンキーパッドから入力できること。 また、入力値に対して、項目ごとに設定されている桁数、上限値、下限値のチェックが行われること。
8	7	1	6	テンキーパッドには、前回測定値を基準にした近傍の候補値が表示され、選択入力できること。
8	7	1	7	患者一覧から患者を指定してカルテが開けること。
8	8			カードデックス
8	8	1		カードデックス
8	8	1	1	患者ごとに対象日のオーダ情報と看護指示項目を一覧で表示できること。
8	8	1	2	患者氏名、生年月日、性別、血液型、薬剤禁忌、食物禁忌、感染症、障害情報、入院病棟、入院病室、入院科の患者基本情報が表示できること。
8	8	1	3	現在有効な看護問題が表示され、看護問題の開始日、項目、次回評価予定日等が参照できること。
8	8	1	4	患者状態（看護度分類、救護区分（患者移動方法）、安静度、ADL等）の表示ができること。
8	8	1	5	食事情報が表示できること。
8	8	1	6	各オーダ情報（処方、注射、処置、手術、栄養指導、放射線、生理、内視鏡、検体検査、移動情報、必要時指示等）が表示できること。
8	8	1	7	バイタル等の看護ケア予定情報が表示されること。
8	8	1	8	バイタル等の看護実施情報が表示されること。
8	8	1	9	医師のオーダ情報の進捗が確認できること。
8	8	1	10	測定、観察、ケア等の看護指示項目の実施入力や、ケア項目追加、患者状態、看護計画の入力ができること。
8	8	1	11	測定値、I N / O U T 項目の実施入力については、キーボードまたは画面表示されるテンキーパッドから入力できること。 また、入力値に対して、項目ごとに設定されている桁数、上限値、下限値のチェックが行われること。
8	8	1	12	テンキーパッドには、前回測定値を基準にした近傍の候補値が表示され、選択入力できること。
8	8	1	13	処方、注射、処置のオーダに対する実施入力ができること。 また、医事会計システムへの連動ができること。
8	8	1	14	ケア予定や各種オーダ情報の表示順は、変更できること。
8	8	1	15	画面表示された内容が印刷できること。
8	8	1	16	画面表示された内容がデータとして出力できること。
8	8	1	17	カードデックス画面から、各メニュー（ケア予定入力、看護問題入力等）の入力画面へ容易に遷移できること。
8	9			看護記録
8	9	1		看護記録
8	9	1	1	看護記録の形式は、SOAP、F D A R、フリー入力から選択できること。
8	9	1	2	看護記録は、オブジェクト形式（テンプレート、シェーマ、テキスト、図形入力形式）での入力ができること。
8	9	1	3	SOAP形式の場合、プロブレムを患者に登録済みの看護問題一覧から選択できること。
8	9	1	4	F D A R形式の場合、フォーカスをマスタから選択、またはフリー入力できること。
8	9	1	5	看護記録のタイトルは、あらかじめ病院ごとに登録されたタイトル一覧（チーム医療項目等）から選択できること。
8	9	1	6	登録するタイトルは、階層化して登録できること。 階層化されたタイトルを選択したときには、上位タイトルと下位タイトルをあわせてタイトルとして表示できること。
8	9	1	7	看護記録のタイトルのみを修正できること。また修正するときにはタイトルのみ修正モードであることが容易にわかるよう画面の背景色を指定できること。
8	9	1	8	記事タイトルには、立案されたアウトカム内容からの選択が可能であること。
8	9	1	9	プロブレムやフォーカスで看護記録の絞り込み表示ができること。
8	9	1	10	テキスト形式によるフリー入力ができること。
8	9	1	11	メニューボタンから容易に入力枠を追加できること。
8	9	1	12	保険は一覧から選択して指定できること。
8	9	1	13	記載日時を指定ができること。未来日時を指定したときには警告メッセージが表示できること。
8	9	1	14	テンプレートをを使用した看護記録入力ができること。 また、利用したテンプレートのタイトルの記事のタイトルとして引用できること。
8	9	1	15	定型文を使用した看護記録の入力ができること。
8	9	1	16	定型文が登録できること。
8	9	1	17	看護記録にシェーマを挿入できること。
8	9	1	18	頻用するコメント、シェーマ、テンプレートを事前にお気に入りフォルダに登録し、容易に流用できるようにすることで看護記録入力時の負担低減ができること。
8	9	1	19	テンプレート、シェーマ、定型文は利用者ごとにお気に入り登録ができること。
8	9	1	20	看護記録には、画像ファイル、テキストファイル等の外部ファイルを添付できること。
8	9	1	21	入力した看護記録はフローシートに反映できること。
8	9	1	22	看護記録入力時にフォント、文字サイズ、文字色の変更や強調文字（太字、斜体、下線）の設定ができること。
8	9	1	23	看護記録の内容が重要な場合に、重要度マークを付けられること。
8	9	1	24	看護記録入力時に過去の診療記録、過去のオーダ情報を引用できること。

8				看護支援システム
8	9	1	25	看護記録入力時に検査結果照会の結果値を引用できること。
8	9	1	26	過去の看護記録を引用して記載するときには、引用モードであることが容易にわかるよう画面の背景色を変更できること。
8	9	1	27	他職種の方が記載した記事を引用するとき、警告メッセージを表示し、タイトルや内容について利用者に注意喚起ができること。
8	9	1	28	修正の際はプログレスノートの記載内容から当該テンプレート等呼び出し、容易に修正ができること。
8	9	1	29	看護記録の修正時には、修正モードであることが容易にわかるよう画面の背景色を変更できること。
8	9	1	30	テンプレートを使用した診療記録を修正するときは、テンプレート形式での修正のほか、テキストとしての修正もできること。
8	9	1	31	入力内容を登録するとき、登録前に入力内容が確認できること。
8	9	1	32	削除登録するとき、登録前に削除内容が確認できること。
8	9	1	33	看護記録入力モード（記事の区分、タイトルの区分、タイトルに付けるプロブレムの並べ替え順、全角半角の規定値設定等）を利用者ごとに設定できること。
8	9	1	34	一画面で過去の診療記録と今回診療記録入力欄が表示ができること。
8	9	1	35	看護記録入力の自動バックアップができること。
8	9	1	36	看護記録の入力途中で一時保存ができること。
8	9	1	37	修正、削除をするとき理由の登録、表示ができること。
8	9	1	38	遅滞なく看護記録の記載をできるようにするため、修正、削除ができる期間を設定により制御できること。
8	9	1	39	登録済みの記録に関連する記録として関連記事を作成できること。
8	9	1	40	関連付けられた元となった記録、新たに追記した記録のどちらにも関連記事ありの表示ができること。
8	9	1	41	関連記事として登録された一連の記事をまとめて参照できること。
8	9	1	42	書きかけの記事を登録せずに保存しておけるよう、記事の下書きができること。
8	10			看護サマリ
8	10	1		看護サマリ
8	10	1	1	看護サマリ文書を作成でき、印刷や発行管理ができること。
8	10	1	2	サマリの登録項目を自由に設定でき、退院サマリ、中間サマリ等の複数の文書フォーマットを設定できること。
8	10	1	3	オーダ情報、病名、患者基本情報、患者状態、医師名の引用ができること。
8	10	1	4	看護問題および看護計画内容の引用ができること。
8	10	1	5	看護記録のコピー＆ペーストでサマリに引用できること。
8	10	1	6	Microsoft Excel、Microsoft Wordの操作性で文書を作成できること。
8	10	1	7	テキスト形式のフリー入力ができること。
8	10	1	8	フリー入力では、テキスト入力の他に図や図形の挿入ができること。
8	10	1	9	患者情報、利用者情報の自動引用ができること。
8	10	1	10	作成の際には、既に入力された診療情報を容易に流用できること。
8	10	1	11	入力の際にはテンプレートが利用できること。
8	10	1	12	画像データが添付できること。
8	10	1	13	検査結果をコピーし貼り付けできること。
8	10	1	14	文書の修正、削除が行なえること。
8	10	1	15	文書を修正した場合、更新情報（区分、更新科、更新者、更新日）が表示できること。
8	10	1	16	過去に作成した文書を流用して新規文書作成ができること。
8	10	1	17	文書をセット化でき、セットから文書を選択できること。
8	10	1	18	セット（文書のセット化）には、入院時用等のように分類をして登録できること。 分類は階層化して登録できること。
8	10	1	19	よく利用する文書を利用者ごとにお気に入りとして登録できること。
8	10	1	20	作成予定文書として文書の仮登録ができること。利用者毎に作成予定の文書を一覧で確認できること。
8	10	1	21	サマリ毎に設定された承認者による承認ができること。 また、承認後のサマリは承認者以外修正できないこと。
8	10	1	22	文書で作成した一部のデータを外部ファイル出力できること。
8	10	1	23	印刷後の登録漏れを防ぐために、印刷のみのボタンの利用制限ができること。
8	10	1	24	文書登録時に、文書毎に設定した確認メッセージが表示できること。
8	10	2		看護サマリ照会
8	10	2	1	作成者、承認者、作成日、診療科、文書の作成進捗、患者ID、同意確認の条件を指定し、該当する文書の一覧が表示できること。 また、文書名はキーワード入力による部分検索ができること。
8	10	2	2	文書一覧には、患者ID、患者氏名、文書名、文書作成進捗、作成日、診療科、性別、生年月日、年齢が表示できること。
8	10	2	3	各項目名を選択することでワンクリックで並べ替えができること。
8	10	2	4	一覧から文書の参照、印刷ができること。
8	10	2	5	一覧から文書を流用し、新規文書作成ができること。
8	10	2	6	一覧から文書の修正、削除ができること。
8	10	2	7	一覧から患者カルテを表示できること。
8	10	2	8	一覧をファイル出力できること。
8	10	3		看護サマリ承認
8	10	3	1	サマリ作成後に次の処理状態（承認待、最終承認待ち）や次の処理者の選択ができること。
8	10	3	2	承認が必要なサマリを文書毎に内容を確認し、承認または差し戻しを行う機能があること。
8	10	3	3	作成した文書を修正した場合に文書の版数管理ができること。
8	10	3	4	作成中、承認待、最終承認待ち、承認済の進捗管理ができること。
8	10	4		看護サマリ作成進捗管理
8	10	4	1	サマリの作成状況が把握できるよう、作成中の文書を一覧表示できる作成進捗管理画面を有すること。
8	10	4	2	記載者、承認者を設定し、各担当者の作成状況の確認を行うことができること。
8	10	4	3	利用者ごと、患者ごとに処理に必要な文書を一覧表示し、文書の記載や承認ができること。
8	10	4	4	利用者自身が担当となっている文書を容易に把握できるよう、自担当文書（My文書）が絞り込まれた状態で初期表示できること。

8				看護支援システム
8	10	4	5	未作成、作成中、作成完了、承認待、差し戻し、最終承認待等の進捗状況管理ができること。
8	10	4	6	作成すべき文書を容易に把握できるよう、未作成文書は赤字、作成済みはグレー等、文書の進捗状況により一覧上で文書名が色分け表示できること。
8	10	4	7	文書の記載者、承認者は、あらかじめマスタ設定により、担当看護師等を既定値として設定できること。
8	10	4	8	文書の記載者に対して作成依頼、作成期限を登録できること。
8	10	4	9	コミュニケーション機能と連動し、作成依頼先にメール送信できること。
8	10	4	10	カルテを開かなくても、作成進捗管理画面から文書を編集できること。
8	10	4	11	利用者ごとメモ登録（備忘録）ができること。
8	11			オーダ実施入力
8	11	1		実施進捗管理
8	11	1	1	処方、注射オーダに関して実施の登録、進捗管理ができること。
8	11	1	2	処方、注射オーダに関しては専用入力画面で実施入力ができること。
8	11	1	3	オーダ依頼情報が分割指示の場合は、1回ごとの実施ができること。
8	11	1	4	中止入力ができること。
8	11	1	5	実施入力は、実施日、実施時間、使用量、単位の登録ができること。
8	11	1	6	必要に応じて、実施開始時間を入力することができること。
8	11	1	7	実施時のコメントが入力できること。
8	12			看護管理帳票
8	12	1		管理日誌
8	12	1	1	管理日誌は転記作業を削減するため、電子カルテシステムや看護勤務システムで入力された情報を自動取込みし、作成できること。
8	12	1	2	指定日、指定病棟の患者数、移動状況、患者状況、勤務状況をまとめ、病棟管理日誌として出力できること。 帳票はプレビュー、ファイル出力、印刷ができること。
8	12	1	3	指定日の患者数、移動状況、患者状況、勤務状況を病棟ごとに集計し、看護管理日誌として出力できること。 帳票はプレビュー、ファイル出力、印刷ができること。
8	12	1	4	指定日の外来患者数、入院中外来患者数等を診療科別に集計し、外来管理日誌として出力できること。 帳票はプレビュー、ファイル出力、印刷ができること。
8	12	1	5	指定日の依頼診療科別、病棟別の手術件数を集計し、手術管理日誌とし出力できること。 帳票はプレビュー、ファイル出力、印刷ができること。
8	12	1	6	病棟管理日誌の入院欄の主治医が多数の場合は最新の医師名を表示すること。
8	12	1	7	管理日誌の勤務状況に項目として【応援】を追加し、応援者の名前を出せること。
8	13			看護必要度
8	13	1		看護必要度
8	13	1	1	一般病棟の看護必要度の入力、表示ができること。
8	13	1	2	ハイケアユニット、重症病棟の看護必要度の入力、表示ができること。
8	13	1	3	病棟ごとの複数患者について、指定日の看護必要度が参照でき、一度に入力、集計できること。
8	13	1	4	入力方法として、選択入力および直近の評価値から、コピーする全取込み機能により登録できること。
8	13	1	5	看護必要度の項目それぞれ合計した点数を計算できること。
8	13	1	6	看護指示項目の実施の内容が連動されること。
8	13	1	7	算定対象患者（産科、小児科、外泊患者等をのぞく）を指定し、評価できること。
8	13	1	8	病棟別、勤務帯別に看護必要度の集計ができること。
8	13	1	9	必要度条件に当てはまった患者を抽出できること。
8	13	1	10	看護必要度一括入力画面から、該当患者のカルテを開けること。
8	13	1	11	看護必要度について、下記の帳票が印刷できること。 ・病棟別看護必要患者分類構成 ・看護必要度患者分類別推移票 ・看護必要度患者分類別構成（日報・月報） ・病棟別看護必要度評価 ・病棟別看護必要度統計月報 ・看護必要度評価票 ・看護必要度チェックシート ・重症度・看護必要度集計表 ・重症度・看護必要度集計リスト ・必要度月報（様式10）
8	13	1	12	診療報酬改訂（DPC制度改正含む）に対応できるシステムであること。
8	13	1	13	科別に看護必要度の集計ができること。
8	14			受け持ち患者割り振り表
8	14	1		業務割り振り
8	14	1	1	病棟、勤務日、勤務帯、業務割りを設定し、看護師の勤務帯ごとの業務割り振りができること。
8	14	2		受け持ち割り振り
8	14	2	1	看護師の業務割り振り、受け持ち割り振りができること。
8	14	2	2	担当別、患者別の受け持ち患者の割り振りができること。
8	14	2	3	病棟チーム別、部屋別の受け持ち患者の割り振りができること。
8	14	2	4	他病棟からの応援看護師も対象として患者の割り振りができること。
8	14	2	5	業務割り振り、受け持ち患者割り振りの内容が印刷できること。
8	15			その他
8	15	1		当院個別機能
8	15	1	1	経過表の表示において、ケア予定のない日に対してセル背景色を変更できること。

9				クリニカルパス
9	1			クリニカルパス機能
9	1	1		バステンプレート登録機能
9	1	1	1	パスの作成については、診療科ごとに標準的なパターン（バステンプレート）の登録ができること。
9	1	1	2	バステンプレートは、入院日から術前まで、手術日のように治療計画の段階（ステップ）ごとに、期間を区切って作成できること。 全体を1つまたは複数のステップで構成できること。
9	1	1	3	各ステップには、そのステップで使用する治療計画のセット（ユニット）の候補を複数設定できること。 （例えば、術後のステップで、退院までの日数が5日間のパターンを 候補1、3日間のパターンを 候補2と、日数の異なるユニットを設定したり、合併症なしを 候補1、合併症ありを 候補2 とし、治療内容の異なるユニットの設定ができること。）
9	1	1	4	バステンプレート作成画面では、パスの全体像を参照できるよう、治療計画の段階ごとに期間を区切ったステップの一覧と治療計画内容を縦軸にオーダーやケア等のタスク、アウトカム項目、横軸に日付としたカレンダー形式のオーバービューで表示できること。
9	1	1	5	バステンプレートには適用時の適応基準、除外基準の登録ができること。
9	1	1	6	バステンプレートには分類名の登録ができること。
9	1	1	7	バステンプレートには有効期間の登録ができること。
9	1	1	8	バステンプレートには、作成中、公開中、試行中のテンプレート区分およびパスの種別を示す分類の登録ができること。
9	1	1	9	クリニカルインディケータ、アウトカムの登録ができること。
9	1	1	10	オーダー機能、看護ケア機能でパス内のオーダー、ケア予定の登録ができること。
9	1	1	11	バステンプレートに文書を連動させることができ、ステップを適用することにより未作成文書として取り扱うことができること。
9	1	1	12	患者説明用資料等、Microsoft WordやMicrosoft Excelで作成された各種資料・文書をパスに関連付けて登録ができること。
9	1	1	13	外来診療期間と入院診療期間がまたがったパスを作成できること。
9	1	1	14	作成したバステンプレートは、診療科ごとに一覧表示できること。 また、分類名ごとに絞込みができること。
9	1	1	15	パス一覧には、パスコード、パス名称、適応基準、除外基準、更新履歴、更新者情報が表示できること。
9	1	1	16	既存のバステンプレートの内容を流用して、新規のテンプレートとして登録ができること。
9	1	1	17	既存のバステンプレートの内容修正、削除ができること。
9	1	1	18	既存のバステンプレート修正時に改版内容を履歴管理できること。 誤った内容で登録した際は、過去の登録履歴より修正できること。
9	1	1	19	バステンプレートで作成されたユニットは、パス適用以外の患者にもセットとして利用ができること。
9	1	1	20	バステンプレート作成時の負担を軽減できるよう同一パス内のユニットをコピーし、貼り付けできること。
9	1	1	21	バステンプレート作成時の負担を軽減できるよう作成済みのユニットを科ユニットとして登録ができること。
9	1	1	22	科ユニットは、診療科ごとに登録ができること。
9	1	1	23	登録済みの科ユニットを引用できること。
9	1	1	24	他科の科ユニットを引用できること。
9	1	1	25	日本クリニカルパス学会にて提供されているアウトカムマスタ（BOM）に対応できること。
9	1	2		パス機能
9	1	2	1	バステンプレートの一覧からパスを選択し、パス適用開始日を選択し患者にパスを適用できること。 パス適用開始日は、日付選択もしくは、イベント日（手術日、入院日等）を選択し展開できること。
9	1	2	2	パス適用時に選択したパスの確認画面が表示できること。
9	1	2	3	パス適用時、休日不可に設定されたイベントが休日となるときには、警告メッセージが表示できること。
9	1	2	4	複数のパスを患者に適用できること。
9	1	2	5	患者に適用したパスは、縦軸に分類、横軸に日付とし、時系列なカレンダー形式（オーバービュー）で表示できること。
9	1	2	6	オーバービューの縦項目はアウトカム、診察記事、文書、検査、治療、食事情報、看護ケア、指示コメント、条件つき指示等の項目と、さらにそれらの内部項目が配置できること。
9	1	2	7	オーバービューの横軸には、日付とユニットごとに設定されたイベントが表示できること。
9	1	2	8	オーバービューでは、手術等のイベント日については、1日を手術前、手術中、手術後のように日付内で複数に分割して表示できること。
9	1	2	9	休日不可に設定されたイベントが休日となるときには、イベント欄にマークが表示できること。
9	1	2	10	入外区分の表示ができること。
9	1	2	11	入院経過日数をオーバービューに表示できること。
9	1	2	12	DPC情報として以下の内容をオーバービューに表示できること。 ・DPC内容（診断群分類番号） ・DPC入院期間 ・1日あたりの包括点数 ・包括総点数
9	1	2	13	クリニカルインディケータの登録ができること。
9	1	2	14	オーバービュー上で見落とし防止のため、クリニカルインディケータのフォントを設定できること。
9	1	2	15	アウトカム、バリエーション等の登録ができること。
9	1	2	16	オーバービュー上で、アウトカム項目にカーソルを合わせることで連動項目（看護ケア項目、検査結果項目）の情報が表示できること。
9	1	2	17	各指示について、パス上の指示内容と通常の指示内容の区別ができること。
9	1	2	18	検査や画像等の予約を伴うオーダーについては、予約オーダーと連動し、パス上からの予約取得ができること。
9	1	2	19	日付けごとの指示コメントの登録ができること。

9				クリニカルパス
9	1	2	20	各オーダー種、看護、指導が各々独立に表示/非表示が切り替えできること。
9	1	2	21	紙パス利用時点の分類と一致できるよう処置や看護情報は、表示位置をマスタにより設定できること。
9	1	2	22	患者へのステップ適用状態、実施進捗状態については、色で識別できること。
9	1	2	23	患者ごとに有効なパスが複数あるときにオーバービューに一覧表示できること。 また一覧上で複数パスの表示切替が容易にできること。
9	1	2	24	患者へパス適用後、パス内容（オーダー情報等）の追加・修正・削除ができること。
9	1	2	25	パス上の指示内容を個別に中止できること。
9	1	2	26	日単位での日程追加ができること。
9	1	2	27	1日単位切り取り・貼り付けができること。
9	1	2	28	オーバービュー上で、オーダー単位でのコピーができること。
9	1	2	29	一日コピーの対象として看護データも対象にできること。
9	1	2	30	一日あるいは複数日からなるステップ単位にオーダー発行ができること。
9	1	2	31	仮想統合 ORACLESQSQL系サーバ
9	1	2	32	各ステップで適用中のユニットの状況を一覧表示できること。
9	1	2	33	ステップ適用後の1日短縮・1日延長ができること。
9	1	2	34	計画されたクリニカルインディケータ、アウトカム、アセスメントの内容を変更不可とする運用を可能とするため、ステップ適用後パスに属するクリニカルインディケータ、アウトカム、アセスメントの削除、クリニカルインディケータ、アウトカムの追加を不可とする設定ができること。 また、クリニカルインディケータ、アウトカムの追加を可能とすることも設定で切り替えできること。
9	1	2	35	パスの続行が不可となったときに中止の登録ができること。 また、パスの適用期間が終了したときに終了の登録ができること。
9	1	2	36	パス中止時に、未来日の未実施オーダーを選択して削除できること。
9	1	2	37	退院確認時、終了されていないパスが残っているときに警告が表示できること。未終了パス一覧画面からそれらのパスを終了させることができること。（複数のパスを選択して同時に終了させることが可能）
9	1	2	38	医療者用パスシートを印刷できること。また患者説明資料の印刷ができること。
9	1	2	39	オーバービュー上に、オーダーの指示受け状態が表示できること。
9	1	2	40	T O D O から、ステップ単位での指示受けができること。
9	1	2	41	T O D O から、指示受け後の修正はアラート表示ができること。
9	1	2	42	パスに含まれるオーダーの修正、ユニットの日付追加・削除等の修正操作がステップ適用後指示受け前に行われたとき、バリエーションが登録され、T O D O 指示受け画面から確認できること。
9	1	2	43	入院患者一覧には、パスの適用の有無が記号で表示できること。 また、最終適用済みステップの最終日（ステップ適用切れ）までの日数が表示できること。
9	1	2	44	
9	1	2	45	パス適用時に前回の食事コメントを引き継ぐことができること。
9	1	2	46	パス初回ステップ適用時に服薬指導依頼を自動発生できること。
9	2			日めくりパス
9	2	1		日めくりパスの表示
9	2	1	1	患者に適用したパスを、日単位でパスの内容が表示できること。（日めくりパス）
9	2	1	2	オーバービューから簡易な操作で日めくりパス画面が表示できること。
9	2	1	3	日めくりパスには、対象日のパス情報、オーダー情報・看護情報（タスク）、アウトカム、バリエーション、情報共有（診療記録）が表示できること。
9	2	1	4	表示対象日（日付け、曜日）、表示時間単位（1時間ごと等）、適用中パス名称が表示できること。
9	2	1	5	表示対象日の変更が簡易な操作でできること。
9	2	1	6	表示対象日に適用中パスが複数あるときは、適用中のパス名が一覧表示できること。
9	2	1	7	表示対象パスに対して適用パス欄として以下の情報表示ができること。 ・適用開始日、適用終了日 ・適応基準 ・除外基準 ・目標
9	2	1	8	表示対象パスに対して総合評価欄として以下の情報表示ができること。 ・クリニカルインディケータ ・ユニット情報 ・達成状況 ・評価者 ・評価時刻
9	2	1	9	表示対象パスに対してステップ情報欄として以下の情報表示ができること。 ・期間 ・適応基準 ・除外基準 ・目標
9	2	1	10	ステップ適用者が表示できること。
9	2	1	11	表示単位欄、適用パス欄、総合評価欄、ステップ情報欄の表示位置を変更できること。
9	2	1	12	タスク欄、アウトカム欄、バリエーション欄、情報共有欄の表示位置を変更できること。
9	2	1	13	日めくり画面の「印刷」データに「説明指導・コメント」項目を表示できること。
9	2	2		オーダー情報・看護情報（タスク）
9	2	2	1	各オーダー、看護情報の内容、条件、予定・進捗状況が一覧表示できること。
9	2	2	2	一覧表示はオーダー種ごと、看護項目ごとに表示できること。
9	2	2	3	アウトカムから連動した看護の観察項目を表示、非表示の設定ができること。
9	2	2	4	オーダーの指示受け状態が表示できること。
9	2	2	5	ユニット情報が表示できること。
9	2	2	6	一覧表から各項目を選択し、オーダーの実施入力ができること。
9	2	2	7	一覧表から各項目を選択し、看護項目の実施入力ができること。
9	2	2	8	同一時間帯に複数の実施データが存在するときは1行で最新値が表示できること。

9				クリニカルパス
9	2	2	9	測定値・I N／O U T項目の実施入力については、キーボードまたは画面表示されるテンキーパッドから入力できること。
9	2	2	10	また、入力値に対して、項目ごとに設定されている桁数・上限値・下限値のチェックができること。
9	2	3		テンキーパッドには、前回測定値を基準にした近傍の候補値が表示され、選択入力できること。
9	2	3		アウトカム
9	2	3	1	対象パスのアウトカムはカテゴリごとにまとめて一覧表示できること。
9	2	3	2	アウトカムの一覧表には、ユニット情報、アウトカムのカテゴリ、アウトカムの内容、適正範囲、観察項目の予定、実施情報の表示ができること。
9	2	3	3	同一時間帯に複数の実施データが存在するときは1行で最新値が表示できること。
9	2	3	4	実績値の背景色・文字色により最新値及び過去値が基準値の範囲内か範囲外かを表示できること。
9	2	3	5	アウトカムは、あらかじめ登録してあるカテゴリから選択することで登録ができること。
9	2	3	6	アウトカムは、カテゴリごと、項目ごとに達成・未達成の評価登録ができること。
9	2	3	7	アウトカムは、看護の観察項目と連動ができること。
9	2	3	8	評価済みのアウトカムは、評価済みであることが一目でわかるように、アイコンまたは記号等で表示できること。
9	2	4		バリエーション
9	2	4	1	設定したアウトカムに対してバリエーションの内容が登録・編集・削除できること。
9	2	4	2	アウトカムが適正範囲外有的时候にバリエーション入力を促すことができること。
9	2	4	3	オーダーデータに対し変更等のバリエーション入力ができること。
9	2	4	4	登録されたバリエーション内容が一覧表示できること。
9	2	4	5	一覧表示は、ユニット情報、バリエーション発生時刻、バリエーション内容、入力者、種別（正・負）、レベル（パスへの影響度）、対応内容、結果、コメントが表示できること。また、各項目の編集ができること。
9	2	4	6	バリエーション入力後、その理由や処置内容について診察記事への記載を行えるようにするため、記録入力画面が自動で起動ができること。
9	2	4	7	バリエーション記入時に登録した診療記録について、バリエーションと関連付けができること。
9	2	4	8	情報共有が必要な記事情報の判別のため、バリエーション画面から起動した記録入力画面は、記事情報を情報共有が必要な記録かどうかを設定し登録ができること。
9	2	4	9	バリエーションを記録するときは、バリエーション要因となった観察項目、実測値の選択ができること。
9	2	4	9	バリエーション記録はアウトカムごとに設定されたテンプレートが自動で表示され、SOAP形式による診療記録が登録ができること。これらの情報は、プログレスノート画面に表示できること。
9	2	5		情報共有（診療記録）
9	2	5	1	対象日の診療記録、文書の一覧表示できること。
9	2	5	2	一覧表示は、ユニット情報、記事登録時刻、診療記録、登録者情報（職種、入力者）等が表示できること。
9	2	5	3	診療記録一覧から対象記事を選択して、診療記録の修正ができること。
9	2	5	4	また、診療記録の新規入力もできること。
9	2	5	4	共有が必要な診療記録とそれ以外を絞り込みして表示ができること。
9	3			パス一覧
9	3	1		パス一覧
9	3	1	1	パスを適用した患者の一覧（パス一覧）が表示できること。パス一覧画面から選択した患者のカルテ、パス評価画面が表示できること。
9	3	1	2	診療科、パス名称、期間、患者ID、パス進捗を指定して絞り込み表示ができること。
9	3	1	3	パス一覧には、患者氏名、パス名、パス進捗、パス評価結果、パス適用開始日・終了日、パス適用日数が表示できること。
9	3	1	4	登録されたアウトカムやバリエーション内容を参照し、パスの評価が行えること。また、評価者が表示できること。
9	3	1	5	評価画面では、パス名称、適用期間、適用日数、パス状態、適用期間の変動、登録済みアウトカム、登録済みバリエーションを参照できること。
9	3	1	6	終了したパスの評価登録ができること。
9	3	1	7	終了したパスの内容をパス画面と同じ形式で参照できること。
9	3	1	8	中止、終了したパスに対して、事後入力できること。
9	3	2		未終了パス一覧
9	3	2	1	退院した患者の入院中に適用されたパスの、未終了となっているパスを一覧表示できること。
9	3	2	2	病棟、診療科、患者ID、パス進捗（適用予定、適用中）、入院状態を指定して、絞り込み表示ができること。
9	3	2	3	一覧には、パス進捗、パス適用開始日、適用予定終了日、患者ID、患者氏名、パス名称、入院状態（入院日等）、病棟、診療科が表示できること。
9	3	2	4	一覧から選択したパスの終了ができること。
9	4			パス統計
9	4	1		パス統計
9	4	1	1	患者、診療科、パス名称、期間、パス進捗を指定してパス情報を集計できること。
9	4	1	2	集計結果をMicrosoft ExcelやCSVファイルに出力できること。
9	4	1	3	Microsoft Excelのマクロ機能を登録しておくことで、集計結果からグラフ表示ができること。
9	4	1	4	指定期間のパスごとの適用患者数の集計ができること。
9	4	1	5	指定期間のパスごとのバリエーション集計ができること。
9	4	1	6	指定期間のパスごとの適応患者数とバリエーション件数を集計し、一覧で表示できること。
9	4	1	7	指定期間の適応患者数とバリエーション数を患者ごとに集計し、一覧で表示できること。
9	5			パス抽出
9	5	1		パス抽出

9				クリニカルパス
9	5	1	1	パス種別（公開中、セット、作成中）、診療科、有効期限、対象オーダを指定し、条件にあうパステンプレートの一覧表示ができること。
9	5	1	2	薬剤名称や検査、画像、病理、リハビリ、食事、栄養指導項目、アウトカム、必要時の条件等の詳細項目を指定して条件にあうパステンプレートの一覧表示ができること。
9	5	1	3	検索条件は複数項目を指定して検索できること。
9	5	1	4	検索結果一覧には、種別、診療科、パス名称、パスコード、マスタ名称、アイテム名称、コード、有効期限、ステップ名、ユニット名、日付が表示できること。
9	5	1	5	検索結果をCSVで出力できること。
9	5	2		パステンプレート薬剤一括変換
9	5	2	1	パステンプレートに含まれる指定した薬剤を一括で変換できること。

10				分院対応
10	1			医事システム
10	1	1		医事システム
10	1	1	1	本院と分院の会計情報を別々に管理できること。
10	1	1	2	分院の会計画面は分院での会計情報のみ算定されること。
10	1	1	3	患者情報(氏名・生年月日・性別・住所・連絡先)は本院と共有されること。
10	1	1	4	分院用の日報・週報・月報が出力できること。
10	1	1	5	統計情報は本院と分院を別々に出力できること。
10	1	1	6	本院でも分院の会計処理が登録できること。
10	1	1	7	分院でも本院の会計処理が登録できること。
10	1	1	8	分院でも再来受付機で受付可能なこと。
10	1	1	9	分院で受付したときに分院用の外来基本カードを出力できること。
10	1	1	10	再来受付機にて診療科を選択する必要が無く、診療科を選択する画面を出さないようにできること。
10	1	1	11	分院でもDファイルの作成ができること。
10	1	1	12	分院でもEFファイルの作成ができること。
10	1	1	13	本院で分院分の診療費を、分院で本院分の診療費を、領収し調定収入金に集計できること。
10	1	1	14	DPC請求対応ができること。
10	2			電子カルテシステム
10	2	1		カルテ
10	2	1	1	本院と分院の患者カルテは共有できること。
10	2	1	2	同一の職員コードで本院と分院それぞれの診療科をもつことができること。
10	2	1	3	分院で電子カルテを起動する際は分院で登録した診療科が規定値でセットされること。
10	2	1	4	診察記事印刷時に本院・分院をわけてまとめて印刷指示ができること。
10	3			オーダーリングシステム
10	3	1		オーダーリング
10	3	1	1	分院のオーダー情報は分院の会計にインターフェースされること。
10	3	1	2	本院と分院間で入退院登録ができること。
10	3	1	3	入院患者・外来患者の一覧画面において、大江町在住の患者に対して、氏名の前に任意のマークが表示されること。
10	3	1	4	分院用の院外処方箋が出力できること。
10	3	1	5	分院用の麻薬処方箋が出力できること。
10	3	1	6	分院用の麻薬注射箋が出力できること。
10	3	1	7	分院用のオーダー入力画面が表示できること。
10	3	1	8	分院用の空床照会画面が表示できること。
10	3	1	9	指定の処方薬剤を分院ではオーダー登録不可にできること。ただし、本院ではオーダー可能のままのこと。
10	3	1	10	指定の注射薬剤を分院ではオーダー登録不可にできること。ただし、本院ではオーダー可能のままのこと。
10	4			看護支援システム
10	4	1		看護支援
10	4	1	1	分院用の看護管理日誌を出力できること。
10	4	1	2	分院用の外来管理日誌を出力できること。
10	4	1	3	分院用の病棟管理日誌を出力できること。
10	4	1	4	分院用の看護必要度帳票を出力できること。
10	4	1	5	分院用の看護問題を登録できること。

11				医事システム
11	1			共通機能
11	1	1		各種機能／入力方式について
11	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。
11	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。
11	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）。
11	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。
11	1	1	5	端末／科／利用者／業務単位に外来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。
11	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。
11	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。
11	1	1	8	画面の解像度は1280×1024（SXGA）以上とすること。
11	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。
11	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。
11	1	2		運用管理について
11	1	2	1	診療データ保存期間は、標準で61ヵ月であり、最大97ヶ月まで拡大できること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	1	2	5	その他のファイル整理時には、保存期限日、削除済件数、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。
11	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。
11	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・警告位置にリンクマークが表示される等）。
11	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。
11	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）。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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、業務が遅滞することがないこと。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	1	2	23	ドクターコードの運用有無の設定ができること。
11	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。
11	1	2	25	安定したレスポンスを保証できること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	1	3		マスタメンテナンスについて
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。

11				医事システム
11	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。
11	1	3	7	点数マスタメンテナンス画面は、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。
11	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。
11	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。
11	1	4		セキュリティについて
11	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。
11	1	4	2	パスワード運用時、利用者名の表示ができること。
11	1	4	3	端末ごとに利用業務・画面の設定ができること。
11	1	4	4	利用者ごとに利用業務・画面の設定ができること。
11	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。
11	1	4	6	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
11	1	4	7	仮想統合_ORACLESQ系サーバ
11	1	4	8	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。
11	1	4	9	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。
11	1	4	10	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。
11	1	4	11	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。
11	1	4	12	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。
11	1	4	13	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。
11	1	4	14	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。
11	1	4	15	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。
11	1	5		印刷物について
11	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。
11	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。
11	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。
11	1	6		業務サポート画面（IBARSヘルパー）について
11	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。
11	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・非表示を切り替えできるこ と。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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と （初期表示）。
11	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。
11	1	6	16	来院履歴画面では、次回予約日が表示できること。
11	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。
11	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。
11	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
11	1	6	20	処理日時時点で有効でない保険の識別ができること。
11	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。
11	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。

11				医事システム
11	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。
11	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。
11	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・入外区分・診療科・主保険
11	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。
11	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。
11	1	6	28	D P C 情報画面では、属性、D P C 決定内容、入退院情報、病名情報、手術・処置情報が表示できること。
11	1	6	29	D P C 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。
11	1	6	30	D P C 情報画面の内容は、業務画面で選択した患者の I D と自動連携すること。
11	1	6	31	D P C 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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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
11	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。
11	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。
11	1	6	38	業務サポート画面において、患者 I D 検索ができること。
11	1	6	39	患者 I D 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。
11	1	6	40	患者 I D 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。
11	1	6	41	患者 I D 検索画面にて表示された患者 I D のうち、選択した患者 I D を前回処理患者 I D として保持することができること。
11	2	1		患者基本情報共通部分
11	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。
11	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 I D、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）、V I P サイン、法人区分、未収金ラベル、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
11	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。
11	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、b m p / j p g / p n g のいずれかであること。
11	2	1	5	V I P 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。
11	2	1	6	同姓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。 ・当日の外来患者に存在する　・入院中患者に存在する ・当日外来患者、入院中患者の両方に存在する ・データベース上の登録患者に存在する 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。
11	2	1	7	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。 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。
11	2	1	8	設定によりフォントをメイリオに変更できること。
11	2	2		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
11	2	2	1	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。
11	2	2	2	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。
11	2	2	3	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。
11	2	2	4	メモは、文字数に制限なく登録が可能なこと。
11	2	2	5	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。
11	2	2	6	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。
11	2	2	7	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。
11	2	2	8	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。
11	2	2	9	一覧には以下の表示ができること。 ・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
11	2	2	10	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。
11	2	2	11	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。
11	2	2	12	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。
11	2	2	13	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。
11	2	2	14	患者 I D、職員 I D 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。
11	2	3		新患受付

11				医事システム
11	2	3	1	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こと。 【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。
11	2	3	2	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。
11	2	3	3	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。
11	2	3	4	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。
11	2	3	5	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。
11	2	3	6	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。 ・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
11	2	3	7	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。
11	2	3	8	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。
11	2	3	9	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。
11	2	3	10	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。
11	2	3	11	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。
11	2	3	12	氏名の漢字変換は日本語辞書を利用してできること。
11	2	3	13	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、マスタ設定によっては、漢字10文字までの制限もできること。
11	2	3	14	VIPサインの登録・管理ができること。
11	2	3	15	法人区分の登録・管理ができること。
11	2	3	16	住民基本台帳コードが登録できること。
11	2	3	17	患者コメントは漢字90文字分を登録・表示できること。
11	2	3	18	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。 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。
11	2	3	19	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。
11	2	3	20	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。
11	2	3	21	患者メモは全角で480文字まで登録できること。
11	2	3	22	患者メモの最終更新日が画面上に表示できること。
11	2	3	23	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、患者メモマスタ画面を呼び出せること。
11	2	3	24	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。
11	2	3	25	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）。
11	2	3	27	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。
11	2	3	28	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。
11	2	3	29	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。
11	2	3	30	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。
11	2	3	31	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。
11	2	3	32	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。
11	2	3	33	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。 ・新患受付（自保険情報コピー、患者情報コピー画面含む） ・患者照会 ・保険照会 ・保険確認履歴照会 ・患者情報履歴 ・再来受付 ・患者ポータル ・業務サポート画面（IBARSヘルパー）
11	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IF電文 ・処方箋 ・処方箋QRコード ・自己負担金徴収依頼書

11				医事システム
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	2	3	50	保険確認日の未設定指示ができること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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 of 自動設定と画面からの変更処理ができること。
11	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）。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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）。
11	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。
11	2	3	72	せき損・けい損区分が登録できること。
11	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）。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	2	3	78	住所の入力方式として、以下の機能を有すること。
11	2	3	79	・住所コード入力（英字も利用可）

11				医事システム
11	2	3	80	・カナ検索入力（都道府県による限定が可能）
11	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）
11	2	3	82	・電話番号からの住所コピー入力
11	2	3	83	・住所コードの部分検索入力
11	2	3	84	・市区郡町村名称の部分検索入力
11	2	3	85	・詳細住所のフリー入力
11	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。
11	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。
11	2	3	88	住所区分の重複チェックができること。
11	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。
11	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。
11	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）。
11	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。
11	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。
11	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。
11	2	3	95	退避する情報は保険変更歴のみか、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。
11	2	3	96	退避情報の専用画面では一覽での参照、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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	2	3	101	新患登録時の受付処理と同時に、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。また連動してカルテ1号用紙の発行が可能なこと。
11	2	3	102	既存患者の患者情報を更新する際、氏名・性別・生年月日に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。
11	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遷移できること。
11	2	4		病名登録
11	2	4	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。
11	2	4	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。
11	2	4	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。
11	2	4	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。
11	2	4	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）。
11	2	4	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。
11	2	4	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）。
11	2	4	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。
11	2	4	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。
11	2	4	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。
11	2	4	11	病名登録画面上で該当患者の入院・外来履歴（初診日・入院日・退院日）が確認できること。
11	2	4	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。
11	2	4	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。
11	2	4	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。
11	2	4	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。
11	2	4	16	病名の照会では、全科または科単位の照会機能および内外別の照会機能を有すること。
11	2	4	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。
11	2	4	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。
11	2	4	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。
11	2	4	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、自由に組み合わせて漢字名称を（順不同で）合成できること。
11	2	4	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。
11	2	4	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。
11	2	4	23	病名の入力方式として、以下の機能を有すること。
11	2	4	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）
11	2	4	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
11	2	4	26	・ワープロ修正入力

11				医事システム
11	2	4	27	・登録病名情報のコピー入力
11	2	4	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。
11	2	4	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。
11	2	4	30	病名単位に科の限定および外来／入院／入外共通の限定ができること。
11	2	4	31	全科適用病名（医科）としての登録もできること。
11	2	4	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。
11	2	4	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。
11	2	4	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。
11	2	4	35	ドクターコードの検索ウィンドウを表示できること。
11	2	4	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。
11	2	4	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。
11	2	4	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。
11	2	4	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。
11	2	4	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。
11	2	4	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。
11	2	4	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。
11	2	4	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。
11	2	4	44	管理区分で公害レセプトの認定疾病区分を入力ができること。
11	2	4	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。
11	2	4	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。
11	2	4	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）。
11	2	4	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。
11	2	4	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。
11	2	4	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。
11	2	5		患者属性登録
11	2	5	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。
11	2	5	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。
11	2	5	3	患者識別は5区分まで登録できること。
11	2	5	4	備考情報としてメモが記載できること。
11	2	6		紹介情報登録
11	2	6	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。
11	2	7		生保管理
11	2	7	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。
11	2	7	2	中国残留邦人（法制コード25）についても同画面で管理ができること。
11	2	7	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。
11	2	7	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。
11	2	7	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画面を表示できること。
11	2	7	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。
11	2	7	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。
11	2	7	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、世代化を行うのと連動して、患者保険情報を更新する機能を有すること。
11	2	8		治験概要登録
11	2	8	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。

11				医事システム
11	2	8	2	登録した内容を治験概要書として出力できること。
11	2	8	3	治験薬別患者一覧を出力できること。
11	2	8	4	企業コードごとのマスタ作成と管理ができること。
11	2	8	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。
11	2	8	6	治験企業負担分請求書を出力できること。
11	3			受付／管理業務
11	3	1		各種印刷発行
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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（入退院日・科）、診療科別初診日・最終来院日を出力できること。
11	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。
11	3	2		再来受付
11	3	2	1	再来患者の受付ができること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	3	2	12	同日同科での複数受付もできること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	3	2	16	来院区分毎の受付NO. 付与もできること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	3	2	21	予約到着確認時の受付NO. 付与もできること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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）。
11	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）。
11	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。

11				医事システム
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。 ・ 月初に未確認保険がある場合、保険照会表示 ・ 前回確認日より30日超え保険がある場合、保険照会表示 ・ 毎回、保険照会表示 ・ 保険の自動表示は行わない
11	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。
11	3	2	34	依頼科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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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） ・ 患者基本情報 ・ 保険情報 ・ 受付／予約（当日・未来分10個）情報 ・ 入外来履歴情報 ・ 算定履歴情報（指導・管理料等） ・ 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） ・ 特定疾患一部負担金算定情報（限度額、残額、累積額、回数） ・ 病名情報 ・ 前回診療情報（処方内容、用法等） ・ 薬剤減減サイン ・ カルテ情報（カルテ番号、コメント） ・ 患者コメント ・ 予約コメント ・ （同姓同名あり）表示 ・ 患者IDと受診科のバーコード ・ 未収情報 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。
11	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。
11	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。
11	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）。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	3	3		保険確認
11	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。
11	3	3	2	・ 月初に未確認保険がある場合、保険照会表示
11	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
11	3	3	4	・ 毎回、保険照会表示
11	3	3	5	・ 保険の自動表示は行わない
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	3	4		自動再来受付機
11	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。
11	3	4	2	・ 患者IDカード受付による受付票の発行
11	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
11	3	4	4	・ 受付可能診療科ボタンは30科まで
11	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）
11	3	4	6	・ 同時受診診療科数は10科まで

11				医事システム
11	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。
11	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。
11	3	4	9	受診項目ごとに休診設定ができること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	3	5		自動カルテ棚接続
11	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。
11	3	6		カルテアライバイ管理機能
11	3	6	1	カルテアライバイ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
11	3	6	2	カルテ管理画面では、カルテアライバイ情報（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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	3	6	6	カルテアライバイ管理関連帳票の出力（５帳票）ができること。
11	3	6	7	標準受付業務との連動ができること。
11	4			各種情報照会
11	4	1		患者ＩＤ照会
11	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。
11	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。
11	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）
11	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。
11	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。
11	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。
11	4	1	7	保険の記号・番号での検索ができること。
11	4	1	8	テスト患者を検索対象とすることができ選択できること。また、対象とするかどうかの既定値の設定ができること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	4	1	12	死亡患者の判別が可能。また、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。
11	4	1	13	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。
11	4	1	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。
11	4	1	15	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。
11	4	1	16	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。
11	4	1	17	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。
11	4	1	18	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。
11	4	1	19	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。
11	4	1	20	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。
11	4	2		来院履歴照会
11	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。
11	4	2	2	来院履歴照会でも、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。
11	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。

11				医事システム
11	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。
11	4	2	5	入院概要履歴表示（入院退院履歴のみ表示）の場合、入院科と退院科の切り替え表示ができること。
11	4	2	6	入院履歴情報は99履歴分（1入院あたり、入院退院・転科・転室履歴が99履歴まで）を表示できること。
11	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。
11	4	2	8	外来履歴情報については、科毎の初回初診算定日の表示ができること。
11	4	3		見舞い客案内
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	4	3	6	テスト患者を検索対象とするかどうかを選択できること。また、対象とするかどうかの既定値の設定ができること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	4	3	12	死亡患者の判別が可能なこと。
11	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（入院退院日・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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	4	4		空床状況照会
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	4	5		受付状況照会
11	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。
11	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。
11	4	5	3	当日以外（過去日）の検索日付も指定できること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	4	6		患者情報検索
11	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。
11	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。
11	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。
11	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）（バ → ハ、バを検索）
11	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。
11	4	6	6	電話番号、住所コードでも検索できること。

11				医事システム
11	4	6	7	テスト患者を検索対象とするかどうかを選択できること。また、対象とするかどうかの既定値の設定ができること。
11	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。
11	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。
11	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、患者の基本情報を比較できること。
11	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。
11	5			会計
11	5	1		会計入力
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	5	1	5	各種情報照会（病名）については、表示する病名の絞り込み（入院、外来、医科、歯科別）ができること。
11	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。
11	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。
11	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）。
11	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。
11	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。
11	5	1	11	ドクターコードは3個まで入力できること。
11	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）。
11	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）。
11	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。
11	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。
11	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
11	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、受付料全科の計算も指示できること。
11	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）。
11	5	1	19	診療日に有効な保有保険が表示できること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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）。
11	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）。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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）。
11	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）。
11	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。
11	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。
11	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時にも強制算定入力ができること。
11	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）。

11				医事システム
11	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。
11	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／オーダー取込み時の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 ・院内処方の薬剤が存在しない場合（在宅に伴う薬剤しか存在しない場合も0点）
11	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
11	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ができること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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）。
11	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）。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	5	1	53	同一会計入力画面での院内／院外処方の混入入力ができること。また、この時の処方箋料算定により調剤料・処方料・麻薬加算の自動発生を抑制できること。
11	5	1	54	向精神剤多剤投与のチェックを実施し、自動的に減減できること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	5	1	59	入院日および退院日の表示ができること。
11	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。
11	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））。
11	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。
11	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。
11	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。
11	5	1	65	労災保険適用時、病衣加算を自動算定できること。
11	5	1	66	迦及処理により、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。
11	5	1	67	迦及処理により、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、退院日を超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。
11	5	1	68	入院中外来（他科）の自動判断および入院中外来指定入力ができること。
11	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。
11	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。
11	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ラ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）。
11	5	1	72	救急外来等で日付を跨るオーダーに対して、複数日付のオーダーを選択し、一括して取込みを行い、一日分の会計とできること。
11	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）。
11	5	1	74	入院期間中の外来オーダー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）。
11	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。
11	5	1	76	電子カルテシステムと接続し、実施済みのオーダー情報をそれぞれ取込めること。
11	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ー、注射オーダー、処方オーダー情報をそれぞれ取込めること。
11	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。

11				医事システム
11	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。
11	5	1	80	取込み処理画面では、未実施オーダー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。
11	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。
11	5	1	82	取込み処理画面からデータを取込む際に、他科のオーダーを会計科に置換して取込むことができること。
11	5	4	83	取込み処理画面から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。
11	5	1	84	オーダー状況照会画面では、オーダーまとめ番号で並べ替えができること。
11	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。
11	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、一括オーダー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。
11	5	4	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。
11	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、処方データを日毎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。
11	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。
11	5	1	90	オーダー状況照会画面では、対象期間・患者ID・入内区分・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。
11	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取込みへ強制的に変更できること。
11	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。
11	5	1	93	オーダー未取込一覧が出力できること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	5	1	100	必要に応じ、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。
11	5	1	101	・当月調基有り
11	5	1	102	・当月薬剤指導有り
11	5	1	103	・当月処方箋料有り
11	5	1	104	・腫瘍マーカー算定済み
11	5	1	105	・検体管理加算（Ⅰ）算定済み
11	5	1	106	・検体管理加算（Ⅱ）算定済み
11	5	1	107	・退院会計済み
11	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）
11	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。
11	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。
11	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。
11	5	1	112	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。
11	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。
11	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、患者住所と施薬者（免許証）番号（コメント）の印字ができること。
11	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、差額発行、新規発行、調定発行（前回のマイナス請求書発行と今回新規発行）、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。
11	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。
11	5	1	117	患者の求めに応じて明細の分かる領収書を罫線付きで印刷できること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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出来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。
11	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。
11	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。

11				医事システム
11	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。
11	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。
11	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。
11	5	1	127	ＰＯＳレジと接続し、入金処理ができること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	5	2		各種入力方法について
11	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。
11	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。
11	5	2	3	略称コードについては、覚え易く、かつ剤形・規格等表現できるように、８桁までの設定ができること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	5	2	8	カナ名称での部分一致検索ができること。
11	5	2	9	解釈番号での検索もできること。
11	5	2	10	材料商品名称での検索もできること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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、すべてファクションキーでできること。
11	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。
11	5	2	19	行削除や行挿入はクリックでもできること。
11	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。
11	5	1	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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・他科のデータを呼出し、容易に利用できること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	5	2	31	電子カルテシステムからの外来データ取込み時、未実施オーダー種がある場合、その内容の確認と警告ができること。
11	5	2	32	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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（"） <p>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）</p>
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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）。
11	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。
11	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。
11	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）。
11	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。
11	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。
11	5	2	44	セットは９９９個まで登録できること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。

11				医事システム
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	5	2	57	検査種の混在入力（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。
11	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）
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	5	2	63	コメントの保険指定入力ができること。
11	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。
11	5	2	65	コメントは有効期間や対象レセプト（医科／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。
11	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。
11	5	2	67	患者請求書には、患者コメント、予約コメント、（同姓同名あり）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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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、通減計算情報、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）。
11	5	2	85	算定歴の一部負担金算定歴については算定金額を表示できること。
11	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）。
11	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。
11	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。
11	5	2	89	各種算定状況（算定履歴）の照会では、表示項目の並べ替えができること。
11	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。
11	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面に表示できること。
11	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。
11	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、算定歴を自動表示できるように設定可能なこと。
11	5	2	94	会計入力時、任意の診療項目の算定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。

11				医事システム
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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）
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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）
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	5	3		分散会計
11	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。
11	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、会計入力画面上に表示できること。この時、初再診データの自動発生もできること。
11	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）
11	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。
11	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。
11	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
11	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。
11	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。
11	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）。
11	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）。
11	5	3	11	算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）。
11	5	3	12	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。
11	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。
11	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を選ぶこと。
11	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。
11	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。
11	5	4		修正会計
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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）。

11				医事システム
11	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。
11	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 象となる計算の内外種別が視覚的に判別できること。
11	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。
11	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。
11	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）。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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）。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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遡及処理もできること。
11	5	4	26	遡及処理実行画面では、遡及処理状況を画面へログ表示できること。
11	5	4	27	遡及処理の患者指定時に病棟単位の抽出ができること。
11	5	4	28	遡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。
11	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。
11	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。
11	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ることを選べること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	5	4	37	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	5	5		会計カード
11	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。
11	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。
11	5	5	3	会計カード画面では、入院日数が表示できること。
11	5	5	4	会計カード画面では、合計点数が表示できること。
11	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・内外・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。
11	5	5	6	会計カード画面では、診療行為区分、科、内外の指定による限定表示ができること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。

11				医事システム
11	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。
11	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）
11	5	5	14	レセプト別表示では、主併用分の項目名称を色分け表示できること。
11	5	5	15	全保険表示では、以下の機能を有すること。
11	5	5	16	・医科／歯科・入外別表示
11	5	5	17	・法制（保険）コード表示
11	5	5	18	・併用データの項目名称色分け表示
11	5	5	19	・診療区分・項目コード・保険・レセプト科順に表示
11	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）。
11	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。
11	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。
11	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）
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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）。
11	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）できること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	5	5	35	修正・入力後は、元の会計カード画面に戻れること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	5	6		自動発生（生成）・包括項目
11	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。
11	5	7		会計入力時の自動発生（生成）・包括項目凡例
11	5	7	1	自動選択保険表示／前回指定保険自動表示
11	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）
11	5	7	3	前回DO自動表示（行為限定可）
11	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）
11	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
11	5	7	6	年齢、労災による項目点数自動置換
11	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）
11	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）
11	5	7	9	初再診料（科毎の経過期間設定および加療中病名チェック）（受付来院区分による自動発生）
11	5	7	10	同一日2科目の初再診料
11	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）
11	5	7	12	外来診療料（包括処理含む）（外来診療料0点算定時、包括処理行う／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）
11	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）
11	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）
11	5	7	15	外来管理加算（処置等での併科分消込み可）（労災アフタケア時の自動発生抑制）
11	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）

11				医事システム
11	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）
11	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）
11	5	7	19	小児科外来診療料自動発生
11	5	7	20	小児抗菌薬適正使用支援加算の自動発生
11	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）
11	5	7	22	生活習慣病管理料包括（項目の0点置換）
11	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
11	5	7	24	手術後医学管理料包括（項目の0点置換）
11	5	7	25	手術前医学管理料包括（項目の0点置換）
11	5	7	26	短期滞在手術等基本料包括（項目の0点置換）
11	5	7	27	薬剤管理指導料（調基消込み可）
11	5	7	28	薬剤情報提供料（同月初回）（科別算定も可）
11	5	7	29	乳幼児育児栄養指導料（年齢、科により自動算定）
11	5	7	30	特定薬剤治療管理料4月目以降通減（以内は通減消込可）
11	5	7	31	悪性腫瘍特異物質治療管理料精密初回月加算
11	5	7	32	地域包括診療料包括（項目の0点置換）
11	5	7	33	認知症地域包括診療料包括（項目の0点置換）
11	5	7	34	小児かかりつけ診療料包括（項目の0点置換）
11	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）
11	5	7	36	調剤料（含、麻毒・向精神薬・覚醒剤原料加算）
11	5	7	37	処方料（含、麻毒・向精神薬・覚醒剤原料加算）
11	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削除可）
11	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
11	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
11	5	7	41	検査・画像診断項目の治験保険自動適用
11	5	7	42	処方箋料（同日の調剤料・処方料・麻毒加算の抑制とチェック）（含、一般名処方加算）
11	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
11	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
11	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）
11	5	7	46	容器代督促メッセージ表示（対象薬剤）
11	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）
11	5	7	48	地域包括診療加算入力時、内服薬多剤投与通減の抑制および自動発生する処方料／処方箋料の制御
11	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）
11	5	7	50	薬引替券番号
11	5	7	51	院内製剤加算
11	5	7	52	アクア加算（5ml／20ml）（強制未算定入力可）
11	5	7	53	生物学的製剤加算
11	5	7	54	麻薬注射加算
11	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）
11	5	7	56	皮内・皮下筋肉内注射、静脈内注射等の注射手技料
11	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）
11	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
11	5	7	59	静脈、皮下筋、点滴、中心静脈注射の1日まとめ（遡及処理）（選択設定）
11	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（遡及処理）（選択設定）
11	5	7	61	外来化学療法加算
11	5	7	62	注射グループに注射薬以外入力チェック
11	5	7	63	使用量／回数省略時の自動発生（省略値：1）
11	5	7	64	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）
11	5	7	65	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）
11	5	7	66	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）
11	5	7	67	透析液水質確保加算
11	5	7	68	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
11	5	7	69	手術実施当日の注射手技料自動包括
11	5	7	70	閉鎖循環式麻酔の時間、種類による点数計算
11	5	7	71	輸血時の血液交叉試験／間接クームス／不規則抗体検査
11	5	7	72	血液量による輸血手技料
11	5	7	73	輸血管理料
11	5	7	74	時間外緊急院内検査加算（医科のみ）
11	5	7	75	外来迅速検体検査加算（検査数カウント）
11	5	7	76	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）
11	5	7	77	各種検査まるめ（カウント除外チェック含む）
11	5	7	78	同日他科算定済みのまるめ対象検査警告表示
11	5	7	79	検査項目の複数項目1カウント
11	5	7	80	血液採取料（包括（抑制）項目指定も可）
11	5	7	81	基本的検体検査実施料／判断料（包括処理含む）
11	5	7	82	病理診断料（組織診断料・細胞診断料）
11	5	7	83	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）
11	5	7	84	生体検査通減（全て／同一部位のみ）
11	5	7	85	検体管理加算（入院ⅡorⅢ・外来Ⅰ／入外共Ⅰ／入院のみⅡorⅢ／Ⅳ）
11	5	7	86	国際標準検査管理加算

11				医事システム
11	5	7	87	血液化学検査入院初回加算
11	5	7	88	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
11	5	7	89	時間外緊急院内画像診断加算（医科のみ）
11	5	7	90	核医学診断科
11	5	7	91	ＣＴ／ＭＲＩの２回目以降減
11	5	7	92	ＰＥＴ検査とＣＴまたはＭＲＩ検査を同月内に行った場合
11	5	7	93	コンピュータ断層診断（算定除外項目チェック含む）
11	5	7	94	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）
11	5	7	95	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）
11	5	7	96	電子画像管理加算
11	5	7	97	造影剤使用加算
11	5	7	98	胸部／腹部単純６歳未満フィルム １．１倍
11	5	7	99	放射線治療の施設基準不適合減
11	5	7	100	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）
11	5	7	101	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
11	5	7	102	椎弓切除術、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
11	5	7	103	障害児（者）リハビリテーション料の年齢による自動置換
11	5	7	104	リハビリテーションに包括される診療内容の自動包括
11	5	7	105	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
11	5	7	106	長期療養患者褥瘡等処置料、精神病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
11	5	7	107	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病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
11	5	7	108	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病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
11	5	7	109	療養担当手当
11	5	7	110	各種一部負担金（公費等）
11	5	7	111	複数科入力時の一部負担金 端数調整
11	5	7	112	外泊時の一般料金項目非算定対応（マスタ設定時）
11	5	7	113	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）
11	5	7	114	請求書一般料金名称出力
11	5	7	115	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））
11	5	7	116	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よう品目数のカウント方法を変更できること。
11	5	7	117	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。
11	5	8		入院料関連自動発生（生成）・包括項目凡例
11	5	8	1	入院基本料、入院基本料加算
11	5	8	2	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（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）
11	5	8	3	夜勤時間特別入院基本料（ベッド（病室）マスタ設定）
11	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。
11	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）
11	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
11	5	8	7	病衣加算（労災保険適用時）
11	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が可能なこと。
11	5	8	9	総合入院体制加算（１日につき）（１４日限度）
11	5	8	10	地域医療支援病院入院診療加算（入院初日）
11	5	8	11	臨床研修病院入院診療加算（入院初日）
11	5	8	12	救急医療管理加算（１日につき）
11	5	8	13	急性期看護補助体制加算（夜間看護体制加算含む）
11	5	8	14	医師事務作業補助体制加算（入院初日につき）
11	5	8	15	診療録管理体制加算（入院初日）
11	5	8	16	感染防止対策加算（入院初日）
11	5	8	17	患者サポート体制充実加算（入院初日）
11	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）
11	5	8	19	看護配置加算（１日につき）（ベッド（病室）マスタ設定）
11	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）
11	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）
11	5	8	22	療養環境加算（１日につき）（ベッド（病室）マスタ設定）
11	5	8	23	ＨＩＶ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）
11	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）
11	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）
11	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）
11	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）
11	5	8	28	精神科地域移行実施加算（１日につき）

11				医事システム
11	5	8	29	精神病棟入院時医学管理加算（１日につき）
11	5	8	30	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）
11	5	8	31	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）
11	5	8	32	後発医薬品使用体制加算
11	5	8	33	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
11	5	8	34	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
11	5	8	35	看護職員夜間配置加算（１日につき）（１４日限度）
11	5	8	36	栄養管理体制減算（１日につき）
11	5	8	37	病棟薬剤業務実施加算１（入院日から週１回、曜日選択可）
11	5	9		特定入院料
11	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）
11	5	9	2	救命救急入院料の施設基準加算（１日につき）
11	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）
11	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）
11	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）
11	5	9	6	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）
11	5	9	7	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）
11	5	9	8	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）
11	5	9	9	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）
11	5	9	10	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）
11	5	9	11	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）
11	5	9	12	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）
11	5	9	13	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）
11	5	9	14	休日リハビリテーション提供体制加算・体制強化加算
11	5	9	15	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）
11	5	9	16	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）
11	5	9	17	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）
11	5	9	18	精神科急性期治療病棟入院料１・２（１日につき）（同上）
11	5	9	19	精神科救急・合併症入院料（１日につき）（同上）
11	5	9	20	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）
11	5	9	21	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）
11	5	9	22	地域移行機能強化病棟入院料（１日につき）
11	5	9	23	地域包括ケア病棟入院料（１日につき）
11	5	9	24	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）
11	5	8	25	病棟薬剤業務実施加算２（１日につき）
11	5	9	26	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）
11	5	9	27	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）
11	5	10		経過期間チェック
11	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）
11	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）
11	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）
11	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）
11	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）
11	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）
11	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
11	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）
11	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）
11	5	11	3	患者につき（ 〃 ）
11	5	11	4	１入院につき（ 〃 ）
11	5	11	5	毎回につき（処方箋料、再診料／外来診療料等）
11	5	11	6	１月につき（初回月２回）（指導・管理料等）
11	5	11	7	暦月につき（１月（３０日）につき）
11	5	11	8	１医学管理料引き継ぎ入院につき
11	5	11	9	３月につき
11	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）
11	5	11	11	長期投与区分と限度日数チェック
11	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）

11				医事システム
11	5	11	13	自動縫合器、自動吻合器加算の限度チェック
11	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
11	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）
11	5	12	2	同一画面上での重複チェック
11	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
11	5	13		行為適用チェック
11	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
11	5	13	2	精密持続点滴注射対象薬剤チェック
11	5	13	3	医科／歯科（医科のみ／歯科のみ／医科・歯科）
11	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）
11	5	13	5	適用科（5科まで設定可）
11	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）
11	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）
11	5	13	8	自費・結予適用（入力時に保険指定がない場合）
11	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）
11	5	13	10	麻酔管理料の対象項目チェック
11	5	14		その他のマスタ設定によるチェック
11	5	14	1	使用量上限チェック情報、入力単位情報（3単位）
11	5	14	2	1項目複数略称情報の設定機能（特に制限無）
11	5	14	3	端数（段階的）加算情報
11	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
11	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・MRI初回実施日，前回算定日 含む）
11	5	14	6	診療Aと診療Bで背反エラーチェック
11	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。
11	5	15		その他、背反チェック等凡例
11	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）
11	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）
11	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
11	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
11	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）
11	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）
11	5	15	7	薬剤情報提供料と院内処方有無チェック（同日）
11	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
11	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
11	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csvファイル（背反関連テーブル）を用いた 背反チェック
11	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
11	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
11	5	16	1	（患者算定済み）チェック（患者につき1回）（0点置換）
11	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）
11	5	16	3	（6月以内算定不可）チェック（別段階コード）
11	5	16	4	（矯正段階エラー）チェック（段階の順番チェック）
11	5	16	5	（動的処置開始日なし／開始前エラー）チェック
11	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
11	5	17		歯科矯正管理料の入力チェック
11	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）
11	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）
11	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
11	5	18		動的処置項目の入力チェック
11	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）
11	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）
11	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）
11	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
11	5	19	2	上顎・下顎別のステップ後戻りチェック
11	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）
11	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）
11	5	20	1	新製有床義歯管理料の入力チェック
11	5	20	2	有床義歯装着後、1月以内かのチェック

11				医事システム
11	5	20	3	同月2回チェック
11	5	21		有床義歯管理料の入力チェック
11	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
11	5	21	2	同月1回のチェック
11	5	22		有床義歯長期管理料の入力チェック
11	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
11	6			入院管理
11	6	1		入院基本登録
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	6	1	7	入院情報のオーダー取込み時、医事の入院情報（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（オーダー取込みしない／修正オーダーとして更新するの選択）。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	6	1	14	・全診療データ保有期間内で有効な保険のみ表示。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	6	1	20	特定入院料については、入院オーダー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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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）。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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）。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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）ができること。
11	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）。
11	6	1	37	退院登録時に期間外データの削除ができること
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。

11				医事システム
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	6	1	49	医療区分・ＡＤＬ区分に係る評価票が出力できること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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・包括診療行為算定） ・特定入院料減算（包括診療行為未算定） ・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）
11	6	2		入院請求書
11	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。
11	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。
11	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
11	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、差額分発行、新規発行および調定発行かの選択ができること。
11	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。
11	6	2	6	画面から支払い期日の変更ができること。
11	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。
11	6	3		退院会計
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	6	3	8	請求期間毎の発行と1枚にまとめて発行（同一月内請求期間併合）の選択および試算書の発行の選択ができること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。

11				医事システム
11	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。
11	6	3	15	差額室料のみの請求ができること。
11	6	4		定期請求
11	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。
11	6	4	2	定期請求では、請求書発行日を指定できること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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
11	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。
11	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。
11	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。
11	6	5		退院証明書発行
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	6	6		選定入力開始対象患者一覧
11	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。
11	6	6	2	患者ID指定による出力もできること。
11	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。
11	6	7		入院処方一括出力
11	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。
11	6	7	2	・全病棟／病棟指定／患者ID指定の出力選択
11	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）
11	6	7	4	・処方データの有無による出力／未出力の選択
11	6	7	5	・テスト患者分の出力／未出力の選択
11	6	7	6	・処理中の患者表示と件数表示
11	6	7	7	・処理中断機能
11	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。
11	7			収入金管理
11	7	1		料金サマリ
11	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。
11	7	1	2	未収情報は永久保存できること。
11	7	1	3	一部入金の分納履歴は無制限に管理できること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。

11				医事システム
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	7	1	28	一画面にて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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	7	1	49	入金履歴が削除されないよう設定可能なこと。
11	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。
11	7	1	51	0点0円請求書の出力ができること。
11	7	1	52	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。
11	7	1	53	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
11	7	1	54	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。
11	7	1	55	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。
11	7	1	56	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。
11	7	1	57	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。
11	7	1	58	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）。
11	7	1	59	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。
11	7	1	60	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。
11	7	1	61	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。

11				医事システム
11	7	1	62	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）。
11	7	1	63	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。
11	7	1	64	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。
11	7	1	65	預り金の入力により、釣り銭表示ができること。
11	7	1	66	P O S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P O S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。
11	7	1	67	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。
11	7	1	68	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）。
11	7	1	69	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。
11	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。
11	7	2		締め処理
11	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。
11	7	2	2	締め日を、入金登録時の入金日に反映できること。
11	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。
11	7	3		収入金管理帳表
11	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－E X C E Lに出力して二次加工ができること。
11	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－A C C E S S、MS－E X C E L等の活用が図れること）。
11	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。
11	7	3	4	・現金払込書
11	7	3	5	・項目別集計一覧
11	7	3	6	・削除請求一覧
11	7	3	7	・取消し入金一覧表
11	7	3	8	・書損患者一覧表
11	7	3	9	・請求患者一覧表
11	7	3	10	・請求書一覧
11	7	3	11	・督促郵送リスト
11	7	3	12	・入金一覧
11	7	3	13	・入金患者一覧表
11	7	3	14	・入金明細リスト
11	7	3	15	・発行請求一覧
11	7	3	16	・返金一覧
11	7	3	17	・返金患者一覧表
11	7	3	18	・未収患者一覧表
11	7	3	19	・未収金一覧
11	7	3	20	・未収請求一覧
11	7	3	21	・未納整理簿
11	7	3	22	・請求書発行履歴一覧（入外区分の限定は不可）
11	7	3	23	・領収書発行履歴一覧（入外区分の限定は不可）
11	7	3	24	・入金履歴一覧（入外区分の限定は不可）
11	7	3	25	・未収履歴一覧（入外区分の限定は不可）
11	7	3	26	・書損履歴一覧（入外区分の限定は不可）
11	7	3	27	・過去日修正履歴一覧（入外区分の限定は不可）
11	7	3	28	各種帳表については、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。
11	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。
11	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。
11	7	4		預かり金管理
11	7	4	1	患者からの預かり金の登録、修正等の管理ができること。
11	7	4	2	何の名目で預かり金を受領したのか、費目を分けて管理できること。
11	7	4	3	預かり金の費目ごとに、預かり金の既定値を設定できること。
11	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。
11	7	4	5	近傍プリンタから預り証の発行ができること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	7	4	9	証書番号を採番し、管理できること。
11	7	5		出産育児一時金支援システム
11	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。
11	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。
11	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。
11	7	5	4	明細書は患者個人向けに出力できること。
11	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。
11	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。

11				医事システム
11	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。
11	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。
11	8			外来診療予約
11	8	1		予約
11	8	1	1	予約の登録・修正・削除・照会ができること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	8	1	6	同一日同一時間の重複チェックを行うこと。
11	8	1	7	予約枠の重複チェックを行うこと。
11	8	1	8	予約患者の一覧が、画面で確認できること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	8	1	13	患者を指定しての予約票発行ができること。
11	8	1	14	対象日の予約患者一覧表が出力できること。
11	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。
11	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。
11	9			診療報酬請求業務
11	9	1		レセプト・会計カード作成
11	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。
11	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。
11	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）。
11	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）。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	9	1	12	CSV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。
11	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）。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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）。
11	9	1	22	対象診療年月、出力CSV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CSVファイルの自動作成が可能なこと。
11	9	1	23	事前での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随時できること（再出力を含む）。
11	9	1	24	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、枠線等の印刷に関しても白紙への出力ができること。
11	9	1	25	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。
11	9	1	26	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。
11	9	1	27	DPC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。
11	9	1	28	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。
11	9	1	29	・請求年月 ・医科／歯科・早期（退院日指定）／定期／全件
11	9	1	30	・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
11	9	1	31	・申請中の扱い（全て出力／申請中のみ出力／申請中以外出力）
11	9	1	32	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。
11	9	1	33	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。
11	9	1	34	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。

11				医事システム
11	9	1	35	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。
11	9	1	36	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。
11	9	1	37	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。
11	9	1	38	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。
11	9	1	39	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。
11	9	1	40	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。
11	9	1	41	・用紙　　―――複数／全件可
11	9	1	42	・レセプト科（入院時は病棟）　―――複数／全件可
11	9	1	43	・用紙、レセプト科（入院時は病棟）―――複数／全件可
11	9	1	44	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。
11	9	1	45	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。
11	9	1	46	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。
11	9	1	47	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。
11	9	1	48	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。
11	9	1	49	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）
11	9	1	50	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。
11	9	1	51	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）。
11	9	1	52	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。
11	9	1	53	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。
11	9	1	54	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と画面表示ができること。
11	9	1	55	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。
11	9	1	56	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。
11	9	1	57	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。
11	9	1	58	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。
11	9	1	59	以下に示すレセプトメッセージの出力ができること。 ・算定科／算定日（初診等） ・初回算定日 ・診療日 ・前回算定日（前回がない場合、（初回）表示） ・一部負担金他科徴収済み（算定科表示可） ・同日受診 ・他保険受診／保険切り替え ・退院時投与（日数表示）（重複投与期間考慮） ・端数切り上げ時の残余破棄メッセージ ・（判断料は別にて算定）メッセージ（入外／他科／他保険） ・処方料、処方箋料と実日数比較メッセージ ・処方箋料への（後発医薬品含む）／（外来内服薬減）メッセージ ・特定入院基本料算定除外コメント（（特外）メッセージ） ・選定療養算定／算定除外コメント（（選）／（選外）メッセージ） ・6歳未満自己血輸血の体重コメント出力 ・レセプト主病名への（主）表示 ・（15歳未満）等々、各種年齢区分表示 ・リハビリの単位数、実日数表示 ・（70／100）等々、各種通減表示 ・緊入コメント
11	9	1	60	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。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。
11	9	1	61	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。

11				医事システム
11	9	1	62	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。 ・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 ・0点表示／点数表示の選択機能 ・通常出力／続紙へ出力の選択機能
11	9	1	63	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。
11	9	1	64	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。
11	9	1	65	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。
11	9	1	66	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。
11	9	1	67	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。
11	9	1	69	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。
11	9	1	70	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。
11	9	1	71	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。
11	9	1	72	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。
11	9	1	73	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。
11	9	1	74	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。
11	9	1	75	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。 ◇更生医療（法別番号：15） ◇育成医療（法別番号：16） ◇精神通院医療（法別番号：21） ◇小児特定疾患治療研究事業（法別番号：52） ◇難病医療（法別番号：54）
11	9	1	76	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。
11	9	1	77	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、レセプト定形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。
11	9	1	78	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。
11	9	1	79	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。
11	9	1	80	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。
11	9	1	81	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。
11	9	1	82	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。
11	9	1	83	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。
11	9	1	84	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。
11	9	1	85	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。
11	9	1	86	症状詳記は、会計登録を行っていない場面（診察中・オーダ中等会計取込み前）にも登録できること。
11	9	1	87	症状詳記は、電子カルテからもデータ登録が可能なこと。
11	9	1	88	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。
11	9	1	89	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）。 ・日付 ・診療科 ・入外 ・保険情報 ・種別項目 ・点数 ・負担金徴収額 ・食事療養算定額／標準負担額
11	9	1	90	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有すること。
11	9	1	91	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。
11	9	1	92	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。
11	9	1	93	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。
11	9	2		レセリンク
11	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。
11	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、任意に戻ることもあること。
11	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。
11	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。

11				医事システム
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	9	3		オンライン請求管理
11	9	3	1	医科・歯科・DPCレセプトに関する増減点連絡書の取込みをできること。
11	9	3	2	増減点連絡書情報はデータベースに加工して取込むことができること。
11	9	3	3	加工する際、増減点連絡書情報に基金コードが設定されること。
11	9	3	4	増減点連絡書CSVファイルの一括取込みは最大12ファイルできること。
11	9	3	5	増減点連絡書情報は専用画面で確認可能で、査定項目順・査定点数順・査定回数順に並べ替えて確認できること。
11	9	3	6	加工された増減点連絡書情報はMS-EXCELに抽出可能で、データの2次活用ができること。
11	9	3	7	オンライン請求において、増減点連絡書情報から査定項目一覧作成や査定率計算を行い、以下の帳票が出力できること。
11	9	3	8	・診療科別査定率帳票
11	9	3	9	・診療科別査定点数比較（円グラフ）
11	9	3	10	・診療科別査定点数比較（棒／折れ線グラフ）
11	9	3	11	・項目別査定点一覧（入院、外来、共通）
11	9	3	12	・査定明細一覧
11	9	3	13	医科、DPC分に関して、増減点連絡書情報（査定情報）とレセプトイメージを突合し、あわせて確認できること。
11	9	3	14	査定情報を選択すると、レセプトイメージのどの部分であるか背景色が変わり判別されていること。
11	9	3	15	歯科分に関して、増減点連絡書情報（査定情報）とレセプトイメージを突合し、あわせて確認できること。
11	9	3	16	電子ファイルで返戻されたレセプト情報を電子ファイルで修正して再請求できること。
11	9	4		総括表作成
11	9	4	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。
11	9	4	2	・医保診療報酬請求書
11	9	4	3	・国保総括表
11	9	4	4	・医療費助成制度請求書
11	9	4	5	・国保診療報酬請求書
11	9	4	6	・諸法請求書
11	9	4	7	・高額医療対象患者リスト
11	9	4	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。
11	9	4	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。
11	9	4	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）。
11	9	4	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。
11	9	4	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。
11	9	4	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。
11	9	4	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。
11	9	4	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。
11	9	4	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。
11	9	4	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。
11	9	4	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。
11	9	4	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）。
11	9	4	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。
11	9	4	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。
11	9	4	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。
11	9	4	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。
11	9	4	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。
11	9	4	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。
11	9	4	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。
11	9	4	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）。
11	9	4	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。
11	9	4	29	・請求済みデータブルーリスト
11	9	4	30	・保留額内訳書
11	9	4	31	・請求データブルーリスト
11	9	4	32	・保留、過誤、返戻レセプト一覧
11	9	4	33	・保険請求額、再請求額内訳書

11				医事システム
11	9	4	34	以下に示す債権管理帳表が出力できること。
11	9	4	35	・債権管理簿
11	9	4	36	・未請求整理簿
11	9	4	37	・返戻整理簿
11	9	4	38	・過誤返戻整理簿
11	9	4	39	・審査増減整理簿
11	9	4	40	・過誤増減整理簿
11	9	4	41	・自己負担金徴収依頼書
11	9	4	42	・保険請求一覧
11	9	4	43	・保険請求集計表
11	9	4	44	・債権ブループリント
11	9	4	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。
11	10			統計
11	10	1		標準統計帳票
11	10	1	1	リレーショナル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（標準統計帳表のMS-ACCESS、MS-EXCEL形式ファイル出力機能の提供）。
11	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。
11	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。
11	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。
11	10	1	5	以下に示す集計処理ができること。
11	10	1	6	■日次での集計（年月日指定）・・・・・・・・日報
11	10	1	7	■同月内での期間指定（1010→1020等）・・・・期間報（複数日）
11	10	1	8	■月次での集計（年月指定）・・・・月報
11	10	1	9	■年次での集計（0304→0309等）・・・・年報／期間報（複数月）
11	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・集計を実施するかを選択ができること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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画面で編集、保存、呼出しを行い、抽出処理を実行できること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。（詳細は別途）
11	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。
11	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。
11	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。
11	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
11	10	1	23	その他抽出・集計条件として、全患者対象または患者（範囲）指定かの選択ができること。
11	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ができること。
11	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。
11	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。
11	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設定できること。
11	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。
11	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。
11	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。
11	10	1	31	・診療科別外来患者数
11	10	1	32	・診療科別入院患者数
11	10	1	33	・病棟別入院患者数
11	10	1	34	・保険別外来患者数
11	10	1	35	・保険別入院患者数
11	10	1	36	・年齢性別患者数
11	10	1	37	・地域別患者数
11	10	1	38	・病棟別診療科別入院患者数
11	10	1	39	・病棟別年齢別患者数
11	10	1	40	・診療科別地域別患者数
11	10	1	41	・ドクター別患者数
11	10	1	42	・病棟別病床利用状況
11	10	1	43	・病室別病床利用状況
11	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。
11	10	1	45	・検査業務内訳表
11	10	1	46	・放射線業務内訳表
11	10	1	47	・フィルム使用量統計

11				医事システム
11	10	1	48	・薬剤使用量統計（金額順）
11	10	1	49	・薬剤使用量統計（名称順）
11	10	1	50	・文書料等内訳表
11	10	1	51	・医学管理件数統計
11	10	1	52	・医事コード別統計
11	10	1	53	・材料使用量統計
11	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。
11	10	1	55	・負担別診療稼働額統計
11	10	1	56	・診療科別診療稼働額統計
11	10	1	57	・診療区分別診療稼働額統計
11	10	1	58	・ドクター別診療稼働額統計
11	10	1	59	・病棟別診療稼働額統計
11	10	1	60	・病棟別診療科別診療稼働額統計
11	10	1	61	・ドクター別稼働額一覧
11	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。
11	10	1	63	・診療・病名データ検索リスト
11	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）。
11	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）
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	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。
11	10	1	71	・病棟別入院患者情報
11	10	1	72	・病棟別患者一覧
11	10	1	73	・平均在院日数調（年次）
11	10	1	74	・病院全体の平均在院日数調
11	10	1	75	・入院患者入退院状況調査表
11	10	1	76	以下の外来患者一覧帳表が出力できること。
11	10	1	77	・受付患者一覧（診療科別・医師別）（受付順・患者ID順）
11	10	1	78	・未会計患者一覧（診療科別）（受付順・患者ID順）
11	10	1	79	・予約患者一覧（診療科別・医師別）
11	10	1	80	以下の入院患者一覧帳表が出力できること。
11	10	1	81	・入退院患者一覧
11	10	1	82	・再入院患者一覧
11	10	1	83	・平均在院日数除外患者一覧
11	10	1	84	・継続入院患者一覧
11	10	1	85	・入院日数別（日数指定可）入院患者一覧
11	10	1	86	・入院患者一覧（主治医別）〈随時〉
11	10	1	87	以下の診療費関係帳表を出力できること。
11	10	1	88	・入院診療点数（疾病分類別）（基本ABCD分類）
11	10	1	89	・入院診療点数（病床種別・診療科別）（基本ABCD分類）
11	10	1	90	・入院診療点数（病棟）（基本ABCD分類）
11	10	1	91	・診療点数（入外別・診療科別）（基本ABCD分類）
11	10	1	92	・診療点数（保険別）
11	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
11	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
11	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
11	10	1	96	・入院実績（医師別・疾病分類別）
11	10	1	97	・外来実績（医師別）
11	10	1	98	・診療費集計表（全体稼働額）
11	10	1	99	・診療費点数比較（統計⇄レセ⇄窓口）
11	10	1	100	・診療費金額比較（統計⇄レセ⇄窓口）
11	10	1	101	・病棟別行為別入院診療費
11	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
11	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費
11	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
11	10	1	105	以下の診療行為件数・点数帳表を出力できること。
11	10	1	106	・診療区分別一覧表
11	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）
11	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）
11	10	1	109	・入院患者数（診療科別・病棟別）
11	10	1	110	・入院患者数（医師別・病棟別）
11	10	1	111	・入院患者数（地域別・年齢別）

11				医事システム
11	10	1	112	・入院患者数（保険公費別・病棟別）
11	10	1	113	・入院患者数（疾病分類別・病棟別）
11	10	1	114	・入院患者数（病棟別・地域別・年齢別）
11	10	1	115	・入院患者数（診療科別・地域別・年齢別）
11	10	1	116	・外来患者数（診療科別・地域別・年齢別）
11	10	1	117	・新患・初診・再診患者数（診療科別・医師別・疾病分類別）
11	10	1	118	・医師別紹介患者数、医師別逆紹介患者数
11	10	1	119	・診療科別外来患者数
11	10	1	120	・診療科別入院患者数
11	10	1	121	・患者日報
11	10	1	122	・入院患者数（疾病分類別、病棟別）
11	10	1	123	以下の患者一覧帳表が出力できること。
11	10	1	124	・新患登録患者一覧（患者ＩＤ順・氏名順・地域順）＜随時＞
11	10	1	125	・最終来院日患者一覧（患者ＩＤ順）＜随時＞
11	10	1	126	・保険公費有効期限切れ患者一覧（患者ＩＤ順）＜随時＞
11	10	1	127	・保険公費有効期限切れ入院患者一覧（病棟順）＜随時＞
11	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＞
11	10	1	129	・指定診療行為使用患者一覧＜随時＞
11	10	1	130	・指定保険公費使用患者一覧＜随時＞
11	10	1	131	・指定病名患者一覧＜随時＞
11	10	1	132	・月間に２保険以上使用した患者の一覧＜随時＞
11	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＞
11	10	1	134	・難病患者一覧（入外別）
11	10	1	135	・後期高齢者特定入院基本料対象患者一覧
11	10	1	136	・選定療養対象患者一覧
11	10	1	137	以下の薬品消費統計帳表が出力できること。
11	10	1	138	・使用高一覧（月報・年報）
11	10	1	139	・有料個室使用状況、有料個室使用患者一覧
11	10	1	140	・重症者室使用状況、重症者室使用患者一覧
11	10	1	141	以下の収入金日報が出力できること。
11	10	1	142	・担当者別収入金日計表
11	10	1	143	・担当者別日計表入金リスト
11	10	1	144	・保険別収入金日計表
11	10	1	145	・保険別日計表入金リスト
11	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）
11	10	1	147	・療養病棟稼働額：シミュレーション前
11	10	1	148	・一般病棟稼働額：シミュレーション後
11	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。
11	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。
11	11			オンライン資格確認
11	11	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
11	11	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。
11	11	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。
11	11	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。
11	11	1	4	・基本情報（氏名、生年月日）
11	11	1	5	・資格情報（保険者番号、記号、番号、枝番）
11	11	1	6	・郵便番号
11	11	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と同じ内容の場合に、保険確認日を自動更新できること。
11	11	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。
11	11	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。
11	11	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。
11	11	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
11	11	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。
11	11	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。
11	11	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。
11	11	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。
11	11	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。
11	11	2	6	・基本情報（氏名、生年月日）
11	11	2	7	・資格情報（保険者番号、記号、番号、枝番）
11	11	2	8	・郵便番号
11	11	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と同じ内容の場合に、保険確認日を自動更新できること。
11	11	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。

11				医事システム
11	11	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。
11	11	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。
11	11	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。
11	11	3		照会番号の登録機能
11	11	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。
11	11	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。
11	11	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。
11	11	4		限度額適用認定証等情報の取込機能
11	11	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。
11	11	4	2	保険証による確認では、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。
11	11	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。
11	11	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。
11	11	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、赤文字表示ができること。
11	11	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。
11	11	5		事前確認における一括照会機能
11	11	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。
11	11	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。
11	11	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。
11	11	5	4	共有フォルダを介して、一括照会要求できること。
11	11	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。
11	11	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。
11	11	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。
11	11	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。
11	11	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。
11	11	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。
11	11	5	11	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。
11	11	5	12	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。
11	11	5	13	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。
11	11	6		その他
11	11	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。
11	11	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。
11	11	6	3	一覧表示の各項目でフィルタ表示ができること。
11	11	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。
11	11	6	5	一覧表示されている情報をCSV出力できること。
11	11	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。
11	11	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。
11	11	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。
11	11	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。
11	11	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。
11	11	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。 ・患者ポータル ・新患受付 ・再来受付 ・保険照会 ・保険確認履歴照会 ・会計登録 ・会計カード
11	11	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。 ・外来基本カード ・受付票 ・カルテ1号紙 ・入院カルテ ・入院台帳 ・予約票

11				医事システム
11	11	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。
11	11	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。
11	12			診療情報抽出
11	12	1		診療情報抽出機能
11	12	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)
11	12	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。
11	12	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。
11	12	1	4	検索タイトルは自由に変更できること。
11	12	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。
11	12	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。
11	12	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。
11	12	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。
11	12	1	9	縦計、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。
11	12	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。
11	12	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。
11	12	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。
11	12	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。
11	12	1	14	利用者ID、パスワードでログイン制御ができること。
11	13			その他
11	13	1		当院個別機能
11	13	1	1	本院で分院分の診療費を、分院で本院分の診療費を、領収し調定収入金に集計できること。
11	13	1	2	フリーコメントの追加が本院であったか分院であったか区別できるようにすること。
11	13	1	3	予約オーダのコメントコードを受信できること。
11	13	1	4	納告作成画面にて外来データ登録時も債権期間(FROM-TO)の入力を可能とすること。また、入力した外来データの終了日は請求書のデータNo.へセットし請求書への印字を可能とすること。
11	13	1	5	IDカードのデータNo.に「患者漢字氏名(姓△名)」が出力できるようにデータNo.を変更できること。
11	13	1	6	紹介率・逆紹介率を算出できること。
11	13	2		当院個別要望機能
11	13	2	1	外来診療費の納告振り替えについて患者番号指定しなかった場合にWARNINGをかける等、誤って振り替えが行われないようにできること。
11	13	2	2	外来診療費の納告振り替えについて患者番号指定した場合に発行Noごとでも振り替えができること。

12				D P C 請求システム
12	1			D P C 決定支援システム
12	1	1		運用管理
12	1	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。）
12	1	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。
12	1	1	3	職員マスタは医療事務システム、電子カルテシステムシステムいずれを使用するか選択できること。
12	1	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）。
12	1	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 o r 医師まで登録済等が把握可能。） また、各画面毎に進捗登録可能な職制を設定できること。
12	1	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。
12	1	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。
12	1	1	8	各種帳票の出力先を各々設定できること。
12	1	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。
12	1	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。
12	1	1	11	職制によって、D P C 請求システムの使用可否を設定できること。
12	1	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、D P C 請求システムの使用可否を設定できること。
12	1	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。
12	1	1	14	管理者権限を職員 I D または職制単位に設定できること。
12	1	1	15	メンテナンスのみを行う職制が設定できること。
12	1	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。
12	1	1	17	画面からドキュメントを起動できること。
12	1	2		入院患者一覧
12	1	2	1	ログイン I D 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。
12	1	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。
12	1	2	3	D P C / 様式 1 の入力有無、D P C / 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。
12	1	2	4	一覧表示した患者件数を表示できること。
12	1	2	5	直近の更新患者を色を分けて表示できること。○日以内に更新した患者を表示するとき、遡り日数をマスタ設定できること。
12	1	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。
12	1	2	7	患者一覧に表示しない科、病棟を設定できること。
12	1	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）（2 S D 超患者）（D P C）（D P C 対象外）の絞込みができること。
12	1	2	9	入院患者一覧で様式 1 の（入院時 A D L）（退院時 A D L）の入力状況で絞込み表示が行えること（例：退院時 A D L が未入力の患者のみ表示 等）。
12	1	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。
12	1	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。
12	1	2	12	D P C / 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）
12	1	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）
12	1	2	14	入院患者一覧で様式 1 の（入院時 A D L）の入力状況が表示できること。
12	1	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 A D L）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。
12	1	2	16	入院患者一覧で様式 1 の（退院時 A D L）の入力状況が表示できること。
12	1	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 A D L）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。
12	1	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。
12	1	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。
12	1	2	20	入院患者一覧に表示した患者の D P C / 様式 1 確認票を一括出力できること。
12	1	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。
12	1	2	22	電子カルテシステムシステムに登録されている医師の担当科で絞込み表示ができること。医師の担当科は電子カルテシステムシステムを参照して別途登録する必要がないこと。
12	1	2	23	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。医師グループは電子カルテシステムシステムより取得すること。
12	1	2	24	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。
12	1	2	25	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が設定できること。
12	1	2	26	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。
12	1	2	27	入院患者一覧で様式 1 の（転科）（転棟）のが存在する患者の絞込ができること。
12	1	2	28	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。
12	1	2	29	包括患者／出来高患者共に、D P C 決定傷病名と I C D 1 0 コードを表示することができること。
12	1	2	30	入院患者一覧画面より、D P C 情報登録画面に遷移できること。
12	1	2	31	入院患者一覧画面で複数患者を選択し、D P C 入院履歴画面で連続してその患者を処理できること。
12	1	2	32	入院患者一覧で表示している内容（抽出条件、抽出結果）を E x c e l 出力できること。
12	1	2	33	ボタンの表示名称を任意に変更できること。
12	1	2	34	職制によって、ボタンの表示可否を設定できること。
12	1	2	35	各種確認メッセージの表示可否を設定できること。
12	1	2	36	任意の日付時点で 2 S D を超えている患者の一覧が表示できること。
12	1	2	37	予定 D P C / 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。
12	1	2	38	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。
12	1	3		仮想統合 ORACLESQ L 系サーバ
12	1	3	1	D P C / 様式 1 の入力有無及び承認有無を把握できること。
12	1	3	2	D P C 入院履歴で様式 1 の（入院時 A D L）の入力状況が表示できること。

12				D P C 請求システム
12	1	3	3	D P C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／未入力を確認できること。
12	1	3	4	D P C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。
12	1	3	5	D P C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／未入力を確認できること。
12	1	3	6	D P C／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D P C／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D P C情報を作成すること。
12	1	3	7	選択した患者のD P Cの過去情報を参照できること。また、それを流用して、D P C情報／様式1情報を登録できること。（D O機能）
12	1	3	8	D P C／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。
12	1	3	9	指定日以降の入院履歴に対してのみD P C・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。
12	1	3	10	入院予定段階でのD P C情報を流用してD P C登録が可能であること。
12	1	3	11	患者ごとにD P C／様式1の登録情報を確認票出力ができること。
12	1	3	12	D P C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。
12	1	3	13	D P C入院履歴から、（D P C E Y E S）（D P Cオンライン分析ツール）を起動できること。
12	1	3	14	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。
12	1	3	15	ボタンの表示名称を任意に変更できること。
12	1	3	16	職制によって、ボタンの表示可否を設定できること。
12	1	3	17	他病院の入院履歴が判別できること。
12	1	3	18	各種確認メッセージの表示可否を設定できること。
12	1	3	19	直近の任意の件数の入院履歴のみ表示できること。
12	1	3	20	過去承認済のD P Cを遡って削除／承認解除ができること。
12	1	3	21	過去承認済みD P Cの内容を変更できること。 （D P Cコード分岐に影響の無いデータのみ）
12	1	3	22	D P C承認解除昨日を使用不可とする「D P C凍結」ステータスを追加することができること。 （「D P C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。）
12	1	3	23	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。
12	1	4		D P C情報登録
12	1	4	1	診断群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。
12	1	4	2	D P C登録画面上では、前回入院歴と前回D P C情報歴の確認ができること。
12	1	4	3	電子カルテシステムシステム・医療事務システムのどちらからでも、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。
12	1	4	4	病名は、医療事務システム、病名オーダ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D P C病名として登録ができること。また、表示される病名は入退院オーダで指定された入院決定病名または入院契機病名を識別できること。 さらに入院決定病名のみ表示可能なこと。
12	1	4	5	D P C病名登録は、医療事務システム、病名オーダ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、D P C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。
12	1	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。
12	1	4	7	傷病名の開始日、終了日、転帰を医療事務システム、電子カルテシステムのどちらからでも取得できること。
12	1	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。
12	1	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。
12	1	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。
12	1	4	11	病名検索では、漢字名称、カナ名称、I C Dコード、M D C＋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。
12	1	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I C D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。
12	1	4	13	病名検索画面より病名オーダを起動できること。また、病名オーダで登録された病名は直ちに病名検索画面に表示されること。
12	1	4	14	病名オーダに登録されている病名を利用するとき、医療事務システムに登録されている病名の表示／非表示を設定可能とすること。
12	1	4	15	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。
12	1	4	16	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。
12	1	4	17	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。
12	1	4	18	患者ごとに過去の入院期間のD P C情報が参照、流用できること。
12	1	4	19	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D P Cの候補一覧を表示できること。
12	1	4	20	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。
12	1	4	21	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。
12	1	4	22	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、D P C包括とするか出来高患者とするかを選択できること。
12	1	4	23	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。
12	1	4	24	出来高傷病を決定した場合に、出来高区分を自動設定できること。

12				D P C 請求システム
12	1	4	25	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。
12	1	4	26	選択した傷病名から、該当する樹形図が表示できること。
12	1	4	27	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ことが可能であること。 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）
12	1	4	28	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）
12	1	4	29	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）
12	1	4	30	処置1、処置2を医療事務システムから取込みむ場合、診療データに登録されている処置を全て取込み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
12	1	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。
12	1	4	32	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。
12	1	4	33	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。
12	1	4	34	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。
12	1	4	35	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。
12	1	4	36	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。
12	1	4	37	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。
12	1	4	38	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。
12	1	4	39	D P C 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。
12	1	4	40	D P C 登録時に（不適当な I C D ）（使用不可 I C D ）（桁不足 I C D ）に該当する傷病名が登録されている場合は、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。
12	1	4	41	警告チェックの I C D コード設定時は、ワイルドカード設定も可能であること。
12	1	4	42	マスタ設定により入院目的の既定値設定が可能なこと。
12	1	4	43	D P C 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。
12	1	4	44	診断群分類番号によって、必須項目（JCS、Burn Index、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。
12	1	4	45	7日以内再入院の場合、前回入院時のD P C 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。
12	1	4	46	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。
12	1	4	47	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。
12	1	4	48	副傷病名を検索するときに、D P C 決定傷病名のM D C + 分類コードに対して評価される副傷病一覧（I C D 10、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。
12	1	4	49	副傷病名は、（疑い）病名が登録できないこと。
12	1	4	50	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。
12	1	4	51	手術が複数入力されている場合、K K K O（手術なし）は最終行に表示することができること。
12	1	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できること。
12	1	4	53	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。

12				D P C 請求システム
12	1	4	54	他のシステム（電子カルテシステム等）から直接、D P C 登録画面を起動することができること。
12	1	4	55	他のシステム（電子カルテシステム等）から直接、予定D P C 登録画面を起動することができること。
12	1	4	56	病名に対する診断群分類樹形図を表示できること。
12	1	4	57	病名に対する診断群分類点数表を表示できること。
12	1	4	58	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。
12	1	4	59	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。
12	1	4	60	（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。
12	1	4	61	K Jコード（O O 6 3（電気生理学的検査））を決定条件として使用するとき、『特定保健医療材料の（1 1 4 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。
12	1	4	62	（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。 （D P C 入院履歴、入院患者一覧）
12	1	4	63	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。
12	1	4	64	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。
12	1	4	65	決定傷病名の表示順を設定することができること。
12	1	4	66	画面起動時に、自動的にオーダ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。
12	1	4	67	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。
12	1	4	68	入院中の場合、予定入院日数が表示できること。
12	1	4	69	D P C 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。
12	1	4	70	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。
12	1	4	71	ボタンの表示名称を任意に変更できること。
12	1	4	72	職制によって、ボタンの表示可否を設定できること。
12	1	4	73	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。
12	1	4	74	病名検索画面において、（不適当な I C D）（使用不可 I C D）（桁不足 I C D）に該当する傷病名に対して、背景色を変更できること。
12	1	4	75	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。
12	1	4	76	（B u r n I n d e x）が計算できること。
12	1	4	77	表示病名において、I C D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。
12	1	4	78	表示病名において、名称変更ができること。
12	1	4	79	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。
12	1	4	80	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。
12	1	4	81	病名検索画面において、性別で I C D 1 0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。
12	1	4	82	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。
12	1	4	83	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。
12	1	4	84	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。
12	1	4	85	各種確認メッセージの表示可否を設定できること。
12	1	4	86	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。
12	1	4	87	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。
12	1	4	88	病名検索結果を「ICD10」「病名」で並び替えできること。
12	1	4	89	手術検索結果を「コード」「手術処置名」で並び替えできること。
12	1	4	90	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。
12	1	4	91	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
12	1	4	92	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。
12	1	4	93	（留意すべき I C D 1 0）（不適当な I C D）（使用不可 I C D）（桁不足 I C D）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 I C D 1 0）（不適当な I C D）（使用不可 I C D）（桁不足 I C D）はそれぞれエラー／警告を設定できること。
12	1	4	94	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。
12	1	4	95	持参薬となる薬剤を取り込まないようにできること
12	1	4	96	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
12	1	4	97	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。
12	1	4	98	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。
12	1	5		承認機能
12	1	5	1	D P C 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。
12	1	5	2	当月末承認のデータで、且つD P C 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。
12	1	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。
12	1	5	4	2 S D 期間を超えて入院している患者（2 S D 超えて退院患者含む）は、出来高用D P C 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。
12	1	5	5	D P C 画面で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、入院後発症病名に対して、病名オーダより病名開始日・病名終了日・転帰を取得して登録することができること。また、登録された内容はD P C 情報と同様に電子カルテシステムシステムへ送信することができること。
12	1	5	6	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。
12	1	5	7	D P C 承認画面上で前回入院歴と前回D P C 情報歴の確認ができること。
12	1	5	8	診断群分類情報をテキスト情報として任意のタイミングで他システム（電子カルテシステム等）へ送信することができること。

12				D P C 請求システム
12	1	5	9	承認登録後、様式1入力へ画面遷移し、一連の動作でD P C情報、様式1情報の登録ができること。
12	1	5	10	必須入力が入力済みの場合、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。
12	1	5	11	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。
12	1	5	12	フリーコメントが入力できること。
12	1	5	13	各病名の開始日・終了日・転帰が登録できること。
12	1	5	14	選択した傷病名から、該当する樹形図が表示できること。
12	1	5	15	承認と同時に確認票が出力できること。
12	1	5	16	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。
12	1	5	17	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。
12	1	5	18	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。
12	1	5	19	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。
12	1	5	20	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。
12	1	5	21	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））
12	1	5	22	入院中の場合、予定在院日数が表示できること。
12	1	5	23	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。
12	1	5	24	D P C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。
12	1	5	25	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。
12	1	5	26	ボタンの表示名称を任意に変更できること。
12	1	5	27	職制によって、ボタンの表示可否を設定できること。
12	1	5	28	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。
12	1	5	29	（留意すべきI C D 1 0）（不適当なI C D）（使用不可I C D）（桁不足I C D）に該当する傷病名が登録されている場合はマスタ設定により、警告チェックを表示できること。（留意すべきI C D 1 0）（不適当なI C D）（使用不可I C D）（桁不足I C D）はそれぞれエラー／警告を設定できること。
12	1	5	30	各種確認メッセージの表示可否を設定できること。
12	1	5	31	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。
12	1	5	32	D P C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
12	1	5	33	病名情報を並び替えできること。
12	1	6		様式1情報登録
12	1	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。
12	1	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。
12	1	6	3	1入院期間中の子様式1は999個まで可能なこと。
12	1	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。
12	1	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。
12	1	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。
12	1	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。
12	1	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。
12	1	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。
12	1	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。
12	1	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J C S・退院時J C S、喫煙指数、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準）
12	1	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。
12	1	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。
12	1	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。
12	1	6	15	手入力及び電子カルテシステムに登録されている情報からリアルタイムに取り込むことができること。また、手入力された値と電子カルテシステムに登録されている値が異なる場合は、警告表示ができること。 （身長、体重、妊娠の有無、出生時体重、出生時妊娠週数、喫煙指数、入院時J C S、退院時J C S、入院時A D L、退院時A D L、入院時G A F、入院時妊娠週数、入院周辺の分娩有無、分娩時出血量、退院先）
12	1	6	16	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。
12	1	6	17	がんのS T A G E分類ごとにU I C C（T N M）の組合せをマスタ登録できること。入力画面でがんのS T A G E分類を選択した時点で、マスタ登録したU I C C（T N M）の内容を展開できること。
12	1	6	18	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。
12	1	6	19	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。
12	1	6	20	様式1病名をD P C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。
12	1	6	21	D P C情報と共通する項目については、D P C登録情報を流用し医師の入力作業を軽減できること。

12				D P C 請求システム
12	1	6	22	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。
12	1	6	23	様式1 登録時に（留意すべき I C D 1 0）（不適当な I C D）（使用不可 I C D）（桁不足 I C D）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 I C D 1 0）（不適当な I C D）（使用不可 I C D）（桁不足 I C D）はそれぞれエラー／警告を設定できること。
12	1	6	24	マスタ設定により、様式1 で登録された病名（ I C D 1 0）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）でチェックするのかを設定できること。
12	1	6	25	様式1 登録時の傷病名については、 I C D 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。
12	1	6	26	I C D 1 0 コードの変更が可能な職制／職員を設定できること。
12	1	6	27	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。
12	1	6	28	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 A D L のみ画面表示する。医師でログインした場合、入院時 A D L 以外を画面表示する。）
12	1	6	29	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 A D L 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。）
12	1	6	30	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。
12	1	6	31	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。
12	1	6	32	フリーコメントが入力できること。
12	1	6	33	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。
12	1	6	34	患者ごとに未来日で様式1（以下、（予定様式1）と記述）の登録が行なえること。
12	1	6	35	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。
12	1	6	36	他のシステム（電子カルテシステム等）から直接様式1 登録画面を起動することができること。 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。
12	1	6	37	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。
12	1	6	38	様式1 ファイルの出力先を任意に指定できること。
12	1	6	39	様式1 ファイル名を任意に指定できること。
12	1	6	40	各入力項目に対する（D P C 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。
12	1	6	41	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。
12	1	6	42	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 D P C）（入院期間内の最後の D P C）から選択できること。
12	1	6	43	（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。
12	1	6	44	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。
12	1	6	45	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。
12	1	6	46	（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。
12	1	6	47	入院中の場合、予定在院日数が表示できること。
12	1	6	48	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 J C S、退院時 J C S、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）
12	1	6	49	（Burn Index）が計算できること。
12	1	6	50	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。
12	1	6	51	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。
12	1	6	52	（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。
12	1	6	53	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。
12	1	6	54	特定集中治療室管理料算定時には、S O F A スコアの必須入力チェックが表示されること。
12	1	6	55	様式1 ファイルを E x c e l 出力できること。
12	1	6	56	D P C 未登録でも、様式1 が入力できること。
12	1	6	57	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。
12	1	6	58	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。
12	1	6	59	ボタンの表示名称を任意に変更できること。
12	1	6	60	職制によって、ボタンの表示可否を設定できること。
12	1	6	61	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。
12	1	6	62	様式1 期間内の任意の D P C 情報に画面遷移できること。

12				D P C 請求システム
12	1	6	63	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
12	1	6	64	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。
12	1	6	65	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。
12	1	6	66	修正起動時に、自動的に最新情報が取り込まれること。
12	1	6	67	各種確認メッセージの表示可否を設定できること。
12	1	6	68	(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。
12	1	6	69	(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。
12	1	6	70	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
12	1	6	71	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
12	1	6	72	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。
12	1	6	73	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。
12	1	6	74	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。
12	1	6	75	タスクとして様式 1 出力を自動実行できること。
12	1	6	76	子様式 1 の病棟区分を入院料から自動設定できること。
12	1	6	77	警告リストを csv ファイルとして出力できること。
12	1	7		修正履歴参照
12	1	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。
12	1	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。
12	1	7	3	D P C ・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。
12	1	8		○D P C の代行入力・承認機能
12	1	8	1	医療クラーク等が D P C 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)
12	1	8	2	医師が、代行入力されたものを承認するとき、承認した内容が診療記録に反映されること。
12	1	8	3	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・状態等で絞り込みが行えること。
12	1	8	4	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。
12	1	8	5	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。
12	1	8	6	医師が、代行入力されたものを承認するとき、電子カルテシステム記載イメージで複数人分を同時に内容確認することができること。
12	1	8	7	医師が電子カルテシステム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。
12	1	8	8	医療クラーク等が D P C 承認の代行入力を行う場合は指示医の指定が行えること。
12	1	8	9	医療クラーク等が D P C 承認の代行入力を行う場合は、承認されるまで診療記録に反映されないこと。
12	1	8	10	医療クラークが電子カルテシステム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。
12	1	8	11	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。
12	1	8	12	医療クラークが否認されたものを参照するとき、電子カルテシステム記載イメージで複数人分を同時に内容確認することができること。
12	1	8	13	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。
12	1	8	14	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。
12	1	8	15	医療クラーク等が D P C 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。
12	1	9		○業務サポート画面 (D P C ヘルパー)
12	1	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。
12	1	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。
12	1	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。
12	1	9	4	業務サポート画面を参照することで、任意の患者の D P C 情報/様式 1 情報が参照できること
12	1	9	5	業務サポート画面で表示中の D P C 情報/様式 1 情報を、入力中の D P C 情報/様式 1 情報に展開できること。
12	1	9	6	D P C 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
12	1	9	7	D P C 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
12	1	9	8	事前に D P C 情報/様式 1 情報が入力されたテンプレート患者を呼び出すことができること
12	1	10		○D P C 請求情報
12	1	10	1	D P C 請求情報が保険請求/患者請求毎に参照できること
12	1	10	2	D P C 請求情報を削除できること
12	1			D P C 請求
12	1	1		包括評価算定 (D P C) 業務

12				D P C 請求システム
12	1	1	1	包括評価算定（D i a g n o s i s P r o c e d u r e C o m b i n a t i o n）に対応した患者請求・レセプト請求が可能であること。
12	1	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。
12	1	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。
12	1	1	4	請求期間に包括終了日を含んでD P C 確認が必要な場合には、退院会計時（D P C 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。
12	1	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）
12	1	1	6	D P C 患者、D P C 情報が未登録患者、当月2 S D 超患者をそれぞれ一覧で出力できること。
12	1	1	7	レセプト請求に際しては、D P C 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。
12	1	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。
12	1	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。

13				看護勤務管理システム
13				共通機能
13	1			看護職員管理機能
13	1	1		職員情報の設定
13	1	1	1	職員の基本情報として、職員番号、性別、氏名、カナ氏名（フリガナ）、婚姻情報（既婚／未婚）、旧姓、旧姓カナ氏名（フリガナ）、改姓年月日、旧姓使用の有無、戸籍名、戸籍カナ氏名、本籍、生年月日、看護保険加入の有無、看護保険番号、E-Mail、PHS番号、現住所（郵便番号、都道府県、寮利用の有無、寮部屋No、住所、電話番号、携帯電話番号）、緊急連絡先（郵便番号、都道府県、住所、電話番号、連絡者氏名、続柄）、帰省先（郵便番号、都道府県、住所、電話番号、備考）、前職歴月数、国家公務員番号、国家公務員採用年月日、顔写真を管理することができる。
13	1	1	2	職員の採用情報として、採用年月日、採用条件、退職年月日、退職理由を管理することができる。また、再雇用時は従前の職員情報を引き継ぎ採用履歴として管理することができる。
13	1	1	3	職員の異動情報は、配属部署、勤務部署、職種、役職、兼務部署、再掲部署について、それぞれの異動年月日を管理することができる。また、配属部署に関しては、使用の要否を設定することができる。
13	1	1	4	職員のスキル情報として、免許（免許名、免許番号、取得年月日、都道府県、備考）、資格（資格名、取得年月日、有効開始年月日、有効終了日、備考）、委員会（委員会名、任期の開始年月日、任期の終了年月日、備考）、職歴（勤務地、勤務機関、職務の開始年月日、職務の終了年月日、経験診療科、備考）を管理することができる。
13	1	1	5	職員の学歴情報として、一般学歴（区分、地域、卒業年月日、最終学歴区分、学校名、修了課程）、専門学歴（区分、地域、卒業年月日、最終学歴区分、学校名、修了課程）を管理することができる。
13	1	1	6	職員の研修履歴情報として、年度、研修名、院内外フラグ、種類（学会、研究会など）、主催、日程（研修の開始年月日、研修の終了年月日、開始時間、終了時間、時間数、開催地）、テーマ、講師、参加人数、会場、参加条件、連絡事項、備考、受講報告（状況（未受講、受講済など）、費用、参加形態（聴講、発表など））を管理することができる。
13	1	1	7	職員の休暇情報として、長期休暇（休暇理由、開始年月日、終了年月日、備考）、産休・育児休暇（双胎区分、出産予定年月日、出産日、予定/実績それぞれの夜勤免除開始年月日、夜勤免除終了年月日、産前休暇開始年月日、産前休暇終了年月日、産後休暇開始年月日、産後休暇終了年月日、育児休暇開始年月日、育児休暇終了年月日）の情報を管理することができる。 ※産休・育児休暇に関する休暇開始・終了年月日については、出産予定日より貴院条件を元に自動計算することができる。
13	1	1	8	職員の通勤情報として、通勤方法、距離、時間、最寄り駅を管理することができる。
13	1	1	9	職員の家族情報として、氏名、生年月日、続柄、同別区分（同居／別居）、扶養区分（扶養者／非扶養者／被扶養者）、生存区分を管理することができる。
13	1	1	10	職員の看護協会情報として、協会名、入会年月日、退会年月日、協会番号を管理することができる。
13	1	1	11	職員の業績情報として、業績名、開始年月日、終了年月日、発表場所、演題、備考を管理することができる。
13	1	1	12	登録した職員情報は配属部署、勤務部署、職種、役職毎に一覧で表示することができる。また、配属部署は配置表形式で出力することができる。
13	1	2		研修管理機能
13	1	2	1	研修機能では、研修計画として、年度、計画単位（年間計画／病棟計画）、勤務地、研修名、院内外フラグ、種類（学会、研究会など）、主催、日程（研修の開始年月日、研修の終了年月日、開始時間、終了時間、時間数、開催地）、受付情報（受付開始年月日、受付終了年月日、参加申し込み受付フラグ）、テーマ、講師、参加人数、会場、参加条件、連絡事項、備考を登録することができる。
13	1	2	2	各職員は、立案された研修計画に対して受講申請をすることができる。また、各師長は、自部署職員の代理申請を行うことができる。
13	1	2	3	看護部では、受講申請に対して確定、受講、取消の状況を登録することができる。また、登録された内容は各職員の研修履歴情報に反映することができる。
13	1	2	4	登録管理された研修申込情報は、帳票で確認することができる。
13	1	2	5	登録された研修情報より、入院基本料算定に含まない勤務時間を一括登録することができる。
13	1	3		ラダー管理
13	1	3	1	職員のラダー履歴情報としてラダーレベル、認定年月日、コメントを管理することができる。
13	1	4		マスタ管理
13	1	4	1	個人情報を入力する時に参照する各種情報（例：部署名、職種名など）をマスタとして一元管理することができる。
13	1	5		職員検索
13	1	5	1	登録された職員情報から指定した条件に該当する職員を検索することができる。
13	1	5	2	検索の対象として在職職員または退職職員を指定できる。検索範囲として全体・検索結果より選択することができる。（絞り込み機能）
13	1	5	3	検索の条件として職員基本情報、採用、退職、研修、長休、資格、協会、通勤、職種、役職、産休、委員、免許、専門学歴、一般学歴、配属部署、勤務部署、ラダー、夜勤専従者、短時間制度取得者に対して条件を設定することができる。
13	1	5	4	検索の条件として基準年月日を指定することができる。
13	1	5	5	異動情報の検索条件として異動日検索することができる。
13	1	5	6	検索結果の情報をCSV形式ファイルで出力することができる。
13	1	6		職員情報ファイル出力
13	1	6	1	登録された職員情報をCSV形式ファイルで出力することができる。
13	1	6	2	出力する項目は任意で指定することができる。
13	1	6	3	出力条件として基準日、出力する履歴（全件、基準日時点での有効な履歴、履歴の取得開始年月日、取得終了日）を指定することができる。
13	1	7		職員データクロス集計
13	1	7	1	登録された職員情報を元に、勤務部署、職種、役職、学歴区分（専門学歴の最終）、採用条件、年齢、経験年数、在職年数、子ども年齢（0～12歳まで）、既婚／未婚別の人数をクロス集計し、EXCELファイルに出力することができる。（職員クロス集計）
13	1	8		印刷
13	1	8	1	個人カードを印刷出力することができる。
13	1	8	2	病院指定のフォーマットで看護職員配置表を印刷出力することができる。

13				看護勤務管理システム
13	1	8	3	看護職員配置数一覧表を印刷出力することができる。
13	1	8	4	病院指定のフォーマットで看護職員構成一覧を印刷出力することができる。
13	1	8	4	看護職員在職年数構成表を印刷出力することができる。また、部署別でも印刷出力することができる。
13	1	8	5	看護職員経験年数構成表を印刷出力することができる。また、部署別でも印刷出力することができる。
13	1	8	6	看護職員年齢構成表を印刷出力することができる。また、部署別でも印刷出力することができる。
13	1	8	7	産前・産後・育児休暇者一覧表を印刷することができる。
13	1	8	8	役職・職種別経験年数構成一覧を印刷することができる。
13	1	8	9	役職・職種別年齢構成一覧を印刷することができる。
13	1	8	10	退職状況人数データ一覧を印刷することができる。
13	1	8	11	在職職員の学校など統計表を印刷することができる。
13	1	8	12	研修別受講者一覧を印刷出力することができる。
13	1	8	13	個人別研修別受講一覧を印刷出力することができる。
13	1	8	14	年度別研修一覧を印刷出力することができる。
13	1	8	15	部署別ラダーレベル分布一覧を印刷出力することができる。
13	1	8	16	有子職員一覧を印刷出力することができる。
13	1	8	17	長期休暇者一覧を印刷出力することができる。
13	1	8	18	採用者一覧を印刷出力することができる。
13	1	8	19	仮想統合 ORACLESQSQL系サーバ
13	1	8	20	出力帳票はすべてEXCEL形式で保存することができる。
13	1	9		職員情報一括登録機能
13	1	9	1	職員情報一括取り込み機能では、定型データシート（EXCEL形式）に入力された新規採用の職員情報（基本情報・部署、職種、役職など）の取り込みを行うことができる。
13	1	9	2	委員会登録では採用年度、採用条件、部署、職種、役職、基準日を条件として職員を検索し、選択した複数の職員を特定の委員会に一括登録することができる。また、画面で終了日を登録することもできる。
13	1	9	3	免許登録では採用年度、採用条件、部署、職種、役職、基準日を条件として職員を検索し、選択した複数の職員を特定の免許保持者として一括登録することができる。登録する際、免許取得日、免許番号を個別に入力することができる。
13	1	9	4	専門学歴登録では採用年度、採用条件、部署、職種、役職、基準日を条件として職員を検索し、選択した複数の職員を特定の専門学歴保持者として一括登録することができる。登録する際、卒業年月日、区分、地域、最終学歴区分を個別に入力することができる。
13	1	10		その他
13	1	10	1	データ復旧が必要となる場合を考慮し、日次処理としてデータをバックアップすることができる。また、自動でバックアップすることができる。
13	1	10	2	看護師が本院および分院へと異動となる際、システム上「退職」とせず異動できること。
13	1	11		機密保護
13	1	11	1	セキュリティ管理としてシステムの利用者及び利用者が属するグループを設定できる。また、グループに対して各機能の利用可否とその範囲を指定することができる。
13	1	11	2	システムログイン時、ユーザーID、パスワードを入力することによりシステムの起動可否、機能制限を制御することができる。また、ユーザーがパスワードを変更することができる。
13	2			勤務表作成支援機能
13	2	1		マスタ管理
13	2	1	1	勤務計画立案時にすべての勤務部署で使用する病院基本情報（病院名、勤務表計画期間（1ヶ月／4週8休）、休日回数基準期間（1ヶ月／4週8休）、システム開始日、勤務希望回数（個人別／日別））、カレンダー情報（日付、名称、区分（休日／祝日／振替））、勤務部署情報（コード、勤務部署名称、略称、略称2、表示順、定員数、部門区分、有効終了年月日、希望回数制限（個人別／日別）再掲部署フラグ、希望コメントフラグ）、職種（コード、名称、略称、略称2、表示順、有効終了年月日）、役職（コード、名称、略称、略称2、表示順、有効終了年月日、部署の階層レベル）、採用理由（コード、名称、略称、表示順、有効終了年月日）を登録、削除、変更することができる。
13	2	1	2	勤務記号は勤務名称マスタで管理され、コード、勤務名称、勤務記号、IF連携用勤務記号、勤務説明、表示順、自動割当対象可否、休暇分類、勤務区分、勤務グループ、汎用エリア1～2、有効終了年月日、パレットに表示する際の勤務種類（勤務／休み／特殊）、勤務形態（全日勤務、半日勤務（午前勤務／午後勤務））、時間年休入力可否、代休取得可否、曜日制限を登録、削除、変更することができる。
13	2	1	3	勤務記号は2バイト、または4バイトで管理することができる。
13	2	1	4	正規勤務の開始時刻（前半／後半）、終了時刻（前半／後半）、勤務時間数（前半／後半）、実勤務時間数、休憩時間帯1～3（開始時刻、終了時刻）、時間外勤務入力可否、時間外勤務入力制限（勤務前／勤務中／勤務後）、時間外開始時刻、夜間時間（当日／翌日）、休日時間（当日／翌日）、勤務回数により手当が支給される業務に対するの単価、入院基本料の施設基準等に係る届出書類に計上する日勤時間、夜勤時間、翌夜勤時間、申し送り時間帯1～2（開始時刻、終了時刻）を設定することができる。
13	2	1	5	勤務時間帯は勤務部署別・採用条件別に勤務時間を設定することができる。
13	2	1	6	希望勤務・勤務計画・実績入力の締切日を設定し、個別に入力制限を設けることができる。
13	2	2		勤務部署毎の設定
13	2	2	1	曜日・勤務別に必要人数を設定することができる。
13	2	2	2	勤務部署を複数に分割して勤務表を作成する必要がある場合、そのチーム数を設定することができる。また、チーム毎に曜日・勤務別に人数を設定することができる。
13	2	2	3	経験区分（リーダー／サブリーダー／スタッフ／新人）の組み合わせを計画立案の際に考慮するか否かを指定することができる。
13	2	2	4	必要な勤務記号をマスタから選択し、表示順を設定することができる。
13	2	2	5	テンキーとファンクションキーに勤務記号を割り当てることができる。
13	2	2	6	勤務表の表示順を2通り設定することができる。また、勤務作成の際に初期表示する表示順を指定することができる。
13	2	2	7	10日連続までの連続勤務をセットとして登録することができる。

13				看護勤務管理システム
13	2	2	8	勤務表作成条件（優先勤務、不可能勤務、必須勤務、計画期間内の上限勤務回数、勤務間隔、連続勤務上限回数、上限休み回数、休み間隔、連続休み上限回数、経験区分の組み合わせ、職員同士の禁止組み合わせ）をルールとして登録、削除、変更することができる。
13	2	2	9	優先勤務パターンとして5日間までの連続勤務を20種類まで登録することができる。
13	2	2	10	不可能勤務パターンとして5日間までの連続勤務を20種類まで登録することができる。
13	2	2	11	必須勤務パターンとして2日間までの連続勤務を20種類まで登録することができる。
13	2	2	12	経験区分の禁止組合せとして、各勤務帯（深夜、準夜など）に勤務不可能な経験区分の人数の組み合わせを設定することができる。また、組合せは複数パターン設定することができる。
13	2	2	13	職員の禁止組合せとして、各勤務帯（深夜、準夜など）に勤務不可能な職員の組み合わせを設定することができる。また、組合せは複数パターン設定することができる。
13	2	2	14	登録した内容は画面で参照することができる。
13	2	3		職員情報の設定
13	2	3	1	勤務部署内で職員の所属するチーム、経験区分、勤務条件、表示順を設定することができる。
13	2	3	2	職員毎の勤務条件として勤務種別毎に不可能勤務、上限回数、下限回数、連続勤務上限回数、勤務不可曜日、勤務不可（対象の勤務自体をしない）を設定することができる。
13	2	4		夜勤専従者の設定
13	2	4	1	対象職員、夜勤専従開始年月日、夜勤専従終了年月日、備考の登録、削除、変更ができる。
13	2	4	2	夜勤専従開始年月日、夜勤専従終了年月日、勤務部署、職員番号、氏名を指定して夜勤専従者を検索することができる。また、検索結果は画面で表示することができる。
13	2	5		短時間制度取得者の設定
13	2	5	1	対象職員、短時間取得開始年月日、短時間取得終了年月日、取得理由、出産日、備考の登録、削除、変更ができる。
13	2	5	2	短時間取得開始年月日、短時間取得終了年月日、勤務部署、職員番号、氏名を指定して短時間取得者を検索することができる。また、検索結果は画面で表示することができる。
13	2	6		行事予定登録・勤務展開
13	2	6	1	委員会、会議などの行事について開催日、行事名、行事区分（委員会／会議／学会／行事／その他）、対象（全部署／部署別）、時間（開始時刻、終了時刻）、場所、備考、参加者およびお知らせ表示期間（お知らせ表示開始年月日、お知らせ表示終了年月日、お知らせ欄表示フラグ）を登録することができる。
13	2	6	2	条件を指定して行事の一括登録をすることができる。条件は期間（期間開始年月日、期間終了年月日）、または年度（週、曜日、日付（6日分まで指定可））、祝日登録フラグを指定することができる。
13	2	6	3	作成された行事日程に対し指定した勤務を予定として展開することができる。また、展開する際は展開条件（作成範囲、希望や応援勤務の置き換え有無、入院基本料算定に含まない勤務時間や時間休暇の登録がある勤務の置き換え有無）を指定することができる。
13	2	6	4	展開された予定勤務の削除をすることができる。また、削除する際は削除条件（割当勤務以外での削除有無、希望や応援勤務の置き換え有無、控除や時間年休がある勤務の置き換え有無）を指定することができる。
13	2	6	5	登録された行事の開催日程及び参加者情報より、入院基本料算定に含まない勤務時間を一括登録することができる。
13	2	7		勤務予定作成
13	2	7	1	勤務部署毎に対象期間を指定して、所属している職員の勤務予定を登録、削除、変更することができる。
13	2	7	2	予定入力とはあらかじめ登録された勤務記号を一覧から選択して貼り付けることができる。また、個人を指定して勤務表計画期間の勤務を連続して入力することができる。
13	2	7	3	編集機能として、コピー、切り取り、貼り付け、置換、検索、消去、全消去ができる。また、職員の属性による並び替えやチーム毎の表示切替、チーム毎の勤務人数集計を参照することができる。
13	2	7	4	任意の表示順に表示切替することができる。
13	2	7	5	クロスポイントの表示により、職員と日をクロス表示することができる。
13	2	7	6	集計機能として、期間内の職員毎の勤務回数・時間、休日回数・時間を任意の項目で集計し、画面表示することができる。また、日別の勤務人数集計も同様に画面表示することができる。
13	2	7	7	予定作成画面では勤務表計画期間の勤務予定が一覧で参照でき、スクロールにより前計画期間の実績を参照することができる。また、各職員はあらかじめ設定された経験区分により色分けし、一覧表示することができる。
13	2	7	8	勤務入力とは、通常・要請・希望・応援の分類を指定して入力することができ、画面上色分けして表示することができる。また、要請・希望・応援を変更しようとした時に変更確認の警告メッセージを表示することができる。（要請・希望は警告メッセージの表示切替をすることができる）
13	2	7	9	勤務部署毎に個人別回数／日別回数で勤務希望回数をチェックすることができる。
13	2	7	10	エラーチェックは設定条件を元に、必要人数、勤務回数、勤務間隔、連続勤務回数、休み回数、休み間隔、連続休み勤務回数、不可能勤務、禁止組み合わせに対しエラーリストを表示し、画面上で確認することができる。エラーリストを選択すると、該当箇所にカーソルを移動させることができる。
13	2	7	11	勤務予定はあらかじめ設定されたルールに従ってテンプレートの自動作成ができる。自動作成は、開始年月日、割当対象勤務、対象チームを選択し実行することができる。また、作成した勤務予定はテキストファイル形式で保存・読み込みすることができる。但し、最終的に保存されるデータは1つとする。
13	2	7	12	作成した勤務予定は作成状況の進捗に関わらず勤務予定として保存することができる。また、作成終了時は操作者の指示により計画を確定することができる。
13	2	7	13	確定を行った場合は仮実績が自動的に作成される。
13	2	7	14	月途中の異動により職員の増減を伴う計画の再作成をすることができる。また、再作成時にすでに実績となった部分を考慮することができる。
13	2	7	15	日当直管理として、あらかじめ登録した職員に対して管理当直、外来当直等の勤務表を作成することができる。
13	2	7	16	応援機能を使用して勤務を貼り付けると、応援先の勤務表にも該当の職員を表示することができる。また、勤務時間は入院基本料の施設基準等に係る届出書添付書類（様式9）に反映することができる。
13	2	7	17	入院基本料の総夜勤時間数、平均夜勤時間数を画面で確認することができる。
13	2	7	18	休日に出勤した日と代休を取得した日を関連付けて管理することができる。

13				看護勤務管理システム
13	2	7	19	スタッフ本人の希望を本人が入力できるようセキュリティ管理することができる。また、希望入力時、自部署に所属している他職員の勤務状況の表示／非表示を設定することができる。（本人のみ表示／自部署の全職員を表示）
13	2	7	20	勤務表作成時に画面でパートや短時間正職員などの採用条件、夜勤専従者、育児短時間制度取得者を確認することができる。
13	2	7	21	勤務表作成時に画面で行事予定、行事の参加予定者を参照しながら勤務表を作成することができる。
13	2	7	22	勤務表作成時に別画面で日付を指定して予定勤務の検索ことができ、検索結果は24時間のタイムテーブルで表示することができる。また、タイムテーブルに表示する予定勤務は勤務部署単位（指定日付）と個人単位（勤務計画期間）に表示を切り替えることができる。
13	2	7	23	タイムテーブル画面から予定勤務の変更を行うことができる。
13	2	7	24	勤務変更日に時間外情報が存在する場合でも、勤務変更することができる。
13	2	7	25	年休の今年度付与日数、繰り越し休暇日数、繰り越し休暇時間数、今年度休暇数合計、取得済休暇数（分割時間数）、取得％、残休暇数（分割時間数）、1日当たりの分割時間、夏季休暇付与日数、取得済夏季休暇数（分割時間数）、残夏季休暇数（分割時間数）を任意の基準日にて画面表示することができる。また、検索条件として、すべての部署、または特定部署、採用区分はすべての採用区分、または特定の採用区分に切り替えて一覧表示することができる。
13	2	7	26	雇用条件に基づいた付与日数、及び前年度からの年休の繰り越し、夏休の付与を行うことができる。
13	2	8		勤務実績登録
13	2	8	1	勤務部署毎に対象期間を指定して、所属されている職員の勤務実績を登録、削除、変更することができる。
13	2	8	2	実績入力はあらかじめ登録された勤務記号を一覧から選択して貼り付けることができる。また、個人を指定して勤務表計画期間の勤務を連続して入力することができる。
13	2	8	3	編集機能として選択した勤務実績のコピー、貼り付け、検索ができる。また、職員の属性による並び替えやチーム毎の表示切替、チーム毎の勤務人数集計を参照することができる。
13	2	8	4	任意の表示順に表示切替することができる。
13	2	8	5	クロスポイントの表示により、職員と日をクロス表示することができる。
13	2	8	6	集計機能として、期間内の職員毎の勤務回数・時間、休日回数・時間が任意の項目で集計し、画面表示することができる。また、日別の勤務人数集計も同様に画面表示することができる。
13	2	8	7	実績作成画面では勤務表計画期間の勤務実績が一覧で参照できる。また、各職員はあらかじめ設定された経験区分により色分けし一覧で表示することができる。
13	2	8	8	勤務の入力は通常・応援の分類を指定して入力することができ画面上色分けして表示することができる。また、要請・希望・応援を変更しようとした時に変更確認の警告メッセージを表示することができる。（要請・希望は警告メッセージの表示切替をすることができる）
13	2	8	9	時間休暇を登録することができる。
13	2	8	10	変更後の勤務を赤色表示し、予定と区別することができる。
13	2	8	11	表示切替機能により予定と実績を2段表示することができ、変更前の勤務と変更後の勤務を確認することができる。
13	2	8	12	応援機能を使用して勤務を貼り付けると、応援先の勤務表にも該当の職員を表示することができる。
13	2	8	13	入院基本料の総夜勤時間数、平均夜勤時間数を画面で確認することができる。
13	2	8	14	休日に出勤した日と代休を取得した日を関連付けて管理することができる。
13	2	8	15	会議、委員会、研修など入院基本料算定に含まない勤務時間を登録することができる。また、登録した勤務時間は入院基本料算定に係る届出添付書類（様式9）に自動的に反映することができる。
13	2	8	16	勤務実績変更画面でパートや短時間正職員などの採用条件、夜勤専従者、育児短時間制度取得者を確認することができる。
13	2	8	17	画面で行事予定、行事の参加予定者を参照することができる。
13	2	8	18	勤務実績変時に別画面で日付を指定して実績勤務の検索ことができ、検索結果は24時間のタイムテーブルで表示することができる。また、タイムテーブルに表示する実績勤務は勤務部署単位（指定日付）と個人単位（勤務計画期間）に表示を切り替えることができる。
13	2	8	19	タイムテーブル画面から実績勤務の変更を行うことができる。
13	2	9		統計
13	2	9	1	登録された勤務実績をもとに指定期間内の夜勤回数、休み回数が集計された勤務実績統計表として印刷出力することができる。
13	2	10		印刷
13	2	10	1	病院指定のフォーマットで勤務計画表を印刷出力することができる。
13	2	10	2	個人別勤務予定表を印刷出力することができる。
13	2	10	3	勤務実績表を印刷出力することができる。
13	2	10	4	勤務変更届を印刷出力することができる。
13	2	10	5	病院指定のフォーマットで手術室業務割当表を印刷出力することができる。
13	2	10	6	外来業務割当表のフォーマットで手術室業務割当表を印刷出力することができる。
13	2	10	5	個人別／部署別で勤務実績統計表を印刷出力することができる。
13	2	10	6	週間業務分担表を印刷出力することができる。
13	2	10	7	師長当直表を印刷出力することができる。
13	2	10	8	入院基本料の施設基準等に係る届出書添付書類（様式9）を印刷出力することができる。
13	2	10	9	入院基本料総括表を印刷出力することができる。（各病棟ごとに入院基本料の施設基準を満たしているかを一覧で確認）
13	2	10	10	看護要員の名簿（様式8）を印刷出力することができる。
13	2	10	11	控除一覧を印刷出力することができる。（応援勤務、委員会、会議、研修など入院基本料算定に含まない勤務時間を一覧で確認）
13	2	10	12	年間個人別／部署別年休取得状況一覧を印刷出力することができる。
13	2	10	13	代休取得状況一覧を印刷出力することができる。
13	2	10	14	行事一覧を印刷出力することができる。
13	2	10	15	月間スケジュール表を印刷出力することができる。
13	2	10	16	集計設定一覧を印刷出力することができる。
13	2	10	17	夜勤専従者一覧を印刷出力することができる。
13	2	10	18	短時間取得者一覧を印刷出力することができる。
13	2	10	19	病院指定のフォーマットで勤務統計調査データを印刷出力することができる。

13				看護勤務管理システム
13	2	10	20	病院指定のフォーマットで看護職員勤務割当チェックリスト（病棟、手術室、外来・透析、救・中、2交代、看護補助者の6種類）を印刷出力することができる。
13	2	10	21	病院指定のフォーマットで勤務時間チェック一覧を印刷出力することができる。
13	2	10	22	出力帳票はすべてEXCEL形式で保存することができる。
13	2	11		機密保護
13	2	11	1	セキュリティ管理としてシステムの利用者及び利用者が属するグループを設定することができる。また、グループに対して各機能の利用可否を指定することができる。
13	2	11	2	システムログイン時、ユーザーID、パスワードを入力することによりシステムの起動可否、機能制限を制御することができる。また、ユーザーがパスワードを変更することができる。
13	3			超過勤務時間管理機能
13	3	1		マスタ管理
13	3	1	1	勤務実績を基にスタッフ毎の時間外勤務を登録することができる。
13	3	1	2	時間外勤務理由マスタでは、時間外勤務が発生した理由を設定することができる。
13	3	1	3	勤務部署で必要な時間外勤務理由をマスタから選択し、表示順を設定することができる。
13	3	1	4	時間外勤務の項目設定において、単価、時間外入力単位、日付判定方法、週休、自動休日出勤化、時間外最大入力件数、入力単位（1分／10分／15分／30分）、入力制限（システム日時以降の入力可否）、入力制限違反の警告エラー設定を設定することができる。
13	3	1	5	時間管理員マスタは超過勤務命令簿に出力する時間管理員を設定することができる。
13	3	1	6	承認階層マスタに時間外勤務の承認が行える条件を設定することができる。
13	3	2		時間外勤務時間の申請
13	3	2	1	ログイン情報より管理者（師長）かスタッフかを認識し、管理者である場合、承認登録を行うことができる。
13	3	2	2	個人別時間外入力画面では時間外勤務の開始時刻、終了時刻、発生理由、備考を最大5件まで登録することができる。
13	3	2	3	管理者は、日別画面、個人別画面、未承認一覧画面からスタッフが登録した時間外勤務を確認／承認することができる。また、必要があれば時間外勤務を変更することができる。
13	3	2	4	管理者はスタッフが登録した時間外勤務を日別入力画面で確認／承認することができる。また、必要があれば時間外勤務を変更することができる。
13	3	2	5	管理者は時間外勤務を確認／承認した後、日付を指定してスタッフの入力を制限（ロック）することができる。スタッフは制限された日の時間外勤務を登録することはできない。また、管理者は必要があれば制限を解除することができる。
13	3	2	6	超過勤務状況照会画面では部署、年月を指定して職員の超過勤務時間月間合計を照会することができる。
13	3	2	7	本人画面で時間外累計が指定時間数を超えると赤太文字で表示することができる。
13	3	2	8	1件の時間外入力が6H以上の場合に警告メッセージを表示することができる。
13	3	2	9	時間外勤務時間の申請時に控除時間も登録でき、各種帳票に控除時間を減算して出力できる。
13	3	2	10	対象の勤務で時間外時間を自動発生させることができる。
13	3	3		統計
13	3	3	1	年月、部署を指定して職員毎の割増率毎（100/100～160/100）、超過勤務理由毎の超過勤務時間集計を出力することができる。また、設定により月間60時間を超える超過勤務について150/100、175/100の割増率も出力することができる。
13	3	3	2	年度、部署を指定して職員毎の超過勤務理時間集計を出力することができる。
13	3	4		印刷
13	3	4	1	病院指定のフォーマットで超過勤務時間命令簿を印刷出力することができる。
13	3	4	2	登録された超過勤務情報から給与システムへ連携するデータを作成することができる。連携するデータのフォーマットはマスタ設定で変更することができる。
13	3	4	3	個人別／部署別に時間外累計表を印刷出力することができる。（割増率、超過勤務理由毎の統計）
13	3	4	4	個人別／部署別に時間外一覧を印刷出力することができる。（月毎の統計）
13	3	4	5	超過勤務時間命令簿を印刷出力することができる。（月間60時間を超える超過勤務対応）
13	3	4	6	法定限度時間を越える法定時間外労働者一覧を印刷出力することができる。（月間60時間を超える超過勤務対応）
13	3	4	7	病院指定のフォーマットで時間外勤務CSVを出力することができる。
13	3	4	8	病院指定のフォーマットで給与変動CSVを出力することができる。
13	3	4	9	出力帳票はEXCEL、またはCSV形式で保存することができる。
13	3	5		承認確認
13	3	5	1	システムログイン時に承認するべき時間外勤務がある場合、メッセージを表示することができる。（ログイン者が承認権限を持っている場合のみ）また、メッセージの表示は設定にて切替をすることができる。
13	3	5	2	給与システムへ連携するデータ、または超過勤務時間命令簿等の時間外関係帳票を印刷する際、承認されていない時間外勤務がある場合メッセージを表示することができる。また、メッセージの表示は設定にて切替をすることができる。
13	3	6		機密保護
13	3	6	1	セキュリティ管理としてシステムの利用者及び利用者が属するグループを設定することができる。また、グループに対して各機能の利用可否を指定することができる。
13	3	6	2	システムログイン時、ユーザーID、パスワードを入力することによりシステムの起動可否、機能制限を制御することができる。また、ユーザーがパスワードを変更することができる。
13	4			出退勤機能
13	4	1		出退勤情報
13	4	1	1	カードリーダーから出退勤情報を取り込むことができる。
13	4	1	2	取り込んだ出退勤情報を変更、または削除することができる。
13	4	1	3	画面から出退勤情報を手動で追加することができる。
13	4	1	4	スタッフ本人権限より、システムへログイン後に出勤、退勤、戻り、外出をボタン形式で手動で打刻することができる。
13	4	1	5	遅刻、早退、打刻忘れ、勤務時間内の打刻による不整合チェックを打刻エラーチェックを画面上で実行することができる。
13	4	1	6	打刻時間と勤務時間との乖離チェックを画面上で実行することができる。

13				看護勤務管理システム
13	4	2		印刷
13	4	2	1	病院指定のフォーマットで出勤簿を出力することができる。
13	4	2	2	打刻エラーリストを印刷出力することができる。
13	4	2	3	時間外・出退勤状況リストを印刷出力することができる。
13	5			届出管理機能
13	5	1		届出申請
13	5	1	1	任意の休暇届出をメンテナンスすることができ、1日、半日、時間単位で申請することができる。
13	5	1	2	申請された休暇届出をワークフローに基づき、承認することができる。
13	5	1	3	ワークフローは1～9階層で設定することができる。
13	5	1	4	承認された年休届と夏休届の取得日数、残日数を本人画面で参照することができる。
13	5	1	5	休暇以外に手当を申請することができる。
13	5	1	6	届出をセキュリティ管理設定に基づき、代理申請、代理承認、および代理破棄することができる。
13	5	1	7	届出申請時に取得要件、提出書類を確認することができる。
13	5	1	8	承認された届出に対して勤務を自動変更することができる。
13	5	1	9	常勤・非常勤により申請できる届出の表示制限をおこなうができる。
13	5	1	10	届出ごとに申請日数の上限を制限することができる。
13	5	2		印刷
13	5	2	1	届出状況リストを印刷出力することができる。
13	6			他システムインターフェース（情報連携）
13	6	1		電子カルテ・オーダーリングシステムインターフェース
13	6	1	1	勤務実績の作成及び変更時に、勤務実績（年月日、職員番号、勤務形態）及び、職員情報（職員番号、氏名、職種、役職、経験区分、表示順、採用・配属・転退年月日）を、マスタ変更時に、勤務名称（コード、名称、記号）、勤務部署（コード、名称）をオーダーリングシステムにリアルタイムに送信することができる。
13	6	2		ポータル・統合メニュー連携（シングルサインオン）
13	6	2	1	ポータルサイト、統合メニューと連携して、シングルサインオンに対応できる。また、利用者情報（ID、パスワード）の取り込み（連携）することができる。

14				輸血管理システム
14	1			共通機能
14	1	1		基本要件
14	1	1	1	輸血業務及び製剤管理業務を統合管理し、オーダー情報受信・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・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。
14	1	1	2	画面および出力される帳票は、日本語であること。
14	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。
14	1	1	4	病院情報システム（オーダーリング/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 L A N（以下「病院 L A N」という。）を介して接続され、検査オーダー情報を取得し、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。
14	1	1	5	ログイン時、ユーザコード、パスワードによる認証が可能なこと。
14	1	1	6	認証ユーザによって、使用業務に制限がかけられること。
14	2			ハードウェアは、以下の要件を満たすこと。
14	2	1		サーバ
14	2	1	1	O S は、Microsoft 社製 Windows Server 2012 R2 Standard 又はこれと同等以上のものを搭載していること。
14	2	1	2	データベースは、O r a c l e 社製のものを搭載していること。
14	2	1	3	中央演算処理装置（C P U）は、X e o n 4 コア 又はこれと同等以上の性能・機能を有すること。
14	2	1	4	主記憶量は、8 G B 以上であること。
14	2	1	5	サーバ装置は、物理容量 1 T B 以上の内蔵ハードディスクを有すること。
14	2	1	6	3. 5 インチ フロッピーディスクドライブを 1 ドライブ 装備すること。
14	2	1	7	D V D - R O M 装置を装備すること。
14	2	1	8	1 0 0 0 B A S E - T によるネットワーク接続が可能であること。
14	2	1	9	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。
14	2	1	10	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。
14	2	1	11	無停電電源装置を有すること。（1 5 0 0 V A 以上推奨）
14	2	2		クライアント
14	2	2	1	O S は、Microsoft Windows 7 Professional SP1 または Windows 8.1 もしくはこれと同等以上のものを搭載していること。
14	2	2	2	パソコン本体は省スペース型であること。
14	2	2	3	C P U は、I n t e l 社製 C o r e i 5 2. 3 G H z 又はこれと同等以上の性能・機能を有すること。
14	2	2	4	主記憶容量は、4 G B 以上であること。
14	2	2	5	物理容量 1 2 0 G B 以上の内蔵ハードディスク装置を有すること。
14	2	2	6	ディスプレイは、1 9 インチ TFT 液晶カラー表示で、解像度は 1 2 8 0 × 1 0 2 4 ピクセル（SXGA）以上であること。（推奨は 1 9 2 0 × 1 0 8 0 ピクセル（F U L L H D））
14	2	2	7	1 0 0 0 B A S E - T（1 0 0 B A S E - T X / 1 0 B A S E - T 対応）によるネットワーク接続が可能であること。
14	2	2	8	光学式マウスを有すること。
14	2	2	9	Microsoft .NET Framework の環境で動作すること。
14	2	3		周辺機器
14	2	3	1	2 次元バーコード（GS1 Databar）規格の読み取りが可能であること。

14				輸血管理システム
14	2	3	2	プリンタは、カラー対応とし名刺サイズ～A4サイズの印字が可能であること。
14	3			ソフトウェア 基本条件
14	3	1		システム要件
14	3	1	1	1日の製剤依頼件数に制限がないこと。
14	3	1	2	1日の検査受付件数は、99,999件まで対応可能であること。
14	3	1	3	1患者・1検査オーダーあたりの検査依頼項目数は、無制限であること。
14	3	1	4	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であること。
14	3	1	5	◦科コードは、2桁までの英・数字で管理可能なこと。
14	3	1	6	◦部署コードは、5桁までの英・数字で管理可能なこと。
14	3	1	7	◦検査項目コードは6桁までの英・数字で管理可能なこと。
14	3	1	8	◦ワークシートコードは、5桁までの英・数字で管理可能なこと。
14	3	1	9	◦1ワークシートに登録可能な項目は無制限であること。
14	3	1	10	◦検査結果は、コード入力も可能とし結果コードは3桁までの数字で管理可能なこと。
14	3	1	11	◦患者に対してコメント入力ができ、よく使用するコメントは、コードでも入力可能とすること。 患者に対するコメントコードは、10桁までの英・数字で管理可能なこと。
14	3	1	12	◦製剤に対してコメント入力ができ、よく使用するコメントは、コードでも入力可能とすること。 製剤に対するコメントコードは、10桁までの英・数字で管理可能なこと。
14	3	1	13	◦検査検体に対してコメント入力ができ、よく使用するコメントは、コードでも入力可能とすること。 検査検体に対するコメントコードは、10桁までの英・数字で管理可能なこと。
14	3	1	14	◦製剤依頼に対してコメント入力ができ、よく使用するコメントは、コードでも入力可能とすること。 製剤依頼に対するコメントコードは、10桁までの英・数字で管理可能なこと。
14	3	1	15	◦製剤出庫に対してコメント入力ができ、よく使用するコメントは、コードでも入力可能とすること。 製剤出庫に対するコメントコードは、10桁までの英・数字で管理可能なこと。
14	3	1	16	◦検査依頼に対してコメント入力ができ、よく使用するコメントは、コードでも入力可能とすること。 検査依頼に対するコメントコードは、10桁までの英・数字で管理可能なこと。
14	3	1	17	◦自己血貯血依頼に対してコメント入力ができ、よく使用するコメントは、コードでも入力可能とすること。 自己血貯血依頼に対するコメントコードは、10桁までの英・数字で管理可能なこと。
14	3	1	18	◦日赤製剤は、日赤が提供している製剤種コードで管理可能であること。
14	3	1	19	◦各業務の使用制限を職種単位に管理できること。
14	3	1	20	◦依頼医師数は9,999,999,999人登録できること。 また英数字でコード登録が可能なこと。
14	3	1	21	複数のマスタメンテ画面の関係性を横断的にサポートするマスタメンテサポート機能を有すること。「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であること。
14	4			患者管理に関する要件
14	4	1		仮想統合_ORACLESQL系サーバ
14	4	1	1	患者基本情報として以下の項目を管理可能なこと。 患者番号、カナ氏名、漢字氏名、性別、生年月日、身長、体重、所属科、病棟、感染症、血液型、血液型最新検査日、不規則抗体スクリーニング結果、不規則抗体スクリーニング最新検査日、不規則抗体、輸血歴有無、妊娠歴有無、住所（郵便番号、住所、電話番号）
14	4	1	2	患者単位に以下の履歴情報が確認可能であること。 検査歴、輸血歴、副作用歴

14				輸血管理システム
14	4	1	3	移植血液型の管理が可能であること。
14	4	1	4	移植血液型は、履歴管理可能であること。
14	4	1	5	患者に対するコメントが入力可能なこと。
14	4	1	6	患者コメントは、１００文字まで入力可能であること。
14	4	1	7	患者コメントは、コードでも入力できること。
14	4	1	8	患者コメントは、注意喚起の設定ができ、設定を行った場合、該当患者の画面を表示すると患者コメントがポップアップ表示されること。
14	4	1	9	検査システムと連携し、感染症情報で更新対象となる結果値を受信した場合、患者基本情報となる感染症情報が自動的に更新されること。
14	4	1	10	患者履歴一覧画面から任意のタイミングでコンピュータクロス判定の確認が可能であること。
14	5			製剤管理に関する要件
14	5	1		入庫業務
14	5	1	1	製剤を管理するのに必要な項目がそろっていること。
14	5	1	2	日赤製剤の入庫が行えること。
14	5	1	3	複数の製剤を一連の流れで(連続して)入庫が可能なこと。
14	5	1	4	バーコードの読み込みで入庫が行えること。
14	5	1	5	２次元バーコードでの入庫処理が可能であること。
14	5	1	6	入庫した製剤情報の修正が可能なこと。
14	5	1	7	同一LotNoの製剤でも管理が行えること。
14	5	1	8	F DまたはU S Bによる入庫が可能なこと。(F Dフォーマットが公開されている日赤担当地区を限定とする。)
14	5	1	9	因子情報の入力が可能なこと。
14	5	1	10	製剤に対してコメントを入力可能なこと。
14	5	1	11	入庫時、ブルーリストが印字されること。
14	5	1	12	入庫処理中の製剤数を表示可能であること。
14	5	1	13	入庫処理中の製剤情報が表示可能であること。
14	5	1	14	入庫処理中の製剤のうち、入庫対象から除外することも可能なこと。
14	5	1	15	製剤入庫処理時に、外観チェック情報(３段階)を登録することが可能なこと。また一括での外観チェック登録が可能なこと。
14	5	2		発注業務
14	5	2	1	在庫量から備蓄不足分の算出を行い表示・印刷が可能なこと。
14	5	2	2	日赤センターへの発注書の印刷が可能なこと。
14	5	2	3	製剤依頼状況から予約製剤(PC等)を算出し、表示・印刷が可能なこと。
14	5	2	4	発注時に抗原の指定が可能なこと。
14	5	2	5	日本赤十字社血液製剤発注システムに対応した二次元バーコードが印字可能なこと。
14	5	3		製剤管理業務
14	5	3	1	在庫数もしくは在庫単位数の表示が可能であること。
14	5	3	2	在庫状態の製剤のみ一覧表示可能であること。
14	5	3	3	割付状態の製剤のみ一覧表示可能であること。
14	5	3	4	出庫状態の製剤のみ一覧表示可能であること。
14	5	3	5	使用状態の製剤のみ一覧表示可能であること。
14	5	3	6	廃棄状態の製剤のみ一覧表示可能であること。
14	5	3	7	製剤の一覧表から、製剤の詳細情報表示へ画面遷移可能であること。

14				輸血管理システム
14	5	3	8	製剤情報の修正が可能であること。
14	5	3	9	製剤情報の削除が可能であること。
14	5	3	10	製剤一覧画面では、一覧のソートが可能であること。
14	5	3	11	製剤一覧画面では、一覧列の表示／非表示が切り替えられること。
14	5	3	12	製剤一覧表を印刷可能であること。
14	5	3	13	在庫製剤一覧を印刷可能であること。
14	5	3	14	製剤番号もしくは2次元バーコードを読み込ませ、該当製剤の詳細情報を表示可能であること。
14	5	3	15	製剤の詳細情報表示画面では、該当製剤の入庫からの履歴が表示されること。
14	5	3	16	製剤の履歴表示では、各進捗単位にだれが・いつ実施したかの履歴が表示されること。
14	5	3	17	間違えて使用したなどの場合を考慮し、進捗を1つ前に戻せること。
14	5	3	18	進捗を戻した場合、戻した履歴もデータベースで管理し、ユーザが指定することで戻した履歴も表示できること。
14	5	3	19	製剤の遡及調査用紙が作成可能なこと。
14	5	3	20	製剤の分割処理が可能であること。
14	5	3	21	分割した場合、分割後の製剤にも製造番号を自動付番できること。
14	5	3	22	分割した製剤のラベル（自動付番した製造番号のバーコード有）が印字可能なこと。
14	5	3	23	20年間製剤保管が可能であること。
14	5	3	24	製剤一覧画面は、以下の項目が表示可能であること。 状態、製剤種、製造番号、有効期限、有効時間、製剤ABO、製剤Rh、型確認、外観、因子、副作用、照射、採血患者、格納庫、割付依頼情報、製剤使用患者情報
14	5	4		製剤依頼業務
14	5	4	1	製剤依頼情報が入力及び修正可能なこと。
14	5	4	2	以下の項目が入力可能であること。 緊急区分、使用予定日、使用予定時間、出庫先、使用目的、依頼医師、依頼製剤、依頼血液型（異型時）、依頼製剤単位数、術式、病名、依頼コメント、準備区分（T&S区分）、予想出血量
14	5	4	3	以下の患者属性情報が表示可能であること。 患者番号、患者カナ氏名、患者漢字氏名、性別、生年月日、所属科、所属病棟、患者血液型、患者血液型最新検査日、不規則抗体スクリーニング結果、不規則抗体スクリーニング最新検査日
14	5	4	4	患者血液型が2回以上実施されていて、同型である場合は、なんらかのマークが表示され、確定血液型であることがわかること。
14	5	4	5	不規則抗体保有者は、不規則抗体名が表示されること。
14	5	4	6	製剤依頼情報の中止が可能であること。
14	5	4	7	製剤依頼票の印字が可能であること。
14	5	4	8	製剤依頼一覧、患者履歴一覧、出庫管理から製剤出庫画面に遷移した際に、依頼情報を「前依頼」「次依頼」ボタンで直前に起動していた依頼情報に切り替えることができること。
14	5	5		製剤依頼一覧業務
14	5	5	1	製剤依頼を一覧表示可能であること。
14	5	5	2	一覧には以下の項目が表示可能であること。 緊急区分、使用予定日、使用予定時間、患者番号、患者カナ氏名、患者漢字氏名、不規則抗体スクリーニング結果、不規則抗体名、患者血液型、依頼血液型、進捗、依頼コメント、依頼製剤種、依頼単位数、依頼医師、出庫先、使用目的、オーダ番号、連絡先
14	5	5	3	以下の項目で検索可能であること。 使用予定日範囲、依頼製剤種、進捗、依頼血液型、出庫先、患者番号
14	5	5	4	よく使用する検索条件は、条件を保持することができ、1クリックで保持した条件での検索が可能であること。
14	5	5	5	一覧のソートが可能であること。

14				輸血管理システム
14	5	5	6	一覧列の表示／非表示が切り替えれること。
14	5	5	7	一覧表を印刷可能であること。
14	5	5	8	一覧表から該当行を選択することで製剤割付業務へ遷移可能であること。 進捗によって、割付業務ではなく、交差試験結果入力業務や出庫業務にシステムが判断し遷移できること。
14	5	5	9	依頼受付操作時に、依頼血液型と患者の輸血可能血液型をチェックし、異なった場合は警告メッセージを表示できる機能を有すること。（血漿分画製剤依頼、造血幹細胞依頼、自己血依頼、合成血依頼は除く）
14	5	6		製剤割付業務
14	5	6	1	製剤依頼に対して、日赤製剤もしくは自己血の割付が可能であること。
14	5	6	2	以下の製剤依頼情報が表示されること。 使用予定日、使用予定時間、使用目的、出庫先、依頼医師、依頼製剤種、依頼単位数、術式、病名、依頼血液型。
14	5	6	3	以下の患者属性情報が表示可能であること。 患者番号、患者カナ氏名、患者漢字氏名、性別、生年月日、所属科、所属病棟、患者血液型、患者血液型最新検査日、不規則抗体スクリーニング結果、不規則抗体スクリーニング最新検査日、依頼コメント有無。
14	5	6	4	割付は、製造番号もしくは2次元バーコードでできること。
14	5	6	5	依頼製剤種に該当する在庫一覧を表示し割付できること。
14	5	6	6	割付時、以下のチェックが可能であること。 依頼製剤種と割付製剤種のチェック、依頼血液型と製剤血液型のチェック、使用予定日と製剤有効期限のチェック、不規則抗体と製剤因子チェック、自己血の場合患者チェック、照射有無。
14	5	6	7	移植患者の場合、患者基本で設定した移植血液型でチェック可能であること。
14	5	6	8	製剤種によって、チェックレベル（警告・禁止）を変更できること。
14	5	6	9	異型適合血チェックにも対応できること。
14	5	6	10	通常は、割付できないが強制的に割付できるモードもあること。
14	5	6	11	割付後、自動的に交差試験結果入力画面もしくは出庫画面へ遷移できること。
14	5	6	12	割付後、必要帳票（交差ワークシートや製剤ラベルなど）が自動的に出力できること。
14	5	6	13	未在庫製剤を確保（割付）する場合に、2次元バーコードであれば入庫処理も兼ねられること。
14	5	7		交差試験業務
14	5	7	1	交差試験結果が入力可能であること。
14	5	7	2	交差試験方法は、1製剤に対して4種類まで設定できること。
14	5	7	3	交差試験患者採血管のバーコードがある場合、バーコードを入力できること。
14	5	7	4	交差試験結果は、適合／不適合以外に作成できること。
14	5	7	5	交差試験担当者の入力ができること。
14	5	7	6	コンピュータクロスマッチに対応していること。
14	5	7	7	交差試験有効期間を設定でき、有効期間内であれば、同一患者・同一製剤の交差試験結果を表示できること。
14	5	7	8	自己対照結果が入力できること。
14	5	7	9	1オーダー内に複数の割付製剤があった場合でも一括で交差試験結果を登録できること。
14	5	7	10	交差試験結果一括入力は、どの結果を一括設定するかを選択できること。
14	5	7	11	交差試験結果入力後、自動的に出庫画面へ遷移できること。
14	5	7	12	交差試験結果入力後、必要帳票（適合票など）が自動的に出力できること。
14	5	7	13	コンピュータクロスマッチの条件に母親由来のIgG型抗A/抗B陰性が含まれること。
14	5	7	14	1つの製剤を複数の患者に割付し、交差結果を登録することが可能なこと。
14	5	7	15	1つの製剤を複数の患者に割付し、交差結果を登録後、別患者へ割付・払出することになっても、履歴は残ること。

14				輸血管理システム
14	5	8		出庫業務
14	5	8	1	製剤依頼に対して、日赤製剤もしくは自己血の出庫が可能であること。
14	5	8	2	以下の製剤依頼情報が表示されること。 使用予定日、使用予定時間、使用目的、出庫先、依頼医師、依頼製剤種、依頼単位数、術式、病名、依頼血液型。
14	5	8	3	以下の患者属性情報が表示可能であること。 患者番号、患者カナ氏名、患者漢字氏名、性別、生年月日、所属科、所属病棟、患者血液型、患者血液型最新検査日、不規則抗体スクリーニング結果、不規則抗体スクリーニング最新検査日、依頼コメント有無。
14	5	8	4	出庫時に、製造番号もしくは2次元バーコードを読み込ませ再チェックが可能であること。
14	5	8	5	出庫時、以下のチェックが可能であること。 出庫製剤番号と読み込ませた製剤番号のチェック、使用予定日と製剤有効期限のチェック、不規則抗体と製剤因子チェック、自己血の場合患者チェック、照射有無。
14	5	8	6	移植患者の場合、患者基本で設定した移植血液型でチェック可能であること。
14	5	8	7	製剤種によって、チェックレベル（警告・禁止）を変更できること。
14	5	8	8	異型適合血チェックにも対応できること。
14	5	8	9	通常は、出庫できないが強制的に出庫できるモードもあること。
14	5	8	10	強制的に出庫する場合、だれが対応するかの履歴は残すこと。
14	5	8	11	出庫時、製剤を渡した担当者、製剤を持ち出した担当者の入力ができること。
14	5	8	12	出庫時、必要帳票（出庫伝票など）が自動的に出力できること。
14	5	8	13	払出時に外観チェック（3段階）が可能なこと。またその際、複数の製剤に対して一括にて外観チェックの登録が可能なこと。
14	5	8	14	払出後に検査室にて一時預りした製剤の再払出が可能であること。
14	5	9		製剤実施業務
14	5	9	1	出庫した製剤に対して、使用確定入力ができること。
14	5	9	2	使用確定入力時、製剤番号もしくは2次元バーコードで処理できること。
14	5	9	3	使用日の入力ができること。
14	5	9	4	実施者の入力ができること。
14	5	9	5	副作用の入力ができること。
14	5	9	6	副作用入力した場合、該当患者の副作用歴に登録されること。
14	5	9	7	副作用入力画面では、フリーコメントの入力も可能であること。
14	5	9	8	副作用の登録（5分・15分・終了+1回分）が可能であること。また、フリーでの文字列入力も可能であること
14	5	9	9	出庫した製剤に対して、回収入力ができること。
14	5	9	10	回収入力時、製剤番号もしくは2次元バーコードで処理できること。
14	5	9	11	回収日の入力ができること。
14	5	9	12	実施者の入力ができること。
14	5	9	13	廃棄入力ができること。
14	5	9	14	廃棄入力時、製剤番号もしくは2次元バーコードで処理できること。
14	5	9	15	廃棄日の入力ができること。
14	5	9	16	実施者の入力ができること。
14	5	9	17	廃棄理由の入力ができること。
14	5	9	18	日赤返品入力ができること。
14	5	9	19	日赤返品時、製剤番号もしくは2次元バーコードで処理できること。

14				輸血管理システム
14	5	9	20	日赤返品日の入力ができること。
14	5	9	21	実施者の入力ができること。
14	5	9	22	日赤返品理由の入力ができること。
14	5	9	23	照射入力ができること。
14	5	9	24	照射時、製剤番号もしくは2次元バーコードで処理できること。
14	5	9	25	照射日の入力ができること。
14	5	9	26	実施者の入力ができること。
14	5	9	27	製剤血液型検査を実施した場合、製剤番号もしくは2次元バーコードを読み込ませて実施済みであることを設定できること。
14	5	9	28	使用済み製剤パックの管理が可能であること。
14	5	9	29	確保状態の製剤でも製剤実施画面、または、製剤在庫画面で回収登録をすることができる。
14	5	9	30	払出した製剤に対して、使用入力ができること。
14	6			自己血に関する要件
14	6	1		自己血採血予定入力業務
14	6	1	1	自己血採血予定を入力できること。
14	6	1	2	以下の項目が入力できること。 患者番号、依頼医、予想出血量、希望貯血量、採血予定日、採血予定時間
14	6	1	3	以下の患者属性情報が表示可能であること。 患者番号、患者カナ氏名、患者漢字氏名、性別、生年月日、所属科、所属病棟、患者血液型、患者血液型最新検査日、不規則抗体スクリーニング結果、不規則抗体スクリーニング最新検査日
14	6	1	4	自己血採血予定の中止ができること。
14	6	2		自己血採血予定一覧業務
14	6	2	1	自己血採血予定を一覧表示できること。
14	6	2	2	一覧には以下の項目が表示可能であること。 進捗、手術予定日、患者番号、患者名、採血予定日、採血予定時間、依頼医
14	6	2	3	以下の項目で検索可能であること。 手術予定日、採血予定日、進捗、患者番号
14	6	2	4	よく使用する検索条件は、条件を保持することができ、1クリックで保持した条件での検索が可能であること。
14	6	2	5	一覧列の表示／非表示が切り替えれること。
14	6	2	6	一覧表を印刷可能であること。
14	6	2	7	一覧表から該当行を選択することで採血実施画面へ遷移可能であること。
14	6	3		自己血採血実施業務
14	6	3	1	自己血採血実施入力ができること。
14	6	3	2	採血実施では以下項目が入力できること。 採血実施日、採血実施時間、担当者、製剤種、採血量
14	6	3	3	自己血実施後、採血済み自己血に対して製造番号を自動付番できること。
14	6	4		自己血帳票業務
14	6	4	1	患者署名欄付の自己血ラベルが印字できること。
14	6	4	2	自己血ラベルには、以下項目を印字できること。 患者番号、患者カナ氏名、患者漢字氏名、患者血液型、製剤種名、製剤種バーコード、製造番号、製造番号バーコード、有効期限。
14	7			輸血検査に関する要件
14	7	1		検査依頼入力業務

14				輸血管理システム
14	7	1	1	検査依頼入力が可能であること。
14	7	1	2	以下の項目が入力できること。 患者番号、採血日、依頼元、依頼医、緊急区分、依頼コメント、依頼項目。
14	7	1	3	以下の患者属性情報が表示可能であること。 患者番号、患者カナ氏名、患者漢字氏名、性別、生年月日、所属科、所属病棟、患者血液型、患者血液型最新検査日、不規則抗体スクリーニング結果、不規則抗体スクリーニング最新検査日
14	7	1	4	依頼項目セットの入力ができること。
14	7	1	5	依頼入力後の訂正ができること。
14	7	1	6	依頼削除ができること。
14	7	2		到着確認業務
14	7	2	1	到着確認が可能であること。
14	7	2	2	未到着が確認できる画面を有すること。
14	7	3		検査結果入力業務
14	7	3	1	検査結果入力が可能であること。
14	7	3	2	以下の患者属性情報が表示可能であること。 患者番号、患者カナ氏名、患者漢字氏名、性別、生年月日、所属科、所属病棟、患者血液型、患者血液型最新検査日、不規則抗体スクリーニング結果、不規則抗体スクリーニング最新検査日
14	7	3	3	検査結果は、項目によってフリー入力もしくはコード入力可能であること。
14	7	3	4	血液型検査の場合、凝集結果値によって、オモテ判定結果、ウラ判定結果及び総合判定結果を自動で登録できること。
14	7	3	5	不規則抗体スクリーニング検査の場合、凝集結果値によって判定結果値を自動で登録できること。
14	7	3	6	検査項目は、マスタで管理できること。
14	7	3	7	入力された血液型、不規則抗体スクリーニング結果及び不規則抗体名は、患者基本へ反映されること。
14	7	3	8	結果入力画面にて検査結果を容易に変更できないこと。
14	7	3	9	検査結果値の選択並び順を設定可能なこと。
14	7	3	10	結果値を表示する際、背景色・文字色の指定ができること。
14	7	4		検査依頼一覧表示業務
14	7	4	1	検査依頼を一覧で表示可能であること。
14	7	4	2	検査依頼一覧画面で結果値も表示可能であること。
14	7	4	3	一覧画面から結果入力画面へ遷移できること。
14	7	4	4	以下の項目で検索可能であること。 ワークシートコード、受付日、受付番号範囲、進捗、患者番号
14	7	4	5	よく使用する検索条件は、条件を保持することができ、1クリックで保持した条件での検索が可能であること。
14	7	4	6	一覧列の表示／非表示が切り替えれること。またソートも可能であること。
14	7	4	7	一覧表を印刷可能であること。
14	7	4	8	検査依頼一覧画面で結果値を表示する際、背景色・文字色の指定ができること。
14	7	5		その他
14	7	5	1	報告書の印字が可能であること。
14	7	5	2	検体検査結果を取込み、時系列表示できること。また、輸血実施日と組み合わせて折れ線グラフが表示できること。
14	8	1		連携に関する要件
14	8	1		分析器接続
14	8	1	1	分析器と連携し、血液型・不規則抗体スクリーニング結果の受信ができること。

14				輸血管理システム
14	8	1	2	分析器と連携し、交差試験結果が受信できること。
14	8	1	3	分析器と連携し、製剤パックの血液型検査結果が受信できること。
14	8	1	4	分析器から結果受信時に、自動承認せず前回値チェックを実施し、かつ上位へ結果送信を行わないモードを有すること。
14	8	2		H I S 接続
14	8	2	1	H I S と連携し、製剤依頼情報の受信ができること。
14	8	2	2	H I S と連携し、製剤出庫情報の送信ができること。
14	8	2	3	製剤使用（もしくは回収）情報の連携が H I S とできること。
14	8	2	4	患者属性情報を H I S から受信できること。
14	8	2	5	製剤依頼受信時はアラートで知らせることができること。製剤依頼及び自己血貯血依頼受信時、依頼票または自己血貯血依頼票の出力ができること。
14	8	2	6	製剤依頼及び自己血貯血依頼受信時、自動で依頼票が印字されること。
14	8	3		検体検査システム接続
14	8	3	1	検体検査システムと連携し、検査依頼情報の受信ができること。
14	8	3	2	検体検査システムと連携し、検査結果情報の送信ができること。
14	8	3	3	検体検査システムと連携し、関連検査の結果値を受信できること。
14	8	3	4	検体検査システムからの検査結果を受け、以下の要件を満たすこと。 検体検査システムからの検査結果情報を受信し、輸血関連の検査項目を限定し、結果を輸血管理システム内で保持できること。
14	8	3	5	検体検査システムで行った他部門検査結果を時系列に輸血実施情報と合わせて参照ができること。
14	8	3	6	他部門検査結果をグラフ化して表示時可能なこと。
14	8	3	7	輸血前後の感染症検査結果も保持し、輸血後感染症を行っていない、もしくは、行う必要のある患者の台帳が出力できること。
14	8	3	8	検査システムと連携し、HbやPLTなどで輸血トリガー値を下回る結果値を受信した場合、通知できること。 ※ただし、検査システム側が対応できること。
14	8	3	9	検査システムと連携し、輸血後感染症の結果が陽転した場合、通知できること。
14	8	3	10	血液型の検査状況（仮血液型、確定血型など）を結果値として検査システムへ自動送信できること ※ただし、電子カルテ側が対応できること。
14	9			特殊業務
14	9	1		血漿分画製剤管理
14	9	1	1	血漿分画製剤の取り扱いが可能であること。
14	9	1	2	血漿分画製剤の入庫時、製造番号を自動付番できること。
14	9	1	3	血漿分画製剤の入庫時、製造番号付のラベルを自動的に印字できること。
14	9	1	4	血漿分画製剤は、入庫時に付番した製造番号で日赤製剤と同じ管理ができること。
14	9	1	5	血漿分画製剤の入庫時、外観チェック情報（3段階）を登録することが可能なこと。
14	9	2		その他
14	9	2	1	検体保管管理ができること。
14	9	2	2	帳票に関しては、簡易にレイアウトの変更が可能であること。
14	9	2	3	統計に関しては、簡単に追加が可能であること。
14	9	2	4	精度管理ラベルの印刷が可能なこと。
14	9	2	5	帳票レイアウトファイルのサーバー側とのアップロードとダウンロードが可能であること。
14	10			保守・管理
14	10	1		システム保守

14				輸血管理システム
14	10	1	1	ソフトウェアはリモート保守が可能であること。障害原因の切り分け・障害の解消・継続運用の支援などの運用指導までの対応ができること。
14	10	1	2	個人情報保護及びセキュリティを十分確保すること。（ログイン、更新履歴、自動ログオフ等）
14	10	1	3	ISMS（情報セキュリティマネジメントシステム）の認証(JISQ27001)を取得していること。
14	10	1	4	PMS（個人情報保護マネジメントシステム）の認証(JISQ15001)を取得していること。
14	10	2		セキュリティ
14	10	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。
14	10	2	2	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。
14	10	2	3	ユーザID、パスワードは、無制限に世代管理できること。
14	10	2	4	市販のウィルスソフトが動作している端末でも動作可能なこと。
14	11			他システムインターフェース（情報連携）
14	11	1		ポータル・統合メニュー連携（シングルサインオン）
14	11	1	1	ポータルサイト、統合メニューと連携して、シングルサインオンに対応できる。また、利用者情報（ID、パスワード）の取り込み（連携）することができる。

15				地域医療連携システム
15	1			地域連携室業務
15	1	1		診療予約
15	1	1	1	電子カルテシステムの予約オーダと連動し、通常枠、紹介枠、予約科、予約項目、表示日による予約枠の表示ができること。
15	1	1	2	画面表示された予約枠を選択し、予約枠を確定することができること。
15	1	1	3	予約登録の一連の操作で電子カルテシステム、地域連携システム双方の予約情報が登録できること。
15	1	1	4	予約登録時、紹介患者の紹介元施設を指定できること。
15	1	1	5	予約登録時、紹介患者の紹介元施設名を電子カルテシステムの予約オーダ・フリーコメントとして自動登録できること。
15	1	1	6	取得した予約情報の修正、取消しが可能であること。
15	1	1	7	予約確定時、予約票の印刷やFAX送信ができること。回線は病院準備とする。
15	1	1	8	予約票は予約項目毎に異なるフォーマットで印刷できること。
15	1	1	9	予約票印刷時、郵送用の宛名ラベルも同時印刷できること。
15	1	1	10	期日や患者IDを指定し、予約一覧が表示できること。また、この画面から該当項目を選択し、予約票の印刷やFAX送信ができること。
15	1	1	11	地域連携室または予約センターで予約取得業務が実施できること。
15	1	1	12	予約票のフォーマットは随時編集・変更できること。
15	1	1	13	予約取得時に「予約行為」を選択できること。 (※予約行為(1回に取得するポイント数 1人分、2人分、3人分などを選択))
15	1	1	14	予約取得時に画面から入力した「予約票コメント」を予約票に印字できること。
15	1	1	15	予約取得時に予約担当医師を手動で選択できること。
15	1	1	16	予約取得時に電子カルテシステムで取得した同一患者の予約と重複をチェックできること。
15	1	2		検査予約
15	1	2	1	電子カルテシステムの予約オーダと連動し、予約オーダで取得済みの検査予約と紹介予約情報を紐付けることができること。
15	1	2	2	検査予約紐付け登録時、紹介患者の紹介元施設を指定できること。
15	1	2	3	紐付けした予約情報の修正、取消しができること。
15	1	2	4	予約確定時、予約票の印刷やFAX送信ができること。
15	1	2	5	検査予約票は予約項目毎に異なるフォーマットで印刷できること。
15	1	2	6	検査予約票に検査の注意書きを印字できること。
15	1	2	7	予約票印刷時、郵送用の宛名ラベルも同時印刷できること。
15	1	2	8	期日や患者IDを指定し、予約一覧が表示できること。また、この画面から該当項目を選択し、予約票の印刷やFAX送信ができること。
15	1	2	9	地域連携室または予約センターで予約取得業務が実施できること。
15	1	2	10	予約票のフォーマットは随時編集・変更できること。
15	1	3		紹介受付
15	1	3	1	紹介予約患者来院時、予約一覧から紹介受付登録ができること。
15	1	3	2	予約のない患者は予約一覧から追加で紹介受付登録できること。
15	1	3	3	紹介受付登録時、期間、予約日、来院日、登録日、受付状態、受診科、紹介元施設、患者番号で紹介情報を検索できること。
15	1	3	4	紹介情報の一覧には受付状態、予約日時、来院日時、患者番号、患者氏名、受診科、当院医師名、紹介元施設名、紹介元診療科、紹介元医師名、紹介状種別、紹介コメントが表示されること。
15	1	3	5	紹介受付登録時、来院日・来院時間・受診科・医師・紹介目的・紹介状種別・紹介元施設の登録ができること。

15				地域医療連携システム
15	1	3	6	紹介受付登録時、礼書（来院報告書）、初回報告書の自動発生有無を指定できること。
15	1	3	7	紹介受付登録時、電子カルテシステムに紹介患者情報（患者ID、患者名、紹介元施設情報）を登録できること。
15	1	3	8	紹介情報の一覧画面より表示された内容を印刷できること。
15	1	3	9	予約患者が持参した紹介状に添付された文書（フィルム・検査結果等）の所在管理ができること。（種別と返却の可否、返却状況の登録など）
15	1	3	10	予約紹介患者が来院しなかったとき、予約一覧から未来院理由を指定し未来院扱いにできること。
15	1	3	11	紹介受付登録時、紹介元診療科・紹介医師名をフリー入力できること。
15	1	3	12	医事会計システムや電子カルテシステムの画面から地域連携システムの受付画面を 患者情報、診療科情報を引き継いで起動できること。
15	1	3	13	紹介時の病名を登録できること。このとき、登録する病名は電子カルテシステムの診断病名から検索、指定できること。
15	1	3	14	紹介受付登録は一括処理ができること。
15	1	3	15	紹介受付登録時に担当医が未定のとき、初回報告書作成医師を「担当医」（医師未定）に設定できること。
15	1	4		報告文書進捗管理
15	1	4	1	報告文書進捗状況を一覧表示できること。
15	1	4	2	文書の一覧は、日付（作成日、報告予定日）、文書状態（未作成、未発行、発行済）、紹介元施設、診療科、医師、文書種別、患者ID、で検索できること。
15	1	4	3	文書の一覧は、文書状況、印刷有無、送付方法、確定時指示、送付方法コメント、報告予定日、交付予定日、算定指示日、文書種別、診療科、文書作成医師、患者番号、送付先施設名、送付先診療科、送付先医師、連携室コメント、医師コメントが表示できること。
15	1	4	4	文書一覧の項目表題を選択するとで一覧を並べ替えることができること。
15	1	4	5	文書一覧を印刷およびCSVデータ出力できること。
15	1	4	6	一覧から文書を選択して文書の内容表示できること。
15	1	4	7	一覧から文書に対して連携室コメントが登録できること。
15	1	4	8	文書の送付方法は送付先施設の既定送付方法が表示され、送付方法を指定してFAX送付または印刷できること。
15	1	4	9	文書印刷時、郵送用のあて先ラベルも同時印刷できること。
15	1	4	10	文書一覧画面から未作成文書の診療科、担当医師を変更することができること。
15	1	4	11	文書一覧画面から控え用文書を印刷できること。
15	1	4	12	文書一覧画面から文書を削除できること。
15	1	5		仮想統合_ORACLESQ系サーバ
15	1	5	1	紹介受付を実施することで、礼書（来院報告書）が自動作成されること。
15	1	5	2	電子カルテシステムの入院・退院情報と連動し、紹介患者の入院・退院の報告書（事務連絡用）が自動作成されること。
15	1	5	3	礼書の一覧は、受付日付、登録日、文書状態（未発行、発行済）、診療科、文書種別で検索して一覧表示できること。
15	1	5	4	礼書はFAX送付または印刷できること。また、紹介元施設及びその診療科ごとにFAX送付または印刷を規定値で設定できること。
15	1	5	5	FAX送付済みまたは印刷済みの文書を再発行できること。
15	1	5	6	礼書印刷時、郵送用のあて先ラベルも同時印刷できること。
15	1	5	7	不要な礼書は削除できること。
15	1	5	8	礼書フォーマットは随時編集・変更できること。
15	1	5	9	礼書の自動生成有無を紹介元施設ごとに設定できること。
15	1	5	10	自動作成された礼書に手入力でコメントを入力・印刷できること。

15				地域医療連携システム
15	1	5	11	礼書一覧を印刷できること。
15	1	5	12	礼書は印刷イメージをプレビュー表示できること。
15	1	6		連携施設管理
15	1	6	1	以下の連携施設情報を登録できること。 ・基本情報（法人名、施設名称、施設カナ名称、代表電話番号、連絡先電話番号、郵便番号、住所、地区、施設種別、経営主体、施設長、医師会、医療圏、コメント） ・診療科 ・医師 ・病床数 ・診療時間（診療科別、医師別） ・病院関連施設 ・機能 ・機器 ・転院許可条件 ・交通機関 ・検索用キーワード
15	1	6	2	以下の検索条件で連携施設を検索できること。 基本情報（施設名、住所、電話番号、FAX番号、地区） ・診療科 ・機能 ・機器 ・転院許可条件 ・検索キーワード ・施設種別 ・医師会 ・医療圏 ・登録医有無
15	1	6	3	施設名の検索は ひらがな でも カタカナ でも 漢字 でも検索できること。
15	1	6	4	施設の診療科は 診療科グループ と 診療科名称 が登録できること。
15	1	6	5	施設のFAX番号は地域連携室および診療科ごとに登録できること。
15	1	6	6	施設の交通機関は地図情報としてJpeg画像を張り付けられること。また、登録された情報から施設案内票が印刷できること。
15	1	6	7	登録する施設ごと診療科ごとに予約票・礼書・報告文書の送付方法（印刷・FAX・郵送）の設定ができること。
15	1	6	8	検索結果の一覧はCSVデータ出力できると。
15	1	6	9	任意の2施設を選択し、関連する紹介情報や文書情報も含めて1施設に統合する機能を有すること。
15	1	6	10	WORDファイルを関連付けし、施設管理画面から該当の文書を開くことができること。
15	1	6	11	検索結果の一覧が印刷できること。
15	1	6	12	検索結果の一覧の施設情報からあて名ラベル印刷ができること。
15	1	6	13	新規施設登録時、施設長 を医師情報として自動登録できること。
15	1	6	14	紹介予約登録、紹介受付登録時に最初に表示される既定医師を設定できること。
15	1	7		統計
15	1	7	1	以下の統計・一覧を抽出条件を指定し、Excelデータとして抽出できること。 ①紹介患者一覧 ②文書一覧 ③診療科別紹介患者数 ④診療科別逆紹介患者数 ⑤地区別紹介患者数 ⑥地区別逆紹介患者数 ⑦医療機関別紹介患者数 ⑧医療機関別逆紹介患者数 ⑨診療科別医師別紹介患者数 ⑩診療科別医師別逆紹介患者数
15	1	7	2	紹介受付情報、報告文書情報を期間指定でCSVデータ出力できること。
15	2			医師業務（返書・紹介状作成）
15	2	1		返書作成
15	2	1	1	電子カルテシステム画面から利用者ID、患者IDを引き継ぎ患者紹介・逆紹介履歴一覧画面が表示できること。

15				地域医療連携システム
15	2	1	2	以下の条件で文書が検索できること。 － 患者ＩＤ － 作成済文書（利用者の所属診療科内の作成文書または利用者の作成文書） － 未作成文書（利用者の所属診療科内の未作成文書または利用者の未作成文書）
15	2	1	3	患者紹介・逆紹介履歴一覧には紹介診療期間、紹介元施設名、紹介元医師名、診察状況（終了／継続など）、紹介／逆紹介の区別、診療科、文書件数が表示されること。
15	2	1	4	紹介元施設別に作成文書の一覧が表示できること。
15	2	1	5	文書一覧から文書を削除できること。 文書の削除は以下の２つの方法が選択できること。 ・完全削除 ・論理削除（削除理由を設定し文書を残して削除扱いとする）
15	2	1	6	文書一覧から文書を複製（流用）ができること。
15	2	1	7	紹介受付した患者の初回報告文書（雛形）が自動作成されること。 自動作成される初回報告文書（雛形）の診療科及び作成担当者は受付時の診療科・医師が自動設定されること。
15	2	1	8	電子カルテシステムの入退院登録と連動し、入院報告書（雛形）・退院報告書（雛形）が自動作成されること。
15	2	1	9	自動作成された報告文書のは診療科・担当医師を変更できること。
15	2	1	10	不要となった未作成文書の自動削除の設定ができること。 （例えば、最終報告書作成時、未作成状態の初回報告書を自動削除する など）
15	2	1	11	報告文書の施設情報や患者情報は自動設定されること。
15	2	1	12	対象患者に実施されたオーダ（検査結果、処方、注射、輸血）を一覧表示し、文書に取り込む項目を選択できること。
15	2	1	13	取込んだ検査結果は報告文書とは別紙の時系列検査結果報告書として添付できること。 また、検査結果をグラフ化して別紙として添付できること。
15	2	1	14	対象患者の電子カルテシステムに登録された病名を一覧表示し、文書に取り込む病名を選択できること。取り込んだ病名はドラッグ&ドロップで印字順序を変更できること。また、フリー入力記載もできること。
15	2	1	15	所見のテキスト入力ができること。また、Windows機能のコピー&ペーストができること。
15	2	1	16	テキスト入力時、登録済み定型句一覧からドラッグ&ドロップ操作で入力欄に貼り付けできること。
15	2	1	17	定型句は操作者専用のマイフォルダと診療科毎の診療科フォルダ、施設全体に共通で使用可能な共通フォルダが使用できること。
15	2	1	18	文書に対する医師の参照・更新権限を設定できること。
15	2	1	19	作成済みまたは作成中文書の複製ができること。
15	2	1	20	J P E G ファイルを最大４つまで添付、印刷ができること。このとき１ページに１画像を印刷すること。
15	2	1	21	編集中の文書は他の端末で更新されない様、文書にロックをかける機能を有すること。
15	2	1	22	文書を印刷イメージでプレビュー表示できること。
15	2	1	23	文書は作成途中で一時保存できること。また、一度確定登録した文書は作成者もしくは文書更新権限のある利用者が再度編集できること。
15	2	1	24	文書確定登録時に文書の以下の送付方法を選択できること。 ・ F A X ・ 印刷 ・ 保留 ・ 連携室扱い
15	2	1	25	文書印刷時、文面に印刷される交付予定日の指定と印刷部数指定ができること。
15	2	1	26	文書確定登録時に F A X を選択したとき自動送付されること。
15	2	1	27	文書確定登録時に保留を選択したとき送付・印刷されず保留状態になること。
15	2	1	28	文書の更新履歴（確定、一時保存、印刷、文書更新、送信）を表示できること。
15	2	1	29	文書確定登録時に送付方法にかかわらず控え用の文書を印刷できること。

15				地域医療連携システム
15	2	1	30	確定した文書は電子カルテシステムにPDFイメージで自動送信できること。
15	2	2		返書フォーマット
15	2	2	1	報告文書のフォーマットや入力項目の属性、文字数、必須有無の自由な設定ができること。
15	2	2	2	以下の部品が使用できること。 ・固定ラベル・入力テキスト・チェックボックス・コンボボックス・ラジオボタン・画像イメージ・罫線・枠線・日付入力
15	2	2	3	以下の患者情報引用部品が使用できること。 ・患者ID・患者カナ氏名・患者漢字氏名・性別・生年月日・年齢・住所・電話番号
15	2	2	4	以下の文書情報引用部品が使用できること。 ・文書種別名・交付予定日・作成日・オーダ情報取部品
15	2	2	5	以下の当院施設情報引用部品が使用できること。 ・施設漢字名・施設法人名・住所・電話番号・FAX番号・診療科名・医師名
15	2	2	6	以下の紹介施設情報引用部品が使用できること。 ・施設漢字名・施設法人名・住所・電話番号・FAX番号・診療科名・医師名
15	2	2	7	複数の返書フォーマットを作成できること。
15	2	2	8	文書のフォーマットは運用途中で変更できること。また、既に作成した文書にフォーマットの変更は反映されないこと。
15	2	3		紹介状作成
15	2	3	1	電子カルテシステム画面から利用者ID、患者IDを引き継ぎ患者紹介・逆紹介履歴一覧画面が表示できること。
15	2	3	2	以下の条件で文書が検索できること。 － 患者ID － 作成済文書（利用者の所属診療科内の作成文書または利用者の作成文書） － 未作成文書（利用者の所属診療科内の未作成文書または利用者の未作成文書）
15	2	3	3	紹介元施設別に作成文書の一覧が表示できること。
15	2	3	4	文書一覧から文書を削除できること。 文書の削除は以下の2つの方法が選択できること。 ・完全削除 ・論理削除（削除理由を設定し文書を残して削除扱いとする）
15	2	3	5	文書一覧から文書を複製（流用）ができること。
15	2	3	6	逆紹介状作成時は、画面表示のタイミングで自動的に施設情報、患者情報が表示できること。
15	2	3	7	対象患者に実施されたオーダ（検査結果、処方、病名、注射、輸血）を一覧表示し、文書に取り込む項目を選択できること。取込んだ検査結果は報告文書とは別紙の時系列検査結果報告書として添付できること。
15	2	3	8	取込んだ検査結果は報告文書とは別紙の時系列検査結果報告書として添付できること。 また、検査結果をグラフ化して別紙として添付できること。
15	2	3	9	対象患者の電子カルテシステムに登録された病名を一覧表示し、文書に取り込む病名を選択できること。取り込んだ病名はドラッグ&ドロップで印字順序を変更できること。また、フリー入力記載もできること。
15	2	3	10	所見のテキスト入力ができること。また、Windows機能のコピー&ペーストができること。
15	2	3	11	テキスト入力時、登録済み定型句一覧からドラッグ&ドロップ操作で入力欄に貼り付けできること。
15	2	3	12	定型句は操作者専用のマイフォルダと診療科毎の診療科フォルダ、施設全体に共通で使用可能な共通フォルダが使用できること。
15	2	3	13	逆紹介状に対する医師の参照・更新権限を設定できること。
15	2	3	14	作成済みまたは作成中文書の複製ができること。
15	2	3	15	JPEGファイルを最大4つまで添付、印刷ができること。このとき1ページに1画像を印刷すること。
15	2	3	16	文書を印刷イメージでプレビュー表示できること。
15	2	3	17	文書は作成途中で一時保存できること。また、一度確定登録した文書は作成者もしくは文書更新権限のある利用者が再度編集できること。

15				地域医療連携システム
15	2	3	18	文書確定登録時に文書の以下の送付方法を選択できること。 ・ F A X ・ 印刷 ・ 保留 ・ 連携室扱い
15	2	3	19	文書印刷時、文面に印刷される交付予定日の指定と印刷部数指定ができること。
15	2	3	20	文書確定登録時に F A X を選択したとき自動送付されること。
15	2	3	21	文書確定登録時に保留を選択したとき送付・印刷されず保留状態になること。
15	2	3	22	文書確定登録時に送付方法にかかわらず控え用の文書を印刷できること。
15	2	3	23	医師の確定登録後に医事システムへ診療情報提供料の加算項目を自動送信できること。
15	2	3	24	に医事システムへ診療情報提供料の加算項目を自動送信するとき、施設名をコメントとして送信できること。
15	2	3	25	診療情報提供料の送信時、同月内同一施設 2 回目以降や関連施設の場合送信を自動抑制できること。
15	2	3	26	診療情報提供料と共に紹介先施設名称を医事システムへ登録する事が可能であること。
15	2	3	27	確定した文書は電子カルテシステムに P D F イメージで自動送信できること。
15	2	4		紹介状フォーマット
15	2	4	1	報告文書のフォーマットや入力項目の属性、文字数、必須有無の自由な設定ができること。
15	2	4	2	以下の部品が使用できること。 ・ 固定ラベル・入力テキスト・チェックボックス・コンボボックス・ラジオボタン・画像イメージ・罫線・枠線・日付入力
15	2	4	3	以下の患者情報引用部品が使用できること。 ・ 患者 I D ・ 患者カナ氏名・患者漢字氏名・性別・生年月日・年齢・住所・電話番号
15	2	4	4	以下の文書情報引用部品が使用できること。 ・ 文書種別名・交付予定日・作成日・オーダ情報取部品
15	2	4	5	以下の当院施設情報引用部品が使用できること。 ・ 施設漢字名・施設法人名・住所・電話番号・ F A X 番号・診療科名・医師名
15	2	4	6	以下の紹介施設情報引用部品が使用できること。 ・ 施設漢字名・施設法人名・住所・電話番号・ F A X 番号・診療科名・医師名
15	2	4	7	複数の返書フォーマットを作成できること。
15	2	4	8	文書のフォーマットは運用途中で変更できること。また、既に作成した文書にフォーマットの変更は反映されないこと。

16				病理検査システム
16	1			共通機能
16	1	1		病理部システム全体に関わる項目
16	1	1	1	対象業務は、組織診、細胞診、剖検とすること。
16	1	1	2	標本番号は、既存の病理部システムの番号を踏襲すること。
16	1	1	3	基本となるデータベースソフトウェアは、Oracleまたはpostgressであること。
16	1	1	4	全病理検査データを病理サーバで一元管理し、有効利用可能なこと。
16	1	1	5	サーバのハードディスク内へ20年間以上の病理検査データを保存可能なこと。（データの増加量は現在と変わらないこととする。）
16	1	1	6	サーバを定期的に自動バックアップする機能を有すること。
16	1	1	7	選択入力項目は、マウスによるプルダウンメニューからの選択のほか、コード入力にも対応していること。
16	1	1	8	各入力項目は、エンターキーで移動可能なこと。
16	1	1	9	受付入力中もしくは診断入力中に検索画面を起動するなど、複数の機能を同時に起動可能なこと。
16	1	1	10	1つの検査データへの複数ユーザの同時アクセスは不可とすること。
16	1	1	11	電子カルテシステムと接続し、病理オーダ受信、到着確認、診断結果送信の機能を有すること。
16	1	1	12	依頼書併用の運用にも対応可能なこと。
16	1	1	13	電子カルテシステムがダウンしても、検査運用が停止しないシステムであること。
16	1	1	14	キーボード入力等による検査受付が可能なこと。
16	1	1	15	電子カルテシステム復旧後に事後オーダを受信し、受付済みデータと関連付け可能なこと。
16	2			組織診業務
16	2	1		組織診業務受付
16	2	1	1	電子カルテシステムから病理オーダ情報を受信可能なこと。
16	2	1	2	受信した病理オーダ情報を一覧表示する機能を有すること。
16	2	1	3	依頼書もしくは検体に貼付されたバーコードを読み取り、到着確認可能なこと。
16	2	1	4	到着確認と同時に、病理オーダ情報を利用して病理受付がされること。
16	2	1	5	病理オーダなしでもキーボード入力等により検査受付が可能なこと。
16	2	1	6	病理オーダなしで検査受付する場合は、受付日はシステム日付が表示され、変更可能なこと。
16	2	1	7	患者属性は、既存の病理部システムと同じ項目を入力可能なこと。
16	2	1	8	病理オーダなしで検査受付した場合、後から受信した病理オーダと紐付けできること。
16	2	1	9	病理受付時には、最終番号+1の標本番号が自動付番されること。
16	2	1	10	標本番号による検索・表示ができること。
16	2	1	11	検査臓器情報の修正・追加入力が可能なこと。
16	2	1	12	検査臓器は、30個まで入力可能であること。
16	2	1	13	4臓器以上は、3臓器にチェックが入力されること。
16	2	1	14	追加会計情報の保存が可能なこと。
16	2	1	15	臨床診断を入力できること。
16	2	1	16	フリーコメントを入力できること。
16	2	1	17	受付確定と同時にシステム管理番号のバーコード付きの受付ラベルが自動発行されること。 受付ラベルに印字する項目及び発行枚数は打ち合せにより決定できること。
16	2	1	18	オーダー情報を一覧表示する画面では、新規オーダーが登録された際に表示を自動的に更新するか否か、自動的に更新する場合は、時間を設定できること。

16				病理検査システム
16	2	1	19	同一採取日、且つ同一患者IDのオーダーが存在する場合、画面上に注意を促すメッセージを表示できること。内容を確認した上で処理を続行し、到着確認を行うことができること。
16	2	1	20	貸出中のブロックやスライドがある場合には、受付画面に貸出中であることが表示されること。必要に応じて、貸し出しの詳細を表示できること。
16	2	1	21	診療科毎にデフォルトの紙報告書の印刷枚数を設定できること。 また、必要に応じて印刷枚数を変更できること。
16	2	1	22	生検／術材の区分は、採取法マスターにより自動的に入力され、必要に応じて修正できること。
16	2	1	23	排他処理により、他のユーザーが同じ標本番号を開こうとした場合には、どのユーザーがどの端末で開いているかを表示し、読み取り専用の排他モードで開くか、強制的に表示するかを選択できること。
16	2	2		組織診業務受付一覧
16	2	2	1	受付日、標本番号、依頼科、入外区分を指定して受け付けた検査情報の一覧を表示できること。
16	2	2	2	表示する項目は、既存の病理部システムと同じ項目とすること。
16	2	2	3	表示した一覧を印刷する機能を有すること。
16	2	2	4	一覧から検査データを選択して、受付画面を起動できること。
16	2	2	5	タイトル行をクリックすることでソートできること。
16	2	3		組織診業務紙イメージ取込
16	2	3	1	イメージスキャナで取り込んだ紙イメージを標本番号と関連付けして保存可能なこと。
16	2	3	2	1検査あたり複数の紙イメージを関連付け可能なこと。
16	2	3	3	関連付けの際、報告書に添付するかどうかを選択可能なこと。
16	2	3	4	取り込んだ紙イメージのバーコードを利用した自動関連付け機能を有すること。
16	2	3	5	関連付けした紙イメージを印刷する機能を有すること。
16	2	3	6	関連付けした紙イメージを削除する機能を有すること。
16	2	3	7	紙イメージを関連付けしていない検査を一覧表示する機能を有すること。
16	2	3	8	関連付けした文書イメージは画像一覧で削除できること。
16	2	4		組織診業務切出・染色入力
16	2	4	1	仮想統合_ORACLESQL系サーバ
16	2	4	2	ブロック入力の際、入力日当日が切出日として、ログインユーザが切出者として自動入力されること。
16	2	4	3	切出日と切出者は、必要に応じてブロック数入力前に修正可能なこと。
16	2	4	4	ブロック毎にブロック情報を入力可能なこと。
16	2	4	5	ブロック毎に脱灰や脱脂の情報を入力可能なこと。
16	2	4	6	ブロック数入力時、材料毎に設定した枚数のHEが自動的に入力されること。
16	2	4	7	1臓器目に特定の臓器が入力されている場合は、ブロック数入力時に設定した染色セットが自動的に入力されること。
16	2	4	8	ブロック毎に追加染色（特殊染色、免疫染色）、染色枚数の入力が可能なこと。
16	2	4	9	染色はリストから選択入力可能なこと。リストに表示する順番は染色マスタで設定可能なこと。
16	2	4	10	染色入力の際、入力日当日が染色依頼日として、ログインユーザが染色依頼者として自動入力されること。
16	2	4	11	染色依頼日と染色依頼者は、必要に応じて入力前に修正可能なこと。
16	2	4	12	複数ブロック選択による一括染色入力ができること。
16	2	4	13	追加染色入力により、染色指示書が自動出力されること。
16	2	4	14	染色指示書に印刷する項目は、既存の病理部システムと同じ項目とすること。
16	2	4	15	加算対象の染色が入力された場合は、登録時に加算するか否かを選択可能なこと。
16	2	4	16	加算するを選択した場合は、会計用紙を印刷する機能を有すること。
16	2	4	17	切出・染色入力画面は、受付画面、画像描画画面、診断画面からワンクリックで起動・入力できること。

16				病理検査システム
16	2	4	18	各ブロック毎の染色情報を展開しない状態でも、HE以外の染色が登録されていることがわかること。
16	2	5		組織診業務標本ラベル印刷
16	2	5	1	ラベルプリンタを用いて、標本ラベルを印刷する機能を有すること。
16	2	5	2	標本ラベルに印字する項目は、既存の病理部システムと同じ項目とすること。
16	2	5	3	必要に応じて、標本番号のバーコード（二次元）を印刷する機能を有すること。
16	2	5	4	未出力の情報を初期表示するが、必要に応じて出力済みの情報を表示する機能を有すること。
16	2	5	5	受付日もしくは標本番号を指定して一覧を表示可能なこと。
16	2	5	6	一覧から任意に複数データを選択して印刷可能なこと。
16	2	5	7	ラベルシールの途中から印刷開始可能なこと。
16	2	6		組織診業務画像取込・描画
16	2	6	1	デジタルカメラで撮影した画像を標本番号と関連付けして保存可能なこと。
16	2	6	2	取込区分として、ミクロ、マクロ／切出、その他の指定が可能であること。
16	2	6	3	取込前に不要な画像を削除可能であること。
16	2	6	4	関連付けした画像に対して、直線、フリー、矢印、文字、番号スタンプ、アルファベットスタンプを入力可能であること。
16	2	6	5	確定後も編集可能であること。
16	2	6	6	関連付けした画像に対して、検索可能なフリーコメントを入力できること。
16	2	6	7	報告書に添付する画像を選択できること。
16	2	6	8	任意の画像を選択してコピーする機能を有すること。
16	2	6	9	コピーの際、後から書き込んだ切出線を組み合わせるかどうかを選択可能なこと。
16	2	6	10	任意の画像を選択してエクスポートする機能を有すること。
16	2	6	11	エクスポートの際、後から書き込んだ切出線を組み合わせるかどうかを選択可能なこと。
16	2	6	12	取込の際、どの受付臓器の画像か選択入力できること。
16	2	6	13	関連付けした画像に対して、以下の機能を有すること。 トリミング、塗りつぶし、連続文字描画、連続数字描画、短冊描画、直線描画、矩形描画、自由曲線描画、円描画、矢印描画、格子状描画、扇状罫線描画、点の連続描画、テキスト描画、レベル補正、色調調整
16	2	6	14	短冊描画においては、一度描画した後、内部の平行線を移動できること。
16	2	6	15	格子状描画においては、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。
16	2	6	16	点の連続描画においては、点の大きさを任意で変更できること。
16	2	6	17	描画したオブジェクトの色及び太さを変更できること。
16	2	6	18	描画したオブジェクトを回転できること。回転の操作は、マウスホイールでもできること。
16	2	6	19	ディスプレイに等倍（キャリブレーション）で表示できること。
16	2	6	20	描画した直線長さ（cm）を表示できること。 ※キャリブレーションされていることが前提です。
16	2	6	21	描画した矩形と円形の面積（㎠）を表示できること。 ※キャリブレーションされていることが前提です。
16	2	7		組織診業務診断
16	2	7	1	診断対象標本番号の入力が可能なこと。
16	2	7	2	標本番号の入力は、バーコード入力にも対応していること。
16	2	7	3	診断対象標本番号に関連した依頼情報（病理オーダー）、紙イメージ、画像情報を表示する機能を有すること。
16	2	7	4	画像情報表示後、描画機能を起動可能なこと。
16	2	7	5	患者IDを元に既往歴有無を表示する機能を有すること。
16	2	7	6	既往歴一覧を表示し、必要に応じて一覧から任意のデータを選択して詳細情報を表示可能なこと。

16				病理検査システム
16	2	7	7	診断医名を3名以上入力可能なこと。
16	2	7	8	ログインユーザが自動入力され、修正不可なこと。
16	2	7	9	診断および所見の入力が可能なこと。
16	2	7	10	診断及び所見入力においては、常套語、定型文などの入力支援機能を有すること。
16	2	7	11	常套語および定型文は、ユーザ毎に追加、修正登録が可能なこと。
16	2	7	12	診断画面から標本番号を引き継いで画像取込機能を起動可能なこと。
16	2	7	13	診断確定により、診断日が自動入力されること。
16	2	7	14	診断日は、システム日付が自動入力され、修正不可なこと。
16	2	7	15	ログインユーザの権限が「研修医」の場合は、診断確定不可なこと。
16	2	7	16	診断確定後は、診断医名、診断日、診断、所見の修正は不可なこと。
16	2	7	17	標本番号毎に症例コメント、フリーコメントの入力が可能なこと。
16	2	7	18	キーワードは、既存の病理部システムと同じ項目とすること。
16	2	7	19	これらは、診断確定後でも入力、修正可能であること。
16	2	7	20	必要に応じて、追加診断入力が可能であること。
16	2	7	21	追加時には直前の診断と所見がコピーされること。
16	2	7	22	追加診断の回数は無限とする。
16	2	7	23	診断入力情報を「保存」にすることが可能であること。
16	2	7	24	検査センターからの結果報告書をイメージスキャナで取り込んで、標本番号に関連付け可能なこと
16	2	7	25	診断確定後、電子カルテへの結果送信が可能なこと。
16	2	7	26	診断確定後、報告書の印刷が可能なこと。
16	2	7	27	標本番号を指定して、報告書の一括印刷が可能なこと。
16	2	7	28	通常は未出力分のみを出力対象とするが、必要に応じて出力済みのデータも出力する機能を有すること。
16	2	7	29	診断および所見の内容により、必要に応じて自動的に改ページされること。
16	2	7	30	排他処理により、他のユーザーが同じ標本番号を開こうとした場合には、どのユーザーがどの端末で開いているかを表示し、読み取り専用の排他モードで開くか、強制的に表示するかを選択できること。
16	2	7	31	切出臓器の残がある＝切出・染色入力画面で残ありにチェックが入っている場合は、「残」の文字が表示されること。また、表示された「残」の文字の上にカーソルを当てることで、切出・染色入力画面で入力した残ありコメントを表示できること。
16	2	7	32	貸出中のブロックやスライド標本がある場合は、「貸」の文字が表示されること。また、表示された「貸」の文字の上でダブルクリックすることで、貸出中のブロック及びスライドガラス標本の詳細を表示できること。
16	2	7	33	修正履歴（版毎の内容）が画面上で確認できること。
16	2	7	34	診断欄あるいは所見欄に、受付臓器名称をワンクリックで貼付できること。
16	2	7	35	診断欄あるいは所見欄に、ブロックコメントをワンクリックで貼付できること。
16	2	7	36	診断欄あるいは所見欄に、画像コメントをワンクリックで貼付できること。
16	2	7	37	診断欄及び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。
16	2	7	38	診断欄及び所見欄においては、定期的にローカルに自動保存し、予期せぬシャットダウン時でも入力データを回復できること。
16	2	7	39	検体の取り違い防止のため、診断確定、診断仮確定の際には、プレパラートのバーコードを読み取り、入力中の標本番号と合致していることをチェックでき、合致していない場合は診断確定、診断仮確定できないこと。
16	2	7	40	「希少症例」・「典型例」・「CPC症例」・「教育用」等のキーワードとフリーコメントを登録できること。
16	2	7	41	カテゴリを共有用・個人用に分けて登録できること。カテゴリは、ユーザーが任意に作成でき、カテゴリ毎にキーワードを設定できること。
16	2	7	42	完成していないスライドが残っている場合に以下の確認メッセージを表示できること。 「未完成のスライドが残っています。確定してよろしいですか？」

16				病理検査システム
16	2	7	43	「No malignancy」、「Border」、「Malignancy」、「Other」のカテゴリを入力でき、報告書に反映できること。 また、入力された項目は検索できること。
16	2	7	44	入力画面の改行位置と、報告書の改行位置が同じであること。
16	2	7	45	診断の種類（報告書タイトル）を選択入力できること。 診断の種類は、マスター設定できること。
16	2	7	46	診断確定により、受付から報告までに要した時間が自動計算され、表示されること。
16	2	8		組織診業務検索
16	2	8	1	複数の検索条件を指定して検索する機能を有すること。
16	2	8	2	以下の項目を検索条件として指定可能なこと。 業務区分、画像、受付日（範囲）、標本番号（範囲）、患者ID、患者カナ名、患者名、依頼科、外来／病棟、年齢（範囲）、性別、検査臓器、採取法、キーワード、症例コメント、診断医名、診断、所見、画像コメント
16	2	8	3	診断、所見、症例コメント、画像コメントについては、全文・一部語句を指定しての検索が可能とする。
16	2	8	4	検査臓器においては、コード検索とテキスト検索が可能なこと。
16	2	8	5	コード検索においては、大分類もしくは中分類での指定が可能なこと。
16	2	8	6	検索ヒット数を表示し、一覧表示するか否かを選択可能なこと。
16	2	8	7	検索条件を名前を付けて保存する機能を有すること。
16	2	8	8	検索結果一覧に表示する項目を設定可能なこと。
16	2	8	9	検索結果一覧から任意のデータを選択して、診断画面を表示可能なこと。
16	2	8	10	検索結果一覧を印刷する機能を有すること。
16	2	8	11	検索結果一覧をCSV出力する機能を有すること。
16	2	8	12	検索結果一覧から画像の一覧表示が可能なこと。
16	2	8	13	画像一覧から任意の画像を選択して、印刷、削除、ファイル出力が可能なこと。
16	2	8	14	以下の項目を検索条件として指定できること。 標本番号、患者ID、オーダー番号、採取日、採取時間、受付日、入院外来区分、診療科名、病棟名、依頼医名、主治医名、至急フラグ、材料・臓器区分、臨床診断、臨床所見、検査目的、症例コメント、部内メモ、臨床連絡事項、材料・臓器残フラグ、材料・臓器残ありコメント、ブロック保管先、スライド保管先、患者名（漢字）、患者名（カナ）、生年月日、年齢、性別、住所、職業、検査中止、標本提出先名、診断種類、診断評価（No malignancy、Border、Malignancy、Other）、診断日、診断、所見、診断医名、材料・臓器名、採取法、請求項目、請求日、染色、染色依頼日、染色依頼者名、染色依頼コメント コメント欄については、全文・一部語句を指定しての検索ができること。
16	2	8	15	最終診断のみを検索対象とする設定だけでなく、過去版を含むすべての診断を対象とした検索ができること。
16	2	9		組織診業務診断状況表示
16	2	9	1	未診断、保存、診断済を一覧表示する機能を有すること。
16	2	9	2	表示する項目は、既存の病理部システムと同じ項目とすること。
16	2	9	3	受付日もしくは標本番号を指定して一覧を表示できること。
16	2	9	4	一覧から任意のデータを選択して、診断画面を起動できること。
16	2	9	5	結果未送信一覧から任意の複数のデータを選択して、電子カルテに結果を再送信（報告書再作成）する機能を有すること。
16	2	9	6	各工程、未診断、保存中、中間報告済、結果送信済、結果送信中、貸出未返却のほか、疑陽性以上保存中症例（表示対象は細胞診のみ）、疑陽性以上診断済み（表示対象は細胞診のみ）、迅速症例、ダブルチェック未実施症例、依頼書未取込の各一覧を表示する機能を有すること。
16	2	9	7	臨床部門からの問い合わせに対応するため、細胞、組織が同一画面で確認できること。
16	2	9	8	臨床部門からの問い合わせに対応するため、患者IDもしくは患者名にて簡便に検索ができること。
16	3			細胞診業務
16	3	1		細胞診業務受付
16	3	1	1	電子カルテシステムから病理オーダー情報を受信可能なこと。

16				病理検査システム
16	3	1	2	受信した病理オーダー情報を一覧表示する機能を有すること。
16	3	1	3	依頼書もしくは検体に貼付されたバーコードを読み取り、到着確認が可能なこと。
16	3	1	4	到着確認と同時に、病理オーダー情報を利用して病理受付がされること。
16	3	1	5	病理オーダーなしでもキーボード入力等により検査受付が可能なこと。
16	3	1	6	病理オーダーなしで検査受付する場合は受付日、採取日はシステム日付が表示され、変更可能なこと。
16	3	1	7	患者属性は、既存の病理部システムと同じ項目を入力可能なこと。
16	3	1	8	病理オーダーなしで検査受付した場合、後から受信した病理オーダーと紐付けできること。
16	3	1	9	病理受付時には、最終番号+1の標本番号が自動付番されること。
16	3	1	10	標本番号による検索・表示可能なこと。
16	3	1	11	検査材料情報の修正入力が可能なこと。
16	3	1	12	検査材料は、1個まで入力可能なこと。
16	3	1	13	検査材料毎に染色および染色枚数を入力可能なこと。
16	3	1	14	検査材料入力により、設定した染色セット（染色、染色枚数）が自動的に入力されること。
16	3	1	15	自動的に入力された染色および染色枚数を必要に応じて修正可能なこと。
16	3	1	16	フリーコメントを入力できること。
16	2	1	17	受付確定と同時にシステム管理番号のバーコード付きの受付ラベルが自動発行されること。 受付ラベルに印字する項目及び発行枚数は打ち合せにより決定できること。
16	3	1	18	オーダー情報を一覧表示する画面では、新規オーダーが登録された際に表示を自動的に更新するか否か、自動的に更新する場合は、時間を設定できること。
16	3	1	19	同一採取日、且つ同一患者IDのオーダーが存在する場合、画面上に注意を促すメッセージを表示できること。 内容を確認した上で処理を続行し、到着確認を行うことができること。
16	3	1	20	貸出中のブロックやスライドがある場合には、受付画面に貸出中であることが表示されること。必要に応じて、貸し出しの詳細を表示できること。
16	3	1	21	診療科毎にデフォルトの紙報告書の印刷枚数を設定できること。 また、必要に応じて印刷枚数を変更できること。
16	3	1	22	検体状態（性状など）を入力することができること。
16	3	1	23	排他処理により、他のユーザーが同じ標本番号を開こうとした場合には、どのユーザーがどの端末で開いているかを表示し、読み取り専用の排他モードで開くか、強制的に表示するかを選択できること。
16	3	2		細胞診業務受付一覧
16	3	2	1	受付日、標本番号、依頼科、入外区分を指定して受け付けた検査情報の一覧を表示できること。
16	3	2	2	表示する項目は、既存の病理部システムと同じ項目とすること。
16	3	2	3	表示した一覧を印刷する機能を有すること。
16	3	2	4	一覧から検査データを選択して、受付画面を起動できること。
16	3	2	5	タイトル行をクリックすることでソートできること。
16	3	3		細胞診業務紙イメージ取込
16	3	3	1	イメージスキャナで取り込んだ紙イメージを標本番号と関連付けして保存可能なこと。
16	3	3	2	1検査あたり複数の紙イメージを関連付け可能なこと。
16	3	3	3	関連付けの際、報告書に添付するかどうかなを選択可能なこと。
16	3	3	4	取り込んだ紙イメージのバーコードを利用した自動関連付け機能を有すること。
16	3	3	5	関連付けした紙イメージを印刷する機能を有すること。
16	3	3	6	関連付けした紙イメージを削除する機能を有すること。
16	3	3	7	紙イメージを関連付けていない検査を一覧表示する機能を有すること。
16	3	3	8	関連付けした文書イメージは画像一覧で削除できること。
16	3	4		細胞診業務標本ラベル印刷

16				病理検査システム
16	3	4	1	ラベルプリンタを用いて、標本ラベルを印刷する機能を有すること。
16	3	4	2	標本ラベルに印字する項目は、既存の病理部システムと同じ項目とすること。
16	3	4	3	必要に応じて、標本番号のバーコード（二次元）を印刷する機能を有すること。
16	3	4	4	未出力の情報を初期表示するが、必要に応じて出力済みの情報を表示する機能を有すること。
16	3	4	5	受付日もしくは標本番号を指定して一覧を表示可能なこと。
16	3	4	6	一覧から任意に複数データを選択して印刷可能なこと。
16	3	4	7	ラベルシールの途中から印刷開始可能なこと。
16	3	5		細胞診業務診断
16	3	5	1	診断対象標本番号の入力が可能なこと。
16	3	5	2	標本番号の入力は、バーコード入力にも対応していること。
16	3	5	3	診断対象標本番号に関連した受付（病理オーダー）情報、紙イメージ、画像情報を表示する機能を有すること。
16	3	5	4	画像情報表示後、描画機能を起動することが可能なこと。
16	3	5	5	患者IDを元に既往歴有無を表示する機能を有すること。
16	3	5	6	既往歴一覧を表示し、必要に応じて一覧から任意のデータを選択して詳細情報を表示可能なこと。
16	3	5	7	検査士名3名分と指導医名2名分を入力可能なこと。
16	3	5	8	ログインユーザが自動入力され、修正不可なこと。
16	3	5	9	標本適否、不適理由を入力可能なこと。
16	3	5	10	検査士判定／検査士推定病変／所見と指導医判定／指導医推定病変／所見をそれぞれ入力可能なこと。
16	3	5	11	推定病変入力においては、入力支援機能を有すること。
16	3	5	12	推定病変マスタは、必要に応じて追加、修正登録が可能なこと。
16	3	5	13	細胞成分を入力可能なこと
16	3	5	14	診断画面から標本番号を引き継いで画像取込機能を起動可能なこと。
16	3	5	15	診断確定により、診断日が自動入力されること。
16	3	5	16	診断日は、システム日付が自動入力され、修正不可なこと。
16	3	5	17	ログインユーザの権限が「検査士」で判定が疑陽性以上の場合は、診断確定不可なこと。
16	3	5	18	診断確定後は、検査士名、診断医名、診断日、検体状態、判定、推定病変、所見の修正は不可なこと。
16	3	5	19	標本番号毎に症例情報、症例コメント、フリーコメントの入力が可能なこと。
16	3	5	20	キーワードは、既存の病理部システムと同じ項目とすること。
16	3	5	21	これらは、診断確定後でも入力、修正可能なこと。
16	3	5	22	必要に応じて、追加診断入力が可能なこと。
16	3	5	23	追加時には直前の推定病変がコピーされること。
16	3	5	24	追加診断の回数は無限とする。
16	3	5	25	診断入力情報を「保存」にすることが可能なこと。
16	3	5	26	検査センターからの結果報告書をイメージスキャナで取り込んで、標本番号に関連付け可能なこと
16	3	5	27	診断確定後、電子カルテへの結果送信が可能なこと。
16	3	5	28	診断確定後、報告書の印刷が可能なこと。
16	3	5	29	標本番号を指定して、報告書の一括印刷が可能なこと。

16				病理検査システム
16	3	5	30	通常は未出力分のみを出力対象とするが、必要に応じて出力済みのデータも出力する機能を有すること。
16	3	5	31	診断および所見の内容により、必要に応じて自動的に改ページされること。
16	3	5	32	排他処理により、他のユーザーが同じ標本番号を開こうとした場合には、どのユーザーがどの端末で開いているかを表示し、読み取り専用の排他モードで開くか、強制的に表示するかを選択できること。
16	3	5	33	貸出中のブロックやスライド標本がある場合は、「貸」の文字が表示されること。また、表示された「貸」の文字の上でダブルクリックすることで、貸出中のブロック及びスライドガラス標本の詳細を表示できること。
16	3	5	34	修正履歴（版毎の内容）が画面上で確認できること。
16	3	5	35	推定病変欄あるいは所見欄に、受付臓器名称をワンクリックで貼付できること。
16	3	5	36	推定病変欄及び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。
16	3	5	37	推定病変欄及び所見欄においては、定期的にローカルに自動保存し、予期せぬシャットダウン時でも入力データを回復できること。
16	3	5	38	検体の取り違い防止のため、診断確定、診断仮確定の際には、プレバラートのバーコードを読み取り、入力中の標本番号と合致していることをチェックでき、合致していない場合は診断確定、診断仮確定できないこと。
16	3	5	39	「希少症例」・「典型例」・「CPC症例」・「教育用」等のキーワードとフリーコメントを登録できること。
16	3	5	40	カテゴリを共有用・個人用に分けて登録できること。カテゴリは、ユーザーが任意に作成でき、カテゴリ毎にキーワードを設定できること。
16	3	5	41	診断の種類（報告書タイトル）を選択入力できること。 診断の種類は、マスター設定できること。 選択入力した際に、マスター設定されている診断と所見の文章が自動的に入力されること。
16	3	5	42	診断確定あるいは仮確定により、受付から報告までに要した時間が自動計算され、表示されること。
16	3	5	43	受付画面にて入力された性状は、診断画面でも確認ができること。
16	3	5	44	入力者毎に推定病変、所見を入力できること。
16	3	5	45	ユーザーマスターの権限により、推定病変、判定、所見を自動的にコピーする設定ができること。
16	3	6		細胞診業務画像取込・描画
16	3	6	1	デジタルカメラで撮影した画像を標本番号と関連付けして保存可能なこと。
16	3	6	2	取込前に不要な画像を削除可能なこと。
16	3	6	3	関連付けした画像に対して、直線、フリー、矢印、文字、番号スタンプ、アルファベットスタンプを入力可能なこと。
16	3	6	4	確定後も編集可能なこと。
16	3	6	5	関連付けした画像に対して、検索可能なフリーコメントを入力可能なこと。
16	3	6	6	報告書に添付する画像を選択可能なこと。
16	3	6	7	関連付けした画像に対して、以下の機能を有すること。 トリミング、塗りつぶし、連続文字描画、連続数字描画、短冊描画、直線描画、矩形描画、自由曲線描画、円描画、矢印描画、格子状描画、扇状罫線描画、点の連続描画、テキスト描画、レベル補正、色調調整
16	3	6	8	短冊描画においては、一度描画した後、内部の平行線を移動できること。
16	3	6	9	格子状描画においては、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。
16	3	6	10	点の連続描画においては、点の大きさを任意で変更できること。
16	3	6	11	描画したオブジェクトの色及び太さを変更できること。
16	3	6	12	描画したオブジェクトを回転できること。回転の操作は、マウスホイールでもできること。
16	3	6	13	ディスプレイに等倍（キャリブレーション）で表示できること。
16	3	6	14	描画した直線長さ（cm）を表示できること。 ※キャリブレーションされていることが前提です。
16	3	6	15	描画した矩形と円形の面積（㎠）を表示できること。 ※キャリブレーションされていることが前提です。
16	3	7		細胞診業務検索
16	3	7	1	複数の検索条件を指定して検索する機能を有すること。
16	3	7	2	以下の項目を検索条件として指定可能なこと。 業務区分、画像、受付日（範囲）、標本番号（範囲）、患者ID、患者カナ名、患者名、診療科、病棟、年齢（範囲）、性別、検査材料、採取法、キーワード、症例コメント、検査士名、診断医名、判定、推定病変、所見、画像コメント
16	3	7	3	推定病変、所見、症例コメント、画像コメントについては、全文・一部語句を指定しての検索が可能なこと。

16				病理検査システム
16	3	7	4	検査材料においては、コード検索とテキスト検索が可能なこと。
16	3	7	5	コード検索においては、大分類もしくは中分類での指定が可能なこと。
16	3	7	6	検索ヒット数を表示し、一覧表示するか否かを選択可能なこと。
16	3	7	7	検索条件を名前を付けて保存する機能を有すること。
16	3	7	8	検索結果一覧に表示する項目を設定可能なこと。
16	3	7	9	検索結果一覧から任意のデータを選択して、診断画面を表示可能なこと。
16	3	7	10	検索結果一覧を印刷する機能を有すること。
16	3	7	11	検索結果一覧をCSV出力する機能を有すること。
16	3	7	12	検索結果一覧から画像の一覧表示が可能なこと。
16	3	7	13	画像一覧から任意の画像を選択して、印刷、削除、ファイル出力が可能なこと。
16	3	7	14	ダブルチェックの有無を検索できること。
16	3	7	15	報告されている判定を検索する事ができること。
16	3	8		細胞診業務診断状況表示
16	3	8	1	未診断、保存、診断済を一覧表示する機能を有すること。
16	3	8	2	表示する項目は、既存の病理部システムと同じ項目とすること。
16	3	8	3	受付日もしくは標本番号を指定して一覧を表示可能なこと。
16	3	8	4	一覧から任意のデータを選択して、診断画面を起動可能なこと。
16	3	8	5	結果未送信一覧から任意の複数のデータを選択して、電子カルテに結果を再送信（報告書再作成）する機能を有すること。
16	3	8	6	各工程、未診断、保存中、中間報告済、結果送信済、結果送信中、貸出未返却のほか、疑陽性以上保存中症例（表示対象は細胞診のみ）、疑陽性以上診断済み（表示対象は細胞診のみ）、迅速症例、ダブルチェック未実施症例、依頼書未取込の各一覧を表示する機能を有すること。
16	3	8	7	臨床部門からの問い合わせに対応するため、細胞、組織が同一画面で確認できること。
16	3	8	8	臨床部門からの問い合わせに対応するため、患者IDもしくは患者名にて簡便に検索ができること。
16	4			剖検業務
16	4	1		剖検業務受付
16	4	1	1	キーボード入力等により検査受付が可能なこと。
16	4	1	2	受付日、死亡日時はシステム日付が表示され、変更可能なこと。
16	4	1	3	患者属性は、既存の病理部システムと同じ項目を入力可能なこと。
16	4	1	4	剖検開始日時を入力可能なこと。
16	4	1	5	剖検開始日時入力により、死後時間が自動計算されること。
16	4	1	6	病理受付時には、最終番号＋1の標本番号が自動付番されること。
16	4	1	7	標本番号による検索・表示ができること。
16	4	1	8	執刀医を1名分、副執刀医を2名分、介助者を2名分を登録可能なこと。
16	4	1	9	臓器毎に重量や長さ等の計測値を入力可能なこと。
16	4	1	10	剖検報に必要項目を入力可能なこと。
16	4	1	11	臨床診断を入力可能なこと。
16	4	1	12	進捗情報として、切出済みチェック、標本完成チェック、CPC準備完了チェック、CPC準備完了日を登録できること。
16	4	1	13	受付確定と同時にシステム管理番号のバーコード付きの受付ラベルが自動発行されること。 受付ラベルに印字する項目及び発行枚数は打ち合せにより決定できること。
16	4	1	14	病悩期間を入力できること。
16	4	1	15	新生児の情報（新生児、未熟児、早産児、死産児）、体重を入力できること。

16				病理検査システム
16	4	1	16	解剖部位の登録ができること。
16	4	1	17	治療情報の登録ができること。
16	4	1	18	臓器ごとの肉眼所見入力ができること。
16	4	1	19	同意書の有無を登録できること。
16	4	2		剖検業務受付一覧
16	4	2	1	受付日、標本番号、依頼科、入外区分を指定して受け付けた検査情報の一覧を表示できること。
16	4	2	2	表示する項目は、既存の病理部システムと同じ項目とすること。
16	4	2	3	表示した一覧を印刷する機能を有すること。
16	4	2	4	一覧から検査データを選択して、受付画面を起動できること。
16	4	3		剖検業務紙イメージ取込
16	4	3	1	イメージスキャナで取り込んだ紙イメージを標本番号と関連付けして保存可能なこと。
16	4	3	2	1検査あたり複数の紙イメージを関連付け可能なこと。
16	4	3	3	関連付けの際、報告書に添付するかどうかなを選択可能なこと。
16	4	3	4	取り込んだ紙イメージのバーコードを利用した自動関連付け機能を有すること。
16	4	3	5	関連付けした紙イメージを印刷する機能を有すること。
16	4	3	6	関連付けした紙イメージを削除する機能を有すること。
16	4	3	7	紙イメージを関連付けていない検査を一覧表示する機能を有すること。
16	4	3	8	関連付けした文書イメージは画像一覧で削除できること。
16	4	4		剖検業務切出・染色入力
16	4	4	1	ブロック数を入力可能なこと。
16	4	4	2	ブロック入力の際、入力日当日が切出日として、ログインユーザが切出者として自動入力されること。
16	4	4	3	切出日と切出者は、必要に応じてブロック数入力前に修正可能なこと。
16	4	4	4	ブロック毎にブロック情報を入力可能なこと。
16	4	4	5	ブロック毎に脱灰や脱脂の情報を入力可能なこと。
16	4	4	6	ブロック数入力時、材料毎に設定した枚数のHEが自動的に入力されること。
16	4	4	7	ブロック毎に追加染色（特殊染色、免疫染色）、染色枚数の入力が可能なこと。
16	4	4	8	染色はリストから選択入力可能なこと。リストに表示する順番は染色マスタで設定可能なこと。
16	4	4	9	染色入力の際、入力日当日が染色依頼日として、ログインユーザが染色依頼者として自動入力されること。
16	4	4	10	染色依頼日と染色依頼者は、必要に応じて入力前に修正可能なこと。
16	4	4	11	複数ブロック選択による一括染色入力ができること。
16	4	4	12	追加染色入力時、依頼コメントを入力可能なこと。
16	4	4	13	追加染色入力により、染色指示書が自動出力されること。
16	4	4	14	染色指示書に印刷する項目は、既存の病理部システムと同じ項目とすること。
16	4	4	15	各ブロック毎の染色情報を展開しない状態でも、HE以外の染色が登録されていることがわかること。
16	4	5		剖検業務標本ラベル印刷
16	4	5	1	ラベルプリンタを用いて、標本ラベルを印刷する機能を有すること。
16	4	5	2	標本ラベルに印字する項目は、既存の病理部システムと同じ項目とすること。
16	4	5	3	必要に応じて、標本番号のバーコード（二次元）を印刷する機能を有すること。

16				病理検査システム
16	4	5	4	未出力の情報を初期表示するが、必要に応じて出力済みの情報を表示する機能を有すること。
16	4	5	5	受付日もしくは標本番号を指定して一覧を表示可能なこと。
16	4	5	6	一覧から任意に複数データを選択して印刷可能なこと。
16	4	5	7	ラベルシールの途中から印刷開始可能なこと。
16	4	6		剖検業務画像取込・描画
16	4	6	1	デジタルカメラで撮影した画像を標本番号と関連付けして保存可能なこと。
16	4	6	2	取込区分として、ミクロ、マクロ／切出、その他の指定が可能であること。
16	4	6	3	取込前に不要な画像を削除可能であること。
16	4	6	4	関連付けした画像に対して、直線、フリー、矢印、文字、番号スタンプ、アルファベットスタンプを入力可能であること。
16	4	6	5	確定後も編集可能であること。
16	4	6	6	関連付けした画像に対して、検索可能なフリーコメントを入力できること。
16	4	6	7	報告書に添付する画像を選択できること。
16	4	6	8	任意の画像を選択してコピーする機能を有すること。
16	4	6	9	コピーの際、後から書き込んだ切出線を組み合わせるかどうかを選択可能なこと。
16	4	6	10	任意の画像を選択してエクスポートする機能を有すること。
16	4	6	11	エクスポートの際、後から書き込んだ切出線を組み合わせるかどうかを選択可能なこと。
16	4	6	12	関連付けした画像に対して、以下の機能を有すること。 トリミング、塗りつぶし、連続文字描画、連続数字描画、短冊描画、直線描画、矩形描画、自由曲線描画、円描画、矢印描画、格子状描画、扇状罫線描画、点の連続描画、テキスト描画、レベル補正、色調調整
16	4	6	13	短冊描画においては、一度描画した後、内部の平行線を移動できること。
16	4	6	14	格子状描画においては、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。
16	4	6	15	点の連続描画においては、点の大きさを任意で変更できること。
16	4	6	16	描画したオブジェクトの色及び太さを変更できること。
16	4	6	17	描画したオブジェクトを回転できること。回転の操作は、マウスホイールでもできること。
16	4	6	18	ディスプレイに等倍（キャリブレーション）で表示できること。
16	4	6	19	描画した直線長さ（cm）を表示できること。 ※キャリブレーションされていることが前提です。
16	4	6	20	描画した矩形と円形の面積（㎠）を表示できること。 ※キャリブレーションされていることが前提です。
16	4	7		剖検業務診断
16	4	7	1	診断対象標本番号の入力が可能なこと。
16	4	7	2	標本番号の入力は、バーコード入力にも対応していること。
16	4	7	3	診断対象標本番号に関連した依頼情報（病理オーダー）、紙イメージ、画像情報を表示する機能を有すること。
16	4	7	4	画像情報表示後、描画機能を起動可能なこと。
16	4	7	5	患者IDを元に既往歴有無を表示する機能を有すること。
16	4	7	6	既往歴一覧を表示し、必要に応じて一覧から任意のデータを選択して詳細情報を表示可能なこと。
16	4	7	7	診断医名を3名以上入力可能なこと。
16	4	7	8	ログインユーザが自動入力され、修正不可なこと。
16	4	7	9	主病、副病、随伴病変、直接死因、所見の入力が可能なこと。
16	4	7	10	主病、副病、随伴病変、直接死因、所見の入力においては、常套語などの入力支援機能を有すること。
16	4	7	11	常套語は、ユーザ毎に追加、修正登録が可能なこと。
16	4	7	12	診断確定により、診断日が自動入力されること。

16				病理検査システム
16	4	7	13	診断日は、システム日付が自動入力され、修正不可なこと。
16	4	7	14	診断画面から標本番号を引き継いで画像取込機能を起動可能なこと。
16	4	7	15	ログインユーザの権限が「研修医」の場合は、診断確定不可なこと。
16	4	7	16	診断確定後は、診断医名、診断日、主病、副病、随伴病変、直接死因、所見の修正は不可なこと。
16	4	7	17	標本番号毎にキーワード、症例コメントの入力が可能なこと。
16	4	7	18	キーワードは、既存の病理部システムと同じ項目とすること。
16	4	7	19	必要に応じて、追加診断入力が可能なこと。
16	4	7	20	追加時には直前の主病、副病、随伴病変、直接死因、所見がコピーされること。
16	4	7	21	追加診断の回数は無限とする。
16	4	7	22	診断入力情報を「保存」にすることが可能であること。
16	4	7	23	診断確定後、報告書の出力が可能なこと。
16	4	7	24	標本番号を指定して、一括出力可能なこと。
16	4	7	25	通常は未出力分のみを出力対象とするが、必要に応じて出力済みのデータも出力する機能を有すること。
16	4	7	26	診断および所見の内容により、必要に応じて自動的に改ページされること。
16	4	7	27	剖検受付画面をワンクリックで起動し、解剖部位、治療情報、執刀時情報を確認できること。
16	4	7	28	排他処理により、他のユーザーが同じ標本番号を開こうとした場合には、どのユーザーがどの端末で開いているかを表示し、読み取り専用の排他モードで開くか、強制的に表示するかを選択できること。
16	4	7	29	貸出中のブロックやスライド標本がある場合は、「貸」の文字が表示されること。また、表示された「貸」の文字の上でダブルクリックすることで、貸出中のブロック及びスライドガラス標本の詳細を表示できること。
16	4	7	30	修正履歴（版毎の内容）が画面上で確認できること。
16	4	7	31	主病、副病、随伴病変、直接死因、所見欄に、臓器所見入力画面で入力した内容をワンクリックで貼付できること。
16	4	7	32	主病、副病、随伴病変、直接死因、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。
16	4	7	33	主病、副病、随伴病変、直接死因、所見欄においては、定期的にローカルに自動保存し、予期せぬシャットダウン時でも入力データを回復できること。
16	4	7	34	検体の取り違い防止のため、診断確定、診断仮確定の際には、プレバラートのバーコードを読み取り、入力中の標本番号と合致していることをチェックでき、合致していない場合は診断確定、診断仮確定できないこと。
16	4	7	35	「希少症例」・「典型例」・「CPC症例」・「教育用」等のキーワードとフリーコメントを登録できること。
16	4	7	36	カテゴリを共有用・個人用に分けて登録できること。カテゴリは、ユーザーが任意に作成でき、カテゴリ毎にキーワードを設定できること。
16	4	7	37	診断の種類（報告書タイトル）を選択入力できること。 診断の種類は、マスター設定できること。 選択入力した際に、マスター設定されている診断と所見の文章が自動的に入力されること。
16	4	8		剖検業務検索
16	4	8	1	複数の検索条件を指定して検索する機能を有すること。
16	4	8	2	以下の項目を検索条件として指定可能なこと。 業務区分、画像、受付日（範囲）、標本番号（範囲）、患者ID、患者カナ名、患者名、診療科、病棟、年齢（範囲）、性別、キーワード、症例コメント、診断医名、主病、副病、随伴病変、直接死因、所見、画像コメント
16	4	8	3	主病、副病、随伴病変、直接死因、所見、症例コメント、画像コメントについては、全文・一部語句を指定しての検索が
16	4	8	4	検索ヒット数を表示し、一覧表示するか否かを選択可能なこと。
16	4	8	5	検索条件を名前を付けて保存する機能を有すること。
16	4	8	6	検索結果一覧に表示する項目を設定可能なこと。
16	4	8	7	検索結果一覧から任意のデータを選択して、診断画面を表示可能なこと。
16	4	8	8	検索結果一覧を印刷する機能を有すること。
16	4	8	9	検索結果一覧をCSV出力する機能を有すること。

16				病理検査システム
16	4	8	10	検索結果一覧から画像の一覧表示が可能なこと。
16	4	8	11	画像一覧から任意の画像を選択して、印刷、削除、ファイル出力が可能なこと。
16	4	9		剖検業務診断状況表示
16	4	9	1	未診断、保存、診断済を一覧表示する機能を有すること。
16	4	9	2	表示する項目は、既存の病理部システムと同じ項目とすること。
16	4	9	3	受付日もしくは標本番号を指定して一覧を表示できること。
16	4	9	4	一覧から任意のデータを選択して、診断画面を起動できること。
16	4	9	5	結果未送信一覧から任意の複数のデータを選択して、電子カルテに結果を再送信（報告書再作成）する機能を有すること。
16	5			標本貸出
16	5	1		標本貸出管理
16	5	1	1	標本貸出の情報を入力する機能を有すること。
16	5	1	2	入力項目は、既存の病理部システムと同じ項目とすること。
16	5	1	3	標本番号入力により、登録情報を表示できること。
16	5	1	4	貸出日を指定して受け付けた検査情報の一覧を表示できること。
16	5	1	5	一覧表示の条件として、未返却のみ・返却済みを含む全件のいずれかを選択できること。
16	5	1	6	一覧表示において、標本番号、所属、借用者で検索する機能を有すること。
16	5	1	7	表示する項目は、既存の病理部システムと同じ項目とすること。
16	5	1	8	標本番号を採番していない物品の登録ができること。
16	5	1	9	貸出中、譲渡、紛失のスライドについては追加で貸し出し処理ができないこと。
16	5	1	10	スライドのバーコードを読み取って貸し出し・返却処理ができること。
16	6			統計
16	6	1		統計処理
16	6	1	1	既存の病理部システムと同じ統計項目をCSV形式で出力できること。
16	7			マスタ管理
16	7	1		マスタ管理
16	7	1	1	臓器マスタ、染色マスタ、染色セットマスタ、材料染色セットマスタ、判定マスタは、簡便な操作で追加することが可能であること。
16	7	1	2	常套語マスタ、定型文マスタ、推定病変マスタは、診断入力中に簡便な操作で追加・修正することが可能であること。
16	7	1	3	ユーザマスタにて、ログインユーザの管理が可能であること。
16	7	1	4	ユーザ毎に権限および起動可能なメニューの設定が可能であること。

17				内視鏡システム
17	1			共通機能
17	1	1		基本要件
17	1	1	1	内視鏡室の内視鏡検査装置3台、X線TV室の内視鏡検査装置2台、耳鼻科外来の内視鏡検査装置2台、泌尿器科外来の内視鏡検査装置1台、合計8台の内視鏡装置から発生する検査画像を記録、サーバに保存した上で、必要に応じ院内へ配信する機能を有すること。
17	1	1	2	保存された画像を参照しながら、内視鏡検査報告書の作成ができること。 レポート作成をする支援するクライアントソフトウェアは、「専用パソコン」を準備するか、電子カルテ端末に「相乗り」も可能であること。
17	1	1	3	レポートを作成する端末は、内視鏡室に3台、カンファレンス室に1台、X線TV室に1台の合計5台以上であること。必要に応じて「2モニター構成」にて導入すること。
17	1	1	4	レポート作成をする支援するクライアントソフトウェアと同じ機能を持った「受付端末」を1台導入すること。本端末は「電子カルテ端末」へ「相乗り」すること。
17	1	1	5	メンテナンスや動作確認用に医療情報室（オペレータ室）に「管理用クライアント」を設置すること。「専用パソコン」を準備するか、電子カルテ端末に「相乗り」も可能であること。
17	1	1	6	レポート作成端末から「検査手技」、「使用薬剤」、「使用材料」を入力し、電子カルテを経由し、医事会計システムと連携すること。 別途電子カルテから「実施入力」することなく、レポート作成端末或いは、受付端末から「実施入力」が行えること。
17	1	1	7	医療改定などで、検査手技や薬剤の追加があった場合は、保守契約の締結を前提に、マスタの追加、修正作業を無償で行うこと。
17	1	1	8	耳鼻科、泌尿器科外来の内視鏡装置についても、現状同様簡単に画像撮影が行え、電子カルテ端末から画像参照が可能であること。
17	1	1	9	本レポートシステムは、ハードウェアとソフトウェアを分けた導入も可能であること。仮想サーバへのサーバソフトウェアの提供、インストールも可能であること。また画像サーバについては物理サーバでの提供も可とすること。
17	1	1	10	既存データの引継ぎをおこない、過去の検査画像、検査レポートを参照する機能を有すること。 「データ移行」については、既存データの抽出については既存ベンダーにて行うこと。既存ベンダー側に掛かる作業費用についても本調達に含むこと。
17	1	1	11	端末台数についてはベンダ決定後に台数・設置場所については微調整に依ること。
17	1	2		検査データ保存機能
17	1	2	1	検査画像をデジタルデータとしてサーバへ蓄積できる機能を有すること。
17	1	2	2	アナログデータだけでなく、DICOM出力機能を持った検査装置（超音波内視鏡など）のデータ取得が出来る機能を有すること。
17	1	2	3	データは将来的に標準化されたネットワークシステムの構築ができるよう、DICOM画像で保存することが可能であること。また独自プロトコルでの画像保存は行わないこと。
17	2			データ管理サーバ
17	2	1		基本機能要件
17	2	1	1	データベースサーバ1台は以下の要件相当以上を満たすこと
17	2	1	2	【CPU】 Xeon E-2334 8GHz
17	2	1	3	【メモリ】 24GB
17	2	1	4	【HDD】 <RAID5+HSx1>600GB (2.5inch/SAS/10krpm) x8
17	2	1	5	【OS】 Windows Server 2019 Std. 日本語版
17	2	1	6	【データベースソフト】 Oracle Database 11g R2 Std. One
17	2	1	7	IFサーバ1台は以下の要件を満たすこと
17	2	1	8	【CPU】 Xeon E-2334 8GHz
17	2	1	9	【メモリ】 16GB
17	2	1	10	【RAIDコントローラ】 PERC H730P 2GB
17	2	1	11	【HDD】 <RAID1+HSx1>600GB (2.5inch/SAS/10krpm) x3
17	2	1	12	【OS】 Windows Server 2019 Std. 日本語版
17	2	1	13	WEBサーバ1台は以下の要件を満たすこと
17	2	1	14	【CPU】 Xeon E-2334 8GHz
17	2	1	15	【メモリ】 8GB
17	2	1	16	【HDD】 <RAID1+HSx1>600GB (2.5inch/SAS/10krpm) x3
17	2	1	17	【OS】 Windows Server 2019 Std. 日本語版
17	2	1	18	バックアップサーバ1台は以下の要件を満たすこと
17	2	1	19	【CPU】 Xeon E-2334 8GHz
17	2	1	20	【メモリ】 8GB
17	2	1	21	【HDD】 <RAID1+HSx1>600GB (2.5inch/SAS/10krpm) x3
17	2	1	22	【OS】 Windows Server 2019 Std. 日本語版
17	2	1	23	【バックアップシステム】 RDXオートローダ、RDXカートリッジ
17	2	1	24	画像サーバ1台は以下の要件を満たすこと
17	2	1	25	【CPU】 Xeon Silver 4208

17				内視鏡システム
17	2	1	26	【メモリ】64GB
17	2	1	27	【HDD】＜RAID6+HSx1＞20TB (4TB x10)
17	2	1	28	【OS】Windows Server 2019 Std. 日本語版
17	2	2		基本性能要件
17	2	2	1	大規模システム向けリレーショナルデータベースOracle Database 11g R2 Std相当以上の機能を有するデータベースシステムであること。
17	2	2	2	発生する検査画像、検査レポートをデータベース管理し、必要に応じて検索できる機能を有すること。

17				内視鏡システム
17	2	2	3	データベース、画像データともバックアップする仕組みを有すること。
17	2	2	4	Webサーバ機能を持ち、院内端末へ画像・レポート・実施記録のWeb配信が可能であること。またレポートについてはライセンスフリーで編集ができること。
17	2	2	5	画像入力装置と連携し、内視鏡画像をサーバに蓄積する機能を有すること。
17	2	2	6	画像参照を1つのインターフェースにて統合するために、院内配信においては既存「統合参照システム」との連携を行うこと。
17	3			画像取込機能（画像入力装置）
17	3	1		基本性能要件
17	3	1	1	内視鏡検査装置の画像を記録、転送するために、画像入力装置は 8台 納品すること。
17	3	1	2	映像入出力端子はHD-SDI、SD-SDI、BNCに対応していること。
17	3	1	3	仮想統合_ORACLESQL系サーバ
17	3	1	4	10/100/1000Base-TXのネットワークインターフェースを有していること。
17	3	1	5	記録画像サイズは640×480（NTSCサイズ）～1920×1080（ハイビジョンサイズ）及びSVGA、XGA、SXGAの各種サイズに対応していること。
17	3	1	6	電気的安全規格に準拠していること。
17	3	2		基本機能要件
17	3	2	1	装置の形状はコンパクトなユニット型で各内視鏡検査装置に、本装置が1台接続されること。
17	3	2	2	ネットワークに接続して画像ファイルをデータ管理装置に転送する機能を有すること。
17	3	2	3	画像データはデータサーバに転送後も内蔵ハードディスク内に一定期間保存されること。
17	3	2	4	ネットワークから切り離して移動先で本装置単体でも画像記録ができ、データ管理装置と再接続された際には記録データを自動的にデータベースに登録する機能を有すること。
17	3	2	5	内視鏡装置のメーカーを問わず、内視鏡装置の架台に設置されたディスプレイに、キーボードから手入力することなく患者ID、患者名、スコープ番号を表示する機能を有すること。
17	3	2	6	患者情報の入力にはバーコードリーダを用い、バーコードを読ませることでサーバに予約問合せを行い、患者属性を表示する機能を有すること。
17	3	2	7	本機器のエラー発生時には、メッセージ表示及び音声でエラー状態を通知できること。
17	4			予約管理機能
17	4	1		基本性能要件
17	4	1	1	基幹系システムからのオーダー情報を受け取ることができること。
17	4	1	2	検査予約、依頼済みの患者リストを表示する機能を有すること。
17	4	1	3	検査進捗状況を表示する機能を有すること。
17	4	1	4	内視鏡検査依頼情報を確認できる機能を有すること。
17	4	1	5	内視鏡検査の検査予約を各クライアント端末から部門内でおこなうことができる機能を有すること。
17	4	1	6	スケジュールを一覧表形式で表示できること。
17	4	1	7	各検査状態（予約・受付・検査中・終了等）をアイコンで表示できる機能を有すること
17	4	1	8	依頼医師からの検査方法等指示が、コメント等で解り易く表示できること。
17	4	1	9	予約受付リストの患者情報が表示されること。
17	4	1	10	予約受付リストの検索条件は、検査状態（予約・受付・終了）などで検索できること。
17	4	1	11	予約・受付リストより任意患者を指定し個人画面を開くことで、電子カルテから送られた検査依頼情報の確認ができること。

17				内視鏡システム
17	5			クライアント端末（レポート、受付、管理端末）
17	5	1		基本要件
17	5	1	1	クライアント端末としてはレポート端末 x 5 台、受付端末 x 1 台、管理端末 x 1 台の合計 7 台を導入すること。 ハードウェアに関しては、「専用パソコン」或いは、「電子カルテ相乗り」の両方に対応できること。

17				内視鏡システム
17	5	1	2	内視鏡レポート作成用の専用ライセンス（アプリケーションソフトウェア）は、専用端末或いは電子カルテ端末相乗りの場合とも、以下仕様に準拠すること。
17	5	1	3	CPUはCore2 Duo 3.00GHz相当以上であること
17	5	1	4	メモリは8GB以上、ハードディスクは70GB以上のミラーリング構成であること。
17	5	1	5	DVDマルチドライブを内蔵していること。
17	5	1	6	OSはWindows10日本語版相当以上であること。
17	5	1	7	クライアント端末は、レポート端末、受付端末、管理端末の何れの役割にも変更可能であること。また何れの端末もWindowsプリンターと接続し、画像、レポート、予約一覧などの印刷が可能であること。
17	5	1	8	モニタは、必要に応じて2面構成とすること。 2面構成の際は片側モニタに「ワークリスト」 もう一方のモニタに「画像」といったように2面とも専用システムのモニタとして活用することができること。
17	5	2		画像表示機能基本要件
17	5	2	1	1台のモニタに過去検査画像と最新検査画像など2件の検査を同時に並列して表示することができること
17	5	2	2	過去検査画像と最新検査画像を並列表示する際、取り違えが無いよう、過去検査画像には自動的に、撮影年月日が明示的に表示されること
17	5	2	3	過去検査画像を最新検査画像と同一用紙に印刷を行うことができること。また、その際は、取り違えが無いよう過去検査画像には自動的に、撮影年月日が明示的に表示されること
17	5	2	4	サーバ内に登録されている同一患者のデータを自動的に読み込むことができること。また、当日の検査画像を閲覧中にワンクリックで指定の日付の画像を表示することができること
17	5	2	5	同一検査項目で絞込みをして過去画像を表示することができること
17	5	2	6	画像にアノテーションを書き込むことができること
17	5	2	7	画像に書き込みをしたアノテーションを削除できること
17	5	2	8	画像に書き込みをしたアノテーションをワンクリックで非表示にできること
17	5	2	9	画像表示のコマ割を変更することができること
17	5	2	10	画像を紙印刷にすることが可能であること
17	5	2	11	画像のファイル出力をJPEG形式・DICOM形式で可能であること
17	5	3		所見登録機能基本要件
17	5	3	1	検査後の検査レポート作成が端末上で行えること。
17	5	3	2	検査レポートは、内視鏡専用画面を有すること。
17	5	3	3	以下の項目を含む検査レポートを作成できること。 患者ID、患者名、性別、生年月日、年齢、検査実施年月日、検査者名、検査装置種別、機種名、検査実施項目、検査部位、病変部位、所見名、診断名、処置、コメント、検査画像、シェーマ図
17	5	3	4	レポートはセキュリティの担保とトレーサビリティの担保のため版管理を行うことができること。
17	5	3	5	確定レポートに関して編集をする場合は、次版作成とし、これまで作成された確定レポートは全て版ごとに保存されていること また、過去に作成された版番のレポートをレポート作成中に同一端末にてすぐに参照することができること。
17	5	3	6	キー画像の選択がドラッグ&ドロップの操作で可能であること。
17	5	3	7	既存放射線科システム（PACS）上に保存されたX線及びMRIなどの画像をアプリケーションを切り替えることなく、ドラッグ&ドロップの操作で、内視鏡部門システムのレポート上にキーイメージとして添付することができること。 また、該当操作は、簡易的で間違いの無い操作にするため、レポート入力画面と同一画面上（同一ウィンドウ）でシームレスに行うことができること
17	5	3	8	1-7-3-7の際、内視鏡システム上で表示されるPACSに保存されている患者データはIDの連携により、内視鏡レポート上で作業中の患者データのみが表示されるようにすること。
17	5	3	9	キー画像のレポートへの添付は10枚以上行えること
17	5	3	10	検査レポート入力に簡素化し入力時間を要しないシステムとすること。

17				内視鏡システム
17	5	3	11	簡易にレポートを入力するため、部位、診断を入力した後、診断に関連付けられた所見のみを選択入力可能なシステムを提供可能であること
17	5	3	12	マスタ式のレポートはブルダウン式の展開ではなく、階層での用語表示が可能であること。
17	5	3	13	同一患者の過去レポートを自動的に読み込み、タブの切り替えのみで過去レポートを参照することができること。

17				内視鏡システム
17	5	3	14	異常なし患者の場合は、ワンクリックにて、上部検査であれば「食道・胃・十二指腸」などの部位項目が「全て異常なし」登録されること。
17	5	3	15	同一患者の過去レポートを容易に転記できること。
17	5	3	16	検査種別毎にシェーマを保有できること。
17	5	3	17	シェーマの検査レポート添付および画像貼り付けが簡単であること。
17	5	3	18	患者ID、属性、検査種別、撮影部位別、疾患分類、検査年月日などによるAND、OR検索ができること。
17	5	3	19	仮保存状態の検査レポート（未完了検査も含む）は、レポート上仮保存状態であることを明示したうえで配信が可能なこと。
17	5	3	20	レポート上に合併症を登録できる機能を有すること。また合併症は詳細検索にて、And・Or検索ができること
17	5	3	21	検査レポートにはあらかじめ登録されたシェーマ図と選択画像を添付でき、そのシェーマ図及び選択画像に対しそれぞれ任意箇所へのマーキングが可能であること。
17	5	3	22	定型文章は任意に作成した文章を登録する機能を有すること。
17	5	3	23	各種検査レポートがレーザプリンタなどで出力できる機能を有すること。
17	5	3	24	報告書を変更する場合は、修正した記録が保存されること。
17	5	3	25	検査レポートに記載された内容は、すべてデータサーバに保存され、検索条件として設定できること。
17	5	3	26	記載した検査レポート情報を、病理依頼書として利用できること。
17	5	3	27	病理依頼書の提供フォーマットは通常の内視鏡レポートの印刷フォーマットと異なるフォーマットで提供可能であること。
17	5	3	28	内視鏡レポート内に、病理診断を記載できる場所を個別に設けること。
17	5	3	29	内視鏡レポートのコメント内に、使用した薬剤を転記できるエリアを設けること。
17	5	3	30	内視鏡レポート内のフリーコメントはリッチテキスト方式に対応していること。
17	6			院内配信
17	6	1		基本性能要件
17	6	1	1	基幹システム端末から、WEBシステムを利用し、本システムサーバ上の画像及び所見などの参照が可能であること
17	6	1	2	電子カルテと連携し、「依頼」に対する「結果」として、検査画像、レポートの呼び出しが可能であること。
17	7			保守サポート
17	7	1		基本要件
17	7	1	1	導入後、定期的にサーバの状態を監視する「リモート監視サービス」の提供があること。
17	7	1	2	導入後、無償保証期間を1年とすること。
17	7	1	3	迅速なサポート体制を実現するため、京都府内にサービスステーションを有していること。
17	7	1	4	操作マニュアルは全ての機器について、日本語版を有すること

18				リハビリテーションシステム
18	1			基本機能
18	1	1		操作性
18	1	1	1	患者ウィンドウ、予約ウィンドウ、実績ウィンドウが同一画面に表示できること。
18	1	1	2	磁気診察カードリーダー(複数メーカー)により、患者の認識ができること。
18	1	1	3	基本的(種別・訓練・疾患名・障害名・手術名・住所等)なマスターは初期準備されていること。
18	1	1	4	患者データの登録は、氏名、日付以外はマウスで操作できること。
18	1	2		ログオン機能
18	1	2	1	ログオン機能があり履歴を参照しCSV出力できること。また、ログオン機能使用の有無の設定ができること。
18	1	2	2	ログオンユーザーにパスワードの変更を許可する設定ができること。
18	1	2	3	ログオンユーザー毎に設定情報及び画面情報を保存できること。
18	1	2	4	ログオンユーザー毎にシステム全体・マスターの設定変更権限を制御することができること。
18	1	2	5	ログオン機能を使用せずにオーダ確認が出来るように設定で切り替えられること。
18	1	2	6	ログオンユーザーと、マスター上に登録されている担当者を紐づける設定ができること。
18	1	3		システム
18	1	3	1	電子カルテとの相乗りができること。
18	1	3	2	IDカードリーダーにより、患者名、生年月日、性別等、患者の属性が取込みできること。
18	1	3	3	院内の全端末にインストールでき、操作ができること。(同時接続制限あり)
18	1	3	4	クライアントのマスター端末を作成できること。
18	1	3	5	シングルサインオンに対応しており、院内システム(電子カルテ)へのログオンで利用できること。
18	1	3	6	クライアント端末は自動でPG更新が行われること。
18	1	3	7	新たにクライアント端末を追加する場合にはユーザーにて、任意のタイミングでインストール作業ができること。
18	1	3	8	無線LANでの運用ができること。
18	2			患者データ
18	2	1		患者基本情報
18	2	1	1	患者コード、氏名、フリガナ、性別、生年月日、年齢、保険分類、入退院情報、入外区分、初診日、介護度、郵便番号、住所、電話番号、職業、転院先の情報を管理できること。
18	2	1	2	「別に厚生労働大臣が定める患者」に対して、9単位算定可能最終日を登録できること。
18	2	1	3	摂食機能療法の治療開始日、脳卒中の発症日を保持できること。
18	2	1	4	在宅患者訪問リハ指導管理料の急性増悪した日付の登録ができること。
18	2	1	5	障害者手帳の発効日を保持できること。
18	2	1	6	感染症、せき損患者のチェックができること。
18	2	1	7	リンパ浮腫の有無及び、複合的治療開始日の登録ができること。
18	2	1	8	要介護度の登録(要介護度、要介護認定通知日、介護保険への移行開始日)ができ、個別リハビリテーション加算の対象の有無や維持期リハビリテーションの評価対象の有無の登録ができること。また、要介護認定申請中の登録もできること。
18	2	1	9	要介護認定申請中または要介護度の登録を行っている場合は、介護保険のリハビリテーション利用予定の有無の登録ができること。
18	2	1	10	目標設定等支援・管理料の算定基準日が設定できること。また、他院算定日の登録もできること。

18				リハビリテーションシステム
18	2	1	11	目標設定等支援・管理料算定の他院算定日に関して、算定基準日の入力が無い場合または他院算定日が基準日より前日が入力されている場合または既に算定登録がされている場合にはメッセージが表示されること。
18	2	1	12	申し送り欄があること。また、申し送り事項のタイトル名を変更でき、申し送り記載の最終更新日の表示ができること。
18	2	2		療法情報
18	2	2	1	1患者1療法に対し、基本となる算定パターンを9個登録でき、算定パターンには診療報酬区分、療法種別、単位数、担当者、介護保険適用の有無、訓練場所、訓練内容を登録できること。また算定パターン1つ1つに対し予定パターンが登録でき、予定パターンの予約優先度の設定ができること。
18	2	2	2	基本となる算定パターンは、患者の状況に合わせて随時追加・変更・削除ができること。
18	2	2	3	起算日、治療開始日、計画評価の基準日、リハビリテーション開始日、中止日、再開日、リハビリテーション終了日を保持できること。
18	2	2	4	各療法毎に、診療科、主治医、疾患名、発症日、障害名、障害発生日、手術名、手術日の登録ができること。また、他療法で登録したデータを複写して別療法へも登録できること。
18	2	2	5	疾患名、障害名、手術名は検索して登録できる他、直接入力によっても登録ができること。
18	2	2	6	算定日数上限を超えた場合の算定単位数の制限設定ができること。
18	2	2	7	廃用症候群リハビリテーションについては、加算の起算日を保持できること。
18	2	2	8	呼吸器リハビリテーション及び心大血管疾患リハビリテーションについては、加算の基準日(発症日、手術日、急性増悪日)を保持できること。
18	3			患者一覧
18	3	1		基本設定
18	3	1	1	表示項目は通し番号、患者ID、患者氏名、フリガナ、病棟、種別、算定パターン、担当者、診療報酬区分、最終実施日、リハ終了日、診療科、当日実施の有無等を表示できること。
18	3	1	2	表示項目はログオンユーザー毎で任意に設定できること。ログオンユーザーごとに並び替えもできること。
18	3	1	3	表示項目の表示順についてドラック&ドロップによる操作にてできること。
18	3	1	4	患者一覧の表示を算定パターン毎に表示・変更でき、算定済みの算定パターンを一目で判別できること。
18	3	1	5	フォントのサイズ及び項目の幅をログオンユーザー毎に設定できること。
18	3	1	6	ログオンユーザー毎にグリッド線を設定できること。
18	3	2		操作機能
18	3	2	1	退院患者、終了患者はログオンユーザー毎に表示・非表示に設定できること。
18	3	2	2	表示内容を病棟&担当者(複数指定可)にでき、ログオンユーザー毎に設定できること。
18	3	2	3	ログオンユーザー毎に当日予約患者のみ表示できること。
18	3	2	4	患者ID、フリガナで患者を検索できること。
18	3	2	5	仮想統合_ORACLESQL系サーバ
18	3	2	6	患者一覧から患者を選択して、FIMやバーセル指数・日常生活機能評価の入力機能を開くことができること。
18	3	2	7	患者別のフォルダを管理できること。また、患者別のフォルダ作成ができること。
18	4			予約管理
18	4	1		担当者ウィンドウ機能
18	4	1	1	担当者毎に予約を表示できる担当者ウィンドウが準備されていること。また、担当者ウィンドウで予約登録ができること。
18	4	1	2	日付ごとに予約患者数(実人数・延べ人数)、予約単位数、予約週単位数が表示できること。また、予約登録時に自動で計算され、一目で確認できること。
18	4	1	3	複数担当者の表示ができること。また一担当者表示の場合は複数日数(最大220日)の表示できること。

18				リハビリテーションシステム
18	4	1	4	患者名、患者ID、入外区分、病棟、病室、診療報酬区分、種別、起算日からn日以内の識別、算定パターン、基準担当者、予定パターン優先度、予定開始時刻、予定開始終了時刻、訓練場所、診療科、特記事項が表示できること。また、表示する内容と表示順はログオンユーザー毎に設定できること。
18	4	1	5	入外の区別ができるように背景色の変更できること。
18	4	1	6	リハ開始日当日の患者の予約は強調表示できること。
18	4	1	7	フォントサイズ&行間隔をログオンユーザー毎に指定できること。
18	4	1	8	予約時間枠を設定できること(5～60分)。
18	4	1	9	実績登録した患者は患者名の表示色が変わること。またツールチップが表示され、実施担当者、実施時間がわかること。
18	4	1	10	時間重複している患者は患者名の表示色が赤くなること。またツールチップが表示され、エラー内容と重複している患者名がわかること。
18	4	1	11	ツールチップの表示により、患者毎の同時算定予定の種別が確認できること。
18	4	1	12	同一時間枠に複数患者が表示できること(心大リハや集団療法の場合)。
18	4	1	13	会議やカンファレンスなど対象外時間帯予約が設定でき、実績ウィンドウにも反映すること。
18	4	1	14	患者一覧から患者を選択してドラック&ドロップまたはクリック操作で予約が取れること。
18	4	2		患者ウィンドウ機能
18	4	2	1	患者毎に予約を表示できる患者ウィンドウが準備されていること。また、患者ウィンドウで予約を登録できること。
18	4	2	2	日付ごとに予約単位数、当月実施単位数が表示できること。
18	4	2	3	予約単位数は「別に厚生労働大臣が定める患者」については9単位まで。それ以外は6単位までとし、それ以上予約すると赤字で表示されること。
18	4	2	4	理学、作業、言語、リハビリテーション以外の予約が表示できること。
18	4	2	5	次回予約が確認できること(次回が半年先の場合などでも一目でわかること)。
18	4	2	6	指定された患者の指定日以降の予約を一括して削除することができること。
18	4	2	7	患者切り替えは患者検索または患者一覧の患者から、担当者ウィンドウの患者から指定して変更できること。
18	4	2	8	患者ウィンドウと担当者ウィンドウが同一画面に表示でき、患者ウィンドウで予約した内容はリアルタイムで担当者ウィンドウに反映できること。
18	4	2	9	フォントサイズ&行間隔をログオンユーザー毎に指定できること。
18	4	2	10	基準担当者以外のリハビリテーション予約が一目で判断できること。
18	4	3		病棟ウィンドウ機能
18	4	3	1	病棟毎に予約を表示できる病棟ウィンドウが準備されていること。また、病棟ウィンドウで予約を登録できること。
18	4	3	2	日付毎かつ患者毎に予約単位数、当月実施単位数が表示できること。
18	4	3	3	予約単位数は「別に厚生労働大臣が定める患者」については9単位まで。それ以外は6単位までとし、それ以上予約すると赤字で表示されること。
18	4	3	4	理学、作業、言語、リハビリテーション以外の他科予約が表示できること。
18	4	3	5	患者の並び順を変更できること。
18	4	3	6	患者毎の次回予約が一目でわかること。
18	4	3	7	病棟ウィンドウと担当者ウィンドウを同一画面に表示でき、病棟ウィンドウで予約した患者はリアルタイムで担当者ウィンドウに反映できること。
18	4	3	8	基準担当者以外のリハビリテーション予約が一目で判断できること。
18	4	4		予約登録機能
18	4	4	1	対象外時間帯にリハビリテーション予約を登録する際にメッセージが表示されること。

18				リハビリテーションシステム
18	4	4	2	他の療法、リハビリテーション以外予約、対象外時間帯に予約を登録する場合はメッセージが表示されること。
18	4	4	3	当日以前の予約登録の制限設定ができること。当日の予約に関しても制限を行うことができること。
18	4	4	4	患者の予約変更(予約時間、担当者、訓練場所、種別移動)ができること。また他の療法への変更もできること(例：理学の予約を作業へ変更)。
18	4	4	5	担当者毎での予約のコピー機能があること。コピー先に予約がある場合は「上書き」「上書きしない」「確認メッセージを表示」ができること。
18	4	4	6	一度に全患者の予定一括作成ができること。
18	4	4	7	予約一括作成時に、設定によりログオンユーザーを指定して作成ができること。
18	4	4	8	<p>予定一括作成の条件設定 作成単位は全療法、療法、担当者を指定できること。</p> <p>作成期間を指定できること(最大1ヶ月間)。 患者毎に条件設定(曜日ごとの「予定時刻」、「担当者」、「訓練場所」、「種別」、「週回数」)指定できること。 担当者が休みのとき、または単位数オーバーの際に他の担当者に振り分ける機能があること。 リハビリテーション以外の予約を調整して作成できること。</p>
18	4	4	9	リハビリテーション以外の予約が取れること。予約日は一日単位、もしくは指定週、指定曜毎にできること。
18	4	4	10	予約の削除ができること。全期間一括削除ができること。
18	4	4	11	患者毎に指定日以降の一括削除ができること。削除時に予定データの入外選択・曜日指定ができること。
18	4	4	12	<p>退院する患者に関する翌日以降の入院時リハビリテーション予約について、オプションで退院日以降の予約に対し、以下の処理を行うことができること。 「そのまま表示する」「表示しない」「外来リハビリテーション予約に変更する」</p>
18	4	4	13	<p>入院する患者に関する翌日以降の外来時リハビリテーション予約について、オプションで入院日以降の予約に対し、以下の処理を行うことができること。 「そのまま表示する」「表示しない」「入院リハビリテーション予約に変更する」</p>
18	4	4	14	予約作成時、「担当者の上限単位数(週108単位)、患者の上限単位数を含む、標準的算定日数超え、月13単位)のチェックができること。また当日の単位数は「当日予約単位数」または「当日実績単位数」を選択できること。
18	4	4	15	担当者登録の設定で担当しない種別の設定ができること。また、担当しない種別を予約登録した際にメッセージの表示ができること。
18	4	4	16	患者データを開かずに予約されている患者を選択して申し送りを確認ができること。
18	4	4	17	患者毎の時間割表が日付や期間、印刷項目を指定して確認し、印刷できること。
18	4	4	18	指定した療法や病棟毎のリハビリテーションスケジュールを確認し、印刷できること。
18	4	4	19	予定エラーの明細の一覧が確認できること。一覧に表示させる療法・期間・エラー内容の選択ができ印刷もできること。
18	4	4	20	患者別のフォルダを管理できること。また、患者別のフォルダ作成ができること。
18	4	5		予約票発行
18	4	5	1	患者ID単位で予約票を印刷できること。
18	4	5	2	指定日以降の予約を印刷できること。
18	4	5	3	予約票のレイアウト変更ができること。
18	5			受付・実績登録
18	5	1		実績ウィンドウ機能
18	5	1	1	担当者の予定ウィンドウと実績ウィンドウが同一画面内に表示できること。
18	5	1	2	担当者の予定ウィンドウと実績ウィンドウに表示する担当者はログオンユーザー毎にそれぞれに設定できること。

18				リハビリテーションシステム
18	5	1	3	担当者の予定ウィンドウと実績ウィンドウに表示する時間枠はそれぞれに設定できること(例：予定ウィンドウは20分枠。実績ウィンドウは22分枠)。
18	5	1	4	担当者の予定ウィンドウと実績ウィンドウの入外区分の背景色はそれぞれに設定できること。
18	5	1	5	実績ウィンドウに会議やカンファレンスなど対象外時間帯が設定でき、予約ウィンドウにも反映すること。
18	5	1	6	実績ウィンドウは日付ごとに実施患者数、実施単位数、実施週単位数が表示できること。
18	5	1	7	実績ウィンドウは複数担当者の表示ができること。また一担当者表示の場合は複数日数(最大220日)の表示ができること。
18	5	1	8	実績ウィンドウの表示項目は患者名、ID、入外区分、病棟、診療報酬区分、種別、起算日からn日以内の識別、基本パターン、基準担当者、受付開始時間、受付開始終了時間、訓練場所、診療科、備考入力済みに識別が表示できること。表示する内容と表示順はログオンユーザー毎に設定できること。
18	5	1	9	実績ウィンドウのフォントサイズ&行間隔をログオンユーザー毎に指定できること。
18	5	1	10	実績ウィンドウの実績時間枠をログオンユーザー毎に設定できること(5～60分)。
18	5	1	11	実績ウィンドウに実績登録する前に、他の療法の登録情報が確認できること(訓練時間、担当者、療法、単位数)。
18	5	1	12	実績ウィンドウでは実施コメントを入力した患者を一目で識別できること。また識別の有無はログオンユーザー毎に設定ができること。
18	5	1	13	時間重複している患者は患者名の表示色が赤くなること。またツールチップが表示され、エラー内容がわかること。
18	5	1	14	実績登録は予定ウィンドウの患者を選択または、患者一覧の患者を選択してドラック&ドロップまたはクリック操作で登録ができること。
18	5	2		受付・実績機能
18	5	2	1	登録した基本パターンを利用して実績登録ができること。また実績登録時に単位数等を変更した際に基本パターンは変更されないこと。
18	5	2	2	患者を検索して実績登録ができること。
18	5	2	3	磁気診察カードリーダーから実績登録ができること。
18	5	2	4	1患者1療法に対し、基本パターンを登録できること。また登録したパターンを利用して実績登録ができること。
18	5	2	5	脳血管疾患等リハビリテーションⅠ・Ⅱ・Ⅲ、運動器リハビリテーションⅠ・Ⅱ・Ⅲ、心大血管疾患リハビリテーションⅠ・Ⅱ、呼吸器リハビリテーションⅠ・Ⅱ、廃用症候群リハビリテーションⅠ・Ⅱ・Ⅲ(以下、疾患別リハビリテーション)、難病患者リハビリテーション、がん患者リハビリテーションが算定できること。
18	5	2	6	それぞれの疾患別リハビリテーションにおいて定められている算定上限日数を超えた場合、確認メッセージが表示され制限がかかること。
18	5	2	7	それぞれの疾患別リハビリテーションにおいて定められている起算日(発症日)より14日以内は初期リハビリテーション加算が、30日以内は早期リハビリテーション加算が自動算定されること。
18	5	2	8	それぞれの疾患別リハビリテーションにおいて定められている算定上限日数を超えた場合、1ヶ月当たり13単位まで算定できること。また要介護被保険者等については維持期リハビリテーション評価として算定できること。
18	5	2	9	算定上限日数を超えた場合でも、厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると判断される場合には、算定上限日数を超えても所定点数が算定できること。
18	5	2	10	理学・作業・言語聴覚療法あわせて患者1人につき1日6単位を超えた場合、メッセージが表示されること。別に厚生労働大臣が定める患者については1日9単位を超えた場合、メッセージが表示されること。
18	5	2	11	訓練開始日からの訓練経過月を表示できること。
18	5	2	12	実施担当療法士の対象時間外に実施登録した場合にエラーメッセージが表示できること。
18	5	2	13	算定可能日数が30日を切った患者の実施登録時、残り日数を表示できること。表示させる日数は0～30日のの中から選択できること。
18	5	2	14	実施登録時、当月にリハビリテーション総合計画評価料を算定していない患者はメッセージが表示されること。毎月何日から表示させるか設定できること。

18				リハビリテーションシステム
18	5	2	15	実績登録時、訓練の空き時間を自動で作ることができること。
18	5	2	16	訓練場所毎に空き時間を設定できること。
18	5	2	17	複数患者を同時に一括実施できること。
18	5	2	18	療法士1人当たり1日最大24単位までの制限ができること。また、日毎に最大単位数を設定できること。
18	5	2	19	療法士1人当たりの最大単位数を超えて実施登録を行おうとするとメッセージが表示され、登録内容を修正・変更することができること。
18	5	2	20	療法士毎の当日実施の実患者数、延べ患者数、単位数、週単位数を確認できること。また、実施登録時に自動で計算されること。
18	5	2	21	1担当で患者の時間重複チェックを自動で行い重複している場合は確認メッセージが表示される。また、1患者で他療法(理学・作業・言語)での時間重複もチェックされ確認メッセージが表示されること。
18	5	2	22	勤務時間外及び対象外時間外にリハビリテーションの実施登録をしようとするメッセージを表示すること。
18	5	2	23	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に対して、別に厚生労働大臣が定める患者に該当するので、1日9単位まで算定可能となり、それぞれの日数チェックができること。
18	5	2	24	回復期リハビリテーション病棟専従療法士の受付管理や集計なども区別して行うことができること。
18	5	2	25	消炎鎮痛器具等の処置についても実施登録できること。
18	5	2	26	目標設定等支援・管理料を算定できること。また初回算定時に誤って2回目以降の登録を行おうとした際にメッセージの表示ができること。また2回目以降の登録時に初回算定の登録を行おうとした際にも同様に変更を促す機能を有すること。
18	5	2	27	患者データで他院算定日登録を行っている場合には、初回の目標設定支援等・管理料を登録しようとするメッセージの表示ができること。
18	5	2	28	障害児(者)リハビリテーション料が算定できること。また年齢別による自動判定が可能なこと。
18	5	2	29	疾患別リハビリテーション、がん患者リハビリテーション及び障害児(者)リハビリテーション料は同一日に算定ができない旨メッセージ表示ができること。
18	5	2	30	在宅訪問リハビリテーション指導管理料について単位制として管理できること。また、患者1人につき、週6単位まで、急性増悪した患者については6月に1回、14日間に限り1日4単位まで算定できること。
18	5	2	31	摂食機能療法が1人の患者につき、月4回まで算定できること。ただし、治療開始後から3ヶ月以内の患者については毎日算定が可能であり、30分以上と30分未満の管理ができること。
18	5	2	32	集団コミュニケーション療法(言語のみ)は1人につき1日3単位まで算定でき、集団療法3単位を疾患別リハビリテーション1単位とみなして算定できること。
18	5	2	33	リハビリテーション総合評価見直しは毎月リハビリテーション開始受付時もしくは、リハビリテーション実施登録時に確認メッセージが表示されること。
18	5	2	34	リハビリテーション実施計画書の前回算定日から1～3ヶ月を経過し、かつリハビリテーション実施計画が未算定の場合にメッセージが表示されること。
18	5	2	35	当月で既にリハビリテーション総合実施計画書登録済みの場合算定有無を表示できること。
18	5	2	36	実施登録時に訓練内容・時間の変更を行なうことができること。
18	5	2	37	リハビリテーション受付後、処置内容を表示し処置表として印刷が可能であること。
18	5	2	38	実施登録した患者を選択して、FIMやバーセル指数・日常生活機能評価・看護必要度評価票の評価入力起動できること。
18	5	2	39	リハビリテーション訓練内容や実施コメントを入力できること。
18	5	2	40	入力制限設定によりログオンユーザーのみでの実施コメント入力の制限が可能なこと。また、実施担当者が登録されていない実施データにおいて、ログオンしているユーザーに関わらず入力許可の有無の設定ができること。
18	5	2	41	実施コメント入力は一括して複数患者をまとめて入力ができること。
18	5	2	42	実施コメント入力画面では過去の実施内容を参照しながら入力できること(最大30日間の履歴参照)。
18	5	2	43	実施コメントを登録した文章の選択式で入力できること。(担当者毎に定型文登録可)

18				リハビリテーションシステム
18	5	2	44	実施コメント欄にFIM、BIの評価内容を取り込むことができること。
18	5	2	45	1療法内で1患者が複数回(例えば午前中個別1単位、午後から個別1単位)受付できること。
18	5	2	46	医療保険から介護保険への移行期間の2月目については疾患別リハビリテーションを7単位までとして算定できること。
18	5	2	47	医療と介護を合わせて単位数の計算ができること。
18	5	2	48	予定情報を優先しながら実施入力できること。
18	5	2	49	入退室時間の設定が行えること。
18	5	2	50	訓練時間は分数を表示する機能があり、分単位で入力が可能で、開始と終了を入力したら訓練時間を自動計算し表示すること。
18	5	2	51	受付患者を表示することができること。
18	5	2	52	リハ開始日の実施は強調して表示することができること。また、ログオンユーザー毎に設定ができること。
18	5	2	53	担当者と紐づいているログオンアカウント毎に実施登録ができる療法の制限ができること。
18	5	2	54	訓練の実施登録を行った日時が分かること。
18	5	2	55	実施登録時に外来処置票を自動で印刷する機能があること。印刷済みは色を付けて表示ができること。
18	5	2	56	実施登録のエラー内容の明細の一覧確認が日毎に確認出来ること。一覧に表示させる療法・期間・エラー内容の選択ができ印刷もできること。
18	5	2	57	実施記録を月ごとに管理する機能を有し、患者別・担当者別に実施記録の確認ができること。また、表示画面上から選択して実施の追加変更ができること。
18	5	2	58	予約管理機能を使用せずに、患者一覧から患者を選択して実施登録ができること。また、ログオンユーザー毎に予約管理機能の表示がでないようにできること。
18	5	2	59	リハビリテーションの実績が期間・担当者・病棟を選択して確認ができること。表示する項目は選択して表示することができること。
18	5	2	60	リハビリテーションの実施状況を確認しながら、処置票印刷を行う機能を有し、処置票を印刷した患者を一目で確認できること。
18	5	2	61	患者別のフォルダを管理できること。また、患者別のフォルダ作成ができること。
18	6			統計・印刷資料
18	6	1		統計・印刷機能
18	6	1	1	日間集計表は全体集計、担当者別集計、診療科別、病棟別で印刷できること。
18	6	1	2	リハビリテーション処置票が印刷できること。
18	6	1	3	リハビリテーション実施状況一覧表を印刷できること。
18	6	1	4	指定日からの担当者別週間評価一覧を印刷できること。
18	6	1	5	週単位数の印刷ができること。
18	6	1	6	月間集計表は全体集計、担当者別集計、診療科別、病棟別で印刷できること。
18	6	1	7	日毎にリハビリテーション状況を確認することができること。
18	6	1	8	リハビリテーション時間割表を作成できること。
18	6	1	9	リハビリテーションの実施記録が期間指定で作成できること。担当者別や患者別で複数パターンできること。
18	6	1	10	診療報酬の年間集計が作成できること。
18	6	1	11	年間の疾患別取り扱い集計表が作成できること。
18	6	1	12	年間の訓練集計表が作成できること。
18	6	1	13	担当者別の予定表がリハビリテーション以外の予定まで記載されて作成できること。
18	6	1	14	予定表は日付指定で複数日分作成ができ、担当者指定、病棟、訓練場所を選択して作成できること。

18				リハビリテーションシステム
18	6	1	15	病棟別で予定表（リハビリテーション以外予約も含められる）が作成できること。
18	6	1	16	患者のスケジュール表が作成できること。
18	6	1	17	患者ごとの時間割表を設定によりリハビリテーション以外も含んで作成ができること。
18	6	1	18	実績表の作成が出来ること(担当者別、病棟別)。
18	6	1	19	患者の一覧を表示できること。療法や疾患別等様々な条件で絞り込みができること。
18	6	1	20	経過報告書の印刷が行えること。
18	6	1	21	リハビリテーションの算定上限チェック一覧が残日数等指定で印刷できること。
18	6	1	22	リハビリテーション総合計画評価料算定対象者一覧で実施計画基準日や計画実施日が印刷できること。
18	6	1	23	リハビリテーション実施計画書作成対象患者一覧で実施計画基準日や計画実施日が印刷できること。
18	6	1	24	期間を指定して、リハビリテーション件数・単位数・点数・実人数・延べ人数を選択し、種別・病棟・担当者・診療科・訓練場所を指定して集計を行うことができること。また、表示項目の設定はユーザーが指定して作成することができること。
18	6	1	25	廃用症候群に係る評価表（様式22）の作成ができること。
18	6	1	26	地域包括ケア入院料等のリハビリテーションの基準に係る届け出添付資料（様式50の3）を作成できること。
18	6	1	27	事業団本部提出用304統計が行えること。
18	6	1	28	全帳票画面表示機能があること。
18	6	1	29	データを他アプリケーションソフト(Excel等)へ変換できること。
18	6	1	30	印刷項目がある程度選択自由であること。
18	6	1	31	一度項目設定した帳票は、名前を付けて100パターンまで名前を付けて登録、管理できること。
18	6	1	32	よく使用する帳票を設定できること。また、よく使う帳票にはパターンとして登録した帳票も指定することができること。
18	6	2		印刷専用機能
18	6	2	1	院内の全端末から上記の統計資料等の閲覧、書き込みができること(同時接続制限あり)。
18	6	2	2	印刷専用機能にて、リハビリテーションの実施状況が一目で確認できること。
18	6	2	3	印刷専用機能を使用する際に、ログオン機能の有無が設定できること。
18	6	2	4	統計・印刷機能を有すること。
18	7			リハビリ評価
18	7	1		機能効果
18	7	1	1	FIM、BI、脳血管疾患初期評価、SIAS、徒手筋力検査、関節可動域検査、MMSE、CDR、ADASが準備されていること。
18	7	1	2	患者別に評価内容がグラフ表示できること。
18	7	1	3	マウスで選択するだけで評価点数の入力ができること。
18	7	1	4	病院独自の評価表形式も、ユーザーで簡単に作成・変更ができること。
18	7	1	5	病院独自の形式に対応できること。ユーザーで簡単に作成・変更ができること。
18	7	2		患者別評価
18	7	2	1	FIM、BI、SDLが準備されていること。
18	7	2	2	看護必要度評価表A項目が準備されていること。
18	8			回復期管理機能
18	8	1		回復期管理基本機能

18				リハビリテーションシステム
18	8	1	1	様式49の1～6に必要な情報が出力できること(最新の診療報酬に対応していること)。
18	8	1	2	<p>管理機能登録をした患者の情報から対象期間・病棟・対象疾患・退棟理由を指定し、出力したい項目を選択して患者一覧のCSV出力できること。</p> <p>また、選択した形式でスタイル保存が100パターン、パターン毎に名前を付けて登録できること。また、以下の条件の設定もできること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・回復期対象外患者を含む、含まない ・再入棟患者を含む、含まない ・在院日数に退院日を含む、含まない ・在院日数に転棟日を含む、含まない ・アウトカム除外患者のみ出力する ・アウトカム出力対象外患者を含む、含まない
18	8	1	3	患者一覧のCSV出力時に、病院独自にマスターを作成した項目も選択して出力ができること。また、マスターは30項目まで自由に登録ができること。
18	8	1	4	日常生活機能評価、FIM、バーセル指数、看護必要度A項目の入力ができること。入力形式は、明細入力と合計入力で設定変更ができ、入力時には過去に入力を行ったデータをコピーして作成ができること。
18	8	1	5	日常生活機能評価が未登録の患者は患者一覧等で警告を表示するように設定ができること。また、患者データ登録時に日常生活機能評価の有無を必須とするかどうかの設定ができること。
18	8	1	6	FIMが未登録の患者は患者一覧等で警告を表示するように設定ができること。また、患者データ登録時にFIMの有無を必須とするかどうかの設定ができること。
18	8	1	7	回復期管理機能に未登録の患者数をメイン画面で一目で確認でき、患者一覧を確認できること。
18	8	1	8	回復期患者一覧を出力する際に、対象期間、病棟、必要項目を選択して出力することができること。
18	8	1	9	回復期病棟未登録患者の表示の有無、対象期間、退院済み患者を含めるかの設定ができること。
18	8	1	10	統計出力の際に、設定により労災患者を統計対象から除外する設定があること。
18	8	1	11	リハビリテーション提供単位数へ患者の入院日数に退棟日・転院日をそれぞれ含む、含まないの設定ができること。
18	8	1	12	新規重症患者の割合に、急性増悪による退棟・死亡退院をそれぞれ含む、含まないの設定ができること。
18	8	1	13	単位数予測機能があること。また予測した単位数に対し、不足単位数・残り期間の必要実施平均単位数が算出されること。また、予測機能の条件設定として対象期間、病棟、目標平均単位数、実施状況、残り期間、残り期間における新規入棟患者数を設定できること。
18	8	1	14	実績指数(利得率)の算出ができること。また実績指数は高次脳機能障害の患者を省いて計算できること。
18	8	1	15	実績指数における「入棟から退棟までの日数」の算出方法はオプションにより病院の運用にあった設定ができ、いつでも算定方法をシステム上から確認できること。
18	8	1	16	回復期病棟へ再入棟した患者を再入棟扱いもしくは、新規入棟扱いとするオプション機能があること。
18	8	1	17	回復期病棟への入棟日・退棟日が未入力の場合、自動で入院日・退院日で代用する設定ができること。
18	8	1	18	退棟理由のマスターが準備されており、病院にて自由に追加・変更ができること。
18	8	2		回復期管理統計
18	8	2	1	<p>当月(もしくは指定期間)の回復期患者の以下の情報をメイン画面に表示し、一目で回復期病棟の状況が確認できること。</p> <p>また、設定した値以下の場合は赤字表示ができること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在入棟患者数 ・回復期対象患者数 ・当月新規入棟患者数 ・新規入棟重症患者数 ・重症患者の割合(%) ・当月新規退棟患者数 ・在宅復帰率 ・重症患者改善率(3点又は12点以上)(%) ・重症患者改善率(4点又は16点以上)(%) ・一日当たりの提供(合計)単位数 ・一日当たりの提供(休日)単位数 ・一日当たりの提供(休日以外)単位数 ・アウトカム除外対象患者の割合(%) ・高次脳機能障害患者の割合(%)

18				リハビリテーションシステム
18	8	2	2	回復期統計出力機能を有し、画面表示機能やExcelもしくはCSV出力ができること。
18	8	2	3	統計出力機能により期間内入退院患者数が分かること。 ①総入院患者数 (1)新規入院患者数 (2)再入院患者数 (3)回復期対象外患者数 ②総退院患者数 (1)新規退院患者数 i ②(1)のうち、急性増悪による転院の患者数 ii ②(1)のうち、死亡退院の患者数 iii ②(1)のうち、一般病棟等への転棟・転院の患者数 (2)再退院患者数 (3)回復期対象外患者数
18	8	2	4	統計出力機能により入院患者の構成が分かること。 ①1日平均入院患者数 ②脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症、義肢装着訓練を要する状態又は手術後2か月以内の患者数 ③大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折の発症、二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後等2か月以内の患者数 ④外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後又は発症後2か月以内の患者数 ⑤大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後1か月以内の患者数 ⑥股関節又は膝関節の置換術後1か月以内の患者数 ⑦②～⑥に準じるもの ⑧小計 (②+③+④+⑤+⑥+⑦) ⑨入院患者の比率 (⑧/①)
18	8	2	5	統計出力機能により在宅復帰率が分かること。 ①退院患者数 ②①のうち、平成30年4月以降に退院した患者数 (1)在宅 (2)介護老人施設 (3)他の回復期リハビリテーション病棟 (4)他の回復期リハビリテーション病棟を除く病院・有床診療所 (5)有床診療所(介護) ③①のうち、平成30年3月以前に退院した患者数 (6)在宅 (7)介護老人施設 (8)他の回復期リハビリテーション病棟 (9)他の回復期リハビリテーション病棟を除く病院・有床診療所
18	8	2	6	統計出力機能により新規重症者割合が分かること。 ①退院患者のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上の患者数 ②①のうち、退院時(転院時を含む)の日常生活機能評価が、3点以上改善していた患者数 ③新規入院患者における重症者の割合 (②/①) ④①のうち入院時の看護必要度評価票A項目の得点が1点以上の患者数 ⑤新規入院患者における看護必要度A項目の得点が1点以上の患者の割合 (④/①)
18	8	2	7	統計出力機能により重症者改善数が分かること。 ①退院患者のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上の患者数 ②①のうち、退院時(転院時を含む)の日常生活機能評価が、3点以上改善していた患者数 ③日常生活機能評価が3点以上改善した重症者の割合 (②/①) ④①のうち、退院時(転院時を含む)の日常生活機能評価が、4点以上改善していた患者数 ⑤日常生活機能評価が4点以上改善した重症者の割合 (④/①) ⑥退院患者のうち、入院時に日常生活機能評価が10点以上又はF I M総得点が55点以下の重症患者の数 ⑦⑥のうち、退院時(転院時を含む)の日常生活機能評価が3点以上又はF I M総得点が12点以上改善した人数 ⑧重症患者回復率 (⑦/⑥) ⑨⑥のうち、退院時(転院時を含む)の日常生活機能評価が4点以上又はF I M総得点が16点以上改善した人数 ⑩重症患者回復率 (⑨/⑥)
18	8	2	8	統計出力機能によりリハビリテーション提供単位が分かること。 ①回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延入院日数 ②上記患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの総単位数 (i + ii + iii + iv + v) i 上記患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数(単位) ii 上記患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数 iii 上記患者に対して提供された廃用症候群リハビリテーションの総単位数 iv 上記患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数 v 上記患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数 ③1日当たりリハビリテーション提供単位数 (②/①) ④算出期間における日数 ⑤上記患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの総単位数 (i + ii + iv + v) ⑥1日当たりリハビリテーション提供単位数 (⑤/④)

18				リハビリテーションシステム
18	8	2	9	<p>統計出力機能によりリハビリテーション提供単位が分かること。</p> <p>①期間内退院患者数</p> <p>②脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症、義肢装着訓練を要する状態又は手術後2か月以内の患者数</p> <p>③大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折の発症、二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後2か月以内の患者数</p> <p>④外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後又は発症後2か月以内の患者数</p> <p>⑤大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後1か月以内の患者数</p> <p>⑥股関節又は膝関節の置換術後1か月以内の患者数</p> <p>⑦②～⑥に準じる患者数</p>
18	9			地域包括ケア管理機能
18	9	1		地域包括ケア管理基本機能
18	9	1	1	様式50の3に必要な情報が出力できること(最新の診療報酬に対応していること)。
18	9	1	2	<p>管理機能登録をした患者の情報から対象期間・病棟・対象疾患・退棟理由を指定し、出力したい項目を選択して患者一覧のCSV出力できること。</p> <p>また、選択した形式でスタイル保存が100パターン、パターン毎に名前を付けて登録できること。また、以下の条件の設定もできること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア対象外患者を含む、含まない ・再入棟患者を含む、含まない ・在院日数に退院日を含む、含まない ・在院日数に転棟日を含む、含まない
18	9	1	3	患者一覧のCSV出力時に、病院独自にマスターを作成した項目も選択して出力ができること。また、マスターは30項目まで自由に登録ができること。
18	9	1	4	日常生活機能評価、FIM、バーセル指数、看護必要度A項目の入力ができること。入力形式は、明細入力と合計入力で設定変更ができ、入力時には過去に入力を行ったデータをコピーして作成ができること。
18	9	1	5	日常生活機能評価が未登録の患者は患者一覧等で警告を表示するように設定ができること。また、患者データ登録時に日常生活機能評価の有無を必須とするかどうかの設定ができること。
18	9	1	6	FIMが未登録の患者は患者一覧等で警告を表示するように設定ができること。また、患者データ登録時にFIMの有無を必須とするかどうかの設定ができること。
18	9	1	7	地域包括ケア管理機能に未登録の患者数を一目で確認でき、患者一覧を確認できること。
18	9	1	8	地域包括ケア患者一覧を出力する際に、対象期間、病棟、必要項目を選択して出力することができること。
18	9	1	9	地域包括ケア病棟未登録患者の表示の有無、対象期間、退院済み患者を含めるかの設定ができること。
18	9	1	10	統計出力の際に、設定により労災患者を統計対象から除外する設定があること。
18	9	1	11	リハビリテーション提供単位数へ患者の入院日数に退棟日・転院日をそれぞれ含む、含まないの設定ができること。
18	9	1	12	新規重症患者の割合に、急性増悪による退棟・死亡退院をそれぞれ含む、含まないの設定ができること。
18	9	1	13	単位数予測機能があること。また予測した単位数に対し、不足単位数・残り期間の必要実施平均単位数が算出されること。また、予測機能の条件設定として対象期間、病棟、目標平均単位数、実施状況、残り期間、残り期間における新規入棟患者数を設定できること。
18	9	1	14	地域包括ケア病棟への入棟日・退棟日が未入力の場合、自動で入院日・退院日で代用する設定ができること。
18	9	1	15	退棟理由のマスターが準備されており、病院にて自由追加・変更ができること。
18	9	2		地域包括ケア管理統計

18				リハビリテーションシステム
18	9	2	1	<p>当月(もしくは指定期間)の地域包括ケア患者の以下の情報をメイン画面に表示し、一目で地域包括ケアの情報が確認できること。</p> <p>また、設定した値以下の場合は赤字表示ができること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在入棟患者数 ・地域包括ケア対象患者数 ・当月新規入棟患者数 ・重症患者の割合(%) ・当月新規退棟患者数 ・在宅復帰率(%) ・一日当たりの提供(合計)単位数
18	9	2	2	<p>統計出力機能により期間内入院患者数が分かること。</p> <p>①総入院患者数 (1)新規入院患者数 (2)再入院患者数 (3)地域包括ケア対象外患者数 (4)リハビリテーション対象外患者数</p> <p>②総退院患者数 (1)新規退院患者数 i ②(1)のうち、急性増悪による転院の患者数 ii ②(1)のうち、死亡退院の患者数 (2)再退院患者数 (3)地域包括ケア対象外患者数 (4)リハビリテーション対象外患者数</p>
18	9	2	3	<p>統計出力機能により重症者割合が分かること。</p> <p>①入院患者延べ数 ②①のうち一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数 ③重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合 (②/①) ④①のうち自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者数 ⑤自宅等から入棟した患者の占める割合 (④/①) ⑥自宅等からの緊急入院患者の受入患者数 ⑦①のうち同一の保険医療機関の一般病棟から転棟した患者数 ⑧同一の保険医療機関の一般病棟から転棟した患者の占める割合 (⑦/①)</p>
18	9	2	4	<p>統計出力機能により在宅復帰率が分かること。</p> <p>①退院患者数 ②①のうち、平成30年4月以降に退院した患者数 (1)在宅(自宅及び居住系介護施設等) (2)介護老人保健施設(名) (3)有床診療所 (4)(3)のうち、別添2の第3の5の(1)のイの(イ)に該当する病床 (5)(1)～(4)を除く病院(名) ③①のうち、平成30年3月以前に退院した患者数 (6)在宅(自宅及び居住系介護施設等) (7)介護老人保健施設 (8)(7)のうち、在宅強化型施設又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っている施設 (9)有床診療所 (10)(9)のうち、有床診療所在宅復帰機能強化加算又は有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算の届出を行っている施設 (11)他院の療養病床(名) (12)(11)のうち、在宅復帰機能強化加算の届出を行っている病棟(名) (13)(6)～(12)を除く病院(名) ④転棟患者数 ⑤④のうち、平成30年4月以降に転棟した患者数 ⑥④のうち、平成30年3月以前に転棟した患者数 (14)自院の療養病床(名) (15)(14)のうち、在宅復帰機能強化加算の届出を行っている病棟(名) ⑦在宅等へ退出した患者の割合 ((1)+(4)+(6)+(8)+(10)+(12)+(15))/ (①+④) (%)</p>
18	9	2	5	<p>統計出力機能によりリハビリテーション提供単位数が分かること。</p> <p>①疾患別リハビリテーション等を提供した患者数 ②上記患者における当該病室または病棟の入院延べ日数 ③上記患者に対して提供されたリハビリテーションの総単位数 (i + ii + iii + iv + v + vi) i 上記患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数 ii 上記患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数 iii 上記患者に対して提供された廃用症候群リハビリテーションの総単位数 iv 上記患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数 v 上記患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数 vi 上記患者に対して提供されたがん患者リハビリテーションの総単位数 ④1日当たりリハビリテーション提供単位数 (③/②)</p>
18	10			文書作成機能
18	10	1		基本機能
18	10	1	1	Web機能により、院内のネットワーク上の端末で、閲覧・作成ができること。
18	10	1	2	患者ウィンドウ、予約ウィンドウ、実績ウィンドウより患者及び指定した帳票の起動ができること。
18	10	1	3	ログオンユーザー毎に職種設定、マスター権限、帳票保存権限、登録データ削除権限、記載者初期セット設定ができること。
18	10	1	4	職種毎に記載範囲を制限、表示できること。
18	10	1	5	患者別評価機能で作成したFIM、BIを取込むことができること。
18	10	1	6	各項目で入力した点数の合計が自動計算されること。

18				リハビリテーションシステム
18	10	1	7	前回作成した文書を複写して、作成できること。
18	10	1	8	病院指定の書式で複数パターン作成でき、新規作成や変更で費用が発生しないこと。
18	10	1	9	雛型帳票は、病院にて独自に作成・編集ができること。
18	10	2		文書例
18	10	2	1	厚生労働省が指定するリハビリテーション総合実施計画書やリハビリテーション実施計画書が標準で準備されていること。
18	10	2	2	以下、基本的な帳票が準備されていること ・ 廃用症候群に係る評価表 ・ ADL維持向上等体制加算に係る評価書 ・ ADL評価用紙 ・ BI評価用紙 ・ FIM評価表
18	10	3		計画書・各種評価表管理
18	10	3	1	帳票毎に作成状況(未作成・一部作成・作成済み)が表示でき、表示月、作成状況、記載者、療法、入外区分、病棟、担当者、主治医、基本種別で絞り込みをかけて作成状況の一覧の確認ができること。
18	10	3	2	作成状況の一覧には、作成状況・作成日・患者ID・患者名・病棟・病室・リハ開始日・リハ終了日・記載者が表示されること。
18	10	3	3	作成状況一覧はCSV出力できること。
18	10	3	4	帳票に入力されているデータをCSV出力することができること。また、CSV出力する場合には作成期間を指定し、記載者・患者・病棟・入外区分で絞り込みをかけて出力ができること。
18	10	3	5	帳票データをCSV出力する際には、出力を行う項目を選択して出力ができること。
18	10	3	6	作成帳票を患者・帳票・記載者・作成日・作成状態で絞り込みをかけて検索できること。
18	10	3	7	期間指定による各評価項目の条件指定で患者を絞り込むことができ、CSV出力できること。
18	10	3	8	管理者権限によりユーザーで簡単に項目マスターや職種マスターの作成・変更・削除ができること。
18	10	3	9	項目マスターを使用することで、別の帳票から入力した項目の情報を取込することができること。
18	10	3	10	帳票マスターには分類・入力対象職種・入力頻度・日付形式を設定できること。
18	10	3	11	作成した計画書・評価表をExcelまたはテキスト出力できること。
18	10	3	12	作成した計画書・評価表をPDFプレビューできること。
18	10	3	13	帳票毎に分類できること。
18	11			システム連携
18	11	1		システム連携
18	11	1	1	医事会計システムの患者属性(ID・名前・生年月日・性別・入院情報等)の取込みができ、随時自動変更されること。
18	11	1	2	医事会計システムに実績(会計)情報を送信できること。
18	11	1	3	リハビリテーションの予約情報を電子カルテシステムに送信できること。また、電子カルテシステムより他科の予約情報を取込み画面に表示できること。
18	11	1	4	電子カルテシステムからオーダ情報(処方、指示)の取込みができ、オーダ患者の一覧が画面に随時表示できること。
18	11	1	5	電子カルテシステムに実施内容(リハカルテ)を送信できること。
18	11	1	6	電子カルテシステムに実施内容を送信する際のログオンユーザーのみの送信制限の設定ができること。また、実施担当者が登録されていない実施データにおいて、ログオンしているユーザーに関わらず送信許可の有無の設定ができること。
18	12			その他
18	12	1		リハビリ受付
18	12	1	1	リハビリテーションの受付時間を設定できること。また、曜日ごとの評価単位数を設定できること。

18				リハビリテーションシステム
18	12	1	2	休日の設定ができること。
18	12	2		勤務表
18	12	2	1	担当者の勤務パターンを曜日毎に設定できること。
18	12	2	2	勤務パターンを作成し、自動で勤務表が作成できること。また、作成した勤務表に1日当たりの評価設定ができること。
18	12	2	3	勤務表の変更は、選択した日付を一括で変更ができ、入院・外来のみのリハビリテーション予定が設定できること。また、対象外の入外区分でリハビリテーション予約を作成しようとする受付時間外のメッセージが出ること。
18	12	2	4	勤務表では勤務時間(午前・午後・夜診)単位で入外区分の対象を設定できること。また、対象外の区分でリハビリテーション予約を作成しようとする受付時間外のメッセージが出ること。
18	12	3		システム対応
18	12	3	1	契約締結により診療報酬改定による対応を行うこと。また疑義解釈への対応も行うこと。改定により新たに発生した算定種別は、マスターを提供すること。
18	12	3	2	ユーザー様の要望をもとに機能アップを行い、契約締結により年1回以上バージョンアップの提供を行うこと。
18	12	3	3	常に最新版のプログラムをインストールできること。
18	12	3	4	契約締結により診療報酬改訂の大小に関わらず即対応していること。
18	12	4		その他
18	12	4	1	施設基準Ⅰ、Ⅱ、Ⅲに対応できること。
18	12	4	2	47都道府県に納入実績があること(1000ユーザー以上)。
18	12	4	3	介護保険にも対応していること。

19				病歴・がん登録・がん検索システム
19	1			退院サマリ／診療情報管理機能
19	1	1		システムの起動と利用権
19	1	1	1	システムは電子カルテよりシングルサインオンで起動可能なこと。
19	1	1	2	システムは職種により利用できるメニューが制限可能なこと。
19	1	2		基本機能
19	1	2	1	患者基本情報、入退院情報、病名情報、DPC情報、手術情報、処置・検査情報、感染症情報、産科情報が登録を行えること。
19	1	2	2	サマリ入力画面の初期画面にフリーコメント欄の登録が行えること。
19	1	2	3	退院日、診療科、主治医等から対象患者を簡単に検索を行えること。
19	1	2	4	主治医検索では、退職者医師を除外できる機能を有すること。
19	1	2	5	管理項目、選択リストは必要に応じて追加、変更を行えること。
19	1	2	6	未記入、記入済み、確定済みのステータスで管理を行えること。
19	1	2	7	職種により、登録権限を制限できること。
19	1	2	8	職種により、利用できるメニューが制限可能なこと。
19	1	2	9	病歴情報へのアクセス履歴（保存、登録等）の管理を行えること。
19	1	2	10	患者の診療情報を患者基本情報（1患者ひとつ）、入院情報（入院単位）、各科情報（1患者院内の診療科単位）の3レベルでの管理を行えること。
19	1	2	11	電子カルテシステムに接続し、必要情報の取得を行えること。
19	1	2	12	職員マスタは電子カルテシステムと同期をとって自動的に更新すること。
19	1	3		患者基本情報
19	1	3	1	患者ID、患者氏名、性別、住所、生年月日、血液型は自動作成すること
19	1	4		入退院情報
19	1	4	1	入退院歴として入院日、退院日、診療科、主治医、病棟を管理すること。これらは自動作成すること。
19	1	4	2	入退院歴が作成できること。
19	1	4	3	入退院歴は転科単位に作成すること。
19	1	4	4	入退院歴は1入院単位、転科単位での管理を行えること
19	1	4	5	紹介元、紹介先医療機関の登録を行えること。医療機関はマスタからの選択を行えること。
19	1	5		病名情報
19	1	5	1	ICD-10により管理を行えること。
19	1	5	2	電子カルテシステムもしくはDPCシステムに登録されている病名の取り込みを行えること。
19	1	5	3	病名マスタからの選択ができること。選択に際しては、文字検索、コード検索、頻用病名からの選択を行えること。
19	1	5	4	各診断名に主疾患、合併症等の区分の付与を行えること。
19	1	5	5	各診断名に転帰の付与を行えること。
19	1	5	6	病名コードの修正を行えること。修正可能者は職種等での限定を行えること。
19	1	5	7	当該患者に過去付けられた病名から選択して登録を行えること。
19	1	5	8	二重分類用の病名コードの登録を行えること。
19	1	6		手術情報
19	1	6	1	手術に関する情報（実施日、術式、執刀医、手術時間、麻酔、麻酔時間等）は手術オーダ、もしくは本システムの退院サマリ機能内の手術情報から取得を行えること。
19	1	6	2	手術コードはICD9CM、医事コードで管理を行えること。

19				病歴・がん登録・がん検索システム
19	1	6	3	手術コードの修正を行えること。修正可能者は職種等で限定を行えること。
19	1	6	4	手術に関する備考の登録を行えること。
19	1	6	5	各手術に主手術、従手術等の区分の付与を行えること。
19	1	6	6	手術マスタからの選択ができること。選択に際しては、文字検索、コード検索、事前に登録された内容からの選択を行えること。
19	1	7		画像・生理情報
19	1	7	1	画像・生理オーダから情報の取り込みが行えること。
19	1	8		検査結果情報
19	1	8	1	電子カルテシステムから必要な検査項目のみを選択して取得を行えること。
19	1	8	2	時系列による日付の選択及びスポットの検査結果をそれぞれ登録を行えること。
19	1	9		処方・注射情報
19	1	9	1	電子カルテシステムから必要なオーダ情報のみを選択して取得を行えること。
19	1	10		処置・検査情報
19	1	10	1	ICD9CM、医事コードでの管理を行えること。
19	1	10	2	コードの修正を行えること。修正可能者は職種等で限定を行えること。
19	1	10	3	マスタからの選択を行えること。選択に際しては、文字検索、コード検索、事前に登録された内容からの選択を行えること。
19	1	10	4	処置・検査に関する備考の登録を行えること。
19	1	11		産科情報
19	1	11	1	母親の情報登録を行えること。
19	1	11	2	新生児の情報登録を行えること。
19	1	11	3	新生児と母親の関連付けを行えること。
19	1	12		病理診断情報
19	1	12	1	仮想統合_ORACLESQL系サーバ
19	1	12	2	マスタからの選択を行えること。
19	1	12	3	病理システムに登録されている情報の取り込みが行えること。
19	1	13		入院後経過(退院サマリ)
19	1	13	1	主訴、入院後経過等のフリー入力を行えること。
19	1	13	2	現病歴、入院後経過、考察等に分けて入力を行えること。
19	1	13	3	入力にあたっては、雛型文書の流用を行えること。雛型文書は診療科、疾患等での分類を行えること。
19	1	13	4	雛型文書は、登録画面から直接登録を行えること。
19	1	13	5	過去に入力した文書の流用を行えること。
19	1	13	6	退院サマリとして印刷を行えること。
19	1	15		情報検索機能
19	1	15	1	すべての管理項目（入院経過等フリーコメントも含む）を検索条件に指定して検索を行えること。
19	1	15	2	検索条件はAND、ORを任意に組み合わせて指定を行えること。
19	1	15	3	検索結果の出力項目を指定を行えること。
19	1	15	4	検索結果は患者単位、入院単位、診療科単位への集約を可能とし、利用しやすい形式で出力を行えること。
19	1	15	5	検索結果は、Microsoft社のExcel形式で加工できる形式でファイル出力を行えること。

19				病歴・がん登録・がん検索システム
19	1	15	6	検索条件、もしくは検索項目は雛型として保存を行えること。
19	1	16		統計帳票
19	1	16	1	日本病院会指定帳票の出力を行えること。
19	1	16	2	疾病、手術、死亡統計等の出力を行えること。
19	1	16	3	帳票は、Microsoft社のExcel形式で加工できる形式でファイル出力を行えること。
19	1	17		その他
19	1	17	1	登録されたデータはがん登録情報との連携を行えること。
19	1	17	2	登録されたデータはがん登録対象患者の条件として利用を行えること。
19	1	17	3	病歴登録画面からがん登録画面への展開を行えること。
19	2			診療録管理システム
19	2	1		システムの起動と利用権
19	2	1	1	システムは電子カルテよりシングルサインオンで起動可能なこと。
19	2	1	2	システムは職種により利用できるメニューが制限可能なこと。
19	2	2		基本機能
19	2	2	1	入院診療録の整理状況、貸出し管理ができること。
19	2	2	2	病歴管理画面から簡単な操作で画面遷移できること。
19	2	2	3	オーダーリングシステムに接続し、患者基本情報・入院退院移動情報と連携できること。
19	2	2	4	職員マスタはオーダーリングシステムと同期をとって自動的に更新すること。
19	2	2	5	職種により、登録権限を制限できること。
19	2	3		返納処理
19	2	3	1	入院オーダと連携して、入院中は「入院中」・退院後は「未返納」と自動でステータスが変更されること。
19	2	3	2	返納登録時に、受領日・整理状況・整理日・診療録所在・担当職員・コメントを入力可能なこと。
19	2	3	3	各項目に初期値を設定可能なこと。
19	2	4		診療録点検（量的点検）
19	2	4	1	整理状況に紐付いて、点検状況が管理できること。
19	2	4	2	点検はあらかじめ設定した診療録一覧から不備があった箇所をチェックすることで点検が可能なこと。
19	2	4	3	点検者、点検日・点検コメント・診療科が管理可能なこと。
19	2	4	4	点検は履歴で管理可能なこと。
19	2	5		貸出処理
19	2	5	1	返納状況が「返納済」の診療録のみ貸出処理が可能なこと。
19	2	5	2	借出者・借出者診療科を職員マスターより登録が可能なこと。
19	2	5	3	帯出者・帯出者診療科を職員マスターより登録が可能なこと。
19	2	5	4	貸出目的があらかじめ設定した一覧より登録可能なこと。
19	2	5	5	貸出目的に任意の期間を設定して返却予定日を自動で登録可能なこと。
19	2	5	6	貸出時に任意のコメントを入力可能なこと。
19	2	5	7	貸出処理時に自動もしくは任意のタイミングで貸出カード（診療録用・診療情報管理室用）が出力可能なこと。
19	2	5	8	貸出履歴を管理可能なこと。
19	2	5	9	診療録登録画面へのアクセス記録が取得可能なこと。
19	2	5	10	退院サマリ作成機能と連携して、「未記入」・「記載済」・「承認済」を退院サマリ一覧画面で確認可能なこと。

19				病歴・がん登録・がん検索システム
19	2	6		返却処理
19	2	6	1	返却日を入力することで、返却処理が可能なこと。
19	2	7		一括処理
19	2	7	1	個別貸出画面とは別に一括処理用の画面が提供されていること。
19	2	7	2	退院後の一括返納処理が可能なこと。
19	2	7	3	一括返納処理の際、返納状況・整理状況・受領日・整理日・担当者・診療録所在を一括で入力可能なこと。
19	2	7	4	貸出者・帯出者・貸出日・貸出目的等で検索した結果を一括で貸出・返却処理が可能なこと。
19	2	8		統計帳票
19	2	8	1	貸出日付を指定して貸出診療録一覧が出力可能なこと。また一覧のヘッダー部に任意の督促文をテンプレートから入力可能なこと。
19	2	8	2	退院日・病棟を指定して未返納診療録一覧が出力可能なこと。また一覧のヘッダー部に任意の督促文をテンプレートから入力可能なこと。
19	2	8	3	貸出先・借用者・貸出日・返却予定日・貸出目的を指定して未返却診療録一覧が出力可能なこと。また一覧のヘッダー部に任意の督促文をテンプレートから入力可能なこと。
19	2	8	4	退院日・診療科を指定して未整理診療録一覧が出力可能なこと。また一覧のヘッダー部に任意の督促文をテンプレートから入力可能なこと。
19	2	8	5	退院日・診療科を指定して未承認サマリー一覧が出力可能なこと。また一覧のヘッダー部に任意の督促文をテンプレートから入力可能なこと。
19	2	8	6	退院日・診療科を指定して点検時に不備にチェックした不備診療録一覧が出力可能なこと。また一覧のヘッダー部に任意の督促文をテンプレートから入力可能なこと。
19	2	9		情報検索機能
19	2	9	1	すべての管理項目を検索条件に指定して検索を行えること。
19	2	9	2	検索条件はAND、ORを任意に組み合わせて指定を行えること。
19	2	9	3	検索結果の出力項目を指定を行えること。
19	2	9	4	検索結果は患者単位、入院単位、診療科単位への集約を可能とし、利用しやすい形式で出力を行えること。
19	2	9	5	検索結果は、Microsoft社のExcel形式で加工できる形式でファイル出力を行えること。
19	2	9	6	検索条件、もしくは検索項目は雛型として保存を行えること。
19	3			がん登録システム
19	3	1		システムの起動と利用権
19	3	1	1	システムは電子カルテよりシングルサインオンで起動可能なこと。
19	3	1	2	システムは職種により利用できるメニューが制限可能なこと。
19	3	2		基本機能
19	3	2	1	国立がんセンター「標準登録様式」（がん登録2006年度版規約の登録規約）に準じて、業務運用が行えること。
19	3	2	2	本システム内の病歴管理機能と情報連携を行えること。
19	3	2	3	登録された情報はHos-Can-Rが取り込み可能なファイル形式で出力を行えること。
19	3	3		登録機能
19	3	3	1	患者基本情報、診断情報、腫瘍情報、実施検査情報、初回治療情報、予後情報、管理用項目、その他病院独自項目の登録を行えること。
19	3	3	2	がん情報は、入院・外来を問わず1腫瘍1登録形式での情報登録が行えること。
19	3	3	3	登録された病歴管理システムと関連付が行えること。
19	3	3	4	病歴システムに登録された病名からICD0-3の局所コードが自動で登録を行えること。

19				病歴・がん登録・がん検索システム
19	3	3	5	国立がんセンター提供のCanStageを使用してTNM分類の登録を行えること。 画面内に配置したTNM各項目に対し手入力いただく運用でも可とする。
19	3	4		情報検索機能
19	3	4	1	すべての管理項目（入院経過等フリーコメントも含む）を検索条件に指定して検索できること。
19	3	4	2	検索条件はAND、ORを任意に組み合わせて指定できること。
19	3	4	3	検索結果の出力項目を指定できること。
19	3	4	4	検索結果は患者単位、入院単位、診療科単位への集約を可能とし、利用しやすい形式で出力できること。
19	3	4	5	検索結果は、Microsoft社のExcel形式で加工できる形式でファイル出力を行えること。
19	3	4	6	検索条件は雛型として保存を行えること。
19	3	5		ケースファインディング機能
19	3	5	1	電子カルテシステム、医事システム、病歴管理システムに登録された情報を収集し、がん登録対象患者の検索が行えること。
19	3	5	2	病理システムに登録された情報を収集し、がん登録対象患者の検索が行えること。
19	3	5	3	検索でピックアップされた患者から対象・非対象の判定を実施、対象患者はがん登録システムに自動でレコードを作成されること。
19	3	5	4	検索条件は自由に設定が行えること。
19	3	5	5	ICD10病名コードの任意のコードが指定を行えること。
19	3	5	6	抗癌剤投与情報を注射・レジメン・処方オーダーの実施情報から指定を行えること。
19	3	5	7	手術オーダーから任意の術式名称を指定を行えること。
19	3	5	8	腫瘍マーカーの依頼情報から、任意の検査コードを指定を行えること。
19	3	5	9	放射線治療を医事システムから放射線会計コードの指定を行えること。
19	3	5	10	病歴システムに登録された病名情報から指定を行えること。
19	3	5	11	国立がんセンターから詳細マニュアルが提供される場合、ケースファインディングマニュアルにそった内容での実施可否が技術的に可能であること。
19	3	5	12	病名コード、術式等検索条件を任意で組み合わせて対象患者の候補一覧を表示を行えること。
19	3	5	13	判定・未判定・がん登録済みを問わず、判定の根拠となった情報を常に表示を行えること。
19	3	5	14	判定時に主治医の登録を行えること。

20				健診システム
20	1			共通機能
20	1	1		基本要件
20	1	1	1	入力必須項目が画面上で一見して分かり易くなっていること。
20	1	1	2	各業務画面からヘルプ画面を素早く呼び出せること。
20	1	1	3	ログ参照は全ユーザではなく参照権限を与えたら特定のユーザのみ参照可能とすること。
20	1	1	4	システム起動はID、パスワードによる認証の仕組みとなっていること。
20	1	1	5	システム業務毎の表示不可、入力不可、更新不可、削除不可の制限が設定できること。
20	1	1	6	ユーザ単位での画面構成、メニュー編成ができること。
20	1	1	7	ユーザ単位での画面配色、フォント指定、項目配置ができること。
20	1	1	8	ログインユーザ毎に、個人メニューの登録ができ、自分専用のメニューが作成できること。
20	1	1	9	メニューマスタの設定条件（表示不可、入力不可、更新不可、削除不可、印刷不可）に従って各ユーザの業務メニューが展開されること。
20	1	1	10	既存システムからのデータ移行は予約データ、受付結果データ、結果データ、請求データ、全マスタデータを完全に移行できること。
20	2			予約業務
20	2	1		予約照会
20	2	1	1	予約状況をカレンダー形式にして、一見して空き情報を確認できること。
20	2	1	2	予約状況は月単位での表示、週間単位での表示にそれぞれ切替が可能なこと。
20	2	1	3	週間状況表示は、カレンダー画面で選択した日からスタートするモードと、常に日曜日からスタートするモードが選択可能であること。
20	2	1	4	電話での予約対応などを考慮して使いやすく、画面遷移もスムーズに行えること。
20	2	1	5	表示されているものがなんの人数であるかわかりやすい画面になっていること。
20	2	1	6	空き日、予約が埋まっている日の区別が容易に分かるようになっていること。
20	2	1	7	カレンダー上の予約人数は、男女別人数表示、総人数表示の変更ができること。
20	2	1	8	カレンダー上の予約人数は、登録されている予約数が予約枠数を超えている場合は赤色で表示できること。
20	2	1	9	予約枠に対する予約の埋まり具合を視覚化できること（プログレスバー表示）。
20	2	1	10	予約カレンダーは、4ヶ月分表示、2ヶ月分表示、一週間表示で切り替えできること。また、予約状況がコース種別枠、もしくは検査種別枠の単位で確認できること。
20	2	1	11	カレンダー表示している月の切替は、1ヶ月送り、2ヶ月送り、4ヶ月送りができること。
20	2	1	12	特定の週の予約詳細情報が表示されること。
20	2	1	13	カレンダー表示している週の切替は、1週送り、2週送りができること。
20	2	1	14	週間表示への切替の際、月間カレンダーで選択した日を週間表示のスタート日にすることが可能であること。
20	2	1	15	選択した日の予約詳細（受診予定者一覧）が表示されること。また、予約者リストの表示順をシステムの設定で変更可能であること。受付済の受診者には背景色の変更などで目視レベルによる判別が簡単にできること。
20	2	1	16	カレンダーにおいて以下の情報を参照できること。 <ul style="list-style-type: none"> ・予約管理別 ・コース種別 ・検査種別 ・曜日別 ・時間帯別
20	2	1	17	月間予定表、週間予定表を出力できること。 <ul style="list-style-type: none"> ・月間予定表（コース管理別） ・月間予定表（検査別） ・月間予定表（枠別） ・週間予定表
20	2	1	18	受診者の希望する条件にて最も近い空き日を素早く検索可能であること。（予定日、時間帯、曜日、コース種別＆受診人数、検査種別＆受診人数の指定）
20	2	1	19	予約枠を超えた予約登録を行うことができること。（予約の強制登録）

20				健診システム
20	2	1	20	<p>予約枠の設定については以下の条件について設定できること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・予約状況確認は特定の団体別で管理できる。 「〇〇商事専用の予約枠と予約状況を確認できる」 ・日別、時間帯別に予約枠を設定できる ・コース種別に予約枠を設定できる。 ・検査種別に予約枠を設定できる。
20	2	1	21	個人が特定できていない受診予定者の予約枠を団体＋コース＋人数にて枠取り可能なこと。
20	2	1	22	空枠状況をマークまたは実数での切替え表示ができること。
20	2	1	23	キャンセル待ちデータの検索が容易に行なえること。
20	2	1	24	キャンセルが出た場合に、希望日に該当する予約者を表示できること。
20	2	1	25	仮予約・キャンセル予約の受診者をドラッグ&ドロップで予約確定が行えること。
20	2	1	26	予約枠に対する予約の埋まり具合をプログレスバー表示などで視覚化されていること。また、プログレスバーの色合いを利用者にて自由に変更可能であること。
20	2	1	27	予約枠に対する予約の埋まり具合をプログレスバー表示などで視覚化されていること。また、プログレスバーの表示幅を利用者にて自由に変更可能であること。
20	2	1	28	予約枠カレンダーにて月間表示のタブ色を利用者にて自由に変更可能であること。
20	2	2		個人予約登録
20	2	2	1	個人単位若しくは団体単位で予約申し込みが行えること。
20	2	2	2	予約するコースは、共通コースまたは団体固有コースが登録できること。
20	2	2	3	予約時にコース、オプション別の負担金額（負担先含む）が確認できること。また強制的に金額の変更ができること。変更した場合は画面にマークが表示されること。
20	2	2	4	予約の変更（日付、コース等）ができること。検査内容が変更になった場合は、検査と金額の差異がないかが画面上で確認できること。
20	2	2	5	個人の予約時に、発送先が確認できること。個人別に発送先を変更できること。
20	2	2	6	基本的な予約枠パターンを保持でき、年度単位等の有効期間の設定ができること。
20	2	2	7	コース枠は、曜日別、時間別、性別、コースのグループ毎に設定できること。
20	2	2	8	検査枠は、曜日別、時間別、性別、検査グループ別に設定できること。
20	2	2	9	検査時間枠は、時間帯（9:00～9:30）や午前、午後による管理ができること。
20	2	2	10	<p>予約登録時に以下の情報を登録できること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人情報（氏名、住所、保険、団体、連絡先等） ・既往歴、精密検査履歴、禁忌、感染症、他情報 ・営業担当など内部情報 ・請求額、請求区分、請求日等精算情報 団体負担金額、個人負担金額
20	2	2	11	前回の予約歴や受診歴を複製して新規予約が作成できること（予約前回D0対応）。
20	2	2	12	生年月日の入力方法を和暦、西暦でも入力可能とし、かつ即座の切替ができること。
20	2	2	13	予約登録は個人を特定できない場合でも予約登録できること。（カナ氏名、漢字氏名、個人番号等がわからない状況でも予約登録できること）
20	2	2	14	管理日付を有し、他の予約情報を共有する仕組みを有すること。
20	2	2	15	個人の過去の予約歴が一覧で参照できること。
20	2	2	16	仮想統合_ORACLESQL系サーバ
20	2	2	17	予約登録に必要な項目は何か視覚的にアナウンスされていること。ユーザがフォーカスの移送先を設定（変更）できること。
20	2	2	18	予約画面にてフォーカスの移動順をユーザが設定（変更）できること。
20	2	2	19	検査の追加、削除項目はドラッグ&ドロップの簡単操作で登録できること。
20	2	2	20	団体、コース毎にオプション項目、追加削除項目を予めマスタで管理し、ヘルプボタンで呼び出し可能であること。

20				健診システム
20	2	2	21	予約枠に対して受診者が決定した時点で順次予約登録ができること。
20	2	2	22	個人情報（個人情報マスタ）を元に（引用して）予約登録ができること。
20	2	2	23	個人情報マスタから引用した内容で変更できる項目と変更できない項目を視覚的に区別できること（ロック状態の明示化）。
20	2	2	24	予約登録時の個人情報や属性は自動的に個人マスタに登録（更新）されること。
20	2	2	26	予約時に自動的に予約No.を付番すること。
20	2	2	27	個人IDの入力により医事会計システムより個人属性情報の取り込みが可能であること。 取得する基本属性は以下の通り。 ・漢字氏名 ・カナ氏名 ・性別 ・生年月日 ・自宅郵便番号 ・自宅住所 ・自宅電話番号 ・保険情報（保険者番号、保険証記号・番号）
20	2	2	28	必須入力項目については、視覚的に判別しやすくなっていること。
20	2	2	29	予約画面にて既に入力されているタブに色を付けて、入力済みであることがわかること。
20	2	2	30	予約空き枠の同時照会が可能であること。
20	2	2	31	予約時に検査項目の追加や削除を登録できること。
20	2	2	32	検査に複数の方法がある場合、それを予約時に選択できること。 （内視鏡 か 胃透視）（会話法 か オーディオ）等
20	2	2	33	予約空き枠が埋まっている場合、もしくは予定日が定まらない場合にキャンセル待ち登録ができること。
20	2	2	34	予約空き枠が埋まっている場合、予約人数を超えての強制登録の可否設定ができること。
20	2	2	35	1画面で複数人の予約登録を行えること。
20	2	3		予約検索
20	2	3	1	受診予定者、キャンセル待ち受診者の検索ができること。
20	2	3	2	キャンセルが出た場合に、希望日に該当する予約者を表示できること。
20	2	3	3	予約状況は、団体、コース、検査、時間帯による絞り込みができること。
20	2	3	4	予約者からの問い合わせに対応するため、以下の項目で検索できる機能をもつこと。 ・個人番号 ・予約No. ・氏名（漢字、カナ） ・性別、生年月日 ・受診予定日 ・健診コース ・団体コード ・検査項目 ・未受診、受診済み
20	2	3	5	上記条件を複数利用し、対象者を絞り込むことができること。
20	2	3	6	検索条件をマスタ化し容易に引用が可能であること。
20	2	3	7	表示結果を様々な属性情報にて並び替えが可能なこと。
20	2	3	8	検索した情報は一覧表示し一個人を特定できること。
20	2	3	9	その一個人に対して詳細情報を表示できること。
20	2	3	10	その一個人に対して以下の作業に移ることができること。 ・予約内容変更（日、時間帯、コース、検査、個人情報等） ・受診受付処理 ・一括受付処理 ・項目の一括追加 ・検査依頼 ・個人マスタ ・各種帳票出力 ・個人請求情報 ・予約情報一括更新処理
20	2	3	11	検索結果をExcel形式で出力できること。

20				健診システム
20	2	3	12	個人若しくは団体を単位に以下の準備帳票を出力できること。 ・受診案内票 ・問診票 ・予約者一覧表／未受診者一覧表 ・宛名ラベル／検査ラベル ・検査実施案内票 ・予約変更内容一覧
20	2	4		予約一括更新
20	2	4	1	以下の項目で指定される予約情報に対して、予約情報の更新が行えること。 ・予約No. ・個人番号 ・カナ氏名 ・性別、生年月日 ・受診予定日 ・健診コース ・団体コード ・検査項目
20	2	4	2	予約情報の更新は以下の区分が選択できること。 ・コースマスタからの再展開 ・個人マスタの情報を再展開
20	2	5		予約データCSV登録
20	2	5	1	あらかじめ決められたレイアウトに沿った予約情報CSVファイルを取り込むことができること。
20	2	5	2	予約情報CSVファイルを取り込む際に、重複データ、キー項目の欠損がないかチェックできること。
20	2	5	3	予約情報CSVファイルに以下の項目が含まれていないことを想定し、画面上指定できること。 ・予定日 ・時間帯 ・団体コード ・コースコード
20	2	5	4	予約情報CSVファイルを取り込み、重複データをチェックする際、以下の項目にて既に個人が登録されているか確認できること。（選択可） ・（必須）カナ氏名 ・（必須）性別 ・（必須）生年月日 ・漢字氏名 ・保険証記号、番号 ・所属コード ・所属内番号
20	3			受付業務
20	3	1		受付登録
20	3	1	1	予約情報から受付へ情報を引き継ぐことができること。
20	3	1	2	新規受付の場合は個人IDを検索できること。
20	3	1	3	個人属性情報は医事会計システムと連携し自動で取得できること。
20	3	1	4	初期導入時に受付登録時の受診No.を自動付番、任意付番の選択ができること。
20	3	1	5	受付登録時に以下の情報を登録できること。 ・個人情報（氏名、住所、保険、団体、連絡先等） ・既往歴、精密検査履歴、禁忌、感染症、他情報） ・営業担当など内部情報 ・請求額、請求区分、請求日等精算情報 団体負担金額、個人負担金額
20	3	1	6	必須入力項目については、視覚的に判別しやすくなっていること。
20	3	1	7	受付時に検査項目の追加オプション（変更、削除）ができること。
20	3	1	8	団体、コース毎に追加削除の項目を予め設定可能であること。
20	3	1	9	受付する健診コースは共通コースと団体固有のコースの両方で設定可能であること。
20	3	1	10	受付情報は一意の予約番号での呼び出しと、個人と受診日（もしくは予定日）とコース等の組み合わせにより呼び出しができること。
20	3	1	11	受付の際、個人情報や受診コース（受診検査）を自在に変更できること。
20	3	1	12	検査が複数の方法がある場合、それを受付時に選択できること。（内視鏡 か 胃透視）（会話法 か オーディオ）等
20	3	1	13	受付登録したコースの基本的検査項目から特定の検査項目を削除する場合、基本的検査項目からドラッグアンドドロップで削除項目の登録ができること。
20	3	1	14	追加（削除）したオプションの費用は、請求機能において計算されること。
20	3	1	15	受付時に登録（修正）した個人情報は個人マスタに自動登録されること。
20	3	1	16	管理日付を有し、他の受付結果を共有するしくみを有すること。
20	3	1	17	予約一覧から受付作業へ移ることができること。
20	3	1	18	団体での受付を一括して登録できる機能を有すること。（一画面で複数人数を同時に登録できること。）
20	3	1	19	任意の属性を選択し、登録画面に反映可能であること。
20	3	2		受診者検索

20				健診システム
20	3	2	1	<p>受付情報を以下の項目で検索できる機能をもつこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人番号 ・カナ氏名 ・性別、生年月日 ・受診日 ・健診コース ・団体コード ・受診番号 ・検査項目
20	3	2	2	上記条件を複数条件を利用し、対象者を絞り込むことができること。
20	3	2	3	検索条件をマスタ化し容易に引用が可能であること。
20	3	2	4	表示結果を様々な属性情報にて並び替えが可能なこと。
20	3	2	5	検索した情報は一覧表示し一個人を特定できること。
20	3	2	6	その一個人に対して詳細情報を表示できること。
20	3	2	7	<p>その一個人に対して以下の作業に移ることができること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受付内容変更（日、時間帯、コース、検査、個人情報等） ・個人請求発行 ・汎用結果入力 ・帳票出力 ・個人マスタ ・一括受付 ・一括予約 ・一括受付更新 ・自動判定処理 ・個人結果報告書
20	3	2	8	検索結果画面については、健診予定日、時間帯、受付番号、氏名を固定表示項目とし、個人番号以下の情報はスクロール表示できること。
20	3	3		一括受付更新
20	3	3	1	<p>以下の項目で指定される受付情報に対して、受付情報の更新が行えること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人番号 ・カナ氏名 ・性別、生年月日 ・受診日 ・健診コース ・団体コード ・受診番号 ・検査項目
20	3	3	2	<p>受付情報の更新は以下の区分が選択できること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コースマスタからの再展開 ・個人マスタの情報を再展開
20	3	4		受付データCSV登録
20	3	4	1	あらかじめ決められたレイアウトに沿った受付情報CSVファイルを取り込むことができること。また、結果データの取り込みもできること。
20	3	4	2	受付情報CSVファイルを取り込む際に、重複データ、キー項目の欠損がないかチェックできること。
20	3	4	3	<p>受付情報CSVファイルに以下の項目が含まれていないことを想定し、画面上指定できること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診日 ・時間帯 ・団体コード ・コースコード ・開始受診番号
20	3	4	4	<p>受付情報CSVファイルを取り込み、重複データをチェックする際、以下の項目にて既に個人が登録されているか確認できること。（選択可）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・（必須）カナ氏名 ・（必須）性別 ・（必須）生年月日 ・漢字氏名 ・保険証記号、番号 ・所属コード ・所属内番号
20	3	4	5	テストモードにて登録のシミュレーションが可能であること。
20	3	5		検査依頼業務
20	3	5	1	検査依頼についてはオーダーリングシステム側から実施するものとする。
20	3	5	2	検体検査結果情報についてはオーダーリングシステム側より結果情報の取込みができること。
20	4			結果登録業務
20	4	1		結果登録
20	4	1	1	問診結果は受付後でのまとめ登録が可能であること。（受診者に事前に郵送し、受付時に回収頂く場合）
20	4	1	2	結果入力は、受診者別入力と検査項目別入力（検査項目別に受診者の一覧表示を行い、検査項目毎に結果を連続入力）ができること。
20	4	1	3	受診者別の入力画面にて前回値の結果の参照ができること。
20	4	1	4	数値入力は、入力上限値及び入力下限値のチェックが可能であること。設定範囲を超えた場合は、メッセージで知らせてくれること。

20				健診システム
20	4	1	5	標準体重、BMI、eGFR、血圧平均値等は自動計算されること。計算式はマスタにて設定可能であること。
20	4	1	6	結果入力された値によりリアルタイムに自動判定が行われること。
20	4	1	7	結果が異常値の場合は、結果値が高値は赤色、定値は青色で表示されること。または異常値の存在する検査タグも赤く表示されること。
20	4	1	8	所見は、ガイドランスから選択した入力ができること。また、所見については、組合せ（部位①・所見①、部位②・所見②等）入力ができること。
20	4	1	9	所見の入力は、マスタから選択後、ワープロ入力による修正ができること。
20	4	1	10	全項目を一覧表示して結果の入力ができること。
20	4	1	11	表示パターンを切り替えることができること。また、基準値表示と翻訳結果が参照できること。
20	4	1	12	対象者一覧画面で判定の入力状況が表示できること。
20	4	1	13	判定入力時に、問診の内容が参照できること。
20	4	1	14	判定ランク未設定の検査項目は、ランク設定を促すメッセージが表示されること。
20	4	1	15	結果入力画面で「後日」（検体忘れ、生理中による後日採尿等）の確認ができること。
20	4	1	16	一受診者に対して受診した検査項目をすべて（一部）表示し、結果を入力できること。
20	4	1	17	一受診者に対して入力に必要な項目を選択して画面に表示し、結果を入力できること。
20	4	1	18	受診者の特定は受診者検索からのリンク機能と直接「受診日＋受診番号」による呼び出し機能の他、個人ID、索引番号（フィルムNo、採血Noなど）等様々な検索IDに従い抽出、羅列して登録できること。
20	4	1	19	入力する検査項目はパターン化（セット化）しておくことができ、そのパターンを選択することで、業務に応じた画面を自由に表示できること。 例）肝機能専用画面、コメント入力専用画面、定性検査専用画面、等々
20	4	1	20	また画面パターンはログインID、コース種類により、最初から自動的に展開させることができること。
20	4	1	21	結果入力の際は全体として以下の機能を有すること。 ・数値結果は整数〇桁、小数点以下〇桁など指定することができること。 ・上記のように桁数を固定しない数値も入力できること。 ・上記の条件に合わない結果は警告表示すること。 ・フリー数値での登録が可能であること。 ・極端な異常値（パニック値）の入力時は警告を表示すること。 ・コード化された所見、コメント文章の入力ができること。 ・所見、コメントのフリー入力ができること。
20	4	1	22	数値結果の検査項目であっても、必要に応じて日本語入力ができること。
20	4	1	23	コメント入力は「所見コード」により簡易的に入力もできること。
20	4	1	24	各検査（計測）項目とは別に、総合コメントをいつでも同じ画面から登録できること。
20	4	1	25	過去の受診結果が8回分まで表示でき、今回と合わせて9回の受診結果を一画面で同時参照できること。
20	4	1	26	検査結果の時系列グラフ（折れ線）表示ができること。表示項目は任意に選択できること（数値項目のみ）。
20	4	1	27	また判定の結果を自動で行い、それを参照しながら入力できること。
20	4	1	28	「機能判定」、「総合判定」、「総合コメント」は自動シミュレーションにて生成されること。
20	4	1	29	自動生成された判定結果は手動にて修正可能であること。
20	4	1	30	検査結果入力、指導コメント入力、総合判定入力など、複数種類の情報を見ながら、それぞれの入力ができること。
20	4	1	31	項目名称を右クリックすることで項目詳細（マスタの内容）を参照可能であること。
20	4	1	32	次件、前件ボタン押下により次の受診者、前の受診者の結果入力画面に切り替えることができること。
20	4	1	33	画面切り替えボタン押下で入力、参照画面の切り替えを行うことができること。
20	4	1	34	ログインユーザ毎に使用可能な入力・参照画面をタブ表示ができること。そのタブを選択することで入力・参照画面の切り替えができること。
20	4	1	35	ボタン押下で、総合コメント枠の展開・縮小ができること。
20	4	1	36	フォントサイズの切り替えがユーザ毎に自由に設定可能であること。
20	4	1	37	コメント入力時も元となる所見コードの登録が可能で、統計業務に反映可能なこと。

20				健診システム
20	4	1	38	前回履歴の結果欄でカーソルを当てたときに該当欄の翻訳名称が表示可能なこと。
20	4	1	39	自動判定処理、報告書出力後、データがロックされ誤った変更等の防止が行なえること。
20	4	1	40	オーダーされている検査結果のみを表示する機能を有すること。
20	4	1	41	見出し・区切り線にて結果を見やすくなる機能を有すること。
20	4	1	42	全ての受診項目の結果をマウス操作で一度に確認できる機能を有すること。
20	4	1	43	結果がある検査結果のみを表示する機能を有すること。
20	4	1	44	結果がなし検査結果のみを表示する機能を有すること。
20	4	1	45	検査項目毎に、基準値・単位・最終更新者・最終更新時間を確認できる機能を有すること。
20	4	1	46	前回値の増減がアイコン等で視覚的にわかりやすく表示できる機能を有すること。
20	4	1	47	自動判定で処理される前の総合コメントを確認できる機能を有すること。
20	4	1	48	項目名称を右クリックすることで項目詳細が参照できること。 ・項目コード ・必須項目 ・パニック上限下限値 ・特定健診対象項目 ・基準値 ・最終更新日 ・最終更新者
20	4	1	49	結果表示枠の奇数行の背景色を自由に変更可能であること。
20	4	1	50	結果表示枠の偶数行の背景色を自由に変更可能であること。
20	4	1	51	結果表示枠の行幅のサイズを自由に変更可能であること。
20	4	1	52	結果表示枠のオーダーがない検査項目行の背景色を自由に変更可能であること。
20	4	1	53	結果が異常値の場合、見易さを追求してフォントサイズを自由に変更可能であること。また、太字表示も設定できること。
20	4	1	54	画面選択タブの色を判定色の色に変更可能であること。
20	4	2		汎用結果一括入力
20	4	2	1	複数の受診者に対して、指定した結果だけを一括して入力できること。
20	4	2	2	受診者の特定は受診者検索からのリンク機能と直接受診日＋受診番号による呼び出し機能の他、受診日＋索引番号による特定も可能であること。
20	4	2	3	上記の受診者一覧を抽出する際には様々なキーを条件にできること。 ・団体別 ・健診コース別 ・受診日付範囲 ・受診No.範囲、フィルムNo.範囲、採血No.（検体No.）範囲（いずれか）
20	4	2	4	オーダーされている検査結果のみを表示する機能を有すること。
20	4	2	5	画面情報表示されている受診者数の表示が行えること。
20	4	2	6	コメント入力時も元となる所見コードの登録が可能で、統計業務に反映可能なこと。
20	4	2	7	次件、前件ボタン押下により次の受診者、前の受診者の結果入力画面に切り替えることが可能であること。
20	4	2	8	自動判定処理、報告書出力後、データがロックされ誤った変更等の防止が行えること。また、管理者によりロックの解除も可能であること。
20	4	2	9	表示パターンについて、縦軸に受診者・横軸に検査項目、横軸に受診者・縦軸に検査項目の2パターンを備えていること。
20	4	2	10	ログインユーザー毎に使用可能な入力・参照画面をタブ表示ができること。そのタブを選択することで入力・参照画面の切り替えができること。
20	4	3		進捗状況照会
20	4	3	1	以下の条件にて抽出される各受診者毎の進捗状況を参照ができること。 ・団体コード（個別、範囲） ・コース管理（個別、範囲） ・健診コース（個別、範囲） ・受診日（1日、期間指定） ・受診番号（個別、範囲指定） ・個人ID（個人、範囲）
20	4	3	2	「○：完了」「▲：未入力あり」「△：全て未入力」「－：オーダーなし」など状況が一目でわかること。

20				健診システム
20	4	3	3	パラメータの設定により定期的に進捗状況を自動更新できる機能を有すること。任意のタイミングでも進捗状況を更新表示できること。
20	4	3	4	一覧表示されているセル上をクリックすることで汎用結果入力画面に遷移することができること。
20	4	4		自動判定業務
20	4	4	1	結果データに対して自動的にチェックをかけられること。
20	4	4	2	以下の自動チェック条件の設定ができること。 ・男女別での基準値範囲を設定できること。 ・年齢別での基準値範囲を設定できること。 ・受診団体別に基準値範囲を設定できること。 ・受診コース別に基準値範囲を設定できること。
20	4	4	3	基準値設定は多段階に設定できること。(40～50=A 51～60=B 61～70=C……)
20	4	4	4	チェックする基準値を適用する期間が設定でき、時期によって基準値を調整することができること。(基準値は適用期間を設定できること。)
20	4	4	5	基準値設定は「病院基準」「学会基準」「県保険基準」など自在に設定することができ、最大99通りの設定が可能であること。
20	4	4	6	判定条件に条件の深さを設定できること。 (例) 浅い判定条件 : 身長と体重で肥満度を判定 次の段階条件 : 肥満度と中性脂肪にて生活習慣病を判定 次の段階条件 : 生活習慣病判定の組み合わせで、所見判定 次の段階条件 : 所見判定の数や重症度にて総合判定 など、自動判定のランクの段階を設定できること。また、そのランクをその都度設定し判定を行うこと。
20	4	4	7	処理区分の順番を自由に設定でき、任意に選択可能であること。
20	4	4	8	結果値に応じたコメント生成機能を有すること。また、コメント生成のための条件設定をマスタで設定できること。
20	4	4	9	自動チェックを行う範囲を以下の条件にて設定できること。 ・健診コース(範囲) ・団体コード(範囲) ・受診日(範囲) ・受診No.(範囲)
20	4	4	10	特定健診における「メタボリック判定」「保健指導レベル」を求めることができること。
20	4	4	11	複合的な判定条件処理を設定可能であること。
20	4	4	12	判定済みの対象者に対しては再判定されないしくみを有すること。
20	4	4	13	検索条件をマスタ化し容易に引用が可能であること。
20	4	5		測定器接続
20	4	5	1	以下の測定器と接続し、測定結果を取り込めること。 タニタ 自動身長計付き体組成計 DC-270A
20	5			報告業務
20	5	1		個人結果表作成
20	5	1	1	あらかじめパターン化された帳票を出力できること。
20	5	1	2	帳票レイアウトはユーザ側で自由に設計、変更できること。
20	5	1	3	帳票レイアウトは専用の設計ツール(Coリポーツ(HOS社製))とExcelによる設計が行えること。
20	5	1	4	帳票レイアウトの確認用に出力フィールドが空欄の帳票を作成できること。
20	5	1	5	単一もしくは複数項目の結果値を用いて演算を行い、その結果を出力できること。その場合、計算要素は数値項目のみ指定可能とし、他項目の結果値を参照し条件により計算方法を変更できること。
20	5	1	6	システム内に保持しているデータ及びマスタの内容を出力可能なこと。
20	5	1	7	受付情報もしくは予約情報より以下の出力範囲指定ができること。 ・団体コード(範囲) 所属コード(範囲) ・健診コース(範囲) ・受診日(受診予定日)(範囲) ・受診No.(予約No.)(範囲) ・検査結果の範囲指定もしくは検査結果に対する判定による条件指定 また、受診No.もしくは予約No.の範囲指定で連続して対象者を指定できない時のために、個人番号を任意で指定できること。

20				健診システム
20	5	1	8	印刷順番は以下の条件の順番にて並び替えの指定ができること。 また複数の条件を組み合わせて利用できること。 ・受診日 ・時間帯コード ・団体コード ・団体枝番コード ・コースコード ・受診番号 ・施設コード ・地区コード ・所属コード ・個人属性要所情報（①～⑩） ・個人番号 ・カナ氏名 ・所属内番号 ・性別
20	5	1	9	パターン化された帳票に対する出力条件（抽出範囲、並び順）を保存できること。
20	5	1	10	1枚の用紙に複数の受診者の結果を一覧表示にて印刷できる機能を有すること。
20	5	1	11	一覧表出力時に、任意の開始位置から出力できること。
20	5	1	12	複数枚数にわたる報告書の場合、ページを指定して印刷できること。
20	5	1	13	出力帳票に対して任意の番号から始まる連番を付番することができること。
20	5	1	14	種類の異なる報告書をまとめて印刷できること。 ※ただし、単一帳票と一覧表は同時に指定できなくてもよい。（単一優先）
20	5	1	15	帳票マスタにて受診者の属性等に応じてその受診者分を出力対象とするかどうかの制御が可能なこと。
20	5	1	16	検索条件をマスタ化し容易に引用が可能であること。
20	5	1	17	出力順の要素として結果抽出条件で指定した項目＋結果を指定することができること。（例）胸部レントゲンNo. 順での出力
20	5	1	18	同時に5パターンの抽出条件を設定可能であること。
20	5	1	19	帳票のフォーマットを病院側で変更できること。
20	5	1	20	マスタ設定を病院側で変更できること。
20	5	2		汎用データ抽出
20	5	2	1	予約情報もしくは受付情報をCSVファイルまたは固定長テキストファイルに出力できること。
20	5	2	2	過去の受診情報、受診結果も同じ行（レコード）に出力することができること。
20	5	2	3	報告データの出力項目を自由に設定できること。また、その出力項目をパターン化して随時呼び出しができること。
20	5	2	4	システム内に保持しているデータ及びマスタの内容を出力可能なこと。
20	5	2	5	単一もしくは複数項目の結果値を用いて演算を行い、その結果を出力できること。その場合、計算要素は数値項目のみ指定可能とし、他項目の結果値を参照し条件により計算方法を変更できること。
20	5	2	6	出力範囲は以下の条件指定ができること。 ・団体コード（範囲） ・健診コース（範囲） ・受診日（範囲） ・受診No.（範囲）
20	5	2	7	CSV出力は以下の条件にて並び替えができること。 ・受診日 ・時間帯 ・団体コード ・コースコード ・受診番号 ・施設コード ・性別 ・年齢 ・保険者番号
20	5	2	8	出力先を自由に選択できること。
20	5	2	9	検索条件をマスタ化し容易に引用が可能であること。
20	5	3		XMLデータ報告
20	5	3	1	「健診データの電子的管理（特定健診・標準的な健診と保健指導）」に準拠したXMLデータ報告ができること。
20	5	3	2	作成パターンを任意に設定できること。

20				健診システム
20	5	3	3	検索条件をマスタ化し容易に引用が可能であること。
20	6			請求業務
20	6	1		請求書データ作成
20	6	1	1	以下の抽出条件により抽出される受付情報より、団体請求情報、個人請求情報を作成できること。 ・団体コード ・コースコード ・受診日 ・受診番号 ・施設コード ・料金区分 ・抽出区分（すべて、未発行、請求済） ・抽出対象（団体、個人）
20	6	1	2	一度作成した請求情報に対しても最新の料金マスタの情報により強制的に再作成を行えること。
20	6	1	3	請求日と印字用請求日を分けて管理可能なこと。
20	6	1	4	請求分割区分により同一請求先に対して請求日が同じでも請求書を分けることが可能であること。
20	6	1	5	検索条件をマスタ化し容易に引用が可能であること。
20	6	2		団体請求
20	6	2	1	団体請求情報は以下の条件指定にて検索できること。 ・団体コード ・請求日 ・施設コード ・請求分割区分 ・請求書番号 ・未発行分、すべて、未入金
20	6	2	2	検索後の一覧画面上にて抽出された請求データの合計請求金額、入金額、未収額が参照できること。
20	6	2	3	請求情報は手入力にて新規作成が行えること。
20	6	2	4	請求金額は手作業にて修正できること。
20	6	2	5	請求先名称を手作業にて修正できること。
20	6	2	6	入金情報の登録などを手作業にて修正できること。
20	6	2	7	請求金額を画面でメンテした場合は、「発行ボタン」及び「実行ボタン」押下時に相違があった項目名（消費税など）をすべて表示・再計算ボタンを押下する様に促すメッセージボックスを表示できること。
20	6	2	8	「再計算」「再集計」ボタンにマウスカーソルをあてると「再計算」「再集計」の説明を吹き出し表示できること。
20	6	2	9	請求は分割入金に対応できること。
20	6	2	10	請求書は事前に画面確認（プレビュー）ができること。
20	6	2	11	一覧画面から複数の請求先を選択して一括で請求書を発行できること。
20	6	2	12	一括で請求データを削除する機能を有すること。
20	6	3		個人請求
20	6	3	1	個人請求情報は以下の条件指定にて検索できること。 （受付情報より） ・受診日 ・団体コード ・コースコード ・受診番号 ・個人番号 ・未発行分、すべて （請求情報より） ・請求日 ・請求書番号 ・未発行分、すべて、未入金
20	6	3	2	検索後の一覧画面については、請求番号、受診日、受診番号、氏名の項目を固定表示し、団体コード以下の情報はスクロール表示できること。
20	6	3	3	請求金額は手作業にて修正できること。
20	6	3	4	請求先名称を手作業にて修正できること。
20	6	3	5	入金情報の登録などを手作業にて修正できること。
20	6	3	6	請求金額を画面でメンテした場合は、「発行ボタン」及び「実行ボタン」押下時に相違があった項目名（消費税など）をすべて表示・再計算ボタンを押下する様に促すメッセージボックスを表示できること。

20				健診システム
20	6	3	7	「再計算」ボタンにマウスカーソルをあてると「再計算」の説明を吹き出し表示できること。
20	6	3	8	請求は分割入金に対応できること。
20	6	3	9	請求書は事前に画面確認（プレビュー）ができること。
20	6	3	10	一覧画面から複数の請求先を選択して一括で請求書を発行できること。
20	6	3	11	一括で請求データを削除する機能を有すること。
20	6	4		会計管理
20	6	4	1	会計管理業務として以下の帳票を出力できること。 <ul style="list-style-type: none"> ・請求一覧表 ・未収一覧表 ・入金一覧表 ・未請求一覧表 ・請求日報
20	6	4	2	上記の一覧それぞれ、以下の条件で抽出できること。 (団体) <ul style="list-style-type: none"> ・請求日 ・入金日 ・団体 ・施設 ・分割区分 ・請求書番号 (個人) <ul style="list-style-type: none"> ・請求日 ・入金日 ・団体 ・施設 ・コース ・受診日 ・受診番号 ・分割区分 ・請求書番号
20	6	4	3	検索後の一覧画面については、請求日、請求番号、団体コード、団体名称の項目を固定表示し、検診料金以下の情報はスクロール表示できること。
20	6	4	4	一覧表はCSVにて出力可能であること。
20	6	4	5	各種一覧表はコース管理毎での再集計表示が可能であること。
20	7			統計業務
20	7	1		統計業務
20	7	1	1	健診データより以下の帳票を出力し、各種公的報告や医療統計データとして再活用できるしくみをもっていること。 <ul style="list-style-type: none"> ・検査項目別受診者数 ・コース別受診者数 ・検査項目別結果集計 ・有所見率一覧 ・労働基準監督署
20	7	1	2	「検査項目別受診者数」「コース別受診者数」「検査項目別結果集計」において、性別ごとの年齢階層別の集計も行えること。
20	7	1	3	検索条件をマスタ化し容易に引用が可能であること。
20	7	1	4	統計資料は以下の条件別に収集し、それらを組み合わせて一覧、ならびに集計結果を作成できること。 <ul style="list-style-type: none"> ・受診日（範囲） ・検査項目（範囲） ・団体コード（範囲） ・健診コース（範囲） ・性別 ・年齢（範囲設定 年齢階層設定）
20	7	1	5	集計結果はプレビュー画面にて確認できること。
20	7	1	6	確認後印刷出力できること。
20	7	1	7	集計結果をCSVファイルなど外部ファイルへ出力できること。
20	8			協会けんぽ
20	8	1		協会けんぽ
20	8	1	1	受診日範囲を指定して、該当範囲内の協会健診（旧政管健診）受診者を抽出できること。
20	8	1	2	抽出された受診者の基本属性（氏名、性別、生年月日、団体コード、保険情報）が確認できること。
20	8	1	3	当月請求できない受診者に対して月遅れ処理を行うことができること。
20	8	1	4	協会けんぽ対象者の一覧を表示し、協会けんぽの番号、保険証情報、実施項目の確認及び修正ができること。

20				健診システム
20	8	1	5	指定された対象月の実施状況報告書を作成することができること。
20	8	1	6	実施状況集計表（一覧表）が出力できること。
20	8	1	7	実施状況報告書を作成するときに、出力対象となる受診者を選択できること（基本的には全部）。
20	8	1	8	受診者の健診区分、肝炎、乳がん、子宮がんの実施状況が画面で確認できること。
20	8	1	9	受診者の健診区分、肝炎、乳がん、子宮がんの実施状況を修正することができること。
20	8	1	10	指定された対象月の汎用集計表（4つの所定様式）を出力できること。
20	8	1	11	指定された対象月の受診者情報を任意の記憶媒体に出力できること。また、記憶媒体に作成された協会健診の内容を確認できること。
20	8	1	12	指定された対象月の標準的な検査費請求内訳書様式（生活習慣病予防健診実施状況報告書）を出力できること。
20	8	1	13	汎用集計表を作成する際に、集計結果をCSV形式またはEXCELファイルに出力し活用することができること。
20	8	1	14	指定された対象月の受診者の結果情報を報告用データに出力できること。
20	8	1	15	報告用データをCD等の電子媒体に出力する際に出力対象となる受診者を選択できること。
20	8	1	16	指導区分内訳報告書が印刷できること。
20	8	1	17	実施状況報告書が印刷できること。
20	8	1	18	協会けんぽ媒体送付報告書が印刷できること。
20	8	1	19	協会けんぽ成績表（一般・付加・子宮がん・肝炎）が印刷できること。
20	8	1	20	協会けんぽより指定されているレイアウトにてXML形式でファイルが出力されること。
20	8	1	21	報告用に作成されたデータは、提出用に別途CD-Rなどのディスク媒体に複製可能であること。
20	8	1	22	法改正などによって変更の必要が生じた場合は、保守の範囲内において速やかに改正対応を行うこと。
20	8	1	23	協会健診報告データ作成時にエラー情報があった場合、その内容が表示されること。
20	8	1	24	作成された協会健診報告データの内容をユーザが容易に確認できること。（Excel形式）
20	8	1	25	受診者を選択して、請求処理ができること。
20	8	1	26	協会けんぽの請求書が印刷できること。
20	8	1	27	一部検査を実施しない場合に、協会けんぽ指定の計算方法によって個人負担金額が自動で計算されること。
20	8	1	28	健診予定日を変更した対象者を検索・帳票出力できる機能を有すること。
20	8	1	29	健診予定日をキャンセルした対象者を検索・帳票出力できる機能を有すること。
20	9			Web健診結果参照入力
20	9	1		Web健診結果参照入力
20	9	1	1	Webブラウザ形式を用いて健診結果を病外来など健診システムがセットアップされていない端末で参照及び入力できること。
20	9	1	2	閲覧のライセンスはフリーとし、院内すべての電子カルテ端末より閲覧が可能であること。
20	9	1	3	過去の検査検査結果や所見内容を合わせて時系列で表示されること。
20	10			特定保健指導
20	10	1		特定保健指導
20	10	1	1	既存の特定保健指導システムと連携し保健指導結果報告業務ができること。
20	11			マスタ管理
20	11	1		マスタ管理
20	11	1	1	各種マスタのメンテナンスができること。
20	11	1	2	各種マスタの一覧表を作成できること。
20	12			専用帳票
20	12	1		専用帳票出力
20	12	1	1	健康診断受診票
20	12	1	2	健康診断受診票（婦人科用）

20				健診システム
20	12	1	3	健康診断受診票(市特定)
20	12	1	4	健康診断受診票(特定)
20	12	1	5	健康調査票
20	12	1	6	健康調査票②
20	12	1	7	人間ドックの受診について
20	12	1	8	オプション検査について
20	12	1	9	外来予約票&連絡票
20	12	1	10	人間ドック成績報告書1(27年6月～)
20	12	1	11	人間ドック成績報告書2(27年6月～)
20	12	1	12	婦人科健診(25年4月～)
20	12	1	13	院内案内図
20	12	1	14	一覧表_重点精密検査
20	12	1	15	一覧表_脳・心臓疾患予防健診対象者
20	12	1	16	一覧表_脳・心臓疾患予防(脂質のみ)
20	12	1	17	一覧表_調査
20	12	1	18	案内表(胃カメラ)
20	12	1	19	案内表(バリウム)
20	12	1	20	バリウムによる透視検査について
20	12	1	21	検査項目(府 職)
20	12	1	22	検査項目(警 察)
20	12	1	23	検査項目(市町村共済組合)
20	12	1	24	検査項目(協会けんぽ・一般検診)
20	12	1	25	検査項目(健保連)
20	12	1	26	検査項目(公立学校)
20	12	1	27	検査項目(福知山市総合検診・国保)
20	12	1	28	検査項目(当院)
20	12	1	29	検査項目(協会・一般・付加)
20	12	1	30	検査項目(生活習慣病健診)

21				給食・栄養管理システム
21	1			共通機能
21	1	1		基本要件
21	1	1	1	ユーザ単位でヘルプ画面の起動位置が記憶できること。
21	1	1	2	各業務画面からヘルプ画面を素早く呼び出せること。
21	1	1	3	各業務画面から当該機能の操作説明書を呼び出せること。
21	1	1	4	業務系帳票の帳票タイトルをユーザで変更できること。
21	1	1	5	データの整合性を保つために、使用されているマスタは削除できないこと。
21	1	1	6	出力条件の保存がユーザ別、システム共有どちらでもできること。
21	1	1	7	出力した帳票は一定期間、電子ファイルとして保存し、期間内であれば再出力できること。
21	1	1	8	データのバックアップは自動で行えること。
21	1	1	9	栄養指導システムの機能が同一ユーザID、同一メニューから利用できること。
21	1	1	10	パスワードの変更はログインユーザ自身にて行えること。
21	1	1	11	マウス操作が中心になる操作性を実現していること。
21	1	1	12	ヘルプ、更新、クリア、実行、印刷、終了など頻度の高い機能はキーボードのファンクションキーに割り当てられていること。（直感的かつ簡易的なショートカットキー機能を有する）
21	1	1	13	紙資源節約のため印刷物は基本的にプレビュー機能を有し、本出力の前に出力内容を確認できること。
21	1	1	14	プレビュー機能は、複数画面起動可能で、帳票の比較参照が容易にできること。
21	1	1	15	ログ参照は全ユーザではなく参照権限を与えられた特定のユーザのみ参照可能とすること。
21	1	1	16	システム起動はID、パスワードによる認証の仕組みとなっていること。
21	1	1	17	ユーザ単位で、システム業務毎の「表示不可」、「更新不可」、「削除不可」、「個人情報の参照不可」の制限が設定できること。
21	1	1	18	既存システムからのデータ移行は献立データ、食事箋データ、発注データ、納品データ、在庫データ、及び全マスタデータを完全に移行できること。
21	2			食数管理
21	2	1		食数管理
21	2	1	1	食事オーダーより食事情報を受信できること。
21	2	1	2	未取込オーダーが存在するか、画面起動時に確認できること。
21	2	1	3	食事オーダー受信時に、配膳車毎に病棟の割振りができること。
21	2	1	4	食事オーダーデータの最終受信時刻が、画面起動時に確認できること。
21	2	1	5	食事オーダーデータの最終受信時刻と一定時間差異があった場合に、警告メッセージを表示できること。 例.最終オーダー受信から3時間以上経っているが、オーダーデータが受信できていない際に警告メッセージを表示し、サーバ上で動作しているオーダーデータ受信プログラムを利用者に確認して頂く。
21	2	1	6	最大8回まで決まった時間に自動でオーダー受信できること。
21	2	1	7	手動・自動取り込みは、ユーザにて容易に変更できること。
21	2	1	8	オーダー受信時に、次回食及び次々回食に関する変更リストが同時に出力できること。
21	2	1	9	変更リストの並び順は、登録理由順・病棟順から選択できること。
21	2	1	10	変更事項を利用者に分かり易くなるように、変更リストで食事内容の変更があった部分に着色できること。
21	2	1	11	オーダー受信時に、食札・食数表などユーザにて自由に設定した帳票も同時に出力できること。
21	2	1	12	食事オーダーに上書きされない部門システム用のフリーコメントが入力できること。
21	2	1	13	注意が必要な患者のオーダーを受信した際に、チェックリストを出力できること。

21				給食・栄養管理システム
21	2	1	14	チェックリストには、患者様に対するコメントが印字できること。
21	2	1	15	部門システムに存在しないコードや指定期間より過去のデータ（2カ月前の食事変更データ等）を受信した際に、エラーリストを出力できること。
21	2	1	16	受信した食種によって、間食を自動セットできること（例:幼児食のオーダー受信時に15時のおやつが必要ななどの場合）。
21	2	1	17	受信した特別指示によって、間食を自動セットできること(例.たんぱく制限食を6回食という特別指示がついた場合のみ6回食対応とする等）。
21	2	1	18	食事オーダーの1食欠食（例：毎日朝食のみ欠食）に対応できること。
21	2	1	19	オーダーからのコメント指示を、形態として扱うことができること。
21	2	1	20	指定したコード帯の患者は、食事オーダーの受信対象外とできること。
21	2	1	21	指定したコード帯の病棟は、食事オーダーの受信対象外とできること。
21	2	1	22	食事オーダー受信時に、該当患者の食事履歴を参照している場合、警告メッセージを表示できること。
21	2	1	23	サーバ障害、ネットワーク障害に備えて、オーダー受信時に2食先までの必要な帳票をローカルディスクにPDF形式で自動格納されること。
21	2	1	24	病棟からのオーダー内容を栄養システム側で確認できること。
21	2	1	25	オーダーからの食事変更指示に影響されない、栄養システム側の独自コメント指示を登録できること。
21	2	1	26	栄養システム側の独自コメント指示は、入院期間中継続指示ができること。
21	2	1	27	間食からの食事履歴入力ができること。
21	2	1	28	食種入力時に、食種毎に形態・主食・特禁事項・付加・塩分の初期値が設定できること。
21	2	1	29	食種・主食・付加（飲物や経管栄養など朝昼夕別に各4種類）・塩分指示・特別指示禁止事項（最大20個）・フリーコメント（全角50文字）・併用分割おやつ用食種および主食・調乳（最大3種類）・制限指示・食事場所・加算非加算・病棟・病室・診療科・主治医が入力できること。
21	2	1	30	朝昼夕別で食種・フリーコメントを設定できること。
21	2	1	31	食上がりの入力を容易にできること。
21	2	1	32	登録済みの食事履歴を容易に他の日付に変更できること。
21	2	1	33	入院中に透析などで決まった曜日に病棟などを移る場合、通常の食事管理とは別にスケジュールが入力できること。
21	2	1	34	過去の入院履歴が存在する場合は、流用して食事箋情報の入力ができること。
21	2	1	35	入退院履歴を表示し、過去の入院履歴も容易に参照できること。
21	2	1	36	食事履歴の最終更新者・更新時間が参照できること。
21	2	1	37	仮想統合_ORACLESQL系サーバ
21	2	1	38	食札未出力の食事履歴は着色して表示できること。
21	2	1	39	該当患者の食事履歴を別の端末でも参照している場合、警告メッセージが表示されること。
21	2	1	40	食事箋入力画面から患者属性登録画面に容易に画面遷移できること。
21	2	1	41	食事箋入力画面から選択食情報入力画面に容易に画面遷移できること。
21	2	1	42	患者コード・カナ氏名・漢字氏名・性別・生年月日・郵便番号・住所・電話番号・FAX番号・Mailアドレス・患者属性情報(身長・体重など)が入力できること。
21	2	1	43	BMI・標準体重・身長別標準体重・肥満度・小児肥満度・カウプ指数・ローレル指数・BEE・エネルギー消費量の計算ができること。
21	2	1	44	患者情報削除時に、付随する食事データ等もあわせて削除できること。
21	2	1	45	患者コードを間違えた際に、新患者コードに食事データ等も含めて一括変更できること。
21	2	1	46	パンの日、麺の日といったスケジュールに基づき、主食が変換できること。
21	2	1	47	食種により主食の種類(腎疾患→低たんぱく米など)や量の変換ができること。

21				給食・栄養管理システム
21	2	1	48	退院や外泊、欠食に限定して1度に10名まで一括登録できること。
21	2	1	49	病棟や食種など抽出条件を絞って患者検索および内容の修正ができること。
21	2	1	50	外来透析やデイケアなど外来の患者をカレンダー形式で登録できること。
21	2	1	51	スケジュール入力された食事情報を翌月へ複写できること。
21	2	1	52	該当月に来院する患者を一覧表示できること。
21	2	1	53	登録した食数は、食数管理帳票や発注データ作成時の食数に反映できること。
21	2	1	54	職員食や検食など個人管理ではなく人数管理ができること。
21	2	1	55	スケジュール入力された食事情報を翌月へ複写できること。
21	2	1	56	登録した食数は、食数管理帳票や発注データ作成時の食数に反映できること。
21	2	1	57	病棟・登録理由・食種・加算情報・形態・主食・計量・付加・配膳場所・特禁事項・年齢・生年月日・併用分割おやつ用食種及び計量・主食・計量の抽出条件から対象者を検索・出力できること。
21	2	1	58	抽出条件の保存ができること。
21	2	1	59	条件に一致した対象患者の食事情報を容易に確認できること。
21	2	1	60	食種／病棟別食数表は、横・縦・文字サイズ大の3種類の出力できること。
21	2	1	61	食種／病棟別食数表は、食種・形態／病棟別の出力ができること
21	2	1	62	食種／病棟別食数表は、食種・パン主食／病棟別の出力ができること
21	2	1	63	食種／病棟別食数表は、食種・全主食／病棟別の出力ができること
21	2	1	64	主食／病棟別食数表は、横・縦・文字サイズ大の3種類の出力できること。
21	2	1	65	献立食種／病棟別食数表は、横・縦の2種類の出力できること。
21	2	1	66	特禁事項・食種／病棟別食数表は、横・縦の2種類の出力できること。
21	2	1	67	食種／主食別食数表が出力できること。
21	2	1	68	食種／特禁事項別食数表が出力できること。
21	2	1	69	食種・主食／特禁事項別食数表が出力できること。
21	2	1	70	食種・形態／病棟・特禁事項別食数表が出力できること。
21	2	1	71	食種・パン主食／病棟・特禁事項別食数表が出力できること。
21	2	1	72	食種・主食／病棟・特禁事項別食数表が出力できること。
21	2	1	73	主食・食種／病棟・特禁事項別食数表が出力できること。
21	2	1	74	食数表は、施設毎の集計か各施設の食数合算が選択できること。
21	2	1	75	汎用食数表(食種、形態、主食、病棟、特禁事項、付加、配膳場所から任意の縦軸と横軸を選択可能)を出力できること。
21	2	1	76	汎用食数表は、出力パターンを5パターンまで保存できること。
21	2	1	77	食数表・汎用食数表は、小計印字の有無を選択できること。
21	2	1	78	食数表・汎用食数表は、0列印字(食数ゼロの列を印字するかしないか)の有無を選択できること。
21	2	1	79	食数表・汎用食数表は、食事区分・間食区分どちらでも出力できること。
21	2	1	80	患者指定・病棟指定・食種指定・分割おやつ食札の4パターンを指定して食札を出力できること。
21	2	1	81	食事変更・配膳場所変更があった差分の食札を出力できること。
21	2	1	82	食札の病棟・病室・食種・主食・付加製品・特別指示・禁止事項は、カラーで出力できること。印字色は、いつでも自由に変更できること。
21	2	1	83	病棟一覧表(病棟別配膳のために必要な詳細情報を印字)を出力できること。

21				給食・栄養管理システム
21	2	1	84	病棟一覧表は、食種順(病棟改頁あり)・病室順(病棟改頁あり)・カナ氏名順(病棟改頁あり)・病棟順(病棟改頁なし)・食種順(病棟改頁なし)の5種類の出力ができること。
21	2	1	85	病棟一覧表は、食事区分・間食区分どちらも出力できること。
21	2	1	86	病棟一覧表出力時に、年齢・カナ氏名印字が選択できること。
21	2	1	87	特禁事項又はフリーコメントの指示がある対象患者のみ出力・フリーコメントの指示がある対象患者のみ出力・病棟指定・食種指定・主食指定して病棟一覧表を出力できること。
21	2	1	88	フリーコメント内に指定した文字が含まれている患者の食事情報を出力できること。
21	2	1	89	食事変更一覧表(食事変更・配膳場所変更患者の一覧)が出力できること。
21	2	1	90	食事変更一覧表は、特別食への変更患者のみ絞って出力できること。
21	2	1	91	病棟・登録理由・食種・主食・付加・特禁事項を指定して食事変更一覧表を出力できること。
21	2	1	92	特禁別特禁一覧表を出力できること。(例.きざみや〇〇禁等の特禁事項がある患者の一覧表)
21	2	1	93	特禁組合せ別特禁一覧表を出力できること。(例.1患者で複数の特禁事項の指示が存在する場合に、牛乳禁 Aさん、納豆禁 Aさんと複数行印字せず、牛乳禁・納豆禁 Aさんと組合せ別で印字する)
21	2	1	94	指定した日付の献立内容から、料理、食品に設定された特禁事項に該当する患者(魚料理を使用していたとすると魚禁の該当者を出力)の一覧を出力できること
21	2	1	95	指定した期間の献立から、料理毎に患者の食数、特禁事項の人数を集計し出力できること。
21	2	1	96	給食日誌は、データ引用部以外の帳票レイアウトは容易にユーザが変更できること。
21	2	1	97	食事箋を履歴方式(1患者1枚に複数の食事履歴を印字)で出力できること。
21	2	1	98	食事箋を1件1枚方式で出力できること。
21	2	1	99	1件1枚方式の食事箋には、決裁欄を3つまで付加できること。決裁欄の文言もユーザにて自由に変更できること。
21	2	1	100	食事箋出力時に、全件出力・特食加算のみ出力・特食のみ出力の選択ができること。
21	2	1	101	患者情報一覧表(指定期間の食事履歴一覧)が出力できること。
21	2	1	102	付加情報一覧表(牛乳・アイソカルなどの集計表)は、縦・横2種類の出力ができること。
21	2	1	103	入院外患者の食事情報を出力できること。
21	2	1	104	調乳日計表(調乳対象患者の製品名・濃度・量・総量・特禁事項・フリーコメント・食種を一覧で出力)を出力できること。
21	2	1	105	調乳日計表には、病棟・製品・濃度別で本数・総量・水量・粉量を印字できること。
21	2	1	106	調乳ラベルを出力できること。
21	2	1	107	食事オーダを受信する際に、新大江病院のデータを除外して受信することができること
21	3			献立管理
21	3	1		献立管理
21	3	1	1	基本献立、実施献立の登録ができること。
21	3	1	2	間食の献立登録ができること。
21	3	1	3	食種毎に、献立登録可能な食事区分・間食区分が指定できること。
21	3	1	4	画面を初期表示したときから、変更した箇所は背景色が変わり、変更箇所が容易に把握できること。
21	3	1	5	既に、同一日・同一食種の献立を他の端末でも参照している場合に、警告メッセージが表示されること。
21	3	1	6	ファンクションキー、マウスどちらも同じ操作が可能なこと。
21	3	1	7	料理マスタを作成しなくとも、献立が作成できること。
21	3	1	8	料理マスタから引用して、献立が作成できること。また、引用時に複写率の指定ができること。

21				給食・栄養管理システム
21	3	1	9	既存献立を引用して、献立が作成できること。献立引用時には、引用先・引用元の栄養価が表示できること。
21	3	1	10	料理に使用している食品は、画面遷移せずに表示できること。
21	3	1	11	料理・食品入力時に、検索画面を起動しなくてもコードの直接入力で登録できること。
21	3	1	12	献立入力画面で作成した料理を料理マスタに容易に複写できること。
21	3	1	13	献立入力画面から食品マスタ画面に容易に画面遷移できること。
21	3	1	14	入力済みの料理に対して、料理複写率を指定できること（例、50と入力すると可食量が一律半分になる）
21	3	1	15	画面表示されている料理・食品をコピーして献立登録ができること。
21	3	1	16	特別指示／禁止事項に対応した代替料理が登録できること。
21	3	1	17	代替料理入力画面では、代替前後の料理の栄養価が参照できること。
21	3	1	18	1日ごと、食事区分ごと、料理ごと、食品ごとに栄養価の計算ができること。
21	3	1	19	1日ごと、食事区分ごと、料理ごと、食品ごとに給食単価の計算ができること。
21	3	1	20	栄養価の基準値が表示でき、基準より高かったら赤、低かったら青と警告できること。
21	3	1	21	栄養価の基準値に対する充足率が表示できること。
21	3	1	22	表示する栄養素を食種毎に設定できること。
21	3	1	23	栄養価の表示有無を切替できること。
21	3	1	24	料理の検索(カナ、名称、使用食品、コード、栄養価、検索分類5種)ができること。
21	3	1	25	食品の検索（食品群分類、カナ名称、名称、コード）ができること。
21	3	1	26	食品・料理の重複チェックができること。また、チェックする日数は、ユーザにて自由に設定できること。
21	3	1	27	14日間並べて献立登録ができること。並べる日付は、任意に設定できること。
21	3	1	28	14食種並べて献立登録ができること。並べる食種は、任意に設定できること。
21	3	1	29	14食種並べて献立登録可能な画面では、特定の食種を常に表示したまま、他食種の献立登録ができること。
21	3	1	30	14日・14食種並ぶ画面では、料理名のみ表示・食品表示・可食量表示・全表示の画面切り替えができること。
21	3	1	31	個人献立の設定ができること。また、個人に作成した献立を、複数患者に提供できること。
21	3	1	32	同一画面で食事箋内容を参照しながら、個人献立を作成できること。
21	3	1	33	個人献立作成時に、食事箋内容から献立を引用し、手直しできること。
21	3	1	34	既存の個人献立を引用して、個人献立が作成できること。
21	3	1	35	日付や食種単位で「基本→実施」、「実施→実施」、「実施→基本」間の操作が可能なこと。
21	3	1	36	献立の一括複写ができること。複写時には、日数・食種・食種グループ・複写率・食事区分・間食区分・料理Noの指定ができること。
21	3	1	37	献立の交換ができること。交換時には、日数・食種・食種グループ・複写率・食事区分・間食区分・料理Noの指定ができること。
21	3	1	38	献立の一括削除ができること。削除時には、日付・食種・食事区分・間食区分・料理Noの指定ができること。
21	3	1	39	料理の一括複写ができること。複写時には、日付・食種・食事区分・間食区分・料理Noの指定ができること。
21	3	1	40	料理の一括修正ができること。修正時には、日付・食種・食事区分・間食区分・料理Noの指定ができること。
21	3	1	41	料理一括修正時に、料理名・料理コメントのみ更新するか、全て更新するか選択できること。

21				給食・栄養管理システム
21	3	1	42	料理一括修正時に、料理マスタも更新対象とするか選択できること。
21	3	1	43	料理一括修正時に、変更前後の料理の栄養価が参照できること。
21	3	1	44	料理一括修正で、修正対象料理を料理名一致/完全一致/料理コード一致から選択できること。
21	3	1	45	料理N oの一括修正ができること。修正時には、日付・食種・食事区分・間食区分・料理N oの指定ができること。
21	3	1	46	料理の一括削除ができること。削除時には、日付・食種・食事区分・間食区分・料理N oの指定ができること。
21	3	1	47	料理一括削除で、削除対象料理を「料理名一致」/「完全一致」から選択できること。
21	3	1	48	食品の一括複写ができること。複写時には、日付・食種・食事区分・間食区分・料理N oの指定ができること。
21	3	1	49	食品の一括修正ができること。修正時には、日付・食種・食事区分・間食区分・料理N oの指定ができること。
21	3	1	50	食品一括修正時に、料理マスタも更新対象とするか選択できること。
21	3	1	51	食品の一括削除ができること。修正時には、日付・食種・食事区分・間食区分・料理N oの指定ができること。
21	3	1	52	食品一括削除時に、料理マスタも更新対象とするか選択できること。
21	3	1	53	献立・料理・食品の一括処理（複写/修正/削除）の前に、変更先のデータ有無が確認できること。
21	3	1	54	一括処理実施後の結果から、献立入力画面を起動できること。
21	3	1	55	日付・食種単位で献立にロックをかけることができること。
21	3	1	56	ロックされた献立は、修正・削除が行えないこと。
21	3	1	57	献立登録状況を画面にて把握することができること。
21	3	1	58	指定期間内の献立で、指定した料理・料理コメントを使っているか検索できること。
21	3	1	59	指定期間内の献立で、指定した食品・食品コメントを使っているか検索できること。また、検索条件で可食量まで指定した場合は、該当食品で可食量まで一致した献立を検索できること。
21	3	1	60	検索結果を出力できること。
21	3	1	61	食種毎に、院内の約束食事箋に対する食糧構成表を出力できること。
21	3	1	62	献立一覧表（1日1食種）を出力できること。
21	3	1	63	献立明細表（1日1食種、食品毎の栄養価印字）を出力できること。
21	3	1	64	3連献立表を出力できること。
21	3	1	65	4連献立表を出力できること。
21	3	1	66	3・4・5連献立表には、代替料理の印字有無が選択できること。
21	3	1	67	7連献立表を出力できること。
21	3	1	68	3・4・5・7連献立表には、決裁欄が4つまで付加できること。決裁欄の文言もユーザにて自由に変更できること。
21	3	1	69	3・4・5・7連献立表は、食品が同じ・食品と可食量が同じ・料理と食品と可食量が同じ何れかの場合に、食品名を印字せず「〃」と印字できること。
21	3	1	70	8連献立表を出力できること。
21	3	1	71	20連献立表を出力できること。
21	3	1	72	献立表の料理名・食品名をカラーで印字できること。
21	3	1	73	献立表は、予定食数・実施食数の印字有無が選択できること。
21	3	1	74	献立表に印字する可食量桁数は、食品マスタより・小数第1位・小数第2位から選択できること。
21	3	1	75	献立表は、栄養価の印字有無が選択できること。

21				給食・栄養管理システム
21	3	1	76	献立表に印字する栄養素は、食種毎に設定できること。
21	3	1	77	献立表は、調味料の印字有無が選択できること。
21	3	1	78	個人献立表を出力できること。
21	3	1	79	個人献立表には、食事箋の主食・付加製品の内容が印字できること。
21	3	1	80	週間献立表（1食種、1週間分印字）を出力できること。
21	3	1	81	食種別献立表（1食種、4日分印字）を出力できること。
21	3	1	82	患者指導などでの利用を考慮し、日付の印字がない献立表が出力できること。
21	3	1	83	日付＞食種順に栄養価を一覧で出力できること。また期間内の平均値も印字できること。
21	3	1	84	食種＞日付順に栄養価を一覧で出力できること。また期間内の平均値も印字できること。
21	3	1	85	週間メニュー表（1食種、1週間の料理名を印字）を出力できること。
21	3	1	86	週間メニュー表に印字する栄養素は、最大5つまで選択できること。
21	3	1	87	食種別メニュー表（2食種又は3食種、1週間分の料理名を印字）を出力できること。
21	3	1	88	食種別メニュー表に印字する栄養素は、最大2つまで選択できること。
21	3	1	89	月間メニュー表（1食種、1か月分の料理名を印字）を出力できること。
21	3	1	90	予定食品材料見積表(食品毎に、使用料理名・発注量・合計量・小計・一人分可食量・食数・使用食種を印字)を出力できること。
21	3	1	91	料理カード(料理毎に、食数・食品名・可食量・総使用量・使用食種をカード形成で印字)を出力できること。
21	3	1	92	仕込表(食品名・食品コメント・総量・廃棄込総量を印字)を出力できること。
21	3	1	93	糖尿交換表単位表を出力できること。
21	3	1	94	腎臓交換表単位表を出力できること。
21	3	1	95	糖尿病性腎症交換表単位表を出力できること。
21	3	1	96	献立データをCSVファイルに出力できること。
21	4			発注管理
21	4	1		発注管理
21	4	1	1	予定人数の集計ができること。
21	4	1	2	予定人数集計時にあらかじめ食種ごとに決められた数を加えられること。
21	4	1	3	予定人数の修正ができること。また、1画面で複数日の人数修正ができること。
21	4	1	4	予定人数の複写ができること。
21	4	1	5	予定人数の小計・合計が表示できること。
21	4	1	6	予定人数の一覧表を出力できること。
21	4	1	7	個人の禁忌事項を発注に反映できること。
21	4	1	8	患者個人の主食量を発注に反映できること。
21	4	1	9	付加食品を発注に反映できること。
21	4	1	10	単価の設定が食品ごと、または業種ごとでできること。
21	4	1	11	発注データを予定と実施に分けて作成できること。
21	4	1	12	曜日ごとに発注業者の振り分けができること。
21	4	1	13	食品ごとに何日前に納品するか設定できること。
21	4	1	14	食品ごとに発注量の小数点以下桁数を設定できること。

21				給食・栄養管理システム
21	4	1	15	献立は「米飯」で登録し、発注は「精白米」で計算といった食品の変換ができること。
21	4	1	16	期間中の発注量を指定日にまとめることができること(例. 4/1～4/7の米の発注量を4/1にまとめる)。
21	4	1	17	業種を指定して発注データを作成できること。
21	4	1	18	発注データの登録／修正／削除ができること。
21	4	1	19	画面を初期表示したときから、変更した箇所は背景色が変わり、変更箇所が容易に把握できること。
21	4	1	20	既に、同一日・同一業者・同一施設のデータを別の端末でも参照していた場合に、警告メッセージが表示されること。
21	4	1	21	発注データ修正時に、k g、個数単位に換算した値だけでなくg換算量も表示できること。
21	4	1	22	予定発注量・実施発注量を比較しながら発注量の修正ができること。
21	4	1	23	発注先、納品日を一括で修正できること。
21	4	1	24	使用日・納品日・業者・発注規格・発注単位・単価・予定発注量・実施発注量・換算量・料理名・出力済みフラグから表示したい項目を自由に選択できること。
21	4	1	25	1食品1行又は全行(3行)表示の選択ができること。
21	4	1	26	在庫食品は、食品コード・食品名が着色されて区別できること。
21	4	1	27	発注書を食材使用日および納品日ごとに出力できること。
21	4	1	28	発注書は、横・縦の2種類出力できること。
21	4	1	29	未出力の差分の発注書を出力できること。
21	4	1	30	発注書に「鮮度」「品温」といった検収欄を表示して検収簿としても使用できること。
21	4	1	31	発注書に、朝・昼・夕使用分量を分けて印字できること。
21	4	1	32	発注書に、単価・金額を印字できること。
21	4	1	33	発注書に、食品コード又は委託業者用の食品コードを印字できること。
21	4	1	34	払出表を11日1枚、16日1枚の2種類出力できること。
21	4	1	35	払出表は、発注区分別・1日合計を選択して出力できること。
21	4	1	36	発注データをCSVファイルに出力できること。
21	4	1	37	発注内容を元に納品データを作成できること。
21	4	1	38	発注データから在庫食品を除外して、納品データを作成できること。
21	4	1	39	納品データ作成時に、予定発注量、実施発注量どちらからでも作成できること。
21	4	1	40	納品の内容(業者、食品、納品量など)を修正できること。
21	4	1	41	納品金額を単価入力・総金額入力どちらでもできること。
21	4	1	42	納品区分毎の金額合計、総金額が画面で確認できること。
21	4	1	43	画面を初期表示したときから、変更した箇所は背景色が変わり、変更箇所が容易に把握できること。
21	4	1	44	既に、同一日・同一業者・同一施設のデータを別の端末でも参照していた場合に、警告メッセージが表示されること。
21	4	1	45	業者別購入額一覧表(業者・納品区分毎の材料費一覧)を出力できること。
21	4	1	46	購入内訳表(食品・納品区分毎の材料費一覧)を出力できること。
21	4	1	47	納品日計表(業者・食品・納品区分毎の材料費一覧)を出力できること。
21	4	1	48	納品日計表(食品群・食品・納品区分毎の材料費一覧)を出力できること。
21	4	1	49	食品消費日計表(食品・納品数量・納品区分毎の材料費・一人あたりの金額の一覧)を出力できること。

21				給食・栄養管理システム
21	4	1	50	食品消費月計表（食品群・納品数量・納品区分毎の材料費・一人あたりの金額の一覧）を出力できること。
21	4	1	51	食品消費日計表・食品消費月計表は、納品・在庫データ、献立データのどちらからでも出力できること。
21	4	1	52	価格表（食種・日付・食事区分・間食区分毎の材料費一覧）を出力できること。
21	4	1	53	価格詳細表（日付・食種・食事区分・間食区分・食品毎の材料費一覧）を出力できること。
21	4	1	54	消費税率の変更に対応し、3段階まで設定できること。
21	4	1	55	納品データをCSVファイルに出力できること。
21	5			在庫管理
21	5	1		在庫管理
21	5	1	1	発注データより在庫食品使用量の引き落としができること。
21	5	1	2	納品データより在庫食品購入量を設定できること。
21	5	1	3	在庫食品の入在庫量を確認および修正できること。
21	5	1	4	1ヶ月の入庫量・出庫量が1画面で表示できること。
21	5	1	5	前月の繰り越し量を画面で確認できること。
21	5	1	6	在庫量がマイナスになった場合に、赤字で表示できること。
21	5	1	7	棚卸しした際の実在庫量を入力すると、出庫量を増減し自動で在庫量を調整できること。
21	5	1	8	画面初期表示した際から、変更した箇所は背景色が変わり、変更箇所が容易に把握できること。
21	5	1	9	指定期間の在庫食品の入出庫明細表を出力できること。
21	5	1	10	指定日時点の在庫数量、金額の一覧表を出力できること。
21	6			契約管理
21	6	1		契約管理
21	6	1	1	業者から見積りをとるための予定発注量を発注データ・前年同時期納品データ・直近の見積りデータから引用できること。
21	6	1	2	見積書に印字する対象食品・予定発注量、入札時に参考にする予定単価を修正できること。
21	6	1	3	業者が記入する見積書を作成できること。また、見積データをCSVファイルに出力できること。
21	6	1	4	各業者が入力した単価データ(CSVファイル)をシステムに取り込むことができること。また、取込後の単価データは修正できること。
21	6	1	5	見積データを取り込んで一番安価な業者が落札できること。また、最安値の業者が複数存在した場合は、業者未決定とするか、抽籤とするか選択できること。
21	6	2	1	各業者の入札金額を参照しながら、落札結果の修正ができること。
21	6	2	2	見積単価の比較表を出力できること。
21	6	2	3	業者ごとに決定単価の一覧表を出力できること。
21	6	2	4	任意に指定した4日分の単価の比較表を作成できること。
21	7			統計管理
21	7	1		統計管理
21	7	1	1	食種別延数集計表を出力できること。
21	7	1	2	食種別延数集計表は、3パターンの集計方法で出力できること。
21	7	1	3	病棟別延数集計表を出力できること。
21	7	1	4	病棟別延数集計表は、3パターンの集計方法で出力できること。

21				給食・栄養管理システム
21	7	1	5	診療科別延数集計表を出力できること。
21	7	1	6	診療科別延数集計表は、3パターンの集計方法で出力できること。
21	7	1	7	平均栄養量表(月単位で食品群分類別の食品使用量、可食量、栄養量の集計表)を出力できること。
21	7	1	8	指定月15日昼現在の常食患者に対する年齢構成および栄養所要量を集計できること。
21	7	1	9	食種別月間集計表(1ヶ月の日毎の食数集計表)を出力できること。
21	7	1	10	食種別月間集計表は、3パターンの集計方法で出力できること。
21	7	1	11	患者食実施表(食種ごとの延人数を加算・非加算に分けて集計)を出力できること。
21	7	1	12	患者食実施表は、3パターンの集計方法で出力できること。
21	7	1	13	患者給食台帳(病棟ごとに1ヶ月の患者の食事内容を把握する台帳)を出力できること。
21	7	1	14	選択食実績月計表(指定した期間の選択食対象食数)を出力できること。
21	7	1	15	病院給食食品量表(日付・食品群分類別の食品使用量の集計表)を出力できること。
21	7	1	16	特別指示月間集計表を出力できること。
21	7	1	17	食品群別平均成分表(指定期間・指定食種の献立から、食品群別に100gあたりの平均成分値を集計)を出力できること。
21	7	1	18	食品群別平均成分表の出力結果を食糧構成表作成時の基準値としてマスタ反映できること。
21	7	1	19	汎用食数月報(食種、形態、主食、病棟、特禁事項、付加、配膳場所から任意の縦軸と横軸を選択可能)を出力できること。
21	7	1	20	汎用食数月報は、出力パターンを5パターンまで保存できること。
21	7	1	21	汎用食数月報は、0列印字(食数ゼロの列を印字するかしないか)の有無を選択できること。
21	7	1	22	汎用食数月報は、食事区分・間食区分どちらでも出力できること。
21	7	1	23	年間の食種別延食数を集計できること。
21	7	1	24	食種別年間延数集計表は、3パターンの集計方法で出力できること。
21	7	1	25	年間の業者別入庫金額を集計できること。
21	7	1	26	業者別年間入庫額一覧表にて、1日1食あたりの食材料費を確認できること。
21	7	1	27	食種別延食数データをCSVファイルで出力できること。
21	7	1	28	食種別延人数データをCSVファイルで出力できること。
21	7	1	29	病棟別延食数データをCSVファイルで出力できること。
21	7	1	30	診療科別延食数データをCSVファイルで出力できること。
21	7	1	31	平均栄養量データをCSVファイルで出力できること。
21	7	1	32	荷重平均栄養所要量データをCSVファイルで出力できること。
21	7	1	33	食品群別平均成分データをCSVファイルで出力できること。
21	8			マスタ管理
21	8	1		マスタ管理
21	8	1	1	各種マスタのメンテナンスができること。
21	8	1	2	各種マスタの一覧表を作成できること。
21	8	1	3	栄養指導システムとマスタ共用できること。
21	9			他システムインターフェース(情報連携)
21	9	1		ポータル・統合メニュー連携(シングルサインオン)
21	9	1	1	ポータルサイト、統合メニューと連携して、シングルサインオンに対応できる。また、利用者情報(ID、パスワード)の取り込み(連携)することができる。

22				給食・栄養指導システム
22	1			共通機能
22	1	1		基本要件
22	1	1	1	ユーザ単位でヘルプ画面の起動位置が記憶できること。
22	1	1	2	各業務画面からヘルプ画面を素早く呼び出せること。
22	1	1	3	各業務画面から当該機能の操作説明書を呼び出せること。
22	1	1	4	業務系帳票の帳票タイトルをユーザで変更できること。
22	1	1	5	データの整合性を保つために、使用されているマスタは削除できないこと。
22	1	1	6	出力条件の保存がユーザ別、システム共有どちらでもできること。
22	1	1	7	出力した帳票は一定期間、電子ファイルとして保存し、期間内であれば再出力できること。
22	1	1	8	データのバックアップは自動で行えること。
22	1	1	9	栄養管理システムの機能が同一ユーザID、同一メニューから利用できること。
22	1	1	10	パスワードの変更はログインユーザ自身にて行えること。
22	1	1	11	マウス操作が中心になる操作性を実現していること。
22	1	1	12	ヘルプ、更新、クリア、実行、印刷、終了など頻度の高い機能はキーボードのファンクションキーに割り当てられていること。（直感的かつ簡易的なショートカットキー機能を有する）
22	1	1	13	紙資源節約のため印刷物は基本的にプレビュー機能を有し、本出力の前に出力内容を確認できること。
22	1	1	14	プレビュー機能は、複数画面起動可能で、帳票の比較参照が容易にできること。
22	1	1	15	ログ参照は全ユーザではなく参照権限を与えられた特定のユーザのみ参照可能とすること。
22	1	1	16	システム起動はID、パスワードによる認証の仕組みとなっていること。
22	1	1	17	ユーザ単位で、システム業務毎の「表示不可」、「更新不可」、「削除不可」、「個人情報の参照不可」の制限が設定できること。
22	1	1	18	既存システムからのデータ移行は栄養指導予約データ、栄養指導実施データ及び全マスタデータを完全に移行できること。
22	2			予約管理
22	2	1		予約管理
22	2	1	1	栄養指導オーダーより、指導予約、実施データを受信できること。
22	2	1	2	手動、自動どちらでもデータ受信できること。
22	2	1	3	自動受信の場合は、処理間隔（〇分）を指定できること。
22	2	1	4	指定したコード帯の患者は、栄養指導オーダーの受信対象外とできること。
22	2	1	5	個人指導の新規予約および予約の修正、削除ができること。
22	2	1	6	別の患者の予約情報を流用して、予約入力できること。
22	2	1	7	同一患者で1日に複数回の予約情報を管理できること。
22	2	1	8	予約日・予約時間の変更ができること。
22	2	1	9	1回の栄養指導で、3つまで指導依頼項目（糖尿・腎臓など）を管理できること。
22	2	1	10	指導病名は、最大10個まで管理できること。
22	2	1	11	栄養素の必要量指示ができること（最大60種）。
22	2	1	12	個人管理の他に人数管理ができること。
22	2	1	13	指導後、ボタン一つで栄養指導実施入力画面にデータを送信できること。
22	2	1	14	ボタン一つで、栄養指導分析画面（食事結果入力、身体計測入力など）が起動できること。
22	2	1	15	集団指導を受ける患者の登録ができること。

22				給食・栄養指導システム
22	2	1	16	集団教室を登録後は、患者コード入力のみで予約情報が登録できること。
22	2	1	17	複数患者の予約日変更が一度にできること。
22	2	1	18	個人管理の他に人数管理ができること。
22	2	1	19	入院患者の場合、食事内容の確認ができること。
22	2	1	20	指導後、ボタン一つで栄養指導実施入力画面にデータを送信できること。
22	2	1	21	ボタン一つで、栄養指導分析画面(食事結果入力、身体計測入力など)が起動できること。
22	2	1	22	集団予約状況照会時に、指導項目(指導日、依頼日、患者No、指導依頼、主治医、栄養士など)を自由に選択して参照できること。
22	2	1	23	予約状況をカレンダー形式で表示できること。
22	2	1	24	個人指導・集団指導・入院患者・外来患者・担当栄養士の各条件に当てはまる予約患者のみカレンダー表示できること。
22	2	1	25	指導依頼項目(糖尿・腎臓など)毎に着色してカレンダー表示できること。
22	2	1	26	過去に栄養指導実施履歴がある患者は、太字でカレンダーに表示できること。
22	2	1	27	予約状況を1日ごとに表示できること。
22	2	1	28	入院患者の場合、食事内容の確認ができること。
22	2	1	29	予約状況照会時に、指導項目(指導日、依頼日、患者No、指導依頼、主治医、栄養士など)を自由に選択して参照できること。
22	2	1	30	指定した検索項目(指導日、依頼日、患者No、指導依頼、主治医、栄養士など)の組み合わせにより患者の照会ができること。
22	2	1	31	栄養指導依頼箋を出力できること。
22	2	1	32	集団指導一覧表を出力できること。
22	2	1	33	集団指導一覧表をPDFファイルに出力できること。
22	2	1	34	予約検索一覧表(予約検索の対象者一覧)を出力できること。
22	2	1	35	栄養指導オーダを受信する際に、新大江病院のデータを除外して受信することができること
22	3			栄養指導
22	3	1		仮想統合_ORACLESQL系サーバ
22	3	1	1	依頼内容の入力ができること。
22	3	1	2	過去履歴を流用して、依頼内容の入力ができること。
22	3	1	3	同一患者で1日に複数回の指導実施情報を管理できること。
22	3	1	4	指導実施日の変更ができること。
22	3	1	5	1回の栄養指導で、3つまで指導依頼項目(糖尿・腎臓など)を管理できること。
22	3	1	6	指導病名は、最大10個まで管理できること。
22	3	1	7	栄養素の必要量を個人別に登録できること。
22	3	1	8	年齢、性別などによって食事摂取基準の値を引用できること。
22	3	1	9	妊娠初期・妊娠中期・妊娠後期・授乳期は、必要栄養量を付加できること。
22	3	1	10	一度登録した必要量は、見直す必要があるまで継続して使用できること。
22	3	1	11	糖尿、腎臓、糖尿病性腎症交換表、食品群の必要量の設定ができること。
22	3	1	12	必要エネルギー量は、Harris-Benedictの公式から算出できること。
22	3	1	13	必要エネルギー量は、食事摂取基準から算出できること。
22	3	1	14	必要エネルギー量は、ストレスレベル概算法から算出できること。
22	3	1	15	必要水分量は、30ml×体重から算出できること。

22				給食・栄養指導システム
22	3	1	16	必要水分量は、1ml×エネルギー必要量から算出できること。
22	3	1	17	必要水分量は、1500ml×体表面積から算出できること。
22	3	1	18	必要たんぱく質量は、エネルギー比から算出できること。
22	3	1	19	必要たんぱく質量は、食事摂取基準から算出できること。
22	3	1	20	必要たんぱく質量は、ストレスレベル概算法から算出できること。
22	3	1	21	必要脂質量は、エネルギー比から算出できること。
22	3	1	22	必要炭水化物量は、エネルギー比から算出できること。
22	3	1	23	患者・病棟毎に喫食量の入力ができること。
22	3	1	24	マウス操作のみでも喫食量の入力ができること。
22	3	1	25	主食・副食・その他に分けて喫食量の入力ができること。
22	3	1	26	喫食の割合は0～10までで任意に設定できること。
22	3	1	27	欠食中の期間は、網掛けがわかり明示的に把握できること。
22	3	1	28	電子カルテから、喫食量データを引用できること。
22	3	1	29	喫食量記入表を出力できること。
22	3	1	30	喫食量結果表を出力できること。
22	3	1	31	一回の指導に対して複数日の食事内容を登録できること。
22	3	1	32	栄養システムから引用した献立を日付、食種単位で検索できること。
22	3	1	33	別の患者に入力した食事内容を引用できること。
22	3	1	34	画面に表示される栄養価は任意に設定できること。
22	3	1	35	喫食内容の食品数を表示できること。また、食品数には調味料は含まないこと。
22	3	1	36	栄養価の充足率が表示できること。
22	3	1	37	必要量、摂取量からレーダーチャートで表示できること、またグラフの項目は依頼内容によって設定できること。
22	3	1	38	喫食量から1日の栄養価を算出できること。
22	3	1	39	食事結果のシミュレーション入力が行え、シミュレーション前の栄養価とレーダチャートにて比較できること。
22	3	1	40	食事内容を登録しなくても、手計算した栄養量を摂取栄養量として登録できること。
22	3	1	41	献立画像を食事区分・間食区分別に登録できること。
22	3	1	42	食事記録表（献立内容、栄養価の一覧）を出力できること。
22	3	1	43	食事記録表（指導内容、栄養価、グラフ、コメント）を出力できること。
22	3	1	44	実際に摂取した食事内容の聞き取りができない場合、あらかじめ決められた選択肢（牛乳をどれくらい飲みますか？→ほとんど飲まない、2日に1本、1日に1本…）に答えた内容を食品に置き換えて食事記録をデータに反映できること。
22	3	1	45	食事問診記入表を出力できること。
22	3	1	46	食事問診結果表を出力できること。
22	3	1	47	ヒアリングシートの入力ができること。
22	3	1	48	ヒアリング項目はマスタで設定できること。
22	3	1	49	回答群は、フリー入力・数値入力・選択形式の3種類が選択できること。
22	3	1	50	病態別にヒアリングシートを作成できること。
22	3	1	51	ヒアリングシートを出力できること。

22				給食・栄養指導システム
22	3	1	52	身体記録の登録ができ、体重・体脂肪率の推移をグラフに表示できること。
22	3	1	53	1ヶ月・3ヶ月・6ヶ月の体重増減を表示できること。
22	3	1	54	膝高から身長を算出できること。
22	3	1	55	身長・体重からBMI・肥満度・標準体重・理想体重比を算出できること。
22	3	1	56	AC・TSFからAMC・%AMCを算出できること。
22	3	1	57	身長別標準体重・小児肥満度・カウプ指数・ローレル指数を算出できること。
22	3	1	58	J A R D 中央値との充足率を表示できること。
22	3	1	59	身長・体重を電子カルテから引用できること。
22	3	1	60	運動記録の登録によりエネルギー消費量を自動計算できること。
22	3	1	61	食事結果から計算されたエネルギー摂取量、体重データとあわせて推移グラフを表示できること。
22	3	1	62	「健康づくりのための運動基準2006」に準拠し、エクササイズ管理ができること。
22	3	1	63	医学検査結果の登録ができること。
22	3	1	64	検査結果を5履歴並べて表示できること。
22	3	1	65	依頼内容によって検査パターンを設定できること。
22	3	1	66	正常値範囲とのH/L判定ができること。
22	3	1	67	グラフ表示、印刷する項目はそのつど設定できること。
22	3	1	68	検査結果を電子カルテから引用できること。
22	3	1	69	検査結果一覧表を出力できること。
22	3	1	70	S, O, A, Pにわけてコメントの入力ができること。
22	3	1	71	過去に入力したコメントを参照しながら、コメントの入力ができること。
22	3	1	72	過去コメントからのコピー&ペーストができること。
22	3	1	73	職制毎にコメントの入力ができること。
22	3	1	74	ワープロ入力、マスタからの引用どちらでも登録できること。
22	3	1	75	コメント入力時にマスタへの反映ができること。
22	3	1	76	栄養指導報告書は、文字サイズ大・中・小の3種類出力できること。
22	4			統計管理
22	4	1		統計管理
22	4	1	1	指導一覧表（指定した条件の元で指導が行われた患者一覧）を出力できること。
22	4	1	2	指導一覧表に印字する項目を患者名・指導日付・種別・入院/外来・個人/集団・指導依頼・集団情報・病棟・指導場所・主治医・栄養士・診療科・算定区分・食種から最大11個選択できること。
22	4	1	3	指導依頼別指導件数表を出力できること。
22	4	1	4	指導依頼別指導件数表は、指導依頼1のみ又は指導依頼1～3を集計の選択ができること。
22	4	1	5	栄養士別指導件数表を出力できること。
22	4	1	6	栄養士別指導件数表は、指導依頼1のみ又は指導依頼1～3を集計の選択ができること。
22	4	1	7	診療科別指導件数表を出力できること。
22	4	1	8	診療科別指導件数表は、指導依頼1のみ又は指導依頼1～3を集計の選択ができること。
22	4	1	9	指導履歴データをCSVファイルに出力できること。
22	4	1	10	集団予約データをCSVファイルに出力できること。
22	4	1	11	病名履歴データをCSVファイルに出力できること。

22				給食・栄養指導システム
22	4	1	12	出力する項目は、コードと翻訳名称のどちらも選択できること。
22	4	1	13	抽出項目を任意に選択できること。
22	8			マスタ管理
22	8	1		マスタ管理
22	8	1	1	各種マスタのメンテナンスができること。
22	8	1	2	各種マスタの一覧表を作成できること。
22	8	1	3	栄養管理システムとマスタ共用できること。
22	9			他システムインターフェース（情報連携）
22	9	1		ポータル・統合メニュー連携（シングルサインオン）
22	9	1	1	ポータルサイト、統合メニューと連携して、シングルサインオンに対応できる。また、利用者情報（ID、パスワード）の取り込み（連携）することができる。

23				N S T 支援システム
23	1			共通機能
23	1	1		基本要件
23	1	1	1	電子カルテ／オーダーリングシステム・看護支援システム・栄養管理システムと情報連携を図れること。
23	1	1	2	Web ブラウザを利用して、各端末から操作できること。
23	1	1	3	電子カルテ／オーダーリングシステムからも起動できること。
23	1	1	4	各業務画面からヘルプ画面を素早く呼び出せること。
23	1	1	5	マウス操作が中心になる操作性能を実現していること。
23	1	1	6	紙資源節約のため印刷物は基本的にプレビュー機能を有し、本出力の前に出力内容を確認できること。
23	2			栄養管理計画書
23	2	1		栄養管理計画書
23	2	1	1	入院中の患者が一覧で表示できること。
23	2	1	2	入院患者情報を、電子カルテ／オーダーリングシステムと連動できること。
23	2	1	3	各業務（SGA・管理計画書・再評価・計画書ビューア）を起動できること。
23	2	1	4	患者基本情報が表示できること。
23	2	1	5	SGAの判定、点数が表示できること。
23	2	1	6	管理計画書作成有無が表示できること。
23	2	1	7	再評価作成回数が表示できること。
23	2	1	8	再評価判定が表示できること。
23	2	1	9	次回評価日が表示できること。
23	2	1	10	N S T 介入状況が表示できること。
23	2	1	11	退院時評価状況が表示できること。
23	2	1	12	電子カルテ/オーダーリングシステムへの報告書送信状況が表示できること。
23	2	1	13	各種条件で絞り込み表示できること。（入院期間指定、退院期間指定、患者指定、病棟指定、SGA結果、管理計画作成有無、NST介入状態、退院時評価有無、再評価日範囲指定）
23	2	1	14	入院中患者のみならず、退院済み患者も表示できること。
23	2	1	15	SGAの各項目の選択もしくは入力を行い判定ができること。
23	2	1	16	他システムから引用可能な情報（入院日、病棟、病室、診療科、担当医、病名、身長、体重、検査結果、食種、入院時体温、日常生活自立度）を取得できること。
23	2	1	17	検査結果は、最大4項目まで取得できること。
23	2	1	18	各項目を点数化し自動的に判定ができること。
23	2	1	19	各項目の説明文が必要に応じて表示されること。
23	2	1	20	栄養不良と判定された患者は、N S T 介入候補者としてチェックされること。
23	2	1	21	判定結果により、N S T 介入候補一覧に表示できること。
23	2	1	22	SGAの結果を参照しながら、管理計画書が作成できること。
23	2	1	23	栄養管理計画書の各項目を選択もしくは入力を行うことができること。
23	2	1	24	SGAの判定結果によって、管理計画書の規定値が設定されること。
23	2	1	25	目標栄養量はマスタから設定できること。
23	2	1	26	目標栄養量は食種で選択できること。
23	2	1	27	直近の食事内容が確認できること。
23	2	1	28	退院時評価ができること。

23				N S T 支援システム
23	2	1	29	再評価日はS G A の判定結果によって、自動的に作成日より計算して設定できること。
23	2	1	30	管理計画書をプレビュー表示・印刷できること。
23	2	1	31	管理計画書イメージを電子カルテに送信できること。
23	2	1	32	栄養再評価の各項目を選択もしくは入力を行うことができること。
23	2	1	33	他システムから引用可能な情報（患者基本情報や検査結果、処方内容、注射内容、喫食量、食事内容）を取得できること。
23	2	1	34	検査結果は必要な項目のみ設定できること。
23	2	1	35	食事の摂取栄養量を献立から計算し表示できること。
23	2	1	36	食事の摂取栄養量の計算に際しては、看護フローシートで入力された喫食量あるいはシステムに直接入力した喫食量で計算できること。
23	2	1	37	経腸栄養（処方薬剤）の内容から栄養量が計算できること。
23	2	1	38	静脈栄養（注射・輸液薬剤等）の内容から栄養量が計算できること。
23	2	1	39	経口・経腸・静脈の各栄養量の合計量が計算され、表示できること。
23	2	1	40	B E E、必要エネルギー、必要たんぱく質、必要水分は計算式から算出できること。
23	2	1	41	食事オーダー内容が表示できること。
23	2	1	42	処方オーダー内容が表示できること。
23	2	1	43	注射オーダー内容が表示できること。
23	2	1	44	管理計画時の課題と目標が表示できること。
23	2	1	45	目標に対しての結果を入力できること。
23	2	1	46	次の目標設定ができること。
23	2	1	47	次回再評価日の設定ができること。
23	2	1	48	問題点、ケアプラン等のコメント入力ができること。
23	2	1	49	仮想統合_ORACLESQL系サーバ
23	2	1	50	栄養再評価書イメージを電子カルテに送信できること。
23	2	1	51	栄養再評価履歴書に印字する日付は、4履歴まで任意に選択できること。
23	2	1	52	参照したい作成文書（栄養管理計画・再評価書・栄養治療計画書・栄養治療計画書患者用）を選択できること。
23	2	1	53	参照したい作成文書の日を指定できること。
23	2	1	54	作成文書をプレビューできること。
23	2	1	55	作成文書を印刷できること。
23	2	1	56	電子カルテに作成文書のイメージを送信できること。
23	2	1	57	作成文書のイメージ送信は、新規のみならず修正もできること。
23	3			N S T 支援
23	3	1		N S T 支援
23	3	1	1	特定の患者の栄養状態を参照し、NST介入候補者としてリストアップできること。
23	3	1	2	介入候補者にリストアップする際に、NSTメンバーへの連絡事項を伝達できること。
23	3	1	3	他システムから引用可能な情報（身長、体重、食事内容、検査結果、処方内容、注射内容、喫食量）を取得できること。
23	3	1	4	BMI、IBW、必要栄養量（エネルギー、たんぱく質、脂質、炭水化物）の値が計算式より算出できること。
23	3	1	5	必要栄養量（エネルギー、たんぱく質、脂質、炭水化物）は、現体重、理想体重のどちらでも算出できること。

23				N S T 支援システム
23	3	1	6	必要エネルギーは、Harris-Benedict、[体重×エネルギー係数]のどちらでも算出できること。
23	3	1	7	必要栄養量の算出時に使用するストレス係数、活動係数、体重あたりのたんぱく質量、脂質エネルギー比、エネルギー係数の初期値をマスタで自由に設定できること。
23	3	1	8	摂取栄養量を経口、経腸、静脈毎に計算できること。
23	3	1	9	経口栄養量は、栄養量マスタ、献立のどちらからでも計算できること。
23	3	1	10	必要栄養量と過去7日間の平均摂取栄養量を比較して、摂取栄養量が下回っている場合は「栄養不足」と表示できること。
23	3	1	11	栄養管理計画書のデータを参照できること。
23	3	1	12	指定期間内のデータで、一括してスクリーニングができること。
23	3	1	13	スクリーニング条件として、主食の1日平均摂取量を設定できること。
23	3	1	14	スクリーニング条件として、副食の1日平均摂取量を設定できること。
23	3	1	15	スクリーニング条件として、BMIを設定できること。
23	3	1	16	スクリーニング条件として、5日間の平均エネルギー量を設定できること。
23	3	1	17	スクリーニング条件として、5日間の平均たんぱく質量を設定できること。
23	3	1	18	スクリーニング条件として、任意の検査項目を設定できること。
23	3	1	19	スクリーニング項目は、1項目のみではなく最大30項目を組み合わせ設定できること。
23	3	1	20	スクリーニングのパターン（検査項目のみ、栄養状態+検査項目など）は最大5つまで設定できること。
23	3	1	21	該当者の選定は、基準点数を設けて設定点数以上の患者をリストアップできること。
23	3	1	22	該当者をNST介入候補、NST介入のどちらへも登録できること。
23	3	1	23	スクリーニング結果の一覧表を出力できること。
23	3	1	24	SGA、コンサル依頼で登録された介入候補者が一覧表示できること。
23	3	1	25	介入時の判定（入力日、点数、結果）が表示できること。
23	3	1	26	介入要否判断ができ、介入判断者はNST介入患者一覧に表示できること。
23	3	1	27	介入要否判断を行う際に、介入理由の登録ができること。
23	3	1	28	介入要否判断を行う際に、チームの登録ができること。
23	3	1	29	SGA、コンサル依頼内容を参照できること。
23	3	1	30	基本情報は電子カルテ／オーダーリングシステムと連動できること。
23	3	1	31	処理済み（介入、介入不要）患者も表示できること。
23	3	1	32	NST介入中の患者の一覧を表示できること。
23	3	1	33	各種情報（患者コード、漢字氏名、性別、生年月日、年齢、病棟、病室、診療科、介入日、次回回診日、終了日、退院日、評価回数、担当チーム、NST状態）が表示できること。
23	3	1	34	基本情報は電子カルテ／オーダーリングシステムと連動できること。
23	3	1	35	病棟、NST状態、チームや次回回診日範囲で抽出できること。
23	3	1	36	退院した患者も表示できること。
23	3	1	37	各患者の栄養治療計画書兼実施報告書作成画面を起動できること。
23	3	1	38	介入理由や終了理由、受け持ちチームの設定ができること。
23	3	1	39	NST状態の変更ができること。
23	3	1	40	栄養治療計画の各項目を選択もしくは入力を行うことができること。（項目は厚労省様式の項目に準拠できること。）

23				N S T 支援システム
23	3	1	41	他システムから引用可能な情報（患者基本情報、病名、身長、体重、検査結果、喫食量、食事内容、処方オーダー、注射オーダー）を取得できること。
23	3	1	42	基礎エネルギー、B E E、標準体重、B M I、%BWを計算できること。
23	3	1	43	看護支援システムから喫食量を取得できること。
23	3	1	44	摂取内容を取得して、栄養量を計算表示できること。
23	3	1	45	実摂取内容に合わせて、栄養量計算を修正できること。
23	3	1	46	食種、主食の栄養計算は、栄養量を半分にするなどの計算が容易に行えること。
23	3	1	47	摂取栄養量の製品名称、栄養価はマスタが存在しなくても入力できること。
23	3	1	48	栄養量計算は、前回値から引用できること。
23	3	1	49	登録されている病名を参照・引用できること。
23	3	1	50	コメント入力ができること。
23	3	1	51	コメントは、院内用・患者用の2種類管理できること。
23	3	1	52	体重あたりの栄養量やエネルギー比率の投与バランスが確認できること。
23	3	1	53	新栄養管理プランを立てることができること。
23	3	1	54	アセスメント時系列画面を起動できること。
23	3	1	55	コメントは時系列に記録できること。
23	3	1	56	ログイン者が記載者として記録されること。
23	3	1	57	記載者以外は修正できないこと。
23	3	1	58	入力画面で入力した内容が参照できること。
23	3	1	59	アセスメント時系列画面を起動できること。
23	3	1	60	入力画面を起動できること。
23	3	1	61	栄養治療計画書兼実施報告書をプレビュー表示・印刷できること。
23	3	1	62	栄養治療計画書兼実施報告書イメージを電子カルテに送信できること。
23	3	1	63	栄養治療計画書兼実施報告書は、報告用と患者用の2種類が作成できること。
23	3	1	64	N S T ラウンド結果を5回分一画面で確認できること。
23	3	1	65	最大6つの栄養素で5回分の栄養量の推移がグラフ描画できること。
23	3	1	66	N S T ラウンド記録表(4履歴を1枚に出力)をプレビュー表示・印刷できること。
23	3	1	67	N S T ラウンド記録表に印字する日付は、4履歴まで任意に選択できること。
23	3	1	68	10日間のアセスメント情報を表示できること。
23	3	1	69	身体状況・検査結果・栄養評価は電子カルテシステム・オーダーリングシステム・看護支援システムよりデータを取得できること。
23	3	1	70	身体計測情報を表示できること。
23	3	1	71	検査結果は必要な項目のみ設定できること。
23	3	1	72	食事の摂取栄養量を献立から計算し表示できること。
23	3	1	73	食事の摂取栄養量の計算に際しては、看護フローシートで入力された喫食量で計算できること。
23	3	1	74	経腸栄養（処方薬剤）の内容から栄養量が計算できること。
23	3	1	75	静脈栄養（注射・輸液薬剤等）の内容から栄養量が計算できること。
23	3	1	76	経口・経腸・静脈の各栄養量の合計量が計算され、表示できること。
23	3	1	77	栄養量はmg、mEqのいずれにも対応できること。

23				N S T 支援システム
23	3	1	78	食事オーダー内容が表示できること。
23	3	1	79	処方オーダー内容が表示できること。
23	3	1	80	注射オーダー内容が表示できること。
23	3	1	81	表示項目は、マスタで自由に設定できること。
23	3	1	82	検査結果のある日のみ絞って時系列が表示できること。
23	3	1	83	身体測定結果のある日のみ絞って時系列が表示できること。
23	3	1	84	登録されている病名を参照できること。
23	3	1	85	コメント画面を起動できること。
23	3	1	86	コメントは時系列に記録できること。
23	3	1	87	ログイン者が記載者として記録されること。
23	3	1	88	記載者以外は修正できないこと。
23	3	1	89	指定期間のデータを収集できること。
23	3	1	90	収集データは電子カルテシステム・オーダーリングシステム・看護支援システム・栄養管理システムより取得できること。
23	3	1	91	対象患者はN S T 介入中の患者が表示されること。
23	3	1	92	収集対象患者を指定できること。
23	4			N S T 統計
23	4	1		N S T 統計
23	4	1	1	病棟別NST実施件数集計表(日、病棟、算定、非算定毎の件数)をプレビュー表示・印刷できること。
23	4	1	2	診療科別NST実施件数集計表(日、診療科、算定、非算定毎の件数)をプレビュー表示・印刷できること。
23	4	1	3	病棟別年間NST実施件数集計表(月、病棟、算定、非算定毎の件数)をプレビュー表示・印刷できること。
23	4	1	4	診療科別年間NST実施件数集計表(月、診療科、算定、非算定毎の件数)をプレビュー表示・印刷できること。
23	4	1	5	収集したデータをC S V形式で出力できること。
23	5			マスタ管理
23	5	1		マスタ管理
23	5	1	1	各種マスタのメンテナンスができること。
23	5	1	2	各種マスタの一覧表を作成できること。
23	6			他システムインターフェース（情報連携）
23	6	1		ポータル・統合メニュー連携（シングルサインオン）
23	6	1	1	ポータルサイト、統合メニューと連携して、シングルサインオンに対応できる。また、利用者情報（ID、パスワード）の取り込み（連携）することができる。

24				DWH
24	1			情報蓄積
24	1	1		電子カルテ蓄積機能
24	1	1	1	電子カルテシステムで登録した各種オーダ情報が蓄積できること。
24	1	1	2	電子カルテに部門システムからの実施情報が反映されている場合、その情報も蓄積できること。
24	1	1	3	電子カルテシステムで登録した看護情報（看護ケア、看護実施）が蓄積できること。
24	1	1	4	電子カルテシステムで登録した診療記事が蓄積できること。
24	1	1	5	電子カルテシステムで登録した文書情報が蓄積できること。
24	1	1	6	電子カルテシステムで登録した退院サマリ情報が蓄積できること。
24	1	1	7	電子カルテシステムに検査部門システムから伝達された検査結果情報が蓄積できること。
24	1	2		医事統計蓄積機能
24	1	2	1	医事統計情報を月ごとに一括して取り込みできること。
24	1	2	2	D P C 関連情報を月ごとに一括して取り込みできること。
24	1	3		D T マート機能（ダイナミックテンプレートで入力されたデータのマート化機能）
24	1	3	1	電子カルテにおいて、記載した内容によって項目が変化するテンプレート（以下、ダイナミックテンプレート）を使用して入力された診察記事および文書の情報を分析するために、利用目的別のデータ(以下、データマート)を定義・作成できること。
24	1	3	2	データマートの項目は、ダイナミックテンプレートのすべての項目について定義・作成できること。
24	1	3	3	データマートの名称は、ダイナミックテンプレート名から自動設定できること。
24	1	3	4	データマートの名称は、手動で任意に変更できること。
24	1	3	5	データマートの項目名称は、ダイナミックテンプレートの定義に従って自動で初期設定されること。
24	1	3	6	データマートの項目名称は、手動で任意に変更できること。
24	1	3	7	蓄積対象となっているデータマートに対し、データを蓄積できること。
24	1	3	8	蓄積する周期（毎日、一回だけ）を設定できること。
24	2			データ検索機能
24	2	1		検索機能全般
24	2	1	1	各端末に特別なソフトウェアをインストールすることなく、Web ブラウザのみで情報の検索・データ利用ができること。
24	2	1	2	DWHに蓄積しているデータを複雑な操作することなく利用でき、情報収集に活用できること。
24	2	1	3	診療支援システムデータベース以外に蓄積しているデータに対しても本機能にて参照することができる設定を行うことができること。
24	2	1	4	DWHを必要に応じて利用することにより、院内各部門の業務統計の作成支援または、業務統計基礎データを提供することができること。
24	2	1	5	DWHのデータはO D B C（データベースへの接続方式）等を経由し、直接参照が可能であること。
24	2	2		認証機能
24	2	2	1	利用者 I D とパスワードによる認証によりシステムを利用することができること。
24	2	2	2	他システムからのシングルサインオンによる認証（別システムにてログイン認証がされていれば本DWHシステムでの認証不要となる仕組み）によりシステムを利用することができること。
24	2	2	3	利用者 I D は電子カルテシステムの利用者マスタを利用すること。
24	2	2	4	ログインし直さずに電子カルテ画面から検索ツールが使用できること。
24	2	2	5	前回ログイン時刻が表示されること。
24	2	3		メニュー/テンプレート設定機能
24	2	3	1	DWHに蓄積しているデータに対して、抽出項目と抽出条件がセット化された検索条件（以下、検索テンプレート）を作成することができること。
24	2	3	2	DWH以外に蓄積しているデータに対して、検索テンプレートを作成することができること。
24	2	3	3	検索テンプレートは階層構造メニュー形式で表示され、簡単に利用したい検索テンプレートを選択できること。なお、階層構造は、複数階層の定義が可能であること。
24	2	3	4	利用者ごとにお気に入りメニューの作成ができること。
24	2	3	5	メニュー構成項目として、検索テンプレート以外にクライアントモジュールおよび、Web アプリケーションの起動ができること。 起動の際は、利用者 I D、パスワード、職種の指定ができること。
24	2	3	6	データベースを操作するための言語（以下、SQL）を直接入力して検索テンプレートを作成できること。
24	2	3	7	検索テンプレート同士を結合させた、新たな検索テンプレートの作成ができること。
24	2	3	8	検索テンプレートは「ユーザ」「診療科」「職種」の単位で公開範囲を設定できること。
24	2	3	9	作成した検索テンプレートは、ユーザ単位（指定した任意の利用者）に公開できること。
24	2	3	10	作成した検索テンプレートは、診療科単位（指定した任意の診療科に所属する利用者）に公開できること。
24	2	3	11	作成した検索テンプレートは、職種単位（指定した任意の職種に所属する利用者）に公開できること。
24	2	3	12	「ユーザ」「診療科」「職種」の公開範囲を設定する利用権限を、利用者別、職種別に付与できること。
24	2	3	13	検索テンプレートの表示順の並び替えができること。
24	2	3	14	検索テンプレートを保存する場合は、任意に名前が付与できること。
24	2	4		検索指示/表示機能
24	2	4	1	検索条件の値は等しい、等しくない、未満、より大きい、以下、以上、含む、含まない、前方一致、後方一致、範囲、値あり、値なしから指定できること。
24	2	4	2	A N D、O R などを組み合わせて詳細の検索条件定義ができること。
24	2	4	3	検索条件の A N D、O R 指定は、優先順位の指定ができること。 （例えば、（A o r B） a n d （（C o r D） a n d E） など）
24	2	4	4	検索条件の値は範囲指定できること。
24	2	4	5	検索条件の値として、マスタ項目が存在する場合は、マスタから値を選択できること。
24	2	4	6	検索テンプレートの説明文を表示できること。
24	2	4	7	検索指示を行う際に、検索条件項目のガイド機能を有すること。 ガイド機能とは、検索指示を行う際に、検索値がコードなどの定数値で登録されている項目に対して、検索値入力エリアにてツールチップにより定義したコメント内容を表示する機能です。 （例えば、「性別」という検索条件項目があり、格納値としては、“M”が男性、“F”が女性で登録されている場合、ツールチップにて「M：男性 F：女性」というコメントを表示する。など）
24	2	4	8	検索項目として必須入力項目の設定ができること。

24				DWH
24	2	4	9	仮想統合_ORACLESQ L系サーバ
24	2	4	10	検索条件は複数指定できること。
24	2	4	11	日付項目に対しては日付直接入力、カレンダーによる入力以外に以下の指定ができること。 「今日」「昨日」「明日」「今週」「先週」「来週」「今月」「先月」「来月」
24	2	4	12	日付項目に対しては期間による条件指定ができること。
24	2	4	13	検索指示を行う前に、発行されるSQLの参照及び、検証ができること。
24	2	4	14	ドラック&ドロップによる検索結果表示項目の選択ができること。
24	2	4	15	検索指示を行う際に結果表示項目ごとに、並べ替え指定ができること。
24	2	4	16	検索結果として表示された患者データを元にして、更に検索テンプレートの検索条件に従った検索による絞り込み検索ができること。
24	2	4	17	相対日付による検索ができること。 (例えば、手術日前1週間以内に実施した注射情報を検索させる。)
24	2	4	18	検索結果の表示形式として、一覧形式の指定ができること。
24	2	4	19	検索結果の表示形式として、二つの項目に着目してデータを集計する形式(以下、クロス集計)の指定ができること。
24	2	4	20	検索結果の表示形式として、グラフ表示形式の指定ができること。
24	2	4	21	検索結果を一覧形式で表示する際は、結果表示項目単位に集計(合計、最大、最小、平均、件数)結果を表示できること。
24	2	4	22	クロス集計指示時は、集計対象となる値の指定(合計、最大、最小、平均、件数)を行うことができること。
24	2	4	23	クロス集計及び、一覧形式による集計結果を表示した際は、集計値の要素データを別画面で参照できること。
24	2	4	24	グラフ描画する項目とグラフタイプの指定を行い、グラフ作成が行えること。
24	2	4	25	以下のグラフ作成ができること。 棒グラフ、折れ線グラフ、円グラフ、ドットグラフ、バブルチャート、レーダチャート
24	2	4	26	検索結果に一覧表示された任意の明細情報の項目を引数として、他システム(他のWebシステム、クライアントモジュール)を起動できること。
24	2	4	27	起動する他システムは複数システム起動する設定ができること。
24	2	4	28	検索テンプレートに設定されている他システム起動のための引数情報を表示できること。
24	2	4	29	ベン図を用いた患者集合検索ができること。
24	2	4	30	患者集合検索は、クリックによりベン図上の範囲を選択でき、視覚的に対象となる集合の絞り込みができること。
24	2	4	31	検索テンプレートごとに検索結果として表示させる最大件数及び1ページあたりの件数の指定ができること。なお、最大件数指定は、画面表示検索時と外部出力検索(即時)時での指定が別管理できていること。
24	2	4	32	検索結果一覧に表示された情報は、再検索を行うことなく、任意の項目でフィルタリングができること。
24	2	4	33	検索結果一覧画面から、任意の項目による並べ替えができること。
24	2	5		外部出力機能
24	2	5	1	外部出力する際は、「即時」若しくは、「バッチ(即時性を求めず、検索指示後に外部出力したデータを確認する際に用いる操作手法)」指示ができること。
24	2	5	2	外部出力指示の際、必要な項目のみの選択ができること。
24	2	5	3	外部出力にて「バッチ」指示により作成された情報は、利用者が指示した処理結果を一覧で確認できること。 なお、特別な権限を付与した利用者に対しては、全利用者の処理結果が一覧で確認できること。
24	2	5	4	利用者が簡単な操作により、必要なデータを検索し、端末側に外部出力ができること。
24	2	5	5	検索テンプレートごとに外部出力可否設定ができること。
24	2	5	6	検索結果は、CSV形式、Microsoft Excel 2007形式、XML形式のファイルで保存できること。
24	2	5	7	検索結果のCSV形式、Microsoft Excel 2007形式、XML形式には任意で名前を付与できること。
24	2	6		再利用/情報譲渡機能
24	2	6	1	検索条件を利用者ごとに保存し、再利用ができること。
24	2	6	2	利用者ごとに保存された検索条件は、譲渡指示により、任意の利用者での利用ができること。
24	2	6	3	利用者ごとに保存された検索条件は、権限設定により、全ての利用者が利用できる共通の検索条件として扱うことができること。
24	2	6	4	利用者が作成した検索テンプレートは、譲渡指示により、他の利用者が利用できること。
24	2	6	5	「バッチ」出力指示した検索結果データは、操作者以外の利用者に譲渡することができること。
24	2	7		利用権限付与機能
24	2	7	1	検索ツールの利用権限を職種別、ユーザ別に付与できること。
24	2	7	2	職種或いは利用者ごとに以下の権限設定ができること。 外部出力権限、テンプレート追加・修正・削除権限、バッチ出力権限、保存条件譲渡権限、テンプレート譲渡権限、SQL直接入力によるテンプレート作成権限、全利用者のバッチ検索結果参照権限、各種マスタ機能操作権限
24	2	8		セキュリティ機能
24	2	8	1	検索ツールでログイン、検索指示、検索結果を外部出力したとき、アクセスログとしてサーバ登録日付、アクセス日時、操作者ID、アクセス端末名、IPアドレス、アクセス対象(検索SQL文など)が記録できること。
24	2	8	2	アクセス期間でアクセスログの絞り込みができること。
24	2	8	3	端末ごとにデータ検索機能利用制御ができること。
24	2	8	4	端末ごとに検索結果の外部出力可否制御ができること。
24	2	8	5	検索結果項目に対して、秘匿化の指定を予め設定することができること。 なお、秘匿化指定された項目でも利用者へのシステム権限設定により、秘匿化解除された状態で参照できること。

25				院内ポータル・グループウェア
25	1			統合認証
25	1	1		統合認証機能
25	1	1	1	医療情報システムへアクセスする際の統括ログイン画面となる機能を有すること。
25	1	1	2	電源起動時に院内ポータルシステムのログイン画面が自動的に起動する設定ができること。
25	1	1	3	ログイン方法はＩＤとパスワードのログインとすること。
25	1	1	4	パスワードの管理については管理者でも利用者のパスワードが確認できないこと。
25	1	1	5	ログインを行う前にメッセージを通知する機能を有すること。
25	1	1	6	パスワード変更に関して利用者に督促できること。また、その日数等はシステムで設定変更ができること。
25	1	1	7	パスワード変更していないユーザにはその旨を通知し、強制的に変更させることができること。
25	1	1	8	ユーザがパスワードを変更した場合、即時に各業務アプリケーションにシングルサインオンでログインできること。
25	1	1	9	パスワードについては禁則設定ができること。（特定文字を３文字以上利用したらログインさせない等）
25	1	1	10	パスワードは複数の禁則設定ができること。
25	1	1	11	パスワードについてある一定期間（過去数回）入力したパスワードを認めない設定ができること。
25	1	1	12	院内ポータルシステムへログインするパスワードはシングルサインオン対象システムのパスワード文字数制限に依存せず、自由に設定ができること。
25	1	1	13	ログイン者、ログインした端末、ログインしたシングルサインオン対象システム、日時などの情報をログ出力できること。
25	1	1	14	各種ユーザをグループごとに分けて管理できること。
25	1	2		シングルサインオン機能
25	1	2	1	院内ポータルシステムから医療情報システムを起動できること。
25	1	2	2	業務アプリケーションにシングルサインオンでログインできること。（ＩＤ・パスワードは医療情報システムと同一とする）
25	1	2	3	ＩＤやパスワードの引渡し方法については複数の方法で行うことができること。（Ｐｏｓｔ等）
25	1	2	4	職種ごとにシングルサインオンする対象システムの表示、非表示を設定ができること。
25	1	2	5	端末ごとにシングルサインボタンに表示するシステムを制限できること。
25	1	2	6	医療情報システム以外のＯＡツールなどを起動できること。
25	2			職員マスタ連携
25	2	1		職員マスタ連携機能
25	2	1	1	統合認証から医療情報システム（電子カルテシステムなど）へ職員マスタ連携ができること。
25	2	1	2	職員情報は世代管理ができること。
25	2	1	3	職員情報は有効期限の設定ができること。
25	2	1	4	職員情報の入力項目は３０以上あり、麻薬施用者、免許、資格番号などを管理者側で項目を自由に設定できること。
25	2	1	5	連携するシステムごとに連携項目の範囲を設定できること。
25	3			セキュリティ
25	3	1		セキュリティ機能
25	3	1	1	対象としたシステム（医療情報システムなど）を操作せずに一定時間経過時に、自動的にログオフもしくはシャットダウンする機能を有すること。
25	3	1	2	ログオフまでの時間はユーザー側で導入時に決めることができること。
25	3	1	3	セキュリティ機能を利用するかどうかは端末ごとに決めることができること。
25	3	1	4	セキュリティ要件は複数の方式から導入時に選択ができること。
25	3	1	5	離席ボタンを押すことで画面ロックができること。
25	3	1	6	画面ロック時に最終操作者もしくは離席モードにした操作者の名前などを画面上に表示できること。
25	4			障害対策
25	4	1		障害対策機能
25	4	1	1	アプリケーション及びデータベースは冗長構成ができること。
25	4	1	2	データベースはプライマリ側とスタンバイ側で同期ができること。
25	4	1	3	アプリケーション及びデータベースに障害が発生した場合、自動的にスタンバイ系に切り替えること。
25	4	1	4	アプリケーションに障害が発生した場合、瞬時に視覚的に管理者へ障害発生状態を通知できること。
25	5			グループウェア機能
25	5			共通機能
25	5	1		基本要件
25	5	1	1	システム使用の際には、ＩＤ、パスワードによる認証を行うことができる。パスワードは半角の英数字３２文字以内で設定できる。
25	5	1	2	ユーザ情報（ＩＤ、パスワード、氏名、所属、メールアドレス、内線番号、メールの署名）の登録を行うことができる。
25	5	1	3	権限により、各機能へのアクセス可・不可を設定できる。
25	5			メッセージ機能
25	5	1		メッセージ一覧
25	5	1	1	メッセージは、「受信箱」「送信箱」「下書き」「ごみ箱」別で閲覧できる。
25	5	1	2	メッセージは、文字検索ができる。検索範囲は「全体」「本文」「件名」「差出人」「宛先」「ＣＣ」から選択することができる。
25	5	1	3	個人で作成したフォルダにメッセージ分類管理できる。
25	5	1	4	メッセージは任意にフォルダ移動できる。
25	5	1	5	メッセージは、個人で削除できる。
25	5	1	6	件名、重要度、差出人（あて先）、受信日（送信日）、添付ファイル、確認で並び替えができる。
25	5	2		仮想統合 ORACLESQL系サーバ
25	5	2	1	差出人・宛先・ＣＣ・件名・送信日付・重要度・本文・添付ファイルを閲覧できる。
25	5	2	2	メッセージを印刷できる。
25	5	2	3	メッセージを差出人またはＣＣを含む全員に返信・転送できる。
25	5	2	4	メッセージは、個人で削除できる。

25				院内ポータル・グループウェア
25	5	3		メッセージ送信
25	5	3	1	宛先・ＣＣ・ＢＣＣ・件名・重要度・本文・添付ファイルを入力できる。
25	5	3	2	添付ファイルは、Excel、Word、PowerPoint、PDF等の電子ファイルを複数添付できる。
25	5	3	3	下書き保存できる。
25	5	3	4	送信したメッセージは、受信者別既読・未読状態を確認できる。
25	5	3	5	送信したメッセージが未読の場合、送信取消ができる。
25	5	4		フォルダ管理
25	5	4	1	個人別にフォルダを作成できる。
25	5	4	2	作成したフォルダは編集・削除ができる。
25	5	5		個人グループ設定
25	5	5	1	個人別にグループを作成し、ユーザをグループ管理できる。
25	5	6		その他
25	5	6	1	個人別に指定した件数で改ページを区切り、閲覧できる。
25	5	6	2	個人別に署名は自動追加か手動追加か選択できる。
25	5			スケジュール機能
25	5	1		スケジュール閲覧
25	5	1	1	「一日表示」「週間表示」「月間表示」「年間表示」「年間一覧表示」ができる。また初期に表示する画面は設定で選択できる。
25	5	1	2	個人別スケジュールの閲覧ができる。また、所属別・グループ別スケジュールも合わせて閲覧できる。
25	5	1	3	所属別スケジュールの閲覧ができる。また、本人が在籍する所属のみ閲覧できる。
25	5	1	4	所属別ユーザ別スケジュールの閲覧ができる。
25	5	1	5	グループ別スケジュールの閲覧ができる。また、本人が在籍するグループのみ閲覧できる。
25	5	1	6	グループ別ユーザ別スケジュールの閲覧ができる。
25	5	1	7	自分以外のユーザを指定してスケジュールの閲覧ができる。
25	5	1	8	院内全体スケジュールの閲覧ができる。また、登録はシステム管理者のみ行うことができる。
25	5	1	9	日・月・年別を選択できる。
25	5	1	10	システム管理者は、全てのスケジュールを閲覧できる。
25	5	2		スケジュール登録
25	5	2	1	スケジュール件名・開始日時・終了日時・参加者・通知可否・利用施設備品・添付ファイル・コメント・繰り返し登録・公開非公開選択ができる。
25	5	2	2	時間帯は、１５分単位で登録できる。
25	5	2	3	参加者を指定すると、参加者のスケジュールに自動書込みできる。また、スケジュールの内容をメッセージに通知するか否か選択できる。
25	5	2	4	議事録等電子ファイルの参考資料を添付できる。
25	5	2	5	繰り返しは、日付単位、週単位、月単位から選んで登録できる。繰り返しの終了日を指定できる。
25	5	2	6	公開非公開の選択が可能で、非公開の場合は、登録者本人しか閲覧できない。
25	5	2	7	施設・備品予約と連動し、スケジュールの日付・時間帯をもとに、施設・備品を選択し登録できる。
25	5	2	8	スケジュールは、登録者またはシステム管理者のみ編集・削除・別件登録ができる。
25	5	2	9	繰り返し登録されたスケジュールは一括で削除ができる。
25	5			施設・備品予約機能
25	5	1		施設・備品予約閲覧
25	5	1	1	「一日表示」「週間表示」「月間表示」ができる。また初期に表示する画面は設定で選択できる。
25	5	1	2	施設・備品別または全てを選択して閲覧できる。
25	5	1	3	参照可能期限は、マスタで設定できる。
25	5	1	4	施設・備品名称は、マスタで管理できる。
25	5	1	5	日・月・年別を選択できる。
25	5	2		施設・備品予約登録
25	5	2	1	件名・開始日時・終了日時・詳細コメント・繰り返しの登録ができる。
25	5	2	2	時間帯は、１５分単位で登録できる。
25	5	2	3	繰り返しは、日付単位、週単位、月単位から選んで登録できる。繰り返しの終了日を指定できる。
25	5	2	4	施設・備品予約は、登録者またはシステム管理者のみ編集・削除・別件登録ができる。
25	5	2	5	繰り返し登録された予約は一括で削除ができる。
25	5			フォーラム機能
25	5	1		フォーラム閲覧
25	5	1	1	カテゴリ別フォーラム別に表示され、選択するとフォーラムの内容を閲覧できる。
25	5	1	2	スレッドはツリー状で閲覧できる。
25	5	1	3	院内で当システムに登録しているユーザは、全てのフォーラムを閲覧できる。
25	5	1		フォーラム登録
25	5	1	1	カテゴリは、マスタで管理できる。
25	5	1	2	フォーラムは、カテゴリ・フォーラム名・説明・モデレータ・書込み許可の設定ができる。
25	5	1	3	モデレータ設定は、フォーラムに書込みできるユーザを指定できる。
25	5	1	4	書込み許可は、誰でも書込み可能 または、モデレータ＋管理者のみ書込み可能から選択できる。
25	5	1	5	フォーラムは、登録者またはシステム管理者のみ編集ができる。
25	5	1	6	フォーラムは、システム管理者のみ削除ができる。
25	5	1	7	スレッドは、表題・内容・添付ファイルの入力ができる。
25	5	1	8	スレッドは、登録者またはシステム管理者のみ編集ができる。
25	5	1	9	スレッドは、登録者またはシステム管理者・モデレータのみロックをかけて書込みを禁止できる。
25	5	1	10	スレッドは、登録者またはシステム管理者・モデレータのみ削除できる。
25	5	1	11	投稿は、表題・内容・添付ファイルの入力ができる。
25	5	1	12	投稿は、登録者またはシステム管理者のみ編集・削除ができる。
25	5			ファイルキャビネット機能
25	5	1		ファイルキャビネット閲覧
25	5	1	1	個人用・共有別で管理できる。
25	5	1	2	個人用は本人が管理している電子ファイルのみ閲覧できる。
25	5	1	3	電子ファイルの表示順は、日時の新しい順・日時の古い順・名称順で選択できる。
25	5	1	4	電子ファイルの表示方法は、詳細・一覧・アイコンから選択できる。

25				院内ポータル・グループウェア
25	5	1	5	電子ファイルはダウンロードできる。
25	5	2		フォルダ作成
25	5	2	1	共有フォルダの階層化ができ、グループごとや用途別、目的別のフォルダが作成できる。
25	5	2	2	共有フォルダの利用権限は、フォルダ管理作成可能・ファイル作成可能・ファイル閲覧可能別で管理し、ユーザ別または所属別で登録できる。
25	5	2	3	個人用キャビネットは、ユーザ本人でフォルダを作成し、管理できる。
25	5	2		ファイル管理
25	5	2	1	Excel、Word、PowerPoint、PDF等の電子ファイルを複数登録できる。
25	5	2	2	ダウンロードURLを登録できる。
25	5	2	3	ファイルのタイトルや説明を登録できる。
25	5	2	4	他のフォルダへコピーできる。
25	5	2	5	電子ファイルは、登録者または権限の与えられた方のみ直接編集・削除・差し替えができる。
25	5			電子メール機能
25	5	1		電子メール一覧
25	5	1	1	電子メールは、「受信箱」「送信箱」「下書き」「ごみ箱」別で閲覧できる。
25	5	1	2	電子メールは、文字検索ができること。検索範囲は「全体」「本文」「件名」「差出人」「宛先」「CC」から選択することができる。
25	5	1	3	個人で作成したフォルダにメッセージ分類管理できる。
25	5	1	4	電子メールは任意にフォルダ移動できる。
25	5	1	5	電子メールは、個人で削除できる。
25	5	2		電子メール受信
25	5	2	1	差出人・宛先・CC・件名・送信日付・重要度・本文・添付ファイルを閲覧できる。
25	5	2	2	電子メールを差出人またはCCを含む全員に返信・転送できる。
25	5	2	3	電子メールは、個人で削除できる。
25	5	3		電子メール送信
25	5	3	1	宛先・CC・BCC・件名・重要度・本文・添付ファイルを入力できる。
25	5	3	2	添付ファイルは、Excel,Word,PowerPoint,PDF等の電子ファイルを複数添付できる。
25	5	3	3	下書き保存できる。
25	5	4		フォルダ管理
25	5	4	1	個人別にフォルダを作成できる。
25	5	4	2	作成したフォルダは編集・削除ができる。

26				診療待ち表示システム（本院）
26	1			共通機能機能
26	1	1		表示機能基本仕様
26	1	1	1	病院情報システムと連携して、表示ディスプレイへ受付番号表示を行えること。
26	1	1	2	病院システムと連携し、患者の来院受付時に発行された受付番号を、対応する液晶ディスプレイに表示する機能を有すること。
26	1	1	3	各ディスプレイには、中待合室へ誘導する患者の番号が表示でき、その他に診察室ごとの情報（診察中番号、予約時間枠、診療科名称、診察室名称、担当医師名、診察室の状況等）を表示する機能を有すること。また、中待合室を使用していない場合は、診察待ち患者番号を表示する機能を有すること。
26	1	1	4	中待合室を使用していない診療科では、電子カルテシステムの操作により、診察室への呼び込みが可能なこと。呼び込み時は、チャイム音とポップアップで番号を分かりやすく表示すること。また、ポップアップ表示時間が設定で変更可能なこと。
26	1	1	5	病院情報システムと連動して、病院情報システムの方でステータス変更を行う事により、診察待ち画面とは別画面で検査待ち画面を表示し、検査戻りの方が認識できる機能を有すること。
26	1	1	6	色弱の方でも視認出来るように患者番号と背景色の濃淡が明確に配色されていること。
26	1	1	7	表示デザインが詳細なレイアウトに変更が可能であること。
26	1	1	8	丸みを帯びたフォントを採用し、認識性の高いフォントが使用されていること。
26	1	1	9	電子カルテシステムから診察終了情報を受信する事により、ディスプレイから受診番号を消去する機能を有すること。
26	1	1	10	各モニタにて安定して画像を描写できること。
26	1	2		管理機能
26	1	2	1	全端末の電源ON/OFFの集中管理がサーバで出来ること。
26	1	2	2	各科の診察時間を考慮し、各ディスプレイの稼働時間を個別に設定できること。また、各ディスプレイの稼働時間は、導入後でも設定用端末の操作により、利用者側で任意に設定・変更可能であること。
26	1	2	3	設定用端末から、手動により全端末一斉、もしくは個別に電源ON/OFFが出来る機能を有すること。
26	1	2	4	カレンダー機能を有し、外来休診日は起動しないような機能を有すること。また、当院が指定する日を自由に休日とする機能を有すること。
26	1	2	5	各ディスプレイ毎に、稼働日・非稼働日を設定できること。また導入後でも、利用者側で任意に設定・変更可能であること。
26	1	2	6	各ディスプレイの表示開始時間を個別に設定可能であること。また導入後でも、利用者側で任意に設定・変更可能であること。
26	1	2	7	診療科毎に、予約時間の何分前から番号表示を行うか設定可能なこと。また導入後でも、利用者側で任意に設定・変更可能なこと。
26	1	2	8	各表示画面（診察待ち表示画面、インフォメーション画面、お知らせ画面など）の表示スケジュールは各ディスプレイ毎、且つ曜日毎に設定可能なこと。また導入後でも、利用者側で任意に設定・変更可能であること。
26	1	2	9	診療科毎に番号表示、予約時間枠表示どちらを表示するか設定が可能であること。また利用者側で任意に設定・変更可能であること。
26	1	2	10	番号の更新時には、呼び込み番号のポップアップ画面、チャイム音を使用し注意を促し誘導することが可能であること。また設置箇所、待合状況等を考慮し、ポップアップ画面を表示/非表示、チャイム音有り/無しを全ディスプレイ個別に設定可能なこと。設定は導入後でも、利用者側で任意に設定・変更可能であること。
26	1	2	11	呼び込み画面のポップアップ時間、点滅回数共にディスプレイ毎に設定可能であること。また導入後でも、利用者側で任意に設定・変更できること。
26	1	2	12	合成音声で呼び込み案内が可能であること。また、単語・抑揚・イントネーションを自由に変更可能なこと。設定は利用者側で設定可能であること。
26	1	2	13	呼び込みのポップアップ画面は、ディスプレイ毎に表示/非表示を、利用者側で任意に設定・変更可能であること。チャイム音は複数用意し、診療科毎にチャイム音を設定できる機能を有すること。また導入後でも、利用者側で任意に設定・変更可能であること。
26	1	2	14	連続して呼び込みポップアップ画面を表示させる際、診察待ち表示画面に戻らず、連続してポップアップ画面を表示させる機能があること。
26	1	2	15	1枚のディスプレイに複数診療科表示が出来る機能を有すること。また表示する診療科は利用者側で任意に設定・変更可能であること。
26	1	2	16	画面右上に現在時刻を表示する機能を有すること。また、表示/非表示を、利用者側で任意に設定・変更可能であること。
26	1	2	17	各ディスプレイの表示する診療科・診察室の割り当て（診療予定スケジュール）はマスター化しておく機能を有すること。
26	1	2	18	担当医師が変更になった場合、表示システム側で医師名の変更・表示が可能であること。また医師名変更表示ではなく、「代診」等、利用者側で任意に表示内容を入力・表示可能であること。
26	1	2	19	当日診察室が変更になった場合、表示システム側で診察室の変更・表示が可能であること。
26	1	2	20	表示システム側で午前・午後・夜診医師の切替が可能であること。
26	1	3		テロップ機能
26	1	3	1	テロップインフォメーション機能を有すること。
26	1	3	2	テロップインフォメーションは、サーバで入力する院内共通テロップインフォメーション、特定のディスプレイの2種類を表示する機能を有すること。
26	1	3	3	テロップインフォメーションは無制限に登録できる機能を有すること。また事前登録したテロップメッセージを各ディスプレイ毎に、表示/非表示を任意に選択出来る機能を有すること。
26	1	3	4	テロップの流れるスピードはディスプレイ毎、個別に設定可能な機能を有すること。
26	1	3	5	テロップ表示スケジュール機能を有し、曜日毎/時間毎の設定が可能であること。
26	1	3	6	テロップメッセージ文字は、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。
26	1	3	7	テロップメッセージの速度は1～99段階で設定が可能なこと。
26	1	4		インフォメーション機能
26	1	4	1	自由に入力できるインフォメーション画面を複数有すること。
26	1	4	2	患者案内表示及びインフォメーション画面を一元管理できる機能を有すること。
26	1	4	3	任意に設定した画像イメージを表示できること。表示する画像イメージはBMP、JPG、GIF形式で登録が出来ること。
26	1	4	4	インフォメーション画面表示スケジュール機能を有し、曜日毎、時間毎の設定が可能であること。

26				診療待ち表示システム（本院）
26	1	4	5	休診・代診情報の登録・管理が出来、インフォメーション表示可能であること。また全ての休診情報を出すのではなく、1ヶ月前から表示する機能を有すること。
26	1	5		その他
26	1	5	1	患者案内表示アプリケーションは将来の拡張性・メンテナンス性（改修、設定等）を考慮した設計であること。
26	1	5	2	各ディスプレイの現在の表示内容を、特別なアプリケーションを導入することなく、任意の端末から参照可能なこと。
26	1	5	3	サーバの自動再起動日を設定用端末より設定でき、定期的な再起動を実現できること。
26	1	5	4	Logの保持期間の設定が可能であること。またlogの削除、データベース内のデータの削除が自動的に行えること。
26	1	5	5	各種設定の変更・登録は、当システムのサーバ・端末からのみではなく、病院情報システムの端末にインストールした管理機能からも設定可能なこと。
26	1	5	6	既存コンテンツ・テロップ等の移行が可能であること。

27				診療待ち表示システム（大江）
27	1			共通機能機能
27	1	1		表示機能基本仕様
27	1	1	1	病院情報システムと連携して、表示ディスプレイへ受付番号表示を行えること。
27	1	1	2	病院システムと連携し、患者の来院受付時に発行された受付番号を、対応する液晶ディスプレイに表示する機能を有すること。
27	1	1	3	中待合室を使用していない診療科では、電子カルテシステムの操作により、診察室への呼び込みが可能なこと。呼び込み時は、チャイム音とポップアップで番号を分かりやすく表示すること。また、ポップアップ表示時間が設定で変更可能なこと。
27	1	1	4	色弱の方でも視認出来るように患者番号と背景色の濃淡が明確に配色されていること。
27	1	1	5	打ち合わせにて決定したレイアウトを作成できること。
27	1	1	6	丸みを帯びたフォントを採用し、認識性の高いフォントが使用されていること。
27	1	1	7	各モニタにて安定して画像を描写できること。
27	1	2		管理機能
27	1	2	1	全端末の電源ON/OFFの集中管理がサーバで出来ること。
27	1	2	2	各科の診察時間を考慮し、各ディスプレイの稼働時間を個別に設定できること。また、各ディスプレイの稼働時間は、導入後でも設定用端末の操作により、利用者側で任意に設定・変更可能であること。
27	1	2	3	設定用端末から、手動により全端末一斉、もしくは個別に電源ON/OFFが出来る機能を有すること。
27	1	2	4	カレンダー機能を有し、外来休診日は起動しないような機能を有すること。また、当院が指定する日を自由に休日とする機能を有すること。
27	1	2	5	各ディスプレイ毎に、稼働日・非稼働日を設定できること。また導入後でも、利用者側で任意に設定・変更可能であること。
27	1	2	6	各ディスプレイの表示開始時間を個別に設定可能であること。また導入後でも、利用者側で任意に設定・変更可能であること。
27	1	2	7	診療科毎に、予約時間の何分前から番号表示を行うか設定可能なこと。また導入後でも、利用者側で任意に設定・変更可能なこと。
27	1	2	8	各表示画面（診察待ち表示画面、インフォメーション画面、お知らせ画面など）の表示スケジュールは各ディスプレイ毎、且つ曜日毎に設定可能なこと。また導入後でも、利用者側で任意に設定・変更可能であること。
27	1	2	9	診療科毎に番号表示、予約時間枠表示どちらを表示するか設定が可能であること。また利用者側で任意に設定・変更可能であること。
27	1	2	10	番号の更新時には、呼び込み番号のポップアップ画面、チャイム音を使用し注意を促し誘導することが可能であること。また設置箇所、待合い状況等を考慮し、ポップアップ画面を表示/非表示、チャイム音有り/無しを全ディスプレイ個別に設定可能なこと。設定は導入後でも、利用者側で任意に設定・変更可能であること。
27	1	2	11	呼び込み画面のポップアップ時間、点滅秒数共にディスプレイ毎に設定可能であること。また導入後でも、利用者側で任意に設定・変更できること。
27	1	2	12	合成音声で呼び込み案内が可能であること。また、単語・抑揚・イントネーションを自由に変更可能なこと。設定は利用者側で設定可能であること。
27	1	2	13	呼び込みのポップアップ画面は、ディスプレイ毎に表示/非表示を、利用者側で任意に設定・変更可能であること。チャイム音は複数用意し、診療科毎にチャイム音を設定できる機能を有すること。また導入後でも、利用者側で任意に設定・変更可能であること。
27	1	2	14	連続して呼び込みポップアップ画面を表示させる際、診察待ち表示画面に戻らず、連続してポップアップ画面を表示させる機能があること。
27	1	2	15	1枚のディスプレイに複数診療科表示が出来る機能を有すること。また表示する診療科は利用者側で任意に設定・変更可能であること。
27	1	2	16	画面右上に現在時刻を表示する機能を有すること。また、表示/非表示を、利用者側で任意に設定・変更可能であること。
27	1	2	17	各ディスプレイの表示する診療科・診察室の割り当て（診療予定スケジュール）はマスター化しておく機能を有すること。
27	1	2	18	担当医師が変更になった場合、表示システム側で医師名の変更・表示が可能であること。また医師名変更表示ではなく、「代診」等、利用者側で任意に表示内容を入力・表示可能であること。
27	1	2	19	当日診察室が変更になった場合、表示システム側で診察室の変更・表示が可能であること。
27	1	2	20	表示システム側で午前・午後・夜診医師の切替が可能であること。
27	1	3		テロップ機能
27	1	3	1	テロップインフォメーション機能を有すること。
27	1	3	2	テロップインフォメーションは、サーバで入力する院内共通テロップインフォメーション、ブロック化した診療科及び特定のディスプレイの2種類を表示する機能を有すること。
27	1	3	3	テロップインフォメーションは無制限に登録できる機能を有すること。また事前登録したテロップメッセージを各ディスプレイ毎に、表示/非表示を任意に選択出来る機能を有すること。
27	1	3	4	テロップの流れるスピードはディスプレイ毎、個別に設定可能な機能を有すること。
27	1	3	5	テロップ表示スケジュール機能を有し、曜日毎/時間毎の設定が可能であること。
27	1	3	6	テロップメッセージ文字は、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。
27	1	3	7	テロップメッセージの速度は5段階で設定が可能なこと。
27	1	4		インフォメーション機能
27	1	4	1	自由に入力できるインフォメーション画面を複数有すること。
27	1	4	2	患者案内表示及びインフォメーション画面を一元管理できる機能を有すること。
27	1	4	3	任意に設定した画像イメージを表示できること。表示する画像イメージはBMP、JPG、GIF形式で登録が出来ること。
27	1	4	4	インフォメーション画面表示スケジュール機能を有し、曜日毎、時間毎の設定が可能であること。
27	1	4	5	休診・代診情報の登録・管理が出来、インフォメーション表示可能であること。また全ての休診情報を出すのではなく、1ヶ月前から表示する機能を有すること。
27	1	4	6	緊急時に一斉表示ができる機能を有すること。
27	1	5		その他
27	1	5	1	患者案内表示アプリケーションは将来の拡張性・メンテナンス性（改修、設定等）を考慮した設計であること。

27				診療待ち表示システム（大江）
27	1	5	2	各ディスプレイの現在の表示内容を、特別なアプリケーションを導入することなく、任意の端末から参照可能なこと。
27	1	5	3	サーバの自動再起動日を設定用端末より設定でき、定期的な再起動を実現できること。
27	1	5	4	Logの保持期間の設定が可能であること。またlogの削除、データベース内のデータの削除が自動的に行えること。
27	1	5	5	液晶ディスプレイ焼き付きが発生しない設計になっていること。
27	1	5	6	各種設定の変更・登録は、当システムのサーバ・端末からのみでは無く、病院情報システムの端末にインストールした管理機能からも設定可能なこと。
27	1	5	7	既存コンテンツ・テロップ等の移行が可能であること。

28				会計表示システム
28				共通機能
28	1			共通機能
28	1	1		基本機能
28	1	1	1	病院情報システムと連携して、表示ディスプレイへ受付番号表示を行えること。
28	1	1	2	会計表示システムとの接続は、医事会計システムの患者情報、会計情報をオンラインで通信すること。
28	1	1	3	会計表示システムの画面に受付番号表示を行い、会計支払窓口及び自動支払機への患者誘導を行うこと。
28	1	2		受付機能
28	1	2	1	医事会計システムとの接続により、窓口受付での発番及び会計受付票発行機能を有すること。
28	1	3		表示コントローラ（管理機能）
28	1	3	1	番号表示モニタの電源のON/OFFが出来ること。
28	1	3	2	表示コントローラにてテロップメッセージ及び、コメント／画像表示及び、音声のマスター登録ができ、必要なときに任意にて選択・設定が可能なこと。
28	1	3	3	待ち時間入力が可能なこと。また待ち時間の表示／非表示が選択可能なこと。
28	1	3	4	会計受付から支払完了までの患者状況を、画面上で識別表示し確認できること。
28	1	3	5	該当患者の会計番号及び各状況をリアルタイムに画面上で確認できる機能を有していること。
28	1	3	6	会計受付から支払完了までの状況時間データを取得・保存できる機能を有していること。
28	1	4		番号表示画面
28	1	4	1	会計計算処理後の支払窓口もしくは自動精算機への誘導表示に会計受付番号が表示されること。また、待ち時間の表示が行えること。
28	1	4	2	番号表示の形式は、「代表番号（最大番号・一連の最大番号）」「個別番号」等、当院の運用に併せて選択が可能なこと。
28	1	4	3	会計番号を表示する際、段階的または一定間隔で番号表示でき、また表示する番号の時間設定・表示人数を任意で設定・変更ができる機能を有していること。
28	1	4	4	色弱の方でも視認出来るように患者番号と背景色の濃淡が明確に配色されていること。
28	1	4	5	丸みを帯びたフォントを採用し、認識性の高いフォントが使用されていること。
28	1	4	6	画面の表示時間は10～180秒で設定が可能なこと。
28	1	4	7	番号が更新された際には点滅とチャイムによるお知らせが可能なこと。
28	1	4	8	新しく番号が更新された場合、「XX番の方、会計ができています」などの音声を流すことができること。
28	1	4	9	画面レイアウトは予め登録されたものから任意にて選択が可能なこと。
28	1	4	10	画面に表示されている文言は任意による変更が可能なこと。
28	1	4	11	スケジュール機能を有し、曜日単位、時間単位での表示／非表示の設定が可能なこと。
28	1	4	12	モニタの焼付防止の工夫がされていること。
28	1	5		テロップメッセージ機能
28	1	5	1	テロップメッセージは、1文章50文字以上で任意に作成でき、登録件数は無制限の事前登録ができること。
28	1	5	2	予め雛形として作成できる、テロップマスタ機能を有すること。
28	1	5	3	スケジュール機能を有し、曜日単位、時間単位での表示／非表示の設定が可能なこと。
28	1	5	4	テロップメッセージ文字は、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。
28	1	5	5	テロップメッセージの速度は段階別にて設定が可能なこと。
28	1	6		インフォメーション表示機能
28	1	6	1	予め準備された静止画像上に、入力した文字を重ねて表示できる機能を有すること。また、それが任意で設定可能なこと。
28	1	6	2	予め雛形として作成できる、インフォメーションマスタ機能を有すること。
28	1	6	3	入力文字は、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。
28	1	6	4	本院にて作成したイメージファイル（静止画像）を任意で表示する機能を有すること。
28	1	6	5	画面の表示時間は3～180秒で設定が可能なこと。
28	1	6	6	スケジュール機能を有し、曜日単位、時間単位での表示／非表示の設定が可能なこと。
28	1	6	7	静止画像は100件以上登録できること。
28	1	6	8	静止画像として表示する「*.bmp」「*.jpg」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。

29				総合案内表示板システム
29				共通機能
29	1			共通機能
29	1	1		基本要件
29	1	1	1	表示スケジュールが管理できること。
29	1	1	2	スケジュールに従って表示の開始・消灯が行えること。
29	1	1	3	週1回決まった時刻に自動で再起動が行えること。
29	1	1	4	無停電電源装置を接続して停電時の電源断を防止することができること。
29	1	1	5	プログラム、スケジュール、コンテンツなどのファイルが外部メディアにバックアップできること。
29	1	1	6	各モニターへの案内内容の表示に当たり、送受信機が必要な場合は用意すること。
29				表示サーバー機能
29	1			コンテンツ管理
29	1	1		表示スケジュール
29	1	1	1	表示開始時刻および消灯時刻を指定できること。
29	1	1	2	曜日ごとに異なるスケジュールを設定できること。
29	1	1	3	時間帯を決めて表示するコンテンツを設定できること。
29	1	1	4	表示期間を指定してコンテンツを設定できること。
29	1	1	5	緊急時に優先して繰り返し表示するコンテンツが登録できること。
29	1	2		院内コンテンツ
29	1	2	1	あらかじめ作成した院内コンテンツが登録できること。
29	1	3		配信コンテンツ
29	1	3	1	外部からの情報をもとに動的に更新されるコンテンツが登録できること。
29	2			リモート接続
29	2	1		概要
29	2	1	1	インターネットやISDNなどの回線を使用して外部からサーバーにアクセスできること。
29	2	1	2	決められたユーザーとパスワードの組み合わせでのみリモートからログインできること。
29	2	2		スケジュール、コンテンツ更新
29	2	2	1	リモート回線を使用してスケジュールが更新できること。
29	2	2	2	リモート回線を使用してコンテンツファイルが更新できること。
29	2	3		リモートメンテナンス
29	2	3	1	リモート回線を使用してサーバーを遠隔制御できること。
29	3			画面、メニュー構成
29	3	1		表示板送信部
29	3	1	1	自動または手動で表示開始、消灯が行えること。
29	3	1	2	現在の表示状況が確認できること。
29	3	1	3	スケジュールの再読み込みが行えること。
29	3	1	4	緊急時に優先して表示するコンテンツに切り替えて表示できること。
29	3	2		表示板入力切り替え
29	3	2	1	入力切り替え器を制御してスケジュールまたは手動で入力ソースを切り替えできること。
29				表示端末機能
29	1			コンテンツ表示
29	1	1		表示可能コンテンツ
29	1	1	1	以下の種類のコンテンツファイルが表示できること。 ・ Adobe Flashファイル ・ Microsoft Power Pointファイル ・ Windows Media Videoファイル ・ HTML ファイル

30				診断書作成支援システム
30	1			診断書作成支援システム
30	1	1		システムの起動と利用権
30	1	1	1	システムは職種により利用できるメニューが制限可能なこと。
30	1	2		基本機能
30	1	2	1	システム構成はサーバ1台として院内LANに接続された全端末で利用可能なこと。
30	1	2	2	医療文書は生命保険会社診断書等の頻用の文書が搭載されていること。
30	1	2	3	医事システム・オーダーリングシステム・退院サマリシステム（診療情報管理システム）側の情報と連携が可能なこと。
30	1	2	4	一度入力した情報やあらかじめ準備したテンプレートなど入力を支援する機能が利用可能なこと。
30	1	2	5	現行搭載済みの書式は継続して搭載されること。
30	1	2	6	生命保険会社診断書や全国自治体で共通の書式に関しては最新の書式が保守の範囲で提供されること。
30	1	3		作成機能
30	1	3	1	作成した文書は最低7段階のステータスで管理可能なこと。
30	1	3	1	保存ステータスは文書毎に階層を設定可能なこと。
30	1	3	2	文書は書式毎・ステータス毎に利用できる利用者を限定可能なこと。
30	1	3	3	必須項目の設定を行えること。関連する項目により必須か否かの設定も可能なこと。
30	1	3	4	現行搭載済みの書式は継続して搭載されること。
30	1	3	5	異なる書式間でも共通する項目は同時に入力・流用が可能なこと。
30	1	3	6	編集されたアクセス・処理履歴を取得可能なこと。
30	1	3	7	あらかじめ複数の文書をセットとして登録が可能なこと。
30	1	3	8	文書の書式選択画面はExplorer形式で表示され、フォルダー構成は病院で任意に設定が可能なこと。
30	1	3	9	最新の書式への改版作業は病院担当者が簡単な操作で実施可能なこと。
30	1	4		一覧機能
30	1	4	1	作成した文書は患者毎、操作者毎、文書分類毎に一覧表示可能なこと。
30	1	4	2	作成画面・一覧画面から任意の文書を印刷が可能なこと。
30	1	4	3	一覧画面では文書名や作成者などで並び替え可能なこと。
30	1	4	4	一覧画面では科毎、日付毎、文書分類毎で絞り込み表示可能なこと。
30	1	4	5	文書の名称で検索可能なこと。
30	1	5		情報連携機能
30	1	5	1	医事システム・オーダーリングシステムに登録された患者基本情報が自動でセットされること。
30	1	5	2	オーダーリングシステムに登録された病名・入院情報（入院日・退院日）を流用可能なこと。
30	1	5	3	医事会計システムに登録された手術名・手術コード（Kコード）を流用可能なこと。
30	1	5	4	退院サマリ（診療情報管理システム）に登録された入院経過欄のボタン操作で流用可能なこと。
30	1	5	5	各種業務マスター（診療科マスター・職員マスター等）は上位システムで管理するマスターを利用可能なこと。
30	1	5	6	ポータルサイト、統合メニューと連携して、シングルサインオンに対応できる。また、利用者情報（ID、パスワード）の取り込み（連携）ができること。
30	1	6		作成支援機能
30	1	6	1	入力画面は拡大・縮小が可能なこと。
30	1	6	2	文書単位に入力規約等の説明文がある場合は、別ウインドウで表示可能なこと。
30	1	6	3	日付の項目はカレンダー形式で入力が可能なこと。（From To形式のカレンダーも有すること。）
30	1	6	4	シェーマの描画が可能であり、電子保存が可能なこと。
30	1	6	5	過去に作成した文書を流用が可能なこと。
30	1	7		テンプレート機能
30	1	7	1	あらかじめ登録した文言を簡単な操作で流用が可能なこと。
30	1	7	2	テンプレート集は個人・診療科共通の2通りで登録が可能なこと。
30	1	8		続紙機能
30	1	8	1	作成中文書の次ページにフリー入力画面（続紙）が追加可能なこと。
30	1	8	2	追加した続紙は作成文書と共に印刷可能なこと。
30	1	8	3	続紙のフォーマットは病院側の運用に沿ってレイアウト変更可能なこと。
30	1	8	4	追加した続紙は削除可能なこと。
30	1	9		付箋機能
30	1	9	1	入力画面内に付箋を追加可能なこと。
30	1	9	2	追加した付箋にはフリー入力が可能なこと。
30	1	9	3	付箋の背景色や表示期間を指定可能なこと。
30	1	9	4	付箋の背景色や表示期間は編集可能なこと。
30	1	9	5	追加する付箋に作成日時と作成者名を取込可能なこと。
30	1	9	6	追加した付箋を非表示に変更可能なこと。
30	1	9	7	付箋追加時は患者文書一覧、操作者文書一覧画面でも付箋の有無を確認可能なこと。
30	1	10		検索機能
30	1	10	1	各項目の組み合わせ（患者ID、作成日、診療科、作成者、保存進捗、付箋の有無など）で作成した文書の一覧が検索可能なこと。
30	1	10	2	仮想統合 ORACLESQL系サーバ
30	1	10	3	検索結果一覧から文書の編集、参照、印刷、履歴表示が可能なこと。
30	1	11		管理機能
30	1	11	1	作成を依頼したい医師等へ任意の文書の作成依頼が可能なこと。
30	1	11	2	医師への依頼の際、事務職員にて下書きして依頼が可能なこと。
30	1	11	3	作成依頼した操作者が自身が依頼した文書を一覧で閲覧が可能なこと。
30	1	11	4	作成依頼された操作者が依頼されている文書を一覧で閲覧が可能なこと。
30	1	11	5	病院指定の管理項目を追加可能なこと。
30	1	11	6	依頼状況毎で色分けして一覧表示可能なこと。
30	1	11	7	管理項目の組み合わせ（締め切り日＋診療科など）で依頼した文書の一覧が検索可能なこと。
30	1	11	8	作成した文書の枚数を統計帳票として出力可能なこと。
30	1	12		統計機能
30	1	12	1	生命保険協会への報告に必要な情報が出力可能なこと。（生命保険会社別・月別 診断書作成枚数）
30	1	12	2	診療科別・依頼件数/作成率
30	1	12	3	診療科別・医師別・依頼件数
30	1	12	4	文書分類別作成文書件数

31				インシデントシステム
31	1			機能
31	1	1		各種システム設定
31	1	1	1	職員をグループ分けすることで、グループ権限毎に使用できる機能の範囲(入力、削除、出力)や表示内容を設定できること。
31	1	1	2	権限により、メニュー表示する機能を設定できること。
31	1	1	3	画面の表示サイズを変更できること。(但し、e-Learning：受講画面等の一部機能は除く。)
31	1	2		アクセスログ
31	1	2	1	アクセスログが取得できること。
31	1	3		ログオン認証
31	1	3	1	ユーザーIDとパスワードによる認証が出来ること。
31	1	3	2	初期パスワードからパスワードを変更することにより、職員自身でのパスワードを管理できること。また、管理者がパスワードを再発行できること。 ただし、パスワード変更可能な職員はシングルサインオンを利用しない職員のみとする。
31	1	4		検索機能
31	1	4	1	検索画面内の複数の条件項目の組み合わせで検索条件を指定できること。
31	1	4	2	検索画面毎に頻度の高い検索条件パターンは、パターン登録を行っており、パターン選択で条件を設定できること。
31	1	4	3	検索画面毎に検索結果一覧の表示項目と項目の表示順を設定できること。
31	1	4	4	検索結果一覧より対象データを選択し、各種入力画面が開くこと。
31	1	4	5	検索結果一覧はファイル形式による出力ができること。
31	1	5		統計機能
31	1	5	1	集計時に縦軸/横軸の設定ができること。
31	1	5	2	条件の絞り込みができること。
31	1	5	3	頻度の高い条件パターンは、パターン登録を行っており、パターン選択で条件の設定ができること。また、パターン登録したもので一括出力できること。
31	1	5	4	集計結果はファイル形式による出力ができること。
31	1	5	5	集計結果を出力しグラフ表示できること。
31	1	6		掲示板
31	1	6	1	情報共有のために、医療機関で作成したファイル等を掲示できること。
31	1	6	2	掲載期限を設定できること。
31	1	6	3	文書ごとに閲覧状況(既読・未読)を確認できること。
31	1	6	4	掲示内容について、コメントの登録ができること。
31	1	6	5	管理者は掲示板フォルダの新規作成・削除ができること。また、フォルダ毎に閲覧範囲(権限グループ、所属、職員個別)を設定できること。
31	1	7		コンサルテーション
31	1	7	1	連絡事項をやり取りできること。
31	1	7	2	届いた連絡事項は検索画面で検索できること。
31	1	8		報告書一覧表示
31	1	8	1	報告書一覧画面には、ログオン者に通知された報告(管理者より情報共有された報告・改善対策等)を、一覧形式で表示できること。
31	1	8	2	報告書一覧では、項目の昇順・降順で並び替えることができること。
31	1	8	3	一事例に対して複数の報告書が登録されている場合、統合処理ができること。
31	1	8	4	情報共有された報告書の閲覧状況は経過管理よりファイル形式による出力ができること。
31	1	9		ダッシュボード
31	1	9	1	報告書の新着・更新件数、完了件数を表示することができ、リンクをクリックすることで該当する報告書を確認することができること。
31	1	9	2	医療安全管理室からのお知らせに周知事項を表示できること。
31	1	9	3	統計分析でパターン登録された指標や件数の集計結果を、指標機能の一覧に表示できること。
31	1	10		インシデントシステム・アクシデント報告
31	1	10	1	選択項目は日本医療機能評価機構2010年改訂版に対応できること。
31	1	10	2	入力画面の項目は任意に追加、変更できること。
31	1	10	3	各入力項目は必要に応じて必須入力項目の設定ができ、漏れがあった場合には注意喚起ができること。
31	1	10	4	記述欄に対して、項目ごとに最大入力文字数の制限を設定できること。
31	1	10	5	患者ID入力項目等のテキスト入力時は「半角数字」「半角カナ」の入力制限を設定できること。
31	1	10	6	各入力画面は排他制御を行っていること。
31	1	10	7	入力途中で仮登録ができること。仮登録後は報告書一覧に表示され、前回仮登録保存時のデータから入力再開できること。 また、報告者以外でも権限設定により訂正・削除ができること。
31	1	10	8	インシデント報告の場合は簡易入力とし、アクシデント報告の場合は詳細入力とする等、入力項目内容を自動的に変更できること。
31	1	10	9	入力画面の所属が異なる場合、報告者自身による簡便な操作で変更ができること。変更された所属の報告ルートで関係者に自動的に通知できること。
31	1	10	10	登録前に入力した内容を一覧で表示できること。
31	1	10	11	報告書に添付ファイルを登録できること。
31	1	10	12	職員が報告書を登録した時点で入力されている所属の現場リスクマネージャーと医療安全管理者へ同時に報告できること。
31	1	10	13	チーム医療通知機能として事前に設定した条件に合致した報告は従来の通知先である現場リスクマネージャーと医療安全管理者以外の指定した職員へ通知できること。
31	1	10	14	通知された報告書について通知先の職員とコメント欄を利用して意見のやりとりができること。
31	1	10	15	登録した内容または訂正履歴を時系列に表示できること。但し、マスタ保守画面は除く。
31	1	10	16	登録済みデータの参照・訂正・削除ができること。
31	1	10	17	登録した内容はファイル形式で出力ができること。
31	1	10	18	仮想統合 ORACLES SQL系サーバ
31	1	10	19	年度毎・月毎に頭文字を設定したインシデント番号を自動設定できること。
31	1	11		報告書経過管理
31	1	11	1	以下の内容を確認できること。

31				インシデントシステム
31	1	11	2	・通知先職員の氏名、所属部門
31	1	11	3	・確認状況、閲覧日時等
31	1	11	4	一覧の内容をファイル形式による出力ができること。
31	1	12		経過報告書
31	1	12	1	登録した報告書のその後の経過情報を登録できること。
31	1	12	2	登録した経過報告書はファイル形式による出力ができること。
31	1	13		管理者記載欄
31	1	13	1	登録された報告書に対して、管理者権限を持つ職員が評価項目等の入力・閲覧ができる管理者記載欄機能を有すること。
31	1	13	2	1報告書に1つの管理者記載欄の登録ができること。
31	1	13	3	入力画面の項目は任意に追加、変更できること。
31	1	13	4	入力途中で仮登録ができること。
31	1	13	5	管理者記載欄で登録したデータは専用画面で検索できること。
31	1	13	6	報告書一覧画面で、管理者記載欄の登録情報や管理者記載欄の完了日を確認できること。
31	1	14		報告書院内情報共有
31	1	14	1	医療安全管理者の判断で報告書共有できること。
31	1	14	2	医療安全管理者は、報告書の共有先を自由に選択できること。
31	1	14	3	共有時に重要事例を設定でき報告書一覧画面で視覚的に分かりやすく表示できること。
31	1	14	4	個人情報として設定された項目は他職員へ公開時に非表示にできること。
31	1	14	5	一度情報共有した報告を一括で非公開にできること。
31	1	15		完了処理
31	1	15	1	登録された報告書毎に情報共有先を選択、または非公開を選択し完了処理ができること。
31	1	15	2	登録された報告書を複数選択し、一括での完了処理もできること。
31	1	15		統計機能
31	1	15	1	下記の集計結果はファイル形式による出力ができること。
31	1	15	2	統計分析
31	1	15	3	統計分析は一定期間の報告書件数または指標で集計できること。
31	1	15	4	指標の分子情報は集計軸で選択可能なこと。
31	1	15	5	報告書の件数集計は、軸項目として、縦軸を最大で3つ、横軸1つの設定ができること。
31	1	15	6	各指標に対する基準値を入力できること。
31	1	15	7	指標の場合、ファイル形式による出力時に指標と基準値を同時にグラフ表示できること。
31	1	15	8	統計分析画面の集計結果に該当する報告書を統計分析画面から参照できること。
31	1	15	9	集計条件はパターン登録できること。
31	1	15	10	利用状況
31	1	15	11	システム利用状況を確認できること。
31	1	16		改善対策作成・管理
31	1	16	1	医療安全管理室の指示や各部署で改善対策を策定し、医療安全管理者の確認・指導を受けることができること。
31	1	16	2	RCA・4M5E・SHEL・KYT・VTA・FMEA等の複数分析手法が入力できること。
31	1	16	3	RCAでは出来事流れ図・因果関係図・改善対策検討図・改善対策・評価の5つの画面を入力できること。また評価以外のどの画面からでも入力を開始できること。
31	1	16	4	4M5Eでは4M5Eシート・改善対策・評価の3つの画面を入力できること。また評価以外のどの画面からでも入力を開始できること。
31	1	16	5	SHELではSHELシート・改善対策・評価の3つの画面を入力できること。また評価以外のどの画面からでも入力を開始できること。
31	1	16	6	KYTではインシデントKYTシート・改善対策・評価の3つの画面を入力できること。また評価以外のどの画面からでも入力を開始できること。
31	1	16	7	VTAでは時系列事象関連図・因果関係図・改善対策検討図・改善対策・評価の5つの画面を入力できること。また評価以外のどの画面からでも入力を開始できること。
31	1	16	8	FMEAでは失敗モード列挙・優先順位決定・改善対策検討・改善対策・評価の5つの画面を入力できること。また評価以外のどの画面からでも入力を開始できること。
31	1	16	9	各画面において、関連するデータを連動させながら入力できること。
31	1	16	10	各画面において、ファイル形式による出力ができること。
31	1	16	11	改善対策は評価予定開始（終了）日・評価開始（終了）日・評価者等を設定できること。
31	1	16	12	登録した改善対策は関係部署へ通知できること。
31	1	16	13	通知された改善対策について通知先の職員とコメント欄を利用して意見のやりとりができること。
31	1	16	14	登録した改善対策は通知先を指定して職員へ情報公開できること。
31	1	16	15	登録した改善対策や通知、情報公開された改善対策は検索できること。 検索結果はファイル形式による出力ができること。
31	1	16	16	改善対策報告書」と「評価」のみでの登録ができること。
31	1	17		日本医療機能評価機構への報告データ作成機能
31	1	17	1	2010年からの新報告体制に準じ、ヒヤリ・ハット事例と医療事故情報のデータ書式をXMLファイル形式で作成でき、発生件数報告も集計できること。
31	1	18		院内教育研修
31	1	18	1	教材は、SCORM規格に対応したコンテンツや医療機関で作成したファイルや動画等を登録できること。（但し、avi、wmv、mp4（H.264以外）形式のファイルは除く。）
31	1	18	2	権限により教材の搭載、対象受講者等の教材の設定、受講対象職員の受講状況検索ができること。
31	1	18	3	教材単位に受講開始日と受講終了日を設定し自動配信できること。
31	1	18	4	教材を受講できる最大人数や時刻帯などの配信制限ができること。
31	1	18	5	医療機関独自のテスト・アンケートを作成できること。
31	1	18	6	テストは合格基準点と配点を設定でき、合格・不合格を確認できること。
31	1	18	7	作成したテスト・アンケートは集計できること。
31	1	18	8	教材はフォルダ毎に管理する事ができること。
31	1	18	9	第一階層のフォルダに管理者を設定することができ、設定された管理者はフォルダ内の教材の編集や受講状況等を確認できること。

31				インシデントシステム
31	1	18	10	教材に関連する資料等をライブラリとして登録できること。
31	1	18	11	集合研修の出席者データをe-Learningシステムに取込み管理できること。
31	1	18	12	取込んだ出席者データを元に出席者（欠席者）へのみテスト・アンケートの配信や、フォロー教材を配信できること。
31	1	19		電子カルテ、オーダーリングシステムとの連携
31	1	19	1	電子カルテ、オーダーリングシステムにログオンした状態から、パラメーターを受け取ることで、ID、パスワードの入力なしでシステムメニューを表示できること。（シングルサインオン）
31	1	19	2	電子カルテ、オーダーリングシステムと、職員情報（氏名、所属、ID、パスワード、等）、患者情報（氏名、性別、年齢、ID、等）を連携できること。
31	1	20		ポップアップ通知機能
31	1	20	1	電子カルテにログオン時、特定条件に該当する情報が登録された場合、端末（電子カルテ端末タスクバー通知領域）上にポップアップでお知らせができること。

32				感染管理システム
32	1			機能
32	1	1		各種システム設定
32	1	1	1	職員をグループ分けすることで、グループ権限毎に使用できる機能の範囲(入力、削除、出力)や表示内容を設定できること。
32	1	1	2	権限により、メニュー表示する機能を設定できること。
32	1	1	3	画面の表示サイズを変更できること。(但し、e-Learning：受講画面等の一部機能は除く。)
32	1	2		アクセスログ
32	1	2	1	アクセスログが取得できること。
32	1	3		ログオン認証
32	1	3	1	ユーザーIDとパスワードによる認証が出来ること。
32	1	3	2	初期パスワードからパスワードを変更することにより、職員自身でのパスワードを管理できること。また、管理者がパスワードを再発行できること。 ただし、パスワード変更可能な職員はシングルサインオンを利用しない職員のみとする。
32	1	4		検索機能
32	1	4	1	検索画面内の複数の条件項目の組み合わせで検索条件を指定できること。
32	1	4	2	検索画面毎に頻度の高い検索条件パターンは、パターン登録を行っており、パターン選択で条件を設定できること。
32	1	4	3	検索画面毎に検索結果一覧の表示項目と項目の表示順を設定できること。
32	1	4	4	検索結果一覧より対象データを選択し、各種入力画面が開くこと。
32	1	4	5	検索結果一覧はファイル形式による出力ができること。
32	1	5		統計機能
32	1	5	1	集計時に縦軸/横軸の設定ができること。
32	1	5	2	条件の絞り込みができること。
32	1	5	3	頻度の高い条件パターンは、パターン登録を行っており、パターン選択で条件の設定ができること。また、パターン登録したもので一括出力できること。 (パターン登録の一括出力は感染チームを除く)
32	1	5	4	集計結果はファイル形式による出力ができること。
32	1	5	5	集計結果を出力しグラフ表示できること。
32	1	6		掲示板
32	1	6	1	情報共有のために、医療機関で作成したファイル等を掲示できること。
32	1	6	2	掲載期限を設定できること。
32	1	6	3	文書ごとに閲覧状況(既読・未読)を確認できること。
32	1	6	4	掲示内容について、コメントの登録ができること。
32	1	6	5	管理者は掲示板フォルダの新規作成・削除ができること。また、フォルダ毎に閲覧範囲(権限グループ、所属、職員個別)を設定できること。
32	1	7		患者ラウンド
32	1	7	1	各患者検索画面でラウンドが必要な患者を抽出し、ラウンド予定の作成ができること。
32	1	7	2	患者ラウンド結果(指示、コメント等)の記録と写真添付ができること。また、記録内容をファイル形式で出力できること。
32	1	7	3	患者ラウンドのコメントはテンプレートより選択できること。
32	1	8		コンサルテーション
32	1	8	1	連絡事項をやり取りできること。
32	1	8	2	届いた連絡事項は検索画面で検索できること。
32	1	9		患者情報集中画面
32	1	9	1	患者の入力状況を表示できること。
32	1	10		患者情報表示機能
32	1	10	1	入力画面上に患者基本情報、移動情報などを表示でき、参照しながら入力操作ができること。
32	1	11		一括出力機能
32	1	11	1	指定した期間に登録している情報を患者単位に一括で出力できること。出力対象とする画面はチェックボックス選択形式で指定できること。
32	1	12		資料添付機能
32	1	12	1	患者単位に患者に関する資料を複数添付できること。
32	1	13		患者一覧表示
32	1	13	1	入院患者を対象に以下の一覧が表示できること。
32	1	13	2	・菌検出患者
32	1	13	3	・菌検出未確認患者
32	1	13	4	・感染疑い患者
32	1	13	5	・感染報告書未作成患者
32	1	13	6	・抗菌薬超過患者
32	1	13	7	・ICU部門報告書未作成患者
32	1	13	8	・一時保存(入力画面が外来患者も対象とする場合は、外来患者も含まれる。)
32	1	14		入力画面
32	1	14	1	登録した内容または訂正履歴を時系列に表示できること。 但し、検査結果簡易入力、分離菌ウイルス補足入力、患者予防策、病室予防策、マスタ保守画面は除く。
32	1	14	2	登録済みデータの参照・訂正・削除ができること。
32	1	14	3	登録した内容はファイル形式で出力ができること。
32	1	14	4	各入力画面は排他制御を行っていること。
32	1	14	5	各入力項目は必要に応じて必須入力項目の設定ができ、漏れがあった場合には注意喚起ができること。
32	1	14	6	仮想統合 ORACLESQL系サーバ
32	1	15		患者情報集中画面

32				感染管理システム
32	1	15	1	患者基本情報、診療データ（体温、CRP、WBCなど）、感染状況及び感染履歴、デバイス装着情報、手術・SSI情報、使用抗菌薬情報、検査データ及び感受性情報、経路別予防策状況が表示できること。
32	1	15	2	診療データはグラフ表示できること。表示期間を変更し再表示ができること。
32	1	15	3	検査データの細菌検体コメント、検出された分離菌及び分離菌毎の抗菌薬感受性が表示できること。
32	1	15	4	画面に表示している内容について、ファイル形式による出力ができること。
32	1	15	5	利用者ごとに注目する患者については個人管理ができること。また、個人管理中の患者については菌検出患者一覧で確認できること。
32	1	16		病棟マップ機能
32	1	16	1	病棟マップ上で医療機関の病棟フロアレイアウトに沿った病室配置やその他設備（ナースステーション、トイレなど）を表示できること。病室内表示ではベッドの配置、入口、その他設備を表示できること。また全体⇄各病棟フロア⇄病室の表示切替ができること。
32	1	16	2	マスタメンテナンス画面にて病棟マップレイアウトの追加、変更ができること。
32	1	16	3	全体表示では、各病棟フロア毎に患者数、監視対象分離菌の検出状況を表示できること。
32	1	16	4	各病棟フロア表示では、監視対象菌の検出状況、感染・保菌状況等を表示できること。
32	1	16	5	時系列表示機能により、過去に遡ってベッド配置や菌検出及び感染状況の遷移を視覚的に把握できること。
32	1	16	6	病棟フロアマップ表示では、病室単位または患者単位で経路別予防策（接触・飛沫・空気等）を任意で設定／解除できること。設定した予防策情報は病棟フロアマップと病室マップに表示され、職員への注意喚起ができること。さらに各病棟フロア毎の予防策設定状況を一覧で表示できること。
32	1	16	7	病棟フロアマップは、ファイル形式による出力ができること。
32	1	17		感染源経路探索機能
32	1	17	1	基準として選択した患者と同室患者の移動情報を表示し、さらに同室期間を同じ色で示すことで視覚的に把握できること。
32	1	17	2	基準として選択した患者と接触した患者（同室歴のある患者）を一覧で表示し、接触時間などを把握できること。
32	1	17	3	基準として選択した患者に複数の入院歴がある場合、前後の入院期間の同室患者情報を表示できること。
32	1	17	4	画面に表示した情報はファイル形式による出力ができること。
32	1	17	5	選択した時点での病棟マップを表示し、視覚的にベッド配置を把握できること。
32	1	17	6	病棟マップからダイレクトに感染経路探索ができること。
32	1	18		アウトブレイク表示機能
32	1	18	1	検出された監視対象菌分類に対し、病棟単位に注意レベル・警告レベルの2段階の閾値をアラート表示条件値として設定できること。条件値として発生患者数または発生率のどちらかを選択できること。また条件値は変更できること。
32	1	18	2	閾値に達した病棟は、自動的にアラート表示できること。また、集計対象として院内・持込区分と感染・保菌状態を指定することができ、院内のみ又は感染のみ等、条件を絞って表示できること。
32	1	19		感染疑い患者表示機能
32	1	19	1	条件値（検体、体温、白血球（WBC）等）を設定でき、条件に一致した場合にBSI、UTI、VAP等の感染疑い患者としてピックアップができること。
32	1	19	2	患者の感染疑いを個別に対象外登録、また対象外取消ができること。
32	1	20		デバイス感染情報入力
32	1	20	1	デバイス種別毎に血流感染症（BSI）・尿路感染症（UTI）・人工呼吸器関連肺炎（VAP）の患者感染情報の入力・訂正・削除ができること。
32	1	20	2	患者の感染日・各種分子情報を入力して確定することで、デバイスデイズによる感染率の分子として自動処理できること。
32	1	20	3	入力された内容は、ファイル形式に出力できること。
32	1	21		手術/SSI情報入力
32	1	21	4	手術情報及びSSI情報の入力・訂正・削除ができること。
32	1	21	5	入力された内容は、ファイル形式に出力できること。
32	1	22		検査補足情報入力
32	1	22	6	患者の検査情報に対して、院内/持込の入力ができること。
32	1	22	7	患者の検査情報中のウィルス細菌情報に対して、陰性/陽性、コンタミネーションの入力ができること。
32	1	23		デバイス設定機能
32	1	23	8	患者個別のデバイス装着状況の設定ができること。
32	1	24		デバイス一括設定機能
32	1	24	9	デバイス装着状況の設定が病棟・月別一括設定できること。
32	1	25		院内分離菌感染状況管理機能
32	1	25	1	データ連携で取り込んだ分離菌の感染状況を、「未確認」「保菌」「感染」のステータスで管理できること。保菌を確認した場合や、感染症を発症した場合、該当する状況を手動で選択することにより、ステータスを変更できること。
32	1	25	2	データ連携で取り込んだ分離菌の感染状況をマスタ設定により監視対象菌分類毎に「保菌」「感染」のステータスに自動的に設定できること。
32	1	25	3	感染状況は、分離菌情報一覧・患者情報集中画面・病棟MAP等から確認できること。
32	1	26		分離菌非表示機能
32	1	26	1	分離菌を検出した患者一覧から、予め設定した分離菌非表示条件の合致状況が確認ができること。一覧表示内容はファイル形式に出力できること。
32	1	26	2	分離菌非表示条件に合致した分離菌を対象とし、自動的に非表示処理ができること。若しくは任意患者を選択し手動により非表示処理もできること。
32	1	26	3	分離菌非表示条件は、対象の分離菌や検体ごとに最後の検査からの経過日数や菌が検出されない連続回数を設定できること。
32	1	26	4	非表示を行った後でも、院内分離菌再表示画面より再表示の処理を行うことで表示状態に戻すことができること。
32	1	27		院内感染症発生報告
32	1	27	1	感染症発生患者に対して、菌毎に院内向け感染報告書（当社指定書式）が作成できること。
32	1	27	2	作成した感染報告書は感染報告書検索画面で検索し訂正・削除ができること。また検索結果一覧はファイル形式による出力ができること。

32				感染管理システム
32	1	28		検査結果簡易入力
32	1	28	1	データ連携で取り込む分離菌以外に患者の検査結果の入力ができること。また入力した検査結果は訂正、削除ができること。
32	1	29		感受性パターンチェック機能
32	1	29	1	分離菌毎に各患者の薬剤感受性パターンをチェックし、ナンバリングができること。
32	1	30		患者検索
32	1	30	1	以下の患者検索ができること
32	1	30	2	・デバイス関連患者検索 デバイス装着患者、感染者の検索ができること。
32	1	30	3	・デバイス感染情報検索 デバイス感染者（BSI、UTI、VAP）の検索ができること。
32	1	30	4	・SSI関連患者検索 手術実施患者、SSI患者の検索ができること。
32	1	30	5	・抗菌薬関連患者検索 抗菌薬使用患者に対し、分離菌の検出情報を監視対象菌・検体で絞り込んで表示できること。
32	1	30	6	・抗菌薬使用履歴検索 抗菌薬の種類や薬剤別に日ごとの投与量を時系列に表示できること。
32	1	30	7	・院内分離菌患者検索 検体別の分離菌検出患者の検索ができること。
32	1	30	8	・検査材料検索 検査の実施、実施した検体材料、検体材料から分離された検出菌、またはウイルス検査結果、検体検査結果の検索ができること。
32	1	31		統計機能
32	1	31	1	デバイス関連
32	1	31	2	BSI・UTI・VAPのサーベイランス感染率、感染件数、デバイスデイズの自動集計ができること。
32	1	31	3	病棟単位にBSI、UTI、VAPの感染率、使用比をJHAIS等の値と比較できること。
32	1	31	4	SSI関連
32	1	31	5	SSIの感染率、発生数、発生率をリスクインデックス別に自動的に集計できること。また集計単位として手技別、医師別、年代別、病棟別が選択できること。
32	1	31	6	SSI分析ではSIR（標準化感染比）の表示ができること。
32	1	31	7	SIRでは、JHAIS等の指標と比較できること。
32	1	31	8	抗菌薬関連
32	1	31	9	電子カルテなどから取り込んだ抗菌薬使用情報より以下の統計分析ができること。
32	1	31	10	・抗菌薬略号別の使用密度（AUD、DOT、AUD/DOT）
32	1	31	11	・薬剤別（総使用量(g)、使用人数、1人当たりの使用量(g)）
32	1	31	12	薬剤感受性率（アンチバイオグラム）
32	1	31	13	薬剤感受性率（アンチバイオグラム）の集計結果について、指定した感受性率を超えた箇所を色分けして表示できること。
32	1	31	14	分離菌毎、分離菌・検査材料毎の感受性率を月別または年別に集計できること。
32	1	31	15	院内分離菌関連
32	1	31	16	電子カルテなどから取り込んだ院内分離菌情報より、月別または指定した期間内の新規検出数、検体材料別検出数を集計できること。
32	1	31	17	対象期間・分離菌を指定して、病棟・診療科・検体・年別・月別等で2次元クロス集計ができること。
32	1	32		針刺し切創・皮膚粘膜曝露
32	1	32	1	針刺し切創・皮膚粘膜報告書を使用する事により、職業感染制御研究会から発行されているエピネット日本版報告書式（A:針刺し・切創報告書（一般）、B:皮膚・粘膜曝露報告書（一般）、AO:針刺し・切創報告書（手術部）、BO:皮膚・粘膜曝露報告書（手術部））が出力できること。 但し、入力項目は固定です。
32	1	32	2	登録した報告書について、集計できること。
32	1	32	3	針刺し切創・皮膚粘膜曝露報告書（確認が必要な報告書）の一覧を表示できること
32	1	33		手指衛生管理機能
32	1	33	1	衛生材料の使用実績を画面で入力できること。
32	1	33	2	登録した衛生材料から、使用量、1000患者あたりの使用量、患者一人当たりの手洗い回数を自動集計できること。また分離菌新規検出状況、デバイス感染率等との相関関係を表示し、ファイル形式による出力ができること。
32	1	34		院内環境ラウンド支援機能
32	1	34	1	医療機関別の環境ラウンド項目を設定し、環境ラウンドチェックシートの作成ができること。
32	1	34	2	環境ラウンドチェックシートでは、ラウンド実施者、部署、実施期間、ラウンド結果を選択形式で入力することができ、写真の添付や備考・総評コメントの入力ができること。また記録内容はファイル形式による出力ができること。
32	1	34	3	環境ラウンドチェックシートの結果を時系列表示できること。
32	1	35		各種報告機能
32	1	35	1	厚生労働省 院内感染対策サーベイランス（JANIS）へ以下の報告用データを作成できること。
32	1	35	2	・手術部位感染（SSI）部門
32	1	35	3	・全入院部門報告
32	1	35	4	・集中治療室（ICU）部門
32	1	35	5	日本環境感染学会（JHAIS）へ以下の報告用データを作成できる。
32	1	35	6	・手術部位感染サーベイランス部門
32	1	36		電子カルテ、オーダリングシステムとの連携
32	1	36	1	電子カルテ、オーダリングシステムにログオンした状態から、パラメーターを受け取るにより、ID、パスワードの入力なしでシステムメニューを表示できること。（シングルサインオン）
32	1	36	2	電子カルテ、オーダリングシステムと、職員情報（氏名、所属、ID、パスワード、等）、患者基本情報（氏名、性別、年齢、ID、等）、患者移動情報の連携ができること。

32				感染管理システム
32	1	36	3	電子カルテ、オーダーリングシステムと、分離菌検査情報、薬剤情報、デバイス情報、手術情報、バイタル情報（体温等）、検査値情報の連携ができること。また、分離菌検査情報、薬剤情報については外来患者の連携ができること。
32	1	37		院内教育研修
32	1	37	1	教材は、SCORM規格に対応したコンテンツや医療機関で作成したファイルや動画等を登録できること。（但し、avi、wmv、mp4（H.264以外）形式のファイルは除く。）
32	1	37	2	権限により教材の搭載、対象受講者等の教材の設定、受講対象職員の受講状況検索ができること。
32	1	37	3	教材単位に受講開始日と受講終了日を設定し自動配信できること。
32	1	37	4	教材を受講できる最大人数や時刻帯などの配信制限ができること。
32	1	37	5	医療機関独自のテスト・アンケートを作成できること。
32	1	37	6	テストは合格基準点と配点を設定でき、合格・不合格を確認できること。
32	1	37	7	作成したテスト・アンケートは集計できること。
32	1	37	8	教材はフォルダ毎に管理する事ができること。
32	1	37	9	第一階層のフォルダに管理者を設定することができ、設定された管理者はフォルダ内の教材の編集や受講状況等を確認できること。
32	1	37	10	教材に関連する資料等をライブラリとして登録できること。
32	1	37	11	集合研修の出席者データをe-Learningシステムに取込み管理できること。
32	1	37	12	取込んだ出席者データを元に出席者（欠席者）へのみテスト・アンケートの配信や、フォロー教材を配信できること。

33				統計
33	1			病院独自様式の統計帳票
33	1	1		医事統計
33	1	1	1	入院患者数日報
33	1	1	2	入院患者数月報
33	1	1	3	入院患者数年報
33	1	1	4	外来患者数日報(月報)(年報)
33	1	1	5	入院患者台帳(期間指定、出力順の指定)
33	1	1	6	退院患者台帳(期間指定、出力順の指定)
33	1	1	7	在院患者台帳(期間指定、出力順の指定)
33	1	1	8	救急患者数日報(時間別・入外別・救急車)
33	1	1	9	救急車搬入患者傷病名調査(期間指定)
33	1	1	10	入院(外来)医師別患者数(月報・年報)
33	1	1	11	行為別集計表(期間指定)
33	1	1	12	科別収益集計表(月報・年報)
33	1	1	13	平均在院日数調書(期間指定)
33	1	1	14	手術台帳(電カル)
33	1	1	15	手術件数調書(科別・麻酔別)
33	1	1	16	紹介率調書(期間指定)
33	1	1	17	逆紹介率調書(期間指定)
33	1	1	18	入院市町村別診療科別患者数調書(期間指定)
33	1	1	19	外来市町村別診療科別患者数調書(期間指定)
33	1	1	20	入院年齢別診療科別患者数調書(期間指定)
33	1	1	21	外来年齢別診療科別患者数調書(期間指定)
33	1	1	22	調定日計表(収益科目別)
33	1	1	23	調定内訳(入院、外来文書、減額等別)
33	1	1	24	収入金日計表(POS、入金機、窓口)
33	1	1	25	収入金内訳(入院、外来等別)
33	1	1	26	未収金一覧
33	1	1	27	施設基準等チェック表(項目・期間指定)
33	1	1	28	がん統計(患者数、手術、化学療法、放射線治療等(部位別))
33	1	1	29	レセプト関係統計(請求額等)
33	1	1	30	入院基本料の施設基準等に係る届出添付書類(様式9)
33	1	1	31	7対1入院基本料に係る患者の重症度・看護必要度(様式10)
33	1	1	32	回復期リハ病棟における重症度、回復度調書
33	1	1	33	外泊リスト(期間指定、電カルと医事との突合)
33	1	1	34	食数リスト(期間指定、電カルと医事との突合)
33	1	1	35	入院中患者における限度額認定証所持者リスト(期間指定)
33	1	1	36	基金コード未登録リスト(期間指定)
33	1	1	37	材料使用料統計(期間指定)
33	1	1	38	医師別患者数調書(期間指定)
33	1	1	39	医師別診療額調書(期間指定)
33	1	1	40	診療場所別診療額調書(期間指定)
33	1	1	41	病院指標 DPCデータを用いた病院指標 7項目(ホームページでの公開) 1)年齢階級別退院患者数 2)診療科別症例数トップ3 3)初発のV大願のUICC病気分類別並びに再発患者数 4)成人市中肺炎の重症度別患者数 5)脳梗塞のICD10別患者数 6)診療科別主要手術の術前・術後日数、症例数トップ3 7)その他(DIC、敗血症、その他の真菌症、手術処置等の合併症などの請求率等)
33	1	1	42	日本病院会 QIプロジェクトの指標項目(DPCデータ分を含む)
33	1	1	43	上記以外に10帳票類の定型統計を作成すること
33	1	2		診療情報統計
33	1	2	1	総退院患者数及び統計対象科
33	1	2	2	退院患者概要
33	1	2	3	診療科別 構成一覧(退院患者数・死亡患者数・平均在院日数・平均年齢)
33	1	2	4	診療科別・月別・退院患者数
33	1	2	5	診療科別・在院期間別・退院患者数
33	1	2	6	診療科別・年齢階層別・退院患者数
33	1	2	7	診療圏別・退院患者概要(退院・死亡別)
33	1	2	8	診療圏別・月別・退院患者数
33	1	2	9	診療圏別・診療科別・退院患者数
33	1	2	10	大分類・退院患者数
33	1	2	11	大分類・診療科別・退院患者数
33	1	2	12	大分類・月別・退院患者数
33	1	2	13	仮想統合_ORACLESQL系サーバ
33	1	2	14	大分類・在院期間別・退院患者数
33	1	2	15	大分類・年齢階層別・退院患者数
33	1	2	16	大分類・診療圏別・退院患者数
33	1	2	17	大分類・退院転帰別・退院患者数
33	1	2	18	疾病上位30位退院患者数(小分類)
33	1	2	19	診療科別 上位5位退院患者数(小分類)
33	1	2	20	悪性新生物上位20位退院患者
33	1	2	21	悪性新生物上位20位死亡退院患者数・平均在院日数・平均年齢
33	1	2	22	診療科別・年齢階層別・悪性新生物退院患者数
33	1	2	23	診療科別・在院期間別・悪性新生物退院患者数

33				統計
33	1	2	24	診療科別・月別・手術件数
33	1	2	25	手術分類別(大分類)・在院期間別・手術件数
33	1	2	26	
33	1	2	26	診療科別・月別・死亡患者数
33	1	2	27	診療科別・年齢階層別・死亡患者数
33	1	2	28	診療科別・在院期間別・死亡患者数
33	1	2	29	疾病別(大分類)・死亡患者数
33	1	2	30	疾病別(大分類)・年齢階層別・性別・死亡患者数
33	1	2	31	月別・分娩件数
33	1	2	32	年齢別・初産・分娩件数
33	1	2	33	在胎期間別・分娩形態別・分娩件数
33	1	2	34	在胎期間別・新生児数(多胎数)
33	1	2	35	体重別・性別・新生児数
33	1	2	36	手術分類中分類別手術件数上位15位
33	1	2	37	院内死亡率
33	1	2	38	再入院率
33	1	2	39	在院90日を超えた患者数
33	1	2	40	肝臓治療別件数
33	1	2	41	肺炎死亡率
33	1	2	42	心不全死亡率
33	1	2	43	退院時要約作成率
33	1	2	44	月毎総退院患者数前年度比較
33	1	2	45	月毎診療科別退院患者数前年度比較
33	1	2	46	糖尿病患者の血糖コントロールHbA1c(NGSP)＜7.0%
33	1	2	47	救急車来院入院率
33	1	2	48	対診率
33	1	2	49	術後10日以内死亡率
33	1	2	50	急性心筋梗塞における退院時アスピリン処方率
33	1	2	51	乳がんStage I の患者に対する温存手術施行率
33	1	2	52	診療科別退院時要約作成率
33	1	2	53	診療科別クリニカルパス使用率
33	1	2	54	がん診療連携拠点病院 院内がん登録 標準登録様式(最新年度修正版)
33	1	2	55	がん登録データからのがん統計 1)がん登録数(年別) 2)部位別・年齢階級別 3)診療圏別内訳 4)主要5部位 治療前ステージ登録数の割合(全国との比較) 5)主要5部位 ステージ(治療前・UICC)別治療方法(上皮内癌含む) 6)症例区分別 7)来院経路別 8)発見経緯別 9)京都市内がん連携拠点病院比較 10)胃がんについて 11)大腸癌について
33	1	2	56	外来及び救急室から入院になった患者のデータ
33	1	2	57	上記以外に10帳票類の定型統計を作成すること
33	2			共通
33	2	1		CSV出力機能
33	2	1	1	各種統計帳票をCSVファイルに出力できること。
33	2	2		その他
33	2	2	1	必要に応じた統計帳票がユーザー側で簡単に出力できる機能を有すること)