

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1						電子カルテシステム	
1	4					チーム医療	
1	4	1				共通機能	
1	4	1	1			チーム医療の関係者がチーム医療の対象患者に対して介入依頼オーダーの発行ができること。	○
1	4	1	2			各チームの介入依頼オーダーに含まれる項目は自由に設定できること。	○
1	4	1	3			各チームの介入依頼オーダーは、患者プロフィール、病名などの患者基本情報を引き継いで表示できること。	○
1	4	1	4			チームについてはマスタメンテナンス機能によりNST、ICT、褥瘡管理、緩和ケア、嚥下ケア、PEG、糖尿管理、認知症ケア等、チームの追加、修正、削除の管理ができること。	○
1	4	1	5			チームについては各チームの配下にグループを登録できること。	
1	4	1	6			介入依頼オーダーの発行時にそのチームメンバーに対して、ToDo機能によって依頼が来たことを通知できること。	○
1	4	1	7			チームへの介入状況として、新規依頼、再依頼、介入中、却下、介入終了のステータスを管理できること。	○
1	4	1	8			介入状況が新規依頼、再依頼、介入中の状態の患者に対し、同一チームの介入依頼オーダーの発行を発行しようとした場合は重複チェックが実施できること。	
1	4	1	9			チーム介入依頼オーダーを発行した時点で、チーム医療患者一覧上に該当患者の情報が表示できること。	○
1	4	1	10			チーム医療患者一覧から、各チームの介入依頼状況が確認でき、介入依頼オーダーに対して受付・却下ができること。	○
1	4	1	11			介入依頼オーダーに対して却下場合はその理由の入力ができること。	○
1	4	1	12			チーム医療患者一覧で参照したいチームを選択することにより、以下の情報が表示できること。 ・病棟、病室、診療科、患者ID、患者名、カナ氏名、性別、年齢、介入チーム名、介入状況、次回回診予定日、入院日、退院日、依頼日、受付日、介入終了日、入院目的、入院病名、主担当医、担当看護師、入外区分	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	4	1	13			チーム医療患者一覧は下記条件を検索条件として指定できること。 ・チーム ・日付指定（受付日、入院日、退院日、依頼日） ・介入状況 ・入外区分 ・病棟 ・診療科 ・患者ID	○
1	4	1	14			各チームの介入依頼オーダーの依頼コメント（全角25文字以内）を、チーム医療患者一覧に表示できること。	○
1	4	1	15			チーム医療患者一覧の検索条件を利用者別に保存できること。	○
1	4	1	16			チーム医療患者一覧の検索結果の件数を表示できること。	○
1	4	1	17			検索結果表示部分の列名をクリックすることでソートができること。	○
1	4	1	18			チーム医療患者一覧で表示できる項目についてはマスタ管理により表示、非表示の切り替えと並び替えができること。	○
1	4	1	19			チーム医療患者一覧で複数指定による参照ができること。	
1	4	1	20			チーム医療患者一覧の内容を印刷できること。	○
1	4	1	21			チーム医療患者一覧の内容をファイル出力できること。	○
1	4	1	22			チーム医療患者一覧からチームごとの記録文書を起動し、過去の記録文書の参照と新規入力ができること。	○
1	4	1	23			各チームの管理対象文書は、各チーム毎にグルーピングでき、マスタメンテナンス画面から追加・削除できること。	○
1	4	1	24			チーム医療患者一覧から介入依頼オーダーの参照ができること。	○
1	4	1	25			チーム医療患者一覧からカルテの起動ができること。	○
1	4	1	26			チーム医療患者一覧から経過表の起動ができること。	
1	4	1	27			チーム医療患者一覧から検歴一覧の起動ができること。	○
1	4	1	28			チーム医療患者一覧から摂取栄養量画面が起動できること。	
1	4	1	29			チーム医療患者一覧からテンプレートビューアが起動できること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	4	1	30			チーム医療患者一覧から再診予約オーダ画面を起動でき、次回回診予定が入力できること。また、選択可能な予約枠は対象のチームに設定された予約枠のみに絞り込みができること。	
1	4	1	31			回診予約情報は看護ワークシートに反映できること。	○
1	4	1	32			各チームの回診記録作成時に、前回記載内容を流用して新規作成ができること。	○
1	4	2				NST	
1	4	2	1			SGA	
1	4	2	1	1		入院時の栄養状態問診のため、SGAシートを記載できること。	○
1	4	2	1	2		SGAシートは、患者プロフィール情報（身長、体重など）を取得し、SGAシートの項目として初期表示できること。	○
1	4	2	1	3		SGAシートは、BMIや活動係数、障害係数などの栄養評価に必要な項目を入力できること。	○
1	4	2	1	4		SGAシートの問診内容を追加、修正可能とし、設定により栄養管理計画書及びスクリーニング表連携ができること。	○
1	4	2	1	5		SGAシートで入力した栄養判定は栄養管理患者一覧と連携し、栄養管理患者一覧に表示できること。	○
1	4	2	1	6		入院予定の患者に対してあらかじめSGAシートを作成することが可能なこと。	○
1	4	2	1	7		外来で作成したSGAシートの内容については入院時のSGAシートで引用することが可能なこと。	○
1	4	2	1	8		入院SGAシートから外来SGAシート評価画面が参照可能なこと。	○
1	4	2	1	9		入院危険因子評価票から外来危険因子評価票評価画面が参照可能なこと。	○
1	4	2	2			栄養管理	
1	4	2	2	1		栄養管理計画書記載対象の患者を栄養管理患者一覧により把握できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様								必須
1	4	2	2	2			栄養管理患者一覧は下記条件にて検索できること。 ・作成対象患者 －入院日から1～3日以上経過 －退院済み －再評価 ・患者ID ・保留患者 ・入院日・退院日・作成日について期間選択、または現在入院中 －未作成、作成済、対象外 ・担当栄養士 ・担当医師 ・担当看護師 ・現在病棟 ・現在診療科 ・SGA評価	○
1	4	2	2	3			栄養管理患者一覧にて、栄養管理計画書の下記状態ごとの検索結果件数が表示できること。 ・未作成 ・作成済 ・保留 ・対象外	○
1	4	2	2	4			栄養管理患者一覧から、スクリーニング表の一括印刷ができること。	○
1	4	2	2	5			栄養管理患者一覧の一覧印刷およびファイル出力ができること。	○
1	4	2	2	6			栄養管理患者一覧の検索条件を利用者ごとに保存できること。	
1	4	2	2	7			栄養管理患者一覧で抽出した患者に対して、栄養管理計画書を記載できること。	○
1	4	2	2	8			栄養管理患者一覧で抽出した患者に対して、NST介入依頼ができること。	○
1	4	2	2	9			栄養管理患者一覧から、摂取栄養量画面を起動できること。	
1	4	2	2	10			栄養管理患者一覧上のすべてのレコードを一括で選択、もしくは非選択ができること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	4	2	2	11	<p>栄養管理患者一覧にて、下記内容が確認できること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者ID、氏名 ・ 性別、年齢 ・ 入院日 ・ SGAシートにて入力した栄養状態評価 ・ 栄養管理計画書にて入力した栄養状態評価 ・ 退院日 ・ 作成日 ・ 栄養管理計画書記載回数 ・ 栄養管理計画書記載状況 ・ NSTチーム介入状況 ・ 診療科、病棟、病室 ・ 主担当医、担当医、担当看護師、栄養士 1、栄養士 2 ・ 入院主病名 	○
1	4	2	2	12	<p>栄養管理計画書は、患者プロフィール情報（身長、体重など）を取得し、栄養管理計画書の項目として初期表示できること。</p>	○
1	4	2	2	13	<p>栄養管理計画書は、移動オーダより担当医、担当看護師を取得し、栄養管理計画書の項目として初期表示できること。</p>	○
1	4	2	2	14	<p>栄養管理計画書は、現在の食事情報を初期表示できること。</p>	○
1	4	2	2	15	<p>栄養管理計画書から検査結果の参照できること。</p>	○
1	4	2	2	16	<p>栄養管理計画書は、あらかじめ定型文をマスタ登録しておくことで入力項目を定型文から選択できること。</p>	○
1	4	2	2	17	<p>栄養管理計画書は、栄養指導の必要性和と予定時期の入力ができること。</p>	○
1	4	2	2	18	<p>栄養管理計画書は、次回の栄養管理計画立案日を設定できること。設定した次回評価日は、栄養管理計画一覧と連動し、記載しなければならない計画書の検索ができること。</p> <p>また、栄養状態の評価と連動して、次回立案日を自動設定もできること。</p>	○
1	4	2	2	19	<p>栄養管理計画書は、「確定」保存と、「保留」保存の2種類の保存ステータスを選択して計画書を保存できること。ステータスは栄養管理計画一覧と連動し、検索条件として指定できること。</p>	○
1	4	2	2	20	<p>栄養管理計画書について、入院後、最初の栄養管理計画書を確定保存したタイミングで、医事連携を行い、栄養管理加算を算定できること。</p>	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	4	2	2	21		栄養管理計画書は、病院固有の情報について栄養管理計画書画面上に任意に追加できること。また、印刷帳票（栄養管理計画書）についても追加項目が印字できること。	○
1	4	2	2	22		栄養管理計画書の確定時に、必須チェックを行うことができること。チェック項目はマスタ設定可能とし、職種ごとに必須項目を設定できること。	○
1	4	2	2	23		栄養管理計画書は、退院時及び終了時の総合評価の入力ができ、退院決定オーダの栄養評価を取得できること。	○
1	4	2	2	24		栄養管理計画書及びスクリーニング表は、設定により間食の栄養量についても表示できること。	○
1	4	2	2	25		栄養管理計画書では、画面上に表示、もしくは入力された項目を利用して四則演算ができること。	○
1	4	2	2	26		栄養状態スクリーニング表には、過去1週間の食事による栄養量、処方/注射薬による栄養量、及び両者の合算が表示できること。また、食事による栄養量は、経過表にて入力した喫食量を反映できること。	
1	4	2	3			アセスメント回診記録	
1	4	2	3	1		アセスメント回診記録は各職種ごとにSOAP形式での記録が登録できること。	○
1	4	2	4			摂取栄養量	
1	4	2	4	1		患者の喫食情報として、摂取栄養量画面による栄養量ごとの摂取情報を表示できること。	○
1	4	2	4	2		摂取栄養量画面は、エネルギー、水分、タンパク質などの栄養成分ごとの摂取量を表示できること。この栄養成分は、栄養成分マスタにて追加、変更ができること。	○
1	4	2	4	3		摂取栄養量画面は、給食部門システムと連携を行うことにより献立ごとの栄養量を表示できること。	○
1	4	2	4	4		摂取栄養量画面は、経過表の食事量と連携し、栄養量を表示できること。	○
1	4	2	4	5		摂取栄養量画面は、食事以外の摂取栄養情報として、注射オーダによる輸液や処方オーダによる経管栄養剤等の情報も表示できること。また、輸液や栄養剤の内容はマスタ登録したものを絞り込み表示できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	4	2	4	6		摂取栄養量画面は、各栄養成分ごとの1日量の合計、期間平均を表示できること。	○
1	4	2	4	7		摂取栄養量画面は、必要な患者情報を表示できること。 ・身長 ・体重 ・標準体重 ・BMI ・基礎代謝量（自動計算で表示 ※ Harris-Benedict 式） ・検査結果	○
1	4	2	5			NST回診履歴	
1	4	2	5	1		NST回診時の記録を時系列で表示できること。	○
1	4	2	5	2		回診履歴画面では、患者の年齢によりパターンを自動選択し、画面を展開することができること。	
1	4	2	5	3		回診履歴画面では、回診記録テンプレートに記載した内容を過去4回分1画面に表示でき、過去回診日を前後することができること。	○
1	4	2	5	4		回診履歴画面は、印刷できること。	
1	4	2	5	5		回診履歴画面では、アミノ酸量など検査値や栄養量以外のデータ入力ができること。また、データ間での四則演算ができること。	○
1	4	3				褥瘡管理	
1	4	3	1			褥瘡管理患者一覧	
1	4	3	1	1		褥瘡管理対象の患者を褥瘡管理患者一覧により把握できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	4	3	1	2		<p>褥瘡管理患者一覧は下記条件にて検索できること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者ID ・検索期間 <ul style="list-style-type: none"> －現在入院中 －入院中、入院日、退院日、入退院日における期間指定 ・病棟、診療科 ・下記項目のAND/OR指定 <ul style="list-style-type: none"> －自立度 －褥瘡リスク －介入状況 －褥瘡有無 －褥瘡発生場所 －ハイリスク項目 －重点的なケア ・下記文書の作成状態 <ul style="list-style-type: none"> －危険因子評価票 －褥瘡対策計画書 －褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書 	○
1	4	3	1	3		任意の検索条件の組み合わせを最大3パターンまでマスタ設定ができ、利用者によらず検索条件の展開ができること。	
1	4	3	1	4		褥瘡管理患者一覧に表示する患者レコードは、入院期間中の最新レコード/全レコード表示の切り替えができること。	○
1	4	3	1	5		褥瘡管理患者一覧にて、検索結果件数を表示できること。	○
1	4	3	1	6		褥瘡管理患者一覧の一覧印刷およびファイル出力ができること。	○
1	4	3	1	7		褥瘡管理患者一覧の検索条件を利用者ごとに保存できること。	
1	4	3	1	8		褥瘡管理患者一覧で抽出した患者に対して、危険因子評価票を記載できること。	○
1	4	3	1	9		褥瘡管理患者一覧で抽出した患者に対して、褥瘡対策計画書を記載できること。	○
1	4	3	1	10		褥瘡管理患者一覧で抽出した患者に対して、褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書を記載できること。	○
1	4	3	1	11		褥瘡管理患者一覧で抽出した患者に対して、褥瘡経過記録を記載できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	4	3	1	12		褥瘡管理患者一覧から、テンプレート記載情報の時系列表示画面を起動できること。	○
1	4	3	1	13		褥瘡管理患者一覧から、摂取栄養量画面を起動できること。	
1	4	3	1	14		褥瘡管理患者一覧から、カルテを起動できること。	○
1	4	3	1	15		<p>褥瘡管理患者一覧にて、下記内容を確認できること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者ID、患者氏名 ・性別、年齢 ・診療科、病棟、病室 ・入院日、退院日 ・自立度 ・褥瘡リスク ・褥瘡有無 ・褥瘡発生 ・回数 ・ハイリスク項目 ・重点的なケア ・褥瘡介入状況 ・NST介入状況 ・褥瘡管理加算 ・ハイリスク加算 ・危険因子評価票 作成状態、作成日、作成者、更新日、更新者 ・褥瘡対策計画書 作成状態、作成日、作成者、更新日、更新者 ・褥瘡リスクアセスメント票 作成状態、作成日、作成者、更新日、更新者、評価日、評価者 ・入院主病名 ・その他病名 ・入院目的 ・主担当医 ・担当医 ・担当看護師 	○
1	4	3	2			危険因子評価票	
1	4	3	2	1		危険因子評価票は、患者プロフィール情報（褥瘡有無など）を取得し、危険因子評価票の項目として初期表示できること。	
1	4	3	2	2		危険因子評価票は、担当医、担当看護師の情報を取得し、危険因子評価票の項目として初期表示できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	4	3	2	3		危険因子評価票は、褥瘡対策計画書及び褥瘡リスクアセスメント票との共通項目の入力内容を取得し、危険因子評価票の項目として初期表示できること。	○
1	4	3	2	4		危険因子評価は、厚生労働省危険因子評価、K式スケール、OH式スケール、ブレイデンスケールのいずれかでできること。	○
1	4	3	2	5		危険因子評価票は、画面上の項目を任意に追加・変更できること。	○
1	4	3	2	6		危険因子評価票は、印刷できること。	○
1	4	3	3			褥瘡対策計画書	
1	4	3	3	1		褥瘡対策計画書は、患者プロフィール情報（褥瘡有無など）を取得し、褥瘡対策計画書の項目として初期表示できること。	
1	4	3	3	2		褥瘡対策計画書は、担当医、担当看護師の情報を取得し、褥瘡対策計画書の項目として初期表示できること。	○
1	4	3	3	3		褥瘡対策計画書は、危険因子評価票及び褥瘡リスクアセスメント票との共通項目の入力内容を取得し、褥瘡対策計画書の項目として初期表示できること。	○
1	4	3	3	4		危険因子評価は、厚生労働省危険因子評価、K式スケール、OH式スケール、ブレイデンスケールのいずれかで評価できること。	○
1	4	3	3	5		褥瘡対策計画書は、看護計画連携を行い、立案された看護計画を引用できること。	○
1	4	3	3	6		褥瘡対策計画書について、褥瘡患者管理加算にチェック後、確定保存したタイミングで、医事連携を行い、褥瘡患者管理加算を算定することができること。	○
1	4	3	3	7		褥瘡対策計画書は、褥瘡ハイリスク項目、その他危険因子を入力できること。	○
1	4	3	3	8		褥瘡対策計画書は、退院時及び終了時の総合評価を入力できること。	○
1	4	3	3	9		褥瘡対策計画書は、画面上の項目を任意に追加・変更できること。	○
1	4	3	3	10		褥瘡対策計画書は、印刷できること。	○
1	4	3	4			褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	4	3	4	1		褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書は、患者プロフィール情報（褥瘡有無など）を取得し、褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書の項目として初期表示できること。	
1	4	3	4	2		褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書は、担当医、担当看護師の情報を取得し、褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書の項目として初期表示できること。	○
1	4	3	4	3		褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書は、危険因子評価票及び褥瘡対策計画書との共通項目の入力内容を取得し、褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書の項目として初期表示できること。	○
1	4	3	4	4		褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書は、褥瘡の発生が予測される部位及び褥瘡の発生部位を、シェーマを用いて入力できること。	○
1	4	3	4	5		褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書は、重点的な褥瘡ケアの必要性を入力できること。	○
1	4	3	4	6		褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書について、褥瘡ハイリスク患者ケア加算にチェック後、確定保存したタイミングで、医事連携を行い、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定できること。	○
1	4	3	4	7		褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書は、褥瘡ハイリスク項目、その他危険因子を入力できること。	○
1	4	3	4	8		褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書は、褥瘡予防治療計画の立案ができること。	○
1	4	3	4	9		褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書は、褥瘡ケア結果の評価ができること。	○
1	4	3	4	10		褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書は、退院時及び終了時の総合評価を入力できること。	○
1	4	3	4	11		褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書は、画面上の項目を任意に追加・変更できること。	○
1	4	3	4	12		褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書は、印刷できること。	○
1	4	3	5			褥瘡経過記録	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	4	3	5	1		褥瘡経過記録は、患者プロフィール情報（褥瘡有無など）を取得し、褥瘡経過記録の項目として初期表示できること。	
1	4	3	5	2		褥瘡経過記録は、DESIGNスコアにより、褥瘡の所見のスコア化ができること。	○
1	4	3	5	3		褥瘡経過記録は、シェーマと連携を行うことにより、褥瘡部位のイメージの掲載ができること。	○
1	4	3	5	4		褥瘡経過記録は、ファイル取込ツールと連携を行うことにより、褥瘡画像の掲載ができること。	
1	4	3	5	5		褥瘡経過記録は、使用するドレッシング材等、治療計画の立案ができること。	○
1	4	3	5	6		褥瘡経過記録は、回診時のコメントの入力ができること。	○
1	4	3	5	7		褥瘡経過記録は、画面上の項目を任意に追加・変更できること。	○
1	4	3	5	8		褥瘡経過記録は、印刷できること。	○
1	4	3	6			褥瘡発生報告書	
1	4	3	6	1		褥瘡発生報告書は、患者プロフィール情報（褥瘡有無など）を取得し、褥瘡発生報告書の項目として初期表示できること。	
1	4	3	6	2		褥瘡発生報告書は、体圧分散マットレスの使用状況等、褥瘡発生への報告に必要な情報を入力できること。	○
1	4	3	6	3		褥瘡発生報告書は、画面上の項目を任意に追加・変更できること。	○
1	4	3	6	4		褥瘡発生報告書は、印刷できること。	○
1	4	3	7			褥瘡発生率統計	
1	4	3	7	1		褥瘡発生率統計は、統計期間の指定を可能とし、最大統計期間はマスタ設定ができること。	
1	4	3	7	2		褥瘡発生率統計は、統計結果の出力ができること。	
1	4	3	7	3		褥瘡発生率統計は、指定した期間内で同患者の褥瘡治療が複数回行われた場合、褥瘡発生を1と計数するか、複数回全て計数するか選択できること。	
1	4	3	7	4		褥瘡発生率統計は、ファイル出力時における病棟毎/全病棟の入院患者数、褥瘡有病患者数、時点褥瘡有病率の統計をとれること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	4	3	7	5		褥瘡発生率統計は、指定した期間内における月毎の病棟毎/全病棟の入院患者実数、褥瘡院内発生患者数、褥瘡院外発生患者数、褥瘡発生率の統計をとれること。	
1	4	3	7	6		褥瘡発生率統計は、指定した期間全体における病棟毎/全病棟の入院患者実数、褥瘡院内発生患者数、褥瘡院外発生患者数、褥瘡発生率の統計をとれること。	
1	4	3	7	7		褥瘡発生率統計は、統計結果を出力したファイルの保存先パスの初期値のマスク設定ができること。	
1	4	4				ピックアップ患者一覧	
1	4	4	1			ピックアップ患者一覧機能	
1	4	4	1	1		ピックアップ患者一覧は、スクリーニング一覧にてピックアップした患者の一覧表示ができること。この際、指定するチームは、単一チーム指定、複数チーム指定のいずれもできること。	
1	4	4	1	2		ピックアップ患者一覧の一覧印刷およびファイル出力ができること。	
1	4	4	1	3		ピックアップ患者一覧は、ピックアップしたチームへの介入依頼ができること。	
1	4	4	1	4		ピックアップ患者一覧は、選択した患者のピックアップ解除ができること。	
1	4	4	1	5		ピックアップ患者一覧は、ピックアップ時コメントを修正できること。	
1	4	4	1	6		ピックアップ患者一覧は、選択した患者のカルテを起動できること。	
1	4	4	1	7		ピックアップ患者一覧は、検査歴一覧を起動でき、患者の検査歴を参照できること。	
1	4	4	1	8		ピックアップ患者一覧は、経過表メニューを起動できること。経過表未作成状態の患者の場合は、経過表フォーマット選択画面が表示され、作成中患者の場合は直接経過表が起動すること。	
1	4	4	1	9		ピックアップ患者一覧は、レコード項目を対象としたフィルタができること。フィルタ機能は、選択フィルタ、非選択フィルタ、テキストフィルタを備えており、フィルタ解除も同メニューからできること。	
1	4	5				スクリーニング	
1	4	5	1			スクリーニング一覧	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	4	5	1	1		診療科、病棟、性別、年齢、患者プロフィール情報、検査結果情報を指定し、注意が必要な患者のスクリーニングができること（例：Alb値による栄養状態の評価など）。	○
1	4	5	1	2		スクリーニング条件はチームごとに設定できること。また、利用者条件としても5つまで保存できること。	
1	4	5	1	3		検査結果については、任意の検査項目を5個までスクリーニング条件として指定できること。。ただし、対象の検査項目は定性および定量検査を対象とすること。	○
1	4	5	1	4		検査結果については、○○以上、○○以下の範囲指定ができること。また、過去何日間の検査かを条件として指定できること。	
1	4	5	1	5		プロフィール情報については、数値タイプ、チェックボックスタイプのプロフィール情報を5個までスクリーニング条件として指定できること。	○
1	4	5	1	6		プロフィール情報については、数値データの場合は、以上、以下の範囲指定ができること。チェックボックスタイプの場合は、チェックの有り、無しを指定できること。また、値が無い場合も条件として指定できること。	○
1	4	5	1	7		プロフィール情報については、上記の条件に加え、更新日付範囲も条件として指定できること。	○
1	4	5	1	8		スクリーニング一覧は、結果表示時、氏名などの基本情報に加えて、スクリーニング条件およびその値を表示できること。	○
1	4	5	1	9		スクリーニング一覧の一覧印刷およびファイル出力ができること。	○
1	4	5	1	10		スクリーニング一覧は、注意が必要な患者のピックアップができること。また、ピックアップは、チームもしくは利用者単位でできること。	
1	4	5	1	11		ピックアップ時、ピックアップコメントを入力できること。	
1	4	5	1	12		スクリーニング一覧は、選択した患者のカルテを起動できること。	
1	4	5	1	13		スクリーニング一覧は、検査歴一覧の起動を可能とし、患者の検査歴を参照できること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	4	5	1	14		スクリーニング一覧は、経過表メニューを起動できること。経過表未作成状態の患者の場合は、経過表フォーマット選択画面が表示され、作成中患者の場合は直接経過表が起動すること。	
1	4	5	1	15		スクリーニング一覧は、レコード項目を対象としたフィルタができること。フィルタ機能は、選択フィルタ、非選択フィルタ、テキストフィルタを備えており、フィルタ解除も同メニューからできること。	
1	4	6				テンプレート記載情報の時系列表示	
1	4	6	1			テンプレート記載情報の時系列表示	
1	4	6	1	1		任意のテンプレートで記載された任意のデータ(画像含む)について、時系列表示できること(以下、フォーマットと呼ぶ)。また、ひとつのフォーマットに表示するテンプレートを複数指定できること。	○
1	4	6	1	2		時系列表示されている画像データ部を拡大画像が表示されること。	○
1	4	6	1	3		時系列表示するフォーマットはマスタ設定可能とし、複数のフォーマットを設定できること。また、当該画面上で、表示フォーマットを変更できること。	○
1	4	6	1	4		表示縦軸について、表示行タイトル、表示項目、背景色、縦幅を設定できること。	○
1	4	6	1	5		数値データを表示対象としている場合は、上限値、下限値をそれぞれ設定でき、その値を超えた場合は文字色を変更できること。	○
1	4	6	1	6		同一日に複数回の記載があった場合は、 ・時間単位に表示データを分けて表示 ・表示データの前に記載時間を表示（所見などの記録データなど） の2つのパターンを行ごとに設定できること。	○
1	4	6	1	7		表示データをファイル出力できること。画像データを表示している場合は、画像データもファイル出力できること。	○
1	4	6	1	8		表示中のフォーマットに登録されているテンプレートについて、当該画面から新規作成できること。	○
1	4	6	1	9		データ表示領域の該当データを記載したテンプレート名、作成時間、作成者が表示されること。さらに当メニューから、テンプレートを修正起動および削除できること。	○