

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	1					電子カルテ	
1	1	1				基本機能	
1	1	1	1			情報の一元化	
1	1	1	1	1		医師・看護師・その他患者に関わる病院スタッフが情報共有できるよう、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、医事システムはデータベース・サーバが一体化したものであること。	○
1	1	1	1	2		医師・看護師・その他患者に関わる病院スタッフが情報共有できるよう、電子カルテシステム（オーダリング機能／看護師援機能含む）は1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。	○
1	1	1	1	3		複数の利用者が同時に1人の患者のカルテにアクセスした際に、安全性を考慮して、機能毎に排他処理を設定できるシステムであること。	○
1	1	1	1	4		複数の端末で同一患者を開いた際、誰が使用中か警告メッセージが表示されること。また、この際にも最低限の制限を除いて、他の機能は利用できること。	○
1	1	1	1	5		指示の実施入力や変更／中止指示がリアルタイムに伝達できるように、電子カルテシステムに医師や看護師からの指示を実施できること。実施機能は、実施入力により注射や処置のコスト送信と実施記録の作成を同時に行えること。	○
1	1	1	1	6		クリニカルパスシステムは電子カルテシステム上の一機能として動作し、院内スタッフが共有できるよう、電子カルテが作動する全ての端末で利用できること。	○
1	1	1	2			セキュリティ機能	
1	1	1	2	1		電子カルテシステムを利用する際、利用者ID及びパスワードのチェックを行い、利用者を認証できること。	○
1	1	1	2	2		利用者パスワードの有効期限チェック、利用者の有効期間の設定とチェックができること。	○
1	1	1	2	3		利用者パスワードの有効期限が切れた場合は、利用者自身がパスワードを変更することで継続して利用できること。	○
1	1	1	2	4		パスワードは利用者以外に知られないようにする為、暗号化の処理をしてサーバで保存されること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	1	1	2	5	電子カルテシステムは、認証方式（ID手入力、ICカード認証）を設定できること。設定した認証方式で必要となるハードは別途見積ること。	○
1	1	1	2	6	利用者認証を行う際に、ICカードでの認証を設定できること。	○
1	1	1	2	7	利用者認証を行う際に、ICカードを使用しての利用者変更ができること。	○
1	1	1	2	8	ICカードでの利用者認証の際、ログイン中のICカードの挿入状態を監視できること。	○
1	1	1	2	9	ICカードでの利用者認証の際、ICカードを利用したスクリーンセーバーの解除ができること。	○
1	1	1	2	10	ICカードでの利用者認証を行うために、ICカード情報を登録・解除できること。	○
1	1	1	2	11	利用者認証時は、入力間違い等による再入力のリトライ回数を設定でき、設定されたリトライ回数を越えて入力を間違った場合はその利用者アカウントを利用不可にできること。	○
1	1	1	2	12	電子カルテシステムを一定時間操作しない場合には、スクリーンセーバが起動すること。このスクリーンセーバ機能はセキュリティの観点からOSが本来有する機能では無く、電子カルテシステム固有の機能として提案すること。	○
1	1	1	2	13	スクリーンセーバが起動されるまでの時間については、マスタで自由に設定できること。	○
1	1	1	2	14	スクリーンセーバ起動時には、端末使用中の利用者名を用い「誰々が使用中」と表示されること。	○
1	1	1	2	15	電子カルテシステム利用者が一時離席する際に、能動的に電子カルテシステムよりスクリーンセーバを起動できること。	○
1	1	1	2	16	スクリーンセーバの解除については、ID／パスワード入力または当センターが選択した認証方式（ICカード認証、静脈認証）にて対応できること。	○
1	1	1	2	17	スクリーンセーバ起動後、一定時間操作がなかった場合には、システムを強制終了できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	1	2	18		スクリーンセーバ起動後、一定時間経過した際、自動でログオフができること。	○
1	1	1	2	19		スクリーンセーバ起動中のパソコンについては、強制ログオフができること。	○
1	1	1	2	20		端末単位でスクリーンセーバ機能利用のON/OFFやスクリーンセーバ起動までの時間を設定できること。	○
1	1	1	2	21		ログインしたまま一定時間端末を使用しないときにシステムを強制終了させるかどうかをマスタで設定できること。	○
1	1	1	2	22		スクリーンセーバーの解除については、電子カルテシステムで規定された正式な手順（利用者IDとパスワードの入力など）のみとし、他の手順で解除できないこと。また、OSのスクリーンセーバーは使用せず、電子カルテシステムでスクリーンセーバー機能を提供すること。	
1	1	1	2	23		電子カルテシステムのログイン状況を確認できること。	○
1	1	1	2	24		利用者がどの患者のカルテを参照したか閲覧状況を確認できること。	○
1	1	1	2	25		アクセス制限が設定されている患者に対する不正アクセスの確認ができること。	○
1	1	1	2	26		カルテ記載機能、オーダ機能、看護機能など電子カルテシステムにおける利用者の操作履歴を確認できること。	○
1	1	1	2	27		カルテに職員が不正アクセスをしていないかどうか、カルテ参照履歴を確認できること。	○
1	1	1	2	28		カルテ情報の印刷やファイル保存をした利用者のログ管理ができること。	○
1	1	1	2	29		利用者の権限に応じた、カルテ入力やオーダ発行、使用できる機能の制限、参照可能な情報の限定ができるセキュリティ/プライバシーに十分考慮したシステムであること。	○
1	1	1	2	30		利用者IDの使用期限設定については有効期間の設定ができること。	○
1	1	1	2	31		利用者IDのパスワードについてはセキュリティを考慮してパスワード有効期限を設定でき、有効期限が切れた場合は利用者に対しパスワード変更を促せること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	1	2	32		利用者パスワードは英数字、記号文字の組み合わせに対応していること。	○
1	1	1	2	33		各種権限については利用者毎に設定できること。また、職種単位での設定にも対応できること。	○
1	1	1	2	34		利用者毎にカルテ内容の記載や修正、オーダ発行権限を設定できること。	○
1	1	1	2	35		利用者毎に各種オーダの発行権限や参照権限を設定できること。	○
1	1	1	2	36		利用者毎に各患者基本情報の項目毎の記述、修正可否権限を設定できること。	○
1	1	1	2	37		電子カルテシステムのコメディカル機能について、職種別に使用できる機能を設定できること。	○
1	1	1	2	38		運用性を考慮し、管理者が利用者権限を変更した場合は、即座に変更後の権限が有効となること。	○
1	1	1	2	39		利用者がログイン後に自動的に開く患者一覧画面を、外来と入院でそれぞれ利用者ごとに利用者自身が指定できること。利用者の指定がない場合、予め共通設定された患者一覧画面を自動的に開くこと。共通設定も外来と入院で指定できること。	○
1	1	1	2	40		医師の不在時にオーダ発行を可能とするため、事前に利用者の権限を他の利用者に委譲できること。権限を委譲してオーダ発行した場合、「だれが・だれに権限を委譲されたか」記録として残すこと。	○
1	1	1	2	41		利用者権限を委譲する場合、権限委譲先となる利用者ID毎に委譲期間の設定ができること。	○
1	1	1	2	42		権限委譲された利用者が行ったカルテ記載、オーダ発行した内容について、権限を委譲した利用者はその記載内容を表示して確認できること。それらの記録は表示、確認したことで「未承認」から「承認」にステータスが遷移すること。また、承認が必要な記載に関してはカルテ歴上で状態ステータス（承認済、未承認）を確認できること。	○
1	1	1	2	43		権限委譲されたカルテ、オーダの承認について、同一患者に限って複数の記載をまとめて表示し、そのまま一括で承認できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	1	1	2	44	権限委譲した利用者は一覧表示により未承認、承認済みのカルテ記載やオーダを確認できること。	○
1	1	1	2	45	利用者毎のカルテデータへのアクセス制限は制限レベルの設定（アクセス不可、パスワード入力など）ができること。	○
1	1	1	2	46	利用者毎のカルテデータへのアクセス制限は権限レベルの設定（参照のみ許可、記載も許可など）ができること。	○
1	1	1	2	47	患者毎にカルテデータへのアクセス制限をかけられること。	○
1	1	1	2	48	患者毎のカルテデータへのアクセス制限では、アクセス不可、アクセスにはパスワード要（参照のみ可、参照更新可）という制限レベルを設定できること。	○
1	1	1	2	49	患者毎のカルテデータへのアクセス制限は利用者の権限に応じてレベルを設定できること。	○
1	1	1	2	50	患者毎のカルテデータの記載のアクセス制限を利用者全体、診療科単位、職種単位で制限（参照の禁止、入力の禁止設定）をかけることができること。	○
1	1	1	2	51	救急時等の患者状態により複数IDを持つ患者が存在した場合、情報を統合するために、複数IDを持つ患者のIDを統合できること。	○
1	1	1	2	52	患者IDを統合した際、統合後の診療録と統合前の診療録を同時に開けること。	○
1	1	1	2	53	上記操作を行うにあたり、一方のカルテを書き込めないよう参照のみに設定できること。	○
1	1	1	2	54	研修医がカルテを記載する際には指導医を指定でき、カウンターサインの運用ができること。	○
1	1	1	2	55	指導医を選択した場合の詳細機能については後述するカウンターサインの仕様を満たすこと。	○
1	1	1	2	56	利用者認証時は、入力間違い等による再入力のリトライ回数の設定が行え、設定されたリトライ回数を越えて入力を間違った場合は、その利用者アカウントを利用不可にできること。	○
1	1	1	2	57	不正利用防止のため、電子カルテシステムにログイン後、利用者自身が前回電子カルテにアクセスした日時と端末、パスワードの有効期限と残日数をいつでも確認できること。	○
1	1	1	3		利用者変更	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	1	3	1		利用者情報入力の実運用を正確かつ簡便にするため、現在、ログイン中の利用者が開いている患者のカルテを閉じずに別の利用者がログインしカルテ記載できること。	○
1	1	1	3	2		ログオフせずに利用者を変更してログインする際にも、利用者IDの存在チェック/利用者パスワードの照合チェック/利用者パスワードの有効期限チェックができること。	○
1	1	1	4			お気に入り追加	
1	1	1	4	1		電子カルテシステムが持つ機能を利用書毎メニュー画面をお気に入りに登録できること。	○
1	1	1	4	2		電子カルテの機能名称の一部一致で該当する機能を検索することができること。検索結果を表示した画面から該当機能を起動できること。	○
1	1	1	4	3		利用者毎に各種ツール（処方オーダーツール、検査オーダーツール、各種受付業務ツールなど）を起動するメニューの作成ができること。	○
1	1	1	4	4		専用ツールにおける選択画面を介さずに利用者がよく利用する院内文書、テンプレート、シエマ、セットを直接起動できること。	○
1	1	1	4	5		各種ツールのお気に入りへの追加は、ナビゲーションマップからドラッグアンドドロップで追加できること。	○
1	1	1	4	6		お気に入りは、常にツールの起動ボタンが押下可能なドック領域と、利用者ごとに分類を作成・追加可能な領域の2つに登録可能なこと。	○
1	1	1	4	7		業務上よく利用するツールの起動メニューを、診療科や職種単位のお気に入りセットとして当センター共通のお気に入りとして登録、利用できること。	○
1	1	1	4	8		当センター共通のお気に入りセットは、利用者ならびに管理者が業務や職種に応じて自由に選択することができること。 また、選択したお気に入りセットは一括で自分のお気に入りとして反映されること。	○
1	1	1	4	9		複数作成したお気に入りセットはワンクリックで切替ができること。	○
1	1	1	5			利用者ポータル	
1	1	1	5	1		システムにログインしている利用者用のポータル画面を有すること。	○
1	1	1	5	2		利用者ごとに利用者ログイン時の利用者ポータル自動起動可否を設定できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	1	5	3		利用者ごとに利用者ポータル画面の画面サイズ、起動位置を保存できること。	○
1	1	1	5	4		下記情報については利用者がレイアウトを編集して保存できること。 (1) 利用者宛て依頼レポート一覧 (2) 利用者宛て掲示板メッセージ一覧 (3) 利用者宛てToDo一覧 (4) 利用者宛て予約一覧 (5) 利用者宛てのサマリ、看護サマリ、代行入力、指導医の未作成／未承認件数	
1	1	1	6			患者選択	
1	1	1	6	1		同一端末上で同一利用者が、最大5人まで患者のカルテを同時に開くことができること。	○
1	1	1	6	2		同時にカルテを開いている患者は氏名を一覧で表示し、患者氏名をクリックすることでカルテの切り替えを行えること。	○
1	1	1	6	3		患者の取り違え防止のため、ある患者から別の患者に切り替えた場合は、元の患者のカルテ画面は非表示とし、Alt+Tabなどの一般的な画面切り替え操作を行っても表示されないこと。	○
1	1	1	6	4		患者の取り違え防止のため、同時にカルテを開いている患者ごとに電子カルテの画面の色を変更すること。	○
1	1	1	6	5		同時にカルテを開いている患者は、全て更新モードで開くことができ、診療録の記載やオーダ発行、患者プロフィールの更新ができること。	○
1	1	1	7			院内掲示板	
1	1	1	7	1		初画面に院内の連絡事項などを表示する「院内掲示板」機能を有すること。	○
1	1	1	7	2		電子カルテシステムの「院内掲示板」はHTMLで定義した画面を表示できること。	○
1	1	1	8			その他	
1	1	1	8	1		オンライン資格確認システムから取得した患者の特定健診・薬剤情報を参照する機能があること。	○
1	1	2				外来機能	
1	1	2	1			ブロック受付	
1	1	2	1	1		ブロック受付では、当日の患者の予約や来院状況が一覧で把握できること。 また、ブロックで患者の到着確認を行い、本日の診察スケジュールを把握し、誘導できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	2	1	2		患者の予約、受付に関する情報を表示できること。	○
1	1	2	1	3		患者の基本情報（氏名・性別・住所・障害の有無等）、現在の診察ステータス、紹介情報、予約時間、来院時間、予約に関するコメント等を表示できること。	○
1	1	2	1	4		患者の診察ステータスを把握し、効率的な誘導ができるように、「未受付、来院済、問診中、問診済、到着済、診察中、診察終了、診察一時中断、会計済」などの診察ステータスを自動的に更新し、表示できること。	○
1	1	2	1	5		患者の誘導を正確に実施するために、診察ステータスの変更を手動でもできること。	○
1	1	2	1	6		部門システムと連携し、検体検査、放射線、生理、内視鏡検査といった各種検査結果の状態（未実施、実施済等）を自動更新し、一覧上で表示できること。また、検体検査については、至急など一部の結果が到着した場合でもステータスを自動更新でき、結果到着が確認できること。	○
1	1	2	1	7		検査予約のみの患者についても表示できること。また、検査のみの患者を含む検索と含まない検索、検査のみの患者の検索を画面上で切り替えできること。	○
1	1	2	1	8		検査予約のみの検索の場合は、検査種別によって絞込みができること。	○
1	1	2	1	9		カルテを開かなくても保険情報の変更ができること。	○
1	1	2	1	10		受付一覧からカルテを開くことができること。	○
1	1	2	1	11		受付ブロック毎に検索条件（日付・診療科・ブロック毎の全予約枠・患者の診察ステータス）を設定し、表示内容の絞り込みができること。	○
1	1	2	1	12		受付一覧項目の任意の項目でソートできること。	○
1	1	2	1	13		利用者毎に受付一覧表示の検索条件を保存できること。	○
1	1	2	1	14		カードリーダー入力（患者IDカード）によってカルテを表示できること。	○
1	1	2	1	15		患者ID番号の直接入力によるカルテ表示ができること。	○

別紙1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	1	2	1	16	受付一覧の印刷ができること。	○
1	1	2	1	17	受付一覧をファイル出力ができること。	○
1	1	2	1	18	患者基本スケジュール（当日の診察スケジュール）の印刷ができること。	○
1	1	2	1	19	診察予約、検査予約など予約の存在するオーダについては、受付一覧から予約票の印刷ができること。	○
1	1	2	1	20	受付一覧に表示する項目は、任意で表示項目を選択できること。	○
1	1	2	1	21	受付一覧に特記事項／スタッフ間の連絡事項の有無をアイコンで表示できること。	○
1	1	2	1	22	受付一覧に特記事項／スタッフ間の連絡事項の詳細画面を参照起動できること。	○
1	1	2	1	23	併科受診の有無を確認できること。	○
1	1	2	1	24	受診歴を表示できること。	○
1	1	2	1	25	受付患者一覧において印刷内容の設定ができること。	○
1	1	2	1	26	初診、科初診、再診患者の人数を集計し表示できること。	○
1	1	2	1	27	地域医療連携システムで紹介状が登録された際には、自動的に連携し、受付患者一覧上で紹介患者として表示できること。	○
1	1	2	1	28	受付患者一覧に患者プロフィール情報として、障害情報(聴覚・視覚・運動・言語)、介護区分を含めて10個以上表示できること。	○
1	1	2	1	29	患者の基本情報を表示できること。	○
1	1	2	1	30	予約患者一覧の期間、予約の種別（診療科、検査等）による検索及び表示ができること。	○
1	1	2	1	31	同時に検索する条件として予約の種別を複数指定できること。	○
1	1	2	1	32	予約患者一覧での検索を効率良くするため、一度検索を行った検索条件の保存ができること。	○
1	1	2	1	33	予約患者一覧の検索条件を利用者の操作により、初期設定の検索条件に戻せること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	1	2	1	34	利用者毎に保存された予約患者一覧の検索条件が利用者の操作により、削除できること。	○
1	1	2	1	35	予約患者一覧から該当患者のカルテを開くことができること。	○
1	1	2	1	36	患者の状態を素早く把握するために、予約患者一覧からカルテを開かずに一画面で患者状態を把握できるポータル画面(プロフィール、病名、検査結果、レポート、カルテ記載、予約状況等)を参照できること。その場合、一覧上に表示されている患者をワンクリックで切り替えて連続参照できること。	○
1	1	2	1	37	予約患者一覧は一定時間で自動的に表示を最新化できること。また、自動最新化を画面上で任意に停止することもできること。	○
1	1	2	1	38	予約患者一覧の印刷ができること。	○
1	1	2	1	39	予約患者一覧に表示されている情報をCSV形式のファイルに出力できること。	○
1	1	2	1	40	予約患者一覧に発行者が表示されること、発行者とはオーダを発行した利用者を表示すること。	○
1	1	2	1	41	予約患者一覧に責任者が表示されること、責任者とは代行入力でオーダした場合は依頼元の利用者を表示すること、代行入力でない場合はオーダ発行者を表示すること。	○
1	1	2	1	42	カナ氏名、性別、生年月日による患者検索及び検索条件に該当する患者一覧を表示できること。	○
1	1	2	1	43	カナ氏名の前方一致、部分一致による検索ができること。	○
1	1	2	1	44	カナ氏名の検索の際、大文字、小文字を含めた検索ができること。	○
1	1	2	1	45	カナが不明な場合を考慮し、漢字でも検索ができること。	○
1	1	2	1	46	検索条件に該当する患者情報の表示ができること。	○
1	1	2	1	47	カナ患者一覧の検索条件を利用者毎に保存できること。	○
1	1	2	1	48	カナ患者一覧の検索条件を利用者の操作により、初期設定の検索条件に戻せること。	○
1	1	2	1	49	利用者毎に保存されたカナ患者一覧の検索条件を利用者の操作により削除できること。	○

別紙1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	2	1	50		カナ患者一覧からカルテを開くことができること。	○
1	1	2	1	51		カナ患者一覧の印刷ができること。	○
1	1	2	1	52		カナ患者一覧に表示されている情報をCSV形式のファイルに出力ができること。	
1	1	2	2			問診	
1	1	2	2	1		患者の基本的な情報（既往歴・アレルギー・身長／体重・血液型など）の登録、修正、削除ができること。	○
1	1	2	2	2		患者の基本情報として医事会計システムより患者登録された氏名、住所、電話番号、緊急連絡先など自動的に電子カルテシステムの患者基本情報に反映できること。	○
1	1	2	2	3		テンプレート入力や同意書作成などで記載する患者氏名や生年月日は患者基本情報として登録されているものを自動連携すること。また、アレルギー情報は各種オーダツールなどで利用できること。	○
1	1	2	2	4		患者の感染症情報については検査部門から連携され、自動的に電子カルテの患者基本情報に反映されること。	○
1	1	2	2	5		患者の血液型情報については検査部門から連携され、自動的に電子カルテの患者基本情報に反映されること。	○
1	1	2	2	6		患者の問診情報を表示・入力できること。	○
1	1	2	2	7		患者の既往歴、手術歴情報を表示・入力できること。	○
1	1	2	2	8		患者の薬剤アレルギー、食物アレルギー情報を表示・入力できること。	○
1	1	2	2	9		患者の障害情報（視覚や聴覚障害など）・生活情報（睡眠や排泄状態など）を表示・入力できること。	○
1	1	2	2	10		患者の身体的情報（身長・体重・BMI・感染症・血液型・体表面積）を表示・入力できること。また感染症や血液型については検査部門から連携され、自動的に電子カルテの患者基本情報に反映されること。	○
1	1	2	2	11		初回、身長と体重を入力する際には、通常では存在しがたい値を入力できないように上限値、下限値のチェックができること。また、設定値は年齢別に設定できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	2	2	12		身長と体重を入力する際に、前回入力値との差分が大きい場合は、注意メッセージを表示させ、通常では存在しがたい値の入力をチェックできること。	○
1	1	2	2	13		患者の家族構成を表示・入力できること。	○
1	1	2	2	14		患者の家族構成情報をもとに家族構成図を自動作成できること。	○
1	1	2	2	15		新生児や小児科対応として出生時体重や身長、予防接種情報を表示・入力できること。	○
1	1	2	2	16		患者の治験情報を表示できること。	○
1	1	2	2	17		患者に旧姓がある場合、旧姓を表示できること。	○
1	1	2	2	18		患者の基本的な情報を一画面で表示し、全体的な情報の把握ができること。	○
1	1	2	2	19		利用者ごとに表示する情報の位置、表示有無を設定できること。	○
1	1	2	2	20		基本情報の中から重要度の高い情報のみを絞り込んで表示できること。	○
1	1	2	2	21		患者の基本的な情報の編集履歴を参照できること。	○
1	1	2	2	22		患者の基本的な情報のうち、登録されている情報のみを抽出して参照できること。	○
1	1	2	3			患者呼出機能	
1	1	2	3	1		受付クラーク又は看護師が操作を行う『受付・看護師画面』と医師が操作を行う『医師画面』の2画面で構成され、待合室の表示盤と連携し、直近で呼び出す患者の番号表示と診察室への呼び込みを可能とする機能であること。	○
1	1	2	3	2		当日予約の患者や初診、初療の患者を診察室へ振分ける機能を有すること。また、外来混雑時にある診察室へ振分けていた患者を別の診察室へ振り分け、予約変更する機能であること。なお、振分けた患者を一覧表示できること。	○
1	1	2	3	3		各ブロックに属する予約枠毎の状況を表示できること。	○
1	1	2	3	4		振分対象日付を選択できること。	○
1	1	2	3	5		ブロック受付で医師の患者数に応じた振り分けができること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	2	3	6		予約患者は予約オーダ情報と連携し、予め各診察医ごとに予約表示されること。	○
1	1	2	3	7		振分先診察枠の人数把握のため、患者の一覧表示ができること。	○
1	1	2	3	8		予約患者と当日受付した患者を統合し、一覧表示することができ、『受付・看護師画面』では、該当ブロック（診療科）の患者が医師毎（診察室毎）に分割表示され、『医師画面』では担当医師の患者が一覧表示されること。	○
1	1	2	3	9		一覧画面上の患者を選択し、診察の順番を並び替えることが可能で、診察する順番を任意に設定することができること。	○
1	1	2	3	10		呼出患者一覧には以下の受付情報が表示可能であること。 （受付No.・患者氏名・予約時間・受付時間・状態・検査進捗情報・プロフィール・対診コメント・受付コメント・予約枠名・入院病棟・併科受診情報・カナ氏名・性別・年齢・任意のマーク・初診再診種別）	○
1	1	2	3	11		呼出患者一覧は次の条件でソートする機能を有すること。 （①予約時間＋来院時間 ②予約時間＋予約順、③来院順）但し、予約無し患者はソート対象とする／しない、が選択できること。	○
1	1	2	3	12		一覧上の患者を選択し、患者基本スケジュール票印刷、状態変更、カルテを開く、指示一覧の操作ができること。	○
1	1	2	3	13		検査部門システムとの連携による情報表示が可能であり、「検体検査」「放射線検査」「生理検査」「内視鏡検査」などが、"依頼あり"、"検査中"、"結果済み"、などを表示（表現）できる機能を有していること。また、検査中の患者を呼出しする場合は、アラート表示が可能なこと。	○
1	1	2	3	14		受付患者単位にマスタで登録したマークをつけることが可能であり、マークは2種類つけることができること。また、この設定マークの種別により呼出エリアの移動可否を制御する事ができること。	
1	1	2	3	15		呼出患者一覧で患者の移動操作歴を患者単位に時系列で表示する画面を有すること。	○
1	1	2	3	16		呼出患者一覧に患者プロフィール情報として、障害情報(聴覚・視覚・運動・言語)、介護区分を含めて10個まで表示できること。	○
1	1	2	3	17		診察室ごとの分類で表示される一覧画面は、各ブロック毎（診療科毎）1画面に複数診察室を同時に表示することが可能で、それぞれの診察室を切り替えて表示することができること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	1	2	3	18	予約患者は予め医師が使用する診察室の枠に表示され、予約外患者は受付枠（医師未定枠）に表示されること。また、午前／午後／夕方など医師が時間帯により入替る場合には、時間帯を選択することで患者一覧を表示できること。	
1	1	2	3	19	受付枠（医師未定枠）に表示された患者は診察室枠に患者の振分けができること。その際、再診予約オーダを発行し、予約枠の変更ができること。また、同様の操作で、窓口呼出枠や、保留枠に患者を移動することができること。	○
1	1	2	3	20	受付画面の診察室枠または受付枠の表示幅を、ボタン操作で一時的に拡張することができること。	
1	1	2	3	21	診察室毎の当日担当医を、表示盤に連携し表示可能なこと。本情報は『担当医スケジュール設定画面』により、曜日毎に医師が使用する診察室を任意に設定可能で、医師が外来到着以前でも指定した時刻に自動的に医師名を表示盤に表示することが可能なこと。また、代診や特殊外来など任意の名称に変更して表示を行うことが看護師や受付職員により簡単にできること。	
1	1	2	3	22	診察室で医師が午前／午後／夕方など時間帯で入れ替わる場合は、『担当医切替機能』により、現時点での有効時間帯を指定可能なこと。	
1	1	2	3	23	『患者検索機能』により、併科受診患者が不在の場合など、他科での呼出し状態や、診察完了状態などが検索抽出可能で一目で確認できること。	
1	1	2	3	24	次患者呼出ボタンのクリック操作により、次の患者のカルテ画面を起動するとともに、表示盤と連携し患者の呼出が行えること。また、同時に診察の順番に従って、待機患者を3名程度表示盤に表示を行うこと。その場合、検査結果の状況や、ブロック（診療科）への到着有無情報を考慮し、診察可能な患者のみを判断し自動的に番号を表示できること。	○
1	1	2	3	25	呼出に対して患者の入室が無い場合、表示盤と連携し受付へ誘導する機能を有していること。	
1	1	2	3	26	検査などで再診察が必要な場合、患者を一時保留などにできる機能を有していること。	○
1	1	2	3	27	併科患者等で、他科の診療科で呼出をされている患者は、重複して呼出ができないチェック機能を有していること。	
1	1	2	4		患者誘導	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	2	4	1		行き先の表示順を変更できること。	○
1	1	2	4	2		オーダの実施状態を把握できること。	○
1	1	2	4	3		行き先情報を編集できること。	○
1	1	2	4	4		患者情報を印刷できること。	○
1	1	2	4	5		保険情報を印刷できること。	○
1	1	2	4	6		受付番号を印刷できること。	○
1	1	2	4	7		患者番号バーコードを印刷できること。	○
1	1	2	4	8		再印刷ができること。	○
1	1	2	4	9		患者を誘導する際、採血や採尿、検査内容によって誘導先が異なるため、検体の材料や検査部位の詳細情報が印字できること。	○
1	1	2	4	10		クレジットカードで会計を行うという設定が行われている場合、外来基本スケジュールにクレジットカードが登録されているかの有無が印字されること。	○
1	1	2	4	11		カルテ保存時に予約情報があった場合に予約票印刷できること。	
1	1	2	4	12		放射線、生理検査などの種別毎に予約票印刷ができること。	○
1	1	2	4	13		予約票の日付に曜日を印字できること。	○
1	1	2	4	14		予約票出力の詳細条件を設定することで無駄な帳票の削減ができること。	○
1	1	2	4	15		患者導線を明確にするために、検査材料、撮影部位などに応じた項目ごとのコメントを印字できること。	○
1	1	2	4	16		カルテ保存時に予約票が自動発行できること。	○
1	1	2	4	17		任意のタイミングで予約票が印刷できること。	○
1	1	2	5	1		処置／注射実施機能	
1	1	2	5	1		中央処置室や各診療科の処置室で患者の処置、注射の施行依頼情報を表示できること。	○
1	1	2	5	2		処置注射患者一覧でカルテを開くことなく、患者IDでの施行依頼データを絞り込みができること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	2	5	3		処置、注射を施行する、実施場所で絞り込んだ一覧の表示ができること。	○
1	1	2	5	4		患者の実施状況（ステータス）を把握し、効率的な実施入力ができるように、「未実施、実施済、実施中、未実施確認」などの現在の実施状況（ステータス）を実施入力を元に自動的に更新し、表示できること。	○
1	1	2	5	5		カレンダーを利用して処置実施日の選択ができること。	○
1	1	2	5	6		患者の処置、注射の施行指示に対して、実施入力ができること。	○
1	1	2	5	7		実施入力を行った場合は、その情報が即時に医事会計システムへ送信されること。	○
1	1	2	5	8		処置注射患者一覧を閉じることなく利用者（実施者）の変更ができること。	
1	1	2	5	9		処置、注射指示内容にもとづいた、指示票の印刷ができること。	○
1	1	2	5	10		指示票を印刷するタイミングで指示が変更できないように設定できること。	○
1	1	2	5	11		中央処置室等でカードリーダーを利用して患者IDを読み込むか、患者IDを直接入力することで、患者選択ができること。	○
1	1	2	5	12		処置注射患者一覧より、リストバンドやカードリーダーのバーコードを利用して患者IDの読み込みが行える患者認証ツールを起動できること。	○
1	1	2	5	13		一覧画面から注射患者認証画面を起動でき、患者認証および実施入力ができること。	○
1	1	2	5	14		処置注射患者一覧から患者カルテを起動できること。	○
1	1	2	5	15		患者プロフィールにその他アレルギーが登録されている場合、指示票にその他アレルギーの内容をを印字することが可能なこと。また情報取得時にエラーが発生した場合は取得エラーの内容を印字することが可能なこと。	○
1	1	2	6			薬剤受付	
1	1	2	6	1		薬剤部門で処方や注射指示のオーダ受付および内容確認を行う機能を電子カルテシステムにて提供すること。	○
1	1	2	6	2		オーダ受付処理時に会計送信できる仕組みを有すること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	2	6	3		調剤システムと連携する場合は、オーダ受付処理時に調剤システムへのオーダ情報送信できる仕組みを有すること。	○
1	1	2	6	4		以下の検索条件で指定されたオーダの依頼数、受付数、印刷数を一覧表示できること。 ・ 期間・診療科別 ・ 伝票別 ・ 伝票状態（未受付・受付済・実施済・変更済・印刷済など）	○
1	1	2	6	5		院外処方箋、院内処方箋などの伝票単位にオーダ依頼数、受付数、印刷数などを表示できること。	○
1	1	2	6	6		診療科別にオーダ依頼数、受付数、印刷数などを表示できること。	○
1	1	2	6	7		検索結果の一覧からオーダの詳細を表示・確認できること。	○
1	1	2	6	8		患者IDまたはオーダ番号、部門番号を指定してのオーダ検索ができ、一覧表示ができること。	
1	1	2	6	9		伝票一覧や伝票総合計などの印刷ができること。	○
1	1	2	6	10		処方・注射伝票の受付処理は診療科単位、オーダの伝票単位に行えること。	○
1	1	2	6	11		受付を行ったタイミングで処方箋・注射箋の印刷ができること。	○
1	1	2	6	12		一度受付したオーダの受付取消ができること。	○
1	1	2	6	13		患者認証用注射ラベルの印刷ができること。	○
1	1	2	6	14		各部門業務単位に受付データの表示順を設定できること。	○
1	1	2	7			検体検査受付／ラベル発行	
1	1	2	7	1		検体検査オーダの受付や検体ラベル印刷の機能を電子カルテシステムにて提供すること。	○
1	1	2	7	2		検体ラベルの印刷タイミングで検体検査の会計情報を送信できる仕組みを有すること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	2	7	3		以下の検索条件で指定されたオーダの依頼数、受付数、印刷数を一覧表示できること。 ・ 期間・診療科別 ・ 伝票別 ・ 伝票状態（未受付・受付済・実施済・変更済・印刷済など）	○
1	1	2	7	4		検体検査、細菌検査、輸血検査など伝票単位にオーダ依頼数、受付数、印刷数などを表示できること。	○
1	1	2	7	5		診療科別にオーダ依頼数、受付数、印刷数などを表示できること。	○
1	1	2	7	6		検索結果の一覧からオーダの詳細を表示・確認できること。	○
1	1	2	7	7		患者IDまたはオーダ番号を指定してオーダ検索ができ、一覧表示ができること。	○
1	1	2	7	8		伝票一覧や伝票総合計などの印刷ができること。	○
1	1	2	7	9		検査伝票の受付処理は診療科単位、オーダの伝票単位にできること。	○
1	1	2	7	10		感染症のある患者については識別できるようにマークを印字できること。	○
1	1	2	7	11		患者到着（受付）のタイミングで検体ラベルの印刷ができること。	○
1	1	2	7	12		一度受け付けたオーダの受付取消ができること。	○
1	1	2	7	13		オーダ毎に区切りを設けてラベル出力ができること。	○
1	1	2	7	14		ラベルの即時出力有無の設定が、採血場所毎、オーダ種別毎、端末毎にできること。	○
1	1	2	7	15		輸血検査、細菌検査、病理検査の各ラベルの出力ができること。	○
1	1	2	7	16		自科採血時など、診療科毎に検体ラベルの一括出力ができること。	○
1	1	2	7	17		出力済みのラベル一覧を表示できること。	○
1	1	2	7	18		出力済みのラベル一覧からラベル印刷ができること。	○
1	1	2	7	19		患者プロフィールにその他アレルギーが登録されている場合、検体ラベルにその他アレルギーがある旨のマークなどを印字することが可能なこと。	○
1	1	2	7	20		病理依頼書及び細胞診依頼書には容器数と検体数が印字されること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	2	8			予約センター	
1	1	2	8	1		予約センターで、カードリーダ入力（患者IDカード）によって該当患者を確定できること。	○
1	1	2	8	2		予約センターで、キーボードから患者IDを直接入力して、該当患者を確定できること。	○
1	1	2	8	3		予約センターで、カナ氏名での検索により該当患者を検索し、確定できること。	○
1	1	2	8	4		再診予約の新規取得、日時変更、削除ができること。	
1	1	2	8	5		既に取得済みの検査予約（CT、MRIなど）の予約日時の変更ができること。	○
1	1	2	8	6		該当の予約オーダの詳細内容を確認できること。	○
1	1	2	8	7		検査予約の予約日時の変更時に、間違っ検査指示内容の変更を行えないようにできること。	○
1	1	2	8	8		選択した予約の予約票を印刷できること。	○
1	1	3				救急機能	
1	1	3	1			救急患者受付	
1	1	3	1	1		救急患者来院時に、診察の順番を決めるためのトリアージを行った際、トリアージの区分を登録できること。また、トリアージにより区分の色を変更できること。	○
1	1	3	1	2		救急受付した患者を一般の外来患者一覧とは別の一覧として表示できること。	○
1	1	3	1	3		患者の基本情報、現在の診察ステータス、来院方法などを表示できること。	○
1	1	3	1	4		救急患者一覧に患者プロフィール情報として、障害情報(聴覚・視覚・運動・言語)、介護区分を含めて10個以上表示できること。	○
1	1	3	1	5		救急患者来院時の来院方法を登録できること。	○
1	1	3	1	6		患者の診察状況（ステータス）を把握し、効率的な誘導ができるように、「未受付、来院済、問診中、問診済、到着済、診察中、再診察待ち、診察終了、会計済」などの現在の診察ステータスを自動的に更新し、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	1	3	1	7	患者の診察ステータスを正確に把握し、患者を正確に誘導するために、診察ステータスは上項に示した自動更新以外にも手動による変更ができること。	○
1	1	3	1	8	部門システムと連携し、各種検査結果の状態を自動更新し、一覧上に表示できること。また、検体検査については、一部の結果が到着した場合でもステータスが自動更新され、結果到着が確認できること。	○
1	1	3	1	9	救急患者一覧において検索条件として、日付、診察ステータス、初再診区分、来院方法、救急車番号、転帰区分を指定して表示内容の絞り込みができること。	○
1	1	3	1	10	前日の救急患者を即座に表示できること。	○
1	1	3	1	11	救急患者一覧上の任意の項目で、一覧の表示順を変更できること。	○
1	1	3	1	12	救急患者一覧の検索条件を利用者毎に保存できること。	○
1	1	3	1	13	救急患者一覧の検索条件を利用者の操作により、初期設定の検索条件に戻せること。	○
1	1	3	1	14	利用者毎に保存された救急患者一覧の検索条件を利用者の操作により、削除できること。	○
1	1	3	1	15	救急受付で、カードリーダ入力（患者IDカード）によるカルテ表示ができること。	○
1	1	3	1	16	救急受付で、一覧からの患者のカルテを開くことができること。	○
1	1	3	1	17	救急受付で、患者ID番号を直接入力することによりカルテの表示ができること。	○
1	1	3	1	18	患者の状態を素早く把握するために、救急患者一覧からカルテを開かずに一画面で患者状態を把握できるポータル画面(プロフィール、病名、検査結果、レポート、カルテ記載、予約状況等)を参照できること。その場合、一覧上に表示されている患者をワンクリックで切り替えて連続参照できること。	
1	1	3	1	19	救急患者一覧の表示内容を印刷できること。	○
1	1	3	1	20	救急患者一覧においては、マスタの設定によって印刷内容の変更ができること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	3	1	21		救急患者一覧の表示内容をCSV形式のファイルに出力できること。	○
1	1	3	1	22		救急患者一覧から患者の当日の予定が記載された案内票（基本スケジュール票）を印刷できること。	
1	1	3	1	23		救急患者一覧から救急患者受付時に入力した内容が記載された救急受付票を印刷できること。	
1	1	3	1	24		患者カルテを表示せずに、救急患者一覧から対象の患者の検査歴の一覧を表示できること。	○
1	1	3	1	25		救急患者一覧に患者プロフィール情報を表示できること。	○
1	1	3	1	26		救急受付時に初再診区分、救急車番号、紹介元を入力できること。	○
1	1	3	1	27		救急受付票生年月日の表示は、和暦西暦表示を切り替えられること。	○
1	1	3	2			救急カルテ機能	
1	1	3	2	1		救急の診療記録を事後で入力できること。	○
1	1	3	2	2		救急患者一覧から患者を選択すると、自動的に救急専用の記録シート（カルテ）をカルテ基本画面に表示し、一般カルテと同様に記載ができること。	○
1	1	3	2	3		救急カルテも他の診療録、オーダと同様に指示歴に表示できること。	○
1	1	3	2	4		カルテ歴から救急カルテを絞り込んで検索および表示ができること。	○
1	1	4				入院機能	
1	1	4	1			入院業務支援	
1	1	4	1	1		入院については医師による申し込み、入院決定、入床の各段階について管理できること。	○
1	1	4	1	2		退院については医師による申し込み、退院日決定、離院の各段階について管理できること。	○
1	1	4	1	3		入院決定操作を行ったタイミングで給食部門システムとのオーダ情報連携を行えること。	○
1	1	4	1	4		入院決定操作中の患者に対して、他の利用者が他の端末で同患者の診療記録やオーダ発行などの操作ができること。	○
1	1	4	2			入院予定／入院決定（ベッドコントロール）	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	4	2	1		病棟毎に転入・転出オーダー（入院申込、転棟申込、退院許可）を受け、決定の入力ができる入院予定一覧／入院決定画面（ベッドコントロール）を備えていること。	○
1	1	4	2	2		転入・転出のオーダーと即時に連携し、オーダー情報の閲覧及び決定処理ができること。	○
1	1	4	2	3		転入・転出オーダー毎に対象を一覧表示すること。一覧では未決定、決定済を色分けして表示できること。	○
1	1	4	2	4		転入・転出のオーダーの情報の概要が一覧表示できること。一覧をクリックすることで詳細情報を表示できること。	○
1	1	4	2	5		転入・転出オーダーについて期間、病棟、診療科、主担当医、担当医、申込者及び申し込み／決定による絞り込みが出来ること。	○
1	1	4	2	6		検索期間として許す日数の上限値はシステム設定できること。	○
1	1	4	2	7		上記の検索条件を利用者毎に保存し、次回検索時の初期検索条件とできること。	○
1	1	4	2	8		転入・転出オーダーの一覧からオーダー画面を表示し、権限に応じてオーダー内容の変更ができること。	○
1	1	4	2	9		転入・転出オーダーの一覧から未決定のオーダーについて、転入・転出の決定操作ができること。	○
1	1	4	2	10		決定済の転入・転出オーダーの取り消しができること。	○
1	1	4	2	11		ベッドコントロール画面から直接患者カルテを表示できること。	○
1	1	4	2	12		ベッドコントロール画面からカルテを開くことなく、直接移動情報、食事情報の専用オーダーツールを表示できること。	○
1	1	4	2	13		ベッドコントロールの表示内容を印刷できること。 また、条件検索した結果や任意で選択した患者を印刷できること。	○
1	1	4	2	14		入院決定時に濃厚流動食入力を5種以上入力できること。	○
1	1	4	2	15		入院決定時に入院申し込みで入力された食事情報の変更・入力ができること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	4	2	16		入院予約患者の入院日の決定状況を把握し、患者への入院日の決定連絡済み、未連絡の状況を管理できること。	○
1	1	4	2	17		入院予定日、病棟、診療科、及び連絡状況での検索ができること。	○
1	1	4	2	18		入院日決定の連絡を行った相手や状況を入力し、管理できること。	○
1	1	4	2	19		入院日決定の連絡を行ったが、連絡が取れなかった状況も入力し、管理できること。	○
1	1	4	3			入院登録	
1	1	4	3	1		入院決定済の患者が入床したタイミングで入院登録の実施入力ができること。その際に病棟のベット配置がイメージしやすいようにベットの空き状況や既に入院している患者のベット位置を病棟ベッドマップとして表現すること。また、実施入力された情報は医事システムへ自動的に送信されること。	○
1	1	4	3	2		病棟ベッドマップ上に未実施の転入・転出オーダの一覧を表示できること。	○
1	1	4	3	3		病棟ベッドマップは日付を変更することで、その時点での情報を取込み、ベッドの空き状態などを確認できること。	○
1	1	4	3	4		病棟ベッドマップ上でベッド移動のシミュレートができること。シュミレーションした結果をベット移動の決定／実施にできること。	○
1	1	4	3	5		病棟ベッドマップよりカルテを開くことなく、該当患者の転入・転出オーダ、食事オーダの指示ができること。	○
1	1	4	3	6		病棟ベッドマップの情報の自動更新ができること。 自動更新までの時間はシステムで設定でき、自動更新を行わない設定もできること。	○
1	1	4	3	7		病棟ベッドマップ上で入院患者の情報（ID番号、氏名、年齢、入院日、診療科、主治医、担当看護師、パス、救護区分など）を確認できること。	○
1	1	4	3	8		病棟ベッドマップ上から、患者のベッドネーム、リストバンドの印刷ができること。	○
1	1	4	3	9		感染症患者の確認ができること。感染症患者は視認性向上のためベッドマップ上背景色の変更に自動的にできること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様								必須
1	1	4	3	10			病棟毎に稼働率が確認できること。	○
1	1	4	3	11			患者に対して医師、看護師向けの伝達情報がある場合、病棟ベッドマップ上で通知できること。	○
1	1	4	3	12			患者に対して指示の変更や緊急の指示があった場合、病棟ベッドマップ上で通知できること。	○
1	1	4	4				入院診療計画書	
1	1	4	4	1			入院診療計画書、退院療養計画書は作成状況だけではなく、印刷状況及び患者への提供状況を確認できること。	○
1	1	4	4	2			入院診療計画書に記載する症状や看護やリハビリテーションの計画はマスタで設定された項目から選べること。また、フリー入力にも対応すること。	○
1	1	4	4	3			入院診療計画書に記載する総合的な機能評価を選択形式で入力できること。またフリー入力もできること。	○
1	1	4	4	4			選択入力する機能評価項目及び機能評価項目に対する結果の選択肢を設定できること。	○
1	1	4	4	5			入院診療計画書に職種ごとの記入状態を入力できること。対象とする職種は最大10職種まで設定できること。	○
1	1	4	4	6			入院予約オーダが発行されたタイミングで、入院診療計画書の作成一覧に患者名が表示されること。	○
1	1	4	4	7			作成一覧で、未作成／作成中／作成済／印刷済／患者へ未提供／提供済の状態管理ができること。	○
1	1	4	4	8			入院診療計画書の作成一覧は患者ID指定で検索ができること。	○
1	1	4	4	9			作成一覧で職種ごとの記入状態を表示できること。	○
1	1	4	4	10			作成一覧で職種ごとの記入状態で絞り込みができること。	
1	1	4	4	11			作成一覧で患者への提供前に事前に記入内容を確認する仮印刷ができること。	
1	1	4	4	12			作成一覧での仮印刷時、状態が「未提供」のままであること。	
1	1	4	4	13			作成一覧での仮印刷時、出力帳票に「仮印刷」と印字することで患者へ渡す帳票と区別ができること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	4	4	14		DPCの「入院の契機となった傷病名」を取り込む機能があること。	
1	1	4	4	15		登録されている診断群分類区分情報を取り込む機能があること。入院後転科し、複数情報がある場合はリストで候補を表示し、指定できること。	
1	1	4	5			即入院オーダ	
1	1	4	5	1		救急患者や診察中に即時に入院の必要性が生じた患者に対応できるよう、予約入院オーダとは別に即時に入院オーダ発行ができること。	○
1	1	4	5	2		即入院オーダについて入床実施状態にするか入院決定状態に留めるかをシステムで設定できること。	○
1	1	4	5	3		電子カルテに、指示者、オーダ発行日、発行時間の情報が自動転記され、記録として保存できること。	○
1	1	4	5	4		オーダに変更や中止があった場合には、電子カルテシステムから修正や中止ができること。また、修正や中止の情報は即時に電子カルテに記載されること。	○
1	1	4	5	5		オーダの変更や中止を行った場合は、変更履歴や削除履歴を持たせること。特に変更履歴は、版数管理を行い、いつ・だれが・どのような変更を行ったのか、すべての履歴を電子カルテに残すこと。また変更履歴はカルテの条件検索で即時に表示できること。	○
1	1	4	5	6		即入院オーダを入床実施状態にしている場合、その情報が即時に医事会計システムに送信されること。	○
1	1	4	5	7		即入院オーダを発行した場合は、その情報がタイムリーに栄養管理システムへ送信されること。	○
1	1	4	5	8		即入院オーダを入床実施状態にしている場合、その情報が実施記録として電子カルテに即時に記録されること。	○
1	1	4	5	9		入力項目は、入院時に必要な情報を入力できること。任意の項目の入力（移動日時、診療科、病棟、食事情報を除く）については省略可能な設定ができること。	○
1	1	4	5	10		入院に必要な担当情報、食事情報の指定ができること。	○
1	1	4	5	11		必要な場合に、入院病名、入院目的を登録できること。また、新たに病名を登録する場合は、入院オーダの画面から病名登録ができること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	4	5	12		即入院オーダ発行後は入院中の診療指示が入力できること。 また、入院オーダ発行前でも入院中の診療指示（検査や処置や手術など）を入院予定病棟で発行できること。	○
1	1	4	5	13		入院オーダの発行時に入院診療計画書を自動で発行できること。	○
1	1	4	6			病棟ベッドマップ	
1	1	4	6	1		どの病室にどの患者が入院しているか一目で把握できること。また、入院登録や転入実施された患者は自動的に病棟ベッドマップに表示されること、退院や転棟の場合は自動的に非表示になること。また、病棟毎で配置が違いため、その病棟に合わせたベッドマップを表現できること。	○
1	1	4	6	2		病棟ベッドマップには、当該病棟の患者に指示された各種移動オーダ（入院・退院・転棟・転室）の予定を一覧にて表示できること。	○
1	1	4	6	3		病棟ベッドマップの日付と時刻を変更することで過去・未来の病棟の状況を確認できること。その場合、過去の入院状況や未来のベット使用状況が病床管理やオーダ、実施情報を取り込んで正確に表示できること。	○
1	1	4	6	4		病棟ベッドマップから患者のカルテを開けること。	○
1	1	4	6	5		病棟ベッドマップから患者を選択し、ワークシート、経過表、患者スケジュール、インチャージシート、看護必要度の各機能が呼び出せること。	○
1	1	4	6	6		病棟ベッドマップから複数の患者を選択し、選択した患者を対象とした、ワークシート、経過表、患者スケジュール、インチャージシート、看護必要度、状態一括登録、経過表一括入力などの各機能を呼び出せること。	○
1	1	4	6	7		自分の所属するチームや受け持ち患者についてはワンクリックで複数患者を選択できること。	○
1	1	4	6	8		病棟ベッドマップ情報の自動更新ができること。なお、更新タイミングについてはマスタ設定より変更できること。	○
1	1	4	6	9		病棟ベッドマップ上でカルテを開かなくても入院患者の情報（ID・生年月日・性別・診療科・主治医・担当医・担当看護師・パス・在院日数・救護区分）を確認できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	1	4	6	10	病棟ベッドマップから病室名を選択することにより、その病室の患者の詳細情報(年齢、性別、診療科、主治医・担当医・担当看護師、チーム)を表示できること。 また、あわせて患者情報として障害情報や介護区分、重症区分、看護度、介護区分、面会区分の情報も運用にあわせて表示できること。	○
1	1	4	6	11	感染症患者の確認ができること。	○
1	1	4	6	12	病棟ベッドマップに病棟毎の稼働率を表示できること。	○
1	1	4	6	13	患者に対して医師、看護師向けの伝達情報がある場合、病棟ベッドマップ上で通知できること。	○
1	1	4	6	14	病棟ベッドマップから患者の所在を検索できること。	○
1	1	4	6	15	病棟ベッドマップから空床の検索ができること。	○
1	1	4	6	16	VIP患者など、患者情報のアクセス制限を設けている患者は、病棟ベッドマップ上でも、表示させる情報を制限できること。 アクセスが許可されている利用者の場合は、制限はかからず情報を参照できること。	○
1	1	4	6	17	患者プロフィールに登録された障害情報や介護区分を病棟ベッドマップの病床にアイコン表示させ、患者の情報を識別できること。 また、表示できるアイコンについては、病棟毎に任意に設定できること。	○
1	1	4	6	18	混合病棟の場合、ケアの内容等が異なるために患者の入院診療科が一目で把握できるよう病棟ベッドマップの病床にアイコン表示できること。 また、表示できるアイコンについては、病棟毎に任意に設定できること。	○
1	1	4	6	19	転床する際、同一病棟内であれば、ドラッグ操作で簡単に同時に患者の入れ替え(転床)が行えること。	○
1	1	4	6	20	異なる病棟間でも、ドラッグ操作で簡単に患者の入れ替え(転棟転床)が行えること。	○
1	1	4	6	21	入院調整などを行う際に、ベッドキープの目的や理由が病棟ベッドマップ上で把握できるよう、ベッドキープの理由を病床欄に表示できること。	○
1	1	4	6	22	病棟ベッドマップ上、ベッドキープされている病床は識別できるよう、キープ目的に応じた背景色で表示されること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	4	6	23		災害時に備え、患者の把握と、補助の有無を確認できるよう、病棟ベッドマップと患者状態(救護区分、重症区分、看護度といった情報)を病棟ベッドマップの画面から印刷できること。 また、印刷部数は任意に変更できること。	○
1	1	4	6	24		緊急に出された指示や指示に変更があった場合、病棟ベッドマップ上の患者に対して自動的にアイコンを表示して通知できること。	○
1	1	4	6	25		また、アイコンをクリックすることで変更指示の詳細を表示し、指示受け／指示確認ができること。	○
1	1	4	6	26		患者氏名をダブルクリックすることで、該当患者のカルテを表示できること。	○
1	1	4	6	27		ベッドをキープできること。	○
1	1	4	6	28		ベッドキープは患者指定ありでも患者指定なしでもできること。	○
1	1	4	6	29		病棟内のパス適用中の患者が一目で確認できること。	○
1	1	4	6	30		病棟ベッドマップ上に、正常新生児をリスト表示できること。また、当リスト上には、新生児室に入室中の新生児および母子同室の新生児の両方が表示され、所在により判別できること。	○
1	1	4	6	31		病棟ベッドマップ上に、正常新生児一覧が表示されること。同一覧上には、新生児カナ氏名、新生児氏名、ID、生後日数、生年月日、性別、母親氏名を表示できること。	
1	1	4	6	32		正常新生児表示部分の詳細情報を表示できること。生後日数、生年月日、入床日、母親氏名、ID、氏名、カナ氏名、部屋種別、性別、在室日数を表示できること。	
1	1	4	6	33		新生児が母子同室の場合、病棟ベッドマップ上に母子同室であることが分かること。	
1	1	4	6	34		2人以上の新生児が母子同室状態の場合は、人数が表示され、複数人母子同室状態であることが容易に分かること。	
1	1	4	6	35		病棟ベッドマップから正常新生児入室画面を起動できること。	
1	1	4	7			病棟患者一覧	
1	1	4	7	1		病棟ベッドマップとは別に病棟の入院患者を一覧形式で表示できる画面を有すること。また、その一覧については項目ごとにソートができること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	1	4	7	2	病棟患者一覧では、患者の基本情報や入院情報（診療科、在院日数、主治医など）を表示できること。	○
1	1	4	7	3	病棟患者一覧では病棟、日付、診療科、主治医、主看護師の検索条件で患者検索し、表示できること。	○
1	1	4	7	4	病棟患者一覧の検索条件は利用者毎に初期値として保存ができること。	○
1	1	4	7	5	病棟患者一覧から選択した患者のカルテを開けること。	○
1	1	4	7	6	病棟患者一覧の画面からカードリーダー入力（患者IDカード）によって患者のカルテ表示ができること。	○
1	1	4	7	7	病棟患者一覧の画面から患者ID番号の直接入力によるカルテ表示ができること。	○
1	1	4	7	8	病棟患者一覧の印刷ができること。	○
1	1	4	7	9	病棟患者一覧をファイル出力できること。	○
1	1	4	7	10	病棟患者一覧情報の自動更新ができること。なお、更新タイミングについてはマスタ設定で任意に変更できること。	
1	1	4	8		担当患者一覧	
1	1	4	8	1	医師が担当している患者を一覧表示できること。	○
1	1	4	8	2	担当している患者の基本情報や、担当医が患者に対して登録したコメントなどを表示できること。また、入院時の主治医や担当医の登録機能だけでなく、担当医が任意で担当患者として登録し、該当する担当患者を検索表示できること。	○
1	1	4	8	3	担当患者一覧で日付、利用者情報による検索表示ができること。	○
1	1	4	8	4	担当患者一覧の各種検索条件を利用者毎に設定、保存できること。	○
1	1	4	8	5	担当患者一覧からカルテを開けること。	○
1	1	4	8	6	担当患者一覧の印刷ができること。	○
1	1	4	8	7	担当患者一覧をファイル出力できること。	○
1	1	4	8	8	担当患者一覧情報の自動更新ができること。また、更新タイミングについてはマスタ設定で任意に設定できること。	

別紙1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	4	9			実施入力（入院）	
1	1	4	9	1		患者スケジュール管理	
1	1	4	9	1	1	医師からの指示や、看護ケア指示など患者に対する指示は、横軸を時間、縦軸を患者ごとのカレンダー形式で表示できること。	○
1	1	4	9	1	2	患者スケジュールは日勤・準夜・深夜ごとに時間帯を切り替えられること。	○
1	1	4	9	1	3	時間指定のあるオーダは横軸の時間に合わせて表示されるが、時間指定のないオーダはまとめて表示されること。	○
1	1	4	9	1	4	患者スケジュールは横軸を診療行為別（処方・注射・検査など）にした表示にも対応できること。	○
1	1	4	9	1	5	医師からの指示や、看護ケア指示など患者に対する指示は「未実施」、「確認済」、「実施済」、「外来での指示」、「緊急度の高い指示」が識別できるように色で区別し表示できること。	
1	1	4	9	1	6	指示受けや指示確認、実施入力がなされた場合には「確認済」や「実施済」の色は自動で変更されること。	○
1	1	4	9	1	7	注射オーダの実施は開始時間と終了時間の「2回の実施入力」の運用に対応できること。また、終了時間を入力する際にIN量を入力することで、経過表へ自動転記できること。なお、実施入力をした際に、実施した日時、実施者といった情報は自動的に反映されること。	○
1	1	4	9	1	8	ワンショットのような注射オーダの実施は「1回の実施入力」に対応すること。その際、実施入力のタイミングでIN量を入力することで、経過表へ自動転記できること。なお、実施入力をした際に、実施した日時、実施者がといった情報は自動的に反映されること。	○
1	1	4	9	1	9	水分量や尿量測定の観察指示を実施入力するタイミングで、IN量やOUT量を入力できること。転記や2重入力がないよう、それらの情報は経過表にリアルタイムで反映されること。また、実施入力をした際に、実施した日時、実施者といった情報は自動的に反映されること。	○
1	1	4	9	1	10	患者スケジュールで実施入力した情報は、電子カルテや経過表に実施記録として自動転記されること。	○
1	1	4	9	1	11	与薬、採血、看護指示などに対し実施入力を行った際には、看護師が医療行為を実施したことを記録として残せること。また、実施入力をした際に、実施した日時、実施者が自動的に記載されること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	4	9	1	12	実施入力時に現在の実施日時や予定の実施日時が自動展開されること。	○
1	1	4	9	1	13	実施日時は、業務上、遅れて記載されることを考慮し、実際に実施入力を行った時刻の指定ができること。その際、実施時間と記載時間の両方を管理できること。	○
1	1	4	9	1	14	注射・処置オーダの実施入力は、医事会計と連動し、実施入力によって会計送信できること。注射オーダについて、「1回実施」の運用では即時に会計送信、「2回実施」の運用では開始1回目の実施で会計送信されること。	○
1	1	4	9	1	15	処置オーダの実施入力では、薬剤や使用器材の変更、追加、数量などの変更を実施入力時にできること。	○
1	1	4	9	1	16	受持ちやチーム単位で複数患者の実施入力が一画面でまとめてできること。	○
1	1	4	9	1	17	継続指示（発熱や疼痛時の指示など）の内容を確認できること。また、実施入力ができること。	○
1	1	4	9	1	18	各勤務帯の受持ち看護師への連絡などに使用することを想定して、オーダごとに実施時のコメント入力や当該日付で伝えたいコメントの入力、患者に対してのコメントの登録ができること。	○
1	1	4	9	2		転棟の受入実施	
1	1	4	9	2	1	転入／転出オーダを自動的に取り込み、オーダされた情報の閲覧ができ、転入、転出の決定処理ができる機能を有するベッドコントロールの画面を有すること。	○
1	1	4	9	2	2	患者の転入（入院・転棟）に関する情報の表示ができること。	○
1	1	4	9	2	3	患者の転出（退院・転棟）に関する情報の表示ができること。	○
1	1	4	9	2	4	転入／転出の期間、病棟、診療科による検索ができること。	○
1	1	4	9	2	5	検索条件を利用者毎に保存でき、初期検索条件として利用できること。	○
1	1	4	9	2	6	転入／転出の指示の決定ができること。	○
1	1	4	9	2	7	転入／転出の指示の変更ができること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	4	9	2	8	入力間違いやあらゆる事象により既に転棟決定処理した患者の転棟決定を修正できること。	○
1	1	4	9	2	9	決定済の転入／転出を取り消しできること。	○
1	1	4	9	2	10	ベッドコントロールの画面から選択したカルテを直接開けること。	○
1	1	4	9	2	11	ベッドコントロールの画面からカルテを開くことなく、転入／転出指示の詳細内容が参照できること。	○
1	1	4	9	2	12	ベッドコントロールの画面からカルテを開くことなく、食事の指示の詳細内容が参照できること。	○
1	1	4	9	2	13	ベッドコントロールの表示内容を印刷できること。 また、条件検索した結果や任意で選択した患者を対象に印刷できること。	○
1	1	4	9	3		薬剤受付	
1	1	4	9	3	1	電子カルテシステム機能として、処方オーダ情報や注射オーダ情報の受付操作ができること。同時に、受付情報（当該オーダ情報）を薬剤部門システムへ送信できること。	○
1	1	4	9	3	2	薬剤受付一覧では、以下の検索条件が指定できること。 ・ 期間 ・ 入外区分（入院・外来） ・ 診療科 ・ 病棟 ・ 伝票種別 ・ 伝票状態（未受付・受付済・実施済・変更済・印刷済など）	○
1	1	4	9	3	3	上記検索条件を利用者単位に保存できること。	○
1	1	4	9	3	4	上記検索条件を端末設定として保存できること。	
1	1	4	9	3	5	伝票単位（院外処方箋、院内処方箋、定期処方箋、臨時処方箋など）にオーダ数、受付数、印刷数などを表示できること。	○
1	1	4	9	3	6	診療科別、病棟別にオーダ依頼数、受付数、印刷数などを表示できること。	○
1	1	4	9	3	7	検索結果の一覧からオーダ内容詳細画面が表示できること。また、当画面から受付操作ができること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	4	9	3	8	オーダ内容詳細画面にて、必要に応じて予め設定した帳票（処方箋控え、注射箋控えなど）が印刷できること。	○
1	1	4	9	3	9	患者に感染症情報がある場合、感染症レベルにより一覧の表示色を変更できること。	
1	1	4	9	3	10	患者IDを指定してオーダ検索、一覧表示できること。	○
1	1	4	9	3	11	オーダ番号を指定してオーダ検索、一覧表示できること。	
1	1	4	9	3	12	部門番号を指定してオーダ検索、一覧表示できること。	○
1	1	4	9	3	13	伝票一覧や伝票総合計などの印刷ができること。	○
1	1	4	9	3	14	処方・注射伝票の受付処理を、診療科単位や病棟単位、伝票単位、オーダ単位でできること。	○
1	1	4	9	3	15	受付のタイミングで、予め設定した帳票（処方箋控え、注射箋控えなど）の印刷ができること。なお、印刷する・しないの設定はマスタにて設定できること。	○
1	1	4	9	3	16	一度受付操作した受付情報（依頼情報）の取消操作ができること。かつ、取消情報（当該依頼情報）を薬剤部門システムへ送信することができること。	○
1	1	4	9	3	17	注射の実施入力ができること。	○
1	1	4	9	3	18	電子カルテシステム機能として、「注射認証用ラベル」の印刷ができること。	○
1	1	4	9	4		検体検査受付／ラベル発行	
1	1	4	9	4	1	検体検査の受付や検体ラベル印刷の機能を電子カルテシステムにて提供すること。	○
1	1	4	9	4	2	以下の検索条件で指定されたオーダの依頼数、受付数、印刷数を一覧表示できること。 ・ 期間・診療科・病棟別 ・ 伝票別 ・ 伝票状態（未受付・受付済・実施済・変更済・印刷済など）	○
1	1	4	9	4	3	検体検査、細菌検査、輸血検査など伝票単位でオーダ依頼数、受付数、印刷数などが表示できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	4	9	4	4	診療科別、病棟別にオーダ依頼数、受付数、印刷数などを表示できること。	○
1	1	4	9	4	5	検索結果の一覧からオーダの詳細を表示・確認できること。	○
1	1	4	9	4	6	患者IDまたはオーダ番号の指定によるオーダの検索、一覧表示ができること。	○
1	1	4	9	4	7	伝票一覧や伝票総合計などの印刷ができること。	○
1	1	4	9	4	8	検査伝票の受付処理は診療科単位や病棟単位、オーダの伝票単位にできること。	○
1	1	4	9	4	9	感染症のある患者については識別できるように感染マークを印字できること。	○
1	1	4	9	4	10	受付のタイミングで検体ラベルの印刷ができること。	○
1	1	4	9	4	11	一度受付したオーダの取消しができること。	○
1	1	4	9	4	12	オーダ毎に区切りを設けてラベル出力ができること。	○
1	1	4	9	4	13	ラベルの即時出力有無の設定が、採血場所毎、オーダ種別毎、端末毎にできること。	○
1	1	4	9	4	14	輸血検査、細菌検査、病理検査の各ラベルの出力ができること。	○
1	1	4	9	4	15	検査伝票情報の検索・一覧表示ができ、検査伝票一覧から選択したラベルの印刷ができること。	○
1	1	4	9	4	16	病棟ラベルの即時印刷ができること。	○
1	1	4	9	4	17	病棟毎に一括ラベルを出力できること。	○
1	1	4	9	4	18	出力済みラベル一覧を出力できること。	○
1	1	4	9	4	19	患者プロフィールにその他アレルギーが登録されている場合、検体ラベルにその他アレルギーがある旨のマークなどを印字することが可能なこと。	○
1	1	4	9	4	20	病理依頼書及び細胞診依頼書には容器数と検体数が印字されること。	○
1	1	4	9	5		未実施の確認（未実施一覧）	
1	1	4	9	5	1	実施入力漏れを防止するために入院患者の日々の実施（請求）入力の漏れがないかチェックできること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	4	9	5	2	実施入力漏れのオーダを患者毎、病棟毎、診療科毎に抽出して表示できること。	
1	1	4	9	5	3	未実施の確認（未実施一覧）では期間、診療科、病棟、患者ID、実施区分による検索表示ができること。	
1	1	4	9	5	4	未実施の確認（未実施一覧）で各種検索条件の保存ができること。	
1	1	4	9	5	5	未実施の確認（未実施一覧）をファイル出力できること。	
1	1	4	9	5	6	一覧から選択したオーダに対する実施ツールを起動できること。	
1	1	4	9	5	7	一覧から選択した患者のカルテを起動できること。	
1	1	4	9	5	8	入院期間中に発行されたオーダの実施状態を退院後も確認できること。	
1	1	5				退院業務	
1	1	5	1			退院指示	
1	1	5	1	1		退院時情報及びベッドコントロールに必要な情報を入力できること。	○
1	1	5	1	2		退院予定日を入力できること。	○
1	1	5	1	3		退院時の転帰を転帰区分から選択入力できること。	○
1	1	5	1	4		退院時に退院経路を選択入力できること。	○
1	1	5	1	5		退院後の診療指示を事前に入力できること。	○
1	1	5	1	6		退院許可の指示する際に同画面から栄養評価の入力ができること。	○
1	1	5	1	7		退院許可を指示する際に、退院日以降のオーダを一括削除できる画面を起動できること。	
1	1	5	1	8		退院許可の転帰理由が死亡退院の場合、オーダー一括削除を実行する画面が自動で起動されること。	○
1	1	5	1	9		退院許可を指示する際に未評価のパスが存在する場合は確認画面を表示し、評価入力を促すこと。	
1	1	5	2			退院予定一覧／退院決定（ベッドコントロール）	
1	1	5	2	1		転入／転出オーダを自動的に取り込み、オーダーされた情報の閲覧ができ、転入、転出の決定処理ができる機能を有するベッドコントロールの画面を有すること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	5	2	2		患者の転出（退院・転棟）に関する情報を表示できること。	○
1	1	5	2	3		転入／転出の期間、病棟、診療科、主担当医、担当医、オーダ申込者による検索ができること。	○
1	1	5	2	4		検索条件を利用者毎に保存でき、初期検索条件として利用できること。	○
1	1	5	2	5		転入／転出の指示の決定ができること。	○
1	1	5	2	6		転入／転出の指示の変更ができること。	○
1	1	5	2	7		決定済の転入／転出を取り消しできること。	○
1	1	5	2	8		ベッドコントロールの画面から選択した患者のカルテを開けること。	○
1	1	5	2	9		ベッドコントロールの画面からカルテを開くことなく、転入／転出指示の詳細内容を参照できること。	○
1	1	5	2	10		ベッドコントロールの画面からカルテを開くことなく、食事の指示の詳細内容を参照できること。	○
1	1	5	2	11		退院予定一覧（ベッドコントロール）の表示内容の印刷ができること。また、条件検索した結果や任意で選択した患者を対象として印刷できること。	○
1	1	5	2	12		退院日を決定する画面から栄養評価の入力ができること。	○
1	1	5	2	13		退院日決定処理に伴い、配膳停止の食事区分を選択できること。	○
1	1	5	2	14		退院オーダを発行した場合は、その情報がタイムリーに栄養管理システムへ送信されること。	○
1	1	5	2	15		退院オーダを発行した場合は、その情報が即時に医事システムへ送信されること。	○
1	1	5	2	16		退院決定日以降に未実施オーダがある場合、退院オーダ発行のタイミングでワーニング表示を行い医師の判断で修正・削除ができること。	○
1	1	5	2	17		ワーニング対象のオーダ種別はマスタで設定できること。	○
1	1	5	2	18		退院予定日や退院決定日と連動して、退院日以降に入院中指示が発行されている場合はその指示を検索できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	5	2	19		退院予定日および退院決定日以降に指示されたオーダがある場合は、そのオーダの中止（削除）ができること。また、中止（削除）した指示はカルテに履歴として残すこと。	○
1	1	5	2	20		退院予定日および退院決定日以降に指示されたオーダがあり、そのオーダが外来指示としても有効な場合、入院指示から外来指示へ変更できること。また、修正した指示はカルテに履歴として残すこと。	○
1	1	5	2	21		退院予定日および退院決定以降の指示の入外変更および削除は、「入外変更するオーダ」、「削除するオーダ」を予めマスタ設定し、初期値で表示すること。また、死亡退院の場合は、マスタの初期設定に関らず、削除データとすること。	○
1	1	5	2	22		検索した退院後の入院中指示は依頼した診療科の情報や「会計送信済み」や「未実施」などの指示の状態を詳細表示できること。また、指示内容（薬剤名や処置行為名、検査項目など）についても詳細に表現すること。	○
1	1	5	2	23		入院中指示を一覧で表示する際に「処置系」「検査系」「薬剤」などで表示の絞り込みができること。また、全科・自科の絞り込みもできること。	○
1	1	5	2	24		退院後の入院中指示を削除、変更する際に、同じ画面から病名の転帰ができること。	
1	1	5	2	25		退院後の入院中指示を検索した際に、継続指示の一括停止ができること。	○
1	1	5	2	26		退院後の入院中指示を検索した際に、看護指示の一括停止ができること。	○
1	1	5	3			退院登録	
1	1	5	3	1		退院許可が登録されている患者に対して、退院決定の実施入力ができること。その際に病棟のベット配置がイメージしやすいように、ベットの空き状況や既に入院している患者のベット位置を病棟ベッドマップで表現すること。また、実施入力された情報は医事会計システムおよび栄養部門へ自動的に送信されること。	○
1	1	5	4			退院サマリ	
1	1	5	4	1		1入院歴もしくは1診療科単位で、サマリの記載管理ができること。	○
1	1	5	4	2		外来診療中などに、過去の入院歴サマリを容易に検索できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	1	5	4	3	入院日から発生する各種記録（入院までの経過、入院時現症、既往歴・アレルギー、中間サマリ）を、サマリ作成時に自動収集し、引用活用できること。	○
1	1	5	4	4	それぞれの記入エリアに対しては自由にテキスト編集ができること。	○
1	1	5	4	5	サマリ画面は基本的な情報を一画面で表示し、できる限り1画面で全体像を確認できるように設計できること。	○
1	1	5	4	6	シェーマ、テンプレート、検歴、検査レポートなどは添付ファイルとして関連付けできるようにし、印刷、サマリ情報の抽出に活用できるように対応できること。	○
1	1	5	4	7	入院日、退院日、病名、手術情報等々の情報種はタグ付情報として格納し、二次活用できること。	○
1	1	5	4	8	院内共通のフォーマットに加え、各診療科毎が個別に作成した画面のレイアウトにも対応し、表示、編集ができること。	○
1	1	5	4	9	科別サマリ作成時に職種記述を補助する汎用マスタ検索画面を表示できること。	○
1	1	5	4	10	作成した退院サマリの保存時に未入力・未選択項目の有無をチェックし、チェック結果ウインドウに表示すること。 また、未入力・未選択項目が存在する場合はサマリを保存しない設定ができること。	○
1	1	5	4	11	退院サマリは、作成（未作成・作成中・作成済）・承認（未承認・承認済）・受取（未受取・受取済）の状態管理ができ、訂正依頼・差戻しができること。	○
1	1	5	4	12	入院科が歯科の場合は、入院時診断名、退院時診断名に歯式を表示できること。	
1	1	5	4	13	サマリ作成対象患者の一覧画面において、退院サマリ未作成患者の識別表示ができること。	○
1	1	5	4	14	サマリに対する更新歴を確認でき、誰がいつ操作したかを確認できること。 また、過去の版数のサマリ内容を参照できること。	○
1	1	5	4	15	過去の入院時に記載した同一患者のサマリを複写できること。	○
1	1	5	4	16	サマリに記載した内容をファイル出力できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	5	4	17		退院サマリの承認権限を持つ医師を設定できること。	○
1	1	5	4	18		過去に記載した退院サマリを参照しながら入力中の退院サマリを記載できること。	○
1	1	5	5			退院療養計画書	
1	1	5	5	1		退院療養計画書に記載する患者名や診療科、病棟は電子カルテシステムのデータと自動で連携できること。	○
1	1	5	5	2		退院療養計画書に記載する注意事項（食事や入浴、運動など）は選択肢による入力、フリー入力のいずれにも対応できること。	○
1	1	5	5	3		作成した退院療養計画書は、入退院診療計画書の作成一覧に作成済であることが反映されること。	○
1	1	5	5	4		作成一覧で、未記入／記入中／記入済／患者へ未提供／提供済の状態が管理できること。	○
1	1	5	5	5		電子カルテシステムより退院療養計画書を作成し、印刷できること。	○
1	1	5	5	6		退院許可が発行されたタイミングで、退院療養計画書の作成一覧に患者名が表示されること。	○
1	1	5	5	7		退院日が決定したら、作成一覧の退院日が自動更新されること。	○
1	1	5	5	8		作成一覧から、当該患者の退院療養計画書の作成および修正、印刷ができること。	○
1	1	5	5	9		退院療養計画書の作成一覧は、期間、病棟、診療科、退院予定を含む条件で検索できること。	○
1	1	5	5	10		退院療養計画書の作成一覧は、IDによる患者検索ができること。	○
1	1	6				病棟管理	
1	1	6	1			病棟管理機能	
1	1	6	1	1		電子カルテシステムで入力された入院や退院、転棟などの情報を空床管理やベット管理にリアルタイムに取り込み、病床利用の効率化を支援する機能を提供すること。	○
1	1	6	2			移動予定患者一覧	
1	1	6	2	1		入院患者に指示されている病棟移動オーダや外泊、外出指示を病棟単位で把握しやすいように一覧にて表示できること。	○

別紙1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	6	2	2		移動オーダが指示されている患者の一覧（移動予定患者一覧）では移動カレンダー等を表示する事により、移動指示に関する情報が詳細に表示できること。	○
1	1	6	2	3		移動予定患者一覧では日付や病棟別、移動オーダ別、実施状態による検索表示ができること。	○
1	1	6	2	4		移動予定患者一覧では設定した検索条件を利用者毎に保存し、初期検索条件として使用できること。	○
1	1	6	2	5		移動予定患者一覧は患者のカルテ選択の機能を有し、移動予定患者一覧から該当する患者のカルテを開けること。	○
1	1	6	2	6		移動予定患者一覧に表示されている患者の基本情報などを参照したい場合、操作性を向上するために、移動予定患者一覧から該当する患者の基本情報やアレルギー、感染症情報を参照できること。	○
1	1	6	2	7		移動予定患者一覧に表示されている患者に対するの各オーダの指示／実施の情報を参照できること。	○
1	1	6	2	8		移動予定患者一覧を印刷できること。	○
1	1	6	2	9		移動予定患者一覧をファイル出力できること。	○
1	1	6	3			ベッドスケジュール管理	
1	1	6	3	1		ベッドの使用状況を確認できる機能を有すること。入退院指示や実施情報をリアルタイムに取り込んでベッドスケジュールに反映させること。	○
1	1	6	3	2		ベッドスケジュールは未来日を含めた時系列でベッド使用状況を参照できること。	○
1	1	6	3	3		ベッドスケジュール管理画面において、病棟、部屋タイプによる検索表示ができること。	○
1	1	6	3	4		感染症患者の確認ができること。	○
1	1	6	3	5		一覧上でベッド移動をシミュレーションできること。	○
1	1	6	3	6		ベッドスケジュール参照時に閲覧したい患者のカルテを開き、参照できること。	○
1	1	6	3	7		ベッドスケジュールから患者の基本情報やアレルギー、感染症などのプロフィール情報を参照できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	6	3	8		ベッドスケジュールをファイル出力できること。	
1	1	6	4			病床管理	
1	1	6	4	1		病棟毎の病床稼働状況を確認できること。	○
1	1	6	4	2		病床管理では病棟毎の稼働率、平均在院日数、入院患者数を一覧表示できること。	○
1	1	6	4	3		病床管理から各病棟のベット使用状況を確認できること。これはベットスケジュール管理との連動とする。	○
1	1	6	4	4		病床管理は一覧表示されたものが印刷できること。	○
1	1	6	4	5		病床管理は一覧表示されたものをファイル出力できること。	
1	1	6	4	6		病床管理情報をCSVファイルで出力できること。	
1	1	6	4	7		新生児検索する場合は、生後日数により絞り込みできること。	
1	1	6	4	8		マスタ設定により、正常新生児の食事情報を入力するかどうかを設定できること。	
1	1	6	4	9		担当情報として、主担当医、担当医、担当看護師、副担当看護師、チームを設定できること。	○
1	1	6	4	10		正常新生児入室確定時に、母親と新生児双方の患者プロフィール情報を更新し、親情報と子情報が自動で登録されること。	
1	1	6	4	11		母子同室、新生児室の部屋区分の変更ができること。	
1	1	6	4	12		正常新生児を退室させられること。	
1	1	6	4	13		母親の移動（転棟、転室、転床、退院）に伴い、新生児の移動を促すメッセージを表示できること。	
1	1	6	4	14		正常新生児の人数は病棟管理日誌で自動取り込みできること。	
1	1	6	4	15		正常新生児に対して発行されたオーダは医事システムに外来扱いで送信されること。	
1	1	6	5			入退院文書一覧	
1	1	6	5	1		病棟、診療科単位に入院期間中に作成が必要な文書の作成状況を一覧形式にて管理できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様								必須
1	1	6	5	2			入退院文書一覧の対象文書はマスタ設定により登録できること。	○
1	1	6	5	3			入退院文書一覧の対象文書は一覧表示画面から新規作成、修正ができること。	○
1	1	6	5	4			入退院文書一覧画面からカルテを開けること。	○
1	1	6	5	5			入退院文書一覧画面の一覧印刷、一覧ファイル出力ができること。	○
1	1	6	5	6			入退院文書一覧画面の検索条件の保存（利用者単位）ができること。	○
1	1	6	5	7			患者ID、病棟、診療科、主担当医、担当医、主看護師、入院期間、文書の作成状況による検索ができること。	○
1	1	7					カルテ記載	
1	1	7	1				カルテ確認機能	
1	1	7	1	1			患者のカルテを開いて記載する前に、患者IDや氏名が表示され、カルテの取り違いを防止できること。	○
1	1	7	1	2			患者のカルテを開き記載する前にカルテ入力の条件を設定（入院／外来の切り替え・診療科の変更・保険の変更など）ができること。	○
1	1	7	1	3			外来では患者の初診、再診など来院状態が確認でき、また必要に応じてカルテ記載時に変更ができること。	
1	1	7	1	4			外来では患者の院内での状況（診察中・検査中・会計待ちなど）をカルテを開いたり、保存するタイミングで更新し、受付患者一覧に表示するが、正確な導線を把握するため、カルテを開く際に患者の診察方法（診察外、対面診察、電話診察）の選択ができること。	
1	1	7	1	5			利用者が患者のカルテを記載しない場合、参照モードでカルテの表示ができること。	
1	1	7	1	6			利用者が患者のカルテにシステムダウンなどで事後入力する際、事後モードを選択しカルテ記載ができること。	○
1	1	7	1	7			患者のカルテが他の端末で使用されている場合に使用中の情報（端末名、利用者ID、利用者名、電話番号）を表示できること。	○
1	1	7	1	8			患者に救急時などに発行された仮IDで作成されたカルテが存在している場合は警告表示できること。	○
1	1	7	1	9			患者と関連づけされた患者（親族や二重登録された患者など）がいる場合は警告表示できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	1	7	1	10	患者制限機能にてVIP設定されている場合はパスワード入力促されること。	
1	1	7	1	11	患者が亡くなっている場合、それを警告するメッセージを表示すること。	
1	1	7	1	12	同姓同名カナ氏名の患者が存在している場合は警告表示できること。	○
1	1	7	1	13	カルテの取り違いを防止するために同姓同名患者を一覧で表示し、カルテを開く前に患者を識別できること。	
1	1	7	1	14	患者にアレルギーがある場合、それを警告するメッセージを表示すること。	
1	1	7	1	15	患者カルテの参照記録（利用者名、時間）を表示できること。	○
1	1	7	1	16	患者プロフィールに入力した注意事項を表示できること。	○
1	1	7	1	17	患者基本情報（住所、氏名、年齢、身長、体重、紹介元、保険情報など）を表示できること。	○
1	1	7	1	18	患者の写真を取り込み、表示できること。	
1	1	7	1	19	アレルギー情報（食物・薬剤）・感染症・障害情報・妊娠・治験・インプラント・透析・造影剤禁忌・適用中パスやレジメン・介入中チームなどの重要情報はアイコン表示し、常にカルテに表示すること。	○
1	1	7	1	20	上記のアイコンにカーソルを合わせることで関連するプロフィール情報をポップアップ表示できること。また、アイコンをクリックすることで関連するツールを起動できること。	○
1	1	7	1	21	電子カルテのツールを起動した場合にも、上記の患者情報が常に表示されていること。	○
1	1	7	1	22	患者プロフィールと連携させる患者の写真データを登録できること。	
1	1	7	1	23	患者プロフィールに登録した患者の写真データが、患者バー上の「患者識別アイコン」にサムネイル形式で反映されること。	
1	1	7	1	24	患者の写真データ一覧を専用の画像ビューアで表示できること。	
1	1	7	1	25	患者プロフィールにはマスタ更新により項目を追加できること。	○
1	1	7	1	26	薬剤アレルギー欄にはアレルギー症状が3つ登録できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	7	1	27		食物アレルギー欄にはアレルギー症状が3つ登録できること。	○
1	1	7	1	28		造影剤アレルギー欄にはアレルギー症状が3つ登録できること。	○
1	1	7	1	29		その他アレルギー欄にはアレルギー症状が3つ登録できること。	○
1	1	7	1	30		薬剤アレルギー欄には発症時期・根拠登録できること。	○
1	1	7	1	31		食物アレルギー欄には発症時期・根拠登録できること。	○
1	1	7	1	32		造影剤アレルギー欄には発症時期・根拠登録できること。	○
1	1	7	1	33		薬剤アレルギー欄の発症時期・根拠登録は看護アセスメント画面と連動できること。	
1	1	7	1	34		食物アレルギー欄の発症時期・根拠登録は看護アセスメント画面と連動できること。	
1	1	7	1	35		造影剤アレルギー欄の発症時期・根拠登録は看護アセスメント画面と連動できること。	
1	1	7	1	36		薬剤アレルギー欄には登録・更新を行った利用者の職種、氏名、更新日付が表示されること。	○
1	1	7	1	37		食物アレルギー欄には登録・更新を行った利用者の職種、氏名、更新日付が表示されること。	○
1	1	7	1	38		造影剤アレルギー欄には登録・更新を行った利用者の職種、氏名、更新日付が表示されること。	○
1	1	7	1	39		その他アレルギー欄には登録・更新を行った利用者の職種、氏名、更新日付が表示されること。	○
1	1	7	1	40		インプラント欄には登録・更新を行った利用者の職種、氏名、更新日付が表示されること。	○
1	1	7	1	41		アセスメントシートのインプラント欄には登録・更新を行った利用者の職種、氏名、更新日付が表示されること。	
1	1	7	1	42		薬剤アレルギー欄には投与不可の設定が可能なこと。	○
1	1	7	1	43		薬剤アレルギー欄には投与不可の設定は看護アセスメント画面でも可能なこと。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	1	7	1	44	薬剤アレルギー欄のアレルギー薬剤の解除（中止）を行う際にはその旨を確認するメッセージを表示して注意を促すような仕組みを持つこと。	
1	1	7	1	45	薬剤アレルギー欄のアレルギー薬剤の解除（中止）を行う際にはその旨を確認するメッセージを看護アセスメント画面でも表示して注意を促すような仕組みを持つこと。	
1	1	7	1	46	<p>薬剤アレルギー欄に「薬剤アレルギーなしを確認」をチェックできること。</p> <p>またこのチェックがついている状態で薬剤アレルギーを入力した場合には「薬剤アレルギーなし確認」のチェックを外しても良いか確認するメッセージが表示されること。</p> <p>既に薬剤アレルギーが登録されている状態で「薬剤アレルギーなしを確認」にチェックしようとする、アレルギー情報が登録されている旨が表示され、登録されているアレルギー情報を解除しないと、チェックできない仕組みとすること。</p>	
1	1	7	1	47	<p>薬剤アレルギー欄に「薬剤アレルギーなしを確認」をチェックできること。</p> <p>またこのチェックがついている状態で薬剤アレルギーを入力した場合には「薬剤アレルギーなし確認」のチェックを外しても良いか確認するメッセージが看護アセスメント画面でも表示されること。</p> <p>既に薬剤アレルギーが登録されている状態で「薬剤アレルギーなしを確認」にチェックしようとする、アレルギー情報が登録されている旨が表示され、登録されているアレルギー情報を解除しないと、チェックできない仕組みとすること。</p>	
1	1	7	1	48	薬剤アレルギーの入力について、マスタから選択できるほかフリー入力もできること。ただしフリー入力された項目はマスタから選択された項目と識別できるように背景色を変える仕組みがあること。	
1	1	7	1	49	看護アセスメント画面の薬剤アレルギーの入力について、マスタから選択できるほかフリー入力もできること。ただしフリー入力された項目はマスタから選択された項目と識別できるよう背景色を変える仕組みがあること。	
1	1	7	1	50	薬剤アレルギーで既に登録されたアレルギーが解除（中止）された場合は、非表示にせず他の薬剤アレルギー項目と判別できるように背景色を変える仕組みがあること。	
1	1	7	1	51	看護アセスメント画面の薬剤アレルギーで既に登録されたアレルギーが解除（中止）された場合は、非表示にせず他の薬剤アレルギー項目と判別できるよう背景色を変える仕組みがあること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	7	1	52		薬剤アレルギーを登録する際には薬剤コード、薬剤区分が表示されること。	
1	1	7	1	53		薬剤アレルギーを登録する際には薬剤コード、薬剤区分が看護アセスメント画面でも表示されること。	
1	1	7	1	54		薬剤アレルギーをマスタから検索し登録ができること。検索結果には薬剤名、薬剤コード、薬剤区分が表示されること。	
1	1	7	1	55		プロファイル、看護アセスメント画面に造影剤アレルギーが専用に登録できる項目があること。登録する造影剤については造影剤だけが検索可能な画面を用意し、検索し登録が行えること。	
1	1	7	1	56		療養病棟の患者さんに病状や治療内容を説明する為の、「医療区分・A D L区分等に係る評価票」が利用可能なこと。	○
1	1	7	1	57		「医療区分・A D L区分等に係る評価票」を一括印刷で印刷が可能なこと。	○
1	1	7	2			カルテ1号紙	
1	1	7	2	1		電子カルテシステムに患者基本情報を表示できること。この基本情報はカルテ記載時に常に画面に表示されていること。また、以下の1～7の項目について情報表示できること。	
1	1	7	2	2		1. 患者の受診歴が表示できること。	○
1	1	7	2	3		2. 患者の入退院歴が表示できること。	○
1	1	7	2	4		3. 患者の薬物・食物・造影剤アレルギー情報を表示できること。	○
1	1	7	2	5		4. 患者の感染症に関する情報を表示できること。	○
1	1	7	2	6		5. 患者の家族など、関連する患者情報を表示できること。	○
1	1	7	2	7		6. 複数のカルテが存在している場合は注意を促す表示ができること。	○
1	1	7	2	8		7. 紹介患者の場合は紹介元情報が表示されること。	○
1	1	7	2	9		上記5と6に関連するカルテを開く際には、当該患者のカルテを閉じることなく表示できること。	○
1	1	7	2	10		患者に同姓同名情報があった場合、アイコンによって警告表示できること。また、アイコンから同姓同名患者を一覧で表示し、患者を識別できること。	○

別紙1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	1	7	2	11	患者にアレルギー情報などの注意事項があった場合、それらを警告するアイコンを表示すること。	○
1	1	7	2	12	紙カルテのカルテ1号紙に該当する情報を1画面に集約して表示できること。	○
1	1	7	2	13	患者の病歴情報が参照できること。	○
1	1	7	2	14	患者の労災情報(傷病名、党務不能期間など)が参照できること。	○
1	1	7	2	15	労災にかかわる通信欄を記載できること。	○
1	1	7	2	16	画面上から備考情報を記載できること。	
1	1	7	3		カルテ2号紙	
1	1	7	3	1	SOAP表記によるカルテ入力・表示ができること。	○
1	1	7	3	2	記載日、記載者(職種、氏名)、診療科、病棟、保険、版数を表示できること。	○
1	1	7	3	3	2号紙に記載したカルテの内容で修正したい情報は容易に修正できること。	○
1	1	7	3	4	2号紙に記載した検査、処置、注射の指示については同一オーダ内容で複数日のコピーができること。	○
1	1	7	3	5	2号紙に記載した検査や処方オーダを項目単位で削除できること。また、削除項目にオーダとして不整合がある場合は、チェックをかけられること。	○
1	1	7	3	6	2号紙に登録されたシェーマは任意の倍率で拡大表示できること。	○
1	1	7	3	7	過去に記載したカルテ内容をコピー＆ペーストの操作により、記載中のカルテに利用できること。	○
1	1	7	3	8	カルテ入力した記載内容の印刷ができること。	○
1	1	7	3	9	カルテはXML形式で保存できること。	○
1	1	7	3	10	XML形式で保存されたカルテ内容は容易にテキストデータに変換でき、カルテ記載時にコピー＆ペーストができること。	○
1	1	7	3	11	過去の2号紙に登録されている記載内容、各種オーダ、シェーマ、テンプレート、WORD文書などを、今回の記載に一括コピーできること。	
1	1	7	3	12	カルテ入力した記載内容は文字単位で修飾できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	1	7	3	13	院内でカルテ入力する記載内容の書式統一を行えるように、【重要】・【注意】等の共通した文字修飾の書式については、フォントパターン（サイズ、カラー、ボールド、イタリック）を設定し、ワンクリックで該当のフォントを設定できること。	
1	1	7	3	14	利用者単位に等幅フォント、フォントサイズを初期設定できること。	
1	1	7	3	15	カルテ記載内容に付箋の貼付ができること。また、付箋には複数パターンを用意し、それぞれの付箋種別ごとに検索ができること。	○
1	1	7	3	16	定型の付箋が設定できる機能を有すること。	
1	1	7	3	17	カルテ記載欄にはSOAP記載ができ、SOAP以外の情報も入力できること。	○
1	1	7	3	18	新規、修正、削除を含めて、入力データについて最終的にカルテの更新を行うまでは、UNDO、全入力の取り消しができること。	○
1	1	7	4		カルテ歴	
1	1	7	4	1	カルテ歴に表示する診療記録毎に記載日、記載者（職種、氏名）、診療科、病棟、更新日、更新者、版数を表示できること。	○
1	1	7	4	2	過去のカルテ歴として 所見や主訴の記述 オーダ情報 各部門でのオーダ実施情報 画像・レポート・検査結果 看護記録 各職種の記録 など患者の診療に関する記録を全て表示すること。	○
1	1	7	4	3	カルテ歴に表示する文字サイズを変更できること。	○
1	1	7	4	4	過去のカルテを下記に示す条件を指定して検索できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	1	7	4	5	検索条件として、 「対象とするオーダ種別の設定」 「所見や主訴のカルテ記述内容のみ」 「レポート」 「診療科設定」 「病棟指定」 「入外区分」 「保険の種類」 「職種」 「自分の記載」 を設定できること。	○
1	1	7	4	6	過去のカルテや発行済みの指示をカルテ歴からコピーできること。	○
1	1	7	4	7	カルテ歴から指示に対するレポートや検査結果を容易に表示できること。	○
1	1	7	4	8	カルテ歴を参照した際に、オーダ（指示）が現在どのような状態（未実施、実施済、レポート済）であるかを表示できること。	○
1	1	7	4	9	過去のカルテの修正は、カルテ歴から簡単な操作で行えること。	○
1	1	7	4	10	改竄を防止する為に、過去のカルテを修正・追記した場合は、版数管理し、修正履歴をすべて残すこと。	○
1	1	7	4	11	カルテの追記や修正を行った場合、最新情報を表示すること。ただし、任意でこれまでの修正履歴も表示できること。	○
1	1	7	4	12	カルテ歴にこれまでの修正履歴を表示した場合、旧版数のカルテと最新版のカルテの色分け表示ができること。	○
1	1	7	4	13	利用者ごとに検索条件を自由に設定できること。また、その検索条件については5つ以上設定できること。	○
1	1	7	4	14	カルテ歴からカルテの控え印刷ができること。	
1	1	7	4	15	カルテに貼付した付箋を表示・追加・削除できること。	○
1	1	7	4	16	特定保険の表示について、表示設定できること。	○
1	1	7	4	17	研修医のカルテ記載、指示については指導医の承認機能（カウンターサイン）を有し、個々のカルテ記載について指導医の承認・未承認の状態および指導コメントを確認できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	1	7	4	18	指導コメントはカルテ記載の中に表示されるのではなく、アイコンを表示し、アイコンをクリックすることでこれまでの指導コメントの一覧と新たにコメントを入力するための画面が起動できること。	
1	1	7	4	19	オーダ削除時に確認メッセージ表示ができること。	○
1	1	7	4	20	一画面で2年分以上の診療録の存在と受診歴／入退院歴について確認できること。	○
1	1	7	4	21	上記については、月単位に診療録が存在するか確認できること。	○
1	1	7	4	22	月部分を選択することにより、その月を含めて3ヶ月分以上のカレンダを表示し、診療録が存在する日付を一目で把握できること。	○
1	1	7	4	23	カレンダ部分の日付範囲の選択により、選択した範囲の診療録を参照できること。	○
1	1	7	4	24	初診／再診／入院の種類によって、診療録が存在するカレンダの日付の色を変更できること。	○
1	1	7	4	25	カルテの表示については、全ての情報を表示するモード／情報を絞って表示するモードを簡易に変更しながら使用できること。この表示する情報や見え方については、スタイルシート等の設定により、導入時に病院と協議した上で決定できること。	
1	1	7	4	26	診療録の検索条件として、全科／自科、外来／入院／共通、職種、自分の記載のみ、記載日／実施日 による検索を指定できること。	
1	1	7	4	27	診療録の検索条件として、カルテやオーダの種別で検索条件を指定できること。	○
1	1	7	4	28	上記について、よく使う検索条件についてはワンクリックで検索できるようにボタン等を配置することができること。また、それは職種単位に決めることができること。	○
1	1	7	4	29	上記について、ワンクリックで検索するボタンについては、複数ボタンを押下することで、両方の条件を組み合わせた検索ができること。	○
1	1	7	4	30	よく使う診療録の検索条件については、簡易な操作でお気に入りの検索条件として保存することができること。	○
1	1	7	4	31	診療録の履歴には、患者に対して貼り付けられている付箋を利用者と院内全体に区別して表示できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	1	7	4	32	設定した付箋の記載内容の変更ができること。また、不要になれば削除操作も可能であること。	○
1	1	7	4	33	付箋を選択することで紐付けられている診療録を直接表示し、編集可能な状態でであること。	
1	1	7	4	34	ブラウザ上に表示された診療録から文字列での検索ができること。検索時にはCtrl+Fのショートカットキーでのクイック検索ができること。	
1	1	7	4	35	上記検索以外に、キーワードによる診療録の検索ができること。	○
1	1	7	4	36	カルテ歴から退院サマリを参照・修正できること。	○
1	1	7	4	37	カルテ歴の情報量が多い場合には過去カルテの簡略表示を行うことで、いつどのような診療だったのかをわかりやすく表示できること。	○
1	1	7	4	38	カルテ歴からカルテの控え印刷ができること。	
1	1	7	4	39	カルテ歴でカルテ記載部のみの絞り込み表示ができること。	○
1	1	7	4	40	カルテ歴上にオーダの状態表示マークを表示でき、マウスカーソルを合わせるとツールチップ（小さな説明窓）が表示され内容を確認できること。	
1	1	7	4	41	レポートの履歴を並べて表示できること。	○
1	1	7	4	42	カルテ歴上で、オーダの診療科、病棟、保険を変更できること。	○
1	1	7	4	43	オーダの修正・削除・事後修正・事後削除を行う際に、利用者に注意メッセージを表示できること。	○
1	1	7	4	44	地域連携システムからの紹介状・返書に対して、カルテ歴から返信内容を記載できること。	
1	1	7	4	45	コンサルテーション依頼（他科診療依頼）については、カルテ歴から返信内容を記載できること。	○
1	1	7	4	46	診療録の履歴は、患者に対して診療記録や看護記録の記載があった日付のツリーを表示できること。日付選択により、当該カルテを参照できること。	○
1	1	7	4	47	上記に加え、日付範囲の選択により、当該日付範囲のカルテを参照できること。	○

別紙1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	7	4	48		診療録は、患者に対して診療記録や看護記録の記載があった日付をカレンダー形式で表示できること。日付選択により、当該カルテを参照できること。	○
1	1	7	4	49		カルテ記載情報は一定数を超えると情報量に応じて日付や月単位でまとめてツリー表示できること。	○
1	1	7	4	50		診療録の履歴は、自科のカルテと他科のカルテを分け、日付単位でツリー表示できること。日付選択により、当該カルテを参照できること。	○
1	1	7	4	51		検査結果(検査歴・画像等)やレポートがある日付を自科と全科に分けてツリー表示できること。日付選択により、当該レポートや結果を参照できること。	○
1	1	7	4	52		カルテ、オーダ、結果・報告などの上位の情報種別内にある日付毎のカルテ情報の件数が一定数を超えると年単位の情報としてまとめてツリー表示できること。	○
1	1	7	4	53		上記に加え、年単位の情報内の日付毎のカルテ情報の件数が一定数を超えると月単位にまとめてツリー表示できること。	
1	1	7	4	54		予め条件設定しておくことで汎用的な情報分類を上位の情報分類種別として設定でき、条件設定に応じたデータのみをその配下のツリーとして表示できること。	○
1	1	7	4	55		上記の汎用的なカルテ記載情報のまとめ表示は利用者ごとに作成ができること。	
1	1	7	4	56		各利用者が設定した検索条件を保存でき、その条件をカルテ起動時の初期検索条件として設定、解除できること。	○
1	1	7	4	57		詳細な検索条件で検索された結果が、一定数を超えるとカルテ記載情報をまとめてツリー表示できること。	○
1	1	7	4	58		診療録のツリー履歴を表示する際に、オーダ情報だけでなく、所見などのカルテ記載(カルテ記載画面のSOAP部でのテキスト記載)がある文書の場合は「記」の文言を表示して、記載の有無を表示(イベント情報)することができること。	○
1	1	7	4	59		上記の他に以下のイベント情報を表示できること。 出産、誕生日、死亡日	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	7	4	60		診療録のツリー履歴を表示する際に、初診、再診、入院の区別をアイコン表示すること。	
1	1	7	4	61		診療録をカレンダー形式で表示する際に、初診、再診、入院の区別を日付セルの背景色で区別すること。	
1	1	7	4	62		ロールブラウザ上に表示されたカルテ記載歴から文字列での検索ができること。検索時にはCtrl+Fのショートカットキーでのクイック検索ができること。	
1	1	7	4	63		ワンクリックで以下の条件を検索できること。 「診療記録をすべてを表示」 「所見や主訴などの記述のみ表示」 「サマリーのみ表示」 「オーダ情報のみ表示」 「処方オーダのみ表示」 「検体検査オーダのみ表示」 「放射線・生理・内視鏡検査のみ表示」 「検査結果・レポートのみ表示」	○
1	1	7	4	64		複数の検索条件のツリーを表示できること。	
1	1	7	4	65		ツリーの日付と合わせて診療科、文書タイトル、文書種別、イベント情報を表示できること。	
1	1	7	4	66		各ツリーの並び順は利用者ごとに設定できること。	
1	1	7	4	67		文書の記載歴がある診療科ごとにまとめてツリー表示できること。	
1	1	7	4	68		入院・転科の期間でまとめて表示できること。	
1	1	7	4	69		全診療科分・自診療科分で表示の切り替えができること。	○
1	1	7	4	70		診療科や伝票種別など詳細な検索条件を設定できること。	○
1	1	7	4	71		利用者自身が記載した内容のみ絞り込みができること。	○
1	1	7	4	72		検索条件に職種を指定して職種別に記載した内容の絞り込みができること。	○
1	1	7	4	73		医師用、看護師用など職種ごとによく利用する検索条件をあらかじめ院内で設定ができること。	○
1	1	7	4	74		利用者ごとに登録した検索条件以外に、利用者の職種と診療中の診療科（カルテを開いている診療科）向けに院内で共有されているおすすめの検索条件を利用できること。	○
1	1	7	5			全文検索機能	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	7	5	1		患者のカルテ（カルテブラウザで参照可能な情報）内からキーワードを指定して文字列検索ができること。	○
1	1	7	5	2		患者のカルテ内からキーワードを指定して文字列検索する機能は、電子カルテの利用者・患者と連動して使用できること。	○
1	1	7	5	3		患者のカルテ内からキーワードを指定して文字列検索したとき、その検索結果を選択すると、選択した文書がカルテブラウザに連動して表示されること。	○
1	1	7	5	4		患者のカルテ内からキーワードを指定して文字列検索したとき、その検索結果に対し、分類(ファセット)による絞り込みができること。分類(ファセット)による絞り込みは、文書年月、年齢、診療科、職種、文書種別、作成者でおこなえること。	○
1	1	7	5	5		患者のカルテ内からキーワードを指定して文字列検索する機能は、電子カルテの利用者権限によって、ツールの使用可否や、検索可能な文書が限定できること。	○
1	1	7	5	6		院内の全患者のカルテ（カルテブラウザで参照可能な情報）に対して、患者横断的にキーワードを指定した文字列検索ができること。	○
1	1	7	5	7		院内の全患者のカルテに対して、横断的にキーワードを指定した文字列検索をする機能は、電子カルテのメニュー（ナビゲーションマップ）から利用者を連動して使用できること。	○
1	1	7	5	8		院内の全患者のカルテに対して、横断的にキーワードを指定した文字列検索をしたとき、その検索結果を選択すると、選択した文書がカルテブラウザのイメージで表示されること。	○
1	1	7	5	9		院内の全患者のカルテに対して、横断的にキーワードを指定した文字列検索をしたとき、その検索結果から、患者を選択して、カルテを開くことができること。	○
1	1	7	5	10		院内の全患者のカルテに対して、横断的にキーワードを指定した文字列検索をしたとき、分類(ファセット)による絞り込みができること。分類(ファセット)による絞り込みは、文書年月、年齢、性別、診療科、病棟、職種、文書種別、入外区分、自記載でおこなえること。	
1	1	7	5	11		院内の全患者のカルテに対して、横断的にキーワードを指定した文字列検索する機能は、電子カルテの利用者権限によって、ツールの使用可否や、検索可能な文書が限定できること。	○
1	1	7	5	12		院内の全患者のカルテに対して、横断的にキーワードを指定した文字列検索する機能は、VIP患者の文書を検索対象外に制限できること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	7	5	13		キーワードを指定して文字列検索する際、検索対象はカルテブラウザで参照可能な文書で、本文、タイトル、診療科、文書日付が検索対象となること。	○
1	1	7	5	14		キーワードを指定して文字列検索する際、過去に使用された頻用文字列が選択候補として表示されること（オートコンプリート機能）。	○
1	1	7	5	15		キーワードを指定して文字列検索する際、AND検索、OR検索ができること。	○
1	1	7	5	16		キーワードを指定して文字列検索する際、英数字は大文字小文字、全角半角の区別をせずに検索できること。	○
1	1	7	5	17		キーワードを指定して文字列検索する際、本文やタイトルに含まれる記号の検索ができること。	○
1	1	7	5	18		キーワードを指定して文字列検索する際、カルテブラウザから参照可能なWORDやEXCEL、PDF文書が検索できること。また、検索結果からWORDやEXCEL、PDF文書を参照可能なこと。	
1	1	7	5	19		キーワードを指定して文字列検索する際、マスタメンテナンスで登録した類義語を使用した検索ができること。	○
1	1	7	5	20		キーワードを指定して文字列検索する際、マスタメンテナンスで登録した禁止語を使用した検索が抑止されること。	○
1	1	7	5	21		キーワードを指定して文字列検索したとき、検索した利用者や患者のID、指定したキーワード情報をアクセスログに記録すること。	○
1	1	7	5	22		患者のカルテ（カルテブラウザで参照可能な情報）が更新（追加・変更・削除）されたとき、更新された文書が速やか(概ね1分以内)に検索できること。	○
1	1	7	5	23		時系列に表示されたカルテの視認性向上のために、所見や主訴の記述、オーダ（指示）、看護記録、レポート、検査結果など情報毎に色分け表示できること。	○
1	1	7	6			入力支援（テンプレート機能）	
1	1	7	6	1		外来での診察所見や患者主訴の記述を行う際に、入力漏れや院内での標準化、共通化が推進できるように、テンプレート機能で入力できること。	○
1	1	7	6	2		院内で作成したテンプレートは電子カルテシステム内に、「院内共通」、「診療科ごと」、「利用者ごと」に登録できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	7	6	3		テンプレートは自由に作成でき、電子カルテに登録できること。また、電子カルテ稼働後の追加登録は病院にて容易にできること。	○
1	1	7	6	4		電子カルテに登録されたテンプレートはテンプレートの種類毎にフォルダに格納し、ツリー構造にて表示されること。ツリーからテンプレートを選択した際にプレビューできること。	○
1	1	7	6	5		テンプレート内で情報入力する機能として、ラジオボタン、リストボックス、チェックボックス、およびコンボボックス、テキストボックス（文字のみ、数値のみ、日付のみ、日付時刻のみ、時刻のみ）の機能を設定できること。	○
1	1	7	6	6		テンプレート内で情報入力する機能として、選択形式のものについては、択一選択、複数選択の両方に対応できること。	○
1	1	7	6	7		テンプレート内で情報入力する機能として、選択形式による記述のほか、フリー入力ができること。	○
1	1	7	6	8		テンプレートにはプロファイル項目を登録することができ、テンプレート入力により患者プロファイル情報としても更新できること。	○
1	1	7	6	9		テンプレートの入力項目の内容を四則演算したり、入力内容によって他の入力項目の入力を制御したりすることが出来ること。	○
1	1	7	6	10		テンプレートを作成する際にシェーマ（スケッチ図）をテンプレート内に取り込めること。	○
1	1	7	6	11		テンプレートを作成する際にスキャナ機器でスキャンした画像をテンプレート内に取り込めること。	
1	1	7	6	12		スキャナ機器でスキャンする際には、連続取り込みが出来ること。	○
1	1	7	6	13		テンプレートを作成する際にtxt、Word、Excelなどのファイルを添付できること。	
1	1	7	6	14		テンプレート内の項目（患者名や病名など）で、予めマスタ設定や予約語設定し、診療データを利用してデフォルト表示できること。	○
1	1	7	6	15		テンプレート入力時に、前回の入力内容を自動展開できること。	○
1	1	7	6	16		テンプレート入力時に、前回の入力内容を任意のタイミングで展開できること。	
1	1	7	6	17		テンプレートにて入力された各種データについては、識別情報を付加することで後利用ができること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	1	7	6	18	二重入力の負荷軽減と算定漏れを防ぐため、各種指導内容や計画書など医事算定可能なテンプレート記載を行った場合は医事会計システムに会計情報を送信できる設定ができること。 また、送信の有無についてテンプレート上で選択できること。	○
1	1	7	6	19	入力中のテンプレートから過去の同一テンプレートの入力内容を時系列表示で見られること。	○
1	1	7	6	20	入力中のテンプレートから過去記載文書を検索できること。	○
1	1	7	6	21	上記の過去記載文書の検索は以下の条件を指定した検索ができること。 ・ テンプレート ・ 記載期間 ・ 記載診療科 ・ 記載者 ・ 各入力項目の記載内容	○
1	1	7	6	22	上記の過去記載文書の検索の検索条件は、利用者別、診療科別に保存ができること。	
1	1	7	6	23	過去記載文書の検索結果は、プレビューで参照できること。	○
1	1	7	6	24	過去記載文書の検索結果を参照しながら、入力中のテンプレートを記載できること。	○
1	1	7	6	25	過去記載文書の内容を一括で複写できること。	
1	1	7	6	26	過去記載文書内容を一括で複写する際、複写元内容をそのまま転記するか、転記後に特定の項目に対してのみ最新の値を取得するかを選択できること。	
1	1	7	6	27	テンプレートで記載した内容は、記載時の画面と同等のイメージでカルテに表示できること。	
1	1	7	6	28	テンプレート記載中に患者に登録された病名を展開できること。	○
1	1	7	6	29	テンプレート記載画面に任意のオーダ情報を展開できること。	
1	1	7	6	30	テンプレートで記載中のテキストデータに対し、記載しながら以下の装飾またはフォント変更が行えること。 ・ 太字 ・ 下線 ・ 斜体 ・ フォント ・ フォントサイズ	
1	1	7	7		時系列ビュー	
1	1	7	7	1	テンプレート記載内容を時系列表示した画面上から新規にテンプレート記載ができること。	○
1	1	7	7	2	時系列表示したテンプレートの修正ができること。	○
1	1	7	7	3	時系列表示したテンプレート記載内容をテキストコピーできること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	7	8			入力支援（シェーマ機能）	
1	1	7	8	1		電子カルテシステムに人体のスケッチ図（シェーマ）を登録し、カルテ記載の際に所見やコメントなど入力し保存できること。	○
1	1	7	8	2		シェーマは「院内共通」、「診療科ごと」、「利用者ごと」に登録することができ、登録したシェーマを容易に選択できること。また選択の際は、シェーマがプレビューできること。	○
1	1	7	8	3		シェーマはコントラスト、輝度、シャープネス、左右反転、拡大縮小の加工ができ、加工した画像がカルテとして保存できること。	
1	1	7	8	4		シェーマを使って所見やコメントを入力する際に腫瘍や出血など患部の様子をスタンプ（シェーマに貼り付けられるイラスト等）として登録し、シェーマに貼り付けられること。	○
1	1	7	8	5		シェーマにはコメントを入力できること。入力できるコメント数は複数可能とし、10個以上登録できること。	○
1	1	7	8	6		シェーマ内に記述したコメントは画像情報ではなく、文字情報としてカルテに保存し、サムネイル画像状態でもコメントの判読ができること。	
1	1	7	8	7		患部の様子を表現したスタンプについては透過度の変更ができること。	○
1	1	7	8	8		UNDO(取消し)、REDO(やり直し)ができること。	○
1	1	7	8	9		登録されたシェーマを使用しないで、シェーマ編集の機能が使用できること。元絵なしでマウスを使い、フリーハンドで記載できる機能を提供すること。	○
1	1	7	8	10		シェーマ記載時には10色以上のカラーを使用できること。	○
1	1	7	8	11		電子カルテのシェーマとして登録されていなくても、デジカメ画像などのJPEG形式の画像を読み込み、カルテに貼り付けられること。	○
1	1	7	8	12		描画線の太さと色、塗りつぶしの色などを利用者ごとに初期値設定できること。	○
1	1	7	9			入力支援（フリー入力）	
1	1	7	9	1		ワープロ入力によるカルテ記載ができること。	○
1	1	7	9	2		ワープロ入力した記載内容についてはフォントサイズ、文字色、文字強調、アンダーライン、取消し線、インデントの編集設定ができること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	7	9	3		コピー＆ペーストの操作ができること。	○
1	1	7	10			入力支援（単語登録）	
1	1	7	10	1		電子カルテシステムの利用者単位で単語登録ができること。この場合、任意の読みや記号で、関連付けたい単語や文章を登録できること。	
1	1	7	10	2		電子カルテシステムにログインしたタイミングで利用者の辞書を入力端末へダウンロードできること。	
1	1	7	10	3		利用者毎に登録した単語を一覧表示できること。	
1	1	7	10	4		利用者毎に登録した単語を修正できること。	
1	1	7	10	5		利用者毎に登録した単語を削除できること。	
1	1	7	11			入力支援（文例登録）	
1	1	7	11	1		電子カルテシステムで文字入力時に、入力を支援するIMEに連動して、利用者が過去にカルテに記載した文例を文例候補一覧に表示し、選択した文例が電子カルテの文字入力域に展開できること。	
1	1	7	11	2		文例候補一覧に選択したい文例がない場合は文字入力操作を継続することができ、利用者の思考を妨げないこと。文字入力に連動させ自動的に文例候補一覧を表示させることで、機能の存在を知らない利用者でも操作マニュアルを見なくても操作できること。	
1	1	7	11	3		文例候補一覧から選択した文例に可変領域がある場合、可変領域を入力した上で文字入力域に文例を展開できること。文例を文字入力域に展開後に、可変領域にカーソル位置を戻して編集する手間をなくすこと。	○
1	1	7	11	4		電子カルテシステムで文字入力時に、入力した文字列から文例を抽出し、自動的に文例辞書に文例を保存できること。利用者が手動で文例辞書に文例を登録しなくても、利用者がよく活用する文例が、自動的に文例候補一覧に表示されること。また、よく活用する文例は文例候補一覧の上位に表示されること。	
1	1	7	11	5		利用者が文字入力域でボタン1つで文例の登録・編集・削除ができること。また、改行付きの複数行の文例を登録できること。	
1	1	7	11	6		利用者がメンテナンス画面で文例の登録・編集・削除ができること。また、改行付きの文例、可変領域がある文例を登録できること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様								必須
1	1	7	11	7		利用者が電子カルテシステムにどの端末でログインしても、対象利用者の文例辞書が利用できること。		
1	1	7	11	8		電子カルテシステムで文字入力時に予約語を入力することで、利用者が手動で登録した文例、文字入力時に自動で登録された文例を、文例候補一覧に絞り込んで表示することができること。		
1	1	7	12			入力支援（セット入力機能）		
1	1	7	12	1		効率よく、正確にオーダ入力をするために、よく使うパターンのオーダをセット化できること。その場合、オーダ種別の違うもの（検査と処方など）でもセット化できること。	○	
1	1	7	12	2		オーダセットは、患者セット、利用者セット、院内共通セット、診療科セットを登録できること。	○	
1	1	7	12	3		セットを選択する際に、セットの内容をプレビュー表示できること。	○	
1	1	7	12	4		セット化したオーダを利用してオーダ発行する際に、セット内容の一部のみを今回オーダとして発行できること。	○	
1	1	7	12	5		患者セット、利用者セットの作成は任意で電子カルテに登録および削除できること。また、セット名やセットの分類も利用者が自由に設定できること。	○	
1	1	7	12	6		一定期間のオーダ（例：3日間隔で行う検査のセット）のセットを利用する際に、オーダ発行時の基準日を選択し、セット化した間隔の日付で全てのオーダを自動展開できること。	○	
1	1	7	12	7		セット登録はオーダの組み合わせだけでなく、テンプレートや同意書などの文書、シエーマもセット化できること。	○	
1	1	7	12	8		セット登録は病名とその病名に関連するオーダをあわせてセット化できること。	○	
1	1	7	12	9		院内共通のセットに関しては、登録および編集できる利用者を制限できること。また、制限は職種別、もしくは利用者単位で設定できること。	○	
1	1	7	12	10		各科の科別セットに関して、所属診療科以外の診療科のフォルダにはセット登録および編集ができないよう制限を設定できること。	○	
1	1	7	12	11		診療予定の患者に関する記述を事前登録(予習)し、来院時に即時にオーダ発行できること。	○	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	7	12	12		データベースに登録されていた薬品の名称が変更された場合、セット登録しておいた処方オーダや注射オーダを展開する際に、当該薬品名が自動で変更されること。	○
1	1	7	12	13		薬剤・材料のマスターコードから当該名称を含んだセット、パスの一覧をCSV形式でリスト出力を行い、それに基づきマスターコードを一括更新できること。	○
1	1	7	12	14		セット・パス内のマスターコードの一括更新については、更新ログを管理・参照できること。	○
1	1	7	12	15		セット登録は特定の患者を開かずに登録でき、オーダの誤発行を予防できること。	○
1	1	7	12	16		基準日として選択したオーダ名がハイライト表示されること。	
1	1	7	12	17		初期展開するセットを利用者ごとに設定できること。	○
1	1	7	13			入力支援（文書作成）	
1	1	7	13	1		検査や手術の説明書や同意書および診療情報提供書などの記述は、院内での標準化の推進、業務の効率化、メンテナンスの簡便性向上のために、文書類作成支援機能を電子カルテシステムの機能として提供すること。	○
1	1	7	13	2		院内で作成した文書類は電子カルテシステム内に、「院内共通」、「診療科ごと」に登録できること。	○
1	1	7	13	3		文書類は自由に作成でき、電子カルテに登録できること。	
1	1	7	13	4		電子カルテに登録された文書類は「院内共通」、「診療科ごと」にツリー構造にて表示されること。ツリーから文書を選択した際にプレビューでき、プレビュー中であることが容易に判別できること。	○
1	1	7	13	5		患者情報（氏名、年齢など）や利用者情報（医師名、診療科名など）を作成する文書に自動転記できること。	○
1	1	7	13	6		作成した文書は患者の診療記録として電子カルテに保存できること。	○
1	1	7	13	7		作成した文書の印刷ができること。また、部数の指定もできること。	○
1	1	7	13	8		作成した文書に対するコメントを一覧より入力できること。	
1	1	7	13	9		文書を作成した場合に、患者の「受取済」や原本の「保管済」の管理ができること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	7	13	10		検査や入院オーダなどと連携して説明書／同意書を作成できること。	○
1	1	7	13	11		作成した文書に以下の情報を含めたバーコードを印字できること。 ・利用者ID ・患者ID ・文書種別 ・入外 ・診療科 ・病棟	○
1	1	7	13	12		電子カルテシステムで作成した文書（同意書、診断書など）を一覧表示できること。	○
1	1	7	13	13		電子カルテシステムで作成した文書を期間、患者ID、分類で検索して一覧表示できること。	○
1	1	7	13	14		検索された文書の一覧を印刷できること。	○
1	1	7	13	15		検索された文書の一覧をCSV形式あるいはExcelで編集できる形式で出力できること。	○
1	1	7	13	16		電子カルテシステムを使用中に、ツールを起動すると、カルテを開いている患者の患者IDで検索した文書一覧が表示できること。	○
1	1	7	13	17		作成した文書が「受取済」あるいは「保管済」かどうかの状態を表示し、一覧上で状態の変更できること。	○
1	1	7	13	18		文書の一覧より、文書の内容を確認できること。	○
1	1	7	13	19		作成した文書に対するコメントを一覧より入力できること。	○
1	1	7	13	20		以前作成した文書を参照しながら、別の文書を更新モードで開きコピー＆ペースト等の操作を行えること。	○
1	1	7	14			入力支援（前回オーダ複写）	
1	1	7	14	1		データベースに登録されていた薬品の名称が変更された場合、過去処方カルテ記載画面に複写する際に、当該薬品名が自動で変更されること。	○
1	1	7	15			情報共有（患者掲示板）機能	
1	1	7	15	1		院内での情報共有推進のために、医療スタッフが患者に関する情報について、スタッフ間で伝達すべきもの、共有すべきものを登録でき、各スタッフがカルテを開く際に自動で情報を表示することができること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	1	7	15	2	患者掲示板に新しい書き込みがあったとき、各スタッフは表示された情報が初見であることがわかること。	○
1	1	7	15	3	提案する院内情報共有の機能は、特定のスタッフを指定して情報を送信できること。	○
1	1	7	15	4	提案する院内情報共有の機能は、利用者単位で宛先を設定できること。宛先設定された利用者がカルテを開くときに自分宛てのメッセージを表示できること。	○
1	1	7	15	5	提案する院内情報共有の機能に患者の特記事項や注意事項を入力できること。また、入力した場合は、患者カルテに特記事項や注意事項が存在することを受付患者一覧、病棟ベッドマップに表示する機能を提供すること。	○
1	1	7	15	6	患者治療方針、患者やその家族からの訴えを書き込みできること。また、記載内容は必要に応じてカルテにも記録を残せること。	○
1	1	7	15	7	病院スタッフ間の伝言板として自由に記載できること。また、記載内容は必要に応じてカルテにも記載内容を登録できること。	○
1	1	7	15	8	指導歴を表示でき、対象期間については任意で設定できること。また、履歴からカルテに指導料オーダを転記できること。	○
1	1	7	15	9	コンサルテーション依頼（他科診療依頼）の依頼文や返信を表示できること。	○
1	1	7	15	10	コンサルテーション依頼（他科診療依頼）については、患者掲示板の一覧から返信内容を記載できること。	○
1	1	7	15	11	上記内容の掲示板を常時起動した状態にできること。	○
1	1	7	15	12	「院内掲示板」は、外来患者向けと入院患者向けを分けた形で、院内で定義した画面の表示ができること。	
1	1	7	15	13	指導料・管理料を算定している患者は、指導料管理料の表示をクリックすると指導記録が表示できること。	○
1	1	7	15	14	個人メモについては、カルテとは別に利用者がその患者に対してメモしたいことを記載するエリアとし、他の利用者は確認することができないこと。	○
1	1	7	15	15	入力する文字については、3色以上の表現、サイズの変更ができるようにし、重要なことを強調表示できること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	7	15	16		患者に対して個人的な備忘録としてのメモが掲示板に記載できること。 なお、メモの内容は記載者のみが編集・参照できること。	○
1	1	7	15	17		患者掲示板では、医師、看護師、その他スタッフのそれぞれに対して伝達事項の有無を選択でき、伝達事項有りが選択されている状態では、その旨が分かるよう受付患者一覧と病棟ベッドマップにアイコンが表示されること。	
1	1	7	16			指示実施一覧の参照	
1	1	7	16	1		医師がオーダの実施状況を即時に確認できるように、発行済オーダを一覧で表示できること。	○
1	1	7	16	2		発行済オーダの一覧は以下の項目が一覧表示されること。 ・オーダ伝票名称 ・指示者の診療科と氏名 ・指示日時 ・実施予定日 ・実施した日 ・指示の現在の状態（部門未受付・部門受付済） ・レポートや結果の状態	○
1	1	7	16	3		発行済オーダの一覧は以下の検索条件で絞り込み表示できること。 ・期間 ・外来／入院／自科検査 ・オーダ伝票種別 ・未実施オーダ、レポート未作成オーダ	
1	1	7	16	4		上記の検索条件は利用者毎に保存できること。	
1	1	7	16	5		発行済オーダー一覧より、実施内容やレポートを参照できること。	○
1	1	7	16	6		検索した発行済オーダの一覧を印刷できること。	
1	1	7	17			診療録ビューア	
1	1	7	17	1		オーダ項目毎の点数を表示できること。	
1	1	7	17	2		負担金徴収額を、日毎・月毎に表示できること。	
1	1	7	17	3		カルテの記載内容と点数・負担金徴収額を、同時に表示・印刷できること。	
1	1	7	17	4		医科と歯科で別々に表示・印刷できること。	○
1	1	7	18			簡易台帳	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	7	18	1		学会向けに患者の症例を収集したり、母親学級などの集団指導での状況を管理するための台帳として、カルテの情報(基本情報、患者プロフィール)を利用して患者の台帳を作成し、管理できること。	
1	1	7	18	2		各種一覧(受付患者一覧、予約患者一覧、付箋一覧など)から患者をピックアップし、台帳を作成し管理できること。	
1	1	7	18	3		台帳は、院内共通、科別のカテゴリーに分けて登録できること。また、カテゴリー内ではフォルダーを任意に設定でき、分類ができること。	○
1	1	7	18	4		作成した台帳から該当患者のカルテが開くこと。	○
1	1	7	18	5		台帳については、ファイル出力と印刷ができること。	○
1	1	7	18	6		台帳毎に更新/参照の権限付与、有効期限を設定できること。	
1	1	7	18	7		サマリー一覧画面に表示されている一覧情報を台帳機能にインポートする機能があること。	○
1	1	7	19			付箋	
1	1	7	19	1		検査結果に対して自由に付箋を付けることができること。	
1	1	7	19	2		付箋を付けた結果はマトリクス一覧上でもアイコンや赤枠表示などで強調表示され区別ができること。	
1	1	7	19	3		登録された付箋はカルテからも参照できること。また、カルテで付箋登録されたデータをマトリクス一覧上にも表示できること。	
1	1	7	19	4		付箋機能にてマークした検索結果を絞り込み、該当する検査日のみマトリクスに表示できること。	
1	1	7	19	5		患者の付箋情報を一覧形式で確認できること。	○
1	1	7	19	6		患者指定の有無を選べること。患者指定をする場合は、患者ID、カナで検索できること。	
1	1	7	19	7		付箋の種別(院内共通、科別、利用者等)で検索できること。	○
1	1	7	19	8		科別、職種別、作成者別で検索できること。	○
1	1	7	19	9		付箋貼付日、付箋タイトルで検索できること。	
1	1	7	19	10		一覧からカルテを起動できること。	
1	1	7	19	11		過去に貼付されていた付箋について、不必要なものについては権限を有する利用者によって削除できること。	○
1	1	7	20			テンプレート記載患者一覧	
1	1	7	20	1		記載されたテンプレートの各入力項目内容を検索条件として指定し、文書を絞りこみ検索することができること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	7	20	2		文書は患者指定で検索することができること。患者指定での検索の場合には、検索期間を限定せずに検索することができること。	○
1	1	7	20	3		文書は患者指定なしで検索することができること。 患者指定なしでの検索の場合は、最大で検索期間を6ヶ月指定することができること。	○
1	1	7	20	4		検索条件を利用者単位に保存できること。	
1	1	7	20	5		一覧に表示されているテンプレート文書一覧より、患者のカルテを開くことができること。	○
1	1	7	20	6		一覧に表示されているテンプレート文書一覧より、該当文書を修正することができること。	○
1	1	8				カルテ画面	
1	1	8	1			レイアウト設定	
1	1	8	1	1		カルテを開いた初画面は、初診／再診／入院のシーンによって、初期展開する情報を利用者がカスタマイズできること。	○
1	1	8	1	2		初画面で表示できる情報は、下記の中から選択して表示できること。また、そのレイアウトを編集して保存できること。 (1)患者基本情報 (2)カルテ検索 (3)カルテ情報 (4)病名・プロブレム (5)受診歴 (6)入退院歴 (7)検査歴一覧 (8)レポート一覧 (9)検査結果時系列情報 (10)コンサルテーション (11)薬歴 (12)バイタル (13)当日スケジュール (14)治療歴 (15)DPC登録情報 (16)注意情報 (17)指導歴 (18)サマリー一覧 (19)入退院文書	○
1	1	8	1	3		上記で述べた各情報についてはウィジェットのような部品とし、利用者がレイアウトを編集して保存できること。	○
1	1	8	1	4		設定したレイアウトは複数の種類を簡易な操作で切り替えながら利用できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様								必須
1	1	8	2				ビューアレイアウト作成機能	
1	1	8	2	1			患者基本情報として、アレルギー（薬剤、食物、造影剤等）情報／感染症情報／妊娠情報／障害情報等を把握できること。	○
1	1	8	2	2			カルテ検索については、2年分以上のカルテ歴の存在と受診歴について1画面で確認できること。また、フォーカスした月については、同時に3ヶ月分以上のカレンダを表示し、そのカレンダ内でカルテ歴の存在を日単位で表示すること。	
1	1	8	2	3			カルテの検索条件として、全科／自科、外来／入院／共通、職種、自分の記載のみ、記載日／実施日 による検索を指定することが出来ること。また、カルテやオーダの種別でも検索条件を指定できること。	○
1	1	8	2	4			上記の検索条件についてよく使う検索については、カルテ検索エリアにワンクリックで検索できるようなボタン等を配置すること。またそれは職種単位に決められること。	○
1	1	8	2	5			カルテ内からキーワードを指定して文字列検索できること。またそれは、検索条件で絞り込んだ中からの検索もでき、カレンダ上にも同時に表現ができること。	
1	1	8	2	6			カルテ内からキーワードを指定して文字列検索したとき、その検索結果に対し、分類(ファセット)による絞り込みができること。分類(ファセット)による絞り込みは、年月、年齢、診療科、職種、文書種別、作成者でおこなえること。	
1	1	8	2	7			カルテ内からキーワードを指定して文字列検索したとき、その検索結果からカルテを選択すると、選択したカルテ内の検索文字列がハイライト表示されること。	
1	1	8	2	8			カルテ内からキーワードを指定して文字列検索したとき、類義語による検索ができること。	
1	1	8	2	9			カルテの表示については、全ての情報を表示するモード／情報を絞って表示するモードを簡易に変更しながら使用することができること。この表示する情報や見え方については、スタイルシート等の設定により、導入時に病院と協議した上で決定することができること。	○
1	1	8	2	10			病名・プロブレムについては、病名／プロブレム名、開始日、転帰日、転帰区分、診療科等の情報を表示できること。	○
1	1	8	2	11			自科／全科での切り替え、転帰済の表示有無等の絞り込み機能を備えること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	8	2	12		開始日や転帰日をキーにして、簡易な操作でカルテ検索をできること。	
1	1	8	2	13		受診歴については、診療科、受診日、初診／再診区分を表示できること。	○
1	1	8	2	14		受診日をキーとして、簡易な操作でカルテ検索をできること。	○
1	1	8	2	15		入退院歴については、診療科、入院日、退院日（転科日）、退院サマリ記載状況を表示できること。	○
1	1	8	2	16		一入院の中で転科があった際には、別レコードとして表示できること。	○
1	1	8	2	17		入院日、退院日（転科日）をキーにして、簡易な操作でカルテ検索できること。	
1	1	8	2	18		退院サマリの記載状況を確認するとともに、簡易な操作で退院サマリ情報を参照できること。	
1	1	8	2	19		一覧から対象の検査をクリックをすることで、検査結果の確認、レポートの確認ができること。	○
1	1	8	2	20		各種の登録文書（テンプレート、WORD、EXCELなど）について文書のタイトルを検索することが可能なこと。	
1	1	8	2	21		検査結果から時系列での検査結果表示画面を起動できること。	○
1	1	8	2	22		レポート一覧については、重要度、未読や既読のステータス、報告日、検査種別、診療科、依頼医師等の情報を表示できること。	○
1	1	8	2	23		診療科、検査種別、検査期間で絞り込みできること。	○
1	1	8	2	24		一覧から対象の検査をクリックをすることで、検査結果の確認、レポートの確認ができること。	○
1	1	8	2	25		報告日をキーとして、簡易な操作でカルテを検索できること。	
1	1	8	2	26		検査結果時系列情報については、検体検査の結果について特定の日付をベースとした時系列での結果表示ができること	○
1	1	8	2	27		該当患者に対するコンサルテーションに関連する情報を表示できること。	○

別紙1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	1	8	2	28	薬歴については、日毎の時系列表示とし、手術予定と内服薬／注射薬の投薬計画を同時に把握できること。	
1	1	8	2	29	バイタルについては、体温、脈拍、血圧について複数日を同時に時系列で確認することができること。表示については推移を一目で把握しやすいようにグラフ表示とすること。	○
1	1	8	2	30	当日スケジュールについては、当日の患者のスケジュールが把握できるように、時間単位の時系列でその日の診療内容を確認することができること。	○
1	1	8	2	31	縦軸に情報の種別（薬剤、検査、手術、処置等）、横軸に時間（勤務帯毎、全日）というマトリクス表示とし、該当の情報がある場所にアイコン等で表示を行い、一目でその日のスケジュールの概要を確認できること。	○
1	1	8	2	32	現在時刻がいつなのか一目で把握できるように、過去の時間と表現を変更すること。また、過去の時間に予定していて未実施の情報について識別できること。	○
1	1	8	2	33	ログオンしている利用者宛のToDo一覧が表示されること。	○
1	1	8	2	34	上記のToDo一覧から受信した内容を別の利用者へ転送を行うことが可能なこと。	
1	1	8	2	35	患者の最新の手術歴や放射線治療歴、抗がん剤治療歴を、時系列で一覧表示できること。	
1	1	8	2	36	現在入院中の情報（起算日、DPCコード、傷病名、入院期間Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ、手術情報）について表示できること。	○
1	1	8	2	37	傷病名の表示非表示を切り替え出来ること。	
1	1	8	2	38	DPCオーダを起動できること。	○
1	1	8	2	39	患者の注意情報として、以下の情報を表示できること。 ・感染症 ・妊娠情報 ・インプラント ・障害情報 ・宗教	○
1	1	8	2	40	過去の指導料オーダを表示できること。診療科、日付、依頼医、指導内容について確認できること。	○
1	1	8	2	41	全科もしくは自科で検索できること。	
1	1	8	2	42	一覧上の過去の指導料をコピーできること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	8	2	43		入院ごとのサマリの一覧を表示でき、サマリの作成状況について確認できること。	○
1	1	8	2	44		診療科ごと、病棟ごとに検索できること。	○
1	1	8	2	45		サマリー一覧からワンクリックでサマリ記載画面を起動できること。	○
1	1	8	2	46		患者に登録されている有効な看護問題が表示できること。	
1	1	8	2	47		検索条件を変えることで、中止・解決された看護問題も表示できること。	
1	1	8	2	48		看護問題を選択することで詳細（患者目標、看護計画）が表示できること。	
1	1	8	2	49		当日の患者に予定されている指示が表示できること。	○
1	1	8	2	50		検索条件を変えることで、表示形式を時系列／業務別で切り替えができること。	
1	1	8	2	51		指示を選択することで、指示の詳細を確認できる画面が起動すること。	○
1	1	9				検査結果、画像、レポート参照	
1	1	9	1			検査結果	
1	1	9	1	1		検体検査、細菌検査オーダーに対する結果の表示ができること。	○
1	1	9	1	2		検体検査の結果表示は以下のパターンに対応すること。 ①項目名、結果値、結果コメントの表示のみの簡易表示。 ②項目正式名、結果値、正常値下限、正常値上限、単位、標準材料、など表示した詳細表示。	○
1	1	9	1	3		異常値のみ絞り込み表示ができること。	○
1	1	9	1	4		検査結果を表示している画面から検査結果の印刷ができること。	
1	1	9	1	5		検査結果のCSVでの出力ができること。	○
1	1	9	1	6		検査結果を容易にカルテへ貼り付けできること。	○
1	1	9	1	7		検査結果を容易にクリップボードへコピーできること。	○
1	1	9	1	8		検査結果を時系列で表示できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	1	9	1	9	時系列検査結果を表示している画面から印刷ボタンをクリックすることで時系列検査結果の印刷ができること。	○
1	1	9	1	10	時系列検査結果の印刷は、全件印刷か画面上に表示している分のみ印刷か選択できること。	○
1	1	9	1	11	時系列検査結果をCSVで出力できること。	○
1	1	9	1	12	時系列結果を容易にカルテへ貼り付けができること。	○
1	1	9	1	13	時系列結果を容易にクリップボードへコピーできること。	○
1	1	9	1	14	よく使うパターンの時系列の検査結果をセット化し、容易に時系列検査結果を表示できること。	○
1	1	9	1	15	過去に行った全ての検査項目を時系列で表示できること。	○
1	1	9	1	16	セット化した時系列項目は利用者毎、診療科毎、院内共通で登録でき、利用者セットについては利用者によってセットの修正及び削除ができること。	○
1	1	9	1	17	一般細菌検査結果の表示ができること。結果には患者ID,依頼元（入外区分、診療科、病棟）生年月日、採取時年齢、性別、患者カナ氏名患者氏名、依頼医師名、オーダ番号、採取日、採取時間、依頼日が表示されること。	○
1	1	9	1	18	一般細菌検査結果の印刷ができること。結果には患者ID,依頼元（入外区分、診療科、病棟）生年月日、採取時年齢、性別、患者カナ氏名患者氏名、依頼医師名、オーダ番号、採取日、採取時間、依頼日が表示されること。	○
1	1	9	1	19	抗酸菌検査結果の表示ができること。結果には患者ID,依頼元（入外区分、診療科、病棟）生年月日、採取時年齢、性別、患者カナ氏名患者氏名、依頼医師名、オーダ番号、採取日、採取時間、依頼日が表示されること。	○
1	1	9	1	20	抗酸菌検査結果の印刷ができること。結果には患者ID,依頼元（入外区分、診療科、病棟）生年月日、採取時年齢、性別、患者カナ氏名患者氏名、依頼医師名、オーダ番号、採取日、採取時間、依頼日が表示されること。	○
1	1	9	1	21	その他細菌結果の表示ができること。結果には患者ID,依頼元（入外区分、診療科、病棟）生年月日、採取時年齢、性別、患者カナ氏名患者氏名、依頼医師名、オーダ番号、採取日、採取時間、依頼日が表示されること。	○
1	1	9	1	22	その他細菌検査結果の印刷ができること。結果には患者ID,依頼元（入外区分、診療科、病棟）生年月日、採取時年齢、性別、患者カナ氏名患者氏名、依頼医師名、オーダ番号、採取日、採取時間、依頼日が表示されること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	9	1	23		検査歴を一覧表示できること。	○
1	1	9	1	24		検査歴一覧上で検査項目が確認できること。	○
1	1	9	1	25		複数IDを持つ患者のID統合後に統合後と統合前の検査結果の一覧を同時に参照できること。	
1	1	9	1	26		複数IDを持つ患者のID統合後に統合後と統合前の検査結果を時系列で参照できること。	
1	1	9	1	27		1オーダ単位で、負荷検査項目の結果値を時系列および時系列グラフで参照できること。	○
1	1	9	1	28		画像での検査結果を参照できること。	○
1	1	9	1	29		検査をオーダしたが諸事情により中止となる場合がある、中止となった場合には患者プロファイル画面は更新しないこと。	
1	1	9	2			画像・レポート参照	
1	1	9	2	1		電子カルテシステムから発行された各部門の検査オーダに対するレポートや画像が、カルテ歴およびカルテ索引からワンクリックで参照できること。	○
1	1	9	2	2		部門システムが画像およびレポートをWeb参照で提供する場合、部門システムからWebアドレス情報を受信できること。	○
1	1	9	2	3		レポート情報は部門システムからHTML形式の情報をレポート情報として受信することもできること。	○
1	1	9	2	4		部門システムからレポート情報を受信する場合、レポート添付画像の表示サイズを業務（部門）毎に設定できること。	○
1	1	9	2	5		部門システムからレポート情報を受信する場合、レポート添付画像のプレビュー画面にて画像の拡大率の変更ができること。	○
1	1	9	3			文書参照	
1	1	9	3	1		入院のご案内などのパンフレット、看護手順などのマニュアルなどの院内文書を電子カルテに登録し、印刷できること。	○
1	1	9	3	2		登録できるファイルの種類は、MS-Word、MS-Excel、MS-PowerPoint、PDFに対応すること。	
1	1	9	3	3		登録した文書を選択する際に、対象の文書のプレビュー表示ができること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	9	3	4		登録した文書に患者氏名、IDなどの情報が印字される場合は、電子カルテシステムから自動的に転記されること。	○
1	1	10				薬歴・薬剤情報・服薬指導	
1	1	10	1			薬歴	
1	1	10	1	1		指定した検索期間内の処方歴（院外、院内、入院含む）及び注射歴をカレンダー形式で表示できること。	○
1	1	10	1	2		表示された内容を印刷できること。	○
1	1	10	1	3		検索期間は、予めマスタ設定した期間を初期表示できること。	○
1	1	10	1	4		表示する時間の単位は、15分、1時間、3時間、1日から選択して表示ができること。	○
1	1	10	1	5		処方薬・注射薬の表示/非表示が切り替えられること。処方薬は、内服薬/外用薬を区別して表示/非表示が切り替えられること。	○
1	1	10	1	6		用法の表示/非表示が切り替えられること。	
1	1	10	1	7		Rp単位での表示ができること。	○
1	1	10	1	8		同一薬品で異なる薬品単位で入力された処方方は、同じ単位に換算して表示できること。	○
1	1	10	1	9		薬品の実施状況をマークにより確認ができ、同時に、実施時間、実施者情報をポップアップで表示できること。	○
1	1	10	1	10		経過表からの参照ができ、経過表に表示する薬剤を選択できること。	
1	1	10	1	11		一覧表示された薬品のDI参照ができること。	○
1	1	10	2			薬剤情報	
1	1	10	2	1		医薬品添付文書情報(MEDIS-DC)の参照が出来ること。 また、データはシステム提供者より一括して提供され、更新を4回/年継続的に行われること。	○
1	1	10	2	2		服薬指導で参照する添付文書情報と同一なものとする。	○
1	1	10	2	3		採用薬品をレベル分けして管理できること。	○
1	1	10	2	4		採用薬品以外にもMEDIS-DCで登録されている全薬品が参照できること。	○

別紙1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	1	10	2	5	以下の方法で薬剤の検索ができること。 ・添付文書内の全ての文字で検索できること。 ・薬品名称／一般名で検索できること。また薬効分類で検索できること。 ・同効薬で検索できること。 ・識別文字で検索できること。	○
1	1	10	2	6	各検索機能について一度検索した結果内での再検索が可能な絞込みができること。	
1	1	10	2	7	添付文書段落の表示項目が選択できること。	
1	1	10	2	8	検索された薬品内の相互作用チェックができること。	
1	1	10	2	9	検索時に語句の同義語登録が薬剤部で登録利用できること。	
1	1	10	2	10	鑑別照会により画像付き鑑別報告書が印刷ができること。	○
1	1	10	2	11	採用薬品添付文書について、データとしてダウンロードができること。	○
1	1	10	2	12	添付文書段落に薬剤部で公開したい内容を追加記載し、表示できること。	
1	1	10	2	13	緊急安全情報等、薬剤部で公開したい内容を段落と共に追加記載し、表示できること。	
1	1	10	2	14	添付文書情報更新については、薬剤部で作業可能な操作であること。	○
1	1	10	2	15	採用薬について採用薬品集を作成できること。	
1	1	10	2	16	データ更新時期以外でも、登録の必要な薬品は個別に登録できること。	
1	1	10	2	17	採用薬品以外もMEDIS-DCで登録されている全薬品が参照できること。	○
1	1	10	2	18	薬剤検索方法として次の機能を有していること。 ・添付文書内の全ての文字で検索できること。 ・薬品名称／一般名で検索できること。また薬効分類で検索できること。	○
1	1	10	2	19	添付文書内表示でMEDISが表形式で表現されているものは表として表示できること。	○
1	1	10	2	20	処方オーダ画面と連動し、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	1	10	2	21		注射オーダ画面と連動し、起動できること。	○
1	1	10	2	22		薬歴画面と連動し、起動できること。	○
1	1	10	2	23		指定した薬剤・材料を含むセットおよびパスの一覧を検索できること。	○
1	1	10	2	24		検索結果をCSVとして出力することができること。	○
1	1	10	2	25		検索結果から、当該セットやパス内容の詳細が参照できること。	○
1	1	10	2	26		セットおよびパス内に含まれる指定した薬剤・材料を、一括で置換できること。	○
1	1	10	2	27		薬剤・材料を一括更新した際の操作ログを管理・参照できること。	
1	1	10	3			服薬指導	
1	1	10	3	1		服薬指導指示と連動して服薬指導対象患者を一覧で表示できること。	○
1	1	10	3	2		服薬指導対象患者を同意日、患者ID、診療科、病棟、担当薬剤師、服薬指導可否、麻薬指導有無、在宅指導有無にて検索し、検索結果を一覧表示できること。	
1	1	10	3	3		服薬指導対象患者の一覧を印刷できること。	
1	1	10	3	4		服薬指導対象患者に、担当薬剤師を割り当てられること。	○
1	1	10	3	5		カレンダー形式の服薬指導スケジュールで服薬指導の予定を入力できること。 予定は服薬指導依頼1件について複数入力できること。	
1	1	10	3	6		カレンダー形式の服薬指導スケジュールで服薬指導の実施入力ができること。 実施は服薬指導、退院時指導それぞれについてできること。	
1	1	10	3	7		薬剤指導管理料の算定情報を医事会計システムに送信できること。 また服薬指導、退院時服薬指導それぞれに対応できること。	○
1	1	10	3	8		医薬品安全性情報等管理体制加算の指定ができること。	○
1	1	10	3	9		薬剤指導管理料の算定情報については救急救命入院料算定患者、ハイリスク薬投与患者などの算定区分を入力できること。ハイリスク薬投与患者については投与コメントを入力できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	10	3	10		退院時指導の算定情報においては後期高齢者退院時薬剤情報提供料についても対応できること。	○
1	1	10	3	11		服薬指導の予定/実績/算定情報をカレンダー形式で一覧表示できること。	
1	1	10	3	12		服薬指導対象患者に在宅指導の予定が入力できること。	
1	1	10	3	13		服薬指導対象患者の薬歴が参照できること。	○
1	1	10	3	14		服薬指導時の患者情報（身長・体重、病歴、主訴、副作用・禁忌など）が参照・登録できること。	○
1	1	10	3	15		服薬指導レポートが作成できること。	
1	1	10	3	16		服薬指導レポートを印刷できること。	
1	1	10	3	17		服薬指導時の患者情報（身長・体重、病歴、主訴、副作用・禁忌など）が印刷できること。	
1	1	10	3	18		服薬指導同意書が印刷できること。	
1	1	10	3	19		薬歴が印刷できること。	
1	1	11				抗菌薬使用届出管理	
1	1	11	1			届出作成チェック	
1	1	11	1	1		処方/注射オーダで抗菌薬をオーダする際に有効な届出が存在するかチェックできること。	
1	1	11	1	2		届出のチェックは、届出作成を任意(ワーニング)とするか必須(エラー)とするかをマスタで設定できること。	
1	1	11	1	3		届出が有効期限内に存在するかのチェックは、対象の日付をオーダ発行日とするか投与開始日とするかをマスタで設定できること。	
1	1	11	1	4		チェック対象となる処方/注射オーダの伝票種別をマスタで設定できること。	
1	1	11	1	5		チェック対象となる抗菌薬をマスタで設定できること。	○
1	1	11	1	6		処方/注射オーダのカルテ保存時に有効な届出が存在しない場合、届出が未作成の状態でカルテ保存を可能とするか不可能とするかをマスタで設定できること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	11	1	7		処方/注射オーダのカルテ保存時に、規格違い、先発薬品、後発薬品のオーダにて作成した抗菌薬使用届出が存在する場合、抗菌薬使用届出の作成は不要とすること。	
1	1	11	1	8		抗菌薬を含む処方/注射オーダをパス適用する際に有効な届出が存在するかチェックできること。	
1	1	11	1	9		薬品の服用期間が届出の有効期間を超える場合、服用期間に応じて複数の届出を作成できること。	
1	1	11	1	10		処方/注射オーダを削除しても紐づく届出は削除されないこと。紐づくオーダが存在しない場合、手動で削除を促すメッセージを表示すること。	
1	1	11	1	11		処方/注射オーダに紐づいていない届出をブラウザから削除可能とするか不可能とするかを選択でき、マスタで設定できること。	
1	1	11	1	12		抗菌薬届出管理機能の有効化前に発行した処方/注射オーダを修正する場合も届出チェックの対象となること。	
1	1	11	2			マスタメンテナンス	
1	1	11	2	1		チェック対象とする届出及び抗菌薬をマスタメンテナンスツールで設定できること。	○
1	1	11	3			抗菌薬使用届出入力	
1	1	11	3	1		届出には、目的感染症名、培養検査の実施状況、検出菌又は推定起炎菌、使用理由、併用抗菌薬を入力できること。	○
1	1	11	3	2		届出には、汎用ラジオボタン、汎用テキストボックス、汎用コンボボックス、汎用チェックボックスの入力項目を追加できること。	○
1	1	11	3	3		入力した届出は電子カルテに保存されブラウザから参照できること。	○
1	1	11	3	4		電子カルテのエディタに抗菌薬を含む処方/注射オーダが存在し有効な届出が存在しない場合は、カルテ保存時に届出チェック画面及び届出入力画面が起動すること。	
1	1	11	3	5		届出種別を抗菌薬単位で設定できること。	○
1	1	11	3	6		届出種別を99個まで設定できること。	○
1	1	11	3	7		届出の作成/更新の権限は利用者毎に設定できること。	

別紙1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	11	3	8		処方/注射オーダ時の情報(患者氏名、患者ID、薬品名、投与量、用法、有効期限)を届出に表示できること。	○
1	1	11	3	9		電子カルテのナビゲーションマップからテンプレートを起動し届出を作成できること。 薬品、有効期間は届出記載時に選択できること。	○
1	1	11	3	10		処方/注射オーダ修正時に新たに届出を作成する必要がある場合は、届出入力画面が起動し、記載した内容が電子カルテに保存されること。	
1	1	11	3	11		電子カルテのロールブラウザから届出入力画面を起動し、修正できること。	○
1	1	11	3	12		同一種別の届出を連続で作成する場合、前回の入力内容を引き継ぐこと。 引き継がない項目はマスタで設定できること。	○
1	1	11	4			抗菌薬届出管理一覧	
1	1	11	4	1		抗菌薬をオーダした処方/注射オーダの情報と届出の内容を抗菌薬届出管理一覧に表示できること。	
1	1	11	4	2		一覧に確認チェック、患者ID、患者氏名、薬品名称、服用開始日、服用期間、用法、用量、届出種別、有効期間開始、有効期間終了、感染症名、投与理由、年齢、性別、オーダ入外、オーダ診療科、オーダ病棟、依頼医、届出作成日付、届出作成者、届出更新日付、届出更新者、オーダ作成日付、オーダ作成者、オーダ更新日付、オーダ更新者を表示できること。	○
1	1	11	4	3		注射オーダで同一RPかつ同一薬品の場合はまとめて表示できること。	
1	1	11	4	4		検索条件として検索期間、患者ID、依頼医、依頼病棟、依頼診療科、薬品、届出の種類、確認チェック有無を設定し検索できること。	○
1	1	11	4	5		検索条件の依頼病棟、依頼診療科、薬品、届出の種類は複数選択できること。	
1	1	11	4	6		検索条件は利用者単位で保存できること。	
1	1	11	4	7		届出の内容を確認した場合、確認済みとして登録できること。	
1	1	11	4	8		確認済みの届出が修正された場合、未確認状態に戻る。	
1	1	11	4	9		一覧からオーダ内容を参照できること。	
1	1	11	4	10		一覧画面からカルテを起動できること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	11	4	11		一覧画面から届出の内容を修正できること。	○
1	1	11	4	12		オーダに紐づく届出が存在しない場合、一覧から届出を作成できること。	
1	1	11	4	13		一覧画面の表示項目はマスタで変更できること。	
1	1	11	4	14		一覧画面の内容をCSV形式でファイル出力できること。	○
1	1	11	4	15		一覧画面の内容を印刷できること。	
1	1	11	4	16		CSV出力時及び印刷時の検索条件をアクセスログとして残すこと。	
1	1	12				院内コミュニケーション	
1	1	12	1			メッセージ機能	
1	1	12	1	1		院内の情報伝達・共有(コミュニケーションの円滑化)を目的として、電子カルテの利用者を宛先としてメッセージを送信したり、送信されたメッセージを確認できること。	○
1	1	12	1	2		宛先グループは診療科などの組織グループの他に、利用者ごとに任意のグループを追加できること。	○
1	1	12	1	3		グループへの利用者の招待については、招待された利用者の承認によって会話可能となること。	
1	1	12	1	4		グループを作成せず、複数の利用者に対して同じ内容のメッセージを一括送信できること。	○
1	1	12	1	5		送信したメッセージは、送り先の利用者が未読なのか既読なのかが判別できること。	○
1	1	12	1	6		自分当てのメッセージの未読件数が、宛先一覧画面から確認できること。	○
1	1	12	1	7		過去にやり取りしたメッセージはメッセージ履歴画面で確認できること。	○
1	1	12	1	8		検査結果、レポートをメッセージとして受信し、確認することができること。	○
1	1	12	1	9		研修医がカルテ記載時、または指導医が承認/差戻し時、自動的にメッセージが送信されること。	○
1	1	12	1	10		サマリの差戻し時、自動的にメッセージが送信されること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	12	1	11		任意のオーダ発行時、設定した宛先へ自動的にメッセージが送信できること。	
1	1	12	1	12		他科への診察依頼など、お知らせ(メール)の送受信ができること。	○
1	1	12	1	13		検査結果、レポート、カウンターサイン、サマリ、オーダ等の患者に関するメッセージの場合、受信したメッセージから患者カルテを開くことが可能であること。	○
1	1	12	1	14		メッセージ受信時の通知アイコンはメッセージの種類別に異なるアイコンを設定できること。複数の種類のメッセージを同時に受信した場合は、どのアイコンを表示するか優先順位を設定できること。	
1	1	12	1	15		メッセージ受信時は、送信者やメッセージの一部等を簡易的に表示する一覧画面を表示でき、後で読みたい場合には未読のまま画面を閉じると、一定時間後に再通知が表示できること。	○
1	1	12	1	16		利用者の備忘録としてやるべきこと、やらなければならないことをToDoとして作成できること。	○
1	1	12	1	17		他者にやってほしいことをToDoとして作成できること。	○
1	1	12	1	18		自分宛に作成した、又は自分宛に作成されたToDoを一覧で確認できること。	○
1	1	12	1	19		ToDoの通知日として未来日を指定でき、通知日まで一覧に表示されないこと。	
1	1	12	1	20		自分が作成したToDoを一覧で確認できること。	○
1	1	12	1	21		一覧では検索条件を指定してToDoの検索ができること。 また、検索条件を利用者ごとに保存できること。	○
1	1	12	1	22		一覧の印刷およびファイル出力ができること。	○
1	1	12	1	23		一覧を日付を指定して印刷できること。	
1	1	12	1	24		ToDo毎にステータス（既読・保護・完了）が管理できること。	
1	1	12	1	25		自分が作成したToDoの修正・削除が行えること。	○
1	1	12	1	26		ToDoに対してコメントの登録が行えること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	12	1	27		登録されたコメントはToDo作成者および他の宛先利用者也参照できること。	○
1	1	12	1	28		ToDoに対して自分にしか参照できないメモの登録が行えること。	○
1	1	12	1	29		ToDoに対して返信が行えること。	○
1	1	12	1	30		宛先利用者全員のToDo開封日時、完了有無の確認ができること。	○
1	1	12	1	31		緊急として作成したToDoは、ログイン中の宛先利用者に通知されること。	
1	1	12	1	32		よく使う宛先は宛先リストとして利用者ごと、または施設内共通に作成できること。	
1	1	12	1	33		患者を指定したToDoを作成でき、一覧や詳細画面から簡単にカルテを開けること。	○
1	1	12	1	34		一定期間・ToDoのステータスを条件に、自動で繰り越し（削除）を行えること。	
1	1	12	1	35		ToDo作成画面の入力項目（宛先、通知日時、期限、通知、重要度、患者指定項目）は利用者ごとに使用有無を設定できること。	
1	1	12	1	36		お知らせToDoの既読状況・完了状況を一覧で確認できること。	
1	1	12	1	37		受信した内容を別の利用者へ転送を行うことが可能なこと。	
1	1	13				カルテ印刷	
1	1	13	1			カルテ印刷機能	
1	1	13	1	1		電子カルテシステムに保存された診療録やオーダ情報などすべての診療情報、診療記録を、PDFに出力できること。	○
1	1	13	1	2		看護支援機能で入力した看護計画や経過表の入力値及びグラフ付き画面イメージ、看護記録などをPDFに出力できること。	○
1	1	13	1	3		検査結果などの検査結果レポートをPDFに出力できること。	○
1	1	13	1	4		カルテをPDFに出力する場合、レポートやカルテに記載されたシェーマや画像データ、WordやExcelファイルをPDFに出力できること。	○
1	1	13	1	5		患者基本情報、プロフィール、病名・プロブレム、アセスメントシートをPDFに出力できること。	○
1	1	13	1	6		カルテをPDFに出力する場合には、患者を指定して印刷できること。	○

別紙1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	13	1	7		カルテをPDFに出力する場合には、出力する理由をプルダウンメニューより選択または入力できること。	
1	1	13	1	8		PDF出力した履歴（出力者、患者、出力条件）を一覧にて参照できること。	○
1	1	13	1	9		1度出力したPDFは電子カルテのサーバ上に保存され、必要時に何度でもダウンロード、印刷できること。	○
1	1	13	1	10		PDFダウンロード、印刷した履歴（印刷者、日時）が保存され、確認できること。	○
1	1	13	1	11		指定した一人の患者のカルテ出力の条件設定は、期間指定、診療科の選択、保険区分、外来歴／入院歴の指定ができること。	
1	1	13	1	12		カルテ出力の条件設定は保存できること。	
1	1	13	1	13		入外を一括してPDF出力ができること。	○
1	1	13	1	14		カルテ出力の際は、修正履歴や削除履歴を表示およびPDF出力できること。	○
1	1	13	2			カルテ控え印刷・指示歴印刷機能	
1	1	13	2	1		カルテ歴に表示されている指示歴の控えを印刷できること。	○
1	1	13	2	2		指示歴の控え印刷前に、印刷イメージをプレビュー画面で確認できること。	○
1	1	13	2	3		印刷イメージのプレビュー画面の拡大及び縮小ができること。	○
1	1	13	2	4		印刷する際に、用紙の縦横切替えができること。	○
1	1	13	2	5		印刷する枚数を指定できること。	○
1	1	13	2	6		出力先のプリンタを選択できること。	○
1	1	14				カウンターサイン	
1	1	14	1			カウンターサイン機能	
1	1	14	1	1		研修医が行った診療行為について、指導医（上級医）が指導した記録（カウンターサイン）をカルテに残すことができること。	○
1	1	14	1	2		電子カルテシステムで研修医が指導医を選択することができること。	○
1	1	14	1	3		指導医が設定された研修医はカルテの記載ができること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	14	1	4		研修医がカルテを記載するとカルテ上に「未承認」と承認状態が表示され、設定された指導医名が指導医として表示できること。	○
1	1	14	1	5		研修医がカルテを記載すると指導医に自動的にT o D oとしてその情報が送信できること。	○
1	1	14	1	6		指導医がカウンターサインの承認操作を完了すると研修医に自動的にToDoとしてその情報が送信できること。	○
1	1	14	1	7		伝票種単位に前承認、後承認の設定ができること。	
1	1	14	1	8		研修医が記載したカルテ、オーダを承認する場合、一度に保存したカルテ、オーダの内容をまとめて承認できること。	○
1	1	14	1	9		指導医はカウンターサインの承認対象となるカルテの一覧を表示できること。	○
1	1	14	1	10		カウンターサインの承認対象の一覧は、カルテ記載日、患者I D（カナ名称）、診療科、病棟、入外、指導医（学生／研修医）、承認区分、承認状態による絞り込みができること。	
1	1	14	1	11		指導医は、カウンターサイン未承認一覧から、未承認のカルテの内容を確認できること。	○
1	1	14	1	12		研修医は、カウンターサイン承認済一覧から、承認済みのカルテの内容を確認できること。	○
1	1	14	1	13		指導医は、カウンターサインの内容を確認しながら「承認」もしくは「差し戻し」ができること。	○
1	1	14	1	14		指導医は、カウンターサインの内容を確認しながら、軽微な内容であれば修正後に承認できること。	○
1	1	14	1	15		指導医は、カウンターサインの内容を確認しながら、コメントの入力・修正・削除ができること。	○
1	1	14	1	16		研修医は、カウンターサインの内容を確認しながら、コメントの内容が確認できること。	○
1	1	14	1	17		指導医グループを作成でき、グループメンバーであればグループでの指導対象の研修医のカウンターサインの承認操作（承認・差し戻し・修正後承認）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	1	14	1	18		承認／差し戻し操作の負荷軽減を図るため、カルテの内容について一括でカウンターサインの承認操作（承認・差し戻し・修正後承認）ができること。	○
1	1	15				ヘルプメニュー	
1	1	15	1			ヘルプメニュー	
1	1	15	1	1		ヘルプメニューとして、操作説明機能があること。	○
1	1	16				検索・絞り込み	
1	1	16	1			検索・絞り込み機能	
1	1	16	1	1		伝票種での絞り込み、表示順の設定ができること。	
1	1	16	1	2		依頼科での絞り込み設定ができること。	○
1	1	16	1	3		利用者毎に検索条件を名前を付けて複数登録できること。登録された検索条件は一覧画面上に表示され切り替えができること。	
1	1	16	2			カルテ情報	
1	1	16	2	1		一覧の検査結果から検査日を基準としてカルテ記載内容を逆引き表示できること。	○
1	1	16	2	2		患者所在(入院/外来)によって一覧の背景色を変更できること。	○
1	1	17				肝炎治療促進	
1	1	17	1			肝炎治療促進機能	
1	1	17	1	1		肝炎治療促進のため、HBs抗原、HCV抗体が陽性の場合、肝炎ウイルス検査の受診勧奨を促すメッセージを通知し、また患者へ渡す文書の発行ができること。 また、文書の発行については発行日時、発行者が確認ができること。	
1	1	17	1	2		前回肝炎検査受診勧奨を行った患者でも、ある一定期間経過した場合は再度検査を促す場合があるため、設定に合わせて通知がされること。	
1	1	17	1	3		肝炎治療を受けることになった患者について勧奨の通知は不要であるため、治療開始であることを明示して通知を止めることができること。	
1	1	17	1	4		肝炎治療の受診勧奨メッセージ表示の有効期限や治療開始の情報は患者プロフィールとして管理できること。	
1	1	17	1	5		レジメン適用時、抗がん剤処方時の肝炎ウイルス検査の結果を判定し、利用者にメッセージを通知できること。	

別紙1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	17	1	6		レジメン適用時、抗がん剤処方時に必要な検査がある場合には、検査オーダーの発行を促すために、必要な検査項目を選択した状態で検査オーダーを起動し、指示入力できること。	
1	1	18				ワークフロー	
1	1	18	1			ワークフロー機能	
1	1	18	1	1		ワークフロー患者一覧への自動追加	
1	1	18	1	2		ワークフロー患者一覧に患者を自動追加する条件となる、文書・オーダーを設定できること。	
1	1	18	1	3		自動追加条件の文書・オーダーの記載内容によって、ワークフローで管理する書式の記載要・不要を変更できること。	
1	1	18	1	4		ワークフロー患者一覧に患者を手動で追加できること。	
1	1	18	1	5		患者追加時に、対象患者を患者ID・患者検索から指定できること。	
1	1	18	1	6		患者追加時に、発生日・診療科を指定できること。	
1	1	18	1	7		患者追加時に、対象書式の条件（記載必要の有無・記載順・記載書式・記載予定者・記載期限・承認予定者）を指定できること。	
1	1	18	1	8		患者追加時に、記載予定者・承認予定者へのToDo送信の有無を指定できること。	
1	1	18	1	9		患者追加時に、記載予定者・承認予定者へ行うToDoの送信先を変更できること。	
1	1	18	1	10		患者追加後に、設定情報（発生日・診療科・対象の書式の条件・ToDo送信）の変更ができること。	
1	1	18	1	11		ワークフロー患者一覧のレコードを患者ID単体指定・全患者対象から選択して検索できること。	
1	1	18	1	12		診療科を全科・診療科単体指定から選択して検索できること。	
1	1	18	1	13		病棟を外来・入院・共通（外来と入院）から選択して検索できること。	
1	1	18	1	14		入院選択時、病棟を全病棟・病棟単体指定から選択して検索できること。	
1	1	18	1	15		ワークフローで管理している書式の状態（未作成・作成中・作成済・差し戻し・承認済）を選択（複数選択可）して検索できること。	
1	1	18	1	16		ワークフローで管理している書式の書式名を指定して検索できること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	18	1	17		検索条件を保存できること。	
1	1	18	1	18		検索条件をクリアできること。	
1	1	18	1	19		ワークフロー患者一覧画面起動後に、コンボボックスから他のワークフローに切り替えできること。	
1	1	18	2			ワークフロー管理機能	
1	1	18	2	1		ワークフロー患者一覧からワークフローで記載する書式の記載画面を起動できること。	
1	1	18	2	2		記載対象書式が複数ある場合、選択して起動できること。	
1	1	18	2	3		ログイン中の利用者が記載権限を持っていない場合、ワークフロー患者一覧から書式記載画面を参照モードで起動できること。	
1	1	18	2	4		ログイン中の利用者の権限に応じて、書式の保存・承認に関する動作を制限できること。	
1	1	18	2	5		書式を仮保存・確定保存から選択して保存できること。	
1	1	18	2	6		書式を承認・差し戻しから選択して保存できること。	
1	1	18	2	7		書式記載時に、対象患者のカルテを参照できること。	
1	1	18	2	8		書式記載時に、自動登録の条件となった文書・オーダーを参照できること。	
1	1	18	2	9		書式記載時に、時系列ビューを起動できること。	
1	1	18	2	10		選択中の書式の更新履歴（版数・更新者・職種・日時・操作）を一覧表示できること。	
1	1	18	2	11		ワークフローの進行状態に応じて、ワークフロー患者一覧のワークフロー状態のステータスを開始・進行中・完了に分けて表示できること。	
1	1	18	2	12		特定の書式の作成状態に応じて、ワークフロー患者一覧の作成状態のステータスを未作成・作成中・作成済・再作成中・再作成済に分けて表示できること。	
1	1	18	2	13		特定の書式の承認状態に応じて、ワークフロー患者一覧の承認状態のステータスを未承認・承認済に分けて表示できること。	
1	1	18	2	14		複数の記載者位置に権限のある利用者が確定保存・差し戻しを選択した場合、一度の記載で複数の作成状態を変更することができること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	18	2	15		書式に対するコメントを入力・参照できること。	
1	1	18	2	16		書式に対するコメントを削除できること。	
1	1	18	2	17		書式に対するコメントを入力時に、記載者・承認者に対するToDoを送信できること。	
1	1	18	2	18		コメントの未読・既読状態を一覧のコメントアイコンに反映できること。	
1	1	18	2	19		コメント一覧で、同ワークフローの書式を切り替えてコメントを表示できること。	
1	1	18	2	20		ワークフロー患者一覧の表示レコードを「"〇〇"の値と等しい」「"〇〇"の値と等しくない」から選択してフィルタリングできること。	
1	1	18	2	21		「"〇〇"の値と等しい」「"〇〇"の値と等しくない」のフィルタリング条件に、期間指定・"-"-日保留・日未定・空白を設定できること。	
1	1	18	2	22		ワークフロー患者一覧の表示レコードを「指定の値を含む」・「指定の値を含まない」から選択してフィルタリングできること。	
1	1	18	2	23		設定したフィルタリングをクリアできること。	
1	1	18	2	24		ワークフロー患者一覧の表示レコードを、昇順・降順にソートできること。	
1	1	18	2	25		ワークフロー患者一覧画面で、選択中のレコードに表示されている文書がすでに記載されている場合、更新履歴一覧画面を起動することができること。	
1	1	18	2	26		ワークフロー患者一覧上のデータ状態に応じた、ワークフロー文書の記載要/不要の動的な変更を設定できること。	
1	1	18	2	27		カルテ歴からワークフロー記載文書を修正起動できること。	
1	1	18	2	28		カルテ歴からワークフロー記載文書を削除できること。	
1	1	18	3			ワークフロー設定登録	
1	1	18	3	1		ワークフロー設定の新規作成、修正、複写、削除ができること。	
1	1	18	3	2		ワークフローのワークフロー名、区分名を設定できること。	
1	1	18	3	3		ワークフローの有効期間を設定できること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	18	3	4		ワークフローで管理する書式の登録、変更、削除ができること。	
1	1	18	3	5		ワークフローで管理する書式を複数、登録できること。	
1	1	18	3	6		ワークフローで管理する書式の記載順を設定できること。	
1	1	18	3	7		ワークフローで管理する書式の記載期限日数（ワークフロー患者一覧に患者が登録されてから）を設定できること。	
1	1	18	3	8		ワークフローで管理する書式について、記載時の承認・未承認を管理するかどうか、設定ができること。	
1	1	18	3	9		ワークフローで管理する書式について、記載内容をワークフロー患者一覧に表示する項目を設定できること。	
1	1	18	3	10		ワークフローで管理する書式について、記載内容をワークフロー患者一覧に表示する項目の一覧列名を設定できること。	
1	1	18	3	11		ワークフロー患者一覧患者自動登録条件の登録、変更、削除ができること。	
1	1	18	3	12		ワークフロー患者一覧患者自動登録条件として、任意のオーダー、任意の書式がカルテ保存されたとき、という条件を設定できること。	
1	1	18	3	13		ワークフロー患者一覧患者自動登録条件として、任意のオーダー、任意の書式の記載内容が指定のキーワードを含むとき、という条件を設定できること。	
1	1	18	3	14		ワークフロー患者一覧患者自動登録条件として、任意のオーダー、任意の書式の記載内容のコードが指定のコードと一致するとき、という条件を設定できること。	
1	1	18	3	15		ワークフロー患者一覧患者自動登録条件として、任意のオーダー、任意の書式の記載内容が指定の数値範囲または日付範囲内のとき、という条件を設定できること。	
1	1	18	3	16		ワークフロー患者一覧患者自動登録条件に設定した文書について、ワークフロー患者一覧に表示する項目を設定できること。	
1	1	18	3	17		ワークフロー患者一覧患者自動登録条件は複数設定できること。	
1	1	18	3	18		ワークフローで管理する書式ごとに、記載者、承認者の権限を設定できること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様								必須
1	1	18	3	19			記載者、承認者の権限は、特定の診療科、職種、利用者に付与できること。	
1	1	18	3	20			ワークフローで管理する書式ごとに、記載予定者、承認予定者を設定できること。	
1	1	18	3	21			記載予定者、承認予定者には特定の利用者、担当（担当医、担当看護師など）、診療科、職種を設定できること。	
1	1	18	3	22			記載予定者、承認予定者には、トリガーとなる文書の任意の項目の記載内容を設定できること。	
1	1	18	3	23			記載画面で表示するボタン（仮保存、確定保存、印刷など）の表示・非表示を、診療科・職種ごとに設定できること。	
1	1	18	3	24			作成済みのワークフローをワークフロー名、有効日で検索できること。	
1	1	18	3	25			ワークフロー患者一覧の行の高さを設定できること。	
1	1	18	3	26			ワークフロー患者一覧を横スクロールする際に、固定される列を設定できること。	
1	1	18	3	27			ワークフロー患者一覧の各列の列名、列幅、列表示有無、文字の配置（中央、右寄せ、左寄せ）、列表示順、一覧印刷時印刷有無を設定できること。	
1	1	18	3	28			ワークフローを新規追加、複写、修正できること。	
1	1	18	3	29			登録済みワークフローを検索できること。	
1	1	18	3	30			ワークフローで管理する書式を検索・選択できること。	
1	1	18	3	31			ワークフローで管理する書式で、ワークフロー一覧画面に表示する記載項目を設定できること。	
1	1	18	3	32			ワークフローが自動発生する条件の中から、ワークフロー一覧画面に連携して表示する項目を設定できること。	
1	1	18	3	33			ワークフローが開始されデータが自動発生する条件がオーダーの場合、オーダーの項目属性ごとに条件を設定できること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	1	18	3	34	ワークフローで管理する書式の記載権限・承認権限・記載予定者・承認予定者を設定できること。	
1	1	18	3	35	ワークフロー書式記載画面のボタンの表示・非表示を診療科・職種ごとに設定できること。	
1	1	18	3	36	ワークフロー一覧画面に表示される一覧のデザイン（スプレッド）の設定を行えること。	
1	1	18	3	37	ワークフロー単位でスプレッドの設定を追加、変更、削除できること。	
1	1	18	3	38	登録済みのスプレッドを検索できること。	
1	1	18	3	39	スプレッド毎に列プロパティ設定を変更できること。	
1	1	18	3	40	スプレッド毎に列の表示位置を変更できること。	
1	1	19			その他	
1	1	19	1		その他機能	
1	1	19	1	1	当日確認時の注射指示箋印刷について、外来の注射指示せんが未来日で発行されたものに関しては、当日確認で印刷すること。	○
1	1	19	1	2	カルテエディタにキーワードを入力し、ショートカットキーを押下することでセット展開画面が起動、キーワードでの検索結果画面表示されること。	
1	1	19	1	3	検索結果が複数候補ある場合、検索結果画面が表示され、選択して展開が可能なこと。	
1	1	19	1	4	検索結果の候補が1つの場合、直接セット展開が行われること。	
1	1	19	1	5	病理剖検画面の「胎児・新生児」項目に以下の項目を有すること。 種類として新生児、未熟児、早産児、死産児、体重	○
1	1	19	1	6	死亡退院の場合は、退院決定のタイミングで死亡時刻と退院日時が連携されること。	○
1	1	19	1	7	注射ラベルを一括で印刷する機能を有すること。	○
1	1	19	1	8	一般撮影画面にマスタ設定で変更可能な「時間」の項目を有すること。	
1	1	19	1	9	薬品チェックについて、任意の診療ステータスに対し、「制限」「拒否」「必須」の3つのチェックパターンでチェックできる仕組みを有すること。	
1	1	19	1	10	輸血部門システムからの輸血実施・実施取消ができること。	○
1	1	19	1	11	レジメン機能に関して、レジメンカレンダーに抗がん剤処方メニューを追加し、抗がん剤処方を管理できる機能を有すること。	
1	1	19	1	12	レジメン機能に関して、レジメン作成時に、抗がん剤処方の絶対量・体重・体表面積を指定して数量入力できること。（抗がん剤薬品のみ）	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	1	19	1	13	レジメン機能に関して、レジメン適用時に、体重・体表面積で指定された抗がん剤処方の投与量を患者プロファイル情報をもとに算出できること。	
1	1	19	1	14	レジメン機能に関して、薬品ごとに階段式の初期投与量／最大投与量をマスタ設定できること。	○
1	1	19	1	15	レジメン作成時にマスタ設定された初期投与量／最大投与量を数値入力画面で一覧表示し、適用時に患者プロファイル情報をもとに初期投与量／最大投与量を決定できること。	○
1	1	19	1	16	病理検査・術中迅速診断画面で時間ボタンを有すること。	
1	1	19	1	17	差額ベット料ありの部屋へ移動時、特定の文書を出力可能な機能を有すること。また新生児は対象外とすること。	
1	1	19	1	18	外科系ER管理日誌で行う救急受付患者集計用の集計機能を有すること。	○
1	1	19	1	19	手術申込文書に対して受付・実施を行えること。	
1	1	19	1	20	手術申込画面の麻酔担当科で「麻酔科」を選択すると、麻酔申込の入力画面を起動すること。	○
1	1	19	1	21	手術申込画面に麻酔申込の入力画面を起動する仕組みを有すること。なお、麻酔担当科の選択値によって、活性・非活性が制御されること。	
1	1	19	1	22	手術実施の新規起動時に麻酔記録が取込まれ、手術実施画面に取込まれた項目が表示されること。	○
1	1	19	1	23	放射線治療文書における医事会計送信において、部位情報の明細を出力対象とすること。	
1	1	19	1	24	手術申込画面について、1画面で感染症の結果を5種類以上表示できること。	○
1	1	19	1	25	手術申込画面について、主治医等の初期起動時に利用者情報が表示されること。	
1	1	19	1	26	外来管理日誌の一般患者欄に表示される患者数について、診療区分未定の患者も集計された患者数とできること。	○
1	1	19	1	27	レジメン機能について、レジメン情報画面にはレジメングループを設定する項目を有すること。	
1	1	19	1	28	レジメン機能について、レジメン適用時、同じレジメングループのレジメンが適用中なら併用できないようにすること。	
1	1	19	1	29	レジメン機能について、レジメン適用時、異なるレジメングループであれば併用可能にすること。	
1	1	19	1	30	輸血後の感染症検査が未実施の場合に表示される自動メッセージについて、「輸血後△日以降」の条件に合致した場合はメッセージを表示とすること。なお、条件についてはマスタ設定可能とすること。	○
1	1	19	1	31	「輸血後の感染症検査が未発行です。」のメッセージについて、輸血実施後60日以降の場合はメッセージを非表示にできること。	○
1	1	19	2		マルチモニタ対応	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	1	19	2	1		表示スケールがすべてのモニタで100%であるマルチモニタ環境においては、電子カルテシステムのツールと電子カルテシステム以外のアプリケーションを並べて利用できること。またすべてのモニタ上に電子カルテシステムのツールを移動可能であること。	○
1	1	19	2	2		キーボード操作にてアクティブなツールを切り替え可能であること。	○
1	1	19	3			SS-MIX2ストレージ	
1	1	19	3	1		任意のテンプレート記載内容をSS-MIX2拡張ストレージに出力できること。	○
1	1	19	1	2		拡張ストレージに出力されるデータは標準化規格に準拠できていること。	○
1	1	19	1	3		複数のテンプレート文書をまとめて1つのXMLとして出力できること。	○