

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	10					統合診療支援システム	
1	10	1				患者横断診療録ビューア	
1	10	1	1			システム共通	
1	10	1	1	1		電子カルテシステムにて登録されたデータを利用できること。	○
1	10	1	1	2		電子カルテシステムに登録された患者情報、患者基本情報を使用できること。	○
1	10	1	1	3		電子カルテシステムに登録された診療情報、診療記録データを使用できること。	
1	10	1	1	4		本システムを使用可能な利用者情報、利用者権限については、連携する電子カルテシステムにて管理、メンテナンス可能とすること。	
1	10	1	1	5		本システムの各種機能について、連携する電子カルテシステムから起動できること。	
1	10	1	1	6		電子カルテシステムからのシングルサインオンができること。	○
1	10	1	1	7		電子カルテシステムにて登録、変更された各種データは本システムに反映すること。	
1	10	1	1	8		本システムから電子カルテシステムの各種入力画面、参照画面を直接起動できること。	
1	10	1	2			基本機能	
1	10	1	2	1		患者グループごと（入院中患者や診察予約中患者など）に一覧表示ができ、診療情報の進捗、診療記録の記載状況が1画面に表示できること。	○
1	10	1	2	2		患者グループは院内共通用、職種共通用、個人用に作成されたグループで利用者が使用するものを画面に配置し、容易に切り替えができること。	○
1	10	1	2	3		一覧の縦軸には患者基本情報、患者付帯情報が表示されること。	○
1	10	1	2	4		患者基本情報列には以下の情報が表示されること。 患者ID、患者氏名、性別、年齢 また、ツールチップ表示にて、生年月日が表示されること。	○
1	10	1	2	5		患者付帯情報列には以下の情報が表示されること。 ・患者グループ：ピックアップ患者、入院患者、文書・オーダ 入院期間、病棟、病室、診療科、転科区分、主担当医、担当医、転科区分 ・患者グループ：予約患者 予約グループ、予約枠、予約日、予約時間	○
1	10	1	2	6		一覧に表示された患者グループは患者ID、患者氏名で絞り込みができること。	○
1	10	1	2	7		一覧に表示された患者グループは患者付帯情報を指定して並び替えができること。	
1	10	1	2	8		一覧には、診療情報の進捗、診療記録の記載状況の確認を目的として、患者毎に以下の項目を並べて表示できること。また、項目をクリックすることで次のアクションに遷移できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	10	1	2	9	入院診療計画書、栄養管理計画書、退院療養計画書、転科・退院サマリなど入院患者に記載が必要な記録のステータス（未作成、作成済、承認済など）が表示できること。項目をクリックすることで各種記録の内容参照ができること。	○
1	10	1	2	10	入院期間の毎日に記載された医師記録、看護記録、コメディカル記録の件数を表示できること。項目をクリックすることで記載内容が時系列表示できること。	○
1	10	1	2	11	検体、細菌、病理、画像検査の結果の有無、レポートの有無や未読・既読状況が表示できること。項目をクリックすることで結果参照、レポート参照ができること	○
1	10	1	2	12	直近の検査（検体、細菌、病理、画像）予約の有無を表示できること。項目をクリックすることで検査内容を確認できること。	○
1	10	1	2	13	手術記録、手術レポートの記載有無が表示できること。項目をクリックすることで記録、レポートの内容参照ができること。	○
1	10	1	2	14	手術の予定の有無、同意書・説明書の記載有無が表示できること。項目をクリックすることで手術内容の確認、同意書・説明書の内容参照ができること。	○
1	10	1	2	15	DPCの入院期間、DPC病名、ステータスが表示できること。項目をクリックすることでDPC入力画面を起動できること。	○
1	10	1	2	16	退院後の診察予約、退院処方の有無を表示できること。項目をクリックすることで診察予約内容、処方内容を確認できること。	
1	10	1	2	17	院内文書、テンプレート記録の有無を表示できること。項目をクリックすることで内容を参照できること。	○
1	10	1	2	18	身長、体重、アレルギー情報などのプロフィール項目を表示できること。項目をクリックすることで、プロフィール参照画面が起動できること。	○
1	10	1	2	19	一覧の表示項目に対し、最大3段階までのアラートが背景色で表現できること。	○
1	10	1	2	20	アラートは、指定した基準日（入院日、退院日、本日など）からの経過日数と各種記録のステータス（未作成、未承認など）の組み合わせを条件として指定できること。	
1	10	1	2	21	アラート表示された項目を保持する患者の絞り込みが一覧上でできること。	
1	10	1	2	22	一覧の表示項目である、カルテ情報種別、検索期間、表示方法、アラートの条件の組み合わせはシステム管理者が追加、変更、削除できること。	
1	10	1	2	23	一覧の表示項目は、各業務の目的に応じて参照したい情報が異なるため、各業務シーンに応じて配置する項目、その並び順をセットとして登録できること。以降、本セットを業務セットと呼ぶこととする。	○
1	10	1	2	24	業務セットは院内共通用、職種共通用、個人用に作成されたセットで利用者が使用するものを画面に配置し、容易に切り替えできること。	○
1	10	1	3		患者グループ設定機能	
1	10	1	3	1	患者グループは任意のグループ名称、コメントを登録できること。	
1	10	1	3	2	患者グループは入院患者、予約患者、ピックアップ患者、文書・オーダの4つの検索種別から選択して条件登録できること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	10	1	3	3	入院患者は過去の入院期間や現在入院中、入院時の診療科、病棟、主担当医、担当医を指定して患者グループを作成できること。	○
1	10	1	3	4	予約枠患者は予約枠（複数指定可）、予約日を指定して患者グループを作成できること。	
1	10	1	3	5	ピックアップ患者は利用者が任意に指定した患者で患者グループを作成できること。	○
1	10	1	3	6	ピックアップ患者は本システムから直接患者登録できること。	○
1	10	1	3	7	文書・オーダは、文書種別、依頼実施、文書日付、病棟、診療科、文書タイトルを指定して対象の患者グループを作成できること。	
1	10	1	3	8	作成された患者グループは公開範囲を院内、職種、個人として登録でき、個人以外は管理者によってのみメンテナンス可能とすること。	○
1	10	1	3	9	公開範囲に含まれる利用者は管理者の作成した患者グループを使用する、しないを選択できること。	○
1	10	1	3	10	公開範囲に含まれる利用者は管理者の作成した患者グループを流用して個人の患者グループを作成できること。	○
1	10	1	3	11	管理者は患者グループ作成時に、公開範囲の利用者の画面に初期表示するかどうかを指定できること。	
1	10	1	3	12	各利用者が使用できる患者グループを一覧表示できること。使用可能な患者グループの一覧には以下の項目が表示されること。患者横断診療録ビューアへの表示有無、名称、作成者、コメント、作成日、更新日、検索種別、検索条件、公開範囲	○
1	10	1	3	13	各利用者は患者横断診療録ビューアでの患者グループの並び順を変更できること。	
1	10	1	3	14	一覧の各列にて、ソートの切り替え、文字列指定でのフィルターができること。	
1	10	1	4		業務セット設定機能	
1	10	1	4	1	利用者は、各業務シーンに応じて患者横断診療録ビューアに配置する項目の選択、並び順の設定をし、業務セットとして登録できること。	
1	10	1	4	2	業務セットは任意のグループ名称、コメントを登録できること。	
1	10	1	4	3	患者横断診療録ビューアでの表示イメージをプレビューしながら業務セットの登録ができること。	
1	10	1	4	4	作成された業務セットは公開範囲を院内、職種、個人として登録でき、個人以外は管理者によってのみメンテナンス可能とすること。	○
1	10	1	4	5	公開範囲に含まれる利用者は管理者の作成した業務セットを使用する、しないを選択できること。	○
1	10	1	4	6	公開範囲に含まれる利用者は管理者の作成した業務セットを流用して個人の業務セットを作成できること。	○
1	10	1	4	7	管理者は業務セット作成時に、公開範囲の利用者の画面に初期表示するかどうかを指定できること。	
1	10	1	4	8	各利用者が使用できる業務セットを一覧表示できること。使用可能な業務セットの一覧には以下の項目が表示されること。患者横断診療録ビューアへの表示有無、名称、作成者、コメント、作成日、更新日、公開範囲	
1	10	1	4	9	各利用者は患者横断診療録ビューアでの業務セットの並び順を変更できること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	10	1	4	10		一覧の各列にて、ソートの切り替え、文字列指定でのフィルターができること。	
1	10	1	5			マスタメンテナンス	
1	10	1	5	1		患者横断診療録ビューアで使用する、患者グループ、業務セット、一覧の表示項目について、システム管理者によるメンテナンスができること。	
1	10	1	5	2		各種マスタのメンテナンス時は、確定した内容がリアルタイムに反映されること。	○
1	10	1	6			データ出力（画像データ出力）	
1	10	1	6	1		登録済みの画像を指定フォルダにエクスポートできること。	
1	10	1	7			データ出力（画像印刷）	
1	10	1	7	1		保存した画像の印刷が行えること。 印刷レイアウト上に検査日時、診療科、患者IDなどの情報を印字出来ること。	
1	10	1	8			レポート機能-レポート作成機能	
1	10	1	8	1		登録済みの画像に対して、レポートを作成することができること。	
1	10	1	8	2		画像を表示している画面から直接レポート作成ツールを起動できること。	
1	10	1	9			会計連携	
1	10	1	9	1		画像の取り込みを実施した場合、画像種別に応じた会計を自動発生できること。	
1	10	1	10			電子カルテ及び他システム連携機能	
1	10	1	10	1		電子カルテ／医事システムと患者属性を共有すること。	
1	10	1	10	2		電子カルテの受診予定者の一覧および受付の最新の情報を取得できること。	
1	10	1	10	3		電子カルテと利用者情報を共有すること。	
1	10	1	10	4		検査結果を電子カルテに登録(通知)できること。	
1	10	1	10	5		電子カルテから起動できること。	
1	10	1	10	6		電子カルテから検査結果を参照できること。	
1	10	1	10	7		検査結果の削除および修正を行った場合、電子カルテシステムに対しても削除・更新が連動して行われること。	
1	10	1	10	8		取り込んだ静止画像や検査結果(数値データ)を電子カルテに貼り付けできること。	
1	10	1	10	9		自科検査システムで取り込んだ画像のサムネイルが統合ビューア画面から参照可能であること。統合ビューア画面から自科検査システムの参照画面を起動可能であること。	
1	10	1	11			ユーザ管理	
1	10	1	11	1		診療科毎に管理者権限ユーザを登録できること。	
1	10	1	11	2		管理者権限ユーザの権限で、利用者権限ユーザの登録が行えること。	
1	10	1	12			データ管理	
1	10	1	12	1		異なる患者にマッチングした検査結果（画像、数値）を正しく修正できること。	
1	10	1	12	2		画像削除時、画像および画像付加情報は物理的に削除されず論理的な削除を行うのみとし、必要に応じて内容を参照できること。	
1	10	1	13			運用管理	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	10	1	13	1	DICOM対応の検査装置からAccessionNoがない画像を受信した場合は登録を保留し、手動で該当する患者の検査として登録できること。	
1	10	1	13	2	データベースの情報および画像情報は、電子カルテのバックアップ領域にバックアップされること。	
1	10	1	14		マスタ管理	
1	10	1	14	1	検査種別マスタがメンテナンスできること。	
1	10	1	15		監査証跡	
1	10	1	15	1	検査結果の取込み操作の履歴を管理できること。	
1	10	1	15	2	検査結果の修正・削除の履歴を管理できること。	
1	10	1	15	3	検査結果を参照した履歴を管理できること。	
1	10	2			文書管理システム	
1	10	2	1		共通機能	
1	10	2	1	1	患者に関する紙文書から電子文書まで院内で利用している文書の一元管理が可能であり、電子カルテシステムとの連携機能を有していること。	○
1	10	2	1	2	情報漏洩の防止を考慮したシステムで堅牢なセキュリティを有していること。	○
1	10	2	2		画像参照	
1	10	2	2	1	画像参照において以下の機能を有すること。 ・拡大・縮小 ・サムネイル表示 ・回転 ・印刷	○
1	10	2	2	2	文書分類や診療科等でツリー形式に分類分けして表示が可能なこと。またツリーの階層は病院毎にマスタで設定できること。	○
1	10	2	2	3	サムネイル画像を時系列に表示できること。	○
1	10	2	2	4	2ヶ月分のカレンダを表示し、日毎のスキャンの有無が容易に確認できること。	○
1	10	2	2	5	任意に選択した画像を2分割もしくは4分割で比較表示ができること。	○
1	10	2	3		検索機能	
1	10	2	3	1	効率的にスキャン文書を閲覧する為に下記の検索項目を用いて検索できること。また複数の検索項目を組み合わせで検索できること。 ・患者情報（患者ID、氏名） ・文書分類 ・文書名 ・依頼科 ・依頼職員情報（職員氏名） ・入外区分 ・依頼日 ・登録日付	○
1	10	2	3	2	検索結果の一覧を、CSV形式で保存ができること。	○
1	10	2	3	3	利用者毎に文書分類、文書名、診療科、病棟等の検索キーワードを元に検索条件を登録できること。また登録した検索条件は容易に選択できること。	
1	10	2	3	4	月、年単位でスキャンした文書が登録されているかを一目で確認できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	10	2	3	5		利用者毎に付箋を登録する事ができ付箋ごとに絞り込みができること。	
1	10	2	3	6		院内共通の付箋を登録する事ができ付箋ごとに絞り込みができること。	
1	10	2	3	7		OCRについて、以下の機能を有すること。 ・ スキャン時にOCR処理することで登録されたスキャン画像に対して全文検索が可能であること。 ・ OCR処理されたスキャン画像を検索した場合、検索キーワードの前後の文字を検索結果として一覧表示できること。	
1	10	2	4			版数管理	
1	10	2	4	1		スキャン画像の削除は物理的に削除されず論理削除を行うのみとし、必要に応じて内容を参照できること。	○
1	10	2	4	2		訂正または削除を行った場合、これらの事実及び内容を確認することを可能とする為に下記の機能を有していること。 ・ 削除データの検索機能 ・ 訂正前の内容確認機能 ・ 版数管理機能	○
1	10	2	5			スキャン機能	
1	10	2	5	1		文書が識別できるバーコード付登録用紙を使用し、複数患者の複数枚データを連続してスキャンが行えること。	○
1	10	2	5	2		バーコードに記録された属性情報を取り込み、取込んだ文書のキーワードとして自動付加できること。またバーコードには以下の情報を属性情報として設定できること。 ・ 患者情報（患者ID、氏名） ・ 依頼日時 ・ 依頼職員情報（職員ID、氏名） ・ 文書分類 ・ 文書名 ・ 依頼科 ・ 病棟	○
1	10	2	5	3		読取形式はカラー（RGB各色256調）、グレースケールの切り替えが画面上からできること。	○
1	10	2	5	4		画面上からADF（両面・片面）、原稿台（フラットベッド）の切り替えができること。	○
1	10	2	5	5		画面上から利用するスキャナの選択ができること。	○
1	10	2	5	6		バーコードが読み取れた場合、それが画面上でわかるような表示ができること。	○
1	10	2	5	7		スキャナから読み込んだ文書はサムネイル形式で画面上で確認が行えること。また一度に画面に表示できる枚数の切替えができること。	○
1	10	2	5	8		スキャナから読みこんだサムネイル画像は順次画面上に表示され、スキャナの読込中でも画像の確認ができること。	
1	10	2	5	9		複数の文書を読みこんだ後に、画像を任意に選択して差し替えスキャンが行えること。	○
1	10	2	5	10		複数の文書を読みこんだ後に、任意の場所に挿入してスキャンが行えること。	○
1	10	2	5	11		不要な読みこみ文書があった場合、画面上から容易に削除が行えること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	10	2	5	12		バーコードを使用せずに患者名や文書名を任意に選択してスキャンが行えること。	○
1	10	2	5	13		スキャナのプロパティを呼び出して取込みのモードを変更できる機能を有すること。	○
1	10	2	5	14		スキャナ取込みのモードのパターン登録ができること。	○
1	10	2	6			ファイル・画像登録	
1	10	2	6	1		Word、Excelファイル、JPG画像等を患者に紐づけて登録できること。	
1	10	2	7			電子カルテシステム連携	
1	10	2	7	1		紙文書の取込依頼がオーダとして発行可能であること。	○
1	10	2	7	2		電子カルテシステムの診療履歴より依頼に対して取込まれた文書をワンクリックで参照できること。	○
1	10	2	7	3		電子カルテシステムから患者毎のスキャン文書が一覧表示でき、一覧をクリックすることで、内容を参照できること。	○
1	10	2	7	4		電子カルテシステムの利用者情報（ID、パスワード、氏名、職種）が、文書管理システムへ連携（取込）可能であること。	○
1	10	2	7	5		電子カルテシステムからのシングルサインオンが可能なこと。	○
1	10	2	7	6		電子カルテシステムからオーダした取込依頼や文書作成機能から印刷された同意書等の文書がスキャンされたかどうか進捗管理できること。	○
1	10	2	7	7		電子カルテシステムからスキャナ取込画面、参照画面が起動できること。	○
1	10	2	7	8		電子カルテシステムの文書作成から印刷された文書に対してバーコードを印字できること。	○
1	10	2	7	9		電子カルテシステムの文書作成の診療履歴に対してスキャンした結果を紐づけて管理できること。	○
1	10	2	7	10		文書管理システムに登録されたファイルについても電子カルテシステムの診療履歴から参照できること。	○
1	10	2	8			タイムスタンプ	
1	10	2	8	1		取込んだ文書毎に、電子署名法に適合した電子署名を遅滞なく付与できる機能を有すること。電子署名は電子署名法の規定に基づく特定認証事業者の発行するWebtrust等により認証された電子証明書であること。	
1	10	2	8	2		患者単位、日付（期間）でタイムスタンプ・電子署名の一括検証が可能であること。また検証結果についてはCSV形式等で出力できること。	
1	10	2	8	3		スキャンされた文書に対してタイムスタンプ・電子署名が正常に付与されたかどうか日毎に一覧形式で確認できる機能を有すること。	
1	10	2	8	4		電子署名を含めたタイムスタンプを、文書毎に遅滞なく付与できる機能を有すること。なお、タイムスタンプは、第三者による検証を可能にするため、「時刻認証業務の認定に関する規程」（令和3年4月1日、総務省告示第146号）に基づき認定された事業者（認定事業者）が提供するものを使用すること。なお、「タイムビジネスに係る指針」（総務省、平成16年11月）等では示されている時刻認証業務の基準に準拠し、一般財団法人日本データ通信協会が認定した時刻認証事業者については、令和4年以降、順次移行する予定であることから、当面の間、認定時刻認証事業者によるものを使用しても差し支えない。スキャン後の電子化文書を利用する第三者がタイムスタンプを検証する機能を有すること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	10	2	8	5		電子署名とタイムスタンプは、ISO 14533-2:2021 XML署名利用電子署名(XAdES)の長期署名プロファイルに準拠したデータ形式(以下、XA d ESデータ形式)で格納できる機能を有すること。	
1	10	2	8	6		拡張子がTIFF、P D F、jpeg、xls、docファイルについてもタイムスタンプ・電子署名を付与する機能を有すること。	
1	10	2	8	7		電子証明書は複数のサービスに対応していること。	
1	10	2	8	8		スキャン文書の版数ごとにタイムスタンプファイルも版数管理できること。	
1	10	2	8	9		証明書のパス検証は、リンク証明書に対応していること。	
1	10	2	8	10		電子署名で用いる暗号アルゴリズムは、SHA256withRSA2048ビットに対応していること。	
1	10	2	8	11		10年以上の有効性延長が可能な機能を有すること。	
1	10	2	8	12		有効性を延長する際には、原本が更新されたり破損するリスクがないこと。	
1	10	2	8	13		うるう秒によるタイムスタンプ局の停止に対応していること。	
1	10	2	8	14		署名タイムスタンプは、上記2-8-4に記載のものを使用すること。	
1	10	2	8	15		アーカイブタイムスタンプは、2-8-4に記載のものを使用すること。	
1	10	2	8	16		電子署名の失効情報を長期署名データに取り込むタイミングは、RFCに規定されている猶予期間(Grace Period)が考慮されていること。	
1	10	2	8	17		長期署名データの生成後には、必ず一度はデータの検証が自動的に行われること。	
1	10	2	8	18		タイムスタンプの取得要求の有無や電子署名の有効期間を当センター側で監視できること。	
1	10	2	9			アクセスログ機能	
1	10	2	9	1		文書管理システムに関するアクセスログを以下の項目で取得できる機能を有すること。 ・職員ID(ログインID) ・患者ID ・期間での抽出(範囲で指定できる機能を有すること) ・操作種別	○
1	10	2	9	2		アクセスログはCSVで出力できること。	
1	10	2	10			印刷機能	
1	10	2	10	1		患者単位に取り込んだ文書を一括して印刷することが可能であること。	○
1	10	2	11			集計機能	
1	10	2	11	1		スキャンした文書の枚数や件数について集計項目を指定することで集計結果をCSVファイル等で出力できること。	○
1	10	2	11	2		集計の条件は期間、文書分類、登録部署で指定できること。	○
1	10	2	11	3		集計項目の縦軸の項目は文書分類、診療科、登録者、登録部署から選択できること。	○
1	10	2	11	4		集計項目の横軸の項目は年、月、日から選択できること。	○
1	10	2	12			アクセス権限	
1	10	2	12	1		職種、利用者毎に文書分類単位に文書の参照可、不可の権限設定ができること。	
1	10	2	13			サイン自動確認機能	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	10	2	13	1		文書をスキャン後、スキャン文書の下に検知したサイン数が表示されること。	
1	10	2	13	2		文書の仕分け前にサイン確認画面に遷移できること。	
1	10	2	13	3		手書きサインが不足している可能性がある文書は黄色ラベルで表示されること。	
1	10	2	13	4		必須と任意のそれぞれで検知したサイン数および事前登録したサイン欄の総数が表示されること。	
1	10	2	13	5		検知したサイン数および事前登録したサイン欄の総数が実態と異なる場合、手動で変更ができること。	
1	10	2	13	6		仕分け後の画面に以下が表示されること。 ・サインの有無 ・必須サイン数 ・任意サイン数 ・サイン変更履歴	
1	10	2	13	7		スキャン後にサイン有無で文書検索できること。	
1	10	2	14			サインマスタメンテナンス機能	
1	10	2	14	1		登録は、以下で選択可能なこと。 ・新規登録 ・更新・削除	
1	10	2	14	2		メンテナンス画面では、以下を登録可能なこと。 ・サインエリア ・重要度 ・署名者	
1	10	2	14	3		サインエリアについてはドラック&ドロップで設定可能なこと。	
1	10	2	15			入力支援（文書作成）	
1	10	2	15	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	10	2	15	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	10	2	15	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	10	2	15	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	10	2	15	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。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	10	2	15	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	10	2	15	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	10	2	15	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	10	2	15	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。	
1	10	2	15	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	10	2	15	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。 ・ 作成日 ・ 利用者ID ・ 患者ID ・ 文書種別 ・ 入外 ・ 診療科 ・ 病棟	
1	10	2	15	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	10	2	15	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	10	2	15	14		検索された文書の一覧を印刷できること。	
1	10	2	15	15		検索された文書の一覧を編集できる形式で出力できること。	
1	10	2	15	16		電子カルテシステム使用中に、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	10	2	15	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	10	2	15	18		文書の一覧より、文書の内容を確認できること。	
1	10	2	15	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	10	2	15	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	10	3				統合ビューア	
1	10	3	1			電子カルテシステム連携	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	10	3	1	1		表示している検査結果のオーダを複写してオーダ画面を起動できること。	
1	10	3	1	2		関連する依頼文書、実施文書の情報を表示できること。	
1	10	3	1	3		カルテ記載へビューア画面の表示状態のリンクを貼りつけできること。	
1	10	3	2			参照データ形式	
1	10	3	2	1		DICOM画像を参照できること。	
1	10	3	2	2		DICOMマルチフレームを動画再生できること。	
1	10	3	2	3		汎用画像形式のデータ (JPEG, PNG, BITMAP, GIF, TIFF) を参照できること。	
1	10	3	2	4		汎用動画形式のデータ (MPEG, H, 264) を動画再生できること。	
1	10	3	2	5		文書ファイル (HTML, PDF) を参照できること。	
1	10	3	2	6		MFER波形データを参照できること。	
1	10	3	2	7		DICOM Web (WADO-RS, QIDO-RS) にて、PACS・ファイリングシステムからデータ取得し、ビューアで表示できること。	
1	10	3	3			ビューア機能	
1	10	3	3	1		シリーズのリスト表示 (サムネイル, 部位, モダリティ, 枚数), シリーズの切り替え (次/前), リストからビューアに展開を行えること。	
1	10	3	3	2		1 ボタンで前回検査と比較表示を行えること。	
1	10	3	3	3		DICOM情報を画像上に表示できること。	
1	10	3	3	4		同一検査内シリーズの連動表示を行えること。	
1	10	3	3	5		階調変更 (DICOM画像のみ) できること。	
1	10	3	3	6		拡大・縮小・表示位置移動ができること。	
1	10	3	3	7		回転・反転表示ができること。	
1	10	3	3	8		白黒反転表示ができること。	
1	10	3	3	9		参照線表示 (DICOM画像のみ) ができること。	
1	10	3	3	10		スケール表示 (DICOM画像のみ) ができること。	
1	10	3	3	11		アノテーション (矢印, 線, 円, 矩形, フリーライン, コメント) の登録機能を有すること。	
1	10	3	3	12		計測 (距離, 面積, 画素値, CTR) 機能を有すること。	
1	10	3	3	13		表示状態を保存できること。	
1	10	3	3	14		表示状態を初期化できること。	
1	10	3	3	15		画像のクリップボードコピー機能を有すること。	
1	10	3	3	16		印刷機能を有すること。	
1	10	3	4			ビューアレイアウト作成機能	
1	10	3	4	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	10	3	4	2		カルテ検索については、一目で2年分以上のカルテ歴の存在と受診歴について確認できること。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。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	10	3	4	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	10	3	4	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	10	3	4	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、カレンダー上にも同時に表現ができること。	
1	10	3	4	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	10	3	4	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	10	3	4	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	10	3	4	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、導入時に当センターと協議した上で決定することができること。	
1	10	3	4	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	10	3	4	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。	
1	10	3	4	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	10	3	4	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	10	3	4	14		受診日をキーとして、簡易な操作でカルテ検索ができること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	10	3	4	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	10	3	4	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	10	3	4	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	10	3	4	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	10	3	4	19		一覧から対象の検査をクリックすることで、検査結果の確認、レポートの確認ができること。	
1	10	3	4	20		各種の登録文書（テンプレートなど）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	10	3	4	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	10	3	4	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	10	3	4	23		診療科、検査種別、検査期間で絞り込みできること。	
1	10	3	4	24		一覧から対象の検査をクリックすることで、検査結果の確認、レポートの確認ができること。	
1	10	3	4	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	10	3	4	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	10	3	4	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。	
1	10	3	4	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	10	3	4	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	10	3	4	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。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	10	3	4	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	10	3	4	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	10	3	4	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	10	3	4	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	10	3	4	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	10	3	4	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	10	3	4	37		傷病名の表示非表示を切り替えできること。	
1	10	3	4	38		DPCオーダを起動できること。	
1	10	3	4	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	10	3	4	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	10	3	4	41		全科もしくは自科で検索できること。	
1	10	3	4	42		一覧上の過去の指導料をコピーできること。	
1	10	3	4	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	10	3	4	44		診療科ごと、病棟ごとに検索できること。	
1	10	3	4	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	10	3	4	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	10	3	4	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。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	10	3	4	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	10	3	4	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	10	3	4	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	10	3	4	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	10	4				自科検査	
1	10	4	1			共通機能	
1	10	4	1	1		外来、病棟に設置してある静止画、動画を出力する検査機器の結果を管理できること。	
1	10	4	1	2		各機能画面の呼び出しは、利用者が直感的にできるものであり、また、有機的な連携ができること。	
1	10	4	2			検査結果の取り込み（画像）	
1	10	4	2	1		S-VIDEO信号もしくはコンポジット信号で信号出力する検査機器から、画面にキャプチャーにより静止画および動画を取り込むことができること。	
1	10	4	2	2		画面キャプチャーにより静止画および動画を取り込む際は、キーボード・マウス・フットスイッチ・手元スイッチ等で行えること。	
1	10	4	2	3		動画の取り込み時間を指定でき、指定時間経過後、録画を自動的に停止できること。	
1	10	4	2	4		取り込んだ静止画・動画に関連付けて、画像種別・取込み実施者・日時の画像付加情報を自動的に付与できること。	
1	10	4	2	5		看護携帯端末から静止画及び動画が取り込めること。	
1	10	4	2	6		PNG形式・BMP形式・JPEG形式の画像を取り込みできること。	
1	10	4	2	7		PDFの画像を取り込みできること。	
1	10	4	2	8		AVI形式、MP4の動画を取り込みできること。	
1	10	4	2	9		DICOM対応の検査機器からDICOM画像、マルチフレームを取り込めること。	
1	10	4	2	10		画像を取り込む際、取り込んだ画像に“キー画像”などの識別のためのフラグ（付箋機能）を設定できること。	
1	10	4	3			検査結果の取り込み（血液分析結果）	
1	10	4	3	1		中央検査室以外に設置してある分析装置とオンライン接続で結果を取り込めること。	
1	10	4	3	2		検査オーダなしで結果を取り込み、電子カルテへ結果情報を送信できること。	
1	10	4	3	3		分析装置からの測定結果に患者IDが付いてくる場合は、その患者の結果として取り込みができること。	
1	10	4	3	4		分析装置からの測定結果に患者IDが無い場合は、測定結果を確認する画面で患者IDの入力ができること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	10	4	3	5	分析装置からの測定結果に患者IDが無い場合は、測定結果を確認する画面で患者ID入力時に、患者氏名など属性情報を画面に表示できること。	
1	10	4	3	6	測定結果を確認する画面で測定結果の確認と修正ができること。	
1	10	4	3	7	測定結果を確認する画面で分析装置からのサンプル番号を表示すること。	
1	10	4	3	8	測定結果を確認する画面で未確定結果の一覧表示ができること。	
1	10	4	3	9	分析装置とのオンライン接続はRS-232C、またはLANにより接続できること。	
1	10	4	3	10	電子カルテの検歴画面での表示は、中央検査室で測定した結果と同じ検査項目として扱えること。また、設定により、別の検査項目としても扱えること。	
1	10	4	3	11	測定結果を確認する画面は電子カルテ端末で動作すること。	
1	10	4	3	12	測定結果の登録時に自動的に会計連携ができること。	
1	10	4	4		データ編集（シェーマ機能）	
1	10	4	4	1	患者説明時に説明内容を判り易くするために、画像に対して加筆修正が可能であること。	
1	10	4	4	2	加筆修正にてUNDOができること。	
1	10	4	4	3	加筆修正は、キーボード・マウスからの入力を有効に利用可能な仕組みを持つこと。	
1	10	4	4	4	加筆修正時に、患者説明に使う文言が文字テンプレートとして診療科毎および利用者毎に登録でき、簡単な操作でその文言を利用できること。	
1	10	4	4	5	加筆修正は、矩形・円の描画、自由線・直線の描画、テキスト入力ができること。	
1	10	4	4	6	シェーマで、患部のスプレーマークやスタンプなどの入力ができること。	
1	10	4	4	7	加筆修正した内容は、オリジナル画像とは別に保存できること。	
1	10	4	4	8	加筆修正した画像を再修正できること。	
1	10	4	5		データ編集（数値編集）	
1	10	4	5	1	取り込んだ検査の数値結果を編集できること。	
1	10	4	6		検査結果参照機能(自科検査一覧)	
1	10	4	6	1	取り込んだ患者単位の検査結果を一覧形式でサムネイル表示できること。	
1	10	4	6	2	自科検査一覧は、患者を指定して起動ができること。	
1	10	4	6	3	検索条件は検査日、コメントおよびキー画像で検索できること。	
1	10	4	6	4	自科検査一覧は、検査種別、診療科で絞り込みができること。	
1	10	4	6	5	自科検査一覧の表示項目として、検査日、検査種別、サムネイル、登録者、診療科、画像枚数、シェーマ枚数、コメントを表示できること。	
1	10	4	7		検査結果参照機能(検査結果表示)	
1	10	4	7	1	取り込みをおこなった検査の数値結果が、電子カルテの検歴ライブラリで時系列・グラフ化をもって表示できること。	
1	10	4	7	2	オリジナル画像と加筆修正した画像はそれぞれ別画像として表示できること。	
1	10	4	7	3	検査結果を時系列に表示することができること。	○
1	10	4	7	4	取り込まれた動画の停止・再生機能を有すること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	10	5				レポート管理	
1	10	5	1			レポート管理機能	
1	10	5	1	1		各部門検査のレポートや自科検査レポートなどを一覧表示し、参照できること。	○
1	10	5	1	2		一覧からレポートの既読、未読状況が参照できること。また、未読・既読の変更ができること。	○
1	10	5	1	3		各部門からのレポートの返信状況（未作成・一部結果到着など）が一覧より確認できること。	○
1	10	5	1	4		「未読のみ表示」、「レポート未作成」などの検索条件を指定して一覧表示できること。	○
1	10	5	1	5		生体検査毎に検査実施済患者一覧が表示され、そこからレポートの選択・新規入力ができること。	○
1	10	5	1	6		検査予定日を指定し検索ができること。	○
1	10	5	1	7		患者IDを指定して検索ができること。	○
1	10	5	1	8		入外、診療科、状態種別、オーダ種別、検査種別、依頼医師、実施医師、担当医師で検索対象の指定ができること。	○
1	10	5	1	9		一覧のソート条件の指定ができること。	○
1	10	5	1	10		最新表示ボタンを有すること。	○
1	10	5	1	11		レポート一覧より関連する画像を呼び出せること。	○
1	10	5	1	12		利用者ごとに検索条件の保存が行えること。	○
1	10	5	1	13		レポート一覧からレポート記載画面が起動できること。	○
1	10	5	1	14		未開封レポートのみの表示ができること。	○
1	10	5	1	15		一覧に表示する項目・表示位置をマスタにて設定できること。	○
1	10	5	1	16		レポートの既読・未読処理ができること。	○
1	10	5	1	17		患者IDをバーコードにて選択できること。	○
1	10	5	1	18		検査予定日の検索対象期間の最大日数をマスタにて設定できること。	○
1	10	5	1	19		レポート作成、レポート表示、画像表示メニューを選択できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	10	5	1	20		オーダ種別ごとに表示項目、表示文言の設定ができること。	○
1	10	5	1	21		一覧の対象検査をダブルクリックすることによってレポート記載画面を起動できること。	○
1	10	5	1	22		検査種別のリストに表示する検査種別をマスタで設定できること。	○
1	10	5	1	23		表示されるメニューよりカルテ起動ができること。	○
1	10	5	1	24		レポート記載画面でレポート承認後に一覧画面に遷移した際の最新表示リフレッシュ間隔をマスタで設定できること。	○
1	10	5	1	25		電子カルテ記録時に使用するテンプレートの機能を利用してレポート入力ができること。	○
1	10	5	1	26		印刷プレビューボタンを押すことにより、印刷時のプレビュー（HTML形式）を参照できること。	○
1	10	5	1	27		レポートの印刷ができること。	○
1	10	5	1	28		手術レポートにて「申込医」、「執刀医」、「主治医」で検索対象を指定できること。	○
1	10	5	1	29		一覧に表示する項目をマスタ（項目属性単位）にて設定できること。	○
1	10	5	2			レポート作成	
1	10	5	2	1		検査種別ごとにレポート作成に関する詳細な設定ができること。	○
1	10	5	2	2		レポートの報告者・承認者の選択ができること。	○
1	10	5	2	3		レポートを作成中、承認待ち状態での保存ができること。	○
1	10	5	2	4		患者の詳細情報を参照できること。	○
1	10	5	2	5		依頼情報を参照できること。	○
1	10	5	2	6		実施情報を参照できること。	○
1	10	5	2	7		カルテ標準シェーマツールを起動し、作成したシェーマをレポートの添付画像として添付できること。	○
1	10	5	2	8		クリップボードの画像を貼付けレポートの添付画像として添付できること。	○
1	10	5	2	9		ファイルを選択してレポートの添付画像として添付できること。	○
1	10	5	2	10		スキャナツールと連携しスキャナから取り込んだ画像をレポートの添付画像として添付できること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	10	5	2	11		レポートの版数管理ができること。	○
1	10	5	2	12		レポート添付画像のプレビュー画面表示ができること。	○
1	10	5	2	13		辞書機能により、利用者毎の雛型文書登録ができること。	○
1	10	5	2	14		画像ビューアからの画像貼り付けができること。	○
1	10	5	2	15		レポート添付画像の削除ができること。	○
1	10	5	2	16		患者の過去検査のレポートを参照できること。	○
1	10	5	2	17		レポートの改版時にコメントを入力できること。	○
1	10	5	2	18		1オーダに対して複数のレポートを作成できること。	○
1	10	5	2	19		実施内容をレポートテンプレートに設定できること。	○
1	10	5	2	20		リハビリレポート作成時にリハビリ評価一覧の参照ができること。	
1	10	5	2	21		レポート記載画面に表示される「検査日」・「検査時年齢」・「施行者1」 「施行者2」・「診断医」の文言をオーダ種別ごとにマスタで設定できること。	○
1	10	5	2	22		レポートを検査実施日でも保存できること。	○
1	10	5	2	23		レポートテンプレートを承認後でも変更できること。	○
1	10	5	2	24		内視鏡レポート作成画面から病理オーダ画面を起動し、所見、診断名を連携 することができること。また内視鏡レポートと病理オーダの関連付けが できること。	○
1	10	5	2	25		保存したレポートを削除できること。	○
1	10	5	2	26		仮報告レポートを作成できること。	○
1	10	5	2	27		レポート添付画像を最大20枚まで貼り付けできること。	○
1	10	5	2	28		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	10	5	2	29		自科検査等のレポートについては、レポート作成候補一覧・検査結果一覧か らではなく独自にレポート作成画面が起動できること。	○
1	10	5	2	30		心電図など検査結果や、紙ベースの情報をスキャナを通して対象検査のレ ポートに貼付けができること。	○

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	10	5	2	31		レポート記載画面から起動し、スキャナから取り込んだ画像をレポートへ貼り付けできること。（一枚・複数枚）	○
1	10	5	2	32		取り込んだ画像をプレビュー画面にて参照できること。	○
1	10	5	2	33		プレビュー画面にて画像を拡大して参照できること。	○
1	10	5	2	34		プレビュー画面にて画像を回転（右回り・左回り）して参照できること。	○
1	10	5	2	35		スキャナの解像度の設定を端末ごとにマスタにて設定し、取り込みできること。	○
1	10	5	2	36		スキャナの解像度の設定を 1 端末につき複数設定できること。	○
1	10	5	2	37		レポート作成時に、手術実施情報を自動で取得できること。	
1	10	5	2	38		レポート作成時に、記載者の任意のタイミングで、手術実施情報を再取り込みすることができること。 再取り込みする際には、取り込みする項目を記載者が選択できること。	
1	10	5	3			レポート管理一覧	
1	10	5	3	1		レポートの開封状態を一覧で確認できること。	○
1	10	5	3	2		レポートに設定された依頼医が未開封状態のレポートを検索できること。	○
1	10	5	3	3		レポートに設定された指導医が未開封状態のレポートを検索できること。	○
1	10	5	3	4		レポートに設定された病理主治医（病理レポート）が未開封状態のレポートを検索できること。	○
1	10	5	3	5		一覧からレポートを参照できること。	○
1	10	5	3	6		カルテログイン時にログイン利用者が確認者であるレポートが存在する場合は、警告及び未開封レポートが確認できること。	○
1	10	5	3	7		レポートの検索結果が一覧印刷できること。	○
1	10	5	3	8		レポートの検索結果がファイル出力（csv）できること。	○
1	10	5	3	9		一覧からレポートを直接未開封状態に更新できること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	10	5	3	10		利用者ポータルタスク件数ウィジェットからレポート管理一覧を起動し、未読レポートの詳細が確認できること。	○
1	10	5	3	11		レポート管理一覧から任意のレポートをToDo送信して情報共有ができること。	○
1	10	6				画像等統合参照	
1	10	6	1			画像等統合参照機能	
1	10	6	1	1		以下の部門システムから電子カルテに通知された結果(実施/画像/レポート)を統合して1つの画面に表示できること。また、伝票種×検査日のマトリクス表示ができること。 ・放射線・生理・内視鏡部門システムの画像、レポート結果 ・病理検査システムのレポート結果 ・自科検査システム(眼底カメラ、各科エコー・内視鏡など)の画像、レポート結果 ・臨床検査(検体検査、細菌検査)システムの検査結果 (検体検査結果については検査値を表示できること) ・文書管理システムで取り込んだ文書データ もしくは、電子カルテの文書作成・紙文書取込機能のデータ	○
1	10	6	1	2		画像結果はサムネイル表示できること。なお、サムネイル画像がない場合はアイコン表示ができること。	○
1	10	6	1	3		画像結果から各部門システムの専用ビューアを起動できること。	○
1	10	6	1	4		レポート結果から作成済みレポートを参照表示できること。	○
1	10	6	1	5		伝票種の行見出しをドラッグ&ドロップすることにより表示順を入れ替えられること。また、入れ替えた場合は自動的に利用者毎に表示順を記憶すること。	○
1	10	6	1	6		電子カルテで選択している患者の検査結果等のマトリクスビュー画面を1クリックで起動できること。ログインし直しや、患者選択し直しが不要なこと。	○
1	10	6	1	7		同じオーダの結果(画像/レポート)は同じ枠に表示されること。依頼(予約)情報・画像・レポートが1つの枠に表示されること。	○
1	10	6	1	8		マトリクスで表示する検査結果表示エリアの表示倍率を変更できること。	
1	10	7				ワークフロー	
1	10	7	1			ワークフロー機能	
1	10	7	1	1		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。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	10	7	1	2		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	10	7	1	3		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	10	7	1	4		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	10	7	1	5		患者追加時に、発生日・診療科を指定できること。	
1	10	7	1	6		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	10	7	1	7		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	10	7	1	8		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	10	7	1	9		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	10	7	1	10		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	10	7	1	11		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	10	7	1	12		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	10	7	1	13		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	10	7	1	14		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	10	7	1	15		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。	
1	10	7	1	16		検索条件を保存できること。	
1	10	7	1	17		検索条件をクリアできること。	
1	10	7	1	18		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	10	7	2			ワークフロー管理機能	
1	10	7	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	10	7	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。	

別紙1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	10	7	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	10	7	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	10	7	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	10	7	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	10	7	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	10	7	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	10	7	2	9		書式記載時に、時系列ビューを起動できること。	
1	10	7	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	10	7	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	10	7	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	10	7	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	10	7	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。	
1	10	7	2	15		書式に対するコメントを入力・参照できること。	
1	10	7	2	16		書式に対するコメントを削除できること。	
1	10	7	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	10	7	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。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様						必須
1	10	7	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	10	7	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	10	7	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	10	7	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	10	7	2	23	設定したフィルタリングをクリアできること。	
1	10	7	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	10	7	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	10	7	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	10	7	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	10	7	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	10	7	3		ワークフロー設定登録	
1	10	7	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	10	7	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	10	7	3	3	ワークフローの有効期間を設定できること。	
1	10	7	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	10	7	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	10	7	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	10	7	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	10	7	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。	

別紙1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	10	7	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	10	7	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	10	7	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	10	7	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	10	7	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	10	7	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	10	7	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	10	7	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	10	7	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	10	7	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。	
1	10	7	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	10	7	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	10	7	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	10	7	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。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	10	7	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	10	7	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	10	7	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	10	7	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	10	7	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	10	7	4			ワークフローマスタメンテ	
1	10	7	4	1		ワークフローを新規追加、複写、修正できること。	
1	10	7	4	2		登録済みワークフローを検索できること。	
1	10	7	4	3		ワークフローで管理する書式を検索・選択できること。	
1	10	7	4	4		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	10	7	4	5		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	10	7	4	6		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。	
1	10	7	4	7		ワークフローが開始され、データが自動発生する書式は、項目ごとに条件を設定できること。	
1	10	7	4	8		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	10	7	4	9		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	10	7	5			一覧表示マスタメンテナンス	
1	10	7	5	1		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	10	7	5	2		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。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	10	7	5	3		登録済みのスプレッドを検索できること。	
1	10	7	5	4		スプレッド毎に列プロパティ設定を変更できること。	
1	10	7	5	5		スプレッド毎に列の表示位置を変更できること。	