

## 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	7					地域連携、医療相談システム	
1	7	1	1			地域連携室業務	
1	7	1	1	1		診療予約	
1	7	1	1	1	1	電子カルテシステムの予約オーダと連動し、通常枠、紹介枠、予約科、予約項目、表示日による予約枠の表示ができること。	
1	7	1	1	1	2	画面表示された予約枠を選択し、予約枠を確定することができること。	
1	7	1	1	1	3	予約登録の一連の操作で電子カルテシステム、地域連携システム双方の予約情報が登録できること。	
1	7	1	1	1	4	予約登録時、紹介患者の紹介元施設を指定できること。	
1	7	1	1	1	5	予約登録時、紹介患者の紹介元施設名を電子カルテシステムの予約オーダ・フリーコメントとして自動登録できること。	
1	7	1	1	1	6	取得した予約情報の修正、取消しが可能であること。	
1	7	1	1	1	7	予約確定時、予約票の印刷ができること。	
1	7	1	1	1	8	予約票は予約項目毎に異なるフォーマットで印刷できること。	
1	7	1	1	1	9	期日や患者IDを指定し、予約一覧が表示できること。また、この画面から該当項目を選択し、予約票の印刷ができること。	
1	7	1	1	1	10	患者支援センターで予約取得業務が実施できること。	○
1	7	1	1	1	11	予約票のフォーマットは随時編集・変更できること。	
1	7	1	1	1	12	予約取得時に予約行為を選択できること。予約行為とは、1回に取得するポイント数1人分、2人分、3人分等の選択ができることを指す。	
1	7	1	1	1	13	予約取得時に画面から入力した予約票コメントを予約票に印字できること。	○
1	7	1	1	1	14	予約取得時に電子カルテシステムで取得した同一患者の予約と重複をチェックできること。	○
1	7	1	1	1	15	紹介元施設の診療科や医師がマスタにないときにフリー入力できること。	○
1	7	1	1	2		検査予約	

別紙1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	7	1	1	2	1	電子カルテシステムの予約オーダと連動し、予約オーダで取得済みの検査予約と紹介予約情報を紐付けることができること。	
1	7	1	1	2	2	検査予約紐付け登録時、紹介患者の紹介元施設を指定できること。	
1	7	1	1	2	3	紐付けした予約情報の修正、取消しができること。	
1	7	1	1	2	4	予約確定時、予約票の印刷ができること。	
1	7	1	1	2	5	検査予約票は予約項目毎に異なるフォーマットで印刷できること。	
1	7	1	1	2	6	検査予約票に検査の注意書きを印字できること。	
1	7	1	1	2	7	期日や患者IDを指定し、予約一覧が表示できること。また、この画面から該当項目を選択し、予約票の印刷ができること。	
1	7	1	1	2	8	患者支援センターで予約取得業務が実施できること。	
1	7	1	1	2	9	予約票のフォーマットは随時編集・変更できること。	
1	7	1	1	2	10	紹介元施設の診療科や医師がマスタにないときにフリーで入力できること。	○
1	7	1	1	3		紹介受付	
1	7	1	1	3	1	紹介予約患者来院時、予約一覧から紹介受付登録ができること。	
1	7	1	1	3	2	予約のない患者は予約一覧から追加で紹介受付登録できること。	○
1	7	1	1	3	3	紹介受付登録時、以下の項目で紹介情報を検索できること。 期間、予約日、来院日、登録日、受付状態、受診科、紹介元施設、患者ID	
1	7	1	1	3	4	来院一覧には、紹介情報として、以下の項目が表示されること。 受付状態、予約日時、来院日時、患者ID、患者氏名、受診科、当センター医師名、紹介元施設名、紹介元診療科、紹介元医師名、紹介状種別、紹介コメント	
1	7	1	1	3	5	紹介受付登録時に、以下の項目が登録できること。 来院日、来院時間、受診科、医師、紹介目的、紹介状種別、紹介元施設	○
1	7	1	1	3	6	紹介受付登録時、礼書（来院報告書）、初回報告書の自動発生有無を指定できること。	

別紙1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	7	1	1	3	7	紹介受付登録時、電子カルテシステムに紹介患者情報（患者ID、患者名、紹介元施設情報）を登録できること。	○
1	7	1	1	3	8	予約のない患者の登録時、医事会計システムの受診科を引き継ぎ登録できること。併科の場合、どちらか選択できること。	
1	7	1	1	3	9	来院一覧より、表示された内容を印刷できること。	
1	7	1	1	3	10	来院一覧より、表示された内容をCSV出力できること。	
1	7	1	1	3	11	予約患者が持参した紹介状に添付された資料(フィルム、検査結果等)の管理ができること。管理内容として、種別、返却の要否、返却状況の登録、添付文書コメントが登録できること。	
1	7	1	1	3	12	予約紹介患者が来院しなかったとき、来院一覧から未来院理由を指定し未来院扱いにできること。	
1	7	1	1	3	13	紹介受付登録時に紹介元診療科、紹介医師名をフリー入力できること。	○
1	7	1	1	3	14	医事会計システムや電子カルテシステムの画面から地域連携システムの受付画面を 患者情報、診療科情報 を引き継いで起動できること。	
1	7	1	1	3	15	紹介時の病名を登録できること。このとき、登録する病名は電子カルテシステムの診断病名から検索、指定できること。	○
1	7	1	1	3	16	受付情報に診察時の診断病名を登録できること。	
1	7	1	1	3	17	紹介受付登録は一括処理ができること。	
1	7	1	1	3	18	紹介受付登録時に担当医が未定のとき、初回報告書作成医師を担当医（医師未定）に設定できること。	
1	7	1	1	4		報告文書進捗管理	
1	7	1	1	4	1	報告文書進捗状況を一覧表示できること。	
1	7	1	1	4	2	報告文書状況一覧は、以下の項目で検索できること。 日付(作成日、報告予定日)、文書状態(未作成、未発行、発行済)、紹介元施設、診療科、医師、文書種別、患者ID	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	7	1	1	4	3	報告文書状況一覧は、以下の項目が表示できること。 文書状況、印刷有無、送付方法、確定時指示、送付方法コメント、報告予定日、交付予定日、算定指示日、文書種別、診療科、文書作成医師、患者ID、送付先施設名、送付先診療科、送付先医師、患者支援センターコメント、医師コメント	
1	7	1	1	4	4	報告文書状況一覧の項目表題を選択することで一覧を並べ替えることができること。	
1	7	1	1	4	5	報告文書状況一覧を印刷およびCSVデータ出力できること。	
1	7	1	1	4	6	報告文書状況から文書を選択して文書の内容を表示できること。	
1	7	1	1	4	7	報告文書状況から文書に対して患者支援センターのコメントが登録できること。	
1	7	1	1	4	8	文書の送付方法は送付先施設の既定送付方法が表示され、送付方法を指定できること。	
1	7	1	1	4	9	文書一覧画面から未作成文書の診療科、担当医師を変更することができること。	
1	7	1	1	4	10	文書一覧画面から控え用文書を印刷できること。	
1	7	1	1	4	11	文書一覧画面から文書を削除できること。	
1	7	1	1	4	12	一覧から文書を選択して文書の操作履歴を確認できること。	
1	7	1	1	5		礼書管理	
1	7	1	1	5	1	紹介受付を実施することで、礼書（来院報告書）が自動作成されること。	
1	7	1	1	5	2	電子カルテシステムの入院・退院情報と連動し、紹介患者の入院・退院の報告書（事務連絡用）が自動作成されること。	
1	7	1	1	5	3	礼書状況一覧は、受付日付、登録日、文書状態（未発行、発行済）、診療科、文書種別で検索して一覧表示できること。	○
1	7	1	1	5	4	印刷済みの文書を再発行できること。	
1	7	1	1	5	5	不要な礼書は削除できること。	
1	7	1	1	5	6	礼書フォーマットは随時編集・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	7	1	1	5	7	礼書の自動生成有無を紹介元施設ごとに設定できること。	
1	7	1	1	5	8	自動作成された礼書に手入力コメントを入力・印刷できること。	
1	7	1	1	5	9	礼書一覧を印刷できること。	○
1	7	1	1	5	10	礼書は印刷イメージをプレビュー表示できること。	
1	7	1	1	6		連携施設管理	
1	7	1	1	6	1	以下の連携施設情報を登録できること。 基本情報(法人名、施設名称、施設カナ名称、代表電話番号、連絡先電話番号、郵便番号、住所、地区、施設種別、経営主体、施設長、医師会、医療圏、コメント)、診療科、医師、病床数、診療時間(診療科別、医師別)、病院関連施設、機能、機器、転院許可条件、交通機関、検索用キーワード	○
1	7	1	1	6	2	以下の検索条件で連携施設を検索できること。 基本情報(施設名、住所、電話番号、FAX番号、地区)、診療科、機能、機器、転院許可条件、検索キーワード、施設種別、医師会、医療圏、登録医有無	
1	7	1	1	6	3	施設名の検索はひらがな、カタカナ、又は漢字で検索できること。	○
1	7	1	1	6	4	施設の診療科は診療科グループと診療科名称が登録できること。	
1	7	1	1	6	5	施設のFAX番号は患者支援センターおよび診療科ごとに登録できること。	
1	7	1	1	6	6	施設の交通機関は地図情報としてJpeg画像を張り付けられること。また、登録された情報から施設案内票が印刷できること。	○
1	7	1	1	6	7	登録する施設ごと診療科ごとに予約票、礼書、報告文書の送付方法(印刷、FAX、郵送)の設定ができること。	
1	7	1	1	6	8	検索結果の施設一覧はCSV出力できること。	
1	7	1	1	6	9	任意の2施設を選択し、関連する紹介情報や文書情報も含めて1施設に統合する機能を有すること。	
1	7	1	1	6	10	Microsoft Wordファイルに関連付けし、施設管理画面から該当の文書を開けること。	
1	7	1	1	6	11	検索結果の一覧が印刷できること。	○

## 別紙1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	7	1	1	6	12	検索結果の施設一覧の施設情報から宛名ラベル印刷ができること。	
1	7	1	1	6	13	施設案内票を登録、印刷できること。	
1	7	1	1	6	14	新規施設登録時、施設長を医師情報として自動登録できること。	
1	7	1	1	6	15	紹介予約登録、紹介受付登録時に最初に表示される既定医師を設定できること。	
1	7	1	1	6	16	閉院した施設を非表示にすることができること。	
1	7	1	1	7		統計	
1	7	1	1	7	1	以下の統計、一覧を抽出条件を指定し、Microsoft Excelデータとして抽出できること。 紹介患者一覧、文書一覧、診療科別紹介患者数、診療科別逆紹介患者数、地区別紹介患者数、地区別逆紹介患者数、医療機関別紹介患者数、医療機関別逆紹介患者数、診療科別医師別紹介患者数、診療科別医師別逆紹介患者数	
1	7	1	1	7	2	紹介受付情報、報告文書情報を期間指定でCSV出力できること。	
1	7	1	2			医師業務（返書・紹介状作成）	
1	7	1	2	1		返書作成	
1	7	1	2	1	1	電子カルテ画面から利用者ID、患者IDを引き継ぎ、患者紹介・逆紹介履歴一覧画面(時系列文書一覧)が表示できること。	○
1	7	1	2	1	2	以下の条件で文書が検索できること。 患者ID、作成済文書(利用者の所属診療科内の作成文書または利用者の作成文書)、未作成文書(利用者の所属診療科内の未作成文書または利用者の未作成文書)	○
1	7	1	2	1	3	患者紹介・逆紹介履歴一覧画面(時系列文書一覧)には紹介診療期間、紹介元施設名、紹介元医師名、診察状況(終了、継続等)、紹介と逆紹介の区別、診療科、文書件数が表示されること。	
1	7	1	2	1	4	紹介元施設別に作成文書の一覧が表示できること。	○
1	7	1	2	1	5	文書一覧から、不要な文書について、削除理由を選択したうえで、削除できること。	
1	7	1	2	1	6	文書一覧から文書を複製（流用）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	7	1	2	1	7	紹介受付した患者の初回報告文書（雛形）が自動作成されること。 自動作成される初回報告文書（雛形）の診療科及び作成担当者は受付時の診療科・医師が自動設定されること。	
1	7	1	2	1	8	電子カルテシステムの入退院登録と連動し、入院報告書（雛形）・退院報告書（雛形）が自動作成されること。	
1	7	1	2	1	9	自動作成された報告文書のは診療科・担当医師を変更できること。	
1	7	1	2	1	10	最終報告書作成時、未作成状態の初回報告書を自動削除する等、不要となった未作成文書の自動削除の設定ができること。	
1	7	1	2	1	11	報告文書の施設情報や患者情報は自動設定されること。	○
1	7	1	2	1	12	対象患者に実施されたオーダ（検査結果、処方、注射、輸血）を一覧表示し、文書に取り込む項目を選択できること。	
1	7	1	2	1	13	取り込みした検査結果は報告文書とは別紙の時系列検査結果報告書として添付できること。また、検査結果をグラフ化して別紙として添付できること。	
1	7	1	2	1	14	対象患者の電子カルテに登録された病名を一覧表示し、文書に取り込む傷病名を選択できること。取り込みした病名はドラッグ&ドロップで印字順を変更できること。また、フリー入力記載もできること。	
1	7	1	2	1	15	所見のフリー入力ができること。また、記載内容のコピー&ペーストができること。	
1	7	1	2	1	16	フリー入力時、登録済み定型句一覧からドラッグ&ドロップ操作で入力欄に貼り付けできること。	
1	7	1	2	1	17	定型句は操作者専用のマイフォルダと診療科毎の診療科フォルダ、施設全体に共通で使用可能な共通フォルダが使用できること。	
1	7	1	2	1	18	文書に対する医師の参照・更新権限を設定できること。	
1	7	1	2	1	19	作成済みまたは作成途中文書の複製(流用)ができること。	
1	7	1	2	1	20	JPEGファイルを最大4つまで添付、印刷ができること。このとき1ページに1画像を印刷すること。	
1	7	1	2	1	21	編集中文書は他の端末で更新されない様、文書にロックをかける機能を有すること。	
1	7	1	2	1	22	文書を印刷イメージでプレビュー表示できること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	7	1	2	1	23	文書は作成途中で一時保存できること。また、一度確定登録した文書は作成者もしくは文書更新権限のある利用者が再度編集できること。	
1	7	1	2	1	24	医師事務作業補助者などが文書を作成し、保留状態にできること。また、保留した文書を医師が最終確定できること。	
1	7	1	2	1	25	文書確定登録時に文書の以下の送付方法を選択できること。 FAX、印刷、保留、患者支援センター扱い	
1	7	1	2	1	26	文書印刷時、文面に印刷される交付予定日の指定と印刷部数指定ができること。	
1	7	1	2	1	27	文書確定登録時に保留を選択したとき印刷されず保留状態になること。	
1	7	1	2	1	28	文書の更新履歴（確定、一時保存、印刷、文書更新、送信）を表示できること。	
1	7	1	2	1	29	文書確定登録時に送付方法にかかわらず控え用の文書を印刷できること。	
1	7	1	2	1	30	確定した文書は電子カルテシステムにPDFイメージで自動送信できること。	
1	7	1	2	1	31	未作成の文書を手動で作成できること。	
1	7	1	2	2		返書フォーマット	
1	7	1	2	2	1	報告文書のフォーマットや入力項目の属性、文字数、必須有無の自由な設定ができること。	
1	7	1	2	2	2	以下の部品が使用できること。 固定ラベル、入力テキスト、チェックボックス、コンボボックス、ラジオボタン、画像イメージ、罫線、枠線、日付入力	
1	7	1	2	2	3	以下の患者情報引用部品が使用できること。 患者ID、患者カナ氏名、患者漢字氏名、性別、生年月日、年齢、住所、電話番号	
1	7	1	2	2	4	以下の文書情報引用部品が使用できること。 文書種別名、交付予定日、作成日、オーダ情報取得	
1	7	1	2	2	5	以下の当センター施設情報引用部品が使用できること。 施設漢字名、施設法人名、住所、電話番号、FAX番号、診療科名、医師名	



別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	7	1	2	2	6	以下の紹介施設情報引用部品が使用できること。 施設漢字名、施設法人名、住所、電話番号、FAX番号、診療科名、医師名	
1	7	1	2	2	7	複数の返書フォーマットを作成できること。	
1	7	1	2	2	8	文書のフォーマットは運用途中で変更できること。また、既に作成した文書にフォーマットの変更は反映されないこと。	
1	7	1	2	3		紹介状作成	
1	7	1	2	3	1	電子カルテシステム画面から利用者 I D、患者 I Dを引き継ぎ患者紹介・逆紹介履歴一覧画面が表示できること。	
1	7	1	2	3	2	以下の条件で文書が検索できること。 患者ID、作成済文書(利用者の所属診療科内の作成文書または利用者の作成文書)、未作成文書(利用者の所属診療科内の未作成文書または利用者の未作成文書)	
1	7	1	2	3	3	紹介元施設別に作成文書の一覧が表示できること。	
1	7	1	2	3	4	文書一覧から、不要な文書について、削除理由を選択したうえで、削除できること。	
1	7	1	2	3	5	文書一覧から文書を複製（流用）ができること。	
1	7	1	2	3	6	逆紹介状作成時は、画面表示のタイミングで自動的に施設情報、患者情報が表示できること。	
1	7	1	2	3	7	対象患者に実施されたオーダ（検査結果、処方、病名、注射、輸血）を一覧表示し、文書に取り込む項目を選択できること。取込んだ検査結果は報告文書とは別紙の時系列検査結果報告書として添付できること。	
1	7	1	2	3	8	取り込みした検査結果は報告文書とは別紙の時系列検査結果報告書として添付できること。また、検査結果をグラフ化して別紙として添付できること。	
1	7	1	2	3	9	対象患者の電子カルテシステムに登録された病名を一覧表示し、文書に取り込む病名を選択できること。取込んだ病名はドラッグ&ドロップで印字順序を変更できること。また、フリー入力記載もできること。	
1	7	1	2	3	10	所見のフリー入力ができること。また、記載内容のコピー&ペーストができること。	
1	7	1	2	3	11	フリー入力時、登録済み定型句一覧からドラッグ&ドロップ操作で入力欄に貼り付けできること。	

別紙1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	7	1	2	3	12	定型句は操作者専用のマイフォルダと診療科毎の診療科フォルダ、施設全体に共通で使用可能な共通フォルダが使用できること。	
1	7	1	2	3	13	逆紹介状に対する医師の参照・更新権限を設定できること。	
1	7	1	2	3	14	作成済みまたは作成中文書の複製(流用)ができること。	
1	7	1	2	3	15	JPEGファイルを最大4つまで添付、印刷ができること。このとき1ページに1画像を印刷すること。	
1	7	1	2	3	16	文書を印刷イメージでプレビュー表示できること。	
1	7	1	2	3	17	文書は作成途中で一時保存できること。また、一度確定登録した文書は作成者もしくは文書更新権限のある利用者が再度編集できること。	
1	7	1	2	3	18	文書確定登録時に文書の以下の送付方法を選択できること。 FAX、印刷、保留、患者支援センター扱い	
1	7	1	2	3	19	文書印刷時、文面に印刷される交付予定日の指定と印刷部数指定ができること。	
1	7	1	2	3	20	文書確定登録時に保留を選択したとき印刷されず保留状態になること。	
1	7	1	2	3	21	文書確定登録時に送付方法にかかわらず控え用の文書を印刷できること。	
1	7	1	2	3	22	医師の確定登録後に医事会計システムへ診療情報提供料の加算項目を自動送信できること。また、加算や算定項目を選択変更・削除できること。	
1	7	1	2	3	24	医師の確定登録後に医事会計システムへ診療情報提供料の加算項目を自動送信するとき、施設名をコメントとして送信できること。	
1	7	1	2	3	25	同月内同一施設2回目以降や関連施設の場合は、医事会計システムへ診療情報提供料の加算項目を送信しないよう自動制御できること。	
1	7	1	2	3	26	診療情報提供料と共に紹介先施設名称を医事会計システムへ送信できること。	
1	7	1	2	3	27	確定した文書は電子カルテシステムにPDFイメージで自動送信できること。	
1	7	1	2	4		紹介状フォーマット	

別紙1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	7	1	2	4	1	報告文書のフォーマットや入力項目の属性、文字数、必須有無の自由な設定ができること。	
1	7	1	2	4	2	以下の部品が使用できること。 固定ラベル、入力テキスト、チェックボックス、コンボボックス、ラジオボタン、画像イメージ、罫線、枠線、日付入力	
1	7	1	2	4	3	以下の患者情報引用部品が使用できること。 患者ID、患者カナ氏名、患者漢字氏名、性別、生年月日、年齢、住所、電話番号	
1	7	1	2	4	4	以下の文書情報引用部品が使用できること。 文書種別名、交付予定日、作成日、オーダ情報取得	
1	7	1	2	4	5	以下の当センター施設情報引用部品が使用できること。 施設漢字名、施設法人名、住所、電話番号、FAX番号、診療科名、医師名	
1	7	1	2	4	6	以下の紹介施設情報引用部品が使用できること。 施設漢字名、施設法人名、住所、電話番号、FAX番号、診療科名、医師名	
1	7	1	2	4	7	複数の紹介状フォーマットを作成できること。	
1	7	1	2	4	8	文書のフォーマットは運用途中で変更できること。また、既に作成した文書にフォーマットの変更は反映されないこと。	
1	7	2	1			退院支援	
1	7	2	1	1		退院支援・情報管理（看護師機能）	
1	7	2	1	1	1	入院日又は退院日、病棟、担当医又は担当看護師、担当MSW、退院支援進捗状況を指定し、入院患者を検索できること。また、担当医、担当看護師、担当MSWは氏名、職種等から職員の検索・指定できること。	
1	7	2	1	1	2	検索条件により表示された患者一覧には以下の項目が表示できること。 スクリーニングシート作成状況、スクリーニング結果(スコア)、アセスメントシート作成状況、アセスメント結果、退院支援依頼書作成状況、支援状況、退院支援計画書作成状況、患者支援センター介入状況、退院支援経過票作成状況、退院支援結果票作成状況、患者属性、担当者、傷病名(文書中に登録されたもの)、病棟名、担当者、依頼日、入退院日、在院日数	
1	7	2	1	1	3	患者一覧には任意の文書種別を追加できること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	7	2	1	1	4	退院支援スクリーニングシート作成状況により対象患者の絞込みができること。	
1	7	2	1	1	5	退院支援スクリーニング結果により対象患者の絞込みができること。	
1	7	2	1	1	6	退院支援スクリーニング結果（スコア）にかかわらず、利用者の判断により支援対象患者を設定できること。	
1	7	2	1	1	7	チェック項目数を集計できること。また、項目には重みづけができること。	
1	7	2	1	1	8	退院支援アセスメントシート作成状況により対象患者の絞込みができること。	
1	7	2	1	1	9	退院支援アセスメント結果により対象患者の絞込みができること。	
1	7	2	1	1	10	退院支援依頼書の作成状況により対象患者の絞込みができること。	
1	7	2	1	1	11	退院支援計画書の作成状況により対象患者の絞込みができること。	
1	7	2	1	1	12	上記（スクリーニング、アセスメント、支援依頼、支援計画）以外に作成した文書種別の作成状況でも患者の絞込みができること。	
1	7	2	1	1	13	支援状況により対象患者の絞込みができること。	
1	7	2	1	1	14	患者支援センター介入状況により対象患者の絞込みができること。	
1	7	2	1	1	15	退院支援依頼書が患者支援センターで受理されていない患者を一覧表示できること。	
1	7	2	1	1	16	患者一覧に表示される在院日数は日数により色分け表示できること。	
1	7	2	1	1	17	患者 I D を直接指定し支援状況が表示ができること。また、患者 I D が不明な場合、患者氏名等から患者 I D を検索できること。	
1	7	2	1	1	18	退院支援計画書を作成できること。また、退院支援スクリーニング及び退院支援アセスメントが未登録であっても作成できること。	
1	7	2	1	1	19	一覧表示された対象入院患者一覧より選択した患者の支援状況及び患者支援センター介入状況を変更できること。	
1	7	2	1	1	20	一覧表示された対象入院患者一覧より選択した患者の支援・相談一覧画面に遷移できること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	7	2	1	1	21	退院支援・相談一覧画面では該当患者の退院支援・医療相談履歴及び作成文書が参照できること。また、退院支援・相談文書を作成できること。	
1	7	2	1	1	22	特定の文書の作成状況を入院患者一覧に表示できること。	
1	7	2	1	1	23	文書に入力した特定項目の入力内容を入院患者一覧に表示できること。	
1	7	2	1	1	24	入院患者一覧に表示した項目を自由に並べ替えることができること。	
1	7	2	1	1	25	検索した退院支援情報をCSVデータ出力できること。	
1	7	2	1	1	26	作成された文書はPDF形式で電子カルテシステムに送信できること。	
1	7	2	1	1	27	電子カルテシステムに送信する文書の種類はあらかじめ設定できること。	
1	7	2	1	1	28	患者ごとに、作成された退院支援文書が時系列で確認できること。	
1	7	2	1	1	29	文書種別ごとに職種による参照・更新権限が設定できること。	
1	7	2	1	1	30	文書ごとに職種・診療科・利用者個人に対する参照・更新権限が設定できること。	
1	7	2	1	1	31	電子カルテシステムから利用者IDを引き継ぎ患者一覧画面が起動されること。このとき看護師は受け持ちの病棟が選択されること。	
1	7	2	1	1	32	電子カルテシステムから利用者ID、患者IDを引き継ぎ支援・相談一覧画面が起動されること。	
1	7	2	1	2		退院支援・文書作成（MSW機能）	
1	7	2	1	2	1	フェイスシートが作成できること。	
1	7	2	1	2	2	フェイスシート登録された内容を他の文書に引用できること。	
1	7	2	1	2	3	支援経過を登録できること。	
1	7	2	1	2	4	支援結果を登録できること。	
1	7	2	1	2	5	退院支援計画書を作成できること。	
1	7	2	1	2	6	退院支援計画書の算定情報またはコメントを医事会計システムに送信できること。	
1	7	2	1	2	7	上記以外の文書種も追加できること。	

別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	7	2	1	2	8	上記以外の文書種にも算定情報またはコメントを医事会計システムに送信できること。	
1	7	2	1	2	9	医事会計システムに送信する加算や算定項目を選択変更・削除できること。	
1	7	2	1	2	10	各文書を印刷できること。	
1	7	2	1	2	11	医療相談関連文書の作成ができること。	
1	7	2	1	3		退院支援・情報管理（MSW機能）	
1	7	2	1	3	1	[入院日 または 退院日]・病棟・[担当医 または 担当看護師]・担当MSW・退院支援進捗状況を指定し、入院患者を検索できること。 また、担当医、担当看護師、担当MSWは氏名・職種等から職員の検索・指定できること。	
1	7	2	1	3	2	検索条件により表示された患者一覧には以下の項目が表示できること。 スクリーニングシート作成状況、スクリーニング結果(スコア)、アセスメントシート作成状況、アセスメント結果、退院支援依頼書作成状況、支援状況、退院支援計画書作成状況、患者支援センター介入状況、退院支援経過票作成状況、退院支援結果票作成状況、患者属性、担当者、傷病名(文書中に登録されたもの)、病棟名、担当者、依頼日、入退院日、在院日数	
1	7	2	1	3	3	患者一覧には任意の文書種別を追加できること。	
1	7	2	1	3	4	退院支援依頼書が発行された患者を一覧表示できること。	
1	7	2	1	3	5	退院支援スクリーニング結果により対象患者の絞り込みができること。	
1	7	2	1	3	6	退院支援アセスメント結果により対象患者の絞り込みができること。	
1	7	2	1	3	7	退院支援依頼書の作成状況により対象患者の絞り込みができること。	
1	7	2	1	3	8	退院支援計画書の作成状況により対象患者の絞り込みができること。	
1	7	2	1	3	9	上記（スクリーニング、アセスメント、支援依頼、支援計画）以外に作成した文書種別の作成状況でも患者の絞り込みができること。	
1	7	2	1	3	10	患者IDを直接指定し支援状況が表示ができること。また、患者IDが不明な場合、患者氏名等から患者IDを検索できること。	
1	7	2	1	3	11	一覧表示された対象入院患者一覧より選択した患者の支援状況及び患者支援センター介入状況を変更できること。	

別紙1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	7	2	1	3	12	一覧表示された対象入院患者一覧より選択した患者の支援・相談一覧画面に遷移できること。	
1	7	2	1	3	13	退院支援・相談一覧画面では該当患者の退院支援・医療相談履歴および作成文書が参照できること。また、退院支援・相談文書を作成できること。	
1	7	2	1	3	14	特定の文書の作成状況を入院患者一覧に表示できること。	
1	7	2	1	3	15	文書に入力した特定項目の入力内容を入院患者一覧に表示できること。	
1	7	2	1	3	16	入院患者一覧に表示した項目を自由に並べ替えることができること。	
1	7	2	1	3	17	支援一覧情報をCSVデータ出力できること。	
1	7	2	1	3	18	作成された文書をPDF形式で電子カルテに送信できること。	
1	7	2	1	3	19	電子カルテシステムに送信する文書の種類はあらかじめ設定できること。	
1	7	2	1	3	20	患者ごとに、作成された退院支援文書が時系列で確認できること。	
1	7	2	1	3	21	文書種別ごとに職種による参照、更新権限が設定できること。	
1	7	2	1	3	22	文書ごとに職種、診療科、操作者個人に対する参照・更新権限が設定できること。	
1	7	2	1	3	23	電子カルテシステムから操作者ID、患者IDを引き継ぎ支援・相談一覧画面が表示されること。	
1	7	2	2			医療相談	
1	7	2	2	1		医療相談・文書作成	
1	7	2	2	1	1	フェイスシートが作成できること。	
1	7	2	2	1	2	フェイスシート登録された内容を他の文書に引用できること。	
1	7	2	2	1	3	医療相談票を作成できること。	
1	7	2	2	1	4	チェック項目数を集計できること。項目には重みづけができること。	
1	7	2	2	1	5	医療相談経過を作成できること。	
1	7	2	2	1	6	医療相談結果を作成できること。	
1	7	2	2	1	7	相談状況を登録できること。	

別紙1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	7	2	2	1	8	相談内容を登録できること。	
1	7	2	2	1	9	各文書を印刷できること。	
1	7	2	2	1	10	文書ごとに職種、診療科、利用者個人に対する参照、更新権限が設定できること。	
1	7	2	2	1	11	患者IDの存在しない相談者の相談情報も登録できること。	
1	7	2	2	1	12	患者IDの存在しない相談者の相談情報の登録後、医事会計システムに該当患者が登録されたとき、該当患者操作時に同一属性(カナ氏名、性別、生年月日)患者の表示を行い、患者情報の差し換えができること。	
1	7	2	2	1	13	患者IDの存在しない相談者の相談情報の登録後、任意に医事会計システムの患者情報を検索し患者情報の差し換えができること。	
1	7	2	2	1	14	退院支援関連文書を作成することができること。	
1	7	2	2	2		医療相談・情報管理	
1	7	2	2	2	1	医療相談患者を以下の項目で検索できること。 支援状況、支援期間、相談種別(医療相談、がん相談)、相談内容、患者ID、病棟、担当者	
1	7	2	2	2	2	患者IDを指定し、支援状況が表示ができること。また、患者IDが不明なとき、患者氏名等から患者IDの検索ができること。	
1	7	2	2	2	3	支援状況により対象患者の絞り込みができること。	○
1	7	2	2	2	4	一覧表示された対象相談者一覧より選択した患者の支援状況が変更できること。	
1	7	2	2	2	5	一覧表示された対象入院患者一覧より選択した患者の支援・相談一覧画面に遷移できること。	
1	7	2	2	2	6	支援・相談一覧画面では該当患者の退院支援・医療相談履歴及び作成文書が参照できること。また、支援・相談文書の作成ができること。	
1	7	2	2	2	7	入院患者一覧に表示した項目を自由に並べ替えることができること。	
1	7	2	2	2	8	作成された文書PDF形式で電子カルテシステムに送信できること。	
1	7	2	2	2	9	電子カルテシステムに送信する文書の種類はあらかじめ設定できること。	



別紙 1 医療情報システム要求仕様書

要求仕様							必須
1	7	2	2	2	10	患者ごとに、作成された医療相談文書が時系列に表示できること。	○
1	7	2	2	2	11	電子カルテシステムから操作者ID、患者IDを引き継ぎ支援・相談一覧画面が表示されること。	○
1	7	2	2	2	12	登録する医療相談情報は入院情報と関連付けでき、退院支援・相談一覧画面にグルーピングして表示できること。	