

1. 電子カルテシステム

1. 1 電子カルテシステム機能要件	
1.	利用者認証機能
1.1	利用者ID認証
	システムを利用する際、利用者ID及びパスワードチェックについて、下記の項目でチェックを行い、利用者を認証できること。
(1)	利用者IDの存在チェック
(2)	利用者パスワードの照合チェック
(3)	利用者パスワードの有効期限チェック、開始日チェック
(4)	利用者IDによる権限チェックを実施し、業務メニューの限定、表示情報の限定などセキュリティ/プライバシーに十分考慮したシステムであること。また、患者ID単位でのアクセス権限設定ができること。
(5)	利用者認証は当院の設定でリトライ回数の設定が行え、リトライ回数が越えた場合は自動的にシステム終了する機能を有すること。
1.2	利用者変更
(1)	現在、ログイン中の利用者からログオフせずに別の利用者がログインできること。
(2)	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。
1.3	システムの初画面について以下の機能を有すること。
(1)	掲示板機能を持ち、院内情報を表示できること。
(2)	起動システムの選択ができること。
(3)	システム終了ボタンを有し、システムの終了ができること。
(4)	電源切断ボタンを有し、クライアントの電源を切断できること。
2.	患者選択機能
	患者を選択する画面はあらゆる状況を考慮し、受付患者一覧（外来）、予約患者一覧（外来、部門）、カナ患者検索（入外共通）、病棟患者一覧（入院：文字列表示）、病棟患者マップ（入院：イメージ表示）、救急患者一覧より患者を選択できること。 受付状態など条件を検索条件として利用者ごとに保存できること。
2.1	受付患者一覧
(1)	受付日、診療科、Dr名、予約有無、受付状態等による患者一覧の表示ができること。

	(2)	受付患者一覧の内容は初診（再診の場合は表示なし），受付番号，予約時間，受付時間，患者ID，患者氏名，性別，年齢，入外，診療科，受付状態，経過時間，当日検査結果到着状態，予約時コメント，新患再来区分等を表示できること。
	(3)	受付一覧印刷ができること。
	(4)	受付一覧からの患者カルテ表示ができること。
	(5)	受付状態の変更ができること。
	(6)	経過時間欄において、経過時間に応じて背景色・文字色の変更ができること。
	(7)	カードリーダー入力(患者IDカード) による患者カルテ表示ができること。
	(8)	患者ID番号直接入力による患者カルテ表示ができること。
	(9)	到着確認ができること。
	(10)	患者基本スケジュール印刷ができること。
	(11)	予約票印刷ができること。
	(12)	検索条件の保存，削除ができること。
	(13)	受付患者一覧は，表示項目毎に昇順降順での表示ができること(受付番号順，受付時間順など)。
	(14)	一覧内容がCSVなどのファイルに加工できること。
	(15)	診察状態には，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，会計済といったステータスを表示できること。
	(16)	検査結果到着がわかるように，記号にて依頼，一部実施，全部実施，結果到着といった進捗状況を表示できること。
	(17)	一覧からカルテを選択できること。
	(18)	保険情報の変更ができること。
	(19)	一覧からカルテを開くことなく検査歴を参照できること。
	(20)	一覧に表示される内容は自動リフレッシュ機能を持ち，かつ自動リフレッシュ機能のON/OFFを設定できること。
	2.2	予約一覧
	(1)	予約日，診療科（または検査グループ），Dr名（または検査予約枠名）による患者一覧の表示ができること。
	(2)	予約患者一覧は予約時間，患者ID，患者氏名，電話番号，性別，オーダの発行者，オーダの責任者，依頼日，コメントを有すること。

	(3)	予約一覧印刷ができること。
	(4)	一覧からの患者カルテ表示ができること。
	(5)	カードリーダ入力（患者IDカード）による患者カルテ表示ができること。
	(6)	患者ID番号直接入力による患者カルテ表示ができること。
	(7)	検索条件の保存，削除ができること。
	(8)	予約患者一覧は，表示項目毎に昇順降順での表示ができること(患者指名順，予約時間順など)。
	(9)	一覧内容がCSVなどのファイルに加工できること。
	(10)	予約一覧検索期間による検索表示ができること。
	(11)	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。
2.3		カナ患者検索
	(1)	カナ氏名，漢字氏名，性別，生年月日による患者検索及び患者一覧の表示ができること。
	(2)	カナ氏名，漢字氏名の前方一致、部分一致による検索ができること。
	(3)	検索条件の該当患者一覧表示内容は患者ID，患者カナ氏名，患者氏名，性別，生年月日，年齢，電話番号を有すること。
	(4)	検索条件の該当患者一覧印刷ができること。
	(5)	検索条件の該当患者一覧からの患者を選択し，カルテ選択ができること。
	(6)	カードリーダ入力(患者IDカード)による患者カルテ表示ができること。
	(7)	患者ID番号直接入力による患者カルテ表示ができること。
	(8)	最近の移動情報を表示でき，現在の入院病棟及び最近の退院情報を参照できること。
	(9)	検索条件の保存，削除ができること。
2.4		病棟患者一覧
	(1)	病棟，診療科，主治医，担当医，受持看護師による患者一覧の表示ができること。
	(2)	日付を変更することで過去日及び未来日時点の病棟患者一覧を表示することができること。
	(3)	病棟患者一覧表示内容は病棟，病室，診療科，患者ID，患者氏名，性別，年齢，主治医，担当医(5人)，受持看護師を有すること。
	(4)	病棟患者一覧印刷ができること。

	(5)	病棟患者一覧からのカルテ選択ができること。
	(6)	カードリーダー入力(患者IDカード) による患者カルテ表示ができること。
	(7)	患者ID番号直接入力による患者カルテ表示ができること。
	(8)	病棟患者一覧に在院日数を表示できること。
	(9)	検索条件の保存, 削除ができること。
	(10)	病棟患者一覧は, 表示項目毎に昇順降順での表示ができること(患者指名順, 病室順など)。
	(11)	一覧内容がCSVなどのファイルに加工できること。
	(12)	病棟患者一覧から経過表連携できること。
	2.5	病棟マップ (入院: イメージ表示)
	(1)	病棟指定により患者を病棟イメージ図に表示ができること。
	(2)	日付日時を過去日や未来日に変更することにより, その時点での病棟イメージ図 (以下病棟マップ) 内の患者名をシミュレーション表示ができること。
	(3)	患者の適正な配置のために病棟における患者移動のシミュレーションできるように, 病棟マップからドラッグ及びドロップで病棟内での患者移動をシミュレーションができること。
	(4)	患者をマウスにより選択することで患者基本情報が表示できること(患者ID, 患者カナ氏名, 患者氏名, 年齢, 生年月日, 性別, 診療科, 入院日, 在院日数, 主治医, 担当医, 受持看護師, 入院目的など)。
	(5)	病室単位に男性/女性, 混合, 感染症の色分け表示ができること。
	(6)	病棟マップ上での患者所在検索ができること。
	(7)	画面のリフレッシュ(データのリフレッシュ) を自動か手動か選択できること。
	(8)	患者マップ, 入院予約, 空床ベッドの表示ができること。
	(9)	病室タイプごとの空床検索ができること。
	(10)	患者のパス適応状態が表示できること。
	(11)	病棟内のパス適用中の患者が一目で確認できること。
	(12)	ベッド重複使用時の予備ベッド表示ができること。
	(13)	病棟において, 看護師が入院患者数を確認しながら業務を行えるように入院患者数・稼働率が表示できること。
	2.6	救急患者一覧

	(1)	救急受付を行った患者を一覧表示できること。
	(2)	一覧表示内容は受付日, 受付番号, 受付時間, 終了時間, 患者ID, 患者氏名, 診療科, 診察状態, 当日検査結果到着状態, トリアージ区分, 来院方法, 転帰区分等を有すること。
	(3)	一覧印刷ができること。
	(4)	一覧からの患者カルテ表示ができること。
	(5)	カードリーダ入力(患者IDカード) による患者カルテ表示ができること。
	(6)	患者ID番号直接入力による患者カルテ表示ができること。
	(7)	検索条件の保存, 削除ができること。
	(8)	救急患者一覧は, 表示項目毎に昇順降順での表示ができること(患者指名順, 来院区分順、トリアージなど)。
	(9)	救急患者一覧より, 受付状態, トリアージの登録ができること。
	(10)	救急患者一覧より, 受付情報の変更, 削除ができること。
	(11)	本日の救急患者だけでなく, 前日の救急患者も表示できること。
	(12)	救急患者一覧から選択したカルテについては, 救急専用の救急記録カルテが起動し, 事後に確認する際に明確に区分して認識できること。
	(13)	患者基本スケジュール印刷ができること。
	2.7	診察振分一覧
	(1)	外来業務の効率化のために、当日予約の患者様や初診、初療の患者様の診察室への振分けをす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していた患者様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、振分けした患者様を一覧表示できること。
	(2)	各ブロックにおける受付情報の表示ができること。
	(3)	各ブロックに属する予約枠毎に状況の表示ができること。
	(4)	各ブロックにて受付患者の診察振分けができること。
	(5)	診察振分けを行う際に直近の予約情報を自動的に取得できること。
	(6)	患者様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。
	(7)	患者様の誘導を正確に実施するために、診察ステータスの変更ができること。
	(8)	ブロック受付機能として患者到着確認ができること。

	(9)	診察振分一覧からカルテを開けること。
	(10)	カードリーダ入力（患者IDカード）によってカルテ表示ができること。
	(11)	患者ID番号直接入力によるカルテ表示ができること。
	(12)	ブロック、予約パターンによる検索ができること。
	(13)	検索条件が利用者毎に保存ができること。
	(14)	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すことができること。
	(15)	利用者毎に保存された検索条件が利用者の操作により、削除ができること。
	(16)	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。
	(17)	振分対象日付を選択できること。
	(18)	振分先診察枠の進捗ステータス別人数表示ができること。
	(19)	ドラッグアンドドロップによる診察振分ができること。
	(20)	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。
	(21)	振分先診察枠の患者一覧表示ができること。
	2.8	カルテ選択患者一覧
	(1)	該当利用者が当日もしくは前日に選択した患者様を一覧表示できること。
	(2)	カルテ選択日時の降順でソートされて表示されること。
	(3)	一覧から患者様のカルテを開けること。
	(4)	一覧から患者様の検査歴を起動できること。
	(5)	一覧から患者様の経過表を起動できること。
	(6)	一覧の印刷ができること。
	(7)	一覧をファイル出力できること。
	(8)	検索条件を利用者ごとに保存できること。
	2.9	患者モード選択
		患者を選択しカルテ画面を表示する際にあらゆる状況を考慮し、下記の機能を有すること。
	(1)	患者様のカルテを開き記載する前に患者IDや氏名が表示され、カルテ取り違いを防止する機能を有すること。

	(2)	カルテ記述, カルテ参照, 事後カルテ入力, 看護記録, 救急記録カルテを選択できること。
	(3)	カルテの外来/入院, 診療科, 病棟, 適用保険を選択できること。
	(4)	対面診察, 電話診察, 診察外の診察区分を選択できること。
	(5)	外来診察時のみ初診/再診の区分を選択できること。
	(6)	他の端末で当該患者のカルテが使用中の場合, 端末ID,使用中の利用者/連絡先を表示できること。
	(7)	カルテの閲覧履歴を表示できること。
	(8)	患者に対するメッセージが存在する場合, 下部にメッセージを表示して注意を促すことができること。
	(9)	VIP登録された患者の場合, VIPパスワード入力画面を表示できること。
	(10)	複数受付レコードがあるとき, 対象レコードを選択することができること。
	(11)	呼出元(各患者一覧) によるデフォルト入外, 診療科, 病棟設定ができること。
	(12)	カルテの閲覧について, 書き込み可・不可の制限をかけられること。
	(13)	患者様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ができること。
	(14)	患者様と関連づけ(親族など)された患者様がいる場合は警告表示ができること。
	(15)	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。
	(16)	カルテ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。
	(17)	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。
	3.	カルテ基本
		安全性向上の観点から, 電子カルテにおいて, 患者名を表示しているウィンドウが表示されていること。またそのウィンドウには患者氏名のほか基本情報・注意事項(アレルギー・感染症情報, 等)が表示できること。
	3.1	編集機能
	(1)	SOAP表記によるカルテ入力・表示ができること。
	(2)	フリー入力によるカルテ記載ができること。
	(3)	記載日, 記載者(職制, 氏名), 診療科, 病棟, 保険, 版数の表示ができること。
	(4)	代行入力した場合, 代行者と責任者の表記が明記されていること。
	(5)	入外, 記載日, 診療科, 病棟, 保険の変更ができること。 ※記載日については, 事後でカルテ記載を行う場合に可能。

(6)	診療支援ツール(テンプレート, シェーマ等)の起動, 情報貼付, 表示等ができること。
(7)	各オーダツール(処方, 検査など)の起動, 情報貼付, 表示ができること。
(8)	コピー&ペーストができること。
(9)	文字の修飾(拡大・色付け・太字など)が1行単位だけでなく, 1文字単位でも可能なこと。
(10)	シェーマ選択時にプレビュー表示ができること。
(11)	貼り付けられたシェーマとコメントの縮小拡大表示ができること。
(12)	オーダ, テンプレート等の縮小表示ができること。
(13)	テンプレート作成は紙の問診票の様に選択肢や数字入力欄, 自由記入欄などを自由にレイアウトすることができること。
(14)	プログレスノート, 看護記録, 栄養指導記録, レポート記録など種類を分けて登録できること。
(15)	エディタに展開したオーダの項目削除を行うことができること。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。
(16)	利用者情報(ID, 氏名, 前回ログイン情報など)の表示ができること。
(17)	利用者情報(パスワード, 画面展開情報など)の変更・設定ができること。
(18)	開いている患者カルテの情報(患者氏名, 性別, 年齢, 入外, 病棟, モード)が常に表示できること。
(19)	5名同時にカルテが開けること。
(20)	カルテの取り違えを防止するために, 同時に開いている患者名の色分け表示ができること。
(21)	カルテ記載に使用する各種機能ツールの呼出ができること。
(22)	カルテ保存時に依頼箋・オーダ控え・基本スケジュールなど印刷ができること。 依頼箋・オーダ控え・基本スケジュールは任意のタイミングで印刷ができること。
(23)	システム操作支援のために, 使用中のツールに関するヘルプ画面が起動できること。
(24)	診療に使用する各種機能ツールがお気に入りとして利用者毎に20個以上登録できること。
(25)	診療に使用する各種機能ツールの最近使ったツールとして履歴表示し, また呼出しできること。
(26)	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, シェーマ, セットを直接起動できること。
(27)	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。

	(28)	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病院共通のお気に入りとして登録、利用できること。
	(29)	病院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。
3.2		指示歴（カルテ歴）
		過去カルテを表示する領域に関し、下記の機能を有すること。
	(1)	改竄を防止するために、指示歴は版数管理ができること。
	(2)	表示対象を下記の条件により絞り込み一覧表示ができること。
		a 日付…作成日, 実施(予定)日, 更新日 b 対象文書…全て, カルテのみ, オーダのみ, 処方のみ, 検査のみ等 c 診療科…各診療科ごと d 病棟…各病棟ごと
	(3)	表示文書毎に記載日, 記載者(職制, 氏名), 診療科, 病棟, 更新日, 更新者, 版数の表示ができること。
	(4)	最新版のみの表示, 及び全版数の表示切り替えができること。
	(5)	旧版数と最新版のカルテの色分け表示ができること。
	(6)	情報の縮小表示(伝票名のみなど), 拡大表示(入力された情報すべて)ができること。
	(7)	複数文書の連続表示ができること。
	(8)	文書状態(未実施, 実施済)の表示ができること。
	(9)	文書毎の色分け表示ができること。
	(10)	依頼オーダの実施済の内容が表示できること。
	(11)	修正したい情報を右クリックすることで, 記載内容の修正ツール起動ができること。
	(12)	エディタへのコピーができること。
	(13)	指示に関し, 状態などの一定の条件で変更・削除ができないように運用にあわせてロックタイミングが設定できること。
	(14)	ロック前の指示修正, 削除と改版が自由にできること。
	(15)	旧版数の内容を消し線で表示ができること。
	(16)	カルテ歴の(縮小表示)簡易表示, 詳細表示, 修正・削除表示が条件変更できること。

	(17)	過去カルテを表示する際に、検査結果、各種オーダ等の簡略表示ができ、いつ何をしたかの概要把握ができること。
	(18)	過去カルテは「ロールペーパー方式でのスクロール参照」、「カレンダーを表示し、日にちごとの参照」のいずれの形式でも表示できること。
	(19)	表示されている過去カルテ内の文字列検索ができること。
	(20)	利用者ごとに検索条件を自由に設定できること。また、その検索条件は5個以上設定可能なこと。
	(21)	カルテ歴からカルテの控え印刷ができること。
	(22)	付箋を表示・追加・削除できること。
	(23)	カルテ歴から退院サマリを参照・修正できること。
	3.3	ナビゲータ
	(1)	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、当該カルテが参照できること。
	(2)	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、当該カルテが参照できること。
	(3)	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、結果が参照できること。
	(4)	ツリーの並び順は利用者ごとに変更・保存できること。
	(5)	詳細な検索条件は利用者ごとに条件保存できること。
	(6)	利用者自身が記載した内容のみ絞り込みができること。
	(7)	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。
	(8)	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）向けの検索条件を院内共通のものとして利用できること。
	(9)	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がある場合は、アイコン表示すること。
	(10)	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。
	(11)	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分けてツリー表示できること。
	(12)	対象の付箋を修正・削除できること。
	(13)	患者の状況について一目で把握するために、注目したい情報(カルテ記載、検査結果、オーダ指示内容等)を、ワンクリックの操作で表示することができること。

	(14)	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。
	(15)	あらかじめ院内で設定した共有の検索条件の使用回数が確認できること。
	3.4	付箋機能
	(1)	重要な情報をすぐに検索できるように、カルテには付箋の貼り付けができること。
	(2)	付箋は複数色を利用者が任意に選択でき、貼り付けができること。
	(3)	付箋は利用者が任意にタイトルを付け、貼り付けができること。
	(4)	貼り付けた付箋は、当該付箋を設定した利用者のみが検索、参照できること。
	(5)	貼り付けた付箋は、院内すべての医療従事者が検索、参照できること。
	(6)	貼り付けた付箋は、診療録の履歴で管理され、ツリーに表示し、すぐに検索できること。
	3.5	付箋一覧
	(1)	患者の付箋情報を一覧形式で確認できること。
	(2)	一覧からカルテを起動できること。
	(3)	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。
	(4)	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。
	(5)	付箋の種別(院内共通、利用者)で検索できること。
	(6)	科別、職種別、作成者別で検索できること。
	(7)	付箋貼付日、付箋タイトルで検索できること。
	3.6	患者情報
	(1)	患者基本情報(患者プロフィールの抜粋)の表示ができること。漢字・カナ氏名、性別、年齢、生年月日、身長、体重、アレルギー有無、感染症情報、住所、電話番号、紹介元などについては常に表示されていること。
	(2)	保険情報の表示ができること。
	(3)	身長・体重・アレルギー情報・障害情報・年齢の表示ができること。
	(4)	受診歴、入院歴の表示ができること。また、受診歴、入院歴から該当日付のカルテを表示できること。
	(5)	患者様の写真を取り込み、表示できること。
	(6)	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。

3.7	患者プロフィール
(1)	患者基本情報(詳細)の表示・入力ができること。
(2)	身体的情報(身長, 体重, 感染症など)の表示・入力ができること。また, 身体的情報の履歴表示及びグラフ表示ができること。
(3)	初回、身長と体重を入力する際にはあり得な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。
(4)	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、あり得ない値の入力をチェックできること。
(5)	生活情報(飲酒歴, 喫煙歴など)の表示・入力ができること。
(6)	アレルギー情報(薬剤アレルギー, 食物アレルギー等)の表示・入力ができること。入力された情報が各種オーダ時に、アレルギーチェックがかかるように連携されること。
(7)	既往情報(既往歴, 手術歴, 薬歴, 輸血歴等)の表示・入力ができること。
(8)	紹介先, 紹介元, かかりつけ医, かかりつけ薬局の表示・入力ができること。
(9)	医事会計システムで登録された, 生年月日, 住所, 緊急連絡先などを表示できること。
(10)	家族構成情報の表示・入力ができること。
(11)	家族構成情報を元に家系図の表示ができること。
(12)	幼児期情報・生活情報・障害情報・女性症状の登録・編集が容易にできること。
(13)	当該患者の情報と関連した関連患者番号の登録ができること。(家族など)
(14)	治験情報の表示・入力ができること。
(15)	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。
(16)	患者様に旧姓がある場合、旧姓の登録・編集ができること。
(17)	患者の基本的な情報の編集履歴を参照できること。
3.8	病名ツール
(1)	登録済病名の表示(科別, 入外別, 転帰状態別)ができること。
(2)	登録済病名の転帰区分・転帰日・レセプト終了年月が入力できること。
(3)	登録済病名の転帰, 未転帰などの検索条件をつけて, 検索できること。
(4)	登録済病名の開始日を一括で変更できること。

	(5)	病名の新規登録に関し、「目次検索(ICD10分類などからの絞り込み)／診療科別の頻用病名リスト／医師別の頻用病名リスト／キーワード検索」からの病名選択ができること。
	(6)	カルテへの病名貼り付けができること。
	(7)	医師頻用病名の随時登録ができること。
	(8)	MEDIS標準病名マスタを反映(更新)できること。
	(9)	主病名・守秘病名チェックができること。また、守秘病名は病名を隠した状態で表示できること。
	(10)	ICD10コードを表示及び検索ができること。
	(11)	診療科別に接頭語/接尾語のマスタ登録ができること。また、他科の接頭語、接尾語も参照できること。
	(12)	個人病名データの真正性を保証するため、病名一覧画面にて削除病名の表示および更新履歴参照ができること。
3.9		スクリーンセーバー
	(1)	情報の漏洩を鑑み、離席時に画面上の情報が見られないようにスクリーンセーバーをかけ、使用中の端末にロックをかけられること。また、スクリーンセーバーが表示された後、一定時間を経過すると自動的にログアウト処理またはシステムの強制終了されること。
	(2)	一定時間およびログオフするかシステムの強制終了するかについてはマスタなどで端末毎に自由に変更できること。
	(3)	スクリーンセーバー起動時には、現在の利用者が使用している旨がわかるような表示がされること。
	(4)	スクリーンセーバーの解除については、ID/パスワードによる認証対応可能なこと。
3.10		モニタ受付
	(1)	診療科／病棟別オーダ依頼数、オーダ実施数、部門受付数の表示ができること。
	(2)	伝票別オーダ依頼数、オーダ実施数、部門受付数の表示ができること。
	(3)	伝票内患者一覧の表示ができること。
	(4)	伝票内容(オーダ指示内容)の表示ができること。
	(5)	患者別依頼一覧の表示ができること。
	(6)	実施日付範囲での検索ができること。
	(7)	患者ID指定での検索ができること。
	(8)	オーダ番号指定での検索ができること。
	(9)	複数の指示を選択して一括に印刷／受付／実施ができること。

	(10)	指示の内容を確認しながら順次印刷／受付／実施ができること。
	(11)	受付の取り消しができること。
	(12)	再印刷指示ができること。
	(13)	認証用注射ラベルの印刷ができること。
	4.	予約
	4.1	再診予約
	(1)	予約枠（診療科、Dr）の指定による予約日時と時間の指定ができること。
	(2)	日ごとの予約空き状況の色別表示ができること。
	(3)	患者の予約状況表示ができること。
	(4)	予約枠に対する予約患者一覧の表示（日別）ができること。
	(5)	週数（1 週後， 2 週後・・・）指定によるジャンプ機能を有すること。
	(6)	フリーコメントが入力できること。
	(7)	再診予約オーダ登録時に予約票を出力できること。
	4.2	予約機能
	(1)	日毎の予約空き状況の色別表示ができること。
	(2)	患者の予約状況表示ができること。
	(3)	予約枠に対する予約患者一覧の表示（日別）ができること。
	(4)	週数（直近， 1 週後， 2 週後， 1 ヶ月後， 半年後， 1 年後など）指定によるジャンプ機能を有すること。
	(5)	複数枠の同時参照（予約枠グループ単位）及び時間指定ができること。
	(6)	複数日の連続取得（曜日， 間隔， 回数）ができること。
	(7)	予約機能として， 縦軸に予約項目， 横軸に月日の表示（以降予約カレンダー表示と表記）が可能でドラッグ＆ドロップにて予約実施ができること。
	(8)	日未定の予約ができること。
	(9)	予約が必要なオーダのカレンダー表示し， まとめて予約をとることができること。また， 右クリックでメニューを呼び出して予約の複写ができること。
	(10)	他の検査予約の空き状況を確認しながら， 予約オーダの入力ができること。

4.3	他科依頼
(1)	依頼内容の入力がフリー入力で入力ができること。
(2)	他科に対して診察依頼が可能なこと。
(3)	他科の診察依頼に対して返信が可能なこと。
5.	チェック
5.1	共通チェック
(1)	薬品数量チェック（日別・週別・月別）ができること。
(2)	薬品・行為回数チェック（日別・週別・月別）ができること。
(3)	同一日に院内・院外処方混在していないかチェックできること。
(4)	禁忌投与チェックができること。
(5)	院外/院内不可薬品チェックができること。
(6)	不均等総和量チェックができること。
(7)	粉碎チェックができること。
(8)	同一薬剤チェックができること。
(9)	同効薬剤チェックができること。
(10)	相互作用チェックができること。
(11)	病名関連チェックができること。
(12)	感染症・アレルギーチェック（患者プロフィール）ができること。
(13)	保険非適用薬品のチェックができること。
(14)	病名必須チェックができること。
(15)	保険有効期限チェックができること。
(16)	指示された項目（薬品・材料など）の有効期限チェックができること。
(17)	指示する注射薬品に対して手技の必須チェックができること。
(18)	混在不可薬品がないかチェックできること。
(19)	移動日時重複チェックができること。

	(20)	移動順序と配膳順序の矛盾チェックができること。
	(21)	退院許可日より以降に未実施オーダがないかチェックできること。
	(22)	予約の日時が重複していないかチェックできること。
	(23)	指示できる権限があるかチェックできること。
	(24)	各指示の締切り時間チェックができること。
	6.	処方・注射
	6.1	処方オーダ（外来院外・外来院内・入院定期・入院臨時・実施済・退院・持参薬）ができること。
	(1)	薬品選択は、科ごとに頻用薬画面からの選択、薬品名の頭文字（カナ・アルファベット）3文字以上の検索ができること。
	(2)	薬品検索時に、指定した薬品に関連する後発薬品を表示できること。また、表示される薬品は「先」「後」の区分にて識別ができること。
	(3)	用法選択(科別の頻用選択、用法検索)ができること。用法は内服、外用、頓服、回数、時間、粉碎、混合などの選択・入力ができること。
	(4)	コメント選択(マスタ選択、フリー入力)ができること。
	(5)	処方日数をワンクリックで入力できること。 処方日数の定型ボタンは、14、21、28、30、35、60、90とする。
	(6)	過去処方の複写機能を有すること。
	(7)	前回処方を検索し、今回のエディタ上へ貼り付けができること。
	(8)	薬剤、用法、用量を入力した後も、院内、院外、定期等の伝票選択ができること。
	(9)	スプレッド上での一覧表示及び各項目の選択機能を有すること。
	(10)	処方箋印刷ができること。オーダ発行時に薬袋印字機、自動調剤分包機にデータが送信できること。
	(11)	各種チェック(用法と使用量の適合、粉碎可否、併用禁忌、アレルギー、極量、常用量、院外・院内の限定、他科オーダを含む重複等)ができること。
	(12)	服用日数チェックができること。
	(13)	処方に麻薬が含まれている場合に、麻薬施用者チェックができること。
	(14)	定期処方に関して定期処方日チェックができること。
	(15)	特定患者使用薬をチェックできること。
	(16)	過去の処方オーダから複写することができること。また、処方歴のオーダ内容を複写することができること。

(17)	処方オーダー画面に患者の過去処方を表示し、複写することで今回の処方オーダーとして登録できること。その際、患者過去処方は全科の処方を表示でき、外来・入院共に表示することができること。
(18)	処方オーダーの複写や伝票の切り替えを行った際に、YJコードをもとに、成分・規格一致、成分・剤形一致、成分一致、薬効一致を判断し、薬品変更を行えること。
(19)	利用者単位での過去に処方した薬品の組み合わせを記録（Rp辞書）し、一覧から展開できること。
(20)	薬品アレルギー情報を表示することができること。
(21)	セット処方(約束処方)を展開できること。
(22)	一包化処方を指定できること。
(23)	服用開始日を自動展開できること。
(24)	服用開始日を変更できること。
(25)	投与日数を一括変更できること。
(26)	複数RPの入力ができること。
(27)	D I 連携による薬効別検索ができること。
(28)	警告を促す為に、麻薬・劇薬・毒薬・向精神薬等項目コード単位での色指定ができること。
(29)	キーボードを使わずにマウスのみで薬品検索が行えるよう、バーチャルキーボード機能を有すること。
(30)	院外処方箋出力時に、オーダー番号の出力ができること。
(31)	院外処方箋出力時に、版数の印字ができること。
(32)	科別頻用薬の選択ができること。
(33)	処方オーダー画面で患者の身長、体重を変更したときは患者プロフィール（基本情報）と連携すること。
(34)	選択した薬品の内服、外用などの区分によって自動的に適した頻用用法が表示されること。
(35)	処方オーダーツール起動時の処方区分の初期表示を、端末毎に設定できること。
(36)	院外処方、院内処方の切替を処方オーダー画面でできること。
(37)	服薬指導依頼オーダーが出せること。
(38)	経過措置などで薬品変更が発生した場合、代用薬品に切替える機能を有すること。
(39)	オーダーに中止があった場合には、電子カルテから中止指示ができること。
(40)	設定した任意の日数で、外来院外処方をロックできること。

	(41)	薬剤部が入力した持参薬報告情報を流用し、持参薬処方オーダー入力ができること。
	(42)	持参薬処方を院内の処方に複写する際に、複写対象の薬品が院内非採用薬の場合に、同一成分となる院内採用薬の候補を表示し、そこから選択できること。
	(43)	持参薬品の選択は、採用薬・非採用薬を問わず検索・入力ができること。
	(44)	持参薬服用時の用法が選択・入力ができること。
	(45)	入力した持参薬と同一成分となる院内採用薬の候補を自動で表示できること。
	(46)	フリーコメントが入力できること。
	(47)	持参薬報告オーダー発行時に、持参薬鑑定書が印刷されること。
	(48)	頭文字（カナ・アルファベット）3文字以上を入力することにより、薬品の検索ができること。
	(49)	過去の処方オーダー（外来処方など）を流用して、持参薬報告オーダーが入力できること。
	(50)	薬剤が持ち込まれたときに、患者が薬剤を誤って破いてしまうなど、薬として使用できず服用不可の場合に服用不可チェックを入力することで、持参しているが服用不可という情報が通知できること。
6.2		ナレッジセット
	(1)	ナレッジデータの自動蓄積ができること。
	(2)	ナレッジデータは、処方オーダーに含まれるコメントを表示できること。
	(3)	薬品名称検索にて、候補リスト上で選択中の薬品が含まれている利用者のナレッジデータ（R p パターン）を表示できること。
	(4)	薬品名称検索でヒットした薬品が一種類しかなかった場合は、続けて表示される数量入力画面において、その薬品が含まれている利用者のナレッジデータ（R p パターン）を表示できること。
	(5)	頻用薬画面にて、指定した薬品が含まれている利用者のナレッジデータ（R p パターン）を表示できること。
	(6)	数量入力画面より、当該薬品が含まれている利用者のナレッジデータ（R p パターン）を表示できること。
	(7)	R p 辞書画面のナレッジデータを処方ツールへ複写できること。
	(8)	薬品と用法の組合せが同じパターンのナレッジデータを一つにまとめて表示できること。
6.3		外来・外来予約・実施済・入院定期・入院臨時注射
	(1)	コメント選択(マスタ選択, フリー入力) ができること。
	(2)	手技選択(マスタ選択) ができること。
	(3)	診療科選択による薬品, 用法, コメントの科別タブ表示ができること。

	(4)	薬品名の3文字入力(キーボード入力)による薬品検索ができること。
	(5)	薬品検索時に、指定した薬品に関連する後発薬品を表示できること。また、表示される薬品は「先」「後」の区分にて識別ができること。
	(6)	スプレッド上での一覧表示及び各項目の選択機能ができること。
	(7)	各種チェック(併用禁忌, 配合禁忌, アレルギー, 極量, 常用量)ができること。
	(8)	麻薬施用者チェックができること。
	(9)	薬品アレルギー情報を表示することができること。
	(10)	注射指示Rpが縦項目, 時間が横項目の表形式でカレンダー表示ができること。
	(11)	カレンダー上で, オーダ入力画面を別途起動することなく, 直接オーダの入力ができること。
	(12)	投与量と交換サイクルから点滴速度計算ができること。
	(13)	投与量と点滴速度から交換サイクル計算できること。
	(14)	業務場所を設定できること。
	(15)	ツール起動時に診療科に対する業務場所のデフォルトはマスタで設定できること。
	(16)	キーボードを使わずにマウスのみで薬品検索が行えるよう, バーチャルキーボード機能を有すること。
	(17)	1伝票 1 Rp対応ができること。
	(18)	外来時の注射オーダ(予約注射)については同じオーダを複数日にわたって指示する際には, オーダの複数日複写ができること。
	(19)	カレンダー上に指示の状態(依頼, 受付済, 実施中, 実施済)の表示ができること。
	(20)	投与開始日と投与終了日を設定できること。その際に投与期間を間隔指定(日・週・月)および曜日指定できること。
	(21)	カレンダー上に投与期間と間隔設定による伝票展開機能ができること。
	(22)	業務実施を妨げない為に, カレンダー上の縦項目に表示される注射指示Rpの順番を入れ替えることができること。
	(23)	24時間持続点滴の指示が出せること。カレンダーの表示は1日単位であること。
	(24)	24時間持続点滴オーダで点滴速度の変更や止め指示ができること。
	(25)	経過措置などで薬品変更が発生した場合, 代用薬品に切替える機能を有すること。
6.4		一括DO処方

	(1)	現在入院中の患者を一覧表示し、病棟、診療科、主担当医、担当医で患者を絞り込みができること。
	(2)	検索期間内で定期処方切れる患者のオーダ内容を確認できること。
	(3)	入院している複数患者に対して前回定期処方日に出した処方を、次回の定期処方として一括で発行できること。
	(4)	一括Do処方発行時に重複投与・患者間違えのリスクを考慮し、必ずチェックがかかること。
7.		入院
		入院に関し、入院申込、入院決定、入院受付、退院許可、退院決定、転棟・転室・転床・転科、外泊・外出・帰院、担当変更、一般食・特別食・術後食・離乳食・調乳食のオーダ機能を有すること。登録された情報の一部は他システム、他オーダに自動的に反映することができること。
7.1		入院申込
	(1)	ベッドコントロールに必要な情報の指定（入院予定日、推定入院期間、治療計画（入院理由、退院計画、手術などのイベント））ができること。ただし、任意の項目の入力を省略可能な設定ができること。
	(2)	入院に必要な情報の指定（依頼科、食事内容、主治医、担当医）ができること。
	(3)	画面反映及びエディタへの展開ができること。
	(4)	手術、検査、治療の内の直近日を指定できること。
	(5)	入院理由のフリーコメント入力ができること。
	(6)	エネルギー所要量計算ができること。
	(7)	希望部屋種別が指定できること。
	(8)	食事病名を追加できること。
	(9)	入退院・食事関連画面の変更権限を職種ごとに設定できること。
	(10)	病棟が選択できること。
	(11)	入院計画書を自動発生できること。
	(12)	食種選択画面（一般／特食）から身長・体重を入力した場合、患者プロフィールと連携できること。
	(13)	食種のデフォルトはマスタで設定できること。
	(14)	入院申込時の食事情報として栄養指導が必要な食種が選択された場合に、栄養指導依頼を促すメッセージを表示できること。
	(15)	上記に加え、栄養指導の要/不要はマスタメンテナンスにて食種毎に設定できること。

	(16)	外来部門での入院予約を行った際に、その入院予定月日、時間、担当医などが入力と同時に診療科病棟画面(ベッドコントロール画面)に反映できること。
	(17)	定型的な入院に対する各種指示(注射処方,投薬, XP, 血液検査等)を各医師がセットでき、入院日を決定して展開すると未来の指示ができること。
	(18)	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機能を有すること。
	(19)	入院申込の状態での入院後のオーダ指示ができること。
	(20)	入院申込および即入院オーダを新規に入力し確定した際に、服薬指導ツールを自動的に起動できること。
	7.2	入院決定
	(1)	入院決定日・時間の指定ができること。
	(2)	入院する病棟・病室・ベッドの指定ができること。
	(3)	受持看護師の指定ができること。
	(4)	画面反映及びエディタへの展開ができること。
	(5)	手術、検査、治療の内の直近日を指定できること。
	(6)	入院理由のフリーコメント入力ができること。
	(7)	エネルギー所要量計算ができること。
	(8)	希望部屋種別が指定できること。
	(9)	食事病名を追加できること。(食種によって必須チェックができること。)
	(10)	入退院・食事関連画面の変更権限を職種ごとに設定できること。
	(11)	病棟/病室/病床が選択できること。
	(12)	入院計画書を自動発生できること。
	(13)	即入院したときはベッド重複チェックができること。
	(14)	食種選択画面(一般/特食)から身長・体重を入力した場合、患者プロフィールと連携できること。
	(15)	食種のデフォルトはマスタで設定できること。
	(16)	入院決定時に濃厚流動食入力を5種まで入力ができること。
	(17)	入院申込情報を参照し、情報を追加して入院決定することができること。
	(18)	緊急入院時のコメント入力ができること。

	(19)	入力項目は、ベッドコントロールに必要な情報（入院予定日、推定入院期間、治療計画（入院理由、退院計画、手術などのイベント））の指定ができること。ただし、任意の項目の入力を省略可能な設定ができること。
	(20)	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機能を有すること。
	(21)	入院に必要な情報の指定（依頼科、食事内容、主治医、担当医、看護師）ができること。
	(22)	入院申込で登録された情報を引き継いで画面に表示され、必要項目を追記し、入院決定のオーダができること。
	(23)	入院決定後カルテを閉じずに直ちに各種オーダが発行できること。
7.3		退院許可
	(1)	退院可能日の指定ができること。
	(2)	転帰の指定ができること。
	(3)	画面反映及びエディタへの展開ができること。
	(4)	退院指示後、退院後の外来診療の情報がカルテを閉じずに入力できること。
	(5)	退院許可を行う際に、既に退院許可が発行されていないかのチェックを行い、1入院1退院指示しか行えないようにできること。
	(6)	退院日以降のオーダが残っていた場合、一括で削除または入外切替ができること。 継続指示、看護指示の一括停止ができること。
7.4		退院決定
	(1)	退院日の指定ができること。
	(2)	転帰コメントの入力ができること。
	(3)	画面反映及びエディタへの展開ができること。
	(4)	食事停止日時を指定できること。
	(5)	退院日以降のオーダが残っていた場合、一括で削除または入外切替ができること。 継続指示、看護指示の一括停止ができること。
	(6)	退院決定の実施操作時、状態一括項目の止め操作ができるように注意喚起ができること。
	(7)	死亡転帰・死亡日時を入力した状態で退院一括削除ツールを起動した際、死亡日時以降のオーダが全て削除対象になっていること。
	(8)	退院決定指示を行う際に、既に退院決定指示が発行されていないかのチェックを行い、1入院1退院指示しか行えないようにできること。

7.5	転棟申込,転棟決定,転室・転床,転科,外泊,帰院
(1)	移動日の指定ができること。
(2)	配膳開始・停止日時の表示ができること。
(3)	画面反映及びエディタへの展開ができること。
(4)	転棟・転室・転床・転科オーダは、縦軸に移動情報、食事、診療科、病室、主治医、担当医などの項目、横軸に日付を10日間以上表示し、患者のオーダ情報全体を把握する形でオーダができること。
(5)	日時を直接入力、カレンダーをクリックしての選択により移動日の指定ができること。また、前述の横軸に記載される日付を選択してから、オーダをすることによって日付の選択を省略できること。
(6)	必要項目（診療科、主治医、担当医、看護師）は登録されている情報が自動展開されること。
(7)	転棟オーダの際には、希望病棟の入力ができること。
(8)	転棟・転室申込一覧に患者が表示され、ベッドコントロール機能に連携できること。
(9)	移動先病棟、病室、ベッド、診療科の指定ができること。その際、同一画面でベッドの空が分かるように表示されること。
(10)	外泊・外出・帰院オーダは、縦軸に移動情報、食事、診療科、病室、主治医、担当医などの項目、横軸に日付を10日間以上表示し、患者さんのオーダ情報全体を把握する形でオーダができること。
(11)	外泊、外出のオーダと帰院のオーダは、指示忘れがないように同一画面でオーダが完了できること。
(12)	外泊・外出日時、配膳停止日／区分（朝・昼・夕）、帰院日時、配膳開始日／区分（朝・昼・夕）配膳先をオーダできること。
(13)	登録された情報は、移動予定情報として扱われ、予定を決定した時点で、食事オーダとして栄養管理科に送信され、さらに医事システムに情報が送信されること。
(14)	該当する移動情報の場所を選択することにより、詳細情報を表示できること。また、表示されたオーダに対し、変更が実施できること。
7.6	担当変更
(1)	変更日の指定ができること。
(2)	変更後、主治医、担当医、受持看護師の指定ができること。
(3)	画面反映及びエディタへの展開ができること。
(4)	担当医師、担当看護師変更オーダは、縦軸に移動情報、食事、診療科、病室、主治医、担当医などの項目、横軸に日付を10日間以上表示し、患者さんのオーダ情報全体を把握する形でオーダができること。
(5)	上記方法の表示内容から該当する情報の場所を選択することにより、詳細情報を表示できること。また、表示されたオーダに対し、変更が実施できること。

	(6)	変更日の指定が日時を直接入力、あるいはカレンダーをクリックしての選択ができること。また、前述の横軸に記載される日付を選択してから、オーダーをすることによって日付の選択を省略できること。
7.7		一般食・術後食・離乳食・調乳食・特別食・欠食等・セット食・濃厚流動食
	(1)	変更日の指定ができること。
	(2)	変更後の食事内容の指定ができること。
	(3)	画面反映及びエディタへの展開ができること。
	(4)	特別食加算を病名で判断できること。
	(5)	エネルギー所要量計算ができること。
	(6)	入退院・食事関連画面の変更権限を職種ごとに設定できること。
	(7)	食種選択画面（一般／特食）から身長・体重を入力した場合、患者プロフィールと連携できること。
	(8)	病名等を入力すると食事加算がレセプトに自動的に反映すること。
	(9)	食事配膳情報、配膳先、食種、主食、食事病名、食事コメント情報、フリーコメントの入力ができること。また、任意の項目の入力に関しては省略可能な設定ができること。
	(10)	現在の食事情報を引き継げること。
	(11)	食事回数による指示ができること。
	(12)	食種の選択（一般、特別食、欠食）ができること。
	(13)	食種毎に主食、栄養成分値、病名の初期値設定ができること。
	(14)	特別食の入力時に食事病名入力をチェックかけることができること。
	(15)	食物アレルギー情報を患者プロフィールより自動展開できること。
	(16)	食事コメントをマスタにて定型化でき、フリーによるコメントも入力もできること。
	(17)	加算食対象の食種を選択したら、候補となる病名を表示すること。
	(18)	食事のみのセットを作成でき、オーダー発行することができること。
	(19)	セット食は、セット一覧より選択することができ、選択した任意のセットの各食種に対し、回数を指定できること。（例）セット名：術後食 禁食4回／胃術後流動4回／胃術後三分菜3回／胃術後五分菜2回／胃術後軟菜2回）
	(20)	上記方法の表示内容から該当する食事オーダーの場所を選択することにより、詳細情報を表示できること。また、表示されたオーダーに対し、変更が実施できること。
	(21)	栄養指導が必要な食種が選択された場合に、栄養指導依頼を促すメッセージを表示できること。

(22)	上記に加え、栄養指導の要/不要はマスタメンテナンスにて食種毎に設定できること。
(23)	日時を直接入力、あるいはカレンダーをクリックしての選択により変更日の指定ができること。また、前述の横軸に記載される日付を選択してから、オーダをすることによって日付の選択を省略できること。
(24)	前回の食事に関して、復帰の日時指定が任意でできること。
(25)	濃厚流動食依頼で、以下の内容を入力できること。 <ul style="list-style-type: none"> ・配膳区分(朝、昼、夕) ・時間(開始時間、終了時間) ・製品 ・指示量 ・湯量 ・添付食塩量 ・本数 ・味付け ・コメント
(26)	濃厚流動食の指示数を15項目入力可能すること。
(27)	味付け、注入コメントは、それぞれマスタから選択できること。
(28)	指示項目を複写できること。
(29)	時間（開始時間、終了時間）が、配膳区分（朝・昼・夕）に応じた時間の範囲内であるかチェックできること。
(30)	指示内容が、栄養量に反映されること。
(31)	濃厚流動食およびミルク食は、併用入力可能とする。
(32)	食事箋印刷が可能なこと。
(33)	経過表に表示されること。
(34)	患者スケジュールに表示されること。
(35)	インチャージシートに表示されること。
(36)	ワークシートに出力されること。
(37)	マスタメンテナンス機能で、入力内容（味付け、注入コメント）、栄養量についてマスタ登録できること。
(38)	栄養部門システムに濃厚流動食指示内容が送信され、確認できること。
8.	検体・細菌・輸血関連検査
8.1	検体検査・緊急検査
(1)	検査セットによる複数検査項目の指定ができること。

	(2)	分野別項目表示からの検査項目指定ができること。
	(3)	検査項目名検索ができること。
	(4)	選択済項目のリスト表示ができること。
	(5)	複数セット間での同一項目が存在する場合、重複して選択されないこと。
	(6)	既存の臨床検査システムと接続し、円滑な運用ができること。
	(7)	至急検査と通常検査との識別ができること。
	(8)	検査種別検査項目（一般、生化学、血液、血清、細菌など）の分野別表示ができること。
	(9)	検査日時の時間指定が入力できること。
	(10)	共通セット及び診療科別のセットが作成できること。
	(11)	検査材料が入力できること。
	(12)	定型コメント／フリーコメントが入力できること。
	(13)	同一日・同一検査項目の重複チェックが、自科・他科を問わずできること。
	(14)	同一日・同一検査項目の重複チェックの対象項目を、一括で削除することができること。
	(15)	オーダ発行時に特定検査について、関連する説明書や同意書を連動して作成できること。
	(16)	発行指示を行った近傍の（中央採血室や処置室）に採取指示票・検体ラベルを出力できること。
	(17)	外来の未実施オーダについては、検体ラベル発行を行った日付に採取日を変更できること。
	(18)	検体ラベルを外来・各病棟に出力できること。
	(19)	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）
	(20)	診療科毎、病棟毎に一括ラベル出力ができること。
	(21)	出力済みのラベル一覧を出力できること。
8.2		細菌検査・抗酸菌検査
	(1)	材料の指定を行い、外注検査メーカーの専用用紙をスキャナー取り込み（最大2枚）ができること。
	(2)	検査報告書を専用テンプレートでスキャナー取り込み（最大4枚）ができること。
	(3)	結果の有無を経過表で参照できること。

9.	放射線検査
9.1	一般撮影, ポータブル, 手術ポータブル, 透視造影TV, 内視鏡TV, CT検査, MRI検査, 血管造影, 画像ファイリング, 結石破碎など
(1)	撮影種別ごとの検査分類, 部位, 体位, 検査方向の指定ができること。
(2)	複数検査項目の指定ができること。
(3)	患者情報 (感染症情報) の自動表示ができること。
(4)	検査の予約取得機能を有すること。また, 検査取得時に他検査の予約, 再来の予約情報が同一画面で表示できること。
(5)	予約取得時に複数枠の取得機能を有すること。
(6)	同意書 (WORD文書等) 連携ができ, 必要に応じて出力できること。
(7)	病名 (臨床診断名) が入力できること。
(8)	検査日時が入力できること。
(9)	定型コメントが入力できること。
(10)	検査別に検査時間を配慮した (検査時間の加算等) の予約がおこなえること。
(11)	主訴・臨床経過・検査目的・コメントをフリーテキスト入力できること。
(12)	日未定オーダの発行ができること。
(13)	入外別の予約枠を設定できること。
(14)	マスタの設定により, オープン予約とクローズ予約の管理が可能なこと。
(15)	各検査項目に対し, シェーマ (フリーハンドでも描けること) での指示の指定・入力ができること。
(16)	緊急検査オーダが出せること。
(17)	緊急検査ボタン選択時に, 「検査室に連絡してください」というメッセージを表示できること。
(18)	検査に必要な区分をチェックできること。
(19)	同日他科における指示の重複チェックができること。
(20)	放射線検査オーダ入力時に, 過去のオーダ実績 (ナレッジ) から選択して入力ができること。
(21)	ナレッジデータは, 日々入力された放射線オーダ情報からリアルタイムで作ることができること。また, 一定時間を超えたものは, 日々削除され, 常に新しい情報のみ保持できること。
9.2	内容確認 & 受付の処理

	(1)	一覧画面より受付処理ができること
	(2)	一覧画面より一括で受付処理ができること
	(3)	伝票の詳細内容を表示できること。
9.3		実施業務
	(1)	一覧画面より実施処理ができること
	(2)	伝票の詳細内容を表示できること。
10.		生理検査
10.1		心電図、肺機能・負荷心電図、エコー・脳波、筋電図等
	(1)	患者情報（感染症情報）の自動表示ができること。
	(2)	検査の予約取得機能を有すること。また、予約取得時に他検査の予約、再来の予約情報が同一画面で表示できること。
	(3)	複数枠の取得機能を有すること。
	(4)	同意書（WORD文書等）など文書の連携ができ、必要に応じて出力することができること。
	(5)	マスタの設定により、オープン予約とクローズ予約の管理が可能なこと。
	(6)	オーダリング時、医師のコメント入力が可能なこと。
	(7)	検査に必要な患者情報（ペースメーカーの有無、肝炎ウイルス、MRSA等）や検査室への移動手段が画面上で確認できること。
	(8)	予約は各曜日の時間枠設定ができること。
	(9)	分類を選択することで検査項目の指定ができること。
	(10)	臨床診断・病名を指定できること。
	(11)	主訴・臨床経過・検査目的・コメントをフリーテキスト入力できること。
	(12)	入外別の予約枠を設定できること。
	(13)	日未定オーダを発行できること。
	(14)	緊急オーダを発行できること。
	(15)	緊急検査ボタン選択時に、「検査室に連絡してください」というメッセージを表示できること。
	(16)	検査に必要な区分をチェックできること。

	(17)	同日他科における指示の重複チェックができること。
	10.2	内容確認&受付の処理
	(1)	一覧画面より受付処理ができること
	(2)	一覧画面より一括で受付処理ができること
	(3)	伝票の詳細内容を表示できること。
	10.3	実施業務
	(1)	一覧画面より実施処理ができること
	(2)	伝票の詳細内容を表示できること。
	11.	簡易オーダ
	11.1	主にカルテ記載と会計送信を目的とした、放射線検査、生理検査、内視鏡検査、検体検査を依頼できること。
	(1)	放射線、生理検査、内視鏡オーダ、検体検査において、同一の画面から発行できること。
	12.	自科検査
	12.1	自科検査結果入力
	(1)	検査部門システムと接続しない場合に、電子カルテ側から検査結果の入力が行えること。
	(2)	検歴ヘデータを反映することができること。
	13.	処置
	13.1	外来処置・自科処置・実施済処置・入院処置
	(1)	処置場所の指定ができること。
	(2)	手技の選択（マスタ選択，名称検索）ができること。
	(3)	材料，薬剤，機材の検索選択機能を有すること。
	(4)	事後入力の対応として指示日時，実施日時，指示医師科，指示医師，指示受者の入力ができること。
	(5)	指示する際に保険選択ができること。
	(6)	処置数量を入力できること。
	(7)	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。
	(8)	入力した指示は各科処置室および中央処置室に送信され，処置室では一覧で確認できること。

	(9)	オーダーに変更や中止があった場合には、電子カルテから修正や中止ができること。
	(10)	過去にオーダー発行したオーダーをコピーできること。その際に実施日が当日の日付に自動で変わること。
	(11)	外来時の処置オーダーについては同じオーダーを複数日にわたって指示する際には、オーダーの複数日複写ができること。
	(12)	オーダー入力の効率化を考慮して、外来処置オーダーを他に必要な他のオーダー（検査や処置など）と組み合わせてセット登録することができること。セット登録は診療科設定、利用者設定、患者設定が可能であること。
	(13)	自科で実施する処置については、即実施としてオーダー発行時に指示と実施が同時に行えること。
	(14)	即実施（指示と実施が同時に行える）でオーダー発行した場合は、その情報が即時に医事会計システムへ送信されること。
	(15)	手技に付随する薬品、材料、機材などをセット化ができること。
	(16)	酸素入力の際、流量、濃度の指定ができること。
	(17)	酸素濃度入力の際には酸素種類（定置式、可搬式、ポンペ）ごとの酸素濃度に基づいた酸素量計算が行えること。
	(18)	各処置指示の実施状況を把握できること。
	14.	リハビリ
	14.1	リハビリ新規・リハビリ変更・リハビリ中止・リハビリ終了
	(1)	リハビリ処方内容の入力（疾患、障害、ゴール）ができること。
	(2)	療法種別（理学、作業、言語）及び療法・訓練内容を管理できること。
	(3)	リハビリ内容をリハ処方にて計画ができること。
	(4)	実施した情報はリアルタイムにカルテに反映され、会計送信が必要な場合は会計連携すること。
	(5)	理学療法、作業療法、言語療法を1度に処方できること。
	(6)	合併症の入力は選択式ではなく記述式であること。
	(7)	依頼日、依頼科、依頼医の選択入力ができること。
	(8)	疾患名について、患者病名より選択入力ができること（発症日については、自動表示）。
	(9)	障害名について、マスタより選択入力ができること。また複数選択もできること。
	(10)	実施希望日の入力ができること。
	(11)	リハビリ開始場所についてベッドサイド、訓練室の選択入力ができること。

	(12)	各項目について依頼情報を元に、確認しながら処方としての内容入力ができること。
	(13)	開始・変更・中止の区分を選択できること。
	(14)	摂食機能療法の選択入力ができること。(依頼療法内容の言語療法内に)
	(15)	患者プロフィールの感染症情報を表示できること。
	15.	指導
	15.1	栄養指導依頼(個人・集団・報告・相談等)
	(1)	食種及び栄養量の指定ができること。
	(2)	栄養指導の予約取得ができること。
	(3)	予約状況の表示ができること。
	(4)	身長、体重入力によるBMIの自動表示ができること。
	(5)	指示栄養量の自動表示ができること。
	(6)	指示内容の指定ができること。
	(7)	重点伝達事項の指定ができること。
	(8)	フリーコメントが入力できること。
	(9)	過去の指導依頼の複写ができること。
	(10)	指導病名の入力ができること。
	(11)	栄養指導依頼を一覧で表示できる機能を有すること。
	15.2	服薬指導依頼
	(1)	指導開始希望日の指定ができること。
	(2)	服薬に関する問題点の入力ができること。
	(3)	指導依頼内容指定(複数選択, フリー入力)ができること。
	(4)	服薬指導依頼を一覧で表示できる機能を有すること。
	15.3	指導料
	(1)	選択リストからオーダ表示名称の自動展開ができること。
	(2)	選択リストから注意事項の自動展開ができること。

	(3)	選択リストから加算項目の自動展開及び選択機能ができること。
	(4)	フリーコメント入力ができること。
16.		外来業務
16.1		予約センター
	(1)	事務員等が患者からの連絡を受けて、診察予約の取得・変更・取消や、検査予約の変更などの業務を行うが、同業務をサポートする機能を想定している。具体的には下記機能を実現すること。
	(2)	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。
	(3)	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。
	(4)	カナ氏名（漢字氏名）での検索により該当患者を検索し、確定できること。
	(5)	再診予約の新規取得、日時変更、削除ができること。
	(6)	該当の予約オーダの詳細内容を確認できること。
	(7)	選択した予約の予約票を印刷できること。
16.2		救急受付
	(1)	カードリーダ入力（患者IDカード）ができること。
	(2)	患者ID直接入力ができること。
	(3)	カナ検索による患者検索ができること。
	(4)	来院方法の選択ができること。
16.3		処置/注射実施機能
	(1)	中央処置室や診療科の処置室で患者様の処置、注射の実施情報に関して表示できること。
	(2)	患者IDでの実施データを絞り込みができること。
	(3)	処置を行う業務場所単位による一覧の絞り込みができること。
	(4)	患者様の実施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」などの現在の実施ステータスを自動的に更新し、表示できること。
	(5)	カレンダーにより処置実施日の選択ができること。
	(6)	患者様の処置、注射の実施入力ができること
	(7)	処置実施入力時に、過去の実施情報（ナレッジ）から、薬剤や材料等の実施パターンを選択して入力できること。

	(8)	ナレッジデータは、日々入力された処置実施情報からリアルタイムで作ることができること。また一定期間を超えたものは、日々削除され、常に新しい情報のみ保持できること。
	(9)	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。
	(10)	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。
	(11)	指示票の印刷ができること。
	(12)	カードリーダ入力（患者IDカード）によって患者様のカルテ表示ができること。
	(13)	患者ID番号直接入力による患者カルテ表示ができること。
16.4		紙文書取り込み
	(1)	スキャナ等でデジタル化された紙文書を取り込むことができること。
	(2)	取り込む文書については、1文書に複数枚取込ができること。
	(3)	文書種別（紹介状、同意書など）の入力ができること。
	(4)	紹介元情報（紹介元病院、医師、担当医師、担当診療科）の入力ができること。
	(5)	その他コメントの入力ができること。
	(6)	複数枚取り込んだ文書を確認する際、ページ切替を行うメニューを選択することで表示する文書の切替が1クリックで行えること。
	(7)	取り込み情報をカルテに貼り付けができること。
17.		診療カレンダー
17.1		診療カレンダー機能
	(1)	オーダ済情報のカレンダー表示ができること。
	(2)	診療計画情報を患者へ展開ができること。
	(3)	診療計画情報の編集（移動、複写）ができること。
	(4)	診療カレンダーから新規指示が発行できること。
	(5)	ポップアップによる診療行為情報の詳細表示ができること。
	(6)	カレンダー形式上に診療行為名を配置できること。
	(7)	定型的な表示日数にて画面表示ができること。
	(8)	画面印刷機能を有すること。

18.	参照機能
18.1	検査歴参照(一般)
(1)	1 検査分の結果表示ができ、かつ、A4用紙に印刷できること。
(2)	上下限值超えの色分け表示ができること。
(3)	検査項目毎の時系列表示、グラフ表示ができ、かつ、印刷できること。
(4)	着目データをカルテ、クリップボードへ貼り付けできること。
(5)	患者への分かりやすい説明のため、検査結果の項目にマウスをポイントすると基準値範囲の説明が表示されること。
(6)	二重患者かどうかの識別が可能なこと。
(7)	異常値のみ絞り込み表示ができること。
(8)	検査結果のファイル出力できること。
(9)	時系列検査結果のファイル出力できること。
(10)	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。
(11)	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。
(12)	検査歴一覧上で検査項目が確認できること。
18.2	シエーマ参照
(1)	記載された当該シエーマをクリックすることにより、シエーマのビューア起動(起動元ツール) ができること。
(2)	画像ビューアフルスクリーン表示が容易な操作でできること。
(3)	画像ビューアのウィンドウ終了が容易な操作でできること。
(4)	拡大率のインジケータ操作ができること。
18.3	薬歴参照
(1)	薬品は内服、外用、注射別に表示できること。
(2)	同一薬品で異なる単位で入力されたオーダは単位変換して表示できること。
(3)	看護の経過表との薬歴連携ができること。
(4)	カレンダー形式で薬歴の参照ができること。

	(5)	処方のみ・注射のみ・全ての表示切替がワンクリックでできること。
	(6)	表示期間を1週間、2週間、1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月で切替できること。
	(7)	抗癌剤・向精神薬・麻薬・全ての絞込み条件がワンクリックで表示切替できること。
	18.4	DI検索・参照
	(1)	処方／注射等の指示ツールから選択した薬品に対するDIを表示ができること。
	(2)	薬効分類からのDI検索ができること。
	(3)	医薬品名でのDI検索ができること。
	(4)	検索された当該医薬品の添付文書の表示ができること。
	(5)	検索された当該医薬品の副作用情報の表示ができること。
	(6)	DI情報を最新のものに更新できること。
	18.5	マニュアル類
	(1)	各種マニュアルは、カスタマイズにより当病院独自のものがトップページなどに追加・登録できること。
	(2)	登録された各種マニュアルは、所定の手続きを行わなければ書き換えはできないように保護できること。
	19.	診療支援
	19.1	セット（登録，展開）
	(1)	共通，患者毎，利用者毎，診療科毎にセット内容の登録ができること。
	(2)	共通，患者毎，利用者毎，診療科毎の既登録済セットのツリー表示ができること。その際，選択された文書がプレビューできること。
	(3)	セットをお気に入りメニューとして登録できること。
	(4)	セット内容の一括展開・一部展開ができること。また，セット内容の項目複写・削除を行えること。
	(5)	基準日を選択してセットが展開できること。また，基準日とした伝票が識別できること。
	(6)	登録セットを任意に並び替えができること。
	(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。
	(8)	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可能であること。
	19.2	利用者単語登録

	(1)	単語登録機能を有すること。
	(2)	システム使用開始時、利用者の登録してある辞書をダウンロードできること。
	(3)	システム使用終了時、利用者の登録した単語をサーバの辞書にアップロードができること。
	(4)	利用者の登録単語の一覧表示ができ、また一覧から新規の単語登録できること。
	(5)	利用者ごとに単語登録、修正、削除ができること。
19.3		文書作成
	(1)	共通、診療科、Dr毎に登録済の文書をツリーから選択ができること。その際、選択された文書がプレビューできること。
	(2)	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）を作成対象文書に自動記入できること。
	(3)	作成した文書ファイルをカルテ情報として貼り付けができること。
	(4)	作成した文書の印刷ができること。
	(5)	検査や手術オーダなどとの連携による説明書、同意書作成ができること。
	(6)	ワードだけでなくエクセルも文書として使用できること。
	(7)	文書名から特定の文書を選択できること。
	(8)	作成した文書ファイル（Excel、Word）はデータベースに保存し、一元管理できること。（バックアップの一貫性を考慮）
	(9)	患者基本スケジュール印刷に関し、下記10)～18)の機能を有すること。
	(10)	カルテ保存時に患者誘導に必要な情報を即時に印刷できること。
	(11)	再印刷ができること。
	(12)	行き先順の変更ができること。
	(13)	オーダの実施状態が把握できること。
	(14)	行き先情報の編集ができること。
	(15)	患者情報（患者ID、カナ氏名、氏名、年齢、性別、生年月日）が印刷できること。
	(16)	受付番号が印刷できること。
	(17)	患者番号バーコードが印刷できること。
	(18)	保険情報の印刷ができること。

	(19)	予約票印刷に関し、下記20)~24)の機能を有すること。
	(20)	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。
	(21)	再印刷ができること。
	(22)	オーダ種別毎に予約票印刷ができること。
	(23)	患者情報が印刷できること。
	(24)	患者番号バーコードが印刷できること。
	19.4	文書参照
	(1)	共通、診療科、Dr毎に登録済の文書がツリー構造にて表示され、そこから選択ができること。その際、選択された文書がプレビューできること。
	(2)	対象文書の印刷機能を有すること。
	(3)	対象文書作成元ツールを使用して一時的に修正することができること。
	19.5	シエーマ
	(1)	共通、診療科、Dr毎に登録済のひな型画像(シエーマ)をツリー構造で表示され、選択できること。その際に、選択されたシエーマがプレビューできること。
	(2)	画像加工（コントラスト、輝度、シャープネス、左右反転）ができること。
	(3)	シエーマに貼り付けられるイラスト等をシエーマ図に貼り付けられること。
	(4)	コメント（最大15個）をシエーマ図に貼り付けられること。
	(5)	シエ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格納し、サムネイル画像状態でもコメントの判読ができること。
	(6)	カルテ貼り付け機能を有すること。
	(7)	画像読み込み機能を有すること。
	(8)	スタンプ、描画線などの透過度の操作ができること。
	(9)	Undo（取消し）,Redo（やり直し）機能を有すること。
	(10)	エディタ以外からの起動ができること。（オーダ指示と連動して使用できること）
	(11)	登録されたシエーマなしでフリーで書けるように、元絵無しでツール起動ができること。
	(12)	シエーマ記載時には10色以上のカラーを使用できること。
	(13)	作成したシエーマファイルはデータベースに保存し、一元管理できること。（バックアップの一貫性を考慮）

19.6	テンプレート
(1)	共通, 診療科, Dr毎に登録済のテンプレートがツリー構造にて表示され, そこから選択ができること。その際, 選択されたテンプレートがプレビューできること。
(2)	テンプレート内の記述は, リストボックスまたはコンボボックスから選択ができること。
(3)	選択に関しては, 択一選択, 複数選択ができること。
(4)	選択による記述のほかに, フリー入力ができること。
(5)	カルテ貼り付け機能を有すること。
(6)	テンプレートからシエマ作成, 表示ができること。
(7)	テンプレートで作成された情報はオーダ指示に展開されるときに, リストボックス, コンボボックスにて入力された情報を展開されたものを自由に変更できるように, フリーテキスト情報としても記載できること。
(8)	作成したテンプレートファイルはデータベースに保存し, 一元管理できること。(バックアップの一貫性を考慮)
(9)	診療記録や看護記録など記録台紙を選択ができること。
19.7	予習登録
(1)	未来日診療予定の患者に関する記述を事前登録(予習)し, 来院時にオーダ発行できること。
19.8	依頼医機能
(1)	通常権限がない利用者でも依頼医設定することで指示を発行できること。
(2)	ログインしている利用者から別の利用者へ権限を委譲できること。また, 委譲者と代行入力者を記録に残せること。
19.9	委譲者・委譲者承認
(1)	権限委譲された利用者が入力した内容を委譲者が承認する機能をもつこと。
19.10	サマリ管理
(1)	作成済サマリの一覧表示ができること。
(2)	サマリの印刷機能を有すること。
(3)	サマリ文書管理から退院サマリを起動できること。
(4)	オーダと連携してサマリ項目の取り込みができること。
(5)	内容のプレビュー表示ができること。
(6)	サマリを承認者に提出できること。また, 提出したサマリの訂正依頼ができること。

	(7)	サマリの承認, 差し戻しができること。
	(8)	サマリが承認者により「差し戻し」もしくは「訂正依頼」がなされた場合には, サマリ作成者に対しその旨を通知できる機能を有すること。
	(9)	1患者 1 入院歴に対して 1 サマリーが対応できること。
	(10)	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。
	(11)	過去の入院時に記載した同一患者のサマリーを複写できること。
	(12)	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、サマリー作成時に自動収集し、引用活用できること。
	(13)	それぞれの記入エリアに対しては自由にテキスト編集できること。
	(14)	サマリー画面は基本的な情報を一画面で表示し、できる限り1視野で全体像を確認できるように設計できること。
	(15)	シエーマ、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、サマリー情報の抽出に活用できるように対応できること。
	(16)	退院サマリの手術情報欄について、以下の情報を利用し選択入力できること。 <ul style="list-style-type: none"> ・統合部門で入力した手術実施情報 ・実施手術のマスタに「手術」として登録されている項目の実施情報 また、上記の選択項目以外にフリー入力で手術実施情報を記載できること。
	(17)	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は保存されないこと。
	(18)	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) の状態管理が行え、訂正依頼・差し戻しの機能を有すること。
	(19)	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。
	(20)	サマリー一覧からカルテを参照できること。
	(21)	サマリ入力画面からカルテを参照できること。
	(22)	サマリーに記載した内容をファイル出力できること。
19.11		情報共有 (患者起点の情報掲示板機能)
	(1)	患者に対するチーム医療推進のために、医療スタッフ間で患者起点で情報共有が行える掲示板のようなツール (以降患者掲示板) を提供すること。
	(2)	患者からの訴え等を患者掲示板に記載することができること。さらに、医療スタッフが電子カルテ上でその患者を開くと、直ちにその内容が確認表示されること。
	(3)	常時起動時の初期表示タブを選択できるよう、病院内での共通設定に加え、患者毎に初期表示タブを設定できること。

	(4)	患者掲示板にメッセージがある場合は、病棟イメージ、病棟患者一覧、受付患者一覧の画面で、指示、クリック等の操作をしなくとも一目で確認できる表示ができること。
	(5)	患者掲示板に患者からの訴え等を記入する場合に、カルテ記述に反映するか、反映しないかの選択指示が行えること。
	(6)	患者掲示板に表示されている過去の指導料オーダを流用してオーダ発行できること。
	(7)	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伝達できること。
	(8)	コンサルテーション依頼(他科診療依頼)の依頼内容と返信内容を一画面で表示できること。また、同じ画面から診察の予約が取得できること。
	(9)	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。
	(10)	患者掲示板が起動している場合でも、他ツールを起動できること。
19.12		アクセスログ管理
	(1)	利用者を起点に、ログインをした/利用者変更をした/スクリーンセーバーのロックを解除した/利用者ログインパスワード入力を失敗した/利用者ログイン認証を失敗した/という切り口でログを管理できること。
	(2)	患者を起点に一般患者を選択した・カルテを開いた/制限患者を選択した・カルテを開いた/制限患者に対するパスワード入力を失敗した/という切り口でログを管理できること。
	(3)	患者の個人情報や診察歴を表示しているツール（プロフィール、病名、検歴、サマリ、経過表など）を対象に操作（参照・更新）についてのログを管理できること。
	(4)	データ印刷/ファイル出力（CSV出力）についてもログを管理できること。
19.13		症状詳記
	(1)	症状詳記を作成できること。
	(2)	作成した症状詳記の変更ができること。
	(3)	該当患者の過去の症状詳記記載からの流用機能があること。
	(4)	症状詳記を印刷できること。
	(5)	記載した症状詳記を医事システムに送信できること。 また、仮保存状態では送信せず、確定保存となった段階で送信すること。
19.14		アセスメントチャート
	(1)	様々なアセスメントチャート・チェックリストを作成し、院内共通フォーマットとして登録できること。
	(2)	患者ごとにアセスメントチャートを管理できること。その際の入力はワープロ入力、リストからの選択に対応していること。

	(3)	アセスメントチャートを使って記録が開始された場合、カルテにもその内容が転記されること。
	(4)	アセスメントチャートは一次保存機能があり、継続的に記録ができること。
	(5)	アセスメントチャートでスコア表示などがある場合は自動的に計算できること。
	(6)	患者に対して1種類のアセスメントチャートでなく、複数のアセスメントチャートに記載でき、管理できること。
	(7)	別のアセスメントチャートを参照しながら、アセスメントチャートを更新モードで開き作成が行えること。
19.15		ToDo
	(1)	院内における通知事項の送受信ができること。
	(2)	通知日の設定ができること。
	(3)	緊急の場合には緊急通知受信ができること。緊急通知がある旨のメッセージが表示され、メッセージをクリックすると、通知内容が一覧で表示されること。
19.16		ワークフロー（回覧板）
	(1)	院内における回覧の送受信ができること。
	(2)	通知日の設定ができること。
	(3)	緊急の場合には緊急通知受信ができること。緊急通知がある旨のメッセージが表示され、メッセージをクリックすると、通知内容が一覧で表示されること。
	(4)	回覧内容を読んだユーザを確認できること。
19.17		ヒストリカルビュー
	(1)	長期間（5、10、15年間）における診療情報の文書量表示ができること。
	(2)	患者の全カルテ量を、月単位に時系列でグラフ表示が可能なこと。
	(3)	患者のカルテ量を日単位で、カルテ、オーダ、レポートの括り毎にグラフ表示が可能なこと。
	(4)	選択期間における診療情報の文書量表示ができること。
	(5)	主病名の罹患期間を表示させること。また病名の詳細表示も可能であること。
	(6)	グラフ形式で入院期間を表示可能なこと。
	(7)	パス期間の表示ができること。
	(8)	任意の日付に対して、重要コメントを入力できること。
	(9)	全診療科分・自診療科分で表示の切り替えが行えること。

	(10)	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。
	(11)	カルテ量が基準月の前後で一定量となる範囲を自動で選択し、詳細表示できること。
	(12)	ナビゲータの検索ツールとして、本機能にて指定した期間のカルテ情報をナビゲータに表示できること。
	(13)	ナビゲータへの選択期間の連動ができること。
	(14)	パスへの選択日の連動ができること。
19.18		マルチカルテビューア
	(1)	記録種別ごとに時系列表示された過去の診療記録をドラッグ&ドロップすることで、各診療記録の子ビューアを作成できること。またその表示レイアウトの構築が可能であること。同様に診療情報を表示、追加が可能であること。
	(2)	記録種別ごとに時系列表示された過去の診療記録ををクリックすることで、対応する子ビューアに表示する情報を自動的に変更できること。
	(3)	子ビューア上にて、右クリックメニューより新規ビューアの追加が可能であること。
	(4)	子ビューアの種別を選択して、子ビューアの表示内容の変更が可能であること。
	(5)	子ビューア同士の配置変更が可能であること。
	(6)	子ビューアのサイズを任意に変更できること。
	(7)	子ビューアのサイズを最大化できること。 最大化した子ビューアのサイズを元に戻し、元の位置に表示できること。
	(8)	子ビューアの削除ができること。 削除された子ビューア領域は隣接する子ビューアのレイアウトを自動的に拡大し、当該削除領域を補うこと。
	(9)	構築したビューアのレイアウト構成の情報を保存および削除ができること。 また、保存されたレイアウト構成を展開することで、容易にそのレイアウト変更ができること。
	(10)	レイアウトの種別毎に定められた初期起動時の優先度に基づき、初期起動時のビューアのレイアウト構成の指定ができること。 またレイアウト展開時は、それぞれの子ビューアにおいて直近日付の診療情報が表示できること。
	(11)	利用者ごとにお気に入りの表示レイアウト構成の情報を追加および削除ができること。 またお気に入りのレイアウト構成を展開することで、容易にそのレイアウト変更が可能であること。
	(12)	日付を指定して診療情報を検索できること。
	(13)	カルテ記載のみに絞り込んで検索できること。
	(14)	各子ビューアに表示設定されている診療記録について、直近の情報を検索し、各子ビューアに表示可能なこと。

(15)	同じ記録種別の子ビューアを複数配置させている場合に、子ビューアの個数に応じた過去診療情報の自動検索および自動表示が可能なこと。
(16)	子ビューア毎に検索条件を設定できること。
(17)	選択した子ビューアの表示情報を、対応する専用ツールを別途起動して参照することができること。 (例) 子ビューアに表示された画像データを専用ビューアで表示する。等
(18)	検体検査結果、及び検歴時系列ビューアは、子ビューアにて表示している情報をカルテエディタに貼り付けできること。
(19)	診療履歴画面に表示されているカルテ記載、オーダ、シエマ、画像などのシンボリックリンク情報をカルテエディタに貼り付けできること。
(20)	マルチレイアウトによる複数診療情報の一画面表示ができること。
(21)	診療履歴からのドラッグ&ドロップ、クリック連携による診療情報表示ができること。
(22)	レイアウト内のビューア追加・削除・配置変更・サイズ変更ができること。
(23)	利用者、診療科、患者別のレイアウト保存・更新・削除ができること。
(24)	診療情報の日付指定検索ができること。
(25)	診療情報の直近日検索ができること。
(26)	操作歴保持によるU n d o 機能を有すること。
(27)	半画面化できること。
(28)	カルテ展開時に診療履歴画面の代わりに起動できること。
(29)	カルテエディタを常に表示できること。
(30)	検体検査結果ビューアから検歴時系列画面の起動でき、検歴時系列ビューアから検体検査結果画面が起動できること。
(31)	検体検査結果ビューアで選択した項目が印刷できること。
(32)	検体検査結果ビューアで選択した項目をそのまま時系列セットとして登録できること。
(33)	検歴時系列ビューアで選択した項目が印刷できること。
(34)	子ビューアの上部に現在の検索条件項目を表示できること。
(35)	診療録の履歴の日付ノード選択操作と連動してビューア全体の日付が変更できること。
(36)	診療録の履歴の日付ノードをドラッグアンドドロップすることによりビューア全体の日付が変更できること。
(37)	予約状況ビューアでは、期間指定で予約情報の検索できること。

	(38)	過去カルテを開くことなく、カルテビューアを参照モードで起動できること。
	(39)	表示中カルテ・オーダの修正、削除が行えること。
	19.19	テンプレートビューア
	(1)	任意のテンプレートで記載された任意のデータ（画像含む）について、時系列表示できること。また、時系列表示可能な対象テンプレートは複数選択できること。
	(2)	時系列表示されている画像データ部をクリックすることで、拡大画像が表示できること。
	(3)	時系列表示するフォーマットはマスタ設定可能とし、複数のフォーマットを設定できること。また、テンプレートビューア画面上で、表示フォーマットを変更できること。
	(4)	表示縦軸について、表示行タイトル、表示項目、背景色、縦幅を設定できること。
	(5)	数値データを表示対象としている場合は、上限値、下限値をそれぞれ設定でき、その値を超えた場合は文字色を変更する機能を有すること。
	(6)	同一日に複数回の記載があった場合は、常に最新のデータのみを表示（体重、身長などのデータ）できること。
	(7)	表示中のフォーマットに登録されているテンプレートについて、テンプレートビューア画面から新規作成ができること。
	(8)	データ表示領域を右クリックすることで、該当データを記載したテンプレート名、作成時間、作成者が表示されること。さらに当メニューから、テンプレートを修正起動および削除ができること。
	(9)	表示データをファイル出力可能なこと。画像データを表示している場合は、画像データもファイル出力ができること。
	20.	病棟業務
	20.1	病床管理一覧
	(1)	病棟ごとの稼働率，平均在院日数，入院患者数の表示ができること。
	(2)	翌日，翌々日の入院予定患者数の集計ができること。
	(3)	病室タイプごとの空きベッド数表示ができること。
	(4)	病棟指定によるベッドスケジュールの表示ができること。
	(5)	空床数の男女別表示ができること。
	(6)	病床管理は一覧表示されたものが印刷できること。
	(7)	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。
	20.2	ベッドスケジュール

	(1)	病棟指定機能を有すること。
	(2)	ベッドごとに患者の移動情報をスケジュール表で表示ができること。
	(3)	患者を指定することで移動の契機となったオーダを表示ができること。
	(4)	患者ベッドシミュレーション機能(ドラッグ&ドロップ)を有すること。
	(5)	仮決定情報と確定情報の2情報について色を変えて表示できること。
	(6)	病棟毎、部屋タイプ毎にベッドの利用状況をカレンダーで表示できること。
	(7)	入院申込患者、転棟申込患者を表示できること。
	(8)	入院申込患者、転棟申込患者をドラッグ&ドロップによりカレンダー上に展開させることで、ベッドの利用状況をシミュレーションできること。
	(9)	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。
	(10)	入院中の患者の転室、転棟、退院のシミュレーションができること。
	(11)	患者ベッドのシミュレーション結果を外部ファイルに保存できること。
	(12)	感染症患者の確認ができること。
	(13)	ベッドスケジュール参照時に閲覧したい患者様のカルテを開き、参照できること。
	(14)	ベッドスケジュールから患者様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。
	20.3	移動予定患者一覧
	(1)	日付指定、オーダ種別指定、病棟指定による移動オーダー一覧表示ができること。
	(2)	移動予定患者一覧印刷機能を有すること。
	(3)	移動予定患者一覧では利用者の検索が簡単にできるように一度設定した検索条件の保存ができること。
	(4)	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様のカルテを開けること。
	(5)	移動予定患者一覧に表示されている患者様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。
	(6)	移動予定患者一覧をファイル出力できること。
	20.4	ベッドコントロール
	(1)	病棟指定、診療科指定、表示対象期間を指定し患者一覧表示ができること。 入院申込、退院許可、転棟申込(転入)、転棟申込(転出)に関する情報の表示ができること。

	(2)	入院申し込み一覧の患者を指示すると入院決定画面を表示し、入院日の決定、ベッドの決定、受持看護師の決定ができること。
	(3)	退院許可一覧の患者を指示すると退院決定画面を表示し、退院日の決定をできること。
	(4)	一覧印刷ができること。
	(5)	入院申込、入院決定を修正できること。
	(6)	決定情報と未決定情報（申込）を同時に表示できること。
	(7)	転棟、転出申し込み一覧の患者を指示すると転棟・転出決定画面を表示し、転棟・転出日の決定ができること。
	(8)	転棟申込、転棟決定を修正できること。
	(9)	退院許可、退院決定を修正できること。
	(10)	入院決定処理した患者様の入院決定を取消しできること。
	(11)	転棟決定処理した患者様の転棟決定を取消しできること。
	(12)	退院決定処理した患者様の退院決定を取消しできること。
	(13)	利用者毎にベッドコントロールする一覧画面の検索条件の保存ができること。
	(14)	ベットコントロールの一覧画面を閉じなくても患者様のカルテを表示できること。
	(15)	ベットコントロールの一覧画面を閉じることなく、また患者様のカルテを開くことなく、当機能にて患者様の移動情報、食事情報の指示内容を専用画面で閲覧ができること。
20.5		入院実施・退院実施・転棟実施等（病棟マップ）
	(1)	入院決定が終了している患者の一覧表示ができること。
	(2)	入院実施処理により病棟イメージ患者一覧，病棟患者一覧への表示ができること。
	(3)	入院実施、退院実施、転棟実施等の実施業務ができること。
20.6		入院診療計画書・退院療養計画書
	(1)	電子カルテシステムより入院診療計画書または退院療養計画書を作成し、印刷できること。
	(2)	入院診療計画書に、登録済みのDPCオーダにおける「入院の契機となった傷病名」および「診断群分類」を取り込めること。
	(3)	入院診療計画書に記載する症状、看護やリハビリテーションの計画、総合的な機能評価はマスタで設定された項目から選べる。また、フリー入力にも対応すること。
	(4)	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。

	(5)	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を自動連携すること。
	(6)	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）は選択肢から選べること。また、フリー入力にも対応すること。
	(7)	退院オーダ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。
	(8)	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。
	(9)	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。
	(10)	入院診療計画書、退院療養計画書の作成一覧は患者ID指定で検索ができること。
	(11)	入退院計画一覧で、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。
	(12)	入退院計画一覧から、当該患者の入院診療計画書、退院療養計画書の作成および修正、印刷ができること。
	(13)	入院診療計画書の作成一覧は、期間、病棟、診療科、入院／入院予定を含むの条件指定で検索できること。
	(14)	退院療養計画書の作成一覧は、期間、病棟、診療科、退院／退院予定を含むの条件で検索できること。
	(15)	入院診療計画書は、転科時にも作成できること。
	20.7	入退院文書一覧
	(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
	(2)	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。
	(3)	入退院文書一覧画面からカルテを開けること。
	(4)	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。
	(5)	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。
	(6)	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。
	20.8	指示簿
	(1)	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。
	(2)	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。
	(3)	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。

(4)	過去にオーダ発行した情報をコピーできること。
(5)	オーダ入力の効率化を考慮して、指示簿指示オーダを他に必要な他のオーダ（検査や処置など）と組み合わせてセット登録ができること。セット登録は利用者設定、患者設定が可能であること。
(6)	日々の診療業務において患者様に対して詳細な指示（発熱時や不眠時の指示など）を入力する指示簿指示機能を有すること。
(7)	指示簿指示内容をマスタなどで定型化、院内の用語統一化が可能なこと。
(8)	マスタからの指示では表現しきれない場合に指示簿指示内容をフリーで指示できること。
(9)	指示簿内容は一日限りでなく、継続的且つ終了日を設定した指示ができること。
(10)	オーダの終了日は項目単位にデフォルト設定が可能であること。
(11)	用法画面を介さずに開始日/終了日クリックでカレンダー起動による日付入力ができること。
(12)	指示簿オーダ画面で選択した指示の開始日時、終了日が一括変更できること。
(13)	電子カルテの指示簿指示で入力した内容は看護師へ即時に伝達され、患者への指示が一覧で参照できること。
(14)	同一指示分類の指示を入力する場合は、重複入力チェックが動作し、アラームを挙げること。
(15)	医師の指示内容を確認しやすいように継続指示（指示簿指示）内容をカレンダーにて表示できること。
(16)	カレンダー表示は、実施時間・実施状況が確認可能な詳細表示ができること。
(17)	同じ分類の指示はまとめて表示されること。また表示順番は設定が可能であること。
(18)	医師の継続指示内容をカレンダーで表示した際に指示内容の他に依頼医師、指示日、指示の終了日など継続指示の詳細が表示ができること。
(19)	継続指示カレンダー（指示簿カレンダー）では日付、継続指示の種類、継続している指示、終了している指示による検索表示ができること。
(20)	継続指示カレンダー（指示簿カレンダー）の印刷ができること。
(21)	継続指示カレンダー（指示簿カレンダー）上で継続指示の指示終了日の変更ができること。
(22)	継続指示カレンダー（指示簿カレンダー）上で継続指示を変更操作した場合に、必ず変更前指示の下段に指示が表示され、変更前後の関連性が明白であること。
(23)	継続指示カレンダー（指示簿カレンダー）上では、指示受け前後で指示の表示色が変更されること。
(24)	継続指示カレンダー（指示簿カレンダー）上で、指示の実施入力が可能であること。
(25)	継続指示カレンダー（指示簿カレンダー）上では、指示の実施状態が表示されること。
(26)	退院や死亡の際に継続指示の一括終了ができること。

	(27)	指示簿カレンダーから指示簿指示の新規作成・変更・修正・削除・複写・中止ができること。
	(28)	指示簿カレンダーで指示簿指示の履歴表示ができること。
	(29)	指示簿カレンダーで指示簿指示の版数表示ができること。
	(30)	指示簿カレンダーの表示条件が現在時刻でアクティブな指示でフィルタリング可能であること。
	(31)	指示簿カレンダーの表示条件が指示分類でフィルタリング可能であること。
	20.9	未実施の確認（未実施一覧）
	(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する機能を有すること。
	(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ができること
	(3)	未実施の確認（未実施一覧）では期間、診療科、病棟、患者 I D、実施区分による検索表示ができること。
	(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。
	(5)	未実施の確認（未実施一覧）をファイル出力できること。
	21.	看護業務
	21.1	看護指示
	(1)	指示日の指定ができること。
	(2)	マスタで指定した指示内容の指定ができること。
	22.	チーム医療
	22.1	チーム医療
	(1)	チーム医療の関係者がチーム医療の対象患者に対して介入依頼オーダの発行ができること。
	(2)	各チームの介入依頼オーダは、患者プロフィール、病名などの患者基本情報を引き継いで表示できること。
	(3)	介入依頼オーダの発行時にそのチームメンバーに対して、T o D o 機能によって依頼が来たことを通知できること。
	(4)	チームへの介入状況として、新規依頼、再依頼、介入中、却下、介入終了のステータスを管理できること。
	(5)	介入状況が新規依頼、再依頼、介入中の状態の患者に対し、同一チームの介入依頼オーダの発行を発行しようとした場合は重複チェックが実施できること。
	(6)	チーム介入依頼オーダを発行した時点で、チーム医療患者一覧上に該当患者の情報が表示できること。

(7)	チーム医療患者一覧から、各チームの介入依頼状況が確認でき、介入依頼オーダーに対して受付・却下ができること。
(8)	介入依頼オーダーに対して却下場合はその理由の入力ができること。
(9)	チーム医療患者一覧で参照したいチームを選択することにより、以下の情報が表示できること。 ・病棟、病室、診療科、患者ID、患者名、カナ氏名、性別、年齢、介入チーム名、介入状況、次回回診予定日、入院日、退院日、依頼日、受付日、介入終了日、入院目的、入院病名、主担当医、担当看護師、入外区分
(10)	チーム医療患者一覧は下記条件を検索条件として指定が可能なこと。 ・チーム ・受付日 ・介入状況 ・入外区分 ・病棟 ・診療科 ・患者ID
(11)	各チームの介入依頼オーダーの依頼コメント（全角25文字以内）を、チーム医療患者一覧に表示できること。
(12)	チーム医療患者一覧の検索条件を利用者別に保存できること。
(13)	チーム医療患者一覧の検索結果の件数を表示できること。
(14)	検索結果表示部分の列名をクリックすることでソートができること。
(15)	チーム医療患者一覧で11チーム複数指定による参照ができること。
(16)	チーム医療患者一覧の内容を印刷できること。
(17)	チーム医療患者一覧の内容をファイル出力できること。
(18)	チーム医療患者一覧からチームごとの記録文書を起動し、過去の記録文書の参照と新規入力ができること。
(19)	チーム医療患者一覧から介入依頼オーダーの参照ができること。
(20)	チーム医療患者一覧からカルテの起動ができること。
(21)	チーム医療患者一覧から経過表の起動ができること。
(22)	チーム医療患者一覧から検歴一覧の起動ができること。
(23)	チーム医療患者一覧からエクセルチャートの起動ができること。
(24)	チーム医療患者一覧から摂取栄養量画面が起動できること。
(25)	チーム医療患者一覧からテンプレートビューアが起動できること。

(26)	チーム医療患者一覧から再診予約オーダ画面を起動でき、次回回診予定が入力できること。また、選択可能な予約枠は対象のチームに設定された予約枠のみに絞り込みができること。
(27)	入院時の栄養状態問診のため、SGAシートを記載可能なこと。
(28)	SGAシートは、患者プロフィール情報（身長、体重など）を取得し、SGAシートの項目として初期表示可能なこと。
(29)	SGAシートは、BMIや活動係数、障害係数などの栄養評価に必要な項目を入力可能なこと。
(30)	SGAシートの問診内容を追加、修正可能とし、設定により栄養管理計画書及びスクリーニング表連携を可能とすること。
(31)	SGAシートで入力した栄養判定は栄養管理患者一覧と連携し、栄養管理患者一覧に表示可能なこと。
(32)	SGAシートの出力項目をマスタメンテナンス画面から追加・修正・削除が可能なこと。
(33)	栄養管理計画書記載対象の患者を栄養管理患者一覧により把握できること。
(34)	<p>栄養管理患者一覧は下記条件にて検索できること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・作成対象患者 <ul style="list-style-type: none"> -入院日から1～3日以上経過 -退院済み -再評価 ・患者ID ・保留患者 ・入院日・退院日・作成日について期間選択、または現在入院中 <ul style="list-style-type: none"> -未作成、作成済、対象外 ・担当栄養士 ・担当医師 ・担当看護師 ・現在病棟 ・現在診療科 ・SGA評価
(35)	<p>栄養管理患者一覧にて、栄養管理計画書の下記状態ごとの検索結果件数が表示可能なこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・総件数 ・未作成 ・作成済 ・保留 ・対象外
(36)	栄養管理計画書は、患者プロフィール情報（身長、体重など）を取得し、栄養管理計画書の項目として初期表示可能なこと。
(37)	栄養管理計画書は、移動オーダより担当医、担当看護師を取得し、栄養管理計画書の項目として初期表示を行うことが可能なこと。

(38)	栄養管理計画書は、現在の食事情報を初期表示することが可能なこと。
(39)	栄養管理計画書から検査結果の参照が可能なこと。
(40)	栄養管理計画書は、あらかじめ定型文をマスタ登録しておくことで入力項目を定型文から選択することが可能なこと。
(41)	栄養管理計画書は、栄養指導の必要性和予定時期の入力が可能なこと。
(42)	栄養管理計画書は、次回の栄養管理計画立案日を設定可能なこと。設定した次回評価日は、栄養管理患者一覧と連動し、記載しなければならない計画書の検索が可能なこと。 また、栄養状態の評価と連動して、次回立案日を自動設定することも可能なこと。
(43)	栄養管理計画書は、「確定」保存と、「保留」保存の2種類の保存ステータスを選択して計画書の保存が可能であること。ステータスは栄養管理患者一覧と連動し、検索条件として指定可能なこと。
(44)	栄養管理計画書の「確定」ボタン押下時に、必須チェックを行うことが可能であること。チェック項目はマスタ設定可能とし、職種ごとに必須項目を設定可能とすること。
(45)	栄養管理計画書では、画面上に表示、もしくは入力された項目を利用して四則演算ができること。
(46)	栄養状態スクリーニング表には、過去1週間の食事による栄養量、処方/注射薬による栄養量、及び両者の合算が表示できること。また、食事による栄養量は、経過表にて入力した喫食量を反映できること。
(47)	アセスメント回診記録は各職種ごとにSOAP形式での記録が登録できること。
(48)	患者の喫食情報として、摂取栄養量画面による栄養成分ごとの摂取情報を表示可能なこと。
(49)	摂取栄養量画面は、エネルギー、水分、タンパク質などの栄養成分ごとの摂取量を表示可能なこと。この栄養成分は、栄養成分マスタにて追加、変更が可能なこと。
(50)	摂取栄養量画面は、経過表の食事量と連携し、栄養量を表示可能なこと。
(51)	摂取栄養量画面は、食事以外の摂取栄養情報として、注射オーダによる輸液や処方オーダによる経管栄養剤等の情報も表示可能なこと。また、輸液や栄養剤の内容はマスタ登録したものを絞り込み表示可能なこと。
(52)	摂取栄養量画面は、各栄養成分ごとの1日量の合計、期間平均を表示可能なこと。
(53)	摂取栄養量画面は、必要な患者情報を表示可能なこと。 <ul style="list-style-type: none"> ・身長 ・体重 ・標準体重 ・BMI ・基礎代謝量 (自動計算で表示 ※ Harris-Benedict 式) ・検査結果
(54)	褥瘡管理対象の患者を褥瘡管理患者一覧により把握できること。

(55)	<p>褥瘡管理患者一覧は下記条件にて検索可能なこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者ID ・検索期間 <ul style="list-style-type: none"> －現在入院中 －入院中、入院日、退院日、入退院日における期間指定 ・病棟、診療科 ・下記項目のAND/OR指定 <ul style="list-style-type: none"> －自立度 －褥瘡リスク －介入状況 －褥瘡有無 －褥瘡発生場所 －ハイリスク項目 －重点的なケア ・下記文書の作成状態 <ul style="list-style-type: none"> －危険因子評価票 －褥瘡対策計画書 －褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書
(56)	<p>褥瘡管理患者一覧に表示する患者レコードは、入院期間中の最新レコード/全レコード表示の切り替えが可能なこと。</p>
(57)	<p>褥瘡管理患者一覧にて、検索結果件数が表示可能なこと。</p>
(58)	<p>褥瘡管理患者一覧の一覧印刷およびファイル出力が可能なこと。</p>
(59)	<p>褥瘡管理患者一覧の検索条件を利用者ごとに保存することが可能なこと。</p>
(60)	<p>褥瘡管理患者一覧で抽出した患者に対して、右クリックメニューにより危険因子評価票が記載可能なこと。</p>
(61)	<p>褥瘡管理患者一覧で抽出した患者に対して、右クリックメニューにより褥瘡対策計画書が記載可能なこと。</p>
(62)	<p>褥瘡管理患者一覧で抽出した患者に対して、右クリックメニューにより褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書が記載可能なこと。</p>
(63)	<p>褥瘡管理患者一覧で抽出した患者に対して、右クリックメニューにより褥瘡経過記録が記載可能なこと。</p>
(64)	<p>褥瘡管理患者一覧から、テンプレートビューアが起動可能なこと。</p>
(65)	<p>褥瘡管理患者一覧から、摂取栄養量画面が起動可能なこと。</p>
(66)	<p>褥瘡管理患者一覧から、Excelチャートが起動可能なこと。</p>
(67)	<p>褥瘡管理患者一覧から、カルテの起動ができること。</p>

	(68)	<p>褥瘡管理患者一覧にて、下記内容が確認可能なこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者ID、患者氏名 ・性別 ・年齢 ・診療科、病棟、病室 ・入院日、退院日 ・自立度 ・褥瘡リスク、褥瘡有無、褥瘡発生 ・回数 ・ハイリスク項目 ・重点的なケア ・褥瘡介入状況 ・NST介入状況 ・褥瘡管理加算 ・ハイリスク加算 ・危険因子評価票 作成状態、作成日、作成者、更新日、更新者 ・褥瘡対策計画書 作成状態、作成日、作成者、更新日、更新者 ・褥瘡リスクアセスメント票 作成状態、作成日、作成者、更新日、更新者、評価日、評価者 ・入院主病名、その他病名 ・入院目的 ・主担当医、担当医、担当看護師
	(69)	危険因子評価票は、患者プロフィール情報（褥瘡有無など）を取得し、危険因子評価票の項目として初期表示可能なこと。
	(70)	危険因子評価票は、担当医、担当看護師の情報を取得し、危険因子評価票の項目として初期表示を行うことが可能なこと。
	(71)	危険因子評価票は、褥瘡対策計画書及び褥瘡リスクアセスメント票との共通項目の入力内容を取得し、危険因子評価票の項目として初期表示可能なこと。
	(72)	危険因子評価は、厚生労働省危険因子評価、K式スケール、OH式スケール、ブレイデンスケールのいずれかで行うことが可能なこと。
	(73)	危険因子評価票は、画面上の項目を任意に追加・変更可能であること。
	(74)	危険因子評価票は、印刷可能であること。
	(75)	褥瘡対策計画書は、患者プロフィール情報（褥瘡有無など）を取得し、褥瘡対策計画書の項目として初期表示可能なこと。
	(76)	褥瘡対策計画書は、担当医、担当看護師の情報を取得し、褥瘡対策計画書の項目として初期表示を行うことが可能なこと。
	(77)	褥瘡対策計画書は、危険因子評価票及び褥瘡リスクアセスメント票との共通項目の入力内容を取得し、褥瘡対策計画書の項目として初期表示可能なこと。

(78)	褥瘡対策計画書は、看護計画と連携し、立案された看護計画を引用可能であること。また、看護問題一覧画面から看護計画を呼び出し、新しい看護計画の立案や計画内容の変更ができること。
(79)	褥瘡対策計画書について、褥瘡患者管理加算にチェック後、確定保存したタイミングで、医事連携を行い、褥瘡患者管理加算を算定することが可能であること。
(80)	褥瘡対策計画書は、褥瘡ハイリスク項目、その他危険因子の入力が可能であること。
(81)	褥瘡対策計画書は、退院時及び終了時の総合評価の入力が可能であること。
(82)	褥瘡対策計画書は、画面上の項目を任意に追加・変更可能であること。
(83)	褥瘡対策計画書は、印刷可能であること。
(84)	褥瘡発生報告書は、患者プロフィール情報（褥瘡有無など）を取得し、褥瘡発生報告書の項目として初期表示可能なこと。
(85)	褥瘡発生報告書は、体圧分散マットレスの使用状況等、褥瘡発生への報告に必要な情報が入力可能であること。
(86)	褥瘡発生報告書は、画面上の項目を任意に追加・変更可能であること。
(87)	褥瘡発生報告書は、印刷可能であること。
(88)	褥瘡発生率統計において、日本褥瘡学会の基準に則した統計がとれること。
(89)	褥瘡発生率統計において、発生率および有病率の統計期間を分けて統計がとれること。
(90)	褥瘡発生率統計において、月単位での期間指定および日単位での調査日指定の切り替えができること。
(91)	褥瘡発生率統計において、指定した期間内における病棟毎/全病棟の入院患者実数、褥瘡院内発生患者数、褥瘡院外発生患者数、褥瘡発生率の統計がとれること。
(92)	褥瘡発生率統計は、統計結果のExcel出力が可能であること。
(93)	褥瘡発生率統計は、指定した期間内で同患者の褥瘡治療が複数回行われた場合、褥瘡発生を1と計数するか、複数回全て計数するか選択可能であること。
(94)	褥瘡発生率統計は、ファイル出力時における病棟毎/全病棟の入院患者数、褥瘡有病患者数、時点褥瘡有病率が統計可能であること。
(95)	褥瘡発生率統計は、指定した期間内における月毎の病棟毎/全病棟の入院患者実数、褥瘡院内発生患者数、褥瘡院外発生患者数、褥瘡発生率が統計可能であること。
(96)	褥瘡発生率統計は、指定した期間全体における病棟毎/全病棟の入院患者実数、褥瘡院内発生患者数、褥瘡院外発生患者数、褥瘡発生率が統計可能であること。
23.	診療記録印刷
23.1	診療記録印刷

	(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記録を、PDFまたは紙に印刷できること。
	(2)	看護支援機能で入力した看護計画や経過表の入力値、看護記録などをPDFまたは紙に印刷できること。
	(3)	検査結果などの検査結果レポートをPDF、または紙に印刷できること。
	(4)	カルテをPDFや紙に印刷する場合、レポートやカルテに記載されたシエーマや画像データを表示、印刷できること。
	(5)	カルテをPDFや紙に印刷する場合には、患者様を指定して印刷できること。
	(6)	印刷した履歴を一覧にて参照できること。
	(7)	出力対象患者を全てとし、指定された日付、診療科の診療録を出力する機能を有すること。
	(8)	指定した一人の患者様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／入院歴の指定が可能なこと。
	(9)	入外を一括して印刷ができること。
	(10)	カルテ出力の際は、修正履歴や削除履歴を表示および印刷できること。
	(11)	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。
	(12)	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。
	(13)	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。
	(14)	印刷する際に、用紙の縦横切替えが可能なこと。
	24.	点数表示対応
	24.1	点数表示ツール
	(1)	現在オーダ発行予定のオーダ内容に関して、医事側の点数を概算表示できること。
	25.	HTML参照
	(1)	患者情報（患者ID、カナ氏名）または病棟情報（病棟、診療科）での患者検索ができること。
	(2)	カルテ参照画面では、検査結果、病名、アレルギー感染症、患者基本情報、過去カルテが参照できること。
	(3)	カルテ記載情報(SOAP)、オーダ情報(依頼・実施)、検査結果、患者掲示板、患者情報（身長・体重、血液型、病名、アレルギー、連絡先、感染症）が参照できること。
	(4)	電子カルテシステムがインストールされていない端末でも動作できること。
	(5)	VIP患者については、情報参照時にパスワードの制御ができること。

	(6)	参照可能な情報は、最新の情報(アクティブな情報、最新版数)のみ参照できること。
	(7)	HTML出力先はIFサーバを基本とするが、任意に変更可能であること。
26.		経営指標表示
	(1)	表示条件として、以下の条件をもとに集計、グラフ参照できること。 診療科、病棟、手術件数 外来患者数、救急患者数、外来一日平均点数、外来合計点数、 入院患者数、退院患者数、死亡患者数、入院期間別患者数、空床数
	(2)	週単位でグラフ表示できること。
	(3)	複数条件を同時選択することで、グラフを重ねて表示することができること。
	(4)	グラフについては印刷機能にて紙出力できること。
27.		マスタメンテナンス
27.1		職種別アクセス権限メンテナンス
	(1)	職種別及び文書種別ごとにアクセス権限を設定できること。
	(2)	職種別及びツールごとにアクセス権限を設定できること。
	(3)	職種別及びモニタツールごとにアクセス権限を設定できること。
	(4)	職種別及びプロフィールごとにアクセス権限を設定できること。
27.2		病床マスタメンテナンス
	(1)	参照、追加、更新、削除ができること。
27.3		診療マスタメンテナンス
	(1)	各データのエクスポート機能を有すること。
	(2)	全データのインポート機能を有すること。
	(3)	全データのエクスポート機能を有すること。
	(4)	参照、追加、更新、削除ができること。
27.4		シエーママスタメンテナンス
	(1)	科別ごとの設定ができること。
	(2)	共通の設定ができること。
	(3)	分類ごとの設定ができること。

	(4)	参照、追加、更新、削除ができること。
27.5		テンプレートメンテナンス
	(1)	科別ごとの設定ができること。
	(2)	共通の設定ができること。
	(3)	分類ごとの設定ができること。
	(4)	参照、追加、更新、削除ができること。
27.6		診療科・部署メンテナンス
	(1)	参照、追加、更新、削除ができること。
27.7		運用管理メンテナンス
	(1)	締切時間の設定（毎日締切が存在する文書を対象とする）ができること。
	(2)	締切・開始曜日の設定（定期的に締切・開始の存在する文書を対象とする）ができること。
	(3)	食事締切・開始時間の設定（移動・給食などの伝票を対象とする）ができること。
	(4)	参照、追加、更新、削除ができること。
27.8		職種メンテナンス
	(1)	参照、追加、更新、削除ができること。
27.9		印刷帳票定義ファイルメンテナンス
	(1)	参照、追加、更新、削除ができること。
27.10		病棟メンテナンス
	(1)	参照、追加、更新、削除ができること。
27.11		予約メンテナンス
	(1)	予約枠の締切時間の設定ができること。
	(2)	予約枠の権限の設定ができること。
	(3)	各曜日の時間枠設定ができること。
	(4)	時間枠取得数の設定ができること。
	(5)	クローズ・オープン枠の設定ができること。
27.12		病室メンテナンス

	(1)	参照、追加、更新、削除ができること。
27.13		部位別コメントメンテナンス
	(1)	参照、追加、更新、削除ができること。
27.14		診療科別コメントメンテナンス
	(1)	参照、追加、更新、削除ができること。
27.15		紹介施設マスタメンテナンス
	(1)	参照、追加、更新、削除ができること。
27.16		診療科別スタンプメンテナンス
	(1)	参照、追加、更新、削除ができること。
27.17		ユーザアカウント設定
	(1)	パスワードの有効期間（日数）の設定ができること。
	(2)	パスワードの入力文字条件の設定ができること。
	(3)	ログイン誤入力回数設定ができること。
	(4)	パスワード長の設定ができること。
	(5)	マスタメンテナンス画面で、利用者のパスワードをマスク表示できること。
27.18		利用者マスタメンテナンス
	(1)	利用者毎の文書・ツール・モニタ・プロフィールの権限設定ができること。
	(2)	利用者の基本情報の設定ができること。
	(3)	参照、追加、更新、削除ができること。
27.19		端末マスタメンテナンス
	(1)	IP、入外、診療科、病棟の設定ができること。
	(2)	端末の設定ができること。
27.2		経過表マスタメンテナンス
	(1)	参照、追加、更新、削除ができること。
27.21		看護計画マスタメンテナンス
	(1)	参照、追加、更新、削除ができること。

27.22	制限患者マスタメンテナンス
(1)	患者へのアクセスを制限する利用者の登録と、アクセス可能な患者を登録できること。
(2)	アクセスできる利用者を制限する患者の登録とアクセスレベルや権限の設定ができること。
(3)	アクセスできる利用者を制限する患者のパスワードを設定できること。
(4)	同一患者が複数のIDで登録されている場合、統合先IDを登録できること。
27.23	オーダツールマスタメンテ
(1)	参照、追加、更新、削除ができること。
27.24	マスタ全般
(1)	システムの動作に関わる設定もメンテナンス可能であること。 <ul style="list-style-type: none"> ・依頼箋印刷、オーダロック、部門連携、医事連携タイミングが伝票毎で設定できること。 ・システムで変更可能な設定は全てメンテナンスツールで対応可能であること。
27.25	お気に入り一括登録
(1)	専用ツールにて、ツールメニューの“お気に入り”を複写元利用者をベースに複数人一括登録を行うことができること。
28.	日報業務
28.1	施設日報 (Excel)
(1)	単一日指定を行い、施設日報を出力できること。
(2)	日にち指定した日の長期入所者数、短期入所者数、長期入院／退院患者名、短期入院／退院患者名、外泊患者名が自動で印字されること。
(3)	指定したパスにExcelデータの管理ができること。
29.	その他
29.1	データ検索ツール
(1)	現行 (EGMAIN-LX) のデータ検索ツールと同様の下記の検索が可能なこと。 <ul style="list-style-type: none"> ・任意の薬を検索し患者の使用状態が確認できること。 ・任意の処置項目を検索し患者の使用状態が確認できること。
(2)	CSV出力を行うことが可能なこと。
29.2	患者属性連携 (心電計)
(1)	放射線情報システム (RIS) からバーコード付きの依頼箋を出力すること。

	(2)	医事会計システムで登録した患者情報を部門システム（心電計担当メーカー）に患者属性連携がされること。
29.3		カレンダー機能（他院受診等）
	(1)	個人別に他院受診予定を1か月単位のカレンダーで表示できること。 ※他院受診予定（看護指示の“歯科受診”や“婦人科受診”が該当）
	(2)	電子カルテ、もしくはその他システムからデータ参照しカレンダー表記すること。
	(3)	看護指示マスタの歯科受診の場合は、“歯”のように対象日付にアイコンマーク表示すること。
	(4)	ナビゲーションマップから任意で当ツールを起動できること。
30.		保守
30.1		保守
	(1)	電子カルテシステムを24時間365日監視すること。またその費用を保守費用に含めること。
	(2)	メンテナンス保守費用を含むこと。保守対応時間は平日の9時から17時30分までとすること。