

【別紙3 電子カルテシステム機能一覧】

No.	機能名称	内容
1	1 基本機能	基本機能
1	2 情報の一元化 基本機能	情報の一元化
1	3	医師・看護師・その他患者に関わる病院スタッフが情報共有できるよう、電子カルテシステム・オーダーリングシステム・看護支援システムはデータベース・サーバが一体化したものであること。
1	4	医師・看護師・その他患者に関わる病院スタッフが情報共有できるよう、電子カルテシステム（オーダーリング機能/看護師援機能含む）は1患者のカルテを複数の場所から同時に参照・入力できること。
1	5	複数の利用者が同時に1人の患者のカルテにアクセスした際に、安全性を考慮して、機能毎に排他処理を設定できるシステムであること。
1	6	複数の端末で同一患者を開いた際、誰が使用中か警告メッセージが表示されること。また、この際にも最低限の制限を除いては利用できること。
1	7	指示の実施入力や変更/中止指示をリアルタイムに伝達できるように、電子カルテシステムに医師や看護師からの指示を実施できること。実施機能は、実施入力により注射や処置のコスト送信と実施記録の作成を同時に行えること。
1	8	クリニカルパスシステムは電子カルテシステム上の一機能として動作し、院内スタッフが共有できるよう、電子カルテが作動する全ての端末で利用できること。
1	9 セキュリティ機能 基本機能	セキュリティ機能
1	10	電子カルテシステムを利用する際、利用者ID及びパスワードのチェックを行い、利用者を認証できること。
1	11	利用者パスワードの有効期限チェック、利用者の開始日・終了日の設定とチェックができること。
1	12	利用者パスワードの有効期限が切れた場合は、利用者自身がパスワードを変更することで継続して利用できること。
1	13	パスワードは利用者以外に知られないようにするため、暗号化してサーバで保存されること。
1	14	利用者認証時は、入力間違い等による再入力のリトライ回数を設定でき、設定されたリトライ回数を越えて入力を間違った場合は自動的に電子カルテシステムを終了できること。
1	15	電子カルテシステムを一定時間操作しない場合には、スクリーンセーバが起動すること。このスクリーンセーバ機能はセキュリティの観点からOSが本来有する機能などでは無く、電子カルテシステム固有の機能として提案すること。
1	16	スクリーンセーバが起動されるまでの時間については、マスタで自由に設定できること。
1	17	スクリーンセーバ起動時には、端末使用中の利用者名を用い「誰々が使用中」と表示されること。
1	18	電子カルテシステム利用者が一時離席する際に、能動的に電子カルテシステムよりスクリーンセーバを起動できること。
1	19	スクリーンセーバ起動後、一定時間操作がなかった場合には、システムを強制終了できること。
1	20	スクリーンセーバ起動後、一定時間経過した際、自動でログオフができること。
1	21	スクリーンセーバ起動中のパソコンについては、強制ログオフができること。
1	22	端末単位でスクリーンセーバ機能利用のON/OFFやスクリーンセーバ起動までの時間を設定できること。
1	23	ログインしたまま一定時間端末を使用しないときにシステムを強制終了させるかどうかをマスタで設定できること。
1	24	スクリーンセーバの解除については、電子カルテシステムで規定された正式な手順（利用者IDとパスワードの入力など）のみとし、他の手順で解除できないこと。
1	25	電子カルテシステムでの不正ログインの監視ができること。
1	26	カルテ参照などの不正閲覧を監視できること。
1	27	アクセス制限が設定されている患者に対する不正アクセスの監視ができること。
1	28	カルテ記載機能、オーダ機能、看護機能など電子カルテシステムにおける利用者の操作履歴を確認できること。

1	29		職員のカルテに他の職員が不正アクセスをしていないかどうか、カルテ参照履歴を確認できること。
1	30		カルテ情報の印刷やファイル保存をした利用者のログ管理ができること。
1	31		利用者の権限に応じた、カルテ入力やオーダ発行、使用できる機能の制限、参照可能な情報の限定ができるセキュリティ/プライバシーに十分考慮したシステムであること。
1	32		利用者IDの使用期限設定については使用開始日、使用終了日の設定ができること。
1	33		利用者IDのパスワードについてはセキュリティを考慮してパスワード有効期限を設定でき、有効期限が切れた場合は利用者に対しパスワード変更を促せること。
1	34		利用者パスワードは英数字、記号文字を組み合わせて対応していること。
1	35		各種権限（下記44項～46項）については利用者毎に設定できること。また、職種単位での設定にも対応できること。
1	36		利用者毎にカルテ内容の記載や修正、オーダ発行権限を設定できること。
1	37		利用者毎に各種オーダの発行権限や参照権限を設定できること。
1	38		利用者毎に各患者基本情報の項目毎の記述、修正可否権限を設定できること。
1	39		電子カルテシステムのコメディカル機能（薬剤モニタシステムやリハビリ・手術部門システムなど）について、職種別に使用できる機能を設定できること。
1	40		運用性を考慮し、管理者が利用者権限を変更した場合は、該当利用者の次回ログイン時から有効となること。
1	41		利用者がログイン後に自動的に開く患者一覧画面を、外来と入院でそれぞれ利用者ごとに利用者自身が指定できること。利用者の指定がない場合、予め共通設定された患者一覧画面を自動的に開くこと。共通設定も外来と入院で指定できること。
1	42		医師の不在時にオーダ発行を可能とするため、事前に利用者の権限を他の利用者に委譲できること。権限を委譲してオーダ発行した場合、「だれが・だれに権限を委譲されたか」記録として残すこと。
1	43		利用者権限を委譲する場合、権限委譲先となる利用者ID毎に委譲期間の設定ができること。
1	44		権限委譲された利用者が行ったカルテ記載、オーダ発行した内容について、権限を委譲した利用者はその記載内容を表示し確認することができること。それらの記録は表示、確認したことで「未承認」から「承認」状態にステータスが遷移すること。また、承認が必要な記載に関してはカルテ歴上で状態ステータス（承認済、未承認）を確認できること。
1	45		権限委譲されたカルテ、オーダの承認について、記載内容やオーダ内容が1画面上で確認でき、そのまま承認できること。
1	46		権限委譲されたカルテ、オーダの承認について、複数患者の複数の記載をまとめて表示し、まとめて一括で承認できること。
1	47		権限委譲してパスを適用した場合、患者に適用されたパスを承認することで、パスから発行された全ての記録、オーダをまとめて承認できること。
1	48		権限委譲されたカルテ記載、オーダ内容に対し、文書種別をもとに絞込んで一覧表示できること。
1	49		権限委譲されたカルテ記載、オーダ内容に対し、実施予定日をもとに絞込んで一覧表示できること。
1	50		利用者毎のカルテデータへのアクセス制限は制限レベルの設定（アクセス不可、パスワード入力など）ができること。
1	51		利用者毎のカルテデータへのアクセス制限は権限レベルの設定（参照のみ許可、記載も許可など）ができること。
1	52		患者毎にカルテデータへのアクセス制限をかけられること。
1	53		患者毎のカルテデータへのアクセス制限では、アクセス不可、アクセスにはパスワード要（参照のみ可、参照更新可）という制限レベルを設定できること。
1	54		患者毎のカルテデータへのアクセス制限は利用者の権限に応じてレベルを設定できること。
1	55		患者毎のカルテデータの記載のアクセス制限を利用者全体、診療科単位、職種単位で制限（参照の禁止、入力の禁止設定）をかけることができること。
1	56		救急時等の患者状態により、複数IDを持つ患者が存在する。情報を統合するために、複数IDを持つ患者のIDを統合できること。
1	57		患者IDの統合後に統合後の診療録と統合前の診療録を同時に開けること。

1	58		上記に加え、統合前の診療録から統合後の診療録にオーダーなどの記載内容をコピーできること。
1	59		上記操作を行うにあたり、一方のカルテを書き込めないよう参照のみに設定できること。
1	60		当院では研修医の受け入れを行っているため、記録、指示の責任を明確にする必要がある。研修医がカルテを記載する際には指導医を指定でき、カウンターサインの運用ができること。
1	61		指導医を選択した場合の詳細機能については後述するカウンターサイン仕様を満たすこと。
1	62	院内掲示板 基本機能	院内掲示板
1	63		電子カルテの初画面に院内の連絡事項などを表示できること。
1	64		電子カルテシステムの「院内掲示板」はHTMLで定義した画面を表示できること。
1	65	利用者ログイン 基本機能	利用者ログイン
1	66		電子カルテシステムを利用する際、利用者ID及びパスワードのチェックを行い、利用者を認証できること。
1	67		利用者パスワードの有効期限チェック、利用者の開始日・終了日の設定とチェックができること。
1	68		パスワードは利用者以外に知られないようにするため、暗号化してサーバに保存されること。
1	69		利用者認証はリトライ回数を越えて間違った場合は自動的に電子カルテシステムが終了すること。
1	70		利用者認証のリトライ回数は当院で任意に設定が行えること。
1	71		不正利用防止のため、電子カルテシステムにログイン後、利用者自身が前回電子カルテにアクセスした日時と端末、パスワードの有効期限と残日数をいつでも確認できること。
1	72	利用者変更 基本機能	利用者変更
1	73		利用者情報入力の運用を正確かつ簡便にするため、現在、ログイン中の利用者が開いている患者のカルテを閉じずに別の利用者がログインしカルテ記載できること。
1	74		ログオフせずに利用者を変更してログインする際にも、利用者IDの存在チェック/利用者パスワードの照合チェック/利用者パスワードの有効期限チェックができること。
1	75	お気に入り追加 基本機能	お気に入り追加
1	76		利用者毎に各種ツール（処方オーダーツール、検査オーダーツール、各種受付業務ツールなど）を起動するメニューの作成ができること。
1	77		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。
1	78		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入りとして登録、利用できること。
1	79		病院共通のお気に入り入りセットは、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入りセットは一括で自分のお気に入りとして反映されること。
1	80	利用者ポータル 基本機能	利用者ポータル
1	81		利用者通知機能
1	82		該当利用者が発行した検査オーダーの結果など、新着情報の到着通知をポップアップにて利用者に通知できること。
1	83		新着情報の到着通知は、検査結果、レポート、未承認オーダー、未作成サマリー、未承認サマリーの中から通知対象にする文書を選択できること。
1	84		ポップアップ表示をクリックすることにより、利用者ポータル画面が表示されること。
1	85		各一覧表示機能
1	86		システムにログインしている利用者が発行したオーダーの検査結果一覧、レポート一覧、未承認一覧、未作成サマリー、未承認サマリーの一覧が表示できる専用画面を有すること。
1	87		上記画面にて各種ツールのリンクボタンを利用者毎に登録することができること。
1	88	患者選択 基本機能	患者選択

1	89		同一端末上で同一利用者が、最大5人まで患者のカルテを同時に開くことができること。
1	90		同時にカルテを開いている患者は氏名を一覧で表示し、患者氏名をクリックすることでカルテの切り替えを行えること。
1	91		患者の取り換え防止のため、ある患者から別の患者に切り替えた場合は、元の患者のカルテ画面は非表示とし、Alt+Tabなどの一般的な画面切り替え操作を行っても表示されないこと。
1	92		患者の取り換え防止のため、同時にカルテを開いている患者ごとに電子カルテの画面の色を変更すること。
1	93		同時にカルテを開いている患者は、全て更新モードで開くことができ、診療録の記載やオーダ発行、患者プロフィールの更新ができること。
1	94	メニュー選択 基本機能	メニュー選択
1	95		電子カルテシステムが持つ機能を集約したメニュー画面があること。このメニュー画面から機能をお気に入りに登録できること。
1	96		電子カルテの機能名称の一部一致で該当する機能を検索することができること。検索結果を表示した画面から該当機能を起動できること。
2	1	外来業務	外来業務
2	2		外来業務で使用する機能は患者の来院から離院までの導線を十分に考慮して、効率的かつ安全性の高い機能であること。以下の業務毎の機能要件を満たすこと。
2	3	ブロック受付 外来業務	ブロック受付
2	4		ブロック受付では、当日の患者の予約や来院状況が一覧で把握できること。また、ブロックで患者の到着確認を行い、本日の診察スケジュールを把握し、誘導できるよう以下の機能要件を満たすこと。
2	5		ブロック受付機能
2	6		患者の予約、受付に関する情報を表示できること。
2	7		患者の基本情報（氏名・性別・住所・障害の有無等）、現在の診察ステータス、紹介情報、予約時間、来院時間、予約に関するコメント等を表示できること。
2	8		患者の診察ステータスを把握し、効率的な誘導ができるように、「未受付、来院済、問診中、問診済、到着済、診察中、診察終了、診察一時中断、会計済」などの診察ステータスを自動的に更新し、表示できること。
2	9		患者の誘導を正確に実施するために、診察ステータスの変更を手動でもできること。
2	10		部門システムと連携し、検体検査、放射線、生理、内視鏡検査といった各種検査結果の状態（未実施、実施済等）を自動更新し、一覧上で表示できること。また、検体検査については、至急など一部の結果が到着した場合でもステータスを自動更新でき、結果到着が確認できること。
2	11		検査予約のみの患者についても表示できること。また、検査のみの患者を含む検索と含まない検索、検査のみの患者の検索を画面上で切り替えできること。
2	12		検査予約のみの検索の場合は、検査種別によって絞込みができること。
2	13		ブロック受付機能として患者到着確認ができること。
2	14		カルテを開かなくても保険情報の変更ができること。
2	15		受付一覧からカルテを開くことができること。
2	16		受付ブロック毎に検索条件（日付・診療科・ブロック毎の全予約枠・患者の診察ステータス）を設定し、表示内容の絞り込みができること。
2	17		受付一覧項目の任意の項目でソートできること。
2	18		利用者毎に受付一覧表示の検索条件を保存できること。
2	19		カードリーダー入力（患者IDカード）によってカルテを表示できること。
2	20		患者ID番号直接入力によるカルテ表示ができること。
2	21		受付一覧の印刷ができること。
2	22		受付一覧をファイル出力できること。
2	23		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。
2	24		診察予約、検査予約など予約の存在するオーダについては、受付一覧から予約票の印刷ができること。
2	25		受付一覧に表示する項目は、任意で表示項目を選択できること。

2	26	救急患者一覧は任意の項目でソートできること。また、最新表示してもソートした表示順が保持できること。
2	27	受付一覧に特記事項/スタッフ間の連絡事項の有無をアイコンにて表示できること。
2	28	上記特記事項/スタッフ間の連絡事項の詳細画面を参照起動できること。
2	29	併科受診の有無を確認できること。
2	30	受診歴を表示できること。
2	31	受付患者一覧において印刷内容の設定ができること。
2	32	初診、科初診、再診患者の人数を集計し表示できること。
2	33	受付患者一覧に患者プロフィール情報として、障害情報（聴覚・視覚・運動・言語）、介護区分を含めて10個以上表示できること。
2	34	予約患者一覧
2	35	患者の予約情報を表示できること。
2	36	患者の基本情報を表示できること。
2	37	予約患者一覧の期間、予約の種別（診療科、検査等）による検索及び表示ができること。
2	38	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	39	予約患者一覧での検索を効率良くするため、一度検索を行った検索条件の保存ができること。
2	40	予約患者一覧の検索条件を利用者の操作により、初期設定の検索条件に戻せること。
2	41	利用者毎に保存された予約患者一覧の検索条件が利用者の操作により、削除できること。
2	42	予約患者一覧から該当患者のカルテを開くことができること。
2	43	カードリーダーで診察券（患者IDカード）を読み込ませることによって、該当患者のカルテを表示できること。
2	44	患者ID番号を直接入力することによって、患者カルテを表示できること。
2	45	予約患者一覧の印刷ができること。
2	46	予約患者一覧に表示されている情報をCSV形式のファイルに出力できること。
2	47	患者の状態を素早く把握するために、予約患者一覧からカルテを開かずに一画面で患者状態を把握できるポータル画面（プロフィール、病名、検査結果、レポート、カルテ記載、予約状況等）を参照できること。その場合、一覧上に表示されている患者をワンクリックで切り替えて連続参照できること。
2	48	予約患者一覧は一定時間で自動的に表示を最新化できること。また、自動最新化を画面上で任意に停止することもできること。
2	49	カナ患者検索
2	50	カナ氏名、性別、生年月日による患者検索及び検索条件に該当する患者一覧を表示できること。
2	51	カナ氏名の前方一致、部分一致による検索ができること。
2	52	カナ氏名の検索の際、大文字、小文字を含めた検索ができること。
2	53	検索条件に該当する患者情報などの表示ができること。
2	54	カナ患者一覧の検索条件を利用者毎に保存できること。
2	55	カナ患者一覧の検索条件を利用者の操作により、初期設定の検索条件に戻せること。
2	56	利用者毎に保存されたカナ患者一覧の検索条件を利用者の操作により削除できること。
2	57	カナ患者一覧からカルテを開くことができること。
2	58	カードリーダーで診察券（患者IDカード）を読み込ませることによって、該当患者のカルテを表示できること。
2	59	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。
2	60	カナ患者一覧の印刷ができること。
2	61	カナ患者一覧に表示されている情報をCSV形式のファイルに出力ができること。
2	62	カナが不明な場合を考慮し、漢字でも検索ができること。

2	63		診察振分け機能
2	64		外来業務の効率化のために、当日予約の患者や初診、初療の患者を診察室へ振分ける機能を有すること。また、外来混雑時にある診察室へ振分けていた患者を別の診察室へ振り分け、予約変更する機能であること。なお、振分けた患者を一覧表示できること。
2	65		各ブロックにおける受付情報を表示できること。
2	66		各ブロックに属する予約枠毎の状況を表示できること。
2	67		各ブロックにて受付患者の診察振分けができること。
2	68		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。
2	69		患者の診察ステータスを把握し、効率的な誘導ができるように、「未受付、来院済、問診中、問診済、到着済、診察中、診察終了、診察一時中断、会計済」などの診察ステータスを自動的に更新し、表示できること。
2	70		患者の誘導を正確に実施するために、診察ステータスの変更ができること。
2	71		ブロック受付機能として患者到着確認ができること。
2	72		受付一覧から該当患者のカルテを開くことができること。
2	73		カードリーダー入力（患者IDカード）によってカルテを表示できること。
2	74		患者ID番号直接入力によるカルテ表示ができること。
2	75		受付ブロック、予約枠による検索ができること。
2	76		検索条件を利用者毎に保存できること。
2	77		検索条件を利用者の操作により、初期設定の検索条件に戻せること。
2	78		利用者毎に保存された検索条件を利用者の操作により、削除できること。
2	79		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。
2	80		振分対象日付を選択できること。
2	81		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。
2	82		ブロック受付等で医師の患者数に応じた振り分けができること。具体的には、画面上でドラッグ&ドロップで簡単に患者を別の医師の枠に移動できること。
2	83		予約患者は予約オーダー情報と連携し、予め各診察医ごとに予約表示されること。
2	84		振分先診察枠の人数把握のため、患者の一覧表示ができること。
2	85		制限患者一覧
2	86		院外利用者に対して、当該利用者の診療に関係する患者のカルテのみ一覧表に表示できること。
2	87		上記一覧からカルテを開けること。
2	88	問診 外来業務	問診
2	89		当院の運用として、外来看護師または受付スタッフが患者に問診しカルテに記載することを予定している。そのため、職種による問診入力権限の設定など、効率的かつ正確に入力する機能の提供が望まれる。下記の機能要件を満たすこと。
2	90		テンプレート入力
2	91		外来での問診は入力漏れの防止や院内での標準化、共通化が推進できるように、テンプレート機能を利用して入力できること。
2	92		患者基本情報
2	93		患者の基本的な情報（既往歴・アレルギー・身長/体重・血液型など）の登録、修正、削除ができること。
2	94		患者の基本情報として医事より患者登録された氏名、住所、電話番号、緊急連絡先など自動的に電子カルテシステムの患者基本情報に反映できること。
2	95		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ーツールなどで利用できること。
2	96		患者の感染症情報については検査部門から連携され自動的に電子カルテの患者基本情報に反映されること。
2	97		患者の血液型情報については検査部門から連携され自動的に電子カルテの患者基本情報に反映されること。

2	98		患者の初診問診情報を表示・入力できること。
2	99		患者の既往歴、手術歴情報を表示・入力できること。
2	100		患者の薬剤アレルギー、食物アレルギー情報を表示・入力できること。
2	101		患者の障害情報（視覚や聴覚障害など）・生活情報（睡眠や排泄状態など）を表示・入力できること。
2	102		患者の身体的情報（身長・体重・BMI・感染症・血液型など）を表示・入力できること。また感染症や血液型については検査部門から連携され自動的に電子カルテの患者基本情報に反映されること。
2	103		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。また、設定値は年齢別に設定できること。
2	104		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。
2	105		患者の家族構成を表示・入力できること。
2	106		患者の家族構成情報をもとに家族構成図を自動作成できること。
2	107		新生児や小児科対応として出生時体重や身長、予防接種情報を表示・入力できること。
2	108		患者の治験情報を表示できること。
2	109		患者に旧姓がある場合、旧姓を表示できること。
2	110		患者が女性の場合、女性症状を表示、入力できること。
2	111		患者の基本的な情報を、一画面で表示し全体的に情報の把握ができること。
2	112		利用者ごとに表示する情報の位置、表示有無を設定できること。
2	113		基本情報の中から重要度の高い情報のみを絞り込んで表示できること。
2	114		患者の基本的な情報の編集履歴を参照できること。
2	115		患者の基本的な情報のうち、登録されている情報のみを抽出して参照できること。
2	116	患者呼び込み 外来業務	患者呼び込み
2	117		受付患者一覧
2	118		患者の予約、受付に関する情報を表示できること。
2	119		患者の基本情報、現在の診察状況（ステータス）、紹介情報などを表示できること。
2	120		患者の診察状況（ステータス）を把握し、効率的な誘導ができるように、「未受付、来院済、問診中、問診済、到着済、診察中、診察終了、診察一時中断、会計済」などの現在の診察状況（ステータス）を自動的に更新し、表示できること。
2	121		患者の診察状況（ステータス）を正確に把握し、患者を正確に誘導するために、診察状況（ステータス）は上項に示した自動更新以外にも手動による変更ができること。
2	122		部門システムと連携し、検体検査、放射線、生理、内視鏡検査といった各種検査結果の状態（未実施、実施済等）を自動更新し、一覧上で表示できること。また、検体検査については、至急など一部の結果が到着した場合でもステータスを自動更新でき、結果到着を確認できること。
2	123		検査予約のみの患者についても表示できること。また、「検査のみの患者を含む検索と含まない検索」、「検査のみの患者の検索」を画面上で切り替えできること。
2	124		検査予約のみの検索の場合は、検査種別（伝票別）によって絞込みできること。
2	125		受付一覧から該当の患者をクリックすることでカルテ表示ができること。
2	126		受付ブロック毎に検索条件（日付・診療科・ブロック毎の全予約枠・患者の診察ステータス）を設定し、表示内容の絞り込みができること。
2	127		利用者毎に検索条件（日付・診療科・ブロック毎の全予約枠・患者の診察ステータス）を設定し、当該利用者が受付患者一覧を開く際には、その検索条件で検索結果を表示すること。
2	128		受付一覧上の、任意の項目で一覧の並べ替えができること。
2	129		受付一覧の検索条件を利用者毎に保存できること。
2	130		受付一覧の検索条件を利用者の操作により、初期設定の検索条件に戻せること。
2	131		利用者毎に保存された受付一覧の検索条件を利用者の操作により削除できること。
2	132		診察券（患者IDカード）をカードリーダーで読み込むことで、患者のカルテ表示ができること。

2	133		患者ID番号直接入力によるカルテ表示ができること。
2	134		受付一覧の印刷ができること。
2	135		受付一覧に表示されている情報をCSV形式のファイル出力ができること。
2	136		当日の診察スケジュール（患者基本スケジュール）の印刷ができること。
2	137		診察予約、検査予約など予約の存在するオーダについては、受付一覧から予約票の印刷ができること。
2	138		患者のカルテを開くことなく、検体検査結果履歴を表示できること。
2	139		患者の状態を素早く把握するために、受付患者一覧からカルテを開かずに一画面で患者状態を把握できるポータル画面（プロフィール、病名、検査結果、レポート、カルテ記載、予約状況等）を参照できること。その場合、一覧上に表示されている患者をワンクリックで切り替えて連続参照できること。
2	140		受付患者一覧は一定時間で自動的に表示を最新化できること。また、自動最新化を画面上で任意に停止することもできること。
2	141		受付患者一覧では、クリックなどの操作をすることなく一覧上で併科受診の診療科と受診予定時刻を表示できること。
2	142		受付患者一覧では、診察状況（ステータス）ごとに色を設定し、一覧上色分けして表示できること。
2	143		予約患者一覧
2	144		患者の予約情報を表示できること。
2	145		患者の基本情報を表示できること。
2	146		期間、予約情報による検索ができること。
2	147		予約患者一覧で利用者毎の検索条件を保存できること。
2	148		予約患者一覧からカルテ表示ができること。
2	149		カードリーダー入力（患者IDカード）によるカルテ表示ができること。
2	150		患者ID番号直接入力によるカルテ表示ができること。
2	151		予約患者一覧の印刷ができること。
2	152		予約患者一覧に表示されている情報をCSV形式のファイル出力ができること。
2	153		カルテ選択患者一覧
2	154		該当利用者が当日もしくは前日にカルテを保存した患者を一覧表示できること。
2	155		カルテ選択患者一覧は、カルテ選択日時の降順でソートされて表示されること。
2	156		カルテ選択患者一覧から患者のカルテを開くことができること。
2	157		カルテ選択患者一覧から患者の検体検査結果履歴を起動できること。
2	158		カルテ選択患者一覧から経過表を起動できること。
2	159		カルテ選択患者一覧から指示一覧を起動できること。
2	160		カルテ選択患者一覧の印刷ができること。
2	161		カルテ選択患者一覧に表示されている情報をCSV形式のファイル出力ができること。
2	162		カルテ選択患者一覧の検索条件を利用者ごとに保存できること。
2	163	患者誘導 外来業務	患者誘導
2	164		外来基本スケジュール
2	165		行き先の表示順を変更できること。
2	166		オーダの実施状態を把握できること。
2	167		行き先情報を編集できること。
2	168		患者情報を印刷できること。
2	169		保険情報を印刷できること。
2	170		受付番号を印刷できること。
2	171		患者番号バーコードを印刷できること。

2	172		再印刷ができること。
2	173		患者を誘導する際、採血や採尿、検査内容によって誘導先が異なるため、検体の材料や検査部位の詳細情報が印字できること。
2	174		予約票出力
2	175		カルテ保存時に予約情報があつた場合に予約票印刷できること。
2	176		放射線、生理検査などの種別毎に予約票印刷ができること。
2	177		患者情報を印刷できること。
2	178		患者番号のバーコードを印刷できること。
2	179		予約票の日付に曜日を印字できること。
2	180		再印刷ができること。
2	181		予約票出力の詳細条件を設定することで無駄な帳票の削減ができること。
2	182		患者導線を明確にするために、検査材料、撮影部位などに応じた項目ごとのコメントを印字できること。
2	183		オーダ控え印刷
2	184		カルテ保存時に自動発行できること。
2	185		任意のタイミングで印刷できること。
2	186	実施入力（外来） 外来業務	実施入力（外来）
2	187		外来での指示の実施入力は、効率的かつ安全性を考慮して以下の機能要件を満たすこと。また、以下の行為、検査などの受付/実施については電子カルテシステム内の機能として提供すること。 ・手術 ・透析 ・リハビリ ・輸血 ・病理検査 ・放射線検査 ・生理検査 ・内視鏡検査
2	188		処置/注射実施機能
2	189		中央処置室や各診療科の処置室で患者の処置、注射の施行依頼情報を表示できること。
2	190		処置注射患者一覧でカルテを開くことなく、患者IDでの施行依頼データを絞り込みができること。
2	191		処置、注射を施行する、実施場所で絞り込んだ一覧の表示ができること。
2	192		患者の実施状況（ステータス）を把握し、効率的な実施入力ができるように、「未実施、実施済、実施中、未実施確認」などの現在の実施状況（ステータス）を実施入力を元に自動的に更新し、表示できること。
2	193		カレンダーを利用して処置実施日の選択ができること。
2	194		処置注射患者一覧でカルテを開くことなく、患者の処置、注射の施行指示に対して、実施入力ができること。
2	195		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。
2	196		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。
2	197		処置、注射指示内容にもとづいた、指示票の印刷ができること。
2	198		指示票を印刷するタイミングで指示が変更できないように設定できること。
2	199		カードリーダーを利用して患者ID読込むか、患者IDを直接入力することで、患者選択ができること。
2	200		処置注射患者一覧より、リストバンドやカードリーダーのバーコードを利用して患者IDの読み込みが行える患者認証ツールを起動できること。
2	201		一覧画面から注射患者認証画面を起動でき、患者認証および実施入力ができること。
2	202		薬剤受付
2	203		薬剤部門で処方や注射指示のオーダ受付および内容確認を行う機能を電子カルテシステムにて提供すること。
2	204		オーダ受付処理時に会計送信できる仕組みを有すること。

2	205		調剤システムと連携する場合は、オーダー受付処理時に調剤システムへのオーダー情報送信できる仕組みを有すること。
2	206		以下の検索条件で指定されたオーダーの依頼数、受付数、印刷数を一覧表示できること。 ・期間・診療科別 ・伝票別 ・伝票状態（未受付・受付済・実施済・変更済・印刷済など）
2	207		院外処方箋、院内処方箋などの伝票単位にオーダー依頼数、受付数、印刷数などを表示できること。
2	208		診療科別にオーダー依頼数、受付数、印刷数などを表示できること。
2	209		検索結果の一覧からオーダーの詳細を表示・確認できること。
2	210		患者IDまたはオーダー番号、部門番号を指定してのオーダー検索ができ、一覧表示ができること。
2	211		伝票一覧や伝票総合計などの印刷ができること。
2	212		処方・注射伝票の受付処理は診療科単位、オーダーの伝票単位に行えること。
2	213		受付を行ったタイミングで処方箋・注射箋の印刷ができること。
2	214		一度受付したオーダーの受付取消ができること。
2	215		患者認証用注射ラベルの印刷ができること。
2	216		各部門業務単位に受付データの表示順を設定できること。
2	217		検体検査受付/ラベル発行
2	218		検体検査オーダーの受付や検体ラベル印刷の機能を電子カルテシステムにて提供すること。
2	219		検体ラベルの印刷タイミングで検体検査の会計情報を送信できる仕組みを有すること。
2	220		以下の検索条件で指定されたオーダーの依頼数、受付数、印刷数を一覧表示できること。 ・期間・診療科別 ・伝票別 ・伝票状態（未受付・受付済・実施済・変更済・印刷済など）
2	221		検体検査、細菌検査、輸血検査など伝票単位にオーダー依頼数、受付数、印刷数などを表示できること。
2	222		診療科別にオーダー依頼数、受付数、印刷数などを表示できること。
2	223		検索結果の一覧からオーダーの詳細を表示・確認できること。
2	224		患者IDまたはオーダー番号を指定してのオーダー検索ができ、一覧表示ができること。
2	225		伝票一覧や伝票総合計などの印刷ができること。
2	226		検査伝票の受付処理は診療科単位、オーダーの伝票単位にできること。
2	227		感染症のある患者については識別できるようにマークを印字できること。
2	228		患者到着（受付）のタイミングで検体ラベルの印刷ができること。
2	229		一度受け付けたオーダーの受付取消ができること。
2	230		オーダー毎に区切りを設けてラベル出力ができること。
2	231		ラベルの即時出力有無の設定が、採血場所毎、オーダー種別毎、端末毎にできること。
2	232		輸血検査、細菌検査、病理検査の各ラベルの出力ができること。
2	233		自科採血時など、診療科毎に検体ラベルの一括出力ができること
2	234		出力済みのラベル一覧を表示できること。
2	235		出力済みのラベル一覧からラベル印刷ができること。
2	236	予約センター業務 外来業務	予約センター業務
2	237		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	238		カードリーダー入力（患者IDカード）によって該当患者を確定できること。
2	239		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。
2	240		カナ氏名での検索により該当患者を検索し、確定できること。

2	241		再診予約の新規取得、日時変更、削除ができること。
2	242		既に取得済みの検査予約（CT、MRIなど）の予約日時の変更ができること。
2	243		該当の予約オーダの詳細内容を確認できること。
2	244		検査予約の予約日時の変更時に、間違っ検査指示内容の変更を行えないようにできること。
2	245		選択した予約の予約票を印刷できること。
2	246	救急機能 外来業務	救急機能
2	247		救急患者受付
2	248		救急患者来院時に、診察の順番を決めるためのトリアージを行った際、トリアージの区分を登録できること。また、トリアージにより区分の色を変更できること。
2	249		救急受付した患者を一般の外来患者一覧とは別の一覧として表示できること。
2	250		患者の基本情報、現在の診察ステータス、来院方法などを表示できること。
2	251		救急患者受付患者一覧に患者プロフィール情報として、障害情報（聴覚・視覚・運動・言語）、介護区分を含めて10個以上表示できること。
2	252		救急患者来院時の来院方法を登録できること。
2	253		患者の診察状況（ステータス）を把握し、効率的な誘導ができるように、「未受付、来院済、問診中、問診済、到着済、診察中、再診察待ち、診察終了、会計済」などの現在の診察ステータスを自動的に更新し、表示できること。
2	254		患者の診察ステータスを正確に把握し、患者を正確に誘導するために、診察ステータスは上項に示した自動更新以外にも手動による変更ができること。
2	255		部門システムと連携し、各種検査結果の状態を自動更新し、一覧上で表示できること。また、検体検査については、一部の結果が到着した場合でもステータスが自動更新され、結果到着が確認できること。
2	256		救急患者一覧において検索条件として、日付、診察ステータス、初再診区分、来院方法、救急車番号、転記区分を指定して表示内容の絞り込みができること。
2	257		前日の救急患者を即座に表示できること。
2	258		救急患者一覧上の任意の項目で、一覧の表示順を変更できること。
2	259		救急患者一覧の検索条件を利用者毎に保存できること。
2	260		救急患者一覧の検索条件を利用者の操作により、初期設定の検索条件に戻せること。
2	261		利用者毎に保存された救急患者一覧の検索条件を利用者の操作により、削除できること。
2	262		カードリーダー入力（患者IDカード）によるカルテ表示ができること。
2	263		一覧からの患者のカルテを開くことができること。
2	264		患者ID番号を直接入力することによりカルテの表示ができること。
2	265		救急患者一覧の表示内容を印刷できること。
2	266		救急患者一覧においては、マスタの設定によって印刷内容の変更ができること。
2	267		救急患者一覧の表示内容をCSV形式のファイルに出力できること。
2	268		救急患者一覧からレコードを直接右クリックして表示されるメニューより患者の当日の予定が記載された案内票（基本スケジュール票）を印刷できること。
2	269		救急患者一覧からレコードを直接右クリックして表示されるメニューより救急患者受付時に入力した内容が記載された救急受付票を印刷できること。
2	270		患者カルテを表示せずに、一覧からレコードを直接右クリックして表示されるメニューより対象の患者の検査歴の一覧を表示できること。
2	271		患者の状態を素早く把握するために、救急患者一覧からカルテを開かずに一画面で患者状態を把握できるポータル画面（プロフィール、病名、検査結果、レポート、カルテ記載、予約状況等）を参照できること。その場合、一覧上に表示されている患者をワンクリックで切り替えて連続参照できること。
2	272		救急患者一覧に患者プロフィール情報を表示できること。
2	273		救急受付時に初再診区分、救急車番号、紹介元を入力できること。
2	274		救急カルテ機能
2	275		救急の診療記録を事後で入力できること。

2	276		救急患者一覧から患者を選択すると、自動的に救急専用の記録シート（カルテ）をカルテ基本画面に表示し、一般カルテと同様に記載ができること。
2	277		救急カルテも他の診療録、オーダと同様に指示歴に表示できること。
2	278		カルテ歴から救急カルテを絞り込んで検索および表示ができること。
3	1	入院業務	入院業務
3	2	(業務概要) 入院業務	入院業務は、患者の入院から退院までの導線を十分に考慮して、効率的かつ安全性の高い機能であること。下記業務毎の機能要件を満たすこと。
3	3		入院については医師による申し込み、入院決定、入床の各段階について管理できること。
3	4		退院については医師による申し込み、退院日決定、離院の各段階について管理できること。
3	5		入院決定操作を行ったタイミングで給食部門システムとのオーダ情報連携を行えること。
3	6		入院決定操作中の患者に対して、他の利用者が他の端末で同患者の診療記録やオーダ発行などの操作ができること。
3	7	入院日決定 入院業務	入院日決定
3	8		入院予定一覧/入院決定（ベッドコントロール）
3	9		病棟毎に転入・転出オーダ（入院申込、転棟申込、退院許可）を受付け、決定の入力ができる入院予定一覧/入院決定画面（ベッドコントロール）を備えていること。
3	10		転入・転出のオーダと即時に連携し、オーダ情報の閲覧及び決定処理ができること。
3	11		転入・転出オーダ毎に対象を一覧表示すること。一覧では未決定、決定済を色分けして表示できること。
3	12		転入・転出のオーダの情報の概要が一覧表示できること。一覧をクリックすることで詳細情報を表示できること。
3	13		転入・転出オーダについて期間、病棟、診療科、主担当医、担当医、申込者及び申し込み/決定による絞り込みが出来ること。
3	14		検索期間として許す日数の上限値はシステム設定できること。
3	15		上記の検索条件を利用者毎に保存し、次回検索時の初期検索条件とできること。
3	16		転入・転出オーダの一覧からオーダ画面を表示し、権限に応じてオーダ内容の変更ができること。
3	17		転入・転出オーダの一覧から未決定のオーダについて、転入・転出の決定操作ができること。
3	18		決定済の転入・転出オーダの取り消しができること。
3	19		ベッドコントロール画面から直接患者カルテを表示できること。
3	20		ベッドコントロール画面からカルテを開くことなく、直接移動情報、食事情報の専用オーダツールを表示できること。
3	21		ベッドコントロールの表示内容を印刷できること。また、条件検索した結果や任意で選択した患者を印刷できること。
3	22		入院決定時に濃厚流動食入力を5種以上入力できること。
3	23		入院決定時に入院申し込みで入力された食事情報の変更・入力ができること。
3	24		入院日決定の連絡患者一覧
3	25		入院日が決定した患者を一覧で表示できること。
3	26		入院予約患者の入院日の決定状況を把握し、患者への入院日の決定連絡済み、未連絡の状況を管理できること。
3	27		入院予定日、病棟、診療科、及び連絡状況での検索ができること。
3	28		入院日決定の連絡を行った相手や状況を入力し、管理できること。
3	29		入院日決定の連絡を行ったが、連絡が取れなかった状況も入力し、管理できること。
3	30	入院登録 入院業務	入院登録
3	31		入院決定済の患者が入床したタイミングで入院登録の実施入力ができること。その際に病棟のベット配置がイメージしやすいようにベットの空き状況や既に入院している患者のベット位置を病棟のイメージ図（見取り図）で病棟マップとして表現すること。また、実施入力された情報は医事システムへ自動的に送信されること。

3	32		病棟イメージ図（見取り図）上に未実施の転入・転出オーダーの一覧を表示できること。
3	33		病棟イメージ図（見取り図）は日付を変更することで、その時点での情報を取込み、ベッドの空き状態などを確認できること。
3	34		病棟イメージ図（見取り図）上でベッド移動のシミュレートができること。シュミレーションした結果をベッド移動の決定/実施にできること。
3	35		病棟イメージ図（見取り図）よりカルテを開くことなく、該当患者の転入・転出オーダー、食事オーダーの指示ができること。
3	36		病棟イメージ図（見取り図）の情報の自動更新ができること。 自動更新までの時間はシステム設でき、自動更新を行わない設定もできること。
3	37		病棟イメージ図（見取り図）上で入院患者の情報（ID番号、氏名、年齢、入院日、診療科、主治医、担当看護師、パス、救護区分など）を確認できること。
3	38		病棟イメージ図（見取り図）上から、患者のベッドネーム、リストバンドの印刷ができること。
3	39		感染症患者の確認ができること。感染症患者は視認性向上のためベッドマップ上背景色の変更が自動的にできること。
3	40		病棟毎に稼働率が確認できること。
3	41		患者に対して医師、看護師向けの伝達情報がある場合、病棟イメージ図上で通知できること。
3	42		患者に対して指示の変更や緊急の指示が会った場合、病棟イメージ図上で通知できること。
3	43	入院診療計画書 入院業務	入院診療計画書
3	44		入院診療計画書は通常と急性期向けのフォーマットが選択できること。
3	45		入院診療計画書に記載する症状や看護やリハビリテーションの計画はマスタで設定された項目から選べること。また、フリー入力にも対応すること。
3	46		入院診療計画書は複数の職種によって作成されるため、各職種の記載状況を入力できること。
3	47		入院予約オーダー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。
3	48		作成一覧で、未作成/作成中/作成済/患者へ未提供/印刷済/提供済といった状態の管理ができること。
3	49		患者にサインをもらった入院診療計画書をスキャナー取込みした場合に、作成一覧で、提供済（取込）といった状態の管理ができること。
3	50		入院診療計画書の作成一覧は患者ID指定で検索ができること。
3	51		入院診療計画書の作成一覧に各職種の入院診療計画書の記載状況が表示され、記載状況を管理できること。
3	52		入院診療計画書の作成一覧から入院診療計画書の仮印刷ができること。
3	53	急性期向け入院診療計画書 入院業務	急性期向け入院診療計画書
3	54		電子カルテシステムより入院診療計画書を作成し、印刷できること。また、急性期の入院診療計画書に対応していること。
3	55		入院診療計画書は複数の職種によって作成されるため、各職種の記載状況を入力できること。
3	56		入院予約オーダー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。
3	57		入院日が決定したら、作成一覧の入院日が自動更新されること。
3	58		作成一覧で、未作成/作成中/作成済/患者へ未提供/印刷済/提供済といった状態の管理ができること。
3	59		患者にサインをもらった入院診療計画書をスキャナー取込みした場合に、作成一覧で、提供済（取込）といった状態の管理ができること。
3	60		作成一覧から、当該患者の入院診療計画書の作成および修正、印刷ができること。
3	61		入院診療計画書の作成一覧は、期間、病棟、診療科、入院予定/入院済の条件指定で検索できること。
3	62		入退院診療計画書作成時にフリーコメント入力ができること。
3	63		パス登録中の患者についてはその患者の診療内容を反映した患者パスシートを入院診療計画書として連携できること。

3	64		入院診療計画書の作成一覧に各職種の入院診療計画書の記載状況が表示され、記載状況を管理できること。
3	65		入院診療計画書の作成一覧から入院診療計画書の仮印刷ができること。
3	66	即入院オーダー 入院業務	即入院オーダー
3	67		救急患者や診察中に即時に入院の必要性が生じた患者に対応できるよう、予約入院オーダーとは別に即時に入院オーダー発行ができること。
3	68		即入院オーダーについて入床実施状態にするか入院決定状態に留めるかをシステムで設定できること。
3	69		電子カルテに、指示者、オーダー発行日、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。
3	70		オーダー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	71		オーダー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。
3	72		即入院オーダーを入床実施状態にしている場合、その情報が即時に医事会計システムに送信されること。
3	73		即入院オーダーを発行した場合は、その情報がタイムリーに栄養管理システムへ送信されること。
3	74		即入院オーダーを入床実施状態にしている場合、その情報が実施記録として電子カルテに即時に記録されること。
3	75		入力項目は、入院時に必要な情報を入力できること。任意の項目の入力（移動日時、診療科、病棟、食事情報を除く）については省略可能な設定ができること。
3	76		入院に必要な担当情報、食事情報の指定ができること。
3	77		必要な場合に、入院病名、入院目的を登録できること。また、新たに病名を登録する場合は、入院オーダーの画面から病名登録ができること。
3	78		入院オーダーの入力漏れを防止するために、入院目的毎（手術、検査、治療）にイベントの入力チェックができること。
3	79		即入院オーダー発行後は入院中の診療指示が入力できること。また、入院オーダー発行前でも入院中の診療指示（検査や処置や手術など）を入院予定病棟で発行できること。
3	80		入院オーダーの発行時に入院診療計画書を自動で発行できること。
3	81	病棟での患者選択 入院業務	病棟での患者選択
3	82		病棟見取図
3	83		病棟のイメージを見取り図（病棟見取り図）で表現し、どの病室にどの患者が入院しているか一目で把握できること。また、入院登録や転入実施された患者は自動的に病棟見取り図に表示されること、退院や転棟の場合は自動的に非表示になること。また、病棟毎で配置が違うため、その病棟に合わせた見取り図を表現できること。
3	84		病棟見取り図には、当該病棟の患者に指示された各種移動オーダー（入院・退院・転棟・転室）の予定を一覧にて表示できること。
3	85		病棟見取り図の日付と時刻を変更することで過去・未来の病棟の状況を確認できること。その場合、過去の入院状況や未来のベット使用状況が病床管理やオーダー、実施情報を取り込んで正確に表示できること。
3	86		病棟見取り図から患者のカルテを開けること。
3	87		病棟マップから患者を選択し、ワークシート、経過表、患者スケジュール、インチャージシート、看護必要度の各機能が呼び出せること。
3	88		病棟マップから複数の患者を選択し選択した患者を対象とした、ワークシート、経過表、患者スケジュール、インチャージシート、看護必要度、状態一括登録、経過表一括入力などの各機能を呼び出せること。
3	89		自分の所属するチームや受け持ち患者についてはワンクリックで複数患者を選択できること。
3	90		カードリーダー入力（患者IDカード）によって患者のカルテを表示できること。
3	91		患者ID番号直接入力によるカルテ表示ができること。
3	92		病棟見取り図情報の自動更新ができること。なお、更新タイミングについては任意に設定できること。
3	93		病棟見取り図上でカルテを開かなくても入院患者の情報（ID・生年月日・性別・診療科・主治医・担当医・担当看護師・パス・在院日数・救護区分）を確認できること。

3	94	病棟見取り図から病室名を選択することにより、その病室の患者の詳細情報（年齢、性別、診療科、主治医・担当医・担当看護師、チーム、入院時病名・術式）を表示できること。また、あわせて患者情報として障害情報や介護区分、重症区分、看護度、救護区分、面会区分の情報も運用にあわせて表示できること。
3	95	感染症患者の確認ができること。
3	96	病棟見取り図に病棟毎の稼働率を表示できること。
3	97	患者に対して医師、看護師向けの伝達情報がある場合、病棟イメージ図上で通知できること。
3	98	病棟見取り図から患者の所在を検索できること。
3	99	病棟見取り図から空床の検索ができること。
3	100	VIP患者など、患者情報のアクセス制限を設けている患者は、病棟見取り図上でも、表示させる情報を制限できること。アクセスが許可されている利用者の場合は、制限はかからず情報を参照できること。
3	101	患者プロフィールに登録された障害情報や介護区分を病棟見取り図の病床にアイコン表示させ、患者の情報を識別できること。また、表示できるアイコンについては、病棟毎に任意に設定できること。
3	102	混合病棟の場合、ケアの内容等が異なるために患者の入院診療科が一目で把握できるよう病棟見取り図の病床にアイコン表示できること。また、表示できるアイコンについては、病棟毎に任意に設定できること。
3	103	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。
3	104	異なる病棟間でも、ドラッグ操作で簡単に患者の入れ替え（転棟転床）が行えること。
3	105	入院調整などを行う際に、ベッドキープの目的や理由が病棟見取り図上で把握できるよう、ベッドキープの理由を病床欄に表示できること。
3	106	病棟見取り図上、ベッドキープされている病床は識別できるよう、キープ目的に応じた背景色で表示されること。
3	107	災害時に備え、患者の把握と、補助の有無を確認できるよう、病棟見取り図と患者状態（救護区分、重症区分、看護度といった情報）を病棟見取り図の画面から印刷できること。また、印刷部数は任意に変更できること。
3	108	緊急に出された指示や指示に変更があった場合、病棟見取り図上の患者に対して自動的にアイコンを表示して通知できること。また、アイコンをクリックすることで変更指示の詳細を表示し、指示受け/指示確認ができること。
3	109	患者氏名をダブルクリックすることで、該当患者のカルテを表示できること。
3	110	カードリーダーに患者IDカードを読み込ませることで該当患者のカルテを表示できること。
3	111	患者ID番号を直接入力し、該当患者のカルテを表示できること。
3	112	ベッドをキープできること。
3	113	ベッドキープは患者指定ありでも患者指定なしでもできること。
3	114	患者の状態を素早く把握するために、病棟見取り図からカルテを開かず一画面で患者状態を把握できるポータル画面（プロフィール、病名、検査結果、レポート、カルテ記載、予約状況等）を参照できること。その場合、一覧上に表示されている患者をワンクリックで切り替えて連続参照できること。
3	115	病棟内のパス適用中の患者が一目で確認できること。
3	116	病棟患者一覧
3	117	病棟見取り図とは別に病棟の入院患者を一覧形式で表示できる画面を有すること。また、その一覧については項目ごとにソートができること。
3	118	病棟患者一覧では、患者の基本情報や入院情報（診療科、在院日数、主治医など）を表示できること。
3	119	病棟患者一覧では病棟、日付、診療科、主治医、主看護師の検索条件で患者検索し、表示できること。
3	120	病棟患者一覧の検索条件は利用者毎に初期値として保存ができること。
3	121	病棟患者一覧から選択した患者のカルテを開けること。
3	122	病棟患者一覧の画面からカードリーダー入力（患者IDカード）によって患者のカルテ表示ができること。
3	123	病棟患者一覧の画面から患者ID番号直接入力によるカルテ表示ができること。

3	124		病棟患者一覧の印刷ができること。
3	125		病棟患者一覧をファイル出力ができること。
3	126		病棟患者一覧情報の自動更新ができること。なお、更新タイミングについてはマスタ設定で任意に変更できること。
3	127		病棟患者一覧から患者の経過表を直接開けること。その場合、複数患者を選択し、該当する患者の経過表を開くことができ、入力できること。
3	128		患者の状態を素早く把握するために、病棟患者一覧からカルテを開かずに一画面で患者状態を把握できるポータル画面（プロフィール、病名、検査結果、レポート、カルテ記載、予約状況等）を参照できること。その場合、一覧上に表示されている患者をワンクリックで切り替えて連続参照できること。
3	129		担当患者一覧
3	130		医師が担当している患者を一覧表示できること。
3	131		担当している患者の基本情報や、担当医が患者に対して登録したコメントなどを表示できること。また、入院時の主治医や担当医の登録機能だけでなく、担当医が任意で担当患者として登録し、該当する担当患者を検索表示できること。
3	132		担当患者一覧で日付、利用者情報による検索表示ができること。
3	133		担当患者一覧の各種検索条件を利用者毎に設定、保存できること。
3	134		担当患者一覧からカルテを開けること。
3	135		担当患者一覧画面からカードリーダー入力（患者IDカード）によってカルテ表示ができること。
3	136		担当患者一覧画面から患者ID番号直接入力によるカルテ表示ができること。
3	137		担当患者一覧の印刷ができること。
3	138		担当患者一覧をファイル出力できること。
3	139		担当患者一覧情報の自動更新ができること。また、更新タイミングについてはマスタ設定で任意に設定できること。
3	140		患者の状態を素早く把握するために、担当患者一覧からカルテを開かずに一画面で患者状態を把握できるポータル画面（プロフィール、病名、検査結果、レポート、カルテ記載、予約状況等）を参照できること。その場合、一覧上に表示されている患者をワンクリックで切り替えて連続参照できること。
3	141		実施入力（入院）
3	142	実施入力（入院） 入院業務	患者スケジュール管理
3	143		医師からの指示や、看護ケア指示など患者に対する指示は、横軸を時間、縦軸を患者ごとのカレンダー形式で表示できること。
3	144		患者スケジュールは日勤・準夜・深夜ごとに時間帯を切替えられること。
3	145		時間指定のあるオーダは横軸の時間に合わせて表示されるが、時間指定のないオーダはまとめて表示されること。
3	146		患者スケジュールは横軸を診療行為別（処方・注射・検査など）にした表示にも対応できること。
3	147		医師からの指示や、看護ケア指示など患者に対する指示は「未実施」、「確認済」、「実施済」、「外来での指示」、「緊急度の高い指示」が識別できるように色で区別し表示できること。
3	148		指示受けや指示確認、実施入力がなされた場合には「確認済」や「実施済」の色は自動で変更されること。
3	149		注射オーダの実施は開始時間と終了時間の「2回の実施入力」の運用に対応できること。また、終了時間を入力する際にIN量を入力することで、経過表へ自動転記できること。なお、実施入力をした際に、実施した日時、実施者といった情報は自動的に反映されること。
3	150		ワンショットのような注射オーダの実施は「1回の実施入力」に対応すること。その際、実施入力のタイミングでIN量を入力することで、経過表へ自動転記できること。なお、実施入力をした際に、実施した日時、実施者がといった情報は自動的に反映されること。
3	151		水分量や尿量測定を観察指示を実施入力するタイミングで、IN量やOUT量を入力できること。転記や2重入力がないよう、それらの情報は経過表にリアルタイムで反映されること。また、実施入力をした際に、実施した日時、実施者といった情報は自動的に反映されること。
3	152		患者スケジュールで実施入力した情報は、電子カルテや経過表に実施記録として自動転記されること。

3	153		与薬、採血、看護指示などに対し実施入力を行った際には、看護師が医療行為を実施したことを記録として残せること。また、実施入力をした際に、実施した日時、実施者が自動的に記載されること。
3	154		実施入力時に現在の実施日時や予定の実施日時が自動展開されること。
3	155		実施日時は、業務上、遅れて記載されることを考慮し、実際に実施入力を行った時刻の指定ができること。その際、実施時間と記載時間の両方を管理できること。
3	156		注射・処置オーダーの実施入力は、医事会計と連動し、実施入力によって会計送信できること。注射オーダーについて、「1回実施」の運用では即時に会計送信、「2回実施」の運用では開始1回目の実施で会計送信されること。
3	157		処置オーダーの実施入力では、薬剤や使用器材の変更、追加、数量などの変更を実施入力時にできること。
3	158		受持ちやチーム単位で複数患者の実施入力が一画面でまとめてできること。
3	159		継続指示（発熱や疼痛時の指示など）の内容を確認できること。また、実施入力ができること。
3	160		各勤務帯の受持ち看護師への連絡などに使用することを想定して、オーダーごとに実施時のコメント入力や当該日付で伝えたいコメントの入力、患者に対してのコメントの登録ができること。
3	161		転棟の受入実施
3	162		転入/転出オーダーを自動的に取り込み、オーダーされた情報の閲覧ができ、転入、転出の決定処理ができる機能を有するベッドコントロールの画面を有すること。
3	163		患者の転入（入院・転棟）に関する情報の表示ができること。
3	164		患者の転出（退院・転棟）に関する情報の表示ができること。
3	165		転入/転出の期間、病棟、診療科による検索ができること。
3	166		検索条件を利用者毎に保存でき、初期検索条件として利用できること。
3	167		転入/転出の指示の決定ができること。
3	168		転入/転出の指示の変更ができること。
3	169		入力間違いやあらゆる事象により既に転棟決定処理した患者の転棟決定を修正できること。
3	170		決定済の転入/転出を取り消しできること。
3	171		ベッドコントロールの画面から選択した直接カルテを開けること。
3	172		ベッドコントロールの画面からカルテを開くことなく、転入/転出指示の詳細内容が参照できること。
3	173		ベッドコントロールの画面からカルテを開くことなく、食事の指示の詳細内容が参照できること。
3	174		ベッドコントロールの表示内容を印刷できること。また、条件検索した結果や任意で選択した患者を対象に印刷できること。
3	175		薬剤受付
3	176		電子カルテシステム機能として、処方オーダー情報や注射オーダー情報の受付操作ができること。同時に、受付情報（当該オーダー情報）を薬剤部門システムへ送信できること。
3	177		薬剤受付一覧では、以下の検索条件が指定できること。 ・期間 ・入外区分（入院・外来） ・診療科 ・病棟 ・伝票種別 ・伝票状態（未受付・受付済・実施済・変更済・印刷済など）
3	178		上記検索条件を利用者単位に保存できること。
3	179		上記検索条件を端末設定として保存できること。
3	180		伝票単位（院外処方箋、院内処方箋、定期処方箋、臨時処方箋など）にオーダー数、受付数、印刷数などを表示できること。
3	181		診療科別、病棟別にオーダー依頼数、受付数、印刷数などを表示できること。
3	182		検索結果の一覧からオーダー内容詳細画面が表示できること。また、当画面から受付操作ができること。
3	183		オーダー内容詳細画面にて、必要に応じて予め設定した帳票（処方箋控え、注射箋控えなど）が印刷できること。

3	184	患者に感染症情報がある場合、感染症レベルにより一覧の表示色を変更できること。
3	185	患者IDを指定してオーダー検索、一覧表示できること。
3	186	オーダー番号を指定してオーダー検索、一覧表示できること。
3	187	部門番号を指定してオーダー検索、一覧表示できること。
3	188	伝票一覧や伝票総合計などの印刷ができること。
3	189	処方・注射伝票の受付処理を、診療科単位や病棟単位、伝票単位、オーダー単位でできること。
3	190	受付のタイミングで、予め設定した帳票（処方箋控え、注射箋控えなど）の印刷ができること。なお、印刷する・しないの設定はマスタにて設定できること。
3	191	一度受付操作した受付情報（依頼情報）の取消操作ができること。かつ、取消情報（当該依頼情報）を薬剤部門システムへ送信することができること。
3	192	注射の実施入力ができること。
3	193	電子カルテシステム機能として、「注射認証用ラベル」の印刷ができること。
3	194	検体検査受付/ラベル発行
3	195	検体検査の受付や検体ラベル印刷の機能を電子カルテシステムにて提供すること。
3	196	以下の検索条件で指定されたオーダーの依頼数、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）
3	197	検体検査、細菌検査、輸血検査など伝票単位でオーダー依頼数、受付数、印刷数などが表示できること。
3	198	診療科別、病棟別にオーダー依頼数、受付数、印刷数などを表示できること。
3	199	検索結果の一覧からオーダーの詳細を表示・確認できること。
3	200	患者IDまたはオーダー番号の指定によるオーダーの検索、一覧表示できること。
3	201	伝票一覧や伝票総合計などの印刷ができること。
3	202	検査伝票の受付処理は診療科単位や病棟単位、オーダーの伝票単位にできること。
3	203	感染症のある患者については識別できるように感染マークを印字できること。
3	204	受付のタイミングで検体ラベルの印刷ができること。
3	205	一度受付したオーダーの取消しができること。
3	206	オーダー毎に区切りを設けてラベル出力ができること。
3	207	ラベルの即時出力有無の設定が、採血場所毎、オーダー種別毎、端末毎にできること。
3	208	輸血検査、細菌検査、病理検査の各ラベルの出力ができること。
3	209	検査伝票情報の検索・一覧表示ができ、検査伝票一覧から選択したラベルの印刷ができること。
3	210	病棟ラベルの即時印刷ができること。
3	211	病棟毎に一括ラベルを出力できること。
3	212	出力済みラベル一覧を出力できること。
3	213	未実施の確認（未実施一覧）
3	214	実施入力漏れを防止するために入院患者の日々の実施（請求）入力の漏れがないかチェックできること。
3	215	実施入力漏れのオーダーを患者毎、病棟毎、診療科毎に抽出して表示できること。
3	216	未実施の確認（未実施一覧）では期間、診療科、病棟、患者ID、実施区分による検索表示ができること。
3	217	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。
3	218	未実施の確認（未実施一覧）をファイル出力できること。
3	219	一覧から選択したオーダーに対する実施ツールを起動できること。
3	220	一覧から選択した患者のカルテを起動できること。
3	221	入院期間中に発行されたオーダーの実施状態を退院後も確認できること。

3	222		実施機能（その他）
3	223		以下の検査や手術、リハビリなどの受付/実施機能を提供すること。各業務の機能詳細については、別シート「部門システム」を参照し回答すること。
4	1	(業務概要) 退院業務	退院業務
4	2		患者の退院許可から退院実施、医師の退院サマリーなど退院に関する業務を支援する下記の機能を提供すること。
4	3	退院指示 退院業務	退院指示
4	4		退院許可
4	5		退院時情報及びベッドコントロールに必要な情報を入力できること。
4	6		退院予定日を入力できること。
4	7		退院時の転記を転記区分から選択入力できること。
4	8		合わせて退院経路を選択入力できること。
4	9		退院後の診療指示を事前に入力ができること。
4	10		退院許可の指示する際に同画面から栄養評価の入力ができること。
4	11		退院許可を指示する際に、退院日以降のオーダーを一括削除できる画面を起動できること。
4	12		退院許可の転記理由が死亡退院の場合、オーダー一括削除を実行する画面が自動で起動されること。
4	13		退院許可を指示する際に未評価のパスが存在する場合は確認画面を表示し、評価入力を促すこと。
4	14	退院日決定 退院業務	退院日決定
4	15		退院予定一覧/退院決定（ベッドコントロール）
4	16		転入/転出オーダーを自動的に取り込み、オーダーされた情報の閲覧ができ、転入、転出の決定処理ができる機能を有するベッドコントロールの画面を有すること。
4	17		患者の転入（入院・転棟）に関する情報を表示できること。
4	18		患者の転出（退院・転棟）に関する情報を表示できること。
4	19		転入/転出の期間、病棟、診療科、主担当医、担当医、オーダー申込者による検索ができること。
4	20		検索条件を利用者毎に保存でき、初期検索条件として利用できること。
4	21		転入/転出の指示の決定ができること。
4	22		転入/転出の指示の変更ができること。
4	23		決定済の転入/転出を取り消しできること。
4	24		ベッドコントロールの画面から選択した直接カルテを開けること。
4	25		ベッドコントロールの画面からカルテを開くことなく、転入/転出指示の詳細内容を参照できること。
4	26		ベッドコントロールの画面からカルテを開くことなく、食事の指示の詳細内容を参照できること。
4	27		退院予定一覧（ベッドコントロール）の表示内容の印刷ができること。また、条件検索した結果や任意で選択した患者を対象として印刷できること。
4	28		退院日を決定する画面から栄養評価の入力ができること。
4	29		退院日決定処理に伴い、配膳停止の食事区分を選択できること。
4	30		退院決定
4	31		患者容態の急変など即時に退院の必要性があった場合に即時に退院オーダー発行ができること。
4	32		退院オーダーを発行した場合は、その情報がタイムリーに栄養管理システムへ送信されること。
4	33		退院オーダーを発行した場合は、その情報が即時に医事システムへ送信されること。
4	34		退院予定日を入力できること。
4	35		退院時の転記を転記区分から選択入力できること。

4	36		合わせて退院経路を選択入力できること。
4	37		退院後の診療指示を事前に入力できること。
4	38		退院決定日以降に未実施オーダーがある場合、退院オーダー発行のタイミングでワーニング表示を行い医師の判断で修正・削除ができること。
4	39		ワーニング対象のオーダー種別はマスタで設定できること。
4	40		退院時オーダー削除/変更機能
4	41		退院予定日や退院決定日と連動して、退院日以降に入院中指示が発行されている場合はその指示を検索できること。
4	42		退院予定日および退院決定日以降に指示されたオーダーがある場合は、そのオーダーの中止（削除）ができること。また、中止（削除）した指示はカルテに履歴として残すこと。
4	43		退院予定日および退院決定日以降に指示されたオーダーがあり、そのオーダーが外来指示としても有効な場合、入院指示から外来指示へ変更できること。また、修正した指示はカルテに履歴として残すこと。
4	44		退院予定日および退院決定以降の指示の入外変更および削除は、「入外変更するオーダー」、「削除するオーダー」を予めマスタ設定し、初期値で表示すること。また、死亡退院の場合は、マスタの初期設定に関らず、削除データとすること。
4	45		検索した退院後の入院中指示は依頼した診療科の情報や「会計送信済み」や「未実施」などの指示の状態を詳細表示できること。また、指示内容（薬剤名や処置行為名、検査項目など）についても詳細に表現すること。
4	46		任意に検索日付の変更ができること。
4	47		入院中指示を一覧で表示する際に「処置系」「検査系」「薬剤」などで表示の絞り込みできること。また、全科・自科の絞り込みもできること。
4	48		退院後の入院中指示を削除、変更する際に、同じ画面から病名の転帰ができること。
4	49		退院後の入院中指示を検索した際に、継続指示の一括停止ができること。
4	50		退院後の入院中指示を検索した際に、看護指示の一括停止ができること。
4	51	退院登録 退院業務	退院登録
4	52		退院許可が登録されている患者に対して、退院決定の実施入力ができること。その際に病棟のベット配置がイメージしやすいように、ベットの空き状況や既に入院している患者のベット位置を病棟のイメージ図（見取り図）で表現すること。また、実施入力された情報は医事会計システムおよび栄養部門へ自動的に送信されること。
4	53		病棟イメージ見取り図は各種移動オーダーの情報を病棟毎に一覧表示できること。
4	54		病棟イメージ図（見取り図）は日付を変更することで、その時点での情報を取込み、ベッドの空き状況などを確認できること。
4	55		病棟イメージ見取り図の情報を自動更新できること。
4	56		病棟イメージ見取り図上で入院患者の情報（ID番号、氏名、年齢、入院日、診療科、主治医、担当看護師、バス、救護区分など）を確認できること。
4	57		感染症患者の確認ができること。感染症患者は視認性向上のため色などで表示すること。
4	58		病棟毎の稼働率を確認できること。
4	59		医師、看護師へのお知らせ情報を表示できること。
4	60	サマリー作成 退院業務	退院サマリー
4	61		1患者1入院歴に対し、1サマリーで管理できること。
4	62		外来診療中などに、過去の入院歴サマリーを容易に検索できること。
4	63		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、中間サマリー）を、サマリー作成時に自動収集し、引用活用できること。
4	64		それぞれの記入エリアに対しては自由にテキスト編集ができること。
4	65		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画面で全体像を確認できるように設計できること。
4	66		シェーマ、テンプレート、検歴、検査レポートなどは添付ファイルとして関連付けできるようにし、印刷、サマリー情報の抽出に活用できるように対応できること。
4	67		入院日、退院日、病名、手術情報等々の情報種はタグ付情報として格納し、二次活用できること。

4	68		院内共通のフォーマットに加え、各診療科毎が個別に作成した画面のレイアウトにも対応し、表示、編集ができること。
4	69		科別サマリー作成時に職種記述を補助する汎用マスタ検索画面を表示できること。
4	70		作成した退院サマリーの保存時に未入力・未選択項目の有無をチェックし、チェック結果ウィ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ーを一保存しない設定ができること。
4	71		退院サマリーは、作成（未作成・作成中・作成済）・承認（未承認・承認済）・受取（未受取・受取済）の状態管理ができ、訂正依頼・差戻しができること。
4	72		入院科が歯科の場合は、入院時診断名、退院時診断名に歯式を表示できること。
4	73		サマリー作成対象患者の一覧画面において、退院サマリー未作成患者の識別表示ができること。
4	74		サマリーに対する更新歴を確認でき、誰がいつ操作したかを確認できること。また、過去の版数のサマリー内容を参照できること。
4	75		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。
4	76		サマリーに記載した内容をファイル出力できること。
4	77	退院療養計画書 退院業務	退院療養計画書
4	78		退院療養計画書に記載する患者名や診療科、病棟は電子カルテシステムのデータと自動で連携できること。
4	79		退院療養計画書に記載する注意事項（食事や入浴、運動など）は選択肢による入力、フリー入力のいずれにも対応できること。
4	80		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。
4	81		作成一覧で、未記入/記入中/記入済/患者へ未提供/印刷済/提供済の状態が管理できること。
4	82		患者にサインをもらった退院療養計画書をスキャナー取込みした場合に、作成一覧で、提供済（取込）といった状態の管理ができること。
4	83		電子カルテシステムより退院療養計画書を作成し、印刷できること。また、急性期の退院療養計画書に対応していること。
4	84		退院許可が発行されたタイミングで、退院療養計画書の作成一覧に患者名が表示されること。
4	85		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。
4	86		作成一覧から、当該患者の退院療養計画書の作成および修正、印刷ができること。
4	87		退院療養計画書の作成一覧は、期間、病棟、診療科、退院予定を含む条件で検索できること。
4	88		退院療養計画書の作成一覧は、IDによる患者検索ができること。
4	89		退院療養計画書の作成一覧から退院療養計画書の仮印刷ができること。
5	1	(機能概要) 病棟管理	病棟管理機能
5	2		電子カルテシステムで入力された入院や退院、転棟などの情報を空床管理やベット管理にリアルタイムに取り込み、病床利用の効率化を支援する機能を提供すること。
5	3	(病棟管理)	移動予定患者一覧
5	4	移動予定患者一覧 病棟管理	入院患者に指示されている病棟移動オーダーや外泊、外出指示を病棟単位で把握しやすいように一覧にて表示できること。
5	5		移動オーダーが指示されている患者の一覧（移動予定患者一覧）では移動カレンダー等を表示する事により、移動指示に関する情報が詳細に表示できること。
5	6		移動予定患者一覧では日付や病棟別、移動オーダー別、実施状態による検索表示ができること。
5	7		移動予定患者一覧では設定した検索条件を利用者毎に保存し、初期検索条件として使用できること。
5	8		移動予定患者一覧は患者のカルテ選択の機能を有し、移動予定患者一覧から該当する患者のカルテを開けること。
5	9		移動予定患者一覧に表示されている患者の基本情報などを参照したい場合、操作性を向上するために、移動予定患者一覧から該当する患者の基本情報やアレルギー、感染症情報を参照できること。

5	10		移動予定患者一覧に表示されている患者に対するの各オーダーの指示/実施の情報を参照できること。
5	11		移動予定患者一覧を印刷できること。
5	12		移動予定患者一覧をファイル出力できること。
5	13	ベッドスケジュール管理 病棟管理	ベッドスケジュール管理
5	14		ベッドの使用状況を確認できる機能を有すること。入退院指示や実施情報をリアルタイムに取り込んでベッドスケジュールに反映させること。
5	15		ベッドスケジュール管理画面において、病棟、部屋タイプによる検索表示ができること。
5	16		感染症患者の確認ができること。
5	17		一覧上でベッド移動をシミュレーションできること。
5	18		ベッドスケジュール参照時に閲覧したい患者のカルテを開き、参照できること。
5	19		ベッドスケジュールから患者の基本情報やアレルギー、感染症などのプロフィール情報を参照できること。
5	20		ベッドスケジュールをファイル出力できること。
5	21		ベッドスケジュールは未来日を含めた時系列でベッド使用状況を参照できること。
5	22	病床管理 病棟管理	病床管理
5	23		電子カルテに病棟毎の病棟稼働状況を確認できること。
5	24		病床管理では病棟毎の稼働率、平均在院日数、入院患者数を一覧表示できること。
5	25		病床管理から各病棟のベッド使用状況を確認できること。これはベッドスケジュール管理との連動とする。
5	26		病床管理は一覧表示されたものが印刷できること。
5	27		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。
5	28		病床管理情報をCSVファイルで出力できること。
5	29	新生児管理 病棟管理	病棟マップ上に、正常新生児をリスト表示できること。また、当リスト上には、新生児室に入室中の新生児および母子同室の新生児の両方が表示され、所在により判別できること。
5	30		病棟マップ上の新生児室ボタン押下により、正常新生児一覧が表示されること。同一一覧上には、新生児カナ氏名、新生児氏名、ID、生後日数、生年月日、性別、母親氏名を表示できること。
5	31		正常新生児表示部分にマウスポインタを合わせることで詳細情報をバルーン表示できること。バルーンには、生後日数、生年月日、入床日、母親氏名、ID、氏名、カナ氏名、部屋種別、性別、在室日数を表示できること。
5	32		新生児が母子同室の場合、病棟マップ上にひよこアイコンが表示され、母子同室であることが分かること。
5	33		二人以上の新生児が母子同室状態の場合はひよこアイコン上に人数が表示され、複数人母子同室状態であることが容易に分かること。
5	34		病棟マップの母親ラベルの右クリックメニューから正常新生児入室画面を起動できること。また、病棟マップ上の「入室」ボタンからも正常新生児入室画面を起動できること。
5	35		母親ラベルから正常新生児入室画面を起動した場合、母親情報については自動登録されること。
5	36		新生児検索する場合は、設定により母親の苗字を自動設定できること。
5	37		新生児検索する場合は、生後日数により絞り込みできること。
5	38		マスタ設定により、正常新生児の食事情報を入力するかどうかを設定できること。
5	39		担当情報として、主担当医、担当医、担当看護師、副担当看護師、チームを設定できること。
5	40		母親の担当情報をボタンクリックにより容易にコピーできること。
5	41		正常新生児入室確定時に、母親と新生児双方の患者プロフィール情報を更新し、親情報と子情報が自動で登録されること。
5	42		母子同室、新生児室の部屋区分の変更ができること。
5	43		正常新生児を退室させられること。

5	44		母親の移動（転棟、転室、転床、退院）に伴い、新生児の移動を促すメッセージを表示できること。
5	45		正常新生児の人数は病棟管理日誌で自動取り込みできること。
5	46		正常新生児に対して発行されたオーダは医事システムに外来扱いで送信されること。
5	47	入退院文書一覧 病棟管理	入退院文書一覧
5	48		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。
5	49		入退院文書一覧の対象文書（テンプレート、ワード文書）はマスタ設定により登録できること。
5	50		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。
5	51		入退院文書一覧画面からカルテを開けること。
5	52		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	53		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。
5	54		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。
6	1	カルテ記載	カルテ記載
6	2	カルテ確認機能 カルテ記載	カルテ確認機能
6	3		患者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できること。
6	4		カルテの取り違いを防止するために、2人以上のカルテを同時に開いている場合には、患者毎にカルテの背景色を変えて表示できること。
6	5		患者のカルテを開き記載する前にカルテ入力条件を設定（入院/外来の切り替え・診療科の変更・保険の変更など）ができること。
6	6		外来では患者の初診、再診など来院状態が確認でき、また必要に応じてカルテ記載時に変更ができること。
6	7		外来では患者の院内での状況（診察中・検査中・会計待ちなど）をカルテを開いたり、保存するタイミングで更新し、受付患者一覧に表示するが、正確な導線を把握するため、カルテを開く際に患者の診察方法（診察外、対面診察、電話診察）の選択ができること。
6	8		利用者が患者のカルテを記載しない場合、参照モードでカルテの表示ができること。
6	9		利用者が患者のカルテにシステムダウンなどで事後入力する際、事後モードを選択しカルテ記載ができること。
6	10		患者のカルテが他の端末で使用されている場合に使用中の情報（端末名、利用者ID、利用者名、電話番号）を表示できること。
6	11		患者に救急時などに発行された仮IDで作成されたカルテが存在している場合は警告表示できること。
6	12		患者と関連づけされた患者（親族や二重登録された患者など）がいる場合は警告表示できること。
6	13		患者制限機能にてVIP設定されている場合はパスワード入力が促されること。
6	14		患者が亡くなっている場合、それを警告するメッセージを表示すること。
6	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。
6	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。
6	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。
6	18		患者基本情報（住所、氏名、年齢、身長、体重、紹介元、保険情報など）を表示できること。
6	19		患者の写真を取り込み、表示できること。
6	20		アレルギー情報（食物・薬剤）・感染症・障害情報・妊娠・治療・インプラント・透析・造影剤禁忌・適用中薬やレジメン・介入中チームなどの重要情報はアイコン表示し、常にカルテに表示すること。
6	21		上記のアイコンにカーソルを合わせることで関連するプロフィール情報をポップアップ表示できること。また、アイコンをクリックすることで関連するツールを起動できること。

6	22		電子カルテのツールを起動した場合にも、上記の患者情報が常に表示されていること。
6	23		患者プロフィールと連携させる患者の写真データを登録できること。
6	24		患者プロフィールに登録した患者の写真データが、患者バー上の「患者識別アイコン」にサムネイル形式で反映されること。
6	25		患者の写真データ一覧を専用の画像ビューアで表示できること。
6	26		患者プロフィールにはマスタ更新により項目を追加できること。
6	27	カルテ1号紙 カルテ記載	カルテ1号紙
6	28		電子カルテシステムに患者基本情報を表示できること。この基本情報はカルテ記載時に常に画面に表示されていること。また、以下の1～7の項目について情報表示できること。
6	29		1. 患者の受診歴が表示できること。
6	30		2. 患者の入退院歴が表示できること。
6	31		3. 患者の薬物・食物・造影剤アレルギー情報を表示できること。
6	32		4. 患者の感染症に関する情報を表示できること。
6	33		5. 患者の家族など、関連する患者情報を表示できること。
6	34		6. 複数のカルテが存在している場合は注意を促す表示ができること。
6	35		7. 紹介患者の場合は紹介元情報が表示されること。
6	36		上記5と6に関連するカルテを開く際には、当該患者のカルテを閉じることなく表示できること。
6	37		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。
6	38		患者にアレルギー情報などの注意事項があった場合、それらを警告するアイコンを表示すること。
6	39		紙カルテのカルテ1号紙に該当する情報を1画面に集約して表示できること。
6	40		患者の保険情報（保険者番号、受給者番号）が参照できること。
6	41		患者の病歴情報が参照できること。
6	42		患者の労災情報（傷病名、労務不能期間など）が参照できること。
6	43		労災にかかわる通信欄を記載できること。
6	44		画面上から備考情報を記載できること。
6	45	カルテ2号紙 カルテ記載	カルテ2号紙
6	46		SOAP表記によるカルテ入力・表示ができること。
6	47		記載日、記載者（職種、氏名）、診療科、病棟、保険、版数を表示できること。
6	48		2号紙に記載したカルテの内容で修正したい情報は容易に修正できること。
6	49		2号紙に記載した検査、処置、注射の指示については同一オーダ内容で複数日のコピーができること。
6	50		2号紙に記載した検査や処方オーダを項目単位で削除できること。また、削除項目にオーダとして不整合がある場合は、チェックをかけられること。
6	51		2号紙に登録されたシェーマは任意の倍率で拡大表示できること。
6	52		過去に記載したカルテ内容をコピー&ペーストの操作により、記載中のカルテに利用できること。
6	53		カルテ入力した記載内容の印刷ができること。
6	54		カルテはXML形式で保存できること。
6	55		XML形式で保存されたカルテ内容は容易にテキストデータに変換でき、カルテ記載時にコピー&ペーストができること。
6	56		過去の2号紙に登録されている記載内容、各種オーダ、シェーマ、テンプレート、WORD文書などを、今回の記載に一括コピーできること。
6	57		カルテ入力した記載内容は文字単位で修飾できること。

6	58		院内でカルテ入力する記載内容の書式統一を行えるように、【重要】・【注意】等の共通した文字修飾の書式については、フォントパターン（サイズ、カラー、ボールド、イタリック）を設定し、ワンクリックで該当のフォントを設定できること。
6	59		カルテ記載内容に付箋の貼付ができること。また、付箋には複数パターンを用意し、それぞれの付箋種別ごとに検索ができること。
6	60		定型の付箋が設定できる機能を有すること。
6	61		カルテ記載欄にはSOAP記載ができ、SOAP以外の情報も入力できること。
6	62		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。
6	63		カルテ2号紙上でのワープロ入力操作時（文字変換操作時）に、ワープロ入力を支援するIMEに連動して、利用者が過去にカルテに保存した文例を文例候補一覧に表示し、選択した文例がカルテ2号紙に展開できること。
6	64		文例候補一覧に選択したい文例がない場合は、キー入力操作を継続することができ、利用者の思考を妨げないこと。また、キー入力に連動させ自動的に文例候補一覧を表示させることで、機能の存在を知らない利用者が、操作マニュアルを見なくても知らず知らずのうちに操作できること。
6	65		文例候補一覧から選択した文例に可変領域がある場合、可変領域を入力した上でカルテ2号紙に文例を展開できること。文例をカルテ2号紙に展開後に、可変領域にカーソル位置を戻して編集する手間をなくすこと。
6	66		文例候補一覧から文例を選択する操作で、各種ツール（外来処方オーダー、検査歴一覧など）を起動できること。
6	67		電子カルテでカルテ文書保存時に、カルテ文書から文例を抽出し、自動的に文例辞書に文例を保存できること。利用者が手動で文例辞書に文例を登録しなくても、利用者がよく活用する文例が、自動的に文例候補一覧に表示されること。また、よく活用する文例は文例候補一覧の上位に表示されること。
6	68		長文や複数行など文例候補一覧に表示しきれない文例の場合は、文例候補一覧の横にプレビュー画面を表示し、文例全体が確認できること。
6	69		文章の先頭に予約語を入力することで、文例候補一覧に表示される文例種別を絞り込んで表示できること。予約語は1文字とし、予約語を続けて2文字入力した場合は該当の文例種別の文例を文例候補一覧にすべて表示できること。
6	70		電子カルテに保存済みの過去のカルテデータから文例を抽出し、利用者ごとの文例辞書を作成できること。
6	71		利用者がカルテ2号紙上で文例の登録・編集・削除ができること。また、改行付きの文例を登録できること。
6	72		利用者がメンテナンス画面で文例の登録・編集・削除ができること。また、改行付きの文例を登録できること。
6	73		利用者が電子カルテにどの端末でログインしても、対象利用者の文例辞書が利用できること。
6	74	カルテ歴 カルテ記載	カルテ歴
6	75		カルテ歴に表示する診療記録毎に記載日、記載者（職種・氏名）、診療科、病棟、更新日、更新者、版数を表示できること。
6	76		過去のカルテ歴として ・所見や主訴の記述 ・オーダー情報 ・各部門でのオーダー実施情報 ・画像・レポート・検査結果 ・看護記録 ・各職種の記録 など、患者の診療に関する記録を全て表示すること。
6	77		過去のカルテを下記に示す条件を指定して検索できること。
6	78		検索条件として、 「期間設定」 「対象とするオーダー種別の設定」 「所見や主訴のカルテ記述内容のみ」 「レポート」 「診療科設定」 「病棟指定」 「入外区分」 「保険の種類」 「実施情報」 「履歴表示または非表示」 を設定できること。
6	79		過去のカルテや発行済みの指示をカルテ歴からコピーできること。

6	80		カルテ歴から指示に対するレポートや検査結果を容易に表示できること。
6	81		カルテ歴を参照した際に、オーダ（指示）が現在どのような状態（未実施、実施済、レポート済）であるかを表示できること。
6	82		過去のカルテの修正は、カルテ歴から簡単な操作で行えること。
6	83		改竄を防止する為に、過去のカルテを修正・追記した場合は、版数管理し、修正履歴をすべて残すこと。
6	84		カルテの追記や修正を行った場合、最新情報を表示すること。ただし、任意でこれまでの修正履歴も表示できること。最新情報とこれまでの修正履歴はカルテ歴上で表示できること。
6	85		カルテ歴から簡単な操作で修正・削除履歴の表示切替えができること。
6	86		カルテ歴にこれまでの修正履歴を表示した場合、旧版数のカルテと最新版のカルテの色分け表示ができること。
6	87		利用者ごとに検索条件を自由に設定できること。また、その検索条件については5つ以上設定できること。
6	88		カルテ歴からカルテの控え印刷ができること。
6	89		カルテに貼付した付箋を表示・追加・削除できること。
6	90		特定保険の表示について、表示設定できること。
6	91		研修医のカルテ記載、指示については指導医の承認機能（カウンターサイン）を有し、個々のカルテ記載について指導医の承認・未承認の状態および指導コメントを確認できること。
6	92		指導コメントはカルテ記載の中に表示されるのではなく、アイコンを表示し、アイコンをクリックすることでこれまでの指導コメントの一覧と新たにコメントを入力するための画面が起動できること。
6	93		オーダ削除時に確認メッセージ表示ができること。
6	94		診療録の履歴は、患者に対して診療記録や看護記録の記載があった日付のツリーを表示できること。日付選択により、当該カルテを参照できること。
6	95		上記に加え、日付範囲の選択により、当該日付範囲のカルテを参照できること。
6	96		診療録は、患者に対して診療記録や看護記録の記載があった日付をカレンダー形式で表示できること。日付選択により、当該カルテを参照できること。
6	97		カルテ記載情報は一定数を超えると情報量に応じて日付や月単位でまとめてツリー表示できること。
6	98		診療録の履歴は、自科のカルテと他科のカルテを分け、日付単位でツリー表示できること。日付選択により、当該カルテを参照できること。
6	99		検査結果（検査歴・画像等）やレポートがある日付を自科と全科に分けてツリー表示できること。日付選択により、当該レポートや結果を参照できること。
6	100		カルテ、オーダ、結果・報告などの上位の情報種別内にある日付毎のカルテ情報の件数が一定数を超えると年単位の情報としてまとめてツリー表示できること。
6	101		上記に加え、年単位の情報内の日付毎のカルテ情報の件数が一定数を超えると月単位にまとめてツリー表示できること。
6	102		予め条件設定しておくことで汎用的な情報分類を上位の情報分類種別として設定でき、条件設定に応じたデータのみをその配下のツリーとして表示できること。
6	103		上記の汎用的なカルテ記載情報のまとめ表示は利用者ごとに作成ができること。
6	104		詳細な検索条件（文書種別、入外区分、診療科、病棟、期間、文書形態、歴表示の有無、代行入力承認状態、カウンターサイン形態・承認状態）を指定し、診療録の検索ができること。
6	105		各利用者が設定した検索条件を保存でき、その条件をカルテ起動時の初期検索条件として設定、解除できること。
6	106		詳細な検索条件は利用者ごとに条件保存できること。
6	107		詳細な検索条件で検索された結果が、一定数を超えるとカルテ記載情報をまとめてツリー表示できること。
6	108		診療録のツリー履歴を表示する際に、オーダ情報だけでなく、所見などのカルテ記載（カルテ記載画面のSOAP部でのテキスト記載）がある文書の場合は「記」の文言を表示して、記載の有無をアイコン表示することができること。
6	109		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。

6	110		診療録をカレンダー形式で表示する際に、初診、再診、入院の区別を日付セルの背景色で区別すること。
6	111		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。
6	112		設定した付箋の記載内容の変更ができること。また、不要になれば削除操作もできること。
6	113		付箋を選択することで紐付けられている診療録を直接表示し、編集ができる状態であること。
6	114		患者の状況について一目で把握するために、注目したい情報種別（カルテ記載、患者の基本情報、検査結果、オーダ指示内容、バイタル情報等）ごとに、ワンクリック操作で情報種別単位で表示できること。
6	115		診療の密度情報を視覚的にとらえる画面をワンクリックの操作で表示することができること。
6	116		ロールブラウザ上に表示されたカルテ記載歴から文字列での検索ができること。検索時にはCtrl+Fのショートカットキーでのクイック検索ができること。
6	117		上記検索以外に、キーワードによるカルテ全文検索ができること。
6	118		キーワード検索条件が保存できること。
6	119		カルテ歴から退院サマリーを参照・修正できること。
6	120		カルテ歴の情報量が多い場合には過去カルテの簡略表示を行うことで、いつどのような診療だったのかをわかりやすく表示できること。
6	121		ワンクリックで以下の条件を検索できること。 「診療記録をすべてを表示」 「所見や主訴などの記述のみ表示」 「サマリーのみ表示」 「オーダ情報のみ表示」 「処方オーダのみ表示」 「検体検査オーダのみ表示」 「放射線・生理・内視鏡検査のみ表示」 「検査結果・レポートのみ表示」
6	122		カルテ歴からカルテの控え印刷ができること。
6	123		カルテ歴でカルテ記載部のみの絞り込み表示ができること。
6	124		カルテ歴上にオーダの状態表示マークを表示でき、マウスカーソルを合わせるとツールチップ（小さな説明窓）が表示され内容を確認できること。
6	125		レポートの履歴を並べて表示できること。
6	126		カルテ歴上で、オーダの診療科、病棟、保険を変更できること。
6	127		オーダの修正・削除・事後修正・事後削除を行う際に、利用者に注意メッセージを表示できること。
6	128		コンサルテーション依頼（他科診療依頼）については、カルテ歴から返信内容を記載できること。
6	129		受診歴・入退院歴・移動歴の日付をクリックした際に、該当日付のカルテ歴が表示されること。
6	130		時系列に表示されたカルテの視認性向上のために、所見や主訴の記述、オーダ（指示）、看護記録、レポート、検査結果など情報毎に色分け表示できること。
6	131	付箋 カルテ記載	付箋機能
6	132		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。
6	133		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。
6	134		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。
6	135		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。
6	136		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	137		カルテ索引表示画面上に貼り付けた付箋をツリー表示で確認できること。
6	138	入力支援（テンプレート機能） カルテ記載	入力支援（テンプレート機能）
6	139		外来での診察所見や患者主訴の記述を行う際に、入力漏れや院内での標準化、共通化が推進できるように、テンプレート機能で入力できること。
6	140		院内で作成したテンプレートは電子カルテシステム内に、「院内共通」、「診療科ごと」、「利用者ごと」に登録できること。

6	141		テンプレートは自由に作成でき、電子カルテに登録できること。また、電子カルテ稼動後の追加登録は病院にて容易にできること。
6	142		電子カルテに登録されたテンプレートはテンプレートの種類毎にフォルダに格納し、ツリー構造にて表示されること。ツリーからテンプレートを選択した際にプレビューできること。
6	143		テンプレート内で情報入力する機能として、ラジオボタン、リストボックス、チェックボックス、およびコンボボックスなどの機能を設定できること。
6	144		テンプレート内で情報入力する機能として、選択形式のものについては、択一選択、複数選択の両方に対応できること。
6	145		テンプレート内で情報入力する機能として、選択形式による記述のほかに、フリー入力ができること。
6	146		テンプレートにはプロファイル項目を登録することができ、テンプレート入力により患者プロファイル情報としても更新できること。
6	147		テンプレートを作成する際にシェーマ（スケッチ図）をテンプレート内に取り込めること。
6	148		テンプレート内の項目（患者名や病名など）で、予めマスタ設定や予約語設定し、診療データを利用してデフォルト表示できること。
6	149		テンプレートにて入力された各種データについては、識別情報を付加することで後利用ができること。
6	150		二重入力の負荷軽減と算定漏れを防ぐため、各種指導内容や計画書など医事算定可能なテンプレート記載を行った場合は医事会計システムに会計情報を送信できる設定ができること。また、送信の有無についてテンプレート上で選択できること。
6	151	入力支援（シェーマ機能） カルテ記載	入力支援（シェーマ機能）
6	152		電子カルテシステムに人体のスケッチ図（シェーマ）を登録し、カルテ記載の際に所見やコメントなど入力し保存できること。
6	153		シェーマは「院内共通」、「診療科ごと」、「利用者ごと」に登録することができ、登録したシェーマを容易に選択できること。また選択の際は、シェーマがプレビューできること。
6	154		シェーマはコントラスト、輝度、シャープネス、左右反転、拡大縮小の加工ができ、加工した画像がカルテとして保存できること。
6	155		シェーマを使って所見やコメントを入力する際に腫瘍や出血など患部の様子をスタンプ（シェーマに貼り付けられるイラスト等）として登録し、シェーマに貼り付けられること。
6	156		シェーマにはコメントを入力できること。入力できるコメント数は複数可能とし、10個以上登録できること。
6	157		シェーマ内に記述したコメントは画像情報ではなく、文字情報としてカルテに保存し、サムネイル画像状態でもコメントの判読ができること。
6	158		患部の様子を表現したスタンプや描画線などについては透過度の変更ができること。
6	159		Undo（取消し）、Redo（やり直し）ができること。
6	160		登録されたシェーマを使用しないで、シェーマ編集の機能が使用できること。元絵なしでマウスを使い、フリーハンドで記載できる機能を提供すること。
6	161		シェーマ記載時には10色以上のカラーを使用できること。
6	162		電子カルテのシェーマとして登録されていなくても、デジカメ画像などのJPEG形式の画像を読み込み、カルテに貼り付けられること。
6	163		タブレットからのペン入力でシェーマ記載ができること。
6	164		描画線の太さと色、塗りつぶしの色などを利用者ごとに初期値設定できること。
6	165	入力支援（フリー入力） カルテ記載	入力支援（フリー入力）
6	166		ワープロ入力によるカルテ記載ができること。
6	167		ワープロ入力した記載内容についてはフォントサイズ、文字色、文字強調、アンダーライン、取消し線、インデントの編集設定ができること。
6	168		コピー&ペーストの操作ができること。
6	169	入力支援（単語登録） カルテ記載	入力支援（単語登録）
6	170		電子カルテシステムの利用者単位で単語登録ができること。この場合、任意の読みや記号で、関連付けたい単語や文章を登録できること。

6	171		電子カルテシステムにログインしたタイミングで利用者の辞書を入力端末へダウンロードできること。
6	172		利用者毎に登録した単語を一覧表示できること。
6	173		利用者毎に登録した単語を修正できること。
6	174		利用者毎に登録した単語を削除できること。
6	175	入力支援（セット入力機能） カルテ記載	入力支援（セット入力機能）
6	176		効率よく、正確にオーダ入力をするために、よく使うパターンのオーダをセット化できること。その場合、オーダ種別の違うもの（検査と処方など）でもセット化できること。
6	177		オーダセットは、患者セット、利用者セット、院内共通セット、診療科セットに登録できること。
6	178		セットを選択する際に、セットの内容をプレビュー表示できること。
6	179		セット化したオーダを利用してオーダ発行する際に、セット内容の一部のみを今回オーダとして発行できること。
6	180		患者セット、利用者セットの作成は任意で電子カルテに登録および削除できること。また、セット名やセットの分類も利用者が自由に設定できること。
6	181		一定期間のオーダ（例:3日間隔で行う検査のセット）のセットを利用する際に、オーダ発行時の基準日を選択し、セット化した間隔の日付で全てのオーダを自動展開できること。
6	182		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、シェーマもセット化できること。
6	183		セット登録は病名とその病名に関連するオーダをあわせてセット化できること。
6	184		院内共通のセットに関しては、登録および編集できる利用者を制限できること。また、制限は職種別、もしくは利用者単位で設定できること。
6	185		各科の科別セットに関して、所属診療科以外の診療科のフォルダにはセット登録および編集ができないよう制限を設定できること。
6	186		診療予定の患者に関する記述を事前登録（予習）し、来院時に即時にオーダ発行できること。
6	187		データベースに登録されていた薬品の名称が変更された場合、セット登録しておいた処方オーダや注射オーダを展開する際に、当該薬品名が自動で変更されること。
6	188		薬剤・材料のマスターコードから当該名称を含んだセット、パスの一覧をCSV形式でリスト出力を行い、それに基づきマスターコードを一括更新できること。
6	189		セット・パス内のマスターコードの一括更新については、更新ログを管理・参照できること。
6	190		セット登録は特定の患者を開かずに登録でき、オーダの誤発行を予防できること。
6	191	入力支援（文書作成） カルテ記載	入力支援（文書作成）
6	192		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、MS-WordやMS-Excelでの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。
6	193		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」、「利用者ごと」に登録できること。
6	194		文書類は自由に作成でき、電子カルテに登録できること。
6	195		電子カルテに登録された文書類は「院内共通」、「診療科ごと」、「利用者ごと」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。
6	196		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。
6	197		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。
6	198		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。
6	199		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。
6	200		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。
6	201		検査や手術・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。

6	202		作成した文書に以下の情報を含めたバーコードを印字できること。 ・利用者ID ・患者ID ・文書種別 ・入外 ・診療科 ・病棟
6	203		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。
6	204		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。
6	205		検索された文書の一覧を印刷できること。
6	206		検索された文書の一覧をCSV形式あるいはEXCELで編集できる形式で出力できること。
6	207		電子カルテシステムを使用中に、ツールを起動すると、カルテを開いている患者の患者IDで検索した文書一覧が表示できること。
6	208		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。
6	209		文書の一覧より、文書の内容を確認できること。
6	210		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。
6	211		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。
6	212	入力支援（前回オーダ複写） カルテ記載	入力支援（前回オーダ複写）
6	213		医師の診察時間短縮を目的とし、外来で発行した前回オーダを自動的にカルテ記載画面に展開できること。また、自動展開する対象のオーダや期間は、利用者ごとに設定ができること。
6	214		データベースに登録されていた薬品の名称が変更された場合、過去処方をカルテ記載画面に複写する際に、当該薬品名が自動で変更されること。
6	215	情報共有（患者掲示板）機能 カルテ記載	情報共有（患者掲示板）機能
6	216		院内での情報共有推進のために、医療スタッフが患者に関する情報について、スタッフ間で伝達すべきもの、共有すべきものを登録でき、各スタッフがカルテを開く際に自動で情報を表示することができること。
6	217		提案する院内情報共有の機能は、書き込まれた情報を見落とさないような仕組みを提供すること。
6	218		提案する院内情報共有の機能は、患者に対して、新しい書き込みがあったことを知らせる機能を提供すること。
6	219		提案する院内情報共有の機能は、特定のスタッフを指定して情報を送信できること。
6	220		提案する院内情報共有の機能は、利用者単位で宛先を設定できること。宛先設定された利用者がカルテを開くときに自分宛てのメッセージを表示できること。
6	221		提案する院内情報共有の機能に患者の特記事項や注意事項を入力できること。また、入力した場合は、患者カルテに特記事項や注意事項が存在することを受付患者一覧、病棟マップに表示する機能を提供すること。
6	222		患者治療方針、患者やその家族からの訴えを書き込みできること。また、記載内容は必要に応じてカルテにも記録を残せること。
6	223		病院スタッフ間の伝言板として自由に記載できること。また、記載内容は必要に応じてカルテにも記載内容を登録できること。
6	224		地域連携システムにて患者に関するメモが記載された場合、記載内容を共有できること。
6	225		カルテチェック情報を表示（カルテ監査）できること。
6	226		指導歴を表示でき、対象期間については任意で設定できること。また、履歴からカルテに指導料オーダを転記できること。
6	227		未作成手術レポート、未承認オーダの件数を表示できること。
6	228		コンサルテーション依頼（他科診療依頼）の依頼文や返信を表示できること。
6	229		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。
6	230		患者掲示板に新規メッセージが登録された際に、病棟マップ上で患者名の横にアイコンを表示できること。

6	231		提案する院内情報共有機能によって登録されたメッセージが存在することを識別でき（受付患者一覧画面での表示）、それを自由に設定または解除できること。
6	232		上記内容の掲示板を常時起動した状態にできること。
6	233		患者に対して個人的な備忘録としてのメモが掲示板上に記載ができること。なお、メモの内容は記載者のみが編集・参照できること。
6	234		患者掲示板に重要事項を記載する領域があり、記載されている状態では、その旨が分かるよう受付患者一覧と病棟マップにアイコンが表示されること。
6	235	指示実施の一覧参照 カルテ記載	指示実施一覧の参照
6	236		医師がオーダーの実施状況を即時に確認できるように、発行済オーダーを一覧で表示できること。
6	237		発行済オーダーの一覧は以下の項目が一覧表示されること。 ・オーダー伝票名称 ・指示者の診療科と氏名 ・指示日時 ・実施予定日 ・実施した日 ・指示の現在の状態（部門未受付・部門受付済） ・レポートや結果の状態
6	238		発行済オーダーの一覧は以下の検索条件で絞り込み表示できること。 ・期間 ・外来/入院/自科検査 ・オーダー伝票種別 ・未実施オーダー、レポート未作成オーダー
6	239		上記の検索条件は利用者毎に保存できること。
6	240		発行済オーダー一覧より、実施内容やレポートを参照できること。
6	241		検索した発行済オーダーの一覧を印刷できること。
6	242	成長曲線 カルテ記載	成長曲線
6	243		成長曲線図は、画像データとして登録できること。
6	244		成長曲線図の改版を考慮し、フォーマットの版管理ができること。
6	245		登録したフォーマットを一覧表示でき、任意のフォーマットに切り替えできること。
6	246		使用歴のあるフォーマットを判別できること。
6	247		患者基本情報に登録された測定データを成長曲線図上へ表示できること。また、成長曲線から測定データの追加・修正・削除ができ、患者基本情報に自動反映できること。
6	248		成長曲線図のクリックにより、直感的な操作で測定データを登録できること。
6	249		測定データの連続入力ができること。
6	250		年齢は測定日から自動計算され、成長曲線図に応じて、年齢表記を変更できること（年齢「〇歳〇ヶ月〇日」、月齢「〇ヶ月〇日」、日齢「生後〇日」）。
6	251		患者プロフィールに登録された単位とは異なる単位で表示でき、成長曲線から測定データを登録した場合、正しく単位換算され保存されること。
6	252		成長曲線図を印刷できること。
6	253		成長曲線図をカルテに保存できること。
6	254		成長曲線図の形状によって、画面レイアウト・印刷レイアウト（縦または横）を変更できること。
6	255		成長曲線で用いるフォーマットは、マスタメンテナンスツールで登録（新規作成のほか、複写追加、修正）できること。
6	256		マスタメンテナンスツールを用いて、プロットの色、大きさ、形、ラベルのフォントサイズ、色などの表示条件が実画面を確認しながら容易に設定できること。
6	257		マスタメンテナンスツールで作成途中のフォーマットは仮保存できること。また、作成中のフォーマットは削除できること。
6	258		成長曲線図の改版などにより利用に適さなくなったフォーマットは、マスタメンテナンスツールで使用を制限できること。
6	259	分娩台帳	分娩台帳
6	260	分娩台帳 分娩台帳	分娩台帳
6	261		分娩に際し記載が義務付けられている助産記録に含まれることから、助産記録と連携した分娩台帳機能を実現できること。

6	262		助産記録を新規作成したタイミングで分娩台帳へ自動的に1件追加されること。
6	263		1分娩に紐づく出産レコードは連続して表示すること。
6	264		分娩番号は分娩毎に自動採番されること。なお、分娩番号は月通し番号か、年通し番号か選択できること。
6	265		多胎分娩の際には、分娩番号の枝番で分娩を管理できること。
6	266		分娩台帳より助産記録、パルトグラム画面に遷移できること。
6	267	簡易台帳	簡易台帳
6	268	簡易台帳 簡易台帳	簡易台帳
6	269		学会向けに患者の症例を収集したり、母親学級などの集団指導での状況を管理するための台帳として、カルテの情報（基本情報、患者プロフィール）を利用して患者の台帳を作成し、管理できること。
6	270		各種一覧（受付患者一覧、予約患者一覧、付箋一覧など）から患者をピックアップし、台帳を作成し管理できること。
6	271		台帳は、院内共通、科別のカテゴリに分けて登録できること。また、カテゴリ内ではフォルダーを任意に設定でき、分類分けができること。
6	272		作成した台帳から該当患者のカルテが開くこと。
6	273		台帳については、ファイル出力と印刷ができること。
6	274		台帳毎に更新/参照の権限付与、有効期限を設定できること。
6	275	付箋一覧	付箋一覧
6	276	付箋一覧 付箋一覧	付箋一覧
6	277		患者の付箋情報を一覧形式で確認できること。
6	278		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。
6	279		付箋の種別（院内共通、科別、利用者等）で検索できること。
6	280		科別、職種別、作成者別で検索できること。
6	281		付箋貼付日、付箋タイトルで検索できること。
6	282		一覧からカルテを起動できること。
6	283		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。
7	1	マルチカルテビューア	マルチカルテビューア
7	2	(機能概要) マルチカルテビューア	カルテ情報のポータル表示
7	3		患者の注目したい、若しくは確認したいカルテデータ（カルテ記載、患者の基本情報、検査結果、オーダ指示内容、バイタル情報等）を、ポータルの1画面上で表示（以下マルチカルテビューアと呼ぶ）でき、患者の状態を素早く把握できること。具体的には下記要件を実現すること。
7	4	ビューアレイアウト作成機能 マルチカルテビューア	ビューアレイアウト作成機能
7	5		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できること。尚、診療に関する情報を表示するツールを子ビューアと呼ぶ。作成可能な子ビューアの種別は以下の通りとする。 ・カルテ表示ビューア ・レポート表示ビューア ・検体検査結果ビューア ・検歴時系列ビューア ・細菌検査結果ビューア ・バイタルサインビューア ・患者プロフィールビューア ・病名ビューア ・プロブレムビューア ・予約状況ビューア ・入退院歴ビューア ・サマリー歴ビューア ・付箋表示ビューア ・患者スケジュールビューア ・看護計画ビューア ・チーム医療ビューア ・経過表ビューア 同様に診療情報を表示、追加ができること。

7	6		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。
7	7		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できること。
7	8		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できること。
7	9		子ビューア同士の配置変更ができること。
7	10		子ビューアのサイズを任意に変更できること。
7	11		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。
7	12		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。
7	13	レイアウト設定機能 マルチカルテビューア	ビューアレイアウト設定機能
7	14		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。
7	15		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を表示できること。
7	16		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できること。
7	17		レイアウトを医師用、看護師用など利用者の職種に応じたレイアウトを院内で設定ができること。また、利用者が機能を利用する際、職種に応じたレイアウトが初期表示されること。
7	18	診療情報検索機能 マルチカルテビューア	診療情報検索機能
7	19		日付を指定して診療情報を検索できること。
7	20		カルテ記載のみに絞り込んで検索できること。
7	21		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できること。
7	22		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できること。
7	23		子ビューア毎に検索条件を設定できること。
7	24	マルチリンク機能 マルチカルテビューア	リンク情報の検索結果の一覧より行を選択してマルチカルテビューアを起動できること。
7	25	専用ツール起動機能 マルチカルテビューア	専用ツール起動機能
7	26		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
7	27	カルテエディタ貼付機能 マルチカルテビューア	カルテ記載画面への貼付機能
7	28		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記載画面に貼り付けできること。
7	29		診療履歴画面に表示されているカルテ記載、オーダ、シェーマ、画像などのシンボリックリンク情報をカルテ記載画面に貼り付けできること。
7	30		マルチリンク機能
7	31		表示中のマルチカルテビューアのレイアウト及び日付情報を保持したまま、いつでもその内容を再現できるようにリンク情報として保存しておけること。
7	32		上記に加え、リンク情報は「全ての利用者が参照可能」、または「その利用者のみ」という区分に分けて保存できること。
7	33		保存済みのリンク情報を診療科などの検索条件を与えることで患者横断で検索して、その結果を一覧形式で表示できること。
7	34		リンク情報の検索結果の一覧より行を選択してリンク情報を削除できること。
7	35	その他機能 マルチカルテビューア	その他機能
7	36		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。
7	37		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。
7	38		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。

7	39		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。
7	40		診療情報の日付指定検索ができること。
7	41		診療情報の直近日検索ができること。
7	42		操作歴保持によるUndoができること。
7	43		マルチカルテビューア画面はワンクリックで画面を半画面化し、カルテ記載画面と同時表示ができること。
7	44		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。
7	45		カルテ記載画面を常に表示できること。
7	46		検体検査結果ビューアから検歴時系列画面の起動ができ、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。
7	47		検体検査結果ビューアで選択した項目を印刷できること。
7	48		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。
7	49		検歴時系列ビューアで選択した項目を印刷できること。
7	50		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。
7	51		診療録の履歴の日付単位のとめ表示部分の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。
7	52		診療録の履歴の日付まとめ表示部分をドラッグ&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。
7	53		予約状況ビューアでは、期間指定で予約情報の検索ができること。
7	54		レポート表示ビューアの検索条件項目において、レポートのカテゴリを定義することにより関連するレポートを一括で選択できること。
7	55		予約患者一覧、病棟患者一覧、担当患者一覧、救急患者一覧、病棟マップから、患者リストを起動し、マルチカルテビューアを参照モードで起動できること。
7	56		参照モードのマルチカルテビューアから、現在参照中の患者のカルテを開けること。
7	57		表示中カルテ・オーダの修正、削除が行えること。
7	58		マルチカルテビューアからカルテ2号紙へ、親文書、子文書、シェーマ、オーダ、画像、保存済文書へのリンクのコピーできること。
7	59		上記に加えて、カレンダー形式で表示した診療履歴とクリック連携して、診療情報表示ができること。
7	60		検体検査結果ビューアで、単位変更が発生した箇所にマークを表示できること。
7	61		検体検査結果ビューア、細菌検査結果ビューアにおいて、画像が添付されている場合、画像参照外部モジュールを起動できること。
7	62		カルテ歴でカルテ記載部のみの絞り込み表示を行えること。
8	1	カルテ検索支援	カルテ検索支援機能
8	2	カルテ検索支援 カルテ検索支援	蓄積されたカルテデータをもとに、診療情報の文書量を視覚的に俯瞰して確認でき、そこから目的とするカルテデータへ素早く遷移できること。具体的には下記要件を実現すること。
8	3		長期間（15年）における診療情報の文書量表示ができること。
8	4		患者の全カルテ量を、月単位に時系列でグラフ表示ができること。
8	5		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できること。
8	6		選択期間における診療情報の文書量表示ができること。
8	7		主病名の罹患期間を表示できること。また病名についての詳細表示もできること。
8	8	イベント表示 カルテ検索支援	グラフ形式で入院期間を表示できること。
8	9		パス適用期間の表示ができること。
8	10	重要コメント カルテ検索支援	任意の日付に対して、重要コメントを入力できること。
8	11		全診療科分・自診療科分で表示の切り替えができること。
8	12		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。

8	13		範囲自動選択のチェックボックスをONとすることで、指定した月を基準月として、基準月を中心に前後に文書量のカウントを行い、マスタに設定された文書量分のカルテ記載を表示できること。
8	14	検索条件設定 カルテ検索支援	利用者自身が記載した内容のみ絞り込みができること。
8	15		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	16		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。
8	17		利用者ごとに登録した検索条件以外に、利用者の職種と診療中の診療科（カルテを開いている診療科）向けに院内で共有されているおすすめの検索条件を利用できること。
8	18	他画面連携 カルテ検索支援	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。
8	19	パス/レジメン連携 カルテ検索支援	患者のカルテ量を俯瞰したグラフ形式の表示画面でマウス等で期間を選択することで、カルテ歴に選択した期間のカルテ内容が表示されること。
8	20		パスカレンダー/レジメンカレンダー利用時において選択日への連動ができること。
9	1	(機能概要) 検査結果参照、説明	検査結果参照・説明
9	2		患者への結果説明は電子カルテシステムを活用して十分なインフォームドコンセントが行えるように考慮すること。
9	3	検査結果 検査結果参照、説明	検査結果
9	4		検体検査、細菌検査オーダーに対する結果の表示ができること。
9	5		検体検査の結果表示は以下のパターンに対応すること。 ①項目名、結果値、結果コメントの表示のみの簡易表示。 ②項目正式名、結果値、正常値下限、正常値上限、単位、標準材料、など表示した詳細表示。
9	6		異常値のみ絞り込み表示ができること。
9	7		検査結果を表示している画面から印刷ボタンをクリックすることで検査結果の印刷ができること。
9	8		検査結果のCSVでの出力ができること。
9	9		検査結果を容易にカルテへ貼り付けができること。
9	10		検査結果を容易にクリップボードへコピーできること。
9	11		検査結果を時系列で表示できること。
9	12		時系列検査結果を表示している画面から印刷ボタンをクリックすることで時系列検査結果の印刷ができること。
9	13		時系列検査結果のCSVでの出力ができること。
9	14		時系列結果を容易にカルテへ貼り付けができること。
9	15		時系列結果を容易にクリップボードへコピーできること。
9	16		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。
9	17		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。
9	18		一般細菌検査結果の表示ができること。
9	19		一般細菌検査結果の印刷ができること。
9	20		抗酸菌検査結果の表示ができること。
9	21		抗酸菌検査結果の印刷ができること。
9	22		検査歴を一覧表示できること。
9	23		検査歴一覧上で検査項目が確認できること。
9	24		複数IDを持つ患者のID統合後に統合後と統合前の検査結果の一覧を同時に参照できること。
9	25		複数IDを持つ患者のID統合後に統合後と統合前の検査結果を時系列で参照できること。
9	26		1オーダー単位で、負荷検査項目の結果値を時系列および時系列グラフで参照できること。
9	27		画像での検査結果を参照できること。

9	28	画像・レポート参照 検査結果参照、説明	画像・レポート参照
9	29		電子カルテシステムから発行された各部門の検査オーダーに対するレポートや画像が、カルテ歴およびカルテ歴索引からワンクリックで参照できること。
9	30		部門システムが画像およびレポートをWeb参照で提供する場合は、部門システムからWebアドレス情報を受信できること。
9	31		レポート情報は部門システムからHTML形式の情報をレポート情報として受信することもできること。
9	32		部門システムからレポート情報を受信する場合、レポート添付画像の表示サイズを業務（部門）毎に設定できること。
9	33		部門システムからレポート情報を受信する場合、レポート添付画像のプレビュー画面にて画像の拡大率の変更ができること。
9	34	文書参照 検査結果参照、説明	文書参照
9	35		入院のご案内などのパンフレット、看護手順などのマニュアルなどの院内文書を電子カルテに登録し、印刷できること。
9	36		登録できるファイルの種類は、MS-Word、MS-Excel、MS-PowerPoint、PDFに対応すること。
9	37		登録した文書を選択する際に、対象の文書のプレビュー表示ができること。
9	38		登録した文書に患者氏名、IDなどの情報が印字される場合は、電子カルテシステムから自動的に転記されること。
9	39	レポート一覧 検査結果参照、説明	レポート管理
9	40		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。
9	41		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。
9	42		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。
9	43		「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。
9	44		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。
9	45		検査予定日を指定し検索ができること。
9	46		患者IDを指定して検索ができること。
9	47		入外、診療科、状態種別、オーダー種別、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。
9	48		一覧のソート条件の指定ができること。
9	49		最新表示ボタンを有すること。
9	50		レポート一覧より関連する画像を呼び出せること
9	51		利用者ごとに検索条件の保存が行えること。
9	52		レポート一覧からレポート記載画面が起動できること。
9	53		未開封レポートのみの表示ができること。
9	54		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。
9	55		レポートの既読・未読処理ができること。
9	56		患者IDをバーコードにて選択できること。
9	57		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。
9	58		右クリックによりレポート作成、レポート表示、画像表示メニューを選択できること。
9	59		オーダー種別ごとに表示項目、表示文言の設定ができること。
9	60		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。
9	61		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。
9	62		右クリックにより表示されるメニューよりカルテ起動ができること。
9	63		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。

9	64		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。
9	65		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。
9	66		レポートの印刷ができること。（印刷が可能となるレポート状態はマスタで設定できること）
9	67		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。
9	68		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。
9	69		レポート作成
9	70		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。
9	71		レポートの報告者・承認者の選択ができること。また、選択時にパスワード入力チェックの有無の設定もできること。
9	72		レポートを作成中、承認待ち状態での保存ができること。
9	73		患者の詳細情報を参照できること。
9	74		依頼情報を参照できること。
9	75		実施情報を参照できること。
9	76		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。
9	77		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。
9	78		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。
9	79		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。
9	80		レポートの版数管理ができること。
9	81		レポート添付画像のプレビュー画面表示ができること。
9	82		辞書機能により、利用者毎の雛型文書登録ができること。
9	83		画像ビューアからの画像貼り付けができること。
9	84		レポート添付画像の並びかえができること。
9	85		レポート添付画像の削除ができること。
9	86		患者の過去検査のレポートを参照できること。
9	87		レポートの改版時にコメントを入力できること。
9	88		1オーダに対して複数のレポートを作成できること。
9	89		実施内容をレポートテンプレートに設定できること。
9	90		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。
9	91		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ができること。
9	92		レポートを検査実施日でも保存できること。
9	93		レポートテンプレートを承認後でも変更できること。
9	94		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。
9	95		テンプレート表示領域をレポート記載画面の全画面に表示できること。
9	96		保存したレポートを削除できること。
9	97		仮報告レポートを作成できること。
9	98		レポート添付画像を最大20枚まで貼り付けできること。
9	99		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。
9	100		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。

9	101		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。
9	102		一括スキャナ取込み機能によりスキャナから取り込んだ画像を添付した仮報告レポート(0版レポート)を作成できること。
9	103		一括スキャナ取込み対象オーダをバーコードによって読込みができること。
9	104		一括スキャナ取込みを行ったレポートの履歴を参照できること。
9	105		複数枚の連続取込みができること。
9	106		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)
9	107		取り込んだ画像をプレビュー画面にて参照できること。
9	108		プレビュー画面にて画像を拡大して参照できること。
9	109		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。
9	110		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。
9	111		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。
9	112		スキャナ取込み方法の切り替え(ADF⇄原稿台)ができること。
9	113	画像等統合参照	画像等統合参照
9	114	(画像等統合参照)	画像・レポート/検査結果/取り込み文書統合参照
9	115		一覧表示
9	116	一覧表示 画像等統合参照	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。 ・生体系検査システム(放射線・生理・内視鏡部門)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
9	117		検査ステータス(未実施/実施済)を表示できること。
9	118		伝票種を選択して撮影回数モードに切り替えることができること。選択された伝票種を基準として同じ検査日にある他の伝票種の検査結果は表示されること。
9	119		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。
9	120		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。
9	121		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。
9	122		伝票種の実行出しをドラッグ&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。
9	123		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。
9	124		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。
9	125		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。
9	126	検索・絞込み 画像等統合参照	検索・絞込み
9	127		伝票種での絞込み、表示順の設定ができること。
9	128		依頼科での絞込み設定ができること。
9	129		利用者毎に検索条件を名前を付けて複数登録できること。登録された検索条件は一覧画面上に表示され切り替えができること。
9	130	カルテ情報 画像等統合参照	カルテ情報
9	131		手術データ(手術日/術式など)を一覧に表示できること。
9	132		一覧の検査結果から検査日を基準としてカルテ記載内容を逆引き表示できること。
9	133		患者所在(入院/外来)によって一覧の背景色を変更できること。
9	134	付箋 画像等統合参照	付箋

9	135		検査結果に対して自由に付箋を付けることができること。
9	136		付箋を付けた結果はマトリクス一覧上でもアイコンや赤枠表示などで強調表示され区別ができること。
9	137		登録された付箋はカルテからも参照できること。また、カルテで付箋登録されたデータをマトリクス一覧上にも表示できること。
9	138		付箋機能にてマークした検索結果を絞込み、該当する検査日のみマトリクスに表示できること。
10	1	薬歴・薬剤情報・服薬指導	薬歴・薬剤情報・服薬指導
10	2	薬歴 薬歴・薬剤情報・服薬指導	薬歴
10	3		指定した検索期間内の処方歴（院外、院内、入院含む）及び注射歴をカレンダー形式で表示できること。
10	4		表示された内容を印刷できること。
10	5		検索期間は、予めマスタ設定した期間を初期表示できること。
10	6		表示する時間の単位は、15分、1時間、3時間、1日から選択して表示ができること。
10	7		処方薬・注射薬の表示/非表示が切り替えられること。処方薬は、内服薬/外用薬を区別して表示/非表示が切り替えられること。
10	8		用法の表示/非表示が切り替えられること。
10	9		Rp単位での表示ができること。
10	10		同一薬品で異なる薬品単位で入力された処方は、同じ単位に換算して表示できること。
10	11		薬品の実施状況をマークにより確認ができ、同時に、実施時間、実施者情報をポップアップで表示できること。
10	12		経過表からの参照ができ、経過表に表示する薬剤を選択できること。
10	13		一覧表示された薬品のDI参照ができること。
10	14	薬剤情報 薬歴・薬剤情報・服薬指導	薬剤情報
10	15		DI参照
10	16		医薬品添付文書情報（MEDIS-DC）の参照が出来ること。また、データはシステム提供者より一括して提供され、更新を4回/年継続的に行われること。
10	17		服薬指導で参照する添付文書情報と同一なものとする。
10	18		採用薬品をレベル分けして管理できること。
10	19		DI参照
10	20		採用薬品以外もMEDIS-DCで登録されている全薬品が参照できること。
10	21		以下の方法で薬剤の検索ができること。 ・添付文書内の全ての文字で検索できること。 ・薬品名称/一般名で検索できること。また薬効分類で検索できること。 ・同効薬で検索できること。 ・識別文字で検索できること。 また、各検索機能について一度検索した結果内での再検索が可能な絞込みができること。
10	22		添付文書段落の表示項目が選択できること。
10	23		検索された薬品内の相互作用チェックができること。
10	24		検索時に語句の同義語登録が薬剤部で登録利用できること。
10	25		鑑別照会により画像付き鑑別報告書が印刷ができること。
10	26		採用薬品添付文書について、データとしてダウンロードができること。
10	27		添付文書段落に薬剤部で公開したい内容を追加記載し、表示できること。
10	28		緊急安全情報等、薬剤部で公開したい内容を段落と共に追加記載し、表示できること。
10	29		添付文書情報更新については、薬剤部で作業可能な操作であること。
10	30		採用薬について採用薬品集を作成できること。
10	31		データ更新時期以外でも、登録の必要な薬品は個別に登録できること。
10	32		DI参照

10	33		採用薬品以外もMEDIS-DCで登録されている全薬品が参照できること。
10	34		薬剤検索方法として次の機能を有していること。 ・添付文書内の全ての文字で検索できること。 ・薬品名称/一般名で検索できること。 また、薬効分類で検索できること。
10	35		添付文書内表示でMEDISが表形式で表現されているものは表として表示できること。
10	36		処方オーダー画面と連動し、起動できること。
10	37		注射オーダー画面と連動し、起動できること。
10	38		薬歴画面と連動し、起動できること。
10	39		セット・バス一括内容変更
10	40		指定した薬剤・材料を含むセットおよびバスの一覧を検索できること。
10	41		上記の検索結果をCSVとして出力することができること。
10	42		検索結果から、当該セットやバス内容の詳細が参照できること。
10	43		セットおよびバス内に含まれる指定した薬剤・材料を、一括で置換できること。
10	44		薬剤・材料を一括更新した際の操作ログを管理・参照できること。
10	45		服薬指導
10	46		服薬指導指示と連動して服薬指導対象患者を一覧で表示できること。
10	47		服薬指導対象患者を同意日、患者ID、診療科、病棟、担当薬剤師、服薬指導可否、麻薬指導有無、在宅指導有無にて検索し、検索結果を一覧表示できること。
10	48		服薬指導対象患者の一覧を印刷できること。
10	49		服薬指導対象患者に、担当薬剤師を割り当てられること。
10	50		カレンダー形式の服薬指導スケジュールで服薬指導の予定を入力できること。予定は服薬指導依頼1件について複数入力できること。
10	51		カレンダー形式の服薬指導スケジュールで服薬指導の実施入力ができること。実施は服薬指導、退院時指導それぞれについてできること。
10	52		薬剤指導管理料の算定情報を医事会計システムに送信できること。また、服薬指導、退院時服薬指導それぞれに対応できること。
10	53		医薬品安全性情報等管理体制加算の指定ができること。
10	54		薬剤指導管理料の算定情報については救急救命入院料算定患者、ハイリスク薬投与患者などの算定区分を入力できること。ハイリスク薬投与患者については投与コメントを入力できること。
10	55		退院時指導の算定情報においては後期高齢者退院時薬剤情報提供料についても対応できること。
10	56		服薬指導の予定/実績/算定情報をカレンダー形式で一覧表示できること。
10	57		服薬指導対象患者に在宅指導の予定が入力できること。
10	58		服薬指導対象患者の薬歴が参照できること。
10	59		服薬指導時の患者情報（身長・体重、病歴、主訴、副作用・禁忌など）が参照・登録できること。
10	60		服薬指導レポートが作成できること。
10	61		服薬指導レポートを印刷できること。
10	62		服薬指導時の患者情報（身長・体重、病歴、主訴、副作用・禁忌など）が印刷できること。
10	63		服薬指導同意書が印刷できること。
10	64		薬歴が印刷できること。
11	1	プロブレム管理	プロブレム管理
11	2	プロブレム管理 プロブレム管理	患者の疾患に対して登録したプロブレム、看護計画で登録した看護問題点を一覧表示し、カンファレンス情報（カンファレンス日、記載者、カンファレンス内容）も合わせて入力・参照できることで、各スタッフ間の情報連携に活用できること。
11	3		問題点から、病名登録画面や看護問題リスト画面を表示できること。
11	4		問題点一覧からクリニカルパス画面を表示できること。

11	5		問題点一覧から経過表（温度板）を表示できること。
11	6		問題点一覧からカルテ画面を表示できること。
11	7		入力したカンファレンス内容を院内のスタッフ間で共有できるよう、患者の掲示板として表示できること。
12	1	EXCEL連携機能	EXCEL連携機能
12	2	EXCELシート EXCEL連携機能	Microsoft Office Excelを使用し、院内共通フォーマットとして雛形を登録できること。
12	3		予め登録されている雛形Excelファイルを用い定型的記録を行うことができること。
12	4		各診療科ごとに登録されている雛形Excelファイルを階層形式で選択することができること。
12	5		患者毎にExcelシートを管理できること。患者毎のファイルは、一覧形式で表示できること。
12	6		患者一人に対して複数のExcelシートに記載でき、一覧上で管理できること。
12	7		Excelシートの入力はワープロ入力、リストからの選択に対応すること。
12	8		Excelシートの更新記録が、カルテに記載されること。
12	9		Excelシートは一次保存機能があり、継続的に記録ができること。
12	10		Excelシ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。
12	11		履歴参照機能により過去のExcelシートの参照ができること。
12	12		Excelシート一覧で使用開始日、タイトル、記載者、文書形態、使用終了状況により表示するシートを絞り込むことができること。
12	13		Excelシート一覧のソート順を、利用者ごとに保存することができること。
12	14		Excelシート保存時に、25文字までのフリーコメントの入力ができること。
12	15		Excelシートを一般経過表と連携できること。またデータの反映もできること。
12	16		別のExcelシートを参照しながら、Excelシートを更新モードで開き作成が行えること。
13	1	利用者間情報伝達	利用者間情報伝達（お知らせ機能）
13	2	お知らせ機能 利用者間情報伝達	緊急検査の結果が到着した場合に、依頼した利用者に即時に通知が届くこと。また、緊急通知を一覧で参照できること。
13	3		利用者の備忘録として、指定日時に入院や手術などの未来の予定を送信できること。
13	4		院内における組織や部門内の通知事項の送信に利用できること。また、ワークフローとして順番を指定して送信できること。
13	5		通知内容に対して、コメント入力及び承認/却下の選択入力ができること。
13	6		退院サマリーの差し戻し、訂正依頼時に依頼先に通知ができること。
13	7		他科への診察依頼など、お知らせ（メール）の送受信ができること。
13	8		受信したお知らせ（メール）を一覧で参照できること。
13	9		受信したお知らせ（メール）を一覧を日付を指定して印刷できること。
13	10		各種オーダーの発行に連動してメッセージ通知を設定できること。
13	11		各種部門レポートの受信に連動してメッセージ通知を設定できること。
13	12		テンプレートを使ったカルテの記載に連動してメッセージ通知を設定できること。また、その機能はチーム医療にも活用できること。
14	1	移行用カルテ	移行用カルテ
14	2	カルテ移行 移行用カルテ	テキスト形式で記載された移行用サマリー（カルテ）を一括して電子カルテシステムに取り込めること。取り込む内容に、患者ID/利用者/診療科を登録できること。
14	3		取り込んだ移行用サマリー（カルテ）をカルテ履歴に表示できること。
14	4		移行した移行用サマリー（カルテ）を一覧で参照できること。
14	5		移行用サマリー（カルテ）の一覧より、移行用サマリー（カルテ）を削除できること。
15	1	カルテ印刷	カルテ印刷
15	2	カルテ印刷機能 カルテ印刷	カルテ印刷機能

15	3		電子カルテシステムに保存された診療録やオーダー情報などすべての記録を、PDFまたは紙に印刷できること。
15	4		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。
15	5		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。
15	6		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ェーマや画像データを表示、印刷できること。
15	7		カルテをPDFや紙に印刷する場合には、患者を指定して印刷できること。
15	8		印刷した履歴を一覧にて参照できること。
15	9		指定した一人の患者のカルテ出力の条件設定は、期間指定、診療科の選択、保険区分、外来歴/入院歴の指定ができること。
15	10		入外を一括して印刷ができること。
15	11		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。
15	12	指導歴印刷 カルテ印刷	指導歴印刷機能
15	13		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。
15	14		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。
15	15		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。
15	16		印刷する際に、用紙の縦横切替えができること
15	17		印刷する枚数を指定できること。
15	18		出力先のプリンタを選択できること。
16	1	紙文書スキャナ取込み	紙文書スキャナ取込み
16	2	スキャナ取込 紙文書スキャナ取込み	紙文書スキャナ取り込み
16	3		スキャナで紙文書を取り込み、電子カルテシステムに保存し、カルテ歴に表示できること。
16	4		取り込む紙文書が複数枚であっても、取込み可能で電子カルテに保存できること。
16	5		業務効率化のために、当該患者のカルテを開かなくてもスキャナ取込みができ、カルテに保存できること。
16	6		取り込んだ紙文書の付帯情報として種別（紹介状、同意書など）を入力できること。
16	7		取り込んだ紙文書の種別（紹介状、同意書など）により、カルテ歴で検索できること。
16	8		取り込んだ紙文書にコメントを入力できること。
16	9		紙文書が取り込まれた日時を電子カルテシステム上で管理できること。
16	10		取り込んだ紙文書の画像の編集（回転・色の反転・コントラスト・輝度・シャープネス・彩度）ができること。
17	1	カウンターサイン	カウンターサイン
17	2	カウンターサイン カウンターサイン	カウンターサイン機能
17	3		研修医が行った診療行為について、指導医（上級医）が指導した記録（カウンターサイン）をカルテに残すことができること。
17	4		電子カルテシステムで研修医が指導医を選択することができること。
17	5		指導医が設定された研修医はカルテの記載ができること。
17	6		研修医がカルテを記載するとカルテ上に「未承認」と承認状態が表示され、設定された指導医名が指導医として表示できること。
17	7		研修医がカルテを記載すると指導医に自動的にToDoとしてその情報が送信できること。
17	8		指導医がカウンターサインの承認操作を完了すると研修医に自動的にToDoとしてその情報が送信できること。
17	9		伝票種単位に前承認、後承認の設定ができること。
17	10	カルテ承認一覧 カウンターサイン	指導医はカウンターサインの承認対象となるカルテの一覧を表示できること。
17	11		カウンターサインの承認対象の一覧は、カルテ記載日、患者ID（カナ名称）、診療科、病棟、入外、指導医（学生/研修医）、承認区分、承認状態による絞込みができること。

17	12		指導医は、カウンターサイン未承認一覧から、未承認のカルテの内容を確認できること。
17	13		研修医は、カウンターサイン承認済一覧から、承認済みのカルテの内容を確認できること。
17	14		指導医は、カウンターサインの内容を確認しながら「承認」もしくは「差し戻し」ができること。
17	15		指導医は、カウンターサインの内容を確認しながら、軽微な内容であれば修正後に承認できること。
17	16		指導医は、カウンターサインの内容を確認しながら、指導コメントの入力・修正・削除ができること。
17	17		研修医は、カウンターサインの内容を確認しながら、コメントの内容が確認できること。
17	18		指導医グループを作成でき、グループメンバーであればグループでの指導対象の研修医のカウンターサインの承認操作（承認・差し戻し・修正後承認）ができること。
17	19	カルテ内容確認画面 カウンターサイン	承認/差し戻し操作の負荷軽減を図るため、カルテの内容について一括でカウンターサインの承認操作（承認・差し戻し・修正後承認）ができること。
18	1	肝炎治療促進	肝炎治療促進
18	2	受診勧奨 肝炎治療促進	肝炎治療促進のため、HBs抗原、HCV抗体が陽性の場合、肝炎ウイルス検査の受診勧奨を促すメッセージを通知し、また患者へ渡す文書の発行ができること。また、文書の発行については発行日時、発行者が確認ができること。
18	3		前回肝炎検査受診勧奨を行った患者でも、ある一定期間経過した場合は再度検査を促す場合があるため、設定に合わせて通知がされること。
18	4		肝炎治療を受けることになった患者について勧奨の通知は不要であるため、治療開始であることを明示して通知を止めることができること。
18	5	薬剤チェック 肝炎治療促進	レジメン適用時、抗がん剤処方時の肝炎ウイルス検査の結果を判定し、利用者にメッセージを通知できること。
18	6		肝炎ウイルス検査を組み合わせてによって、通知するメッセージ内容を変更できること。
18	7		レジメン適用時、抗がん剤処方時に必要な検査がある場合には、検査オーダの発行を促すために、必要な検査項目を選択した状態で検査オーダを起動し、指示入力できること。
19	1	抗菌薬届出管理	抗菌薬届出管理
19	2	届出作成チェック 抗菌薬届出管理	抗菌薬の適正使用管理のため、抗菌薬を含む処方オーダ・注射オーダを発行した際に、有効な届出が作成されているかをチェックできること。
19	3		抗菌薬を含む処方オーダ・注射オーダに対して有効な届出がない場合には、オーダ発行時に、届出入力画面が自動で起動し、届出を作成できること。
19	4		抗菌薬を含む処方オーダ・注射オーダで入力した以下項目が届出に引き継がれること。 患者氏名、患者ID、薬品名、投与量、用法、投与・服用日
19	5		抗菌薬単位で届出種別をマスタで設定ができること。
19	6		届出の有効期間を届出種別単位にマスタで設定ができること。
19	7		抗菌薬を含む処方、注射オーダとそれに紐づく届出を一覧表示できること。
19	8		抗菌薬届出管理一覧において、届出単位、薬品単位で絞込み表示できること。
19	9		抗菌薬届出管理一覧において、届出未作成の処方オーダ・注射オーダを絞込み表示できること。また、未作成の届出に対して、抗菌薬届出管理一覧から届出作成ができること。
19	10		抗菌薬届出管理一覧において、一覧表示された内容を一覧印刷できること。
19	11		抗菌薬届出管理一覧において、一覧表示された内容をCSV出力できること。
20	1	(業務概要)	オーダ入力は、すべて電子化できるように以下の伝票種別をすべて提案すること。また、オーダ入力の効率化と正確性を確保するために以下の機能要件を満たすこと。さらに業務フローに支障を与えないように関係する部門へシームレスにデータ（オーダ内容）を送信できること。
20	2	病名登録	病名登録
20	3	病名登録 病名登録	病名登録時に病名開始日、主病名、守秘病名、疑い病名、慢性病名、診療科、入外区分（共通/外来/入院）、保険名称、有効期限を設定できること。
20	4		守秘病名の場合は、伏字での表示を設定できること。

20	5		電子カルテに登録した病名は、医事会計システムに送信され、レセプト発行時にレセプト病名として利用できること。
20	6		病名をキーワードで検索し、病名の登録ができること。
20	7		病名をキーワードで検索し、病名の登録ができること。
20	8		診療科別の頻用病名から病名の登録ができること。また、他科の頻用病名からも登録できること。
20	9		医師別の頻用病名から病名の登録ができること。
20	10		登録済病名を表示（診療科別、入外別、転帰状態別）、確認しながら、新規病名の検索ができること。
20	11		ICD10コードから病名の検索ができること。
20	12		病名と接頭語、接尾語を組み合わせて、個人病名として登録できること。
20	13		病名登録時には、下記の情報を付加できること。 ・疑い病名 ・主病名 ・守秘病名 ・慢性病名 ・診療科 ・入外区分（共通/外来/入院） ・保険名称 ・病名開始日
20	14		病名登録時に、その病名の有効期限を12ヶ月まで設定できること。
20	15		登録済みの病名情報の更新ができること。
20	16		登録済みの病名情報の転帰入力（転帰日、転帰理由）ができること。
20	17		複数病名の転帰入力を一括で行えること。
20	18		登録済みの病名情報の削除ができること。
20	19		歯科病名を登録できること。
20	20		登録済病名を医科・歯科ともに一覧にて参照できること。
20	21		登録済病名またはプロブレムをカルテへ貼り付けできること。その際、病名は、病名開始日、病名名称、ICD10コードが情報として表示できること。同様にプロブレムは、プロブレム番号、プロブレム名称が情報として表示できること。
20	22		カルテを記述している診療科で、病名が登録されていない場合は、カルテ保存時に警告メッセージを表示できること。また、設定により病名登録がされていない場合は、カルテ保存ができないようにすること。
20	23		病名と修飾語を組み合わせて登録した場合、その組み合わせで登録した病名が、病名マスタに登録されているかどうかチェックし、登録されている場合は置換えできること。
20	24		診療科別に接頭語/接尾語をマスタにより登録できること。
20	25		マスタで登録された診療科別の接頭語/接尾語から選択できること。また、他科の接頭語/接尾語も利用できること。
20	26		病名一覧より、削除病名の表示及び履歴の参照ができること。
20	27		登録された病名に設定された有効期限より、自動的に転記することもできること。自動的に転帰するかどうかは、病院の運用により設定できること。
20	28		登録された病名に設定された有効期限より、自動的に転記する場合は、医事会計システムにも転帰情報を送信し、医事会計システムでも転帰済みとすること。
20	29		接頭語や接尾語などの修飾語を選択した際に、同種の修飾語があれば修飾語として選択できない設定ができること。
20	30		部位などの詳細が不明な病名を登録する際、詳細病名の候補一覧を起動し、病名の詳細入力を支援できること。
20	31		病名登録時、または更新時に、同一名称で期間が重複する病名があればチェックし、同一の病名が登録できないようできること。
20	32		目次検索した際、小分類検索結果をICD10コード順に表示できること。
20	33	病名登録 病名登録	登録されている病名の開始日を一括で変更できること。
20	34		複数の病名をあわせてセット化して登録ができ、患者状態に応じて登録したセットから流用できること。
21	1	再診予約	再診予約

21	2	再診予約オーダー 再診予約	再診予約オーダー
21	3		電子カルテに、指示者、オーダー発行日、発行時間の情報が、記録として保存されること。
21	4		オーダー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。
21	5		オーダー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。
21	6		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。
21	7		オーダー入力効率化を考慮して、再診予約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ができること。セット登録はマスタ設定、利用者設定、患者設定ができること。
21	8		診療科、医師ごとの予約枠の指定による予約日時と時間の指定ができること。
21	9		日付け毎の予約空き状況の色別表示ができること。
21	10		患者の予約状況の表示ができること。
21	11		選択した予約枠の空き状況を確認するため、カレンダーで選択した日付から8日分（8枠分）を一覧表示し、予約日の調整が行えること。
21	12		予約枠ごとに予約患者を日ごとに一覧表示できること。
21	13		予約カレンダーのジャンプ機能（直近、1週後、2週後、一ヵ月後、半年後、1年後など）を有すること。
21	14		再診予約に関して、定型コメント・フリーコメントの入力ができること。
21	15		当月の予約枠パターン（診療予約・検査予約）を指定ヶ月（最大12ヶ月）後まで自動で複写できること。
21	16		予約コメント入力欄を2以上有すること。
21	17		次回までの間隔を確認するため、予約日を指定すると日数を自動計算して表示できること。
21	18		再診予約のカレンダー画面で日付を選択した際に、選択した日の総予約数が表示されること。
21	19		予約系オーダーがない場合は予約票を出力しないこと。
21	20		予約時間が23時台の枠（開始時間が23:00～23:59の枠）に予約した場合は予約票の予約時間欄に、予約時間ではなく“入院”の文言を印字すること。
21	21		予約時間が8時半の枠（開始時間が8:30の枠）に予約した場合は予約票の予約時間欄に予約時間ではなく“投薬枠”の文言を印字すること。
21	22		再診予約時に、予約取得した枠の予約済み患者数に1を足した値を予約票に印字すること。
21	23		予約票自動印刷期間外となる、当日分の自動印刷を部門区分ごとに設定できること。 （対象部門区分：生理、放射線）自動印刷対象とする部門区分以外のオーダーが同時に発行された場合にも予約票が自動出力されること。
21	24		予約調整機能（予約カレンダー）
21	25		複数の診察予約枠および検査予約枠の空き状況を同時に参照し、予約時間の指定ができること。
21	26		基準となる予約日時をもとに日付単位、週単位、月単位、曜日単位で連続して複数日の予約が取得できること。
21	27		他の検査予約枠の空き状況を確認しながら、予約オーダーの調整が行なえること。
21	28		他科診察予約
21	29		他科に対して診察の依頼ができること。
21	30		他科からの診察依頼に対して返信ができること。
21	31	コンサルテーション 再診予約	コンサルテーション依頼（他科診療依頼）
21	32		コンサルテーション依頼（他科診療依頼）の依頼指示ができること。具体的には以下の1～4項目の機能を有すること。
21	33		1. 特定の診療科もしくは医師の予定枠を参照しながら診療の日時を指定できること。
21	34		2. 専用画面上で他科診療依頼のオーダー内容を入力できること。

21	35		3. 他科診療依頼内容の入力時にシェーマを挿入できること。
21	36		4. 他科診療依頼の既読状態を、済チェック、既読日付、既読者の入力で管理できること。
21	37		コンサルテーション依頼（他科診療依頼）の返信記載ができること。具体的には以下の1～3項目の機能を有すること。
21	38		1. 専用画面上で他科診療依頼で実施した診療内容の返信が入力できること。
21	39		2. 他科診療依頼に対する返信内容の入力において、シェーマを挿入できること。
21	40		3. 他科診療依頼に対する返信の状態（回答中、回答済）を入力できること。
21	41		コンサルテーション依頼（他科診療依頼）の依頼指示及び返信記載の状況を一覧上にて管理ができること。具体的には以下の1～3項目の機能を有すること。
21	42		1. 他科診療依頼に対して条件を与えて検索を掛けることで、他科診療の状況を一覧で表示できること。 また検索条件は以下の通りとする。 ・ 期間 ・ 予約枠 ・ 依頼科 ・ 依頼者 ・ 返信の状態（回答中、回答済）
21	43		2. 他科診療依頼状況の一覧画面より、「コンサルテーション依頼/返信」ツールを起動させ、返信内容の入力ができること。
21	44		3. 他科診療依頼状況の検索条件を利用者単位で保存できること。
21	45		他科診療依頼状況の一覧画面より該当の依頼情報を選択し、依頼内容修正、回答入力ができること。
21	46	予約数確認 再診予約	予約数確認ツール
21	47		予約枠を選択し、選択予約枠の取得数・枠数を一覧表示する事ができること。
22	1	処方	処方オーダー
22	2	処方オーダー 処方	処方オーダー
22	3		電子カルテシステムに、版数、指示者、オーダー発行日、発行時間の情報が、記録として保存され参照できること。
22	4		オーダーに変更や中止があった場合には、電子カルテシステムのカルテ画面から修正や削除ができること。また、修正や削除の情報は即時に電子カルテに記載されること。
22	5		オーダー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し、参照できること。
22	6		オーダー入力の効率化を考慮して、処方オーダーと他に必要なオーダー（検査や処置など）や文書などを組み合わせてセット登録ができること。
22	7		配置薬を利用した場合など、実施場所（与薬場所）の指定ができること。
22	8		セット登録された処方オーダーの展開時に発行端末の場所に応じて実施場所が自動的に展開できること。
22	9		入力した処方オーダーを薬剤部門システムに送信できること。
22	10		外来の処方オーダーとして、院外処方、院内処方がオーダーできること。
22	11		薬品選択について、診療科毎に用意された頻用薬ボタンからの選択及び薬品名の頭文字（カナ・アルファベット）3文字以上の入力による検索結果から選択ができること。
22	12		診療科毎に用意された頻用薬ボタンにおいて、有効期限が切れた薬品の場合には取り消し線を表示すること。
22	13		特定の患者にしか使用できない薬品を設定できること。
22	14		キーボードを使わずにマウスのみで薬品検索が行えること。
22	15		用法選択は、科毎の頻用用法選択及び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。
22	16		コメント入力（マスタからの選択及びフリー入力）ができること。
22	17		処方オーダー画面上に過去の処方歴を表示することができること。また、当処方歴を流用（複写）し、オーダーを新規に作成できること。なお、処方歴の検索条件として、診療科および入院/外来が指定できること。
22	18		オーダーが発行されるまで、院内処方・院外処方など、伝票の切り替えができること。

22	19		院外処方オーダー発行時に、指定されたプリンタに院外処方箋が印刷できること。
22	20		説明書や同意書が必要な薬品をオーダーする場合、オーダー発行時に予め設定された文書が起動されること。
22	21		院外処方箋には、以下の患者情報が印刷できること。 ・ 患者ID ・ 名前カナ ・ 名前漢字 ・ 年齢 ・ 生年月日 ・ 性別 ・ 住所
22	22		院外処方箋には、以下のオーダー情報が印刷できること。 ・ オーダー番号 ・ 版数 ・ 実施番号 ・ 出力日時 ・ 科名 ・ 保険医 ・ 交付年月日 ・ 使用期間 ・ 処方内容 ・ 公費負担者番号 ・ 公費負担医療の受給者番号 ・ 麻薬施用者番号 ・ 調剤済年月日 ・ 後発医薬品許可情報
22	23		院外処方箋には、以下の保険情報が印刷できること。 ・ 保険記号番号 ・ 保険者番号 ・ 保険種別 ・ 負担割合
22	24		院外処方箋にJAHISの院外処方箋2次元シンボル記録条件規約に沿ったQRコードを印字できること。
22	25		腎機能によって投与量の調整が必要な薬剤があるため、院外処方箋に印字対象とする検査結果値、身長、体重、体表面積が印字できること。
22	26		院外処方箋に検査結果値等を印字する場合は、直近からある一定期間内の情報のみ印字対象とできること。
22	27		院外処方オーダー発行後、修正できない状態にする（オーダーロック）ができること。オーダーロックは、オーダー発行のタイミングや会計終了時にできること。
22	28		以下のチェックができること。 ・ 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 ・ 重複（他科で発行された処方オーダーを含む） ・ 劇薬/麻薬警告
22	29		麻薬を含むオーダーは、麻薬施用者番号を持つ利用者のみ発行できること。
22	30		1画面で複数Rpの入力ができること。Rpは処方オーダー画面で並べ替えができること。
22	31		処方オーダー画面から医薬品情報検索システムが起動でき、医薬品情報システムで検索し、選択した薬品をオーダー画面に利用できること。
22	32		処方オーダー画面で指定した薬品について、医薬品情報検索システムによる医薬品情報（DI）の参照ができること。
22	33		患者プロフィール（基本情報）に入力された身長・体重情報から、体表面積及び投与量を算出できること。
22	34		注意が必要な薬品については、種類毎に設定された文字色で表示できること。文字色の指定は、薬品の種類（麻薬・劇薬・毒薬・向精神薬）毎および薬品毎に設定できること。
22	35		患者のアレルギー薬品とのチェックができること。
22	36		後発薬品への変更可否が選択できること。また、初期選択として、「後発薬品変更可」が選択された状態にできること。
22	37		後発薬品に変更できる薬品の場合、確認画面から後発薬品に切替を行うことができること。
22	38		科別頻用薬のメンテナンスができること。

22	39		簡便な操作で、前回処方を書写し、新規にオーダ発行できること。
22	40		簡便な操作で、頻繁に使用する処方オーダ（Do処方）の登録ができること。
22	41		処方オーダ画面上で、該当患者に対して過去に指示された処方オーダの一覧を表示し、選択することで今回の処方オーダとして登録できること。その際の検索条件として、診療科および入院/外来が選択できること。
22	42		処方オーダ画面上にて、患者の身長・体重が参照できること。また、変更もでき、変更した際には、患者プロフィール（患者基本情報）にも反映されること。
22	43		薬品の用法種別（内服・頓服・外用・自己注射）に応じて絞り込んだ頻用用法から選択することにより、用法が入力できること。
22	44		院外処方、院内処方の切替を処方オーダ画面でできること。
22	45		不均等投与指示が出せること。
22	46		保険情報の変更ができること。
22	47		薬品名称が変更になった過去の処方オーダを書写する場合、最新の薬品名称に自動的に変更され、オーダ発行ができること。
22	48		オーダ発行時に、薬品毎に設定された注意メッセージが表示されること。
22	49		採用期限切れ薬品を選択した場合、予め設定した代替薬品に自動的に切り替えできること。また、切り替え時にメッセージが表示されること。
22	50		伝票毎にRp単位で服用開始日の変更ができること。
22	51		科別頻用薬の薬剤設定ができ、簡便な操作で選択・入力できること。
22	52		上記に加え、外来院外処方や外来院内処方といった伝票種別単位に科別頻用薬を設定できること。
22	53		科別頻用薬は、自科の頻用薬が初期表示されること。
22	54		科別頻用薬は、診療科を切り替えることで他科の頻用薬に切り替わり利用できること。
22	55		伝票種別単位に処方箋コメント項目の設定ができること。
22	56		薬品の標準投与量および単位を設定することができ、薬品選択時に自動的に展開できること。
22	57		予め薬品・用法を登録した科別セットが選択・展開できること。また、科別セット展開後、薬品および数量の変更ができること。
22	58		過去処方歴（カルテ歴）から、入院・外来のオーダを問わず、過去の処方を今回処方オーダとして複写できること。
22	59		フリーコメントは、薬袋用コメントと処方箋用コメントを個々に設定できること。
22	60		薬品を選択したときに、過去の処方歴を参照し、選択した薬品を含む処方情報を自動抽出し、表示できること。
22	61		アレルギーの有無が処方オーダ画面上で把握できること。必要に応じて詳細内容が確認できること。
22	62		治験薬専用の治験処方がオーダできること。
22	63		治験処方、治験対象患者のみオーダできること。
22	64		治験処方指定できる薬品として、「治験薬のみ」もしくは「全薬品」の設定ができること。
22	65		治験薬の併用禁止薬チェックができること。
22	66		治験薬オーダチェックができること。
22	67		処方薬品に対して使用診療科限定チェックができること。
22	68		バーチャルキーボードを使用することにより、マウスによるクリックのみで、オーダ情報が入力できること。
22	69		入院処方（退院処方を除く）の場合、オーダ発行日（処方日）と連動し、服用開始日を同一日に自動設定できること。
22	70		入院の処方オーダとして、入院処方や定期処方、退院時処方がオーダできること。
22	71		退院時処方において、オーダ発行日と服用開始日に別日を設定できること。
22	72		処方切れを無くすため、定期処方までの服用日数を自動的に計算したつなぎ処方オーダが発行できること。
22	73		定数配置薬を使用した場合の処方指示（実施済入力）ができること。

22	74		定期処方、臨時処方などの切替を処方オーダー画面上でできること。
22	75		伝票内にある全てのRpに対して用法日数を一括で変更できること。
22	76		次の診察日までの日数を計算して、用法日数を一括で変更できること。
22	77		一般名薬品・後発薬を処方した際に、先発薬品名をポップアップ形式等で表示し、容易に確認ができること。
22	78		一般名処方の薬品や院外専用薬を含む処方を入院の患者に流用した際、院内採用薬に変換ができること。変換対象薬品は、成分・規格一致、成分・剤形一致、成分一致、薬効一致を判断を行い、候補として表示し、数量や単位を確認させた上で変換が行えること。
22	79		外来処方において、湿布薬を1処方につき計70枚を超えて投薬する場合にチェックがかけられ、「湿布薬超過投与理由」のコメントを入力できること。また、入力された「湿布薬超過投与理由」のコメントが処方箋に印字されること。
22	80		院外処方において、調剤時に残薬を確認した場合の対応指示が入力できること。また、入力された指示内容が処方箋の備考欄に印字されること。
22	81		院外処方において、分割日数及び分割回数を入力ができること。また、分割日数を入力することで分割回数ごとの投与日数および投与回数を計算して表示できること。
22	82		院外処方において、分割日数および分割回数が入力された場合は、以下の要件を満たす院外処方箋が出力できること。 1) 分割指示に係る処方箋（様式第二号の二）が印刷できること。 2) 分割回数に応じて処方箋を分割して印刷できること。 3) 分割指示に係る処方箋（別紙）が印刷できること。 4) 分割指示に係る処方箋の処方欄に総投与日数および総投与回数をが印字できること。
22	83		入院中患者が他科で処方オーダーを発行された場合の帳票に所属病棟を印字すること。
22	84		麻薬処方箋に出力しない項目をマスタで設定できること。
22	85		外来の当日のみ指示可能な伝票において「日未定」を可能とすること。
22	86		処方画面のチェックボックスコメントを、伝票ごとに表示/非表示を可能とすること。また、その動作はマスタ設定により制御できること。
22	87		救急外来の端末では「救外処方」処方箋コメントを表示し、デフォルト選択されること。
22	88		数量入力画面の単位欄表示で、特定単位の場合に「力価」などの注意文字を付加表示すること。特定単位はマスタ設定ができること。
22	89		公費の受給者番号は、7桁で印字されること。
22	90		第2単位で指示した場合、処方箋に『力価として』が印字されること。なお、対象薬品はマスタで設定できること。
22	91		特殊公費の表示を、法別番号+“:”+負担金区分で処方箋の備考欄へ印字できること。
22	92		処方重複チェックタイミングを科別に設定できること。
22	93		処方重複チェックをカルテ保存時のみにできること。
22	94		回数指定用法に、限度回数を設定できること。
22	95		最大投与日数を、ワーニングとなる日数と、エラーとなる日数の、2段階に設定できること。
22	96		オーダー締切後の修正などの際に、特権利用者（エラー、ワーニングがかからない利用者）でオーダー内容を修正する事ができること。この時、オーダー発行・修正した場合に、エラーチェックがかからないのではなく、エラーチェックをワーニングとしてチェック（表示）されること。
22	97		前回処方として自動複写する期間を、入院、外来それぞれを、1～99日間の間で設定できること。（遡り期間に複数の処方がある場合は、直近の処方のみ自動展開される）
22	98		外来モードで、特定の伝票をコピーまたはセット展開した場合に、院外処方に置換して処方ツール画面を起動できること。特定の伝票はマスタ制御でき、複数設定できること。また、入院モードの場合は置換しないこと。
22	99		処方ツールの伝票選択ボタンの背景色を変更できること。
22	100		院外専用薬を持参薬処方からコピーした際には、非採用薬扱いとし、院内採用薬に切替を行えること。
22	101	処方カレンダー 処方	処方カレンダー
22	102		処方カレンダー

22	103		処方指示をカレンダー形式で確認できること。
22	104		カレンダーは全量・日数指示と回数指示で分けて表示できること。
22	105		カレンダー上の処方指示の状態（未保存・受付済・指示受済・実施済）を表示できること。
22	106		カレンダー上に処方指示をRp単位で表示できること。また同一Rpは同じ行にまとまって表示されること。
22	107		カレンダー上の処方指示を本日服用があるRpのみに絞って表示できること。
22	108		カレンダー上の処方指示を入外区分で絞り込みできること。
22	109		カレンダー上に定期処方締切日が表示できること。
22	110		カレンダー上より新規処方・修正・削除・コピーができること。なお、新規処方の際には処方指示時の時刻に応じた服用開始区分が選択されること。
22	111		上記指示について患者スケジュール、経過表へ反映できること。
22	112		カレンダー上よりDI（DrugInformation）、薬歴が参照できること。
22	113		カレンダー上より実施入力ができること。
22	114		カレンダー上の内容をそのまま印刷できること。
22	115		一般名薬品・後発薬を処方した際に先発薬品名をポップアップ形式等で表示し、容易に確認ができること。
22	116	持参薬 処方	持参薬
22	117		持参薬報告
22	118		電子カルテシステム機能として、持参薬報告入力ができること。
22	119		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。
22	120		持参薬報告画面から医薬品情報検索システムが起動でき、医薬品情報システムで検索・選択した薬品が持参薬報告画面に展開できること。
22	121		持参薬服用時の用法が選択・入力ができること。
22	122		持参薬の持込量が入力できること。
22	123		持参薬服用時の単位が選択・入力できること。
22	124		フリーコメントが入力できること。
22	125		持参薬報告オーダ発行時に、持参薬鑑定書が印刷されること。
22	126		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。
22	127		持参薬報告画面上に過去の処方歴（外来処方など）を表示することができること。また、当処方歴を流用し、持参薬報告の入力ができること。
22	128		持参した薬品に対して、服用不可の指定ができること。
22	129		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。
22	130		持参薬報告を行ったタイミングで、病棟向けに持参薬鑑定書を印刷できること。
22	131		持参薬鑑定書には、下記情報を印字できること。 持参薬名、数量、単位、持込量など持参薬報告に登録した内容、及び薬剤の詳細情報（医薬品コード、薬効分類、薬剤画像）
22	132		持参薬区分、持参薬処方区分が入力できること。
22	133		持参薬処方
22	134		処方オーダ画面上に、薬剤部が入力した持参薬報告情報を表示することができること。また、当持参薬情報を流用（複写）し、持参薬処方オーダとして新規に作成できること。
22	135		当持参薬情報を流用（複写）する際、服用不可の指定がある薬品は流用（複写）できないこと。
22	136		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。
22	137		持参薬区分、持参薬処方区分が入力できること。
22	138		持参薬の使用理由が入力できること。

22	139		入力された持参薬区分、持参薬処方区分について、医事会計システムへ情報が送信され、EPファイルに持参薬情報を出力することができること。
22	140		院外処方で指示した薬剤を入院の際に持参薬として持ち込むことを想定し、持参薬処方 は最大量や極量、同効薬剤の重複などのチェックにおいて二重投与と見なさないよう考 慮していること。
22	141	処方オーダー学習 処方	処方オーダー学習機能
22	142		自動学習機能を有し、利用者が事前にセット登録などを行わなくても日々の処方指示情 報はナレッジデータとして蓄積され、処方オーダー画面上で有効活用でき、入力の効率化 及び医療の質的向上に貢献できる機能を実装すること。具体的に、処方オーダー機能とし て下記要件を実現すること。
22	143		処方指示情報（薬品、用法、コメントを含めたRpパターン）が、ナレッジデータとして 自動蓄積できること。
22	144		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（Rpパターン）を表示できること。
22	145		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（Rpパターン）を表 示できること。
22	146		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（Rpパターン） を表示できること。
22	147		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（Rpパターン）を 表示できること。
22	148		表示されたナレッジデータ（Rpパターン）を流用（複写）し、処方オーダーを作成でき ること。
22	149		薬品と用法の組合せが同じパターンのナレッジデータ（Rpパターン）を一つにまとめて 表示できること。
23	1	注射オーダー 注射	注射オーダー
23	2		注射オーダー
23	3		電子カルテシステムに、版数、指示者、オーダー発行日、発行時間の情報が、記録として 保存され参照できること。
23	4		オーダーに変更や中止があった場合には、電子カルテシステムのカルテ履歴画面から修正や 削除ができること。また、修正や削除の情報は即時に電子カルテに記載されること。
23	5		オーダー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 電子カルテに残し、参照できること。
23	6		オーダー入力の効率化を考慮して、注射オーダーと他に必要なオーダー（検査や処置など）や 文書などを組み合わせてセット登録ができること。
23	7		外来の注射オーダーとして、予約注射、当日注射、実施済注射がオーダーできること。
23	8		実施済注射伝票は、オーダー発行と同時に実施済みとなること。また、医事会計システム へ実施情報が送信されること。
23	9		注射実施場所の指定ができること。
23	10		薬品選択について、診療科毎に用意された頻用薬ボタンからの選択及び薬品名の頭文字 （カナ・アルファベット）3文字以上の入力による検索結果から選択ができること。
23	11		バーチャルキーボードを使用することにより、マウスによるクリックのみで、オーダー情 報が入力できること。
23	12		コメント入力（マスタからの選択及びフリー入力）ができること。
23	13		点滴注射やワンショットなどの投与種別が選択でき、投与種別に応じた手技を指定でき ること。
23	14		科別頻用薬の薬剤設定ができ、簡便な操作で選択・入力できること。
23	15		科別の頻用用法が設定でき、簡便な操作で選択・入力できること。
23	16		科別の頻用コメントが設定でき、簡便な操作で選択・入力できること。
23	17		科別頻用薬は、自科の頻用薬が初期表示されること。
23	18		科別頻用薬は、診療科を切り替えることで他科の頻用薬に切り替わり利用できること。
23	19		注射薬品に対して使用診療科限定チェックができること。
23	20		薬品・用法などを組み合わせた注射セットが設定でき、当セットを注射オーダー画面上で 展開できること。

23	21		注射の実施予定日が指定できること。
23	22		保険情報の変更ができること。
23	23		注射オーダー画面上にて、患者の身長・体重が参照できること。また、変更もでき、変更した際には、患者プロフィール（患者基本情報）にも反映されること。
23	24		点滴速度の指定ができること。
23	25		投与時間（交換サイクル）が指定できること。
23	26		投与量と点滴速度によって、投与時間（交換サイクル）が自動計算されること。
23	27		投与量と投与時間（交換サイクル）によって、点滴速度が自動計算されること。
23	28		施行間隔（所要時間）が指定できること。
23	29		点滴注射やワンショットなどの投与種別ごとに応じた付帯情報（点滴速度、投与時間、施行間隔、滴下数、所要時間、注射用量、定型コメント）が入力できること。
23	30		アレルギーの有無が注射オーダー画面上で把握できること。必要に応じて詳細内容が確認できること。
23	31		各種チェック（併用禁忌、配合禁忌、極量、常用量、劇薬/麻薬警告）ができること。
23	32		患者のアレルギー薬品とのチェックができること。
23	33		特定の患者にしか使用できない薬品を設定できること。
23	34		治験薬専用の治験注射をオーダーできること。
23	35		治験注射は、治験対象患者のみオーダーできること。
23	36		治験注射で指定できる薬品として、「治験薬のみ」もしくは「全薬品」を設定できること。
23	37		治験薬の併用禁止薬チェックができること。
23	38		麻薬を含むオーダーは、麻薬施用者番号を持つ利用者のみ発行できること。
23	39		採用期限切れ薬品を選択した場合、予め設定した代替薬品に自動的に切り替えできること。また、切り替え時にメッセージが表示されること。
23	40		薬品の標準投与量および単位を診療科毎に設定することができ、薬品選択時に自動的に展開できること。
23	41		薬品名称が変更になった過去の注射オーダーを複写する場合、最新の薬品名称に自動変更され、オーダー発行ができること。
23	42		注射オーダー画面から医薬品情報検索システムが起動でき、医薬品情報システムで検索・選択した薬品がオーダー画面に展開できること。
23	43		注射オーダー画面で指定した薬品について、医薬品情報検索システムによる医薬品情報（DI）の参照ができること。
23	44		定期注射処方、臨時注射などの切替を注射オーダー画面上でできること。
23	45		配置薬を利用した場合など、実施場所（与薬場所）の指定ができること。
23	46		セット登録された注射オーダーの展開時に発行端末の場所に応じて実施場所が自動的に展開できること。
23	47		注射オーダー画面でルート指定の入力ができること。
23	48		入院中患者が他科で注射オーダーを発行された場合の帳票に所属病棟を印字すること。
23	49		注射箋と注射ラベルを同時に出力できること。
23	50		注射用法の「回分」を印字できること。
23	51		オーダー締切後の修正などの際に、特権利用者（エラー、ワーニングがかからない利用者）でオーダー内容を修正する事ができること。この時、オーダー発行・修正した場合に、エラーチェックがかからないのではなく、エラーチェックをワーニングとしてチェック（表示）されること。
23	52	注射カレンダー 注射	注射カレンダー
23	53		入院注射においては各指示の状況をカレンダー機能にて容易に把握できること。具体的には以下の機能を有すること。
23	54		任意の指定日を基点に、入院注射の指示内容がカレンダーに表示できること。
23	55		抗がん剤注射については、参照表示できること。
23	56		注射オーダー単位に、開始時間と終了時間の指定ができること。

23	57		個々の注射オーダの状態（依頼、受付、実施中、実施済など）が表示され識別できること。
23	58		注射カレンダー画面から、簡便な操作で新規オーダの作成ができること。
23	59		新規にオーダを作成する際、入院注射の特性を考慮し、投与期間（開始日～終了日）及び投与間隔もしくは曜日を指定し、連続指示が同時にできること。
23	60		注射カレンダー画面上で、簡便な操作で同一オーダの追加（複写）や削除ができること。
23	61		締め切り時間によるオーダ発行チェックができること。
23	62		締め切り時間によって、注射伝票（ex. 定期注射→臨時注射）を自動で切り替えることができること。
23	63		注射カレンダー画面上で、点滴速度の変更指示ができること。
23	64		注射カレンダー画面上で、投与期間の変更ができること。
23	65		注射カレンダー画面上で、過去の注射オーダを流用（複写）することができること。
23	66		新規にオーダを作成する際、注射カレンダー画面上でRp順を変更できること。
23	67		注射カレンダー画面上で、実施中に点滴の中断や再開することができること。
23	68		注射カレンダー画面上に表示されている内容を印刷できること。
23	69		注射カレンダー画面上に表示されている内容をExcel形式に保存できること。
23	70		後発薬が処方されていた場合、先発薬品名をポップアップ形式等で表示し、容易に確認ができること。
23	71		注射カレンダー画面で投与種別を選択して表示する注射指示の絞り込みができること。
23	72		注射カレンダー画面上で、ルート指定の入力ができること。
23	73		注射カレンダー画面上で、頓用速度変更指示（指示簿）の入力ができること。
23	74		注射カレンダー画面上で、保存済みの注射オーダと指示簿オーダの関連付け/解除ができること。
23	75		注射詳細表示画面で、時間ごとに注射オーダの指示情報（指示内容、指示状態、速度情報、ルート情報、指示簿情報）を把握できること。
23	76		注射詳細表示画面で、「1時間表示」「3時間表示」「6時間表示」などの時間レンジ切り替えができること。
23	77		注射カレンダー上で保存済注射オーダのRp表示順を変更できること。
23	78		該当伝票の締切時間を過ぎて注射オーダをした場合で、締め切りチェックがワーニングの場合にはカレンダー上での指示を可能とすること。
24	1	処方	処方
24	2	利用者権限薬 処方	利用者限定薬
24	3		処方できる医師を限定したい薬品については、その薬品に対して処方を許可する利用者情報を登録することで、登録された利用者のみが処方を行えること。
24	4		登録利用者の追加・変更・削除については、当院のメンテナンス担当者が随時メンテナンスができること。また、限定された薬品の利用に関して急を要する場合でも業務中にメンテナンスが行え、業務に支障なく運用できること。
25	1	インスリンオーダ	インスリンオーダ
25	2	患者一覧 インスリンオーダ	血糖測定の実施入力時に血糖値の結果入力ができること。
25	3		血糖測定の実施入力時に会計を送信できること。
25	4		インスリン指示の実施入力時に実施根拠となる血糖値および食事摂取量を同一画面上で参照できること。
25	5		インスリン指示の実施入力時に実施根拠となる血糖値を選択することで今回投与すべきスケールの行がガイド選択されること。医師の指示と異なる単位を入力した場合には施行単位の変更理由を入力する画面が表示され、変更理由が入力出来ること。
25	6		インスリン指示実施時に患者バーコード、製剤バーコードでの認証ができること。
26	1	処置	処置
26	2	処置 処置	処置オーダ
26	3		電子カルテシステムに、指示者、オーダ発行日、発行時間の情報が、記録として保存できること。

26	4		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。
26	5		オーダー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、修正や削除の情報は即時に電子カルテに記載されること。
26	6		オーダー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の指定により即時に表示できること。
26	7		過去に発行した処置オーダーをコピーできること。その際に施行日が当日の日付に自動で変更できること。
26	8		効率的なオーダー入力を考慮して、外来処置オーダーを他のオーダー（検査や処置など）と組み合わせでセット登録することができること。セット登録は院内共通セット、科別セット、利用者セット、患者セットの登録ができること。
26	9		診察室または病棟で即時に実施する処置については、オーダー発行時に指示と実施が同時に入力できること。
26	10		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。
26	11		即実施でオーダー発行した場合は、その情報が実施記録として電子カルテに即時に記録されること。
26	12		処置に関して、外来中央処置・自科処置・実施済処置のオーダーができること。
26	13		実施場所の指定ができること。
26	14		セット登録された処置オーダーの展開時に発行端末の場所に応じて実施場所が自動的に設定できること。
26	15		手技の選択（リストからの選択、名称検索）ができること。
26	16		手技に付随する薬品、材料、機材などを手技に対するセット情報としてマスタ登録できること。
26	17		使用する材料、薬剤、機材の検索ができること。
26	18		他科用としてマスタ登録された手技の検索、入力ができること。
26	19		酸素入力の際、時間、流量、濃度を指定し、酸素量の計算ができること。
26	20		指示者、指示時間、実施者など記載情報の入力ができること。
26	21		処置施行日をカレンダーから選択できること。
26	22		予約機能を有すること。
26	23		保険情報の変更ができること。
26	24		同一行為追加時に警告表示できること。
26	25		処置施行日をカレンダーから選択できること。
26	26		外来処置依頼オーダーの発行及び実施入力について、バーコード読み取りによる薬剤・材料入力ができること。
26	27		バーコード読み取りによる薬剤・材料入力時に、すでに入力している薬剤・材料に対して数量の自動加算ができること。
26	28		外来処置依頼オーダーの発行及び実施入力について、自科検査（設定マスタからの選択、名称検索）についても対応できること。
26	29		外来処置依頼オーダーの発行及び実施入力について、各診療科別の個別指示セットの展開ができること。
26	30		外来処置依頼オーダーの発行及び実施入力について、ロット管理番号の入力画面の起動ができること。
26	31		外来処置オーダーで即実施の場合を考慮し、オーダー時にもロット管理番号の入力画面の起動ができること。
26	32		入院処置においては各処置指示の過去や未来に渡り状況が容易に把握しながら、オーダー追加ができる機能としてカレンダー形式での指示を実現できること。
26	33		カレンダー形式の表示では「過去3日以上」、「本日のみ」、「本日以降」という実施予定日に応じた絞り込み表示ができること。
26	34		入院処置オーダーの発行にあたり、カレンダー機能により日時を確定することができること。また、バーコードによる薬剤・材料入力ができること。

26	35		入院処置オーダーで、バーコードにより薬剤・材料入力時には、すでに入力している薬剤・材料に対して数量の自動加算ができること。
26	36		入院処置オーダーの発行にあたり、自科検査（リストからの選択、名称検索）についても可能であること。
26	37		入院処置オーダーの発行にあたり、各診療科別の個別指示セットの展開ができること。
26	38		入院処置オーダーでは実施回数を指定できること。
27	1	ロット管理機能 ロット管理	ロット管理機能
27	2		特定生物由来製剤などロット番号管理対象の薬剤や材料を含むオーダーについてトレーサビリティを管理できること。
27	3		ロット番号が入力済であるオーダーの検索及び条件を指定した絞込みができること。
27	4		ロット番号が未入力であるオーダーについてロット情報の入力ができること。
27	5		ロット番号が入力済であるオーダーについてロット情報の修正ができること。
27	6		一覧で選択したロット番号管理対象のオーダーの実施情報を参照できること。
27	7		一覧に表示中のデータのファイル出力及び印刷ができること。
27	8		一覧の検索する条件を利用者ごとに保存できること。
27	9		ロット番号が未入力であるオーダーの検索及び条件を指定した絞込みができること。
27	10		ロット番号管理対象のオーダーを実施入力する際に、バーコード読み取りによるロット番号の入力ができること。
27	11		ロット番号管理対象のオーダーを実施入力する際に、何らかの理由によりバーコードが読み取り不能の場合、手入力で ロット番号を入力できること。
27	12		同一管理対象である剤内に同一のロット番号が手入力されることを防止できること。
27	13		同一オーダー内に同一のロット番号が手入力されることを防止できること。
27	14		ロット番号に登録可能な文字を規制できること。
27	15		処方に対して中止処方が発行されている場合、ロット番号入力時に通知のメッセージを表示できること。
28	1	歯科	歯科機能
28	2	歯科 歯科	カルテは、医科カルテと歯科カルテを意識することなく、カルテにログオンでき、記載ができること。
28	3	歯科処置オーダー 歯科	歯科処置オーダー
28	4		電子カルテシステムに、指示者、オーダー発行日、発行時間の情報が、記録として保存できること。
28	5		オーダー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。
28	6		オーダー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。
28	7		歯科処置は即実施でオーダー発行され、その情報が即時に医事会計システムへ送信されること。
28	8		すべての端末上の、カルテ画面から患者の処置の登録、検索、変更が行えること。
28	9		処置の入力は、歯科処置マスタから検索し、選択によって行えること。
28	10		オーダーの検索ができること。
28	11		頻用の処置一覧がセットできること。
28	12		歯科処置オーダーのうち、医事レセプトへ反映できる処置項目は、自動的に医事システムへ送信され、当該患者の医事レセプト内容に反映され、出力されること。
28	13		歯科病名の登録ができること。その際部位の指定は一般部位のほか、歯式でも入力できること。
28	14		カンマ（,）や矢印（→）記号で2つの病名を連結した併記病名の登録ができること。
28	15		病名に付随するフリーコメントを入力できること。
28	16		登録した病名の変更、削除ができること。
28	17		病名の転帰ができること。

28	18		複数病名の転帰入力を一括で行えること。
28	19		病名が複数の歯式にまたがる場合は、一部の歯式のみの転帰ができること。
28	20		治癒に相当する処置が入力された場合、該当処置が入力された病名の転帰を促す事ができること。
28	21		病名の選択は、頻用一覧からの選択のほかに、キーワード検索、ICD-10分類に基づく目次検索、医師別頻用一覧や当該患者の過去病名から行えること。
28	22		病名の登録、削除、転帰入力を行うと医事システムに送信され、レセプトに出力できること。
28	23		他科で登録された病名が参照できること。
28	24		歯科処置確定時に、処置に対して必要病名のチェックができること。
28	25		処置に対する必要病名の設定は任意に設定できること。
28	26		歯式の表示方法は、1本ずつの編集、連続部位の編集（～で表示）、乳歯、永久歯の混在表示、近心根、遠心根、げきを含むブリッジの編集ができること。
28	27		病名を選択して、付随する処置を入力できること。その際に初期表示する処置入力画面は、病名に応じて紐付けができること。
28	28		病名を選択して、その病名に関する過去の処置履歴を参照できること。
28	29		処置選択時の分類は、治療別（病名にひもづく診療行為別）に設定できること。
28	30		処置のセット登録、利用ができること。
28	31		コメント入力ができること。その際、歯式の選択ができ、レセプト摘要欄に出力されること。
28	32		残根上の義歯対象の処置が行なわれた際、初回入力時は対象の歯式が入力できること、2回目以降は前回分の歯式を自動で展開できること。
28	33		前回日付等、日付入力が必要な摘要コメントの場合、コメント画面に日付を自動表示できること。
28	34		処置選択時に処置点数が表示されること。
28	35		医学管理料および指導料の入力ができること。
28	36		マスタ設定に伴い、オーダ入力時に算定内容のチェックができ、入力漏れ項目をワーニングとして出すこと。
28	37		患者の入外や年齢、病名の歯部位や歯数、初診日・前回算定日・退院日からの経過期間、限定回数、他処置項目との包括関係等から算定できない項目の誤算定を防止できること。
28	38		入力された処置情報は医事システムに送信されること。
28	39		初診時検査内容の結果入力ができ、随時参照できること。
28	40		患者提供説明書が必要な処置を行った際、該当する説明書を出力できること。
28	41		スケーリングを行なった部位を判定できること。
28	42		歯科診療特別対応加算（障害者加算）の入力ができること。
28	43		時間外加算・休日加算・乳幼児加算を入力する場合、初診料・再診料との組み合わせを判断し、正しい加算点数を算定できること。
28	44		複数歯面の入力ができること。該当処置選択時に歯面選択画面を表示し、選択した項目がカルテ記載要綱に合わせた形で入力処置画面に展開できること。
28	45		笑気ガス量・酸素量の計算式をマスタにて管理・設定できること。
28	46		前回と同様の病名で継続して治療を行う場合、前回入力した処置セットから、今回治療を行う処置セットを候補としてナビゲートできること。
28	47		欠損情報が歯式選択画面、歯周病検査結果入力画面に反映されること。
28	48		点数マスタを2世代管理とし、医療改定前後の点数を両方保持、表示できること。
28	49		患者ごとに根管数の管理ができること。
28	50		過去に算定した処置履歴から、キーワード入力で該当項目の検索ができること。
28	51		義歯管理中の患者において、義管Bおよび義管Cのうちどちらが算定可能であるかの判断ができること。
28	52		歯周ポケット、動揺度、ブランク付着状況等の歯周病検査の結果入力ができ、随時参照、印刷ができること。

28	53		ブラーク付着状況に応じてブラークスコア（PCR）が随時参照でき、印刷ができること。
28	54		歯周病検査結果から、ブラーク付着状況の統計情報や過去の歯周ポケット値との比較ができること。
28	55		歯周病検査の入力時にマウスでのドラッグ入力等、項目の一括入力ができること。
28	56		歯周病検査の入力順をCまたは逆Cに切替えができること。
28	57		同一画面で乳歯および永久歯の検査結果を記録でき、混合歯列期の入力ができること。
28	58		前回の入力値を複写して新規の入力ができること。
28	59		選択した歯種の処置履歴を表示できること。
28	60		設定された冠・修補処置・欠損等の状態を歯種アイコンに色別で表示できること。
28	61		指定された歯種を対象として、歯科処置画面を起動できること。
28	62		歯種ごとの状態編集ができること。
28	63		衛生実地指導の実施内容が記録として記載でき、下記の内容を印刷できること。 ・実施内容 ・歯周チャートで入力された最新のブラーク付着状況 ・ブラークスコア（PCR）
28	64		カルテ記載時、歯式を含む文章が記載できること。
28	65		初診時検査の入力時にマウスでのドラッグ入力等、項目の一括入力ができること。
28	66		補綴物装着を行った際、補綴物維持管理説明書を出力できること。
28	67		診療録の記録として、診療行為の名称及び点数が表示されること。
29	1	検体検査オーダー 検体検査	検体検査オーダー
29	2		電子カルテシステムに、指示者、オーダー発行日、発行時間の情報が、記録として保存できること。
29	3		オーダー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。
29	4		オーダー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記録させること。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。
29	5		過去にオーダー発行したオーダーをコピーできること。その際に基準日が当日の日付に自動で変わること。
29	6		効率的なオーダー入力を考慮して、検体検査オーダーを他のオーダー（処方や処置など）と組み合わせでセット登録できること。セット登録は院内共通、科別設定、利用者設定、患者設定ができること。
29	7		検体検査オーダーを検査部門へ送信できること。
29	8		検査種別検査項目（一般、生化学、血液、血清など）が入力できること。
29	9		検査日時の指定ができること。
29	10		採取日を選択する際に、次回診察日付を簡単に選択できること。
29	11		採取日の入力を省略した場合、当日に自動設定できること。
29	12		採取日の日未定指定ができること。
29	13		検体材料が入力できること。
29	14		保険情報の変更ができること。
29	15		院内共通セット及び診療科別のセットが作成できること。
29	16		負荷試験に関して、検査時間及び薬剤が入力できること。
29	17		定型コメント/フリーコメントが入力できること。
29	18		分野別項目表示からの検査項目指定ができること。
29	19		検査項目名検索ができること。
29	20		選択した検査項目を一覧で表示できること。
29	21		選択した検査項目一覧から、検査項目を削除できること。また、削除する際は一括削除と項目を選択して削除する機能を有すること。

29	22		重複チェックの対象の項目を、一括で取消することができること。
29	23		検査項目ごとに至急の検査指定ができること。 また至急の検査指定できる項目をマスタで制限できること。
29	24		至急の検査指定を行った項目がオーダー画面上で容易に識別できること。
29	25		オーダー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。
29	26		検査項目に対して付帯情報の入力ができること。
29	27		使用期限が切れている検査項目が存在する場合は、オーダー画面上で使用期限が切れている事を認識できること。
29	28		同一項目が選択済みである場合、選択できない状態で表示できること。
29	29		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。
29	30		基本セット、科別セットをマスタ設定することにより複数検査項目がまとめて指定できること。
29	31		電子カルテシステムに、指示者、オーダー発行日、発行時間の情報が、記録として保存できること。
29	32		オーダー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。
29	33		検査指示オーダーの発行にあたり、採血場所を一覧より選択できること。
29	34		検査指示オーダーの発行にあたり、検査材料を一覧より選択できること。
29	35		検査指示オーダーの発行にあたり、負荷試験薬剤を一覧より選択できること。
29	36		検査指示オーダーの発行にあたり、検査項目毎に表示メッセージの選択ができること。
29	37		採血場所に中央採血室が選択され、採取日が中央採血室の休日にあたった場合、エラーメッセージの表示ができること。
29	38		特定の検査項目を選択時に、その項目に応じた注意メッセージを表示できること。
29	39		検査項目を一定項目数以上発行する際に、ワーニングを表示できること。
29	40		同一日に発行済みの検査項目をオーダー画面上で判別できること。
29	41		選択中の検査項目の中から、同一日に発行済みの検査項目を一括で削除できること。
29	42		採取予定日を次回の診察日に簡単に設定できること。
29	43		検体検査オーダーの依頼項目として「追加報告先」を選択可能とすること。
29	44		救急外来の端末で検体検査オーダー画面を起動した際の「追加報告先」初期選択を「救急外来」とすること。
29	45		救急外来の端末で検体検査オーダー画面を起動した際の依頼コメント初期選択を「救急外来」とすること。
29	46		日未定の検体検査オーダーを複写した際に、採取時刻を現在時刻ではなく、「指定なし(777700)」で起動するようにすること。
29	47		検体検査オーダー発行時に依頼箋印刷を行うことが可能であること。検体検査オーダーの依頼内容は、用紙1枚に明細部を2列印字できること。検体検査オーダーのセット名称を検査項目の横に印字できること。検体検査オーダーの依頼コメント1を1行に印字できること。検体検査オーダーのフリーコメントを1行に印字できること。
29	48		検体ラベルに患者情報（印刷日時、印刷依頼医又は利用者、患者ID、患者カナ氏名、患者漢字氏名、患者入院病棟名（外来の場合は空白）、患者生年月日、患者性別、患者血液型（ABO/Rh）、患者IDバーコード、ラベル印刷枚数連番）を印字できること。
30	1	細菌検査オーダー 細菌検査	細菌検査オーダー
30	2		電子カルテシステムに、指示者、オーダー発行日、発行時間の情報が、記録として保存できること。
30	3		オーダー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。
30	4		オーダー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。
30	5		過去にオーダー発行したオーダーをコピーできること。その際に基準日が当日の日付に自動で変わること。

30	6		効率的なオーダー入力を考慮して、細菌検査オーダーを他のオーダー（検査や処置など）と組み合わせてセット登録できること。セット登録は院内共通、科別設定、利用者設定、患者設定ができること。
30	7		細菌検査オーダーを部門へ送信できること。
30	8		一般細菌検査の材料、採取部位、検査項目指定ができること。
30	9		検査項目は選択された材料により絞込み表示ができること。
30	10		入力項目は、検査に必要な情報を入力できること。任意の項目について、入力時に省略可能とする設定ができること。
30	11		一般細菌検査について、フリーコメントを入力できること。
30	12		一般細菌検査時に、薬剤感受性の追加試験分を指定できること。
30	13		一般細菌検査の目的菌、使用中薬剤、感受性希望薬剤の指定ができること。
30	14		一般細菌検査の日時指定ができること。
30	15		採取日に次回診察日付を簡単に選択できること。
30	16		採取日の入力を省略した場合、当日に自動設定できること。
30	17		採取日の日未定指定ができること。
30	18		一般細菌検査について、オーダー発行にあたり、プロフィール情報を最大10項目まで表示できること。
30	19		検出菌に応じた薬剤感受性検査説明の参照ができること。
30	20		抗酸菌染色・培養検査の目的菌、使用中薬剤、感受性希望薬剤の指定ができること。
30	21		抗酸菌染色・培養検査について、フリーコメントを入力できること。
30	22		抗酸菌染色・培養検査の目的菌、使用中薬剤、感受性希望薬剤の指定ができること。
30	23		抗酸菌染色・培養検査の日時指定ができること。
30	24		採取日の入力を省略した場合、当日に自動設定できること。
30	25		採取日の日未定指定ができること。
30	26		抗酸菌同定・培養検査について、オーダー発行にあたり、プロフィール情報を最大10項目まで表示できること。
30	27		抗酸菌同定・感受性検査の材料、採取部位、検査項目指定ができること。
30	28		検査項目は選択された材料により絞込み表示ができること。
30	29		抗酸菌同定・感受性検査について、フリーコメントを入力できること。
30	30		抗酸菌同定・感受性検査について、検体受付番号を入力できること。
30	31		抗酸菌同定・感受性検査の日時指定ができること。
30	32		採取日の日未定指定ができること。
30	33		抗酸菌同定・感受性検査について、オーダー発行にあたり、プロフィール情報を最大10項目まで表示できること。
30	34		その他細菌検査について、オーダー発行にあたり、プロフィール情報を最大10項目まで表示できること。
30	35		材料選択時に、関連付けられた検査項目を自動で選択できること。
31	1	病理検査オーダー 病理検査	病理検査オーダー
31	2		電子カルテシステムに、指示者、オーダー発行日、発行時間の情報が、記録として保存できること。
31	3		オーダー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。
31	4		オーダー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。
31	5		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。
31	6		オーダー入力の効率化を考慮して、病理検査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できること。セット登録はマスタ設定、利用者設定、患者設定ができること。

31	7		解剖検査に関して解剖部位、病理細胞診に関して検査材料の採取部位、組織診における検査臓器の切除部位を指定できること。
31	8		入力項目は、検査に必要な情報を入力できること。任意の項目の入力省略可能な設定ができること。
31	9		必要な場合に、臨床診断・病名を登録できること。また、新たに病名を登録する場合は、病理検査オーダーの画面から病名登録ができること。当然、登録した病名は患者の病名一覧にも記載されること。
31	10		病理検査オーダーを部門に送信できること。
31	11		病理検査について、オーダー発行にあたり、関連内視鏡ボタンを押下により、内視鏡レポート（診療レポート）が参照できること。
31	12		組織診の術中迅速検査の場合、予約枠を指定して依頼ができること。
31	13		解剖検査に関して、死亡日時の指定ができること。
31	14		解剖検査に関して、死亡日時は患者プロフィールからの自動取得ができること。
31	15		解剖検査に関して、「剖検承諾書」の確認チェックできること。
31	16		解剖検査に関して、治療情報の指定ができること。
31	17		解剖検査に関して、周産期死亡の指定ができること。
31	18		解剖検査に関して、職業の指定ができること。
31	19		解剖検査に関して、部位詳細をフリー入力により指定できること。
31	20		解剖検査に関して、臨床経過をフリー入力により指定できること。
31	21		解剖検査に関して、検査の目的をフリー入力により指定できること。
31	22		細胞診/組織診に関して、採取日時の指定ができること。
31	23		細胞診/組織診に関して、採取日時を指定せず、日未定でオーダー発行できること。
31	24		細胞診/組織診に関して、最終月経日付の指定ができること。
31	25		細胞診/組織診に関して、臨床所見をフリー入力または定型コメントからの選択により指定できること。
31	26		細胞診/組織診に関して検査の目的をフリー入力により指定できること。
31	27		細胞診断/組織診依頼時に、採取情報に関するシェーマ図の指定ができること。
31	28		細胞診/組織診に関して、治療情報の指定ができること。
31	29		細胞診/組織診に関して、主治医の指定ができること。
31	30		細胞診/組織診に関して、入院患者のオーダー発行時に主治医を自動取得できること。
31	31		材料毎に出力するラベル枚数を指定できること。
31	32		電子カルテシステムに登録されている患者プロフィール情報（婦人科情報）を自動表示できること。
31	33		組織診に関して、複数材料に対してそれぞれに関連付いたリンパ情報を入力できること。
31	34		オーダー発行時に検査依頼書を自動で印刷できること。
31	35		解剖検査に関して、剖検依頼画面に、依頼医、職業、臨床診断、感染症、の項目を追加して入力可能とする。また、追加項目は部門システムと連携すること。
31	36		解剖検査に関して、剖検依頼画面に、患者プロフィール情報（感染症）をスプレッド形式で画面に表示できること。
31	37		解剖検査に関して、パス作成時、必須項目「臨床診断」の必須チェックを無効とすること。
31	38		剖検依頼書に患者住所を出力できること。
31	39		病理診断画面で切除方法を「分類」別に絞込み表示できること。
31	40		病理依頼書発行時に、病理依頼書（控え）を同時に発行できること。
31	41		材料、臓器、採取方法、切除方法、検体Noをテキストエリアで表示できること。
32	1	生理検査オーダー 生理検査	生理検査オーダー
32	2		電子カルテシステムに、指示者、オーダー発行日、発行時間の情報が、記録として保存できること。

32	3		オーダー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。
32	4		オーダー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。
32	5		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。
32	6		オーダー入力効率化を考慮して、生理検査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ができること。セット登録はマスタ設定、利用者設定、患者設定ができること。
32	7		生理検査オーダーを部門へ送信できること。
32	8		生理検査に関して、検査内容、コメント、検査目的の入力ができること。
32	9		検査の目的となる病名の登録ができること。この病名は、患者に登録されたものから選択して登録できること。選択時に該当する病名がなければ、生理検査オーダーの画面から病名登録ができること。当然、登録した病名は患者の病名一覧にも記載されること。
32	10		電子カルテシステムに登録されている感染症情報を自動表示できること。
32	11		生理検査の予約を取得する機能を有すること。
32	12		生理検査オーダーにシェーマ図（人体図）を添付できること。
32	13		同意書や検査説明書などを生理検査オーダーと同時に発行できること。
32	14		発行する同意書や検査説明書などは、患者ID、氏名、病名等のカルテ情報を表示できること。
32	15		患者単位の当日検査一覧を参照できること。
32	16		緊急オーダーを発行時、当日以降（未来日）の検査日を指定できること。
32	17		過去日の検査日を指定できること。
32	18		追検査項目選択時、確定ボタン押下時に、予約枠日時が日保留であれば予約枠選択部品を自動起動することができること。
32	19		検査日を次回の診察日に簡単に設定できること。
33	1	内視鏡オーダー 内視鏡	内視鏡検査オーダー
33	2		電子カルテシステムに、指示者、オーダー発行日、発行時間の情報が、記録として保存できること。
33	3		オーダー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。
33	4		オーダー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。
33	5		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。
33	6		オーダー入力効率化を考慮して、内視鏡検査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ができること。セット登録はマスタ設定、利用者設定、患者設定ができること。
33	7		内視鏡オーダーを部門に送信できること。
33	8		内視鏡検査に関して、検査内容、検査目的の入力ができること。
33	9		必要な場合に、臨床診断・病名を登録できること。また、新たに病名を登録する場合は、内視鏡検査オーダーの画面から病名登録ができる機能を有すること。当然、登録した病名は患者の病名一覧にも記載されること。
33	10		電子カルテシステムに登録されている感染症情報を自動表示できること。
33	11		内視鏡検査の予約を取得できること。
33	12		緊急検査の指定ができること。
33	13		内視鏡検査オーダーにシェーマ図（人体図）を添付できること。
33	14		同意書や検査説明書などを内視鏡検査オーダーと同時に発行できること。
33	15		発行する同意書や検査説明書などは、患者ID、氏名、病名等のカルテ情報を表示できること。

33	16		オーダー入力効率化を考慮して、内視鏡オーダーと他に予約が必要な検査もしくは再診予約を組み合わせ、複数の予約をまとめて取得できること。
33	17		緊急オーダーを発行時、当日以降（未来日）の検査日を指定できること。
33	18		過去日の検査日を指定できること。
33	19		追検査項目選択時、確定ボタン押下時に、予約枠日時が日保留であれば予約枠選択部品を自動起動できること。
34	1	放射線オーダー 放射線	放射線検査オーダー
34	2		電子カルテシステムに、指示者、オーダー発行日、発行時間の情報が、記録として保存できること。
34	3		オーダー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。
34	4		オーダー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。
34	5		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。
34	6		オーダー入力効率化を考慮して、一般放射線オーダーを他に必要な他のオーダー（検査や処置など）と組み合わせセット登録ができること。セット登録はマスタ設定、利用者設定、患者設定ができること。
34	7		一般放射線オーダーを部門へ送信できること。
34	8		一般放射線検査に関して、撮影区分、部位、体位/方向、撮影コメントの入力ができること。
34	9		撮影内容を複数設定できること。
34	10		必要な場合に、臨床診断・病名を登録できること。また、新たに病名を登録する場合は、一般撮影検査オーダーの画面から病名登録ができること。当然、登録した病名は患者の病名一覧にも記載されること。
34	11		電子カルテシステムに登録されている感染症情報を自動表示できること。
34	12		一般放射線検査の予約を取得できること。
34	13		緊急検査の指定ができること。
34	14		一般放射線検査オーダーにシェーマ図（人体図）を添付できること。
34	15		同意書や検査説明書などを一般放射線検査オーダーと同時に発行できること。
34	16		発行する同意書や検査説明書などは、患者ID、氏名、病名等のカルテ情報を表示できること。
34	17		電子カルテシステムに登録されている患者プロフィールの妊娠情報を自動表示できること。
34	18		緊急オーダーを発行時、当日以降（未来日）の検査日を指定できること。
34	19		過去日の検査日を指定できること。
34	20		電子カルテシステムに登録されている患者プロフィールのインプラント情報を自動表示できること。
34	21		撮影方向ごとに撮影条件の初期値設定ができること。
34	22		過去のオーダー実績から選択して入力できること。また、利用者のオーダー実績より、よく使うパターンを「利用者自身」や「自科」の定形オーダーとして登録することができること。
34	23		検査日を次回の診察日に簡単に設定できること。
34	24		放射線オーダーを複写した際に、妊娠有無などの付帯項目を複写しないようにできること。
34	25		単純撮影、MRIなどの検査ごとにコメントや身長・体重などの必須入力設定ができること。
35	1	輸血オーダー 輸血	輸血オーダー
35	2		輸血オーダー
35	3		電子カルテシステムに、指示者、オーダー発行日、発行時間の情報が、記録として保存できること。

35	4		オーダー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。
35	5		オーダー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。
35	6		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。
35	7		オーダー入力効率化を考慮して、輸血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。セット登録はマスタ設定、利用者設定、患者設定ができること。
35	8		厚労省より通達されている「輸血療法の実施に関する指針」にそって、輸血を行った患者に対して、ある一定期間内に感染症検査が未実施の場合は検査を行うよう促すメッセージが表示されること。
35	9		輸血後、ある一定期間内に検査をすべき感染症検査の項目がセット化でき、メッセージを確認後簡便に対象検査が指示できること。
35	10		輸血実施者の感染症検査の実施状況を一覧でモニタリングできること。 一覧には患者情報、輸血実施日、輸血製剤名、使用場所、ロット番号、及び検査実施日が表示され状況が確認ができること。
35	11		血液製剤オーダー
35	12		血液製剤依頼を部門へ送信できること。
35	13		依頼血液型を選択できること。依頼した血液型と電子カルテシステムに登録されている血液型と一致しているかチェックができること。
35	14		使用日時、場所を指定できること。
35	15		術式の選択入力ができること。
35	16		クロス用検体採取予定日の入力ができること。
35	17		クロス採血予定日を指定した場合に、クロス採血オーダーの自動発行、またはクロス採血オーダー画面の起動ができること。
35	18		依頼血液製剤種ごとにクロス採血予定日を必須入力とするかどうか設定できること。
35	19		依頼血液製剤種ごとにクロス採血予定日を自動入力するかどうか設定できること。また、自動入力される日付は輸血予定日を基準として算出され、その日付は輸血予定日の何日前とするか設定ができること。
35	20		必要な場合に、臨床診断を登録できること。また、新たに病名を登録する場合は、輸血オーダーの画面から病名登録ができること。当然、登録した病名は患者の病名一覧にも記載されること。
35	21		製剤種、単位、依頼コメントを入力できること。
35	22		製剤種ごとに付帯情報を選択できること。
35	23		同一製剤を複数日に使用、または同一日に複数製剤を使用するオーダーの発行が容易にできること。
35	24		緊急オーダーの指定ができること。緊急を指定した場合、入力項目を限定できること。
35	25		T&Sの指定ができること。また、T&Sを指定した場合に製剤種と単位数を選択可能とするかどうか設定できること。
35	26		臨床状態、使用目的、予想出血量の入力ができること。
35	27		電子カルテシステムに入力されている検査結果を表示できること。
35	28		血液製剤依頼と同時に同意書を発行できること。
35	29		輸血同意書の取得有無を入力できること。
35	30		輸血同意書の取得有無の選択状態に応じて、オーダー発行時に同意書を自動で起動するかどうかの設定ができること。
35	31		入力漏れを防ぐために、依頼血液型・使用予定日・使用場所・製剤種・単位数・同意書取得有無を必須入力とすること。
35	32		製剤の血型と患者の血型が異なる場合、理由入力なしにオーダーが発行できないこと。
35	33		不規則抗体がプラスの患者の場合、オーダー編集画面でメッセージを表示できること。また、メッセージはエラーか警告の設定ができること。
35	34		自己血採血
35	35		自己血採血依頼を部門へ送信できること。

35	36		使用予定日、採血日時、採血場所を指定できること。
35	37		採血日時は予約枠管理できること。また、予約枠は採血場所ごとに管理できること。
35	38		使用予定日と採血日の間隔が一定期間以上離れている場合にオーダー発行ができないようチェックができること。また、オーダー発行可能な間隔は製剤種ごとに設定できること。
35	39		使用予定日と採血日の間隔が一定期間以内の場合に注意メッセージを表示するようチェックができること。また、メッセージを表示する間隔は製剤種ごとに設定できること。
35	40		複数の採血予定日を指定する場合、各採血予定日の間隔が一定期間以上離れていないとオーダー発行できないようチェックができること。また、複数採血日指定時にオーダー発行可能な間隔を設定できること。
35	41		製剤種を選択入力できること。
35	42		採血量を入力できること。
35	43		術式の選択入力ができること。
35	44		予想出血量の入力ができること。
35	45		コメントのフリー入力ができること。
35	46		電子カルテシステムに入力されている検査結果を表示できること。
35	47		自己血採血依頼と同時に同意書を発行できること。
35	48		輸血同意書の取得有無を入力できること。
35	49		入力漏れを防ぐために、使用予定日・採血場所・採血日・採血予定量・製剤種を必須入力とすること。
35	50		電子カルテに、指示者、オーダー発行日、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。
35	51		パッケージ標準の項目の他に、独自に選択項目を追加できること。
35	52		オーダー発行時に自己血採血依頼書を自動で印刷できること。また、院内のどの端末から印刷しても輸血管理室のプリンタに依頼書を出力できること。
36	1	手術麻酔オーダー 手術麻酔	手術・麻酔オーダー
36	2		電子カルテシステムに、指示者、オーダー発行日、発行時間の情報が、記録として保存できること。
36	3		オーダー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。
36	4		オーダー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。
36	5		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。
36	6		オーダー入力の効率化を考慮して、手術・麻酔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ができること。セット登録はマスタ設定、利用者設定、患者設定ができること。
36	7		入力した指示内容を手術部門へ送信され、手術部門では一覧で確認できること。
36	8		担当医、主治医等が手術の計画をたて、手術部門に手術予約申込ができること。
36	9		手術申込に必要な患者情報を入力できること。
36	10		手術予定日、手術室予約時間を入力できること。
36	11		手術室の予約状況を参照できること。
36	12		病名を登録できること。また、新たに病名を登録する場合は、手術オーダーの画面から病名登録ができること。当然、登録した病名は患者の病名一覧にも記載されること。
36	13		術式が選択ができ、部位、左右、体位が入力できること。
36	14		術式に付随する材料、器材、薬剤などをセット化ができること。
36	15		科ごとに材料、器材、薬剤に登録ができること。
36	16		材料、器材、薬剤の検索選択ができること。
36	17		電子カルテに登録されている感染症情報を自動表示できること。

36	18		手術予約申込時、麻酔科依頼の選択ができること。また、同時に麻酔医への麻酔申込依頼ができること。
36	19		入力漏れを防ぐために、入力必須項目を指定できること。
36	20		申し込み区分（予定、締切後、緊急、等）ごとに締め切り日の設定ができること。
36	21		手術申込オーダーについて、術後管理（日帰り手術、リカバリ室、ICU等）まで実施できること。
36	22		電子カルテに登録されている年齢、性別、身長、体重を表示すること。
36	23		クリーンルーム指定の選択ができること。
36	24		希望手術室が指定できること。また、手術室ごとに各科の予約時間を管理でき、チェックができること。
36	25		申込時にカレンダーのイメージで空き枠を確認でき、予約取得ができること。
36	26		申込区分に予定・締め切り後、緊急、オンコールなどの区分を設定できること。また、オンコール時は日指定のみで予約できること。
36	27		手術申込区分ごとに締め切り時間を設定できること。
36	28		手術実施情報を患者基本情報へ反映できること。
36	29		手術申込の時の術式を実施時に連携できること。
36	30		手術申込内容を自動で取り込んで表示すること。
36	31		麻酔科医が術前診察内容を入力できること。
36	32		麻酔科医が手術室への指示内容を入力できること。
36	33		麻酔科医が病棟への指示内容を入力できること。
36	34		輸血オーダーが参照できること。
36	35		感染症が確認できること。
36	36		既往歴、手術歴、アレルギー、飲酒・喫煙歴が確認できること。
37	1	リハビリ	リハビリ
37	2	リハビリオーダー リハビリ	電子カルテシステムに、指示者、オーダー発行日、発行時間の情報が、記録として保存できること。
37	3		リハビリテーション処方
37	4		各入力項目についてリハビリ依頼情報を元に確認しながら処方内容の入力ができること。
37	5		リハビリ依頼に対して、処方日、処方医の入力ができること。
37	6		実施希望日、起算日の入力ができること。
37	7		リハビリ対象の疾患名、発症日、病名登録日を個人病名より選択し入力ができること。疾患名が複数ある場合は複数選択もできること。
37	8		処方入力時にリハビリ対象疾患名を新たに病名として登録する場合は、リハビリオーダーの画面から病名登録ができること。当然、登録した病名は患者の病名一覧にも記載されること。
37	9		電子カルテに保存されている入院日、手術日、手術名を表示できること。
37	10		障害名について入力できること。
37	11		能力的ゴール、社会的ゴールが入力できること。
37	12		電子カルテに登録されている感染症情報を自動表示できること。
37	13		リハビリ開始場所を指定できること。
37	14		理学療法、作業療法、言語聴覚療法それぞれについて、依頼療法内容を入力できること。
37	15		経過、RISK、合併症などを入力できること。
37	16		入力漏れを防ぐために、入力必須項目を指定できること。
37	17		リハビリ処方箋を印刷できること。
37	18		算定区分を指定できること。
37	19		リハビリテーション実施計画書の作成ができること。

37	20		処方区分は「開始」「変更」「中止」「終了」から単一選択できること。
37	21		電子カルテに入力されている手術日、手術名を「手術一覧（予定手術含む）」から選択することができること。
38	1	血液浄化オーダー 血液浄化	血液浄化オーダー
38	2		電子カルテシステムに、指示者、オーダー発行日、発行時間の情報が、記録として保存できること。
38	3		オーダー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。
38	4		オーダー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。
38	5		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。
38	6		オーダー入力効率化を考慮して、血液浄化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ができること。セット登録はマスタ設定、利用者設定、患者設定ができること。
38	7		入力した指示内容を血液浄化（人工透析）部門へ送信され、透析室では一覧で確認できること。
38	8		電子カルテに登録されている患者ID、患者氏名、性別、年齢を血液浄化ツールに表示できること。
38	9		緊急または毎週の申込区分の指定ができること。
38	10		希望曜日を選択できること。
38	11		希望開始時刻、所要時間の入力ができること。
38	12		血液浄化方法を入力できること。
38	13		電子カルテに登録されている病名から基疾患を選択できること。
38	14		血液浄化（人工透析）部門への依頼事項が入力できること。
38	15		入力漏れを防ぐために、入力必須項目を指定できること。
38	16		入力した指示内容が血液浄化（人工透析）部門側のシステムで容易に参照できること。
38	17		搬送方法を指定できること。
38	18		電子カルテシステムに、指示者、オーダー発行日、発行時間の情報が、記録として保存できること。
38	19		オーダー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。
38	20		血液浄化実施場所を指定できること。
38	21		障害者加算項目を指定できること。
39	1	入院予約オーダー 入院予約	入院予約オーダー
39	2		入院が決まった際に入院の予約（申し込み）を行えること。
39	3		オーダー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。
39	4		オーダー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。
39	5		オーダー入力効率化を考慮して、入院申込オーダーを入院前に行う他のオーダー（検査や処置など）と組み合わせてセット登録ができること。セット登録は利用者設定、患者設定ができること。
39	6		入力項目は、入院時情報及びベッドコントロールに必要な情報を入力できること。移動日時、診療科、病棟、食事情報の最低限必要な項目を除く任意の項目のを省略可能な設定ができること。
39	7		入院に必要な担当情報、食事情報、希望入院日、入院予定の診療科/病棟などの指定ができること。
39	8		必要な場合に、入院病名、入院目的を登録できること。入院病名は患者病名として登録された病名の一覧から選択できる事。また、入院オーダーの画面から病名登録画面を呼び出し、新たに病名が登録できること。
39	9		手術、検査、治療の予定日を入力できること。

39	10		入院目的に応じて、手術、検査、治療の予定日が入力されているかチェックできること。
39	11		入院申し込みオーダーを受けて入院決定操作により、入院診療科、病棟、食事情報の確定ができること。入院申し込みで入力した情報は入院決定時の情報で変更できること。入院決定により、各部門システムや医事システムに情報を連携できること。
39	12		緊急入院に対応するため、入院申し込みではなく、入院診療科、病棟、ベッド、食事情報を確定した状態で入院決定の指示もできること。
39	13		入院決定後、直ちに各種オーダー発行ができること。
39	14		事前に入院時の診療指示を入力できること。
39	15		入院申し込みオーダーの発行時に入院診療計画書の記載ができること。
39	16		入院申し込み時に主担当医の他、指導医、担当医を指定できる事。担当医は5名以上登録できること。
39	17		事前の検査で判明している感染症がある場合、入院申し込み画面に表示できること。
39	18		入院申込時に食事コメントの入力ができること。
39	19		入院申込時の食事コメントはマスタにて定型化でき、フリーによるコメントの入力もできること。
39	20		入院申込時に選択する食種、食事コメントについては、職種別を選択できる項目を設定できること。
39	21		入院申込時の年齢に応じたデフォルトの食事内容を設定できること。
39	22		上記に加え、年齢に応じたデフォルトの食事内容を診療科別に設定できること。
39	23		入院申込時に前回入院時の食事情報をデフォルトの食事内容としてセットできること。
39	24		入院申込時の食事情報として朝・昼・夕の間に間食項目（おやつなど）を登録できること。
39	25		入院申込時の食事情報に入力された食物アレルギー情報が患者プロフィールに登録されている食物アレルギー情報と相違ないかチェックできること。
39	26		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。
39	27		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。
39	28		外来診察時に入院を申し込み際、手術日やベッドの空き状況などを確認しなければならないため、一旦、入院日を未定日として指示ができること。また、未定日で指示された申込は申込一覧にて検索・抽出ができ、その一覧から実際の入院予定日に日付が変更ができること。
39	29		入院診療計画書作成時には、記載に関わったすべての職員の職種・氏名を記載できるよう最低8名以上は担当者を登録できること。
39	30		入院診療計画書を作成するにあたり、記載項目の未記入チェックが行え、記載漏れを防ぐことができること。また、計画が不要な項目については簡便的に該当しない旨を記載できること。
39	31		入院診療計画書は計画が変更になる度に記載するため、転科時、もしくは任意のタイミングで新たに入院診療計画書が作成できること。その際には、患者に既に手渡した入院診療計画書の上書きではなく、別の文書として作成され、記載状況が管理できること。
39	32		リストバンド印刷画面を起動できる端末をマスタ設定にて限定する事ができること。
40	1	移動食事オーダー 移動食事	移動・食事オーダー
40	2		移動・食事オーダー
40	3		移動・食事の指示が発行できること。発行されたオーダーの内容は指示者、発行日、発行時間の情報とともに記録として電子カルテに保存されること。
40	4		オーダー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。
40	5		オーダー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。
40	6		移動・食事指示においては、各指示の過去や未来にわたり状況が容易に把握でき、オーダー追加ができること。
40	7		医師、看護師又はコメディカルが、患者の移動情報及び食事情報を確認する事を目的として、10日から2週間程度の期間を一度に表示するカレンダー形式で表示を行い、内容を確認後、各移動オーダーおよび食事オーダーの発行ができること。

40	8	食事変更オーダー画面で身長・体重の入力ができること。
40	9	食種（一般食、特別食、濃厚流動食、ミルク食）を選択できること。
40	10	食種の選択においては3階層以上のリストから選択できること。
40	11	食種の選択を簡便にするため、代表的な食種をワンクリック選択できるようにボタンを5つまで配置できること。
40	12	ミルク食を選択した場合、一回量、調乳量、回数が入力できること。
40	13	濃厚流動食を選択した場合、摂取方法、濃度、一回量、配膳量、回数が入力できること。
40	14	朝、昼、夕の配膳区分および食種に応じた締切りチェックが設定でき、土日祝日も考慮できること。
40	15	食事配膳の締切時間を2段階に設定できること。
40	16	食種ごとの食事病名を選択できること。
40	17	患者の基本情報に食事アレルギーの登録がある場合、食事コメントを自動表示する設定ができること。
40	18	アレルギーなどの重要なコメントが入力された場合、発行済みの未来の食事オーダーの内容をチェックしメッセージを表示できること。何が重要なコメントかはマスタで指定できること。
40	19	配膳区分ごとに食事内容（飲み物）を指定できること。
40	20	食種、主食、飲み物、濃厚流動食、ミルク食より栄養量の計算ができること。
40	21	10日から2週間程度の期間を一度に表示するカレンダー形式の画面に食事情報として朝・昼・夕の間に間食項目（おやつなど）が表示できること。
40	22	10日から2週間程度の期間を一度に表示するカレンダー形式の画面より、任意の食事オーダーの内容をカレンダー上でコピー&ペーストができること。
40	23	修正・削除については権限に応じた操作を可能とする設定ができること。また特権が付与された利用者のみ操作の継続が可能とする設定ができること。
40	24	朝・昼・夕のパターンについて一括で入力でき、これにより昼のみ欠食などの指示が容易にできること。
40	25	食種は職種別に選択できる項目を設定できること。
40	26	入力された食物アレルギー情報が患者プロフィールに登録されている食物アレルギー情報と相違ないかチェックできること。
40	27	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。
40	28	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。
40	29	転棟申込み
40	30	転棟申込オーダーを発行した場合は、転入先が実施入力できるようにその情報がベッドコントロール画面に即時に表示され、受け入れ先病棟などから転棟の受け入れの決定処理ができること。
40	31	受け入れ先病棟などからの転棟の受け入れの決定の際に転棟申し込みで入力した情報を変更して決定できること。
40	32	受け入れ先病棟などからの転棟の受け入れの決定の際に食事開始区分の入力ができること。
40	33	入力項目は、転棟時情報及びベッドコントロールに必要な情報を入力できること。任意の項目の入力を省略可能な設定ができること。
40	34	転棟申込オーダーから診療科の変更もできること。
40	35	主担当医、副担当医の指定ができること。副担当医は5名以上登録できること。
40	36	主担当看護師、副担当看護師の指定ができること。副担当看護師は3名以上登録できること。
40	37	必要な場合に、転棟病名、転棟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、画面展開やクリック数を減らすために転棟申込みオーダーの画面から病名登録ができること。
40	38	転棟申込入力の際に、現在の移動情報（現時点での診療科、病棟、担当医など）がデフォルトで表示されること。
40	39	転棟申込指示を行う際に指導医の指定ができること。

40	40		即転棟
40	41		患者容態の急変など即時に転棟の必要性があった場合に、「転棟申し込み」とは別の「即転棟」オーダー機能を有し、発行即時に実施とされること。
40	42		即転棟オーダーを発行した場合は、その情報が即時に医事会計システムへ送信されること。
40	43		即転棟オーダーを発行した場合は、その情報が即時に栄養管理システムへ送信されること。
40	44		即転棟オーダーを発行した場合は、その情報が実施記録として電子カルテに即時に記録されること。
40	45		入力項目は、任意の項目の入力を省略可能な設定ができること。
40	46		主担当医、副担当医の指定ができること。副担当医は5名以上登録できること。
40	47		主担当看護師、副担当看護師の指定ができること。副担当看護師は3名以上登録できること。
40	48		感染症情報を自動で表示できること。
40	49		即転棟オーダーから診療科の変更ができること。
40	50		必要な場合に、転棟病名、転棟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、画面展開やクリック数を減らすために即転棟オーダーの画面から病名登録ができること。
40	51		転棟オーダー入力時には、転棟先の転室・転床先の空床状況が参照できること。
40	52		転棟オーダー入力の際に、現在の移動情報（現時点での診療科、病棟、担当医など）がデフォルトで表示されること。
40	53		転科
40	54		転科オーダーを発行した場合は、その情報が即時に医事会計システムへ送信されること。
40	55		転科オーダーを発行した場合は、その情報が即時に栄養管理システムへ送信されること。
40	56		転科オーダーを発行した場合は、その情報が実施記録として電子カルテに即時に記録されること。
40	57		入力項目は、転科に必要な情報を入力できること。任意の項目の入力を省略可能な設定ができること。
40	58		転科オーダー入力の際に、現在の移動情報（現時点での診療科、担当医など）がデフォルトで表示されること。
40	59		主担当医、副担当医の指定ができること。副担当医は5名以上登録できること。
40	60		主担当看護師、副担当看護師の指定ができること。副担当看護師は3名以上登録できること。
40	61		転科の指示を行う際に指導医の指定ができること。
40	62		転室・転床
40	63		転室・転床オーダーを実施した場合は、その情報が即時に医事会計システムへ送信されること。
40	64		転室・転床オーダーを発行した場合は、その情報が即時に栄養管理システムへ送信されること。
40	65		入力項目は、転室・転床に必要な情報を入力できること。
40	66		転室・転床オーダー入力時には、自病棟の空床状況が参照できること。
40	67		転室オーダー入力の際に、現在の移動情報（現時点での診療科、病棟、担当医など）がデフォルトで表示されること。
40	68		主担当医、副担当医の指定ができること。副担当医は5名以上登録できること。
40	69		主担当看護師、副担当看護師の指定ができること。副担当看護師は3名以上登録できること。
40	70		転室・転床の指示を行う際に指導医の指定ができること。
40	71		転室・転床の指示を行う際に配膳開始日・食事区分の選択ができること。
40	72		転室・転床指示は病棟イメージ図上で患者をドラッグ&ドロップすることでもできること。
40	73		外出泊・帰院

40	74		外出泊・帰院オーダーを実施した場合は、その情報が即時に医事会計システムへ送信されること。
40	75		外出泊・帰院オーダーを発行した場合は、その情報が即時に栄養管理システムへ送信されること。
40	76		外出泊・帰院オーダーを発行・実施した場合は、その情報が電子カルテに即時に記録されること。
40	77		入力項目は、外出泊・帰院に必要な情報を入力できること。
40	78		外泊・帰院の指示を行う際に配膳停止・開始の食事区分の選択ができること。
40	79		担当変更
40	80		担当変更オーダーを発行した場合は、その情報が即時に医事会計システムへ送信されること。
40	81		担当変更オーダーを発行した場合は、その情報が実施記録として電子カルテに即時に記録されること。
40	82		入力項目は、担当変更に必要な情報を入力できること。任意の項目の入力を省略可能な設定ができること。
40	83		担当変更オーダー入力の際に、現在の主担当医がデフォルトで表示されること。
40	84		主担当医、副担当医の指定ができること。副担当医は5名以上登録できること。
40	85		主担当看護師、副担当看護師の指定ができること。副担当看護師は3名以上登録できること。
40	86		担当変更の指示を行う際に指導医の指定ができること。
40	87		食事変更
40	88		食事変更オーダーを発行した場合は、その情報が即時に医事会計システムへ送信されること。
40	89		食事変更オーダーを発行した場合は、その情報が即時に栄養管理システムへ送信されること。
40	90		食事変更オーダーを発行した場合は、その情報が実施記録として電子カルテに即時に記録されること。
40	91		入力項目は、食事変更に必要な情報を入力できること。任意の項目の入力を省略可能な設定ができること。
40	92		現在の食事情報を引き継ぐ機能を有すること。
40	93		食事回数による指示ができること。
40	94		食種（一般食、特別食、濃厚流動食、ミルク食）を選択できること。
40	95		食種の選択においては3階層以上のリストから選択できること。
40	96		食種の選択を簡便にするため、代表的な食種をワンクリック選択できるようにボタンを5つまで配置できること。
40	97		ミルク食を選択した場合、一回量、調乳量、回数が入力できること。
40	98		濃厚流動食を選択した場合、摂取方法、濃度、一回量、配膳量、回数を入力できること。
40	99		朝、昼、夕の配膳区分および食種に応じた締切りチェックが設定でき、土日祝日も考慮できること。
40	100		食種毎に主食、病名の初期値設定ができること。
40	101		経管栄養食、ミルクは他食種と併用でオーダーできること。
40	102		食事情報として朝・昼・夕の間に間食項目（おやつなど）を登録できること。
40	103		食種に関係する検査結果の情報を食事指示画面上にて閲覧ができること
40	104		特別食の入力時に食事病名入力の入力チェックができること。
40	105		身長・体重の情報を患者基本情報から自動で取込み、変更がある場合は入力できること。また、食事オーダーで変更した身長、体重は患者基本情報へ自動的に反映すること。
40	106		患者の基本情報に食事アレルギーの登録がある場合、食事コメントを自動表示する設定ができること。
40	107		アレルギーなどの重要なコメントが入力された場合、発行済みの未来の食事オーダーの内容をチェックしメッセージを表示できること。何が重要なコメントかはマスタで指定できること。

40	108		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。
40	109		配膳区分ごとに食事内容（飲み物）を指定できること。
40	110		食事コメントは職種別に選択できる項目を設定できること。
40	111		朝・昼・夕のパターンについて一括で入力でき、これにより昼のみ欠食などの指示が容易にできること。
40	112		締切チェック（２段階チェック、休日の考慮）ができること。
40	113		食種は職種別に選択できる項目を設定できること。
40	114		入力された食物アレルギー情報が患者プロフィールに登録されている食物アレルギー情報と相違ないかチェックできること。
40	115		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。
40	116		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。
40	117		栄養指導依頼を促すメッセージには、本日を起点として指定期間内に栄養指導オーダーが存在した場合、その指導日と食種を表示すること。
40	118		栄養指導が必要な食種が選択された際に、入力者に栄養指導オーダーを発行する権限が無い場合は、栄養指導依頼を促すメッセージを表示しないこと。
40	119		栄養指導依頼を促すメッセージにはボタンを表示し、ボタンをクリックすると栄養指導オーダー画面が自動起動すること。
40	120		自動起動した栄養指導オーダーに食事変更オーダーから食種を引き継ぐことができること。
40	121		食事変更オーダーは、開始日と開始配膳区分（朝・昼・夕）を指定できること。また、次の食事変更オーダー（欠食含む）または退院まで指定した食事が継続することとし、食事変更オーダー時に終了日と終了配膳区分の入力を不要とすること。
41	1	指導料オーダー 指導料	指導料オーダー
41	2		診察加算指導料指示を選択して、指導料項目を指導記録オーダーとして電子カルテに記載できること。指示者、オーダー発行日、発行時間の情報が自動的に記載されること。
41	3		オーダー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。
41	4		指示の変更や中止を行った場合は履歴管理できること。変更履歴については版数管理を行い、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。変更履歴の表示有無は利用者が指定できること。
41	5		過去に指導料オーダー発行したオーダーをコピーできること。その際にオーダー日が当日の日付に自動で変わること。
41	6		オーダー入力の効率化と取り漏れ防止を考慮して、指導料オーダーを他のオーダー（検査や処置など）と組み合わせてセット登録ができること。セット登録は院内共通セット、科別セット、利用者セット、患者セットが登録できること。
41	7		マスタ設定により指導分類毎の指導項目が設定でき、オーダー入力時には登録されたリストから選択できること。
41	8		指導料に応じたカルテ記載内容をマスタ設定し、指導記録オーダーと合わせて選択入力できること。
41	9		指導料に応じた注意事項をマスタ設定し、指導記録オーダーと合わせて選択入力できること。
41	10		指導料に応じた加算項目をマスタ設定し、指導記録オーダー発行時に選択入力できること。
41	11		フリーコメント入力ができること。
41	12		過去の指導情報が参照でき、今回の指導情報として流用できること。
41	13		マスタ設定により、よく使用する指導料を科別に分類できること。
41	14		入力された情報を元に、医事会計システムに指導料情報を送信すること。
42	1	栄養指導オーダー 栄養指導	栄養指導オーダー
42	2		電子カルテシステムに、指示者、オーダー発行日、発行時間の情報が、記録として保存できること。
42	3		オーダー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。

42	4		オーダー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。
42	5		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、栄養指導実施日が過去の日付のままでないこと。
42	6		予約機能として、個人での栄養指導や集団栄養指導など予約枠を複数設定できること。
42	7		オーダー入力効率化を考慮して、栄養指導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ができること。セット登録は利用者設定、患者設定ができること。
42	8		栄養指導を行う患者の患者情報（身長、体重、BMI）を表示できること。
42	9		患者の栄養指導病名の選択ができること。
42	10		患者への指示食種情報の選択入力ができること。
42	11		指示食種情報に間食も含めることができること。
42	12		患者の直近の検査結果情報が画面上で参照できること。
42	13		栄養指導の指示内容をマスタより選択できること。
42	14		栄養指導依頼オーダーについて、病名の最大数を任意に設定できること。
43	1	服薬指導オーダー 服薬指導	服薬指導オーダー
43	2		電子カルテシステムより服薬指導の依頼オーダーができること。
43	3		入院に伴い服薬指導を行う場合、入院オーダーを入力・確定した際に服薬指導のオーダー画面を自動で起動ができること。
43	4		服薬指導の依頼の際、指導依頼の内容を選択肢から選んでオーダーできること。また、フリー入力にも対応できること。
43	5		麻薬指導あり、なしの指定ができること。
43	6		病名などを告知している、していないの指定ができること。
43	7		服薬指導不可の場合に、不可理由を入力できること。
43	8		服薬指導オーダー画面で、入院中の服薬指導同意実績を参照できること。
44	1	指示簿指示オーダー 指示簿指示	指示簿指示オーダー
44	2		一般指示/継続指示
44	3		医師が入院患者に対して、疼痛時・発熱時など対処が必要な場合や尿量確認・検温などの毎日定期的に行う行為を、指示簿指示オーダーとして発行できること。発行した指示簿指示オーダーは指示者、発行日、発行時間の情報と共に電子カルテに記録として保存できること。
44	4		オーダー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。
44	5		オーダー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。
44	6		過去に発行した指示をコピーできること。
44	7		オーダー入力効率化を考慮して、指示簿指示オーダーと他に必要なオーダー（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。セット登録は院内共通セット、科別セット、利用者セット、患者セットが登録できること。
44	8		指示簿指示内容はマスタで定型化でき、院内の用語統一化もできること。
44	9		指示内容がマスタに登録されていない場合でも、フリー入力により指示簿指示オーダーとして発行できること。
44	10		指示簿内容は一日限りでなく、継続的かつ終了日を設定した指示ができること。
44	11		継続した指示はマスタ設定により終了までの期間の設定ができること。
44	12		指示簿オーダー画面で選択した指示の開始日時、終了日を一括で変更できること。
44	13		電子カルテの指示簿指示で入力した指示は即時に患者実施予定指示として更新され、看護師は患者への指示として指示受け、指示実施ができること。
44	14		同一の指示分類の指示が入力された場合は、重複チェックを行いアラームを表示すること。
44	15		一定時間が経過すると指示の編集（修正、削除）をロックできること。

44	16		マスタで指示簿内容とコスト伝票の紐付けを行い、指示簿指示実施時に紐付いたコスト伝票の入力を同時にできること。
44	17		指示入力時に患者状態等に応じて変更したい部分（数量、時間、回数）は、予め可変部分をマスタ設定で定義できること。
44	18		変更したい部分がある指示を行う際には、可変部分を編集して指示内容を完成できること。
44	19		継続指示一覧
44	20		継続した指示の確認を容易にするため、カレンダー形式で指示簿指示内容を表示できること。
44	21		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。
44	22		カレンダーでは同じ分類の指示（発熱時など）をまとめて表示できること。
44	23		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。
44	24		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。
44	25		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。
44	26		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。
44	27		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、変更する日時以降の指示は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。
44	28		上記についてフローシートとクリニカルパスでも同様の表示ができること。
44	29		継続指示カレンダー（指示簿カレンダー）上では、指示受け前と後で表示色を変えるなど視覚的に区別できること。
44	30		継続指示カレンダー（指示簿カレンダー）上で、指示の実施入力ができること。
44	31		継続指示カレンダー（指示簿カレンダー）上では、指示の実施前と後で表示色を変えるなど視覚的に区別できること。
44	32		退院や死亡の際に継続指示の一括終了ができること。
44	33		継続指示カレンダー（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。
44	34		継続指示カレンダー（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。
44	35		継続指示カレンダー（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。
44	36		継続指示カレンダー（指示簿カレンダー）の表示は、現在時刻で有効な指示のみを表示できること。
44	37		継続指示カレンダー（指示簿カレンダー）の表示は、指示分類で絞り込んで表示できること。
45	1	処置伝票（コスト） 処置伝票	処置伝票（コスト）
45	2		処置伝票とは、処置オーダーとは違い、「医師の指示なしで行うことが可能な指示」や「指示簿指示として指示されたし診療行為」対して実施記録を行うとともに、請求可能な行為については会計情報を医事会計システムに送信できること。
45	3		電子カルテシステムに、指示者、オーダー発行日、発行時間の情報を、記録として保存できること。
45	4		オーダー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。
45	5		オーダー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。
45	6		過去にオーダー発行した情報をコピーできること。
45	7		処置実施記録ツール（コスト情報入力含む）を他のオーダーと組み合わせでセット登録ができること。セット登録は院内共通セット、科別セット、利用者セット、患者セットが登録できること。
45	8		処置実施記録ツール（コスト情報入力含む）としてオーダー発行した場合は、実施入力を行うことなくその情報が即時に電子カルテシステムに実施記録として記録されるとともに、請求可能な手技、薬品、器材などを医事会計システムへ送信されること。

45	9		処置実施記録ツール（コスト情報入力含む）としてオーダ発行した場合は、実施入力を行うことなくその情報が即時に電子カルテシステムに実施記録として記録されること。
45	10		日々の診療業務において、医師の継続指示を実際に実施した際の請求に関わる手技を入力、保存でき、入力された情報を医事会計システムへ送信できること。
45	11		処置実施記録ツール（コスト情報入力含む）で実施（請求）する内容はマスタで定型化してマスタ登録できること。
45	12		処置実施記録ツール（コスト情報入力含む）でコスト請求を行う場合、診療行為に付随する薬品、材料、機材などをセット化できること。
45	13		材料、薬剤などの実施情報を個別で入力する場合は、文字列による検索を行い項目を選択することできること。検索方法としては、「先頭一致」と「部分一致」を選択できること。
45	14		診療科毎で選択可能な行為が表示され、効率よく入力できること。また、他科用にマスタ登録された行為も容易に検索でき、入力できること。
45	15		酸素吸入を入力する際、時間、流量、濃度を指定し、酸素量の計算ができること。
45	16		検査・処置等の入力時には、バーコードによる薬剤・材料入力ができること。
46	1	抗がん剤	抗がん剤オーダ
46	2	レジメン作成 抗がん剤	レジメン作成
46	3		レジメンを作成し管理できること。
46	4		体重、および体表面積から抗がん剤の投与量を算出できること。
46	5		Rp毎に、プロトコルで規定された滴下順を設定できること。
46	6		薬品毎に、投与量の計算方式として、絶対量・体重換算・体表面積換算・AUC換算・CCr換算を設定できること。
46	7		薬品毎に、最大投与量を設定できること。
46	8		休薬期間を設定できること。
46	9		検体検査も合わせて登録できること。
46	10		レジメンごとにベッド予約と所要時間を登録できること。
46	11		レジメン適用
46	12		同じレジメンを適用する際に、前回適用した時の薬剤投与量を引き継ぐことができること。
46	13		抗がん剤注射オーダの施行予定日の前倒しや休薬期間の短縮は、特権利用者だけに制限できること。
46	14		設定された抗がん剤投与量の最大値を超えてオーダできないこと。
46	15		抗がん剤注射伝票以外の注射伝票種において、抗がん剤を含むオーダを発行できないよう制限できること。
46	16		レジメンマスタ上で予定されている期間のうち、途中日からの適用ができること。
46	17		レジメンカレンダーにて、実施予定のオーダがない日付については、列幅を狭くした縮小表示、もしくは非表示にすることができること。
46	18		長期間にわたるカルテ検索を支援するツール（電子カルテ仕様におけるカルテ検索支援）にレジメンの適用期間が表示されること。
46	19		長期間にわたるカルテ検索を支援するツール（電子カルテ仕様におけるカルテ検索支援）に表示されたレジメンをクリックすることにより、レジメンカレンダーの表示期間を、該当レジメンの適用期間に切り替えできること。
46	20		レジメンカレンダー上に、レジメンマスタに設定した検査項目の検査結果が表示できること。
46	21		休薬期間をチェックし、重複した期間に複数のレジメンができようできないよう制限できること。
46	22		科別、病名別等の分類から階層方式で対象のレジメンを選択できること。
46	23		レジメンシートの印刷ができること。
46	24		レジメンの内容を把握するために、レジメンの情報（名称、コメント、バージョン、有効期間、管理情報）、およびレジメンに登録されている抗がん剤注射の情報のみを早見表として、適用時に参照できること。
46	25		あらかじめレジメン作成で登録した所要時間にあわせて、予約開始時間を指定することで必要な取得単位数分が自動で選択され、ベッド予約を発行できること。

46	26		関連するパスが登録されているレジメンの場合、レジメン適用時に関連するパスの適用ができること。
46	27		抗がん剤注射オーダー時に数量変更画面では薬品、数量のみでなく、オーダー内容を確認しながら数量確定ができること。また、その際抗がん剤注射のオーダーの数だけ数量変更画面が起動せずにひとつの画面上で「次へ」ボタンを押すように確定処理が連続で処理できること。
46	28		患者単位で、抗がん剤薬品毎の容量を積算して表示出来ること。累積期間は生涯とする。基本的に投与された容量を積算するが、投与指示があり、まだ未投与の場合でも容量を累積表示する。投与指示が、中止、削除された場合は積算しない。
46	29		自院以外で投与した抗がん剤について、日時、病院名、コメント、薬品名、数量、単位が登録出来ること。他院登録内容を、表示、修正、削除できること。
46	30		抗がん剤において、投与量の上限を薬品毎に設定でき、レジメン適用時に累積投与量チェックがかかること。チェックは、ワーニング/エラーがマスタで切替可能なこと。
46	31		体表面積が「2平方メートル」を越える場合、「2平方メートル」として計算できること。また、その場合には注意を促すメッセージを表示できること。
46	32		病棟別、科別、レジメン別での適用件数、中止件数、取消件数を集計できること。また、結果を印刷することができること。
46	33	レジメン適用 抗がん剤	実施確認画面にて、不可コメントをマスタ化し、リストより選択可能とする。
46	34	化学療法患者一覧 抗がん剤	化学療法患者一覧
46	35		化学療法を施行予定の患者の一覧を表示できること。
46	36		薬剤のミキシングが完了したタイミングで「調製済み」入力を行うことにより、実施部門へ情報が送信できること。
46	37		化学療法を施行予定の患者の一覧を表示できること。
46	38		マスタ検索エラー発生時、メッセージボックスを非表示にできること。検索エラーの詳細は、システムのログに出力されて別途調査が可能なこと。
46	39		処理選択画面で「調製済」ボタン押下時、薬剤状態により、中止、調剤済み、未調整、がわかるメッセージを表示できること。
46	40		処理選択画面「×」押下時、化学療法患者一覧の再表示されること。
46	41		化学療法患者一覧のソートキーを「患者ID&滴下順」に設定できること。
46	42		処理選択時選択ヘッド部をクリックすると全選択/解除可能とすること。
46	43		患者毎にレコードをマージして一覧表示できること。
46	44		締切時刻、締切日を決定する相対日をマスタ設定できること。
46	45		外来治療患者一覧の「RP番号」に「滴下順」を表示できること。
46	46		外来治療患者一覧のソートキーを「患者ID&滴下順」とすること。
46	47		外来治療患者一覧より、到着確認を行った際に「指示票」を自動出力されないこと。
46	48		外来治療センター
46	49		外来治療室での患者到着管理、ベッド調整および患者状態などの確認、実施入力が1画面で操作できること。
46	50		調整患者一覧とベッド調整エリアを分けて表示し、レイアウトを利用者毎に自由に調節できること。
46	51		調整患者一覧には患者の現在の状態（未来院、来院済、到着済、入床済、出床済）が表示され、患者の現在の状態での絞り込みができること。
46	52		調整患者一覧には患者の来院、到着、入床、出床した時間が表示されること。
46	53		調整患者一覧には注射の実施確認状態や実施確認コメント、実施状態が表示され、実施状態での絞り込みができること。
46	54		調整患者一覧にはベッド予約で登録したベッド枠名、希望時間、所要時間、コメントが表示され、ベッド枠名での絞り込みができること。
46	55		調整患者一覧には診察予約（予約枠、時間）や受付情報（検査結果の進捗など）を表示できること。
46	56		調整患者一覧から患者カルテ、掲示板、指示実施一覧を起動できること。
46	57		調整患者一覧から簡単な操作でベッド調整入力ができること。
46	58		ベッド調整エリアのラベルの色で、使用前、入床中、出床済、実施確認不可かどうかを判断できること。

46	59		ベッド調整エリアは表示する時間間隔を操作変更できること。
46	60		ベッド調整可能な患者を一括でベッド調整できること。
46	61		レジメン、注射が登録されていてベッド予約がとられていない患者を探すことができること。
46	62	外来治療ベッド予約 抗がん剤	外来治療ベッド予約
46	63		外来化学療法室のベッドを予約できること。また、所要時間を指定する場合は、予約開始時間を指定することで必要な取得単位数分が自動で選択され、ベッド予約を発行できること。
46	64		外来治療ベッド予約オーダー画面で、適用済みレジメン一覧（名称、コース数、レジメン作成時のコメント、開始日）が表示され、確認できること。
46	65		外来治療ベッド予約オーダー画面で選択した予約日をもとに、外来治療センターの画面を起動でき、ベッド予約状況を確認できること。
46	66	実施確認 抗がん剤	実施確認
46	67		化学療法の施行予定日に、医師による施行可能判断結果を入力できること。また、判断結果は、薬剤部・外来化学療法室にて参照できること。
46	68		医師により実施確認されたタイミングで、施行予定のオーダーの修正・削除を制限（オーダーロック）できること。
46	69		実施確認を取り消すことにより、オーダーのロック状態を解除できること。
46	70		実施確認画面から抗がん剤注射オーダーを起動し、修正ができること。
46	71		実施確認画面を開いたまま、検査結果の参照やカルテ記載など他の電子カルテ機能が使用できること。
46	72		実施確認患者一覧にて、初期表示時に患者番号、実施予定日順に表示されること。
46	73		実施確認患者一覧からの患者選択した時に、発行科と病棟を引き継ぐこと。
46	74		実施確認患者一覧は、1患者1日1明細表示とすること。
46	75		実施確認患者一覧にて、初期選択入外区分を「入院」とし、初期選択病棟はログインしている利用者の所属病棟とすること。
46	76	レジメン適用（実施入力） 抗がん剤	レジメン適用（実施入力）
46	77		実施入力時に、滴下順をチェックできること。
46	78		実施確認画面にて、不可コメントをマスタ化し、リストより選択可能とすること。
47	1	スキャンオーダー	スキャンオーダー
47	2	スキャンオーダー スキャンオーダー	スキャン依頼オーダーを発行できること。オーダーのカルテ保存時に、スキャン仕切紙を印刷できること。
47	3		スキャン仕切紙には、一意となるキーをバーコードで印刷できること。なお、バーコードについては二次元にも対応していること。
47	4		スキャン依頼ツールにて発行されたオーダーをスキャン管理一覧で表示できること。
47	5		スキャン管理一覧からオーダーの修正・削除、スキャン結果を参照できること。
47	6		スキャン管理一覧については、ファイル（CSV）出力・一覧印刷ができること。
48	1	帳票系	帳票系
48	2	汎用依頼箋 帳票	オーダー発行時に汎用依頼箋を自動出力できること。この時、依頼日を日未定都市した場合の自動印刷をするかどうかをマスタで制御できること。
48	3	（機能概要） 看護過程全般	看護過程全般を補うような機能構成であり、以下業務毎の機能要件を満たすこと。また、医師や他部門のスタッフとの記録と一元管理できるようにすること。特に医師の指示変更や中止をリアルタイムに把握することができ、安全性の高いシステムであること。ナースステーションでのデスクトップパソコンとノート型パソコンを無線LANで運用可能とし、ベッドサイドでのリアルタイムなデータ連携を実現すること。また、当院に提案する看護支援システムは貴社の電子カルテシステムで実現可能な範囲で提案すること。
49	1	アナムネ	アナムネ
49	2	アナムネ アナムネ	入院時や入院中の情報収集の登録（アナムネ）は入力項目を病院独自の看護領域で登録できること。
49	3		入院時や入院中の情報収集の登録（アナムネ）は当院指定のものを使用し、それに沿った登録画面を持つこと。

49	4		入院時や入院中の情報収集の登録（アナムネ）はNANDA・ゴードン・ヘンダーソン・母性・小児の標準シートを提供できること。
49	5		医事会計システムから患者基本情報（患者氏名・生年月日・性別・住所・連絡先等）を自動で取り込めること。
49	6		外来で問診入力した情報を再度入力することが無いように自動で取り込めること。
49	7		入院時や入院中の情報収集の登録（アナムネ）で入力した情報は、再度入力することが無いように電子カルテの患者基本情報や問診情報と連動すること。
49	8		入院時や入院中の情報収集の登録（アナムネ）は履歴管理機能を有し、過去の入院時や入院中の情報（アナムネ）を参照できること。
49	9		再入院の際に前回入院時の情報（アナムネ）として入力された項目を一括でクリアできること。
49	10		入院時や入院中の情報収集の登録（アナムネ）は帳票出力ができること。
49	11		チェックボックス形式でアナムネ内容を入力できること。
49	12		入力された患者状態（ADLなど）を2重入力することなく、他画面へ反映させることができること。
49	13		アナムネ登録画面とアナムネ参照画面を保有し参照画面では、登録されたアナムネ情報を集約して参照できること。
49	14		アナムネ登録後カルテ情報として保存しカルテ歴画面から登録内容を参照できること。
49	15		ラジオボタン機能を保有し無・有の選択後、有りの場合には入力領域を表示し内容入力ができること。
49	16		画面上部に各領域にジャンプ可能なボタンを配置し、任意の領域にワンクリックで遷移ができること。
49	17		データベース情報と情報を共有し医師・コメディカルが入力した情報を反映しアナムネ登録画面から登録された情報についても連携し二重入力の必要が無いこと。
49	18		アナムネ登録画面はユーザーにおいて登録可能のようにマスタメンテナンスツールを用意し登録・作成ができること。
50	1	看護診断	看護診断
50	2	看護診断（一般） 看護診断	看護診断（一般）
50	3		当院では情報収集から仮診断し、看護診断へと導く過程をとっている。アナムネ入力後、仮看護診断から診断の確定、看護計画へと連携して入力できること。
50	4		情報収集した情報を登録しながら、看護問題の候補となりうる問題を仮診断として登録できること。
50	5		仮看護診断名（診断ラベル）は一覧表示し、仮診断名を容易に選択できること。
50	6		一覧表示されている診断ラベルで仮診断として選択した看護問題を絞り込んで表示できること。
50	7		表示している今回入院時の情報（アナムネ）の分類にあわせて、診断ラベルの絞り込み表示が行えること。
50	8		仮診断として選択した看護問題から更に本診断とする診断ラベルを選択することで、看護診断を記載ができること。また、その際にナンバリングの順番を変更できること。
50	9		病院指定の看護分類（例えば、看護診断/共同問題/標準看護計画）にあわせた一覧による看護問題の検索ができること。できるだけ、目的の看護問題がすばやく検索できるように一覧表示は階層構造とすること。また、問題点検索に関しては、階層からの検索の他にキーワード検索、アナムネに基づいた検索ができること。
50	10		選択された看護問題に対し、関連因子などを表示し、選択することによって看護計画が立案できること。
50	11		診断指標、関連因子、患者目標は一覧からの選択ができること。また、個別性を持たせるためにフリー入力にも対応していること。
50	12		患者の看護診断は診断名、診断指標、患者目標、関連因子が一覧で表示されること。その際、ナンバリングした順番で表示されること。
51	1	看護計画	看護計画
51	2	看護計画 看護計画	看護問題に対する看護計画はTP, OP, EPの分類で計画立案できること。また、分類は一覧表示され、マスタで管理されること。
51	3		個別性を持たせるために、マスタ選択だけでなく看護計画のフリー入力ができること。

51	4		一覧表示された患者の看護問題一覧から診断名を選択することで、看護計画の内容が表示され、計画内容の参照・追加・評価ができること。また、入力後の修正ができること。
51	5		看護計画の入力後の修正は、操作性向上のために電子カルテシステムから行うこととし、修正履歴を残すこと。
51	6		看護計画を立案する際に、診断本のイメージで看護問題毎のガイダンス表示ができること。
51	7		看護計画は、「看護問題一覧」や「計画リスト」など選択した範囲で帳票を作成し、印刷できること。
51	8		標準看護計画マスタを採用した際は、看護問題に対する診断指標、関連因子、患者目標、看護計画を構成要素とし、効率よく看護計画が立案できる機能を提案すること。また、個々の構成要素（診断指標、関連因子、患者目標、看護計画）の内容は自由に追加できること。
51	9		立案された看護計画で日々の看護ケアとして実践していく項目は看護指示としてオーダ発行できること。
51	10		問題点リスト（患者氏名、立案者、看護問題名、立案月日、評価日時、評価内容）が画面上で参照、印刷できること。
51	11		看護問題やひとつひとつの看護計画の項目に対する評価、評価日、評価者、次回評価日の設定、修正ができること。
51	12		看護問題を「解決」と評価した場合、看護問題一覧上非表示にすることができ、アクティブな看護問題のみ表示することができること。また、インアクティブとなった看護問題も、ワンクリックであわせて表示ができること。
51	13		看護問題の評価の際に、評価記録の記載ができること。
52	1	看護指示	看護指示
52	2		看護計画毎に関連する看護指示項目を一覧表示し、計画立案のタイミングで日々の詳細な看護ケア指示をオーダ発行できること。
52	3		看護計画ごとに看護ケア指示をオーダ発行した場合、そのケア指示は看護問題と関連付けあるものと識別できること。また、看護ケア指示を中止する際には関連した看護問題の有無を通知できること。
52	4		看護計画と紐付いていない場合でも、患者に対してケア指示を発行できること。
52	5		看護ケア指示をカレンダー形式で表示し、いつからいつまでケアが指示されているか把握できること。また、カレンダー上で修正、削除ができること。この際に修正履歴を残すこと。
52	6		看護ケア指示の入力後の修正は、操作性向上のために電子カルテシステムから行うこととし、修正履歴を残すこと。
52	7		看護ケア指示に対して、毎日、1日毎、曜日の指定、ケアの回数や時間の指定など詳細な指定ができること。
52	8		看護ケア指示は、開始日、終了日など期間指定ができること。
52	9		利用者ごとに看護ケア指示のセット登録ができること。
52	10		前回退院時に看護指示が指示止めされていない場合、その指示を強調表示できること。
52	11		発行した看護ケア指示は自動的に取り込まれ、ワークシートとして画面への表示、紙での出力ができること。
52	12		看護指示マスタ上で削除状態の設定をできること。また、削除状態の看護指示は、指示追加画面に非表示とすること。
52	13		看護指示マスタと経過表観察マスタの連携を行い看護指示を実施入力時に観察記録画面を起動し登録できること。
52	14		複数の看護指示に対して、指示期間や用法などの情報をまとめて入力できること。
53	1	経過記録/看護記録	経過記録/看護記録
53	2		看護記録は、SOAP形式、フォーカス形式、経時記録の形式に対応し、記載できること。
53	3		看護問題に対して看護記録の記載を行う場合、患者への看護計画により、登録されている問題点一覧からの問題選択ができること。
53	4		フォーカス形式で看護記録を記載する場合、フォーカス項目をマスタ（大分類・中分類・小分類）により選択できること。
53	5		過去の看護記録からコピー&ペーストができること。
53	6		シェーマ（スケッチ図）を使用しての看護記録が記載できること。

53	7		看護記録を作成/更新をした際には、システムを使用するときに入力された利用者IDの利用者氏名が自動的に表示されること。
53	8		記載の日時に関しては、記載開始の時間が自動的に記載されること。ただし、業務上、実際のケアした時間と記録した時間が異なる場合があるため、日時を変更できること。また、その際には、ケアした時間と、記録した時間の両方を記録できること。
53	9		過去のフォーカス、SOAP記録をキーワードなどで検索、絞り込み機能を有すること。また、検索は、看護問題（S・O・A・P）、フォーカス（D・Act・R）、経時記録の検索や作成者の検索、記録の中からフリーキーワードで検索できること。
53	10		電子カルテから看護記録を修正・削除できること。また、その際は即時に、看護記録に反映できること。
53	11		看護記録を修正・削除した場合、電子カルテにていつ・だれが修正したのか履歴管理ができること。
53	12		コピー&ペースト機能による、サマリーへの貼り付けができること。
53	13		看護問題の優先度順に取り込むことができること。
53	14		看護記録作成時の看護計画を参照しながらSOAP（診療計画）の記入ができること。
53	15		看護記録から看護計画を起動する際に、看護計画を更新可能な状態で同時起動できること。
53	16		看護計画記録時に文字色の変更機能を有し登録された文字色に変更できること。
53	17		看護記録入力時に経過表、看護アナムネ情報、プロフィール情報を参照することができること。また、参照した項目を記事欄に貼り付けできること。
53	18		看護記録入力時にあらかじめ登録した定型文から選択して、記事欄に貼り付けできること。
54	1	手術看護記録	手術看護記録
54	2		手術申込/受付/実施一覧から、直接入力画面が開けること。
54	3		術前看護記録の入力・看護問題の洗い出しができること。
54	4		確認事項・送りりの記入・チェックができること。
54	5		ガーゼカウント、器材などのカウントチェックができること。
54	6		シエーマ機能が利用できること。
54	7		局所麻酔用経過表を保有し手術看護記録画面から起動する事によりバイタルサイン・観察記録等の登録ができること。
54	8		手術看護記録画面から看護計画画面を起動し手術時の看護問題・計画の登録ができること。また、病棟看護計画画面と連動しており一元管理及び手術看護問題の絞り込みができること。
54	9		手術看護記録画面から経過記録/看護記録機能を起動し手術時の看護記録の登録ができること。また、病棟と経過記録/看護記録機能は連動しており一元管理及び手術時の経時記録の絞り込みができること。
54	10		手術看護記録画面から患者データベース情報の参照画面を起動し手術時に必要な患者基本情報を参照しながら手術看護記録の入力ができること。患者データベース情報は以下の通りとする。 ・身体的情報 身長・体重・血液型 ・アレルギー 薬剤・食物・その他アレルギー ・感染症 ・既往歴
55	1	経過表	経過表
55	2		成人（一般・重症）、新生児（一般・未熟児）、バルトグラム、血液浄化、検査の経過表をサポートできること。
55	3		各経過表は帳票出力ができること。
55	4		食事情報（食種）、入院日、移動情報、手術情報など他職種や他部門で入力された情報を自動で経過表に取り込めること。また、取得した入院日や手術実施日当日からの経過日数を自動計算し、表示できること。
55	5		経過表の水分バランスなどの表示する時間設定ができること。（例:0時～23時59分→6時～5時59分など）
55	6		経過表の表示時間はレンジ変更機能を有しており、1日単位、3時間単位、1時間単位などに時間レンジが変更できること。
55	7		血圧、体温、脈拍、呼吸数のバイタルデータをグラフ表示できること。またバイタルデータ入力の際には入力時間が自動で表示されること。

55	8		バイタルレンジは切り替えて参照できること。
55	9		バイタル表示エリアに付箋をはりつけるイメージでコメント入力できること。
55	10		PDAなどで入力したバイタルデータを自動でリアルタイムにグラフ表示できること。
55	11		バイタルデータをリアルタイムに入力できない場合に、測定時間の遡り入力できること。
55	12		輸液/排液等のIntake/Output項目の自動集計、バランス計算が自動で行え、表示ができること。
55	13		点滴指示を実施入力した際の開始時間と終了時間をグラフィカルにできること。
55	14		患者の疾患・状態に合わせて、観察項目は患者毎に設定できること。
55	15		観察項目の設定を効率よく行えるようにマスタ選択できること。
55	16		縦軸に展開した観察項目の並びかえを任意で行えること。
55	17		測定結果・観察結果情報の入力には、専用の入力画面からマウスやキーボード操作で簡単に結果入力が行えること。
55	18		パターンの限られた測定結果や観察結果に対しては、マスタ選択でき、入力作業を軽減すること。
55	19		結果入力は、ガイドを参照しながら入力できること。
55	20		観察結果を入力した詳細な情報（数量、回数、時間、コメントなど）は右クリックで表示すること。
55	21		注射や処置、検査部門での実施情報の自動取り込みができること。
55	22		複数の受持ち患者の経過表を続けて参照、入力できること。
55	23		過去の入力情報は履歴として確認できること。
55	24		経過表に記載される情報は多いため、利用者ごとに表示レイアウトを複数保存できること。
55	25		経過表に記載される情報は多いため、観察項目や実施情報の項目を折りたたむようなイメージで表示できること。
55	26		経過表の食事欄に食種名/主食名をすべて表示できること。
55	27		煩雑な操作を避けるため、経過表から日々の経過記録（看護記録）を呼び出し入力することができること。また、過去の経過記録を参照できること。
55	28		経過表に電子カルテの薬歴情報、検査結果情報を取り込み、経過表から確認できること。
55	29		後発薬が処方されていた場合、先発薬品名をポップアップ形式等で表示し、容易に確認ができること。
55	30		複数患者のバイタル情報一括入力できること。
55	31		経過表の種類毎に標準フォーマットを用意し、患者の状態にあわせて自由にフォーマットを選択できること。測定項目、観察項目についても同様に自由に選択できること。
55	32		患者基本情報はカルテの患者属性から、食事情報は食事の依頼オーダーから、移動情報は移動オーダーからそれぞれ自動表示できること。
55	33		経過表の表示画面で入力したい項目を選択することにより専用の入力画面を表示し、マウス/キーボードからの簡単な結果入力・修正・削除ができること。
55	34		血圧、体温、脈拍、呼吸数のバイタルデータをグラフ表示できること。また、バイタルデータ入力の際には入力時間が自動で表示される。
55	35		表示期間に実施予定の医師指示情報と看護指示情報を時系列形式で一覧表示できること。また、注射の施行、処置の施行、処方与薬、看護指示などに対し、看護師作業終了を表す実施入力ができること。
55	36		記録が長文になる場合、最大250文字/500バイトまで入力できること。
55	37		観察項目の設定を効率よく行えるように症例毎や診療科でセット化でき、患者の観察項目として経過表の縦軸に展開できること。なお、セット内容については展開時不要項目に関して展開対象外のチェックができること。
55	38		経過表を印刷できること。その場合、表示中の経過表画面イメージで印刷できること。
55	39		経過表の縦軸に登録されているタイトルについて、表示させる有効期間を設定できること。
55	40		注射実施時に入力された情報をその時の手技またはルートに応じて、経過表のIN情報として自動的に連携して表示できること。

55	41		現在カーソルが当たっている行が分かるように、選択行を強調表示できること。
55	42		同一セルに複数の入力データが存在する場合には、区切り記号（/等）が入力できること。
55	43		経過表から、すでに保存されているシェーマを表示できること。
55	44		検査システムより返ってきた検査結果の分野名称を時系列に自動表示できること。
55	45		詳細な項目を選択することにより経過表のタイトル・結果データとして貼り付けを行い貼り付け後検査結果データを自動的に経過表上に表示できること。
55	46		経過表画面からExcel文書を起動することができ、編集、保存できること。
55	47		経過表画面から看護指示や看護処置を入力する画面が呼び出せ、入力ができること。
55	48		尿量測定など前回からの差分を入力することで、合計量を計算できること。
55	49		起点日を設定し、その開始日からの経過日数を自動的に計算できること。
55	50		マスタ登録されている観察項目、測定項目の内容を検索できること。
55	51		経過表から直接医師記録、看護記録が入力、参照できること。
55	52		有効期間を設定した経過表タイトルが有効期間外となったときに、自動で非表示とするかを設定できること。
55	53		経過表から直接シェーマ入力ができること。
55	54		患者に関する各種測定結果・観察結果・オーダ情報（依頼・実施含む）・カルテ情報を一覧表示できること。
55	55		複数患者の経過表を連続で表示/登録する際に、指示受け・看護計画・患者掲示板ツール・看護ワークシートの同時起動ができること。
55	56		経過表上で入力された身長・体重は患者データベースと連携し更新ができること。また、新生児・未熟児等のg入力の際は自動計算を行い連携できること。
55	57		実施の際に測定した血糖値や、施行したインスリン単位は自動的に経過表と連動して記録されること。
55	58		経過表上にパス適用情報と、アウトカム評価情報を表示できること。また、経過表から直接アウトカム評価が行えること。
55	59		経過表上で、投与種別ごとに注射オーダの指示内容が表示され、指示の確認がしやすい工夫がされていること。
55	60		経過表上に各種オーダ内容を表示し、経過表上から選択した依頼オーダに対して実施入力を行えること。
56	1	妊娠経過図	妊娠経過図
56	2		妊婦検診の計測、内診、指導、検査などを一覧で管理できること。
56	3		子宮底・腹囲・体重・血圧・浮腫・尿蛋白・尿糖・胎児心拍数の入力ができること。
56	4		子宮底・体重のグラフ表示 ができること。
56	5		子宮口開大、展退、児頭位置SP、硬さ、子宮口位置の入力及び、スコアの表示ができること。
56	6		胎位入力（シェーマ添付可能）およびフリーコメントの入力ができること。
56	7		出産予定日、および画面を開いた時の月日、週数を表示すること。
56	8		入力した内容は、カルテ歴として保存されること。
56	9		保険指導に関して指導時期、指導項目、特記事項の入力ができること。また、乳房のスケッチ図を添付できること。
56	10		ヘモグロビン、超音波、モニタなど各種検査の予定、実施状況を確認できること。
56	11		血液型、感染症などの患者基本情報の表示ができること。
56	12		ハイリクス妊娠、連絡事項、その他特記事項に関してフリー入力ができること。
56	13		過去の妊娠経過を参照できること。
57	1	看護サマリー	看護サマリー
57	2	看護サマリー 看護サマリー	サマリーに関して病院独自のレイアウトに自由に変更できること。また、画面作成ツールの提供により、病院独自の画面を自由に作成できること。
57	3		病名、感染症、アレルギー、看護問題などの自動取り込みができること。

57	4		患者プロフィールで入力した項目（例：既往歴など）を自動取り込みができること。
57	5		看護サマリーに日々の経過記録からコピー&ペーストの機能で記録の貼り付けができること。
57	6		電子カルテで医師が入力した情報を元に、退院処方・入院時病名の自動取り込みができること。
57	7		看護サマリー入力時に既往歴の取り込みができること。
57	8		看護サマリーにシェーマや画像（写真）の取り込みができること。
57	9		システム上で師長等による承認ができること。
57	10		一度確定保存した看護サマリーを修正した場合、その履歴がカルテに残ること。また、修正した履歴はいつ・だれが修正したかの情報を持ち、すべてカルテに残ること。
57	11		入力した看護サマリーの印刷ができること。
57	12		サマリーを種別（退院・転院・転棟等）に応じて一覧表示ができること。
57	13		助産記録において、Ⅰ期、Ⅱ期、Ⅲ期の分娩所要時間や1h後、2h後の時間が、分娩開始～胎盤娩出の各時間をもとに自動展開が行えること。
57	14		助産記録において、アプガースコアの入力値に従って点数の自動採点が行えること。
57	15		助産記録において、分娩所要時間・出血量などの自動計算ができること。
57	16		妊娠・出産履歴を患者プロフィールから取り込みできること。また、助産録から患者プロフィール情報を更新できること。
57	17		パルトグラムより項目（しるし/陣発時間/破水時間/子宮口全開/排臨/発露/児娩出/胎盤娩出）を取り込みできること。
58	1	看護実施	看護実施
58	2	看護実施 看護実施	経過表、処置注射一覧、診療カレンダーからオーダの詳細内容の確認、実施入力ができること。具体的には下記機能を有すること。 ・実施状態、緊急度による伝票表示色、背景色の色別表示機能 ・オーダの詳細内容確認および実施入力と実施時メモ登録機能 ・処方与薬、検査採血、看護指示などに対し、看護師作業終了を表す実施入力機能 ・注射・処置オーダに関し、医事会計と連動した実施入力機能 ・実施入力を経過表に転送する経過表連携機能 ・抗がん剤注射実施確認および滴下順チェック機能 ・指示受け、確認機能
58	3		1日に複数回実施可能な頓用的な注射オーダの実施ができること。
58	4		精密持続注射でボトル交換の実施ができること。
58	5		実施中の点滴注射に対して中断/中止～再開ができること。
58	6		処方オーダに対して、中止処方オーダを運用していない場合は指定日時以降（時間指定の無い場合は翌日）の指示を業務画面上非表示とできること。
59	1	指示受け/指示確認	指示受け/指示確認
59	2	指示受け/指示確認 指示受け/指示確認	医師からの指示に対して指示受け、指示確認できること。
59	3		指示受けや指示の確認をした場合、受け者や確認者のサイン、日時が自動で記載されること。
59	4		業務の効率化を考慮し、医師からの指示を一括で指示受け、指示確認することができること。その際の指示受け者、確認者、日時は自動で記載されること。
59	5		受持ちやチーム単位で複数患者の医師からの指示を指示受け、指示確認ができること。
59	6		指示受けや指示確認するオーダは、緊急の度合や指示の変更が識別できるように表示色や背景色などで他のオーダと区別できること。
59	7		指示受けや指示確認の機能は、指示の詳細まで印刷できること。
59	8		指示受け画面から、経過表、指示歴、スケジュール、パス画面に遷移できること。
59	9		指示確認画面では、処方指示は一伝票内に複数Rp存在する場合はそのRpごとに指示確認が行えること。
59	10		マスタ設定で、オーダの明細内容を表示/非表示切り替えができること。
59	11		操作中に、選択した患者に対してオーダの発行・修正・削除などで伝票に対しての更新が行なわれた場合は、画面上で伝票が更新されたことを通知できること。
59	12		オーダ修正により版数が上がっているものは、変更前/後のオーダ内容を1画面で確認できること。

59	13		指示発行済のオーダに対して指示終了日が入力された場合、指示止めの表示が行えること。さらに指示変更の場合は、「指示止め」+「変更後指示」で表現し連続してできること。
59	14		指示受け後、医師による指示削除が行われた場合は、詳細内容欄に削除日時・削除者の表示ができること。
59	15		指示受け業務中に、他端末にて指示の発行や変更等が発生した場合は指示受け画面上に通知メッセージが表示され、利用者が把握できること。また、最新表示を行うことにより画面を閉じること無く、最新の指示が画面に表示され、指示受け業務が行えること。
59	16		指示簿指示に対して、指示が変更された場合、変更前・変更後の指示の内容が把握できること。
59	17		指示受け・指示確認時に、注射オーダに関連付けされた指示（点滴速度変更、ルート指定、頓用速度変更指示）をまとめて確認できること。
60	1	ミキシング認証	ミキシング認証
60	2	ミキシング認証 ミキシング認証	ミキシング時に注射バーコードを読み込むことにより、オーダ変更の有無についてチェックができること。
60	3		チェック画面では、対象患者氏名、血液型、Rpの詳細が表示され、ミキシング時にオーダの詳細内容が確認できること。
60	4		認証に成功したオーダに対してミキシング実施入力ができること。
60	5		ミキシング業務は連続処理ができること。
60	6		後発薬が処方されていた場合、先発薬品名をポップアップ形式等で表示し、容易に確認ができること。
60	7		ミキシング時に、注射オーダに関連付けされた指示（点滴速度変更、ルート指定、頓用速度変更指示）をまとめて確認できること。
61	1	実施入力	実施入力
61	2	実施入力 実施入力	医師からの指示や看護ケア指示のすべての患者に対する指示は、横軸を時間、縦軸を患者ごとのカレンダー形式で表示できること。
61	3		患者毎のスケジュールは日勤・準夜・深夜ごとに時系列で表示できること。
61	4		時間指定のないオーダはまとめて表示され、時間指定のあるオーダは横軸の時間に合わせて表示されること。
61	5		患者毎のスケジュールは日勤・準夜・深夜ごとに時系列表示だけでなく、各種業務別（処方・注射・検査など）に表示できること。
61	6		患者のスケジュール（医師からの指示や看護ケア指示のすべての患者に対する指示）は「未実施」、「指示確認済」、「実施済」、「外来での指示」、「3時間以内に指示されたもの」が識別できるように色で区別し表示できること。
61	7		指示受けや指示確認をした場合、実施入力をした場合に「確認済」や「実施済」の色は自動で変更されること。
61	8		注射オーダの実施は開始時間と終了時間の「2回実施入力」の運用に対応できること。また、終了時間を入力する際にIN量を入力し、経過表へ自動転記されること。実施入力をした際に、実施した日時、実施者が自動的に記載されること。
61	9		ワンショットのような注射オーダの実施は「1回の実施入力」で対応すること。その際、実施入力のタイミングでIN量を入力し、経過表へ自動転記されること。実施入力をした際に、実施した日時、実施者が自動的に記載されること。
61	10		水分量や尿量測定を観察指示を実施入力した際に、IN量やOUT量を入力することができる。転記や2重入力がないよう、それらの情報が経過表にリアルタイムで自動転記されること。また、実施入力をした際に、実施した日時、実施者が自動的に記載されること。
61	11		患者のスケジュールから実施入力した情報は、電子カルテや経過表に実施記録として自動転記されること。
61	12		与薬、採血、看護指示などに対し、看護師の医療行為を実施したことを表す実施入力ができること。また、実施入力をした際に、実施した日時、実施者が自動的に記載されること。
61	13		実施入力時に現在の実施日時や予定の実施日時が自動展開されること。
61	14		実施日時は、業務上、遅れて記載されることを考慮し、実施時間を変更できること。その際、実施時間と記載時間の両方を管理できること。
61	15		注射・処置オーダの実施入力は、医事会計と連動し、実施入力によって会計送信できること。注射に関しては「1回実施」の運用は即時に会計送信でき、「2回実施」の運用の場合は開始1回目の実施で会計送信されること。

61	16		処置オーダーの実施入力は、薬剤や使用器材の変更、追加、数量などの変更を実施入力時にできること。
61	17		受持ちやチーム単位で複数患者の実施入力を一画面でまとめてできること。
61	18		継続指示（発熱や疼痛時の指示など）の内容を確認できること。また、実施入力ができること。
61	19		各勤務帯の受持ち看護師への連絡などに使用することを想定して、オーダーごとに実施時のコメント入力や当該日付で伝えたいコメントの入力、患者に対してのコメントの登録ができること。
61	20		患者のスケジュールおよび実施画面にレジメン作成時に指定した滴下順を表示できること。
61	21		何らかの理由で指示を実施しない場合には、「未実施確認」の実施入力を行えること。
61	22		患者リストバンドを使用し、患者の認証ができること。
61	23		運用上処方の実施入力を行わない際、処方オーダーに対して、指定日時以降（時間指定の無い場合は翌日）の指示を非表示にできること。
61	24		注射のバーコードより、対象患者に有効なオーダーかの認証ができること。その際に医師からの変更や中止をリアルタイムに取込み、認証できること。
61	25		血液製剤のバーコードより、対象患者に有効なオーダーかの認証ができること。その際に医師からの変更や中止をリアルタイムに取込み、認証できること。
61	26		注射や輸血の実施入力は「開始」と「終了」の2回の実施入力に対応できること。
61	27		注射や血液製剤オーダーと患者の認証に成功した場合、そのオーダーの指示詳細が画面に表示されること。
61	28		バーコードによる注射や輸血の認証をした場合、看護師の実施入力ができること。
61	29		注射オーダーの認証は、看護師の実施入力とコスト送信が連動していること。
61	30		注射オーダーの認証をし、実施入力した際に、経過表と連携し、実施記録を経過表に自動的に転記すること。
61	31		輸血オーダー認証時に自動で輸血部門との連携ができること。
61	32		輸血オーダー開始実施時にフィルター項目が選択でき、輸血部門へ連携できること。
61	33		輸血オーダー終了実施時に副作用項目が選択でき、輸血部門へ連携できること。
61	34		輸血オーダー終了実施時に副作用項目を入力することにより経過表への連携ができること。
61	35		患者情報の読み込みはリストバンドだけでなく、カードリーダーからも読み込みが行えるインタフェースを用意できること。
61	36		特定生物由来製剤管理対象オーダーを実施する場合に、ロット番号をバーコード、キーボードから入力できること。また、入力されたロット番号は実施内容とともに確認できること。
61	37		注射オーダーの認証時に、注射オーダーに関連付けされた指示（点滴速度変更、ルート指定、頓用速度変更指示）をまとめて確認できること。また、注射オーダーの実施入力にあわせて、関連付けされた指示の実施入力ができること。
62	1	処方実施	処方実施
62	2	処方実施 処方実施	処方指示を病棟単位で一覧にした実施入力可能な機能を有すること。但し安全面を考慮して、処方指示がある患者をリスト化して、実施入力の際には患者単位で画面切り替えを要するユーザインタフェースとする。
62	3		病棟マップ若しくは病棟一覧から受け持ち患者単位で利用するシーンに対応していること。
62	4		勤務帯、用法、麻薬で一覧の絞りこみができること。
62	5		後発薬が処方されていた場合、先発薬品名をポップアップ形式等で表示し、容易に確認ができること。
63	1	状態一括登録	状態一括登録
63	2	状態一括登録 状態一括登録	重症区分、看護度、救護区分、転倒・転落、移動手段、面会区分、家族付添、感染経路などの管理項目を病棟の全患者を一覧表示した画面から患者単位で参照、入力できること。
63	3		上記の管理項目は勤務帯毎に入力、集計できること。また、印刷できること。
63	4		入力補助機能として、重症区分や看護度、救護区分の判断基準をガイダンス表示できること。

63	5		各管理項目を入力している際に、該当病棟内での管理項目の合計数（看護度A1が3、C1が3など）が即時に確認できること。
63	6		入力方法としてマスタからの選択以外にフリー入力ができること。
63	7		入力された看護度は管理日誌に自動で取り込まれること。
63	8		アナムネで入力された内容を患者状態として反映されること。また逆に患者状態を登録した場合に看護プロファイルに反映されること。
63	9		病棟マップより、任意の複数の患者を選択して起動させることができること。
63	10		前回入院時の看護状態が未変更のまま継続表示されている場合、文字色を変更して表示し、情報更新を注意喚起できること。
63	11		退院実施を行った時に、退院日時の患者の状態を止めるメッセージを表示し、止め操作が行えること。
64	1	ワークシート	ワークシート
64	2	ワークシート ワークシート	医師オーダーや看護ケア指示、看護管理項目など電子カルテやオーダー情報をワークシートに自動的に取込み、画面表示および印刷できること。また、標準機能として以下のワークシートを提供すること。 ・食事一覧 ・食事一覧（朝） ・食事一覧（昼） ・食事一覧（夕） ・検査一覧 ・清潔・測定一覧 ・処方指示一覧 ・処置指示一覧 ・注射準備一覧 ・グループワークシート ・看護問題リスト ・血糖測定一覧 ・フリーシート（10名） ・フリーシート（25名） ・フリーシート（50名） ・個人看護ワークシート ・看護指示フローシート
64	3		患者単位で各種ワークシートの画面表示および印刷ができること。
64	4		受持ち単位で各種ワークシートの画面表示および印刷ができること。
64	5		チーム単位で各種ワークシートの画面表示および印刷ができること。
64	6		病棟単位で各種ワークシートの画面表示および印刷ができること。
64	7		受持ち単位、チーム単位、病棟単位で複数患者のワークシートを画面表示した際に、ページをめくるイメージで表示切替ができること。
64	8		各種ワークシートを印刷した際には、印刷した日時が印字されること。
64	9		個人看護ワークシートには、患者の重症度、看護度、救護区分、看護ケアオーダー、移動オーダー、医師からの検査、処方、注射指示を自動取込みし、表示および印刷ができること。
64	10		看護指示フローシートには、1週間分の患者への看護ケア指示を自動取込みし、表示および印刷ができること。
64	11		実施予定日時順に表示できること。また、指示が変更された場合も正しく変更されること。
64	12		投薬チェック切れリストは当該日付以降3日以内に定期処方が終了するリストを表示すること。その場合、患者毎にリストを出し、主治医名を自動取込みできること。
64	13		汎用的なワークシートを独自に複数種類作成できること。
64	14		帳票のレイアウト変更ができること。
65	1	業務分担	業務分担
65	2	業務分担 業務分担	病棟師長が、看護師勤務管理システムに登録された対象日の勤務者に患者の業務を割り振りを行えること。
65	3		勤務割システムとの連動により、翌日の看護師情報を自動で取り込めること。
65	4		勤務帯毎に担当患者若しくは担当部屋を割振れること。
65	5		対象日に担当看護師（プライマリナース）が勤務していれば、受持ちの自動割付を行えること。
65	6		勤務者及び受持ち患者の一覧表が印刷できること。

65	7		勤務予定外のリリーフ者を追加できること。
65	8		患者状態情報の表示ができること。
65	9		看護師業務分担ツールを起動中、同病棟の看護師業務分担を他の利用者から変更されないようにすることができること。
66	1	管理日誌	管理日誌
66	2	管理日誌 管理日誌	各管理日誌は、転記作業を削減するため、電子カルテやオーダーリング、看護勤務割システムで入力された情報を自動取込みし、容易に作成できること。
66	3		管理日誌は下記のを標準で提供すること。 ・病棟管理日誌 ・手術室日誌 ・透析室日誌 ・ER管理日誌 ・宿日直管理日誌 ・看護管理日誌
66	4		管理日誌は病院指定のフォーマットにも対応すること。
66	5		申し送りに利用する日誌類は、最新の情報が必要な場合、任意のタイミングで情報の取込み、集計ができること。
66	6		病棟管理日誌は入院・退院患者情報のほか、重症者の一覧、看護度分類別集計、勤務者情報などの情報が網羅され、勤務交代時の引継ぎに利用できること。
66	7		病棟管理日誌は看護部へ作成状況を提示できること。
66	8		外来管理日誌は、新患、再来などの区分で患者数集計が自動でできること。
66	9		手術管理日誌は手術件数の集計、患者毎の術式や手術開始時間や終了時間を一覧表示できること。
66	10		救急患者管理日誌は患者数、救急車来院、入院患者数等の集計ができること。
66	11		看護管理日誌では、各部署での作成状況の確認ができること。
66	12		看護部管理日誌には、入院患者数や診療科毎の患者数、担送・護送区分の数、手術数、分娩数など各病棟で入力された情報を自動集計できること。
66	13		各管理日誌に看護師の勤務状況を記載する場合、看護勤務割システムとの連携すること。看護師の勤務帯毎の看護師数、年休数、看護師数の合計などが自動計算できること。
66	14		各管理日誌で特記事項をフリー入力できること。
66	15		管理日誌内の項目を月単位・年単位で集計・抽出し、利用者が加工できるよう統計データをExcel形式で出力できること。
66	16		各管理日誌は印刷ができること。その場合、紙での帳票レイアウトを考慮すること。
66	17		各管理日誌には勤務者、師長、看護部長のサインが入力できること。
66	18		管理日誌メニューに画面を戻さなくても、病棟・日付の変更が行えること。
66	19	管理日誌統計 管理日誌	各管理日誌ごとに任意の項目を集計し、項目単位に合計値や平均値を表示できること。
66	20		管理日誌統計において、月別集計、指定期間集計ができること。
66	21		管理日誌統計において、集計した結果を印刷できること。
66	22		管理日誌統計において、集計した結果をCSV出力できること。
67	1	看護必要度	看護必要度
67	2	看護必要度 看護必要度	看護必要度の入力・表示ができること。
67	3		病棟毎の看護必要度が集計・表示できること。
67	4		集計した看護必要度のファイル出力できること。
67	5		患者入院時、転棟時に評価票をマスタで定義した条件で変更できること。
67	6		入院時から現在までの改善点数が把握できること。
67	7		患者属性は患者基本情報から、移動情報は移動オーダからそれぞれ反映されること。
67	8		患者の入院日・転棟日が確認できること。
67	9		看護必要度及び各種評価表の判定に必要な項目を複数患者まとめて入力できること。
67	10		患者個別に看護必要度及び各種評価表の判定に必要な項目を入力できること。患者切り替えは前患者、次患者で切り替えができること。

67	11		患者カルテを開いた状態で、経過表などの情報を参照しながら看護必要度の入力ができること。
67	12		各項目の入力は日勤、準夜勤、夜勤の各勤務帯ごとで入力できること。
67	13		評価の根拠となる記録があるかどうかの確認状態を日別勤務帯別に残せること。
67	14		入力時に厚生労働省提供の項目別評価基準が表示できること。
67	15		各種評価表の算定基準到達人数と必要度レベル別の人数を表示できること。
67	16		患者個別入力画面で、A得点、B得点、C得点それぞれで合計した点数を表示できること。
67	17		患者個別入力画面から、経過表画面、指示歴画面などを表示させ、記録を確認しながら入力を行えること。
67	18		病棟別、勤務帯別に看護必要度の集計を行えること。項目は定床数、入院患者数、病床稼働率、患者分類（レベル1～5）、基準越患者数、評価票対象患者数、基準越対象患者数、未確認者数、勤務者数。
67	19		病床稼働率統計（日別全病棟比較/月別病棟別比較）、必要配置数統計（日別全病棟比較/月別病棟別比較）、必要度レベル統計（日別全病棟比較/月別病棟別比較）、ABC点数統計（日別全病棟比較/月別病棟別比較）、必要度統計表示（基準越え患者数割合集計/日別データ表示）の各統計を作成できること。
67	20		各評価項目入力時には電子カルテデータからA、B、C項目の記録を参照できること。
67	21		短期滞在手術等基本料の場合、過去に遡って評価票の変更が行えること。
67	22		C項目、A項目（救急搬送後の入院）については、評価の有効期限が登録できること。
67	23		患者レベル、対象評価表の推移を時系列に参照できること。
67	24		評価項目登録時の未入力チェックが行えるとともに、患者レベル判定は全項目入力が行われていない場合は行なわないこと。
67	25		対象評価表を変更する場合は、前回データを継続するか/新たに登録するかを選択ができること。
67	26		各種オーダの実施情報・経過表データ・救急受付と看護必要度項目を連携し、対象項目についてはマスタで定義した条件をもとに判定できること。また、最終確認者のチェックを行うことによって、看護必要度の評価として登録できること。
67	27		看護必要度で入力した評価内容を1日ごとに出力し（H準備ファイル）、1ヶ月分のHファイルを作成できること。
67	28		看護必要度明細ファイル、H準備ファイル出力、看護必要度報告管理日誌の集計が定期的に自動出力できること。
67	29		回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準に対する集計が行えること。
67	30		一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価票、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価票、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の直近3月の実績を日別・月別・期間別に集計できること。
68	1	処方切れリスト	処方切れリスト
68	2	処方切れリスト（病棟指定モード） 処方切れリスト	処方切れリスト（病棟指定モード）
68	3		いつ、誰の投薬指示が切れるのかを確認するために、病棟単位で処方切れリストが表示できること。
68	4		処方切れリストは、患者ごとに対象期間内に切れる薬剤をリスト形式、カレンダー（1週間表示）形式で表示できること。これらのモードは利用者が切換えながら表示できること。
68	5		処方切れリストは、患者ごとに対象期間内に切れる薬剤をリスト形式、カレンダー（1週間表示）形式で印刷できること。
68	6		処方切れリストは、病棟単位でかつ主治医別に印刷ができること。主治医別の場合は、主治医単位で改ページできること。
68	7		処方切れリスト（診療科指定モード）
68	8		いつ、誰の投薬指示が切れるのかを確認するために、診療科単位で処方切れリストが表示できること。
68	9		処方切れリストは、患者ごとに対象期間内に切れる薬剤をリスト形式、カレンダー（1週間表示）形式で表示できること。これらのモードは利用者が切換えながら表示できること。
68	10		処方切れリストは、主治医での絞り込み、入力者での絞り込みができること。

68	11		処方切れリストは、患者ごとに対象期間内に切れる薬剤をリスト形式、カレンダー（1週間表示）形式で印刷できること。
68	12		処方切れリストは、診療科単位でかつ主治医別に印刷ができること。主治医別の場合は、主治医単位で改ページできること。
69	1	共通機能（共通機能）	チーム医療（共通機能）
69	2	共通機能 共通機能	チーム医療の関係者がチーム医療の対象患者に対して介入依頼オーダーの発行ができること。
69	3		各チームの介入依頼オーダーに含まれる項目は自由に設定できること。
69	4		各チームの介入依頼オーダーは、患者プロフィール、病名などの患者基本情報を引き継いで表示できること。
69	5		チームについてはマスタメンテナンス機能により、NST、緩和ケア、放射線治療、精神科作業療法、がんカウンセリング、認知症看護相談、精神科リエゾン、排尿ケアチームの追加、修正、削除の管理ができること。
69	6		チームについては各チームの配下にグループを登録できること。
69	7		介入依頼オーダーの発行時にそのチームメンバに対して、ToDo機能によって依頼が来たことを通知できること。
69	8		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。
69	9		介入状況が新規依頼、再依頼、介入中の状態の患者に対し、同一チームの介入依頼オーダー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。
69	10		チーム介入依頼オーダーを発行した時点で、チーム医療患者一覧上に該当患者の情報が表示できること。
69	11		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。
69	12		介入依頼オーダーを却下する場合は、その理由を入力できること。
69	13		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
69	14		チーム医療患者一覧は下記条件を検索条件として指定できること。 ・チーム ・受付日 ・介入状況 ・入外区分 ・病棟 ・診療科 ・患者ID
69	15		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。
69	16		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。
69	17		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。
69	18		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。
69	19		チーム医療患者一覧で表示できる項目についてはマスタ管理により表示、非表示の切り替えと並び替えができること。
69	20		チーム医療患者一覧で30チームまで複数指定による参照ができること。
69	21		チーム医療患者一覧の内容を印刷できること。
69	22		チーム医療患者一覧の内容をファイル出力できること。
69	23		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。
69	24		各チームの管理対象文書は、各チーム毎にグルーピングでき、マスタメンテナンス画面から追加・削除できること。
69	25		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。
69	26		チーム医療患者一覧からカルテの起動ができること。
69	27		チーム医療患者一覧から経過表の起動ができること。
69	28		チーム医療患者一覧から検歴一覧の起動ができること。

69	29		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。
69	30		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。
69	31		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。
69	32		チーム医療患者一覧から再診予約オーダー画面を起動でき、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。
69	33		回診予約情報は看護ワークシートに反映できること。
69	34		各チームの回診記録作成時に、前回記載内容を流用して新規作成ができること。
70	1	(NST)	NST
70	2	SGA NST	SGA
70	3		入院時の栄養状態問診のため、SGAシートを記載できること。
70	4		SGAシートは、患者プロフィール情報（身長、体重など）を取得し、SGAシートの項目として初期表示できること。
70	5		SGAシートは、BMIや活動係数、障害係数などの栄養評価に必要な項目を入力できること。
70	6		SGAシートの問診内容を追加、修正可能とし、設定により栄養管理計画書及びスクリーニング表連携ができること。
70	7		SGAシートで入力した栄養判定は栄養管理患者一覧と連携し、栄養管理患者一覧に表示できること。
70	8		SGAシートの入力項目をマスタメンテナンス画面から追加・修正・削除できること。
70	9	栄養管理 NST	栄養管理
70	10		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。
70	11		栄養管理患者一覧は下記条件にて検索できること。 ・作成対象患者 -入院日から1～3日以上経過 -退院済み -再評価 ・患者ID ・保留患者 ・入院日・退院日・作成日について期間選択、または現在入院中 -未作成、作成済、対象外 ・担当栄養士 ・担当医師 ・担当看護師 ・現在病棟 ・現在診療科 ・SGA評価
70	12		栄養管理患者一覧にて、栄養管理計画書の下記状態ごとの検索結果件数が表示できること。 ・未作成 ・作成済 ・保留 ・対象外
70	13		栄養管理患者一覧から、スクリーニング表の一括印刷ができること。
70	14		栄養管理患者一覧の一覧印刷およびファイル出力ができること。
70	15		栄養管理患者一覧の検索条件を利用者ごとに保存できること。
70	16		栄養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栄養管理計画書を記載できること。
70	17		栄養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NST介入依頼ができること。
70	18		栄養管理患者一覧から、摂取栄養量画面を起動できること。
70	19		栄養管理患者一覧上のすべてのレコードを一括で選択、もしくは非選択ができること。

70	20		栄養管理患者一覧にて、下記内容が確認できること。 ・ 患者ID、氏名 ・ 性別、年齢 ・ 入院日 ・ SGAシートにて入力した栄養状態評価 ・ 栄養管理計画書にて入力した栄養状態評価 ・ 退院日 ・ 作成日 ・ 栄養管理計画書記載回数 ・ 栄養管理計画書記載状況 ・ NSTチーム介入状況 ・ 診療科、病棟、病室 ・ 主担当医、担当医、担当看護師、栄養士1、栄養士2 ・ 入院主病名
70	21		栄養管理計画書は、患者プロフィール情報（身長、体重など）を取得し、栄養管理計画書の項目として初期表示できること。
70	22		栄養管理計画書は、移動オーダーより担当医、担当看護師を取得し、栄養管理計画書の項目として初期表示できること。
70	23		栄養管理計画書は、現在の食事情報を初期表示できること。
70	24		栄養管理計画書から検査結果の参照できること。
70	25		栄養管理計画書は、あらかじめ定型文をマスタ登録しておくことで入力項目を定型文から選択できること。
70	26		栄養管理計画書は、栄養指導の必要性と予定時期の入力ができること。
70	27		栄養管理計画書は、次回の栄養管理計画立案日を設定できること。設定した次回評価日は、栄養管理計画一覧と連動し、記載しなければならない計画書の検索ができること。また、栄養状態の評価と連動して、次回立案日を自動設定もできること。
70	28		栄養管理計画書は、「確定」保存と、「保留」保存の2種類の保存ステータスを選択して計画書を保存できること。ステータスは栄養管理計画一覧と連動し、検索条件として指定できること。
70	29		栄養管理計画書は、病院固有の情報について栄養管理計画書画面上に任意に追加できること。また、印刷帳票（栄養管理計画書）についても追加項目が印字できること。
70	30		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できること。チェック項目はマスタ設定可能とし、職種ごとに必須項目を設定できること。
70	31		栄養管理計画書は、退院時及び終了時の総合評価の入力ができ、退院決定オーダーの栄養評価を取得できること。
70	32		栄養管理計画書及びスクリーニング表は、設定により間食の栄養量についても表示できること。
70	33		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。
70	34		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。
70	35	アセスメント回診記録 NST	アセスメント回診記録
70	36		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。
70	37	摂取栄養量 NST	摂取栄養量
70	38		患者の喫食情報として、摂取栄養量画面による栄養量ごとの摂取情報を表示できること。
70	39		摂取栄養量画面は、エネルギー、水分、タンパク質などの栄養成分ごとの摂取量を表示できること。この栄養成分は、栄養成分マスタにて追加、変更ができること。
70	40		摂取栄養量画面は、給食部門システムと連携を行うことにより献立ごとの栄養量を表示できること。
70	41		摂取栄養量画面は、経過表の食事量と連携し、栄養量を表示できること。
70	42		摂取栄養量画面は、食事以外の摂取栄養情報として、注射オーダーによる輸液や処方オーダーによる経管栄養剤等の情報も表示できること。また、輸液や栄養剤の内容はマスタ登録したものを絞り込み表示できること。
70	43		摂取栄養量画面は、各栄養成分ごとの1日量の合計、期間平均を表示できること。

70	44		摂取栄養量画面は、必要な患者情報を表示できること。 ・身長 ・体重 ・標準体重 ・BMI ・基礎代謝量（自動計算で表示 ※ Harris-Benedict 式） ・検査結果
70	45		NST回診履歴
70	46		NST回診時の記録を時系列で表示できること。
70	47		回診履歴画面では、患者の年齢によりパターンを自動選択し、画面を展開することができること。
70	48		回診履歴画面では、回診記録テンプレートに記載した内容を過去4回分1画面に表示でき、日付スクロールボタンにより、表示する過去回診日を前後することができること。
70	49		回診履歴画面は、印刷できること。
70	50		回診履歴画面では、アミノ酸量など検査値や栄養量以外のデータ入力ができること。また、データ間での四則演算ができること。
71	1	褥瘡管理	褥瘡管理
71	2	褥瘡管理患者一覧 褥瘡管理	褥瘡管理患者一覧
71	3		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。
71	4		褥瘡管理患者一覧は下記条件にて検索できること。 ・患者ID ・検索期間 -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 -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 -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
71	5		任意の検索条件の組み合わせを最大3パターンまでマスタ設定ができ、利用者によらず検索条件の展開ができること。
71	6		褥瘡管理患者一覧に表示する患者レコードは、入院期間中の最新レコード/全レコード表示の切り替えができること。
71	7		褥瘡管理患者一覧にて、検索結果件数を表示できること。
71	8		褥瘡管理患者一覧の一覧印刷およびファイル出力ができること。
71	9		褥瘡管理患者一覧の検索条件を利用者ごとに保存できること。
71	10		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を記載できること。
71	11		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を記載できること。
71	12		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を記載できること。
71	13		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を記載できること。
71	14		褥瘡管理患者一覧から、テンプレート記載情報の時系列表示画面を起動できること。
71	15		褥瘡管理患者一覧から、摂取栄養量画面を起動できること。
71	16		褥瘡管理患者一覧から、項番2-12Excel連携機能を起動できること。
71	17		褥瘡管理患者一覧から、カルテを起動できること。

71	18		褥瘡管理患者一覧にて、下記内容を確認できること。 ・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 ・担当医 ・担当看護師
71	19		危険因子評価票
71	20		危険因子評価票は、患者プロフィール情報（褥瘡有無など）を取得し、危険因子評価票の項目として初期表示できること。
71	21		危険因子評価票は、担当医、担当看護師の情報を取得し、危険因子評価票の項目として初期表示できること。
71	22		危険因子評価票は、褥瘡対策計画書及び褥瘡リスクアセスメント票との共通項目の入力内容を取得し、危険因子評価票の項目として初期表示できること。
71	23		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、ブレードンスケールのいずれかでできること。
71	24		危険因子評価票は、画面上の項目を任意に追加・変更できること。
71	25		危険因子評価票は、印刷できること。
71	26		褥瘡対策計画書
71	27		褥瘡対策計画書は、患者プロフィール情報（褥瘡有無など）を取得し、褥瘡対策計画書の項目として初期表示できること。
71	28		褥瘡対策計画書は、担当医、担当看護師の情報を取得し、褥瘡対策計画書の項目として初期表示できること。
71	29		褥瘡対策計画書は、危険因子評価票及び褥瘡リスクアセスメント票との共通項目の入力内容を取得し、褥瘡対策計画書の項目として初期表示できること。
71	30		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、ブレードンスケールのいずれかで評価できること。
71	31		褥瘡対策計画書は、看護計画連携を行い、立案された看護計画を引用できること。
71	32		褥瘡対策計画書は、褥瘡ハイリスク項目、その他危険因子を入力できること。
71	33		褥瘡対策計画書は、退院時及び終了時の総合評価を入力できること。
71	34		褥瘡対策計画書は、画面上の項目を任意に追加・変更できること。
71	35		褥瘡対策計画書は、印刷できること。
71	36	褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書 褥瘡管理	褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書
71	37		褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書は、患者プロフィール情報（褥瘡有無など）を取得し、褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書の項目として初期表示できること。
71	38		褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書は、担当医、担当看護師の情報を取得し、褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書の項目として初期表示できること。

71	39		褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書は、危険因子評価票及び褥瘡対策計画書との共通項目の入力内容を取得し、褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書の項目として初期表示できること。
71	40		褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書は、褥瘡の発生が予測される部位及び褥瘡の発生部位を、シェーマを用いて入力できること。
71	41		褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書は、重点的な褥瘡ケアの必要性を入力できること。
71	42		褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書について、褥瘡ハイリスク患者ケア加算にチェック後、確定保存したタイミングで、医事連携を行い、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定できること。
71	43		褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書は、褥瘡ハイリスク項目、その他危険因子を入力できること。
71	44		褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書は、褥瘡予防治療計画の立案ができること。
71	45		褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書は、褥瘡ケア結果の評価ができること。
71	46		褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書は、退院時及び終了時の総合評価を入力できること。
71	47		褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書は、画面上の項目を任意に追加・変更できること。
71	48		褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書は、印刷できること。
71	49	褥瘡経過記録 褥瘡管理	褥瘡経過記録
71	50		褥瘡経過記録は、患者プロフィール情報（褥瘡有無など）を取得し、褥瘡経過記録の項目として初期表示できること。
71	51		褥瘡経過記録は、DESIGNスコアにより、褥瘡の所見のスコア化ができること。
71	52		褥瘡経過記録は、シェーマと連携を行うことにより、褥瘡部位のイメージの掲載ができること。
71	53		褥瘡経過記録は、ファイル取込ツールと連携を行うことにより、褥瘡画像の掲載ができること。
71	54		褥瘡経過記録は、使用するドレッシング材等、治療計画の立案ができること。
71	55		褥瘡経過記録は、回診時のコメントの入力ができること。
71	56		褥瘡経過記録は、画面上の項目を任意に追加・変更できること。
71	57		褥瘡経過記録は、印刷できること。
71	58	褥瘡発生報告書 褥瘡管理	褥瘡発生報告書
71	59		褥瘡発生報告書は、患者プロフィール情報（褥瘡有無など）を取得し、褥瘡発生報告書の項目として初期表示できること。
71	60		褥瘡発生報告書は、体圧分散マットレスの使用状況等、褥瘡発生に報告に必要な情報を入力できること。
71	61		褥瘡発生報告書は、画面上の項目を任意に追加・変更できること。
71	62		褥瘡発生報告書は、印刷できること。
71	63		褥瘡発生率統計
71	64		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。
71	65		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。
71	66		発生率の統計では、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。
71	67		発生率の統計では、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、褥瘡発生率の統計をとれること。
71	68		有病率の統計では、日単位での調査日指定の統計がとれること。
71	69		有病率の統計では、調査日指定における病棟毎/全病棟の入院患者数、褥瘡有病患者数、褥瘡有病率の統計をとれること。
71	70		褥瘡発生率統計は、指定した期間内で同患者の褥瘡治療が複数回行われた場合、褥瘡発生を1と計数するか、複数回全て計数するか選択できること。
71	71		褥瘡発生率統計は、統計結果のExcel出力ができること。

71	72		褥瘡発生率統計は、統計結果を出力したExcelファイルの保存先パスの初期値のマスター設定ができること。
72	1	スクリーニング一覧 スクリーニング一覧	スクリーニング一覧
72	2		診療科、病棟、性別、年齢、患者プロフィール情報、検査結果情報を指定し、注意が必要な患者のスクリーニングができること（例:A1b値による栄養状態の評価など）。
72	3		スクリーニング条件はNSTなどの医療チームごとに設定できること。また、利用者条件としても5つまで保存できること。
72	4		検査結果については、任意の検査項目を5個までスクリーニング条件として指定できること。ただし、対象の検査項目は定性および定量検査を対象とすること。
72	5		検査結果については、〇〇以上、〇〇以下の範囲指定ができること。また、過去何日間の検査かを条件として指定できること。
72	6		プロフィール情報については、数値タイプ、チェックボックスタイプのプロフィール情報を5個までスクリーニング条件として指定できること。
72	7		プロフィール情報については、数値データの場合は、以上、以下の範囲指定ができること。チェックボックスタイプの場合は、チェックの有り、無しを指定できること。また、値が無い場合も条件として指定できること。
72	8		プロフィール情報については、上記の条件に加え、更新日付範囲も条件として指定できること。
72	9		スクリーニング一覧は、結果表示時、氏名などの基本情報に加えて、スクリーニング条件およびその値を表示できること。
72	10		スクリーニング一覧の一覧印刷およびファイル出力ができること。
72	11		スクリーニング一覧は、右クリックメニューより、注意が必要な患者のピックアップができること。また、ピックアップは、医療チームもしくは利用者単位でできること。
72	12		ピックアップ時、ピックアップコメントを入力できること。
72	13		スクリーニング一覧は、右クリックメニューより、選択した患者のカルテを起動できること。
72	14		スクリーニング一覧は、右クリックメニューより、検査歴一覧の起動を可能とし、患者の検査歴を参照できること。
72	15		スクリーニング一覧は、右クリックメニューより、経過表メニューを起動できること。経過表未作成状態の患者の場合は、経過表フォーマット選択画面が表示され、作成中患者の場合は直接経過表が起動すること。
72	16		スクリーニング一覧は、右クリックメニューより、レコード項目を対象としたフィルタができること。フィルタ機能は、選択フィルタ、非選択フィルタ、テキストフィルタを備えており、フィルタ解除も同メニューからできること。
73	1	ピックアップ患者一覧 ピックアップ患者一覧	ピックアップ患者一覧
73	2		ピックアップ患者一覧は、スクリーニング一覧にてピックアップした患者の一覧表示ができること。この際、指定するチームは、単一チーム指定、複数チーム指定のいずれもできること。
73	3		ピックアップ患者一覧は、患者を一覧表示する際、Myピックアップを含めるかどうか指定できること。
73	4		ピックアップ患者一覧の一覧印刷およびファイル出力ができること。
73	5		ピックアップ患者一覧は、右クリックメニューより、ピックアップしたチームへの介入依頼ができること。
73	6		ピックアップ患者一覧は、右クリックメニューより、選択した患者のピックアップ解除ができること。
73	7		ピックアップ患者一覧は、右クリックメニューより、ピックアップ時コメントを修正できること。
73	8		ピックアップ患者一覧は、右クリックメニューより、選択した患者のカルテを起動できること。
73	9		ピックアップ患者一覧は、右クリックメニューより、検査歴一覧を起動でき、患者の検査歴を参照できること。
73	10		ピックアップ患者一覧は、右クリックメニューより、経過表メニューを起動できること。経過表未作成状態の患者の場合は、経過表フォーマット選択画面が表示され、作成中患者の場合は直接経過表が起動すること。
73	11		ピックアップ患者一覧は、右クリックメニューより、レコード項目を対象としたフィルタができること。フィルタ機能は、選択フィルタ、非選択フィルタ、テキストフィルタを備えており、フィルタ解除も同メニューからできること。

74	1	テンプレート記載情報の時系列表示 テンプレート記載情報の時系列表	テンプレート記載情報の時系列表示
74	2		任意のテンプレートで記載された任意のデータ（画像含む）について、時系列表示できること（以下、フォーマットと呼ぶ）。また、ひとつのフォーマットに表示するテンプレートを複数指定できること。
74	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、表示するフォーマットを変更できること。
74	4		フォーマットの表示縦軸について、表示行タイトル、表示項目、背景色、縦幅を設定できること。
74	5		数値データを表示対象としている場合は、上限値、下限値をそれぞれ設定でき、その値を超えた場合は文字色を変更できること。
74	6		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、拡大画像が表示されること。
74	7		同一日に複数回の記載があった場合は、 ・区切り文字による区切り表示（数値タイプのデータなど） ・表示データの前に記載時間を表示（所見などの記録データなど） ・常に最新のデータのみを表示（体重、身長などのデータ） の3つのパターンを行ごとに設定できること。
74	8		表示中のフォーマットに登録されているテンプレートについて、当該画面から新規作成できること。
74	9		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できること。
74	10		表示データをファイル出力できること。画像データを表示している場合は、画像データもファイル出力できること。
75	1	クリニカルパス	クリニカルパスシステム
75	2	（クリニカルパス）	クリニカルパス基本機能
75	3	画面表現 クリニカルパス	画面表現
75	4		オーバービューは、縦軸をオーダの種類や経過表項目、横軸を日付としたカレンダー形式で表現できること。
75	5		オーバービュー表示時に、表示レンジを3日/1週間/2週間/4週間に切り替えられること。
75	6		限られた画面内に膨大な情報を有するパスカレンダーのスクロールによる煩雑さを無くするため、ワンクリックで縦方向の項目へ移動（ジャンプ）ができること。また、カレンダー上の日付選択によって横方向への移動（ジャンプ）、およびワンクリックで横方向のスクロールができること。
75	7		パス上に「在院日数」、「術後日数」、「妊娠週数/産褥日数」、「生後日数」、「DPC経過日数」などの経過日数を自動計算し、表示ができること。
75	8		手術や検査などのイベント日について、1日を複数の区分に分割できること。（手術日であれば、術前・術後の2区分など）
75	9		パスカレンダー上で、1日の分割数を直接変更できること。
75	10		分割区分は、1日あたり9個まで設定できること。
75	11		分割区分の名称は、分割区分毎に設定できること。
75	12		分割区分の名称は、パスカレンダー上で、直接変更できること。
75	13		分割区分毎に、開始時間の割り当てができること。
75	14		分割区分に開始時間を割り当てるときは、個別に設定するだけでなく、マスタで設定した差分時間に応じて、自動的に割り当てができること。
75	15		表示する情報がない列は、表示/非表示が切り替えられること。
75	16		大分類・中分類の背景色は、任意の色を設定できること。
75	17		パスで事前に計画されたオーダと、追加で指示を行ったオーダは背景色により区別できること。
75	18		以下のオーダのステータスを、文字色により区別できること。 ・未発行 ・発行済み（未実施） ・指示受け ・指示確認済み ・一部実施 ・実施済み

75	19	オーダー保存時に、薬品禁忌や締切り時間チェックでエラー等になったオーダーは、文字色により区別できること。
75	20	予約未取得のオーダーは、アイコンにより区別できること。
75	21	レポート・検査結果が返ってきたオーダーは、アイコンにより区別できること。
75	22	3時間以内に発行されたオーダー、およびは当日発行されたオーダーに関してはアイコンにより識別できること。
75	23	基本機能
75	24	適用開始日を選択して、患者にパスを適用できること。
75	25	パスを適用する際、パス適用除外日（土日など）を容易に設定できること。
75	26	パスの基本情報（名称・コード・バージョン・コメント）を設定・参照できること。
75	27	患者へパスを適用する時に、パスに含まれるオーダーをまとめて発行できること。
75	28	ヒストリカルビュー上に、過去に適用したパス情報を表示できること。
75	29	患者へのパス適用後、パスカレンダー上で新規にオーダーが追加できること。
75	30	患者へのパス適用後、パスカレンダー上で既に指示されているオーダーの変更・削除ができること。
75	31	患者へのパス適用後、パスカレンダー上でドラック&ドロップの操作により、オーダーの実施予定日を変更できること。
75	32	患者へのパス適用後、パスカレンダー上でコピー&ペーストの操作により、新規にオーダーが作成できること。
75	33	オーダーを複数選択し、一括で削除できること。
75	34	指定した日付以降のオーダーの実施予定日を、一括して1日分未来に変更できること。
75	35	指定した日付に実施する予定で削除可能なオーダーを、一括して削除できること。
75	36	指定した日付以降のオーダーの実施予定日を、一括して1日分過去に変更できること。
75	37	パス上からテンプレート文書を起動し、入力できること。
75	38	パス上から職種に対応した記録を記載できること。
75	39	バイタル情報を数値で表示できること。
75	40	バイタル情報をグラフで表示できること。
75	41	パスカレンダー上に検査結果を表示できること。
75	42	パスカレンダー上から指示受けができること。
75	43	パスカレンダー上から指示確認ができること。
75	44	パスカレンダー上から実施入力ができること。
75	45	パスカレンダー上から、観察項目・測定結果・バイタル情報の入力ができること。入力した情報は経過表と共有し、相互に参照・入力できること。
75	46	パス・レジメン作成時に、観察・測定項目の有効期間を設定できること。
75	47	観察項目・測定項目と連携している看護指示・指示簿指示オーダーを発行すると、連携する観察項目・測定項目が、自動的にパスカレンダー上に追加されること。
75	48	観察項目・測定項目と連携している看護指示・指示簿指示オーダーを発行すると、看護指示・指示簿指示オーダーの用法に応じて、連携する観察項目・測定項目行にオーダー内容が表示されること。
75	49	中分類単位に備忘録としてメモを登録し、表示できること。
75	50	削除済みオーダーを参照できること。
75	51	複数のパスを同時に適用できること。
75	52	1日単位でオーダー情報を表示できること。また、その内容を印刷できること。
75	53	パス適用している患者が病棟マップにて識別できること。
75	54	パス適用している患者はカルテを開くと識別できること。また、パスの状況（適用中、終了前、終了日当日、適用期間超過）が把握できること。
75	55	経過表と連携し、パスで管理している観察項目以外に患者個別に必要な観察項目を取り込めること。また、取り込んだ観察項目はパスの項目と識別できること。

75	56		パスカレンダー上に食事摂取量を表示できること。また、パスカレンダー上で直接入力ができ、入力した情報は経過表と共有し相互に参照・入力できること。
75	57		パス管理
75	58		適用除外基準が設定されている場合、評価するまでパスの適用ができないよう制御できること。
75	59		アウトカムの管理機能があること。
75	60		アウトカムマスタについては、日本クリニカルパス学会が提供しているBOM (Basic Outcome Master) に対応できること。
75	61		達成目標としてのアウトカムおよび、アウトカムの客観的達成基準としてのアセスメントが登録・管理できること。
75	62		アウトカムは毎日設定できること。
75	63		ある期間中に達成すればよいアウトカムは、複数日に跨って設定ができること。
75	64		アウトカムは、1日の中で、分割区分毎、または複数分割区分をまたいで設定できること。
75	65		適応除外基準、アウトカム、終了基準を一画面で表示し、一連の評価過程を確認できること。
75	66		アセスメントの達成/未達成を評価できること。
75	67		アウトカム評価時には、アセスメントの達成状況を確認しながら、達成/未達成を判定できること。
75	68		アセスメントの評価基準として、観察・測定結果・検査結果の項目および判定式を設定できること。
75	69		アセスメントの評価基準として、観察・測定結果・検査結果が設定されている場合、結果値が入力されていれば、アセスメント評価画面に表示されること。また、判定式によって異常値と判定された結果値は、赤字で表示されること。
75	70		判定式によって異常値と判定された結果を参考に、「達成」できたアウトカムを一括で評価できること。
75	71		アウトカムに対して、バリエアンスを登録できること。
75	72		アウトカム評価時に、未達成と判定すると、バリエアンス入力に関する確認メッセージが表示され、バリエアンス登録画面を自動で起動し、入力を誘導できること。
75	73		クリティカルインディケータとなるアウトカム評価時に、未達成と判定すると、バリエアンス登録画面を自動で起動し、入力必須とする設定ができること。
75	74		オーダーに対してバリエアンスを登録できること。
75	75		バリエアンスの登録が必要なオーダーをチェックできること。
75	76		オーダーに対してバリエアンスを登録する場合は、正/負のバリエアンス区分を登録できること。
75	77		オーダーに対してバリエアンスを登録する場合は、バリエアンス内容を登録できること。
75	78		入力済みのバリエアンス内容を、複写・貼付できること。
75	79		オーダーおよびアウトカムに対してバリエアンスを登録する際に、バリエアンス理由を登録できること。
75	80		バリエアンス内容およびバリエアンス理由を登録するとき、マスタ登録された項目から選択ができること。また、項目は複数キーワードによる検索ができること。
75	81		アウトカム・アセスメント・バリエアンス内容・バリエアンス理由はコードを付与して管理を行うことができ、また、統計として活用できること。
75	82		登録されたアウトカムやバリエアンスの内容を参照しながら、パスの評価ができること。
75	83		終了基準を評価すると、パスの適用を終了できること。
75	84		終了基準の評価とは別に、標準日数と適用日数との差などを含めたパスの評価ができること。
75	85		評価の際、評価日をカレンダーから選択して入力できること。
75	86	パスシート クリニカルパス	パスシート
75	87		パスカレンダーの内容を反映させて、パスシートを作成できること。また、パスシートはEXCEL形式で作成でき、利用者による加工ができること。
75	88		パスシートは、医療者用向け/患者用向けの2種類が作成できること。

75	89		患者用のパスシートは、患者にわかりやすい文言に自動で変換して作成できること。
75	90		患者用のパスシートは、実際に適用するパスの内容を反映して作成できること。
75	91		パスシートを入院診療計画書として使用できること。
76	1	日めくりパス	日めくりパス
76	2	日めくりパス 日めくりパス	日めくりパス機能
76	3		パスの内容を日単位で表示できること。（以下、「日めくりパス」とする）日めくりパスとオーバービューは、容易な操作で相互に表示の切り替えができること。
76	4		日めくりパス表示時に、表示レンジを1時間または3時間を切り替えられること。
76	5		表示日のアウトカムおよびアセスメントが表示されること。
76	6		指示簿指示および外用用法・頓用用法の処方オーダーは、カレンダーとは別の独立した表示エリアに表示されること。
77	1	パス作成・メンテナンス	パス作成・メンテナンス
77	2	パス作成・メンテナンス パス作成・メンテナンス	パスマスタ作成・メンテナンス機能
77	3		パスごとに、適用基準・除外基準を設定できること。また、適用基準・除外基準はマスタから選択、もしくはフリー入力による登録にも対応できること。
77	4		パスごとに、終了基準を登録できること。また、終了基準はマスタから選択、もしくはフリー入力による登録にも対応できること。
77	5		新規にパスマスタを作成する時に、他のパスを複写して作成できること。
77	6		パスとして作成された内容は、アウトカムやバリエーションの管理をしないオーダーセットとしても使用できること。
77	7		パス毎に、適応病名が設定できること。また、パス適用時、適応病名が患者の病名に一致した場合はパス適用候補として表示されること。
77	8		縦軸（登録できる情報の種別）は、パスマスタの編集画面で編集できること。
77	9		標準で提供している在院日数などの横軸項目に加え、任意に経過日数を表示するための横軸項目を追加できること。
77	10		アウトカムおよびアセスメントは、事前に登録されたマスタから選択することにより、登録できること。
77	11		パスに登録しようとしているアウトカムおよびアセスメントがマスタに無い場合、その都度アウトカムマスタへ追加した上でパスに登録できること。ただし、マスタ登録を行える利用者は、マスタ更新権限を付与した利用者のみにできること。
77	12		パスを「共通」、「科別」にフォルダ分けして管理できること。
77	13		作成中のパスを「作成中」、「作成済」、「承認申請中」、「差し戻し」、「承認済」の5段階で管理できること。
77	14		「作成中」、「作成済」、「承認申請中」、「差し戻し」、「承認済」の状態で保存する際に、作成理由や変更理由などコメントを入力できること。また、コメント入力においては定型文から選択でき、簡単な操作でコメント入力できること。
77	15		パスの作成・承認権限は、職種毎に設定できること。また、運用に応じて利用者単位でも設定ができること。
77	16		作成されたパスを一覧表示でき、一覧のCSV出力ができること。
77	17		指定した薬剤・材料を含むパスの一覧を作成できること。
77	18		パス内に含まれる指定した薬剤・材料を、一括で置換できること。
77	19		薬剤・材料を一括更新した際の操作ログはCSVファイルに出力され、参照・管理ができること。
77	20		電子カルテ上で利用するセットの情報を流用してパス作成ができること。
77	21		パス作成時に、パスに関連するレジメンを登録できること。
77	22		関連付けたレジメンとパスを確認できる一覧をCSVファイルで出力できること。
78	1	プロセスパス	プロセスパス
78	2	プロセスパス プロセスパス	プロセスパス機能
78	3		患者の状態や診療イベントなどの単位で作成したプロセスを組み合わせ、1つのパスを構成できること。
78	4		条件に応じてプロセスを分岐させるパスが作成できること。

78	5		パス作成時にプロセス情報が表示され、分岐図が確認ができること。
78	6		パス作成時に、関連するプロセス情報の追加・編集ができること。
78	7		パス作成時に、他のパスに含まれるプロセスを複写して、新規にプロセスが登録できること。
78	8		パス適用時にプロセス情報が表示され、分岐図が確認ができること。
78	9		プロセス毎に、適用タイミングを選択できること。
78	10		予定よりも早くプロセスを開始する場合、直前のプロセスと重複した期間に発行された、あるいはこれから発行される不要なオーダは削除できること。
79	1	患者パス適用一覧	患者パス適用一覧
79	2	患者パス適用一覧 患者パス適用一覧	患者パス適用一覧機能
79	3		パスの適用症例を一覧で表示できること。
79	4		表示対象を、診療科・病棟・パス名称・期間（入院中/入院日/退院日/適用期間）・対象種別（パスまたはレジメン・入外）・適用医師で絞り込めること。
79	5		上記絞り込み条件は、利用者毎に保存できること。
79	6		一覧には、以下の項目を表示すること。 ・患者ID ・患者氏名 ・性別 ・年齢 ・パス管理コード ・パス名称 ・パスバージョン ・適用開始日 ・適用終了予定日 ・適用終了日 ・パス評価区分 ・アウトカム評価状態（未評価あり/評価済み） ・予定プロセス ・診療科 ・病棟
79	7		選択したパス適用症例について、パスカレンダーを表示できること。
79	8		選択したパス適用症例について、パス評価画面を表示できること。
79	9		選択したパス適用症例について、カルテ画面を表示できること。
79	10		選択したパス適用症例について、パス作成画面を表示できること。
80	1	パス統計機能	パス統計機能
80	2	パス統計機能 パス統計機能	パス統計機能
80	3		電子カルテシステム上で下記の統計データが表示できること。 ・診療科・病棟別のパス適用率 ・パスごとの適用件数、利用率、平均在院日数 ・バリエーション発生件数・発生率 ・オールバリエーション統計
80	4		複数のプロセスで構成されるパスについて、プロセス毎の適用率を集計できること。
80	5		統計画面からパスを選択し、そのパスが適用されている患者の一覧が参照できること。
80	6		統計画面からパス名をダブルクリックすることでパスカレンダーを表示できること。
80	7		パス毎、プロセス毎にバリエーション理由の集計ができること。
80	8	オールバリエーション統計 パス統計機能	統計対象にするパスは複数選択できること。
80	9		統計対象のパスの適用症例毎に、統計対象とするか選択できること。
80	10		バリエーション理由毎に、設定されたバリエーション内容が一覧表示できること。
80	11		バリエーション理由毎・バリエーション内容毎に、バリエーションが発生した相対日と登録件数が集計できること。
80	12		バリエーション理由毎・バリエーション内容毎・バリエーション発生日毎に、適用症例の一覧が表示できること。
80	13		バリエーション登録された内容は、CSV形式で出力できること。
81	1	患者説明用資料印刷機能	患者説明用資料印刷機能

81	2	患者説明用資料印刷機能 患者説明用資料印刷機能	患者説明用資料印刷機能
81	3		パス適用患者に対して、患者説明用資料としてパスシートを作成できること。また、入院診療計画書に活用でき、パス未適用患者と同一の入院診療計画書管理画面で一元管理ができること。
81	4		パス作成時に患者説明用資料と入院診療計画書の雛形を作成できること。
81	5		パス作成時にパスに関連する説明書などの文書類を登録することができること。
81	6		パス適用時に患者向け説明資料に印字される文言は事前に設定できること。
82	1	リハ部門	リハ部門
82	2	リハ実施計画書一覧 リハ部門	リハビリ実施計画書一覧
82	3	リハ 実施計画書一覧 リハ部門	医師、看護師、療法士等の複数の職種が共同して記載するリハビリ実施計画書の記載状況が管理できること。管理情報として、職種ごとに未記載、記載中、記載済、記載不要のステータスが管理できること。
82	4		一覧には、下記情報が表示されること。患者ID、患者氏名、患者カナ、診療科、病棟、文書状態、作成日、職種ごとの記載状況、職種ごとの担当者名、フリーコメント
82	5		一覧から記載した実施計画書がワンクリックで参照できること。また、修正、削除、印刷も行えること。
82	6		一覧上では、記載済以外に患者へ説明して同意を得たことを入力でき、同意の状況を管理することができること。
83	1	放射線部門	放射線部門システム
83	2		放射線部門での受付業務、実施入力を一連でサポートする部門機能を電子カルテシステムの機能として提案すること。各業務の詳細については、以下の項目について回答すること。
83	3	放射線 受付/受付一覧 放射線部門	放射線受付/受付一覧
83	4		放射線部門受付業務にて医師より指示されたオーダー内容の確認と患者の受付処理ができる機能を有すること。また、この機能は電子カルテシステム内の機能として提案すること。
83	5		放射線オーダーが指示されている患者を一覧表示できること。一覧には実施日、開始時間、緊急区分、患者ID、患者氏名、年齢、性別、検査種別、依頼科、依頼医の内容が表示されること。
83	6		放射線受付一覧では、指示の受付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、受付済、実施済」などの現在の検査ステータスを自動的に更新し、表示できること。
83	7		放射線受付一覧の最新表示は自動更新し、自動で指示を取り込めること。また自動更新のタイミングは病院で任意に設定が変更できること。
83	8		放射線受付一覧の日付、期間入力によるオーダーの検索ができること。
83	9		本日ボタンにより、ワンクリックで本日の受付一覧を表示できること。
83	10		放射線受付一覧では患者IDの入力により予約確定したオーダーの検索ができること。また、受付当日より以前のオーダー、受付当日より以降のオーダーを検索できること。
83	11		放射線受付一覧では受付ステータスによるデータ絞りこみができること。
83	12		放射線受付一覧では、伝票種別（検査種別）の絞りこみができること。
83	13		放射線受付一覧では検索期間との組み合わせで伝票種別、依頼診療科、依頼病棟での絞り込みができること。
83	14		放射線受付一覧では、各種検索条件を利用者毎に条件保存ができること。
83	15		放射線受付一覧のソート順の変更と利用者毎にソート順の条件保存ができること。
83	16		患者の指示内容を確認しながら受付できること。
83	17		受付を行う患者を複数選択し一括で受付できること。
83	18		放射線放射線受付一覧に表示されている患者を全選択し、一括受付できること。
83	19		放射線受付一覧にて受付の取消を行えること。
83	20		放射線受付一覧に表示されている患者を全選択し、一括取消ができること。
83	21		受付済み・実施済み・他端末にてオーダー情報を参照中の場合は受付更新を行わず、受付未更新一覧が更新できなかったオーダー情報が表示できること。
83	22		患者のカルテを開くことなく放射線受付一覧から当該オーダーを修正できること。

83	23		放射線受付一覧より当該オーダの放射線レポートを起動とレポート記載ができること。
83	24		放射線受付一覧にて受付の取消ができること。
83	25		受付が終了した指示は、事後修正、事後削除によるデータ修正ができること。
83	26		受付の取消しを行った場合は、履歴を持たせること。特に取消し履歴は、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。
83	27		放射線受付一覧での受付は、利用者毎に操作権限を付与できること。
83	28		患者の指示内容を確認しながら受付票印刷ができること。
83	29		放射線受付一覧にて複数の患者を選択し、一括で受付票印刷ができること。
83	30		放射線受付一覧に表示されている患者を全選択し、一括で受付票の印刷ができること。
83	31		放射線受付一覧にて複数の患者を選択して一括で受付票印刷ができること。
83	32		放射線受付一覧に表示されている患者を全選択し、一括で照射録の印刷ができること。
83	33		放射線受付一覧にて複数の患者を選択して一括で照射録印刷ができること。
83	34		放射線受付一覧の印刷ができること。
83	35		受付票の印刷は印刷部数の指定ができること。
83	36		放射線受付一覧をファイル出力できること。
83	37		放射線受付一覧より患者のカルテを表示できること。
83	38		放射線受付業務にて受付された患者を一覧で確認でき、実施入力ができること。
83	39		放射線受付をしている患者を一覧表示できること。一覧には実施日、開始時間、緊急区分、患者ID、患者氏名、年齢、性別、検査種別、依頼科、依頼医の内容が表示されること。
83	40		患者単位の当日検査一覧を参照できること。
83	41		放射線受付一覧で外来予約患者の来院状態が確認できること。
84	1	生理部門	生理検査部門システム
84	2		生理検査部門での受付業務、実施入力を一連でサポートする部門機能を電子カルテシステムの機能として提案すること。各業務の詳細については、以下の項目について回答すること。
84	3		生理検査受付/受付一覧
84	4		生理部門受付業務にて医師より指示されたオーダ内容の確認と、患患者の受付処理ができる機能を有すること。また、この機能は電子カルテシステム内の機能として提案すること。
84	5		生理オーダが指示されている患者を一覧表示できること。一覧には実施日、開始時間、緊急区分、患者ID、患者氏名、年齢、性別、検査種別、依頼科、依頼医の内容が表示されること。
84	6		生理受付一覧では、指示の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、受付済、実施済」などの現在の検査ステータスを自動的に更新し、表示できること。
84	7		生理受付一覧の最新表示は自動更新し、自動で指示を取り込めること。また、自動更新のタイミングは病院で任意に設定変更できること。
84	8		生理検査受付一覧の日付、期間入力によるオーダの検索ができること。
84	9		生理受付一覧では患者IDの入力により予約確定したオーダの検索ができること。また、受付当日より以前のオーダ、受付当日より以降のオーダを検索できること。
84	10		生理受付一覧では、受付ステータスによるデータ絞りこみができること。
84	11		生理受付一覧では、生理検査オーダ種別の絞りこみができること。
84	12		生理受付一覧で、各種検索条件を利用者毎に条件保存ができること。
84	13		生理受付一覧のソート順の変更と利用者毎にソート順の条件保存ができること。
84	14		患者の指示内容を確認しながら受付ができること。
84	15		受付業務画面に患者の感染症情報が表示できること。
84	16		受付を行う患者を複数選択し一括で受付できること。
84	17		生理受付一覧に表示されている患者を全選択し、一括で受付票の印刷ができること。

84	18		生理検査受付一覧にて受付の取消を行えること。
84	19		生理受付一覧に表示されている患者を全選択し、一括取消ができること。
84	20		受付済み・実施済み・他端末にてオーダ情報を更新中の場合は、警告区メッセージを表示し、受付更新を行わないこと。
84	21		患者のカルテを開くことなく一覧表示されている当該オーダを修正できること。
84	22		生理受付一覧にて受付の取消ができること。
84	23		受付の取消しを行った場合は、履歴を持たせること。特に取消し履歴は、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。
84	24		生理受付一覧での受付は利用者毎に操作権限を付与できること。
84	25		患者の指示内容を確認しながら受付票を印刷できること。
84	26		生理受付一覧にて複数の患者を選択し、一括で受付票印刷ができること。
84	27		生理受付一覧に表示されている患者を全選択し、一括で受付票の印刷ができること。
84	28		生理受付一覧にて複数の患者を選択し、一括で受付票印刷ができること。
84	29		生理受付一覧に表示されている患者を全選択し、一括で受付票の印刷ができること。
84	30		生理受付一覧の印刷ができること。
84	31		受付票の印刷は印刷部数の指定ができること。
84	32		生理受付一覧の情報をファイル出力できること。
84	33		生理受付一覧より患者のカルテを表示できること。
84	34		患者単位の当日検査一覧を参照できること。
84	35		生理受付一覧で外来予約患者の来院状態を確認できること。
85	1	内視鏡部門	内視鏡検査部門システム
85	2	(機能概要) 内視鏡部門	内視鏡部門での受付業務、実施入力を一連でサポートする部門機能を電子カルテシステムの機能として提案すること。各業務の詳細については、以下の項目について回答すること。
85	3		内視鏡受付/受付一覧
85	4		内視鏡部門受付業務にて、医師より指示されたオーダ内容の確認と患者の受付ができる機能を有すること。また、この機能は電子カルテシステム内の機能として提案すること。
85	5		内視鏡オーダが指示されている患者を一覧表示できること。一覧には実施日、開始時間、緊急区分、患者ID、患者氏名、年齢、性別、検査種別、依頼科、依頼医の内容が表示されること。
85	6		内視鏡受付一覧では、指示の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、受付済、実施済」などの現在の検査ステータスを自動的に更新し、表示できること。
85	7		内視鏡受付一覧の最新表示は自動更新し、自動で指示を取り込めること。また、自動更新のタイミングは病院で任意に設定変更できること。
85	8		内視鏡検査受付一覧の日付、期間入力によるオーダの検索ができること。
85	9		内視鏡受付一覧では、患者IDの入力により予約確定したオーダの検索ができること。また、受付当日より以前のオーダ、受付当日より以降のオーダを検索できること。
85	10		内視鏡受付一覧では受付ステータスによるデータ絞りこみができること。
85	11		内視鏡受付一覧では内視鏡オーダ種別の絞りこみができること。
85	12		内視鏡受付一覧で各種検索条件を利用者毎に条件保存ができること。
85	13		内視鏡受付一覧のソート順の変更と利用者毎にソート順の条件保存ができること。
85	14		患者の指示内容を確認しながら受付ができること。
85	15		受付を行う患者を複数選択し、一括で受付できること。
85	16		内視鏡受付一覧に表示されている患者を全選択し、一括で受付票の印刷ができること。
85	17		内視鏡検査受付一覧にて受付の取消を行えること。
85	18		内視鏡受付一覧に表示されている患者を全選択し、一括取消ができること。

85	19		受付済み・実施済み・他端末にてオーダー情報を更新中の場合は、警告区メッセージを表示し、受付更新を行わないこと。
85	20		患者のカルテを開くことなく一覧表示されている当該オーダーを修正できること。
85	21		内視鏡受付一覧にて受付の取消ができること。
85	22		内視鏡受付一覧での受付は、利用者毎に操作権限を付与できること。
85	23		患者の指示内容を確認しながら受付票印刷ができること。
85	24		内視鏡受付一覧にて複数の患者を選択し、一括で受付票印刷ができること。
85	25		生理受付一覧より一覧データを選択することなく、一括で全データの受付票印刷ができること。
85	26		内視鏡受付一覧にて複数の患者を選択し、一括で内視鏡受付票印刷ができること。
85	27		内視鏡受付一覧に表示されている患者を全選択し、一括で受付票の印刷ができること。
85	28		内視鏡受付一覧の印刷ができること。
85	29		受付票、実施箋などの印刷は、印刷部数の指定ができること。
85	30		内視鏡受付一覧の情報をファイル出力できること。
85	31		内視鏡受付一覧より患者のカルテを表示できること。
85	32		実施確定時にロット管理対象の薬品器材を選択している場合、ロット番号入力画面に遷移し、ロット番号入力ができること。
85	33		内視鏡受付一覧で外来予約患者の来院状態が確認できること。
85	34		内視鏡受付一覧で外来予約患者の来院状態が確認できること。
85	35		内視鏡実施/実施一覧
85	36		内視鏡受付業務にて受付された患者を一覧上に確認でき、実施する機能を有すること。
85	37		内視鏡受付をしている患者を一覧表示できること。一覧には実施日、開始時間、緊急区分、患者ID、患者氏名、年齢、性別、検査種別、依頼科、依頼医の内容が表示されること。
85	38		内視鏡受付をしている患者を一覧表示できること。一覧には実施日、開始時間、緊急区分、患者ID、患者氏名、年齢、性別、検査種別、依頼科、依頼医の内容が表示されること。
85	39		内視鏡実施一覧の日付、期間によるオーダーの検索ができること。
85	40		内視鏡実施一覧では、患者ID患者IDの入力により予約確定したオーダーの検索ができること。また、実施当日より以前のオーダー、実施当日より以降のオーダーを検索できること。
85	41		内視鏡実施一覧では検索期間との組み合わせで伝票種別、依頼診療科、依頼病棟での絞り込みができること。
85	42		内視鏡実施一覧では実施ステータスによるデータ絞りこみができること。
85	43		他端末にてオーダー情報を参照中の場合は、実施画面起動時に警告メッセージを表示すること。
85	44		内視鏡実施一覧のソート順の変更と、利用者毎にソート順の条件保存ができること。
85	45		内視鏡実施一覧では、各種検索条件を利用者毎に条件保存ができること。
85	46		内視鏡実施一覧の最新表示は自動更新できること。また、自動更新のタイミングは病院で任意に設定を変更できること。
85	47		患者の指示内容を確認しながら実施ができること。
85	48		患者のカルテを開くことなく、一覧表示されている当該オーダーを修正できること。
85	49		実施入力画面には、患者基本情報（実施日、オーダー番号、患者ID、氏名など）が表示できること。
85	50		実施時に入内区分・診療科・病棟・保険について変更可能であること。
85	51		実施入力画面には、医師からの指示内容、シェーマ図を表示できること。また、実施入力時に指示内容の変更、追加、削除ができること。
85	52		実施入力画面に、身長/体重、感染症情報などの患者基本情報を表示できること。
85	53		実施入力画面に緊急指示が識別できるように表示できること。
85	54		実施日当日の他の検査の一覧表示と、内容の確認ができること。

85	55		内視鏡実施では実施者、実施検査室を記録として電子カルテに保存できること。
85	56		内視鏡実施時の手技及び処置行為を、マスタより選択入力できること。
85	57		内視鏡実施時に使用した薬品、器材を選択入力できること。
85	58		内視鏡実施時の薬品と器材をセット化できること。
85	59		内視鏡実施時の使用フィルム・使用薬剤のデフォルト設定を行えること。
85	60		内視鏡実施時のコメントを定型コメントより選択入力できること、またフリー入力もできること。
85	61		実施時に検査方法（手技/処置）が変更になった場合、検査変更（手技/処置）の変更、追加、削除ができること。
85	62		実施した内容で実施箋を印刷できること。
85	63		実施入力を完了した場合は、その情報が即時に医事会計システムへ送信されること。
85	64		実施入力を完了した場合は、その情報が実施記録として電子カルテに即時に記録されること。
85	65		実施入力後に実施内容の取消ができること。
85	66		実施入力の取消しを行った場合は、履歴を持たせること。特に取消し履歴は、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。
85	67		実施が終了した指示は事後修正、事後削除によるデータ修正ができること。
85	68		内視鏡実施一覧での実施機能について、利用者毎に操作権限を付与できること。
85	69		内視鏡実施一覧にて複数の患者を選択し、一括で受付票印刷ができること。
85	70		内視鏡実施一覧に表示されている患者を全選択し、一括で受付票の印刷ができること。
85	71		内視鏡実施一覧にて複数の患者を選択し、一括で内視鏡実施箋印刷ができること。
85	72		内視鏡実施一覧に表示されている患者を全選択し、一括で内視鏡実施箋の印刷ができること。
85	73		内視鏡実施一覧を印刷できること。
85	74		受付票、実施箋などの印刷は、印刷部数の指定ができること。
85	75		内視鏡実施一覧の情報をファイル出力できること。
85	76		内視鏡実施一覧より患者のカルテを表示できること。
85	77		内視鏡実施一覧より当該オーダの内視鏡レポートツールの起動とレポート記載ができること。
85	78		実施入力後に内視鏡実施一覧より、実施内容の削除ができること。
85	79		過去に実施入力した撮影技師を検索し、リスト表示できること。
85	80	統計機能 内視鏡部門	統計機能
85	81		歴一覧
85	82		患者IDと期間の指定を行って、内視鏡検査の履歴を表示できること。
85	83		内視鏡歴を印刷できること。
85	84		内視鏡歴をファイル出力できること。
85	85		検査予約枠一覧
85	86		期間指定を行って、検査の予約状況を一覧表示できること。複数枠が一覧で確認できること。また、一覧表は印刷、ファイル出力ができること。
85	87		期間、内視鏡検査種別、予約枠、依頼科、病棟を指定し、内視鏡検査の予定一覧を表示できること。また、一覧は印刷、ファイル出力ができること。
85	88		内視鏡検査統計
85	89		期間、内視鏡検査種別、依頼科を指定して統計を一覧表示できること。
85	90		内視鏡検査統計を印刷できること。
85	91		内視鏡検査統計をファイル出力できること。
86	1	地域連携支援	地域連携支援機能

86	2	((機能概要))	地域連携を支援する機能を電子カルテシステムにて提案すること。以下の業務毎の機能要件に回答すること。
87	1	紹介患者登録	紹介患者登録
87	2		電子カルテシステムの機能として、地域連携室で病院職員が他院や診療所からの紹介患者の情報（患者IDや希望診療科、紹介元など）を管理できること。登録する患者の情報については下記以降で回答すること。
87	3		紹介元の情報を登録できること。また、紹介元の情報がマスタ化できること。
87	4		紹介患者の登録ができること。また患者データについては、当院に存在しているかを検索できること。当院で既にIDがある場合は、その患者情報を自動的に展開すること。
87	5		当院に患者として存在しない場合でも、紹介患者として登録ができること。
87	6		紹介目的、主訴、病状の登録ができること。
87	7		当院への受診希望日の登録ができること。また希望日は複数候補を登録できること。
87	8		紹介患者として登録された患者は、診察当日の受付で「紹介患者」として識別できるように関連付けできること。
87	9		入力した紹介データを患者のプロファイル情報として電子カルテのプロファイル機能に連携できること。
87	10		紹介患者の登録は登録後に画面を閉じることなく連続で別患者の入力作業ができること。
88	1	診察予約	診察予約
88	2		地域連携室や予約センター、事務部門で患者からの連絡を受けて事務員などが予約の取得、予約変更、取消しを行う機能を有すること。医師の診察予約とは別機能で、カルテを開かなくても効率的に予約の取得、変更、取り消しができること。ただし、電子カルテシステムでの機能とし、予約情報はカルテに記載されること。
88	3		連絡を受けた患者のID検索及び該当する患者の予約状況を参照できること。
88	4		患者の予約の取得、予約変更、取消しができること。予約情報はカルテに自動的に記載すること、また変更や取り消しを行った場合には、履歴管理できること。
88	5		診察予約取得の機能には、医事システムで登録された患者の患者基本情報を表示できること。
88	6		診察予約取得の機能には、診療科などに関わらず患者の予約情報をすべて表示できること。また、予約時のコメントなども表示すること。
88	7		診察予約取得の機能で一覧表示された予約情報以外の当該患者のオーダ情報を参照できること。
88	8		地域連携室や予約センター、事務部門で効率的に予約業務ができるように、診察予約取得機能は一人の患者の予約取得後に画面を閉じることなく別患者の処理も連続で入力作業ができること。
89	1	紹介患者一覧	紹介患者一覧
89	2		紹介患者として登録された患者を一覧表示し、予約日の決定やその連絡、紹介元への連絡などを管理する機能を有すること。これは電子カルテの機能として実現すること。
89	3		患者の紹介状情報、現在の状況を一覧表示できること。
89	4		紹介患者一覧より、紹介患者登録された際の患者の情報（主訴や症状など）を参照できること。
89	5		紹介状登録時に患者IDの登録を行わず、後日、来院時などに当院での患者ID登録をした場合、紹介状データと患者IDの関連付けができること。
89	6		紹介患者一覧で診察日の連絡や当院での診察終了、紹介元への返信の送付などのタイミングで任意でステータスを変更でき、管理できること。
89	7		紹介患者の紹介元への経過報告や返書の管理を行った場合、その報告が履歴ですべて管理されること。
89	8		紹介患者一覧から予約票の印刷ができること。
89	9		地域連携室から紹介患者の情報を院内に伝達する場合、その患者のカルテを開くタイミングで伝達したい情報を医療スタッフに伝えることができ、情報共有を推進できること。
89	10		紹介患者一覧で日付、紹介元医療機関、院内担当医、院内担当科による検索表示ができること。
89	11		紹介患者一覧での検索条件を利用者毎に条件保存ができること。
89	12		紹介患者一覧をファイル出力できること。

89	13		紹介状の返書用ラベルを出力できること。
90	1	紹介状取込	紹介状取込
90	2		患者の紹介状をスキャナにてイメージ取込ができること。これは電子カルテの機能として実現すること。
90	3		紹介状の取込時に登録者情報、紹介元情報などカルテに記録できること。その場合、紹介元はマスタ登録された医療機関の選択、フリー入力が可能なこと。また、紹介元マスタは紹介患者登録機能などし地域連携に係る機能のマスタと一元管理できること。
90	4		紹介状の取込時にイメージの補正ができること。
90	5		紹介状を取り込んだイメージの印刷ができること。
91	1	紹介状受取管理	紹介状受取管理
91	2		紹介状取込情報の一覧表示ができ、紹介元や当院での担当医師などの情報を表示できること。
91	3		紹介状を監査した際に、監査状況の登録ができること。
91	4		紹介状受取管理で日付、紹介元医療機関、紹介元医師、院内担当医、院内担当科による検索表示ができること。
91	5		紹介状受取管理で利用者毎に各種検索条件の保存ができること。
91	6		紹介状受取管理をファイル出力できること。
91	7		紹介状受取管理を印刷できること。
92	1	逆紹介・診療情報提供書	逆紹介・診療情報提供書
92	2		電子カルテシステムで診療情報提供書を記載及び発行できること。
92	3		診療情報提供書の作成時に診療データを自動的に展開できること。
92	4		診療情報提供書の作成時に紹介先を容易に入力できること。
93	1	逆紹介患者一覧	逆紹介患者一覧
93	2		当院より各診療所に紹介する患者を管理する機能を有すること。これは電子カルテシステムで実現すること。
93	3		患者の他院への紹介前の情報を一覧表示できること。これは紹介時の症状や転院理由などが表示され、管理できるものとする。
93	4		他院へ紹介する患者の紹介先医療機関や転院先への連絡状況を変更できること。
93	5		他院へ紹介した患者の情報を一覧表示できること。
93	6		他院紹介患者一覧で日付、紹介先医療機関、院内担当医、院内担当科による検索表示ができること。
93	7		他院紹介患者一覧で、利用者毎に各種検索条件の保存ができること。
93	8		他院紹介患者一覧をファイル出力できること。
93	9		紹介状の送付用のラベル出力ができること。
94	1	診療情報提供書管理	診療情報提供書管理
94	2		電子カルテから発行した文書を一覧表示できること。
94	3		電子カルテから発行した文書を期間、患者名、文書種別で検索して一覧表示できること。
94	4		文書一覧を印刷できること。
94	5		文書一覧をCSVあるいはExcelにて出力できること。
94	6		カルテを開いている際に、文書一覧ツールを起動する際、カルテを開いている患者の文書一覧を表示すること。
94	7		発行した文書が受取済あるいは保管済かどうかを一覧し、一覧上で受取済、保管済の変更ができること。
94	8		文書一覧より、発行した文書内容の確認ができること。
94	9		発行した文書にコメントを一覧より入力できること。
95	1	マスタメンテナンス	マスタメンテナンス
95	2	利用者マスタメンテナンス マスタメンテナンス	利用者マスタメンテナンス

95	3		利用者登録
95	4		電子カルテを使用する利用者の新規登録・修正ができること。
95	5		電子カルテを使用する利用者から複写して新規登録ができること。
95	6		電子カルテを使用する利用者の検索が行え、一覧表示ができること。
95	7		利用者毎に所属の設定ができること。
95	8		利用者毎に権限の設定ができること。
95	9		利用者毎にパスワードの設定ができること。
95	10		利用者毎に麻薬施用者番号の設定ができること。麻薬施用者番号に有効期間を持たせ、2世代管理ができること。
95	11		利用者毎に難病指定医番号の設定ができること。難病指定医番号に有効期間を持たせ、2世代管理ができること。
95	12		利用者毎に小児慢性特定疾病の指定医番号の設定ができること。小児慢性特定疾病の指定医番号に有効期間を持たせ、2世代管理ができること。
95	13		利用者パスワードをマスク表示できること。
95	14		利用者パスワードの禁則文字を指定できること。禁則文字を入力した場合にはパスワード登録/パスワード変更ができないこと。
96	1	予約マスタメンテナンス マスタメンテナンス	予約マスタメンテナンス
96	2		予約枠のメンテナンス機能があること。
96	3		予約枠の追加・修正・削除ができること。
96	4		予約枠の詳細設定ができること。
96	5		予約枠の曜日ごとに、診察週（第1曜日、第2曜日など）設定、隔週設定ができること。
96	6		予約枠時間毎の優先設定ができること。
96	7		予約枠の管理権限、取得権限を、利用者・職種・所属毎に設定できること。
96	8		予約枠の優先取得権限を、利用者・所属毎に設定できること。
96	9		予約枠取得画面にて優先科設定されている時間枠を色で識別できること。
97	1	医療機関マスタメンテナンス	医療機関マスタメンテナンス
97	2		地域連携システムの医療機関マスタを電子カルテシステムでも利用できること。
98	1	ランチャーツール	ランチャーツール
98	2	端末環境管理ツール ランチャーツール	端末環境管理ツール
98	3		共通
98	4		端末に常駐化し、各種ツールの起動やログの収集など端末を利用するユーザがよく利用する機能を一括集中して取り扱うことができること。
98	5		一般ユーザモードと管理者モードにより表示される画面が切り替えられること。
98	6		端末情報として以下のマスタに登録されている基本情報を表示できること。 ・入外区分 ・診療科 ・端末名 ・IPアドレス ・接続先電子カルテサーバ
98	7		ランチャーツールを閉じた場合にタスクトレイへ格納できること。完全終了はタスクトレイからの終了処理とすること。
98	8		マスタの制御により設定した再起動時間を端末指定で処理できること。
98	9		マスタの制御により設定したシャットダウン時間を端末指定で処理できること。
98	10		ユーザモード
98	11		資源配付（瞬快）のショートカットが登録されており、瞬快をランチャーから起動させることができること。
98	12		電子カルテ起動のショートカットが登録されており、電子カルテをランチャーから起動させることができること。
98	13		ログ収集のショートカットが登録されており、ログ収集ツールをランチャーから起動させることができること。

98	14		共通で利用する帳票フォルダへのショートカットを登録し、帳票を起動し帳票が出力できること。
98	15		表示させる帳票はマスタにて登録し、表示、非表示の制御ができること。
98	16		端末を再起動させるショートカットが登録されており、端末の再起動処理を実施できること。
98	17		端末をシャットダウンさせるショートカットが登録されており、端末のシャットダウンを実施できること。
98	18		SEモード
98	19		SEモード画面へのログインはパスワードを要すること。
98	20		ログ切り替え機能により、電子カルテのログ出力レベル、ログファイル名パターン、ログファイル分離パターン、ログファイル保持期間の設定を変更できること。（オペレートモード、運用モード、デバックモードの変更を可能とするなど）
98	21		接続先切り替え機能により電子カルテの本系、開発系の切り替えができること。
98	22		端末のコントロールパネルをショートカットボタンから起動できること。コントロールパネルの表示内容はショートカットの登録により階層化できること。
98	23		管理者が登録したいツールを任意で登録できること。
98	24		電子カルテモジュールのレジストリの最登録処理が実施できること。（ショートカットより起動）
98	25		資源配付版数管理機能
98	26		管理端末から資源版数チェックファイルを各端末へ配信し、版数のチェックができること。
98	27		最新版数とクライアントで保持している版数に差がある場合下記のパターンを表示できること。 ・タスクトレイからのポップアップ方式 ・端末の資源取込を促す再起動画面表示
98	28		版数チェックはタイマー設定ができること。
98	29		資源取込促し画面にて表示されている再起動ボタンを押すことで端末の再起動を実施できること。
98	30		資源取込促し画面にて表示されている延長ボタンを押すことで再度メッセージ表示の延長を実施できること。
99	1	端末キッティング	端末キッティング
99	2		端末キッティング
99	3		動作に必要なソフトウェア群のクライアント端末（以下、端末）へのインストール作業は、予めベンダー内（工場等）で完了し、本院に搬入すること。
99	4		端末へのMicrosoft社製品（以下、MS製品）の組み込みの際は、本院からの要請により、本院購入のMS製品ライセンスを使用して、予めシステム動作に必要なインストール作業を行うこと。
99	5		本院からの要請により、本院購入のMS製品ライセンスを利用したインストール作業を実施した場合、本院へのシステム納品時に、ライセンス違反が無い状態を確認し納品を行うこと。
99	6	インストール作業報告書 端末キッティング	インストール作業報告書
99	7		インストール作業におけるライセンスの利用結果（インストール作業結果）は、インストール作業報告書として資料を納品すること。 報告書の内容として下記を包含すること。 ・導入した全端末一覧（コンピュータ名、IPアドレス） ・各端末に導入されているOS、OfficeについてOEM版、VolumeLisence版情報 ・各端末に導入されているOfficeの製品グレード（Standard、Professional、Enterprise）情報 ・各端末に導入されているOfficeのバージョン（2010、2007、2003）情報
99	8		ライセンス管理引継ぎ
99	9		システム納品時に、インストール作業報告書を使用して本院のシステム管理者に、MS製品ライセンス管理引継ぎを行うこと。
99	10		ライセンス管理ツール

99	11		MS製品ライセンス管理を容易とするため、システムに接続された全端末から、以下のライセンス情報が自動的にサーバに収集され、ライセンスの利用者件数が集計ができる「ランセンス管理ツール」を提供すること。 ・導入した全端末一覧（コンピュータ名、IPアドレス） ・各端末に導入されているOS、OfficeについてOEM版、VolumeLisence版情報 ・各端末に導入されているOfficeの製品グレード（Standard、Professional、Enterprise）情報 ・各端末に導入されているOfficeのバージョン（2010、2007、2003）情報
99	12	端末梱包回収 端末キッティング	端末梱包回収
99	13		本院への端末搬入後、不要となった梱包空箱をベンダーにて全て回収すること。