

技術的要件_要求仕様書（電子カルテ）「看護支援」

通しNo	機能	No	機能詳細	可否	理由
1. 基本仕様					
1	看護データベース	1	看護データベース画面は一覧形式で表示が可能なこと		
2		2	画面サイズに関わらず全体にデータが表示が可能なこと		
3		3	看護データベースのリスト新規作成は画面上から以下動作を選択できること。		
4		4	・新規・・・取込項目は最新情報を取込、手入力項目は空白の状態。		
5		5	・引継・・・直近リストから値を引継ぐ		
6		6	・複製・・・選択中リストのデータを全てコピーされた状態であること		
7		7	リスト新規作成のボタン名は任意の名称に変更できること		
8		8	患者基本情報については、オーダリングシステムより取り込みが可能なこと		
9		9	看護データベースで登録した以下項目は、患者基本に反映が可能なこと		
10		10	・連絡先（患者基本の連絡先もしくは精神科患者基本の緊急連絡先と連携可能なこと）		
11		11	・家族構成図		
12		12	・患者情報		
13		13	・障害情報		
14		14	・食物アレルギー		
15		15	・薬剤アレルギー		
16		16	・感染症		
17		17	・一般アレルギー		
18		18	・患者固有情報		
19		19	・既往歴		
20		20	・患者確認チェック事項		
21		21	看護データベースは最新データを取り込むことが可能なこと		
22		22	看護データベースは患者毎に更新履歴を残すことが可能なこと		
23		23	看護データベースの編集履歴は画面上で確認可能なこと		
24		24	看護データベースの編集履歴から以下の情報を確認することが可能なこと		
25		25	・更新日時		
26		26	・更新者		
27		27	・編集履歴		
28		28	看護データベースリストの自動作成が可能なこと		
29		29	リストには、看護データベースで登録した任意の項目を表示可能なこと		
30		30	項目一覧で選択した入力項目へ自動スクロールが可能なこと		
31		31	項目一覧は表示・非表示の切替が可能なこと		
32		32	看護データベースで作成したデータは看護要約と連携可能なこと		
33		33	各項目の入力においては、補助機能より選択する方法と、直接入力する方法を自由に選択可能なこと		
34		34	入力ミスを防止するため、特定の項目のチェック状態に応じて別項目の編集可否を設定が可能なこと 例) 症状＝「無」を選択した場合は、内容＝編集不可 症状＝「有」を選択する場合は、内容＝編集可能		
35		35	チェック式で選択する項目については、内容に画像の表示が可能なこと		
36		36	看護データベース作成状況一覧が確認可能な専用画面を有すること		
37		37	看護データベース作成状況一覧は以下の条件で抽出が可能なこと		
38		38	・期間指定		
39		39	・入院／外来指定		
40		40	看護データベースの内容を確認しやすいように未入力の項目をワンクリックで表示切替が可能なこと。また項目ごとに未入力チェックの対象とするか設定できること		

技術的要件_要求仕様書（電子カルテ）「看護支援」

通しNo	機能	No	機能詳細	可否	理由
41		41	看護データベースは帳票出力が可能なこと		
42		42	看護データベース入力時には診療記録など登録に必要なデータをワンクリックで切り替えて確認が可能なこと		
43		43	看護データベースの登録に必要なデータは未保存状態であっても可能なこと		
44		44	看護データベースの各入力項目毎に初期値を設けることが可能なこと		
45		45	看護データベースは、NANDA・ゴードン・生活像①・生活像②・産科・小児の標準レイアウトを提供が可能なこと		
46		46	看護データベースの入力項目は行の高さを指定可能なこと		
47		47	看護データベースの入力項目は項目一覧から入力状況を判別可能なこと		
48		48	他画面で引用できるように、看護データベースで登録した内容は、複数項目を指定様式でコピーすることが可能なこと		
49	看護計画/評価	1	看護計画画面では以下の情報を一画面で表示可能なこと		
50		2	・看護計画マスター		
51		3	・立案している看護計画		
52		4	・評価データ		
53		5	看護計画では以下の順番で選択し登録可能なこと		
54		6	1.診療科		
55		7	2.看護項目		
56		8	3.看護問題点		
57		9	看護問題点は仮診断として登録した内容から選択可能なこと		
58		10	看護問題点マスターの文字列検索が可能なこと		
59		11	看護問題点マスターの検索は階層検索が可能なこと		
60		12	看護問題点マスターの検索結果から問題点を登録可能なこと		
61		13	看護計画リストに対する以下の項目が選択可能なこと		
62		14	・看護目標		
63		15	・治療方針		
64		16	看護計画リストは前回のリスト情報を引継ぎ可能なこと		
65		17	選択した看護問題点は修正可能なこと		
66		18	画面及び帳票に看護問題点リストに該当項目の一覧を出力する機能を持つこと		
67		19	看護計画は看護問題点マスターから選択することで作成が可能なこと		
68		20	看護問題点マスターから選択した項目はフリー入力が可能なこと		
69		21	選択した看護計画は修正可能なこと		
70		22	看護計画作成画面からマスター登録されている看護介入の予定登録が可能なこと		
71		23	予定登録はワークシートに反映可能なこと		
72		24	看護問題点は優先度毎に表示・非表示の切替が可能なこと		
73		25	看護問題点は優先度毎に並び替え可能なこと		
74		26	看護問題点は問題点番号毎に並び替え可能なこと		
75		27	看護問題点の問題点番号を変更が可能なこと		
76		28	解決された看護問題点は色分けが可能なこと		
77		29	解決された看護問題点は表示・非表示の切替が可能なこと		
78		30	病棟患者以外に以下の患者に看護計画が作成可能なこと		
79		31	・外来患者		
80		32	・手術室の患者		
81		33	・透析室の患者		
82		34	過去入院時の看護計画が流用可能なこと		

技術的要件_要求仕様書（電子カルテ）「看護支援」

通しNo	機能	No	機能詳細	可否	理由
83		35	看護問題点に対する評価が可能なこと		
84		36	評価区分が終了となった際、終了した看護計画に紐づく看護介入項目も自動で終了可能なこと		
85		37	評価区分が修正となった際、修正した看護問題点と看護計画をコピーすることが可能なこと		
86		38	継続された評価は履歴管理が可能なこと		
87		39	評価は表示・非表示の切替が可能なこと		
88		40	看護問題点の編集履歴は画面上で確認可能なこと		
89		41	看護問題点の編集履歴から以下の情報を確認することが可能なこと		
90		42	・更新日時		
91		43	・更新者		
92		44	・編集履歴		
93		45	看護計画の編集履歴の表示が可能なこと		
94		46	看護計画の編集履歴から以下の情報を確認することが可能なこと		
95		47	・更新日時		
96		48	・更新者		
97		49	・編集履歴		
98		50	評価の編集履歴は画面上で確認可能なこと		
99		51	評価の編集履歴から以下の情報を確認することが可能なこと		
100		52	・更新日時		
101		53	・更新者		
102		54	・編集履歴		
103		55	目標・O T E（観察、ケア、指導）毎に評価が可能なこと		
104		56	設定ファイルにより、要因の入力必須は切替が可能なこと		
105		57	設定ファイルにより、評価済みの看護計画は表示・非表示の切替が可能なこと		
106		58	看護問題点マスターは表示・非表示の切替が可能なこと		
107		59	必要な情報を確認できるように看護計画／評価入力画面を起動中も他画面の操作が可能なこと		
108	看護介入	1	介入項目の予定が登録可能なこと		
109		2	介入項目の予定はワークシートに反映可能なこと		
110		3	介入項目の予定は経過一覧表に反映可能なこと		
111		4	基準日時点の予定情報を表示が可能なこと		
112		5	介入項目は以下の項目が登録可能なこと		
113		6	・看護介入区分		
114		7	・看護介入内容		
115		8	・補足		
116		9	・開始日時		
117		10	・終了日時		
118		11	・一般／重症選択		
119		12	・間隔		
120		13	・曜日		
121		14	・時間指定		
122		15	・指示者名		
123		16	・発行者名		
124		17	・コメント		

技術的要件_要求仕様書（電子カルテ）「看護支援」

通しNo	機能	No	機能詳細	可否	理由
125		18	・看護問題点との関連付け		
126		19	介入項目登録時、時間未定として登録が可能なこと		
127		20	介入項目登録時、「出血時」「発熱時」等のあいまい時間（時間未定）として登録が可能なこと		
128		21	登録した介入項目は表形式で確認可能なこと		
129		22	介入項目に表示している介入項目の予定を直接編集可能なこと		
130		23	介入項目をまとめてセット登録可能なこと		
131		24	介入項目は文字列検索から選択可能なこと		
132		25	文字列検索時、介入項目以外に階層検索が可能なこと		
133		26	検索結果から介入項目を新規登録が可能なこと		
134		27	看護計画から介入項目が連携し登録可能なこと		
135		28	介入項目を複数選択し、登録可能なこと		
136		29	介入項目を複数選択し、一括編集が可能なこと。また選択した項目の一括削除が可能なこと		
137		30	介入項目の実施進捗を画面上で識別できること		
138		31	予約対象となる項目を登録した際、予約オーダーと連動し予約を取得可能なこと		
139		32	介入項目は表示・非表示の切替が可能なこと		
140		33	介入項目は退院時に自動終了が可能なこと		
141		34	介入項目は任意のタイミングで一括終了が可能なこと		
142		35	介入項目の編集履歴は画面上で確認可能なこと		
143		36	介入項目の編集履歴から以下の情報を確認することが可能なこと		
144		37	・更新日時		
145		38	・更新者		
146		39	・編集履歴		
147		40	看護介入マスターは表示・非表示の切替が可能なこと		
148		41	看護介入マスターのコストが発生する項目については、汎用オーダーと連携することが可能なこと		
149		42	看護介入画面の表示レイアウト(表示する内容や列位置)は任意の指定が可能なこと		
150		43	看護介入画面の表示項目は、職員別に指定が可能なこと		
151	ワークシート	1	以下の情報が反映可能なこと		
152		2	・オーダー情報と介入項目		
153		3	・申し送り		
154		4	・看護必要度基準クリア		
155		5	以下項目のワークシートが出力可能なこと		
156		6	・部屋別		
157		7	・患者別		
158		8	・チーム別		
159		9	・看護師別		
160		10	・割当患者別		
161		11	オーダー種類毎のワークシートが出力可能なこと		
162		12	行為別 ・時系列のワークシートが出力可能なこと		
163		13	介入項目別のワークシートが出力可能なこと。出力時は、画面順、もしくは患者順で出力するか帳票種を選択可能なこと		
164		14	患者個人別のワークシートが出力可能なこと		
165		15	ワークシートの患者欄に以下情報が出力可能なこと		
166		16	・病室		

技術的要件_要求仕様書（電子カルテ）「看護支援」

通しNo	機能	No	機能詳細	可否	理由
167		17	・患者番号		
168		18	・年齢		
169		19	・生後日数		
170		20	・入院日		
171		21	・在院日数		
172		22	・移動情報		
173		23	・手術日		
174		24	・手術経過日数		
175		25	・食事オーダー		
176		26	・診療科		
177		27	・主治医		
178		28	・担当看護師		
179		29	・受持ち看護師		
180		30	・問題点評価日		
181		31	・患者状況		
182		32	・病名		
183		33	・手術日		
184		34	・術後日数		
185		35	・褥瘡経過記録次回評価日		
186		36	・褥瘡アセスメント次回評価予定日		
187		37	・褥瘡回診記録次回評価日		
188		38	・クリティカルパス名		
189		39	・クリティカルパス経過日数		
190		40	・経過一覧表で登録されたイベント名及び経過日数		
191		41	・他科紹介情報		
192		42	ワークシートのレイアウト(出力する内容や列位置)を任意に設定変更が可能なこと		
193		43	ワークシートのレイアウトの設定内容に任意の名称をつけ保存可能なこと		
194		44	ワークシートのレイアウトは、職員毎に指定が可能なこと		
195		45	ワークシート画面は行為別表示・時系列表示の切替が可能なこと		
196		46	ワークシート画面にオーダー情報が表示が可能なこと		
197		47	ワークシート画面にオーダーの進捗が表示可能なこと		
198		48	ワークシート画面に指示受け状況が表示可能なこと		
199		49	ワークシート画面に介入項目の詳細表示が可能なこと		
200		50	ワークシート画面にオーダー情報の詳細表示が可能なこと		
201		51	ワークシート画面の表示レイアウト(表示する内容や列位置)は任意の指定が可能なこと		
202		52	ワークシート画面の表示レイアウトは、職員別に指定が可能なこと		
203		53	ワークシート画面の表示レイアウトは、職員別に指定する場合、共通レイアウトの設定内容をコピーすることが可能なこと		
204		54	ワークシート画面に表示する患者は以下のグルーピングした患者から選択が可能なこと		
205		55	・患者指定		
206		56	・病室		
207		57	・チーム		
208		58	・受け持ち患者		

技術的要件_要求仕様書（電子カルテ）「看護支援」

通しNo	機能	No	機能詳細	可否	理由
209		59	・割当患者		
210		60	・職員毎		
211		61	ワークシート画面は勤務帯毎に表示が可能なこと		
212		62	勤務帯の表示を変更しても、その日の食事オーダーの内容は全て表示が可能なこと		
213		63	ワークシート画面から実施画面を介さずに介入項目の実施入力が可能なこと		
214		64	ワークシート画面は実施進捗にて色分けし表示可能なこと		
215		65	ワークシート画面は実施進捗にて表示・非表示の切替が可能なこと		
216		66	ログイン者の勤務状況に応じ、勤務帯が自動選択されること		
217		67	ワークシート画面から以下のメニューを表示し、各画面の起動、また登録が可能なこと		
218		68	・マイリスト		
219		69	・カルテ画面		
220		70	・入院基本		
221		71	・入院履歴		
222		72	・入退院サマリー		
223		73	・患者基本		
224		74	・病名		
225		75	・紹介情報		
226		76	・予約		
227		77	・患者サマリー		
228		78	・リハビリ（予約、実施）		
229		79	・注射実施		
230		80	・注射カレンダー		
231		81	・指示簿		
232		82	・検査結果照会		
233		83	・検査結果入力		
234		84	・薬歴照会		
235		85	・ナビゲーション		
236		86	・CMフォルダー/伝達事項		
237		87	・服薬指導		
238		88	・看護支援機能		
239		89	汎用オーダーの新規入力ワークシート画面から可能なこと		
240	実施入力	1	介入項目の実施入力が可能なこと		
241		2	介入項目の実施入力時、実施および中止等に対するコメント入力が可能なこと		
242		3	介入項目のコメントは入力補助機能を用い、ワンクリックでコメント入力が可能なこと		
243		4	基準日時点の介入項目を表示可能なこと		
244		5	勤務帯毎に介入項目をフィルタリング可能なこと		
245		6	実施進捗毎に介入項目をフィルタリング可能なこと		
246		7	観察結果の入力時にあらかじめ登録してある定型句を選択し入力可能なこと		
247		8	実施時間の入力が可能なこと		
248		9	設定によりシステム日時を自動反映可能なこと		
249		10	予定実施時刻以外の時間帯に実施入力しようとした際に、警告メッセージが表示されること		
250		11	表示されている介入項目の全項目実施が可能なこと		

技術的要件_要求仕様書（電子カルテ）「看護支援」

通しNo	機能	No	機能詳細	可否	理由
251		12	選択中の実施項目が強調表示可能なこと		
252		13	実施入力時に入力値に対する説明が参照可能なこと		
253		14	実施入力の編集履歴は画面上で確認可能なこと		
254		15	実施入力の編集履歴から以下の情報を確認することが可能なこと		
255		16	・更新日時		
256		17	・更新者		
257		18	・編集履歴		
258	経過一覧表	1	以下項目の入力は患者一括入力が可能なこと		
259		2	・バイタル		
260		3	・IN/OUT情報		
261		4	・食事摂取量		
262		5	バイタル入力時は選択中のバイタル項目が強調表示可能なこと		
263		6	外出・外泊の食止めや食事オーダーが欠食の場合、食事摂取量の入力欄の背景色が変わり視覚的に把握できること		
264		7	携帯端末を利用したバイタル等の入力をベットサイドで可能なこと		
265		8	経過一覧表は、一般・重症等にタイプの切替が可能なこと		
266		9	経過一覧表には以下データが表示可能なこと		
267		10	・バイタルグラフ		
268		11	・数値情報		
269		12	・I N O U T 情報		
270		13	・看護介入項目		
271		14	・オーダー情報		
272		15	・備考		
273		16	・サイン		
274		17	・イベント		
275		18	・アウトカム		
276		19	・移動情報		
277		20	・患者状況		
278		21	・妊娠週数（患者基本の出産予定日もしくは助産録の分娩予定日を基準とする）		
279		22	・産褥日数		
280		23	・病名		
281		24	・術式（手術オーダーが登録されている場合）		
282		25	・看護計画評価予定日		
283		26	・クリティカルパス名		
284		27	・クリティカルパス経過日数		
285		28	・看護必要度項目		
286		29	・看護必要度の実施時間・実施内容		
287		30	・看護必要度基準クリア情報		
288		31	・チーム医療（介入依頼・回診記録）		
289		32	乳幼児の哺乳量等（最大9項目）の登録が可能なこと		
290		33	乳幼児の哺乳量等（最大9項目）の表示が可能なこと。		
291		34	乳幼児の哺乳量等（最大9項目）の合計量を表示可能なこと		
292		35	体重増減・減少率を自動計算して表示可能なこと		

技術的要件_要求仕様書（電子カルテ）「看護支援」

通しNo	機能	No	機能詳細	可否	理由
293		36	経過一覧表より、選択した検査オーダーの検査結果を参照可能なこと		
294		37	重症用の経過一覧表作成および画面表示が可能なこと		
295		38	重症用の経過一覧表は以下の表示切替が可能なこと		
296		39	・5分間隔		
297		40	・10分間隔		
298		41	・15分間隔		
299		42	・30分間隔		
300		43	・1時間間隔		
301		44	以下の項目は表示順を変更することが可能なこと		
302		45	・バイタル		
303		46	・I N O U T		
304		47	・患者状況		
305		48	・看護介入		
306		49	・オーダー		
307		50	・サイン		
308		51	・備考		
309		52	・看護必要度		
310		53	以下の項目は表示・非表示の切替が可能なこと		
311		54	・バイタル		
312		55	・I N O U T		
313		56	・患者状況		
314		57	・看護介入		
315		58	・オーダー		
316		59	・サイン		
317		60	・備考		
318		61	・看護必要度		
319		62	経過一覧表から看護イベントを登録が可能なこと		
320		63	経過一覧のイベントには基準日の登録が可能なこと		
321		64	経過一覧のイベントには基準日からの経過日数が表示されること		
322		65	介入項目として登録された手術項目に対し、術後の経過日を表示可能なこと		
323		66	介入項目の実施予定件数が確認可能なこと		
324		67	進捗毎に文字色が変換すること		
325		68	経過一覧表に表示される介入項目の並び替えが可能なこと		
326		69	バイタルデータに範囲外の入力があった場合はメッセージを表示すること		
327		70	バイタルデータに範囲外の入力があった場合は、経過一覧表に色をつけて表示すること		
328		71	バイタルデータ、IN・OUT、看護介入の表示は、表示枠に対して最終値の表示もしくは、すべての内容を表示するか設定ファイルで切替が可能なこと		
329		72	バイタルグラフの各項目は表示・非表示の切替が可能なこと		
330		73	バイタルグラフは表示倍率の設定が可能なこと		
331		74	バイタルグラフマークにカーソルを当てた際、ポップアップにてバイタル表示が可能なこと		
332		75	経過一覧表から以下の画面を表示し、各々の操作が可能なこと		
333		76	・バイタル入力画面		
334		77	・バイタルデータの入力		

技術的要件_要求仕様書（電子カルテ）「看護支援」

通しNo	機能	No	機能詳細	可否	理由
335		78	・看護介入入力画面		
336		79	・看護介入の追加		
337		80	・看護介入の編集		
338		81	・処方オーダー画面		
339		82	・登録		
340		83	・修正		
341		84	・削除		
342		85	・予約オーダー画面		
343		86	・登録		
344		87	・修正		
345		88	・削除		
346		89	・食事オーダー画面		
347		90	・登録		
348		91	・修正		
349		92	・削除		
350		93	・指示簿オーダー画面		
351		94	・指示受け		
352		95	・経過記録画面		
353		96	・経過記録の入力		
354		97	・経過記録の編集		
355		98	・看護必要度入力画面		
356		99	・看護必要度の入力		
357		100	・看護必要度の編集		
358		101	経過一覧表で操作できるオーダー登録についてはメニューの表示は設定ファイルで切替が可能なこと		
359		102	経過一覧表は1日毎に備考としてフリーコメントを登録可能なこと		
360		103	産科系画像の表示が可能なこと		
361		104	経過一覧表は期間を指定して印刷が可能なこと		
362		105	経過一覧表は入院期間でフィルタリングが可能なこと		
363		106	経過一覧表上で終了している看護介入については背景色を変更し、有効期間の判別が一目で確認が可能なこと		
364		107	経過一覧表上にて、表示されているオーダーに関する指示受け状況を確認可能なこと		
365		108	経過一覧表上に、看護必要度の結果が表示されること		
366		109	経過一覧表でバイトルを入力する際の時間枠を患者ごとに設定が可能なこと		
367		110	時間枠はログイン者が変わっても間隔が継続されること		
368		111	点滴の流量を入力可能なこと		
369		112	点滴のIN量を自動計算が可能なこと		
370		113	点滴の流量が変更された場合やコメントが入力された場合は赤いマークを表示すること		
371		114	点滴の流量が変更された場合やコメントが入力された項目をロールオーバー時、内容の表示が可能なこと		
372		115	点滴の流量の入力は未来日時でも可能なこと		
373		116	経過一覧表のみ有効な付箋機能を有すること		
374		117	付箋はを以下を指定して貼り付けが可能なこと		
375		118	・文字色		
376		119	・背景色		

技術的要件_要求仕様書（電子カルテ）「看護支援」

通しNo	機能	No	機能詳細	可否	理由
377		120	・フォント		
378		121	・日時		
379		122	付箋の編集履歴は画面上で確認可能なこと		
380		123	付箋の編集履歴から以下の情報を確認することが可能なこと		
381		124	・更新日時		
382		125	・更新者		
383		126	・編集履歴		
384		127	備考の編集履歴は画面上で確認可能なこと		
385		128	備考の編集履歴から以下の情報を確認することが可能なこと		
386		129	・更新日時		
387		130	・更新者		
388		131	・編集履歴		
389		132	血液のIN/OUT/バランス等最大9項目を計算、表示可能なこと		
390		133	バイタル入力時、IN/OUT/バランスの締め時間となる時間の入力が容易に指定可能なこと		
391		134	経過一覧表に経過記録という行を設定し、各勤務対毎に経過記録が当日記載されたかを表示でき、なおかつ最大一日四枠まで設定が可能なこと		
392		135	経過一覧表上で入力された以下の項目は患者基本と連携し更新が可能なこと		
393		136	・バイタル		
394		137	・身長		
395		138	・体重		
396		139	外来患者などで利用する、診療記録にバイタル情報を登録した際に、データが経過一覧表へ連携が可能なこと		
397		140	設定によりカルテ起動時に経過一覧表画面を自動起動が可能なこと		
398	経過記録	1	経過記録は入出力が可能な専用画面を有すること		
399		2	経過記録は以下の形式に対応していること		
400		3	・SOAP形式		
401		4	・フォーカスチャート形式		
402		5	・経時記録形式		
403		6	SOAP、フォーカスの両方を使用する場合は、起動時の画面の初期選択が可能なこと。また選択した情報を職員設定として保存し、次回画面起動時に反映が可能なこと		
404		7	経過記録はリッチテキスト形式に対応していること		
405		8	入力画面については行の高さを区分ごとに設定が可能なこと。また行の高さをユーザー個人毎に記憶が可能なこと		
406		9	看護計画の問題点に対する経過記録入力が可能なこと		
407		10	経過記録入力時、看護計画の内容を参照しながら入力が可能なこと		
408		11	経過記録入力時、計画内容のコピー＆ペーストが可能なこと		
409		12	未来日時の登録が可能なこと		
410		13	未来日時の運用は、医療機関の運用に合わせられる様、設定ファイルで変更が可能なこと		
411		14	経過記録入力時に、記号設定をしてどのような記録が区分可能なこと。また選択した記号によって記録の背景色・文字色を変更可能なこと		
412		15	SOAP入力時、SOAPの各区分を一画面で入力でき、各区分ごとの入力補助マスターを画面右に表示可能なこと		
413		16	SOAP入力時、SOAPの未入力区分がある場合でも、確定できること。また未入力区分に対しては、空白で保存するか、自動で削除を行うか設定ファイルで指定可能なこと		
414		17	経過記録の問題点と関連性がない内容も登録可能なこと		
415		18	参照したい内容のみ表示可能なよう以下の項目は抽出条件を設定可能なこと		
416		19	・SOAP		
417		20	・フォーカスチャート		
418		21	・経時記録		

技術的要件_要求仕様書（電子カルテ）「看護支援」

通しNo	機能	No	機能詳細	可否	理由
419		22	以下抽出条件で設定可能なこと		
420		23	・問題点番号		
421		24	・区分		
422		25	・記号		
423		26	・内容(文言)		
424		27	・記載者		
425		28	・職制		
426		29	経過記録入力時に、あらかじめ登録してある定型句を選択し入力可能なこと。定型句については院内共通、ユーザー個人毎に管理可能なこと		
427		30	過去の経過記録からコピー＆ペーストが可能なこと		
428		31	経過記録を更新した場合、経過記録画面から修正履歴の確認が可能なこと		
429		32	経過記録に画像の貼り付けが可能なこと		
430		33	画像の取り込み時、画像のトリミングが可能なこと。また、解像度の高い画像については、フォームサイズに合わせて画像サイズの自動調整が可能なこと		
431		34	文字色を勤務帯毎に設定ファイルで指定可能なこと		
432		35	登録された経過記録は、患者カルテ画面に反映されること		
433		36	登録された経過記録は、入院期間で絞り込み可能なこと		
434		37	経過記録記載時、看護必要度の結果を参照し、文章として貼り付けることが可能なこと		
435		38	設定によりカルテ起動時に経過記録画面を自動起動が可能なこと		
436		39	必要な情報を確認できるように経過記録入力画面を起動中も他画面の操作が可能なこと		
437		40	電子カルテシステムの一括オーダー機能から複数患者に対して一括記載が可能なこと		
438		41	経過記録記載時は、ダイナミックプレートを活用した記録入力が可能なこと		
439		42	経過記録記載者の職種が看護師の場合は、看護師の表示内容のみに絞って入力候補を表示可能なこと		
440	看護要約	1	看護要約画面は一覧形式であること		
441		2	看護要約画面は画面サイズに関わらず全体にデータが表示可能なこと		
442		3	看護要約は、必要なデータを作成時にオーダリングシステムより取り込めること		
443		4	看護要約は、必要なデータを作成時に看護データベースより取り込めること		
444		5	各項目の入力においては以下の方法から自由に選択することが可能なこと		
445		6	・補助機能より選択する方法		
446		7	・直接入力		
447		8	項目一覧で選択した入力項目へ自動スクロールが可能なこと		
448		9	項目一覧は表示・非表示の切替が可能なこと		
449		10	看護計画で作成した未解決の問題点を表示し、具体策を取り込み可能なこと		
450		11	看護計画の取り込みは、取り込みする内容のチェック式で選択が可能なこと。また、職員毎にチェック状態の保持が可能なこと		
451		12	看護要約の編集履歴は画面上で確認することが可能なこと		
452		13	看護要約の編集履歴から以下の情報を確認することが可能なこと		
453		14	・更新日時		
454		15	・更新者		
455		16	・編集履歴		
456		17	看護要約は患者毎に編集履歴の管理が可能なこと		
457		18	看護要約を承認機能を有すること		
458		19	看護要約の作成状況および承認状況を一覧で確認可能な専用画面を有すること		
459		20	看護要約の編集が可能なこと		

技術的要件_要求仕様書（電子カルテ）「看護支援」

通しNo	機能	No	機能詳細	可否	理由
460		21	看護要約の作成状況および承認状況の一覧は退院済み患者の状況も確認可能なことを考慮し、期間および入院・退院・外来区分での抽出が可能なこと		
461		22	看護要約の各入力項目毎に初期値を設けることが可能なこと		
462		23	看護要約の帳票出力が可能なこと。また要約区分に応じて印刷するページ指定が可能なこと		
463	患者切り替え	1	情報収集を容易に行えるように専用の看護患者一覧画面を有すること		
464		2	情報収集は複数患者の看護情報を切替で収集可能なこと		
465		3	以下の画面が起動可能なこと		
466		4	・経過一覧表		
467		5	・看護計画/評価		
468		6	・経過記録		
469		7	・看護介入		
470		8	・測定値		
471		9	・実施入力		
472		10	・患者状況		
473		11	・患者メモ		
474		12	・NOC・NIC評価		
475		13	・褥瘡計画書		
476		14	・看護データベース		
477		15	・転倒転落アセスメントスコアシート		
478		16	・助産録		
479		17	・必要度個人入力		
480		18	看護患者一覧から新しい患者を選択した場合は、起動中の各画面が新しい患者の内容に切替が可能なこと		
481		19	看護患者一覧画面に表示する患者数には上限がないこと		
482		20	看護患者一覧画面に表示する患者は、以下の任意にグルーピングした患者から選択が可能なこと		
483		21	・患者指定		
484		22	・病室		
485		23	・チーム		
486		24	・受け持ち患者		
487		25	・割当患者		
488		26	・職員毎		
489		27	看護患者一覧から起動した画面については表示だけでなく、入力が可能なこと		
490	患者状況	1	患者の以下状況が登録でき編集履歴の管理が可能なこと		
491		2	・救護区分		
492		3	・看護度		
493		4	・安静度		
494		5	・状況区分		
495		6	・自立度		
496		7	・処遇		
497		8	・面会制限		
498		9	・チーム		
499		10	患者状況で登録した以下項目は、患者基本に反映可能なこと		
500		11	・救護区分		
501		12	・看護度		

技術的要件_要求仕様書（電子カルテ）「看護支援」

通しNo	機能	No	機能詳細	可否	理由
502		13	・安静度		
503		14	・状況区分		
504		15	患者状況の入力項目はマスターで追加可能なこと		
505		16	患者状況は患者一括入力可能なこと		
506		17	患者状況一括入力では、項目毎の集計値が参照可能なこと		
507		18	入力時に入力値に対する説明が参照可能なこと		
508		19	転倒転落アセスメントシート機能から最新の危険度と評価日時を参照可能なこと		
509		20	患者状況一括画面に表示する患者は以下の任意にグルーピングした患者から選択可能なこと		
510		21	・患者指定		
511		22	・病室		
512		23	・チーム		
513		24	・受け持ち患者		
514		25	・割当患者		
515		26	・職員毎		
516		27	前回入院時のデータが未変更のまま継続されている場合、背景色を変更して表示し表示可能なこと		
517	業務分担表	1	各看護師の日々の担当する患者、PHSデータを登録可能なこと		
518		2	ペアナース方式の場合は、1患者に対して2名以上の看護師の割り当てが可能なこと		
519		3	病棟、勤務帯を指定することで、対象の勤務者名を一覧表示可能なこと		
520		4	勤務帯は2交代、3交代のどちらにも対応可能なこと		
521		5	患者状況画面で入力したチーム情報が参照可能なこと		
522		6	受持ち看護師が登録されている場合、簡単な操作で割当可能なこと。また、当日勤務がない看護師がいる場合、別の看護師に切り替えることができること		
523		7	業務分担表で登録したデータは、一括入力各画面で患者を絞り込む際に流用が可能なこと		
524		8	看護師が複数患者の受け持ちが可能なこと		
525		9	帳票の出力が可能なこと		
526	申送り	1	患者メモ・申送りが登録可能なこと		
527		2	患者メモ・申送りは件名、期間、記載者が登録可能なこと		
528		3	患者の退院時、申送りを一括で終了可能なこと		
529		4	申送りはワークシート帳票に出力可能なこと。また重要度に応じて記号を表示できること		
530		5	ワークシート画面へは申送り本文以外に以下の内容を表示可能なこと		
531		6	・件名		
532		7	・記載者		
533		8	・記載日時		
534		9	・優先度		
535		10	申送り一覧が表示、出力可能なこと		
536		11	期限切れの申送りは表示・非表示の切替が可能なこと		
537		12	未来日の申送りは表示・非表示の切替が可能なこと		
538		13	申し送り画面は以下の任意にグルーピングした患者から選択可能なこと		
539		14	・患者指定		
540		15	・病室		
541		16	・チーム		
542		17	・受け持ち患者		
543		18	・割当患者		

技術的要件_要求仕様書（電子カルテ）「看護支援」

通しNo	機能	No	機能詳細	可否	理由
544		19	・職員毎		
545		20	患者メモ・申し送りの編集履歴は画面上で確認可能なこと		
546		21	患者メモ・申し送りの編集履歴から以下の情報を確認することが可能なこと		
547		22	・更新日時		
548		23	・更新者		
549		24	・編集履歴		
550	帳票出力	1	以下の帳票が病棟全患者、患者別、病室別、チーム別、看護師別に患者選択をして出力可能なこと		
551		2	・行為別ワークシート		
552		3	・時系列ワークシート		
553		4	・申し送り		
554		5	・経過一覧表		
555		6	・経過記録		
556		7	・問題リスト		
557		8	・看護計画		
558		9	・評価		
559		10	・オーダー種別ワークシート		
560		11	・フリーシート		
561		12	・患者ラベル		
562		13	・評価予定		
563		14	・週間予定		
564		15	・カードックスシート		
565		16	・入院患者処置一覧表		
566		17	・入院患者ケア勤務帯別一覧表		
567		18	・看護成果表		
568		19	・日別患者状況一覧		
569		20	看護師が担当患者の一日にやることの全容を把握するため、以下の項目を全てまとめた個人ワークシートがワンクリックで出力可能なこと		
570		21	・患者基本オーダー		
571		22	・入院基本オーダー（外出外泊）		
572		23	・病名オーダー		
573		24	・指示簿オーダー		
574		25	・食事オーダー		
575		26	・予約オーダー		
576		27	・リハビリオーダー		
577		28	・処方オーダー		
578		29	・持参薬オーダー		
579		30	・注射オーダー		
580		31	・レジメンオーダー		
581		32	・汎用オーダー		
582		33	・画像オーダー		
583		34	・検査オーダー		
584		35	・看護介入		
585		36	・イベント		

技術的要件_要求仕様書（電子カルテ）「看護支援」

通しNo	機能	No	機能詳細	可否	理由
586		37	・看護計画		
587		38	・患者状況		
588		39	・申し送り		
589		40	・手書き欄		
590		41	帳票出力時、プレビュー画面で印刷イメージを確認可能なこと		
591		42	患者ラベルに以下の印字が可能なこと		
592		43	・バーコード		
593		44	・担当医		
594		45	・チーム		
595		46	・転棟日		
596		47	患者ラベルのバーコードは設定ファイルによりチェックディジットの有無を切り替え可能なこと		

2.看護業務照会

597		1	評価予定日当日に、評価が行われているか確認可能な専用画面を有すること		
598		2	評価予定日当日以外に、過去日で評価漏れがあるか確認可能なこと		
599		3	看護業務照会画面から、以下の評価入力画面を起動可能なこと		
600		4	・看護計画／評価		
601		5	・看護必要度個人入力		
602		6	・褥瘡画面		
603		7	・転倒転落アセスメントスコア		
604		8	・経過記録		
605		9	・実施入力		
606		10	看護業務照会画面に表示する患者は以下の任意にグルーピングした患者から選択可能なこと		
607		11	・患者指定		
608		12	・病室		
609		13	・チーム		
610		14	・受け持ち患者		
611		15	・割当患者		
612		16	・職員毎		
613		17	評価状況に応じ、表示データをフィルタリングすることが可能なこと		

3.看護日誌作成機能

614	基本機能	1	各日誌はオーダリングシステム、勤務表作成システムからデータの取込みが可能なこと		
615		2	病棟日誌の以下機能を有すること		
616		3	・入力		
617		4	・表示		
618		5	・出力		
619		6	看護管理日誌の以下機能を有すること		
620		7	・入力		
621		8	・表示		
622		9	・出力		
623		10	外来日誌の以下機能を有すること		
624		11	・入力		
625		12	・表示		

技術的要件_要求仕様書（電子カルテ）「看護支援」

通しNo	機能	No	機能詳細	可否	理由
626		13	・出力		
627		14	手術日誌の以下機能を有すること		
628		15	・入力		
629		16	・表示		
630		17	・出力		
631		18	システム日付が午前中の場合、日誌に初期表示する基準日を前日もしくは当日とするか設定ファイルにより切り替え可能なこと		
632		19	必要な情報を確認できるように日誌の詳細入力画面を起動中も他画面の操作が可能なこと		
633		20	各日誌の月報、年報のデータをCSV形式で出力可能な機能を有すること		
634		21	看護支援機能、看護勤務表システムとのデータの受け渡しが自動で行われること		
635		22	勤務者の出力結果が不一致の場合に、ユーザーが原因調査可能な機能を有すること		
636		23	各日誌は排他制御が可能なこと		
637		24	他端末で特定の時間離席時間が経過したら自動に排他制御を解除すること。排他制御を解除すると日誌の起動が可能なこと		
638		25	病棟単位の取込み実施情報、承認情報が参照可能なこと		
639		26	各日誌の作成状況が把握可能な専用画面を有すること		
640		27	当直者の入力は1か月分を把握可能な日当直者入力画面を有すること		
641		28	入力は当直医師は医師、当直看護師は看護師の職員一覧から選択が可能なこと		
642		29	日当直者入力は入力列を日直・当直でフィルタリングが可能なこと		
643		30	日当直者入力は入月間入力もしくは週間入力が可能なこと。週間の場合は、前週のデータを引継ぎ可能なこと		
644		31	当直者の入力は日単位で履歴参照が可能なこと		
645		32	日当直者入力は帳票出力が可能なこと		
646	病棟管理日誌	1	入力したデータは、看護管理日誌に反映可能なこと		
647		2	各項目については、オーダー・看護支援機能からの取り込みが可能で、最新データを任意のタイミングで集計可能なこと		
648		3	診療科別患者数は、患者数が多い診療科順に出力することが可能なこと		
649		4	診療科別患者数の診療科が表示枠の個数を超える場合、その他に集計して出力することが可能なこと		
650		5	診療科別患者数の診療科が表示枠の個数を超える場合、画面上でその他の内訳が診療科別に参照が可能なこと		
651		6	管理事項等の項目については、直近または過去作成日（カレンダー選択）で作成内容を表示可能なこと		
652		7	看護支援機能の患者状況の患者数と日誌に取込みした患者数が不一致の場合に、ユーザーが原因調査可能な機能を有すること		
653		8	日誌レイアウトは、医療機関指定のレイアウトで作成が可能なこと		
654		9	病棟業務日誌の表示・印刷が可能なこと		
655	看護管理日誌	1	各日誌のデータより、看護管理日誌に出力可能なこと		
656		2	日誌を作成しない部署の勤務集計が可能で、看護管理日誌に出力可能なこと		
657		3	管理事項等の項目については、直近または過去作成日（カレンダー選択）で作成内容を表示可能なこと		
658		4	日誌レイアウトは、医療機関指定のレイアウトで作成可能なこと		
659		5	看護管理日誌の表示・印刷が可能なこと		
660	外来管理日誌	1	入力したデータは、看護管理日誌に反映可能なこと		
661		2	勤務集計機能は他部署（透析室等）の集計が可能なこと		
662		3	管理事項等の項目については、直近または過去作成日（カレンダー選択）で作成内容を表示可能なこと		
663		4	新患、再来患者数を予約オーダーから集計が自動で可能なこと。また来院区分のコードを指定して集計が可能なこと		
664		5	日誌レイアウトは、医療機関指定のレイアウトで作成可能なこと		
665		6	外来管理日誌の表示・印刷を行えること		
666	手術管理日誌	1	入力したデータは、看護管理日誌に反映可能なこと		
667		2	勤務集計機能は他部署（中央材料室等）の集計が可能なこと		

技術的要件_要求仕様書（電子カルテ）「看護支援」

通しNo	機能	No	機能詳細	可否	理由
668		3	手術件数 ・手術明細については、手術オーダーから診療科別、麻酔種類別に取り込み ・集計可能なこと		
669		4	管理事項等の項目については、直近または過去作成日（カレンダー選択）で作成内容を表示可能なこと		
670		5	日誌レイアウトは、医療機関指定のレイアウトで作成可能なこと		
671		6	手術管理日誌の表示 ・印刷を行えること		

4.褥瘡管理

672	褥瘡管理患者一覧	1	褥瘡管理患者一覧は現在入院中の患者を一覧表示し、以下の記録の作成状況を確認可能な専用画面を有すること		
673		2	・リスクアセスメント		
674		3	・発生報告書		
675		4	・診療計画書		
676		5	・褥瘡経過記録		
677		6	・褥瘡回診記録		
678		7	・転帰報告書		
679		8	・ケアサマリー		
680		9	・ハイリスク		
681		10	褥瘡管理患者一覧は部位毎の褥瘡状態を確認可能なこと		
682		11	褥瘡管理患者一覧で以下の内容を確認可能なこと		
683		12	・病棟		
684		13	・記録時病棟		
685		14	・診療科		
686		15	・患者番号		
687		16	・患者氏名		
688		17	・年齢		
689		18	・性別		
690		19	・入院日		
691		20	・退院日		
692		21	褥瘡管理患者一覧で以下の次回評価予定日を確認可能なこと		
693		22	・リスクアセスメント		
694		23	・褥瘡経過記録		
695		24	・褥瘡回診記録		
696		25	褥瘡管理患者一覧から褥瘡記録画面を起動可能なこと		
697		26	褥瘡管理患者一覧に表示されている項目で検索が可能なこと		
698		27	検索した条件は記憶され、次回起動時に自動的に設定されること		
699		28	褥瘡管理患者一覧から直接承認が可能なこと		
700		29	褥瘡管理患者一覧を印刷可能なこと		
701		30	褥瘡管理患者一覧は、画面表示抽出情報をもとにEXCELファイルに出力可能なこと		
702	リスクアセスメント	1	危険因子の評価は以下の内容を記録可能なこと		
703		2	・厚生労働省危険因子の評価		
704		3	・ブレーデンスケール		
705		4	・OHスケール		
706		5	・K 式スケール		
707		6	・ブレーテンQスケール		
708		7	日常生活自立度は、患者状況から取込が可能なこと		

技術的要件_要求仕様書（電子カルテ）「看護支援」

通しNo	機能	No	機能詳細	可否	理由
709		8	危険因子の評価ができ、点数は自動的に計算可能なこと		
710		9	日常生活自立度の評価基準をツールチップで表示可能なこと		
711		10	リスクアセスメントの次回評価予定日は自動的に設定可能なこと		
712		11	過去のリスクアセスメントを複製し、作成可能なこと		
713		12	リスクアセスメント票を印刷可能なこと		
714		13	次回評価予定をワークシートに出力可能なこと		
715	発生報告書	1	部位毎の評価登録が行えること		
716		2	日常生活自立度は、リスクアセスメントの最新評価より取込が可能なこと		
717		3	DESIGN-Rの評価が可能なこと		
718		4	DESIGN-Rの評価点数が自動的に計算されること		
719		5	発生報告書に画像を添付可能なこと		
720		6	添付した画像にコメント等を追記可能なこと		
721		7	日常生活自立度の評価基準をツールチップで表示可能なこと		
722		8	NPUAPの評価基準をツールチップで表示可能なこと		
723		9	マットレスの選択が可能なこと		
724		10	リスクアセスメントの最新評価の危険因子の評価点数から、推奨マットレスを視覚的に確認可能なこと		
725		11	専任看護師による承認機能を有すること		
726		12	過去の発生報告書を複製し、作成可能なこと		
727		13	発生報告書を印刷可能なこと		
728	診療計画書	1	部位毎の評価登録が行えること		
729		2	以下の項目をリスクアセスメントの最新評価より取込が可能なこと		
730		3	・日常生活自立度		
731		4	・危険因子の評価		
732		5	以下の項目を発生報告書の最新評価より取込が可能なこと。また、部位が選択されている場合は、選択部位の最新評価を取込可能なこと		
733		6	・発生日		
734		7	・部位		
735		8	・褥瘡状態の画像		
736		9	・DESIGN-R評価		
737		10	・使用マットレス		
738		11	・体圧測定値		
739		12	危険因子の評価ができ、点数は自動的に計算可能なこと		
740		13	DESIGN-Rの評価が可能なこと		
741		14	DESIGN-Rの評価点数が自動的に計算されること		
742		15	診療計画書に画像を添付可能なこと		
743		16	画像を選択時、参照するフォルダのパスの指定が設定できること。またファイル名に患者番号を含む場合はフィルタリングをかけることができること		
744		17	添付した画像にコメント等を追記可能なこと		
745		18	日常生活自立度の評価基準をツールチップで表示可能なこと		
746		19	マットレスの選択が可能なこと		
747		20	リスクアセスメントの最新評価の危険因子の評価点数から、推奨マットレスを視覚的に確認可能なこと		
748		21	診療計画書から看護計画を起動し、看護計画の登録が可能なこと		
749		22	専任看護師および専任医師による承認機能を有すること		
750		23	過去の診療計画書を複製し、作成可能なこと		

技術的要件_要求仕様書（電子カルテ）「看護支援」

通しNo	機能	No	機能詳細	可否	理由
751		24	診療計画書を印刷可能なこと		
752		25	診療計画書からチーム医療の介入依頼画面を起動可能なこと		
753	褥瘡経過記録	1	部位毎の評価登録が行えること		
754		2	DESIGN-Rの評価が可能なこと		
755		3	DESIGN-Rの評価点数が自動的に計算されること		
756		4	褥瘡経過記録の次回評価予定日は自動的に設定可能なこと		
757		5	褥瘡経過記録に画像を添付可能なこと		
758		6	添付した画像にコメント等を追記可能なこと		
759		7	前回の評価内容を引継ぎして登録可能なこと		
760		8	診療計画書で評価した内容を初回評価として表示が可能なこと		
761		9	登録された経過を時系列で確認可能なこと		
762		10	褥瘡経過記録を印刷可能なこと。また帳票に出力する内容を項目毎に設定できること		
763		11	次回評価予定をワークシートに出力可能なこと		
764	回診記録	1	部位毎の評価登録が行えること		
765		2	以下の項目を発生報告書の最新評価より取込が可能なこと。また、部位が選択されている場合は、選択部位の最新評価を取込可能なこと		
766		3	・発生場所		
767		4	・発生要因		
768		5	・NPUAP分類		
769		6	以下の項目を診療計画書の最新評価より取込が可能なこと。また、部位が選択されている場合は、選択部位の最新評価を取込可能なこと		
770		7	・発生日		
771		8	・部位		
772		9	・日常生活自立度		
773		10	・使用マットレス		
774		11	・体圧測定値		
775		12	以下の項目を褥瘡経過記録の最新評価より取込が可能なこと。また、部位が選択されている場合は、選択部位の最新評価を取込可能なこと		
776		13	・褥瘡状態の画像		
777		14	・DESIGN-R評価		
778		15	回診記録の次回評価予定日は自動的に設定可能なこと		
779		16	DESIGN-Rの評価が可能なこと		
780		17	DESIGN-Rの評価点数が自動的に計算されること		
781		18	回診記録に画像を添付可能なこと		
782		19	添付した画像にコメント等を追記可能なこと		
783		20	日常生活自立度の評価基準をツールチップで表示可能なこと		
784		21	NPUAPの評価基準をツールチップで表示可能なこと		
785		22	マットレスの選択が可能なこと		
786		23	リスクアセスメントの最新評価の危険因子の評価点数から、推奨マットレスを視覚的に確認可能なこと		
787		24	以下の職制の記録が登録可能なこと。その他の職制においても設定ファイルの変更により記録が可能なこと		
788		25	・医師		
789		26	・看護師		
790		27	・薬剤師		
791		28	・栄養士		
792		29	過去の回診記録を複製可能なこと		

技術的要件_要求仕様書（電子カルテ）「看護支援」

通しNo	機能	No	機能詳細	可否	理由
793		30	回診記録を印刷可能なこと		
794		31	次回評価予定をワークシートに出力可能なこと		
795	転帰報告書	1	部位毎の評価登録が行えること		
796		2	日常生活自立度をリスクアセスメントの最新評価より取込が可能なこと		
797		3	発生場所を発生報告書の最新評価より取込が可能なこと		
798		4	発生報告書に部位が選択されている場合は、選択部位の最新評価が取込可能なこと		
799		5	以下の項目を診療計画書の最新評価より取込が可能なこと		
800		6	・発生日		
801		7	・部位		
802		8	診療計画書に部位が選択されている場合は、選択部位の最新評価を取込可能なこと		
803		9	以下の項目を褥瘡経過記録の最新評価より取込が可能なこと		
804		10	・褥瘡状態の画像		
805		11	・DESIGN-R評価		
806		12	褥瘡経過記録に部位が選択されている場合は、選択部位の最新評価を取込可能なこと		
807		13	DESIGN-Rの評価が可能なこと		
808		14	DESIGN-Rの評価点数が自動的に計算されること		
809		15	転帰報告書に画像の添付が可能なこと		
810		16	添付した画像にコメント等の追記が可能なこと		
811		17	日常生活自立度の評価基準をツールチップで表示可能なこと		
812		18	専任看護師による承認機能を有すること		
813		19	過去の転帰報告書を複製が可能なこと		
814		20	転帰報告書の印刷が可能なこと		
815	ケアサマリー	1	転院、退院患者向けの褥瘡ケアサマリーを登録することが可能なこと		
816		2	診療計画書を選択し、以下の計画に対する最新の経過記録を取込みが可能なこと		
817		3	・発生日		
818		4	・部位		
819		5	・DESIGN-R評価		
820		6	1度に複数の部位の褥瘡状態を登録可能なこと		
821		7	DESIGN-Rの評価が可能なこと		
822		8	DESIGN-Rの評価点数が自動的に計算されること		
823		9	ケアサマリーに画像を添付可能なこと		
824		10	添付した画像にコメント等を追記可能なこと		
825		11	過去のケアサマリーを複製し、作成可能なこと		
826		12	ケアサマリーを印刷可能なこと		
827	ハイリスク	1	褥瘡リスクアセスメント票 ・褥瘡予防治療計画書を登録することが可能なこと		
828		2	危険因子の評価をリスクアセスメントの最新評価より取込が可能なこと		
829		3	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可能なこと		
830		4	褥瘡リスクアセスメント票 ・褥瘡予防治療計画書の複製が可能なこと		
831		5	褥瘡リスクアセスメント票 ・褥瘡予防治療計画書の印刷が可能なこと		
5.転倒転落					
832	転倒転落アセスメントシート	1	転倒転落アセスメントシートの入力 ・表示が可能なこと		
833		2	1日に複数回の評価が可能なこと		

技術的要件_要求仕様書（電子カルテ）「看護支援」

通しNo	機能	No	機能詳細	可否	理由
834		3	転倒転落アセスメントシートの次回評価予定日を入力可能なこと		
835		4	評価時に評価理由を入力可能なこと		
836		5	項目をチェックするだけで転倒転落の危険度集計が可能なこと		
837		6	危険度に応じて評価登録時にメッセージ表示を行うことが可能なこと		
838		7	評価内容を時系列に表示することが可能なこと		
839		8	前回評価内容を引継ぐことが可能なこと		
840		9	チェック項目の内容は導入時に任意に決定可能なこと		
841		10	チェック項目の設定で最大9種類まで増やすことが可能なこと		
842		11	アセスメントシートは帳票出力が可能なこと		
843		12	本機能画面から看護計画を立案可能なこと		
6.看護必要度					
844	基本機能	1	病棟毎に評価項目の表示、結果入力、集計が可能なこと		
845		2	患者毎に評価項目の表示、結果入力可能なこと		
846		3	以下入力画面が切り替えが可能なこと		
847		4	・一般病棟用		
848		5	・地域包括ケア用		
849		6	・回復期リハ病棟用		
850		7	・特定集中治療室用		
851		8	・ハイケアユニット用		
852		9	レセプト電算処理システム用コードを用いずに評価する項目に絞って入力可能なこと		
853		10	最大99種まで入力画面を設定で増やすことが可能なこと		
854		11	診療報酬改定のタイミングで新旧の入力画面で結果を共有が可能なこと		
855		12	結果の共有でシミュレーションを行うことが可能なこと		
856		13	看護日誌各種へ結果を反映することが可能なこと		
857		14	看護必要度の基準クリア、A・B・C項目の得点、評価日を入院患者一覧に表示可能なこと		
858		15	看護必要度のC項目で実施時刻が入力されている結果が「あり」の項目について指定した日数を超えた場合は「なし」に切り替わる		
859	看護必要度個人入力	1	患者毎に評価項目の表示、結果入力可能なこと		
860		2	配点、基準クリアの有無が表示されること		
861		3	個人入力画面から参考資料などを表示可能なこと		
862		4	表示されている内容を印刷可能なこと		
863		5	個人入力画面に、下記を表示することが可能なこと		
864		6	・診療科		
865		7	・病棟		
866		8	・部屋		
867		9	・ベッド番号		
868		10	・入院経過日数		
869		11	・転入経過日数		
870		12	入力する対象日を選択可能なこと		
871		13	患者個人毎に、前回入力したデータを取り込めること		
872		14	入力した評価を集計対象外とすることが可能なこと		
873		15	評価項目毎に以下の登録が可能なこと。項目毎にあらかじめ登録された定型句からのコメント記載が可能なこと		
874		16	・コメントの記載		

技術的要件_要求仕様書（電子カルテ）「看護支援」

通しNo	機能	No	機能詳細	可否	理由
875		17	・評価者		
876		18	・時刻		
877		19	看護必要度で記入された項目結果が、経過一覧表に自動反映可能なこと		
878		20	経過一覧表にて看護必要度の経過を確認することが可能なこと		
879		21	必要度のデータがある場合は日付ごとに必要度の行に評価区分名称が表示されること		
880		22	入力画面から看護必要度に関する経過記録を記載するために、経過記録画面を起動することが可能なこと		
881		23	看護必要度の結果について、任意で選択した項目を経過記録へ反映可能なこと		
882	看護必要度病棟一括入力	1	病棟毎に一覧表示し評価項目の表示、結果入力、集計が可能なこと		
883		2	以下項目に患者を表示し結果入力可能なこと。入力中の箇所については強調表示が可能なこと		
884		3	・病棟全患者		
885		4	・患者別		
886		5	・診療科別		
887		6	・病室種類別		
888		7	・病室別		
889		8	・チーム別		
890		9	・部屋別		
891		10	・担当患者別		
892		11	・患者移動情報別（転入・転出・入院・退院）		
893		12	以下条件の患者でフィルタリングが可能なこと		
894		13	・未入力患者		
895		14	・入力済み患者		
896		15	・確定済み患者		
897		16	以下の各項目は設定ファイルにて背景色を変更可能なこと		
898		17	・未入力		
899		18	・入力済み		
900		19	・確定済み		
901		20	・集計変更理由あり		
902		21	・追加患者		
903		22	入力済み患者を一括で確定が可能なこと		
904		23	評価したい患者を任意に追加可能なこと		
905		24	一括入力画面に、以下を表示することが可能なこと。またユーザ毎に入力画面に表示する項目を選定可能なこと		
906		25	・病棟		
907		26	・部屋		
908		27	・ベッド番号		
909		28	・入院経過日数		
910		29	・転入経過日数		
911		30	入力する対象日を選択可能なこと		
912		31	評価結果入力の有無が確認可能なこと		
913		32	配点、基準クリアの有無、表示内容を選択が可能なこと		
914		33	一括入力画面では前回入力した病棟全患者のデータを取り込めること		
915		34	転棟時および病室種類変更時は、前回入力したデータを取り込むかクリアするかを、マスターで切替が可能なこと		
916		35	参考資料などを表示が可能なこと		

技術的要件_要求仕様書（電子カルテ）「看護支援」

通しNo	機能	No	機能詳細	可否	理由
917		36	表示されている内容と集計結果を印刷可能なこと		
918		37	表示されている内容をC S V形式で出力可能なこと		
919		38	病室種類をメンテナンス可能なこと		
920		39	一括入力画面では、入力の対象となる患者を選択可能なこと		
921		40	一括入力画面から個人画面を起動時は画面を閉じずに連続して次の患者の入力が可能なこと		
922		41	看護必要度画面から情報収集ができるよう、各患者のカルテ画面・看護データベース・経過一覧表・看護計画・看護介入・看護計画評価・測定値・実施入力・患者メモ・患者状況・経過記録・看護要約を起動可能なこと		
923		42	看護必要度で評価した情報（確定状態、病室種類、状況、集計対象、基準クリア、得点、評価日）を入院患者一覧に反映できること		
924	帳票出力	1	病棟毎、患者毎に一般病棟用の以下帳票が出力可能なこと		
925		2	・集計リスト		
926		3	・評価表		
927		4	・勤務毎記録表		
928		5	・日毎記録票		
929		6	・集計表		
930		7	・病床機能報告用病棟別患者割合		
931		8	病棟毎、患者毎に地域包括ケア用の以下帳票が出力可能なこと		
932		9	・集計リスト		
933		10	・評価表		
934		11	・勤務毎記録表		
935		12	・日毎記録票		
936		13	・集計表		
937		14	病棟毎、患者毎に回復期リハ用の以下帳票が出力可能なこと		
938		15	・集計リスト		
939		16	・評価表		
940		17	・日常生活機能評価表		
941		18	・勤務毎記録表		
942		19	・日毎記録票		
943		20	・新入院患者重症割合		
944		21	・退院患者名簿		
945		22	病棟毎、患者毎に一般病棟用の以下帳票が出力可能なこと		
946		23	・集計リスト		
947		24	・評価表		
948		25	・勤務毎記録表		
949		26	・日毎記録票		
950		27	・集計表		
951		28	・病床機能報告用病棟別患者割合		
952		29	病棟毎、患者毎に特定集中治療室用の以下帳票が出力可能なこと		
953		30	・集計リスト		
954		31	・評価表		
955		32	・勤務毎記録表		
956		33	・日毎記録票		
957		34	・集計表		

技術的要件_要求仕様書（電子カルテ）「看護支援」

通しNo	機能	No	機能詳細	可否	理由
958		35	病棟毎、患者毎にハイケアユニット用の以下帳票が出力可能なこと		
959		36	・集計リスト		
960		37	・評価表		
961		38	・勤務毎記録表		
962		39	・日毎記録票		
963		40	・集計表		
964		41	看護師のチーム毎に病棟毎に以下の集計表を出力可能なこと		
965		42	・一般病棟用		
966		43	・ICU用		
967		44	・HCU用の重症度		
968		45	・医療 ・看護必要度		
969		46	帳票出力時は、病棟を選択可能なこと		
970		47	帳票出力時は、看護師のチーム別に出力可能なこと		
971		48	以下を選択して出力することが可能なこと		
972		49	・一般病棟用		
973		50	・地域包括ケア用		
974		51	・回復期/ハ病棟用		
975		52	・特定集中治療室用		
976		53	・ハイケアユニット用		
977		54	帳票出力時は、出力期間の選択が可能なこと		
978	CSV出力	1	出力する病棟の選択が可能なこと		
979		2	看護師のチーム別に出力が可能なこと		
980		3	以下を選択して出力することが可能なこと		
981		4	・一般病棟用		
982		5	・地域包括ケア用		
983		6	・回復期/ハ病棟用		
984		7	・特定集中治療室用		
985		8	・ハイケアユニット用		
986		9	出力期間の選択が可能なこと		
987		10	状況の選択が可能なこと		
988		11	手術有無の選択が可能なこと		
989		12	項目の合計点を指定可能なこと		
990	Hファイル出力	1	厚労省より提示されたHファイルの形式に沿ったCSVファイルに出力が可能なこと		
991		2	電子カルテシステム ・オーダリングシステムのメニューボタンから起動可能なこと		
992		3	Hファイル出力対象外の以下データの除外が可能なこと		
993		4	・病棟		
994		5	・病室		
995		6	・診療科		
996		7	・年齢		
997		8	施設コードを設定可能なこと		
998		9	病棟ごとにHファイル出力用の病棟コードを設定可能なこと		
999		10	対象外とする条件を保存可能なこと		

技術的要件_要求仕様書（電子カルテ）「看護支援」

通しNo	機能	No	機能詳細	可否	理由
1000		11	患者番号の匿名化に対応可能なこと		
1001		12	出力される月ごとにファイリングされファイル名称も自動的に設定されること		
1002		13	看護必要度機能で任意に設定した「短期滞在手術等基本料を算定する為」、「産科患者の為」に該当する患者データを除外可能なこと		
1003		14	医事システムから出力するEF統合ファイル、Hファイルを参照し、1ヶ月分の患者数／重症患者数／重症患者割合を参照可能なこと。またデータ識別番号毎のクリア状況の詳細を把握できること		
7.NANDA-NOC・NIC					
1004	看護データベースにおけるアセスメント機能	1	13領域ごとのアセスメント入力を行えること		
1005		2	アセスメント入力では領域毎に過去に入力されたアセスメント内容の一覧表示が可能なこと		
1006		3	各領域のアセスメント内容については一覧で表示可能なこと		
1007		4	過去に入力されたアセスメントを履歴一覧として表示可能なこと また複製した上で、任意の項目を選択し最新データを取込可能なこと		
1008		5	入力されたアセスメントを基に、看護仮診断を行うことが可能なこと		
1009		6	アセスメントで仮診断として登録された内容を候補として看護診断へ登録可能なこと		
1010	看護診断（NANDA-NOC・NIC）	1	以下を併用して登録可能なこと		
1011		2	・NANDA-NOC ・NICの看護診断		
1012		3	・標準看護計画		
1013		4	・基準看護計画の看護計画		
1014		5	看護診断選択では、以下の機能を有していること		
1015		6	・各領域ごとに看護診断を一覧で表示		
1016		7	・看護診断とともに定義を表示		
1017		8	・看護診断の関連因子 ・診断指標を一覧で表示		
1018		9	・一覧からチェック形式で患者の関連因子として登録		
1019		10	・一覧からチェック形式で患者の診断指標として登録		
1020		11	NANDAに紐づくNOC ・NICのリンカー ジマスターと7領域からなるタクソノミーマスターを使用可能なこと		
1021		12	NOCの成果ラベル選択では、項目に紐づく指標を一覧で表示し、チェック形式で登録が可能なこと		
1022		13	NOCの成果ラベルの指標選択では、指標それぞれの尺度を目標値として5段階で選択が可能なこと		
1023		14	選択した指標の尺度の目標値の設定は一括して登録可能なこと		
1024		15	NOCの成果ラベルの指標選択では、適用開始日 ・終了日を一括して登録可能なこと		
1025		16	NOCの成果ラベルの指標の修正 ・追加については、選択した成果ラベルに紐づく指標をチェック形式で追加可能なこと		
1026		17	NICの介入ラベル選択では、項目に紐づく行動を一覧で表示し、チェック形式で登録可能なこと		
1027		18	NICの介入ラベルの行動選択では、適用開始日 ・終了日を登録可能なこと		
1028		19	リンカー ジマスターを使用する際、NICの介入ラベルは主要 ・推奨 ・随意項目を選択し、登録可能なこと		
1029		20	NICの介入ラベルの行動の修正 ・追加については、選択した介入ラベルに紐づく行動をチェック形式で追加可能なこと		
1030		21	登録した看護診断は、以下情報を一覧で表示することが可能なこと		
1031		22	・問題点番号		
1032		23	・診断名		
1033		24	・関連因子		
1034		25	・診断指標		
1035		26	・成果ラベル		
1036		27	・指標		
1037		28	・介入ラベル		
1038		29	・行動		
1039		30	NANDA-NOC ・NICのマスターを任意で修正 ・追加可能なこと		
1040		31	NANDA、NOCの成果ラベル、NICの介入ラベルを選択時に以下の項目を登録可能なこと		

技術的要件_要求仕様書（電子カルテ）「看護支援」

通しNo	機能	No	機能詳細	可否	理由
1041		32	・優先度		
1042		33	・評価予定日		
1043		34	・発行者		
1044		35	・発行日		
1045		36	看護診断の評価日については初期値の自動登録が設定ファイルで可能なこと		
1046		37	看護診断の評価日については各項目の一括変更が可能なこと		
1047		38	看護診断画面にて診断名の優先順位によって表示順を並び替えが可能なこと		
1048		39	看護診断画面から看護診断の印刷が可能なこと		
1049		40	看護診断画面を開きながら看護支援の各画面をワンクリックで表示することが可能なこと		
1050	NANDA-NOC-NIC評価	1	選択したNANDAに対するNOC・NICのデータを一画面で表示することが可能なこと		
1051		2	NOCの指標に対する評価を5段階の評価基準を表示し、評価値を登録することが可能なこと		
1052		3	NOCの指標に対する目標値と、過去の評価値を時系列で一覧表示することが可能なこと		
1053		4	NOCの指標の評価内容は看護成果評価表として期間を指定して印刷することが可能なこと		
1054		5	患者毎に柔軟に内容を変更したNOC指標毎の測定尺度を登録できること		
1055		6	NOCの成果ラベル、NICの介入ラベルの終了日を設定可能なこと		
1056		7	NOCの成果ラベル、NICの介入ラベルで終了した項目は背景色が自動で変わること		
1057		8	診断ラベルに対する最新の評価データの表示が可能なこと		
1058		9	以下のそれぞれで「取消」「評価完了」「終了済」項目の表示設定が、ユーザーIDごとで可能なこと		
1059		10	・計画リスト		
1060		11	・NANDA		
1061		12	・NOC		
1062		13	・NIC		