

大項目	中項目	小項目	回答
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	
1	1	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	
1	1	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	
1	1	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	
1	1	5 ・引継・・・直近リストから値を引継ぐ	
1	1	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	
1	1	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	
1	1	9 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	
1	1	10 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	
1	1	11 ・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）	
1	1	12 ・家族構成図	
1	1	13 ・患者情報	
1	1	14 ・障害情報	
1	1	15 ・食物アレルギー	
1	1	16 ・薬剤アレルギー	
1	1	17 ・感染症	
1	1	18 ・一般アレルギー	
1	1	19 ・患者固有情報	
1	1	20 ・既往歴	
1	1	21 ・患者確認チェック事項	
1	1	22 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	
1	1	23 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	
1	1	24 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	
1	1	25 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	
1	1	26 ・更新日時	
1	1	27 ・更新者	
1	1	28 ・編集履歴	
1	1	29 看護データベースリストの自動作成が可能なこと	
1	1	30 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	
1	1	31 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	
1	1	32 項目一覧は表示・非表示の切替が可能なこと	
1	1	33 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	
1	1	34 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	
1	1	35 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	
1	1	36 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	
1	1	37 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	
1	1	38 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	
1	1	39 ・期間指定	
1	1	40 ・入院／外来指定	

大項目	中項目	小項目	回答
1	1	41 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	
1	1	42 看護データベースは帳票出力が可能なこと	
1	1	43 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	
1	1	44 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	
1	1	45 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	
1	1	46 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	
1	1	47 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	
1	1	48 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	
1	1	49 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	
1	1	50 看護データベースの画面で入力必須項目で絞り込みが可能なこと	
1	2 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	
1	2	2 ・看護計画マスター	
1	2	3 ・立案している看護計画	
1	2	4 ・評価データ	
1	2	5 看護計画では以下の順番で選択し登録可能なこと	
1	2	6 1.診療科	
1	2	7 2.看護項目	
1	2	8 3.看護問題点	
1	2	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	
1	2	10 看護問題点マスターの文字列検索が可能なこと	
1	2	11 看護問題点マスターの検索は階層検索が可能なこと	
1	2	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	
1	2	13 病名関連問題点マスターより、患者に登録されている病名オーダーを参照し、病名に基づく問題点を表示し、問題点の選択及び問題点の新規登録が可能なこと	
1	2	14 看護計画リストに対する以下の項目が選択可能なこと	
1	2	15 ・看護目標	
1	2	16 ・治療方針	
1	2	17 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	
1	2	18 選択した看護問題点は修正可能なこと	
1	2	19 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	
1	2	20 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	
1	2	21 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	
1	2	22 選択した看護計画は修正可能なこと	
1	2	23 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	
1	2	24 予定登録はワークシートに反映可能なこと	
1	2	25 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	
1	2	26 看護問題点は優先度毎に並び替え可能なこと	
1	2	27 看護問題点は問題点番号毎に並び替え可能なこと	
1	2	28 看護問題点の問題点番号を変更が可能なこと	
1	2	29 解決された看護問題点は色分けが可能なこと	
1	2	30 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	

大項目	中項目	小項目	回答
1	2	31 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	
1	2	32 ・外来患者	
1	2	33 ・手術室の患者	
1	2	34 ・透析室の患者	
1	2	35 過去入院時の看護計画が流用可能なこと	
1	2	36 看護問題点に対する評価が可能なこと	
1	2	37 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	
1	2	38 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	
1	2	39 継続された評価は履歴管理が可能なこと	
1	2	40 評価は表示・非表示の切替が可能なこと	
1	2	41 看護問題点の編集履歴は画面上で確認可能なこと	
1	2	42 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	
1	2	43 ・更新日時	
1	2	44 ・更新者	
1	2	45 ・編集履歴	
1	2	46 看護計画の編集履歴の表示が可能なこと	
1	2	47 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	
1	2	48 ・更新日時	
1	2	49 ・更新者	
1	2	50 ・編集履歴	
1	2	51 評価の編集履歴は画面上で確認可能なこと	
1	2	52 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	
1	2	53 ・更新日時	
1	2	54 ・更新者	
1	2	55 ・編集履歴	
1	2	56 目標・O T E（観察、ケア、指導）毎に評価が可能なこと	
1	2	57 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	
1	2	58 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	
1	2	59 看護問題点マスターは表示・非表示の切替が可能なこと	
1	2	60 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	
1	3 看護介入	1 介入項目の予定が登録可能なこと	
1	3	2 介入項目の予定はワークシートに反映可能なこと	
1	3	3 介入項目の予定は経過一覧表に反映可能なこと	
1	3	4 基準日時点の予定情報を表示が可能なこと	
1	3	5 介入項目は以下の項目が登録可能なこと	
1	3	6 ・看護介入区分	
1	3	7 ・看護介入内容	
1	3	8 ・補足	
1	3	9 ・開始日時	
1	3	10 ・終了日時	

大項目	中項目	小項目	回答
1	3	11 ・一般/重症選択	
1	3	12 ・間隔	
1	3	13 ・曜日	
1	3	14 ・時間指定	
1	3	15 ・指示者名	
1	3	16 ・発行者名	
1	3	17 ・コメント	
1	3	18 ・看護問題点との関連付け	
1	3	19 介入項目登録時、時間未定として登録が可能なこと	
1	3	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	
1	3	21 登録した介入項目は表形式で確認可能なこと	
1	3	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	
1	3	23 介入項目をまとめてセット登録可能なこと	
1	3	24 介入項目は文字列検索から選択可能なこと	
1	3	25 文字列検索時、介入項目以外に階層検索が可能なこと	
1	3	26 検索結果から介入項目を新規登録が可能なこと	
1	3	27 看護計画から介入項目が連携し登録可能なこと	
1	3	28 介入項目を複数選択し、登録可能なこと	
1	3	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	
1	3	30 介入項目の実施進捗を画面上で識別できること	
1	3	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	
1	3	32 介入項目は表示・非表示の切替が可能なこと	
1	3	33 介入項目は退院時に自動終了が可能なこと	
1	3	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	
1	3	35 介入項目の編集履歴は画面上で確認可能なこと	
1	3	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	
1	3	37 ・更新日時	
1	3	38 ・更新者	
1	3	39 ・編集履歴	
1	3	40 看護介入マスターは表示・非表示の切替が可能なこと	
1	3	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	
1	3	42 看護介入と汎用オーダーの連携のマスターメンテナンス画面を有すること	
1	3	43 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	
1	3	44 看護介入画面の表示項目は、職員別に指定が可能なこと	
1	4 ワークシート	1 以下の情報が反映可能なこと	
1	4	2 ・オーダー情報と介入項目	
1	4	3 ・申し送り	
1	4	4 ・看護必要度基準クリア	
1	4	5 以下項目のワークシートが出力可能なこと	
1	4	6 ・部屋別	

大項目	中項目	小項目	回答
1	4	7 ・患者別	
1	4	8 ・チーム別	
1	4	9 ・看護師別	
1	4	10 ・割当患者別	
1	4	11 オーダー種類毎のワークシートが出力可能なこと	
1	4	12 行為別 ・時系列のワークシートが出力可能なこと	
1	4	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	
1	4	14 患者個人別のワークシートが出力可能なこと	
1	4	15 ワークシートの患者欄に以下情報が出力可能なこと	
1	4	16 ・病室	
1	4	17 ・患者番号	
1	4	18 ・年齢	
1	4	19 ・生後日数	
1	4	20 ・入院日	
1	4	21 ・在院日数	
1	4	22 ・移動情報	
1	4	23 ・手術日	
1	4	24 ・手術経過日数	
1	4	25 ・食事オーダー	
1	4	26 ・診療科	
1	4	27 ・主治医	
1	4	28 ・担当看護師	
1	4	29 ・受持ち看護師	
1	4	30 ・問題点評価日	
1	4	31 ・患者状況	
1	4	32 ・病名	
1	4	33 ・術後日数	
1	4	34 ・褥瘡経過記録次回評価日	
1	4	35 ・褥瘡アセスメント次回評価予定日	
1	4	36 ・褥瘡回診記録次回評価日	
1	4	37 ・クリティカルパス名	
1	4	38 ・クリティカルパス経過日数	
1	4	39 ・経過一覧表で登録されたイベント名及び経過日数	
1	4	40 ・他科紹介情報	
1	4	41 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	
1	4	42 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	
1	4	43 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	
1	4	44 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	
1	4	45 ワークシート画面にオーダー情報が表示が可能なこと	
1	4	46 ワークシート画面にオーダーの進捗が表示可能なこと	

大項目	中項目	小項目	回答
1	4	47 ワークシート画面に指示受け状況が表示可能なこと	
1	4	48 ワークシート画面に介入項目の詳細表示が可能なこと	
1	4	49 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	
1	4	50 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	
1	4	51 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	
1	4	52 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	
1	4	53 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	
1	4	54 ・患者指定	
1	4	55 ・病室	
1	4	56 ・チーム	
1	4	57 ・受け持ち患者	
1	4	58 ・割当患者	
1	4	59 ・職員毎	
1	4	60 ワークシート画面は勤務帯毎に表示が可能なこと	
1	4	61 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	
1	4	62 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	
1	4	63 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	
1	4	64 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	
1	4	65 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	
1	4	66 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	
1	4	67 ・マイリスト	
1	4	68 ・カルテ画面	
1	4	69 ・入院基本	
1	4	70 ・入院履歴	
1	4	71 ・入退院サマリー	
1	4	72 ・患者基本	
1	4	73 ・病名	
1	4	74 ・紹介情報	
1	4	75 ・予約	
1	4	76 ・患者サマリー	
1	4	77 ・リハビリ(予約、実施)	
1	4	78 ・注射実施	
1	4	79 ・注射カレンダー	
1	4	80 ・汎用オーダー	
1	4	81 ・指示簿	
1	4	82 ・指示受け	
1	4	83 ・検査結果照会	
1	4	84 ・検査結果入力	
1	4	85 ・薬歴照会	
1	4	86 ・ナビゲーション	

大項目	中項目	小項目	回答
1	4	87 ・CMフォルダー/伝達事項	
1	4	88 ・服薬指導	
1	4	89 ・看護支援機能	
1	4	90 汎用オーダーの新規入力がワークシート画面から可能なこと	
1	5 個人ワークシート	1 患者1人毎のワークシート画面を表示可能なこと	
1	5	2 以下の情報が反映可能なこと	
1	5	3 ・オーダー情報と介入項目	
1	5	4 ・申し送り	
1	5	5 ・必要度	
1	5	6 ・指示簿	
1	5	7 ・適用中のバス名	
1	5	8 個人ワークシートの患者情報欄に以下情報が出力可能なこと	
1	5	9 ・入院日	
1	5	10 ・入院日数	
1	5	11 ・病床入院日数	
1	5	12 ・転入日	
1	5	13 ・転室	
1	5	14 ・転棟	
1	5	15 ・外出外泊	
1	5	16 ・主治医	
1	5	17 ・担当医	
1	5	18 ・担当看護師	
1	5	19 ・患者状況	
1	5	20 ・看護計画評価予定日	
1	5	21 ・退院予定日	
1	5	22 ・褥瘡部位	
1	5	23 ・褥瘡経過記録次回評価日	
1	5	24 ・褥瘡回診記録次回評価日	
1	5	25 ・褥瘡アセスメント次回評価予定日	
1	5	26 ・転倒転落次回評価予定日	
1	5	27 ・診療科	
1	5	28 ・手術日	
1	5	29 ・術後日数	
1	5	30 ・病名	
1	5	31 患者情報欄は表示・非表示が切替可能なこと	
1	5	32 患者情報欄に表示する項目は表示・非表示が切替可能なこと	
1	5	33 個人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	
1	5	34 個人ワークシート画面は勤務帯毎に表示が可能なこと	
1	5	35 個人ワークシート帳票を印刷可能なこと	
1	5	36 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	

大項目	中項目	小項目	回答
1	5	37 個人ワークシート画面から指示受け画面が表示可能なこと	
1	5	38 個人ワークシート画面から以下の各画面の起動が可能なこと	
1	5	39 ・注射実施	
1	5	40 ・汎用オーダー	
1	5	41 ・汎用実施	
1	5	42 ・患者メモ	
1	5	43 ・必要度個人入力	
1	5	44 ・クリティカルパス	
1	5	45 ・指示受け	
1	6 実施入力	1 介入項目の実施入力が可能なこと	
1	6	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	
1	6	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	
1	6	4 基準日時点の介入項目を表示可能なこと	
1	6	5 勤務帯毎に介入項目をフィルタリング可能なこと	
1	6	6 実施進捗毎に介入項目をフィルタリング可能なこと	
1	6	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	
1	6	8 実施時間の入力が可能なこと	
1	6	9 設定によりシステム日時を自動反映可能なこと	
1	6	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	
1	6	11 表示されている介入項目の全項目実施が可能なこと	
1	6	12 選択中の実施項目が強調表示可能なこと	
1	6	13 実施入力時に入力値に対する説明が参照可能なこと	
1	6	14 実施入力の編集履歴は画面上で確認可能なこと	
1	6	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	
1	6	16 ・更新日時	
1	6	17 ・更新者	
1	6	18 ・編集履歴	
1	7 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	
1	7	2 ・バイタル	
1	7	3 ・IN/OUT情報	
1	7	4 ・食事摂取量	
1	7	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	
1	7	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	
1	7	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	
1	7	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	
1	7	9 経過一覧表には以下データが表示可能なこと	
1	7	10 ・バイタルグラフ	
1	7	11 ・数値情報	
1	7	12 ・I N O U T 情報	
1	7	13 ・看護介入項目	

大項目	中項目	小項目	回答
1	7	14 ・オーダー情報	
1	7	15 ・備考	
1	7	16 ・サイン	
1	7	17 ・イベント	
1	7	18 ・アウトカム	
1	7	19 ・移動情報	
1	7	20 ・患者状況	
1	7	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）	
1	7	22 ・産褥日数	
1	7	23 ・病名	
1	7	24 ・術式（手術オーダーが登録されている場合）	
1	7	25 ・看護計画評価予定日	
1	7	26 ・クリティカルパス名	
1	7	27 ・クリティカルパス経過日数	
1	7	28 ・看護必要度項目	
1	7	29 ・看護必要度の実施時間・実施内容	
1	7	30 ・看護必要度基準クリア情報	
1	7	30 ・チーム医療（介入依頼・回診記録）	
1	7	31 乳幼児の哺乳量等（最大9項目）の登録が可能なこと	
1	7	32 乳幼児の哺乳量等（最大9項目）の表示が可能なこと	
1	7	33 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	
1	7	34 体重増減・減少率を自動計算して表示可能なこと	
1	7	35 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	
1	7	36 重症用の経過一覧表作成および画面表示が可能なこと	
1	7	37 重症用の経過一覧表は以下の表示切替が可能なこと	
1	7	38 ・5分間隔	
1	7	39 ・10分間隔	
1	7	40 ・15分間隔	
1	7	41 ・30分間隔	
1	7	42 ・1時間間隔	
1	7	43 以下の項目は表示順を変更することが可能なこと	
1	7	44 ・バイタル	
1	7	45 ・I N O U T	
1	7	46 ・患者状況	
1	7	47 ・看護介入	
1	7	48 ・オーダー	
1	7	49 ・サイン	
1	7	50 ・備考	
1	7	51 ・看護必要度	
1	7	52 以下の項目は表示・非表示の切替が可能なこと	

大項目	中項目	小項目	回答
1	7	53 ・バイタル	
1	7	54 ・I N O U T	
1	7	55 ・患者状況	
1	7	56 ・看護介入	
1	7	57 ・オーダー	
1	7	58 ・サイン	
1	7	59 ・備考	
1	7	60 ・看護必要度	
1	7	61 経過一覧表から看護イベントを登録が可能なこと	
1	7	62 経過一覧のイベントには基準日の登録が可能なこと	
1	7	63 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	
1	7	64 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	
1	7	65 介入項目の実施予定件数が確認可能なこと	
1	7	66 進捗毎に文字色が変わること	
1	7	67 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	
1	7	68 バイタルデータに範囲外の入力がされた場合はメッセージを表示すること	
1	7	68 バイタルデータに範囲外の入力がされた場合は、経過一覧表に色をつけて表示すること	
1	7	69 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	
1	7	70 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	
1	7	71 バイタルグラフは表示倍率の設定が可能なこと	
1	7	72 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	
1	7	73 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	
1	7	74 ・バイタル入力画面	
1	7	75 ・バイタルデータの入力	
1	7	76 ・看護介入入力画面	
1	7	77 ・看護介入の追加	
1	7	78 ・看護介入の編集	
1	7	79 ・処方オーダー画面	
1	7	80 ・登録	
1	7	81 ・修正	
1	7	82 ・削除	
1	7	83 ・予約オーダー画面	
1	7	84 ・登録	
1	7	85 ・修正	
1	7	86 ・削除	
1	7	87 ・食事オーダー画面	
1	7	88 ・登録	
1	7	89 ・修正	
1	7	90 ・削除	
1	7	91 ・指示簿オーダー画面	

大項目	中項目	小項目	回答
1	7	92 ・指示受け	
1	7	93 ・経過記録画面	
1	7	94 ・経過記録の入力	
1	7	95 ・経過記録の編集	
1	7	96 ・看護必要度入力画面	
1	7	97 ・看護必要度の入力	
1	7	98 ・看護必要度の編集	
1	7	99 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	
1	7	100 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	
1	7	101 産科系画像の表示が可能なこと	
1	7	102 経過一覧表は期間を指定してを印刷が可能なこと	
1	7	103 経過一覧表は入院期間でフィルタリングが可能なこと	
1	7	104 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	
1	7	105 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	
1	7	106 経過一覧表上に、看護必要度の結果が表示されること	
1	7	107 経過一覧表でバイタ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	
1	7	108 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	
1	7	109 点滴の流量を入力可能なこと	
1	7	110 点滴のIN量を自動計算が可能なこと	
1	7	111 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	
1	7	112 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	
1	7	113 点滴の流量の入力は未来日時でも可能なこと	
1	7	114 実施済みの注射オーダー、化学療法オーダーの注射データをIN項目として表示可能なこと	
1	7	115 経過一覧表のみ有効な付箋機能を有すること	
1	7	116 付箋はを以下を指定して貼り付けが可能なこと	
1	7	117 ・文字色	
1	7	118 ・背景色	
1	7	119 ・フォント	
1	7	120 ・日時	
1	7	121 付箋の編集履歴は画面上で確認可能なこと	
1	7	122 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	
1	7	123 ・更新日時	
1	7	124 ・更新者	
1	7	125 ・編集履歴	
1	7	126 備考の編集履歴は画面上で確認可能なこと	
1	7	127 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	
1	7	128 ・更新日時	
1	7	129 ・更新者	
1	7	130 ・編集履歴	
1	7	131 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	

大項目	中項目	小項目	回答
1	7	132 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	
1	7	133 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	
1	7	134 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	
1	7	135 ・バイタル	
1	7	136 ・身長	
1	7	137 ・体重	
1	7	138 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	
1	7	139 職種毎の診療記録記載の有無を表示し、詳細画面で記録を表示できること	
1	7	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	
1	7	141 経過一覧表画面の自動起動は設定により入院患者カルテ起動時のみとすることが可能なこと	
1	8 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	
1	8	2 経過記録は以下の形式に対応していること	
1	8	3 ・SOAP形式	
1	8	4 ・フォーカスチャート形式	
1	8	5 ・経時記録形式	
1	8	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	
1	8	7 経過記録はリッチテキスト形式に対応していること	
1	8	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	
1	8	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	
1	8	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	
1	8	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	
1	8	12 未来日時の登録が可能なこと	
1	8	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	
1	8	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	
1	8	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	
1	8	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	
1	8	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	
1	8	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	
1	8	19 ・SOAP	
1	8	20 ・フォーカスチャート	
1	8	21 ・経時記録	
1	8	22 以下抽出条件で設定可能なこと	
1	8	23 ・問題点番号	
1	8	24 ・区分	
1	8	25 ・記号	
1	8	26 ・内容(文言)	
1	8	27 ・記載者	
1	8	28 ・職制	
1	8	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	
1	8	30 過去の経過記録からコピー&ペーストが可能なこと	

大項目	中項目	小項目	回答
1	8	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	
1	8	32 経過記録に画像の貼り付けが可能なこと	
1	8	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	
1	8	34 文字色を勤務帯毎に設定ファイルで指定可能なこと	
1	8	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	
1	8	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	
1	8	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	
1	8	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	
1	8	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	
1	8	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	
1	8	41 経過記録記載時は、ダイナミックテンプレートを活用した記録入力が可能なこと	
1	8	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	
1	8	43 経過記録詳細画面において内容欄のセルがロックされていても範囲選択しコピー、貼り付け操作が可能なこと	
1	9 看護要約	1 看護要約画面は一覧形式であること	
1	9	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	
1	9	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	
1	9	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	
1	9	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	
1	9	6 ・補助機能より選択する方法	
1	9	7 ・直接入力	
1	9	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	
1	9	9 項目一覧は表示・非表示の切替が可能なこと	
1	9	10 看護計画で作成した未解決な問題点を表示し、具体策を取り込み可能なこと	
1	9	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	
1	9	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	
1	9	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	
1	9	14 ・更新日時	
1	9	15 ・更新者	
1	9	16 ・編集履歴	
1	9	17 看護要約は患者毎に編集履歴の管理が可能なこと	
1	9	18 看護要約を承認機能を有すること	
1	9	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	
1	9	20 看護要約作成状況一覧画面では看護要約の作成状況、承認状況によって表示の絞込みが可能なこと	
1	9	21 看護要約作成状況一覧画面では退院決定患者・退院確認患者で抽出表示が可能なこと	
1	9	22 看護要約の編集が可能なこと	
1	9	23 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	
1	9	24 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	
1	9	25 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	
1	10 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	
1	10	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	

大項目		中項目		小項目		回答
1		10		3	以下の画面が起動可能なこと	
1		10		4	・経過一覧表	
1		10		5	・看護計画/評価	
1		10		6	・経過記録	
1		10		7	・看護介入	
1		10		8	・測定値	
1		10		9	・実施入力	
1		10		10	・患者状況	
1		10		11	・患者メモ	
1		10		12	・褥瘡計画書	
1		10		13	・看護データベース	
1		10		14	・転倒転落アセスメントスコアシート	
1		10		15	・助産録	
1		10		16	・必要度個人入力	
1		10		17	・個人ワークシート	
1		10		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	
1		10		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	
1		10		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	
1		10		21	・患者指定	
1		10		22	・病室	
1		10		23	・チーム	
1		10		24	・受け持ち患者	
1		10		25	・割当患者	
1		10		26	・職員毎	
1		10		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、入力可能なこと	
1		10		28	看護患者一覧から起動した画面については一括終了が可能なこと	
1		10		29	看護患者一覧画面で前回開いていた画面を記憶し、次回起動時に一括で起動可能なこと	
1		11	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	
1		11		2	・救護区分	
1		11		3	・看護度	
1		11		4	・安静度	
1		11		5	・状況区分	
1		11		6	・自立度	
1		11		7	・処遇	
1		11		8	・面会制限	
1		11		9	・チーム	
1		11		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	
1		11		11	・救護区分	
1		11		12	・看護度	
1		11		13	・安静度	

大項目		中項目		小項目		回答
1		11		14	・状況区分	
1		11		15	患者状況の入力項目はマスターで追加が可能なこと	
1		11		16	患者状況は患者一括入力が可能なこと	
1		11		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	
1		11		18	入力時に入力値に対する説明が参照可能なこと	
1		11		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	
1		11		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	
1		11		21	・患者指定	
1		11		22	・病室	
1		11		23	・チーム	
1		11		24	・受け持ち患者	
1		11		25	・割当患者	
1		11		26	・職員毎	
1		11		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	
1		12	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	
1		12		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	
1		12		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	
1		12		4	勤務帯は2交代、3交代のどちらにも対応可能なこと	
1		12		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	
1		12		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	
1		12		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	
1		12		8	看護師が複数患者の受け持ちが可能なこと	
1		12		9	帳票の出力が可能なこと	
1		13	申送り	1	患者メモ・申送りが登録可能なこと	
1		13		2	患者メモ・申送りは件名、期間、記載者が登録可能なこと	
1		13		3	患者の退院時、申送りを一括で終了可能なこと	
1		13		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	
1		13		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	
1		13		6	・件名	
1		13		7	・記載者	
1		13		8	・記載日時	
1		13		9	・優先度	
1		13		10	申送り一覧が表示、出力可能なこと	
1		13		11	期限切れの申送りは表示・非表示の切替が可能なこと	
1		13		12	未来日の申送りは表示・非表示の切替が可能なこと	
1		13		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	
1		13		14	・患者指定	
1		13		15	・病室	
1		13		16	・チーム	
1		13		17	・受け持ち患者	

大項目		中項目		小項目		回答
1		13		18	・割当患者	
1		13		19	・職員毎	
1		13		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	
1		13		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	
1		13		22	・更新日時	
1		13		23	・更新者	
1		13		24	・編集履歴	
1		14	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	
1		14		2	・行為別ワークシート	
1		14		3	・時系列ワークシート	
1		14		4	・申し送り	
1		14		5	・経過一覧表	
1		14		6	・経過記録	
1		14		7	・問題リスト	
1		14		8	・看護計画	
1		14		9	・評価	
1		14		10	・オーダー種別ワークシート	
1		14		11	・フリーシート	
1		14		12	・患者ラベル	
1		14		13	・評価予定	
1		14		14	・週間予定	
1		14		15	・カードックスシート	
1		14		16	・入院患者処置一覧表	
1		14		17	・入院患者ケア勤務帯別一覧表	
1		14		18	・看護成果表	
1		14		19	・日別患者状況一覧	
1		14		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	
1		14		21	・患者基本オーダー	
1		14		22	・入院基本オーダー（外出外泊）	
1		14		23	・病名オーダー	
1		14		24	・指示簿オーダー	
1		14		25	・食事オーダー	
1		14		26	・予約オーダー	
1		14		27	・リハビリオーダー	
1		14		28	・処方オーダー	
1		14		29	・持参薬オーダー	
1		14		30	・注射オーダー	
1		14		31	・レジメンオーダー	
1		14		32	・汎用オーダー	
1		14		33	・画像オーダー	

大項目		中項目		小項目		回答
1		14		34	・検査オーダー	
1		14		35	・看護介入	
1		14		36	・イベント	
1		14		37	・看護計画	
1		14		38	・患者状況	
1		14		39	・申し送り	
1		14		40	・手書き欄	
1		14		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	
1		14		42	患者ラベルに以下の印字が可能なこと	
1		14		43	・バーコード	
1		14		44	・担当医	
1		14		45	・チーム	
1		14		46	・転棟日	
1		14		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	1		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	
2		1		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	
2		1		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	
2		1		4	・看護計画／評価	
2		1		5	・看護必要度個人入力	
2		1		6	・褥瘡画面	
2		1		7	・転倒転落アセスメントスコア	
2		1		8	・経過記録	
2		1		9	・実施入力	
2		1		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	
2		1		11	・患者指定	
2		1		12	・病室	
2		1		13	・チーム	
2		1		14	・受け持ち患者	
2		1		15	・割当患者	
2		1		16	・職員毎	
2		1		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	1	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	
3		1		2	病棟日誌の以下機能を有すること	
3		1		3	・入力	
3		1		4	・表示	
3		1		5	・出力	
3		1		6	看護管理日誌の以下機能を有すること	
3		1		7	・入力	
3		1		8	・表示	
3		1		9	・出力	

大項目	中項目	小項目	回答
3	1	10 外来日誌の以下機能を有すること	
3	1	11 ・入力	
3	1	12 ・表示	
3	1	13 ・出力	
3	1	14 手術日誌の以下機能を有すること	
3	1	15 ・入力	
3	1	16 ・表示	
3	1	17 ・出力	
3	1	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	
3	1	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	
3	1	20 各日誌画面で複数端末からの同時入力が可能なこと	
3	1	21 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	
3	1	22 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	
3	1	23 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	
3	1	24 各日誌は排他制御が可能なこと	
3	1	25 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	
3	1	26 病棟単位の取込み実施情報、承認情報が参照可能なこと	
3	1	27 各日誌の作成状況が把握可能な専用画面を有すること	
3	1	28 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	
3	1	29 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	
3	1	30 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	
3	1	31 日当直者入力は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	
3	1	32 当直者の入力は日単位で履歴参照が可能なこと	
3	1	33 日当直者入力は帳票出力が可能なこと	
3	2 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	
3	2	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	
3	2	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	
3	2	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	
3	2	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	
3	2	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	
3	2	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	
3	2	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	
3	2	9 病棟業務日誌の表示 ・印刷が可能なこと	
3	3 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	
3	3	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	
3	3	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	
3	3	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	
3	3	5 看護管理日誌の表示 ・印刷が可能なこと	
3	4 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	
3	4	2 勤務集計機能は他部署（透析室等）の集計が可能なこと	

大項目	中項目	小項目	回答
3	4	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	
3	4	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	
3	4	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	
3	4	6 外来管理日誌の表示・印刷を行えること	
3	5 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	
3	5	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	
3	5	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	
3	5	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	
3	5	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	
3	5	6 手術管理日誌の表示・印刷を行えること	
4 褥瘡管理	1 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	
4	1	2 ・リスクアセスメント	
4	1	3 ・発生報告書	
4	1	4 ・診療計画書	
4	1	5 ・褥瘡経過記録	
4	1	6 ・褥瘡回診記録	
4	1	7 ・転帰報告書	
4	1	8 ・ケアサマリー	
4	1	9 ・ハイリスク	
4	1	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	
4	1	11 褥瘡管理患者一覧で以下の内容を確認可能なこと	
4	1	12 ・病棟	
4	1	13 ・記録時病棟	
4	1	14 ・診療科	
4	1	15 ・患者番号	
4	1	16 ・患者氏名	
4	1	17 ・年齢	
4	1	18 ・性別	
4	1	19 ・入院日	
4	1	20 ・退院日	
4	1	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	
4	1	22 ・リスクアセスメント	
4	1	23 ・褥瘡経過記録	
4	1	24 ・褥瘡回診記録	
4	1	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	
4	1	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	
4	1	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	
4	1	28 褥瘡管理患者一覧から直接承認が可能なこと	
4	1	29 褥瘡管理患者一覧を印刷可能なこと	
4	1	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	

大項目	中項目	小項目	回答
4	2 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	
4	2	2 ・厚生労働省危険因子の評価	
4	2	3 ・ブレイデンスケール	
4	2	4 ・OHスケール	
4	2	5 ・K式スケール	
4	2	6 ・ブレイデンQスケール	
4	2	7 日常生活自立度は、患者状況から取込が可能なこと	
4	2	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	
4	2	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	
4	2	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	
4	2	11 過去のリスクアセスメントを複製し、作成可能なこと	
4	2	12 リスクアセスメント票を印刷可能なこと	
4	2	13 次回評価予定をワークシートに出力可能なこと	
4	3 発生報告書	1 部位毎の評価登録が行えること	
4	3	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	
4	3	3 DESIGN-Rの評価が可能なこと	
4	3	4 DESIGN-Rの評価点数が自動的に計算されること	
4	3	5 発生報告書に画像を添付可能なこと	
4	3	6 添付した画像にコメント等を追記可能なこと	
4	3	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	
4	3	8 NPUAPの評価基準をツールチップで表示可能なこと	
4	3	9 マットレスの選択が可能なこと	
4	3	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	
4	3	11 専任看護師による承認機能を有すること	
4	3	12 過去の発生報告書を複製し、作成可能なこと	
4	3	13 発生報告書を印刷可能なこと	
4	4 診療計画書	1 部位毎の評価登録が行えること	
4	4	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	
4	4	3 ・日常生活自立度	
4	4	4 ・危険因子の評価	
4	4	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	
4	4	6 ・発生日	
4	4	7 ・部位	
4	4	8 ・褥瘡状態の画像	
4	4	9 ・DESIGN-R評価	
4	4	10 ・使用マットレス	
4	4	11 ・体圧測定値	
4	4	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	
4	4	13 DESIGN-Rの評価が可能なこと	
4	4	14 DESIGN-Rの評価点数が自動的に計算されること	

大項目	中項目	小項目	回答
4	4	15 診療計画書に画像を添付可能なこと	
4	4	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	
4	4	17 添付した画像にコメント等を追記可能なこと	
4	4	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	
4	4	19 マットレスの選択が可能なこと	
4	4	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	
4	4	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	
4	4	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	
4	4	23 過去の診療計画書を複製し、作成可能なこと	
4	4	24 診療計画書を印刷可能なこと	
4	4	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	
4	5 褥瘡経過記録	1 部位毎の評価登録が行えること	
4	5	2 DESIGN-Rの評価が可能なこと	
4	5	3 DESIGN-Rの評価点数が自動的に計算されること	
4	5	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	
4	5	5 褥瘡経過記録に画像を添付可能なこと	
4	5	6 添付した画像にコメント等を追記可能なこと	
4	5	7 前回の評価内容を引継ぎして登録可能なこと	
4	5	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	
4	5	9 登録された経過を時系列で確認可能なこと	
4	5	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	
4	5	11 次回評価予定をワークシートに出力可能なこと	
4	6 回診記録	1 部位毎の評価登録が行えること	
4	6	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	
4	6	3 ・発生場所	
4	6	4 ・発生要因	
4	6	5 ・NPUAP分類	
4	6	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	
4	6	7 ・発生日	
4	6	8 ・部位	
4	6	9 ・日常生活自立度	
4	6	10 ・使用マットレス	
4	6	11 ・体圧測定値	
4	6	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	
4	6	13 ・褥瘡状態の画像	
4	6	14 ・DESIGN-R評価	
4	6	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	
4	6	16 DESIGN-Rの評価が可能なこと	
4	6	17 DESIGN-Rの評価点数が自動的に計算されること	
4	6	18 回診記録に画像を添付可能なこと	

大項目	中項目	小項目	回答
4	6	19 添付した画像にコメント等を追記可能なこと	
4	6	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	
4	6	21 NPUAPの評価基準をツールチップで表示可能なこと	
4	6	22 マットレスの選択が可能なこと	
4	6	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	
4	6	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	
4	6	25 ・医師	
4	6	26 ・看護師	
4	6	27 ・薬剤師	
4	6	28 ・栄養士	
4	6	29 過去の回診記録を複製可能なこと	
4	6	30 回診記録を印刷可能なこと	
4	6	31 次回評価予定をワークシートに出力可能なこと	
4	7 転帰報告書	1 部位毎の評価登録が行えること	
4	7	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	
4	7	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	
4	7	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	
4	7	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	
4	7	6 ・発生日	
4	7	7 ・部位	
4	7	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	
4	7	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	
4	7	10 ・褥瘡状態の画像	
4	7	11 ・DESIGN-R評価	
4	7	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	
4	7	13 DESIGN-Rの評価が可能なこと	
4	7	14 DESIGN-Rの評価点数が自動的に計算されること	
4	7	15 転帰報告書に画像の添付が可能なこと	
4	7	16 添付した画像にコメント等の追記が可能なこと	
4	7	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	
4	7	18 専任看護師による承認機能を有すること	
4	7	19 過去の転帰報告書を複製が可能なこと	
4	7	20 転帰報告書の印刷が可能なこと	
4	8 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	
4	8	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	
4	8	3 ・発生日	
4	8	4 ・部位	
4	8	5 ・DESIGN-R評価	
4	8	6 1度に複数の部位の褥瘡状態を登録可能なこと	
4	8	7 DESIGN-Rの評価が可能なこと	

大項目	中項目	小項目	回答
4	8	8 DESIGN-Rの評価点数が自動的に計算されること	
4	8	9 ケアサマリーに画像を添付可能なこと	
4	8	10 添付した画像にコメント等を追記可能なこと	
4	8	11 過去のケアサマリーを複製し、作成可能なこと	
4	8	12 ケアサマリーを印刷可能なこと	
4	9 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	
4	9	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	
4	9	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	
4	9	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	
4	9	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	1 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	
5	1	2 1日に複数回の評価が可能なこと	
5	1	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	
5	1	4 評価時に評価理由を入力可能なこと	
5	1	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	
5	1	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	
5	1	7 評価内容を時系列に表示することが可能なこと	
5	1	8 前回評価内容を引継ぐことが可能なこと	
5	1	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	
5	1	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	
5	1	11 アセスメントシートは帳票出力が可能なこと	
5	1	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	1 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	
6	1	2 患者毎に評価項目の表示、結果入力可能なこと	
6	1	3 以下入力画面が切り替えが可能なこと	
6	1	4 ・一般病棟用	
6	1	5 ・地域包括ケア用	
6	1	6 ・回復期リハ病棟用	
6	1	7 ・特定集中治療室用	
6	1	8 ・ハイケアユニット用	
6	1	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	
6	1	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	
6	1	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	
6	1	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	
6	1	13 看護日誌各種へ結果を反映することが可能なこと	
6	1	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	
6	1	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	
6	2 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	
6	2	2 配点、基準クリアの有無が表示されること	
6	2	3 個人入力画面から参考資料などを表示可能なこと	

大項目	中項目	小項目	回答
6	2	4 表示されている内容を印刷可能なこと	
6	2	5 個人入力画面に、下記を表示することが可能なこと	
6	2	6 ・診療科	
6	2	7 ・病棟	
6	2	8 ・部屋	
6	2	9 ・ベッド番号	
6	2	10 ・入院経過日数	
6	2	11 ・転入経過日数	
6	2	12 入力する対象日を選択可能なこと	
6	2	13 患者個人毎に、前回入力したデータを取り込めること	
6	2	14 入力した評価を集計対象外とすることが可能なこと	
6	2	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	
6	2	16 ・コメントの記載	
6	2	17 ・評価者	
6	2	18 ・時刻	
6	2	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	
6	2	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	
6	2	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	
6	2	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	
6	2	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	
6	3 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	
6	3	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	
6	3	3 ・病棟全患者	
6	3	4 ・患者別	
6	3	5 ・診療科別	
6	3	6 ・病室種類別	
6	3	7 ・病室別	
6	3	8 ・チーム別	
6	3	9 ・部屋別	
6	3	10 ・担当患者別	
6	3	11 ・患者移動情報別（転入・転出・入院・退院）	
6	3	12 以下条件の患者でフィルタリングが可能なこと	
6	3	13 ・未入力患者	
6	3	14 ・入力済み患者	
6	3	15 ・確定済み患者	
6	3	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	
6	3	17 ・未入力	
6	3	18 ・入力済み	
6	3	19 ・確定済み	
6	3	20 ・集計変更理由あり	

大項目	中項目	小項目	回答
6	3	21 ・追加患者	
6	3	22 入力済み患者を一括で確定が可能なこと	
6	3	23 評価したい患者を任意に追加可能なこと	
6	3	24 一括入力画面に、以下を表示することが可能なこと。またユーザー毎に入力画面に表示する項目を選定可能なこと	
6	3	25 ・病棟	
6	3	26 ・部屋	
6	3	27 ・ベッド番号	
6	3	28 ・入院経過日数	
6	3	29 ・転入経過日数	
6	3	30 入力する対象日を選択可能なこと	
6	3	31 評価結果入力の有無が確認可能なこと	
6	3	32 配点、基準クリアの有無、表示内容を選択が可能なこと	
6	3	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	
6	3	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	
6	3	35 参考資料などを表示が可能なこと	
6	3	36 表示されている内容と集計結果を印刷可能なこと	
6	3	37 表示されている内容をCSV形式で出力可能なこと	
6	3	38 病室種類をメンテナンス可能なこと	
6	3	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	
6	3	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	
6	3	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	
6	3	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	
6	4 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	
6	4	2 ・集計リスト	
6	4	3 ・評価表	
6	4	4 ・勤務毎記録表	
6	4	5 ・日毎記録票	
6	4	6 ・集計表	
6	4	7 ・病床機能報告用病棟別患者割合	
6	4	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	
6	4	9 ・集計リスト	
6	4	10 ・評価表	
6	4	11 ・勤務毎記録表	
6	4	12 ・日毎記録票	
6	4	13 ・集計表	
6	4	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	
6	4	15 ・集計リスト	
6	4	16 ・評価表	
6	4	17 ・日常生活機能評価表	
6	4	18 ・勤務毎記録表	

大項目	中項目	小項目	回答
6	4	19 ・日毎記録票	
6	4	20 ・新入院患者重症割合	
6	4	21 ・退院患者名簿	
6	4	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	
6	4	23 ・集計リスト	
6	4	24 ・評価表	
6	4	25 ・勤務毎記録表	
6	4	26 ・日毎記録票	
6	4	27 ・集計表	
6	4	28 ・病床機能報告用病棟別患者割合	
6	4	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	
6	4	30 ・集計リスト	
6	4	31 ・評価表	
6	4	32 ・勤務毎記録表	
6	4	33 ・日毎記録票	
6	4	34 ・集計表	
6	4	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	
6	4	36 ・集計リスト	
6	4	37 ・評価表	
6	4	38 ・勤務毎記録表	
6	4	39 ・日毎記録票	
6	4	40 ・集計表	
6	4	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	
6	4	42 ・一般病棟用	
6	4	43 ・ICU用	
6	4	44 ・HCU用の重症度	
6	4	45 ・医療・看護必要度	
6	4	46 帳票出力時は、病棟を選択可能なこと	
6	4	47 帳票出力時は、看護師のチーム別に出力可能なこと	
6	4	48 以下を選択して出力することが可能なこと	
6	4	49 ・一般病棟用	
6	4	50 ・地域包括ケア用	
6	4	51 ・回復期リハ病棟用	
6	4	52 ・特定集中治療室用	
6	4	53 ・ハイケアユニット用	
6	4	54 帳票出力時は、出力期間の選択が可能なこと	
6	5 CSV出力	1 出力する病棟の選択が可能なこと	
6	5	2 看護師のチーム別に出力が可能なこと	
6	5	3 以下を選択して出力することが可能なこと	
6	5	4 ・一般病棟用	

大項目	中項目	小項目	回答
6	5	5 ・地域包括ケア用	
6	5	6 ・回復期リハ病棟用	
6	5	7 ・特定集中治療室用	
6	5	8 ・ハイケアユニット用	
6	5	9 出力期間の選択が可能なこと	
6	5	10 状況の選択が可能なこと	
6	5	11 手術有無の選択が可能なこと	
6	5	12 項目の合計点を指定可能なこと	
6	6 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	
6	6	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	
6	6	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	
6	6	4 ・病棟	
6	6	5 ・病室	
6	6	6 ・診療科	
6	6	7 ・年齢	
6	6	8 施設コードを設定可能なこと	
6	6	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	
6	6	10 対象外とする条件を保存可能なこと	
6	6	11 患者番号の匿名化に対応可能なこと	
6	6	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	
6	6	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	
6	6	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 分娩台帳	1 助産録・新生児記録	1 助産録Ⅰ（母に関するデータ）を入力・表示可能なこと	
7	1	2 助産録Ⅰは、以下の内容が登録可能なこと	
7	1	3 ・患者基本情報（氏名 ・住所 ・電話番号）	
7	1	4 ・分娩予定日	
7	1	5 ・妊娠週数	
7	1	6 ・妊娠分娩歴	
7	1	7 ・分娩経過	
7	1	8 ・分娩様式	
7	1	9 ・妊娠異常	
7	1	10 ・分娩異常	
7	1	11 ・産科処置	
7	1	12 ・縫合状態	
7	1	13 ・後産所見（娩出様式、胎盤、臍帯、卵膜、羊水）	
7	1	14 ・総合所見	
7	1	15 ・分娩番号	
7	1	16 助産録Ⅰで登録した分娩予定日、分娩日を基準とし、経過一覧表で妊娠週数、産褥日数を表示することが可能なこと	
7	1	17 助産録Ⅱ（子に関するデータ）を入力・表示可能なこと	
7	1	18 助産録Ⅱは以下の内容が登録可能なこと	

大項目	中項目	小項目	回答
7	1	19 ・出生日時	
7	1	20 ・在胎週数	
7	1	21 ・性別	
7	1	22 ・ApgarScore (1分後 ・5分後)	
7	1	23 ・出生時処置	
7	1	24 ・計測値 (出生時 ・退院時の体重 ・身長 ・胸囲 ・頭位)	
7	1	25 ・出生時所見	
7	1	26 助産録Ⅱは多胎児の入力が可能なこと	
7	1	27 助産録Ⅰ・助産録Ⅱのデータから以下を指定して出力可能なこと	
7	1	28 ・分娩台帳	
7	1	29 ・分娩日	
7	1	30 ・分娩予定日	
7	1	31 分娩番号を一括で入力・表示可能なこと	
7	1	32 分娩番号は自動採番も可能なこと	
7	1	33 分娩日、または分娩予定日で患者検索が可能なこと	
7	1	34 出力条件を項目毎に設定し、データの検索が可能なこと	
7	1	35 抽出条件は個人ごとに保存可能なこと	
7	1	36 CSVデータ出力機能を有すること	