12 登録

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
		保険組み合わせが作成されないというお問い合わせがありました。 生保の受給者番号が変動番号制で患者登録画面にて毎月保険追加を していたようなのですが、今月生保と精神通院の組み合わせが出来な いとのことでした。		
		こちらで検証したのですが生保の期限を毎月切って精神のみ期限を オール9に設定し保険追加で生保を追加していくと保険組み合わせが生 保単独、生保と精神併用、生保の有効期限の切れた次の日が開始日と なる精神単独が作成され以降、毎月生保単独と生保精神の2種類ずつ できるのですが診療行為入力をせずに保険追加のみを行っていきます と生保と精神の組み合わせは最初の3ヶ月分しか作成されずそれ以降 は生保の組み合わせと精神単独しか組み合わせしかできません。	生活保護の情報が10件以上あった時、保険組合せ、公費 負担額一覧の画面表示でエラーが発生していたので、正しく 表示するようこ修正しました。	
1		毎月診療行為入力をし、生保の保険追加をしていくと保険組み合わせの番号が診療行為入力した時のものとは別の番号になり、もとの組み合わせ番号が削除となってしまいます。 一度11番まで(5ヶ月分)保険組み合わせが出来き診療行為入力も出来ますが次の月の生保入力の際に保険組合の変更で保険期間外の診療が存在します。診療を保険変更して下さい。』とメッセージが出ます。 会計照会で確認しますとその組合せは削除されております。 それ以前の2ヶ月分も組合せが削除され別の組合せの番号に変わっています。 6ヶ月目以降は生保単独の組み合わせしか作成されません。	(注意)生活保護の場合は毎月受給者番号が変更になる場合がありますが、毎月有効期限を切って公費情報を作成する運用は行わず、レセプH作成時に 生保入力」画面より該当月の受給者番号を入力する運用を行うようにお願いします。	H16.10.26
		このような場合どのようにすれば生保と精神の保険組み合わせを作成 することができるのでしょうか。 また保険組合せの番号が変わってしまうのはなぜでしょうか。		

12 登録(続き)

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
2	20041101-005	以下の現象がでますので、確認および修正お願いします。 1)http://www.orca.med.or.jp/receipt/tec/chihoukouhi/p01- hokkaido.rhtml を元に地方公費の設定をします 2)患者登録をします。 この時公費の種類を 843 障害課有」とします。 負担者番号を[4101] 受給者番号を[1111] とします。 3) 登録」ボタンを押します 4)同じ患者を患者登録画面で呼び出し、操作を行うと 公費の種別は変 更できません」とエラーダイアログが表示され、修正などの作業が 2度と できなくなります。 5)343は北海道地方公費であり、この負担者番号に市町村を示す 4桁数 値を入力して患者登録してもらいたいのです。 負担者番号4101はその市町村を示す 4桁数値です(受給者証の市町村 記号)ちなみに4101は札幌市清田区です。 6)なお、保険番号マスタの番号チェックは全て チェックしない」になって います。 7)また、4101だけでなく 法則は解からないのですが、他の 4桁数値でも 同様の現象が生じます(1016でもなるようです)。 また、他の地方公費(障害以外の公費)でも同様の現象がでます。 負担者番号から公費番号を自動的に選択する部分のパグでは無いで しょうか? 検証および修正お願いします。	負担者番号が保険者マスタに公費でない保険種類で登録されている場合のチェックを追加します。 ですが、保険者マスタに登録されていない場合の公費種類 の初期表示は変更できません。 新規登録の時、負担者番号の頭2桁を法別番号として公費 の種類を決定しますので、公費の種類の初期表示が本来と 異なる場合があります。	H16.11.5
3	20050203-011	医療機関で、受付が消える?ような現象がでています。受付取り消しを していると思われるのですが、一応そのときのlogを添付いたしますの で、調べていただいてよろしいでしょうか?	患者登録画面の受付取消を押下しても、受付取消をしな かったので削除するようこした。	H17.2.17

12 登録(続き)

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
4	ncp 20050324-014	患者登録で公費を登録し、所得者情報画面で上限額を適用期間を2回 に分けて更新、更新、登録し(NO1)、再び、同じ患者 Dを入力し、所得 者情報画面で先に更新した情報を選択し、この上限額を削除し、残った 情報を選択すると、前に削除した情報が表示され(NO2)、もう一度、削 除すると、削除が出来ない。画面左隣の該当公費を選択すると、前に削 除された情報が出現する(NO3)。これは削除しても、更新しない場合の スペックかもしれない。 その後、これらの情報を1件ずつ、削除、登録し、情報を空にして、同じ 患者の患者登録画面で、公費を削除し、再び所得者情報画面で該当公 費が無いにもかかわらず、適用期間を設けて、上限額が更新(NO4)、 登録できるが、登録後、同じ患者で登録画面を開き、所得者情報画面を 選択しても、上限額は登録されていない。該当公費が無いにもかかわら ず、適用期間を設けて、上限額が何故、更新、登録できるか?	現行では、上限負担額等を入力途中でタグ切り替えにより 画面遷移を行い元の画面に戻ってきた場合、入力途中の内 容を残していました。このため、内容のクリアができなく入力 ミス等の場合は手でクリアする必要がありました。また、入 力途中の公費を削除した場合もそのままの内容が残ってい ました。 入力途中でタグ切り替えにより画面遷移を行った場合は、 入力途中の内容をクリアすることにしました。よって、上限金 額一覧を選択中でもタグ切り替えで選択が解除されます。	H17.3.29

12 登録(続き)

番号	· 管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
5	support 20050330-004	上限金額を削除後,残っている内容を選択しても削除した情報が表示され削除ボタンを押してもが出来ないというお問い合わせがありました。 Ver2.4.0のパッチ提供分で下記の動作については 仕様」と言うことになるのでしょうか? 51特定負担有りの公費にて患者の一部負担金額を変更する。 例】= (初) H16.10.1 ~ H17.2.28 負担金額は任意 (2) H17.3.1 ~ H17.3.31 (3) H17.4.1 ~ H17.4.30 (4) H17.5.1 ~ H17.5.30 以上のような公費の一部負担額を変更し、組み合わせを作ります。 一番古い期間から削除するために、 牣」を 削除」ボタンにて削除しま す。この時点では、上記例の番号は「2」の期間が一番上に表示されて います。 諸果】= (初) H17.3.1 ~ H17.3.31 (2) H17.4.1 ~ H17.3.31 (2) H17.4.1 ~ H17.5.31 となります。 それぞれの期間がひとつずつ、上にあがり、 牣」だけが削除されている ように見えます (期間の表示は 3つが残っています)。しかし、この状態で 話果】の (初) にあがっている期間を選択する(この期間が青く反転して いる状態)、ここで ゆグ」で切り替え、再び所得者情報へ ゆグ」にて切り 替えると、上記「例】の (初) H16.10.1 ~ H17.2.28と(2) H17.3.1 ~ H17.3.31 の二つの期間が削除されている。このまま 登録」をすると、二つの期間 が削除されてしまいます。 アナウンス文の中の「ゆグの切り替えにより選択を解除する」、と言うこと は 削除する」ということでしょうか?	平成17年3月29日に提供したパッチプログラムに不具合 がありました。 所得者情報の公費負担額の明細を削除してタグ遷移をした 後、再度、所得者情報のタグ画面に戻った時、削除した明 細以外の明細も削除されてしまいました。 公費種別一覧が1件しかない場合で、上限額の情報が複数 ある状態で明細を削除した場合にのみ発生します。明細を 削除したらすく登録を押下する。またはタグ遷移をしても、 再度所得者情報のタグ画面に戻らないという操作をしてい ただければ削除はされませんので、直ちにこのパッチを適 用する必要はありません。	H17.4.1

14 予約

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1	ncp 20050412-008	日レセ ver2.5.0 無床版にて予約を取った時に人数のカウントがうまく あがらない時があるとの連絡をうけました。運用としては、 1,すでにある予約情報をクリックして患者呼び出し 2,別の日を選択して時間枠をクリックして時間を入れる 3,予約(F12) そのときに人数がカウントされないことや何人か入っていて追加されないこと、別の枠にカウントされる(1の情報もとの時間らしい)ことがある そうです。 患者番号から患者を呼び出して予約登録した時には問題ないとのことです。	予約変更する時、変更前の予約日をカレンダーの選択日と していたので、カレンダーの日が変更された場合に元の予 約日の変更が正しくできませんでした。	H17.4.14

21 診療行為

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1		入院中の患者様で10/4に躯幹MRI (1回目)1220点を算定しました。 10/14にCT、MRI躯幹)(2回目以降)810点を入力すると警告のメッ セージがでます。 警告!撮影料は1回目の手技料が算定できます」と表示されます。 このメッセージは必要ないのではないでしょうか。 2.3.1のバージョンでは10/14に躯幹MRI (1回目)を選んでもCT、MRI躯 幹)(2回目以降)に自動で変更して正しく算定されましたが今回の2.4.0 ですと 10/14に躯幹MRI (1回目)を入力するとそのまま登録出来るのは 不具合ではないかと思われます。	バージョン2.4.0において入院でCT、MRを算定した患者に ついてはCT、MRを算定した日の会計を日付の古いものか ら順番に訂正で呼び出しそのまま登録してください。それに より算定歴を正しく作成します。また同一月に2回目以降を 算定している場合はその内容についても訂正で呼び出し登 録してください。 労災保険、自賠責保険で算定した場合はこの処置をする 必要はありません。	H16.10.15
2				H16.10.15

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
3		老人年齢に達していない患者が老人保健を受給していた場合、複数保 険入力で同時に入力する保険が自費であった場合、自費で算定する点 数が一般または老人点数のどちらの点数を算定するかを年齢から判別 できないために表示するメッセージが不適切でありましたので修正しまし た。 訂正前 主保険と老人 一般の判定が複数保険入力はできません。 訂正後 主保険と老人 一般の判定が違います。複数保険入力はできません。		H16.10.15
4		複数科を同時に算定した会計内容を訂正で呼び出し削除 (クリア)を行 なった場合、最終来院日が元の内容に変更されない不具合がありまし たので修正しました。	すでにこの操作により算定日が誤っている場合は次の操作 で正しい内容に訂正してください。 削除をした受診履歴が複数科を算定していて、最終受診の 履歴である場合に、最終来院日と初診算定日が削除後の 最終来院日と初診算定日に変更されません。 この場合、削除した複数診療科で算定した診療科を主科と して、最終来院日以降の日に何か点数を算定して登録しま す。 その後、訂正で削除 (クリア)すると正しい最終来院日と初診 算定日に更新されます。 なお、削除した複数科すべての科を主科ととして行なう必要 があります。 正しい内容に訂正しなかった場合、診療行為の最終来院日 と初診算定日が間違ったままとなります。 特に、削除した内容に初診料があった場合、初診算定日が 誤りですので初診料を自動発生しないようになります。 再診料の場合は、最終来院日のみが違っていますので、再 度、診療行為を登録していただくと正しい最終受診日に変更 されます。	H16.10.15

番	号 管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
		システム管理1038診療行為情報の入金の取り扱いは4伝票の古い未 収順に入金に設定 複数回数の未収があり診療行為画面の請求確認にて前回までの未収 金を入金、今回分は未収として処理した場合		
	5	 Ver.2.3.1では収納画面では前回分までの未収が全て入金済みとなり今回分は請求額=未収額となります。 Ver.2.4.0の収納画面では前回分までの未収は全て入金済みとなりますが今回分が請求額は今回請求額ですが未収額が今回請求額-今回入金額となってしまいます。 収納一覧にも誤差が生じます。 月日 今回請求額 今回入金額 入金日 9/1 1000 0 10/1 9/10 3000 0 10/1 9/10 3000 0 10/1 10/1 2000 9000 とした場合10月1日の収納が 今回請求額 2000 未収金 - 7000 収納一覧表(外来)も 請求金額2000 領収金額18000 未収額 - 7000 となります。 Ver.2.3.1では 請求金額2000 領収金額 9000 未収金額 2000 となっていました。 何か設定が変わりましたでしょうか。 	 復数科まとめの対応による不具合) 入金の取扱いが、4,5の場合 1.充当後の請求額が、0(ゼロ)になった場合 2.登録を押下した時の表示画面が入金額の入力できない条 件だった場合(保険の合計) この 2つの場合に、今回登録分の入金額の充当を行ってい ませんでした。	H16.10.20

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
6		大阪府の地方公費の関係です。 患者負担有り 回 - 上限額・・・500 日 - 上限額 ・・・500 日 - 上限回数 ・・・0 月 - 院内 - 上限額 ・・・1,000 月 - 院外 - 上限額 ・・・1,000 月 - 上限回数 ・・・2 上記の設定で公費を作り、生保険 + その公費」で診療をした場合、 (例 1) 1日 1回目 220円 2回目 280円 2回目 0円 500円を超えるまで徴収したい (例 2) 1日 1回目 220円 2回目 0円 500円を超えるまで徴収したい (例 3) 1日 1回目 220円 2回目 0円 正常です。 どなってしまい、2日は 500円を超えるまで徴収したいのですが、そのよう こなりません。 月 - 上限回数」はどのような回数になっているのでしょうか。 1日上限額が 500円で 2日まで徴収出来る場合、どのような設定をすれ ばよろしいでしょうか。	保険番号マスタの設定はこの通りで構いません。負担金計 算を修正しました。 患者負担有り 回 - 上限額 ・・・500 日 - 上限額 ・・・500 日 - 上限回数 ・・・0 月 - 院内 - 上限額 ・・・1,000 月 - 院外 - 上限額 ・・・1,000 月 - 上限回数 ・・・2	H16.10.26
7	20041022-012	J034 ミラー・アボット管(イレウス管)の中でフィルムを使用しているレ セコンで作成した明細書を見ました。ORCAでフィルムを入力する と、402の処置材料の後でも、器材は入力できません "のエラーになり、 ORCAでの入力方法が分かりません。入力方法を教えてください。	当初より、処置料でフィルム料の算定を不可としていました。算定できるようこしました。	H16.10.26

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
8		Ver.2.4.0の仕様についてご教授下さい。 院外処方を行っている医療機関で、投薬内容は入力せずに処方箋料を 手入力を行っているところがあるそうなのですがVer.2.3.1では処方 箋料を手入力した場合でも特定疾患の病名がある時には確認画面で、 特定疾患処方管理料が算定出来ます。OKで自動算定します。』とメッ セージが出ていましたがVer.2.4.0では確認画面が出ません。 確認メッセージを登録時のみにして、訂正時には内容を展開するように しました。 訂正時に特定疾患処方管理料などの確認メッセージによる自動算定は 一切しません。 という事は以前回答いただきましたが、処方箋料手入力の際には登録 時にも確認メッセージが出ないのも仕様の変更でしょうか。	投薬の算定がなく 処方せん料のみの算定があった時、特 定疾患処方管理料の確認メッセージを表示していなかった ので表示するように修正しました。	H16.10.26
9	20041101-001	診療行為画面にて患者を入力すると、自動で療養担当手当(入院外)が 算定されるのですがこれは11月より算定できるので良いのですが、そこ で、中途終了をして再度、診療行為画面にて患者IDを入力すると療養担 当手当(入院外)が2つ算定されています。 療養担当手当(入院外)は月に1度しか算定できません。 ORCAで何か設定をしなければならないのでしょうか? マスタ登録の、自動更新・チェック機能」で療養担当手当(北海道)の項 目は算定するとしてます。 現状は、2回算定されているものは、手で消していますが、早急な回答 をお願いします。	11月から自動発生する、療養担当手当(入院外)が、中途 終了から展開した時に二重に自動発生していたので修正し た。 また、行削除をした時、削除した行が剤の最後の場合、次ぎ の剤の自動発生していたコードを削除することがあったので 修正した。(自動発生した指導料のコメント(83XXXXXX) などで埋め込んだ名称がクリアされてしまうことがあった。コ メンド以外は影響なし)	H16.11.5

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
10		Ver.2.4.0にて保険証を持参しなかった為に自費にて患者登録を行い初診料はダミーにて入力し、保険証持参時に保険登録を行い診療行 為画面にて診療訂正で変更しようとすると 算定上限回数を超えていま す。算定できません。』とエラーが出て保険変更出来ません。 一度初診料ダミーコートを消し、算定履歴で初診料ダミーを削除すると 変更可能ですが会計照会での保険一括変更、通常の初診料ではエラー は出ません。また2.3.1で初診ダミーを変更してもエラーは出ませんで した。	初診料ダミー (099110001)を訂正で呼び出し時、上限回数 エラー <i>と</i> なっていたので修正しました。	H16.11.5
11		外来入力で複数診療科をまとめ入力した時、画像診断料を先頭の診療 科以外で算定した場合、登録時に自動発生する診断料が自動発生しな いことがあったので正しく自動発生するように修正しました。		H16.11.11
12		外来入力で複数診療科 保険をまとめ入力した時、検査の生化学的検 査 (1)と生化学的検査 (2)を異なる診療科あるいは保険組合せで算定 した場合、自動発生する検体検査管理加算を後で算定した方で作成し ていましたが、最初に算定した方で作成するように修正しました。		H16.11.11

2	1	診療行為	鸟 (続き)	
~		ロジルス しい		

番	号 管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1	3 20041104-015	担当の医療機関より、51特定の入力について問合せがありました。 バージョン2.4.0で複数科保険入力を院内処方で行ないました。 1.主保険:再診料、内服薬 2.51特定: 外用薬 と、入力したところ、外用調剤料が51特定に算定されず主保険のみの内 服調剤料と同時に算定されております。 もちろんレセプトも公費分点数の欄にも記載されておりません。	外来入力で複数保険をまとめ入力した、処方料 調剤料 処 方せん料の自動算定する該当保険を最初に投薬を算定し た保険ではなく 麻毒加算のある保険を優先するように修正 しました。 院内分について 1.処方料は麻毒加算のある保険を優先とする 2.内服と外用を別の保険で算定し、それぞれに麻毒加算 が算定できる時、内服の保険で処方料を算定する 3.調剤料は内服と外用で算定している最初の保険か麻毒 加算のある保険とする 4.特定疾患処方管理加算は処方料と同じ保険とする 5.長期投薬加算は28日以上の投薬のある保険とする 処方料の保険と違う場合、処方料を長期投薬加算の保 険にする。但し、麻毒加算があり長期投薬加算と違う保険の 時は麻毒加算の保険で処方料を算定する。この場合、処方 料と長期投薬加算の保険が違うことになる。 院外分について 1.処方せん料 特定疾患処方管理加算は最初の保険とする 。 2.長期投薬加算は28日以上の投薬のある保険とする 処方せん料の保険と違う場合、処方せん料を長期投薬 加算の保険にする。 3.処方せん料が手入力されている場合は、投薬の有無に 係らず特定疾患処方管理加算も同じ保険とする。	H16.11.11
1	4	同一剤内でフィルムと特定器材 (フィルム以外)を入力された場合の算 定方法を見直した。	算定点数は今までと同じであり、今後のシステムメンテナンスの都合のため変更を行った。	H16.11.24

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
15	20041115-005	Ver2.3.1のとき 特処の算定可能な患者に、お薬を出すと特処が算定できます」のメッ セージが出て、診療行為2画面目で自動算定しておりました。同月内で 同じ患者を呼び出した際、診療行為画面では、処方がDoされて表示さ れ、下12.登録」を押すと特処が算定できます」のメッセージが出てき て、自動算定されます。3回目からは、処方のDoは表示されますが、特 処加算のメッセージがでません。 Ver2.4.0のとき 月の1回目は、特処が算定できます」のメッセージが出ますが、2回目 以降Do入力されており、3回目では、いちいち消さないといけなくなって おります。4回目からは、Do表示もされないので問題ないのですが、、、 特処加算の状態が、Ver2.3.1の時は、診療行為2画面目での自動発生 フラグだったものが、Ver2.4.0では、自動発生フラグが外れているので、 当然1画面目での削除操作を必要とします。 上記内容が要望対応だったかどうかを含め、提供資料で見つけられな かったので、確認のメールを出させていただきます。現場としては、 Ver2.3.1の状態が望ましいという声が聞かれたものですから。	バージョン2.4.0からは次の仕様とします。 1.前回処方の展開時に当月の算定回数エラーのもの併用 算定エラーとなるものは展開しない。 2.特定疾患処方管理加算、長期投薬加算は前回に手入力 されていても展開しない。ただし、処方せん料を手入力され ていた場合は展開をする。 3.北海道の療養担当手当てを自動発生した場合、1剤1明 細として回数を*1で展開をする。これは、次の剤が投薬で 診療種別を省略していた場合、療養担当手当てと同じ剤に なってしまうため。よって、コメントを追加される時は*1を削 除してもらうこととなる。	H16.11.24
16		大阪の41老人2割の設定が出来ませんとのお問い合わせを頂きました。 27老人2割と同じく入院の場合の負担金は72300円+(医療費 - 36 1500円)×1%になるそうです。	大阪 41老人 2割入院 (保険番号マスタの 2桁目から2桁が " 41 "で負担割合が 2割)の場合、月上限額 72300円 + (医 療費 - 361500)X1%)で患者負担金計算を行うよう修正 しました。	H16.11.29

番号	· 管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
17	20041015-022	有床診療所(19床)バージョン2.3.1 入院の患者さんで、国保/41老人/長期の保険組み合わせでレセプトを 出力したところ、本来レセプトの一部負担金額には長期分の¥10,000 円の金額が印字されるところを41老人の入院月上限金額の¥40,200 円が印字されていました。 診療行為の入力は、3つの保険が含まれる保険ですべて入力しました。 41老人の公費設定は、HPのとおりに設定しています。検証をお願いし ます。	埼玉県41老人+長期のレセプトー部負担金記載対応 保険番号マスタの2桁目から2桁が"41"で、972長期高額 療養費を組合せに持つ場合、41老人の月上限額を1000 0円とし、収納テーブルのレセプト記載用項目の編集を行う 事とした。 注)該当公費をもつ患者については、再計算又は診療行為 訂正を行う必要がある。	H16.11.29
18		福島県乳幼児医療費の制度改正による患者負担算定対応 実施県】福島県 対象公費】乳幼児医療費 実施日】16年12月1日 助成内容】乳幼児医療費の窓口無料化(項目1は従来から実施。今回 項目2が追加実施となる) 1.市町村国保:レセプHこ10割を記載して請求(患者自己負担無し) 2.上以外:1レセプHを1件とし、¥21,000/件未満の一部負担金は 窓口無料(医療機関から所定の請求書で各市町村へ請求 但し、¥21,000以上の一部負担金に付いては全額本人負担となり、 本人が直接請求する償還払方式による助成となる	1.乳幼児医療費の特殊計算対象の保険番号として "245" を作成 *保険番号マスタについて 小来 - 負担区分 「1 患者負担あり」 ・月 - 院内 - 上限額 「21000」 ・月 - 院外 - 上限額 「21000」 ・入院 - 負担区分 「1 患者負担あり」 ・月 - 上限額 「21000」 2.患者に当該公費を登録する 3.入院外について 会計時に1ヶ月の累計金額が上限金額 (¥21,000)未満 の場合患者請求は発生しない。(自費を除く) 会計時に1ヶ月の累計金額が上限金額 (¥21,000)以上 の場合その会計時点から患者請求が発生する。 ・患者請求が発生した場合、収納業務にて同一月に受診 があるか確認。ある場合は再計算及び診療費請求書兼領 収書の再発行を行う、又、必要に応じて入金処理を行う。	H16.11.29

21 診療行為(続き)

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
18			 4.入院の定期請求について 公費の特性上、公費該当患者については"月末時のみ 請求"設定での運用を推奨します。 例えば、定期請求が月2回ある場合です(入退院登録に て、定期請求(1 医療機関での設定)としていると仮定) (該当公費をもつ方の患者負担) 1回目の定期請求 保険負担分は0円(月上限額未満)食事負担780X日数分 2回目の定期請求 保険負担分はXXX円(月上限額 超)食事負担780X日数分 となったとします。 その場合、該当患者の入退院登録の定期請求を(2 月 末時のみ請求)と変更し、定期請求を個別に月末一括請求 で行う必要があります。運用上、入返金の扱いも、2回目の 定期請求にて該当公費をもつ患者の公費一部負担金が発 生しているかを請求書から識別するのも煩雑になると想定 できます。 入退院登録される際に、定期請求をおこなっても上限額 を超えるかある程度識別ができるならば、その際、定期請求 の区分を変更しておく事で運用を軽減できるかもしれませ 	前ページか らの続き
19		初診算定日の入力を行うのに診療行為入力で初診日の日付を設定し自動発生した再診料、外来管理加算等をクリアし何も診療行為のない状態で請求確認まで登録を行った場合にVer.2.3.1までは次に患者を呼び出した場合初診算定日、最終来院日に初診日の日付が表示され再診料が自動発生しますが、Ver.2.4.0では入力を行った時点では初診算定日の表示はされますが次に患者を呼び出した場合初診算定日、最終来院日空白で初診料が自動発生します。 算定履歴照会では初診料が表示されますがこちらは仕様の変更でしょうか。一度再診等入力し、登録を行い診療訂正でクリアにした場合にも同様となります。	初診料コードの後に初診算定日を入力して初診算定日を決 定する場合、算定履歴だけを作成していたために不具合が 発生してしまいました。(複数診療科まとめ入力対応により 修正ミスがありました。)	H16.12.2

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
20	20041211-002	単純 CT撮影でガストログラフィンの '経口用 'を使用し造影した場合、入 力すると 170011810 躯幹単純 CT撮影 170012070 造影剤使用加算 617210010 ガストログラフィン 100m L内服) 上記のよう造影剤使用加算が自動算定されます。しかし、点数表では 単純 CT撮影及び特殊 CT撮影における造影剤を使用した場合とは」の 注釈に 経口造影剤を使用した場合を除く」とあります。 そうすると、この場合内服のガストログラフィンを使用しているので造影 剤使用加算は算定出来ないのでは無いでしょうか? 手動で、造影剤加算を削除してもまた自動で出てしまいます。確認及び 修正をお願いします。	CT及びMRIEおいて内用薬の造影剤を入力された場合は 造影剤使用加算を自動発生しないようにしました。	H16.12.22
21	20041211-001	相互作用チェックを「1」とし、内服薬を入力すると禁忌薬剤一覧が表示 されチェックがかかるのですが、無視をして前に進むと診療行為確認画 面を登録したところでフリーズしてしまいます。医療機関様より指摘され 当協議会でも現象の確認ができましたので調査していただけないでしょ うか? 入力内容は、 ウリアミンS錠 1T+ 2mgセルシン錠 1T」を入力し、別 の日付で「SG顆粒 1g+マクサルト錠 1T」を入力すると禁忌薬剤一 覧が表示されます。現在、チェックを外して使用していただいておりま す。宜しくお願いいたします。	併用禁忌マスタの症状、作用機序の内容に半角と全角が混 在しているが、その処理方法が不十分でした。	H16.12.22

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
22		 複数科入力について。 前回未収があり、今回診療分と一緒に前回未収分をもらう場合複数科入力にしている場合、入金の取り扱いを「1今回請求分のみ入金」以外に設定しますと入金額に合計金額を入力することは出来ますが領収書の今回入金額には今回請求額のみ印字され収納も前回未収分は未収として残ってしまいます。 例)1月4日 100円未収あり 1月6日 複数科入力 今回請求額500円 請求確認画面にて入金額600円とし領収書を発行 今回請求額500円 前回請求額100円 今回入金額500円 と印字され100円は未収のままになっている。 今回入力を複数科入力ではなく単科のみの入力にしますと今回入金額600円と印字され未収も残りません。 	複数科 保険組合せの場合でも正しく充当されるようにしま した。 また、前回未収額があった時の請求書の前回請求額がす べての請求書に編集されていて、今回請求額に加算されて いました。前回請求額は最初に印刷する請求書にのみ編集 して、今回請求額に加算するように修正しました。 (注意) 請求書発行プログラムを併せて修正しましたので、カスタマ イズプログラムを使用されているユーザは同様に修正を行き 必要があります。別紙を参照してください。	H17.1.25
23	20050125-004	北海道の地方公費の負担金計算を見直しました。	北海道札幌市以外の乳幼児(保険番号マスタ:342で登録 された公費を持つ患者)に関する入院負担金計算におい て、札幌市の乳幼児(同 342)と同様の負担金計算をしてい たが、初診料の有無に関わらず1割40200円上限で計算 を行うように修正しました。	H17.1.25
24		検査料、画像診断料、在宅料、その他料(リハビリテーション料など)で 酸素の算定ができなかったので算定できるようにした。		H17.2.17

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
25	20050207-004	同一日に抗てんかん剤を2種類投与した場合特定薬剤治療管理料は2 回算定出来ます。 113000410*2で特定薬剤治療管理料を算定するとエラーメッセージが出 て登録出来ません。 113000410*1 113000410*1と別々に入力すると登録出来ますが中途終了し、再度中 途表示した場合 113000410 しか表示されません。 ひとつ消えてしまいます。 どの様にしたら、消えないようになりますでしょうか。	中途終了時に同し指導料が 2つ入力されていた場合(特定 薬剤治療管理料など)、展開時に 1つしか展開していなかっ たので、正しく展開するようこ修正しました。	H17.2.17
26	20050214-002	検査で、「A/G比」と 蛋白分画」を入力すると、検査の重複算定エ ラーです。」と表示され、どちらかを削除しないと、処理続行できなくなり ます。点数表を確認しましたが、双方が重複算定できないという記載は ありませんでした。支払基金へ確認しましたところ、 点数表の解釈上、 同時算定できない決まりはないですが、 医学的には同時に検査する必 要がないと見なされ、審査 減点の対象となることがあるようです。」との ことでした。 点数表の解釈にない項目なので、エラーではなく警告表示 にしていただくことはできないでしょうか?	検査の重複チェックで、蛋白分画とA/Gの重複チェックを はずしました。	H17.2.17
27		検査の内分泌負荷試験の点数に乳幼児加算を反映していなかったので 加算した点数で算定するように修正した。(画面上は自動発生した乳幼 児加算を表示していたが最終的な点数に含めていなかった。)	内分泌負荷試験の月上限点数の自動算定はバージョン 2.5.0で実装します。	H17.3.29

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
28		17年3月まで皮膚科のみを標榜診察料は出来高で算定。17年4月より 小児科を標榜したためにシステム管理マスタの1006施設基準情報の期 限を~17.3.31と17.4.1~に区切り17.4.1~の情報に小児科にフラグを1に 設定し登録。 環境設定を17年4月以降にした状態で3月分の訂正で開くと小児科外 来診療料以外です』とエラーメッセージが出て訂正が出来ません。環境 設定を17年3月以前にした場合にはエラーにはなりませんがこちらは仕 様でしょうか。 環境設定を17年3月にした状態で診療年月日を4月に変更した場合には 小児科外来診療料で算定されエラーも出ません。	小児科外来診療料算定の施設基準から出来高への変更は 問題ありませんが、この逆のケースはエラーとなっていまし たので修正しました。	H17.4.14
29		国保 + 27老人 1割 + 静岡障害 (保険番号 :185)の組み合わせで、診 療すると請求確認画面にて 12000円までしか請求されない。国保 + 27 老人 1割ですと上限はなくなります。 185では上限額は設定してないです。 全国的に地方公費に適用する、しないは分かりませんが、静岡障害 (1 85)、母子家庭 (184)は上限はないとのことです。	静岡県地方公費について 入院・外来負担金計算において、高齢者の場合で静岡障害 (185)、母子家庭(184)の公費負担限度額を超える算定 を行う為、公費負担限度額の外来上限12000円、入院上限 40200円を適用しないようこしました。	H17.4.14

24 会計照会

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1		自賠責と医科保険を使用しており8月分の訂正を行いたいが既に受診 履歴に表示されない。訂正したい部分は消炎鎮痛等処置に労災1.5倍 加算を追加したい。 変更したい日(8月9日)は初診で自賠責保険のみを使用。消炎鎮痛等 処置は当日3部位算定している。8月は計36回消炎鎮痛等処置を入 力。全て自賠責保険にて入力。 会計照会で剤変更にて消炎鎮痛等処置に労災1.5倍加算を追加して みたが『1日に3部位まで算定出来ます。既に算定済みです。』とエラー が出て追加出来ない。 次に一度変更したい剤を回数変更で0にし(削除)診療行為画面で、診 療日を8月9日にし自動算定される基本料等を削除して消炎鎮痛等処 置と労災1.5倍を入力してみたが、算定回数を超えています。算定でき ません。』とエラーが出て追加出来ない。 算定履歴で9日の消炎鎮痛等処置の算定履歴を削除してみたが『1日 の算定回数を超えています。』とエラーが出て変更出来ません。 上記の様な場合どの様にして訂正すればよろしいでしょうか。	労災・自賠責保険の内容を変更した時、消炎鎮痛等処置、 リハビリの算定履歴を労災・自賠責毎に変更せずに、健保 (保険ゼロ)で作成していたので正し〈作成するように修正し た。算定履歴が正し〈更新されないので、消炎鎮痛等処置、 リハビリの回数チェックが正し〈行われない可能性がある。 特に労災・自賠責保険と健保の両方で算定している場合に は、算定履歴を直接変更していただきたい。	H16.11.24
2		回数を0回にした場合、算定履歴も回数0で残りますが、その後、診療 行為から登録すると算定履歴の初回算定日が0のままとなっていたので 修正しました。		H16.12.2

31 入退院登録

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1	20041104-007	業務メニューから入退院登録画面が開けなくなりました。入退院登録の ボタンを押すとそのまま固まります。 バージョンは入院版2.4.0でパッチはすべてあてています。 この現象に陥ったタイミングは、退院再計算処理を行った後だそうです。	退院再計算処理の更新処理に失敗すると発生することがわ かりました。	H16.11.5
2		Ver.2.4.0以降にて入院取り消し(会計含む)を行った場合でもCT、 MRDの算定履歴が残っているため新たに会計入力しても2回目以降で 算定される。	入院取消(会計を含む)を行った時、 CT ,MR DD算定履歴 が削除されていなかったので削除するように修正しました。	H16.11.11
3	20041126-014	以下の入力を行うと時計状態のままになります。 1)主保険のみで以下の入退院行為を行う 入院日 2004/11/26 退院日 2004/11/26 2)患者登録画面で同じ患者に[051 特定負有]の公費を追加する 適応期間は 2004/04/01 - 1004/12/31 3)公費負担額を以下とする 適応開始日 2004/12/01 適応終了日 2004/12/31 外来上限額 1000 入院上限額 1000 4)入退院登録で同じ患者を呼び出す [04 照会]のまま 5カルテ発行」ボタンと押すと時計状態のままとなる ちなみに[01 入院登録]の場合は問題ない	次の条件に全て該当した場合、カルテ1号紙の発行を行うと フリーズする不具合を修正しました。 (1)患者が既に退院している (2)システム日付が退院日の翌月以降 (3)退院日と入院日が等しい (4)異動事由に「照会」が選択されている	H16.12.2
4		老人特定入院料の老人性痴呆疾患治療病棟入院料が入院期間が90日を超えた場合1日に1が110点、2が30点減算となるのですが、日レセで登録しますと自動で91日目より減算されますが再入院の場合、継続入院にしましても新しい入院日から91日を起算してきます。	90日を超えた場合に正しい点数算定ができていませんでし たので修正しました。	H17.1.25

31 入退院登録(続き)

<u> </u>				
番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
5	ncp 20050411-011	新潟県の公費で161県障の方で入院一日1200円負担の患者様 一日の診療行為の算定が31700点以上超えると公費負担金が1200円発 生しなくなり、会計に困ります。	1日あたりの主保険部分 (3割)患者負担額が 10万円を超 えた場合に公費負担金が正しく計算できない不具合があり ました。	H17.4.14

32 入院会計照会

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1	20050203-003	入院会計照会で食事を2の食事療養+特食に変更し次月を押すと1・食 事療養のみに戻ってしまいます これを次月を押しても2の食事療養のまま反映されるようには出来ませ んでしょうか?病床数200以上の病院さんで毎月結構な数の変更をか けているそうです ご検討よろしくお願いします	入院会計紹介画面で次月ボタンにより会計作成を行った際 に食事の情報が引き継がれなかったので修正しました。(食 堂加算があった場合のみ現象が発生します。)	H17.2.17

33 入院定期請求

_					
ž	皆号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
	1	20041117-011	「33入院定期請求」で、個別で入院定期請求をするとします。 患者請求ー個別指示」画面で「氏名検索」ボタンによって氏名検索をし ます。 検索結果の患者を選択すると常に「他端末で使用中です」とエラーダイ アログが表示されます。システム管理マスタで排他制御情報を削除して も同し結果です。	定期請求業務 - 個別指示画面から氏名検索画面へ遷移 し、そこで患者を選択すると、多端末からの入力が行われて いないにも係わらず、他端末で使用中です』のエラーメッ セージが表示され患者の選択が正しぐ行われない不具合を 修正した。	H16.11.24

33入院定期請求(続き)

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
2	ncp 20050408-012	最初に入院会計未作成者一覧表(ORCBG 003)にて会計情報がある事 を確認しました。 にも関わらず定期請求を行うと処理結果ダイアログにて、 処理名 :収納データチェック エラーメッセージ :患者定期請求履歴データの取得に失敗しました 患者 番号 : 」 と表示されます。おかしな事に患者番号が表示されません。	収納データを確認しましたところ、診療日2003/4/14の入院 収納データが存在し、このデータの請求期間の終了日が "99999999"となっていたことから、不具合の事象が発生した ようです。 同一伝票番号の外来収納が存在し、外来・入院それぞれの 収納の伝票発行日が外来:2003/4/16、入院:2003/5/1となっ ていることから外来の訂正分が誤って入院の収納として登 録されたようです。 入院収納の伝票発行日から判断して恐らく 緊急・重要】日レセ」1.0.9で外来分データが入院分データ として作成されてしまう この不具合によって作成されてしまったものと思われます。 ただ、この不具合についてはこの時に修正済みですので現 在ご利用の日レセでは発生しません。	H17.4.14

36 入院患者照会

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1	20041220-007	対象の画面 :入院患者照会 現象概要 :患者番号を入力すると違う患者様氏名が表示されてしまう 現象詳細 :入院患者照会画面を開き、102310 と患者番号を入力 本来であればAさんの患者氏名が自動で表示されるはずであるが 患者番号2351のBさんの名前が表示されてしまう	5桁を超える患者 D 健者番号ではありません)を持つ患者 に対して患者番号欄に患者番号を入力すると異なる患者の 情報で表示をしていました。	H16.12.22

41 データチェック

番号	号 管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1	20041129-007	産科有床医院ですが、産科入院の場合に入院管理料を自費で徴収して いて検査、処方のみに保険を使用する場合があります。この時、実日数 のデータチェックがかかりません。データチェックできるような設定方法 等はありますか?	入院の実日数算定チェックについて、入院会計照会業務で 入院料の剤を削除した日についても実日数をカウントしてい たため、削除した日の診療行為に算定回数のカウントを行う 剤の入力があってもエラーとならかった不具合を修正しまし た。	H16.12.2
2		病名登録画面にて21文字以上の編集病名を登録しレセ電データを出 力すると21文字目以降が記録されませんがオペレーターが文字数を計 算して入力するしか、回避方法はないのでしょうか?	患者病名では入力時にチェックを行うようにしています。また、データチェックでも病名業務同様にチェックを行う機能を 実装していますが、こちらについては不具合がありました。 システム管理にてレセプト電算処理を行うよう設定がされて いる場合、データチェックで病名文字数のチェック(20文字 越えチェック)をするようにしているがこのチェックを行う際の 判断に誤りがありました。	H16.12.22

42 明細書

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1		複数科で外来管理加算を算定している医療機関において、レセプト電算 データの外来管理加算について正し、回数で記録できない不具合があ りました(紙レセは問題無し)。 例) 1日に内科で外来管理加算を算定 2日に整形外科で外来管理加算を算定 上記の場合、レセ電データに外来管理加算の回数が2回と記録されず に1回と記録されていました。		H16.10.15
2		レセプト電算データの記録で漢字氏名及びカナ氏名の先頭が空白の場合はカナ氏名を前に詰めて記録するようこしました。		H16.10.26

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
3	20041019-019	広島県の地方公費の関係です。 51+90のテストを行っている最中、一部おかしな点がありました。 (例)51(上限額2,250円)+90(上限額2,000円)の患者(3歳未 満)で 1日目 506点・500円徴収 2日目 217点・430円徴収 3日目 217点・430円徴収 4日目 217点・380円徴収 5日目 請求額無し と入力したものをレセプトで出力すると、 公費(1)一部負担金額 2,250円 公費(2) " 1,748円 と印刷されます。 90乳児の一部負担金は窓口徴収額を記載するようになっているので、 1,740円と記載されなくてはなりません。 データによっては端数が出ない場合もあるようです。	収納情報を作成する部分での不具合ですので該当患者の 診療訂正あるいは収納再計算を行ってからレセプト処理を 行って下さい。	H16.10.26
4		レセプト電算データの記録で職務上の事由の次に該当される場合に記録されていませんでした。 ・共済組合の船員組合員で下船後3月以内の傷病により職務上の取り 扱いとなる場合		H16.10.26

番号	· 管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
5	20040928-016	広島県の乳幼児医療の制度情報で次の内容があった。 問4 乳幼児医療一部負担金については、10月 1日からも入院のみ無 料若しくは入院通院とも無料としている市町村があるが、一部負担金が ない場合におけるレセプトの記載はどのようになるのか。 答4 一部負担金額欄は空欄ではなく 0 (ゼロ)を記載してください。	地方公費について10月から制度が変わった事によりレセプトの負担金額欄に0(ゼロ)円を記載するように通知が出ている場合があり、対象となる地方公費についてレセプトカスタマイズで0(ゼロ)記載を可能となるようにしました。 レセプトカスタマイズプログラムでの対処方法 入院外レセプトの場合 RECE11-FTNMONEY(添え字1~3)に対して9999999999 (9桁) をセットすることでレセプトの一部負担金額欄に0と表示で きます。 入院レセプトの場合 RECE67-FTNMONEY(添え字1~3)に対して9999999999 (9桁) をセットすることでレセプトの負担金額欄に0と表示できま す。	H16.10.26
6		レセプト電算データ作成で注加算項目の記録順序を見直しました。 (手術、麻酔:入院について)		H16.11.5

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
7		Ver.2.4.0での労災の入院加算についてのお問い合わせです。 10月22日に新規入院 10月23日に転科転棟転室処理 実際には10月分は10月22~31日までの10日間労災(2週間以内) (1.3倍)×10 となるはずですが 労災(2週間超)(1.01倍)×4 労災(2週間超)(1.01倍)×6 と出力されます。 こちらで検証しましたが異動日に関係なく10月22日からの入院分は上 記のように出力されます。 こちらで検証しましたが異動日に関係なく10月22日からの入院分は上 記のように出力されます。 ver.2.3.1では異動を行っても労災(2週間以内)(1.3倍)×10と出 力されていました。 また入院日を10月20日にし12日間にしますと 労災(2週間以内)(1.3倍)×2 労災(2週間以内)(1.3倍)×2 労災(2週間起)(1.01倍)×10 入院日を10月23日にし9日間にしますと 労災(2週間以内)(1.3倍)×5 労災(2週間起)(1.01倍)×4 と出力されました。	再度、労災レセプト作成処理を行ってください。	H16.11.11
8	20041116-026	前月に療養から一般に転棟した患者で今月レセプトを作成するとレセプトの区分欄に、前月の療養が印字されてしまいます。	入退院登録で転棟した場合、レセプト病棟区分の編集時に 該当診療月でない病棟区分も含めて記載していたので修正 しました。	H16.11.24

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
9	20041113-001	特定抗精神病薬治療管理加算の診療行為レコートが出力されない。 特定抗精神病薬治療管理加算(190117570)が入力されているにも関わ らずレセ電ファイルには診療行為レコートが出力されない。	平成 16年 4月より新設されたコードで考慮から漏れていました。 記録するようこしました。	H16.11.24
10	20041117-004	レセプト電算データ関係 (1)精神科隔離室管理加算と精神科措置入院診療加算の診療コートが 出力されない。精神科隔離室管理加算と精神科措置入院診療加算が入 力されているのにレセ電ファイルには診療コートが出力されない。 (2)10月30日までは社保で31日だけ国保の時、31日分、精神科病 棟入院基本料3、夜間勤務等看護加算5、入院時食事療養(1)、特別管 理加算、食堂加算が出力されない。ちなみに社保を29日で切り、国保を 30日からにしてやってみましたら出力されました。	入院診療行為画面で入力した入院料加算についてレセプト 電算データへの記録及び外泊コメン Hこ数字以外の文字 (空白)が混在する不具合を修正しました。	H16.11.24
11		同一剤内でフィルムと特定器材 (フィルム以外)を入力された場合、レセ プト電算データの記録に誤りがありました。 (例)画像記録用フィルム(半切) 339円 2枚 膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル(2管一般(1)) 275円 1本 修正プログラム適用前は TO,,1,700710000,2.00 TO,,1,728720000,1.00,96 点数は合算の96点を記録 修正プログラム適用後は TO,,1,700710000,2.00,68 フィルムの点数を記録 TO,,1,728720000,1.00,28 カテーテルの点数を記録 と記録するようになります。		H16.11.24

番된	計 管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
12	2	入院レセプト電算データ関係 診療行為入力画面で入院料加算を入力した際に同一剤に併せてコメン ト入力した場合、レセプト電算データ作成時に正しい内容として作成でき なかったのでコメントを除外することにした。	コメントの編集方法を検討しいずれ対応を行う予定です。	H16.11.29
1 3		老人 2割負担患者のレセプト記載について レセプト下部にある 療養の給付」欄の 負担金額」欄の記載ですが、老 人 2割の患者は一部負担金の上限が 72300円であり、この患者の場 合は 1円単位まで記載することになっております。 Q .窓口で徴収する負担額は 1円単位まで徴収するのか。 A. 1円の単位 (10円未満)は四捨五入する。ただし、今回現物給付化さ れることとなった一定以上所得者の入院のケースにおいて、高額医療費 の対象となるケース (自己負担限度額72,300円 + (医療費 - 361,500円) × 1%)については、1円単位まで徴収する。(1%負担に 1円未満の端 数が生じる時は四捨五入するので 1円単位が発生する。) なお、診療報酬明細書 (レセプト)には、入院患者および入院外の在総 診 在医総を算定している患者さんのみ窓口で徴収した金額 (1円の単 位を四捨五入した金額(注))を 負担金額」欄に記入する。それ以外 の場合は記入する必要はない。 注 .72,300円 + 1%の場合は 1円の単位まで記入する。 (参考:日本医師会 健康保健法の一部改正のQ&A (更新版)) あくまで、を人 2割負担」「72300円を超える定率負担金が発生」する 時のみレセプHに 1円単位の記載が必要であるという事です。 Ver2.4.0、および2.3.1ともに、上記の条件で登録 印刷を行うと一部負担 金の 1円単位が四捨五入されておりますが、これは仕様でしょうか?もし くは、設定等で上記現象を回避することができますでしょうか?	入院レセプトで、老人 2割の患者負担が72300超になる場 合、一部負担金の記載が1円単位でなく四捨五入された 金額で記載されていたので修正しました。 レセプト作成処理を再度行ってください。 該当の患者が分かっている場合は個別作成でも構いま せん。	H16.12.2

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
14	20041201-027	国保と母子を持っている患者さんで、全部で11日受診していて3日が国 保で、9日が母子で受診されています。診療行為は保険を切り替えて入 力しているため、レセプHに実日数、点数、摘要欄などは分かれてでてき ているのですが、療養の給付のところだけ、保険の欄にまとめられてで てきています。実日数がのところに9日と書いてあるのに、療養の給 付のは空白になっています。療養の給付のには公費の点数がでな いといけません。修正をお願いします。	福岡県の 乳 障 母」の地方公費を持つ患者のレセプトで主 保険と地方公費に分点が発生した場合に療養の給付欄に 地方公費の点数を記載するようこしました。	H16.12.22
15	20041203-009	レセー括作成と個別作成で摘要欄の印字が異なります。 一括作成をすると内容に抜けが生じ、個別作成をすると正常に印字され る。	入院レセプトで選定入院患者について、他医療機関受診を 登録した患者のレセプト作成を行うと、点数マスタの読み込 みができなくなる場合が発生し、その影響で摘要欄の記載 漏れを引き起こしていました。	H16.12.22
16		主保険+27老人+51特定負有で在総診の場合の公費 欄の一部負担金の記載についでなのですが現在日レセでは点数及び一部負担金ともに保険分と異点数、異金額の場合のみ記載という仕様だと思いますが点数に関しては同じ場合には省略して差し支えない。と記載されておりますが、一部負担金に関しては明細書の記載要領には 公費 及び公費 の項にはそれぞれ第1公費及び第2公費に係わる医療券等に記載されている公費負担医療に係わる患者の負担額 (一部負担金 (標準負担額を含む。))の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係わる患者の負担額を下回る場合には、当該額)を記載する。 と、記載されております。 愛媛県の医療機関では記載がないために返戻となったそうです。	例えば、主保険 + 27老人 + 51特定負有で在総診の場合 の公費 欄の一部負担金の記載について、保険欄と同額 の場合、省略していたが記載するようこしました。 該当公費は、所得者情報で限度額を入力する公費を対象と した。	H16.12.22

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
17	20041216-003	レセ電データの職務上のエリアに"9"が記録されているとの事。 弊社の環境でレセ電データを作成すると患者登録の補助区分の 9 1 割」 A 1割職務」などの区分 9」 A」がそのまま記録されている。 本来なら1割は記録しない。職務なら"1"を記録するべき。 今月は見逃してもらいましたが、このままだと返戻になるそうです。	修正漏れでした。	H16.12.22
18		自費 (980)にて .990を宣言しコメント入力してもレセプトに印字されないのですがこちらは仕様でしょうか。剤の最後にコメントを入力した場合、病名または会計照会よりコメント入力した場合は印字されますが、摘要欄の最初にコメントを印字させたい場合どの様にすればよろしいでしょうか。	「.990」を宣言してコメント入力でレセプトに記載するように しました。	H17.1.25
19	20050107-014	国保で乳障母 (例えば母子)の患者さんで、初診で来られた月のレセプト に、一部負担金がでています。ここには何も記載しないはずなのです が、初診の際の負担金がでています。以前はでてなかったのですが、な ぜ出るように設定をしたのですか?早急に修正をお願いします。(地方 公費のバージョンは最新のものを使っています。)	福岡県の 乳 暲 母」の地方公費を持つレセプトで負担金が 記載されていたので記載しないようこしました。	H17.1.25
20	20050107-015	入院で 11月30日 ~ 12月1日 治癒 12月24日 ~ 新規 と言う同月2回の継続しない入院履歴がある患者様の入院レセの場合 ORCAでは入院年月日が2004年11月30日と記載されますが2004 年12月24日と記載するのが正しいと連絡がありました。	最新の入院年月日を記載するようこしました。	H17.1.25
21	20041129-006	国保にて福祉医療に関して負担者番号と受給者番号の指定を受けました。既存に受給者番号などは入力されておりそのまま提出すると受付エラーとなります。レセ電においても紙レセのようにカスタマイズが出来るようにならないでしょうか? (受給者番号、負担者番号、記号番号など)	愛知県の地方公費をレセプト電算データで記録する場合に 受給者番号をオール "0 "で記録する必要があったので対応 しました。	H17.1.25

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
22	20050105-010	レセプト電算データ EF - 胃に於いて当院ではフイルム代及び郵送料を算定していますが、 当院で発行するレセプ Ht、正確に印字されるのですが、基金で印字さ れたものがその部分の集計がされず下の合計欄には加算されている状 態で返戻されました。正確に印字される様に出来ませんでしょうか。	そのた材料 (診療行為コー H059000001~)を使用した場合 に、当該コードのデータ区分がフィルムになっていた場合に 正しく記録されていなかったので修正しました。	H17.1.25
23		公費請求テーブルの組合せ公費保険番号情報(KOHSKY- KOHNUMHCINF OCCURS 4)の編集で、正しい内容でセットされてい ない不具合がありましたので修正しました。		H17.1.25
24	20050126-002	入院会計照会で 2 治療の為の外泊 3 選定入院中の外泊 が入力されているのにレセ電ファイルには出力されない	入院レセ電の外泊コメン Hこついて記録漏れがありましたの で修正しました。	H17.1.28

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
25	support 2月18日 - (1)	レセプト電算データ 有床診療所1群1看護配置適合を算定している病棟に入院中で外泊を した方がエラーの対象となっているとのことです。 有床診療所1群1 489点に看護配置適合 15点で計504点となりま すが、外泊の場合基本点数の15%となりますので489×15%=73点 で日レセの点数であっているのですが、レセ電での出力しますと 190109670 有床診療所1群1(看護配置適合) 190107290 外泊(入院基本料の減額),,73 となっているためのエラーのようです。 外泊の場合には加算のない基本料のみの点数のコードとし 190097010 有床診療所1群1 190107290 外泊(入院基本料の減額),,73 とするのではとのことです。 磁気レセプトの手引きに看護比率基準未満で入院基本料を減額に該当 する医療機関での外泊がある場合にの例がありますがそこに入院基本 料の減額は外泊減額対象外であるため減算をしない入院基本料のコー ドを記録する。と記載されております。ご確認いただけますでしょうか。	外泊の場合の入院基本料コードを見直しました。	H17.2.28
26	support 20050113-014	レセプト電算データ 12月から採用している 咽頭 喉頭炎」の病名を入力するも、基金より 咽頭 喉頭炎」の病名入力箇所が空白となっているため、返礼対象とす る旨連絡あり。先日、サポートセンターに電話にて問い合わせた時、CD 表示の状態の画面コピーを送信してくださいとの指示を頂きましたが、 画面コピーをとることができませんでした。 咽頭 ZZZ1801 ・ ZZZC003 喉頭炎 4640013 これらに入力コードを割り当てて患者に登録しています。レセプトプレ ビューでは正しく 咽頭 喉頭炎」と表示されるにもかかわらず空白となる のはどうしてでしょうか。	自院病名画面で「・ZZZC003」等の病名の予約コードをコード入力で登録された場合に、編集病名とならずレセ電データに病名が設定されませんでした。 病名登録業務の修正は次バージョンで対応をします。レセフト電算データ作成では今回のパッチプログラムにより該当の データの場合において編集病名に振り替えるように対処しました。	f H17.2.28

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
27	support 2月17日 - (2)	レセプト電算データ 血漿交換用血漿分離器 733980000 血漿交換用ディスポーザブル選択的血漿成分吸着器 (劇症肝炎用以外)ア24560000 の2点が単位コートが設定されていない場合で単位に省略(スペース)を 入力というエラーとの事です。 その他人工腎臓の夜間休日加算、障害者加算もエラーとなっている様 です。	単位についてはエラーの扱いにはしていますがこれにより 返戻することはないという審査側の取り扱いです。が、単位 の確認がとれたものより順次マスタ更新で提供する予定で す。 人工腎臓については 人工腎臓1 障害者加算 夜間休日加算 の場合に記録順序に誤りがありましたので修正しました。	H17.2.28
28	ncp 20050222-002	レセプト電算データ 月 2回目の EF-胃・十二指腸 1140点 超音波内視鏡加算 300点 粘膜点墨法加算 60点 検査逓減 と入力されています。 合計1500点に90/100逓減をすると 1350点になります オルカでは 1380点と表示されます 超音波内視鏡加算の300点が逓減していないようです	超音波内視鏡加算は逓減対象の所定点数からは除外とな ります。よって、診療行為で算定している点数1380点は正 しいです。 レセプト電算データでの記録順序に誤りがありましたので修 正しました。	H17.2.28

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
		超音波検査で同月内に同一検査を行った場合90/100逓減となりま すが部位等のコメントを入力した場合入力画面及び紙レセでは 超音波検査 検査逓減 コメントコードの順に出力されます。		
29	support 2月17日 - (1)	レセ電では 超音波検査 コメントコード 検査逓減 の順になります。 (入力でこのように入力は出来ませんで した。)	レセプト電算データでの記録順序に誤りがありましたので修 正しました。	H17.2.28
		査定の理由を医療機関でお問い合わせしたところ検査 (手技)と逓減の 間にコメントが入っているためとの回答だったそうです。		
30	support 3月8日-(1)	月途中で主保険変更(社保) 保険者番号 変更なし 本人 家族へ変更 の場合で老人のレセプトが2枚で出力されます。 老人以外の方であれば2枚出力で問題ありませんが老人の場合、1枚 での出力が正しいそうです。(基金確認済み)	老人または前期高齢者の場合はレセプトをまとめるようこしました。	H17.3.29
31	request 20050228-002	理学療法についてです。基金に確認を行ったところ、理学療法はレセ電 コードが一般 老人でコードが別々でありますが、現在の仕様では一般 であっても老人であってもレセプトの適用欄には 理学療法】と記載が行 われます。レセプトの適用欄には、老人理学療法を行った場合、正式名 称で 医人理学療法】と記載が必要という事です。全国共通の記載の決 まりという事ですので、早急なご対応をお願い致します。 断明細書の記載要領 平成15年4月版 P.47 'ソ欄】	理学療法のレセプ 記載について、老人保健点数を算定し た場合は摘要欄の診療名称に '老人 'をつけるようにしまし た。 (例) 理学療法 (1)(個別療法) 老人理学療法 (1)(個別療 法)	H17.3.29

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
32		診療年月が平成 17年 4月以降の場合で特記事項欄に 「12材治」と表示 する場合は 「12器治」と表示するようこしました。	点数マスタの変更はマスタ更新データにより提供を行い ます。	H17.4.14
33	4月19日-(1)	同一手術野又は同一病巣につき2以上の手術を行った場合のレセ電の記録順についてのお問いあわせがありました。 主たる手術 眼内レンズ挿入術 8350点 従たる手術 白内障手術 超音波摘出術) 7430点×50% 合計120065点で算定する場合 1.眼内レンズ挿入術 2.白内障手術 超音波摘出術) 3.2以上の手術の50%併施加算 と入力しますと紙レセでは順番は入力順通り印字されますが レセ電に記録しますと 1.眼内レンズ挿入術 2.2以上の手術の50%併施加算 3.白内障手術 超音波摘出術) となり、眼内レンズ挿入術の点数を50%にしている様に記録され 確認試験で固定点数の誤りということでエラーとなっているとの事です。	記録順を見直しました。	H17.4.21

51 日次統計

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
1		日計表について システム管理の医療機関情報 - 基本にて請求額端数区分を 4端数処 理なし以外に設定した場合、自費項目の登録を自費保険ではなく健保 にて.960を宣言し入力した場合、日計表を出力しますと健保分に端数 の金額が計上されてきますがこちらは仕様でしょうか。 調整金や減免による減額だけではなく端数処理による増減額でも同じと いう事でよろしいでしょうか。 お問い合わせ先の医療機関様は産婦人科なので混合診療されていま す。 このような場合現状では自費分は患者登録で自費登録をし自費項目は 健保分では入力せず自費にて入力する以外日計表の健保分に端数を 計上しないようにすることは出来ませんでしょうか。	システム管理医療機関情報 - 基本の請求額端数区分(減 免無)を "4端数処理なし'以外で設定した場合で、自費分の 診療行為入力を自費保険ではなく医保にて . 960を宣言し 行った場合、医保分欄で端数処理を行っていたので、調整 金や減免が無い場合に限り、自費分欄で端数処理を行うよ う修正しました。(調整金や減免が伴う場合においては、現 行どうりとします。)	H17.1.25

52 月次統計

	52				
1	番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
	1	20041129-011	月次統計の「診療別医薬品使用量統計」ですが、バージョン2.4から院 外区分の「2 院内 院外処方順に出力」を選択しても院内分のみしか出 力されません。修正をお願いいたします。	修正しました。	H16.12.2
	2	20050202-010	入院会計一括作成 (バッチ処理) 12月の一括作成時では10人ほど同時に算定してきている患者様がい たそうです。会計照会で夜間看護加算の一括修正 (1日~31日に0を立 てる)をすると剤ごと削除されるのでおそらく12月で修正をかけた患者 様は次月より正常に会計作成されると思いますが、一般病棟 療養 病棟に移動した患者に毎月同じ現象がでるのであれば毎回修正しなく てはならないので一括で修正をかけれないとのことでした。	入院会計一括作成で転室した患者の会計を作成した際に、 前歴の入院料加算を算定してしまう不具合があったので修 正しました。	H17.2.17

52 月次統計(続き)

番号	管理番号	問い合わせ (不具合) 及び改善内容	対応内容	備考
3		月次統計データ作成で病名データのレセ電診療科に該当患者とは関係 ないデータが記録される不具合がありました。また、生活保護の受給者 番号の編集が漏れていましたので記録するようこしました。		H17.4.14

102 点数マスタ

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対	応	内	容	備考
1	20041025-001	マスタ登録の点数マスタよりリストを作成したところ出力できないものが ありました。 診療行為の診療区分注射料のものです。	抽出条件の誤りでした。				H16.11.5

帳票

番号	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
		問い合わせ(不具合)及び改善内容 処方せん(標準及び新帳票も)で麻薬を処方した場合、処方せんに患者 住所と麻薬施用者免許証番号が出力されますが、下記のような場合、 麻薬施用者免許証番号が出力されません。 前回診療の医師が麻薬施用者免許証番号をもっていない場合、今回診 療した医師が麻薬施用者免許証番号をもっていて、麻薬該当薬を処方 した場合、「麻薬施用者免許証番号:」までは出力されますが、番号が出 力されません。		
1		例1.) 3/1 診療 Dr.1 (麻薬施用者免許証番号なし) 3/3 診療 Dr.2 (麻薬施用者免許証番号あり) 麻薬該当薬処方	麻薬施用者免許証番号を職員情報から正しく編集するよう	H17.3.29
	20030308-000	例2.) 例2.) 3/1 診療 Dr.2 (麻薬施用者免許証番号あり) 3/3 診療 Dr.1 (麻薬施用者免許証番号あり)		
	当は処方できませんが、、、 処方せんに麻薬施用者免許証番号出力されますが、Dr.2の番号			
		麻薬施用者免許証番号については、前回診療のドクターの麻薬施用者 免許証番号を見ている?と思われます。ドクターの麻薬施用者免許証 番号が違うものが出力されるのは非常にまずいと思われますので、ご確 認のほど、よろしくお願いいたします。		

その他

来早		問い合わせ 不見合いひびみ美中容	过	借老
面与	日廷田与	同时百万世(小英百)及び以晋内谷		開行
1		1つの剤に用法を複数入力した場合薬剤情報(お薬情報)に最後に入力 した用法のみしか印字されなかったので修正しました。		H16.10.15
2		平成17年4月診療報酬改定対応を行いました。	対応内容については、公式ホームページの改正対応資料を 参照してください。	H17.3.29

	Ver	2.4.0
青求書兼 短辺聿	診療行為入力で複数診療科及び複数保険の同時入力が可能となったことによる対応について	
供以育	請求書兼領収書のまとめに発行よるパラメタ変更について	
	CPORCHCO3.INC を次のように修正しました。	
	*	
	*****複数科まとめ伝票番号 * 03 ORCHC03-FUKU-DENPNUM PIC 9(07).	
	* まとめ請求額 * 03 ORCHC03-KON-SEIKYU PIC S9(07). * まとめ調整全	
	またの詞盤金 *****03 ORCHC03-KON-CHOSEI PIC S9(07). マイスフロクラムで上記3項目を参照されていたユーサー *	
	* 発行フラグ(0:新規、1:再発行、2:訂正、3:入金) 03 0RCHC03-HAKK0FLG PIC 9(01).	
	* 前回未収額 03ORCHC03-ZENMISYU PIC S9(07).	
	* 前回返金額 03 ORCHC03-HENKIN PIC S9(07).	
	。 * 発行方法(1·科・保険別 2·保険別 3·科別 4·全休) 追加項目	
	* (0:伝票番号分のみ) 3. ORCHC03-HAKHOUFLG PLC 9(01) A CRCHC03-HAKHOUFLG OF 0 : 伝票番号分のみ(単独の発行)	
	* 訂正前の内容 03 ORCHC03-OLD-AREA. 1:診療科・保険別に発行 2:保険別に発行	
	05 ORCHC03-OLD-OCC OCCURS 15. 3:診療科別に発行 * 伝票番号 4:全体をまとめて発行 07 ORCHC03-OLD-DENPNUM PLC 9(07) 「訂正前の内容 ORCHC03-OLD-AREA ・・・ 診療行為の請求書発行時のみ設定	
	* 診療科 07 ORCHC03-0LD-SRYKA PIC Y(07). 07 ORCHC03-0LD-SRYKA PIC Y(02) C票番号 ORCHC03-0LD-DENPNUM ・・・ 伝票番号	
	* GREARSON OLD ON THE THE X(02). * GREARCH CONTRACT FOR X(02). () STARLAND OLD ON THE THE X(02). () STARLAND OLD ON THE ACCOUNT OF THE X(02). () STARLAND OLD ON THE X(02). () STARLAND OLD OLD OLD ON THE X(02). () STARLAND OLD OLD OLD OLD OLD OLD OLD OLD OLD OL	

修 īF 内 容 * 訂正前請求金額 追加項目(前頁からの続き) PIC S9(07). 07 ORCHC03-OLD-SKYMONEY 訂正前消費税(再揭) 訂正前請求金額 ORCHC03-OLD-SKYMONEY ··· 訂正前請求金額 07 ORCHC03-OLD-SKYMONEY-SAI PIC S9(07). 訂正前消費税(再揭) ORCHC03-OLD-SKYMONEY-SAI ··· 訂正前消費税 今回入金額 今回入金額 ORCHC03-OLD-NYUKIN-TOTAL ··· 今回入金額 07 ORCHC03-OLD-NYUKIN-TOTAL PIC S9(07). 伝票番号枝番 ORCHCO3-DENPEDANUM ・・・ 収納からの再発行時に設定 伝票番号枝番(収納からの再発行) 03 ORCHC03-DENPEDANUM PIC 9(02). ORCHC03-OLD-AREA についてはカスタマイズプログラムで参照する必要はありません。 複数科、複数保険でない単独での診療入力時は請求確認画面の発行方法にかかわらず、発行方法にはゼロを設定します。 複数診療科・保険組合せの同時入力があった場合(発行方法がゼロ以外)請求書発行プログラムの中で、集計のサブプログラムを実行して 発行方法に応じた収納情報を返却します。 サブプログラムは、ORCHCO3SUB.CBL です。 CPORCHC03SUB.INC を参考にしてください。 項目説明 01 ORCHC03SUBAREA. 収納件数 ORCHCO3SUB-MAX ··· 発行する収納の件数 *出力 収納マスタ ORCHC03SUB-SYUNOU-REC 03 ORCHC03SUB-MAX PIC 9(04). ・・・ 集計した収納マスタの内容を返却します。 この内容で請求書を発行します 03 ORCHC03SUB-SYUNOU-TBL OCCURS 15. 今回請求額と消費税(再掲)、入金額は * 収納マスタ 下記のパラメタで返却します。 PIC X(2000). 05 ORCHC03SUB-SYUNOU-REC 請求額等 ORCHC03SUB-SKYMONEY 請求額等 ・・・ 今回請求額の合計を返却します 05 ORCHC03SUB-SKYMONEY PIC S9(07). (訂正の時は差額) 05 ORCHC03SUB-SKYMONEY-TAX-SAI PIC S9(07). ORCHC03SUB-SKYMONEY-TAX-SAI ・・・ 消費税(再掲)の合計を返却します 05 ORCHC03SUB-NYUKIN-TOTAL PIC S9(07). (訂正の時は差額) 同時診療科 ORCHC03SUB-NYUKIN-TOTAL ・・・ 入金額の合計を返却します。 05 ORCHC03SUB-DOUJI-SRYKA-G.

Ver 2.4.0

Ver 2.4.0

修正内容
07 ORCHC03SUB-DOUJI-SRYKA PIC X(02) OCCURS 10. * 同時保険組合せ 05 ORCHC03SUB-DOUJI-HKNCOMBI-G. 07 ORCHC03SUB-DOUJI-HKNCOMBI PIC X(04) 0CCURS 10. * * UIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII
請求書兼領収書プログラムの修正について
標準提供プログラム ORCHCO3.CBL 又は ORCHCO3VO2.CBL を次のような内容で修正しましたので参考にしてください。
1 . 発行方法により、1枚印刷か複数枚印刷かを判定するようにしました。
2.100-SYORI-SEC の 複数科まとめの収納集計 1001-FUKU-SYUNOU-SECを削除しました。
3.100-SYORI-SEC の 収納マスタ、診療科、保険組み合わせの検索の場所を移動しました。 また、診療科、保険組み合わせ検索のキーを収納マスタの科・保険に変更しました。
 4.帳票編集処理 300-HC03-HEN-SEC の変更個所は以下になります。 ・伝票番号をパラメタからそれぞれの収納の伝票番号としました。 複数の収納をまとめて印刷する場合、最初の収納の伝票番号となります。 ・複数科まとめの ORCHC03-FUKU-DENPNUM に関する行を削除しました。 ORCHC03SUB.CBLで収納のレイアウトに集計します。 '*'を編集していた老人一部負担金 HC03-ROUJIN、公費一部負担金 HC03-KOUHI はそれぞれ集計値を編集します。 ・今回請求額、入金額はそれぞれORCHC03SUB.CBLで計算した値を編集します。 訂正の時は、差額を計算します。 複数印刷でない時も、パラメタに計算値が編集されています。 複数科まとめによる変更は必要ありません。

	修正肉家	
+		
	5 . データ部に次の変数を追加しました。	
	03 WRK-HKNTEN-KEI PIC 9(07)V99.	
	03 WRK-NYUKIN PIC S9(07).	
	*	
+	03 WRK-NYUKIN-TOTAL PIC S9(07).	
+	03 WRK-ZENMISYU PIC S9(07).	
+		
	U3 WRK-SRYKA-MEI PIC X(30).	
	6.201-ONLY-SYUNOU-SEC 内の次の箇所に 1 行追加しました。	
	MOVE ORCHC03-NYUKIN TO WRK-NYUKIN	
+	MOVE ORCHC03-ZENMISYU TO WRK-MISYUMONEY	
	PERFORM 400-SYOKI-PRINI-SEC	
	7.帳票編集処理 300-HC03-HEN-SEC 内の次の行をコメントとしました。	
	MOVE WRK-Z72-G TO HCO3-KONNYUKIN	
	* 前回未収額計算	
	*!!! PERFORM 3101-MISYU-HEN-SEC	
-	MOVE ORCHC03-ZENMISYU TO WRK-MISYUMONEY	
+	*****MOVE ORCHC03-ZENMISYU TO WRK-MISYUMONEY	
	MOVE WRK-MISYUMONEY TO WRK-Z72	
	PERFORM 800-HENKAN-SEC	
	MOVE WRK-Z72-G TO HCO3-ZENMISYU	
1		

			修正肉容	101 2.4.0	
 8.202-KAKHOU-SYUNOU-SEC内に次の行(2箇所)を追加しました。					
		1 箇所目			
			SPA-AREA		
			ORCHC03AREA		
			ORCHC03SUBAREA		
+	*	人金合計			
+		MOVE ZERO	IO WRK-NYUKIN-IOIAL		
+		PERFORM VARYING IDX-SYU	FRUM 1 BY 1		
+					
+		ADD ORCHC0350B-NYUK			
1.			IO WRK-NTOKIN-TOTAL		
т _	*		≧頬を求める		
Ť			NRK-NVIKIN_TOTAI		
т ⊥					
+			- WRK-NYLIKIN-TOTAL		
+		ELSE			
+		MOVE ZERO	TO WRK-ZENMISYU		
+		END-IF			
	*				
		PERFORM VARYING IDX-SYU	FROM 1 BY 1		
		UNTIL IDX-SYU	> ORCHC03SUB-MAX		
		2 箇所目			
			TO WRK-SKYMONEY		
		MOVE ORCHC03SUB-NYUK	IN-TOTAL (IDX-SYU)		
	-L		TO WRK-NYUKIN		
+	*				
+	~		⊼9 ᢒ 4		
+		IF IDX-SYU	= 1		

Ver 2.4.0

					Ver 2	2.4.0
		伯	多 正 内	容		
+	MOVE ORCHC03-ZENMISYU	TO WRK-MISYUM	DNEY			
+	COMPUTE WRK-NYUKIN	= WRK-NYUKIN				
+		+ WRK-ZENMIS	ſU			
+	ELSE					
+	MOVE ZERO	TO WRK-MISYUM	ONEY			
+	END-IF					
*						
*	帳票印刷開始処理					
	PERFORM 400-SYOKI-PRINT-SEC					