12 登録

番号		問い合わせ (不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備考
	管理番号	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		
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 1 1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。 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。	(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、レセプト作成時に 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

12 登録(続き)

	登録(続さ)			
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	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	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			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にした。	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
	ncp 20050324-014	有情報回面で元に更新した情報を選択し、この工限額を削除し、残り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、同じまるの患者登録画面で、公費を削除し、更び近得者情報画面で該当公	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、	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
	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 牡様」と言うことになるのでしょうか? 5 1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】 = 例)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、 切」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。 【結果】 = 例)H17.3.1~H17.3.31 (2)H17.4.1~H17.4.30 (3)H17.5.1~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、 切」だけが削除されている	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。	

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	3,予約(F12)	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		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		H16.10.15
2		訂正を行う場合に入退院登録で設定している診療科以外の診療科の内容が展開ができなくなっていました。		H16.10.15

	<u> </u>			I /# +-/ I
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。 中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。	

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	9/1 1000 0 10/1		

番号	<u> </u>	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 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 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 280円 2回目 280円 2日 1回目 300円 3日 1回目 0円 正常です。 となってしまい、2日は500円を超えるまで徴収したいのですが、そのようよいません。 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		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

	<u> 診僚仃為 (続さ)</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
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。	投薬の算定がなく処方せん料のみの算定があった時、特	H16.10.26
9	20041101-001	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。	11月から自動発生する、療養担当手当 (入院外)が、中途	

<u> </u>	<u> 診療仃為 (続さ)</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
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ドを消し、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。	エラーと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こ修正しました。		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

		<u> 診僚仃局 (統さ)</u>			
習	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
	13	20041104-015	展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。	除にする。但し、庇美加質がおりを期也薬加質と食み保険の	H16.11.11
	14		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

<u> </u>	<u> </u>			I /# +-/
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	5 20041115-005	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まのが、Ver2.4.0では、自動発生フラグが外れているので	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
1	6		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

<u> </u>	砂原行為(統さ)			
番号	音 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	⁷ 20041015-022	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	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。	H16.11.29
1.8	3	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 ・外来・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」 ・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る、又、必要に応じて入金処理を行る。	H16.11.29

番号	<u> お僚仃為(続さ)</u> 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 780 X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 780 X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	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
	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)	CT及びMRICおいて内用薬の造影剤を入力された場合は	
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

	診療仃為(続さ)			
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円今回請求額 600円今回計求額 600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円とい字され未収も残りません。	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	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

	<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
	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	中途終了時に同じ指導料が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に修正しました。	
26	20050214-002	*	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	<u> 診僚行為(続さ)</u> 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				
29		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	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	H17.4.14
30		17\\ . <i> </i>	保険組合せ一覧から患者労災保険情報が未登録の労災保険を対象外とするようこしました。 該当患者については、患者登録画面の 労災・自賠」ボタン (shift+ F9)で労災保険認定内容を登録してください。	H17.4.26
31		外来入力で診療種別区分「. 130」を宣言しコメントを入力後、指導料を算定した会計データの場合、訂正・中途終了展開時に診療種別区分「. 130」が自動発生されず、入力したコメントが前の剤に含まれる現象が発生することが分かりましたので修正しました。	診療種別区分「. 130」を正し〈発生するようにしました。	H17.4.26

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
		生活保護」の患者様(生年月日 S10/3/21 70歳)が 結35」の対象になったので保険を追加登録し、保険を 結35」で診療行為入力画面で患者番号を入力すると、老人の保険割合が設定されていません。保険を登録し直して下さい。。と表示され、診療行為を入力することが出来ません。年齢が69歳の場合は診療行為入力ができます。また、 結35」の保険登録だけの場合も同様です。	保険組合せで、公費番号 011 結核予防法適性医療 (35条)」単独の場合、前期高齢者のチェックをしないように修正しました。	H17.4.26

24 会計照会

	<u>女引炽女</u> 	明い合わせ (不日合) ひがか美山家	社 広 市 家	供 字
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		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	(保険ゼロ)で作成していたので正しく作成するように修正した。 算定履歴が正しく更新されないので、消炎鎮痛等処置、リハビリの回数チェックが正しく行われない可能性がある。	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、MRI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,MRIの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 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)

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
	- Incp - 120050411-011	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 生しなぐなり、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ぐ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

		八九五日忠五			
1	暴	管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対応内容	備考
		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	

33 入院定期請求

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 20041117-011	は名前水一個別指示」画面で、代名検系」ボタンによって代名検系をします。 検索結果の患者を選択すると常に 他端末で使用中です」とエラーダイスワグがままされます。システム管理ススタで批析制御標品を制除して	し、そこで思名を選択すると、多端木がらの人力が行われていないにも係わらず、他端末で使用中です』のエラーメットセージが表示されままの選択が正していたり不見合た	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	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

	八九心日杰厶			
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		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 (患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 管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備考
	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
		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こしています。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)をするようこ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
		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、1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)。		
1		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		H16.10.15
		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。		
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 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

	<u> </u>	明八人女共才日人、九九节大帝		/# * /
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		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999999999(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999999999(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

	明細書 (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
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週間以内)(1 . 3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した。 転科転棟転室処理を行わない場合には労災 (2週間以内)(1 . 3倍)×10と出力されます。 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週間超)(1 . 01倍)×10 人院日を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週間以内)(1 . 01倍)×4 と出力されました。	再度、労災レセプH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	<u>明細青(続さ)</u> 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
9		たずしも東ファイルには診療行为しコードが出力されたい	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 Hc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 と記録するようになります。		H16.11.24

号	<u>明細青(続さ)</u> 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		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
13		数が生じる時は四括五人9 るので1円単位が発生9 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、質切金額・欄に記入する、それ以外	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

	明細音(統合)			
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、レセプトに実日数、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にしました。	H16.12.22
15	20041203-009	一括TF风を9つC内谷に扱いが生は、個別TF风を9つC正常に印子され。 ス	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			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にしました。	H16.12.22

番号	<u>明細書 (続さ)</u> 管理番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備考
		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	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 Hこ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 Hこ記載するようこ 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。)		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		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トは、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(診療行為コード059000001~)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、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ト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	<u>明細書 (続さ)</u> 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	自院病名画面で「・ZZZC003」等の病名の予約コート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。レセブ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。	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)	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)724560000 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	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

	<u>明細書 (続き)</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
		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 1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にしました。	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を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と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、と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 】	た場合は摘要欄の診療名称に き人 をつけるようにしました。	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
3	2	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」と表示するようにしました。	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
3	3 4 日 10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		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ぐ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。	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

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)

	1 3 17 CHOURT WOOL 7			
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にしました。		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

	示			
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
<u>番</u>	1 ncp 20050308-008	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て、麻薬該当薬を処方した場合、「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。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) 麻薬該当薬処方処方せんに麻薬施用者免許証番号あり) 麻薬該当薬処方処方せんに麻薬施用者免許証番号あり) 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) 3/3 診療 Dr.1 (麻薬施用者免許証番号あり) 3/1 診療 Dr.2 (麻薬施用者免許証番号あり) 3/2 診療 Dr.1 (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) 3/3 診療 Dr.1 (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なし) 麻薬該当薬処方 本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。	麻薬施用者免許証番号を職員情報から正し〈編集するよう に修正した。	H17.3.29
		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

番号	問い合わせ (不具合)及び改善内容	対 応 内 容	備考
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

請求書兼 領収書	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
では、	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). * まとめ調整金 ************************************
	* 発行フラグ(0:新規、1:再発行、2:訂正、3:入金) 03 ORCHC03-HAKKOFLG PIC 9(01). * 前回未収額 03 ORCHC03-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:全体) * (0:伝票番号分のみ) 03 ORCHC03-HAKHOUFLG PIC 9(01). * 訂正前の内容 03 ORCHC03-OLD-AREA. 05 ORCHC03-OLD-OCC OCCURS 15. * 伝票番号 07 ORCHC03-OLD-DENINNIM PIC 9(07) * 第行方法 ORCHC03-HAKHOUFLG ・・・ 0 : 伝票番号分のみ(単独の発行) 以下は、診療行為の請求書発行時のみ設定 1 : 診療科・保険別に発行 2 : 保険別に発行 3 : 診療科別に発行 4 : 全体をまとめて発行 訂正前の内容 ORCHC03-OLD-AREA・・・ 診療行為の請求書発行時のみ設定
	7 ORCHC03-OLD-DENPNUM PIC 9(07). * 診療科 07 ORCHC03-OLD-SRYKA PIC X(02). * 保険組合せ 07 ORCHC03-OLD-HKNCOMBI PIC X(04).

Ver 2.4.0 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(再掲) 訂正前請求金額 ORCHCO3-OLD-SKYMONEY · · · 訂正前請求金額 07 ORCHC03-OLD-SKYMONEY-SAI PIC S9(07). 訂正前消費税(再掲) ORCHCO3-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). ORCHCO3-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。 CPORCHCO3SUB.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 ORCHCO3SUB-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 ORCHCO3SUB-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.

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)
OCCURS 10.

*

項目説明(前頁からの続き)

同時診療科 ORCHCO3SUB-DOUJI-SRYKA-G

・・・・保険別に発行する場合に対象の診療科を返却します(収納の診療科はゼロ)

同時保険組合せ ORCHCO3SUB-DOUJI-HKNCOMBI-G

・・・・ 科別に発行する場合に対象の保険組合せを 返却します

(収納の保険組合せはゼロ)

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 内 容	ver 2.4.0							
	ここからが(二版)で修正した内容となります。										
	5 . データ部に次の変数を追加しました。										
		OO WOLL HANTEN AET	DIO 0/07)\/00								
		03 WRK-HKNTEN-KEI 03 WRK-NYUKIN	PIC 9(07)V99. PIC S9(07).								
	+ + + +	03 WRK-NYUKIN-TOTAL 03 WRK-ZENMISYU	PIC S9(07). PIC S9(07).								
		03 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 MOVE ORCHC03-ZENMISYU *	TO WRK-NYUKIN TO WRK-MISYUMONEY								
		* 帳票印刷開始処理 PERFORM 400-SYOKI-PRINT-SE	EC								
		MOVE WRK-Z72-G * 前回未収額計算 *!!! PERFORM 3101-MISYU-HEN-SEG	TO HC03-KONNYUKIN								
	-	MOVE ORCHC03-ZENMISYU	TO WRK-MISYUMONEY								
	+	*****MOVE ORCHCO3-ZENMISYU MOVE WRK-MISYUMONEY PERFORM 800-HENKAN-SEC	TO WRK-MISYUMONEY TO WRK-Z72								
		MOVE WRK-Z72-G	TO HC03-ZENMISYU								

```
容
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
   入金合計
   MOVE
         ZER0
                           TO WRK-NYUKIN-TOTAL
   PERFORM VARYING IDX-SYU
                           FROM
                                 1 BY 1
         UNTIL IDX-SYU
                           > ORCHC03SUB-MAX
      ADD
             ORCHCO3SUB-NYUKIN-TOTAL(IDX-SYU)
                              TO WRK-NYUKIN-TOTAL
   END-PERFORM
   入金合計から前回未収額の入金額を求める
         ORCHC03-NYUKIN
   ΙF
                              WRK-NYUKIN-TOTAL
      COMPUTE WRK-ZENMISYU
                           = ORCHC03-NYUKIN
                              WRK-NYUKIN-TOTAL
   ELSE
      MOVE
             ZER0
                           TO WRK-ZENMISYU
   END-IF
   PERFORM VARYING IDX-SYU
                                1 BY 1
                           > ORCHCO3SUB-MAX
         UNTIL IDX-SYU
   2箇所目
                              TO WRK-SKYMONEY
      MOVE
             ORCHCO3SUB-NYUKIN-TOTAL(IDX-SYU)
                              TO WRK-NYUKIN
       1枚目に前回未収額を表示する
             IDX-SYU
      ΙF
                              = 1
```

ユーザカスタマイズプログラム留意事項

Ver 2.4.0

				修	正	内	容			
+	MOVE (ORCHC03-ZENMISYU	T0	WRK-MISYUMONEY						
+		WRK-NYUKIN		WRK-NYUKIN						
	OOMI OTE 1	THE THIOTETH		WRK-ZENMISYU						
т	FLOF		т	WKK-ZENWISIU						
+	ELSE									
+		ZERO	10	WRK-MISYUMONEY						
+	END-IF									
*										
*										
		SYOKI-PRINT-SEC								
	1 214 01411 100 4	510KI 1KIKI 020								