

11 受付

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		<p>診療行為入力業務で労災保険の方を呼び出すとフリーズしてしまう現象が発生することがわかりました (21診療行為 - 番号 6を参照してください)。</p> <p>これにより受付でも同様の状態にある患者については保険組合せの一覧に労災保険を表示しないようにしました。</p>		H17.4.26
2	support 20050503-002	時々、受付で患者を呼び出した時にドクターが空白の時がありますが (いつもはdrcd 10001 が自動で設定されます) これはどうしてなのでしょうか？	診療行為でドクターを未選択にして登録した場合、受診履歴等のドクターコードに誤った内容 (頭 1桁に '1') を編集していたので空白とするように修正しました。誤った内容の編集のため、受付で前回受診のドクターが空白だった場合にドクターコードが空白で医師名のみが表示されることがありましたので、前回受診のドクターが空白の場合は、該当診療科のドクターを初期表示するようにしました。また、診療行為の初期表示も同様に前回受診科のドクターが空白の時は該当の診療科のドクターを初期表示するようにしました。	H17.5.20
3	nccp 20050506-017	<p>受付画面にて「*」で患者登録を行います。患者登録で登録を行いますと受付画面に患者が選択された状態で戻ってきます。この状態でマウス操作にてドクターをデフォルト(H0001)からそれ以外のドクターに切り替えてもデフォルト(H0001)に戻ってしまう もう一度ドクターを選択すると設定が有効になるといった状況です。パッチなどで改善していただく事は可能でしょうか？</p> <p>受付 「*」患者登録 ドクター選択 (マウス操作) の手順です。</p>	<p>受付で登録した保険組合せを診療行為へ反映させる修正を行いました。この対応に合わせて受付で診療科を変更された場合でもドクター、保険組合せを反映させるようにしましたが、誤った情報を表示する場合があります。また、誤った情報を表示する場合があります。</p> <p>元の動作 (診療科を変更してもドクター、保険組合せは自動的に変更しない) に戻します。</p> <p>受付で登録した保険組合せを診療行為へ反映することについては動作します。</p>	H17.5.20

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
1	ncp 20050513-008	診療行為画面から患者登録画面へ遷移後、受付一覧画面へ遷移し患者を確定、患者登録画面にて登録ボタンをクリックすると画面がフリーズします。	診療行為から患者を選択せずに患者登録へ遷移した後、受付一覧から患者を選択して患者登録画面で登録を押下した場合、数値エラーが発生して画面がフリーズすることを確認しました。 患者登録画面へ遷移する前の画面で患者を選択していない場合は、登録ボタン押下後、患者登録画面の初期表示を行なうようにしました。	H17.5.20
2		「12 登録」の番号「1」と同様な現象で次の操作を行うと画面がフリーズすることが分かりました。 診療行為入力画面 (患者を入力しない) 患者登録へ行き、患者を入力し、保険組み合わせ履歴を表示 そのまま「戻る」(診療行為入力へ戻る) 診療行為入力画面から会計照会へ行く		H17.5.20
3	ncp 20050527-007	患者登録で地方公費の有効期間を入力する際に、公費に適用年齢の指定があります。適用終了日を登録して下さいとエラーメッセージがでます。 104 保険者マスタの登録は年齢開始は70年齢終了を999と登録してあります 適用終了日が9999999で登録出来ないのはなぜでしょうか？	公費の保険番号マスタが年齢開始 > 0で年齢終了 = 999の時、有効終了日に '99999999'が入力できませんでしたので修正しました。	H17.6.27

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		<p>公費が2つ登録済みの場合で公費の削除と追加を同時におこなった場合、登録済みの公費が最後の行に追加されました。重複エラーになるので追加された公費を削除して登録すると公費が1つになりました。</p> <p>0271 老人 1 4170101 9999999 011 公費 4170101 9999999</p> <p>/D0271 老人 1 4170101 999999 削除 011 公費 41701010 9999999 0272 老人 2 4170101 9999999 追加</p> <p>011 公費 0272 老人 2 011 公費 1番目の公費が複写される</p> <p>また、3以上の公費が登録済みのとき、公費追加を押下して行を空け、そのまま公費を追加せずにエンターを押下した場合3行目が空白になりました。</p>	修正しました。	H17.11.18
5	ncp 20050808-031	<p>受付画面で、カナ氏名のみ (新患 患者番号無)で受付完了していた後に、本日の受付一覧から、そのカナ氏名を選択し、そのまま『患者登録』ボタンを押し、患者登録を終えた時、今までは患者登録で登録を押したら勝手に受付画面に戻ったけど、最近はそのまま患者登録の画面で止まり、戻るボタンを押さなくてはならない、との事です。弊社で検証した所、有床版で勝手に受付画面に戻る様ですが、無床版では戻らない様です。これは不具合でしょうか？こんな仕様になったのでしょうか？</p>	<p>受付から新規患者を選択して患者登録画面へ遷移した時、登録をしても受付へ戻らなかったのを戻るように修正した。受付からの遷移で、患者が選択されていなくても、受付済みの新規患者 (患者番号の未設定)を選択して登録して場合は、登録後受付へ戻るようにした。</p>	H17.11.18

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	<p>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트가うまくあがらない時があるとの連絡を受けました。運用としては、</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) <p>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。</p> <p>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ので。</p> <p>ご確認のほどお願い致します。</p>	<p>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。</p>	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	orca-users 07701	<p>ver2.5.0バグ報告その1</p> <p>小児科外来診療料算定患者で .110 で初診への変更ができなくなりました。</p> <p>よろしくお願ひします。</p>	修正しました。	H17.4.8
2		<p>小児科外来診療料を算定する場合で時間外特例の時間外チェックの設定をしているにも関わらず赤文字で表示されるはずのガイダンスが表示されません。</p>	修正しました。	H17.4.8

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
3		<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	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。	2005/4/8 に提供済み
4		<p>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。</p> <p>185では上限額は設定してないです。</p> <p>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 (185)、母子家庭 (184)は上限はないとのこと。</p>	<p>静岡県地方公費について</p> <p>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にしました。</p>	H17.4.14
5	4月20日-(1)	<p>自費コードの下にコメントコードをつけて入力し診療訂正で開くと警告！登録時と診療内容が違います。必ず登録をして点数を変更して下さい。』とメッセージが出るとのご報告がありました。</p> <p>ご確認いただけますでしょうか。</p>	警告メッセージが表示されないようにしました。	H17.4.21
6		<p>労災保険の方を呼び出すとフリーズしてしまう現象が発生することがわかりました。</p> <p>原因は、データ移行等で保険情報に労災の保険番号のみが作成されたおり、患者労災保険情報の登録がない場合に発生することがわかりました。</p>	<p>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にしました。</p> <p>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。</p>	H17.4.26

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
7		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」を正しく発生するようにしました。	H17.4.26
8	ncp 20050423-003	「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
9	ncp 20050427-012	2.4.0の時、診療行為の入力の仕方は 耳処置 鼻処置 ネブライザー 49×1 と入力していました。 2.5.0のバージョンで前回DOで入力すると、警告！処置の手技が剤内に複数あります。手技毎に剤分離して下さい。」と毎回警告が出ます。処置を3回していればこの警告が3回出るため、消すのがとても面倒です。なぜ、このような仕様にしたのでしょうか？ また、この警告を出さない方法があれば教えてください。お願いします。	警告を表示しないように (元に戻す) しました。	H17.5.20
10		処置料の計算で1剤内に複数手技料を入力した場合に、時間外加算または乳幼児加算があった場合に点数算定ができない、または、警告を表示しますがこの警告を無視して算定した場合で、時間加算と乳幼児加算 (%加算のもの) があった場合に誤った点数を算定してしまうことが分かりました。	点数計算を修正し警告を表示しないようにしました。 ただし、時間外加算がある場合は1剤1手技料でないとエラーとします。これは、1剤に時間外加算ができる手技とできない手技を混在された場合にレセプト電算でエラーとなるためです。	H17.5.20

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
11		<p>1回 500円 月上限 1000円 の茨城公費 (保険番号 : 143, 145) で例えば下記のように月中で受給者証が変わり (143 143のように同一保険番号での変更です)</p> <p>負担者番号 有効期限 1. 11111111 20050101 ~ 20050415 2. 22222222 20050416 ~ 99999999</p> <p>1. の保険組み合わせで2回診療し、その月の上限1000円を負担しました。公費が変わり2. の組み合わせで診療した場合、もう患者の負担はないのですが、負担金が発生しました。</p>	<p>茨城県の地方公費 (143母・父子家庭) (145乳児) の外来負担金計算において、月中で受給者証が変わった場合、新たに負担を発生させるのではなく、変更前の負担も考慮し負担計算を行うよう修正しました。</p>	H17.5.20
12		<p>保険を持たないで21精神単独で一般の方は診療行為が入力出来ませんが、27老人の年齢、75歳以上の場合、診療行為が入力出来なくなります。実際に該当の患者様がいるとのことです。</p>	<p>保険組合せで、公費番号021「精神通院医療」単独の場合、高齢者のチェックをしないように修正しました。</p>	H17.5.20
13	support 20050510-018	<p>病名が高血圧とじんま疹の場合なぜか28日以上処方があっても長期投与が自動算定しません 検証をお願い致します。 (補足) 高血圧症ではいってます。じんま疹がはいってると、自動にこなくじんま疹を削除すると自動算定します。皮膚科特定疾患との関係ではないでしょうか？</p>	<p>病名の登録順が、同一診療科で「04 皮膚科特定疾患療養指導料」、「05 特定疾患療養指導料」の順番で登録となった場合、皮膚科特定疾患療養指導料の方を対象としていました。このため、特定疾患処方管理加算の対象外となっていました。</p>	H17.5.20
14		<p>中途終了展開時に保険組合せが中途終了一覧で選択した保険組合せでなく受付の保険組合せで検索をしており、正しく展開されないことが分かりました。</p> <p>受付で保険組合せを指定して登録をされている。かつ、中途終了データの保険組合せが受付の保険組合せと違う場合に現象が発生します。</p>		H17.5.20

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
15		<p>自費コードを点数マスタで作成する際に保険適用欄を"0"に設定し診療行為入力で自費コードスペース回数(量)にて入力出来るので今までその様に入力されていたそうです。</p> <p>2.5.0にバージョンアップ以降、上記入力で回数を1以外とした場合訂正で展開しますと警告!登録時と入力内容が違います。必ず登録をして点数を変更して下さい。』とメッセージが出ます。</p> <p>スペース回数の部分が消えてしまうので省略=1となり入力時と金額も変わってしまいます。</p> <p>2.4.1まではスペース回数の部分は消えますが入力画面の計の部分は金額×回数の数字が表示されておりそのまま登録をしても診療行為確認画面の金額は変更されません。</p> <p>2.5.0では入力画面の計の欄が最初は金額×回数の数字が表示されますがそのまま登録をしますと診療行為確認画面は金額×1の数字となり金額も変更されます。</p> <p>この部分は2.5.0で変更されているのでしょうか。</p>	<p>自費コードに数量を入力して登録した場合、訂正時に数量が1になる現象がありました。が、本来なら自費コードには数量は入力できません。</p> <p>点数マスタで自費コードを登録する時、保険適用を「2 保険適用外」として作成すると数量はエラーとなります。</p> <p>ホームページでも「2 保険適用外」として登録するとの記載がありますが、点数マスタ登録でチェックをしていませんでしたので登録ができていました。</p> <p>「2 保険適用外」以外で登録した場合は、数量チェックをしませんのでエラーとはならず数量を反映してしまいます。</p> <p>訂正展開時に数量が変更されないようにします。</p>	H17.5.20

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
16		<p>2.5.0で入院分の診療行為入力をしますと登録時に診察料の点数が表示されないとの事でした。 登録時表示されないのは診察料だけの様ですが、訂正展開時には診療料、指導料、処置、手術、画像、その他については表示されません。注射、検査につきましては自動算定項目のみ表示されます。合計点数は正しく表示されておりますが2.5.0で何か仕様が変更されていますでしょうか。</p> <p>投薬につきましては2.4.0も2.5.0も同様の動きですが (1) 薬剤コード * 7 (投与日数) / 日付 の様に入力しますと 登録時には薬剤料 + (調剤料 × 投与日数分) + 調基 (月 1回) が表示され訂正時展開には薬剤料 + (調剤料 × 1日分) + 調基 (月 1回) と表示されます。 入院分の投薬の入力を (2) 薬剤薬剤コード * 1 / 日付 - 日付 と入力した場合には問題ありませんが、(1)の様に入力した場合には確認画面に表示される点数の合計と合計点数はイコールとなりますが、合計点数と保険適用点数欄の合計がイコールとはなりません。こちらに関しては入院では(2)の様に入力するのが正しいので(1)の様に入力した場合に合計が合わなくても問題ないのでしょうか。</p>	<p>入院の診療行為の確認画面の保険適用点数の表示を今回分の合計で表示するようにしました。</p>	H17.5.20
17	ncp 20050530-007	<p>前バージョンまでは、外来患者の診療行為で.610の宣言後に同一検査が入力出来たと思うのですが、ver.2.5.0にバージョンアップ後に.610で同一検査を入力すると「同一検査があります。削除して下さい」のメッセージがでて入力出来ません。</p> <p>.610 160021810 P及びHPO 4 160021810 P及びHPO 4 810000001 (尿)</p>	<p>診療種別区分「.610」について 剤内の同一検査コードの重複チェックをしないように修正しました。</p>	H17.6.27

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	support 20050531-001	" P及びHPO4"と" P及びHPO4 (尿)"を同じ区切りの中に入力しないと点数が違ってくると思うのですが、剤を分離しないで入力することは、出来なくなるのでしょうか。	診療種別区分「.610」を入院の場合でも宣言できるようにしました。剤内の同一検査コードの重複チェックはいたしません。	H17.6.27
19		中途終了の登録時にエラーが発生することが判明しました。 中途終了データがあっても展開をしなかった時、中途終了を押下すると展開をしなかった中途終了データが削除されず、新しく登録する診療内容が登録エラーとなるので修正しました。		H17.6.27
20	ncp 20050611-001	薬剤を入力したところ、剤数のカウントが違っているようだとご指摘をうけましたので、ご確認のうえ、回答をお願いいたします。 .210 612130193 バイカロン Q5) 1T 610421329 ニューロタン Q5) 1T 612170708 アムロジン(5)1T ×1 20×1 この入力で3剤とカウントしているようです。 薬価を手計算すると 205.0 となります。また点数も21点を超えていないので、1剤とするのが正しいのではないのでしょうか。入力に関しては減減のコメントをNOにすればいいのですが、気が付かないときはそのままOKで入力し、間違ってしまう。	205円以下の判定が誤っていたので修正しました。	H17.6.27
21	ncp 20050610-004	京都府の41老人に低所得、低所得 (27と同じ内容)があります。患者登録で141で登録し、所得者情報の低所得2に登録をしたら、食事負担額は650円で計算されてきますが、負担金額が24600円にはなってきません」と、お問合せがありました。 41の低所得対応は県により、まちまちのようですが京都府に関しても早急に対応して下さいとのことですので、よろしく、お願いいたします。	京都府の41老人についても、大阪、広島、北海道同様下記の対応 (入院のみ) をしました。	H17.6.27

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
22	support 20050620-007	<p>当院は小児科外来診療料を算定しておりますが、開放型病院共同指導料を入力するとエラーコード0033 平成 * * * 小児科外来診療料 (院内処方)再診時上記算定済みです。併用算定はできません。と表示されます。診療報酬上は算定できるそうなのですが、いかがでしょうか？</p> <p>チェックマスタをはずしたところ、開放型病院共同指導料は算定できましたが、退院時共同指導加算は「小児科外来診療料以外です」と表示されてしまいます。こちらはチェックマスタでは対応できないようでしょうか？</p>	<p>退院時共同指導加算を算定不可としていましたので算定できるように修正しました。</p>	H17.6.27
23	kk 01966	<p>兵庫県の資料</p> <p>兵庫県の地方公費にて、老人、乳幼児、障害、母子、高齢重度障害で低所得の設定が必要になるようです。</p>	<p>兵庫県地方公費の負担計算対応 (平成 17年 7月診療分 ~)</p> <p>41老人 < 保険番号 241 > 乳幼児 < 保険番号 180 > 重度障害者 < 保険番号 182, 143 > 母子家庭 < 保険番号 185 > 高齢重度障害者 < 保険番号 127 ></p> <p>上記の保険番号について、平成 17年 7月診療分から入院・外来共に本人、低所得、低年金の設定を参照し、負担計算を行うようにしました。</p>	H17.6.27

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
24	kk 02041	<p>埼玉県朝霞地区四市内 (新座市・朝霞市・志木市・和光市) の医療機関等において現在の償還払い方式に併行して現物給付方式が平成17年7月1日診療分から加わるとの事です。医療費の一部負担金が1か月に21,000円未満であった場合、保険診療一部負担金の現物給付を行うようです。(入院は償還払い)公費名は、 『乳幼児医療費』 『ひとり親家庭等医療費』 『重度心身障がい者医療費』 です。これらを市町村公費として該当医療機関様に104保険番号マスタで作成しようと思いますが、市提出用の医療費明細書があるようです。医院様より指定様式が打ち出されるようにならないかと要望をいただきました。</p>	<p>保険番号マスタの設定 (「」は画面内のタグの意味) 保険番号 342: 『重度心身障がい者医療費』 - 『本人』 保険番号 343: 『乳幼児医療費』 - 『本人』 保険番号 344: 『ひとり親家庭等医療費』 - 『低所得』及び『低年金』 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</p> <p>保険番号 344: 『ひとり親家庭等医療費』 - 『本人』 外来 - 負担区分 1 患者負担あり 月 - 院内 - 上限額 1000 月 - 院外 - 上限額 1000</p> <p>運用について 会計時に1ヶ月の累計金額が上限金額 (21,000円) 未満の場合、患者請求は発生させない (自費を除く)。 会計時に1ヶ月の累計金額が上限金額 (21,000円) 以上になる場合、その会計時点から患者請求を発生させる。 ・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する。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。また、必要に応じて入金処理を行う。</p> <p>ひとり親家庭等医療費受給者で、低所得者 (1・2) でない場合 ・月 1000円上限で算定を行う為、1000円を超える負担額は発生しない。 ・21000円以上になるかどうかは、医療機関での管理として頂く。 ・21000円以上になる場合は、この公費をはずした組み合わせを使用する。(同一月に受診がある場合、この公費をはずした組み合わせで再登録して頂く。)</p>	H17.7.29

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
25		診療行為入力中に、受付画面へ遷移を行い再び戻った場合にドクターコートがクリアされていたことが判明しました。診療行為画面の主科のドクターは表示されていますが、請求確認画面ではドクターが表示されていません。		H17.7.29
26	support 20050711-010	平成 15年 10月 3日から外来でいらっしゃっている患者さんが平成 17年 3月 22日入院、その後、平成 17年 7月 1日退院し今月外来として来院しました。その時の診療行為画面の最終来院日が最終外来日、平成 17年 3月 16日のままでしたので自動算定された診察料は初診になってしまいました。この画面のままシステム日付を入院日 (先月) にし入院画面を開き何も入力せず登録をする。再度、患者さん呼び出すと最終来院日が反映され再診料が自動算定されます。一回入院画面に戻らないと最終来院日が反映されないのはどうしてでしょうか？	退院した場合に当日が最終来院日に設定されなかったもので設定するように修正しました。また、入院と外来の両方に受診があった場合、入院の受診日を最終来院日に反映していませんでしたので反映するように修正しました。 (注意) パッチ対応では暫定的な修正を行っています。退院後、退院取消しをした場合に最終来院日の変更ができません。退院取り消しを行う前の退院日が訂正後の退院日より未来日だった場合、最終来院日は退院取り消しの前の退院日のままとなります。	H17.7.29

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																												
27	ncp 20050707-005	<p>福井県のユーザー様からのお問い合わせです。 27老人と51特定負有と重度をお持ちの患者様の、レセプト一部負担金欄の記載が異なるということで国保連合会より指導があったそうです。公費の請求点が2036点なのに、一部負担金が891円になっている。この場合は1720円、又は2036円になるのではないかということでした。</p> <p>H17.5請求分 【請求点】 保険 18119点 2036点 【一部負担金】 891円 【保険】 0002 :国保、老人一割、重度 0005 :国保、老人一割、特定負有 (上限 1720円) 、重度 【収納】</p> <table border="1" data-bbox="360 813 1008 1045"> <thead> <tr> <th>日付</th> <th>保険組み合わせ</th> <th>請求点</th> <th>請求金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5/10</td> <td>0005</td> <td>891点</td> <td>890円</td> </tr> <tr> <td>5/10</td> <td>0002</td> <td>10500点</td> <td>10500円</td> </tr> <tr> <td>5/13</td> <td>0002</td> <td>300点</td> <td>300円</td> </tr> <tr> <td>5/24</td> <td>0002</td> <td>1064点</td> <td>310円</td> </tr> <tr> <td>5/31</td> <td>0005</td> <td>1145点</td> <td>請求金額無し</td> </tr> <tr> <td>5/31</td> <td>0002</td> <td>4219点</td> <td>請求金額無し</td> </tr> </tbody> </table> <p>5/24までで27老人 + 重度の上限額12000円が自動発生します。5/31の特定負有使用時には請求額が無いため5/10の891円のみが記載されているようです。</p> <p>国保連合会に問い合わせをしたところ、福井県では27老人 + 公費 (重度) の場合は上限額 (12000円) は無く、償還払いという事でした。</p>	日付	保険組み合わせ	請求点	請求金額	5/10	0005	891点	890円	5/10	0002	10500点	10500円	5/13	0002	300点	300円	5/24	0002	1064点	310円	5/31	0005	1145点	請求金額無し	5/31	0002	4219点	請求金額無し	<p>福井県地方公費について</p> <p>高齢者の入院・外来負担金計算において、償還払いである地方公費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円を適用しない事とした。</p>	H17.7.29
日付	保険組み合わせ	請求点	請求金額																													
5/10	0005	891点	890円																													
5/10	0002	10500点	10500円																													
5/13	0002	300点	300円																													
5/24	0002	1064点	310円																													
5/31	0005	1145点	請求金額無し																													
5/31	0002	4219点	請求金額無し																													

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
28	kk 02131	<p>秋田県の乳幼児医療制度について本年 8月 1日からの正式な変更が決まったようです。</p> <p>従来は乳幼児医療費として、原則として6歳まで医療費は無料 (所得制限除く)でしたが、上限を1レセプトあたり千円として、一部自己負担が発生する制度となりました。レセプトに関する記載は、7月下旬くらいまでには連絡するとのことで、あわただし制度準備になってしまっております。そこで、早急をお願いしたいことは、乳幼児医療の変更に伴い、今まで無料となっていた診療費に一部自己負担が発生することにより、窓口会計が発生することです。かつ、1レセプトあたり千円の自己負担を上限とするため、月内での領収の履歴管理が必要となります。上記対応について、取り急ぎご連絡いたしたいと存じますのでお取り計らいよろしくお願いたします。</p>	<p>秋田県乳幼児負担計算対応 (入院 外来) (平成 17年 8月 診療分 ~)</p> <p>乳幼児 < 保険番号 374, 474 ></p> <p>上記の保険番号については、2割又は3割の負担額を算出後、算出額の半額を患者負担とします。また、非課税者を保護者とする乳幼児の場合、患者負担が発生しない事から、本人、低所得、低年金の設定を参照し、負担計算を行う事とします。</p>	H17.7.29
29	nep 20050712-007	<p>労災の入力で点数が1点あいませんので確認の上回答願います。</p> <p>処置 創傷処置 1 42点 深夜加算 (処置) 労災 (2倍) 初診時ブラッシング料を入力しましたら316点と表示されますが、手計算すると315点になります。1点査定されてきてしまいました。</p>	<p>労災・自賠責の処置の時間外加算の所定点数を剤の合計手技点数としました。時間外加算の有無は入力者の判断となります。時間外加算が算定されていれば剤の合計手技点数に加算します。時間外が算定できない手技を同一剤内に入力しないで下さい。</p> <p>また、処置で時間外加算がある場合に行なう1剤1手技のチェックを労災・自賠責の場合には行なわないようにしました。</p>	H17.7.29

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
30	support 0009	<p>レセ電での画像診断のフィルム料の乳幼児加算の記録についてのお問い合わせです。</p> <p>複数のフィルムを使用して撮影を行った場合のフィルム料の乳幼児加算が日レセでは 700030000 (大角) 700080000 (四ツ切) 799990070 (フィルム料 (乳幼児) 加算) の様に記録されますが、確認試験で固定点数の誤りということでエラーとなったそうです。先方で基金に問い合わせをしましたところ 700030000 (大角) 799990070 (フィルム料 (乳幼児) 加算) 700080000 (四ツ切) 799990070 (フィルム料 (乳幼児) 加算) の様にフィルム毎に加算を行い記録もする様にとの事だそうです。</p> <p>フィルムの枚数によっては点数も違って来るそうです。 先方のVer.2.4.0とのことですが、こちらで2.5.0で検証しましても同様の結果でした。</p>	<p>6歳未満のフィルム料の乳幼児加算を、フィルム毎に自動発生するように修正しました。</p>	H17.7.29
31	kk 02030	<p>(滋賀県の資料を送付された)</p> <p>滋賀県で8月より自己負担金が発生するようですが、住民税非課税者(低所得の方)は負担金はないようです。</p>	<p>滋賀県地方公費負担金計算対応 (入院)(平成17年8月診療分～)</p> <p>現行の入院負担金計算において、月上限・日上限の両方の設定があった場合は、月の上限設定を優先し、負担計算を行っておりました。</p> <p>滋賀県地方公費対応の為、平成17年8月診療分から、月上限・日上限の両方の設定があった場合は、両方を参照し、負担計算を行うよう修正しました。</p>	H17.7.29

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
32		<p>前期高齢者で次の場合に一部負担金が正しく計算されないことが判明し修正しました。</p> <p>外来 : 在医総 + 前期高齢者で、保険情報の補助区分が "4" または "5" の場合 入院 : 前期高齢者で、保険情報の補助区分が "5" の場合</p>		H17.7.29
33	ncp 20040311-011	<p>血液ガスと (GOT・GPT・ - GTP・クレアチニン・Amy など「生化学」に包括)</p> <p>入力すると、B-AとB-Vと両方採血料が算定できるが、両方とも自動算定の設定をしているのにB - Aしか自動で立ち上がらない。</p>	<p>自動算定では点数の高い方を一つ発生させていましたが、算定可能な採血料を全て自動発生させるようにしました。</p>	
34	ncp 20050511-022	<p>診療行為入力で、 血液ガス分析 - 動脈採血 (院長が行う) グルコース - 静脈採血 (看護婦が行う) を行った場合、採血料 (自動算定) は、動脈採血しか算定されません。静脈採血も自動算定できないのでしょうか？</p>	<p>(注意) 動脈血採血料については点数マスタに設定してある検査を算定する度に毎回発生してしまいますので同日の場合で2回目以降については削除を行ってください。</p>	H17.7.29
35	ncp 20050807-001	<p>自費診療を下記の手順で自賠責に切り替えると無限ループに陥ります。</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 自費診療を登録する (2) 診療内容を中途終了で残しておく (3) 該当患者の自賠責を登録し、自費を削除する (4) 該当患者を診療行為画面で呼び出し保険を自賠責にする (5) 中途終了から自費の診療行為を呼び出す <p>上記操作は本来の保険の切り替え操作ではありませんが、このような操作をすると処理がループします。国保などの保険に切り替える場合はループしないようです。</p>	<p>中途終了データを呼び出した時にフリーズする場合があります。</p> <p>患者番号入力時に選択していた保険組合せが労災・自賠責保険の時、そのまま中途終了一覧から選択したデータの保険組合せが対象外になっていた場合、保険区分のクリアがしてなかったため、労災・自賠責の傷病日の計算をしていました。その為、数値エラーでフリーズしていました。保険組合せが対象外の時、保険区分をクリアするように修正しました。</p>	H17.8.30

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
36	support 20050809-015	<p>薬の内容ではなく4日分しか内服が出ていないのに長期投薬加算を算定している事が原因かと思えます。 添付ファイルの内容ですが (1)Y154835 薬の内容 (2)Y154851 エラーメッセージ (3)Y154938 減の表示が出た画面 です。(2)と(3)は同じ画面で表示されました。 この表示が出るとエラーを無視する事が出来ない為入力できなくなります。</p> <p>処方期間が28日以上であっても*28(以上)として入力出来ない場合に長期投薬加算を算定する際手入力しますが、多剤投与の場合に警告が解除出来ない事があります。警告を解除しても登録を押しますと再度警告が出て解除が出来ません。また、多剤投与の場合でも解除出来る場合と出来ない場合があり出来ない場合にはカーソルが820000047(減)のところに来ます。解除出来る場合には薬剤のコードのところカーソルが来ます。 長期投薬加算の入力位置によっても違いがありましたが、解除出来ない場合のパターンがわかりませんでした。</p>	<p>内服の7種類以上の逡減があった時、長期投薬加算等を手入力して警告・エラーになった場合、診療行為画面に(減)が表示されていました。そのため、警告が表示され続けていたので、(減)の表示をしないように修正しました。</p> <p>処理ではまず逡減の自動発生をしてから、長期投薬加算等の手入力分のチェックをしていましたので、チェックを最初にするように修正しました。よって、確認メッセージと警告メッセージの順番がことなる場合があります。</p>	H17.8.30

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
37	request 20050810-002	<p>1明細書の一部負担金が地域公費で決められた金額以下 (滋賀県なら外来 500円、入院 1000円)の場合、明細書に公費番号、一部負担金を入れないで欲しい。単独で出して欲しい。</p> <p>以上を入れた場合の滋賀県国保連対応</p> <p>紙レセ 国保で修正をかけているが、できるかぎり協力をしてほしい。(返戻にはしていない)</p> <p>レセ電 エラーにしている</p> <p>ORCAは以上のケースにて、公費番号、一部負担金は入ります。滋賀県のこのルールは全国ルールでもあったかと思えます。1明細書あたり一部負担金が500円以下のケースは、ほとんど無いので、目立っていないだけのような気がします</p>	<p>滋賀県地方公費 (乳幼児 140、重心 241、母子 243、父子 244、ひとり暮らし高齢寡婦 245)について、入院 1日上限 1000円、月上限 14000円の設定で負担計算を行うが、患者負担が 1月 1000円未満の場合、レセプト記載対象外となるよう修正しました。</p> <p>(注意)修正プログラムを適用しただけでは、正しくレセプト記載は行われません。 該当保険番号マスタの次の項目を レセプト負担金額 "2 10円未満四捨五入しない" レセプト記載 "1 負担上限未満記載なし" に変更する必要があります。</p>	H17.8.30

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
38	ncp 20050823-006	<p>労災・自賠責の入院患者で、理学療法や消炎鎮痛等処置を行った日を診療訂正 (回数を変更) し、再度対象の診療履歴を開くと警告!! 登録時と診療内容が違います。必ず登録をして点数を変更して下さい。」とメッセージが出ます。その後、算定履歴を開き、理学療法や消炎鎮痛等処置を確認すると算定回数が「最初の算定回数 + 修正した算定回数」で算定されてきています。</p> <p>【初回登録時】 140029610 * 消炎鎮痛等処置 (手技による療法) 101400020*1 労災 (1.5倍) 180022710 * 理学療法 (4) (個別療法) 101800010*1 労災 (1.5倍)</p> <p>【診療訂正】 140029610 * 消炎鎮痛等処置 (手技による療法) 101400020*3 労災 (1.5倍) 180022710 * 理学療法 (4) (個別療法) 101800010*3 労災 (1.5倍)</p> <p>この後、再度診療訂正で受診歴を開くとエラーメッセージが表示され、算定履歴を確認すると、回数に不一致が発生。</p>	<p>入院で労災・自賠責の時、保険毎に算定履歴を作成する消炎鎮痛等処置・リハビリの算定履歴の削除がされていませんでした。訂正をした場合、診療内容を削除してから追加しますが、削除時に算定履歴の回数を変更されませんでした。削除も同様です。会計照会からは正しく更新されています。この不具合の修正をしました。 (注意) 訂正をした場合、算定回数が変わりますので逡減等の判定に影響してしまいます。</p>	H17.8.30
39	kk 02385	<p>千葉県41老人で京都他と同じ制度がありました。ORCA本体で対応していただいた内容で千葉県にも実装をお願いいたします。 9月1日より運用を開始されますので、できれば、そのスケジュールに合わせていただけないでしょうか。</p>	<p>千葉県41老人対応 (入院) について 下記の設定にて行う事とする。(大阪、広島、北海道、京都と同様)</p> <p>保険番号 "141" 本人、低所得、低年金タブ使用 (金額の設定は 本人:1割40200 低所得:1割24600 低年金:1割15000)</p> <p>保険番号 "241" 72300超の算定を行う (金額の設定は 本人:2割72300円)</p>	H17.8.30

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
40	kk 02557	<p>以前、福島県の対応として”上限金額まで負担なし、上限金額を越えた時点で全額窓口請求”の処理を追加していただきましたが、”長期”対象の患者様について処理の誤り(?)があります。恐れ入りますが、ご検討のほどお願いいたします。</p> <p>対象者 福島県乳幼児の公費 + 長期</p> <p>状況 上限金額 (21000円) までは窓口負担が発生しないはずですが、長期の患者様では窓口の請求が発生します。たぶん、主保険で金額が計算され、上限金額を超えることで請求が発生しているものと思います。長期を持たれている場合は、長期の助成を計算したのちに乳幼児の上限金額の判定をしなければなりません。</p>	<p>福島県乳幼児 + 長期の場合で、上限金額 (21000円) までは窓口負担が発生しないが、長期を持つ場合に患者負担が発生したので患者負担が発生しないように修正しました。</p>	H17.8.30
41	support 20050801-016	<p>本日、問い合わせさせていただいた件について、訂正画面で登録をしてみましたがいまだ一部負担金が発生しません。</p> <p>対応内容を参照</p>	<p>長期をもつ場合で、地方公費等の保険番号マスタの設定を変更し再計算を行ったが、負担が発生しない場合があったので修正しました。</p> <p>(例) 6月末日に保険番号マスタの設定をした。この時誤って 00000000 ~ 20050630 を負担あり(1日 500円 月 2回) 20050701 ~ 99999999 を負担なし としました。 再度 7月 6日に保険番号マスタの設定をした。 00000000 ~ 20050630 を負担なし 20050701 ~ 99999999 を負担あり(1日 500円 月 2回) と正しい設定にしましたが診療行為の訂正で登録しても一部負担金が出ない状態です。</p>	H17.8.30

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						
42	お電話でのお問い合わせ】長期の訂正につ きまして	訂正で長期の上限に達した場合、訂正日以降の負担金を変更できません。保険 (3割)+ 長期+ 大阪マル障 (日 500円 / 月 2回) で <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>点数</td> <td>一部負担金</td> </tr> <tr> <td>1日目 3200点</td> <td>500円</td> </tr> <tr> <td>2日目 1000点</td> <td>400円 (10000 - 3200 * 3)</td> </tr> </table> と診療しまして、1日目を訂正で開きまして、 1日目 3500点 500円 としました。 2日目の診療再登録や収納で再計算しても0円となりませんでした	点数	一部負担金	1日目 3200点	500円	2日目 1000点	400円 (10000 - 3200 * 3)	大阪府地方公費 + 長期の場合で、訂正で長期の上限に達した場合、訂正日以降の負担金を変更できなかったのを修正しました。	H17.8.30
点数	一部負担金									
1日目 3200点	500円									
2日目 1000点	400円 (10000 - 3200 * 3)									
43	お電話でのお問い合わせ (保 険番号マスタの 回 - 上限額設 定)	千葉県乳幼児医療の公費 (保険番号 283) を設定しましたが回 - 上限額に 200円がセットされているにもかかわらず、新患を登録し 診療行為を入力すると負担金が上がってこないとのこと。 試しに回 - 固定額にも 200円をセットしたところ、今度は負担金が上がったそうですが、制度が固定ではないためうまくないそうです。	保険番号マスタの回 - 上限額設定時に患者負担が発生しない場合があったので修正しました。	H17.8.30						
44	support 20050831-001	特定疾患処方管理加算 (処方箋料) を算定できる患者さんで今回は自費で診療をしました。 保険証を持参していただいたので診療訂正で自費から一般の保険へ変更しようとしたのですが、処方箋料を算定しません。特定疾患処方管理加算は算定できません。」とメッセージが表示され登録できません。 訂正画面からの登録ができるようにしていただけないでしょうか？	本資料「診療行為」の番号「36」の修正においてこの現象が発生することが判明し修正しました。	H17.8.31						

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
45		レセプト電算処理システムの診療行為マスター登録内容の一部変更にもなう修正を行いました。	<p>点数マスタ更新データを提供しましたのでプログラム更新を併せてマスタ更新処理を行ってください。</p> <p>検査項目数に応じて点数算定する包括対象検査について点数表区分「D012」の「11」ウイルス抗体価、「29」グロブリンクラス別ウイルス抗体価精密測定を追加しました。</p> <p>(注意) 該当検査を過去に算定していて今回の修正を適用した後で訂正を行うと警告メッセージが表示されますが「Enter」キーで進めてください。包括項目数以上の場合には画面に表示された内容では単一剤として入力されていたものがまとめられるようになります。算定される点数は同一のものですのでそのまま登録していただいてもかまいません。ただし、フリーコメントを入力されていた場合は剤まとめによって内容的に問題が発生する場合がありますのでその場合はフリーコメントの入力内容を訂正してください。</p>	H17.9.14
46	kk 02523	埼玉県さいたま市地方公費対応を行いました。	<p>埼玉県さいたま市地方公費患者食事負担減額対応 (入院)</p> <p>乳幼児医療費支給制度 < 保険番号 353 > 心身障害者医療費支給制度 < 保険番号 352 > ひとり親家庭医療費支給制度 < 保険番号 354 ></p> <p>上記の保険番号については、患者食事負担を下記のように減額するようにしました。</p> <p>一般 : 780円 / 2 = 390円 低所得1 : 300円 / 2 = 150円 低所得2 : 650円 / 2 = 325円 低所得2 (90日超) : 500円 / 2 = 250円</p>	H17.9.14

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
47		島根県の地方公費制度改正対応 (平成 17年 10月診療分より)	島根県の地方公費対応 (平成 17年 10月診療分より) 福祉医療費助成 < 保険番号 : 191または 391 > 平成 17年 10月診療分から入院・外来共に本人、低所得、低年金の設定を参照し、負担計算を行うように修正しました。	H17.9.27
48	support 20050915-016	長崎市の拡大地域支援室 (186 被爆関係) があるのですが確認した所 "186 被爆" のみでの診療が存在するとの解答がありました。なので "186 被爆" のみでの診療行為入力を可能にさせていただきたく思います。	長崎県の地方公費対応 原爆体験者医療 (186) の公費単独の時、老人公費・前期高齢者のチェックをしていたため診療行為入力ができませんでしたのでチェックを廃止し入力できるようにしました。	H17.9.27
49	nep 20050902-009	複数保険で入力を行い薬剤料逓減になる場合、全保険での合計が 106 × 3 のように 1度だけ印字されます。これを保険毎に逓減の合計を表示するようにはできないでしょうか。 過去に保険毎の逓減点数がわかりやすいように表示するようとの指摘を受けたということです。確認したところTOSMECでは合計の逓減点数と、32条対象外薬の点数というように2つ表示されていました。	外来での内服薬剤 7種類以上の逓減点数について、逓減対象が同時入力した複数保険による場合、逓減点数を保険組合せ毎に作成するようにした。保険組合せ毎の逓減点数の合計が合計逓減点数になるように最後の保険組合せの逓減点数で調整をする。	H17.10.14

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
50	お電話でのお問い合わせ 9月27日 -	小児科外来診療料を算定している在宅患者についてのお問い合わせです。小児科外来診療料を算定出来る年齢で、C107在宅人工呼吸指導管理料に該当する方がいらっしゃるそうで、この場合小児科外来診療料の算定対象外となり出来高での算定となると思います。計画的に訪問し診療を行った場合は自動発生する小児科外来診療料を削除し、在宅患者訪問診療料、在宅人工呼吸指導管理料を入力する事は出来ませんがその他の診療行為を入力する事が出来ません。また緊急で往診を行った場合、再診料、その他の診療行為の入力が出来ません。内部的にエラーとしているのだと思いますが、併算定のチェックには登録されていない為チェックをはずすことも出来ないのですが、この場合入力の都度、施設基準の設定を変更する以外にありませんでしょうか。	在宅療養指導管理料 (C100からC112)を算定した時、小児科外来診察料の算定患者とならないが、小児科外来診察料を算定していることになっていたため算定対象としないようにした。月の1回目に小児科外来診察料が自動発生するので以下の方法で在宅療養指導管理料を入力する。 1.クリアを押下して、小児科外来診察料を削除する。 2.再診料を手入力する。 3.エラーが表示されるが、そのまま次の行に在宅療養指導管理料を入力する。なお、エラーなので自動で次の行にカーソル移動はしないためカーソルキーか、マウスで次の行にカーソルを移動させること。 4.再診料に乳幼児加算と外来管理加算が自動発生する。(外来管理加算は、システム管理で「2 自動発生なし」としている場合は自動発生しないので手入力となる) 5.継続管理加算は手入力を行う。 6.次回から再診料が自動発生する。 7.月が変わった時は、小児科外来診察料が自動発生するので、1.から処理を行う	H17.10.14
51	support 20051005-010	老人 + 更正 + 長期の外来分の明細書の更正の一部負担金欄が12000円と印字されるというお問い合わせがありました。実日数が1日で10000円を超える場合には10000円を上限としますが実日数が2日以上ありますと12000円を上限として印字している様でした。システム管理の更正の日割計算はするしないどちらにしても同様で、お送りいただいた資料では岡山県の重度心身障害者の登録がありますが、老人 + 更正 + 長期のみの組合せでも同様でした。	更生 + 長期の外来レセプトで、更生の限度額が1万円を超える場合、1万円上限で記載するよう修正した。 * 収納業務により該当請求書の再計算が必要となります。	H17.10.14

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
52	ncp 20050916-014	10月から宮城県の乳幼児医療費助成制度が変わるということで、入手資料をサポートセンタに送付しておりますが、対応の方はいかがでしょうか？ 実は、このところ毎日のように、医療機関様より「10月からの乳幼児、ORCAではどういう入力になるの？」との問い合わせを頂いております。	<p>宮城県乳幼児制度改正 (平成 17年 10月) について下記の対応を行いました。</p> <p>1).旧石巻市・旧牡鹿町 3歳～就学前児童 通院 (平成 17年度 25%助成) (平成 18年度 50%助成) (平成 19年度 75%助成) (平成 20年度 100%助成)</p> <p>条件 通院のみ 保険番号 (183, 383, 483) 公費負担者番号 83041024 の場合 計算方法:医療費 555点の場合、 555点 × 10円 × 0.3 = 1665円 1665円 × 0.25 = 416円 (円未満切り捨て) 1665円 - 416円 = 1249円 = 1250円 (四捨五入)</p> <p>2).利府町 3歳児 通院 (半額助成)</p> <p>条件 通院のみ 保険番号 (183, 383, 483) 公費負担者番号 83041255 の場合 計算方法:医療費 555点の場合、 555点 × 10円 × 0.3 = 1665円 1665円 × 0.5 = 832円 (円未満切り捨て) 1665円 - 832円 = 833円 = 830円 (四捨五入)</p>	H17.10.14

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
		(前ページからの続き)	3). 食事療養費 (半額助成) 条件 : 入院のみ 保険番号 (183, 383, 483) 公費負担者番号 83040048 (古川市) 83040097 (多賀城市) 83040170 (川崎町) 83040238 (七ヶ浜町) 83040261 (大和町) 83040287 (富谷町) 83040360 (鹿島台町) 83040410 (小牛田町) の場合	H17.10.14
53		請求確認画面で内分泌負荷試験検査の包括警告メッセージが、claim画面が表示される場合に表示しなかったため、claim画面を表示した後で表示するように修正しました。		H17.10.14
54		入院画面で患者の入力中に、患者登録画面へ遷移して患者情報を更新後、入院画面へ戻った時に画面上部の入院期間がクリアされていたので修正しました。		H17.10.14
55	request 20040810-010	診療種別コードをセット登録することで、短縮コードをふっています。例えば、.211は、P00211として、短縮コードnh (内用 院内) 212はP00212でng (内用 院外) .231はP00231でgn (外用 院内) 注射も310はP00310、tk (注射 筋肉) .320はP00320でtj (注射 静脈) といった具合です。そこで、.213もP00213として、nh (内用 包括) という短縮コードを割り当てたいのですが、セット登録しようとすると、"この種別は投薬料が算定できない時のみ入力できます" の診療入力時のエラーメッセージが出て登録できません。なんとかならないでしょうか ……。	セット登録で外来の包括投薬である診療種別 213内服薬剤 (処方のみ) 223頓服薬剤 (処方のみ) 233外用薬剤 (処方のみ) を遷移前の患者の情報に係らず登録できるようにした。	2005/7/29 に提供済み

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
56	nep 20050916-014	<p>10月から宮城県の乳幼児医療費助成制度が変わるということで、入手資料をサポートセンタに送付しておりますが、対応の方はいかがでしょうか？</p> <p>実は、このところ毎日のように、医療機関様より「10月からの乳幼児、ORCAではどういう入力になるの？」との問い合わせを頂いております。</p> <p>10月14日提供の修正プログラムでは一部不備がありました。</p>	<p>宮城県乳幼児10月改正対応</p> <p>旧石巻市・旧牡鹿町 3歳～就学前児童 通院 利府町 3歳児 通院</p> <p>負担計算対応 公費負担者番号の訂正等の理由から、公費負担者番号の判定は頭から7桁の部分で行うよう修正した。(古川市等の食事半額助成対象も同様に判定を行うよう修正した。) 全国公費併用時は全国公費の患者負担相当額(1円単位)をもとに計算を行うよう修正した。</p>	H17.10.31
57	support 20051019-010	<p>注射薬剤で瓶を使用の場合、下記のように手入力で残量廃棄させていたそうなのですが、Ve2.5から手入力での残量廃棄算定が出来なくなったそうです。</p> <p>入力例 .312 皮下筋肉注射 (手技料変換なし) 643310182 生理食塩液 20ml 0.15管 099309901 (残量廃棄) 自動発生 646160015 硫酸ストレプトマイシン 0.5瓶 099309901 (残量廃棄) 手入力</p> <p>上記の入力で、Ve2.4までは64点、Ve2.5からは44点になってしまいます。仕様が変更になったのでしょうか？</p>	<p>注射薬の残量廃棄の計算をアンプル・管等のみで計算していました。 ver2.5.0から残量廃棄の削除を可能とした時に修正誤りがありましたので修正しました。</p>	H17.11.18

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
58	お電話でのお 問い合わせ 10月 21日 -	<p>消炎鎮痛等処置の逓減対象となる項目を月の最初は脳血管疾患等以外の病名で治療を行っており月の途中で脳血管疾患等の病名を発症した場合に脳血管疾患急性発症日のコードを入力しましても逓減の対象となってしまうという事でした。入力内容確認したところ既に7回以上当月の消炎鎮痛等処置を入力しておりその後、発症日の日付で脳血管疾患急性発症日コードを入力し消炎鎮痛等処置を入力したとの事でした。</p> <p>消炎鎮痛等処置を行っている患者が月途中で脳血管疾患等を発症した場合の算定につきまして、佐賀県国保連合会、支払基金中央に確認しましたが脳血管疾患等の急性発症後は、新たに6回は100/100の点数で算定でき、7回目以降が50/100の逓減の対象となる。との回答を得ました。</p> <p>日レセの動作は月途中で脳血管疾患急性発症日コードの入力を行った場合月の合計が7回目以降より逓減を行っている様です。</p>	<p>急性発症日の90日、180日超が月途中の場合、180日以降の判定は月合計の単位で判定するので、急性発症日以前の算定を判定に加えていました。消炎鎮痛等処置については、急性発症日以前に算定した処置は対象外とするようにしました。</p>	H17.11.18
59	ncp 20051026-009	<p>自賠責保険の患者さんで受診日より以前に脳血管疾患を発症されているので算定履歴より算定日を設定したいのですが、「保険組合せの適用期間外です」で登録が出来ません。他に設定があるのでしょうか？</p>	<p>算定履歴画面の保険組合せの期間判定を修正しました。</p> <p>1.算定履歴画面から脳血管急性発症日を登録・更新する時、保険期間の判定を行わないようにしました。労災・自賠責で傷病年月日と療養開始日が違っていた場合に療養開始日以前の発症日が登録できませんでした。</p> <p>2.算定履歴画面の保険期間判定に診療行為画面の診療年月を使用していたので、算定履歴画面の診療年月で行なうように修正しました。判定が誤っていたので、保険期間外でも登録できていました。</p>	H17.11.18

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
60	ncp 20051101-008	北海道の小児科医療機関様からのお問い合わせです。 小児科外来診療料を算定した場合、北海道独自の「療養担当手当 (1/1から算定出来る)」が、「小児科外来診療料以外です」のエラーが出て入力できません。 北海道の支払基金様に問合せたところ上記、併用算定可能とのことでしたので、ご確認の上、至急対応をお願い致します。	小児科外来診療料を算定している場合でも療養担当手当てが算定可能ということなので自動発生を行なうようにしました。ただし、診察料を自動発生しない場合は療養担当手当ても自動発生しません。また、診療種別区分「800」をエラーとしないようにしました。これは、訂正の展開時や、手入力をされた場合に診療種別区分を入力できるようにするためです。	H17.11.18
61	ncp 20051108-011	四肢加算で処置料等が1.5倍となる労災の方で、『リハビリテーション総合計画評価料』についても1.5倍になってしまいます。『リハビリテーション総合計画評価料』は1.5倍にはならないはずですが、オルカでは自動で挙がってきて、削除する事もできません。動作検証の上、解決策をお教えください。	労災の四肢加算の自動発生で、リハビリテーション総合計画評価料の場合も労災加算を自動発生してたので、自動発生しないように修正しました。	H17.11.18
62	お電話でのお 問合せ 11/16 -	外用薬の数量を1回分として登録し、診療行為にて*10と入力します。その後、訂正で展開した際に、液状フェノールのみ数量が10倍されてしまい、入力時と点数が異なるためエラーとなるそうです。	外用薬に日数を入力した場合の、訂正時の展開に不具合がありました。 数量 * 日数が1となった場合、数量計算の対象外としていたもので修正しました。	H17.11.18

22 病名

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 20050706-020	病名入力コードを作成している際、病名編集「(花粉症)」など接尾語にしたい病名種別を「8接尾語」に変更するとエラー情報「病名コードと病名種別が違います」が表示され登録することができません。病名編集も病名種別を選択したい場合はどのようにしたら良いのでしょうか？	ver2.4.0より自院病名画面で編集病名の種別変更が可能となりましたが、ver2.5.0において修飾語コードのみの病名の種別変更を可能にした際に、未コード化傷病名コード以外の編集病名の種別変更ができなくなっていましたので修正しました。	H17.7.29

22 病名 (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 20050630-008	先月の病名「急性上気道炎」治ゆとし、新たに今月「急性上気道炎」を登録します。その後、治ゆ日が間違っていた事に気づき、正しい治ゆ日を入力して登録を押します。するとエラー情報0038が表示されて登録出来ません。治ゆ日に限らず全て訂正登録が出来ないようです。	既に転帰済の病名の転帰日の変更が、同一病名との開始日・転帰日のチェックでエラーとなり、変更できなかったのが修正しました。また、同一病名でも入外区分の入力によって開始日を別々に登録できるようにしましたが、簡単修正画面での対応ができていませんでしたので修正しました。	H17.7.29
3	ncp 20050824-005	自賠責で平成17年5月19日から受診されている患者様が本日から健保も併用される事になりました。自賠責で5月から胃炎の病名がついていて健保でも胃炎の病名がつくそうです。病名登録では保険の指定をしても両方に同じ病名はつけられない様ですがこの様な仕様なのでしょうか？	保険限定による同一病名の登録不可は仕様でしたが、実際の運用に照らして仕様を見直すことにしました。問い合わせのケースでも登録可となるよう修正しました。	H17.9.27

23 収納

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	orca-users 07780	どうも【3 収納】で[Shift+F5]の入金だとupymd、uphmsはPCのシステム時間で正常に入りますが、[Shift+F6]の一括入金だとnullになるようです。	<p>1. 収納テーブルの更新日(upymd)、更新時間(uphms)の更新が一部の処理で行われていませんでしたので修正しました。</p> <p>< 不具合の発生する処理 > 診療行為入力 - 請求確認画面にて入金取り扱いに下記の内容を選択し、今回請求分以外の請求について入金を行った場合 (今回請求分の収納については更新日、更新時間の編集を行っていたが、今回請求分以外の収納について更新が行われていなかった) ・収納登録 - 一括入金画面からの入金登録</p> <p>2. 収納明細テーブルの作成日(creymd)、更新日(upymd)、更新時間(uphms)の更新が収納登録 - 一括入金画面からの入金登録の際に行われていませんでしたので修正しました。</p>	H17.5.20

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	ncp 20050414-014	<p>3月より0001 社保にて入院中 4月より0002 国保に変更になりました。</p> <p>3月に投薬した入院調剤料が4月以降も自動で算定されており保険一括変更で0001 社保から0002国保へ変更しようとしたが「この保険組合せでは受診がありません」とエラーメッセージが表示され変更できません。</p> <p>2.4.0では変更可能でしたので不具合と思われます。</p>	<p>保険一括変更について、受診履歴が存在しない場合エラーとしたが、入院調剤料のように受診履歴がなくても保険一括変更を行う場合がある事から、受診履歴がなくても変更できるよう仕様を変更した。</p> <p>例)3月31日に入院患者に対して社保で7日分投薬を行った後、4月1日より国保に切り替わった場合に、会計照会画面で4月分の入院調剤料について保険一括変更ができなかった。</p>	H17.4.21
2	ncp 20050527-010	<p>入院患者の3号用紙印字で、退院日の入院料・食事療養費の点数が印字されません。</p> <p>補足)月次統計のカルテ3号紙の一括出力から出力した場合には問題ありませんが会計照会のカルテ印刷から出力しますと、退院日の入院料、食事療養費の印字がされません。</p>	<p>退院日の判定に誤りがありましたので修正しました。</p>	H17.6.27
3	お電話でのお問い合わせ 7月14日 -	<p>コメントの文例登録で、101件以上登録を行うと101件目の文例の文頭が文字化けします。また101件以上登録を行った場合、文例選択を押しますと会計照会からの場合は画面に全く文例は表示されず病名からの場合は1件目のみしか表示されません。</p> <p>文例登録後に文例選択を表示しますと全ての文例が表示がされます。1~100件目まで番号順に表示された後に101件目の番号が10番と表示され文例が文字化けします。1~100件の中にも10番はあります。文字化けしている文例を削除しようと、101件目の10番を選択し文例削除を行いますと選択した方ではなく、正しく表示されている10番が削除されます。既に10番が欠番となっている場合には何も削除されません。102件目以降は文字化けもせず表示され、削除する事も可能です。</p> <p>文例登録の上限は100件までなのでしょうか。また既に100件以上登録を登録している場合にこの文字化けしている101件目を削除する事は出来そうですでしょうか。</p>	<p>レセコメントの文例登録の文例一覧で上限件数100件の判定が抜けていました。このため、100件以上の場合に画面が乱れてしまいました。100件のみの表示を行なうように修正しました。</p> <p>入院会計照会、病名登録のレセコメントも同様に修正しました。</p>	H17.7.29

24 会計照会 (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	support 20050712-011	先月分の調剤料が今月に繰り越すよう入力し今月入力した後に保険一括変更をすると調剤料まで保険変更になります。調剤料が繰り越されていないと一括変更にならないようです。入院調剤変更を押せば変更されますが調剤料が繰り越されていなくても一括変更されるようにしていただけないでしょうか？	保険一括変更で、自動発生した入院の調剤料が変更されないことがあったので調剤料も保険変更できるように修正しました。	H17.7.29

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	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
2		要望対応内容の入院会計照会-1について 会計照会で1-99で食事欄を0にして転科転棟転出を行うと異動日以降の食事が上書きされるとご報告がありました。 2日以降の日付で食事を0にした場合上書きされないようですが1日からすると上書きされるようです。	転科、転棟、転室の処理を行った際に、異動前の食事情報を変更しない仕様としたが、月内に1日も食事が無い患者の場合に、その機能が正常に動作しない不具合があったので修正しました。	H17.4.14
3	ncp 20050427-011	3/1~3/31で退院時仮計算を行った場合に老人負担金 24,600円が上がってきません。(3/1~3/22で行うと上がってきます。) 国民保険の負担金を提示しないと、いけないという表記はないとのことですが、総括表の計算には計上されるのでしょうか？	負担金計算において、高齢者で同一月内に公費単独 (月の限度額がある場合) と主保険を含む組み合わせの2種類を使用した場合、正しく負担計算が行われない不具合がありましたので修正しました。	H17.5.20

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
4		<p>51特定疾患負担あり+患者負担なし公費(広島-保険番号191)にて入院の請求書兼領収書を印刷したのですが、患者負担はないのに、公費一部負担金欄や今回請求額に金額が印字されます。</p> <p>例) 総点数 3458点 特定疾患月限度 2000円 51の患者負担 公費一部負担金2000円、食事負担0円 191の患者負担 公費一部負担金 0円、食事負担780×30 = 23400円</p>	<p>入院負担金計算について</p> <p>公費一部負担金と食事負担を別々に比較し、それぞれ金額の小さいものを患者負担とするように修正しました。(全国的な対処)</p> <p>今までは、公費一部負担金と食事負担の合算金額を公費単位に比較し、一番小さい合算金額を患者負担としていた。例の場合は、51の患者負担2000円 < 191の患者負担23400円となり、公費一部負担金2000円、食事負担0円を患者負担としていた。</p>	H17.5.20
5	support 20050531-004	<p>「マスタ 5002 病室管理情報」「入退院登録」「入院会計照会」では室料差額が算定されているのに、退院時仮計算、もしくは退院処理を行うと、室料差額が計算されません。</p>	<p>管理コード5113室料差額の区分コードの登録で空き番号があった場合で、空き番号以降の区分コードを選択し、入院登録を行った場合、正しく室料差額の算定が行われなかったため修正しました。</p>	H17.6.27

3.1 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
6	お電話でのお問い合わせ 6月2日 -	<p>病棟管理で入院料が変更となった場合に、有効期限を区切り転科転棟転室処理をする際環境設定の日付 = 異動日の場合に初期表示される入院料欄 (特定入院料または算定入院料) は環境設定の日付に有効な入院料ではなく現在算定されている入院料の様で、異動日の日付を変更しないと現在有効な入院料が選択出来ないのですが、異動日と環境設定の日付が同じ場合、自動で環境設定の日付が表示されるのを一度別の日付に変更してから再度日付を入れ直さないと正しい入院料に変更する事が出来ません。こちらは仕様なのでしょうか。</p> <p>また、病棟管理設定で、一般病棟から一般病棟に期限を区切って変更して転科転棟転室処理を行う場合は、異動日 = 環境設定の日付で現在算定されている入院料が表示されているまま登録を押しても入院料は有効な入院料に変更され会計照会のテーブルも変更されますが、病棟管理情報を一般病棟から特定入院料に期限を区切って変更した場合には同じ操作をするとエラーとなります。この動作の違いはどういう事なのでしょうか。</p> <p>また病棟管理設定で、特定入院料から特定入院料または特定入院料から一般病棟に期限を区切って変更し異動日 = 環境設定の日付の場合そのまま登録を押しますと異動日の時点では期限外となっている入院料で登録が出来てしまいます。会計照会のテーブルは変更前のままの入院料になっています。但し、登録を押した後の入退院登録画面の入院料は特定入院料から一般病棟に変更した場合は現在有効な入院料が算定されているように表示され、異動取消を選択した場合も算定入院料には正しく異動されている様に一般病棟の入院料が表示されます。特定入院料から特定入院料に変更した場合には登録後の入退院登録画面では算定入院料、特定入院料の欄は空欄となり異動取消を選択しても入院料の表示はされません。病棟により動作がちがいますが仕様なのでしょうか。有効期限外の入院料で会計テーブルが出来てしまうのは何故なのでしょうか。</p>	<p>< 前提条件 > ・システム管理 [5001 病棟管理情報] で期間を区切って入院料を変更している。 ・環境設定の日付が入院料の変更後の期間にある。</p> <p>この条件をすべて満たしている状態で、転科転棟転室処理が選択された場合、入院料の表示が変更前のものになっていました。また、この状態で、異動日、病室、病棟のいずれも変更されることなく登録を行われると、入院会計の入院料が変更前のもので作成されてしまう場合がありますので修正しました。</p>	H17.6.27

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
7	ncp 20050610-004	<p>京都府の41老人に低所得、低所得 (27と同じ内容) があります。患者登録で141で登録し、所得者情報の低所得2に登録をしたら、食事負担額は650円で計算されてきますが、負担金額が24600円にはなってきません」と、お問合せがありました。</p> <p>41の低所得対応は県により、まちまちのようですが京都府に関しても早急に対応して下さいとのことですので、よろしく、お願いいたします。</p>	<p>京都府の41老人についても、大阪、広島、北海道と同様に対応 (入院のみ) をしました。</p> <p>保険番号 "141" 本人、低所得、低年金タブ使用 (金額の設定は 本人:1割40200 低所得:1割24600 低年金:1割15000)</p> <p>保険番号 "241" 72300超の算定を行う (金額の設定は 本人:2割72300円)</p>	H17.6.27
8		<p>転科、転棟時に異動月の翌月分の食事会計が作成されないことが判明しましたので修正しました。</p>		H17.6.27
9	request 20050812-003	<p>08転科 転棟 転室で初回の欄 (グレーの表示の状態) が変更出来るのでしたら初歴の数字も変更出来るように改善のご検討をお願いいたします。</p>	<p>08転科 転棟 転室で初回の欄 (グレーの表示の状態) が変更出来てしまうのは誤りですので変更できないように修正しました。また、以下のコンボボックスについても同様に修正しました。</p> <p>退院事由 定期請求 検索時患者表示</p>	H17.8.30
10	ncp 20050915-020	<p>老人性認知症疾患治療病棟入院料1 (90日超) 1180点を算定している患者さんが外泊した場合、70%減算で $1180 \times 0.3 = 354$ で算定されていますが、この場合は、老人性認知症疾患治療病棟入院料1 (90日未満) 1290点の 1290×0.3 で算定するのではないかと指摘を受けました。このように算定することは可能でしょうか。</p>	<p>老人性認知症疾患治療病棟入院料1 (90日超) 1180点を算定している患者さんが外泊した場合、70%減算で1290点 $\times 0.3$ で算定すべき部分を、90日超の1180点 $\times 0.3$ で算定を行っていた不具合を修正しました。</p> <p>修正対象入院料は「老人性認知症疾患治療病棟入院料1」、「老人性認知症疾患治療病棟入院料2」を修正しました。</p> <p>点数計算修正に併せて、入院会計カード、入院カルテ3号紙、入院レセプト、入院レセ電についても修正を行いました。</p>	H17.9.27

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
11	support 20050930-006	対象の保険番号は今回の場合はマル障に係るケースだったため、「153」「253」ということとなりますが、添付した資料にあるように「標準負担額減額認定証」が交付されている患者さんについては負担がないとの事です。どういった方に対して認定証が交付されるのか勉強不足な点があるため、現時点では特別医療費に係るということしかわかっておりません。 病院様のほうではかなり前から調整金での対応をしているとの事で、毎回調整金で修正というのもあまり良くないので早めに対応をしていただきたいとの事でした。	鳥取県地方公費 (全般) において、低所得者・低年金者の食事負担は無しとなる為、入院負担金計算では、本人、低所得、低年金の設定を参照し、負担計算を行う事とした。 * 保険番号マスタの低所得・低年金の設定が必要となります。	H17.10.14
12	kk 02796	茨城県の福祉医療について添付ファイルのように変更となるようです。問題点としては「さいたま市」であったように食事療養の「1/2」を自己負担とする点です。 さいたま市と同様に本体側での処理が必要となりますので、ご検討をお願いいたします。	茨城県地方公費 (重 心 146) の入院食事負担について、平成 17 年 11 月 ~ 平成 19 年 3 月まで、半額助成とする事とした。	H17.10.14
13	support 20051021-010	90日超えの特定患者の設定についてお尋ねします。 一般病棟 (老人) に90日を超えて入院している場合、入院照会画面で特定入院料の設定をするのだとマニュアルにはありましたが、入院料は特別入院基本料 2 を算定しています。設定はどのようにしたらよろしいのでしょうか？ (入院料の設定は特別入院基本料になっております。) 特定入院料を設定するとどうしても点数が合いません。	老人一般病棟特定入院基本料 (928点) 算定患者について 特別入院基本料算定患者については790点を算定する必要がありますが、入退院登録画面で該当点数での選択ができませんでしたので特定入院料コンボボックスで選択できるようにしました。	H17.11.18
14	support 20051109-016	「31 入退院登録」画面にて添付画像の様な入院歴を作成した場合2回目の入院登録を行った後、入院カルテ発行を行うと、保険情報が表示されない。 弊社にて調べてみたところ、上記条件ではSPA-HKNCOMBINUMに数値が入ってこない様子です。 保険情報を印刷出来る様に改善していただけますでしょうか？	以下の2つの条件に該当する場合、入退院登録画面が入院カルテプログラムに保険組み合わせ (SPA-HKNCOMBINUM) の情報を正しく設定していませんでしたので修正しました。 1. 入院が2回目以上 2. 処理区分に入院登録以外が選択されている	H17.11.18

3.3 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	ncp 20050408-012	<p>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。</p> <p>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。おかしい事に患者番号が表示されません。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	H17.4.14
2		<p>定期請求 - 請求確認画面より氏名検索画面へ遷移し、未入力のまま すぐ請求確認画面へ戻った場合に画面が崩れてしまうことが分かり ましたので修正しました。</p>		H17.4.26

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
1		<p>ver2.5.0のデータチェック - 適応病名チェックに一部不具合がありました。</p> <p>以下の例のようにチェックマスターと患者病名の両方に編集病名で登録があった場合、チェックが正しく動作せず、適応病名エラーになっていました。</p> <p>(例)</p> <p>チェックマスタ:胃潰瘍(疑)</p> <p>患者病名:急性胃潰瘍(疑)</p>		H17.4.14
2	npc 20051004-003	<p>レセプトチェックを実行しても印刷がされない現象が発生しています。</p> <p>最初はエラーが0件なのかとも疑ってわざとエラーになるようなデータを作り印刷しようとしたのですが、これでも印刷されませんでした。</p> <p>おそらくデータにレセプトチェックを異常にさせてしまうデータがあるのではないかと今は疑っています。</p>	<p>データチェックで患者情報の取得に失敗した場合、処理が異常終了してしまう不具合がありましたので修正しました。</p>	H17.10.14

4.2 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	support 20050414-009	入院レセの一括作成時に摘要欄編集のまま終了しないとのお問い合わせです。	<p>レセプト摘要欄の包括検査のまとめを変更した事による不具合を修正しました。</p> <p>不具合事例 1 診療行為画面で生化 (1) (包括検査) を以下のように入力した場合 .600 160171850 BⅡ/抱 .600 160171850* 2 CⅠ(髄液) 上記入力内容でレセプトを作成すると、レセプト摘要欄に“CⅠ(髄液)”が記載されません。(検査名は参考です)</p> <p>不具合事例 2 診療行為画面で生化 (1) (包括検査) を以下のように入力した場合 .600 160171850* 2 BⅡ/抱 .600 160171850 CⅠ(髄液) 上記入力内容でレセプトを作成すると、レセプト処理が摘要欄編集処理で停止します。(検査名は参考です)</p>	H17.4.21

4.2 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
2	4月19日-(1)	<p>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合わせがありました。</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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。</p>	記録順を見直しました。	H17.4.21
3	request 20040906-002	<p>複数の日付で同じ薬剤の逡減があった場合、他の薬剤と関係なくまとめられてしまうため、確認がしにくい。 同じ薬剤の逡減があった場合でも、まとめないようにしていただきたいと思えます。</p>	内服薬の7種類以上に該当する場合は、逡減に該当する処方単位で記載するようにしました。	H17.5.20
4		<p>主保険がなく精神単独で沖縄県が残りの患者負担5%を負担するので、「21精神+作成した地方公費」で診療したところ、レセプト種別が種別不明となり、レセプトに「地方公費のみ選択されています。主保険がありません」とエラーメッセージが表示されます。</p>	沖縄県地方公費対応 (精神+公費)	H17.5.20

42 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
5		レセプト電算データの記録で未コード化傷病名の主傷病の記録については傷病名コード「0000998」を使用していましたが、17年10月請求分からは原則使用禁止の扱いとなるため「0000999」で記録をするように対応しました。		H17.5.20
6	support 20050602-011	結核34 生活保護併用の患者様の明細書に関する質問です。結核34の診療行為分と生活保護の診療行為分が明細書の摘要欄にまとまって出てきません。2005.4.26のパッチをあてた環境では上記2公費毎に分かれて出ておりましたが、現在の最新のパッチをあてた環境ではまとまりません。	5月20日に提供した修正プログラムにミスがありましたので修正しました。	H17.6.3
7	ncp 20050519-005	<p>特定器材で 059000001 で ディオアクティブET(真皮にいたる創傷用) 059000002 で ディオアクティブ(皮膚欠損用創傷被覆材 標準) という風に2つ作成しました。</p> <p>を 140000710 創傷処理2 059000001 10 ディオアクティブET(真皮にいたる創傷用) と入力しレセプト摘要欄を見ると ディオアクティブET(真皮にいたる創傷用)10 という風に途中で切れます</p> <p>同様に を 140000710 創傷処理2 059000002 10 ディオアクティブ(皮膚欠損用創傷被覆材 標準) と入力しレセプト摘要欄を見ると ディオアクティブ(皮膚欠損用創傷被覆材 標準)10 cm2 という風に数量や単価が記載されていました。</p> <p>そこで の名称を少し長めに ディオアクティブET(皮膚欠損用創傷被覆材・ 真皮にいたる創傷用)と変えたらきちんと数量や単価が記載されてきました。</p>	点数マスタ登録で単位を選択して登録した際に、単位の文字数が記録されていないことが原因でした。 点数マスタの再登録を行わなくても正しく記載ができるようにしました。	H17.6.27

42 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
8	support 20050427-017	神奈川県地方公費の重度障害者医療助成制度で国保レセプト出力、レセ電出力での対応が未だ不完全と思われます。神奈川県国保連合会から配布された診療報酬請求の手引きの「保険種別」体人家族分」欄の説明には以下の様に記載されています。「1単独」は公費併用でない場合及び特記事項欄を使った公費併用の場合に をします。横浜市障害のように特記欄に「80」を記入する場合は「1単独」となります。「2 2併」及び「3 3併」は公費併用 (受給者番号のある) の場合に とします。となっています。 茅ヶ崎市国保の場合障害者には医療証は無く(つまり受給番号がない) 特記事項欄に「80」を記載し 保険種別は 1単独となり給付割合は7割と記載することになります。レセ電での保険種別は「1112」ないしは「1116」となります。しかしながら今回の改定で特記事項には「80」と記載されるようになりましたが、保険種別は「2 2併」となり、レセ電でも「1122」ないしは「1126」となってしまいます。	神奈川県の重度障害者医療費助成制度で医療証を発行していない場合 (負担者番号がない場合) はレセプト種別を単独とするようにしました。	H17.6.27
9	support 20050510-014	ver2.5.0から特記事項編集できるようになりましたが、神奈川の場合 27老人で80の人には特記事項にはなにも記載しないのですが、現状のオルカだと80の人全部に特記事項 80がはいってしまいます。 27老人には記載しないようできませんでしょうか。	神奈川県の重度障害者医療費助成制度対応 プログラム更新後、システム管理の「2006 レセプト特記事項編集情報」で別紙のように設定を変更してからレセプト作成を行ってください。	H17.6.27
10	kk 01881	兵庫県国保連合会に伺いました。 186難病患者の負担無しのレセについてです。 現在ORCAでは、負担がない場合にも、一部負担金 療養の給付欄」に【0】が記載されていますが、負担無しの患者は、何も記載してはいけない」という回答を頂きました。	患者自己負担額上限がある公費で、一部負担金がゼロの場合、「0」記載するようでしたが、兵庫県の難病 (保険番号 186) については「負担無しの患者は、何も記載してはいけない」という事でしたので、「0」記載しないように修正しました。	H17.6.27

42 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
11	お電話でのお問い合わせ 6月9日 -	2.5.0から社保請求書の老人被爆の一部負担金を記載出来る様になっておりますが、長期高額疾病との併用の場合に老人 + 長期 + 原爆の保険組み合わせが作成されない為、一部負担金欄に12000円上限で記載されてしまうというお問い合わせがあるのと事です。 福山市医師会様で基金に確認したところ、長期高額疾病は公費の扱いではなく健保と同じ部類に入り、高額療養費と同じとなる為に、優先順位は原爆よりも長期の方が上となり原爆の一部負担金は10000円が上限となる為に社保請求書の老人被爆の一部負担金も10000円が上限となるのと事です。	【患者登録】 原爆 + 長期の保険組合せを作成できるように修正しました。 【明細書】 原爆 + 長期の保険組合せの場合、上限10000円で社保請求書の老人被爆の一部負担金欄記載を行うよう修正しました。	H17.6.27
12	お電話でのお問い合わせ 6月17日 -	入院レセプトの区分欄についてですが、17年5月1日に療養病棟から一般病棟に転棟した場合、5月分のレセプトは全て一般病棟での請求となりますが、区分欄に療養と印字されます。ご確認いただけますでしょうか。	転科、転棟、転室時の異動元病棟区分の判定に誤りがありましたので修正しました。	H17.6.27
13	お電話でのお問い合わせ 6月3日 -	Ver.2.5.0の入院の入力で糖固定化酸素電極 (血) を1日4回を30日分入力を行った所、会計照会の回数は120回と表示されますがレセプトを出力しますと96回と印字されるというご報告がありました。 生化1包括項目を1項目のみを1日4回30日分入力しますと96回と印字され2項目以上を1日4回30日分入力しますと120回と印字されます。1項目だけの場合2桁までしか印字されない様です。Ver.2.4.0では1項目のみの入力でも正しく印字されておりました。 レセプトの適応欄の検査回数には96回分で計上されますが検査点数欄、合計点数欄には120回分で計上されています。	内部計算用の桁数が2桁でしたので修正しました。	H17.6.27

42 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
14	ncp 20050608-004	患者登録 所得者情報で低所得者 2 の設定を行いますが、例えば H17.5/1 ~ 5/2 .. H17.5/10 ~ 入院 .. 退院後所得者認定証を持ってきたので、登録すると月内すべて低所得 2 で計算されてきます。 の期間はすでに支払済み (入金済み) なので、 標準負担額 (780円) で計算させたいので、所得者情報の期間を の入 院期間から開始日 (5/10) にして登録し直したが、レセプトには標準負担 額の総合計が記載され (18720円) 低所得 2 と記載されていました。な ぜ、月途中から開始日にしても低所得 2 は適用されないのでしょうか？ 適用されないのなら低所得 2 と記載する必要はないのではないでしょ うか？	低所得 1、2 及び低所得 2 の 90 日 超えに関する判定方法を レセプト記載・レセプト電算・負担計算において統一する為、 該当月 1 日の状態で判定することとし、レセプトの低所得記 載とレセプト電算データ作成時の低所得判定を変更しまし た。	H17.6.27
15	request 20050510-002	レセ電算の試験を受け指摘を受けましたのでご報告いたします。公費単 独の場合症状詳記に公費負担者番号、受給者番号が印字されません。 (生保単独で指摘を受けました) ぜひとも番号は印字していただきたいと のことでしたので、至急の対応をよろしくお願ひいたします。	編集方法が誤っていたので修正しました。	H17.6.27
16	お電話でのお 問い合わせ 7月 5日 -	平成 14 年 10 月診療報酬改定対応 (レセプト) の P6 の改正対応内容に 高齢受給者 (70 歳 ~ 74 歳) と老人医療受給者の場合給付割合が変更 する場合は給付割合ごとにレセプトを作成する。とありますが、高齢受給 者の場合月途中で保険者番号の変更がなく、記号番号、給付割合のみ 変更になった場合 1 枚でレセプトが作成されます。本人・家族欄には変 更前の給付割合が印字されます。ご確認いただけますでしょうか。	前期高齢者の場合で、月途中で給付割合が変更になった場 合は、それぞれ給付割合ごとにレセプトを作成するようにし ました。	H17.7.29
17		前期高齢者で保険情報の補助区分に「5 外 2 割 入 1 割」を選択した場 合、入院レセプトの給付割合が誤っていたので修正しました。 「5 外 2 割 入 1 割」... 2 割 1 割		H17.7.29

42 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
18	ncp 20050706-019	<p>例 7/1 -7/5 に下記の薬を院内処方しました。</p> <p>662630014 ゲンタシン軟膏1mg Y00001*10 医師の指示通りに 662640691 モーラス10 cm x 14 cm Y00001*24 医師の指示通りに 662640895 セルタッチ10 cm x 14 cm Y00001*24 医師の指示通りに</p> <p>レセプト摘要欄を確認すると同じ薬を同じ投薬日数で2日間入力したのに各々にわかれて ×1 と記載されてきました。</p> <p>こちらで検証した所、2日間コードを手入力すればわかれて記載されてきませんでした。が、DOで選ぶとわかれて記載されてくるようなのですが、なぜわかれて記載されるのでしょうか？ 入力方法によって違うのでしょうか？</p>	<p>外用薬について回数入力がある剤をDO入力により登録した場合、プログラムでの編集処理の不具合のため問い合わせのようになることが分かりましたので修正しました。</p> <p>(注意) 修正プログラムを適用しただけではレセプトを再作成しても不具合のままとなります。該当の剤を診療行為で呼び出し登録をしていただいてからレセプトを作成してください。</p>	H17.7.29
19	お電話でのお問合せ (更正医療の一部負担金について)	<p>老人 + 更正 + 長期の組合せにおいて、レセプトの公費の一部負担金欄が更正の一部負担金ではなく、長期の10000円が上限額で印字されます。システム管理マスタの更正・育成限度額日割計算を1.日割り計算をしないにしますと、所得者情報の公費負担額で設定した金額を上限額として印字されますが、2.日割り計算するにしますと、長期の10000円を上限額として印字されます。公費の一部負担金欄には第1公費に関わる医療券に記載された負担額を記載するとありますが、日割り計算をするに設定した場合には、更正医療の上限額を印字することはできないのでしょうか。</p>	<p>更生・育成の日割計算を行っている場合の入院レセプトで、保険請求分 + 食事負担で日割計算の上限に到達する場合 (保険請求分のみで上限に到達している場合は除く) 食事負担を含まない金額を更生・育成の一部負担金額欄に記載していたので、含む額で記載するよう修正しました。</p>	H17.7.29

42 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
20	お電話でのお 問い合わせ 4月 22日 -	<p>Ver.2.5.0の要望対応の明細書-3で包括検査を同一日に複数回、月に複数日行うケースも同一検査はまとめるようにした。となっておりますが、1項目を複数回入力した場合にはまとまりますが2項目以上で4項目以下(包括項目数以下)を入力した場合にはまとまらないのですが、こちらは仕様なのでしょうか。</p> <p>Na及びCl K を1日に2回、2日に1回入力しますとレセプトには * 血液学的検査 (2項目) Na及びCl,K 24×2 * 血液学的検査 (2項目) Na及びCl,K 24×1 と印字されます。 全く同じ検査内容を入力し回数のみが違うのであれば * 血液学的検査 (2項目) Na及びCl,K 24×3 となるのではないのでしょうか。という事ですがこの様な場合にはまとまらないのでしょうか。</p>	<p>包括対象検査の包括数未満の単剤についてまとめる方法を見直しました。</p>	H17.7.29

42 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
21	お電話でのお問い合わせ 7月4日 -	<p>生化学 1の包括検査を .610で宣言し検査を入力し、それ以外に包括検査がある場合、それ以外の検査項目が4項目 (包括項目数) 以下の場合に、レセプトにまとめて印字されてしまいます。</p> <p>.610 糖試験紙法 .600 Na及びCl K Ca TG</p> <p>を入力した場合、レセプトに * 血液化学検査 (5項目) 糖試験紙法 (血) Na 及びC,K,Ca,TG 60×1 と印字されます。点数は包括の点数ではないのですが包括外で入力しているのにレセプトには、まとめて5項目と印字されます。</p> <p>他の日に糖試験紙法 (血) がある場合に * 血液化学検査 (1項目) 糖試験紙法 (血) 12×2 * 血液化学検査 (4項目) Na 及びC,K,Ca,TG 48×1 と、印字させるにはどの様にすればよいのでしょうか。</p> <p>.600で宣言して入力した検査を全て .610宣言して入力しましても、まとめて印字されます。</p>	<p>レセプトの摘要欄編集における検査のまとめ処理で包括対象外の診療種別区分の剤も含めてまとめを行っていたので修正をしました。</p>	H17.7.29
22	ncp 20050808-021	<p>自賠責保険 (入院) 診療報酬明細書の薬剤等点数の合計欄 (口) 合計点数が合いません。</p> <p>入院の注射に器材を入力しますと明細書の点数欄薬剤等の点数計 (口) が合わない場合があります。</p> <p>.310、.320、.340に薬剤と一緒に器材を入力した場合には点数計は正しく印字されますが、.330、.350等に薬剤と一緒に器材を入力した場合点数計が合いません。</p>	<p>自賠責 (入院) の診療行為で、.330、.331、.350で器材の入力があった場合、レセプトの薬剤等の合計点数、請求額B、合計が正しく記載されなかったため修正しました。</p>	H17.8.30

42 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
23	お電話でのお 問合せ 8/ 1 1	医保であれば実日数をカウントしない場合、診療実日数が0で印字されるのですが、生保単独の場合、実日数が空欄になってしまうとのことです。	公費単独で、診療実日数が0日の場合、“0”の記載がされなかったので、記載するように修正しました。	H17.8.30
24	ncp 20050808-038	7/29日のプログラム更新をした機械で、明細書作成を行うと 摘要編集の表示でプログラムが停止する。top でプロセスを見ると postmaster が動作していない。7/29分をあてていない機械で動作させると問題なく最後まで動作する。入院分、外来分も摘要編集の表示でプログラムが停止する。	診療種別区分 .610 は包括検査まとめをしない場合に使用しますが、1検査の剤を5剤以上入力されていたため不具合が発生しました。処理が停止しないように修正しました。ただし、例えば生化学検査で5項目以上であれば包括点数を算定しなければ誤りになりますので.610でまとめて入力してください。	H17.8.30
25		レセプト電算処理システムの診療行為マスター登録内容の一部変更にとりなう修正を行いました。	レセプト摘要欄の編集で包括対象検査のウイルス抗体価検査または、グロブリンクラス別ウイルス抗体価精密測定検査については 「* ウイルス抗体価 (n項目)」 「* ウイルス抗体価精密測定 (n項目)」 と記載し該当検査をまとめて記載します。	H17.9.14
26	support 20050826-010	SIレコードの食事療養部分が誤りとの事です。 該当患者の場合、【B】ではなく【I】でないといけないため、データの修正が必要との事でした。	愛媛県のレセプト電算 (地方公費) 対応 食事の患者自己負担がある場合で通常のレセプト記載では分点が発生した場合を除き金額欄は空白としますが、愛媛県の場合は “0” (ゼロ) を記載しています。 レセプト電算の公費レコード (KOレコード) についても、食事の日数と金額に “0” (ゼロ) をセットする対応をしています が、この関係で診療行為レコードの食事分について負担区分を公費併用ではなく、「医保 (老人) のみ」とするように指導されましたので対応をしました。	H17.9.27

42 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
27	support 20050905-013	<p>老人 2割の患者 2名ぶんでレセ電出力致しましたが、出力されませんでした。</p> <p>(福岡の 41老人 2割 (保険番号 241)の患者にてレセ電データが作成されないとのお問い合わせです。)</p>	<p>福岡県のレセプト電算 (地方公費) 対応</p> <p>41老人についてはレセプト電算データにK0レコードを作成するように保険番号で判定処理をしていましたが、モジュールで判定していた41老人 2割の保険番号と、サイトで公開されている保険番号に不一致があった為、レセ電データにK0レコードが作成されない不具合がありました。レセプト電算データの作成モジュールの保険番号判定を変更しました。 (41老人 2割 "142" (誤) を "241" (正) に変更しました。)</p>	H17.9.27
28	お電話でのお問い合わせ 10月3日 -	<p>労災明細書の療養期間についてお問い合わせです。</p> <p>9月 1日外来受診 9月 2日外来受診 帰宅後来院 入院 上記の状態では労災の外来明細書を出力しますと実日数は2日となりますが、療養期間が9月 1日から9月 1日と印字されます。入院明細書には9月 2日からと印字されますが外来の療養期間は9月 1日から9月 2日ではないのでしょうか。 9月 1日外来受診 帰宅後来院 入院 としますと実日数 1日で療養期間は9月 1日から9月 30日と印字されます。この表示で正しいのでしょうか。</p>	<p>労災 (短期給付、傷病年金) と自賠責の外来レセプトについて外来受診と入院期間が重複した場合の診療期間表示に誤りがあったので修正しました。</p>	H17.10.14
29	nccp 20051003-024	<p>措置入院 + 生活保護の患者様で、自己負担がないため標準負担金額の欄を空欄にしたいのですが」という問い合わせを受けました。確認したところ患者登録は公費 20 精神入院 のみが登録されていました。生活保護の登録が必要なのかと思い公費に生活保護を追加しましたが「生活保護 + 精神入院」の保険組み合わせは作成されませんでした。そのような組み合わせはできないのでしょうか？標準負担金額を空欄にすることはできますでしょうか？</p>	<p>精神入院単独時の入院レセプトで、食事標準負担額を記載しないよう修正しました。</p>	H17.10.14

42 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
30		福岡県において、国保 + 41老人以外の公費を持つ場合、地方公費以外の公費も公費請求テーブルに出力していたので修正しました。		H17.10.14
31	ncp 20050916-014	10月から宮城県の乳幼児医療費助成制度が変わるということで、入手資料をサポートセンタに送付しておりますが、対応の方はいかがでしょうか？ 実は、このところ毎日のように、医療機関様より「10月からの乳幼児、ORCAではどういう入力になるの？」との問い合わせを頂いております。 10月14日提供の修正プログラムでは一部不備がありました。	宮城県乳幼児10月改正対応 旧石巻市・旧牡鹿町 3歳～就学前児童 通院 利府町 3歳児 通院 レセプト一部負担金額欄記載対応 日々の診療分患者負担金額の集計ではなく、レセプト請求点をもとに計算を行い、金額を記載するよう修正した。	H17.10.31
32		島根県地方公費10月改正レセプト対応 1) 主保険 + 全国公費 + 地方公費のレセプトで、主保険と全国公費の請求点が違う場合、地方公費の請求点は、主保険の請求点 - 全国公費の請求点で求めた請求点とする。 2) 主保険1割又は老人保険1割で地方公費をもつ場合で、一部負担金が地方公費の上限に満たない場合は、レセプト記載対象外とする。 3) 主保険1割又は老人保険1割でマル福をもつ高齢者の場合で、低所得・低年金に該当しない場合は、レセプト記載対象外とする。(入院のみ)		H17.10.31
33	お電話でのお問い合わせ11月2日 -	地方公費のみの保険組合せで自費コード(095～等)を入力した場合にVer.25.0でレセプト一括作成で全件を指定しレセプト作成を行いますとその分がレセプト種別不明となり、公費欄に地方公費の番号のみが印字されておりました。保険分の入力はないため、点数欄、摘要欄は何も印字されずに種別不明になっておりましたが、Ver.2.6.0では種別不明にはなりません。 全く同じデータで2.5.0と2.6.0でレセプト一括作成を行ったところ件数が違う為確認したところ、上記の点が違っていたそうです。	レセ記載しない地方公費のみの保険組合せでレセ作成した場合、レセプトにも公費請求書にも記載しないので、不明分レセとして作成します。が、レセプトが作成されなくなっていましたので修正しました。	H17.11.18

4.2 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
34	お電話でのお問い合わせ 11月9日 -	<p>画像診断入力で部位コード(0020 ~)とコメントコード(0082 ~)を使用した場合に、別々の部位コード、コメントコードを入力して診療行為、会計照会の剤は別になっているのに、明細書の剤がまとまって出力される場合があるという事でした。</p> <p>こちらで、部位コード002000028腸、002000029小腸、002000030大腸、コメントコード008200004右、008200005左を使用して検証しましたところ</p> <p>1) 008200005 左 002000028 腸 単純撮影 単純撮影 (イ)の写真診断 150点</p> <p>2) 008200004 右 002000029 小腸 単純撮影 単純撮影 (イ)の写真診断 150点</p> <p>の順番で入力しましたところ、明細書には左腸単純撮影 (撮影)1回単純撮影 (イ)の写真診断 1回 150×2と剤がまとまって印字されました。</p> <p>他の入力順ですと剤がまとまる事はなかったのですが上記の場合は同日の入力でなくとも剤がまとまってしまいました。</p>	<p>同一剤のまとめ処理について、内容が固定のコメント(82XXXXXX 0082XXXXX)を含む場合で、剤点数、診療コード計、数量計、明細数等が同一の場合、まとめていたが、コメントの内容も比較し、まとめるように修正しました。</p> <p>併せて、内容が固定でないコメントを含む場合 (フリーコメント等)についても、コメントの内容を比較し、同一内容の場合、まとめるように修正しました。</p>	H17.11.18

42 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
35	support 20051105-003	レセ電の症状詳記における老人受給者番号の印字に関する相談です。添付の資料を御覧下さい。いずれも27老人を持っています。患者登録、診療行為における保険組合せなどに問題はありません。しかしながら、P 1、P 2の患者に市町村番号と老人受給者番号が印字されません。P 3はOKでした。この様に、印字できる人と印字できない人がいます。レセプトは全て問題なく印字されます。医院様のDBをコピーして、検証機で試しても同じ結果でした。どの辺りを調査すれば原因特定できますでしょうか？ 「別件」 P 1の患者は入院外なのに高入 8と印字されます。これもどうしてでしょうか？	症状詳記で患者公費の情報の取得条件に誤りがありましたので修正しました。また、70歳以上 8割の患者でレセプト種別の判定に誤りがありましたので修正しました。	H17.11.18
36	ncp 20051107-006	180000710 * 傷病手当金意見書交付料 840000011 17 11 4 傷病手当金意見書交付 17年 11月 4日 と入力した所レセプトに交付 4日と自動で記載されてしまいます。手入力をしたコメントが活かされると思っていたのですが。 入力日と交付日が別になることもありますので 診療行為で手入力した方のみ記載して頂く事になりませんか？ すでに手入力で年月日を入力しており、至急直して頂けませんと入力の訂正をして頂く事になりますので対応日程をご連絡頂きたく、ご回答宜しくお願い致します。	1. 傷病手当金意見書交付料の交付日自動記載について 同一剤に840000011又は840000012のコメントコードの入力がある場合は自動記載しないように修正しました。また、「交付年月日」で記載するように修正しました。 2. 療養費同意書交付料の交付日自動記載について 同一剤に840000078のコメントコードの入力がある場合は自動記載しないよう修正しました。また、「交付年月日」で記載するように修正しました。	H17.11.18

43 請求管理

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		レセプト処理において、老人・前期高齢者の月途中の保険変更によるレセプトまとめで補助区分の編集方法を変更した。補助区分は請求管理(tbl_seikyu)にそのまま編集します。そのために、請求管理画面の職務上の事由の表示に職務上の事由以外のときにも「通勤災害」等の表示されてしまいました。 保険番号が002,031,032,033,034 のときのみ表示するように修正した。		H17.10.14

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		統計データ出力処理でファイル名を未入力のまま実行すると、CVSデータ作成処理から先に進まなくなります。	ファイル名の未入力チェックがありませんでしたので追加しました。	H17.11.18

101 システム管理マスタ

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	support 20050510-014	「42 明細書」の番号「9」を参照	レセプト特記事項編集情報の老人保健に「2 受給がない」を追加しました。	H17.6.27
2		管理番号「3002 統計帳票出力情報 (月次)」にて月次統計帳票を登録時、8個目の帳票パラメータ項目上でEnterキーを押下すると、日次統計タブに切り変わってしまうことが判明し修正しました。		H17.7.29
3	お電話でのお 問い合わせ 8月 15日 -	管理番号 1901で編集パターン別に“01”から“99”までの任意の番号を付けます。とありますが数字以外でも登録出来てしまうのですが数字以外で登録を行っても問題ありませんでしょうか。 区分コードに数字以外を入力しますとエラーを表示しますが、無視してそのまま医療機関名称欄にカーソルを移動しますと登録出来る様です。お問い合わせのあった医療機関様では“山”で登録されていたとの事です。数字以外で登録した場合には再度展開しますと名称欄が空白となります。	管理番号 1901医療機関編集情報で、区分コードに数字以外が入力された場合に登録可能となっていましたので登録できないように修正しました。	H17.8.30

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	nep 20050519-005	「42 明細書」の番号「7」を参照	単位の文字数を記録するようにしました。	H17.6.27

107 薬剤情報マスタ

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	support 20050411-004	マスタ登録の「薬剤情報マスタ設定」画面で、「記号」の欄に半角のみを入力後、「登録」ボタンを押したところ「半角と全角の混在はできません」というダイアログが表示されてしまい、登録が出来ません。全角のみの入力の場合には、問題なく登録できる様です。2.4.0以前のバージョンでは、問題なく半角のみの入力が可能でした。仕様が変わったのでしょうか？		H17.4.14

108 住所マスタ

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	7/ 29 お電話 でのお問合せ	合併で地名が変わられるということで、住所マスタより手修正にて地名を変更しようとした際、V2.5.0ではチェックが掛かってしまい、更新できないということでした。	V2.5.0で空白時のチェックを追加した為不具合が発生してしまいました。町域名が空白でも登録できるようにしました。	H17.8.30

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
1	support 20050526-011	入院処方せんのカスタマイズ システム管理マスタ-「1031 出力先プリンタ割り当て情報」にて設定しているのですが、カスタマイズプログラムが実行されていないように見えます。 カスタマイズプログラムを使用した際、不備があった場合何も印刷されないと思いますが、標準の帳票が印刷されます。カスタマイズプログラムを判断していないということはないでしょうか。	入院指示せんのカスタマイズプログラムの実行が正しく行われていませんでした。 システム管理の「1031 出力プリンタ割り当て情報」の注射処方箋、指示箋のプログラム名も間違っていましたので、カスタマイズ帳票名を登録された場合は必ず再登録をお願いします。再登録をしなかった場合は、システム管理のプログラム名が誤っていますので標準の帳票も印刷されなくなります。	H17.6.27

帳票 (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 20050616-007	コメントコード「008400001」で「ペンニードル 本」を作成します。こちらの医療機関では在宅薬剤として「. 148」の後「ペンニードル 本」と入力し処方せんに記載する運用を行っています。通常会計まで進み処方せんを出した場合は「ペンニードル 本」と表示され問題ありませんが、中途終了から処方せん発行をした場合「ペンニードル 本」となり数字 (本数) が表示されません。中途終了から処方せん発行をした場合も本数が表示されるように修正出来ますでしょうか。	修正しました。 (注意) 処方せんプログラムをカスタマイズを行って使用している場合は修正が必要となります。	H17.6.27
3	お電話でのお 問い合わせ 6月 7日 -	Ver.2.5.0で薬剤情報登録マスタの登録を行う際に「記号」欄についてはマニュアルには入力文字は全角或いは半角のどちらかのみとなり、混在した入力はいけません。と記載してありますが、混在していなければ半角でも登録が行えますが、出力しますと半角の場合印字がされません。というお問い合わせがありました。 記号に関しましても、全角のみの登録となるのでしょうか。	全角、半角のチェックに誤りがありましたので修正しました。	H17.7.29
4	ncp 20051011-002	入院処方箋で2枚目が出力されないという現象があります。おそらく原因は、1ページの最終行に薬剤の番号、用法、日数のいずれかの行が印字される場合「次のページへ」というコメントが表示されず、次項が印刷されないようです。コメント等を入力し、行を増やすと印刷することが出来ます。	記載する明細がページ明細最下行で終了した場合にエラーとなっていましたので修正しました。	H17.10.14

その他

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 20050416-003	<p>日医標準レセプトソフトver2.5.0上でのデータ変換について、既に提供されておりますデータ移行プログラム (dmp-2005-01-11-ver_8.0.tgz) は使用できないのでしょうか？ 先月導入しましたver2.4.0で問題なく移行できていたプログラムとデータを使用し、ver2.5.0で移行を行ったときに以下のメッセージが繰り返して、変換出来ませんでした。</p> <p>argument invalid on DBCLOSE function not found [DBCLOSE] function not found [DBCLOSE] function not found [DBCLOSE] NOTICE: current transaction is aborted, queries ignored until end of transaction block</p>	<p>Ver2.5.0用に対応したのデータ移行プログラムを提供することにしました。</p> <p>今後の準備のためデータベースアクセスサブルーチンで DBCLOSE ファンクションを DBCLOSECURSOR ファンクションに変更した際に DBCLOSE ファンクションを互換のため残すはずが消去していました。</p>	H17.4.21
2		業務メニュー「マスタ登録」の「109 ヘルプマスタ」ボタンが非活性のままになることがあったので修正しました。		H17.4.21
3		入院分の総括表備考欄 (老人再掲) に対応するため集計方法を変更しました。		H17.4.26
4		改正対応。	平成 17 年 10 月改正対応資料」参照。	H17.11.18