

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	support 20121128-021	日レセの「(XF01)メモ登録」画面から[メモ2]を送信後、「(XF01)メモ登録」画面を開いたままにしていると、[送信]ボタンを押していないのに[メモ2]が自動的に再送されます。 これは、日レセの仕様ですか？	メモ2の内容をCLAIM送信する時、システム管理の複数ホスト送信が「有」と設定されていて、送信時ポップアップも「有」であった時に、メモ送信時のCLAIM送信先選択画面で、送信先を選択しても、すべての送信先に送信していました。 選択した送信先にだけ送信するように修正しました。	H24.12.25
2	2/5 患者登録 特記事項 削除	患者登録画面の特記事項タブより、登録済みの特記事項が削除不可能となりました。同様に新規登録も無効化となります。 1月28日提供分のパッチ適用により、上記動作となっているようです。	1月28日提供分のパッチプログラムにより、患者登録の特記事項の更新ができませんでしたので修正しました。	H25.2.6
3	support 20130220-007	以下のバージョンにて動作確認を行っていたところ患者登録の保険確認の履歴を表示した場合にファンクションキーの[F1]を押しても画面が戻りません。「F1戻る」をクリックすると画面は戻りますが、戻った患者登録基本情報の画面でもファンクションキーが効かなくなってしまう。業務メニューまで戻り、再度「患者登録」に画面を切り替えるとファンクションキーが効くようになります。 動作についてご確認お願いいたします。 monsiajバージョン:20130115 OSバージョン:windows XP-5.1-x86 Javaバージョン:1.7.0_13 ORCAバージョン:4.7.0	患者登録の保険の履歴確認画面の表示でカーソルを設定する項目名が間違っていましたので、正しく動作するように修正しました。	H25.2.25
4	2/27 患者登録 画面遷移 再発行	診療行為入力で患者を呼び出さずに、患者登録画面へ遷移し、再発行ボタンをおすと、「(*)Enterで採番をしていないのですが)採番されてしまいます。	診療行為で患者番号を空白のまま患者登録へ遷移した後、「再発行」ボタンをクリックした場合に、患者番号を採番して新しい患者番号を表示していましたのでエラーとするように修正しました。	H25.3.26

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
5	nep 20130321-021	「協会」+「51特定負有」+「51特定負無(水俣病)」の併用の患者さんです。 支払基金に問合せをしましたところ 1:「この患者さんは、協会+特定負有+特定負無の併用で請求して下さい」 2:レセプト公費?欄には、「51特定負有」一部負担額 3:レセプト公費?欄には、「51特定負無」 4:患者さんへの窓口負担額は発生しません。 という回答でした。 ORCAでは、「協会+特定負有」と「協会+特定負無」のふたつの組合せしかありません。	特定負有(051)+特定負無(水俣)(091)の保険組み合わせ作成対応 上記保険組み合わせの作成を行います。 特定負無(水俣)(091)について、対象となる負担者番号は以下のとおりです。 <51153013> <51153021> <51153039> <51153047> <51433019> <51433027> <51433035> <51433043> <51463016> <51463024> <51463032>	H25.5.27
6	support 20130701-002	101システム管理マスター-1017患者登録機能情報 3:患者登録のカルテ発行(新規患者の時)が2発行する(保険組み合わせ自動)のとき、患者登録画面で保険を入力しており、1カルテ発行ありでは保険情報が印刷されるが、3カルテ発行あり(病名なし)を選択するとカルテに保険情報が印刷されない。 病名なしのときに保険情報が印刷されないのはおかしいのではないのでしょうか。	システム管理の患者登録のカルテ発行(新規患者の時)を「2 発行する(保険組合せ自動)」と設定した時に、患者登録のカルテ発行区分を「3 カルテ発行(病名無)」で発行した時、保険組合せが自動選択されませんでした。 保険組合せが選択されていない時は自動選択するようにしました。	H25.7.25

13 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 20130322-012	未来(H25.3.31)入力してある患者についてですが、H25.3.22本日のシステム日付けで「13照会」した場合、患者検索結果の画面上の最終受診日は“H24.3.31”と表示されているのに、印刷すると“H25.3.7”と印字されます 検索結果画面は、入力してある最新日(未来日)を表示し、印刷はシステム日付以前までの日付けを印字する仕様となっているのでしょうか？ 検索結果画面と印刷物の最終受診日をどちらかに統一することはできませんでしょうか？	最終受診日>システム日付となる場合、検索結果画面と帳票及びCSVファイルの最終受診日の日付が異なっていましたので、検索結果画面の最終受診日の日付で統一しました。	H25.4.25
2	support 20130410-001	13照会で診療行為を数値指定で検索した時、検索結果を印刷すると、患者氏名が一部入れ替わって印刷されてしまいます。	氏名の7行目と9行目、12行目と14行目、27行目と29行目が入れ替わって印刷されていたので正しい内容となるように修正しました。	H25.4.25
3	request 20120410-001	検索結果後、表題が空白の為リストを印刷した場合など何の検索をしたかわかりません。 手動で登録すればいいのですが、初めから表題、若しくはどこかに検索した診療行為などが記入されているようにお願いします	検索条件の登録および変更を行う際に、登録名を検索結果の表題として使用するか否かを指定できるようにしました。	H25.7.25
4		検索項目に病名の診療開始日を追加しました。		H25.7.25
5	request 20120908-001	入院がある医療機関様にて、入院基本料に包括される診療行為(検査等)を入力し、「52 月次統計」の「指定診療行為件数調」で診療行為の件数を調べたら、包括で算定している患者も件数に反映されてくる。 また、「13 照会」の画面で指定の診療行為を行った患者を検索すると包括で算定している患者も結果として表示されてくる。 包括されてしまう診療行為を入力しても、「指定進行行為件数調」や「13 照会」で、結果として表示されない様に、パラメタで選択できるようにして欲しいとの事でした。	(1)保険組合せ[9999 包括分入力]として入力した診療行為および、[包括算定]として入力した診療行為を検索対象から除外する検索項目を追加しました。 [病名 診療行為]タブの検索項目[包括分]に[含まない]を選択して検索を行った場合、包括分を除いた診療行為の検索を行います。 (2)月次帳票の[指定診療行為件数調]および[診療行為別集計表]について、入外区分のパラメタに包括分を除いて処理を行う区分を追加しました。 詳細はパラメタ説明を参照下さい。	H25.7.25

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		予約画面で患者番号を入力したまま、予約一覧・来院一覧・週間一覧・受付一覧へ遷移して予約画面に戻った時、患者番号がクリアされますが、排他制御が掛かったままでした。 この為、他端末で遷移前の患者番号を入力すると排他中のメッセージを表示していました。 予約一覧等へ遷移時に排他制御の解除を行うように修正しました。		H24.12.25
2	ncp 20130613-018	1日に多くて5件、毎日のように他端末使用中と表示されるのでその度に、91-101-9800で情報削除を行っている。 同じ患者様は同時に開いてはいないのに、頻繁に起こる原因を教えてくださいとの事です。	予約の予約日検索で、氏名検索画面で患者を選択した時に排他制御が掛かり、予約画面に戻っただけでは排他解除を行っていませんでした。 このため、予約画面では患者の入力がないのに、患者登録で排他エラーとなることがありました。 予約日検索で氏名検索を行った時は、排他制御を行わないようにしました。	H25.6.25

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		「診療行為」、「会計照会」及び「入院会計照会」の各業務から表示できる明細書のリアルタイムプレビューで、表示イメージを変更して摘要欄等必要な情報を一画面で表示できるようにしました。		H24.12.25
2		セット登録で、明細が2ページある場合に1ページ目のフリーコメント行の回数を変更するなど、名称にカーソル移動を行う場合、2ページ目を表示してカーソル移動を行うなど、名称へのカーソル移動を正しく行わないことがありましたので修正しました。 また、会計照会の剤変更も同様でしたので修正しました。		H24.12.25
3		通院・在宅精神療法を入力した時に自動発生する「通院・在宅精神療法(20歳未満)加算」が改定で施設基準を満たしていれば16歳未満は初診算定日から2年以内の算定が可能となりましたが、判定する施設基準に漏れがありました。 児童・思春期精神科入院医療管理料(3039)のみ判定していましたので、児童・思春期精神科入院医療管理料(栄養管理経過措置)(3146)を追加しました。 施設基準(3146)が設定してあれば、16歳未満で初診算定日から2年以内であれば、「通院・在宅精神療法(20歳未満)加算」を自動算定します。		H24.12.25
4	support 20121210-008	以下理由により、返戻されたとの報告がありましたので、ご連絡致します。 (対象者について) 75歳誕生月において、後期高齢者適用前に、死亡した。 (返戻理由) 75歳到達月ですが、誕生日前の死亡の場合、一部負担金は1/2となりません。	75歳到達月の特例計算について、該当月であっても、特例計算非該当とする対応を行いました。 (その月の誕生日前に死亡された場合など) 患者登録－公費欄に保険番号954(特例非該当)を入力してください。 その適用期間は特例計算非該当となります。 (例)10月27日が75歳の誕生日、10月23日に死亡 954 適用期間:平成24年10月1日～10月23日	H24.12.25

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
5	kk 29824	2012/11/27付けパッチ提供の診療行為112「kk29734」に関しまして 国保1割+187+972から後期1割+187+972に変更となる75歳到達月の一部負担金は 1日目:国保1割+187+972 6001点 500円 2日目:国保1割+187+972 3000点 0円 3日目:後期1割+187+972 1000点 0円 4日目:後期1割+187+972 1000点 0円 となります。 1日目で上限に達した場合、後期での一部負担金は発生せず後期レセ摘要欄に、国保で上限に達した旨をコメント記載する。 という回答を大阪府国保連合会 業務管理部 管理課第2係より頂きました。	大阪府地方公費(日上限額設定のある公費)の回数カウント対応再修正(外来) 平成24年11月27日パッチで大阪府地方公費(日上限額設定のある公費)の回数カウント対応修正を行いました。修正前の内容が正しいという事が分かりましたので修正しました。 (例) 75歳到達月 1日目:国保+187+972 7000点 500円 2日目:国保+187+972 3000点 0円 3日目:後期+187+972 1000点 500円 4日目:後期+187+972 1000点 0円 (例) 75歳到達月 1日目:国保+187+972 7000点 500円 2日目:国保+187+972 3000点 0円 3日目:後期+187+972 1000点 0円 4日目:後期+187+972 1000点 0円	H24.12.25
6	1/7 入院期間中 自費保険 外来入力	入院期間中に自費保険にて外来入力へ切り替えたとき、保険組合を自費から後期高齢者へ変更した場合、「入院中です。アフターケア・自費保険以外 は入力できません」の確認画面が表示されず、後期高齢者での診療行為が登録可能となります。 訂正時にはチェックがかかるのですが、入力時にはチェックはかからないのでしょうか。	入院中に外来の診療行為画面で自費保険を選択後、再度、保険組合を後期高齢者に変更した場合、入院へ遷移する確認メッセージを表示しませんでした。 このため、そのまま処理を行うと入院中に後期高齢者で登録ができていました。 入院中に外来で後期高齢者の選択を行った場合は、入院へ遷移するよう確認メッセージを表示するように修正しました。	H25.1.28
7	12/19 セットコード入力カーソル位置	検査セットを入力したとき、カーソル位置が最終行ではなく、先頭の.600に移動されるとのお問合せがありました。 こちらで調べたところ、セットコードの一部を入力し、診療行為一覧選択サブ画面から選択する場合には最終行へ移動されますが、セットコードすべてを入力した場合においては、診療種別へカーソル位置が移動されるようです。	診療行為の画面でセットコードを直接入力してセット内容を展開した時、展開後のカーソル位置がセットコード入力位置となっていましたので、最終行 の下に移動するように修正しました。	H25.1.28

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
8	support 20130117-014	月の始めに特定疾患処方管理加算が自動算定されてきました。 月2回目の受診時に処方日数が28日のため、登録しようとしたところ、「警告！既に特処加算を算定済みです。長期投薬加算を算定する場合は削除して下さい。」とメッセージが出るので、メッセージを閉じて、登録を押下したところ、特定疾患処方管理加算の確認メッセージが出ません。 「1007 自動算定・チェック機能制御情報」の薬剤情報提供料を「1算定する(月1回)」に設定していると聞いてきません。 薬剤情報提供料の自動算定を「しない」にした場合は、メッセージを閉じたあとに特定疾患処方管理加算の算定を聞いてきます。 薬剤情報提供料を「1算定する」の場合でも特定疾患処方管理加算を聞いてくるようにしていただけないでしょうか。	診療行為の登録時に、「警告！既に特処加算を算定済みです。長期投薬加算を算定する場合は削除して下さい。」を表示した後に、「手帳記載加算(薬剤情報提供料)を算定します。よろしいですか？」の表示がある場合に、特定疾患処方管理加算の確認メッセージが表示されませんでした。 長期投薬加算の警告メッセージ表示後に続けて「登録」をクリックした時、「特定疾患処方管理加算が算定できます。OKで自動算定します」の表示を行うようにしました。	H25.1.28
9	nep 20130125-011	院内処方時の多剤投与についてですが、外来版操作マニュアル4.7.0のP397に、『「.290」の診療種別区分で入力された薬剤は種類数にカウントをしないため、例では6種類の薬剤投与となり薬剤料の逓減はありません。』とあり、確かにそのような動きをしますが、解釈の再確認をお願いします 7種類のカウントには確かに臨時投薬は含めませんが、臨時投薬を除いて7種類以上の内服薬を投薬した場合は臨時投薬も含めて全ての薬剤が減額の対象となるはずですが この解釈を知った上での、このような動きなのでしょうか	院内投薬の内服薬の7種類以上の逓減で、逓減の判定に反映しない臨時投薬の14日以内の投薬が逓減の対象外となっていましたので、逓減の対象とするように修正しました。 逓減点数と(減)の剤の対象となります。 平成24年4月診療分から適用するようになりました。	H25.2.25
10	お電話でのお問い合わせ 1月29日ー人工腎臓算定上限 超えエラー	人工腎臓の算定について、妊娠中の患者であれば月14回の算定上限除外となりますが、月内を同一のコードで算定する場合は警告解除で入力できますが、複数コードが混在する場合エラーとなり解除ができません。 点数マスタの上限回数を変更する以外入力することはできませんでしょうか。	人工腎臓(慢性維持透析)(4時間未満)と人工腎臓(慢性維持透析)(5時間以上)など複数の人工腎臓を合わせて月に14回以上算定した時、エラーとなっていましたので警告とするように修正しました。 また、警告メッセージにコード名称を表示しないようにしました。 警告メッセージには、「人工腎臓の当月の上限回数を超えています。」と表示します。	H25.2.25

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
11	support 20130204-007	診療行為入力を行い、レセプトを作成しました所、電子レセと紙レセで点数が異なります。 電子レセの方は四ツ切フィルムを12枚で計算しています。 電子レセ 紙レセ 内視鏡他 1366点 1366点 内視鏡フィルム 77点 96点 ----- 1443点 1462点	診療行為のX線撮影で同時併施がありそれぞれの撮影料でフィルムの入力があった場合、最後のフィルムの下に造影剤注入など撮影料以外の手技の入力があった場合、レセ電のフィルム料の点数が正しく編集されませんでしたので修正しました。	H25.2.25
12	ncp 20121217-005	診療行為入力画面では 単純撮影(アナログ撮影) 2 単純撮影(イ)の写真診断 2 大四つ切 2 235点×1 と登録されているが、レセプトプレビューで見ると写真診断が1回で表記されている(点数は235点で変わらず)。 なぜ診療行為画面とレセプトの表記が違っているのか?とお問い合わせを頂きました。	外来の診療行為を登録後、登録した保険組合せを削除して新しい保険組合せに変更する訂正を当日に行い、「当日に受診があります。OKで同日再診、NOで訂正表示を行います。」などの確認メッセージで訂正展開した場合に、画像診断の診断料の回数をすべて1回で登録することがありました。 正しい回数を登録するように修正しました。 訂正の展開後、そのまま「登録」ボタンをクリックして、「警告！！有効な保険組合せに変更しました。必ず登録して下さい。」を表示後、「閉じる」ボタンをクリックします。 そのまま、再度「登録」ボタンをクリックして、手帳記載加算算定や内服通減等の確認メッセージが表示された場合です。 一度でも、ENTER等を押下して、「警告！！有効な保険組合せに変更しました。必ず登録して下さい。」を「登録」ボタンクリック前に表示していた場合は、現象は発生しません。 また、確認メッセージが表示されない場合も現象は発生しません。	H25.2.25

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
13	お電話でのお問い合わせ2月26日－悪性腫瘍検査自動表示	システム管理マスタ1038診療行為機能情報－悪性腫瘍検査一覧を1自動表示するに設定し、点数マスタで悪性腫瘍のマスタのユーザ設定上限回数で他月数3 他1に設定した場合の動作についてご確認です。 上記のマスタを検査として登録後3ヶ月以内(別の月)で管理料として登録 エラー処理0とした場合 悪性腫瘍特異物質治療管理料を入力するとマーカー検査の一覧されますが上記のマスタの番号を選択するとクリアされます。 クリアされた状態で、再度登録を押下するとコメントコードに変換されず上限回数エラーとなります。 クリアされた状態で、再度番号を選択すると悪性腫瘍特異物質治療管理料の入力行にも選択したマスタが表示されます。 エラー処理9とした場合 悪性腫瘍特異物質治療管理料を入力するとマーカー検査の一覧されますが上記のマスタの番号を選択するとクリアされます。 クリアされた状態で、再度登録を押下するとコメントコードに変換されます。 クリアされた状態で、再度番号を選択すると悪性腫瘍特異物質治療管理料の入力行にも選択したマスタが表示されます。 選択したものがクリアされる点とエラー処理0のときコメントに変換されないのは仕様でしょうか。	悪性腫瘍特異物質治療管理料を入力した時に対象の検査一覧表示を行う設定がある場合、選択した検査が上限回数エラーだった時、検査の選択を終了しても、再度、検査一覧を表示していました。 一覧表の選択が終了したら診療行為画面を表示するように修正しました。 エラーとなった検査はそのままエラーとなりますので、削除後、コメントコードを手入力して直接名称を入力して下さい。 なお、警告エラーの場合は、警告表示後コメントコードに変更します。	H25.3.26
14		診療行為入力のカーソル位置について、入力した行が最終行でも入力した内容に対して別コードが自動発生され最終行ではなくなった場合に、カーソル位置が入力行のままでしたので、最終行にセットするように修正しました。 例えば、労災加算が自動発生する場合などです。		H25.3.26

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
15	ncp 20130301-030	入院調剤料(7点)は、入院中の患者に対して投薬を行った場合(1日につき)算定できるとありますが、同日に国保+特定疾患で診療、国保単独での診療で投薬を行った場合、ver4.6までは同日に複数保険で診療を行った場合でも調剤料1回の算定になっているのですが、ver4.7では複数保険で診療を行った場合それぞれで調剤料を算定してきます。	入院の投薬を同日に複数の保険・診療科で算定した時、入院調剤料を複数自動発生していましたので、正しく算定するように修正しました。	H25.3.26
16	kk 30106	北海道の中標津町のひとり親についてです。 通常は親は入院のみなのですが、中標津町は親も外来で使用可能となっており、提出先は、親だけ町に別請求書で提出致します。 制度的には「144 親初有」と全く同じなのですが、ひとり親の親も子も負担者番号が同じ為、一緒の帳票で出力されてしまいます。 その為、「144 親初有」と全く同じで、中標津ひとり親の親用のマスタの作成をお願い致します。	北海道地方公費負担金計算対応(保険番号:364) システム管理2010において、364の設定を行ってください。 負担金計算(3)タブ ・初診時以外の負担金計算(外来)を”1”で設定 ・初診時以外の負担金計算(入院)を”1”で設定	H25.3.26
17		通院精神療法で自動発生する「通院・在宅精神療法(20未満)加算」の初診算定日から1年(2年)の判定で、「初診料(同一日2科目)」の算定履歴が算定日から6カ月前のままでしたので、2年前の算定履歴から判定するように修正しました。 同一科で「初診料(同一日2科目)」を算定した日が初診算定日より後であれば初診日となります。		H25.3.26
18	ncp 20130321-019	地域連携計画加算を算定する患者で有床診療所入院基本料1を算定しているのですが、診療行為画面で、地域連携計画加算を直接入力する際、警告で「算定入院料では算定できない入院料加算です、入院会計照会を確認してください。」と表示されます。 地域連携計画加算について解釈本で確認したところ、地域連携計画加算を算定できないという記載はないのですがこの警告は何のチェックで表示されているのでしょうか。 また、警告を無視して登録はできますが、特に問題はないでしょうか。	入院料加算である地域連携計画加算について診療行為入力画面より入力時に、加算が算定可能な入院料を算定している場合であっても、「算定入院料では算定できない入院料加算です。」と誤った警告メッセージを表示していましたので修正しました。	H25.3.26

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
19	ncp 20130322-014	労災の患者さんで診療行為で入力し、入力確認画面でレセプトプレビューを確認しました。 明細書の作成処理は行っていないのですが、当月の保険請求確認リストを作成すると労災の患者さんがリストに記載されてきました。 「43請求管理」で確認すると、労災の患者さんの請求データが作成されています。 労災の明細書作成処理は行っていないです。 労災の場合レセプトプレビューを行うと、明細書データが作成されてしまう仕様でしょうか？ 自賠責の場合もレセプトプレビューを確認すると請求データが作成されました。	労災、自賠責の入院外レセプトをリアルタイムプレビューより表示を行った場合、請求管理データが作成されていたので作成しないように修正しました。	H25.3.26
20	ncp 20130405-026	入院診療行為入力画面での自費コード表示について問い合わせがありました。 自費コード(095、096)を入力した時、「数量・点数」欄の表示で金額の1の位が途中で切れた状態で表示される為、金額確認が正しく行えない。	入院の診療行為画面で点数の最後の文字が一部表示されないことがありましたので正しく表示するように修正しました。	H25.4.15
21	support 20130324-004	夜間・早朝加算を算定した場合 検査全般を入力し確定すると K160”警告！時間外です。時間外緊急院内検査加算の算定を確認してください”というメッセージがでる。 ”閉じる”をクリックするとメッセージが消え、その後はメッセージが出ることなく最後まで入力できる。 夜間・早朝加算算定時には時間外緊急院内検査加算は原則算定できないと支払い基金からコメント頂いております。 また移行前のubuntu lucid orca 4.6では出なかった症状です。	夜間・早朝加算を入力時、検査を入力し時間外緊急院内検査加算を入力していない時、「警告！時間外です。時間外緊急院内検査加算の算定を確認して下さい。」の表示をしていましたが、警告表示を行わないように修正しました。 また、環境設定が「8 夜間・早朝」で、初再診が他科にて受診済みなどのコメントであった場合、画像診断を入力し時間外緊急院内画像診断加算の入力がない時、警告メッセージを表示していましたので警告表示をしないように修正しました。	H25.4.25

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
22	お電話でのお問い合わせ3月28日ー入院診療行為画面で受付へ遷移すると外来画面に切り替わる	入院診療行為画面で、入院中の方を呼び出し受付へ画面遷移後、患者登録等へ画面遷移しそのまま戻ると外来の診療行為画面になります。診療行為の入力途中の場合、そのまま外来として入力が出来てしまいます。	診療行為の入院画面で入力中に受付へ遷移してそのまま患者登録などへ遷移した場合、受付から戻った時に入院画面ではなく外来面を表示していました。そのまま外来で登録が可能でした。入院画面へ戻るように修正しました。 これに関連して、受付などで診療行為で入力していた患者番号と違う患者番号の処理を行った場合、診療行為に戻った時の前回患者が、診療行為で入力している患者番号とはなっていませんでしたので、診療行為に戻った時に表示している患者番号を前回患者とするように修正しました。	H25.4.25
23	support 20130409-018	自賠責で登録をされた方を診療訂正で開くと、「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。」というエラー情報が出て、閉じるボタンでそのエラー画面を閉じると読み替えて52点になっていた処置点数が元の点数に戻ってしまうという現象がありました。 処置のみ算定している場合はエラーは出ず、処置とリハを登録している時にこのエラーが出るようです。	労災・自賠責で診療行為の訂正展開時に、投薬の投与量の警告などの警告表示がある場合、処置などが外来管理加算読み替え点数で算定されている場合、「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。」が表示されていました。 展開時に警告エラーとなった場合、外来管理加算(読み替え)の処理を行わなかったことが原因でしたので、展開時は警告チェックを行わないようにしました。	H25.4.25
24		診療行為画面で訂正の展開時、中途データ展開時に表示後すぐに「次頁」「前頁」を押下した時、最初の投薬の月上限回数・月総投与量の警告メッセージが表示されないまま登録していました。 「Enter」や「登録」を押下した時に警告メッセージを表示するように修正しました。		H25.4.25
25		セット登録で、遷移前の診療行為が空白、または労災・自賠責以外の保険を選択していても、労災コードでセット登録できるようにしました。 なお、遷移前の診療行為で労災・自賠責保険を選択中であれば、今までと同様に健保のリハビリコードはエラーとなります。		H25.5.27

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
26	ncp 20130402-011	現在訂正診療行為の登録が遅い状況に困っております。 透析の医療機関ですが、新規の診療行為はよいのですが訂正からの登録時に30秒ほどかかります。	診療行為の訂正時の登録処理で診療科履歴の更新に時間がかかることが分かりました。 受診した診療科がひとつで、受診履歴が多い場合の現象となります。 診療科履歴の初診日算定の診療科決定の検索方法を見直しました。 また、訂正で診療科履歴の初診日2に診療科での初診算定がなくても最後の初診算定日を編集することがありましたので、編集しないようにしました。 なお、移行した初診料ダミーが算定履歴に存在する時は、編集することがあります。	H25.5.27
27	kk 30333	H25. 4. 1より秩父市において子ども医療費支給制度が変更になると、医療機関様より連絡を受けました。	埼玉県秩父市(法別82(重心))の負担金計算対応(社保分) (保険番号:772)(平成25年4月診療分～) 社保分で70歳未満で限度額認定証の提示がない場合に使用してください。 主保険の一部負担金相当額が一般所得の上限額(80100+@)を超える場合、超える額を患者負担に加算します。 (例)入院 請求点数 55555点 主保険3割 の場合 55555点×10円×3割=166665円(四捨五入)166670円 80100+((55555-267000)×0.01)=82986円 166670-82986=83684円(この金額を患者負担に加算) システム管理2010において、772の設定を行ってください。 負担金計算(3)タブの「限度額認定証提示が無い場合の特別計算」を下記で設定してください。 左側の設定:1 一般区分の月上限額超の額を患者負担に加算 右側の設定:0 該当公費対象者全員	H25.5.27

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
28	kk 30237	小児慢性特定疾患(法別52)の大阪市拡大助成のようです。 【内容】 http://www.city.osaka.lg.jp/kenko/page/0000188066.html	大阪府大阪市(法別92(こども難病))の負担金計算対応 (保険番号:192)(平成24年11月診療分～) 1. 患者登録－公費欄の入力について ”192”の適用期間(開始日)は、平成24年11月1日以降の日付で登録してください。 2. 患者登録－所得者情報－公費負担額欄の入力について 「入外上限額」「他一部負担累計」の入力を可能とします。 入外上限額については、入院がある場合は入院の自己負担限度額を、入院がない場合は外来の自己負担限度額を入力してください。他一部負担累計については、入力不要です。 3. 負担金計算 自医院分(入院と外来)で自己負担限度額までの負担金計算を行います。 患者食事負担も自己負担限度額に含みます。 システム管理2010において、192の設定を行ってください。 負担金計算(1)タブの「患者登録－所得者情報－月上限額入力」を「2 入外上限額・他一部負担累計を入力する」で設定してください。	H25.5.27
29		前頁・次頁ボタン押下で警告メッセージの表示をしていませんでしたが、表示するようにしました。画面遷移を行わないので警告メッセージを表示しない意味が無くなった為です。		H25.5.27

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
30	support 20130324-004	夜間・早朝加算を算定した場合 検査全般を入力し確定すると K160”警告！時間外です。時間外緊急院内検査加算の算定を確認してください”というメッセージがでる。 ”閉じる”をクリックするとメッセージが消え、その後はメッセージが出ることなく最後まで入力できる。 夜間・早朝加算算定時には時間外緊急院内検査加算は原則算定できないと支払い基金からコメント頂いております。 また移行前のubuntu lucid orca 4.6では出なかった症状です。	時間外区分が「1 時間外」「2 休日」「3 深夜」「4 時間外特例」で自動算定する時間外加算コードの算定がある場合に、時間外緊急院内検査加算、時間外緊急院内画像診断加算が算定可能であれば警告メッセージを表示するようにしました。	H25.5.27
31	support 20130329-008	同月内にリハビリテーション料が13単位を超えていないのに警告が表示されます。 実際の同月単位数は4単位です。 この警告表示は「リハビリ発症日から180日以上です。」と「月13単位を超えました」の二つにチェックがかかり表示されているものでしょうか？ それとも、どちらかのチェックに掛かれば表示されるのでしょうか？	疾患別リハビリテーション料を算定日数上限を超えて算定した場合の月13単位警告の回数をすべてのリハビリテーション料で判定していましたので、疾患別リハビリテーションごとに判定するように修正しました。 平成25年4月診療分からの対応となります。	H25.5.27
32	support 20130517-002	H25.2.12に3歳になった患者さんですが、特定疾患の病名をもっており、ずっと継続して来院し、小児科外来診療料を算定していました。 3才になった後も先生が気づかず、電子カルテで小児科外来診療料を入力してORCAに飛ばしたところ、以前は「算定できる年齢ではありません」というようなエラーになっていたのが、再診料と外来管理加算に自動で変更になっている。 質問1 小児科外来診療料を3才以上の患者に入力してORCAに飛ばした場合、自動で再診料に変更されるようになったのでしょうか。 質問2 電子カルテで再診料を入力してORCAに飛ばした場合、特定疾患管理料は自動算定されるのですが、今回の小児科外来診療料を飛ばして再診料に変更された場合、特定疾患管理料が自動算定されません。 これはなぜでしょうか。	CLAIMからの中途データ展開で、3歳以上でデータに小児科外来診療料が設定されていた時に、再診料へ変更した場合、病名からの特定疾患療養指導料の自動発生をしませんでした。 小児科外来診療料を再診料へ変更した時も特定疾患療養指導料等の自動発生をするようにしました。	H25.5.27

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
33		J038人工腎臓とJ038-2持続緩徐式血液濾過を併せて月14回を超える算定で警告を表示しますが、平成24年4月から追加された「人工腎臓(慢性維持透析濾過)(複雑)」が対象となっていないませんでしたので対象とするように修正しました。		H25.6.25
34	ncp 20130606-021	6歳未満の患者、体重8.3Kgです。 自己血貯血液状保存を実施、貯血量80mlを使用しました。 自己血貯血(6歳未満)(液状保存)150327710を数量80mlで入力すると、輸血(乳幼児)加算も足されて5026点と計算されます。 体重1Kgにつき4mlを1単位として算出しますので、患者の体重が8.2Kgであることより、32.8mlにつき250点1単位とし、当該単位またはその端数を増すごとに所定点数を算定する取扱いになると思われます。 3単位750点で計算したいのですが、入力方法はどうすればよろしいでしょうか？	自己血輸血(6歳未満)、自己血貯血(6歳未満)の体重と輸血量による点数計算の対応を行いました。 輸血コードを入力すると患者体重のコメントコード(84000082)を発生しますので輸血数量と患者体重コメントの値(1g単位)を入力してください。	H25.6.25
35	request 20130430-004	22 病名画面で病名の表示順番を移動しました。 その順番が診療行為画面の病名欄に反映しないので反映するようにして欲しいとの事。	病名登録で病名表示順を変更した場合、診療行為画面、外来まとめ画面及びデータチェックの[(D04)データチェックエラー内容確認画面]の病名表示に反映するようにしました。	H25.6.25
36	ncp 20130618-005	診療行為で次のように入力しレセ電データを支払基金(北海道支部)へ提出したところ、固定点数誤りで増点となりました。 .400 皮膚科軟膏処置(500cm2以上3000cm2未満) アズノール軟膏0.033% 1.5g ロコイド軟膏0.1% 1.5g 創傷処置(100cm2未満) ゲンタシン軟膏0.1% 1mg 0.5g 133×1 (処置手技130点+薬剤3点) 補正・査定後の薬剤点数 4×1 診療区分で皮膚科軟膏処置と創傷処置を区切らずに入力するなら、薬剤点数は支払基金の補正のとおり3剤の合計薬価37.335円/10→4点となるべきではないでしょうか？	処置の同一剤に手技料が複数あり、それぞれの手技料に薬剤が入力されている場合、「手技と薬剤が混在しています。手技毎に剤分離するか、剤をまとめて下さい。」のエラーとするようにしました。器材も同様です。 複数の手技と時間外加算コードがある時と同様にレセプトで点数エラーとなる可能性があるためです。 なお、平成25年7月分からの対応となります。	H25.7.25

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
37	request 20130508-005	システム管理マスタにて自動算定・チェック機能制御情報にて外来カーソル移動を2診療科で設定しておりますが、21診療行為画面にて患者呼び出し後、診療科にカーソル移動しますが、診療科選択の上、Enterを押下すると、診療行為を残すか選択確認Msg画面が表示の後、診療行為入力コード画面までカーソルが移動してしまい、その診療科に属するDr選択を改めてマウス操作の上選択しなおさなければならない為、手間である。 Enter押下後に職員情報Dr専門科コードに紐付いてDr選択できるようにDr選択箇所へ移動してほしい。もしくはDr空白の上、Drコードを手入力できるようにしてほしい。また、現状診療科選択の上、Enter押下せず、tabキー2回でDrコードを手入力しEnter押下した場合には診療科がデフォルトの表示の診療科になってしまい、職員情報にて医師の専門科コードで登録しているが、Dr名に診療科に結びついて画面展開しない為、それらをDr名からも紐付けて診療科が展開できるようにしてほしい。	システム管理の外来カーソル移動の設定により、診療科の次にドクターにカーソル移動を行うようにしました。	H25.7.25
38	request 20120705-005	外来で請求書を出力した際に、未収金があると「前回請求額」欄に金額が表示されてきます。 再発行時のマスタ設定の様に、最初から「前回請求額」欄に表示させない設定を作ってください。	外来請求書兼領収書のプログラムオプションに前回請求額の印字をしない設定を追加しました。	H25.7.25
39	support 20130703-017	ORCAデータベース内の併用禁忌のマスタと思われるデータを参照したところ、二つの薬剤[A-B][B-A]それぞれで異なるデータが登録されているように見受けられます。 弊社で確認した薬剤の一例 A: クレストール B: ベザレックス ORCA画面上でA→B、B→A何れの順番で薬剤を入力しても、症状と作用機序内容は[A-B]の内容のものしか表示されません。 併用禁忌のマスタに関して、画面に表示するための優先順位や条件がありましたら教えてくださいませんか？	医薬品の投与順序については厳密に考慮せず、該当医薬品の添付文書の禁忌情報をすべて確認できるようにしました。 方向については、禁忌薬剤名称の1桁目に、「→」「←」を表示するようにしました。	H25.7.25

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
40	kk 30898	843札幌市障害医療費の上限設定は、院内6,000円、院外3,000円 になっていますが、札幌市・保険企画課に確認したところ、通常、院内の医療機関でも、処方がない場合は上限が3,000円になるということでした。 オルカは、診療行為の「院内/院外」で判断しているようですので、処方がない場合は、院内を院外に変更後会計を登録してもらっています。ただし、その後院内で処方があれば上限6,000円になるようですので、月の初めに院外にしてしまうと、院外の3,000円が上限になってしまいます。 障害児の通院が多い医療機関のため、作業がとても煩雑になってしまうので困られています。	<計算例> 外来 協会(3割)+地方公費 (「院内」で診療行為入力) (「月ー院内ー上限額」6000円・「月ー院外ー上限額」3000円) (「1「院内」分のみで、該当月に処方がある場合」で設定) * 1日目 1645点 (処方なし) 2645点×10円×0.3=7935円(四捨五入)7940円 患者負担3000円 (処方がない為、「月ー院外ー上限額」を参照して負担金計算を行う) * 2日目 313点 (処方あり) 313点×10円×0.3=939円(四捨五入)940円 患者負担 940円 (処方がある為、「月ー院内ー上限額」を参照して負担金計算を行う) (2日目は最大で3000円(月上限額6000円ー1日目3000円)までの患者負担が発生する可能性がある) <重要> 該当月の「初回の処方日」が診療2回目以降である場合は、必ずその日以前の診療分について再計算が必要となります。 月全体を「月ー院内ー上限額」を参照して負担金計算を行う必要がある為です。 上記例では、1日目の再計算を行うと、患者負担が3000円から5060円(6000円ー940円)に変更になります。	H25.7.25
		システム管理2010機能追加 負担金計算(1)タブに、「月ー院内ー上限額」参照条件(外来)の設定項目を追加しました。 <設定項目> (左側) 0「院内」分のみの場合 1「院内」分のみで、該当月に処方がある場合 (右側) 0 該当公費対象者全員 ※デフォルトは(0、0) <項目説明> 0:「院内」分のみの場合に、保険番号マスタの「月ー院内ー上限額」の設定額を参照し、外来の負担金計算を行う。 1:「院内」分のみで、該当月に処方がある場合に、保険番号マスタの「月ー院内ー上限額」の設定額を参照し、外来の負担金計算を行う。		

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
41	kk 30954	兵庫県尼崎市のユーザー様より、平成25年7月1日開始の新制度の資料を頂きました。 糖尿病の診療分に限り、月2万円(院外処方の場合は1万円)までは尼崎市が負担し、超過分を患者様が負担するということです。 システム管理2010機能追加 負担金計算(1)タブに、 設定額を助成する負担金計算(外来) 設定額を助成する負担金計算(入院) の設定項目を追加しました。 <設定項目> (左側) 0 設定なし 1 設定額を助成する(設定額超の金額を患者負担とする) (右側) 0 該当公費対象者全員 ※デフォルトは(0、0) ※13東京(保険番号182、382)・・・(1、0) 14神奈川(保険番号182)・・・(1、0)	<項目説明> 0: 設定額を助成する制度でない。 1: 負担金計算において、主保険の患者負担相当額、又は上位公費の患者負担相当額の内、保険番号マスタ設定額(外来「月－院内－上限額」又は「月－院外－上限額」の該当する方。入院「月－上限額」)を助成する。設定額を超える金額は患者負担とする。 <計算例> 外来 協会(3割)＋地方公費 (「院外」で診療行為入力) (「月－院外－上限額」10000円) (「1 設定額を助成する」で設定) ＊ ＊ 1日目 ＊ ＊ 2645点 2645点 × 10円 × 0.3 = 7935円(四捨五入) 7940円 患者負担 0円 助成額 7940円 ＊ ＊ 2日目 ＊ ＊ 913点 913点 × 10円 × 0.3 = 2739円(四捨五入) 2740円 患者負担 680円(2740円－2060円) 助成額 2060円	H25.7.25
42	nep 20130710-019	まとめ入力の画面から診療入力し、確認画面で「shift+F1プレビュー」すると「接続が切れました。」と出てオルカの画面が終わる。 ubuntu10.04 orca ver.4.7.0でお使いいただいています。 社内検証で上記入力してみたところ、 ubuntu10.04 orca ver.4.6.0→プレビュー画面で帳票を確認出来ました。 ubuntu10.04 orca ver.4.7.0→「接続が切れました。」 ubuntu12.04 orca ver.4.7.0→プレビュー画面で帳票作成中で画面表示されない。となりました。	外来まとめの診療行為確認で、「プレビュー」ボタンをクリックすると異常終了していましたので、レセプトプレビューを行うように修正しました。	H25.7.25

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
43	request 20120817-001	院外処方を行っている場合、宣言コード「.142 在宅材料」で材料を入力すると処方せんには材料が印字されませんが、「[前回処方]」から処方せんを発行した際には在宅材料が印字されるようになっています。「.142 在宅材料」で入力している材料については処方せんに印字されないようにしてほしい。	外来の前回処方で院内・院外投薬が混在している受診履歴から各帳票を印刷する時、院外分のみ対象とするようにしました。	H25.7.25
44	診療行為－禁忌薬剤一覧表示	7/25のパッチ適用後のようですが、薬剤と併用禁忌でユーザ側で登録したものの場合に、禁忌薬剤一覧の禁忌対象薬品名の先頭文字が表示されません。	診療行為の禁忌薬剤一覧で、チェックマスタで登録した禁忌の時、選択した禁忌対象薬品名の名称の頭1文字が削除されていたので修正しました。	H25.8.27
45	support 20130805-012	労災対象患者 P02D労災自賠保険入力 四肢特例区分 1、四肢 診療区分 80リハビリ 入力内容 摂食機能療法 185点 上記の入力をしたときに、摂食機能療法も四肢加算(10180010労災(1.5)(リハビリテーション))がついてしまいます。 摂食機能療法は四肢加算の対象ではないので、自動出力される加算分を消したいのですが消すことができません。	労災の診療行為でリハビリテーションの摂食機能療法・視能訓練にも「労災(1.5倍)(リハビリテーション)」の自動算定を行っていたので、算定できないようにしました。 手入力でもエラーとなります。 疾患別リハビリテーションのみ労災四肢加算の対象とします。	H25.8.27
46		初診・再診料を自動発生する設定において、電話等再診を手入力した場合に再診料加算の自動発生を行うようにしました。		H25.8.27
47		時間外診療時の、時間外緊急院内検査加算等の算定なしの警告表示の有無をシステム管理で設定可能としました。		H25.8.27
48	request 20130802-005	診療行為入力におけるDO検索の(K09)診療行為入力-診療行為選択画面に、059000000?059999999のコードで作成してあるその他材料の数量が表示されていないので、薬剤やフィルム等と同じように数量まで表示させてほしいとの要望がありました。	ユーザが設定する器材(059nnnnnn)を診療行為で入力後、DO・会計照会で展開した時に数量を表示していませんでしたので、数量を表示するように修正しました。	H25.8.27

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
49	kk 31128	山口県 福祉医療費請求書 福祉請求書に関しては正常な数字に更新されました。 なお、新たな質問として福祉請求書の一部負担金が1005円になってい ますが、ORCAにて患者様の請求額は1510円のままです。 この部分についての対応は不可能でしょうか？	例2) 外来、実日数1日 主保険+781 請求点数5551点 $5551 \times 10 \times 0.3 = 16653$ $16653 \div 3 = 5551$ $16653 - 5551 = 11102$(四捨五入)11100 ＜患者負担＞11100円 例3) 外来、マル長併用、実日数1日 主保険+781+972 請求点数5551点 $5551 \times 10 \times 0.3 = 16653$ $16653 > 10000$なので、患者負担相当額10000円 $10000 \div 3 = 3333.333$(1円未満四捨五入)3333 $10000 - 3333 = 6667$(四捨五入)6670 ＜患者負担＞6670円	H25.8.27
		山口県宇部市子ども医療(保険番号781)負担金計算対応 (平成25年9月診療分以降で対応) 負担金の計算方法を2割計算から主保険又は上位公費の患者負担相 当額(1円単位)の1割を助成する計算に修正しました。 ※平成25年8月診療分までの【限度額認定証の提示がある場合】や 【マル長又は他公費併用がある場合】の患者負担については、必要に 応じて調整金で対応をお願いします。 計算式: 例1) 入院、70歳未満現物給付(限度額認定証:所得区分 一般) 主保険+781 請求点数55551点 $80100 + (555510 - 267000) \times 0.01 = 82985$ $82985 \div 3 = 27661.666$(1円未満四捨五入)27662 $82985 - 27662 = 55323$(四捨五入)55320 ＜患者負担＞55320円	例4) 外来、全国公費併用、実日数3日 精神通院の自己負担限度額5000円 【1日目】主保険+021+781 請求点数1237点 $1237 \times 10 \times 0.1 = 1237$ 患者負担相当額1237円 $1237 \div 3 = 412.333$(1円未満四捨五入)412 $1237 - 412 = 825$(四捨五入)830 ＜患者負担＞830円 【2日目】主保険+021+781 請求点数1237点 $1237 \times 10 \times 0.1 = 1237$ 患者負担相当額1237円 $1237 \div 3 = 412.333$(1円未満四捨五入)412 $1237 - 412 = 825$(四捨五入)830 ＜患者負担＞830円 【3日目】主保険+021+781 請求点数3000点 $3000 \times 10 \times 0.1 = 3000$ $5000 - (1237 + 1237) = 2526$ $3000 > 2526$なので、患者負担相当額2526円 $2526 \div 3 = 842$ $2526 - 842 = 1684$(四捨五入)1680 ＜患者負担＞1680円	

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
50	ncp 20130731-009	医保の特定疾患療養管理料と労災の再診時療養指導料の同時算定についてなのですが、文書では同時算定不可と書かれているのですが、ある医療機関様で厚生支局と労働局にその件で問い合わせをかける、両方算定してよいと言われたそうです。両方算定できるような設定は可能でしょうか？	1. 労災・自賠責保険の時 「101130190 再診時療養指導管理料」を入力時に、「113001810 特定疾患療養管理料」が当月に算定済みの時、「警告！上記算定済みです。労災では併用算定はできません。保険の確認をして下さい」を表示します。 また、「113001810 特定疾患療養管理料」を入力時に、「101130190 再診時療養指導管理料」が当月算定済みの時も同じ警告メッセージを表示します。 2. 健保(労災・自賠責保険以外)の時 「113001810 特定疾患療養管理料」を入力時に、「101130190 再診時療養指導管理料」が算定済みでも警告表示はしません。	H25.8.27

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	お電話でのお問い合わせ12月20日ー入力CD疾患区分	特定疾患病名の入力CD作成時に、疾患区分のフラグを外して登録した際にVer.4.6.0までは疾患区分は空欄で病名登録画面に反映されてました。 Ver.4.7.0では病名登録画面で入力CDで入力しても、疾患区分のフラグが元の疾患区分を表示します。	疾患区分のフラグを外して登録した自院病名を病名登録画面で入力したとき、疾患区分が表示されていたので修正しました。	H25.1.28
2	ncp 20130306-006	病名の病名コード置換えについてご教授頂けると助かります。 病名「仮性クループ」に入力CD「ka1」を設定しており、病名コード欄に「ka1」を入力した後、病名コード置換えダイアログで「急性声門下喉頭炎」に置換えた場合、「病名編集」の表示になります。 CD表示で病名コードを確認すると「4640009」とコードが表示されます。 この状態で、レセ電ファイルを確認すると、コードが「0000999」になっております。 患者紹介では、「急性声門下喉頭炎(コード:4640009)」で検索する事が可能です。 病名欄に直接「仮性クループ」を入力後、病名コード置換えダイアログで「急性声門下喉頭炎」に置換えた場合は、「病名編集」の表示はありません。 上記、このような仕様になっているのでしょうか？ それとも不具合なののでしょうか？	患者病名画面で入力した自院病名が「0000999」の未コード化傷病名の場合、病名コード置換え確認画面で推奨する病名へ置換えを行うと、編集病名の設定がクリアされていませんでしたので修正しました。 例) 仮性クループ ブドウ球菌食中毒	H25.3.26
3	support 20130315-001	病名登録で簡単修正からの複写機能の不具合の件 ◇現象(病名登録画面) (1)転帰済みの病名を含め200件程度の病名が登録されている。 ↓ (2)「次頁」にて画面を切り替える。 ↓ (3)病名番号に転帰済みの病名番号を入力し、簡単修正画面を表示する。 ↓ (4)「複写」を選択し、登録を実行。 ↓ (5)(3)で選択していないはずの病名が転帰されていない旨のエラーを表示して登録出来ない。	患者病名画面で同一画面に同じ開始日の病名が全て表示できなくて最大200行の表示を行わずに次頁の表示を行った場合、次頁以降の簡単修正の処理に不具合がありましたので修正しました。 例) 番号200までは「病名番号入力エラー」となる 番号201からは違う番号の病名が対象となる	H25.3.26

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
4	ncp 20130325-031	病名入力の際に自院コードを使用すると、不正確な病名コード置換え確認画面が表示されるとの連絡がありました。 システム管理「1042 病名・コメント機能情報」の移行病名・推量病名警告メッセージ及び廃止年月日警告メッセージの表示を「1 表示しない」で設定しています。 自院用コード「tousinn」(糖尿病性神経障害) 「hensen」(扁桃腺炎)← 未コード化傷病名 病名コード欄に自院用コードの一部(「tou」、「hens」)を入力しEnterキーを押すと、「(C04) 自院病名検索」画面が表示され、一覧から該当病名を選択すると、「(CID2) 病名コード置換え確認画面」に次の推奨病名が表示されます。 ・糖尿病性神経障害?推奨病名「糖尿病性神経障害」 ・扁桃腺炎?直近に自院コードで入力した病名(tousinnを入力しクリアした後に「hen」で入力すると、推奨病名「糖尿病性神経障害」が表示される) 病名コード欄に自院コードを全て入力した時、及び病名欄で病名を入力した時には「(CID2) 病名コード置換え確認画面」は表示されません。 システム管理で「1 表示しない」に設定している場合、自院コード入力時も今までのように確認画面が表示されないようにしていただけないでしょうか？	システム管理「1042 病名・コメント機能情報」の「移行病名・推奨病名警告メッセージの表示」の設定を「1 表示しない」とした時、「C04 自院病名検索」で推奨する病名がある自院病名を選択すると表示が不正確な病名コード置換え確認画面が表示されていたので修正しました。 (例) 糖尿病性神経障害 高血圧(症)	H25.4.25
5	5/10 病名コード欄 カーソル位置	入力途中の病名および登録済みの病名にて、病名コード欄にカーソルがある状態でEnter キーを押下すると、病名コード欄の位置により、病名名称が一部だけクリアされる現象が生じているようです。	患者病名画面で病名欄に病名の入力があるとき、病名コード欄から空白を入力すると、病名の一部が消えてしまいました。 ver4.7.0からの未コード化傷病名となる病名の別の病名コードでの組み立てへの移行対応時に、病名コード欄が空白入力時の処理に誤りがありましたので修正しました。	H25.5.27

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
6		編集病名(未コード化傷病名コードで記録されるもの)で主病名の場合、17文字を超えると警告としていましたが、警告とはしないようにしました。 既に登録済みの病名については、該当する病名を選択して登録処理を行うと内部的なチェックフラグをクリアして登録します。		H25.6.25
7	nep 20130531-019	5/27付けのPG更新後病名登録画面のカーソルの動きが変わった様ですのでメールさせていただきます。病名コードで複数コードを入力後Enterをすると補足コメントへ移行後警告メッセージが出て開始日にマウス、クリック操作でしか入力できません、ご確認宜しくお願いします。	5月27日提供のパッチで、患者病名登録で複数病名入力時のカーソル移動に誤りがありましたので修正しました。	H25.6.25
8		システム管理「1042 病名・コメント情報」の廃止年月日警告メッセージの表示を「1 表示しない」、移行病名・推奨病名警告メッセージの表示を「0 表示する」と設定時、自院病名登録画面で移行病名はあるが別のコードで登録可能なコードがない病名コードを入力したときに、病名コード置換え確認画面 (CID2)を表示せず、廃止病名のエラー画面(CERR)を表示していましたので修正しました。 例) 4019011 高血圧(症) 0059008 食物中毒		H25.7.25
9		自院病名の登録時に、ひとつの傷病名に3つまで自院病名CDの入力を可能としました。		H25.8.27

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	収納履歴 接続切れ	収納履歴について、99件までの表示となっていますが、100件目を更新すると、100件目の履歴が1番に登録されます。101件目を更新すると「接続が切れました」となり、日レセが落ちてしまいます。	収納業務[(S02)収納登録－請求一覧画面]の収納明細の履歴表示は最大99件となっていますが、再計算を行うことで100件目を更新すると100件目の履歴が1番に登録され、101件目を更新すると「接続が切れました」となり、日レセが落ちる不具合がありました。 収納明細の履歴が99件に到達している状態で、再計算が行われた場合、更新エラーのエラーメッセージの表示を行い、日レセが落ちないように対応を行いました。	H25.1.28
2		収納業務の(S02)収納登録－請求一覧画面のコラムリストの並び順の指定が[1 診療日順]となっている場合、[診療日、診療科、保険組合せ番号、伝票番号]の小さいものから表示を行なっていましたが、一括再計算を行う際はシステム管理[1039 収納機能情報]－[一括再計算順]の設定が[1 診療日順]になっている場合、[診療日、伝票番号]の順に計算を行うことから、表示順についても[診療日、伝票番号]の順とし、一括再計算の計算順に合わせるよう修正しました。		H25.2.25
3	ncp 20130628-016	収納でいくつもの処理を行うと正しい計算がされない。 390円入金→入金取消→分割入金(340円と50円)→診療訂正-20円未収→-20円返金→入金取消-390円→最後に340円の入金を行うと、請求金額:370円 未収金額:30円と表示されていますが、日報は未収金が50円になります。 入金取消の-390円が本来は-370円でなければいけないかと思います。 4.6.0は正しく計算されました。	分割入金→診療訂正→返金→入金取消の順で処理を行うと、入金取消の金額が正しく計算されない不具合がありましたので修正しました。	H25.7.25
4	request 20120712-004	収納登録画面の一括再計算該当で、高額療養費と公費との絡みで一括再計算が必要な患者様のリストアップが出来るが単純に収納更新が必要な患者様のリストアップも出来るように機能追加をお願いしたい。	[(S10)患者一覧]画面に会計照会業務で[剤変更]または[保険一括変更]後に[収納更新]を行っていない患者の表示を行うようにしました。	H25.7.25

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
5	ncp 20130806-008	下記手順で入金処理を行うと「0001 入力エラー」が表示されます。 1. 「(S02)収納登録?請求一覧」から「3 未収一覧」を表示。 2. 収納履歴を選択し、入金額に金額を入力。 3. F12【登録】を押下。 4. 「0001 入力エラー」が表示される。 エラーを閉じると入金処理自体はできているのですが、どうして入力エラーが表示されるのでしょうか。	コラムリストの内容を[3 未収一覧]にした状態で、コラムリストに表示されている収納の一番下のものを選択して入金処理を行うと現象が発生していましたので修正しました。	H25.8.27

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	お電話でのお問い合わせ3月27日－異動処理時の回数入力表示	Ver.4.7.0で診療行為画面で1日分だけ入力し、会計照会画面にて他の日のフラグを追加しようとする、異動処理した方に対して同日再入院の回数入力画面が表示されます。	入退院登録で転科・転棟・転室の処理を行った日を会計照会では入退院日と判定していました。これにより、転科・転棟・転室の異動日が同日再入院日と判断し、診療回数変更時に回数入力画面を表示していました。また、外来の剤に対しても診療回数が登録できていました。異動日は入退院日としないように修正しました。	H25.4.25
2	ncp 20130403-020	「24会計照会」で番号が1～25まであります。 例えば 1・その中の12を選択 2・診療回数を変更 3・「変更確定」をクリック 以前のバージョン(4.5ver)では「変更確定」をクリックしても選択した画面の位置は変わらず元の画面の位置だったのが4.6verになってから、「変更確定」をクリックすると選択した画面の位置が上に表示されるようになった。	会計照会画面で、剤番号で選択した剤を画面中央に表示しますが、「変更確定」を行うと前回選択した剤が画面上部に表示していましたので、「変更確定」前と同じ画面中央に表示するように修正しました。	H25.4.25
3	support 20130725-008	入院料に包括される診療行為を入力したとき、先方より送付いただいた内容(13区分)を入力すると、会計照会で「出来高算定日」と表示されます。 包括診療となる画像診断等では表示はされませんが、このような動作でしたでしょうか。	会計照会で入院中の剤を選択した時、入院料包括の判定で包括対象の指導料の剤に「出来高算定」の表示を行っていたことがありました。 電子点数表でのチェック対応時に、指導料・在宅料・入院料のチェック追加を行っていませんでしたので、包括チェックを行うように修正しました。	H25.8.27

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	kk 30250	社保＋療養介護(024)＋マル障(180)の組み合わせの場合です。 入院されている患者様で2日に外泊をされ場合、公費?の負担金額が757円になってしまいます。 3日以降に外泊された場合は1,000円になり正常に金額がでます。 支払基金に問い合わせを行ったところ、1,000円で提出との事でした。 保険の給付欄の内容は以下の通りです。 保険請求点:68,574 公費①負担金額:5,506 公費②負担金額:757	大阪府地方公費負担金計算修正(入院) 主保険(3割)＋療養介護(024)＋マル障(180)の保険組み合わせの場合 該当月入院2日目に外泊があった場合(2日目の請求点数257点)、マル障(180)の2日目の一部負担金が257円で計算していましたので、500円(上限)で計算するように修正しました。 <レセプト> マル障(180)の一部負担金は、1000円(1日目500円＋2日目500円)となります。	H25.3.26
2	support 20130515-021	【現象】 51月次統計の出産一時金請求書から漏れてしまう患者がいる。 【詳細】 31入退院登録の出産一時金画面上で「未請求」と登録されているが、出産一時金請求書に出力されない患者がいます。 出産一時金チェックリストを確認致しますと「未請求」として表示されています。 その際、請求日が空欄となっております。 (出産一時金画面には10日請求と入力されております) 画面上での判断となりますので、原因と関連しているかについては不明です。	通常の操作で(S08)出産育児一時金画面で、登録済みの患者に対して、「(I01)入退院登録画面」より「10 退院再計算」を選択し、「(I04)請求確認画面」、「(S08)出産育児一時金画面」と進めていき、「(S08)出産育児一時金画面」で[F12(登録)]を押下せず、[F1(戻る)]を押下した場合、未請求の患者となる不具合がありましたので修正しました。 (該当患者は月次統計から処理を行う「出産育児一時金チェックリスト」で未請求として記載され、「出産育児一時金代理申請・受取請求書」の記載及び「専用請求書CSVデータ」の記録は行われません。) また、出産育児一時金の対象となる入院履歴で定期請求が行われている場合に退院登録後に定期請求期間の収納データの請求取消を行い、再度定期請求を行った場合も未請求の患者になる不具合がありましたので修正しました。	H25.5.27

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	ncp 20130424-015	33入院定期請求で、印刷区分「3 再印刷(指定年月)」として、期間を指定後、画面右下の「確定」ボタンを押したところ、「印刷処理をしますか? はい or いいえ」の画面が出るまでに非常に時間がかかる。	問い合わせSQL文に問題があり処理時間がかかっていました。 SQL文を見直しました。	H25.5.27
2	ncp 20130703-008	【前提条件】 ・6月28保険後期高齢者で入院?6月30日退院 ・30日退院日に点滴を行ってから退院処理を行なっている(請求額4750円、入金額4750円) ・30日事故により自賠償(患者請求無し)で再入院 上記条件で入退院処理を行い、定期請求を行ったところ、30日の後期高齢分の請求額が別に1580円発生しました。 6月28?6月30日を4750円でお支払いいただいているので30日分1580円が重複請求分になりますが、収納から一括再計算で修正ができません。	月末に同日再入院した場合の定期請求計算修正 (例) 6月1日入院～6月30日退院(後期高齢)<退院計算済み> 6月30日同日再入院(自賠償) 上記の状態で、6月分の定期請求を行った場合、後期高齢も定期請求計算の対象となっていましたので、対象とならないよう修正しました。	H25.7.25

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	ncp 20130507-012	入院患者照会の処理が終わらない、というお問い合わせを受けました。病院様の環境で試してみたところ、実際には終わらないのではなく、処理が終わるまでに長い時間(10分?15分)がかかっているということのようです。 検索の手順ですが、まず環境設定で4月の日付に変更した後に、病棟を指定し、「状態」を「当月在院」として「検索開始」としています。	問い合わせSQL文に問題があり処理時間がかかっていました。 SQL文を見直しました。	H25.5.27

4.1 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		エラー内容確認画面で全確認項目のエラー内容の表示を行うようにしました。 また、患者毎のチェック対象外の設定を全てのエラー内容について可能としました。		H25.1.28
2	support 20130112-008	昨年6月頃から禁忌薬剤のデータチェックで疑い病名で登録している場合でも“疑い”の文字が表示されなくなった為に、判断がしにくく非常に困っております。疑い病名の場合は、今まで通り、“～の疑い”と印字されるように対応ください。	昨年の5月29日のパッチ提供で、管理番号ncp:20120501-040の対応を行った際、投与禁忌薬剤のチェックでエラーになった疑いフラグが設定されている病名について“疑い”の文字が編集されなくなっていましたので編集するよう修正しました。	H25.1.28
3		薬剤と病名および診療行為と病名のデータチェックについて、適応病名(雛形)マスタより直接チェックを行う機能を実装しました。 (機能を使用する場合、[1101 データチェック機能情報2]の設定が必要です。)		H25.2.25
4	ncp 20130213-003	平成25年1月請求分レセ電データチェックを実施すると、平成18年4月?平成19年3月生まれの人に対して「31290 未就学者に該当しない年齢です。」とエラーがかかります。 平成25年3月末までは未就学者の扱いの為、エラーにならないよう修正をお願いします。	就学前の判定に誤りがあり、年齢の計算を年度ではなく年で行なっていました。 これにより、1月～3月診療分について正しく判定されない不具合がありましたので修正しました。	H25.2.25
5	ncp 20130301-009	レセ電データチェックについて以下のエラーが発生しております。 原因と対処法をご教授ください。 エラー又は確認事項 33130 特定器材の単価が記録されていません。 項目名[単価]内容[160.00] レコード内項目位置[9](眼底カメラ検査用インスタントフィルム) 点数マスタ(729780000) 金額:160.00 金額種別:2都道府県購入価格 単位コード:006枚 データ区分:3フィルム	都道府県購入価格である特定器材の単価チェックについて、レセ電データに正しく記録されているにも係らずチェックでエラーとなる不具合がありましたので修正しました。	H25.3.26

4.1 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
6	お電話でのお問い合わせ3月14日～2月のデータチェックで29日以降のチェックがかかる	セットの有効期間を2月28日で区切り登録し、2月のデータチェックをかけると、セットの入力のない方でもチェックマスタの病名が登録されていないと29～31日の適応病名未入力とチェックがかかります。	セットコード入力判定に不具合がありましたので修正しました。	H25.3.26
7	5/1 外字チェック	「高」「崎」の文字について、データチェックを実行すると、「…外字が入力されています」のメッセージではなく、「…全角文字以外が入力されています」のメッセージが表示されるのですが、現状の仕様でしょうか。	確認項目[患者氏名]のチェックについて、以下の修正を行いました。 (1) 拡張漢字(JISX0213:2004)を日レセで使用される場合、拡張漢字が含まれる氏名をチェックでエラーとしないよう修正しました(レセ電データではカナ氏名に変換されるため)。 (2) 拡張漢字(JISX0213:2004)を日レセで使用されない環境において、拡張漢字が含まれる氏名をチェックした際に、チェックリストに「…全角文字以外が入力されています」のメッセージが表示されていましたが、これを「…外字が入力されています」のメッセージが表示されるように修正しました。	H25.5.27
8		システム管理[2005 レセプト・総括印刷情報]傷病名記載区分の主病名の設定が[0 主病名の編集を行わない]以外の場合、未コード化傷病名を主病名とした場合に17文字を超えるとエラーとしていましたが、このチェックを行わないようにしました。		H25.6.25
9	support 20130606-014	レセ電データチェックのエラーについて、エラーの原因が不明な項目があり、実際のレセ電データとチェックリストを添付いたします。	レセ電データチェック時に、剤の記録が、手術後医学管理料 手術後医学管理料(100分の95)通減である場合に、手術後医学管理料について、“点数の記録が必要な箇所ですが、点数が記録されていません。”と、誤ってエラーとして判定していましたので、エラーとしないように修正しました。	H25.6.25

4.1 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
10	request 20121127-005	補足コメント欄を使用した場合、同一病名(同一マスタ)であっても登録が可能です。 接触皮膚炎(顔)H24.10.10? 接触皮膚炎(趾)H24.11.25? で登録された病名が、データチェックをかけると「同じ病名が複数登録されています。【接触皮膚炎】」とリストアップされてきます。 上記のような場合、レセ電データでもエラーとならず、別な病名として扱うと支払基金にも確認をとりました。 補足コメントを使用した場合には、同一の病名として扱わないように変更をお願いできないでしょうか。	補足コメントの異なる同一病名の登録をエラーとしないようにしました。	H25.7.25
11	request 20130423-005	同一開始日で複数の疑い病名を登録する場合、まず入力コードを使用し病名を登録し、簡単修正機能にて、まとめて疑いフラグの登録を行っています。 その場合、保険請求上疑い病名にはなりますが、データチェック時のエラー内容確認画面の表示は、疑い病名と判断できません。エラー内容確認画面でも疑い病名と分かるよう対応頂けませんでしょうか？ 合わせて、病名登録画面の表示も傷病名と疑いの表示が離れている為、分かり難いというご意見も頂いております。	(D04)データチェッカーエラー内容確認画面の患者病名のコラムリストに疑いフラグの表示を追加しました。	H25.7.25

4.1 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
12	request 20130502-004	病名の補足コメントを含めたデータチェックを行うように改善して欲しい。 (理由) 4月より日レセv4.5.0→v4.6.0へと移行したのに伴い、以前から入力されていた括弧書きのコメント付きの長い病名を、v4.6.0からの機能である補足コメント欄に移してみたところデータチェックにて以下のような問題が生じたため。 (例) v4.5.0 病名:統合失調感情障害(統合失調症・躁うつ病) データチェック(薬剤と病名):該当なし ↓ v4.6.0 病名:統合失調感情障害 補足コメント:統合失調症・躁うつ病 データチェック(薬剤と病名):該当多数 ※統合失調症や躁うつ病を適応病名とする処方薬が、本件ではすべて「適応病名なし」としてリストアップされてしまう。 ちなみに統合失調感情障害を適応病名とする薬はない。 一体何のための病名の補足コメント機能なのか疑問を感じる。	データチェックの[薬剤と病名]および[診療行為と病名]のチェックについて病名補足コメントの対応を行いました。 詳細は別紙を参照してください。	H25.7.25
13		データチェック確認項目の[診療開始日]のチェックで、診療年月に開始となった病名の開始日の日数が診療日数より多い場合はエラーとしていますが、このチェックを行うか否かを新設項目の[1101 データチェック機能情報2]の[診療開始日と実日数の比較チェック]の設定で選択可能に変更しました。 さらに、エラーの際のメッセージを次のように変更しました。 (変更前) 病名開始日が正しく入力されているか確認してください。 (変更後) 当月の病名の診療開始日が正しく入力されているか確認してください。 【診療開始日 ○日, ×日/診療日 ○日】		H25.8.27

4.1 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
14	20120522-001	シス管1101データチェック機能情報2で、検査・処置薬剤のチェックの有無を変更できますが、手術薬剤も同様のチェックの有無を変更できるようにお願いします。	システム管理[1101 データチェック機能情報2]の[薬剤と病名及び病名と薬剤]の設定項目に[手術薬剤]および[麻酔薬剤]を追加しました。各項目に[2 チェックしない]を設定することで、手術、麻酔に使われた薬剤を[薬剤と病名]および[病名と薬剤]のチェックの対象外としました。	H25.8.27
15	20130416-001	処方みの薬剤(診療種別区分「. 213」「. 223」「. 233」で入力された薬剤)がデータチェックの対象となりましたが、「小児科外来診療料」を算定している医療機関様で、「薬剤と病名」のデータチェックでエラーがたくさん出るようになり困っています。 薬剤情報の発行のために投薬内容を入力していますが、その医療機関様では包括分の「薬剤と病名」のチェックは必要ありません。 処方みの薬剤をチェック対象にするかしないか、設定できるようにしていただけないでしょうか？	システム管理[1101 データチェック機能情報2]の[薬剤と病名及び病名と薬剤]の設定項目に[処方みの薬剤(213, 223, 233)]を追加しました。 [2 チェックしない]を設定することで、診療種別区分[213]、[223]、[233]で入力された薬剤を[薬剤と病名]および[病名と薬剤]のチェックの対象外としました。	H25.8.27

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		医療保険単独又は後期高齢者医療単独、かつ、現物給付対象者である場合において、一般所得以外であっても一般所得としての窓口計算及びレセプト保険欄―一部負担金記載が可能となるよう対応しました。 ※平成24年4月診療分から対応		H24.12.25
2	kk 29860	自立支援医療受給者証をお持ちの患者が医療機関様を受診されました。 ですが、1日につき400円等の上限設定ができないとの事で問い合わせがありました。こちらは、兵庫県の地方公費を併用しておられるという認識で、間違いはないでしょうか？ あるいは、何か入力方法があるのでしょうか？	神戸市用(100、200)の公費を高知県の医療機関で使用した場合のレセプト対応 自立支援医療＋神戸市用(100、200)の保険組合せを使用した場合、レセプトの自立支援医療の一部負担額欄に神戸市用(100、200)の負担金額を記載する。 ＜注意事項＞ 神戸市の方については、神戸市用の自立支援の受給者証しか所持されていませんが、自立支援医療と神戸市用(100又は200)の公費を登録して下さい。 又、所得者情報で、自立支援医療の入外上限額は必ず”9999999”、他一部負担累計”0”と入力して下さい。 生活保護の方については、入外上限額を”0”として下さい。(その場合、神戸市用(100、200)の公費登録は不要です。) ※パッチ適用後は、上記登録及び自立支援医療＋神戸市用の保険組合せ分について再計算をしてからレセプト作成を行ってください。	H24.12.25
3	request 20111101-005	明細書の発行順について、ターミナルデジット方式(下2ケタでのソート)での印刷ができるように要望致します。	システム管理の設定により、明細書のターミナルデジット方式(患者番号の下2桁)による出力を可能としました。 システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の「編綴順タブ」にターミナルデジットの出力の設定を追加しました。	H24.12.25

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
4	お電話でのお問い合わせ1月4日—自費レセプト印刷	システム管理マスターレセプト総括印刷情報で自費レセプトの印刷指定を印刷しないに設定。 個別作成で出力順を入力順にした場合に、出力区分のチェックは外れていますが、印刷処理をかけるとプレビューに表示され印刷もされます。	システム管理2005 で自費レセプトの印刷指定を「1 自費レセプトを印刷しない」と設定をしていても、個別作成時の「05 入力順」または「13 ターミナルデジット」での出力で対象としていましたので修正しました。	H25.1.28
5	request 20110809-001	明細書において特記事項「07 老併」の患者の場合 介護老人保健施設に入所している患者で月途中で退所され通院している患者 同月内に施設入所分と退所分が存在する場合の対応 例 施設を15日に退所しました。 1日～15日の診療は、特記事項「07 老併」を記載して診察料を算定しない 16日～月末の診療は、通常の診療「07 老併」は記載しない、診察料は算定する 上記の理由のため同一保険で2枚の明細書(特記記載(入所中分)、特記無し(退所後))が必要になります。 レセ電データも含めて上記の対応をお願いします。	介護老人保健施設に入所中の患者について、同一月に介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明細書を作成可能としました。 介護老人保健施設に入所中に併設保険医療機関で診察料を算定した場合は保険番号「950 07入所中」、併設保険医療機関以外で診察料を算定した場合は「951 08入所中」を入所日を適用開始日、退所日を適用終了日として登録を行います。 この保険番号の登録により、入所中と入所中以外で保険組合せが作成されますので、それぞれの保険組合せで算定することにより入所中と入所中以外の外来分レセプトを作成します。 特記事項の記載は自動で行います。	H25.1.28

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
6	request 20120410-003	青森県の妊産婦医療費「144 妊婦」について医療機関様からご要望をいただきました。 青森県妊産婦医療費助成制度は、月の途中から助成対象となった場合それまでの保険分の負担7割分と妊産婦助成対象の10割分を、同じ保険者でも2枚に分けて出す必要があるようです。 以前からの制度だったようですが、医療機関様が紙レセ請求だったため、2枚紙レセプトを出し、手書き修正をして出していただいていたのですが、オンライン請求をすることになり大変お困りの状況です。また医療機関様は産婦人科標榜の医療機関の為、該当患者が多数いる状況となっています。 青森県国保連合会 審査課2係 にお伺いしたところ、保険者が同じでも割合ごとに2枚出す必要があり、コメント対応では請求できないとの事でした。 現在はオンライン請求ですが、該当患者は紙請求で出していただくようお願いをしている状況です。	通常は1枚で作成されるレセプトを複数枚レセプトに分割して作成可能としました。 例えば、 ・月途中で記号番号が変更になり、該当月のレセプトを変更前後で分割して作成したい場合 ・月途中で公費が適用または変更となり、該当月のレセプトを公費適用または変更前後で分割して作成したい場合 患者登録画面の「特記事項・レセプト分割タブ」のレセプト分割において、設定を行う事で複数枚レセプト分割が可能となります。設定は患者・診療月毎に行います。 【重要】複数枚レセプト分割を行う際には、分割する日で必ず主保険の適用期間を区切って登録を行う必要があります。	H25.1.28
7	kk 30049	パッチ適用、愛媛県の地方公費プログラムについては最新です。 保険:国保 (67歳) 第一公費:更正(15380017) 上限:,9999,999 第二公費:重心(81380016) ----- 		

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
8	ncp 20130201-014	自賠責レセプト「80 その他」欄に100万円の単位が印字されない。 (自費の合計が100万円を超えた場合、100万の桁が印字されない。)	労災・自賠責入院レセプト編集修正 金額記載項目「80その他」欄が100万円以上になる場合、「80その他」欄及び小計欄において、100万円の単位の記載が編集されていませんでしたので修正しました。	H25.2.25
9	お電話でのお問い合わせ2月8日ーレセプト一部負担金記載	後期高齢＋肝炎公費＋低所得2併用の組み合わせで処方せん料を算定して、後期高齢単独分では投薬のみ入力の場合レセプトが高額に該当していなくても一部負担金が印字されます。 公費併用のみ入力の場合には負担金印字されません。 投薬のみで0点公費がある場合とない場合で動作が違ってきますがこのような記載になるのでしょうか。	レセプト保険欄ー一部負担金欄記載修正 下記例の記載について修正しました。 (例)外来、後期高齢(低所得2)、038(上限10000)、院外処方 ・後期高齢(1割)＋038【11921点】 ・後期高齢(1割)【0点(院外投薬のみ)】 この場合に、保険欄ー一部負担金欄に金額を記載していませんでしたので、しないように修正しました。 又、摘要欄に”低所得2”を記載していましたので、しないように修正しました。	H25.2.25
10	request 20111128-008	同月内で2回目以上の再入院がある場合、入院料を自費のみで算定すると入退院履歴が表示されません。 同月内1回の入院で入院料を自費のみで算定している場合は入退院履歴が表示されているので、同月内2回以上の入院履歴がある場合も同様に表示していただきたいです。	同月内に複数回の入院をした場合、入院基本料を算定する入院と算定しない入院があるときに全ての入退院履歴の記載を行うようにしました。 システム管理「2005 レセプト・総括」に追加した「入退院履歴記載区分(入院)」の設定を行ってください。	H25.2.25

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
11		島根県地方公費(191)のレセプト記載対応 ・1月診療分までのレセプト記載(※1) ・2月診療分からのレセプト記載(※2) (※1) ＜主保険が1割＞、かつ、＜福祉(県単)の一部負担金(1割)が福祉(県単)の上限を超えない＞場合、福祉(県単)はレセプト記載対象外とします。 (※2) ＜主保険が1割＞、かつ、＜福祉(県単)の一部負担金(1割)が福祉(市単)の上限を超えない＞場合、福祉(県単)はレセプト記載対象外とします。 ＜主保険が1割＞、かつ、＜福祉(県単)の一部負担金(1割)が福祉(県単)の上限以下、かつ、福祉(市単)の上限超＞の場合、福祉(県単)はレセプト記載対象とします。 その場合の福祉(県単)の一部負担金記載は外来のみ1円単位となります。	(例) 国保・後期高齢(1割)＋191(県単福祉)＋491(市単福祉) 県単負担者番号91320036 (1)外来 請求点数7555点の場合(所得区分:一般) 191は、レセプト記載対象とし、一部負担金は7555円と記載します。 (2)入院 請求点数12555点の場合(所得区分:一般) 191は、レセプト記載対象とし、一部負担金は12560円と記載します。 (システム管理2010において、191の設定を行う。「一部負担金省略記載」を”1”で設定します。)	H25.2.25
12	support 20130228-008	明細書の印刷指示画面にて、印刷されない状況がございますのでご報告申し上げます。 OS Ubuntu 10.04 Ver ORCA v4.7 プログラム更新、地方公費、カスタマイズ帳票は最新です。 ●概要 レセプトを一括作成後、一括印刷をすると国保が印刷されない。 ●条件 国保の編てつ順を「編綴順」に設定されているときに該当のレセプトはありませんと表示され、印刷されない。 国保の編てつ順を変更することで印刷されます。	直接請求する保険者対応時に印刷処理に必要な条件の設定に一部誤りがあり、国保の「06 編綴順」を選択した場合に国保分が印刷対象となりませんでしたので修正しました。	H25.3.4

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
13	kk 30243	レセプトに自動記載されるコメント「愛媛県地方公費の受診日」についてです。 施設入居者(特老)に対して訪問診療を行った際、「再診料(ダミー)」コードを使用している。 診療のみで処方(院外処方)が無い日は、「再診料(ダミー)」のみの入力となるが、その場合レセプトの福祉受診日にカウントされていない。 (処方等がある受診日のみ記載あり) * 保険組み合わせは、「後期高齢者(39382015)＋重度障害(保険番号195、81380016)」。 * 「再診料(ダミー)」のみの受診日の保険組み合わせは、公費併用分で登録。 レセプトの実日数欄には、「再診料(ダミー)」のみの受診日もカウントされています。 * 保険の実日数欄、及び保険の請求点数欄に記載あり。 (公費①の実日数欄、及び保険の請求点数欄は保険と同じため省略されています) * 日レセバージョン: 4.5.0 Lucid(地方公費ファイル:p38-ehime.4.6.0.ver13.tgz) 福祉受診日コメントは、実日数欄の日数(公費該当分)と同じ日数分を記入することとなっています。	愛媛県地方公費レセプト記載修正(外来) レセプト摘要欄に自動記載している「愛媛県地方公費の受診日」について、「再診料(ダミー)」コードのみの入力の場合、実日数にはカウントしますが、受診日記載で該当日が記載されませんでしたので修正しました。	H25.3.26

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
14	kk 30363	今月提出したレセプトの件で、愛媛県国保連合会から一部負担金記載を訂正するよう連絡があった。 「後期高齢者＋地方公費(195重身)」の患者(2併)。請求点数が7900点であるが、保険の一部負担金額欄に「7900円」が記載されている。負担割合が1割であるため、一部負担金額欄は空欄にすること。 該当患者の保険は、「後期高齢者(1割)＋公費51(適用区分3、負担なし)＋地方公費(195重身)」。 特医総管と訪問診療、在宅管理料及び院外処方を行っていますが、公費51に該当するのは、院外処方する薬剤の一部のみであるため、請求点数が発生していません。診療行為入力では、複数科保険で公費51の打ち分けを行っていました。 試しに、診療行為入力をすべて「後期高齢者(1割)＋地方公費(195重身)」の保険情報で入力すると、保険の一部負担金額欄は空欄となりました。 公費51の設定及び入力等に問題があると思われますが、原因がよく分かりません。 一部負担金額が記載されない方法があれば、ご教示いただけないでしょうか？	レセプト保険欄ー一部負担金記載判定修正 例) 外来 ・後期高齢(1割)＋51＋地方公費(院外処方のみ)(請求点数0点) ・後期高齢(1割)＋地方公費(請求点数1000点) 全国公費を含む保険組み合わせと全国公費を含まない保険組み合わせを使用している場合、かつ、全国公費を含む保険組み合わせの請求点数が0点の場合に、高額療養費が現物給付されていないレセプトにおいても、保険欄ー一部負担金の記載をしていましたので修正しました。	H25.3.26
15	お電話でのお問い合わせ3月27日ー船員保険レセ電標準負担額	船員保険の下船後3ヶ月以内で生活療養を算定した場合にレセ電データに標準負担額が記録されます。 食事療養の場合には記録されていません。	船員下船後の入院レセプト記載(レセ電記録)修正 (生活療養の入院料を算定している場合) (例) 船員下船後(保険:002船員、補助区分:2下船) 年齢65歳 入院料(回復期リハビリテーション病棟2(生活療養)) 患者食事負担が無いのにも関わらず、入院レセプト摘要欄(97)に生活療養標準負担額を記載していましたので記載しないよう修正しました。 又、レセ電記録でSILレコード(97)に生活療養標準負担額を記録していましたので記録しないよう修正しました。	H25.4.25

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
16		入院レセプト(仮収納データ作成処理時)のエラーログ出力対応 仮収納データ作成処理時に、入力内容等の不備によるエラーがある場合、エラー内容・患者番号を画面表示して処理を中止しますが、syslogにもエラー内容・患者番号を出力するようにしました。 (例) 入院料を算定した保険組み合わせと診療行為入力した入院料加算の保険組み合わせが異なる場合、入院料加算の保険組み合わせ確認[患者番号:XXXXX]を画面表示し、syslogにも同内容を出力します。		H25.4.25
17		システム管理「レセプト・総括印刷情報」で「主科対応の有無」を「0しない」と設定されている場合、入院レセプトの一括作成時に不要な主科データを作成してしまう不具合がありました。 システム管理参照時の判定に誤りがありましたので修正しました。		H25.4.25
18		診療行為入力でコメントを1行に40文字入力された場合、紙レセプトの摘要欄は40文字記載をしていましたが、レセ電データのコメントレコード(レコード識別"CO")については、1レコードに記録できる最大バイト数が76バイト(38文字)であった為、最後の2文字が欠落した記録となっていました。 38文字を超えたコメント入力がある場合は、レセ電データ作成時にコメントレコードをもう1行追加して、入力された文字が欠落しない記録となるよう修正しました。		H25.4.25
19		労災の入院外レセプト作成時、印刷指示画面より傷病年金が1枚目となるよう処理した場合に帳票タイトルが空白で設定され、「XC01プレビュー選択画面」及び再印刷からの「XA01 再印刷設定画面」でタイトルが表示されませんでしたので修正しました。		H25.4.25

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
20	ncp 20130304-023	病名が多く適用欄に記載される場合 4.5.0の時は、病名が8文字記載された後に転帰日が記載されていたが4.6.0以降は病名が4文字後に転帰日が記載されるので、病名が5文字以上になると転帰日が2行目に記載されます。 病名が多いレセプトは1枚目が病名のみになってしまいます。 紙レセプトを印刷して点検していますので紙の無駄になります。 以前のように病名の文字数が9文字になると転帰日が2行目になるようになりませんか。	2012年8月28日のパッチ提供分の「表示期間によるレセプト記載対応」によりシステム管理2005の転帰日記載区分が「1 転帰日を記載する」の設定時に転帰日を“月日”で記載するようにした為、病名文字数が4文字を超えた場合に紙レセプト摘要欄への傷病名記載が2行になったことから、「紙レセプトの枚数が増えた」、「点検がし辛くなった」等のお問い合わせを多く頂きました。 これについて、システム管理2005の転帰日傷病名記載区分が「1 表示期間を優先して記載」の設定時は転帰日を“月日”での記載とすることとし、「0 転帰日を優先して記載」の場合はパッチ対応前と同様に転帰日を“日”の記載とし、病名7文字迄は1行で記載できるよう見直しを行いました。	H25.4.25
21	support 20130409-039	レセプト、患者向け請求書の記載について 後期高齢者、更生医療、マル長を所持している患者で、入院患者なのですが、月の途中で住所転居(鹿児島→福岡)され保険者番号が変更になった際の処理です。 転居前:3月1～28日 診療によって以下2つの保険組み合わせで診療行為を入力しています。 ①後期高齢者+マル長(鹿児島)+更生(5000円) ②後期高齢者+マル長(鹿児島) 転居後:3月29～30日 診療行為は、後期高齢者+マル長(福岡)で入力しています。 12患者登録公費欄の入力状況は以下になります。 長期 H16.10.6～H25.3.31 更生 H20.11.1～H25.3.31 国保連合(鹿児島、福岡ともに)の返答としては、「既に鹿児島でのレセで上限1万円を算定しているので、患者負担は無し。特記事項にも「02長」の記載は不要」とのことだったようです。	レセプト保険欄――一部負担金記載修正 後期高齢(マル長をもつ方)で、月途中で保険者が変更となり、使用される保険組み合わせが下記例のようになった場合のレセプト記載について修正しました。 (※患者登録において、マル長の適用期間は保険者が変更となった日で区切られていない) (例)入院 変更前: 「後期高齢A(1割)+015(上限5000円)+972」30000点 「後期高齢A(1割)+972」30000点 変更後: 「後期高齢B(1割)+972」7000点 変更後レセプトの保険欄――一部負担金 7000円→0円となるよう修正しました。	H25.4.25

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																																				
22	support 20130424-007	2005 レセプト・総括印刷情報 編綴順のタブ 医師別出力設定ならび医師別出力順を設定していますが、印刷指示画面にて、医師別選択しても該当なしにて、表記されてしまいます。 設定の問題でしょうか？	レセプト記載対象外の公費を持つ患者について、入院レセプトが種別不明となった場合に記載対象外の公費の扱いに誤りがあり、レセプト記載対象外の公費のみのレセプトができてしまいました。 また、「医師別出力設定」を「1 医師別出力をする」と設定していた場合にこのレセプト記載対象外の公費のみのレセプトについて、レセプト明細書テーブル(tbl_recept)の医師別診療科(DRCD_SRYKA)の記録ができていないため、出力順に「11 医師別順」を選択したときに「該当なし」と表示され、印刷処理ができませんでしたので修正しました。	H25.5.27																																				
23	support 20130613-010	医療機関様より、公費2の点数を記載してください。と返戻になったのですが・・・と問い合わせがありました。 弊社でも試したところ同じ現象が出ましたので報告いたします。 79公費と12公費の両方の公費を持っている患者。 4／1から入院 保険組み合わせ 79公費＋12公費 4／6より 保険組み合わせ変更 12公費 以上の状態で、レセプトを作成しますと、公費1の点数欄には79公費＋12公費該当分の点数が印字されるのですが、公費2の点数欄には0点と印字されます。	「079＋012」レセプトの請求点欄記載修正(入院) 下記のケースにおいて、レセプト公費2欄の請求点が0点となっていましたので、「012単独」分の請求点が記載されるよう修正しました。 (「079＋012」分の請求点は集計しない) ・4/1から入院 保険組み合わせ「079＋012」請求点10195点 ・4/6より 保険組み合わせ変更「012単独」請求点46422点 <レセプト> <table><thead><tr><th></th><th>請求点</th><th>負担金</th><th>食事</th><th></th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>公費1</td><td>10195</td><td>0</td><td>15</td><td>9600</td><td>3900</td></tr><tr><td>公費2</td><td>0</td><td>0</td><td>90</td><td>57600</td><td>3900</td></tr><tr><td></td><td>↓</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>公費1</td><td>10195</td><td>0</td><td>15</td><td>9600</td><td>3900</td></tr><tr><td>公費2</td><td>46422</td><td>0</td><td>90</td><td>57600</td><td>3900</td></tr></tbody></table>		請求点	負担金	食事			公費1	10195	0	15	9600	3900	公費2	0	0	90	57600	3900		↓					公費1	10195	0	15	9600	3900	公費2	46422	0	90	57600	3900	H25.6.25
	請求点	負担金	食事																																					
公費1	10195	0	15	9600	3900																																			
公費2	0	0	90	57600	3900																																			
	↓																																							
公費1	10195	0	15	9600	3900																																			
公費2	46422	0	90	57600	3900																																			

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
24	kk 30485	下記の保険組み合わせでひとり親への請求書に記載されない不具合があります。 ----- ～4/3 国保(本人)+144(親初有) 4/6～ 国保(家族)単独 ----- 上記パターンで、4/6以降の診療行為入力がされていない場合は、ひとり親請求書に記載されてきますが、4/6以降の診療行為が入力されている状態ですと、ひとり親請求書が出力されてきません。 使用プログラム名 p01-hokkaido.4.7.0.ver03.tgz	国保で月途中に本人から家族に変更になったときに給付割合が変わらない場合は1枚のレセプトにまとめますが、このときレセプトに記載しない地方公費があったときに、tbl_kohskyへデータの作成がされませんでしたので修正しました。 (例) ～6/10 0001 国保(本人、3割) + 144(北海道) 6/11～ 0002 国保(家族、3割) それぞれの保険組合で診療があった場合、6月のレセプトは1116として作成しますが、144がtbl_kohskyにデータの作成が行われない。	H25.6.25
25	kk 30822	レセプト公費療養費印字について 3併のレセプトにおいて 同月で主保険だけと公費併用の算定を行い主保険では負担額が発生し、公費併用時は負担額が発生しない場合に療養の給付②に印字しないように設定することはできますでしょうか？ ちなみに②の公費は自立支援法の市町村公費です。 (群馬県伊勢崎市になります)	医保レセプトの請求点欄記載修正 「主保険単独」と「主保険+公費1+公費2」の2種類の保険組み合わせで入力があった場合、公費1と公費2の請求点数が同点となりますが、その場合、レセプト公費2欄の請求点が記載省略されていなかったので修正しました。 ・主保険単独 請求点728点 ・主保険+公費1+公費2 請求点6423点 <レセプト> 請求点 保険欄 7151 公費1 6423 公費2 6423 → (記載省略)	H25.6.25

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
26		レセプト自動記載コメント(在支援・在支病)の診療区分修正(外来の医保レセプト) 往診又は特別往診の算定がある場合、かつ、施設基準3055又は3056又は3168の設定が”1”の場合・・”在支援”施設基準3057又は3058又は3169の設定が”1”の場合・・”在支病”をレセプト摘要欄に自動記載していますが、 ・140036710 人工腎臓(慢性維持透析)(4時間未満) ・140007710 人工腎臓(その他) 併せて、上記どちらかの診療行為入力があった場合、在支援・在支病コメントの診療区分が”14”でなく”40”で記載していましたので修正しました。		H25.6.25
27	request 20130517-004	入退院登録画面にて入院料を算定している保険以外で診療がある場合(労災・自賠責等で入院し保険診療がある場合等)、他保険側のレセプトには入院料を算定している保険名称がそのままコメントで自動記載されています。外来や入院料未算定の場合は記載のコメント内容が置き換えや手入力または「2005 レセプト・総括印刷情報」にて選択できるようになっています。しかし入院料算定時は選ぶことができません。当院では患者の個人情報(入院時の保険内容)を他保険側に知らせる必要はないと考えます。自動記載だけではなく「他保険にて入院料算定済み」と置き換えもしくは選択できるようにしていただきたいと思います。	システム管理2005レセプト・総括印刷情報に、他保険で入院料算定時のコメント自動記載の設定を追加しました。現行は入院料を算定した保険組み合わせに準じて「〇〇にて入院料算定済」のコメントをレセプト摘要欄に自動記載していますが、自動記載しない、又は、”他保険にて入院料算定済”の記載を可能としました。	H25.7.25
28	ncp 20130627-014	『外来操作マニュアル 日医標準レセプトソフト VER4.6.0』の960ページ以降を参照しまして、0082?以降のマスタにてコメントコードを作成しました。 作成してみたところ、コメント名称は50文字が限度の様です。コメント文が長くなり50文字を超えることもあります、その場合はどの様にすればよいでしょうか？ 取りあえず、お客様には「複数のコメントをつないで1剤として入力して下さい」とお伝えしています。	ユーザーが登録できる0082 で始まるコメントコードは、コメント文が50文字まで登録可能ですが、レセ電データのコメントの記録が40文字までしか記録できていませんでしたので修正しました。	H25.7.25

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
29	request 20130402-007	ver460から「42明細書」でも受付チェックエラーが出来るようになりましたが、自費レセプトをこちらのチェックから外して欲しいという要望が医療機関様よりありました。 自費レセプトに傷病名がない場合「対象の傷病名がありません」というエラーが発生し、レセが種別不明分に含まれて全件印刷時に印刷されてしまいます。	システム管理よりレセプト作成時の受付エラーチェックの設定を行う場合、自費レセプトをチェック対象とするか選択を可能としました。	H25.7.25
30		レセプトの個別作成時、印刷指示画面で「05 入力順」を選択して次頁を押下すると、社保、国保の次に空白の頁を表示し、その次に広域を表示していましたので修正しました。		H25.7.25
31		システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の基本1の公費記載順設定について有効終了日を月末日として設定した場合、有効終了日と同月の診療年月のレセプトの公費の記載順が設定どおりになりませんでした。 (例) システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の公費記載順設定 有効開始日 H25.6.1 有効終了日 H25.7.31 191 190 7月分レセプトの公費の記載順 190 191		H25.8.27

4.4 総括表、公費請求書

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		システム管理の設定により、出産育児一時金のCSVデータの履歴保存を可能としました。 システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の「レセプト(基本ーレセ電)」のレセ電データ履歴保存の有無を履歴保存と変更してレセ電データの履歴保存と共通の設定としました。		H24.12.25
2		システム管理の設定により、公費CSVデータ作成時にクライアント保存としてCD-R用ファイルの出力を可能としました。 システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の「レセ電」のレセ電データCD-R出力をCD-R出力と変更してレセ電データのCD-R出力と共通の設定としました。 クライアント側は各種書き込みソフトによりCD-Rへの書き込みを行います。		H24.12.25
3	request 20121207-002	千葉県ではレセ電でも国保の総括票のみ1枚郵送することになっています。 4.6.0lucidから4.7.0lucidへ手順書通りにアップグレードしたところ、44総括票・公費請求書の印刷開始ボタンを押すと社保や国保の請求書も含め一式全部が印刷されてしまいます。4.6.0までは印刷開始ボタンを押してもさらに確認画面で印刷しないボタンがあり、処理後の再印刷ボタンから総括票のみ1枚印刷することができました。確認画面での印刷をしないボタンの復活をお願いします。	システム管理2005 の「症状詳記作成」「光ディスク等送付書作成」をどちらも「0 作成しない」と設定し、「44 総括表」でレセ電チェックを「0 チェックしない」と設定して、「処理開始」「主科未設定」「公費個別」「印刷開始」のいずれかの処理を開始したときに「F10:プレビュー」「F11:印刷しない」のボタンが表示されていませんでしたので修正しました。	H24.12.25
4	kk 29997	12月診療1月請求分の福祉医療の請求ファイルが文字コードEUCで作成されているので、来月からは、UTF-8で提出するように連絡がありました。 確認すると、11月診療12月請求分までは、UTF-8で作成されており、12月診療1月請求分のみが、EUCでした。	公費CSV、出産育児一時金のクライアント保存(CD-R)対応のときに条件の判定に誤りがあり、地方公費のCSVデータについてUTF-8で作成するデータがEUCで作成されていたので修正しました。	H25.1.28
5		「44 総括表・公費請求書」で「公費個別」からプレビューを選択して処理を行った場合、実際には処理が実行されませんでしたので修正しました。		H25.4.25

4.4 総括表、公費請求書

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
6	kk 30451	「44 総括表・公費請求書」の「公費CSV」より「6 クライアント保存(CD-R用)」でisoファイルで作成しますと、中身のファイル名が8.3形式で保存されました。 例:「KENTAN_S_99999999_99999_1.csv.iso」 ↓ 「KENTAN_S.csv」	「44 総括表・公費請求書」でファイル出力先に「6 クライアント保存(CD-R)」を選択して「公費CSV」より処理を行った場合、isoファイルを作成するコマンドのパラメータに不足があり8.3フォーマットで作成していましたので修正しました。	H25.4.25
7		「44 総括表」の公費請求書又は公費個別でCSVデータを作成する地方公費の処理を行い、「T99 処理結果」からプレビュー画面に遷移後「T01 総括表」に戻ったとき、「公費CSV」のボタンが押せませんでしたので修正しました。		H25.5.27

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		「クライアント印刷」について、日次統計の再印刷において、クライアント印刷の画面(ダイアログ)が表示されないという不具合がありましたので修正しました。 また、日次・月次統計業務で一度に複数処理を実行した後、再印刷画面で「処理番号」が2番以降となる帳票を選択してクライアント印刷を行うと失敗する不具合がありましたので修正しました。		H24.12.25

52 月次統計

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		・月次統計処理の「適応病名情報更新(検査)」について、チェックマスタ【診療行為と病名】の初期化を行う区分を追加しました。 ・月次統計処理の「適応病名情報更新(検査)」について、チェックマスタに登録した検査の確認リストを作成するようにしました。 ・月次統計処理の「適応病名情報更新(薬剤)」について、チェックマスタ【薬剤と病名】の初期化を行う区分を追加しました。 ・月次統計処理の「適応病名情報更新(薬剤)」について、チェックマスタに登録した薬剤の確認リストを作成するようにしました。		H24.12.25
2		precise版からpanda-fddを廃止しましたので、出力先のデフォルトの表示等を変更しましたが、月次統計データの統計データ(病名)の出力先が「1フロップィ」のままでしたので修正しました。		H25.6.25

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	1/23 慢性維持透析 包括 初期設定	慢性維持透析の包括について、4.5.0と4.6.0で動作が異なるとお問合せがありました。(検査項目:骨塩 定量検査) 検査包括が「包括する」設定となっていたため、「包括しない」へ変更するようお伝えしたところ、初期状態が「包括する」設定になっているとのこと、こちらでも新規インストールして初期状態を確認したところ、4.6.0から検査と画像診断については「包括する」設定になっていました。初期設定を「包括しない」へ変更していただくことは可能でしょうか。	ver4.6.0からシステム管理の「1014 包括診療行為設定情報」の「201 慢性維持透析患者外来医学管理料」の包括の初期設定で、検査と画像診断が「1 包括する」となっていましたので、「0 包括しない」とするように修正しました。 【重要】慢性維持透析患者外来医学管理料の包括算定の設定をされている場合は、パッチを適用しても自動で変更しませんので運用に合わせて設定を見直してください。	H25.1.28
2	support 20130427-009	新しい職員も予約などを入力閲覧できるようにと思い、あらかじめコマンドラインのgluseraddにて、ユーザー名を入力したあと、システム管理情報→職員情報から入り、職制から(今回の場合技師)名前、ふりがな、入力できる範囲などを入力したあと、登録をすませました。今回の場合予約、受付、登録、照会のみが出来るようにしました。しかしその後、どこにも名前が出てこない(医師、看護、事務、技師、管理職、マスターのいずれにも名前が出てこない)、ユーザーごとの設定が修正できないでいます。実際にglclientでそのユーザーとしてログインすると、ログイン出来ます。その時の設定は最初に入力したとおり、予約、受付、登録、照会のみが出来るようにはなっているのですが、修正が出来ないでいます。もう一度同じユーザーネーム(オペレーターID)でorca上で入力しようとすると「既にオペレーターIDが登録されています。オペレーターIDを変更して下さい」とエラー007が出てしまいます	システム管理の職員情報登録で、「1 医師」などの職員区分の選択がなくても登録時にエラーとならずに登録できていましたので、登録時にエラーとなるように修正しました。	H25.5.27

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
3		システム管理[5001 病棟管理情報]で病棟情報の[変更]処理を行う際、有効終了日の右のコンボボックスより[廃止]を選択して、病室情報の有効終了日を更新する際の処理に不具合がありましたので修正しました。 「廃止」が選択された場合、病室の有効終了日が病棟の有効終了日と同じになるよう病室情報の更新を行います。この際の更新対象の病室が“病棟の有効終了日に有効な病室”となるべきところ、“画面項目の[基準日]に有効な病室”となっていました。このため、病棟と病室の有効期間が、それぞれ病棟 H25.8.1 ~ 99999999 H25.4.1 ~ H25.7.31 病室 H25.8.1 ~ 99999999 H25.4.1 ~ H25.7.31 となっている場合に、病棟画面の[基準日]を[H25.8.1]として、[H25.4.1 ~ H25.7.31]の設定の有効終了日を[H25.6.30]に変更後、[廃止]を選択して[変更]処理を行うと、病室の有効期間が H25.8.1 ~ H25.6.30 H25.4.1 ~ H25.7.31 と誤って更新されていました。		H25.7.25
4		職員情報の登録で登録済みの職員の履歴番号を選択後、番号をクリアし、再度番号を選択して有効期間を変更して登録した時、「職員情報を追加登録します」のメッセージを表示して、職員情報を追加登録していました。 これにより、有効期間が重複して登録されることがありましたので、履歴番号が選択された時は更新するように修正しました。		H25.8.27
5	OSC	ormaster の職員情報の業務処理権限を変更できないようにしてほしい。	職員情報登録で、ormasterユーザ(スーパーバイザー)及びシステム管理者とするユーザについて、業務処理権限の一部業務について編集制限をかけることにしました。	H25.8.27

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
6	support 20130801-008	「101システム管理マスタ」の「2005レセプト・総括印刷情報」が開けませんでした。 システム管理コードより「2005レセプト・総括印刷情報」を選択し、確定をクリックするとマウスカーソルが時計のマークになり、操作ができなくなります。 2003レセプト作成指示(印刷順)情報や2006レセプト特記事項編集情報、2007公費番号まとめ記載情報は開くことができました。 データベースのバックアップをとり他の端末に展開すると、正常に開くことができました。 また、プログラム更新やマスタ更新、jma-receipt restartもしてみました が同様の現象でした。	システム管理2005「レセプト・総括印刷情報」の画面を開こうとした場合、以下の不具合がありました。 ・クライアントが"monsiaj"20130311版の場合 「(W01)システム管理情報設定」画面で管理コード「2005レセプト・総括印刷情報」を選択し確定(F12)を押下した際に画面がフリーズする。 ・クライアントが"monsiaj"20130418版の場合 「(W12)レセプト・総括印刷情報設定」画面右下の「直接請求を行う健保組合」に、[java.lang.ArrayIndexOutOfBoundsException: 0 >= 0]と表示される。 ・クライアントが"glclient2"の場合 「(W12)レセプト・総括印刷情報設定」画面右下の「直接請求を行う健保組合」のコラムリストに項目見出しが表示されない。 平成25年7月25日提供のパッチプログラムでシステム管理2005「レセプト・総括印刷情報」の「レセプト・基本1」タブ画面について、「直接請求を行う健保組合」のコラムリストのラベルを削除してしまっていたことが原因でしたので修正しました。	H25.8.27

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		・(Z07)自院コード期限切れ置換画面について、経過措置薬剤の置き換え対象に患者禁忌薬剤を追加しました。 ・月次統計処理の「経過措置薬剤更新リスト」についても対象に患者禁忌薬剤を追加しました。		H24.12.25
2	ncp 20130105-006	夜間往診加算のマスタ内で「時間加算」の項目がありますが、入力CDなど追加・変更し「F12」キーを押下すると、「エラー情報:0006:選択種別がありません。」が発生します。 強制で登録は可能ですが、ご確認のほどよろしくお願い申し上げます。	点数マスタ更新画面で、前回の改定で追加となった時間外加算「7 夜間加算」の診療コードを入力した時、時間外加算チェックでエラーとなっていましたので、正しくチェックを行うように修正しました。	H25.1.28
3		特定器材の登録画面で「特定器材種別2」を「上限価格(酸素)」と変更しました。		H25.2.25

103 チェックマスタ

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	ncp 20130321-025	チェックマスタの「薬剤と病名」にて、「シアナマイド内用液1%」(621320701)で「M 適用病名」を選択したところ、一覧に何も表示されません。 適用病名が提供されていない薬剤、例えば「リリカカプセル25mg」は「M 適用病名」自体選択できませんのでわかりますが、「シアナマイド内用液1%」で「M 適用病名」が選択できるのは不具合なのかそれともマスタ提供されているに一覧に表示されないのでしょうか？	適応病名マスタにはデータが存在していますが、全て廃止病名のため表示されませんでした。 データがない場合と同様に「M 適用病名」を表示しないように修正しました。	H25.3.26
2	ncp 20130409-006	データチェックの薬剤と病名についてお尋ねします。 現時点でチェックマスタの薬剤と病名をM適応病名で設定をし、チェックをかけたところ傷病名が全く入っていない患者様についてはチェックにかかりますが、それ以外の患者様についてはかかってきておりません。また、傷病名が1つでも登録があればその病名が適応病名でなくてもチェックにかかってこないようになっております。 なお、昔からチェックマスタの登録をしている薬剤については登録をし直さない限りチェックにはかかってきているようです。	2013年3月26日提供パッチで[ncp 20130321-025]の対応を行いました。チェック区分[1 薬剤と病名]、[2 診療行為と病名]から[M 適応病名マスタ]を選択して適応病名の登録を行ったチェックマスタについては、データチェックでエラーとならない不具合がありましたので修正しました。 【留意事項】 修正パッチ適用後、データチェック処理を実施されますとマスタは自動修復します。	H25.4.15

201 プラグイン

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		ラベルの名称を変更しました。 「ベンダー」→「提供元」 「提供バージョン」→「最新バージョン」		H25.1.28
2		プラグインパッケージのインストールについて2処理で行うものを1処理にまとめました。 ラベルの変更を行いました。 「並び替え」ボタンを追加しました。 プラグインパッケージのアップグレードに個別更新を追加しました。		H25.3.26

CLAIM

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		claim、APIで病名の入外区分の判定に誤りがあり、入外区分の設定がされていませんでしたので修正しました。		H25.4.25

API

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		請求金額シュミレーションAPIを追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H25.1.28
2		患者病名情報に保険病名フラグの情報を追加しました。 詳細についてはホームページを参照してください。		H25.8.27

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		処方せんQRコードについて 厚生労働省一般名処方マスタ(平成24年12月14日現在)の例外コードに対応しました。	2171700SAZZZ:硝酸イソソルビドテープ40mg「サワイ」 2649731SAZZZ:フェルビナクパップ70mg「NP」	H24.12.17
2		データベースエンコーディングがUTF-8に設定している場合、帳票出力すると部分的に文字化けする可能性がありましたので修正しました。		H24.12.18
3	support 20121128-003	.210+薬剤+10行のコメント+用法でフリーズが発生しました。	投薬の剤にコメントコードを10件以上入力した場合、薬剤情報提供書を発行時に、処理がフリーズしていたので正しく処理を行うように修正しました。	H24.12.25
4	request 20110610-005	退院証明書記載に「3 当該保険医療機関退院日における通算対象入院料を算定した期間」があります。ORCA導入時は入院歴作成で、通算対象日数を調整することができますが、入院歴が多数あり、誤って入力した場合、修正するのが困難です。 もっと簡単に登録・変更できるように改善して頂くか、5000 医療機関情報?入院基本に退院証明の記載登録の退院証明記載欄で、2と3の記載をそれぞれ別に設定できるようお願い致します。	退院証明書の「2. 当該保険医療機関における入院基本料(特定入院料を含む。)の種別及び算定期間」欄と「3. 当該保険医療機関退院日における通算対象入院料を算定した期間」欄についての記載有無をそれぞれ設定可能とするため、システム管理「5000 医療機関情報ー入院基本」の退院証明書記載設定に「2の欄のみ記載する」、「3の欄のみ記載する」の設定を追加しました。	H24.12.25
5	ncp 20130109-021	埼玉県の高域連合分が保険請求確認リストにあがらないユーザーがあります。埼玉県以外の高域連合分はリストにあがっています。リストにあがらない高域連合の患者の[43 請求管理]の請求区分は、請求済みになっています。また、平成24年12月分は上記現象になりますが、平成25年1月分では、すべての高域連合分がリストにあがっています。	保険請求確認リストで高域連合分の処理に不具合がありましたので修正しました。 実際の保険者番号がクリアになっており都道府県の保険者にまとめられて保険者番号ごとの分類ができなくなっていました。 また、複数の都道府県の保険者があった場合に番号の大きい保険者番号のみ印字されていました。	H25.1.28

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
6		患者病名の未コード化傷病名について、コード化が可能な傷病名の一覧作成を可能としました。 末尾の()内の傷病名を補足コメントとして登録した場合に、コード化可能な傷病名についても一覧作成を可能としました。 また、自院病名についても一覧の作成を可能としました。 月次統計画面より新設したパラメタ「チェック区分」の設定をして実行してください。		H25.1.28
7		月次統計帳票の定期請求患者一覧表について、帳票が作成されない(処理対象のデータがある場合でも0件で終了してしまう)不具合がありましたので修正しました。		H25.1.28
8	nep 20130205-010	以下の条件で、「23収納」から支払証明書を印刷すると、合計欄が印字されず出力されるため、バグだと思われます。 ご確認・検証をお願いします。 <条件> ?入院患者 ?支払証明書:2 月別証明書 ?期間区分:1 診療機関 ?請求内容の印字:1 印字する ?期間開始日前診療分の支払い:1 支払額に含める ?期間終了日後の支払:2 支払額に含めない ?印字結果が12ヶ月分 且つ 年をまたぐ場合。(例:平成23年12月?平成24年11月) 上記、条件が合うときのみ、合計欄が印字されませんでした。 印字結果が11ヶ月以内や13ヶ月以上となった場合は、合計欄が印字されます。	支払証明書について、印刷時に1ページの明細欄がちょうど全て埋まる場合に、合計欄の編集が行われない場合がありますので修正しました。 証明期間には該当しますが、編集条件に該当しない収納が期間の最後に現れると現象が発生します。	H25.2.25

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
9		二次元バーコード(QRコード)を読み取る機種により、全角文字部分で文字化けが発生することが分かり、漢字モードによりQRコードを作成するように修正しました。		H25.2.25
10	ncp 20130212-021	未コード化病名一覧の(自院病名)リストについて教えてください。 このリストの中に、理由が「廃止病名あり」というものがありますが、どのような事象の場合にリストアップされるのでしょうか。 リストアップされた病名であっても、電レセのデータを確認しますと正しくコード化されていたので、具体的に何をチェックしたらよいか教えてください。 例) 入力コード:001 病名:高血圧症 理由:◎廃止病名あり【廃止日: 〇 〇 〇 8833421 高血圧症 入力コード:002 病名:腰痛症 理由:◎廃止病名あり【廃止日: 〇 〇 〇 8840829 腰痛症 など、自院病名のほとんどがリストアップされています。	月次統計より「未コード化病名一覧」をチェック区分「0」で作成した場合、編集病名となっていない自院病名の廃止のチェックについて不具合がありました。 このため、データコンバートから作成した自院病名は一覧の記載がおかしくなり、画面から登録した自院病名は廃止病名、移行病名等のチェックの対象となっていませんでした。	H25.2.25
11		お薬手帳についてQRコードの仕様を修正しました。 QRコード バージョン:14 → 12 誤りエラーレベル:L → M(原則) と仕様を変更して作成するように修正しました。 また、分割QRコードとなる場合は最大12まで作成するように修正しました。 ※QRコードの間隔が狭いとうまく読み取れない場合があるためです。		H25.2.25
12		公開帳票のカルテのクライアント印刷ができませんでしたが、本体側の不具合でしたので修正しました。		H25.2.25

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
13	ncp 20130307-007	薬剤情報の服用方法の印字についてお尋ねします。 1剤に2つの服用方法を入力した場合、 薬剤情報に印字される順序が 入力した順と逆になります。 Ver.4.5.0までは、入力した順に印字されていました。 入力した順に印字することは可能でしょうか？	ver4.6.0から剤としての服用方法の決定を変更しました。 剤の最下行にある服用時点を設定された服用方法を原則 剤全体の服用方法としますが、服用時点の設定がない服用 方法でも同様に扱っていましたので修正しました。	H25.3.26
14		ver4.6.0から、診療力(カルテ)(ORCHC01)のプログラムオプションの(5) カルテ病名疑い編集 CHARTKBN の判定を行っていませんでした。 このため、CHARTKBN=1 の設定がなくても、UTAGAIKBN=1 が設定され ていれば、カルテ病名にも疑い区分を編集していました。 カルテ病名の疑い区分の編集は、CHARTKBN=1 で判断するように修正 しました。		H25.3.26
15	support 20130401-015	薬剤情報提供書相当の情報をCSVファイルに出力するカスタマイズプ ログラムを作成していました。 そのプログラム内で、 PROCEDURE DIVISION USING SPA-AREA ORCHC30AREA. とORCHC30AREAを利用しています。 そこから用法コードなどの情報を取得しています。 MOVE ORCHC30-YSRYCD(IDX)(6:4) TO F01-YOHOUCD この時の動きですが、4.5と4.6で差があるようです。 用法が「0010008221回1個発熱時」のコードですと ORCHC30-YSRYCD(IDX)は空です。 用法が「0010001441日1回夕食間に」のコードですと ORCHC30-YSRYCD(IDX)は 001000144です。 つまり、用法コードによって、ORCHC30-YSRYCDに用法コードがはいっ たりはいらなかったりしているようです。 4.5の環境ではこのような事は無いようです。	薬剤情報提供書発行のパラメタ(ORCSCH30AREA)の編集 内容を変更しました。 剤内に服用時点のある用法コードが存在しない場合、 ORCHC30-YSRYCD を空白としていましたが、最初の用法 コードを編集するようにしました。 残りの用法コードはORCHC30-YOHOU (1)から(4)に編集し ます。 入院分も同様に変更しました。	H25.4.15

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
16		処方せんQRコードの一般名コードについて 620009040 ビジュアリン眼科耳鼻科用液0.1% を一般名で記載した場合、QRコードの一般名コードを変更しました。 3月31日まで 1315701QBZZZ 4月 1日から 1315701Q4ZZZ		H25.4.25
17	ncp 20130408-020	平成25年3月31日で経過期限切れのお薬を含む処方内容を、4月の日付で前回処方ボタンより印刷しようとすると、「交付日で対象外のコードがあります。空白で印刷されます」とエラー情報が出るのですが、実際に印刷された処方せんには一行上の内容が重複して印刷されます。	処方せんを前回処方画面から印刷する時、前回の処方を当日の日付で発行した場合に点数マスタが期限切れだった場合、前の薬剤の一般名を記載していました。 薬剤毎に【一般名記載】の予約コードを入力して一般名記載を行っている場合となります。 当日に点数マスタが存在しない時は、名称を空白で印刷するように修正しました。 また、同様の場合、QRコードは作成しないようにしました。	H25.4.25
18	ncp 20130411-020	薬剤情報_ORCHC31_用量欄の表示について 現在、内服7種減額になると (減)日数、数量 が表示されます。	薬剤情報提供書で「(減)」のコメントコードが対象となっていましたので対象外に修正しました。	H25.4.25
19	support 20130501-011	標準帳票 保険別請求チェック表(総括)ORCBGS100の日数合計の表記に関する質問です。 入院(総括):「保険計」欄の「保険合計(①+②+③)」の「日数」⇒7453 外来(総括):「保険計」欄の「保険合計(①+②+③)」の「日数」⇒2737 入院・外来 総計(総括):「保険計」欄の「保険合計(①+②+③)」の「日数」⇒190 となります。 本来であれば入院・外来 総計(総括):「保険計」欄の「保険合計(①+②+③)」の「日数」⇒10190となると思いますが、表示がされていません。	月次統計帳票の[保険別請求チェック表(総括)]について、項目[日数]の最大桁数を4桁に設定していましたが、[入院(総括)]および[入院・外来 総計(総括)]については、[日数]の最大桁数を5桁に拡張しました。	H25.5.27

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
20		労災の労働者災害補償保険診療費請求書について、公務災害も対象としていましたので対象としないように修正しました。		H25.5.27
21	support 20130501-008	「52月次統計」の会計カードの処理を行うと処理が途中で止まってしまい印刷されません。 何度行っても750件で処理がとまってしまいます。 会計カードの処理区分は 診療年月:H25.4 入外区分:2 並び順:3	月次帳票の会計カードに不具合があり、診療行為業務で診療種別「.990」を入力後にフリーコメントコード(810000001)を入力し、内容を未入力にした場合、会計カードが作成できませんでしたので修正しました。	H25.5.27
22	お電話でのお問い合わせ5月10日ー19年以前の入院領収書で氏名が印字されない	19年8月分の退院再計算を行い請求書兼領収書発行したところ患者氏名のみ印字されないとお問い合わせがありました。	入院請求書兼領収書について、平成20年3月診療分以前のものを退院再計算または、収納業務より再発行した場合、患者の氏名が空白で印刷される不具合がありましたので修正しました。	H25.5.27
23	お電話でのお問い合わせ6月4日出産育児一時金保険者番号記載	出産育児一時金代理申請・受取請求書について 退職国保の方の場合に保険者番号欄へは67を除いた6桁が記載されます。 記録条件仕様書には保険者番号を記載するとしか書かれていなかったのですが退職者国保の場合は一般国保と同じ記載でよいのでしょうか。	退職国保の患者の場合、「出産育児一時金等代理申請・受取請求書」の提出先は通常の国保であることから、保険者番号欄は保険者番号の頭2桁「67」を除いた記載としていましたが、記載するよう変更しました。 また、この変更に合わせて「出産育児一時金チェックリスト」についても退職国保の患者で小計を記載するよう変更しました。	H25.6.25

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
24	request 20121022-003	[入院診療費請求書兼領収書]の消費税(再掲)欄についてなのですが、消費税ありの診療行為コード(096*****)で自費を入力し会計を処理した際に、 1退院登録時に入金、領収書を発行した場合には[入院診療費請求書兼領収書]消費税(再掲)欄に金額が記載されますが、 2退院登録時には入金無しで処理し、収納画面で入金、領収書を再発行した場合の[入院診療費請求書兼領収書]消費税(再掲)欄には金額が記載されません。 2の状況でも消費税(再掲)欄に金額が記載されるよう改善を希望します。	収納業務の請求確認画面より入金処理にて請求書兼領収書の発行を行う際、入金処理前に入金額が0円の場合(一部入金がなかった場合)、消費税(再掲)欄の編集を行うようにしました。 また、収納または定期請求業務より収納明細を選択して請求書兼領収書の発行を行う場合も、選択された収納明細の直前までの入金額が0円となる場合は消費税(再掲)欄の編集を行うようにしました。	H25.6.25
25	nep 20130614-022	保険別請求チェック表(標準帳票)にて国保分・総括の印刷指示を行ったところ印字に関して気になる部分がありメール致しました 処理年月 H25.5 入外区分 入院 国保一般高9の方が1人(診療年月 H25.4)が印字されてくる筈なのですが、帳票には一般高9欄に数字が載っていません 診療年月がH25.4分だからかと思ったのですが、一般の方でもH25.4分の診療の人がいますがその分に関しては問題無く印字されています また、国保の小計欄には上記の方の分と思われる字が含まれた計上がされています	保険別請求チェック表の国保と総括表について、レセプトの種別が1137(医科・国保と2種の公費併用・高齢受給者一般・低所得者・入院)となる場合、一般高9欄に集計が行われず合計欄のみに集計が行われる不具合がありましたので修正しました。	H25.6.25
26		処方せんQRコードの一般名コードについて 以下の医薬品を一般名で記載した場合、QRコードの一般名コードは一般名処方マスタの対応する例外コードを記録するようにしました。 620334202 硝酸イソソルビドテープ40mg「テイコク」 → 2171700SAZZZ 620587801 クロルヘキシジングルコン酸塩消毒用液5%「NP」 → 2619702QAZZZ 620646004 フェルビナクパップ70mg「ラクール」 10cm×14cm → 2649731SAZZZ		H25.6.25

帳票

番号	管理番号	問い合わせ(不具合)及び改善内容		備考
27		処方せんQRコードの一般名コードについて 以下の医薬品を一般名で記載した場合、QRコードの一般名コードは一般名処方マスタの対応する例外コードを記録するようにしました。 一般名コード: 2649735SAZZZ ロキソニンテープ50mg ロキソプロフェンNaテープ50mg「DK」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「EE」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「FFP」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「JG」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「KOG」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「NP」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「SN」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「TS」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「YD」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「アメル」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「科研」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「杏林」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「三和」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「タカタ」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「トーフ」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「日本臓器」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「三笠」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「ユートク」 ロキソプロフェンNaテープ50mg「ラクール」 ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「ケミファ」 ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「日医工」 ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「ファイザー」	一般名コード: 2649735SBZZZ ロキソニンテープ100mg ロキソプロフェンNaテープ100mg「DK」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「EE」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「FFP」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「JG」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「KOG」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「NP」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「SN」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「TS」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「YD」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「アメル」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「杏林」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「三和」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「タカタ」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「トーフ」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「日本臓器」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「三笠」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「ユートク」 ロキソプロフェンNaテープ100mg「ラクール」 ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「ケミファ」 ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「日医工」 ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「ファイザー」	H25.7.2
28	support 20130709-012	13照会で検索をかけた際、番号は連番で並ぶと思いますが、検索をかけ、印刷をした時、14件あるうち13番と14番について、患者氏名は検索結果のまま印刷されるのですが、番号のみ、14・13番のように、逆で表示されます。 CSVで保存したときは、検索結果どおり、連番で並びます。 このような表示になってしまうのは何か理由があるのでしょうか。	診療行為の数量または回数を指定して検索を行った場合の検索結果リストについて、番号のみ[13]と[14]が逆に編集していましたので修正しました。	H25.7.25

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
29	request 20130501-007	入院診療費請求書兼領収書A00000H03NA4請求期間の記載について、同月内に国保→生保の保険変更の際、国保と生保の2枚作成、記載される請求期間は入院期間ですが、請求期間を各保険適用期間へ分けられるようにして頂けないでしょうか。 生保の関係で市役所より領収書の請求期間について問合せが来ております。	入院請求書兼領収書および診療費明細書について、入院途中で保険が変更になった場合の請求期間を各保険の適用期間とするよう変更しました。 入力事例 入院日:H25.7.1 退院日:H25.7.31 保険適用期間 国保 :H25.4.1 - H25.7.15 保険適用期間 後期高齢者:H25.7.16 - H26.3.31 ↓ 入院請求書兼領収書ー請求期間 <変更前> 国保 :H25.7.1 - H25.7.31 後期高齢者:H25.7.1 - H25.7.31 <変更後> 国保 :H25.7.1 - H25.7.15 後期高齢者:H25.7.16 - H25.7.31	H25.7.25
30	request 20121208-003	70歳以上で国保をお持ちの方は在宅診療を行うと、保険請求確認リストに一般の方とは別で(在総診または在医総を算定したレセ)として計上されます。 4月改正後、高額療養費の現物給付は在宅診療の有無に関係がなくなりましたので、在宅診療の有無に関わらず一般と同じ扱いで計上していただけますでしょうか。	保険請求確認リストで在総診分と一般分をまとめて集計できるようにしました。 月次統計パラメタの在総診区分に「3:分類しない」を追加し、選択時には分類せずにまとめて集計を行います。 ただし平成24年4月診療分以降を対象とします。	H25.7.25

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		第3回パッチにより、以下の1テーブルのスキーマを変更しました。 レセプト明細書(TBL_RECEPRT) DB管理情報は S-040700-1-20121225-1 となります。		H24.12.25
2	support 20121227-013	4.6.0lucidの環境で使用していた帳票のredファイルを、4.7.0へ対応させるためにorcred2convでコンバートを行ったところ、 XXXXXX.red converting...FAILED ##### #SOME FILES CAN'T CONVERT BECAUSE OF DATA CORRUPTION!!# ##### と表示され、正常にコンバートされませんでした。 そこで、XXXXX.red.err.logファイルを参照して、redファイルを確認したところ、埋め込み文字オブジェクトにダイアグラム上の表示文字列として指定している文字列に含まれている改行文字でエラーと判定されていることが分かり、この改行文字を取り除いたところ、正常にコンバートできるようになりました。	monpeの帳票に改行コードの入った文字列があると orcared2conv.shの文字コードチェックに引っかかって変換できませんでした。 /usr/lib/jma-receipt/scripts/tools/redinspector.rb で改行コードを誤変換するのが原因でしたので修正しました。	H25.1.28
3		第4回パッチにより、以下の11テーブルのスキーマを変更しました。 患者レセプト分割(TBL_PT_HDIST_DAY) チェック例外(TBL_CHKREIGAI) 請求管理基本(TBL_SEIKYU_MAIN) 請求管理公費(TBL_SEIKYU_KOH) 請求管理他(TBL_SEIKYU_ETC) 請求管理労災(TBL_SEIKYU_RSI) 地方公費請求書(TBL_KOHSKY) レセプト電算(TBL_RECEDEN) 主科(TBL_SYUKA) オンライン返戻明細(TBL_HENREI_BODY) オンラインレセ電明細(TBL_ONRECE_BODY) DB管理情報は S-040600-1-20130116-2 となります。		H25.1.28

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
4		平成25年4月診療報酬改定について対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。		H25.3.26
5		インストールされていないユーザプログラムの帳票(カルテ、処方せん等のシステム管理[1031 出力先プリンタ割り当て情報]にて登録を行うもの)を診療行為業務等より発行すると画面がフリーズする現象が発生していましたが、帳票を発行しない動作となるように修正しました。 システム管理[1031 出力先プリンタ割り当て情報]について、以下の変更を行いました。 ・ラベルの文言を変更しました(独自開発プログラム → ユーザプログラム)。 ・ユーザプログラムを使用するように設定されている場合、実際に該当するプログラムが存在しない場合は赤で表示するようにしました。 また、「ユーザプログラムがインストールされていません」と注意メッセージの表示を行うようにしました。		H25.3.26
6	support 20130329-017	業務メニュー画面(M01N)から[91 マスタ登録]→[107 薬剤情報マスタ]を押して、薬剤情報マスタ設定画面(N21)にし、コード欄に適当な薬剤などを入力し、右のペインから適当な薬剤名をマウス選択し[参照](F11)を押して、薬剤情報マスタ参照情報(N22)のパネルを出現させた瞬間に、stderrに下記のようなエラーが出力されます。 (glclient2:1845): Gtk-CRITICAL **: gtk_accel_group_connect: assertion `accel_key > 0' failed	患者登録画面(P02)、薬剤情報マスタ参照画面(N22)の画面定義体に誤りがあり、警告メッセージが出ていましたので修正しました。	H25.4.15
7		ORCAサーベイランスの報告データでデータ作成区分が空白になる場合がありますので修正しました。 調査協力ボタンから参加同意した場合に参加状況の報告データが送信されない場合がありますので修正しました。		H25.4.25

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
8	orca-forms 12363	A21000H01A4 のクライアント印刷の動作がうまくいきません。 2名の患者で、ORCHC01 と A21000H01A4 を切り替え、クライアント印刷の設定を切り替えてテストした結果、以下のとおりでした。 ・クライアント印刷[0.しない],ダイアログ表示[0.表示しない] ORCHC01.....2名とも印刷できる A21000H01A4..2名とも印刷できる ・クライアント印刷[1.する],ダイアログ表示[1.表示する] ORCHC01.....2名ともダイアログが表示される A21000H01A4..1名ダイアログが表示されない←この部分の報告です！	帳票の印刷枚数が多い時にクライアント印刷の確認ダイアログが表示されないことがありましたので修正しました。	H25.5.27
9		第11回パッチにより、以下のビューを変更しました。 入院患者照会(VIEW_I001) DB管理情報は S-040700-1-20130527-1 となります。		H25.5.27
10		労災レセプト電算システムについて対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。		H25.6.25
11		第14回パッチにより、以下の2テーブルのスキーマを変更しました。 患者照会検索条件管理(TBL_SHOUKAIKANRI) チェック2(TBL_CHKSN2) 診療行為照会(TBL_SRYSRH) DB管理情報は S-040700-1-20130725-3 となります。		H25.7.25
12	ncp 20130702-014	昨日4.6.0lucidから4.7.0lucidにバージョンアップを手順書通りに進めたところ、プログラムオプションにおいて、「診療費請求書兼領収書」のMEMOを登録しておりましたが、バージョンアップをするとMEMOが消えていました。 何か手順の不手際で発生してることなのか、消えるものなのかを教えてください。	ユーザーにより編集されたプログラムオプションの内容について、マスタ更新データが提供された場合、2回目の提供時にプログラムオプションの内容が初期化されていたので修正しました。	H25.7.25

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
13		労災レセプト電算システムについて対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。		H25.7.25
14		労災レセプト電算システムについて対応しました。 詳細は別途資料を参照してください。		H25.8.27
15		第15回パッチにより、以下の3テーブルを新設しました。 患者個別設定テーブル(TBL_PTCONF) お薬手帳明細テーブル(TBL_MNOTE_B) お薬手帳管理テーブル(TBL_MNOTE_H) DB管理情報は S-040700-1-20130827-3 となります。		H25.8.27
16	ncp 20130819-004	【登録 診療行為】 グループ診療(本院1・分院12)の設定をしました。 本院・分院の設定前では、問題なく動くのですが 設定後で、接続できないエラーを出しglclientが閉じてしまいます。 検証した結果 10診療所(本院+分院)までなら動くのですが、超えるとエラーになります。 また、それ以外の受付、予約などはエラーが出ません。 制限や不具合情報がありましたら教えてください。	現行グループ診療構成での本院+分院の最大件数は10件としており、パッチでは改修できません。 分院を9件として運用をお願いします。 なお、クライアントが接続エラーとなる現象は不具合でしたのでエラーとならないよう修正しました。	H25.8.27
17		JAHIS 電子版お薬手帳データフォーマット仕様書Ver.1.0のQRコード出力はすでに参考提供していますが、CSVデータをクライアント保存によりダウンロードできるようにしました。 将来的には非接触ICカードリーダー/ライター端末によりスマートフォン等のアプリケーションと連携が可能となります。 これらの機能は参考として提供するものです。 なお、お薬手帳作成プログラムをカスタマイズしてご使用されている場合は、修正が必要となりますのでご注意ください。		H25.8.27