「日医標準レセプトソフト」

ORCA Project

システムパッケージリリース情報
【機能操作説明】
Version 4.7.0

2013 年　3 月 12 日

社団法人日本医師会

☰ 修正履歴 ☰

１３６頁 「労働基準監督署コード表」の埼玉県についてコードに対応した名称記載誤りを修正しました。

１７４頁 「負担金計算（３）タブ」の「★ 負担金未発生分の回数カウント（外来） 」の項目説明より、
（保険者が異なる負担金未発生分を除く） の文言を削除しました。

１０７頁 「(5)複数リハビリ開始日・リハビリコメントの対応(K201109-001)」について説明（画像サンプル）を見直しました。

「チェックマスタ病名入力コード検索対応(R201209-006)」は ver4.6 からの対応であった為、リリース情報から削除しました。

☰ 目 次 ☰

１－１ １１受付 . . . 3
(1) 受付取消時の確認メッセージ対応(R201107-001) . . . 3
(2) 受付の保険のチェック機能対応(R201107-002) . . . 4

１－２ １２患者登録 . . . 9
(1) 複数種類の公費選択機能対応(K201107-002) . . . 9
(2) 患者登録画面の機能対応(R201107-003) . . . 13
(3) 保険情報の最終確認日の履歴対応(K201108-001) . . . 14
(4) 患者登録の半角全角変換 . . . 15
(5) 患者登録の公費一覧表示件数拡大 . . . 15
(6) 地域連携ＩＤ登録対応 . . . 15

１－３ １３照会 . . . 16
(1) 患者病名の検索機能拡大(R201107-005) . . . 16
(2) NOT 検索対応(K201111-001) . . . 17
(3) 照会業務診療行為業務遷移機能 (R201210) . . . 23

１－４ ２１診療行為 . . . 24
(1) 診療行為画面の患者コメント・リハビリ開始日等の表示順選択対応(K201107-003) . . . 24
(2) 中途表示の件数増対応(R201108-003) . . . 25
(3) 皮膚科特定疾患指導管理料（２）の算定条件対応(R201109-001) . . . 25
(4) 精神科デイ・ケア等早期加算、精神科ショート・ケア早期加算チェック対応(R201110-001) . . . 26
(5) 小児科時間外特例と夜間・早朝加算振り分け対応(R201112-001) . . . 27
(6) 外来診療行為のドクターコード入力対応(R201209) . . . 29
(7) 特定器材併用算定チェック対応(R201209) . . . 33
(8) 時間外緊急院内検査加算、時間外緊急院内画像診断加算のチェック対応 (R201210) . . . 37
(9) 診療行為入力画面で入力する入院料加算のチェック (R201211) . . . 39
(10) 器材コードの単位表示（商品名コードより） . . . 41
(11) 退院時共同指導料２の入院中上限回数チェック . . . 41
(12) 内服滴剤の入力チェック . . . 41
(13) 包括時の処方せん料自動発生 追加 . . . 41
(14) 日の上限回数のチェック修正 . . . 41
(15) 併用算定エラー時の初診料初期表示を修正 . . . 41

１－５ ２２病名 . . . 42
(1) 病名登録時の未コード化病名の移行処理(R201108-004) . . . 42

１－６ ２３収納 . . . 50
(1) 請求書金額のフリー入力対応(K201111-002) . . . 50
(2) 収納業務履歴修正機能の改善(R201112-002) . . . 57

１－７ ３１入退院登録 . . . 63
(1) 退院前の退院証明書発行対応(K201107-005) . . . 63
(2) 退院時仮計算からの仮請求書印刷機能追加(K201107-006) . . . 64
(3) 「救急・在宅等支援療養病床初期加算」の初期値システム管理設定(K201108-003) . . . 66
(4) 保険有効期間チェック(R201109-004) . . . 67
(5) 入院の自院歴退院日と他院歴入院日の重複可能とする対応(R201109-007) . . . 68
(6) 同日再入院対応(K201112-002) . . . 69

１－８ ３２入院会計照会 . . . 83
(1) ＡＤＬ登録区分からの入院料変更時の標欠・定数超過対応(R201108-005) . . . 83
(2) 入院会計照会画面のレセプトプレビュー機能追加(R201211) . . . 85

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

１－９　３６入院患者照会 87
(1) 入院延患者数、入院患者数、退院患者数表示機能(R201211) 87

１－１０　４１データチェック 90
(1) 保険負担割合変更チェック(R201109-003) 90
(2) エラー内容確認画面での患者病名対応(R201109-005) 91
(3) 院外処方せんの点数チェック機能(K201110-001) 95
(4) 保険記号桁数チェック対応(R201209-004) 98
(5) チェックマスタ未登録薬剤チェック対応(R201209-005) 100

１－１１　４２明細書 102
(1) 点検用レセプト設定画面の新設 102
(2) レセプトへの医師名記載 102
(3) レセ電作成設定時の広域連合作成区分の警告表示対応(R201107-007) 104
(4) 自費入院時の入院歴表示有無指定（外来レセ）(R201107-008) 106
(5) 複数リハビリ開始日・リハビリコメントの対応(K201109-001) 107
(6) 地方公費レセプト記載順設定対応(K201202-002) 116
(7) 健康保険組合への直接請求と審査支払機関請求対応 121

１－１２　４４総括表・公費請求書 130
(1) 労災保険請求書作成対応（様式第１号、５号）(K201109-003) 130
(2) レセ電データチェック機能 (K201210) 137

１－１３　１０１システム管理マスタ 141
(1) システム管理「請求書自費名称情報」設定画面の簡素化(K201108-006) 141
(2) 法定外現物給付対応（法別１０、２１）(R201110-002) 144
(3) 減免計算対象区分設定項目追加（自費分のみ）対応(R201205-003) 145
(4) プログラムオプション情報画面前頁・次頁機能追加 145
(5) 地方公費のマスター設定対応（負担金計算等）(R201112-004)(K201210) 146
(6) 主科設定画面の登録時のチェックの変更 (R201211) 181

１－１４　１０２点数マスタ 182
(1) ユーザー点数マスタの複写登録機能対応(R201208-008) 182

１－１５　１０３チェックマスタ 186
(1) チェックマスタ設定の追加(K201108-002) 186
(2) 診療行為と病名の器材チェック追加(R201109-002) 187

１－１６　１０７薬剤情報マスタ 188
(1) 薬剤情報マスタ登録の定型文見直し(R201208-010) 188

１－１７　帳票 189
(1) 外来カルテの主病名対応(R201108-001) 189
(2) 外来カルテの全公費印刷対応（全国公費優先）(R201108-002) 191
(3) カルテ３号紙の保険毎対応 194
(4) 保険別請求チェック表（標準帳票）の機能追加 (R201210) 200
(5) 薬剤情報提供書コメント編集対応 (R201211) 206

１－１８　ＡＰＩ 208
(1) 中途終了データ作成 API(傷病名削除) (K201111-005) 208
(2) 中途終了データ作成 API(claim)(傷病名削除) (R201207-015) 208
(3) 病名の入外対応(claim,中途終了データ作成 API) (R201208-011) 208

１－１９　その他 209
(1) カルテ印刷時の病名印字なし指定（受付含む）(K201107-001) 209
(2) クライアント印刷の機能改善（ミドルウェア対応）(R201108-008) 209
(3) 薬剤情報雛形マスタ参照方法変更(R201111-005) 210
(4) クライアント印刷対応(R201201-001) 211
(5) クライアント印刷のアプリ対応(R201205-002) 214
(6) クライアント保存機能の拡張（アプリ対応）(201207)(K201205) 217
(7) 環境設定変更識別対応(K201208) 225

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

１－１　１１受付

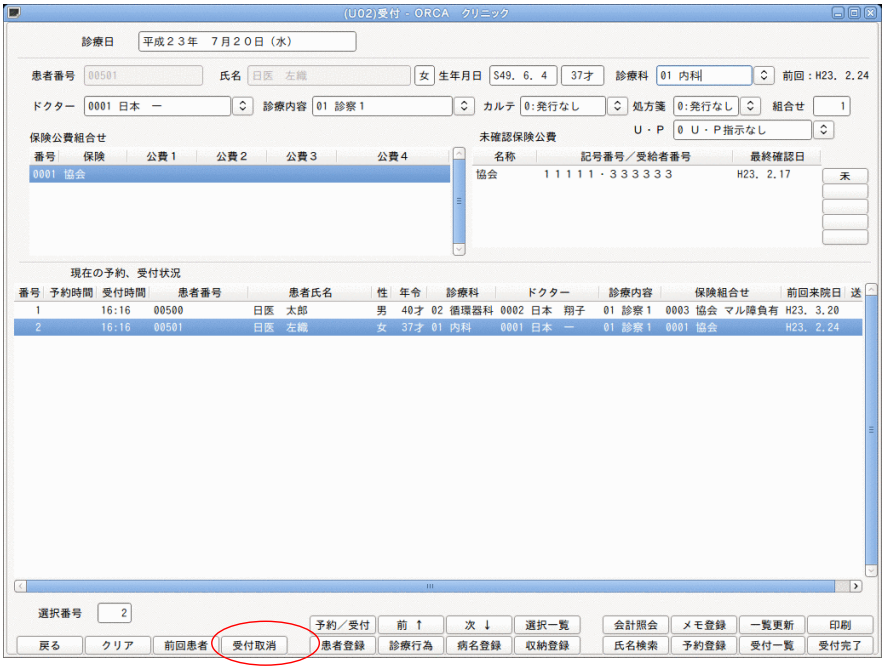
(1)　受付取消時の確認メッセージ対応(R201107-001)

受付の取消押下時にメッセージを表示し、削除前の確認を行うようにします。

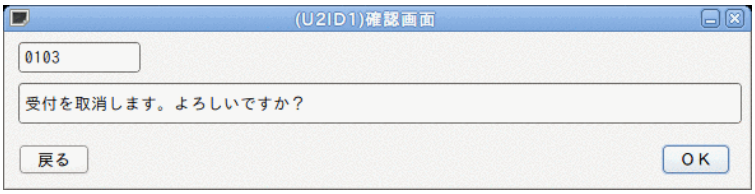
１．取消ボタンを押下した時に確認メッセージを表示し、ＯＫ押下で選択した受付の取消を行います。

処理詳細

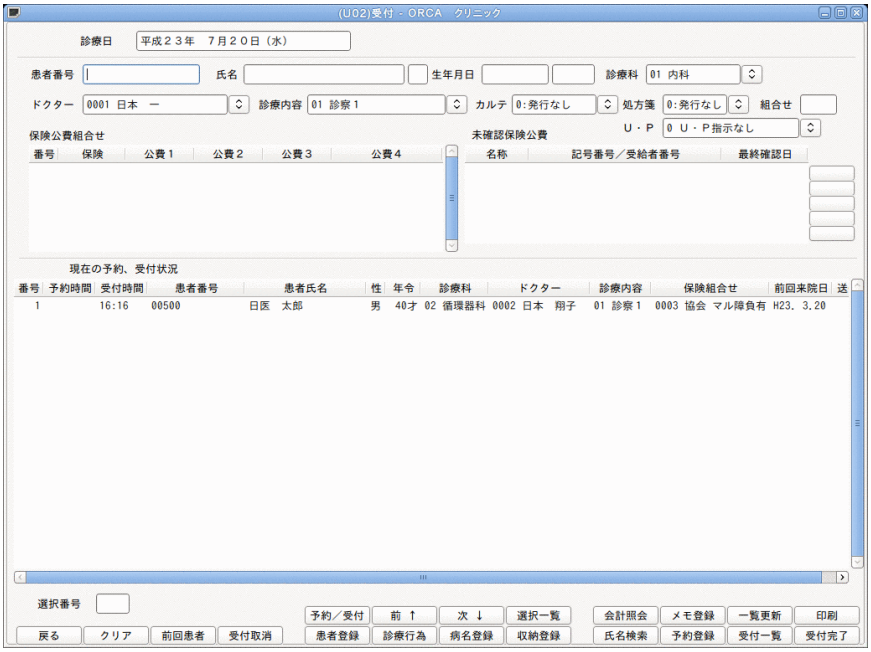
１．受付を選択して、受付取消を押下する。



２．確認メッセージが表示されます。



３．ＯＫ押下で受付の取り消しを行います。



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(2) 受付の保険のチェック機能対応(R201107-002)
受付時の保険組合せの空白チェックをシステム管理の設定により行う。
予約の選択受付で保険組合せの初期設定の有無の設定を行う。

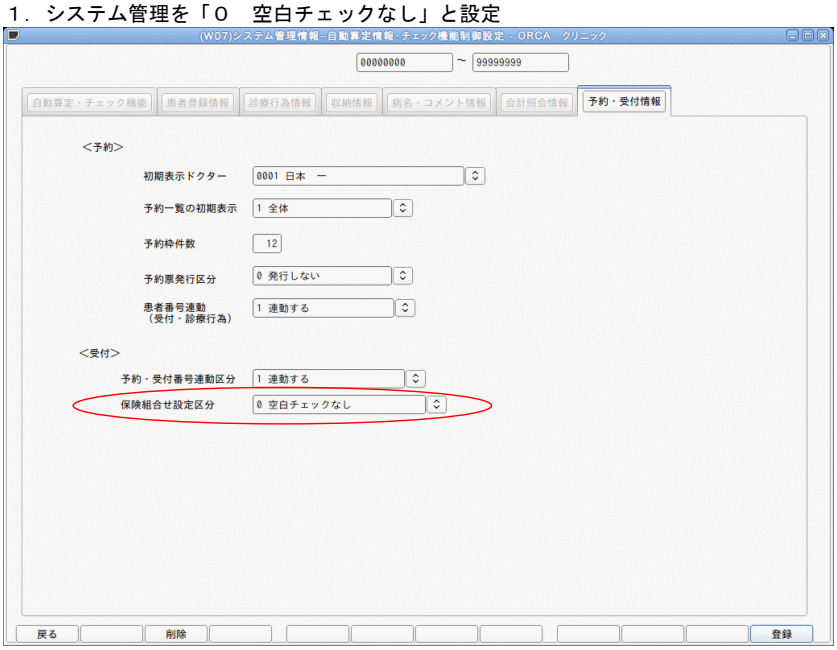
・条件及び範囲

１．システム管理’1045　予約・受付機能情報’の保険組合せ設定区分により、受付の保険組合せチェックを行う。
「０　空白チェックなし」
　受付時の保険組合せの空白チェックはしない。（初期設定）
「１　空白チェックあり」
　受付時の保険組合せが空白の時に警告メッセージを表示する。
「２　空白チェックあり（予約設定有）」
　現在の予約、受付状況一覧から予約分を選択して受付に展開した時、保険組合せを前回受診履歴より自動設定する。
　受付時の保険組合せが空白の時に警告メッセージを表示する。

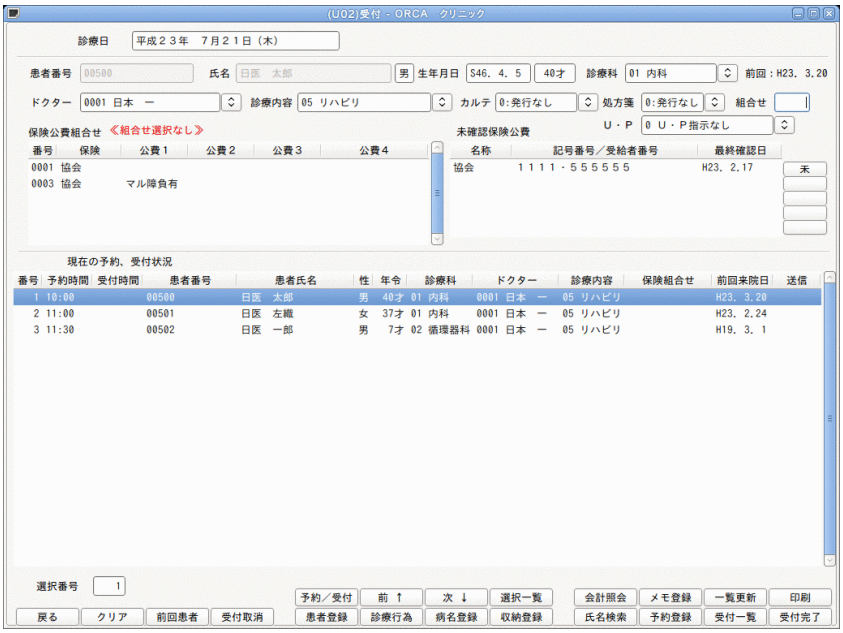
２．患者番号を入力した時に保険組合せが空白の時、画面に≪組合せ選択なし≫を表示する。

３．患者の年齢が６５歳以上で受付時の保険組合せが退職国保の時、警告メッセージを表示する。

処理詳細
１．システム管理を「０　空白チェックなし」と設定

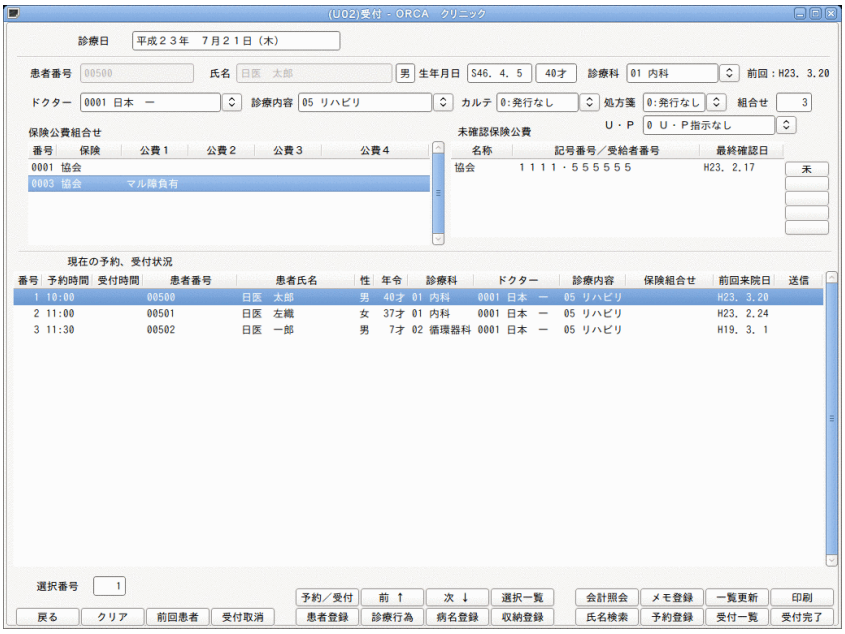


２．予約の患者の選択を行うと、保険組合せが空白なので、画面に選択なしが表示される。

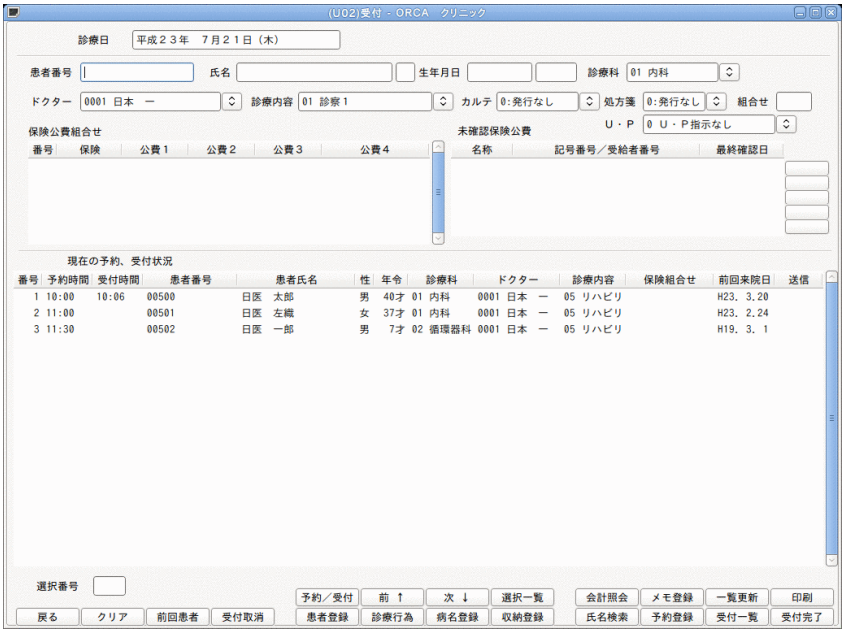


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

３．保険組合せを選択後、画面表示が解除される。



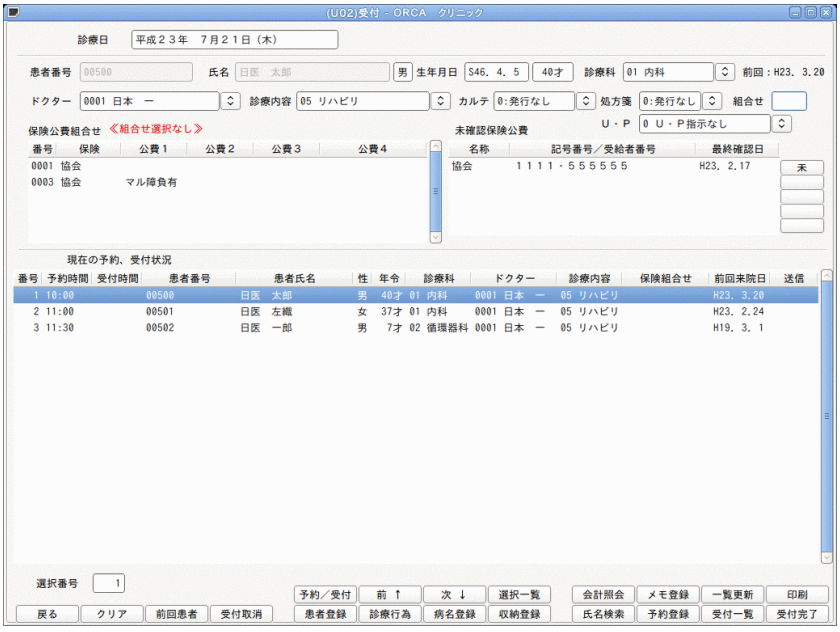
４．保険組合せが空白でも、受付を行う。



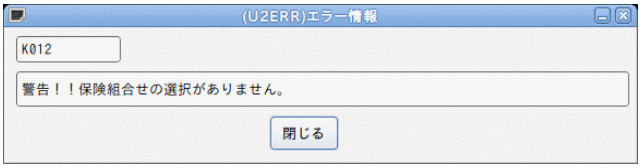
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

５．システム管理を‘１　空白チェックあり’と設定する。

６．予約の患者を選択し、保険組合せが空白のまま受付を押下する。



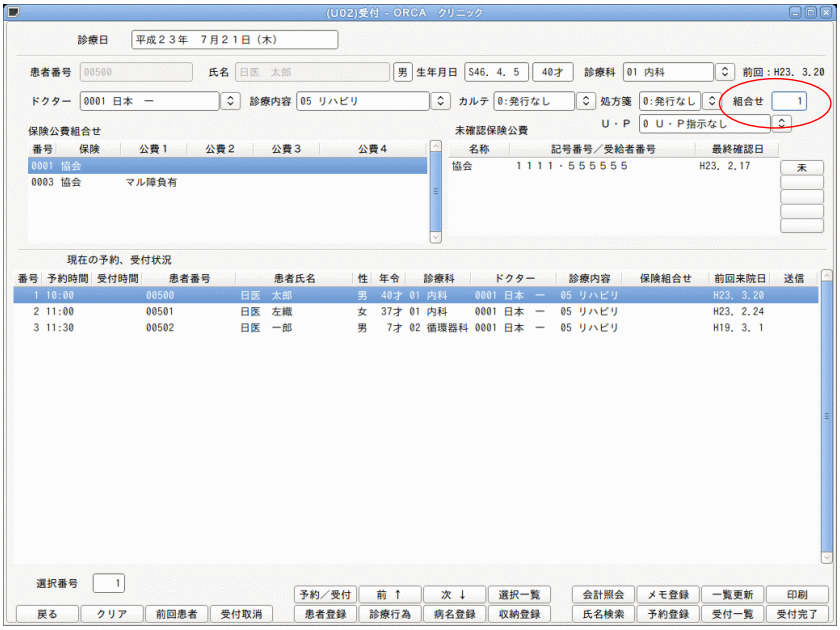
７．警告メッセージが表示される。



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

８．システム管理を‘２　空白チェックあり（予約設定有）’と設定する

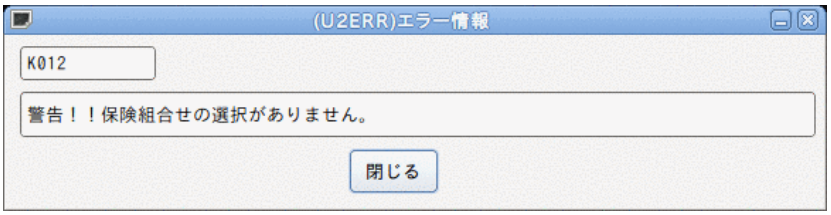
９．予約の患者を選択すると、前回の保険組合せが自動選択される。



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

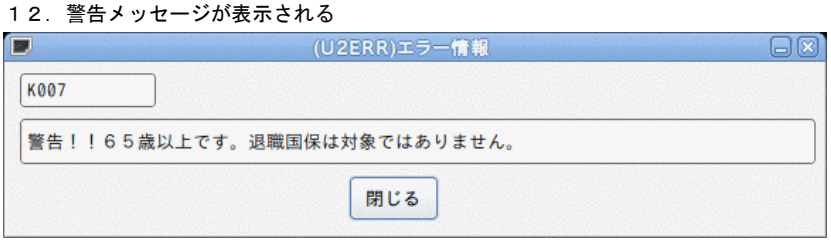
１０．保険組合せのない患者

Ｆ１２　受付完了　押下で警告メッセージが表示される。



１１．６５歳以上で、退職国保での受付。

１２．警告メッセージが表示される



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

１－２　１２患者登録

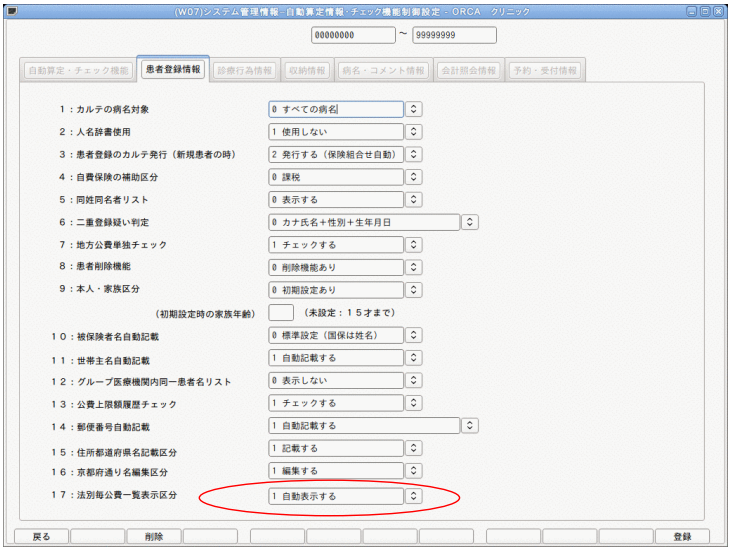
(1) 複数種類の公費選択機能対応(K201107-002)

法別番号が同じ公費種類が複数存在する時、同じ法別番号の公費一覧を表示して選択を可能とします。
この機能の自動表示の有無をシステム管理で設定を可能とします。

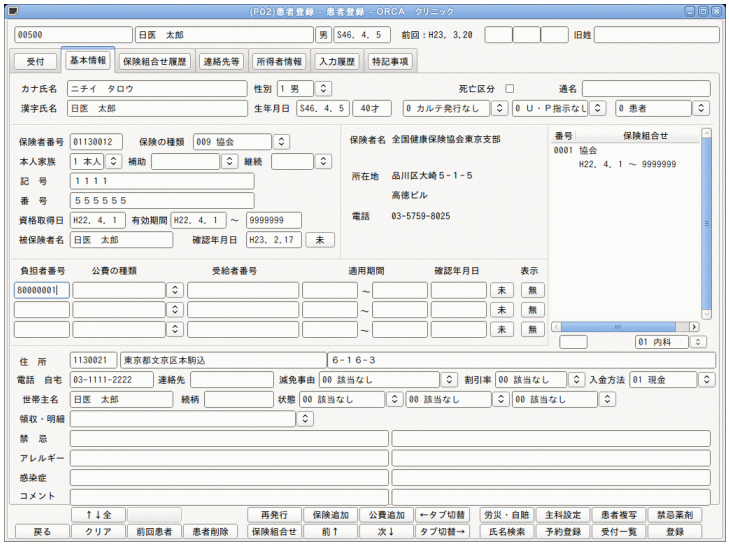
・条件及び範囲

１．システム管理「1017　患者登録機能情報」の「法別毎公費一覧表示区分」を「1　自動表示する」と設定した場合に２．の処理を行います。
２．新規追加の負担者番号を入力した時に負担者番号から公費の種類を自動設定する時、負担者番号が保険者マスタに未登録であり、対象となる公費が複数あれば公費選択画面を自動表示します。
　対象の公費は負担者番号の頭２桁を法別番号とし、患者登録画面の「公費の種類」に表示される公費内で法別番号が一致する公費とします。
　※全国公費の負担者番号は保険者マスタに登録されていることから、対象となるのは地方公費となります。
３．新規追加した公費であれば、公費の種類が選択済み、または、システム管理が「０　自動表示しない」と設定されている時に公費の種類の１桁目に’／’を入力することで、負担者番号から対象の「公費選択画面」を表示します。この時、対象の公費が１件の時は、該当の公費に置換えます。

処理の詳細

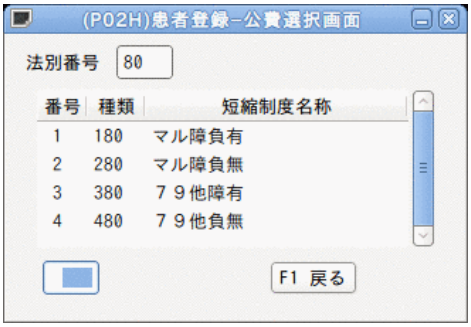


システム管理の設定をします。
初期設定は「０　自動表示しない」

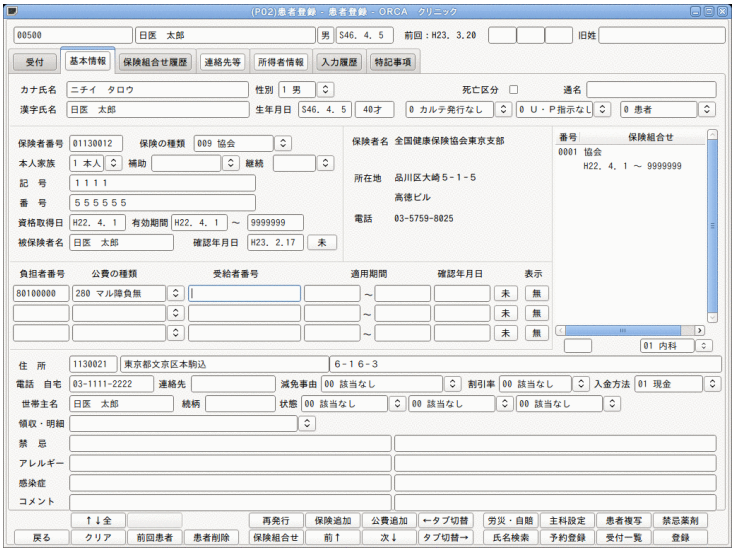


複数の対象がある負担者番号を入力します。

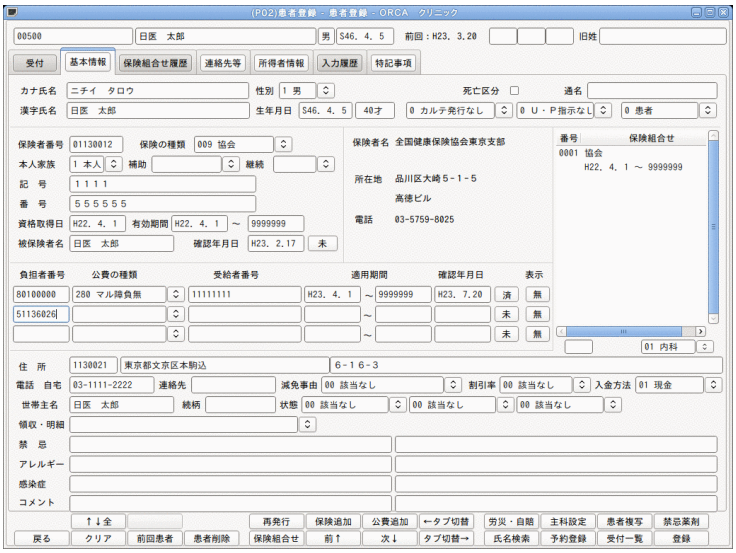
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.



法別番号‘８０’の公費一覧が表示されます。
ここで‘２８０’を選択します。

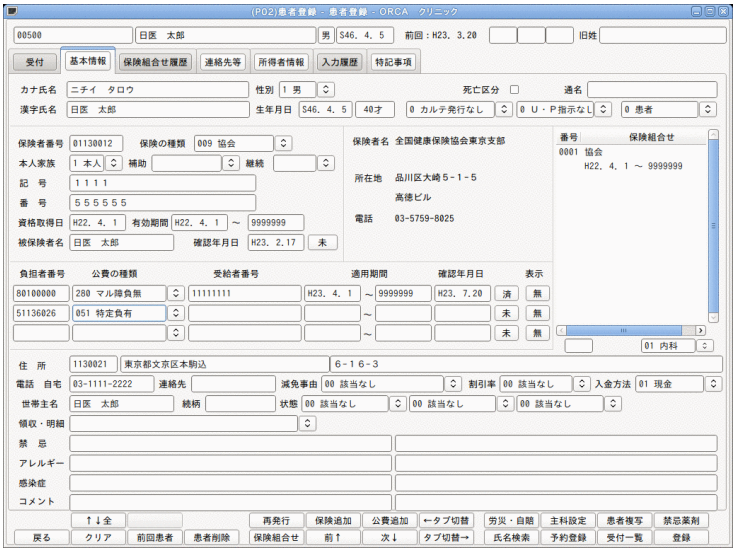


選択した公費が編集されます。

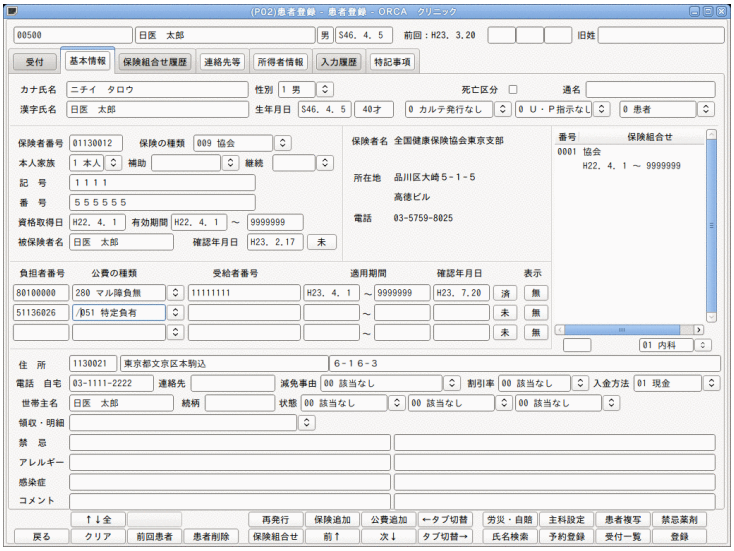


保険者マスタに登録されている負担者番号を入力します。

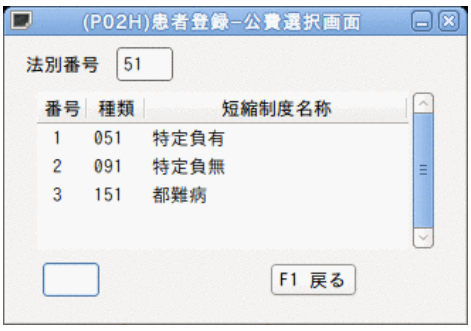
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.



公費が自動で設定されます。



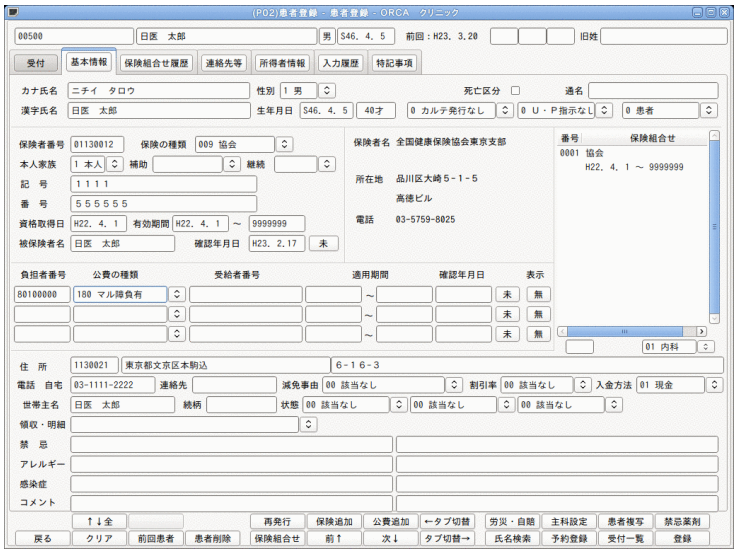
この状態から、公費の種類に‘／’を入力します。



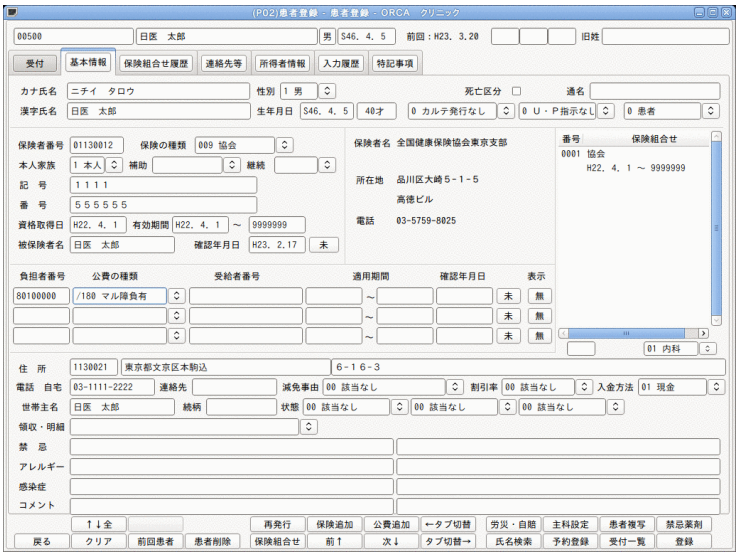
法別番号‘５１’の公費一覧が表示されます。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

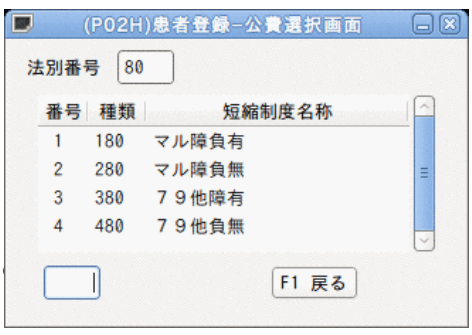
システム管理を‘０　自動表示しない’と設定します。



複数の対象がある負担者番号の入力で公費が自動設定されます。



公費の種類に‘／’を入力することで、公費一覧を表示することが可能です。



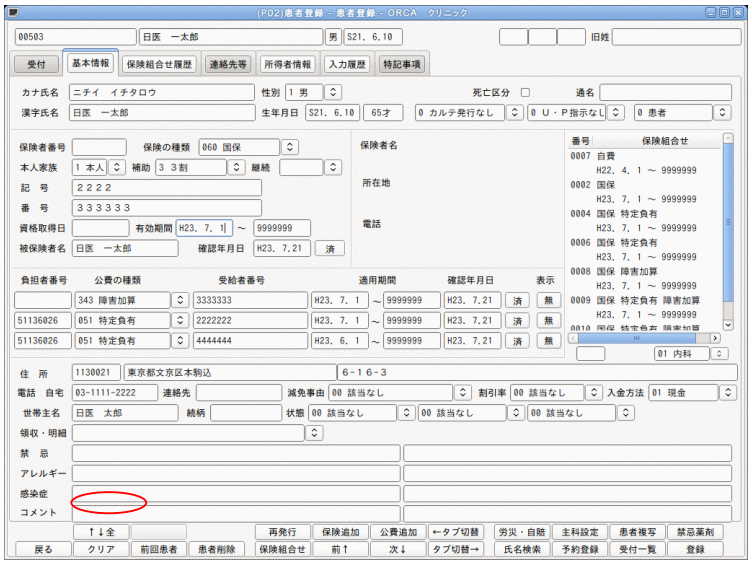
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(2) 患者登録画面の機能対応(R201107-003)

保険・公費の前次の編集を保険・公費毎に行うようにします。
漢字氏名を変更した時に確認メッセージを表示して旧姓履歴の登録有無の選択を可能とします。

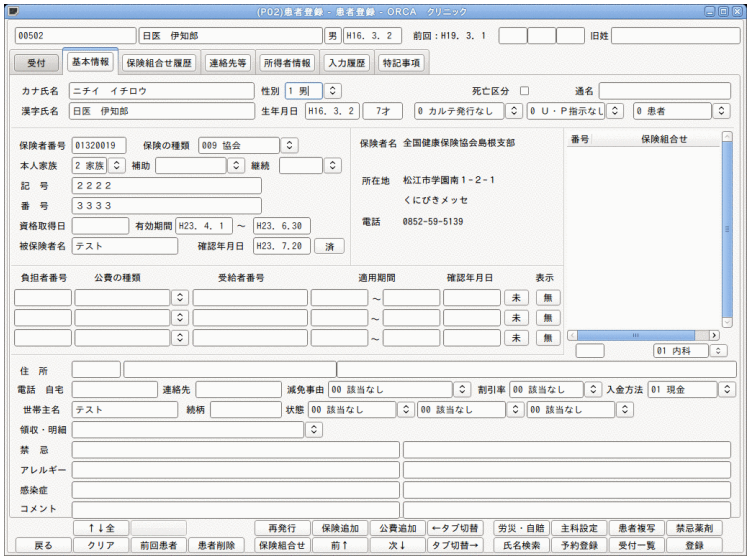
１．Ｓｈｉｆｔ＋Ｆ２　「↑↓全　」を押下することにより、「↑↓保険」「↑↓公費」「↑↓全　」と切り替えます。
「↑↓全　」の時は、「Ｆ６　前↑」「Ｆ７　次↓」押下で保険・公費を前・次の内容に変更します。
「↑↓保険」は保険のみ、「↑↓公費」は公費のみの変更です。この時、前・次がない時は、エラーメッセージを表示します。

２．保険組合せ履歴タブ画面の保険・公費情報も同じとする。
　　また、保険組合せは「↑↓　全」の時のみ前次頁を編集する。

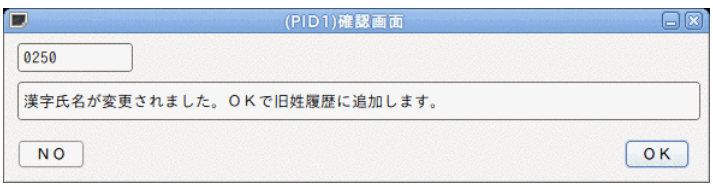


３．漢字氏名が変更となった時、旧姓履歴の登録確認メッセージを表示する。ＯＫ押下で旧姓履歴の登録を行います。
　この時、画面上部の旧姓に編集を行います。
　なお、旧姓履歴登録は１日に１件となるので、既に当日の履歴が登録されている場合は漢字氏名変更を行っても登録対象とはなりません。

処理事例



患者氏名を
「日医　一郎」から「日医　伊知郎」
へ変更します



漢字氏名変更後に確認メッセージが表示されます。
ＯＫ押下で旧姓履歴に追加され、ＮＯ押下では旧姓履歴は
追加しません。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

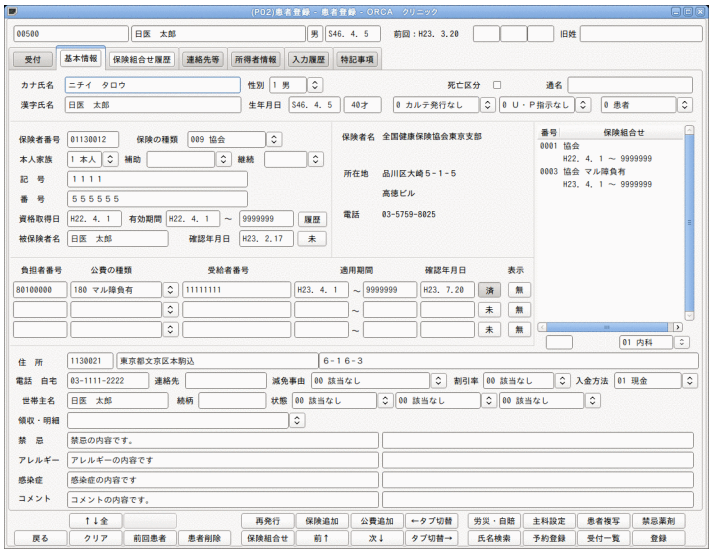
(3) 保険情報の最終確認日の履歴対応(K201108-001)

患者の保険確認年月日の履歴確認を可能とします。

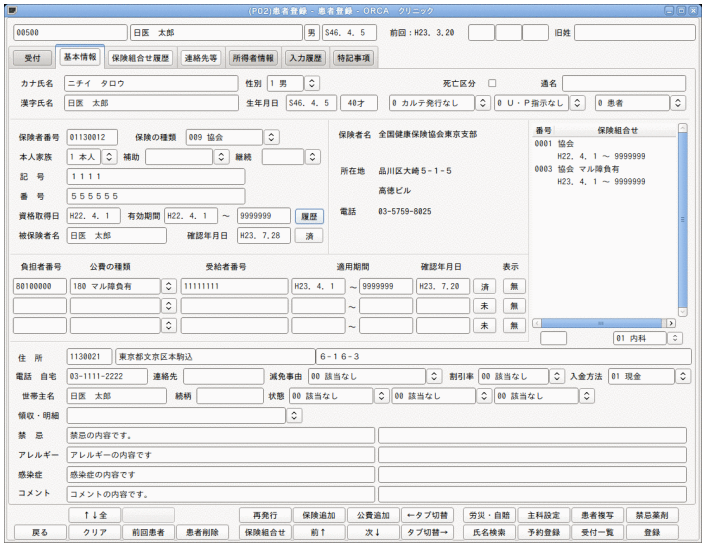
1．患者登録・受付で保険の確認年月日を変更して登録した時、変更前の確認年月日を患者保険確認年月日履歴テーブルに保存します。
　一度登録した確認年月日の削除・変更はできません。
　確認年月日の登録できない労災・自賠責は対象外とします。
2．患者登録の保険確認ボタンの上部の履歴ボタンを押下することにより、確認年月日の履歴を直近から最大５件まで表示する。
　新規登録の保険、労災・自賠責は履歴ボタンを押下できません。
　保険組合せ履歴の保険履歴ボタンからも表示が可能です。
3．確認年月日の履歴は最大５件まで保存します。
　履歴の１番目が直近の確認年月日となるように登録毎に履歴を振り直します。

処理事例

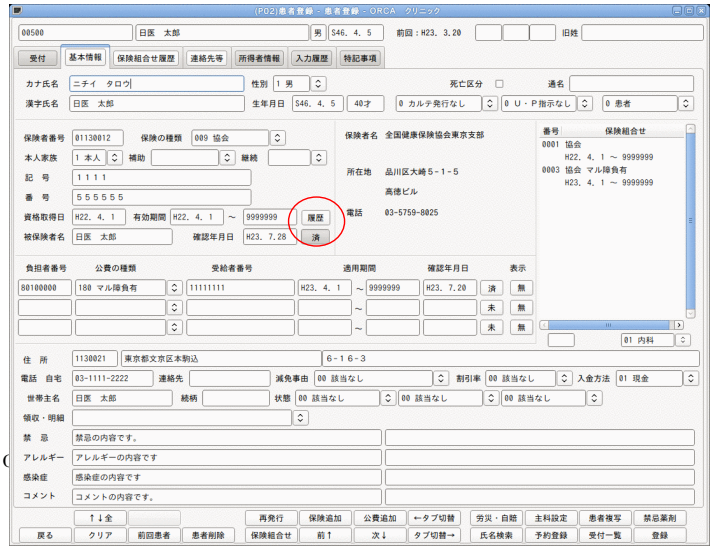
1．患者登録画面で保険の確認年月日を変更して、登録します。



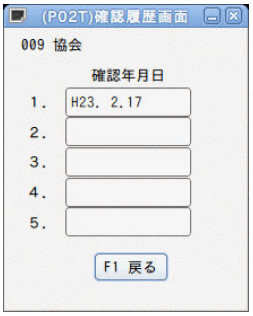
変更前の保険確認年月日　H23. 2.17



変更後の保険確認年月日　H23. 7.28

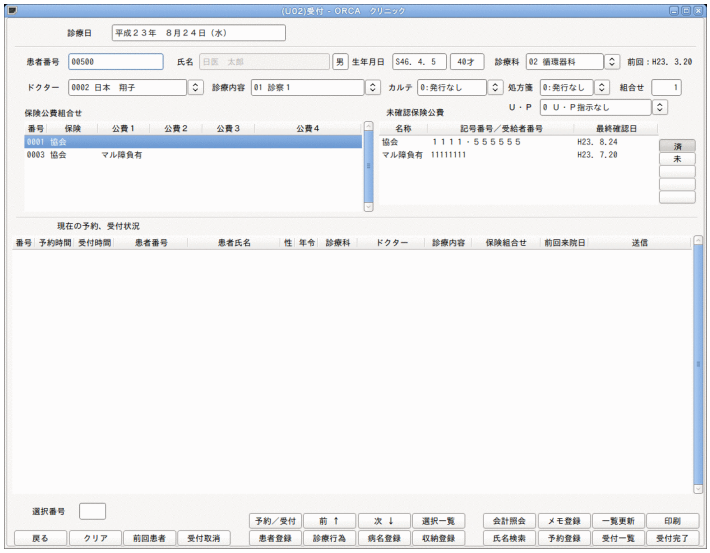


再度、画面表示を行い、保険の履歴ボタンを押下すると確認年月日が表示されます。

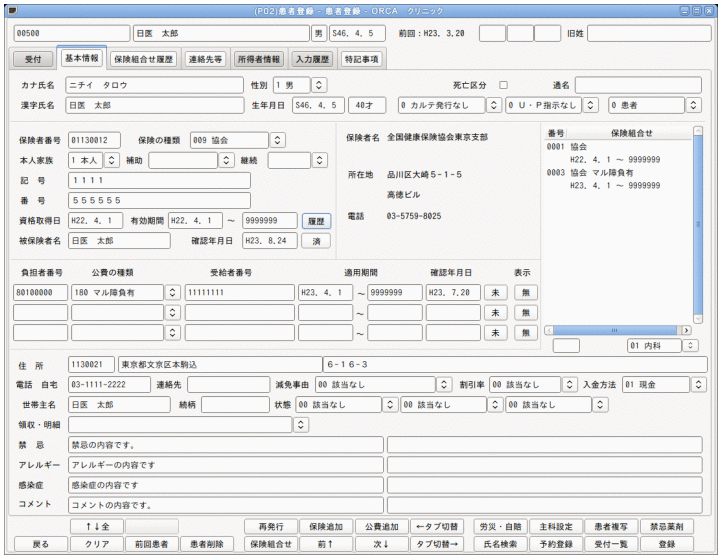


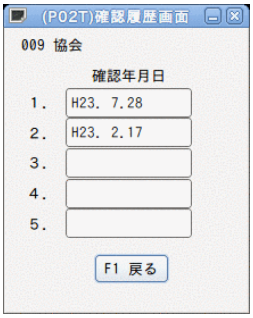
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

２．翌月に受付で保険確認を行い、受付を行います。



患者登録画面で保険の履歴を確認すると、直近の確認年月日から表示されます。





(4) 患者登録の半角全角変換

患者登録－基本情報タブ画面について記号・番号、住所、禁忌～感染症等の半角でエラーとなる項目の半角を全角に変換するようにしました。

(5) 患者登録の公費一覧表示件数拡大

患者登録－所得者情報タブ画面で表示する[公費負担額]の公費一覧について表示件数を４０件から６０件に変更しました。

(6) 地域連携ＩＤ登録対応

患者登録－連絡先等タブ画面に地域連携ＩＤを登録可能としました。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

１－３　１３照会

(1) 患者病名の検索機能拡大(R201107-005)

患者照会の患者病名検索に比較条件（前方、部分、後方および完全一致）指定機能を追加します。

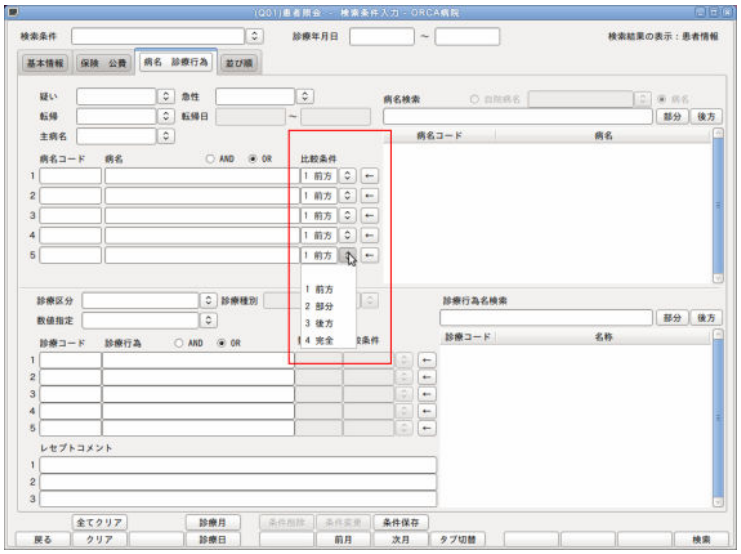
条件及び範囲
・検索条件の病名欄（５項目）の各右側に比較条件コンボボックスを追加する。
・コンボボックスより、前方、部分、後方および完全一致の選択を可能とする。
・初期表示は「1 前方」とする。
・病名欄に入力された病名と選択された条件を元に患者病名の検索を行うこととする。
（例１）
患者病名　：急性胃炎
照会病名欄：胃炎

比較条件による検索対象可否（○：対象／×：対象外）
比較条件：前方一致 ×
：部分一致 ○
：後方一致 ○
：完全一致 ×
（例２）
患者病名　：急性上気道炎
照会病名欄：急性

比較条件：前方一致 ○
：部分一致 ○
：後方一致 ×
：完全一致 ×

・前方、部分、後方一致検索については、病名の途中に"＊"（曖昧検索）指定をすることも可能とする。
（例）病名欄が「急性＊胃潰瘍」かつ比較条件「1 前方」の場合、病名が「急性」から始まり、「胃潰瘍」を含む病名の検索を行う。（急性胃潰瘍、急性出血性胃潰瘍など）

処理の詳細



比較条件コンボボックスの追加された画面

＜入力事例＞
各患者に以下の病名が入力されているものとする。

患者氏名	患者の病名
日医　一郎	急性出血性胃潰瘍
日医　真美	急性胃潰瘍穿孔
日医　太郎	急性胃潰瘍
日医　佐織	胃潰瘍

病名検索条件による検索対照患者は以下のとおりとなる。

病名検索条件	検索対象となる患者
急性胃潰瘍（前方一致）	日医真美、日医太郎
胃潰瘍（後方一致）	日医一郎、日医太郎、日医佐織
急性＊胃潰瘍（後方一致）	日医一郎、日医太郎
胃潰瘍（完全一致）	日医佐織

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(2) NOT検索対応(K201111-001)

■処理概要

・患者照会にて保険、公費、病名および診療行為の検索について、NOT 条件の指定を可能にする。

■条件及び範囲

・NOT 検索は保険者番号、保険の種類、公費の種類、病名、診療コードについて可能とする。
・NOT 検索を行う場合、診療年月日の範囲指定は必須とする。
・診療年月日の範囲指定は同一診療月内の指定のみ認める。
・保険者番号、保険の種類、公費の種類について NOT 検索の指定を行った場合、診療年月日の範囲指定内で、各項目に指定された保険者番号、保険の種類または公費の種類を除く受診履歴より検索を行うこととする。
(例)保険の種類「自費」、「労災」、「自賠責」を NOT 検索指定した場合

番号	氏名	保険	対象（〇）or 対象外（×）
00001	日医一郎	協会	〇
00002	日医真美	**自費**	×
00003	日医太郎	協会	〇
		自費	×
		労災	×
00004	日医佐織	協会	〇
		自賠責	×

※同一患者で複数の保険で受診があった場合、いずれかの受診履歴が検索対象となる場合がある。

・病名、診療コードに NOT 検索の指定を行った場合、診療年月日の範囲指定内で各項目に指定された病名、診療行為の入力のない患者の検索を行うこととする。
(例)病名「頭痛」を NOT 検索指定した場合

番号	氏名	病名	対象（〇）or 対象外（×）
00001	日医一郎	胃炎	〇
		高血圧症	
00002	日医真美	**頭痛**	×
		胃炎	
00003	日医太郎	**頭痛**	×
		不眠症	

・診療コードの NOT 検索時、数値および比較条件については入力不可とする。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

■処理詳細

１．保険　公費タブの保険者番号、保険の種類、公費の種類について、検索条件に「NOT」の指定を行えるようにする。

２．各項目の検索条件に「NOT」を指定した場合、入力された内容を含む受診履歴を検索の対象外とする。また、NOT 検索を行う場合、診療年月日の同一月内での範囲指定を必須とする。

（入力事例）

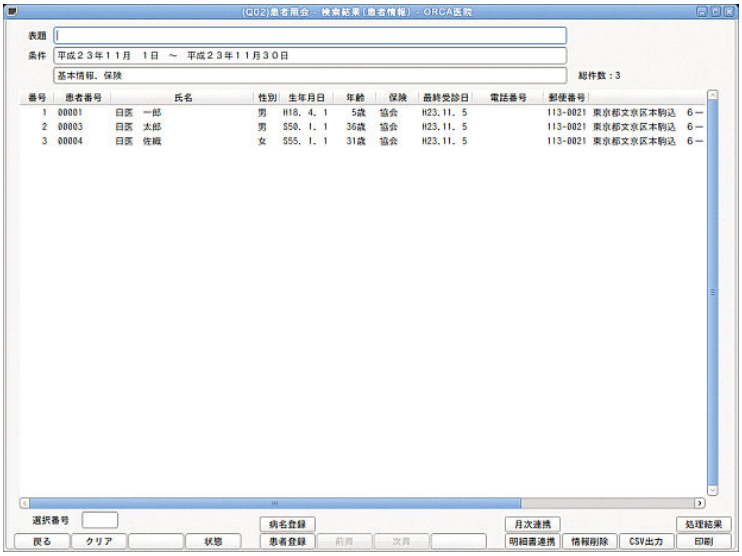
各患者について、下記保険での受診履歴の登録があるものとする。

番号	氏名	保険
00001	日医一郎	協会
00002	日医真美	自費
00003	日医太郎	協会
		自費
		労災
00004	日医佐織	協会
		自賠責

（例１）自費、労災、自賠責保険を NOT 検索した場合

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

検索結果には自費、労災、自賠責以外の保険で受診した患者の一覧が表示される。
（同一患者で複数の保険で受診があった場合、いずれかの受診履歴が検索対象となる場合がある。）



（例２）協会・自費保険を NOT 検索した場合

（例３）協会・自賠責保険を NOT 検索した場合

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

３．病名、診療コードに NOT 検索の指定を行った場合、診療年月日の範囲指定内で各項目に指定された病名、診療行為の入力のない患者の検索を行うこととする。また、NOT 検索を行う場合、診療年月日の同一月内での範囲指定を必須とする。

（入力事例）

各患者について、下記病名、診療行為の登録があるものとする。

番号	氏名	病名	診療行為
00001	日医一郎	胃炎	初診
		高血圧症	薬剤情報提供料
00002	日医真美	頭痛	初診
		胃炎	再診
00003	日医太郎	頭痛	再診
		不眠症	薬剤情報提供料
00004	日医佐織	不眠症	再診
		高血圧症	特定疾患療養管理料

（例１）「胃炎」、「高血圧症」を NOT 検索した場合

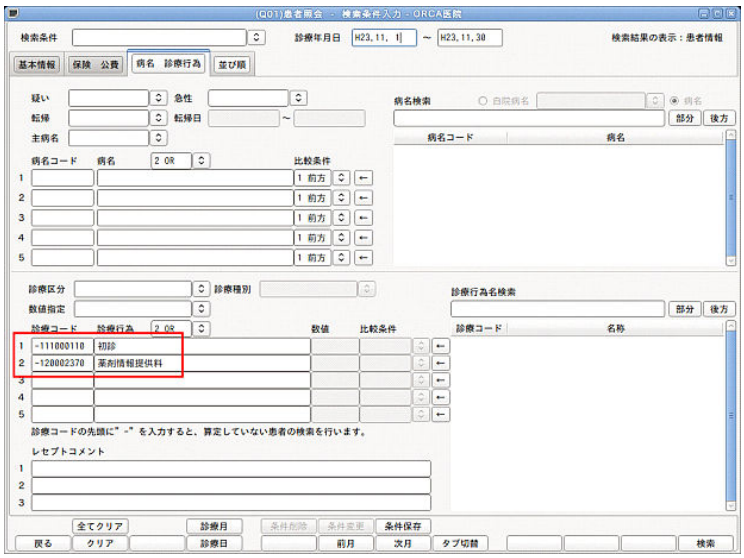
検索結果には「胃炎」および「高血圧症」の登録のない患者が表示される。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

（例２）「高血圧症」を NOT 検索した場合

（例３）「頭痛」、「不眠症」を NOT 検索した場合

（例４）「初診」、「薬剤情報提供料」を NOT 検索した場合
※診療コードの NOT 検索は他の項目の指定方法と異なり、診療コードの先頭に”－”を入力する方法により行うこととする。これにより算定しているコードも併せて条件に指定可能とする。

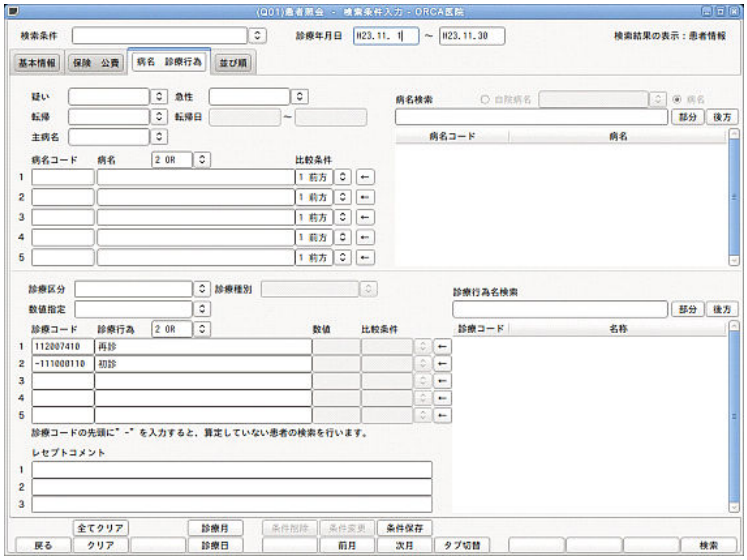


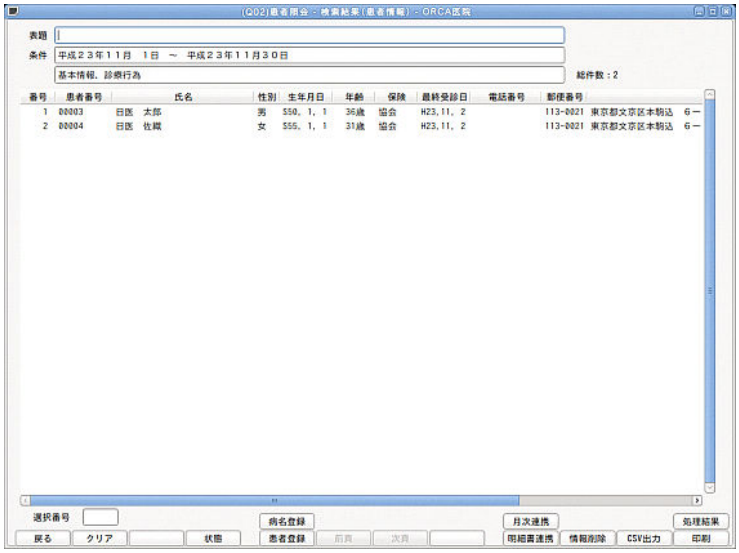
検索結果には「初診」および「薬剤情報提供料」の算定のない患者が表示される。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

（例２）「薬剤情報提供料」を NOT 検索した場合

（例３）「再診」を算定していて「初診」を算定していない患者の条件指定を行った場合





Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

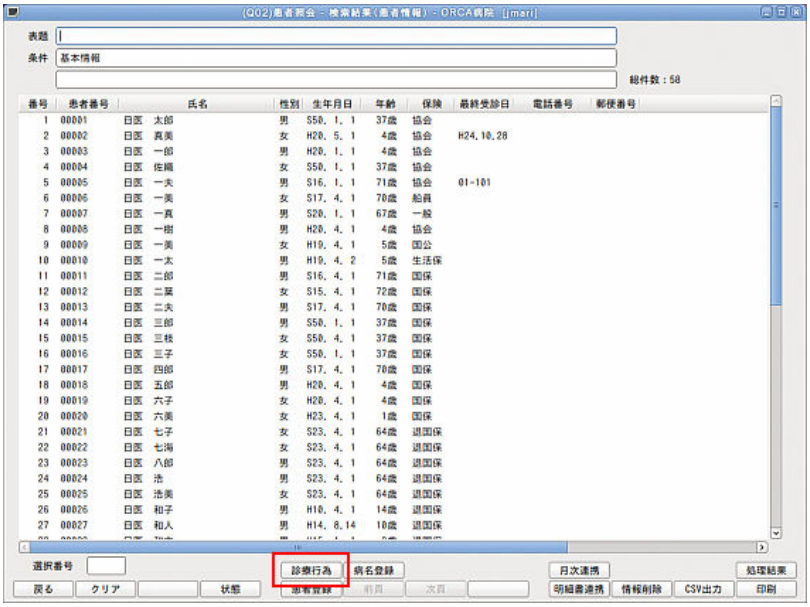
(3) 照会業務診療行為業務遷移機能 (R201210)

検索結果画面に診療行為業務への遷移機能を追加します。

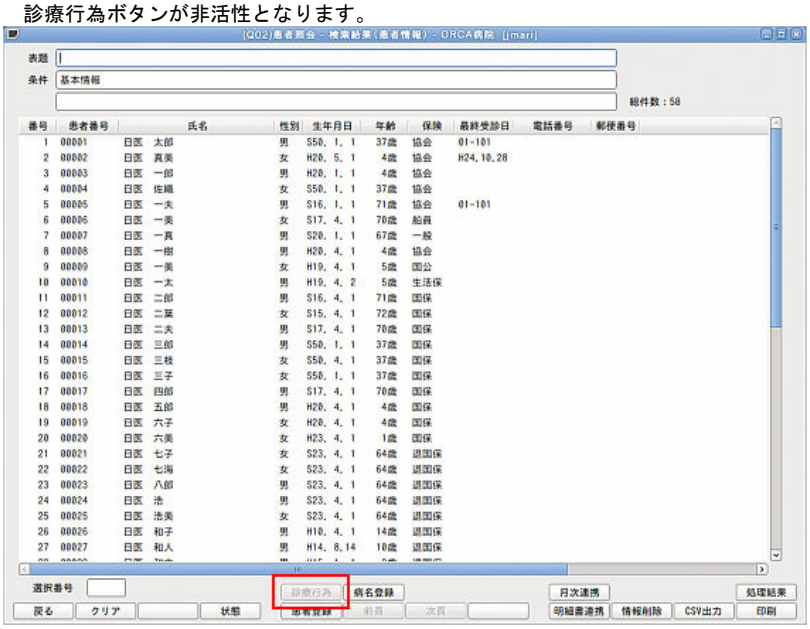
・各検索結果画面（患者情報、診療行為情報、点数情報）について、診療行為業務への遷移機能が可能です。
・遷移後の診療行為業務の初期表示は、診療日に入院中の患者（診療日に退院した患者を含む）については入院の診療行為入力画面とし、これに該当しない場合は外来の診療行為画面入力とします。
・遷移後の診療行為業務からは更に受付業務を除く他業務へ遷移を行うことも可能です。
・ログインユーザーについて、システム管理「1010 職員情報」で診療行為業務の業務処理権限の設定がない場合は遷移を不可とします。

処理詳細
診療行為業務への遷移ボタンはファンクションキー「Shift-f5」に割り当てます。
また、病名登録業務への遷移は「Shift-f6」に変更します。

＜検索結果（患者情報）表示例＞



・ログインユーザーが、システム管理「1010 職員情報」で診療行為業務の業務処理権限の設定がない場合は遷移不可の為、診療行為ボタンが非活性となります。



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

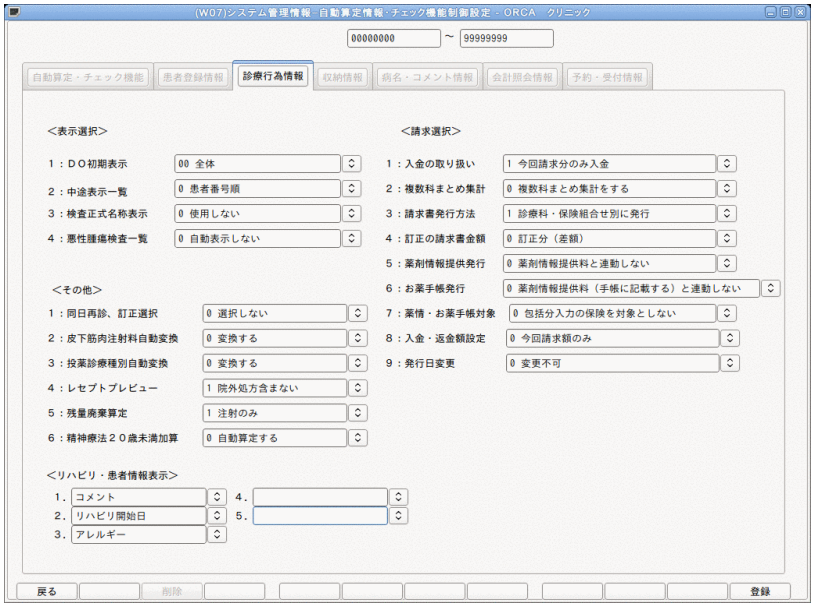
１－４　２１診療行為

(1) 診療行為画面の患者コメント・リハビリ開始日等の表示順選択対応(K201107-003)

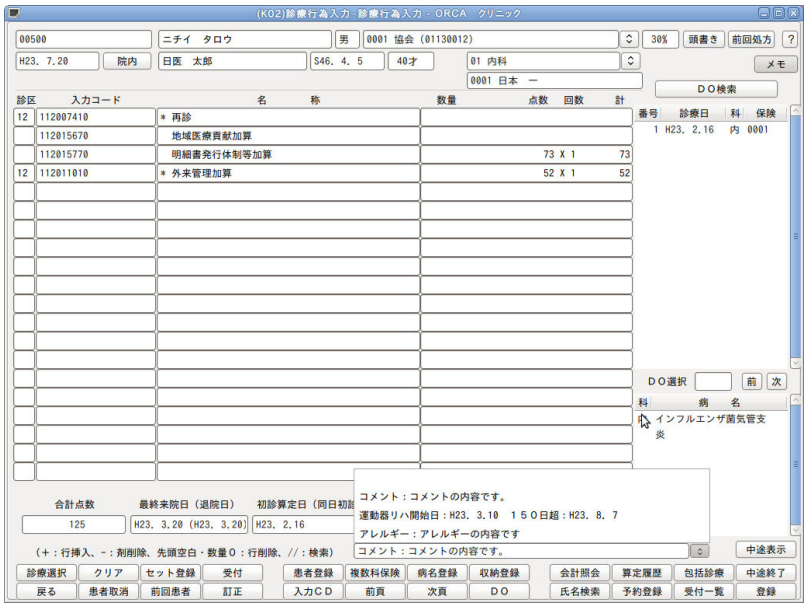
診療行為画面に表示している患者情報・リハビリ開始日の表示順と表示の有無をシステム管理で設定可能とします。

１．システム管理「1038　診療行為機能情報」の＜リハビリ・患者情報表示＞より表示の順を設定する。
　表示する内容を１から順に選択する。選択なしは表示なしとなる。
　選択内容のチェックは行わないので、同じ内容を複数選択してもエラーとはしない。
　初期表示は、リハビリ開始日、禁忌、アレルギー、感染症、コメントの順とする。
　リハビリ開始日は、各リハビリ開始日と急性発症日を対象とする。
２．診療行為画面、外来まとめ画面にシステム管理に設定した表示順で、リハビリ開始日、患者情報を表示する。

処理の詳細



システム管理「1038　診療行為機能情報」でリハビリ・患者情報表示を、コメント、リハビリ開始日、アレルギーの表示順と設定する。



患者登録の基本情報に登録した内容がシステム管理に設定した順番で診療行為画面に表示されます。外来まとめ入力画面も同様の順番で表示されます。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(2) 中途表示の件数増対応(R201108-003)

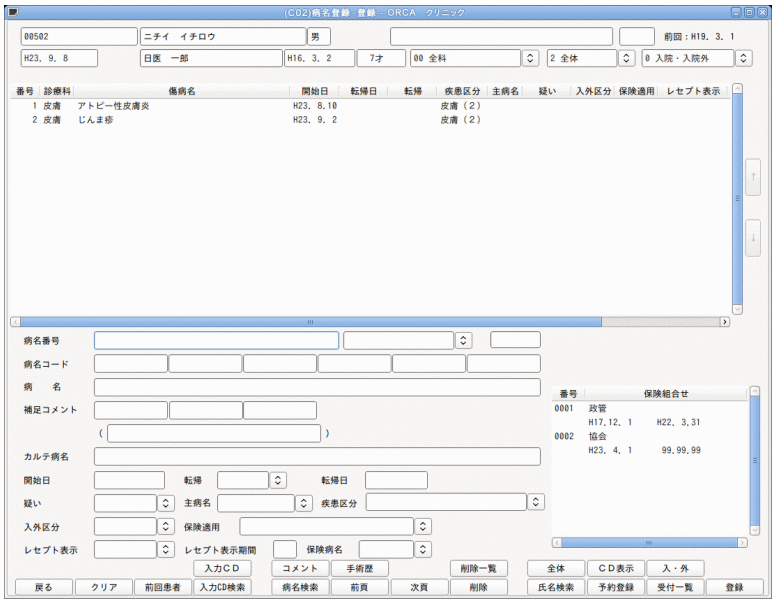
中途終了一覧の表示件数を２００件に変更します。

(3) 皮膚科特定疾患指導管理料（２）の算定条件対応(R201109-001)

システム管理「1007 自動算定・チェック機能制御情報」の「病名疾患区分からの自動発生」が「１　算定する」と設定されている場合の「皮膚科特定疾患指導管料（２）」の自動発生の条件に以下を追加します。

・１６歳未満でアトピー性皮膚炎が病名にあっても、「他に皮膚科特定疾患指導管料（２）」の算定対象の病名が登録されていれば、皮膚科特定疾患指導管料（２）の自動算定を行う。

処理事例



７歳の患者に皮膚科の病名にアトピー性皮膚炎とじんま疹が登録された状態です。

診療行為で診療科を皮膚科とした時に、「皮膚科特定疾患指導管理料（２）」が自動発生します。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(4) 精神科デイ・ケア等早期加算、精神科ショート・ケア早期加算チェック対応(R201110-001)

精神科ショート・ケア早期加算、精神科デイ・ケア等早期加算の算定日のチェックを行います。

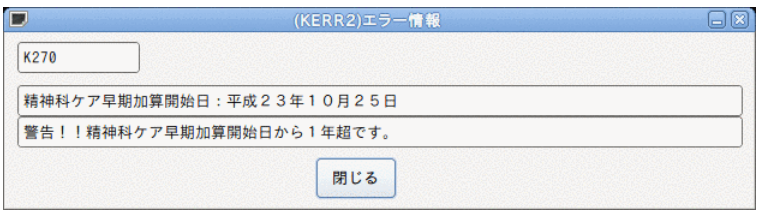
1．精神科ショート・ケア料、精神科デイ・ケア料、精神科ナイト・ケア料、精神科ナイト・デイケア料、重度認知症患者デイ・ケア料を最初に算定した日に、予約コード「099830101　精神科ケア早期加算開始日」を入力し開始日を登録します。又は算定履歴の履歴登録画面より予約コード「099830101　精神科ケア早期加算開始日」をに算定日を登録します。

2．診療行為入力で予約コードの算定日より１年以上経過してから、精神科ショート・ケア早期加算、精神科デイ・ケア等早期加算を算定した時、警告メッセージを表示する。予約コードが複数回算定されている時は、直近の算定日よりチェックを行います。

処理事例

診療行為入力画面より精神科ショート・ケア早期加算と併せて予約コード「099830101　精神科ケア早期加算開始日」を入力します。
（算定履歴の履歴登録画面から精神科ケア早期算定開始日を登録する方法も可）

１年後に精神科ショート・ケア早期加算を算定した時、警告を表示する。



警告メッセージ画面

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

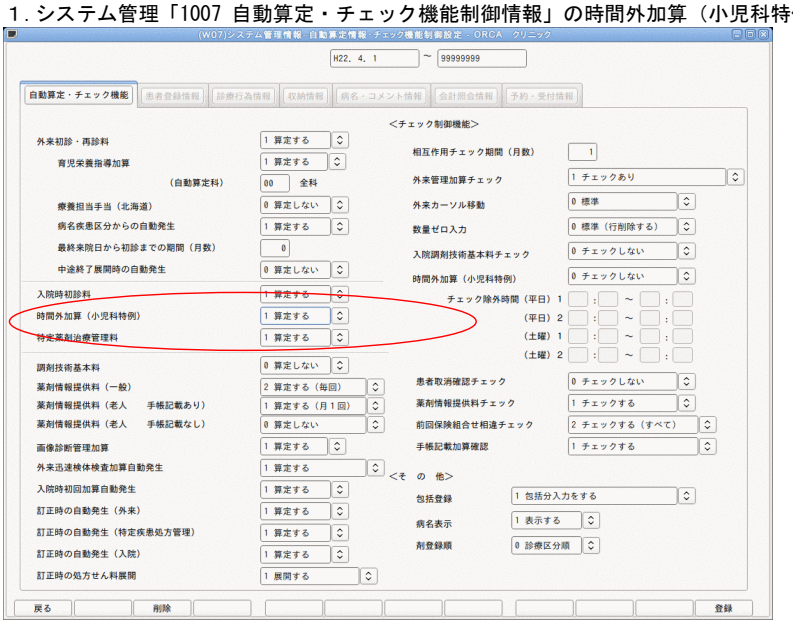
(5) 小児科時間外特例と夜間・早朝加算振り分け対応(R201112-001)

環境設定の外来時間外区分を’８　夜間・早朝’と設定した時、小児科特例夜間が算定できる場合は、「５　小児科特例夜間」で時間外加算の自動算定を行います。

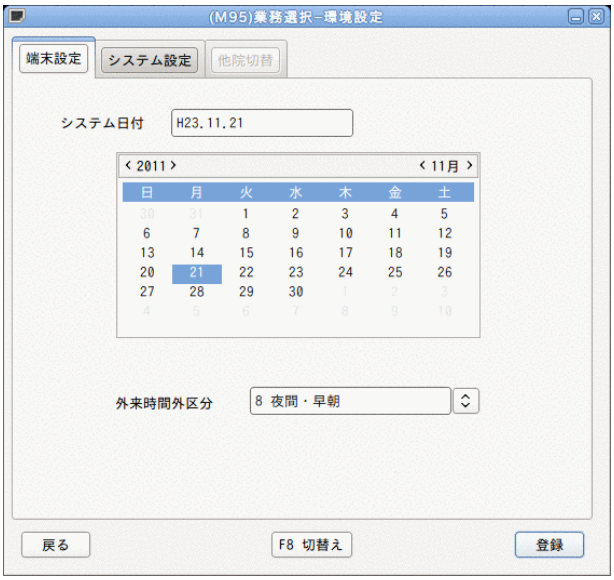
１．システム管理「1007 自動算定・チェック機能制御情報」の時間外加算（小児科特例）が’１　算定する’と設定されている場合に、環境設定の外来時間外区分を’８　夜間・早朝’と設定している時、６歳未満の患者は’５　小児科特例夜間’を外来時間外区分とします。
初診・再診料の自動発生時に外来時間外区分を時間外加算区分として時間外加算コードを自動発生します。

処理の詳細

１.システム管理「1007 自動算定・チェック機能制御情報」の時間外加算（小児科特例）を設定する。



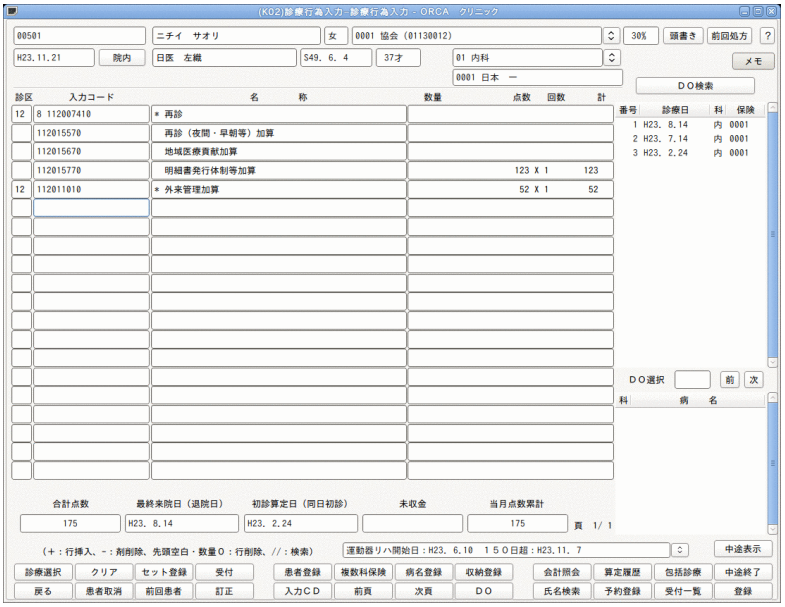
２．環境設定を‘８　夜間・早朝’と設定する。



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

３．診療行為で６歳未満の患者を入力すると、時間外区分が‘５’で自動発生する。

６歳以上は、夜間・早朝加算を自動発生する



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(6) 外来診療行為のドクターコード入力対応(R201209)

外来の診療行為画面でドクターの選択入力を行う。

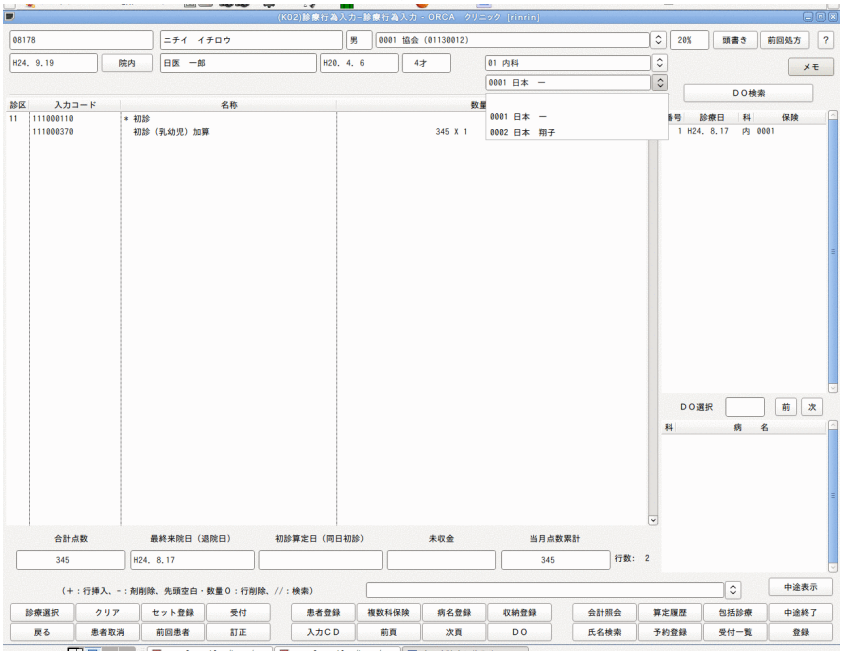
１．外来診療行為画面の上部のドクター項目よりドクターの選択、またはコードの手入力を行う。
入力したドクターコードが登録されていない場合は、エラーメッセージを表示して、選択前のドクターコードを再表示する。

２．ドクターを変更した後でも、診療科を変更すれば診療科のドクターに変更する。
ドクター変更は、診療科を決定した後に行うこと。

３．訂正で展開した時、登録時のドクターコードが削除されている場合はドクターコードのみを表示する。
そのまま登録を行った場合、請求確認画面でドクター選択エラーとなる。

・　　処理詳細
１．患者入力で、ドクターが初期表示される。

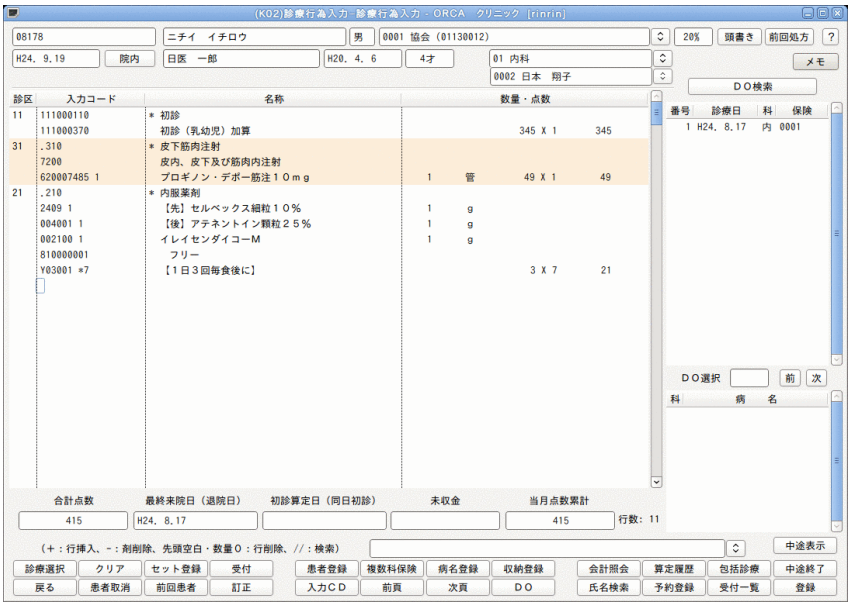
２．ドクターリストに診療科のドクターが表示。



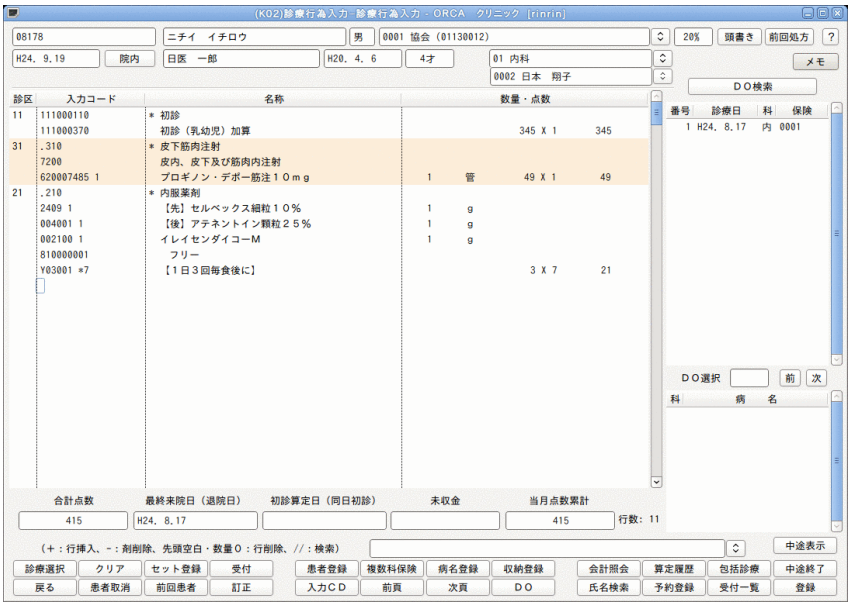
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

３．ドクターを変更する。

４．中途終了を行う。

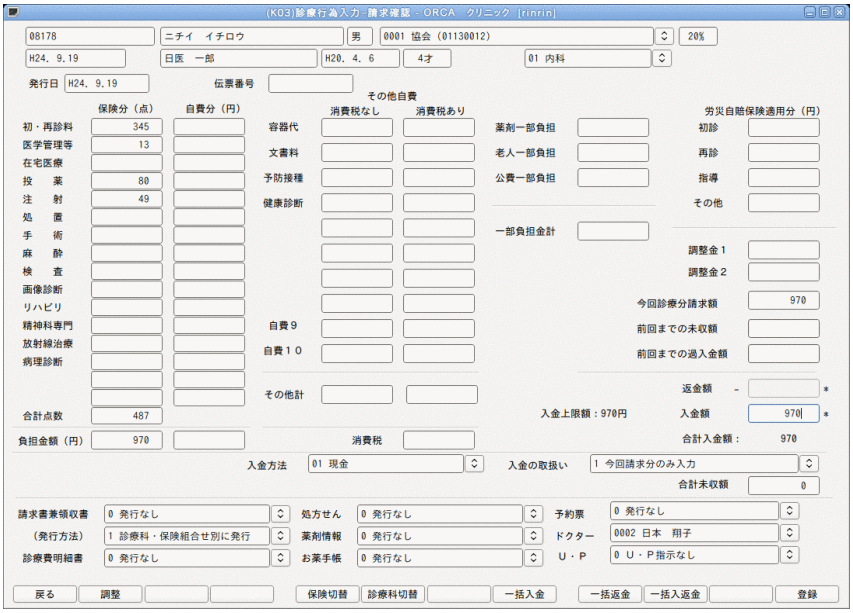


５．展開した時、中途終了時のドクターを表示する。

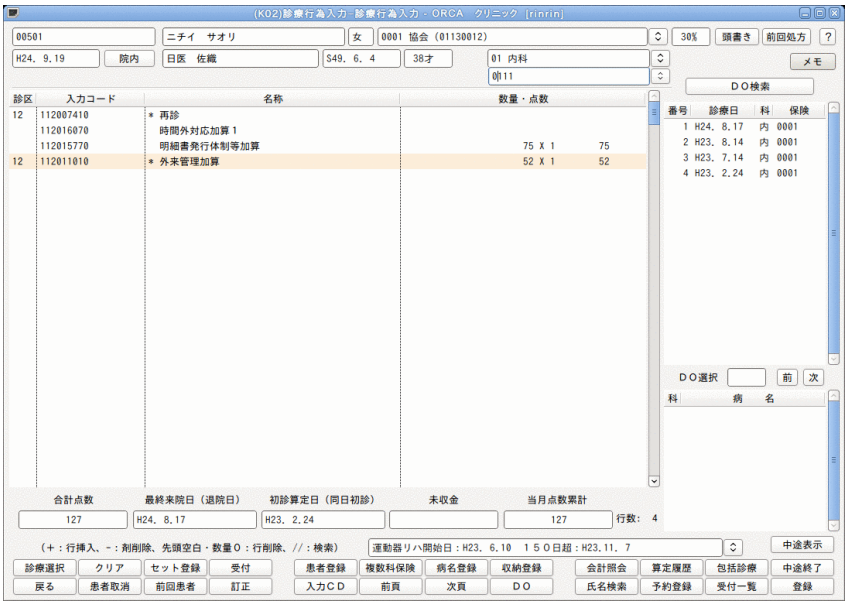


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

６．請求確認画面のドクターが選択したドクターとなる。



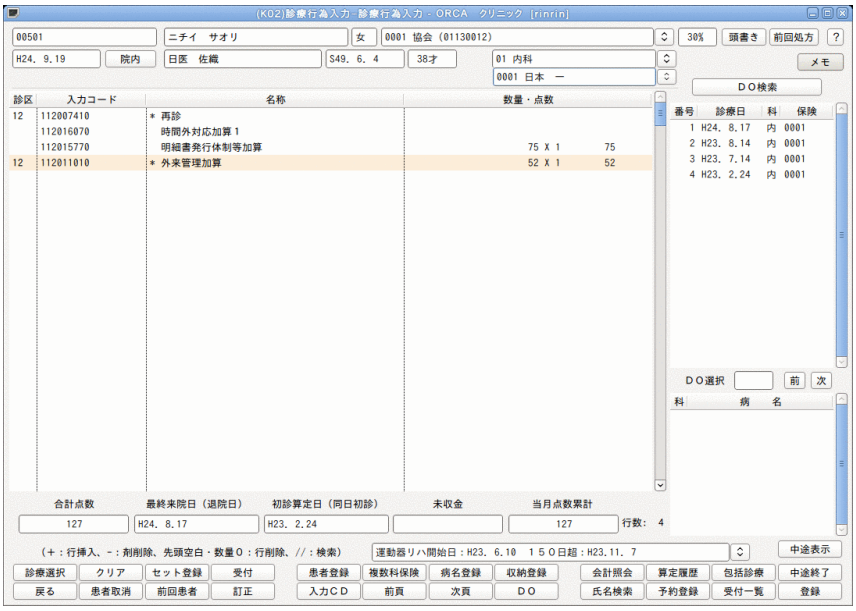
７．登録されていないドクターコードを入力する。



８．エラーとなる。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

９．元のドクターコードとなる。



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(7) 特定器材併用算定チェック対応(R201209)

診療行為と特定器材の併用算定チェックを行う。

１．チェックマスタの「B　診療行為の併用算定（同会計内）」、「5　診療行為の併用算定」、「A　診療行為の併用算定（同日内）」で、器材コード、コメントコードを診療行為コードに入力して登録した時、診療コードと同様にチェックを行う。
診療行為画面で登録したコードを入力した時、適用コードに設定されているコードがチェック区分により算定済みであれば、エラー区分によりエラー・警告を表示する。
器材コード（7XXXXXXXX),コメントコード（8XXXXXXXX,008XXXXXX)とする。

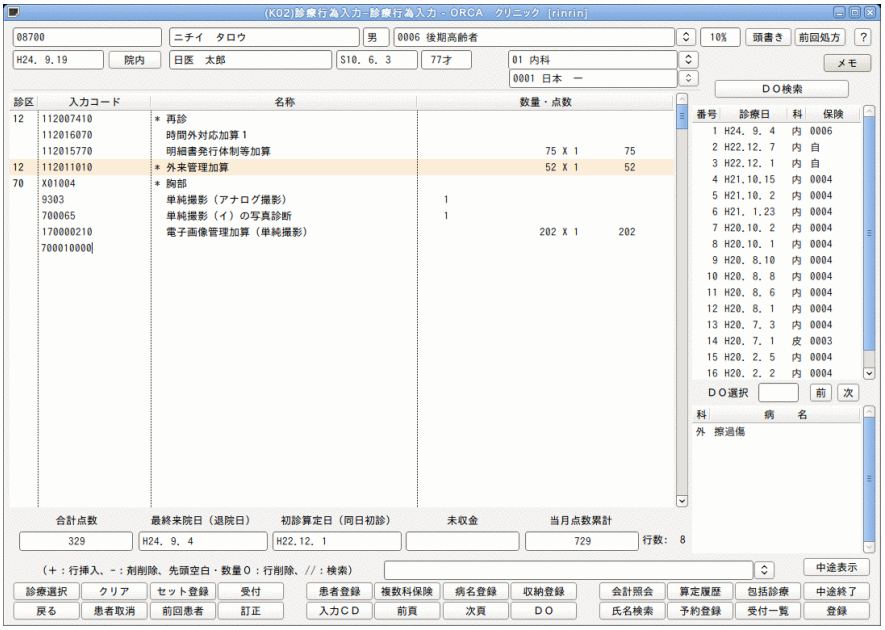
２．腫瘍マーカー検査名コメントコードなど入力時に自動発生するコードに対しては、チェックマスタに登録しないこと。
自動発生時のチェックは同一剤内でのみ行うので、正しいチェックができない。

３．チェックマスタの「B　診療行為の併用算定（同会計内）」、「5　診療行為の併用算定」、「A　診療行為の併用算定（同日内）」の適用コードが器材コードなどの診療行為コード以外のコードであれば、同一画面内での併用算定チェックのみを行う。月内・同日のチェックはできない。
また、入院では、「A　診療行為の併用算定（同日内）」のチェックは、同時入力した同じ日の入力内容でチェックを行う。
なお「B　診療行為の併用算定（同会計内）」のチェックは行わない。

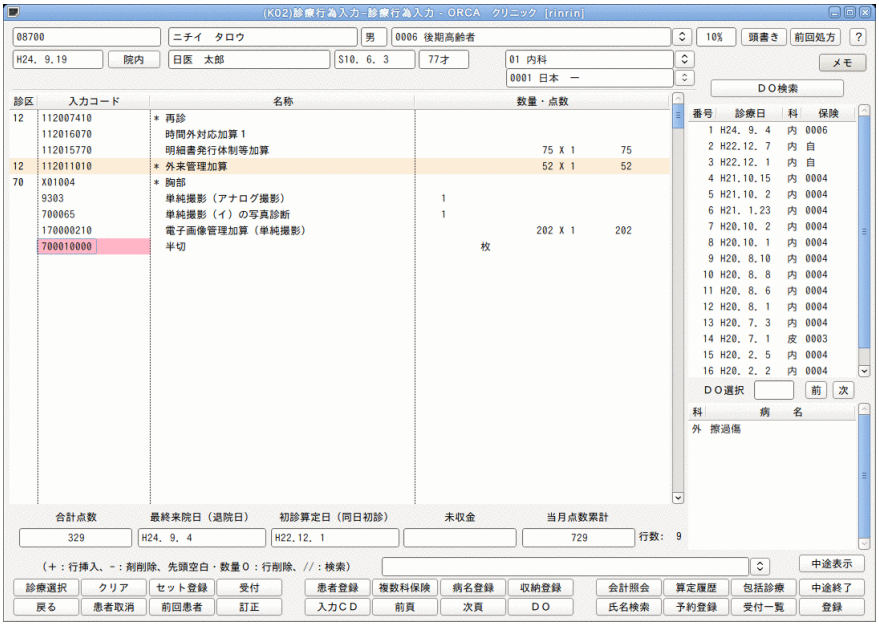
処理詳細
１．チェック区分「B」に電子画像管理加算（単純撮影）と半切フィルムを登録する。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

２．診療行為で、電子画像管理加算（単純撮影）入力後に、半切を入力する。



エラーとなる。

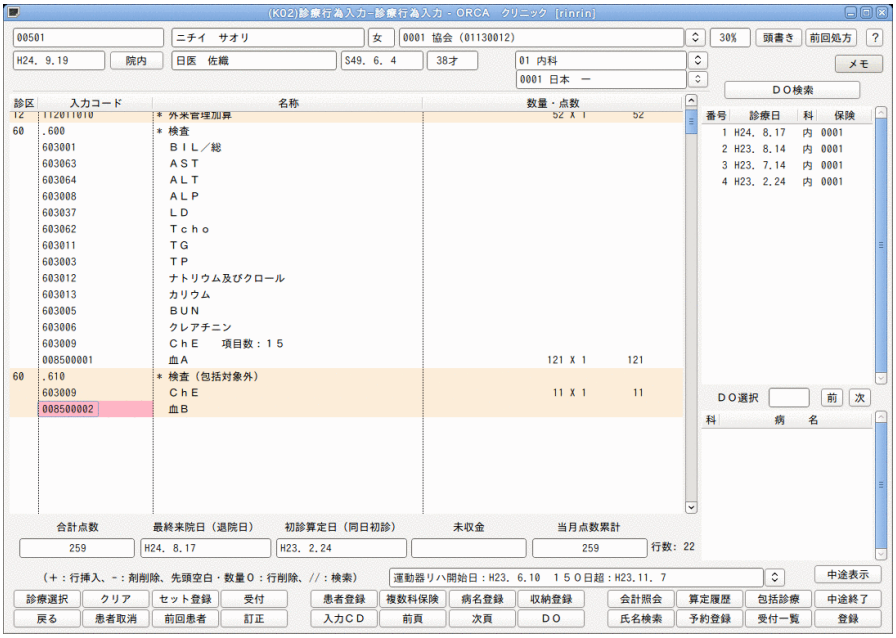


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

３．ユーザコメントコードをチェックマスタに警告で相互に登録する。

４．同時に入力した時、警告となる。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(8) 時間外緊急院内検査加算、時間外緊急院内画像診断加算のチェック対応 (R201210)
外来の診療行為で、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な時に警告メッセージを表示する。

条件及び範囲

１．初診・再診料に時間外加算コードが算定されている時、または、環境設定で外来時間外区分の設定がある時に以下のチェックを行う。
環境設定の外来時間外区分に設定がある場合であっても、診察料に時間外加算が算定されていない場合はチェックを行わない。

２．検体検査（D000～D024)の算定があり、時間外緊急院内検査加算の算定がない時、登録時に「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。」と警告メッセージを表示する。

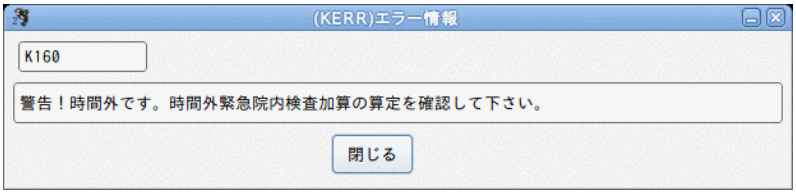
３．画像診断の算定があり、時間外緊急院内画像診断加算の算定がない時、登録時に「警告！時間外です。時間外緊急院内画像診断加算の算定を確認して下さい。」と警告メッセージを表示する。
時間外加算コードが「夜間・早朝」の時は警告表示を行わない。
画像診断の判定は、Ｘ線撮影、ＣＴ・ＭＲＩ、核医学の算定時とする。
（登録時に画像診断加算を自動算定する診療を算定した時）

４．訂正時は、初診・再診料に時間外加算コードの入力がある時のみ、警告メッセージを表示する。
時間外緊急院内画像診断加算等の入力があり時間外加算コードのない時の「警告！時間外算定がありません」の警告エラーについても、同様に訂正時は初診・再診料の入力がある時のみとする。

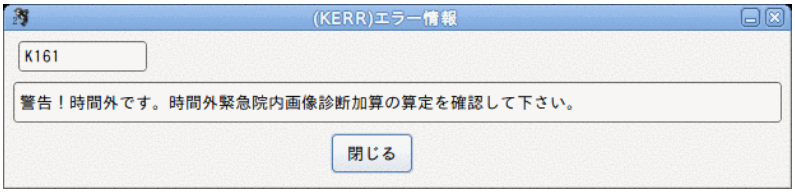
５．平成２４年４月からの対応とする。

・処理詳細
１．時間外加算の入力と、画像診断、検査を入力する

２．「Ｆ１２　登録」押下で、警告メッセージが表示される。
検査に対する警告

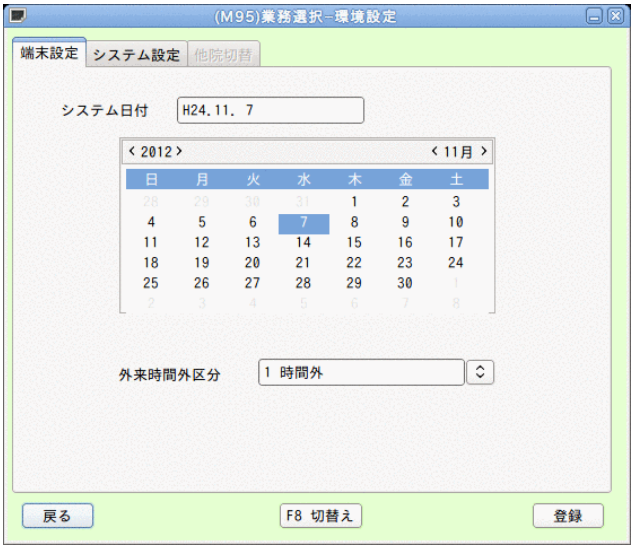


画像診断に対する警告



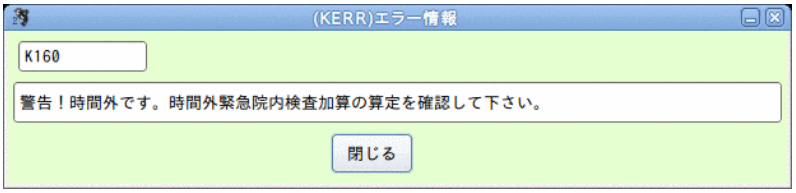
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

３．環境設定を時間外とする。



４．内科で診療行為を登録後、皮膚科で再診料算定科のコメントと、検査を入力。

５．登録押下で、警告が表示される。



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(9) 診療行為入力画面で入力する入院料加算のチェック（R201211）

診療行為入力で入院料加算を入力した場合に、算定入院料との併算定チェック、外泊日の入力不可チェック及び入院会計テーブルでの算定済みチェックを行います。

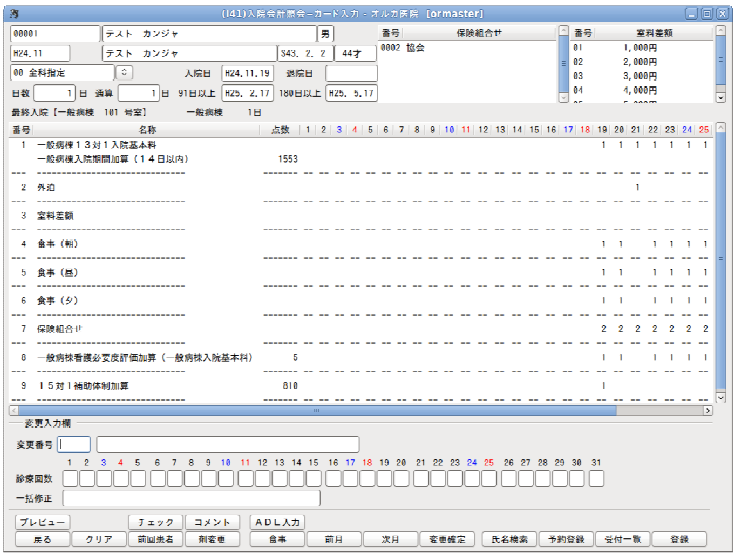
・条件及び範囲

１．チェックに掛かった場合は警告メッセージを表示します。
２．算定入院料との併算定チェックは入院基本料等加算（点数マスタのコード表用番号が200番台の加算）が対象となります。
３．チェックは平成２４年４月診療分以降からとします。

・　処理詳細

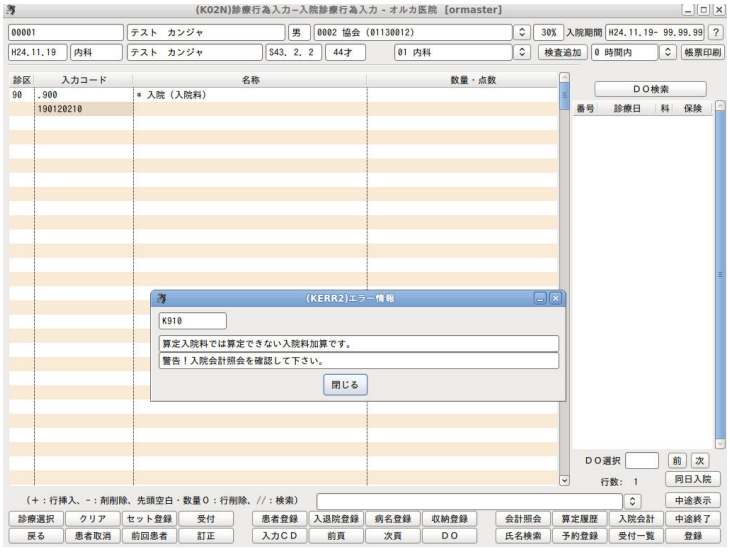
１．入院会計照会画面の１１月分状態

入院料：一般病棟１３対１入院基本料　平成24年11月19日～
入院料加算：一般病棟看護必要度加算（一般病棟入院基本料）　平成24年11月19日～
　　１５対１補助体制加算　平成24年11月19日
外泊：平成24年11月21日



２．入院料との併算定チェック

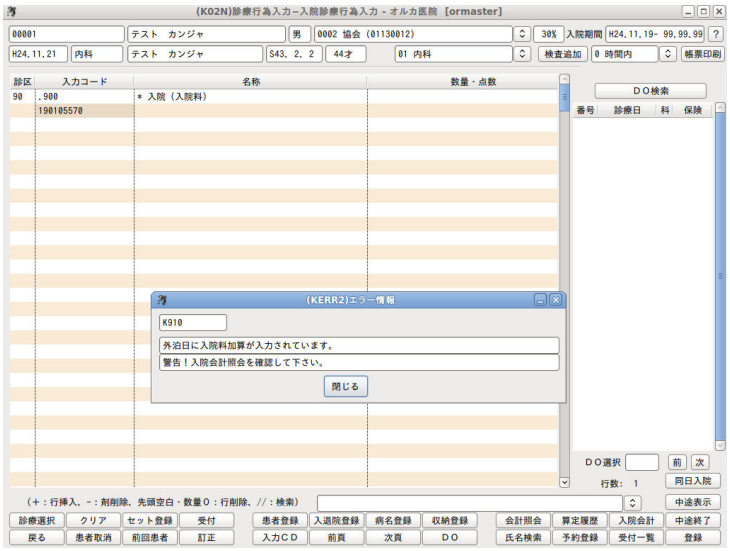
11月19日に「療養病棟療養環境加算１」を診療行為入力



【算定入院料では算定できない入院料加算です。】と警告メッセージが表示されます。

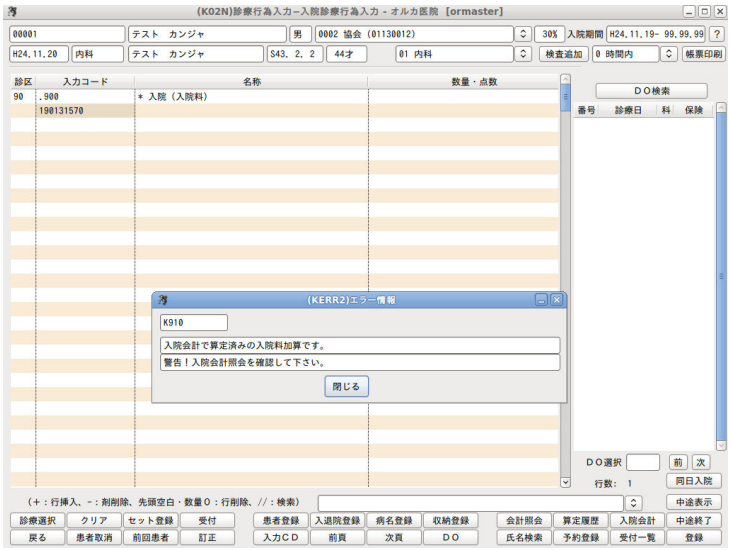
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

３．外泊日チェック
　　11月21日（外泊日）に「療養環境加算」を診療行為入力



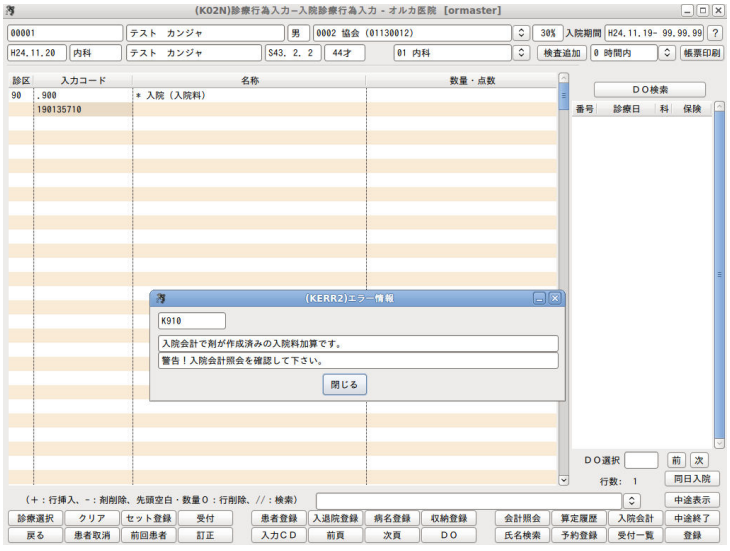
【外泊日に入院料加算が入力されています。】
と警告メッセージが表示されます。

４．入院料加算重複チェック（入院会計の該当日に入院料加算算定済みの場合）
　　11月20日に「一般病棟看護必要度評価加算（一般病棟入院基本料）」を診療行為入力



【入院会計で算定済みの入院料加算です】
と警告メッセージが表示されます。

５．入院料加算重複チェック（入院会計に入院料加算の剤が存在するが、該当日に入院料加算の算定が無い場合）
　　11月20日に「１５対１補助体制加算」を診療行為入力



【入院会計で剤が作成済みの入院料加算です】
と警告メッセージが表示されます。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(10) 器材コードの単位表示（商品名コードより）

診療行為画面、診療確認画面、ＤＯ画面などで、商品名コード（058XXXXXX）を入力して表示した器材コードに単位コードがない時は商品名コードの単位コードを表示するようにしました。
また、商品名を印刷している帳票の器材コードの単位を商品名コードの単位で印刷するようにしました。
診療費明細書、入院指示せん、入院注射せん、入院処方せん、セット一覧表です。
現在、商品名を表示しない外来処方せんについては対応していません。

(11) 退院時共同指導料２の入院中上限回数チェック

退院時共同指導料２の入院中の上限回数チェックに、継続入院の初回入院日からの算定回数をチェックするようにしました。
今回入院期間での算定回数以上はエラーとし、初回入院日からの算定でエラーとなる場合は、警告メッセージ「警告！初回入院日からの回数が上限回数を超えています。」と表示します。

(12) 内服滴剤の入力チェック

内服滴剤の指定がある薬剤を、.210　内服薬剤　など投薬として入力した時に、日数を１以上で入力をした場合に警告メッセージ「警告！内服滴剤の薬剤の日数が１以上です。総量で入力して下さい。」を表示するようにチェックを追加しました。

(13) 包括時の処方せん料自動発生 追加

小児科外来診療料など投薬を自動で包括とする時に、院外投薬場合は、処方せん料の自動発生を行っていませんでしたので、処方せん料についても包括剤として自動発生するようにしました。

(14) 日の上限回数のチェック修正

外来迅速検体検査加算などきざみ値の設定と１日の上限回数の設定がある場合の１日の上限回数チェックで、数量を４桁以上で入力された時はエラーとなりませんでしたので、エラーとするように修正しました。

(15) 併用算定エラー時の初診料初期表示を修正

初期表示で初診料を自動発生する場合、初診料が併用算定エラーとなった時は初診料を表示しませんでしたが、表示するように修正しました。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

１－５　２２病名

(1) 病名登録時の未コード化病名の移行処理(R201108-004)

処理概要
患者病名画面で入力した病名コードがレセ電作成時に未コード化傷病名となる場合、未コード化傷病名とならない別の病名コードがあれば、病名コードの変更を可能とします。
自院コード入力時も同様です。
病名検索画面、自院病名登録画面、自院病名検索画面で入力時も同様です。
病名欄で病名入力時又はデータコンバート時の病名からの病名コード検索方法について、未コード化傷病名とならない病名コードがあれば優先するように変更します。

条件及び範囲
１．患者病名画面で病名コード入力時、該当の病名コードがレセ電作成時に未コード化傷病名となる場合に未コード化傷病名とならない別の病名コードがあれば、病名コード置換えの確認画面の表示を行い、病名コードの置換えを行うことができる。移行病名、推奨病名の場合は移行病名、推奨病名への変更も行うことができる。
２．自院コード入力時、該当の自院コードに登録された病名コードについても上記の場合は同じように確認画面の表示を行う。
３．置換えの病名コードがない場合、廃止病名の場合はエラー表示、移行病名、推奨病名の場合は病名の変更確認画面を表示する。
４．病名欄で病名入力時又はデータコンバート時の病名からの病名コード検索方法について、複数の検索病名コードから未コード化傷病名とならない病名コードがあれば優先する。
５．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が「0 表示する」のとき、または廃止年月日警告メッセージの表示が「0 表示する」のとき病名コード置換えの確認画面の表示を行う。

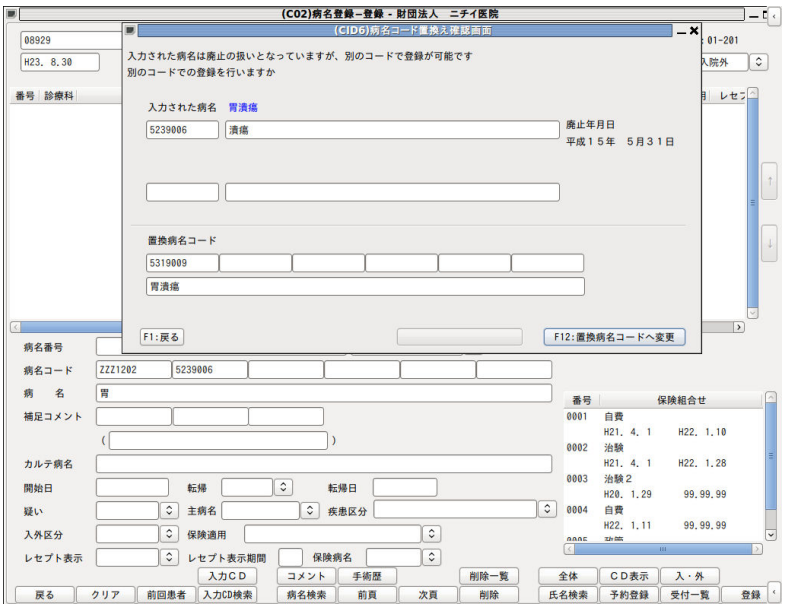
処理の詳細

１．システム管理の設定

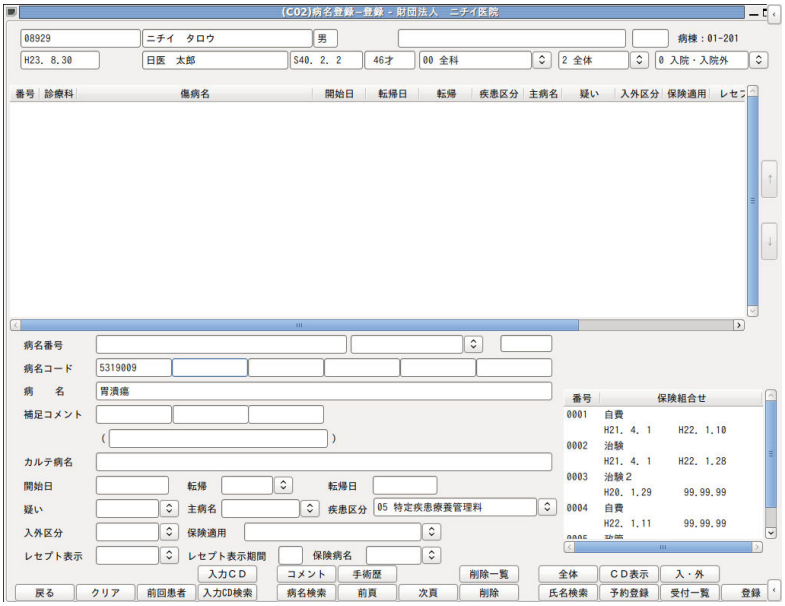
システム管理「1042 病名・コメント機能情報」の移行病名・推奨病名警告メッセージの表示と廃止年月日警告メッセージの表示を「0 表示する」と設定します。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

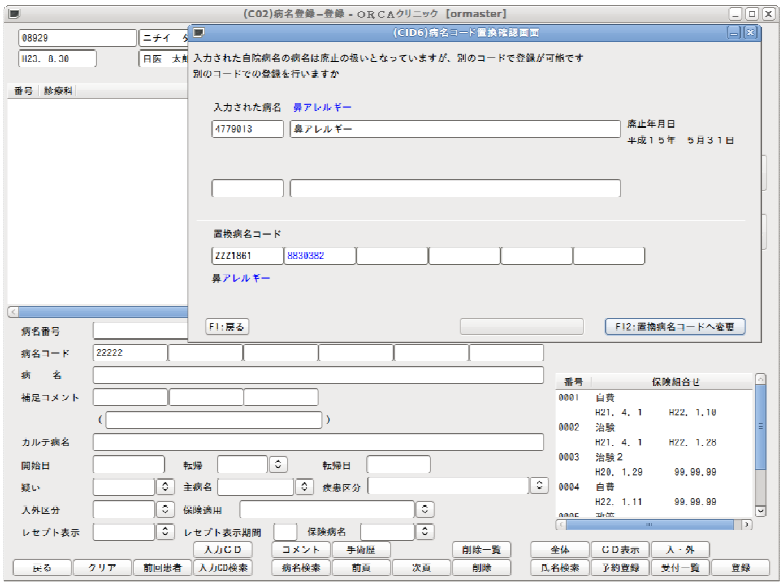
２．入力した病名コードが廃止病名の場合



入力した病名コードが廃止病名（5239006 潰瘍）の場合、「胃潰瘍」で別の病名コードがあることから病名コード置換えの確認画面を表示します

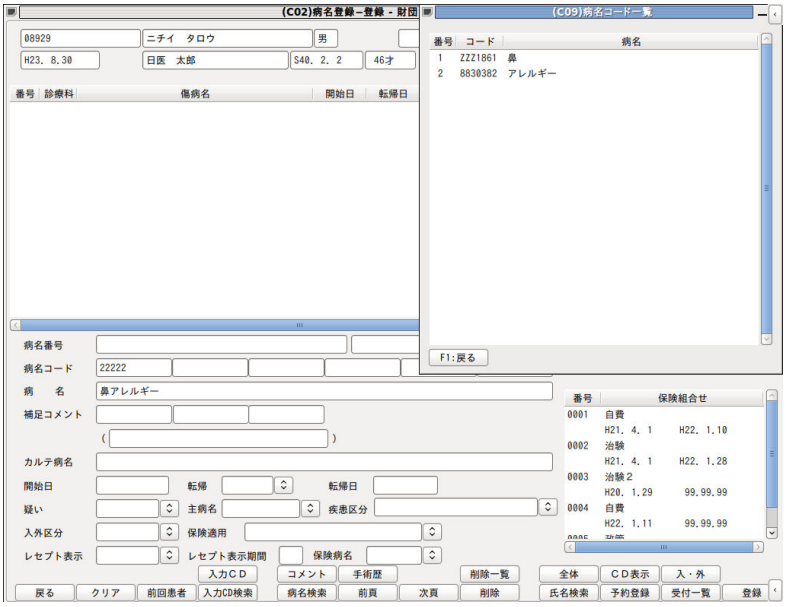


「F12 置換病名コードへ変更」を選択した場合、病名コードを置換病名コードへ変更します。

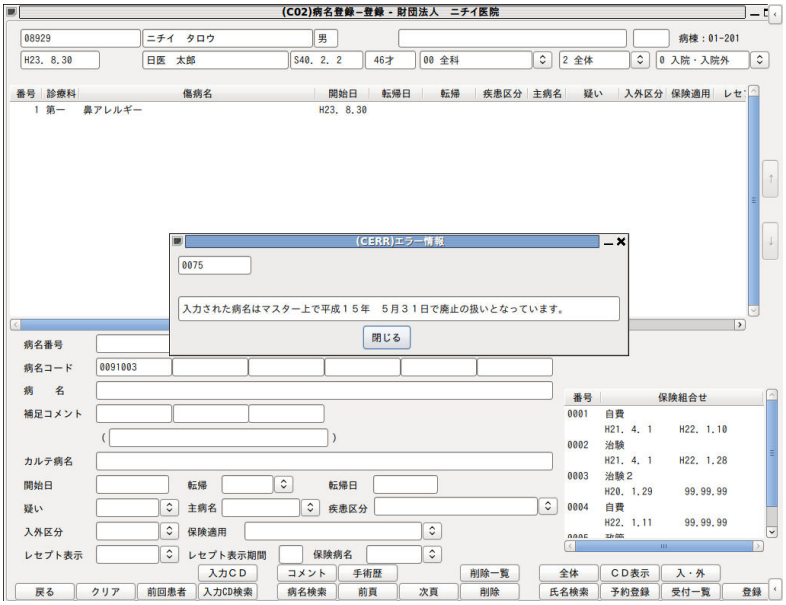


入力した自院コードが廃止病名（4770913 鼻アレルギー）の場合、「鼻アレルギー」で別の病名コードがあることから病名コード置換えの確認画面を表示します。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

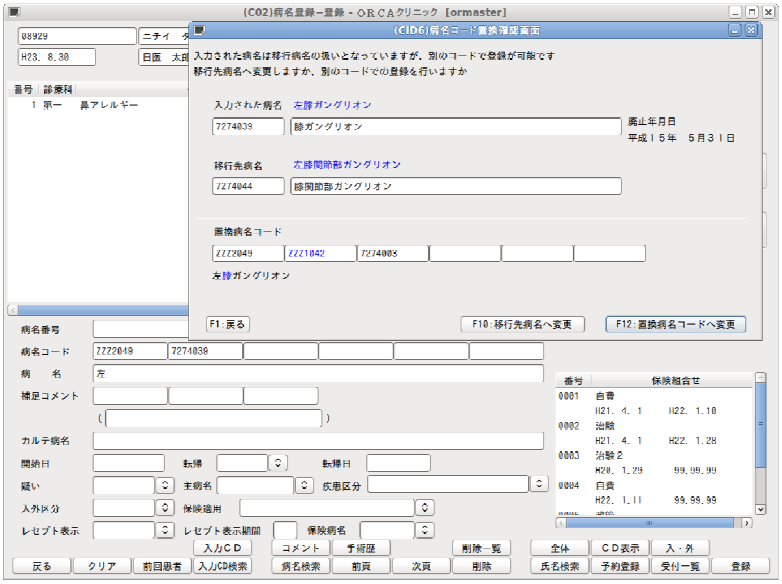


「F12 置換病名コードへ変更」を選択した場合、自院コードはそのままで病名コードを置換病名コードへ変更する。



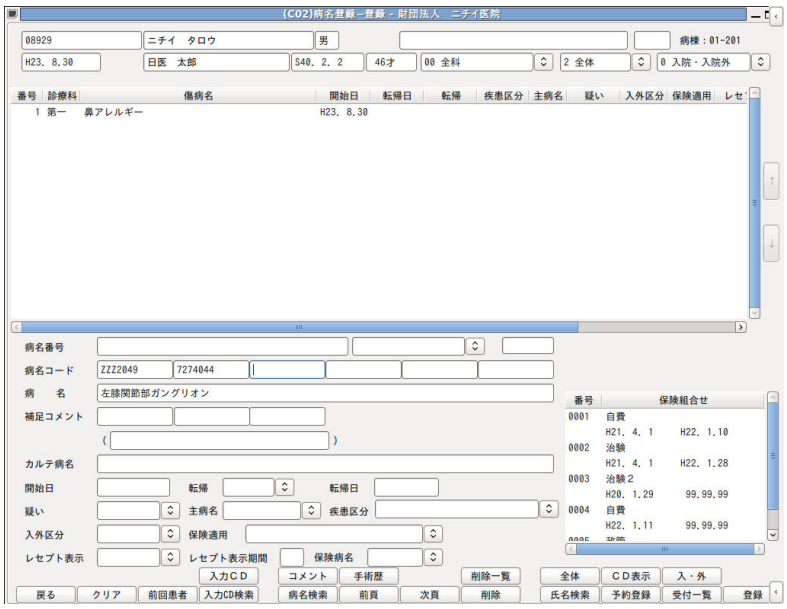
入力した病名コードが廃止病名の場合(廃止病名：胃カタル 0091003)、「胃カタル」で別の病名コードがないため、エラー画面を表示します。

３．入力した病名コードが移行病名の場合

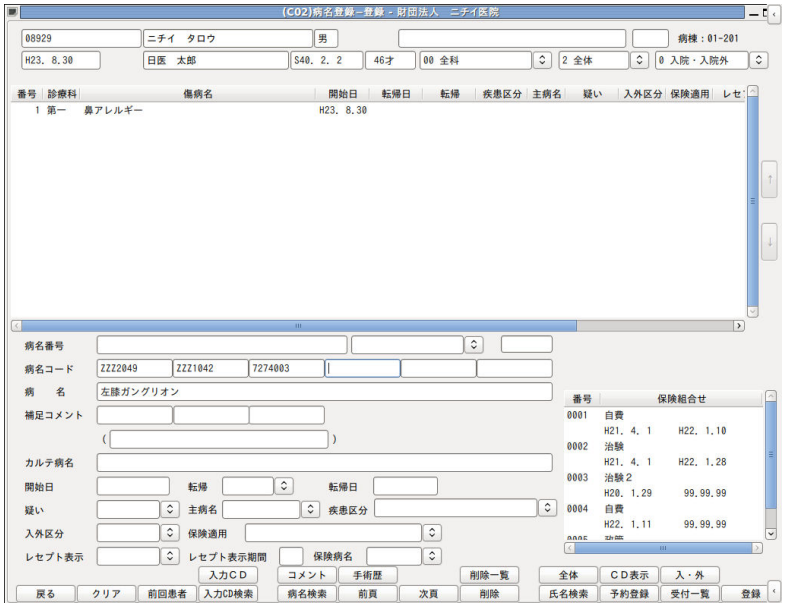


入力した病名コードが移行病名（膝ガングリオン 7274039）の場合、「左膝ガングリオン」で別の病名コードがあることから病名コード置換えの確認画面を表示します。

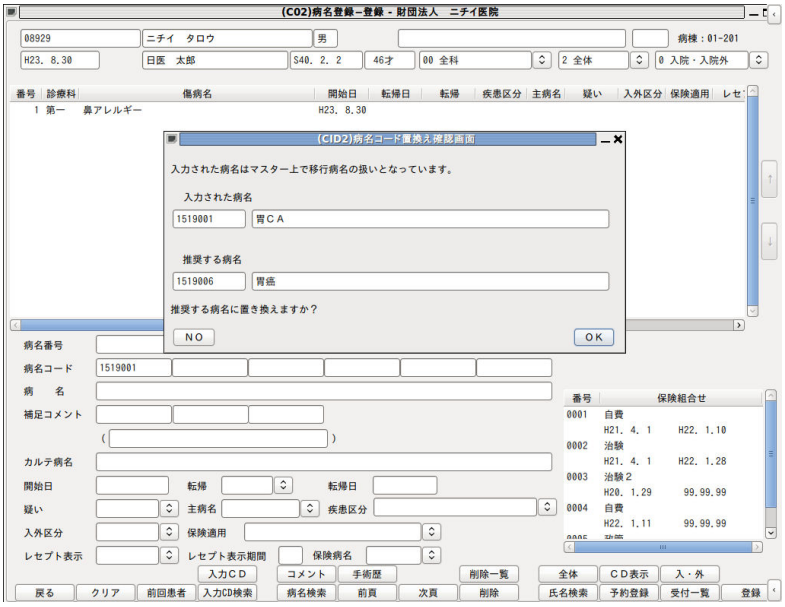
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.



「F10 移行先病名へ変更」を選択した場合、移行先病名コードへ変更します。



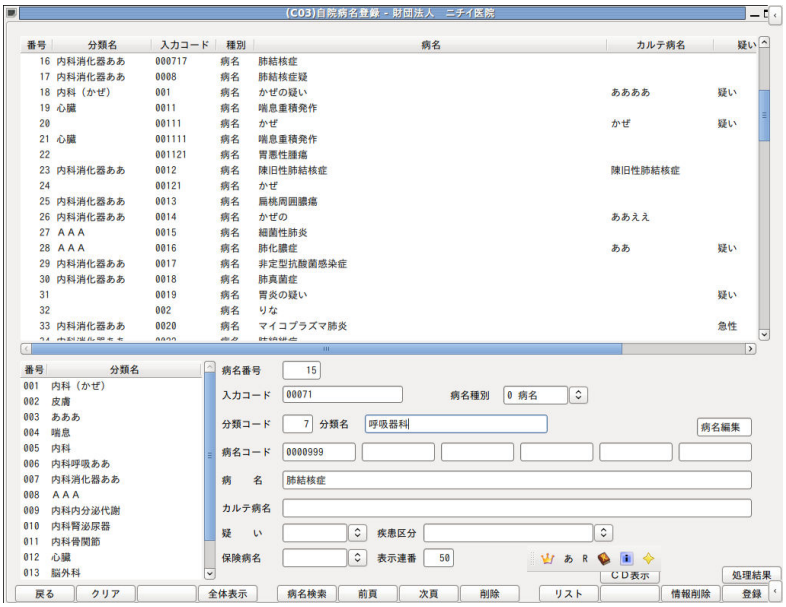
「F12 置換病名コードへ変更」を選択した場合、病名コードの変更を行う。



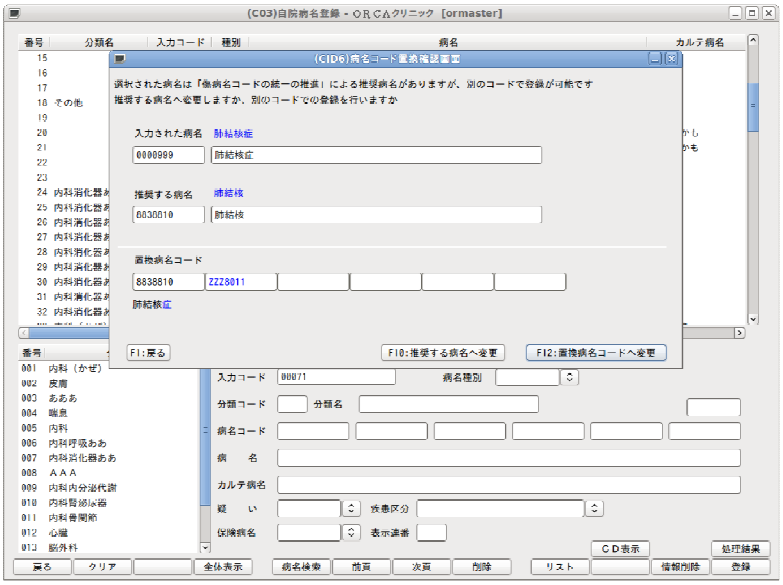
入力した病名コードが移行病名（胃ＣＡ 1519001）の場合、「胃ＣＡ」で別の病名コードがないことから移行病名変更の確認画面を表示します。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

４．入力した自院コードに推奨病名がある場合

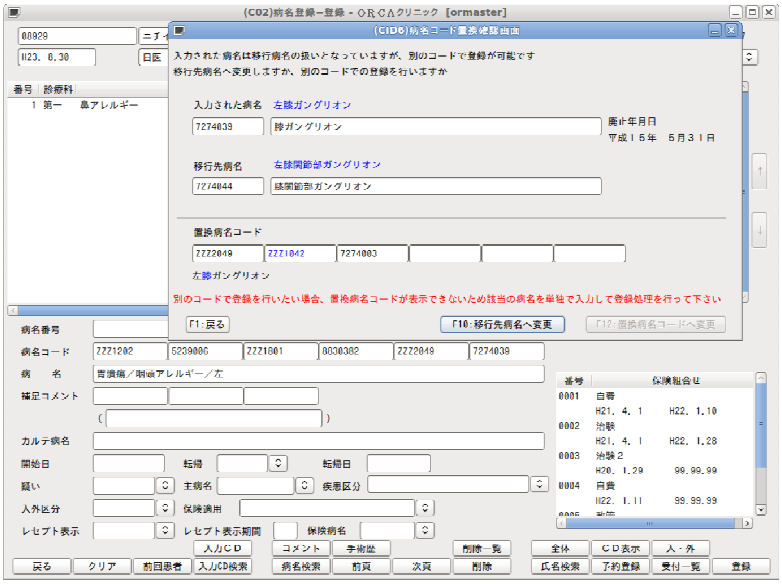


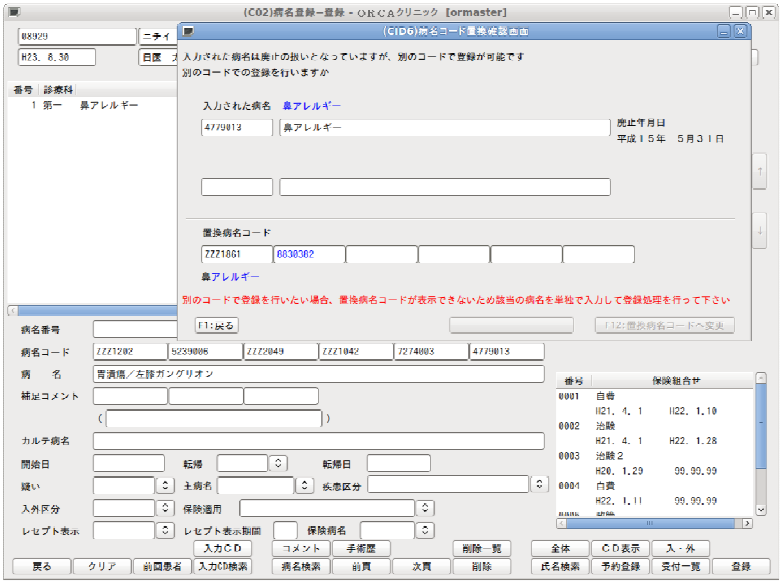
入力した自院コードに推奨病名がある場合、「肺結核症」で別の病名コードがあることから病名コード置換えの確認画面を表示します。



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

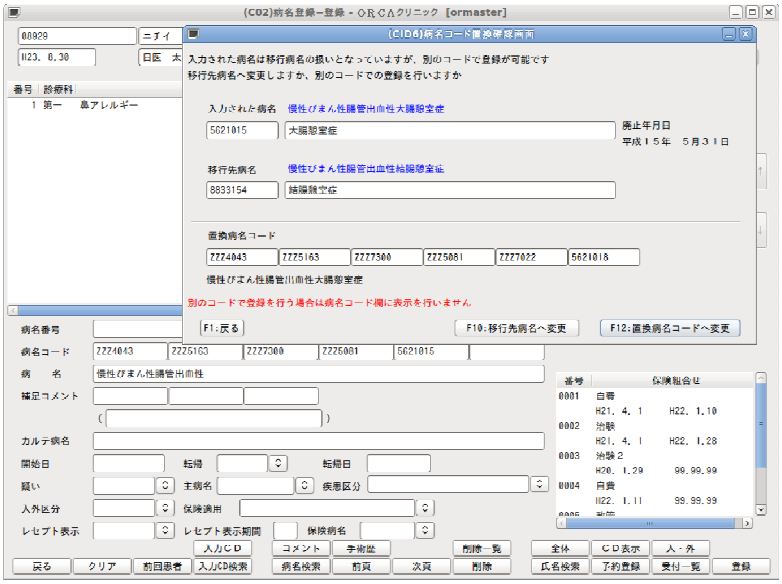
５．複数病名入力時、入力した病名コードの置換え病名コードが病名コード欄に表示できない場合は置換え病名コードへの変更はできません。該当する病名を単独で入力することで、病名コードの置換えが可能となります。



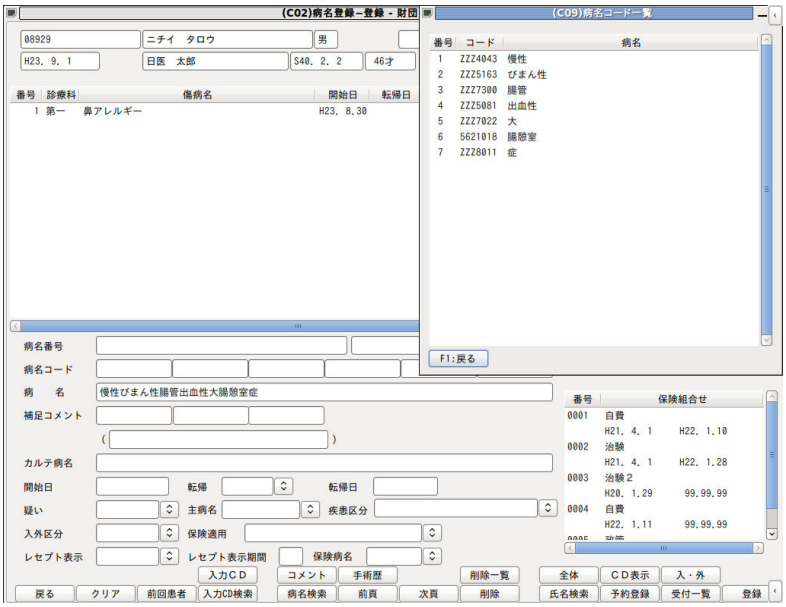


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

６．単独病名入力時、入力した病名コードの置換え病名コードが７つ以上になった場合、「F12 置換病名コードへ変更」を選択したときは病名コード欄に表示は行いません。

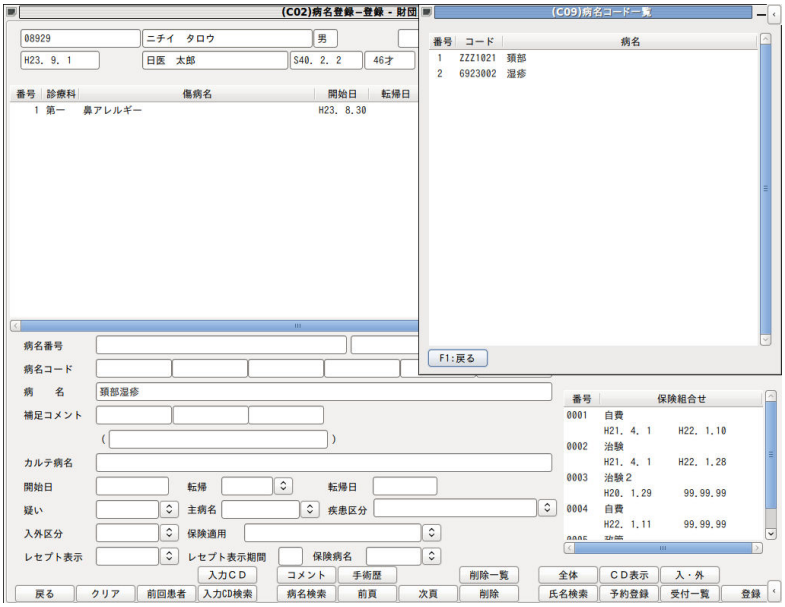


「F12 置換病名コードへ変更」を選択した場合、病名コードの表示は行わず内部的に置換病名コードへ変更する



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

７．病名欄から病名入力時、未コード化傷病名とならない病名コードを設定するように変更します。
(ver.4.6.0 までは6929348(頚部湿疹 廃止年月日平成１５年３月３１日)を設定)



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

１－６　２３収納

(1) 請求書金額のフリー入力対応(K201111-002)

請求書兼領収書の請求額、入金額の修正機能を実装する。

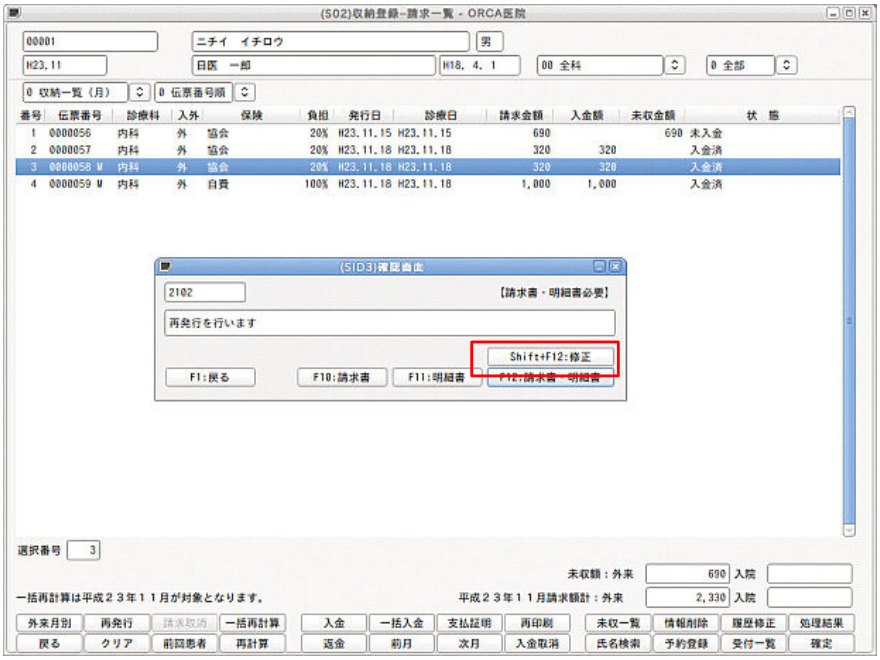
条件及び範囲

・収納業務より外来の請求書兼領収書の再発行を行う際および外来月別請求書の発行を行う際に修正を可能とする（外来の請求書兼領収書のみ対応を行うこととする）。
・修正内容は印刷を行う請求書兼領収書のみに反映することとし、実際の収納データの変更は行わない。
・請求書兼領収書を修正して印刷を行った場合、再印刷画面の帳票名の後に“(修正)”の表示を行う。

処理の詳細

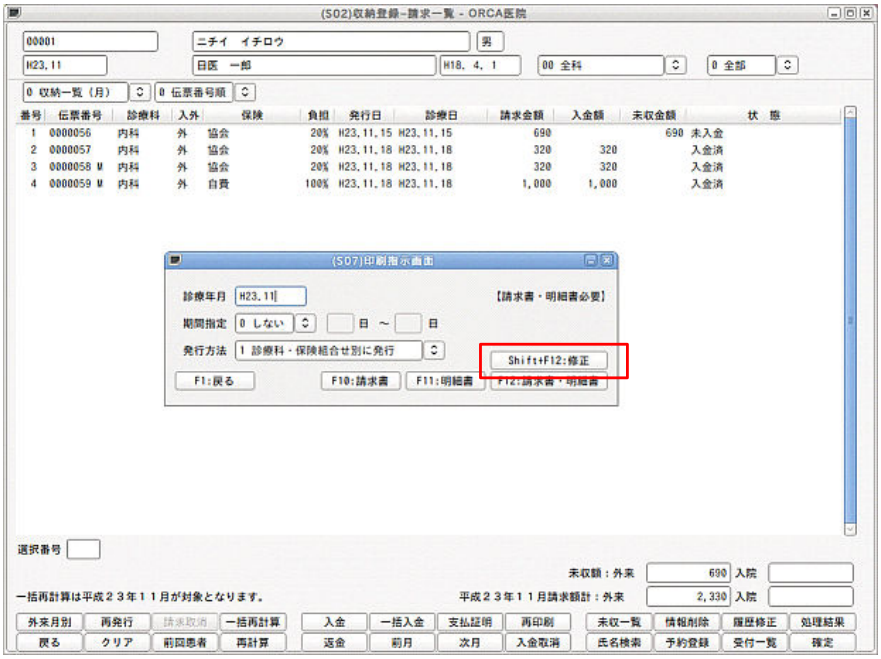
1．再発行時の請求額・入金額修正について

収納業務より外来の請求書兼領収書を再発行する際、確認ダイアログに修正ボタンを追加し、
修正ボタンがクリックされた場合、金額修正ダイアログに遷移する。



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

２．外来月別請求書兼領収書の請求額・入金額修正について

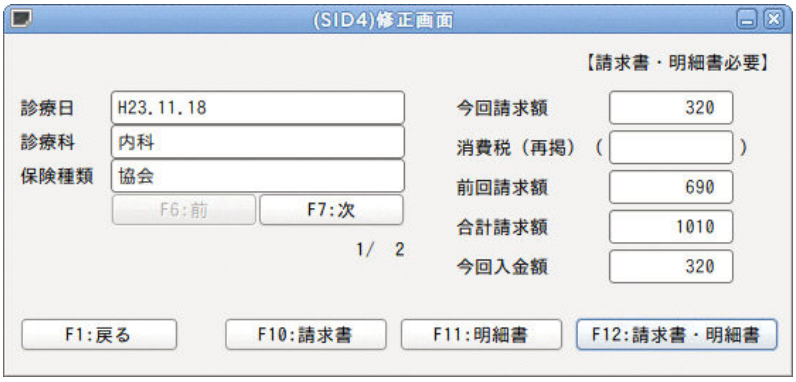


収納業務より外来月別請求書兼領収書を発行する際、印刷指示ダイアログに修正ボタンを追加し、

修正ボタンがクリックされた場合、金額修正ダイアログに遷移する。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

＜金額修正ダイアログ項目説明＞



＜項目説明＞

請求書発行区分	患者登録業務の設定内容を表示する。
診療日 （診療年月）	請求書兼領収書の診療日を表示する。 月別請求書兼領収書の場合は診療年月を表示する。
診療科	請求書兼領収書の診療科を表示する。 プログラムオプションの指定に関係なく表示を行うこととする。
保険種類	請求書兼領収書の保険種類を表示する。 プログラムオプションの指定に関係なく表示を行うこととする。
枚数／総枚数	複数科・複数保険入力で請求書兼領収書が複数になる場合、または月別請求書兼領収書が複数になる場合に表示する。
今回請求額	請求書兼領収書に記載する金額の入力を行う。 初期表示時は修正前の金額とする。
消費税（再掲）	請求書兼領収書に記載する金額の入力を行う。 初期表示時は修正前の金額とする。
前回請求額	請求書兼領収書に記載する金額の入力を行う。 初期表示時は修正前の金額とする。
合計請求額	今回請求額＋前回請求額の金額を表示する。 初期表示時は修正前の金額とする。
今回入金額	請求書兼領収書に記載する金額の入力を行う。 初期表示時は修正前の金額とする。

＜ファンクションキーの説明＞

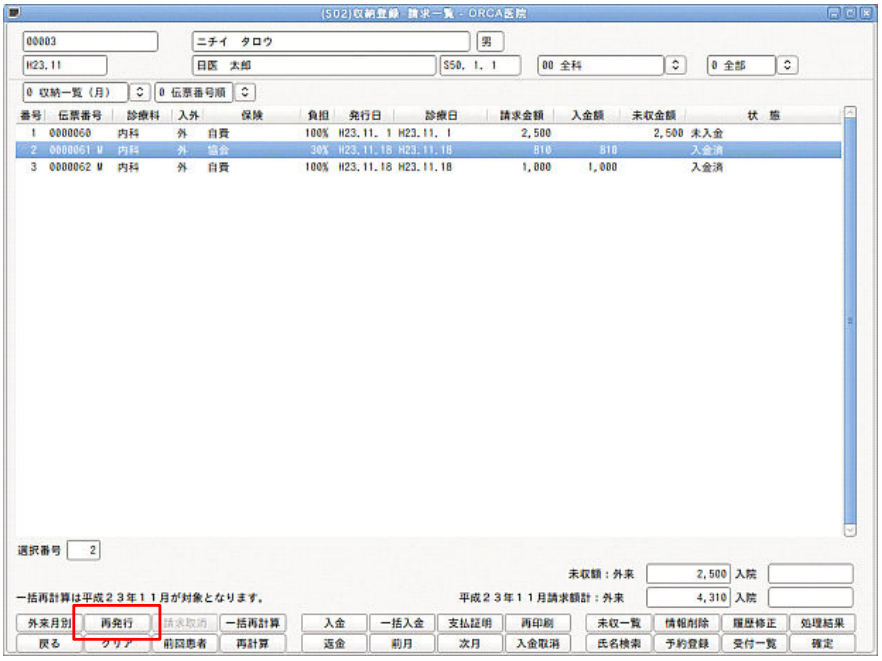
項目	ファンクションキー	説明
戻る	Ｆ１キー	(S02)請求一覧画面に戻る。
前	Ｆ６キー	複数科・複数保険入力で請求書兼領収書が複数になる場合、または月別請求書兼領収書が複数になる場合に、他の請求書兼領収書の内容に表示を変更する。
次	Ｆ７キー	
請求書	Ｆ１０キー	請求兼領収書を発行する。
明細書	Ｆ１１キー	診療費明細書を発行する。
請求書・明細書	Ｆ１２キー	請求兼領収書および診療費明細書を発行する。

＜入力事例＞

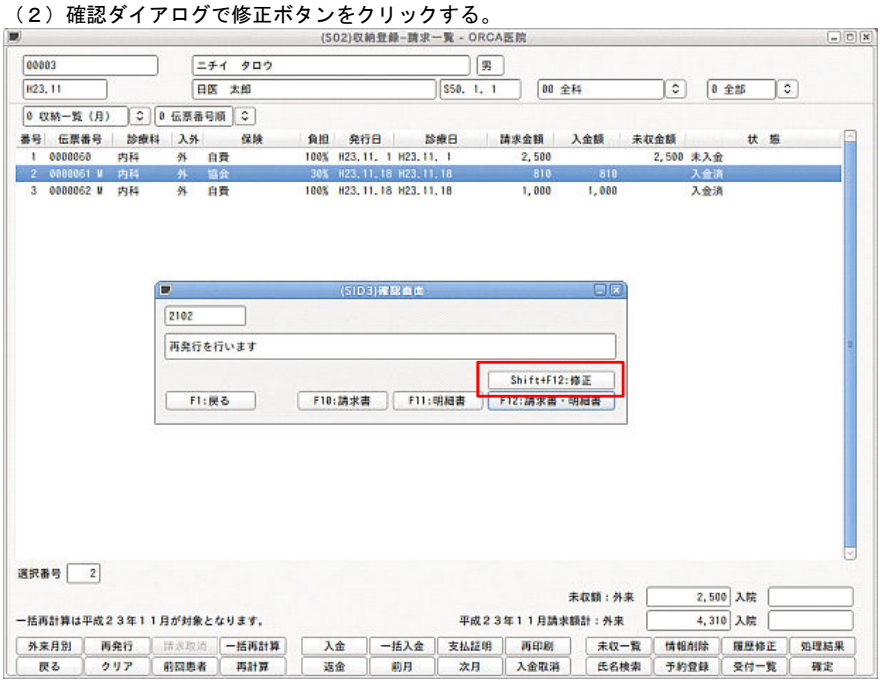
自費の未収がある患者について医保と自費の複数保険入力を行い、自費の請求書兼領収書に未収額を記載する場合（診療行為業務では、保険毎に請求書兼領収書が発行されていることとする。）

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

（１）修正を行う収納データを選択し、再発行ボタンをクリックする。

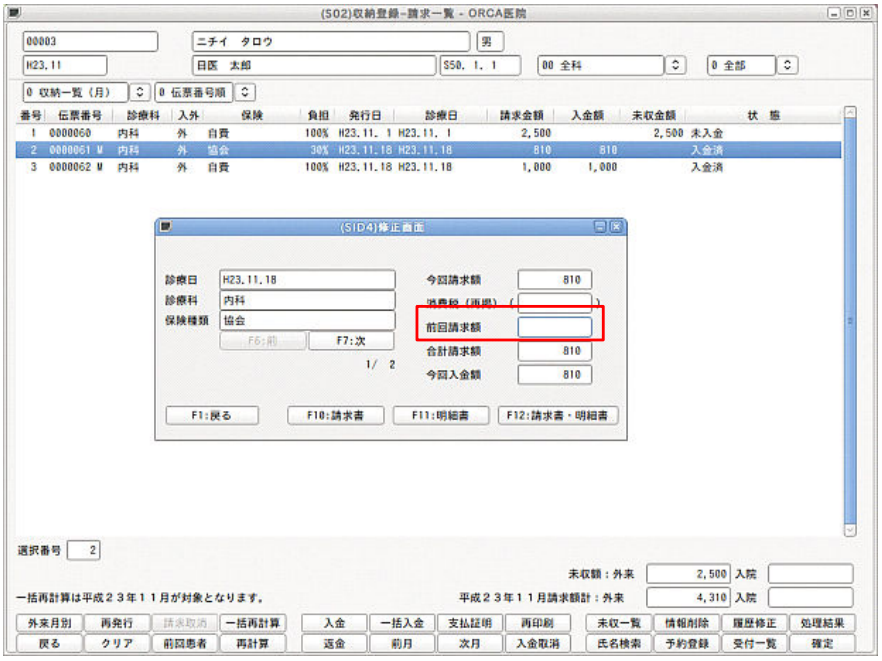


（２）確認ダイアログで修正ボタンをクリックする。

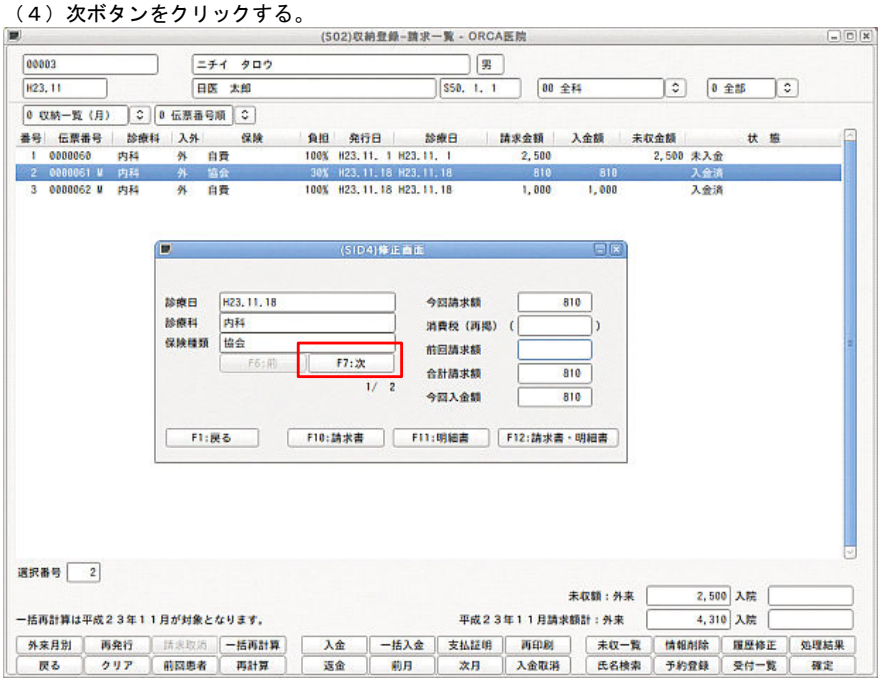


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

（３）医保分の前回請求額欄を空欄にする。

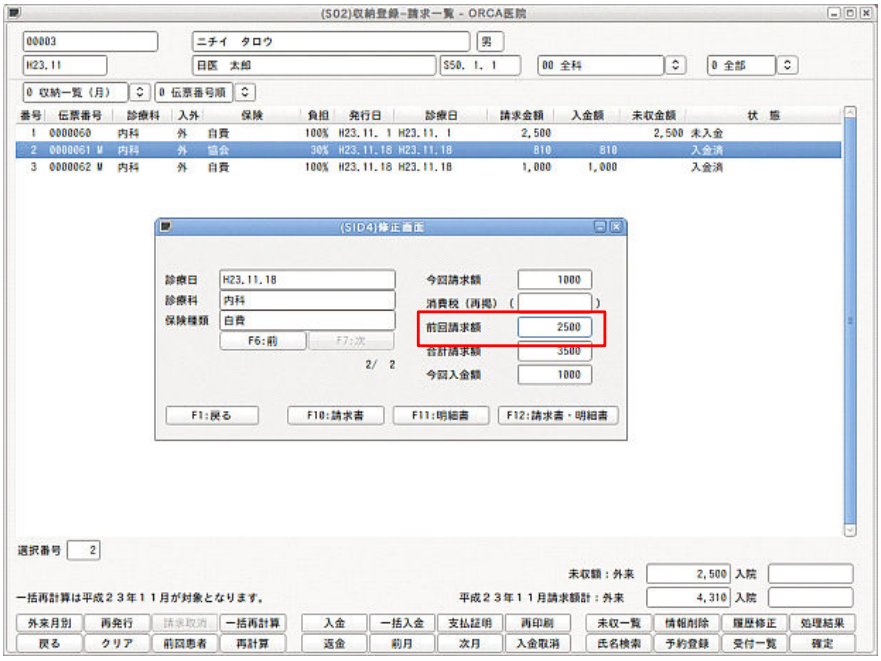


（４）次ボタンをクリックする。

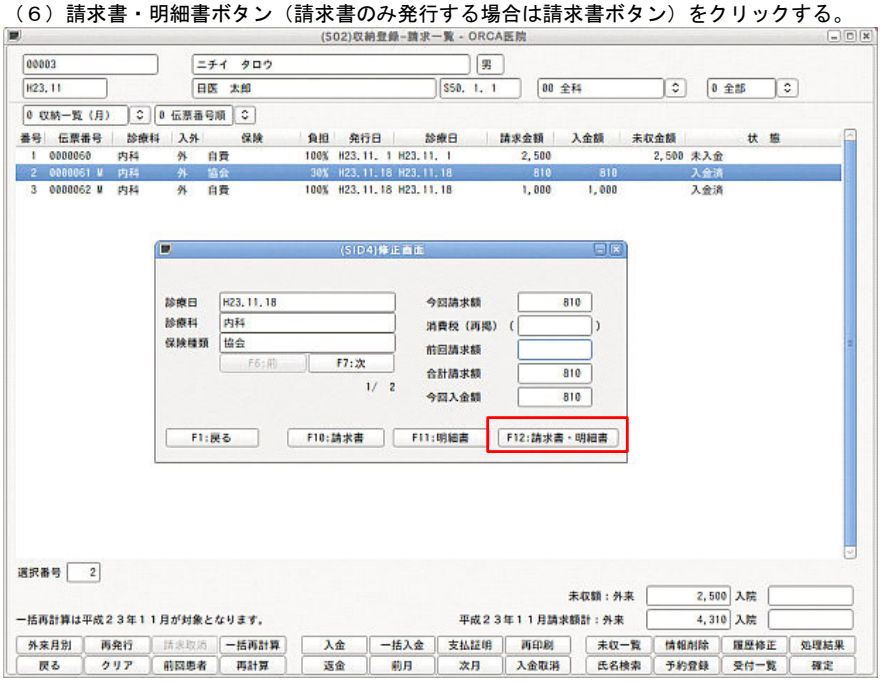


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

（５）自費分に前回請求額を入力する。



（６）請求書・明細書ボタン（請求書のみ発行する場合は請求書ボタン）をクリックする。



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

（７）自費の請求書兼領収書に前回請求額が記載される。

＜自費分＞

No. 62

診療費請求書兼領収書

診療日 平成２３年１１月１８日　　発行日 平成２３年１１月１８日

氏名 日医 太郎 様
患者番号 00003 内科

保険種別 自費
負担割合 10 割

	保険適用	保険適用外
初・再診料	点	円
医学管理等	点	円
在宅医療	点	円
投薬	点	円
注射	点	円
処置	点	円
手術	点	円
麻酔	点	円
検査	点	円
画像診断	点	円
リハビリテーション	点	円
精神科専門療法	点	円
放射線治療	点	円
病理診断	点	円
入院料等	点	円
	点	円
合計点数	点	

保険分負担金額	円

保険適用外金額	円
消費税（再掲）	円

文書料	１，０００円
診断書料	円
容器代	円
予防接種	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
自費計	１，０００円
消費税（再掲）	円

公費一部負担金	円

調整金	円

今回請求額	１，０００円
消費税（再掲）	0円
前回請求額	２，５００円
合計請求額	３，５００円
今回入金額	１，０００円

※領収書は再発行いたしかねますので、大切に保管して下さい。
※領収印なき領収書は無効です。

東京都文京区本駒込２－２８－１６
ＯＲＣＡ医院
電話 03-3946-0001

領収印

MEMO

＜医保分＞

No. 61

診療費請求書兼領収書

診療日 平成２３年１１月１８日　　発行日 平成２３年１１月１８日

氏名 日医 太郎 様
患者番号 00003 内科

保険種別 協会
負担割合 3 割

	保険適用	保険適用外
初・再診料	２７０点	円
医学管理等	点	円
在宅医療	点	円
投薬	点	円
注射	点	円
処置	点	円
手術	点	円
麻酔	点	円
検査	点	円
画像診断	点	円
リハビリテーション	点	円
精神科専門療法	点	円
放射線治療	点	円
病理診断	点	円
入院料等	点	円
	点	円
合計点数	２７０点	

保険分負担金額	８１０円

保険適用外金額	円
消費税（再掲）	円

文書料	円
診断書料	円
容器代	円
予防接種	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
自費計	円
消費税（再掲）	円

公費一部負担金	円

調整金	円

今回請求額	８１０円
消費税（再掲）	0円
前回請求額	0円
合計請求額	８１０円
今回入金額	８１０円

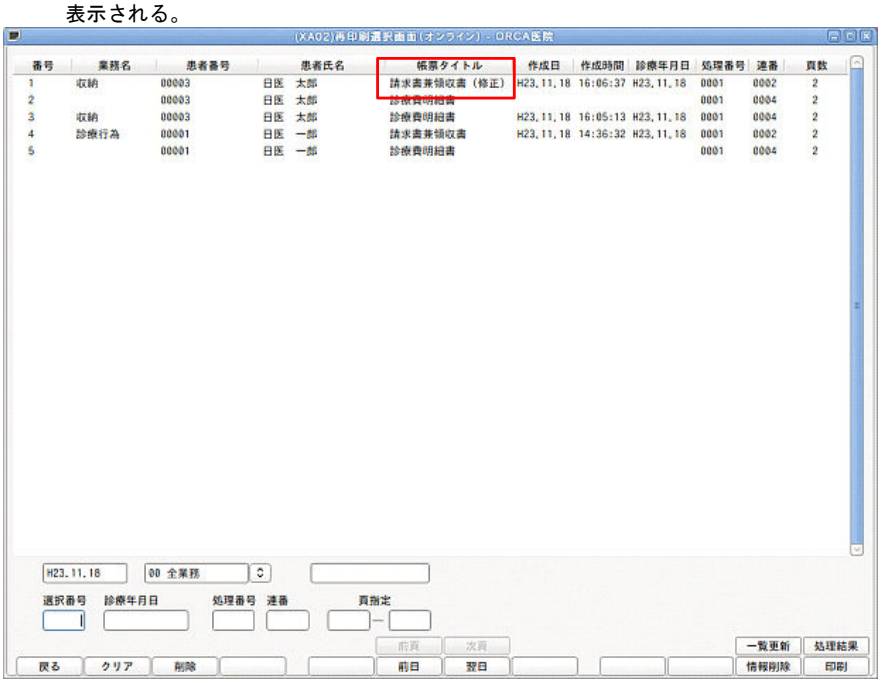
※領収書は再発行いたしかねますので、大切に保管して下さい。
※領収印なき領収書は無効です。

東京都文京区本駒込２－２８－１６
ＯＲＣＡ医院
電話 03-3946-0001

領収印

MEMO

（８）再印刷画面では、修正して再発行を行った請求書兼領収書について帳票名の後に“(修正)”が表示される。



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(2) 収納業務履歴修正機能の改善(R201112-002)

■処理概要

・(S03)請求一覧画面の入金・履歴修正等の収納明細編集機能を(S02)請求一覧画面に実装する。

■条件及び範囲

・(S02)請求一覧画面に(S03)請求確認画面の収納明細入力欄および、収納明細コラムリストを追加する。
・入金、履歴修正ボタンクリック時の請求確認画面遷移について、請求一覧画面でこれらの操作を行うように変更する。
・入金取消処理についても、取消時に確認ダイアログが表示される場合(※)で請求確認画面へ遷移していたものを、請求一覧画面で行うように変更する。
※複数の診療日に入金が行われている収納を選択して入金取消ボタンをクリックした場合

・従来通り請求確認画面に遷移して入金、履歴修正、入金取消を行うことも可能とする。
・未収状態（請求額＞入金額）の収納が選択された場合、収納明細入力欄は入金処理状態とする。
・請求一覧の収納を直接入金取消した場合、入金取消の明細の入金方法について、未設定としていたものを、過去の入金履歴を元に設定するように改める。

■処理詳細

1．収納明細編集機能を(S02)請求一覧画面に実装する。

2．収納明細編集機能の実装に伴い、ファンクションキーの配置を下記のように変更する。

Ver4.6.0

F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12
外来月別	再発行	請求取消	一括再計算	入金	一括入金	支払証明	再印刷	未収一覧	情報削除	履歴修正	処理結果
戻る	クリア	前回患者	再計算	返金	前月	次月	入金取消	氏名検索	予約登録	受付一覧	確定

Ver4.7.0

F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12
外来月別	再発行	請求取消	一括再計算	入金	一括入金	返金	入金取消	請求確認	支払証明	再印刷	処理結果
戻る	クリア	前回患者	再計算	履歴修正	前月	次月	未収一覧	氏名検索	予約登録	受付一覧	登録

※　　の部分が変更箇所を表す。
※確定ボタンの名称を請求確認ボタンに変更し、Shift+F9に移動する。
※登録ボタンを新規に追加したことにより、情報削除ボタンは処理結果画面に移動する。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

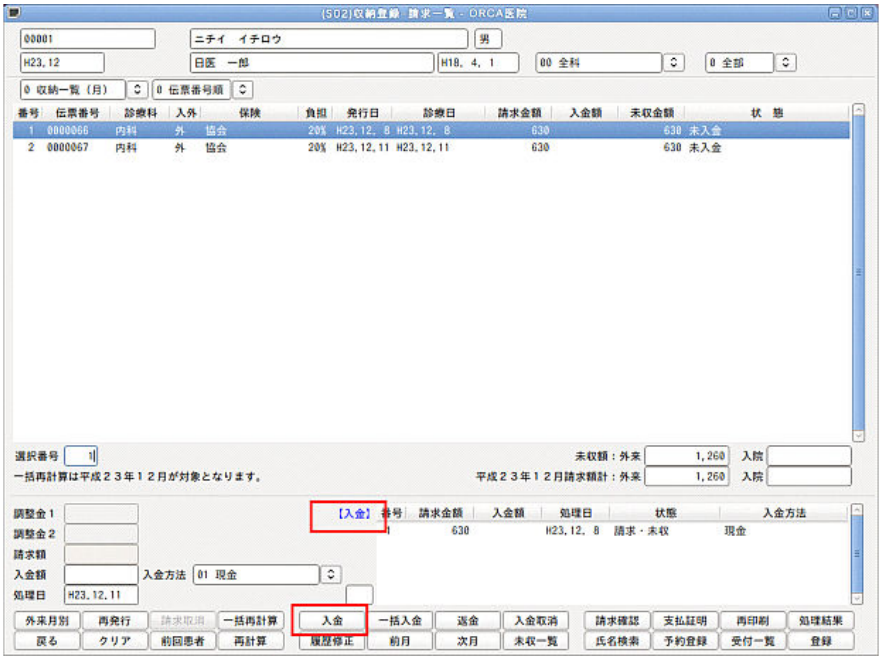
３．下記のファンクションキーがクリックされた際の動作を変更する。

	Ver4.6.0	Ver4.7.0
入金	請求確認画面へ遷移する。 （遷移後の処理内容は「入金」とする。）	収納明細入力欄より入金処理を行えるようにする。
履歴修正	請求確認画面へ遷移する。 （遷移後の処理内容は「履歴修正」とする。）	収納明細入力欄より履歴修正処理を行えるようにする。
入金取消	複数の診療日に入金履歴がある場合、選択によって請求確認画面へ遷移し入金取消を行う。 （遷移後の処理内容は「入金取消」とする。）	複数の診療日に入金履歴がある場合、選択によって収納明細入力欄より入金取消を行えるようにする。
確定	請求確認画面へ遷移する。 （遷移後の処理内容は照会とする。）	請求確認ボタンへ名称を変更する。
登録	ー	収納明細入力欄の内容を登録する。

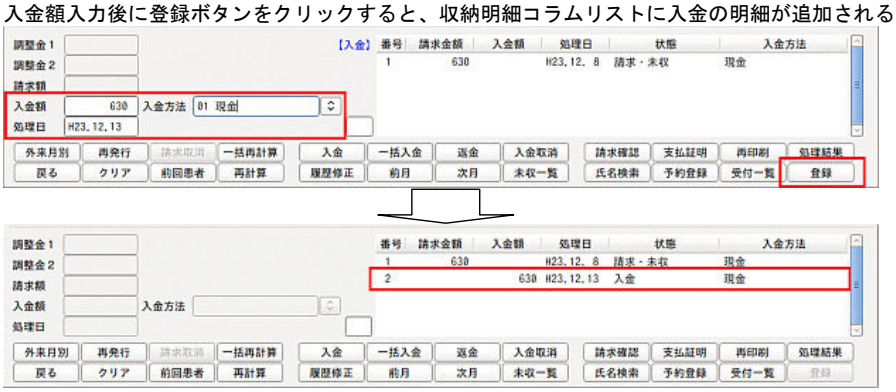
４．請求一覧コラムリストより収納が選択された際、収納明細コラムリストに選択された収納の明細表示を行う。
未収状態（請求額＞入金額）の収納が選択された場合、収納明細入力欄を入金処理状態（収納選択後、入金ボタンがクリックされた状態）にする。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

５．請求一覧画面より収納を選択後に入金ボタンがクリックされた場合、収納明細入力欄より入金処理を行えるようにする。入力方法は請求確認画面と同様とする。

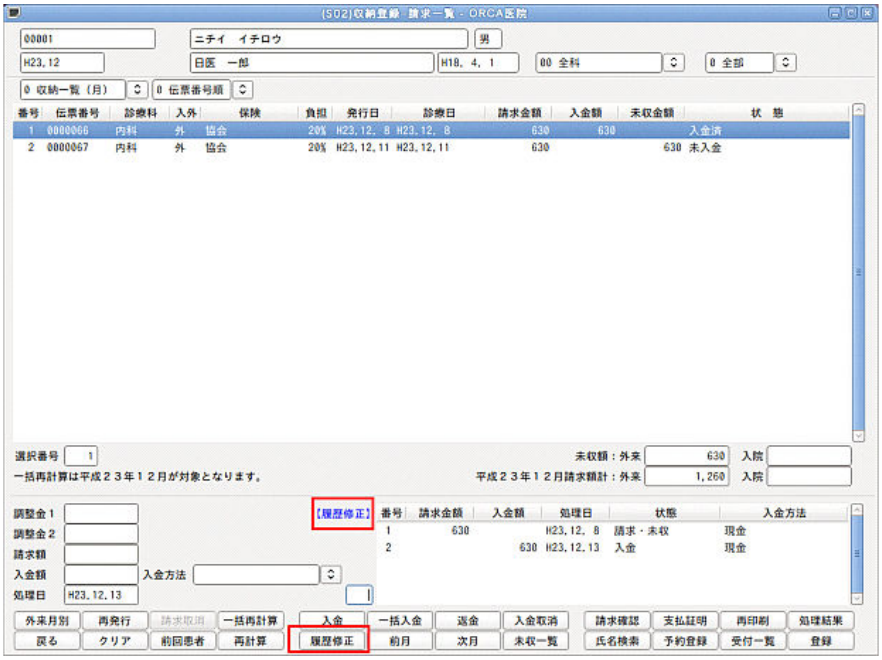


入金額入力後に登録ボタンをクリックすると、収納明細コラムリストに入金の明細が追加される。



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

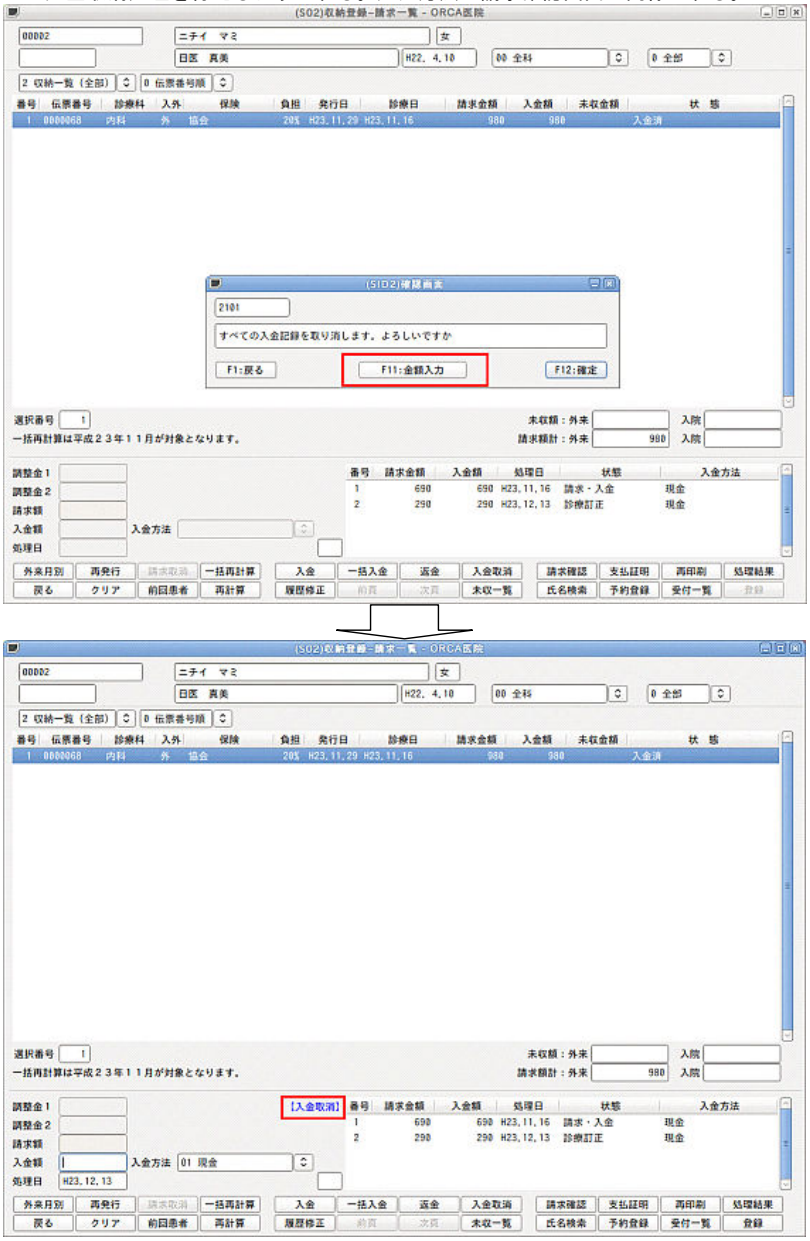
６．請求一覧画面より収納を選択後に履歴修正ボタンがクリックされた場合、収納明細入力欄より
履歴処理を行えるようにする。入力方法は請求確認画面と同様とする。



修正を行う明細を選択し、修正内容を入力後に登録ボタンをクリックすると、収納明細コラムリストの明細が修正した内容に更新される。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

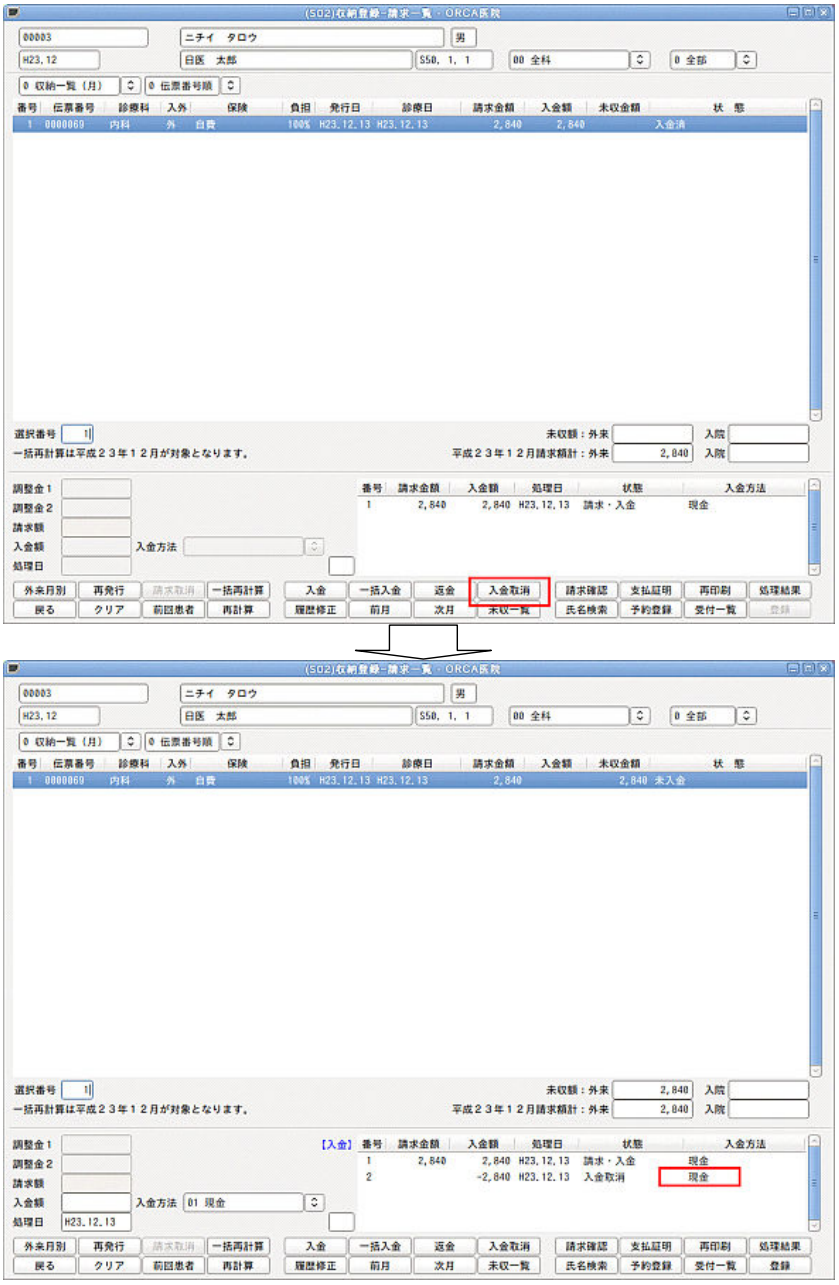
７．請求一覧画面より複数の診療日に入金履歴がある収納を選択後に入金取消ボタンをクリックし、
表示された確認ダイアログより金額入力ボタンがクリックされた場合、収納明細入力欄より
入金取消処理を行えるようにする。入力方法は請求確認画面と同様とする。



取り消す入金額を入力後に登録ボタンをクリックすると、収納明細コラムリストに入金取消の明細が追加される。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

８．請求一覧の収納を直接入金取消した場合、入金取消の明細の入金方法について、未設定としていたものを、過去の入金履歴を元に設定するように改める。



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

１－７　３１入退院登録

(1) 退院前の退院証明書発行対応(K201107-005)

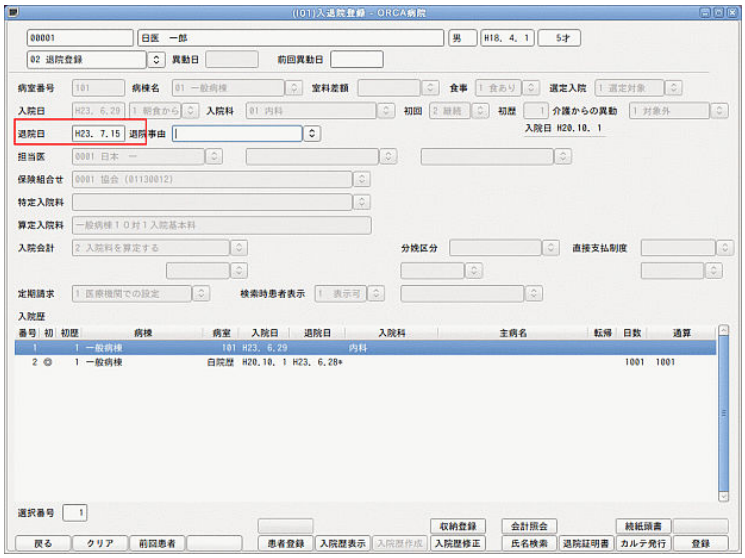
退院前の患者について「(I01)入退院登録画面」より退院証明書の発行を可能とします。

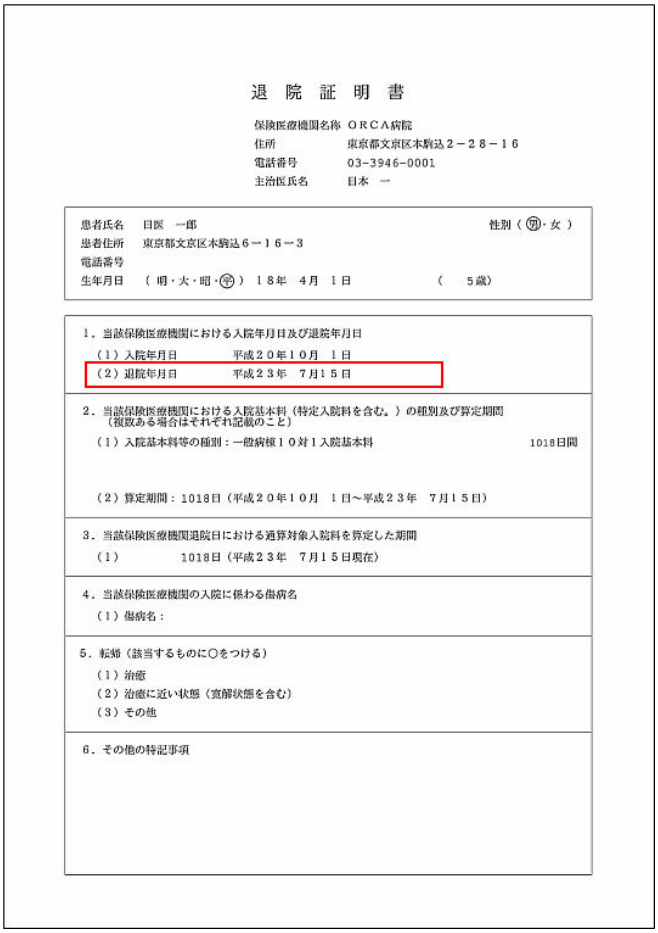
処理の詳細

・処理区分に「02 退院登録」が選択され、入院中の歴がコラムリストより選択されている場合について「退院証明書」ボタンより退院証明書の発行を可能とします。

・退院証明書の「退院年月日」は画面に入力された「退院日」より記載を行います。

・退院証明書の主治医は担当医コンボボックスの一番左側の内容より記載を行います。





退　院　証　明　書

保険医療機関名称　ＯＲＣＡ病院
住所　東京都文京区本駒込２－２８－１６
電話番号　03-3946-0001
主治医氏名　日本　一

患者氏名　日医　一郎　性別（㊚・女）
患者住所　東京都文京区本駒込６－１６－３
電話番号
生年月日　（明・大・昭・㊖）１８年　４月　１日　（　５歳）

1．当該保険医療機関における入院年月日及び退院年月日
（1）入院年月日　平成２０年１０月　１日
（2）退院年月日　平成２３年　７月１５日

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
（複数ある場合はそれぞれ記載のこと）
（1）入院基本料等の種別：一般病棟１０対１入院基本料　1018日間
（2）算定期間：1018日（平成２０年１０月　１日～平成２３年　７月１５日）

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
（1）　1018日（平成２３年　７月１５日現在）

4．当該保険医療機関の入院に係わる傷病名
（1）傷病名：

5．転帰（該当するものに○をつける）
（1）治癒
（2）治癒に近い状態（寛解状態を含む）
（3）その他

6．その他の特記事項

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

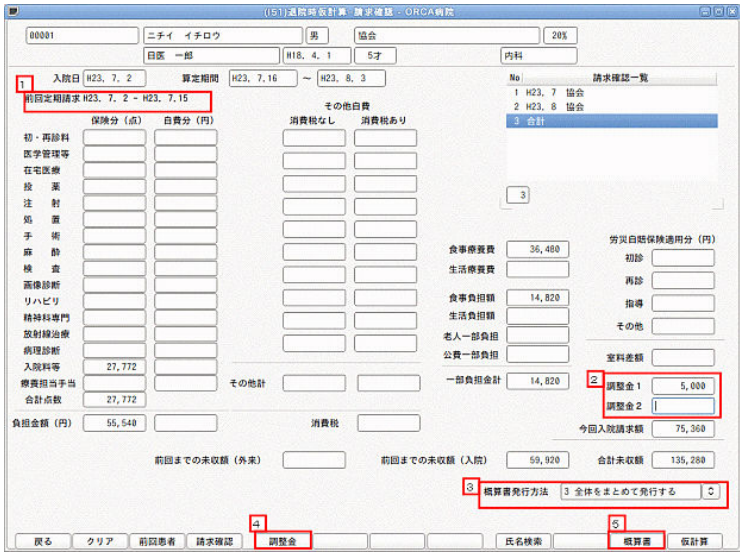
(2) 退院時仮計算からの仮請求書印刷機能追加(K201107-006)

退院前に請求金額の概算を患者にお知らせする際に利用できる仮請求書（概算書）を退院時仮計算画面から印刷可能とします。

・退院請求期間の仮計算が行われた場合に概算書の発行を可能とします。
・既に請求済みの定期請求期間や、退院登録後の仮計算時は発行不可とします。
・概算書を発行する際も調整金の入力を可能とします。
・発行方法（個別、全体まとめ等）の選択も可能とします。
・概算書は請求書兼領収書の機能追加として実装しています。このため、請求書兼領収書のシステム管理、及びプログラムオプション設定は概算書についても有効とし、新たに概算書用のプログラムオプションとして、概算書用のメモ欄項目を追加します。

処理の詳細

１．退院時仮計算画面に以下の項目を追加します。



	項目	内容
	前回定期請求期間	前回の定期請求期間を表示する。 定期請求が行われていない場合は非表示とする。
	調整金１・２	概算書に記載する調整金を入力する。
	概算書発行方法	概算書の発行方法を選択する。 初期表示はシステム管理「5000 医療機関情報－入院基本」の「請求書兼領収書発行方法」の設定に従うものとする。
	調整金ボタン	クリック時、カーソルを調整金１欄に移動する。
	概算書ボタン	クリック時、概算書の発行を行う。 退院請求期間の仮計算が行われた場合に限りクリック可能とする。 既に請求済みの定期請求期間や、退院登録後の仮計算時は発行不可とする。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

入院診療費概算額のお知らせ

請求期間 平成２３年 ７月１６日～平成２３年 ８月 ３日　　発行日 平成２３年 ７月１３日

氏名 日医 一郎 様　　保険種類 協会

患者番号 00001　　内科　　負担割合 ２ 割

一般病棟 １０１号室

	保険適用	保険適用外
初・再診料	点	円
医学管理等	点	円
在宅医療	点	円
投薬	点	円
注射	点	円
処置	点	円
手術	点	円
麻酔	点	円
検査	点	円
画像診断	点	円
リハビリテーション	点	円
精神科専門療法	点	円
放射線治療	点	円
病理診断	点	円
入院料等	２７，７７２点	円
	点	円
合計点数	２７，７７２点	

食事療養	３６，４８０円
生活療養	円
保険分負担金額	５５，５４０円
保険適用外金額	円
消費税（再掲）	円

	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
自費計	円
消費税（再掲）	円
食事・生活負担額	１４，８２０円
公費一部負担金	円
室料差額	円
消費税（再掲）	円
調整金	５，０００円
今回請求額	７５，３６０円
消費税（再掲）	０円
外来未収額	０円
入院未収額	５９，９２０円

※請求額は確定前の金額です。実際の請求額とは異なる場合があります。

東京都文京区本駒込２－２８－１６

ＯＲＣＡ病院

電話 03-3946-0001

--MEMO--

検査、注射等の追加により請求額が変更となる場合があります。
正式な請求書は退院日に病室までお持ちします。

概算書は請求書兼領収書の形式に準じたレイアウトとなります。

（例）システム管理「1031 出力先プリンタ割り当て情報」で請求書兼領収書に“ORCHCN03V03”が選択されている場合の概算書レイアウト

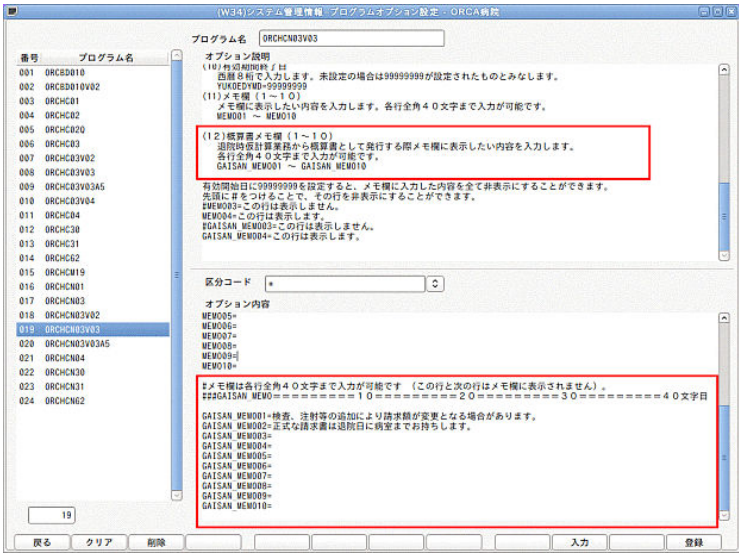
※請求書兼領収書は同じプログラムで発行するものとし、概算書として発行する場合は以下の内容の変更します。

（１）帳票タイトルを「入院診療費請求書兼領収書」から「入院診療費概算額のお知らせ」に変更します。

（２）領収書に関する項目を削除します。
（伝票番号、注意書き（「※領収書は再発行～」）、領収印欄、入金額欄）

（３）概算書注意書き（「※請求額は確定前の金額です～」）を追加します。

（４）メモ欄はプログラムオプションに新たに追加した概算書メモ欄の内容を記載します。



請求書兼領収書のプログラムオプションに「概算書メモ欄」の項目を追加しています。ここで設定された文言を概算書に記載できます。

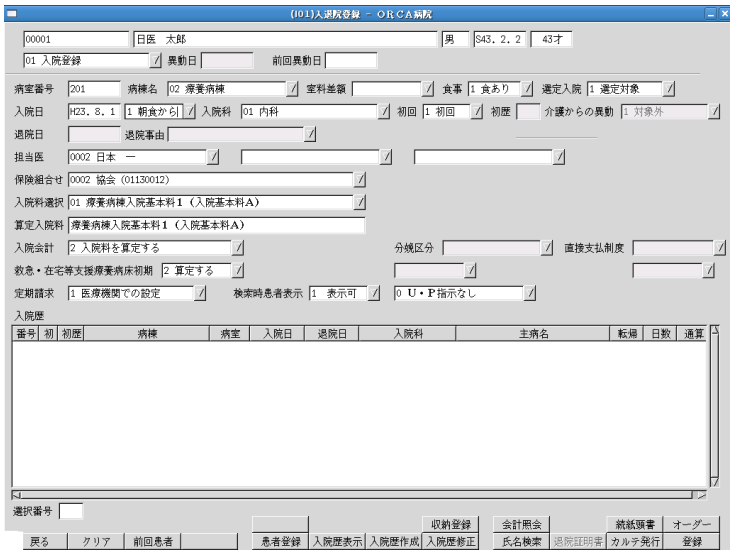
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(3) 「救急・在宅等支援療養病床初期加算」の初期値システム管理設定(K201108-003)

入退院登録画面で算定有無を設定可能な「救急・在宅等支援療養病床初期加算」について、加算コンボボックスに初期表示する内容をシステム管理に設定可能とします。

処理の詳細

システム管理「5000医療機関入院基本情報設定」画面の「救急在宅等加算」コンボボックスを、「1 初期算定する」に設定します。（初期表示は“0 初期算定しない”）



入院登録時に「救急・在宅等支援療養病床初期加算」の算定コンボボックスが“算定する”と表示されます。

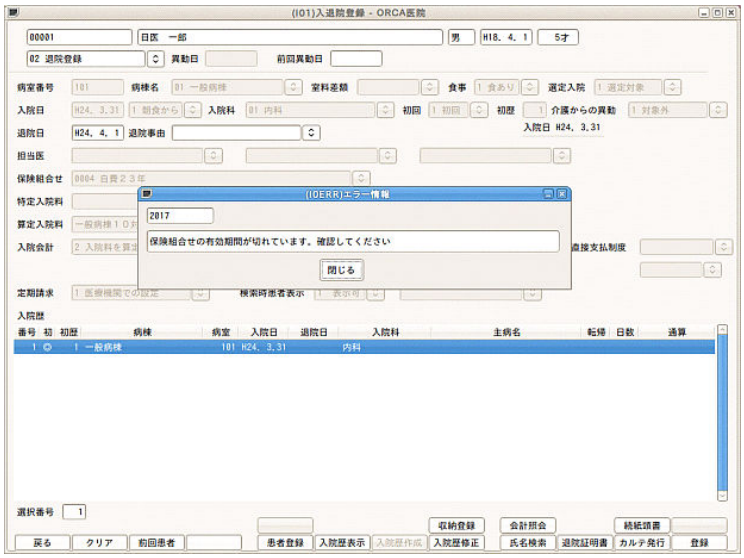
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(4) 保険有効期間チェック(R201109-004)

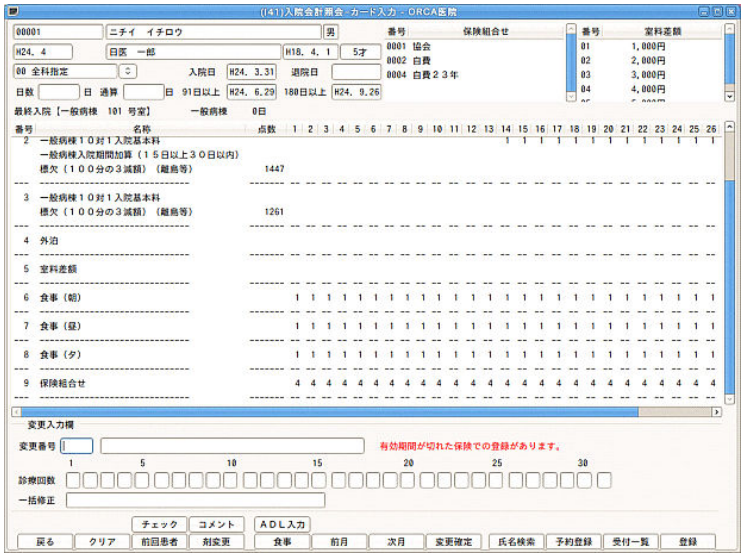
退院登録時に有効期間の切れている保険での登録がある場合のチェックを追加します。

・患者登録業務で保険組合せを登録後、保険番号マスタ業務にて該当保険の有効期間を切った場合の保険有効期間チェックを退院登録時に行います。
・退院時仮計算、定期請求、レセプト作成時についても同様にチェックを行う以外に、入院会計業務にてカレンダー表示を行った際にも画面に警告メッセージの表示を行います。
・公費についても同様にチェックを行います。

処理の詳細



1．保険番号マスタに自費保険を“00000000”～“99999999”で登録する。
2．患者に自費保険の保険組合せを登録する。この際有効期間の終了日を“99999999”とする。
3．自費保険にて入院登録を行う。
4．保険番号マスタで自費保険の有効期間の終了日を“H24.3.31”に変更する。
5．H24.4.1以降で退院登録を行うと、保険組合せが正しくないことを伝えるエラーメッセージを表示する。



入院会計業務にてカレンダー表示を行った際も画面に警告メッセージの表示を行います。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

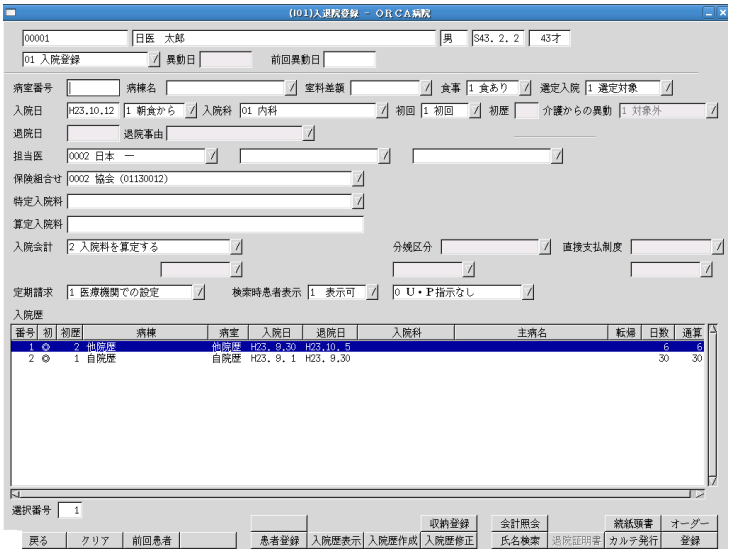
(5) 入院の自院歴退院日と他院歴入院日の重複可能とする対応(R201109-007)

歴作成した自院歴の退院日と同日での他院歴登録を可能とします。

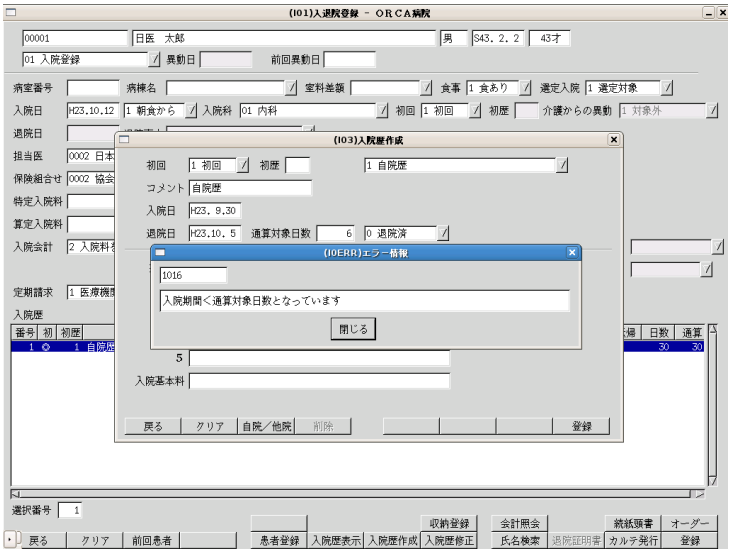
処理条件

１．自院歴→自院歴の場合も同日の登録を可能としますが、入院期間と通算対象日数の上限チェックを追加します。

処理の詳細



自院歴（９月１日～９月３０日）と他院歴（９月３０日での同日入院）を登録可能とします。



同様に自院歴と自院歴の同日歴作成も可能とするが、入院期間と通算対象日数のチェックを行い、通算対象日数について修正を行う必要があります。

左記例では、自院歴（９月１日～９月３０日）と同日再入院の自院歴（９月３０日～１０月５日）の入院期間通算日数が３５日間であるのに対して、再入院分の通算対象日数が６日間となっていることにより、初回入院分の３０日間との計が３６日間となり、入院期間通算日数を超えていることをエラー表示している。
この場合は、通算対象日数を６日間から５日間に変更することにより登録が可能となります。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(6) 同日再入院対応(K201112-002)

同日再入院された場合の同日再入院日について、診療行為、食事の算定を退院分・再入院分で算定可能とします。

診療行為機能

１．診療行為の初期表示で診療日が同日再入院日の場合は、退院分の入院期間を初期表示します。
入院期間は同日再入院日があることを示す為、青色で表示します。
画面右下に新設した「同日入院」ボタン(Ctrl+Shift F7)を押下することにより、同日再入院の入院期間に変更が可能です。
再度、「同日入院」ボタン(Ctrl+Shift F7)押下することにより退院分の入院期間を表示する。
診療行為については表示している入院期間の入力を行うこととなります。

２．同日入院ボタン押下時に診療行為内容が途中終了のデータがある場合は「入院期間を変更します。ＯＫで変更後に中途終了がなければ現在の診療内容を残します。」と確認画面を表示します。
「ＯＫ」押下で変更する入院期間に既に中途終了データが存在する場合はその内容を展開し、中途終了データが存在しない場合は表示している診療内容のままとします。
「ＮＯ」押下で中途終了データが存在する場合はその内容を展開し、中途終了データが存在しない場合は入力途中の内容をクリアします。

３．入力された診療行為が同日再入院日に係る内容の場合、受診履歴テーブル(TBL_JYURRK)の　連番（RENNUM）を‘２’で記録します。
診療行為画面右の履歴表示は同日再入院日の診療行為入力であることを表す為、診療日の横に（１）、（２）と表示します。
（１）は退院分（退院日）の診療、（２）は再入院分（再入院日）の診療であることを表します。
診療会計テーブル(TBL_SRYACCT)に記録する回数は診療回数テーブル(ACCT-DAY)の３番目に記録します。(外来の同日再診と同様の取扱い)
この確認は【(J02) 会計照会－カード入力】画面の診療回数欄で該当日の回数欄でエンター押下することにより【(J022) 会計照会－回数入力】画面が表示されることにより確認が可能です。

４．【(J02)　会計照会－カード入力】画面の診療回数欄で同日再入院日の日の回数を変更した場合は、【（J022）　回数入力】画面が表示されます。【（J022）　回数入力】画面の１回目が退院分、２回目が再入院分となるので、該当する位置の回数を変更して回数変更を行います。（入院では３回目の欄は未使用の為、入力不可とします）

５．【(J02)　会計照会－カード入力】画面の診療回数項目の同日再入院日に’/’を入力すると【（J022）　回数入力】画面を表示します。
併せて外来分でも、同日再診の受診履歴（受診履歴の診療日に（２）～の表示のある日）がある日　であれば診療回数項目に’／’入力で【（J022）　回数入力】画面を表示します。
どの受診履歴で算定したのか確認が可能となります。

６．同日再入院日の診療行為登録後に、【(I01) 入退院登録】画面で「０５　入院取消」を行い同日再入院日でなくなった場合は受診履歴と診療行為内容を手動でクリアする必要があります。
この時、訂正で該当の受診履歴を展開すると、「同日再入院日ではありません。内容をクリアして受診履歴を削除して下さい。」とメッセージを表示します。
※「０６　入院取消（会計含む）」を選択した場合は同日再入院分の診療行為も併せて削除される。

７．同日再入院日で中途終了を行った場合、ワーク診療行為テーブル(TBL_WKSRYACT)の同日再入院区分（WKSRY-DOUJITSUKBN）に’１’を設定します。
【(K10) 中途終了一覧】画面では、診療日付の横に（２）を表示します。
ＡＰＩによる中途データ作成では、入院日付をリクエスト項目に追加して対応する。入院日付＝診療日付の時に同日再入院を判定して区分の設定を行う。

※ワーク診療行為テーブル(TBL_WKSRYACT)の構造変更について
上記の対応の為、同日再入院区分(WKSRY-DOUJITSUKBN)の項目を新設し検索キーに追加する。
同日再入院日の中途終了データのみ、WKSRY-DOUJITSUKBNを’１’とする。

８．入院の院内処方、注射処方、入院指示箋の同日再入院日の対応を行う。
これらの帳票は対象データ抽出プログラムを修正していることから、カスタマイズプログラムについて修正の必要はありません。

９．患者負担計算、診療費明細書の同日再入院日の対応
対象の入院履歴の同日再入院区分が’１’の時、再入院日は診療会計テーブルの診療回数テーブル(ACCT-DAY)の３番目に記録されている内容を対象とします。
以外の時は、２番目の記録内容を対象とする。
※診療費明細書はカスタマイズを行っているプログラムの対応が必要となります。

１０．点滴手技料については退院分、再入院分の液量を合算して算定を行います。
５００ｍｌを超えた時点で点滴手技料の算定を行うことから、退院分で点滴手技料を算定をした場合は再入院分では算定を行いません。
薬剤点数については、退院分、再入院分が同じ保険種類（例　国保退院→国保再入院）の場合、
「再入院分の薬剤点数　＝　１日量まとめ計算した点数　－　退院分の薬剤点数」　とし、
保険種類が異なる場合（例　国保退院→自賠責再入院）は、それぞれの薬剤点数算定とします。

食事算定

１．同日入退院日の食事について、退院分に係る食事と再入院分に係る食事の判別を行い、患者負担計算、診療費明細書、会計カード、レセプト記載等の対応を行う。

２．同日再入院日の食堂加算については、退院分で食事の算定があればそちらで算定することとし、再入院分では算定しないこととする。
逆に、退院分に食事の算定が無く再入院分で食事の算定が有る場合は、そちらで算定することとする。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

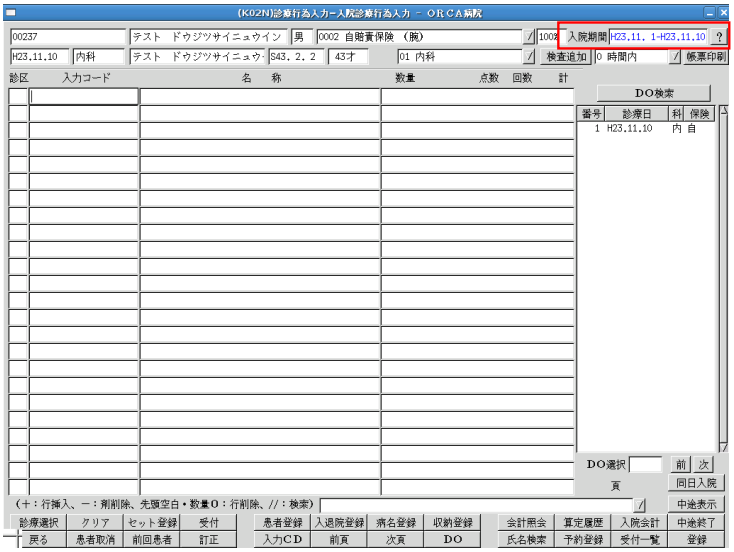
レセプト

１．保険種類の異なる同日再入院の場合（例　国保退院→自賠責再入院）、レセプト摘要欄に記載する入院履歴は対象保険種類の入院期間のみを記載することとする。

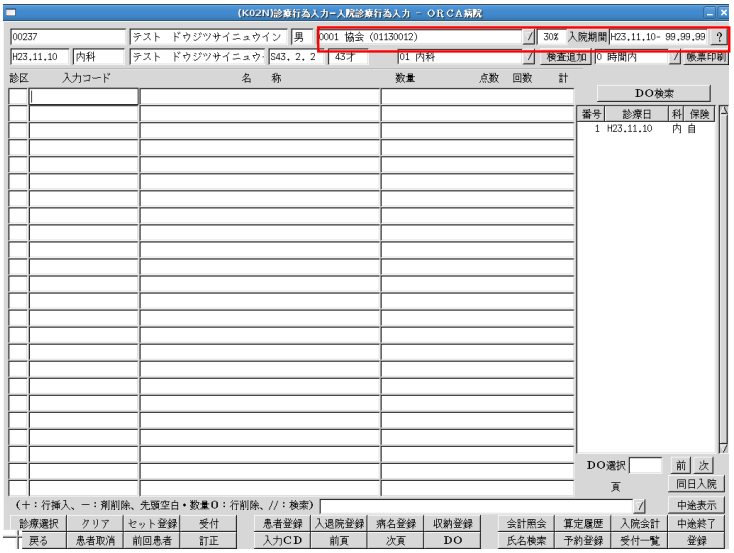
２．再入院分のレセプト実日数について、再入院日を実日数１としてカウントする。

処理の詳細

処理事例１　同日再入院からの退院及びレセプト記載等の確認
入院期間
１．平成23年11月 1日～平成23年11月10日　自賠責保険（労災準拠100%患者請求）で入院
　退院日の食事は朝食まで算定
　退院日（11月10日）に「ポラキス錠１　１ｍｇ」を１錠入力
２．平成23年11月10日～平成23年11月30日　協会健保（自己負担３割）で入院
　入院日の食事は昼食から算定
　再入院日（11月10日）に「アルキサ錠１００ｍｇ」を２錠入力
入院期間は食堂加算の算定あり



平成23年11月10日に協会健保で入院登録後の初期画面
入院期間表示が退院分の入院期間(H23.11. 1 - H23.11.10)を青色で初期表示する



協会健保での再入院による診療に切り替える為「同日入院」ボタン(Ctrl+Shift F7)を押下し、入院期間を切り替えた状態（入院期間は黒色の表示に変わる）

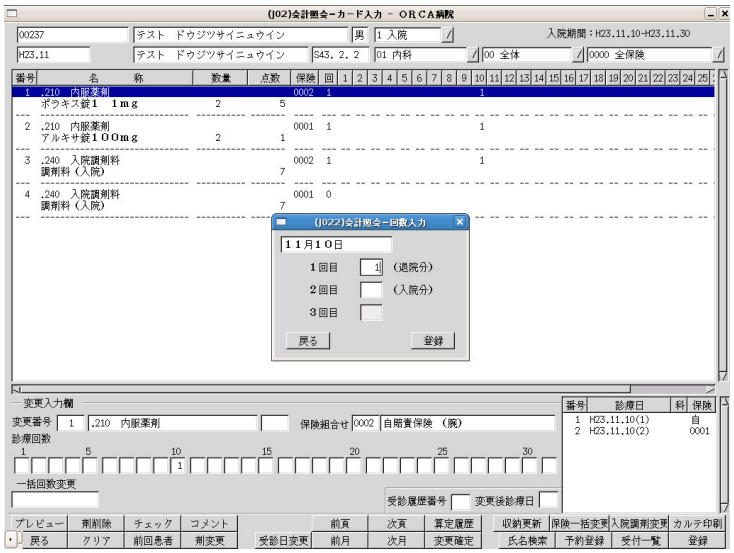
再入院日（11月10日）に「アルキサ錠１００ｍｇ」を入力。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

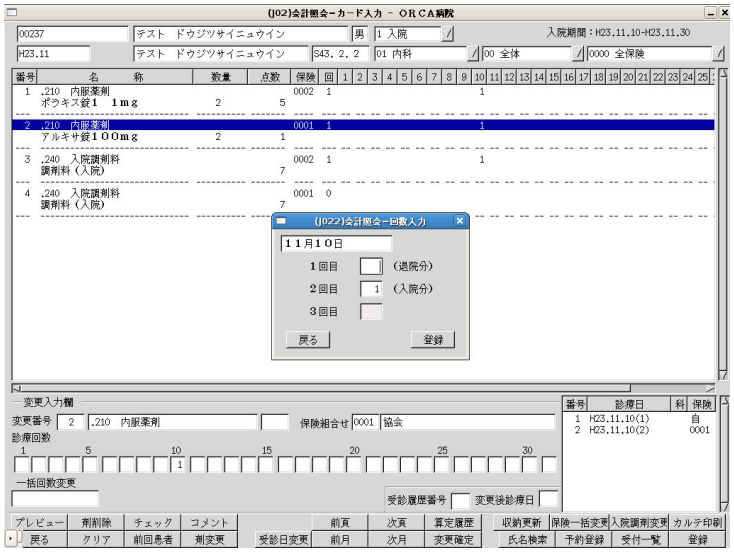
登録後は画面右側の履歴表示は同日再入院日の診療行為入力に（１）（２）と表示される。
（１）は退院分（退院日）の診療、（２）は再入院分（再入院日）の診療であることを表す。

診療訂正でH23.11.10(1)を選択すると、退院分で入力された診療内容が表示される。
入院期間の表示は「H23.11. 1- H23.11.10」が表示され、保険は自賠責保険が表示される。

診療訂正でH23.11.10(2)を選択すると、同日再入院分で入力された診療内容が表示される。
入院期間の表示は「H23.11.10- 99.99.99」が表示され、保険は協会が表示される。

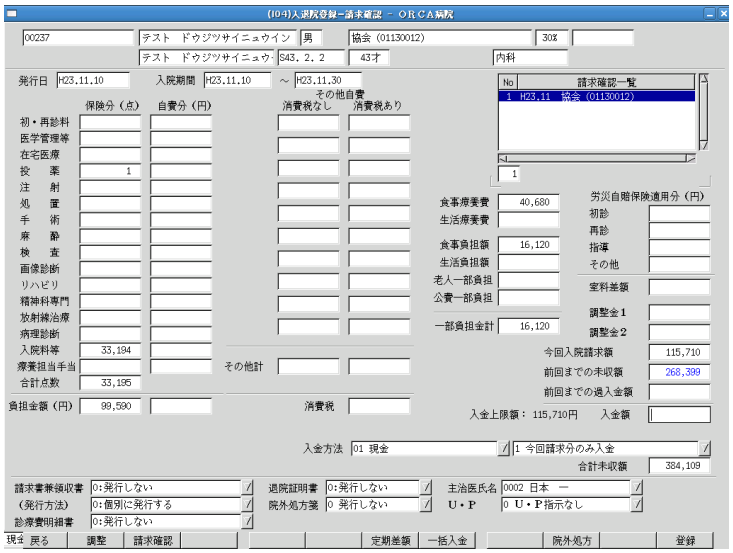


会計照会画面で「ポラキス錠１　１ｍｇ」を選択し、診療回数欄の１０日にカーソルを移動しエンター押下により回数入力を表示した状態。（退院分の欄に回数が表示される）



会計照会画面で「アルキサ錠１００ｍｇ」を選択し、診療回数欄の１０日にカーソルを移動しエンター押下により回数入力を表示した状態。（入院分の欄に回数が表示される）

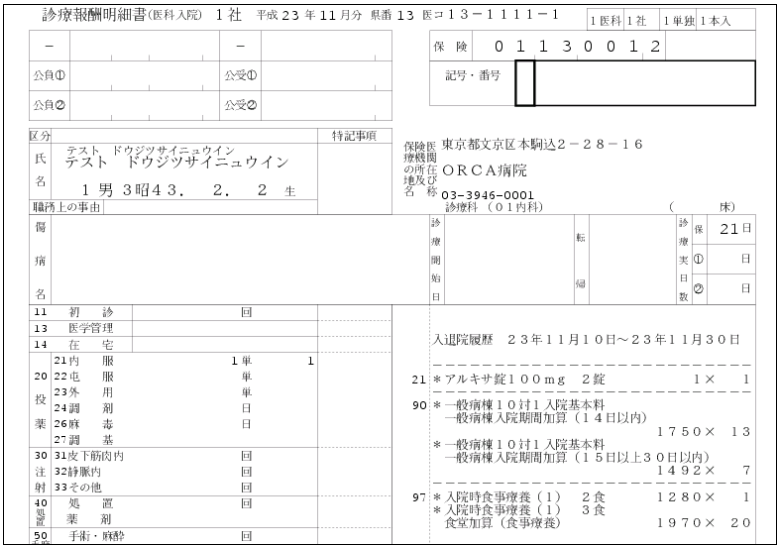
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.



処理事例１の退院計算
11月30日に退院登録を実施した請求確認画面

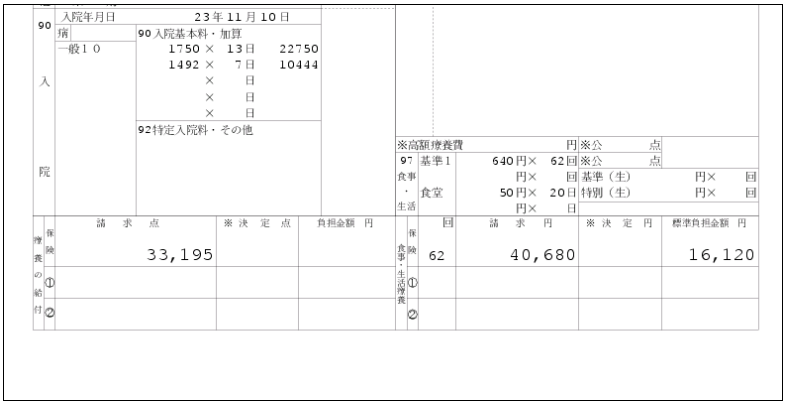
投薬
　「アルキサ錠１００ｍｇ」２錠　＝　１点
入院料等
　一般病棟１０対１入院基本料
　一般病棟入院期間加算（１４日以内）　　１７５０点×１３日　＝　２２７５０点
　一般病棟１０対１入院基本料
　一般病棟入院期間加算（１５日以上３０日以内）１４９２点×　７日　＝　１０４４４点
　　計　３３１９４点
食事療養費（１食６４０円）
　H23.11.10・・・食堂加算は自賠責の退院時に算定済みの為、協会健保での算定は無い
　　入院時食事療養費（１）２食　×　１日　＝　１２８０円
　H23.11.11 － H23.11.30
　（入院時食事療養費（１）３食　＋　食堂加算５０円）×２０日　＝　３９４００円
　　計　４０６８０円
食事負担額（１食２６０円）
　H23.11.10
　　食事療養標準負担額（一般）２食　×　１日　＝　５２０円
　H23.11.11 － H23.11.30
　　食事療養標準負担額（一般）３食　×２０日　＝　１５６００円
　　計　１６１２０円

処理事例１の協会健保分レセプト摘要欄記載
※入院期間が「H23.11.10- 99.99.99」であることから、診療実日数は２１日と記載される。

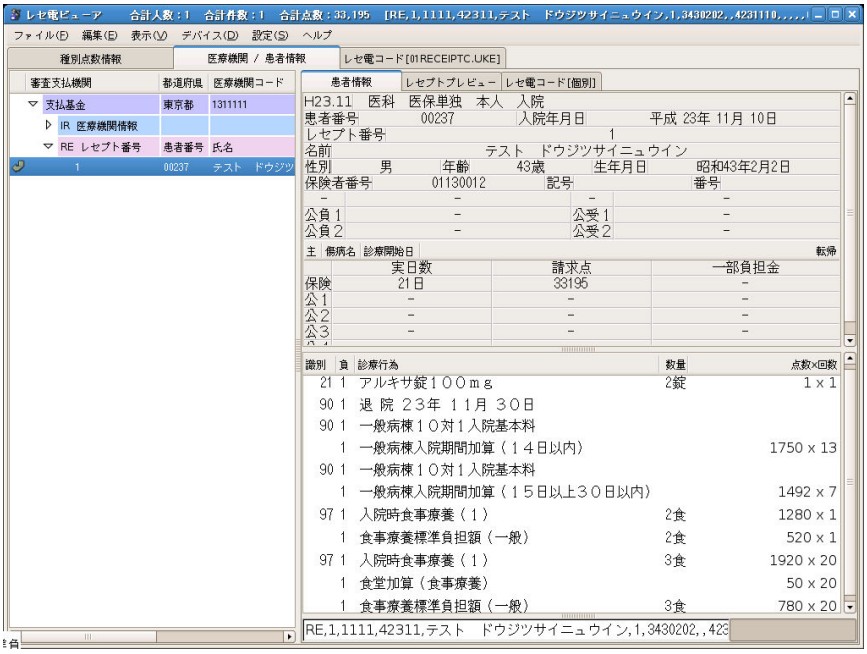


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

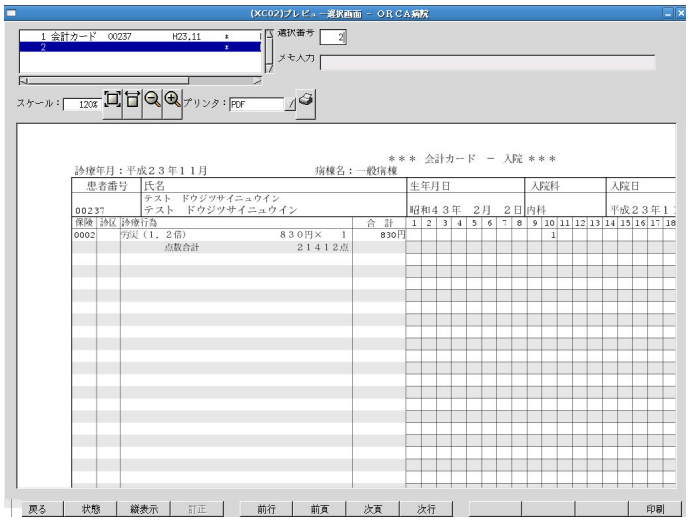
処理事例１の協会健保分レセプト「療養の給付」欄、「食事・生活療養」欄の記載



処理事例１の協会健保分レセプト電算処理提出用データ（レセ電ビューアで表示）



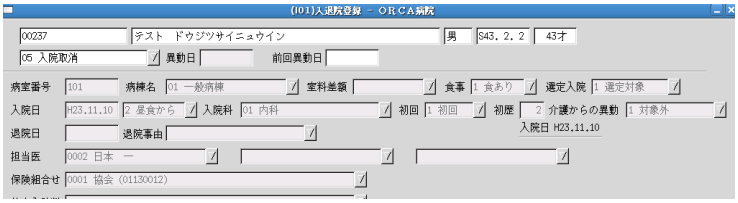
処理事例１の会計カード(ORCBG007)の記載
１０日の食事は自賠責（１食）と協会健保（２食）でそれぞれ記載される

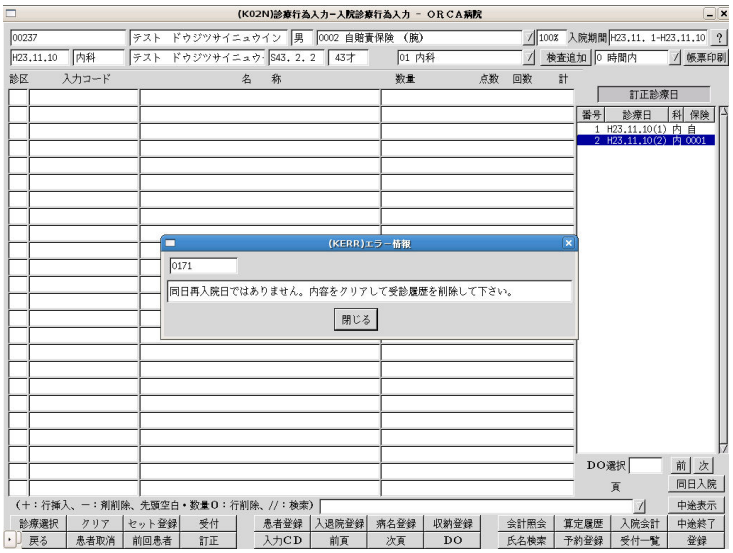


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

処理事例２　同日再入院の入院取消し動作

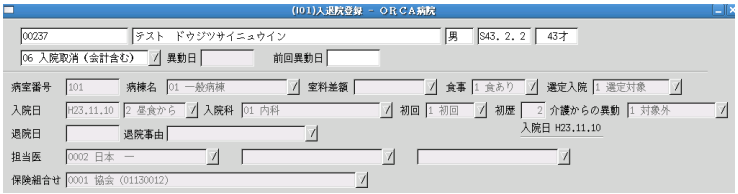
処理事例１の協会健保での再入院（平成23年11月10日～）を「05 入院取消」した場合の処理例です。





診療訂正で再入院分の受診履歴を選択すると、「同日再入院日ではありません。内容をクリアして受診履歴を削除して下さい。」とメッセージ表示します。

「閉じる」ボタン押下により同日再入院日の診療として入力した「アルキサ錠１００ｍｇ」２錠が表示されるので、クリア(Shift＋F2)により画面クリアを行い、登録(F12)により受診履歴を削除する必要があります。



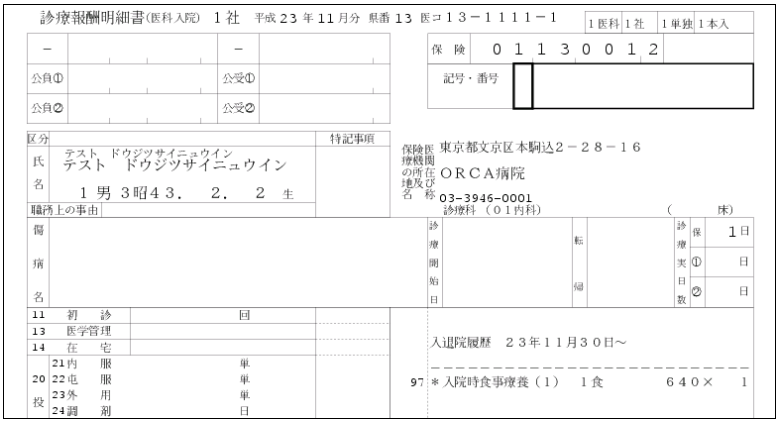
検証事例１の協会健保での再入院（平成23年11月10日～）を「06 入院取消（会計含む）」とした場合

診療行為画面で確認すると、同日再入院分の受診履歴が併せて削除済みであることが確認できる。

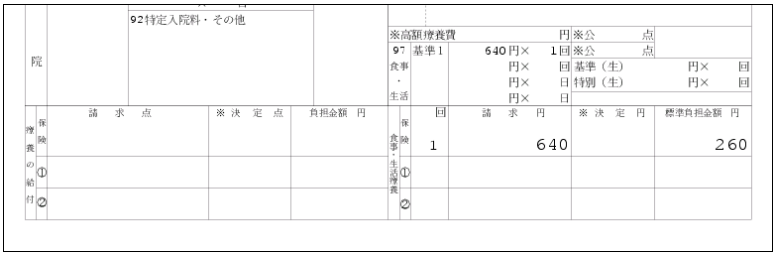
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

処理事例３　月末日での同日再入院（再入院で食事のみを算定した場合）
入院期間
１．平成23年11月 1日～平成23年11月30日　自賠責保険（労災準拠100%患者請求）で入院
　　退院日の食事は昼食まで算定
２．平成23年11月30日～　　協会健保（自己負担３割）で入院
　　入院日の食事は夕食から算定（診療行為の入力は無い）

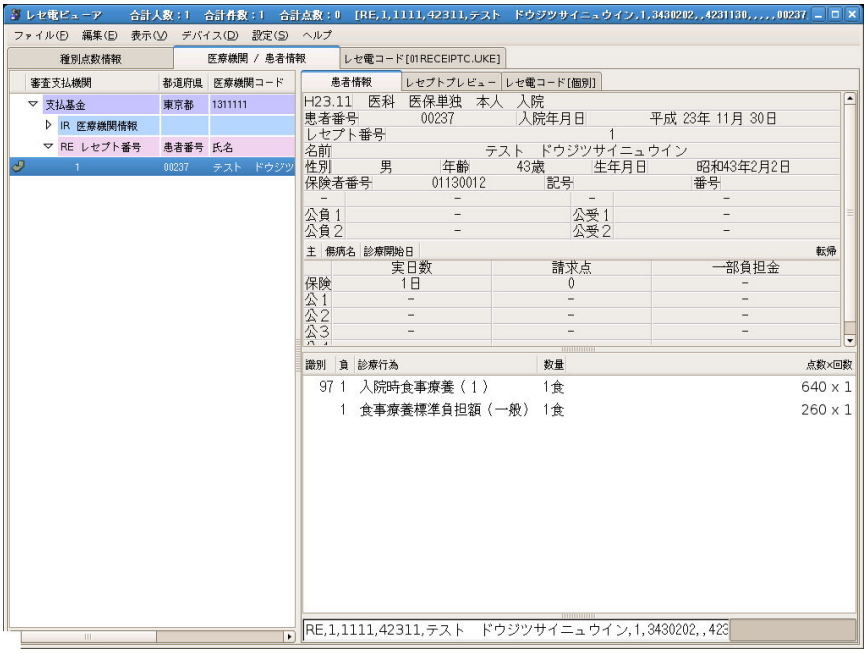
協会健保のレセプト摘要欄記載
食事１食分の明細が記載され、診療実日数は１日が記載される。



協会健保の「療養の給付」欄、「食事・生活療養」欄の記載
食事１食分の金額が記載される。



協会健保レセプト電算処理提出用データ（レセ電ビューアで表示）



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

処理事例４　同日入院ボタン押下時の中途終了データ表示
入院期間
１．平成23年11月 1日～平成23年11月10日　自賠責保険（労災準拠100%患者請求）で入院
２．平成23年11月10日～平成23年11月30日　協会健保（自己負担３割）で再入院
　　再入院日に「アルキサ錠１００ｍｇ」２錠が中途終了で登録済み

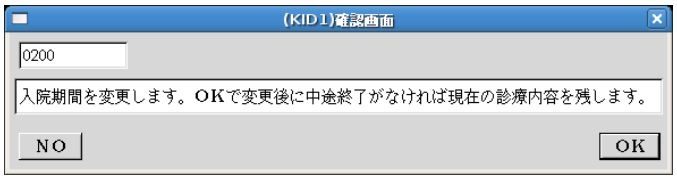
【パターン１】

該当患者の初期表示（初期表示が自賠責の為、中途終了の表示なし）

「同日入院」ボタン(Ctrl+Shift F7)を押下後の状態（中途終了で登録済みのアルキサ錠１００ｍｇが表示される）

【パターン２】

初期表示状態（入院期間　平成23年11月 1日～平成23年11月10日）で創傷処置を入力



「同日入院」ボタン(Ctrl+Shift F7)を押下で入院期間切り替え時に左記のメッセージを表示

中途終了データが存在する場合は「ＯＫ」「ＮＯ」のいずれを選択した場合でも【パターン２－１】（中途終了データの展開）へ進む。
中途終了データが存在しない場合は「ＯＫ」押下時は【パターン２－２】、「ＮＯ」押下時は【パターン２－３】へ処理が進む。

【パターン２－１】（中途終了データが存在する場合）

「ＯＫ」押下時に左記のメッセージを表示

中途終了で登録済みのアルキサ錠１００ｍｇが表示される

【パターン２－２】（中途終了データが存在せず「ＯＫ」を押下された場合）

入力された創傷処置は保持された状態で入院期間だけが変更となる。

【パターン２－３】（中途終了データが存在せず「ＮＯ」を押下された場合）

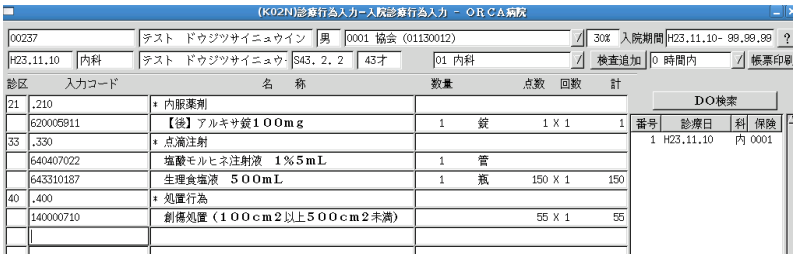
入力された創傷処置は保持されず入院期間だけが変更となる。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

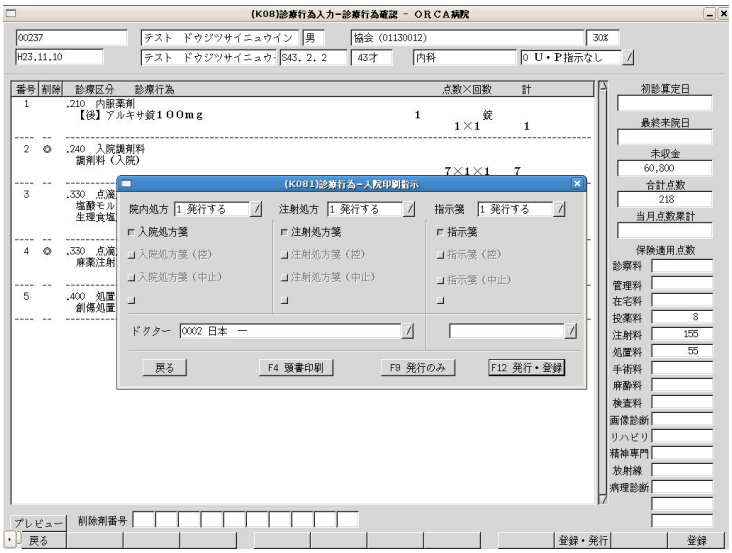
処理事例５　入院の処方箋、注射処方箋、指示箋の印刷

１．平成23年11月 1日～平成23年11月10日　協会健保（自己負担３割）で入院
退院日（11月10日）の診療内容
投薬　　ポラキス錠１　１ｍｇ
注射　　ヴィーンＤ注　５００ｍｌ
処置　　創傷処置（１００ｃｍ2未満）

２．平成23年11月10日～平成23年11月30日　協会健保（自己負担３割）で入院
入院日（11月10日）の診療行為内容
投薬　　アルキサ錠１００ｍｇ
注射　　塩酸モルヒネ注射液　１％５ｍｌ、生理食塩液５００ｍｌ
処置　　創傷処置（１００ｃｍ2以上５００ｃｍ2未満）

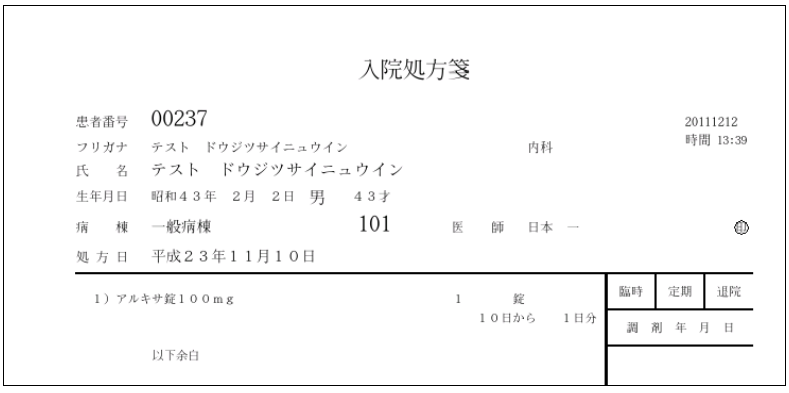


「同日入院」ボタン(Ctrl+Shift F7)押下後に再入院分の診療行為を入力した状態



入院印刷指示画面より処方箋等の印刷を行う

入院処方箋（再入院のアルキサ錠１００ｍｇのみ印字）



入院処方箋

患者番号　00237　　20111212
フリガナ　テスト　ドウジツサイニュウイン　　内科　　時間 13:39
氏　名　テスト　ドウジツサイニュウイン
生年月日　昭和４３年　2月　2日　男　４３才
病　棟　一般病棟　101　医　師　日本　一
処 方 日　平成２３年１１月１０日

			臨時	定期	退院
1）アルキサ錠１００ｍｇ	1	錠	調 剤 年 月 日		
	１０日から	１日分			

以下余白

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

注射処方箋（再入院の生理食塩液５００ｍｌのみ印字）

注射処方箋

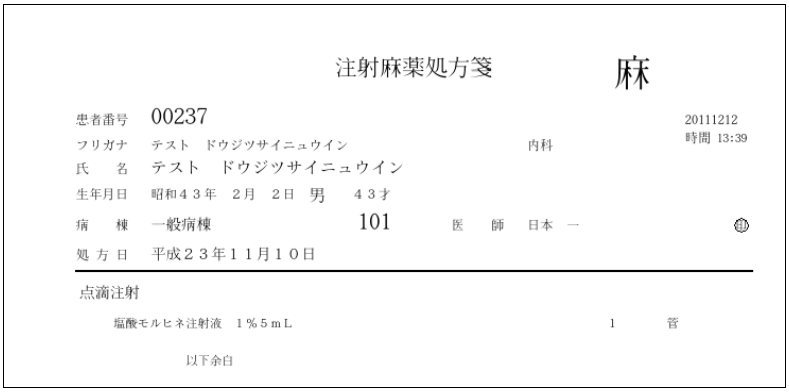
患者番号 00237
20111212
フリガナ テスト ドウジツサイニュウイン 内科
時間 13:39
氏 名 テスト ドウジツサイニュウイン
生年月日 昭和４３年 2月 2日 男 ４３才
病 棟 一般病棟 101 医 師 日本 一
処 方 日 平成２３年１１月１０日

点滴注射

生理食塩液 ５００ｍＬ 1 瓶

以下余白

注射麻薬処方箋（再入院の塩酸モルヒネ注射液１％５ｍｌのみ印字）



注射麻薬処方箋 麻

患者番号 00237
20111212
フリガナ テスト ドウジツサイニュウイン 内科
時間 13:39
氏 名 テスト ドウジツサイニュウイン
生年月日 昭和４３年 2月 2日 男 ４３才
病 棟 一般病棟 101 医 師 日本 一
処 方 日 平成２３年１１月１０日

点滴注射

塩酸モルヒネ注射液 １％５ｍＬ 1 管

以下余白

処置指示箋（再入院の創傷処置（１００ｃｍ2以上５００ｃｍ2未満）のみ印字）

処置指示箋

患者番号 00237
20111212
フリガナ テスト ドウジツサイニュウイン 内科
時間 13:39
氏 名 テスト ドウジツサイニュウイン
生年月日 昭和４３年 2月 2日 男 ４３才
病 棟 一般病棟 101 医 師 日本 一
指 示 日 平成２３年１１月１０日

実施日：平成２３年１１月１０日

創傷処置（１００ｃｍ2以上５００ｃｍ2未満）

以下余白

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

処理事例６　同日再入院日の点滴注射

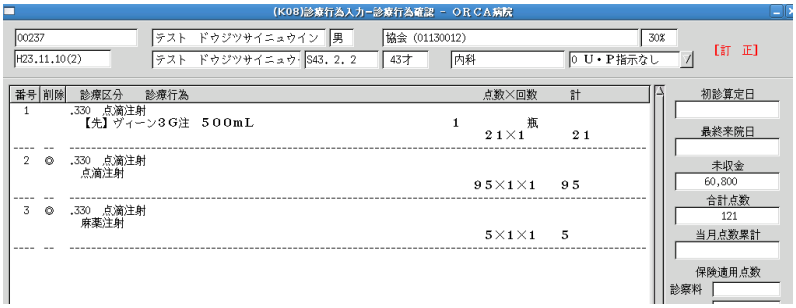
パターン１　退院と再入院で保険種類が同一の場合の薬剤点数算定

１．平成23年11月 1日～平成23年11月10日　協会健保（自己負担３割）で入院
退院日（11月10日）の診療内容
注射　塩酸モルヒネ注射液　１％５ｍｌ　１管
生理食塩液　５００ｍｌ　０．８袋　（※１４８点）

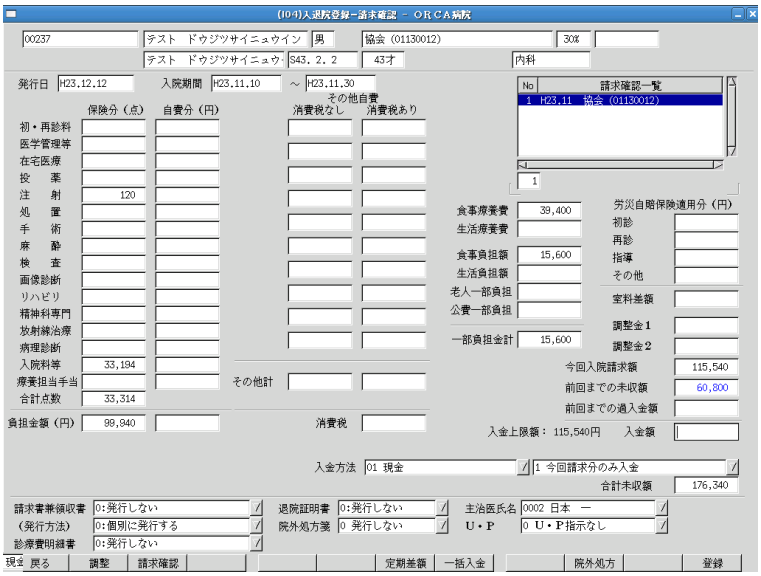
２．平成23年11月10日～平成23年11月30日　協会健保（自己負担３割）で入院
入院日（11月10日）の診療内容
注射　ヴィーン３Ｇ　１瓶　（※２１点）

退院日（11月10日）の診療内容

再入院日（11月10日）の診療内容



再入院日（11月10日）の診療行為確認画面
退院時に液量が５００ｍｌ未満であった為発生しなかった、点滴手技料（９５点）と麻薬注射（５点）が発生している。

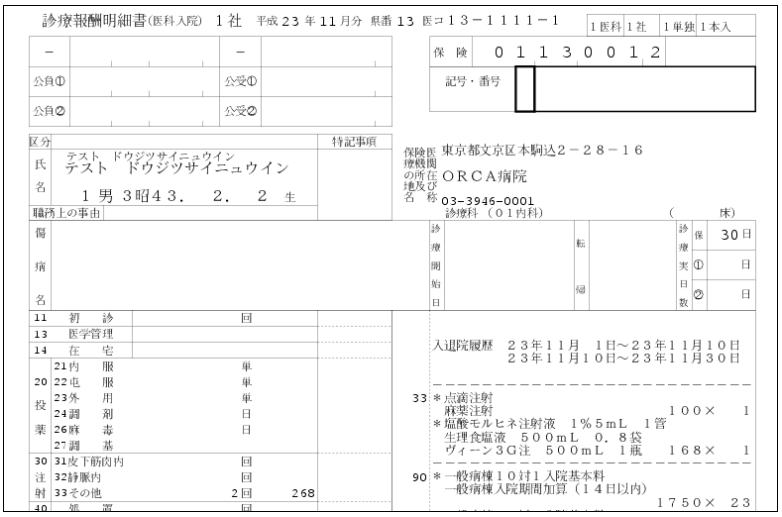


再入院（平成23年11月10日～平成23年11月30日）の退院時請求確認画面

注射の点数１２０点(薬剤２０点※、点滴手技料９５点、麻薬注射５点)
※薬剤点数２０点＝
１日分の薬剤点数１６８点（塩酸モルヒネ注射液＋生理食塩液＋ヴィーン３Ｇ）　－
退院日に算定済み薬剤点数１４８点（塩酸モルヒネ注射液＋生理食塩液）

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

レセプト記載例


診療報酬明細書(医科入院)　1社　平成23年11月分　県番13　医コ13－1111－1

1医科 | 1社 | 1単独 | 1本入

保険　01130012

記号・番号

区分　特記事項

氏名　テスト　ドウジツサイニュウイン
テスト　ドウジツサイニュウイン
1 男 3昭43. 2. 2 生

職歴上の事由

保険医療機関の所在地及び名称　東京都文京区本駒込2－28－16
ORCA病院
03-3946-0001
診療科（01内科）　（　床）

傷病名　診療開始日　転帰　診療実日数　保30日　①　日　②　日

11 初診　回
13 医学管理
14 在宅
投薬 21内服 単 / 22屯服 単 / 23外用 単 / 24調剤 日 / 26麻毒 日 / 27調基
注射 30 31皮下筋肉内 回 / 32静脈内 回 / 33その他 2回 268
10 処置 回

入退院履歴　23年11月 1日～23年11月10日
23年11月10日～23年11月30日

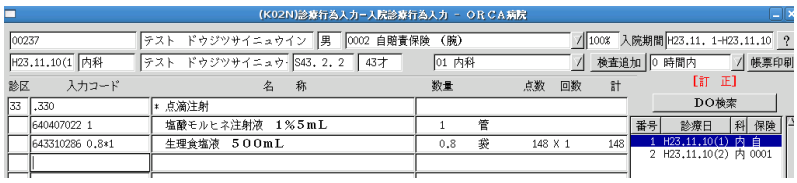
33 ＊点滴注射
麻薬注射　100×　1
＊塩酸モルヒネ注射液　1％5mL　1管
生理食塩液　500mL　0．8袋
ヴィーン3G注　500mL　1瓶　168×　1

90 ＊一般病棟10対1入院基本料
一般病棟入院期間加算（14日以内）
1750×　23

パターン２　退院と再入院で保険種類が異なる場合の薬剤点数算定

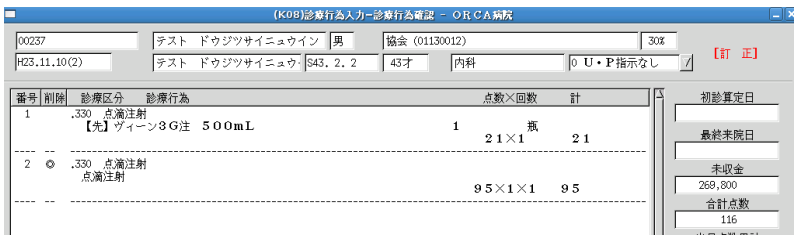
１．平成23年11月 1日～平成23年11月10日　自賠責保険（労災準拠100%患者請求）で入院
退院日（11月10日）の診療内容
注射　塩酸モルヒネ注射液　１％５ｍｌ　１管
生理食塩液　５００ｍｌ　０．８袋　（※１４８点）

２．平成23年11月10日～平成23年11月30日　協会健保（自己負担３割）で入院
入院日（11月10日）の診療内容
注射　ヴィーン３Ｇ　１瓶　（※２１点）



退院日（11月10日）の診療内容

再入院日（11月10日）の診療内容

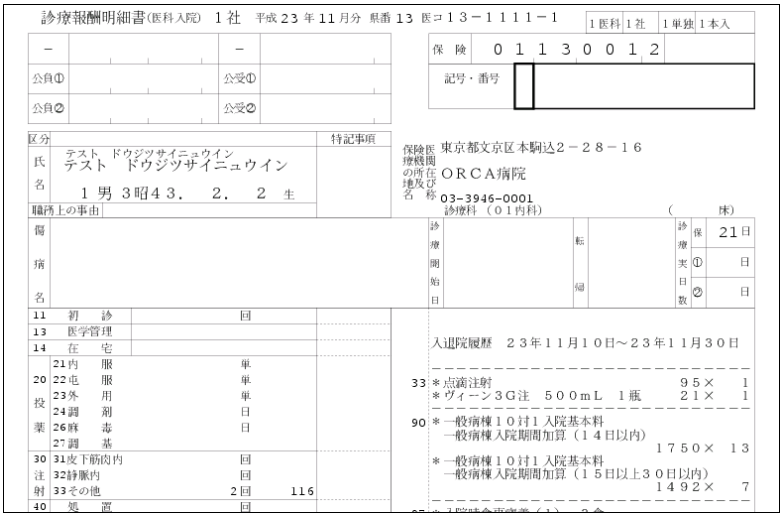


再入院日（11月10日）の診療行為確認画面
退院日に入力された塩酸モルヒネ注射液に係る麻薬注射（５点）については保険種類が異なる為、発生しない。

再入院（平成23年11月10日～平成23年11月30日）の退院時請求確認画面
注射の点数１１６点（薬剤２１点、点滴手技料９５点）

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

レセプト記載例


診療報酬明細書(医科入院) 1社 平成23年11月分 県番13 医コ13－1111－1

1医科 1社 1単独 1本人

保険 01130012

記号・番号

区分 特記事項

氏名 テスト ドウジツサイニュウイン テスト ドウジツサイニュウイン

1 男 3昭43. 2. 2 生

職務上の事由

保険医療機関の所在地及び名称 東京都文京区本駒込2－28－16 ORCA病院 03-3946-0001

診療科 (01内科)

傷病名

診療開始日 転帰 診療実日数 保 21日 ① 日 ② 日

11 初診 回

13 医学管理

14 在宅

20 投薬 21内服 単 22屯服 単 23外用 単 24調剤 日 26麻毒 日 27調基

30 注射 31皮下筋肉内 回 32静脈内 回 33その他 2回 116 40処置 回

入退院履歴 23年11月10日～23年11月30日

33 ＊点滴注射 95× 1

＊ヴィーン3G注 500mL 1瓶 21× 1

90 ＊一般病棟10対1入院基本料

一般病棟入院期間加算(14日以内) 1750× 13

＊一般病棟10対1入院基本料

一般病棟入院期間加算(15日以上30日以内) 1492× 7

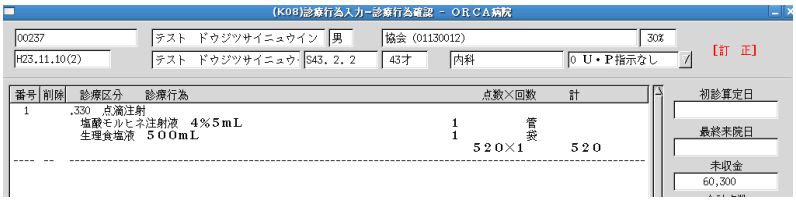
パターン３　退院と再入院で保険種類が同一の場合の手技点数算定

１．平成23年11月 1日～平成23年11月10日　協会健保（自己負担３割）で入院
退院日（11月10日）の診療内容
　注射　塩酸モルヒネ注射液　１％５ｍｌ　１管
　　生理食塩液　５００ｍｌ　１袋

２．平成23年11月10日～平成23年11月30日　協会健保（自己負担３割）で入院
入院日（11月10日）の診療内容
　注射　塩酸モルヒネ注射液　４％５ｍｌ　１管
　　生理食塩液　５００ｍｌ　１袋

退院日（11月10日）の診療内容

再入院日（11月10日）の診療内容



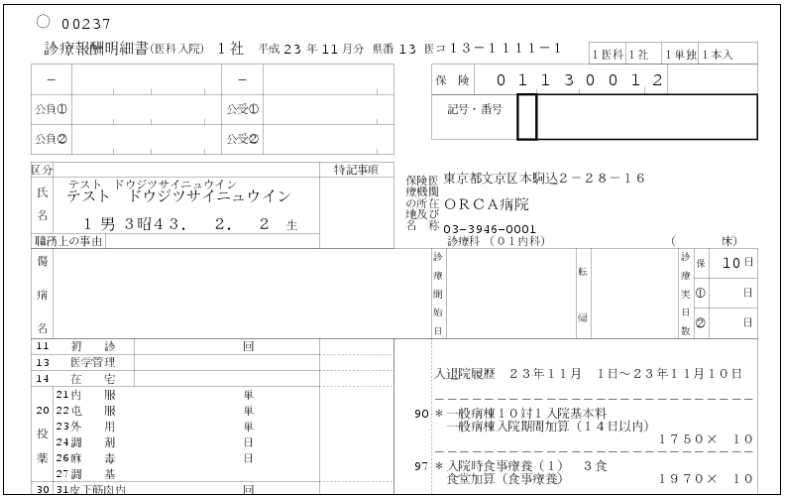
再入院日（11月10日）の診療行為確認画面
退院日に既に点滴手技料（９５点）、麻薬注射（５点）について算定済みである為、自動発生しない。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

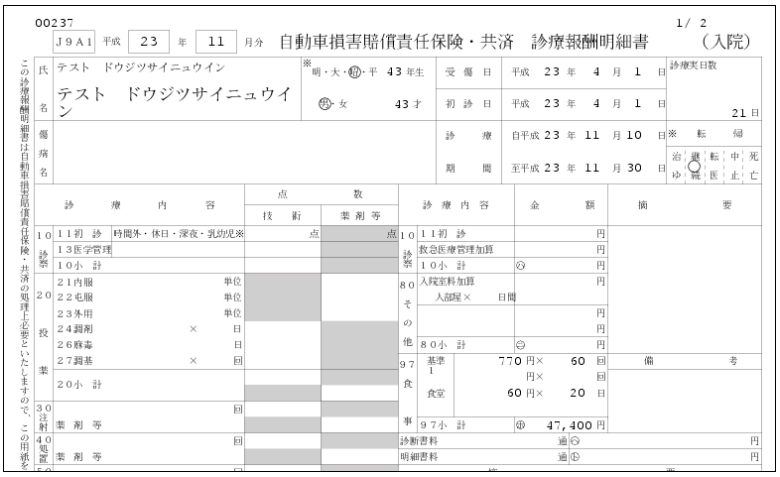
処理事例７　レセプト摘要欄への入院履歴記載

保険種類の異なる同日再入院の場合（例　国保退院→自賠責再入院）、レセプト摘要欄に記載する
入院履歴は対象保険種類の入院期間だけを記載することとする。
入院期間
１．平成23年11月 1日～平成23年11月10日　協会健保（自己負担３割）で入院
２．平成23年11月10日～平成23年11月30日　自賠責保険（労災準拠100%患者請求）で入院

協会健保レセプト　　入院履歴記載は平成23年11月 1日～平成23年11月10日


○ 00237
診療報酬明細書(医科入院)　１社　平成２３年１１月分　県番１３　医コ１３－１１１１－１
１医科 1社 1単独 1本入
保険　０１１３００１２
記号・番号
区分　特記事項
氏名　テスト　ドウジツサイニュウイン　テスト　ドウジツサイニュウイン　１男 3昭43．2．2生
職務上の事由
保険医療機関の所在地及び名称　東京都文京区本駒込２－２８－１６　ＯＲＣＡ病院　03-3946-0001
診療科（０１内科）　（　床）
傷病名
診療開始日　転帰
診療実日数　保①②　10日
11 初診 回
13 医学管理
14 在宅
20 投薬 21内服 単 / 22屯服 単 / 23外用 単 / 24調剤 日 / 26麻毒 日 / 27調基
30 31皮下筋肉内 回
入退院履歴　２３年１１月　１日～２３年１１月１０日
90 ＊一般病棟１０対１入院基本料
一般病棟入院期間加算（１４日以内）　１７５０×　１０
97 ＊入院時食事療養（１）　３食
食堂加算（食事療養）　１９７０×　１０

自賠責（新様式）レセプト　　診療期間の記載は平成23年11月10日～平成23年11月30日


00237　1/ 2
J9A1　平成 23 年 11 月分　自動車損害賠償責任保険・共済　診療報酬明細書　（入院）
この診療報酬明細書は自動車損害賠償責任保険・共済の処理上必要といたしますので、この用紙を
氏名　テスト　ドウジツサイニュウイン　テスト　ドウジツサイニュウイン　※明・大・初・平 43年生　㊚・女 43才
受傷日　平成 23 年 4 月 1 日
初診日　平成 23 年 4 月 1 日
診療実日数　21日
傷病名
診療期間　自平成 23 年 11 月 10 日　至平成 23 年 11 月 30 日
※転帰　治ゆ・◯継続・転医・中止・死亡
診療内容　点数　技術　薬剤等
10 診察 11初診 時間外・休日・深夜・乳幼児※ 点 / 13医学管理 / 10小計
20 投薬 21内服 単位 / 22屯服 単位 / 23外用 単位 / 24調剤 × 日 / 26麻毒 日 / 27調基 × 回 / 20小計
30 注射 回
40 処置 薬剤等 回
診療内容　金額　摘要
10 診察 11初診 円 / 救急医療管理加算 円 / 10小計 ㋐ 円
80 その他 入院室料加算　入部屋×　日間 円 / 80小計 ㋑ 円
97 食事 基準1　770円×　60　回 / 食堂　60円×　20　日 / 97小計 ㋒ 47,400円
備考
診断書料　通 ㋓ 円
明細書料　通 ㋔ 円

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

１－８　３２入院会計照会

(1) ＡＤＬ登録区分からの入院料変更時の標欠・定数超過対応(R201108-005)

・「(I47)医療区分・ＡＤＬ区分登録画面」から入院料変更を行う場合の標欠・定数超過時の会計作成の対応を行う。

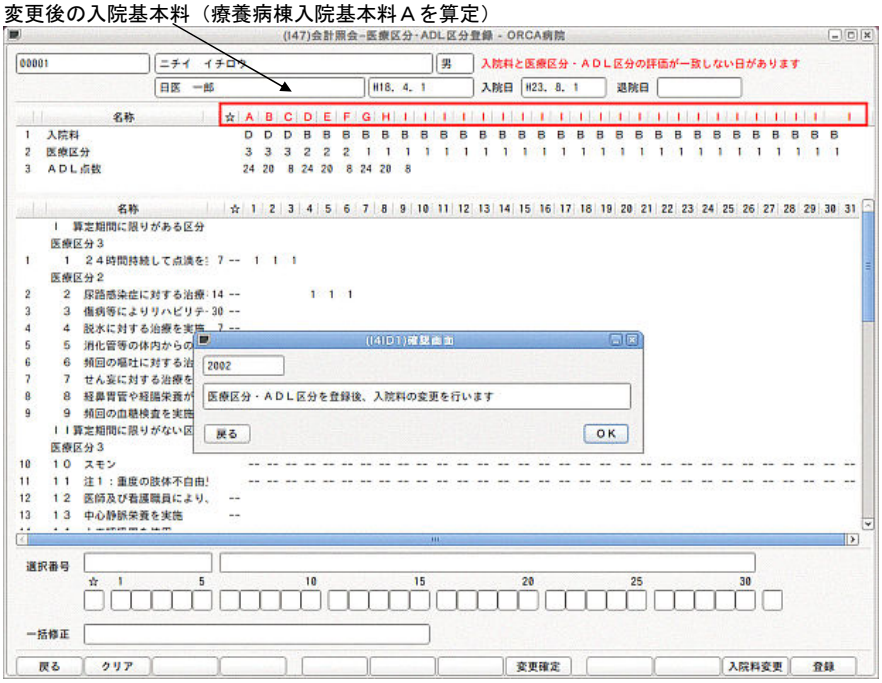
■条件及び範囲

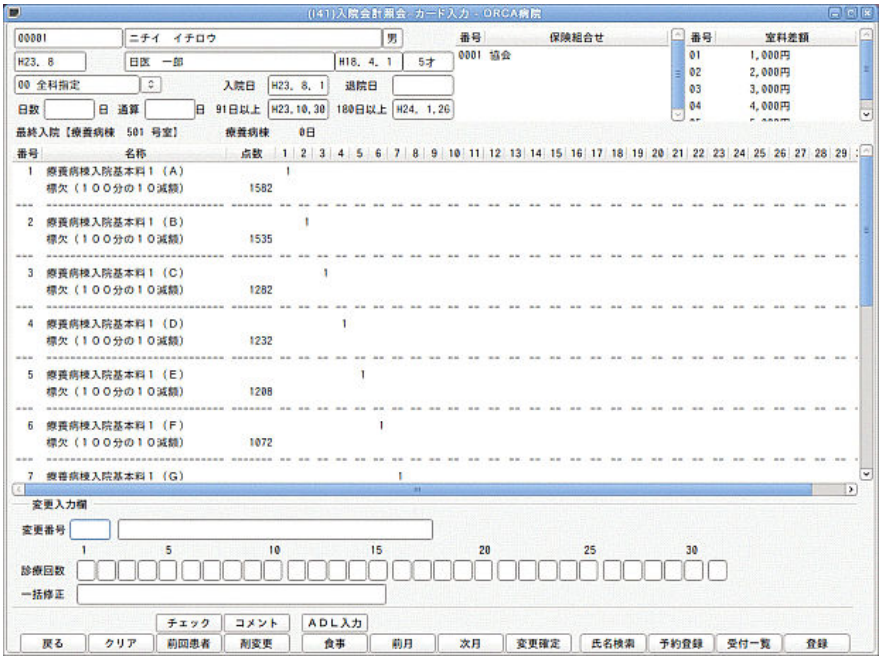
・医療区分、ＡＤＬ点数より算定した入院料について標欠・定数超過の減算情報は入退院登録業務
　より入院会計を作成する場合と同様に入院料と同じ剤に追加する。
・剤点数は追加された減算情報に応じて入院基本料から減算した点数で算定する。

■処理詳細

・「(I47)医療区分・ＡＤＬ区分登録画面」から入院料変更を行う場合、
　システム管理「5000 医療機関情報－入院基本」の「標欠による減額」または「定数超過」の設定に従って、各減額情報を入院基本料の剤に追加する。剤点数は追加された減算情報に応じて入院基本料から減算した点数で算定する。

（入力事例）「5000 医療機関情報－入院基本」の標欠による減額の設定が１００分の１０減額の場合
変更後の入院基本料（療養病棟入院基本料Ａを算定）





Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

入院基本料	基本点数	100分の10減算後の点数 （少数点以下第1位四捨五入）
療養病棟入院基本料１（Ａ）	1758	1582
療養病棟入院基本料１（Ｂ）	1705	1535
療養病棟入院基本料１（Ｃ）	1424	1282
療養病棟入院基本料１（Ｄ）	1369	1232
療養病棟入院基本料１（Ｅ）	1342	1208
療養病棟入院基本料１（Ｆ）	1191	1072
療養病棟入院基本料１（Ｇ）	934	841
療養病棟入院基本料１（Ｈ）	887	798
療養病棟入院基本料１（Ｉ）	785	707

標欠、定数超過による減算後の入院料一覧（平成２３年８月１日時点）

入院基本料		基本点数	標欠				定数超過
			10/100	15/100	2/100	3/100	10/100
療養病棟入院基本料１	Ａ	1758	1582	1494	1723	1705	1582
	Ｂ	1705	1535	1449	1671	1654	1535
	Ｃ	1424	1282	1210	1396	1381	1282
	Ｄ	1369	1232	1164	1342	1328	1232
	Ｅ	1342	1208	1141	1315	1302	1208
	Ｆ	1191	1072	1012	1167	1155	1072
	Ｇ	934	841	794	915	906	841
	Ｈ	887	798	754	869	860	798
	Ｉ	785	707	667	769	761	707
	特	563	507	479	552	546	507
療養病棟入院基本料１（生活療養）	Ａ	1744	1570	1482	1709	1692	1570
	Ｂ	1691	1522	1437	1657	1640	1522
	Ｃ	1410	1269	1199	1382	1368	1269
	Ｄ	1355	1220	1152	1328	1314	1220
	Ｅ	1328	1195	1129	1301	1288	1195
	Ｆ	1177	1059	1000	1153	1142	1059
	Ｇ	920	828	782	902	892	828
	Ｈ	873	786	742	856	847	786
	Ｉ	771	694	655	756	748	694
	特	549	494	467	538	533	494
療養病棟入院基本料２	Ａ	1695	1526	1441	1661	1644	1526
	Ｂ	1642	1478	1396	1609	1593	1478
	Ｃ	1361	1225	1157	1334	1320	1225
	Ｄ	1306	1175	1110	1280	1267	1175
	Ｅ	1279	1151	1087	1253	1241	1151
	Ｆ	1128	1015	959	1105	1094	1015
	Ｇ	871	784	740	854	845	784
	Ｈ	824	742	700	808	799	742
	Ｉ	722	650	614	708	700	650
	特	563	507	479	552	546	507
療養病棟入院基本料２（生活療養）	Ａ	1681	1513	1429	1647	1631	1513
	Ｂ	1628	1465	1384	1595	1579	1465
	Ｃ	1347	1212	1145	1320	1307	1212
	Ｄ	1292	1163	1098	1266	1253	1163
	Ｅ	1265	1139	1075	1240	1227	1139
	Ｆ	1114	1003	947	1092	1081	1003
	Ｇ	857	771	728	840	831	771
	Ｈ	810	729	689	794	786	729
	Ｉ	708	637	602	694	687	637
	特	563	507	479	552	546	507
有床診療所療養病床入院基本料	Ａ	975	878	829	956	946	878
	Ｂ	871	784	740	854	845	784
	Ｃ	764	688	649	749	741	688
	Ｄ	602	542	512	590	584	542
	Ｅ	520	468	442	510	504	468
	特	450	405	383	441	437	405
有床診療所療養病床入院基本料（生活療養）	Ａ	961	865	817	942	932	865
	Ｂ	857	771	728	840	831	771
	Ｃ	750	675	638	735	728	675
	Ｄ	588	529	500	576	570	529
	Ｅ	506	455	430	496	491	455
	特	436	392	371	427	423	392

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

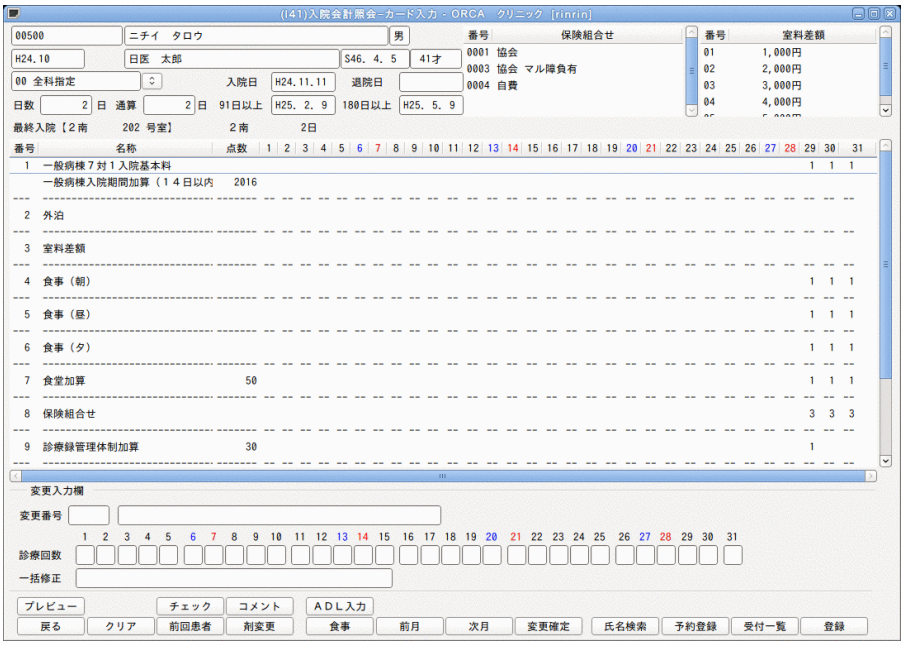
(2) 入院会計照会画面のレセプトプレビュー機能追加(R201211)

入院会計照会画面からのレセプトプレビューを可能とします。

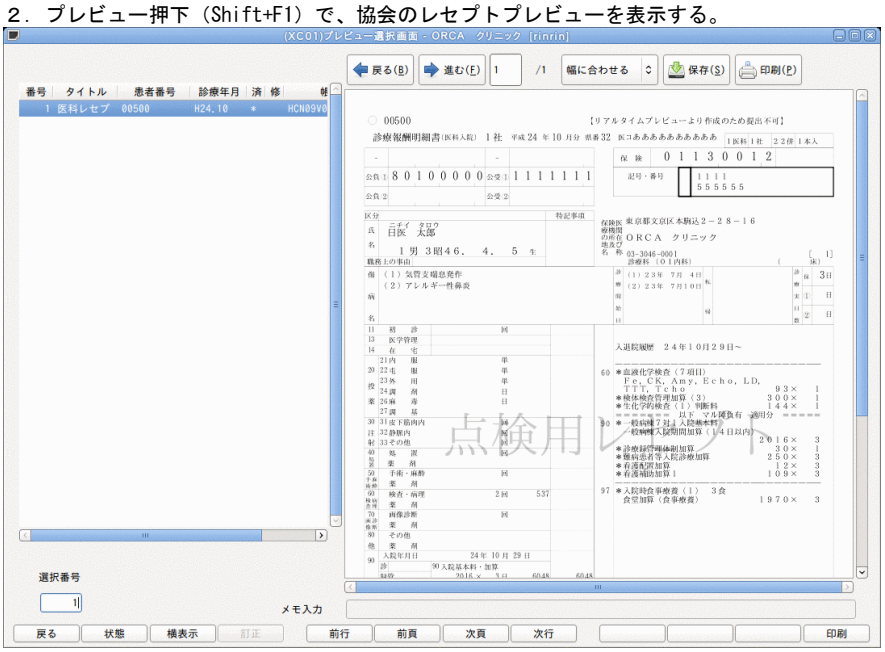
1．入院会計照会画面からプレビュー（Shift+F1）押下により入院レセプトのプレビューを可能とします。
入院会計照会で当月に算定している保険組合せをプレビューの対象とします。
2．当月の保険組合せに、複数の保険種類（医保・労災・自賠責・公害）が混在している場合は、保険組合せの選択画面が表示されるのでプレビューを行う保険組合せを選択します。
プレビューは、医保・労災・自賠責・公害毎に行います。
医保については選択画面に複数の医保の保険組合せが表示されている場合、どの保険組合せを選択してもすべての医保分のプレビューを行います。

処理事例

1．入院会計照会の保険組合せが「０００３　協会　マル障負有」で算定されている場合。

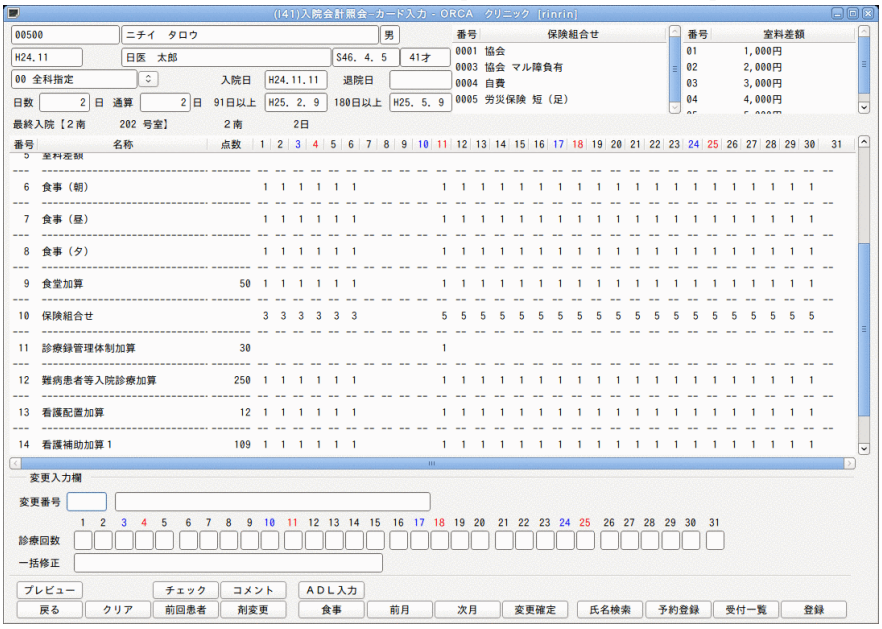


2．プレビュー押下（Shift+F1）で、協会のレセプトプレビューを表示する。

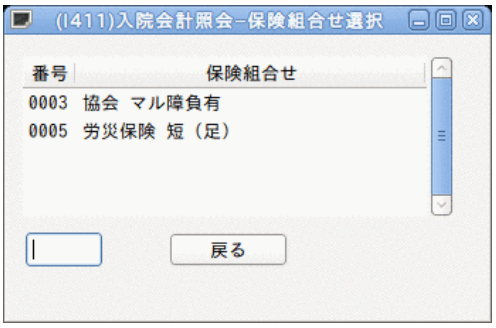


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

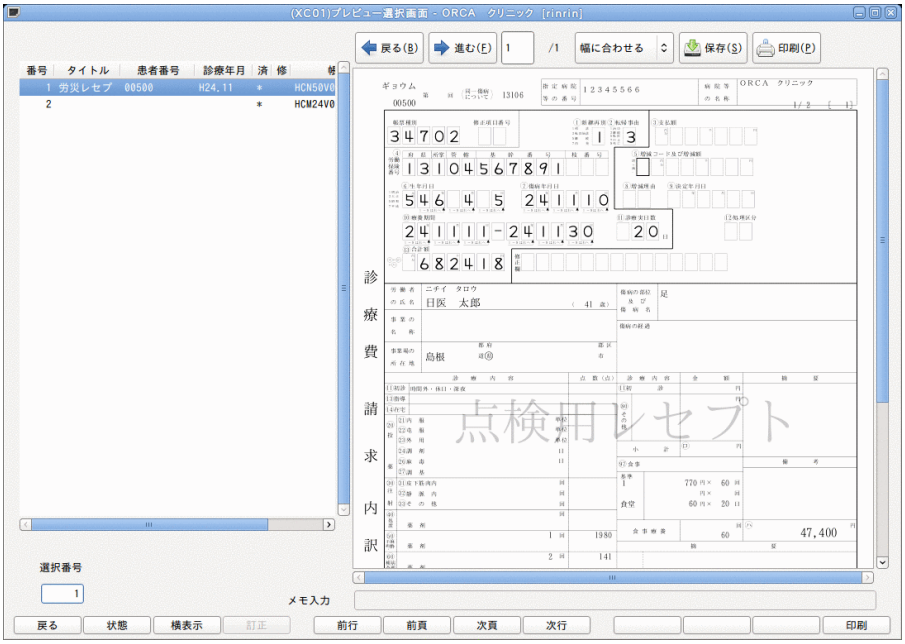
３．保険組合せが「００００３　協会　マル障負有」と「００００５　労災保険」で算定されている場合。



４．プレビュー押下で保険組合せ選択画面が表示されます。
　　入院会計照会で算定している「００００３、００００５」のみ表示されます。



５．「００００５　労災保険」を選択すると、労災のレセプトプレビューを表示します。



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

１－９　３６入院患者照会

(1) 入院延患者数、入院患者数、退院患者数表示機能(R201211)

入院患者照会業務に病棟毎の入院延患者数、入院患者数、退院患者数表示機能を追加します。

処理仕様

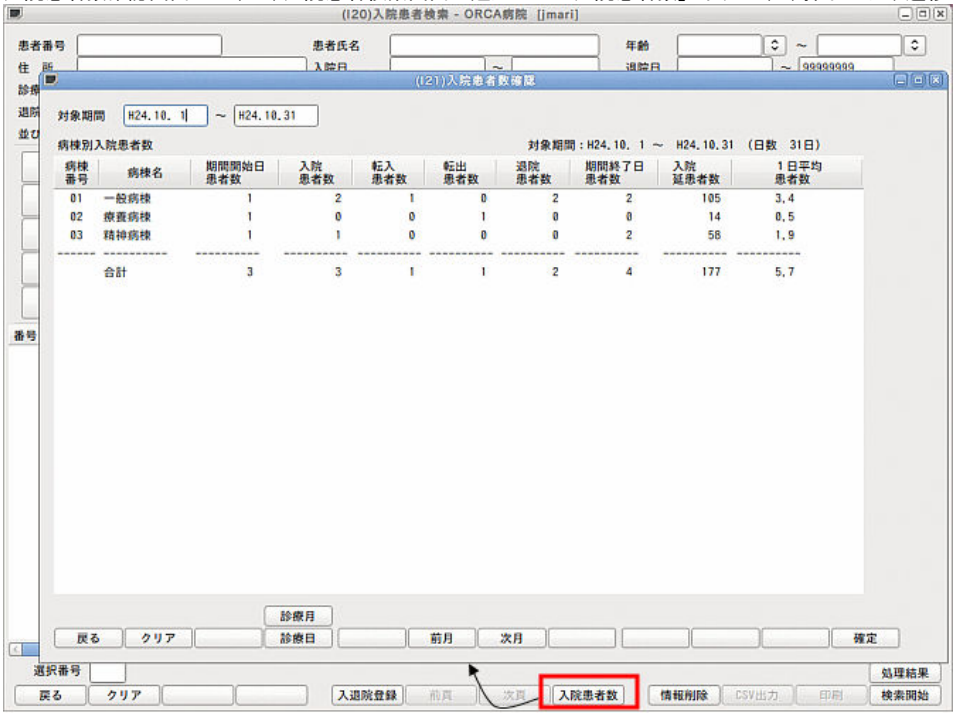
・入院患者照会業務に入院患者数確認画面を追加する。
・入院患者数確認画面では確認を行う期間の指定を診療日単位（例：2012.11.1～2012.11.30）で行う。
・テスト患者を除く全ての入院患者の入院期間を対象に患者数のカウントを行う。
・入院患者数確認画面に表示を行う項目とその内容は次のとおりとする。

（１）病棟番号
　病棟番号の表示を行う。
（２）病棟名
　病棟名（短縮病棟名）の表示を行う。
（３）期間開始日患者数
　期間開始日に入院している患者の数の表示を行う（期間開始日に入院した患者を除く）。
（４）入院患者数
　対象期間中に入院した患者の数の表示を行う。
（５）転入患者数
　対象期間中に他の病棟から転入した患者の数の表示を行う。
（６）転出患者数
　対象期間中に他の病棟へ転出した患者の数の表示を行う。
（７）退院患者数
　対象期間中に退院した患者の数の表示を行う。
（８）期間終了日患者数
　期間終了日に入院している患者の数の表示を行う（期間終了日に退院した患者を除く）。
（９）入院延患者数
　対象期間中の入院患者の延べ人数の表示を行う。
　・退院日も延べ患者数にカウントする。
　・転入・転出のあった日については転出先の病棟で患者数のカウントを行い、転出元の病棟では患者数のカウントを行わない。
　以下の例では 11/1 から 11/10 までの 10 日間を一般病棟で患者数をカウントし、11/11 から 11/15 までの 5 日間の患者数のカウントを療養病棟で行う。
　（例）11/ 1 一般病棟へ入院
　　11/11 一般病棟から療養病棟へ転出
　　11/15 退院
（10）1 日平均患者数
　入院延患者数／対象期間の日数 の計算結果の表示を行う。
　端数が出る場合は少数第二位を四捨五入して表示する。

・最後に全病棟の合計の表示を行う。
・自院歴として登録した入院履歴はカウントの対象外とする。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

■処理詳細
入院患者照会業務に入院患者数確認画面を追加します。
入院患者数確認画面には(I20)入院患者検索画面に追加した「入院患者数」ボタン(F8)押下により遷移します。



項目の説明

対象期間		入院患者数の確認を行う期間の入力を行う。初期値は空白とする。
コラムリスト表示項目		
	病棟番号	病棟番号の表示を行う。
	期間開始日患者数	期間開始日に入院している患者の数の表示を行う。 （期間開始日に入院した患者を除く）
	入院患者数	対象期間中に入院した患者の数の表示を行う。
	転入患者数	対象期間中に他の病棟から転入した患者の数の表示を行う。
	転出患者数	対象期間中に他の病棟へ転出した患者の数の表示を行う。
	退院患者数	対象期間中に退院した患者の数の表示を行う。
	期間終了日患者数	期間終了日に入院している患者の数の表示を行う。 （期間終了日に退院した患者を除く）
	入院延患者数	対象期間中の入院患者の延べ人数の表示を行う。 退院日も延べ患者数にカウントする。 転入・転出のあった日については転出先の病棟で患者数のカウントを行い、 転出元の病棟では患者数のカウントを行わない。
	１日平均患者数	入院延患者数／対象期間の日数 の計算結果の表示を行う。 端数が出る場合は少数第二位を四捨五入して表示する。
対象期間・日数（表示項目）		コラムリストの対象期間とその期間の日数の表示を行う。

ファンクションキーの説明

項目	ファンクションキー	説明
戻る	F1	(I20)入院患者検索画面に戻る。
クリア	F2	画面を初期表示の状態にする。
診療日	F4	対象期間に当日～当日の範囲を設定する。
診療月	Shift+F4	対象期間に当月１日～月末までを設定する。
前月（前日）	F6	診療日(F4)または診療月(Shift+F4)クリック後、 対象期間の範囲を月単位または日単位で変更を行う。
次月（次日）	F7	
確定	F12	対象期間の患者数の集計を行う。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

・入力事例
各病棟に次のように入院患者の登録が行われているものとします。
（年の記載は省略。いずれも平成 24 年とする。）

一般病棟	
	患者Ａ　9/ 9　入院 10/11　療養病棟へ転出
	患者Ｂ 10/ 1　入院 10/15　退院
	患者Ｄ 10/20　精神病棟から転入
療養病棟	
	患者Ｃ　9/ 1　入院
	患者Ａ 10/11　一般病棟から転入
精神病棟	
	患者Ｄ　9/15　入院 10/20　一般病棟へ転出

対象期間 10/1～10/31 とした場合

各項目内訳

	一般病棟	療養病棟	精神病棟	合計
期間開始日患者数	１人（患者Ａ）	１人（患者Ｃ）	１人（患者Ｄ）	３人
入院患者数	１人（患者Ｂ）	０人	０人	１人
転入患者数	１人（患者 D）	１人（患者Ａ）	０人	２人
転出患者数	１人（患者Ａ）	０人	１人（患者 D）	２人
退院患者数	１人（患者Ｂ）	０人	０人	１人
期間終了日患者数	１人（患者Ｄ）	２人 （患者Ｃ・患者Ａ）	０人	３人
入院 述患者数	３７人 述べ患者数の対象とした入院日数： 患者Ａ　１０日（１日～１０日） 患者Ｂ　１５日（１日～１５日） 患者Ｄ　１２日（２０日～３１日）	５２人 述べ患者数の対象とした入院日数： 患者Ｃ　３１日（１日～３１日） 患者Ａ　２１日（１１日～３１日）	１９人 述べ患者数の対象とした入院日数： 患者Ｄ　１９日（１日～１９日）	１０８人
１日平均患者数 （少数第二位四捨五入）	１．２ （３７／３１）	１．７ （５２／３１）	０．６ （１９／３１）	３．５ （１０８／３１）

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

１－１０　４１データチェック

(1) 保険負担割合変更チェック(R201109-003)

データチェックにて、７０歳到達時の前期高齢者医療負担割合チェックを追加します。
チェックは確認項目「4 保険適応年齢」が選択された場合に行います。
主保険が国保または社保で以下のいずれかの条件に該当する場合にエラーとします。
（１）補助区分が未設定の場合
（２）患者登録の保険の有効期間の開始日および確認日がいずれも患者の前期高齢者医療の適用開始日よりも前の場合

処理の詳細

確認項目「4 保険適応年齢」が選択された状態。

平成２３年１０月 診療分レセプトデータチェック （入院）　作成日時：平成２３年 9

	患者氏名	年齢	データチェック内容
)１１	日医　正夫 【国保　[3８０５７　本人】	６９	［国保］前期高齢者医療の適用年齢に到達しています。保険確認を行ってください
)１４	日医　良夫 【協会　０１１３００１２　本人】	７０	［協会］前期高齢者医療の適用年齢に到達しています。保険確認を行ってください

チェックリストの記載例です

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(2) エラー内容確認画面での患者病名対応(R201109-005)

データチェック業務のエラー内容確認画面より患者病名に遷移をした際の患者病名初期表示機能を実装します。この際、移行先・廃止病名の考慮も行います。

条件及び範囲

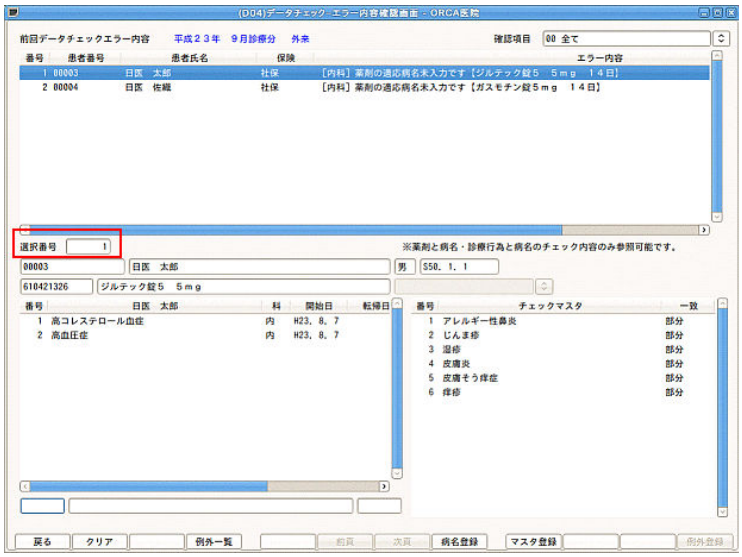
・エラー内容確認画面にてチェックマスタの適応病名を選択し、患者病名業務へ引継ぎを行います。
・引継ぐ病名に移行先病名が存在する場合、あるいは病名が廃止病名の場合は遷移を行う前に患者病名業務と同じダイアログの表示を行います。
・移行先病名の確認画面で移行先病名を選択した場合、患者病名画面では移行先病名の初期表示を行います。この際チェックマスタに移行先病名の登録がない場合、患者病名登録後にチェックマスタに移行先病名の登録を行う必要があります。

処理の詳細

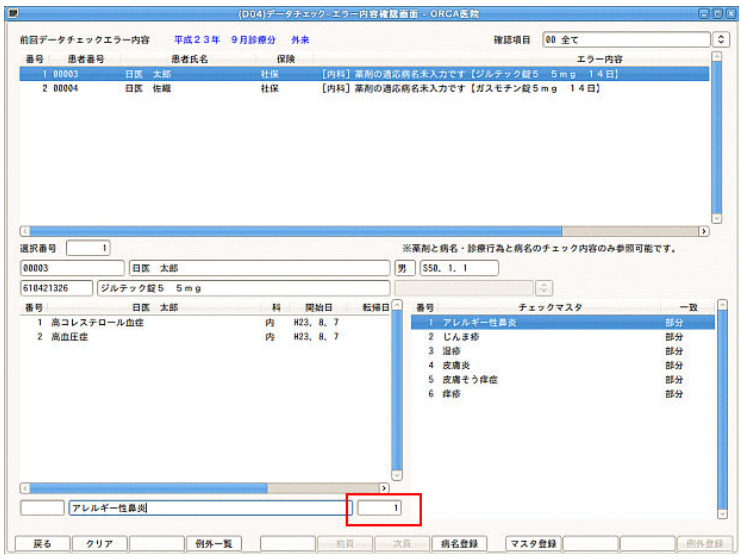
・データチェックにて適用病名未登録のエラーが発生した場合、チェックマスタの内容より患者病名の登録を行えるようにする。

処理の流れは以下の通りとする。

(1)チェックマスタの適応病名を患者病名に登録する場合（移行先病名無し）

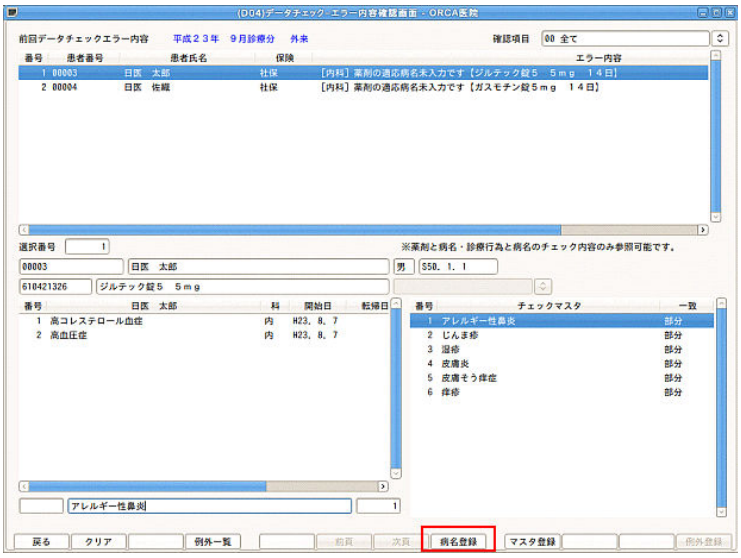


(1-1) エラー内容確認画面にてエラー内容を選択する。

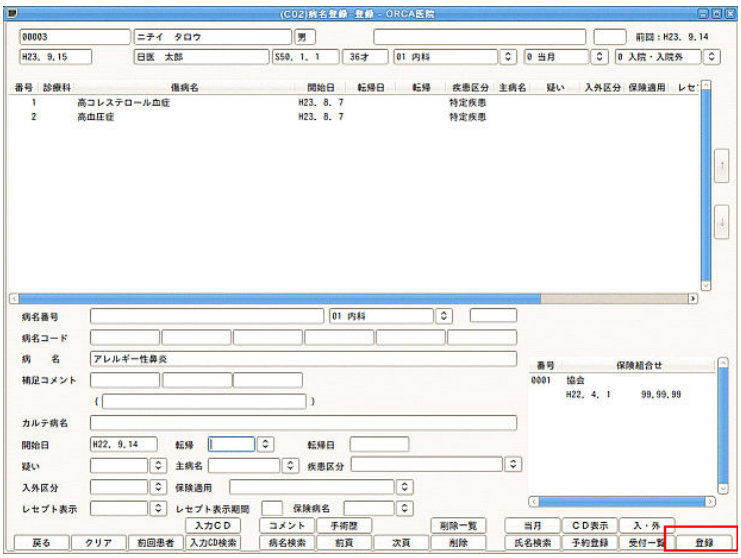


(1-2)チェックマスタより登録漏れの適応病名を選択する。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

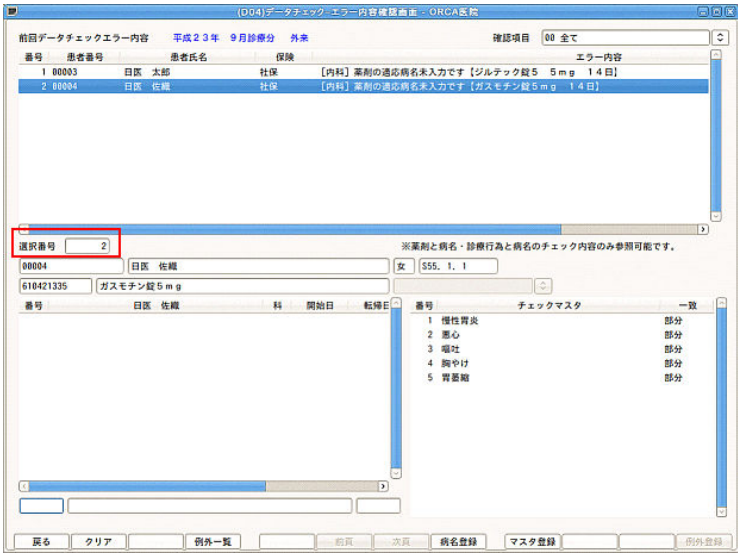


(1-3) 病名登録ボタンをクリックする。



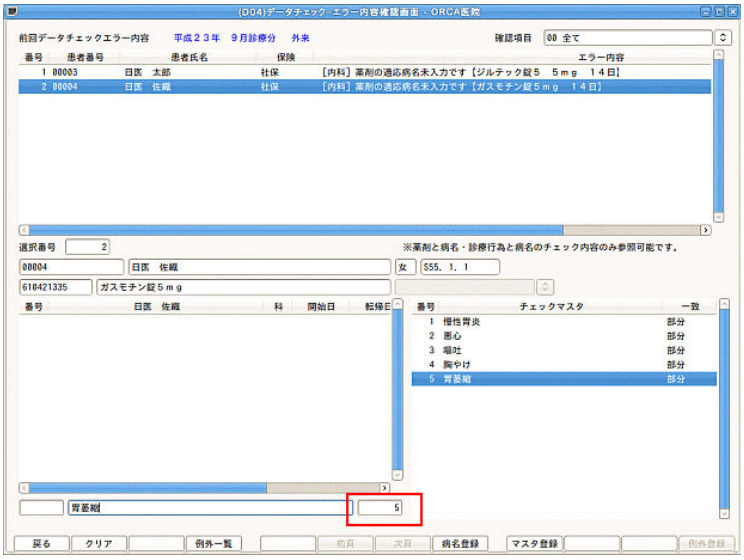
(1-4) 病名登録画面に遷移時、チェックマスタより選択した病名が初期表示される。
診療開始日等を入力後、登録ボタンをクリックし病名の登録を行う。

(2)チェックマスタの適応病名を患者病名に登録する場合（移行先病名（チェックマスタ未登録）あり）

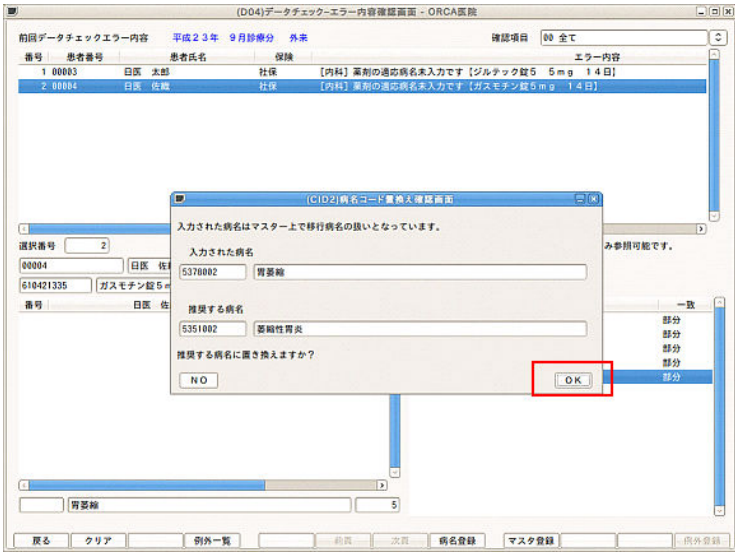


(2-1) エラー内容確認画面にてエラー内容を選択する。

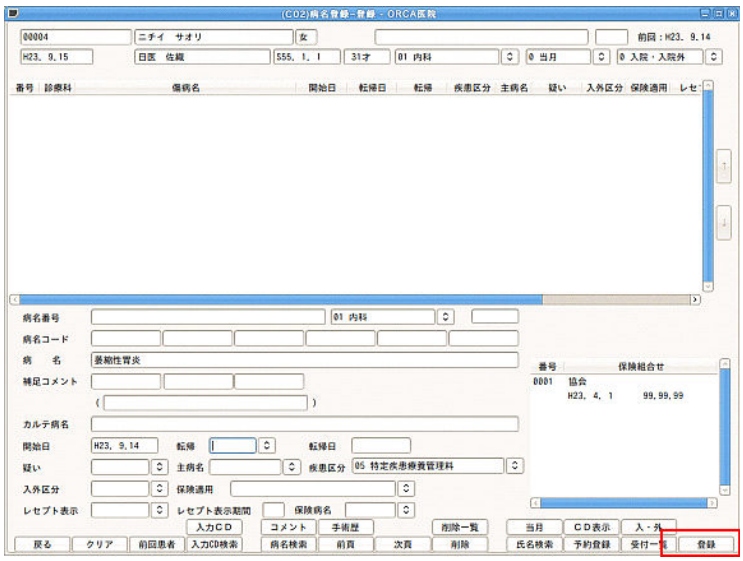
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.



（2-2）チェックマスタより登録漏れの適応病名（胃萎縮）を選択する。

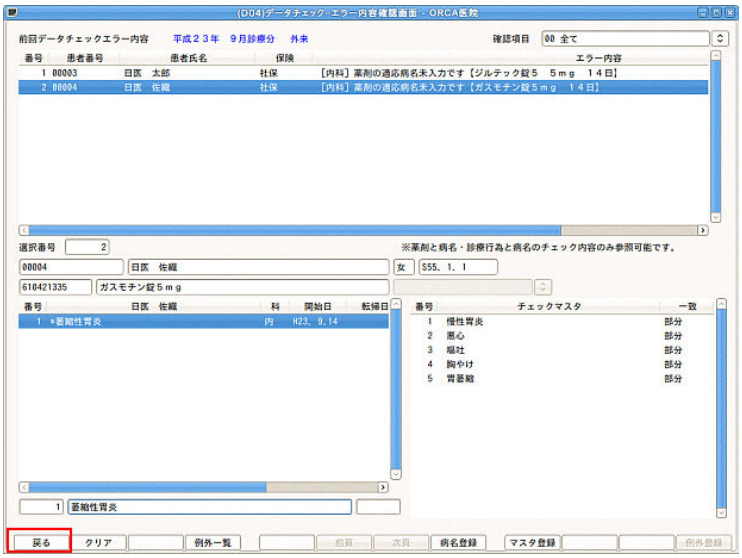


（2-3）病名ボタンをクリックすると、病名コード置換え確認画面が表示されるので、登録する病名を選択する。今回は推奨する病名（萎縮性胃炎）を選択する。

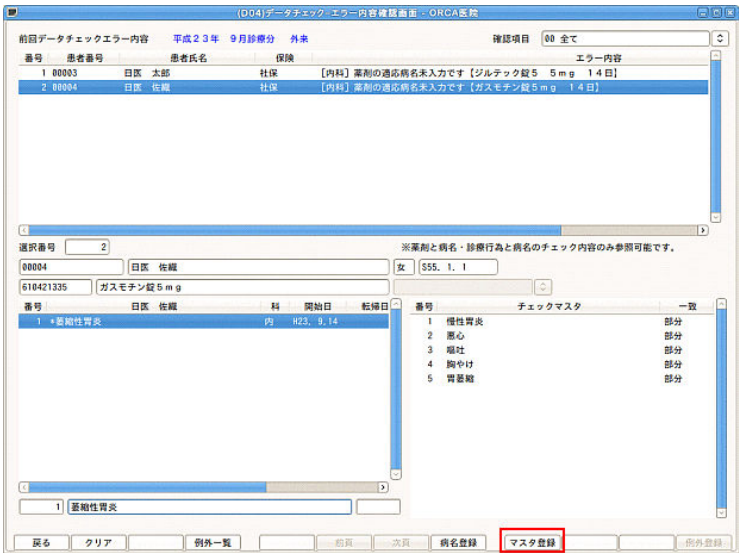


（2-4）病名登録画面に遷移時、病名コード置換え確認画面より選択した病名が初期表示される。診療開始日等を入力後、登録ボタンをクリックし病名の登録を行う。

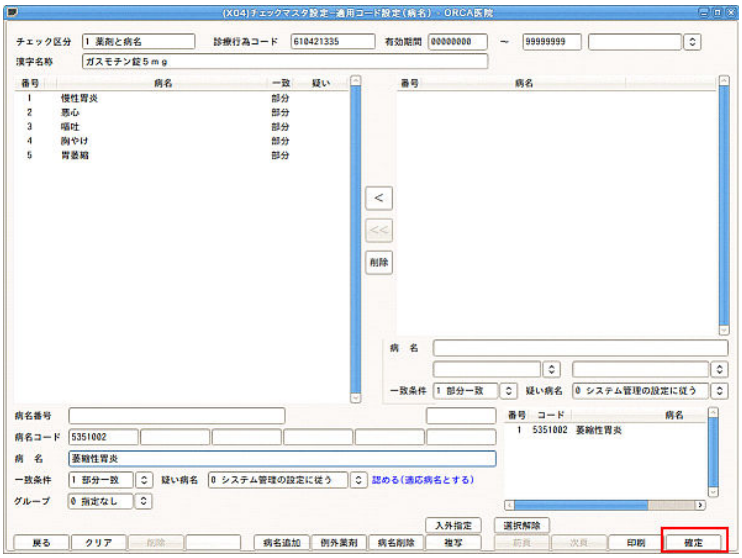
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.



(2-5) エラー内容確認画面に戻り、患者病名に登録した病名を選択する。

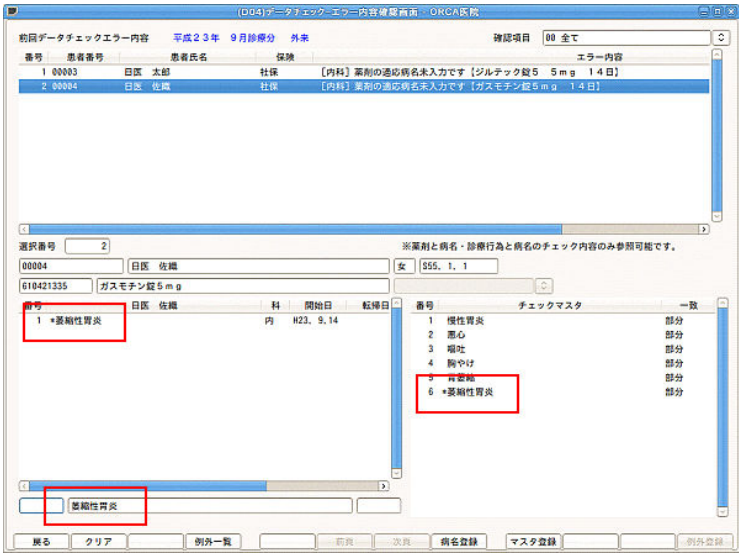


(2-6) マスタ登録ボタンをクリックする。



(2-7) チェックマスタ設定画面に遷移時、患者病名で選択した病名が初期表示される。確定ボタンをクリックし適応病名の登録を行う。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.



エラー内容確認画面で病名の入力を行った際、患者病名またはチェックマスタコラムリストの病名に入力した病名の名称を含むものがあれば、コラムリストの病名の左側に“＊”を表示します。(登録有無の確認)

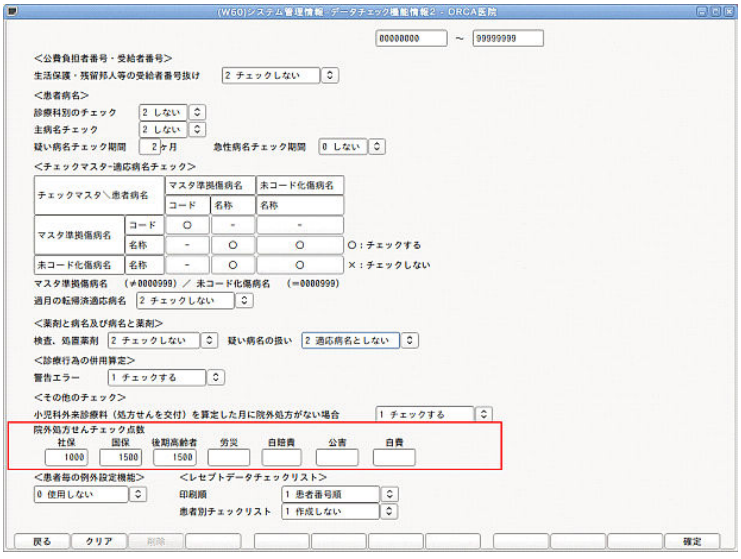
(3) 院外処方せんの点数チェック機能(K201110-001)

データチェックに院外処方せんの点数チェック機能を実装します。

条件及び範囲

・院外処方箋に記載を行う薬剤・器材（在宅）の点数を集計し、ユーザーが任意で指定した点数を超えた場合、チェックリストにメッセージを編集します。
・点数の指定は保険別（社保・国保・後期高齢者・労災・自賠責・公害・自費）に行います。 設定はシステム管理「1101 データチェック機能情報２」で行います。
・システム管理に点数の設定が行われていない保険はチェックの対象外とします（デフォルトは全保険について未設定です）。
・点数集計は外来・入院（退院時処方）を合算して行います。
・システム管理で設定した点数以上となった場合、入院・外来（院外処方の入力があった入外区分）のチェックリストにメッセージを編集します。
・点数集計の対象はバージョンアップ後に診療行為業務で入力された剤とします。
・診療行為業務(外来まとめ入力を含む)および会計照会業務にて院外処方の剤点数の確認が出来るように剤点数の表示を括弧付きで行います。

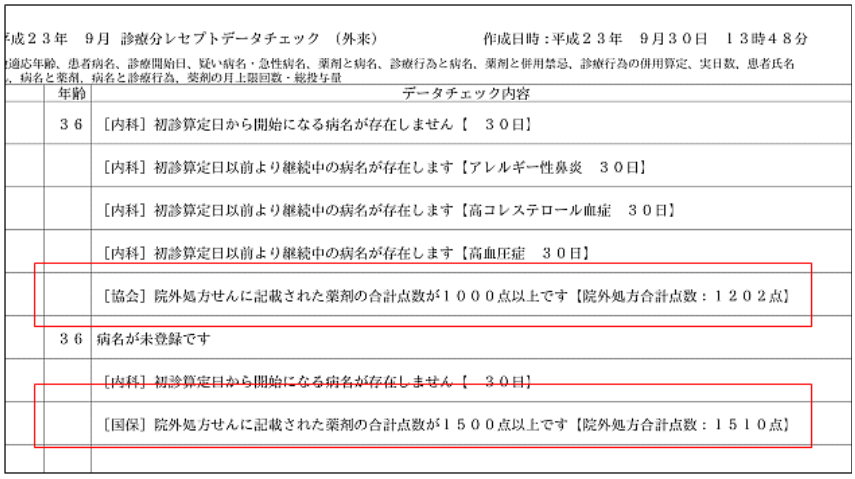
処理の詳細



システム管理「1101 データチェック機能情報２」に院外処方チェック点数の設定を行います。点数の設定が行われた保険について、データチェック時にチェックを行います。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

院外処方点数のチェックはデータチェック時に確認項目と一緒に「院外処方の処理」コンボボックスより、「1 院外処方を含む」あるいは「2 院外処方のみ」が選択された場合に行います。



平成２３年　９月　診療分レセプトデータチェック　（外来）　　作成日時：平成２３年　９月３０日　１３時４８分

適応年齢、患者病名、診療開始日、疑い病名・急性病名、薬剤と病名、診療行為と病名、薬剤と併用禁忌、診療行為の併用算定、実日数、患者氏名
、病名と薬剤、病名と診療行為、薬剤の月上限回数・総投与量

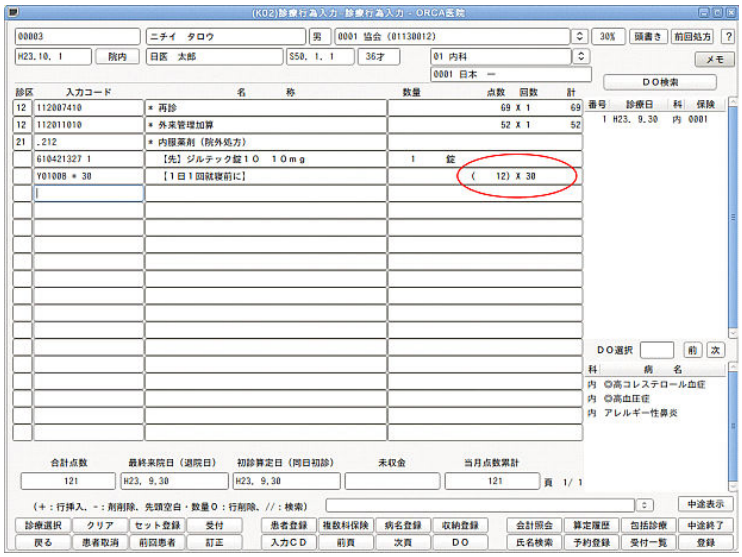
	年齢	データチェック内容
	３６	［内科］初診算定日から開始になる病名が存在しません【　３０日】
		［内科］初診算定日以前より継続中の病名が存在します【アレルギー性鼻炎　３０日】
		［内科］初診算定日以前より継続中の病名が存在します【高コレステロール血症　３０日】
		［内科］初診算定日以前より継続中の病名が存在します【高血圧症　３０日】
		［協会］院外処方せんに記載された薬剤の合計点数が１０００点以上です【院外処方合計点数：１２０２点】
	３６	病名が未登録です
		［内科］初診算定日から開始になる病名が存在しません【　３０日】
		［国保］院外処方せんに記載された薬剤の合計点数が１５００点以上です【院外処方合計点数：１５１０点】

診療年月に院外処方を行った薬剤及び在宅器材の合計点数がシステム管理にて設定した点数以上となった場合、チェックリストにエラーメッセージの編集を行います。

・院外処方の合計点数は外来と入院（退院時処方）の入力を合計して求めることとし、システム管理の設定以上となった場合は入外両方のチェックリストにエラーメッセージを編集する。
　＜院外処方の入力とエラーメッセージの表示を行うチェックリスト＞
　　外来のみ　…外来チェックリスト
　　入院のみ　…入院チェックリスト
　　入・外両方…外来チェックリストおよび入院チェックリスト

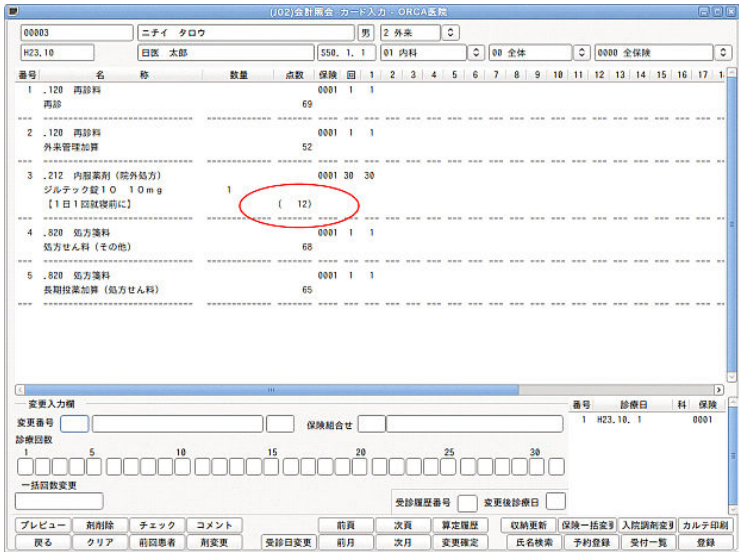
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

＜診療行為＞

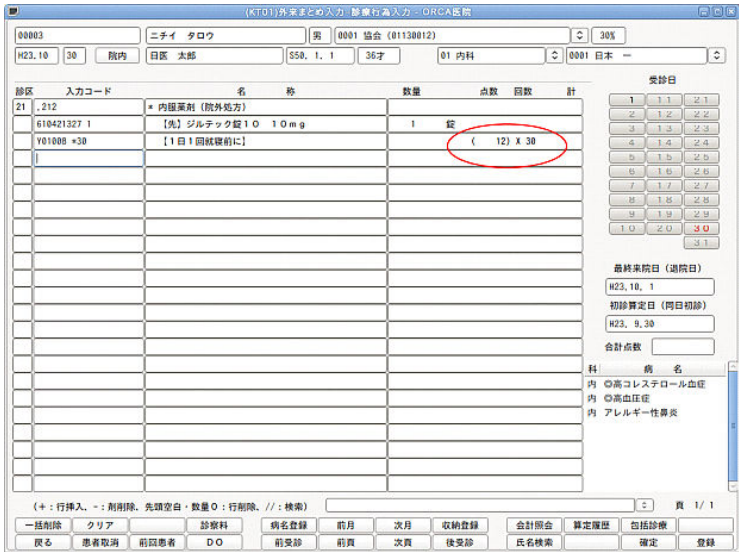


診療行為業務(外来まとめ入力を含む)及び会計照会業務に院外処方の剤点数の確認が出来るように剤点数の表示を括弧付きで行います。

＜会計照会＞



＜診療行為（外来まとめ入力）＞



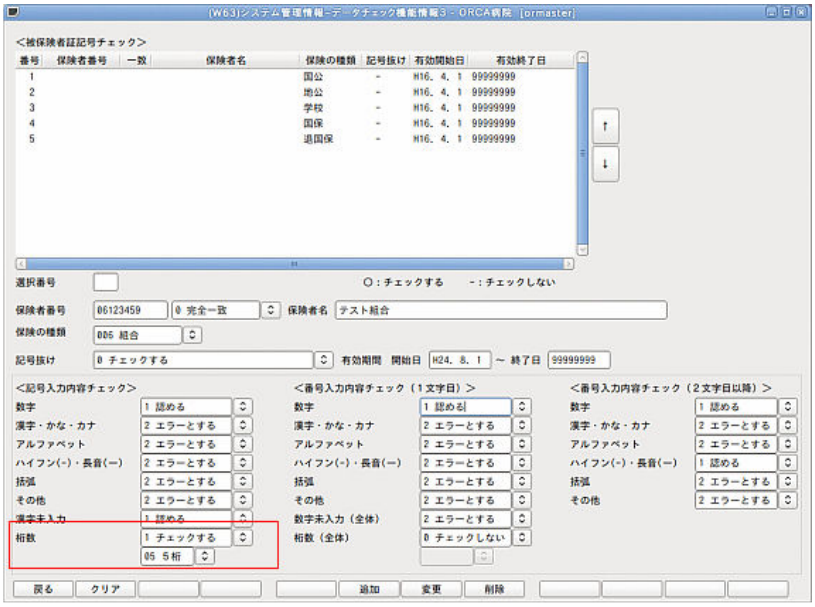
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(4) 保険記号桁数チェック対応(R201209-004)

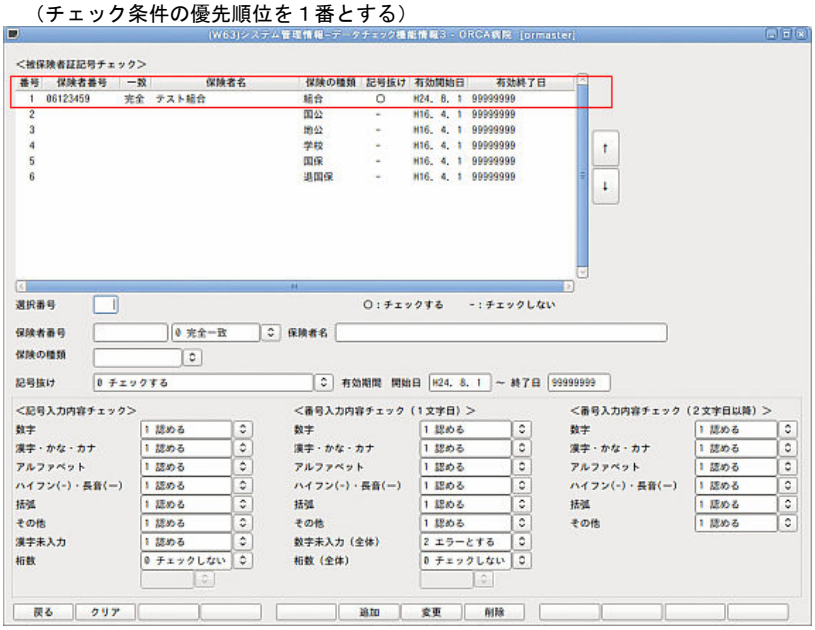
システム管理「1102 データチェック機能情報３」に保険の記号桁数の設定項目を追加します。
データチェックでは設定内容に基づいてチェックを行います。

条件及び範囲
・桁数は１桁～２０桁の範囲で設定可能とします。
・記号がない保険者のチェックについては、従来どおり「記号抜け」チェックコンボボックスの設定で行うこととします。
・また、新たに追加した設定はコラムリストの上から１番目に登録するよう変更を行います。（チェック条件の優先順位を１番とする）

処理詳細
１．システム管理「1102 データチェック機能情報３」に保険の記号桁数の設定項目を追加する。
　　桁数は１桁～２０桁の範囲で設定可能とする。

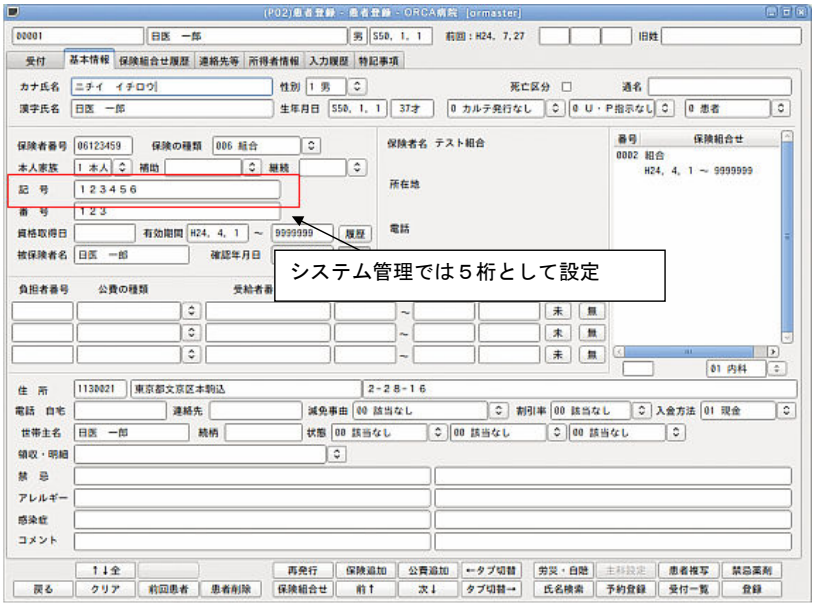


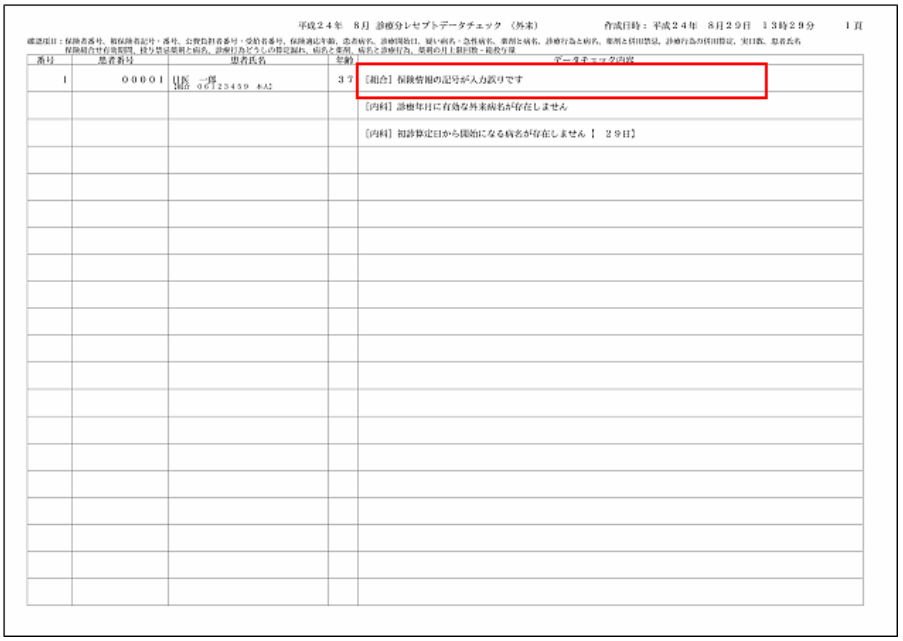
２．新たに追加した設定はコラムリストの上から１番目に登録するよう変更を行う。
　（チェック条件の優先順位を１番とする）



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

３．データチェックでは設定内容に基づいてチェックを行う。





Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(5) チェックマスタ未登録薬剤チェック対応(R201209-005)

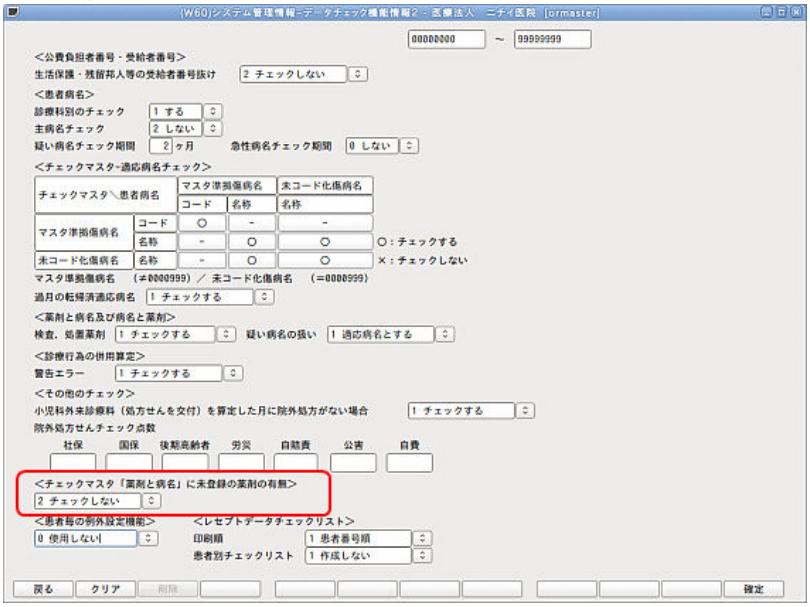
データチェック時にチェックマスタ「薬剤と病名」に未登録の薬剤がある場合、エラーリストにその旨編集を行う機能を実装します。

■条件及び範囲

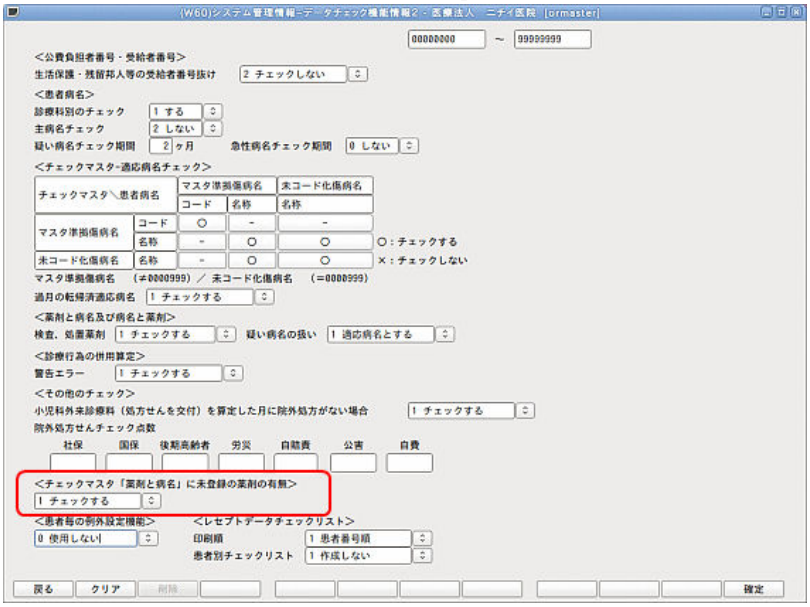
・データチェック時にチェックを行うか否かの設定をシステム管理「1101 データチェック機能情報２」に追加する。初期値は「2 チェックしない」とする。
・未登録薬剤のチェック条件およびチェック対象は下記のとおりとする。
　＜チェック条件＞
　・システム管理の設定が「1 チェックする」であること。
　・データチェックで「薬剤と病名」のチェックが行われること。
　＜チェック対象＞
　・データチェック対象患者に対して入力のあった薬剤
・未登録薬剤のエラーメッセージはエラーリストの最後に編集を行う。エラーリストの氏名欄は「その他」と編集を行う。
・印刷順に「保険、患者番号順」または「保険、カナ氏名順」が選択された場合、各保険のエラーリストを出力後、当該チェック分のエラーリストを改ページして出力する。

処理詳細

・データチェック時にチェックを行うか否かの設定をシステム管理「1101 データチェック機能情報２」に追加する。初期値は「2 チェックしない」とする。

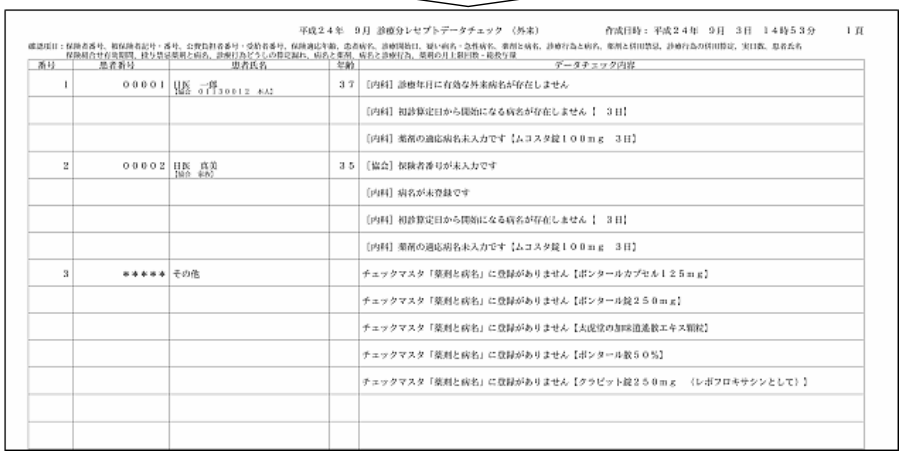


・チェックを行う場合、設定を「1 チェックする」に変更する。



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

・データチェック時、確認項目「薬剤と病名」が選択されている場合、未登録薬剤のチェックを行う。
未登録薬剤のエラーメッセージはエラーリストの最後に編集を行い、エラーリストの氏名欄は
「その他」と編集を行う。



・印刷順に「保険、患者番号順」または「保険、カナ氏名順」が選択された場合、各保険のエラー
リストを出力後、当該チェック分のエラーリストを改ページして出力する。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

１－１１　４２明細書

(1) 点検用レセプト設定画面の新設

点検用レセプトの設定について、システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」に点検用タブ画面を新設し、
その画面内で編集可能とします。

点検用レセプト記載設定・・・「レセプト・基本１」タブ画面から移動しました。

医師名記載区分（新設）・・・詳細は「 レセプトへの医師名記載」の項を参照してください。

(2) レセプトへの医師名記載

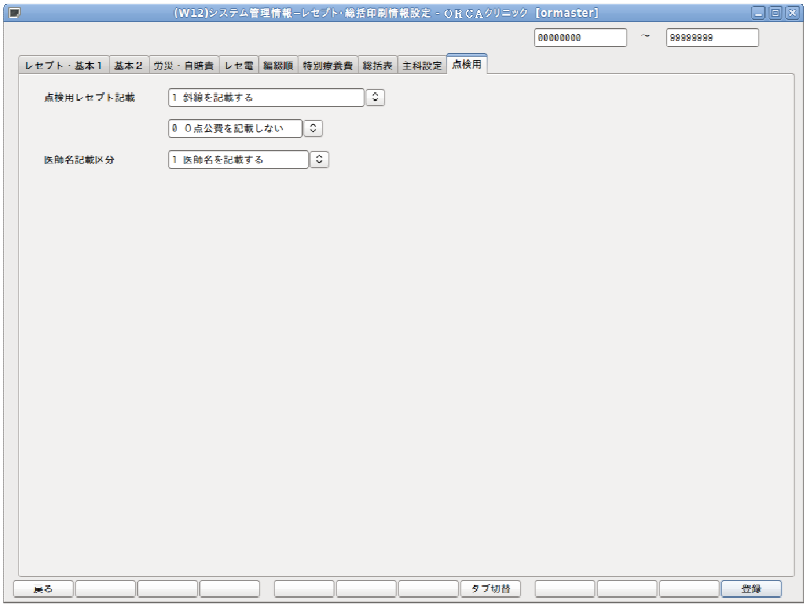
システム管理の設定に従い、点検用レセプト作成時にレセプトへ医師名記載を可能とします。

条件及び範囲

１．システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」に新設した「医師名記載区分」の設定により、点検用レセプト作成時にレセプト上部へ医師名の記載を行うことを可能とします。デフォルトは「0 医師名を記載しない」です。
２．システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の医師別出力設定を「1 医師別出力をする」と設定した場合のみ、「医師名記載区分」に「1 医師名を記載する」と設定することが可能です。
３．医師名の記載は10文字迄とし、該当する医師コードがシステム管理に存在しない場合は医師名の記載は行いません。
４．点検用レセプトの一括作成時またはレセプトのリアルタイムプレビュー時に医師名の記載を行います。
ただし、システム管理「1038 診療行為機能情報」「1043 会計照会機能情報」のレセプトプレビューの設定が「2 院外処方含む」の場合のみとします。
５．平成 20 年 4 月診療分以降の医保分レセプトのみ対象です。

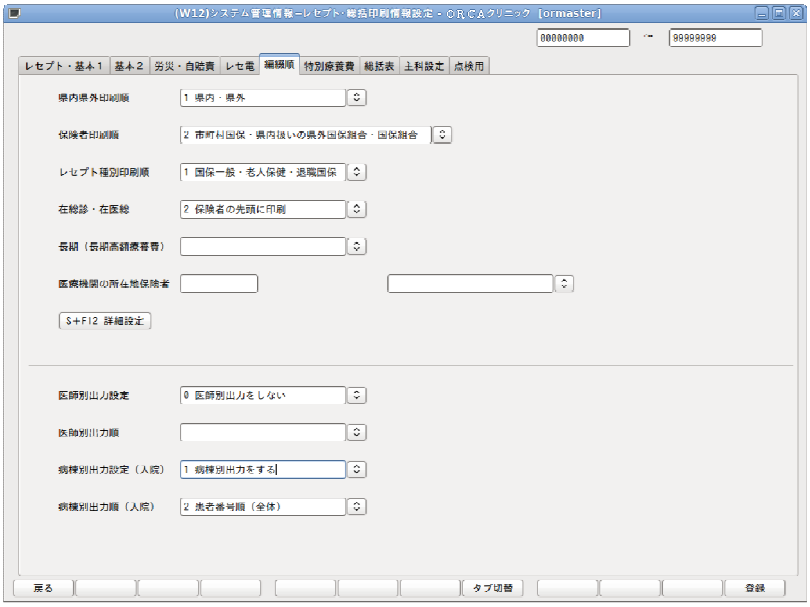
処理詳細

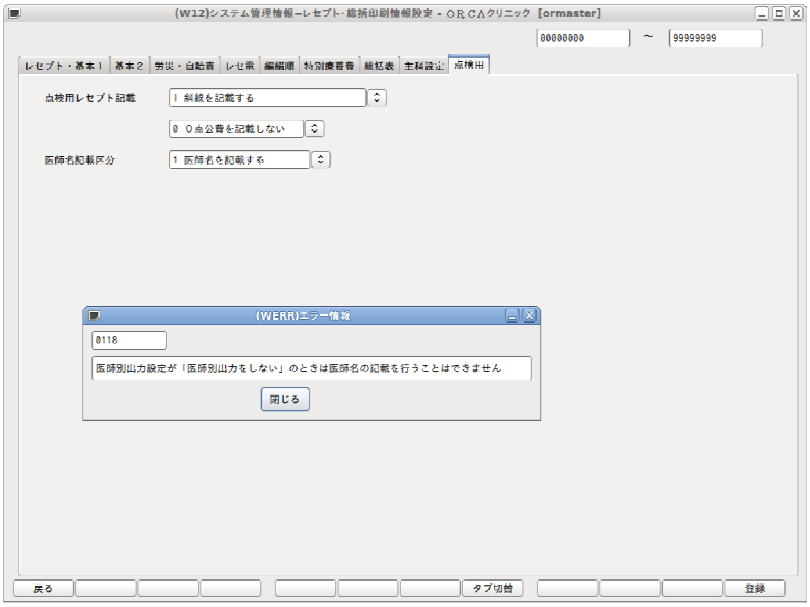
１．システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の「医師名記載区分」を「1 医師名を記載する」と設定する。



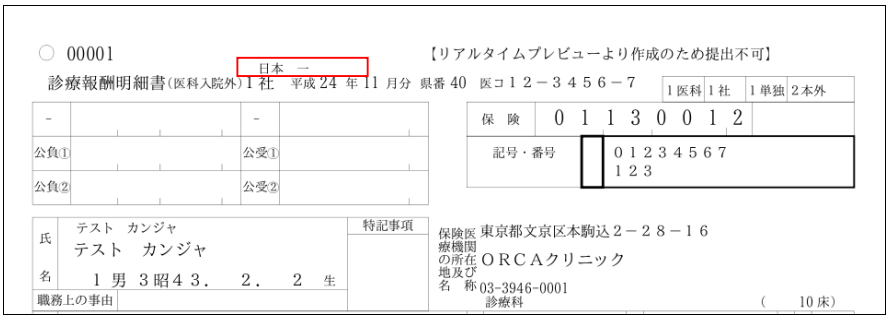
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の医師別出力設定を「0 医師別出力をしない」と設定されている場合、「医師名記載区分」を「1 医師名を記載する」と設定することはできません。





リアルタイムプレビューでの医師名記載例



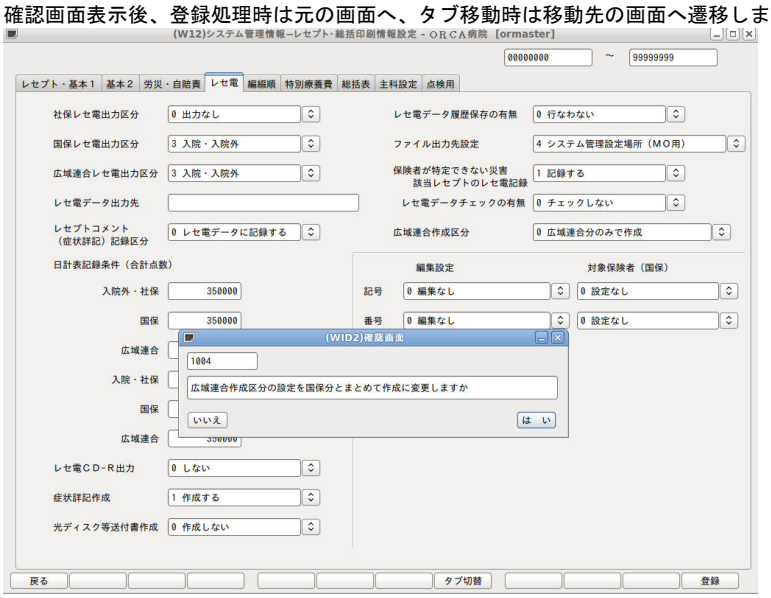
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(3) レセ電作成設定時の広域連合作成区分の警告表示対応(R201107-007)

システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の広域連合レセ電出力区分の設定が「0 出力なし」以外のとき、広域連合作成区分の設定が「1 国保分と広域連合分をまとめて作成」以外なら「1 国保分と広域連合分をまとめて作成」に変更するか確認画面の表示を行います。国保レセ電出力区分も同様とします。
確認画面表示後設定の変更がなければ、上記の条件にあてはまる場合でも確認画面の表示は行いません。
システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の初回登録時、広域連合作成区分の初期表示を「2 国保分と広域連合分をまとめて作成」とします。

処理詳細
1．システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」を初期登録する場合、広域連合作成区分は「1 国保分と広域連合分をまとめて作成」を初期表示します。
※広域連合作成区分は日レセ ver4.7 からレセ電タブ画面に設定箇所を移動しました。（ver4.6 迄はレセプト・基本１タブ画面でした）

登録時またはタブ移動時に広域連合作成区分が「1 国保分と広域連合分をまとめて作成」以外の設定で、国保レセ電作成区分または広域連合レセ電作成区分の設定が「0 出力しない」以外のときは確認画面の表示を行います。
確認画面表示後、登録処理時は元の画面へ、タブ移動時は移動先の画面へ遷移します。



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

「はい」を選択した場合「1 国保分と広域連合分をまとめて作成」に変更します。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(4) 自費入院時の入院歴表示有無指定（外来レセ）(R201107-008)

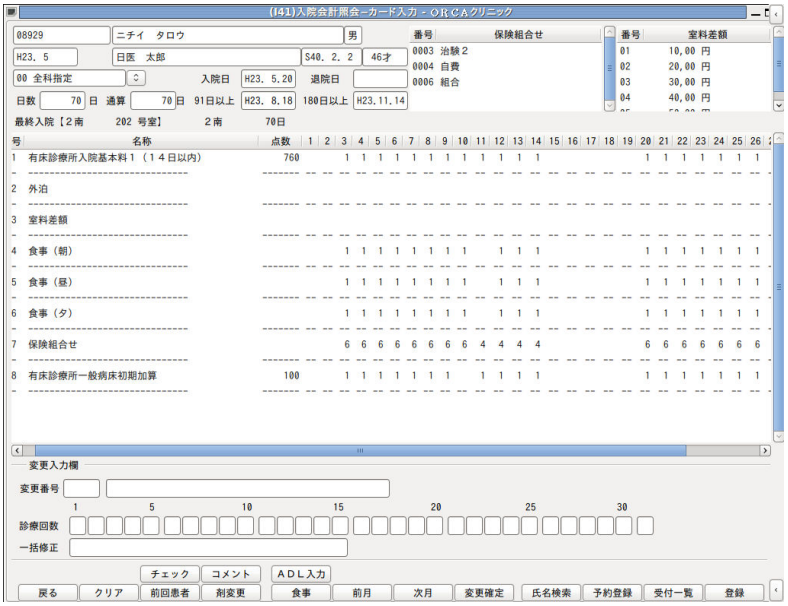
システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の入院履歴記載区分（入院外）の設定により、外来レセプトの自費入院の入院歴の記載の有無を設定とします。

1．システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の入院履歴記載区分（入院外）が「1 入院履歴を記載する」の設定のとき、外来レセプトに自費入院分の入院歴記載を行います。
2．システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の入院履歴記載区分（入院外）の設定が「2 入退院履歴を記載する（自費入院分は除く）」のとき、外来レセプトに自費入院分の入院歴の記載は行いません。

処理詳細

1．システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の入院履歴記載区分（入院外）

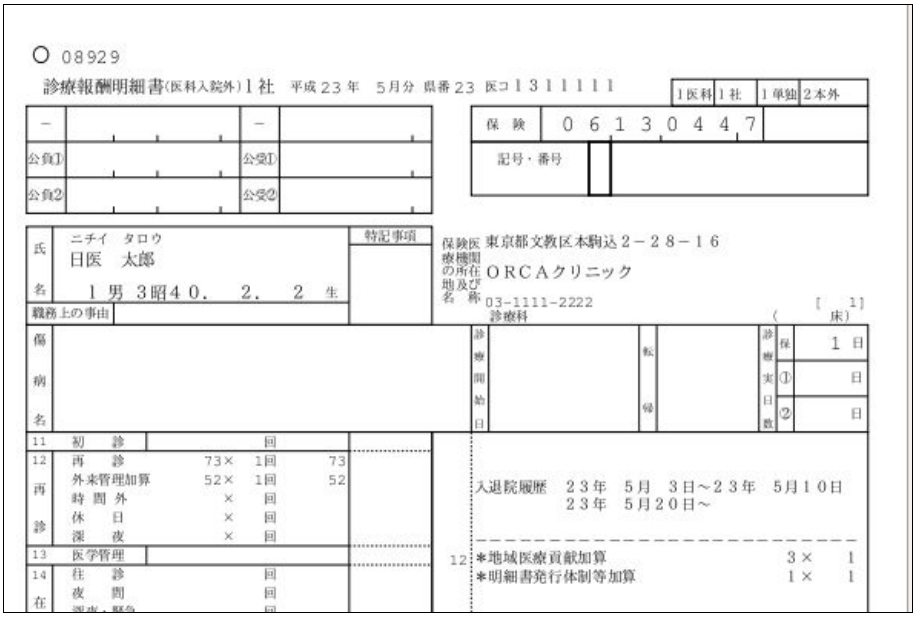
2．自費と自費以外で入院した場合



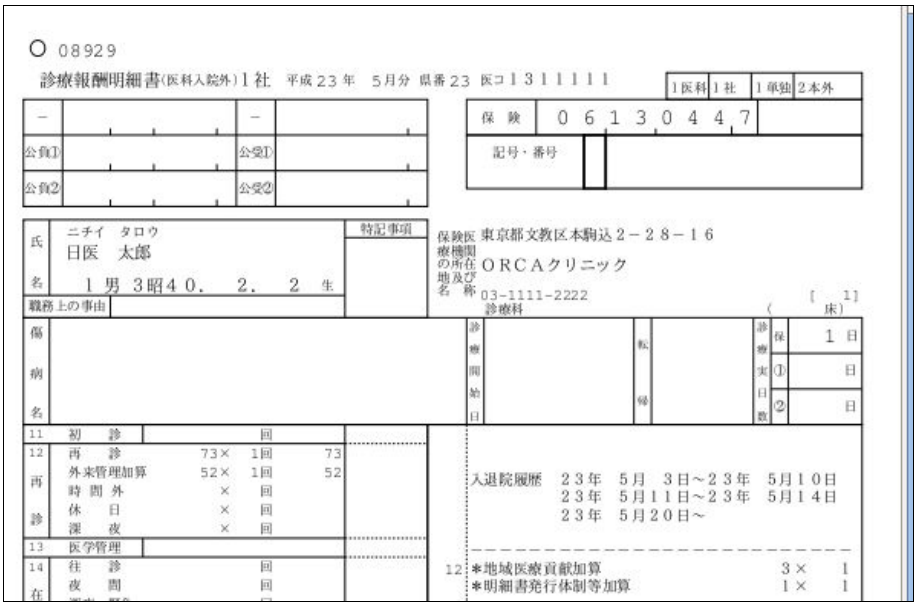
健保入院
　５月３日～５月１０日
　５月２０日～継続
自費入院
　５月１１日～５月１４日

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

「2 入退院履歴を記載する（自費入院分は除く）」の設定のとき、自費以外の入院歴の記載を行います



「1　　入退院履歴を記載する」の設定のとき、全ての入院歴の記載を行います



(5) 複数リハビリ開始日・リハビリコメントの対応(K201109-001)

算定履歴の各リハビリテーション開始日とリハビリコメント登録画面から登録したコメント毎に終了日付を設定する。
各リハビリテーション終了日算定日と共に設定した終了日もレセプト表示等の対象とする。

1．算定履歴の履歴登録画面から登録されている各リハビリテーション開始日毎に終了日付を登録する。
　また、リハビリコメント登録画面からも同様に登録ができる。
　同じ同月で複数日の算定日がある時は、リハビリコメント登録画面から算定日毎に終了日付を登録する。この場合、履歴登録画面からの登録はできない。
　診療行為画面から登録した各リハビリテーション開始日の算定履歴にも終了日付の登録はできる。
　なお、各リハビリテーション終了日コードの算定がある時に、履歴登録画面から終了日付を入力する場合は終了日コード算定日より前の日付のみ登録可能とする。

2．履歴登録画面に各リハビリテーション開始日に対する終了日付を表示する。
　終了日付がリハビリテーション終了日の算定日である時は日付の横に”（診）”を表示する。

3．リハビリコメント登録で登録したコメントの一部をレセプト表示終了とする時は、コメント毎に終了日付を登録する。
　すべてのコメントに対して終了日付を設定した時は、必ず、算定日毎の終了日付の設定を行うこととする。

4．診療行為での各リハビリ継続中の判断は、各リハビリテーション終了日コード登録日と算定日毎の終了日付で行う。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

５．診療行為画面に表示する各リハビリ開始は、リハビリテーション終了日コードの登録日と算定日毎の終了日付でリハビリ継続中を判定する。
この表示は初期表示時点の内容となるので、履歴登録画面で終了日を設定しても表示内容に反映はしない。

６．診療行為から登録したリハビリ開始日に算定履歴からリハビリコメント・終了日を登録した後で、該当の剤を削除した場合はリハビリコメント・終了日も削除する。
但し、会計照会の剤変更でコードを変更した時の対応はできないので、先にリハビリコメントを削除してから修正をすること。
また、会計照会から直接、算定履歴画面へ遷移できるようにした。

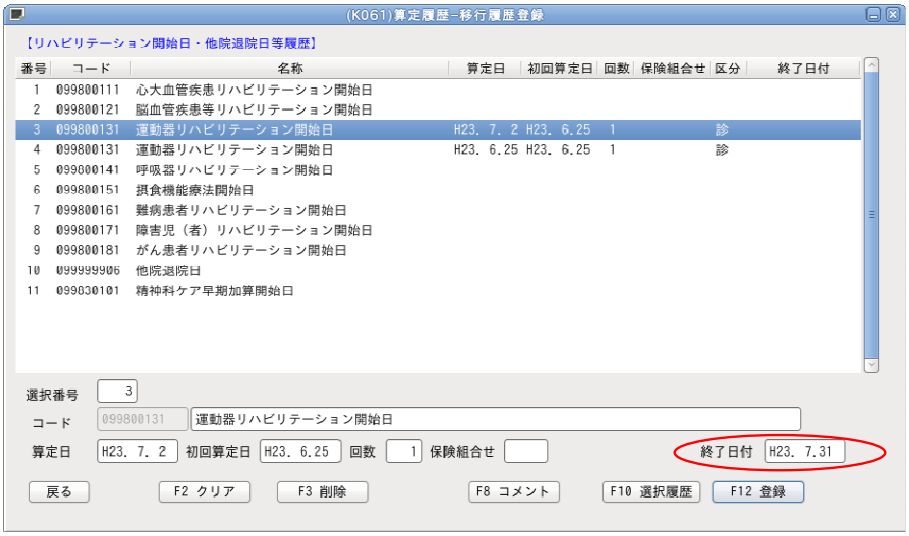
処理詳細
１．６月２５日開始の運動器リハビリが継続中

２．７月２日に新たな運動器リハビリテーション開始日を登録する。

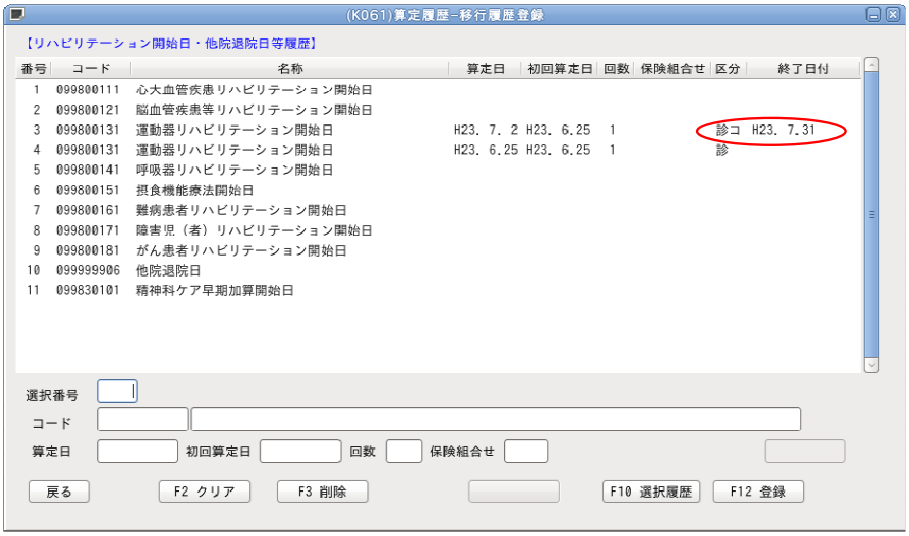
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

３．次回から運動器リハビリ開始が７月２日となる。

４．算定履歴の履歴登録にて、７月２日の運動器リハビリ開始日に終了日付を入力して登録する。

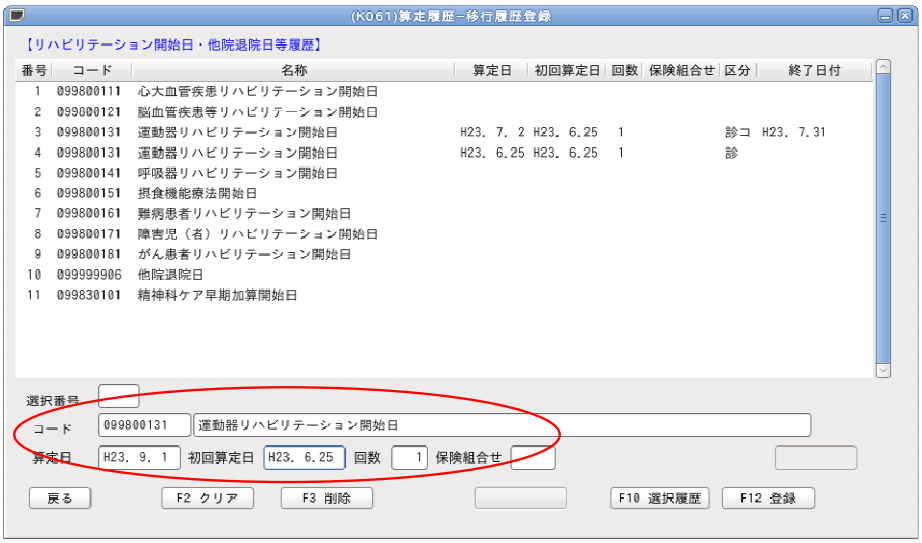


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

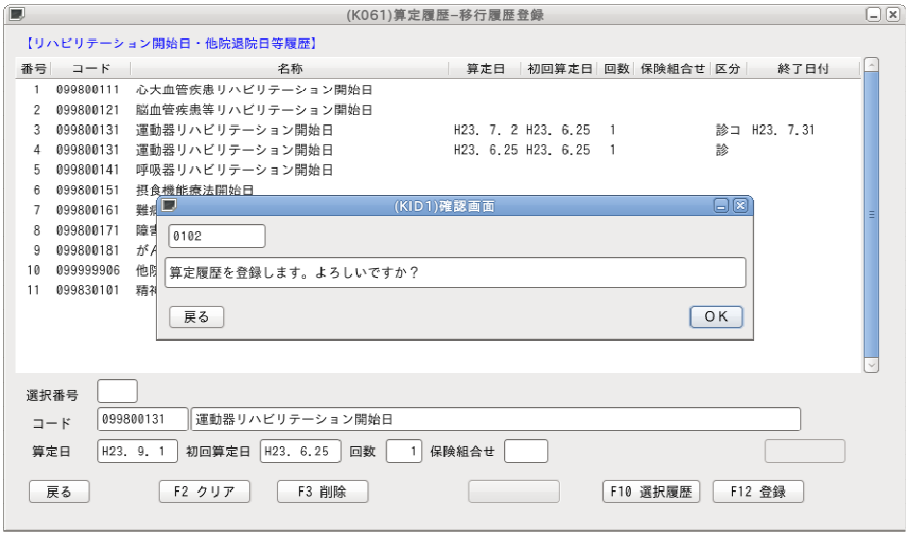


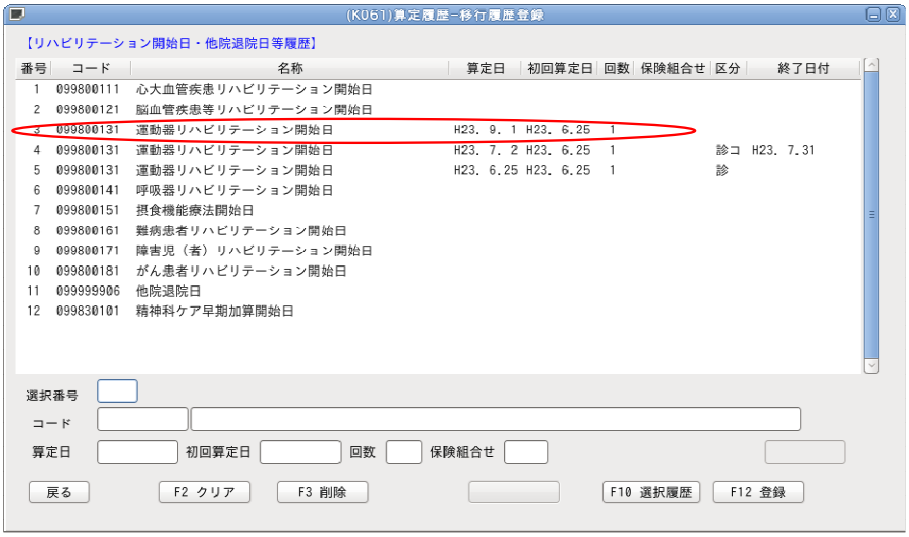
５．診療行為で、再度、患者番号を入力して再表示を行うと、運動器リハビリ開始日が６月２５日開始で表示される。

６．算定履歴の履歴登録にて、運動器リハビリ開始日を登録する。

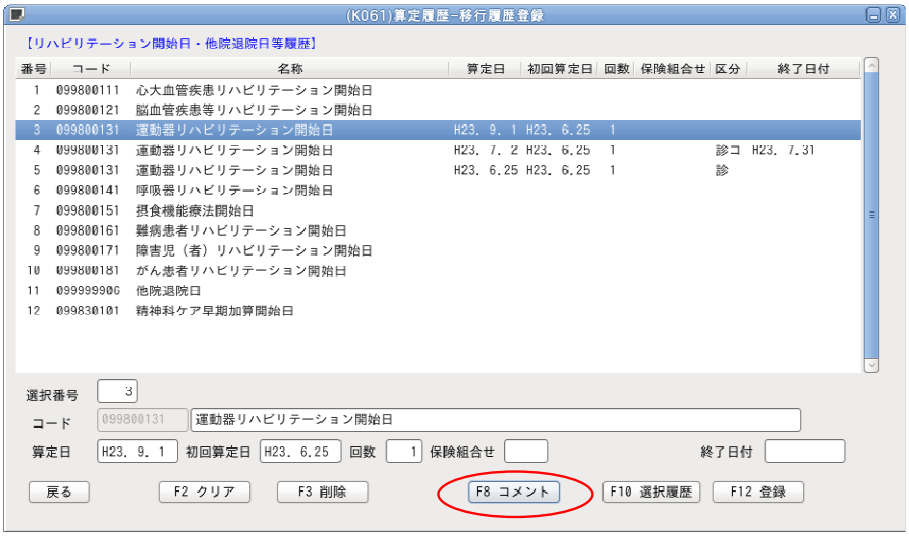


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

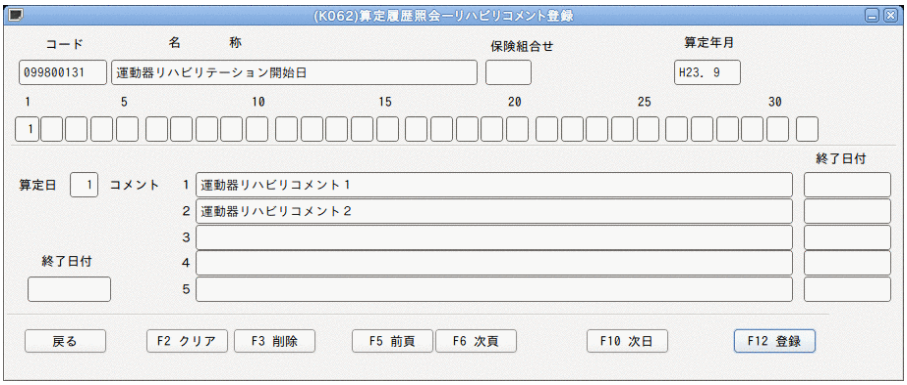


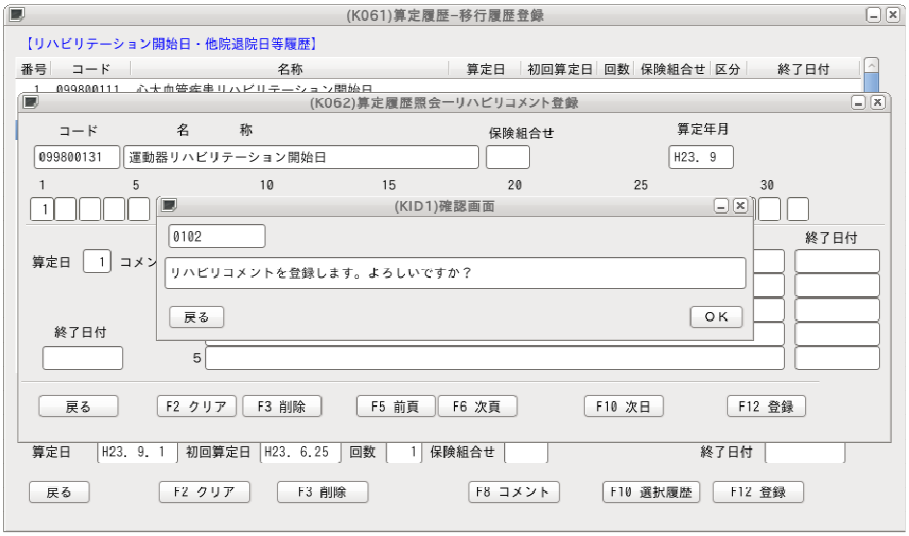


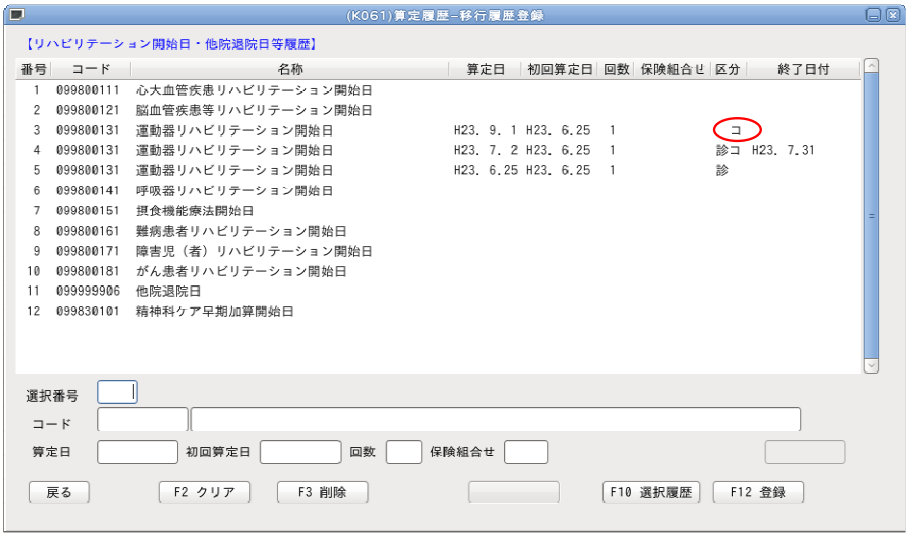
7．リハビリコメントを登録する。



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

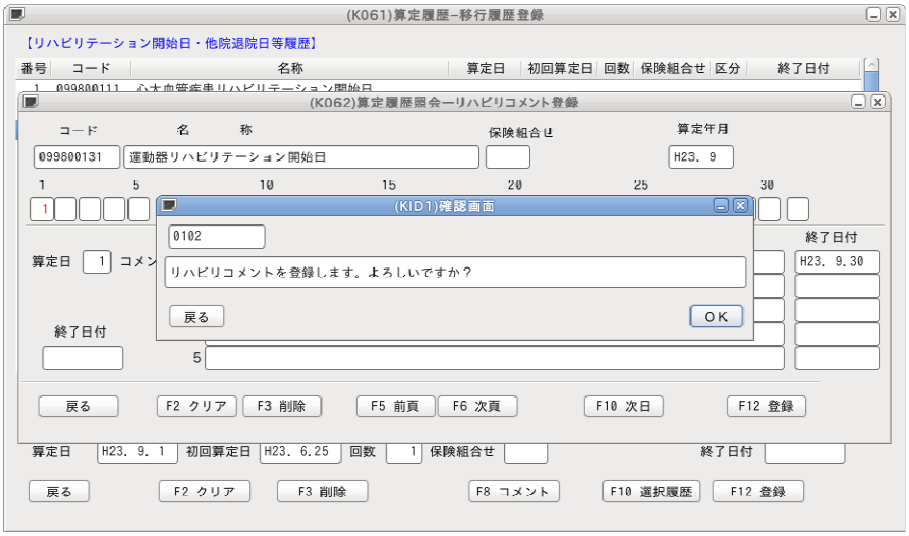




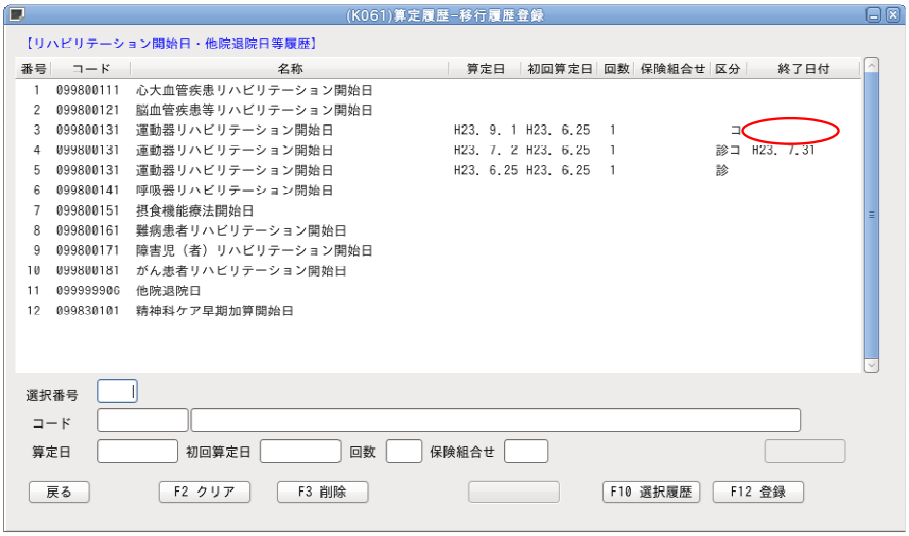


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

８．リハビリコメントの終了日を登録する。



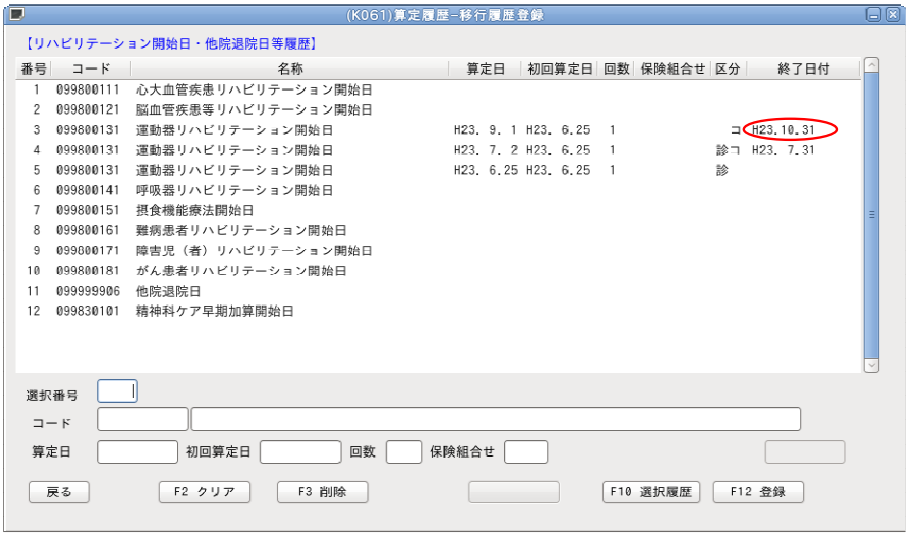
履歴登録画面（リハビリの終了とはなりません）



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

９．リハビリコメント登録画面にて、９月１日の運動器リハビリ開始日に終了日付を入力して登録する。

履歴登録画面（リハビリが終了となります）



１０．レセプトの記載例（７月・９月・１０月・１１月レセプト）

＜運動器リハ開始日＞

・６月２５日

・７月　２日（終了日　　７月３１日）

・９月　１日（終了日　１０月３１日）（リハビリコメント１の終了日　９月３０日）

＜運動器リハ算定日＞

６月２５日、７月２日、９月１日、１０月３日、１１月４日

＊＊　　７月レセプト　＊＊

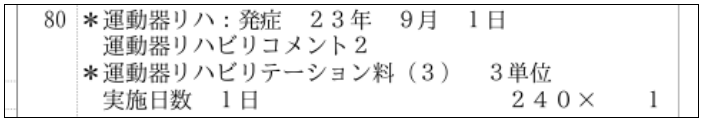
80	＊運動器リハ：発症　２３年　７月　２日 骨折（手） ＊運動器リハビリテーション料（３）　３単位 実施日数　１日　　２４０×　１

＊＊　　９月レセプト　＊＊

80	＊運動器リハ：発症　２３年　９月　１日 運動器リハビリコメント１ 運動器リハビリコメント２ ＊運動器リハビリテーション料（３）　３単位 実施日数　１日　　２４０×　１

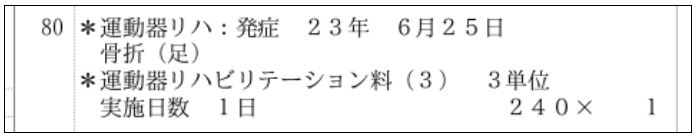
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

＊＊　１０月レセプト　＊＊



※リハビリコメント１は、９月で終了の為、１０月レセプトには記載されない。

＊＊　１１月レセプト　＊＊



※７月２日と９月１日の開始日はそれぞれ８月と１０月で終了の為、１１月レセプトには
６月２５日の開始日が記載される。

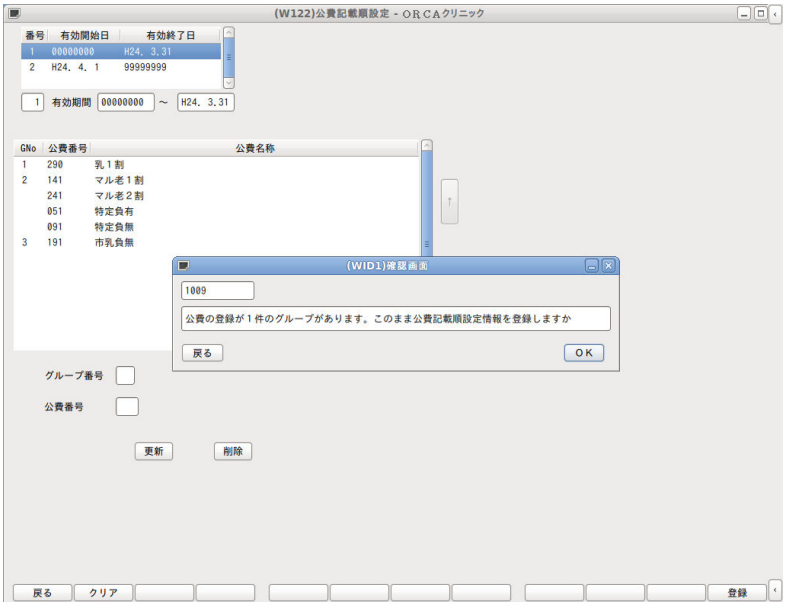
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(6) 地方公費レセプト記載順設定対応(K201202-002)
レセプトの公費欄について、地方公費は公費番号順に記載を行っているが、都道府県により併用する全国公費又は地方公費によって記載順が異なる場合がある。
要望のあった記載順についてはレセプト処理時に内部で記載順の並び替えを行っているが、システム管理に保険番号により公費の記載順の設定を行うことにより記載順の変更を可能とする。
システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」から「S+F10 公費記載順設定」(Shift+F10)を押下して「W122 公費記載順設定画面」に遷移し、公費の記載順の設定を可能とする。
グループ毎に異なる地方公費の記載順の設定を行うことを可能とする。
同一グループに全国公費のみの設定を行うことは不可とする。
システム管理に記載順設定を登録後、再度レセプト作成を行う必要がある。
既に要望によりアプリケーションで内部的に記載順の変更を行っている都道府県についてはこのままとするが、記載順変更等によりシステム管理への記載順設定の登録を行われた場合、システム管理の設定を優先とする。

※内部的に記載順変更を行っている県と公費(左の公費から順に記載)
・北海道　２９０＋１９１
・愛知県　１９１＋０１２
・長崎県　１８６＋０１２
・山梨県　２４１＋１４３
・山梨県　１４１、２４１＋０５１、０９１
・東京都　０２１＋１９３＋１８２
・東京都　１８２＋１８０
県についてはシステム管理の都道県番号を条件としている。

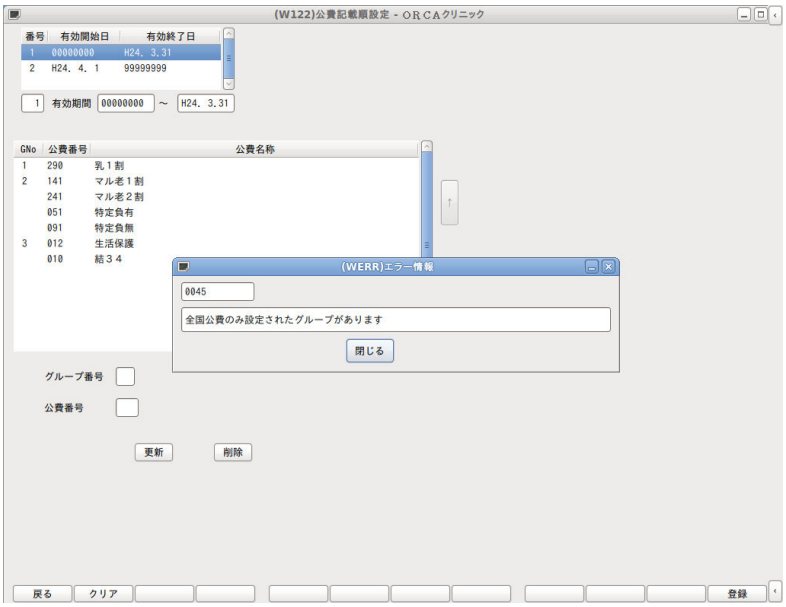
・条件及び範囲
１．システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」から「Shift+F10」で「W122 公費記載順設定画面」に遷移し、公費記載順の設定を行う。
２．設定できる公費は保険番号マスタの「保険公費種別区分」が「5 生活保護」「6 単独公費」「7 一般公費」のいずれかの場合のみ可能とする。
３．同一グループに地方公費を１つ設定した場合、警告表示後登録を行うことができる。ただし、レセプト処理時に対象外とする。
４．同一グループに全国公費のみの設定した場合、エラーとなり登録を行うことはできない。
５．同じ公費の組み合わせを複数のグループに設定することはできない。
６．システム管理の県番号は条件としない。

処理詳細
１．システム管理「2005 レセプト・総括編集情報」から「S+F10 公費記載順設定」(Shift+F10)を押下して「W122 公費記載順設定画面」に遷移し、公費の記載順の設定を行う。

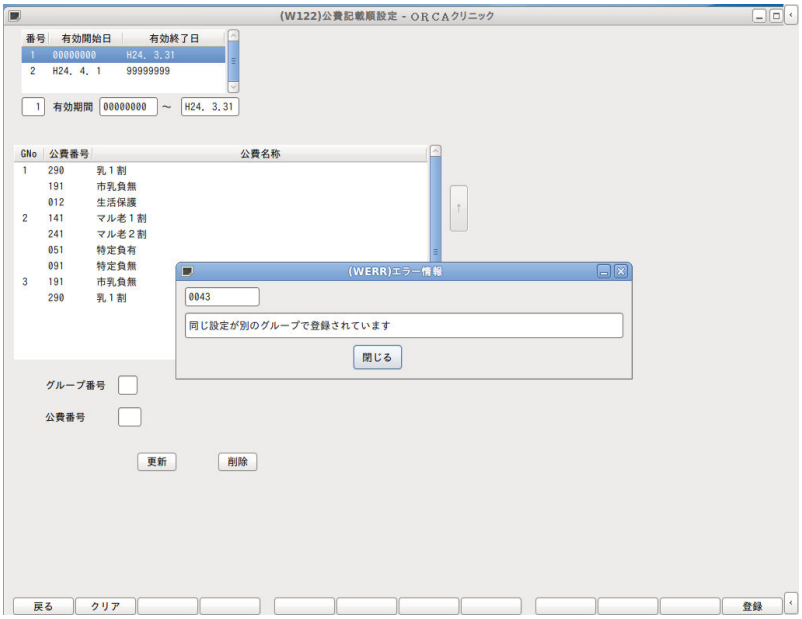


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

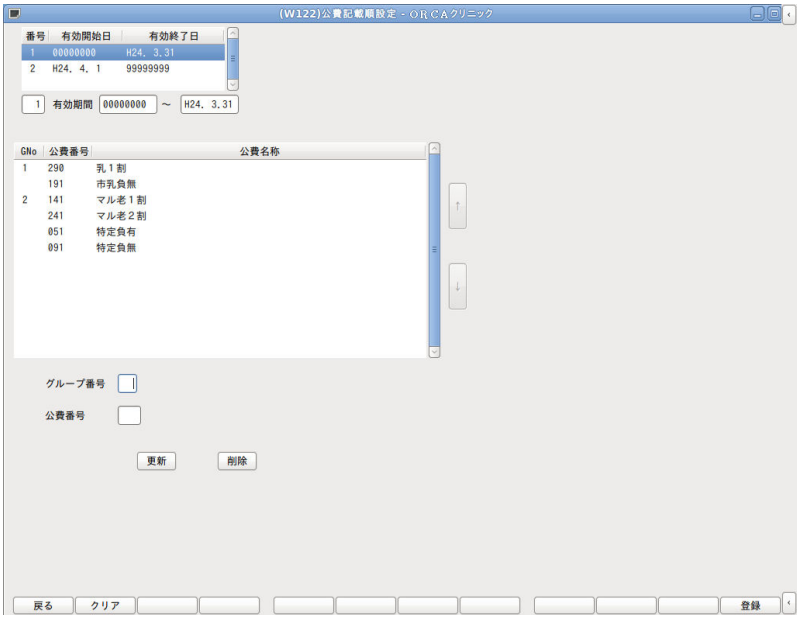
同一グループに地方公費を１つ設定した場合、警告表示を行う。



同一グループに全国公費のみの設定した場合、エラーとなる。



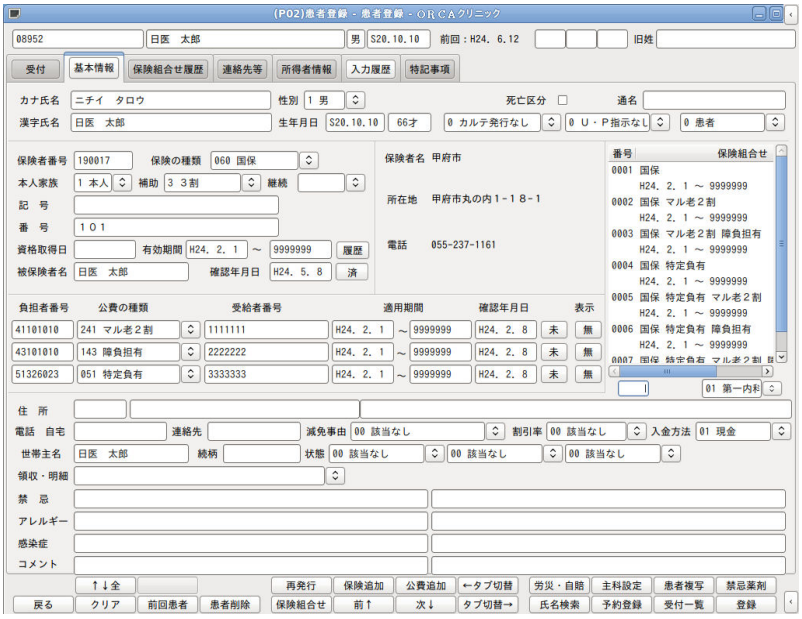
同じ公費の組み合わせを複数のグループに設定した場合、エラーとなる。



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

※内部的に記載順変更を行っている下記について設定
・北海道　２９０＋１９１
・山梨県　１４１、２４１＋０５１、０９１
システム管理の都道府県番号は「13 東京」を設定

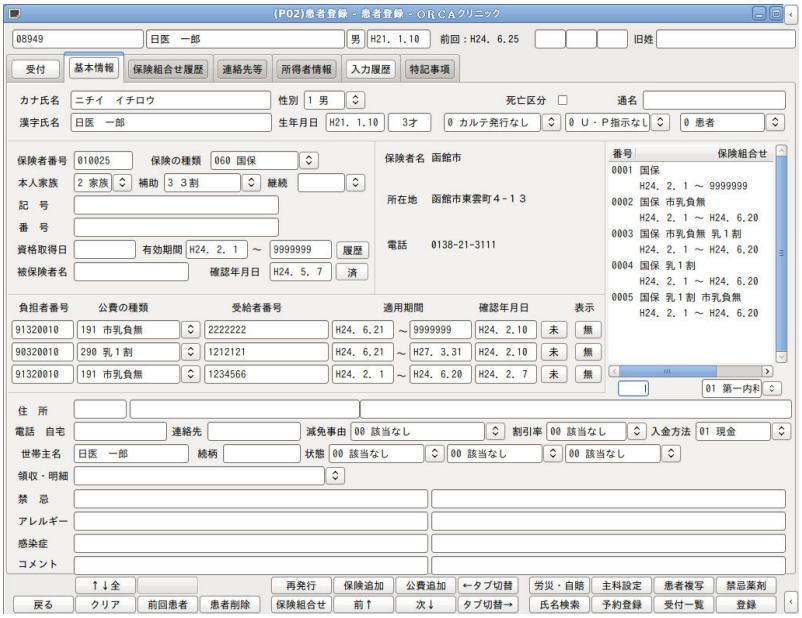
２．レセプト作成を行う。
２４１＋０５１の例（１の設定画面のグループ番号２のケース）



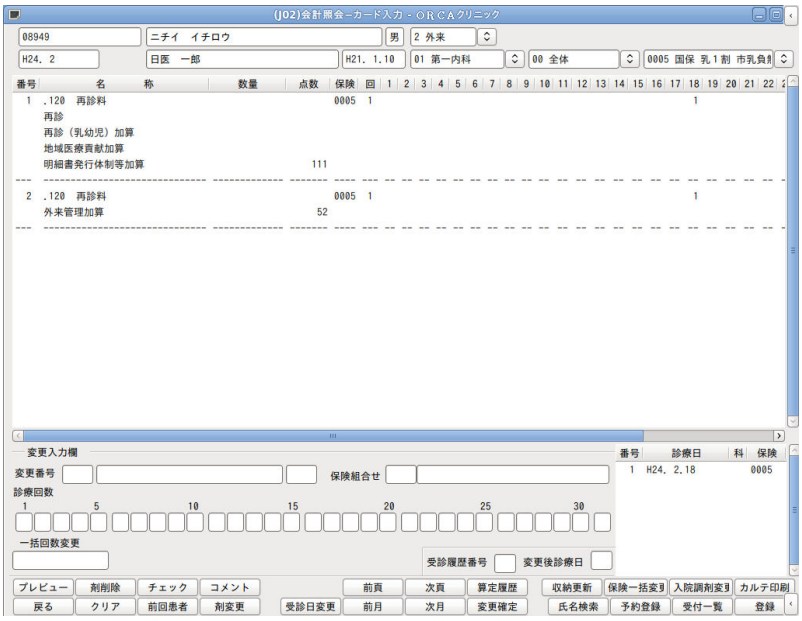
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

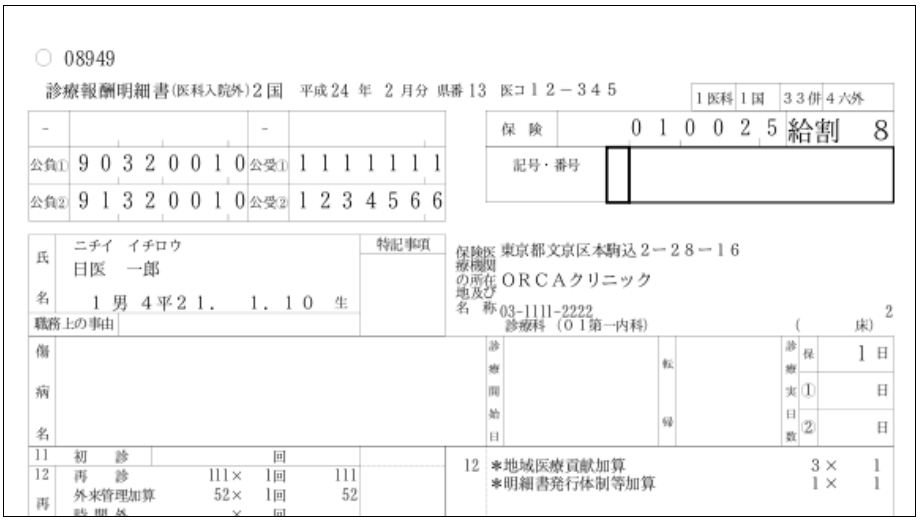
```
RE,4,1132,42402,日医　太郎,1,3201010,70,,,,,08952,,,,,,,,01,,,,,,,,,,,,,
HO,  190017,,１０１,1,125,,,,,,,,
KO,41101010,1111111,,1,125,,,,,,
KO,51326023,3333333,,1,125,0,,,,,
SI,12,4,112007410,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,
SI,,4,112015670,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,
```

２９０＋１９１の例（１の設定画面のグループ番号１のケース）



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.






```
RE,3,1134,42402,日医　一郎,1,4210110,80,,,,,,08949,,,,,,,,01,,,,,,,,,,,,,
HO,  010025,,,1,163,,,,,,,,
KO,90320010,1111111,,1,163,163,,,,,
KO,91320010,1234566,,1,163,160,,,,,
SI,12,4,112007410,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,
```

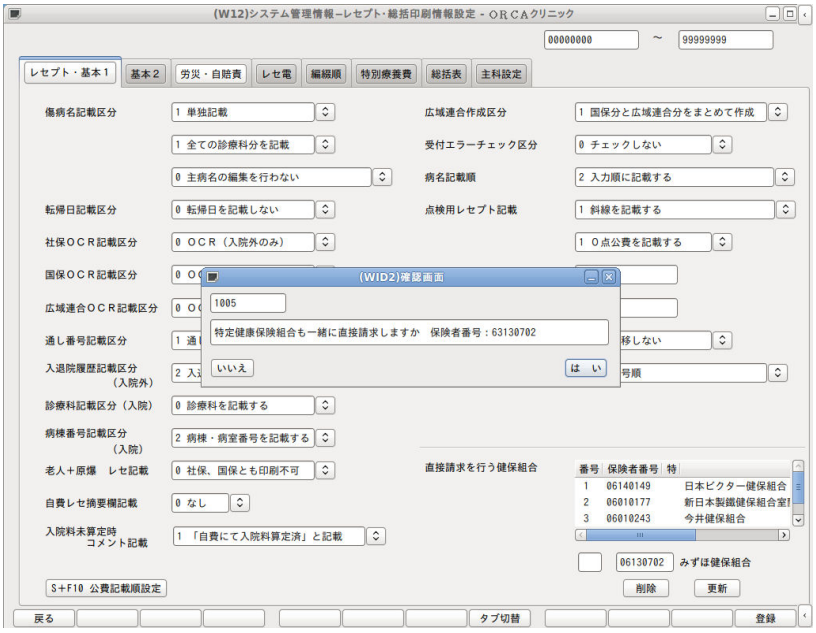

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(7) 健康保険組合への直接請求と審査支払機関請求対応

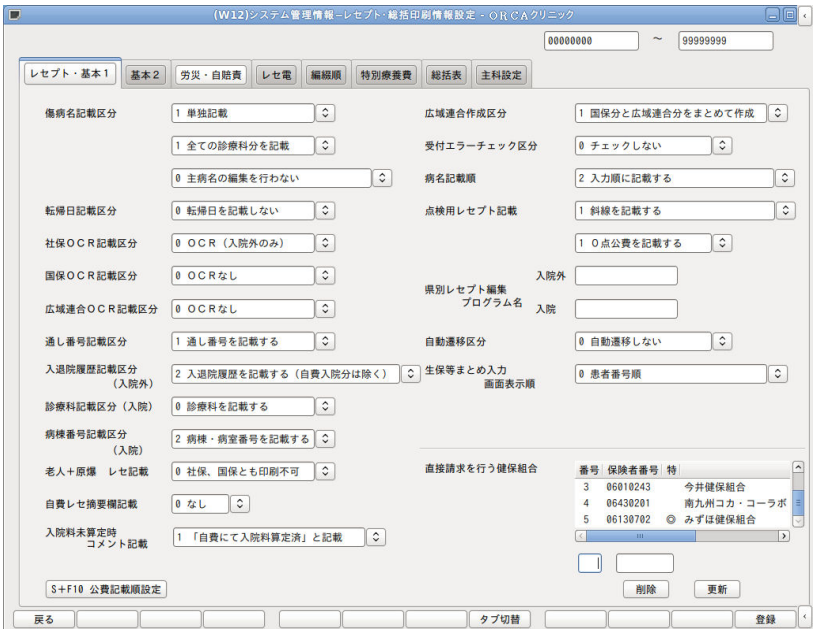
健康保険組合が運営する診療所等において、健康保険組合分と一般分を分けてレセ電データ等を作成することを可能とする。
システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」から直接請求を行う健康保険組合の登録を可能とする。
直接請求を行う健康保険組合を登録後レセプト作成を行った場合、紙レセプトの印刷、レセ電データの作成についてシステム管理に登録した直接請求する各健康保険組合と直接請求する保険者以外とを分けて処理を行うことが可能となる。
ただし、レセプトの個別作成時には紙レセプトの印刷を分けて行うことはできない。
※システム管理登録以前の直接請求を行う健康保険組合に該当するレセプト、レセ電データに関して分けて出力する必要がある場合は、再度レセプト作成を実施する必要がある。

・条件及び範囲
1．システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」から直接請求を行う健康保険組合の登録を行う。
2．この際登録する健康保険組合に特定健康保険組合が存在する場合は、特定健康保険組合も直接請求の対象とするか確認画面で確認を行う。
3．登録可能な健康保険組合は最大 5 件とする。
4．直接請求を行う健康保険組合を登録後レセプト作成を行った場合、直接請求する保険者以外の社保レセプトを 1 頁目、該当するレセプトが存在する健康保険組合(特定健康保険組合も対象とした場合は特定健康保険組合も含む)のレセプトを 2 頁目より健康保険組合毎に表示を行う。
画面上部の総頁右に青字で「直接請求する保険者以外」または該当する健康保険組合名の表示を行う。
5.社保の印刷順が「03 カナ氏名順」「04 患者番号順」「07 カナ氏名順(全体)」「08 患者番号順(全体)」「11 医師別順」「12 病棟別順」のときは、健康保険組合別での表示は行わない。
6．レセプトの個別作成時は社保の印刷順に関わらず、健康保険組合別での表示は行わない。
7．「44 総括表・公費請求書」で社保のレセ電データを作成時、システム管理に登録した直接請求を行う健康保険組合と直接請求する保険者以外を選択し、該当するレセプトのみでレセ電データの作成を行うことができる。
個別指示の社保分についても 7 で選択した保険者番号に該当するレセプトのみ作成対象とする。
8．社保の診療報酬請求書を作成時、システム管理登録後に作成したレセプトについては登録の健康保険組合別に作成を行う。
9．保険請求確認リストを作成時、システム管理登録後に作成したレセプトについては該当する健康保険組合は別に出力を行う。
10．直接請求を行う健康保険組合へのオンライン請求については対応しない。
11．システム管理登録以前に直接請求を行う健康保険組合に該当する月遅れ等ある場合は、再度レセプト作成を行う必要がある。
12．紙レセプト及びレセ電データの作成は、その時点で登録されたシステム管理の情報を基に作成するため、レセプト作成後システム管理の登録を削除および変更しても削除前の状態での出力となる。

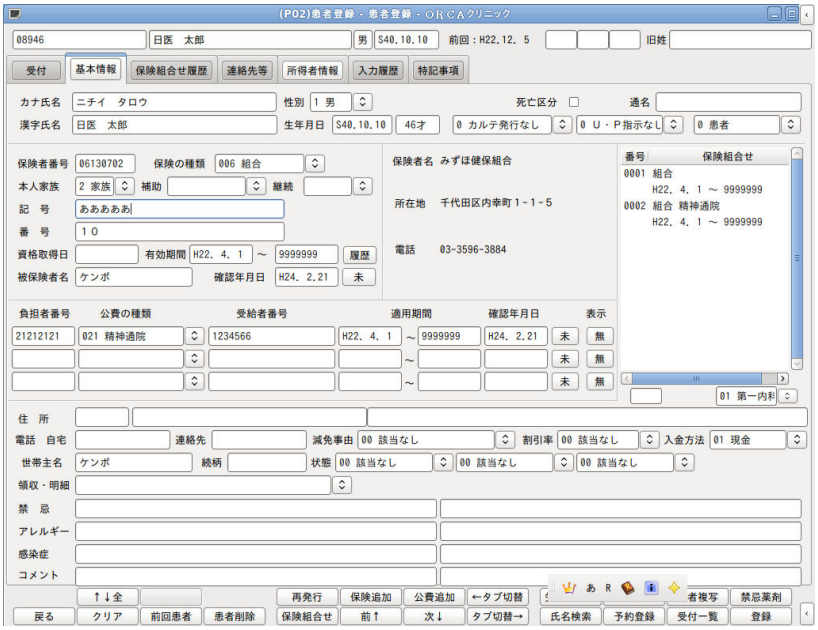
処理詳細
1．システム管理「2005 レセプト・総括編集情報」の直接請求する保険者の登録を行う。
登録する健康保険組合が特定健康保険組合として許可されている場合、特定健康保険組合も登録する健康保険組合と一緒に直接請求を行うか確認画面の表示を行う。



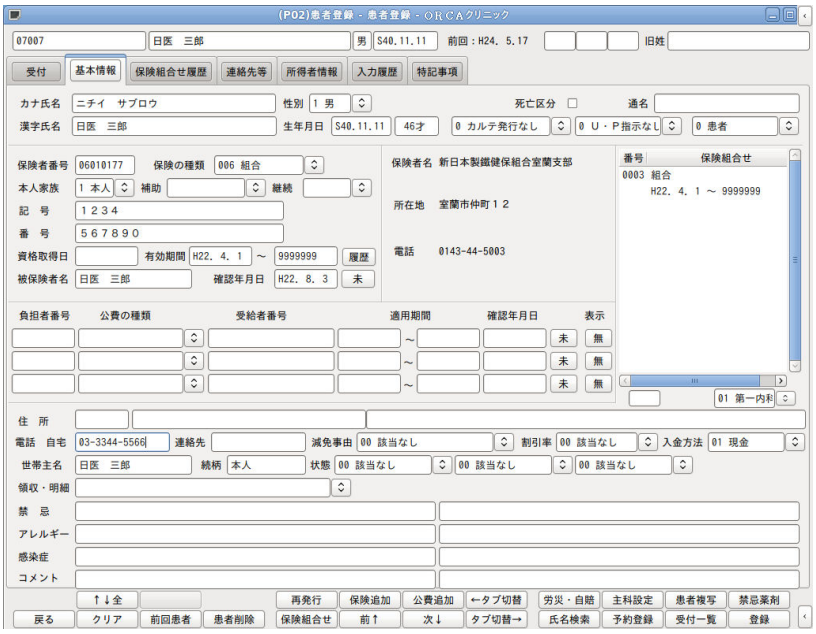
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

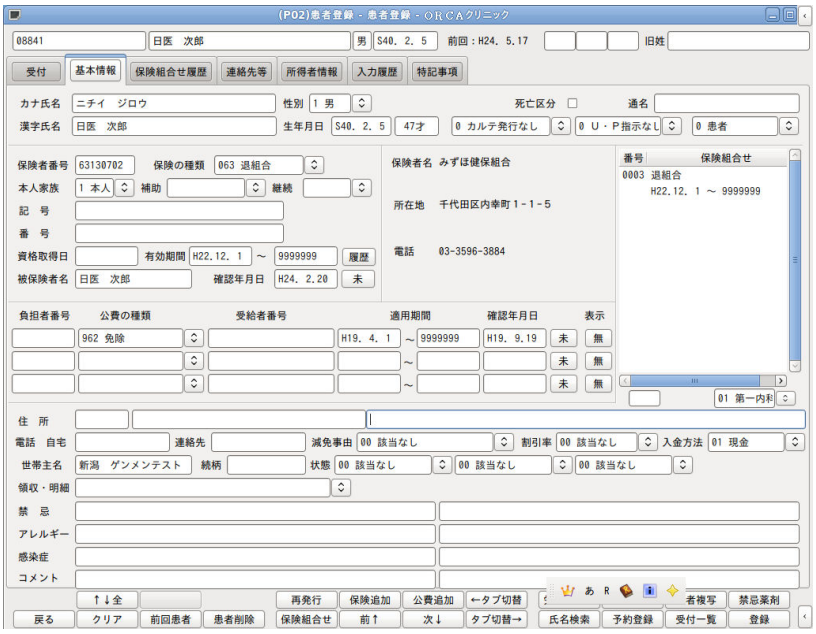


2．直接請求する保険者に登録した健康保険組合に該当するレセプトも交えてレセプト作成を行う。



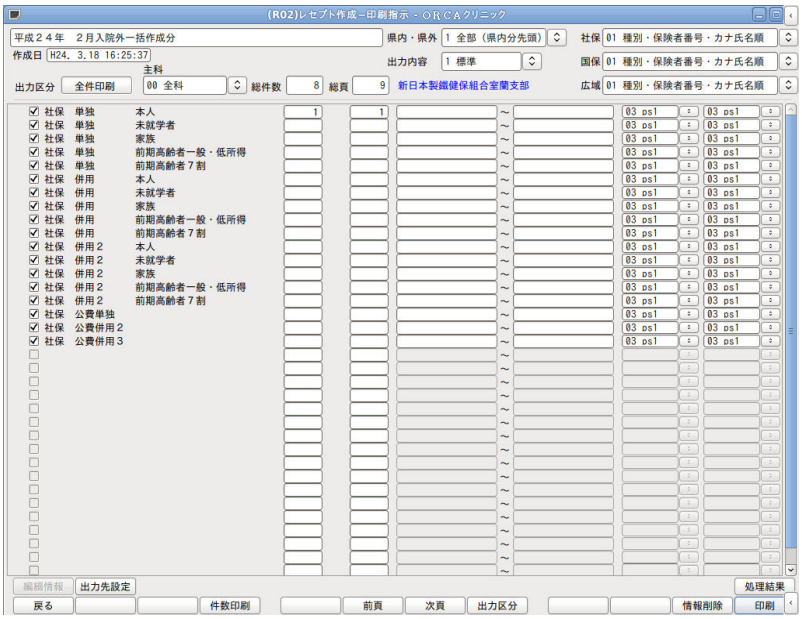
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

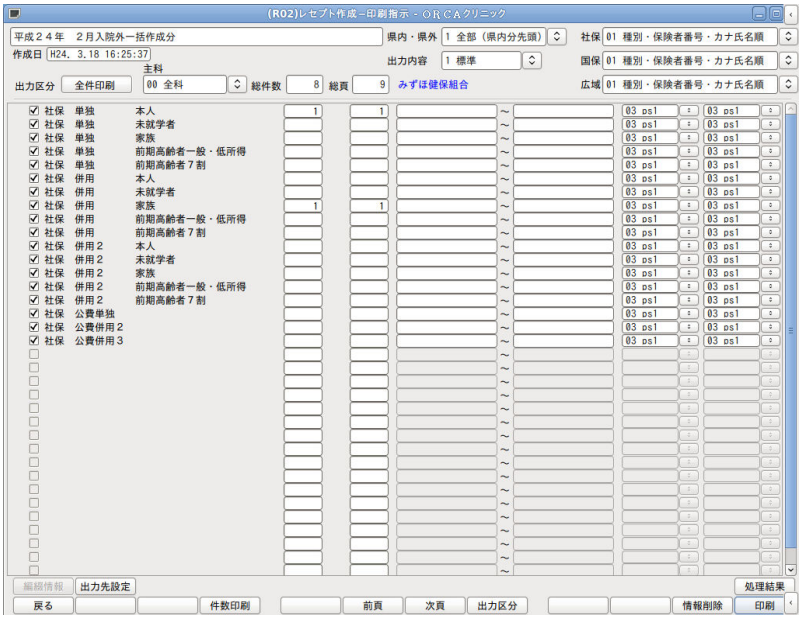




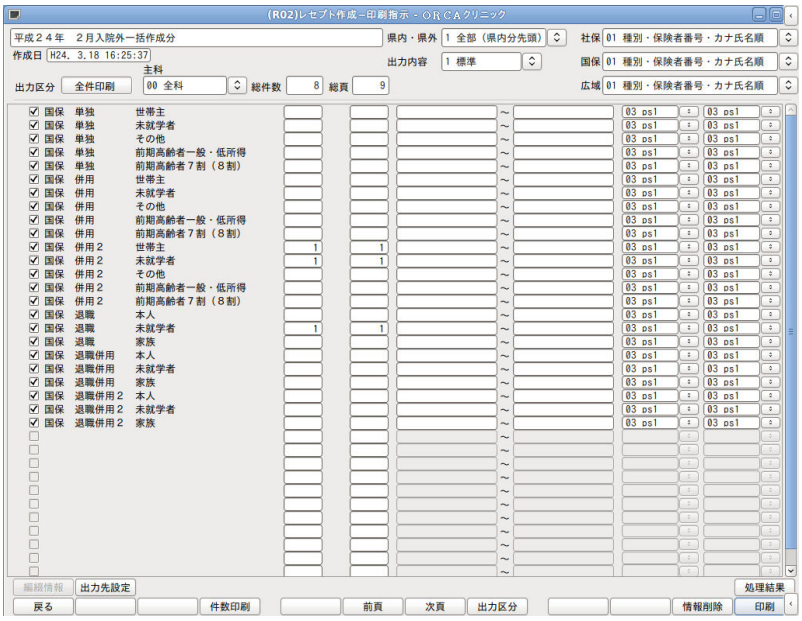
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

社保の印刷順が「01 種別・保険者番号・カナ氏名順」のとき、「直接請求する保険者以外」に続いて該当するレセプトが存在する直接請求する保険者に登録した健康保険組合のみ健康保険組合別に表示を行う。





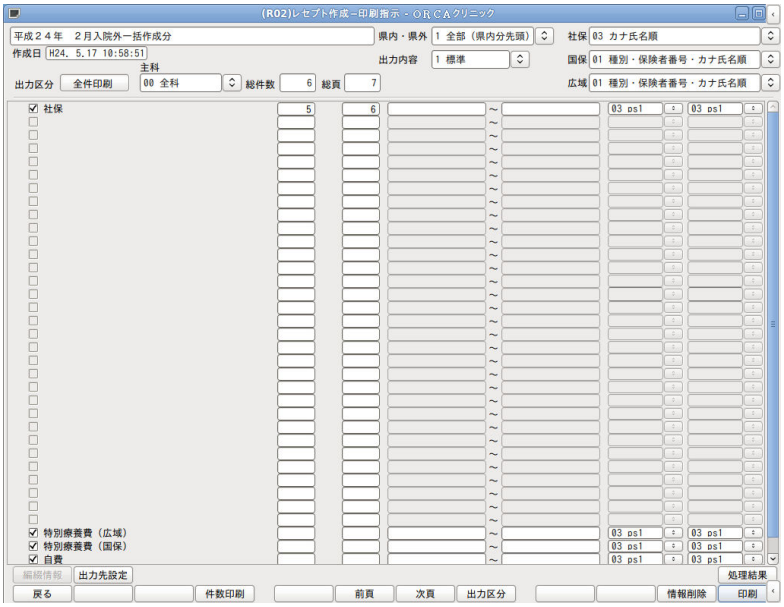
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.



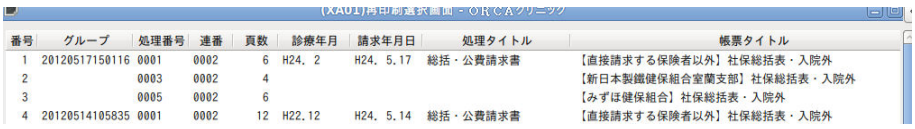
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

「直接請求する保険者以外」から順に印刷処理を行う。

社保の印刷順が「03 カナ氏名順」のときはわけての表示は行わない。



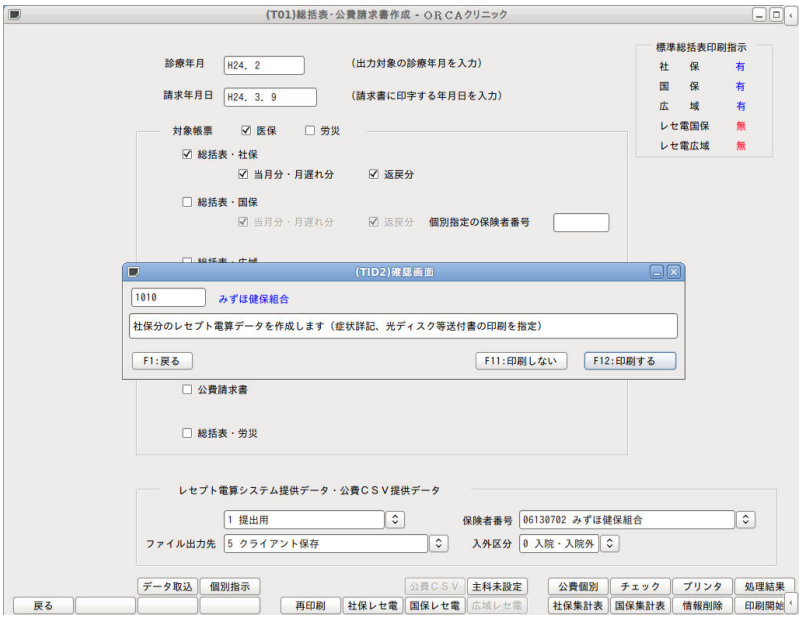
３．社保の診療報酬請求書は、直接請求する保険者に登録した各健康保険組合と登録した健康保険組合以外の「直接請求する保険者以外」毎で作成を行う。
診療報酬請求書へ健康保険組合名等の記載は行わない。



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

４．レセ電データは、保険者番号欄から直接請求する保険者に登録した健康保険組合を選択して
それぞれのレセ電データの作成を行う。
直接請求する保険者以外のレセ電データについては「直接請求する保険者以外」を選択する。

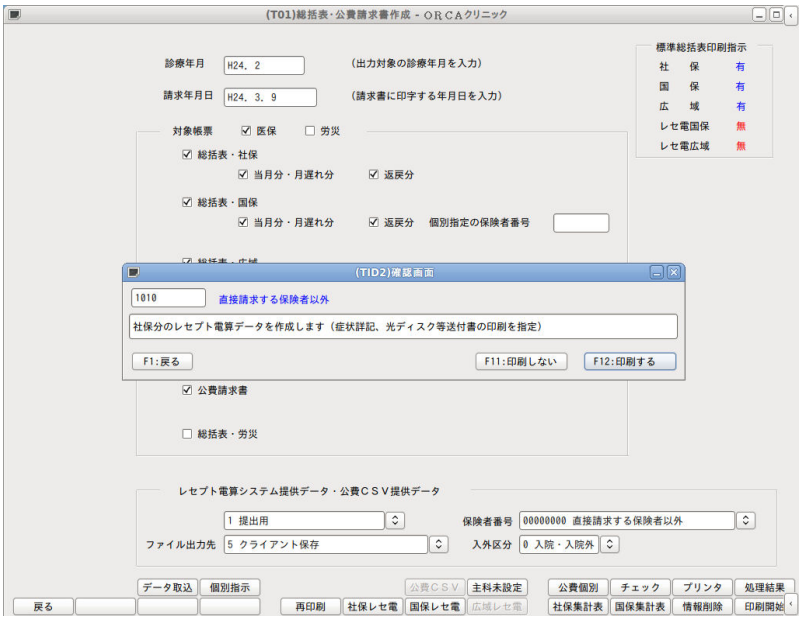
「みずほ健保組合」を選択して作成を行う。

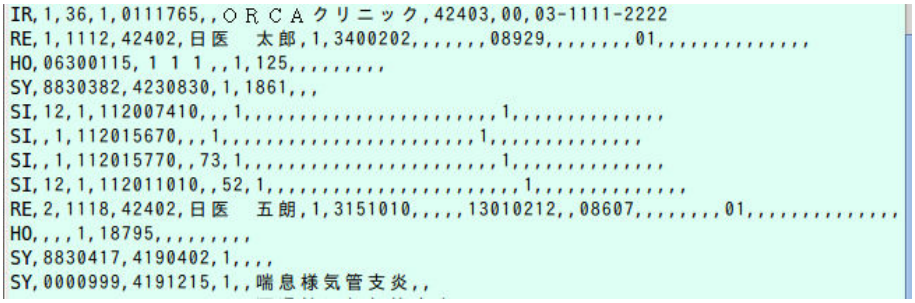



```
IR,1,36,1,0111765,,ＯＲＣＡクリニック,42403,00,03-1111-2222
RE,1,1112,42402,日医　次郎,1,3400205,,,,,,08841,,,,,,,,01,,,,,,,,,,,,,
HO,63130702,,,1,125,,,,,,2,,
SY,4609023,4221222,1,,,,
SI,12,1,112007410,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,
SI,,1,112015670,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,
SI,,1,112015770,,73,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,
SI,12,1,112011010,,52,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,
RE,2,1126,42402,日医　太郎,1,3401010,,,,,,08946,,,,,,,,01,,,,,,,,,,,,,
HO,06130702,１００００,１０,1,125,,,,,,,,
KO,21212121,1234566,,1,125,0,,,,
SI,12,2,112007410,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,
SI,,2,112015670,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,
SI,,2,112015770,,73,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,
SI,12,2,112011010,,52,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,
GO,3,250,99
```


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

直接請求しない保険者については「直接請求する保険者以外」を選択して作成を行う。

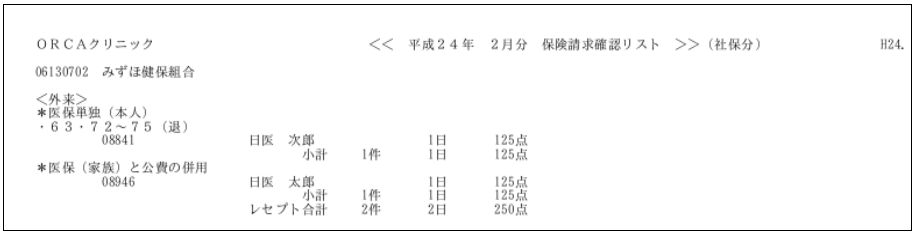




６．「個別指示」では選択した保険者に該当するレセプトのみ指定ができる。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

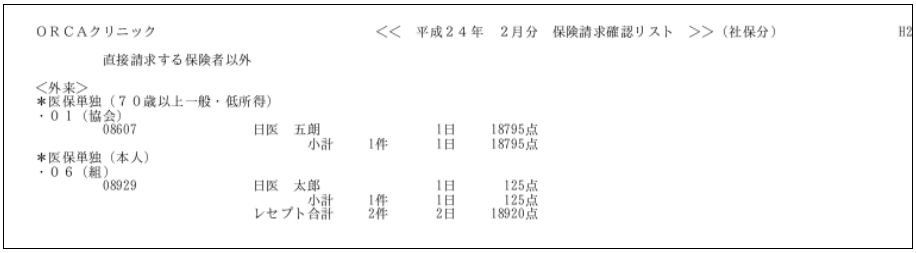
保険請求確認リストは、「直接請求する保険者以外」と直接請求する保険者に登録した健康保険組合別に作成を行う。



ＯＲＣＡクリニック　　<<　平成２４年　２月分　保険請求確認リスト　>>（社保分）　　H24.

06130702　みずほ健保組合

＜外来＞
＊医保単独（本人）
・６３・７２～７５（退）
　　08841　　日医　次郎　　1日　　125点
　　小計　1件　1日　125点
＊医保（家族）と公費の併用
　　08946　　日医　太郎　　1日　　125点
　　小計　1件　1日　125点
　　レセプト合計　2件　2日　250点



ＯＲＣＡクリニック　　<<　平成２４年　２月分　保険請求確認リスト　>>（社保分）　　H2

直接請求する保険者以外

＜外来＞
＊医保単独（７０歳以上一般・低所得）
・０１（協会）
　　08607　　日医　五朗　　1日　　18795点
　　小計　1件　1日　18795点
＊医保単独（本人）
・０６（組）
　　08929　　日医　太郎　　1日　　125点
　　小計　1件　1日　125点
　　レセプト合計　2件　2日　18920点

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

１－１２　４４総括表・公費請求書

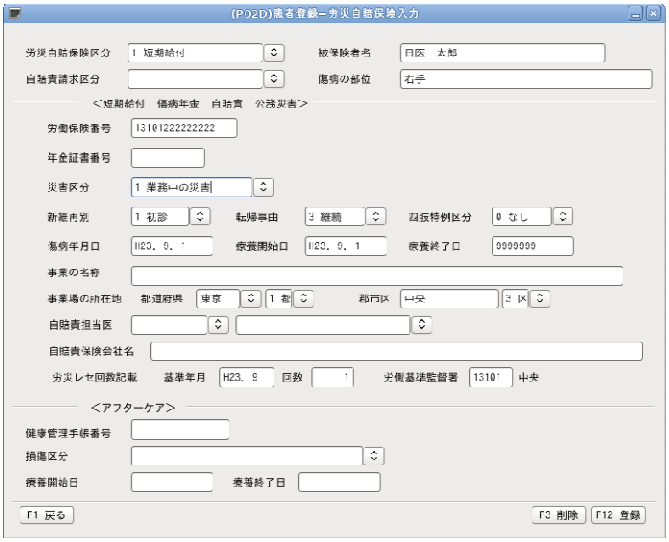
(1) 労災保険請求書作成対応（様式第１号、５号）(K201109-003)

労災保険の請求書を作成可能とします。
※労働者災害補償保険診療費請求書（様式第１号：帳票種別３４７００）　→　短期給付と傷病年金が対象
※アフターケア委託費請求書　　（様式第５号：帳票種別３７７００）　→　アフターケアが対象

上記に伴う対応
ア）様式第１号について、初回請求分を傷病労働者の所属事業場を管轄する労働基準監督署毎にまとめる必要がある事から、
患者登録－労災自賠保険入力画面に労働基準監督署（コード・名称）を追加します。
コードについては修正入力が可能です。＜短期給付と傷病年金＞
イ）日レセのデータベースに労働基準監督署テーブル(tbl_labor_sio)を追加します。
ウ）労災保険及び自賠責保険レセプト作成処理時に請求管理データを作成します。
エ）労災保険（短期給付と傷病年金）レセプトについて、初回請求分の場合、レセプトの左上”回数”欄の右横に労働基準監督署コードを印字します。
オ）「４３　請求管理」業務で、各労災保険及び自賠責保険レセプトの点数・金額を表示します。
訂正入力は不可とします。
労災保険（短期給付と傷病年金）について、初回請求分の場合、画面の左上”給付割合”欄の右横に労働基準監督署コード・名称を表示します。
カ）「４４総括表・公費請求書」業務で、労災保険の請求書を作成可能とします。
キ）「５２月次統計」業務の保険請求確認リストの記載対象に労災保険の短期給付・傷病年金・アフターケアを追加します。

＃　労災保険（短期給付と傷病年金）の初回請求分について、”１回”目となるレセプトを初回請求分とします。

処理の詳細
１）患者登録－労災自賠保険入力画面



労働基準監督署（コード・名称）を追加します。

＜短期給付＞
入力した労働保険番号の頭５桁を労働基準監督署コードとし、療養開始日の入力後に、コード・名称を初期表示します。
名称は療養開始日時点の名称を表示します。
コードについては修正入力が可能です。

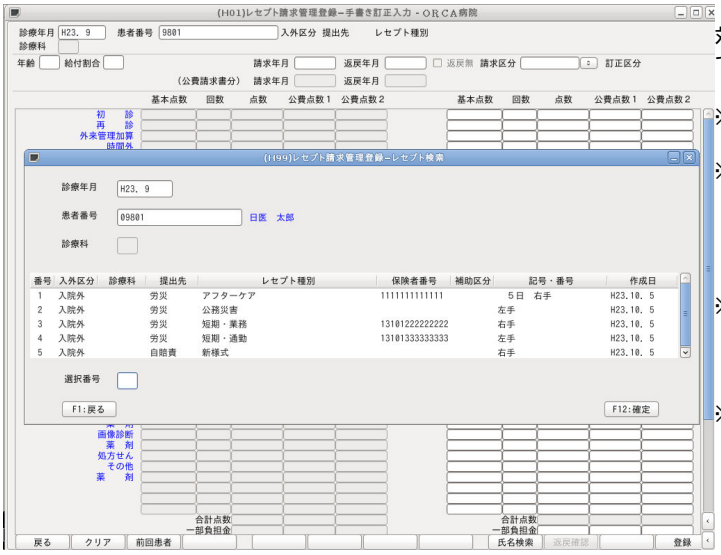
＜傷病年金＞
入力した傷病年月日と同じ傷病年月日の短期給付の登録がある場合は、その短期給付の労働保険番号の頭５桁を労働基準監督署コードとし、療養開始日の入力後に、コード・名称を初期表示します。
名称は傷病年金の療養開始日時点の名称を表示します。
同じ傷病年月日の短期給付の登録がない場合は空欄とします。
コードについては修正入力が可能です。

２）レセプト・・・入院外　労災　短期　のレセプト（初回請求分）

労災保険（短期給付と傷病年金）レセプトについて、初回請求分の場合、レセプトの左上”回数”欄の右横に労働基準監督署コードを印字します。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

３）請求管理　（各労災保険及び自賠責保険の点数・金額の訂正入力は不可）



対象データが複数ある場合は、レセプト検索画面に下記の内容で表示を行います。

※提出先　　→「労災」「自賠責」

※レセプト種別→【労災の場合】「短期・業務」「短期・通勤」
「傷病・業務」「傷病・通勤」
「アフターケア」「公務災害」
【自賠責の場合】「新様式」「従来様式」

※保険者番号　→【短期の場合】　労働保険番号
【傷病の場合】　年金証書番号
【アフターケアの場合】健康管理手帳番号

※記号・番号　→【アフターケアの場合】診療日＋傷病の部位
【その他の場合】　傷病の部位

＃　入院外　労災　短期　の画面（初回請求分）

※労災保険（短期給付と傷病年金）について、
　初回請求分の場合、画面の左上”給付割合”欄の右横に労働基準監督署コード・名称を表示します。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

請求管理画面における各労災保険及び自賠責保険の点数・金額表示について（表示位置と項目名）

＜外来＞

	【労（短）】	【労（傷）】	【労（ア）】	【労（公）】	【自賠（新）】	【自賠（従）】
１行目	初診	初診	初診	初診	初診	初診
２	再診	再診	再診	再診	再診	再診
３	指導	指導	指導	指導	指導	指導
４	在宅	在宅	在宅	在宅	在宅	在宅
５	投薬	投薬	投薬	投薬	投薬	投薬
６	注射	注射	注射	注射	注射	注射
７	処置	処置	処置	処置	処置	処置
８	手術・麻酔	手術・麻酔	手術・麻酔	手術・麻酔	手術・麻酔	手術・麻酔
９	検査病理	検査病理	検査病理	検査病理	検査病理	検査病理
１０	画像診断	画像診断	画像診断	画像診断	画像診断	画像診断
１１	その他	その他	その他	その他	その他	その他
１２						
１３	初診	初診	初診		初診	
１４	再診	再診	再診		再診	
１５	指導	指導			指導	
１６					救急医療	
１７						
１８	その他	その他		その他	その他	その他
１９					診断書料	診断書料
２０					明細書料	明細書料

３９	点数計
４０	（点数欄）小　計
４１	（金額欄）小　計
４２	
４３	合　計
４４	実日数

＜入院＞

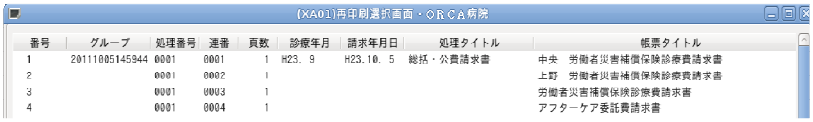
	【労（短）】	【労（傷）】	【労（ア）】	【労（公）】	【自賠（新）】	【自賠（従）】
１行目	初診	初診		初診	初診	初診
２						
３	指導	指導		指導	指導	指導
４	在宅	在宅		在宅		
５	投薬	投薬		投薬	投薬	投薬
６	注射	注射		注射	注射	注射
７	処置	処置		処置	処置	処置
８	手術・麻酔	手術・麻酔		手術・麻酔	手術・麻酔	手術・麻酔
９	検査病理	検査病理		検査病理	検査病理	検査病理
１０	画像診断	画像診断		画像診断	画像診断	画像診断
１１	その他	その他		その他	その他	その他
１２	入院	入院		入院	入院	入院
１３	初診	初診			初診	
１４						
１５						
１６					救急医療	
１７					入院室料	入院室料
１８	その他	その他		その他	その他	その他
１９					診断書料	診断書料
２０					明細書料	明細書料

３９	点数計
４０	（点数欄）小　計
４１	（金額欄）小　計
４２	（食　事）小　計
４３	合　計
４４	実日数

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

４）総括表・公費請求書（総括表・労災を追加します）

再印刷画面

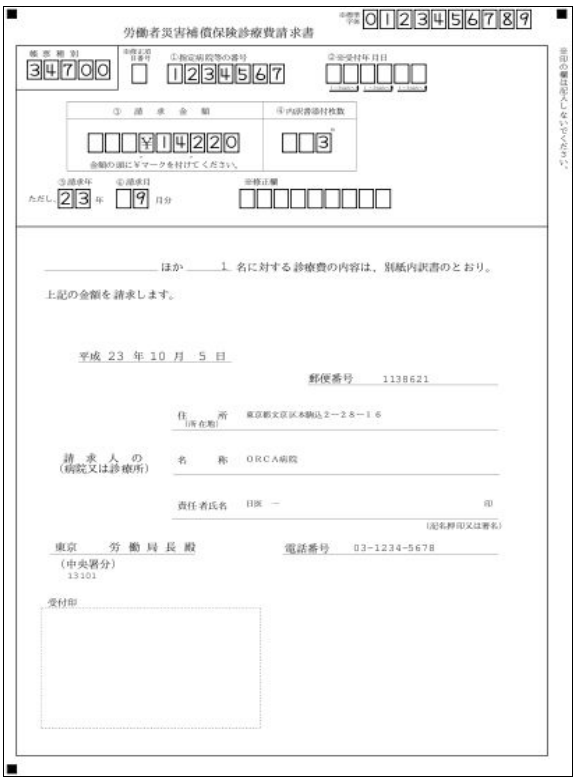


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

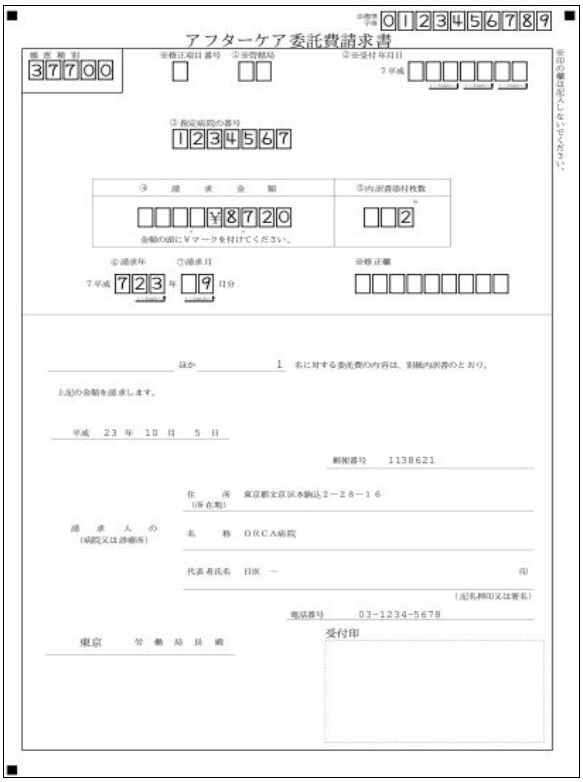
５）労災保険の請求書

【労働者災害補償保険診療費請求書】
１．請求書作成について（月遅れ分も集計対象とする）
ア）初回請求分・・・傷病労働者の所属事業場を管轄する労働基準監督署毎にまとめる（入外まとめる）
イ）継続請求分・・・すべてを１枚の請求書にまとめる（入外まとめる）
２．記載方法
ア）枚数は、レセプトの枚数（続紙は除く）
イ）金額の先頭に￥をつける
ウ）○○ほか△△名に対する～　の部分
・○○　→　手書き
・△△　→　”ほか”となっているので、カウントした人数から１を引いた数を記載
＃カウントした人数が１の場合、０と記載
＃人数のカウントについて、１人の方に労災保険が２つあり、２つの労災レセプトがある場合、１でカウント
エ）○○労働局長殿
・医療機関の所在地を管轄する労働局に提出する事から、
医療機関の所在地の労働局名を記載
オ）（○○署分）
・初回請求分は、傷病労働者の所属事業場を管轄する労働基準監督署毎にまとめる為、
労働基準監督署名を記載（労働基準監督署テーブル参照）
・継続請求分は、すべてを１枚の請求書にまとめる為、記載なし

【アフターケア委託費請求書】
１．請求書作成について（月遅れ分も集計対象とする）
すべてを１枚の請求書にまとめる
２．記載方法
【労働者災害補償保険診療費請求書】に準じています



【労働者災害補償保険診療費請求書】



【アフターケア委託費請求書】

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

労働基準監督署コード表（※　コード（５桁）　・・・　都道府県コード（２桁）＋所掌コード（１桁）＋管轄コード（２桁））

都道府県	コード	名称
01 北海道	01101	札幌中央
	01102	函館
	01103	小樽
	01104	岩見沢
	01105	旭川
	01106	帯広
	01107	滝川
	01108	北見
	01109	室蘭
	01110	釧路
	01111	名寄
	01112	倶知安（支）
	01113	留萌
	01114	稚内
	01115	浦河
	01117	苫小牧
	01118	札幌東
02 青森	02101	青森
	02102	弘前
	02103	八戸
	02104	五所川原
	02105	十和田
	02106	むつ
03 岩手	03101	盛岡
	03102	宮古
	03103	花巻
	03104	釜石
	03105	一関
	03106	二戸
	03107	大船渡
04 宮城	04101	仙台
	04102	石巻
	04103	古川
	04104	大河原
	04106	瀬峰
05 秋田	05101	秋田
	05102	能代
	05103	大館
	05104	横手
	05105	大曲
	05106	本荘
06 山形	06101	山形
	06102	米沢
	06103	庄内
	06105	新庄
	06106	村山
07 福島	07101	福島
	07102	郡山
	07103	いわき
	07104	会津
	07105	須賀川
	07106	白河
	07107	喜多方（支）
	07108	相馬
	07109	富岡
08 茨城	08101	水戸
	08102	日立
	08103	土浦
	08104	筑西
	08105	古河
	08107	常総
	08108	龍ヶ崎
	08109	鹿嶋
09 栃木	09101	宇都宮
	09102	足利
	09103	栃木
	09105	鹿沼

都道府県	コード	名称
09 栃木	09106	大田原
	09107	日光
	09108	真岡
10 群馬	10101	高崎
	10102	前橋
	10104	桐生
	10105	太田
	10106	沼田
	10107	藤岡
	10108	中之条
11 埼玉	11101	さいたま
	11102	川口
	11104	熊谷
	11105	川越
	11106	春日部
	11107	所沢
	11108	行田
	11109	秩父
12 千葉	12101	千葉
	12102	船橋
	12103	柏
	12104	銚子
	12106	木更津
	12107	茂原
	12108	成田
	12109	東金
13 東京	13101	中央
	13103	上野
	13104	三田
	13105	品川
	13106	大田
	13107	渋谷
	13108	新宿
	13109	池袋
	13110	王子
	13111	足立
	13112	向島
	13113	亀戸
	13114	江戸川
	13115	八王子
	13116	立川
	13117	青梅
	13118	三鷹
	13119	町田（支）
	13120	小笠原（総合事務所）
14 神奈川	14101	横浜南
	14102	鶴見
	14103	川崎南
	14104	川崎北
	14105	横須賀
	14106	横浜北
	14107	平塚
	14108	藤沢
	14109	小田原
	14110	厚木
	14111	相模原
	14112	横浜西
15 新潟	15101	新潟
	15102	長岡
	15103	上越
	15104	三条
	15106	新発田
	15107	新津
	15108	小出
	15109	十日町
	15111	佐渡

都道府県	コード	名称
16 富山	16101	富山
	16102	高岡
	16103	魚津
	16104	砺波
17 石川	17101	金沢
	17102	小松
	17103	七尾
	17105	穴水
18 福井	18101	福井
	18102	敦賀
	18103	武生
	18104	大野
19 山梨	19101	甲府
	19102	都留
	19103	鰍沢
20 長野	20101	松本
	20102	長野
	20103	岡谷
	20104	上田
	20105	飯田
	20106	中野
	20107	小諸
	20108	伊那
	20110	大町
21 岐阜	21101	岐阜
	21102	大垣
	21103	高山
	21104	多治見
	21105	関
	21106	恵那
	21107	岐阜八幡
22 静岡	22101	浜松
	22102	静岡
	22103	沼津
	22105	三島
	22106	富士
	22107	磐田
	22108	島田
23 愛知	23101	名古屋北
	23102	名古屋南
	23103	名古屋東
	23104	豊橋
	23106	岡崎
	23107	一宮
	23108	半田
	23109	津島
	23110	瀬戸
	23111	刈谷
	23112	西尾（支）
	23113	江南
	23114	名古屋西
	23115	豊田
24 三重	24101	四日市
	24102	松阪
	24103	津
	24104	伊勢
	24106	伊賀
	24107	熊野
25 滋賀	25101	大津
	25102	彦根
	25104	東近江

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

都道府県	コード	名称
26 京都	26101	京都上
	26102	京都下
	26103	京都南
	26104	福知山
	26105	舞鶴
	26106	丹後
	26107	園部
27 大阪	27101	大阪中央
	27102	大阪南
	27104	天満
	27105	大阪西
	27106	西野田
	27107	淀川
	27108	東大阪
	27109	岸和田
	27110	堺
	27111	羽曳野
	27112	北大阪
	27113	泉大津
	27114	茨木
28 兵庫	28101	神戸東
	28102	神戸西
	28103	尼崎
	28104	姫路
	28105	伊丹
	28106	西宮
	28107	加古川
	28108	西脇
	28109	但馬
	28110	相生
	28111	淡路
29 奈良	29101	奈良
	29102	葛城
	29103	桜井
	29104	大淀
30 和歌山	30101	和歌山
	30102	御坊
	30103	橋本
	30104	田辺
	30105	新宮
31 鳥取	31101	鳥取
	31102	米子
	31103	倉吉
32 島根	32101	松江
	32102	出雲
	32103	浜田
	32104	益田
33 岡山	33101	岡山
	33102	倉敷
	33104	津山
	33105	笠岡
	33106	和気
	33107	新見
34 広島	34101	広島中央
	34102	呉
	34103	福山
	34104	三原
	34105	尾道
	34106	三次
	34107	広島北
	34109	廿日市
35 山口	35101	下関
	35102	宇部
	35103	徳山
	35104	下松
	35105	岩国
	35106	小野田
	35108	山口
	35109	萩

都道府県	コード	名称
36 徳島	36101	徳島
	36102	鳴門
	36103	三好
	36104	阿南
37 香川	37101	高松
	37102	丸亀
	37103	坂出
	37104	観音寺
	37105	東かがわ
38 愛媛	38101	松山
	38102	新居浜
	38103	今治
	38104	八幡浜
	38105	宇和島
39 高知	39101	高知
	39102	須崎
	39103	四万十
	39104	安芸
40 福岡	40101	福岡中央
	40102	大牟田
	40103	久留米
	40104	飯塚
	40106	北九州西
	40107	北九州東
	40108	門司（支）
	40109	田川
	40110	直方
	40111	行橋
	40112	八女
	40113	福岡東
41 佐賀	41101	佐賀
	41102	唐津
	41103	武雄
	41104	伊万里
42 長崎	42101	長崎
	42102	佐世保
	42103	江迎
	42104	島原
	42105	諫早
	42106	対馬
43 熊本	43101	熊本
	43102	八代
	43103	玉名
	43104	人吉
	43105	天草
	43106	菊池
44 大分	44101	大分
	44102	中津
	44103	佐伯
	44104	日田
	44105	豊後大野
45 宮崎	45101	宮崎
	45102	延岡
	45103	都城
	45104	日南
46 鹿児島	46101	鹿児島
	46102	川内
	46103	鹿屋
	46104	加治木
	46107	名瀬
47 沖縄	47101	那覇
	47102	沖縄
	47103	名護
	47104	宮古
	47105	八重山

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(2) レセ電データチェック機能 (K201210)

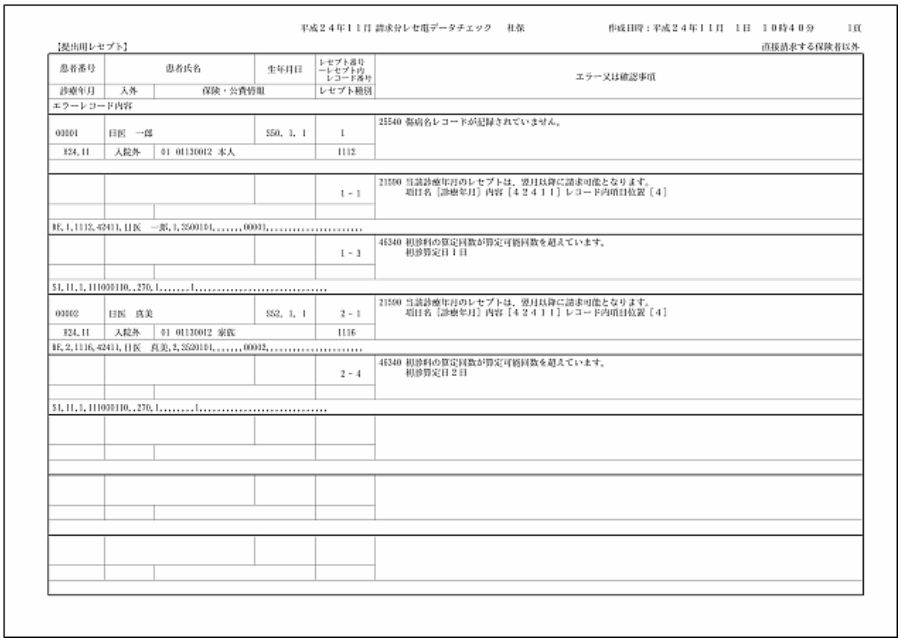
レセ電データ作成時の処理に、支払基金の「受付・事務点検 ASP に係るチェック一覧（医科)」に基づいたチェック機能を追加します。
また、作成したレセ電データのレセプト件数の表示を行います。

条件及び範囲

・「44 総括表・公費請求書」業務よりレセ電データを作成する際にチェックを行います。
・システム管理「2005 レセプト・総括編集情報」のレセ電タブに追加した「レセ電データチェックの有無」でレセ電データ作成時のチェックを可能とします。デフォルトは「0 チェックしない」です。
・「44 総括表・公費請求書」ではシステム管理の設定をデフォルトとするが、画面上で動作の選択を可能としています。
・チェックの対象は平成 24 年 5 月提出分以降のレセ電データとします。(日付情報の記録が行われているレセ電データとする。)
・チェックの実装は社会保険診療報酬支払基金のＨＰにて公開されている「受付・事務点検 ASP に係るチェック一覧（医科)」の資料を参考にしています。
・今回は主にチェック一覧中の L1,L2 エラーチェックについて実装を行いましたが、L3,L4 エラーチェックについても逐次実装を行なっていきます。
・エラーコードは日レセ独自のチェックを追加することを考慮し日レセ独自に採番を行っています。
・エラーメッセージはチェック一覧の記述に沿ったものとします。
・チェック終了後、処理結果画面にレセプト件数の表示を行います。
・チェックでエラーがあった場合、チェックリストの作成を行います。
・チェックリスト以外に症状詳記、光ディスク等送付書も作成した場合、チェックリストを先頭に印刷します。プレビューも同様です。
・提出用・点検用どちらで作成してもチェックを行います。
・ファイル出力先が「1 フロッピー」の場合、複数枚となったときはチェックはできません。
・「TID2 確認画面」から「F10:プレビュー」ボタン押下で、帳票作成時のプレビュー画面遷移が可能です。(社保集計表、国保集計表は対象外)

処理詳細

・チェックリストのレイアウトは以下のとおりとします。



項目説明

見出し

1	請求年月	レセプト請求年月の編集を行う。
2	提出先	「社保」または「国保」の編集を行う。
3	作成日時	チェックリスト作成日時の編集を行う。
4	ページ番号	ページ番号の編集を行う。
5	提出用レセプト ／点検用レセプト	●提出用レセプトの場合 「【提出用レセプト】」の編集を行う。 ●点検用レセプトの場合 「【点検用レセプト】」の編集を行う。
6	直接請求を行う 健保組合名	システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」で「直接請求を行う健保組合」を登録している場合に以下の編集を行う。 ●直接請求を行う保険者の場合 保険者名の編集を行う。 ●直接請求を行う保険者以外の場合 「直接請求を行う保険者以外」の編集を行う。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

明細

【提出用レセプト】

患者番号	患者氏名	生年月日	レセプト番号 －レセプト内 レコード番号	エラー又は確認事項
診療年月	入外 保険・公費情報		レセプト種別	
エラーレコード内容				
00001 7	日医 一郎 8	S50. 1. 1 9	1 13	25540 傷病名レコードが記録されていません。 15
H24. 11	入院外	01 01130012 本人	1112	
10	11	12	14	
			1－1	21590 当該診療年月のレセプトは、翌月以降に請求可能となります。 項目名［診療年月］内容［４２４１１］レコード内項目位置［４］
RE,1,1112,42411,日医 一郎,1,3500101,,,,,,00001,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,				
16			1－3	46340 初診料の算定回数が算定可能回数を超えています。 初診算定日１日

7	患者番号	患者番号の編集を行う。	同じレセプトで複数エラーがあった場合、最初の１件目、または改ページ後の１件目についてのみ編集を行う。
8	患者氏名	患者氏名の編集を行う。	
9	生年月日	患者の生年月日の編集を行う。	
10	診療年月	レセプト診療年月の編集を行う。	
11	入院・入院外	入院または入院外の編集を行う。	
12	保険・公費情報	保険の法別番号、保険者番号、本家区分名（「本人」、「六歳」、「家族」、「高一」、「高７」、「後一」、「後７」）、および第一公費～第四公費の法別番号の編集を行う。	
13	レセプト番号 －レセプト内 レコード番号	エラーとなったレセプトのレセプト番号（レセ電ファイルのレセプト共通レコードに記録されている１レセプトごとに「１」から昇順に記録された番号）の編集を行う。 また、特定のレコードに係わるエラーの場合、レセプト内のレコード番号の編集を行う。	
14	レセプト種別	レセプト種別コードの編集を行う。	
15	エラー又は確認事項	エラー又は確認事項メッセージの編集を行う。（次ページ参照）	
16	エラーレコード内容	特定のレコードに係わるエラーの場合、該当するレコードの内容の編集を行う。	

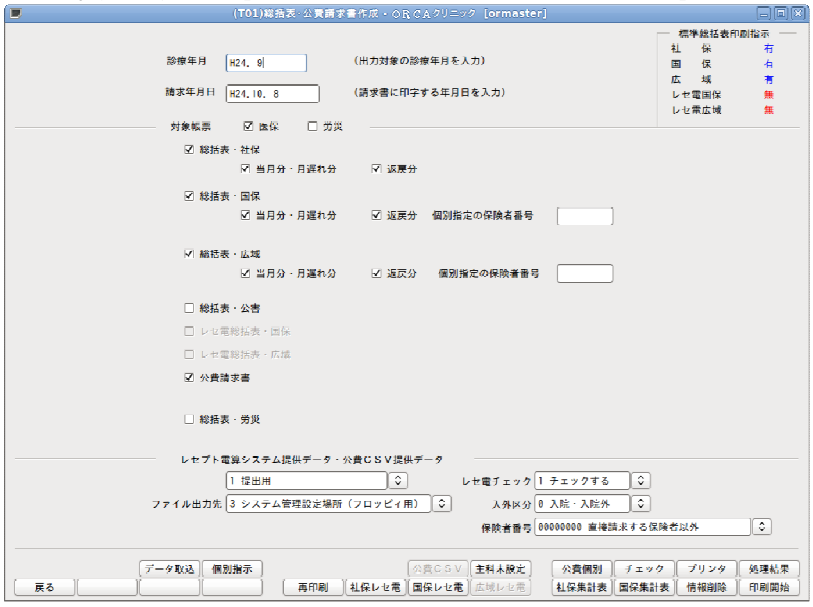
明細の並び順はレセプト番号、レセプト内レコード番号、エラーコード順です。

「受付・事務点検 ASP に係るチェック一覧（医科）」に対してのチェック実装状況および、日レセのレセ電データチェック条件仕様は別紙資料を参照してください。

・システム管理「2005 レセプト・総括編集情報」の「レセ電データチェックの有無」に「1 チェックする」を設定します。

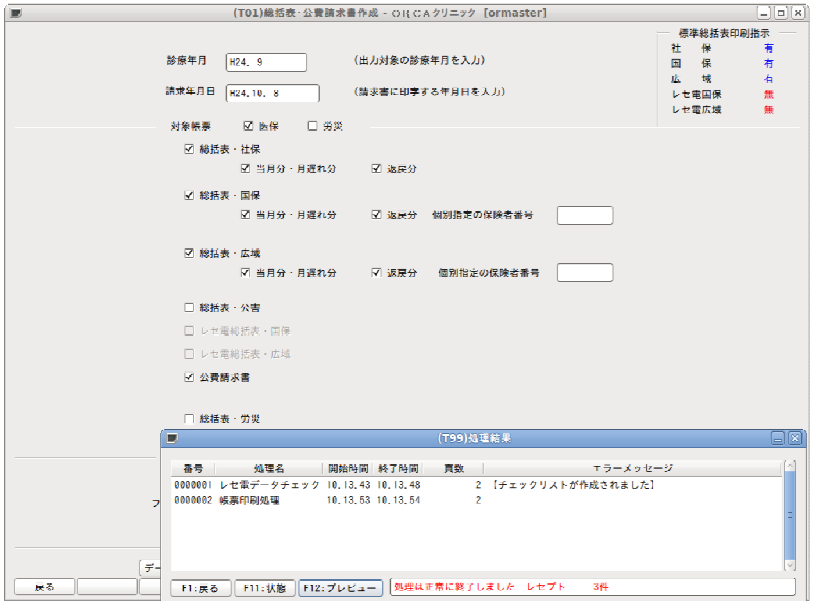
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

「44 総括表・公費請求書」でシステム管理の設定より「レセ電チェック」の初期表示がされます。（変更が可能です）



「F6:社保レセ電」よりレセ電データ作成を行う。

レセ電チェックを「1 チェックする」と選択した場合、チェックリストが作成されると「T99 処理結果」に「【チェックリストが作成されました】」と表示を行い、「処理が正常に終了しました」のメッセージ表示を赤文字で行う。また、作成したレセ電データのレセプト件数の表示を行う。



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

「TID2 確認画面」で「F10:プレビュー」を選択した場合、処理終了後に出力帳票があれば「F12:プレビュー」を押下することにより、プレビュー画面へ遷移します。プレビュー画面ではチェックリストを先頭に表示を行います。

レセ電チェックを「1 チェックする」と選択しても、平成 24 年 3 月診療分のレセ電データは日付情報の記録が行われていないため、チェックは行いません。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

１－１３　１０１システム管理マスタ

(1) システム管理「請求書自費名称情報」設定画面の簡素化(K201108-006)

請求確認画面、請求書兼領収書に表示する自費名称について１画面でまとめて設定を可能とします。

■条件及び範囲
・有効期間の追加を行う場合、自費名称の初期値は追加する期間の開始日の前日に有効な設定を
もとに行うこととする。
・システム管理の有効期間について、ver4.6.0 以前に登録された自費名称については、
個々に期間設定がされていることから、ver4.7.0 に移行時は個々の自費名称の有効期間を集約して
有効期間の表示を行うこととする。
また、登録画面では選択された有効期間に有効な自費名称を一覧表示する。
（例）4.6.0 以前に登録した自費
区分 有効期間　　名称
１ 00000000 - H22.3.31 文書料１
１ H22.4.1 - 99999999 文書料
２ 00000000 - H22.3.31 文書料２
２ H22.4.1 - 99999999 診断書料
３ H21.4.1 - 99999999 容器代
４ 00000000 - 99999999 予防接種
５ 00000000 - H20.3.31 その他自費

↓
4.7.0 以降
有効期間表示
(1)00000000 - H20.3.31
(2)H20.4.1 - H21.3.31
(3)H21.4.1 - H22.3.31
(4)H22.4.1 - 99999999

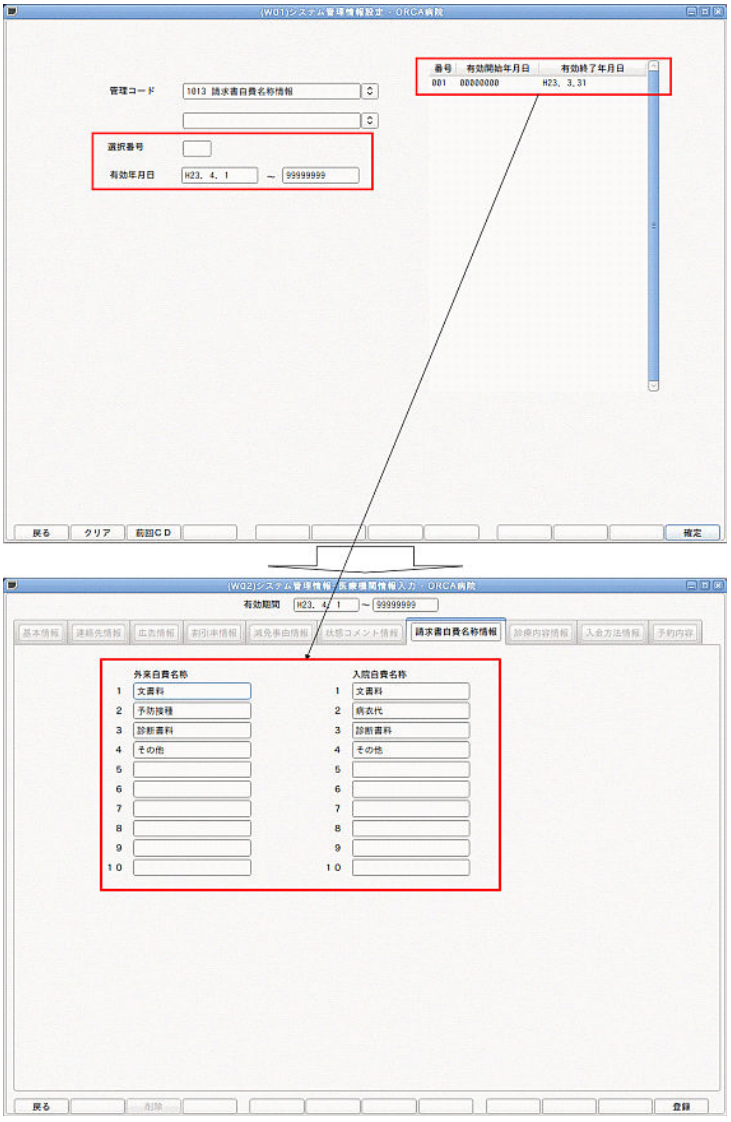
(1)の期間選択時の自費名称の表示
１ 文書料１
２ 文書料２
４ 予防接種
５ その他自費
(2)の期間選択時の自費名称の表示
１ 文書料１
２ 文書料２
４ 予防接種
(3)の期間選択時の自費名称の表示
１ 文書料１
２ 文書料２
３ 容器代
４ 予防接種
(4)の期間選択時の自費名称の表示
１ 文書料
２ 診断書料
３ 容器代
４ 予防接種

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

■処理詳細

・システム管理「1013 請求書自費名称情報」について、請求確認画面、請求書兼領収書に表示する自費名称について１画面でまとめて設定を可能とする。

・有効期間の追加を行う場合、自費名称の初期値は追加する期間の開始日の前日に有効な設定をもとに行うこととする。

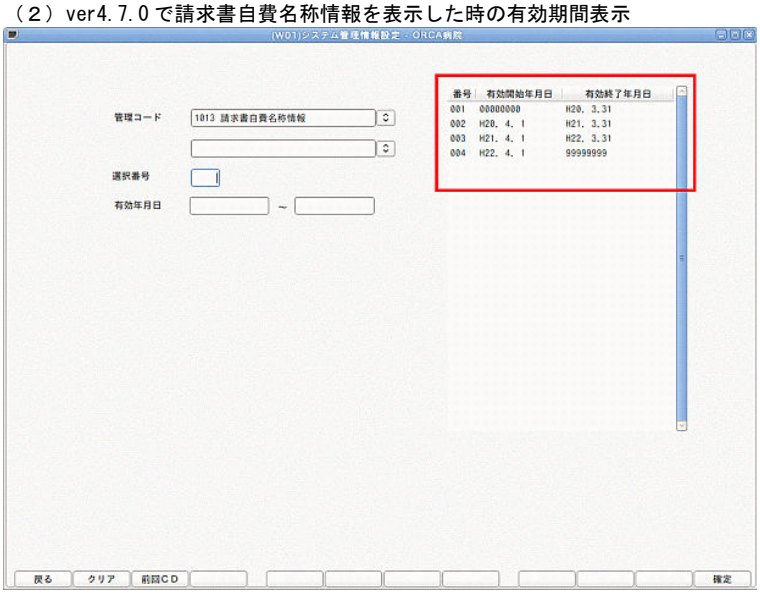


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

・システム管理の有効期間について、ver4.6.0 以前に登録された自費名称については、
個々に期間設定がされていることから、ver4.7.0 に移行時は個々の自費名称の有効期間を集約して
有効期間の表示を行うこととする。
また、登録画面では選択された有効期間に有効な自費名称の一覧表示と登録処理を行う。
（例）
（例）4.6.0 以前に登録した自費

区分	有効期間	名称
1	00000000 - H22.3.31	文書料１
1	H22.4.1 - 99999999	文書料
2	00000000 - H22.3.31	文書料２
2	H22.4.1 - 99999999	診断書料
3	H21.4.1 - 99999999	容器代
4	00000000 - 99999999	予防接種
5	00000000 - H20.3.31	その他自費

（２）ver4.7.0 で請求書自費名称情報を表示した時の有効期間表示



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

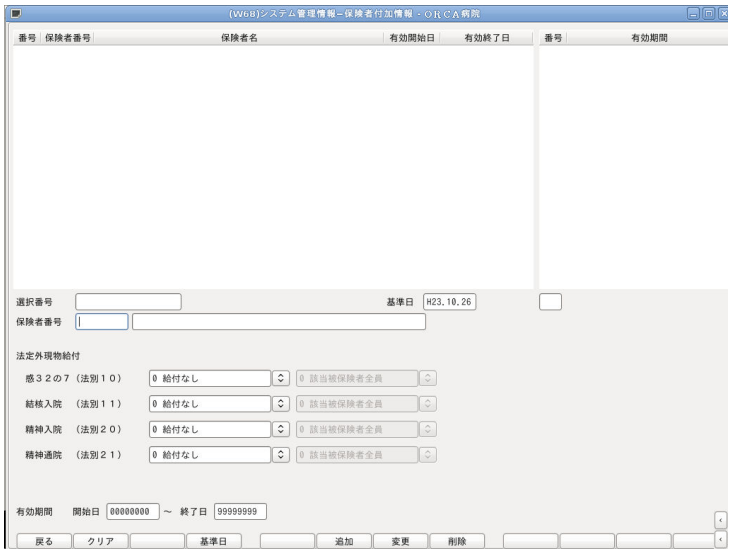
(2) 法定外現物給付対応（法別１０、２１）(R201110-002)

システム管理「2012 保険者付加情報」にて、保険者毎に、「感３７の２（法別１０）」、「精神通院（法別２１）」、「結核入院（法別１１）」、「精神入院（法別２０）」の法定外現物給付設定を可能とします。

該当保険者及び公費の設定が”給付あり”である場合、下記の取り扱いとします。

＜患者窓口計算＞
患者負担（医療費及び食事）を０円とする。
＜レセプトの一部負担金記載（記録）＞
・法別１０→”０”を記載する。
・法別２１→本来患者が負担すべき金額を記載する（１割又は上限額に達するまでの金額）。
上限額が０円である場合は、”０”とする。
・法別１１と２０
→本来患者が負担すべき金額を記載する（上限額に達するまでの金額）。
上限額が０円である場合は、空白とする。

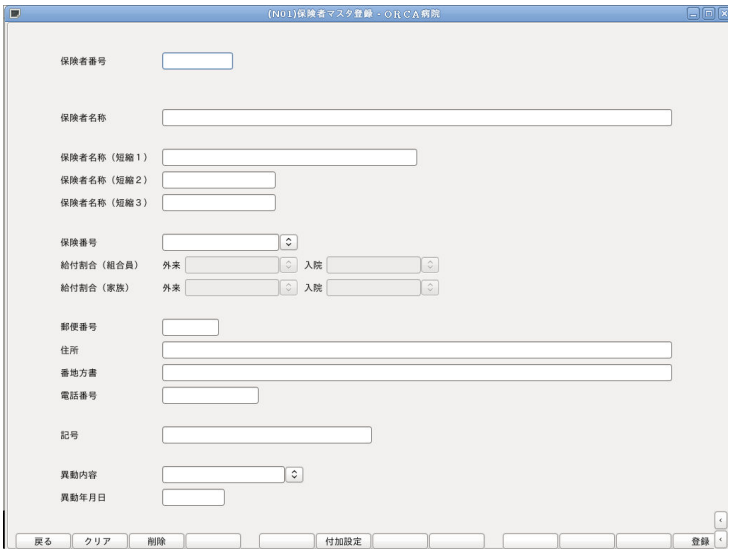
処理詳細
システム管理「2012 保険者付加情報」



感３２の７(法別 10)	0:給付なし 1:給付あり	0:該当被保険者全員
結核入院(法別 11)	0:給付なし 1:給付あり	0:該当被保険者全員
精神入院(法別 20)	0:給付なし 1:給付あり	0:該当被保険者全員
精神通院(法別 21)	0:給付なし 1:給付あり	0:該当被保険者全員

☆　デフォルトは”０”とします（条件設定で該当被保険者は全員しか選択できないようにしていますが、将来的に対象となる被保険者が現条件と異なる場合、コンボボックスでの選択を可能とする予定です）

又、保険者付加情報設定画面には、「１０５　保険者マスタ登録画面」からでも付加設定（Ｆ６キー）押下で遷移が可能です。
保険者番号を入力した状態で、Ｆ６キーを押下した保険者番号を引き継ぎます。



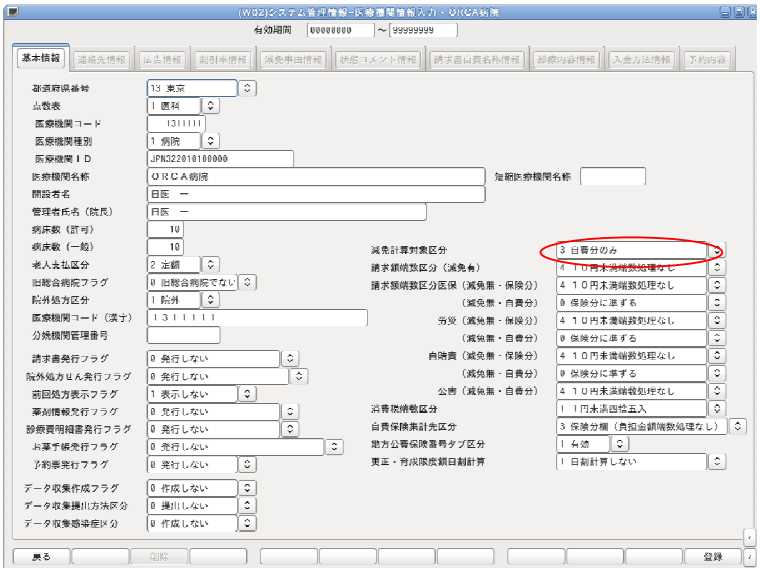
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(3) 減免計算対象区分設定項目追加（自費分のみ）対応(R201205-003)

【患者登録で割引率の設定がある方】について、システム管理での設定により、
自費分のみを窓口計算の減免対象とする事を可能とする。

・条件及び範囲
システム管理１００１の減免計算対象区分に”３　自費分のみ”を追加する。
”３”で設定を行った場合、自費分のみを窓口計算の減免対象とする。

・処理詳細
システム管理１００１



＜窓口計算の減免計算の例＞
・患者登録の割引率設定（５０%）
・システム管理１００１
減免計算対象区分　”３”　自費分のみ
請求額端数区分（減免有）　”４”　１０円未満端数処理なし
請求額端数区分（減免無・保険分）　”４”　１０円未満端数処理なし
請求額端数区分（減免無・自費分）　”０”　保険分に準ずる

保険分　９８０円
自費分　１５００円×５０%＝７５０円
合計額　９８０円＋７５０円＝１７３０円

(4) プログラムオプション情報画面前頁・次頁機能追加

システム管理「1910 プログラムオプション情報」のプログラムオプション設定画面に「前頁」・「次頁」ボタンを追加し、将来的なオプション対応プログラムの増加に対応します。（オプション対応プログラムが１００件以下の場合は「前頁」・「次頁」ボタンは非活性です）

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(5) 地方公費のマスター設定対応（負担金計算等）(R201112-004)(K201210)

システム管理「2010 地方公費保険番号付加情報」に設定項目を追加します。
設定項目追加にあたり、設定画面をタブ分割します。
・レセプト（１）～（５）タブ画面
・負担金計算（１）～（３）タブ画面
各項目の設定内容に準じたレセプト記載・負担金計算等を行います。

（１）追加項目

レセプト関係（◎印がｖｅｒ４．７から追加された項目）

レセプト（１）タブ	レセプト（２）タブ	レセプト（３）
実日数省略記載	◎保険欄－一部負担金記載（高齢者）	◎保険欄の括弧再掲記載（高齢者）
請求点省略記載	◎保険欄－一部負担金記載（７０歳未満）	◎保険欄の括弧再掲（下）金額計算（高齢者）
全国公費併用分請求点集計	◎「レセプト記載」付加設定	・主＋全＋地（分点ありの場合）
◎一部負担金金額集計（外来）	・設定と異なる記載（外来）	・主＋全＋地＋長（分点ありの場合）
◎一部負担金金額集計（入院）	・設定と異なる記載（入院）	◎保険欄の括弧再掲（下）金額加算（高齢者）
一部負担金省略記載（外来）	・チェック対象上限額（外来）	・主＋全＋地（＋長）（分点ありの場合）
一部負担金省略記載（入院）	・チェック対象上限額（入院）	・主＋全＋地（分点なしの場合）
一部負担金０円記載（記録）（外来）	◎公費請求テーブル作成（外来）	・主＋全＋地＋長（分点なしの場合）
一部負担金０円記載（記録）（入院）	◎公費請求テーブル作成（入院）	◎保険欄の括弧再掲（下）記載（高齢者）
入院時食事療養省略記載		・主＋全＋地（＋長）（分点ありの場合）
ＯＣＲ実日数請求点省略記載		・主＋全＋地（分点なしの場合）
請求書公費再掲欄記載		・主＋全＋地＋長（分点なしの場合）

又、下記項目のコンボ内に選択項目を追加します。（詳細は次頁参照）
・実日数省略記載　「2：上位日数と同日数の場合、無条件に省略する」
・請求点省略記載　「2：上位点数と同点数の場合、無条件に省略する」
・一部負担金省略記載（外来）　「2：上位金額と同金額の場合、無条件に省略する」
・一部負担金省略記載（入院）　「2：上位金額と同金額の場合、無条件に省略する」
・ＯＣＲ実日数請求点省略記載　「2：上位日数点数と同日数点数の場合、無条件に０とする」

レセプト（４）タブ	レセプト（５）タブ
◎保険欄の括弧再掲記載（７０歳未満）	◎保険欄－一部負担金無記載
◎保険欄の括弧再掲（下）金額計算（７０歳未満）	・（高齢者・外）
・主＋全＋地（分点ありの場合）	・（高齢者・入）
・主＋全＋地＋長（分点ありの場合）	・（７０未・外）
◎保険欄の括弧再掲（下）金額加算（７０歳未満）	・（７０未・入）
・主＋全＋地（＋長）（分点ありの場合）	◎一部負担金１円→１０円単位記載
・主＋全＋地（分点なしの場合）	・（高齢者・外）
・主＋全＋地＋長（分点なしの場合）	・（高齢者・入）
◎保険欄の括弧再掲（下）記載（７０歳未満）	・（７０未・外）
・主＋全＋地（＋長）（分点ありの場合）	・（７０未・入）
・主＋全＋地（分点なしの場合）	◎入院時食事療養記載（公費２欄置き換え）
・主＋全＋地＋長（分点なしの場合）	

負担金計算関係（◎印がｖｅｒ４．７から追加された項目）

負担金計算（１）タブ	負担金計算（２）タブ	負担金計算（３）タブ
月途中受給者証変更時負担金計算	◎「食事療養費」付加設定	◎負担金未発生分の回数カウント（外来）
日・月上限額負担金計算	本人タブ・・・食事療養	◎長期併用時の特別計算（外来）
◎患者登録－所得者情報－月上限額入力	生活療養（食事）	◎現物給付対象者の特別計算（高齢者・外）
◎設定額未満・以上で異なる負担金計算	生活療養（環境）	◎全国公費併用時の特別計算（外来）
・医療費負担金計算（外来）	低所得タブ・・食事療養	◎診察料がない場合の負担金計算（外来）
・医療費負担金計算（入院）	生活療養（食事）	◎初診時以外の負担金計算（外来）
・食事負担金計算（入院）	生活療養（環境）	◎初診時以外の負担金計算（入院）
	低年金タブ・・食事療養	◎１入院@日限度とする特別計算（入院）
	生活療養（食事）	◎日上限額を固定額とする特別計算（入院）
	生活療養（環境）	◎限度額認定証提示が無い場合の特別計算
		◎限度額認定証（上位）の場合の特別計算
		◎７０歳未満現物給付高額療養費合算計算

又、下記項目のコンボ内に選択項目を追加します。（詳細は次頁参照）
・月途中受給者証変更時負担金計算　「3：変更前の負担を無条件に考慮しない」
「4：変更前の負担を考慮する（保険者変更時を除く）」(ver4.5 以降に追加)

（２）公費の種類をコンボで選択可能としました。

（３）タブ切替ボタン（Ｆ９）を追加しました。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

コンボ内の選択項目追加について

『実日数省略記載』・・・　2 上位日数と同日数の場合、無条件に省略する
　実日数省略記載設定について、下記分はシステム管理上は【０．０】と表示し、プログラム内部で固定設定をしています。

　【プログラム内部固定設定】【１．０】
　岡山県（地方公費全般）

　【項目説明】
　2 上位日数と同日数の場合、無条件に省略する
　　・・・　固定設定分を”上位日数と同日数の場合、省略する”としたい場合に設定する。

『請求点省略記載』・・・　2 上位点数と同点数の場合、無条件に省略する
　請求点省略記載設定について、下記分はシステム管理上は【０．０】と表示し、プログラム内部で固定設定をしています。

　【プログラム内部固定設定】【１．０】
　北海道（保険番号１８３）
　岡山県（地方公費全般）

　【項目説明】
　2 上位点数と同点数の場合、無条件に省略する
　　・・・　固定設定分を”上位点数と同点数の場合、省略する”としたい場合に設定する。

『一部負担金省略記載（外来）』・・・　2 上位金額と同金額の場合、無条件に省略する
『一部負担金省略記載（入院）』・・・　2 上位金額と同金額の場合、無条件に省略する
　一部負担金省略記載設定について、下記分はシステム管理上は【０．０】と表示し、プログラム内部で固定設定をしています。

　【プログラム内部固定設定】【１．０】
　患者登録－所得者情報－月上限額入力を行っている地方公費
　茨城県（上限額がある地方公費全般）
　滋賀県（地方公費全般）
　岡山県（地方公費全般）

　【項目説明】
　2 上位金額と同金額の場合、無条件に省略する
　　・・・　固定設定分を”上位金額と同金額の場合、省略する”としたい場合に設定する。

『ＯＣＲ実日数請求点省略記載』・・・　2 上位日数点数と同日数点数の場合、無条件に０とする
　ＯＣＲ実日数請求点省略記載設定について、下記分はシステム管理上は【０．０】と表示し、プログラム内部で固定設定をしています。

　【プログラム内部固定設定】【１．０】
　岡山県（地方公費全般）

　＊＊　項目説明　＊＊
　2 上位日数点数と同日数点数の場合、無条件に０とする
　　・・・　固定設定分を”上位日数点数と同日数点数の場合、０とする”としたい場合に設定する。

『月途中受給者証変更時負担金計算』・・・　3 変更前の負担を無条件に考慮しない
　月途中受給者証変更時負担金計算設定について、下記分はシステム管理上は【０．０】と表示し、プログラム内部で固定設定をしています。

　【プログラム内部固定設定】【１．０】
　茨城県（地方公費全般）
　鳥取県（地方公費全般）
　【プログラム内部固定設定】【２．０】
　広島県（保険番号１９１、２９１、４９１）
　【プログラム内部固定設定】【４．０】
　徳島県（保険番号２４５、４４５）
　佐賀県（保険番号１８１）

　【項目説明】
　3 変更前の負担を無条件に考慮しない
　・・・　固定設定分を”変更前の負担を考慮しない”としたい場合に”３”を設定する。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

『月途中受給者証変更時負担金計算』・・・　4 変更前の負担を考慮する（保険者変更時を除く）(ver4.5以降に追加)

【項目説明】
4 変更前の負担を考慮する（保険者変更時を除く）
・・・　月途中での地方公費受給者証変更時に、
変更前の患者負担を考慮し、負担金計算を行う。（月途中での保険者変更時を除く）

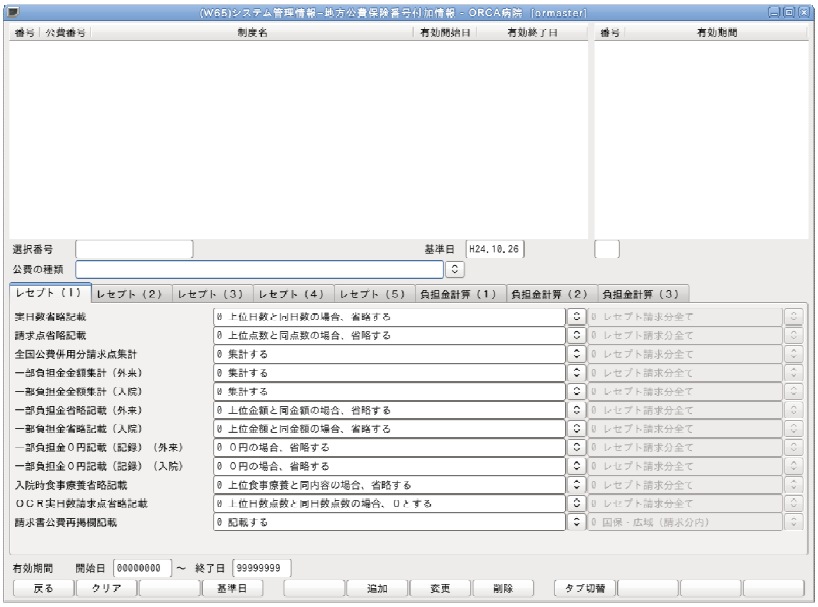
例）保険番号マスタの設定（月ー上限額　５００円）の場合

＜月途中での地方公費受給者証変更時＞
主保険＋該当地方公費（変更前）　患者負担５００円
主保険＋該当地方公費（変更後）　患者負担　０円
※　変更前の負担を考慮する為、変更後の患者負担は０円となる。

＜月途中での保険者変更時＞
主保険（変更前）＋該当地方公費　患者負担５００円
主保険（変更後）＋該当地方公費　患者負担５００円
※　変更前の負担を考慮しない為、変更後の患者負担は５００円となる。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

◎　レセプト（１）タブ



★　一部負担金金額集計（外来）　【デフォルト＝０．０】
★　一部負担金金額集計（入院）　【デフォルト＝０．０】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：集計する 1：集計しない 2：集計する（レセ記載・レセ電記録は省略する）	0：レセプト請求分全て 1：国保・広域（請求分内） 2：社保（請求分内） 3：国保（請求分内） 4：広域（請求分内）

【項目説明】

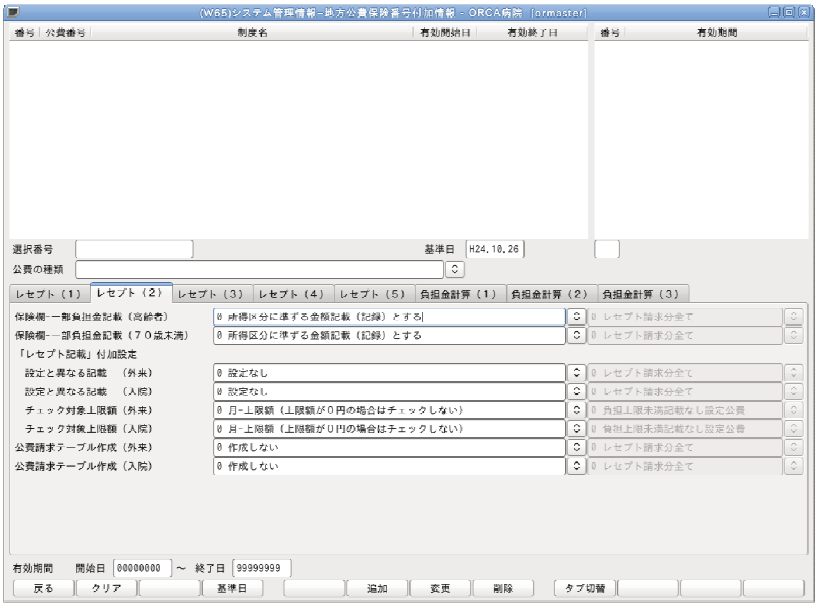
0 集計する・・・・・　レセプト該当公費欄－－部負担金の金額を集計する。
　　レセプトは記載する。レセ電は記録する。
　　診療報酬請求書も一部負担金を記載する（請求管理データの該当公費－－部負担金も金額集計する）
1 集計しない　・・・　レセプト該当公費欄－－部負担金の金額を集計しない。
　　レセプトは空欄とする。レセ電は記録を省略する。
　　診療報酬請求書も一部負担金を記載しない。（請求管理データの該当公費－－部負担金も金額集計しない）
2 集計する（レセ記載・レセ電記録は省略する）
　　・・・　レセプト該当公費欄－－部負担金の金額を集計しない。
　　レセプトは空欄とする。レセ電は記録を省略する。
　　診療報酬請求書は一部負担金を記載する。（請求管理データの該当公費－－部負担金に金額集計する）

【デフォルト設定】

以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に
変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．１］とするもの
　奈良県（法別７１，８１，９１）
　島根県（保険番号７９０）
　山口県（保険番号７８１）
　高知県（法別７２）
［デフォルト＝２．１］とするもの
　宮崎県（保険番号１９０）

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

◎　レセプト（２）タブ



★　保険欄一一部負担金記載（高齢者）　　【デフォルト＝１．２】
★　保険欄一一部負担金記載（７０歳未満）　【デフォルト＝１．２】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：所得区分に準ずる金額記載とする 1：一律”一般区分”での金額記載とする	0：レセプト請求分全て 1：国保・広域（請求分内） 2：社保（請求分内） 3：国保（請求分内） 4：広域（請求分内）

【項目説明】
0 所得区分に準ずる金額記載とする　・・・・　主保険＋地方公費の保険組み合わせで分について、レセプト保険欄一一部負担金の記載（記録）を所得区分に準ずる金額で行う。
1 一律”一般区分”での金額記載とする・・・　主保険＋地方公費の保険組み合わせで分について、レセプト保険欄一一部負担金の記載（記録）を所得区分に関わらず一律一般区分の金額で行う。

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．０］とするもの
長崎県（保険番号１８６）

★　設定と異なる記載（外来）　【デフォルト＝０．０】
★　設定と異なる記載（入院）　【デフォルト＝０．０】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：設定なし 1：負担に関係なく記載なし 2：負担上限未満記載あり	0：レセプト請求分全て 1：国保・広域（請求分内） 2：社保（請求分内） 3：国保（請求分内） 4：広域（請求分内）

【項目説明】
0 設定なし　・・・　保険番号マスタの「レセプト記載」設定に準ずる記載とする。
1 負担に関係なく記載なし・・・　保険番号マスタの「レセプト記載」設定は、”０”又は”１”であるが、外来又は入院いずれかにおいて、”記載をしない”としたい場合に設定。
2 負担上限未満記載あり・・・・　保険番号マスタの「レセプト記載」設定は、”１”であるが、外来又は入院いずれかにおいて、”負担上限未満でも記載する”としたい場合に設定。

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．０］とするもの
埼玉県（保険番号４８１、４８２、４８３、３８３）　・・・　（入院）のみ
［デフォルト＝２．２］とするもの
長崎県（保険番号２８７、３８０、２８１、２８２）

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

★　チェック対象上限額（外来）　【デフォルト＝０．０】
保険番号マスタのレセプト記載設定が「1 負担上限未満記載なし」と設定された公費の場合、レセプト記載の有無について月ー上限額と患者負担額を比較して決定していますが、この設定をすることにより、日の上限額又は、回の上限額との比較に変更することが可能となります。

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：月ー上限額（上限額が０円の場合はチェックしない） 1：日ー上限額（上限額が０円の場合は月ー上限額でチェック） 2：回ー上限額（上限額が０円の場合は月ー上限額でチェック）	0：負担上限未満記載なし設定公費

【項目説明】
0 月ー上限額（上限額が０円の場合はチェックしない）・・・・・・保険番号マスタの「レセプト記載」設定が”１”である場合、月ー上限額でチェックを行う。
1 日ー上限額（上限額が０円の場合は月ー上限額でチェック）・・・　保険番号マスタの「レセプト記載」設定が”１”である場合、日ー上限額でチェックを行う。
2 回ー上限額（上限額が０円の場合は月ー上限額でチェック）・・・　保険番号マスタの「レセプト記載」設定が”１”である場合、回ー上限額でチェックを行う。

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．０］とするもの
東京都（保険番号５８８）

★　チェック対象上限額（入院）　【デフォルト＝０．０】
保険番号マスタのレセプト記載設定が「1 負担上限未満記載なし」と設定された公費の場合、レセプト記載の有無について月ー上限額と患者負担額を比較して決定していますが、この設定をすることにより、日の上限額との比較に変更することが可能となります。

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：月ー上限額（上限額が０円の場合はチェックしない） 1：日ー上限額（上限額が０円の場合は月ー上限額でチェック）	0：負担上限未満記載なし設定公費

【項目説明】
0 月ー上限額（上限額が０円の場合はチェックしない）・・・・・保険番号マスタの「レセプト記載」設定が”１”である場合、月ー上限額でチェックを行う。
1 日ー上限額（上限額が０円の場合は月ー上限額でチェック）・・・保険番号マスタの「レセプト記載」設定が”１”である場合、日ー上限額でチェックを行う。

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．０］とするもの
埼玉県（保険番号７８３、６８３）
滋賀県（地方公費全般）
福岡県（地方公費全般）
長崎県（保険番号１８２、２８２）

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

★　公費請求テーブル作成（外来）　【デフォルト＝０．０】
★　公費請求テーブル作成（入院）　【デフォルト＝０．０】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：作成しない 1：作成する	0：レセプト請求分全て 1：国保・広域（請求分内） 2：社保（請求分内） 3：国保（請求分内） 4：広域（請求分内）

【項目説明】
0 作成しない・・・レセプト請求分は、公費請求書が不要である為、公費請求テーブルを作成しない。

1 作成する・・・・レセプト請求分であるが、公費請求テーブルの作成を行う。（※　通常、レセプト請求分は、公費請求書が不要である為、公費請求テーブルを作成しない。）

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．１］とするもの
新潟県（法別番号８０，８２，８４，８６，００）　・・・　（外来）のみ
奈良県（法別番号７１，８１，９１）
［デフォルト＝１．３］とするもの
福岡県（法別番号４１以外）

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

◎　レセプト（３）タブ

★　保険欄の括弧再掲記載（高齢者）　【デフォルト＝０．０】
　　※　保険欄－－部負担金の記載（記録）対象レセプトの設定

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：保険欄－－部負担金と同金額の場合、記載（記録）しない 1：保険欄－－部負担金と同金額の場合、記載（記録）する	0：レセプト請求分全て 1：国保・広域（請求分内） 2：社保（請求分内） 3：国保（請求分内） 4：広域（請求分内）

【項目説明】
 0 保険欄－－部負担金と同金額の場合、記載（記録）しない
　　・・・　保険欄－－部負担金と括弧再掲金額が同金額の場合は、括弧再掲の金額記載（記録）を行わない。省略する。
 1 保険欄－－部負担金と同金額の場合、記載（記録）する
　　・・・　保険欄－－部負担金と括弧再掲金額が同金額の場合、かつ、該当地方公費を含む場合は、括弧再掲の金額記載（記録）を行う。省略しない。

【デフォルト設定】
 以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
 ［デフォルト＝１．０］とするもの
　北海道（保険番号１８３）

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

★ 保険欄の括弧再掲（下）金額計算（高齢者）・・・主＋全＋地（分点ありの場合） 【デフォルト＝０．０】
※ 保険欄ーー部負担金の記載（記録）対象レセプトの設定

注）この設定は内部計算用の設定項目です。計算した結果をレセプト記載する場合は、「保険欄の括弧再掲（下）記載（高齢者）」の設定を併せて行って下さい。

補足）【レセプト保険欄ーー部負担金額欄】
（@@@@）
（@@@@）← 保険欄の括弧再掲（下）とは、この部分になります。
@@@@@@

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：（主＋地の主保険負担相当額）と（月上限額）を比較 1：（主＋地の主保険負担相当額）と（月上限額ー公１負担金）を比較	0：レセプト請求分全て 1：国保・広域（請求分内） 2：社保（請求分内） 3：国保（請求分内） 4：広域（請求分内）

【項目説明】
主保険＋全国公費＋該当地方公費と主保険＋該当地方公費　又は、主保険＋全国公費と主保険＋該当地方公費の２種類の保険組み合わせで診療行為入力を行った場合の設定
0 （主＋地の主保険負担相当額）と（月上限額）を比較
・・・ （主＋地の主保険負担相当額）と（月上限額）を比較し、小さい金額を括弧再掲（下）の金額とする。
1 （主＋地の主保険負担相当額）と（月上限額ー公１負担金）を比較
・・・ （主＋地の主保険負担相当額）と（月上限額ー公１負担金）を比較し、小さい金額を括弧再掲（下）の金額とする。

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．１］とするもの
愛媛県（地方公費全般）
［デフォルト＝１．４］とするもの
群馬県（地方公費全般）
愛知県（地方公費全般）
大阪県（地方公費全般）
兵庫県（地方公費全般）
広島県（地方公費全般）
宮崎県（地方公費全般）

例）「1：（主＋地の主保険負担相当額）と（月上限額ー公１負担金）を比較」と設定した場合
入院 後期高齢（１割・低１）
後期高齢＋１５（月上限額２５００円）＋該当地方公費 請求点 １００００点
後期高齢＋該当地方公費 請求点 ２００００点

		０：デフォルト時		１：設定時	
		（１００００）		（１００００）	
		（１５０００）		（１２５００）	※１
保険	３００００	２５０００		２２５００	※２
公費１	１００００	２５００	→	２５００	
公費２	３００００				

※１ ２００００点×１０円×１割＝２００００円（主＋地の主保険負担相当額）
１５０００－２５００＝１２５００円（月上限額ー公１負担金）
２００００円＞１２５００円
※２ １００００＋１２５００＝２２５００円

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

★ 保険欄の括弧再掲（下）金額計算（高齢者）・・・主＋全＋地＋長（分点ありの場合） 【デフォルト＝０．０】
※ 保険欄ー一部負担金の記載（記録）対象レセプトの設定

注）この設定は内部計算用の設定項目です。計算した結果をレセプト記載する場合は、「保険欄の括弧再掲（下）記載（高齢者）」の設定を併せて行って下さい。

補足）【レセプト保険欄ー一部負担金額欄】
（@@@@）
（@@@@）← 保険欄の括弧再掲（下）とは、この部分になります。
@@@@@@

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：（主＋地＋長の主保険負担相当額）と（月上限額ー括弧再掲（上））を比較 1：（主＋地＋長の主保険負担相当額）と（月上限額ー公１負担金）を比較	0：レセプト請求分全て 1：国保・広域（請求分内） 2：社保（請求分内） 3：国保（請求分内） 4：広域（請求分内）

【項目説明】
主保険＋全国公費＋該当地方公費＋長期と主保険＋該当地方公費＋長期　又は、主保険＋全国公費＋長期と主保険＋該当地方公費＋長期の２種類の保険組み合わせで診療行為入力を行った場合の設定
0 （主＋地＋長の主保険負担相当額）と（月上限額ー括弧再掲（上））を比較
・・・ （主＋地＋長の主保険負担相当額）と（月上限額ー括弧再掲（上））を比較し、小さい金額を括弧再掲（下）の金額とする。
1 （主＋地＋長の主保険負担相当額）と（月上限額ー公１負担金）を比較
・・・ （主＋地＋長の主保険負担相当額）と（月上限額ー公１負担金）を比較し、小さい金額を括弧再掲（下）の金額とする。

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．１］とするもの
広島県（地方公費全般）
愛媛県 （地方公費全般）

例）「1：（主＋地＋長の主保険負担相当額）と（月上限額ー公１負担金）を比較」と設定した場合
入院 後期高齢（１割・低１）
後期高齢＋１５（月上限額２５００円）＋該当地方公費＋９７２ 請求点 １００００点
後期高齢＋該当地方公費＋９７２ 請求点 ２００００点

	０：デフォルト時	１：設定時	
	（１００００）	（１００００）	
	（ ０）	（ ７５００）	※１
保険 ３００００	１００００	１７５００	※２
公費１ １００００	２５００ →	２５００	
公費２ ３００００			

※１ ２００００点×１０円×１割＝２００００円（主＋地＋長の主保険負担相当額）
１００００－２５００＝７５００円（月上限額ー公１負担金）
２００００円＞７５００円
※２ １００００＋７５００＝１７５００円

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

★ 保険欄の括弧再掲（下）金額加算（高齢者）・・・主＋全＋地（＋長）（分点ありの場合） 【デフォルト＝０．０】
※ 保険欄－一部負担金の記載（記録）対象レセプトの設定

注）この設定は内部計算用の設定項目です。計算した結果をレセプト記載する場合は、「保険欄の括弧再掲（下）記載（高齢者）」の設定を併せて行って下さい。

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：設定なし 1：公１負担金を加算（保険欄－一部負担金には反映させない）	0：レセプト請求分全て 1：国保・広域（請求分内） 2：社保（請求分内） 3：国保（請求分内） 4：広域（請求分内）

【項目説明】
主保険＋全国公費＋該当地方公費（＋長期）と主保険＋該当地方公費（＋長期）の２種類の保険組み合わせで診療行為入力を行った場合の設定
0 設定なし ・・・ 計算した括弧再掲（下）の金額に公１負担金を加算しない。
1 公１負担金を加算（保険欄－一部負担金には反映させない）
・・・ 計算した括弧再掲（下）の金額に公１負担金を加算する。（保険欄－一部負担金には公１負担金を加算しない。）

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．１］とするもの
大阪府（地方公費全般）
［デフォルト＝１．４］とするもの
愛知県（地方公費全般）

例）「1：公１負担金を加算（保険欄－一部負担金には反映させない）」と設定した場合
入院 後期高齢（１割・低１）
後期高齢＋１５（月上限額２５００円）＋該当地方公費 請求点 １００００点
後期高齢＋該当地方公費 請求点 ２００００点

	０：デフォルト時		１：設定時	
	（１００００）		（１００００）	
	（１５０００）		（１７５００）	※１
保険 ３００００	２５０００		２５０００	
公費１ １００００	２５００	→	２５００	
公費２ ３００００				

※１ １５０００＋２５００＝１７５００円

更に「保険欄の括弧再掲（下）金額**計算**」が（設定”１”）である場合は、

	（１００００）		（１００００）	
	（１５０００）		（１５０００）	※１
保険 ３００００	２５０００		２２５００	※２
公費１ １００００	２５００	→	２５００	
公費２ ３００００				

※１ ２００００点×１０円×１割＝２００００円（主＋地の主保険負担相当額）
１５０００－２５００＝１２５００円（月上限額－公１負担金）
２００００円＞１２５００円
１２５００＋２５００＝１５０００円
※２ １００００＋１２５００＝２２５００円

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

★ 保険欄の括弧再掲（下）金額加算（高齢者）・・・主＋全＋地（分点なしの場合） 【デフォルト＝０．０】
※ 保険欄ーー部負担金の記載（記録）対象レセプトの設定

注）この設定は内部計算用の設定項目です。計算した結果をレセプト記載する場合は、「保険欄の括弧再掲（下）記載（高齢者）」の設定を併せて行って下さい。

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：設定なし 1：公１負担金を加算（保険欄ーー部負担金には反映させない）	0：レセプト請求分全て 1：国保・広域（請求分内） 2：社保（請求分内） 3：国保（請求分内） 4：広域（請求分内）

【項目説明】
主保険＋全国公費＋該当地方公費の保険組み合わせで診療行為入力を行った場合の設定
0 設定なし ・・・ 計算した括弧再掲（下）の金額に公１負担金を加算しない。
1 公１負担金を加算（保険欄ーー部負担金には反映させない）
・・・ 計算した括弧再掲（下）の金額に公１負担金を加算する。（保険欄ーー部負担金には公１負担金を加算しない。）

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．１］とするもの
大阪府（地方公費全般）

【関連チェック】
主＋全＋地（＋長）（分点ありの場合）（左側が）０の時、主＋全＋地（分点なしの場合）（左側が）０以外であればエラーとする。

★ 保険欄の括弧再掲（下）金額加算（高齢者）・・・主＋全＋地＋長（分点なしの場合） 【デフォルト＝０．０】
※ 保険欄ーー部負担金の記載（記録）対象レセプトの設定

注）この設定は内部計算用の設定項目です。計算した結果をレセプト記載する場合は、「保険欄の括弧再掲（下）記載（高齢者）」の設定を併せて行って下さい。

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：設定なし 1：公１負担金を加算（保険欄ーー部負担金には反映させない）	0：レセプト請求分全て 1：国保・広域（請求分内） 2：社保（請求分内） 3：国保（請求分内） 4：広域（請求分内）

【項目説明】
主保険＋全国公費＋該当地方公費＋長期の保険組み合わせで診療行為入力を行った場合の設定
0 設定なし ・・・ 計算した括弧再掲（下）の金額に公１負担金を加算しない。
1 公１負担金を加算（保険欄ーー部負担金には反映させない）
・・・ 計算した括弧再掲（下）の金額に公１負担金を加算する。（保険欄ーー部負担金には公１負担金を加算しない。）

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．１］とするもの
大阪府（地方公費全般）

【関連チェック】
主＋全＋地（＋長）（分点ありの場合）（左側が）０の時、主＋全＋地＋長（分点なしの場合）（左側が）０以外であればエラーとする。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

★ 保険欄の括弧再掲（下）記載（高齢者）・・・主＋全＋地（＋長）（分点ありの場合） 【デフォルト＝０．０】
※ 保険欄ーー部負担金の記載（記録）対象レセプトの設定

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：記載（記録）しない 1：記載（記録）する	0：レセプト請求分全て 1：国保・広域（請求分内） 2：社保（請求分内） 3：国保（請求分内） 4：広域（請求分内）

【項目説明】
主保険＋全国公費＋該当地方公費（＋長期）と主保険＋該当地方公費（＋長期） 又は、
主保険＋全国公費（＋長期）と主保険＋該当地方公費（＋長期）の２種類の保険組み合わせで
診療行為入力を行った場合の設定
0 記載（記録）しない ・・・ 括弧再掲（下）の金額を記載（記録）しない。
1 記載（記録）する ・・・ 括弧再掲（下）の金額を記載（記録）する。

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に
変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．０］とするもの
大阪府（地方公費全般）
［デフォルト＝１．１］とするもの
愛媛県（地方公費全般）
［デフォルト＝１．４］とするもの
愛知県（地方公費全般）
兵庫県（地方公費全般）

★ 保険欄の括弧再掲（下）記載（高齢者）・・・主＋全＋地（分点なしの場合） 【デフォルト＝０．０】
※ 保険欄ーー部負担金の記載（記録）対象レセプトの設定

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：記載（記録）しない 1：記載（記録）する	0：レセプト請求分全て 1：国保・広域（請求分内） 2：社保（請求分内） 3：国保（請求分内） 4：広域（請求分内）

【項目説明】
主保険＋全国公費＋該当地方公費の保険組み合わせで診療行為入力を行った場合の設定
0 記載（記録）しない ・・・ 括弧再掲（下）の金額を記載（記録）しない。
1 記載（記録）する ・・・ 括弧再掲（下）の金額を記載（記録）する。

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に
変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．１］とするもの
大阪府（地方公費全般）

【関連チェック】
主＋全＋地（＋長）（分点ありの場合）（左側が）０の時、主＋全＋地（分点なしの場合）（左側が）０以外であればエラーとする。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

★ 保険欄の括弧再掲（下）記載（高齢者）・・・主＋全＋地＋長（分点なしの場合） 【デフォルト＝０．０】
※ 保険欄ーー部負担金の記載（記録）対象レセプトの設定

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：記載（記録）しない 1：記載（記録）する	0：レセプト請求分全て 1：国保・広域（請求分内） 2：社保（請求分内） 3：国保（請求分内） 4：広域（請求分内）

【項目説明】
主保険＋全国公費＋該当地方公費＋長期の保険組み合わせで診療行為入力を行った場合の設定
0 記載（記録）しない ・・・ 括弧再掲（下）の金額を記載（記録）しない。
1 記載（記録）する ・・・ 括弧再掲（下）の金額を記載（記録）する。

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．１］とするもの
大阪府（地方公費全般）
愛媛県（地方公費全般）

【関連チェック】
主＋全＋地（＋長）（分点ありの場合）（左側が）０の時、主＋全＋地＋長（分点なしの場合）（左側が）０以外であればエラーとする。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

◎　レセプト（４）タブ

★　保険欄の括弧再掲記載（７０歳未満）　【デフォルト＝０．０】
　　※　保険欄－－部負担金の記載（記録）対象レセプトの設定

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：保険欄－－部負担金と同金額の場合、記載（記録）しない 1：保険欄－－部負担金と同金額の場合、記載（記録）する	0：レセプト請求分全て 1：国保・広域（請求分内） 2：社保（請求分内） 3：国保（請求分内） 4：広域（請求分内）

【項目説明】
 0 保険欄－－部負担金と同金額の場合、記載（記録）しない
　　・・・　保険欄－－部負担金と括弧再掲金額が同金額の場合は、
　　括弧再掲の金額記載（記録）を行わない。省略する。
 1 保険欄－－部負担金と同金額の場合、記載（記録）する
　　・・・　保険欄－－部負担金と括弧再掲金額が同金額の場合、かつ、該当地方公費を
　　含む場合は、括弧再掲の金額記載（記録）を行う。省略しない。

【デフォルト設定】
 以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に
 変更登録された場合については、その設定が有効となります。
 ［デフォルト＝１．０］とするもの
　北海道（保険番号１８３）

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

★ 保険欄の括弧再掲（下）金額計算（７０歳未満）・・・主＋全＋地（分点ありの場合） 【デフォルト＝０．０】
※ 保険欄－一部負担金の記載（記録）対象レセプトの設定

注）この設定は内部計算用の設定項目です。計算した結果をレセプト記載する場合は、「保険欄の括弧再掲（下）記載（７０歳未満）」の設定を併せて行って下さい。

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：（主＋地の主保険負担相当額）と（月上限額）を比較 1：（主＋地の主保険負担相当額）と（月上限額－公１負担金）を比較	0：レセプト請求分全て 1：国保・広域（請求分内） 2：社保（請求分内） 3：国保（請求分内） 4：広域（請求分内）

【項目説明】
主保険＋全国公費＋該当地方公費と主保険＋該当地方公費　又は、主保険＋全国公費と主保険＋該当地方公費の２種類の保険組み合わせで診療行為入力を行った場合の設定】
0 （主＋地の主保険負担相当額）と（月上限額）を比較
・・・ （主＋地の主保険負担相当額）と（月上限額）を比較し、小さい金額を括弧再掲（下）の金額とする。
1 （主＋地の主保険負担相当額）と（月上限額－公１負担金）を比較
・・・ （主＋地の主保険負担相当額）と（月上限額－公１負担金）を比較し、小さい金額を括弧再掲（下）の金額とする。

★ 保険欄の括弧再掲（下）金額計算（７０歳未満）・・・主＋全＋地＋長（分点ありの場合） 【デフォルト＝０．０】
※ 保険欄－一部負担金の記載（記録）対象レセプトの設定

注）この設定は内部計算用の設定項目です。計算した結果をレセプト記載する場合は、「保険欄の括弧再掲（下）記載（７０歳未満）」の設定を併せて行って下さい。

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：（主＋地＋長の主保険負担相当額）と（月上限額）を比較 1：（主＋地＋長の主保険負担相当額）と（月上限額－公１負担金）を比較	0：レセプト請求分全て 1：国保・広域（請求分内） 2：社保（請求分内） 3：国保（請求分内） 4：広域（請求分内）

【項目説明】
主保険＋全国公費＋該当地方公費＋長期と主保険＋該当地方公費＋長期　又は、主保険＋全国公費＋長期と主保険＋該当地方公費＋長期の２種類の保険組み合わせで診療行為入力を行った場合の設定】
0 （主＋地＋長の主保険負担相当額）と（月上限額－括弧再掲（上））を比較
・・・ （主＋地＋長の主保険負担相当額）と（月上限額－括弧再掲（上））を比較し、小さい金額を括弧再掲（下）の金額とする。
1 （主＋地＋長の主保険負担相当額）と（月上限額－公１負担金）を比較
・・・ （主＋地＋長の主保険負担相当額）と（月上限額－公１負担金）を比較し、小さい金額を括弧再掲（下）の金額とする。

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．３］とするもの
広島県（地方公費全般）

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

★ 保険欄の括弧再掲（下）金額加算（７０歳未満）・・・主＋全＋地（＋長）（分点ありの場合） 【デフォルト＝０．０】
※ 保険欄－－部負担金の記載（記録）対象レセプトの設定

注）この設定は内部計算用の設定項目です。計算した結果をレセプト記載する場合は、「保険欄の括弧再掲（下）記載（７０歳未満）」の設定を併せて行って下さい。

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：設定なし 1：公１負担金を加算（保険欄－－部負担金には反映させない）	0：レセプト請求分全て 1：国保・広域（請求分内） 2：社保（請求分内） 3：国保（請求分内） 4：広域（請求分内）

【項目説明】
主保険＋全国公費＋該当地方公費（＋長期）と主保険＋該当地方公費（＋長期）
の２種類の保険組み合わせで診療行為入力を行った場合の設定
0 設定なし ・・・ 計算した括弧再掲（下）の金額に公１負担金を加算しない。
1 公１負担金を加算（保険欄－－部負担金には反映させない） ・・・ 計算した括弧再掲（下）の金額に公１負担金を加算する。
（保険欄－－部負担金には公１負担金を加算しない。）

★ 保険欄の括弧再掲（下）金額加算（７０歳未満）・・・主＋全＋地（分点なしの場合） 【デフォルト＝０．０】
※ 保険欄－－部負担金の記載（記録）対象レセプトの設定

注）この設定は内部計算用の設定項目です。計算した結果をレセプト記載する場合は、「保険欄の括弧再掲（下）記載（７０歳未満）」の設定を併せて行って下さい。

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：設定なし 1：公１負担金を加算（保険欄－－部負担金には反映させない）	0：レセプト請求分全て 1：国保・広域（請求分内） 2：社保（請求分内） 3：国保（請求分内） 4：広域（請求分内）

【項目説明】
主保険＋全国公費＋該当地方公費の保険組み合わせで診療行為入力を行った場合の設定
0 設定なし ・・・ 計算した括弧再掲（下）の金額に公１負担金を加算しない。
1 公１負担金を加算（保険欄－－部負担金には反映させない） ・・・ 計算した括弧再掲（下）の金額に公１負担金を加算する。
（保険欄－－部負担金には公１負担金を加算しない。）

【関連チェック】
主＋全＋地（＋長）（分点ありの場合）（左側が）０の時、主＋全＋地（分点なしの場合）（左側が）０以外であればエラーとする。

★ 保険欄の括弧再掲（下）金額加算（７０歳未満）・・・主＋全＋地＋長（分点なしの場合） 【デフォルト＝０．０】
※ 保険欄－－部負担金の記載（記録）対象レセプトの設定

注）この設定は内部計算用の設定項目です。計算した結果をレセプト記載する場合は、「保険欄の括弧再掲（下）記載（７０歳未満）」の設定を併せて行って下さい。

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：設定なし 1：公１負担金を加算（保険欄－－部負担金には反映させない）	0：レセプト請求分全て 1：国保・広域（請求分内） 2：社保（請求分内） 3：国保（請求分内） 4：広域（請求分内）

【項目説明】
主保険＋全国公費＋該当地方公費＋長期の保険組み合わせで診療行為入力を行った場合の設定
0 設定なし ・・・ 計算した括弧再掲（下）の金額に公１負担金を加算しない。
1 公１負担金を加算（保険欄－－部負担金には反映させない） ・・・ 計算した括弧再掲（下）の金額に公１負担金を加算する。
（保険欄－－部負担金には公１負担金を加算しない。）

【関連チェック】
主＋全＋地（＋長）（分点ありの場合）（左側が）０の時、主＋全＋地＋長（分点なしの場合）（左側が）０以外であればエラーとする。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

★ 保険欄の括弧再掲（下）記載（７０歳未満）・・・主＋全＋地（＋長）（分点ありの場合） 【デフォルト＝０．０】
※ 保険欄ーー部負担金の記載（記録）対象レセプトの設定

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：記載（記録）しない 1：記載（記録）する	0：レセプト請求分全て 1：国保・広域（請求分内） 2：社保（請求分内） 3：国保（請求分内） 4：広域（請求分内）

【項目説明】
主保険＋全国公費＋該当地方公費（＋長期）と主保険＋該当地方公費（＋長期） 又は、
主保険＋全国公費（＋長期）と主保険＋該当地方公費（＋長期）の２種類の保険組み合わせで診療行為入力を行った場合の設定
0 記載（記録）しない ・・・ 括弧再掲（下）の金額を記載（記録）しない。
1 記載（記録）する ・・・ 括弧再掲（下）の金額を記載（記録）する。

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に
変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．０］とするもの
大阪府（地方公費全般）

★ 保険欄の括弧再掲（下）記載（７０歳未満）・・・主＋全＋地（分点なしの場合） 【デフォルト＝０．０】
※ 保険欄ーー部負担金の記載（記録）対象レセプトの設定

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：記載（記録）しない 1：記載（記録）する	0：レセプト請求分全て 1：国保・広域（請求分内） 2：社保（請求分内） 3：国保（請求分内） 4：広域（請求分内）

【項目説明】
主保険＋全国公費＋該当地方公費の保険組み合わせで診療行為入力を行った場合の設定
0 記載（記録）しない ・・・ 括弧再掲（下）の金額を記載（記録）しない。
1 記載（記録）する ・・・ 括弧再掲（下）の金額を記載（記録）する。

【関連チェック】
主＋全＋地（＋長）（分点ありの場合）（左側が）０の時、主＋全＋地（分点なしの場合）（左側が）０以外であればエラーとする。

★ 保険欄の括弧再掲（下）記載（７０歳未満）・・・主＋全＋地＋長（分点なしの場合） 【デフォルト＝０．０】
※ 保険欄ーー部負担金の記載（記録）対象レセプトの設定

【設定項目】

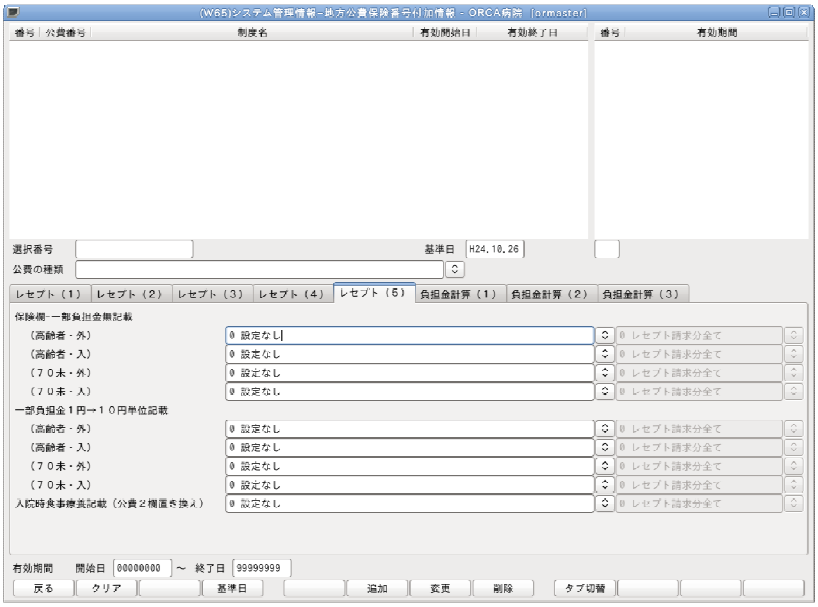
左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：記載（記録）しない 1：記載（記録）する	0：レセプト請求分全て 1：国保・広域（請求分内） 2：社保（請求分内） 3：国保（請求分内） 4：広域（請求分内）

【項目説明】
主保険＋全国公費＋該当地方公費＋長期の保険組み合わせで診療行為入力を行った場合の設定
0 記載（記録）しない ・・・ 括弧再掲（下）の金額を記載（記録）しない。
1 記載（記録）する ・・・ 括弧再掲（下）の金額を記載（記録）する。

【関連チェック】
主＋全＋地（＋長）（分点ありの場合）（左側が）０の時、主＋全＋地＋長（分点なしの場合）（左側が）０以外であればエラーとする。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

◎　レセプト（５）タブ



★　保険欄−一部負担金無記載

（高齢者・外）　【デフォルト＝０．０】
（高齢者・入）　【デフォルト＝０．０】
（７０未・外）　【デフォルト＝０．０】
（７０未・入）　【デフォルト＝０．０】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：記載なし 1：無記載（記録）とする	0：レセプト請求分全て 1：国保・広域（請求分内） 2：社保（請求分内） 3：国保（請求分内） 4：広域（請求分内）

【項目説明】
保険欄−一部負担金の記載（記録）対象レセプトの設定
0 設定なし　・・・　保険欄−一部負担金の記載（記録）対象レセプトの場合、
保険欄−一部負担金を記載（記録）する。
1 無記載（記録）とする　・・・　保険欄−一部負担金の記載（記録）対象レセプトであっても、
該当地方公費を含む場合は、保険欄−一部負担金を無記載（記録）とする。

★　一部負担金１円→１０円単位記載
※　該当地方公費の公費欄−一部負担金の記載（記録）に関わる設定

（高齢者・外）　【デフォルト＝０．０】
（高齢者・入）　【デフォルト＝０．０】
（７０未・外）　【デフォルト＝０．０】
（７０未・入）　【デフォルト＝０．０】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：設定なし 1：１０円単位で記載（記録）する 2：保険欄−一部負担金記載がある場合、１０円単位 3：保険欄−一部負担金記載がある場合、１０円単位（１%計算時を除く）	0：レセプト請求分全て 1：国保・広域（請求分内） 2：社保（請求分内） 3：国保（請求分内） 4：広域（請求分内）

【項目説明】
該当地方公費の保険番号マスタの設定がレセプト負担金額”１０円未満四捨五入しない”）である場合の設定
0 設定なし　・・・　１円単位で記載（記録）する。
1 １０円単位で記載（記録）する
・・・　無条件に、公費欄−一部負担金を１０円単位で記載（記録）する。
2 保険欄−一部負担金記載がある場合、１０円単位
・・・　保険欄−一部負担金記載がある場合、公費欄−一部負担金を１０円単位で記載（記録）する。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

3 保険欄－一部負担金記載がある場合、１０円単位（１%計算時を除く）
・・・　保険欄－一部負担金記載がある場合、公費欄－一部負担金を１０円単位で記載（記録）する。
（保険欄－一部負担金の計算が１%計算となる場合を除く）

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。

（高齢者・外）
［デフォルト＝２．０］とするもの
北海道（保険番号１８３）
大阪府（地方公費全般）（保険番号１００、２００を除く）
岡山県（地方公費全般）
［デフォルト＝３．０］とするもの
東京都（保険番号１８０、３８０、１８１、３８１）

（高齢者・入）
［デフォルト＝１．１］とするもの
徳島県（保険番号２４５）
［デフォルト＝２．０］とするもの
北海道（保険番号１８３）
大阪府（地方公費全般）（保険番号１００、２００を除く）
岡山県（地方公費全般）
［デフォルト＝３．０］とするもの
東京都（保険番号１８０、３８０、１８１、３８１）

（７０未・外）
［デフォルト＝２．０］とするもの
北海道（保険番号１８３）
大阪府（地方公費全般）（保険番号１００、２００を除く）
［デフォルト＝３．０］とするもの
東京都（保険番号１８０、３８０、１８１、３８１）

（７０未・入）
［デフォルト＝１．３］とするもの
徳島県（保険番号２４５）
［デフォルト＝２．０］とするもの
北海道（保険番号１８３）
大阪府（地方公費全般）（保険番号１００、２００を除く）
［デフォルト＝３．０］とするもの
東京都（保険番号１８０、３８０、１８１、３８１）

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

★ 入院時食事療養記載（公費２欄置き換え） 【デフォルト＝０．０】
※ 該当地方公費の食事・生活療養欄の記載（記録）に関わる設定

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：設定なし 1：（保険欄－公費１欄）の値を記載（記録）する	0：レセプト請求分全て 1：国保・広域（請求分内） 2：社保（請求分内） 3：国保（請求分内） 4：広域（請求分内）

【項目説明】
該当地方公費が公費２欄に記載（記録）される場合の設定
0 設定なし ・・・ 食事・生活療養欄の公費２欄は、公費２の計算値を記載（記録）する。
1 （保険欄－公費１欄）の値を記載（記録）する ・・・ 食事・生活療養欄の公費２欄は、（保険欄－公費１欄）の計算値を記載（記録）する。

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．１］とするもの
新潟県（地方公費全般）
［デフォルト＝１．４］とするもの
群馬県（地方公費全般）

例１）保険欄と公費１欄の内容が異なり、保険欄と公費２欄の内容が同じ場合
【食事・生活療養欄】

保険	９０	５７６００	１８９００	→	９０	５７６００ １８９００
公費１	１８	１１５２０	３７８０	→	１８	１１５２０ ３７８０
公費２	９０	５７６００	１８９００		７２	４６０８０ １５１２０

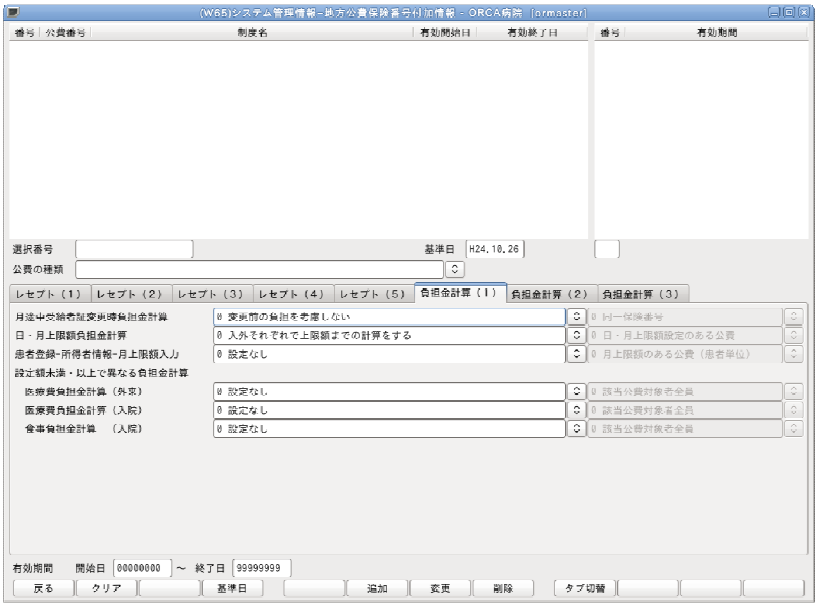
例２）保険欄と公費１欄と公費２欄の内容が同じ場合
【食事・生活療養欄】

保険	９０	５７６００	１８９００	→	９０	５７６００ １８９００
公費１	（記載省略）			→	（記載省略）	
公費２	（記載省略）				０	０ ０

※ 主保険＋全国公費＋該当地方公費の保険組み合わせ分については、レセ電”９７”の負担区分は”４”→”２”となる。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

◎　負担金計算（１）タブ



★　患者登録－所得者情報－月上限額入力　【デフォルト＝０．０】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：設定なし 1：外来上限額・入院上限額を入力する 2：入外上限額・他一部負担累計を入力する	0：月上限額のある公費（患者単位）

【項目説明】

0 設定なし　・・・・・・・・・・・・・・・・・　患者登録－所得者情報での月上限額入力を可としない。

1 外来上限額・入院上限額を入力する・・・　・・患者登録－所得者情報での月上限額入力を可とする。
※　上段：外来上限額　下段：入院上限額

2 入外上限額・他一部負担累計を入力する・・・　患者登録－所得者情報での月上限額入力を可とする。
又、次月複写・他一部負担累計入力を可とする。
※　上段：入外上限額　下段：他一部負担累計
この設定を行った場合、入外あわせて上限額までの計算を行う。

【重要】

１．患者単位で月上限額が異なる制度の場合に設定ください。
２．制度の開始日・終了日で、システム管理２０１０の期間を区切る事。
３．制度の開始日・終了日で、保険番号マスタの期間を区切る事。
・外来－負担区分　→　１患者負担あり（その他の外来設定は無し）
・入院－負担区分　→　１患者負担あり
・入院－食事療養費　→　制度に準じて設定（その他の入院設定は無し）
４．制度の開始日・終了日で、該当公費の適用期間（患者登録－公費登録）を区切る事。（保険組み合わせが変更となる。）

【デフォルト設定】

以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。

［デフォルト＝１．０］とするもの
茨城県（保険番号１５２）
兵庫県（保険番号１８６）

［デフォルト＝２．０］とするもの
福島県（保険番号２８１）

【補足】

下記分については、負担金計算・レセプト等において、諸々の対応を行っている為、プログラム内部で固定設定とする。
システム管理上は、［０．０］と表示し、設定については以下の設定がされているものとみなします。

※プログラム内部設定　【１．０】
北海道（保険番号１８３）
東京都（保険番号１５１）
愛知県（保険番号１９１）

※プログラム内部設定　【２．０】
愛知県（保険番号１５２）
三重県（保険番号１５２）

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

★　医療費負担金計算（外来）　【デフォルト＝０．０】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：設定なし	0：該当公費対象者全員
1：＜未満＞患者負担なし＜以上＞患者負担あり（全額）	1：低所得・低年金の方のみ

【項目説明】
0 設定なし　・・・・・　負担割合相当額が設定額未満となる場合や以上となる場合で患者負担が異なる制度でない。
1 ＜未満＞患者負担なし＜以上＞患者負担あり（全額）
　　・・・・・　負担割合相当額が設定額未満となる場合、患者負担なし。
　　以上となる場合、負担割合分（全額）を患者負担とする。

【注意事項】
会計時に１ヶ月の累計金額が設定額以上となる場合、その会計時点から患者負担が発生します。
患者負担が発生した場合、収納業務にて、同一月に受診があるかを確認し、受診がある場合、
再計算処理及び請求書兼領収書の再発行を行う事。
又、必要に応じて入金処理を行う事。

【重要】
１．負担割合相当額が設定額未満と以上の場合で患者負担が異なる制度の場合に設定ください。
２．制度の開始日・終了日で、システム管理２０１０の期間を区切る事。
３．制度の開始日・終了日で、保険番号マスタの期間を区切る事。
　・レセプト記載　→　１負担上限未満記載なし
　※　＜レセプト請求分＞について
　　設定額以上となる場合は、レセプト請求しない、
　・外来－負担区分　→　１患者負担あり
　・外来－月－院内－上限額　→　制度に準じた金額設定
　・外来－月－院外－上限額　→　制度に準じた金額設定
　（その他の外来設定は無し）
　・入院－負担区分　→　１患者負担あり
　・入院－月－上限額　→　制度に準じた金額設定
　・入院－食事療養費　→　制度に準じて設定
　（その他の入院設定は無し）
４．制度の開始日・終了日で、該当公費の適用期間（患者登録－公費登録）を区切る事。（保険組み合わせが変更となる。）

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を
別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．０］とするもの
福島県（保険番号２４５、２４６、４４５、５４５、６４５、４８０）
埼玉県（保険番号３４３、３４２、１８１、１８２、１８３、４８１、４８２、３８３、
５４３、５８２、７４３、４４２、７８１、５４２、６８１、６８２、
３８１、３７２、３７３、２８１、４６２、５６２、６６２、７６２、
６７２）
熊本県（保険番号３４１、４４２、４８０）
［デフォルト＝１．１］とするもの
埼玉県（保険番号３４４、４８３、７８３、６８３）

★　医療費負担金計算（入院）　【デフォルト＝０．０】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：設定なし	0：該当公費対象者全員
1：＜未満＞患者負担なし＜以上＞患者負担あり（全額）	1：低所得・低年金の方のみ

【項目説明】
0 設定なし　・・・　負担割合相当額が設定額未満となる場合や以上となる場合で患者負担が異なる制度でない。
1 ＜未満＞患者負担なし＜以上＞患者負担あり（全額）
　　・・・　負担割合相当額が設定額未満となる場合、患者負担なし。
　　以上となる場合、負担割合分（全額）を患者負担とする。

【注意事項】
（１）定期請求に関して
　制度の特性上、該当患者については、入退院登録－定期請求設定を”２　月末時のみ請求”とし、運用する事を推奨します。

　定期請求が月２回あり、
　入退院登録－定期請求設定を”１　医療機関での設定”としており、
　※１回目の定期請求時　・・・　設定額未満
　※２回目の定期請求時　・・・　累計金額が設定額以上
　となった場合、入退院登録－定期請求設定を”２　月末時のみ請求”に変更し、再度、定期請求を行う必要があるからです。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

（２）同月内に再入院があり、
※退院分　・・・　設定額未満
※再入院分　・・・　累計金額が設定額以上
となった場合、退院分の請求額を手計算頂き、再入院分に調整金として入力ください。
（※　退院分について、退院再計算で請求額を発生させる事が出来ない為です。）

【重要】
医療費負担金計算（外来）を参照してください。

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．０］とするもの
福島県（保険番号２４５、２４６、４４５、５４５、６４５、４８０）
埼玉県（保険番号１８１、１８２、１８３、５４３、５８２、７４３、４４２、７８１、
５４２、６８１、６８２、３８１、３７２、３７３、２８１、４６２、７６２、６７２）
熊本県（保険番号３４１、４４２）
［デフォルト＝１．１］とするもの
埼玉県（保険番号７８３、６８３）

★　食事負担金計算（入院）　【デフォルト＝０．０】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：設定なし 1：＜未満＞患者負担なし＜以上＞患者負担あり（全額） 2 ＜未満＞患者負担あり（半額）＜以上＞患者負担あり（全額）	0：該当公費対象者全員 1：低所得・低年金の方のみ

【項目説明】
0 設定なし　・・・・・・・　負担割合相当額が設定額未満となる場合や以上となる場合で患者負担が
異なる制度でない。
1 ＜未満＞患者負担なし＜以上＞患者負担あり（全額）
・・・　負担割合相当額が設定額未満となる場合、患者負担なし。
以上となる場合、標準負担額（全額）を患者負担とする。
2 ＜未満＞患者負担あり（半額）＜以上＞患者負担あり（全額）
・・・　負担割合相当額が設定額未満となる場合、標準負担額（全額）
の半額を患者負担とする。
以上となる場合、標準負担額（全額）を患者負担とする。

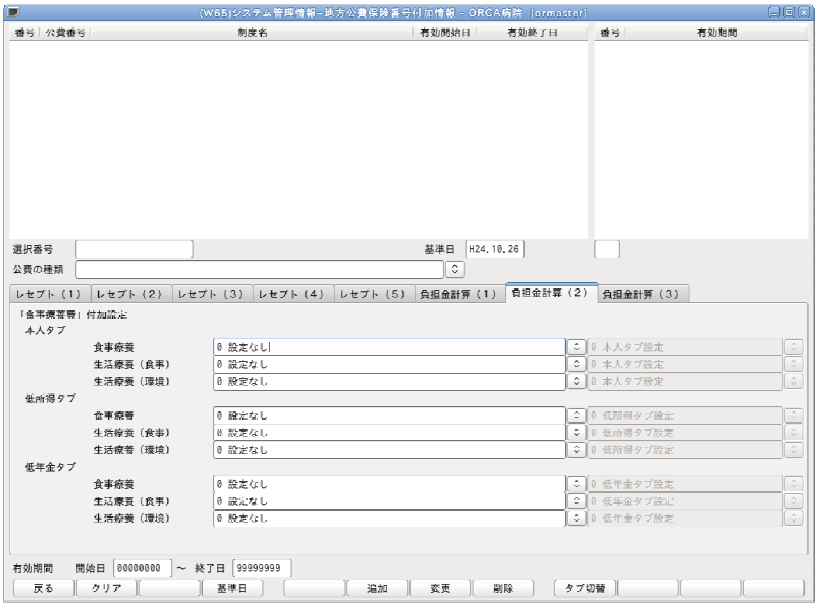
【注意事項】
０以外の設定を行う場合、保険番号マスタの食事療養費は、”１”で設定をしておく事。

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．０］とするもの
福島県（保険番号４４５、５４５、６４５、４８０）
埼玉県（保険番号５８２、７４３、４４２、７８１、５４２、３８１、３７２、３７３、６７２）
［デフォルト＝２．０］とするもの
埼玉県（保険番号６８２、２８１）
［デフォルト＝２．１］とするもの
埼玉県（保険番号６８３）

【関連チェック】
（１）医療費負担金計算（入院）（左側が）０の時、食事負担金計算　（入院）（左側が）０以外であればエラーとする。
（２）医療費負担金計算（入院）（右側）と食事負担金計算　（入院）（右側）の設定値が同じで無い場合エラーとする。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

◎　負担金計算（２）タブ



★　本人タブ：食事療養　【デフォルト＝０．０】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：設定なし 1：患者負担なし 2：患者負担あり（半額） 3：患者負担あり（全額）	0：本人タブ設定

【項目説明】
0 設定なし　・・・・・・・・・・　保険番号マスタの「食事療養費」設定に準ずる患者負担とする。
1 患者負担なし　　・・・　患者負担なし
2 患者負担あり（半額）　・・・　標準負担額（全額）の半額を患者負担とする。
3 患者負担あり（全額）　・・・　標準負担額（全額）を患者負担とする。

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．０］とするもの
埼玉県（保険番号６７２）
［デフォルト＝２．０］とするもの
宮城県（保険番号１８３、４８３、５８３、７８３）
埼玉県（保険番号３５２、３５３、３５４、６８３）

【補足】
宮城県（保険番号１８３、４８３、５８３、７８３）は、下記の公費負担者番号のみ対象。
※　公費負担者番号　８３０４０１７０（川崎町）、８３０４０２８７（富谷町）、８３０４０７９０（美里町）

★　本人タブ：生活療養（食事）　【デフォルト＝０．０】
★　本人タブ：生活療養（環境）　【デフォルト＝０．０】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：設定なし 1：患者負担なし 2：患者負担あり（半額） 3：患者負担あり（全額）	0：本人タブ設定

【項目説明】
0 設定なし　・・・・・・・・・・　保険番号マスタの「食事療養費」設定に準ずる患者負担とする。
1 患者負担なし　　・・・　患者負担なし
2 患者負担あり（半額）　・・・　標準負担額（全額）の半額を患者負担とする。
3 患者負担あり（全額）　・・・　標準負担額（全額）を患者負担とする。

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

［デフォルト＝２．０］とするもの
埼玉県（保険番号６８３）
［デフォルト＝３．０］とするもの
群馬県（保険番号１４６、２４６、１４３、２４３、１７７、１８７）
埼玉県（保険番号６７２）
新潟県（保険番号２６１、３６１、５６１、２６４、３６４、５６４、２９８）

★　低所得タブ：食事療養　【デフォルト＝０．０】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：設定なし 1：患者負担なし 2：患者負担あり（半額） 3：患者負担あり（全額）	0：低所得タブ設定

【項目説明】
0 設定なし　・・・・・・・・・・　保険番号マスタの「食事療養費」設定に準ずる患者負担とする。
1 患者負担なし　　・・・　患者負担なし
2 患者負担あり（半額）　・・・　標準負担額（全額）の半額を患者負担とする。
3 患者負担あり（全額）　・・・　標準負担額（全額）を患者負担とする。

★　低所得タブ：生活療養（食事）　【デフォルト＝０．０】
★　低所得タブ：生活療養（環境）　【デフォルト＝０．０】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：設定なし 1：患者負担なし 2：患者負担あり（半額） 3：患者負担あり（全額）	0：低所得タブ設定

【項目説明】
0 設定なし　・・・・・・・・・・　保険番号マスタの「食事療養費」設定に準ずる患者負担とする。
1 患者負担なし　　・・・　患者負担なし
2 患者負担あり（半額）　・・・　標準負担額（全額）の半額を患者負担とする。
3 患者負担あり（全額）　・・・　標準負担額（全額）を患者負担とする。

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝３．０］とするもの
新潟県（保険番号１９８）

★　低年金タブ：食事療養　【デフォルト＝０．０】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：設定なし 1：患者負担なし 2：患者負担あり（半額） 3：患者負担あり（全額）	0：低年金タブ設定

【項目説明】
0 設定なし　・・・・・・・・・・　保険番号マスタの「食事療養費」設定に準ずる患者負担とする。
1 患者負担なし　　・・・　患者負担なし
2 患者負担あり（半額）　・・・　標準負担額（全額）の半額を患者負担とする。
3 患者負担あり（全額）　・・・　標準負担額（全額）を患者負担とする。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

★　低年金タブ：生活療養（食事）　【デフォルト＝０．０】
★　低年金タブ：生活療養（環境）　【デフォルト＝０．０】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：設定なし 1：患者負担なし 2：患者負担あり（半額） 3：患者負担あり（全額）	0：低年金タブ設定

【項目説明】
0 設定なし　・・・・・・・・・・　保険番号マスタの「食事療養費」設定に準ずる患者負担とする。
1 患者負担なし　　・・・　患者負担なし
2 患者負担あり（半額）　・・・　標準負担額（全額）の半額を患者負担とする。
3 患者負担あり（全額）　・・・　標準負担額（全額）を患者負担とする。

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝３．０］とするもの
新潟県（保険番号１９８）

★★★　「食事療養費」付加設定共通　★★★

＊＊　関連チェック　＊＊
（１）保険番号マスタの食事療養費の設定が”１”である場合、各タブの設定において、下記パターンのいずれかであればＯＫ。
以外のパターンであればエラーとする。
食事療養　　：０　２　２　２　２　２　１　１
生活療養（食事）：０　２　２　０　２　３　１　３
生活療養（環境）：０　２　０　０　３　３　３　３
（２）保険番号マスタの食事療養費の設定が”３”である場合、各タブの設定において、下記パターンのいずれかであればＯＫ。
以外のパターンであればエラーとする。
食事療養　　：０　０　０　１　１
生活療養（食事）：０　０　３　１　３
生活療養（環境）：０　３　３　３　３
（３）保険番号マスタの食事療養費の設定が”１”又は”３”以外である場合、各タブの設定において、下記パターンであればＯＫ。
以外のパターンであればエラーとする。
食事療養　　：０
生活療養（食事）：０
生活療養（環境）：０

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

◎　負担金計算（３）タブ

★　負担金未発生分の回数カウント（外来）　【デフォルト＝０．０】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：回数にカウントしない 1：回数にカウントする	0：上限回数設定のある公費

【項目説明】
0 回数にカウントしない　・・・　該当地方公費の一部負担金が０円の場合、回数にカウントしない。
1 回数にカウントする　・・・・　該当地方公費の一部負担金が０円であっても、回数にカウントする。

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．０］とするもの
大阪府（地方公費全般）（保険番号１００、２００を除く）

例）設定が「1：回数にカウントする」、かつ、地方公費保険番号マスタの設定（日－上限額　５００円、月－上限回数　２）、かつ、全国公費の患者負担無しの場合
１日目　主保険＋全国公費＋該当地方公費　　患者負担　０円
２日目　主保険＋全国公費＋該当地方公費　　患者負担　０円
３日目　主保険＋該当地方公費　　患者負担　０円
※　３日目は３回目となる為、患者負担は０円となる。
設定が「0：回数にカウントしない」であれば、３日目の該当地方公費の適用が１回目とカウントされる為、５００円の患者負担が発生する。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

★　長期併用時の特別計算（外来）　【デフォルト＝０．０】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：設定なし 1：（長期の月上限額－診療済み長期負担相当額）と（日上限額）を比較 2：１と同様（高齢現物＋低所の場合、低所の月上限額で計算を行う） 3：１と同様（更生・育成併用時を除く） 4：２と同様（更生・育成併用時を除く）	0：上限回数設定のある公費

【項目説明】
0 設定なし　・・・　長期併用時の特別計算をしない。
1 （長期の月上限額－診療済み長期負担相当額）と（日上限額）を比較
　　・・・　（１００００円－診療済み長期負担相当額）と（日上限額）を比較し、小さい金額を患者負担とする。
　　※　主保険又は上位公費の一部負担金を超えないよう負担金計算を行う。
2 １と同様（高齢現物＋低所の場合、低所の月上限額で計算を行う）
　　・・・　＜高齢者現物給付、かつ、低所得者の場合＞
　　（　８０００円－診療済み長期負担相当額）と（日上限額）を比較し、小さい金額を患者負担とする。
　　＜上記以外＞
　　（１００００円－診療済み長期負担相当額）と（日上限額）を比較し、小さい金額を患者負担とする。
　　※　主保険又は上位公費の一部負担金を超えないよう負担金計算を行う。
3 １と同様（更生・育成併用時を除く）
　　・・・　更生・育成併用時を除き、１と同様の負担金計算を行う。
4 ２と同様（更生・育成併用時を除く）
　　・・・　更生・育成併用時を除き、２と同様の負担金計算を行う。

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を
別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．０］とするもの
　大阪府（地方公費全般）（保険番号１００、２００を除く）
［デフォルト＝４．０］とするもの
　広島県（保険番号１９１、２９１、４９１）

例）1 （長期の月上限額－診療済み長期負担相当額）と（日上限額）を比較　で設定
　保険番号マスタの設定（日－上限額　５００円、月－上限回数　２）
　主保険（３割）＋該当地方公費＋９７２との併用　の場合
（１）２日目の患者負担が０円となる例
　１日目　４０００点　　患者負担　５００円
　２日目　４０００点　　患者負担　　０円
　※　１日目で４０００点×１０円×３割＝１２０００円の為、
　　１００００－１２０００＝残０円
　　５００円＞　　０円　患者負担は０円となる。
（２）２日目の患者負担が５００円未満となる例
　１日目　３２００点　　患者負担　５００円
　２日目　４０００点　　患者負担　４００円
　※　１日目で３２００点×１０円×３割＝　９６００円の為、
　　１００００－９６００＝残４００円
　　５００円＞４００円　患者負担は４００円となる、

★　現物給付対象者の特別計算（高齢者・外）　【デフォルト＝０．０】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：設定なし 1：（月上限額－診療済み主保険負担相当額）と（日上限額）を比較	0：上限回数設定のある公費

【項目説明】
0 設定なし　・・・　現物給付対象者の特別計算をしない。
1 （月上限額－診療済み主保険負担相当額）と（日上限額）を比較
　　・・・　＜上位所得者（３割）＞
　　（４４４００円－診療済み主保険負担相当額）と（日上限額）を比較し、小さい金額を患者負担とする。
　　＜一般所得者（１割）＞
　　（１２０００円－診療済み主保険負担相当額）と（日上限額）を比較し、小さい金額を患者負担とする。
　　＜低所得者（１割）＞
　　（　８０００円－診療済み主保険負担相当額）と（日上限額）を比較し、小さい金額を患者負担とする。
　　※　主保険又は上位公費の一部負担金を超えないよう負担金計算を行う。

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．０］とするもの
広島県（保険番号１９１、２９１、４９１）

★ 全国公費併用時の特別計算（外来） 【デフォルト＝０．０】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：設定なし 1：全国公費が月上限額に達した日以降も一部負担金を発生させる	0：患者負担のある公費

【項目説明】
0 設定なし ・・・ 全国公費併用時の負担金計算について、全国公費の一部負担金が月上限額に達した日以降は患者負担を発生させない。
1 全国公費が月上限額に達した日以降も一部負担金を発生させる
・・・ 全国公費併用時の負担金計算について、全国公費の一部負担金が月上限額に達した日以降も全国公費の一部負担金（月上限額）又は、該当地方公費の上限額に達するまで患者負担を発生させる。
※ 月途中で主保険が変更（別レセプト）となった場合は、主保険単位（レセプト単位）で上記の計算を行う。
◎ 上記計算の対象となりうる地方公費の条件について

該当地方公費の保険番号マスタの設定
（１）負担割合の設定が０でない場合
・全国公費負担割合（又は主保険負担割合）＞ 地方公費負担割合 となる場合
・全国公費負担割合（又は主保険負担割合）＝ 地方公費負担割合 となる場合、
かつ、日上限がある場合（月上限と同じでない事）
（２）負担割合の設定が０の場合
・日上限がある場合（月上限と同じでない事）

例）主保険（３割）＋５１（月上限額２２５０円）＋該当地方公費（１割）の場合
１日目 ５００点 患者負担 ５００円 ５１一部負担金 １５００円
２日目 ５００点 患者負担 ５００円 ５１一部負担金 ７５０円 上限に達する
※ ２日目で５１一部負担金が月上限額に達しているが、
３日目以降、患者負担を最大１２５０円（２２５０円－１０００円）まで発生させる。
３日目 ２０００点 患者負担 １２５０円

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．０］とするもの
東京都 （地方公費全般）
京都府 （地方公費全般）
岡山県 （地方公費全般）
熊本県 （地方公費全般）

★ 診察料がない場合の負担金計算（外来） 【デフォルト＝０．０】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：通常計算 1：一部負担金を発生させない	0：患者負担のある公費

【項目説明】
0 通常計算 ・・・ 診察料の有無に関わらず、患者負担計算を行う。
1 一部負担金を発生させない
・・・ １．診察料がない場合は、患者負担なしとする。
（診療区分１１～１４での診療行為入力がない場合）
２．診療区分１１～１４での診療行為入力がある場合においても、
診療行為コード”０９９４０９９０５”（(特定公費）診察料未算定扱い）
の診療行為入力があれば、診察料がない場合とみなし、
患者負担なしとする。

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．０］とするもの
茨城県（地方公費全般）
東京都（保険番号５８８）

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

★　初診時以外の負担金計算（外来）　【デフォルト＝０．０】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：通常計算 1：一部負担金を発生させない	0：患者負担のある公費

【項目説明】
0 通常計算　・・・　初診料の有無に関わらず、患者負担計算を行う。
1 一部負担金を発生させない
　　・・・　初診料がない場合は、患者負担なしとする。
　　（初診、小児科外来診療料、初診料（ＤＵＭＭＹ）のいずれも算定がない場合）

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．０］とするもの
北海道（保険番号１４２、１４３，１４４、１９０、２９１、２９２）
宮城県（保険番号２６３、３６３、４６３、５６３）
広島県（保険番号３９０）

★　初診時以外の負担金計算（入院）　【デフォルト＝０．０】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：通常計算 1：一部負担金を発生させない	0：患者負担のある公費

【項目説明】
0 通常計算　・・・　初診料の有無に関わらず、患者負担計算を行う。
1 一部負担金を発生させない
　　・・・　初診料がない場合は、患者負担なしとする。
　　（初診、初診料（ＤＵＭＭＹ）のいずれも算定がない場合）

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．０］とするもの
北海道（１４２、１４３，１４４、１９０、２９１、２９２、
　　７４４、４４３、４４４、８４２）

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

★　１入院＠日限度とする特別計算（入院）　【デフォルト＝０．０】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：設定なし 1：初回入院日を基準日とし、１入院＠日限度とする負担金計算を行う	0：月上限回数設定のある公費

【項目説明】
0 設定なし　・・・　保険番号マスタの設定（月ー上限回数　＠）の場合、１月の上限回数を＠日とする。
1 初回入院日を基準日とし、１入院＠日限度とする負担金計算を行う
　　・・・　保険番号マスタの設定（月ー上限回数　＠）の場合、初回入院日を基準日とし、
　　１入院の上限回数を＠日とする。

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．０］とするもの
　宮城県（保険番号４６３，５６３）　＜制度開始日は平成２４年１月１日とする＞

【補足】
＜制度開始日及び基準日（初回入院日）について＞
システム管理 2010 の開始年月日　＜＝　計算該当日　＜＝　システム管理 2010 の終了年月日
にあてはまるシステム管理 2010 の開始年月日を制度開始日とする。
この項目以外の設定の関係で、システム管理 2010 の期間を区切っている場合もある為、
その期間より前のシステム管理 2010 についてもこの項目の設定をチェックする。
継続して設定のある場合、その期間より前のシステム管理 2010 の開始年月日を制度開始日
とする。
開始年月日が平成２４年１月１日以前の場合は、制度開始日を平成２４年１月１日とする。
基準日＜制度開始日となる場合、制度開始日を基準日とする。

例）制度開始日　平成２４年１月１日
　保険番号マスタの設定（日ー上限額　５００円、月ー上限回数　１０）の場合
（１）入院：　平成２４年１月　５日～
　・１月分の患者負担は、５００円×１０日＝５０００円
　・２月分の患者負担は、０円
　　（１月　５日が基準日の為、２月の残算定日数は０日。）
（２）入院：　平成２４年１月２５日～
　・１月分の患者負担は、５００円×７日＝３５００円
　・２月分の患者負担は、５００円×３日＝１５００円
　　（１月２５日が基準日の為、２月の残算定日数は３日。）
（３）入院：　平成２４年１月　５日～１月１５日
　・退院分の患者負担は、５００円×１０日＝５０００円
　再入院：平成２４年１月２０日～
　＜入退院登録：　”１初回”で登録した場合＞
　・１月分の患者負担は、５００円×１０日＝５０００円
　　（１月２０日が基準日の為、残算定日数は１０日。）
　　（退院分と併せて１月分の患者負担計は、
　　５０００円＋５０００円＝１００００円となる。）
　＜入退院登録：　”２継続”で登録した場合＞
　・１月分の患者負担は、０円
　　（１月　５日が基準日の為、残算定日数は０日。）

★　日上限額を固定額とする特別計算（入院）　【デフォルト＝０．０】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：設定なし 1：日上限額未満の場合も日上限額を固定額とする負担金計算を行う	0：日上限額設定のある公費

【項目説明】
0 設定なし　・・・　保険番号マスタの設定（日ー上限額　＠＠＠円）の場合で、
　　日の計算金額が＠＠＠円未満の場合は、その額を日額とする。
1 日上限額未満の場合も日上限額を固定額とする負担金計算を行う
　　・・・　保険番号マスタの設定（日ー上限額　＠＠＠円）の場合で、
　　日の計算金額が＠＠＠円未満の場合は、＠＠＠円を日額（固定額）とする。
　　※　請求期間の主保険又は上位公費の一部負担金を超えないよう負担金計算を行う。

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

［デフォルト＝１．０］とするもの
新潟県（地方公費全般）
福岡県（地方公費全般）

★　限度額認定証提示が無い場合の特別計算　【デフォルト＝０．０】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：設定なし	0：該当公費対象者全員
1：一般区分の月上限額超の額を患者負担に加算	1：社保・国保組合
2：一般区分の月上限額超の額を患者負担に加算（高額４回目適用）	2：社保
3：一般・低所区分の月上限額超の額を患者負担に加算	3：国保組合
4：一般・低所区分の月上限額超の額を患者負担に加算（高額４回目適用）	

【項目説明】
0 設定なし　・・・　限度額認定証提示が無い場合の特別計算をしない。
1 一般区分の月上限額超の額を患者負担に加算
　　・・・　（主保険負担相当額－一般区分の月上限額）を患者負担に加算する。
2 一般区分の月上限額超の額を患者負担に加算（高額４回目適用）
　　・・・　（主保険負担相当額－一般区分の月上限額）を患者負担に加算する。
　　高額４回目以降の場合は、
　　（主保険負担相当額－一般区分の高額４回目以降の月上限額）
　　を患者負担に加算する。
3 一般・低所区分の月上限額超の額を患者負担に加算
　　・・・　（主保険負担相当額－一般・低所区分の月上限額）を患者負担に加算する。
4 一般・低所区分の月上限額超の額を患者負担に加算（高額４回目適用）
　　・・・　（主保険負担相当額－一般・低所区分の月上限額）を患者負担に加算する。
　　高額４回目以降の場合は、
　　（主保険負担相当額－一般・低所区分の高額４回目以降の月上限額）
　　を患者負担に加算する。

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝１．０］とするもの
宮城県（保険番号５８３、６８３、７８３、３６３、５６３）
千葉県（保険番号２６３、３６３，４６３）
福岡県（保険番号３８３）
大分県（保険番号１８３、２８３）
［デフォルト＝１．２］とするもの
宮城県（保険番号２６３、４６３）
［デフォルト＝４．１］とするもの
群馬県（保険番号１４５、２４５、１４６、２４６、１４３、２４３）

【補足】
＜高額４回目適用について＞
保険番号”９６５”（高額４回目）が公費登録してあり、
計算該当日がその適用期間にあてはまる場合、”高額４回目以降”とみなす。

例１）1 一般区分の月上限額超の額を患者負担に加算　で設定
　入院　請求点数　５５５５５点　主保険３割　の場合
　５５５５５点×１０円×３割＝１６６６５円（四捨五入）１６６６７０円
　８０１００＋（（５５５５５０－２６７０００）×０．０１）＝８２９８６円
　１６６６７０－８２９８６＝８３６８４円　（この金額を患者負担に加算）
例２）4 一般・低所区分の月上限額超の額を患者負担に加算（高額４回目適用）　で設定
　入院　請求点数　５５５５５点　主保険３割　低所得　の場合
　５５５５５点×１０円×３割＝１６６６５円（四捨五入）１６６６７０円
　１６６６７０－３５４００＝１３１２７０円　（この金額を患者負担に加算）
例３）4 一般・低所区分の月上限額超の額を患者負担に加算（高額４回目適用）　で設定
　入院　請求点数　５５５５５点　主保険３割　低所得　高額４回目　の場合
　５５５５５点×１０円×３割＝１６６６５円（四捨五入）１６６６７０円
　１６６６７０－２４６００＝１４２０７０円　（この金額を患者負担に加算）

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

★　限度額認定証（上位）の場合の特別計算　【デフォルト＝０．０】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：設定なし 1：一般区分の月上限額超の額を患者負担に加算 2：一般区分の月上限額超の額を患者負担に加算（高額４回目適用）	0：該当公費対象者全員 1：社保・国保組合 2：社保 3：国保組合

【項目説明】
0 設定なし　・・・　限度額認定証（上位）の場合の特別計算をしない。
1 一般区分の月上限額超の額を患者負担に加算
　　・・・　（主保険負担相当額－一般区分の月上限額）を患者負担に加算する。
2 一般区分の月上限額超の額を患者負担に加算（高額４回目適用）
　　・・・　（主保険負担相当額－一般区分の月上限額）を患者負担に加算する。
　　高額４回目以降の場合は、
　　（主保険負担相当額－一般区分の高額４回目以降の月上限額）
　　を患者負担に加算する。

【デフォルト設定】
以下の都道府県、保険番号については設定登録が無い場合であってもデフォルト設定の動作となりますが、設定内容を別に変更登録された場合については、その設定が有効となります。
［デフォルト＝２．１］とするもの
　群馬県（保険番号１４５、２４５、１４６、２４６、１４３、２４３）

【補足】
＜高額４回目適用について＞
保険番号”９６５”（高額４回目）が公費登録してあり、
計算該当日がその適用期間にあてはまる場合、”高額４回目以降”とみなす。

例１）1 一般区分の月上限額超の額を患者負担に加算　で設定
　入院　請求点数　５５５５５点　主保険３割　の場合
　１５００００＋（（５５５５５０－５００００）×０．０１）＝１５０５５６円
　　８０１００＋（（５５５５５０－２６７０００）×０．０１）＝８２９８６円
　１５０５５６－８２９８６＝６７５７０円 （この金額を患者負担に加算）
例２）1 一般区分の月上限額超の額を患者負担に加算　で設定
　入院　請求点数　３５５５５点　主保険３割　の場合
　３５５５５点×１０円×３割＝１０６６６５円（四捨五入）１０６６７０円
　　８０１００＋（（３５５５５０－２６７０００）×０．０１）＝８０９８６円
　１０６６７０－８０９８６＝２５６８４円 （この金額を患者負担に加算）
例３）2 一般区分の月上限額超の額を患者負担に加算（高額４回目適用）　で設定
　入院　請求点数　５５５５５点　主保険３割　高額４回目　の場合
　８３４００－４４４００＝３９０００円 （この金額を患者負担に加算）
例４）2 一般区分の月上限額超の額を患者負担に加算（高額４回目適用）　で設定
　入院　請求点数　２５５５５点　主保険３割　高額４回目　の場合
　２５５５５点×１０円×３割＝７６６６５円（四捨五入）７６６７０円
　７６６７０－４４４００＝３２２７０円 （この金額を患者負担に加算）

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

★　７０歳未満現物給付高額療養費合算計算　【デフォルト＝０．０】

【設定項目】

左側の設定項目（内容設定）	右側の設定項目（条件設定）
0：主単独と（主＋地）がある場合、両方合算対象となる時のみ合算計算 1：主単独と（主＋地）がある場合、無条件に合算計算	0：該当公費対象者全員 1：国保・広域 2：社保

【項目説明】

0 主単独と（主＋地）がある場合、両方合算対象となる時のみ合算計算
　　・・・　主保険単独分と（主保険＋該当地方公費）分について、それぞれが高額療養費計算の合算対象となる時のみ合算計算を行う。
1 主単独と（主＋地）がある場合、無条件に合算計算
　　・・・　主保険単独分と（主保険＋該当地方公費）分について、それぞれが高額療養費計算の合算対象でなくても、合算計算を行う。

【補足】

＜７０歳未満現物給付高額療養費計算の合算対象について＞
（１）公費併用分
　公費に患者負担相当額があり、かつ、主保険の負担相当額が２１０００円以上である場合が合算対象
（２）主保険単独分
　主保険の負担相当額が２１０００円以上である場合が合算対象

（例）月途中から該当地方公費が公費適用となる場合
　保険番号マスタの設定（回ー負担割合１００%、レセプト請求　３）の場合
　国保（３割）　低所得２　限度額認定証提示あり
　入院　１日～４日　国保　　請求点数　　６０００点
　　５日～月末　国保＋該当地方公費　　請求点数　３００００点
　＜月末退院時の負担金計算＞
　「0 主単独と（主＋地）がある場合、両方合算対象となる時のみ合算計算」　設定
　国保＋該当地方公費　　患者負担　３５４００円
　国保　　患者負担　１８０００円
　※　国保単独分は負担相当額（３割）が２１０００円以上でない為、
　　（国保＋該当地方公費）分と高額療養費の合算計算を行わない。
　※　国保単独分の患者負担は６０００点×１０円×３割＝１８０００円となる。

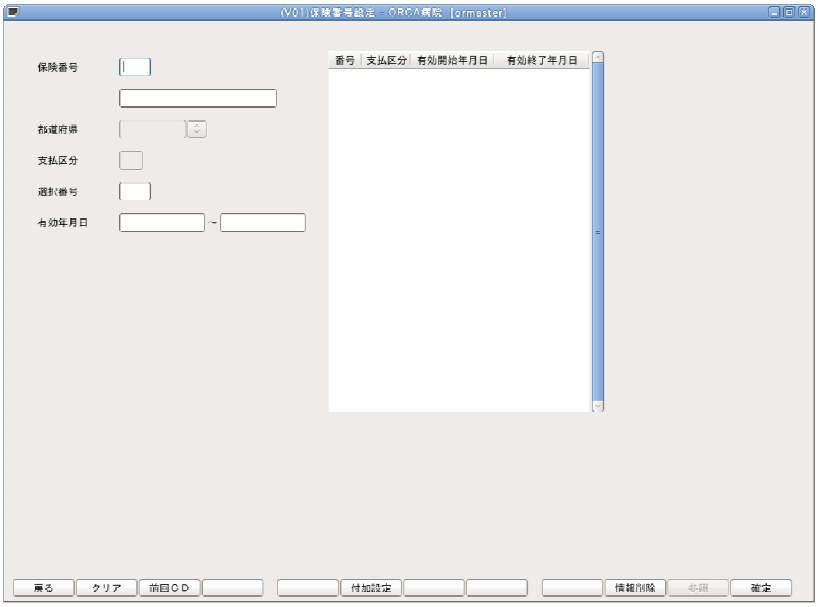
　「1 主単独と（主＋地）がある場合、無条件に合算計算」　設定
　国保＋該当地方公費　　患者負担　３５４００円
　国保　　患者負担　　０円
　※　国保単独分は負担相当額（３割）が２１０００円以上でないが、
　　（国保＋該当地方公費）分と高額療養費の合算計算を行う。
　※　（国保＋該当地方公費）分の患者負担が上限額（３５４００円）に達している為、国保単独分の患者負担は０円となる。

　注）上記例の場合の定期請求は、
　　入退院登録画面の定期請求設定を”２　月末時のみ請求”として行う必要があります。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

◎　システム管理２０１０画面への遷移機能について

１０４保険番号マスター（Ｖ０１）保険番号設定画面の付加設定ボタン（Ｆ６）押下で、
システム管理２０１０画面への遷移が可能です。



(6) 主科設定画面の登録時のチェックの変更 (R201211)

システム管理「2005 レセプト・総括印刷情報」の主科設定タブ画面で主科対応の有無を「1 する」から「0 しない」に変更した場合、ver4.6 迄は他の主科設定項目が設定された状態であった場合、「主科対応をしないときに設定されている項目があります」とエラーメッセージを表示し登録不可としていましたが、ver4.7 からは登録を可能としました。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

１－１４　１０２点数マスタ

(1) ユーザー点数マスタの複写登録機能対応(R201208-008)

ユーザーで登録できる点数マスタの登録処理に複写機能を追加します。

１．複写できるコードは以下となります。
ユーザーで登録できる用法コード(001XXXXXX)
部位コード(002XXXXXX)
自費コード(095XXXXXX,096XXXXXX)
その他材料コード（059XXXXXX)
コメントコード（0082XXXXX,0083XXXXX,　0084XXXXX,0085XXXXX,0086XXXX）

登録済みの同じ種類のコードを指定して内容の複写を行います。

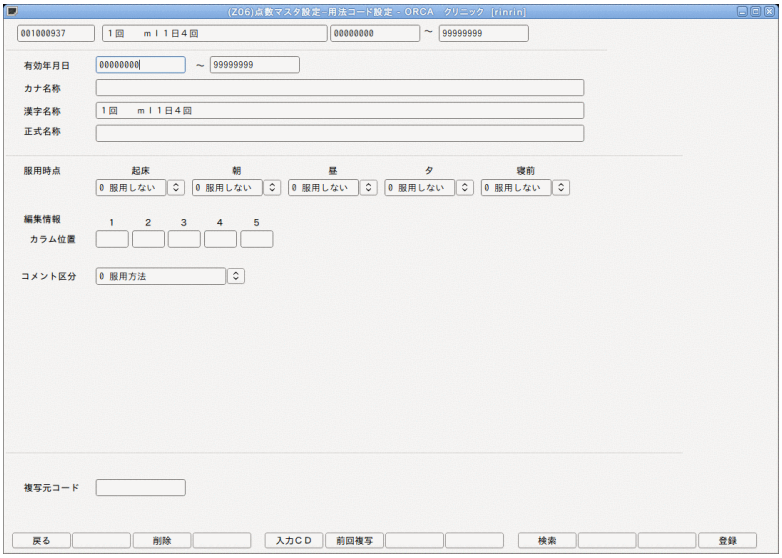
２．画面内の複写元コードに、複写したいコードを入力してＥｎｔｅｒ押下を行うと、カナ名称、漢字名称などマスタの内容を複写してくるので、変更する箇所を修正後、登録を行ってください。
複写元のマスタについては最終有効年月日の内容を複写します。有効年月日の指定はできません。
新規登録だけでなく、登録済みのコードに対しても複写修正を行うことが可能です。

３．「検索」（Ｆ９）ボタン押下で、点数マスター覧画面を表示し複写元コードの検索して、複写を行うことも可能です。

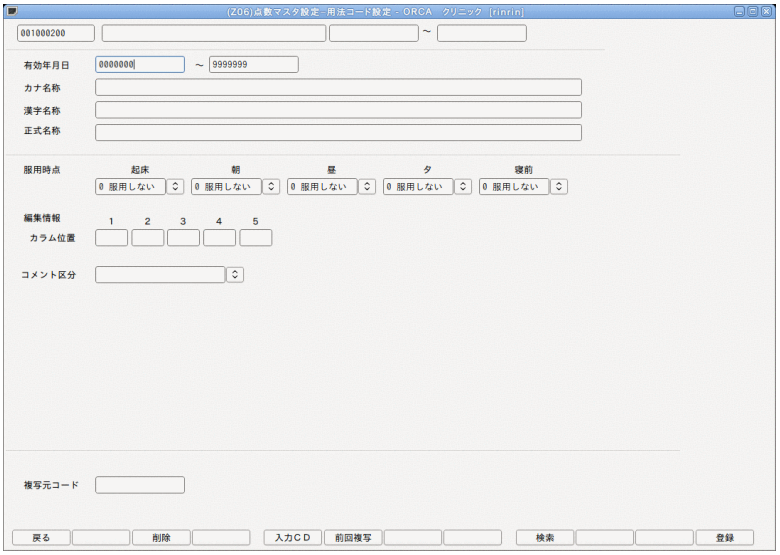
４．「前回複写」（Ｆ６）ボタン押下で、前回登録したコードが今回と同じ種類のコードであれば、前回の内容を複写可能です。

５．自費コードの複写は、カナ名称～正式名称、金額、保険適用、金額内容、点数欄集計先識別を複写します。
「09500XXXX」,「09600XXXX」の自費コードであれば、点数欄集計先識別の名称をシステム管理の請求書自費名称情報により表示します。
自賠責集計等取扱は、対象の自費コードのみ複写を行います。

処理詳細
１．用法コードの複写例（複写元の用法コード）

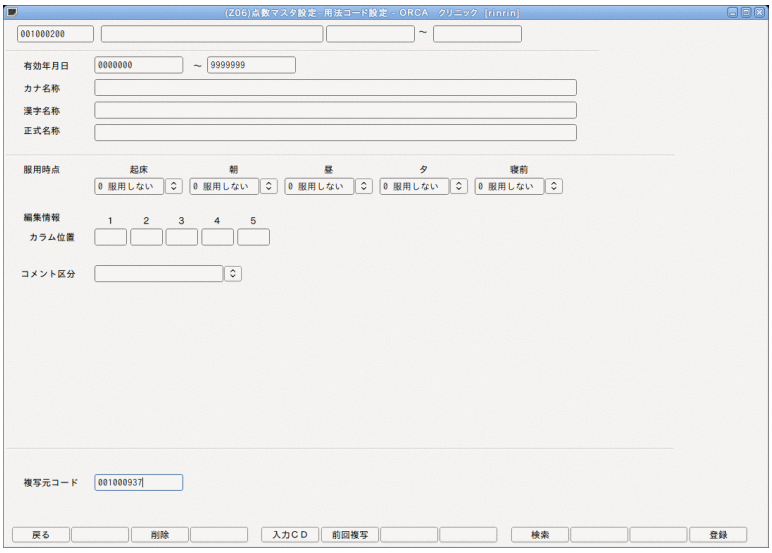


２．新規登録する用法コードを入力して、登録画面を表示します。

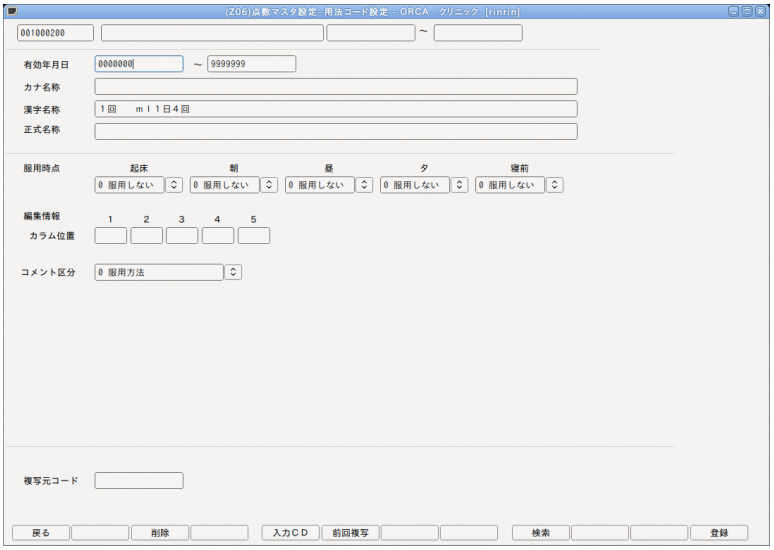


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

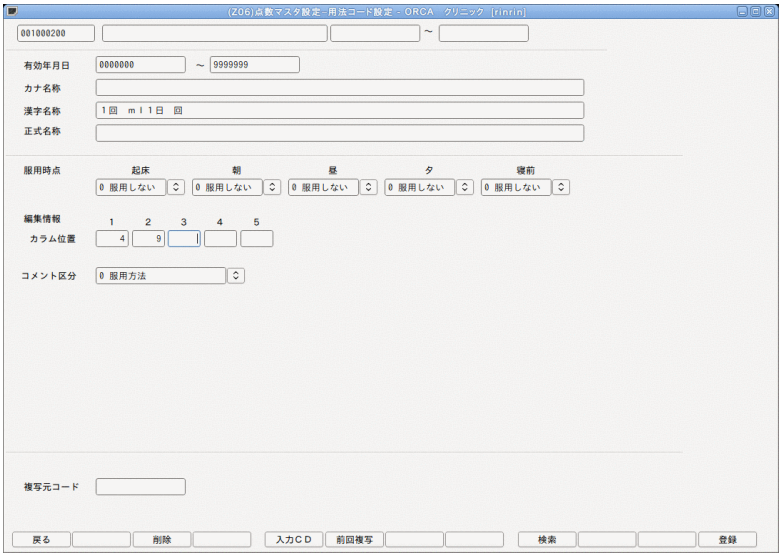
３．複写元コード欄に複写したい用法コードを入力します。



４．複写元の内容が複写されます。

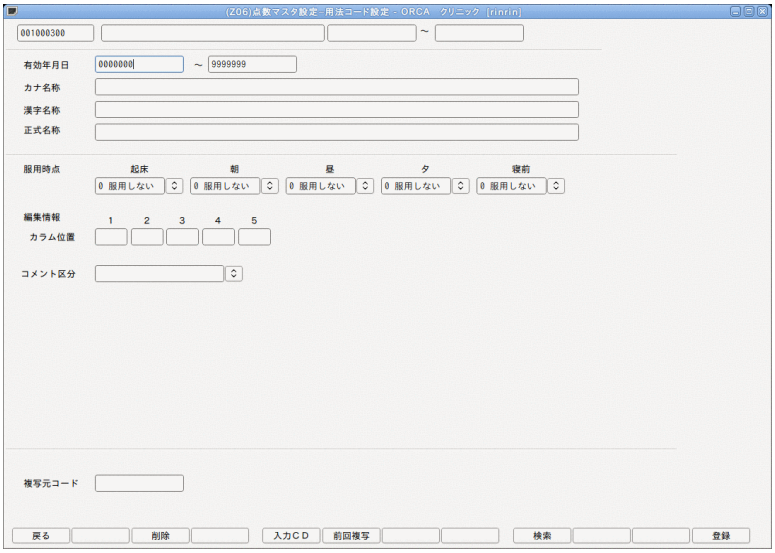


５．内容を変更して登録します。

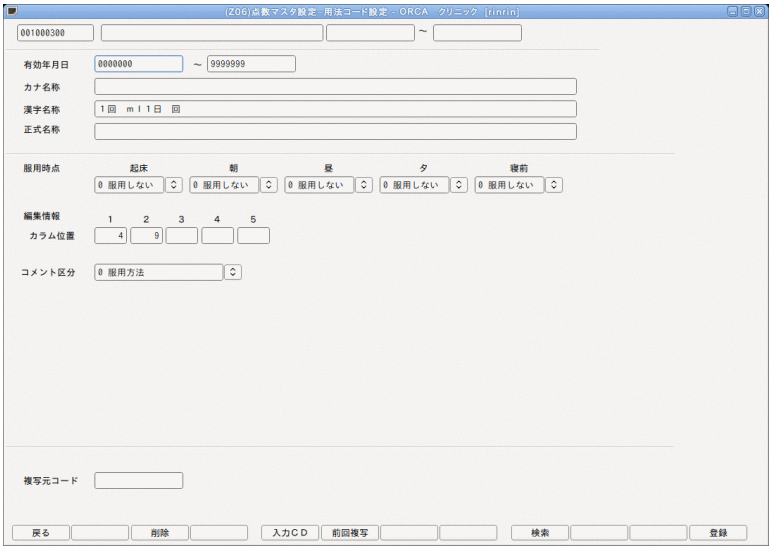


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

６．前回複写　　新規の用法コードを入力します。

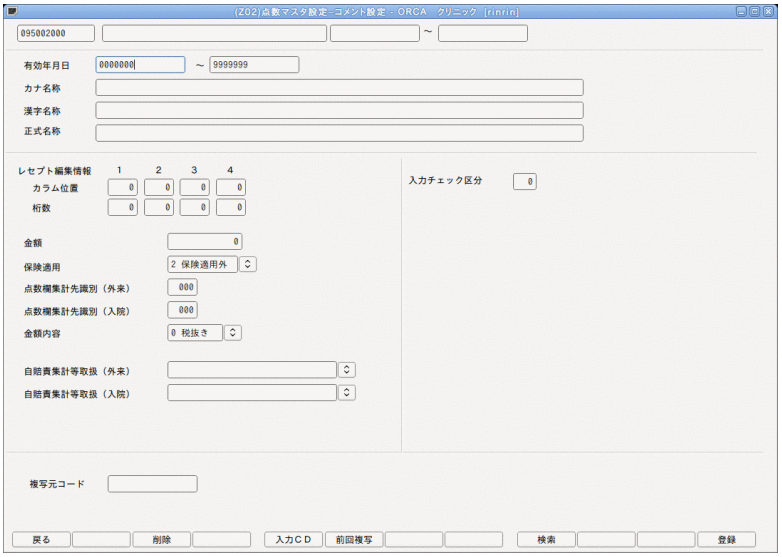


７．前回複写（Ｆ６）押下で、５．で登録した用法コードの内容が複写されます。

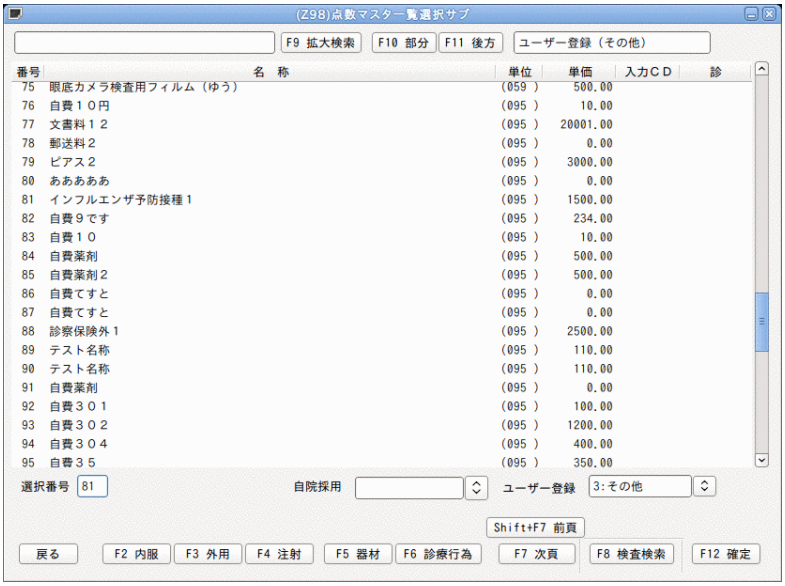


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

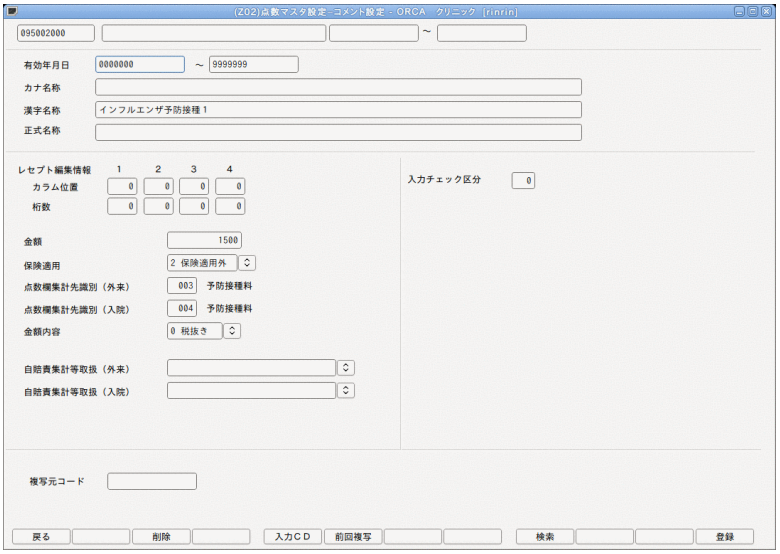
８．自費新規の自費コードを入力します。



９．検索（Ｆ９）を押下して一覧表を表示し、ユーザー登録のその他で登録済みの自費コードを表示し、
　　複写したいコードを選択します。



１０．内容が複写されます。「09500」の自費コードなので、点数集計先識別に自費名称が表示されます。



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

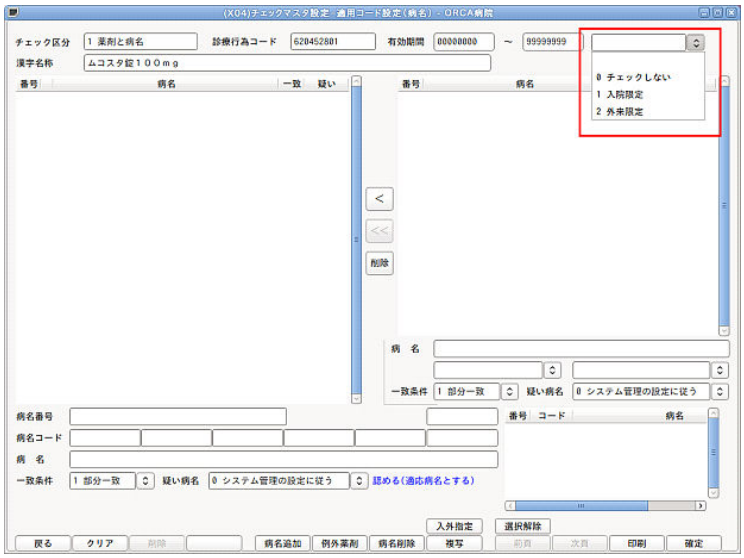
１－１５　１０３チェックマスタ

(1) チェックマスタ設定の追加(K201108-002)

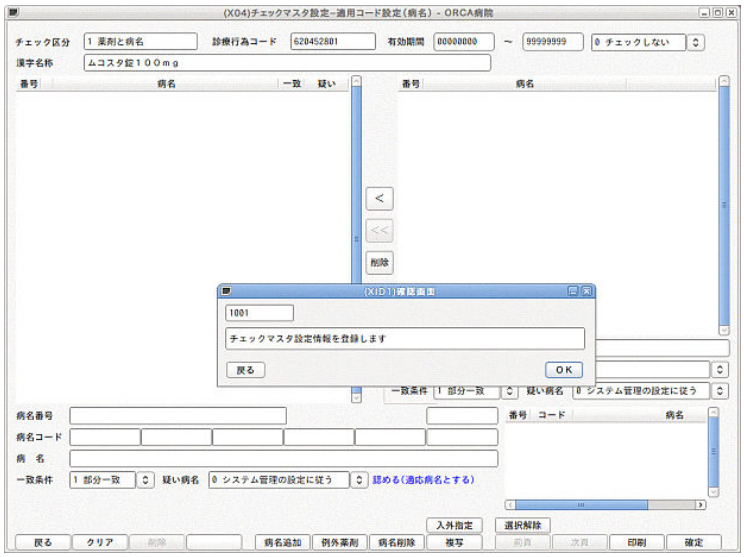
チェックマスタ「薬剤と病名」,「診療行為と病名」に“チェックしない”設定を可能とします。
“チェックしない”と設定されている薬剤・診療行為については、月次統計よりチェックマスタの一括登録をする際に、登録の対象としません（チェックしたくない薬剤・診療行為の取り込みを抑制する）。データチェック時もチェックの対象としません。

条件及び範囲
・チェックしない薬剤・診療行為については適応病名の登録がなくてもマスタ登録が可能です。
（適応病名の登録はないがマスタ自体は登録されているので、この場合も月次統計からの一括登録の対象外とする。）

処理の詳細



チェックマスタ「薬剤と病名」,「診療行為と病名」の入外区分コンボボックスに“0 チェックしない”を設定可能とします。



“0 チェックしない”が選択された薬剤・診療行為については適応病名の登録がなくてもマスタ登録が可能です。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

“チェックしない”が設定されている薬剤・診療行為については、チェックマスター一覧印刷時に診療行為コードの左に“×”を記載します。

(2) 診療行為と病名の器材チェック追加(R201109-002)

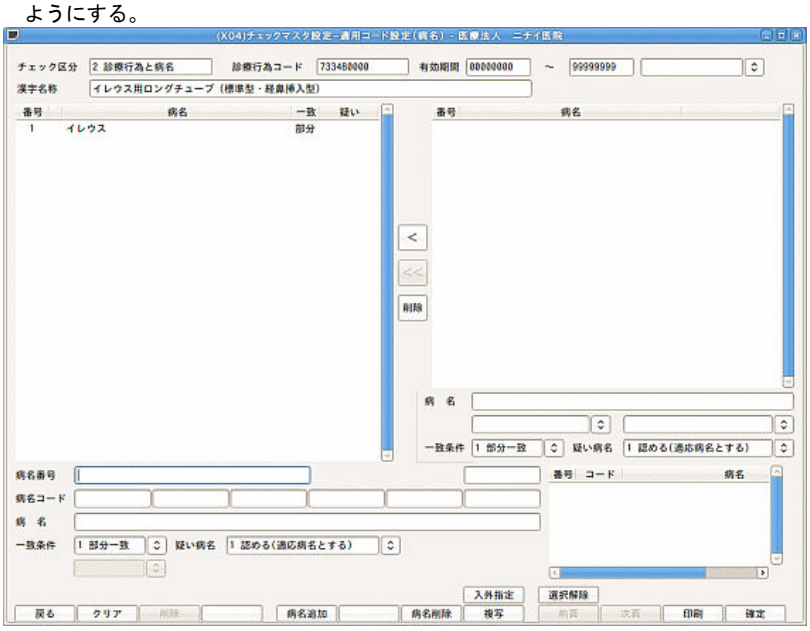
チェックマスタ「診療行為と病名」に器材の登録を認め、データチェックでのチェックを可能とします。

条件及び範囲

・「診療行為と病名」の他、「診療行為の併用算定（同月内）」、「診療行為の併用算定（同日内）」および「診療行為の併用算定（同会計内）」についても器材の登録を可能とする。

処理の詳細

・チェックマスタ「診療行為と病名」に器材の登録を認め、データチェックにてチェックを行えるようにする。



・「診療行為と病名」の他、「診療行為の併用算定（同月内）」、「診療行為の併用算定（同日内）」および「診療行為の併用算定（同会計内）」についても器材の登録を可能とする。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

１－１６　１０７薬剤情報マスタ

(1) 薬剤情報マスタ登録の定型文見直し(R201208-010)

薬剤情報マスタ登録画面で注意事項の欄に初期表示していた定型文を廃止し、定型文ボタンによりユーザが定型文を選択してセットすることを可能とします。

＜内服薬＞

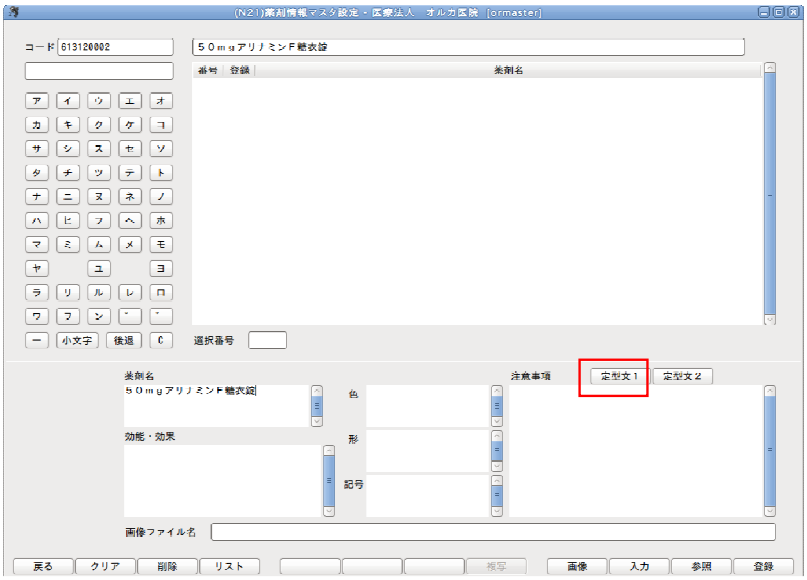
「定型文１」：医師の指示通りに服用して下さい。

「定型文２」：発疹・かゆみ等の過敏症が現れた時は服用を中止し、医師に相談して下さい。

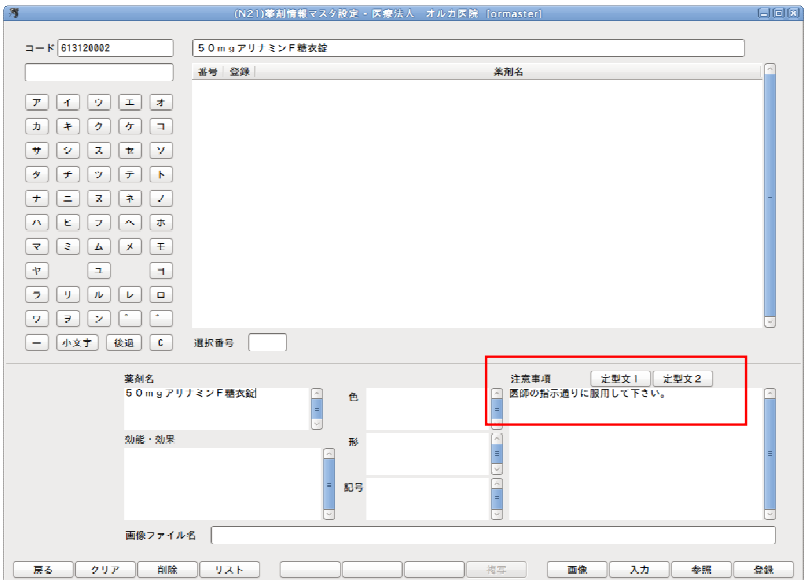
＜その他＞

「定型文１」：医師の指示通りに使用して下さい。

「定型文２」：発疹・かゆみ等の過敏症が現れた時は使用を中止し、医師に相談して下さい。



薬剤情報マスタ設定画面で薬剤を選択後、「定型文１」ボタンを押下します。



注意事項に定型文１がセットされます。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

１－１７　帳票

(1) 外来カルテの主病名対応(R201108-001)

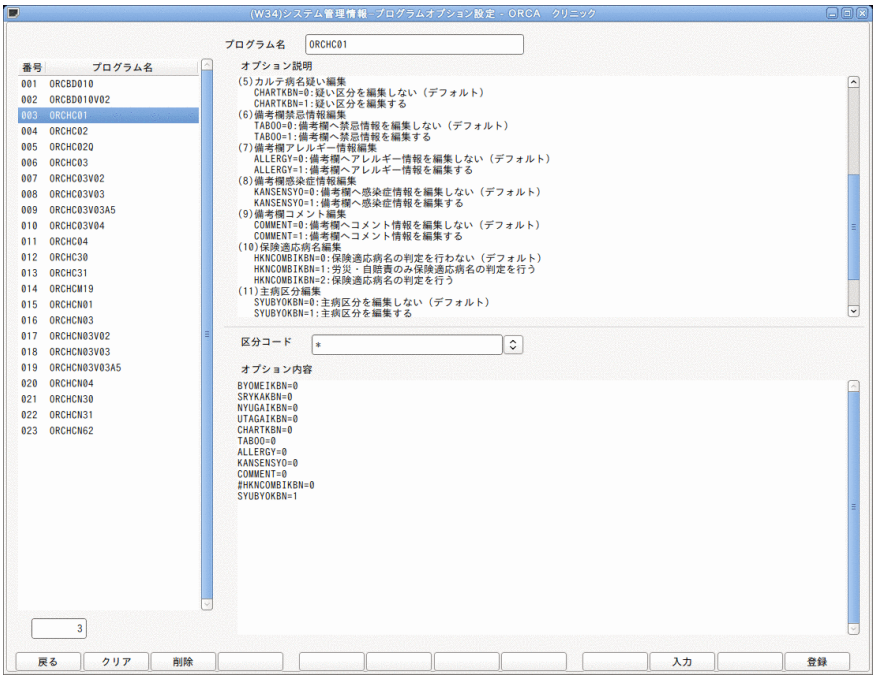
プログラムオプションの設定により病名に主病名区分を反映します。

条件及び範囲

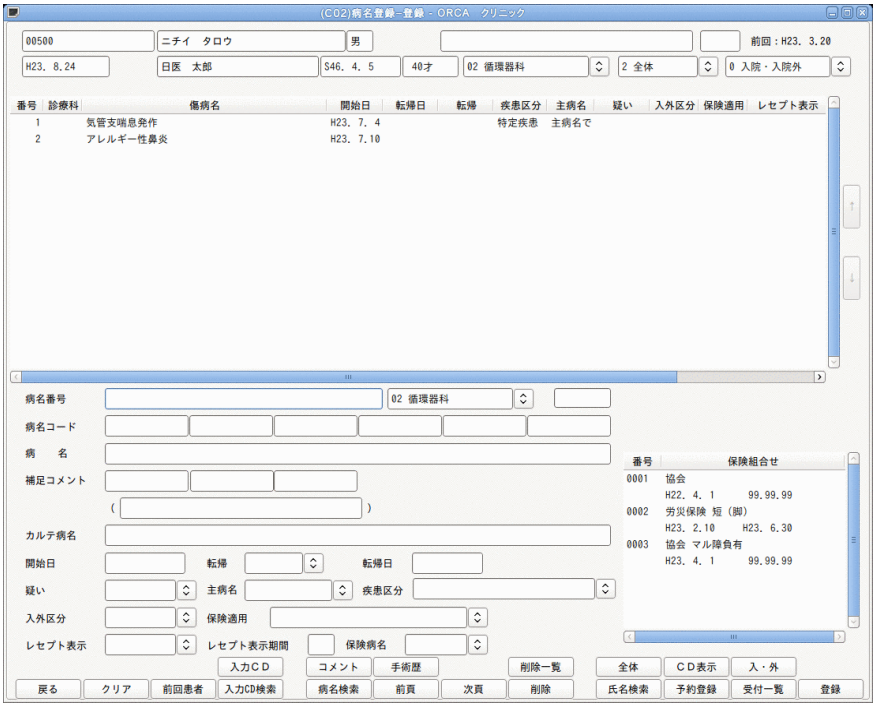
１．外来カルテのプログラムオプションの主病名区分編集＝１（SYUBYOKBN=1）と設定した時、患者病名の主病名区分が「１：主病名である」と設定されている病名について病名の先頭に（主）と記載します。
但し、カルテ病名が登録されている場合は編集しません。

処理詳細

１．プログラムオプションの主病名区分編集を１と設定する。

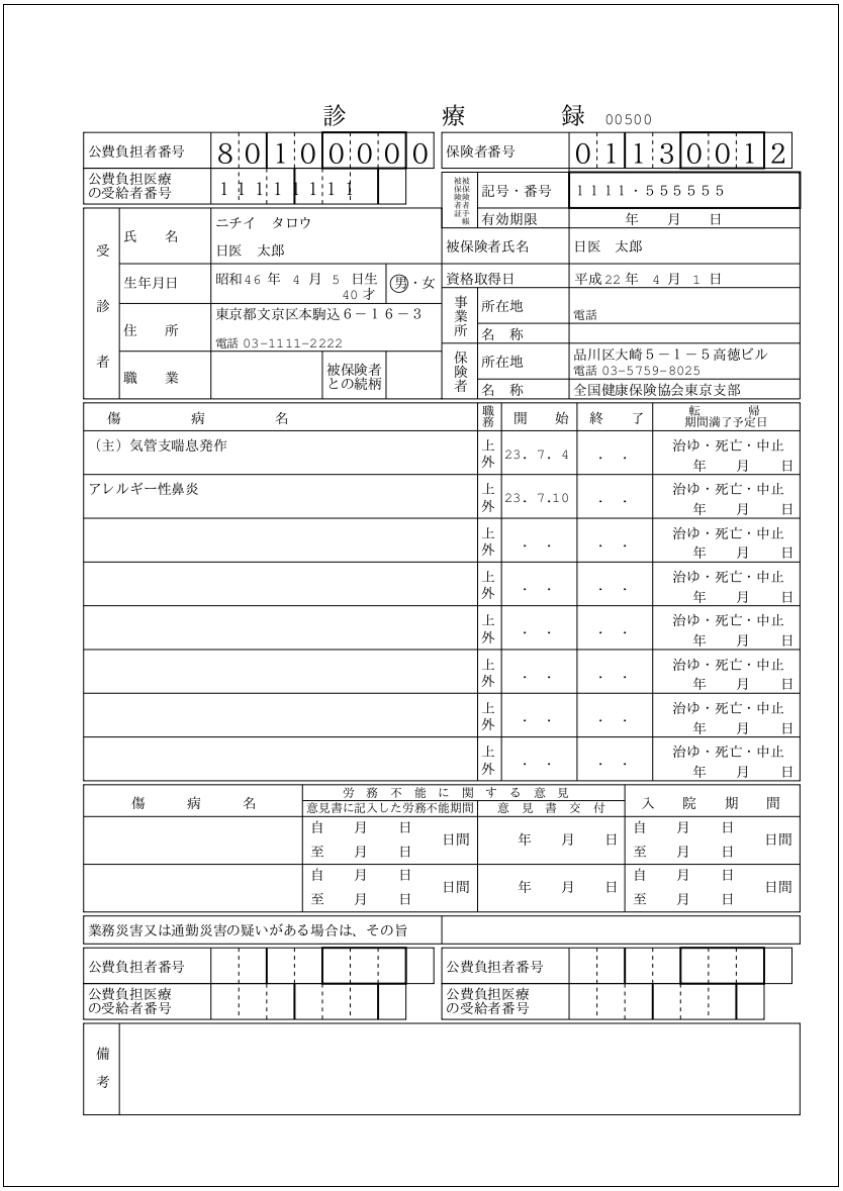


２．主病名区分の設定されている病名がある患者のカルテを印刷します。



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

３．主病名の前に（主）が記載されます。



診　療　録　00500

公費負担者番号	80100000	保険者番号	01130012
公費負担医療の受給者番号	1111111	被保険者手帳 記号・番号	1111・555555
		被保険者手帳 有効期限	年　月　日
受診者 氏名	ニチイ　タロウ 日医　太郎	被保険者氏名	日医　太郎
受診者 生年月日	昭和46年 4月 5日生 40才 (男)・女	資格取得日	平成22年 4月 1日
受診者 住所	東京都文京区本駒込６－１６－３ 電話 03-1111-2222	事業所 所在地	電話
		事業所 名称	
受診者 職業	被保険者との続柄	保険者 所在地	品川区大崎５－１－５高徳ビル 電話 03-5759-8025
		保険者 名称	全国健康保険協会東京支部

傷病名	職務	開始	終了	転帰 期間満了予定日
（主）気管支喘息発作	上外	23. 7. 4	. .	治ゆ・死亡・中止 年 月 日
アレルギー性鼻炎	上外	23. 7.10	. .	治ゆ・死亡・中止 年 月 日
	上外	. .	. .	治ゆ・死亡・中止 年 月 日
	上外	. .	. .	治ゆ・死亡・中止 年 月 日
	上外	. .	. .	治ゆ・死亡・中止 年 月 日
	上外	. .	. .	治ゆ・死亡・中止 年 月 日
	上外	. .	. .	治ゆ・死亡・中止 年 月 日
	上外	. .	. .	治ゆ・死亡・中止 年 月 日

傷病名	労務不能に関する意見 意見書に記入した労務不能期間	意見書交付	入院期間
	自 月 日 至 月 日 日間	年 月 日	自 月 日 至 月 日 日間
	自 月 日 至 月 日 日間	年 月 日	自 月 日 至 月 日 日間

業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨			
公費負担者番号		公費負担者番号	
公費負担医療の受給者番号		公費負担医療の受給者番号	
備考			

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(2) 外来カルテの全公費印刷対応（全国公費優先）(R201108-002)

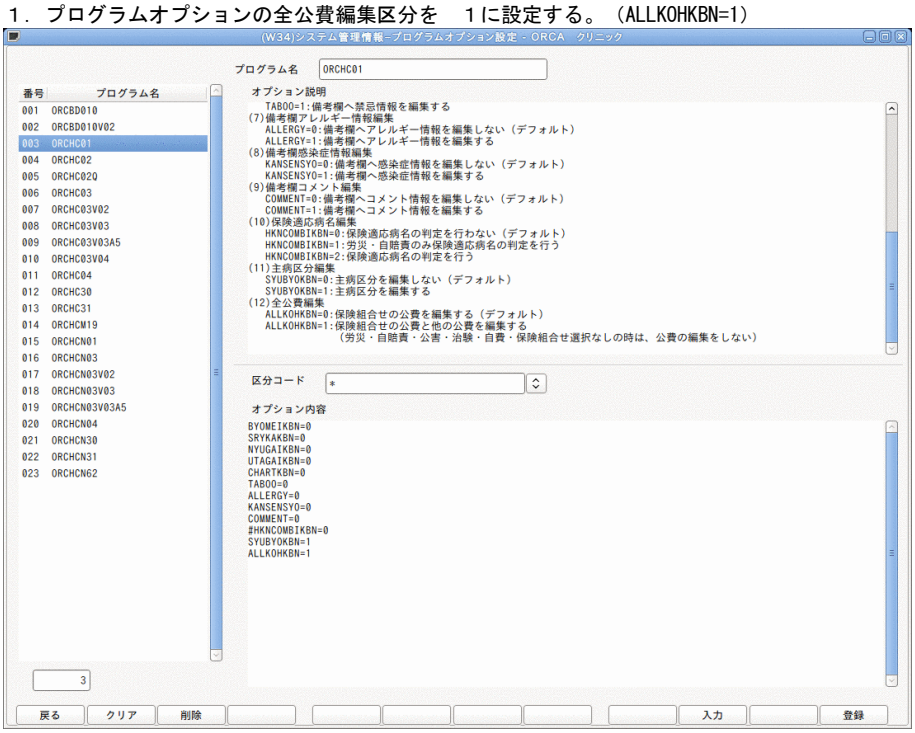
外来カルテのプログラムオプションの設定により、有効な公費情報をすべて印刷することを可能とします。

条件及び範囲

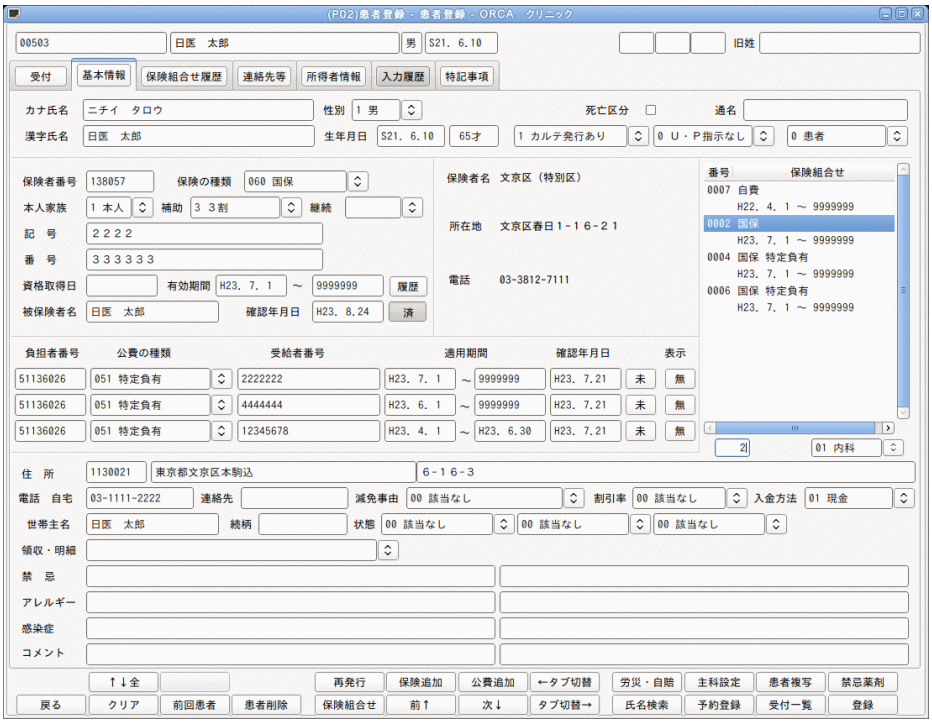
１．プログラムオプションの全公費編集区分＝１（ALLKOHKBN=1）と設定されている時、選択した保険組合せに登録されている公費以外に当日有効な公費があれば編集を行います。
保険組合せの保険が、労災・自賠責・治験・公害・自費である時、または、保険組合せの選択がない時は、公費の追加編集は行いません。
２．追加編集する公費は公費の種類順に編集します。負担者番号・受給者番号が空白の公費は追加の対象外とします。

処理詳細

１．プログラムオプションの全公費編集区分を　１に設定する。（ALLKOHKBN=1）

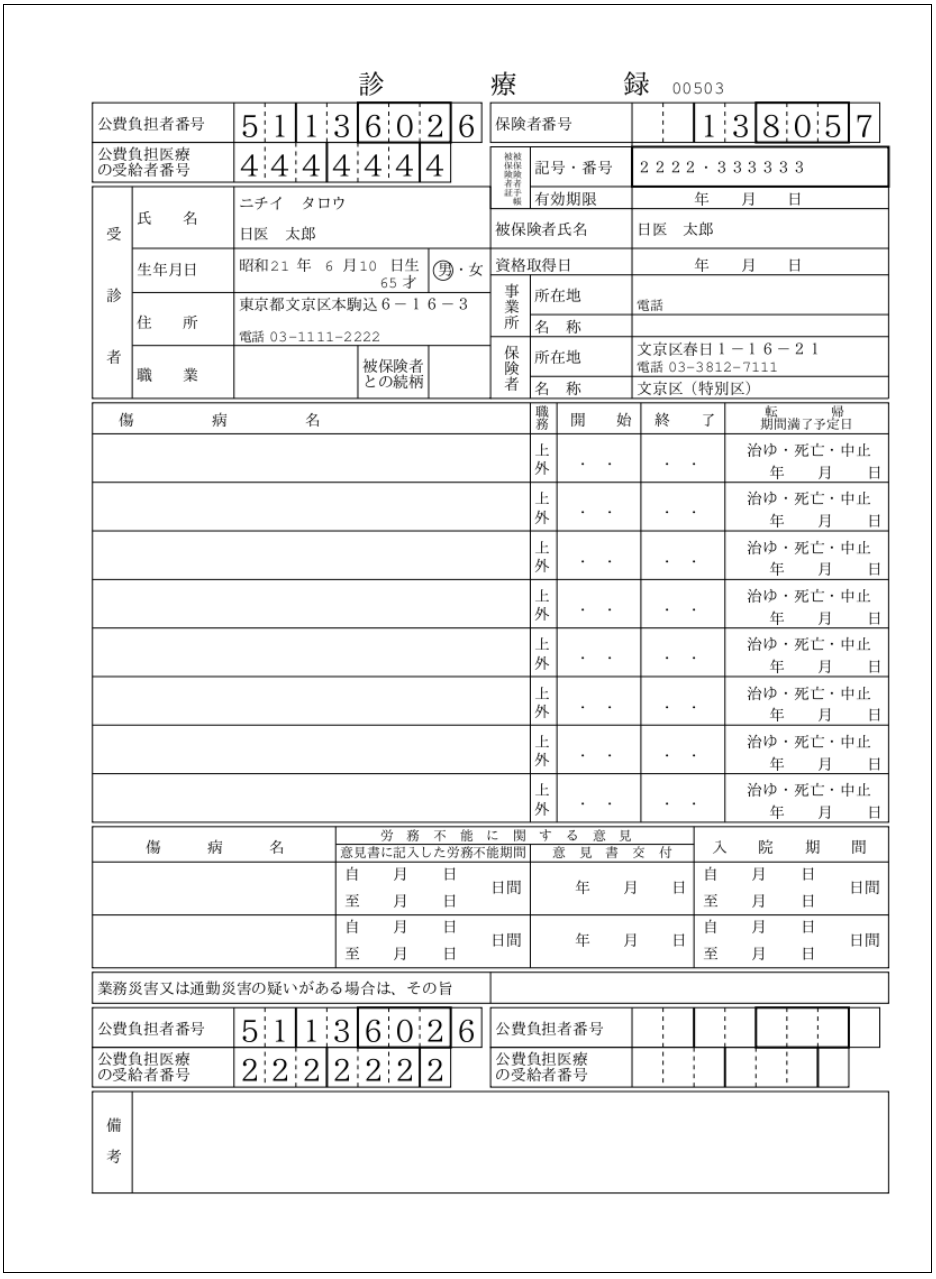


２．保険単独の保険組合せを選択してカルテを印刷する。



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

３．保険組合せにない公費が編集される。



診　療　録　00503

公費負担者番号	5 1 1 3 6 0 2 6	保険者番号	1 3 8 0 5 7
公費負担医療の受給者番号	4 4 4 4 4 4 4	被保険者手帳 記号・番号	２２２２・３３３３３３
		被保険者手帳 有効期限	年　月　日
受診者 氏名	ニチイ　タロウ 日医　太郎	被保険者氏名	日医　太郎
受診者 生年月日	昭和21 年 6 月10 日生 65 才 (男)・女	資格取得日	年　月　日
受診者 住所	東京都文京区本駒込６－１６－３ 電話 03-1111-2222	事業所 所在地	電話
		事業所 名称	
受診者 職業	被保険者との続柄	保険者 所在地	文京区春日１－１６－２１ 電話 03-3812-7111
		保険者 名称	文京区（特別区）

傷病名	職務	開始	終了	転帰 期間満了予定日
	上 外	・・	・・	治ゆ・死亡・中止 年　月　日
	上 外	・・	・・	治ゆ・死亡・中止 年　月　日
	上 外	・・	・・	治ゆ・死亡・中止 年　月　日
	上 外	・・	・・	治ゆ・死亡・中止 年　月　日
	上 外	・・	・・	治ゆ・死亡・中止 年　月　日
	上 外	・・	・・	治ゆ・死亡・中止 年　月　日
	上 外	・・	・・	治ゆ・死亡・中止 年　月　日
	上 外	・・	・・	治ゆ・死亡・中止 年　月　日

傷病名	労務不能に関する意見 意見書に記入した労務不能期間	意見書交付	入院期間
	自　月　日 至　月　日　日間	年　月　日	自　月　日 至　月　日　日間
	自　月　日 至　月　日　日間	年　月　日	自　月　日 至　月　日　日間

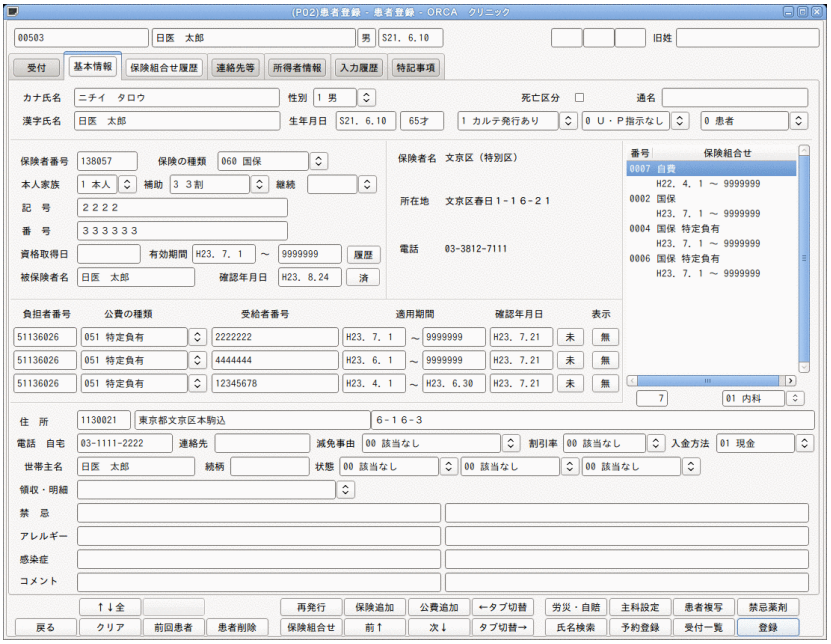
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨	

公費負担者番号	5 1 1 3 6 0 2 6	公費負担者番号	
公費負担医療の受給者番号	2 2 2 2 2 2 2	公費負担医療の受給者番号	

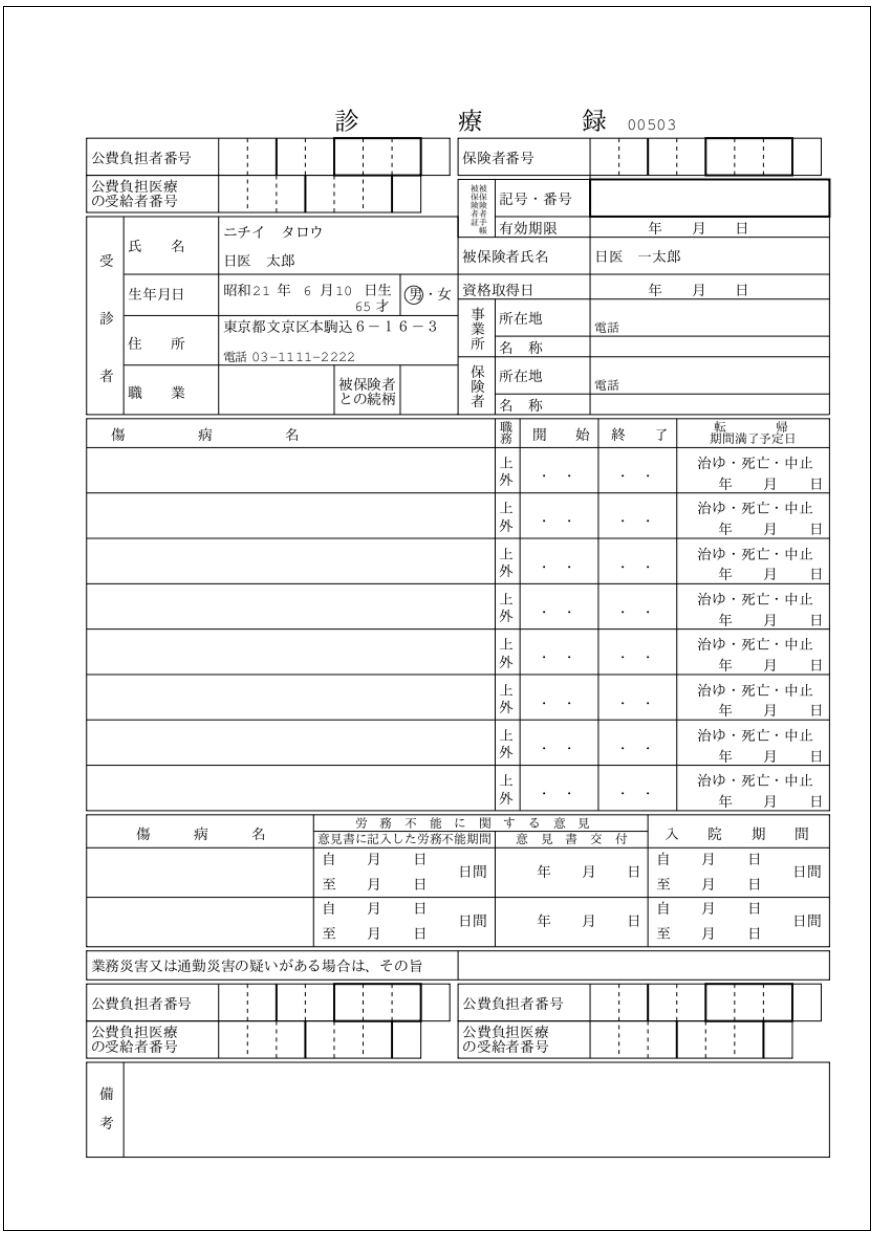
備考	

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

４．自費保険を選択してカルテを印刷します。



５．公費の編集は行いません。



診　療　録　00503

公費負担者番号			保険者番号		
公費負担医療の受給者番号			被保険者証・被保険者手帳	記号・番号	
受診者	氏名	ニチイ　タロウ 日医　太郎		有効期限	年　月　日
	生年月日	昭和21年 6月10日生 65才 (男)・女	被保険者氏名		日医　一太郎
	住所	東京都文京区本駒込６－１６－３ 電話 03-1111-2222	資格取得日		年　月　日
	職業	被保険者との続柄	事業所	所在地	電話
				名称	
			保険者	所在地	電話
				名称	

傷病名	職務	開始	終了	転帰 期間満了予定日
	上外	・・	・・	治ゆ・死亡・中止 年　月　日
	上外	・・	・・	治ゆ・死亡・中止 年　月　日
	上外	・・	・・	治ゆ・死亡・中止 年　月　日
	上外	・・	・・	治ゆ・死亡・中止 年　月　日
	上外	・・	・・	治ゆ・死亡・中止 年　月　日
	上外	・・	・・	治ゆ・死亡・中止 年　月　日
	上外	・・	・・	治ゆ・死亡・中止 年　月　日
	上外	・・	・・	治ゆ・死亡・中止 年　月　日

傷病名	労務不能に関する意見 意見書に記入した労務不能期間		意見書交付	入院期間	
	自　月　日 至　月　日	日間	年　月　日	自　月　日 至　月　日	日間
	自　月　日 至　月　日	日間	年　月　日	自　月　日 至　月　日	日間

業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨			
公費負担者番号		公費負担者番号	
公費負担医療の受給者番号		公費負担医療の受給者番号	
備考			

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(3) カルテ３号紙の保険毎対応

プログラムオプションにより、カルテ３号紙の保険組合せ毎の印刷を可能とする。

１．外来カルテ３号紙（ＯＲＣＨＣ３３）のプログラムオプションにより、保険組合せ毎の印刷を行います。
会計照会画面で選択している保険組合せを対象として印刷を行う。

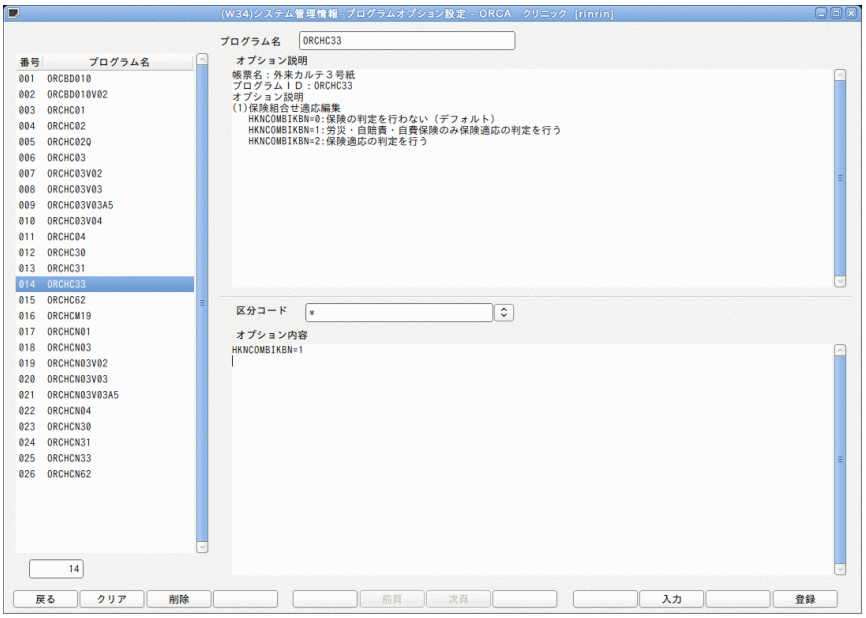
HKNCOMBIKBN=0	保険組合せの判定を行わない（初期設定）
HKNCOMBIKBN=1	労災・自賠責・自費保険のみ保険組合せの判定を行う。 会計照会画面で選択した保険組合せが、労災・自賠責・自費保険であれば、一致する保険組合せを対象とする。 ’0000　全保険’または他の保険組合せであれば、労災・自賠責・自費保険以外の保険組合せをすべて対象とする。 ’9999　包括分’であれば対象なしとなる。※
HKNCOMBIKBN=2	保険組合せの判定を行う。 会計照会画面で選択した保険組合せと一致する保険組合せを対象とする。 保険組合せが’0000　全保険’、’9999　包括分’であれば対象なしとなる。※

※の場合、印刷開始処理後にエラーメッセージ「保険組合せでの印刷となります。保険組合せを確認して下さい。」を表示し、保険組合せにカーソルを移動する。

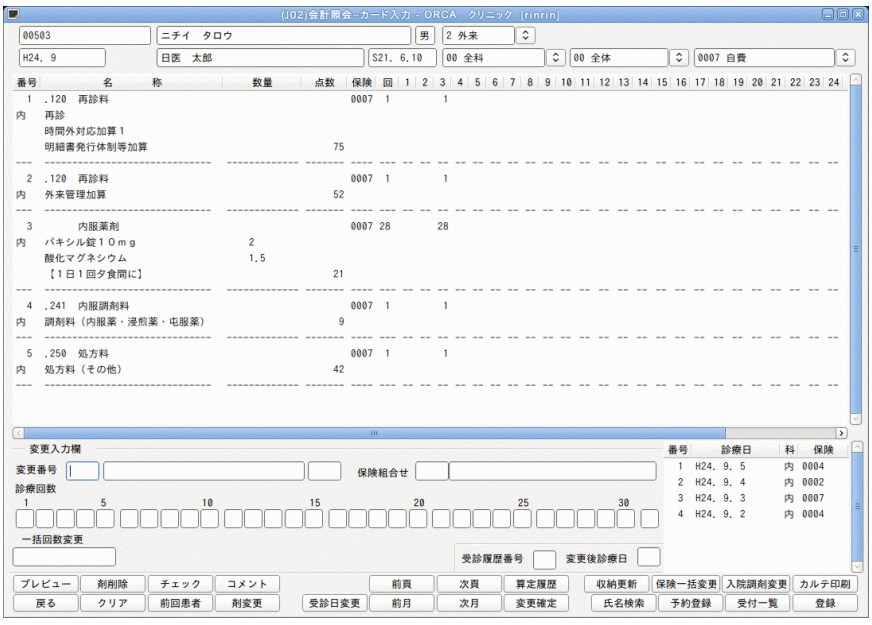
２．入院のカルテ３号紙（ＯＲＣＨＣＮ３３）も同様とする。
入院料の保険組合せは、入院会計照会の保険組合せにより判断する。

処理詳細

１．外来カルテ３号紙のプログラムオプションにHKNCOMBIKBN=1を設定する。

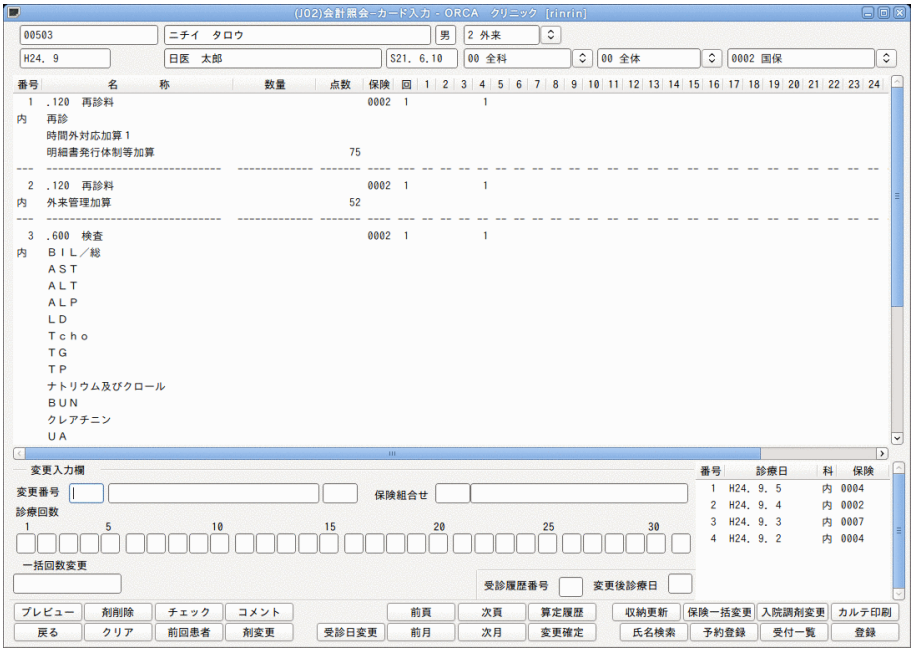


２．会計照会で自費保険を選択してカルテ３号紙を印刷すると、自費保険のみのカルテ３号紙となる。

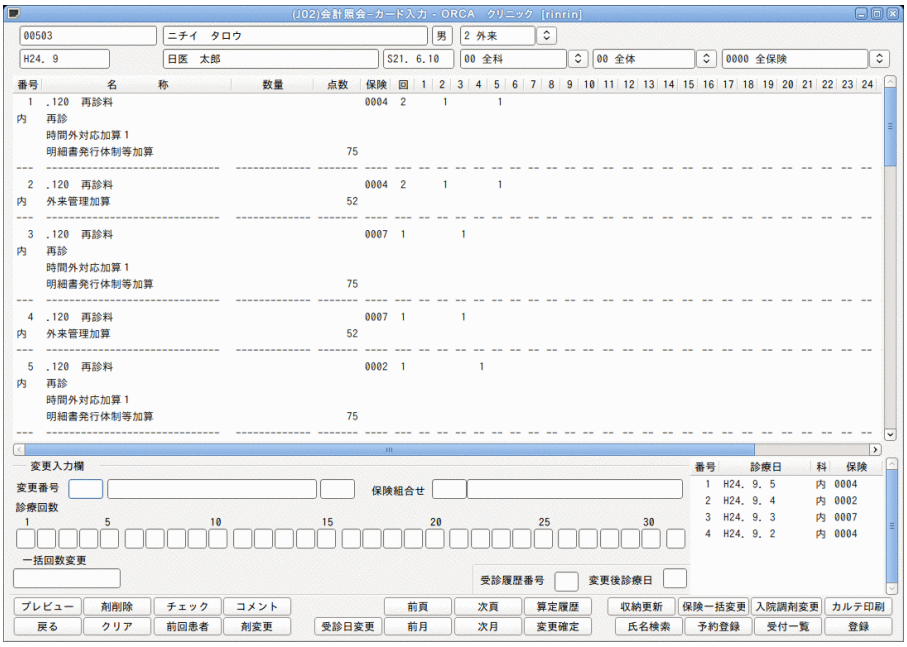


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

３．国保を選択してカルテ３号紙を印刷すると、自費保険以外の保険のカルテ３号紙となる。

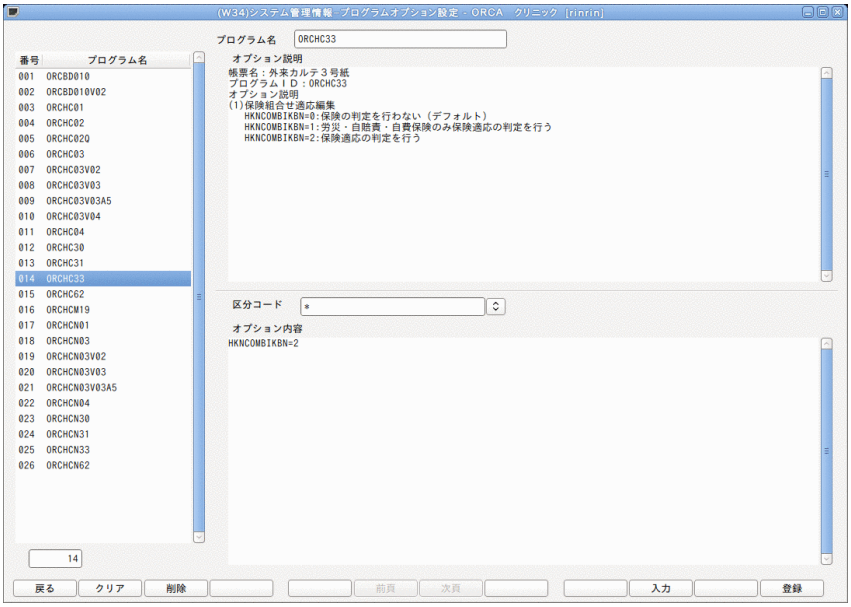


４．保険組合せ　0000　を選択してカルテ３号紙を印刷すると、自費保険以外の保険のカルテ３号紙となる。

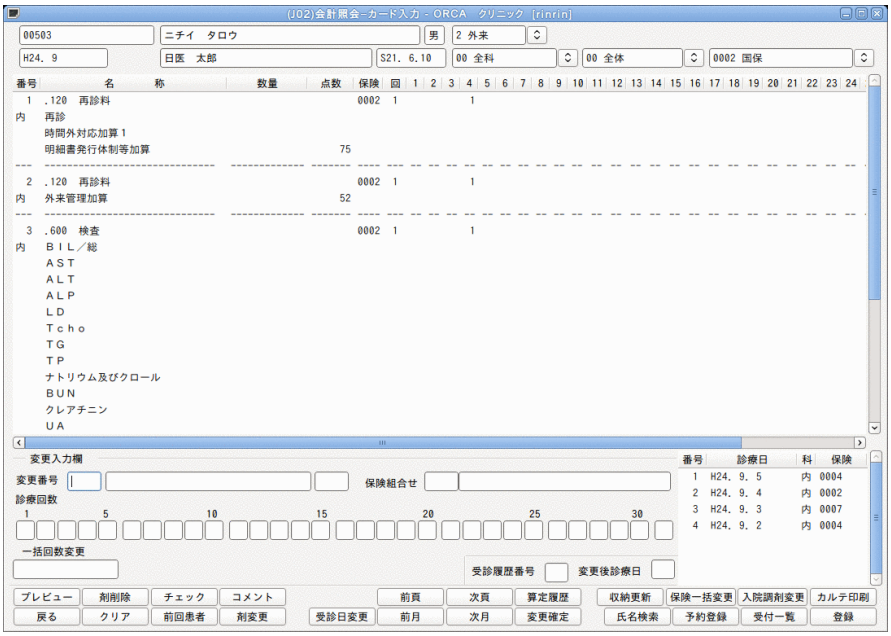


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

５．外来カルテ３号紙のプログラムオプションにHKNCOMBIKBN=2を設定する。

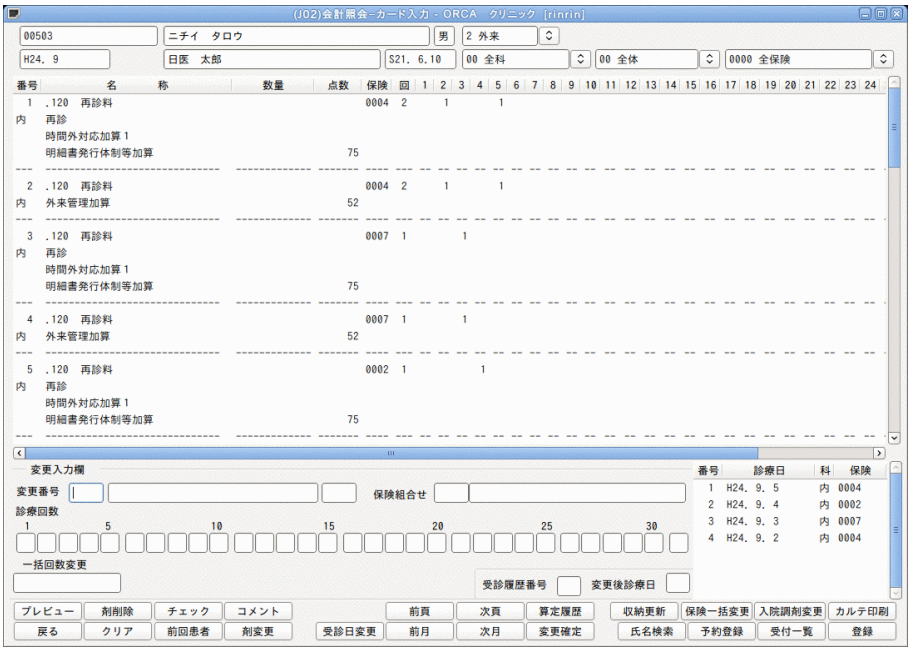


６．国保を選択してカルテ３号紙を印刷すると、国保の保険組合せのカルテ３号紙となる。

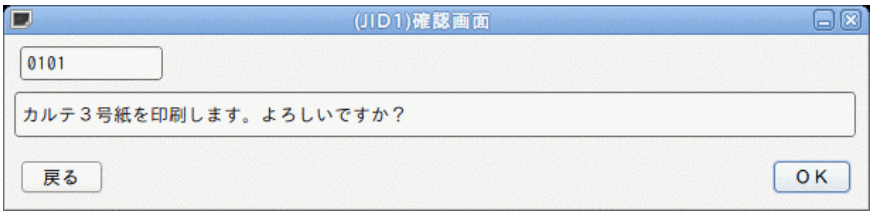


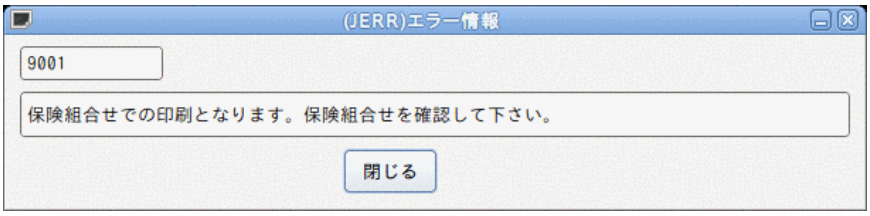
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

７．保険組合せ　0000　を選択して、カルテ３号紙を印刷する。

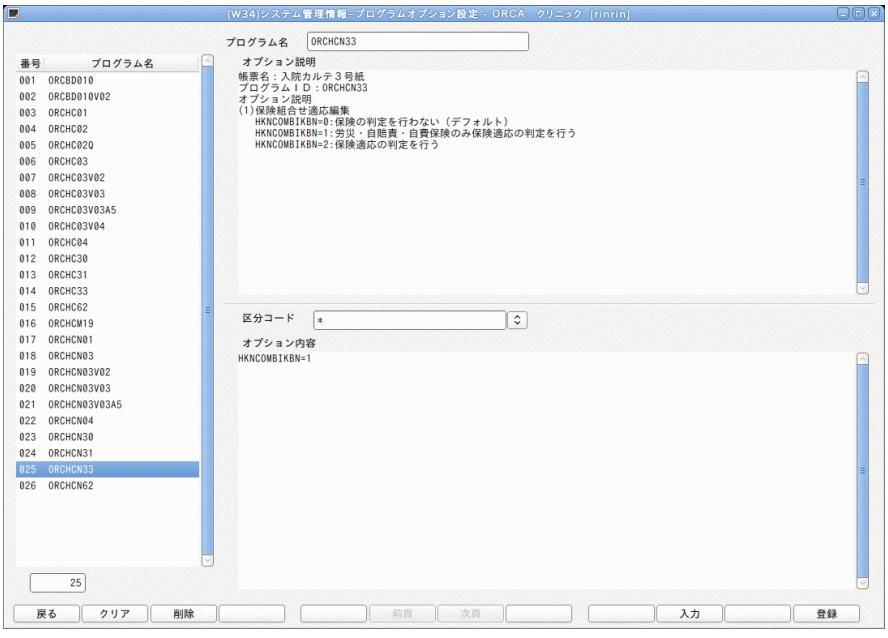


８．エラーとなる。



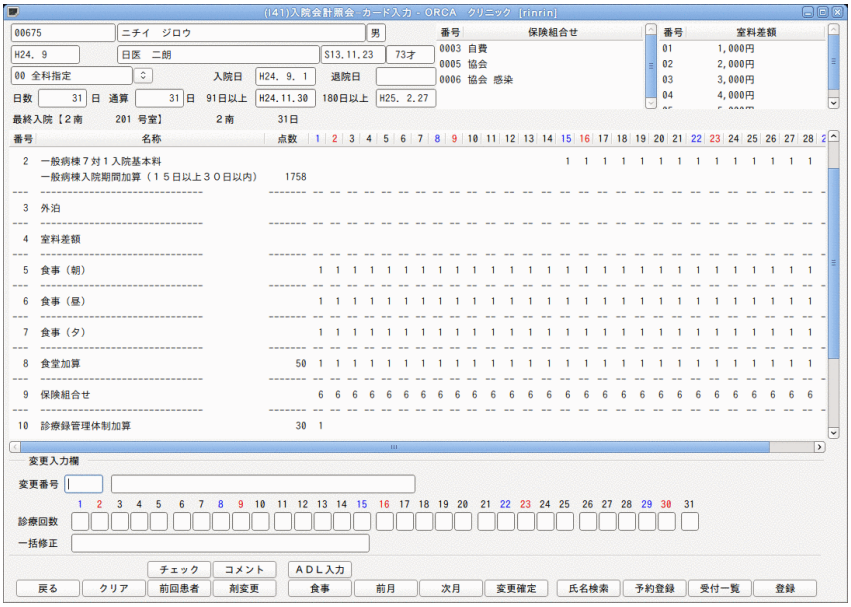


９．入院カルテ３号紙のプログラムオプションにHKNCOMBIKBN=1を設定する。

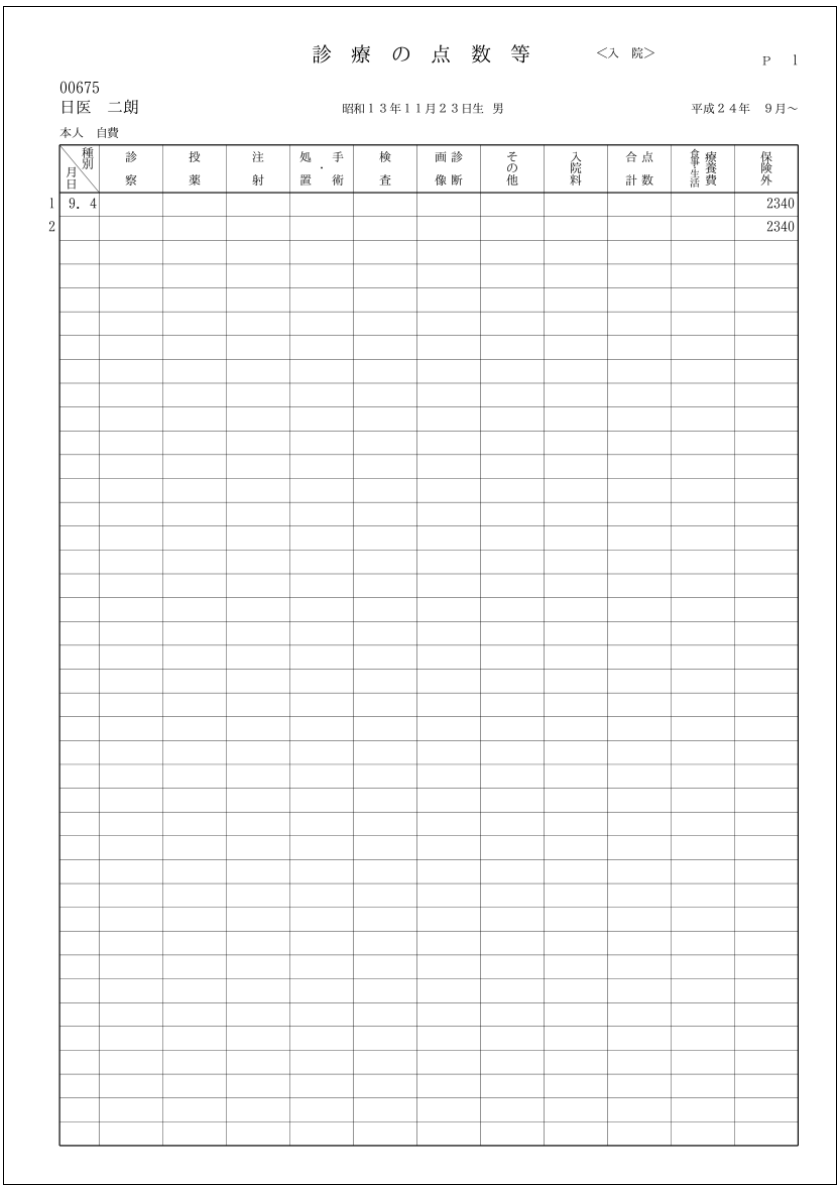


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

１０．入院料の保険組合せは「0006　協会　感染」



１１．入院カルテ３号紙は自費保険が印刷される。
　　入院料は対象外となる。



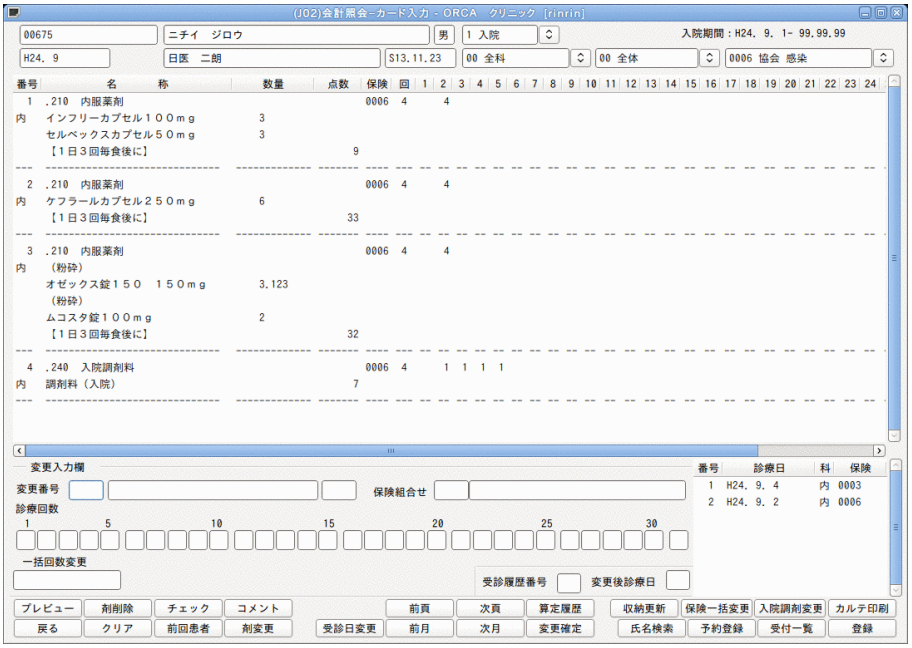
診　療　の　点　数　等　　<入　院>　　Ｐ　1

00675
日医　二朗　　昭和１３年１１月２３日生　男　　平成２４年　９月～
本人　自費

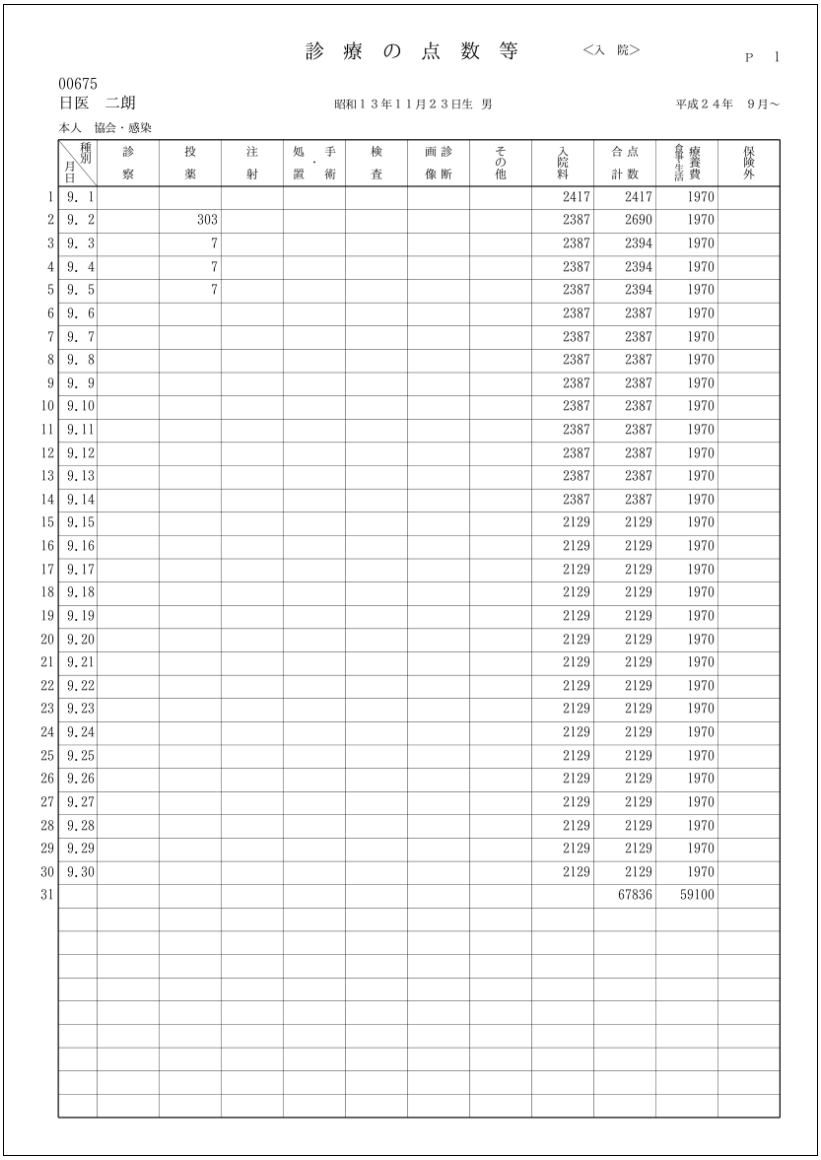
	月日 / 種別	診察	投薬	注射	処置・手術	検査	画像診断	その他	入院料	合点計数	療養費	保険外
1	9. 4											2340
2												2340

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

１２．「0006　協会　感染」で印刷



入院料が対象となる。



診　療　の　点　数　等　<入　院>　P 1

00675
日医　二朗　昭和１３年１１月２３日生 男　平成２４年　９月～
本人　協会・感染

月日＼種別	診察	投薬	注射	処置・手術	検査	画像診断	その他	入院料	合点計数	療養費	保険外
1	9. 1							2417	2417	1970	
2	9. 2		303					2387	2690	1970	
3	9. 3		7					2387	2394	1970	
4	9. 4		7					2387	2394	1970	
5	9. 5		7					2387	2394	1970	
6	9. 6							2387	2387	1970	
7	9. 7							2387	2387	1970	
8	9. 8							2387	2387	1970	
9	9. 9							2387	2387	1970	
10	9.10							2387	2387	1970	
11	9.11							2387	2387	1970	
12	9.12							2387	2387	1970	
13	9.13							2387	2387	1970	
14	9.14							2387	2387	1970	
15	9.15							2129	2129	1970	
16	9.16							2129	2129	1970	
17	9.17							2129	2129	1970	
18	9.18							2129	2129	1970	
19	9.19							2129	2129	1970	
20	9.20							2129	2129	1970	
21	9.21							2129	2129	1970	
22	9.22							2129	2129	1970	
23	9.23							2129	2129	1970	
24	9.24							2129	2129	1970	
25	9.25							2129	2129	1970	
26	9.26							2129	2129	1970	
27	9.27							2129	2129	1970	
28	9.28							2129	2129	1970	
29	9.29							2129	2129	1970	
30	9.30							2129	2129	1970	
31									67836	59100	

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(4) 保険別請求チェック表（標準帳票）の機能追加（R201210）

１．月遅れ、返戻分を別集計するパラメタを新たに追加します。
２．国保、後期高齢者の保険者別のチェック表について負担割合（保険区分）別の集計に変更します。
３．労災・自賠責、公害の集計について、請求管理を参照するようにします。
４．保険別請求チェック表の内容をレセプト単位に編集を行う帳票（明細表）を新たに追加します。

条件及び範囲
・国保、後期高齢者の保険者別のチェック表については新たにパラメタの追加を行わず、保険区分別の集計に変更する。また、保険者毎の合計を保険区分別集計の最後に編集する。
・労災・自賠責、公害の集計について、請求管理の情報を元に行うか、又は従来どおり収納情報から行うかの選択は実行時のパラメタ指定にて行うこととする。
・レセプト単位に編集を行う帳票（以下明細表とする。）についても CSV データの作成を行うこととする。
・明細表は別帳票として提供する。また、パラメタより保険区分、保険者番号での絞込みも可能とする。
・労災・自賠責・公害の明細表は請求管理が作成されているものを対象に行うこととする。

処理詳細
１．保険別請求チェック表の機能追加について
１．１．保険別請求チェック表に次のパラメタを追加する。

名称	内容
編集区分 （必須入力項目）	当月診療分の請求と当月診療分以外の請求（月遅れ分および返戻分の請求）をまとめて集計するか、別に集計するかを指定する。 ０：まとめて集計する（初期値） １：別に集計する
他保険集計元 （必須入力項目）	労災・自賠責・公害保険の請求情報を収納情報から集計するか、請求管理情報から集計するかを指定する。 ０：請求管理情報から集計する（初期値） １：収納情報から集計する ※労災・自賠責・公害保険の請求情報を請求管理情報から集計を行う場合、４．７．０以降の日レセで各保険のレセプト作成処理を実行する必要がある。これが実行されていない場合は請求管理に必要な情報が作成されていないため、集計が行われない。

編集区分に“１”が指定された場合、集計内容に応じて帳票の見出し部にラベルの編集を行う。
＜当月診療分＞

保険別請求チェック表（社保）

平成２４年１０月 当月診療分
入院

保険区分	件数	日数	点数	患者負担額	保険請求額	公費請求額	保険診療収益(a)	食事・生活療養 回数	標準負担額	保険請求額	公費請求
高９・公費併用											
01	1	1	1395	1400	12555		13955	3	780	1140	
02	1	1	1395	1400	12555		13955	3	780	1140	

＜当月診療分以外＞

保険別請求チェック表（社保）

平成２４年１０月 当月診療分以外（月遅れ請求、返戻分再請求）
入院

保険区分	件数	日数	点数	患者負担額	保険請求額	公費請求額	保険診療収益(a)	食事・生活療養 回数	標準負担額	保険請求額	公費請求
高９・公費併用											
01											
02											

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

他保険集計元に“０”が指定された場合、労災・自賠責・公害保険の請求情報を請求管理（レセプト）情報から集計を行う。収納情報から集計を行う場合、個々の収納より各項目の集計を行うのに対し、請求管理情報から集計を行う場合は、レセプト毎に各項目の集計を行うため、各項目の集計結果が異なる場合がある。

＜入力事例＞
労災　短期給付　患者負担なし（労災指定医療機関　点数単価１１．５円《円未満の端数切り捨て》）
外来　１０月　３日　初診料　３６４０円　点数　４５点
　　保険請求額：４１５７円　（３６４０円＋（４５×１１．５円）＝４１５７．５円）

外来　１０月　５日　再診料　１３６０円　点数　９７点
　　保険請求額：２４７５円　（１３６０円＋（９７×１１．５円）＝２４７５．５円）

保険別請求チェック表（総括）　他保険集計元＝“０”（請求管理情報から集計）の場合

保険計	件数	日数	点数	患者負担額	保険請求額	公費請求額	保険診療収益
保険合計（①+②+③）							
特別療養費(注)							
自　費（注）							
治　験（注）							
労　災	1	2	142		6633		6633
自賠責							
公　害							
合　計	1	2	142		6633		6633

（注）件数は患者数（複数保険使用の場合はその数）の集計結果となります。実際のレセプト件数・日数と一致しない場合があります。

保険請求額は請求管理（レセプト）情報の集計結果となる。この場合、保険請求額は
レセプト点数に点数単価を乗じて求めているため、収納情報から集計を行う場合と集計結果が
異なる場合がある。
保険請求額＝６６３３円（３６４０円＋１３６０円＋（（４５＋９７）×１１．５円））
　　＝６６３３円）

保険別請求チェック表（総括）　他保険集計元＝“１”（収納情報から集計）の場合

保険計	件数	日数	点数	患者負担額	保険請求額	公費請求額	保険診療収益
保険合計（①+②+③）							
特別療養費(注)							
自　費（注）							
治　験（注）							
労　災（注）	1	2	142		6632		6632
自賠責（注）							
公　害（注）							
合　計	1	2	142		6632		6632

（注）件数は患者数（複数保険使用の場合はその数）の集計結果となります。実際のレセプト件数・日数と一致しない場合があります。

保険請求額は各収納情報の集計結果となる。
保険請求額＝４１５７円＋２４７５円＝６６３２円

また、請求管理情報を元に集計を行う場合、月遅れ請求の指定を考慮して集計を行うこととする。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

１．２．国保、後期高齢者の保険者別のチェック表について保険者毎の集計を更に保険区分毎に細分化して集計を行うように変更する。
また、保険番号の編集を追加する。

＜変更前＞

保険別請求チェック表（国保

平成２４年１０月
外来

保険者一覧	件数	日数	点数	患者負担額	保険請求額	公費請求額	保険診療収益
千代田区（特別区）	1	1	121	360	847		1207
中央区（特別区）	1	1	121	360	847		1207
港区（特別区）	1	1	121	360	847		1207
新宿区（特別区）	7	7	961	2160	7446		9606
文京区（特別区）	12	12	1566	3480	12165		15645

＜変更後＞

保険別請求チェック表（国保

平成２４年１０月　当月診療分
外来

保険者番号	保険者一覧	保険区分	件数	日数	点数	患者負担額	保険請求額	公費請求額	保険診療収益
138016	千代田区（特別区）	退職（家族）	1	1	121	360	847		1207
		【保険者計】	1	1	121	360	847		1207
138024	中央区（特別区）	退職（本人）	1	1	121	360	847		1207
		【保険者計】	1	1	121	360	847		1207
138032	港区（特別区）	退職（家族）	1	1	121	360	847		1207
		【保険者計】	1	1	121	360	847		1207
138040	新宿区（特別区）	一般（高９）	1	1	121	120	1089		1209
		一般	1	1	121	360	847		1207
		一般（６歳）	1	1	159	320	1272		1592
		退職（本人）	2	2	242	720	1694		2414
		退職（６歳）	2	2	318	640	2544		3184
		【保険者計】	7	7	961	2160	7446		9606
138057	文京区（特別区）	一般（高９）	3	3	363	360	3267		3627
		一般	2	2	242	720	1694		2414
		一般（６歳）	2	2	318	640	2544		3184
		退職（本人）	2	2	242	720	1694		2414
		退職（家族）	2	2	242	720	1694		2414
		退職（６歳）	1	1	159	320	1272		1592
		【保険者計】	12	12	1566	3480	12165		15645

１．３．機能追加に伴い、ＣＳＶデータの項目追加を行う。
・全てのＣＳＶデータに「当月・当月外区分」および、「当月・当月外区分名称」を追加する。
これらの項目については、入力パラメタの編集区分に“１”が設定された場合にのみ編集を行う。各項目の内容については当月診療分のデータについては当月・当月外区分に“１”、当月・当月外区分名称に“当月診療分”を編集し、これに該当しない場合はそれぞれ、“２”および“当月診療分以外（月遅れ請求、返戻分再請求）”を編集する。
・国保および後期高齢者の保険者別請求チェックデータについて、「保険者番号」を追加する。

ＣＳＶデータサンプル
国保保険者別請求チェックデータ（下線部分が今回追加した項目）

帳票区分, 帳票区分名, データ区分, データ区分, 診療年月, 入外区分, 入外区分名称, 当月・当月外区分, 当月・当月外区分名称, 診療科コード, 診療科名称, 保険者番号, 保険者一覧, 保険区分, 件数, 日数, 点数, 患者負担額, 保険請求額, 公費請求額, 保険診療収益
2, 国保, 4, 保険者別, 2012/10, 2, 外来, 1, 当月診療分, , , 138016, 千代田区（特別区）, 退職（家族）, 1, 1, 121, 360, 847, , 1207,
2, 国保, 4, 保険者別, 2012/10, 2, 外来, 1, 当月診療分, , , 138016, 千代田区（特別区）, 【保険者計】, 1, 1, 121, 360, 847, , 1207,
2, 国保, 4, 保険者別, 2012/10, 2, 外来, 1, 当月診療分, , , 138024, 中央区（特別区）, 退職（本人）, 1, 1, 121, 360, 847, , 1207,

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

２．保険別請求チェック明細表（新規帳票）について

２．１．保険別請求チェック表の保険区分毎の集計内容をレセプト単位で確認できる月次帳票を新規に作成する。名称は保険別請求チェック明細表とする。

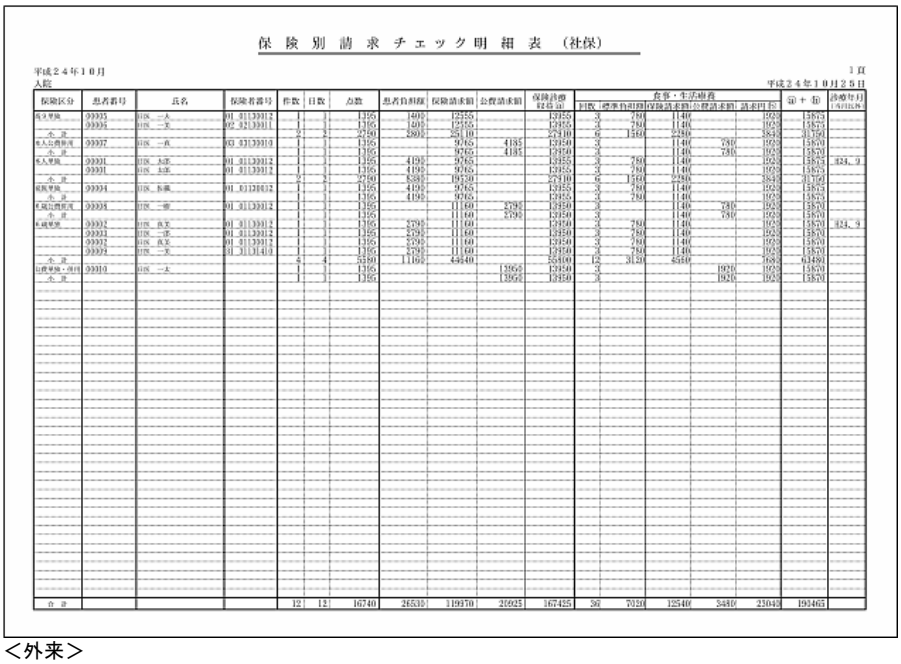
２．２．保険別請求チェック明細表のパラメタは次のとおりとする。

名称	内容
出力帳票 （必須入力項目）	出力帳票を指定する。 ０：全て（初期値） １：社保 ２：国保 ３：後期高齢者 ７：労災 ８：自賠責 ９：公害 Ａ（ａ）：社保、国保、後期高齢者 Ｂ（ｂ）：労災、自賠責、公害 ※労災・自賠責・公害保険の明細表は請求管理の情報より編集を行う。 労災・自賠責・公害保険の請求管理の情報は４．７．０以降の日レセで各保険のレセプト作成処理を実行する必要があり、これが実行されていない場合は請求管理に必要な情報が作成されていないため、集計が行われない。
対象年月 （必須入力項目）	対象期間の年月を入力する。 （システム日付の属する年月を初期値とする。）
入外区分 （任意入力項目）	空白：入院・外来（初期値） １：入院 ２：外来
編集区分 （必須入力項目）	当月診療分の請求と当月診療分以外の請求（月遅れ分および返戻分の請求）をまとめて集計するか、別に集計するかを指定する。 ０：まとめて集計する（初期値） １：別に集計する
保険区分 （任意入力項目）	明細表の対象とする保険区分を指定する。 社保　国保　後期高齢者 １０１　高９公費併用　２０１　一般高９　３０１　高９ １０２　高９単独　２０２　一般高７　３０２　高７ １０３　高７公費併用　２０３　一般 １０４　高７単独　２０４　一般６歳 １０５　本人公費併用　２０５　退職本人 １０６　本人単独　２０６　退職家族 １０７　家族公費併用　２０７　退職６歳 １０８　家族単独 １０９　６歳公費併用 １１０　６歳単独 １１１　公費単独・併用
保険者番号 （任意入力項目）	明細表の対象とする保険者番号を指定する。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

２．３．帳票レイアウトは次のとおりとする（各保険共通のレイアウトとする）。

＜入院＞



保 険 別 請 求 チ ェ ッ ク 明 細 表 （社保）

平成２４年１０月　　１頁

入院　　平成２４年１０月２５日

保険区分	患者番号	氏名	保険者番号	件数	日数	点数	患者負担額	保険請求額	公費請求額	保険者収益	食事・生活療養					診療年月
											回数	標準負担額	保険請求額	公費請求額	請求円	
後期単独	00005	ｶﾅ 一太	01 01130012	1	1	1355	1400	12255		13655	3	780	1140		1920	13575
	00006	ｶﾅ 一文	02 02130011	1	1	1355	1400	12255		13655	3	780	1140		1920	13575
小 計				2	2	2710	2800	24510		27310	6	1560	2280		3840	27150
生保単独	00007	ｶﾅ 一直	03 03130010	1	1	1355		9765	4185	13950	3		1140	780	1920	13670
小 計				1	1	1355		9765	4185	13950	3		1140	780	1920	13670
社保単独	00001	ｶﾅ 太郎	01 01130012	1	1	1355	4190	9765		13955	3	780	1140		1920	13675	824. 9
	00001	ｶﾅ 太郎	01 01130012	1	1	1355	4190	9765		13955	3	780	1140		1920	13675
小 計				2	2	2710	8380	19530		27910	6	1560	2280		3840	27350
被保単独	00004	ｶﾅ 長職	01 01130012	1	1	1355	4190	9765		13955	3	780	1140		1920	13675
小 計				1	1	1355	4190	9765		13955	3	780	1140		1920	13675
生保公費併用	00008	ｶﾅ 一郎	01 01130012	1	1	1355		11600	2790	13950	3		1140	780	1920	13670
小 計				1	1	1355		11600	2790	13950	3		1140	780	1920	13670
生保単独	00002	ｶﾅ 良文	01 01130012	1	1	1355	2790	11600		13950	3	780	1140		1920	13670	824. 9
	00003	ｶﾅ 一郎	01 01130012	1	1	1355	2790	11600		13950	3	780	1140		1920	13670
	00002	ｶﾅ 良文	01 01130012	1	1	1355	2790	11600		13950	3	780	1140		1920	13670
	00003	ｶﾅ 一文	31 31130410	1	1	1355	2790	11600		13950	3	780	1140		1920	13670
小 計				4	4	5420	11160	46400		55820	12	3120	4560		7680	53480
公費単独・併用	00010	ｶﾅ 一太		1	1	1355			3955	13950	3			1920	1920	13670
小 計				1	1	1355			3955	13950	3			1920	1920	13670
合 計				12	12	16740	26530	119970	20925	167425	50	7020	12540	3480	23040	193465

＜外来＞

保 険 別 請 求 チ ェ ッ ク 明 細 表 （社保）

平成２４年１０月　　２頁

外来　　平成２４年１０月２５日

保険区分	患者番号	氏名	保険者番号	件数	日数	点数	患者負担額	保険請求額	公費請求額	保険者収益	診療年月
後期単独	00005	ｶﾅ 一太	01 01130012	1	1	121	120	1059		1179	
	00006	ｶﾅ 一文	02 02130011	1	1	121	120	1059		1179	
小 計				2	2	242	240	2118		2358	
生保公費併用	00007	ｶﾅ 一直	03 03130010	1	1	121		847	363	1210	
小 計				1	1	121		847	363	1210	
社保単独	00001	ｶﾅ 太郎	01 01130012	1	1	121	360	847		1207	
小 計				1	1	121	360	847		1207	
被保単独	00004	ｶﾅ 長職	01 01130012	1	1	121	360	847		1207	
小 計				1	1	121	360	847		1207	
生保公費併用	00008	ｶﾅ 一郎	01 01130012	1	1	150		1272	318	1590	
小 計				1	1	150		1272	318	1590	
生保単独	00002	ｶﾅ 良文	01 01130012	1	1	150	320	1272		1592	
	00003	ｶﾅ 一郎	01 01130012	1	1	150	320	1272		1592	
	00002	ｶﾅ 良文	01 01130012	1	1	150	320	1272		1592	
	00003	ｶﾅ 一文	31 31130410	1	1	150	320	1272		1592	
小 計				4	4	600	1280	5088		6368	
公費単独・併用	00010	ｶﾅ 一太		1	1	150			1590	1590	
小 計				1	1	150			1590	1590	
合 計				10	10	1430	1920	5807	2271	13998	

（１）明細表の１明細が１レセプトに相当する。これにより、各明細の「件数」は“１”となる。明細の並び順は保険区分別チェック表の保険区分の並び順を元に保険者番号、患者カナ氏名順とし、保険区分毎に小計の編集を行うこととする。

（２）保険、編集区分（入力パラメタ編集区分＝“１”の時）、診療科（主科の設定がある時）、入外区分が変わるごとに改ページを行う。

（３）主科の設定がある場合に明細表は全科の合計表は作成しないこととする。

（４）月遅れおよび返戻分の請求レセプトの明細については元の診療年月を「診療年月（当月以外）」に編集する。

（５）労災の明細表は下記の項目を保険区分とする。

・短期給付－業務上の災害
・短期給付－通勤途上の災害
・傷病年金－業務上の災害
・傷病年金－通勤途上の災害
・アフターケア
・公務災害

（６）自賠責の明細表はレセプトの様式（新様式・従来様式）を保険区分とする。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

２．４．明細表のＣＳＶデータを(XG01)CSV 出力選択画面（(G01)月次統計画面－ＣＳＶ出力ボタン)）より取得可能とする。
ＣＳＶデータの内容は明細表の内容に順じることとする。また、ＣＳＶファイルには帳票の編集項目の他、保険者名の編集も行うこととする。

ＣＳＶデータサンプル

帳票区分,帳票区分名,データ区分,データ区分名,診療年月,入外区分,入外区分名称,当月・当月外区分,当月・当月外区分名称,診療科コード,診療科名称,保険区分,患者番号,氏名,法別番号,保険者番号,保険者名,件数,日数,点数,患者負担額,保険請求額,公費請求額,保険診療収益（ａ）,食事・生活回数,食事・生活標準負担額,食事・生活保険請求額,食事・生活公費請求額,食事・生活請求円（ｂ）,（ａ）＋（ｂ）,診療年月（当月以外）
1,社保,5,レセプト別,2012/10,1,入院,,,,,高９単独,00005,日医　一夫,01,01130012,全国健康保険協会東京支部,1,1,1395,1400,12555,,13955,3,1920,1140,,780,15875,
1,社保,5,レセプト別,2012/10,1,入院,,,,,高９単独,00006,日医　一美,02,02130011,全国健康保険協会船員保険部,1,1,1395,1400,12555,,13955,3,1920,1140,,780,15875,
1,社保,5,レセプト別,2012/10,1,入院,,,,,　　小　計,,,,,,2,2,2790,2800,25110,,27910,6,3840,2280,,1560,31750,
1,社保,5,レセプト別,2012/10,1,入院,,,,,本人公費併用,00007,日医　一真,03,03130010,全国健康保険協会東京支部,1,1,1395,,9765,4185,13950,3,1920,1140,780,,15870,

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

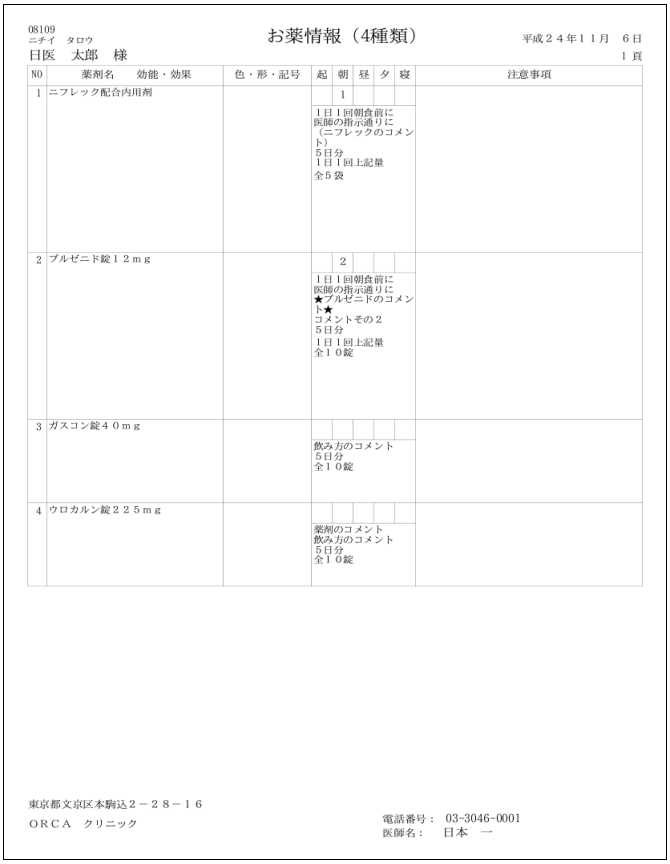
(5) 薬剤情報提供書コメント編集対応（R201211）

薬剤情報提供書に記載するコメントは、医薬品に係るものを編集します。

１．薬剤の下のコメントコード（8XXXXXXXX,008XXXXXX）は薬剤のコメントとして該当の薬剤にのみ編集します。
　　剤の１行目がコメントコードである場合は薬剤が決定できないので、すべての薬剤のコメントとして全ての薬剤に編集します。
２．用法コード（001XXXXXX　でコメント区分が服用方法）が剤内に１件もない場合は、最後のコメントコードを全ての薬剤に編集します。

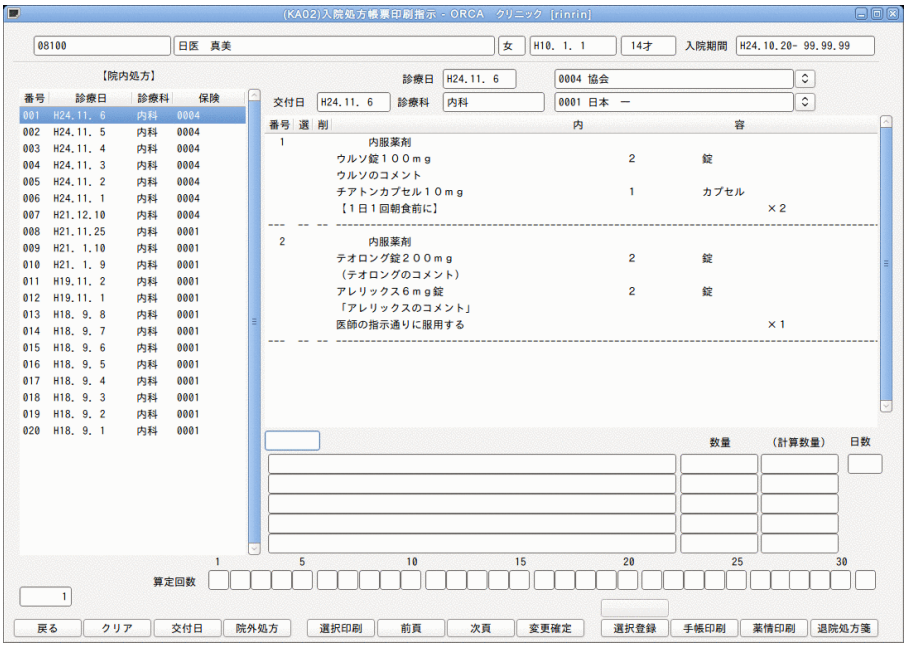
処理詳細
１．診療行為を入力して、薬剤情報提供書を印刷します。（事前にシステム管理「1910 プログラムオプション情報」でお薬情報のコメント印刷ありと設定しておきます。）

２．用法コードのある１つ目の剤の薬剤には、用法コードの【医師の指示通りに】、【１日１回朝食前に】を全ての薬剤に記載します。
　　薬剤の下のコメント【（ニフレックのコメント）】、【★プルゼニドのコメント★】【コメントその２】はそれぞれの薬剤のコメントとして記載します。
　　用法コードがない２つ目の剤は、最後のコメント【飲み方のコメント】を全ての薬剤に記載します。
　　最後でないコメント【薬剤のコメント】は上の薬剤のみのコメントとなります。



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

３．入院の印刷指示画面から薬剤情報を印刷します。



４．薬剤毎のコメント記載、用法コードのない剤は最後のコメントが全てに記載となります。

08100
ニチイ マミ
日医 真美 様
２階南病棟 201

お薬情報（4種類）

平成２４年１１月 ６日

１頁

NO	薬剤名 効能・効果	色・形・記号	起	朝	昼	夕	寝	注意事項
1	ウルソ錠１００ｍｇ			2				
			１日１回朝食前に ウルソのコメント ２日分 １日１回上記量 全４錠					
2	チアトンカプセル１０ｍｇ			1				
			１日１回朝食前に ２日分 １日１回上記量 全２カプセル					
3	テオロング錠２００ｍｇ							
			（テオロングのコメント） 医師の指示通りに服用する １日分 全２錠					
4	アレリックス６ｍｇ錠							
			「アレリックスのコメント」 医師の指示通りに服用する １日分 全２錠					

東京都文京区本駒込２－２８－１６
ＯＲＣＡ クリニック

電話番号： 03-3046-0001
医師名： 日本 一

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

１－１８　ＡＰＩ

(1) 中途終了データ作成API(傷病名削除) (K201111-005)

日レセに登録した病名情報の削除を可能とします。

・条件及び範囲
1.病名の Disease_OutCome(転帰情報)に 0(アルファベット大文字オー)が設定されているものを対象に日レセの病名を削除する。(実体の削除では、なく削除フラグ設定)
2.削除対象となる病名は、疑い、急性、開始日、病名コード、転帰日等完全一致したものを対象とする。

・処理詳細
API(中途終了データ作成)
以下の URLを参照のこと
http://www.orca.med.or.jp/receipt/tec/api/medicalmod.html

(2) 中途終了データ作成API(claim)(傷病名削除) (R201207-015)

・処理概要
日レセに登録した病名情報の削除を可能とする。(ver.4.7.0より)

・条件及び範囲
１．API の場合病名の Disease_OutCome(転帰情報)に 0(アルファベット大文字オー)が設定されているものを対象に日レセの病名を削除する。
２．claim の場合病名の mmlRd:outcome(転帰情報)に delete が設定されているものを対象に日レセの病名を削除する。(実体の削除では、なく削除フラグ設定)
３．削除対象となる病名は、疑い、急性、開始日、病名コード、転帰日等完全一致したものを対象とする。

・処理詳細
API(中途終了データ作成) 掲載予定
以下の URLを参照のこと
http://www.orca.med.or.jp/receipt/tec/api/medicalmod.html

claim 掲載予定
以下の URLを参照のこと
http://www.orca.med.or.jp/receipt/tec/claim.html

(3) 病名の入外対応(claim,中途終了データ作成API) (R201208-011)

・処理概要
日レセに病名を登録する際、入外区分の設定を可能とする。(ver.4.7.0より)
・条件及び範囲
1.API の場合病名の Disease_InOut(入外情報)の以下の情報に従って病名を更新する。
.I(アルファベット大文字アイ)が設定されている場合は、その病名を入院とする。
.O(アルファベット大文字オー)が設定されている場合は、その病名を外来とする。
.それ以外が設定されている場合は、その病名を入外とする。
2.claim の場合病名の mmlRd:InOutPatient(入外区分)の以下の情報に従って病名を更新する。
.inpatient が設定されている場合は、その病名を入院とする。
.outpatient が設定されている場合は、その病名を外来とする。
.それ以外が設定されている場合は、その病名を入外とする。
3.更新対象となる病名は、疑い、急性、開始日、病名コード、転帰日等完全一致したものを対象とする。

・処理詳細
API(中途終了データ作成) 掲載予定
以下の URLを参照のこと
http://www.orca.med.or.jp/receipt/tec/api/medicalmod.html

claim 掲載予定
以下の URLを参照のこと
http://www.orca.med.or.jp/receipt/tec/claim.html

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

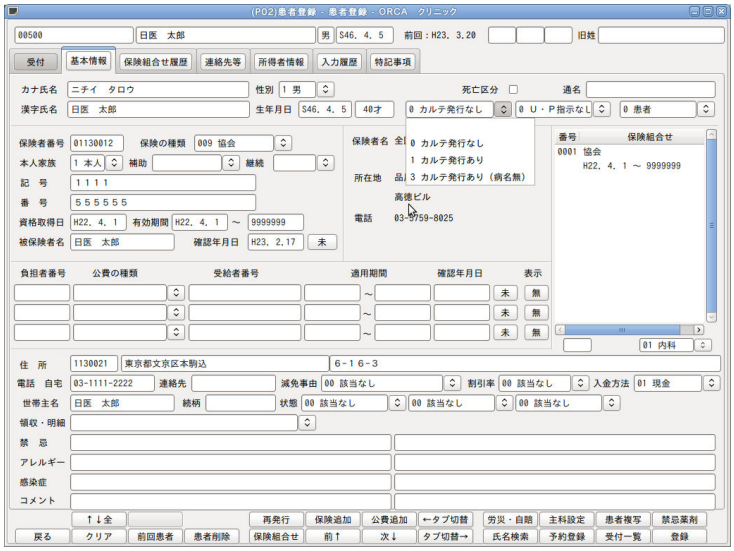
１－１９　その他

(1) カルテ印刷時の病名印字なし指定（受付含む）(K201107-001)

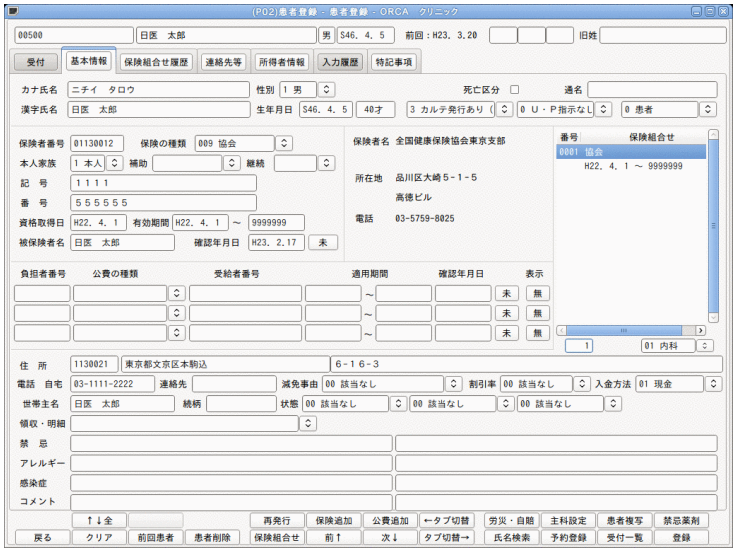
患者登録・受付よりカルテを印刷する際の発行区分に病名印刷無しの設定を追加します。

１．患者登録の基本情報タブのカルテ発行区分に「３　カルテ発行あり（病名無）」を追加します。
　この区分が選択された場合は、プログラムオプションの設定に関係なくカルテへの病名記載を行いません
　受付のカルテ発行区分にも「３　発行あり（病名無）」を追加します。

２．カルテ発行区分’３　カルテ発行（病名無）’の時はカルテのパラメタ　ORCHC01-SYORIKBN　に４を設定します。
　カルテのカスタマイズを行われている場合はプログラムの修正が必要となります。



患者登録画面のカルテ発行区分を「３　カルテ発行（病名無）」と設定する。



(2) クライアント印刷の機能改善（ミドルウェア対応）(R201108-008)

クライアント印刷処理について、従来の処理に加え、アプリケーション側からの制御機能を追加します。

１．リトライ回数上限が0の場合は、回数上限なしとします。
２．クライアント印刷の処理の概略は以下となります。
　（１）クライアントが画面でイベントを発生させる。
　（２）ウィジェットを通じてアプリケーションが対応する印刷APIのリクエストURLをクライアントに渡す。
　（３）クライアントがバックグラウンドで印刷APIのリクエストURLにアクセスし、印刷データを取得する。印刷データが得られるまで繰り返しアクセスする。
　（４）印刷データが取得できたら印刷ダイアログを表示する。

２．今回の機能改善は以下の2点となります。
　（ア）の印刷データ取得のリトライ回数の上限をアプリケーションから設定可能にする。
　（イ）の印刷データ取得時に印刷確認ダイアログを表示するかどうかアプリケーションから設定可能にする。印刷確認ダイアログを表示しない場合は自動的にデフォルトプリンタを利用する。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(3) 薬剤情報雛形マスタ参照方法変更(R201111-005)

Pgserverへ接続してデータを取得する方法から、httpプロトコルを使用したファイルダウンロード方式へ変更します。
くすりのしおりにある医薬品名称を参照画面に表示します。
参照画面の項目名を“「くすりのしおり」商品名”とし、「製造会社名」と「販売会社名」を一つにまとめて“会社名”とします。
くすりのしおりのXMLデータから医薬品コード毎にファイルに分けて雛形マスタを作成します。
ダウンロード等のエラーについてメッセージに表示します。
今回のエラーメッセージについては赤文字で表示し、一度画面を閉じてから改めて参照画面を表示した場合は、前回のエラーメッセージということを表す青文字で表示します。

処理の詳細

１．画面の変更

一覧のタイトルを変更する。“「くすりのしおり」商品名”、“会社名”
医薬品によっては、説明の内容が異なるものがあります。
（例）タミフルカプセル７５は
・タミフルカプセル７５「治療用」
・タミフルカプセル７５「予防用」
の説明があります。

２．エラーメッセージの表示

サーバへ接続できなかった場合、“[ERROR] サーバが見つかりません”と赤字で表示します。

一度画面を閉じて改めて画面を表示した場合は青字で表示します。

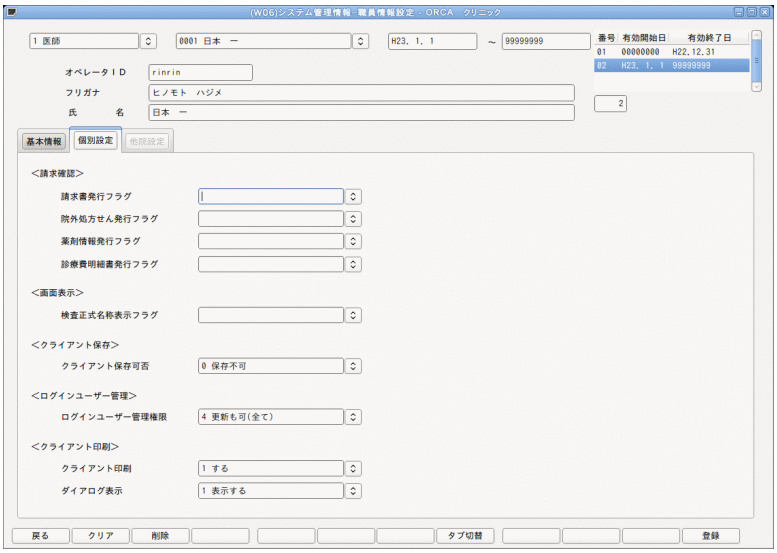
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(4) クライアント印刷対応(R201201-001)

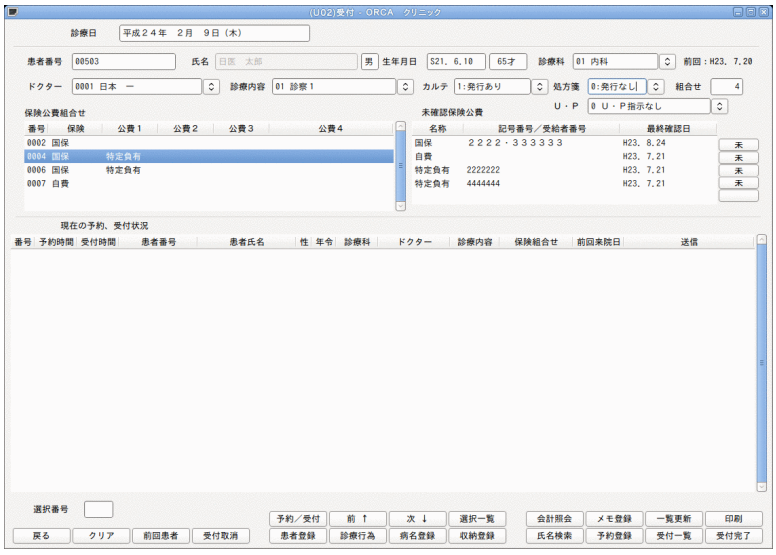
システム管理「1010　職員情報」でクライント印刷を「する」と設定した場合、受付・患者登録・診療行為から印刷する帳票のクライアント印刷を可能とします。

処理例１（受付からのカルテ印刷）

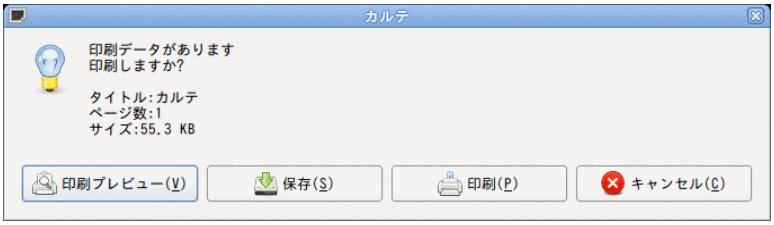
１．システム管理「1010　職員情報」でクライアント印刷を「１　する」と設定します。



２．受付でカルテを印刷します。

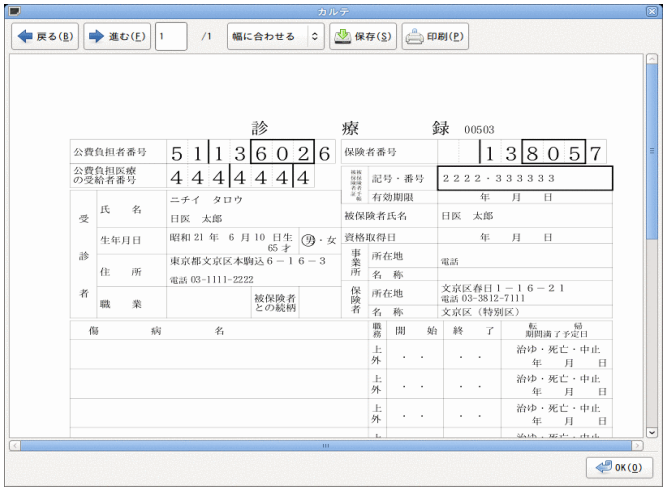


３．クライアント印刷画面が表示されます。

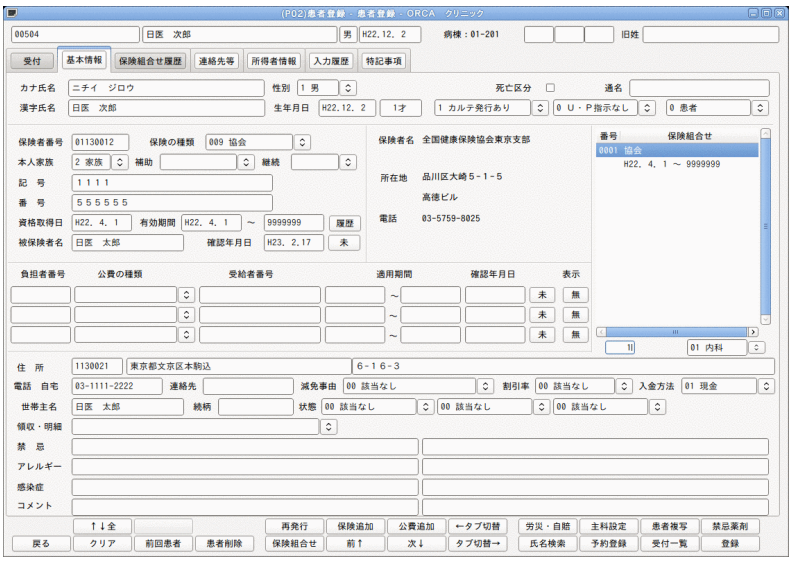


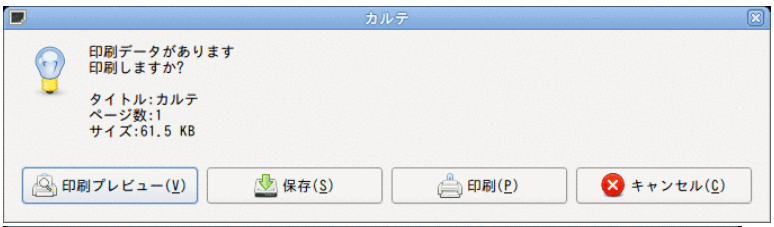
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

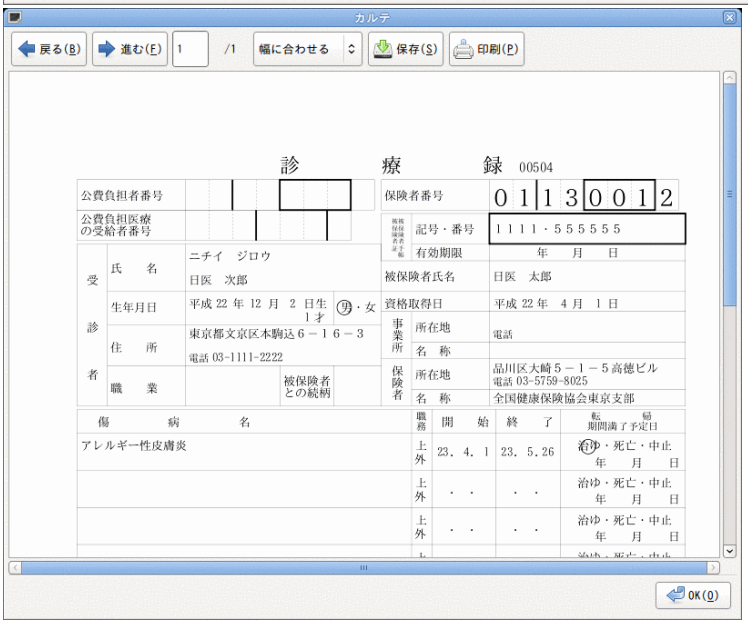
４．印刷プレビューも可能です。



処理例２（患者登録からのカルテ印刷）

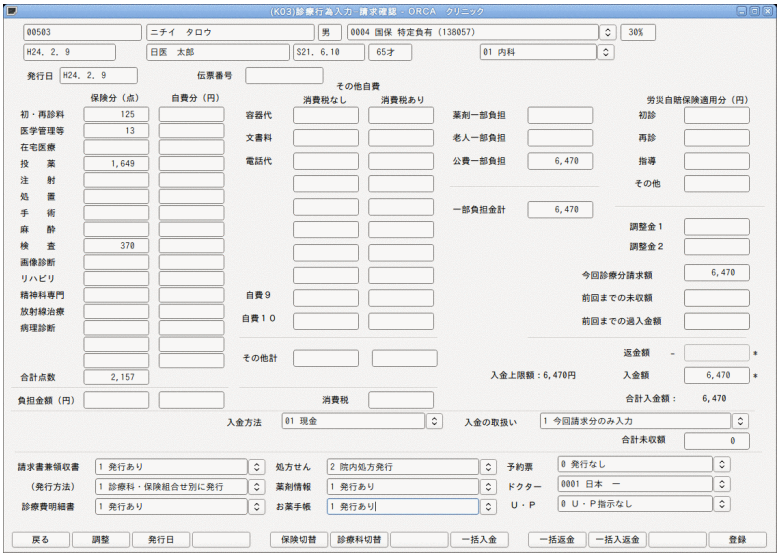




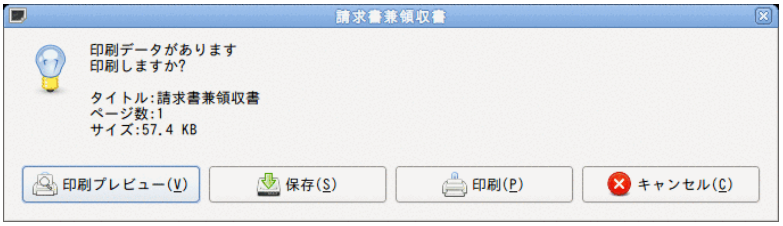


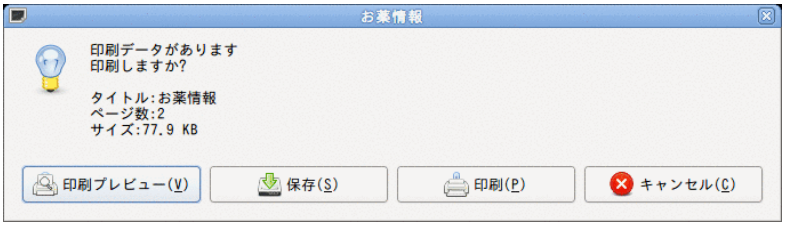
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

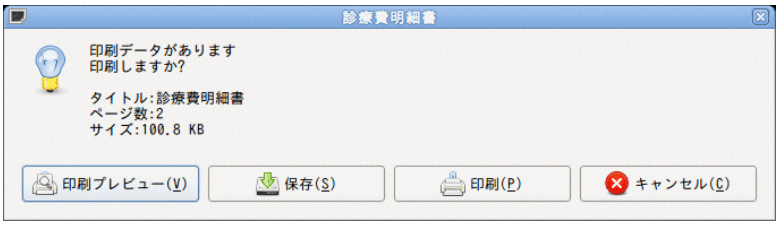
処理例３（診療行為請求確認画面から複数帳票を印刷）

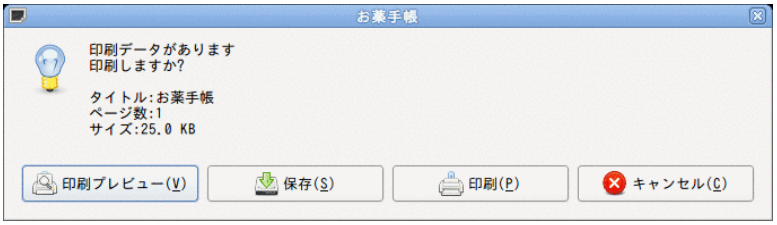


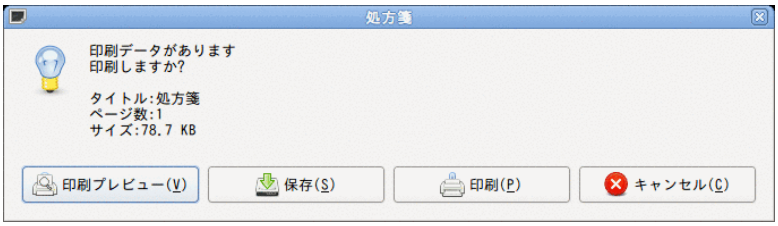
帳票毎にクライアント印刷画面が表示されます。











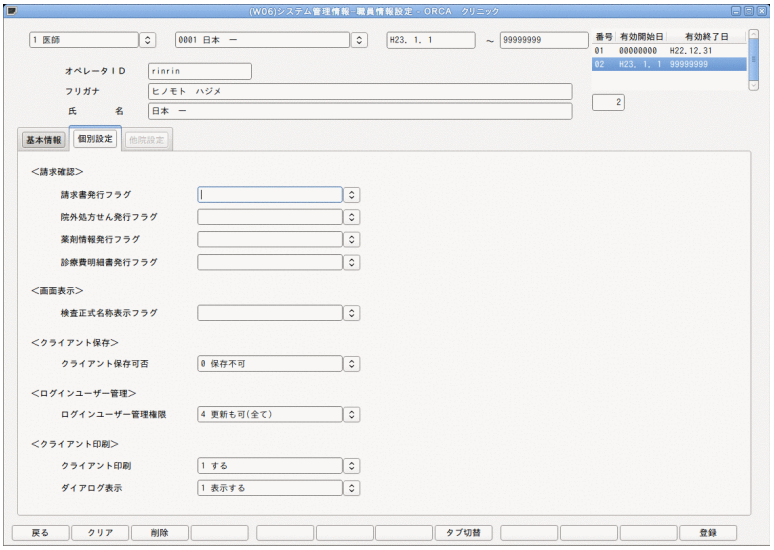
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(5) クライアント印刷のアプリ対応(R201205-002)

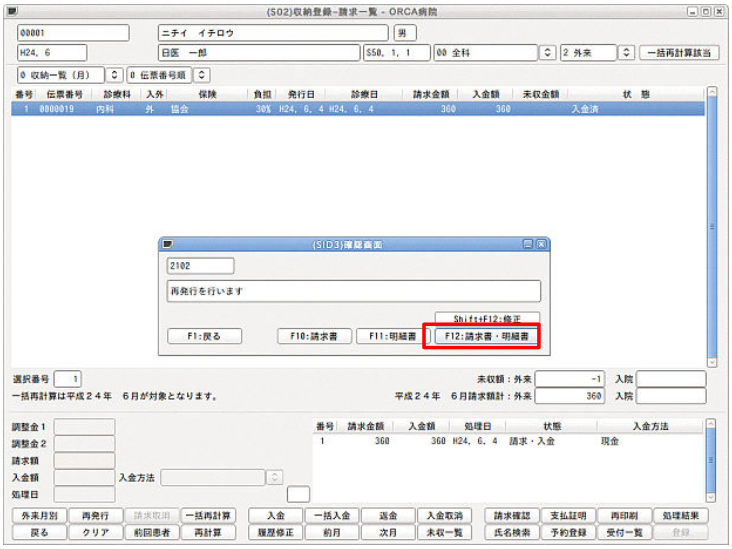
■処理概要
・各業務からの印刷処理においてクライアント印刷を可能とする。(ver.4.7.0より)

■条件及び範囲
1．システム管理「1010 職員情報」の「個別設定」にクライアント印刷指示項目を追加する。
2．この項目により、クライアント印刷の有無および印刷する際の印刷内容のプレビュー有無を可能とする。
3．このシステム管理でクライアント印刷指示を設定された場合、各業務から印刷指示がおこなわれた場合、使用しているクライアントに接続されたプリンターからの出力を可能とする。
4．プレビュー指示がある場合は、印刷後任意の画面であっても印刷処理終了後、ポップアップ画面を表示し印刷内容の確認および保存、印刷を可能とする。
※　今回対応する業務は、「23 収納」 とする。

■処理詳細
1．システム管理でクライアント印刷を「１　する」と設定する。

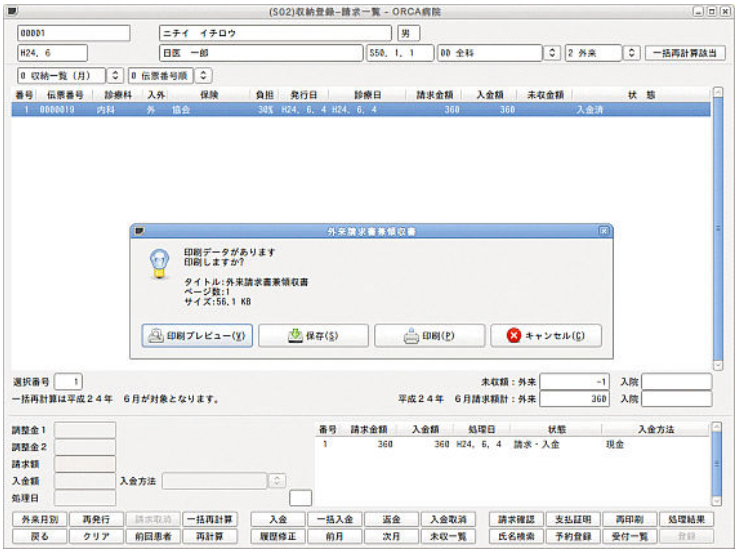


2．収納業務より、請求書兼領収書、診療費明細書の発行を行う。

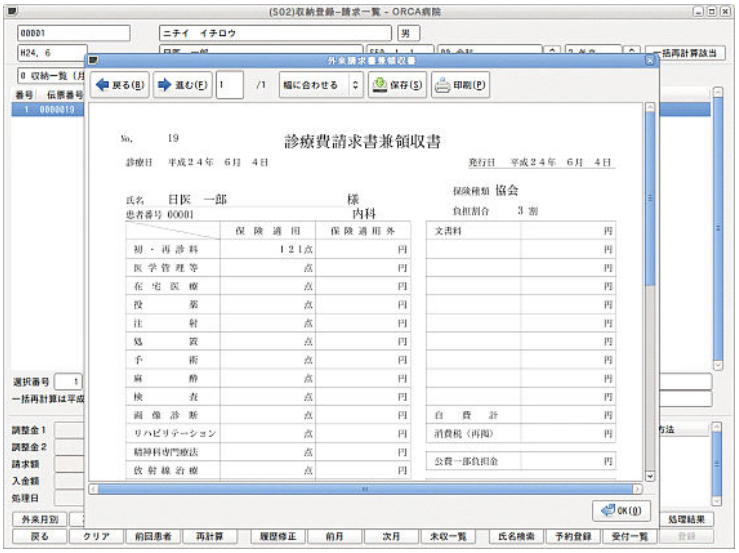


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

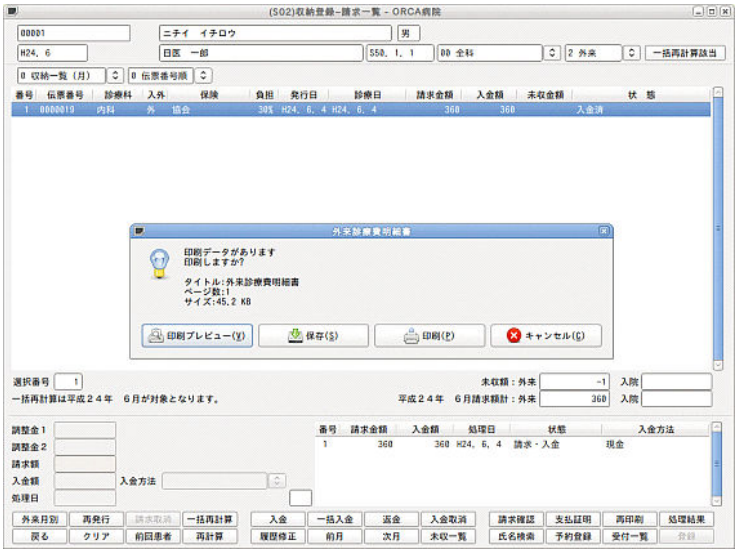
３．請求書兼領収書のクライアント印刷確認ダイアログが表示される。



印刷プレビュー内容

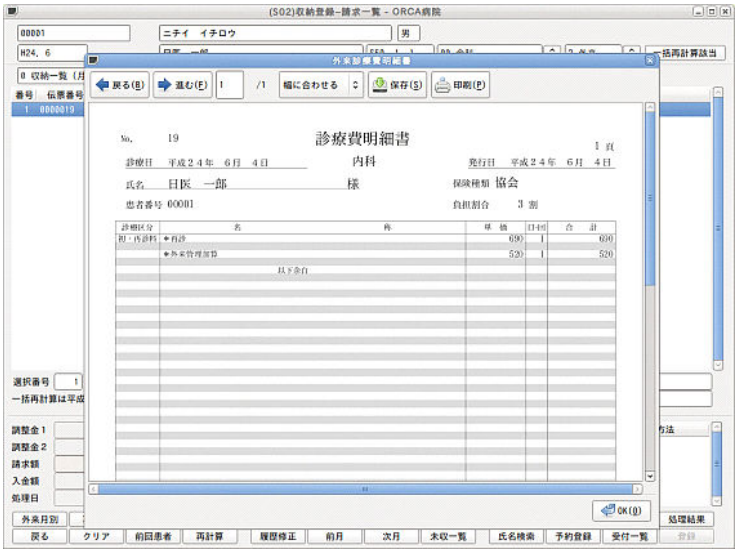


４．続いて診療費明細書のクライアント印刷確認ダイアログが表示される。

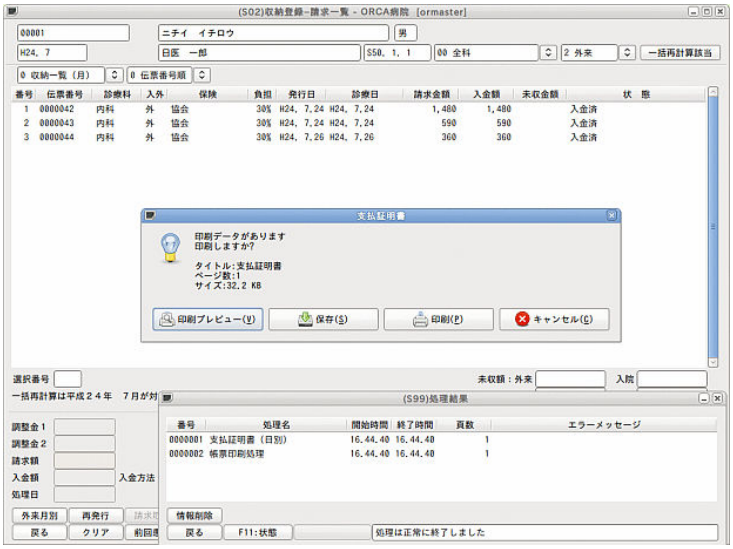


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

印刷プレビュー内容



５．支払証明書は処理結果画面で処理が終了後、クライアント印刷確認ダイアログが表示される。



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(6) クライアント保存機能の拡張（アプリ対応）(201207)(K201205)

処理概要

１．GnomeFileEntry が廃止になるため、アップロード処理は GtkFileChooserButton に、ダウンロード処理は GtkPandaDownload に変更する。

２．クライアント保存画面は廃止し、処理結果画面に GtkPandaDownload を組みこむ。

・GtkFileChooserButton に変更する画面　(N21FIL)画像選択画面
(T05)オンライン請求結果データ取込

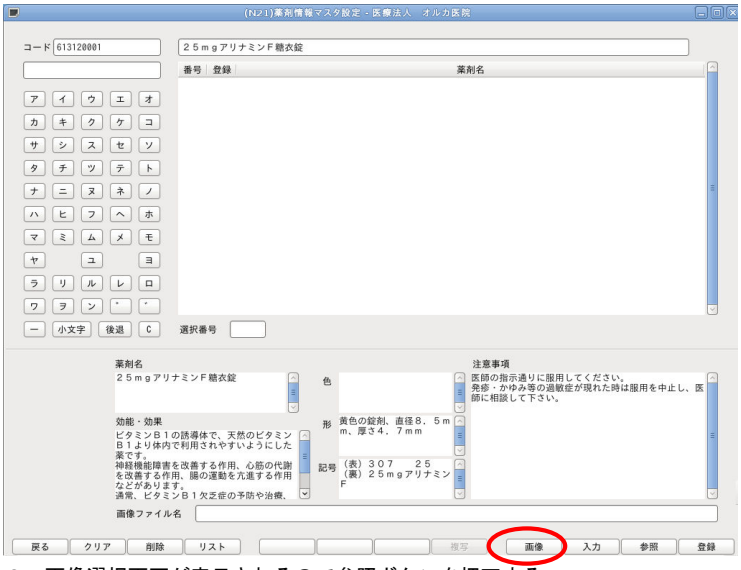
・GtkFileChooserButton を組み込む画面　(Q97)処理結果
(I23)処理結果
(T99)処理結果
(Z97)処理結果
(G99)処理結果
(L99)処理結果
(XG99)処理結果

廃止する画面　(QFIL)クライアント保存
(I2FIL)クライアント保存
(TFIL)クライアント保存
(ZFIL)クライアント保存
(GFIL)クライアント保存
(LFIL)クライアント保存
(XGFIL)クライアント保存

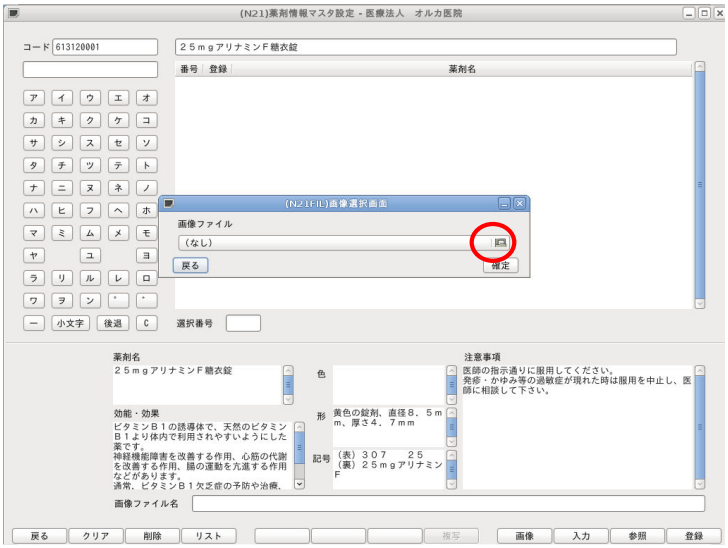
処理の詳細

＜アップロード処理・薬剤情報マスタ画像選択＞

１．薬剤情報マスタ設定画面で薬剤を選択して画像ボタンを押下する。

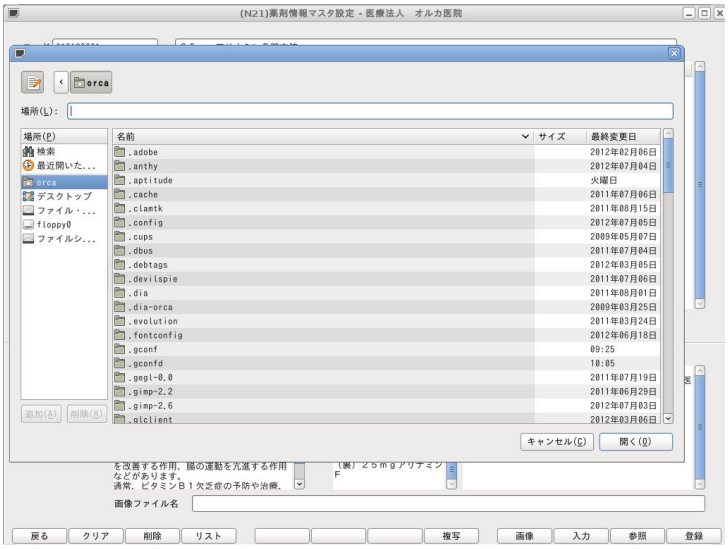


２．画像選択画面が表示されるので参照ボタンを押下する。

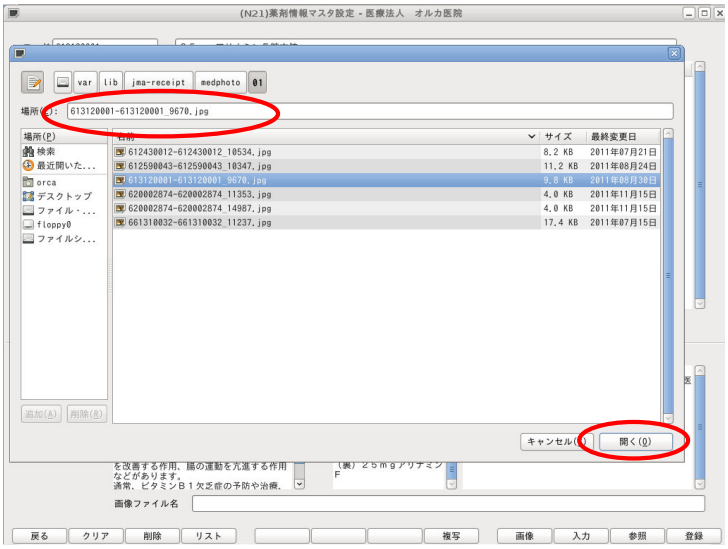


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

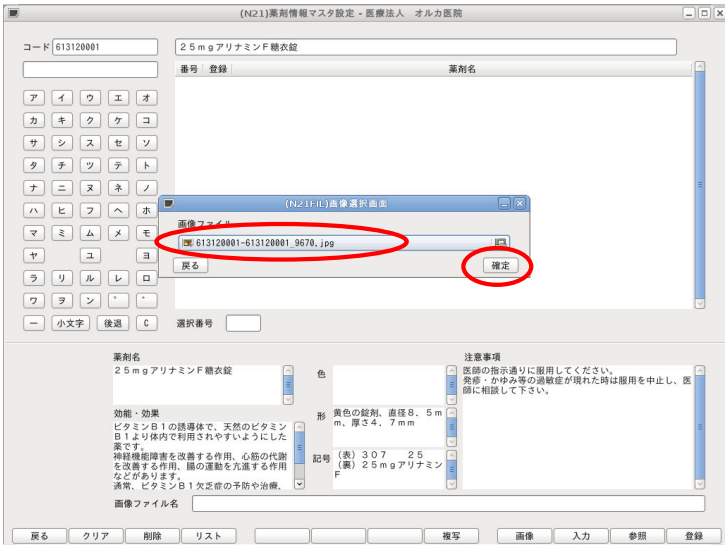
3．ファイル一覧が表示される。



4．ファイルを選択して開くボタンを押下する。

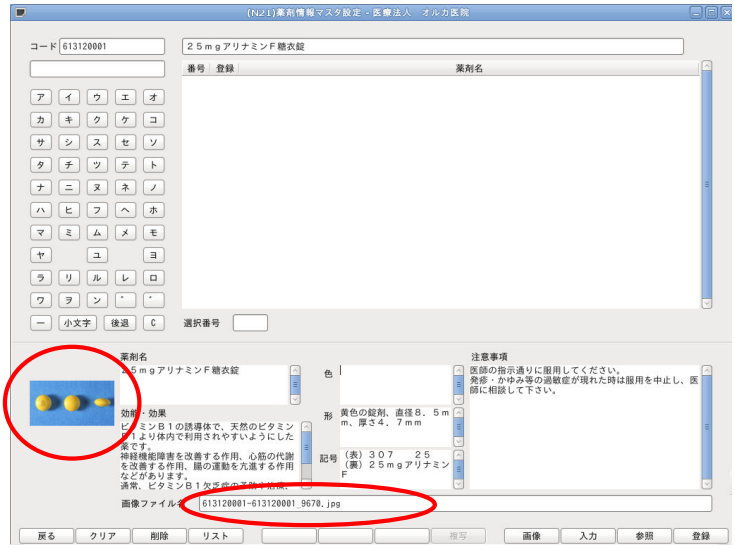


5．ファイル名がセットされるので確定ボタンを押下する。



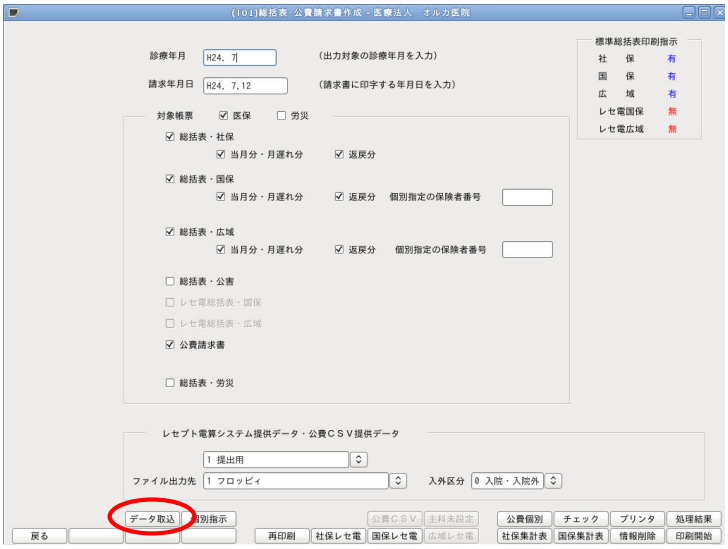
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

６．画像ファイルがセットされるのを確認する。

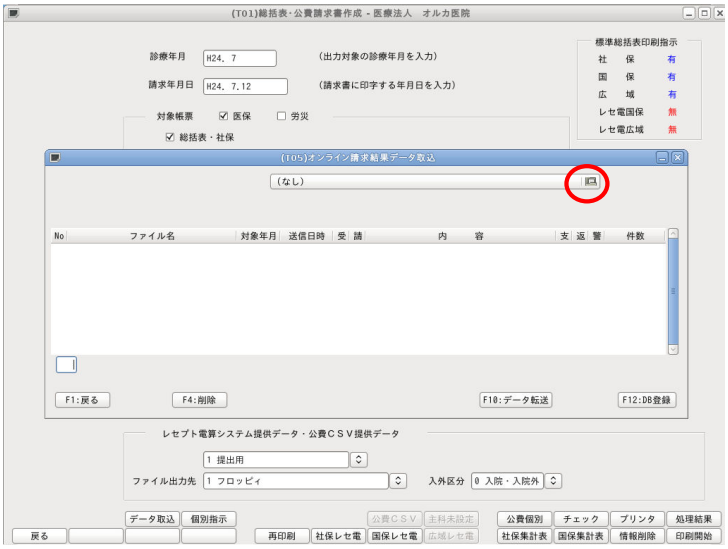


＜アップロード処理・オンライン請求結果データ取込＞

１．総括表・公費請求書作成画面でデータ取込ボタンを押下する。

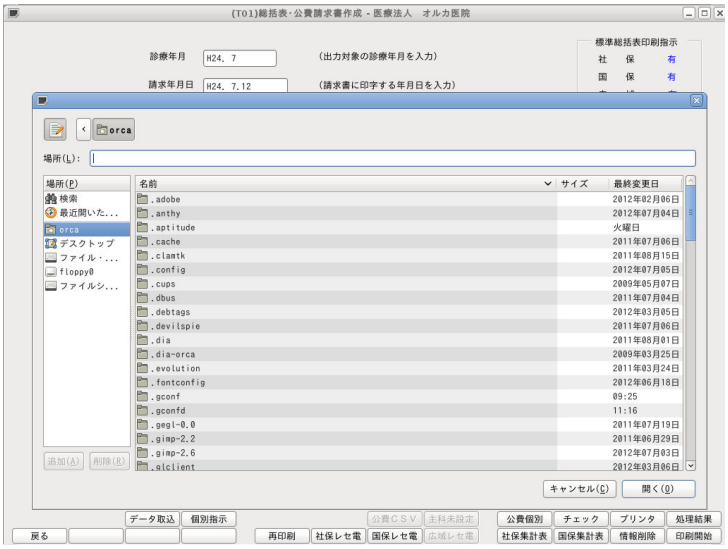


２．オンライン請求結果データ取込画面が表示されるので参照ボタンを押下する。

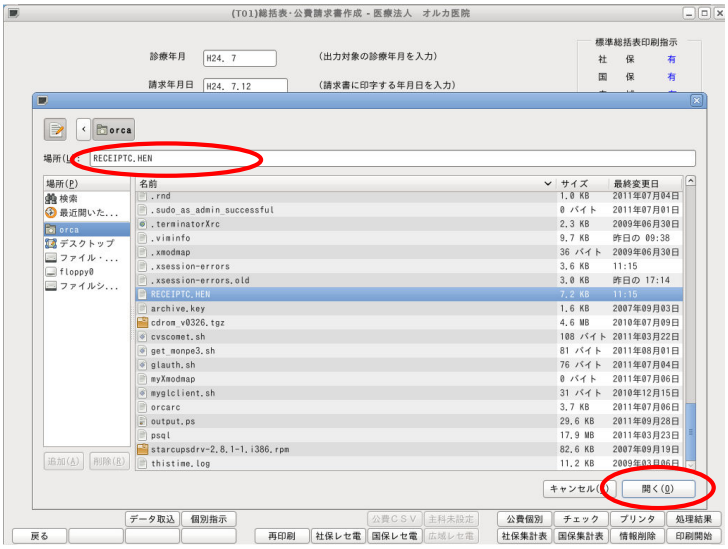


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

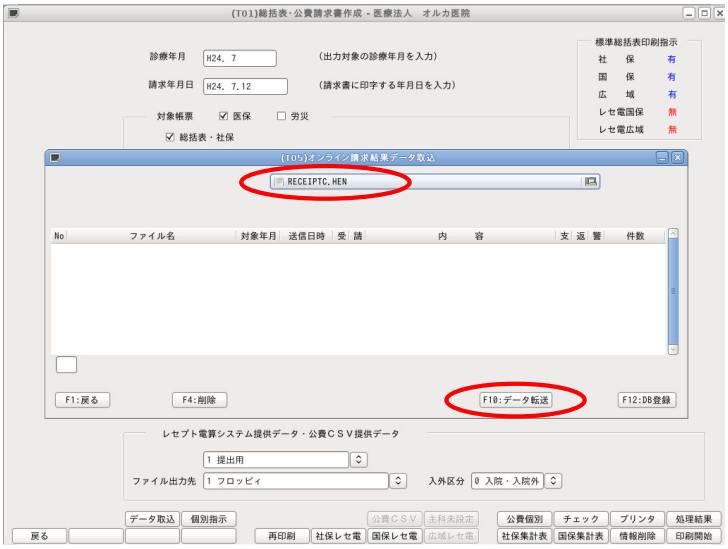
３．ファイル一覧が表示される。



４．ファイルを選択して開くボタンを押下する。

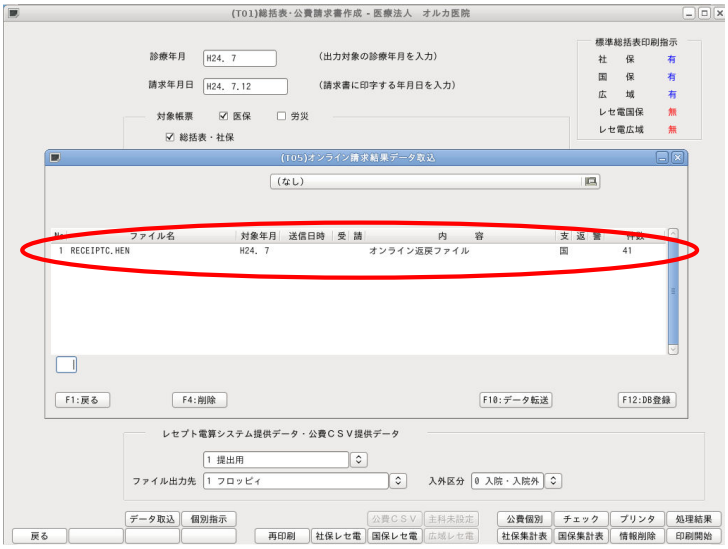


５．ファイル名がセットされるのでデータ転送ボタンを押下する。



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

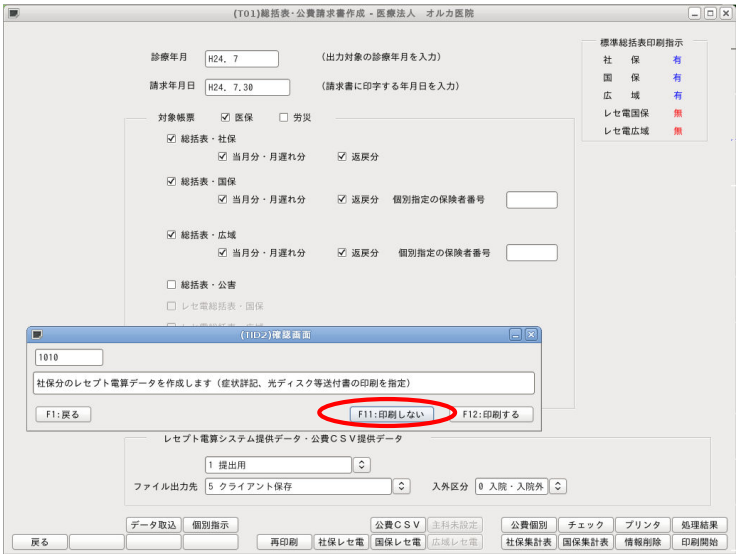
６．データ取込がされることを確認する。



＜ダウンロード処理・レセプト電算データクライアント保存＞

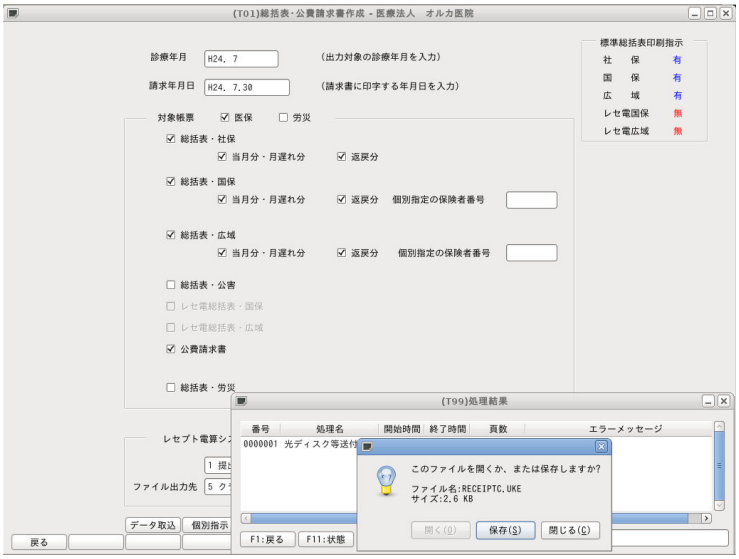
１．総括表・公費請求書作成画面でクライアント保存を選択して社保レセ電ボタンを押下する。

２．確認画面が表示されるので印刷しないを押下する。

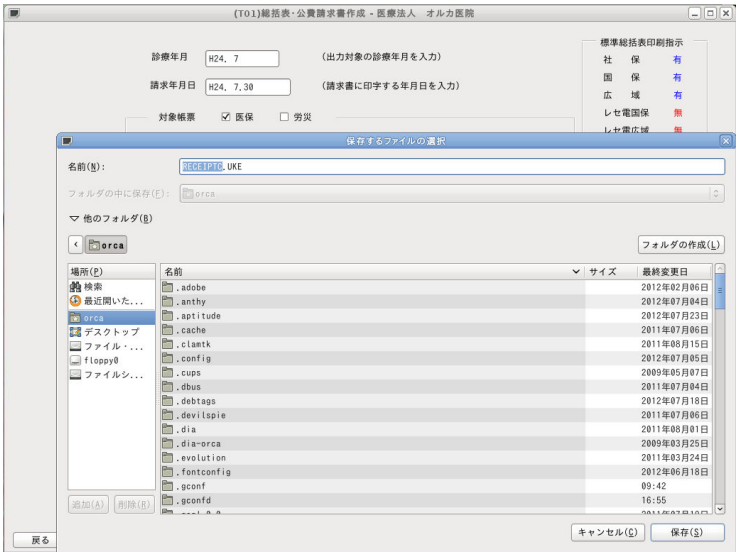


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

３．処理が終了するとファイル保存の確認メッセージが表示される。



４．保存を選択するとファイル一覧が表示される。



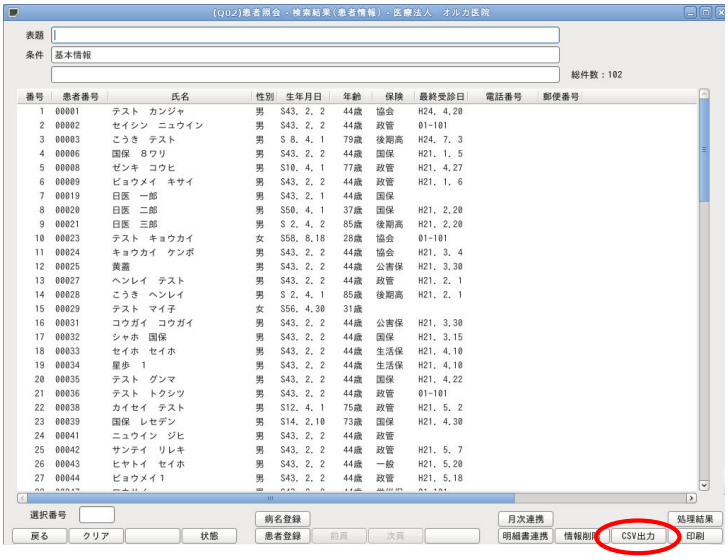
５．ファイル名を選択して保存ボタンを押下するとファイルが保存される。

```
IR,1,13,1,0111765,,医療法人　オルカ医院,42407,00,03-3946-0001
RE,1,1112,42407,カスタマイズテスト１,1,4021010,,,,,,00137,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
HO,01320019,い,２,1,189,,,,,,,,
CO,01,1,810000001,社保協会　０１４０００１９　あ-１
CO,,1,810000001,　平２４年　７月　１日から平２４年　７月１５日まで
CO,,1,810000001,社保協会　０１３２００１９　い-２
CO,,1,810000001,　平２４年　７月１６日から有効
SI,12,1,112007410,,69,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,1,,,,,,
SI,12,1,112011010,,52,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,1,,,,,,
IY,21,1,613120003,30.00000,17,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,1,,,,,,
SI,21,1,120000710,,9,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,1,,,,,,
SI,25,1,120001210,,42,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,1,,,,,,
RE,2,1112,42407,カスタマイズテスト１,1,4021010,,,,,,00137,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
HO,01400019,あ,１,1,327,,,,,,,,
CO,01,1,810000001,社保協会　０１４０００１９　あ-１
CO,,1,810000001,　平２４年　７月　１日から平２４年　７月１５日まで
CO,,1,810000001,社保協会　０１３２００１９　い-２
CO,,1,810000001,　平２４年　７月１６日から有効
SI,11,1,111000110,,270,1,,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
IY,21,1,613120001,10.00000,6,1,,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
SI,21,1,120000710,,9,1,,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
SI,25,1,120001210,,42,1,,,,,,,,,1,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
```

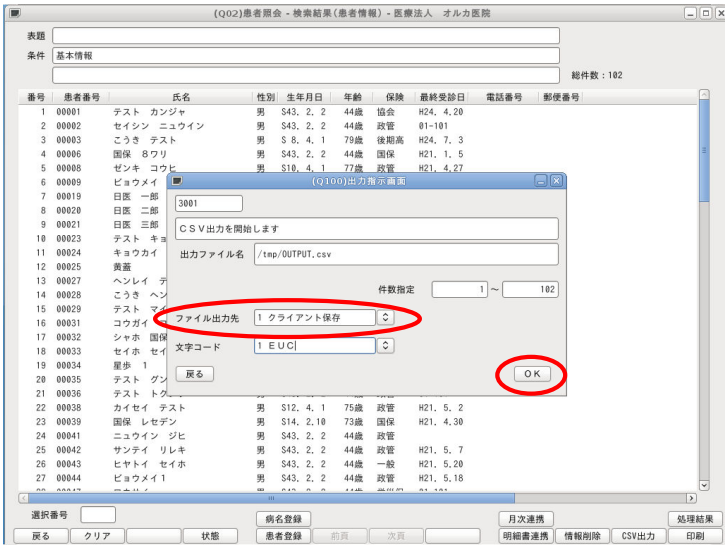

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

＜ダウンロード処理・患者照会データクライアント保存＞

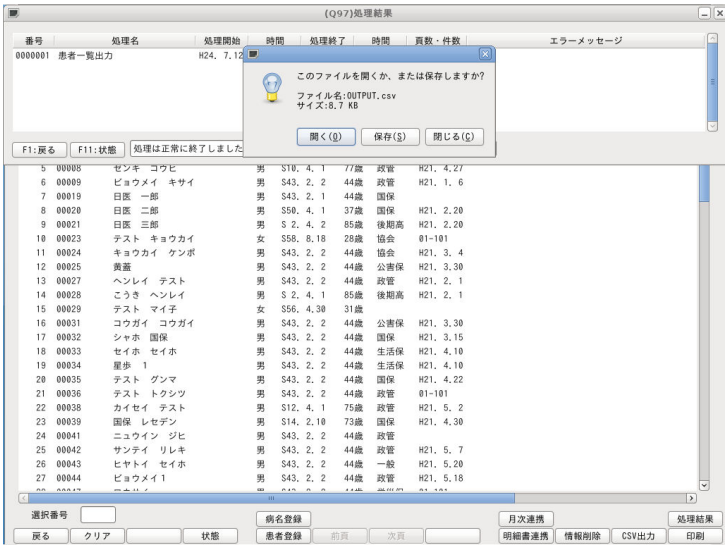
１．患者照会の検索結果画面でＣＳＶ出力ボタンを押下する。



２．出力指示画面が表示されるのでクライアント保存を選択してＯＫボタンを押下する。

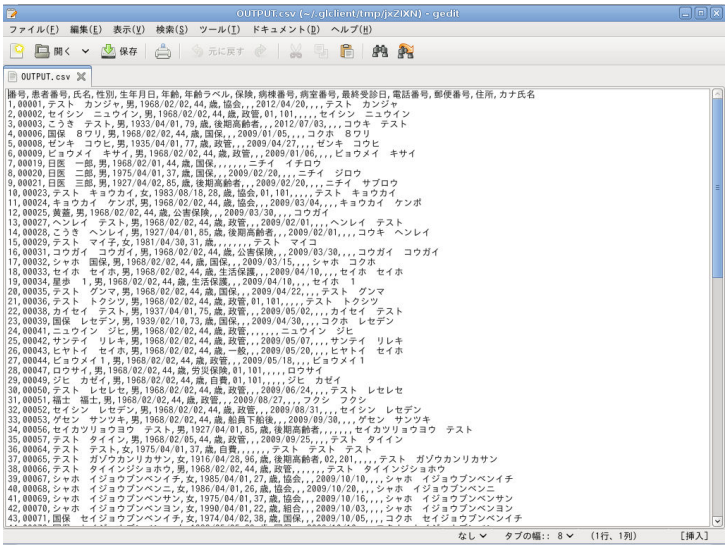


３．処理が終了するとファイル保存の確認メッセージが表示される。

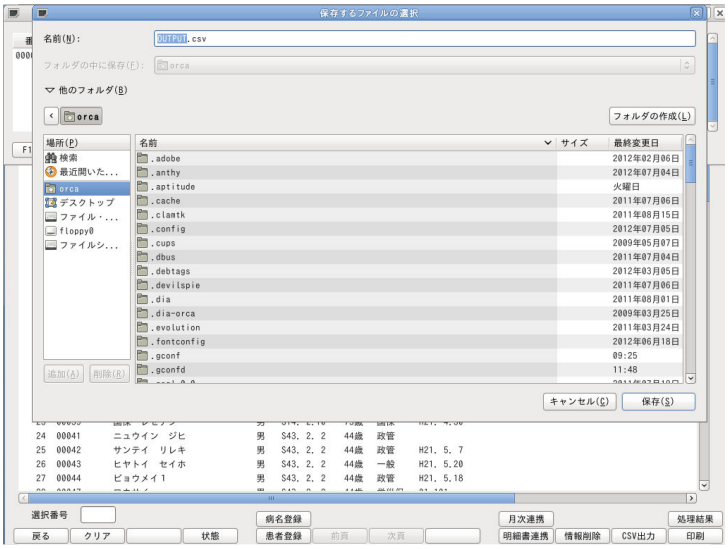


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

４．開くを選択するとファイル内容が表示される。



５．保存を選択するとファイル一覧が表示される。



６．ファイル名を選択して保存ボタンを押下するとファイルが保存される。
※他のクライアント保存も同様

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

(7) 環境設定変更識別対応(K201208)

システム管理「1038　診療行為機能情報」の環境設定背景色の設定で日付変更・時間外区分設定時の背景色の設定を可能とします。
併せて、入力スクロール背景色の設定で、診療行為入力画面の入力スクロールの背景色の設定を行います。

１．システム管理「1038　診療行為機能情報」の＜環境設定背景色＞、＜入力スクロール背景色＞の各項目で背景色を設定します。
　各項目について背景色選択画面で色を選択します。
　＜環境設定背景色＞で初期表示されているクロ色（#000000）は色設定なしとします。

２．環境設定背景色の設定ですべての画面の背景色を設定します。
　　標準（時間内）に設定した背景色が、通常の背景色となります。
　　日付変更の背景色は、環境設定の端末設定で、システム日付以外の日付に変更した場合、
　　１：時間外～８：夜間・早朝は、外来時間外区分の設定した場合の背景色となります。
　　日付変更と時間外区分の両方を設定した場合、日付変更の設定を優先します。
　　環境設定での日付・時間外区分設定でのみ背景色の変更を行う。診療行為画面で診療日を直接変更
　　した場合などでは画面背景色の変更は行いません。

３．入力スクロール背景色の設定で、診療行為画面の診療行為入力の入力スクロール項目の背景色を設定します。
　　初期設定の色は未設定の時の色とする。クロ色（#000000）を設定した場合は初期設定の色に変更します。
　　背景色なし（白）の時は、白色（#FFFFFF）を設定する。

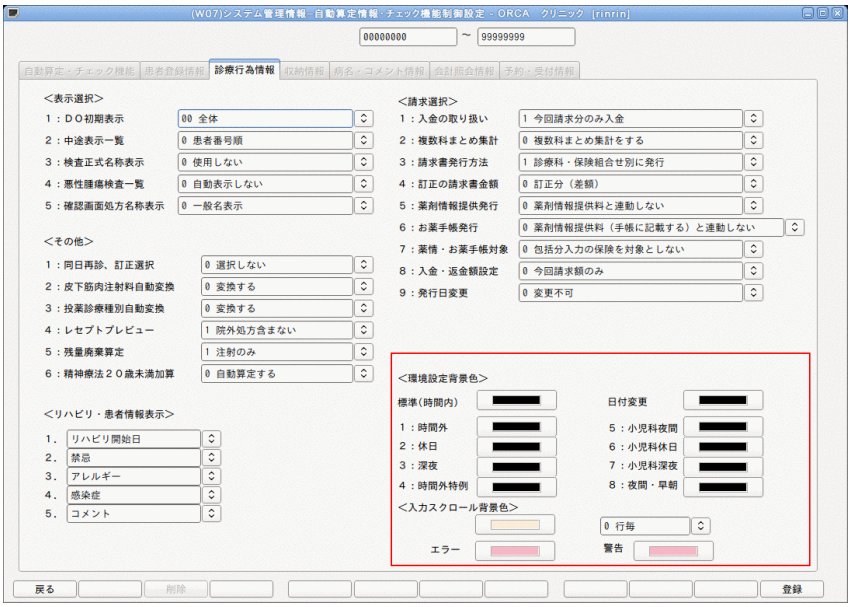
　「0 行毎」の時は１行毎に背景色を表示する。初期表示は「0 行毎」とする。
　「1 剤毎」の時は剤毎に背景色を設定する。
　　白・背景色の順で表示する。

　エラー、警告の背景色で、入力コードの背景色をエラー・警告行のみ変更する。
　どちらも初期設定の色は未設定の時の色とする。クロ色（#000000）を設定した場合は初期設定の色
　に変更する。
　　エラー・警告時に背景色を設定しない時は、白色（#FFFFFF）を設定する。

４．診療行為入力を入力スクロールに変更したので、頁：を行：とし、最終行を表示する。
　また、前頁ボタン押下で１行目へ、次頁ボタン押下で最終行＋１行へカーソル移動する。
　診療行為入力は、外来・入院ともに４００行とする。自動発生分も合わせて４００行となるので入力は４００行以内とする。

処理例

１．システム管理「1038　診療行為機能情報」で背景色の設定を行います。



２．各項目をクリックすると背景色選択画面が表示されるので、色を選択後ＯＫ押下します。

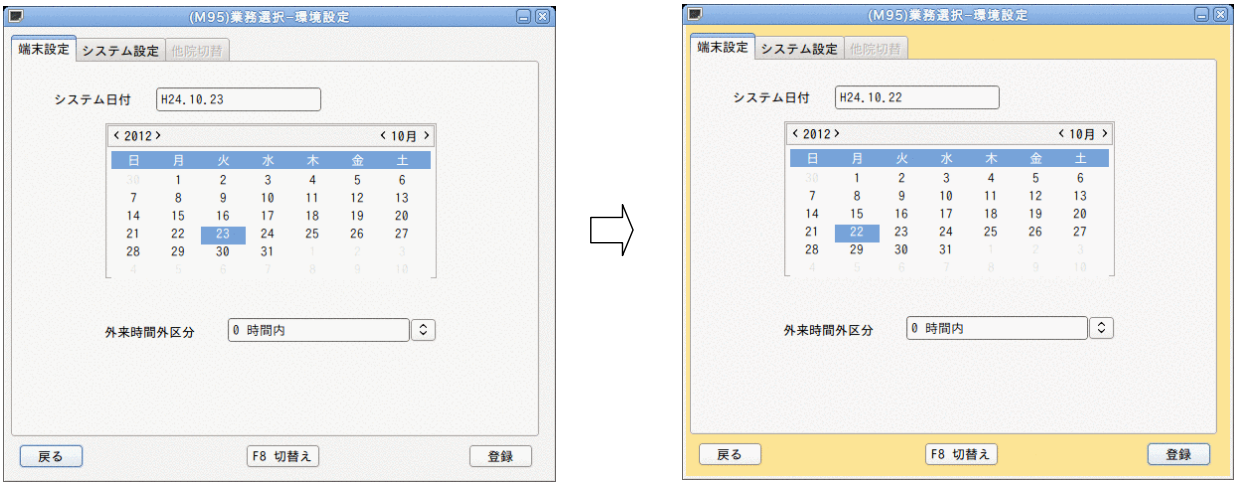
glclient2の色選択画面

monsiajの色選択画面

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

３．日付変更の色と、時間外の色を変更した状態です。

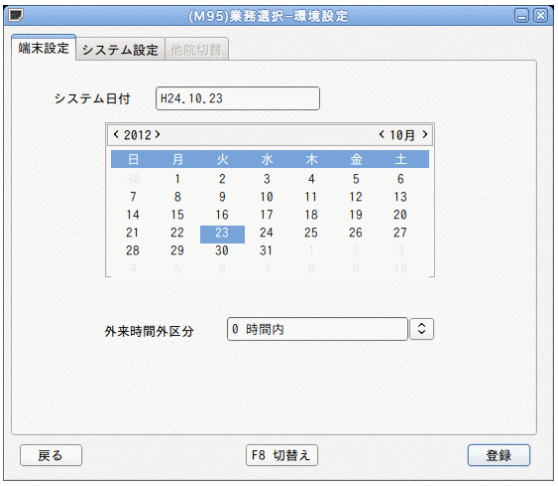
４．環境設定画面で日付を変更すると背景色が変わります。



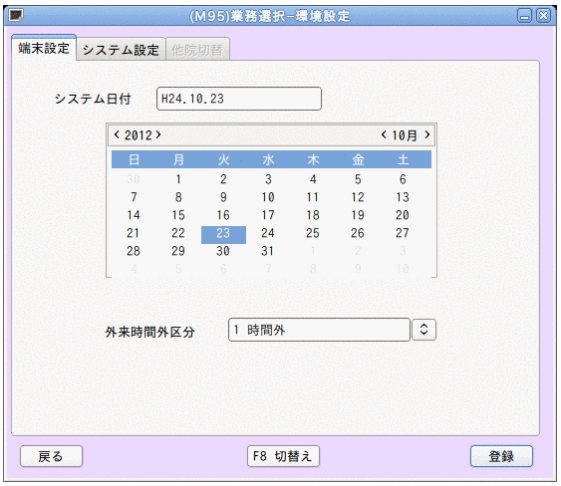
Ｆ１２登録を押下すると、業務メニュー等の背景色も変わります。

Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

５．環境設定でシステム日付に戻します。

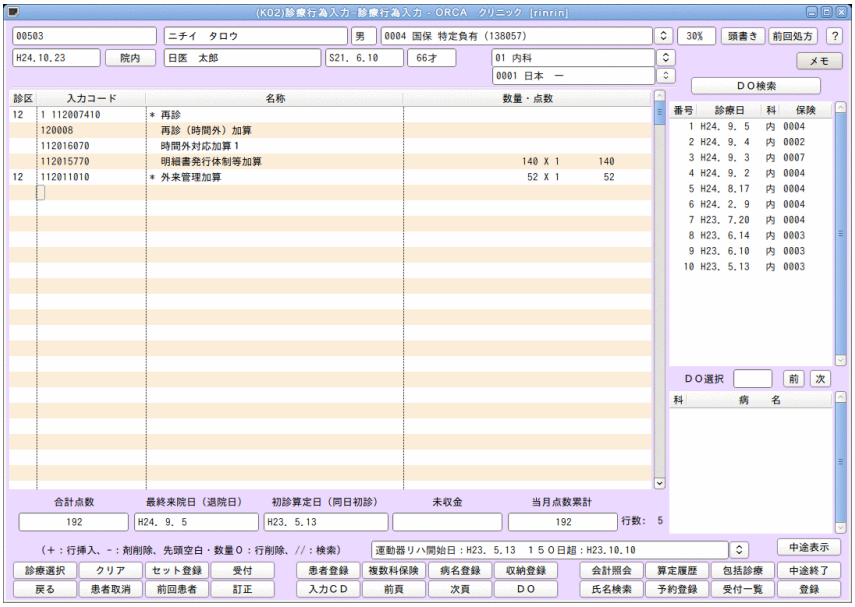


６．時間外区分を、「１　時間外」に設定すると背景色が変わります。



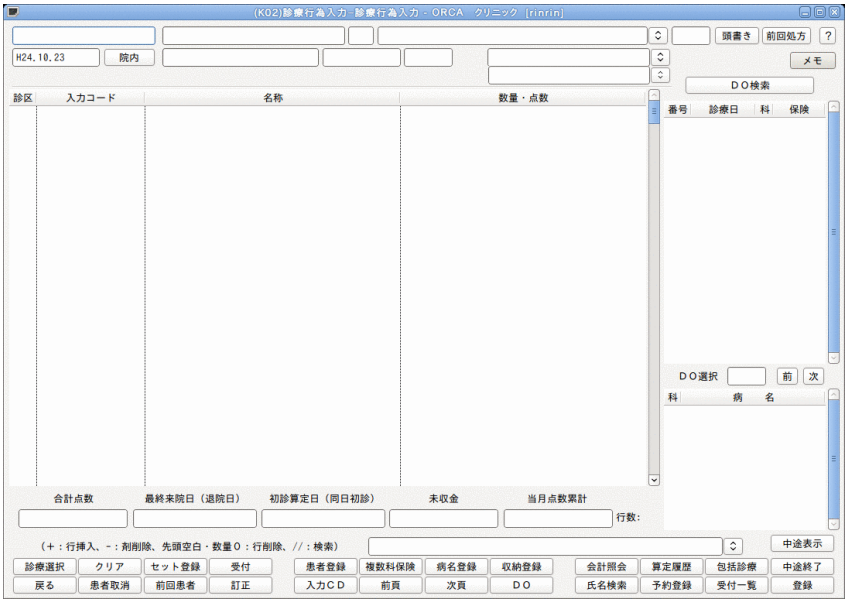
Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

７．診療行為画面を表示する。時間外の画面背景色、入力スクロールは１行毎の背景色となります。



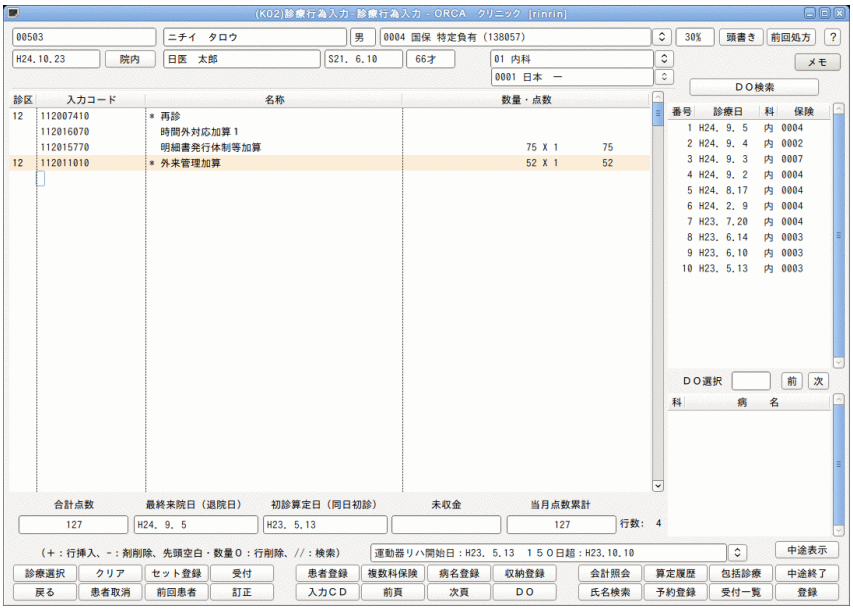
８．入力スクロールを「１　剤毎」に変更します。併せて警告行の背景色を変更します。

９．診療行為画面を表示する。

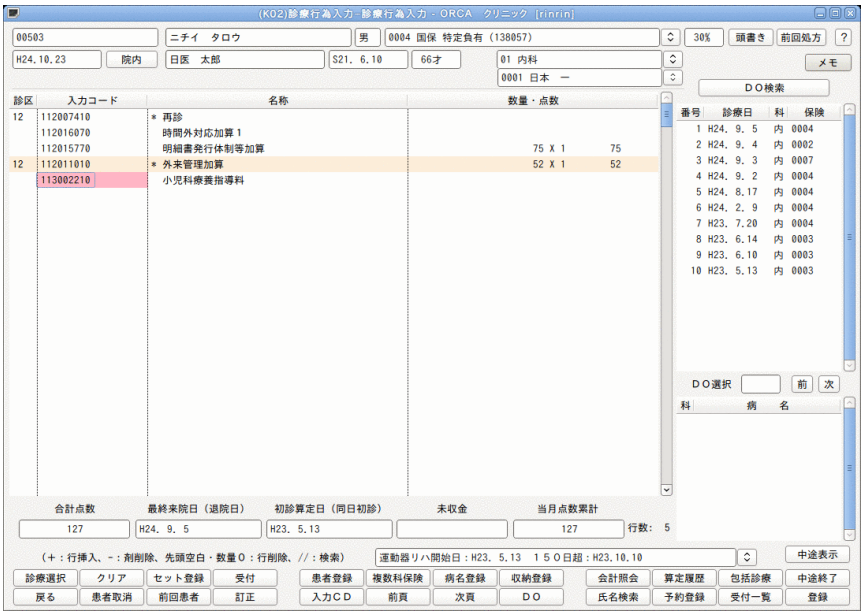


Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

１０．患者番号入力で、剤毎に背景色が表示されます。　画面下部の「行数：」に最終行数を表示します。

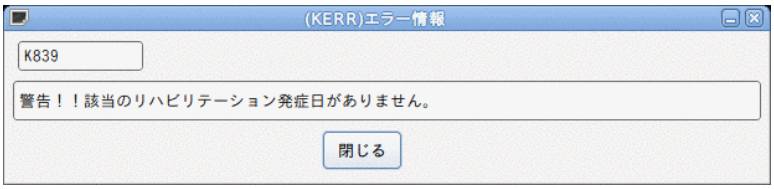


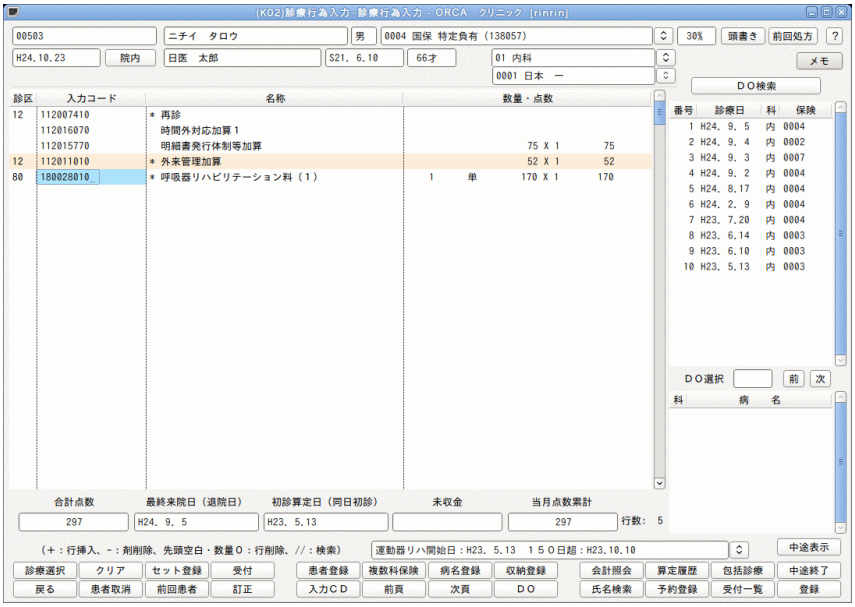
１１．エラーとなる診療コードを入力時にエラーが表示され、エラー行の背景色が設定した色に変わります。



Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.

１２．警告メッセージの場合もメッセージ表示後、警告行の背景色が設定した色に変わります。





Copyright(C)2012 Japan Medical Association.All rights reserved.