外来操作マニュアル

日医標準レセプトソフト

ORCA

平成25年4月
(ver.4.7.0)

日本医師会総合政策研究機構

＜おことわり＞

マニュアルの画像は随時更新を行っておりますが
旧点数・旧画面レイアウトのままとなっている場合があります。
順次変更をしていく予定ですので、予めご了承ください。

 Copyright(C)2007JMARI

日医標準レセプトソフト　操作マニュアルー目次

第１章メニュー画面....7
１.１マスターメニュー....7
１.２業務メニュー....13
第２章日次業務....16
２.１受付....16
２.１.１患者の呼び出し....16
２.１.２受付入力....19
２.１.３メモ機能....24
２.２登録（患者登録について）....30
２.２.１新患登録の場合の患者番号採番....30
２.２.２修正時の患者番号入力....31
２.２.３患者情報の入力....34
２.２.４受付....93
２.２.５保険組合せ履歴....97
２.２.６連絡先等....101
２.２.７所得者情報....102
２.２.８入力履歴....111
２.２.９その他....114
２.２.１０特別療養費（被保険者資格証明書）....115
２.２.１１自立支援法対応....118
２.３照会....119
２.３.１患者情報の検索....119
２.３.２レセプト個別作成との連携（検索結果を個別作成する）....146
２.３.３月次統計との連携....150
２.４予約....152
２.４.１予約登録....152
２.４.２各予約状況一覧....158
２.５診療行為....163
２.５.１画面の説明....163
２.５.２入力の基本操作....177
２.５.３診療行為コードの検索....260
２.５.４セットの登録方法....286
２.５.５入力コードの設定方法....301
２.５.６DO検索からの入力方法....313
２.５.７診療行為内容の訂正方法....320
２.５.８診療選択画面説明....329
２.５.９自動算定診療行為一覧....331
２.５.１０レセプトへのコメント自動記載一覧....336
２.５.１１レセプトへのコメントの手入力が必要な診療内容一覧....343
２.５.１２外来まとめ入力....355
２.５.１３外来での出産育児一時金登録....365
２.６診療区分別の入力方法....378
（1）診察料....378
（2）医学管理等....392
（3）在宅料....406
（4）投薬料....415
（5）注射料....437
（6）処置料....443
（7）手術料....450
（8）麻酔料....454

Copyright(C)2007JMARI

（9）検査料.....457
（10）画像診断料.....477
（11）その他料.....489
（12）病理診断.....495
（13）コメント文.....496
２.７病名.....499
２.７.１病名登録.....499
２.７.２自院病名登録.....519
２.７.３病名検索.....531
２.７.４手術歴の登録.....536
２.８収納.....545
２.８.１機能概要.....545
２.８.２画面表示の切替.....545
２.８.３請求書兼領収書の再発行.....550
２.８.４入金処理.....555
２.８.５入金取消・返金・請求取消.....560
２.８.６履歴修正.....566
２.８.７再計算・一括再計算.....570
２.８.８支払証明書の発行.....573
２.８.９外来における高額療養費の現物給付について.....576
２.９会計照会.....580
２.１０クライアント印刷.....623
２.１０.１クライアント印刷の種類.....623
２.１０.２クライアント印刷.....624
２.１０.３プレビュー画面からのクライアント印刷.....627
第３章月次業務.....629
３.１データチェック.....629
３.１.１概要.....629
３.１.２事前準備.....630
３.１.３チェック項目の解説.....631
３.１.４データチェックの操作方法.....635
３.１.５データチェックの便利な機能.....639
全てのチェック内容とエラーメッセージ.....650
３.２明細書.....657
３.２.１明細書.....657
３.２.２レセプト編綴順印刷.....701
３.２.３主科設定.....709
３.２.４医師別レセプト印刷.....718
３.２.５ターミナルデジット順レセプト印刷.....720
３.３請求管理.....722
３.４総括表・公費請求書.....729
３.４.１レセプト電算処理システムによるデータ作成手順.....745
３.４.２オンライン請求時エラーのあった患者のみのレセ電データを作成する.....754
３.４.３返戻データの取り込み、返戻データを含めたレセ電の作成.....763
３.５日次統計.....772
３.５.１帳票の登録.....772
３.５.２帳票の並べ替え.....774
３.５.３帳票の印刷.....777
３.５.４日次統計データの作成.....780
３.５.５締め処理.....782
３.６月次統計.....793
３.６.１月次統計データの作成.....794

３.７省庁対応 796
３.８本院分院機能 804
３.９治験 820
３.１０ユーザ管理 830
３.１１健康保険組合への直接請求 835
３.１２公費記載順設定 838
３.１３労災レセプト電算処理システムについて 843
第４章随時業務 845
４.１データ出力 845
４.１.１テーブルの選択 845
４.１.２各テーブルの項目選択 848
４.２外部媒体 853
４.２.１外部媒体 853
４.３マスタ更新 856
第５章マスタ登録 862
５.１システム管理マスタ 862
1001　医療機関情報－基本情報 864
1002　医療機関情報－所在地、連絡先 871
1003　医療機関情報－広告 873
1005　診療科目情報 876
1006　施設基準情報 880
1007　自動算定・チェック機能制御情報 888
1009　患者番号構成情報 896
1010　職員情報 905
1012　診療内容情報 910
1013　請求書自費名称情報 912
1014　包括診療行為設定情報 914
1016　外来迅速検体検査設定情報 917
1017　患者登録機能情報 919
1018～1020　患者状態コメント情報 923
1026　減免事由情報 925
1027　割引率情報 927
1028　予約内容情報 929
1030　帳票編集区分情報 931
1031　出力先プリンタ割り当て情報 934
1033　県内扱い保険者情報 939
1038　診療行為機能情報 941
1039　収納機能情報 948
1041　入金方法情報 953
1042　病名・コメント機能情報 955
1043　会計照会機能情報 958
1045　予約機能情報 961
1046　出産費用内訳明細情報 964
1100　データチェック機能情報 966
1101　データチェック機能情報2 970
1102　データチェック機能情報3 976
1901　医療機関編集情報 981
1910　プログラムオプション情報 984
2003　レセプト作成指示（印刷順）情報 987
2005　レセプト・総括印刷情報 989
2006　レセプト特記事項編集情報 1006
2007　公費番号まとめ情報設定 1013

2010 地方公費保険番号付加情報....1016
2012 保険者付加情報....1057
3001 統計帳票出力情報（日次）....1059
3002 統計帳票出力情報（月次）....1067
3004 県単独事業情報....1084
4001 労災自賠医療機関情報....1087
4100 公害医療機関情報....1098
8000 印刷情報削除設定....1099
9000 CLAIM接続情報....1102
9600 CRON設定情報....1106
9700 ユーザプログラム起動情報....1109
9800 排他制御情報....1111
５.２点数マスタ....1114
５.３ユーザ点数マスタの設定について....1136
５.４チェックマスタ....1177
５.４.１概要....1177
５.４.２チェックマスタの種類と説明....1178
５.４.３チェックマスタの登録画面....1180
５.４.４適用コード設定（病名）....1181
5.4.4.1 適用コード設定（病名）の設定項目....1182
5.4.4.2 チェックマスタの操作方法....1187
5.4.5 適用コード設定....1199
5.4.5.1 適用コード設定の設定項目....1200
5.4.6 チェックマスター覧の印刷....1206
５.５保険番号マスタ....1210
５.６保険者マスタ....1224
５.７人名辞書マスタ....1230
５.８薬剤情報マスタ....1237
５.９住所マスタ....1252
５.１０ヘルプマスタ....1263
第６章付録....1278
６.１付録1　クライアント保存の拡張....1278
６.２付録2　＜日次・月次　標準帳票サンプル＞....1279
６.３付録3　FORM_LIST....1314
６.４付録4　電子版お薬手帳データの作成と転送....1326
第７章更新履歴....1336

Copyright(C)2007JMARI

第１章　メニュー画面

１．１　マスターメニュー

日医標準レセプトソフト（以下日レセ）を起動するとマスターメニューを表示します。

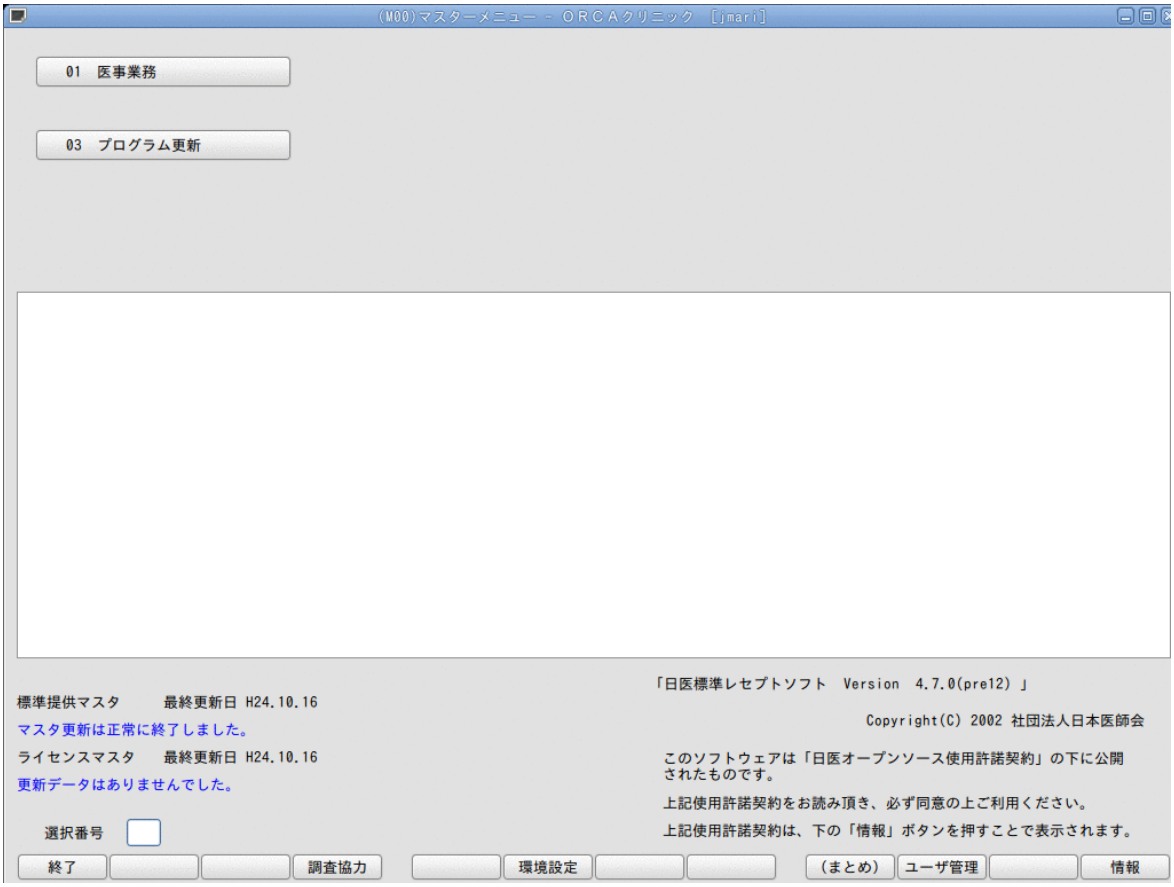


図 1

注意！
マスターメニューに「従サーバに接続しています」のメッセージが表示され、医事業務が選択できない場合

図 2

2台運用の設定を行った場合は誤動作防止のため､従サーバで稼動する日レセへ接続した際に｢従サーバへ接続しています。｣とメッセージの表示を行い、「01　医事業務」が選択できなくなります。

接続先の日レセが｢従サーバ｣である状態の検知は日レセ起動後にクライアントから初めて接続したときに行います｡このとき、接続先のサーバがリダイレクト先の場合、接続先を従サーバとみなします。
検知された状態は接続先の日レセが停止されるまで保持されます｡主サーバの日レセから従サーバの日レセに切り替えて運用を行う際にリダイレクト状態を解除する前の従サーバの日レセに接続していた場合は､従サーバの日レセを再起動する必要があります。

ユーザ管理

日レセにログインしているクライアントを表示し、メッセージの配信、強制終了ができます。
【3.10　ユーザ管理】を参照してください。

日医オープンソース使用許諾契約

「情報」(F12)を押下すると日医オープンソース使用許諾契約を表示します。

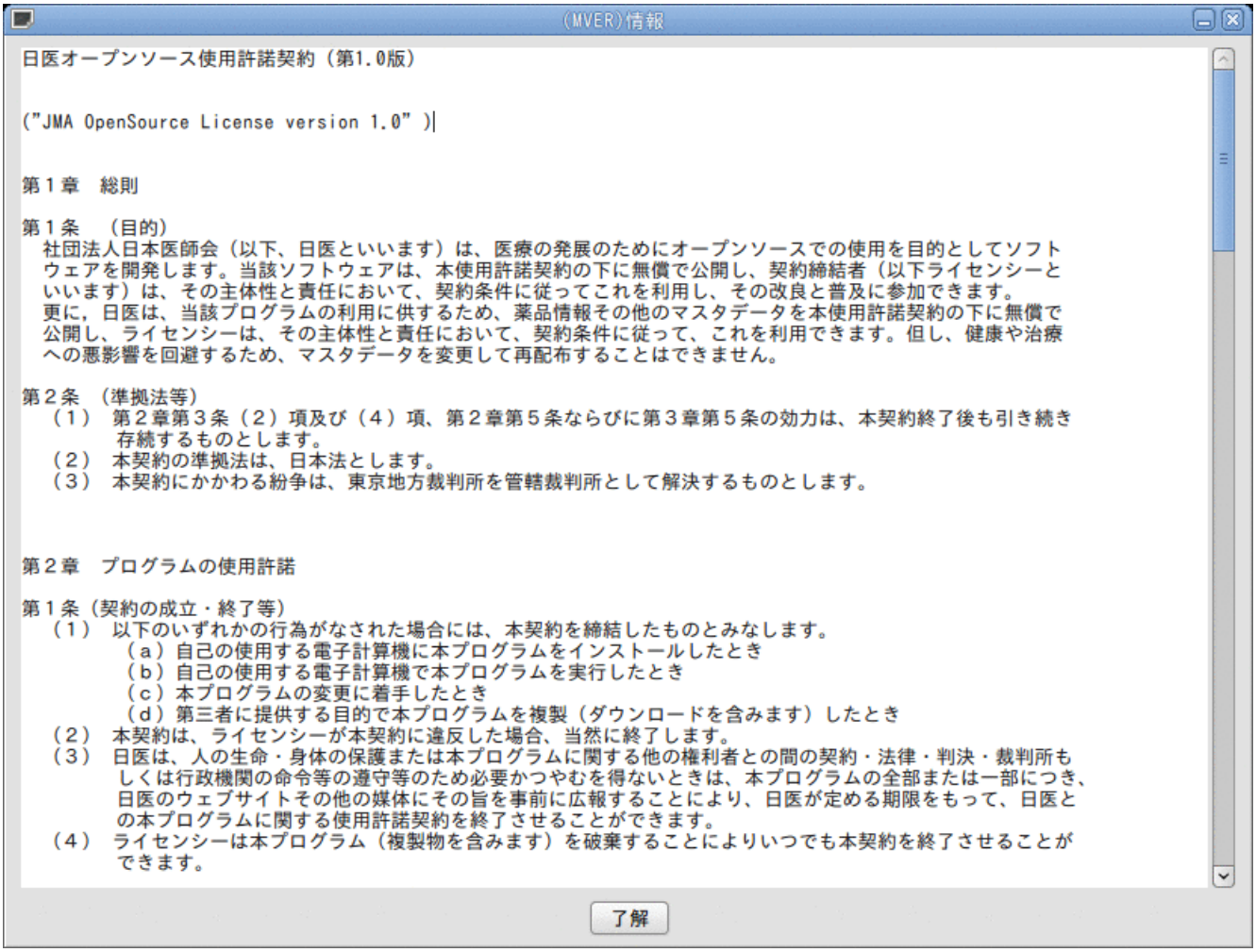


図 3

医事業務を行う

医事業務へ遷移するには「01　医事業務」を選択します。
業務メニューへ遷移します。

図 4

Copyright(C)2007JMARI

プログラム更新を行う

追加プログラム、不具合等による修正プログラムをダウンロードしプログラム更新を行います。
プログラム更新のお知らせは業務メニューの新着情報に表示します。

「03　プログラム更新」をクリック、または選択番号に「03」を入力し「Enter」を押下します。

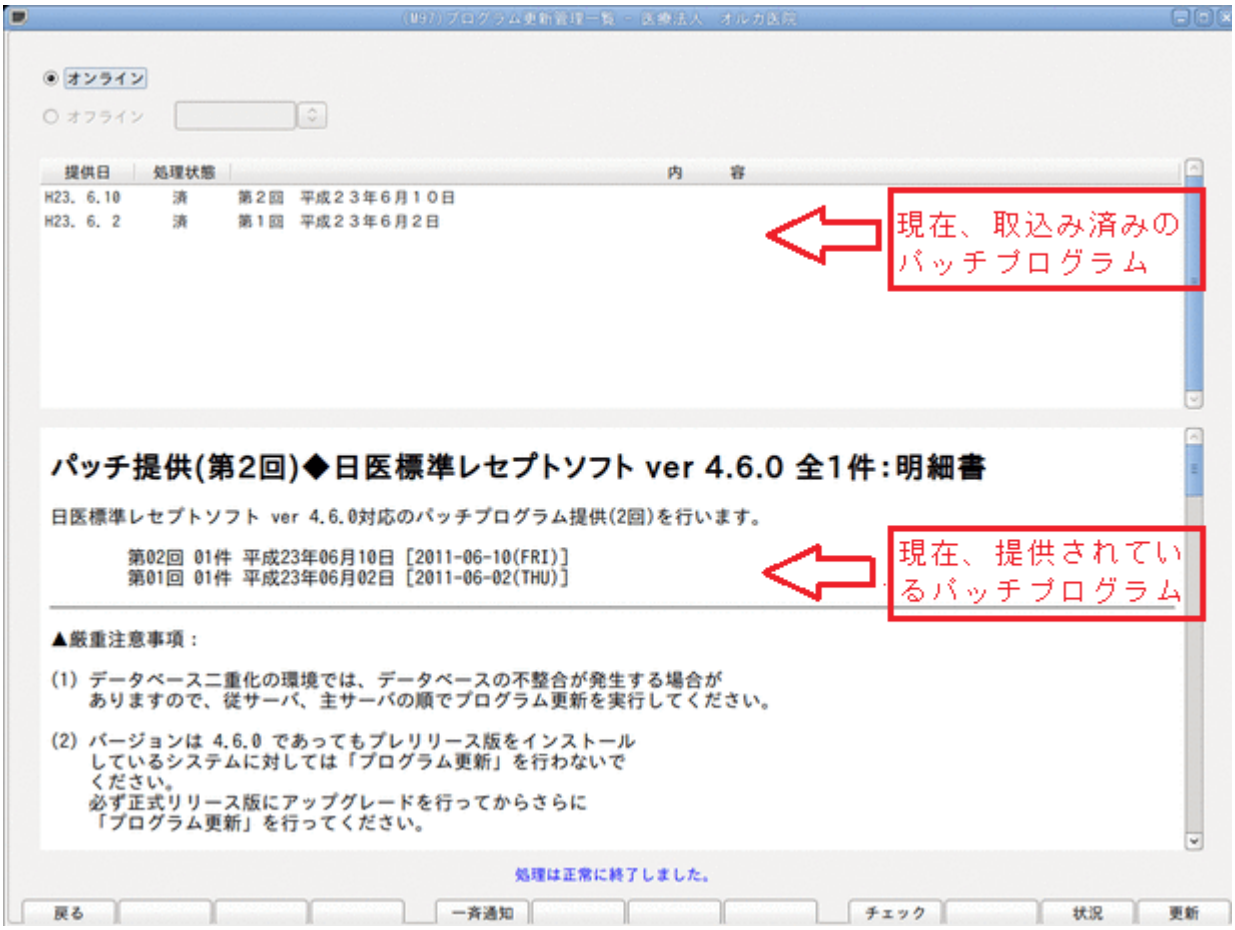


図 5

プログラム更新管理一覧画面へ遷移後、更新(F12)を押下します。
確認メッセージを表示しますので「OK」(F12)を押下します。
プログラム更新を開始します。

図 6

再起動のメッセージが表示されればプログラム更新終了です。

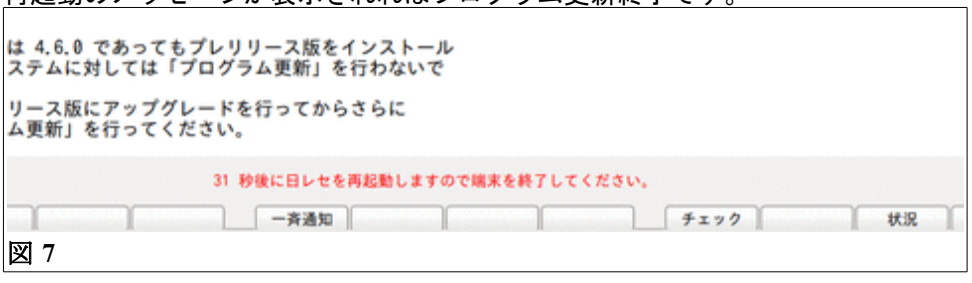


図 7

ファンクションキーの説明

チェック(F9)	提供されているパッチプログラムが正しく取り込まれているかチェックします。
状況(F11)	処理メッセージを更新します。 （処理メッセージは約3秒毎に自動更新します）
更新(F12)	プログラム更新を行います。

環境設定

マスターメニュー画面または業務メニューの「環境設定」(F6)によりシステム日付の変更、担当医の設定ができます。

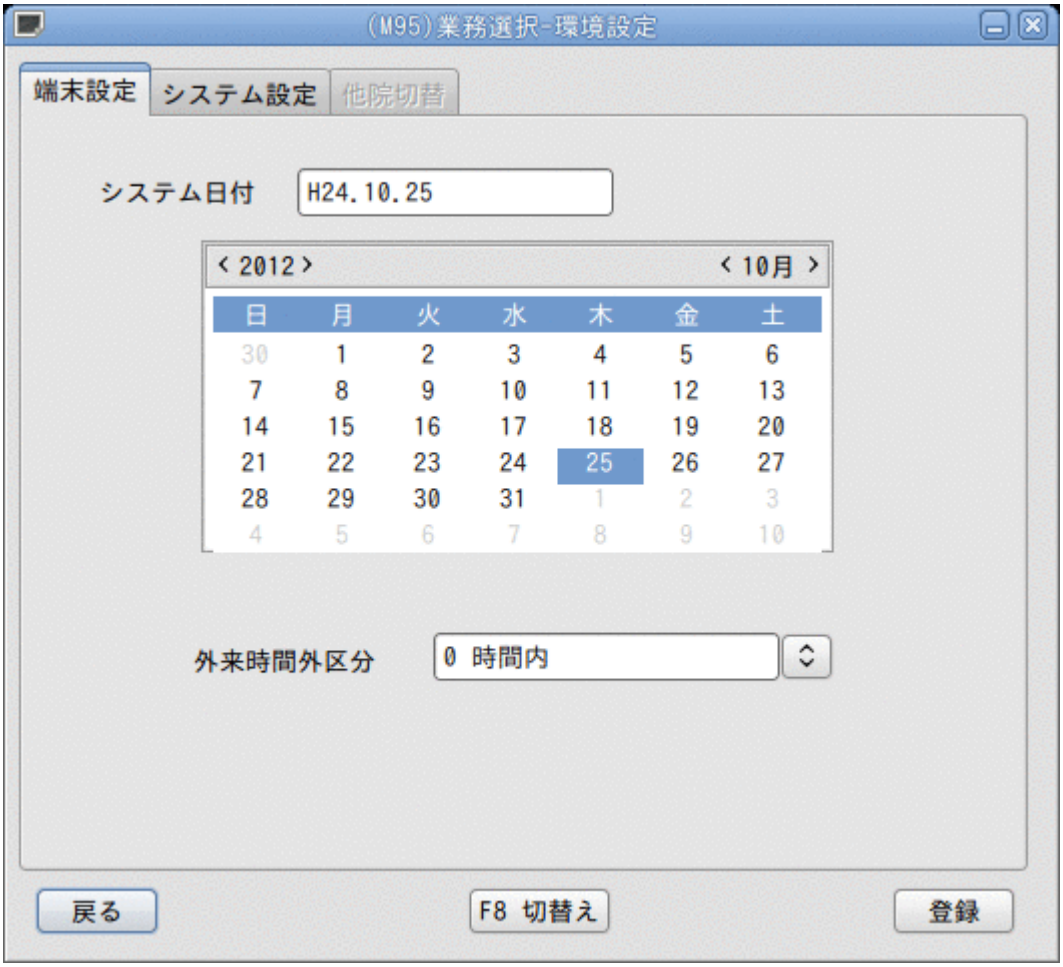


図 8

＜端末設定＞

任意の日付へ変更ができます。

また時間外区分の設定を行うとその後の診療行為入力時に設定した時間外区分が適応されます。

日付、時間外区分を変更した場合、背景色を変更して注意を促すことができます。【5. 1システム管理マスタ】の【1038　診療行為機能情報】を参照してください。

注意！
システム日付を変更するとその後行った作業の処理日が全てシステム日付で処理されます。
日付変更後の作業終了時に日付を元に戻します。日レセを終了させ画面を立ち上げ直しても日付が元に戻ります。

＜システム設定＞

診療科毎に担当医の設定、変更ができます。

設定した担当医を受付業務、診療行為入力時のドクターリストに表示します。

設定のない場合は「101　システム管理マスタ」－「1010　職員情報」から診療科ドクター」を表示しますので、休日等、一時的な変更等に使用できます。

図 9

＜登録をする＞

登録する診療科を入力またはクリックします。

番号を入力し担当医を選択します。（番号は任意の4桁英数字を1桁以上入力します）

（専門科が違いドクター一覧にない場合でもドクターコードを入力すれば登録ができます）

「確定」(F10)を押下します。

「登録」(F12)を押下し登録します。

「全体」(F6)でも登録をします。

図 10

担当医は各診療科毎に20件まで登録できます。

＜削除する＞

診療科を選択した状態で「削除」(F4)を押下した場合は、表示されている内容を全て削除します。

診療科を選択し担当医を選択した状態で「削除」(F4)を押下した場合は、選択した担当医のみを削除します。

削除後に「登録」(F12)を押下します。

１．２　業務メニュー

各業務画面への遷移、環境設定、新着情報の表示、オンライン帳票の再印刷を行います。

各業務画面へ遷移する

各業務のボタンをクリックするか、選択番号へ業務番号を入力し「Enter」を押下します。

新着情報を読む

新着情報の見出しをクリックします。
記事の中の「戻る」をクリックして戻ります。

環境設定(F6)

【1.1　マスターメニュー】の【環境設定】と同じ機能です。そちらを参照してください。

印刷削除(F7)

印刷データの削除を行います。
日レセの画面からcupsのスプールに残っている印刷データを削除します。

電子版手帳(F8)

電子版お薬手帳データをICカードリーダ／ライタへ転送し、携帯端末アプリケーションへ送信します。
【6.4.付録4　電子版お薬手帳データの作成】を参照してください。

再印刷(F5)

オンライン帳票の再印刷を行います。

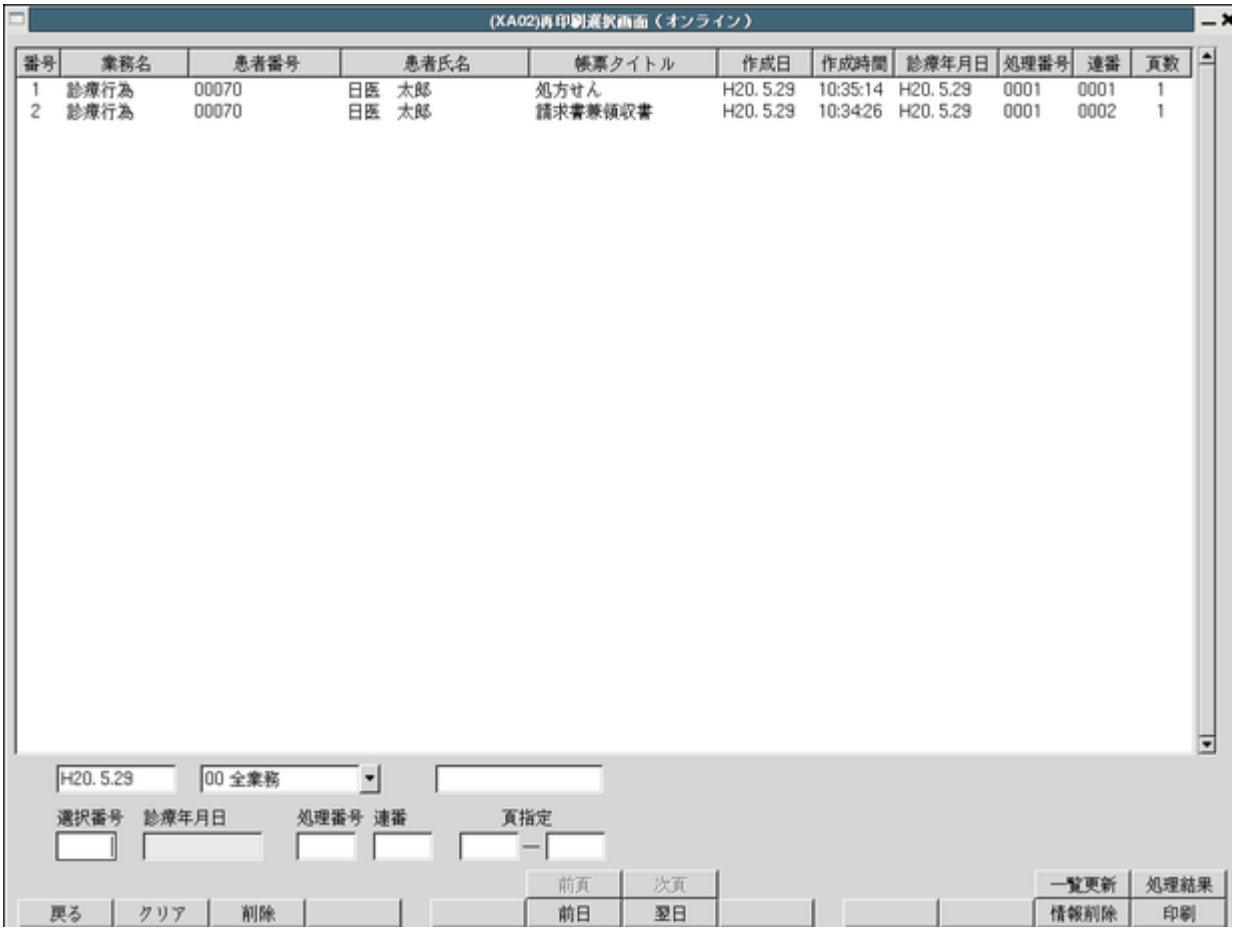


図 11

＜オンライン帳票再印刷の対象帳票＞

1. 診療行為（外来）
   中途終了画面
   処方せん(発行指示ボタン押下時)（QRコード無し）
   薬剤情報(発行指示ボタン押下時)
   請求確認画面
   処方せん(登録ボタン押下時)（QRコード無し）
   薬剤情報(登録ボタン押下時)
   請求書兼領収書(登録ボタン押下時)
   診療費明細書(登録ボタン押下時)

2. 診療行為（入院）
   入院印刷指示画面
   　　入院処方せん(発行指示ボタン押下時)
   　　注射箋(発行指示ボタン押下時)
   　　指示箋(発行指示ボタン押下時)

3. 収納
   請求一覧画面
   　請求書兼領収書（再発行ボタン押下時）
   　月別請求書兼領収書（外来月別ボタン押下時）
   請求確認画面（入院・外来）

請求書兼領収書（登録・請求書印刷ボタン押下時）
診療費明細書（登録・明細書印刷ボタン押下時）
一括入金画面
請求書兼領収書（登録ボタン押下時）

4. 入退院登録
請求確認画面
請求書兼領収書（登録タン押下時）
診療費明細書（登録タン押下時）
退院証明書（登録タン押下時）

注意！
- カスタマイズ帳票に関して再印刷をできるようにするためには、再印刷データに登録するための処理を追加する必要があります。
- QRコード付の処方せんの場合はオンライン再印刷ができません。診療行為ー「前回処方」より再発行を行ってください。

＜一覧画面の表示＞
再印刷一覧は日付毎に表示を行います。当日を初期表示します。
「前日」(F6)、「翌日」(F7)にて表示を切り替えます。

図 12

どの業務から印刷を行ったかわかる場合は、あらかじめ業務を指定して探すことができます。

図 13

＜再印刷をする＞
再印刷をしたいデータをクリックするか選択番号に入力し「Enter」を押下します。

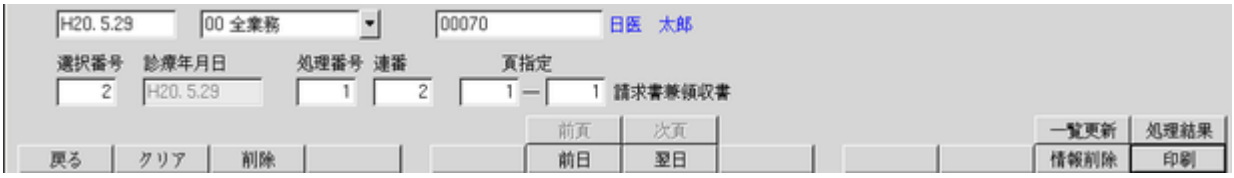


図 14

頁指定等を行い「印刷」(F12)を押下します。

＜再印刷データの削除と保存期間の設定＞
削除を行うには印刷データを選択後、「削除」(F3)を押下します。
確認メッセージを表示しますので「OK」(F12)で削除します。

また、「101　システム管理マスタ」ー「8000　印刷データ削除機能情報」にて保存期間の設定を行います。
【5.1　システム管理マスタ】の【8000　印刷データ削除機能情報】を参照してください。

第２章　日次業務

２．１　受付

2.1.1　患者の呼び出し
2.1.2　受付入力
2.1.3　メモ機能

２．１．１　患者の呼び出し

これから受付を行う患者の患者番号を入力するか、または氏名欄に検索する氏名を10文字までの全角カタカナまたは漢字で入力します。患者番号の採番がされていない新規患者の受付をする場合には、氏名欄に全角で氏名の入力を行います。

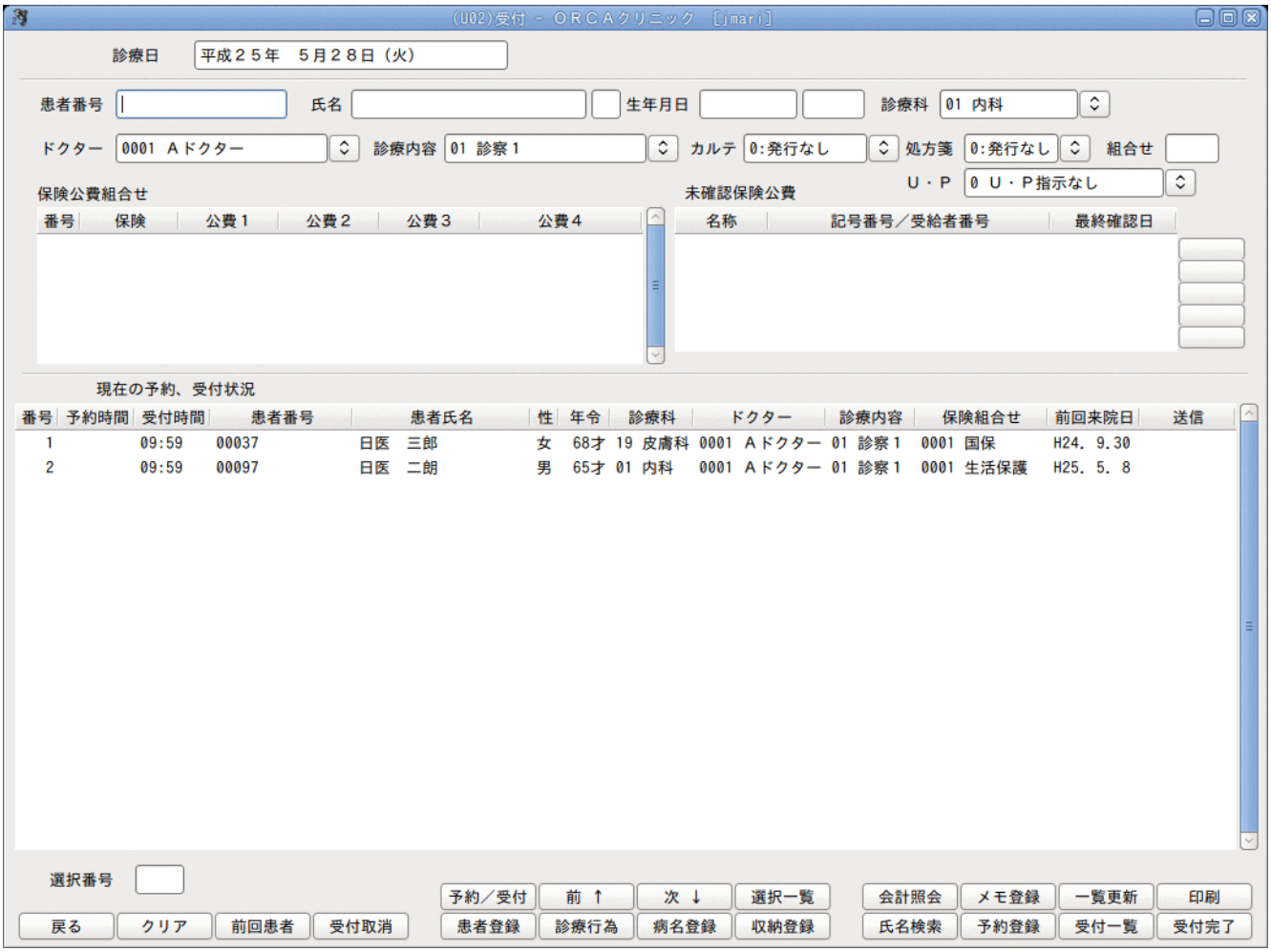


図 15

Copyright(C)2007JMARI

また、患者氏名による検索結果からも患者の指定が行えます。
氏名検索(F9)を押下して検索文字を入力し患者氏名の一覧より番号選択します。

検索方法：日医　四郎（ニチイ　シロウ）を検索

姓のみで検索	ニチイ ⏎ 日医 ⏎
名のみで検索	「＊」をつける（全角） ＊シロ ⏎ ＊四郎 ⏎
組合せで検索	ニチイ　シ ⏎ 苗字が部分検索のときは「＊」をつける（全角） ニ＊シ ⏎ 日＊四 ⏎

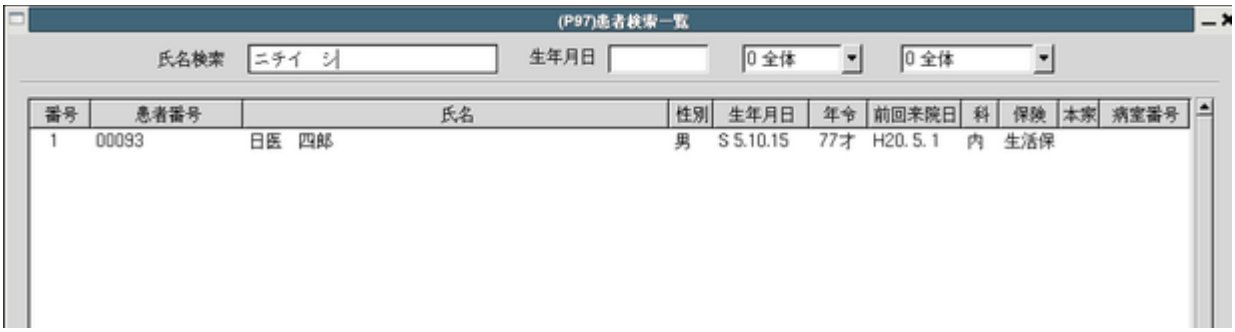


図 16

↓

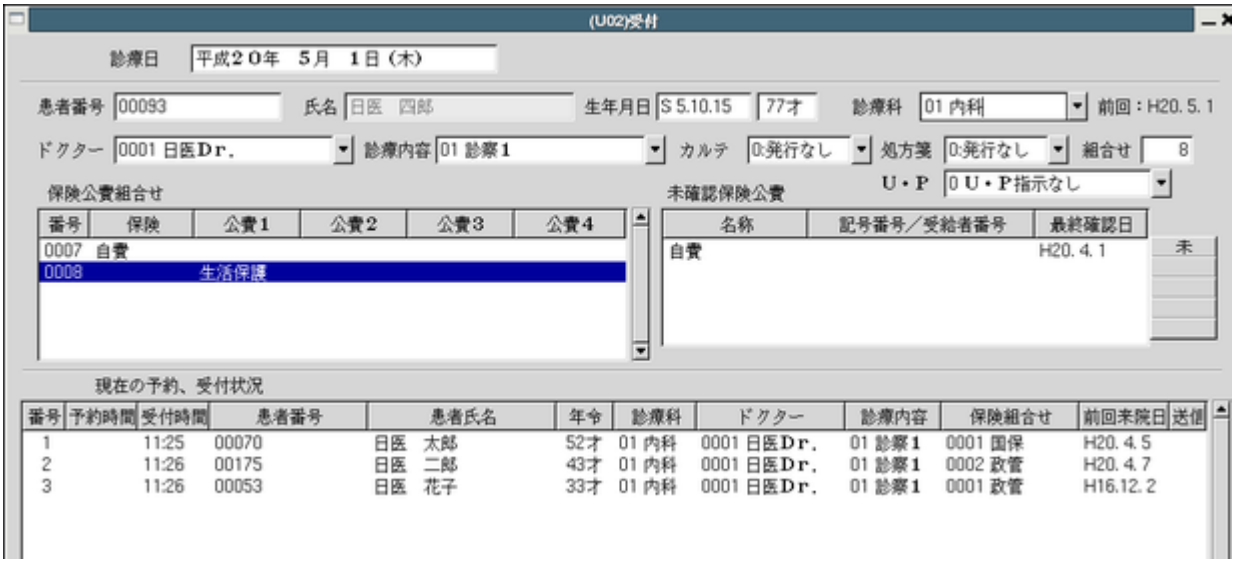


図 17

＜二重登録警告メッセージ＞

患者番号・診療科・保険組合せが同じで内容で、受付中の患者（受診が終了していない患者）の場合は二重登録の警告メッセージを表示します。メッセージを閉じて再度「受付完了(F12)」を押下すれば登録をするとこができます。

＜患者を呼び出すと警告表示されるときは＞

患者を呼び出したときに

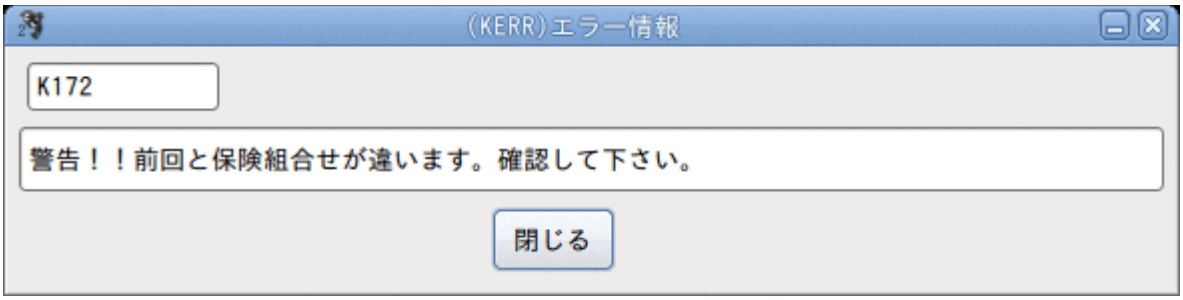


図 18

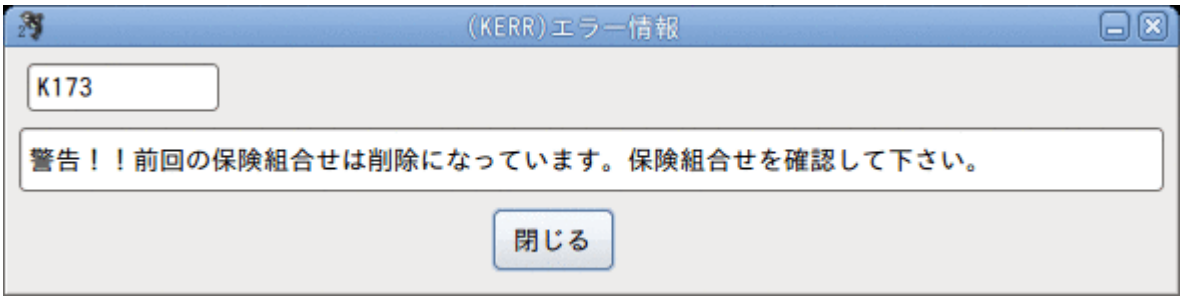


図 19

このメッセージが表示される場合は、前回の診療で使用した保険組合せと今回自動表示した保険組合せに違いがあるときです。

主な原因

- 公費の適用期間が終了した
- 公費または主保険が削除された
- 本人家族区分が変更され保険組合せが変わっている

メッセージが表示されたら、患者登録確認と過去の診療分の保険組合せを確認してください。

※前回との保険組合せチェックは「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定・チェック機能制御情報」－前回保険組合せ相違チェックの項目で設定ができます。

ヒント！　受付業務から予約業務へ患者番号の引継ぎ

「101　システム管理マスタ」－「1045　予約・受付機能情報」の患者番号連動区分を「1　連動する」とすることにより、受付業務で患者を表示中に予約画面に遷移したときに患者を引継ぎ表示します。

２.１.２　受付入力

項目の説明

診療科	コンボボックスより診療科を選択します。必須入力項目です。 システム管理マスタで登録された診療科は最大40科まで表示します。 カルテ発行する際、選択された診療科で病名が登録してある場合に該当病名を印字します。
ドクター	コンボボックスより対診したドクターを選択します。システム管理マスタで登録されたドクターは最大99人まで表示します。 なお、医師が20名以上いる場合には、診療科毎に表示を行います。
診療内容	コンボボックスより診療内容を選択します。必須入力項目です。 システム管理マスタで登録された診療内容は最大30件までを表示します。
カルテ	カルテ頭書、または続紙の頭書きを印刷する場合に各指定をします。 初期値は「0：発行なし」を表示します。
処方せん	処方せんの前回処方分、または頭書きを印刷する場合に指定をします。 初期値は「0：発行なし」を表示します。 「1：発行あり」を指定した場合は、指定した「診療科」と保険の「組合せ」で過去印刷された院外処方せんから、最終の日付の処方内容で前回処方を印刷します。 指定した「診療科」と「組合せ」に院外処方せんの発行が無かった場合は、処方せんの頭書きのみを印刷します。
組合せ	カルテの頭書き、処方せんの前回処方分や頭書きを印刷する場合に、保険公費組合せに表示されている保険組合せの中から指定をします。
U・P	この機能は日レセ本体にない機能（ユーザの作成した処理プログラム）を実行することができます。【5.１　システム管理マスタ】の【9700　ユーザプログラム起動管理情報】を参照してください。 操作説明は、サポートベンダーへお問い合わせください。

以上の項目を指定し、「受付完了」(F12)を押下することにより、該当の患者の受付や印刷が完了します。
受付処理は行わずカルテや続紙頭書きの印刷のみをする場合には、「印刷」(Shift＋F12)を押下します。
なお、患者番号採番前の新規患者は、必ず受付をしてから「受付など」（※注参照）で該当する新規患者を選択して「患者登録」(F6)で患者の登録を行ってください。選択された受付番号により該当する受付を判断するため、選択されていないと受付と連動しません。予約の新規患者についても、必ず受付処理を行ってから「受付など」で該当患者を選択後に患者登録を行ってください。

※注）受付をした新規患者の選択は、以下の3箇所のいずれかより行ってください。
「11　受付」「現在の予約、受付状況」一覧
「12　登録」「受付」の「未登録受付者」一覧
診療行為入力画面から指定した「受付一覧」(F11)

ヒント！

受付登録時に保険組合せの設定がない場合、警告表示をすることができます。【5.１　システム管理マスタ】の【1045　予約機能情報】を参照してください。

＜保険確認ボタン＞

患者登録画面での保険確認と同様に、保険証の確認を行った際に「未確認保険公費」一覧横の確認ボタンをクリックすることで、システム日付を最終確認日に編集し、確認ボタンが「未」のときは「済」へ表示を変えます。

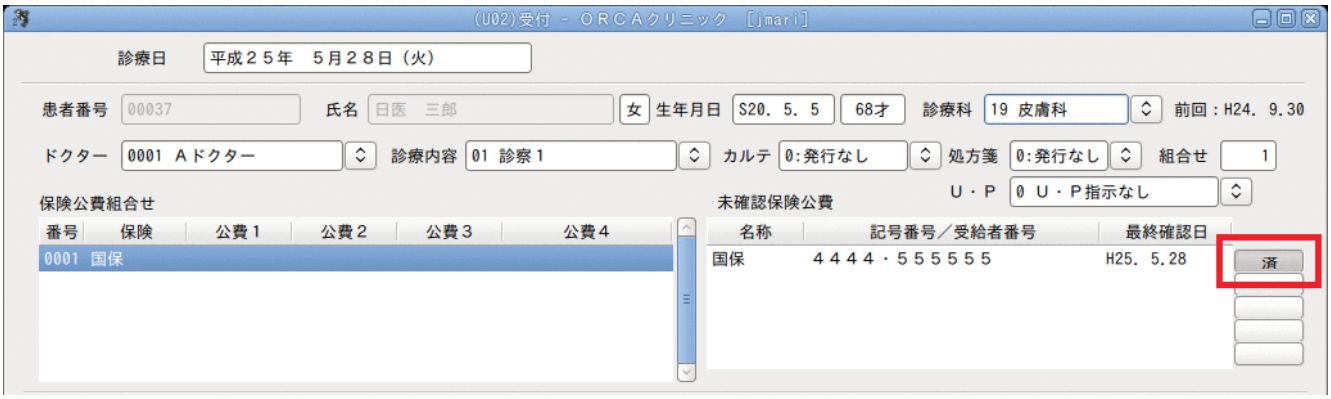


図 20

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	遷移元の画面へ戻ります。
クリア	F2	入力途中の患者の情報をクリアします。
前回患者	F3	前回取り扱っていた患者内容が表示されます。
受付取消	F4	受付済みの患者番号を選択して、その患者の受付を取り消すことができます。
予約／受付	Shift＋ F5	押下するたびに、「予約、受付」→「予約のみ」→「受付のみ」→「予約、受付」と画面表示を変えます。
患者登録	F5	患者登録の画面へ遷移します。
前↑	Shift＋ F6	「未確認保険公費」一覧に表示された保険または公費が5件以上となった場合に前頁へ戻ります。
診療行為	F6	診療行為の画面へ遷移します。
次↓	Shift＋ F7	「未確認保険公費」一覧に表示された保険または公費が5件以上となった場合に次頁へ遷移します。
病名登録	F7	病名登録の画面へ遷移します。
選択一欄	Shift＋ F8	選択一覧画面へ遷移します。
収納登録	F8	収納登録の画面へ遷移します。
会計照会	Shift＋ F9	会計照会の画面へ遷移します。
氏名検索	F9	氏名検索の画面へ遷移し、患者氏名から該当受付患者を指定できます。 初期設定では1秒後の自動検索を行いますが設定を変更することができます。
メモ登録	Shift＋ F10	患者に対するメモを登録することができます。
予約登録	F10	予約登録の画面へ遷移します。
一覧更新	Shift＋ F11	複数端末環境において他端末で受付処理を行った場合などに最新の内容に表示をし直すことができます。 なお、タイマー（60秒）により60秒毎に自動で最新の内容に更新を行います。

受付一覧	F11	受付一覧の画面へ遷移します。受付一覧画面では、一覧の印刷、複数端末使用時の一覧の更新等が行えます。
印刷	Shift＋ F12	受付処理をしない場合のカルテまたは処方せん、続紙の印刷に使用します。
受付完了	F12	入力した患者の受付処理・印刷を行います。

＜診療科別、ドクター別、診療内容別に受付患者を見たい＞

1. 受付画面から「受付一覧」(F11)を押下し受付一覧へ遷移します。
2. 「選択一覧」(F9)を押下します。
3. 診療科、ドクター、診療内容を選択します。

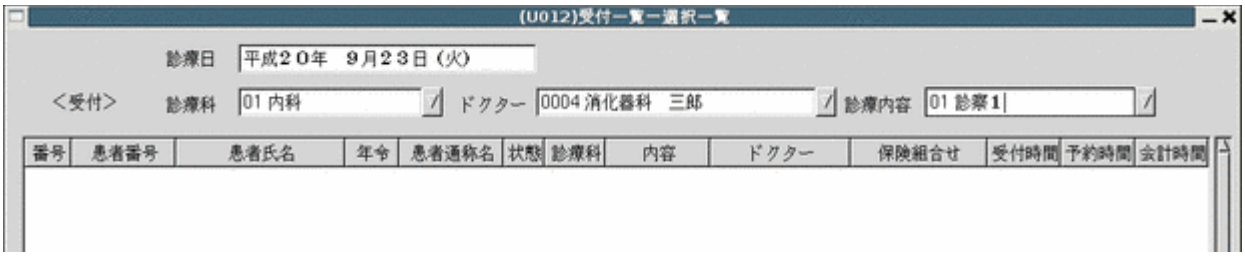


図 21

氏名検索時の自動で検索するタイミングの変更

＜glclientの場合＞
氏名検索の画面では入力が少しの間止まったときに自動で検索するように設定されています。
自動検索のタイミングを変更することができます。

環境変数に　GL_SEND_EVENT_DELAY=XXXX　を設定します。
単位はミリ秒で0（ゼロ）と設定した場合は検索は「Enter」を押下したタイミングで始まります。
詳しくはベンダーへお問い合わせください。

＜glclientランチャーの場合＞
詳細をクリックします。
「タイマー処理を有効にする」のチェックを外して「接続」をクリックします。

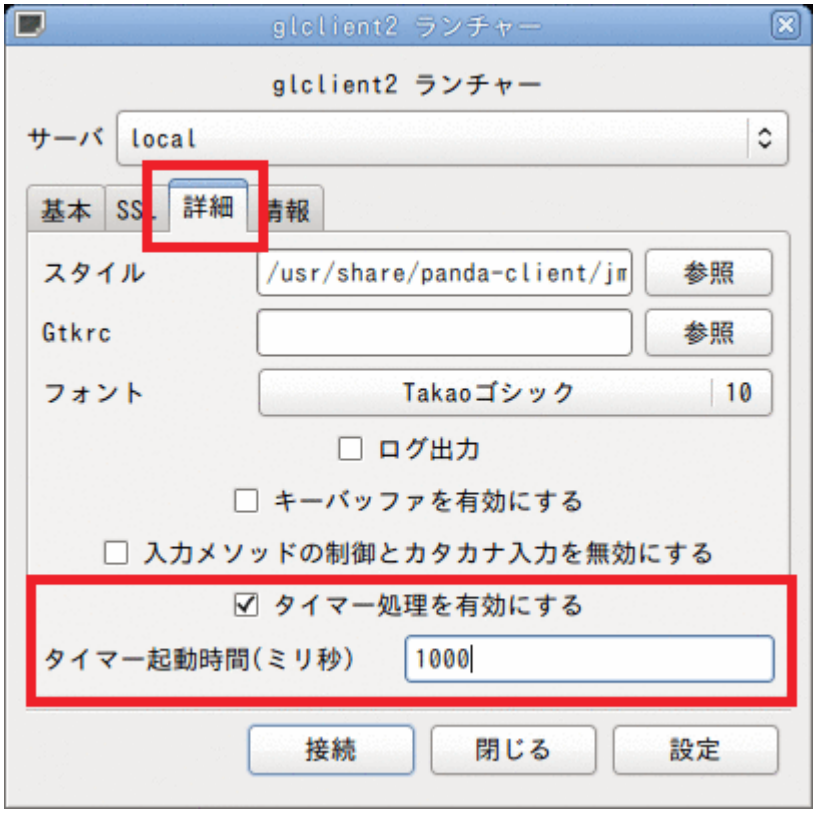


図 22

Copyright(C)2007JMARI

＜glclient/Java(monsiaj)の場合＞
起動画面－その他の設定にて設定します。

タイマーを使用する場合はチェックボックスをクリックします。
タイマーを使用しない、またはタイマー起動時間を0（ゼロ）と設定した場合は「Enter」を押下したタイミングで検索をします。

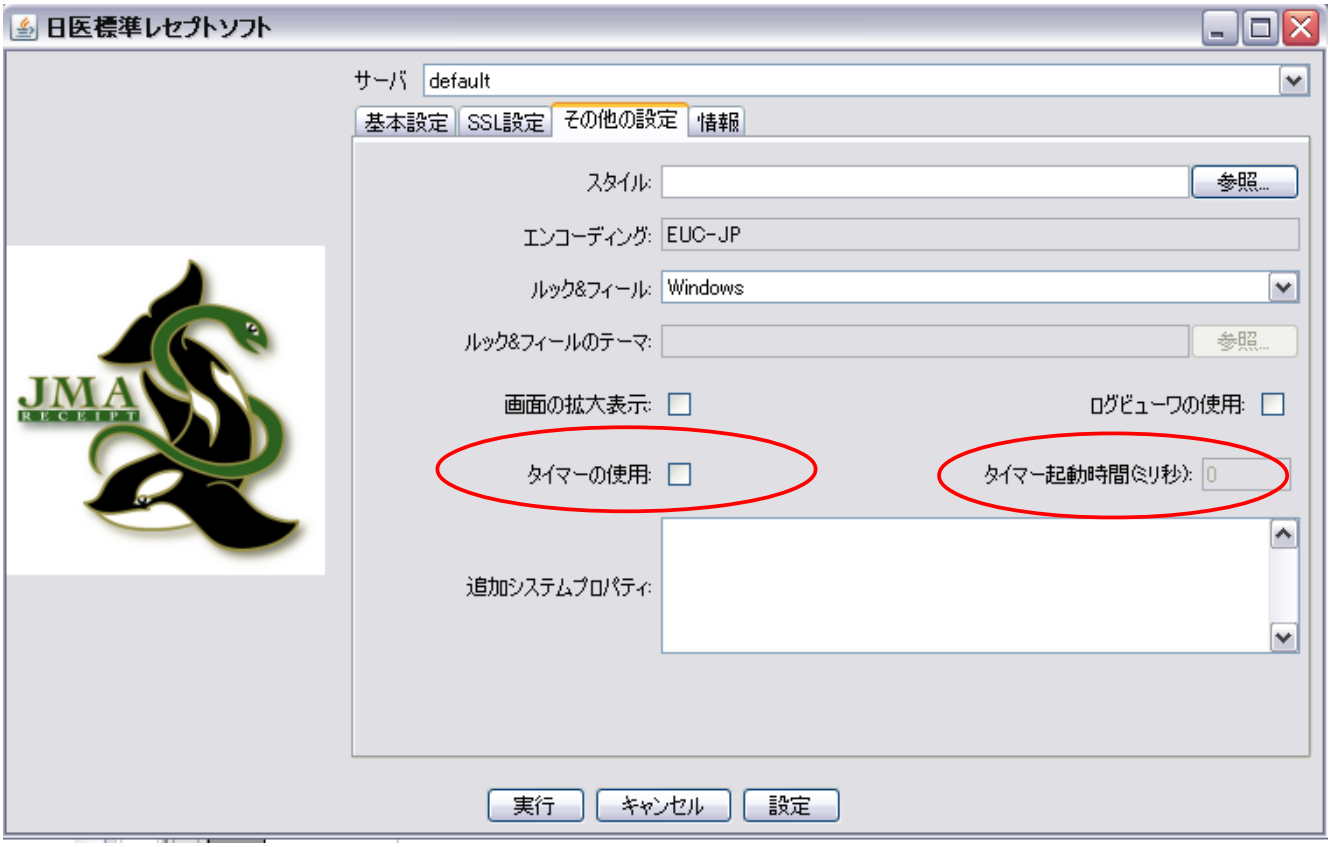


図 23

その他の設定は
http://www.orca.med.or.jp/receipt/use/java-client/others.html
を参照してください。

詳しくはベンダーへお問い合わせください。

２.１.３　メモ機能

受付から患者毎にメモ登録ができます。
登録内容は受付、診療行為入力画面にて確認・登録ができます。またメモ内容をCLAIM送信します。
メモは各診療科毎に1件ずつ、1件につき最大1000バイト分、全角半角混在で登録できます。
ただし、メモ2はCLAIM送信のため　◇　の文字はエラーとし入力できません。

当日メモ登録がある患者には受付画面と診療行為入力画面でお知らせします。

【受付画面】

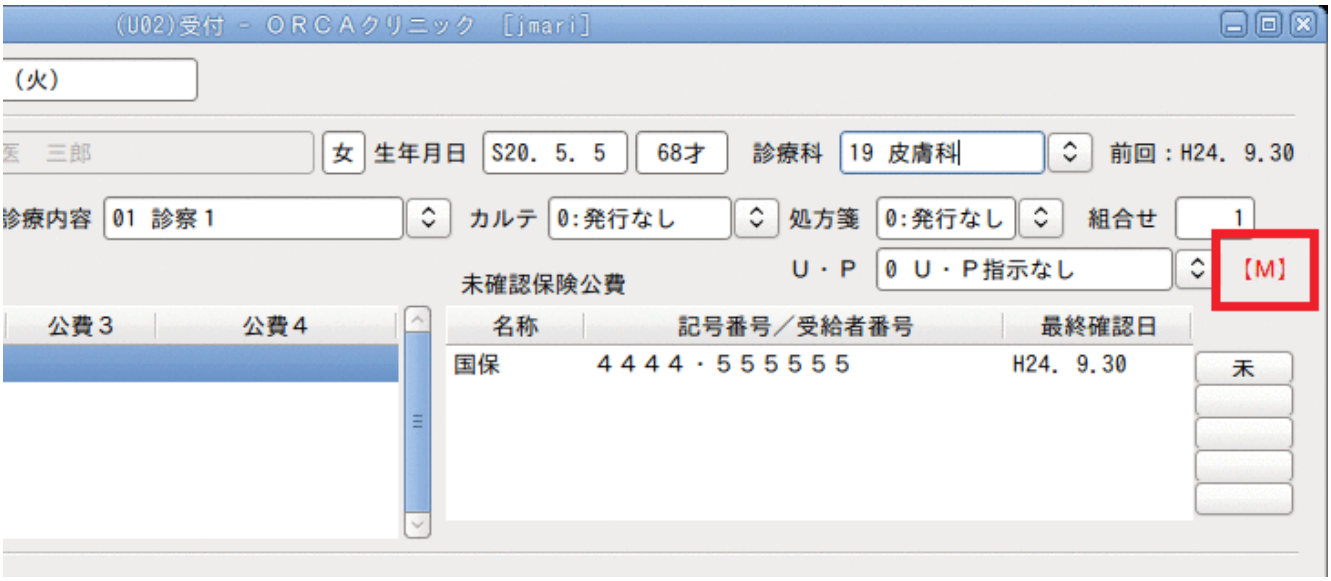


図 24

【診療行為画面】

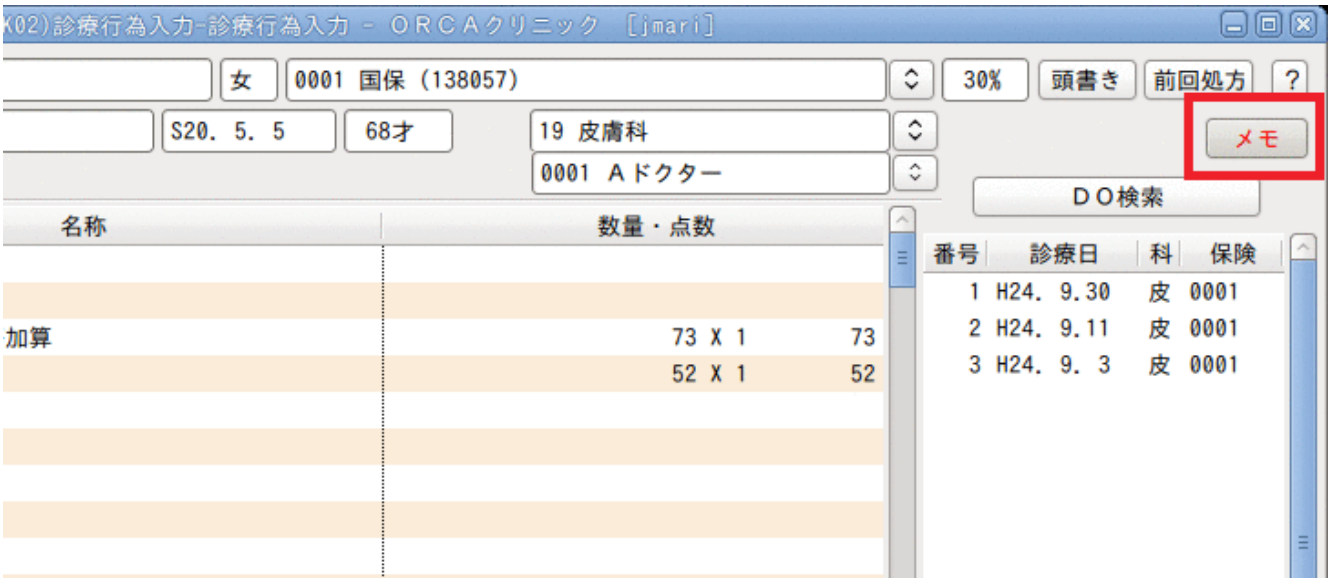


図 25

Copyright(C)2007JMARI

メモ登録をする

受付画面から患者を呼び出します。「メモ登録」(Shift+F10)を押下します。
メモ登録画面に遷移します。

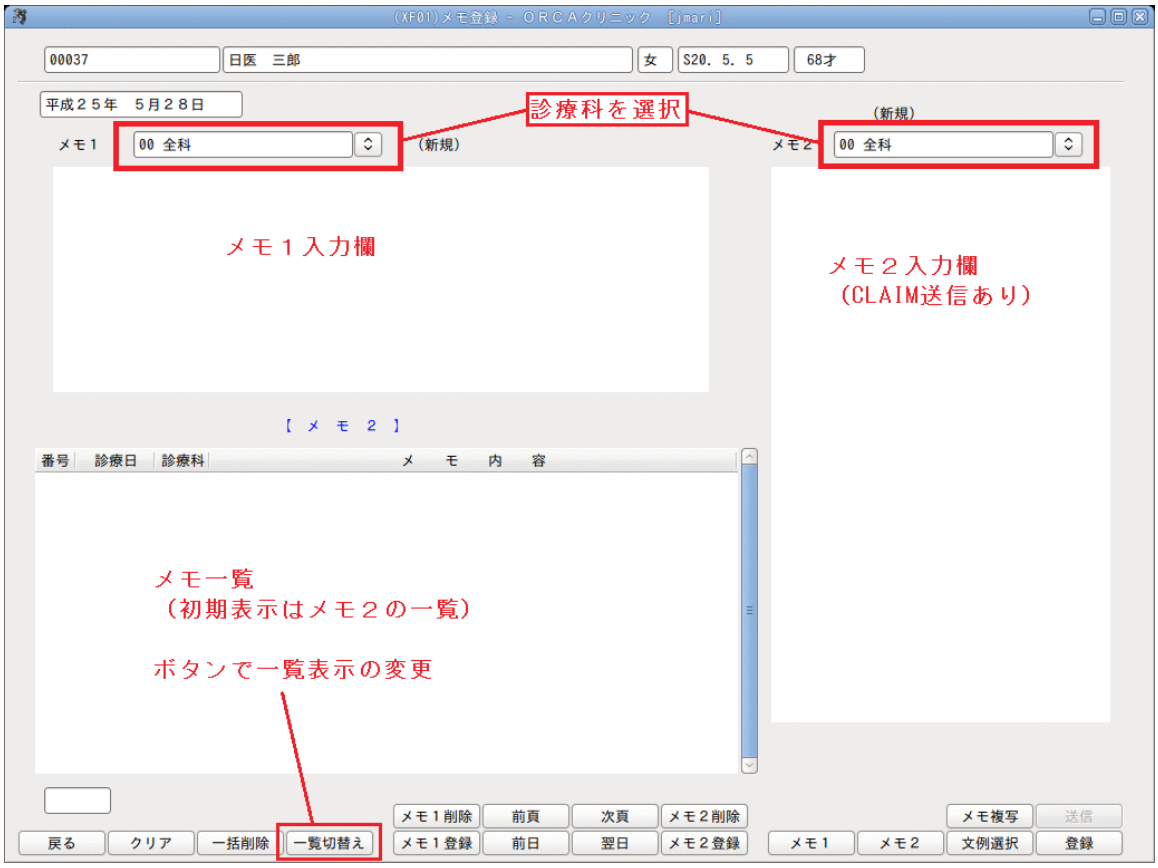


図 26

メモ登録手順

1. メモ登録は日付毎に登録を行うためまず日付を確認します。
   （登録はシステム日付のメモのみ登録できます）
2. 診療科を設定します（初期表示は全科です）。
3. メモ1またはメモ2へ入力します。
4. 「登録」(F12)を押下しますと、メモ1メモ2の両方を登録します。

ヒント！

「101　システム管理マスタ」－「9000　CLAIM接続情報」によりCLAIM送信を行う設定になっている場合は、確認メッセージを表示します。

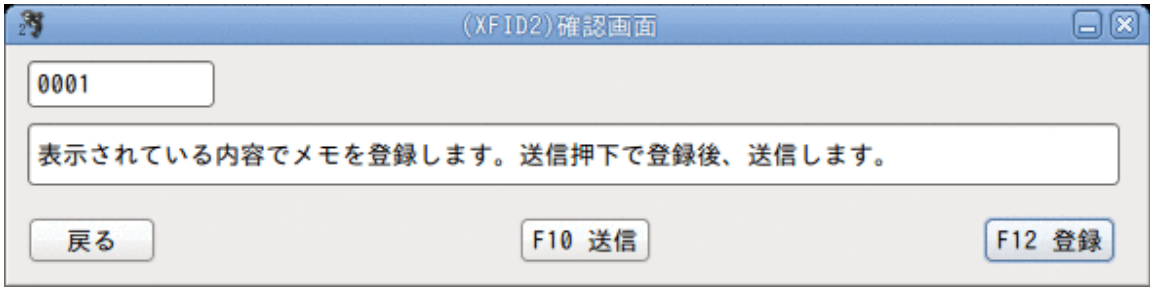


図 27

F10：メモ登録後にCLAIM送信を行います。
F12：メモ登録のみ行います。

メモ1、メモ2を別々に登録するには「メモ1登録」(F5)、「メモ2登録」(F8)を押下します。

5. 登録を完了した後、「戻る」(F1)で受付へ戻ります。
6. 受付では該当の患者を選択時に当日のメモがあれば画面の右上部に【M】の表示を行います。

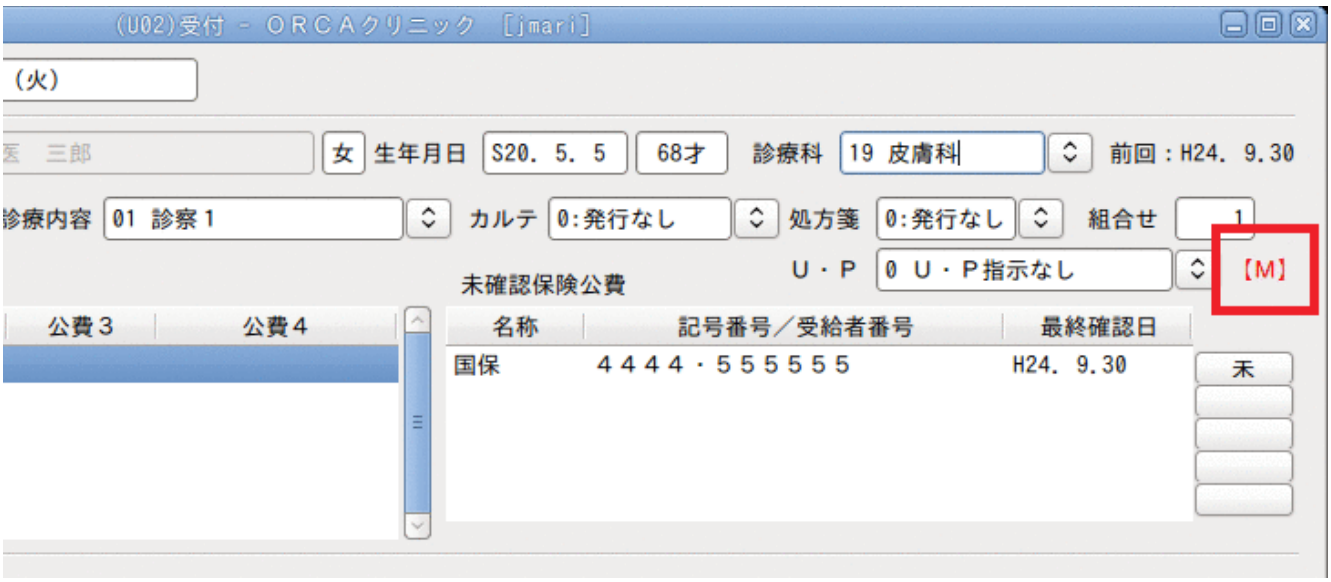


図 28

＜既に登録済みのメモを複写する＞

メモを選択して複写する場合

1. 「一覧切替え」(F4)にて複写元のメモを探します。
2. メモを選択すると置換「OK」(F12)、追加「NO」(F1)を選択します。
3. 複写されます。

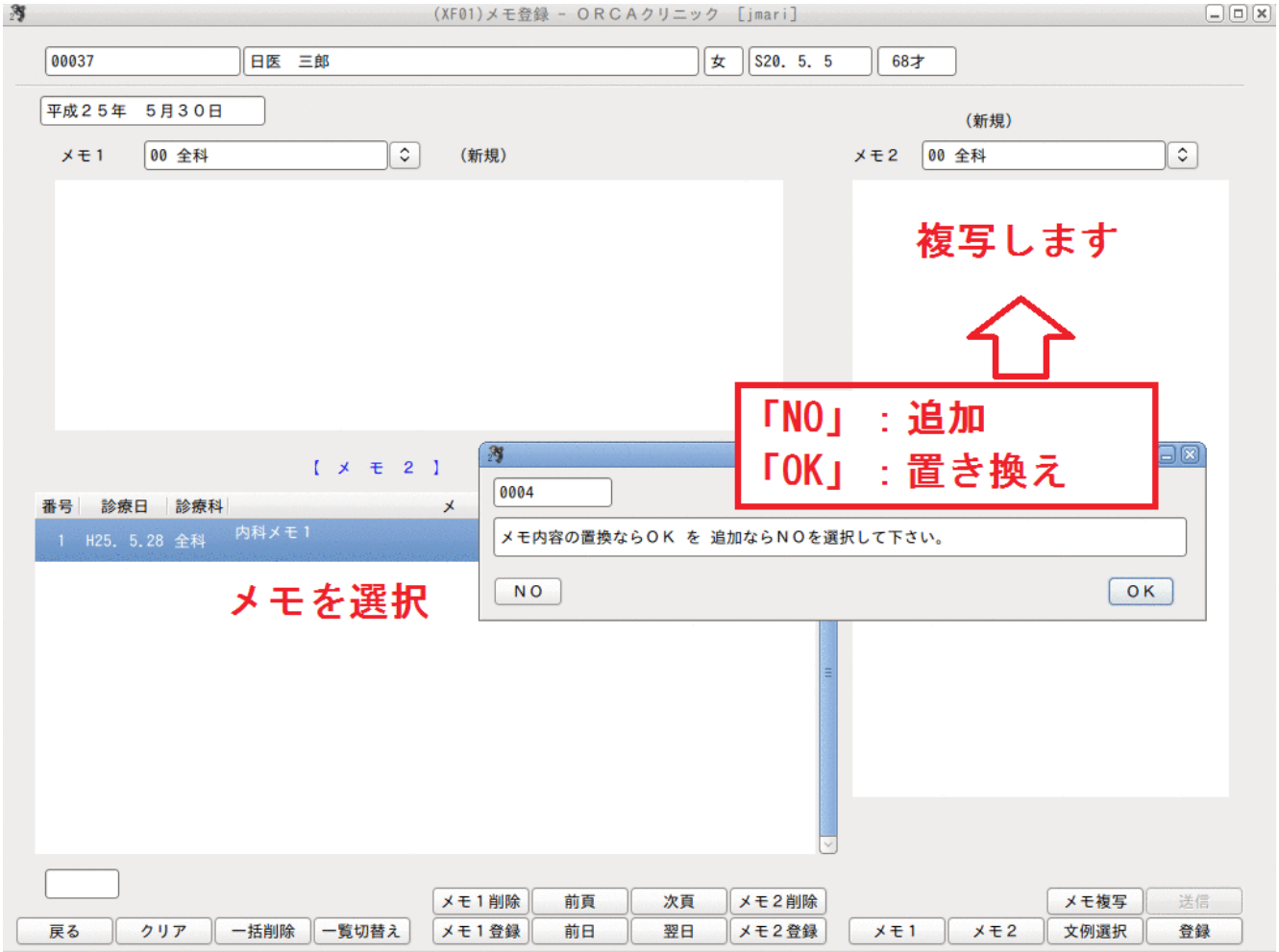


図 29

最新のメモを複写したい場合

1. 「一覧切替え」(F4)で複写したいメモ一覧へ切り替える。
2. 「メモ複写」(Shift＋F11)を押下する。

注意！

- メモ1からの一覧から選択（メモ複写）するとメモ1へ複写し、メモ2の一覧から選択するとメモ2へ複写します。
- 「メモ複写」では表示しているメモ一覧の1件目を複写します。

＜メモ2へ文例選択から入力＞

「文例選択」(F11)を押下し、既に登録されている文例を選択し入力することができます。
文例一覧から一つ選択し、「追加(F11)または「置換」(F12)を押下します。

注意！

- 文例から入力ができるのはメモ2のみです。
- 文例の選択はできますが文例登録はできません。文例登録は【2.9　会計照会】の【（2）－7　文例登録】を参照してください。

Copyright(C)2007JMARI

メモを確認する

当日メモがある場合は【M】を表示します。

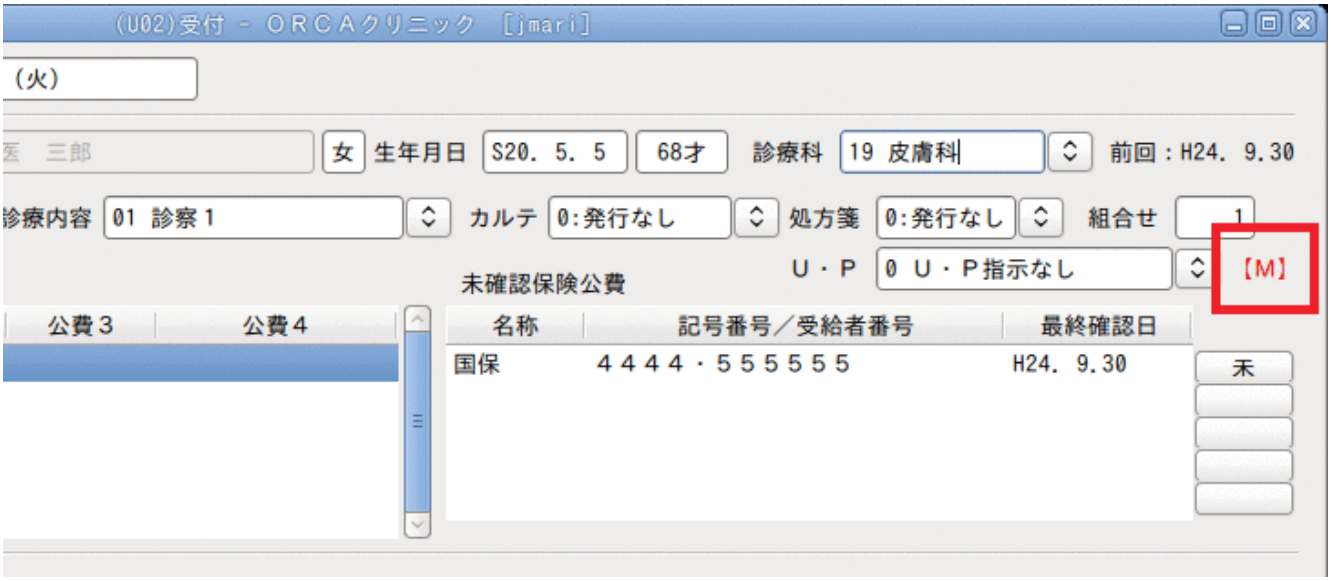


図 30

＜メモ内容を確認する＞

1. 「メモ登録」(Shift+F10)を押下します。
2. まず登録してある一覧表を表示します。
   メモ1、メモ2を「一覧切替え」(F4)で表示を変えながらメモ一覧を表示します。
3. 一覧ではメモ内容が全て表示しきれないので、「前日」(F6)、「翌日」(F7)を押下し日付を変更し、診療科を変更してメモ内容を確認します。

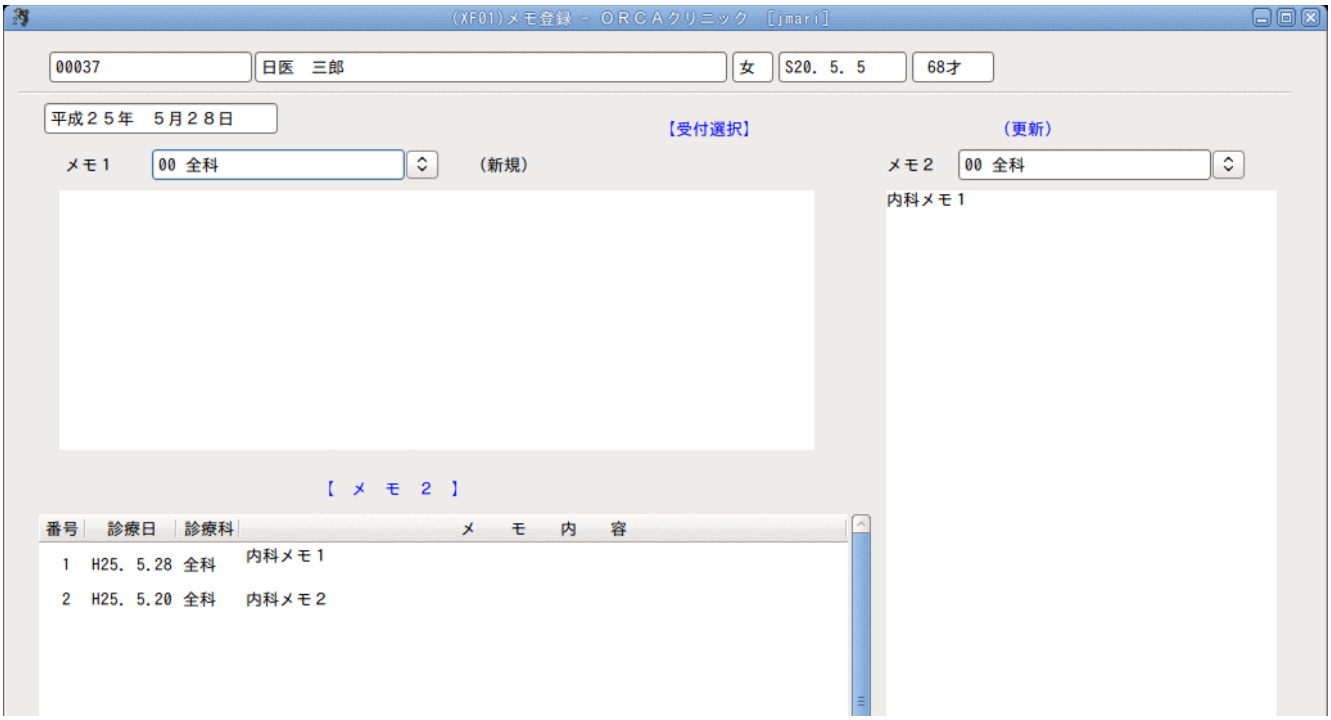


図 31

注意！
- 初期表示は当日のメモを表示し、複数の診療科で登録がある場合は最後に入力した診療科分を表示します。

登録したメモの変更

＜当日のメモの場合＞

1. 当日のメモを変更する場合は、診療科を合わせ変更したいメモを表示します。
2. 内容を直接変更し再度登録を行います。

＜過去の日付のメモの場合＞

登録・変更はシステム日付当日のメモしか変更できません。
環境設定で日付を変更してからメモを表示させ変更をします。

メモの削除

＜メモを個別に削除する＞

削除したいメモはメモ一覧から選択するのではなく、削除したいメモをメモ1またはメモ2に表示させます。表示させた後、「メモ1削除」(Shift＋F5)、「メモ2削除」(Shift＋F8)を押下して削除します。

1. 「前日」・「翌日」、診療科を設定し削除するメモを表示する。
2. 「メモ1削除」(Shift＋F5)、「メモ2削除」(Shift＋F8)を押下して削除します。

＜診療日で一括削除する＞

1. 「前日」・「翌日」で削除したい診療日を表示する。
2. 「一括削除」(F3)を押下する。

注意！
一括削除は指定した日の全てのメモを削除します。あらかじめ一覧を表示しどのメモが削除されるか確認してください。

メモのCLAIM送信について

- 「送信」(Shift＋F12)を押下すると当日のメモ2の内容を全てCLAIM送信します。
  （受付中で受付番号を選択していない場合は、最初に受付をした内容でCLAIM送信を行います。受付番号が選択されいれば該当の受付内容で送信します）。
- メモ2の内容は受付・請求確認画面からCLAIM送信をします。
- 受付時にメモ2として登録されている内容があればその内容を予約請求モジュールの
- 「claim:memo」に設定して送信します。
- 外来の請求確認画面登録時にメモ2として登録されている内容があればその内容を点数金額モジュールの先頭の「claimA:bundle」の「claimA:memo」に設定して送信する。
- 受付または請求確認画面を登録する診療科でメモ2が登録されていればその診療科のメモ2の内容を、その診療科で登録されていなければ「全科」で登録されているメモ2の内容を送信します。
- 「＊＊＊＊＊」でメモ内容を区切り、最後の内容を送信します。
- 「＊＊＊＊＊」での区切りがない場合は全ての内容を送信します。

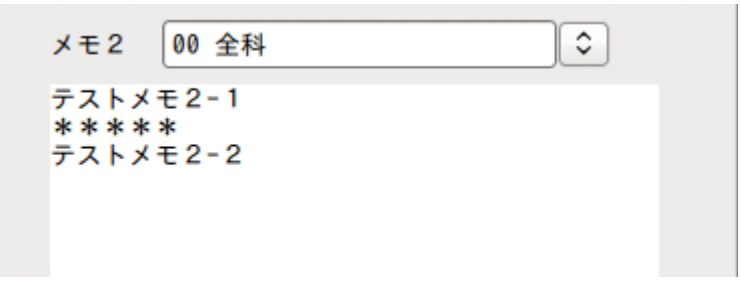


図 32

この場合は「テストメモ2－2」を送信します。

２.２.１　新患登録の場合の患者番号採番

新患登録の場合、患者番号の採番をする必要があります。
患者番号構成の初期設定によって多少異なりますが、ここでは「*」を左詰めで入力し、「Enter」を押下します。患者番号構成は「患者番号構成の設定と動作について」の項で説明をしています。

図 33

新しい患者番号を表示します。

図 34

表示した患者番号を別番号としたい場合、「F5：再発行」を押下すると新たに患者番号を採番し、表示します。患者番号を確認し、患者登録を行います。（「2.2.3　患者情報の入力」で説明します）

＜患者番号の空き番号について＞
自動採番した患者番号を「登録」(F12)する前に、「戻る」(F1)や「クリア」(F2)を押下した場合その患者番号は空き番号となり、引き続き「＊」を入れると先程表示していた患者番号に「＋1」された番号を採番します。空き患者番号を手入力した場合には、その番号を再使用することができます。

（例）
　　初めに「＊」で自動採番した患者番号・・・・・・「00002」
　　「戻る」等を押下して登録されていない場合に、再度「＊」で採番すると・・・「00003」

これでは患者番号に空きができてしまいます。空き番号を発生させたくない場合は、初めに採番された「00002」を患者番号入力欄へ入力し、再度患者情報の入力を行ってください。
なお、患者番号の桁数は、「101　システム管理マスタ」－「1009　患者番号構成管理情報」で設定されている桁数となります。

Copyright(C)2007JMARI

２.２.２　修正時の患者番号入力

（1）修正時の患者番号入力
（2）患者番号再発行（患者番号の付け替え）

（1）修正時の患者番号入力

患者番号の入力を行います。

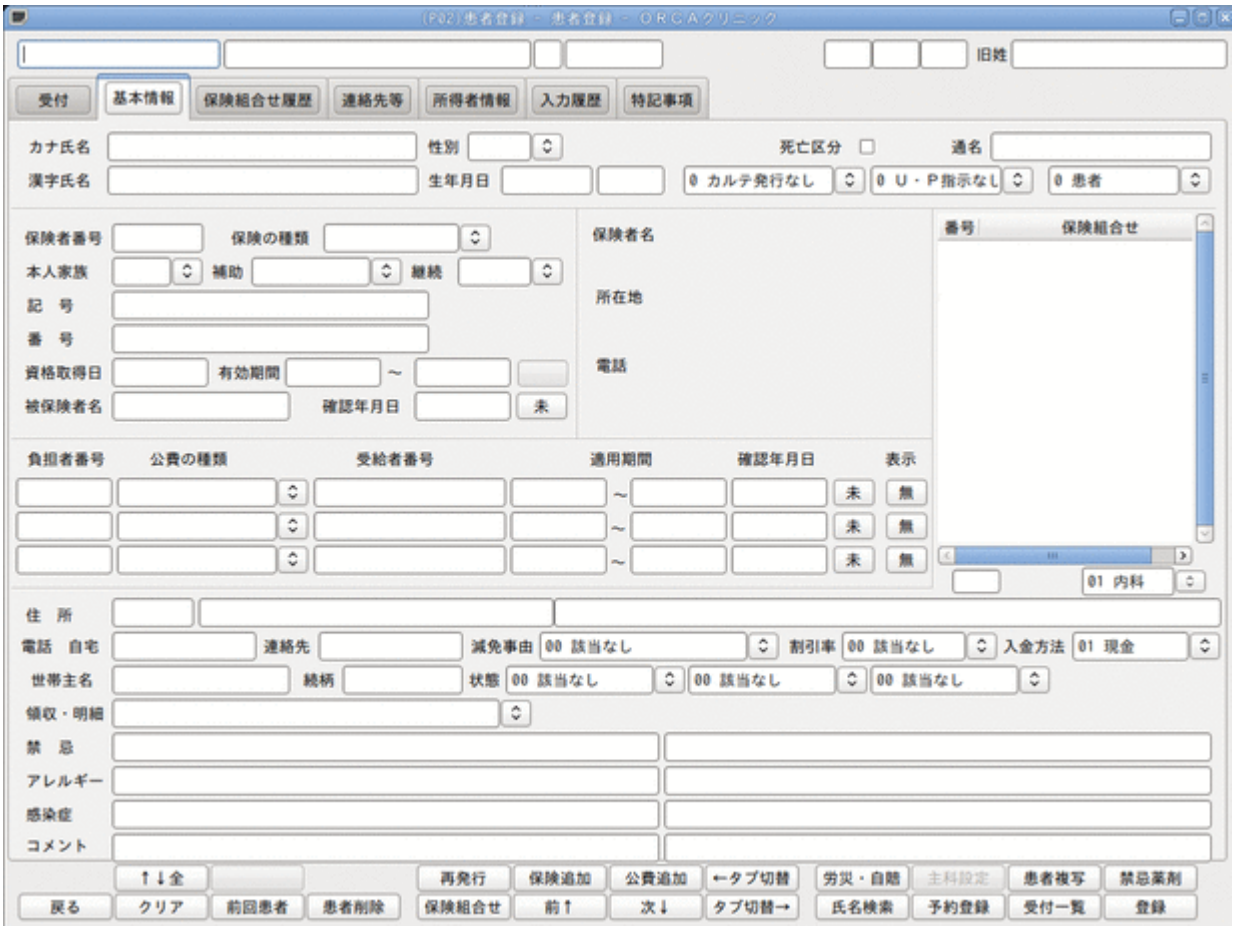


図 35

患者番号が分からない場合は、検索する患者の名字、或いは氏名を10文字までの全角カタカナまたは漢字で入力するか、「F9：氏名検索」を押下し、氏名検索画面での検索を行います。
患者内容を確認し、登録患者の修正を行います。（「2.2.3 患者情報の入力」で説明します）

（2）患者番号再発行（患者番号の付け替え）

登録済みの患者番号を別の患者番号へ付け替えます。
患者番号のみを変更しますので、登録済みの内容には影響がありません。

例）00002　→　00017　へ患者番号を変更します。
登録済みの患者番号を入力し表示します。

図 36

「再発行」(Shift＋F5)を押下します。
新患者番号を入力し「確定」(F12)を押下するか、「Enter」を押下します。

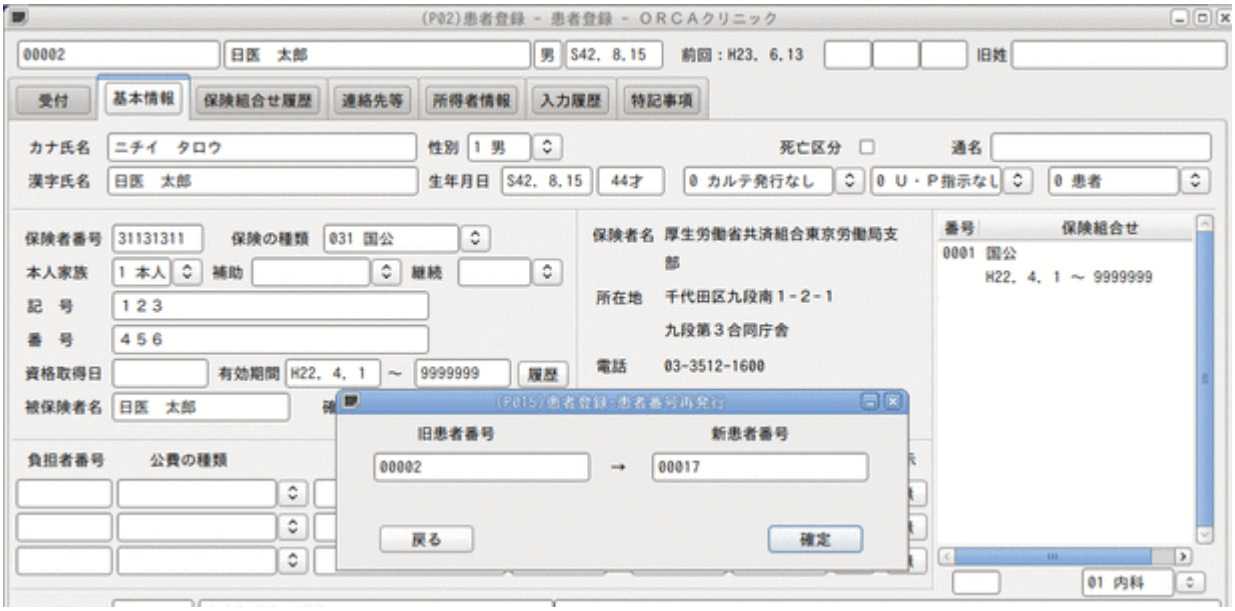


図 37

旧患者番号が欠番になるメッセージが表示されますので「OK」をクリックします。

図 38

患者番号が変わります。

図 39

旧患者番号は欠番になります

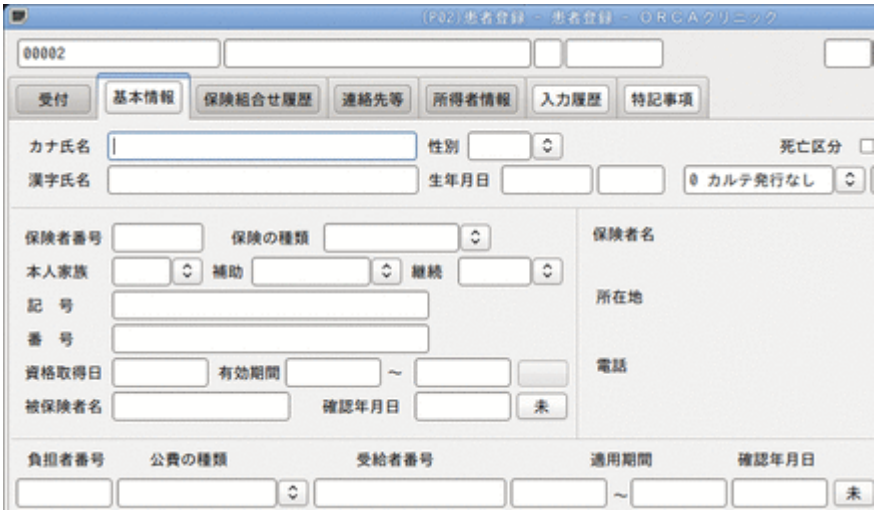


図 40

２.２.３　患者情報の入力

(1) 基本情報
　　(1) －1　漢字氏名への変換
　　(1) －2　同姓同名患者リストの表示
　　(1) －3　二重登録疑いリストの表示
　　(1) －4　禁忌薬剤登録

(2) 周辺地域一覧
　　(2) －1　周辺地域一覧への住所登録
　　(2) －2　周辺地域一覧からの住所入力

(3) 患者情報の複写
(4) 保険入力
(5) 公費入力
(6) 労災入力
(7) 自賠責入力
(8) 公費欄の負担金、負担割合が変わった場合の変更方法
(9) 一般・前期高齢受給者・後期高齢者の変更
(10) 一定以上所得者の月上限経過措置（自己負担上限額の経過措置）
(11) 公務災害入力
(12) 公害保険入力
(13) 特記事項登録
(14) 介護老人保健施設の入所登録（入所中・入所中以外のレセプト作成）
(15) レセプト分割設定

Copyright(C)2007JMARI

（1）基本情報

患者の基本情報を入力します。

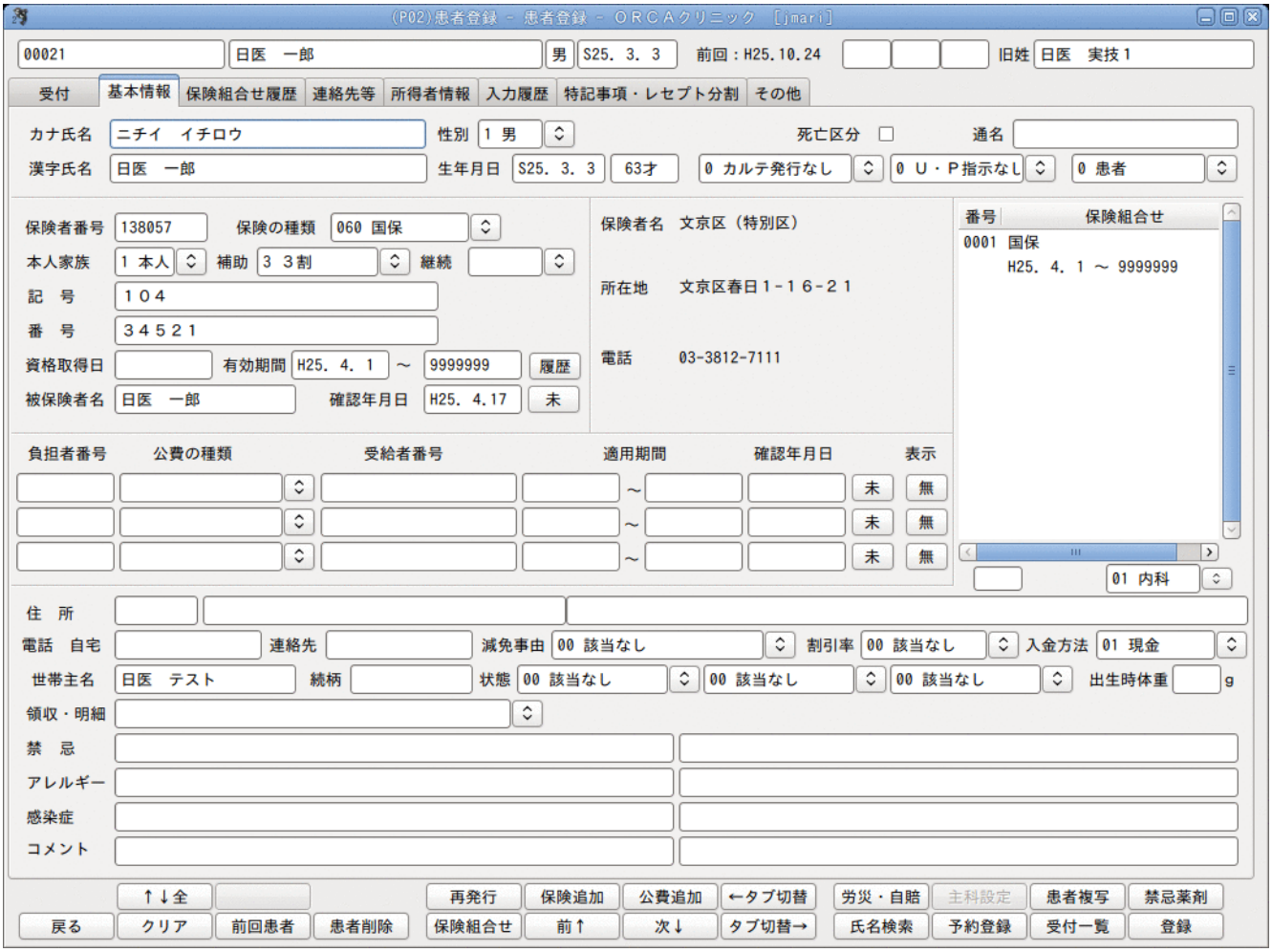


図 41

項目の説明

患者番号入力欄	〈新患登録の場合〉 「＊」を左詰めで入力し、「Enter」を押下することにより、自動採番されます。 （**既に登録のある患者の呼び出しの場合**） 患者の患者番号を入力するか、検索する患者の名字、或いは氏名を10文字までの全角カタカナまたは漢字で入力します。 該当する氏名が1件しかない場合は、その患者を呼び出して表示します。1件以上存在する場合は、患者検索一覧画面へ遷移して該当の全患者を表示します。
カナ氏名（全角25文字）	カナ氏名を全角カタカナで入力します。姓と名の間に1文字分全角の空白を入力します。
漢字氏名（全角25文字） （拡張漢字を使用した場合は25文字まで登録できない場合があります）	漢字選択画面から選択した漢字を表示します。「漢字氏名への変換」で説明します。
性別	男性の場合は「1」を、女性の場合は「2」を半角で入力します。 画面最上部の患者氏名の右に性別が日本語で表示されます。
生年月日	半角数字で7桁入力するのが基本です。 SYYMMDD の書式で Sが年号となります。 明治・・・「1」 大正・・・「2」 昭和・・・「3」

<table>
<tr><td></td><td>平成・・・「4」
YYは和暦年で入力します。MMは月、DDは日を入力します。

（例）昭和30年7月15日生まれの場合、「3300715」　と入力します。

その他の入力書式は以下のようになります。
「S30.07.15」
「S30.7.15」
「1955.07.15」
「1955.7.15」
日付入力後は書式変換されて表示されます。
上記例では「S30.　7.15」と表示されます。

また、年・月・日を省略して入力することもできます。

例）システム日付がH22.9.3の場合に
<table>
<tr><th>入力</th><th>表示</th></tr>
<tr><td>3</td><td>H22.9.3</td></tr>
<tr><td>10</td><td>H22.9.10</td></tr>
<tr><td>802</td><td>H22.8.2</td></tr>
<tr><td>8.2</td><td>H22.8.2</td></tr>
<tr><td>230802</td><td>H23.8.2</td></tr>
<tr><td>30802</td><td>H3.8.2</td></tr>
<tr><td>10.8.2</td><td>H10.8.2</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>年齢</td><td>出力項目であり、生年月日入力することにより自動計算され年齢を表示します。</td></tr>
<tr><td>死亡区分ボタン</td><td>ボタンをクリックすると、「死亡」と表示します。</td></tr>
<tr><td>通名（全角25文字）</td><td>外国人の場合など、通称名（ニックネーム）を希望される場合があれば入力します。</td></tr>
<tr><td>カルテ発行</td><td>カルテの発行を行う場合には「1　カルテ発行あり」を指定した後、保険組合せ一覧よりカルテ発行を行う保険組合せと診療科を選択します。
「登録」(F12)を押下して印刷を行います。なお、保険組合せが選択されていない場合には、頭書きのみを印刷します。

（カルテに印字する傷病名について）
「3　カルテ発行あり（傷病名なし）」を選択した場合は傷病名を印字しません。また、「101　システム管理マスタ」－「1017患者登録機能情報」、「1910　プログラムオプション情報」によって記載する内容を変更することができます。

（新規患者のカルテ発行欄・初期表示について）
新規患者を登録する場合のみ、「101　システム管理マスタ」－「1017患者登録機能情報」で設定された初期表示を行います。
なお、既に登録済みの患者の初期値は、「0　カルテ発行なし」を表示します。</td></tr>
<tr><td>U・P</td><td>この機能は日レセ本体にない機能（ユーザの作成した処理プログラム）を実行することができます。【5.1　システム管理マスタ】の【9700 ユーザプログラム起動管理情報】を参照してください。
操作説明は、サポートベンダーへお問い合わせください。</td></tr>
<tr><td>保険組合せ</td><td>一覧に現在（システム日付）使用できる保険を表示します。カルテ発行をするときに該当の保険組合せを選択すると、その保険組合せでカルテを印刷します。</td></tr>
<tr><td>診療科</td><td>カルテを発行するときに、診療科を選択します。カルテ発行時には、必須選択となります。</td></tr>
</table>

	何も選択されていない場合、エラーメッセージを表示します。選択された診療科で病名が登録してある場合にカルテに該当病名を印刷します。
患者	「1　テスト患者」を選択したとき、「レセプトの一括作成」、「総括表への反映」、「日次統計への記載」はすることができません。
住所	郵便番号欄へ半角数字で入力します。該当の住所を表示します。 また、住所を全角50文字までで直接入力することもできます、この場合は住所マスタを検索し郵便番号を表示します。 ※住所より郵便番号の検索は「101　システム管理マスタ」－「1017患者登録機能情報」にて設定ができます。 右側の欄は番地方書を全角50文字までで直接入力します。 郵便番号の全桁入力以外にも、入力した数字から前方一致する郵便番号があれば住所一覧選択画面に遷移し、該当の番号を選択して住所欄に表示することができます。 また、左側の郵便番号欄の先頭に「/」を入力して「Enter」を押下すると、周辺地域一覧へ遷移します。頻繁に使用する住所は、予め登録しておくと便利です。登録と入力方法は「周辺地域一覧」で説明します。
電話　自宅 ・ 勤務先（半角15桁）	自宅・勤務先の各電話番号を半角数字で入力します。
減免事由	「101　システム管理マスタ」－「1026　減免事由情報」で設定した減免事由を、コンボボックスより選択します。減免事由を選択すると関連する割引率を表示します。
割引率	「101　システム管理マスタ」－「1027　割引率情報」で設定した割引率を、減免事由を選択することにより表示します。
世帯主名（全角25文字）	新規登録の場合に患者氏名を複写し、世帯主名に自動表示します。患者当人が家族の場合には、姓のみの複写を行います。「被保険者名」欄の入力を行うと世帯主名へ編集します。 「101　システム管理マスタ」－「1017　患者登録機能情報」にて「自動表示しない」の設定ができます。
続柄（全角15文字）	世帯主との続柄を入力します。
状態1～3	「101　システム管理マスタ」－「1018～1020　患者状態コメント情報」で設定したコメントの該当があればコンボボックスより選択します。選択時、基本情報画面上部にある旧姓の横の3つの項目に値が表示されます。
出生時体重	出生時の体重を入力します。 特定入院料の算定上限日数の判定に使用します。
領収・明細	診療行為入力後の請求確認画面の請求書発行区分を患者毎に設定ができます。「101　システム管理マスタ」－「1001　医療機関情報」の設定より優先されます。 0：請求書・明細書不要 1：請求書・明細書必要 2：請求書・明細書必要（請求あり） 3：請求書・明細書必要（訂正時なし） 4：請求書必要（明細書不要） 5：請求書必要（請求あり）（明細書不要） 6：請求書必要（訂正なし）（明細書不要） 7：請求書必要（請求あり）（明細書必要） 未設定の場合は「101　システム管理マスタ」－「1001　医療機関情報」、「1010職員情報」の設定に従います。
禁忌（全角50文字）	禁忌情報を2行まで入力できます。
アレルギー（全角50文字）	アレルギー情報を2行まで入力できます。
感染症（全角50文字）	感染症情報を2行まで入力できます。
コメント（全角で50文字分）	コメントを2行まで入力できます。 コメント欄のみ全角・半角（半角カタカナ以外）を混在させることができます。

	※全角半角混在であり、全角24文字（2列目は31文字）以上が入力された場合、診療行為画面には「全角半角混在のため表示できません」と表示します。文字数を減らすか50文字以内で全て全角に変更してください。
主科設定	旧総合病院以外で診療科別請求を行う場合に主科を設定します。 主科設定しない（システム管理未設定）医療機関では選択できません。 主科設定をする医療機関は【3.2.3　主科設定】を参照してください。

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	遷移元の画面へ戻ります。
↑↓全体 （↑↓保険） （↑↓公費）	Shift+F2	「前↑」(F6)と「次↓」(F7)にて表示を切り替える保険を指定します。
クリア	F2	内容がクリアされ、患者番号の入力からとなります。
前回患者	F3	前回表示していた患者を再度表示します。
患者削除	F4	表示されている患者内容がデータベースから全て削除されます。
再発行	Shift＋ F5	患者番号採番時の番号を変更したい場合に使用します。 連番号部分が＋1された患者番号を再度、発行します。
保険組合せ	F5	新たに追加した保険や公費情報より、保険組合せの仮登録を行います（登録をする前に保険組合せを更新します）。 「保険組合せ」と同様に、タブ切替で他の画面へ遷移しても基本情報画面の保険組合せ一覧は更新されます。
保険追加	Shift＋ F6	他保険の追加入力をする際に使用します。
前↑	F6	保険・公費情報が複数件入力されている場合に、前の保険・公費を表示します。
公費追加	Shift＋ F7	4件目以降の公費を追加入力するとき、公費欄の最初の1行を空白にします。
次↓	F7	保険・公費情報が複数件入力されている場合に、次の保険・公費を表示します。
←タブ切替	Shift＋ F8	タブ画面の切り替えを行います。押下する毎に現在表示している画面の左隣の画面を表示します。
→タブ切替	F8	タブ画面の切り替えを行います。押下する毎に現在表示している画面の右隣の画面を表示します。
労災・自賠	Shift＋ F9	労災・自賠責保険入力画面に遷移します。ただし、保険欄に該当の労災保険或いは自賠責保険を表示しているか、新規入力であれば保険欄が空白の状態で遷移します。
氏名検索	F9	氏名により患者を検索します。氏名検索画面に遷移します。
予約登録	F10	この画面から予約登録画面に遷移し、予約登録することができます。
患者複写	Shift＋ F11	新患入力時のみ、既に患者登録されている患者の情報を複写することができます。 操作方法は、「患者情報の複写」で説明します。
受付一覧	F11	この画面から本日の受付一覧画面に遷移し、受付業務をすることができます。
登録	F12	入力された患者情報の内容を登録します。
禁忌薬剤	Shift＋ F12	患者個別に禁忌薬剤を登録できます。 登録した薬剤を診療行為入力すると警告を表示します。

カナ氏名、漢字氏名、性別、生年月日は必須入力項目です。
カナ氏名を入力すると漢字選択画面が表示します。そこで選択した内容が漢字氏名に表示されます。

（1）－1　漢字氏名への変換

「101　システム管理マスタ」－「1017　患者登録機能情報」の「2：人名辞書使用」の設定により、漢字氏名欄の漢字の変換には2通りの方法があります。

「0：使用する」を設定した場合　・・・人名辞書を使用した漢字変換
「1：使用しない」を設定した場合・・・漢字氏名欄への直接入力

＜例1＞人名辞書ダイアログから「日医　太郎」へ漢字変換する
カナ氏名に「ニチイ　タロウ」と全角カタカナで入力後、「Enter」を押下すると漢字選択画面へ遷移します。

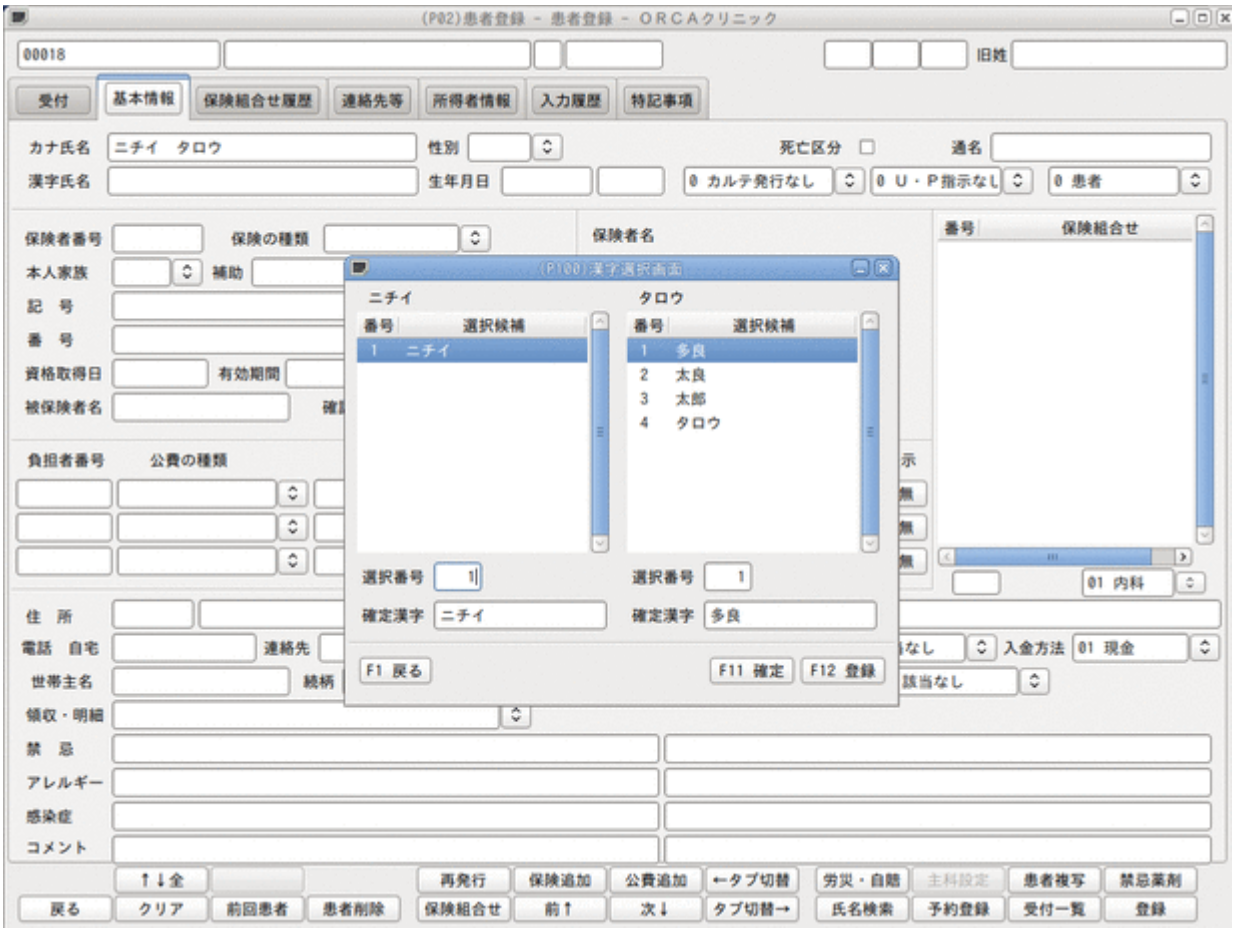


図 42

選択候補一覧に該当する氏名の漢字がある場合には、選択番号へ該当する番号を入力するか、一覧をクリックして選択します。選択候補一覧に該当する氏名の漢字が無い場合には、確定漢字へカーソルを移動させて直接、入力を行います。画面では、「ニチイ」の該当漢字がありませんので確定漢字欄で「日医」と入力します。

*（重要）*漢字を新規に登録する場合、一連の動作で「Enter」を2回押下してください。
1回目の「Enter」は、漢字を確定します。
2回目の「Enter」は、入力項目の内容を確定します。

※2回目の「Enter」を押下せずに「登録」を押下しても、入力内容は登録されませんのでご注意ください。

図 43

「登録」を押下した場合は、次に漢字選択画面を表示させたときに、「日医　太郎」の漢字を優先して先頭に表示します。

項目	ファンクションキー	説明
確定	F11	確定漢字欄に表示している漢字等を履歴に残したくないときに押下します。
登録	F12	入力された患者情報の内容を登録します。

次に同じ読み方の患者氏名が入力されたときに優先して選択候補一覧の一番上へ表示します。
選択候補一覧には50件まで表示ができます。なお、この画面では漢字の削除を行うことができません。不要だと思われる漢字は、マスタ登録－「106　人名辞書情報マスタ」で削除を行うことができます。また、人名辞書情報マスタでは登録をすることもできます。

（1）－2　同姓同名患者リストの表示

新患登録時、或いはカナ氏名・漢字氏名を変更したときに、既に同姓同名患者が登録済みの場合、同姓同名者リストを表示します。

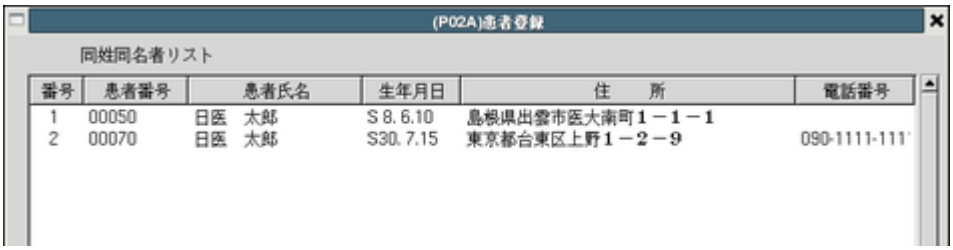


図 44

新規患者入力中は、一覧より登録済み患者を選択して修正が行えます。ただしこのとき、新規入力中の患者番号は欠番となります。選択番号欄に該当患者を選択して「Enter」を押下すると確認メッセージを表示します
「101　システム管理マスタ」－「1017　患者登録機能情報」により同姓同名リストを表示する・しないの設定ができます。

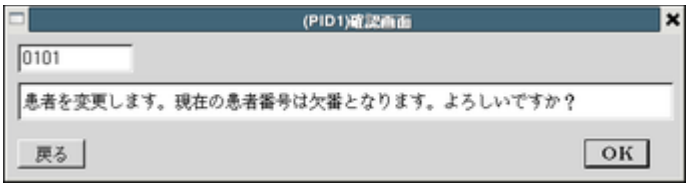


図 45

「OK」で現在入力中である新規患者の患者番号は欠番となり、選択した登録済みの患者の基本情報を表示します。表示後は修正することもできます。「戻る」を押下すると新規患者の基本情報入力画面へと戻ります。

（1）－3　二重登録疑いリストの表示

新規患者登録時、或いはカナ氏名・漢字氏名・性別・生年月日を変更したときに、「101　システム管理マスタ」－「1017　患者登録機能情報」の設定により条件に一致する患者を二重登録疑い患者としてリスト表示します。

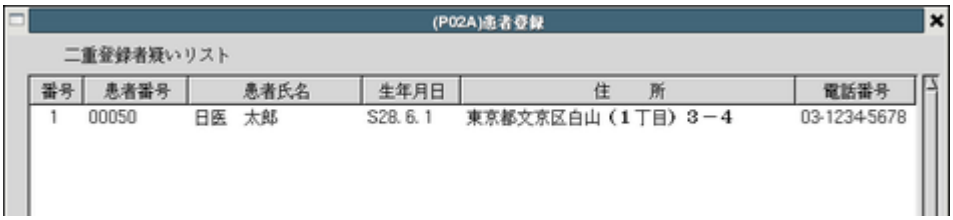


図 46

新規患者入力中は、一覧より登録済み患者を選択して修正が行えます。ただしこのとき、新規入力中の患者番号は欠番となります。選択番号欄に該当患者を選択して「Enter」を押下すると確認メッセージを表示します。

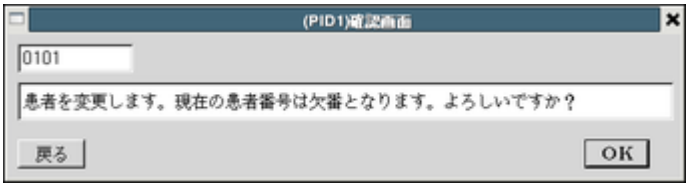


図 47

「OK」で現在入力中である新規患者の患者番号は欠番となり、選択した登録済みの患者の基本情報を表示します。表示後は修正することもできます。「戻る」を押下すると新規患者の基本情報入力画面へと戻ります。

（1）－4　禁忌薬剤登録

患者毎に禁忌薬剤を登録し、登録された薬剤が診療行為入力されたときに警告メッセージを表示します。
また投与期限のある薬剤の場合、投与開始日、禁忌開始日を登録すれば投与期限チェックに使用することができます。

患者登録－基本情報より「禁忌薬剤」(Shift＋F12)を押下します。

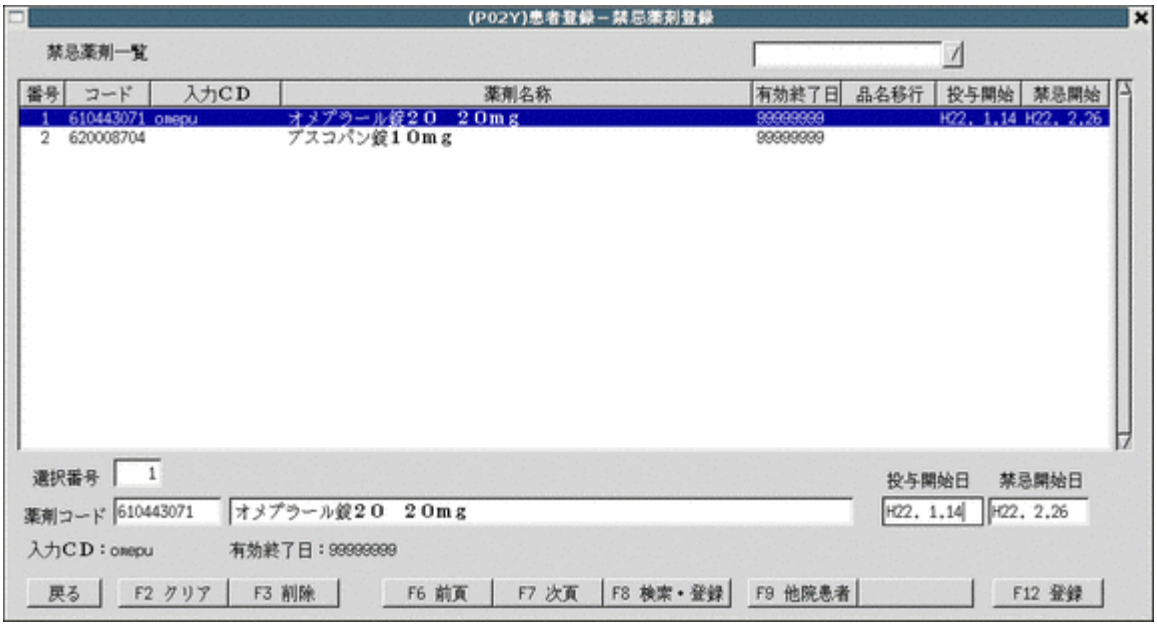


図 48

薬剤コード（9桁コード、入力CD）を入力し「登録」(F12)を押下します。
薬剤は「検索・登録」(F8)を押下し名称から検索することもできます。

＜投与期限チェックに使用する場合＞
投与開始日、禁忌開始日を入力してください。
禁忌開始日は投与最終日の次の日（投与できなくなる日）を入力します。

禁忌開始日以降に診療行為入力した場合にエラー表示（投与開始日、禁忌開始日）を表示します。

＜投与期限チェックを更新したい場合＞
投与期間チェックをするため、一度禁忌登録した薬剤を再度患者に投与することになった場合は、該当の薬剤を禁忌登録から削除し、再度新たな投与開始日で禁忌登録してください。

Copyright(C)2007JMARI

（2）周辺地域一覧

（2）－1　周辺地域一覧への住所登録

＜例＞東京都文京区白山（1丁目）　を登録する

住所の郵便番号入力欄へ「/」を入力後、「Enter」を押下して周辺地域一覧を表示します。

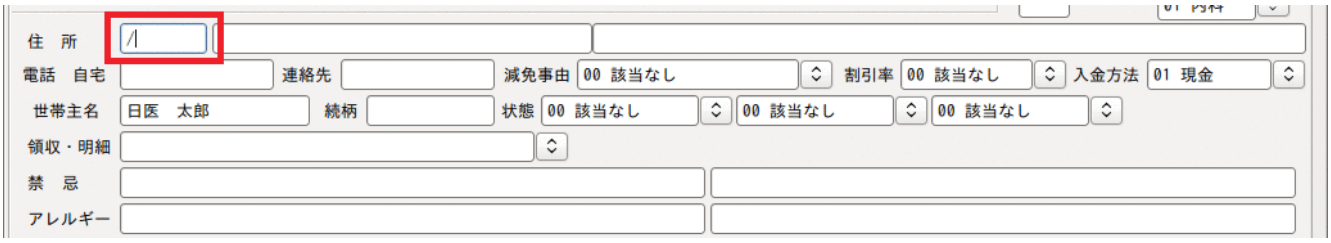


図 49

↓

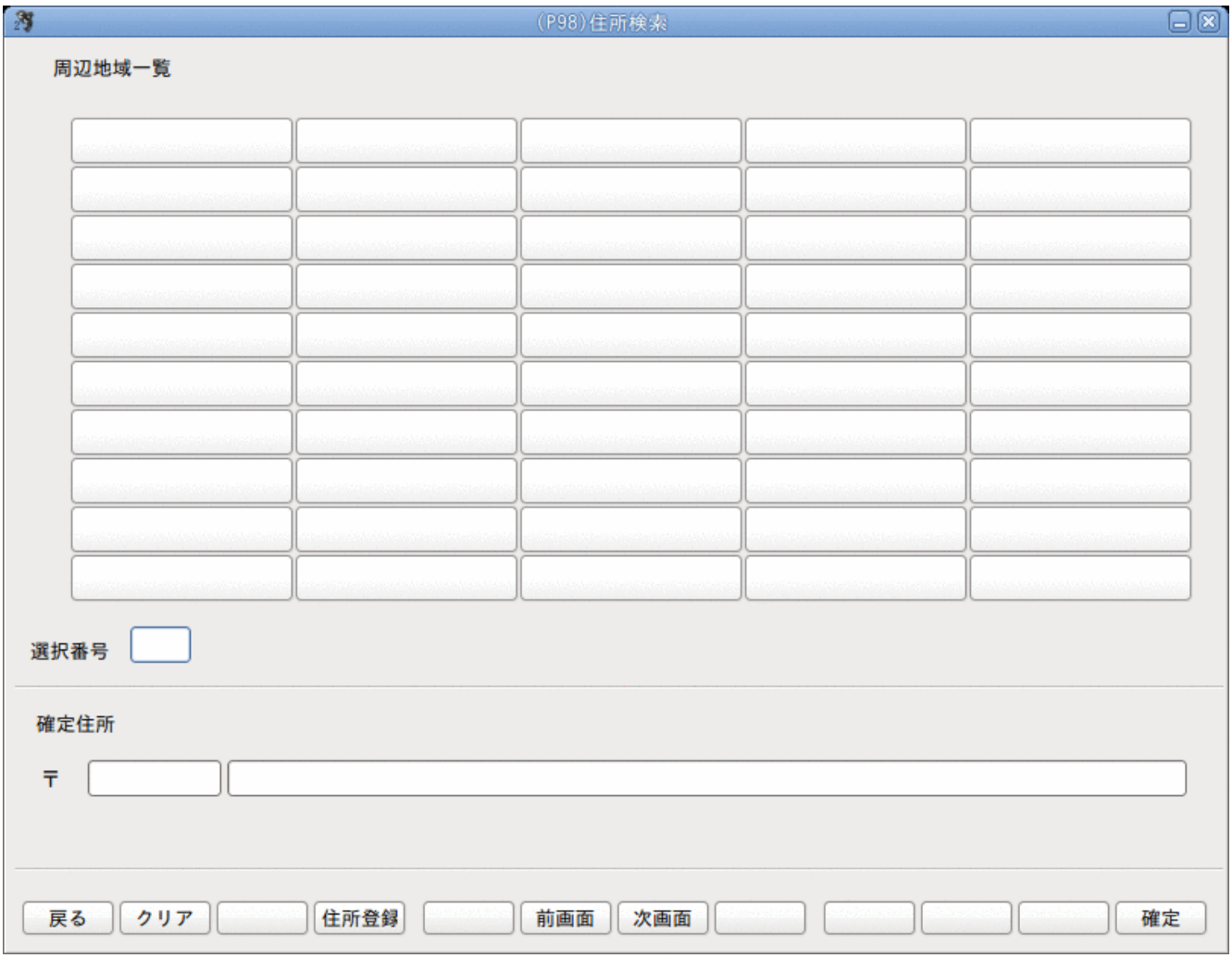


図 50

Copyright(C)2007JMARI

「住所登録」(F4)を押下します。
コードと、地方公共団体コードか、或いは郵便番号が必須入力項目となります。
地方公共団体コード、郵便番号のどちらかの番号は全桁入力以外にも、入力した頭の数字から前方一致で検索を行いますが､検索範囲を絞るためにここでは郵便番号の上3桁を入力してみます｡｢113｣を入力し｢Enter｣を押下します。

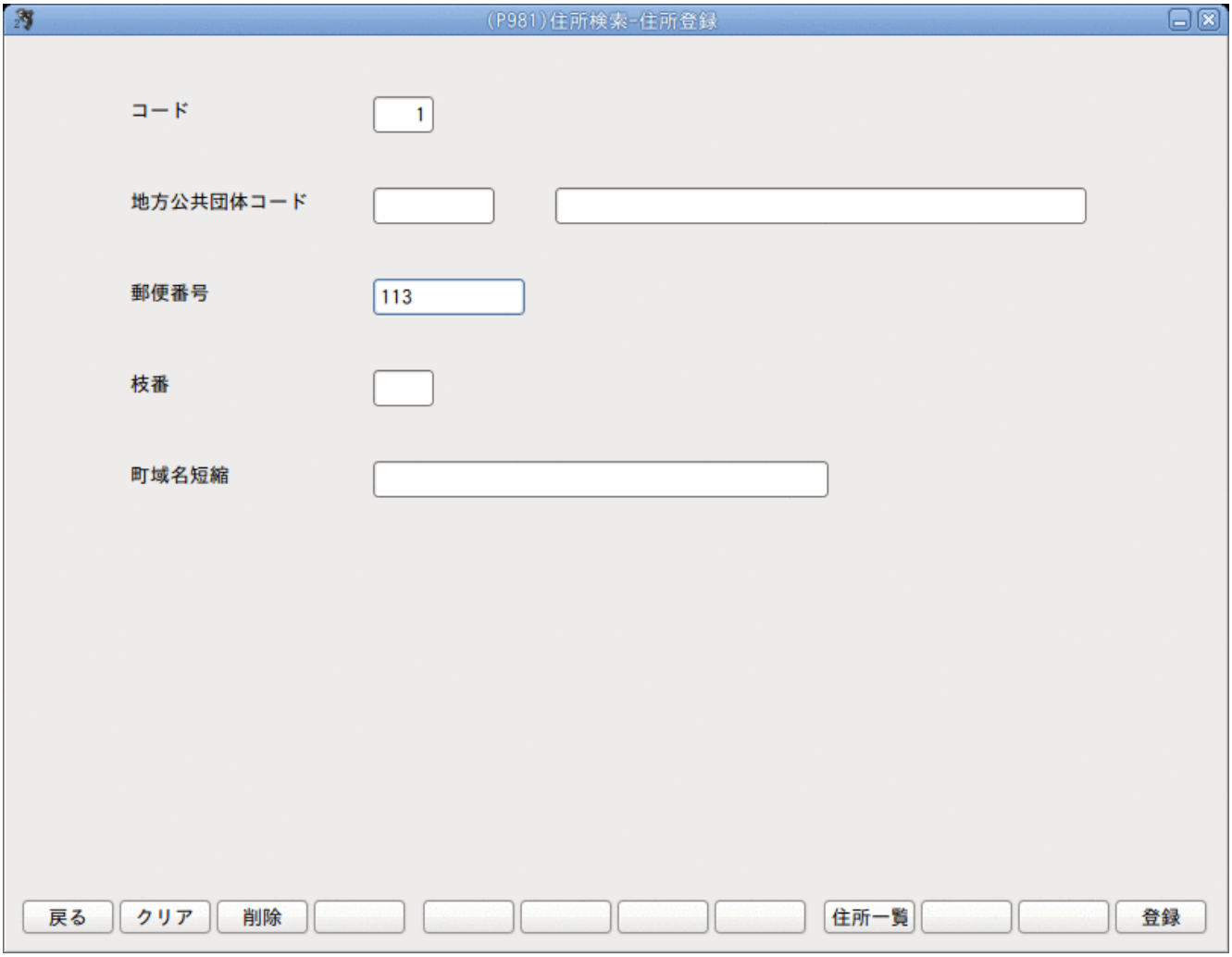


図 51

項目の説明

コード	3桁までの数字で入力します。このコードは、周辺地域一覧で町域と共に表示する番号です。
地方公共団体コード	該当する地方公共団体コードを半角数字で入力します。
郵便番号	該当する郵便番号を半角数字で入力します。
枝番	1つの郵便番号で2つ以上の住所が存在する場合に使用します。
町域名短縮	周辺地域一覧に表示される町域名です。自院で名称変更することもできます。

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	遷移元の画面へ戻ります。
クリア	F2	表示した内容をクリアします。
削除	F3	表示した情報内容を削除します。
住所一覧	F9	現在、使用できません。
登録	F12	入力された内容を登録します。

検索の画面より該当する番号を選択します。

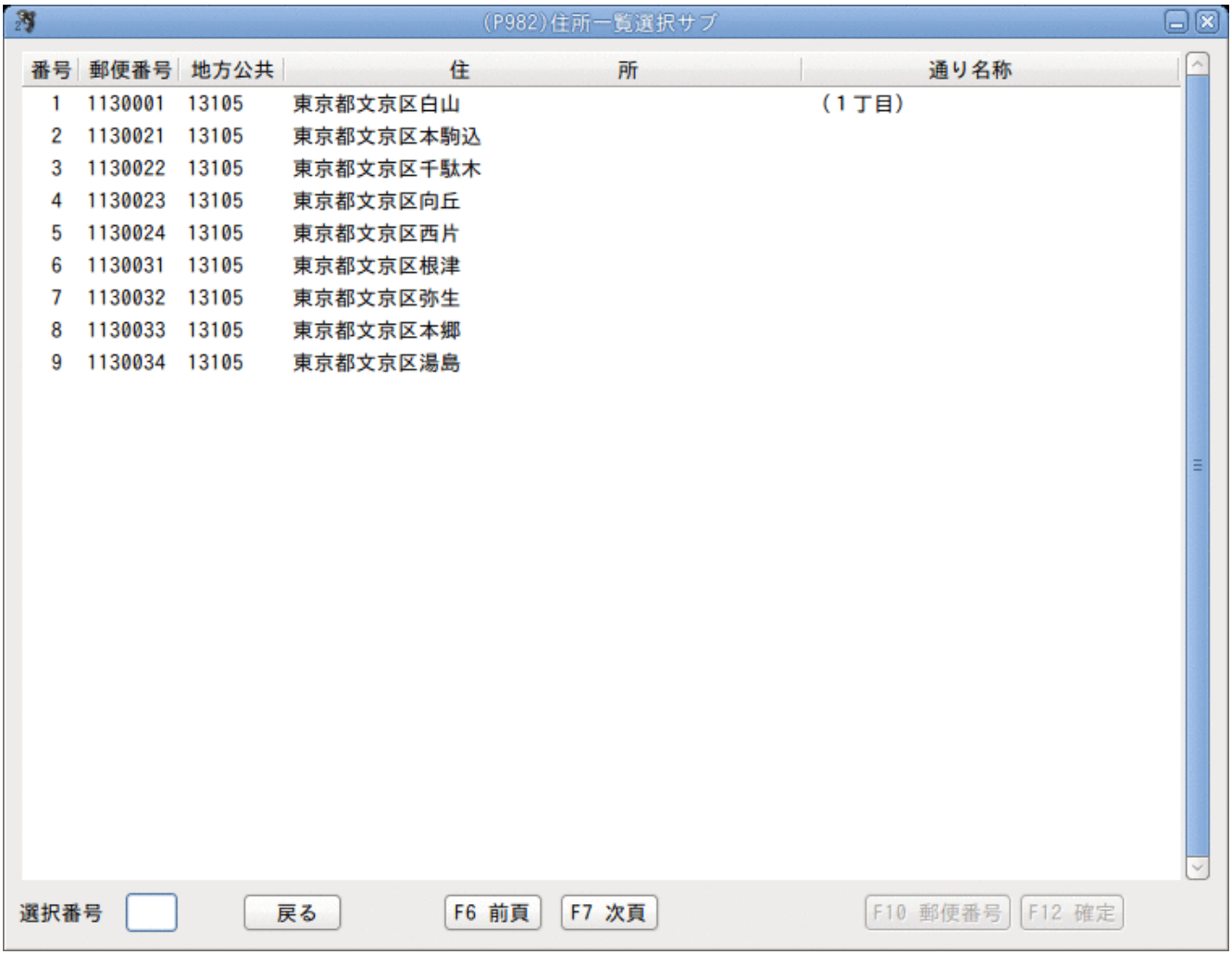


図 52

住所が複写されます。

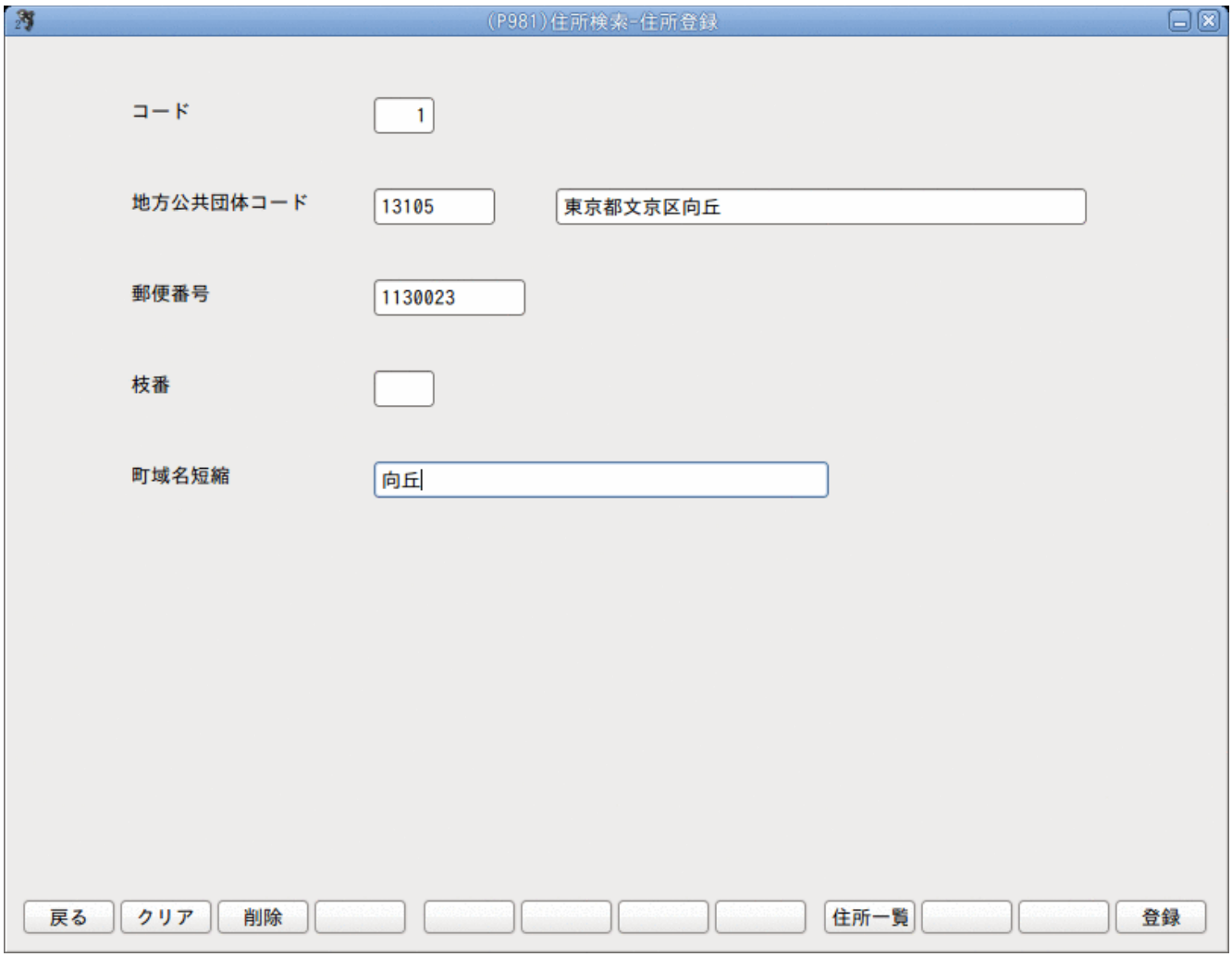


図 53

「登録」(F12)で登録をします。

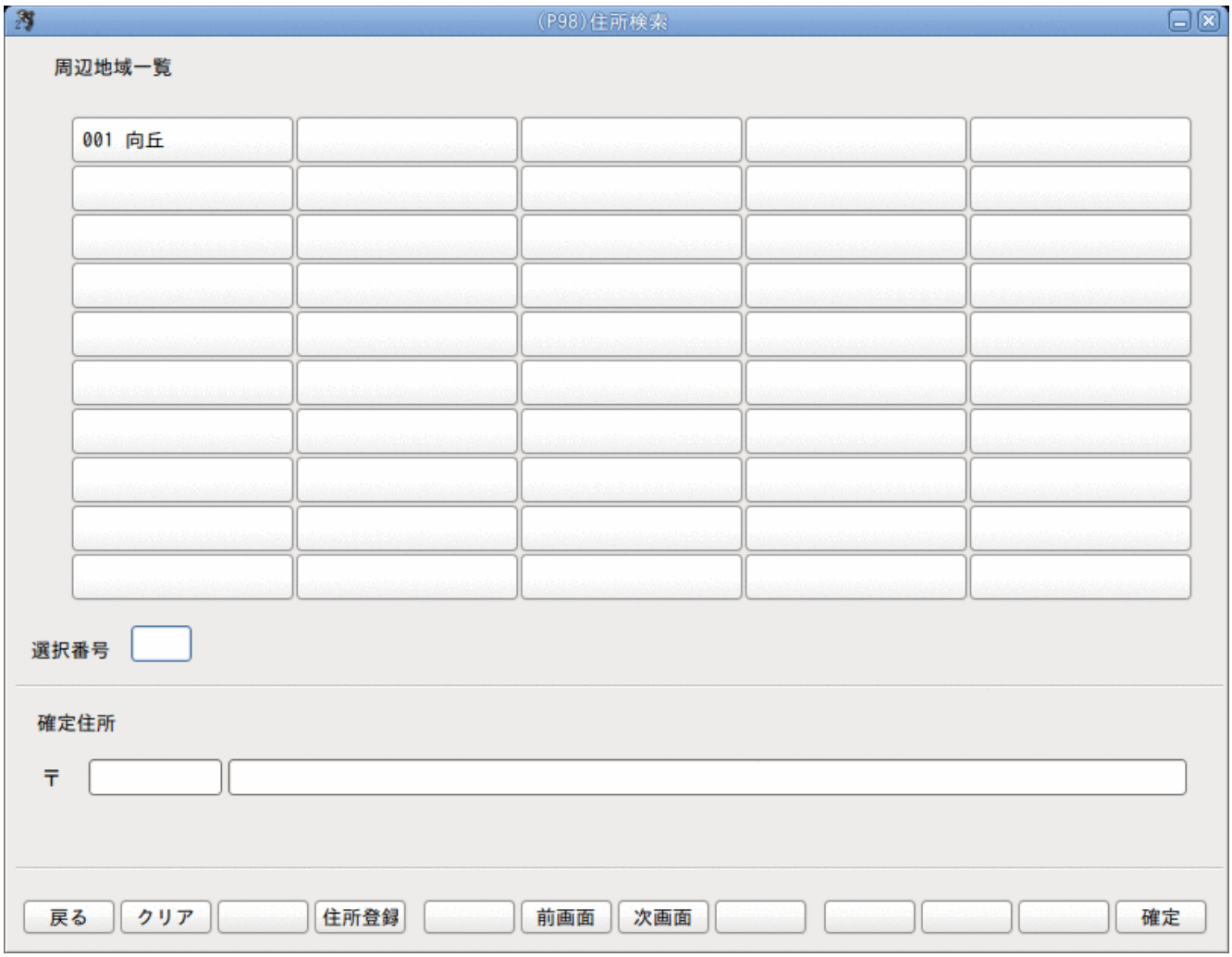


図 54

（2）－2　周辺地域一覧からの住所入力

郵便番号入力欄へ「/」を入力後、「Enter」を押下して登録済みの周辺地域一覧を表示します。
周辺地域一覧から該当する住所を選択番号に入力して「Enter」を押下するか、または一覧の住所を直接クリックすると該当する住所を画面下方の確定住所欄へ表示します。

図 55

「確定」(F12)を押下すると患者登録画面の住所欄に選択した住所が表示されます。
また、「/001」のように、「/」の後に続けてコード（周辺地域番号）を数字3桁で入力したときは、該当の住所を表示することができます。なお、該当が無ければ、「/」と同様に周辺地域一覧へ遷移します。
（連絡先等を入力する画面でもこの機能を使用することができます）。

(3) 患者情報の複写

新患の患者番号を採番後、カナ氏名・漢字氏名を入力して「患者複写」(Shift+F11)を押下します。（カナ氏名・漢字氏名の入力が無い場合には、コピー元の患者氏名で表示します）

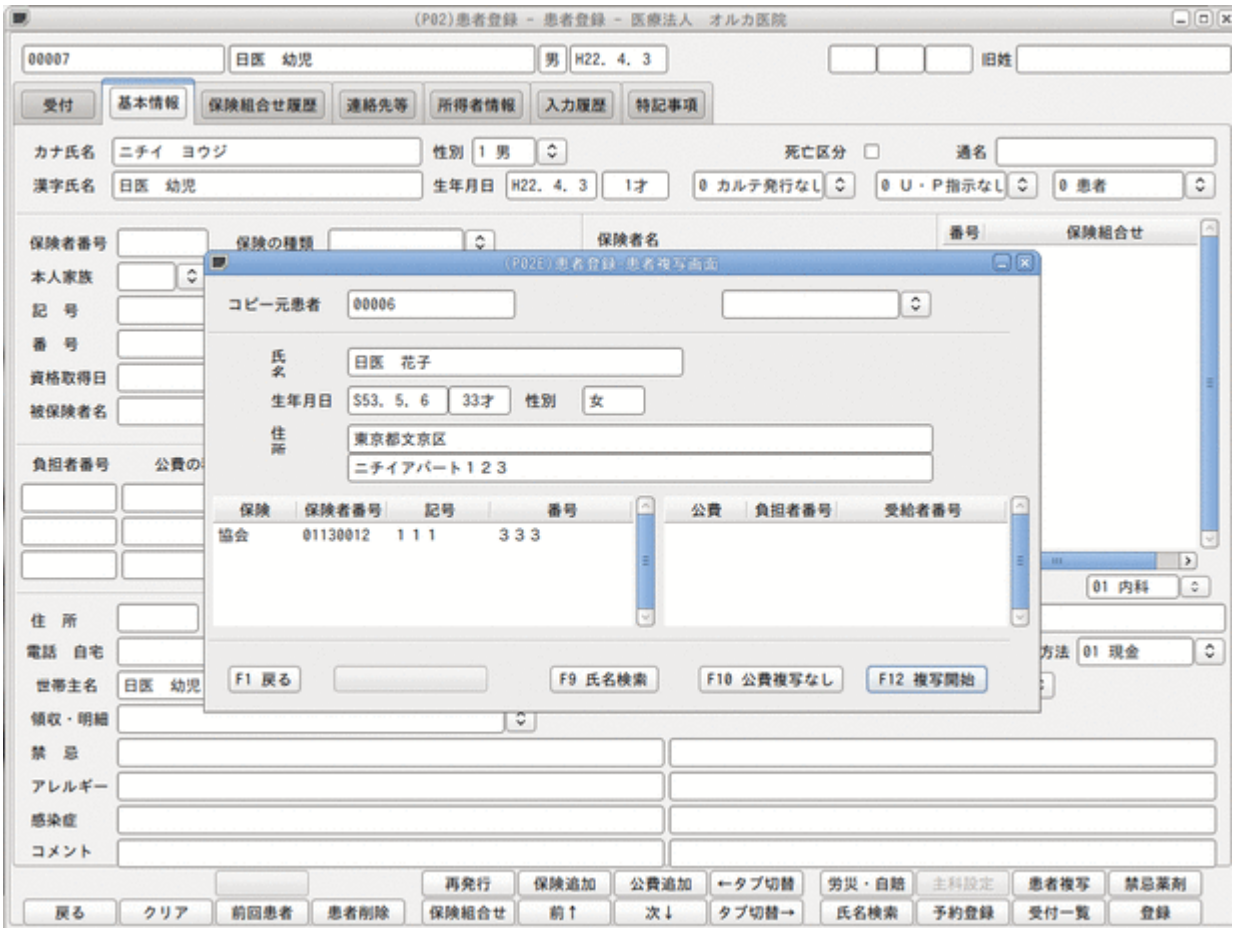


図 56

コピー元の患者の患者番号を入力し、「Enter」を押下して該当患者を表示します。
「F12　複写開始」を押下すると、性別、生年月日、労災保険、公費受給者番号、状態、領収・明細、禁忌、アレルギー、感染症、コメント以外の項目を複写します。

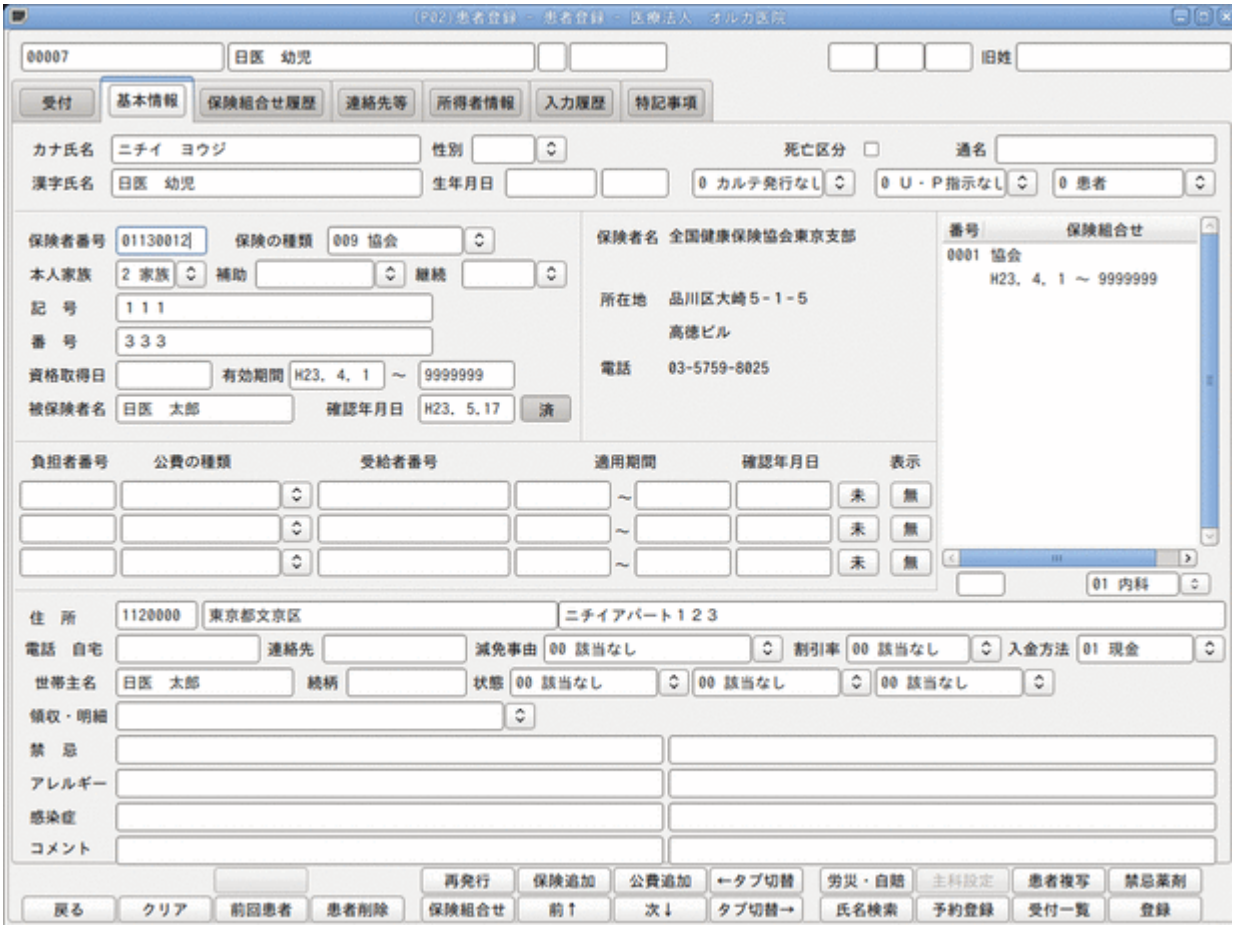


図 57

上記の複写されない項目の入力を行います。公費の複写が不必要な場合は、負担者番号欄の先頭に「/D」、または「/d」を入力して「Enter」を押下すると削除できます。

注意！
特に「本人家族」欄も複写されますので注意してください。
確認後、「登録」(F12)を押下して患者情報の登録を行います。

ヒント！
公費を複写したくない場合は、「公費複写なし」(F10)を押下します。

（4）保険入力

保険の追加

保険入力は、空白の保険欄に直接入力をしますが、他保険の追加入力をするときは、保険者番号欄の先頭に「/A」、または「/a」を入力後「Enter」を押下するか、或いは「保険追加」(Shift＋F6)を押下して保険欄を空白にしてから、新たな保険情報の入力を行います。

図 58

保険の複写

保険追加時に現在既に入力済みの保険を複写したい場合は、入力済み保険の保険者番号欄に「/C」または「/c」を入力します。

図 59

保険の削除

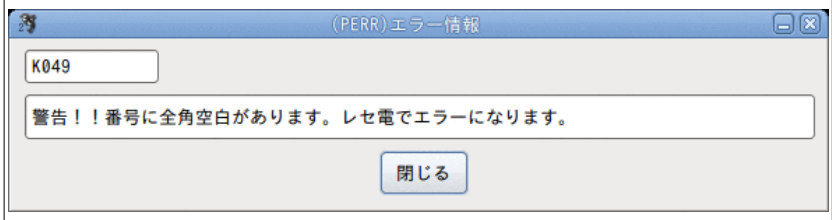
図 60

既に登録してある保険を削除するときは、保険者番号欄の先頭に「/D」、または「/d」」を入力して「Enter」を押下します。ただし、労災・自賠責保険は「労災・自賠責」(Shift＋F6)を選択して労災入力画面で追加、修正、削除を行います。

ヒント！ 複数の保険履歴がある場合は、有効期限の新しい順番で表示します。次の保険を保険欄へ表示させるには「次↓」(F7)を押下します。前の保険を表示するときは、「前↑」(F6)を押下します。

項目の説明

保険者番号	保険者番号を入力します。必須入力項目です。 「/A」、または「/a」を先頭に入力して「Enter」を押下すると他保険の追加入力が行えます。 また「/D」、または「/d」を先頭に入力して「Enter」を押下すると表示している保険を削除します。
保険の種類	保険の種類を選択します。保険者番号が入力済みのときは、保険者番号より保険の種類を決定します。必須入力項目です。登録済みの保険種別を変更することはできません。

本人家族区分	1　本人 、2　家族 をコンボボックスより選択します。必須入力項目です。年齢が15歳未満のときは「家族」を初期表示しますが、変更もできます。 また、「101　システム管理マスタ」－「1017　患者登録機能情報」により、家族とする年齢、または初期表示をしないように設定することができます。 保険の種類が「980　自費」の場合は、15歳未満の場合でも「本人」を初期表示します。
補助区分	保険の種類によって選択内容が決定されます。 保険の種類が、国保・船員・自費に該当する場合に選択できるようになります。 国保組合の場合には、「91　マスタ登録－105　保険者マスタ」の「給付割合」欄にて入院・外来別に負担割合の初期表示の設定を行うことができます。設定がされていない場合、患者登録画面では「3割」を初期表示とします。 自費保険の場合は、補助区分から「課税」または「非課税」を選択しますが、初期表示は「101　システム管理マスタ」－「1017　患者登録機能情報」にて設定することができます。 また、70～74歳までの高齢受給者の場合には、患者負担割合「1割」を初期表示します。
継続区分	保険の種類が該当する場合のみ、選択内容を表示し選択することができます。
記号（全角20文字）	記号を全角で入力します。 「91　マスタ登録－105　保険者マスタ」の「記号」欄に記号の設定がある保険番号が入力されたときは、記号を自動表示します。 全角スペースを健康保険の場合に入力すると警告メッセージを表示します。  図 61 「閉じる」をクリックします。
番号（全角20文字）	番号を全角で入力します。
資格取得日	資格取得日を入力します。
有効期間（開始年月日）	開始年月日を入力します。未入力の場合はシステム日付を登録します。
有効期間（終了年月日）	終了年月日を入力します。未入力の場合、「9999999」を終了年月日として扱います。
被保険者名（全角25文字）	新規登録の場合に患者氏名を複写し、被保険者名に表示します。「本人家族区分」が本人の場合には姓名共に複写します。 家族の場合は、入力された保険の種類が社保のときは姓のみを編集し、保険の種類が国保の場合には姓名共に複写します。 「101　システム管理マスタ」－「1017　患者登録機能情報」により国保で家族の場合の初期表示の設定を変更することができます。 また、患者氏名の変更を行ったときで患者当人が本人の場合には画面表示中の保険のみ、被保険者名に編集します。家族の場合には変更されません。
確認年月日	確認年月日を入力します。未入力の場合、システム日付を確認年月日として扱います。
履歴	保険確認日の履歴を表示します。 ※履歴の削除・変更はできません。
確認ボタン	「未」のときに押下すると、システム日付を確認年月日に編集します。 システム日付の当月に確認年月日がある場合に「済」とします。 「未」から「済」に変更したとき、再度「済」ボタンを押下して、入力前の確認年月日に戻すこともできます。

＜保険追加の仕方＞

患者を呼び出します。

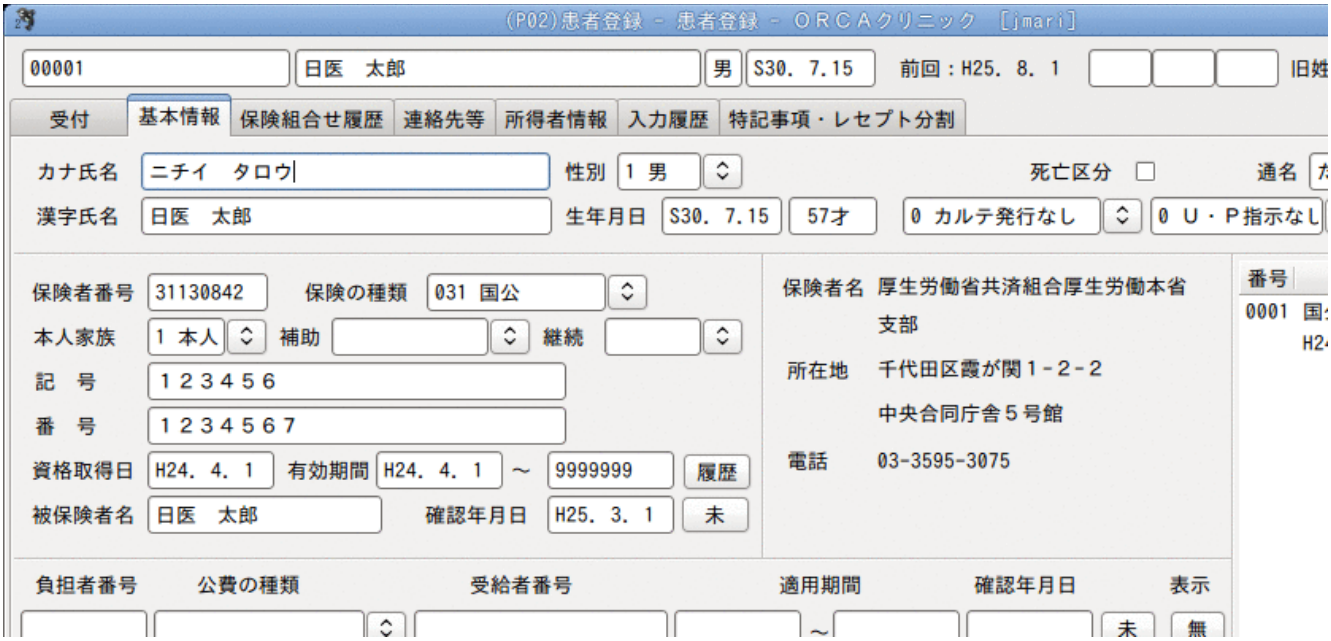


図 62

「保険追加」(Shift＋F6)を押下します。

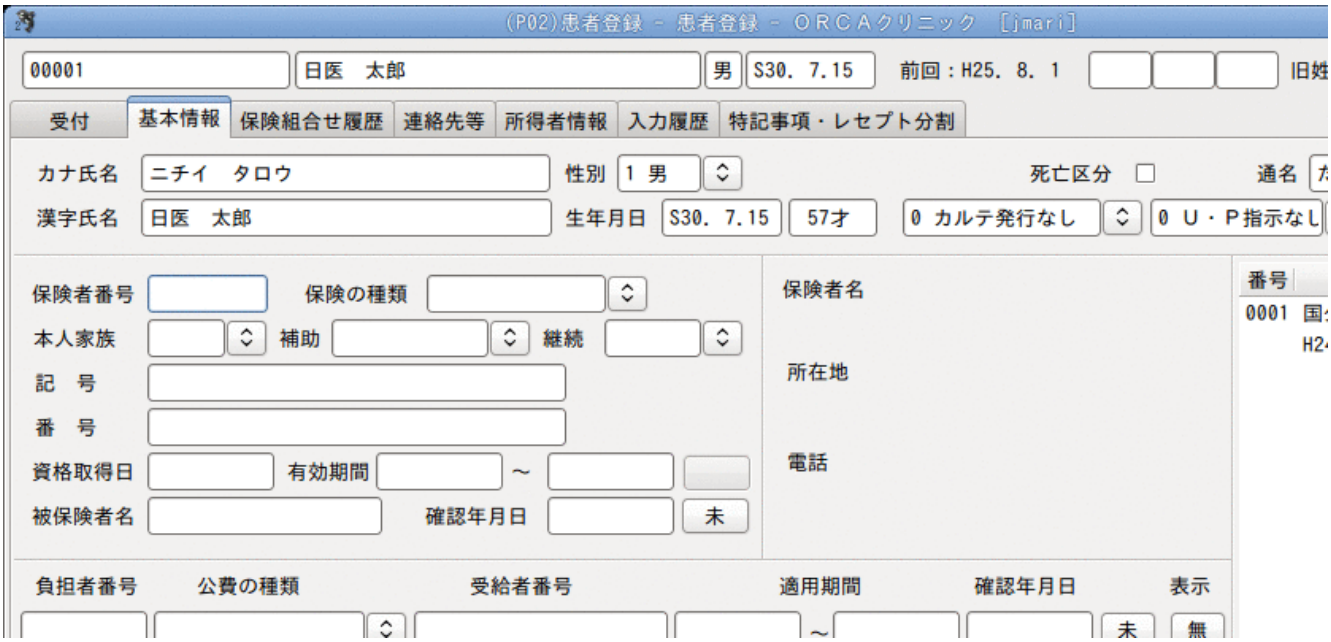


図 63

空白になった保険欄へ新しい保険を入力していきます。

保険追加をするときに既に登録済みの保険を複写したい。
患者を呼び出し、複写したい保険を表示します。

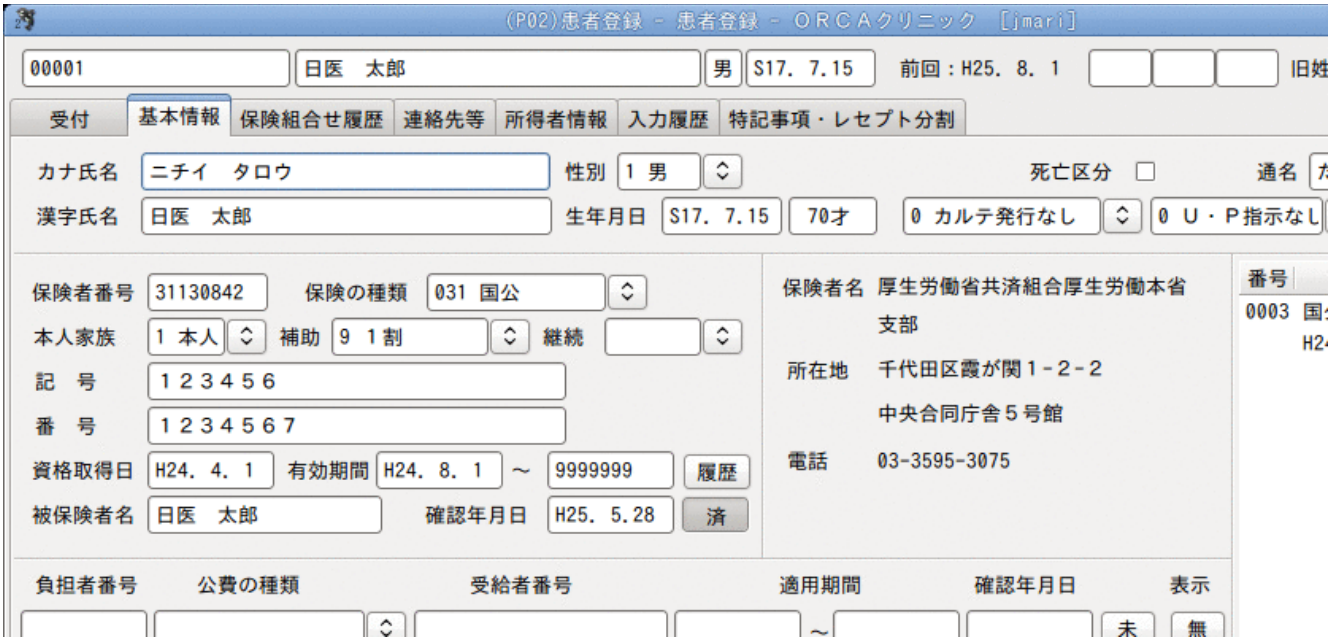


図 64

保険者番号欄に「/C」または「/c」を入力し、「Enter」を押下します。

図 65

補助区分、有効期間以外の保険情報が新規追加分として複写されます。
※1割→3割の変更のみ等に使用すると便利です。

＜保険の確認について＞
保険証の変更の有無についての確認を行った場合に「確認年月日」横の確認ボタンをクリックすることでチェックをすることができます。
変更がある場合は保険の種類以外の修正、或いは保険の追加登録をします。修正の場合、確認年月日は修正前と変わりませんので確認ボタンを押下することにより、システム日付を確認年月日に編集して「済」とします。
ただし月単位での確認であるため、「済」となっている場合に押下すると、確認年月日のみシステム日付へ更新します。変更が無かった場合にも、確認を行った日を同様の操作にて更新することができます。

＜後期高齢者の登録＞

通常の主保険と同じように登録を行います。

図 66

※老人保健から後期高齢者への変更は【（9）－3　老人保健から後期高齢者への変更】を参照してください。

(5) 公費入力

負担者番号を入力すると公費の種類を自動表示します。その後受給者番号、適用期間を入力します。
同じ法別番号で複数の公費がある場合は、負担者番号入力後に公費の種類を変更してください。

ヒント！

同じ法別番号で複数の公費がある場合に、一覧表示をすることができます。
【5.1　システム管理マスタ】の【1017　患者登録機能情報】を参照してください。

図 67

また、一度選択済みの公費でも公費の種類の先頭に「/」を入力すると再度一覧を表示します。

図 68

注意！
「20　精神入院」の公費と他の単独公費を入力する場合は、レセプトが1枚にまとまってしまうため適用開始日が同じにならないように設定してください。

画面の表示

患者の公費情報を直接入力します。最大3件まで、有効期間の新しい順番に表示します。
4件以上の公費が存在するときの画面への表示は、「次↓」(F7)または「前↑」(F6)を押下します。

公費の追加

4件目以降を追加入力するときは、負担者番号欄の先頭に 「/A」、または「/a」を入力後「Enter」を押下するか、或いは「公費追加」(Shift+F7)を押下すると公費欄の最初の1行が空白となりますのでそこへ新たな公費情報の入力を行います。

図 69

公費の削除

また、既に登録してある公費を削除するときは、負担者番号欄の先頭に「/D」、または「/d」を入力して「Enter」を押下します。

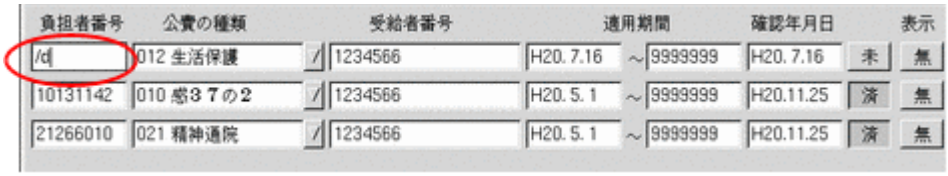


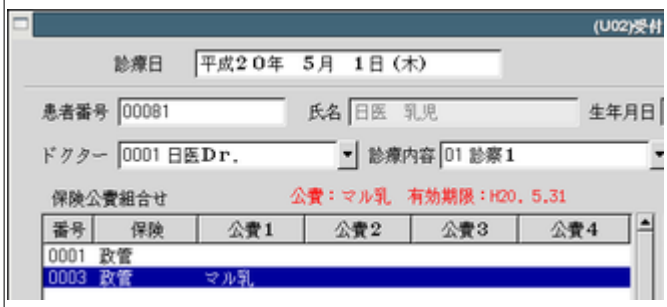
図 70

注意！

「970　第三者行為」の追加・変更・削除は、「労災・自賠」(Shift+F9)を押下し、労災自賠保険入力画面から行います。

ヒント！
地方公費単独の保険組合せができる場合に警告メッセージの表示を行いますが、「101　システム管理マスタ」－「1017　患者登録機能情報」にて警告メッセージを表示しないように設定できます。

項目の説明

負担者番号（半角8桁または全角4文字）	負担者番号を入力します。 なお、負担者番号に全角文字を入力する場合は、まず「91　マスタ登録」－「104　保険番号マスタ」で該当する地方公費の「検証番号チェック区分」に「2　チェックしない」を設定してください。
公費の種類	負担者番号より公費の種類を決定し、表示します。必須入力項目です。
受給者番号（半角20桁または全角10文字）	受給者番号を入力します。 なお、受給者番号に全角文字を入力する場合は、「104　保険番号マスタ」で該当する地方公費の「受給者検証番号チェック区分」に「2　チェックしない」を設定します。
適用期間（開始年月日）	適用開始年月日を入力します。未入力の場合はシステム日付を登録します。年齢制限のある公費入力を行う場合に生年月日から年齢を計算してチェックします。
適用期間（終了年月日）	終了年月日を入力します。未入力の場合、「9999999」を終了年月日として扱います。
確認年月日	確認年月日を入力します。未入力の場合、システム日付を確認年月日として扱います。
確認ボタン	「未」のときに押下すると、システム日付を確認年月日に編集します。 システム日付の当月に確認年月日がある場合に「済」とします。 「未」から「済」に変更したとき、再度「済」ボタンを押下して、入力前の確認年月日に戻すこともできます。
表示	表示ボタンを「有」にすると、公費の終了日が設定されている場合に終了日の前の月から期限切れの注意を促すメッセージを表示します。  図 71 「無」の場合は表示しません。また「有」となっていても同じ種類で次の公費が登録された場合はメッセージを表示しません。 ※メッセージは診療日ではなく、システム日付で終了日の前の月から表示します。

Copyright(C)2007JMARI

＜公費の終了日が過ぎた後にメッセージ表示したい＞

「101　システム管理マスタ」ー「1007　自動算定・チェック機能制御情報」ー前回保険組合せ相違チェックの項目を「1　チェックする」にします。

受付画面・診療行為入力画面に患者を呼び出したときに前回の診療で使用した保険組合せと今回の自動表示した保険組合せをチェックし、メッセージを表示します。

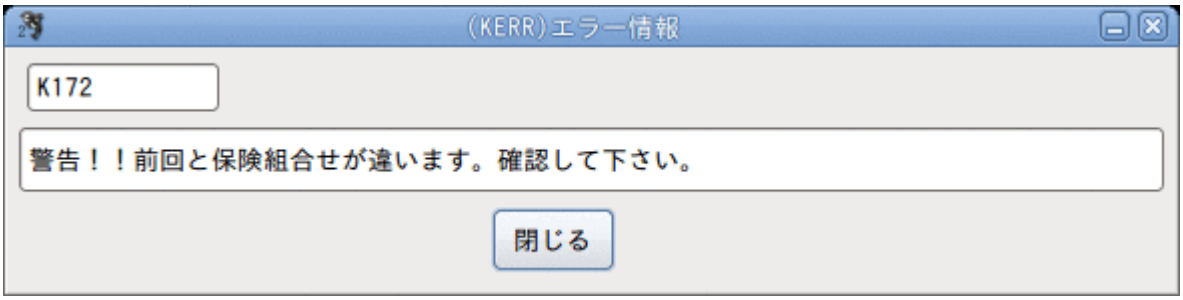


図 72

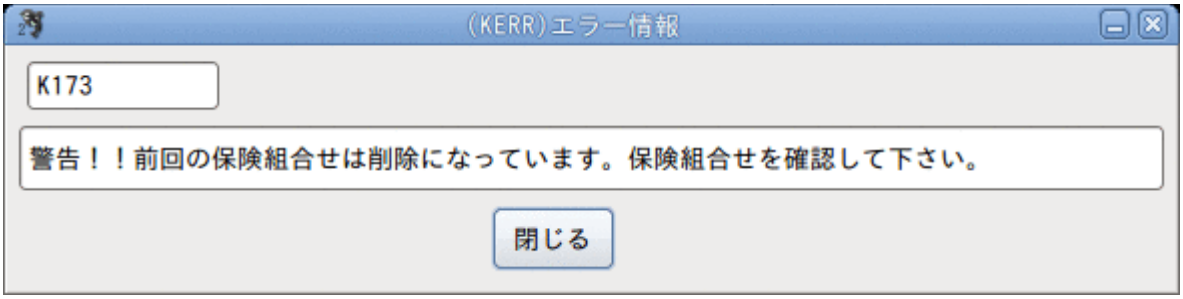


図 73

警告を表示するのは、以下のような場合です。

- 公費の適用期間が終了した
- 公費または主保険が削除された
- 本人家族区分が変更され保険組合せが変わっている

注意！

- 警告を表示する条件は

「今回自動表示された保険組合せ番号が前回の保険組合せ番号の終了日以前に開始となっている場合」に警告表示をします。

＜生活保護の受給者番号入力について＞

生活保護受給者の受給者番号には、受給者番号が変わらない固定番号制と、毎月付番される変動番号制の2通りの制度が各自治体によって存在します。

固定番号制の場合は一度の受給者番号登録で済むのに比べ、変動番号制の場合は受給者番号を毎月登録し直す必要があるため、固定番号制と変動番号制の生活保護受給者では推奨する入力方法が異なります。また、以下に挙げる各帳票に印字する公費欄の情報は、通常、患者登録画面で登録された公費情報から編集しますが、生活保護の受給者番号をレセプトの公費欄に印字する場合に限り、上記理由により編集元が異なります。

カルテ及び処方せん	患者登録画面の公費情報として登録されている負担者番号・受給者番号を印字します。未入力の場合には、空白のままとなります。
レセプト	患者登録画面の公費情報として登録されている負担者番号を印字します。未入力の場合には、空白のままとなります。

受給者番号は、明細書作成画面で登録された受給者番号を優先して印字を行います。

固定番号制と変動番号制の各推奨する入力項目は、以下のとおりです。

（固定番号制・変動番号制　共通入力項目）

公費情報として、生活保護の「負担者番号」・「公費の種類」・「適用期間」を必須入力します。
「適用期間」は、「適用開始日」は各生活保護受給者によりそれぞれの開始日を入力し、「適用終了日」は、カーソルを「適用終了日」欄に合わせたのち、未入力のまま「Enter」を押下します。「9999999」が表示され、適用期間は適用開始日以降、継続しているものとして扱います。

（固定番号制の場合の推奨入力項目）
「受給者番号」の入力を推奨します。
受給者番号を入力する方法は、患者登録画面からの入力の他に、明細書作成画面の「生保入力」で遷移する生活保護まとめ入力画面から月単位で一括入力する方法もあります。レセプトへの受給者番号欄の記載は、生活保護まとめ入力画面で登録された番号を優先して行いますが、生活保護まとめ入力画面で登録を行わなかった場合には患者登録画面で入力された番号を記載します。
よって、患者登録画面にて受給者番号を入力しておくと、生活保護まとめ入力画面での再入力の必要はありません。（生活保護まとめ入力画面では診療月には患者登録画面と同番号を表示します）。

（変動番号制の場合）
「受給者番号」は、未入力（空白）で登録することを推奨します。
毎月変わる受給者番号は、生活保護まとめ入力画面より月毎に一括入力を行います。このとき、患者登録画面で受給者番号を入力されていると、診療のあった月の生保まとめ入力画面には毎月、患者登録画面で登録された受給者番号を初期表示してしまいます。
よって、受給者番号欄は未入力とすることで毎月の一括入力作業の軽減が行えます。

明細書作成画面での操作方法は、【3.2　明細書】の【（1）－1　生活保護の受給者番号入力】を参照してください。

＜診療報酬明細書における、1円単位での記載方法について＞
地方公費の場合でレセプトの一部負担金額欄へ1円単位まで記載表示するには、「91　マスタ登録」業務から「104保険番号マスタ」に遷移し、保険番号マスタ画面の「レセプト負担金額」欄を「2　10円未満四捨五入しない」と設定して「登録」をすることにより、1円単位での記載を行います。デフォルトは、「1　10円未満四捨五入する」を表示します。

＜特定疾患治療研究事業、小児特定の入力方法＞

ポイント！
特定疾患治療研究事業、小児特定は以下の登録をする必要があります。

- 患者の窓口自己負担限度額の登録
- レセプト記載用に特定疾患医療受給者証の適用区分の登録

使用する保険番号マスタ

番号	制度名	備考
051	特定負有	－
091	特定負無	－
052	小児特定	－
956	公費（上位	上位所得者の患者
957	公費（一般	一般所得者・低所得者の患者 低所得者の場合は所得者情報にて低所得の設定も必要

Copyright(C)2007JMARI

登録例

1. 公費欄に特定疾患医療受給者証の負担者番号を入力します。
2. 次ぎに特定疾患医療受給者証の適用区分を入力します。

（区分A：上位所得者、区分Ⅳ：現役並み所得者）

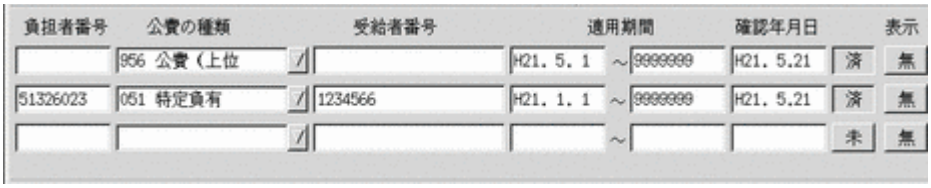


図 74

（区分B：一般、C：低所得者、Ⅲ：一般、Ⅱ：低所得2、Ⅰ：低所得1）

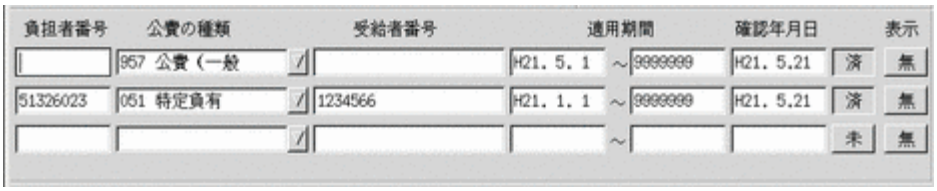


図 75

※低所得者の場合は「所得者情報」にて低所得の設定を行ってください。

3. 月額自己負担限度額がある場合は「所得者情報」に設定します。

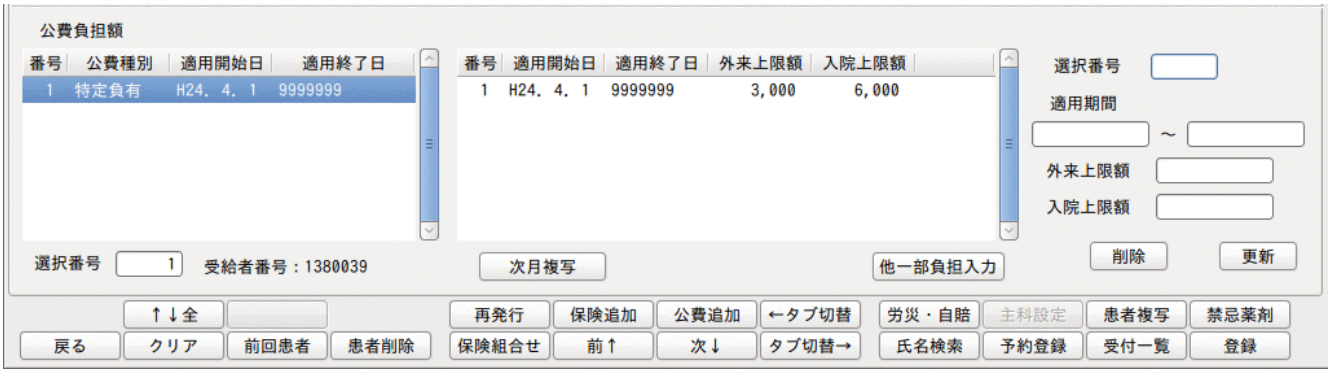


図 76

ポイント！
月額自己負担限度の設定方法は【2. 2. 7　所得者情報】を参照してください。

注意！：特定疾患医療受給者証の適用区分と自己負担限度額認定証について

956：公費（上位
957：公費（一般
は月内の診療が特定疾患治療研究事業または小児特定との併用になる場合は医保単独分についても現物給付扱いとなります。月内で併用にならない（特定疾患治療研究事業の診療が無い、またはレセプト上医保単独になる）場合は現物給付の扱いにはなりません。

966：高額（上位
967：高額（一般
は医保単独、特定疾患治療研究事業または小児特定共に現物給付の扱いになります。

特定疾患医療受給者証のみで適用区分を確認した場合は　956、957を入力し、
後に自己負担限度額認定証で区分を確認できた場合は　966、967を追加入力します。
両方同時に確認できた場合は　966、967を入力します。

＜特定疾患治療研究事業の多数該当の入力＞

使用する保険番号マスタ

番号	制度名	備考
958	特疾4回目	956：公費（上位 957：公費（一般 966：高額（上位 967：高額（一般 にプラスして入力します。

登録例

上位所得者

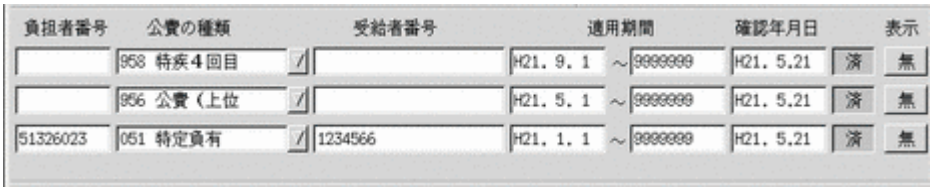


図 77

一般

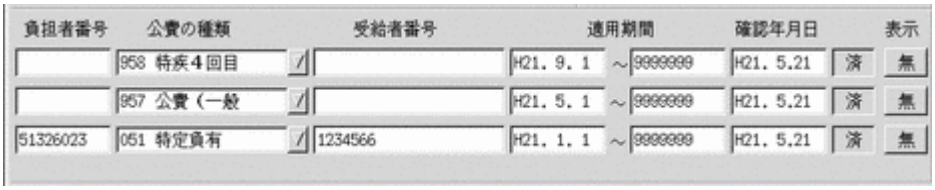


図 78

低所得者

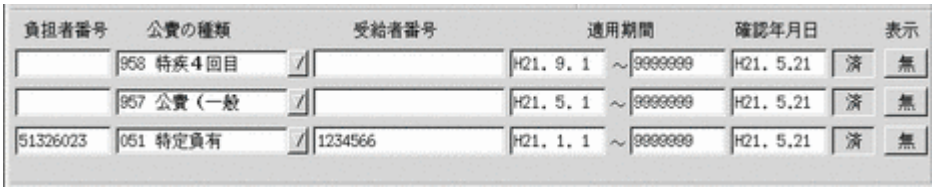


図 79

※所得者情報にて低所得区分の入力が必要です。

注意！　958特疾4回目と965高額4回目について

医療保険、特定疾患治療研究事業はそれぞれ回数のカウントを行いますので、
958：特疾4回目
965：高額4回目
はそれぞれ登録が必要になります。

Copyright(C)2007JMARI

初期設定されている公費の種類

950～979の公費の種類は各種保険制度に使用しています。
追加、変更、削除は行わないでください。

956：公費高額（上位所得者）
957：公費高額（一般・低所得者）
958：特定疾患高額4回目以降
959：災害該当
960：減額（割）
961：減額（円）
962：免除
963：支払猶予
964：高額委任払
965：高額4回目
966：高額（上位所得者）
967：高額（一般・低所得）
968：後期該当
969：75歳到達月の特例
970：第三者
972：長期
974：長期（上位所得者）
976：高齢非該当
977：後期非該当

 Copyright(C)2007JMARI

開始日について

956：公費（上位
957：公費（一般
958：特疾4回目
960：減額（割）
961：減額（円）
962：免除
963：支払猶予
964：高額委任払
966：高額（上位
967：高額（一般
965：高額4回目

上記保険番号マスタは通常は「1日」を入力してください。
月途中の保険変更時に変更後の保険から高額療養費を適用したい場合は、主保険の開始日に合わせて登録します。

通常時の例

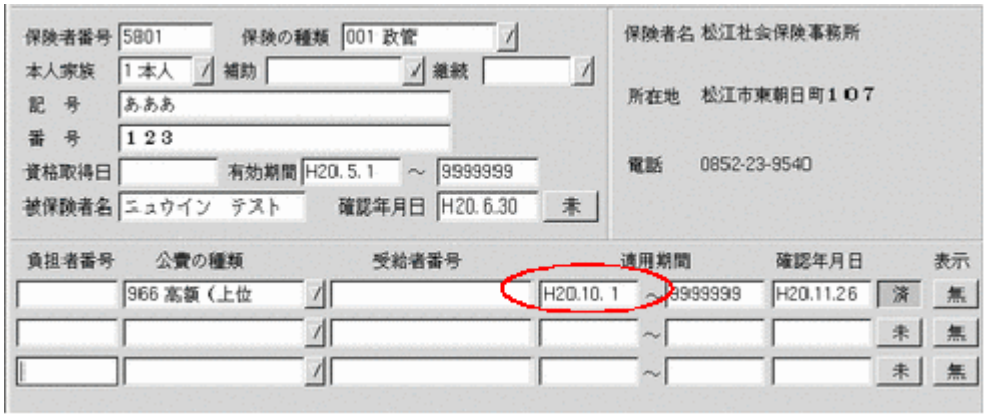


図 80

保険変更後から高額（上位）を適用したい場合
　5月1日～11月24日まで社保
11月25日～国保＋高額（上位）

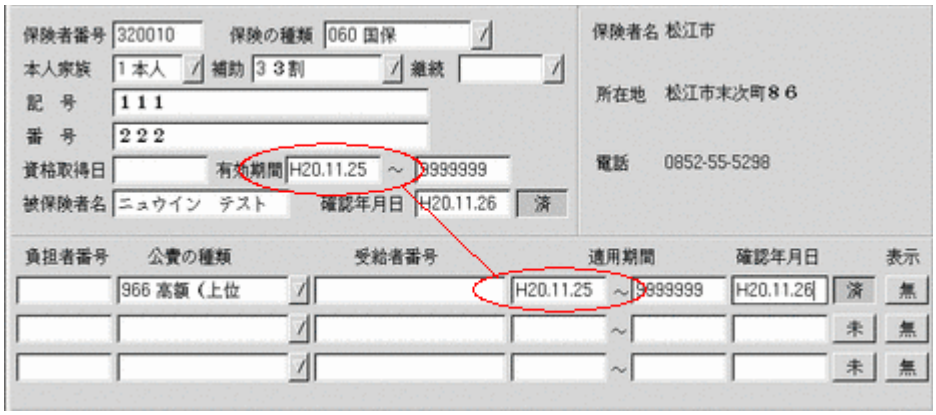


図 81

ヒント！
上記の例の場合でも開始日を11月1日～とすれば、11月分の変更前の社保、変更後の国保の両方で高額療養費が適用されます。

＜災害時の際の一時負担金の徴収猶予・免除＞

使用する保険番号マスタ

番号	制度名	備考
960	減額（割）	所得者情報にて割合の入力あり
961	減額（円）	
962	免除	―
963	支払猶予	―

登録例
公費欄に入力をします。

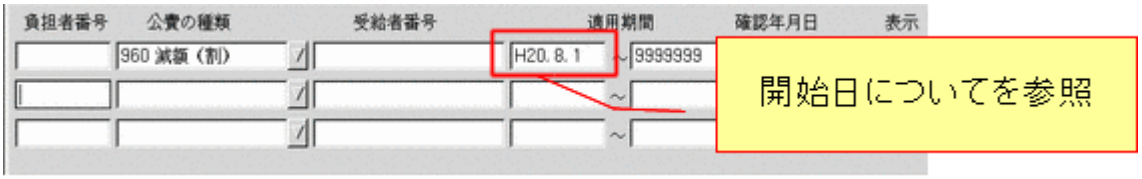


図 82

960：減額（割）、961:減額（円）は所得者情報で減免の割合（金額）を入外別に入力します。

図 83

＜高額委任払い制度＞

使用する保険番号マスタ

番号	制度名	備考
964	高額委任払	所得者情報にて金額の入力あり

登録例
公費欄と所得者情報に入力します。

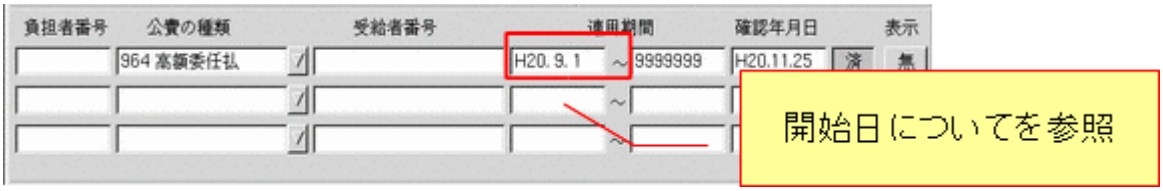


図 84

 Copyright(C)2007JMARI

保険部分の上限額を所得者情報に入力します。

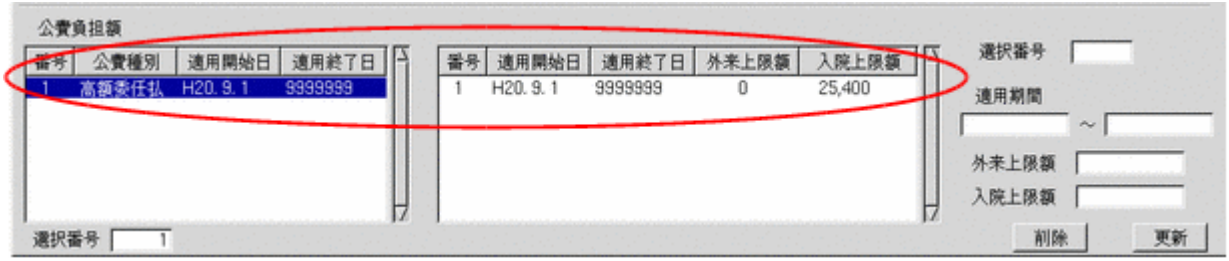


図 85

＜「限度額適用認定証」による現物給付（高額療養費）＞

使用する保険番号マスタ

番号	制度名	備考
966	高額（上位	上位所得者の患者
967	高額（一般	一般所得者・低所得者（非課税世帯）の患者 低所得者の場合は所得者情報にて低所得の設定も必要

登録例

上位所得者の場合

公費欄に入力します。

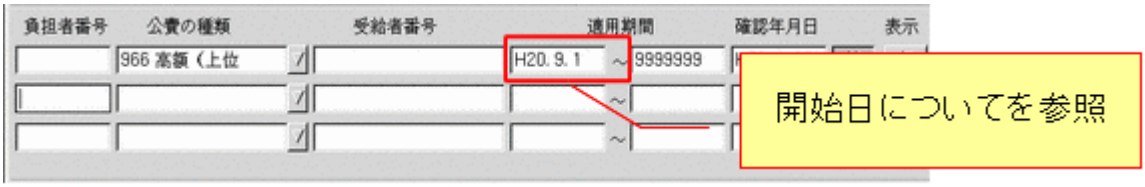


図 86

一般所得の場合

公費欄に入力します。

図 87

低所得の場合

公費欄に「高額（一般」と所得者情報に入力します。

図 88

所得者情報に低所得の入力

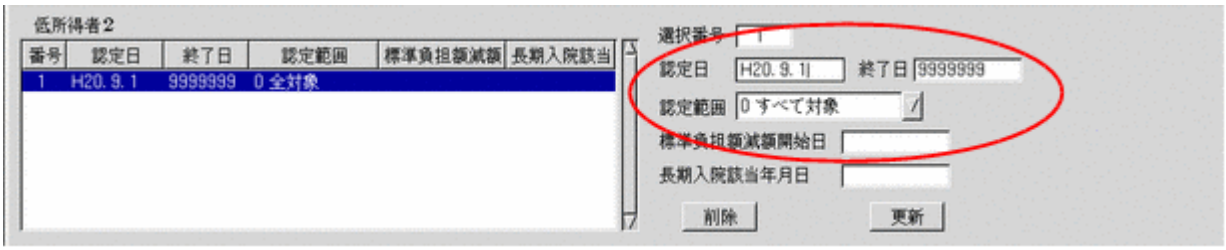


図 89

「標準負担額減額認定証」がある場合は開始日も入力します。

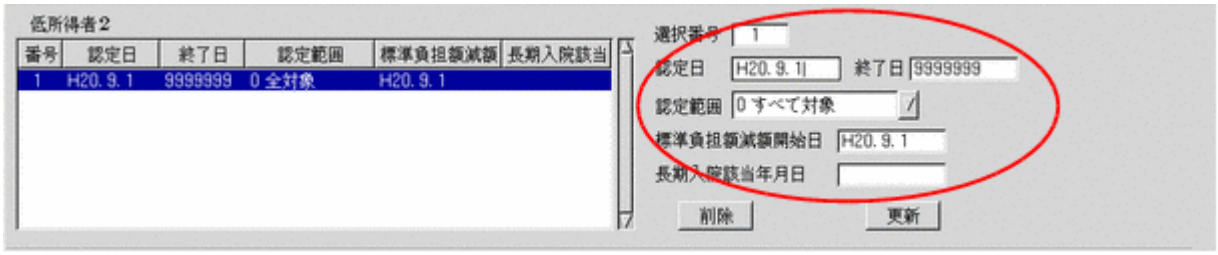


図 90

＜高額療養費多数該当（4回目以降）＞

使用する保険番号

番号	制度名	備考
965	高額4回目	70歳以上は単独入力 一般の方は 966：高額（上位 967：高額（一般 にプラスして入力します。

登録例

上位所得者の場合

公費欄に入力します。

図 91

一般所得の場合

公費欄に入力します。

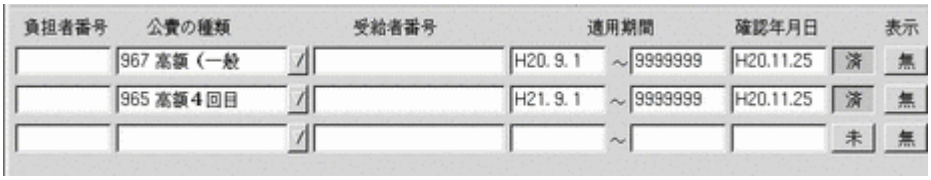


図 92

低所得の場合

公費欄に入力します。

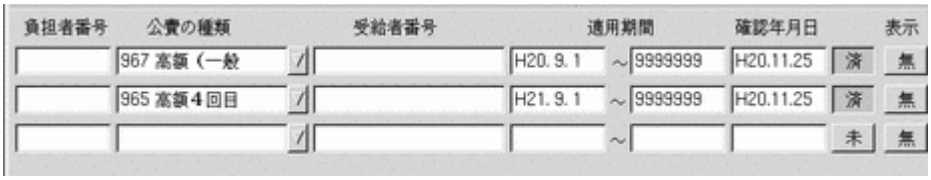


図 93

所得者情報にて低所得区分の入力が必要です。

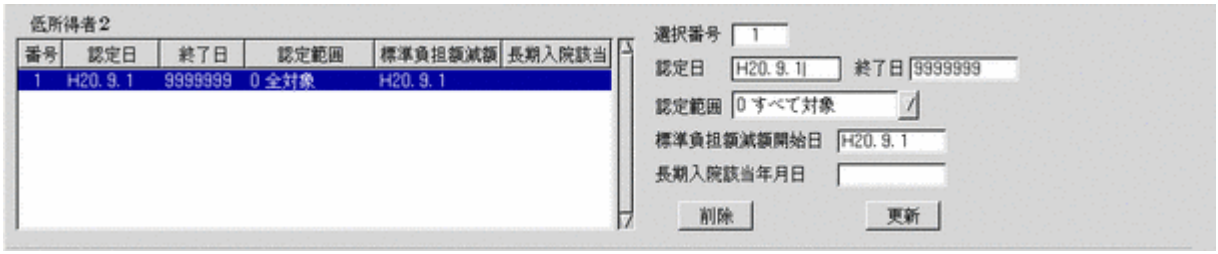


図 94

＜後期該当＞

使用する保険番号

番号	制度名	備考
968	後期該当	75歳未満の生活保護単独の患者を後期高齢者として算定する場合に設定

登録例

公費欄に入力します。

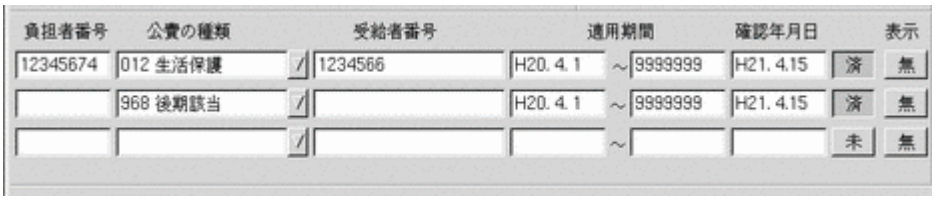


図 95

＜75歳到達月の特例＞

- 月の途中で75歳を迎え後期高齢者に加入した場合、その月の医療保険制度と後期高齢者医療制度の高額療養費の自己負担限度額をそれぞれ2分の1にします。
- 扶養者が75歳に到達することにより被扶養者の保険変更の場合もそれぞれ2分の1の特例計算の対象となります。

患者登録の必要がある患者

- 扶養者が75歳に到達することにより、保険変更となった被扶養者の患者
  （75歳を迎える本人は生年月日より自動計算を行うため登録は必要ありません）

特例対象外になる患者

- 75歳到達日が1日の患者、またはその被扶養者
- 2月29日生まれの患者、またはその被扶養者
- 公費単独の患者
- 障害認定により75歳到達月以前に後期高齢者となっている患者

使用する保険番号マスタ

番号	制度名	備考
969	75歳特例	966：高額（上位 967：高額（一般 にプラスして入力します。

登録例
公費欄に入力します。

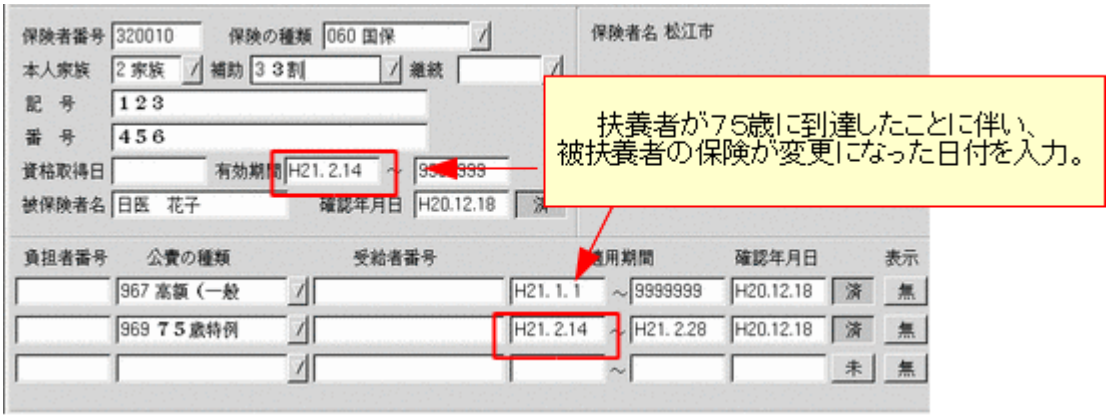


図 96

75歳特例の開始日について 開始日は扶養者が75歳に到達したことに伴い被扶養者の保険が変更になった日付を入力します。

＜長期（特定疾病療養受領証）＞

使用する保険番号マスタ

番号	制度名	備考
972	長期	上限10000円
974	長期（上位	上限20000円

登録例
公費欄に入力します。

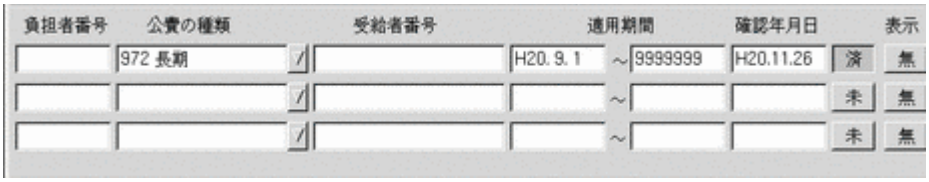


図 97

 Copyright(C)2007JMARI

＜高齢非該当＞
70歳以上で高齢受給者証を持っていない（一般扱い）場合に登録します。

使用する保険番号マスタ

番号	制度名	備考
976	高齢非該当	補助区分に注意！

登録例
公費欄に入力します。

国保の場合は補助区分を3割に設定する。

図 98

社保の場合は補助区分を空白にする。
この際、主保険と高齢非該当の開始日に注意して入力を行わないと空白にできない。

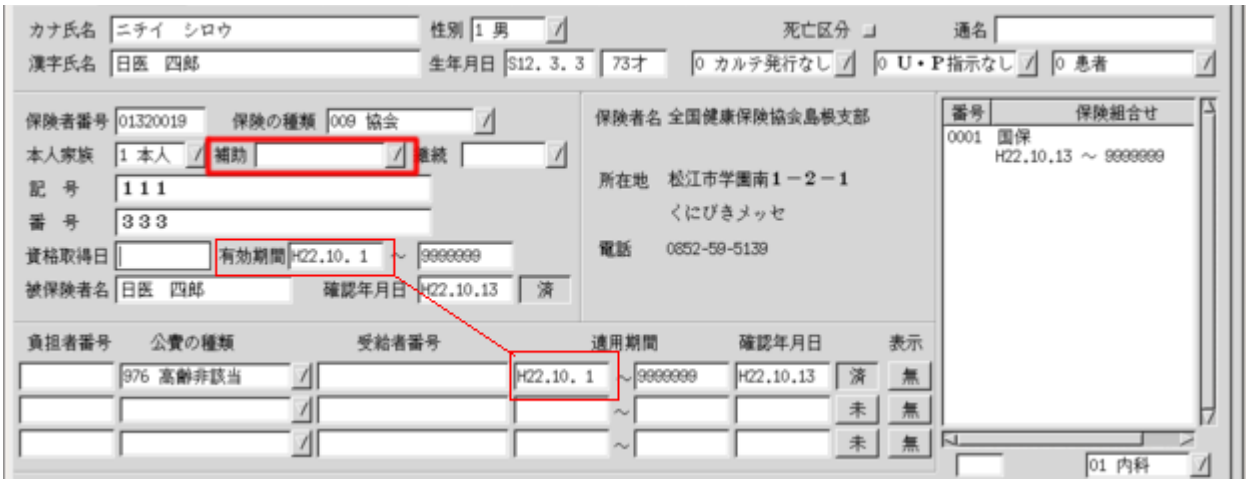


図 99

＜後期非該当＞

75歳以上の後期高齢者で後期高齢者保険に該当しない場合に登録します。

使用する保険番号マスタ

番号	制度名	備考
977	後期非該当	

登録例

公費欄に入力します。

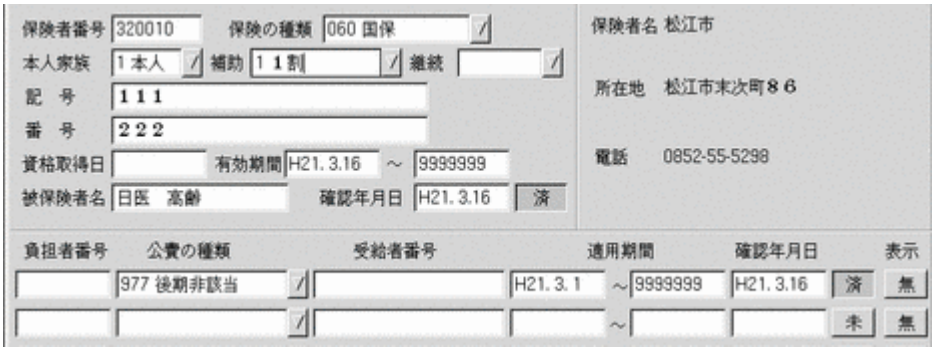


図 100

 Copyright(C)2007JMARI

(6) 労災入力

「労災・自賠」(Shift＋F9) を押下して表示された労災自賠責入力画面で、患者の労災保険情報の入力、修正、削除を行います。

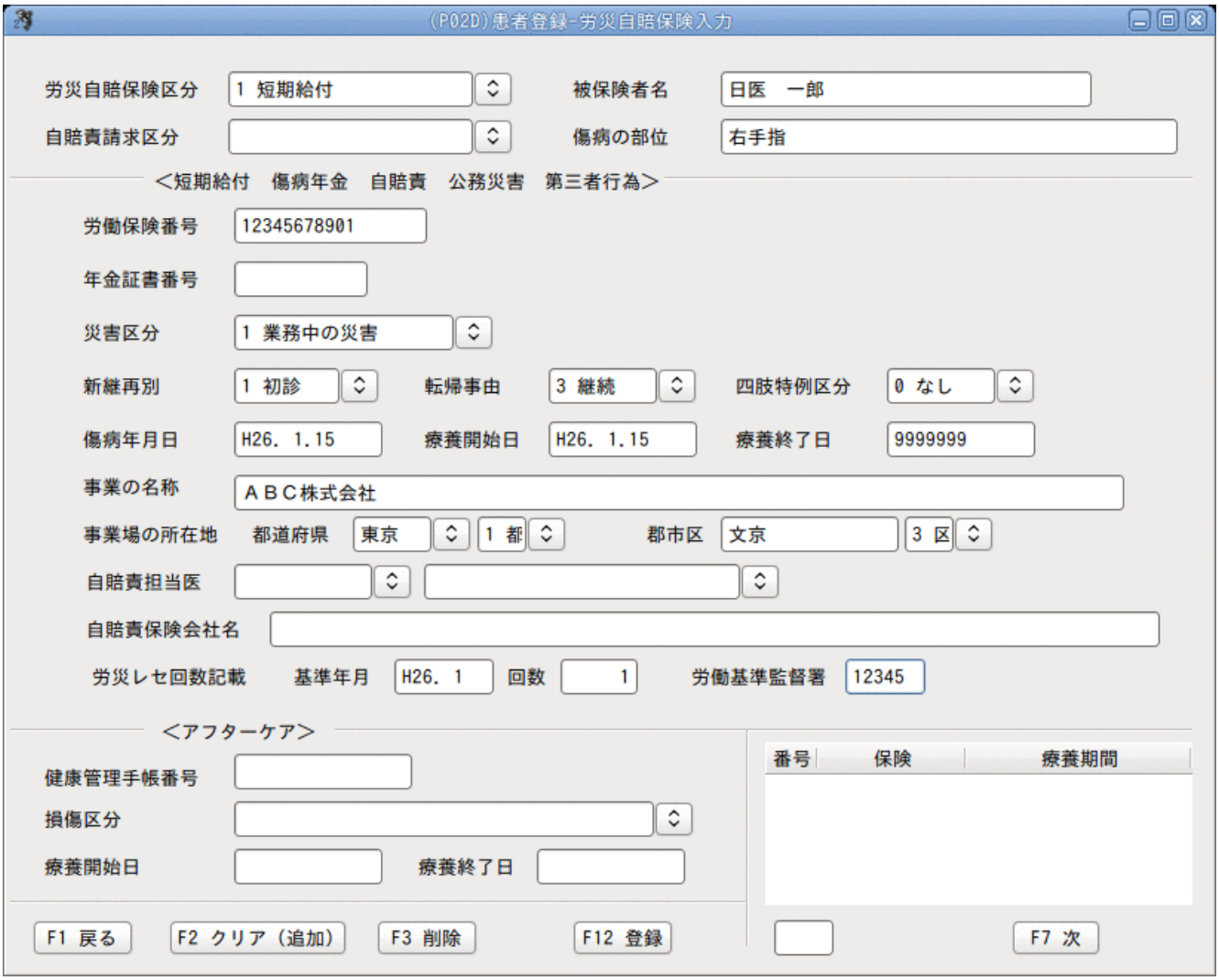


図 101

ファンクションキーの説明

F1　戻る	患者登録画面へ戻ります。
F2　クリア（追加）	画面をクリアします。 労災・自賠責保険を新たに追加するときに押します。
F3　削除	表示されている保険情報を削除します。
F12　登録	労災・自賠責を登録します。
F7　次	労災・自賠責が複数登録されている場合に表示を切り替えます。

項目の説明

労災自賠保険区分	該当する労災保険をコンボボックスより選択します。
被保険者名	患者登録画面で呼び出している患者の氏名が表示されます。
傷病の部位	傷病の部位の入力が行えます。

複数の労災保険で受診している場合等に使用でき、診療行為入力画面の保健組合せ欄に表示します。

－短期給付・傷病年金－

労働保険番号	短期給付の場合に労働保険番号を入力します。 労働保険番号がわからない場合には省略して登録するとこができます。 登録時に「警告！！労働保険番号が未入力です。」とメッセージを表示しますが、そのまま登録ができます。
年金証書番号	傷病年金の場合に年金証書番号を入力します。
災害区分	コンボボックスより選択します。
新継再別	労災保険区分に入力があればコンボボックスより選択できます。
転帰事由	コンボボックスより選択します。ここで入力された転帰事由をレセプト記載します。（病名登録画面の労災病名に入力されている転帰はレセプトに反映しません。労災・自賠保険入力画面の転帰事由が反映されます） 「継続」以外の転帰事由が選択されている場合、レセプト診療年月と療養終了年月日が同じ月であれば、「継続」以外を記載し、そうでなければ「継続」を記載します。
四肢特例区分	労災保険の該当部位が四肢、または手指であった場合に選択します。
傷病年月日	「療養補償給付たる療養の給付請求書」にある傷病年月日を入力します。
療養開始日	療養開始年月日を入力します。
療養終了日	療養終了年月日を入力します。終了日が入力された月の労災レセプトの療養期間には、療養開始日（療養開始日の翌月以降であれば1日）から療養終了日までを表示します。 未入力の場合には「9999999」を終了年月日として扱います。このとき、その月の労災レセプトへの表示は、療養開始日または1日から末日までとなります。
事業の名称	「療養補償給付たる療養の給付請求書」にある事業名称を入力します。
事業場の所在地	「療養補償給付たる療養の給付請求書」にある事業場の所在地をコンボボックスより選択し、入力します。
労災レセ回数記載	労災レセプトへの請求回数記載の設定を行います。基準年月は「療養開始日」が初期設定されますが、診療開始日以降で任意に基準年月、回数を変更できます。設定された基準月から回数をカウントし労災レセへ記載します。
労災基準監督署	労災の請求書を作成するのに使用します。

※労災レセへ記載するには「101　システム管理マスタ」－「4001　労災自賠医療機関設定情報」も設定する必要があります。

－アフターケア－

健康管理手帳番号	健康管理手帳番号の入力をします。
損傷区分	該当するアフターケア対象傷病をコンボボックスより選択します。
療養開始日	療養開始日を入力します。
療養終了日	療養終了日を入力します。未入力の場合、「9999999」を終了年月日として扱います。

【労災保険登録後の患者登録画面】

図 102

労災保険対応として使用する際には、「101　システム管理マスタ」－「4001　労災自賠医療機関情報」で必要項目の設定を行ってください。

（7）自賠責入力

「労災・自賠」(Shift＋F9) を押下して表示された労災自賠責入力画面で、患者の自賠責または第三者行為（自賠責）の入力、修正、削除を行います。

交通事故等（第三者行為によるケガ）で健康保険を使用して治療を受ける場合

労災自賠責保険区分に「6　第三者行為」を選択してください。
登録後、公費の種類欄に「970　第三者行為」を追加します。

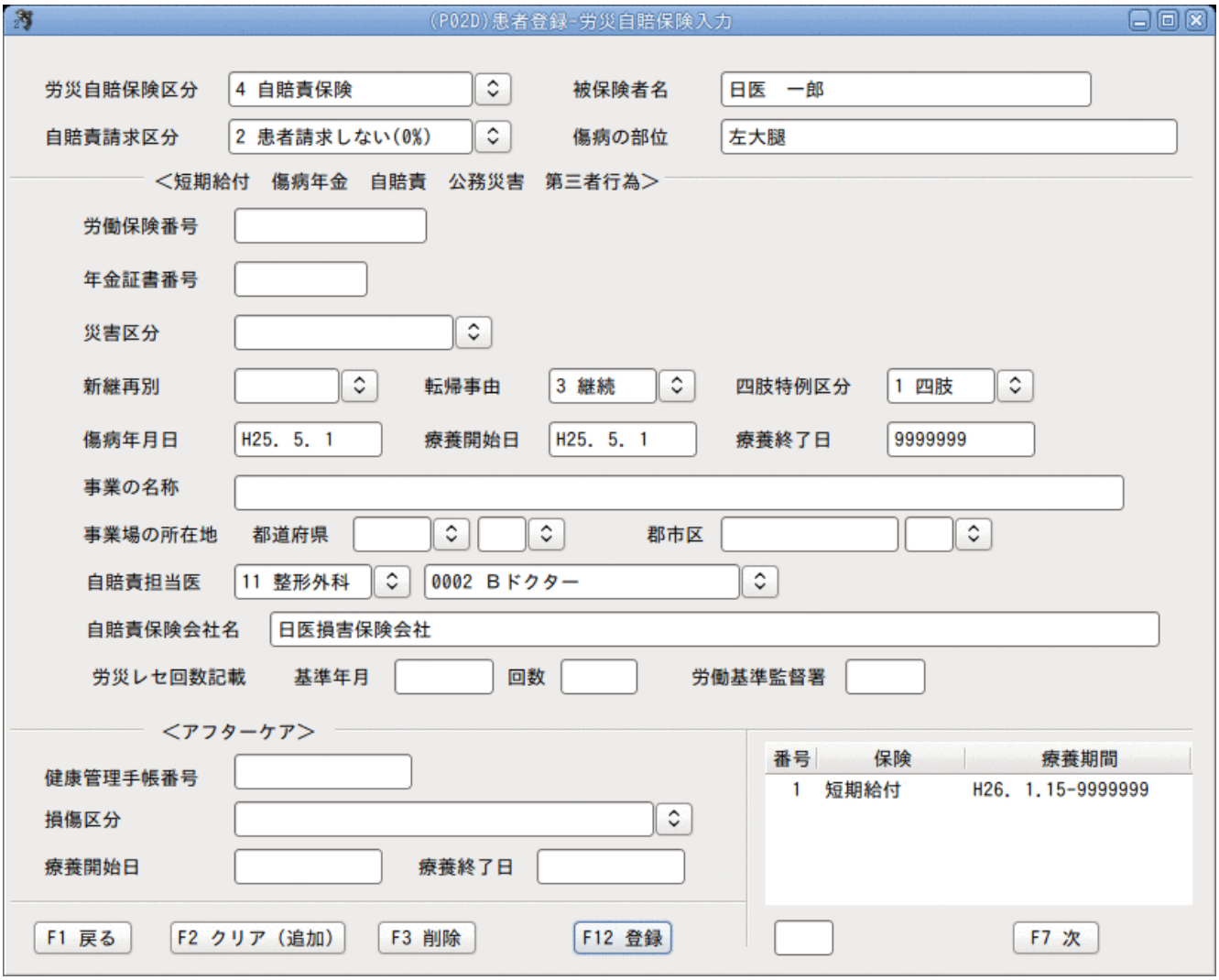


図 103

ファンクションキーの説明

F1　戻る	患者登録画面へ戻ります。
F2　クリア（追加）	画面をクリアします。 労災・自賠責保険を新たに追加するときに押します。
F3　削除	表示されている保険情報を削除します。
F12　登録	労災・自賠責を登録します。
F7　次	労災・自賠責が複数登録されている場合に表示を切り替えます。

使用項目の説明

労災自賠責保険区分	コンボボックスより選択します。
自賠責請求区分	コンボボックスより選択します。初期表示を「101　システム管理マスタ」－「4001　労災自賠医療機関情報」にて設定することができます。 ※労災自賠責保険区分に「6　第三者行為」を選択した場合は、「2　請求しない（0%）」を表示します。
傷病の部位	自賠責診療報酬明細書への表示等、反映はしませんが診療行為入力画面右上部への画面に表示され、部位の確認をすることができます。必須入力ではありません。
転帰事由	コンボボックスより選択します。ここで入力された転帰事由をレセプト記載します。（病名登録画面の自賠病名に入力されている転帰はレセプトに反映しません。労災・自賠保険入力画面の転帰事由が反映されます） 「継続」以外の転帰事由が選択されている場合、レセプト診療年月と療養終了年月日が同じ月であれば、「継続」以外を記載し、そうでなければ「継続」を記載します。
四肢特例区分	労災保険に準拠するため、自賠責保険の該当部位が四肢、または手指であった場合に選択します。
傷病年月日	受傷日を入力します。
療養開始日	診療期間開始日を入力します。
療養終了日	診療期間終了日を入力します。終了日が入力された月の自賠責レセプトの診療期間には、療養開始日（療養開始日の翌月以降であれば1日）から療養終了日までを表示します。 未入力の場合、「9999999」を終了年月日として扱います。その月の自賠責レセプトへの表示は療養開始日または1日から末日までとなります。
自賠責担当医	自賠責レセプトへ担当医の記載をします。 科を選択後、担当医を選択、または医師コードを直接入力します。 入力がない場合は、「101　システム管理マスタ」－「1001　医療機関情報―基本」の管理者氏名（院長）を自賠責レセプトへ記載します。
自賠責保険会社名	自賠責レセプトへ保険会社名を記載します。

自賠責対応として使用する際には、「101　システム管理マスタ」－「4001　労災自賠医療機関情報」で必要項目の設定を行ってください。

「6　第三者行為」について

- 「6　第三者行為」を登録すると、医保＋第三者行為の保険組合せが作成されます。
- 第三者行為単独の保険組合せは作成されません。
- 患者登録画面に「減免事由」が設定されていても、減免計算は行いません。
- 現物給付計算を行いません。
- 災害減免対象外となります。
- 75歳到達月の自己負担限度額特例対象外となります。

（8）公費欄の負担金、負担割合が変わった場合の変更方法

公費の改正等で負担金や負担割合等が変わった場合は、公費の期限を終了させ、新たに同じ公費を登録する必要があります。これは、公費情報（保険番号マスタ）に期間があり、新たな負担金等が設定されるためです。

例）平成25年7月1日から191福祉の負担金が変わる場合

平成25年7月1日以降に登録する患者は問題ありません。

平成25年6月30日以前に登録済みの患者に対して、再度公費の登録が必要になります。

該当の患者の登録画面を開きます。

「Enter」またはいずれかのファンクションキーを押下するとメッセージを表示します。

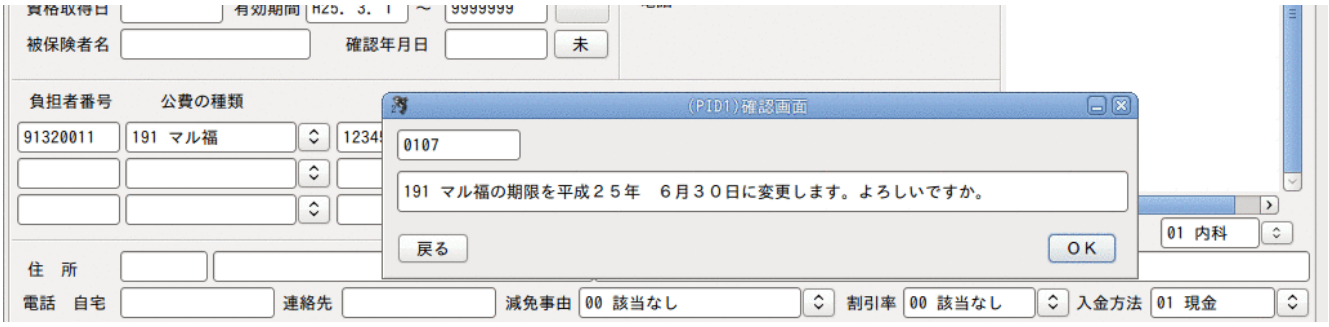


図 104

「OK」を選択します。

負担者番号、受給者番号がコピーされ、10月1日からの公費を追加登録します。

図 105

Copyright(C)2007JMARI

（9）－1　一般から前期高齢受給者に変更する場合

＜社保の場合＞

該当の患者の登録画面を開きます。

登録(F12)を押下するとメッセージを表示します。（他にも保険組合せ(F5)、タブ切替(F8、Shift+F8)、労災・自賠(Shift+F9)を押下したタイミングでメッセージを表示します）

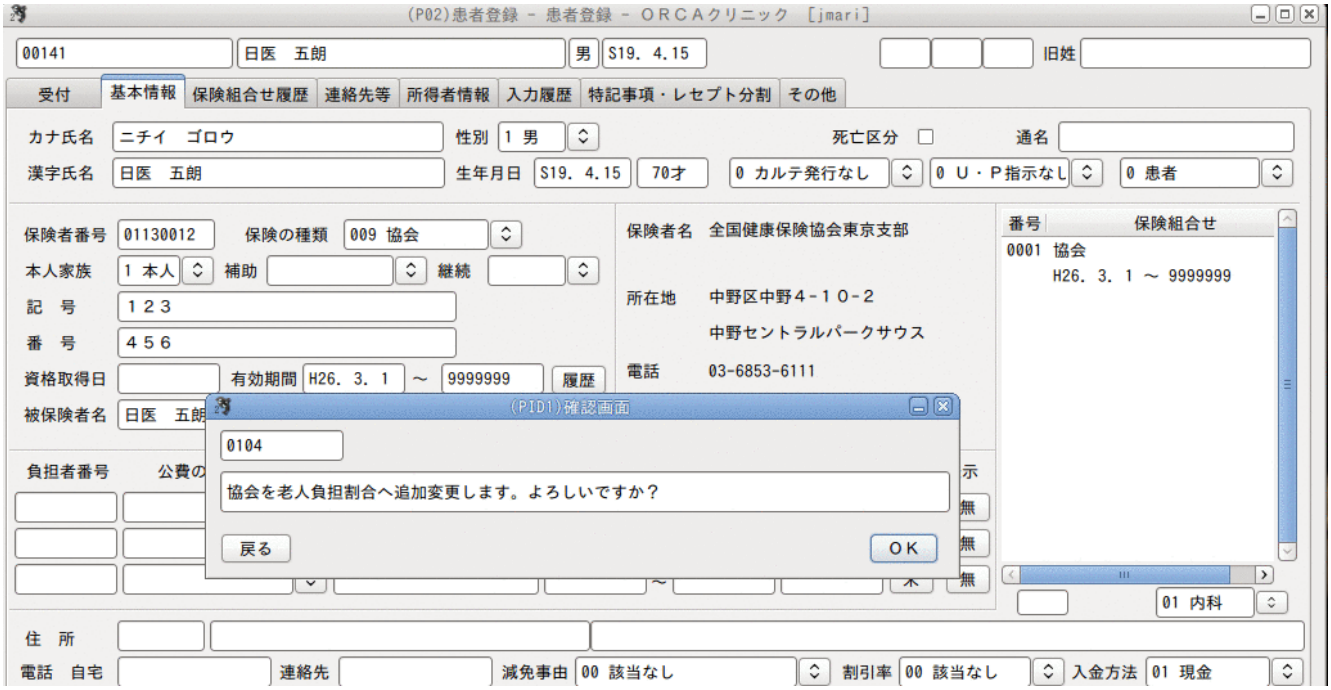


図 106

「OK」を選択します。

負担割合に「2割」を表示します。

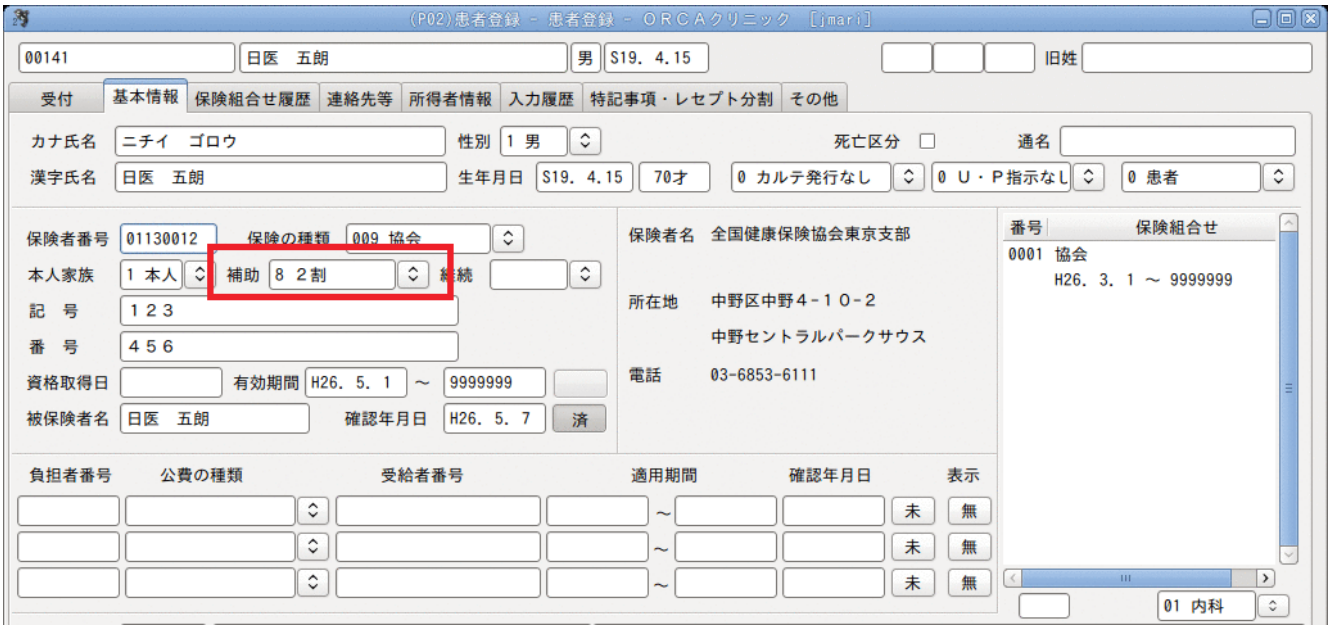


図 107

Copyright(C)2007JMARI

ヒント！

社会保険の場合に補助区分を「3割」に変更するには、有効期限をH18.10.01以降に変更する必要があります。

＜国保の場合＞

患者登録画面の有効開始日、確認年月日が前期高齢者となる日より前の場合にメッセージを表示します。

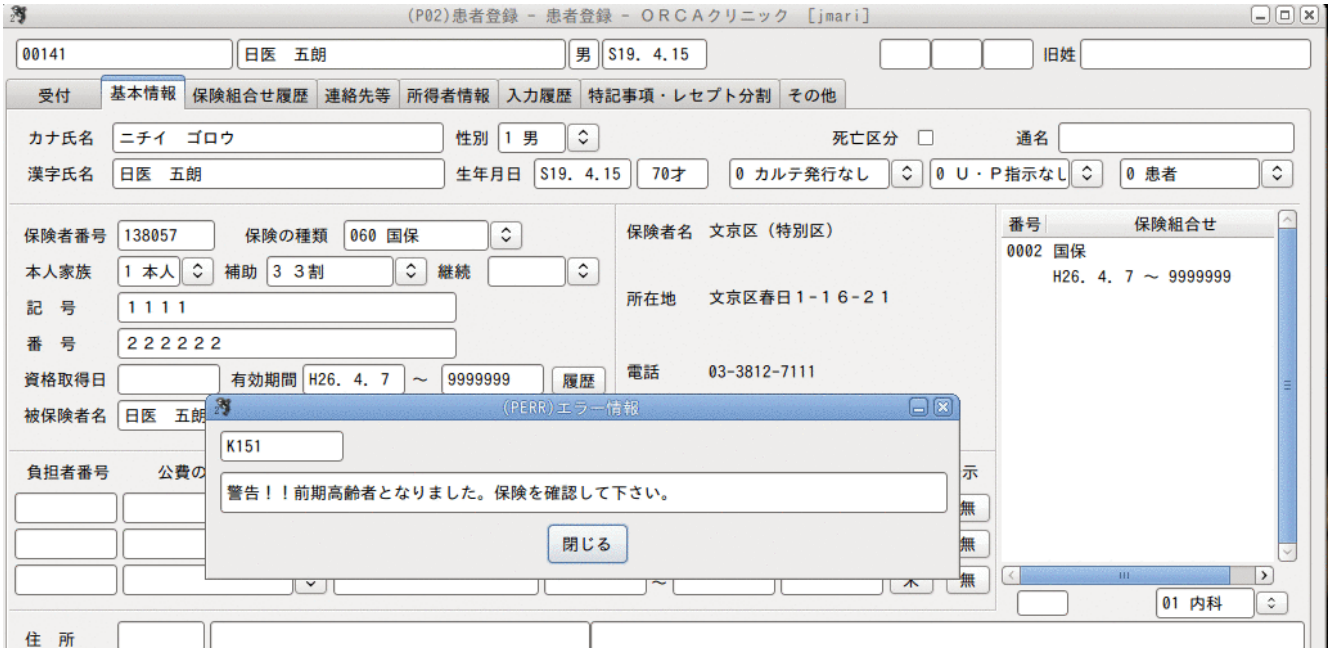


図 108

前期高齢者2割の場合は「保険追加」より新たに保険を追加します。

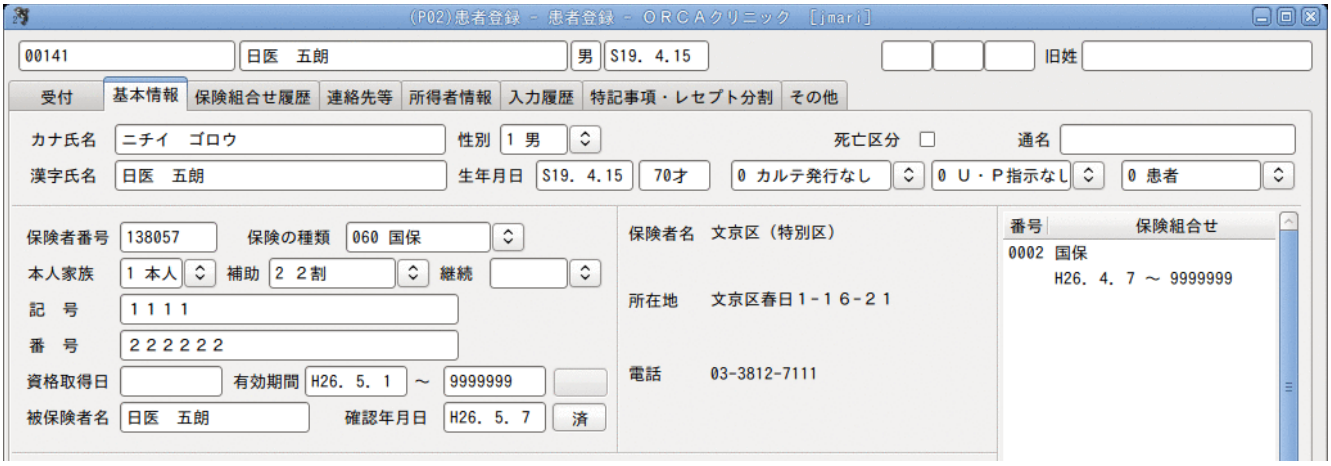


図 109

前期高齢者3割の場合は確認年月日の「未」ボタンを押下し「済」に変更します。

図 110

確認日が更新され次回からはチェックがかからなくなります。

(9) －2　一般または前期高齢者受給者から後期高齢者へ変更

該当の患者の登録画面を開きます。
「Enter」またはいずれかのファンクションキーを押下するとメッセージを表示します。

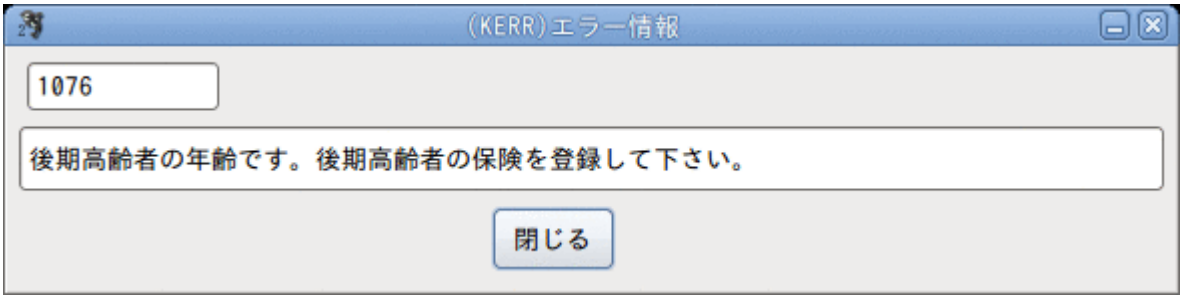


図 111

「閉じる」を押下し、「保険追加」(Shift＋F6)にて後期高齢者の保険を追加してください。

(9) －3　老人保健から後期高齢者への変更

1. 老人保健が登録されている患者を呼び出します。
2. 老人保健を平成20年3月31日で終了するメッセージを表示します。
3. 「OK」で老人保健が終了します。
4. 「保険追加」(Shift＋F6)にて後期高齢者の保険を登録します。

(10) 一定以上所得者の月上限経過措置（自己負担上限額の経過措置）

削除

（11）公務災害入力

「労災・自賠」(Shift＋F9) を押下して表示された労災自賠責入力画面で、患者の自賠責保険情報の入力、修正、削除を行います。

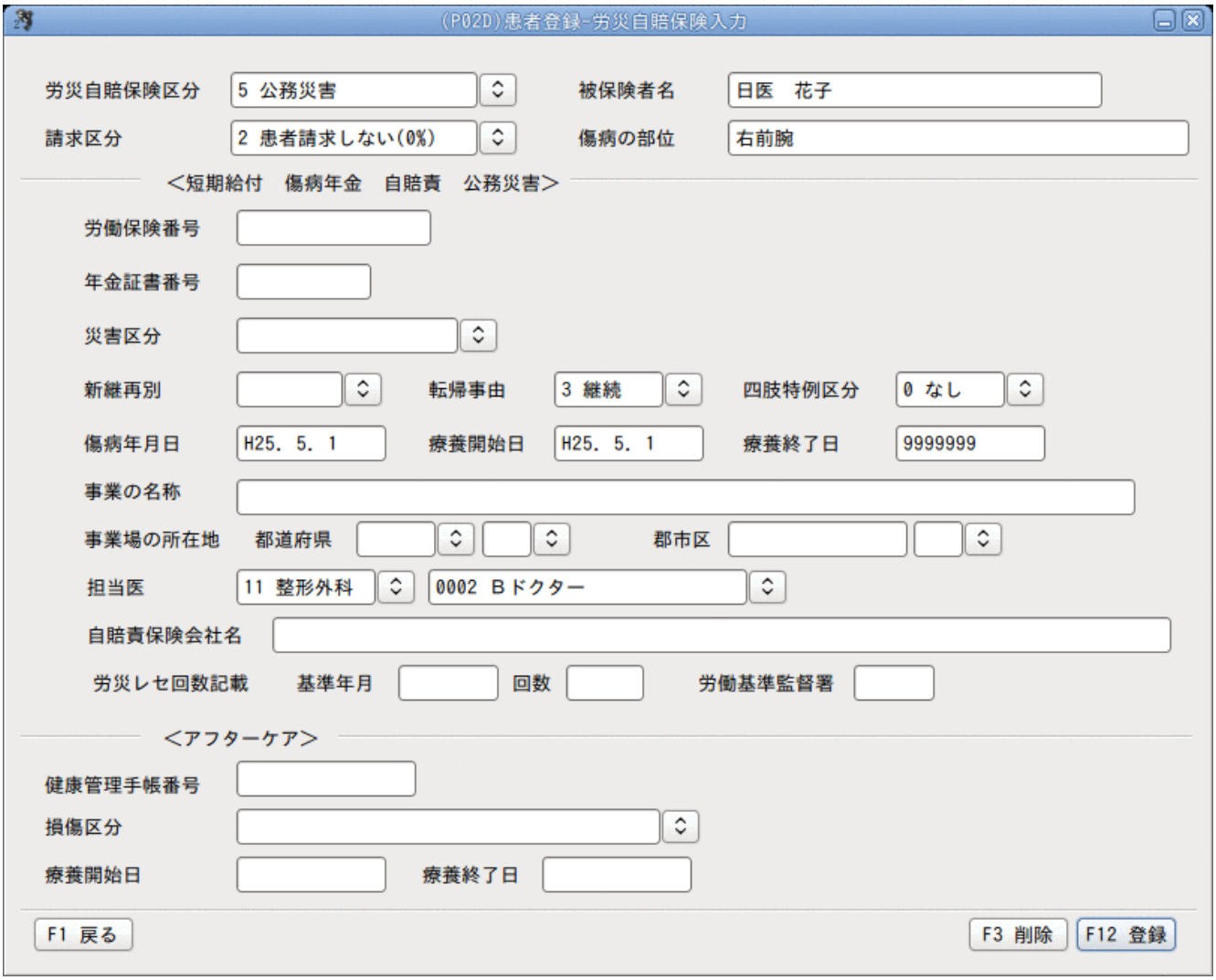


図 112

使用項目の説明

労災自賠責保険区分	コンボボックスより選択します。
請求区分	コンボボックスより選択します。初期表示を「101　システム管理マスタ」－「4001　労災自賠医療機関情報」にて設定できます。
傷病の部位	診療行為入力画面右上部への画面に表示され、部位の確認をすることができます。必須入力ではありません。
転帰事由	コンボボックスより選択します。ここで入力された転帰事由をレセプト記載します。（病名登録画面の公害病名に入力されている転帰はレセプトに反映しません。労災・自賠保険入力画面の転帰事由が反映されます） 「継続」以外の転帰事由が選択されている場合、レセプト診療年月と療養終了年月日が同じ月であれば、「継続」以外を記載し、そうでなければ「継続」を記載します。
四肢特例区分	労災保険に準拠する場合、四肢または手指であった場合に選択します。
傷病年月日	受傷日を入力します。
療養開始日	診療期間開始日を入力します。
療養終了日	診療期間終了日を入力します。終了日が入力された月のレセプトの診療期間には、療養開始日（療養開始日の翌月以降であれば1日）から療養終了日までを表示します。

	未入力の場合、「9999999」を終了年月日として扱います。その月のレセプトへの表示は療養開始日または1日から末日までとなります。
担当医	公害レセプトへ担当医の記載をします。 科を選択後、担当医を選択、または医師コードを直接入力します。 入力がない場合は、「101　システム管理マスタ」－「1001　医療機関情報―基本」の管理者氏名（院長）をレセプトへ記載します。

ヒント！

公務災害として使用する際には、「101　システム管理マスタ」－「4001　労災自賠医療機関情報」で必要項目の設定を行ってください。

Copyright(C)2007JMARI

(12) 公害入力

保険の種類から「975　公害保険」を選択します。
本人家族区分は「本人」のみ登録できます。

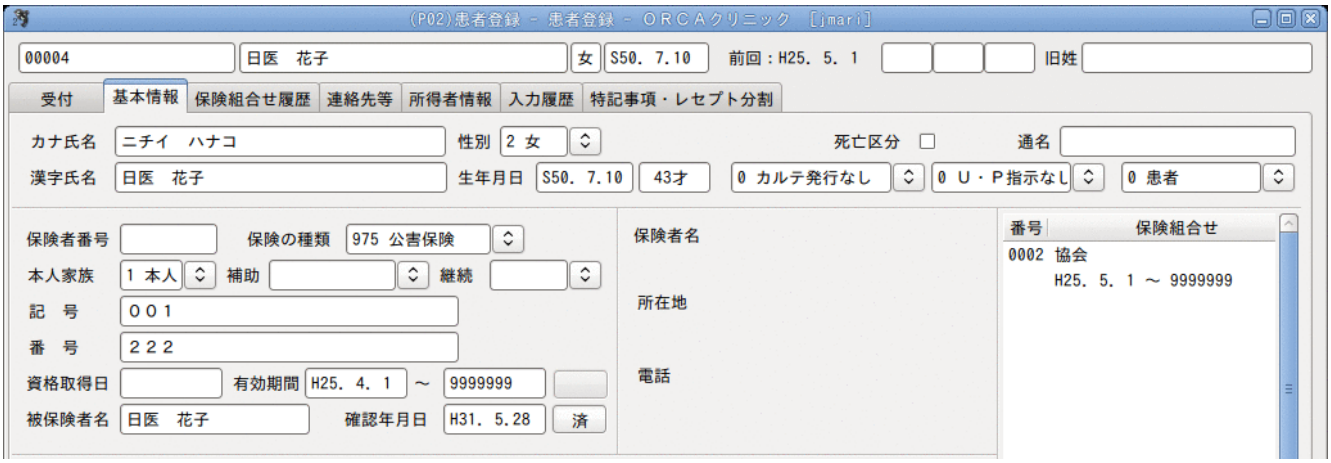


図 113

(13) 特記事項登録

患者毎に特記事項を登録しレセプト、レセプト電算データに記載します。

患者登録の「特記事項・レセプト分割」タブを選択します。

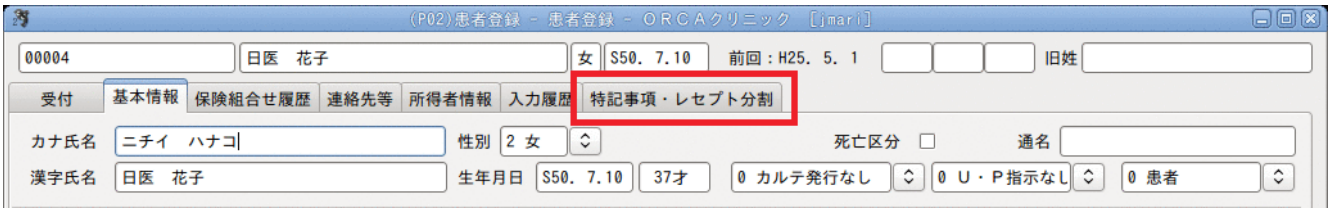


図 114

Copyright(C)2007JMARI

特記事項入力画面に遷移します。赤枠内の各項目を入力します。

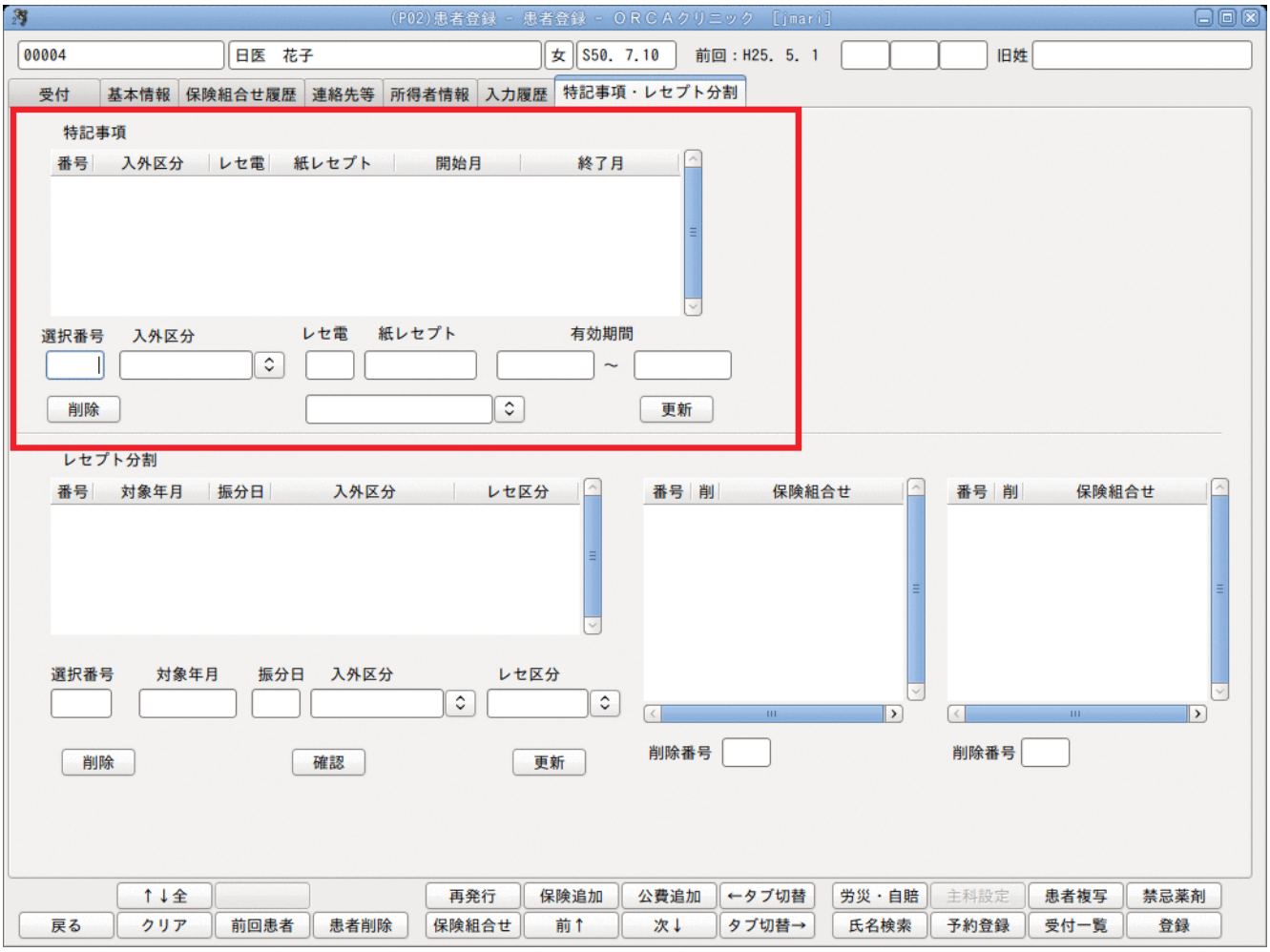


図 115

項目の説明

入外区分	入外の指定をします。
レセ電	レセプト電算データに記録する特記事項番号を入力します。任意の番号での登録もできます。
紙レセプト	紙レセプトの特記事項に記載する内容を入力します（レセ電欄の番号との連動）。任意の文字列の入力もできます。
有効期間	開始年月、終了年月を入力します。

ポイント！

- 特記事項に「07　老併」「09　施」が登録してある場合は、診療行為入力画面の診察料が自動的にダミーコードに変わります。
- 特記事項はコンボボックスより選択して登録することもできます。

図 116

（14）介護老人保健施設の入所登録（入所中・入所中以外のレセプト作成）

介護老人保健施設に入所中の診療と入所中以外の診療をそれぞれ個別のレセプトに記載します。

＜登録方法＞
公費欄に「950　07入所中」または「951　08入所中」を入力します。
適用期間の開始日に入所日を入力し、終了日に退所日を入力します。

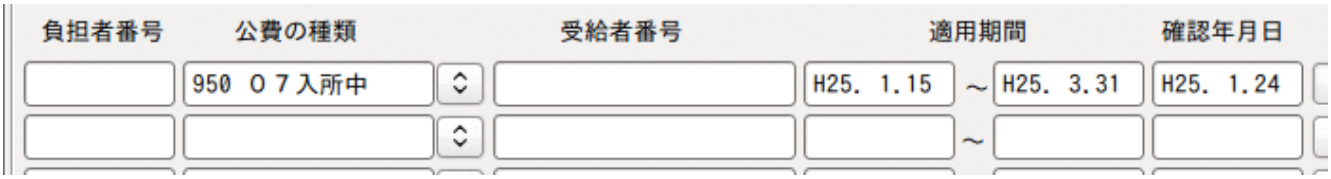


図 117

適用開始日、適用終了日で保険組合せが変わります。
「42　明細書」でレセプトを作成すると、それぞれの保険組合せの期間で個別にレセプトを作成します。

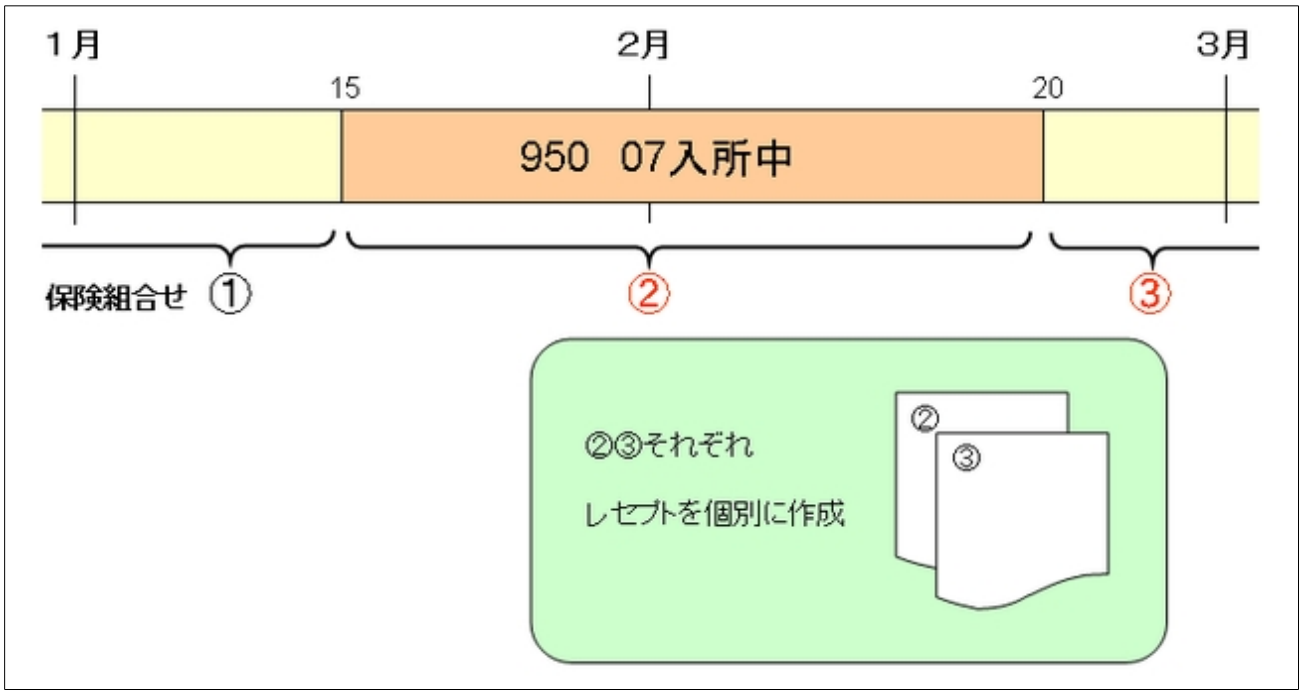


図 118

ヒント！

「950　07入所中」は特記事項「07老併」に該当します。
「951　08入所中」は特記事項「08老健」に該当します。

それぞれ入所中のレセプトには特記事項がない場合でも「07老併」または「08老健」を自動記載します。

＜既に入所中の患者、または入所登録を行なっていない患者が退所した場合＞

同一月に「入所中の診療」と「入所中以外の診療」があった場合、個別にレセプトを作成する必要があります。

■退所後の診療が当月にない場合

入所登録は必要ありません。

■退所後の診療が当月にある場合

当月の1日から退所日までの期間で「950　07入所中」または「951　08入所中」を登録してください。
入所日以降は保険組合せが変わりますので入力を訂正してください。

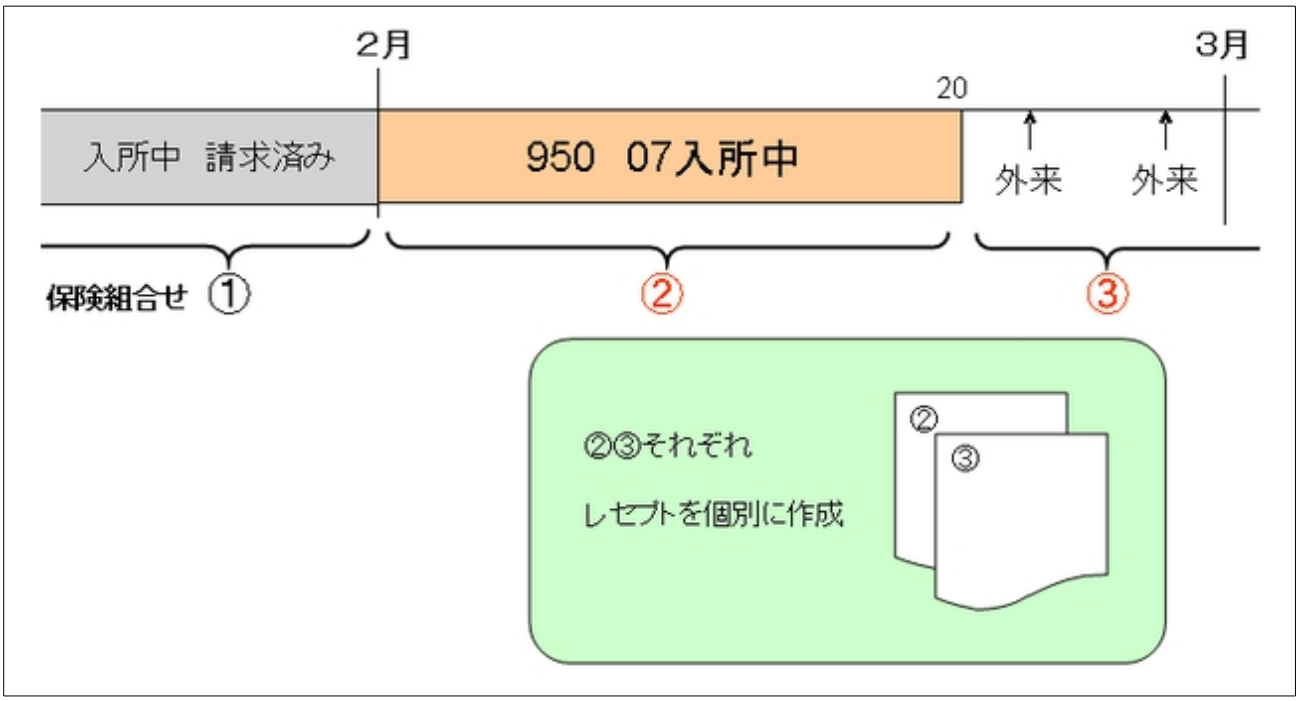


図 119

（15）レセプト分割設定

1枚まとめレセプト（複数の保険分）を分割し、各保険組合せ毎にレセプトを作成します。

ポイント！

1. 分割を行うには必ず主保険の適用期間を区切る必要があります。
   ※公費の変更があり、主保険に変更がなかったとしても主保険を公費に合わせて区切る必要があります。
2. 各保険組合せの変更日に分割する保険を指定します。
3. 主保険の保険者番号の変更等、複数のレセプトが作成される場合は分割の設定は必要ありません。
4. 1枚にまとめたレセプトでは請求できない場合のみ設定してください。

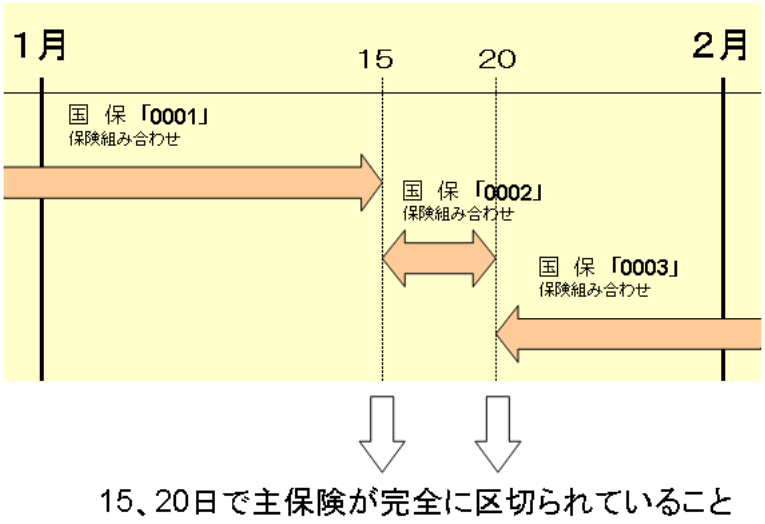


図 120

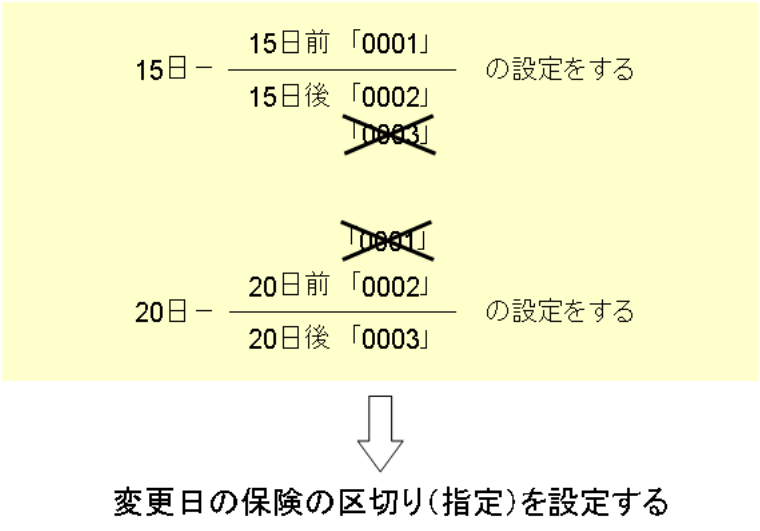


図 121

＜操作方法＞

例）国保の記号・番号の変更

保険組合せ0001、0002、0003、それぞれのレセプトを作成する

国保：保険組合せ0001　H24.4.　1～H25.1.14

国保：保険組合せ0002　H25.1.15～H25.1.19

国保：保険組合せ0003　H25.1.20～999999

1.　(P02)登録画面で患者を開き、「特記事項・レセプト分割」を押下します。

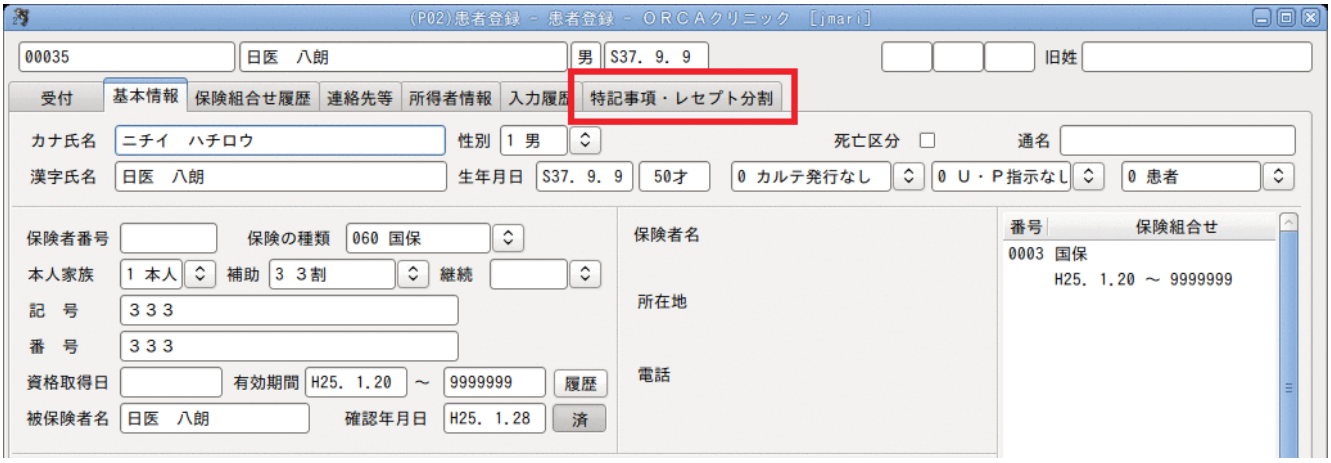


図 122

2.　対象年月欄に「H2501」を入力し、振替日に「15」を入力し、「Enter」を押下します。

14日までの保険組合せと15日以降の保険組合せが表示されます。

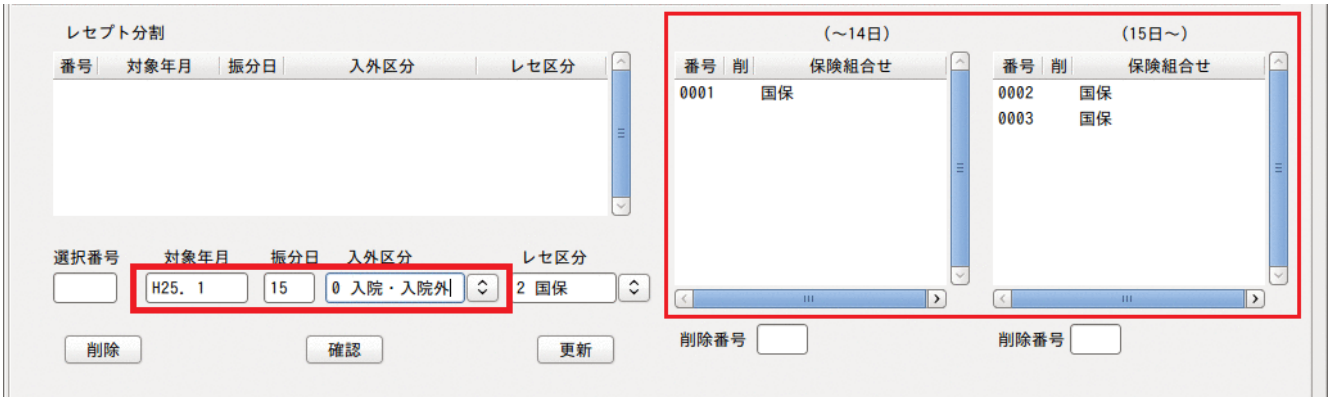


図 123

3. 15日では保険組合せの0001と0002を分ける設定の為、0003を削除します。
   削除番号に「3」を入力するか、「0003」をマウスで選択します。
   削除設定された保険組合せに「◎」が付きます。

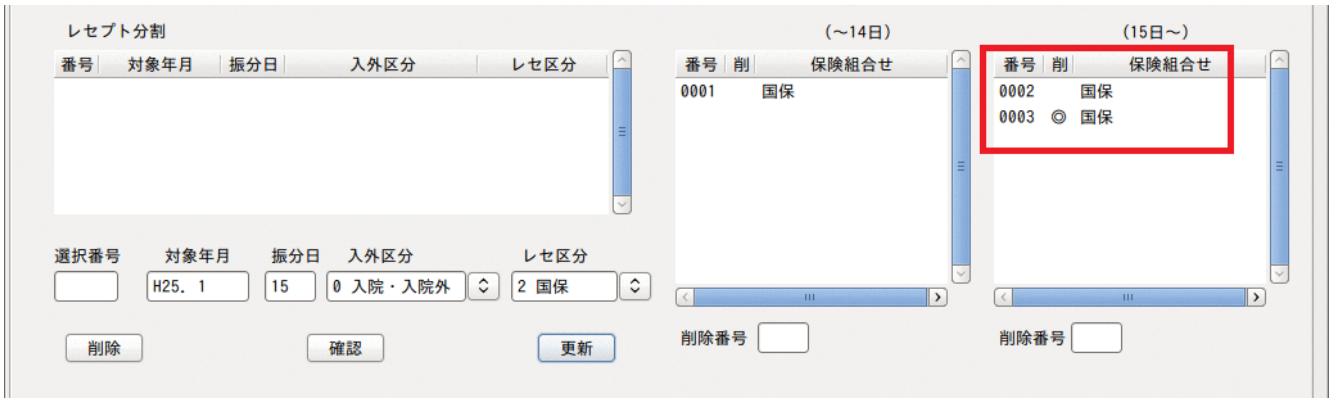


図 124

4. 「更新」を押下して登録します。

図 125

5. 20日では保険組合せの0002と0003を分ける設定の為、0001を削除します。

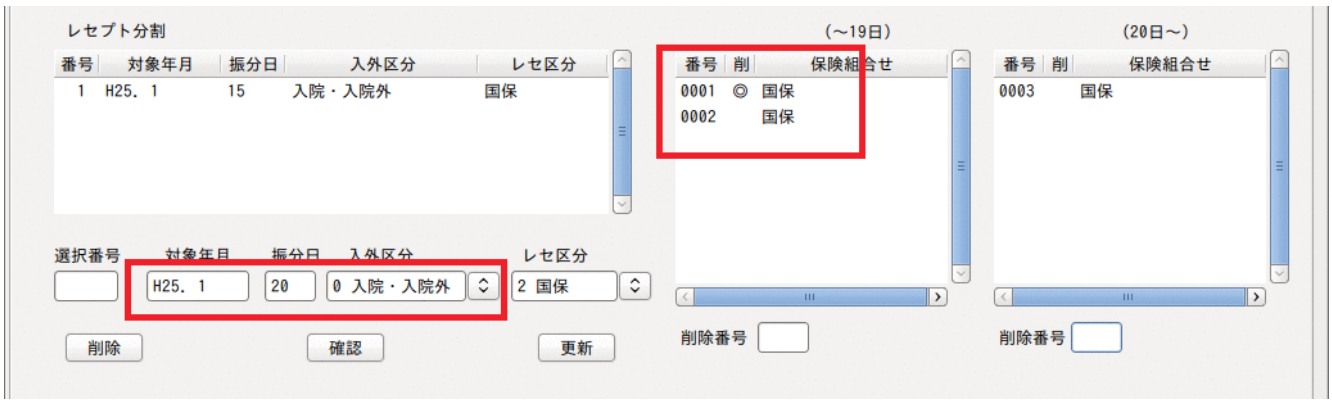


図 126

6. 「更新」を押下して登録します。
   最後に「登録」(F12)を押下し、登録を完了します。

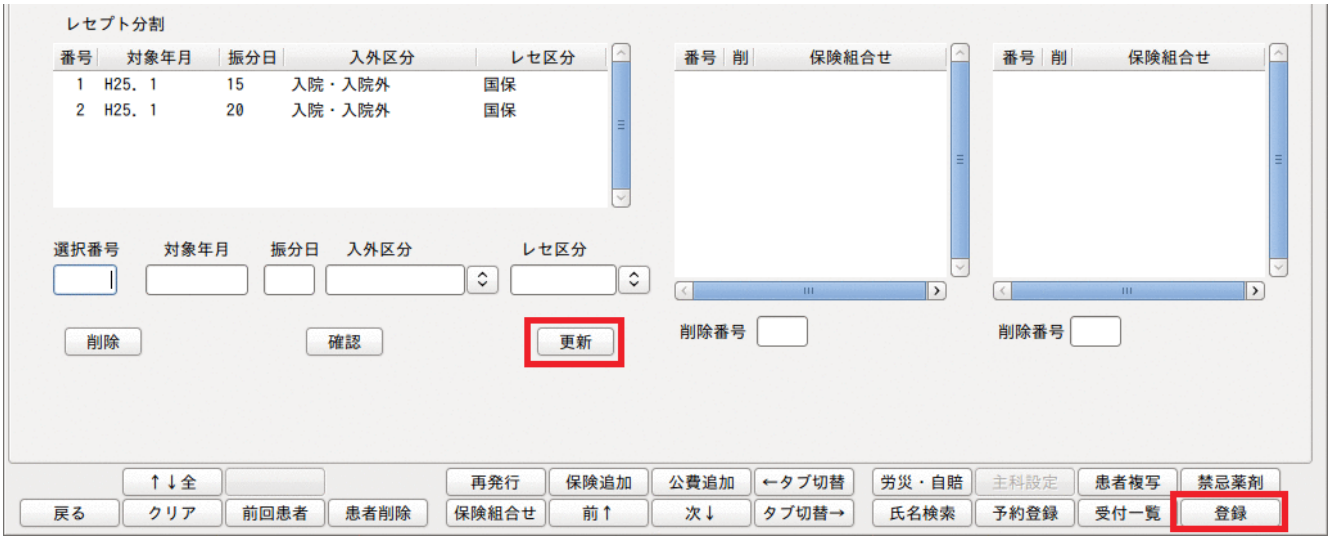


図 127

7. レセプトを作成します。

（1）受付
（2）「未登録者受付」ボタン

（1）受付

当日の患者の受付情報を表示します。また受付情報の追加・変更・取消を行います。

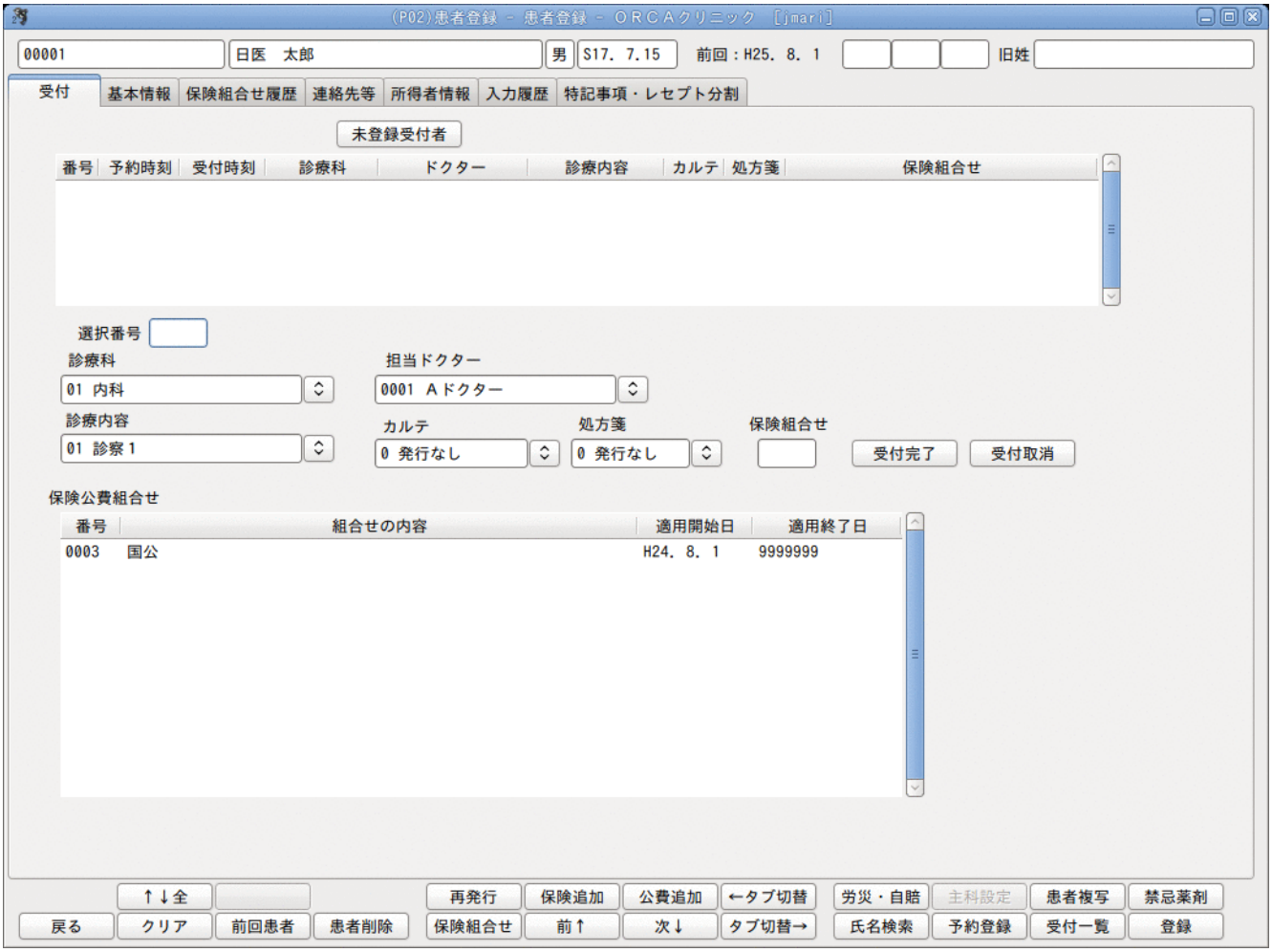


図 128

診療科	コンボボックスに表示しているリストより選択します。（前回受診科を表示します）
担当ドクター	コンボボックスに表示しているリストより選択します。
診療内容	コンボボックスに表示しているリストより選択します。
カルテ	カルテ頭書きを印刷するかどうかを指定します。
処方せん	処方せん頭書きを印刷するかどうかを指定します。発行ありの場合、保険組合せの選択が必要です。
保険組合せ	カルテまたは処方せんを出力する場合、保険・公費の組合せ情報より番号を選択入力します。

以上の項目を入力し、「受付完了」を押下することにより、本日の予約状況、受付状況欄に表示します。

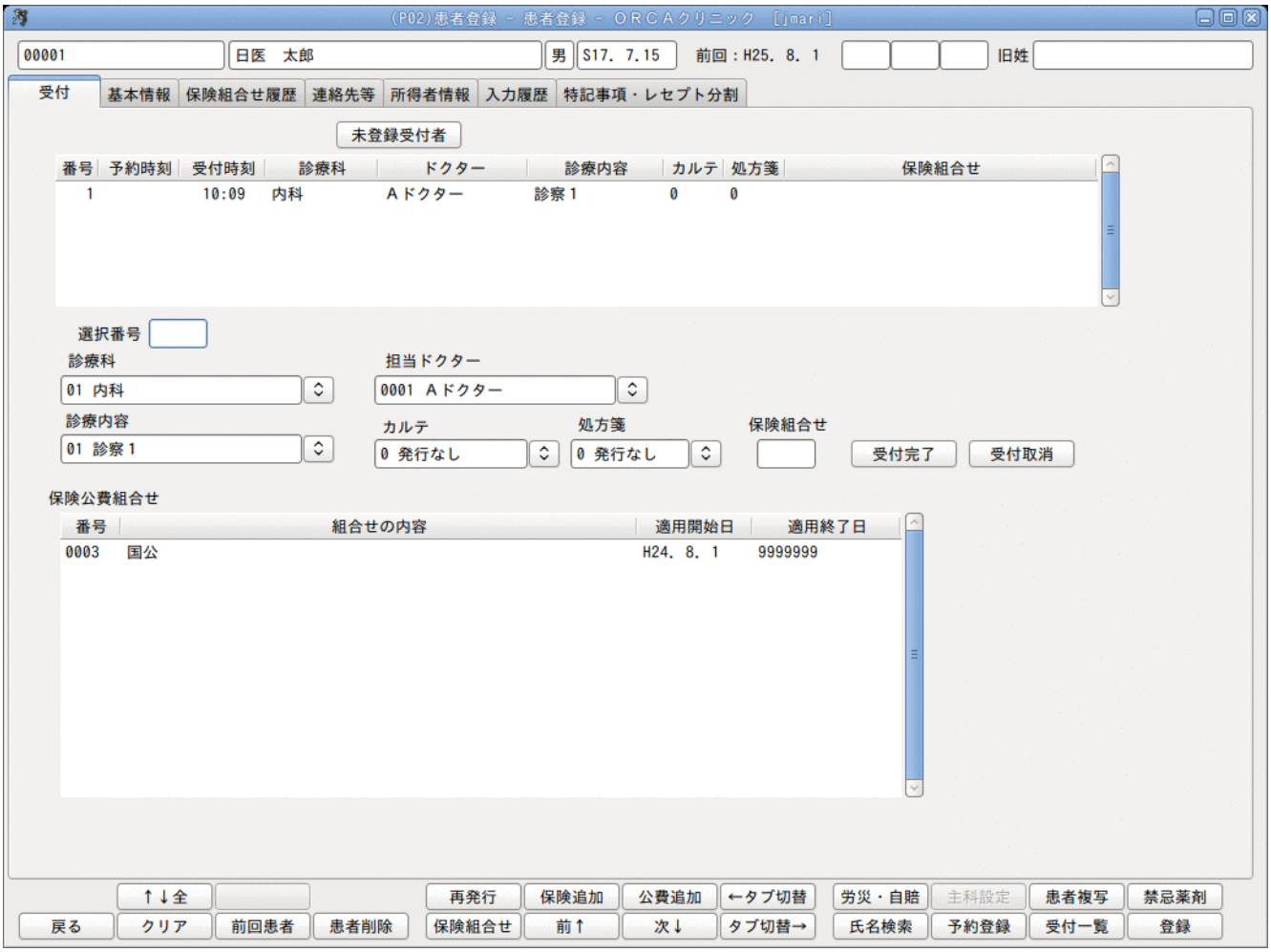


図 129

本日の予約状況、受付状況欄に表示されます。

ボタンの説明

受付完了	入力した患者の受付処理を行い、本日の予約状況、受付状況欄に表示されます。
受付取消	本日の予約状況、受付状況欄に表示されている中から、選択された受付済みの内容を取り消します。
未登録受付者 （受付登録画面にて氏名のみで受付を完了している患者）	受付が完了している新患の中で、採番、保険登録がまだされていない患者を一覧に表示します。

(2) 「未登録者受付」ボタン

このボタンを押下することにより、未登録受付一覧画面へ遷移します。

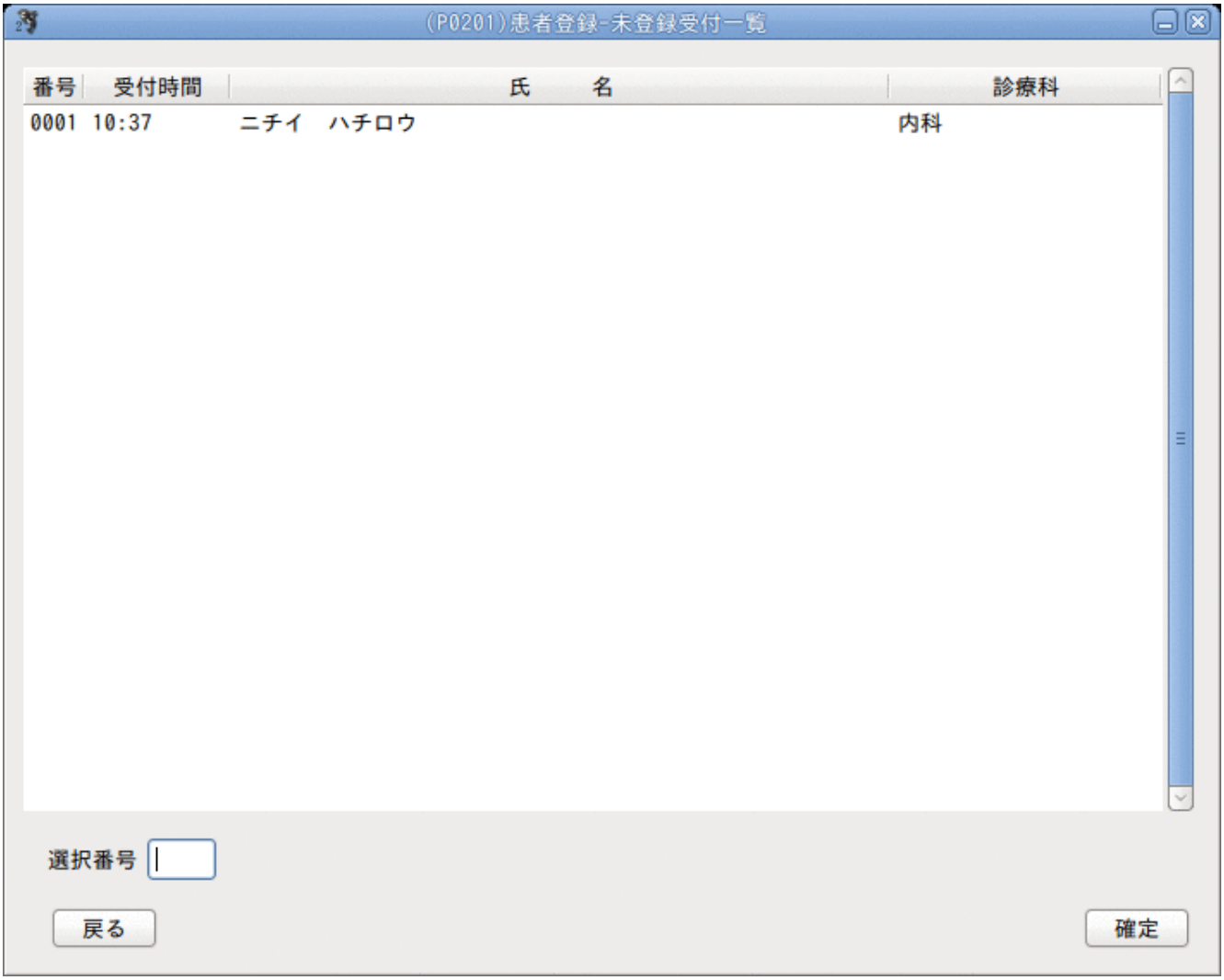


図 130

患者登録する該当者を選択番号に入力し、「Enter」を押下すると患者登録の受付にある本日の予約状況、受付状況欄に表示します。

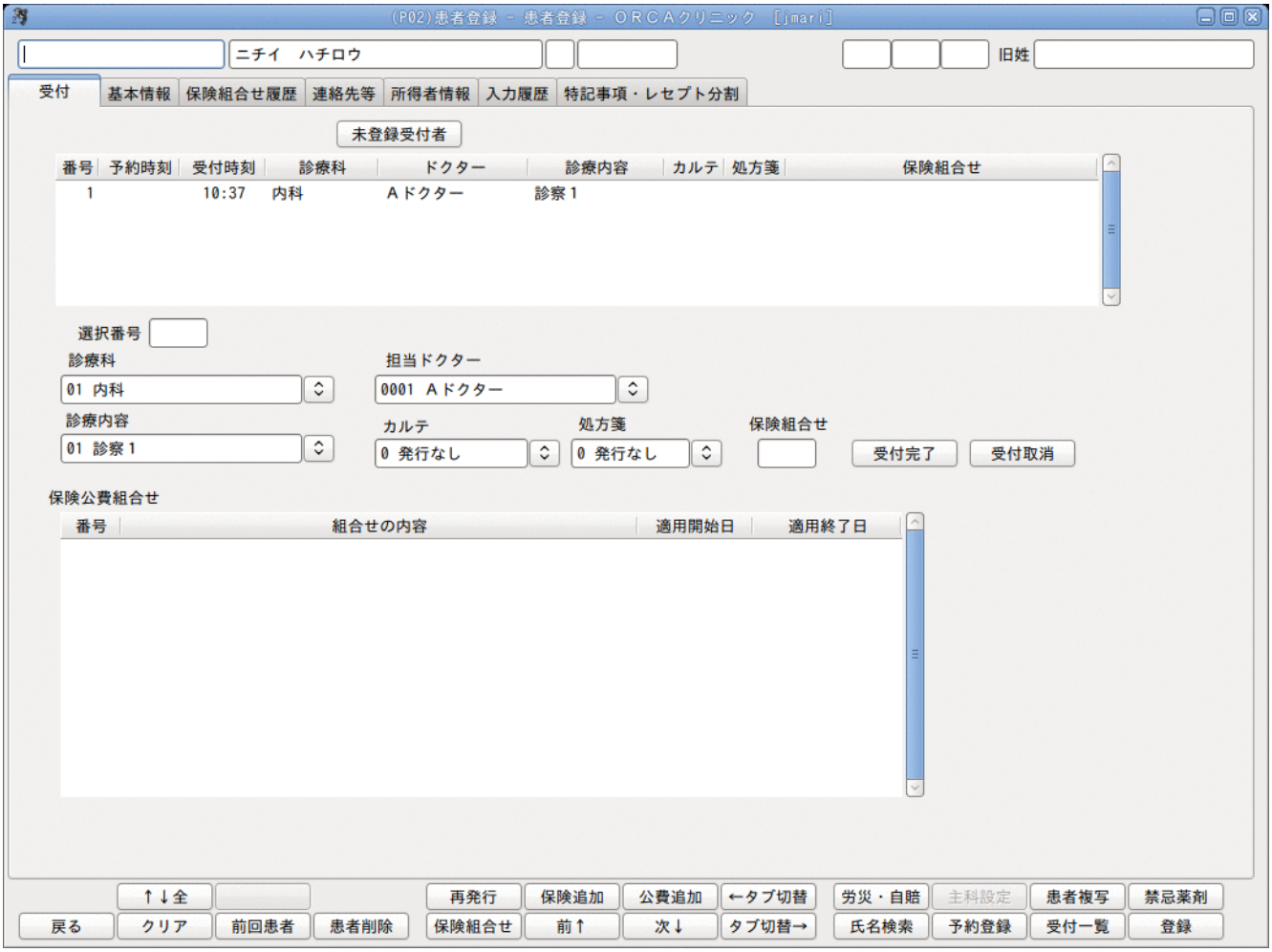


図 131

２.２.５　保険組合せ履歴

＜保険組合せ情報の表示＞

基本情報画面の保険・公費情報より作成された全ての保険組合せを表示します。

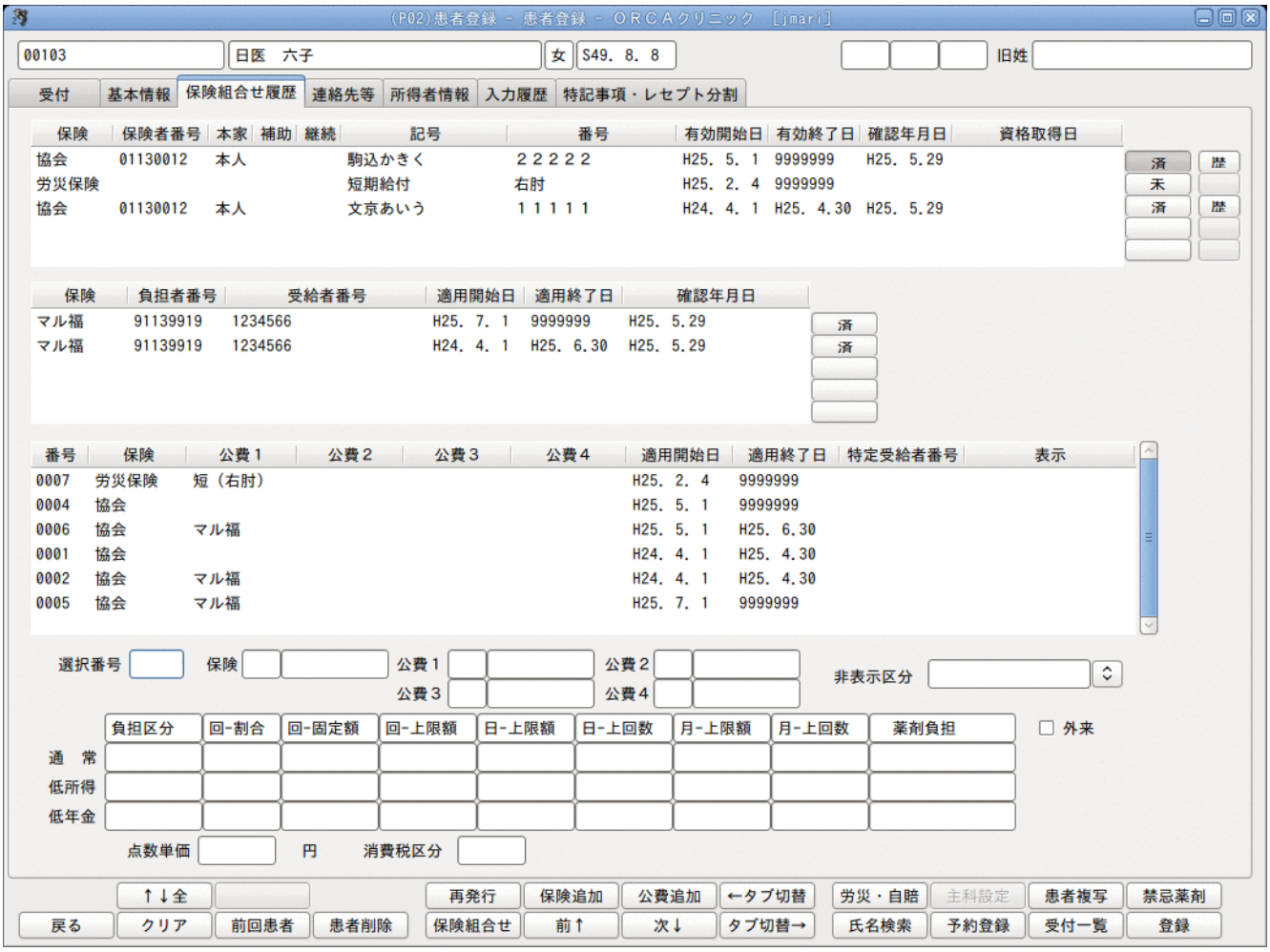


図 132

＜保険・公費の確認ボタン＞

保険・公費の確認年月日は、この画面からも切り替えることができます。

保険証の変更の有無についての確認を行った場合に確認ボタンを押下します。

「未」のときにクリックするとシステム日付を確認年月日に編集し、表示を「済」へと変更します。

図 133

Copyright(C)2007JMARI

＜該当保険組合せの患者負担割合の表示＞

選択番号を入力またはクリックして表示された保険組合せの患者負担割合の確認ができます。

また、外来ボタンはクリックすると入院時の患者負担割合へ切り替わると共に薬剤負担金欄は食事療養費欄と表示を変更します。

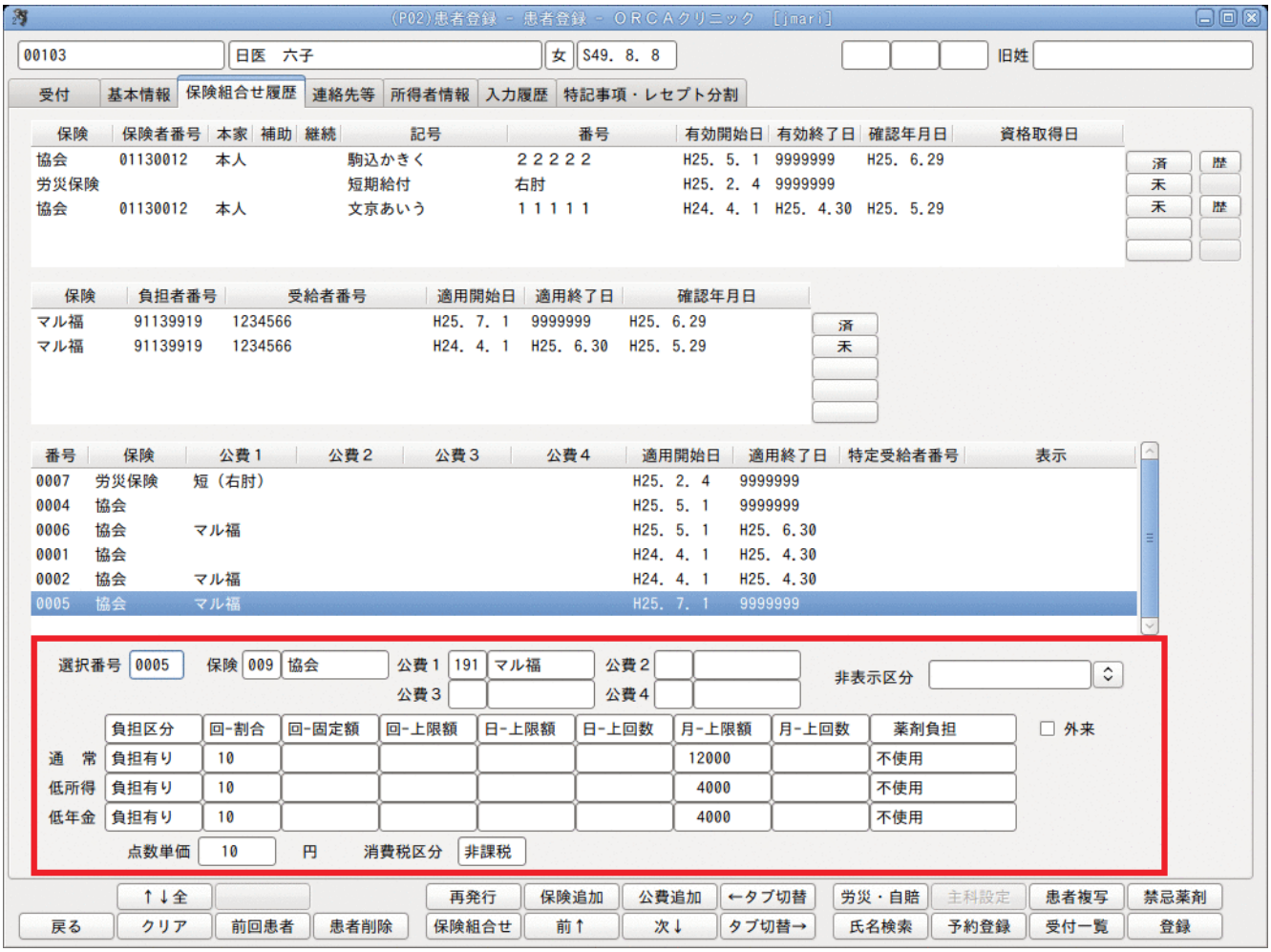


図 134

＜特定疾患治療研究事業の期間が重複する場合の表示＞

「051　特定負有」、「091　特定負無」、「052　小児特定」は、同一公費を複数、重複した期間持つ場合があるため、保険組合せ履歴により確認することができます。

図 135

 Copyright(C)2007JMARI

＜保険組合せの非表示＞

患者毎に公費を含む複数の保険組合せの中から使用しない保険組合せを非表示にすることができます。

非表示の条件

- 該当の患者で非表示にしたい保険組合せを過去に使用（診療行為入力・病名）していないこと

＜非表示登録する＞

保険組合せ履歴を表示し、非表示したい保険組合せを選択し非表示区分を設定します。

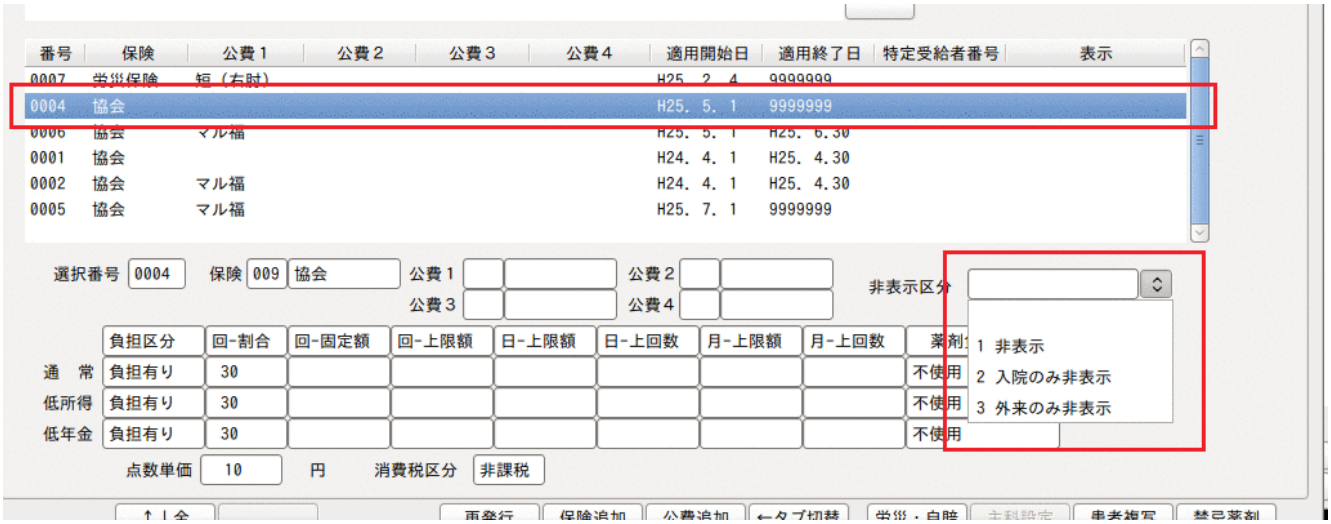


図 136

診療行為入力画面で非表示となります。

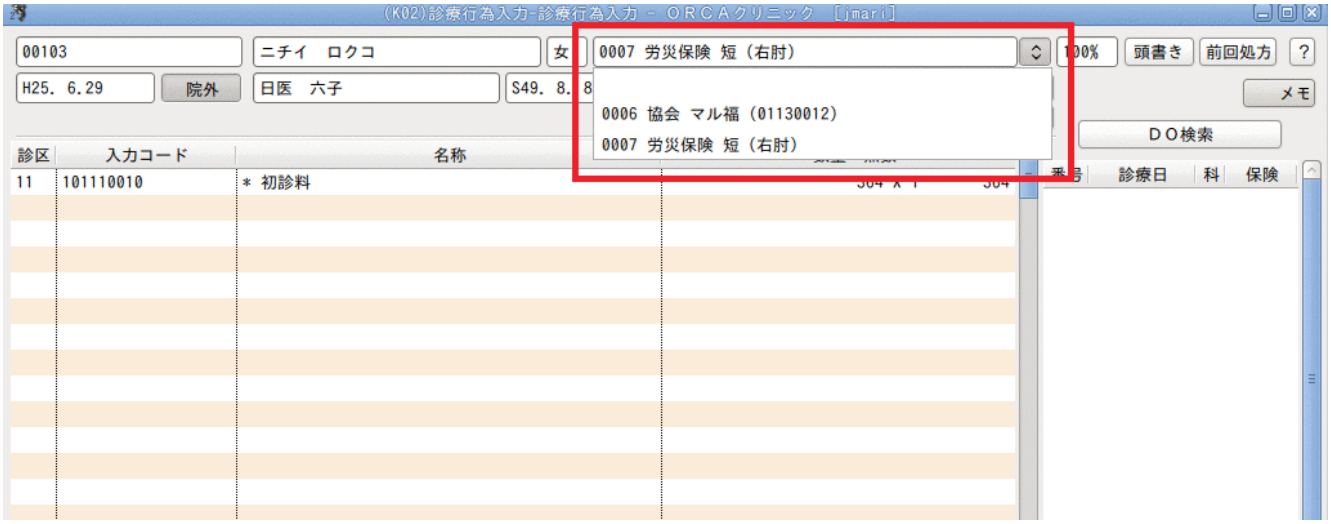


図 137

＜エラーメッセージが表示される場合は＞

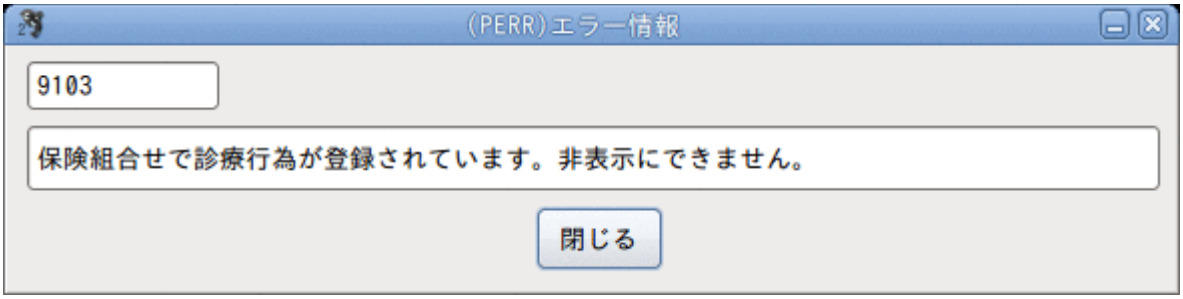


図 138

診療行為入力または病名で使用されたことのある保険組合せは、エラーメッセージを表示し非表示登録ができません。

＜非表示設定後の各業務画面での表示＞

- 患者登録画面では「非表示分」として保険組合せの表示を行います。

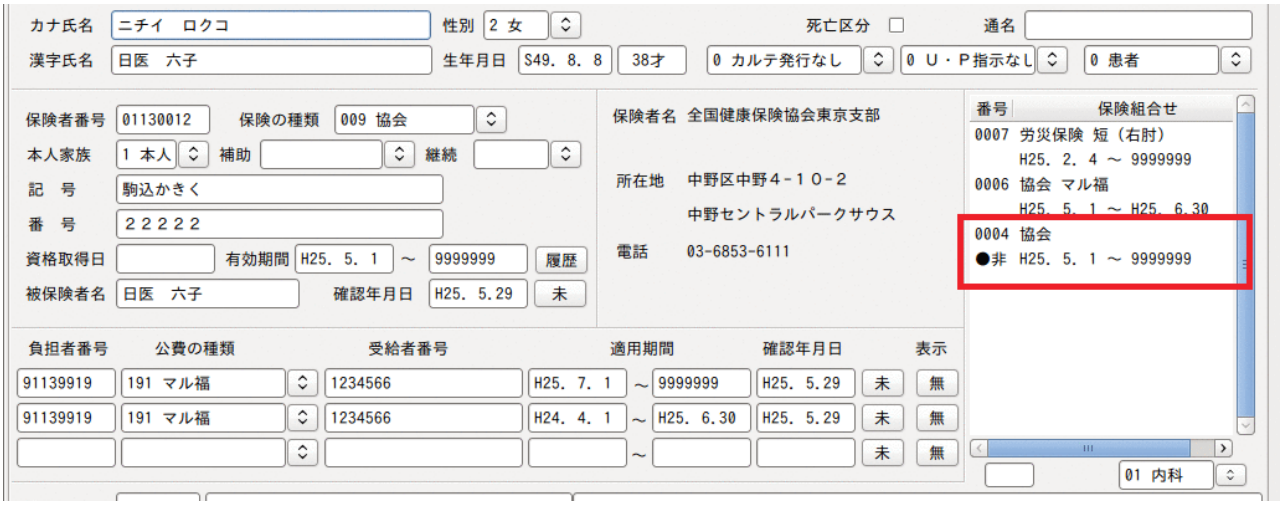


図 139

- 受付・診療行為画面では表示を行いません。
- 会計照会－保険一括変更では「非表示」として表示を行います。
- ●非は入外共に非表示設定です。
- ●入は入院のみ非表示設定です。
- ●外は外来のみ非表示設定です。

２.２.６　連絡先等

患者の自宅情報、連絡先情報、勤務先情報、帰省先情報などを入力します。

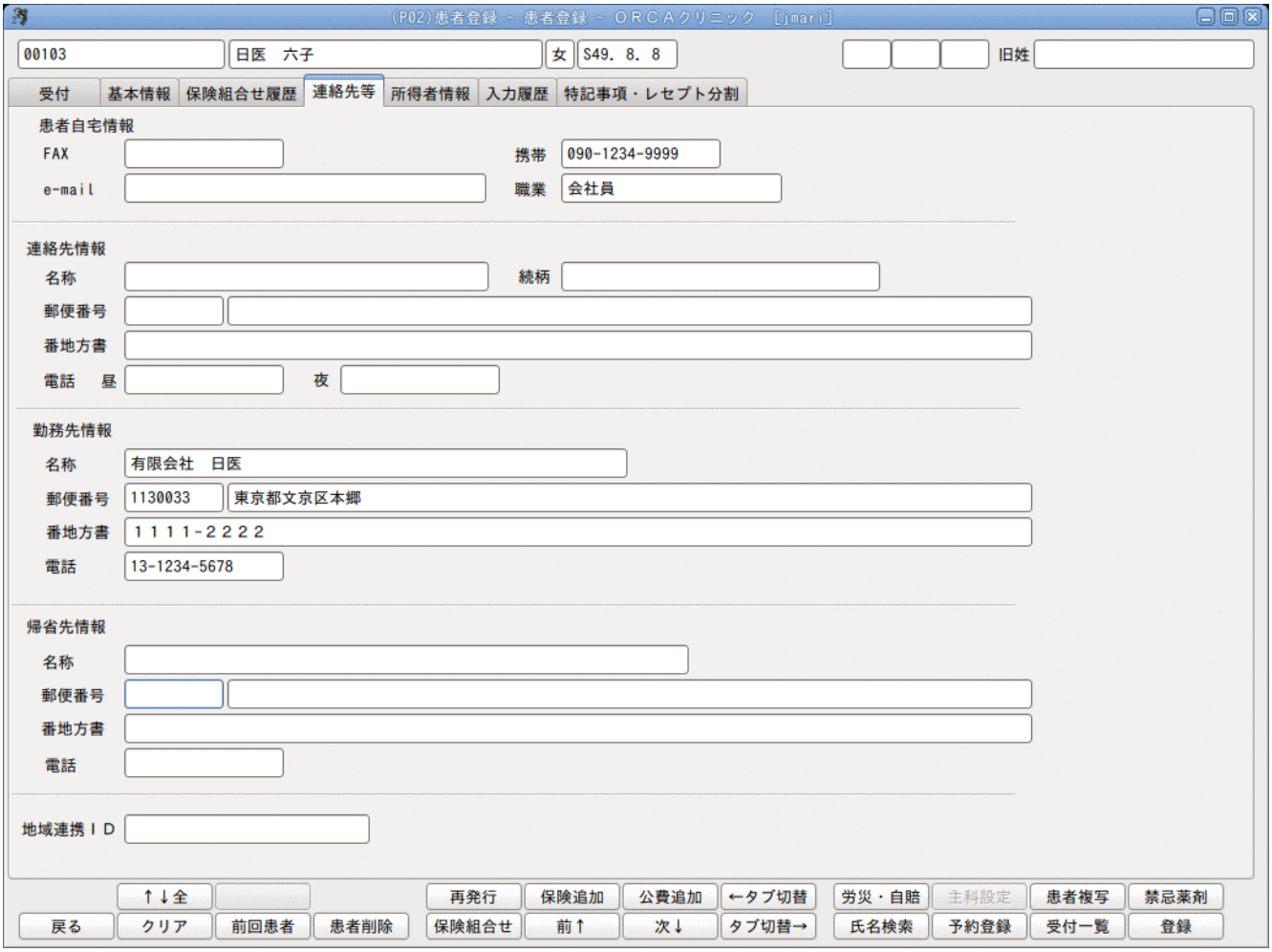


図 140

患者自宅情報

FAX（半角15文字）	自宅のFAX番号を入力します。
携帯（半角15文字）	患者の携帯電話番号を入力します。
E-mail（半角50文字）	患者のe-mailアドレスを入力します。
職業（全角10文字）	患者の職業を入力します。

連絡先情報

名称（全角25文字）	名称を入力します。
続柄（全角15文字）	連絡先の続柄を入力します。
郵便番号（半角7桁）	半角数字で入力する方法の他、「/」入力から該当する住所を検索することもできます。【2.2.3　患者情報の入力】の【（1）基本情報】を参照してください。
住所（全角50文字）	連絡先の住所を前述の方法で表示するか直接入力します。 この場合、郵便番号より住所を検索し住所欄に表示しています。
番地方書（全角50文字）	番地方書を入力します。
電話　昼（夜）（半角15桁）	連絡先の電話番号を半角数字で入力します。

勤務先情報・帰省先情報の入力も同様となります。

２.２.７　所得者情報

＜低所得者情報＞

患者の所得者情報を入力します。

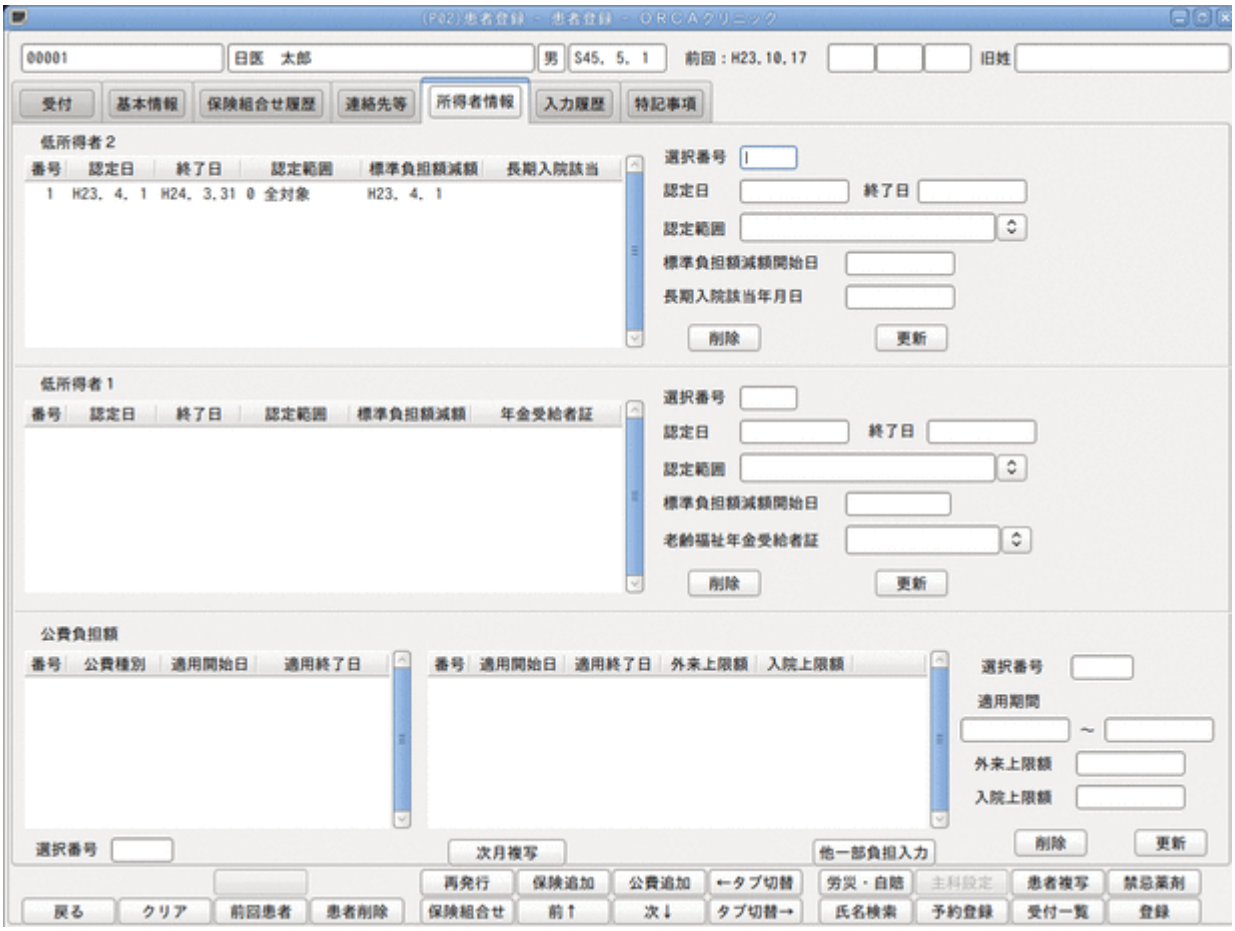


図 141

入力項目の説明

選択番号	認定日等の訂正・または削除を行うとき、一覧の番号を入力します。
認定日	認定開始年月日を入力します。
終了日	認定修了年月日を入力します。
認定範囲	低所得情報の設定範囲を選択します。 0：全て対象 1：地方公費は対象外 2：地方公費のみ対象 3：食事標準負担額のみ対象 4：地方公費＋食事標準負担額対象
標準負担額減額開始日	入院時食事標準負担額の減額対象開始日を入力します。
長期入院該当年月日（低所得者2）	91日以上の入院の場合、入院時食事標準負担額は長期入院の申請を行うと減額を認定されます。入力した年月日より、標準負担額の減額を行います。
老齢福祉年金受給者証	低所得1に該当する患者で老齢福祉年金受給者の場合は「1　有り」を選択します。 0：無し 1：有り

期間を入力後、「更新」を押下すると低所得者履歴一覧に入力内容が表示されます。

ボタンの説明

更新	認定日及び終了日を入力後、このボタンを押下すると低所得者履歴一覧に入力内容が表示されます。
削除	低所得者履歴一覧の中から削除対象となる番号を選択番号に入力し、「Enter」を押下します。 表示内容を確認後、このボタンを押下することにより低所得者履歴一覧からその内容が削除されます。

「更新」または「削除」後に「登録」(F12)を押下します。

低所得の設定が有効である場合は患者登録ー基本情報で表示をします。

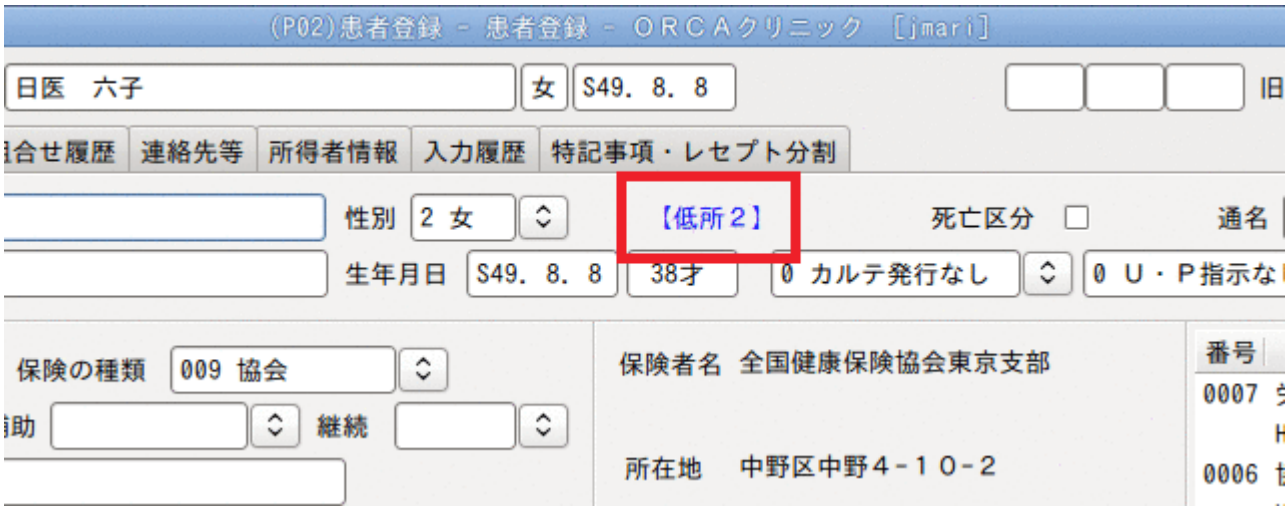


図 142

＜公費負担額＞

患者の所得に応じて、公費の自己負担額に設定した上限額を反映させることができます。

対象となるのは更生医療や育成医療、特定疾患（負担有り）で、基本情報画面で登録した公費情報は画面左側の一覧表に表示されます。その下の選択番号欄に該当する番号を入力、或いは一覧表の該当列をクリックして指定したのちに適用期間、上限額の入力をします。

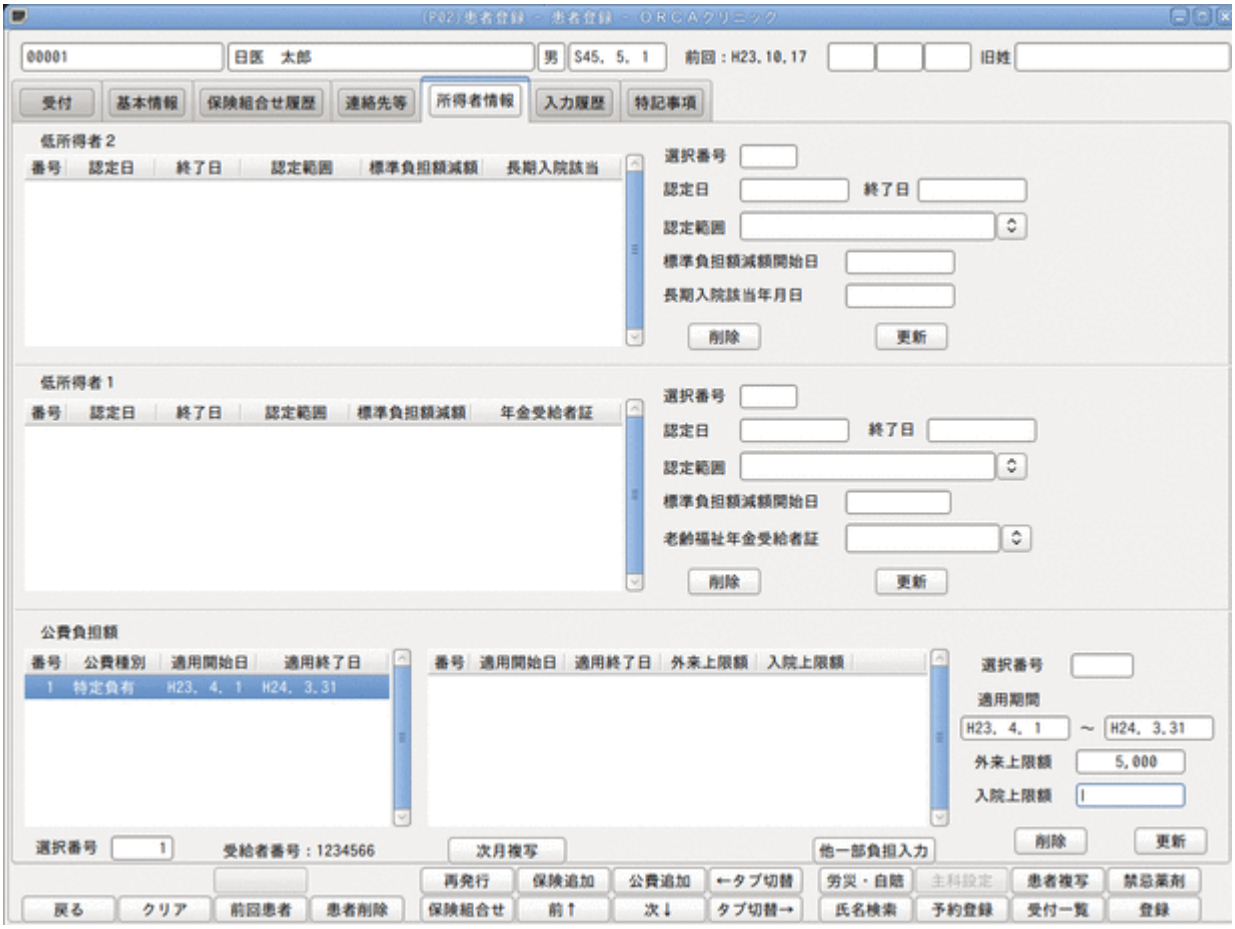


図 143

注意！：月途中（該当月の診療行為入力後）に上限額の変更があった場合
該当月の全ての診療を再計算する必要があります（自動では再計算を行いません）。収納画面の「一括再計算」を押下することにより、該当月全ての診療に対し変更後の上限額で再計算をします。【2.8.7　再計算・一括再計算】を参照してください。

ヒント！
患者登録のときに公費自己負担額の設定をする公費の自己負担額が設定されていないときに警告を表示することができます。「101　システム管理マスタ」－「1017　患者登録機能情報」にて設定を行います。

入力項目の説明

選択番号	訂正・または削除を行うとき、画面右側の一覧に表示される番号を入力します。
適用期間	適用期間を入力します。
外来上限額・入院上限額	外来、または入院時の患者自己負担の上限額を入力します。

＜特定疾患治療研究事業の期間が重複する場合の表示＞

「051　特定負有」、「091　特定負無」、「052　小児特定」は、同一公費を複数、重複した期間持つ場合があるため、公費の種別を選択することにより、該当の保険組合せの受給者番号を表示します。

図 144

ボタンの説明

削除	画面右側の一覧から指定した内容を削除します。 削除対象となる番号を指定し、削除ボタンを押下します。
更新	適用期間、上限額を入力後に更新ボタンを押下します。 画面右側の一覧に入力内容を表示します。

「更新」または「削除」後は、「登録」(F12)を押下します

＜自立支援法、肝炎治療の他の医療機関・薬局の負担金の入力方法＞
月毎に患者の負担上限額を登録し、患者負担管理票にて他の医療機関・薬局での負担金も登録します。

登録方法

1. 他の医療機関の負担金のまとめたトータル金額を入力する方法
2. 他の医療機関の負担金を診療毎に負担金を入力し、履歴を作成する方法

1. 他の医療機関の負担金のまとめたトータル金額を入力する方法

登録したい公費を左の一覧から選択します。
適応期間を一月分として入力し、負担金上限額を入力します。
「他一部負担金累計」欄には他の医療機関・薬局で支払われたトータルの金額を入力します。

図 145

「更新」、「登録」を押下し登録します。

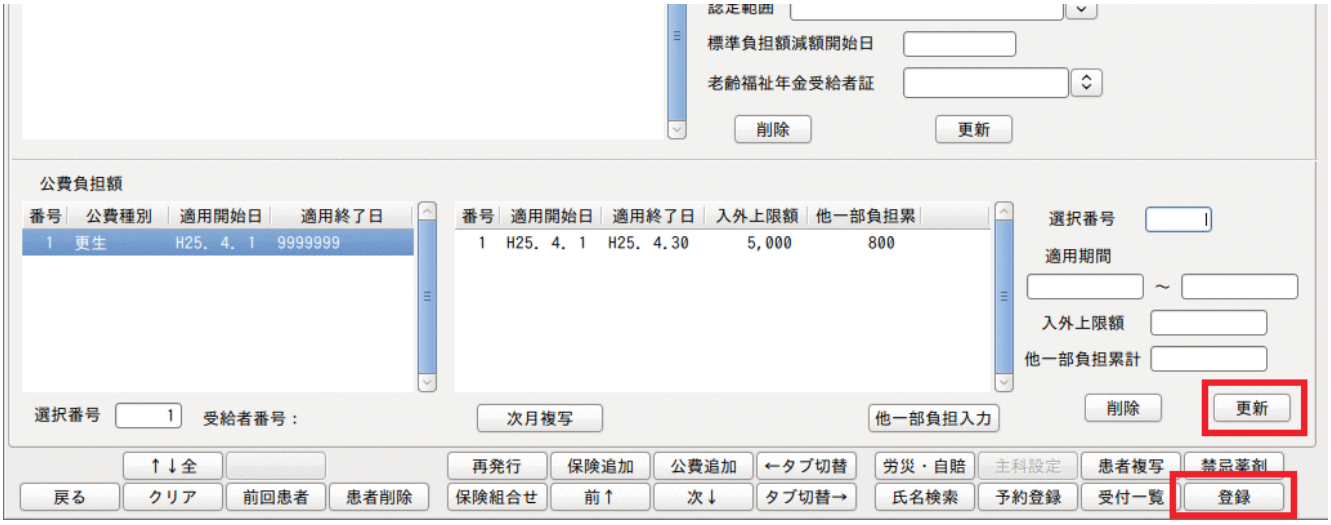


図 146

二度目に来院された場合は、管理票にて他の医療機関の受診が無いか確認をします。
他の医療機関で受診があれば、変更したい月を選択し「他一部負担金累計」欄を変更します。

図 147

「更新」、「登録」を押下し登録します。

ヒント！ 月が変わり新しい月で登録する場合、「次月複写」ボタンを使用すると同じ負担金で次月分を作成します。

2. 他の医療機関の負担金を診療毎に負担金を入力し、履歴を作成する方法

まず、一月分の患者上限額を登録します。

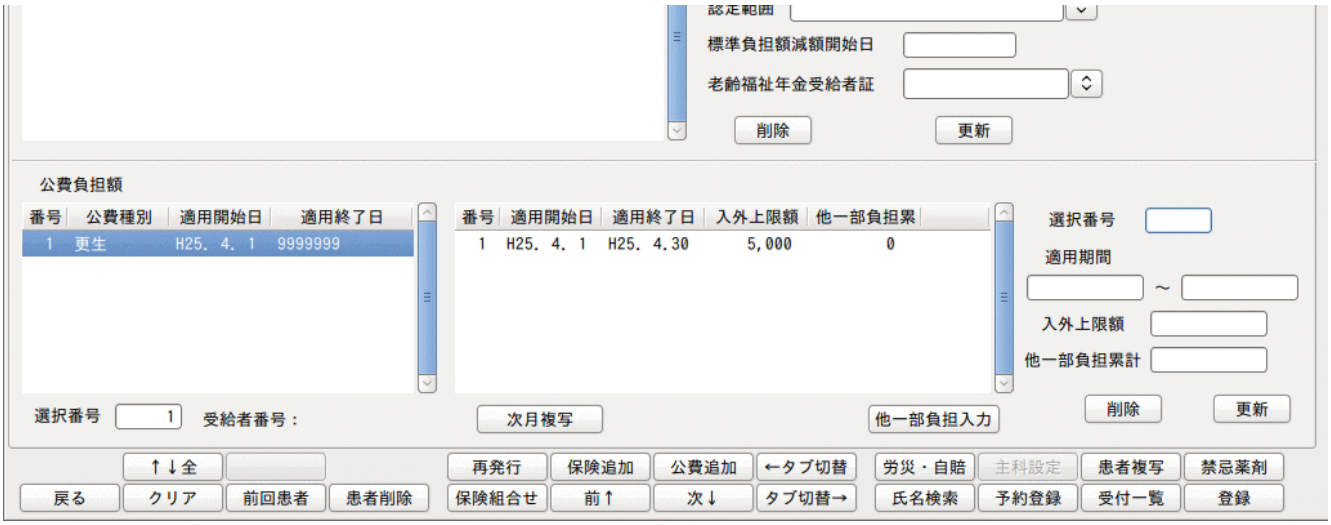


図 148

入力したい月を選択し、「他一部負担入力」を押下します。

図 149

入力画面が表示されます。

図 150

他の医療機関での診療日と負担金額を入力し、「更新」を押下します。

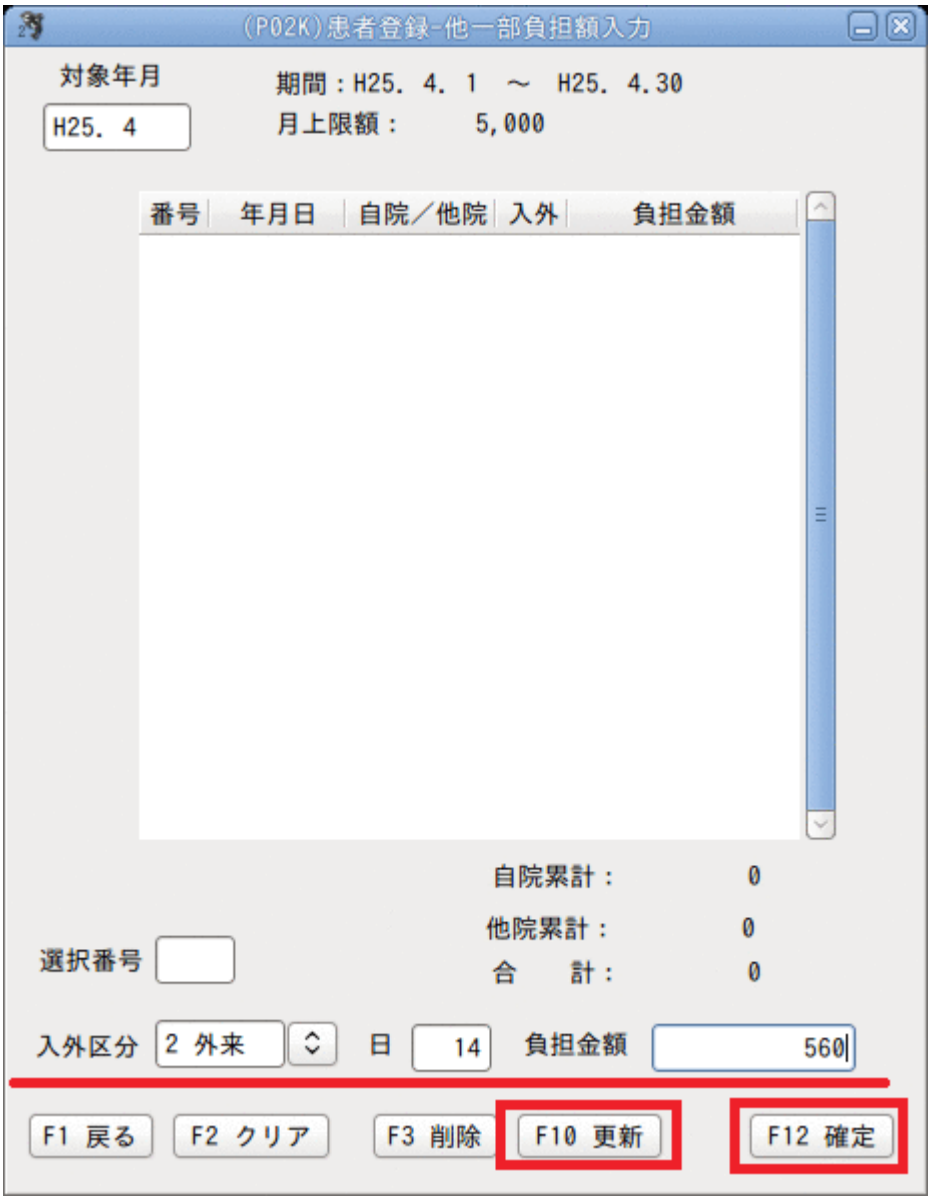


図 151

入力が終わったら「確定」を押下します。

図 152

☆印は「他一部負担入力」画面より登録を行った場合に表示します。
最後に「登録」を押下します。

注意！
同一月に
1. 他の医療機関の負担金のまとめたトータル金額を入力する方法
2. 他の医療機関の負担金を診療毎に負担金を入力し、履歴を作成する方法
の両方で入力することはできません。月毎にどちらかを選んで入力してください。

ヒント！
月が変わり新しい月で登録する場合、「次月複写」を使用すると同じ負担金で次月分を作成します。

２.２.８　入力履歴

（1）入力履歴
（2）旧姓履歴の更新
（3）旧姓履歴の削除
（4）受診科履歴の選択番号

（1）入力履歴

旧姓履歴の更新・削除及び受診科履歴の表示を行います。

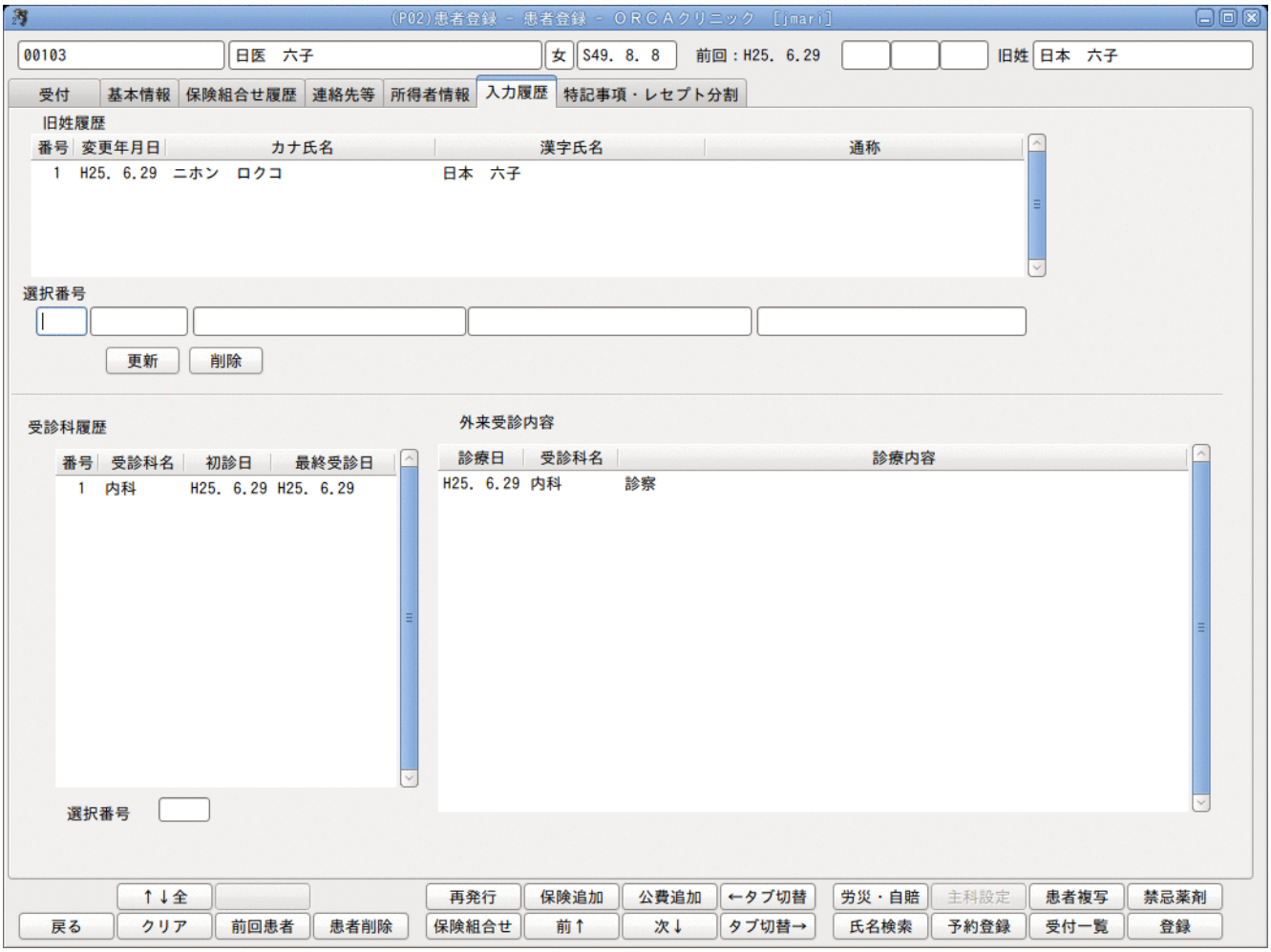


図 153

（2）旧姓履歴の更新

上の旧姓履歴一覧に表示された履歴から該当の番号を選択番号に入力をするか、クリックをして選択します。修正は下段の明細行で表示された内容から行います。カナ氏名、漢字氏名、通名はいずれも全角で25文字までの入力とします。また、カナ、漢字氏名は姓と名の間は1文字分全角の空白とします。修正後は、「更新」をクリックして、履歴の更新を行います。

注）旧姓履歴は、旧姓の変更を行った月のレセプト等から変更後の氏名で印刷をします。よって、本月以前のレセプトに変更後の氏名で出したい場合には、旧姓履歴一覧から該当の番号を選択し、下の明細行で氏名が変更となった日を変更年月日に入力して「更新」します。

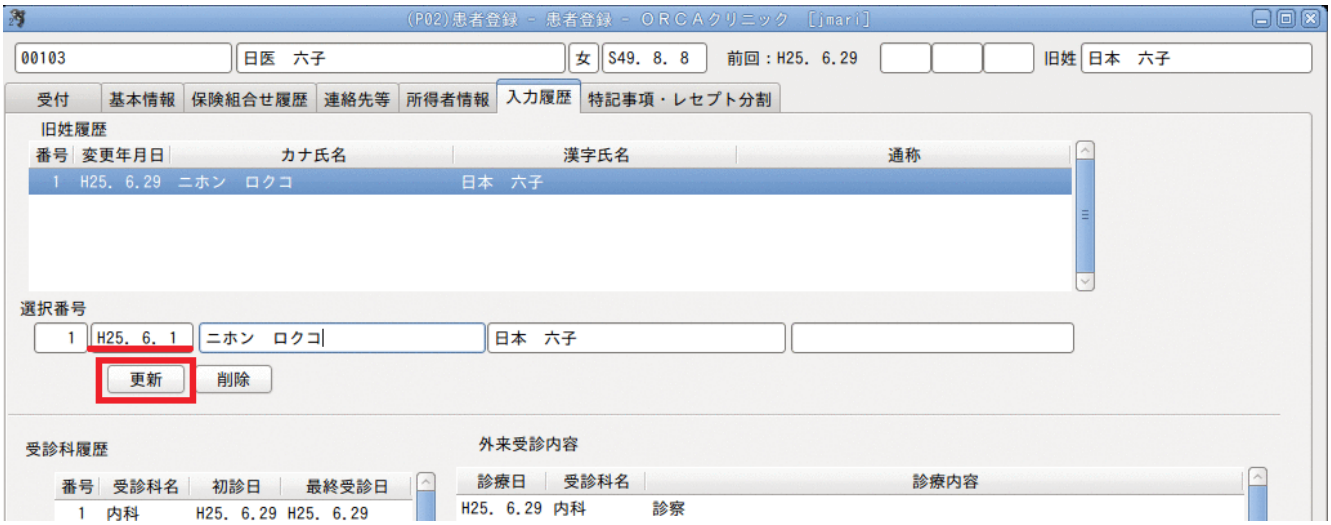


図 154

（3）旧姓履歴の削除

更新のときと同様、該当の履歴を選択します。「削除」をクリックすると旧姓履歴一覧から削除をします。氏名の入力ミス等、旧姓履歴に残したくない場合に使用します。これにより、レセプトの氏名は旧姓履歴一覧の変更年月日に関係無く、変更後の氏名で印刷を行います。なお、更新・削除後は「登録」(F12)を押下することにより、画面内で編集された履歴を登録します。

（4）受診科履歴の選択番号

1患者で複数の受診科を受けている場合に、受診科履歴右側の一覧の表示したい番号を選択番号に入力します。選択した受診科の内容が受診科履歴の一覧に表示されます。

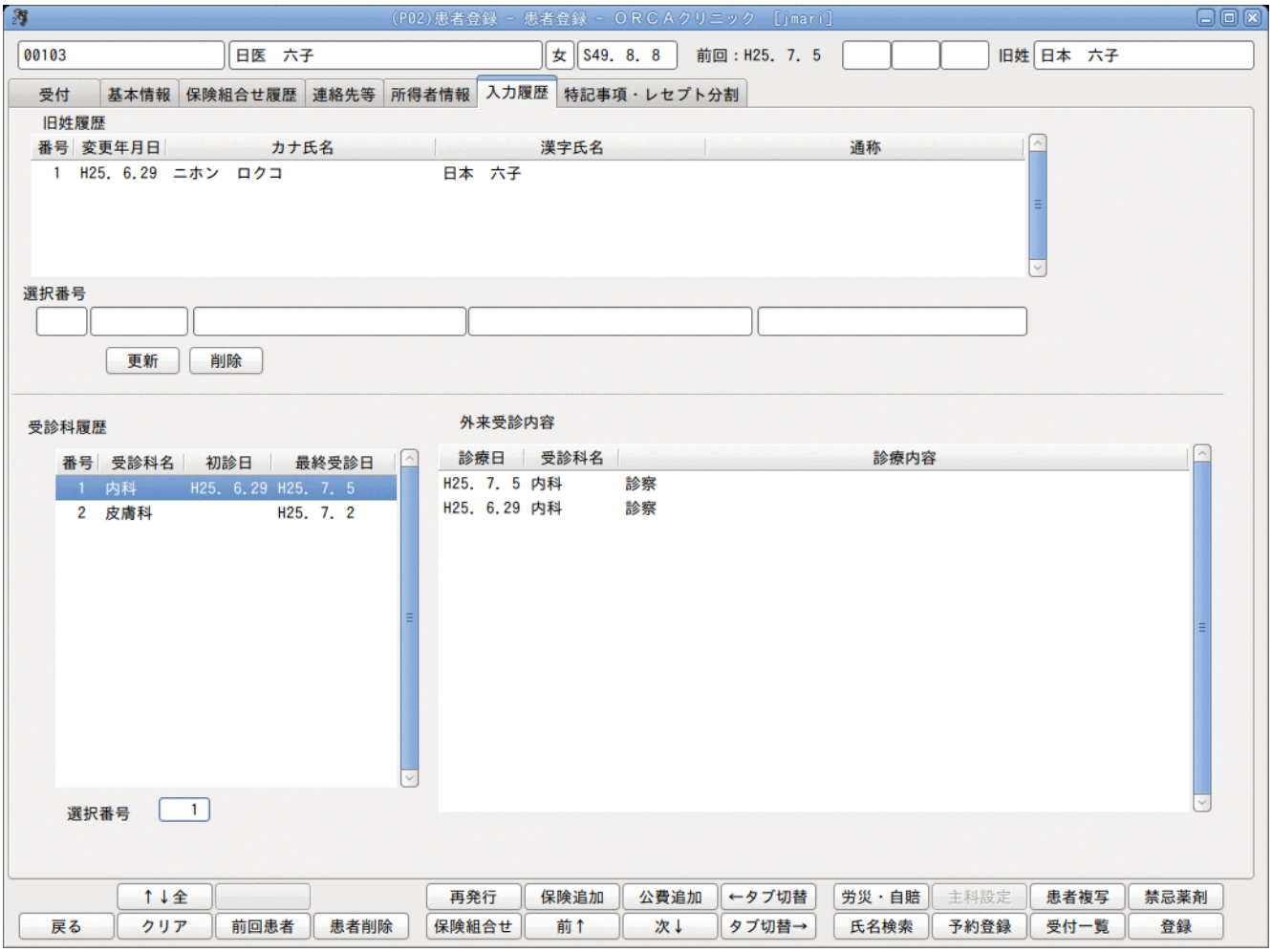


図 155

２.２.９　その他

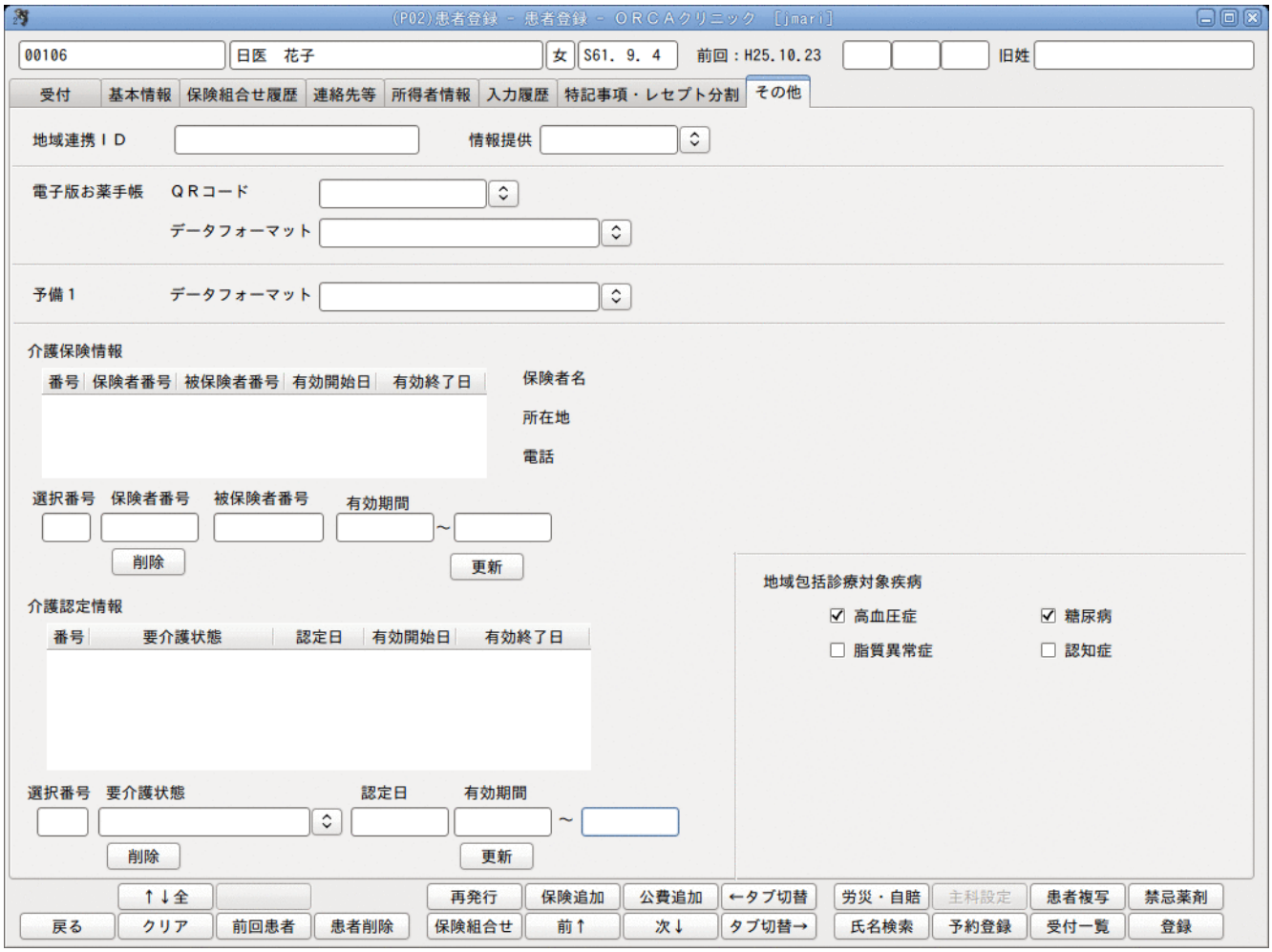


図 156

＜電子版お薬手帳＞

電子版お薬手帳データをICカードリーダ／ライタへ転送し、携帯端末アプリケーションへ送信します。

【6.4 付録4　電子版お薬手帳データの作成】を参照してください。

＜地域包括診療対象疾患＞

地域包括診療加算を自動算定する場合に、患者毎に対象疾患を設定します。

ヒント！ 地域包括診療加算を算定するには、「1006　施設基準情報」の設定が必要です。

２.２.１０　特別療養費（被保険者資格証明書）

（1）患者登録の仕方
（2）レセプトの記載
（3）レセプト印刷時の扱い
（4）診療報酬請求書の記載
（5）請求管理画面の表示

特別療養費（被保険者資格証明書）（10割）について説明をします（患者登録・レセプトへの記載・総括表への記載）

（1）患者登録の仕方

通常通り保険者番号を入力し、保険の種類に「068　特別療養費」「069　退職特別療養費」「040　後期特療費」を使用します。

図 157

※他の保険とのチェックは通常の国保・後期高齢者と同様です。

＜補助区分について＞
「068　特別療養費」「069　退職特別療養費」「040　後期特療費」を選択することにより、患者負担を10割で計算します。補助区分の変更はしません。レセプトの負担割合の記載は次の項目で説明します。

（2）レセプトへの記載

「101　システム管理マスタ」ー「2005レセプト・総括印刷情報」の設定によります。

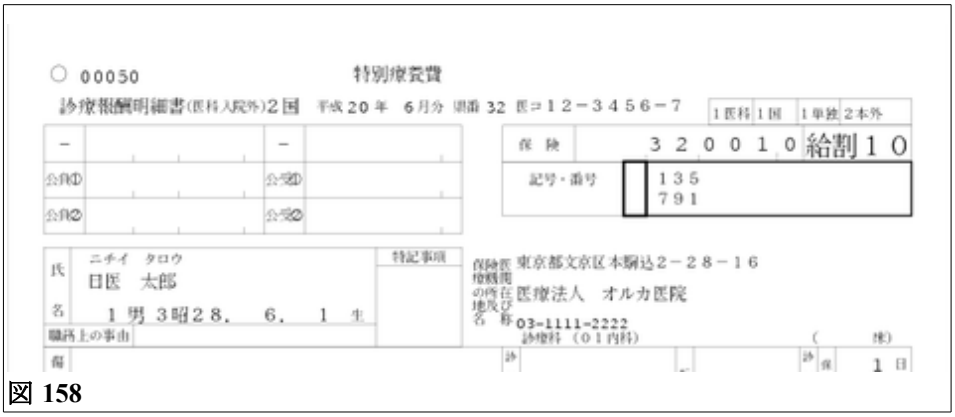


図 158

「特別療養費」の印刷位置の変更ができます。

給付割合の記載が変更できます。
レセプト種別記載の変更ができます。

（3）レセプト印刷時の扱い

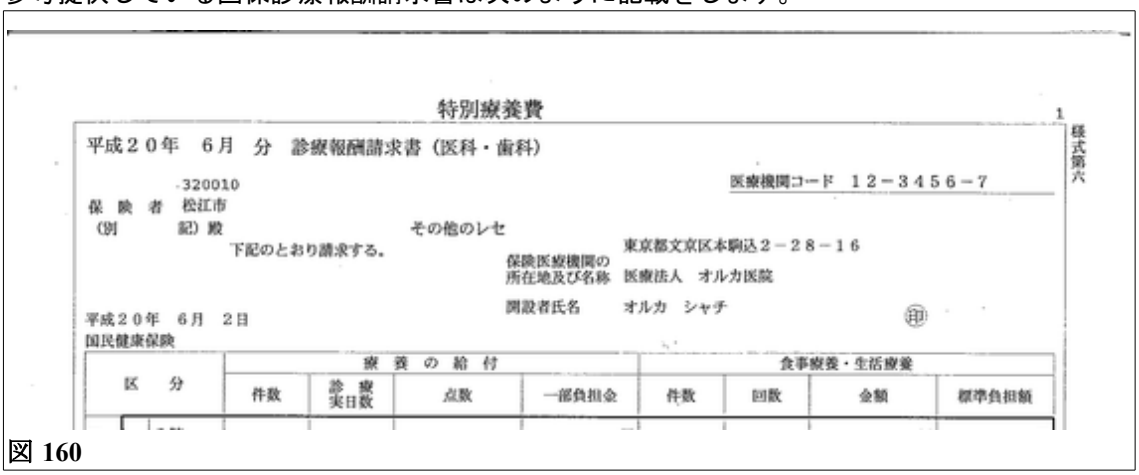
通常の国保レセプトとは別に特別療養費として件数・枚数を表示し、印刷を行います。

図 159

（4）診療報酬請求書の記載

※各都道府県別対応の請求書プログラムをホームページより提供していますが、順次対応を行います。

＜参考提供の国保診療報酬請求書の記載＞
参考提供している国保診療報酬請求書は次のように記載をします。


特別療養費

平成２０年　６月　分　診療報酬請求書（医科・歯科）

様式第六

320010
保険者　松江市
（別記）殿　　その他のレセ
下記のとおり請求する。

医療機関コード　１２－３４５６－７
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　医療法人　オルカ医院
開設者氏名　オルカ　シャチ　㊞

平成２０年　６月　２日
国民健康保険

区分	療養の給付				食事療養・生活療養			
	件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額

図 160

Copyright(C)2007JMARI

（5）請求管理画面の表示

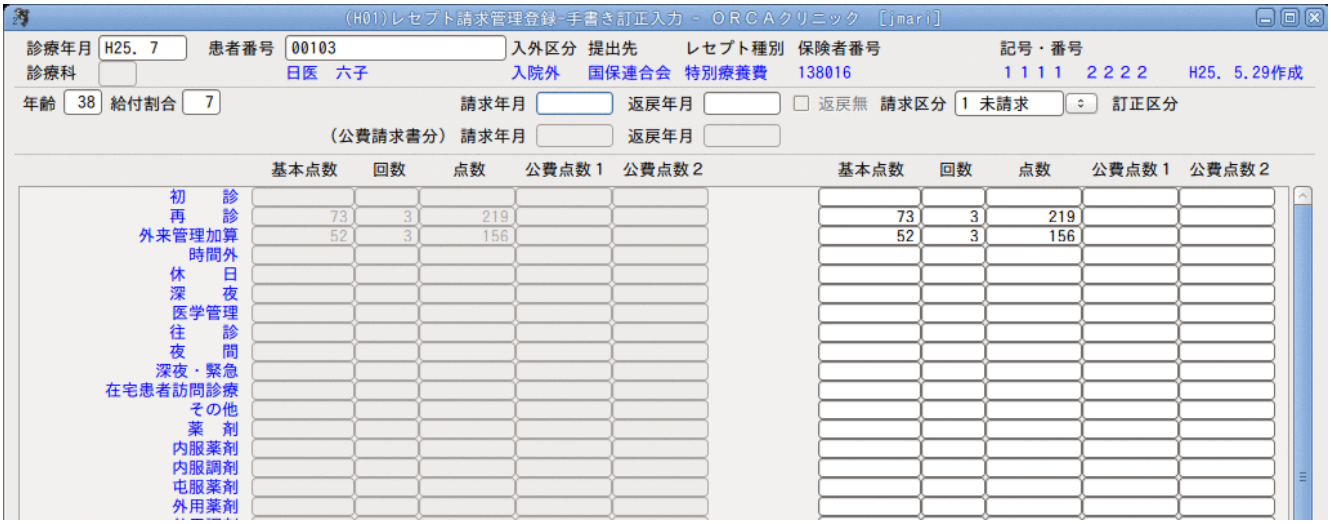


図 161

特別療養費の場合は、レセプト種別に「特別療養費」と表示します。
本人・家族区分の表示は行いません。

 Copyright(C)2007JMARI

２.２.１１　自立支援法対応

（1）保険番号マスタ修正（021、015、016）　・・・　マスタ更新
今までのマスタは平成18年3月31日で期限を区切る。
平成18年4月1日～
　　主な変更点
　　＊制度名021自立支援医療（精神通院）
　　　　015自立支援医療（更生）
　　　　016自立支援医療（育成）
　　＊レセプト負担金額　「2　10円未満四捨五入しない」
　　＊負担割合　10
　　＊食事療養費　「1　患者負担あり」

（2）患者登録－公費
保険番号マスタ修正に伴い、自立支援3医療は患者登録時に平成18年3月31日で期限を区切り、平成18年4月1日～の公費を登録することとする。
（確認画面：〇〇の期限を平成18年3月31日に変更します。よろしいですか）。
＊平成18年4月1日以降に有効な保険組合せ番号がかわります。
平成18年4月1日以降､015更生及び016育成は､疾病ごとに受給者証が発行されるため､公費登録時に期間が重複しても登録をできるようにする。（021精神通院は複数疾病があっても1枚の受給者証となる）。

（3）患者登録－所得者情報－公費負担額（受給者証単位で入力）
021自立支援医療（精神通院）の上限額を入力できるようにする。

ヒント！ 一部負担金累計額の登録方法は【2.2.7　所得者情報】を参照してください。

（4）負担金計算（自立支援医療に関わる患者負担相当額の計算）

中間所得層で上限が医療保険の自己負担限度額の場合（入院・外来は別々で計算）

一般（入院・外来共に）
診療月の一部負担が
72300＋（総医療費―241000）×1%　まで・・1割計算

高齢者（1割・2割）入院
診療月の一部負担が40200円まで・・1割計算（40200円を超える一部負担は発生しない）

高齢者（1割・2割）外来（在総診なし）
診療月の一部負担が12000円まで・・1割計算（12000円を超える一部負担は発生しない）

高齢者（1割・2割）外来（在総診あり）
診療月の一部負担が12000円まで・・1割計算（12000円を超える一部負担は発生しない）

上記以外で上限がある場合（入院・外来をあわせて計算）
入力された他一部負担累計と自医院分の入外収納で判断し、上限額まで1割計算を行う。
精神通院・更生・育成の各制度ごとに上限額を適用し負担計算を行う。
窓口患者負担は10円未満四捨五入する。

２．３．１　患者情報の検索

（1）概要
（2）基本情報
（3）保険　公費
（4）病名　診療行為
（5）並び順
（6）帳票への印刷
（7）検索条件の保存

（1）概要

「基本情報」、「保険　公費」、「病名　診療行為」、のタブ画面にある各検索項目より、検索条件に該当する患者の有無の表示、及び印刷をすることができます。
必須入力項目はありませんが、検索条件の入力が無ければ、「検索」(F12)押下時にエラーメッセージを表示します

＜「AND条件」、「OR条件」、「NOT条件」＞
複数の項目に入力し検索する場合は、項目どうしはAND条件で検索します。
OR条件として扱われる項目は、同一項目の中で「1」～「5」のように番号の付記されている項目が対象となります。
ただし、公費の種類・病名・診療行為はOR条件、AND条件またはNOT条件を指定して検索することができます。
検索条件は「性別が男性で、病名が喘息」というように、異なるタブの項目を指定することもできます。

＜診療年月日の入力時の検索範囲について＞
（診療年月日の入力があった場合）
診療年月日の期間に、該当する保険（公費）で診療行為が行われた（※1）患者を検索します。

（診療年月日に入力が無かった場合）
有効期間に関係無く、該当の保険（公費）を持っている患者を検索します。

（※1）
保険組合せを作成しない公費の種類は診療年月日を指定しての検索ができません。
診療年月日を指定しないで検索を行ってください。
保険組合せを作成しない公費の種類
956　公費（上位）
957　公費（一般）
958　特疾4回目
959　災害該当
960　減額（割）
961　減額（円）
962　免除
963　支払猶予
964　高額委任払
965　高額4回目
966　高額（上位）
967　高額（一般）
968　後期該当
976　高齢非該当
977　後期非該当

（2）基本情報

図 162

項目の説明

診療年月日	診療年月日より検索を行います。（範囲の指定ができます） 診療年月日を指定しない場合は、登録のある全患者の全データが対象となります。
生年月日	生年月日より検索を行います。（範囲の指定ができます）
年齢	年齢より検索を行います。（範囲の指定ができます）
基準日	年齢より検索を行う際には基準日が必須入力項目となります。基準日は変更できます。
性別	性別より検索を行います。コンボボックスから選択します。
最終受診日	最終受診日より検索を行います。未来日の入力はできません。（範囲の指定ができます）
入外	入院・外来の指定を行う場合に選択します。
診療科	診療科より検索を行います。コンボボックスから選択します。
死亡区分	患者登録の死亡区分の患者を検索します。 空白：全ての患者を対象 0　未設定：死亡区分が設定されていない患者を対象 1　死亡　：死亡区分が設定されいる患者を対象
患者番号	患者番号より検索を行います。（範囲の指定ができます）
テスト患者ボタン	ボタン押下により、患者登録画面で「テスト患者」とした患者も含めて検索を行います。
検索ボタン	ボタンを押下すると周辺地域一覧に遷移し、登録された住所の中から住所検索が行えます。

	登録方法は、【2.2.3　患者情報の入力】の【（2）－2　周辺地域一覧からの住所入力】を参照してください。
郵便番号	郵便番号より前方一致検索を行い、住所を検索した結果を住所欄に編集します。頭3桁の検索もできます。 この場合、対象が複数存在すると候補の住所一覧画面を表示します。該当する住所を番号より選択します。
住所※2	住所より検索を行います。
漢字またはカナ氏名※1	漢字氏名、カナ氏名による検索を行います。
状態1～3	患者登録の基本情報画面にある「状態」より検索を行います。
コメント※2	コンボボックスよりコメント検索する対象を選択します。 1. 患者コメント 　患者登録情報のコメント欄より検索を行います。 2. 患者禁忌・アレルギー・感染症 　患者登録情報の禁忌、アレルギー、感染症欄より検索を行います。
電話番号	電話番号による検索を行います。 検索対象をコンボボックスより選択ができます。 123・・・前方一致で検索をします。 *123*・・部分一致検索をします。 *123・・・後方一致検索をします。
減免事由	患者登録の基本情報画面にある「減免事由」により検索を行います。
低所得者	患者登録の所得者情報にある低所得者を検索します。 低所得者1または2を選択し、検索条件を入力します。 1：有効月・・入力した月の範囲内で有効な患者を検索します。 2：開始月・・入力した月から低所得となる患者を検索します。 3：終了月・・入力した月に低所得が終了となる患者を検索します。 4：有効日・・入力した日の範囲内で有効な患者を検索します。
特記事項	特記事項検索を行います。 注意！ 特記事項検索は請求管理データから検索を行います。 レセプト作成を行っていない月の検索はできません。
点数	レセプトの点数から検索を行います。 「42　明細書」よりレセプト作成が行われているデータを検索します。
災害該当	災害該当患者を対象に保険者が未確定患者と確定患者を検索します。
点検用レセプト	0点公費記載（請求点数が0点の公費の診療内容記載）を行なっている患者を検索します。

＜※1　カナ氏名、漢字氏名の検索について＞

姓のみで検索	ニチイ　または　ニ　でも検索可 日医
名のみで検索	「＊」をつける（全角） ＊シロ ＊四郎
組合せで検索	ニチイ　シ 苗字が部分検索のときは「＊」をつける（全角） ニ＊シ 日＊四

Copyright(C)2007JMARI

＜※2　患者コメント、禁忌・アレルギー・感染症、住所の部分検索＞

部分検索1	＊あ 「あ」を含むコメント、住所を検索
部分検索2	あい＊えお 「あい」から始まり、「えお」を含むコメント、住所を検索

レセプトコメントの検索

基本的に部分検索のみ行います。	
複数のキーワード検索	あいう　かきく　さしす 最大3個までの複数のキーワードをスペースで区切り入力します。

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	メニュー画面へ戻ります。
クリア	F2	画面内の検索内容をクリアします。
全てクリア	Shift+F2	異なるタブの項目を複数指定している場合に、全ての検索内容をクリアします。
診療日	F4	診療年月日に当日～当日の範囲がセットされます。
診療月	Shift+F4	診療年月日に当月1日～月末までがセットされます。
前月（前日）	F6	診療日(F4)または診療月(Shift+F4)押下後、診療年月日の範囲を月単位または日単位で変更します。
次月（次日）	F7	
タブ切替	F8	タブ画面の切り替えを行います。押下する毎に、現在表示している画面の右隣の画面を表示することができます。
検索	F12	検索を行い、検索結果画面へ遷移します。

＜検索結果画面＞

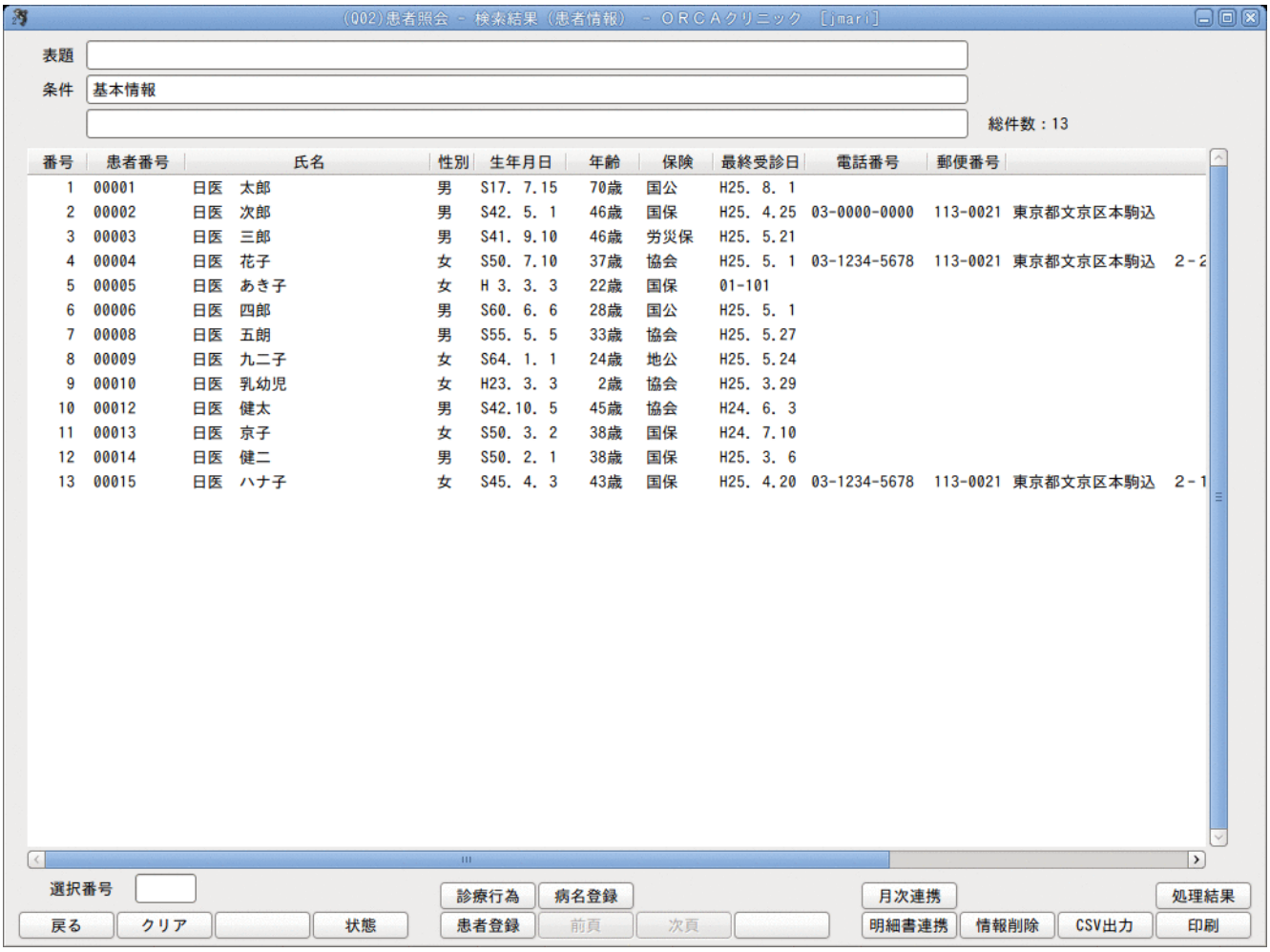


図 163

項目の説明

表題	帳票のタイトルをつける場合に全角入力します。
条件	帳票に検索条件を表示させる場合に全角入力します。自動表示しているのは、検索条件に使用した各タブ画面の名称となります。
総件数	検索条件に該当したデータがあるとき、件数を表示します。
選択番号	「患者登録」、「病名登録」画面へ遷移させる場合、番号を入力します。

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	遷移元の画面へ戻ります。
クリア	F2	表題、条件欄をクリアします。
患者登録	F5	選択した患者の患者登録画面を表示します。
病名登録	Shift+F5	選択した患者の病名登録画面を表示します。
前頁	F6	検索結果の該当件数が200件を超えた場合、前の200件を表示します。
次頁	F7	検索結果の該当件数が200件を超えた場合、押下する毎に次の200件を表示します。
明細書連携	F9	検索結果をレセプト個別作成へ引き継ぐ場合に押下します。
情報削除	F10	エラーが発生し、処理が正常に終了しなかった場合に処理内容の情報削除ができます。

CSV出力	F11	リストの内容をCSVデータに出力します
処理結果	Shift+F12	処理の経過及び結果を確認できます。
印刷	F12	リストの内容を帳票に出力します。

＜例1＞　平成24年8月1日から平成24年8月31日の間に受診した、名字の読みが「ニチイ」という患者を検索する

診察年月日、カナ氏名に検索条件を入力します。

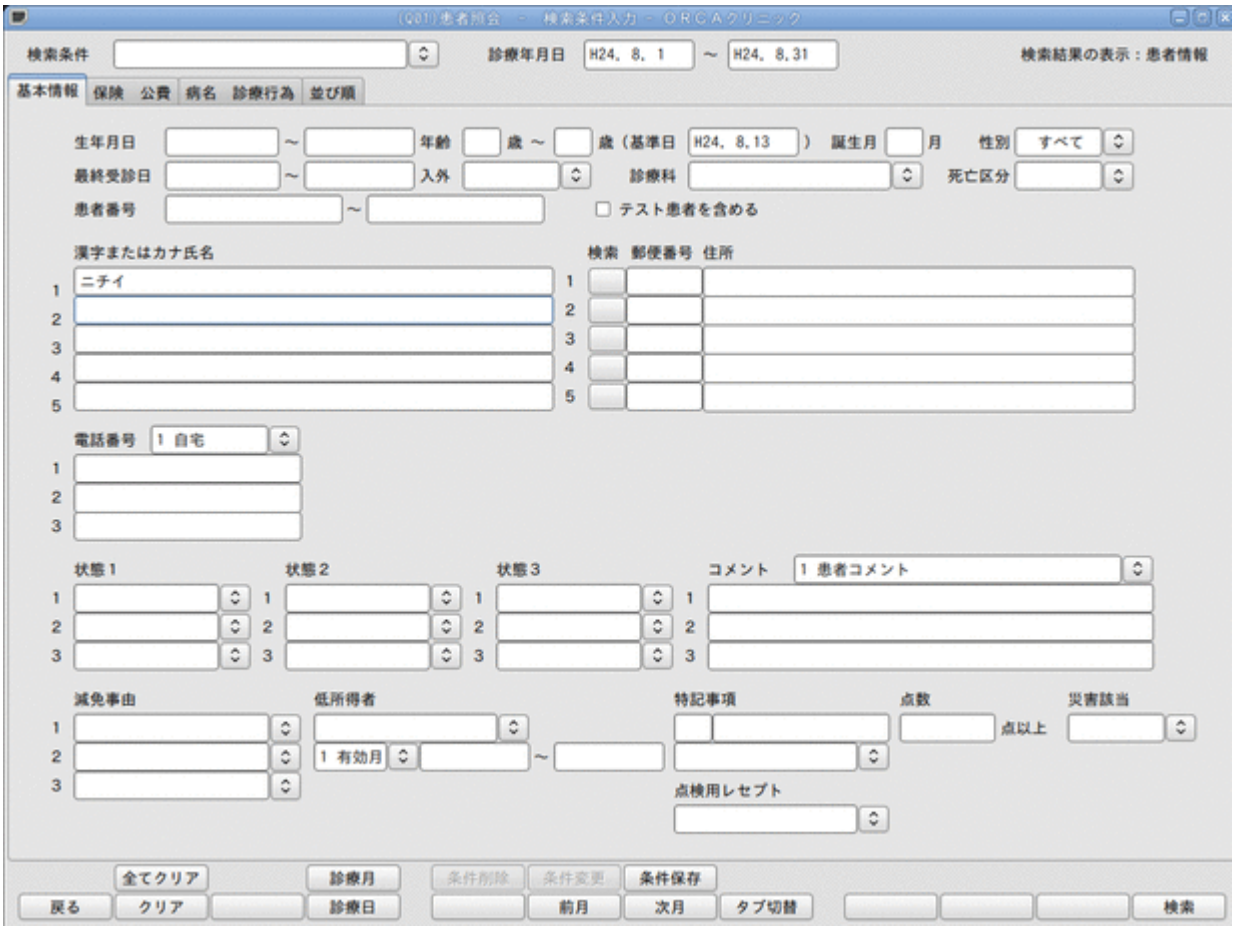


図 164

「検索」(F12)を押下すると、検索結果画面へ遷移します。

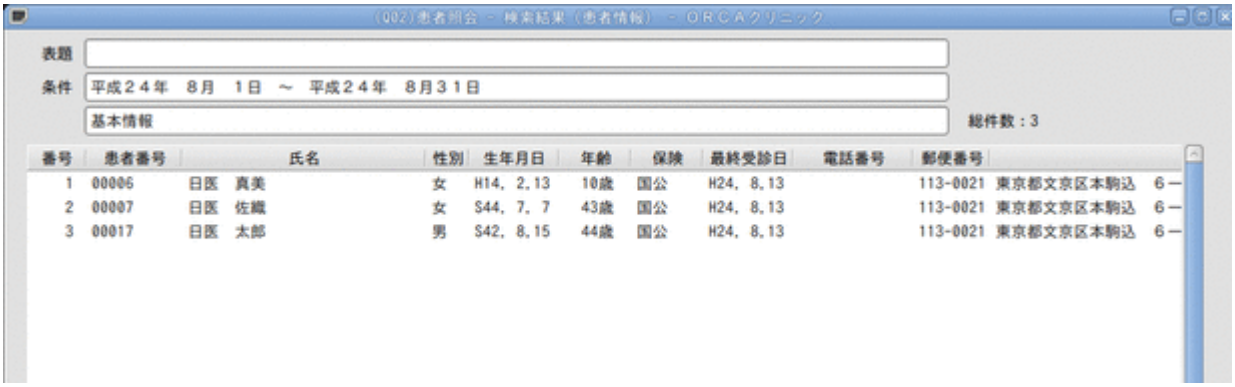


図 165

確認後は「戻る」(F1)を押下すると遷移元へ戻ります。患者の基本情報を確認する場合には、該当する患者より1名を指定して「患者登録」(F5)を押下すると患者登録画面へ遷移します

（3）保険　公費

検索結果画面で表示する患者の順番の並べ替えをすることができます。項目名のコンボボックスから選択して並び順を変更します。また、各項目は「昇順」、「降順」の並べ替えもできます。

＜「公費」項目内の検索方法＞
公費の種類と負担者番号は、単独の検索項目として取り扱います。互いが別々の異なる公費で、公費の種類の入力と、負担者番号の入力が混在した同時検索はできません。なお、公費の種類は、ANDまたはOR条件を指定して検索することができます。クリックして選択をしてください。

検索条件を入力後は、「検索」(F12)を押下すると検索結果画面へ遷移します。並び順は通常、患者番号、カナ氏名、性別、の順となっています。

図 166

項目の説明

診療年月日	診療年月日より検索を行います。（範囲の指定ができます）
本人家族	患者登録画面で保険入力をする際に必須入力項目である、本人家族区分より検索を行います。
保険者番号	保険者番号より検索を行います。 このとき、別の異なる「保険の種類」との同時検索はできません。
保険の種類	保険の種類をコンボボックスより選択して検索を行います。 このとき、別の異なる「保険者番号」との同時検索はできません。
OR・NOT	保険者番号または保険の種類の検索条件を指定します。 NOT条件とした場合、入力した保険者番号または保険の種類以外を検索します。 NOT条件では診療年月日の指定が必須となります。
保険記号	各種保険の記号より前方一致検索を行います。
保険番号	保険番号より検索を行います。
保険・公費AND・ORボタン	保険と公費の検索を指定した条件（かつ・または）で検索することができま

	す。
公費の種類	公費の種類をコンボボックスより選択して検索を行います。 ただし、別の異なる「公費負担者番号」との同時検索はできません。 公費の種類内で複数検索を行うとき、AND条件で検索を行うか、またはOR条件とするかを選択することができます。
AND・OR・NOT	公費の種類の検索条件を指定します。 NOT条件とした場合、入力した公費の種類以外を検索します。 NOT条件では診療年月日の指定が必須となります。
公費負担者番号	公費負担者番号より前方一致検索を行います。 このとき、別の異なる「公費の種類」との同時検索はできません。

「保険」項目内の検索方法

記号と番号を合わせてひとつの検索項目として取り扱いますが、記号若しくは番号のみでの検索もできます。

＜例1＞保険記号が「黒かきく」で、かつ保険番号が「456」の保険該当患者を検索する

検索条件を入力します。

図 167

「検索」(F12)を押下すると、検索結果画面へ遷移します。

＜例2＞保険記号に「白あいう」が付くか、または保険番号が「12」から始まる保険該当患者を検索する

図 168

＜例3＞保険者番号が「06132013」で、かつ保険記号が「2」から始まるか、または「3」から始まる保険該当患者を検索する

図 169

＜例4＞本人家族区分が「1　本人」で、保険の種類が「067　退国保」の該当患者を検索する

図 170

＜例5＞平成20年5月中に受診した患者で、負担者番号が「21266010」か、または「91」から始まる公費該当患者を検索する

図 171

＜例6＞公費の種類が「191　マル福」かつ「051　特定負有」の両公費を持つ患者を検索する

・AND条件で検索を行います。

図 172

Copyright(C)2007JMARI

＜「保険・公費」のAND・OR・NOT条件での検索方法＞
保険と公費を指定した条件で検索することができます。

＜例1＞保険の種類が「060　国保」かつ公費の種類が「019　原爆一般」を持つ患者を検索する
・AND条件で検索を行います。

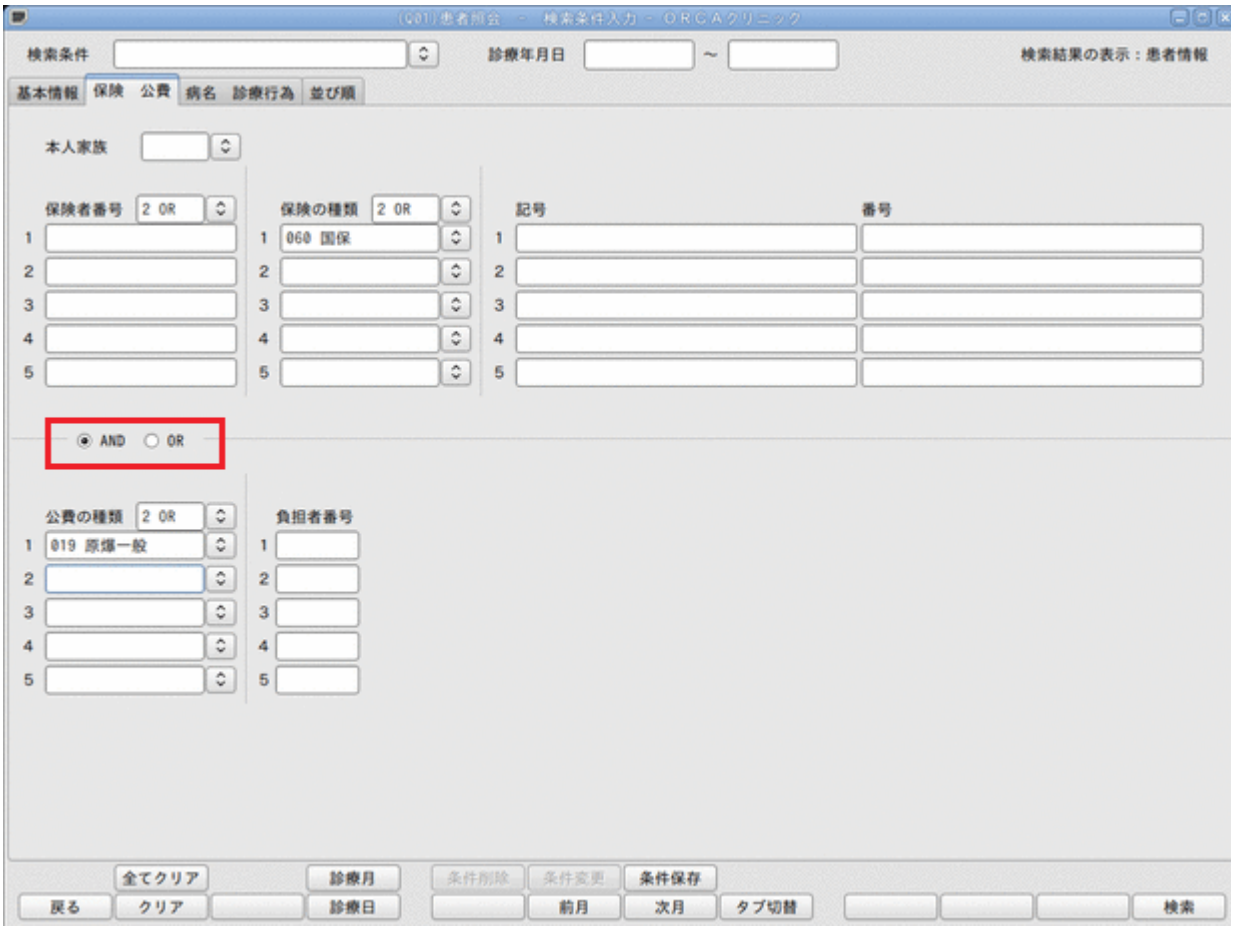


図 173

Copyright(C)2007JMARI

＜例2＞保険の種類が「060　国保」または公費の種類が「019　原爆一般」を持つ患者を検索する

・OR条件で検索を行います。

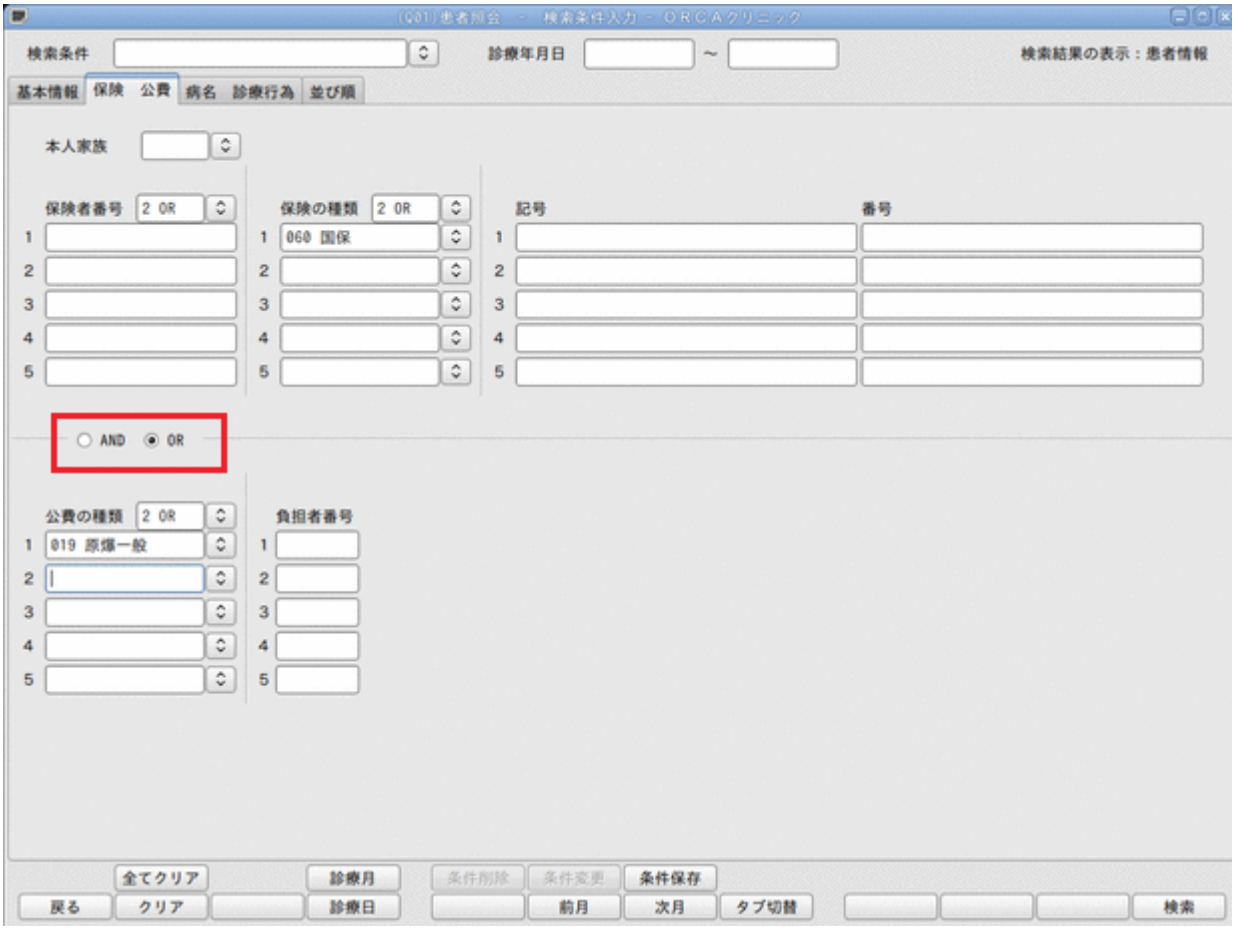


図 174

Copyright(C)2007JMARI

＜例3＞健康保険で入力した患者（労災・自賠責以外）を検索する。

労災保険と自賠責保険を入力しNOT条件を選択します。

図 175

（4）病名　診療行為

注意！
「照会」業務での検索は特定の診療行為を算定している「患者」を検索します。

アンケートや調査表での院内処方回数、院外処方せん回数の検索には向きません。
1月の診療行為回数を調べる場合は、「101　システム管理マスタ」－「3002　統計帳票出力情報（月次）」より、「診療行為別集計表」をセットアップし「52　月次統計」業務より出力してください。

例）院内処方回数、院外処方せん回数を調べる
「52　月次統計」にて「診療行為別集計表」の診療区分20，80の項目を出力し、処方料と処方せん料の回数を調べる。（小児科外来診療料、在医総管、在宅末期等を算定している場合は、13，14の項目も出力する）

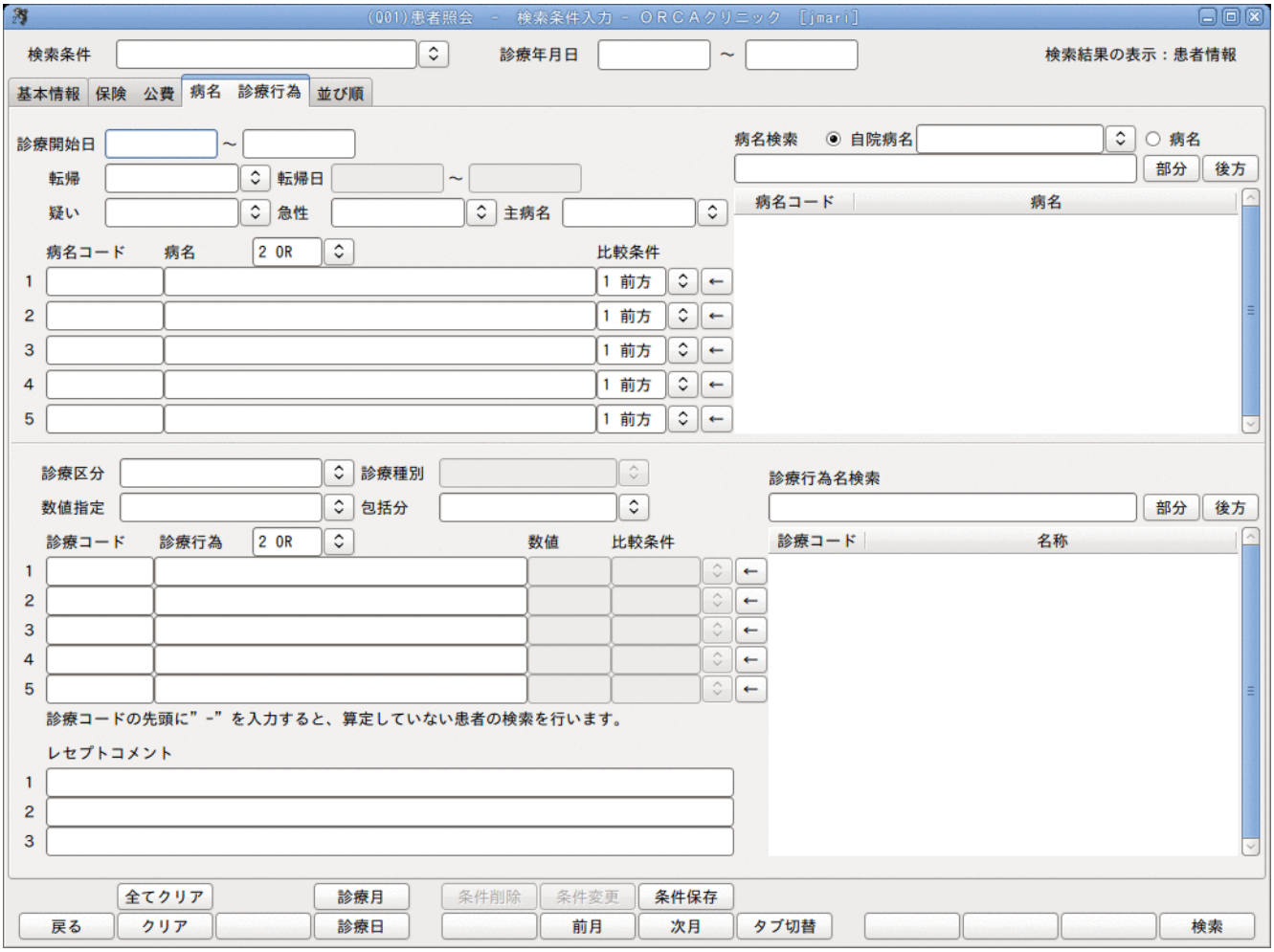


図 176

項目の説明

診療年月日	診療年月日より検索を行います。（範囲の指定ができます）
病名検索	自院病名、または病名の選択をします。 「自院病名」・・・コンボボックスより該当する分類名を選択します。 自院病名の登録方法は、 【2.7.2　自院病名登録】を参照してください。 「病名」・・病名コードのある病名の名称から前方一致検索を行います。 修飾語のみを検索した場合でも、病名コードからではなく病名から前方一致検索を行うため、「ZZZ4012　急性」で検索したときには「4659007　急性上気道炎」等も対象となります。

診療開始日	入力した診療開始日での病名検索をします。
転帰	コンボボックスより選択した条件で検索します。 検索対象として病名が入力されていれば、その病名全て（1項目～5項目）に対して選択された転帰区分で検索します。
転帰日	転帰日の範囲指定ができます。
疑い病名	検索対象として入力した病名全て（1項目～5項目）を疑い検索します。（病名登録の疑い区分が「1 疑い」「3 急性かつ疑い」の設定がされている病名が検索対象になります）
急性病名	検索対象として入力した病名全て（1項目～5項目）を急性病名として検索します。（病名登録の疑い区分が「2 急性」「3 急性かつ疑い」の設定がされている病名が検索対象になります）
主病名	検索対象として入力した病名全て（1項目～5項目）を主病名検索します。
病名コード	病名コードより病名を表示します。 ※病名コードでの検索は行いません。病名を呼び出すための入力欄です。
病名	病名欄に入力された検索文字列は前方一致検索を行います。 「＊」（全角文字）を入力することで、部分一致検索ができるようになります。
AND・OR・NOT	病名について指定した条件で検索することができます。
比較条件	一致条件を指定します。
← ボタン（病名選択ボタン）	病名リストで選択した行の病名コードを病名コードエントリーに追加します。
部分	病名の部分検索を行います。
後方	病名の後方検索を行います。
診療区分	診療区分での検索を行います。
診療種別	診療区分に 20 投薬 30 注射 90 入院 が設定されたときに更に種別の設定が行えます。
数値指定	診療行為を数量、回数、合計を指定して検索したい場合に設定します。 数量：薬剤の錠数やグラム数での検索 回数：薬剤の処方日数や診療行為の算定回数での検索 合計：薬剤の総数、診療行為の総数での検索
包括分	診療行為入力時に「包括算定」で入力した診療行為及び、保険組合せ「9999 包括分入力」で入力された診療行為を検索対象から除外します。
行為名検索	診療行為名より前方一致検索を行います。
診療行為コード※	診療行為コードや自院で設定した入力コード等からの検索ができます。また、検索文字列を入力することにより検索画面へと遷移して、該当する診療行為名称を選択することができます。
診療行為	検索にから指定した診療行為名を表示します。
数量、回数、合計	数値指定検索をする場合の値を入力します。
比較条件	数量、回数、合計欄に入力した値との一致条件を設定します。
AND・OR・NOT	診療行為について指定した条件で検索することができます。
← ボタン（診療行為名選択ボタン）	診療行為リストで選択されている行の診療行為コードを診療行為コードエントリーに追加します。
部分	診療行為の部分検索を行います。
後方	診療行為の後方検索を行います。
レセプトコメント	レセプトコメントからの検索を行います。 入力されたキーワードを部分検索します。 1つの検索欄で全角空白で区切り最大3つまでのキーワードを入力することができます。 例）紹介□改善□退院 検索対象のコメント • 病名画面の「コメント」(Shift+F5) • 会計照会画面の「コメント」(Shift+F4)

	検索対象外のコメント • 診療行為入力画面より入力したコメント

※注意！
入院カレンダーの検索の場合は入院基本料のコードを入力して検索します。
ただし、外泊のみ外泊予約コード"099999911"での検索もできます。

＜例1＞糖尿病と高血圧症の病名を持つ患者を検索する

（「糖尿病」は自院病名での登録があり、「高血圧症」は自院病名での登録が無いため、病名から名称検索を行う場合）

AND条件で検索を行います。

自院病名分類名をコンボボックスから選択します。例では内科に糖尿病の病名があるものとして選択しています
これにより病名リストに内科で登録されている病名が表示します。

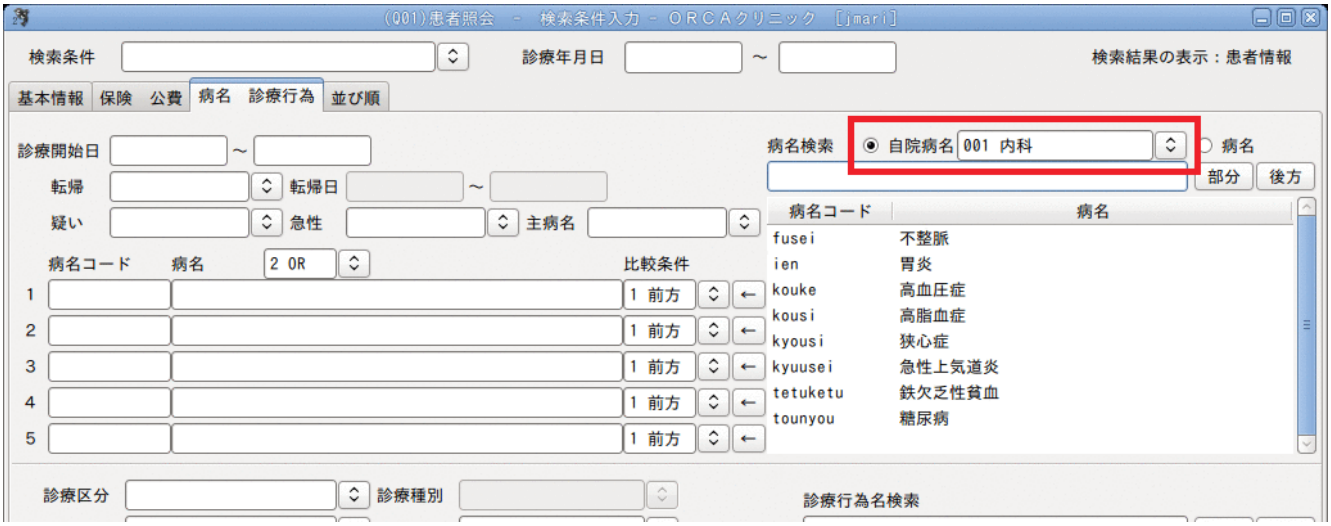


図 177

該当病名をクリックで選択し、「←」を押下すると病名コードエントリーに追加します。

また、病名コード欄に病名コードを入力して「Enter」を押下しても、病名を追加することができます。

図 178

病名の名称検索を行うときは、「病名」をクリックします。病名検索欄に入力した文字列から前方一致検索により該当病名を一覧に表示します。病名コードエントリーに追加します。

図 179

↓

図 180

「検索」(F12)を押下すると、検索結果画面へ遷移します。
なお、検索対象となる病名は前方一致検索となるため、糖尿病及び高血圧症を病名の最初に持つ病名も抽出対象となります。

＜例2＞平成24年8月1日から平成24年8月31日までに受診した患者のうち､｢糖尿病｣の文字列を含む病名（糖尿病 糖尿病合併症、1型糖尿病性腎症、前糖尿病など）を持つ患者を検索する

図 181

「検索」(F12)を押下すると、検索結果画面へ遷移します。

病名検索のヒント！

病名の部分検索は病名欄へ｢＊糖尿病＊｣の入力できますが､比較条件の追加により比較条件の方を優先し病名欄の入力を変更します。

「＊糖尿病＊」の「1　前方」　→　「糖尿病＊」の「1　前方」

また、病名の途中に＊（曖昧検索）を指定することもできます。

「上腕＊骨折」の「1　前方」　→　「上腕」で始まり「骨折」を含む病名からの検索

＜例3＞「胃炎」「胃潰瘍」以外の患者を検索する。

胃炎の部分一致、胃潰瘍の部分一致を入力しNOT条件を選択します。

図 182

＜例4＞アリナミン錠またはノイビタ錠の投薬があった患者を検索する

行為名検索欄へ「アリナミン」を入力し、部分検索をします。または診療行為コード欄に直接、名称入力をするか、「//」（半角文字）を入力（上記画面例の最後を参照）して検索画面へ遷移させて指定します。

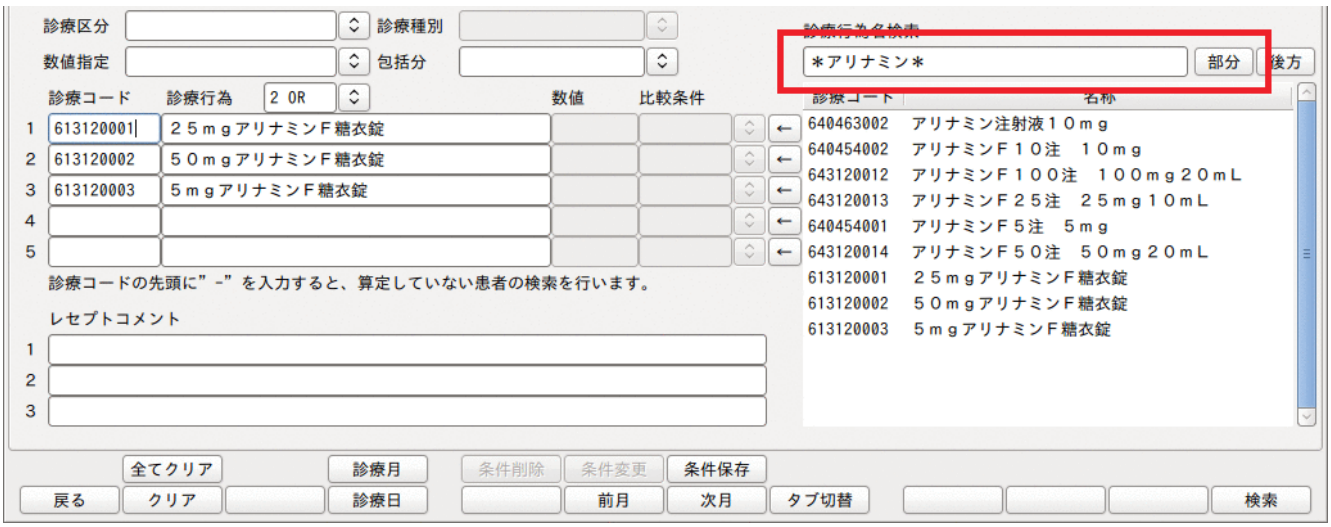


図 183

同様にノイビタ錠も入力します。

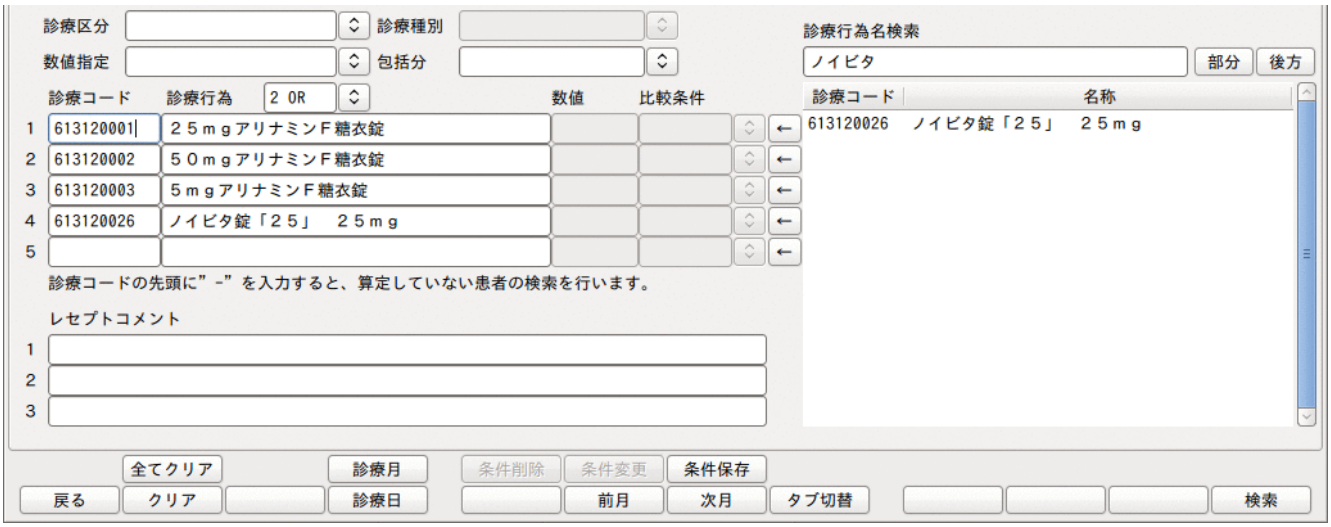


図 184

「検索」(F12)を押下すると、検索結果画面へ遷移します。

＜例5＞　数値指定での検索

ムコスタ錠を一日3錠で投薬した患者を検索する。

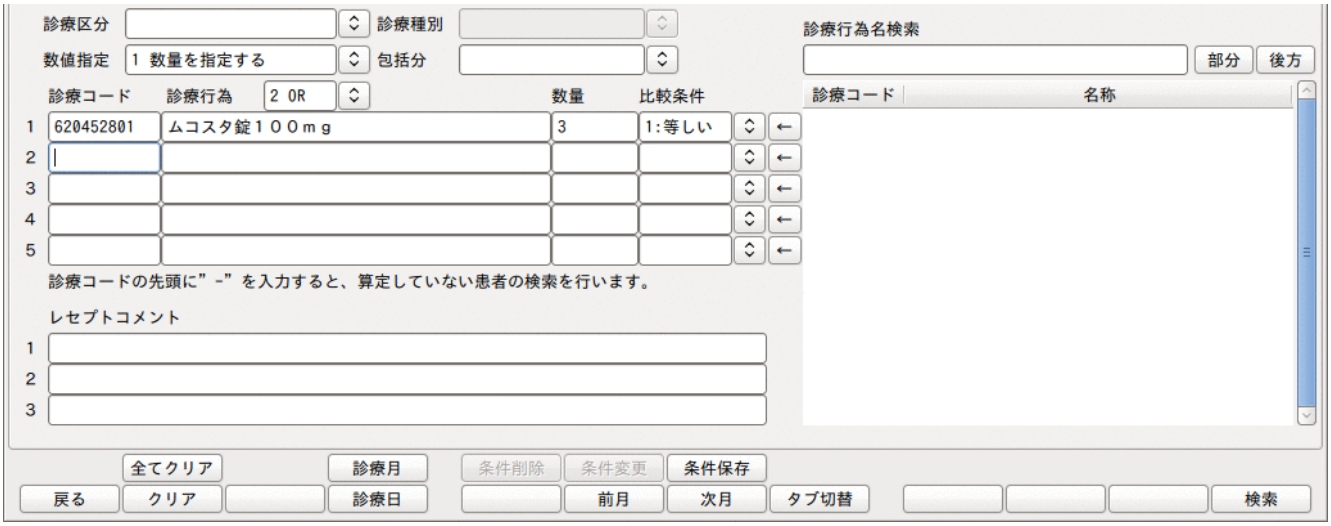


図 185

ムコスタ錠を42日投薬をした患者を検索する。

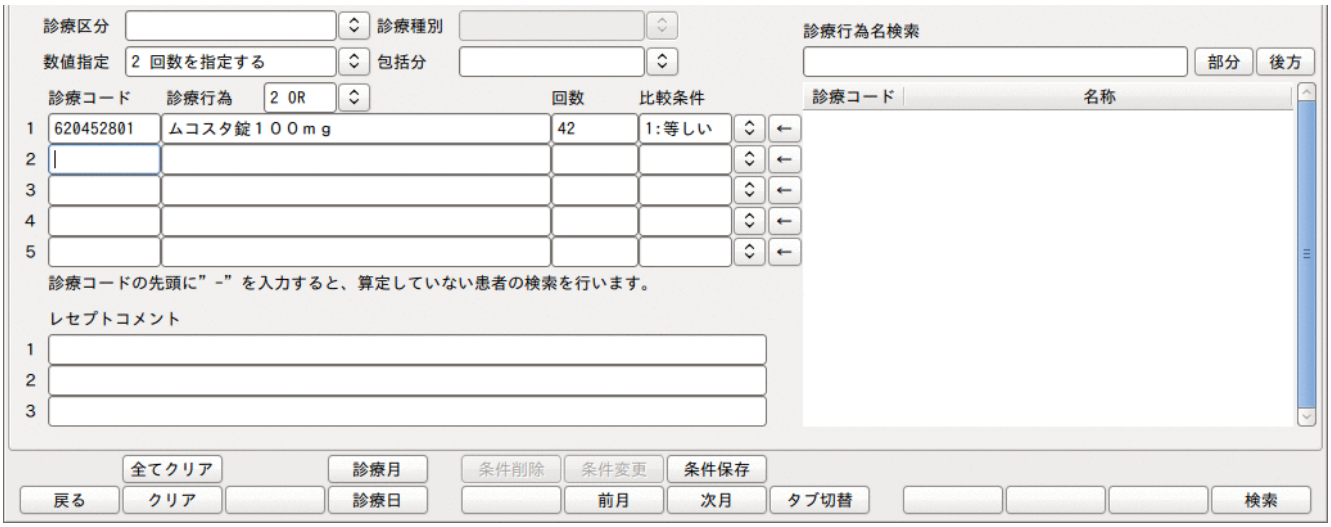


図 186

ムコスタ錠を100錠以上投与した患者を検索する。

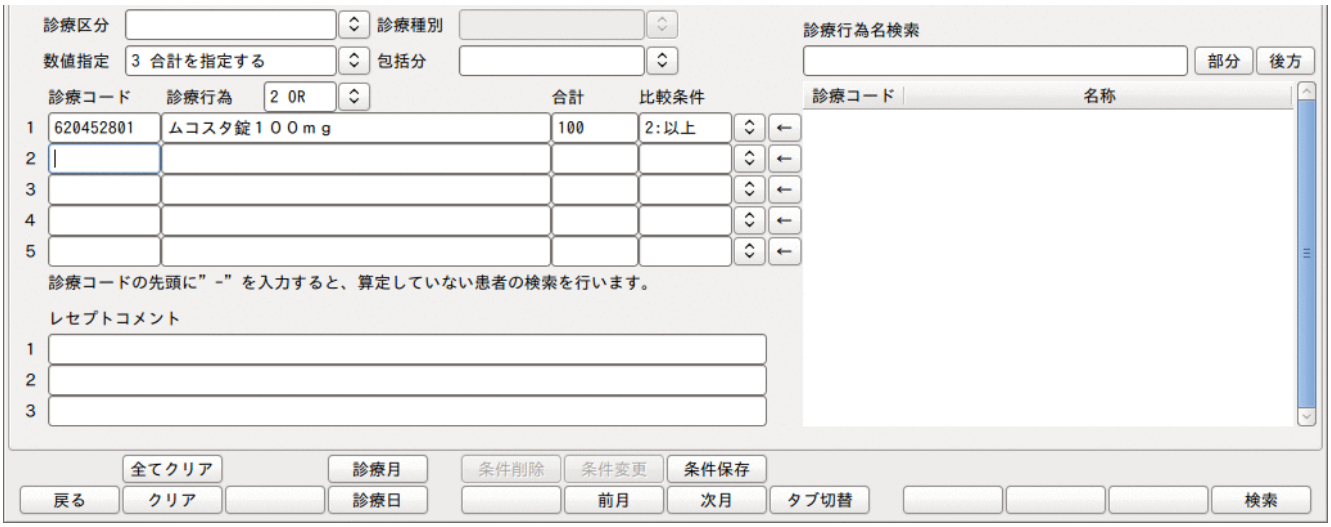


図 187

Copyright(C)2007JMARI

＜例6＞　レセプトコメントを検索

1. 診療年月日を入力します。
2. キーワードを最大3個まで入力します。
3. 「検索」F12を押下します。

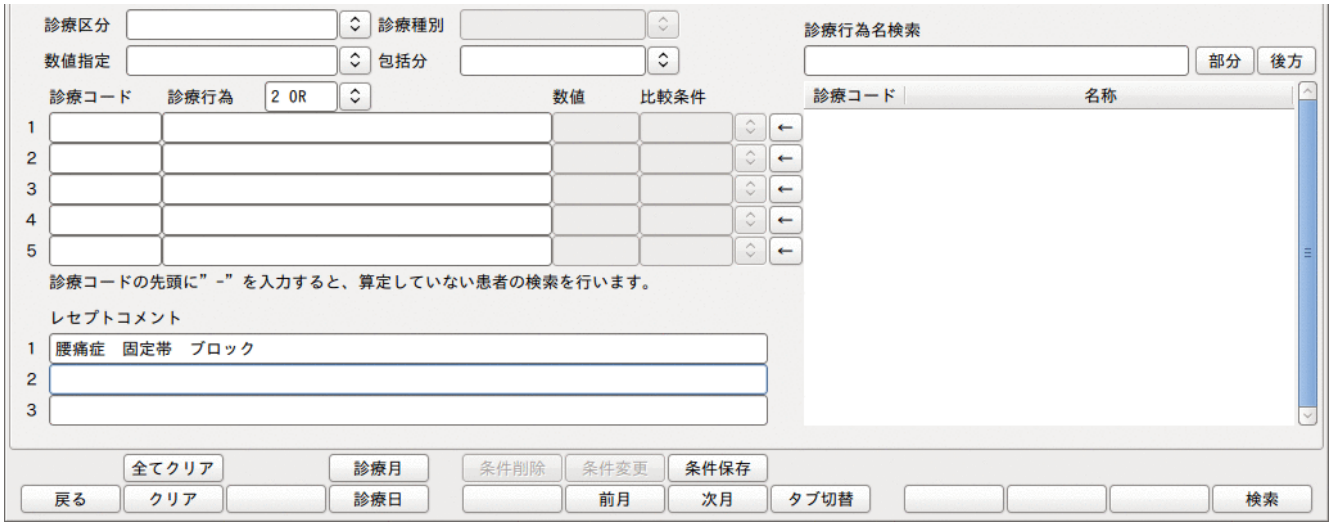


図 188

＜例7＞消炎鎮痛処置を算定し、慢性疼痛疾患管理料を算定していない患者を検索する。

慢性疼痛疾患管理料のコードの先頭に「 - 」をつけます。

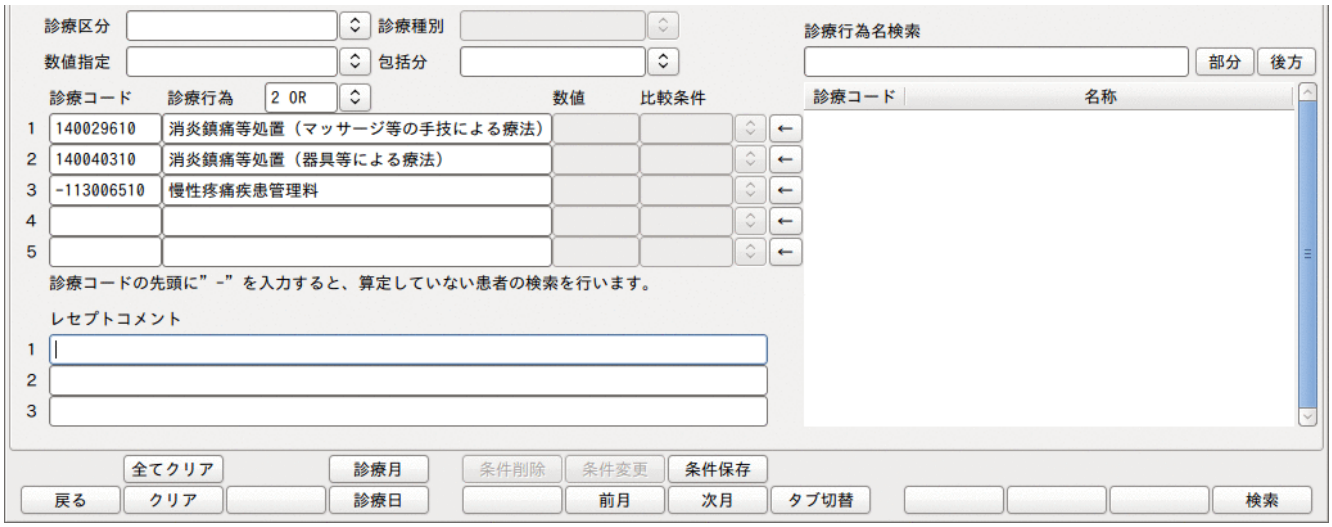


図 189

ポイント！ 診療行為のNOT条件はコードの先頭に「－」を付けて指定します。

＜廃止コードの検索＞

廃止コードも診療行為コード欄に直接入力することで検索できます。

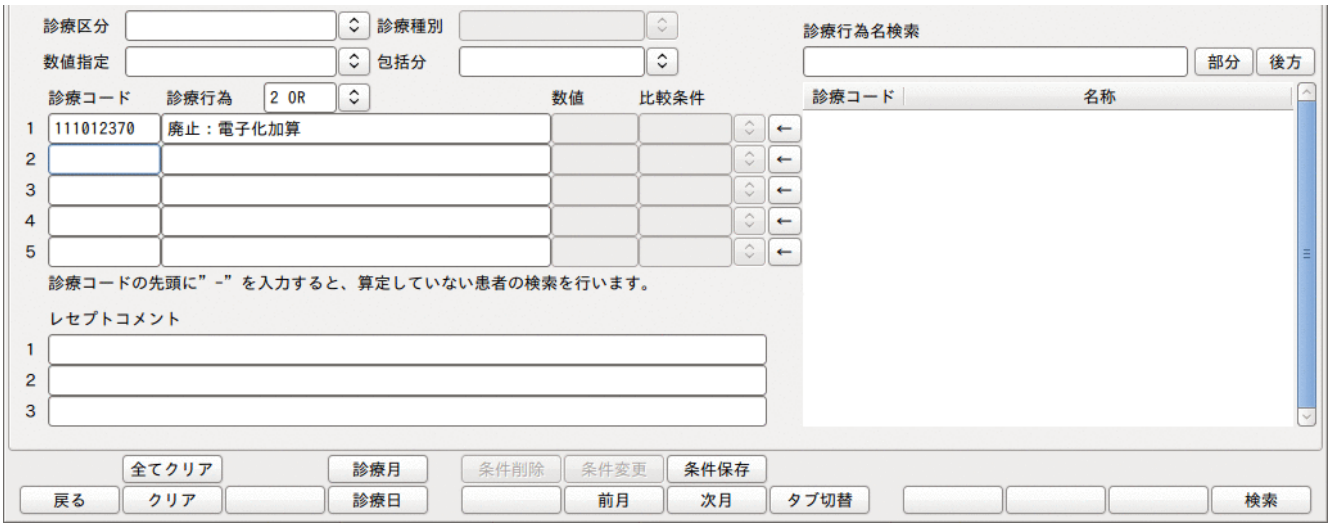
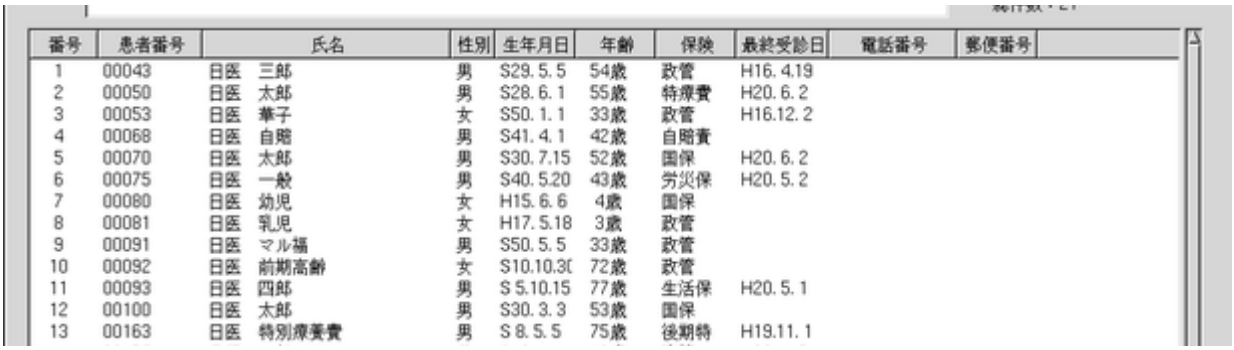


図 190

（5）並び順

検索結果画面で表示する患者の順番の並べ替えをすることができます。項目名のコンボボックスから選択して並び順を変更します。また、各項目は「昇順」、「降順」の並べ替えもできます。
検索条件を入力後は、「検索」(F12)を押下すると検索結果画面へ遷移します。並び順の初期表示は患者番号、カナ氏名、性別、の順となっています。



番号	患者番号	氏名	性別	生年月日	年齢	保険	最終受診日	電話番号	郵便番号
1	00043	日医　三郎	男	S29. 5. 5	54歳	政管	H16. 4.19		
2	00050	日医　太郎	男	S28. 6. 1	55歳	特療費	H20. 6. 2		
3	00053	日医　華子	女	S50. 1. 1	33歳	政管	H16.12. 2		
4	00068	日医　自賠	男	S41. 4. 1	42歳	自賠責			
5	00070	日医　太郎	男	S30. 7.15	52歳	国保	H20. 6. 2		
6	00075	日医　一般	男	S40. 5.20	43歳	労災保	H20. 5. 2		
7	00080	日医　幼児	女	H15. 6. 6	4歳	国保			
8	00081	日医　乳児	女	H17. 5.18	3歳	政管			
9	00091	日医　マル福	男	S50. 5. 5	33歳	政管			
10	00092	日医　前期高齢	女	S10.10.3(	72歳	政管			
11	00093	日医　四郎	男	S 5.10.15	77歳	生活保	H20. 5. 1		
12	00100	日医　太郎	男	S30. 3. 3	53歳	国保			
13	00163	日医　特別療養費	男	S 8. 5. 5	75歳	後期特	H19.11. 1		

図 191

並び順を変更して生年月日、カナ氏名、性別の順としてみます。

番号	患者番号	氏名	性別	生年月日	年齢	保険	最終受診日	電話番号	郵便番号
1	00081	日医　乳児	女	H17. 5.18	3歳	政管			
2	00080	日医　幼児	女	H15. 6. 6	4歳	国保			
3	00184	日医　特疾	女	H 5. 6. 7	14歳	国保	H20. 7.23		
4	00190	日医　一郎	男	S60. 6. 6	22歳	国保	H20. 3. 1		
5	00189	日医　五郎	男	S56. 7. 8	26歳	政管	H20. 5. 1		
6	00091	日医　マル福	男	S50. 5. 5	33歳	政管			
7	00053	日医　華子	女	S50. 1. 1	33歳	政管	H16.12. 2		
8	00068	日医　自賠	男	S41. 4. 1	42歳	自賠責			
9	00075	日医　一般	男	S40. 5.20	43歳	労災保	H20. 5. 2		
10	00175	日医　二郎	男	S40. 1. 1	43歳	政管	H20. 4. 7		
11	00186	日医　生保	男	S34. 5. 6	49歳	生活保	H20. 5. 1		
12	00070	日医　太郎	男	S30. 7.15	52歳	国保	H20. 6. 2		
13	00100	日医　太郎	男	S30. 3. 3	53歳	国保			

図 192

（6）帳票への印刷

印刷を行う場合、「表題」や「条件」を入力すると、リストの内容と共に帳票へ印刷することができます。

番号	患者番号	氏名	性別	生年月日	年齢	保険	最終受診日	電話番号	郵便番号	
1	00001	日医　太郎	男	S17. 7.15	70歳	国公	H25. 8. 1			
2	00002	日医　次郎	男	S42. 5. 1	46歳	国保	H25. 4.25	03-0000-0000	113-0021	東京都文京区本駒込
3	00003	日医　三郎	男	S41. 9.10	46歳	労災保	H25. 5.21			
4	00004	日医　花子	女	S50. 7.10	37歳	協会	H25. 5. 1	03-1234-5678	113-0021	東京都文京区本駒込　2-2
5	00005	日医　あき子	女	H 3. 3. 3	22歳	国保	01-101			
6	00006	日医　四郎	男	S60. 6. 6	28歳	国公	H25. 5. 1			
7	00008	日医　五朗	男	S55. 5. 5	33歳	協会	H25. 5.27			
8	00009	日医　九二子	女	S64. 1. 1	24歳	地公	H25. 5.24			
9	00010	日医　乳幼児	女	H23. 3. 3	2歳	協会	H25. 3.29			
10	00012	日医　健太	男	S42.10. 5	45歳	協会	H24. 6. 3			
11	00013	日医　京子	女	S50. 3. 2	38歳	国保	H24. 7.10			
12	00014	日医　健二	男	S50. 2. 1	38歳	国保	H25. 3. 6			
13	00015	日医　ハナ子	女	S45. 4. 3	43歳	国保	H25. 4.20	03-1234-5678	113-0021	東京都文京区本駒込　2-1

図 193

Copyright(C)2007JMARI

「印刷」(F12)を押下すると印刷確認画面を表示します。
ページ数が複数にわたる場合は、印刷するページを指定することもできます。

図 194

「CSV出力」(F11)に関しても、上記の操作方法と同様となります。また、件数の指定も行えます。
「OK」で印刷を開始します。「処理結果」(Shift＋F12)画面の「F11：状態」を押下すると、処理の経過及び結果を確認することができます。

図 195

（7）検索条件の保存

繰り返し検索を行ったり、定期的に検索を行う場合は検索条件を保存して置くことができます。

＜保存する＞

1. 保存したい検索条件を入力します。

図 196

2. 「条件保存」(Shift＋F8)を押下し、保存名称を入力します。

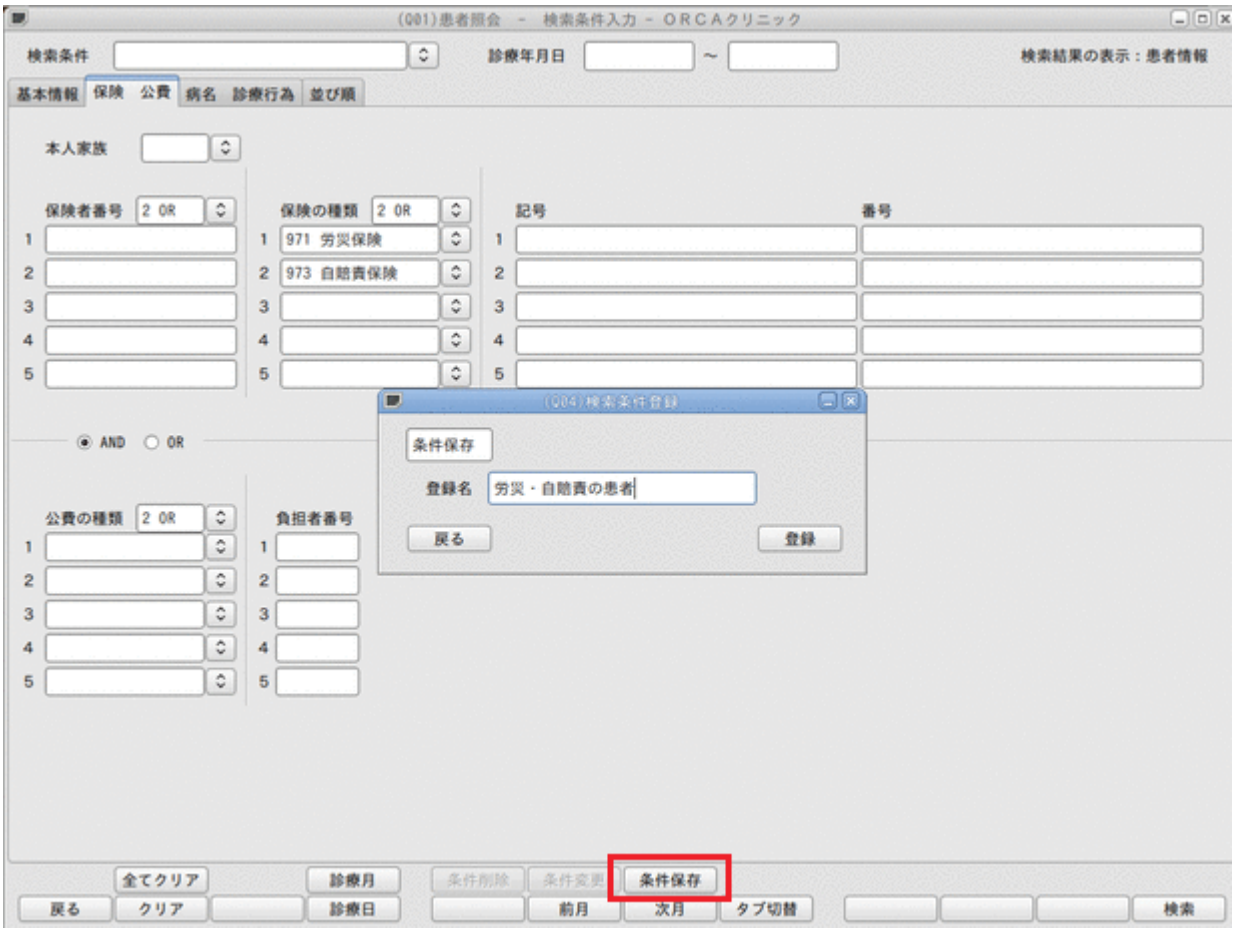


図 197

 Copyright(C)2007JMARI

3. 「登録」(F12)を押下し登録します。

図 198

次回から検索条件に呼び出すだけで検索ができます。

注意！
- 保存できる検索条件は50件までとします。
- 保存対象外の項目があります。
  年齢の基準日
  病名を検索するための病名検索欄
  診療行為を検索するための行為名検索欄

＜保存した条件を変更する＞

1. 登録済みの条件を呼び出します。
2. 検索条件を変更し、「条件変更」(ShiftF7)を押下します。
3. 名称入力画面にて名称の変更もできます。
4. 「登録」(F12)を押下します。

＜保存した条件を削除する＞

1. 登録済みの条件を呼び出します。
2. 「条件削除」(Shift＋F6)を押下します。
3. 「OK」(F12)を押下し削除します。

２.３.２　レセプト個別作成との連携（検索結果を個別作成する）

（1）概要

各種条件により検索した結果（患者リスト）をレセプト個別作成の対象者とすることができます。

レセプト個別作成への連携データは最大500人分とします。
（500人を超える場合は明細書連携データ作成ボタンを押下することができません）
連携データには以下の情報も記録されます。
（1）抽出条件（検索結果画面の条件欄に入力された内容）
（2）個別レセプトの対象としたい診療年月（連携データ作成時に設定）
（3）個別レセプトの対象としたい入外区分（連携データ作成時に設定）

（2）連携データを作成する

「13　照会」各検索条件を入力し患者を検索します。
レセプト個別作成後の印刷順を指定したい場合は、検索結果の並び順を指定しておきます。

図 199

「明細書連携」(F9)を押下します。
検索結果が500件以下の時に押下できます。

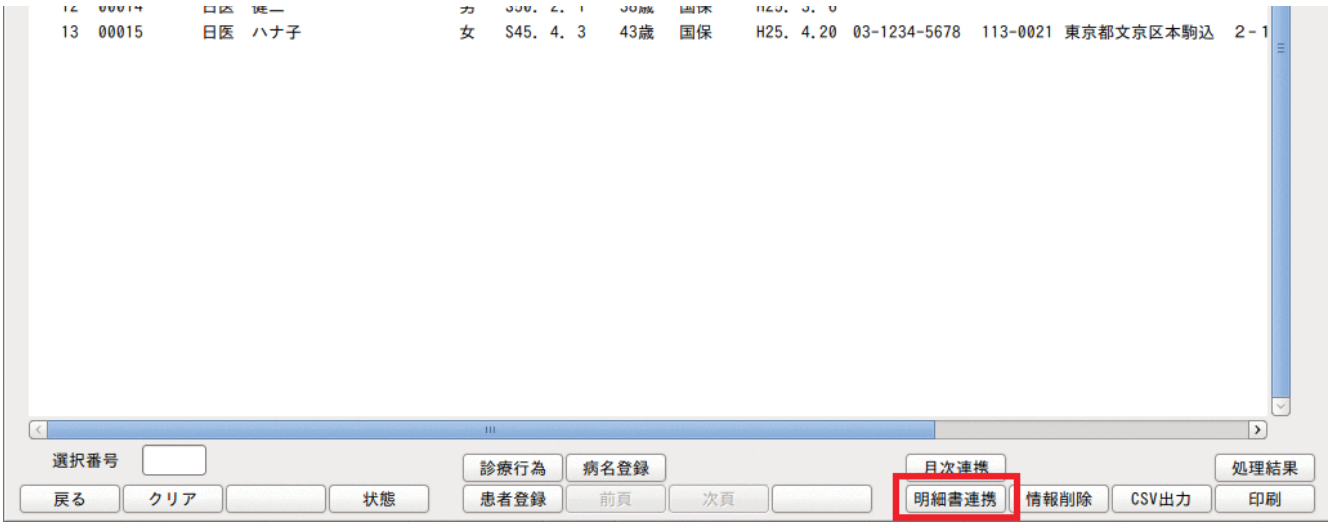


図 200

Copyright(C)2007JMARI

確認メッセージが表示されます。

図 201

診療年月（必須項目　変更可）
初期表示は以下の条件です。複数の条件に該当する場合は番号の小さい条件が優先されます。

(1)検索条件に診療年月日の終了日を設定している場合はその月を表示します。
(2)検索条件に診療年月日の開始日を設定している場合はその月を表示します。
(3)(1),(2)に該当しない場合システム日付の月を表示します。

入外区分（任意項目　変更可）
検索結果の入外区分を記録します。
(1)検索条件に入外区分が設定されている場合は自動で表示します。
(2)入外区分が設定されていない場合は空白が表示されます。任意で設定ができます。

※入外区分の設定は、レセプト個別処理の入外区分を指定するものではありません。検索条件の入外区分を記録する場合に設定します。

「OK」を押下すると連携データを作成します。

図 202

「戻る」(F1)で終了します。

(3) 連携データをレセプト個別作成業務に取り込みレセプトを作成する

業務メニュー「42　明細書」より入外区分をセットし、レセプト個別作成画面を表示します。

「4　照会連携」を選択します。初期表示で「4　照会連携」の場合は「Enter」を押下します。

図 203

連携データが取り込まれます。

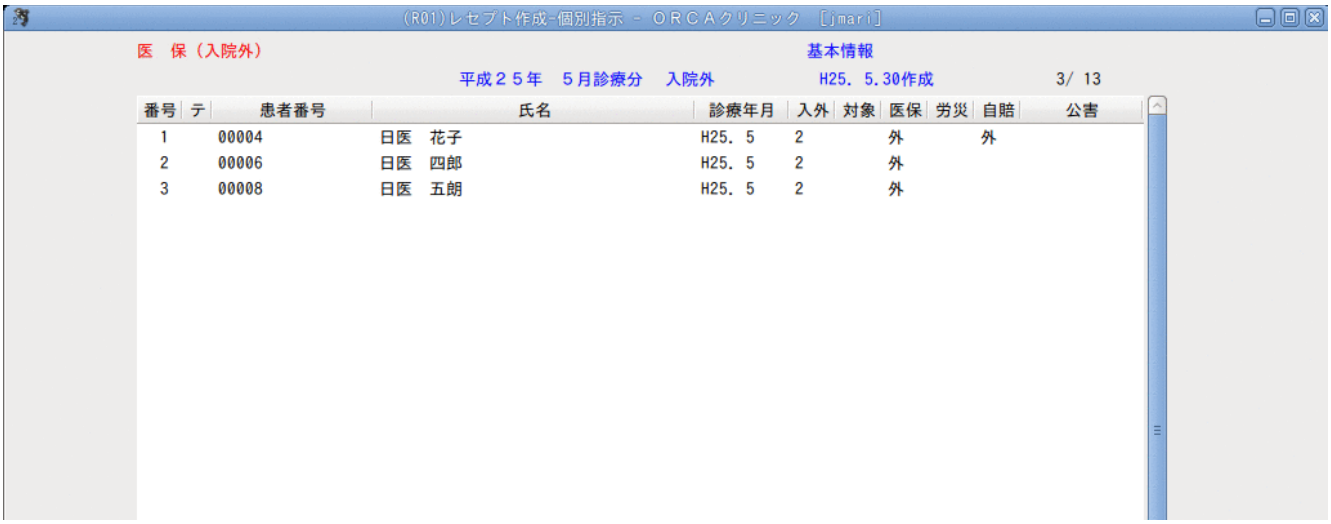


図 204

「確定」(F12)を押下しレセプトを作成します。
レセプト印刷指示画面より印刷します。

（4）対象患者の表示について

レセプト個別作成時に連携データを取り込んだ場合、初期表示されるのは連携データの中でレセプト個別処理の対象になる患者のみを表示します。

例）連携データ13件中に3件入院レセの対象

図 205

全ての連携データを表示する場合は「全体表示」(F5)を押下します。

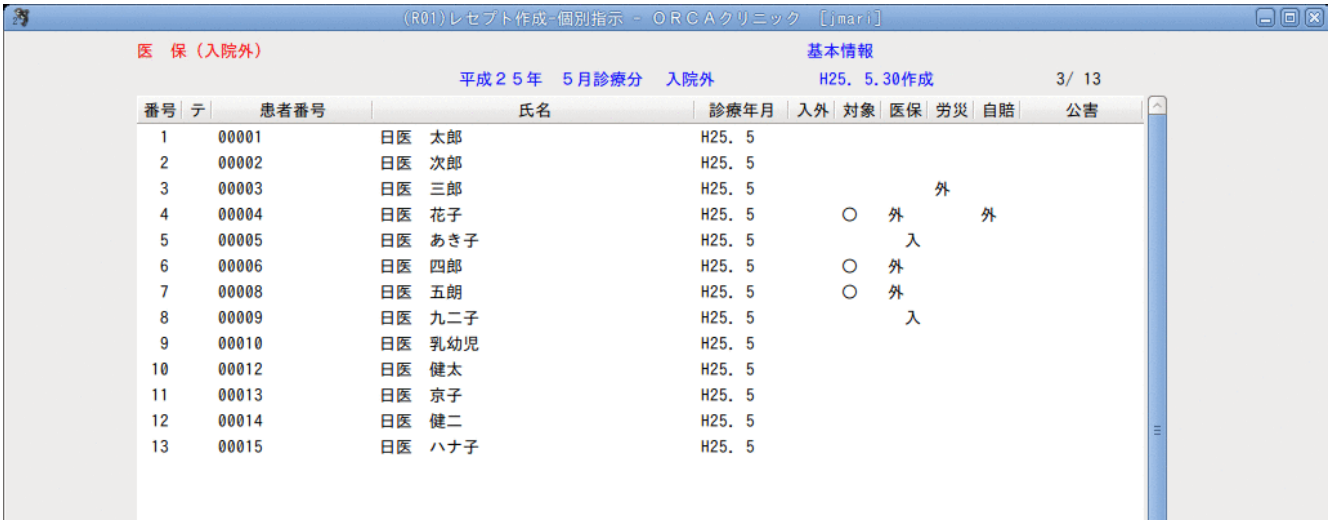


図 206

全ての連携データを表示します。対象欄に○印があるものがレセプト対象となります。

２.３.３　月次統計との連携

（1）概要

各種条件により検索した結果（患者リスト）を月次統計の対象者とすることができます。

注意！ 現在は外来月別請求書のみ対応しています。

（2）連携データの作成

任意の条件で患者検索を行います。
検索結果画面の「月次連携」(Shift＋F9)を押下します。

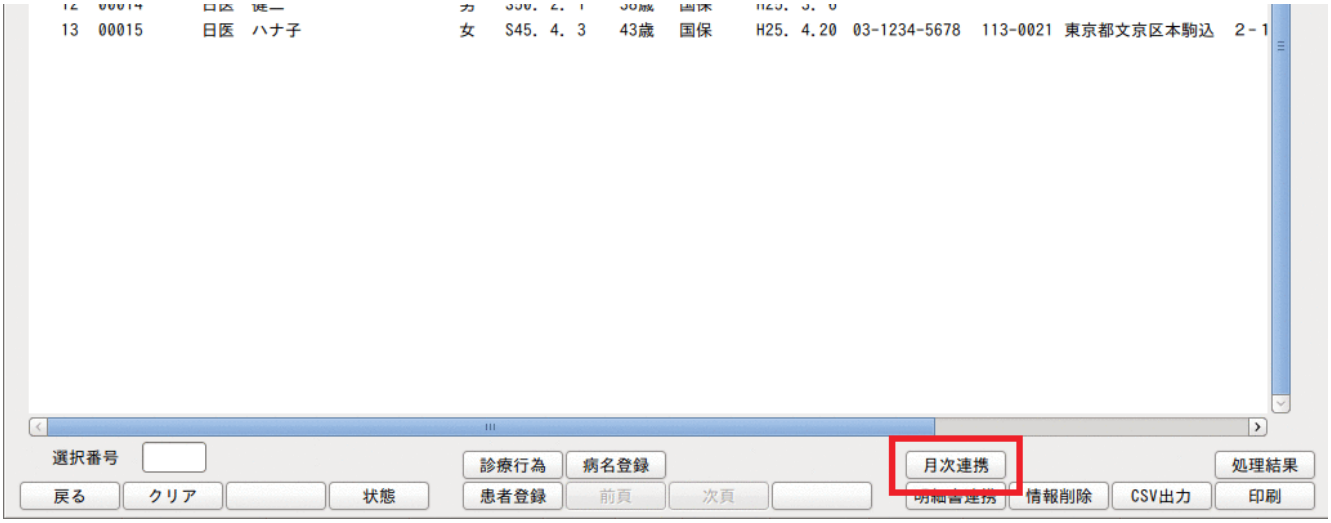


図 207

確認画面で「OK」を選択します。

図 208

連携データが作成されます。

図 209

「戻る」で画面を閉じます。

(3) 月次統計への取り込み

外来月別請求書の患者番号欄に「*」を入力し作成します。

図 210

２．４　予約

２．４．１　予約登録

（1）患者の呼び出し
（2）項目の説明
（3）登録済み予約の変更
（4）予約患者の予約取消
ファンクションキーの説明

（1）患者の呼び出し

患者番号を入力します。

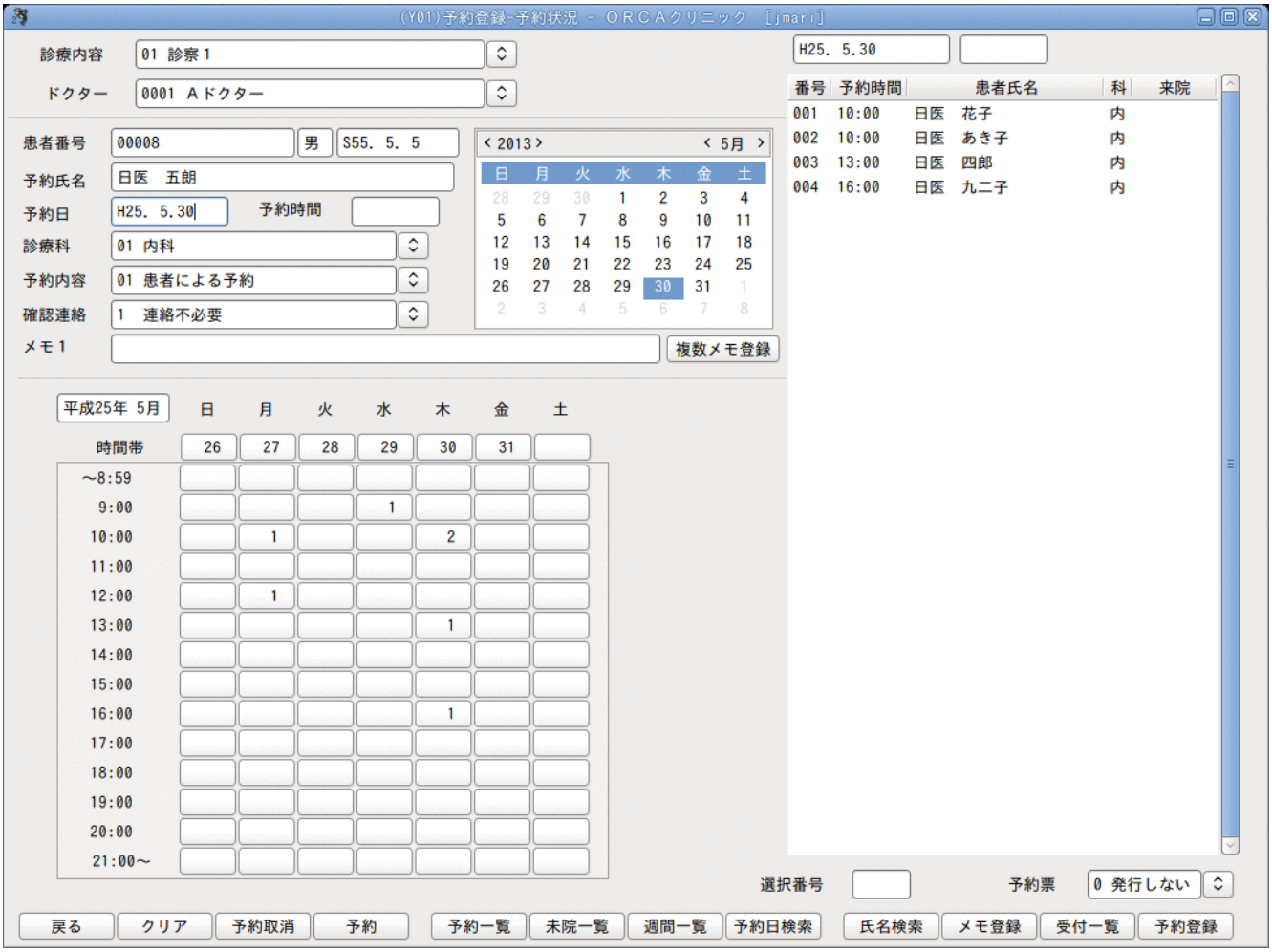


図 211

（2）項目の説明

診療内容	コンボボックスより診療内容を選択します。システム管理マスタで登録された診療内容は最大30件まで表示します。 初期表示する診療内容を「101　システム管理マスタ」－「1012　診療内容情報」にて設定できます。
ドクター	コンボボックスより対診するドクターを選択します。システム管理マスタで登録されたドクターは最大99人まで表示します。 初期表示するドクターを「101　システム管理マスタ」－「1045　予約機能情報」にて設定できます。
予約日	予約日を入力します。 （右にあるカレンダーの日付を押下するか、下部にある週間パネルの日付を押下することでも設定できます）。
予約時間	予約時間を入力します。 （下部にある週間パネルのその日の時間帯を押下することでも1時間単位での設定はできます）。
診療科	コンボボックスより診療科を選択します。システム管理マスタで登録された診療科は最大40科まで表示します。 「101　システム管理マスタ」－「1045　予約機能情報」にてドクターの初期表示を設定している場合は、そのドクターの診療科を初期表示します。
予約内容	コンボボックスより予約内容を選択します。 ※予約内容の追加、初期表示の設定は「101　システム管理マスタ」－「1028　予約内容情報」にて修正ができます。
確認連絡	コンボボックスより確認連絡内容を選択します。
メモ1	予約メモを入力できます。 最大6つまでメモは入力でき、予約票に印字します。 文例登録があれば、メモ1欄が未入力の状態で「Enter」を押下すると文例登録の表示順にしたがってメモが登録できます。
予約票	「1　発行する」にすると患者別の予約票を印刷します。 「101　システム管理マスタ」－「1045　予約機能情報」にて初期表示の設定ができます。

ポイント！
「101　システム管理マスタ」－「1045　予約機能情報」により1つの予約枠の件数の警告表示を設定することができます。

以上の項目を入力し、「予約登録」(F12)を押下することにより、該当の患者の予約が完了します。

Copyright(C)2007JMARI

＜メモ入力について＞

予約画面のメモ1に直接入力を行います。

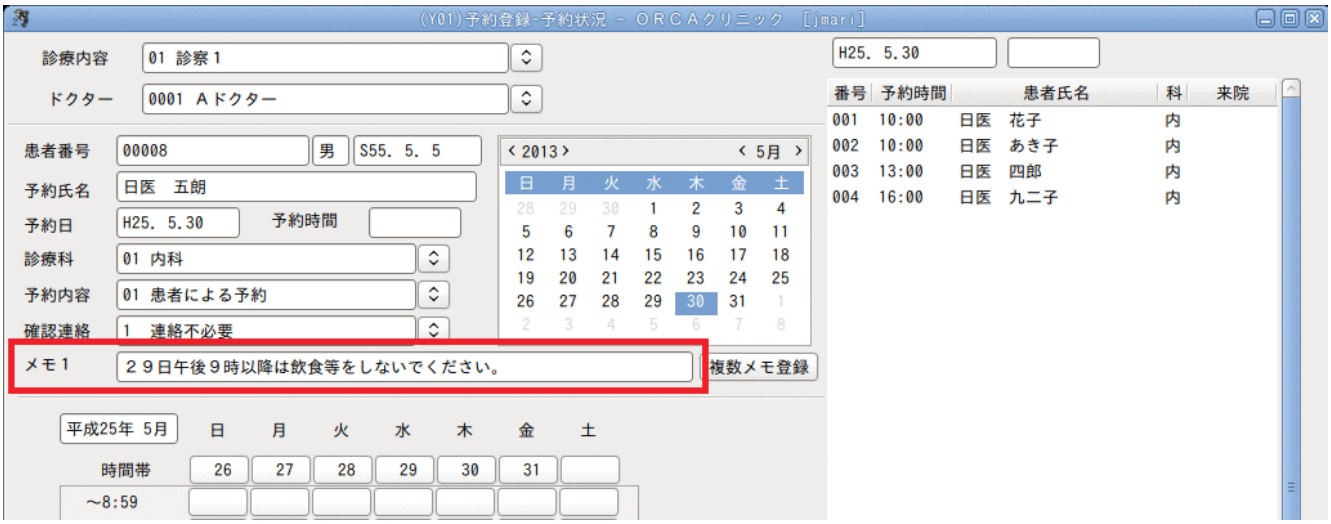


図 212

複数のメモを登録する場合は、「複数メモ登録」をクリックし、入力します。

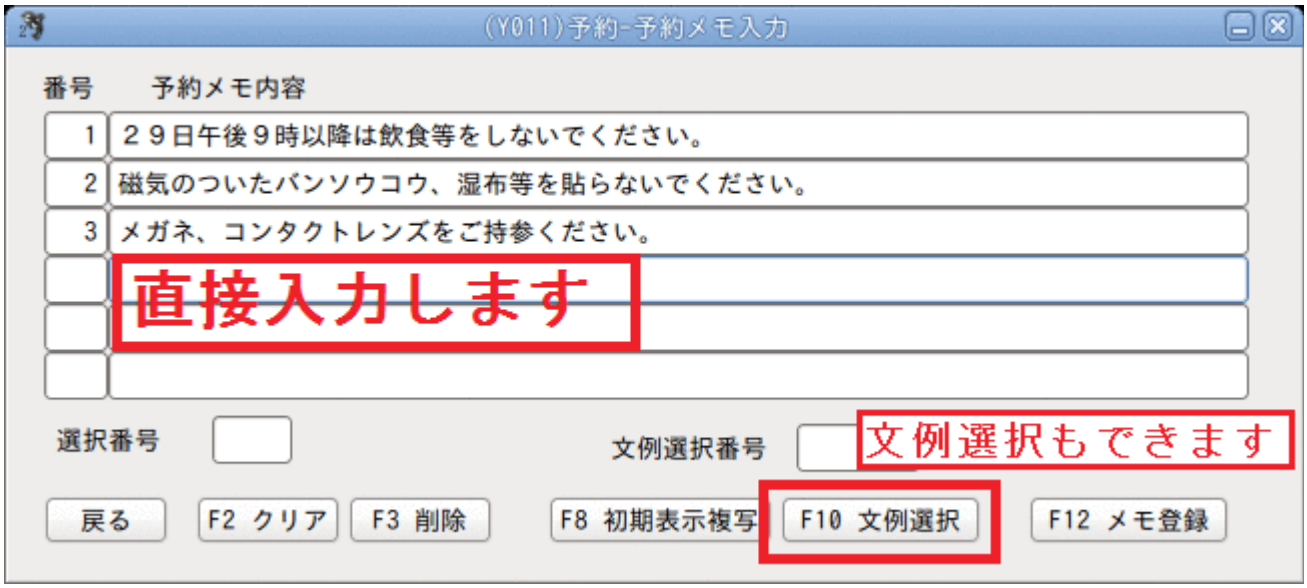


図 213

「F8　初期表示複写」：文例登録の中から表示設定されている文例のみを複写します。
「10　文例選択」：文例選択・登録画面に遷移します。

＜メモの文例登録＞

メモを文例登録しておくと

- 予約画面のメモ1欄が未入力状態で「Enter」を押下すると表示順登録されている文例を全て表示する。
- 複数メモ登録画面の「文例選択番号」に番号を入力することで文例を表示する。
- 文例の表示順設定により、複数メモ登録画面の「初期表示複写」で複数の文例をボタン1つで表示する。

以上のことができるようになります。

「F10　文例選択」を押下します。

図 214

登録したい文例を入力し、「F10　文例登録」を押下します。

図 215

＜表示順の設定と文例複写＞

【メモ文例登録画面】

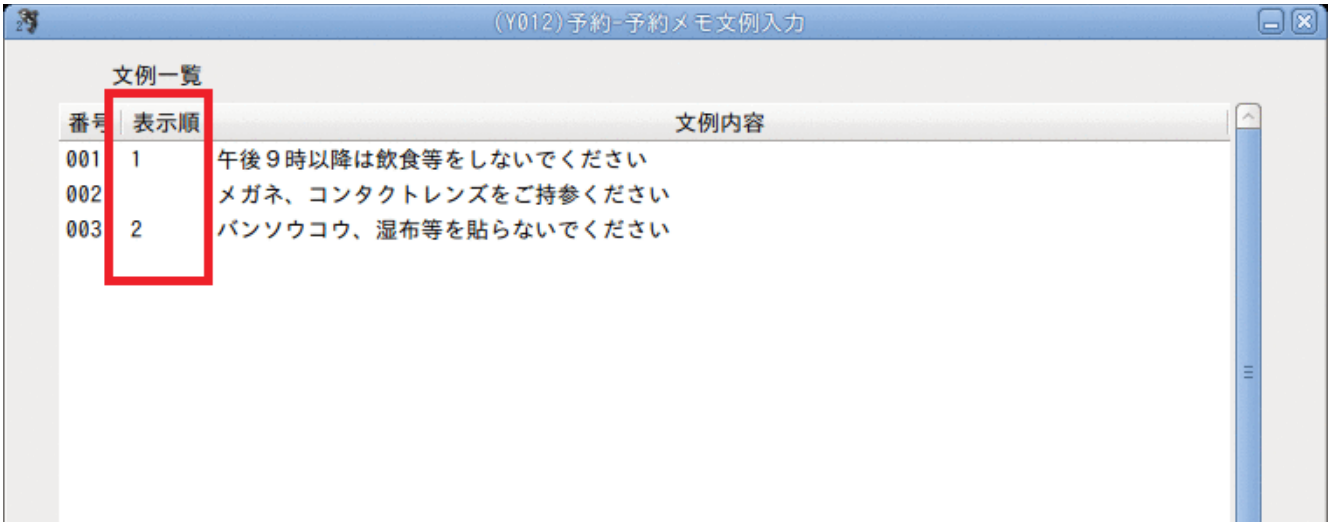


図 216

1. 予約画面のメモ1欄を未入力のまま「複数メモ登録」押下

図 217

2. 予約メモ入力画面の「F8　初期表示複写」押下します。表示順が設定されているメモが順番に複写されます。

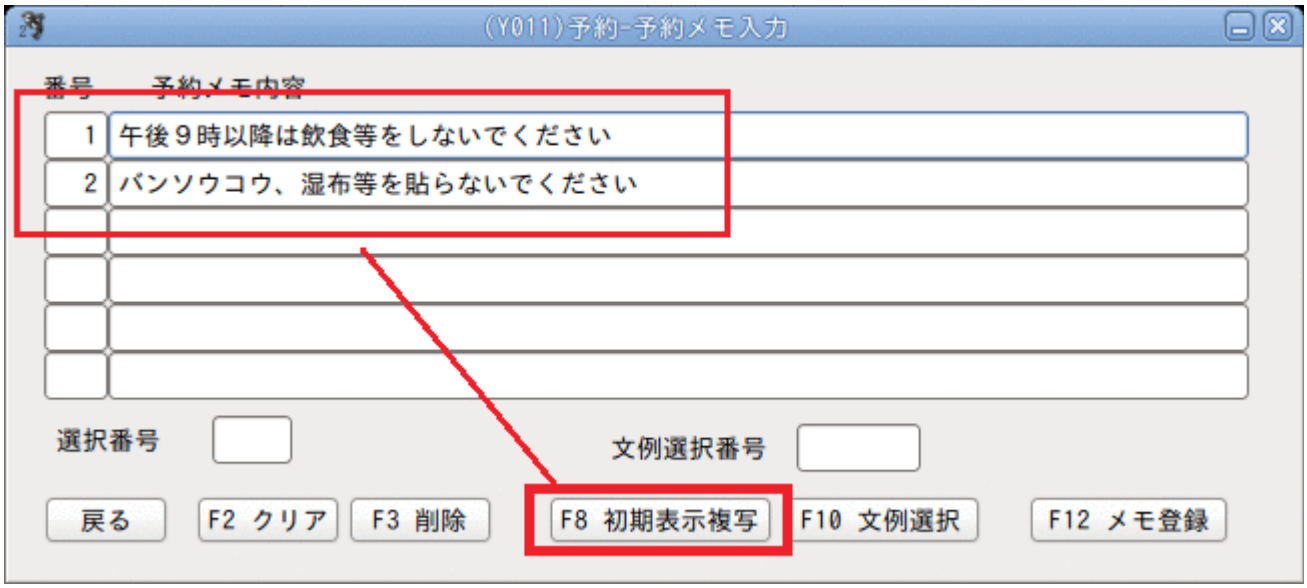


図 218

 Copyright(C)2007JMARI

（3）登録済み予約の変更

画面右にある予約一覧より、変更を行う患者の番号を選択番号に入力するか、またはクリックします。該当患者の予約の状態を各項目に表示します。予約日、予約時間、診療料、予約内容、確認連絡の項目が変更できます。ただし、患者番号、予約氏名の変更は行えません。
「予約登録」(F12)押下で内容の変更登録をします。

（4）予約患者の予約取消

画面右にある予約一覧より、取消しを行う患者の番号を選択番号に入力するか、またはクリックします。該当患者の予約の状態を各項目に表示します。確認し、「予約取消」(F3)を押下することにより週間パネルの人数が減り、予約一覧から消去します。

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	遷移元の画面へ戻ります。
クリア	F2	入力途中の患者の情報をクリアします。
予約取消	F3	予約済の患者の予約を取り消すことができます。
予約	F4	患者番号欄へフォーカスが移動します。
予約一覧	F5	予約一覧の画面へ遷移します。
未院一覧	F6	未院一覧の画面へ遷移します。
週間一覧	F7	週間一覧の画面へ遷移します。
予約日検索	F8	予約日検索の画面へ遷移します。
氏名検索	F9	氏名検索の画面へ遷移し、患者氏名で該当予約患者を指定できます。
メモ登録	F10	メモ登録画面を表示します。
受付一覧	F11	受付一覧の画面へ遷移します。
予約完了	F12	入力した患者の予約処理を行います。

＜その他の表示項目について＞
カレンダーの年、月の◀▶を押下することにより年、月が前後に異動します。それに合わせ週間パネルも連動して変更するようになっています。
カレンダーの日をクリックすることにより、週間パネル及び画面右の予約一覧が連動して画面表示されます。
週間パネルの日付をクリックすることにより、画面右の予約一覧もその日付の表示内容に変わります。

２.４.２　各予約状況一覧

（1）予約一覧

予約画面「予約一覧」(F5)で選択された日付の予約状況が表示されます。
一覧には診療内容や担当医別での表示もできます。選択はコンボボックスより行います。

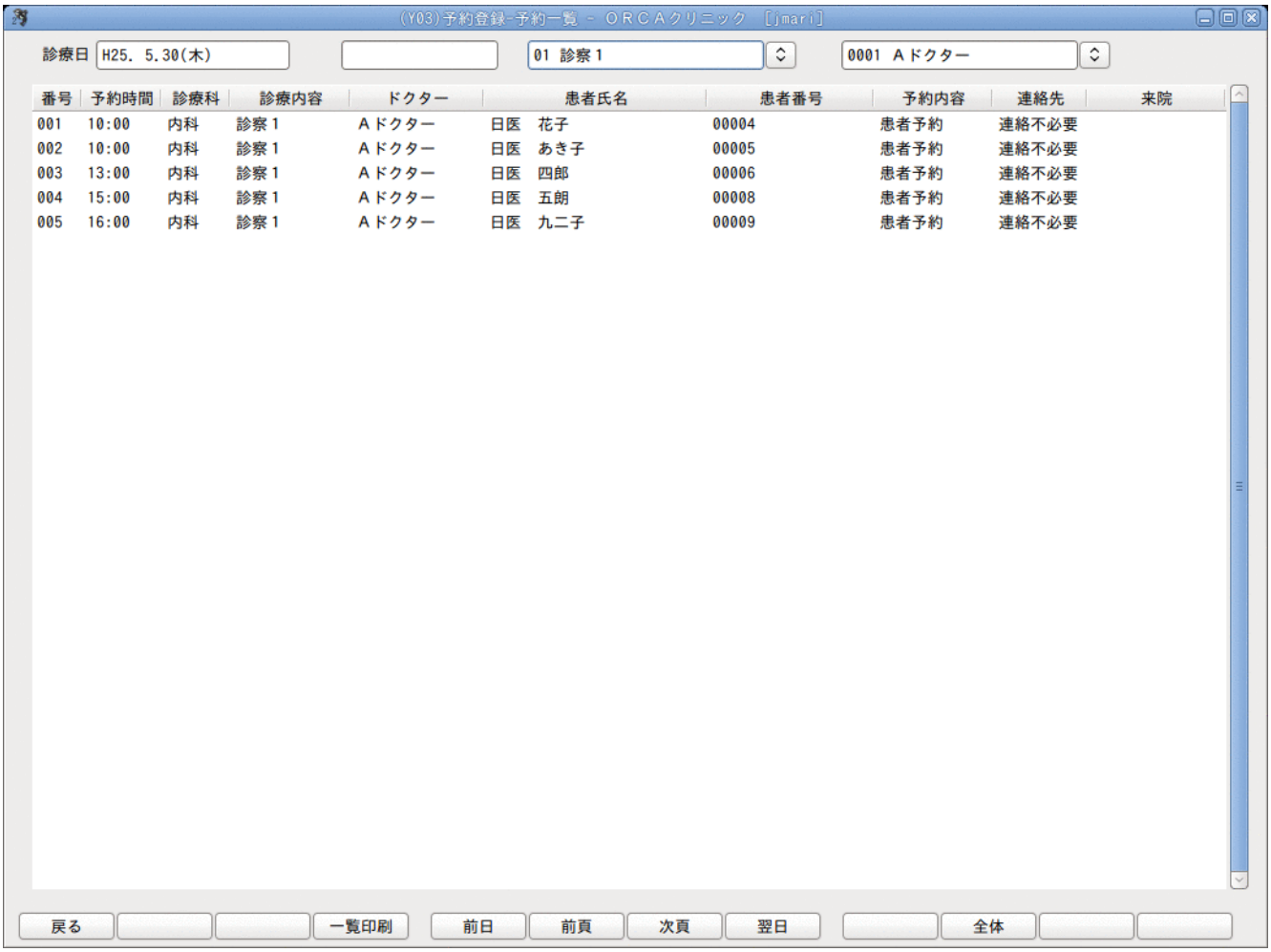


図 219

項目の説明

診療日	予約診療日を表示します。
診療内容	コンボボックスより診療内容を選択すると、選択内容別に予約患者状況を表示します。「00　全体」を選択した場合には、全診療内容を対象として一覧に表示します。 「101　システム管理マスタ」ー「1045　予約機能情報」で「00　全体」を初期表示に設定することができます。
ドクター	コンボボックスよりドクターを選択すると、ドクター別に予約患者状況を表示します。「9999　指定なし」としたときには、全ドクターを対象として一覧に表示します。

一覧印刷	F4	予約状況を一覧表に印刷します。
前日	F5	日付を前日にします。
前頁	F6	予約患者は一画面に200まで表示します。 200件以上の場合は「前頁」、「次頁」により表示を切り替えます。
次頁	F7	予約患者は一画面に200まで表示します。

一覧印刷	F4	予約状況を一覧表に印刷します。
		200件以上の場合は「前頁」、「次頁」により表示を切り替えます。
翌日	F8	日付を翌日にします。
全体	F10	診療内容を「00　全体」、ドクターを「9999　指定なし」に切り替えます。診療日の予約を全て表示します。

(2) 未院一覧

予約画面「未院一覧」(F6)で選択された日付の未院状況が表示されます。
一覧には診療内容や担当医別での表示もできます。選択はコンボボックスより行います。

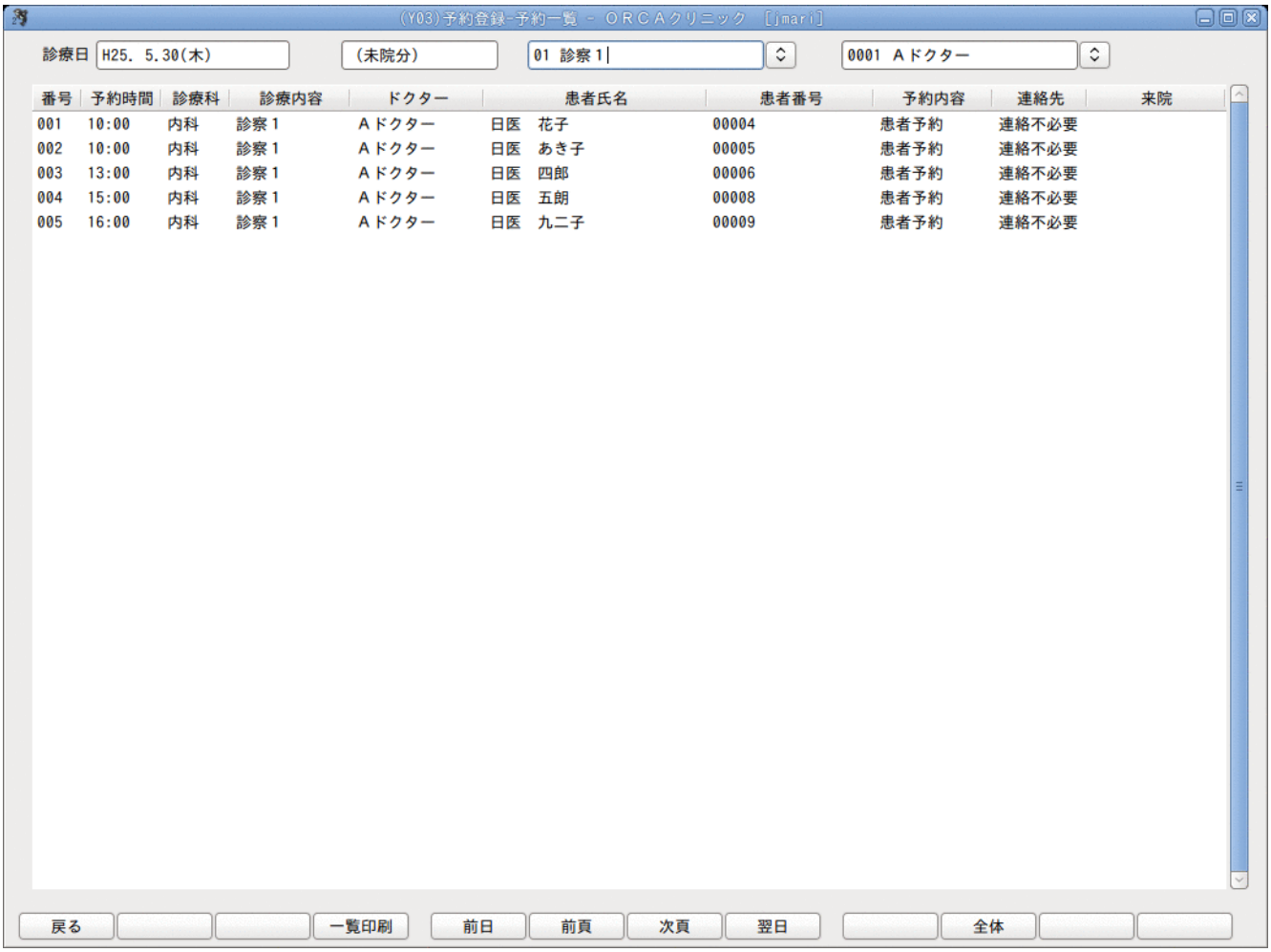


図 220

項目の説明

診療日	予約診療日を表示します。
診療内容	コンボボックスより診療内容を選択すると、選択内容別に未院患者状況を表示します。「00　全体」を選択した場合には、全診療内容を対象として一覧に表示します。
ドクター	コンボボックスよりドクターを選択すると、ドクター別に未院患者状況を表示します。「9999　指定なし」としたときには、全ドクターを対象として一覧に表示します。

項目	ファンクションキー	説明
戻る	F1	遷移元の画面へ戻ります。
一覧印刷	F4	未院状況を一覧表に印刷します。
前日	F5	日付を前日にします。
前頁	F6	未院患者は一画面に200まで表示します。 200件以上の場合は「前頁」、「次頁」により表示を切り替えます。
次頁	F7	未院患者は一画面に200まで表示します。 200件以上の場合は「前頁」、「次頁」により表示を切り替えます。
翌日	F8	日付を翌日にします。
全体	F10	診療内容を「00　全体」、ドクターを「9999　指定なし」に切り替えます。未院患者を全て表示します。

(3) 週間一覧

予約画面「週間一覧」(F7)で選択された日付から6日間の週間一覧表が表示されます。
一覧には診療内容や担当医別での表示もできます。選択はコンボボックスより行います。

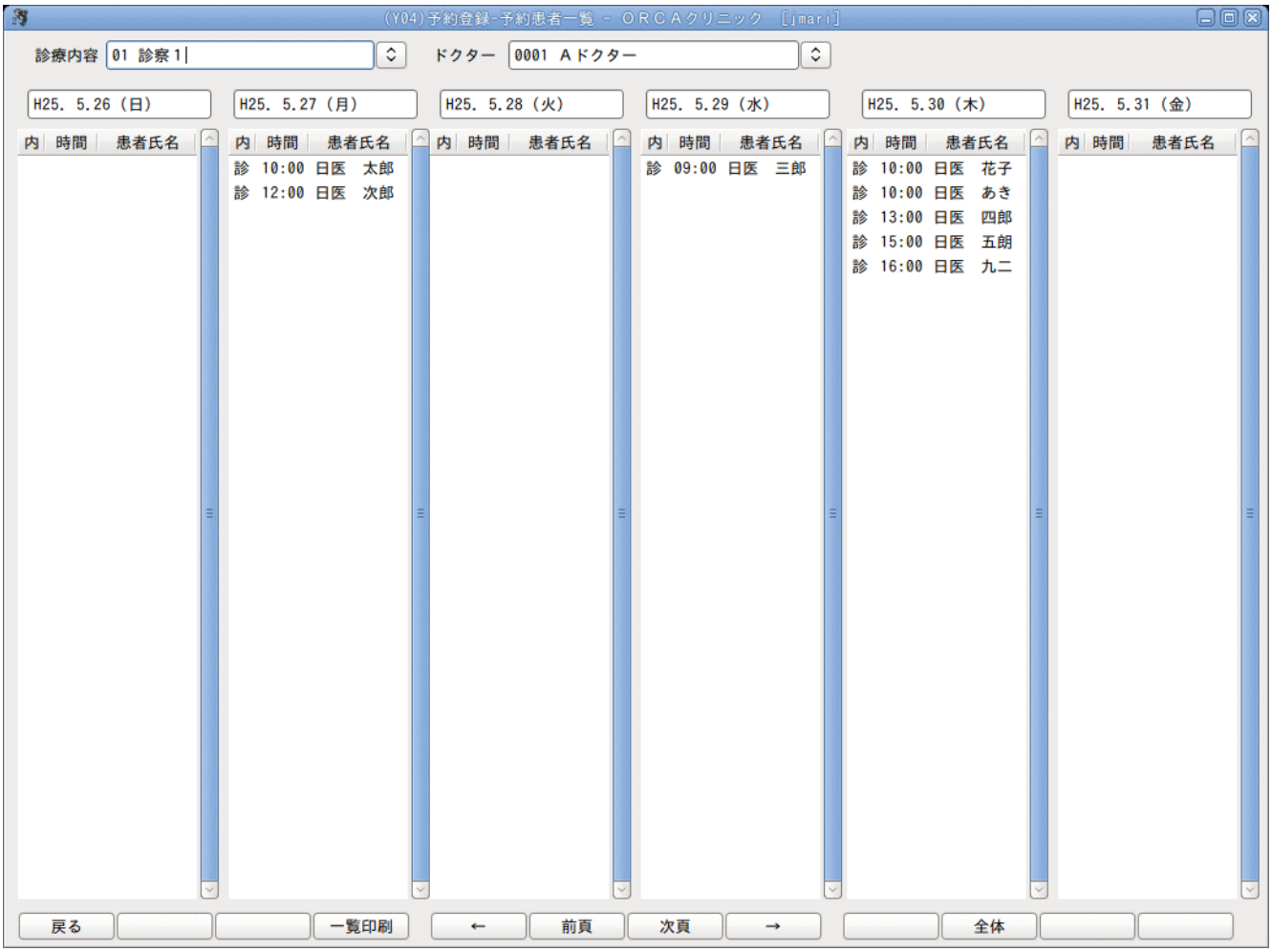


図 221

項目の説明

診療内容	コンボボックスより診療内容を選択すると、選択内容別に患者状況を表示します。「00　全体」を選択した場合には、全診療内容を対象として一覧に表示します。

ドクター	コンボボックスよりドクターを選択すると、ドクター別に患者状況を表示します。「9999　指定なし」を選択した場合には、全ドクターを対象として一覧に表示します。

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	遷移元の画面へ戻ります。
一覧印刷	F4	患者状況について、画面に表示されている内容を印刷します。
←	F5	1日単位で左へスクロールします。
前頁	F6	患者は一画面に200まで表示します。200件以上の場合は「前頁」、「次頁」により表示を切り替えます
次頁	F7	患者は一画面に200まで表示します。200件以上の場合は「前頁」、「次頁」により表示を切り替えます
→	F8	1日単位で右へスクロールします。
全体	F10	診療内容を「00　全体」、ドクターを「9999　指定なし」に切り替えます。週間一覧の予約を全て表示します。

（4）予約日検索

予約画面「予約日検索」(F8)で患者毎に予約状況を確認できます。
予約画面で患者を選択してあれば、患者番号を引き継ぎます。

図 222

未院予約、来院済み予約も全て表示されます。

項目の説明

項目	ファンクションキー	説明
戻る	F1	遷移元の画面へ戻ります。
クリア	F2	患者をクリアします。
前頁	F6	1頁に100件まで表示します。 100件を超えている場合は「前頁」「次頁」で表示します。
次頁	F7	1頁に100件まで表示します。 100件を超えている場合は「前頁」「次頁」で表示します。
氏名検索	F9	氏名検索画面へ遷移します。

２．５．１　画面の説明

（1）日付の設定
（2）項目の説明
（3）ヘルプ画面表示
（4）メモ機能

（1）日付の設定

マスターメニュー画面または業務メニューの「環境設定」(F6)によりシステム日付の変更、担当医の設定ができます。

図 223

＜端末設定＞

任意の日付へ変更ができます。
また時間外区分の設定を行うとその後の診療行為入力時に設定した時間外区分が適応されます。

注意
システム日付を変更するとその後行った作業の処理日が全てシステム日付で処理されます。
日付変更後の作業終了時に日付を元に戻します。日レセを終了させ画面を立ち上げ直しても日付が元に戻ります。

Copyright(C)2007JMARI

ヒント！

日付、時間外区分を変更した場合、背景色を変えて注意を促すことができます。
【5.1　システム管理マスタ】の【1038　診療行為機能情報】を参照してください。

＜システム設定＞

診療科毎に担当医の設定、変更ができます。
設定した担当医を受付業務、診療行為入力時のドクターリストに表示します。
設定のない場合は「101　システム管理マスタ」－「1010　職員情報」から診療科ドクターを表示しますので、休日等、一時的な変更等に使用できます。

図 224

＜登録をする＞

1. 登録する診療科を入力またはクリックします。
2. 番号を入力し担当医を選択します。
   （番号は任意の4桁英数字を1桁以上入力します）
   （専門科が違いドクター一覧にない場合でもドクターコードを入力すれば登録ができます）
3. 「確定」(F10)を押下します。
4. 「登録」(F12)を押下し登録します。
5. 「全体」(F6)でも登録をします。

ヒント！
担当医は各診療科毎に20件まで登録できます。

＜削除する＞

診療科を選択した状態で「削除」(F4)を押下した場合は、表示されている内容を全て削除します。
診療科を選択し担当医を選択した状態で「削除」(F4)を押下した場合は、選択した担当医のみを削除します。
削除後に「登録」(F12)を押下します。

＜受付・診療行為入力画面での表示＞

患者の前回履歴の担当医がリストにある場合は、前回履歴の担当医を初期表示します。前回履歴の担当医がない場合は1件目のドクターを初期表示します。
環境設定－システム設定で担当医の設定がない場合は、「101　システム管理マスタ」－「1010　職員情報」より専門科コードの設定してあるドクターを表示します。
環境設定－システム設定で登録済みの担当医以外のドクターを選択したいときは、受付・診療行為入力画面の担当医にドクターコードを入力すれば変更ができます。

(2) 項目の説明

図 225

Copyright(C)2007JMARI

診療行為入力画面上部・項目の説明

患者番号入力欄	患者番号、または患者氏名を入力します。
診療日欄	診療日の入力が行えます。 初期値は当日（マシン日付）となります。 ※診療日にアスタリスクが付いている場合は、2.8(1)-7保険一括変更＜収納更新時にエラーが発生する場合（診療日にアスタリスクがつく場合）＞を参照
院外、院内ボタン (Ctrl+F2)	院外処方とするか、院内処方扱いとするかをボタン操作で切り替えることができます。初期値はシステム管理マスタで行った設定の扱いとします。
患者氏名、性別、生年月日、年齢、患者負担割合表示欄	患者番号入力欄を入力すると患者氏名、性別、生年月日、年齢、患者負担割合を各欄に表示します。
保険選択欄	現在使用できる保険組合せの中から、これから使用する保険組合せをコンボボックスより選択します。（前回選択保険を表示します）。
診療科選択欄	診療科をコンボボックスより選択します。（前回受診科を表示します）。
頭書きボタン (Ctrl+F1)	処方せんの頭書きのみの印刷を行います。
前回処方ボタン (Ctrl+Shift+F1)	処方せん、薬剤情報提供書の再印刷を行います。操作方法はこちら
Do検索／訂正診療日ボタン （「訂正」F4)	ボタン操作により、Do検索…患者の過去の診療データより、入力内容を現在入力中の画面へ複写します。
訂正診療日	以前に受診した診療行為データを訂正することができます。 操作方法は、「Do検索」は、【2.5.6　Do検索からの入力方法】を、「訂正診療日」は、【2.5.7　診療行為内容の訂正方法】を参照してください
前（Ctrl+F6)	受診履歴の表示を切り替えます。
次（Ctrl+F7)	受診履歴の表示を切り替えます。
病名欄	外来入力画面のみ病名の簡易表示をします。 □：主病名 ◎：疾患区分あり（種類を問わず） △：疑い区分あり（種類を問わず） 「101　システム管理マスタ」ー「1007　自動算定チェック機能制御」にて表示非表示の設定ができます。

＜保険組合せの初期表示について＞

診療行為入力画面に患者を呼び出したとき、受診履歴がある場合には最終受診時に使用した保険組合せを表示しますが、受診履歴がない場合には保険・公費の数の多い保険組合せを初期表示します。労災保険または自賠責保険がある場合にはこれらの保険を優先して表示します。

ただし、初期表示される保険組合せが必ず使用する保険とは限りませんので、算定する保険組合せが異なる場合にはコンボボックスから選択してください。

＜保険者番号の表示について＞

診療行為入力画面に関する画面のみ表示します。

（診療行為入力画面、診療行為確認画面、請求確認画面、診療科・保険選択画面）

保険組合せ表示文字数は半角60文字（全角30文字）までとなります。

＜主科のドクターの初期表示について＞

診療科の下に表示されるドクターは、以下の順位で主科のドクターとして初期表示を行います。

（※「主科」とは、診療行為画面上段のコンボボックスで指定されている診療科を指します）。

- 「受付」をした場合は選択したドクターを表示
- 「受付」をしていないときで当日選択した診療科に受診履歴がある場合には、当該診療科の最終受診日のドクターを表示
- 1または2でもない場合は、当日選択した診療科のドクターを表示

（ただし、システム管理マスタにて1診療科に複数のドクターが設定されている場合は職員コードの一番小さいコードに該当するドクターを表示）

なお、初期表示されるドクターはドクター欄の▼を押下し変更できます。

画面中央は診療行為の入力を行い点数結果などを表示します。

「診区」列	診療区分のことで剤の先頭にあたる行にのみ表示します。
「入力コード」列	診療行為コードや使用量、回数などを入力します。
「名称」列	入力された診療行為コードの名称を表示します。
「数量」列	入力された数量と単位を表示します。
「点数」列	剤単位に算定した点数を表示します。
「回数」列	剤の回数（日数）を表示します。
「計」列	剤単位に点数の小計を表示します。
「受診履歴一覧」	診療日、受診科、保険組合せを表示します。

画面下部

「合計点数」	診療日に算定している点数を表示します。
「最終来院日」	最後に受診した年月日を表示します。
（退院日） （有床版のみ）	外来の診療行為入力画面で入院歴のある患者を表示したときに直近の退院日を表示します。 （外来診療行為画面で入院中の患者を開いたときは、99.99.99と表示します）
「初診算定日」	直近で初診料を算定した診療日を表示します。
「未収金」	未収金額がある場合に表示します。
「当月点数累計」	当診療日も含め、月の合計点数を表示します。
「Do選択」	Do検索を行う際に複写したい診療日の番号を入力します。
「　頁　」	診療行為入力画面のページ数を表示します。
「患者情報表示欄」	患者登録画面で入力した禁忌、アレルギー、感染症、コメントを表示します。 表示する初期表示する情報や順番は「101　システム管理マスタ」ー「1038　診療行為機能情報」にて設定することができます。 ※「全角半角混在のため表示できません」と表示されている場合は【2.2.3　患者情報の入力】の【（1）基本情報】のコメント欄の項目を参照してください。

ファンクションキーの説明

下段　左側より

項目	ファンクションキー	説明
戻る	F1	前画面へ戻ります。
患者取消	F2	患者の基本情報と診療行為をクリアします。
前回患者	F3	前回患者番号の入力のあった患者を呼び出します。
訂正	F4	以前来院分の診療行為データが訂正できます。
入力CD	F5	現在、画面に入力のある診療コードに対し医院独自の入力コードの作成・登録ができます。 （詳細は、【2.5.5　入力コードの設定方法】の【（2）診療行為入力からの入力コード設定】を参照してください）
前頁	F6	カーソルが1頁分上に移動します。 【5.1システム管理マスタ】ー【1010　職員情報】にて移動する行数を設定できます。
次頁	F7	カーソルが1頁分下に移動します。

		【5.1システム管理マスタ】ー【1010　職員情報】にて移動する行数を設定できます。
Do	F8	患者の過去の診療データより、入力内容を現在入力中の画面へ複写します。（詳細は、【2.5.6　Do検索からの入力方法】を参照してください）
氏名検索	F9	氏名による検索ができます。
予約登録	F10	患者来院日の予約・登録ができます。 （詳細は、【2.4.1　予約登録】を参照してください） 「101　システム管理マスタ」ー「1045　予約・受付機能情報」の設定により、診療行為入力画面で表示している患者を予約画面に引き継ぐことができます。
受付一覧	F11	当日、受付登録のあった患者一覧を表示します。 また、一覧印刷や複数端末を使用時の一覧の更新が行えます。
登録	F12	診療行為データを登録します。

上段　左側より

項目	ファンクションキー	説明
診療選択	Shift+F1	患者の基本情報の選択入力ができます。
クリア	Shift+F2	診療行為データをクリアします。
セット登録	Shift+F3	医院独自の診療行為セット作成ができます。 （詳細は、【2.5.4　セットの登録方法】を参照してください）
受付	Shift+F4	患者の受付確認・登録ができます。 （詳細は、【2.1　受付】を参照してください）
患者登録	Shift+F5	患者情報の確認・登録ができます。 （詳細は、【2.2.3　患者情報の入力】を参照してください）
複数科保険	Shift+F6	1回の行為入力で複数科、複数保険の同時入力ができます。 （詳細は、【2.5.2　入力の基本操作】の【（8）複数科保険入力】を参照してください）
病名登録	Shift+F7	病名の確認・登録ができます。 （詳細は、【2.7　病名】を参照してください）
収納登録	Shift+F8	入金及び、未収金情報の管理を行います。 （詳細は、【2.8　収納】を参照してください）
会計照会	Shift+F9	診療行為をカレンダー表示し、確認及び修正を行うことができます。 （詳細は、【2.9　会計照会】を参照してください）
算定履歴	Shift+F10	算定の上限回数がある診療行為や、回数により逓減算定を行う診療行為などを算定した場合に、算定履歴情報として一覧に表示します。
包括診療	Shift+F11	包括チェックマスタにより包括対象診療行為をチェックします。
中途終了	Shift+F12	診療行為の入力途中で終了することができます。 なお、入力されたデータは保持しています。
「中途表示」ボタン	Ctrl+Shift+F12	中途終了中の患者の一覧表示を行います。

（3）ヘルプ画面表示

診療行為入力画面で「マスタ登録」－「109　ヘルプマスタ」に登録されているヘルプ内容を表示することができます。

（3）－1　ヘルプ画面を開く

診療行為画面を開きます。

図 226

「？」を押下します。

図 227

Copyright(C)2007JMARI

ヘルプ画面が表示されます。

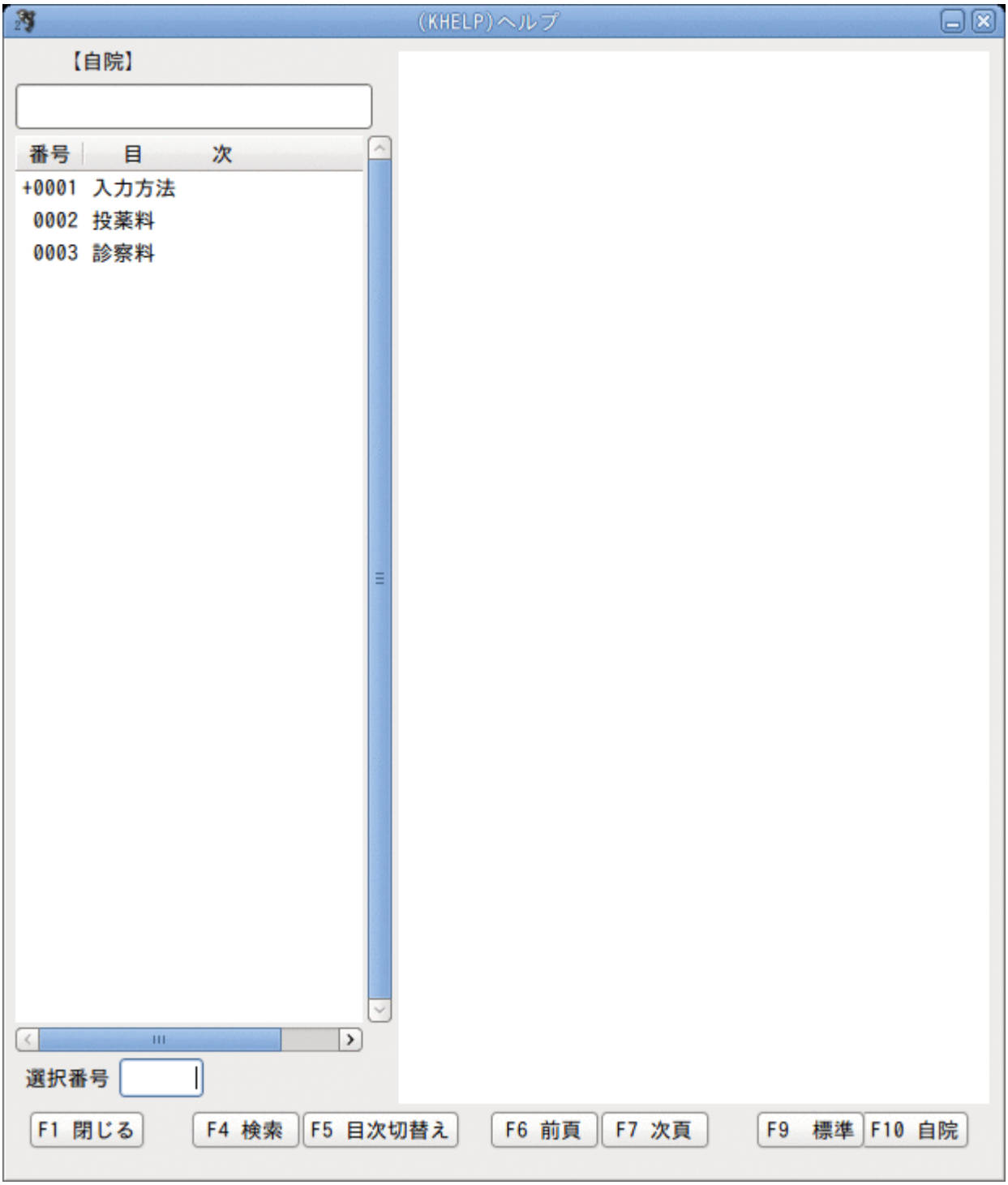


図 228

（3）－2　記号の説明

目次欄の番号に付いている記号の説明をします。

＋は目次1「診療行為入力」の下に目次2があり、選択すると目次2を表示します。
記号の無い「コード一覧」は目次1単独となります。

図 229

「＞」は目次1に説明文があり、下に目次2がある場合に表示します。
目次1に説明文が無い場合は、目次2を表示します。

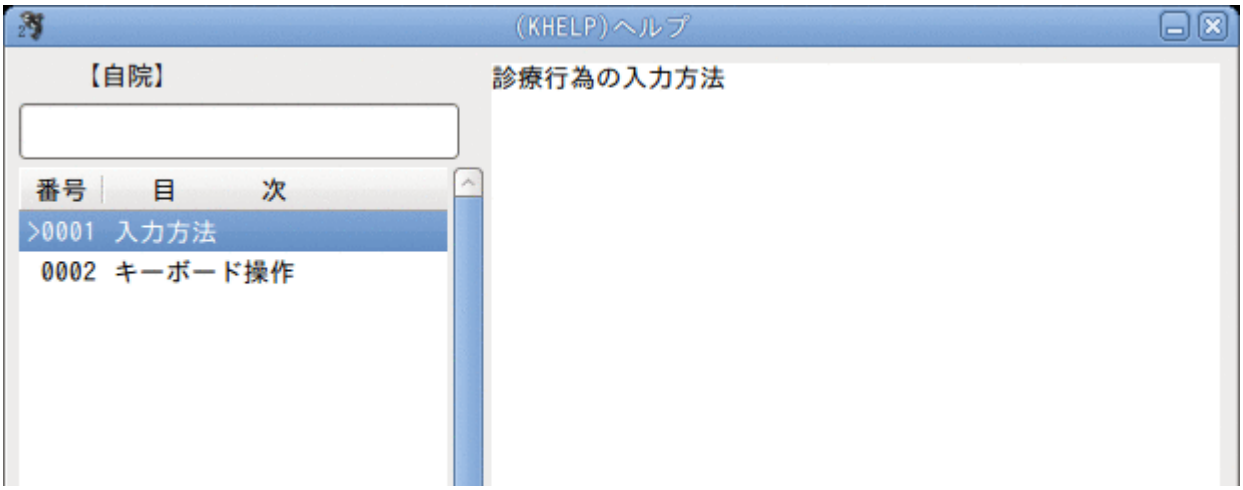


図 230

（3）－3　ヘルプ画面の表示切り替え

ヘルプ表示は自院登録分を初期表示します。
自院登録分がない場合は標準登録分を表示します。
目次は100件まで表示し100件以上は「前頁(F6)」「次頁(F7)」で切り替えます。
表示したい目次1を選択します。

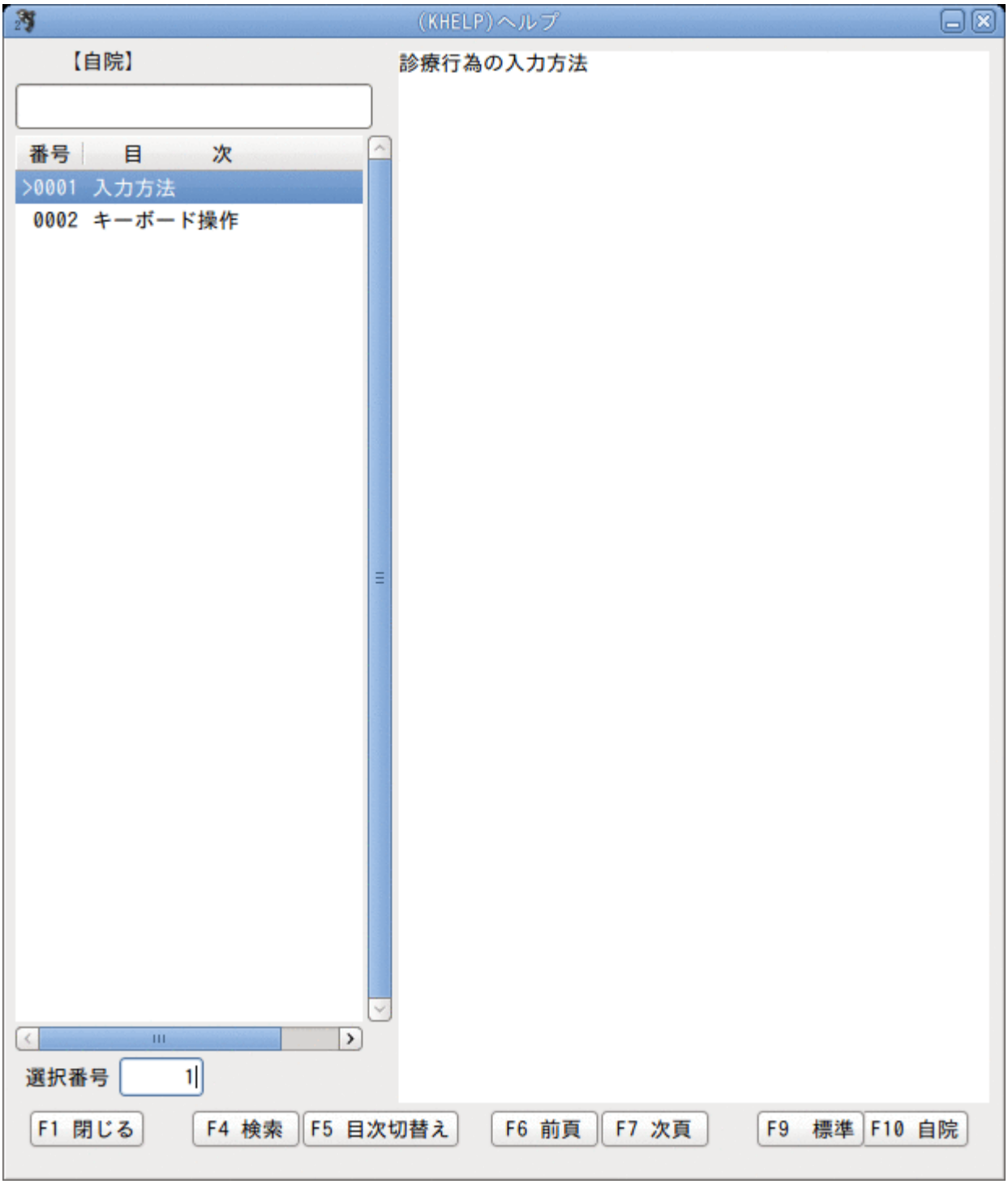


図 231

Copyright(C)2007JMARI

目次1に説明文が登録されている場合は、目次1の説明文を表示します。
目次1に説明文が登録されていない場合は、目次2の説明文を表示します。

図 232

次に目次2を選択します。

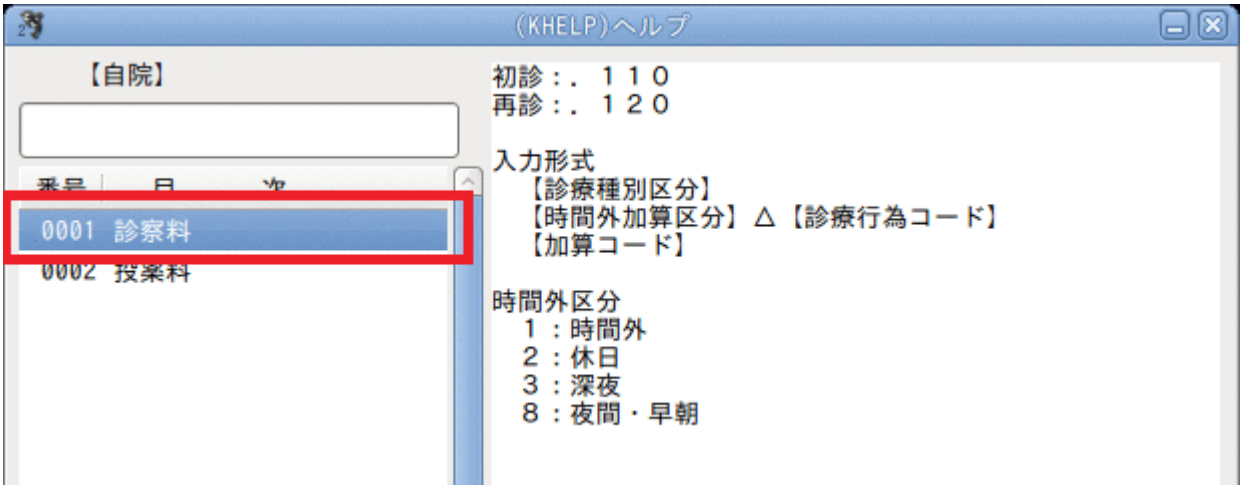


図 233

目次の切り替え

目次2を表示中に目次1の一覧へ戻りたい場合は、「目次切替え(F5)」を押下します。

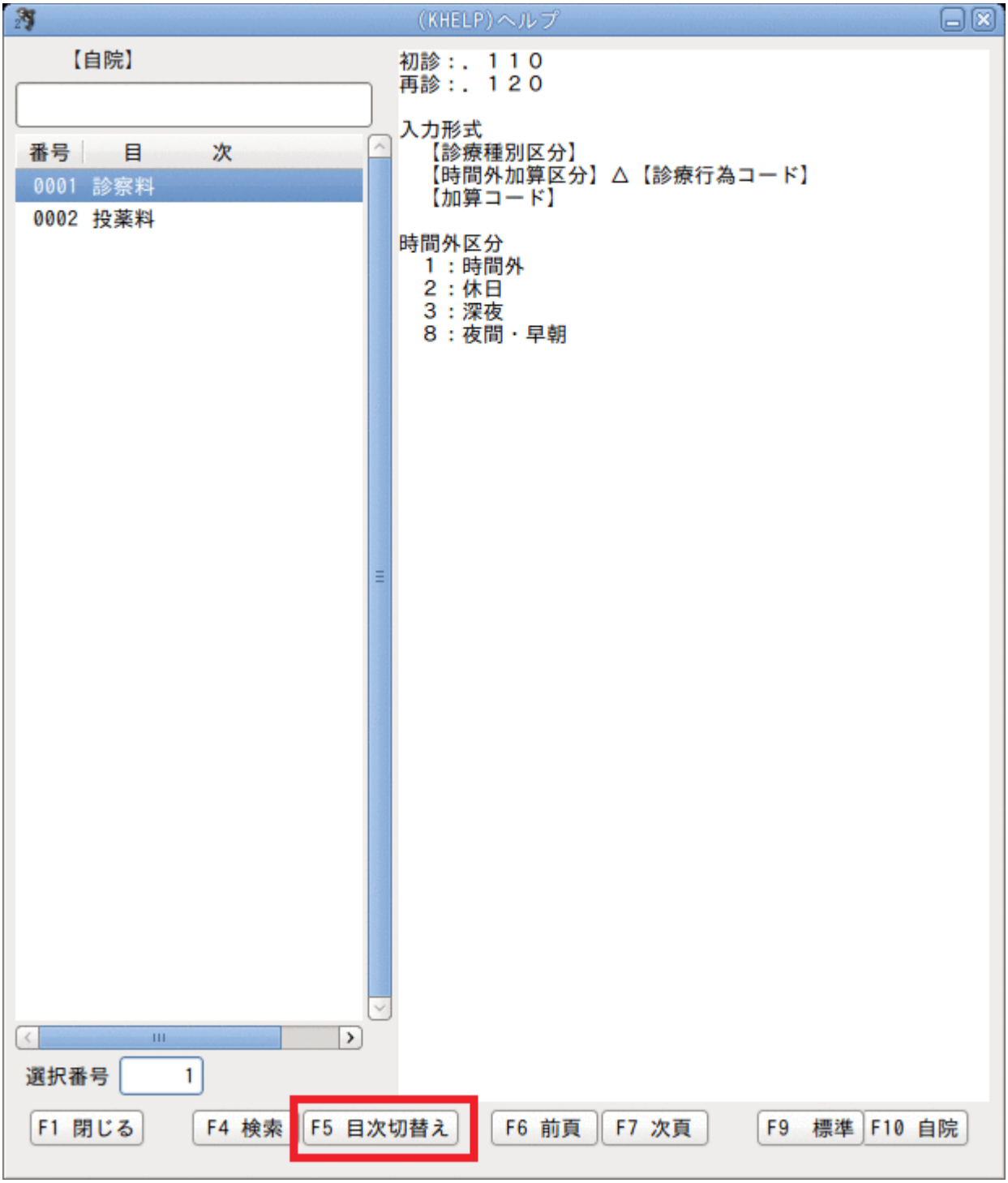


図 234

 Copyright(C)2007JMARI

（3）－4　目次の検索

目次1，2を任意の文字列から検索ができます。
検索範囲は表示している自院（標準）内で検索します。
「検索(F4)」を押下し、検索文字列を入力します。
直接文字列を入力してもかまいません。

図 235

「Enter」を押下すると、検索結果が目次欄に表示されます。

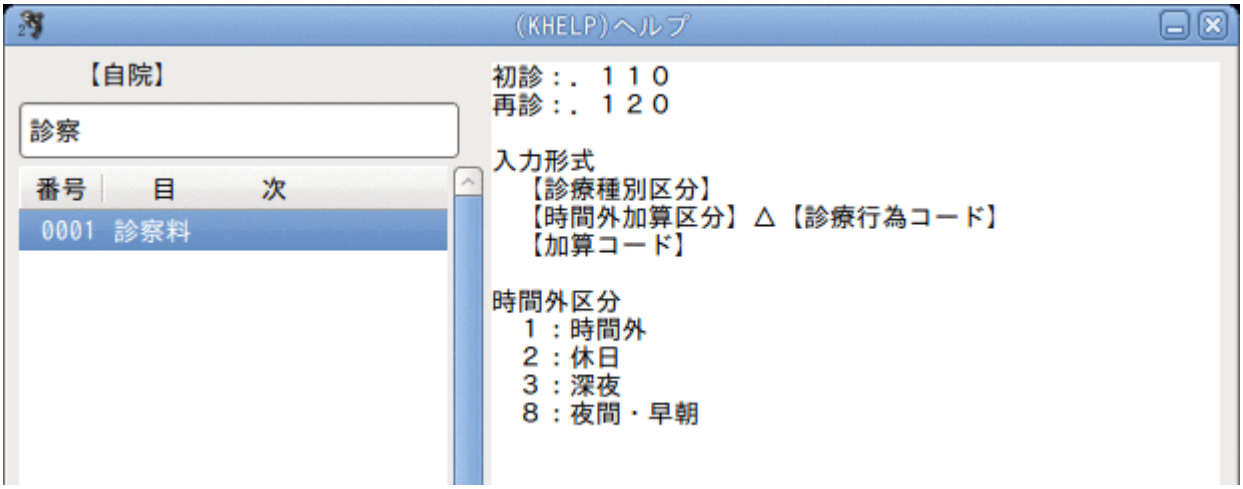


図 236

通常のヘルプ画面に戻るには、「標準(F9)」または「自院(F10)」を押下します。

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
閉じる	F1	ヘルプ画面を閉じます。
検索	F4	検索文字列入力欄へカーソルを移動します。
目次切替え	F5	目次2から目次1へ表示を切り替えます。
前頁	F6	目次項目が100件以上の場合、前頁を表示します。
次頁	F7	目次項目が100件以上の場合、次頁を表示します。

（4）メモ機能

受付画面、診療行為入力画面から患者毎にメモ登録ができます。
登録内容は受付、診療行為入力画面にて確認・登録ができます。またメモ内容をCLAIM送信します。

診療日当日にメモが登録されている場合は診療行為入力画面の右上に「メモ」と赤字で表示します。

図 237

＜メモの登録＞

メモの登録、確認、変更、削除は【2.1　受付】の【2.1.3　メモ機能】を参照してください。

 Copyright(C)2007JMARI

２.５.２　入力の基本操作

（1）患者の呼び出し
（2）入力方法
（3）編集方法
（4）初診算定日の入力方法
（5）中途終了・中途表示
（6）算定履歴
（7）請求確認について
（8）複数科保険入力
（9）回数制限を越える診療行為入力（特定療養費）
（10）処方せん、薬剤情報提供書の再印刷
（11）長期投与、投与量、診療行為の算定回数、禁忌薬剤のチェック
（12）診療行為の算定上限回数の設定（ユーザ設定）
（13）他医療機関の退院日を登録する。
（14）3回目以降の同日再診について

（1）患者の呼び出し

該当する患者を各画面で呼び出すときは、以下に挙げるいずれかの方法を使用します。

（方法その1）患者番号入力欄からの呼び出し
呼び出したい患者の患者番号を入力して「Enter」を押下します。

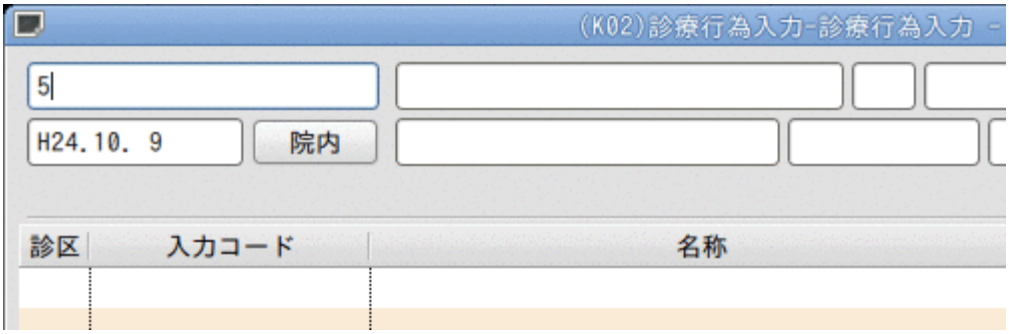


図 238

（方法その2）患者番号入力欄で入力した患者氏名による検索結果からの呼び出し
患者番号入力欄に検索する患者の姓名を入力して「Enter」を押下します。
入力できる文字数は10文字までとし、全角カタカナまたは漢字で入力します。

例）日医　四郎（ニチイ　シロウ）を検索

姓のみで検索	ニチイ ⏎ 日医 ⏎
名のみで検索	「＊」をつける（全角） ＊シロ ⏎ ＊四郎 ⏎
組合せで検索	ニチイ　シ ⏎ 苗字が部分検索のときは「＊」をつける（全角） ニ＊シ ⏎ 日＊四郎 ⏎

検索した結果、該当する氏名が1件しかない場合はその患者を画面へ呼び出して表示します。
1件以上存在する場合は、患者検索一覧画面へ遷移して該当する全患者を表示します。

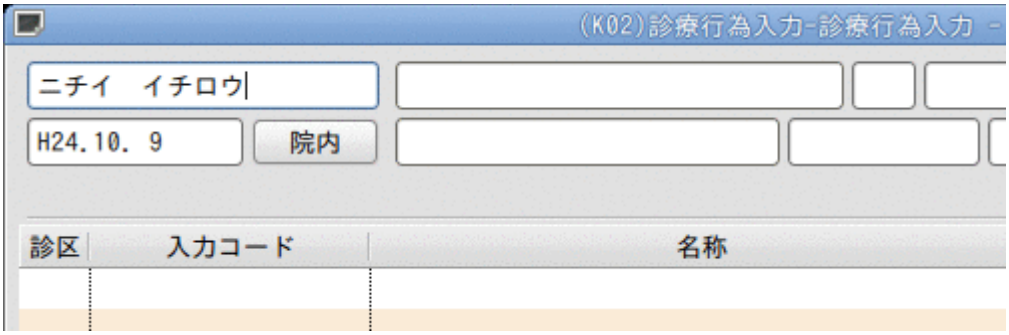


図 239

（方法その3）「氏名検索」画面からの呼び出し

- 「氏名検索」(F9)を押下後、検索する患者の姓名を入力します。
  氏名による検索方法は（方法その2）と同じです。
- 入力できる文字数は10文字までとし、カタカナまたは漢字で入力します。
  該当する氏名があれば患者検索一覧へ表示します。

検索結果により表示される患者の情報は、患者番号、氏名、性別、生年月日、年令、前回来院日、受診科、保険、本人・家族、入院患者の場合は病室番号の9項目からなります。受診科及び保険は、最終来院日での情報を表示します。これらの情報から該当する患者を見つけ出し、選択番号欄に番号を入力するか、直接クリックして遷移元の画面に呼び出します。

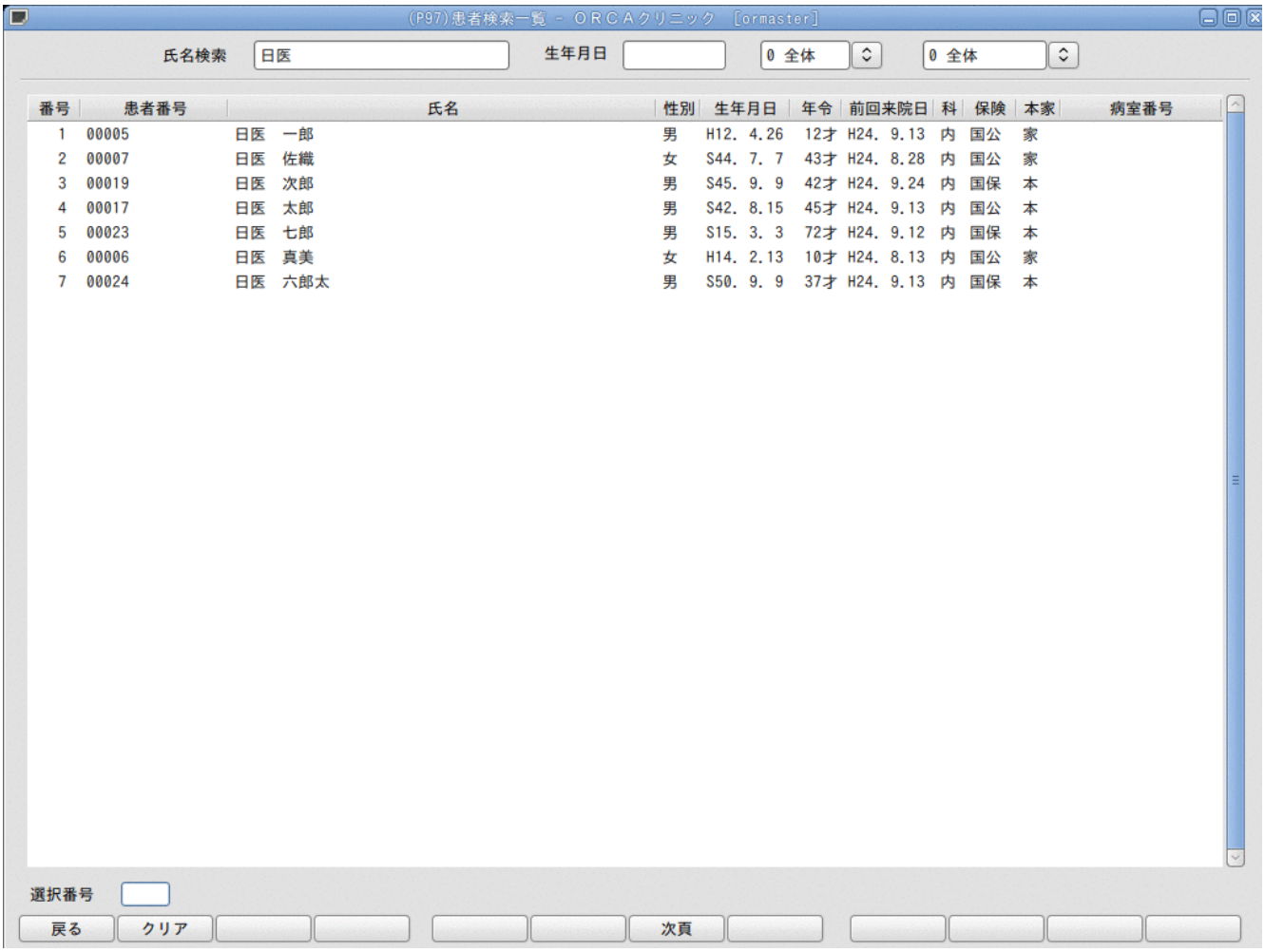


図 240

＜glclientの場合＞
氏名検索の画面では入力が少しの間止まったときに自動で検索するように設定されています。
自動検索のタイミングを変更することができます。

環境変数に　GL_SEND_EVENT_DELAY=XXXX　を設定します。
単位はミリ秒で0（ゼロ）と設定した場合は検索は「Enter」を押下したタイミングで始まります。
詳しくはベンダーへお問い合わせください。

＜glclientランチャーの場合＞
詳細をクリックします。
「タイマー処理を有効にする」のチェックを外して「接続」をクリックします。

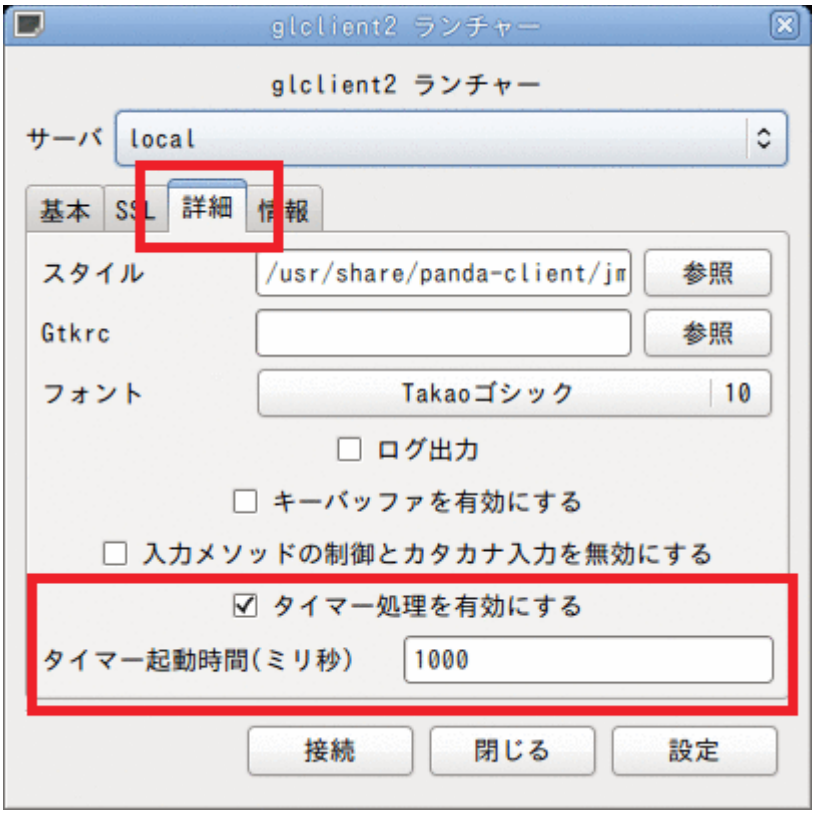


図 241

＜glclient/Java(monsiaj)の場合＞
起動画面－その他の設定にて設定します。

タイマーを使用する場合はチェックボックスをクリックします。
タイマーを使用しない、またはタイマー起動時間を0（ゼロ）と設定した場合は「Enter」を押下したタイミングで検索をします。

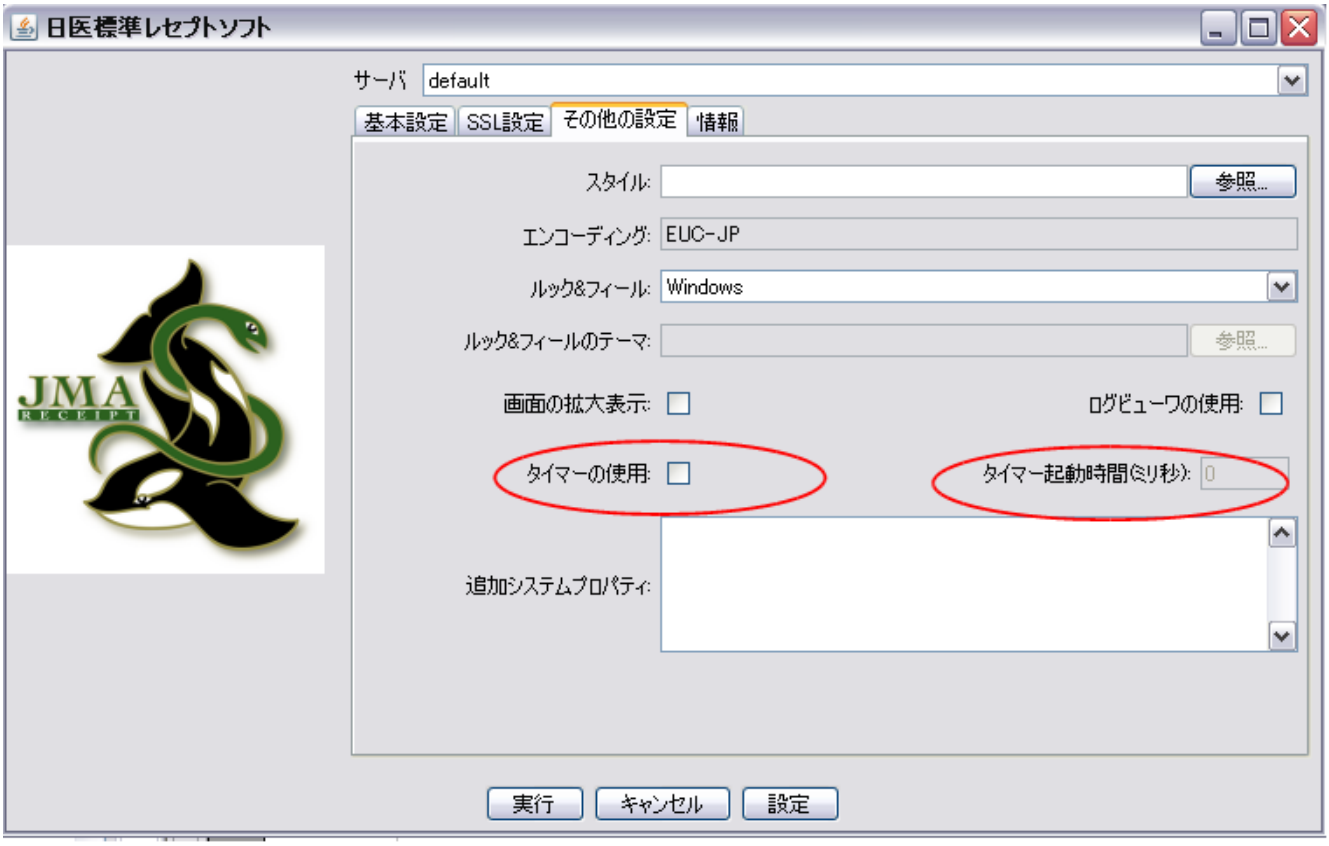


図 242

その他の設定は
http://www.orca.med.or.jp/receipt/use/java-client/others.html
を参照してください。

詳しくはベンダーへお問い合わせください。

項目の説明
（入力及び選択項目）

氏名検索	検索を行う患者の名字、或いは氏名を10文字以内のカタカナまたは漢字で入力します。前方一致検索を行います。
生年月日	生年月日から検索を行います。 検索条件は「年」の指定からできます。
性別欄	性別のみの検索は行えませんが、氏名または生年月日検索時の条件の絞り込みに使用することができます。
入外別欄	入院患者または外来患者のみの検索は行えませんが、氏名または生年月日検索時の条件の絞り込みに使用することができます。 なお、無床診療所版では初期値である「0　全体」の表示のみとなります。

（表示項目）

患者番号、氏名、性別、生年月日、年令	患者登録画面で入力された各情報より表示をします。
前回来院日	診療行為入力を行った最終の来院日を表示します。
科	前回受診科を1文字で表示します。 ただし、1回に複数科受診をした場合には前回最初に診療行為入力を行った診療科を表示します。
病室番号	入院中の患者の場合に病室番号を表示します。

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	遷移元の画面へ戻ります。
クリア	F2	氏名検索画面に遷移したときの状態に戻します。
次頁	F7	検索結果の該当件数が100件を超えた場合に、押下する毎に次の100件を表示します。

（方法その4）「受付一覧」画面からの呼び出し

当日、該当患者の受付処理が完了している場合は「受付一覧」から患者の指定をすることができます。診療行為入力画面の「受付一覧」(F11)を押下後、受付または受診済み（診療行為入力済み）の患者一覧から、呼び出したい患者を選択番号欄へ番号指定するか直接クリックしたのち、「確定」(F12)を押下すると遷移元の画面へ呼び出します。

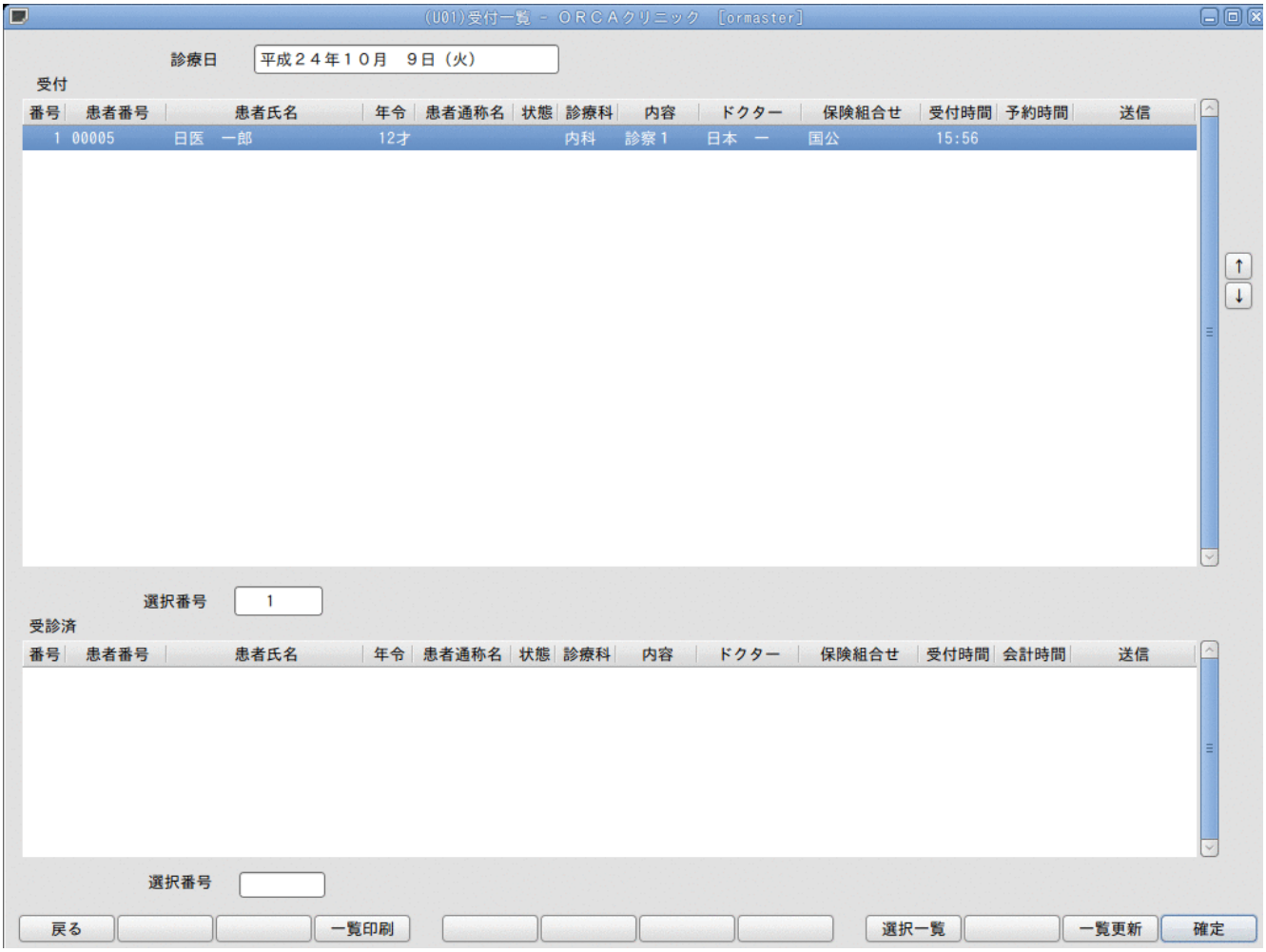


図 243

＜患者を呼び出すと警告表示されるときは＞

患者を呼び出したときに

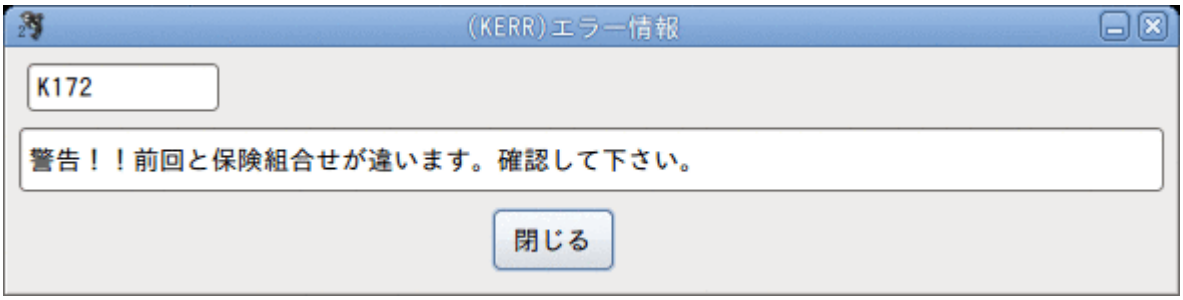


図 244

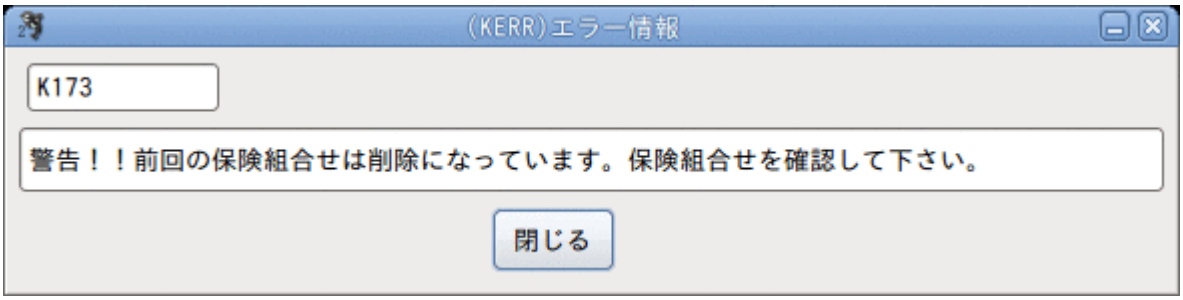


図 245

このメッセージが表示される場合は、前回の診療で使用した保険組合せと今回自動表示した保険組合せに違いがあるときです。

主な原因

- 公費の適用期間が終了した
- 公費または主保険が削除された
- 本人家族区分が変更され保険組合せが変わっている

メッセージが表示されたら、患者登録確認と過去の診療分の保険組合せを確認してください。

※前回との保険組合せチェックは「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定・チェック機能制御情報」－前回保険組合せ相違チェックの項目で設定ができます。

（2）入力方法

「診療種別区分」
「診療行為コード」
「薬剤コード」△「数量」
　　：
「薬剤コード」△「数量」
「材料コード」△「数量」
　　：
「材料コード」△「数量」＊「回数（日数）」
となります。
各診療区分別に多少異なりますが基本的には入力形式はこのようになります。
数量や回数について省略した場合は「1」が入力されたこととして処理を行います。
ただし、回数を入力することによって剤終了の判定をするため、場合によっては省略できないこともあります。

＜入力例1＞

図 246

＜入力例2＞　テンキー部を使用しての入力方法
＜「／」について＞
入力コード欄の診療行為コードと数量の間の空白は、「／」（全角、半角可）を入力し空白とすることもできます。
ただし、時間加算区分コードと診療行為コードの間の空白等、画面左から2桁目までに空白を挿入する場合には「／」は使用できません。先頭に「／」を入力した場合にはカタカナ入力画面へ、「／／」（全角、半角可）を入力した場合には検索画面へ遷移します。

＜入力例3＞コメント文を使用する場合

定型化された厚生省のコメントマスタを使用する場合は、「／／」（全角、半角可）を入力すると検索画面へ遷移します。ユーザ登録のコンボボックスにある「4：コメント」より、使用するコメントを選択して「Enter」を押下します。または「//c」でもコメント一覧が表示できます。

【「健康診断から」を選択して入力した例】

図 247

↓

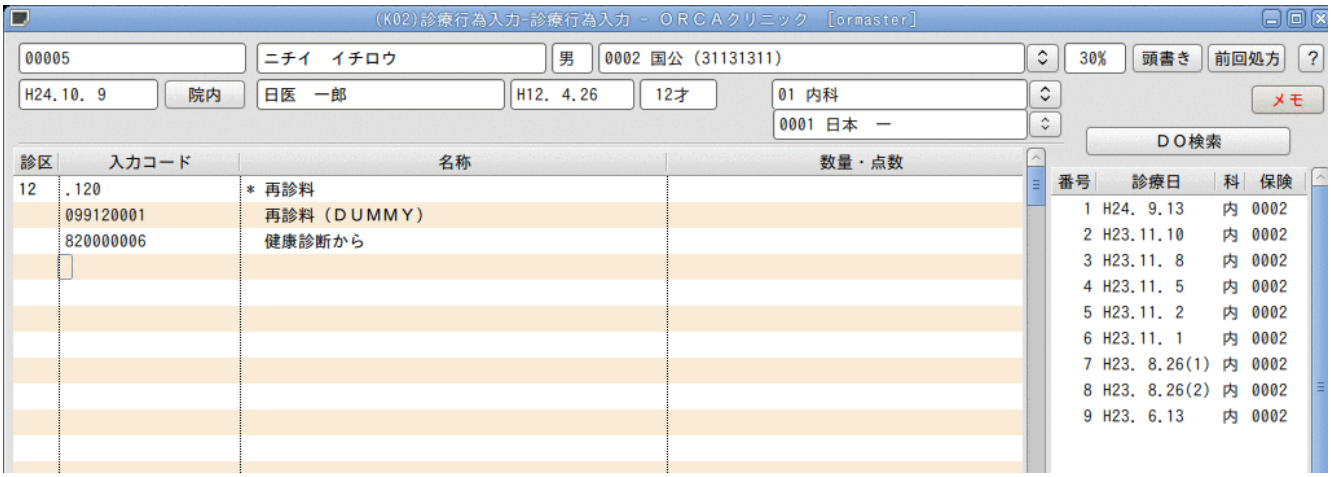


図 248

ユーザ登録のコンボボックスにある「コメント」以外のマスタ（用法、部位、その他、労災）についても同様の操作方法となります。詳細は【2.5.3　診療行為コードの検索】の【(4)その他の検索】を参照してください。

〈入力例4〉　包括分診療行為入力をする場合

包括分診療行為を別に手入力する

＜包括分診療行為入力について＞

「101　システム管理マスタ」ー「1007　自動算定・チェック機能制御情報」で「包括登録」を「包括分入力をする」と設定したとき、保険組合せコンボボックスで「9999　包括分入力」を選択することができるようになります。

これは、外来の総合診療料または入院基本料に包括される診療行為について入力をできるようにするもので、統計情報などに用いるために包括分診療データを登録できるようにした機能です。保険診療分を入力する際に包括分の点数を自動的に省くものではありません。

＜小児科外来診療料に包括分の診療行為入力を行う場合＞

包括分の診療行為入力は、保険診療分の診療行為入力の前後どちらでも構いません。

患者を呼び出して保険組合せコンボボックスに「9999　包括分入力」を指定します。このとき、確認メッセージを表示します。

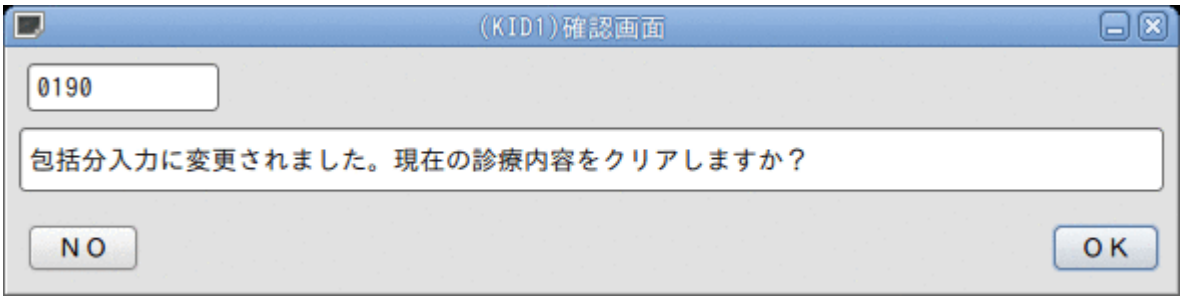


図 249

「OK」を押下した場合は、画面がクリアされるので入力コード欄の先頭行から包括分の診療内容を登録します。

「NO」を押下した場合は、画面表示内容を保持したまま、包括分入力へ切り替わります。

図 250

↓

図 251

入力後は、「登録」(F12)を押下すると診療行為確認画面へ遷移します。通常、確認画面から「登録」を押下すると請求確認画面に遷移を行いますが、包括分は請求データを作成しないため、確認メッセージを表示してここで登録を行います。

図 252

包括分の登録を行うと、診療行為入力画面の画面右側の受診履歴表示欄には「9999」で包括分入力を表示します。

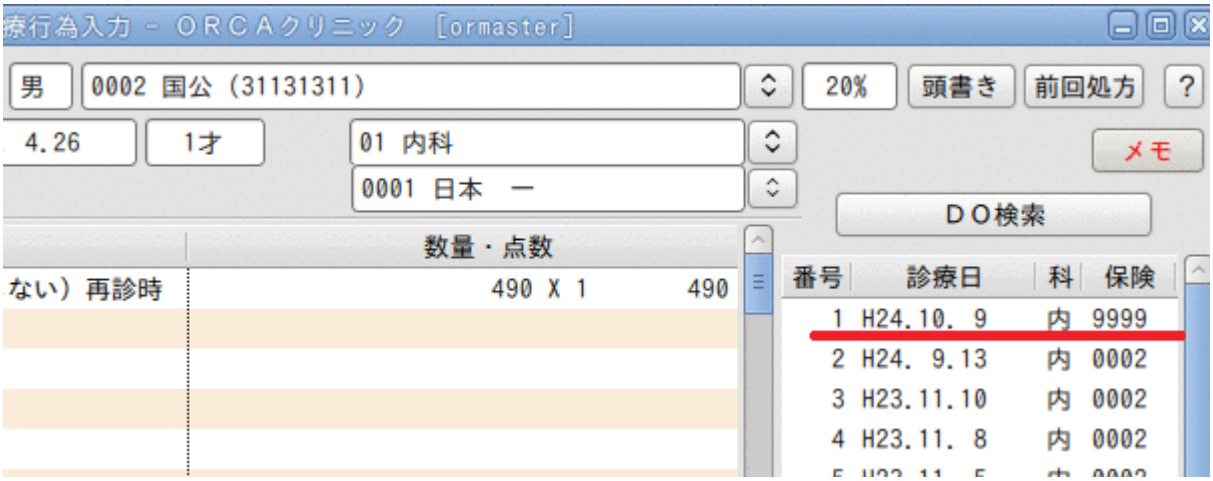


図 253

＜包括入力分の取り扱いについて＞

「診療行為」

- 包括分の診療入力結果は診療会計には反映を行いますが、請求データは作成しません。（患者請求が発生しないため）
- 包括入力分のデータは診療行為画面の訂正入力で他の保険組合せに変更することはできません。（包括以外の保険組合せで登録済みの診療内容を、訂正で包括分に切り替えることもできません）。
- 包括入力分は処方せんの発行はできません。
- 薬剤情報、お薬手帳は複数科保険入力をした場合に包括分も発行することができます。
  （「101　システム管理マスタ」－「1038　診療行為情報」の設定が必要です）
- 包括入力が主保険の場合は、「前回処方」から薬剤情報を印刷できます。
- 労災の特掲診療コードも包括分として入力できます。
- 投薬の処方料等の自動発生、内服薬剤の逓減等は行いません。
- 乳幼児加算、施設基準の逓減、画像診断の診断料等、酸素の補正率、外来の注射の手技料、注射の残量廃棄を自動発生します。他のものは手入力とします。
- 検査の併算定不可チェックは行いません。ただし入力画面内での同一検査コードの重複入力はチェックを行います。
- 手術と点滴の同時入力不可チェックは行いません。
- 入院の調剤料自動発生には反映しません。
- 入院の点滴の場合、点滴手技料の自動発生は行いません。また、点滴の液量計算には含めません。
- 包括分で点滴手技料を入力されても、他保険での手技料自動発生は今までどおり機能します。
- 入院の投薬の場合、処方料の自動発生対象外にします。
- 包括入力分も受診履歴データは作成しますが、初診算定日、最終受診日の管理には反映しません。
- 算定履歴を作成しないので、診療回数による逓減等は行いません。

（画像診断のCT，MRIの2回目以降の逓減、理学療法の逓減など）

- 包括入力時も禁忌薬剤のチェックは行います。
- 包括入力分は診療行為画面の当月累計点数欄には反映しません。入力中の合計点数欄には表示を行います。

「その他」

- 包括入力分のデータは「41　データチェック」の「薬剤と併用禁忌」「診療行為と併用禁忌」「投与禁忌薬剤と病名」のチェック対象になります。データチェックのその他の項目では対象外となります。
- 包括入力分のデータはレセプト記載対象外とします。（診療内容参考資料、高額請求添付資料にも記載対象外）
- 包括入力分はカルテ3号紙には記載しません。
- 会計カードには包括分として印刷を行います。
- 統計データ作成業務でデータ出力した場合は、包括入力分も含めてデータを作成を行います。保険組合せ番号に「9999」がセットされたデータとなるので、統計プログラムなどを独自に作成して出来高算定時の統計を取る場合などに利用できるようになります。

包括分入力を自動で分ける

包括チェックマスタにより、包括分診療行為を自動判別を行い点数算定をします。

- 平成18年4月診療分より動作します。
- 包括分診療行為をエラーとするか点数無しとして登録するか設定ができます。

「101　システム管理マスタ」－「1014　包括診療行為設定情報」にて包括算定方法を設定します。
（初期設定は「0　包括算定しない」となっています）。

例）外来診療料の包括チェックをする場合

＜「101　システム管理マスタ」－「1014　包括診療行為設定情報」の包括算定方法を「1　包括算定する（会計データ作成）」とした場合＞

診療行為を入力します。
入力した時点では包括チェックを行いません。

図 254

診療行為入力後、「登録」を押下し診療行為確認画面へいきます。
このとき包括対象の診療行為には「包括診療」と表示し点数表示をしません。

図 255

また、診療行為入力画面にて「包括診療」(Shift＋F11)を押下し、包括対象か否かをチェックすることができます。
このとき包括対象の診療行為は青色で表示します。

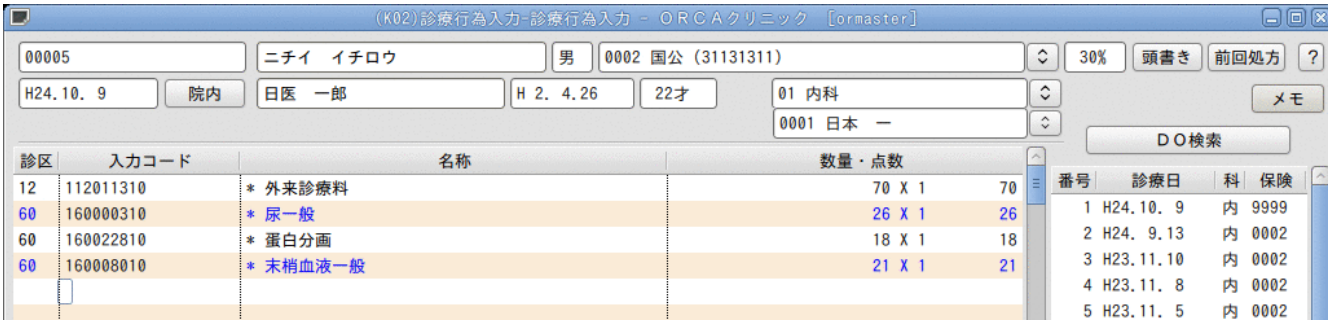


図 256

訂正時に開いたときもこの包括対象診療行為の青色表示を行います。

図 257

会計照会での表示

「包括診療」と表示し、点数欄に「＊＊＊＊＊」を表示します。

図 258

同一剤の中に包括対象と包括対象外の診療行為がある場合

包括チェック時に剤分離を促す警告メッセージを表示します。

図 259

警告メッセージを「閉じる」と包括対象の診療行為を青色に、包括対象外の診療行為を赤色で表示します。
剤分離は自動では行いません。手動で行ってください。

図 260

<「101　システム管理マスタ」ー「1014　包括診療行為設定情報」の包括算定方法を「2　包括算定する（エラー扱い）」とした場合>

診療行為を入力します。
入力時にはチェックをしません。

図 261

診療行為入力後、「登録」を押下時にチェックを掛けます。
包括対象の診療行為がある場合は、エラーメッセージを表示します。

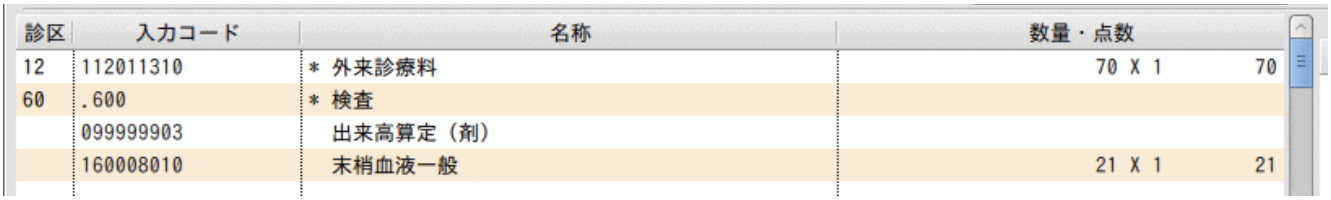
図 262

「OK」を押下すると包括対象の診療行為を削除します。

図 263

＜包括対象診療行為を算定したい場合＞
一時的に出来高算定を行いたい場合は以下のシステム予約コードを入力します。

″099999903　出来高算定（剤）″
診療区分の直下に入力します。



診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	112011310	＊ 外来診療料	70 X 1	70
60	.600	＊ 検査		
	099999903	出来高算定（剤）		
	160008010	末梢血液一般	21 X 1	21

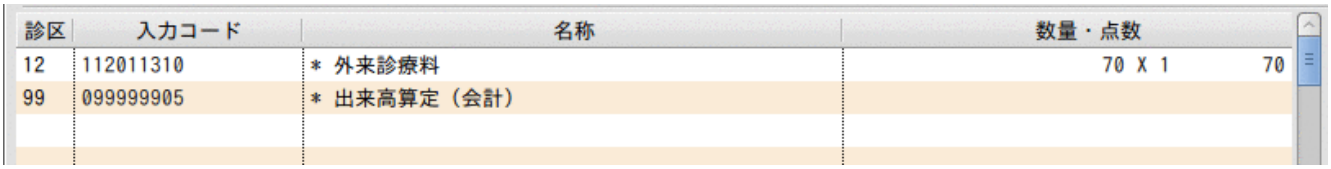
図 264

″099999904　出来高算定（日）（入院料包括）″
入院で使用します。入力してある診療日は全て出来高算定します。
予約コード単独で入力します。

診区	入力コード	名称	数量・点数
99	099999904	＊ 出来高算定（日）（入院料包括）	

図 265

″099999905　出来高算定（会計）″
外来で使用します。入力がある会計を全て出来高算定します。
予約コード単独で入力します。



診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	112011310	＊ 外来診療料	70 X 1	70
99	099999905	＊ 出来高算定（会計）		

図 266

＜特定の診療行為のみ包括としたい場合＞
予約コードを入力します。

″099999908　包括算定（剤）″
診療区分の直下に入力します。

診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	112011310	＊ 外来診療料	70 X 1	70
40	.400	＊ 処置行為		
	099999908	包括算定（剤）		
	140013810	留置カテーテル設置	40 X 1	40

図 267

注意！
- 診療区分が必ず必要となります。
- 「101　システム管理マスタ」－「1014　包括診療行為設定情報」にていずれか自動包括の設定がされている必要があります。
- 薬剤や検査の場合は処方料や判断料、採血料等の自動算定する診療行為は包括となりません。

（3）－1　削除

行単位	行削除を行う入力コード列を消去（空白）するか、或いは入力コード列の先頭に空白を挿入して「Enter」を押下します。 また、診療行為コードの後を1文字空白とした後に「0」を入力することでも行削除が行えます。
剤単位	削除したい剤の入力コード列の先頭か、最後に「－（マイナス）」を挿入して「Enter」を押下します。 剤削除は該当する剤のどの行に「－」を挿入しても、剤単位での削除が行えます。

セフゾンカプセル100mgの剤を削除するために、例としてここでは用法の最後に「－」を入力していますが、剤削除時は該当する剤内であればどの行に「－」を付けても剤削除は行えます。

診区	入力コード	名称	数量・点数		
12	112007410	＊再診			
	112015770	明細書発行体制等加算			70 X 1 70
12	112011010	＊外来管理加算			52 X 1 52
21	.210	＊内服薬剤			
	616130532 3	【先】セフゾンカプセル１００ｍｇ	3	Cap	
	Y03001*3-	【１日３回毎食後に】			20 X 3 60
21	.210	＊内服薬剤			
	612220325 3	メジコン錠１５ｍｇ	3	錠	
	610453119 3	【先】ムコダイン錠２５０ｍｇ	3	錠	
	611140237 3	ソランタール錠５０ｍｇ	3	錠	
	Y03001*3	【１日３回毎食後に】			7 X 3 21

図 268

「Enter」を押下します。

診区	入力コード	名称	数量・点数		
12	112007410	＊再診			
	112015770	明細書発行体制等加算			70 X 1 70
12	112011010	＊外来管理加算			52 X 1 52
21	.210	＊内服薬剤			
	612220325 3	メジコン錠１５ｍｇ	3	錠	
	610453119 3	【先】ムコダイン錠２５０ｍｇ	3	錠	
	611140237 3	ソランタール錠５０ｍｇ	3	錠	
	Y03001*3	【１日３回毎食後に】			7 X 3 21

図 269

Copyright(C)2007JMARI

（3）－2　挿入

行挿入	挿入したい行の1つ下の行の先頭か、行の最後に「＋（プラス）」を挿入して「Enter」を押下します。

ソランタール錠50mgと用法コードの間に追加の薬剤を挿入するためには、用法コードの最後に「＋」を入力します。

診区	入力コード	名称	数量・点数
12	112007410	＊ 再診	
	112015770	明細書発行体制等加算	70 X 1 70
12	112011010	＊ 外来管理加算	52 X 1 52
21	.210	＊ 内服薬剤	
	612220325 3	メジコン錠１５ｍｇ	3 錠
	610453119 3	【先】ムコダイン錠２５０ｍｇ	3 錠
	611140237 3	ソランタール錠５０ｍｇ	3 錠
	Y03001*3+	【１日３回毎食後に】	7 X 3 21

図 270

「Enter」を押下します。
1行、入力行が挿入されるので算定するコードを入力します。

診区	入力コード	名称	数量・点数
12	112007410	＊ 再診	
	112015770	明細書発行体制等加算	70 X 1 70
12	112011010	＊ 外来管理加算	52 X 1 52
21	.210	＊ 内服薬剤	
	612220325 3	メジコン錠１５ｍｇ	3 錠
	610453119 3	【先】ムコダイン錠２５０ｍｇ	3 錠
	611140237 3	ソランタール錠５０ｍｇ	3 錠
	Y03001*3	【１日３回毎食後に】	7 X 3 21

図 271

＜その他の編集方法＞

診療行為内容をクリアするとき	「クリア」(Shift+F2)を押下します。
患者の基本情報と診療行為内容をクリアするとき	「患者取消」(F2)を押下します。 （「101　システム管理マスタ」－「1007　患者取消確認チェック」の項目で警告メッセージを表示することができます）

（4）初診算定日の入力方法

「2.6　診療区分別の入力方法」の「（1）診察料」で説明していますが、初診料または再診料はシステムが自動発生を行います。
本システムを導入直後や導入時に入院中で初診算定日の設定ができていない、初回の診療日に診察料の算定がなく初診算定日が設定されていない等、本来再診料を算定すべき患者に対し初診料を自動発生してしまいます。
これは患者の初診算定日が算定情報として登録されていないために起こる現象です。
次の入力方法で初診算定日を登録してください。

＜例＞平成24年10月1日が初診の場合
※自動発生した初診料のコードの後に空白を1文字置いて7桁で初診算定日を入力します。

```
111000110 4241001
```

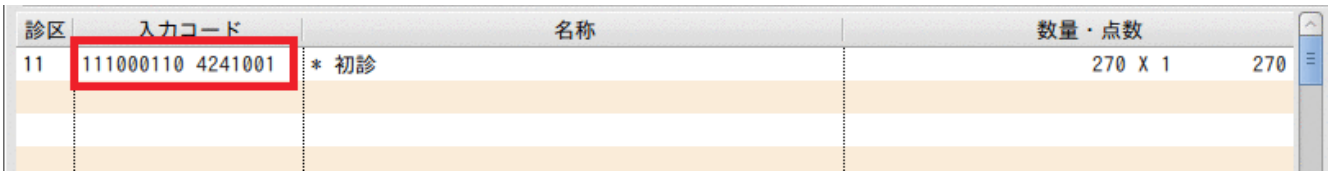


図 272

例では"111000110"の初診(診療所)のコードですが、これに入力コードを設定している場合（例えば、"1000"）も同様に入力コードの後に初診算定日を入力します。

```
1000 4191230
```

確認のメッセージを表示しますので「OK」をクリックするか、または「Enter」か「F12」で進めます。中止する場合は「戻る」をクリックするか、または「F1」を押下します。

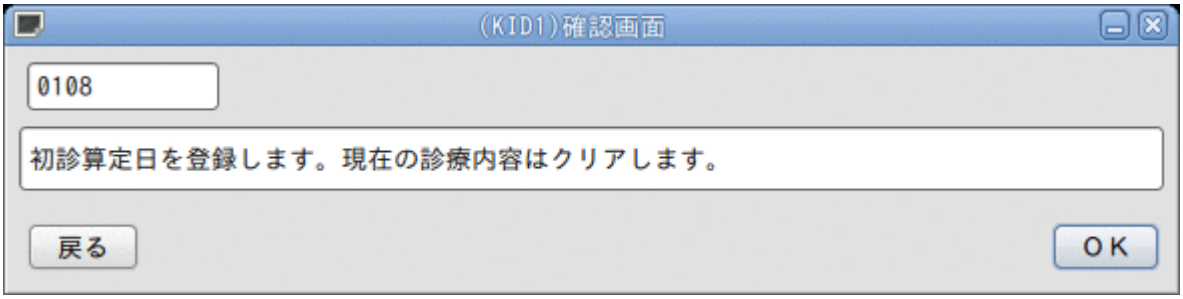


図 273

システムは初診算定日を登録し改めて再診料を自動発生します。

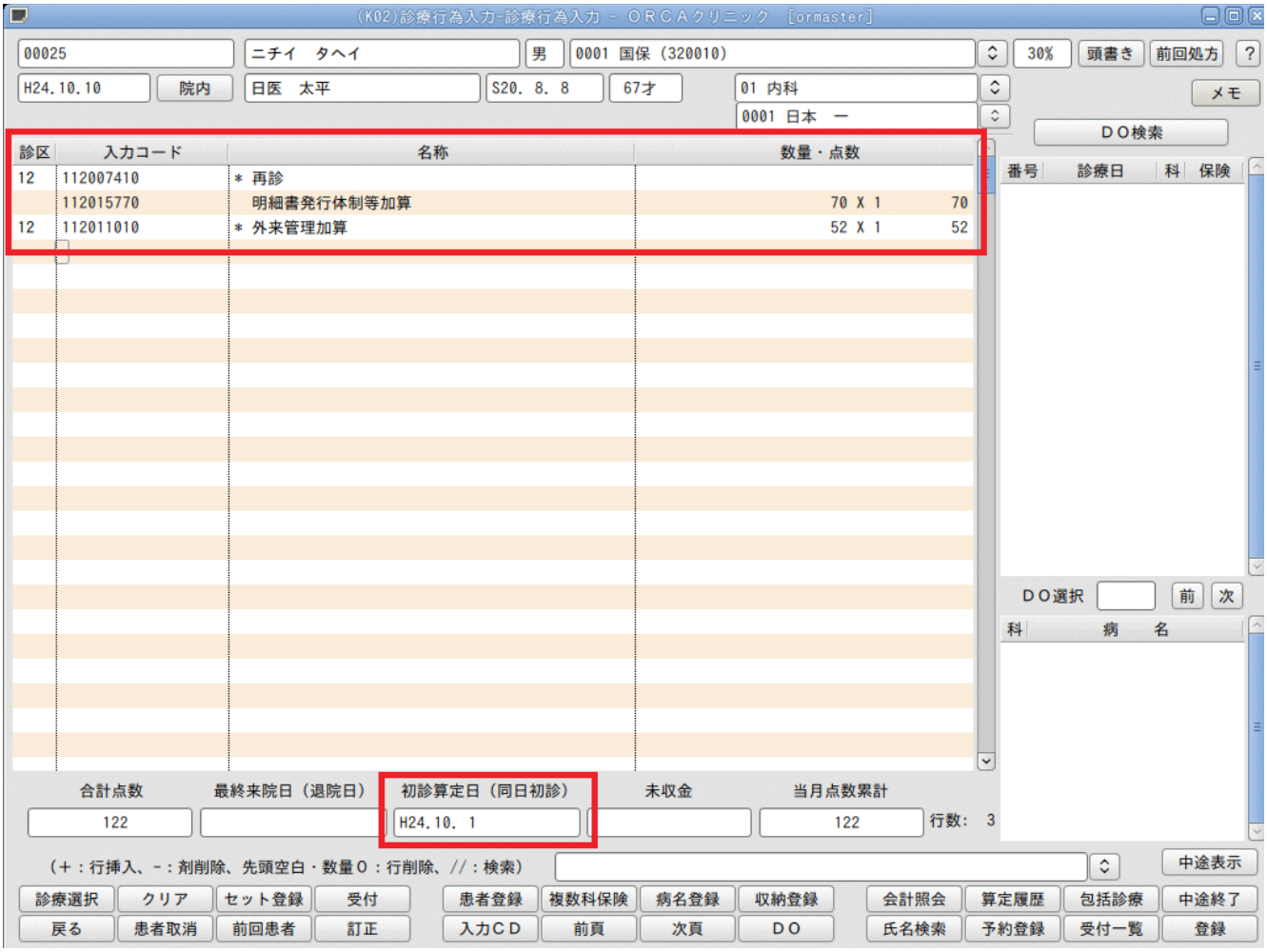


図 274

注意！
この入力方法は初診算定日が設定されていない場合のみ有効です。
既に初診算定日の設定がある場合はエラーとなります。

＜誤って登録した初診算定日の日付を変更したい場合＞

上記操作により登録した初診算定日を変更する場合は、「算定履歴」(Shift＋F10)を使用して変更することができます。

＜例1＞初診を算定した同月内での算定日の変更

変更入力欄に初診の行番号を入力すると、下部へ内容を複写します。
初回算定日欄の日付を正しい日付にします。算定日のフラグも立て直して、「修正」(F4)を押下し、「登録」します。

注意！
診療行為画面で呼び出した患者を引き継いで算定履歴画面へ遷移している場合には、「登録」後に再度患者を呼び出すことで正しい初診算定日を表示します。

＜例2＞初診算定月が異なる場合の算定日の変更

算定年月を変更したい場合は、登録済みの初診算定月の算定履歴を「削除」(F4)後、「登録」します。システム日付を正しい初診算定日に直して初診料を入力します。

（5）中途終了・中途表示

（5）－1　中途終了をする
（5）－2　中途終了データの表示
（5）－3　中途終了による複数科保険入力
（5）－4　中途終了データを削除する

診療行為入力の途中で「中途終了」されたデータは、「中途表示」(Ctrl＋Shift＋F12)を押下すると前回入力された続きから再度入力を行うことができます。
診察室で患者の薬剤・検査内容等を入力し、窓口業務で会計を行う際などに利用します。

（5）－1　中途終了をする

図 275

一旦、この患者の診療行為入力を終了させる場合、「中途終了」(Shift＋F12)を押下します。
次のようなメッセージを表示します。

図 276

F5　薬剤情報発行	入力中のデータを保持すると共に、入力された内容の薬剤情報提供書の発行を行い、中途終了します。
F6　お薬手帳	お薬手帳用貼付用のお薬リストの発行を行い、中途終了します。
F7　薬情・手帳	薬剤情報とお薬手帳の両方を発行し、中途終了します。
F8　処方せん発行	入力中のデータを保持すると共に、入力された内容の処方せんの発行を行い、中途終了します。
F9　処方せん・薬情発行	入力中のデータを保持すると共に、入力された内容の処方せんと薬剤情報提供書の発行を行い、中途終了します。
F10　全部	上記全てを発行し、中途終了します。
F12　登録	入力中のデータを保持して一旦終了します。
UP指示	ユーザプログラムを起動します。

診療行為入力途中で「中途終了」したデータは、受診日、診療科、保険組合せのいずれかが異なれば同一患者が複数の中途終了データを保持することができます。
ただし受診日、診療科、保険組合せが同一で診療行為入力内容が違う複数の中途終了を行った場合は、最新のデータを保持します。

（5）－2　中途終了データの表示

＜中途終了中のデーター覧を表示し、選択する場合＞

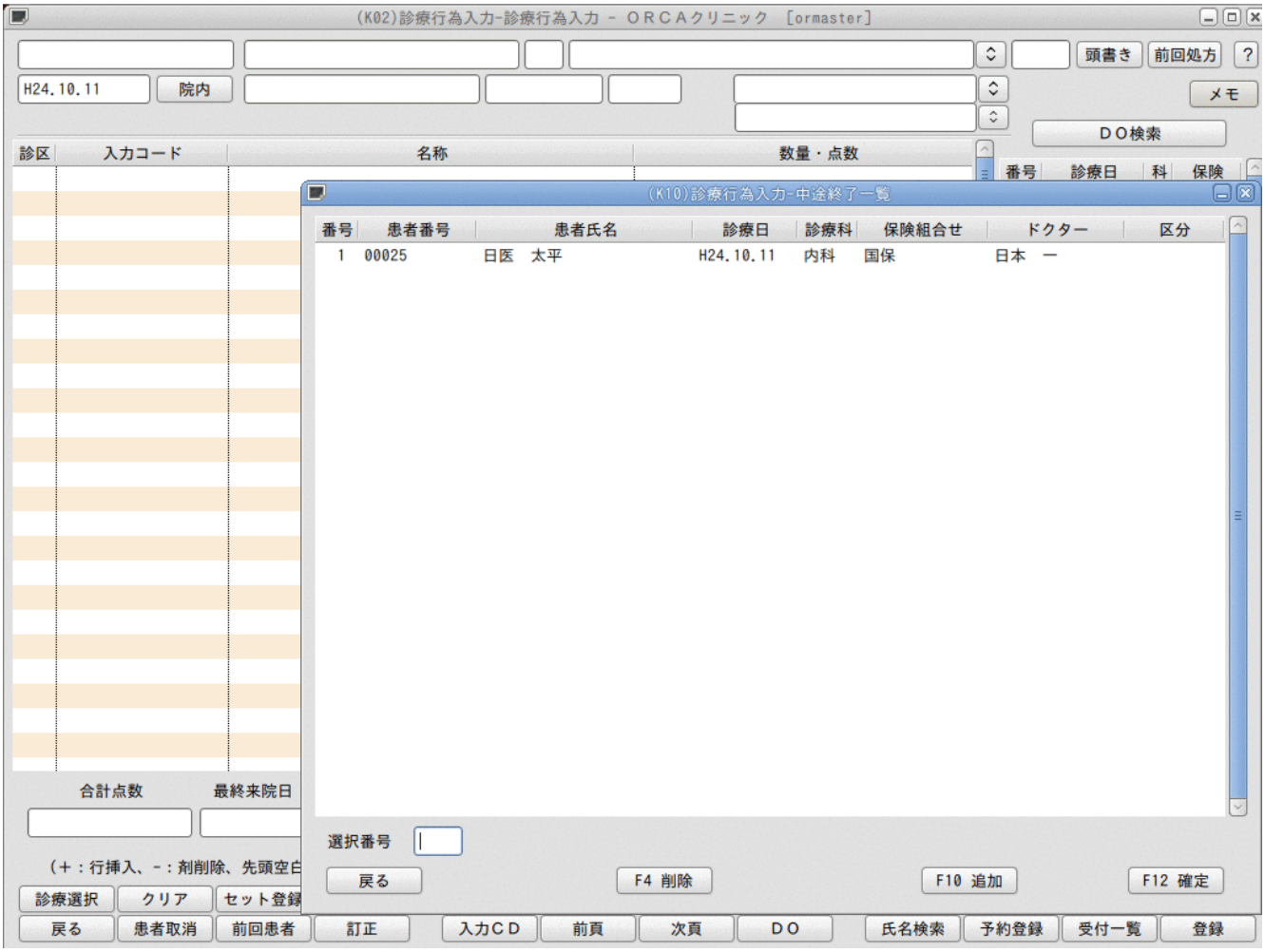


図 277

中途終了中のデータを呼び出すときは、「中途表示」(Ctrl＋Shift＋F12)を押下します。
中途終了一覧では、患者氏名と受診日、診療科、保険組合せ、主科ドクター、表示区分を表示します。
同一患者でも受診日、診療科、保険組合せのいずれかが異なる場合の中途終了データは全て表示されます。
患者番号欄に指定の患者が入力されていない場合は、一覧に中途終了中の全患者を表示します。

※中途終了一覧の並び順（初期設定）は、「101　システム管理マスタ」－「1038　診療行為機能情報」にて登録順、患者番号順のどちらかを設定できます。

＜患者を呼びだしたとき、受診日、診療科、保険組合せの一致する中途終了データがあった場合＞
直接診療行為入力画面にデータを展開します。
このとき中途表示一覧を開くと現在展開されているデータに対して「区分」欄に「◎」印が表示されます。

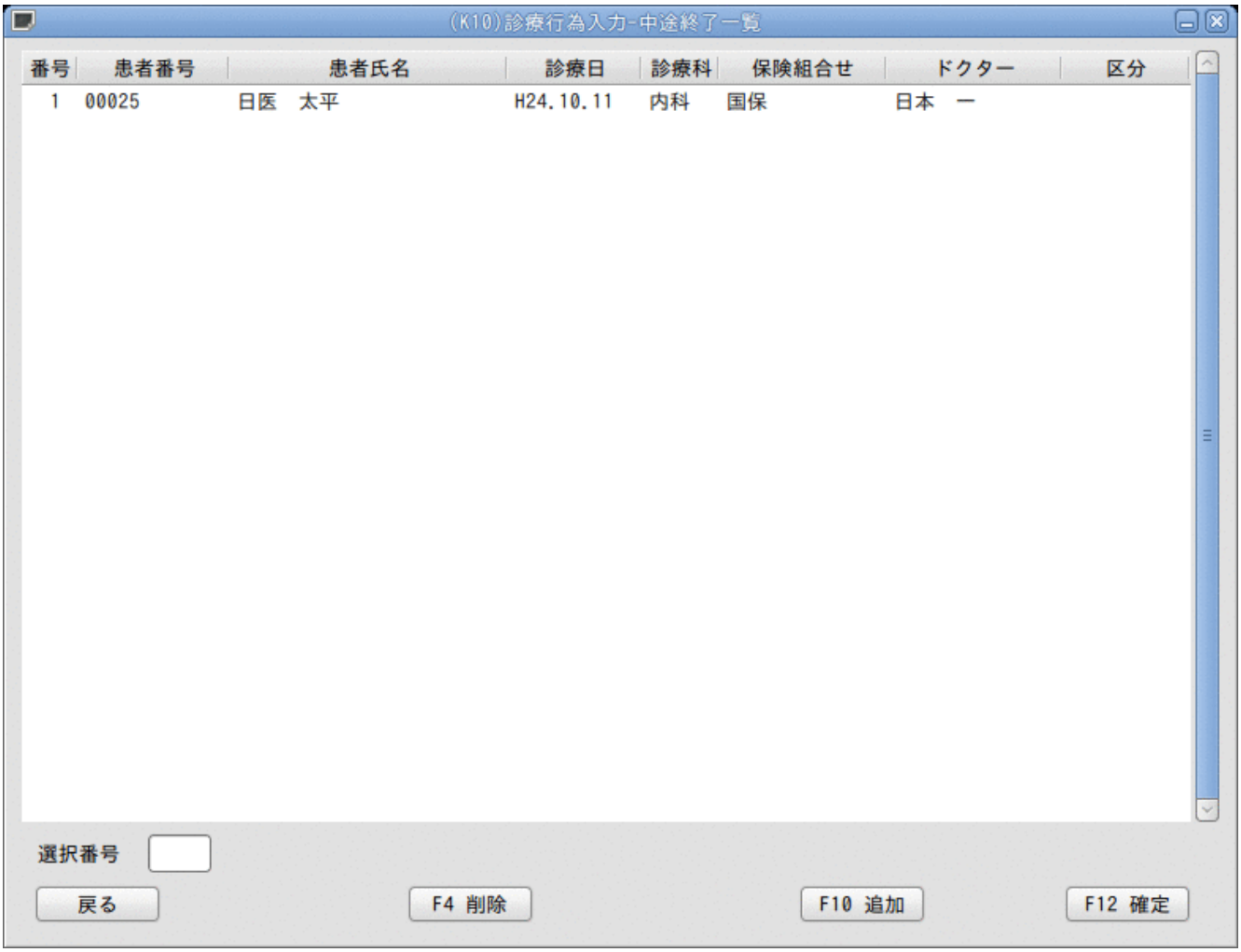


図 278

診療科、保険組合せを変更後、一致した場合メッセージが表示されます

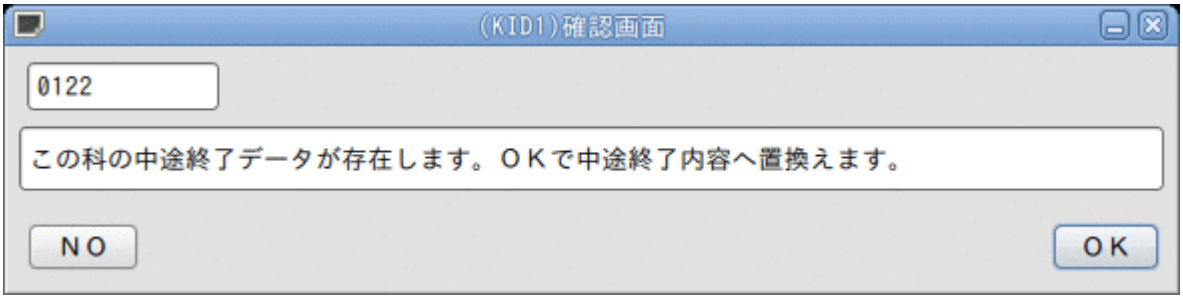


図 279

「OK」を押下すると現在の診療行為をクリアし中途終了データを展開、置き換えします。
※診療行為画面で展開中の中途終了データは一覧表の「区分」欄に「◎」印が表示されます。

＜中途表示時の診察料・医学管理等の自動算定について＞

中途終了データを展開時（中途表示）に診察料・医学管理等を再度自動発生させるかどうか設定ができます。
「101　システム管理マスタ」ー「1007　自動算定・チェック制御機能情報」にて設定します。

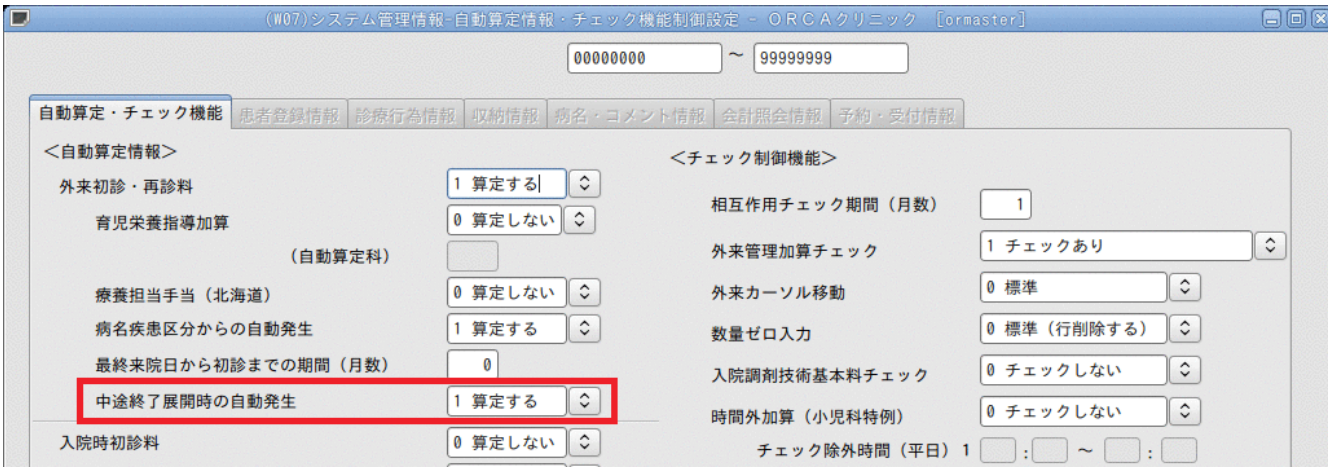


図 280

0. 算定しない・中途終了データの内容を展開する。
1. 算定する・・中途表示時に医学管理等を展開時の病名等から再度自動発生する。
※CLAIMからのデータの場合、（中途終了データの電子カルテフラグが0のもの）は設定に関わらず自動発生します。

（5）ー3　中途終了による複数科保険入力

入力中の診療行為に複数科・保険の複数科保険入力として、中途終了データを追加することができます。

例）「5／1　整形外科　国保」と
中途終了データ　「5／1　内科　国保」を複数科保険入力します。

1. 整形外科の診療行為を入力します。

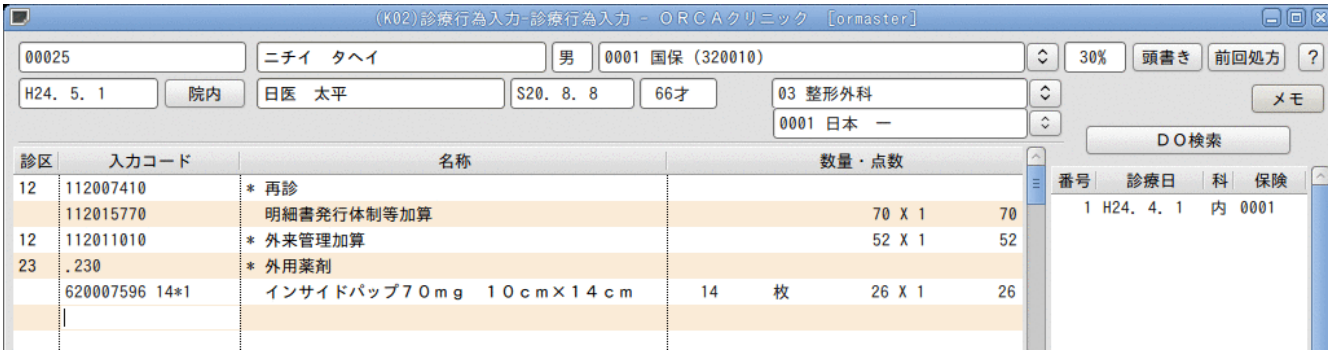


図 281

2.「中途表示」(Ctrl＋Shift＋F12)を押下し、中途一覧を表示します。

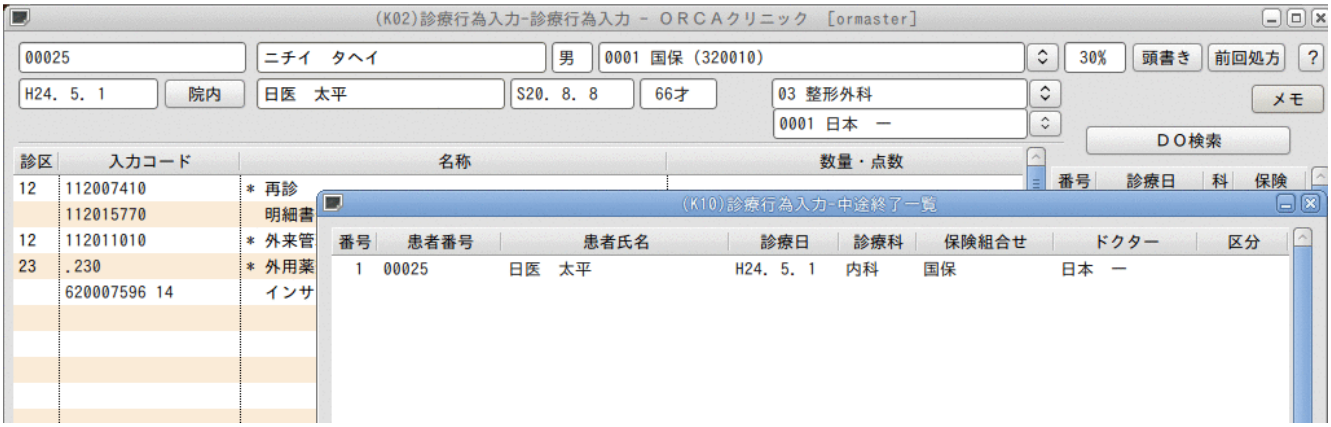


図 282

3. 中途終了データを選択し、「追加」(F10)を押下します。

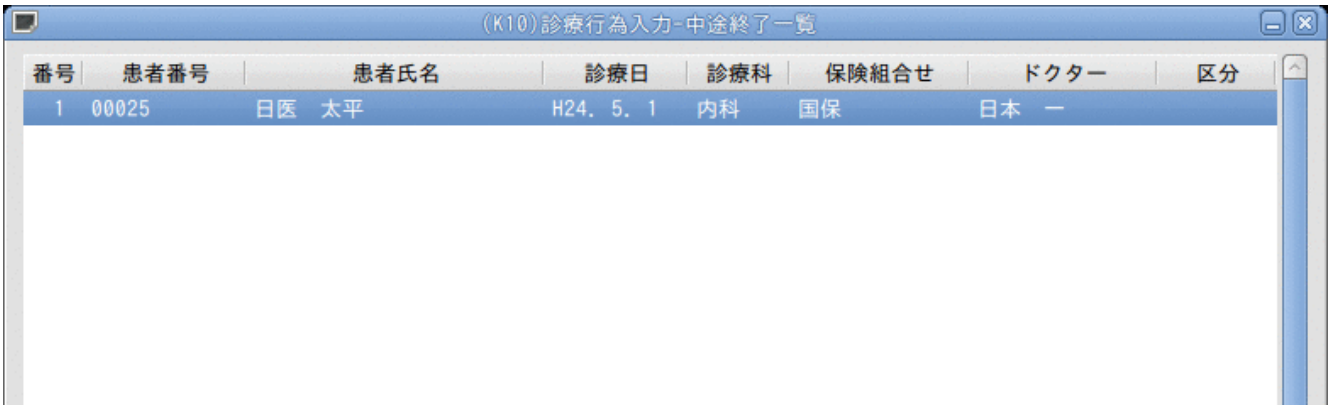


図 283

注：「確定」(F12)を押下すると入力した整形外科の診療行為がクリアされ、中途終了データの内科に置き換わってしまいます。「追加」(F10)を押下してください。

4. 整形外科の診療行為に続いて内科分が追加されます。

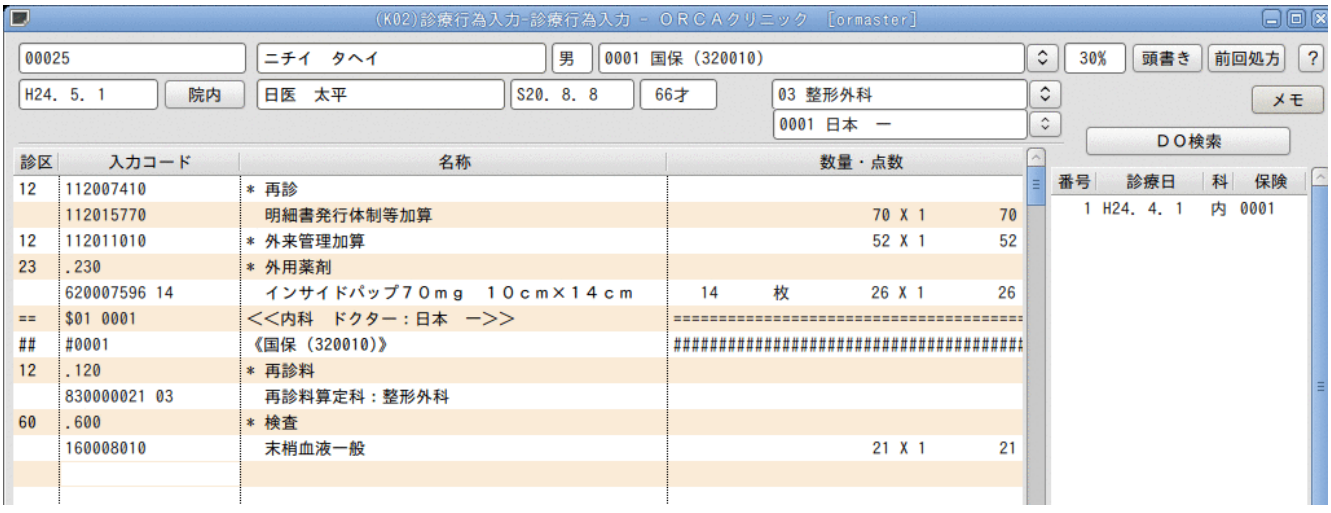


図 284

中途終了の追加をした場合は自動的に複数科・保険の入力となります。「複数科保険」(Shift＋F6)であらかじめ診療科と保険を変えておく必要はありません。（主保険または診療科が同じ保険または科であっても変更コマンドが追加されます）

※中途終了データの追加の条件
診療行為入力画面で患者番号が入力されていないと追加できません。

- 入力中の診療行為と中途終了データの診療日が違う場合は追加できません。
- 労災・自賠責・後期高齢者（老人公費）の場合、違う保険組合せの場合は追加できません。
- 中途終了データを展開中に同じ中途終了データは追加できません。

注：中途終了内容を追加する場合､間違った中途終了データを追加しても展開中の区分「◎」はクリアされません。
間違って追加してしまった場合は、患者番号をクリアして再度入力してください。

（5）－4　中途終了データを削除する

中途終了データから削除する場合には削除したいデータの選択番号を入力後に「F4　削除」を押下します。

図 285

（6）算定履歴

1日、1週、月で上限回数がある診療行為を算定した場合や、回数により逓減算定を行う診療行為などを算定した場合に算定履歴一覧に表示します。
診療行為入力画面で患者を指定した後、「算定履歴」(Shift＋F10)を押下します。
削除、及び修正をされた場合は、算定回数が正しくカウントされなくなる可能性があります。

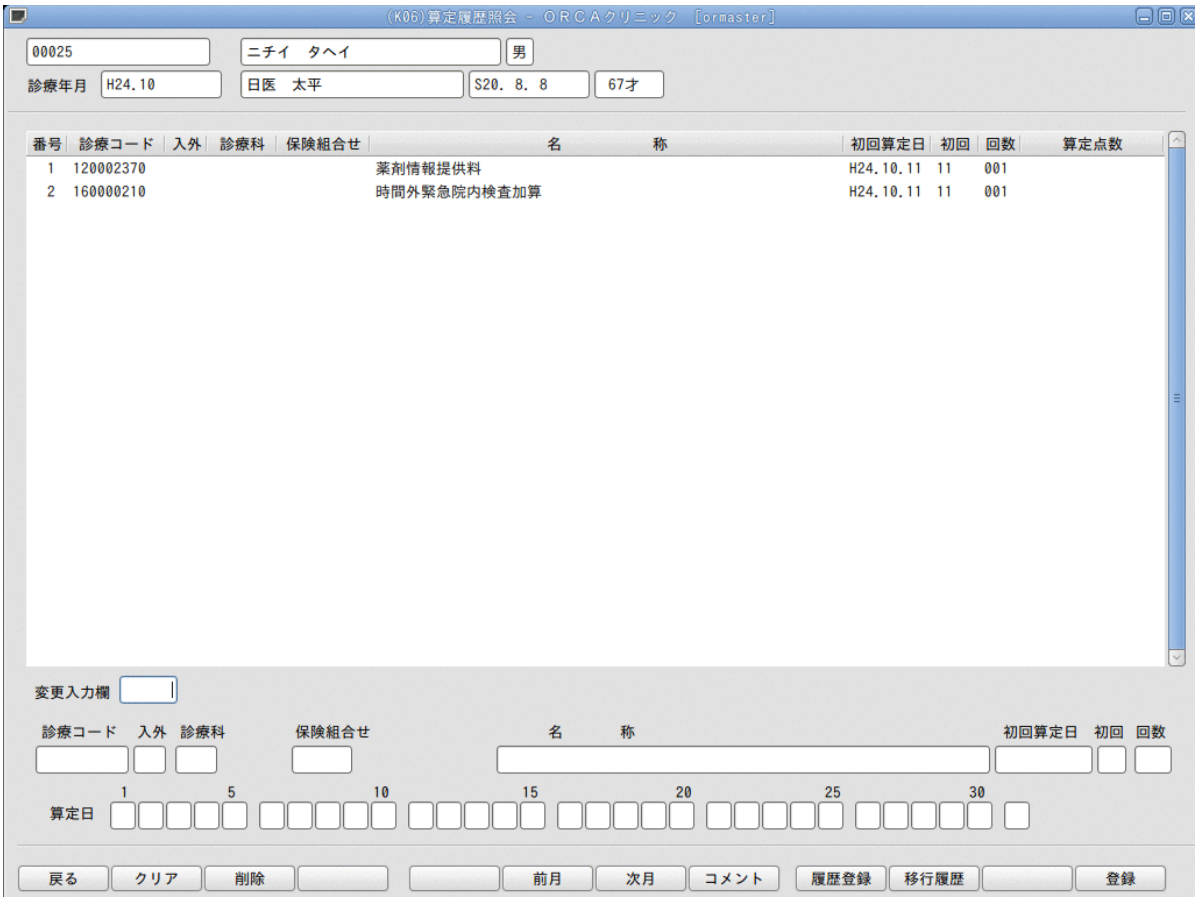


図 286

項目の説明

変更入力欄	一覧表示された上限回数のある診療行為の中から、初回算定年月日、若しくは表示されている診療年月の初回算定日や算定回数の変更をする場合に番号を入力します。
診療コード、名称、初回算定日、初回、回数	変更入力欄で指定された内容を複写します。
算定日	表示中の診療年月の初回算定日や算定回数を変更する場合に使用します。

＜ファンクションキーの説明＞

戻る	F1	画面を診療行為画面に戻します。
クリア	F2	入力中の内容をクリアします。
削除	F3	入力済みの算定履歴を削除します。
前月・次月	F6F7	表示を前月にします。
コメント	F8	リハビリの算定履歴を作成した場合に病名等をコメント入力します。
履歴登録	F9	診療行為入力後でも履歴が作成できる項目を表示します。
移行履歴	F10	データ移行時に履歴を作成できます。
登録	F12	登録します。

＜算定履歴を作成する＞

- 算定履歴の作成は2種類あります
  移行履歴・・・データ移行直後等、診療行為入力の無い状態で各種履歴の作成を行います。
  履歴登録・・・運用開始後に履歴を登録する場合に各種履歴作成を行います。
  （現在はリハビリと他院退院日のみ登録できます）
- 履歴作成画面で表示されない診療行為は手入力にて作成します（移行履歴作成時）
- 算定履歴作成済みの履歴を選択後、「選択登録」を押下すると該当の年月の算定履歴画面を表示します。
- 履歴登録と移行履歴の履歴一覧には各リハビリと他院退院日を表示します。診療行為入力で入力した算定履歴は「診」と表示し、変更はできません。
- 履歴登録と移行履歴から作成した算定履歴は算定履歴画面には表示しません。履歴登録画面、移行履歴画面にて確認できます。
- リハビリ終了日を登録することができます。
- 同じ種類のリハビリ（運動器等）で複数回の開始日がある場合は、算定履歴より各開始日に対して終了日の設定をすることができます。

＜履歴登録にて過去の算定履歴を作成する＞

作成手順
例1）運動器リハビリの起算日を登録する。
算定履歴画面より、「履歴登録」(F9)を押下します。

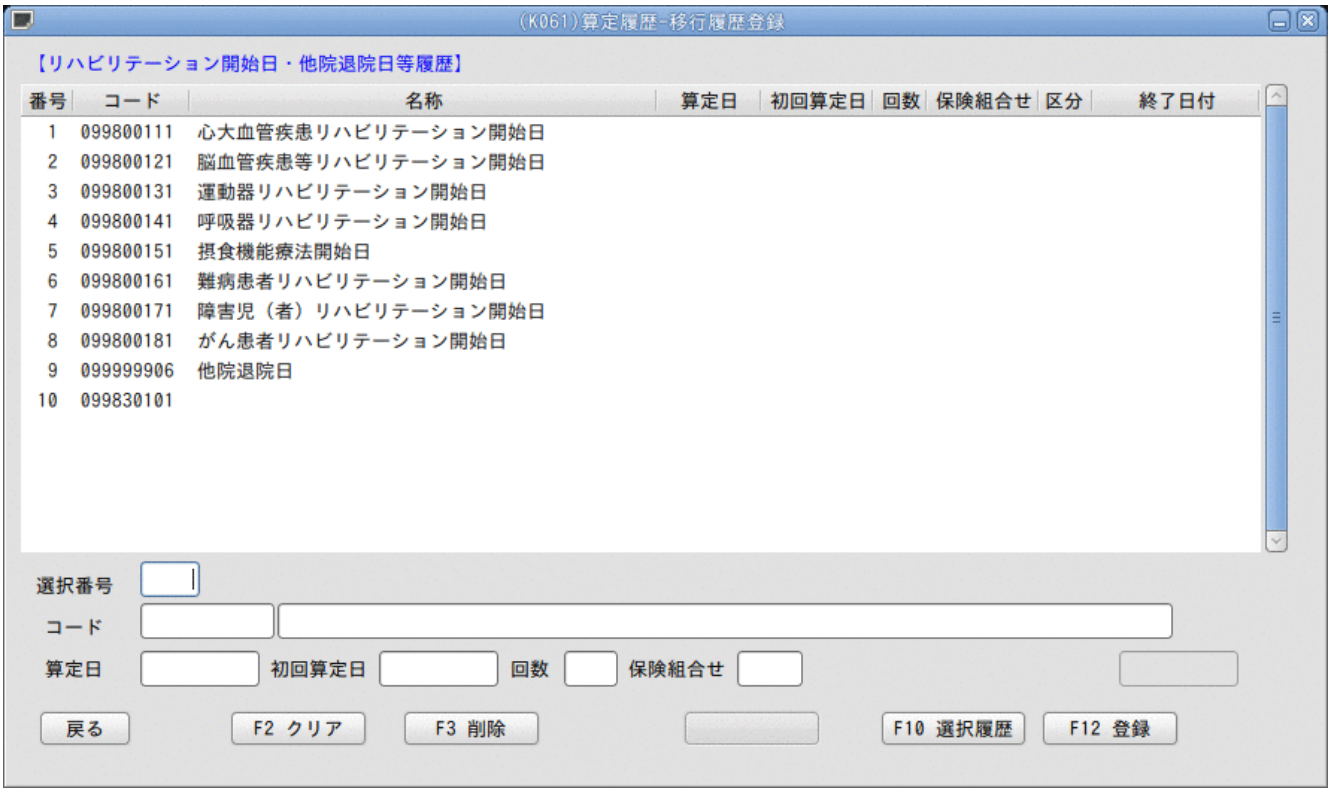


図 287

 Copyright(C)2007JMARI

運動器リハビリテーション開始日を選択し、算定日・初回算定日に発症日を登録します。

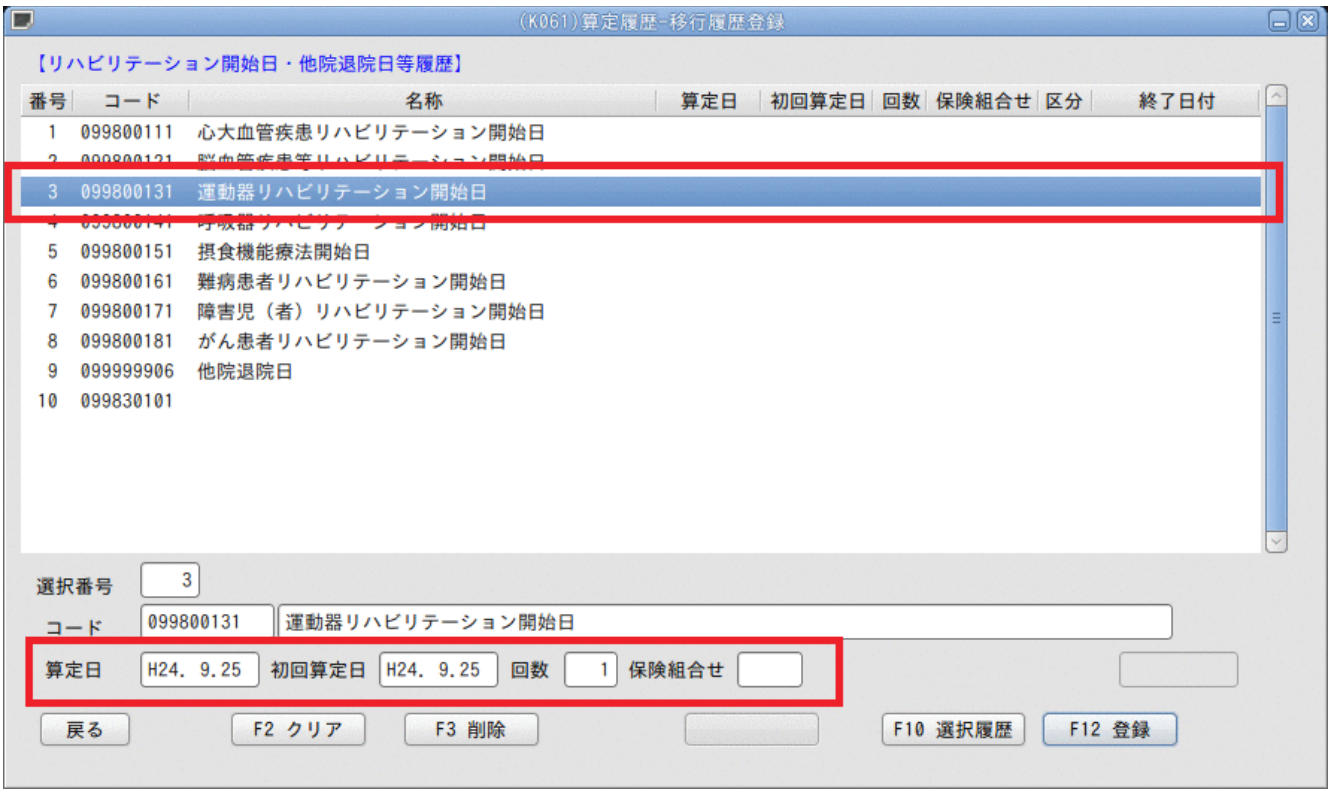


図 288

「登録」(F12)を押下して登録します。

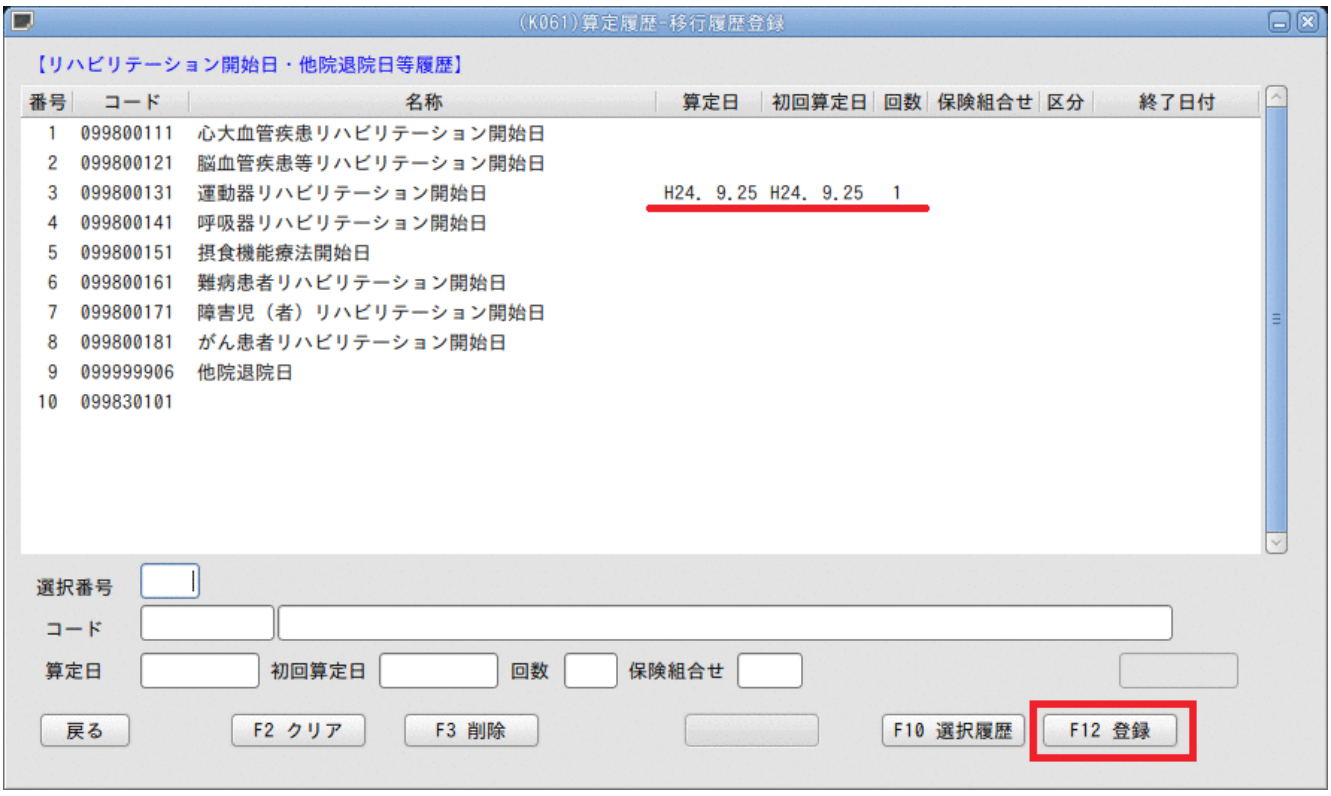


図 289

登録後、更に運動器リハビリテーション開始日を選択し、コメント(F8)を押下します。

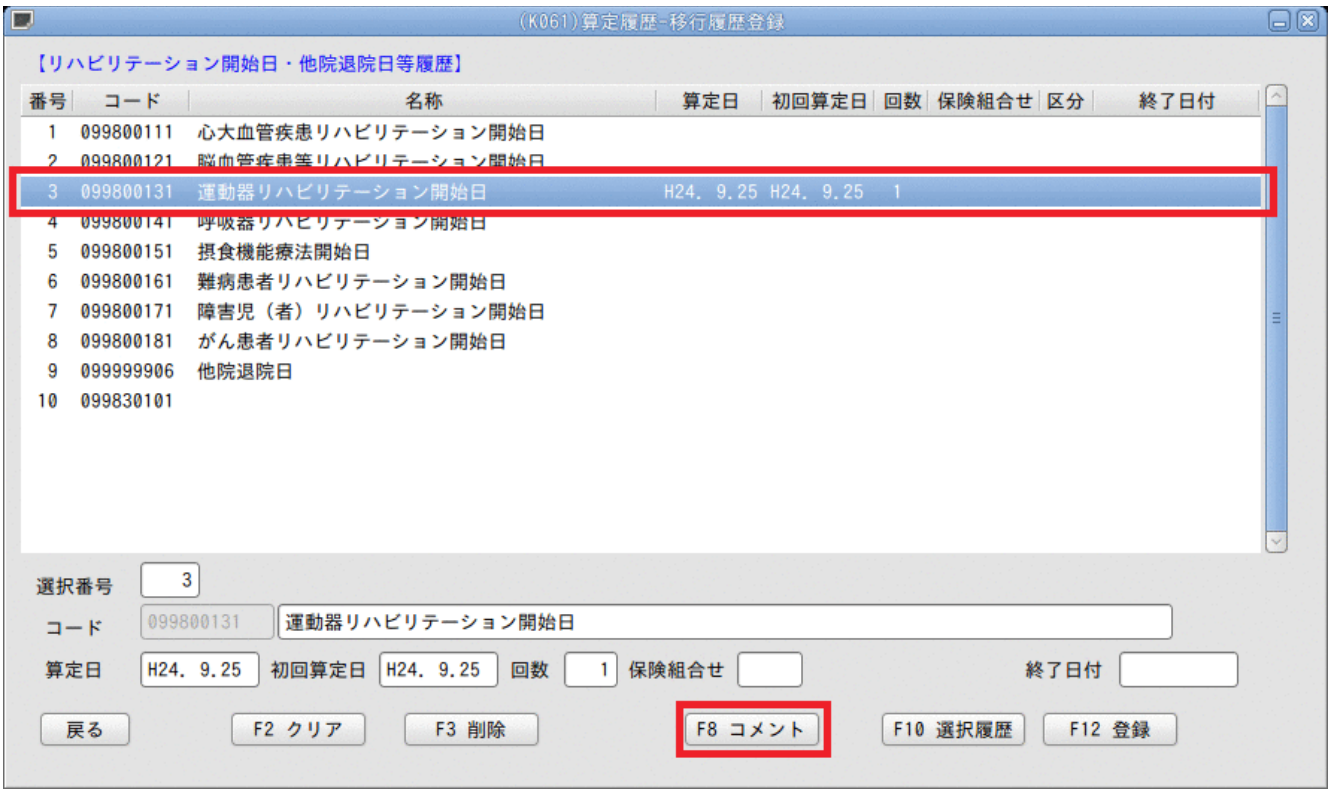


図 290

(K062)リハビリコメント登録画面が表示されます。
コメントを登録する日付を算定日の欄に表示します。

図 291

病名等レセプトに記載するコメントを入力します。
「登録」(F12)を押下し登録します。

図 292

登録後はコメントの入力した日を赤字表示します。
「戻る」(F1)にて戻ります。

図 293

【登録後の画面】

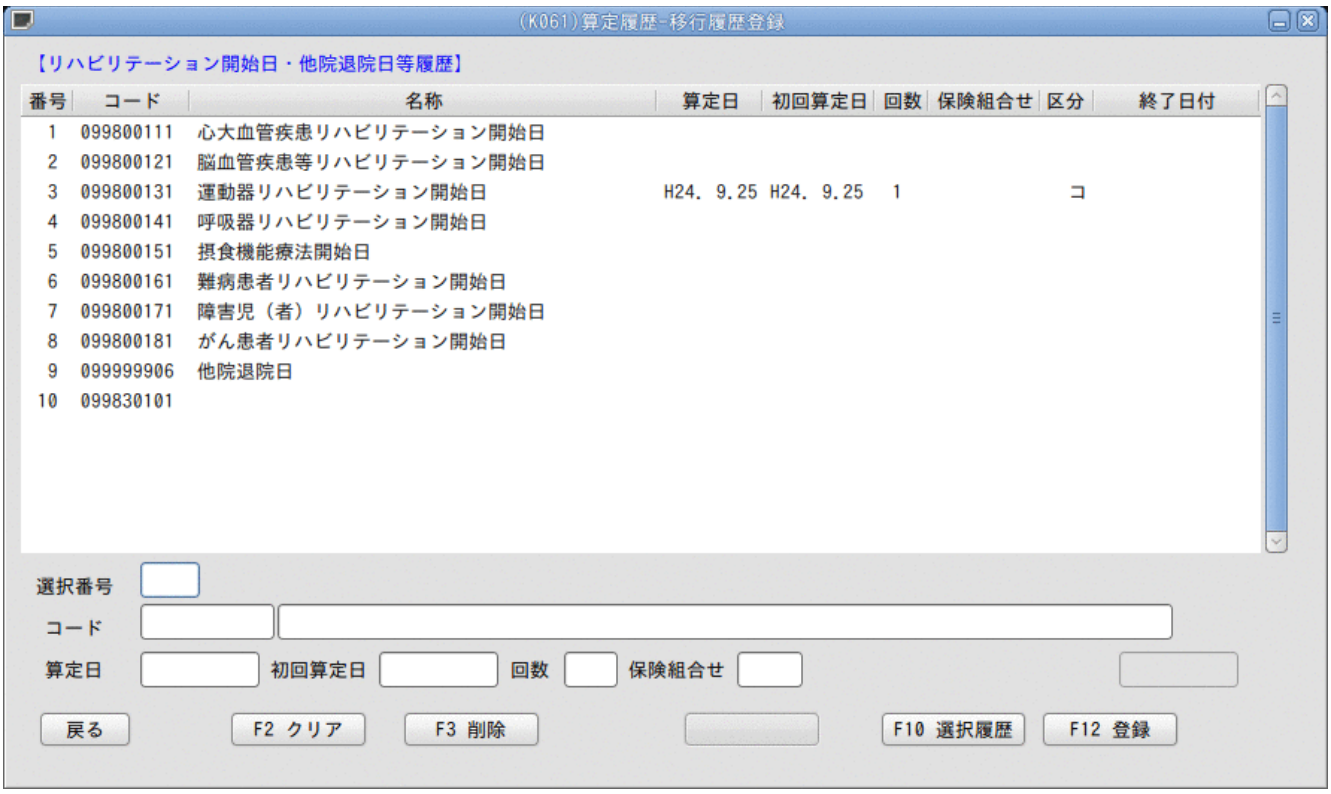


図 294

ヒント！　＜リハビリのコメントに手術日、急性増悪日を記載する方法＞

コメント入力時にコメントの1行目に

　　手術◇日　または　急性増悪◇日　（◇は空白！）

と入力します。

図 295

Copyright(C)2007JMARI

＜データ移行直後に移行履歴にて算定履歴を作成する＞
データ移行直後または診療行為入力がない患者に対して過去の算定履歴を作成できます。

過去の算定履歴が作成できる患者の条件

- 診療行為の入力が無いまたは診療行為で初診が算定されていない患者

作成手順
例1）ニコチン依存症管理料
算定履歴照会画面より、「移行履歴」(F10)を押下します。

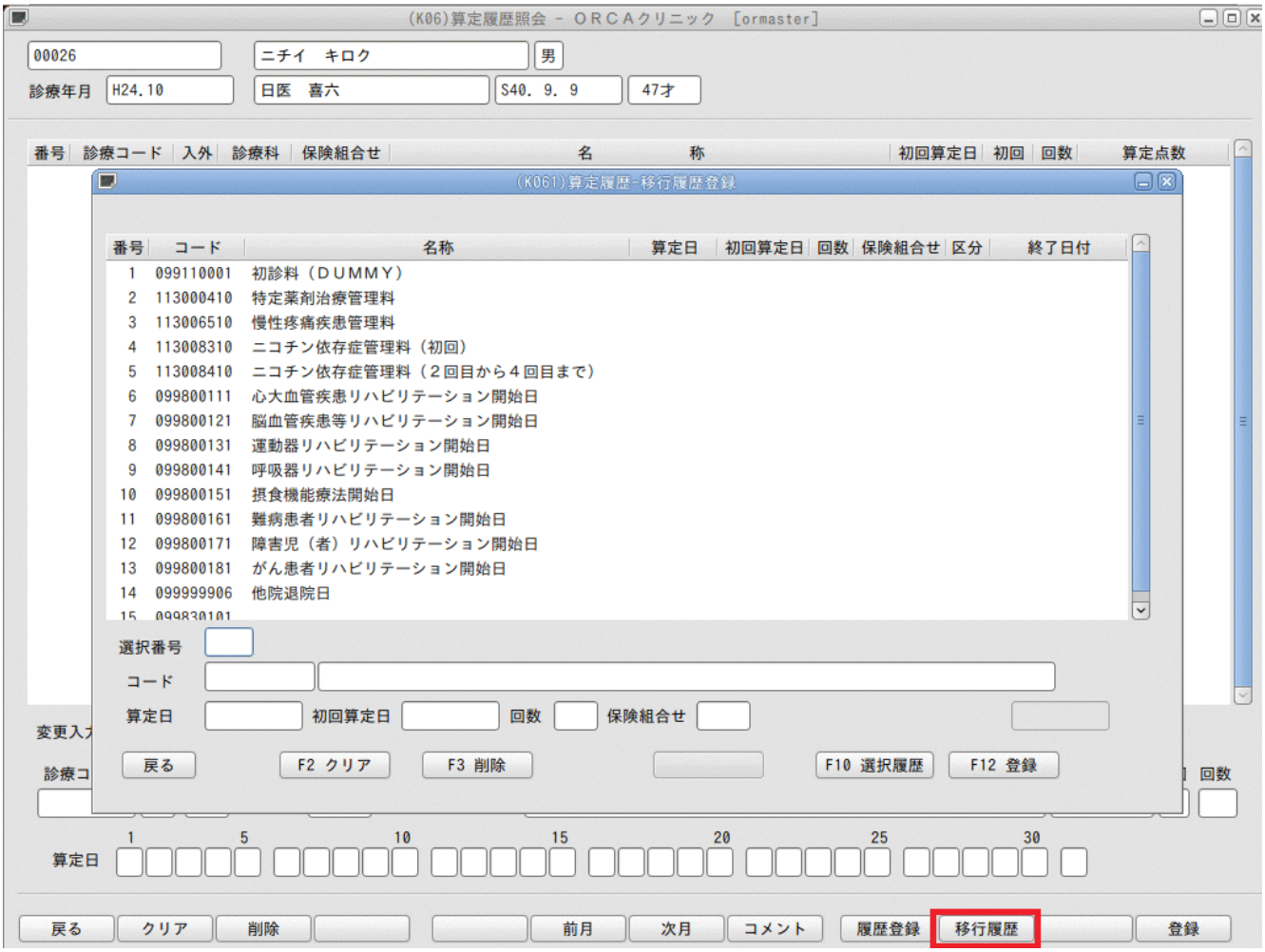


図 296

ニコチン依存症管理料（初回）を選択後、算定日、初回算定日を入力します。
「登録」(F12)を押下し登録します。

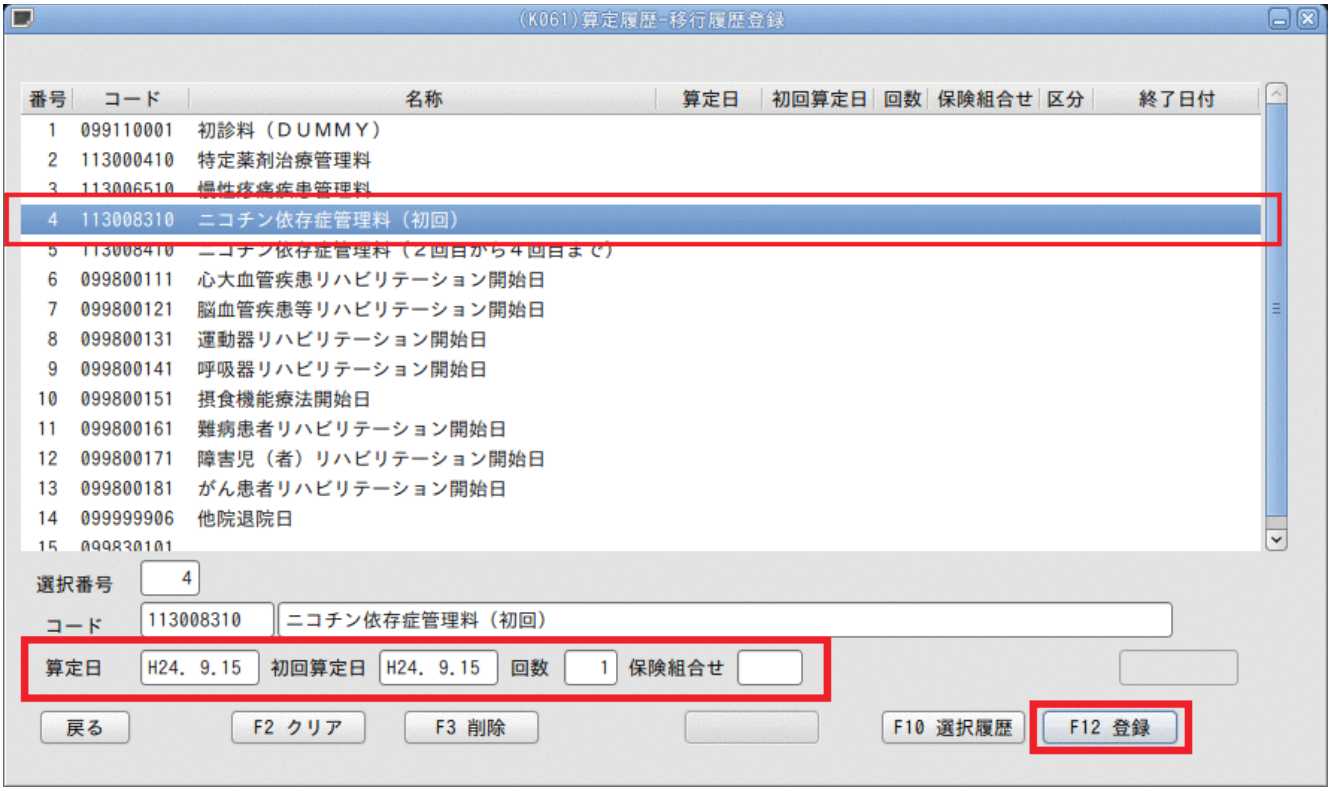


図 297

【登録後の画面】

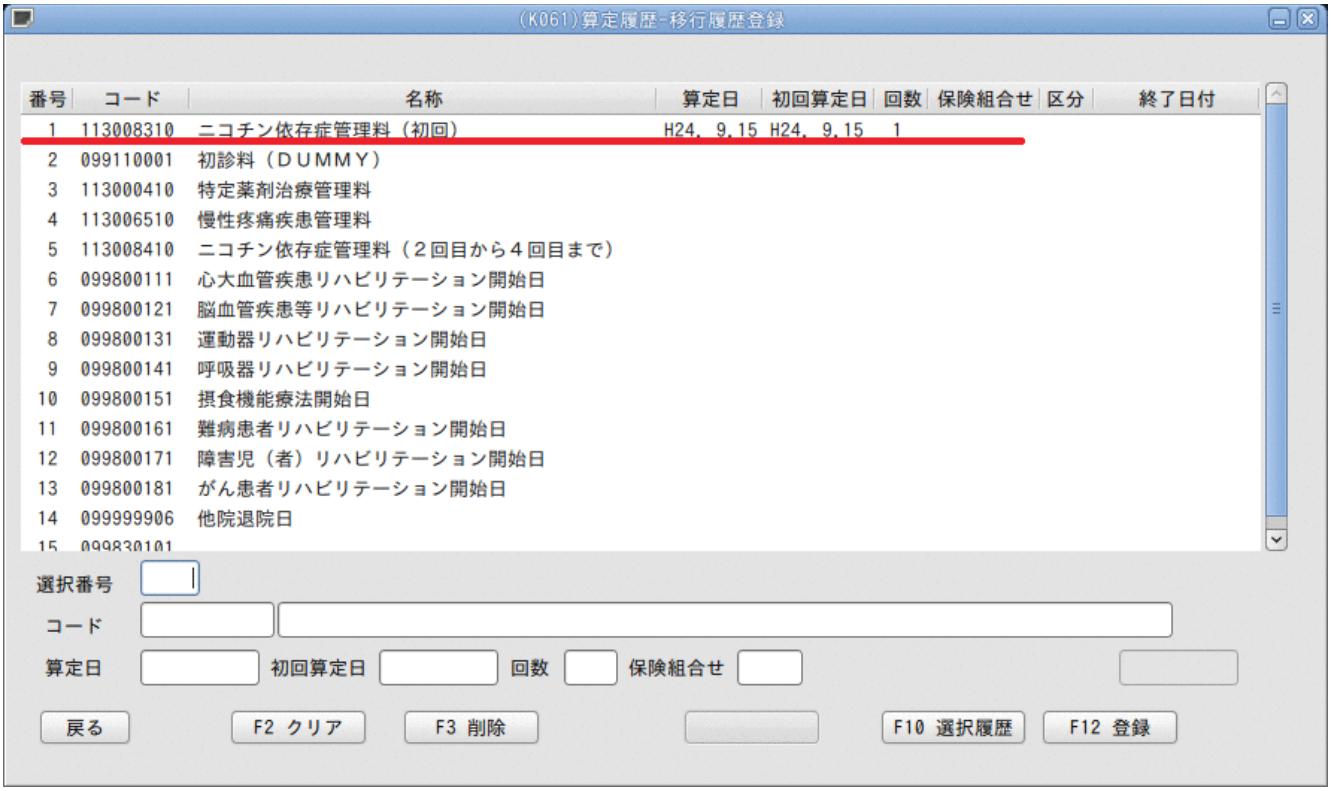


図 298

＜表示されていない診療行為を登録する＞
算定履歴作成画面に表示されていない診療行為を登録する場合は手入力で登録します。

例2　トランスフェリン（尿）を登録する。
あらかじめ点数マスタにて算定履歴を作成するように設定を行っておきます。

移行履歴作成画面にて手入力で算定履歴を作成します。

図 299

【登録後の画面】

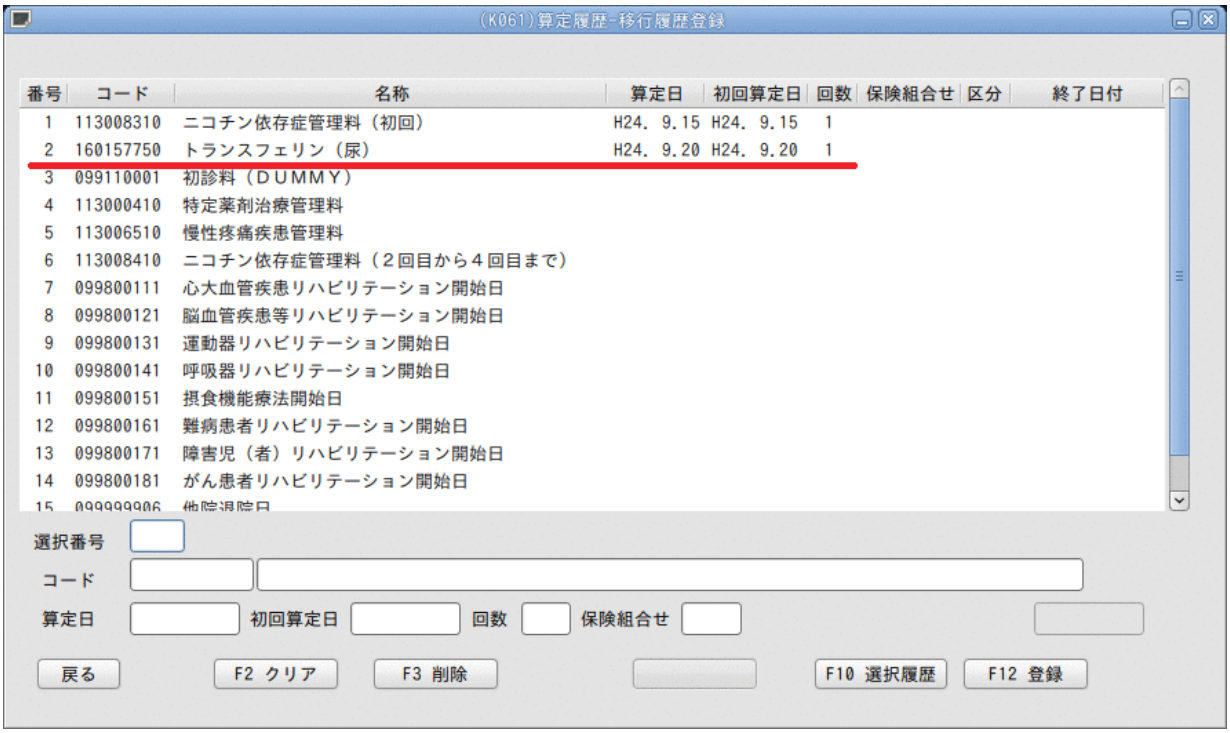


図 300

＜疾患別リハビリテーションの終了日登録について＞

各リハビリテーションの開始日に対して終了日を登録できます。
同じ種類で複数の開始日があるリハビリに対しても開始日毎に終了日の登録ができます。

■終了日を登録する

診療行為入力画面にてリハビリ開始日を登録すると算定履歴照会画面の明細に表示されます。

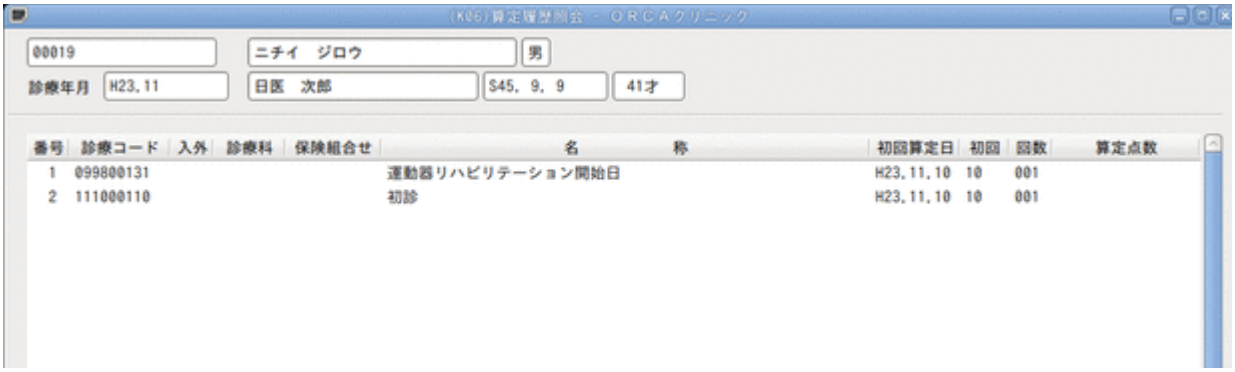


図 301

「履歴登録」(F10)を押下し、移行履歴登録画面を表示します。

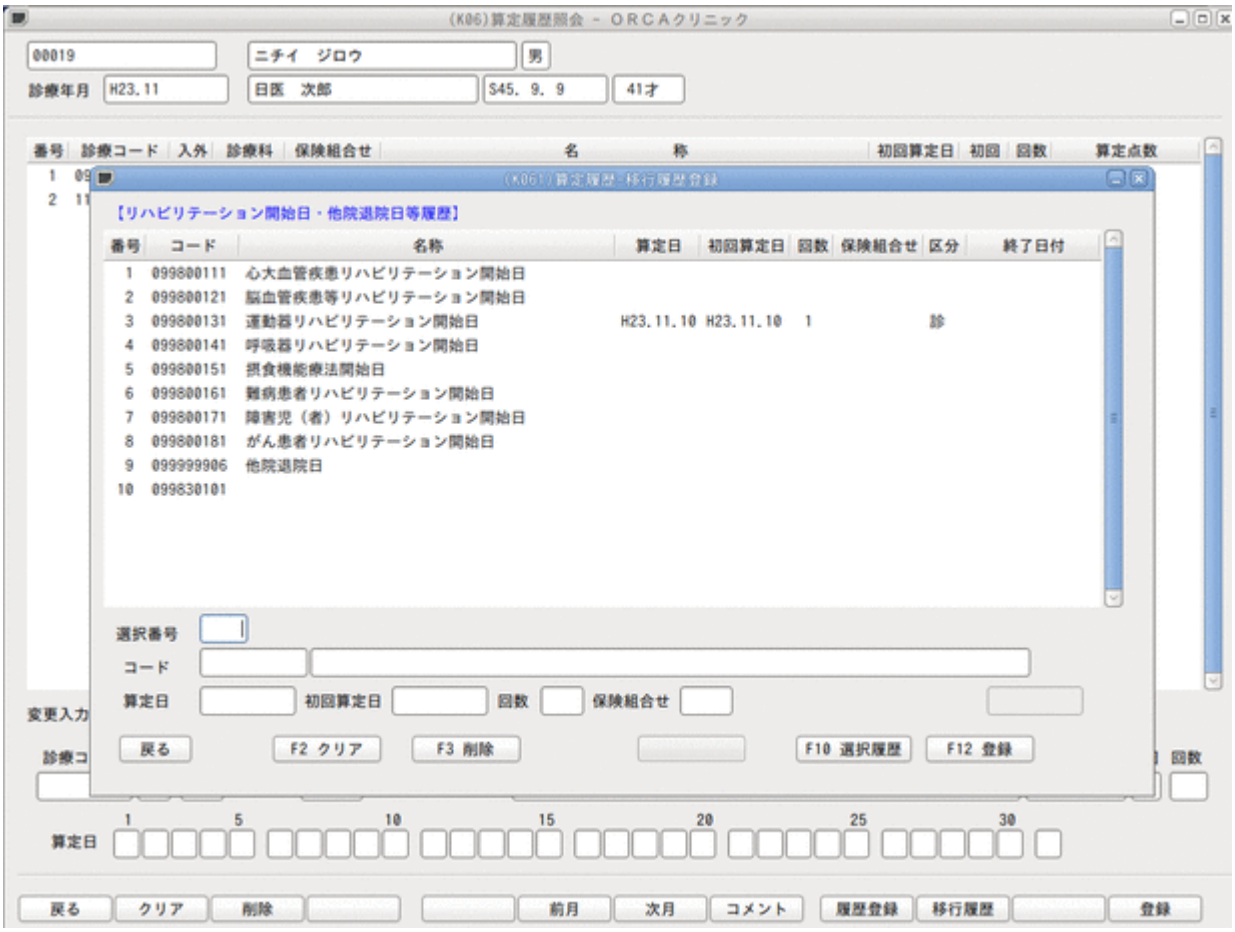


図 302

終了したい履歴のリハビリ開始日をクリックし選択します。
同一月に開始日が1回の場合は、「終了日付」欄に終了日を入力し「登録」(F12)を押下します。

図 303

算定履歴で登録した終了日は診療行為画面では表示しません。

＜同じ種類のリハビリが複数ある場合の表示と終了日登録＞

■複数の開始日が違う月にある場合

同じ種類の開始日が月毎に表示されます。
それぞれに終了日を登録します。

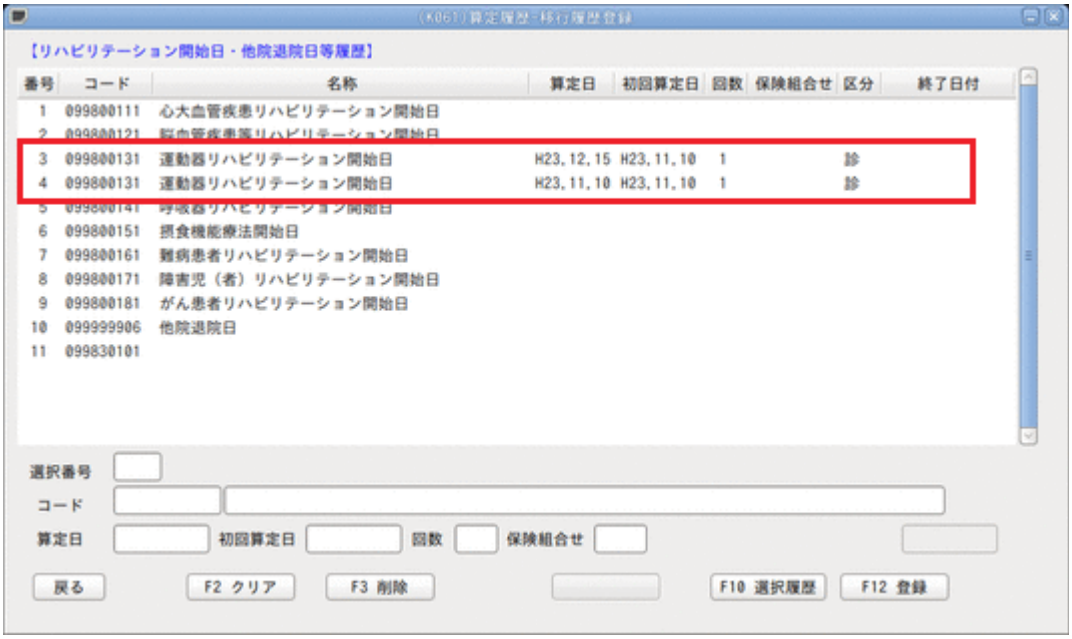


図 304

終了日の登録方法

履歴を選択し「終了日付」欄に入力し登録します。

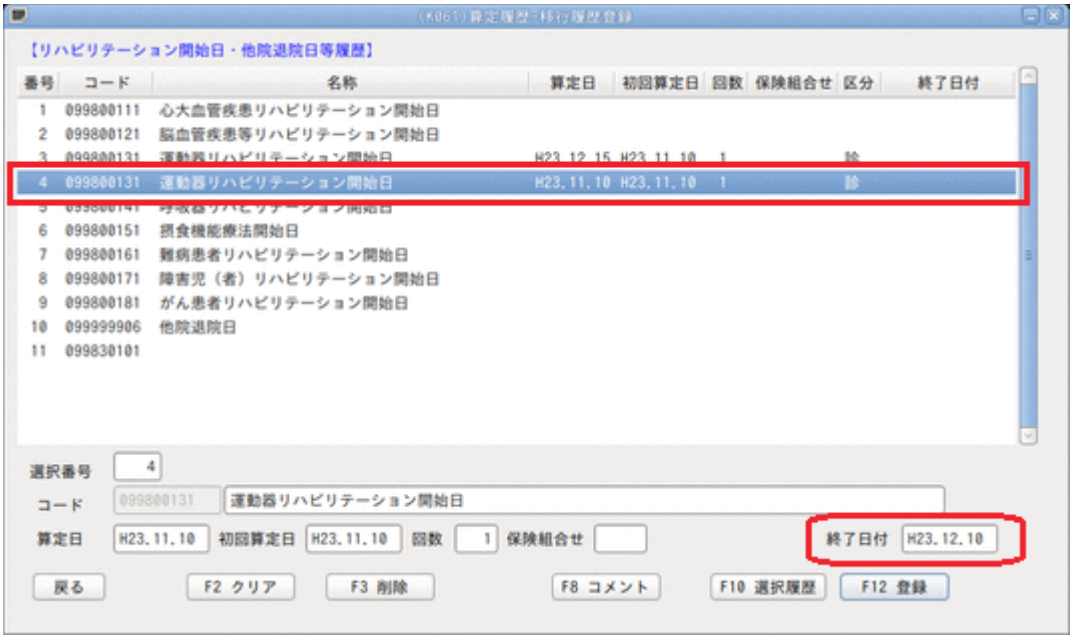


図 305

ヒント！ ひと月に同じ種類のリハビリが複数回ある場合は、次項の「■複数の開始日が同一月にある場合」を参照してください。

■複数の開始日が同一月にある場合

一つの履歴の中に複数回の開始日が登録されます。

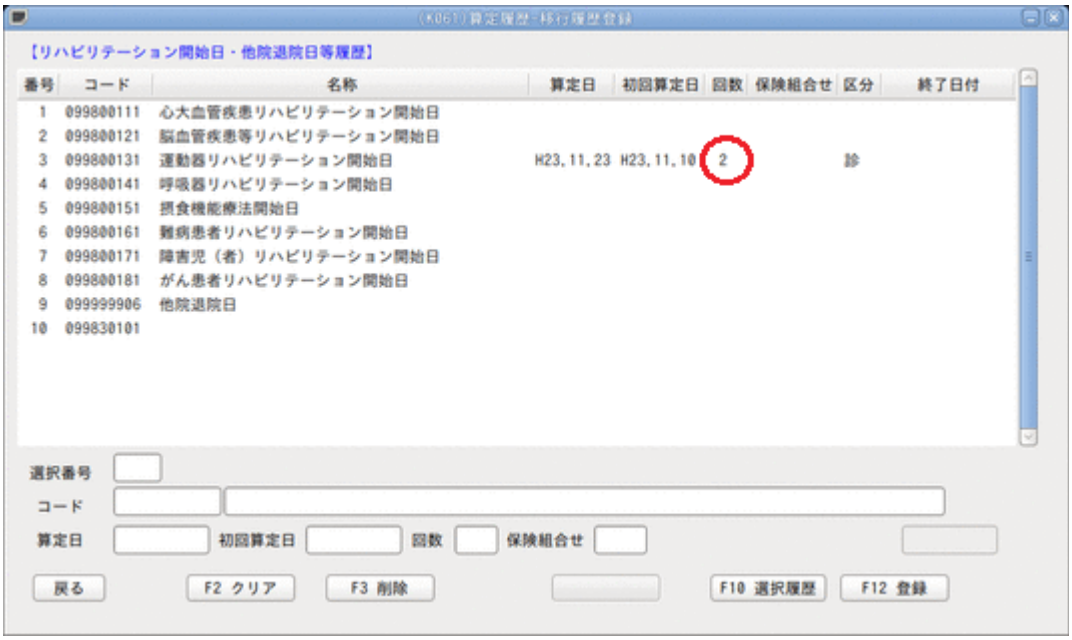


図 306

終了日の登録方法

それぞれの開始日に対して終了日を登録します。

終了日を登録する履歴を選択し、「コメント」(F8)を押下します。

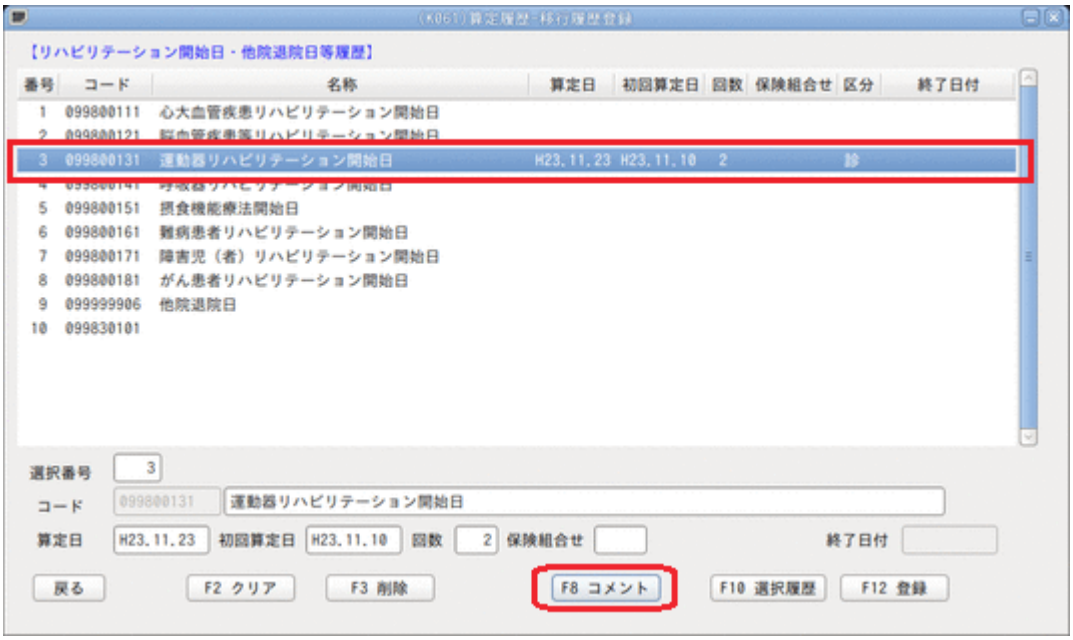


図 307

例では10日と23日に開始日が登録されています。
10日の指定を確認し、「終了日付」欄に入力します。

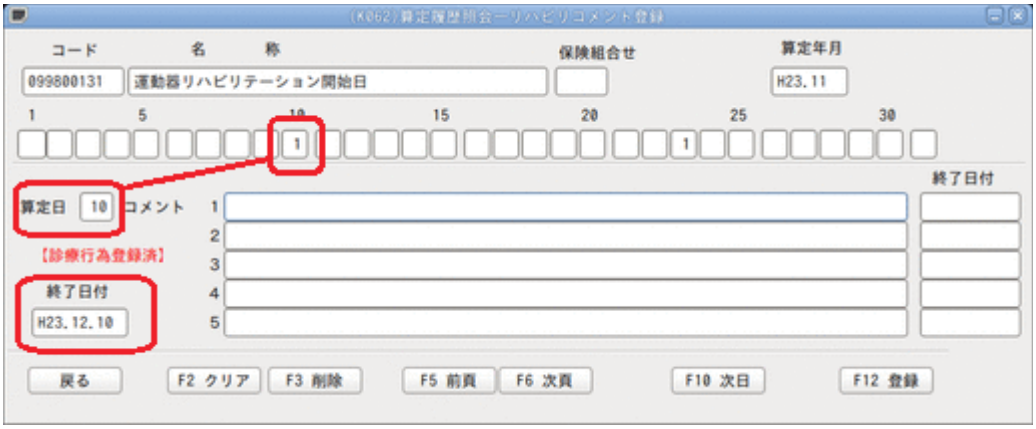


図 308

23日に終了日を登録したい場合は、「次日」(F10)を押下し、23日を指定後に終了日を入力します。

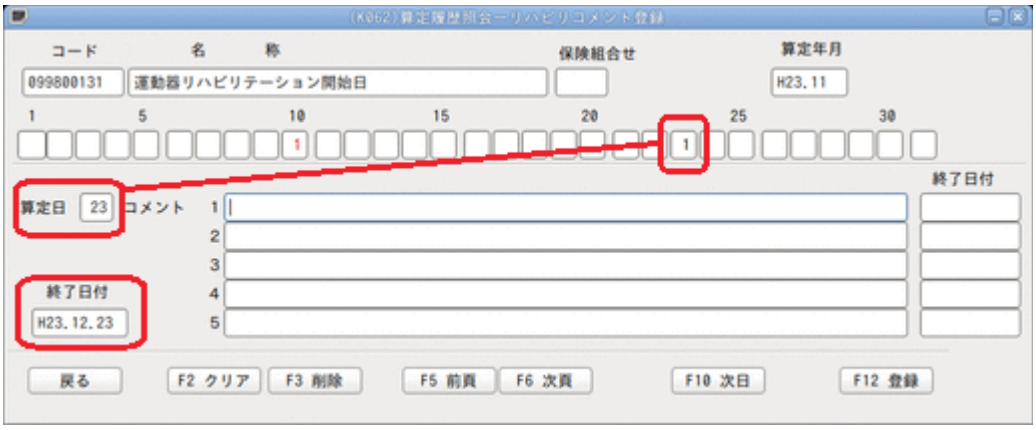


図 309

診療行為入力画面でリハビリ開始日とコメント入力がある場合は、警告表示を行います。

図 310

「閉じる」を押下し、再度「登録」(F12)を押下してください。

ポイント！　赤枠の終了日付について

図 311

赤枠の終了日付は算定履歴画面で開始日を作成した場合等、1～5のコメント欄に入力した場合に使用します。
1～5のコメント別に終了日付の設定ができます。また、1～5のコメント欄に入力してあっても緑枠の終了日付欄に入力すると全てのコメントを終了します。

（7）請求確認について

診療行為内容の入力が全て完了したら、「登録」(F12)を押下して終了させます。
そのとき画面は、「診療行為確認画面」、「請求確認画面」へと遷移します。
「診療行為確認画面」は診療内容の確認、自動発生（自動算定）項目の確認、及び各種点数のカルテへの転記用として使用します。
また、自動算定された剤について削除をすることができます。
「請求確認画面」では請求点数及びや請求金額の確認や、今回診療分入金額欄を修正することにより未収金を立てることができます。ただし、入金額欄に入力できるのは0円から請求額を超えない金額までとします。

＜診療行為確認画面＞

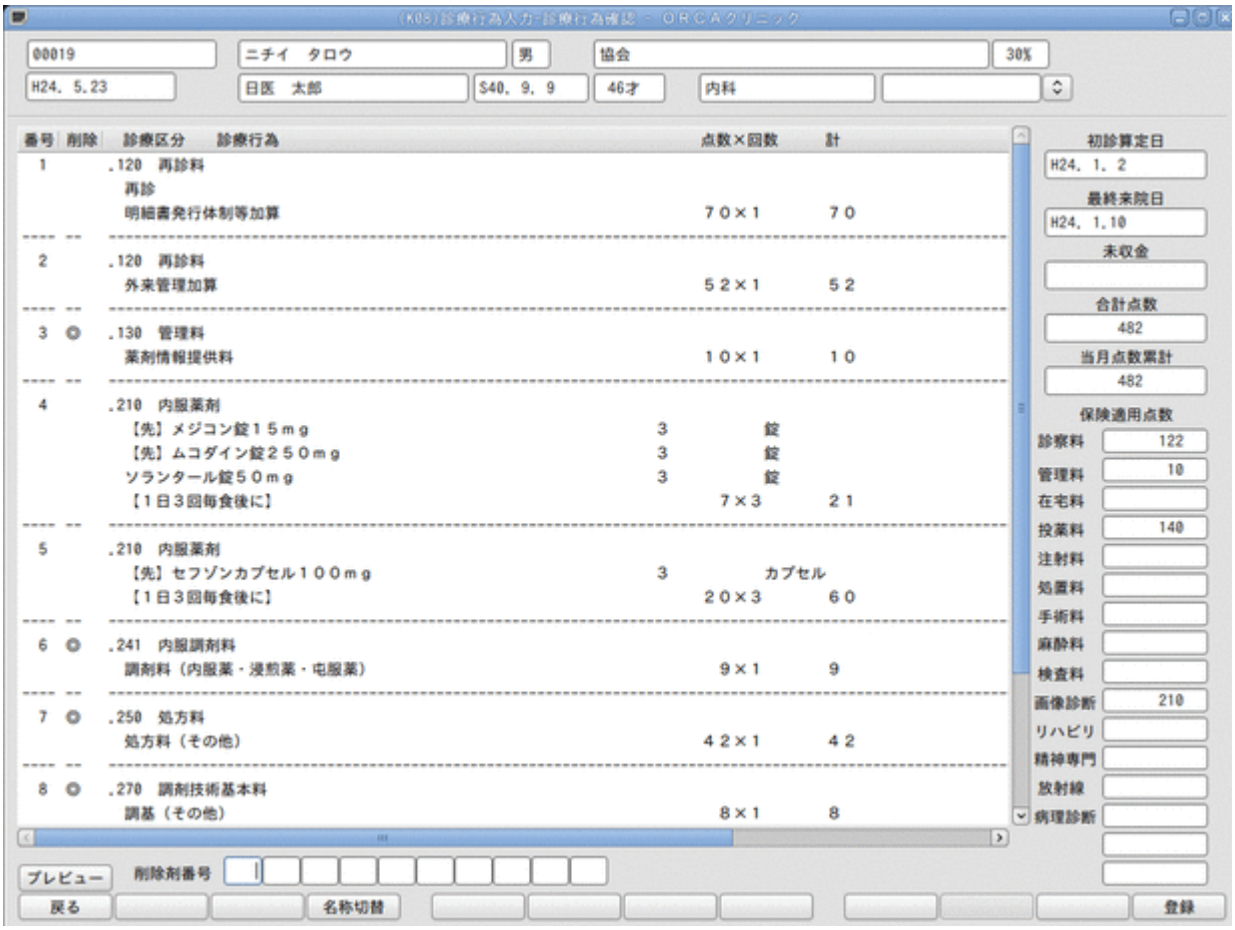


図 312

（7）－1　リアルタイムプレビュー

診療行為確認画面より診療行為入力途中でのレセプトプレビュー(Shift+F1)を見ることができます。

図 313

「プレビュー」(Shift+F1)を押下します。
プレビュー画面が表示されます。

- 排他制御設定を前提とし複数端末での各患者のリアルタイムプレビューをできるようにする。（ただし、排他制御を設定していなくても同一患者でなければ複数端末も可）
- 診療行為入力途中の場合、収納情報を正しく取得できないため、一部負担金、OCR等に関する記載は正しくない場合があります。
- レセプトの県単独処理（レセプトカスタマイズ部分）は処理でないため、表示できません。
  例）（乳）、（原）等の印字
- リアルタイムプレビューを実行後、プレビューが表示される前に別の月または別の患者のリアルタイムプレビューを行った場合は、正しく表示されない場合があります。（最初のレセプトと次のレセプトが混じって表示される場合があります）
- レセプト作成中（メニュー画面の42明細書）のリアルタイムプレビュー処理は不可とします。
- リアルタイムプレビューでは請求関係のデータは作成しません

＜点検用レセプト（院外処方含む）レセプトプレビュー＞

院外処方薬剤を含む点検用レセプトプレビューを行うことができます。
「101　システム管理マスタ」－「1038　診療行為機能情報」にて設定ができます。

＜診療行為が入力されていない場合のリアルタイムプレビューについて＞

- 診療行為が入力されていない場合
  外来：エラーメッセージを表示しプレビュー処理を行いません。
  入院：プレビューを行います（入院会計のみの表示となります）

- レセプト記載する診療行為が入力されていない場合
  例）文書料のみ入力され、保険請求する診療行為が無い場合
  　　外来：エラーメッセージは表示されません。プレビュー画面に遷移しますが、表示はされません。
  例）診療行為の入力が無く、入院会計も無い場合
  　　入院：エラーメッセージは表示されません。プレビュー画面に遷移しますが、表示はされません。

＜リアルタイムプレビューからの印刷＞

サーバからの印刷とクライアント印刷の2種類があります。

サーバからの印刷の場合は画面下部の「印刷」(F12)を押下します。

図 314

クライアント印刷は画面上部のコンボボックスよりプリンタを選択しプリンタアイコンを押下します。

図 315

注意！ クライアント印刷はクライアントマシンに接続されているプリンタに印刷する機能です。 クライアントマシンでプリンタの設定が必要になります。

労災・自賠責も枠を表示しますが、リアルタイムプレビューからの印刷時には違いがあります。

保険	プレビュー時	サーバから印刷時 (F12)	クライアント印刷
社保・国保	枠有り	枠有り印刷	枠有り
労災	枠有り	「101　システム管理マスタ」−2005レセプト・総括印刷情報」の労災・枠記載区分の設定による。	枠有り
自賠責（新様式） ※1	枠有り	「101　システム管理マスタ」−2005レセプト・総括印刷情報」の自賠責・枠記載区分の設定による。	枠有り
自賠責（従来様式） ※1	枠有り	枠有り印刷	枠有り

※1　自賠責の場合は新様式と従来様式を同時にプレビューします。

（7）−2　診療行為確認画面で自動算定された剤の削除

「削除」列に「◎」が表示してある剤について、算定しない場合には削除をすることができます。

＜例＞薬剤情報提供料を削除する

該当する番号を「削除剤番号」に入力するか、またはクリックします。「削除」列が「削」となります。
「削」の表示のある剤を再度クリックすると、削除を取り消すことができ、削除列の表示も「◎」へと戻ります。
なお、診療行為確認画面で削除の操作を行った後に「戻る」(F1)で診療行為画面に戻った場合は、再度全ての剤を自動算定します。算定しない場合には、同様の操作で削除を行ってください。

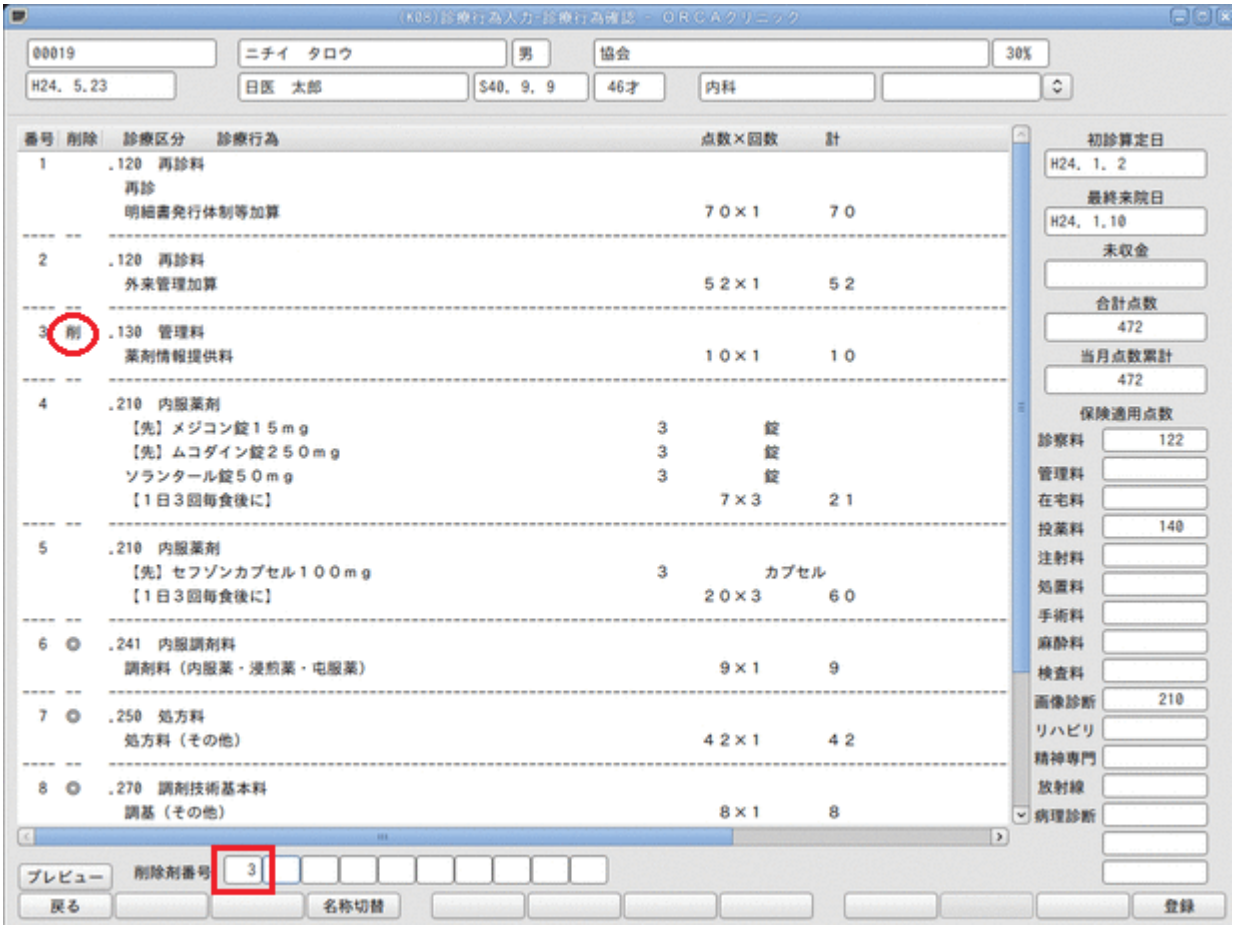


図 316

(7)-3　薬剤の銘柄名と一般名の表示切替

院外処方薬剤を一般名記載する場合、請求確認画面では一般名の表示を行います。

表示を銘柄名へ変更するには以下の2つの方法があります。

＜請求確認画面の初期表示の設定を変更する＞

101システム管理－「1038　診療行為機能情報」の「5　確認画面処方表示」の項目で一般名と銘柄名の初期表示の設定ができます。

＜請求確認画面の「名称切替」(F4)を押下し変更する＞

「名称切替」(F4)を押下することにより、一般名と銘柄名の表示を切替えることができます。

【一般名表示】

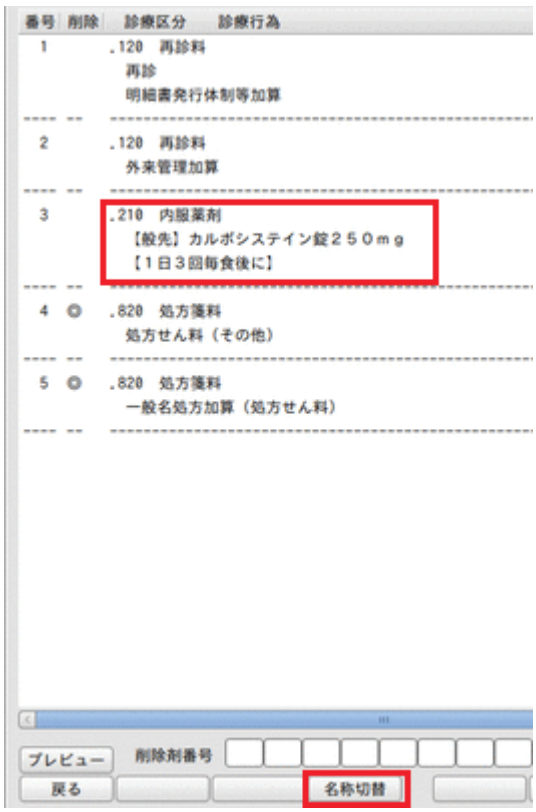


図 318

【銘柄名表示】

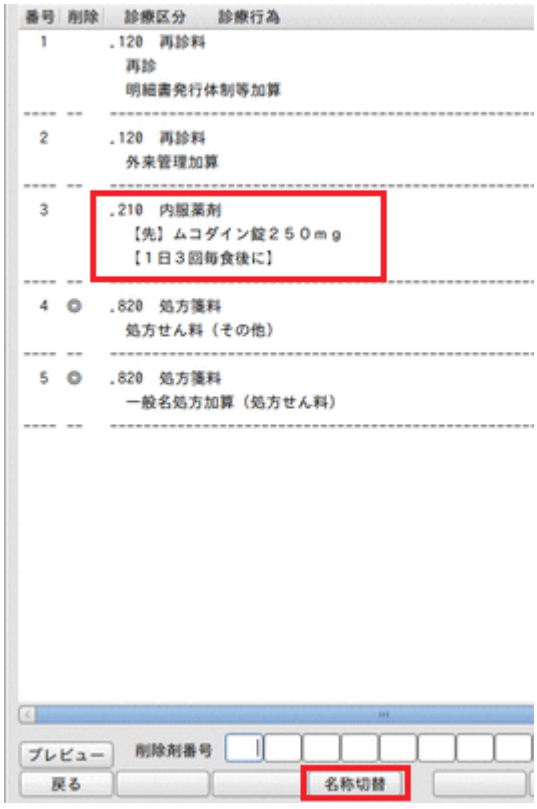


図 317

＜請求確認画面＞

図 319

＜項目の説明＞

「発行日」	診療内容の入力をしている当日の年月日を表示します。 この画面で発行日を変更し登録することもできます。その場合は「101　システム管理マスタ」－「1038　診療行為機能情報」の「発行日変更」の区分を設定しておく必要があります。
「伝票番号」	診療行為入力時に自動付番される伝票番号です。
「保険分（点）」	診察料や投薬料など各診療区分の合計点数です。
「自費分（円）」	診察料や投薬料など各診療区分の合計金額です。
「その他自費」	消費税なし・・診断書などの自費分にかかる消費税を計上しません。消費税あり・・自費分の消費税を計算して別に計上します。
「労災保険適用分（円）」	労災の円建て項目を表示します。
「調整金1，2」	診療行為に係わらない請求金額の変更があれば調整金として入力します。調整金額はマイナス（－）をつけた額も入力できますが、今回請求額がゼロ以下にならない範囲での入力とします。 調整金1と調整金2は同じ調整金としての扱いとなります。日レセ標準帳票では同じ扱いとしますが、カスタマイズ帳票では別々に統計をとることができます。
「薬剤一部負担金」	患者負担分の薬剤一部負担金を表示します。
「老人一部負担金」	老人保健適用患者の一部負担金を表示します。
「公費一部負担金」	公費の患者負担金を表示します。
「今回診療分請求額」	今回診療分の請求額を計上します。

「前回までの未収額」	外来分の未収額を表示します。 入院分の未収金がある場合は、入金方法の下に赤字で表示します。
「前回までの過入金額」	外来の過入金（マイナス未収）を表示します。
「返金額」	返金額を入力します。 「＊」を入力すると返金額を自動セットします。 一部返金は入力できません、「前回までの加入金額」全額を入力します。
「入金額」	請求額に対する今回診療分の入金額を計上します。 入金額欄は「入金の取扱い」コンボボックスの指定した区分によって、入力できるようになる金額の上限が異なります。 操作方法は、【（7）−3　入金額】の修正にて説明します。
「入金の取扱い」	コンボボックスから選択します。 （初期値の設定は「101　システム管理マスタ」−「1038　診療行為機能情報」で行います） コンボボックスの内容は、以下のとおりです。 1：今回請求分のみ入金 今回請求分のみ入金処理を行い、他の未収データへの入金処理は行いません。 2：今回分・伝票の古い未収順に入金 入金額が今回請求額を超える場合、先に今回請求分の入金処理を行い、残金は他の未収データへと振り分けられます。このとき、残金の振り分けは伝票番号の小さい未収データから順に行われます。 なお、入金額が今回請求額以下の場合には今回請求分のみに入金処理を行います。 3：今回分・伝票の新しい未収順に入金 入金額が今回請求額を超える場合、先に今回請求分の入金処理を行い、残金は他の未収データへと振り分けられます。このとき、残金の振り分けは伝票番号大きい未収データから順に行われます。 なお、入金額が今回請求額以下の場合には今回請求分のみに入金処理を行います。 4：伝票の古い未収順に入金 入金額を伝票番号の小さいデータから順に入金します。 残金がある場合は、今回請求データへ入金を行います。 5：伝票の新しい未収順に入金 入金額を伝票番号の大きい未収データから順に入金します。 ただし、今回請求分を除きます。残金がある場合は、今回請求データに入金を行います。
「合計未収額」	外来分を表示します。 前回までの未収金、前回までの過入金と今回請求額の合計を表示しています。
「請求書兼領収書」	コンボボックスから選択します。（初期値の設定は「101　システム管理マスタ」−「1001　医療機関情報−基本」で行います）。 また、患者登録にて個人別に領収書発行区分が設定されている場合は患者登録の設定を自動表示します。 ※診療内容の訂正時に「発行なし」を初期表示することができます。【5.1　システム管理マスタ】の【1001　医療機関情報−基本】を参照してください。 ※端末毎に設定したい場合は、【5.1　システム管理マスタ】の【1010　職員情報設定】を参照してください。
「発行方法」	複数の科（保険）の入力を行った場合に請求書兼領収書の発行方法をコンボボックスから選択します。 1　診療科・保険組合せ別に発行 2　保険組合せ別に発行 3　診療科別に発行 4　全体をまとめて発行 （初期値の設定は「101　システム管理マスタ」−「1038　診療行為機能情報」で行います
「診療費明細書」	医療費の内容がわかる明細書を発行します。初期表示を「101　システム管理

	マスタ」－「1001　医療機関情報一基本」で設定ができます。
「院外処方せん」	コンボボックスから選択します。（初期値の設定は「101　システム管理マスタ」－「1001　医療機関情報一基本」で行います） ※診療内容の訂正時に「発行なし」を初期表示することができます。【5.1　システム管理マスタ】の【1001　医療機関情報一基本】を参照してください。
「薬剤情報」	コンボボックスから選択します。（初期値の設定は「101　システム管理マスタ」－「医療機関情報一基本」で行います） ※薬剤情報提供料の算定と連動し「発行あり」とすることができます。【5.1　システム管理マスタ】の【1038　診療行為機能情報】を参照してください。 ※診療内容の訂正時に「発行なし」を初期表示することができます。【5.1　システム管理マスタ】の【1001　医療機関情報一基本】を参照してください。
「お薬手帳」	コンボボックスから選択します。（初期値の設定は「101　システム管理マスタ」－「医療機関情報一基本」で行います）。お薬手帳用のサイズ（A5サイズを2分割）に処方内容を印字します。 ※薬剤情報提供料（手帳に記載する）と連動して「発行あり」とすることができます。【5.1　システム管理マスタ】の【1038　診療行為機能情報】を参照してください。 ※「101　システム管理マスタ」－「1031　出力先プリンタ割り当て情報」にて出力プリンタの設定ができます。
予約票	登録時に予約があれば予約票を印刷します。 システム日付以降の来院済みでない予約を印刷します。 「101　システム管理マスタ」－「1001　医療機関情報一基本」にて初期表示を設定できます。
「ドクター」	コンボボックスから選択します。（初期値の設定は「101　システム管理マスタ」－「1010　職員情報」で行います）
「U・P」	この機能は日レセ本体にない機能（ユーザの作成した処理プログラム）を実行することができます。【5.1　システム管理マスタ】の【9700　ユーザプログラム起動管理情報】を参照してください。 操作説明は、サポートベンダーへお問い合わせください。

＜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	診療行為入力画面へ戻ります。
調整	F2	調整金欄へカーソル移動します。
発行日	F3	発行日欄へカーソル移動します。 ※「101　システム管理マスタ」－「1038　診療行為機能情報」の「発行日変更」項目が「1　変更できるようにする」となっている場合のみ表示
保険切替	F5	複数科保険入力を行った場合に、請求確認画面の表示の切り替えを行います。
診療科切替	F6	複数科保険入力を行った場合に、請求確認画面で表示の切り替えを行います。
一括入金	F8	入金できる上限額をセットします。
一括返金	F9	前回までの過入金の金額を返金欄にセットします。
一括入返金 （今回請求）	F10	押下するたびに ・一括入金と一括返金を同時に行う。 ・今回請求額にもどる。
登録	F12	診療行為内容を登録します。

「★★　収納業務で一括再計算を行なってください　★★」のメッセージについて

図 320

一括再計算が必要な場合に表示されます。

【2.8.9　外来における高額療養費の現物給付について】を参照してください。

＜請求確認画面での発行日変更＞

環境設定で日付の変更を忘れたり、1件のみ日付を変更して登録したい場合に便利です。

「101　システム管理マスタ」－「1038　診療行為機能情報」の発行日変更の項目を「1　変更できるようにする」に設定します。

請求確認画面で発行日の変更ができるようになります。

（7）－3　入金額の修正

入金額欄に初期表示される金額は、「今回診療分請求額」に対する今回診療分の入金額を計上しています。入金額欄の金額は変更することができます。
入力できるようになるのはいずれも0円から各上限額までとなり、この上限額は「入金の取扱い」で選択した区分により異なります。
「1　今回請求分のみ」が選択されている場合には、0円から今回請求分金額までの入金ができます。
「1　今回請求分のみ」以外の過去未収分の入金処理が行える区分が選択された場合は、0円から今回請求分を含めた合計未収額までの入金ができます。

＜例1＞　「今回請求額」以下の入金額への変更
「今回診療分請求額」は3，490円だが、本日の入金額が3，000円だった場合
「入金額」欄の金額を3，490円から3，000円に修正します。

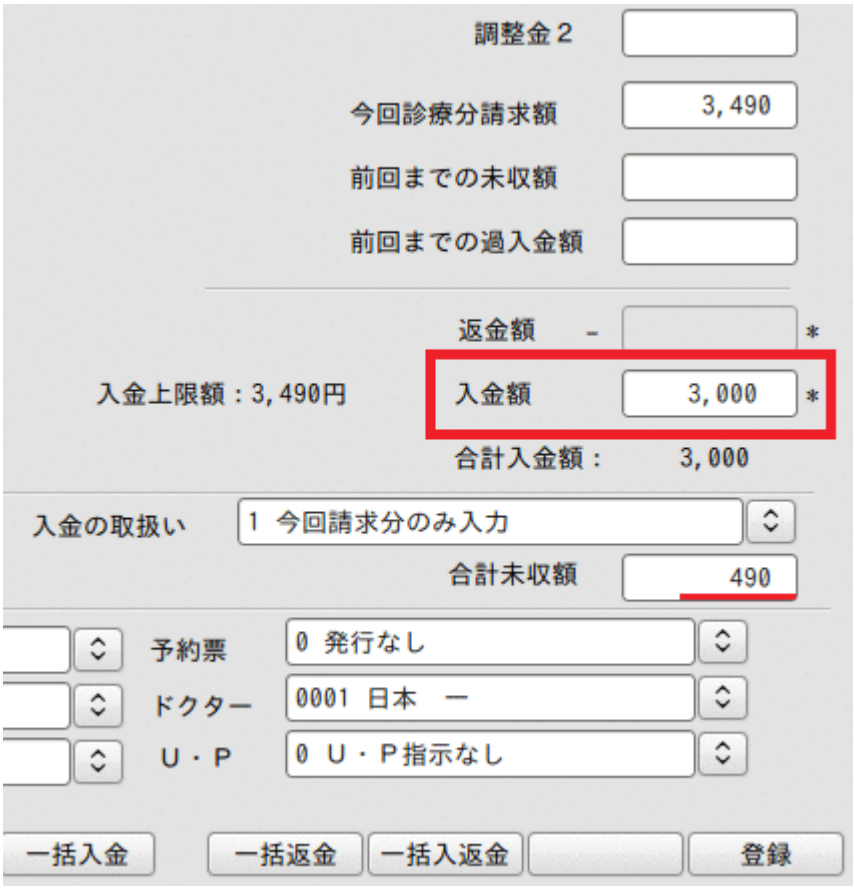


図 321

「登録」(F12)を押下して終了させます。これにより、490円が未収金としてあがってきます。

ヒント！　未収額と過入金額を入金額に自動で反映するには 前回までの未収額、前回までの過入金額を自動的に今回入金額に反映させることができます。「101　システム管理マスタ」－「1038　診療行為機能情報」にて設定できます。

未収金を含めて入金する

＜例2＞「合計未収額」以下の入金額への変更

本日　今回請求額　5，000円／他に2件の未収（未収額　3，000円・未収額　4，000円）のとき、入金額6，000円の場合

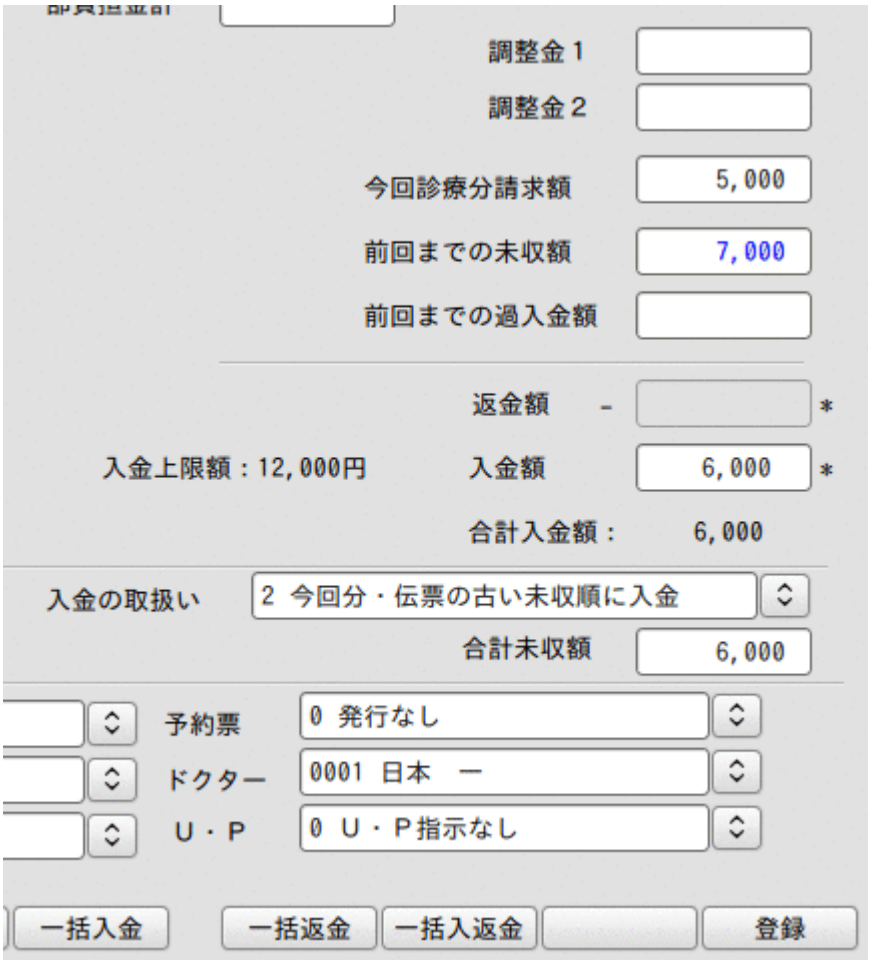


図 322

「入金処理前の状態」

5/10　未収額　　3，000円
5/15　未収額　　4，000円
5/18　今回請求額　　5，000円

上記例題を使用して、入金額が割り当てられた場合の内訳を「入金の取扱い」欄の各設定別に説明します。

・入金の取り扱い＝　1　の場合

入金額欄に　6，000円を入力した場合、今回請求額を超えた金額が入力されているため入力エラーとなります。

・入金の取り扱い＝　2　の場合

今回分、伝票の古い未収順に入金処理を行います。

5/10　未収額　　2，000円　（入金額　1，000円　）　　2
5/15　未収額　　4，000円　（入金額　　0円　）　　3
5/18　未収額　　0円　（入金額　5，000円　）　　1　　←入金の優先順位

・入金の取り扱い＝　3　の場合

今回分、伝票の新しい未収順に入金処理を行います。

5/10　未収額　　3，000円　（入金額　　0円　）　　3

5/15　未収額　　3，000円　（入金額　1，000円　）　　2
5/18　未収額　　0円　（入金額　5，000円　）　　1

・入金の取り扱い＝　4　の場合
伝票の古い未収順に入金処理を行います。
5/10　未収額　　0円　（入金額　3，000円　）　　1
5/15　未収額　　1，000円　（入金額　3，000円　）　　2
5/18　未収額　　5，000円　（入金額　　0円　）　　3

・入金の取り扱い＝　5　の場合
伝票の新しい未収順に入金処理を行います。
5/10　未収額　　2，000円　（入金額　1，000円　）　　2
5/15　未収額　　0円　（入金額　4，000円　）　　1
5/18　未収額　　5，000円　（入金額　　0円　）　　3

「一括入金」(F8)を押下すると全額を入金額へセットします。

Copyright(C)2007JMARI

過入金分を今回の請求から差し引く

返金分（過入金分・マイナス未収分）を今回の請求額から差し引き差額を入金できます。
内部的な収納処理は今回請求分全額を入金処理し、過入金分の返金処理をします。
過入金分の一部を返金処理することはできません。
入金の取り扱いが「1　今回請求分のみ入力」以外のときに差し引くことができます。
（過入金と未収金の両方がある場合は、入金の取り扱いの設定により、過入金分が過去の未収額に充てられ今回の入金額に影響しないこともあります）。
診療訂正分は「1　今回分のみ入力」がセットされ、今回分のみ返金処理ができます。

＜例3＞　今回診療分請求額　＞　前回までの過入金額

今回診療分請求額　1090円
前回までの過入金　1000円
今回入金額　　90円

返金額欄で「＊」を入力するか、「一括返金」(F9)を押下します。
返金額に -1000円が入力され、90円を患者さんから徴収します。

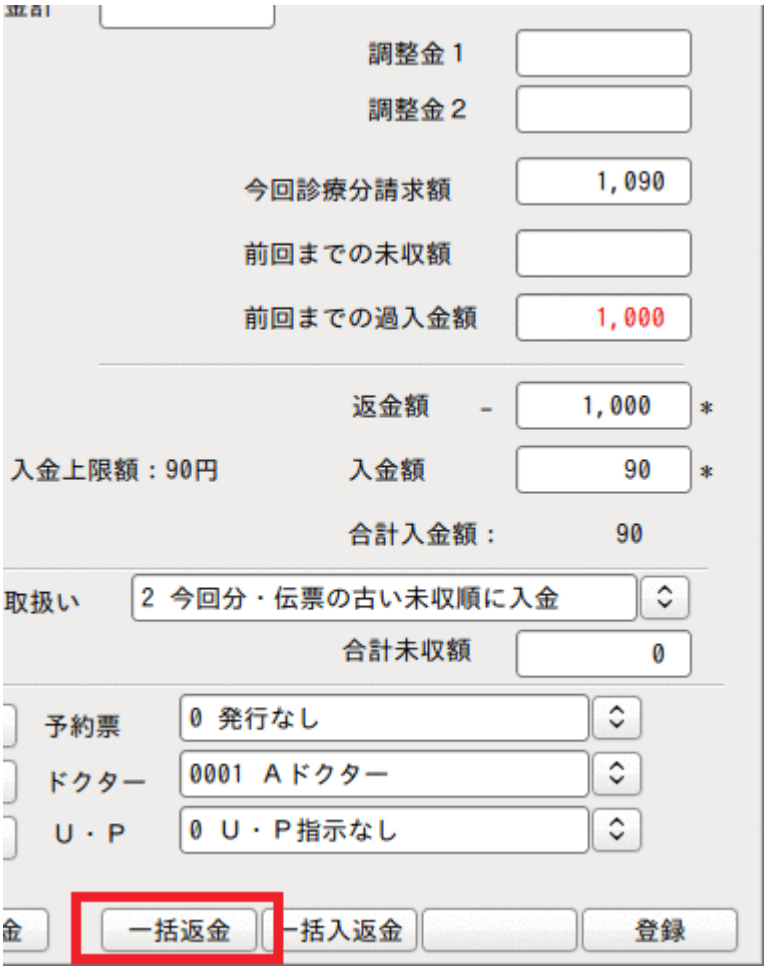


図 323

＜例4＞　今回診療分請求額　＜　前回までの過入金額

今回診療分請求額　　700円
前回までの未収額　　1000円
今回返金額　　－300円（300円の返金）

返金額欄で「＊」を入力するか、「一括返金」(F9)を押下します。
返金額に -1000円が入力され、300円を患者さんへ返金します。

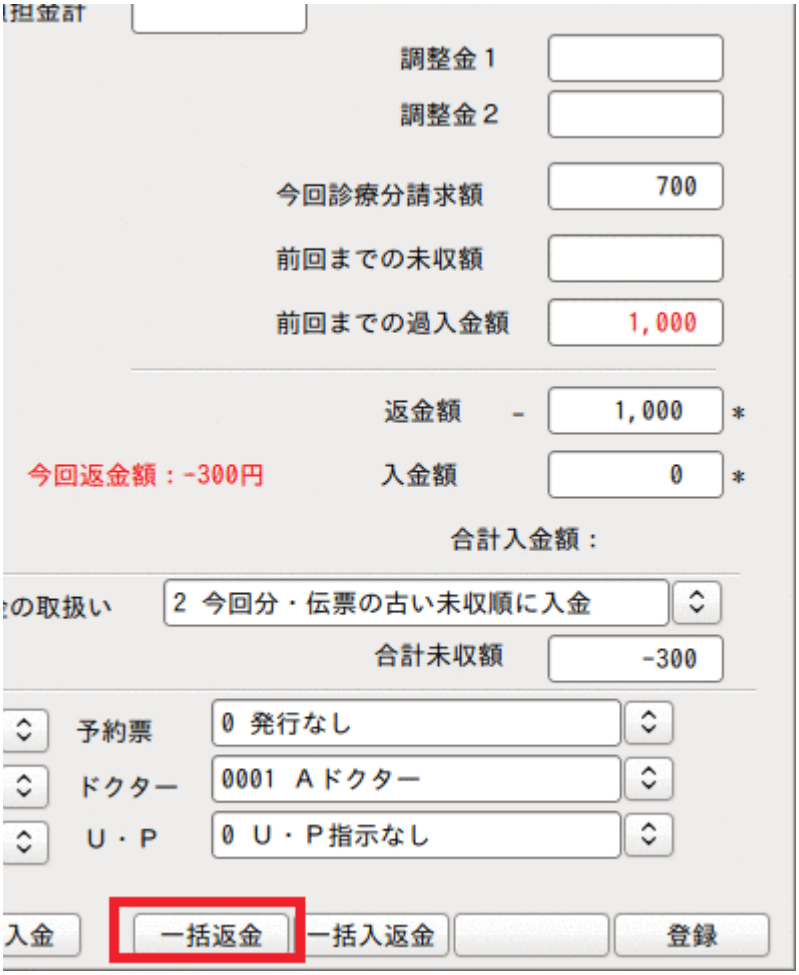


図 324

Copyright(C)2007JMARI

＜例5＞　診療訂正をした場合

診療訂正を行った場合は未収金同様に今回訂正分のみ処理できます。

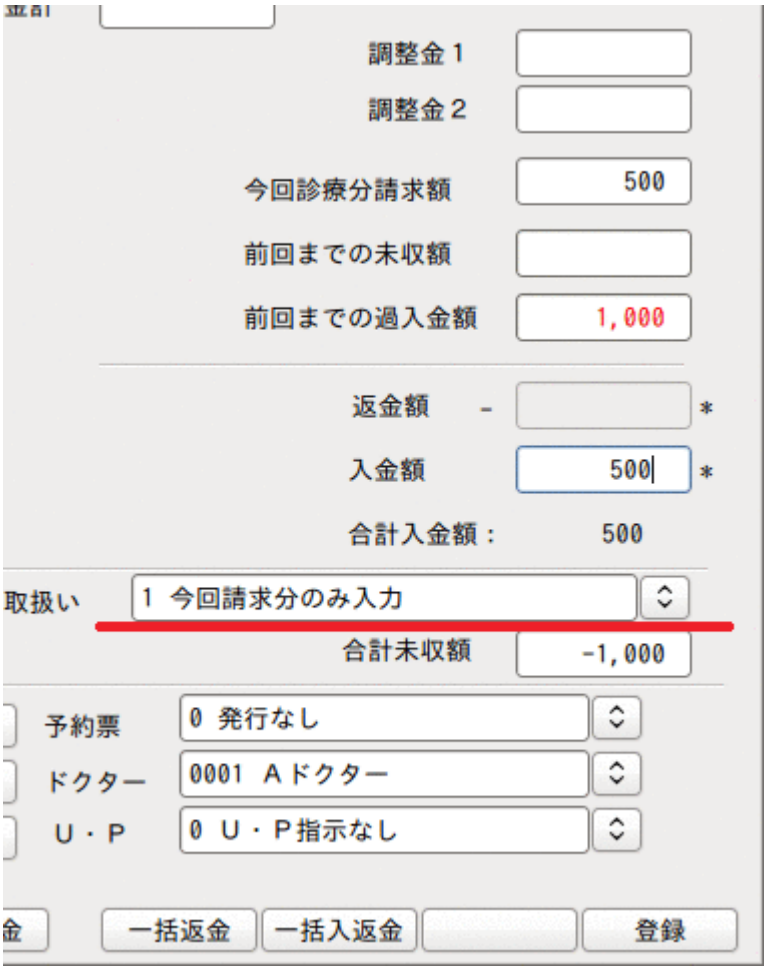


図 325

＜未収額と加入金額の両方を処理するには＞

入金の取り扱いが「1　今回請求分のみ入力」以外であれば、今回の請求で過去の未収・返金を全て処理することができます。この場合の手順は「一括返金」(F9)にて返金額をセットした後、「一括入金」(F8)を押下し残りの入金額をセットします。

なお、「23　収納」により個別に返金処理、入金処理もできます。

（7）－4　複数科保険入力時の差額について

複数科保険入力を行った場合に「まとめ差額」が発生する場合があります。
まとめ差額は、【2.5.2　入力の基本操作】の【（8）－5　複数科（保険）まとめ計算時の差額と調整金について】を参照してください。

Copyright(C)2007JMARI

（8）複数科保険入力

（8）－1　複数科保険入力
（8）－2　入力形式
（8）－3　入力例
（8）－4　主科のドクター変更
（8）－5　複数科保険入力計算時の差額と調整金について
（8）－6　複数科保険入力後の収納について
（8）－7　複数科保険入力できない保険

（8）－1　複数科保険入力

複数診療科、複数保険の同時入力ができます。

（8）－2　入力形式

入力方法は診療行為入力画面の診療コード入力欄に保険組合せと診療科指定をします。

＃・・・保険指定入力
＄・・・診療科指定入力

主保険：国保　　主診療科：内科

12	112009210	再診（診療所）	73×1　73
12	112011010	外来管理加算	52×1　52
==	$02 0002	＜＜外科　ドクター：日医Dr＞＞	
12	.210	再診料	
	830000021	再診料算定科：内科	
12	3984 3*14	ガスター錠10mg	3錠　12×14

＄02　0002
　｜　　↓
　↓　　ドクターを0002番のドクターへ変更
診療科を02の科へ変更

「複数科保険」(Shift＋F6)で変更画面に遷移します。
「＃」、「＄」でも変更画面に遷移します。

※この説明で言う主保険とは…
　　診療行為入力画面上部の保険組合せコンボボックスに表示されている保険です。
※この説明で言う主診療科（主科）とは…
　　診療行為入力画面上部の診療科コンボボックスに表示されている診療科です。

（8）－3　入力例

＜診療行為画面＞

保険と科を切り替えて複数科保険入力をします。
主保険：協会＋特定負有　主科：内科　と　保険：協会　科：整形外科

主科、主保険での診療行為を入力します。

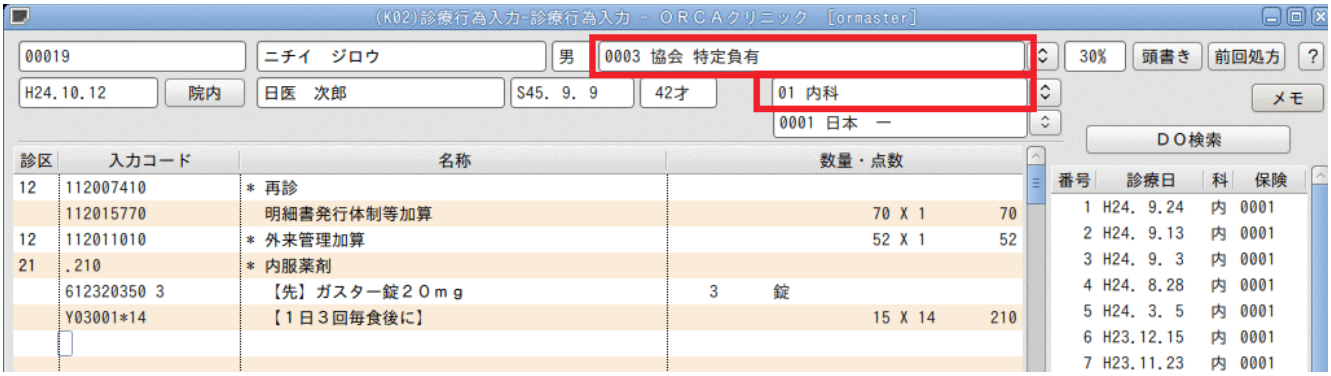


図 326

「複数科保険」(Shift＋F6)または「＄」と入力します。
診療科・保険選択画面が表示されます。

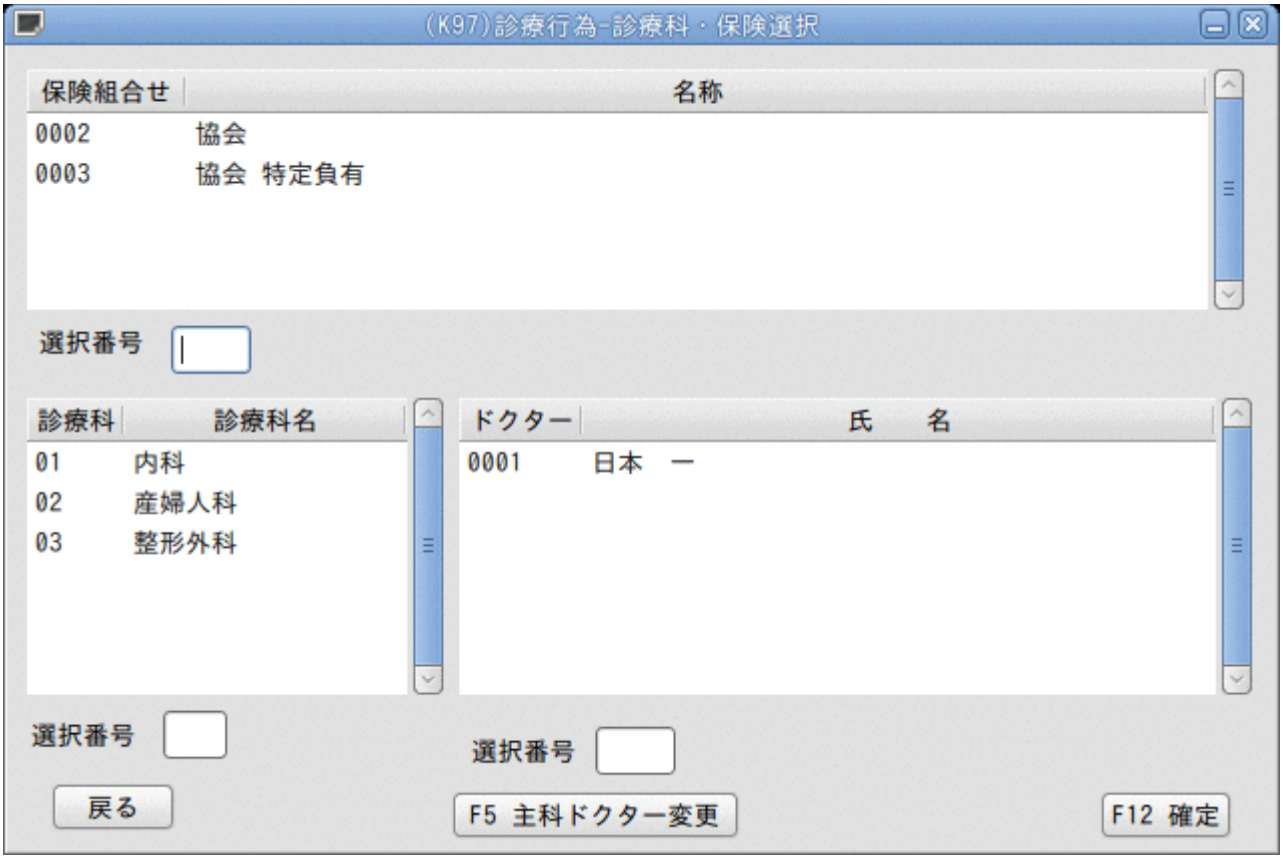


図 327

保険組合せ、診療科、ドクターを選択します。

図 328

「確定」(F12)を押下します。
保険組合せ、診療科、ドクターが変更されます。

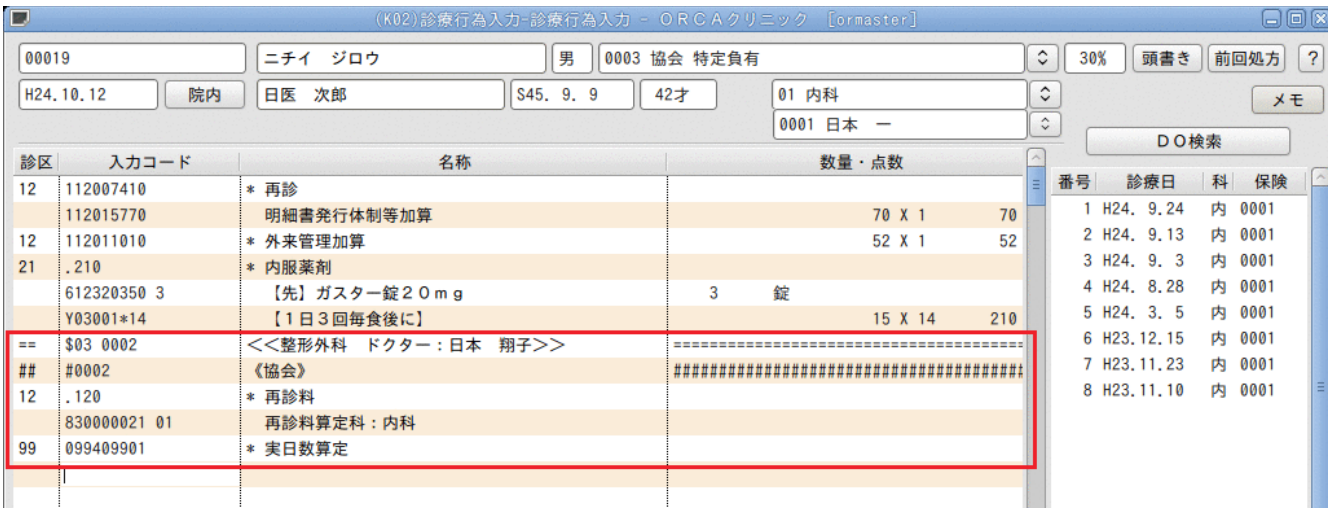


図 329

ヒント

再診料（同一日2科目）を入力した場合は、″830000021　再診料算定科：〇〇″のコメントを自動で削除します。

==	$03 0002	<<整形外科　ドクター：日本　翔子>>	==========
##	#0002	《協会》	##########
12	.120	* 再診料	
	830000021 01	再診料算定科：内科	
99	099409901	* 実日数算定	

図 330

↓

==	$03 0002	<<整形外科　ドクター：日本　翔子>>	==========
##	#0002	《協会》	##########
99	099409901	* 実日数算定	
12	112015810	* 再診料（同一日２科目）	34 X 1　34

図 331

整形外科、協会の診療行為を入力します。
「登録」(F12)を押下し確認画面に遷移します。

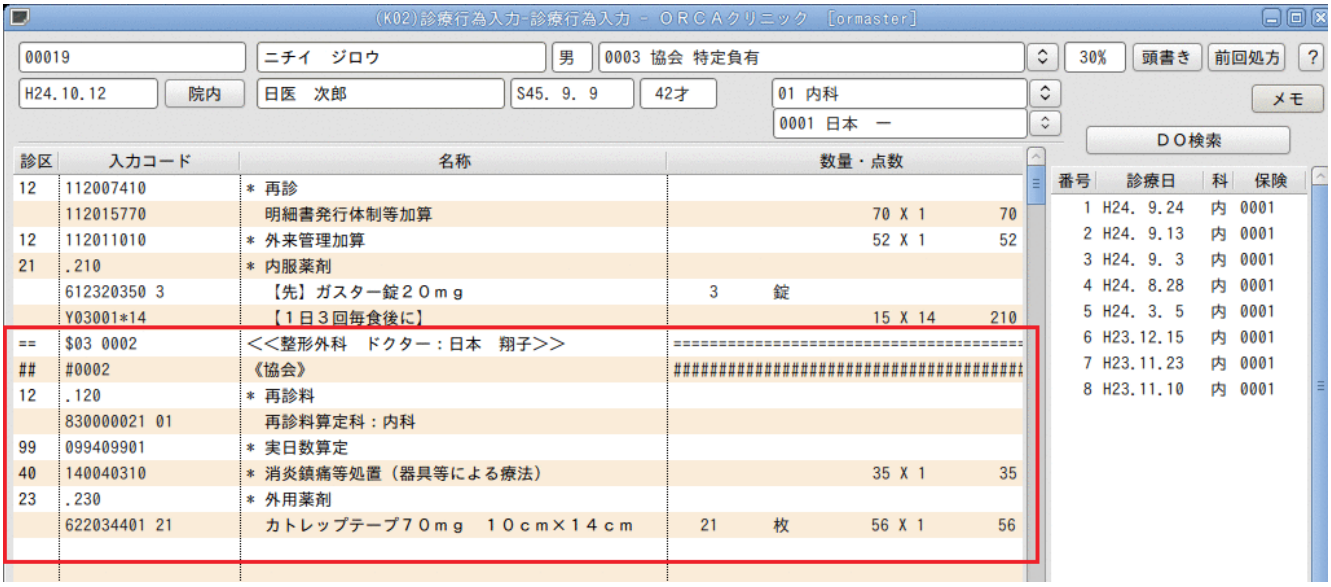


図 332

【診療行為確認画面】
診療内容を保険組合せごとの診療科別に表示します。
「登録」(F12)を押下すると請求確認画面に遷移します。

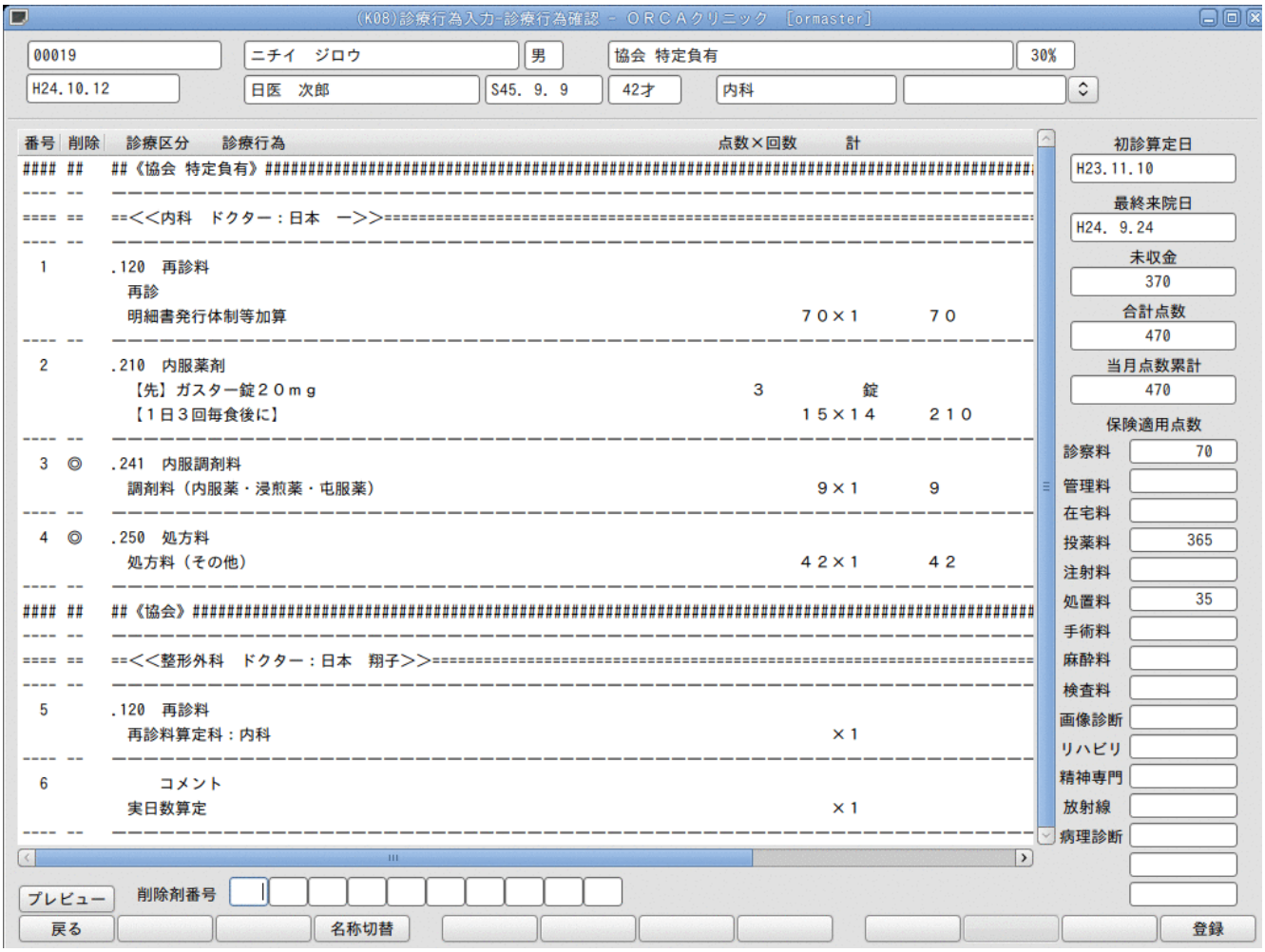


図 333

＜自動発生項目について＞
投薬の処方料、調剤料、内服の7種類逓減等は、各科ごとに発生します。
調剤料、処方料、判断料、画像診断加算等は最初に算定した科で発生します。

＜複数保険入力時に自動発生した診療行為の算定について＞
自動発生する処方料、麻毒加算、調剤料、特定疾患処方管理加算は同一診療科内で次の条件で算定します。

院内分
- 処方料は麻毒加算のある保険を優先して算定する。
- 内服と外用を別の保険で算定し、それぞれに麻毒加算がある場合、内服の保険で処方料を算定する。
- 調剤料は外用と内服でそれぞれ算定している最初の保険か、麻毒加算のある保険で算定する。
- 特定疾患処方管理加算は、処方料と同じ保険で算定する。
- 長期投薬加算は、28日以上の投薬のある最初の保険で算定する。
- 処方料の保険と違う場合は、処方料を長期投薬加算の保険で算定する。
  ただし、麻毒加算があり長期投薬加算と違う保険の時は、麻毒加算の保険で処方料を算定する。この場合は、処方料と長期投薬加算の保険が違う場合があります。

院外分
- 処方せん料・特定疾患処方管理加算は、最初の保険で算定する。

- 長期投薬加算は、28日以上の投薬のある最初の保険で算定する。
- 処方せん料の保険と違う場合は処方せん料を長期投薬加算の保険で算定する。
- 処方せん料が手入力されている場合は、投薬の有無に関わらず特定疾患処方管理加算も同じ保険とする。

＜請求確認画面＞

請求確認画面では複数科保険入力した請求内容を診療科別、保険別に画面を切り替えて確認でき、まとめ入金・個別入金ができます。また請求書兼領収書もまとめ発行・個別発行が選択できます。

図 334

画面の初期表示は全科表示されます。「保険切替」(F5)、「診療科切替」(F6)により個別表示に切り替えることができます。

請求書兼領収書は「101　システム管理マスタ」ー「1038診療行為機能情報」の「3.請求書発行方法」の設定により表示されます

コンボボックスを選択することにより変更できます。

- 診療科・保険組合せ別に発行
- 保険組合せ別に発行
- 診療科別に発行
- 全体をまとめて発行

※ドクター欄は「全科」「保険合計」の場合は表示されません。

※診療訂正は診療行為入力画面から「訂正」(F4)により、診療訂正画面を開いた場合、複数科保険入力を行った診療全てを展開します。

※最大10パターンまでの同時入力ができます。

(8) −4　主科のドクター変更

＜主科のドクターの初期表示について＞
診療科の下に表示されるドクターは、以下の順位で主科のドクターとして初期表示を行います。

1：「受付」をした場合は選択したドクターを表示
2：「受付」をしていないときで当日選択した診療科に受診履歴がある場合には、当該診療科の最終受診日のドクターを表示
3：1、2でもない場合は、当日選択した診療科のドクターを表示
（ただし、システム管理マスタにて1診療科に複数のドクターが設定されている場合は職員コードの一番小さいコードに該当するドクターを表示）

＜変更方法1＞
(K02)診療行為入力画面のドクター欄の▼をクリックして選択する。

図 335

＜変更方法2＞
「複数科保険」(Shift＋F6)を使用して変更する。
一覧画面が表示されます。ドクターを選択します。

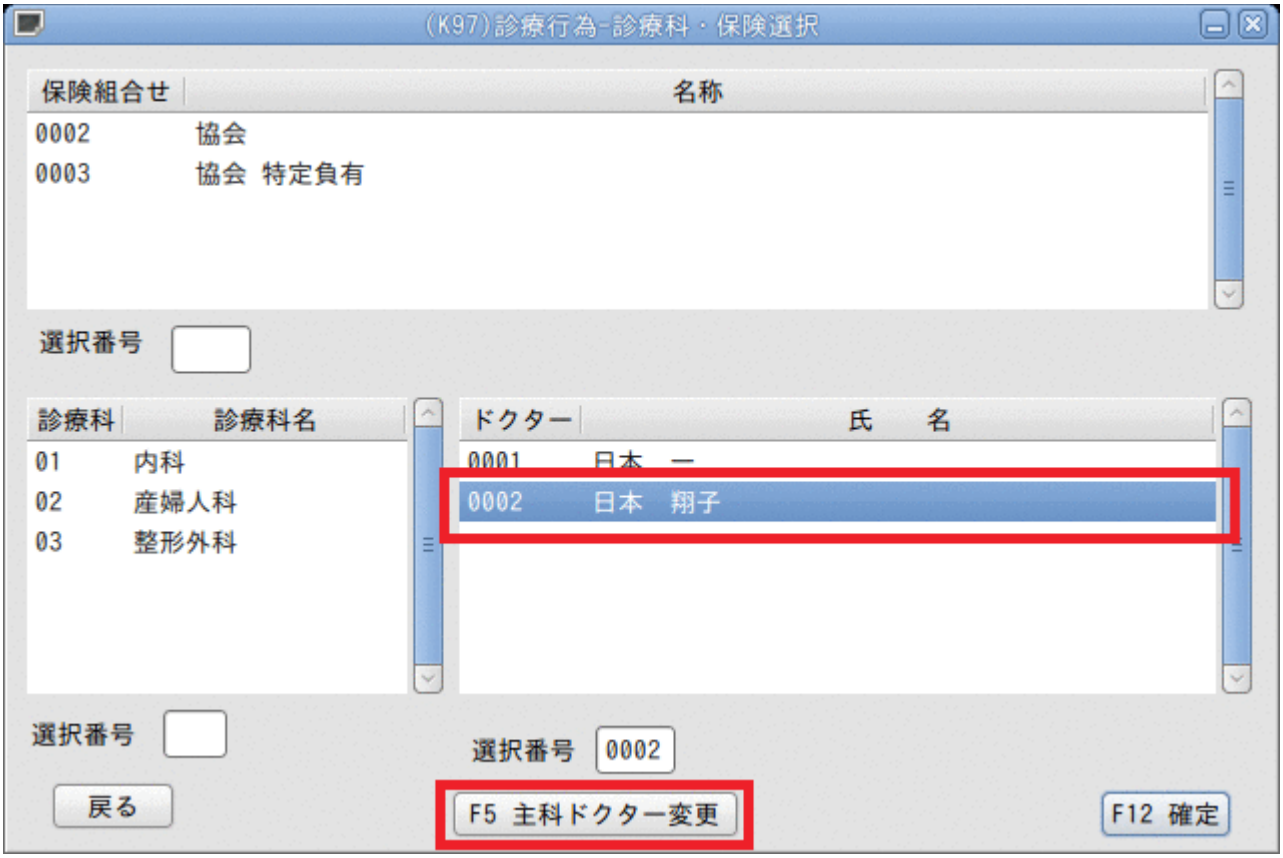


図 336

（8）－5　複数科（保険）まとめ計算時の差額と調整金について

「101　システム管理マスタ」－「1038診療行為機能情報」の「3.請求書発行方法」の設定により複数科のまとめ計算をする・しないの設定ができます。
まとめ計算をする・・・・複数科の点数をまとめて負担金計算します。
まとめ計算をしない・・・各科それぞれの点数の負担金計算をします。
※保険組合せが違う診療が複数科保険入力された場合は、負担割合が違う場合がありますので、まとめ計算はしません。同じ保険組合せ同士で複数科のまとめ計算をします。

まとめ計算により差額が発生する場合。

差額発生例
　1回の診療で内科と耳鼻科を受診（3割負担の患者）
　　内科　　125点
　　皮膚科　　125点

まとめ計算をしない（各科で計算を行った場合）
　　内　科　　125点×10円×3割＝　380円
　　皮膚科　　125点×10円×3割＝　380円
　　合　計　　380円＋380円　　＝　760円

まとめ計算をする
（内科　125点＋　皮膚科　125点）×10円×3割＝　750円
760円と750円の差額10円は耳鼻科（最後に入力した科）の請求額から差し引きを行います。

内科と皮膚科のまとめ計算時の画面
全科表示（内科＋皮膚科）
合計750円が表示されます。

図 337

「診療科切替」(F6)で内科表示に切り替えた場合
内科分　380円が表示されます。

図 338

「診療科切替」(F6)で耳鼻科表示に切り替えた場合
耳鼻科分　380円　－　まとめ計算差額10円　＝　370円が表示されます。
まとめ差額－10円は点数欄の下の方に表示されます。

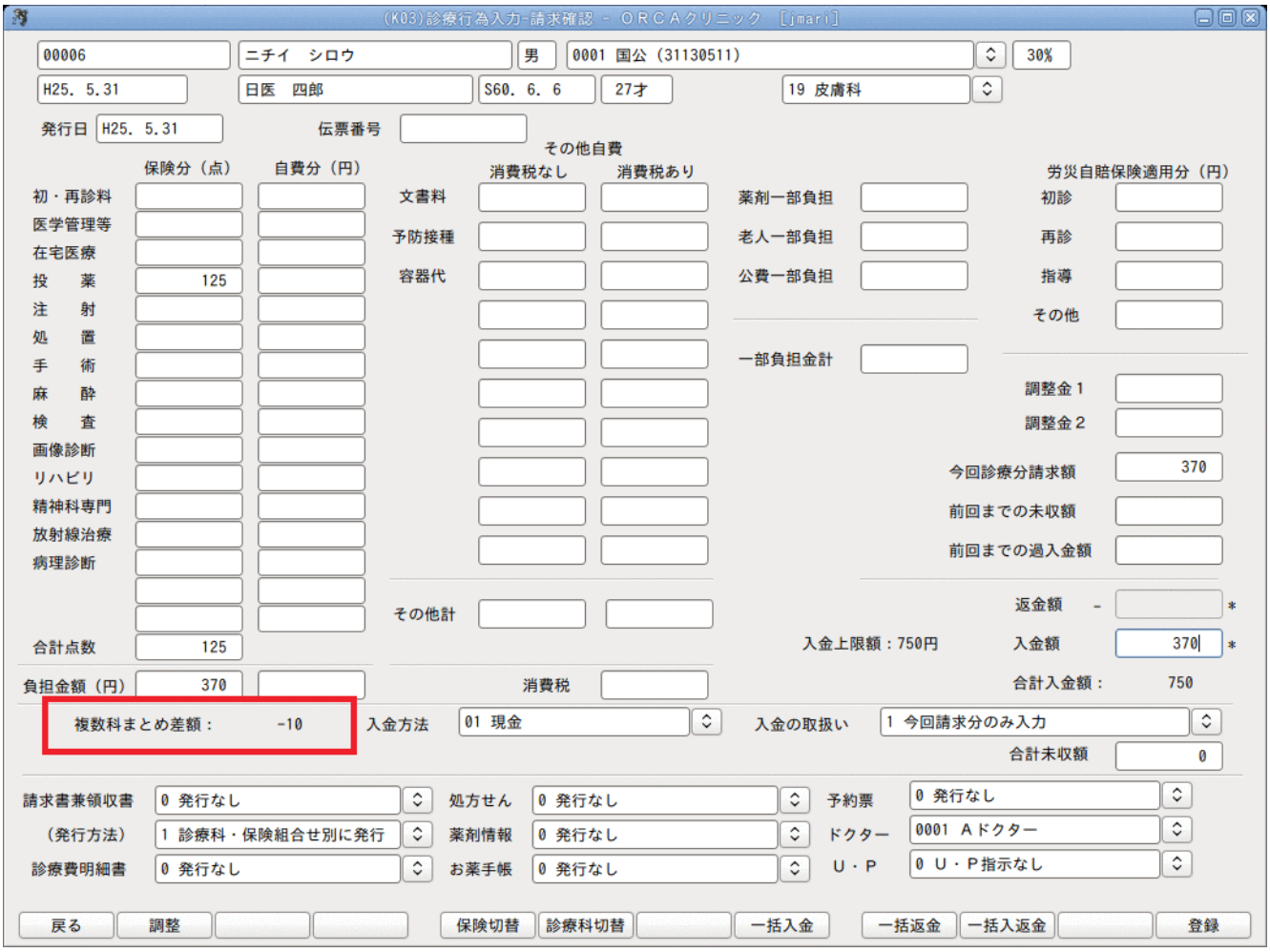


図 339

複数科保険入力した場合は「保険切替」(F5)で表示切り替えができます。

＜まとめ計算を行わない場合について＞
旧総合病院など、診療科単位でのレセプト発行を行う医療機関は、複数科保険入力による「まとめ入力差額」は計算を行わないこととする。「101　システム管理マスタ」－（1038　診療行為機能情報）で「複数科まとめ集計をする」、「複数科まとめ集計をしない」の設定をできるようにします。

（8）－6　複数科保険入力後の収納について

複数科保険入力を行った場合でも、各診療ごとに収納を作ります。
複数科保険入力マーク「M」が伝票番号欄に表示されます。

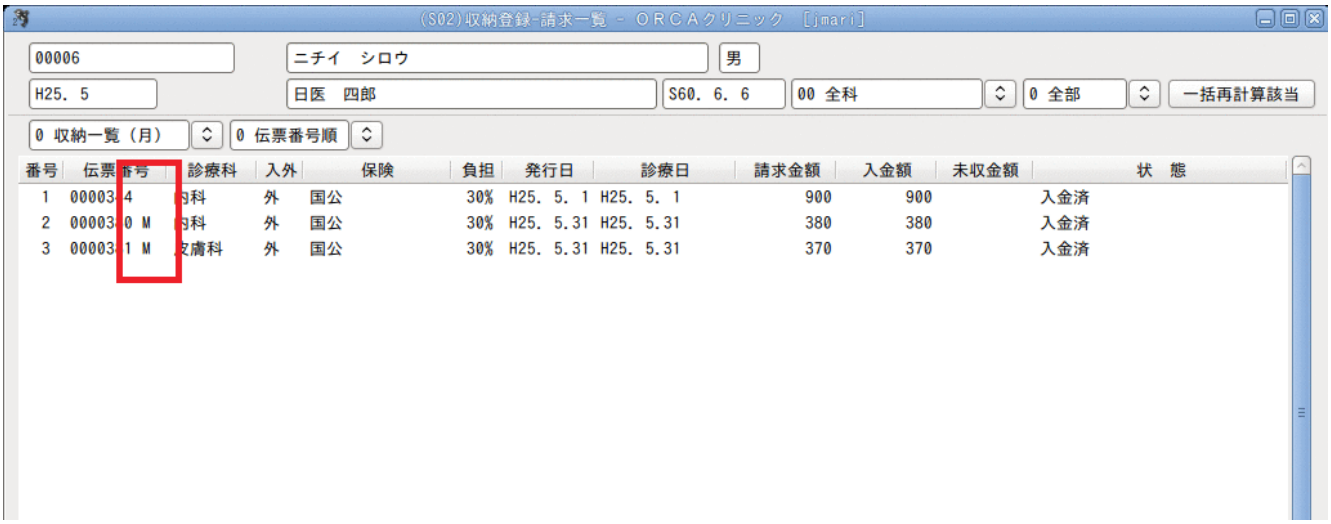


図 340

（8）－7　複数科保険入力ができない保険

医保、労災、自賠責を1画面で複数科保険入力することはできません。
これは算定（入力）できる診療コードがそれぞれ異なるため、登録時にチェックが困難なためです。

医保＋（第三者行為）の保険組合せ、包括分（保険組合　9999）の診療行為も複数科保険入力でできません。

（9）回数制限を越える診療行為入力（特定療養費）

1. 入力形式

「診療区分」
　「特定療養費コメントコード」
　「コメントコード」＊回数

「診療区分」
　自費コード＊回数
となります。

＜特定療養費コメントコードについて＞

コメントマスタの
″820000053　（検選）″
″820000054　（リハ選）″
″820000055　（精選）″
を入力します。

＜コメントコードの作成＞

あらかじめ各医療機関にて特別の料金を含むコメントを必要数作成しておく必要があります。
作成するコメントコードの範囲は、ユーザ点数マスタのコメント文″0082XXXXX″で作成してください。
コメントコードの登録例

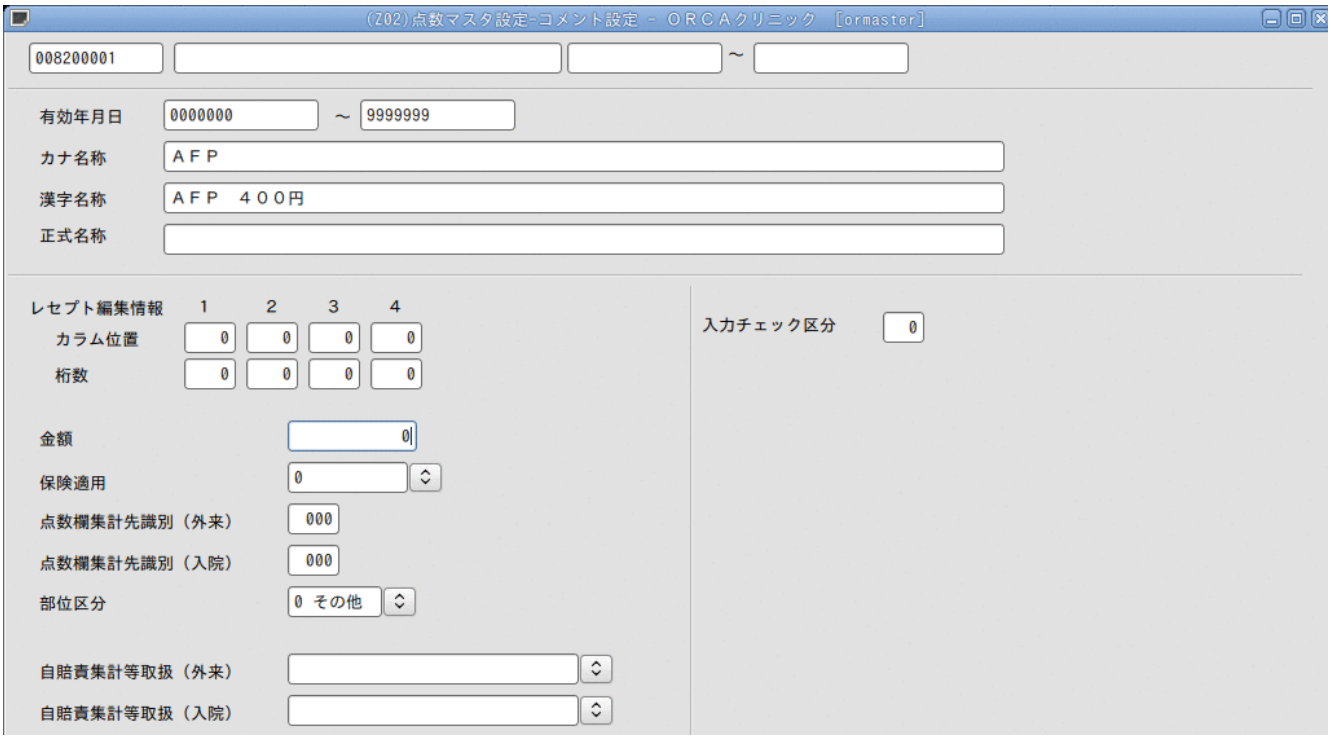


図 341

＜自費コードの作成＞

あらかじめ各医療機関にて特別の料金を患者請求するための自費コードを作成しておく必要があります。

2. 入力例

＜入力例1＞

AFPを特定療養費として患者請求し、レセプトにコメントを記載する。

診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	112007410	＊ 再診		
	112015770	明細書発行体制等加算	70 X 1	70
12	112011010	＊ 外来管理加算	52 X 1	52
60	.600	＊ 検査		
	820000053	（検選）		
	008200001	ＡＦＰ　４００円		
95	.950	＊ 保険外（消費税なし）		
	095000004	ＡＦＰ（検選）	X 1	400

図 342

【レセプト記載】

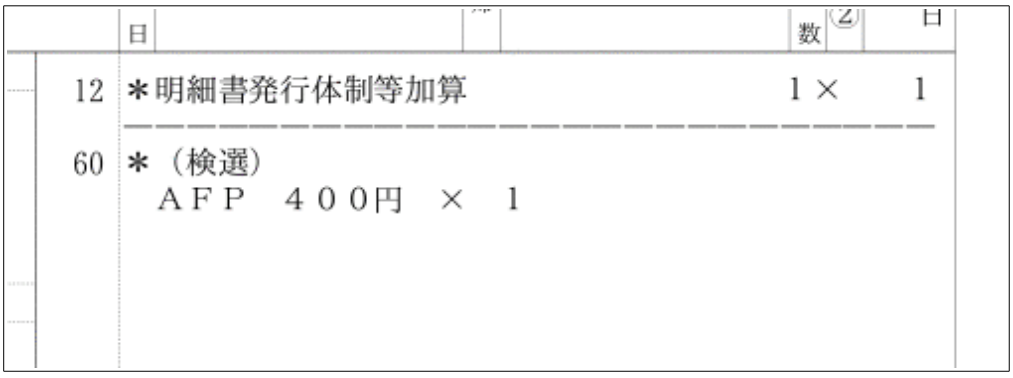


図 343

（10）処方せん、薬剤情報提供書の再印刷

（10）－1　再印刷
（10）－2　選択印刷
（10）－3　数量と日数を変更して印刷する
（10）－4　前回処方の日数欄を空白で再印刷する
（10）－5　その他条件及び範囲

診療行為入力画面の「前回処方」により、処方せん、薬剤情報提供書の再印刷を行います。
前回処方内容から薬剤を選択し印刷もできます。
またドクター、診療科、数量、日数を変更して印刷ができます。

（10）－1　再印刷

薬情、処方せんの再印刷を行います。
診療行為入力画面の「前回処方」を押下します。

図 344

前回の投薬内容を表示します。
このときに表示する受診一覧は在宅と投薬のある受診履歴のみを表示し、診療内容は薬剤・器材が算定されている在宅・投薬の剤のみを表示します。

診療日を確認し、「F9　再印刷」を押下します。

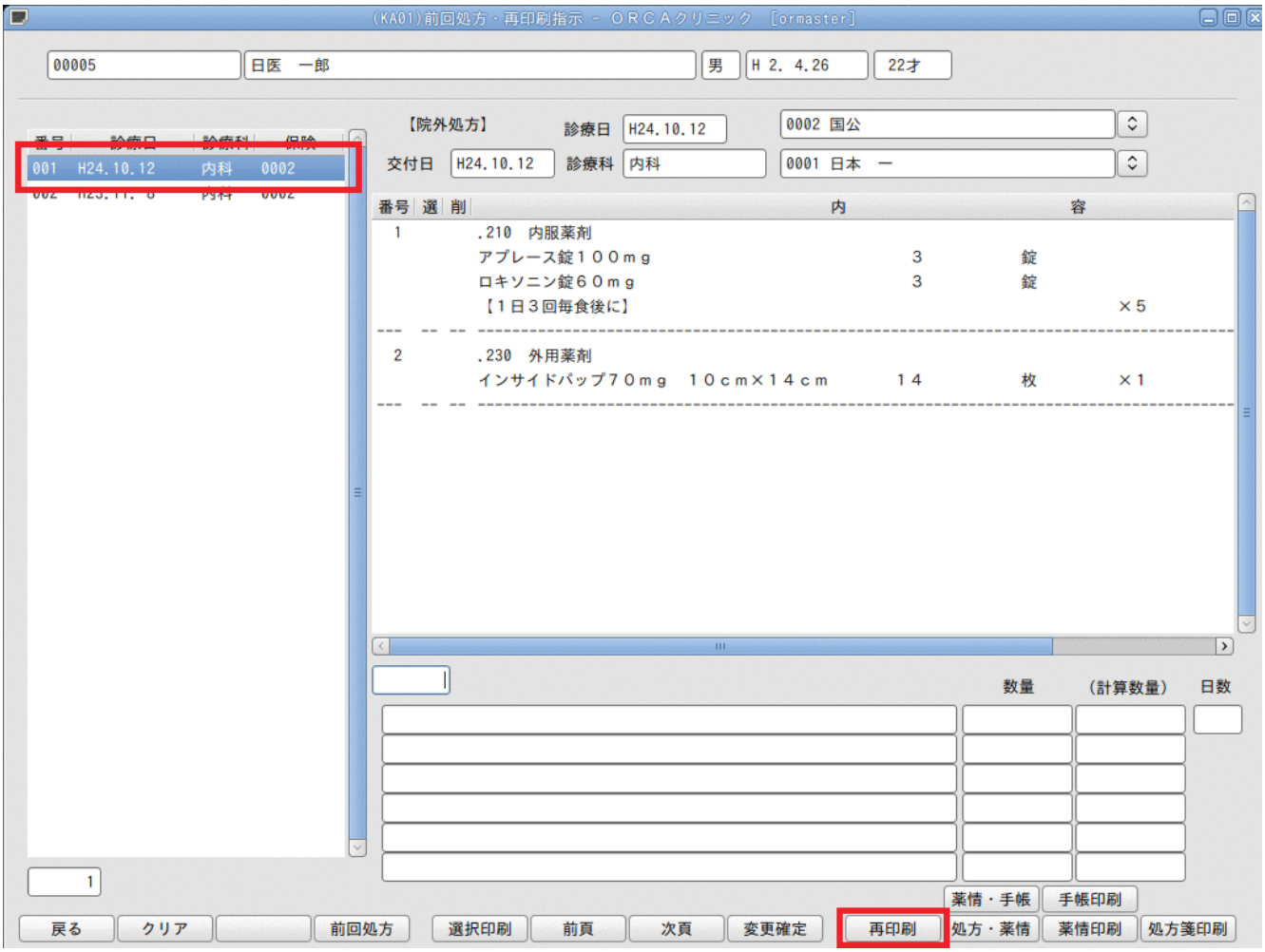


図 345

印刷する帳票を選択します。

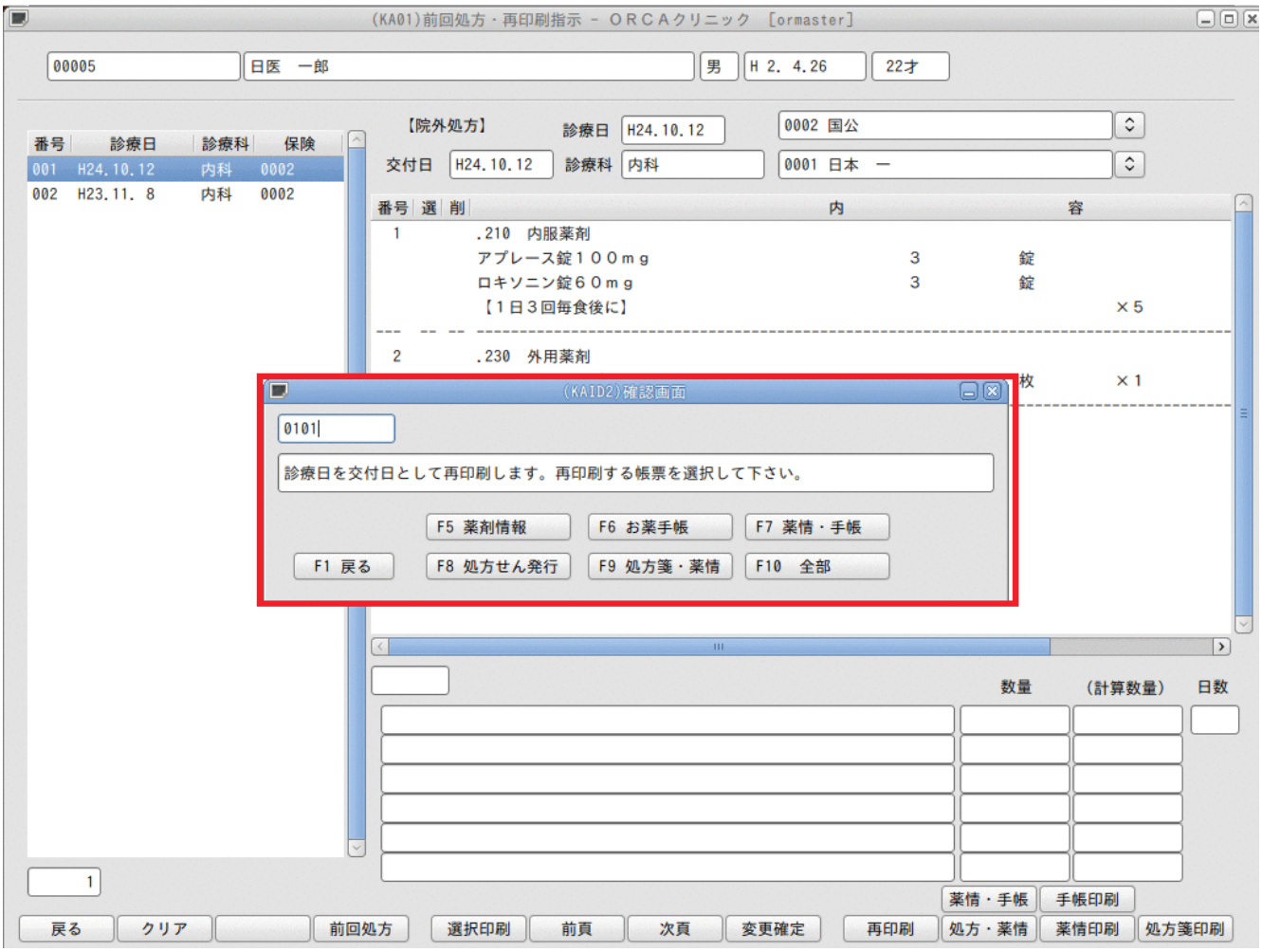


図 346

（10）－2　選択印刷

選択した薬剤のみ印刷を行います。
「F5　選択印刷」を押下します。画面右上に薬剤選択中であるメッセージを表示します。

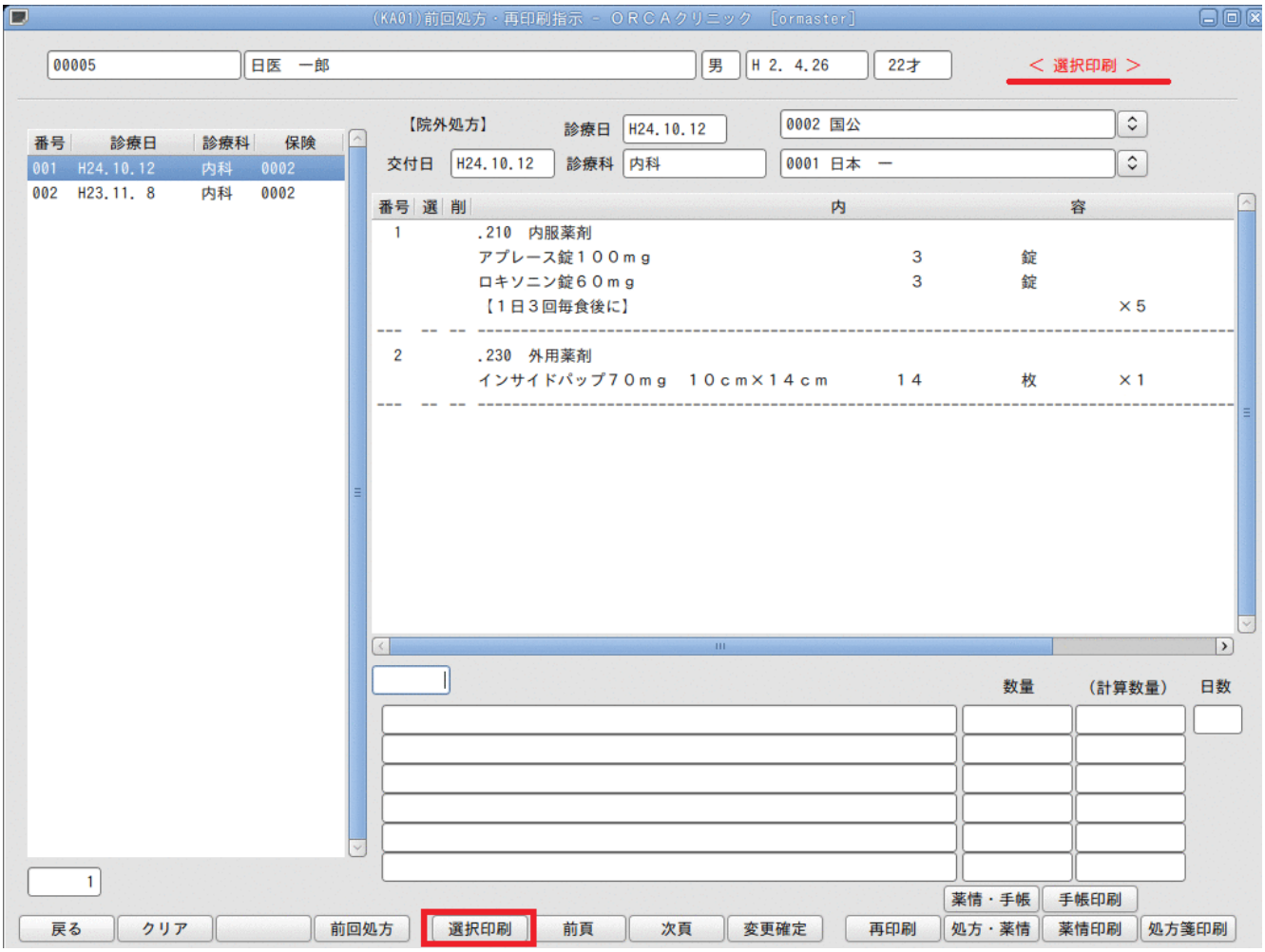


図 347

Copyright(C)2007JMARI

薬剤を選択します。選択した薬剤には「◎」印が付きます。

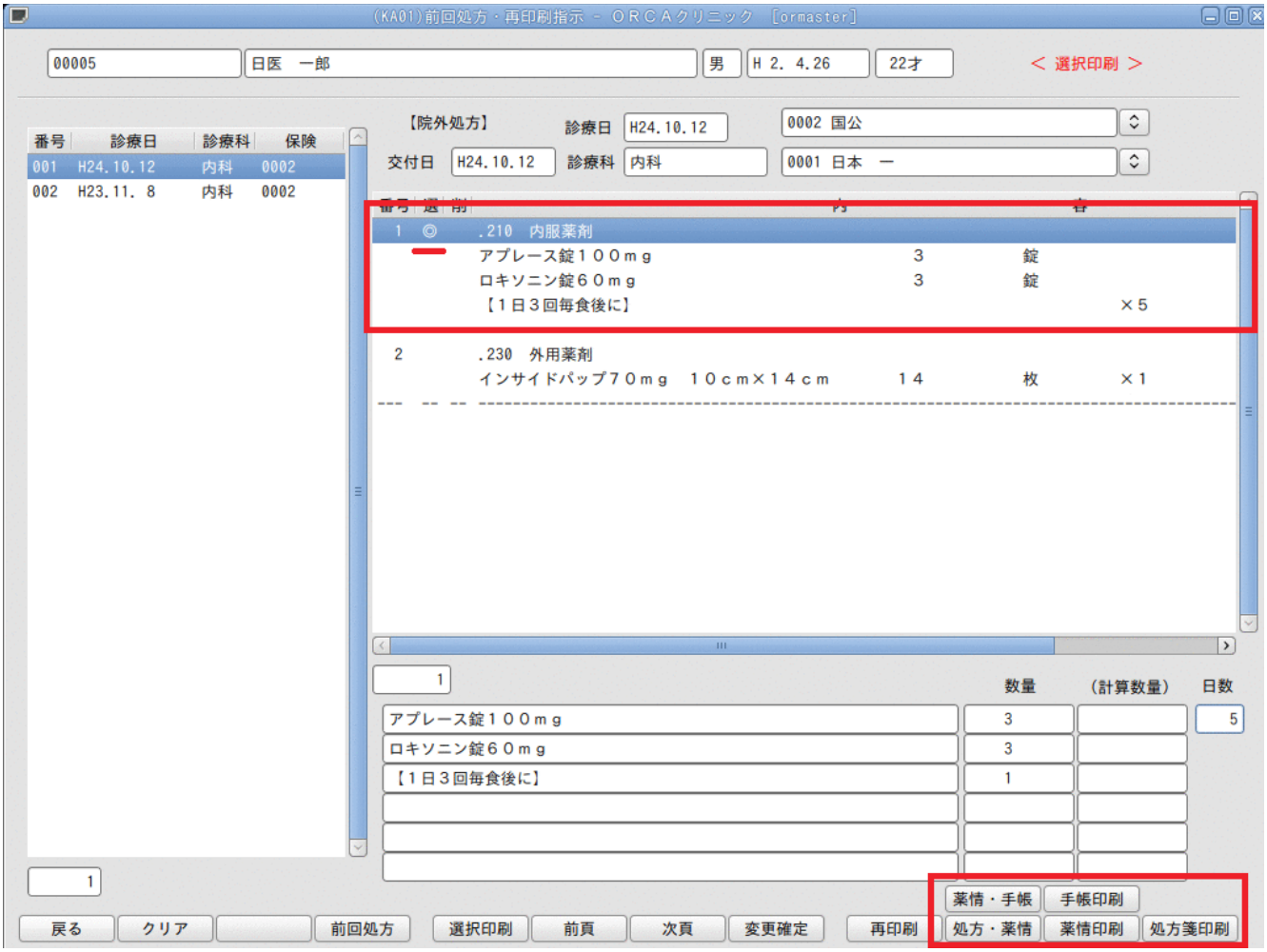


図 348

「処方・薬情」(F10)
「薬情・手帳」(Shift+F10)
「薬情印刷」(F11)
「手帳印刷」(Shift+F11)
「処方箋印刷」(F12)　から行いたい処理を選択します。

薬剤は複数選択することができます。
薬剤の選択解除はもう一度同じ薬剤を選択します。
選択印刷を解除したい場合は、もう一度「F5　選択印刷」を押下します。

（10）－3　数量と日数を変更して印刷する

変更したい薬剤を選択します。

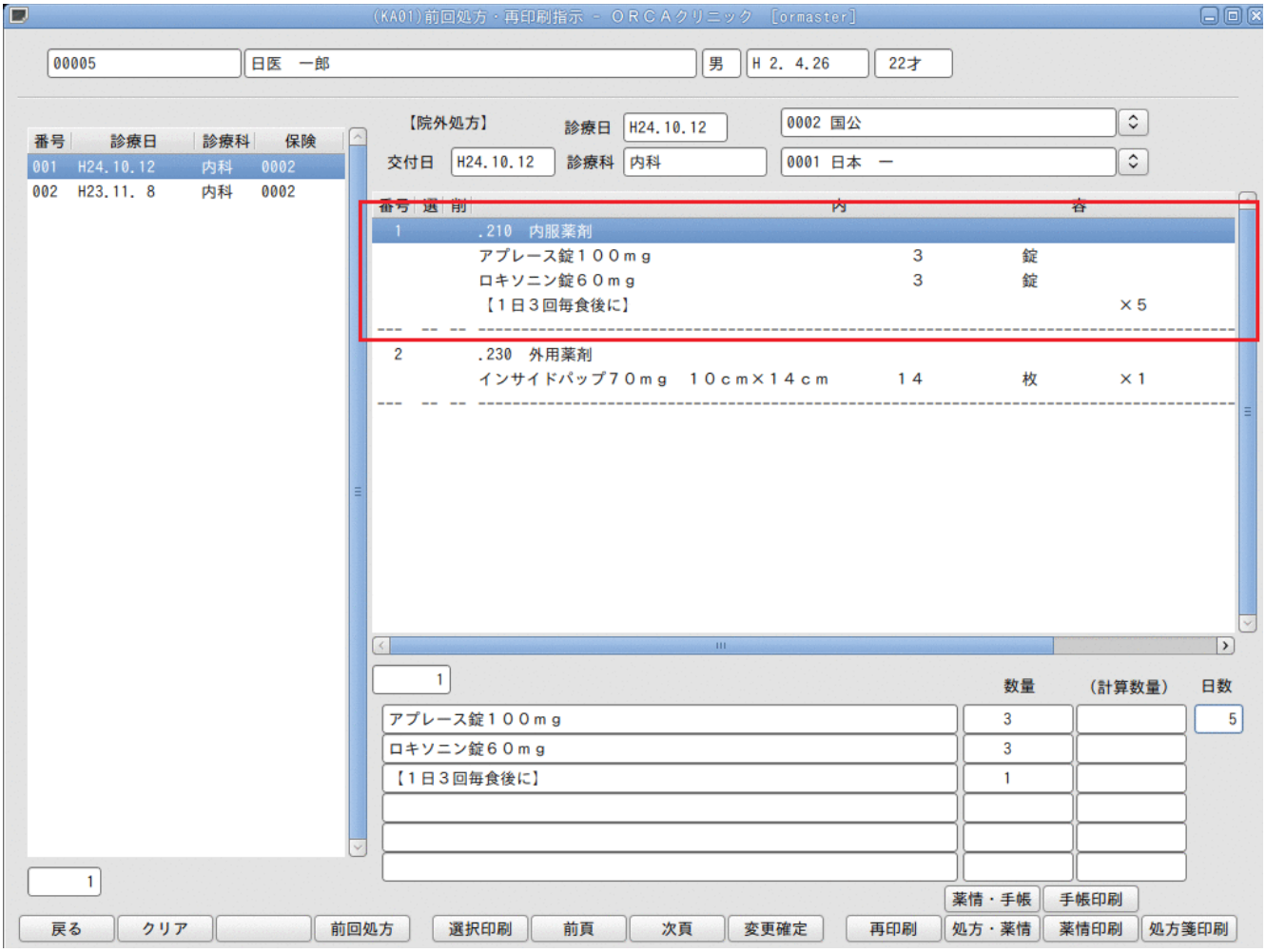


図 349

Copyright(C)2007JMARI

数量または日数を変更します。
「F8　変更確定」を押下し変更を確定します。

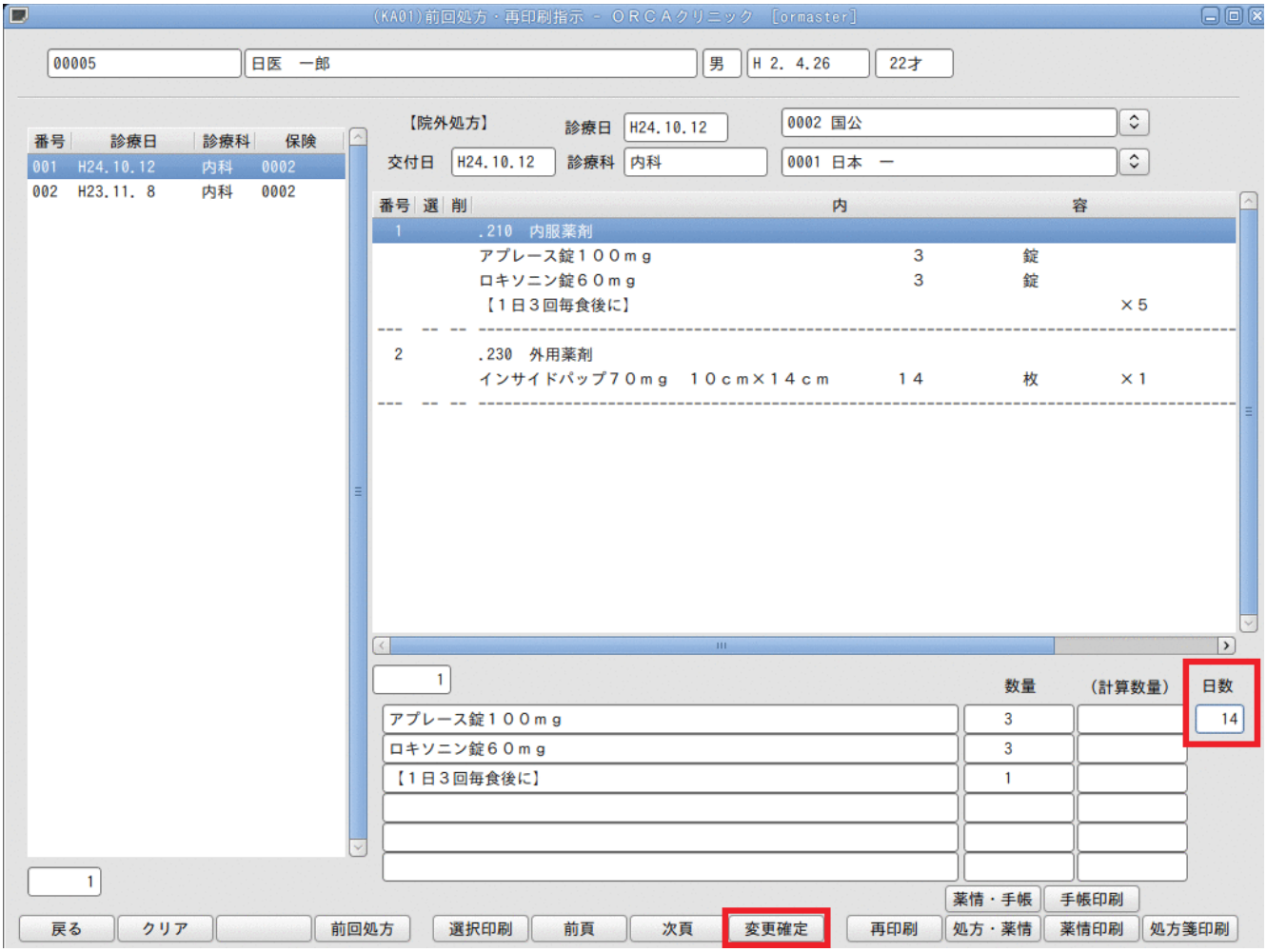


図 350

変更が反映されます。

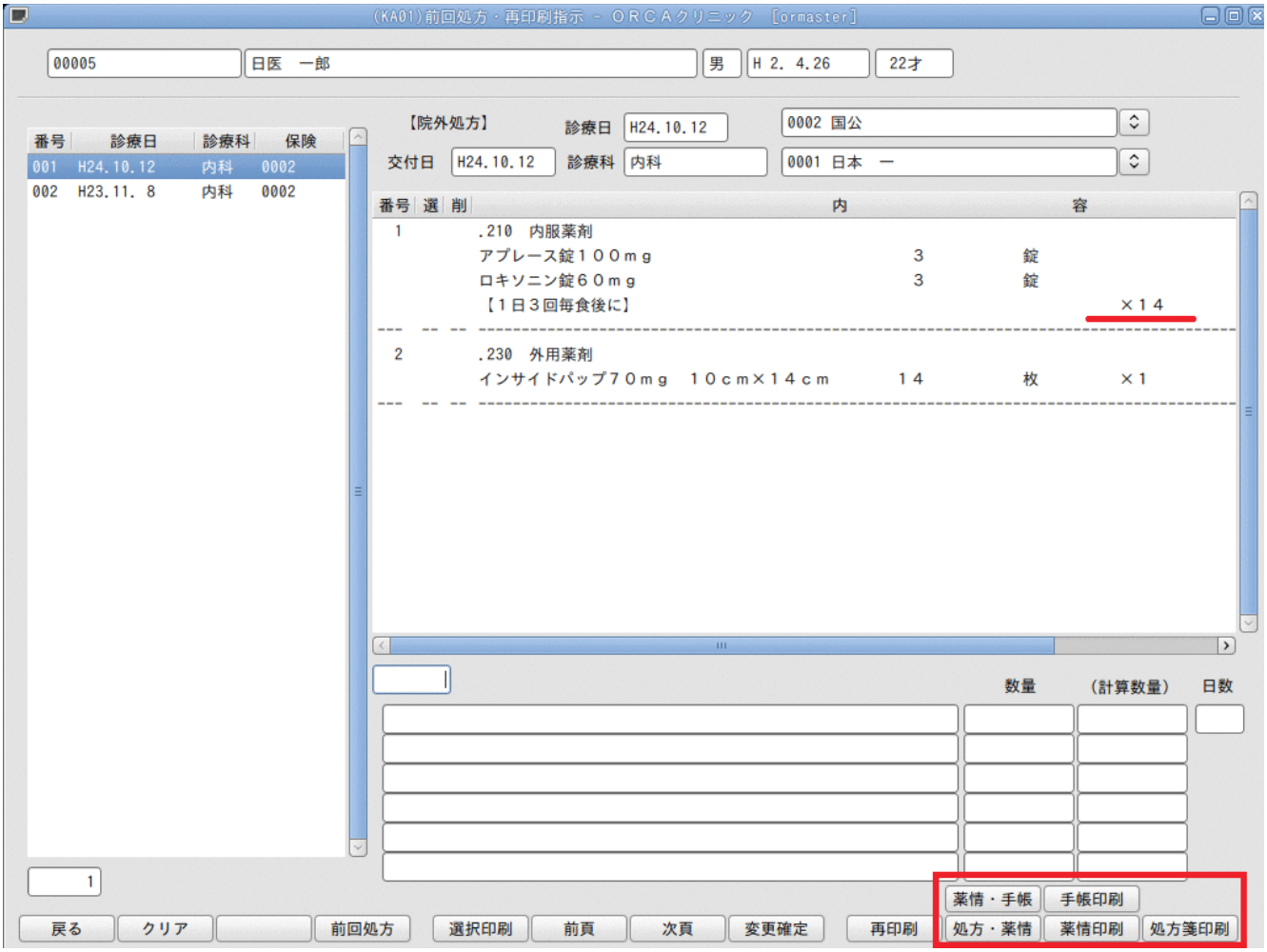


図 351

「処方・薬情」(F10)
「薬情・手帳」(Shift+F10)
「薬情印刷」(F11)
「手帳印刷」(Shift+F11)
「処方箋印刷」(F12)　から行いたい処理を選択します。

※この操作により入力済みの診療行為が変更されることはありません。

（10）－4　前回処方の日数欄を空白で再印刷する

「前回処方」(F4)を押下します。

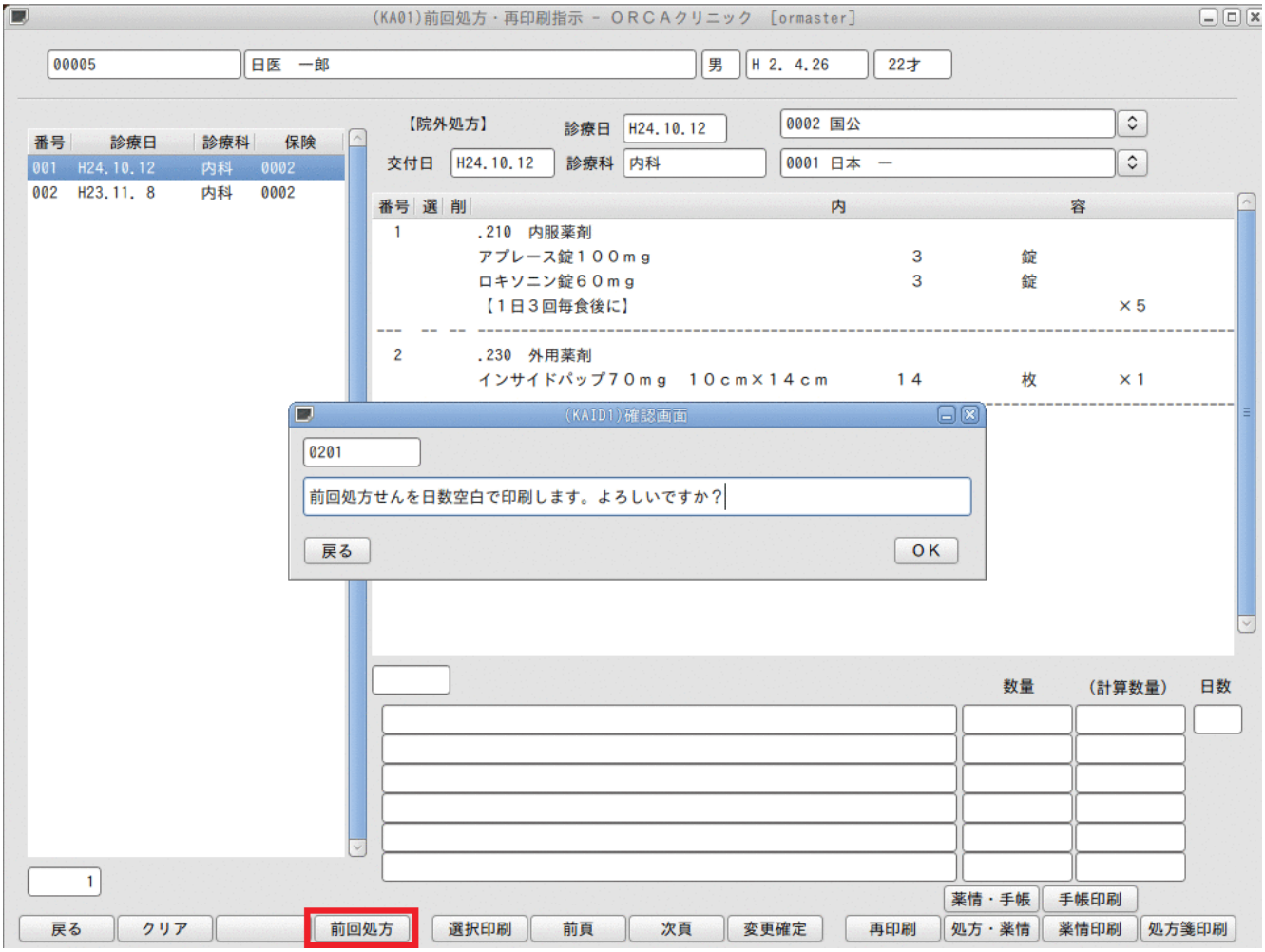


図 352

日数欄が空白で再印刷します。

（10）－5　その他条件及び範囲

患者の受診履歴の表示は、在宅と投薬のある受診履歴のみ表示します。
診療内容は薬剤・器材の算定されている在宅の剤、投薬の剤のみ表示します。
「再印刷」(F9)押下時は、数量、日数が変更されていても、選択した診療日の内容を再印刷します。
診療行為入力時に複数科または複数保険同時入力をした場合は、同時に発行した全ての処方せん・薬情を再印刷します（受診履歴の日付に「F」のマークが付いています）。

Copyright(C)2007JMARI

（11）長期投与、投与量、診療行為の算定回数、禁忌薬剤のチェック

＜投薬期間、投薬量をチェックしたい＞

薬剤・診療行為を入力時にユーザの設定した投与期間、処方量、算定回数のチェックができます。

- 事前準備
  チェックしたい薬剤、診療行為毎に点数マスタを設定する。

※設定は全て点数マスタで行います。【5.2　点数マスタ】を参照してください。
投与日数のチェックは1回の処方日数をチェックします。通算日数ではありません。

＜警告メッセージ例＞

〇薬の投与日数超え。

図 353

〇薬の投与量超え。

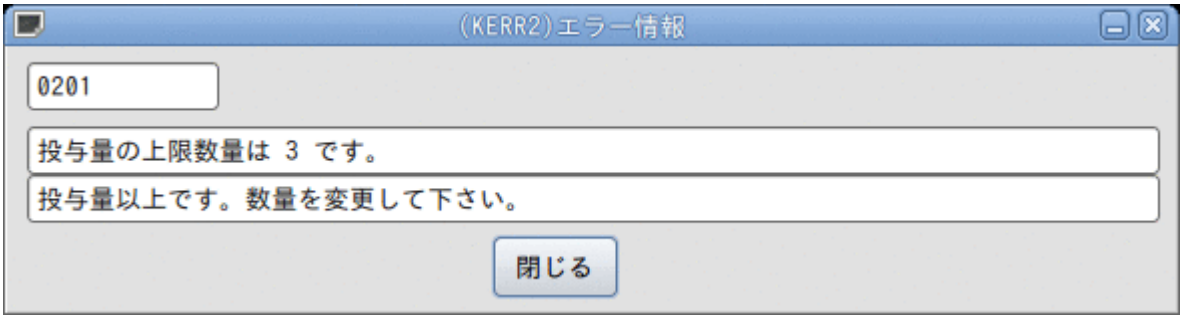


図 354

〇診療行為の算定回数超え。

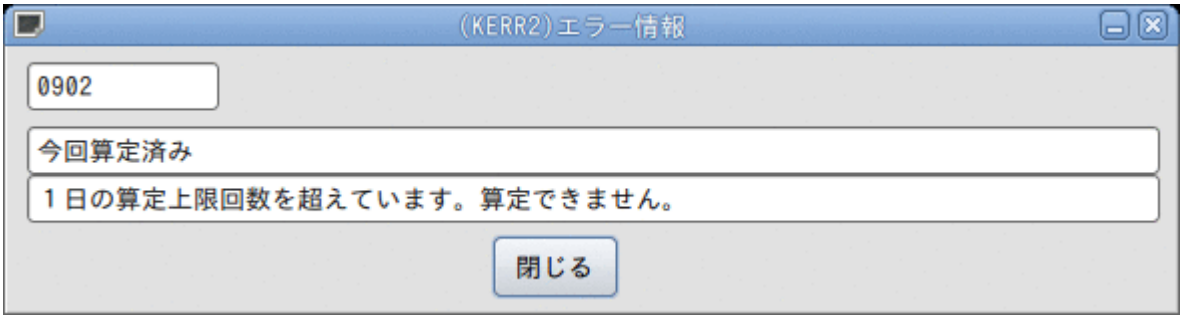


図 355

※警告メッセージ、エラーメッセージは点数マスタにより薬剤毎に設定できます。

＜患者別に禁忌投薬の警告を行う＞

- 事前準備
  患者登録画面の「禁忌薬剤」(Shift＋F12)より患者別に禁忌薬剤の登録を行っておきます。

禁忌薬剤が診療行為入力されたときに警告をします。

図 356

「閉じる」で算定できるようになります。その後は警告として薬剤名称を赤字表示します。

診区	入力コード	名称	数量・点数			
12	112008350	＊ 同日再診				
	112015770	明細書発行体制等加算			70 X 1	70
12	112011010	＊ 外来管理加算			52 X 1	52
23	.230	＊ 外用薬剤				
	661140081	【先】ボルタレンサポ５０ｍｇ	1	個	7 X 1	7

図 357

ヒント！

エラーや警告があった場合、入力コード欄を赤表示します。「101　システム管理」－「1038　診療行為情報」にて任意の色に変更することができます。

（12）診療行為の算定上限回数の設定（ユーザ設定）

診療行為入力時にチェックする算定回数上限をユーザが自由に設定できます。

- 月毎の算定回数チェック
- 日毎の算定回数チェック
- 数ヶ月に数回の算定回数チェック

＜設定する＞

設定は点数マスタにより各診療行為毎に設定を行います。

【5.2　点数マスタ】の【（3）－2　回数・年齢】を参照してください。

注意！

入力時に回数チェックを行うため、算定履歴を作成します。点数マスタにてチェックを行う設定をした直後は算定履歴が作成されていないため、チェックがかかりません。

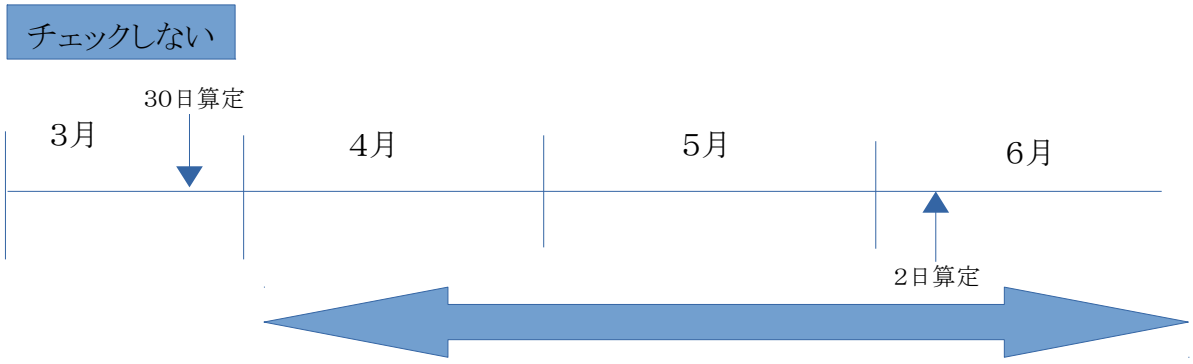
複数月に1回チェックの設定を行った場合等は前回の算定日を訂正登録することにより次回の入力時からチェックを行うことができます。

回数チェックを行うため算定履歴を作成します。その分の処理が遅くなる場合があります。

＜複数月の上限回数チェック（他月数の設定）を行う場合のチェック範囲について＞

例）点数マスタの設定：他月数3　他1（3ヶ月1回）

6／2に算定する場合のチェックの範囲



３ヶ月（４月１日～６月３０日）の範囲で算定回数をチェックします。

（13）他医療機関の退院日を登録する。

他の医療機関の退院日を登録し、特定疾患療養管理料等の退院日より1ヶ月の判定を行います。

＜入力方法＞

無床版の場合：診療行為入力画面にシステム予約コード　″099999906　他院退院日″を入力する。

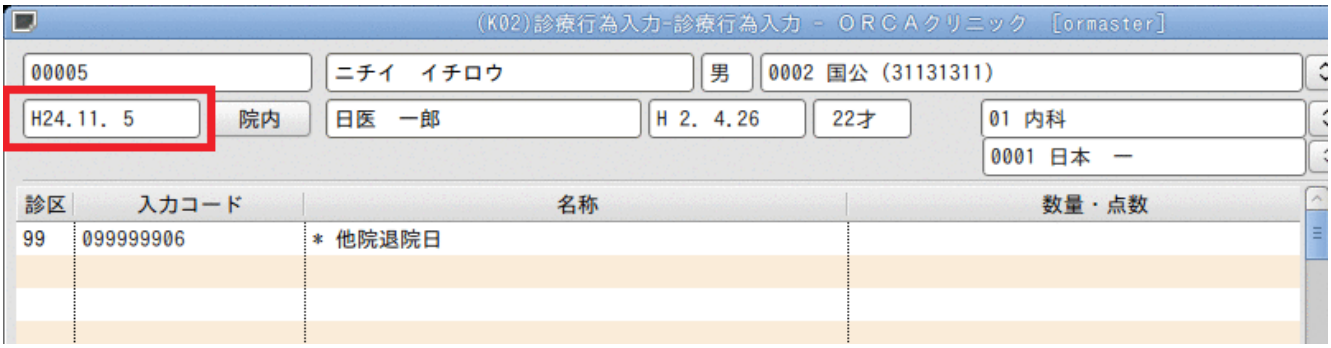


図 358

注意！
他医療機関の退院日に日付を合わせて入力してください。
退院日に診療がない場合は、自動算定した診察料を削除してから退院日登録のみを行います。

有床版の場合：入退院登録画面にて他院の入院暦作成を行う。
　　入院歴の作成方法は入退院登録を参照してくだい。

ポイント！
有床版であっても無床版と同じ様に、診療行為入力画面に″099999906　他院退院日″を入力してもかまいません。

（14）3回目以降の同日再診について

日レセでは同日の診療行為入力に制限があります。
3回目以降の診療行為入力は内部的にまとめて処理を行うため、診療行為の訂正、会計照会での回数変更、収納業務での再計算を行うと収納データの正しい登録ができない場合があります。

- 外来での同日の診療行為の入力は9回まで。
- 3回目以降の入力内容は内部的に1つの受診にまとまる。
  （診療科と保険が同一の受診履歴がまとまる）
- 収納データは入力回数分作成する。
- 訂正、回数変更、再計算等により収納データが更新された際に、3回目以降のどの受診履歴であってもまとまった状態で再計算を行うため収納データが正しく登録されない

ヒント！

この場合、診療行為の訂正はできません。
該当の受診履歴の診療行為を一度削除し、新たに入力し直してください。

２.５.３　診療行為コードの検索

診療行為入力は点数マスタの診療行為コードを入力することが基本です。
ですが、9桁のコードを覚えて入力を行うことは現実的ではありません。
点数マスタの診療行為コードは9桁ですが、それに対応させた4桁コード、あるいは5桁コードを医療機関の運用にあわせて割り付けて入力することをお薦めします。（診療行為コードに入力コードを割り付ける方法は、【2.5.5 入力コードの設定方法】を参照してください）

（1）点数マスタの診療行為コードを入力
（2）名称からの検索
（3）カタカナ入力支援
（4）その他検索
（5）3桁コードによる検索
（6）検査項目の点数による検索
（7）//　による簡易検索
（8）一般名から薬剤を検索・銘柄名を指定し同じ一般名の薬剤を検索

（1）点数マスタの診療行為コードを入力

＜例＞内服薬　レスプレン錠　20mg

診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	112008350	＊ 同日再診		
	112015770	明細書発行体制等加算	70 X 1	70
12	112011010	＊ 外来管理加算	52 X 1	52
	610463219			

図 359

↓

診区	入力コード	名称	数量・点数		
12	112008350	＊ 同日再診			
	112015770	明細書発行体制等加算		70 X 1	70
12	112011010	＊ 外来管理加算		52 X 1	52
21	610463219_	＊ レスプレン錠２０ｍｇ	1	錠 1 X 1	1

図 360

Copyright(C)2007JMARI

（2）名称からの検索

レスプレン錠20mgを探すため入力コード欄に検索文字列として「レス」を入力し、「Enter」を押下します。

診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	112008350	＊ 同日再診		
	112015770	明細書発行体制等加算	70 X 1	70
12	112011010	＊ 外来管理加算	52 X 1	52
	レス			

図 361

診療行為一覧選択サブ画面を表示します。
入力コードに「レス」から始まるコードの登録がある場合に「内服（自院）」で表示されます。

(K98)診療行為一覧選択サブ

レス　F9 拡大検索　F10 部分　F11 後方　内服（自院）

番号	名　称	単位	単価	入力ＣＤ	診
1	レスミット錠２　２ｍｇ	錠	5.60	resumi2	
2	レスミット錠５　５ｍｇ	錠	5.60	resumi5	
3	【後発有】レスリン錠２５　２５ｍｇ	錠	18.90	resurin25	
4	【後発有】レスリン錠５０　５０ｍｇ	錠	33.30	rerurin50	

図 362

「内服（自院）」の一覧に無かった場合は、「F9　拡大検索」を押下します。
「内服（全体）」を表示し、入力コードの登録の有無に関係無く「レス」から始まる名称の内服薬全てを対象に表示します。

(K98)診療行為一覧選択サブ

レス　F9 拡大検索　F10 部分　F11 後方　内服（全体）

番号	名　称	単位	単価	入力ＣＤ	診
1	レスタス錠２ｍｇ	錠	20.80		
2	レスタミンＡコーワ散１０％	ｇ	6.20		
3	レスタミンコーワ錠１０ｍｇ	錠	5.90		
4	レスプレン錠２０ｍｇ	錠	5.60		
5	レスプレン錠３０ｍｇ	錠	6.50		
6	レスプレン錠５ｍｇ	錠	5.60		
7	【後発】レスポリート錠１００ｍｇ	錠	10.80		
8	【後発】レスポリート錠５０ｍｇ	錠	6.10		
9	【後発】レスポリックス配合顆粒	ｇ	5.90		
10	レスミット錠２　２ｍｇ	錠	5.60	resumi2	
11	レスミット錠５　５ｍｇ	錠	5.60	resumi5	
12	【後発】レスラートカプセル２００ｍｇ	カプセ	8.70		
13	【後発】レスラート細粒４０％	ｇ	13.10		
14	【後発有】レスリン錠２５　２５ｍｇ	錠	18.90	resurin25	
15	【後発有】レスリン錠５０　５０ｍｇ	錠	33.30	rerurin50	

図 363

該当があれば番号を選択番号に入力し、「F12　確定」または「Enter」を押下します。
なお、1つの検索文字列から選択できるのは一度に10明細までとします。

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	診療行為入力画面へ戻ります。
内服	F2	入力した文字列から、内服薬の検索を行います。
外用	F3	入力した文字列から、外用薬の検索を行います。
注射	F4	入力した文字列から、注射薬の検索を行います。
器材	F5	入力した文字列から、器材の検索を行います。
診療行為	F6	入力した文字列から、診療行為に関する検索を行います。
次頁	F7	次ページを表示します。 検索したときに一度に画面表示される検索名称は200件までとなります。それ以降の表示をする場合にボタンを押下すると、次の200件が表示されます。
検査検索	F8	検査の検索を行います。 検査は名称からの検索の他、検査区分から検査項目の検索もできます。
拡大検索	F9	自院登録されている入力コードの検索から拡大して全体への検索を行います。
部分	Shift+F10	検索したい文字が名称の一部分にあるものの検索を行います。
後方	Shift+F11	検索したい文字が名称の最後にあるものの検索を行います。
確定	F12	選択された明細を診療行為入力画面へ表示します。

自院採用	自院コード（入力コード）のあるものについて、各診療区分毎にアイウエオ順で表示します。
ユーザ登録	保険点数マスタ以外の点数マスタ項目について検索することができます。コンボボックスより選択されたマスタ種類の点数マスタ名称を一覧表示します。一覧表には厚生労働省提供マスタ及び自院にて登録されたユーザ点数マスタを表示します。なお、コメント及び労災はユーザによる点数マスタの登録はできません。

＜外用薬の検索＞

例として「アイ」と入力してみます。

診療行為一覧選択サブ画面には、検索する文字列から該当する検索内容を表示します。
最初に「内服（自院）」を表示します。

図 364

「F3　外用」を押下します。
内服薬検索時と同様、検索内容表示欄（診療行為一覧選択サブ画面の右上部）は、該当がある場合に「F9　拡大検索」をすると「外用（自院）」→「外用（全体）」の順に検索範囲を拡大します。

図 365

↓

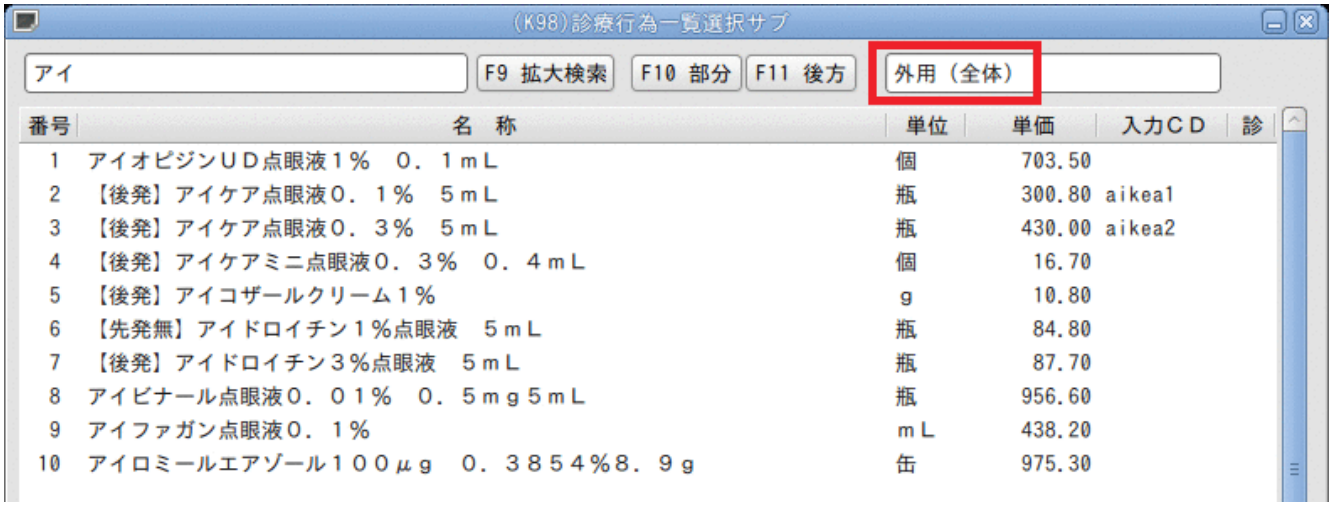


図 366

「F4注射」、「F5器材」、「F6診療行為」の押下もそれぞれ同じ動きです。

＜入力時の診療区分による検索の初期表示について＞

（入力コードに該当がある場合は「入力コード全体（自院）」を表示後、）

1）内服、屯服、外用、注射の入力中はそれぞれの薬剤に適した検索内容となります。

2）上記以外は、内服薬からの表示となります。

1）＜例1＞外用薬入力中に「アイ」を入力します。

外用薬剤の診療区分を宣言後若しくは外用薬の入力中に検索文字列を入力した場合、最初に外用薬が検索されます。

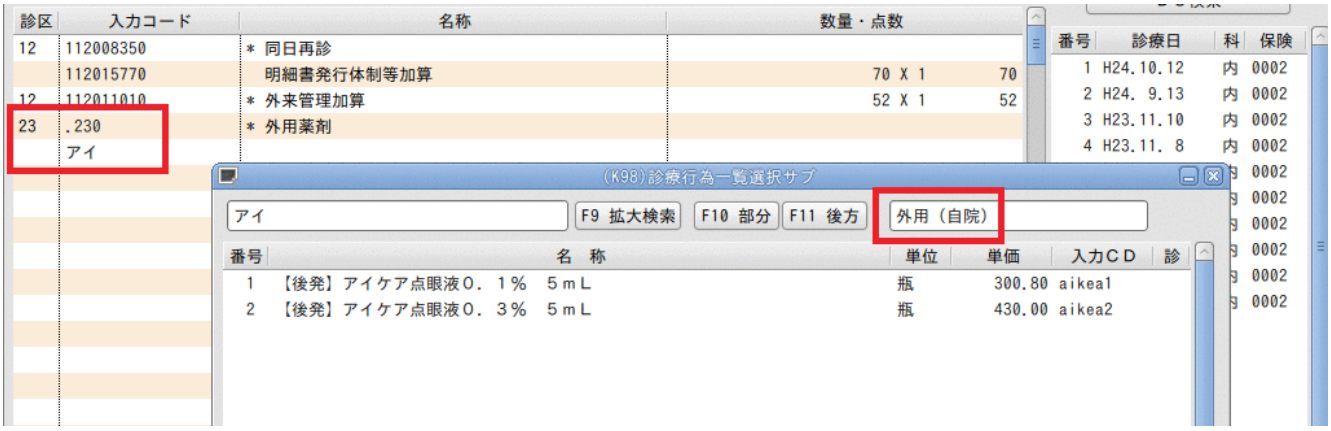


図 367

＜例2＞注射を入力中に「アイ」を入力します。

図 368

2）＜例＞クレアチニン検査を検索するために「クレ」と入力します。
検査の診療区分を宣言後に検索文字列を入力した場合でも、最初に内服薬が検索されます。

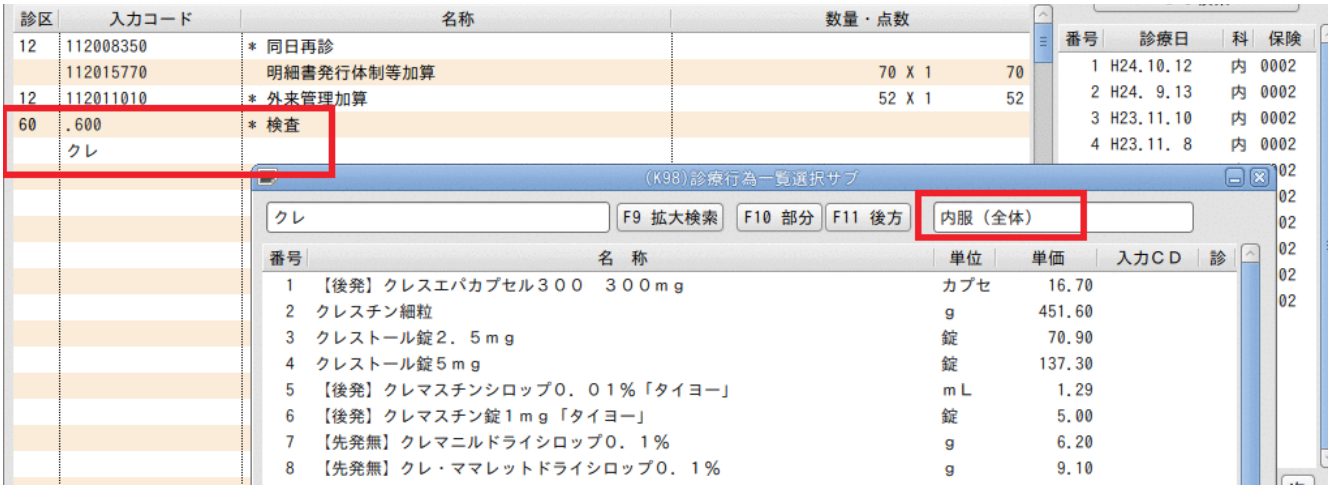


図 369

「F6　診療行為」を押下します。

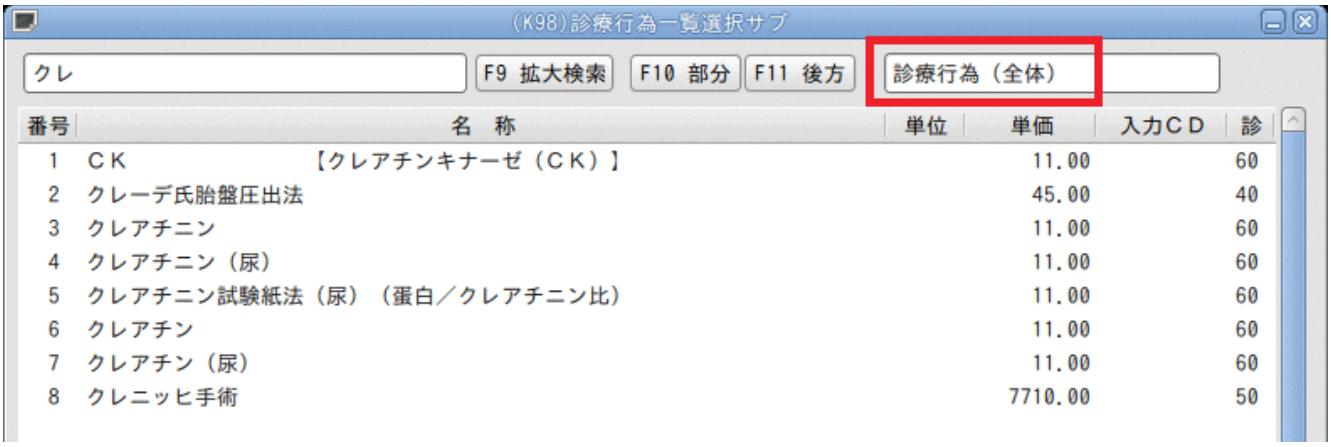


図 370

なお、「クレアチ」と入力した場合は、内服薬に存在しないので最初に診療行為を表示します。

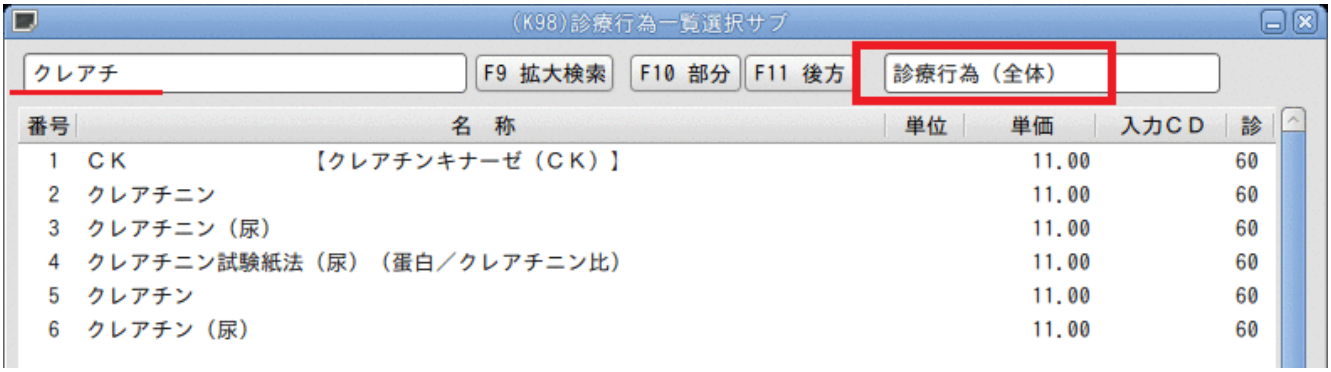


図 371

＜検査の正式名称検索＞

検査の項目は一覧選択画面にて略称と正式名称を表示します。

「名称からの検索」に正式名称を対象としたい場合は、「101　システム管理マスタ」－「1038　診療行為機能情報」の設定にて対象にすることができます。

※一覧選択画面は「101　システム管理マスタ」－「1038　診療行為機能情報」の設定に関係なく正式名称が表示されます。

「101　システム管理マスタ」－「1038　診療行為機能情報」の設定を「1　使用する」とした場合

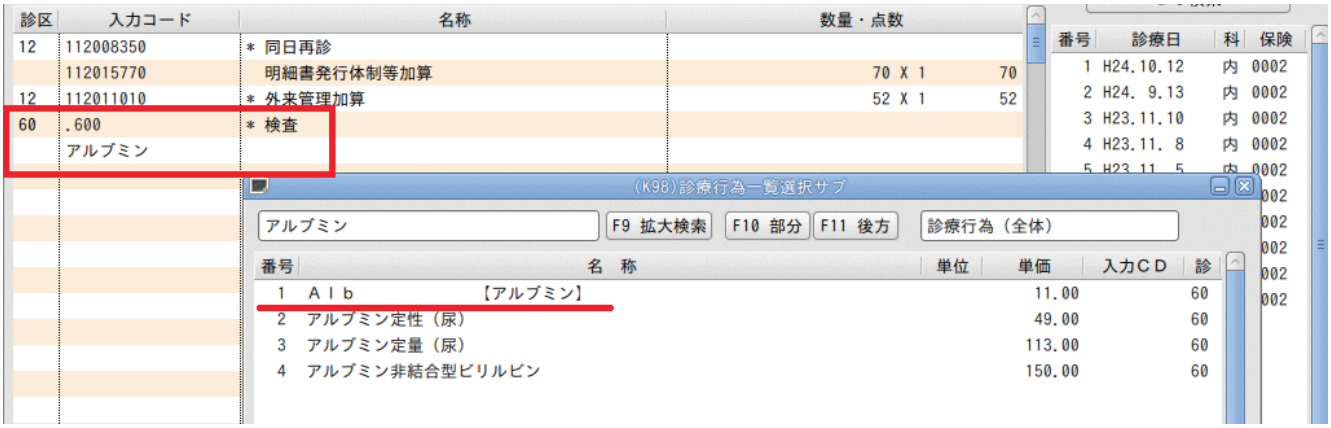


図 372

この場合は算定後の診療行為画面、会計照会画面でも正式名称で表示されます。

図 373

※レセプトでは「レセプト電算用診療行為マスタ」に従い「Alb」（点数マスタの漢字名称）が印字されます。

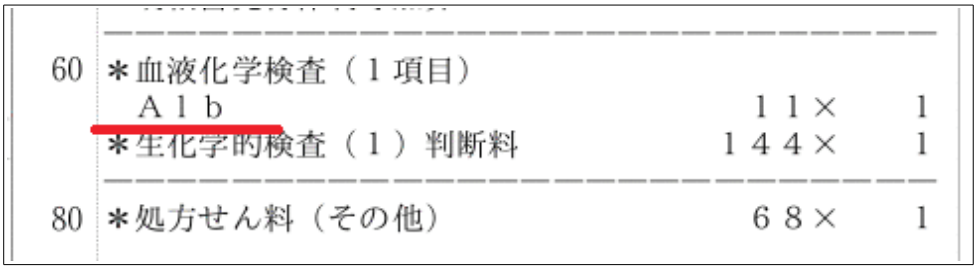


図 374

(3) カタカナ入力支援

日本語入力になれない方のために薬剤などを検索する条件入力を補完する機能があります。
入力コードに「／」（全角、半角可）を入力して「Enter」を押下します。

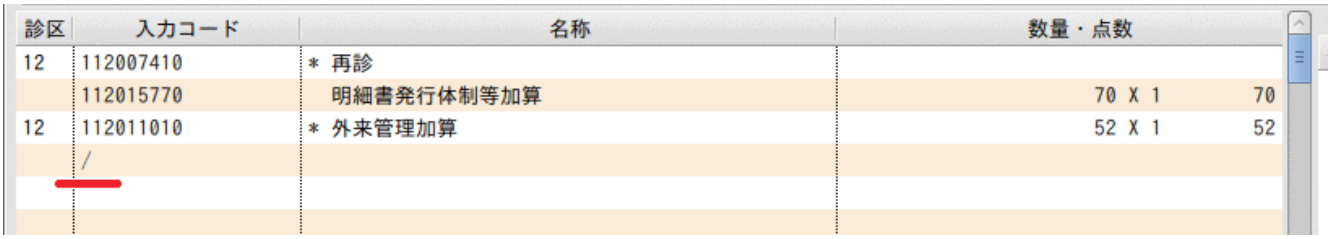


図 375

カタカナ入力画面が表示されます。
カタカナをマウスでクリックするか、該当の数字を入力します。
「Enter」または「確定」(F12)を押下します。

図 376

↓　診療行為一覧選択サブ画面を表示します。

図 377

（4）その他検索

入力コード欄に「／／」（全角、半角可）を入力し「Enter」を押下すると、診療行為一覧選択サブ画面（検索画面）を表示することができます。
検査の検索等に使用します。

図 378

↓

図 379

＜検査の検索＞

「F8　検査」を押下すると、検査区分の一覧表が表示されますので、対象の番号を選択してください。

図 380

他の検索と同様に自院分から表示しますので、拡大検索を行う場合は「F9拡大検索」を押下します。

図 381

↓

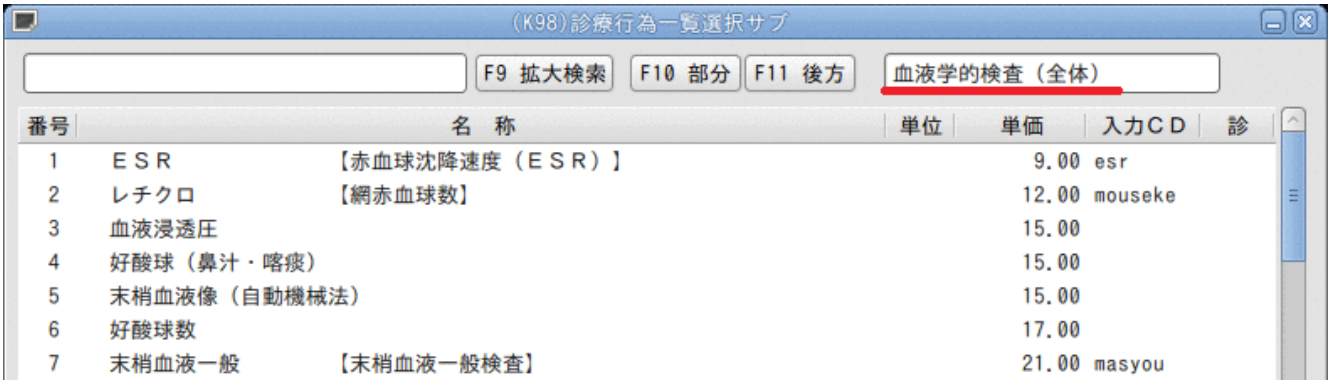


図 382

＜「ユーザ登録」からの検索＞

「ユーザ登録」には、以下に挙げる6つの点数マスタ種類があります。
コンボボックスより選択したマスタ種類の一覧表を表示します。
対象となる番号を選択番号に入力するか、クリックをして指定します。

図 383

「1：用法」

参考提供マスタと、ユーザにて登録できるユーザ点数マスタで登録された用法マスタを表示します。
なお、定型の用法に一部文字情報が空白表示されているもの（年月日等の空白）は、入力による文字の埋め込みはできませんので、打ち出した処方せんへの手書きが必要となります。例題にあるコード番号"810000001"は、フリーコメントとして全角40文字までの任意の文字が入力できます。定型化された厚生労働省のマスタ以外にコメント文を記載する場合に使用します。

（入力例）
用法マスタコード　　"001000117"
フリーコメントコード　"810000001"

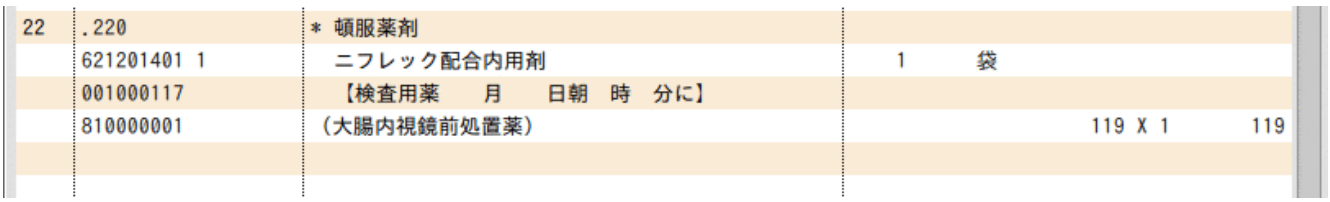


図 384

「2：部位」
参考提供マスタとユーザが登録できるユーザ点数マスタにて登録された部位マスタを表示します。

（入力例）
部位マスタコード　"002000004"（入力コードに"X01004"を設定した場合）

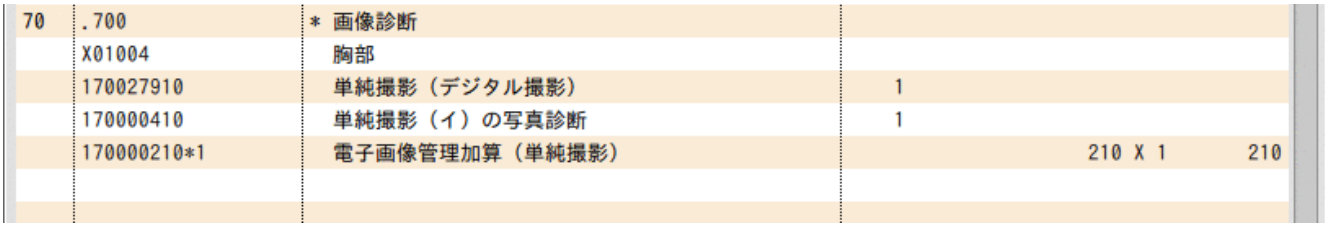


図 385

「3：その他」
ユーザが登録できるユーザ点数マスタにて登録されたマスタを表示します。
その他材料や、自費（文書料など）等（セットアップについて【5.3　ユーザ点数マスタの設定について】参照）が該当します。

（入力例）
自費マスタコード　　"095000001"（文書料をユーザ登録した場合）

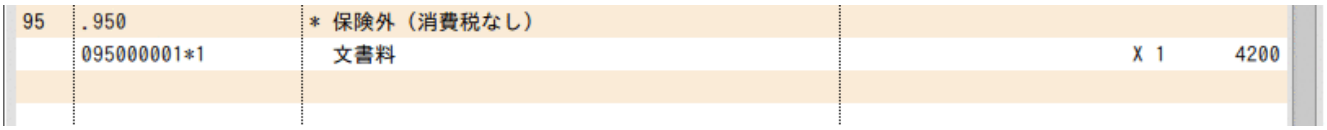


図 386

「4：コメント」
厚生労働省のマスタ名称を表示します。
定型のコメントに一部文字情報が空白表示されているもの（年月日や、名称等の空白）は、以下のような入力による文字の埋め込みができます。
"84"から始まる9桁コードは、入力コード欄に日付等の任意の数字を入力します。
"83"から始まる9桁コードは、カーソルが名称欄へ移動しますので全角入力を行います。

（入力例）
コメントマスタコード　"840000038"、"830000014"（20年1月と入力する場合は、1月または01月のどちらでの入力もできます）。

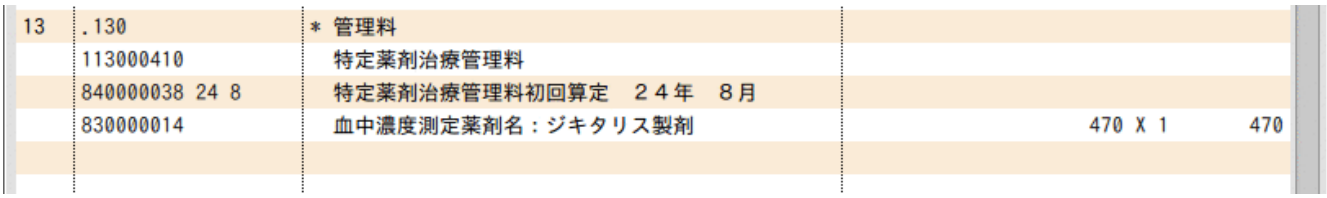


図 387

「5：労災」
厚生労働省のマスタ名称を表示します。
「4：コメント」同様、定型の労災コメントに一部文字情報が空白表示されているもの（年月日や、名称等の空白）は、入力による文字の埋め込みができます。

（診療行為入力画面入力例）
労災マスタコード　″101130030″
　　″840800001″

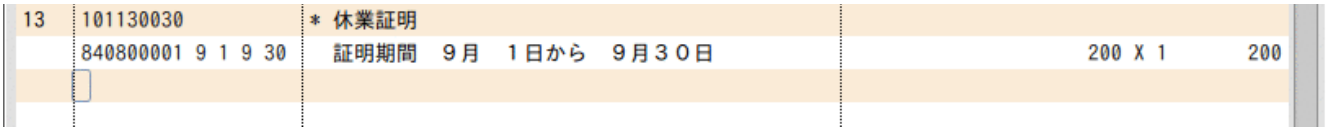


図 388

「6：システム」
システム予約コードを表示します。

「7：労災（合」
労災の合成コードを表示します。

（5）3桁コードによる検索

入力コードを6桁の数字で診療行為コードに割り当てて設定したとき、頭3桁を分類コード、下3桁を明細コードとして頭3桁の分類コードから検索を行うことができます。分類コードは、例えば医学管理等に対しては「130」、在宅料は「140」と割り当てるなど、各診療行為を「001」から「999」の範囲であるルールを決めて割り付けることができます。（診療行為コードに入力コードを割り付ける方法は別の項で解説します）。

例えば、″130001　特定疾患療養管理料（診療所）″
　　″130002　特定薬剤治療管理料″
　　″130003　在宅療養指導料″

と入力コードを設定したとします。
（″130001″の入力コードを例に挙げると″130″という分類コードと″001″の明細コードから構成されたコードとなります）。

↓入力コード欄に「130」を入力して「Enter」を押下します。

図 389

「130」の分類コードを割り付けた診療行為が一覧表示します。

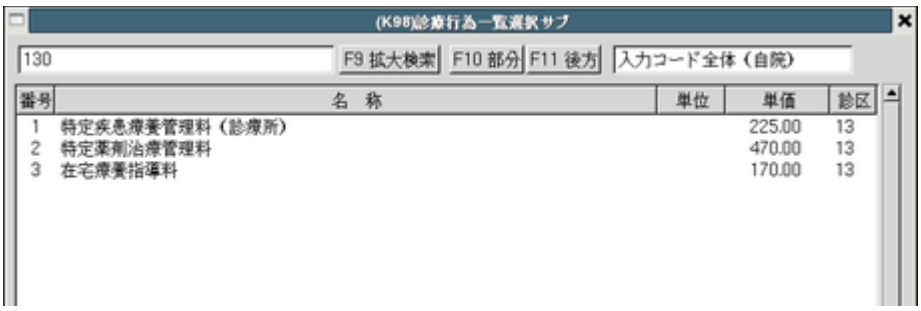


図 390

↓その他にも3桁コードにはセットコードなどもあり（セット登録をしなければいけません。登録方法は別の項で解説します）。頭1文字を「P」としてセット登録したものを検索します。

「P01」と入力して「Enter」を押下してみます。

図 391

【参考】　現在提供している点数マスタ及び入力コードテーブルには
次のような3桁コードで検索できるようにしています。

薬剤の服用方法	"Y01"	～1回というグループ
	"Y02"	～2回というグループ
	"Y03"	～3回というグループ
	"Y04"	～4回というグループ
画像診断の撮影部位	"X01"	
フィルム	"F01"	

以上は参考です。

（6）点数による検索

＜検査項目の点数検索＞

診療行為入力画面から検査を検索するときに、点数による検索ができます。

検索対象：指定した点数の範囲の検査。

自院コードの登録の有無に係らず全てを対象とします。

%加算のものは対象外となります。

検索方法：診療行為入力画面にて「///」＋点数

診療行為一覧選択の画面にて「/」＋点数

「///150-200」のように点数の範囲を指定することもできます。

※「/」は全角でも検索できますが、点数は半角での入力となります。

例）150点から200点の範囲で検索。

診療行為入力画面からの検索

診療行為入力画面に「///150-200」と入力します。

図 392

「Enter」を押下します。

150点から200点の検査項目が診療行為一覧に表示されます。

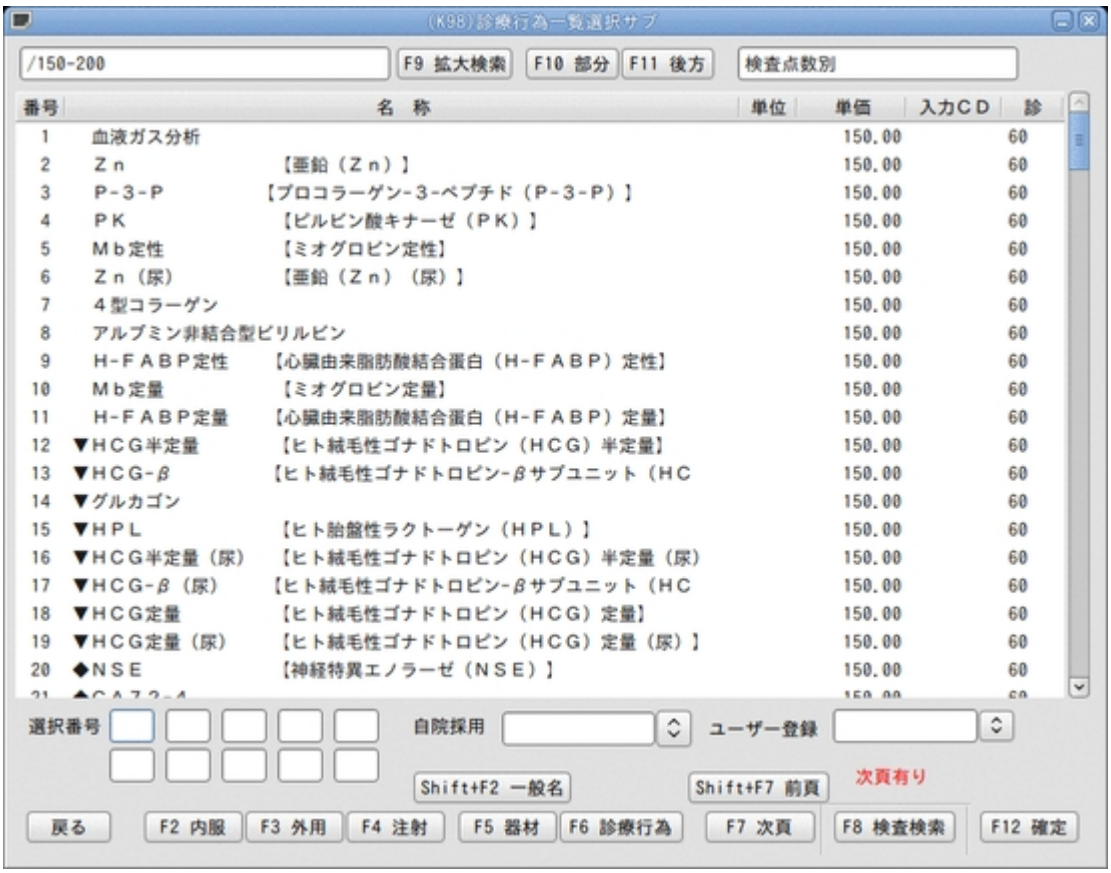


図 393

＜診療行為一覧選択画面からの検索＞

診療行為入力画面にて「//」と入力し診療行為選択画面を表示します。

点数検索のコマンド「/150-200」と入力します。

図 394

＜医科点数表の区分と点数による検索＞（検査以外の項目を点数検索する方法）

診療行為入力画面から診療行為を検索するときに、医科点数表の区分と点数による検索ができます。

検索対象：指定した区分、点数の範囲の診療行為。

自院コードの登録の有無に係らず全てを対象とします。

検索方法：診療行為入力画面にて「//」＋「＊」＋区分＋「／」＋点数

診療行為一覧選択の画面にて「＊」＋区分＋「／」＋点数

「//*J/150-200」のように点数の範囲を指定することもできます。

※「/」は全角でも検索できますが、点数は半角での入力となります。

例）処置の項目を100点で検索する

//*J/100　と入力します。

図 395

（7）//　による簡易検索

（7）－1　「//.」診療種別一覧
（7）－2　「//C」コメント一覧
（7）－3　「//Y」用法一覧
（7）－4　医科点数表の区分番号からの検索
（7）－5　「//R」「//RG」労災コード一覧

（7）－1　「//.」診療種別一覧

診療行為入力画面から診療種別一覧を表示し、入力することができます。
診療行為入力欄へ「//.」を入力します。

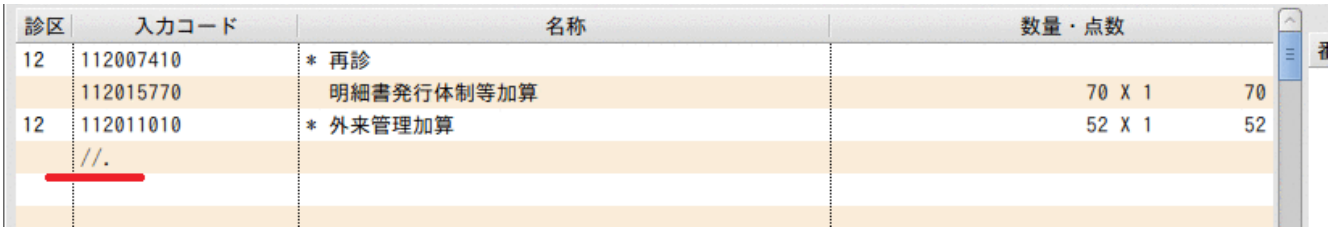


図 396

診療種別一覧を表示します。
マウスでクリックするか選択番号を入力し「「Enter」」で診療行為入力画面へコピーします。

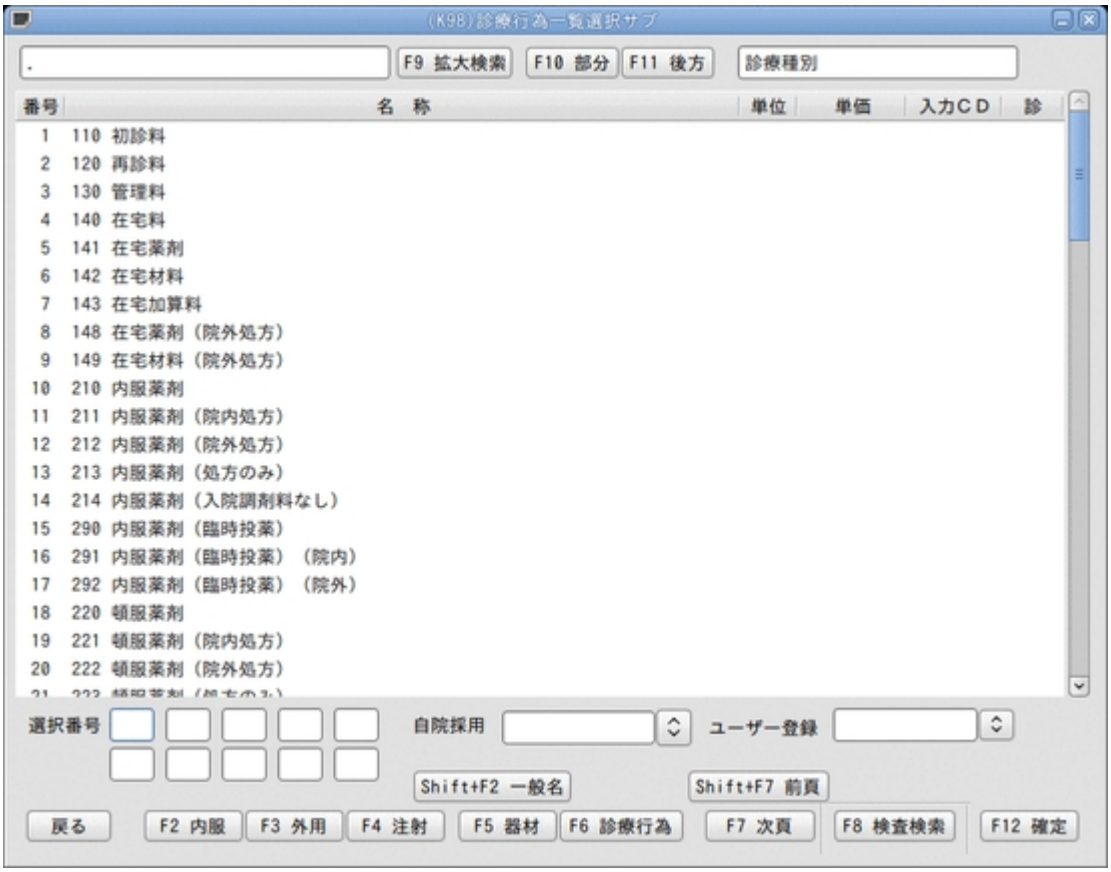


図 397

（7）－2　「//C」コメント一覧

診療行為入力画面からコメント一覧を表示し、入力することができます。
診療行為入力欄へ「//C」を入力します

図 398

コメント一覧を表示します。
マウスで選択するか選択番号を入力し、「確定(F12)」を押下すれば診療行為画面へコピーします。

図 399

ヒント！

「//C」は小文字でも表示できます。

（7）－3　「//Y」用法一覧

診療行為画面から直接用法一覧を表示することができます。診療行為入力欄へ「//Y」を入力します。

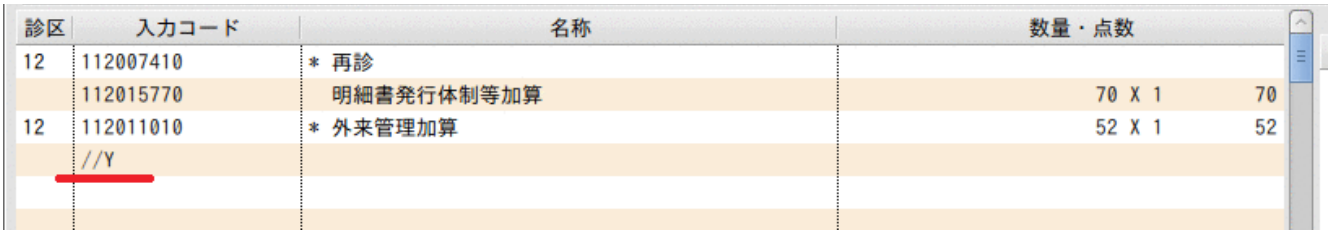


図 400

用法一覧を表示します。
マウスで選択するか選択番号を入力し、「確定(F12)」を押下すれば診療行為画面へコピーします。

図 401

ヒント！

「//Y」は小文字でも表示できます。

（7）－4　医科点数表の区分番号からの検索

「//」＋「*」＋区分（＋番号（枝番を除く））を入力することにより、医科点数表の区分番号から検索を行うことができます。
※「*K」は半角のみ有効です。

//*K・・・・手術全てが対象
//*K001・・K001 皮膚切開術が対象

診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	112007410	* 再診		
	112015770	明細書発行体制等加算	70 X 1	70
12	112011010	* 外来管理加算	52 X 1	52
	//*K001			

図 402

番号	名　称	単位	単価	入力CD	診
1	皮膚切開術（長径１０ｃｍ未満）		470.00		50
2	皮膚切開術（長径１０ｃｍ以上２０ｃｍ未満）		820.00		50
3	皮膚切開術（長径２０ｃｍ以上）		1470.00		50

図 403

＜区分番号検索から自院コードが登録されている診療行為のみを表示したい＞
区分番号の最後に「S」（大文字）を付けます。

//*K001S・・・K001の区分の診療行為で自院コードが登録されているものを表示

＜区分と点数から検索をしたい＞
「//」＋「*」＋区分＋「/」＋点数-点数　を入力します。
例）手術の150点～200点を検索する。
　　//*K/150-200

診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	112007410	* 再診		
	112015770	明細書発行体制等加算	70 X 1	70
12	112011010	* 外来管理加算	52 X 1	52
	//*K/500-700			

番号	診療日	科	保険
1	H24.10.12	内	0002
2	H24. 9.13	内	0002
3	H23.11.10	内	0002

番号	名　称	単位	単価	入力CD	診
1	小児創傷処理（筋肉、臓器に達しない、長径２．５ｃｍ～５ｃｍ未満）		500.00		50
2	自己血貯血（６歳以上）（凍結保存）		500.00		50
3	自己血貯血（６歳未満）（凍結保存）		500.00		50
4	術中血管等描出撮影加算		500.00		50
5	口蓋腫瘍摘出術（口蓋粘膜に限局する）		520.00		50
6	血管露出術		530.00		50
7	血管露出術加算		530.00		50
8	涙点形成術		550.00		50

図 404

（7）－5　「//R」「//RG」労災コード一覧

診療行為入力画面から労災コード一覧を表示することができます。

「//R」・・・労災コード一覧
「//RG」・・ 労災合成コード一覧

診療行為入力欄へ「//R」または「//RG」を入力します。

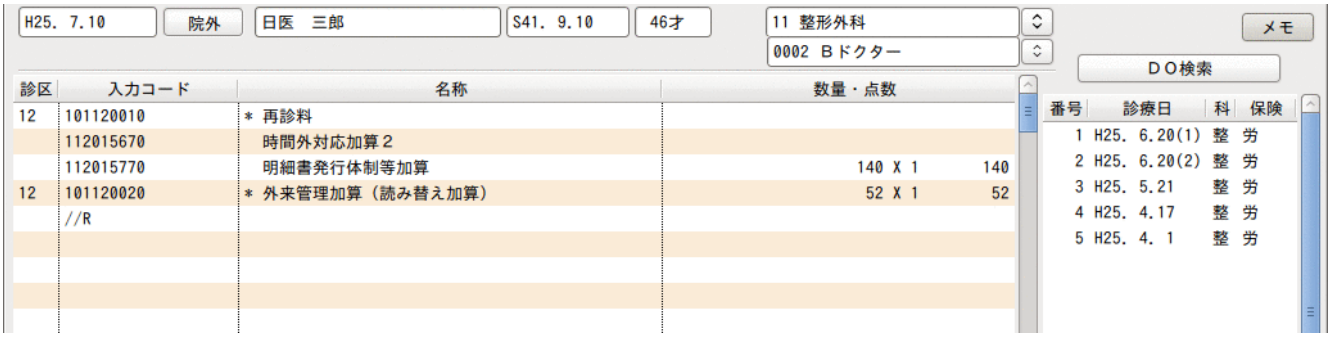


図 405

労災一覧を表示します。
マウスで選択するか選択番号を入力し、「確定(F12)」を押下すれば診療行為画面へコピーします。

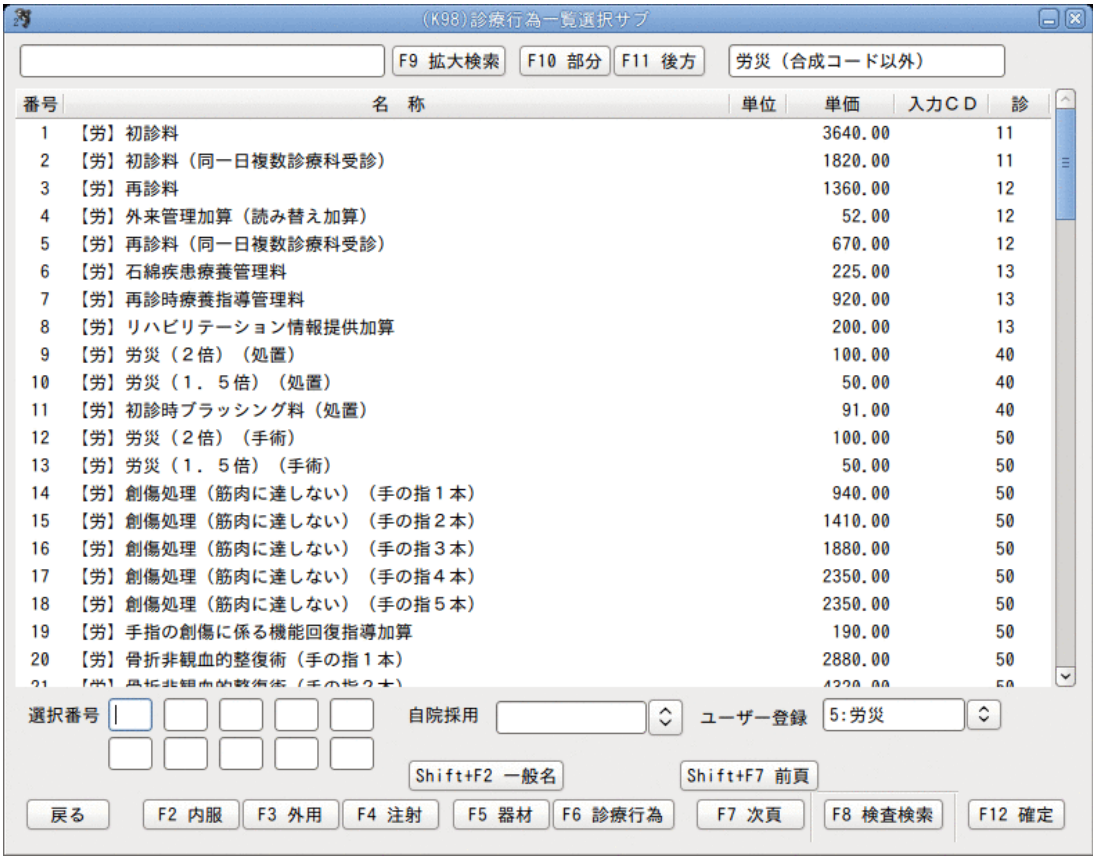


図 406

【労災合成コードー覧画面】

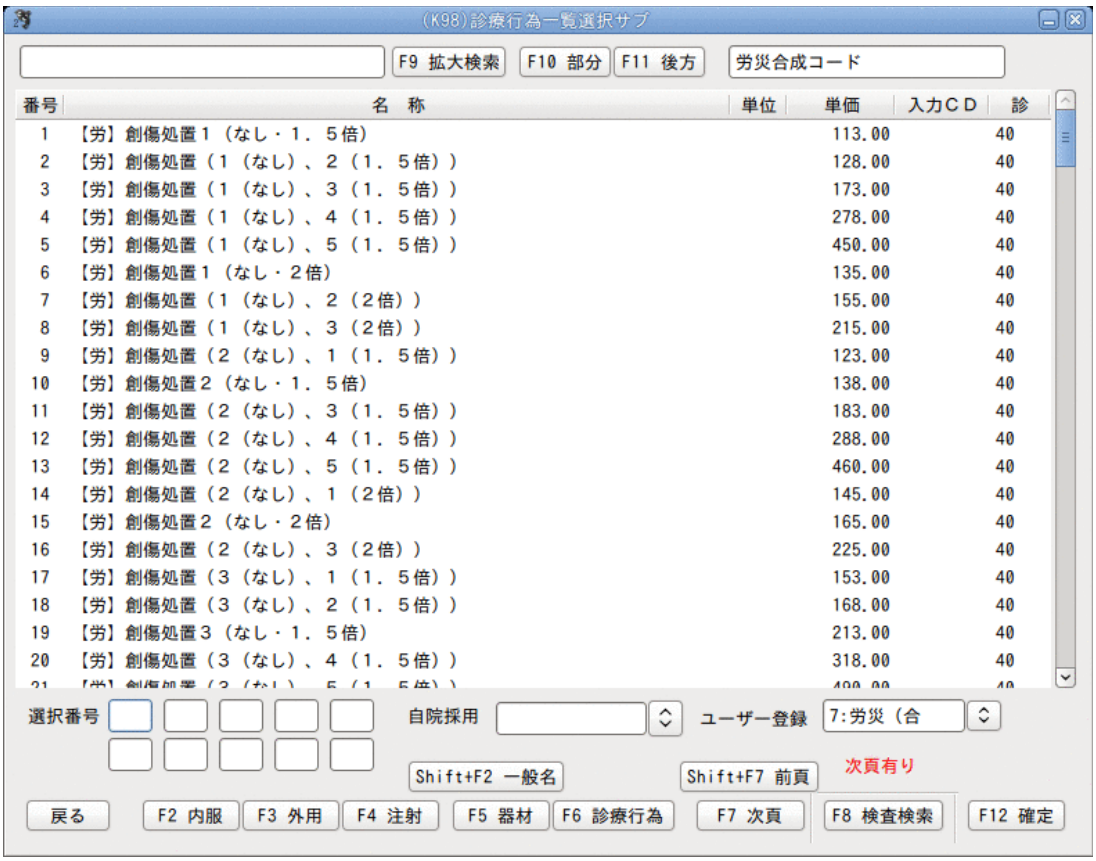


図 407

（8）一般名から薬剤を検索・銘柄名を指定し同じ一般名の薬剤を検索

（8）-1　一般名から薬剤を検索

1. 入力コード欄に一般名を入力し検索します。

注意！

一旦、銘柄として通常の検索を行います。

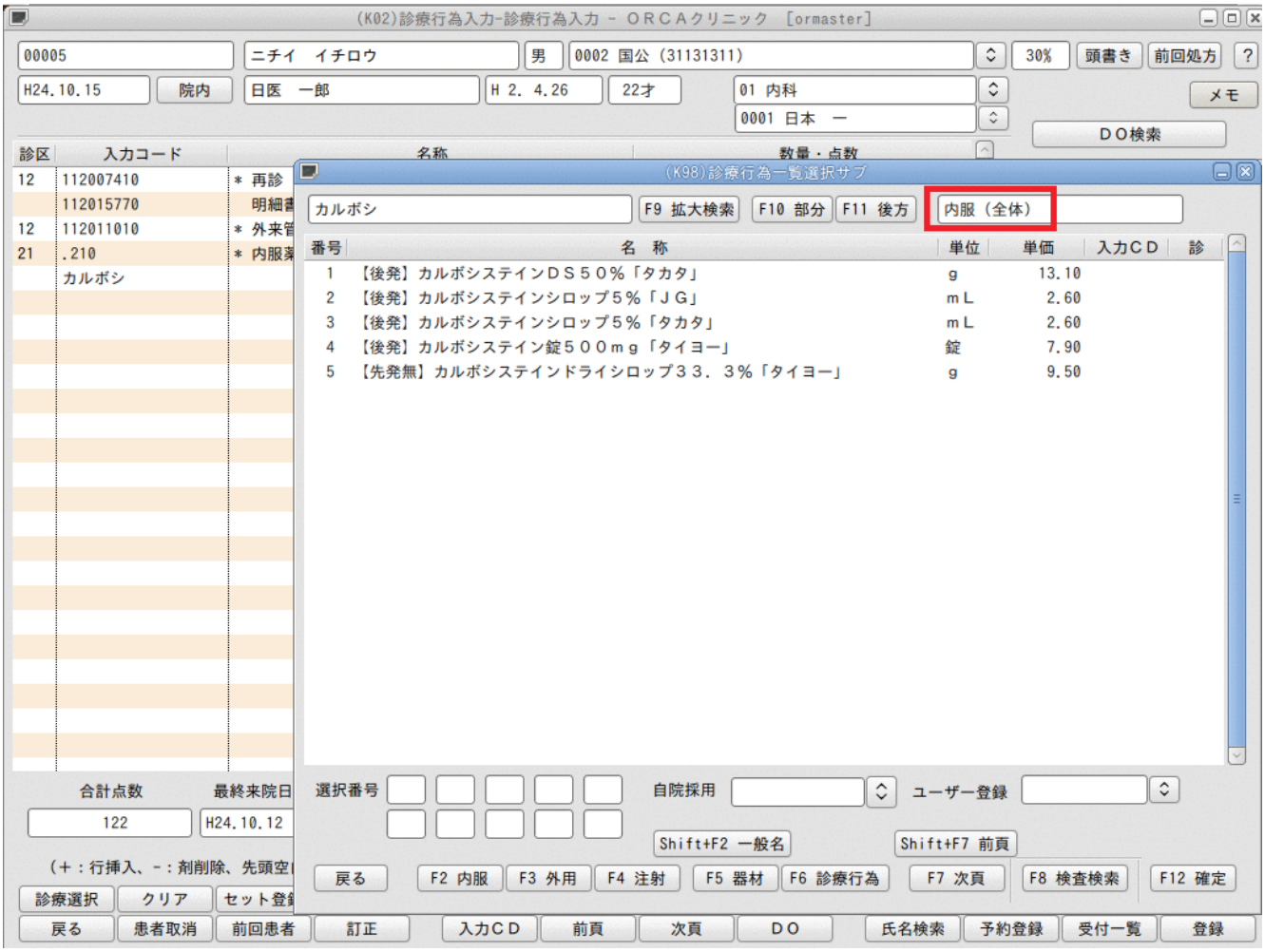


図 408

2. 「一般名」(Shift+F2)を押下すると、一般名の一覧が表示されます。

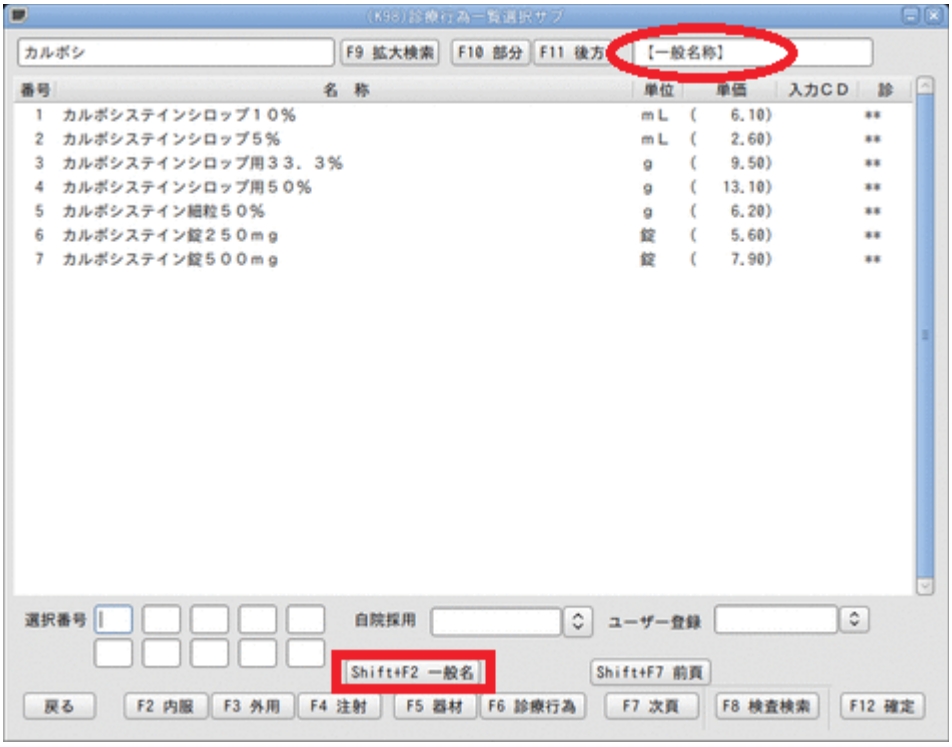


図 409

3. 一般名を選択するとその一般名に該当する薬剤一覧が表示されます。

図 410

（8）-2　銘柄名を指定し同じ一般名の薬剤を検索

1. 入力コード欄に入力CDまたは銘柄名を入力し検索します。

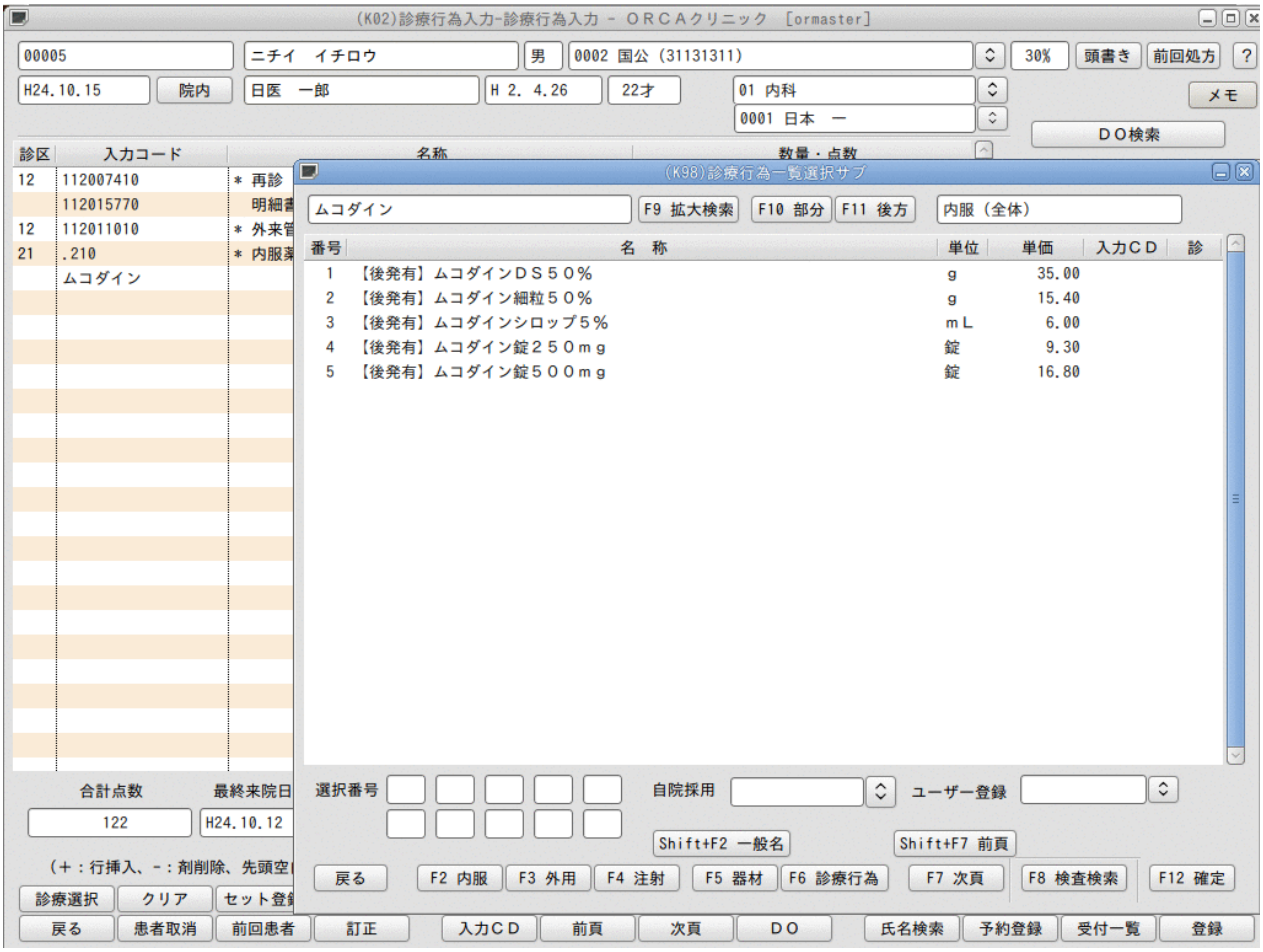


図 411

2. 薬剤を選択後、「一般名」(Shift+F2)を押下します。

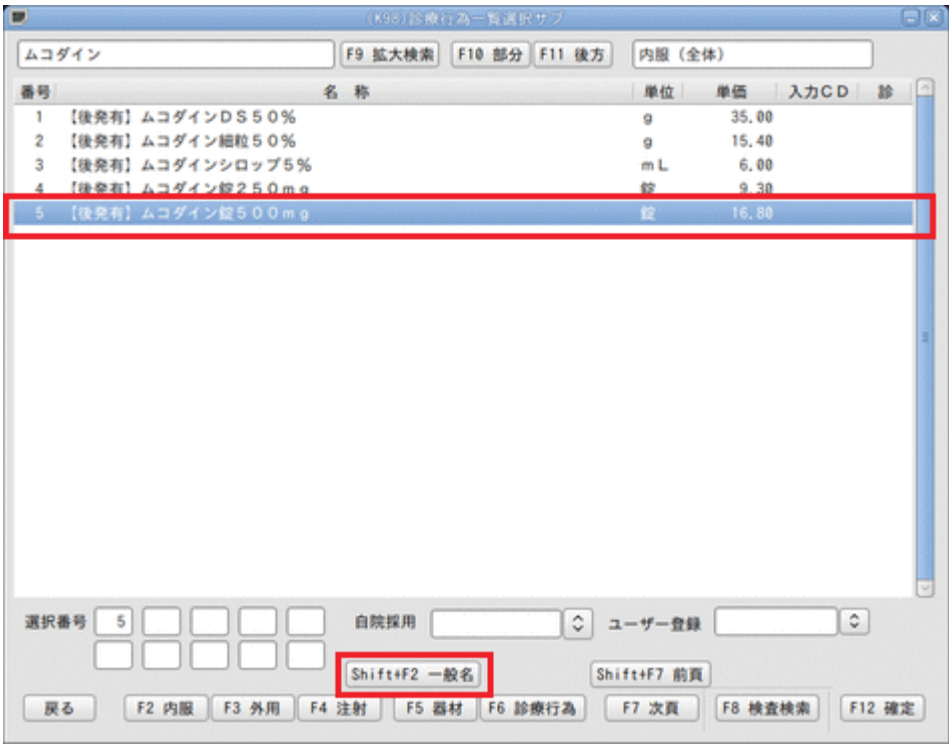


図 412

3. 選択した薬剤と同じ一般名の薬剤一覧が表示されます。

図 413

２.５.４　セットの登録方法

（1）約束処方（薬のセット）

（1）－1　患者の呼び出し
（1）－2　登録モードの選択
（1）－3　セットコードの決定
（1）－4　セット名称の決定
（1）－5　約束処方セット内容の入力
（1）－6　入力コードの設定
（1）－7　確認、登録
（1）－8　約束処方の入力例
（1）－9　セット登録の一覧印刷

セット登録を行う際には、患者指定をしたのちに診療行為入力画面での入力内容を引き継いでセット登録ができる他、患者の指定無しにセット登録画面から直接、新規セット登録、或いはセット内容の修正を行うことができます。また有効期限を区切ることにより、セットコードの内容を変更することができます。

（1）－1　患者の呼び出し

通常の診療行為入力画面等と同様の方法で患者を呼び出します。実際の患者でもテスト患者でも構いません。また使用する保険も自由です。（実際の患者の診療データを入力中でもセット登録はできます。セット登録した内容は患者の診療データとは無関係のものですので、患者の診療データ登録に影響はありません）。

注意！
セット登録を行う患者は一般を推奨します。
乳幼児や老人は自動算定の診療行為コードが追加されたり、老人保健点数の診療行為コードで作成してしまいます。

患者を指定後は、「セット登録」(Shift＋F3)を押下します。
このとき、診察料等の自動発生する診療行為以外の診療行為内容が既に入力されている場合は、その内容をセット登録画面に引き継ぎます。

診区	入力コード	名称	数量・点数		
12	112007410	＊再診			
	112015770	明細書発行体制等加算		70 X 1	70
12	112011010	＊外来管理加算		52 X 1	52
21	.210	＊内服薬剤			
	620003183 1.5	ラックビー微粒Ｎ　１％	1.5 g		
	612370110 1	【無】ロペラン細粒０．２％	1 g		
	620004993 1	コリオパン顆粒２％	1 g		
	Y03001*14	【１日３回毎食後に】		7 X 14	98

図 414

↓

Copyright(C)2007JMARI

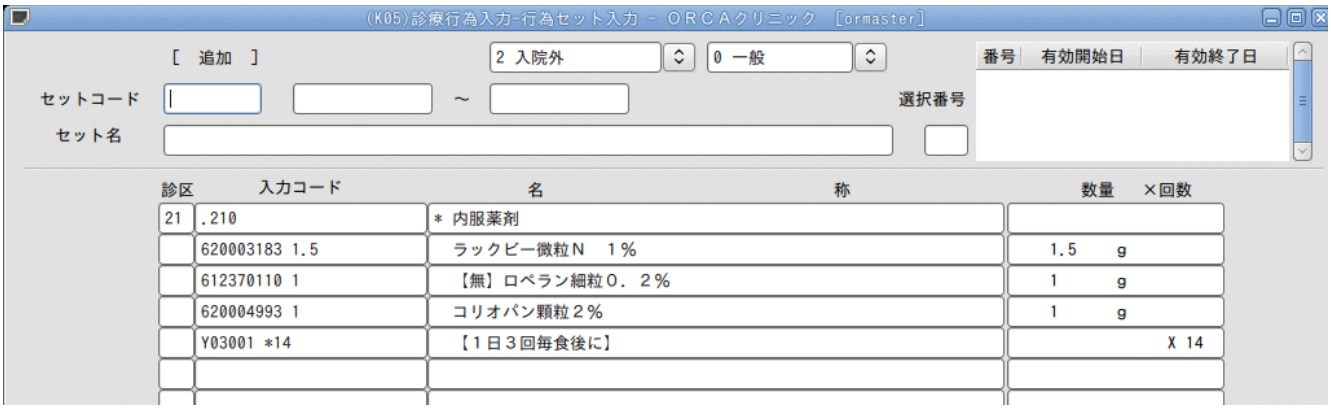


図 415

（1）－2　登録モードの選択

最初に登録モードを指定します。初期状態は「追加」モードとなっています。新規にセット登録する場合には「追加」モードより作成します。

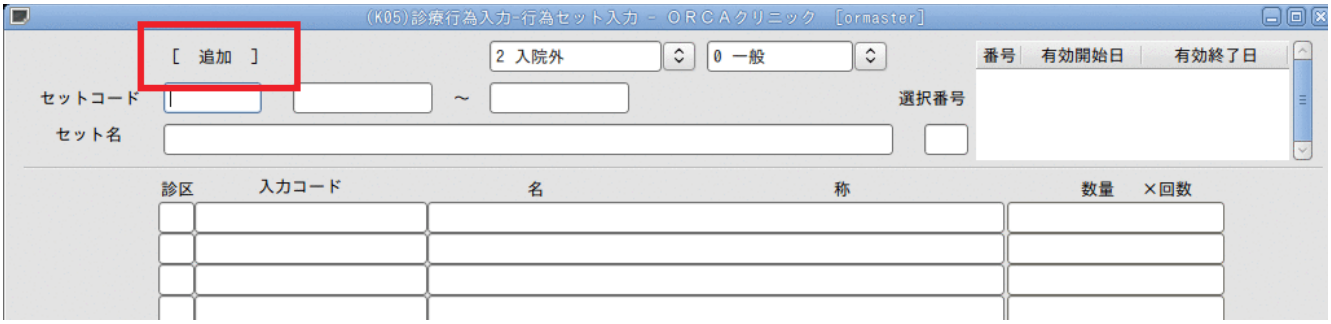


図 416

既に登録済みのセット内容の変更及び削除をする場合は、「修正」モードより行います。「修正」モードにするには、セットコード欄に「S」若しくは「P」から始まる登録済みの6桁のコードを入力します。このとき、確認メッセージを表示しますので、「OK」を押下します。

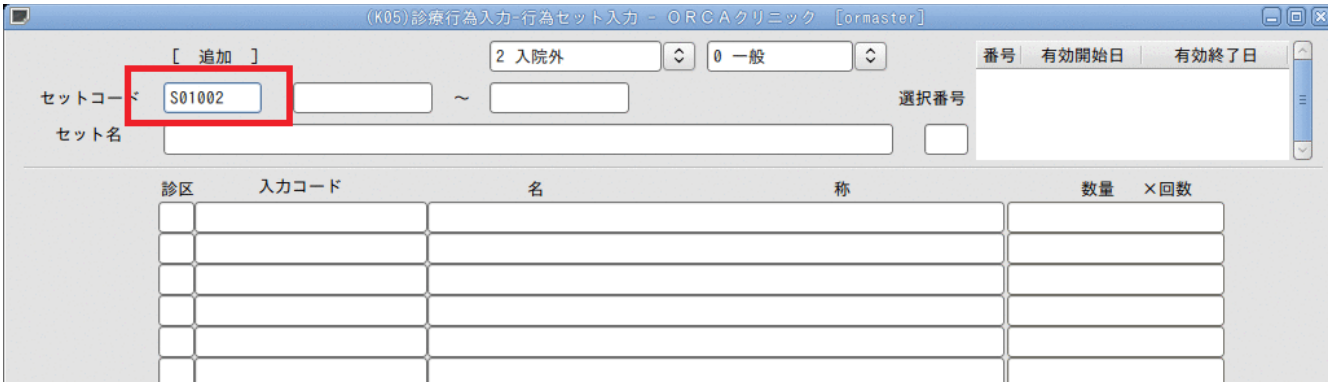


図 417

↓

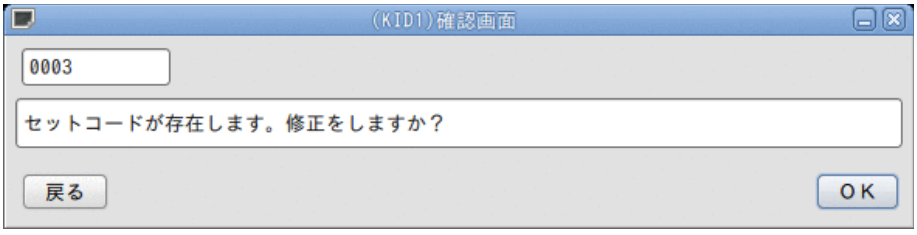


図 418

「OK」を押下することでセット内容が表示され、「修正」モードとなります。

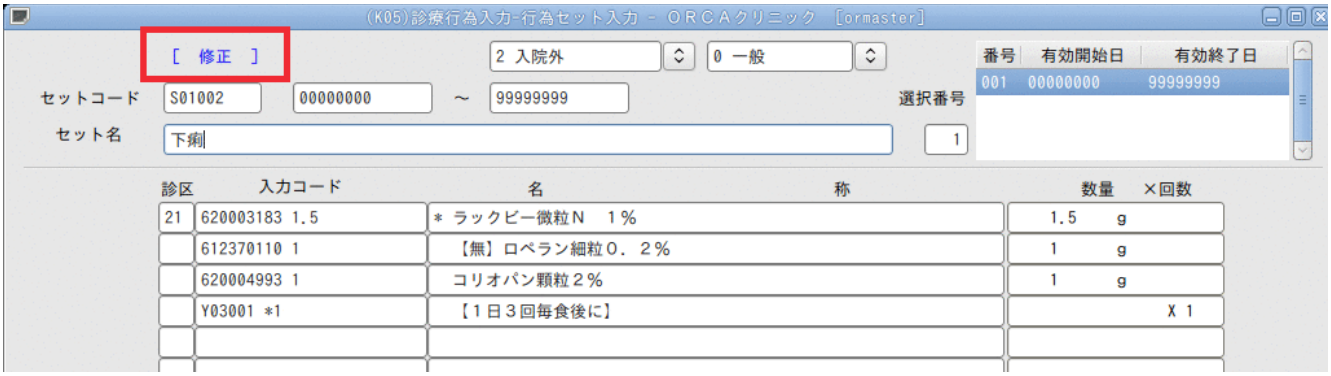


図 419

また、既に登録済みのセット内容を表示したいときは、セットコード入力欄に「S」または「P」を入力し、「Enter」を押下すると該当する登録済みのセット一覧を検索画面に表示します。セットを指定した場合、はそのまま「修正」モードへ移行します。

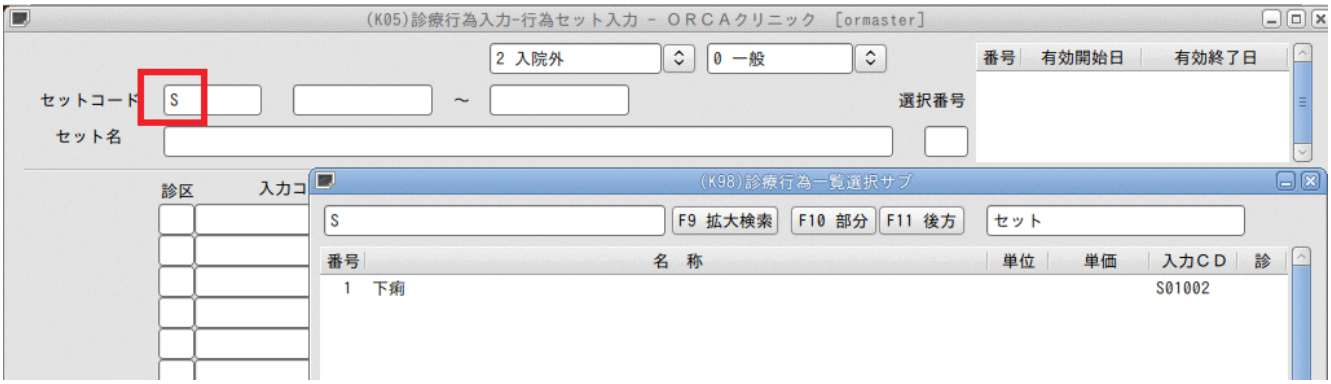


図 420

↓

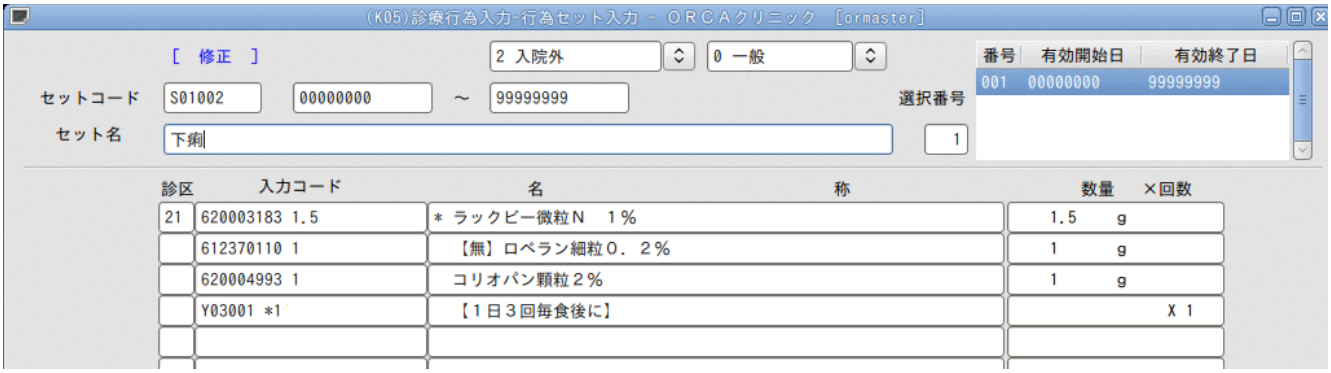


図 421

なお、この時点で「削除」(F4) を押下すると、削除する旨の確認メッセージを表示し、画面表示しているセットを削除することができます。

（1）－3　セットコードの決定

約束処方のセットコードは6桁で設定します。ただし先頭は「S」（大文字）で始まるコードにします。

注意！
頭文字が「S」以外の場合は約束処方とみなしません。

また、このコードは3桁コードの検索方法にも使用することができますので、数字の部分と上位3桁と下位3桁に規則性をもたせて設定すると覚えやすくなります。

上位3桁・・・「S」を先頭にして2桁目、3桁目は数字またはアルファベットの入力ができます
下位3桁・・・数字のみ入力ができます

↓セットコード欄に「S00001」として入力し「Enter」を押下し、必要に応じて開始日・終了日を入力します。

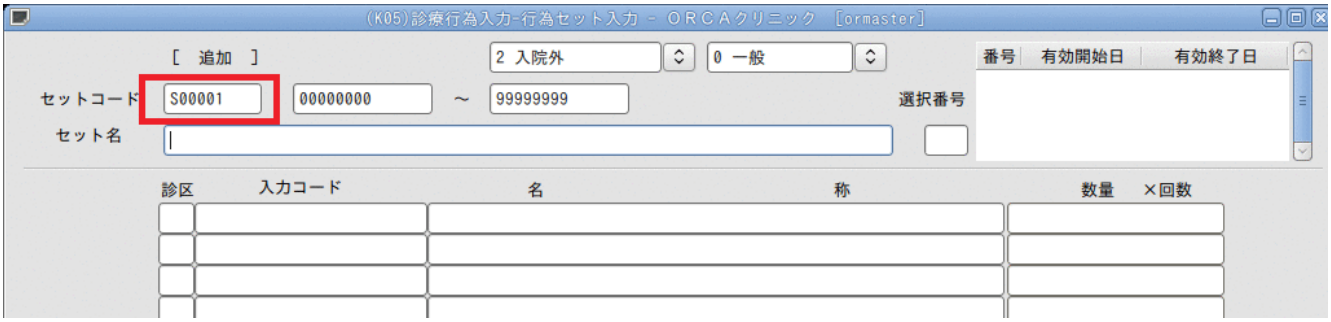


図 422

（1）－4　セット名称の決定

約束処方のセット名称を設定します。登録は全角、半角のどちらの入力もできます。
ただし、全角と半角が混在しているセット名称の場合にはセット一覧印刷を行ったときの印字が正常にされない可能性があります。
↓セット名称を「約束処方（下痢）」として入力し「Enter」を押下します。

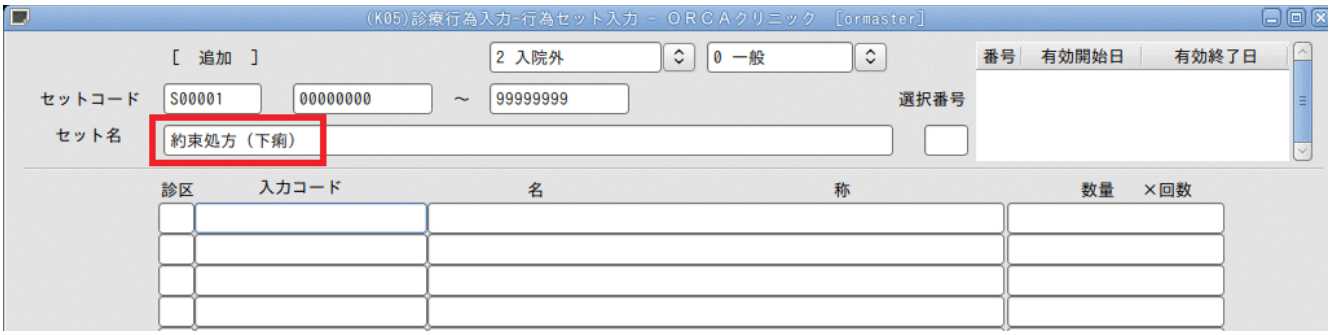


図 423

Copyright(C)2007JMARI

（1）－5　約束処方セット内容の入力

約束処方のセット内容を設定します。診療行為入力画面で投薬料を入力する要領で入力を行います。

注意！
「.210」などの診療区分は入力しません。

また、1剤のみとし複数剤のセット内容にはしないでください。回数も1回とします。

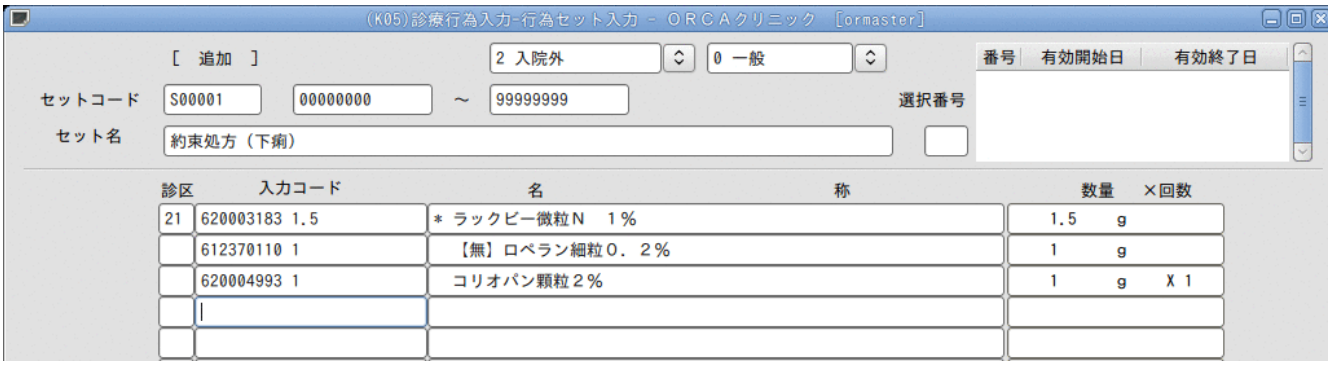


図 424

（1）－6　入力コードの設定

約束処方のセットにも入力コードを割り付けることができます。（必須ではありません）。実際にはセットコードを入力すれば算定はできますが、より覚え易い入力コードを付けると入力のスピードが上がります。入力コードは4桁コード、5桁コード、6桁コードと全角コード（5文字まで）の中から自由に5つまで割り付けることができます。
セット登録画面より「入力CD」(F5)を押下しますと次のようなウィンドウが現れます。
入力コードを4桁コードとして"2001"を割り付けてみます。

↓「2001」と入力して「Enter」を押下後「登録」(F12)を押下します。

図 425

（1）－7　確認、登録

約束処方のセットの入力もでき入力コードの割り付けもできましたら、最終確認をして登録を行います。
セット内容を確認後、「登録」(F12)を押下します。

「登録」を押下後は、診療行為入力画面から患者を引き継いだ状態でセット登録を行った場合には診療行為入力画面へ戻ります。患者の指定無しにセット登録画面へ遷移した場合は、診療行為入力画面へは戻らず、続けてセット登録を行うことができます。

（1）－8　約束処方の入力例

約束処方セットを診療行為入力画面でどのように入力するか、例を示して説明します。
セットコードが「S」から始まる約束処方セットにはセット登録時に診療種別区分を含めた登録ができないため、必ず診療種別区分を入力します。入力が無い場合には、エラーを表示し、診療種別区分の入力を促します。
次に約束処方セットのセットコード、若しくは割り付けた入力コードを入力します。例では入力コード（2001）で入力しています。数量及び回数を次のように入力します。

診区	入力コード	名称		数量・点数	
12	112007410	* 再診			
	112015770	明細書発行体制等加算		70 X 1	70
12	112011010	* 外来管理加算		52 X 1	52
21	.210	* 内服薬剤			
	S00001 2*4	約束処方（下痢）	2	14 X 4	56

図 426

次のような結果になります。
約束処方セットは診療内容を展開して表示はしません。
画面表示されている点数は上記の数量で4日分の算定をしています。

注意！
約束処方セットでいう数量とは、セットの単位に対する数量となります。

例ではセット登録されている数量の各2倍が1日分の数量となります。

ラックビー微粒N1%	1.5g	×	2	＝	3g
ロペラン細粒0．2%	1g	×	2	＝	2g
コリオパン顆粒2%	1g	×	2	＝	2g

Copyright(C)2007JMARI

「登録」(F12)を押下して診療行為確認画面へ遷移すると、約束処方セットの内容を確認することができます。

図 427

＜期限切れの点数マスタを含む約束処方セット＞

登録済みの約束処方セットに期限切れ等により現在使用できない点数マスタが含まれている場合には、診療行為入力画面でそのセットの入力を行ったときに以下のエラー表示を行います。

（点数マスタに置き換えマスタが登録されている場合は、薬剤を置き換えて算定します）

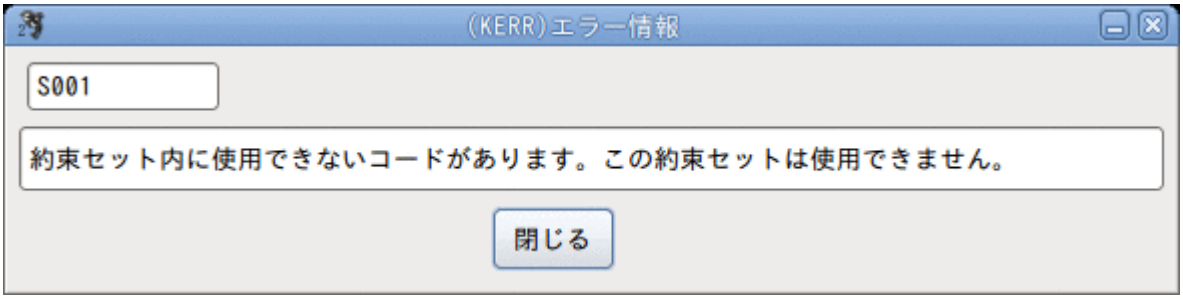


図 428

この場合、該当する約束セットコードから内容を変更あるいは削除して使用するのではなく、新たに期間を区切り、セットコードの内容を変更することを推奨します。期間を区切らずに同一のセットコードの内容を変更あるいは削除した場合、期限の翌日以降の約束セット使用に問題はありませんが、有効期限内の約束セットを「訂正」で開いた場合には、現在のセット内容に置き換えをします。

（なお、Pから始まる診療セットに期限切れの点数マスタがある場合、該当する既存の診療セットコードから内容の修正を行っても、過去のセット内容を修正後の内容に置き換えることはしません）。

（1）－9　セット登録の一覧印刷

セット登録の一覧表の印刷を行います。「一覧印刷」(F9)を押下します。

図 429

印刷範囲を指定し、「F9　印刷」を押下すると確認メッセージが表示します。
印刷範囲は、設定しているセットコードでの入力となります。

図 430

「OK」を押下すると印刷が開始します。

Copyright(C)2007JMARI

（2）診療セット

（2）－1　入力途中でセット登録する
（2）－2　登録モードの選択
（2）－3　セットコードとセット名称の決定
（2）－4　診療セット内容の入力
（2）－5　入力コードの設定
（2）－6　確認、登録
（2）－7　診療セットの入力例
（2）－8　診療セットの数量ゼロ登録
（2）－9　セット登録の一覧印刷

（2）－1　入力途中でセット登録する

セット登録を行う際には、患者指定をしたのちに診療行為入力画面での入力内容を引き継いでセット登録ができる他、患者の指定無しにセット登録画面から直接、新規セット登録、或いはセット内容の修正を行うことができます。
通常の診療行為入力と同様の方法で患者指定を行い行為入力画面まで進みます。指定する患者は実際の患者でもテスト患者でもかまいません。使用する保険もどのようなものでもかまいません。（実際の患者の診療データを入力中でもセット登録はできます。
しかも、患者の診療データとは全く別のものですので患者の診療データ登録には影響ありません）。

注意！
セット登録を行う患者は一般を推奨します。
乳幼児や老人は自動算定の診療行為コードが追加されたり、老人保健点数の診療行為コードで作成してしまいます。

↓行為入力画面より「セット登録」(Shift＋F3)を押下します。
このとき、診察料等の自動発生する診療行為以外の内容が既に入力されている場合は、その内容をセット登録画面に引き継ぎます。診療行為入力が無くセット登録画面へ遷移した場合は、約束処方の登録と同様に行為入力が1つもない状態からでも作成・登録はできます。

診区	入力コード	名称	数量・点数		
12	112007410	＊再診			
	112015770	明細書発行体制等加算		70 X 1	70
12	112011010	＊外来管理加算		52 X 1	52
21	.210	＊内服薬剤			
	616130532 3	【先】セフゾンカプセル１００ｍｇ	3	Cap	
	620003632 3	【先】メプチン錠５０μｇ　０．０５ｍｇ	3	錠	
	610453119 3	【先】ムコダイン錠２５０ｍｇ	3	錠	
	611140237 3	ソランタール錠５０ｍｇ	3	錠	
	Y03001*3	【１日３回毎食後に】		34 X 3	102
22	.220	＊頓服薬剤			
	620002022	【無】カロナール細粒２０％	1	ｇ	
	Y00001*6	【医師の指示通りに】		1 X 6	6

図 431

Copyright(C)2007JMARI

（2）－2　登録モードの選択

操作方法は「（1）約束処方（薬のセット）－（2）登録モードの選択」と同様です。

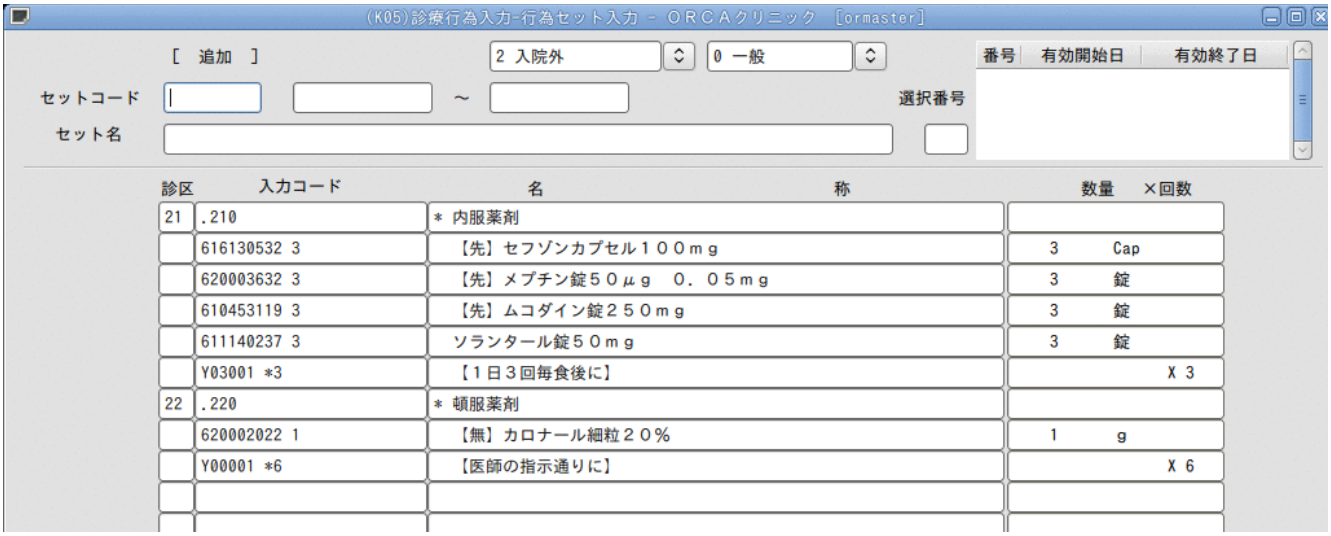


図 432

なお、セットコードが「P」から始まる診療セットは、薬剤セットの他、診療行為内容全般のセット登録が行えます。

（2）－3　セットコードとセット名称の決定

診療セットのセットコードは6桁で設定します。ただし先頭は「P」（大文字）で始まるコードにします。

注意！
頭文字が「P」以外の場合は診療セットとみなしません。

また、このコードは3桁コードの検索方法にも使用することができますので数字の部分と上位3桁と下位3桁に規則性をもたせて設定すると覚えやすくなります。

上位3桁・・・「P」を先頭にして2桁目、3桁目は数字またはアルファベットの入力ができます
下位3桁・・・数字のみ入力ができます

例では以下薬剤のセットコードを「P01001」として入力し「Enter」を押下します。
次に診療セットのセット名称を設定します。
登録は全角、半角のどちらの入力もできます。ただし、全角と半角が混在しているセット名称の場合にはセット一覧印刷を行ったときの印字が正常にされない可能性があります。

Copyright(C)2007JMARI

↓セット名称を「かぜ発熱セット」として入力し「Enter」を押下します。

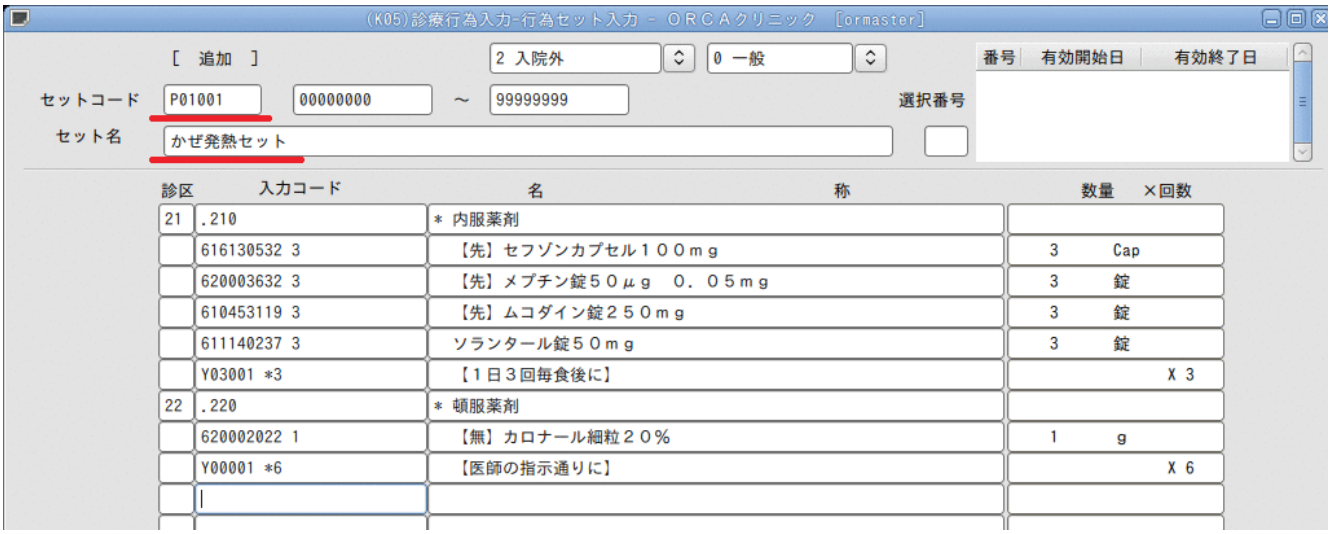


図 433

(2) －4　診療セット内容の入力

診療セット内容を設定します。
診療行為入力画面で各診療区分別の入力をする要領で入力を行います。
上記「かぜ　発熱セット」の入力例は、元の画面から診療内容を引き継いでいるので、ここでは編集はありません。

(2) －5　入力コードの設定

診療セットに入力コードを割り付けることができます。（必須ではありません）。
実際にはセットコードを入力すれば算定はできますが、より覚え易い入力コードを付けると入力のスピードが上がります。入力コードは4桁コード、5桁コード、6桁コードと全角コード（5文字まで）の中から自由に5つまで割り付けることができます。

セット登録画面より「入力CD」(F5)を押下しますと次のようなウィンドウが現れます。
↓入力コードを4桁コードとして「2011」を割り付けてみます。
「2011」と入力して「Enter」を押下後「登録」(F12)を押下します。

図 434

（2）－6　確認、登録

診療セットの入力もでき、入力コードの割り付けもできましたら最終確認をして登録を行います。
「登録」を押下後は、診療行為入力画面から患者を引き継いだ状態でセット登録を行った場合には診療行為入力画面へ戻ります。患者の指定無しにセット登録画面へ遷移した場合は、診療行為入力画面へは戻らず、続けてセット登録を行うことができます。

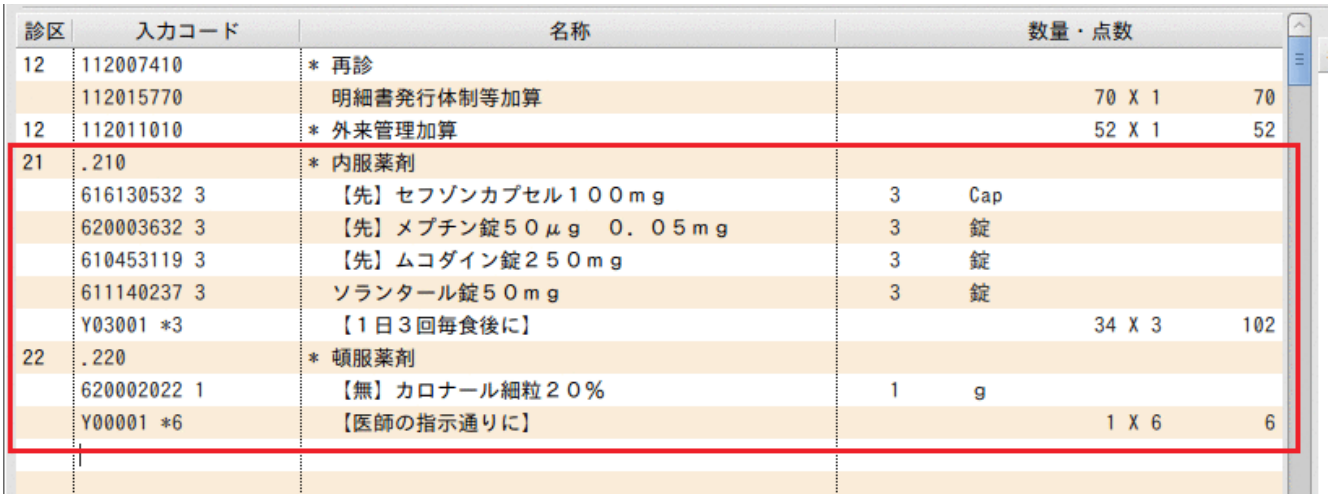
（2）－7　診療セットの入力例

診療セットを診療行為入力画面でどのように入力するか例を示して説明します。
診療セットのセットコードあるいは割り付けた入力コードを入力します。例では入力コード（2011）で入力しています。

診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	112007410	＊ 再診		
	112015770	明細書発行体制等加算	70 X 1	70
12	112011010	＊ 外来管理加算	52 X 1	52
	2011			

図 435

次のような結果になります。
診療セットは診療内容を展開して表示しますので、それに対して変更・追加・削除を行うことができます。



診区	入力コード	名称	数量・点数		
12	112007410	＊ 再診			
	112015770	明細書発行体制等加算		70 X 1	70
12	112011010	＊ 外来管理加算		52 X 1	52
21	.210	＊ 内服薬剤			
	616130532 3	【先】セフゾンカプセル１００ｍｇ	3	Cap	
	620003632 3	【先】メプチン錠５０μｇ　０．０５ｍｇ	3	錠	
	610453119 3	【先】ムコダイン錠２５０ｍｇ	3	錠	
	611140237 3	ソランタール錠５０ｍｇ	3	錠	
	Y03001 *3	【１日３回毎食後に】		34 X 3	102
22	.220	＊ 頓服薬剤			
	620002022 1	【無】カロナール細粒２０％	1	g	
	Y00001 *6	【医師の指示通りに】		1 X 6	6

図 436

（2）－8　診療セットの数量ゼロ登録

セットコードが「P」から始まるセット登録では薬剤、器材、診療行為（数量入力ができるものに限る）に数量を「0（ゼロ）」とした作成・登録が行えます。
【5.1　システム管理マスタ】の【1007　自動算定・チェック機能制御情報】を参照して、設定を行います。このとき、数量ゼロ入力欄を「1：入力エラーとする」と設定するとゼロ入力ができるようになります。なお、「0：標準（行削除とする）」とした場合には、数量にゼロを入力すると該当行の行削除を行います。

Copyright(C)2007JMARI

＜例＞セットコード　「P01010」
セット名称　「かぜセット1（数量ゼロ）」として、以下の薬剤をセット登録する

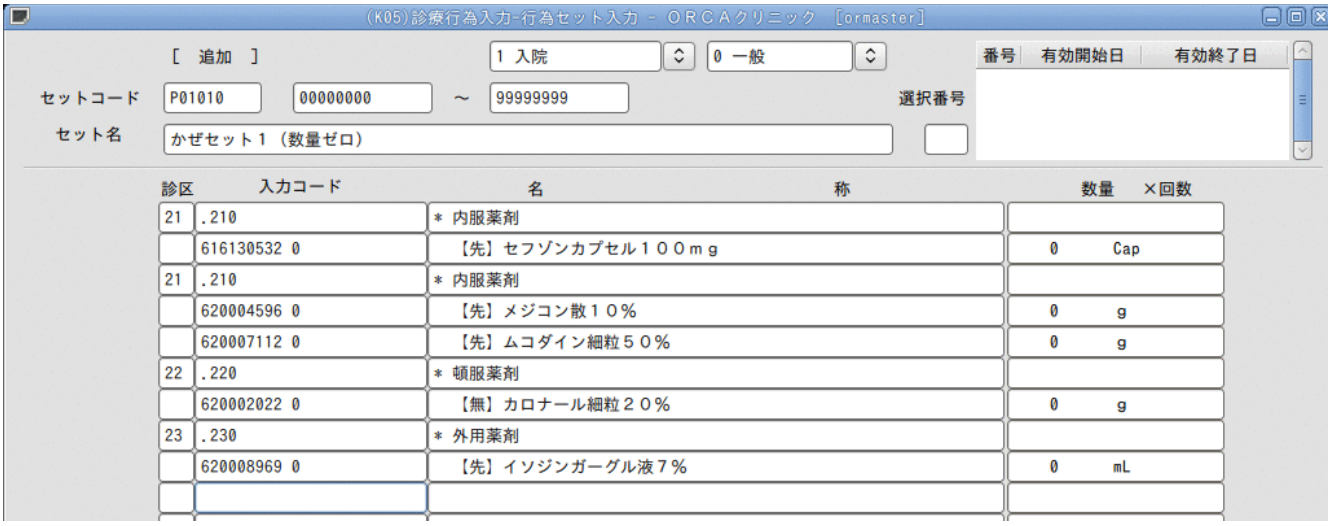


図 437

上記内容を登録して、実際に診療行為入力画面で入力してみます。

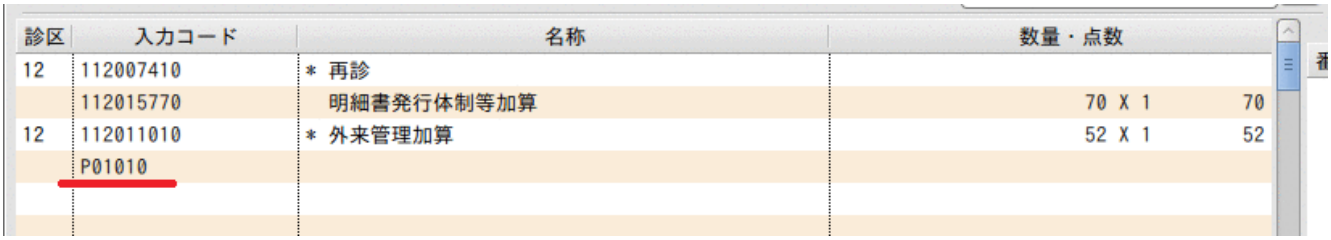


図 438

↓

図 439

診療行為入力画面で数量ゼロ入力が含まれるセットを展開したとき、数量ゼロ入力の行が無くなるまで数量ゼロの部分にカーソルが移動します。数量にゼロがあるときは、点数・剤分離等は行いません。全ての数量ゼロ入力が無くなったときに点数計算等の処理を行います。また、数量ゼロがあるときは下記以外の他の画面へ遷移することができません。

＜数量ゼロがあるときでも遷移できる画面＞

「戻る」　　(F1)
「患者取消」　(F2)
「前回患者」　(F3)
「訂正」　　(F4)
「DO」　　(F8)
「氏名検索」　(F9)

数量がゼロ表示されている箇所に各数量を入力します。

診区	入力コード	名称	数量・点数			
12	112007410	＊ 再診				
	112015770	明細書発行体制等加算			70 X 1	70
12	112011010	＊ 外来管理加算			52 X 1	52
21	.210	＊ 内服薬剤				
	616130532 03*3	【先】セフゾンカプセル１００ｍｇ	3	Cap	20 X 3	60
21	.210	＊ 内服薬剤				
	620004596 03	【先】メジコン散１０％	3	g		
	620007112 03*3	【先】ムコダイン細粒５０％	3	g	12 X 3	36
22	.220	＊ 頓服薬剤				
	620002022 01*6	【無】カロナール細粒２０％	1	g	1 X 6	6
23	.230	＊ 外用薬剤				
	620008969 030*1	【先】イソジンガーグル液７％	30	mL	10 X 1	10

図 440

ヒント！

表示されている「0」を消す必要はありません。「0」の後に数量を入力します。

Copyright(C)2007JMARI

＜数量ゼロの行削除について＞

行削除の方法のひとつに、該当行の数量にゼロを入力する方法がありますが、数量ゼロのセットを展開した場合には使用できません。この場合には、数量ゼロのあとに続けて「0」を入力することで行削除をすることができます。

＜例＞　616130532　0　　←カーソルが移動する
　　616130532　00　←　「0」を続けて入力すると、行削除となる

なお、システム管理で設定した数量ゼロ入力欄の「1：入力エラーとする」を「0：標準（行削除とする）」と変更した場合、数量ゼロで登録されていたセットは、数量を1に置き換えます。

(2) －9　セット登録の一覧印刷

「一覧印刷」(F9)を押下すると、自院で登録したセット登録一覧表の印刷を行います。

２.５.５　入力コードの設定方法

（1）点数マスタ業務からの入力コード設定

（1）－1　点数マスタ業務からの入力コード設定
（1）－2　入力コードと表示キーコード
（1）－3　入力コードでの検索（自院採用検索）
（1）－4　表示キーの変更方法

（1）－1　点数マスタ業務からの入力コード設定

診療行為コードに対する入力コードの設定は、診療行為入力画面の「入力CD」からの設定の他、「メンテナンス業務」－「マスタ登録」の中の「点数マスタ」業務からでも行えます。4つ目以降の入力コードを設定する場合は点数マスタ業務での設定となります。

「設定例」
5mgアリナミンF糖衣錠　　「2006」、「arina5」、「アリナ5」
25mgアリナミンF糖衣錠　「2007」、「arina25」、「アリナ25」
50mgアリナミンF糖衣錠　「2008」、「arina50」、「アリナ50」

図 441

Copyright(C)2007JMARI

点数マスタの初期画面で該当医薬品の診療行為コードを入力し呼び出します。
「確定」(F12)を押下して次に進みます。

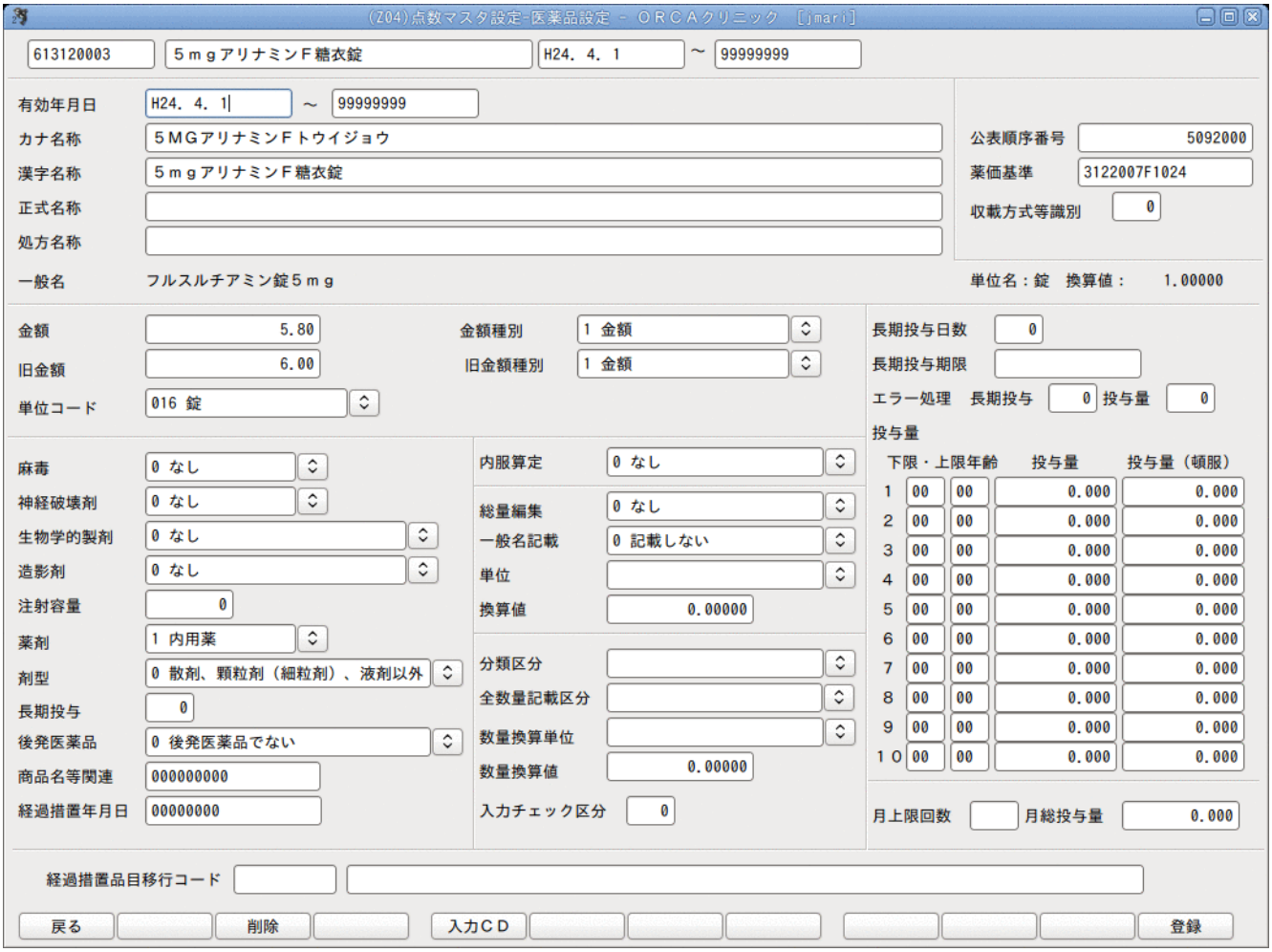


図 442

「入力CD」(F5)を押下して入力コードを設定する画面を表示します。
※表示された医薬品の情報は決して変更しないでください。

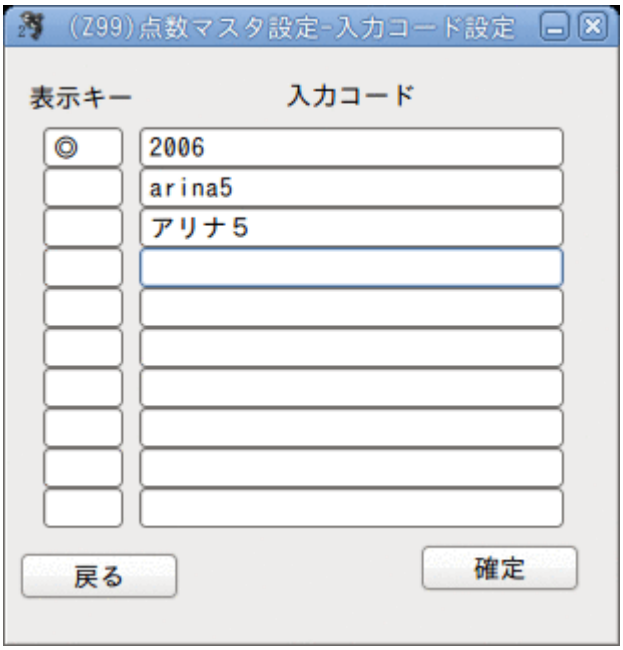


図 443

画面例のように「入力コード」の列に設定したい入力コードを入力します。入力したら「Enter」で進めます。

入力できるコードの条件は以下になります。
全桁が半角数字のコード・・・4桁から6桁までの長さのコードが入力できます。
先頭桁が半角数字あるいは半角英字で始まるコード
20桁までの任意の長さのコードが入力できます。
全角文字のコード・・・全角5文字までの任意の長さのコードが入力できます。
全角文字と半角文字の混在はできません。

「表示キー」の先頭行に「◎」が表示されますがこの先頭行に入力したコードが診療行為入力画面上で診療行為コードの替わりに表示される入力コードになります。ただし、この先頭行には10桁（全角の場合5文字）より長い入力コードは設定しないでください。

入力ができましたら「確定」(F12)を押下します。
元の画面に戻りますがこの状態ではまだ登録はされていませんので「登録」(F12)を押下します。
登録確認のメッセージを表示します。

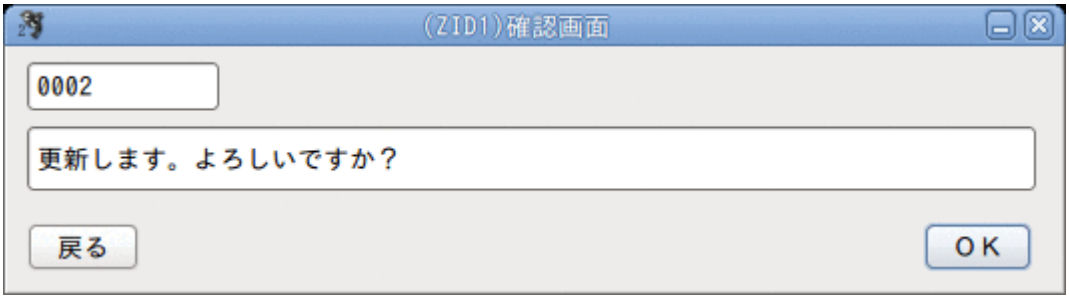


図 444

「OK」(F12)を押下すると登録します。
「戻る」(F1)を押下すると元の画面に戻ります。

なお、全く同じ入力コードを他の診療行為コードに重複して設定することはできません。
既に登録されている入力コードを入力した場合はその時点でメッセージを表示します。

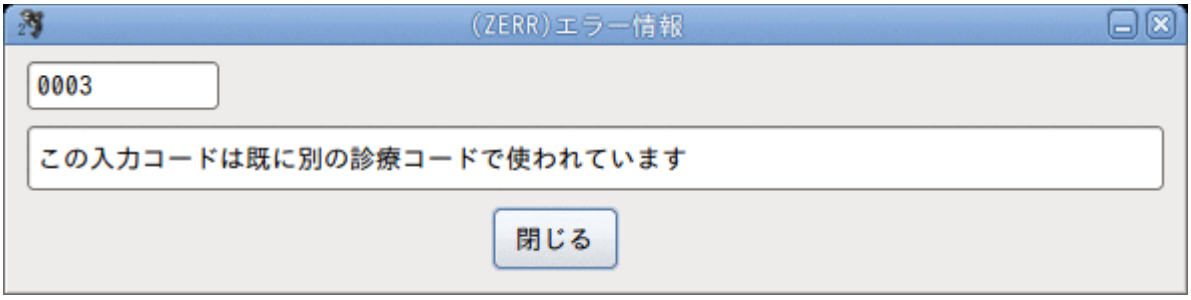


図 445

「閉じる」（「Enter」）を押下して元の画面に戻りますので入力コードを訂正してください。

2つ目・3つ目の医薬品についても同様の方法で設定をします。

【25mgアリナミンF糖衣錠の入力CD画面】

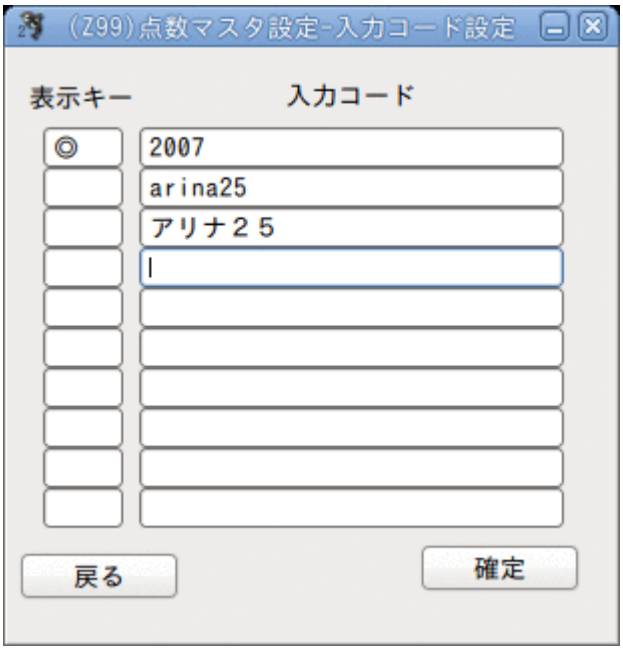


図 447

【50mgアリナミンF糖衣錠の入力CD画面】

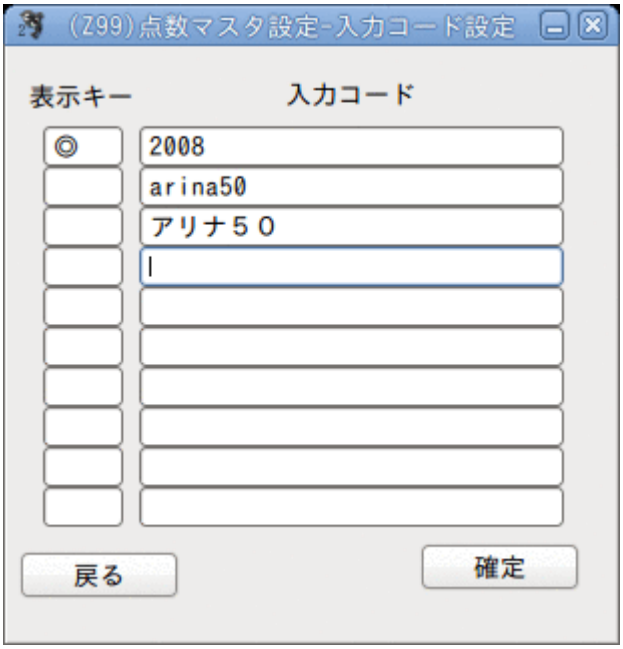


図 446

（1）－2　入力コードと表示キーコード

入力コードと表示キーの関係を、診療行為画面を例に説明します。

図 448

25mgアリナミンF糖衣錠に設定した入力コード「arina25」を入力します。
入力コードは「arina25」ですが表示キーに設定したコードは「2007」ですから診療行為画面には変換されて表示します。

図 449

Copyright(C)2007JMARI

（1）－3　入力コードでの検索（自院採用検索）

診療行為コードに対して入力コードを設定したマスタは自院採用とみなします。
「自院採用」のコンボボックスから「1：内服薬」を選択すると、入力コードの設定がある医薬品が一覧に表示します。

図 450

また例では全て"arina"で始まる入力コードを設定していますので"arina"と入力しても検索結果の一覧を表示します。

図 451

"arina"と全く一致する入力コードがなければ先頭一致で該当があるか調べます。
"ari"と入力して検索を行った場合には、"ari"から始まる入力コードを持つものを対象に一覧へ表示します。

図 452

（1）－4　表示キーの変更方法

「点数マスタ」業務で設定した入力コードの表示キーを変更する方法を説明します。

入力コードとして複数設定したコードの中から表示キーを入れ替える場合は表示キーにしたい行の表示キー列に「1」を入力し「Enter」を押下します。

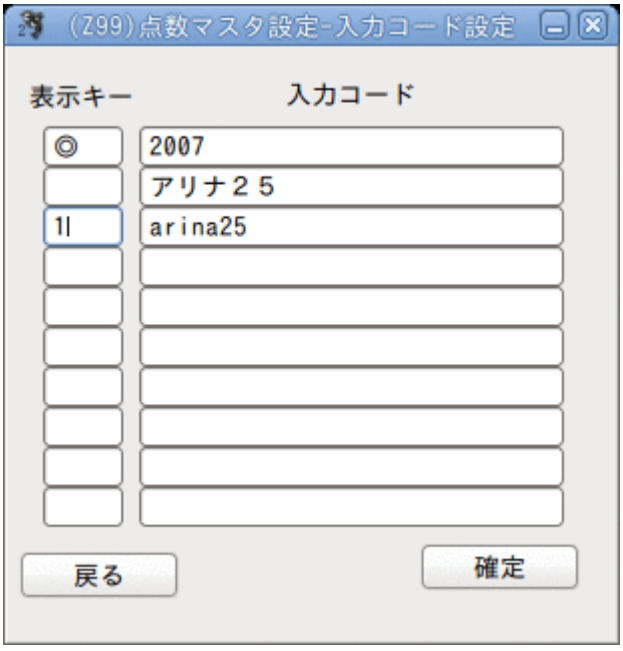


図 453

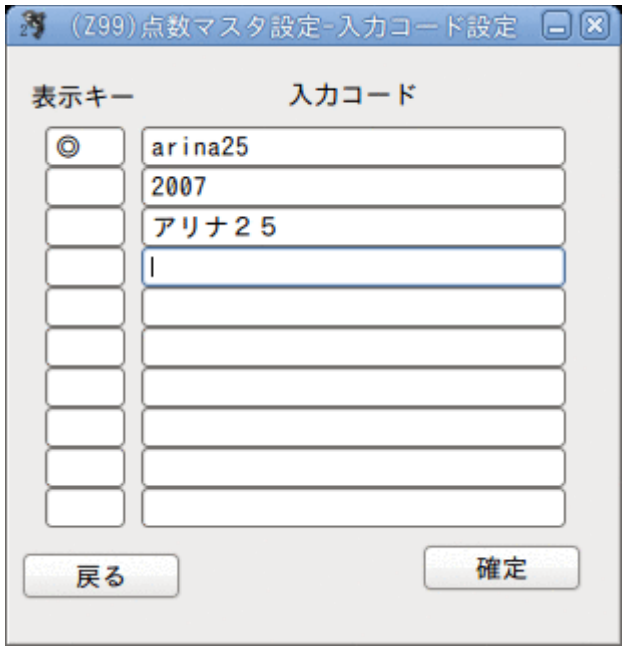


図 454

「確定」(F12)を押下後、「登録」(F12)を押下してください。

（2）診療行為入力からの入力コード設定

（2）－1　入力コードの設定されていない診療コードに入力コードを設定する場合
（2）－2　既に登録されている入力コードを修正あるいは削除する場合

診療行為入力からの入力コード設定

診療行為の入力途中で、現在画面に入力されている診療コードに対し、「入力CD」から遷移する画面にて入力コードの登録が行えます。
この設定画面では、ひとつの診療コードに対して最大3つまでの入力コードが登録できます。
（ただし、1診療コードに4つ以上の入力コードの設定登録は、点数マスタ業務で行うことができます）。

（2）－1　入力コードの設定されていない診療コードに入力コードを設定する場合

診療行為入力画面にて、現在画面に入力されている診療コードが入力コードの設定できる対象となります。
診療コードを入力して「入力CD」(F5)を押下します。

図 455

Copyright(C)2007JMARI

始めに入力コードが未設定な診療コード一覧を表示します。

図 456

入力コードを入力後、「登録」(F12)を押下します。

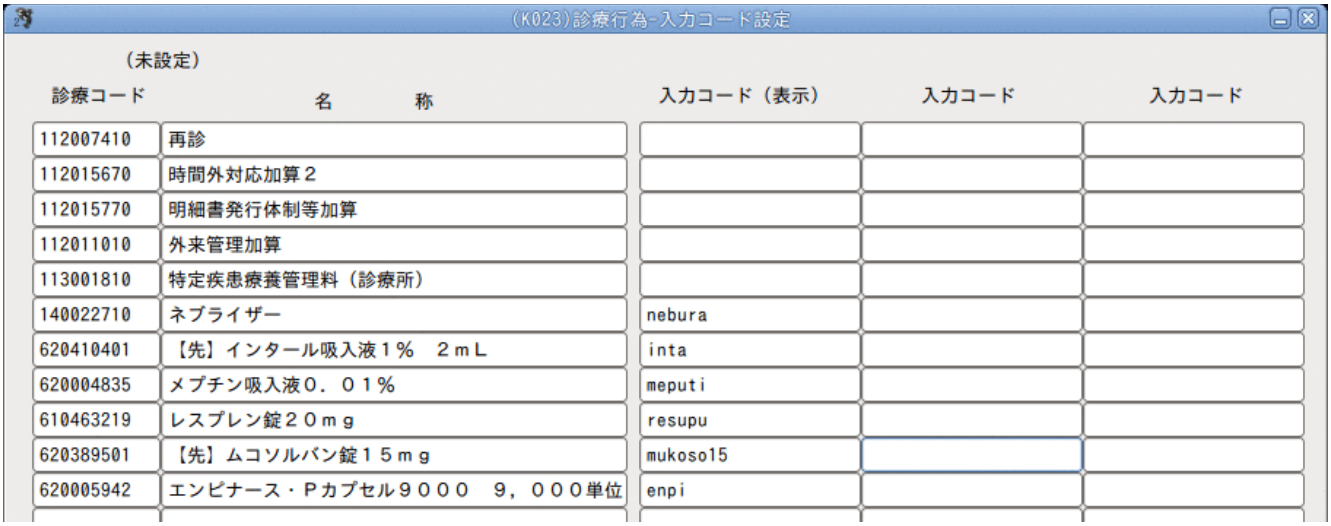


図 457

「ＯＫ」(F12)を押下します。

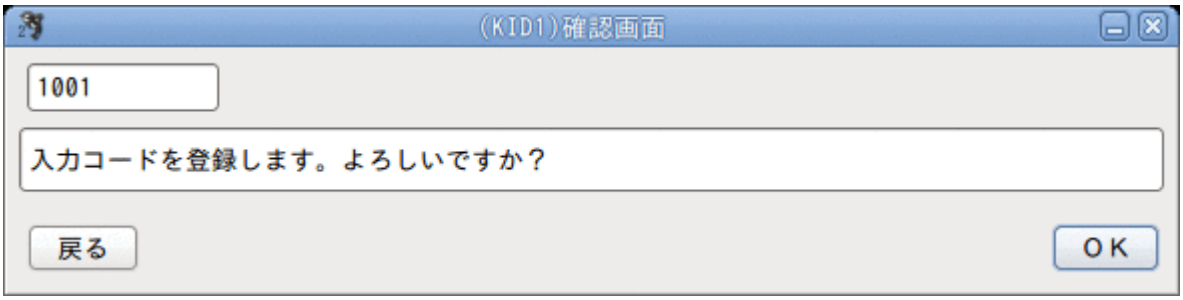


図 458

元の画面では診療コードが登録した入力コードに置き換わります。

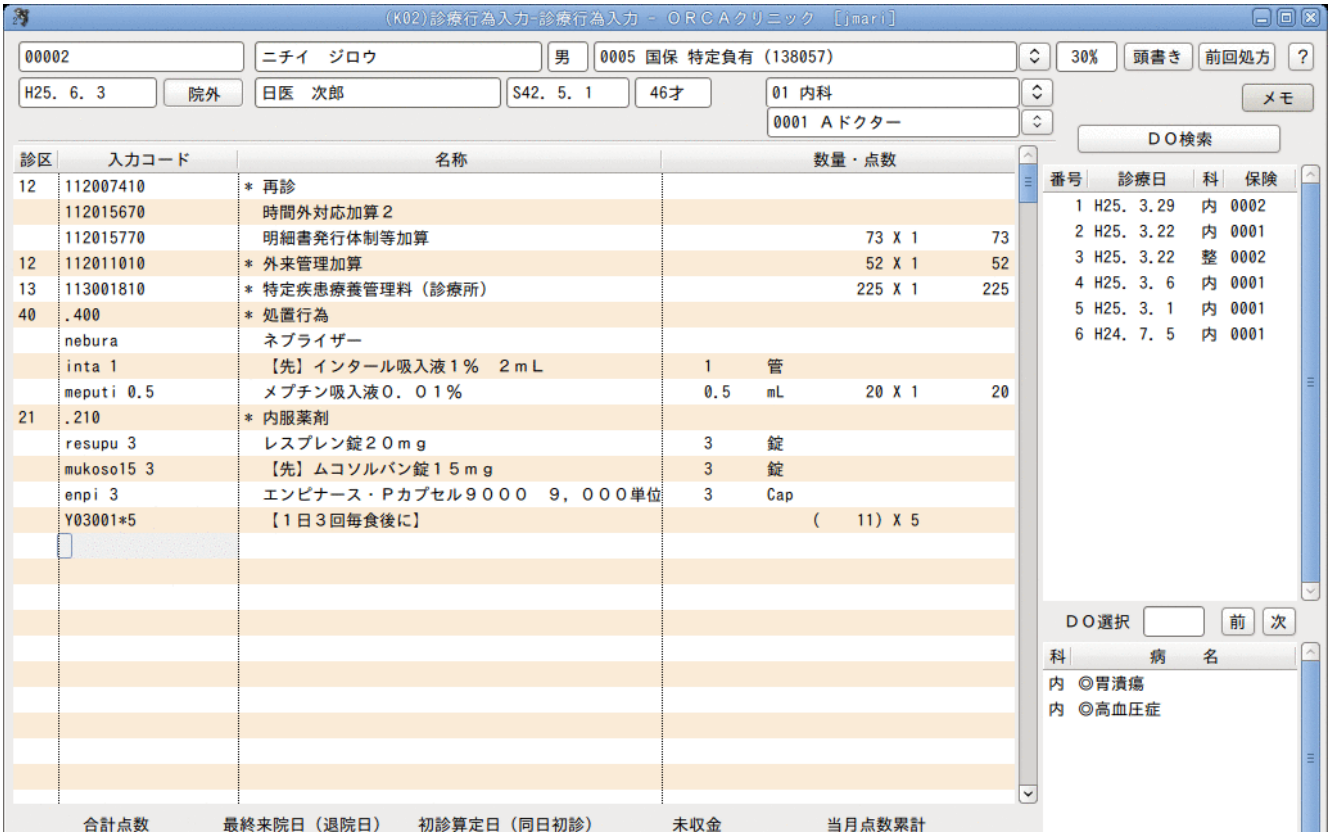


図 459

入力できるコードの条件は以下のとおりです。

先頭桁が半角数字で始まるコード・・・4桁から6桁までの長さのコードが入力できます。
先頭桁が半角英字で始まるコード・・・表示用コードは10桁まで、表示用以外は20桁までの任意の長さのコードが入力できます。
全角文字のコード・・・全角5文字までの任意の長さのコードが入力できます。
全角文字と半角文字の混在はできません。

ポイント 「入力コード（表示）」欄に入力したコードが、診療行為入力画面上で診療行為コードの替わりに表示される入力コードになります。ただし、この表示入力コードの入力できる長さは10桁（全角の場合5文字）までとなります。

(2) －2　既に登録されている入力コードを修正あるいは削除する場合

診療行為の入力途中で、「入力CD」(F5)を押下します。
入力のある診療コードを対象に、入力コードが未設定の診療コード一覧を表示します。

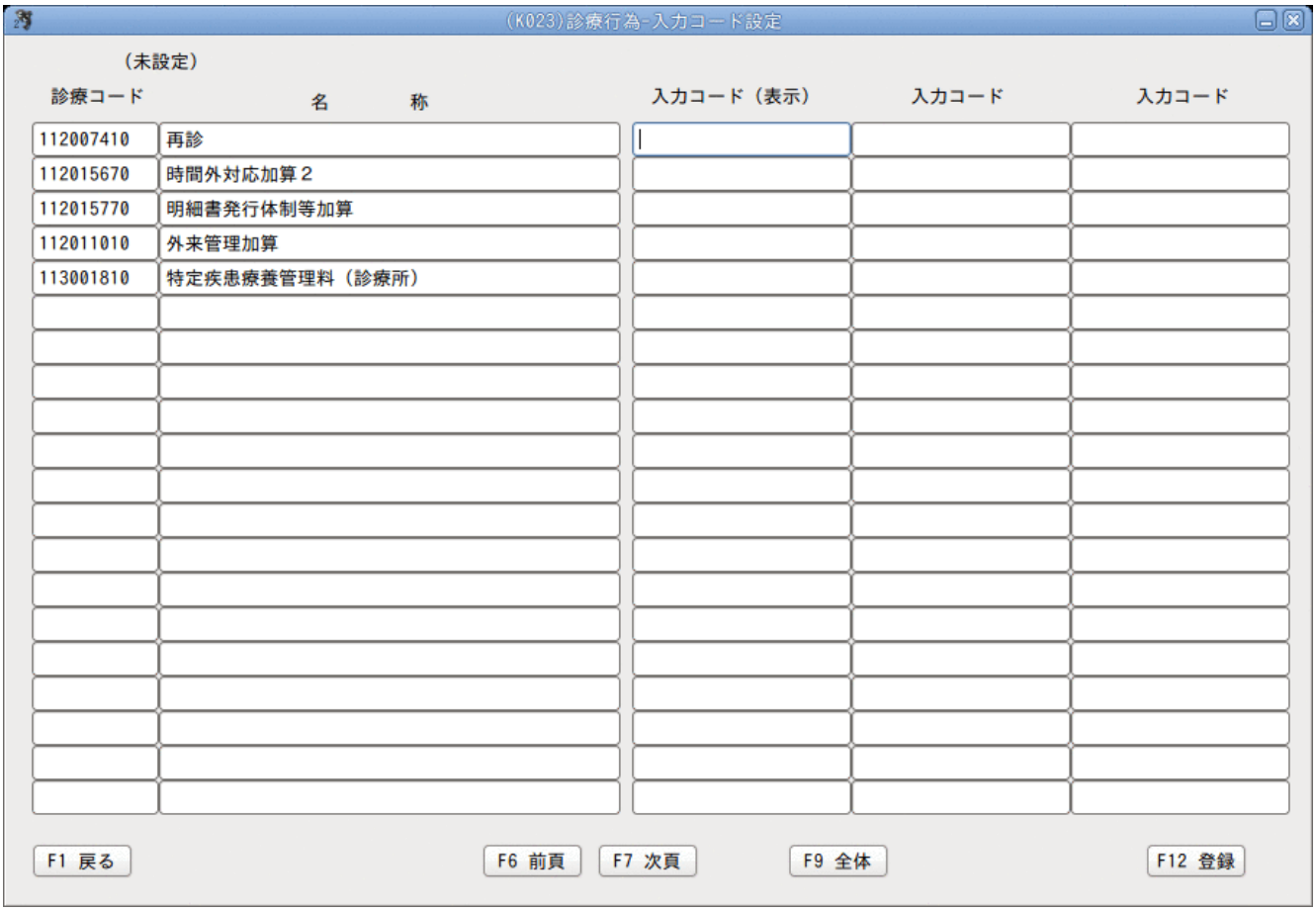


図 460

Copyright(C)2007JMARI

既に入力コードが登録済みの場合、「全体」(F9)を押下すると入力中の全ての診療コードを表示します。

図 461

修正及び削除を行います。ただし、1診療コード4つ以上の入力コードが設定されている場合は、3つまで表示を行います。4つ目以降の入力コードを設定する場合は、点数マスタ業務の「入力CD」設定で行ってください。

また、削除する場合は、入力コード欄を空白にします。全て空白にして登録しても4つ以上の登録がされていた場合は、4つ目以降が繰り上がることにより4つ目が入力コード（表示）となります。再度「入力CD」を押下すると それらの入力コードが表示され修正及び削除が行えます。

２.５.６　DO検索からの入力方法

＜DO検索からの入力方法＞

患者の過去の診療データより入力内容を現在入力中の画面へ複写することができます。

診療行為入力で受診履歴から該当の番号を選択します。受診履歴には診療日・診療科・使用した保険組合せを表示内容として最大150件まで表示することができます。

図 462

Copyright(C)2007JMARI

複写を行う診療日を選択するには、マウスで該当行をクリックするか「DO選択」欄に番号を入力します。
キーボードからは「DO」(F8)を押下します。

図 463

＜Do画面の初期表示設定＞

診療内容の表示順	診療区分順、登録順が「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定・チェック機能制御」にて設定ができます。
診療区分	「101　システム管理マスタ」－「1038　診療行為機能情報」にて初期表示の設定ができます。 「診療区分」(F7)を押下する度に表示している診療日の内容を診療区分順に再表示します。
入外区分	「入外区分」(F6)またはコンボボックスより、手動切り替え（初期表示設定はありません）。 外来画面であれば外来分を入院画面であれば入院分を初期表示します。

＜Do入力をしたい剤を選択する＞

マウスでクリックするか、選択番号を入力します。

【番号「3」「4」「5」を選択した画面】

図 464

ヒント！　選択番号を入力するには

番号「1」を複写する場合・・・「1」　と入力する
番号「1」と「3」を複写する場合　・・・「1，3」と入力する
（区切りは「，」または「.」どちらの入力もできます）

番号「1」から「3」を複写する場合・・・「1−3」と入力する
診療日の診療内容を全て複写する場合・・・「＊」を入力する

【選択番号「3」～「5」を入力した画面】

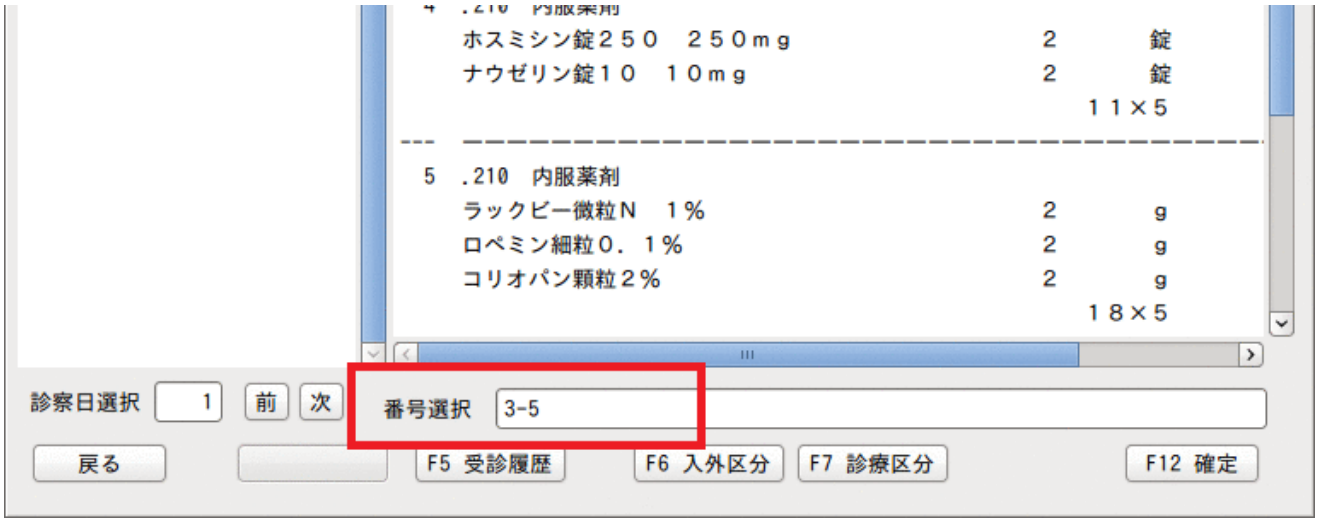


図 465

Copyright(C)2007JMARI

＜処方日数を変更してDo入力する＞
番号選択欄では投薬に限り回数の変更ができます。変更できるのは診療区分「21」、「22」、「23」の投薬のみです。
番号選択欄に回数の指定が無い場合は変更しないで複写します。

入力方法は、　剤の番号＊剤の回数　と入力します。
番号「1」の回数を4回に変えて複写する場合　　・・・　「1＊4」　と入力する
番号「1」と「3」の回数を5回に変えて複写する場合　・・・「1＊5，3＊5」と入力する
（区切りは「，」または「.」どちらの入力もできます）

番号「1」から「3」の回数を2回に変えて複写する場合　・・・　「1−3＊2」と入力する
番号「1」の回数は2回、番号「2」から「4」の回数は4回とする場合　・・・　「1＊2−4＊4」または「1＊2，2−4＊4」と入力する

【番号「3」～「5」の薬剤を7日分に変更してDo入力する画面】

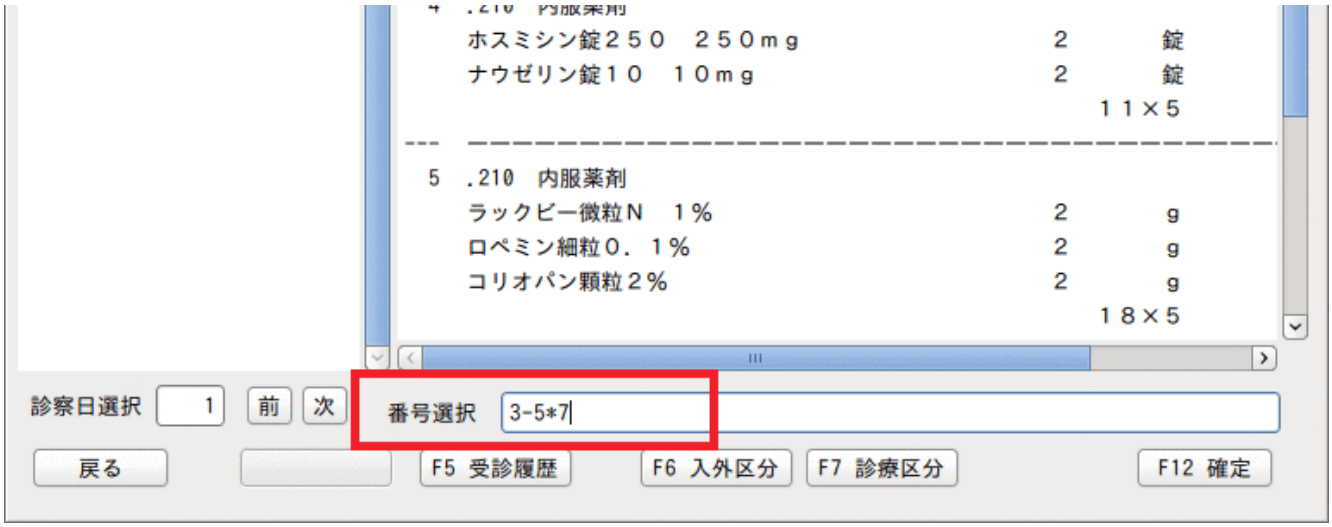


図 466

Copyright(C)2007JMARI

「F12：確定」または「Enter」で診療行為入力画面に複写をします。

図 467

投薬以外の回数を変更した場合はエラーメッセージを表示します。

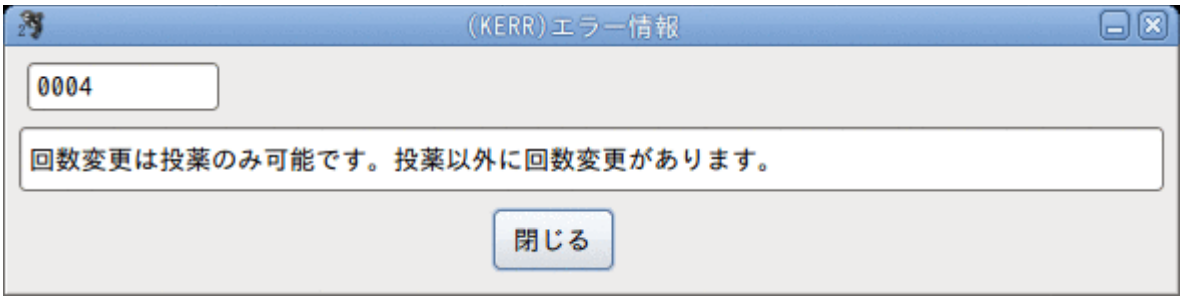


図 468

＜「F5：受診履歴」からの選択＞

診療行為選択画面の「F5：受診履歴」を押下すると、以下の画面へ遷移します。
受診履歴の一覧では診療区分別に入力の有無を確認することができます。

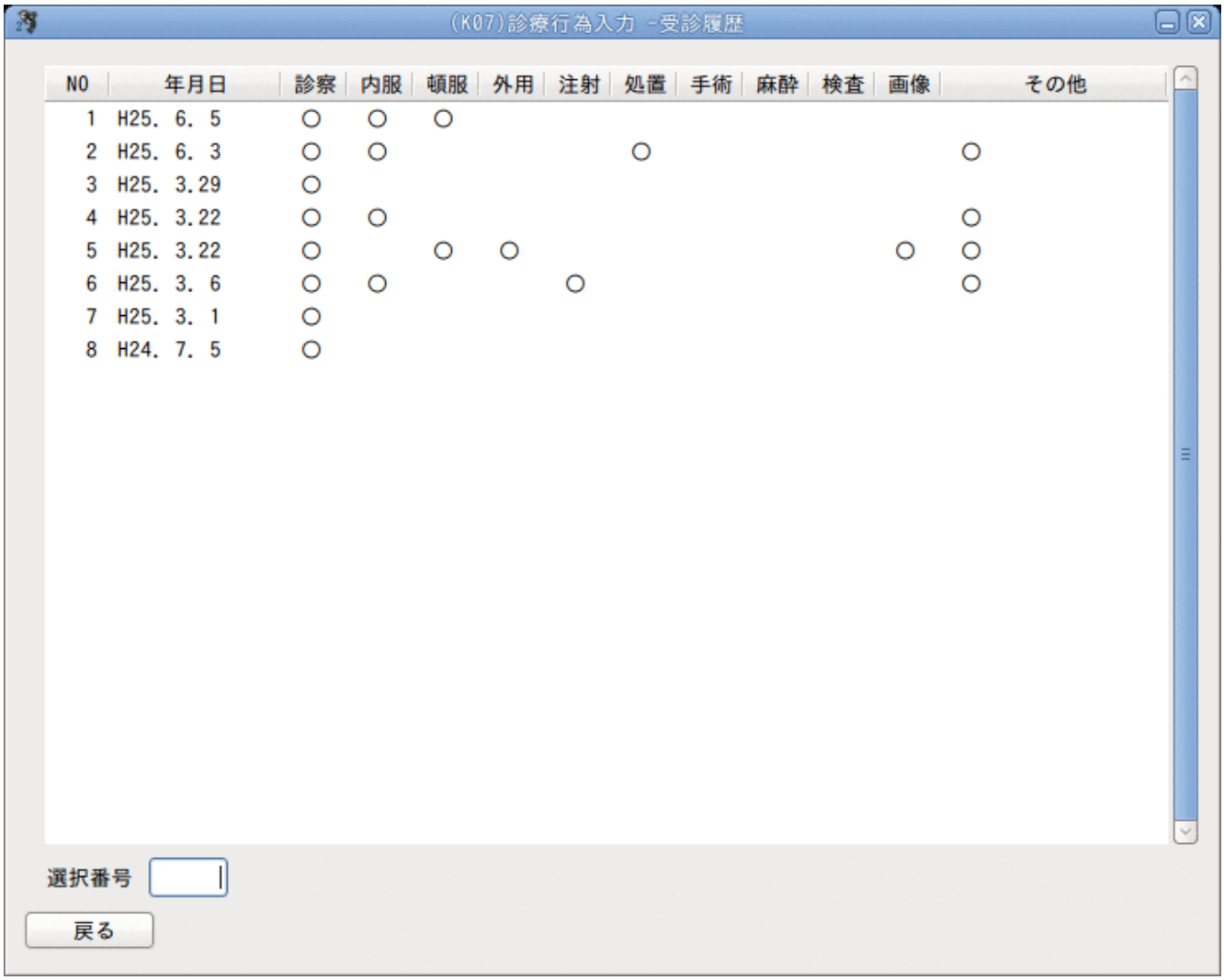


図 469

選択番号欄に番号を入力するか、またはクリックすると遷移元の診療行為選択画面に診療データ内容を表示します。

２.５.７　診療行為内容の訂正方法

診療行為内容の訂正

既に入力のある診療行為データを訂正することができます。診療行為入力画面から訂正ができるようになるのは画面右側の一覧に表示されている診療日毎の診療行為データとなります。

＜診療行為データの訂正を行う。＞

訂正したい患者を呼びだし、「訂正」(F4)または「DO検索／診療訂正日」を押下します。画面右上部の「DO検索」が、「診療訂正日」へと表示が変わります。

診療日を指定します。訂正する診療日をクリックするか、または「DO選択」欄に診療日の番号を入力し「Enter」を押下します。

画面右上に「訂正」と赤字で表示され、指定した診療日の入力内容を表示します。

図 470

画面上で訂正を行います。訂正後は、再度「登録」(F12)を押下して訂正が終了します。

＜当日既に入力がある場合、患者を呼び出したとき同日再診・訂正入力を選択したい＞

外来の診療行為入力で入力日が最終来院日のときに、同日再診か訂正入力か確認メッセージを表示し選択することができます。「101　システム管理マスタ」－「1038診療行為機能情報」－同日再診・訂正選択の項目を「1　選択する（OK：同日再診）」または、「2　選択する（OK：訂正）」にします。

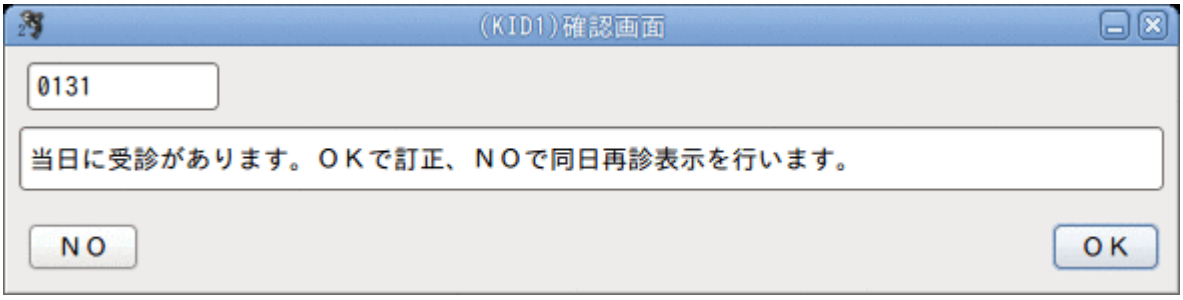


図 471

図 472

＜訂正時の診療行為の並び順を入力順にしたい＞

訂正画面の表示順は「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定・チェック機能制御」－剤登録順により変更ができます。ただし、システム管理設定後の入力分より表示が変わります。

＜訂正時の領収書、処方せん、薬剤情報の発行について＞

- 訂正時のみ発行したくない場合に「発行なし」を初期表示に設定することができます。
- 【5.1　システム管理マスタ】の【1001　医療機関情報－基本】を参照してください。
- 訂正時の請求書兼領収書に訂正分金額、または合計分金額のどちらかを選択することができます。

ヒント！
請求書兼両修旅の発行区分は、「101　システム管理マスタ」－「1038　診療行為機能情報」にて設定できます。

＜訂正時の自動発生項目を設定する＞

「101　システム管理マスタ」ー「1007　自動算定・チェック機能情報」にて診療行為登録時に自動発生した診療行為を訂正時に自動発生させるか設定できます。

訂正時に関連する「101　システム管理マスタ」ー「1007　自動算定・チェック機能情報」の初期設定

訂正時の自動発生（外来） 訂正時の自動発生（入院）	「1　算定する」
訂正時の自動発生（特定疾患処方管理）	「0　算定しない」

項目の対象となる診療行為

システム管理マスタ「1007」項目	対象診療行為
訂正時の自動発生（外来） 訂正時の自動発生（入院）	薬剤情報提供、調基、採血料、検査判断料、画像診断管理加算
訂正時の自動発生（特定疾患処方理）	特定疾患処方管理加算、長期投薬加算
例外自動算定診療行為	処方料、調剤料、麻毒加算は算定内容により発生内容が異なるため、毎回自動発生を行います。

設定と診療行為画面の動き

シス管1007項目	シス管1007設定	訂正時（診療行為画面）	診療行為確認画面
訂正時の自動発生	0　算定しない	自動発生分診療行為も全て展開する	※自動発生はしない
	1　算定する	自動発生分診療行為は展開しない	自動発生する
訂正時の自動発生（特定疾患処方管理）	0　算定しない	自動発生分診療行為も全て展開する	自動発生しない
	1　算定する	自動発生分診療行為は展開しない	自動発生する

※処方料、調剤料、麻毒加算は自動発生します。

ポイント！　訂正時の処方せん料及び一般名処方加算について

「101　システム管理」ー「1007　自動算定・チェック機能制御情報」の設定に係わらず、訂正時に必ず診療行為入力画面に展開します。展開された処方せん料を削除した場合は、診療行為確認画面で再度自動算定を行います。

例）新規登録時の診療行為画面

図 473

例）新規登録時の診療行為確認画面

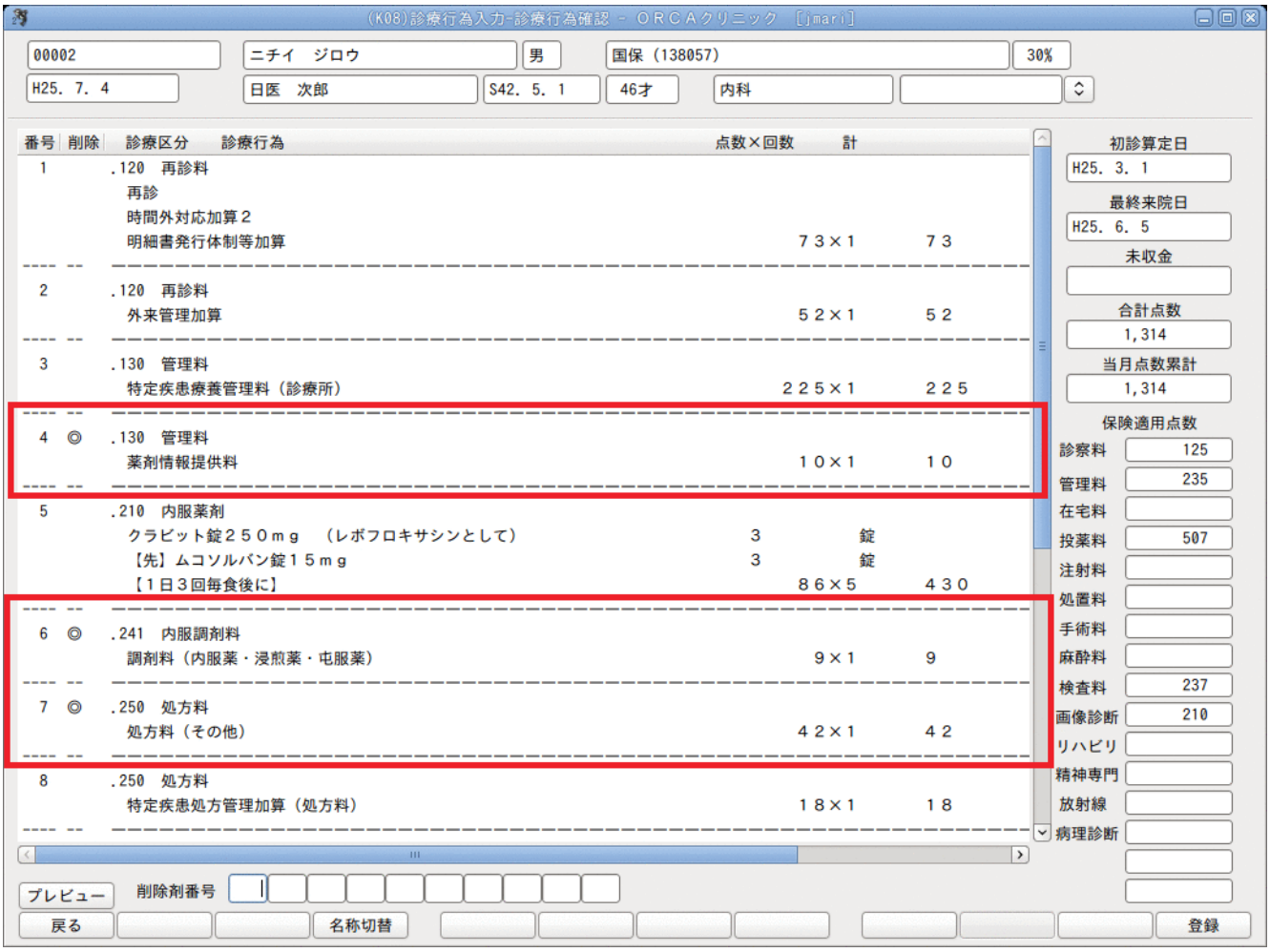


図 474

■13訂正時の自動発生（システム管理）を「0　算定しない」に設定し、訂正展開する。

対象の自動発生項目を診療行為画面に展開します。

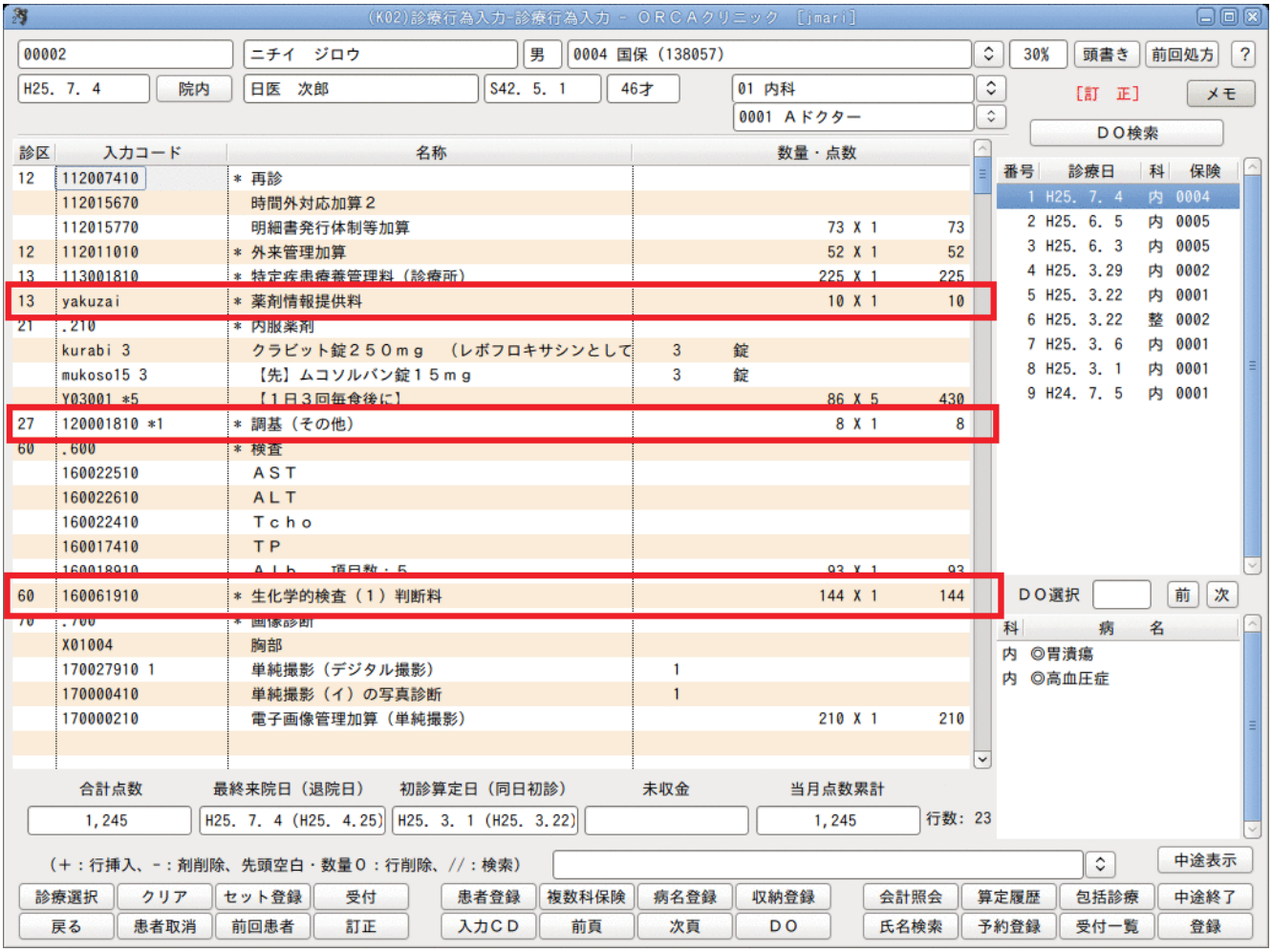


図 475

診療行為確認画面では、診療行為画面に展開された自動発生分診療行為分の自動発生を行わない（◎印もつかない）。

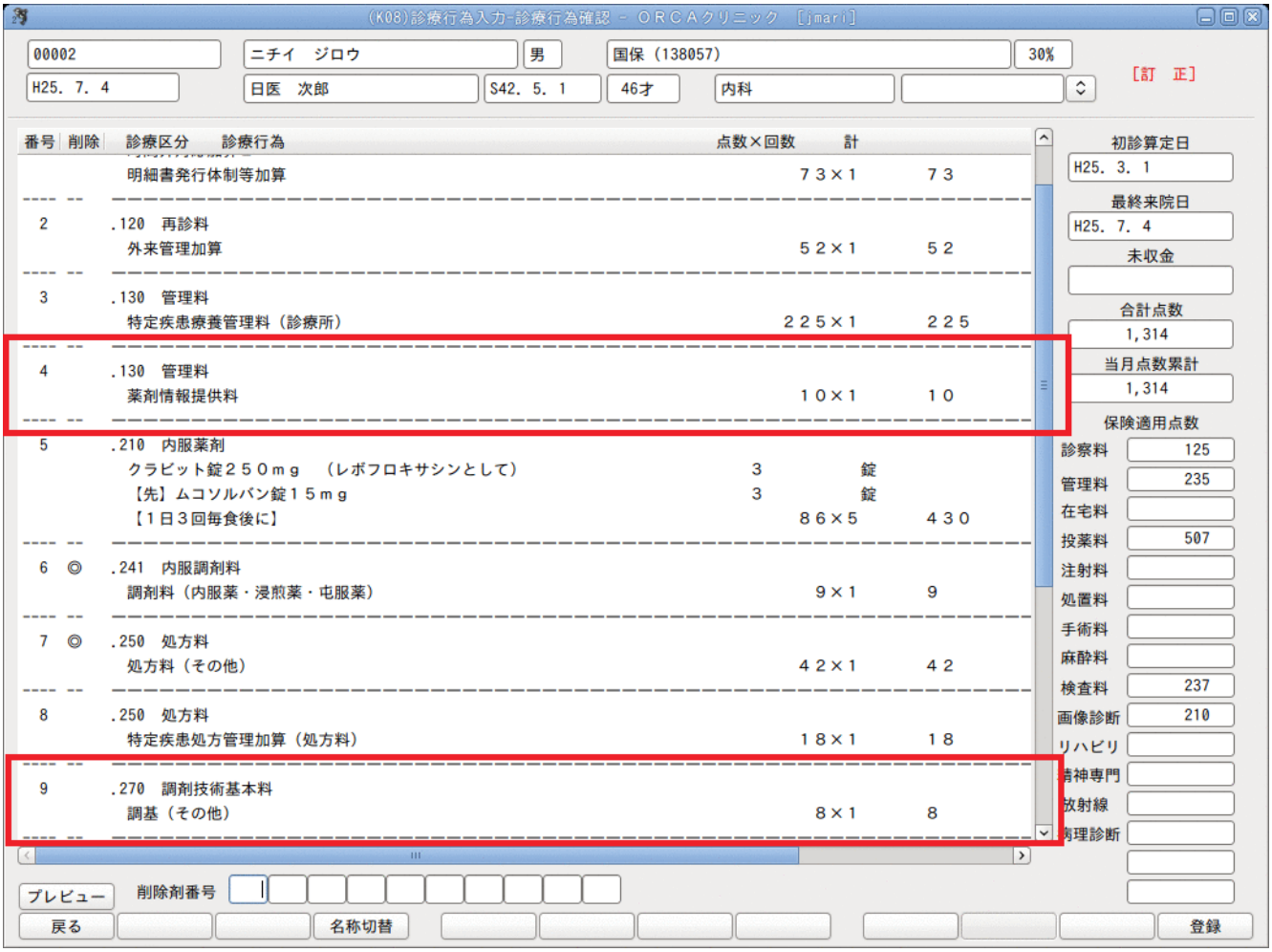


図 476

■13訂正時の自動発生（システム管理）を「1　算定する」に設定し、訂正展開する。

対象の自動発生項目を診療行為画面に展開しません。

図 477

診療行為確認画面では、自動発生を行う。

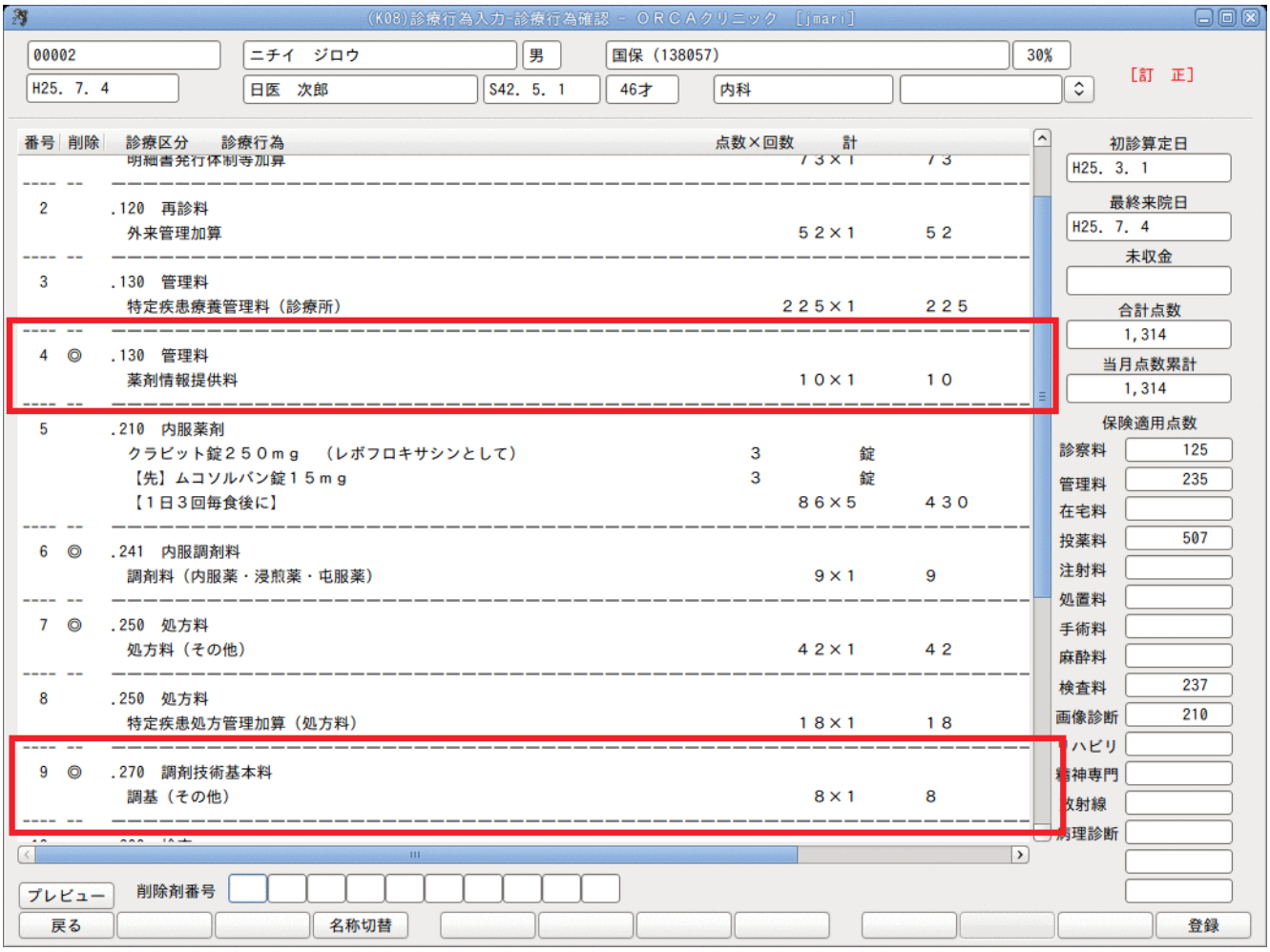


図 478

14　訂正時の自動発生（特定疾患処方管理）も特定疾患処方管理加算・長期投薬加算を対象に同じ動きとなります。

注意！

自動発生と手入力を混在した場合は最初に入力した方法での登録となります。（月1回目の算定を自動発生で入力し、2回目を手入力した場合、2回目を訂正で展開した時自動発生分と判断します。逆に月1回目を手入力し、2回目を自動発生で入力した場合、2回目も手入力分と判断します）。

※混在して入力されることが多い場合は、システム管理の設定を「0　算定しない」とした方が混乱することなく運用できます。

２.５.８　診療選択画面説明

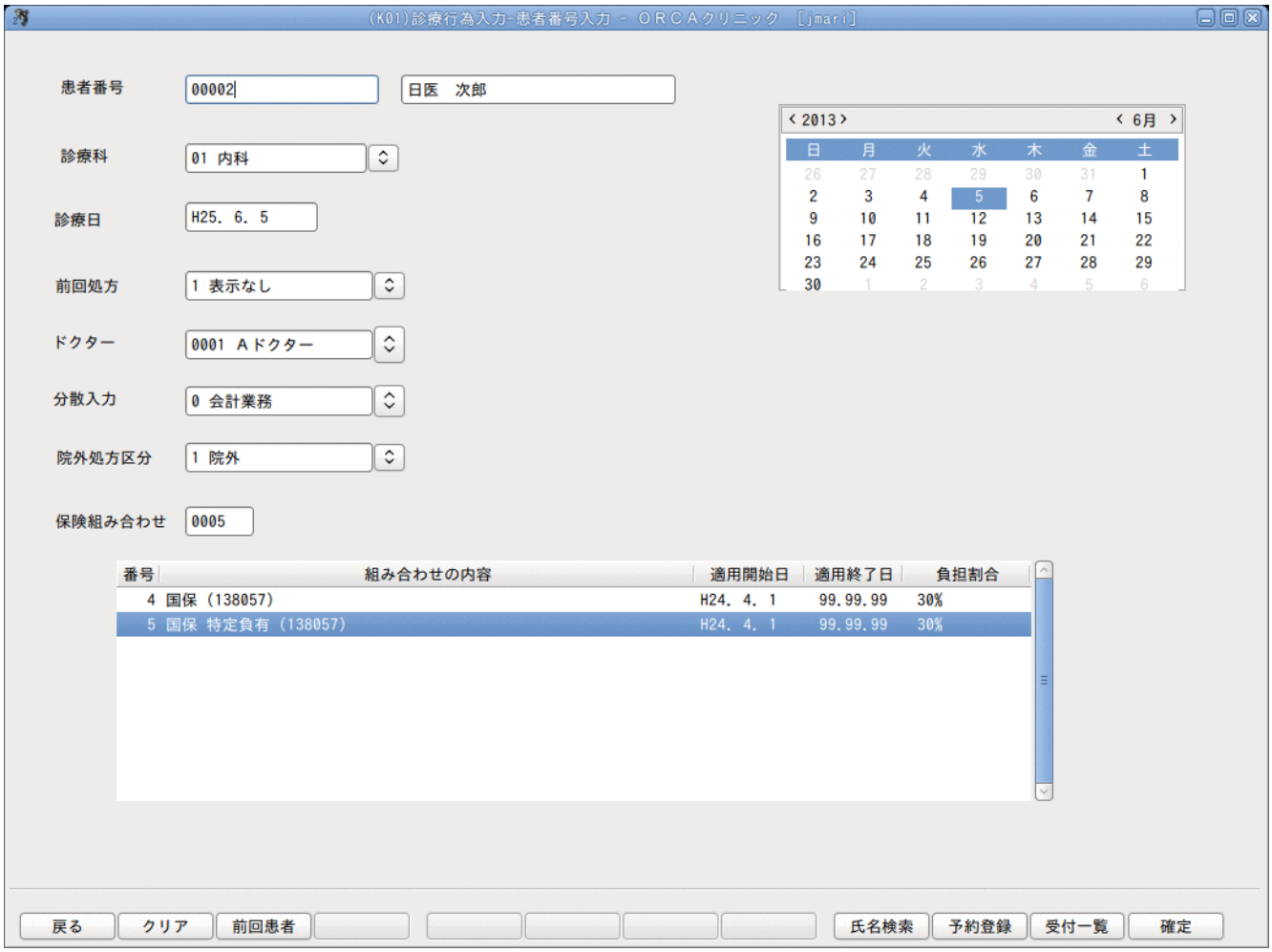


図 479

項目の説明

患者番号	患者番号を入力します。
診療科	コンボボックスより診療科を選択します。 システム管理マスタで登録された診療科は最大40科まで表示します。
診療日	診療日を入力します。初期値は当日（マシン日付）となります。 なお、診療日の変更はカレンダー上をクリックすることでもできます。
前回処方	前回分の診療行為（診察料は除く）を複写して診療行為入力画面へ表示するかを指定します。 「1　表示なし」　・・　前回分の複写をしません。（初期値） 「0　表示あり」　・・　前回分の複写をします。
ドクター	コンボボックスより対診したドクターを選択します。 システム管理マスタで登録されたドクターは最大99人まで表示します。
分散入力	複数端末を設置している場合などは、同一患者の情報を2段階に分けて入力することができます。 診察室入力（先行入力端末）で診療行為の一部を入力します。 その後、会計窓口入力（会計端末）で患者番号を呼び出すと先行入力された情報を引き継ぎますので、残りの診療行為を入力し全体の治療費の計算を行います。 「0　会計業務」（初期値） 「1　診察室入力」
院外処方区分	院外処方か院内処方扱いか設定をします。 「0　院内」 「1　院外」 初期値は、「101　システム管理マスタ」－「1001　医療機関情報－基本」で設定した

	内容を表示します。
保険組合せ	画面下部の保険組合せ一覧より、これから入力する診療行為をどの保険組み合わせで請求するかを指定します。

各項目の選択を行い、「確定」(F12)を押下すると診療行為入力画面へと遷移して、診療選択画面で設定した内容を反映した表示を行います。

２.５.９　自動算定診療行為一覧

自動算定を行う診療行為内容は以下のとおりです。

診療種別	診療内容	条件
診察料	初診料	初回。病名の治癒日が前日以前、または「中止」の転帰日から1ヶ月以上経過しているとき。 または「101　システム管理マスタ」－「1007　自動発生・チェック機能情報」の11の項目で設定されている期間を過ぎたとき。
	再診料、同日再診、外来診療料	上記以外のとき。
	外来管理加算	「101　システム管理マスタ」－「1007　自動発生・チェック機能制御情報」の設定による。
	時間外加算等	環境設定で時間外区分の設定がされているとき。 または 初診料または再診料の入力コードの最初に時間外加算区分を入力したとき。
	乳幼児加算（初診、再診）	
	初診料算定科	初診時に同日複数科受診をした場合、メッセージの選択により自動発生。
	再診料算定科	再診時に同日複数科受診をした場合、メッセージの選択により自動発生。
	他保険にて診察料算定済み	同一日に複数保険で受診した場合に、メッセージの選択により自動発生。 「他保険」の部分を他のコメントに変更できます。 【2.6　診療区分別の入力方法】の【（1）診察料】参照
	初診料（DUMMY）	.110の後に､コメントコード（｢集団検診から｣､｢老人健診から｣､｢学校健診から｣、「健康診断から」を入力したとき。
	再診料（DUMMY）	.120の後に、上記コメントコードを入力したとき。
	初診（育児栄養指導）加算	｢101　システム管理マスタ｣－｢1007　自動算定情報｣で｢1　算定する」を設定する。
	地域医療貢献加算	再診料の算定に合わせて自動発生します。 ｢101　システム管理マスタ｣－｢1006　施設基準情報｣にて設定の必要あり。
	明細書発行体制等加算	再診料の算定に合わせて自動発生します。 ｢101　システム管理マスタ｣－｢1006　施設基準情報｣にて設定の必要あり。

Copyright(C)2007JMARI

医学管理料	小児科外来診療料	「101　システム管理マスタ」－「1006　施設基準情報」でフラグを「1」を設定する。
	小児科外来診療料の時間外加算	小児科外来診療料の入力コードの最初に時間外加算区分を入力したとき。
	特定疾患療養管理料 難病外来指導管理料	入力されている病名の疾患区分が設定されているとき 「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定・チェック機能制御情報」により自動算定の設定ができます。
	皮膚科特定疾患指導管理料	病名に皮膚科特定疾患の病名が登録されているとき。 「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定・チェック機能制御情報」により自動算定の設定ができます。 「101　システム管理マスタ」－「1006　施設基準情報」で「0026　皮膚科」に「1」を設定する。
	診療情報提供料算定日	診療情報提供料を算定したとき。
	悪性腫瘍マーカー検査名	悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定したとき。
	特定薬剤治療管理加算	特定薬剤治療管理料を算定したときの初回のみ。 「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定情報」で設定する。
	特定薬剤治療管理料初回算定日	特定薬剤治療管理料を算定したときの月の1回目のみ。 「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定情報」で設定する。
	血中濃度測定薬剤名	特定薬剤治療管理料を算定したとき。「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定情報」で設定する
	薬剤情報提供料	投薬があった場合に算定。 「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定情報・チェック機能情報」により、月1回、毎回、算定しないから選択できます。 月2回以上の警告チェックも同じシステム管理で設定できます。
	後期高齢者薬剤情報提供料	「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定情報」で設定する。
在宅	退院前在宅療養指導管理料（乳幼児）加算	

投薬料	調剤料（内服薬・浸煎薬・屯服薬）	
	調剤料（外用薬））	
	調剤料（麻・向・覚・毒）	
	処方料	薬剤の種類による。
	処方料（麻・向・覚・毒）	
	処方せん料	薬剤の種類による。
	特定疾患処方管理料（処方料）	病名に特定疾患の病名があり、院内処方のとき（初回登録時のみ、自動発生する）
	特定疾患処方管理料（処方せん料）	病名に特定疾患の病名があり、院外処方のとき（初回登録時のみ、自動発生する）
	長期投薬加算（処方料）	特定疾患処方管理料（処方料）を算定できる条件、かつ処方日数28日以上の投薬がある場合（初回登録時のみ、自動発生する） 「注意」処方期間が28日以上となる場合の算定はシステムでの自動認識ができないため、手入力により算定してください。
	長期投薬加算（処方せん料）	特定疾患処方管理料（処方せん料）を算定できる条件、かつ処方日数28日以上の投薬がある場合（初回登録時のみ、自動発生する） 「注意」処方期間が28日以上となる場合の算定はシステムでの自動認識ができないため、手入力により算定してください。
	抗悪性腫瘍剤処方管理加算（処方料）（処方せん料）	診療行為入力画面にて抗悪性腫瘍剤の入力がある場合は自動発生します。
	調剤技術基本料	「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定情報」で設定する
	乳幼児加算（3歳未満）	
	薬剤料逓減（90分／100）（内服薬）	7種類以上の逓減の場合、確認メッセージで「OK」としたとき逓減される点数を算定。
	（減）	7種類以上の逓減の場合、対象となる剤の先頭へ表示。
	一般名処方加算（処方せん料）	処方せんへ一般名記載となる薬剤が1つ以上ある場合。
注射料	皮下、筋肉内注射	診療種別区分「.310」を入力したとき。
	静脈内注射	診療種別区分「.320」を入力したとき。
	点滴注射	診療種別区分「.330」を入力したとき。
	残量廃棄	アンプルや管の注射薬で数量に小数点以下を入力したとき。
	生物学的製剤注射加算	生物学的製剤の薬剤を入力したとき。
	麻薬注射加算	麻薬注射の薬剤を入力したとき。
	乳幼児加算（6歳未満）	
	抹消留置型中心静脈用カテーテル挿入（乳幼児）加算	6歳未満の患者に抹消留置型中心静脈用カテーテル挿入を算定したとき
	カフ付き緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入（乳幼児）加算	6歳未満の患者にカフ付き緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入を算定したとき。
処置料	酸素補正率	酸素を算定したとき。
	乳幼児加算（6歳未満）	
	労災（1.5倍）、（2倍）	労災保険の四肢区分が設定されている場合。
手術料	酸素補正率	酸素を算定したとき。
	時間外加算	診察料に時間外加算区分を入力したとき。
	乳幼児加算（6歳未満）	
	労災（1.5倍）、（2倍）	労災保険の四肢区分が設定されている場合。
麻酔料	酸素補正率	酸素を算定したとき。
	乳幼児加算（6歳未満）	

検査料	施設基準不適合（検査）（100分の80）	点数マスタ設定画面のタブ画面「手術、検査、入院」で設定されているものについて自動で逓減する。
	検査の逓減（100分の90）	同一月内に2回以上、逓減対象の同一検査の入力があった場合に自動で逓減する。
	（緊検）　　日　　時	時間外緊急院内検査を算定したとき。
	尿・糞便等検査判断料	
	血液学的検査判断料	
	生化学的検査（1）判断料	
	生化学的検査（2）判断料	
	免疫学的検査判断料	
	微生物学的検査判断料	
	病理学的検査判断料	
	呼吸機能検査判断料	
	脈波図、心機図、ポリグラフ検査判断料	
	脳波検査判断料	
	神経・筋検査診断料	
	ラジオアイソトープ検査判断料	
	末梢採血料	点数マスタ設定画面の「採血料区分」のコンボボックスに設定がされているものについて自動算定する。
	静脈採血料	〃
	動脈採血料	〃
	乳幼児加算（6歳未満）	
	幼児加算（生体検査）（3歳以上6歳未満）	
	外来迅速検体検査加算	「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定・チェック機能情報」の「15　検体検査加算自動発生」の設定による。 （算定できる検査を入力したとき）
	算定回数が複数月に1回とされる検査	※各診療行為に対して初回・前回実施日の日付を自動発生するには個別に点数マスタによる設定が必要になります。 【5.2.3　診療行為マスタ】を参照してください。

画像診断料	施設基準不適合（画像）（100分の80）	点数マスタ設定画面のタブ画面「手術、検査、入院」で設定されているものについて自動で逓減する。
	（緊画）　　日　　時	時間外緊急院内画像診断加算を算定したとき。
	写真診断料	撮影料と部位により判断料を決定する。
	CT，MRI　　（2回目以降）	同一月に2回目以降はコードを自動で振り替える。
	造影剤使用加算	造影剤の薬剤を入力したとき。
	透視診断料	消化管の撮影で造影剤の薬剤を入力したとき。
	フイルム料（乳幼児）加算	
	画像診断管理加算1（写真診断）	X線撮影を行った場合に算定。 「101　システム管理マスタ」－「1006　施設基準情報」に設定があり、「1007　自動算定・チェック機能情報」の10　画像診断管理加算が「1　算定する」となっている場合。
	コンピュータ断層診断	行われたコンピュータ断層診断料を入力した場合、月1回
	画像診断管理加算1、2（コンピュータ断層診断）	コンピュータ断層診断を自動発生した場合。 「101　システム管理マスタ」－「1006　施設基準情報」に設定があり、「1007　自動算定・チェック機能情報」の10　画像診断管理加算が「1　算定する」となっている場合。
	核医学診断	行われた核医学診断料を入力した場合、月1回。
	画像診断管理加算1、2（核医学診断）	核医学診断を自動発生した場合。 「101　システム管理マスタ」－「1006　施設基準情報」に設定があり、「1007　自動算定・チェック機能情報」の10　画像診断管理加算が「1　算定する」となっている場合。
	新生児または3歳未満の乳幼児の加算	
リハビリ	労災（1.5倍）	労災保険の四肢区分が設定されている場合。
その他	施設基準不適合（放射線）（100分の70）	点数マスタ設定画面のタブ画面「手術、検査、入院」で設定がされているものについて自動で逓減する。
	通院・在宅精神療法（20歳未満）加算	初診料算定から1年以内（児童・思春精神科入院医療管理料の施設基準情報が設定されている場合には、初診料算定から2年以内）
	療養担当手当	「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定情報」の設定があり、11月から4月までの期間。

２.５.１０　レセプトへのコメント自動記載一覧

＜各コメントのレセプト電算データへの記録の仕方の違いについて＞
コメントコードはレセプト電算データに記録する際、2種類の記録方法があります。

1. 診療行為レコードにコメントを含めて記録する方法
   例）傷病手当金意見書交付料
   レセ電コードの記録
   SI,13,1,180000710,,100,1,810000001,交付22年　4月16日,,,,…

2. 診療行為レコードとは別にコメントレコードを記録する方法
   例）BNP
   レセ電コードの記録
   SI,60,1,160162350,,140,1,,,,…
   CO,,1,810000001,検査実施　23日

＜日レセでの記録方法＞
日レセでは次の診療行為に対してのみ診療行為レコードにコメントを含んでレセプト電算データに記録します。
その他のコメントは診療行為レコードとは別にコメントレコードを記録します。

- 特定薬剤治療管理料
- 悪性腫瘍特異物質治療管理料
- 残量廃棄のコメント
- 入院の点滴薬剤・器材につくコメント
- 各リハビリテーションの実施日
- 2.5.10　「レセプトへのコメント自動記載一欄」の診療行為レコードに含むとしてある診療行為

ヒント！
手入力したコメントコードも診療行為レコードにコメントを含めることができます。
コメントコードの後にスペース（半角）を入力し、「C」または「c」を入力してください。

例）熱傷処置
140032010　熱傷処置
840000085 3 5 c　初回実施　3月　5日

注意！
紙レセプトに印字したときは従前どおり診療行為の下にコメントが記載されます。

＜レセプト電算データへの算定カレンダーの記録＞
1日～31日までの診療行為の算定日及び算定回数をレセプト電算データに自動記録します。

記録するデータ
　　診療行為レコード
　　医薬品レコード
　　特定器材レコード

診療種別	入・外	診療内容	レセプトへの印字内容	レセ電記録方法
患者登録	入外	月途中での保険変更	同一月内で変更前、変更後の両方の保険で診療行為入力があれば、変更前保険、変更後保険及び各保険期間を記載。 診療行為入力が変更前、変更後のどちらか一方のみの場合は記載しません。 レセプトへの印字内容はこちらを参照してください。	
診察料	外来	初診料算定科： 再診料算定科： 初診（同一日2科目） 再診料（同一日2科目） 電話等再診（同一日2科目） 外来診療料（同一日2科目）	＊複数診療科受診 〇〇科　〇〇日、〇〇日 〇〇科　〇〇日、〇〇日	
	外来	再診料（同一日2科目） 電話等再診（同一日2科目） 外来診療料（同一日2科目）	＊再診料（同一日2科目） 複再算定診療科：〇〇科	
	入外	初診（同日複数診療科）	＊初診（同日複数受診科） 複初算定受診科：〇〇科 複初算定受診科：〇〇科 注）"830000024　（複初算定診療科：）"のコメントコードがある場合を除く	診療行為レコードに含む
	外来	同日再診 電話等再診 同日電話等再 同日外来診療料	＜電話再診・同日再診の両方ある場合＞ ＊電話再診（〇〇回） 同日複数再診（〇〇回） ＜電話再診のみの場合＞ ＊電話再診（〇〇回） ＜同日再診のみの場合＞ ＊同日複数再診（〇〇回）	
医学管理等	外来	慢性疼痛疾患管理料	＊慢性疼痛疾患管理料 慢性疼痛疾患管理算定日　〇〇日 注）初回算定月のみ記載。	診療行為レコードに含む
	外来	ニコチン依存症管理料（初回） ニコチン依存症管理料（2回目から4回目まで） ニコチン依存症管理料（5回目）	＊ニコチン依存症管理料（初回） 初回算定　〇〇月〇〇日 ＊ニコチン依存症管理料（2回目から4回目まで） 初回算定　〇〇月〇〇日 ＊ニコチン依存症管理料（5回目） 初回算定　〇〇月〇〇日 注）"840000097　（初回算定　月　日）"のコメントコードがある場合を除く。	診療行為レコードに含む
	外来	重度喘息患者治療管理加算（1月目） 重度喘息患者	＊重度喘息患者治療管理加算（1月目） 第1回目治療管理　〇〇月〇〇日 ＊重度喘息患者治療管理加算（2月目以降6月目まで） 第1回目治療管理　〇〇月〇〇日	診療行為レコードに含む

Copyright(C)2007JMARI

		治療管理加算（2月目以降6月目まで）	注）″840000098　（第1回目治療管理　月　日）″のコメントコードがある場合を除く。	
	入外	傷病手当金意見交付料	＊傷病手当金意見交付料 交付　〇〇年〇〇月〇〇日、〇〇日 注）″840000011　（傷病手当金意見書交付　年　月　日）″、″840000012　（（相続）傷病手当金意見書交付　年　月　日）″のコメントコードがある場合を除く。	診療行為レコードに含む
	入・外	療養費同意書交付料	＊療養費同意書交付料 交付　〇〇年〇〇月〇〇日 注）″840000078　（療養費同意書交付　年　月　日）″のコメントコードがある場合を除く。	診療行為レコードに含む
	入院	全ての薬剤管理指導料	＊薬剤管理指導料1（救急救命入院料等算定患者） 算定　〇〇日、〇〇日	診療行為レコードに含む
	入院	入院栄養食事指導料1 入院栄養食事指導料2	＊入院栄養食事指導料1 算定　〇〇日、〇〇日	診療行為レコードに含む
	入院	退院前訪問指導料	＊退院前訪問指導料 算定　〇〇日 注）″840000055　（退院前訪問指導料算定　日）″のコメントコードがある場合を除く。	診療行為レコードに含む
	入院	精神科退院前訪問指導料	＊精神科退院前訪問指導料 算定　〇〇日 注）″840000079　（精神科退院前訪問指導料算定日）″のコメントがある場合を除く。	診療行為レコードに含む
	外来	小児特定疾患カウンセリング料（1回目）	＊小児特定疾患カウンセリング料（1回目） 第1回目カウンセリング　〇〇年〇〇月〇〇日 注）″840000104　（小児特定第1回目カウンセリング月　　日）″のコメントコードがある場合を除く。	診療行為レコードに含む
	入院	介護支援連携指導料	＊介護支援連携指導料 算定　〇日	
	外来	心臓ペースメーカ指導管理料（遠隔モニタリングによる場合）、（着用型自動除細動器）、（ロ・植込型除細動器移行期加算含む）	＊心臓ペースメーカ指導管理料（遠隔モニタリング） 前回算定年月　〇月〇日	
	入・外	集団栄養食事指導料	＊集団栄養食事指導料 算定　〇日	
	外来	認知症専門診断管理料2	＊認知症専門診断管理料2 前回算定年月日　〇〇年　〇〇月　〇〇日 注）初回の場合は「（初回算定）」を記載。	
	外来	外来リハビリテーション診療料1 外来リハビリ	＊外来リハビリテーション診療料1 算定　〇〇日 ＊外来リハビリテーション診療料2 算定　〇〇日	

		テーション診療料2 外来放射線照射診療料	＊外来放射線照射診療料 算定　〇〇日	
	外来	退院時共同指導料特別管理指導加算	＊退院時共同指導料特別管理指導加算 算定　〇〇日 注）同月に退院時共同指導料1（在宅療養支援診療所）、退院時共同指導料1（1以外）を算定している場合に自動記載。	
	入院・外来	がん患者指導管理料（医師・看護師が心理的不安軽減のため面接）、（医師等が抗悪性腫瘍剤の必要性等を文書説明	＊がん患者指導管理料（医師・看護師が心理的不安軽減のため面接 過去算定日　〇〇年〇〇月〇〇日	診療行為レコードに含む
在宅料	入・外	訪問看護指示料	＊訪問看護指示料 算定　〇〇日 注）″840000073　（訪問看護指導料算定日）″のコメントコードがある場合を除く。	診療行為レコードに含む
	外来	往診・特別往診	＊往診 〇〇日、〇〇日 注）該当診療月に在宅患者訪問診療料、特医総管または在医総管の算定があるときのみ自動記載します 注）同一剤に″840000039　（往診　日）″のコメントコードがある場合を除く。	診療行為レコードに含む
	外来	往診の項目 夜間、深夜、緊急の項目	＊在支援 注）「101システム管理マスタ」－「1006　施設基準情報」の以下の項目に「1」が設定されている場合に自動記載。 3055　在宅療養支援診療所（1） 3056　在宅療養支援診療所（2） 3168　在宅療養支援診療所（3）	
			＊在支病 注）「101システム管理マスタ」－「1006　施設基準情報」の以下の項目に「1」が設定されている場合に自動記載。 3057　在宅療養支援病院（1） 3058　在宅療養支援病院（2） 3169　在宅療養支援病院（3）	
	外来	在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）（特別施設等入居者） 在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）（特別施設等以外入居者）	＊在宅患者訪問診療料 〇〇日、〇〇日 注）同一剤に″840000066　（訪問診療　日）″のコメントコードがある場合を除く。	診療行為レコードに含む

		在宅患者訪問診療料（同一建物居住者以外）		
	外来	介護職員等喀痰吸引等指示料	＊介護職員等喀痰吸引等指示料 前回交付年月日　〇〇年〇〇月〇〇日 注）初回の場合は「（初回交付）」を記載。	
注射料	外来	在宅患者訪問点滴注射管理指導料に用いる注射薬を支給した場合（.334での診療行為入力で判断）	＊（訪点） ----------　（注射薬） 注）"81000000"のコメント入力があり、そのコメントに"訪"の文字があった場合を除く。	
処置	入・外	全ての酸素	酸素の補正率の計算式を記載する。 診療区分が14、40、50、54、60、70、80において記載します。	
	入・外	全ての人工腎臓 連続携行式腹空灌流 持続緩徐式血液濾過 血漿交換療法	＊算定　〇日 人工腎臓（その他） ＊算定　〇日 連続携行式腹空灌流 ＊算定　〇日 持続緩徐式血液濾過 ＊算定　〇日 血漿交換療法	
	入・外	全ての局所陰圧閉鎖処置初回加算	＊算定　〇日 局所陰圧閉鎖処置（入院）（100cm2未満） 局所陰圧閉鎖処置初回加算（入院）（100cm2未満）	
手術料	入・外		＊手術　〇〇日、〇〇日 ---------- 注）"840000042　（手術〇〇日）"のコメントコードがある場合を除く	
麻酔	入・外	麻酔（全般）	＊麻酔　〇日 後頭神経ブロック（局所麻酔剤またはボツリヌス毒素）	
検査料	入・外	BNP NT－proBNP ANP	＊内分泌学的検査（〇項目） BNP 検査実施〇〇日	
画像診断料	入・外	全てのCT撮影 全てのMRI撮影	＊実施　〇〇日、〇〇日 ----------	
	入・外	各フィルム	（〇分画）	分画数のないフィルムコードに対して分画数入力を行なった場合
リハビリ	入外	疾患別リハビリテーション料 難病患者リハビリテーション料 障害児（者）リハビリテーション料 摂食機能療法	＊---------- 実施日数〇〇日	
その他	外来	認知療法・認知行動療法（精神科救急体制の精神保	＊認知療法・認知行動療法（1以外の場合） 初回算定日　〇月〇日	

		健指定医） 認知療法・認知行動療法（1以外の場合）		
	入院	精神科ショート・ケア（入院中の患者） 精神科デイ・ケア（入院中の患者）	＊精神科ショート・ケア（大規模）（入院中の患者） 算定　〇〇日 注）以下の診療行為を算定すると自動記載。 精神科ショート・ケア（大規模）（入院中の患者） 精神科ショート・ケア（小規模）（入院中の患者） 精神科ショート・ケア（大規模）（早期・入院中の患者） 精神科ショート・ケア（小規模）（早期・入院中の患者） 精神科デイ・ケア（大規模）（入院中の患者） 精神科デイ・ケア（小規模）（入院中の患者） 精神科デイ・ケア（大規模）（早期・入院中の患者） 精神科デイ・ケア（小規模）（早期・入院中の患者）	
入院料	入院		＊外泊 〇〇日～〇〇日	
	入院	精神科隔離室管理加算	＊精神科隔離室管理加算 〇〇日～〇〇日	
	入院	＜入院料の算定がない場合＞	＊〇〇にて入院料算定済	
	入院	栄養サポートチーム加算 栄養サポート加算（地域指定）	＊栄養サポートチーム加算 〇日	
	入院	呼吸ケアチーム加算	＊呼吸ケアチーム加算 〇日	
	入院	重症者加算1 重症者加算2	＊重症者加算1 〇日	
	入院	精神科リエゾンチーム加算	＊精神科リエゾンチーム加算 〇日	
	入院	病棟薬剤業務実施加算	＊病棟薬剤業務実施加算 〇日	
	入院	療養病棟入院基本料	＊療養病棟入院基本料1（入院基本料E） 療養期間　〇日～〇日 「〇〇」 ADLa　ベッド上の可動性　〇点 ADLb　移乗　〇点 ADLc　食事　〇点 ADLd　トイレの使用　〇点	
	入院	超重症児（者）入院診療加算、準重症児（者）入院診療加算	＊超重症児（者）入院診療加算（6歳以上） 算定開始　〇〇年〇〇月〇〇日 注）同一剤に"840000056　（算定開始　年　月日）"のコメントがある場合を除く	
労災	外来	救急医療管理加算（入院外）	＊救急医療管理加算（入院外） 算定　〇〇月〇〇日	
	入院	救急医療管理加算（入院）	＊救急医療管理加算（入院） 算定　〇〇月〇〇日 算定〇〇月〇〇日～〇〇日	
	入院	労災治療計画加算	＊労災治療計画加算 算定　〇〇月〇〇日	
自賠責（健保	入・外	技術点単価と	＊薬剤等（1点単価　〇〇円）	

準拠）		薬剤等点単価の違い		

＜保険変更時のレセプト印字内容＞

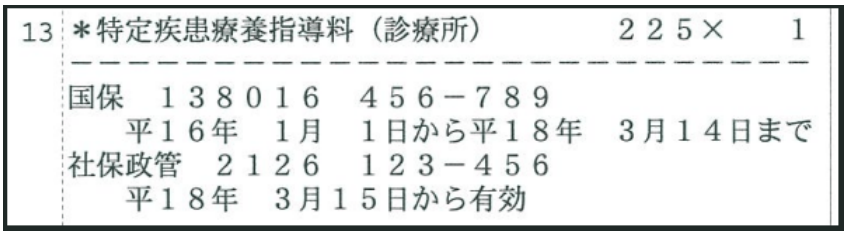


図 480

２.５.１１　レセプトへのコメントの手入力が必要な診療内容一覧

レセプトへのコメントが必要な診療内容の中で、手入力を要するコメントの内容は、以下のとおりです。
下記を参照して必要に応じて入力を行ってください。

診療種別	診療内容	条　　件	コメントコード	印字内容
診察料	初診	初診の後、当該初診に付随する一連の行為を後日行った場合であって当該初診日が前月である場合	820000048	前月算定
	再診	再診の後、当該再診に付随する一連の行為を後日行った場合であって当該再診日が前月である場合	820000048	前月算定
医学管理料	特定薬剤治療管理料（臓器移植から3ヶ月）	臓器移植加算を算定した場合には臓器移植を行った月日を記載	840000077	臓器移植 月　　日
	心臓ペースメーカー指導管理料	（全ての心臓ペースメーカ指導管理料） ペースメーカー移植術を行った月日を記載 （着用型自動除細動器） 使用開始日、使用する理由及び医学的根拠を記載		
	高度難聴指導管理料（術後3ヶ月以内）	人工内耳植込術を行った日を記載		
	開放型病院共同指導料（1） 退院時共同指導料1 ハイリスク妊産婦共同管理料（1）	入院日を記載		
	開放型病院共同指導料（2）	共同指導を行った日を記載		
	傷病手当金意見書交付料	遺族に対して交付した場合は交付日を記載	840000012	（相続）傷病手当金意見書交付　　年 月　　日
	退院前訪問指導料	2回算定した場合は、各々の訪問指導日を記載	840000055	退院前訪問指導料算定 日
	リンパ浮腫指導管理料	手術日（自動記載）または手術予定日を記載	840000090	手術予定 月　　日
		外来分は退院日及び実施した手術名を記載	840000013	退　院　　年 月　　日
		地域連携診療計画に基づいた他の保険医療機関で算定した場合は、入院中にリンパ浮腫指導管理料を算定した保険医療機関名及び実施した手術名を記載		
	地域連携診療計画退院時指導料	退院日を記載	840000013	退　院　　年 月　　日
	薬剤管理指導料2	薬剤名を記載	830000028	薬剤名：
	退院時診療状況添付加算	退院日を記載	840000013	退　院　　年 月　　日
	地域連携診療計画退院時指導料（1）	退院日を記載	840000013	退　院　　年 月　　日
	地域連携診療計画退院時指導料（2）	地域連携診療計画退院時指導料（1）を算定した医療機関の退院日を記載	840000013	退　院　　年 月　　日
	植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料	植込型ポンプ設置術を行なった日を記載		
	糖尿病透析予防指導管理料	HbA1cの値または内服薬やインスリン製剤を使用している旨を記載		
	認知症療養指導料	認知症療養計画に基づく最初の治療を行なった		

		月日を記載		
	麻薬管理指導加算	指導を行った日を記載		
	がん治療連携計画策定料1	退院日を記載		
	介護保険リハビリテーション移行支援料	介護保険によるリハビリテーションを開始した日及び維持期のリハビリテーションを終了した日を記載		

在宅料	往診または緊急・夜間・深夜加算（在宅療養支援診療所等）	在宅療養支援診療所の医療機関名を記載 在宅患者訪問診療料を当該月に算定している場合は、往診を行った日を記載し、急性増悪等により一時的に週4回以上の頻回な在宅患者訪問診療を行った場合、その必要性、必要を認めた日、行った日を記載	810000001	フリーコメント
	難病等複数回訪問加算	訪問看護を実施した日 患者が死亡した日時		
	在宅ターミナルケア加算	訪問診療を実施した日 訪問看護を実施した日 死亡日を記載		
	在宅患者訪問点滴注射管理指導料	点滴注射を行った日を記載		
	在宅時医学総合管理料	当該月において往診または訪問診療を行った日を記載		
	在宅患者訪問看護・指導料	急性増悪等により頻回なまたは1日に2回または3回以上行った場合は、診療日、訪問看護・指導を行った日及びその理由を記載		
	在宅がん医療総合診療料	算定した週において訪問診療、訪問看護を行った日を記載		
	訪問看護	月の初日が週の途中にある場合は、前月の最終週における訪問回数を（　）書きで記載		
	在宅移行早期加算	初回の管理料を算定した年月日		
	在宅患者訪問薬剤管理指導料	訪問薬剤管理指導を行った日を記載		
	在宅酸素療法指導料	当該月の動脈血酸素濃度分圧または動脈血酸素飽和度を記載 慢性心不全で適用になった患者の場合は、初回の指導管理を行った月において、終夜睡眠ポリグラフィーの実施日及び無呼吸低呼吸指数も併せて記載	840000068 840000069	動脈血酸素濃度分圧 TORr 動脈血酸素飽和度 mmHg
	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	初回の指導管理を行った月日、直近の無呼吸低呼吸指数、睡眠ポリグラフィー上の所見、検査実施日を記載		
	在宅自己注射指導管理料	自己注射に用いる薬剤を支給した場合は、支給日数を血糖自己測定器加算を算定した場合は、回数を記載 持続血糖測定器加算を算定した場合は、その理由及び医学的根拠を記載	820000037 840000032 840000040	自己注射に用いる薬剤投与 血糖自己測定の回数（　回） 薬剤支給 日分
	在宅小児低血糖症患者指導管理料	血糖自己測定器を算定した場合は回数を記載	840000032	血糖自己測定の回数（　回）
	在宅自己腹膜灌流指導管理料	1月2回以上算定した場合は回数及び理由を記載	840000041	在宅自己腹膜灌流指導管理（　　回）
	在宅自己連続携行式腹膜灌流	薬剤を支給した場合は、薬剤名・支給日数を記載	820000038 840000040	自己連続携行式腹膜灌流に用いる注射薬名 薬剤支給 日分
	在宅血液透析指導管理料	薬剤を支給した場合は、薬剤名・支給日数を記載	840000040	薬剤支給 日分
	透析液供給装置加算	初回の指導管理を行った日から起算して2月においては、初回の指導管理を行った月日を記載		
	在宅中心静脈栄養法指導管理料	薬剤を支給した場合は、薬剤名・支給日数を記載	820000039 840000040	在宅中心静脈栄養法に用いる注射薬名

				薬剤支給 日分
	在宅小児経管栄養法指導管理料	薬剤を支給した場合は、薬剤名・支給日数を記載		
	在宅自己導尿指導管理料	薬剤を支給した場合は、薬剤名・支給日数を記載	840000040	薬剤支給 日分
	在宅悪性腫瘍患者指導管理料	薬剤を支給した場合は、薬剤名・支給日数を記載	840000040	薬剤支給 日分
	在宅寝たきり患者処置指導管理料	薬剤を支給した場合は、薬剤名・支給日数を記載	840000040	薬剤支給 日分
	退院前在宅療養指導管理料	薬剤を支給した場合は、薬剤名・支給日数を記載	840000040	薬剤支給 日分
	在宅療養指導料	入院中の患者に対して退院の日に算定した場合は「退院時在宅指導」と記載		
	長時間訪問看護・指導加算	訪問看護を実施した日を記載		
	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	訪問指導を行った日を記載		
	在宅患者連携指導料 在宅患者連携指導加算 同一建物居住者連携指導加算	情報共有を行った日、 療養上必要な指導を行った日を記載		
	在宅患者緊急時等カンファレンス料 在宅患者緊急時等カンファレンス加算 同一建物居住者緊急時カンファレンス加算	カンファレンスを実施した日、 療養上必要な指導を行った日を記載		
	在宅患者訪問栄養食事指導料	指導を行った日を記載		
	緊急時施設治療管理料	往診を行った月に介護保険の緊急時施設療養費を算定した場合はその日時及び対象患者が介護療養型老健施設の入居者である旨を記載		
	夜間・早朝訪問看護加算	訪問看護を実施した日時を記載		
	長時間加算	診療に要した時間		
	在宅妊娠糖尿病患者指導管理料	血糖自己測定器加算を算定した場合は、血糖自己測定の回数を記載	840000032	血糖自己測定の回数（ 回）
	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	指導管理を行なった年月日、連携して指導管理を行なった医療機関名を記載		
	導入期加算（振戦等刺激装置治療指導管理料） 導入期加算（在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料）	植込術を行なった年月日を記載		
	在宅患者訪問診療料1	同一の患家いおいて二人目の患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合は、その旨を記載		
	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	初回カンファレンス又は評価カンファレンスを実施した日、実施場所、連携する医療機関がある場合は医療機関名称、初回カンファレンス又は評価カンファレンスの別を記載		

投薬料	投薬	入院患者に対し退院時に投薬を行った場合	840000006	退院時　　日分投薬
	退院時投薬	退院時に投薬を行った場合は「退院時　　日分投薬」と記載	840000006	退院時　　日分投薬
	※薬剤は省略			
	処方料 処方せん料	向精神病薬多剤投与であるが、F100 処方料の「1」を算定しない場合は理由を記載		
注射料	血漿成分製剤加算	点滴注射、中心静脈をに係わる血漿成分製剤加算を算定した場合には､1回目の注射の実施日を記載		
	※注射薬剤は省略			
処置料	連続携行式腹膜灌流	導入期加算を算定した場合は、導入年月日を記載	840000008	連続携行式腹膜灌流導入期 年　　月 日
	処置	180日を超える期間通算対象入院料を算定している患者で重度の肢体不自由者及び人工腎臓を実施している患者は｢日常生活自立度｣のランクを記載	830000022	障害老人の日常生活自立度（寝たきり度） 判定基準ランク：
	熱傷処置	初回の処置を行った日を記載	840000085	初回実施 月　　日
	熱傷温浴療法	受傷日を記載	840000075	受傷日　　月 日
	膀胱等刺激法	干渉低周波による場合は、治療開始日を記載	840000076	治療開始日 月　　日
	血漿交換療法 血球成分除去法	一連の当該療法の初回実施日及び初回からの通算実施回数を記載 一回毎の開始時間と終了時間を記載	840000085 840000086	初回実施 月　　日 通算実施回数 （　　回）
	冷却痔処置	内痔核の重症度を記載		
	局所灌流 吸着式血液浄化法	1回毎の開始時間、終了時間を記載		
	一酸化窒素吸入療法	開始日時、終了日時、通算時間を記載 96時間を超える場合はその理由、医学的根拠を記載		
手術料	デブリードマン	繰り返し算定する場合は、植皮の範囲を記載	840000043	植皮の範囲（%）
	自己血輸血	6歳未満の患者に対して行った場合は､体重を記載	840000082	患者体重 g
	自己血貯血	貯血量、手術予定日（当該自己血貯血を入院外で行った場合または当該自己血貯血を行った日が属する月と手術予定日が属する月とが異なる場合に限る）。 6歳未満の患者に対して自己血貯血を行った場合においては患者の体重を記載	840000090 840000082	手術予定日 患者体重 g
	皮膚移植	同種皮膚移植を行った場合は提供者の氏名を記載		
	複数手術	複数手術を行った場合は、従たる手術を「（併施）」と記載		
	皮膚レーザー照射	色素レーザー照射療法またはQスイッチ付レーザー照射療法を算定した場合は、前回の治療開始日を記載		
	持続緩徐式血液濾過	一連の当該療法の初回実施日、初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものを含む）。及び1回毎の実施時間数、開始時刻と終了時間（共に当該月に実施されたものに限る）。を記載		
	術中術後自己血回収術	12歳未満の患者に対して行った場合は患者の		

		体重、出血量を記載		
	体外衝撃波疼痛治療術	保存療法の開始日と治療内容、実施した理由を記載。2回目以降は前回算定日及びその理由を記載		
	心臓弁再置換術加算 人口血管等再置換術加算	前回手術日、術式及び医療機関名を記載		
	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	2回以上算定した場合は、前回算定日を記載		
	時間外加算1	手術を実施した診療科、初診又は再診の日時、及び手術を開始した日時を記載		
	組織拡張器による再建手術	一連の治療につき2回以上算定する場合は、その詳細な理由を記載		
	組織拡張器による再建手術（乳房の場合） ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	再建した理由を記載		
	経皮経食道胃管挿入術（PTEG）	医学的な理由を記載		
	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施日を記載		
麻酔料	神経ブロック	神経破壊剤を使用した場合は、薬剤名を記載。局所麻酔剤または神経破壊剤とそれ以外の薬剤を混合注射した場合は医学的必要性を記載。	830000019	神経破壊剤：
	L008　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の麻酔が困難な患者	麻酔が困難な患者の状態を記載		

検査料	基本的検体検査実施料	入院日数（外泊除く）を記載	840000058	日
	Mn	高カロリー静脈栄養法を開始した日を記載	840000089	高カロリー静脈栄養法開始 月　日
	赤血球不規則抗体検査	輸血歴または妊娠歴がある旨を記載		
	HIV-1抗体 HIV-1,2抗体定性 HIV-1,2抗体定量 HIV-1,2抗体半定量 HIV-1,2抗原・抗体同時測定定性 HIV-1,2抗原・抗体同時測定定量	輸血（自己血輸血を除く）または輸液（血漿成分製剤）を行っている患者は最終日を記載		
	1型コラーゲン架橋C－テロペプチドーβ異性体 低カルボキシル化オステオカルシン	2回目を算定した場合は、前回算定日を記載		
	前立腺特異抗原（PSA）	前立腺癌の確定がつかず、2回以上を算定する場合は、「未確」と記載し、当該検査の実施年月及び検査値を全て記載		
	呼吸心拍監視 新生児心拍・呼吸監視 カルジオスコープ カルジオタコスコープ	算定開始日を記載		
	光トポグラフィー	（脳外科手術の術前検査に使用した場合） 手術実施日または手術予定日を記載 （抑うつ状態の識別診断の補助に使用した場合） 検査が必要な理由、前回の実施日を記載	840000042 840000090	手術　日 手術予定 月　日
	脳磁図	手術実施日または手術予定日を記載	840000042 840000090	手術　日 手術予定 月　日
	鼻腔通気度検査	当該検査に関連する手術名及び手術日または手術予定日を記載	840000042 840000090	手術　日 手術予定 月　日
	ヘリコバクター・ピロリ感染診断	除菌後感染診断について検査の結果、陰性となった患者に対し再度検査を行った場合は、検査法及び検査結果を記載		
		除菌後感染診断を算定する場合は除菌終了日を記載		
		静菌作用を有する薬剤を投与していた患者に対し、除菌前感染診断及び除菌後感染診断を実施する場合は、当該静菌作用の有する薬剤投与中止日または終了日を記載		
	抗体測定	除菌前並びに除菌後の抗体測定実施年月日及び結果を記載		
	抗LKM-1抗体精密測定	抗核抗体陰性であることを記載		
	悪性腫瘍遺伝子検査	目的、結果、選択した治療法を記載		
	抗IA－2抗体	理由、医学的根拠を記載		
	抗LKM－1抗体精密測定	抗核抗体陰性である旨を記載		
	抗シトルリン化ペプチド抗体定性	関節リウマチの確定診断がつかず、2回以上算定する場合は検査の実施月日及び検査値を全て記載		
	植込型心電図検査	心電図が記録されていた時間を記載		
	超音波検査（胎児心エコー法）	胎児の週数を記載		

	誘発筋電図	検査を行った神経名を記載		
	インフルエンザ核酸検出	算定した理由を記載		
	肝硬度検査	3月に2回以上算定する場合は、その理由、医学的根拠を記載		
	L型脂肪酸結合蛋白（尿）	2回目を算定した場合は、前回算定日を、3月に2回以上算定する場合は理由を記載		
	HPVジェノタイプ判定	組織診断の結果、組織診断の実施日、治療法を記載。2回目を算定した場合は前回実施日、前回の治療法を記載		
	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（TRACP-5b）	診断補助の実施日、6ヶ月以内の治療経過観察時の補助的指標の実施日又は治療方針の変更日を記載		
	時間内歩行試験	過去の実施日、在宅酸素療法の実施の有無、流量の変更を含む患者の治療方針を記載		
	皮下連続式グルコース測定	患者の状態に該当するものを記載		
	CCR4タンパク CCR4タンパク（フローサイトメトリー法） を併せて算定した場合	その理由、医学的根拠を記載		
	小腸内視鏡検査（その他）	当該患者の症状詳記を添付		
	大腸内視鏡検査（カプセル型内視鏡）	当該患者の症状詳記を添付、大腸ファイバースコピーで到達できなかった場合は実施日を、大腸ファイバースコピーが困難な場合はその理由を記載		
	免疫染色病理組織標本作製 4種類以上抗体使用加算	医学的根拠を詳細に記載		
	肺サーファクタント蛋白－A（SP-A）（羊水）	他の検査では代替できない理由を記載		
	エステル型コレステロール	他の検査では代替できない理由を記載		
	遊離脂肪酸	他の検査では代替できない理由を記載		
	前立腺酸ホスファターゼ	他の検査では代替できない理由を記載		
	カタラーゼ	他の検査では代替できない理由を記載		
	シスチンアミノペプチダーゼ（CAP）	他の検査では代替できない理由を記載		
	溶連菌エステラーゼ抗体（ASE）	他の検査では代替できない理由を記載		
	リウマトイド因子（RF）	他の検査では代替できない理由を記載		
	LEテスト定性	他の検査では代替できない理由を記載		
画像診断料	基本的エックス線診断料	入院日数（外泊を除く）を記載	840000058	日
	画像診断	撮影部位を記載		

その他	短期滞在手術等基本料1	手術名、手術日を記載（外来レセ） 対象となる手術を行なった場合であって、入院基本料を算定する場合は、短期滞在手術等基本料を算定しない理由を記載		
	院外処方せん	外来患者に院外処方せんを交付した場合で、同一診療日に緊急やむを得ず院内において投薬した場合、その月日を記載		
	精神科退院前訪問指導料	2回以上算定した場合は各々の訪問指導日を記載 必要があって複数の職種が共同して指導を行った場合は、「復職」記載する。	840000079	精神科退院前訪問指導算定日
	通院・在宅精神療法	「1」のイ又は「2」のイ、ロを算定した場合は、診療に要した時間、退院後の4週間に行われる場合は退院日を記載	840000046	通院精神療法 実施　　分
	心身医学療法	初診の日に算定した場合は、当該診療に要した時間を記載	840000047	心身医学療法 実施　　分
	標準型精神分析療法	診療に要した時間		
	心大血管疾患リハビリテーション料（※1）	治療開始日、疾患名を記載	099800111 810000001（フリーコメントに疾患名を入力）	心大血管リハ：治療開始日　〇〇月〇〇日 疾患名：〇〇
	呼吸器リハビリテーション料（※1）	治療開始日、疾患名を記載	099800141 810000001（フリーコメントに疾患名を入力）	呼吸器リハ：治療開始日 〇〇月〇〇日 疾患名：〇〇
	脳血管疾患等リハビリテーション料（※1）	発症日（急性増悪日・オペ日）、疾患名を記載	099800121 810000001（フリーコメントに疾患名を入力）	脳血管疾患等リハ：発症日 〇〇月〇〇日 疾患名：〇〇
	運動器リハビリテーション料（※1）	発症日（急性増悪日・オペ日）、疾患名を記載	099800131 810000001（フリーコメントに疾患名を入力）	運動器リハ：発症日　〇〇月〇〇日 疾患名：〇〇
	難病患者リハビリテーション料（※1）	発症日（急性増悪日・オペ日）、疾患名を記載	099800161 810000001（フリーコメントに疾患名を入力）	難病患者リハ：発症日 〇〇月〇〇日 疾患名：〇〇
	障害児（者）リハビリテーション料（※1）	疾患名、発症日を記載	099800171	障害児（者）リハ：発症日 〇〇月〇〇日
	摂食機能療法（※1）	疾患名及び当該疾患の治療開始日を記載	099800151	摂食機能療法：治療開始日　〇〇月〇〇日
	がん患者リハビリテーション料	治療開始日を記載 がんの種類、入院中に提供した治療の種類を記載	99800181	がん患者リハ：治療開始日
	※1各リハビリテーションの発症日等の入力はこちら。			
	精神科デイ・ケア 精神科ナイト・ケア 精神科デイ・ナイト・ケア 精神科ショートケア	当該療法のうち最初に算定した年月日を記載する。 なお、最初に算定した日から3年を経過している場合は省略可		
	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	最初に算定した年月日または精神病床を退院した年月日を記載		

	医療保護入院等診療料	患者の該当する入院形態（例：（措置入院））を記載		
	放射性同位元素内用療法管理料	当該管理を開始した月日を記載		
	短期集中リハビリテーション実施加算	退院日を記載	840000013	退院　年　月　日
	夜間・早朝訪問看護加算（精神科訪問看護・指導料）	実施した日時を記載		
	精神科訪問看護・指導料1 精神科訪問看護・指導料3	（退院後3月以内の期間において行われる場合で、週5回を算定する場合） 退院日を記載		
	精神科特別訪問看護指示加算	必要な理由を記載		
	重度認知症患者デイ・ケア早期加算	最初に当該療法を算定した年月日または精神病床を退院した日を記載		
	重度認知症患者デイ・ケア夜間ケア加算	初回算定日、夜間ケアに要した時間を記載		
	経口摂取回復促進加算	内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の実施日及びカンファレンス日を記載 胃瘻造設の適否を判断するために内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を行なった場合は、実施日及び胃瘻造設術日を記載		
	認知症患者リハビリテーション料	日常生活自立度判定基準のランク、診療時間及びリハビリテーション計画作成日を記載		
	早期リハビリテーション料加算	（脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料の場合） 地域連携診療計画管理料又は地域連携診療計画退院時指導料（1）の算定患者である旨を記載		
	向精神薬多剤投与	向精神薬多剤投与に該当するが減算せず、精神科継続外来支援・指導料を算定する場合、その理由を記載		
	精神科重症患者早期集中支援管理料	直近の入院日、入院形態並びに退院日、直近の退院時におけるGAF「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」のランク、カンファレンス実施日及び訪問日時、診療時間並びに訪問した者の職種を記載 ※保健所又は精神保健福祉センター等との都合により該当保健所又は精神保健福祉センター等がカンファレンスに参加できなかった場合はその理由を記載		
入院	新生児特定集中治療室管理料 総合周産期特定治療室管理料の新生児集中治療室管理料 新生児治療回復室入院医療管理料	併せて22日または31日以上算定した場合は、出生時体重を記載	840000019	出生時体重（g）
	重症皮膚潰瘍管理加算	Sheaの分類を記載	840000083	皮膚潰瘍 Shea 分類度
	褥瘡評価実施加算	算定した日数を記載するとともに算定根拠となる評価、評価日を記載	840000091	評価　　日
	他医療機関に入院中患者の受診	他医療機関で包括病棟に入院中の患者の対診は、「当該患者の算定する入院料」、「診療科」、受診日	840000092	他（受診日数：　　日）

		数を記載		
	選定入院料患者	選定入院料外の入院料を算定する場合は、「選外」と記載		
	入院歴	特別の関係にある保険医療機関に入院または入所していたことのある患者で、初回入院日を当該保険医療機関等の初回入院日を起算日として計算する場合は「特別」と記載		
	救命救急入院料	算定に係わる入院年月日と「入院年月日」が異なる場合は、救命救急に係わる入院年月日を摘要欄に記載	840000021	救命救急入院 年　月 日
	診療録管理体制加算 精神科応急入院施設管理加算 がん診療連携拠点病院加算 医療安全対策加算 臨床研修病院入院医療加算 褥瘡ハイリスク患者ケア加算	算定に係わる入院年月日と「入院年月日」が異なる場合は、当該加算に係わる入院年月日を摘要欄に記載	840000088	入院　年　月　日
	地域医療支援病院入院診療加算 救急医療管理加算 在宅患者緊急入院診療加算	算定に係わる入院年月日と「入院年月日」が異なる場合は、当該加算に係わる入院年月日を摘要欄に記載	840000088	入院　年　月　日
	精神科救急入院料 精神科急性期治療病棟入院料	算定を開始した日を記載	840000080	精神科急性期治療病棟入院料算定開始 日
	短期滞在手術基本料2､3	手術日及び手術名を記載		
	重症者等療養環境特別加算	算定した日を記載	840000018	（重環） 日～　日
	一般病棟90日超え（特定患者）	90日を超える入院患者のうち、特定患者に該当しない場合は「特外」と記載		
	非定型抗精神病薬治療管理加算	投与している向精神病薬全ての薬剤名を記載		
	他医療機関受診時	他医療機関を受診した理由 診療科 受診日数を記載	840000092	他（受診日数日）
		入院医療機関名 患者の算定する入院料 受診した理由 診療科 受診日数	840000092	他（受診日数日）
	摂食障害入院医療管理加算	入院時のBMIの値を記載	830000045	BMI：
	強度行動障害入院医療管理加算	強度行動障害スコア 医療度判定スコアの値を記載	830000046 830000047	強度行動障害スコア 医療度判定スコア
	回復期リハビリテーション病棟入院料	対象となる疾患の発症日、手術日または損傷日を記載 入院までの間に算定開始日数控除対象入院料等において1日6単位以上の重点的なリハビリテーションが提供された場合には当該日数を記載		
	地域連携認知症支援加算 地域連携認知症集中治療加算	転院日を記載		
	救急・在宅等支援療養病床初期加算 救急・在宅等支援病床	入院元を記載 入院元が急性期医療の病院である場合		

	初期加算	当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載 入院元が介護保険施設、住居系施設または自宅の場合 直近の入院医療機関名及び退院日を記載		
	短手3（終夜睡眠ポリグラフィー1（携帯用装置）） 短手3（終夜睡眠ポリグラフィー2（多点感圧センサー））	急性冠症候群や急性脳血管障害等の急性入院であって可及的に睡眠時無呼吸症候群の検査を実施する場合は必要性について医学上の特別な理由を記載		
	救急医療管理加算2	患者の状態を記載		
	特定一般病棟入院料を算定している患者について、必要があって亜急性期入院医療管理が行われた場合 脳血管疾患リハビリテーション料若しくは運動器リハビリテーション料を算定してことがある患者について、必要があって亜急性期入院医療管理が行われた場合又は地域包括ケア入院医療管理が行われた場合	亜急性期入院医療管理又は地域包括ケア入院医療管理を行う病室に入室した月日を記載し、必要があって患者を他の病棟に移動した場合は、医学上の必要性を記載		
	特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、亜急性期入院医療管理料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、精神療養病棟入院料、または認知症治療病棟入院料	必要があって他の病棟へ移動した時は医療上の必要性を詳細に記載		
その他	病床数の変更	月の途中で医療機関の病床数が変更された場合は、変更日と変更前の病床数を記載	840000072	日　床～床
	介護保険	介護保険に相当するサービスのある診療を行った場合に、患者が要介護者でまたは要支援者である場合には「（介）」と記載する。また介護保険の適用病床において、患者の急性増悪等により緊急に診療を行った場合も同様に記載	820000050	（介）
	治験	治験期間外に実施し請求の対象となる検査、画像、投薬、注射はについて、実施日を記載	840000081	治験期間外 実施日 日
		1ヶ月中に治験期間とそれ以外の期間が併存する場合であって、請求の対象となる検査、画像、処置、投薬、手術について実施日を記載		

２.５.１２　外来まとめ入力

外来の診療行為入力を一月分の外来まとめ入力が行えます。

- 入力の範囲は一月です。
- 複数の診療月の入力はできません。
- 診療科、保険組み合わせ毎に入力ができます。
- 該当月の最終入力日以降の入力ができます。
- 診療訂正はできません。
- 病名からの自動算定（特定疾患療養管理料等）の自動発生は行いません。

事前準備

「101　システム管理マスタ」ー「1010　職員情報」にて外来まとめ入力を行ないたいユーザ毎に業務処理権限を設定します。

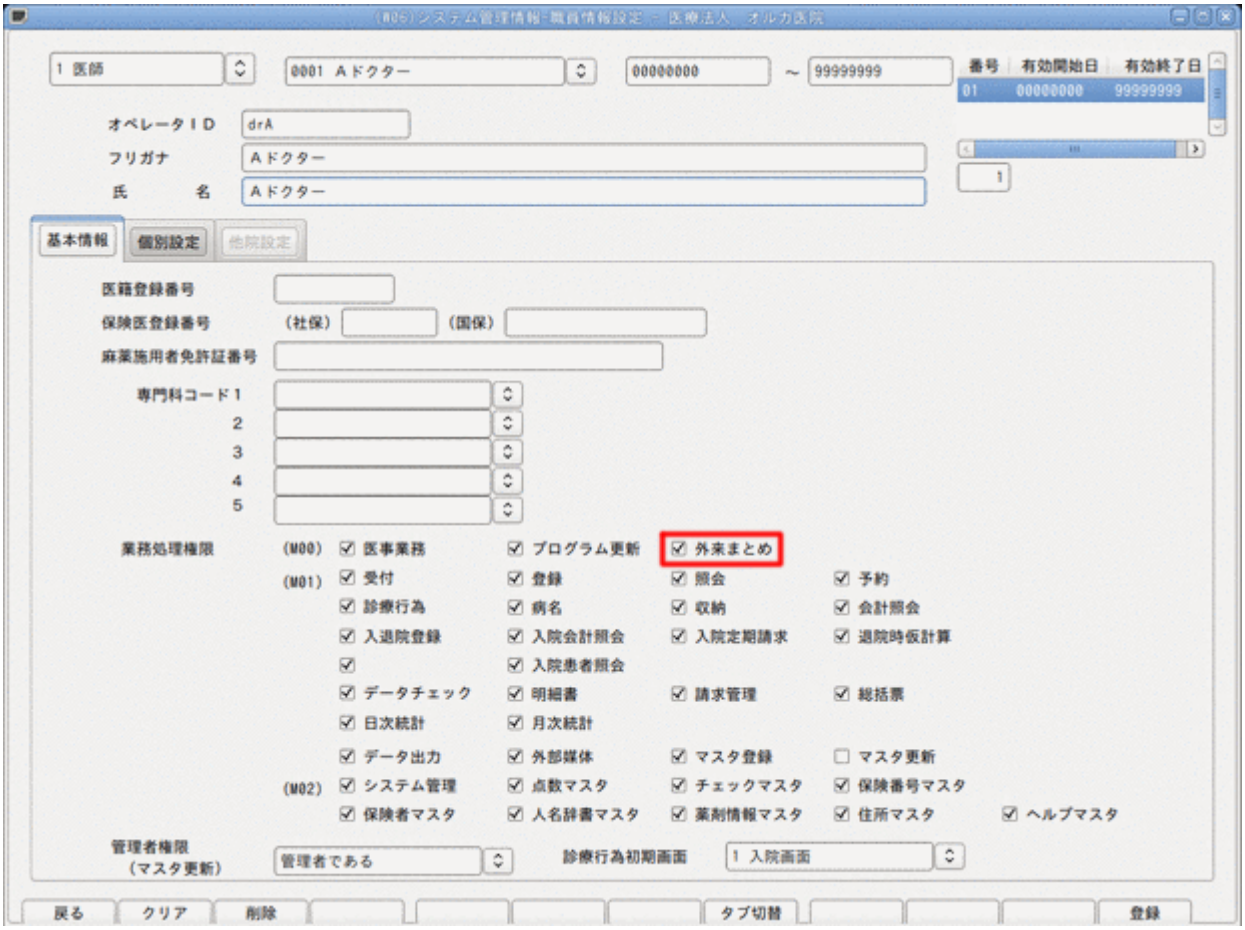


図 481

外来まとめ入力画面

外来まとめ入力を行うにはマスターメニューの「（まとめ）」(F9)を押下します。

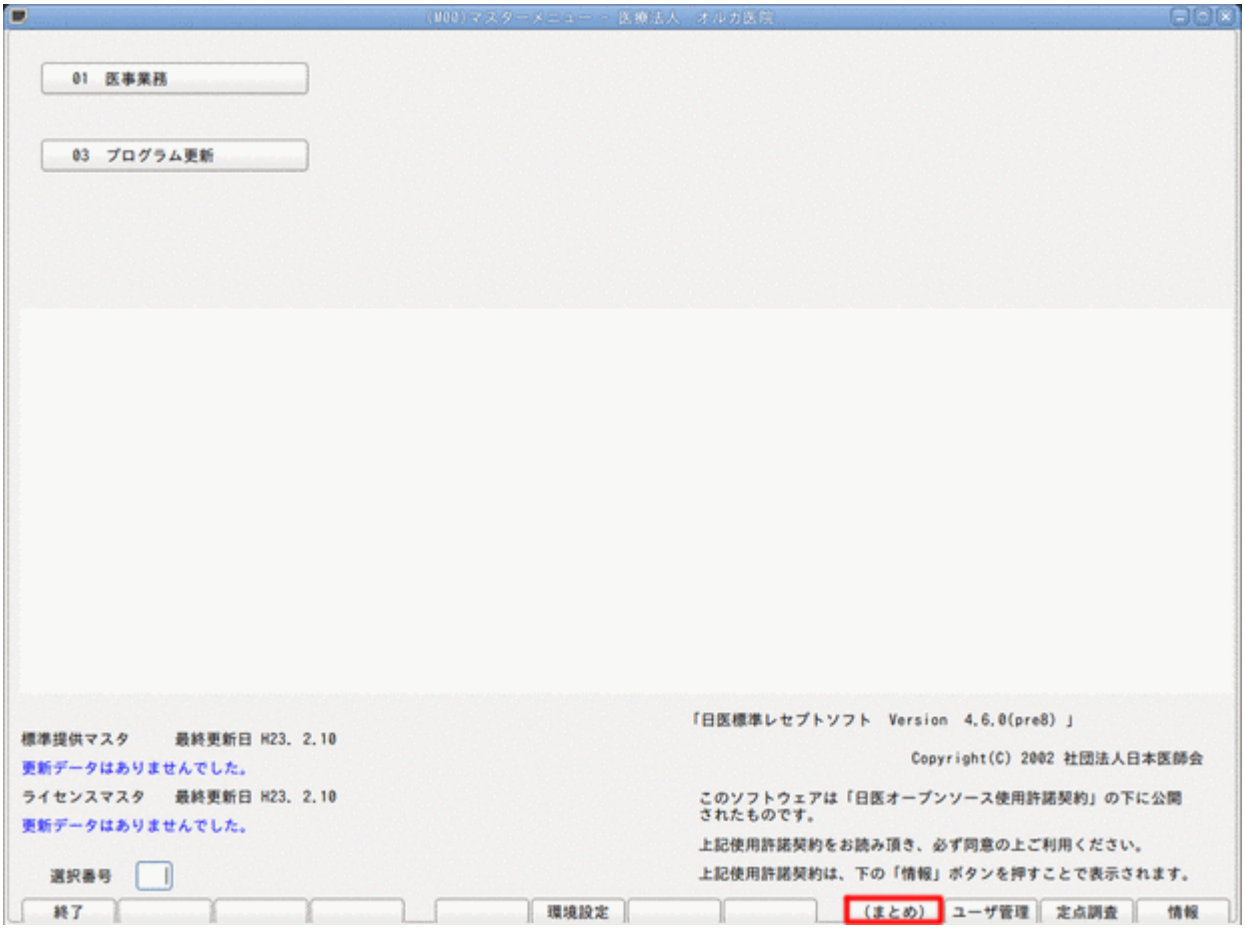


図 482

【外来まとめ入力画面】

図 483

＜画面説明＞

■カレンダーの表示

【黒字表示】
外来まとめ入力は最終来院日（最終入力日）以前の入力はできません。
入力できない日付は「黒字表示」します。

【赤字表示】
外来まとめ入力中の当日の診療日は「赤字表示」します。

【青字表示】
外来まとめ入力中の別の診療日は「青字表示」します。

【灰色表示】
入力ができる日付は「灰色表示」します。

図 484

■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	マスターメニューへ戻ります。
一括削除	Shift+F1	表示している保険組み合わせ、診療科の診療内容を一月分全て削除します。 ※登録済みの診療内容も削除します。また診療行為入力画面より「複数科保険入力」が行われている診療日は削除できません。
患者取消	F2	患者の表示をクリアします。
クリア	Shift+F2	表示している診療内容をクリアします。
前回患者	F3	直前の患者を表示します。
Do	F4	患者の過去の診療データより、入力内容を現在入力中の画面へ複写します。
診察料	Shift+F4	初診または再診を算定する場合に押下します。
前受診	F5	外来まとめ入力中の内容を日付を降順表示します。
病名登録	Shift+F5	病名画面へ遷移します。
前頁	F6	前頁に戻ります。
前月	Shift+F6	表示月を前月にします。
次頁	F7	次頁を表示します。
次月	Shift+F7	表示月を次月にします。
後受診	F8	外来まとめ入力中の内容を日付毎に昇順で表示します。
収納登録	Shift+F8	収納画面に遷移します。
氏名検索	F9	氏名検索画面に遷移します。
会計照会	Shift+F9	会計照会画面に遷移します。
算定履歴	Shift+F10	算定履歴画面に遷移します。
確定	F11	同一画面に複数の診療日の入力を行った場合、「確定」で各診療日に振り分けて日毎の表示に切り替えます。
包括診療	Shift+F11	包括チェックマスタにより包括対象診療行為をチェックします。
登録	F12	入力した診療行為を登録します。

入力方法

以下の2種類の入力方法があります。

- 入力する診療日に表示を変えて1日ずつ入力する。
- 1画面に複数診療日をまとめて入力する。

＜入力する診療日に表示を変えて1日ずつ入力する＞

1. 患者を呼び出します。

図 485

2. 入力したい日のカレンダーをクリックし選択します。
   または診療日を直接変更することもできます。
   例では4日を選択しました。カレンダーの4日が赤字表示になります。

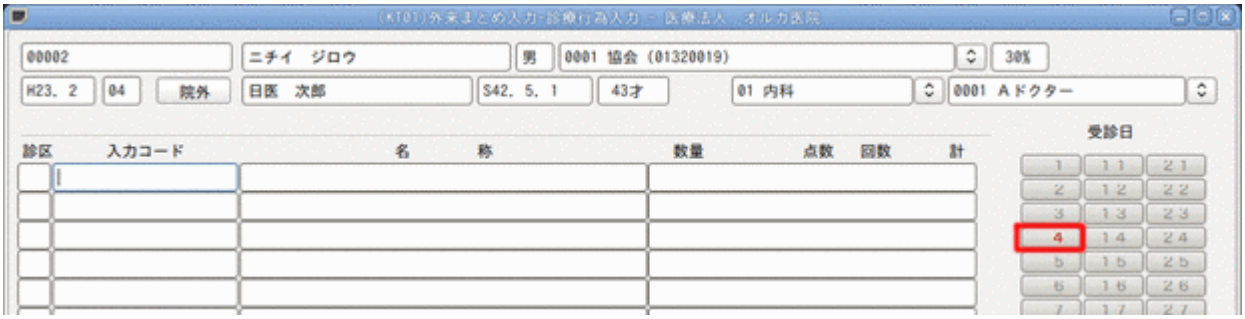


図 486

Copyright(C)2007JMARI

3.4日分の診療内容を入力します。
　　初再診は「診察料」(Shift+F4)を押下し、選択すると算定します。

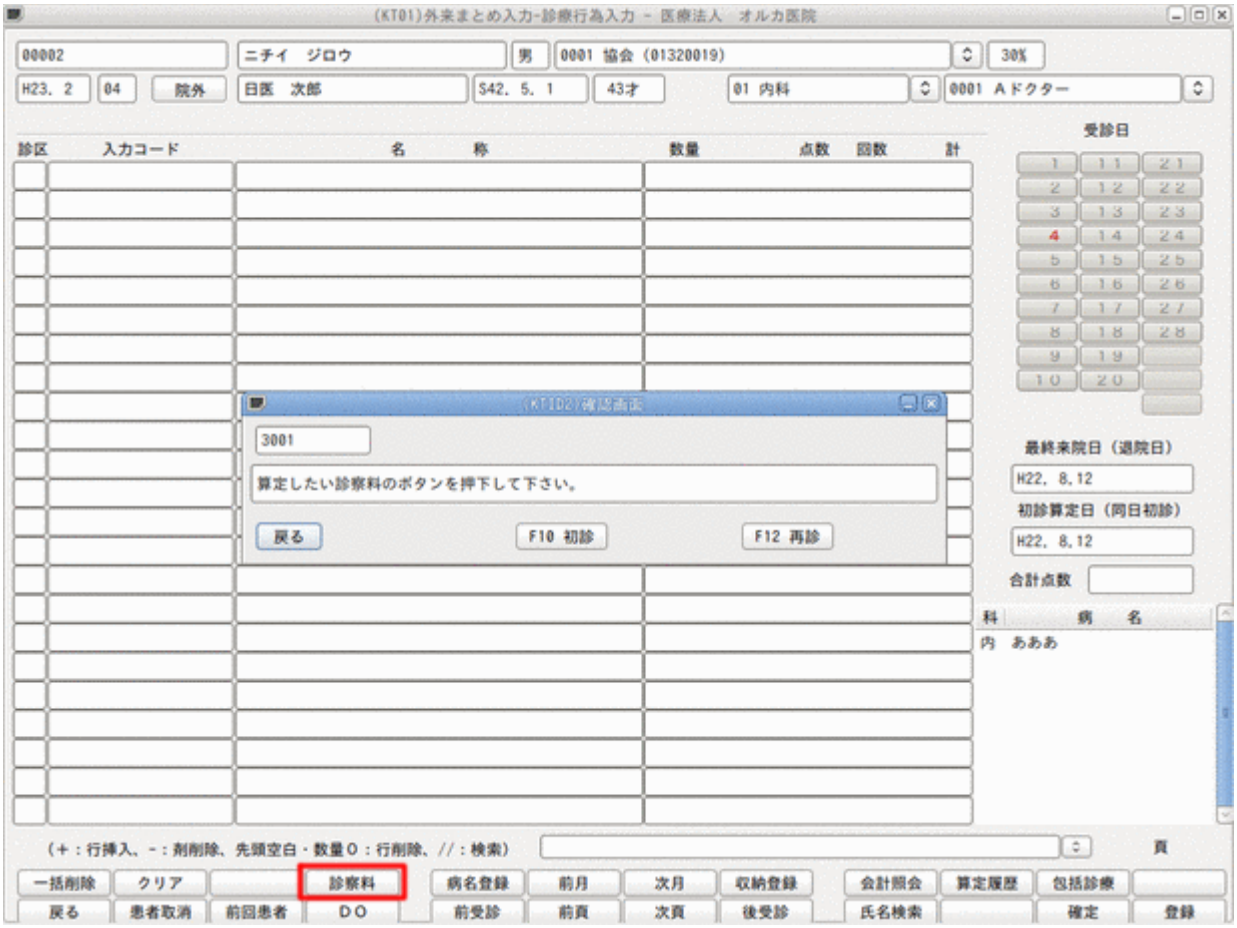


図 487

4.4日分の診療内容を入力後、次に入力する診療日のカレンダーをクリックし変更します。
　　4日分として入力した診療内容は仮登録されカレンダーが青字表示になります。
　　8日に変更したため8日が赤字表示になります。8日分の診療内容を入力します。

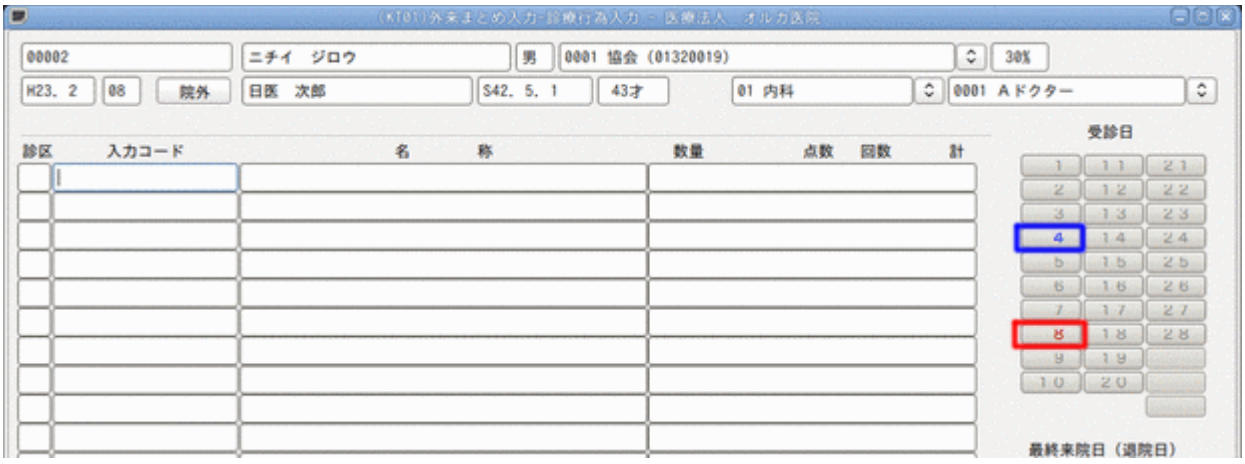


図 488

5. 入力したい診療日を全て入力し終わったら「登録」(F12)を押下します。
診療行為確認画面に遷移します。
各診療日を一日毎に表示します。診療日の変更は「前受診」(F5)、「後受診」(F8)を押下して表示を切り替えます。

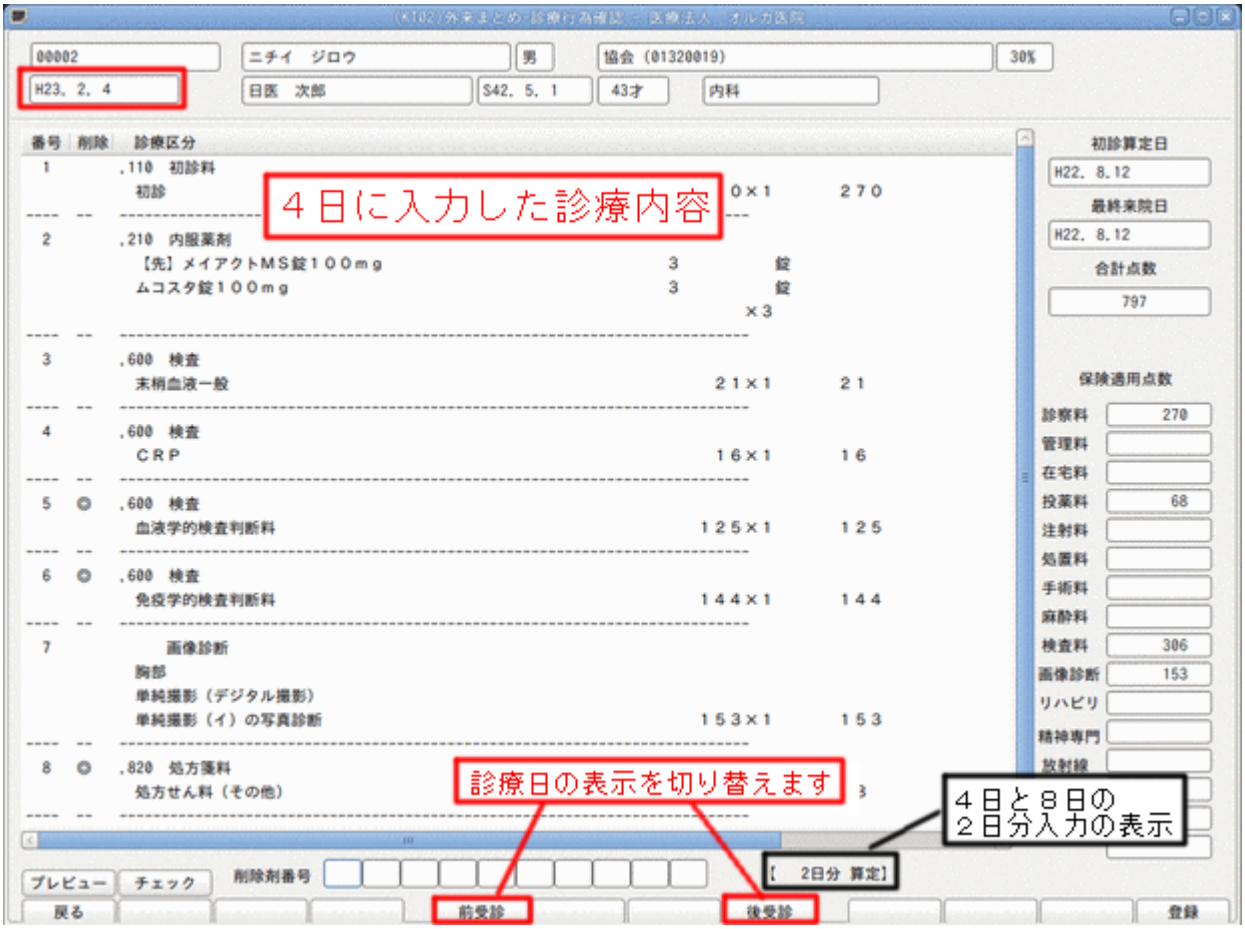


図 489

6. 確認後、「登録」(F12)を押下して登録します。

＜1画面に複数診療日をまとめて入力する＞

診療行為の剤毎に日付の指定を行います。
指定のない剤は表示している診療日に入力されます。

図 490

ポイント！　日付指定の入力方法

診療行為コード
＊「回数」／「日付」,「日付」－「日付」

例）616240009　クラビット錠　100mg　3錠×5日分　8日と15日に処方の場合

.210
616240009 3
*5/8,15

その他の日付指定
喀痰吸引を8日～18日まで毎日算定する場合

140003810 1
*/8-18

Copyright(C)2007JMARI

入力したい診療日を全て入力し終わったら「登録」(F12)を押下します。
診療行為確認画面に遷移します。
各診療日を一日毎に表示します。診療日の変更は「前受診」(F5)、「後受診」(F8)を押下して
表示を切り替えます。

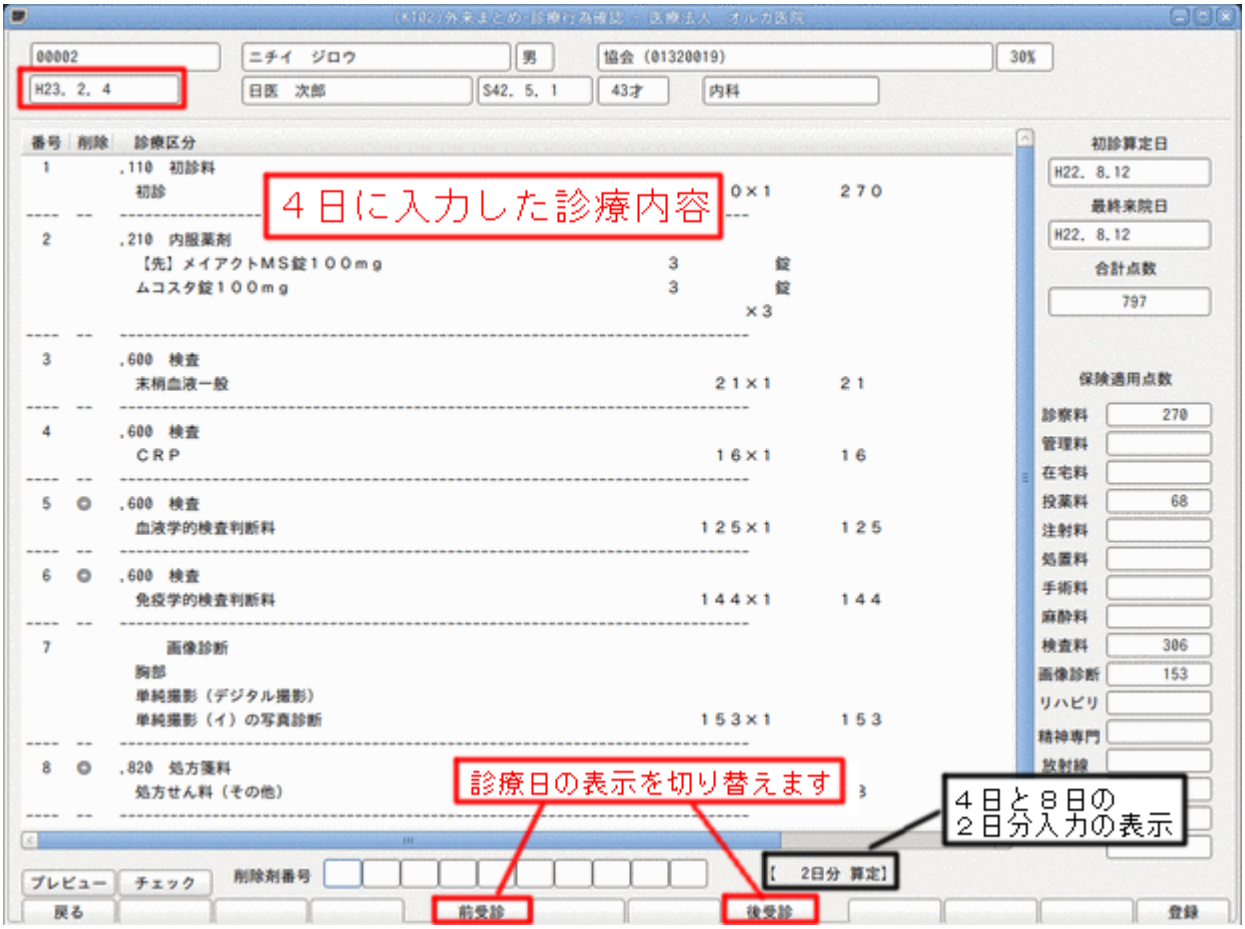


図 491

確認後、「登録」(F12)を押下して登録します。

ヒント！

1画面に複数診療日の入力中に「前受診」(F5)、「後受診」(F8)を押下すると各診療日に診療行為を割り振り日付け毎に表示します。

図 492

＜日付け指定の便利な入力＞

回数・日付けのコピーを行います。

*C,*c・・・・直前の回数・日付け行をコピーします。
*5/C,*5/c・・直前の日付けをコピーします。
*CA,*ca・・・直前の回数・日付け行を日付け指定のない全ての剤に追加します。

外来まとめ入力中のデータチェックについて

外来まとめ入力中の診療行為確認画面にて入力途中の段階でデータチェックをすることができます。

図 493

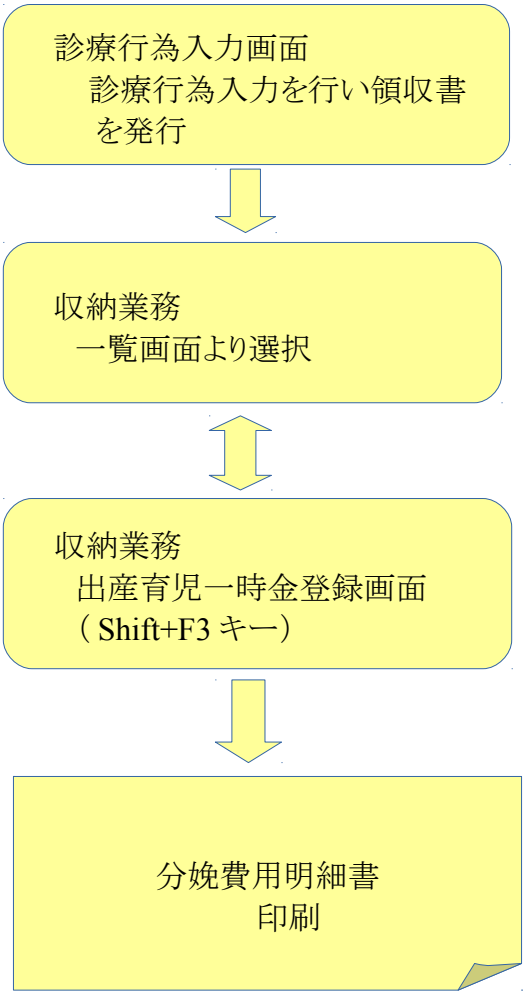
データチェックは全ての項目をチェックします。
データチェック後に「戻る」(F1)で入力画面に戻り、修正することができます。

ヒント
外来まとめ入力時には点数マスタの上限回数、チェックマスタの併用算定の警告表示は入力時に画面内に回数・日付け行のない場合のみ行います。これは「確定」(F11)や「前受診」「後受診」で日付け毎に振り分け後もチェックを行えません。

２.５.１３　外来での出産育児一時金登録

外来分娩についての出産育児一時金登録は収納業務で行ないます。
外来の収納データと出産育児一時金データとを紐付けし登録します。

＜処理の流れ＞



事前準備

分娩費用明細書の各項目に診療内容の金額を振り分けるため以下の設定を行ないます。

- 分娩機関管理番号の設定
  産科医療補償制度に加入されている医療機関は、（財）日本医療機能評価機構より受けた管理番号（数字10桁）を「101　システム管理マスタ」－「1001 医療機関情報－基本」に登録します。産科医療補償制度に加入されていない場合は空欄のままでかまいません。
- 分娩費用明細書の出力先プリンタの設定
  患者に渡す分娩費用明細書を印刷するプリンタを設定します。「101　システム管理マスタ」－「1031 出力先プリンタ割り当て情報」の入院プリンタ設定に分娩費用明細書が追加されるので、プリンタ名の設定を行ってください。
- 「101　システム管理マスタ」－「1013　請求書自費名称情報」
  次項を参照してください。
- 「101　システム管理マスタ」－「1046　出産費用内訳明細情報」
  次項を参照してください。

＜「101　システム管理マスタ」－「1046　出産費用内訳明細情報」の設定例＞

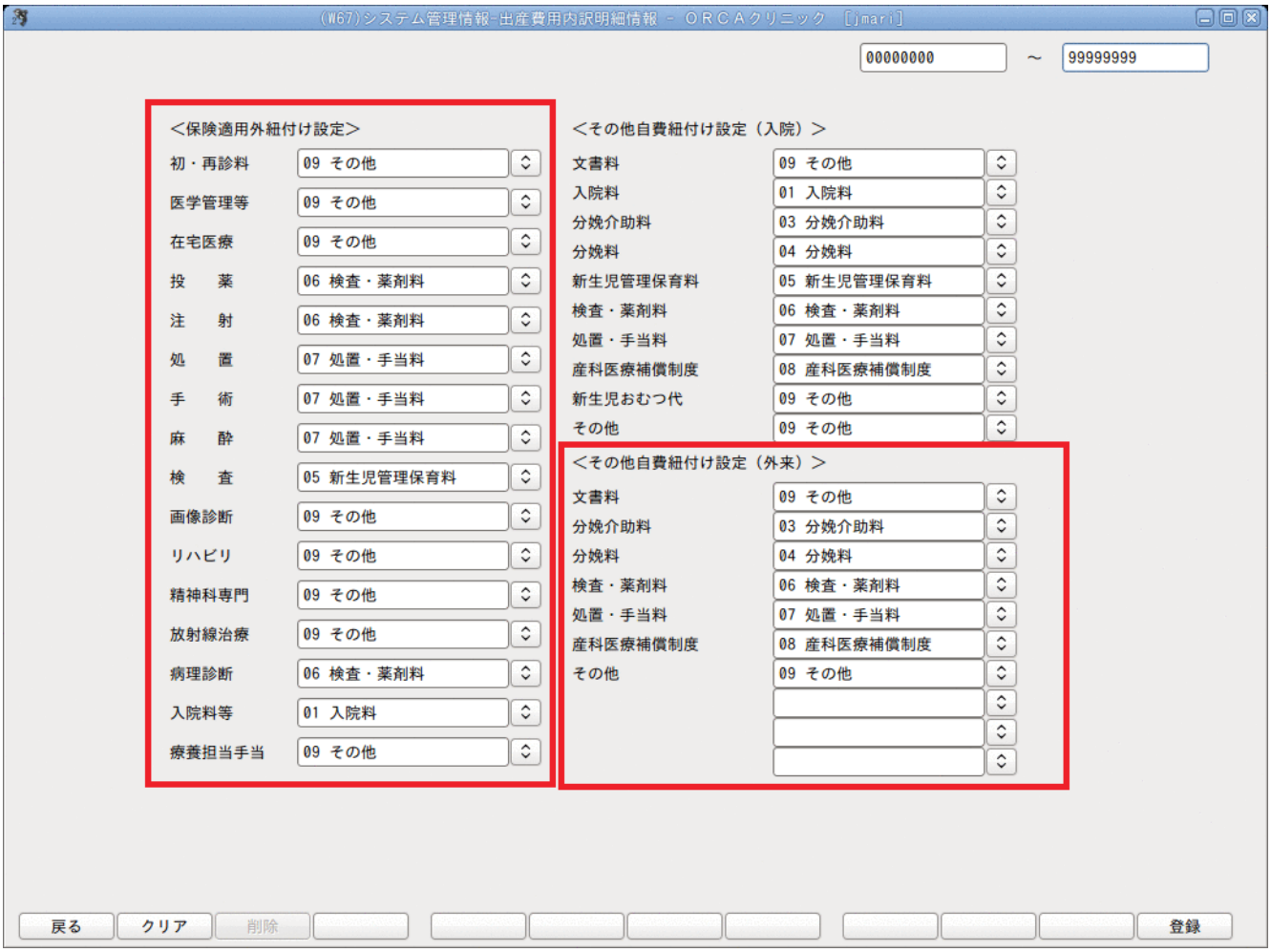


図 494

外来での設定は赤枠を設定します。
「101　システム管理マスタ」－「1013　請求書自費名称情報」にて作成した項目の金額を、分娩費用明細書の各項目へどう振り分けるかを「101　システム管理マスタ」－「1046　出産費用内訳明細情報」にて設定します。

ポイント 分娩費用明細書の各項目へ金額を上手く振り分けるには、設定例のように請求書自費名称を細かく分けて作成する必要があります。ですが複数の診療科をもつ医療機関の場合、他の診療科も考慮すると分娩料や産科医療補償制度など作成できない項目もあります。この場合は出産一時金登録画面にて手修正で金額を振り分けることもできます。

収納より出産育児一時金登録をする

診療行為入力をする

外来出産の診療内容を診療行為入力画面にて登録し、領収書を発行します。

収納画面より出産育児一時金登録を行う

診療行為入力後、収納画面を表示します。

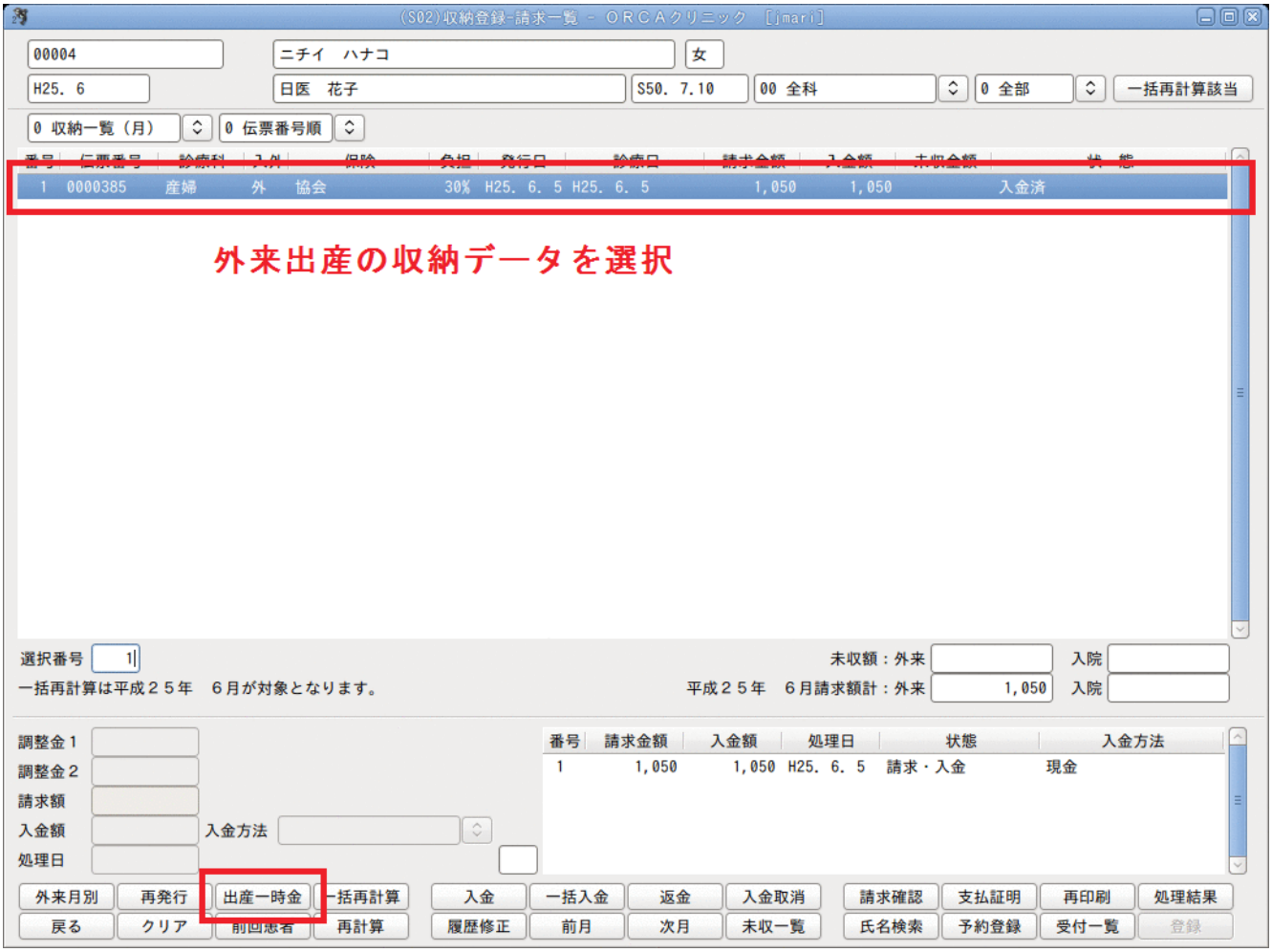


図 495

外来出産の収納データを選択し「出産一時金」(Shift+F3)を押下します。

ヒント！
「出産一時金」(Shift+F3)はいくつかの条件を満たすと「請求取消」が「出産一時金」に変わります。

- 患者の性別が女であること。
- 「101　システム管理マスタ」－「1005　診療科目情報」の設定にてレセ電診療科コードに「23　産婦人科」または「24　産科」が設定されていること。
- 社保、国保または自費保険であること。

出産育児一時金登録画面へ遷移します。

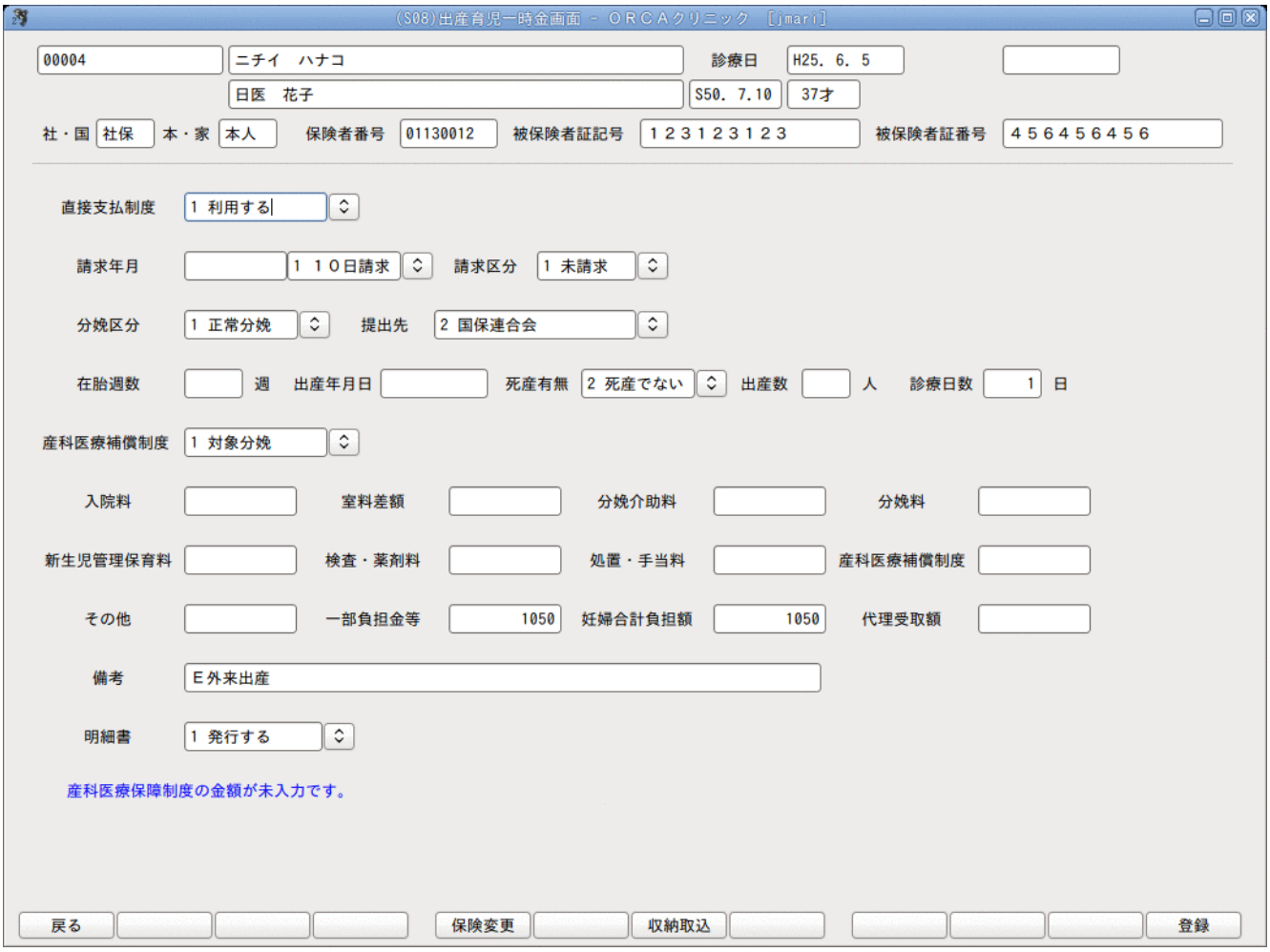


図 496

 Copyright(C)2007JMARI

「101　システム管理マスタ」ー「1046　出産費用内訳明細情報」の設定にしたがって金額が振り分けられています。必要があればここで金額を手修正します。

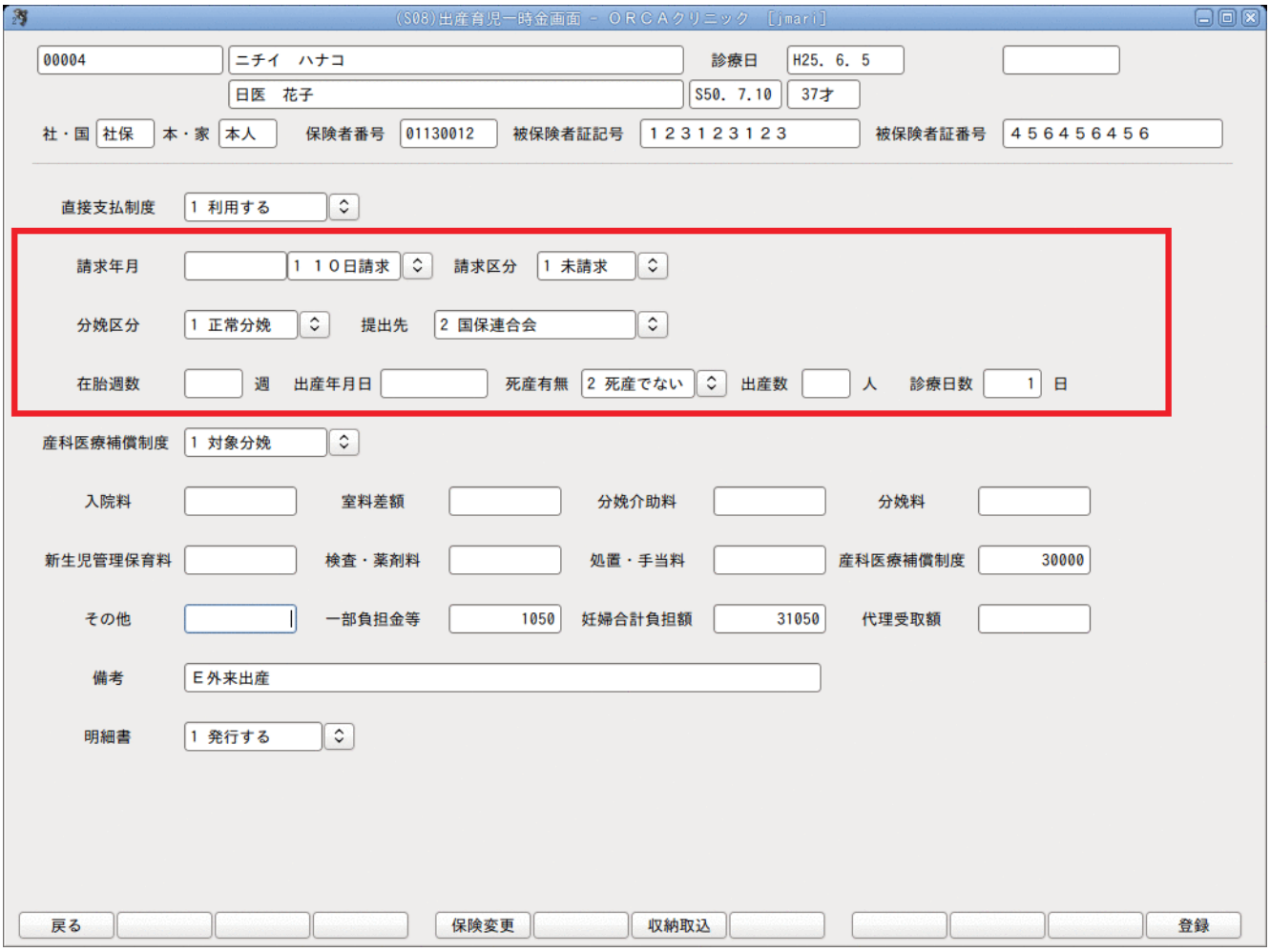


図 497

画面の赤枠部分を入力し、「登録」(F12)を押下し分娩費用明細書を発行します。

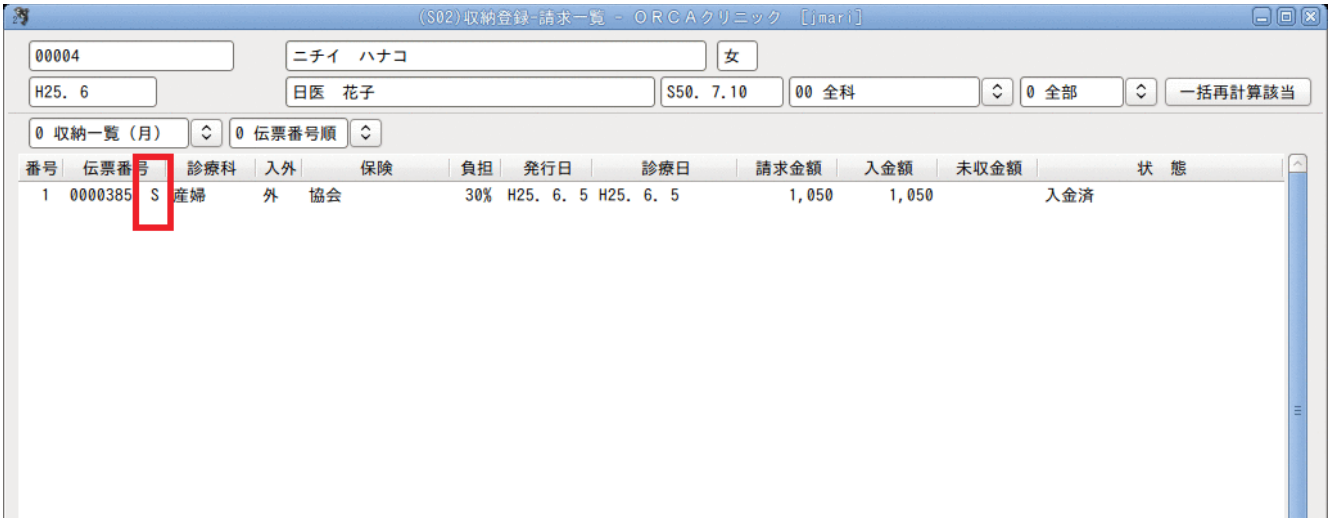


図 498

出産育児一時金の登録がある収納データには伝票番号欄に「S」マークを付けます。

＜出産育児一時金登録後に診療内容の訂正があった場合＞

- 診療行為の入力を訂正します。
- 収納業務より出産育児一時金登録画面を表示し、「収納取込」(F7)を押下します。
- 内容を確認後、「登録」(F12)を押下します。

図 499

注意！ 収納取込を行うと再度収納データより金額の振り分けを行ないます。 金額の振り分けを手修正している場合は、全て元に戻りますので再度手修正をする必要があります。 ※訂正内容を出産育児一時金へ自動的には反映しません。

＜保険情報の変更について＞

出産育児一時金直接支払制度では、既に資格を喪失した健康保険等からの出産育児一時金支給が認められています。請求する保険情報の変更ができます。

出産育児一時金登録画面より「保険変更」(F5)を押下します。

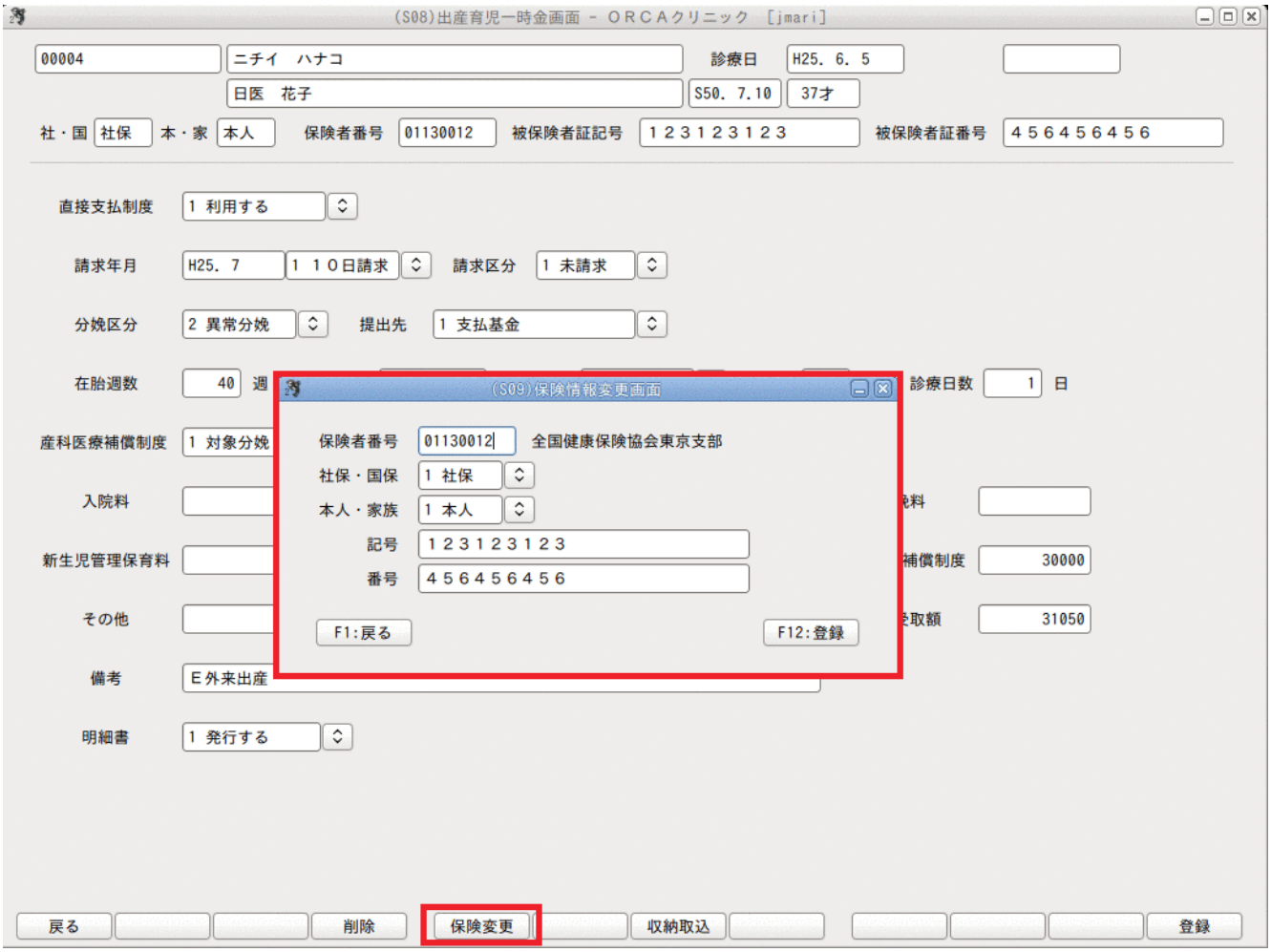


図 500

保険情報変更画面を表示します
保険情報を変更入力後、F12（登録）押下により更新を行います。

専用請求書の作成

審査支払機関に提出する専用請求書の出力方法を解説します。
専用請求書の出力は「52 月次統計」業務より行うため、事前にプログラムの登録が必要となります。

(1) 専用請求書印刷プログラムの登録
業務メニュー「91マスタ登録」→「101 システム管理マスタ」→「3002 統計帳票出力処理（月次）」より処理プログラムの登録を行います。
区分コードは任意の未使用番号（数字3桁）を設定します。
有効年月日はEnter押下により「00000000」～「99999999」とします。
「(W10)システム管理情報－統計帳票出力情報」画面で以下の内容を登録してください。
※F5（複写）押下により「(W19)統計帳票一覧」画面からの複写設定もできます。

帳票名	出産育児一時金請求書
プログラム名	ORCBGCHILDBIRTH
帳票パラメタ1	請求年月　：　YM（必須）
帳票パラメタ2	提出日区分　：　PSN1（必須）
帳票パラメタ3	提出先　：　PSN1（必須）
帳票パラメタ4	集計表／送付書：　PSN1（必須）

(2)　専用請求書印刷プログラムの実行

「52 月次統計」より出産育児一時金請求書のプログラムを選択し、パラメタ設定後処理を開始してください。

パラメタ説明

請求年月・・・・対象となる年月を指定します

（出産育児一時金画面で入力した請求年月で対象患者を抽出します）

提出日区分・・・対象となる日を指定します。

提出先・・・・・0：社保及び国保

1：社保

2：国保

集計表／送付書・0：集計表（紙媒体）、送付書（電子媒体）を両方作成する

1：集計表（紙媒体）のみ作成する

2：送付書（電子媒体）のみ作成する

3：作成しない

【月次統計画面】

図 501

【処理結果画面】

図 502

処理が正常終了すると、パラメタで処理対象となった患者について、請求区分が「請求済」に更新されます。

専用請求書（出産育児一時金等代理申請・受取請求書）の記載例

平成２１年１１月分　出産育児一時金等代理申請・受取請求書【　正◯常　・　異常　分娩】

保険者番号				2126

医療機関等コード	2511234567
分娩機関管理番号	0012512345
医療機関等所在地及び名称	東京都文京区本駒込2－28－16 医療法人　オルカ医院

被保険者等との申請及び受取に係る契約に基づき、被保険者等に代わり以下の通り支払を求めます。

社回	本家	被保険者証記号	被保険者証番号	妊婦氏名（カナ氏名）	生年月日	右肩連数	出産年月日
①社・2:回	①本・5:家	文京	123	ブンペン　テスト	③昭 4:平	56年 4月 1日	44	4:平 21年10月 2日

死産有無	出産数	入院日数	産科医療補償制度	入院料	室料差額	分娩介助料	分娩料	新生児管理保育料	検査・薬剤料
1:有・②:無・3:混在	1	5	1:対象・②:対象外・3:混在	101,695	5,000	－	300,000	0	0

処置・手当料	産科医療補償制度	その他	一部負担金等	妊婦合計負担額	代理受取額	備考
0	30,000	3,000	0	439,695	420,000	

社回	本家	被保険者証記号	被保険者証番号	妊婦氏名（カナ氏名）	生年月日	右肩連数	出産年月日
①社・2:回	①本・5:家	文	999	ブンペン　テスト2	③昭 4:平	60年 4月 1日	44	4:平 21年10月 1日

死産有無	出産数	入院日数	産科医療補償制度	入院料	室料差額	分娩介助料	分娩料	新生児管理保育料	検査・薬剤料
1:有・②:無・3:混在	1	9	1:対象・②:対象外・3:混在	183,051	9,000	－	300,000	0	0

処置・手当料	産科医療補償制度	その他	一部負担金等	妊婦合計負担額	代理受取額	備考
0	30,000	3,000	0	525,051	420,000	

社回	本家	被保険者証記号	被保険者証番号	妊婦氏名（カナ氏名）	生年月日	右肩連数	出産年月日
1:社・2:回	1:本・5:家				3:昭 4:平 年 月 日		4:平 年 月 日

死産有無	出産数	入院日数	産科医療補償制度	入院料	室料差額	分娩介助料	分娩料	新生児管理保育料	検査・薬剤料
1:有・2:無・3:混在			1:対象・2:対象外・3:混在						

処置・手当料	産科医療補償制度	その他	一部負担金等	妊婦合計負担額	代理受取額	備考

合計

取扱件数	出産数	代理受取額合計
2	2	840,000

頁数
1

図 503

Copyright(C)2007JMARI

専用請求書CSVデータの作成

（1） CSVデータの作成

審査支払機関に提出する専用請求書CSVデータの作成は「44 総括表・公費請求書」より実施します。

「（T01）総括表・公費請求書作成画面」にて**診療年月**を入力することで、Shift＋F7（公費CSV）が押下できるようになります。（診療年月の設定詳細は次頁の【ポイント】と【詳細解説】を参照してください）

事前に「専用請求書の作成」処理が必要です。（用紙の印刷を行う必要はありません）

【Shift＋F7（公費CSV）が押下できる状態となった（T01）総括表・公費請求書作成画面】

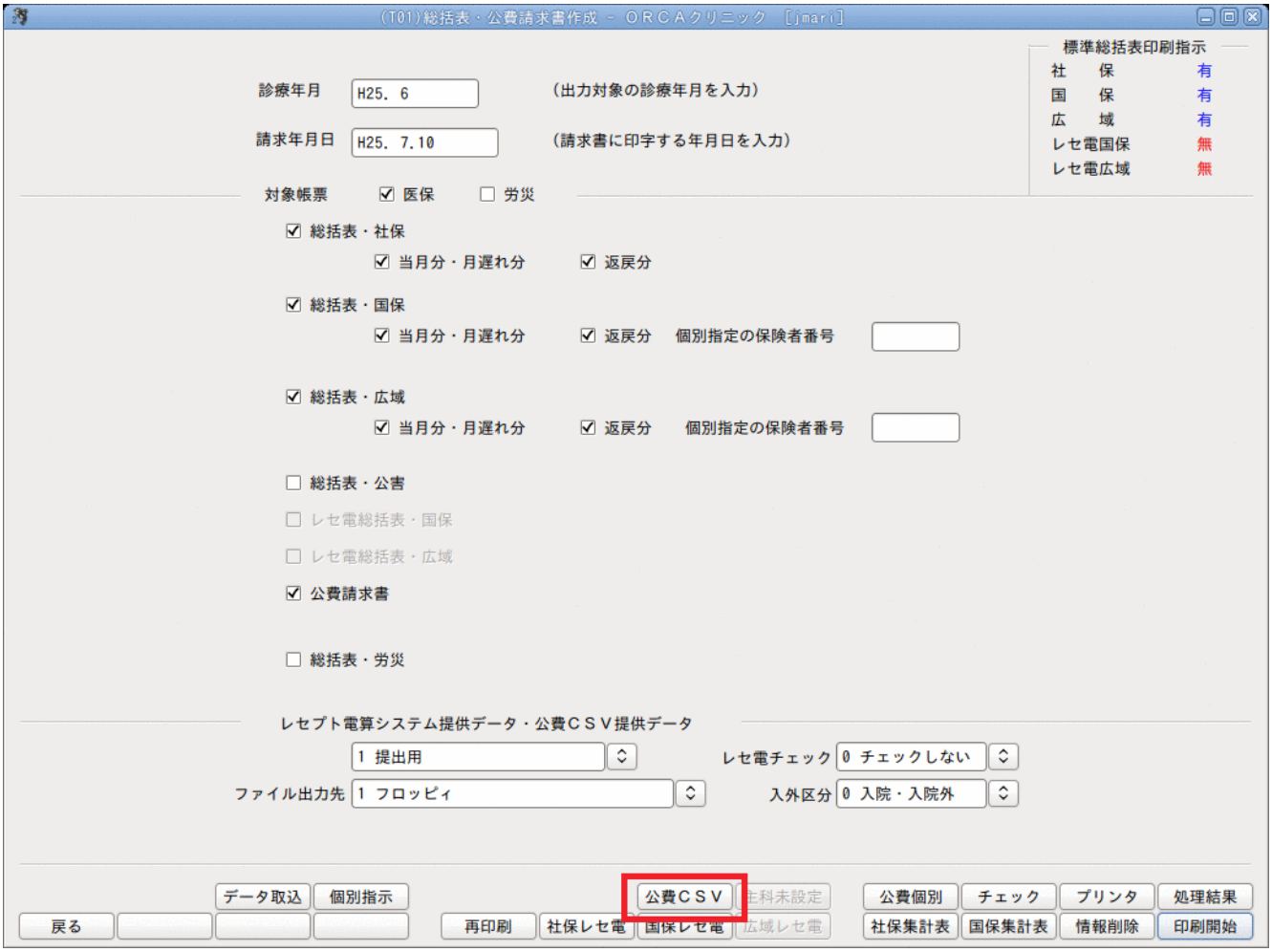


図 504

ファイル出力先のコンボボックス選択によりCSVデータの出力先を決定後、Shift＋F7（公費CSV）を押下し、「（T04）地方公費CSVデーター覧画面」に遷移します。

【（T04）地方公費CSVデーター覧画面】

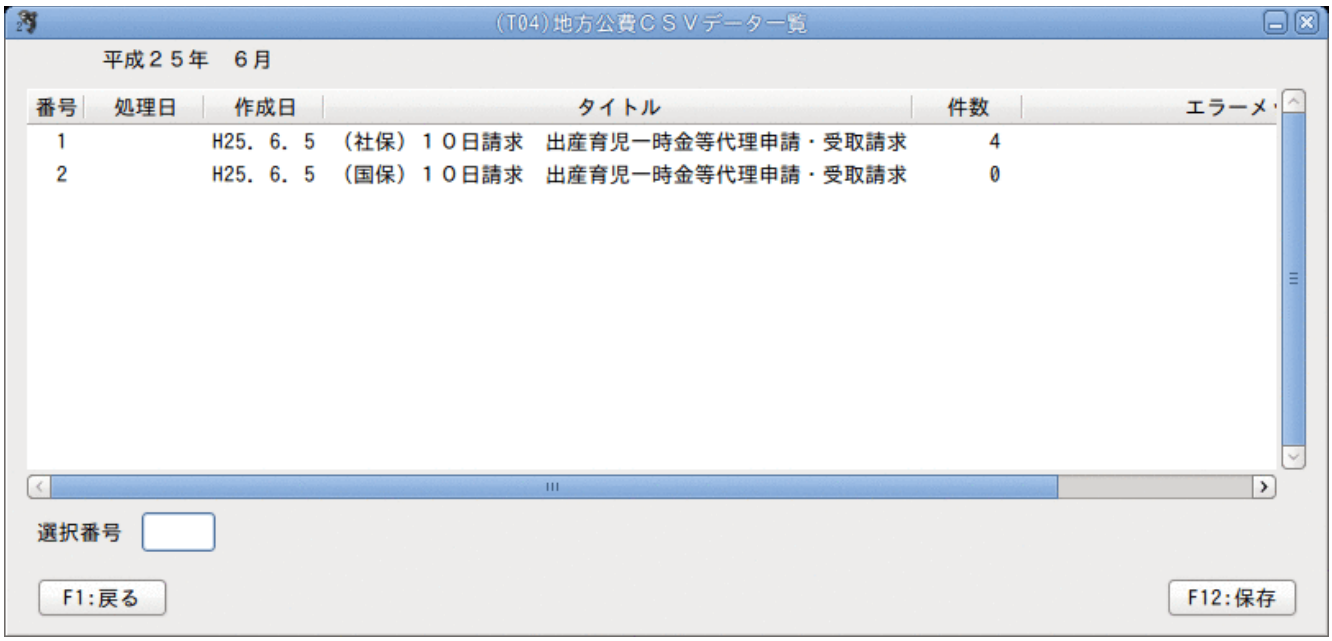


図 505

作成対象の番号を選択番号欄に入力しF12（保存）押下によりCSVデータの作成を開始します。
画面に表示される件数は、コントロールレコード、データレコード、エンドレコードの累計件数をあらわします。

（2） CSVデータのファイル名

CSVデータのファイル名は「点数表コード（1桁）＋医療機関コード（7桁）」とし、拡張子は「UKE」となります。（点数表コードの1桁は医科を表す「1」で固定となります）

（例）医療機関コードが「7777777」の場合

「17777777.UKE」

※ファイル出力先に「システム管理設定場所」を指定された場合は、ファイル名の先頭に医療機関識別番号の数字2桁が付与されます。

【ポイント】

今回の出産育児一時金制度では一部負担金との突合の必要性がない正常分娩の患者に限り、退院した日の属する月の10日までに専用請求書（紙及びCSVデータ）が作成できる場合、前月退院した患者請求分に当月の退院患者を含めて請求することが認められています。

【詳細解説】

「（T01）総括表・公費請求書作成画面」より公費CSVでデータの作成を行いますが、この場合の対象患者抽出について平成21年11月請求分を例にとり解説します。また10日と25日の月2回の請求ができますが、月1回10日に請求するとして解説します。

「（T01）総括表・公費請求書作成画面」は診療年月に平成21年10月を指定します。

請求対象となる患者は以下のとおりです。

・平成21年10月1日～平成21年10月31日の期間に退院した患者で「（I07）出産育児一時金画面(P5参照)」の請求年月に平成21年11月を設定した患者
・平成21年11月1日以降に退院した患者で「（I07）出産育児一時金画面」の請求年月に平成21年11月を設定した患者

診療年月の指定は平成21年10月ですが、CSVデータの記録内容は10月分と11月分が混在して作成されます。

出産育児一時金チェックリストの作成

今回の改定に係る患者のチェックリスト作成方法を解説します。
チェックリストの出力は「52　月次統計」業務より行うため、事前にプログラムの登録が必要となります。

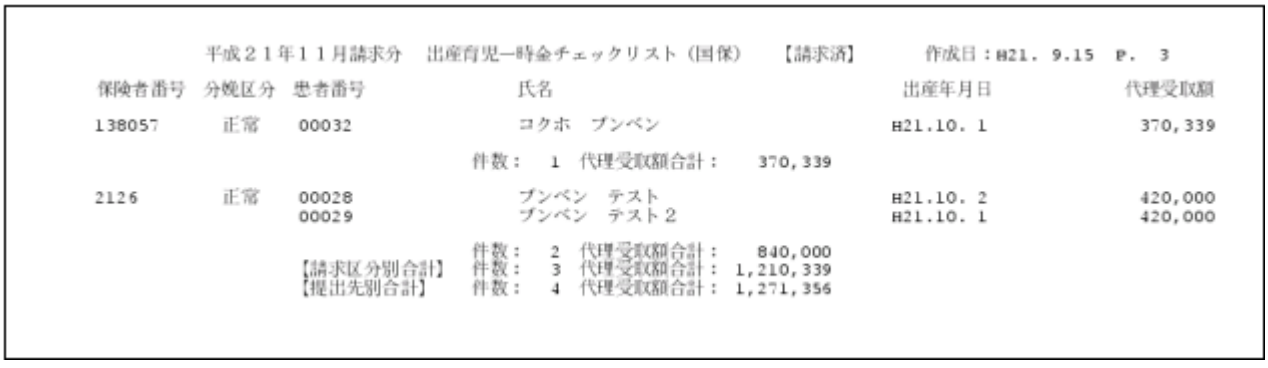
(1) チェックリスト印刷プログラムの登録
業務メニュー「91　マスタ登録」→「101　システム管理マスタ」→「3002　統計帳票出力処理（月次）」より処理プログラムの登録を行います。
区分コードは任意の未使用番号（数字3桁）を設定します。
有効年月日は「Enter」押下により「00000000」～「99999999」とします。
「(W10)システム管理情報－統計帳票出力情報」画面で以下の内容を登録してください。
※F5（複写）押下により「(W19)統計帳票一覧」画面からの複写設定もできます。

帳票名	出産育児一時金チェックリスト
プログラム名	ORCBGCHILDLST
帳票パラメタ1	請求年月　：　YM　（任意）
帳票パラメタ2	処理区分　：　PSN1　（任意）

(2) チェックリスト印刷プログラムの実行
「52 月次統計」より出産育児一時金チェックリストのプログラムを選択し、パラメタ設定後処理を開始してください。

パラメタ説明
請求年月・・・対象となる年月を指定します
（出産育児一時金画面で入力した請求年月で対象患者を抽出します）
未設定の場合は、出産育児一時金画面で請求年月を設定されていない患者を抽出します。
処理区分・・・0：パラメタ請求年月で指定された全患者を抽出します。
1：パラメタ請求年月で指定された患者のうち、請求区分が「請求済み」の患者を抽出します。
2：パラメタ請求年月で指定された患者のうち、請求区分が「未請求」の患者を抽出します
3：パラメタ請求年月で指定された患者のうち、請求区分が「請求しない」の患者を抽出します。
※処理区分は請求年月が指定された場合のみ有効です。

出産育児一時金チェックリストの記載例



平成２１年１１月請求分　出産育児一時金チェックリスト（国保）　【請求済】　作成日：H21. 9.15　P.　3

保険者番号	分娩区分	患者番号	氏名	出産年月日	代理受取額
138057	正常	00032	コクホ　ブンベン	H21.10. 1	370,339
			件数：　1　代理受取額合計：　370,339		
2126	正常	00028	ブンベン　テスト	H21.10. 2	420,000
		00029	ブンベン　テスト２	H21.10. 1	420,000
			件数：　2　代理受取額合計：　840,000		
		【請求区分別合計】	件数：　3　代理受取額合計：　1,210,339		
		【提出先別合計】	件数：　4　代理受取額合計：　1,271,356		

図 506

レセプト記載

異常分娩となる患者について保険診療による一部負担金が発生する場合は該当保険診療レセプトの特記事項に「25　出産」と自動記載を行います。

自動記載条件

　直接支払制度を利用する患者、かつ、分娩区分が異常分娩の患者

記載対象外レセプト

　労災レセプト、自賠責レセプト、公害レセプト

　自費保険レセプト

　後期高齢者レセプト

　船員保険（補助区分あり）レセプト

特記事項は自動記載を行いますが、診療行為画面からのシステム予約コード入力、または患者登録画面（特記事項）設定での記載もできるようにしています。

＜外来での出産一時金についてその他＞

- 出産育児一時金登録画面の備考欄へは「E外来出産」を初期表示します。
- 「101　システム管理マスタ」－「1001　医療機関情報－基本」で自費保険を使用した場合の集計先区分を「保険分欄」に設定されている場合に於いても、各項目を円建てで振り分けを行うため、「自費分欄」の設定として振り分けを行ないます。この結果、端数処理の関係で収納の請求額と分娩費用明細書の妊婦合計負担額欄に差額が生じる場合があります。この差額はその他欄に集計し、収納の請求額と妊婦合計負担額欄を同じ金額になるようにします。

２．６　診療区分別の入力方法

（1）診察料

（1）－1　診療種別区分
（1）－2　入力形式
（1）－3　自動算定
（1）－4　入力例
（1）－5　初診・再診算定切り替え
（1）－6　ダミーコードでの入力方法
（1）－7　平成16年4月診療報酬改正対応（小児科時間外特例）

（1）－1　診療種別区分

内容	診療種別区分
初診	.110
再診	.120

診察料では2つの診療種別区分があります。
診療行為コードが初診料または再診料の場合、診療種別区分は省略できます。

（1）－2　入力形式

「診療種別区分」
「時間加算区分」△「診療行為コード」
「加算コード」
　　：
「加算コード」
となります。

＜時間外区分について＞
時間外、休日、深夜などの診療に伴い時間による加算点数が算定できる場合は、診療行為入力画面では診療行為コード（手技料）の前に時間外区分を入力します。

入力なし：時間内
　　1：時間外
　　2：休日
　　3：深夜
　　4：時間外特例
　　8：夜間・早朝加算（施設基準の設定が必要）

小児科を標榜している医療機関で6歳未満の乳幼児が対象となる小児科時間外特例の場合は、以下の時間外区分で入力を行います。
　　5：小児科特例（夜間）
　　6：小児科特例（休日）
　　7：小児科特例（深夜）

Copyright(C)2007JMARI

この時間加算区分を入力できるのは、6歳未満の患者で「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定・チェック機能制御情報」で「時間外加算（小児科特例）」が「1　算定する」になっている場合のみとします。また、診察料には時間外加算を自動発生しますが、処置・手術等では時間外加算の自動発生は行いません。

上記方法の他に、マスターメニューまたは業務選択画面の「環境設定」(F6)で時間外区分の設定を行った場合は、環境設定に応じた時間外区分と時間外加算コードを自動発生することができます。

図 507

外来時間外区分欄は「0：時間内」を初期表示します。コンボボックスより該当する時間外区分を選択し、「登録」を押下します。診療行為入力画面で患者を呼び出すと下記の条件で時間外等の自動発生を行います。

- 外来である
- 診療日が環境設定のシステム日付と同じ日である
- 既に登録済みの訂正ではなく、新規入力である

注意！

診察料を手入力された診察料の時間外等は、自動発生を行いません。

ヒント！

日付、時間外区分を変更した場合、背景色を変えて注意を促すことができます。
【5.1　システム管理マスタ】の【1038　診療行為機能情報】を参照してください。

＜小児科時間外特例の自動算定について＞
下記の条件の場合は、乳幼児夜間加算を自動算定します。

「101　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）」に「1　算定する」を選択している
環境設定の外来時間外区分に「8　夜間・早朝」を選択している
6歳未満の患者である

＜中途終了から展開した場合の時間外区分について＞
中途終了状態より展開した場合は、中途終了時の時間外区分を有効とします。環境設定の時間外区分で診察料の時間外区分の自動発生は行いません。ただし、診察料のない場合の処置・手術・麻酔の時間外の算定は、環境設定により選択した時間外区分で自動発生を行います。

＜診察料が無い場合の処置・手術・麻酔の時間外区分について＞
診察料が無い場合（他科算定済み、他保険算定済み等）でも時間外加算のできるもの（処置・手術・麻酔）について、時間外区分と時間外加算コードの自動発生を行います。ただし、このとき時間外区分の変更はできますが削除をすることはできません。時間外を削除したい場合、診療行為コード（手技料）の前に自動発生した時間外区分を「0（ゼロ）」に変更します。

熱傷処置の休日加算を削除する場合は時間外区分を「0」に変更して「Enter」を押下します。

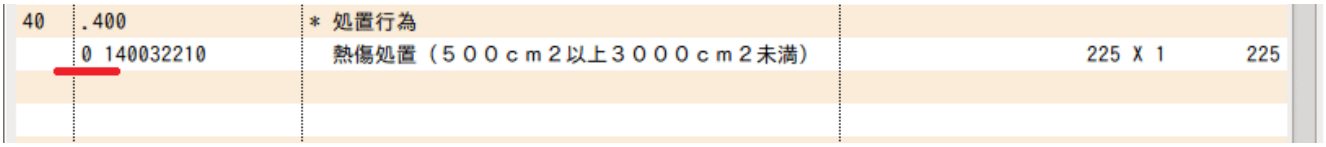


図 508

（1）－3　自動算定

自動算定を行うのは次の項目です。
対象の診察料
初診料は、「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定・チェック機能情報」での設定により、病名が継続中であっても、設定された月数を経過した場合には初診料を自動算定することができます。
また、自動発生した診察料を他の診察料に変更する場合、或いは診察料を算定しない場合等には自動発生した診療行為コードを削除してから新たに診察料の入力を行います。ただし、削除した後には再度自動発生は行いませんので、算定する場合には手入力を行ってください。
6歳未満乳幼児加算
外来管理加算（「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定・チェック機能情報」の設定による）
時間外加算等（環境設定の設定による）
小児科外来診療料など（施設基準の届け出による）
育児栄養指導加算（「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定・チェック機能情報」の設定による）

外来管理加算は、自動発生後の確認メッセージ表示（外来管理加算の算定できない診療行為入力がされたとき）の有無、または自動発生しないように「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定・チェック機能制御情報」で設定することができます。

ヒント！
診察料を自動算定しないように設定することができます。
「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定・チェック機能制御情報」にて設定します。

自動算定しない場合の注意点は【5.1　システム管理マスタ】の【1007　自動算定・チェック機能情報】を参照してください。

＜紹介率の低い特定機能病院及び一般病床500床以上の地域支援病院の場合＞
次の初診、外来診療料は手入力になります。

111012510	初診（他医療機関からの紹介状がない患者）
111012610	初診（同一日2科目・他医療機関からの紹介状がない患者）
112016310	外来診療料（他医療機関へ紹介する旨申し出た患者）
112016410	外来診療料（同一日2科目・他医療機関へ紹介する旨申し出た患者）
112016550	同日外来診療料（他医療機関へ紹介する旨申し出た患者）

＜地域包括診療加算の自動算定について＞
算定の設定　　「91　マスタ登録」-「101　システム管理マスタ」-「1006　施設基準設定情報」にて設定。
【5.1　システム管理マスタ】-【1006　施設基準情報】を参照してください。
自動算定の設定　　「12　登録」 - 「その他」タブで設定。
【2.2.9　その他】を参照してください。

Copyright(C)2007JMARI

（1）－4　入力例

＜例1＞初診料（時間内）自動発生から時間外加算を算定する場合
診療行為入力画面に遷移した時点で初診料が算定できる場合は、自動発生します。

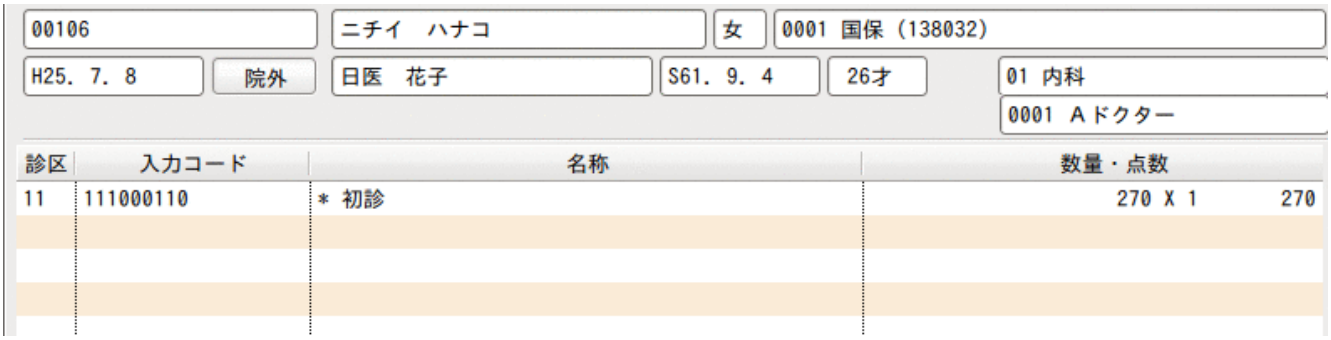


図 509

↓自動発生した初診料コードの前に時間外加算区分を挿入すると、時間外加算コードが発生します。
なお、環境設定にて時間外区分の設定を行った場合は、患者を呼び出した時点で診察料及び環境設定に応じた時間外区分と時間外加算コードを自動発生します。

図 510

＜システム管理マスタで設定する再診から初診への自動変換期間について＞

「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定・チェック制御情報」の「11：最終来院日から初診までの期間（月数）」欄にて、患者の最終来院日から起算して初診料の算定を行うまでの期間を、月単位で設定します。
該当の月数以上経っている場合には患者呼び出しだときに初診料を自動算定します。

ただし、月数欄が「0」の場合には、期間のチェックは行わないため、病名が継続中の場合は再診料を自動算定します。なお、「最終来院日」とはなんらかの診療行為を入力した日を対象とし、診察料を算定せずに行為入力した場合にも最終来院日とみなします。ただし、「9999　包括まとめ」で入力をした日は最終来院日の対象とはなりません。

Copyright(C)2007JMARI

＜例2＞乳幼児の場合

診療行為入力画面に遷移した時点で初診料が算定できる場合は、初診料と乳幼児加算を自動発生します。

図 511

乳幼児育児栄養指導を行った場合は入力コード欄に育児栄養指導の診療行為コードを入力します。
なお､｢101　システム管理マスタ｣ー｢1007　自動算定・チェック機能情報｣にて｢1：算定する｣と設定されている場合は、自動算定を行います。

図 512

＜例3＞再診の場合

診療行為入力画面に遷移した時点で、再診料と各加算を自動算定します。

図 513

Copyright(C)2007JMARI

＜例4＞電話等再診を算定する場合

電話等再診、或いは同日電話等再診の診療行為コード入力を行う際には、自動発生している再診料や外来管理加算などは算定不可ですので、「－」を使用しての剤削除を行うか、または「クリア」(Shift＋F2)で当日の診療内容をクリアしたのちにコード入力することをお薦めします。（診察料が自動発生している状態からの電話等再診や同日電話等再診のコード入力も、エラー表示はされますができます）。

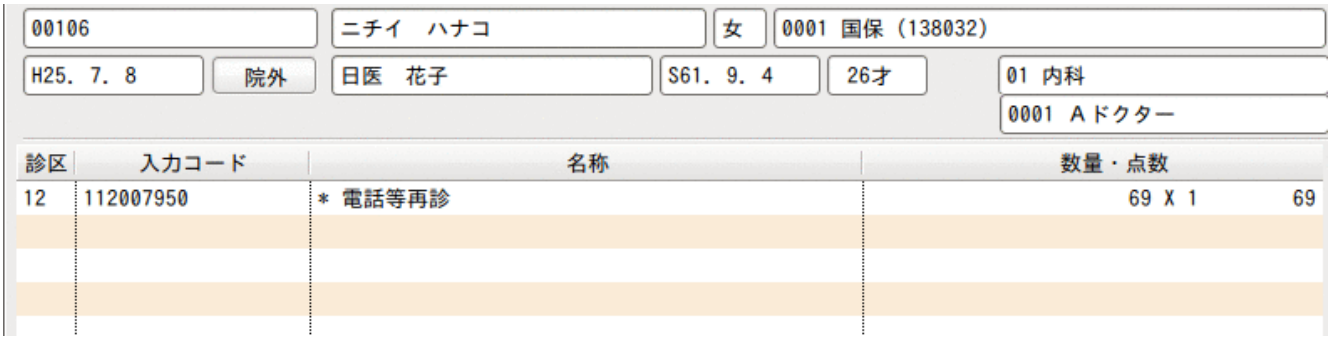


図 514

＜例5＞同日に内科と皮膚科を受診する場合

（内科の診察料表示）

図 515

（皮膚科の画面表示）

「前回患者」(F3)で患者を呼び出し、受診科をコンボボックスより選択すると次の確認メッセージを表示します。

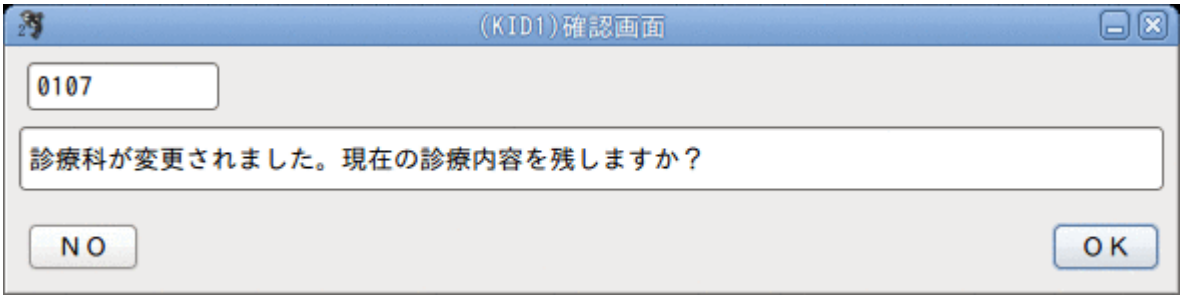


図 516

現在入力されている診療内容がある場合、「OK」押下時は科が変更されても内容を引き継ぎます。「NO」を押下したとき、診療内容はクリアされます。

続いて表示される確認メッセージでは、同日再診料を算定するか否かを指定します。

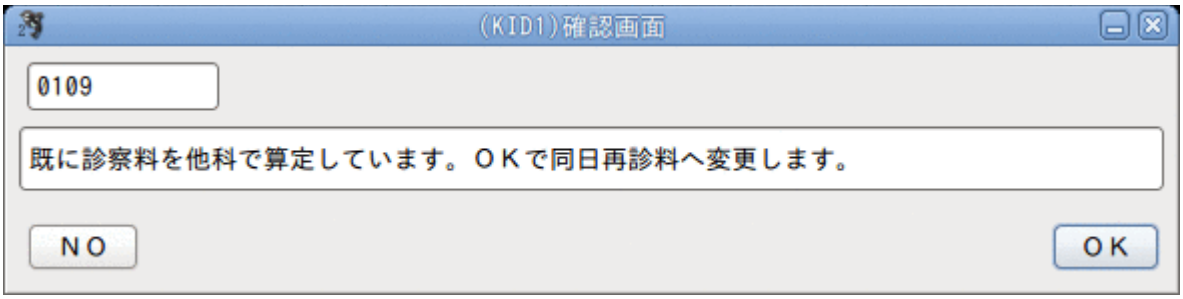


図 517

「OK」を押下すると同日再診料を算定し、「NO」を押下すると他科にて再診料算定済みの表示をします。以下の画面表示は、診療内容の入力があるとした場合に最初の確認メッセージは「OK」で進み、次の確認メッセージは「NO」としたときの入力例です。

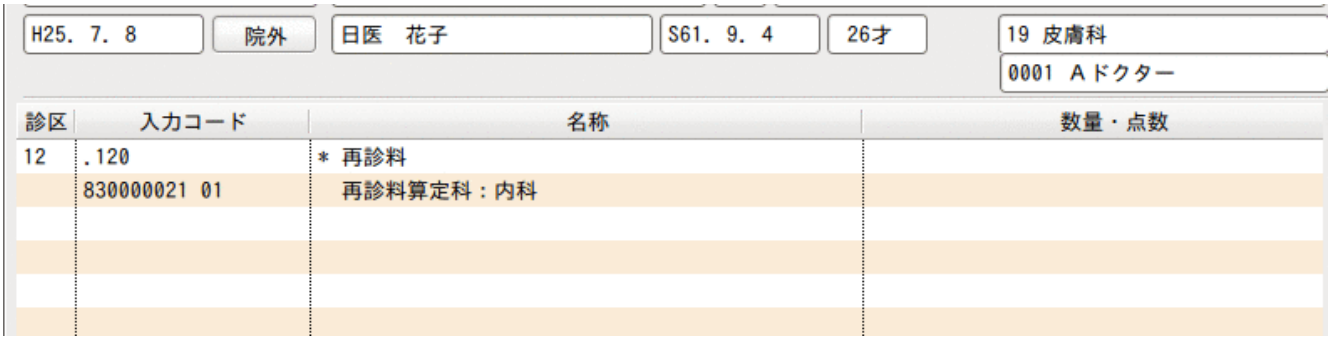


図 518

＜「他保険にて診察料算定済み」のコメントを変更する＞

同日に複数の保険で入力を行った場合に「他保険にて診察料算定済み」のコメントが自動表示され、レセプト記載されます。「他保険」の部分を任意のコメントに変更できます。

- 事前準備
  0082XXXXXのコメントコードを「保険名称変更：〇〇〇」の内容であらかじめ作成しておきます。

図 519

診療行為画面にて"099999902　他保険にて診察料算定済"の直下にコメントコードを入力します。

図 520

レセプトではコメントを置き換えます。

図 521

（1）－5　初診・再診算定切り替え

「.110」または「.11」・・・再診料から初診料への変更
「.120」または「.12」・・・初診料から再診料への変更

このとき、診察料のみを変更し、既に入力されている診療内容があっても内容はクリアしません。
「.120」は自動算定された初診料を再診料へ変更しますが、初診算定日が設定されていない場合（患者登録後1回目の受診等）は変更できません。この場合は【2.5.2　入力の基本操作】の【（4）初診算定日の入力方法】を参照してください。

図 522

↓

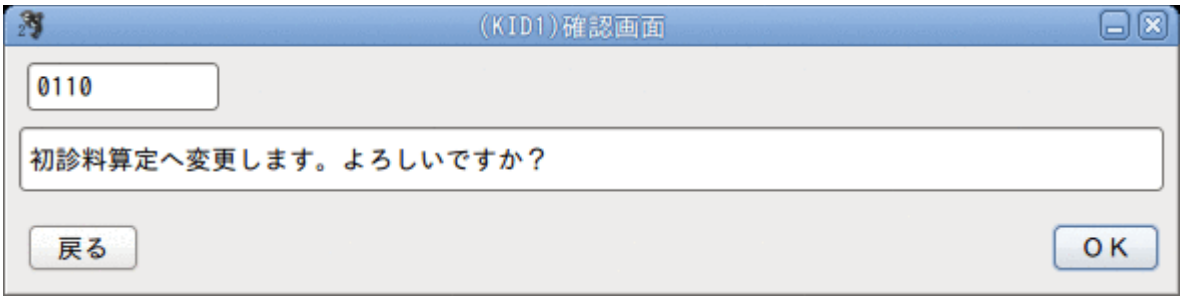


図 523

↓

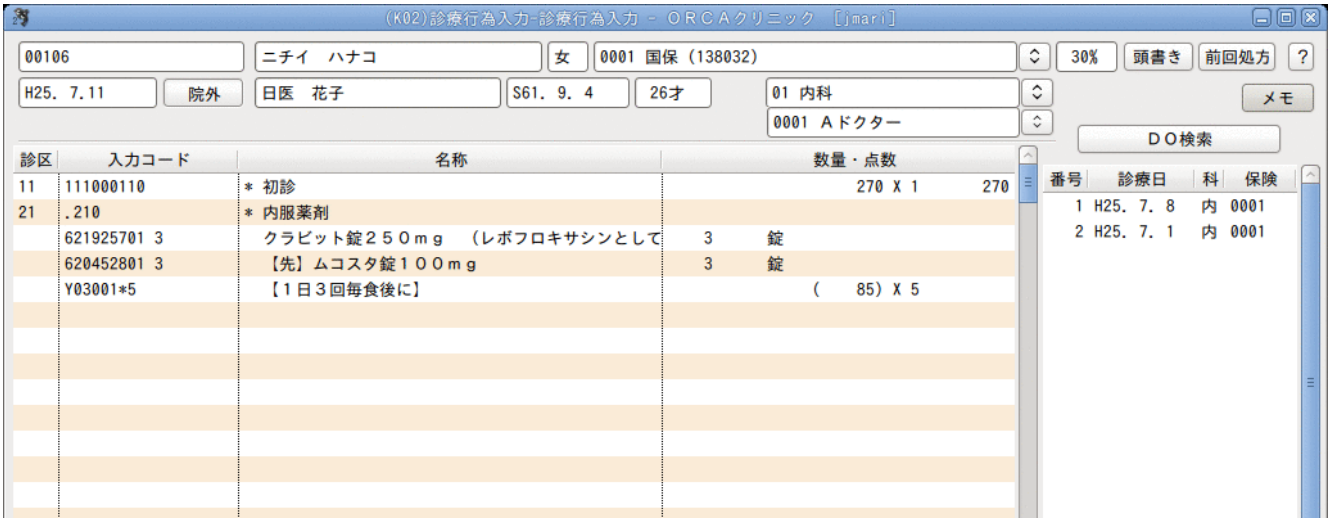


図 524

（1）－6　ダミーコードでの入力方法

例えば、検診等から続いて保険診療を行った場合に診察料は算定不可ですが、診療実日数にはカウントを含めます。このような診察料が算定できない場合の診療内容の入力には、初診料または再診料のダミーコードを使用します。

初診料ダミーコード・・・"099110001"

再診料ダミーコード・・・"099120001"

なお、これらのダミーコードは診察料の代わりに入力するコードであるため、点数を算定する診察料のコードとの混在入力はできません。

＜ダミーコードの自動算定＞

患者登録画面の特記事項欄に「07　老併」「09　施」が登録されている場合は自動的にダミーコードを表示します。

ダミーコードを手入力する場合は、以下のように行います。

<例>当月は11日の老人検診後（再診とする）

コメントコード　"820000004"・・・　老人検診から

入力方法1.

（1）患者を呼び出します。

図 525

（2）「クリア」(Shift＋F2)を押下して、自動発生している診察料等を削除します。

図 526

Copyright(C)2007JMARI

例の場合、再診の診療種別区分「.120」を入力します。次にコメントコードの入力をします

図 527

「Enter」を押下すると、ダミーの診察料を自動発生します。

図 528

入力方法2.

ダミーの診察料を単独で入力した場合は、他の診察料等を自動で削除します。

再診料ダミーコード・・・"099120001"

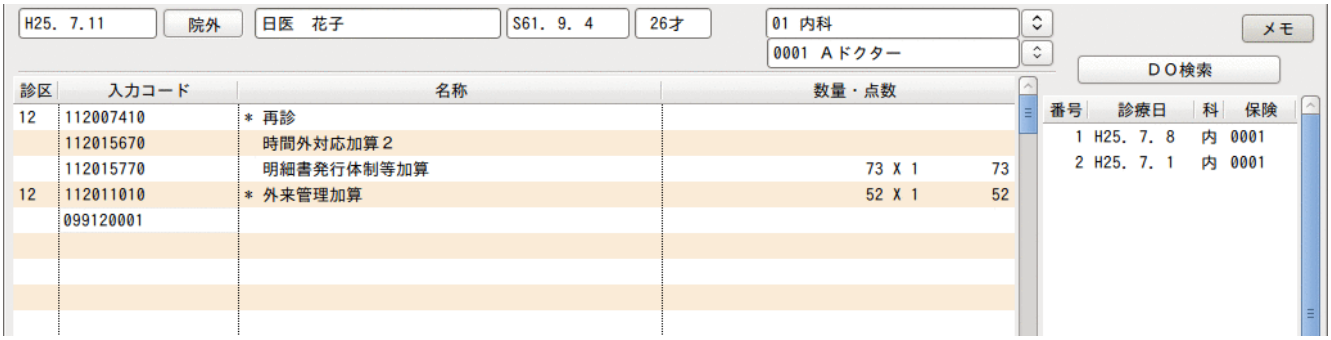


図 529

↓「Enter」を押下します。

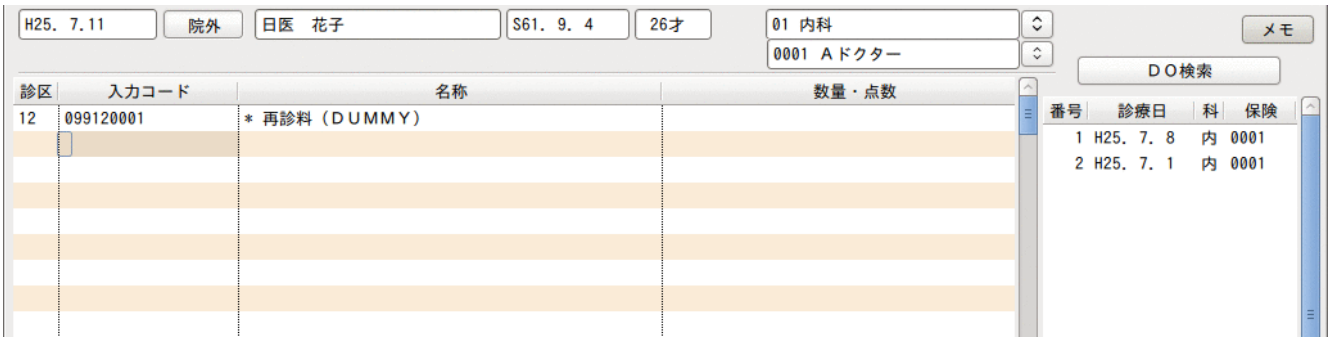


図 530

この場合、次にコメントの入力を行いますが、コメントの診療種別区分（.990）の入力の有無はどちらでも構いません。

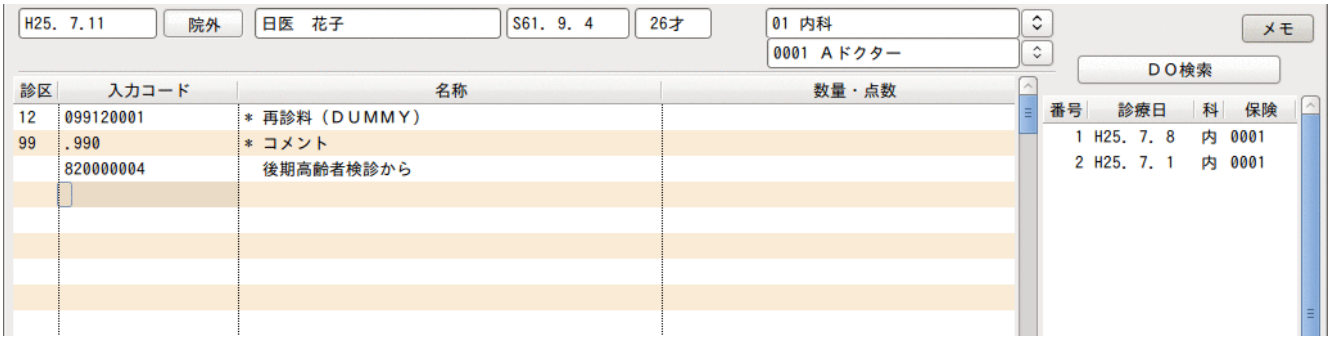


図 531

例題では後期高齢者検診を挙げていますが、その他に次のコメントコードが厚生労働省より提供されています。

″820000003″ ・・・ 集団検診から
″820000004″ ・・・ 後期高齢者検診から
″820000005″ ・・・ 学校検診から
″820000006″ ・・・ 健康診断から

なお、よく使用されるダミーコードの組合せは「セット登録」(Shift+F3) で登録しておくことを推奨します。（セット登録は、【2.5.4　セットの登録方法】の【（2）診療セット】を参照してください）。

（1）－7　平成16年4月診療報酬改正対応（小児科時間外特例）

小児科を標榜する保険医療機関が夜間・休日・深夜において6歳未満の乳幼児に対して初診あるいは再診を行った場合に夜間等の該当する加算を算定するためには、「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定・チェック機能制御情報」で「時間外加算（小児科特定）」の設定を行う必要があります。
ここでは、システム管理マスタにて以下の設定がされているものとして診療行為入力画面での表示例を挙げます

「システム管理マスタ設定内容例」

＜自動算定情報＞
時間外加算（小児科特例）　・・・　「1　算定する」

＜チェック制御情報機能＞
時間外加算(小児科特例)　　・・・　「1　チェックする」

(例)平日診療標榜時間　9時より12時　・15時より19時の場合
チェック除外時間(平日)1　　・・・ 09：30～12：00
　　15：30～18：00
＜自動算定情報＞の「時間外加算（小児科特定）」を「1　算定する」と設定することによって、夜間・休日・深夜において6歳未満の乳幼児に対して初診、あるいは再診を行った場合に夜間等の該当する加算の自動算定を行います。
＜チェック制御情報機能＞の「時間外加算（小児科特例）」を「1　算定する」として「チェック除外時間」を設定することによって、設定時間を除く時間帯には診療行為入力画面に「小児科時間外特定」の表示を行います。

＜算定対象者へのガイダンス表示について＞
診療標榜時間内であっても当該加算が算定できる患者（6歳未満）と算定不可の患者（6歳以上）が混在することから、患者を呼び出したときにガイダンスを表示して算定ができる旨を表示します。
画面表示するのは診療行為入力画面の診療日欄の下へ赤字にて「小児科時間外特例」のガイダンスであり、以下の条件を満たすときに表示します。

「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定・チェック機能制御情報」の設定がある
診療日の年齢が6歳未満である
診療日がシステム日付と同日である、または環境設定にて日付を変更した場合
マシン（サーバ）時間がシステム管理マスタで設定されたチェック除外時間を除く時間帯である
時間外加算区分の入力がされていない場合

なお、ガイダンス表示は時間に関係するために当日に限るとし、訂正入力や診療行為入力画面で診療日を変更した場合には表示しません。また、夜間・休日・深夜加算が算定された時点でも表示は消えます。当該加算コードの自動発生方法は、

環境設定画面で外来時間外区分に「0　時間内」以外（ただし、「4　時間外特例」を除く）を設定して診療行為入力画面で該当する患者を呼び出した場合（外来のみ）
診療行為入力で自動発生した初診料に時間外加算区分を入力した場合（ただし、「4　時間外特例」を除く）

となります。なお、自動発生した当該加算は削除することはできません

【ガイダンス表示画面】

図 532

↓以下の例では時間外加算区分（「5」）が算定された時点でガイダンスは消え、夜間加算のコードを自動発生します。

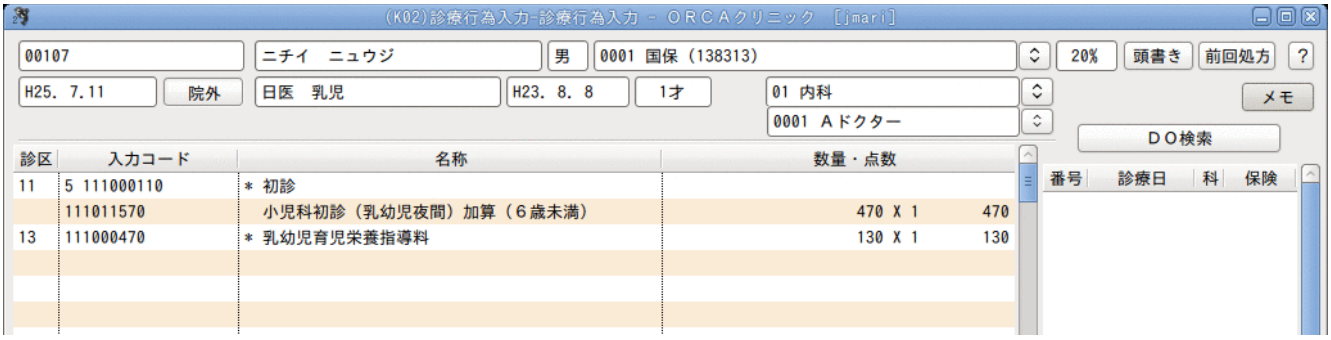


図 533

(2) 医学管理等

(2) −1　診療種別区分

内容	診療種別区分
医学管理等	.130

医学管理等では1つの診療種別区分があります。

(2) −2　入力形式

「診療種別区分」
「医学管理等コード」
「医学管理等加算コード」
　　:
「医学管理等加算コード」＊「数量」
となります。

回数が1の場合は省略できます。
診療種別区分は省略することもできます。
ただし、剤終了の判別は 回数の入力によるか、
診療種別区分の入力により判定しますので場合によっては省略できないこともあります。

(2) −3　入力例

特定疾患療養管理料
特定薬剤治療管理料
小児科外来診療料
小児特定疾患カウンセリング料
悪性腫瘍特異物質治療管理料
外来リハビリテーション診療料
地域包括診療料

＜包括分の診療行為入力について＞
保険請求できない外来の総合診療料、または入院基本料に包括される診療行為について、システム管理マスタで設定をすることにより、入力ができるようになります。ただし、統計情報などに用いるために包括分診療データを登録できるようにした機能であり、保険診療分を入力する際に包括分の点数を自動的に省くものではありません
操作方法は、【2.5.2　入力の基本操作】の【(2)入力方法】の＜入力例4＞を参照してください。

Copyright(C)2007JMARI

■特定疾患療養管理料

特定疾患療養管理料を算定する場合は、診療行為入力画面にて特定疾患療養管理料を手入力するほかに、病名登録(Shift+F7)画面で特定疾患の対象病名を登録することによって、初診日から1ヶ月経過後より診療行為入力画面で自動算定を行います。

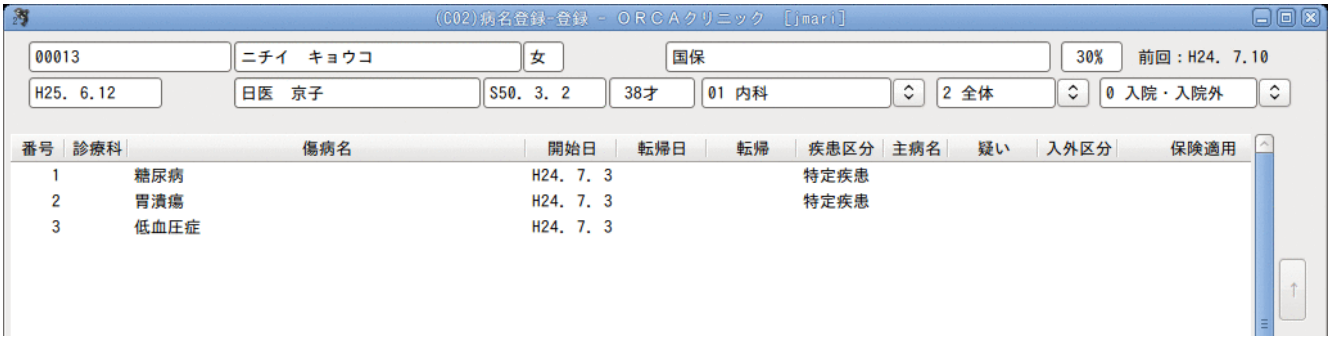


図 534

↓対象病名の登録がある場合、初診から1ヶ月経過後の診療行為入力画面では特定疾患療養管理料の自動算定を行います。

図 535

＜特定疾患療養管理料の自動算定したくない場合＞

診療科により自動算定を解除したい場合は、「101　システム管理マスタ」ー「1007　自動算定・チェック機能制御情報」の「17：病名疾患区分からの自動発生」にて「0　算定しない」を設定します。

■小児科外来診療料

「101　システム管理マスタ」－「1006　施設基準情報」での設定がされている場合に3歳未満の患者を呼び出すと、初診料などの診察料の替わりに小児科外来診療料を自動発生します。
なお、院内処方・院外処方の別は「101　システム管理マスタ」－「1001　医療機関情報－基本」で設定された内容を初期表示します。

（例1）初診で院内処方の場合

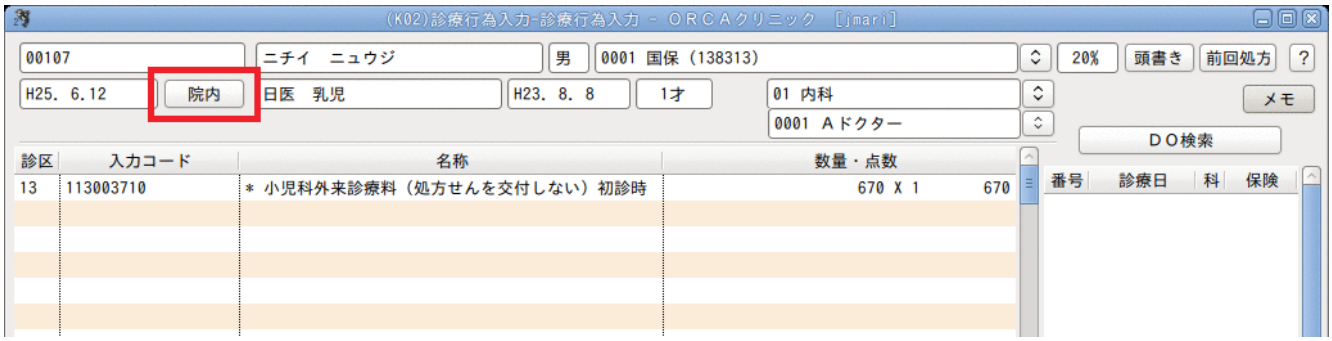


図 536

（例2）初診で院外処方とした場合

院内、院外切替ボタンで「院外」を選択するか、入力コード欄で院外処方のコードに変更します。

図 537

（例3）時間外加算を算定する場合

時間加算区分として、「1」（時間外）を入力します。
時間外加算のコードを自動発生します。

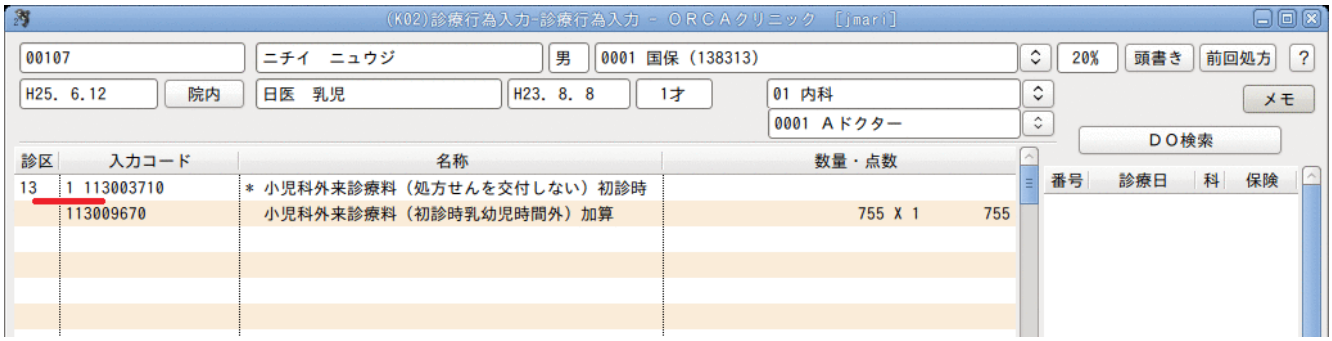


図 538

（例4）同日再診の時間外加算を算定する場合
（再診に係る加算を算定する場合のみ算定できます）

小児科外来診療料を算定する患者で既に診療行為入力がある日付を呼び出した場合、診療行為内容は空欄で表示されます。最初の行に診療種別区分の「.130」を入力し、小児科外来診療料（再診時時間外）加算のコードを入力します。

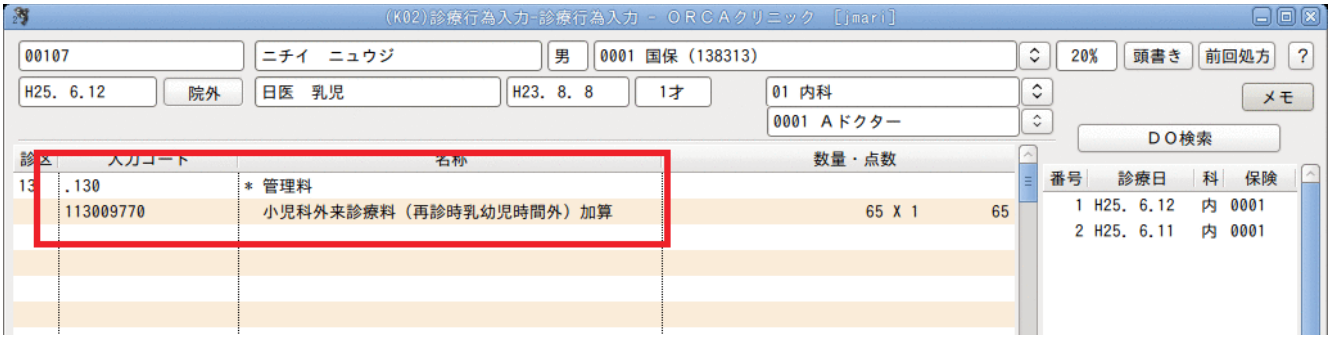


図 539

（例5）小児科を標榜する保険医療機関における6歳未満の乳幼児に対する時間外加算の特例の場合
算定できる旨のガイダンス（「小児科時間外特例」）を表示しています。

図 540

↓時間外加算区分を入力すると表示は消え、該当する加算コードの自動発生を行います

図 541

詳細は、【2.6　診療区分別の入力方法】の【（1）－7　平成16年4月診療報酬改正対応（小児科時間外特例）】を参照してください。

（例6）在宅療養指導管理料を算定し、出来高算定する場合

自動発生した小児科外来診療料をクリアし、指導管理料のコードを入力後、再診料を算定します。

図 542

次回から出来高算定をした月内は再診料が自動発生します。翌月は小児科外来診療料が自動発生します。

（例7）パリビズマブを投与している患者で出来高算定する場合

自動発生した小児科外来診療料をクリアし、再診料のコードを入力します。

時間外対応加算、明細書発行体制等加算、地域包括診療加算は自動発生をしませんので手入力してください。

■小児特定疾患カウンセリング料

小児特定疾患カウンセリング料を算定する場合

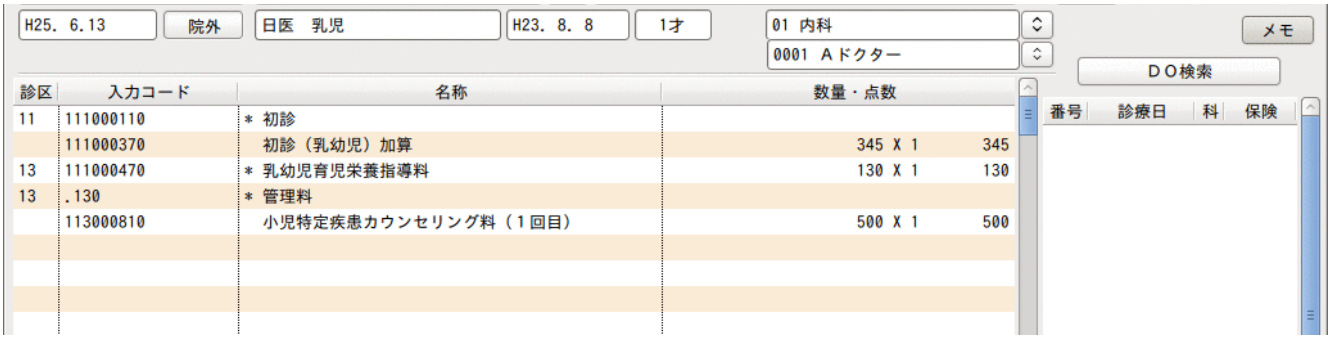


図 543

■特定薬剤治療管理料

＜診療行為コードの入力＞

（例1）「ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合、またはてんかん重積状態の患者に対して、抗てんかん剤の注射等を行った場合。（1回に限り740点を特定薬剤治療管理料として算定する場合）」

診療行為コード"180000110　ジギタリス製剤の急速飽和"または"180000210　抗てんかん剤注射精密管理"を入力します。特定薬剤治療管理料の初回算定年月と血中濃度測定薬剤名が自動発生します。

図 544

使用した測定薬剤名の入力は、「Enter」を押下してカーソルを名称欄に移動させて直接入力します。

図 545

例ではジギタリス製剤の急速飽和の場合を挙げましたが、抗てんかん剤注射精密管理も同様の入力方法です。

（例2）初回月の場合

当該診療料の診療行為コード"113000410"を入力します。特定薬剤治療管理料の初回加算を自動算定し、血中濃度測定薬剤名を自動発生します。薬剤名を入力します。

図 546

（例3）当該月が初回月以降、2～3ヶ月までの場合

診療行為コード"113000410"を入力します。

直近の初回加算算定月のコメントを自動入力します。測定薬剤名の入力を行います。

図 547

（例4）4ヶ月目以降の場合

診療行為コード"113000510"を入力します。

図 548

注意！
診療行為コードは、初回算定日より当該月が何月目にあたるかを判断して振り分けます。
初回月、若しくは2ヶ月目3ヶ月目の場合は"113000410"のコード、4ヶ月目以降の場合は"113000510"のコードで入力を行います。正確な入力がなされていない場合、警告メッセージを表示します。

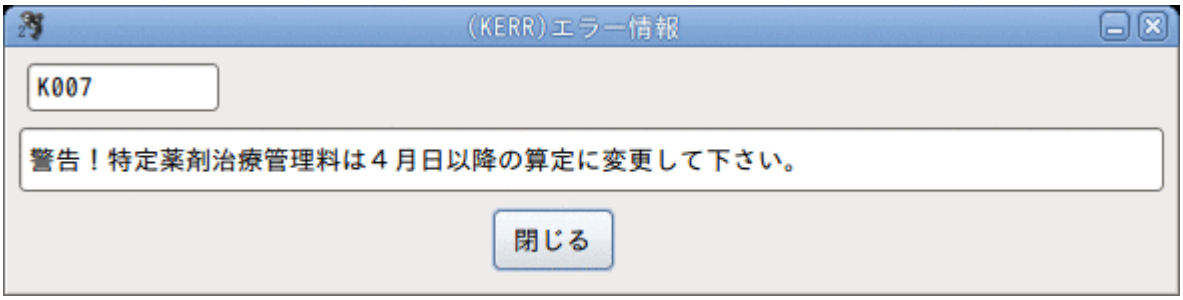


図 549

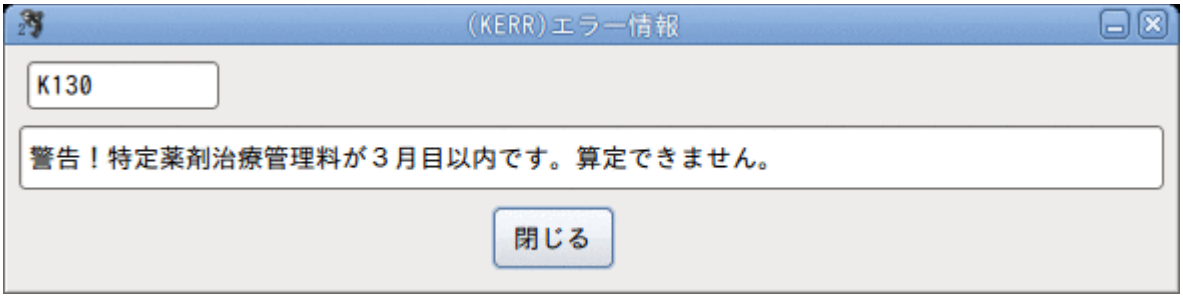


図 550

（例5）複数の薬剤による特定薬剤治療管理料の算定（入力方法）

A薬剤　5月初回算定
A薬剤　6月算定
B薬剤　9月初回算定
B薬剤　10月算定

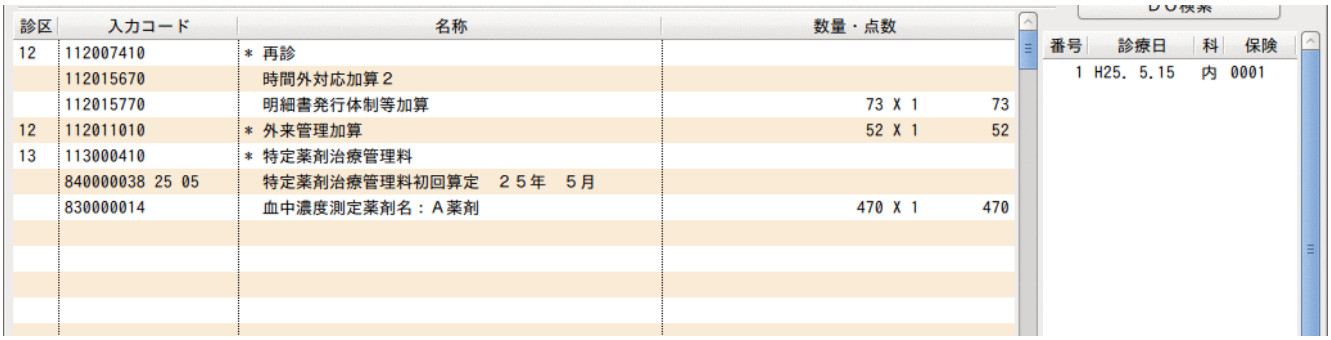
A薬剤　5月初回
初回加算が自動算定。初回月を自動入力します。

診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	112007410	＊再診		
	112015670	時間外対応加算２		
	112015770	明細書発行体制等加算	73 X 1	73
12	112011010	＊外来管理加算	52 X 1	52
13	113000410	＊特定薬剤治療管理料		
	113000770	特定薬剤治療管理加算（臓器移植後の患者以外の第１		
	840000038 25 05	特定薬剤治療管理料初回算定　２５年　５月		
	830000014	血中濃度測定薬剤名：Ａ薬品	750 X 1	750

番号	診療日	科	保険
1	H25. 5.15	内	0001

図 551

A薬剤　6月算定
初回月に直近の初回加算の算定月（25 05）を自動入力します。



診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	112007410	＊再診		
	112015670	時間外対応加算２		
	112015770	明細書発行体制等加算	73 X 1	73
12	112011010	＊外来管理加算	52 X 1	52
13	113000410	＊特定薬剤治療管理料		
	840000038 25 05	特定薬剤治療管理料初回算定　２５年　５月		
	830000014	血中濃度測定薬剤名：Ａ薬剤	470 X 1	470

番号	診療日	科	保険
1	H25. 5.15	内	0001

図 552

B薬剤　9月初回算定
警告が表示（4月目以降に3月以内の診療コードを入力したため）されますが、「閉じる」で入力を続けます。初回加算は自動算定されないので手入力をします。
B薬剤では9月が初回算定月となるので、初回月の 25 05　を 25 9 へ変更します。

診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	112007410	＊再診		
	112015670	時間外対応加算２		
	112015770	明細書発行体制等加算	73 X 1	73
12	112011010	＊外来管理加算	52 X 1	52
13	113000410	＊特定薬剤治療管理料		
	113000770	特定薬剤治療管理加算（臓器移植後の患者以外の第１		
	840000038 25 9	特定薬剤治療管理料初回算定　２５年　９月		
	830000014	血中濃度測定薬剤名：Ｂ薬剤	750 X 1	750

番号	診療日	科	保険
1	H25. 6.14	内	0001
2	H25. 5.15	内	0001

図 553

A薬剤　10月算定

A薬剤の4月目以降の診療コードを入力します。

警告が表示（B薬剤に対し9月に初回加算を算定したため、初回算定日が9月に更新され、4月以降のコードが警告となる）されますが、「閉じる」で入力を続けます。

初回算定月に 25 09 が自動入力されるので、A薬剤の初回算定月 25 5 へ変更します。

図 554

＜算定エラーについて＞

1回のみの算定となるジギタリス製剤の急速飽和、または抗てんかん剤注射精密管理の特定薬剤治療管理料は、過去に算定履歴があっても直近の特定薬剤治療管理料初回算定年月より古い日付であれば、新たに算定できます。

ただし、直近の算定年月が初回算定年月より新しい日付の場合は算定不可であり、エラーメッセージが表示されます。

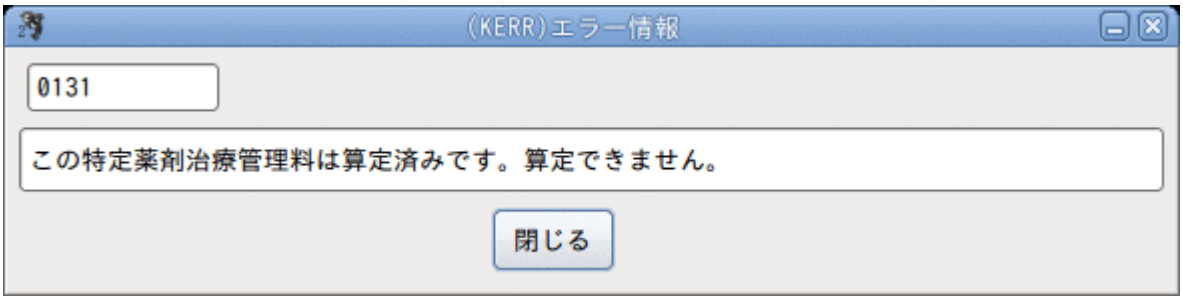


図 555

＜臓器移植月から3ヶ月以内の加算　（診療行為加算コード"113000670"）＞

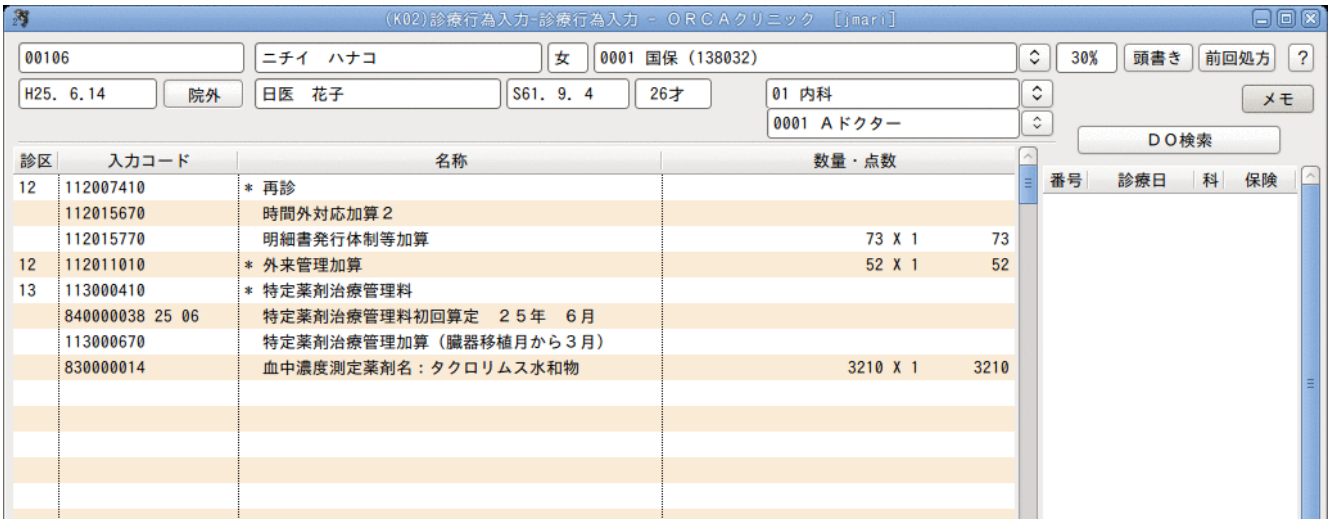


図 556

■悪性腫瘍特異物質治療管理料

悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定した場合は行ったマーカー検査をコメント記載しなければなりません。

（1）悪性腫瘍特異物質治療管理料＋マーカー検査コードを入力する方法

「101　システム管理マスタ」－「1038　診療行為機能情報」にて「4：悪性腫瘍検査一覧」の項目を「1自動表示する」に設定する。

悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定する。

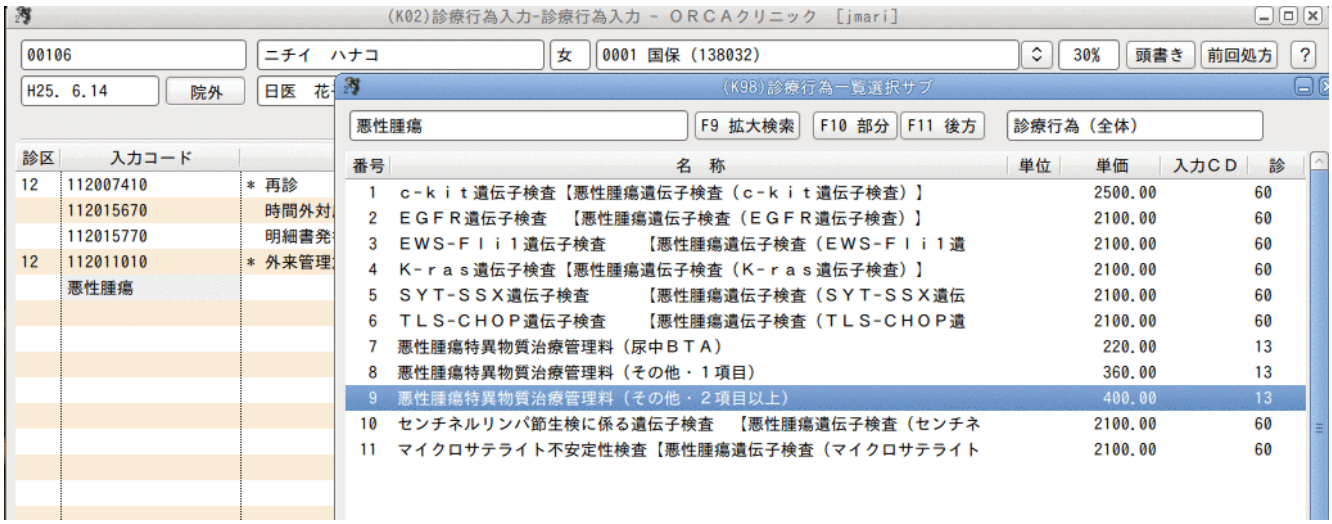


図 557

Enterまたは「確定」(F12)押下後、マーカー検査一覧が表示されます。
検査を選択します。

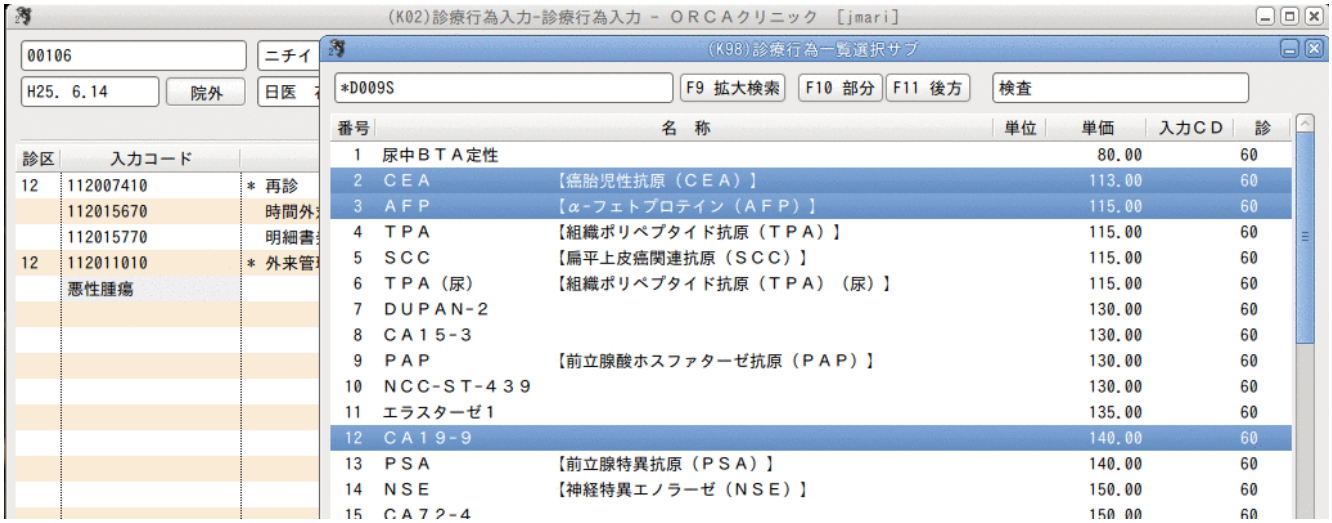


図 558

初期表示は自院コードの設定された検査を表示します。 （拡大検索にて全てのマーカー検査一覧を表示します）

Enterまたは「確定」(F12)押下後、マーカー検査が自動的にコメント登録されます。

図 559

マーカー検査コードを追加・変更したい場合はマーカー検査コードを追加入力すればコメントに自動変換します。

(2) 検査名を手入力する方法

「101　システム管理マスタ」ー「1038　診療行為機能情報」にて「4：悪性腫瘍検査一覧」の項目を「0　自動表示しない」に設定する。

悪性腫瘍特異物質治療管理料算定後にコメントコードが自動表示されます。
手入力にて検査名を入力します。

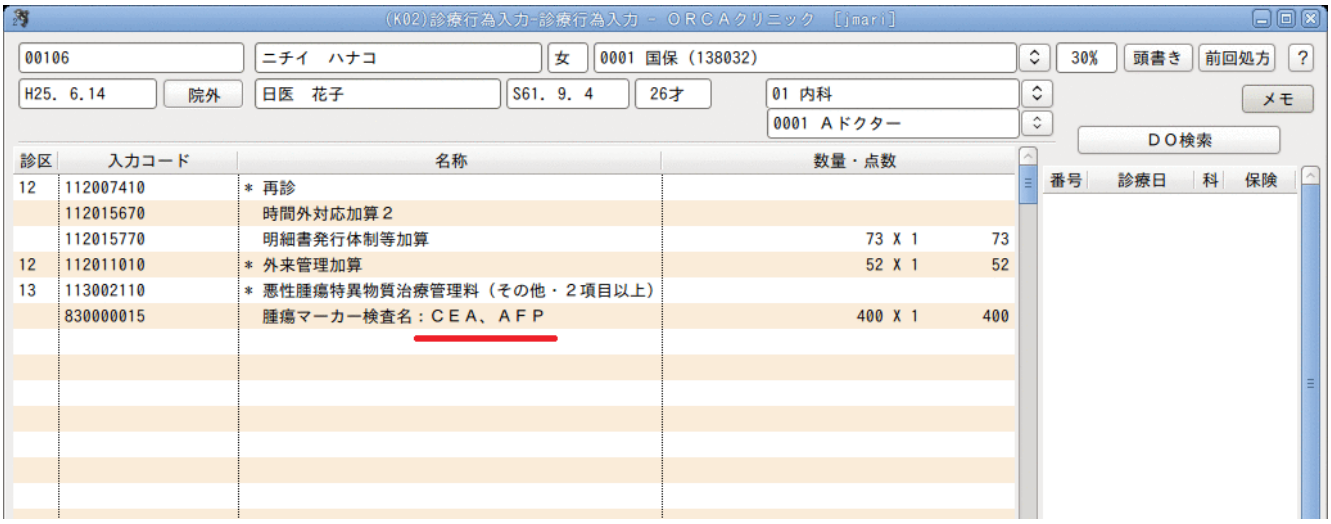


図 560

■外来リハビリテーション診療料

外来リハビリテーション診療料を入力すると再診料、外来管理加算を削除します。

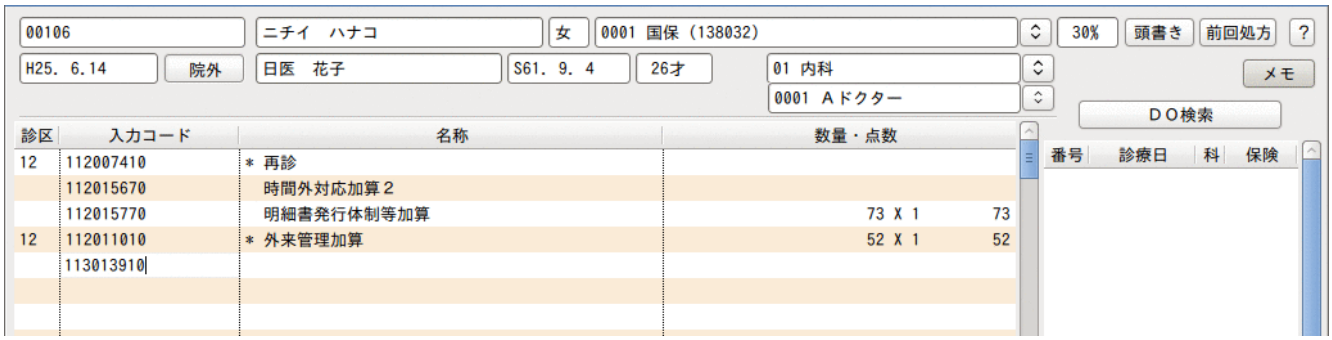


図 561

↓

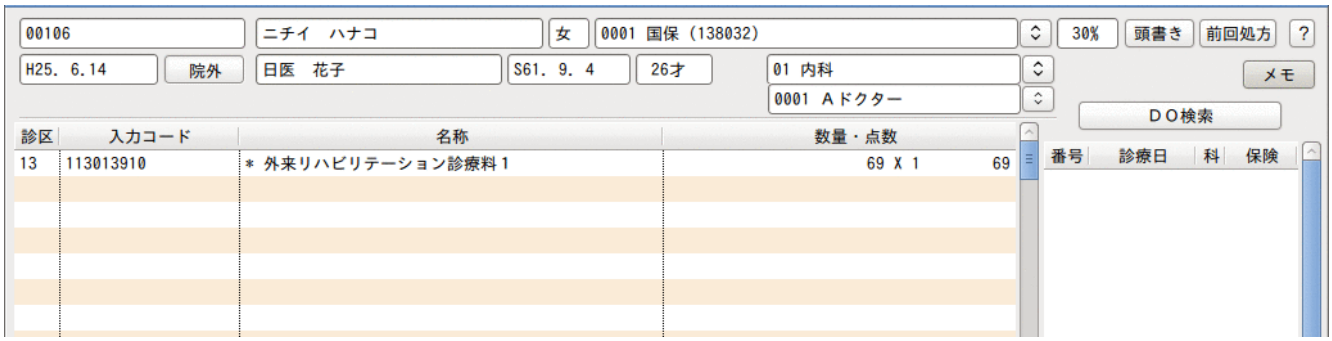


図 562

外来リハビリテーション診療料1を算定後の7日間、外来リハビリテーション診療料2を算定後の14日間は再診料ダミーを自動算定します。この期間内に初診料または再診料を算定するには再診料ダミーを削除し、初診料または再診料を手入力してください。この際「警告！外来リハビリテーション診療料が算定中です。診察料は算定できません。」のメッセージを表示します。メッセージを閉じた後に診療行為入力ができます。

図 563

ヒント！

外来リハビリテーション診療料を算定後、「複数科保険」(Shift+F6)により同一会計内で初診料（同一日2科目）または再診料（同一日2科目）を算定した場合は、「警告！！診察料を複数科・保険組合せで算定しないで下さい。」のメッセージを表示します。メッセージを閉じた後に診療行為入力ができます。

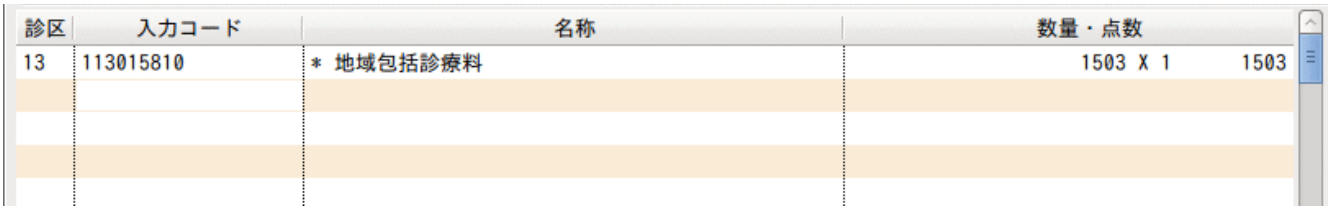
■地域包括診療料

地域包括診療料を入力すると、再診料及び加算等は自動削除します。

診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	112007410	* 再診		
	112015670	時間外対応加算２		
	112015770	明細書発行体制等加算	76 X 1	76
12	112011010	* 外来管理加算	52 X 1	52
	113015810			

図 564

↓



診区	入力コード	名称	数量・点数	
13	113015810	* 地域包括診療料	1503 X 1	1503

図 565

ヒント！

診療行為を自動包括できます、【5.1　システム管理マスタ】－【1014　包括診療行為設定情報】を参照してください。

Copyright(C)2007JMARI

(3) 在宅料

(3) －1　診療種別区分

内容	診療種別区分
在宅料	.140
在宅薬剤	.141
在宅薬剤　（院外処方）	.148
在宅材料	.142
在宅材料（院外処方）	.149
在宅加算料	.143

在宅料には上記の診療種別区分があります。

＜在宅薬剤（院外処方）と在宅材料（院外処方）について＞
在宅自己注射指導管理料を算定している患者の注射薬剤及び注射器材を、院外処方せんに印刷する場合に使用します。「.148」または「.149」のあとに入力した注射薬剤や注射器材などを院外処方せんに印刷します。このとき、処方せん料は算定しません。（ただし、印刷には請求確認画面の院外処方せん欄で発行有りを選択してください）
なお、これら2つの診療種別区分は入力内容のチェックは行っていないため、注射薬剤または注射器材を同診療種別区分内で入力することができます。

(3) －2　入力形式

「診療種別区分」
「在宅料コード」
「在宅料加算コード」
　　：
「薬剤コード」△「数量」
　　：
「薬剤コード」△「数量」
「材料コード」△「数量」
　　：
「材料コード」△「数量」＊「回数」

診療種別区分は省略することもできます。
ただし、剤終了の判別は回数の入力によるか、診療種別区分の入力により判定しますので場合によっては省略できないこともあります。

＜薬剤のみの場合＞
.141
「薬剤コード」△「数量」
　　：
「薬剤コード」△「数量」＊「回数」

Copyright(C)2007JMARI

＜材料のみの場合＞

.142
「材料コード」△「数量」
　　：
「材料コード」△「数量」＊「回数」

＜加算のみの場合＞

.143
「在宅指導料加算コード」＊「数量」

（3）－3　入力例

往診料
在宅患者訪問診療料
在宅時医学総合管理料
在宅自己注射指導管理料
在宅酸素療法指導管理料
在宅中心静脈栄養法指導管理料
在宅末期医療総合診療料
在宅患者共同診療料

＜包括分の診療行為入力について＞

保険請求できない外来の総合診療料、または入院基本料に包括される診療行為について、システム管理マスタで設定をすることにより、入力ができるようになります。ただし、統計情報などに用いるために包括分診療データを登録できるようにした機能であり、保険診療分を入力する際に包括分の点数を自動的に省くものではありません
操作方法は、【2.5.2　入力の基本操作】の【(2)入力方法】の＜入力例4＞を参照してください。

■往診料

（例1）往診を行った場合

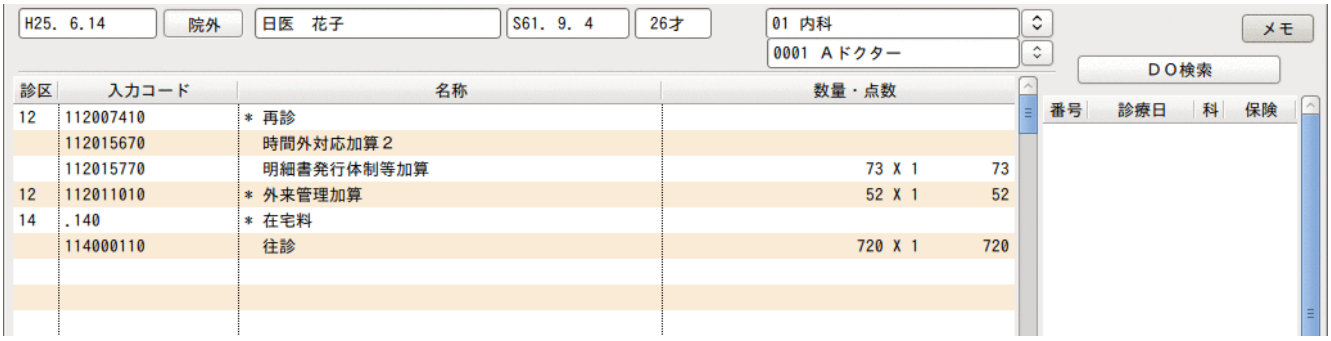


図 566

Copyright(C)2007JMARI

（例2）深夜に往診を行った場合

図 567

（例3）深夜に往診を行い、診療時間が1時間30分（90分）に及んだ場合

時間を分単位で数量に入力します。

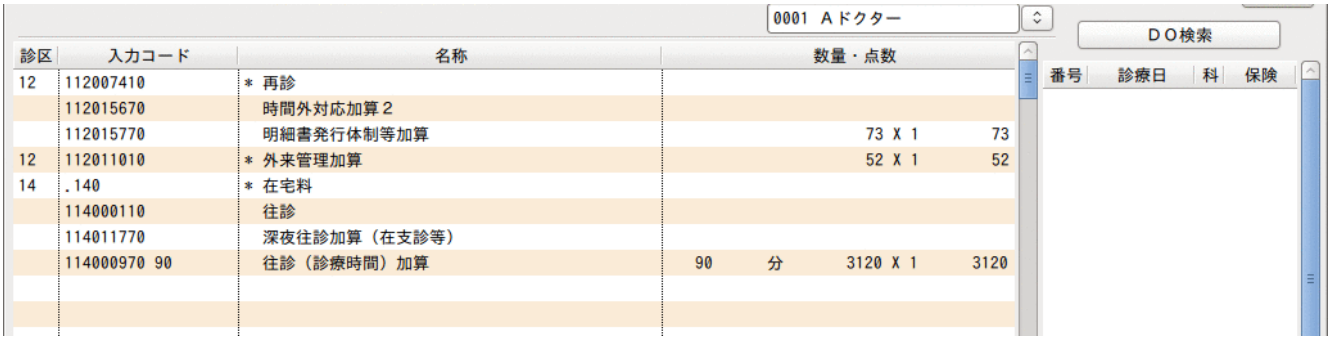


図 568

■在宅患者訪問診療料

（例1）在宅患者訪問診療を行った場合

在宅患者訪問診療料を入力後、再診料が自動で削除されます。

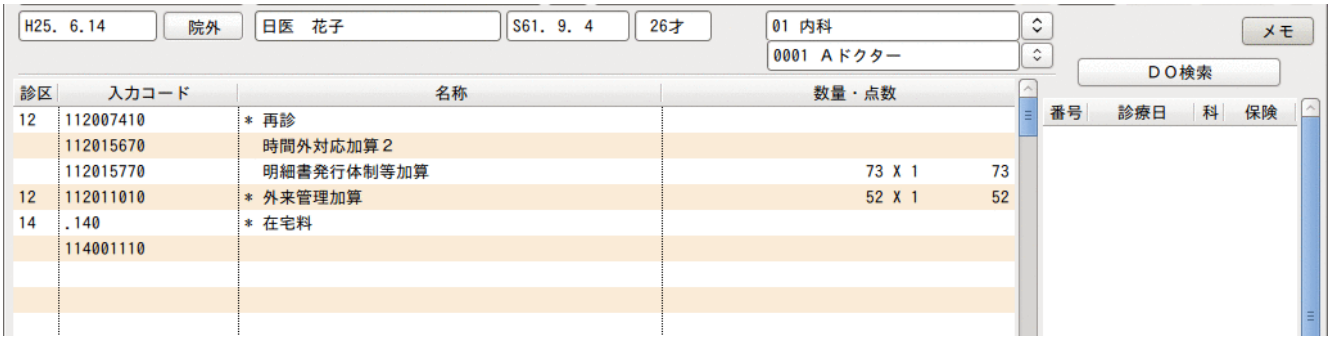


図 569

↓

図 570

（例2）在宅患者訪問診療を行い、診療時間が1時間10分（＝70分）に及んだ場合

時間は分単位で数量へ入力をします。

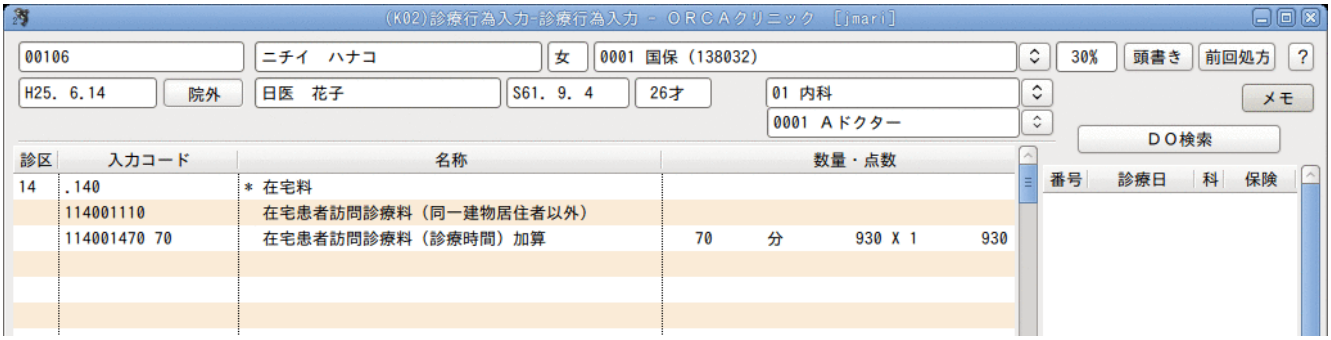


図 571

■在宅時医学総合管理料

在宅時医学総合管理料を算定する場合

図 572

■在宅自己注射指導管理料

（例1）在宅自己注射指導管理料を算定する場合

図 573

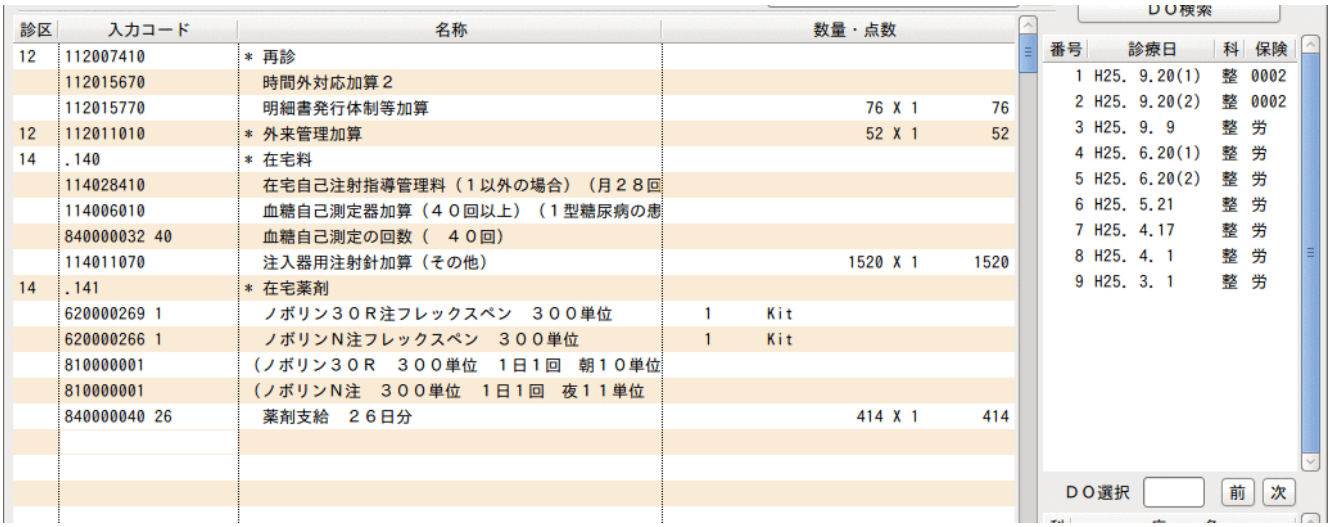
（例2）血糖自己測定器（月40回以上）の加算を算定する場合

図 574

（例3）注入器用針及びインスリン製剤を投与した場合

注射薬剤の前に「.141」の診療種別区分を入力します。

総支給単位数、所定単位あたりの薬剤名、支給日数は診療行為入力画面でコメント入力をします。



診区	入力コード	名称	数量・点数		
12	112007410	＊ 再診			
	112015670	時間外対応加算２			
	112015770	明細書発行体制等加算		76 X 1	76
12	112011010	＊ 外来管理加算		52 X 1	52
14	.140	＊ 在宅料			
	114028410	在宅自己注射指導管理料（１以外の場合）（月２８回			
	114006010	血糖自己測定器加算（４０回以上）（１型糖尿病の患			
	840000032 40	血糖自己測定の回数（　４０回）			
	114011070	注入器用注射針加算（その他）		1520 X 1	1520
14	.141	＊ 在宅薬剤			
	620000269 1	ノボリン３０Ｒ注フレックスペン　３００単位	1	Kit	
	620000266 1	ノボリンＮ注フレックスペン　３００単位	1	Kit	
	810000001	（ノボリン３０Ｒ　３００単位　１日１回　朝１０単位			
	810000001	（ノボリンＮ注　３００単位　１日１回　夜１１単位			
	840000040 26	薬剤支給　２６日分		414 X 1	414

番号	診療日	科	保険
1	H25. 9.20(1)	整	0002
2	H25. 9.20(2)	整	0002
3	H25. 9. 9	整	労
4	H25. 6.20(1)	整	労
5	H25. 6.20(2)	整	労
6	H25. 5.21	整	労
7	H25. 4.17	整	労
8	H25. 4. 1	整	労
9	H25. 3. 1	整	労

DO選択　前　次

図 575

（例4）注射薬剤を院外処方せんに印刷する場合

注射薬剤の前に「.148」の診療種別区分を入力します。

院外処方せんに針を記載する場合は059000XXXの特定器材コードを作成し、「.149」の診療種別区分で入力します。

診区	入力コード	名称	数量・点数		
12	112007410	＊ 再診			
	112015670	時間外対応加算２			
	112015770	明細書発行体制等加算		76 X 1	76
12	112011010	＊ 外来管理加算		52 X 1	52
14	.140	＊ 在宅料			
	114028410	在宅自己注射指導管理料（１以外の場合）（月２８回			
	114006010	血糖自己測定器加算（４０回以上）（１型糖尿病の患			
	840000032 40	血糖自己測定の回数（　４０回）			
	114011070	注入器用注射針加算（その他）		1520 X 1	1520
14	.148	＊ 在宅薬剤（院外処方）			
	620000269 1	ノボリン３０Ｒ注フレックスペン　３００単位	1	Kit	
	620000266 1	ノボリンＮ注フレックスペン　３００単位	1	Kit	
	810000001	（ノボリン３０Ｒ　３００単位　１日１回　朝１０単位			
	810000001	（ノボリンＮ注　３００単位　１日１回　夜１１単位			
	840000040 26	薬剤支給　２６日分		(414) X 1	
14	.148	＊ 在宅薬剤（院外処方）			
	059000002 40	ペンニードル　３１Ｇ　８ｍｍ	40	本	X 1

番号	診療日	科	保険
1	H25. 9.20(1)	整	0002
2	H25. 9.20(2)	整	0002
3	H25. 9. 9	整	労
4	H25. 6.20(1)	整	労
5	H25. 6.20(2)	整	労
6	H25. 5.21	整	労
7	H25. 4.17	整	労
8	H25. 4. 1	整	労
9	H25. 3. 1	整	労

DO選択　前　次

図 576

■在宅酸素療法指導管理料

（例1）在宅酸素療法指導管理料（その他の場合）を算定する場合

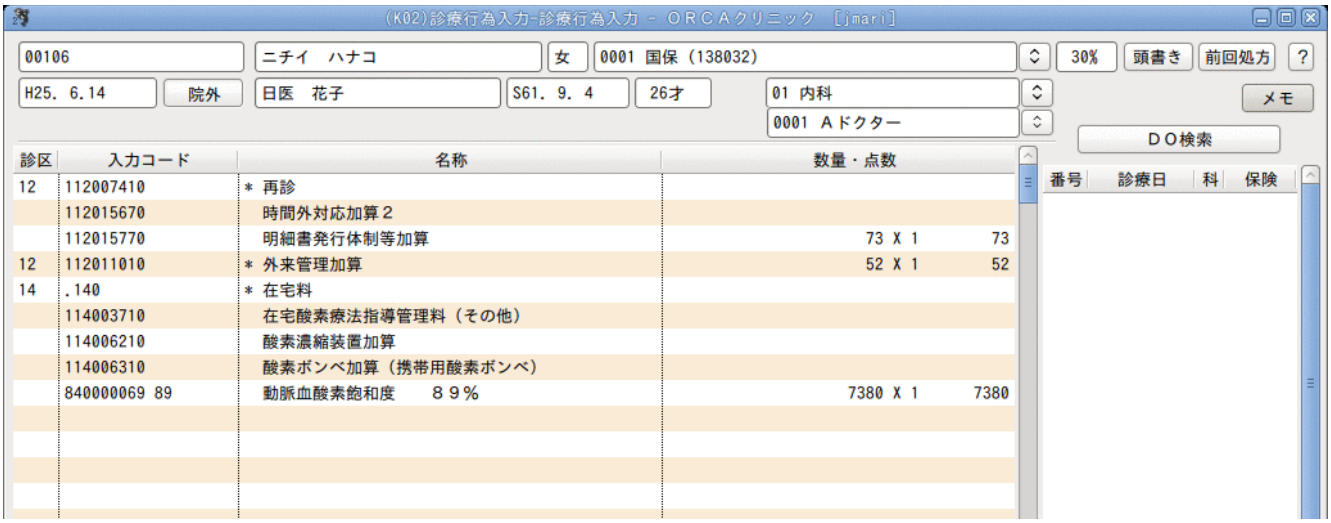


図 577

■在宅中心静脈栄養法指導管理料

（例1）在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定する場合

図 578

■在宅末期医療総合診療料

在宅末期医療総合診療料を入力すると、再診料が自動削除されます。

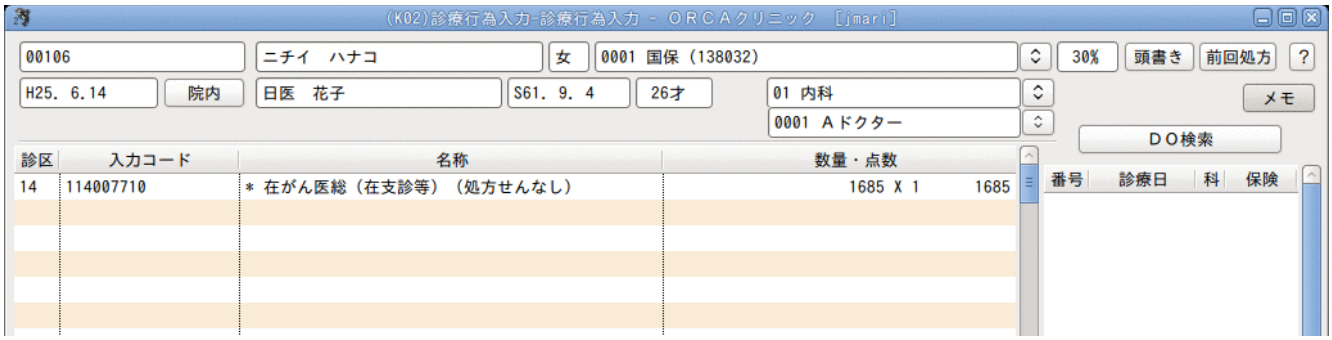


図 579

ポイント！　**実日数をカウントするには**

在宅末期総合診療料はレセプトの実日数をカウントしません。実日数をカウントするには"099409901　実日数算定"のコードを入力してください。ドクターの診察がなく実日数をカウントしない場合は在宅末期医療総合診療料のみを算定します。

図 580

在宅末期総合診療料は回数入力することもできます。

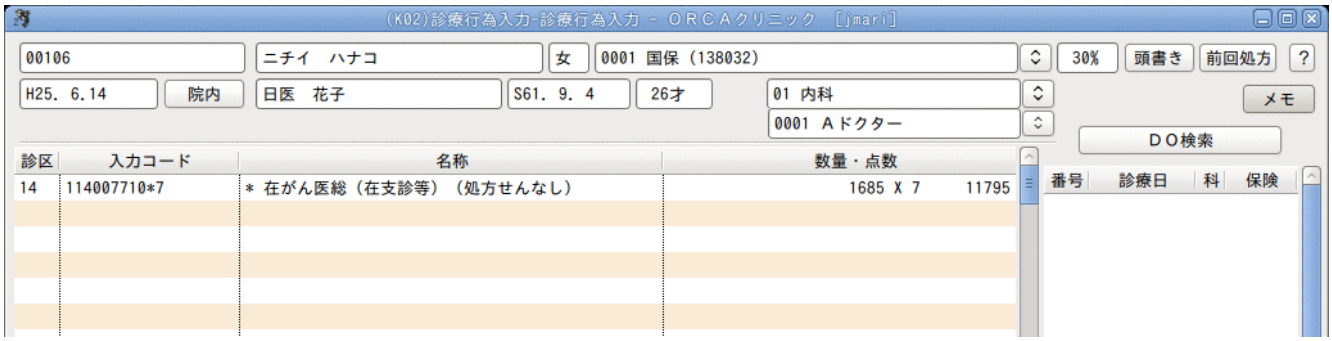


図 581

■在宅患者共同診療料

初回算定日のコメントをレセプトへ記載するには
　　システム予約コード　″099140004 在宅患者共同診療料開始日″　を入力します。

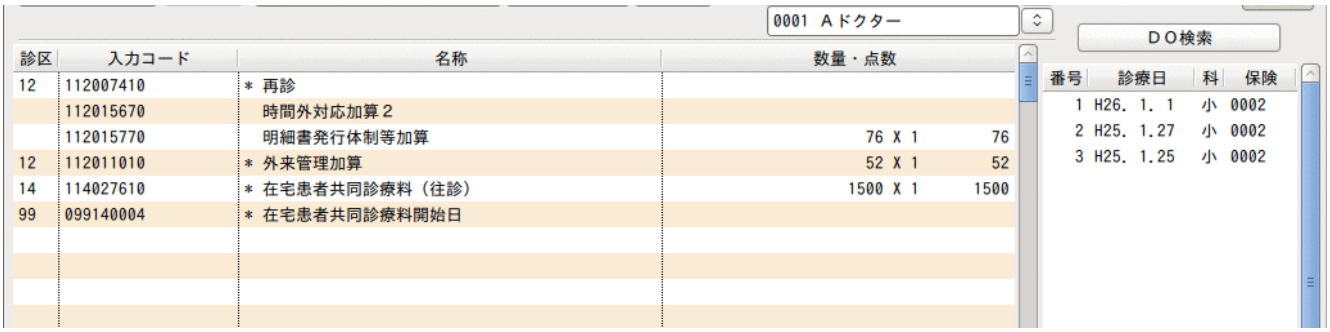


図 582

注意！

在宅患者共同診療料と同一剤に″840000097　（初回算定　月　日）″の入力がある場合は、″840000097　（初回算定　月　日）″を優先し、″099140004 在宅患者共同診療料開始日″によるレセプト自動コメント記載は行いません。

＜15歳未満の人工呼吸器装着患者、15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20Kg未満の患者又は神経難病等の患者の場合＞

初回算定日、通算実施回数のコメントを記載するには、
　　システム予約コード　″099140004 在宅患者共同診療料開始日″
　　システム予約コード　″840000086　（通算実施回数（　回））″　を入力します。

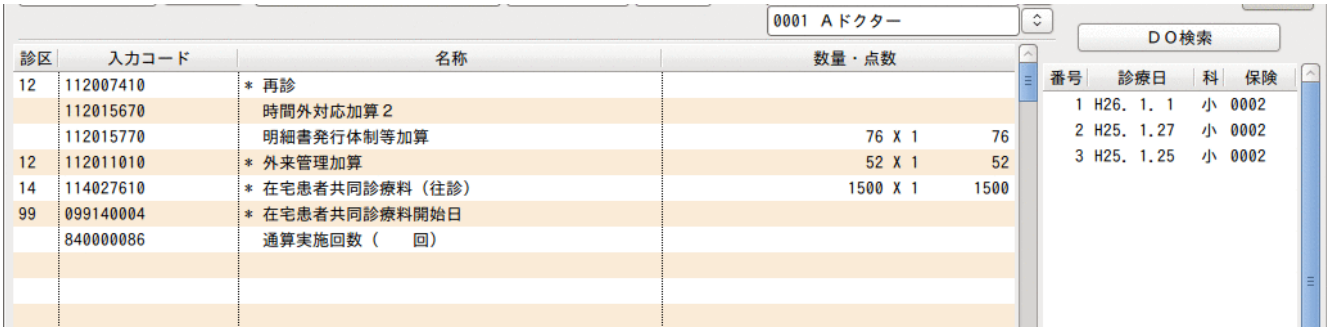


図 583

ヒント！

″840000086　（通算実施回数（　回））″の回数の入力はしません。

注意！

在宅患者共同診療料と同一剤に″840000097　（初回算定　月　日）″の入力がある場合は、″840000097　（初回算定　月　日）″を優先し、″099140004 在宅患者共同診療料開始日″及び″840000086　（通算実施回数（　回））″によるレセプト自動コメント記載は行いません。

（4）投薬料

（4）－1　診療種別区分
（4）－2　入力形式
（4）－3　自動算定
（4）－4　入力例
（4）－5　処方せん備考欄へのコメント記載
（4）－6　処方せんの一般名記載・後発医薬品への変更不可記載
（4）－7　薬を包装単位で入力する　換算値入力（1包＝7.5gとして入力したい）
（4）－8　薬剤数のカウントについて
（4）－9　不均等投与を薬剤情報に記載する

ヒント！
投与期限（投与開始日から8週等）のある薬剤のチェックは患者登録画面の禁忌薬剤に登録することにより診療行為入力画面でチェックすることができます。【2.2.3　患者情報の入力】の【（1）－4　禁忌薬剤登録】を参照してください。

（4）－1　診療種別区分

内容	診療種別区分			
	通常	院内処方	院外処方	院内処方（包括）
内服	.210	.211	.212	.213
臨時	.290	.291	.292	
屯服	.220	.221	.222	.223
外用	.230	.231	.232	.233

「通常」
診療種別区分は、基本的に表内の「通常」の列の区分を使用します。

「院内処方」・「院外処方」
緊急やむを得ない場合に院内と院外を混在した投薬を行ったときは、「院内処方」と「院外処方」のそれぞれの診療種別区分を指定して入力を行います。「101　システム管理マスタ」－「1001　医療機関情報－基本」、または「診療選択」(Shift＋F1)の「院外処方区分」、若しくは診療行為入力画面の「院内・外ボタン」を「院外」とした場合、通常の診療種別区分を使用すると院外処方扱いになりますが、この処方に院内分を同時に入力する必要があれば、院内処方の該当する診療種別区分で入力を行います。
逆に「院内」と設定した場合で一部院外処方とする薬があれば、院外処方の該当する診療種別区分で入力をします。

「院内処方（包括）」
包括により算定できない薬剤を履歴として情報を残す場合に使用します。

＜診療種別の自動変換＞
小児科外来診療料（院内処方）、在宅時医学総合管理料、在宅末期医療総合診療料等の院内投薬の算定できない医学管理等・在宅料を算定した場合に「.210」を入力した場合、「.213」へ自動変換します。
逆に投薬が算定できる場合に「.213」を入力した場合は「.210」へ自動変換します。
「.223」「.233」も同様に変換します。

（自動変換したくない場合）
「101　システム管理マスタ」－「1038　診療行為機能情報」の「3：投薬診療種別自動変換」の項目で「1　変換しない」と設定します。

（4）－2　入力形式

「診療種別区分」
「薬剤コード」△「数量」
　　：
「薬剤コード」△「数量」＊「回数」
あるいは
「診療種別区分」
「薬剤コード」△「数量」
　　：
「薬剤コード」△「数量」
「用法コード」＊「回数」

となります。数量及び回数が1の場合は省略ができます。
診療種別区分は場合によって省略できることもあります。
ただし、「屯服」と「臨時」を入力する場合の区分は必須入力となります。

（4）－3　自動算定

自動算定を行うのは次の項目です。
（条件により自動算定を行うものもあります。【2.5.9　自動算定診療行為一覧】を参照してください）
調剤料（内服薬・浸煎薬・屯服薬）
調剤料（外用薬）
調剤料（麻・向・覚・毒）加算
処方料
処方料（麻・向・覚・毒）
処方せん料
特定疾患処方管理加算（処方料）
特定疾患処方管理加算（処方せん料）
長期投薬加算（処方料）
長期投薬加算（処方せん料）
調剤技術基本料
乳幼児加算（3歳未満）
薬剤料逓減（90／100）（内服薬）
一般名処方加算（処方せん料）

（注意1）自動算定を行う診療行為の手入力は基本的には行わないものとします。手入力をした場合、
正しい算定内容か否かのチェックは行われません。（一部を除く）。
調剤技術料と薬剤情報提供料は「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定・チェック機能情報」により判断します。
※複数科保険入力時の自動発生した診療行為の算定は【2.5.2　入力の基本操作】の【（8）複数科保険入力】の項目を参照してください。

Copyright(C)2007JMARI

（4）－4　入力例

＜例1＞　院内処方で次の投薬を行う場合

診療種別区分「.210」を入力します。

1薬剤を1行に入力しますが、薬剤コードはコード検索や入力コードから入力を行います。

薬剤コードに続けて数量を入力します。例では内服薬3種類を1剤としているため、最後に入力を行った薬剤の数量を入力後は回数入力識別の「＊」に続けて回数を入力します。

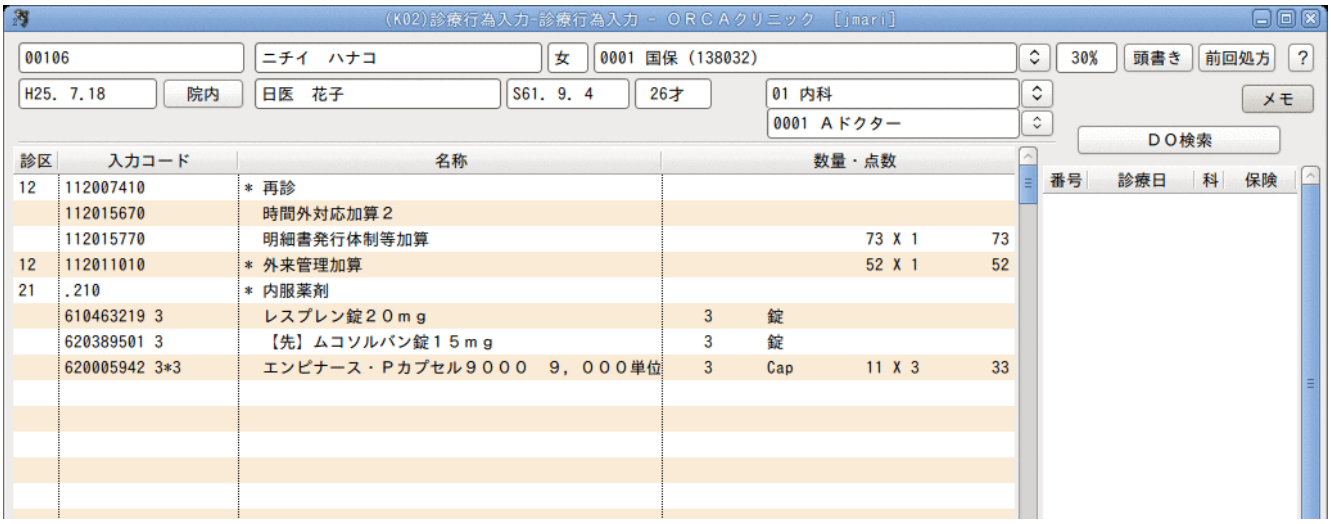


図 584

↓同様の方法で屯服薬、外用薬についても以下のように入力を行います。

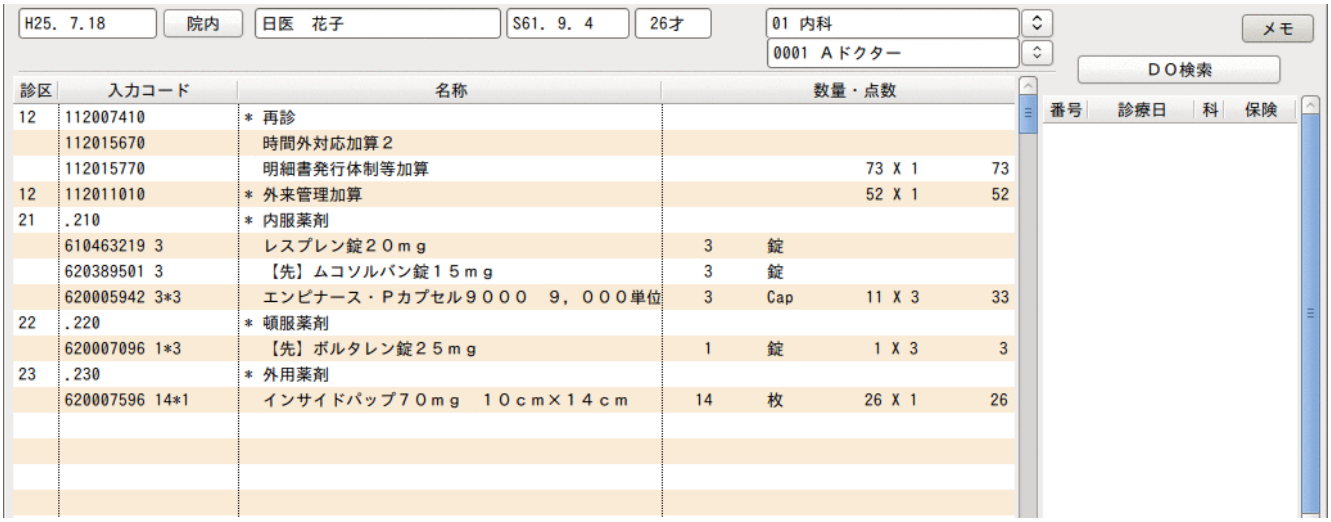


図 585

注意！
調剤料や処方料は自動算定を行いますが、診療行為入力画面には表示されません。
「登録」(F12) を押下すると遷移する「診療行為確認」画面で自動算定された調剤料等の剤の確認ができ、また投薬料の欄には自動算定した剤点数を足して表示を行います。

Copyright(C)2007JMARI

＜例2＞　院外処方で薬剤を入力する場合

「院内／院外」ボタンを押下し「院外」にします。点数を（　）で表示します。

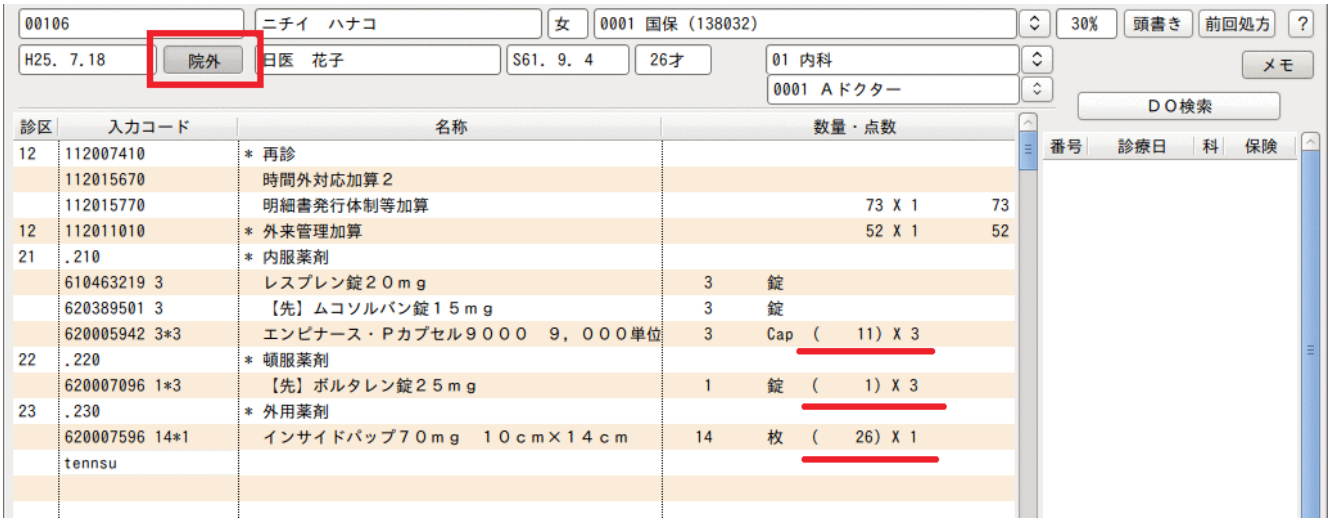


図 586

次に内服薬の服用方法を入力してみます。

内服薬剤の服用方法として"Y03"と分類コードを入力して検索を行っています。この「03」とは、1日3回というグループの識別です。1日2回の用法を検索する場合は、"Y02"を入力して検索を行います。（なお、"Y03"等は参考として作成していますので医療機関の運用に合わせて変更をしてください。

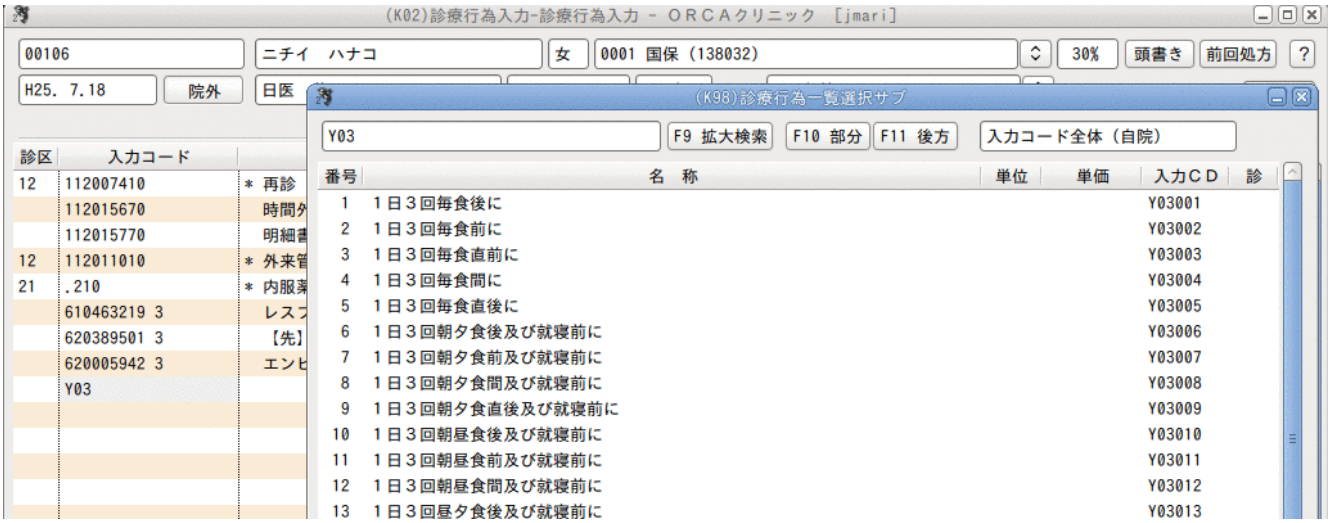


図 587

「＊」が表示されますので、続いて回数を入力します。

図 588

同様の方法により、屯服薬、外用薬についても用法の入力を行います。

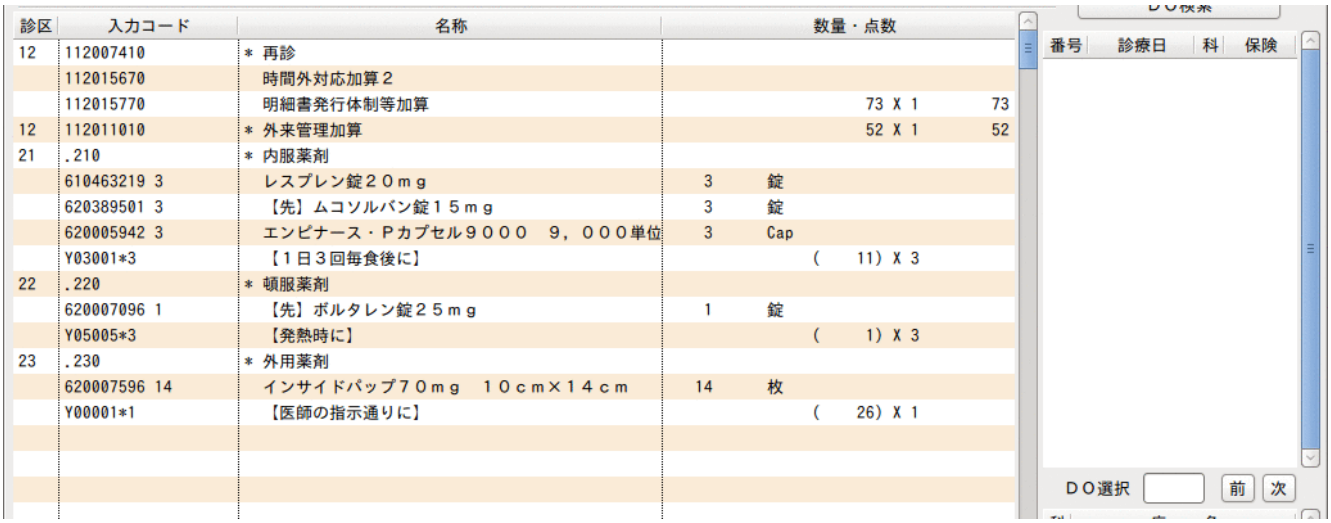


図 589

＜例3＞特定疾患処方管理加算を算定する場合

特定疾患処方管理加算の算定方法は、コード入力による算定の他に、病名登録(Shift+F7)画面で特定疾患の病名が入力されている場合、当該日の初回登録時のみに確認メッセージを表示します。

「OK」を押下すると自動算定を行い、「NO」で算定をしないで次の診療行為確認画面へ遷移します。

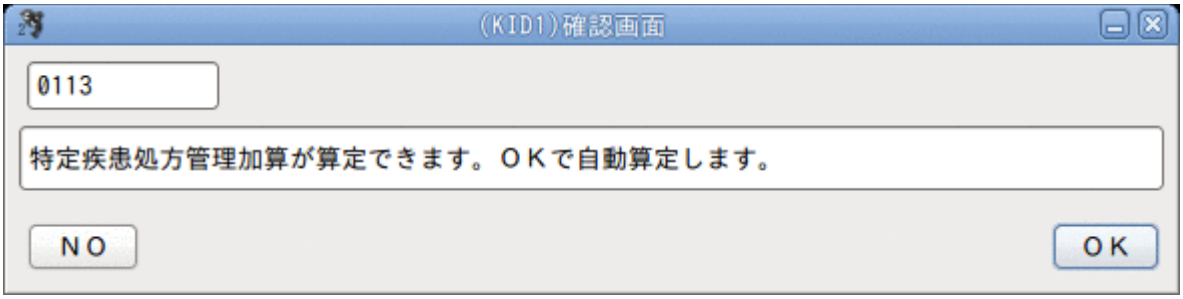


図 590

＜例4＞長期投薬加算（処方料）を算定する場合

算定条件を満たすとき、長期投薬加算についても特定疾患処方管理加算と同様に、当該日の初回登録時のみに確認メッセージを表示します。

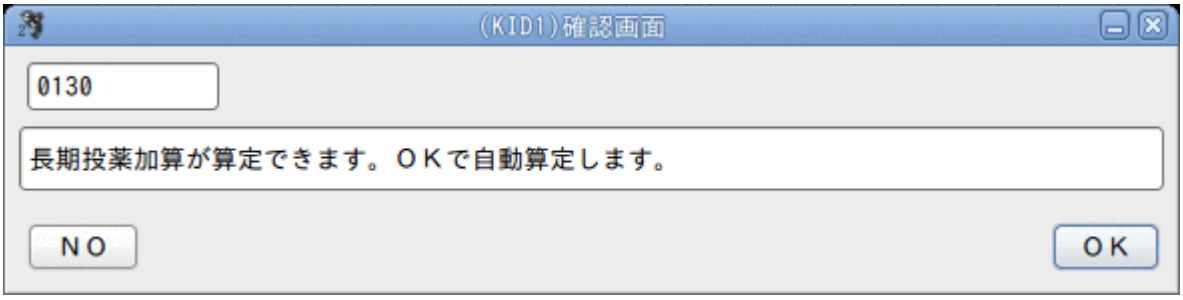


図 591

「ガイダンス表示する条件」

診療所または許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関で入院中の患者以外の患者
（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る）
処方日数が28日以上の剤が少なくとも1つある
同一月に算定されていない
同一月に特定疾患処方管理加算（15点）が算定されていない
同一月に処方せん料の長期投薬加算及び特定疾患処方管理加算(15点)が算定されていない

注意！
処方期間が28日以上となる場合にも算定ができますが、システムでは自動認識ができません（ガイダンス表示を行わない）ので、この場合は手入力により算定を行ってください。

確認メッセージを表示するとき、処方日数が28日以上の剤があっても特定疾患に対する薬剤であるかは入力者の判断とし、算定する場合には「OK」を押下します。算定しない場合には「NO」を押下しますが、この場合は特定疾患処方管理加算が算定できるようになるため、次の確認メッセージを表示します。

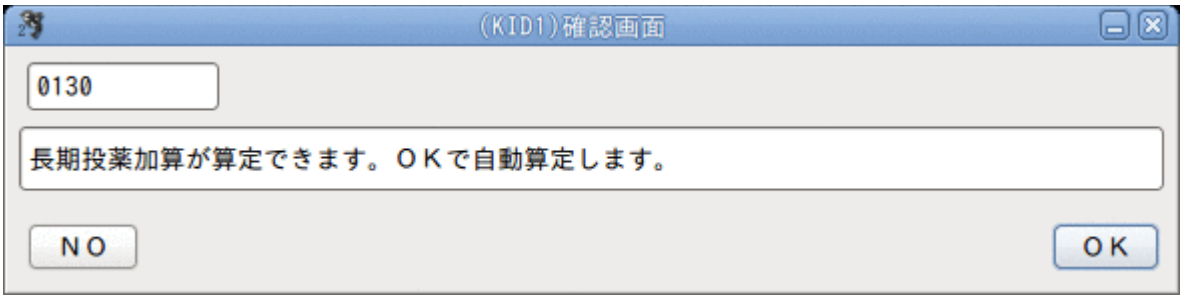


図 592

以下に挙げる2例は、同一月内に既に長期投薬加算（処方せん料）や特定疾患処方管理加算（処方料または処方せん料）の算定があり、今回投薬された薬剤の処方日数が28日以上であった場合を想定しての例題です。

＜例4－1＞同一月に処方せん料の長期投薬加算を算定している場合
既に月1回に限り算定できる長期投薬加算を算定しているため、特定疾患処方管理加算及び長期投薬加算（処方せん料）は算定できません。よって、メッセージの表示及び自動算定はありません。

＜例4－2＞　同一月に特定疾患処方管理加算（処方料または処方せん料）を算定している場合
「登録」押下時に以下のメッセージを表示します。

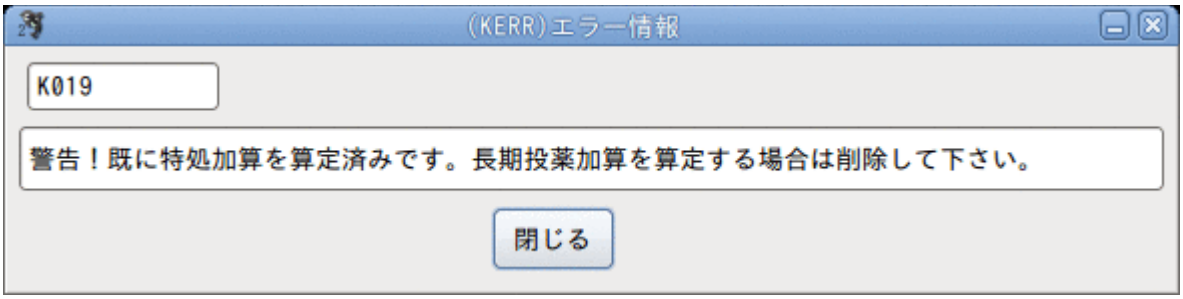


図 593

長期投薬加算を算定する場合には、一旦「中途終了」(Shift＋F12)をして算定済みである特定疾患処方管理加算を削除してから「中途表示」にて長期投薬加算の入力を行います。
長期投薬加算を算定しない場合には、警告メッセージを閉じた後「登録」を押下してください。

「外用薬の長期投薬加算について」
外用薬で長期投薬加算を算定する場合には、通常とは異なる入力方法により長期投薬加算を自動算定します。

＜例＞外用薬Aを1回4g　28日分で投与した場合

（通常）	外用薬A	112＊　1	○○点×1
（長期投薬加算算定時）	外用薬A	4＊28	○○点×1

長期投薬加算を算定する場合の外用薬入力は、総量での入力を行わず「数量×日数（28日以上）」として入力します。ただし、この外用薬の日数の概念は当該加算の算定条件にのみ使用することとし、その他レセプトや処方せんの記載は「総量×1調剤単位」の扱いとします。長期投薬加算に関係しない外用薬の入力は現行通り、総量×1の入力方法とします。

注意！
外用薬をセット登録する場合には、数量×日数と登録した場合でも総量×1として作成するため、長期投薬加算を算定するときはセットを展開時に数量×日数に訂正する必要があります。

＜例5＞多剤投与の場合

1回の処方で7種類以上の内服薬剤を投与した場合は多剤投与となるため、「登録」(F12)を押下時に確認メッセージを表示します。

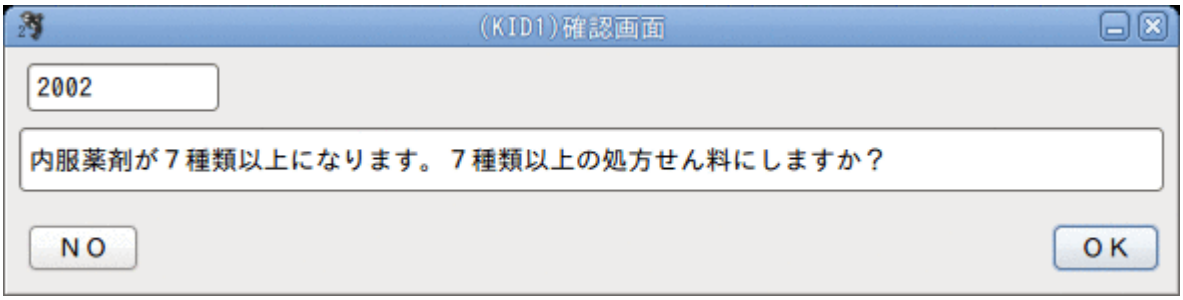


図 594

逓減をする場合には「OK」を押下します。逓減をしない場合には「NO」を押下します。

「同一銘柄同一剤形で複数規格をもつ薬剤の同時処方」

同一銘柄同一剤形で「5mg」と「10mg」など、規格が異なる薬剤を処方したときの種類数は1銘柄ごとに1種類と計算しますが、同一銘柄の自動判定ができないため、銘柄に関係無く1処方で7種類以上の薬剤を投与した場合には「登録」時に「内服薬剤が7種類以上になります。逓減しますか？」の確認メッセージを表示します。入力者の判断により、逓減する、しないをボタンで選択してください。

＜例5－1＞7種類以上のとき、多剤投与の扱いとしない（種類数のカウントに含めない）場合

臨時投薬である、「.290」の診療種別区分を使用して入力を行います。

診区	入力コード	名称	数量・点数			
12	112007410	＊ 再診				
	112015670	時間外対応加算２				
	112015770	明細書発行体制等加算			73 X 1	73
12	112011010	＊ 外来管理加算			52 X 1	52
21	.210	＊ 内服薬剤				
	621375001 1*7	【無】バファリン配合錠Ａ８１　８１ｍｇ	1	錠	1 X 7	7
21	.210	＊ 内服薬剤				
	610443048 1*7	【先】マイスリー錠１０ｍｇ	1	錠	8 X 7	56
21	.210	＊ 内服薬剤				
	620007022 4	ノイロトロピン錠４単位	4	錠		
	620420001 1*7	ビオフェルミン配合散	1	ｇ	14 X 7	98
21	.210	＊ 内服薬剤				
	620009127 1*14	【先】ニューロタン錠５０ｍｇ	1	錠	14 X 14	196
21	.210	＊ 内服薬剤				
	612120016 2	【先】インデラル錠１０ｍｇ	2	錠		
	611170126 2*14	【後】ジアゼパム錠２「サワイ」　２ｍｇ	2	錠	4 X 14	56
21	.210	＊ 内服薬剤				
	611170639 3*14	【先】グランダキシン錠５０　５０ｍｇ	3	錠	5 X 14	70
21	.290	＊ 内服薬剤（臨時投薬）				
	612320347 1.5*7	【先】セルベックス細粒１０％	1.5	ｇ	3 X 7	21

図 595

↓「登録」(F12)より診療行為確認画面へ遷移しますが、「.290」の診療種別区分で入力された薬剤は種類数にカウントをしないため、例では6種類の薬剤投与となり薬剤料の逓減はありません。

図 596

＜例6＞包括により算定できない薬剤を履歴として情報を残す場合

例えば、小児科外来診療料を算定したときに院内処方の投薬料は算定不可ですが、「.213」等の診療種別区分を入力することにより請求点には含めず0点として薬剤の入力が行えます。また、院内処方せんの印刷もできるようになります。

図 597

＜例7＞うがい薬のみ処方した場合の警告メッセージ

処方内容がうがい薬のみの場合は警告メッセージを表示します。

図 598

（4）－5　処方せん備考欄へのいろいろな印字

＜備考欄へコメントを記載する＞

診療行為画面に診療区分「.980」を入力することにより処方せんの備考欄にコメントを記載することができます。

投薬を入力した後、

.980

001000939　【（一包化投与）】

810000001　テストコメント

を入力してみます。

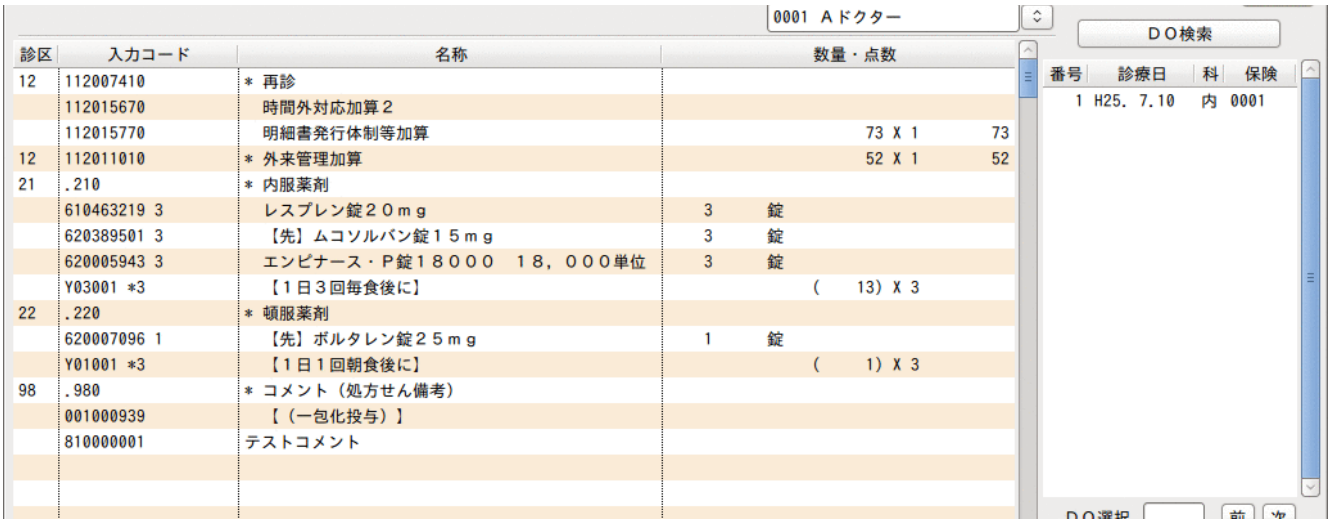


図 599

処方せんの備考欄にコメントが印刷されます。

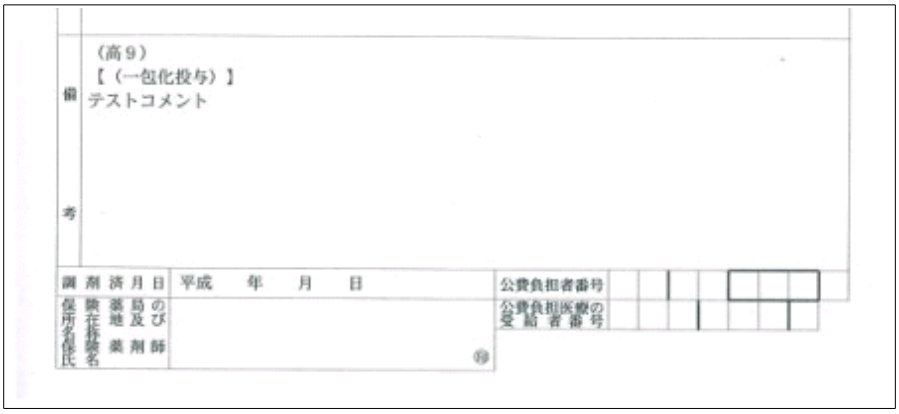


図 600

注意！

- 診療区分「.980」にはコメントコードのみ入力できます。
- 「.980」にてコメントを入力しても、投薬が入力されていない場合、処方せんの印刷は行いません（処方せんの備考欄のみの印刷は行わない）。
- 処方せんの備考欄に編集できる範囲で入力を行ってください。チェックを行っていませんので、編集できる範囲を超えると超えた部分は印刷されない場合があります。

＜処方せんの一般名での記載＞

処方せんに一般名の記載ができます。

- 点数マスタにて薬剤毎に設定する。
- 一般名またはユーザの設定した任意の名称で記載できる。
- 一般名の単位と換算値が点数マスタと違う場合は変更ができます。

点数マスタでの設定のみで診療行為では特に操作は必要はありません。

※設定方法は【5.2　点数マスタ】を参照してください。診療行為入力画面・会計照会画面での一般名表示はせず、処方せんのみに一般名記載をします。

＜外用薬、注射薬の内服薬入力＞

外用薬（注射薬）を内服薬として入力することができます。

- 点数マスタにて薬剤毎に内服算定を許可する設定をする。
- 診療区分の宣言により外用薬としても内服薬としても算定できる。

※点数マスタの設定は【5.2　点数マスタ】を参照してください。

例）塩化ナトリウムを内服薬入力する。
塩化ナトリウムの点数マスタ設定を「1　内服薬として算定可」に設定します。

内服薬として入力する場合は「.210」を宣言します。

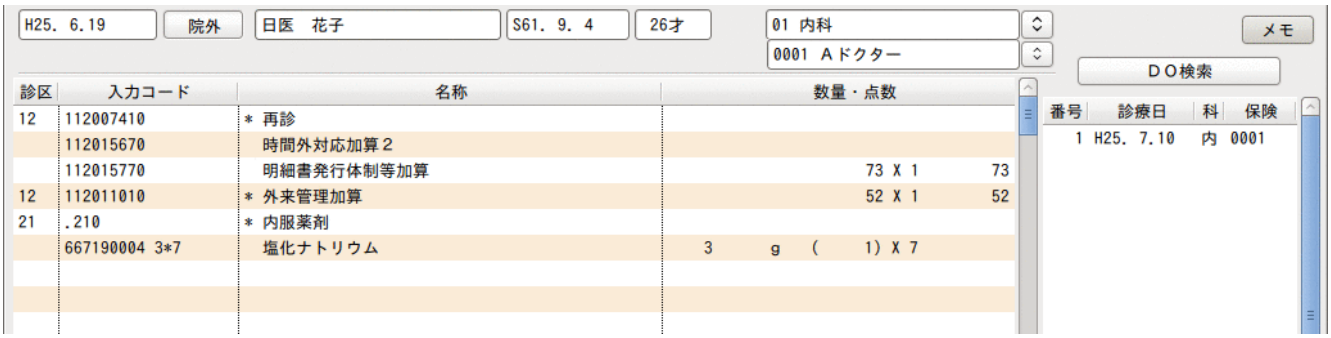


図 601

外用薬として入力する場合は診療区分を省略するか「.230」を宣言します。
注射薬の場合も入力方法は同じです。

Copyright(C)2007JMARI

＜処方せんの内滴対応＞

処方せんに記載している（　日）の記載をしないようにできます。

- 点数マスタにて薬剤毎に設定する。
- 1剤1銘柄で入力し総量＊1での入力をする。

※点数マスタの設定は【5.2　点数マスタ】を参照してください。

例）ラキソベロン　5mlを入力する。
ラキソベロンの点数マスタを「1　内服滴剤」に設定します。
総量＊1で入力します。

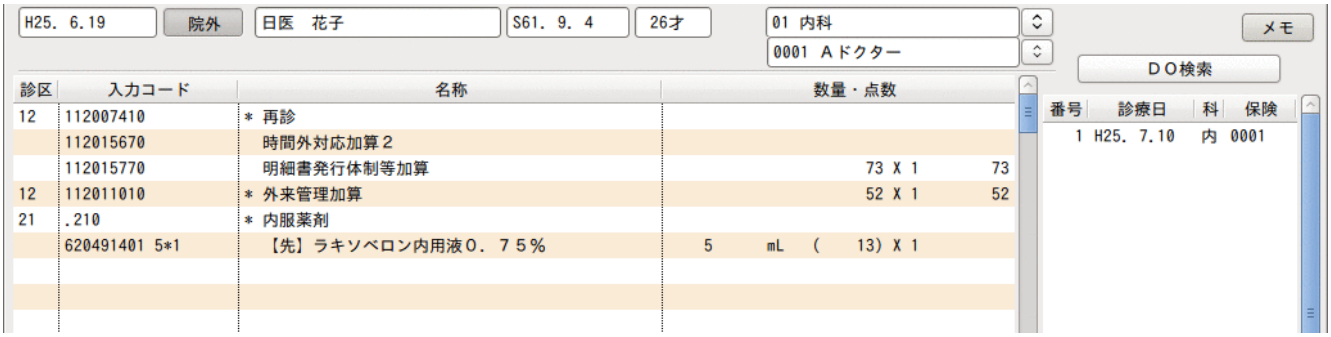


図 602

処方せんを発行します。

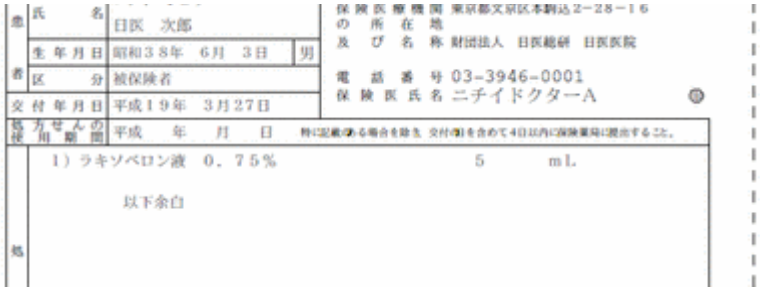


図 603

Copyright(C)2007JMARI

（4）－6　処方せんの一般名記載・後発医薬品への変更不可記載

システム管理、点数マスタの設定により自動記載します。

一般名記載

＜自動記載の設定＞

基本となる運用設定をします。

- 「101　システム管理」－「1030　帳票編集区分情報」の「後発医薬品への変更可署名」の項目

特定の薬剤を一般名記載する場合に薬剤毎に個別設定をします。

- 「102　点数マスタ」の「一般名記載」の項目

【処方せんへの記載】

<table>
<tr><th rowspan="2">「101　システム管理」－
「1030　帳票編集区分情報」
の後発医薬品への変更可署名</th><th colspan="2">「102　点数マスタ」の「一般名記載」の項目</th></tr>
<tr><th>一般名記載の設定がない薬剤</th><th>一般名記載の設定がある薬剤</th></tr>
<tr><td>0　変更不可
（一般名記載　しない）
（変更不可欄　×を記載）</td><td>銘柄名を記載</td><td rowspan="3">一般名を記載
（変更不可欄　空白）</td></tr>
<tr><td>1　変更可（一般）
（一般名記載　する）
（変更不可欄　空白）</td><td>後発医薬品がない先発医薬品
銘柄名を記載

後発医薬品、
後発医薬品がある先発医薬品
一般名を記載</td></tr>
<tr><td>2　変更可（点数マスタ）
（一般名記載　点数マスタに従う）
（変更不可欄　空白）</td><td>銘柄名を記載</td></tr>
</table>

変更不可欄の記載について

下記のシステム予約コードによる指示がある場合は「×」を記載しません。

″099209905　含量規格変更不可″
″099209906　剤形変更不可″
″099209907　銘柄名記載″

ヒント！

「102　点数マスタ」の「一般名記載」を設定するには【5. 2点数マスタ】の【（2）医薬品マスタ】を参照してください。

Copyright(C)2007JMARI

＜自動記載を変更したい場合＞

「21　診療行為」入力時に変更したい薬剤の直下にシステム予約コードを入力します。
自動記載の設定にかかわらずシステム予約コードの指示が最優先となります。

″099209903　後発変更不可″	″099209908　一般名記載″	″099209907　銘柄名記載″
銘柄名を記載し、 変更不可の欄に「×」を記載	一般名を記載	銘柄名を記載

【入力例　″099209903　後発変更不可″】

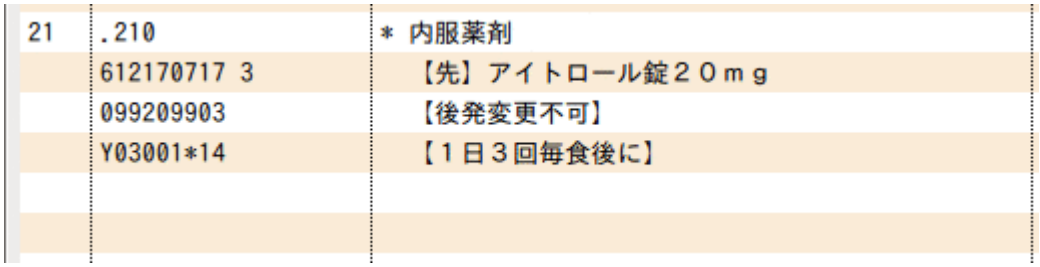


図 604

【入力例　″099209908　一般名記載″】

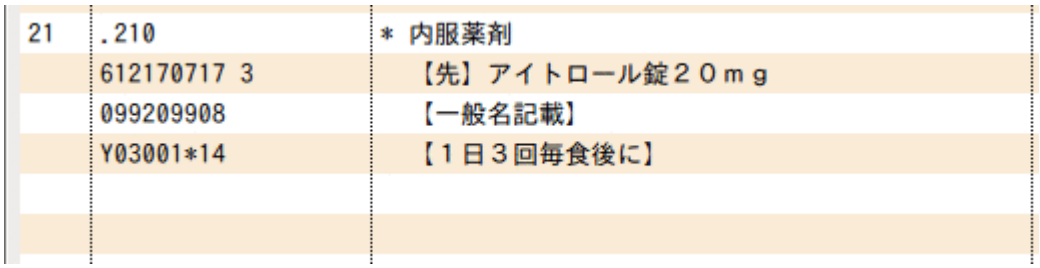


図 605

【入力例　″099209907　銘柄名記載″】

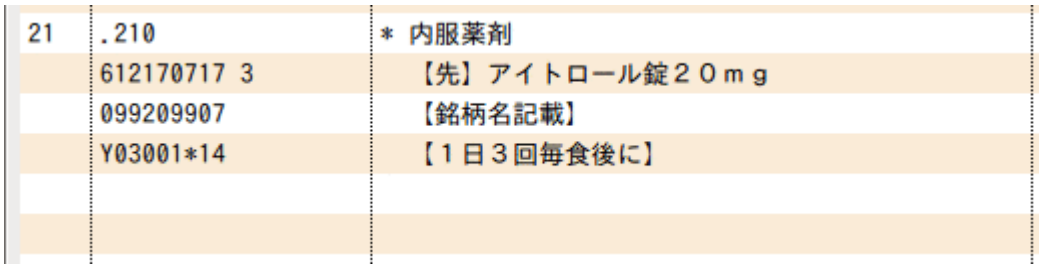


図 606

Copyright(C)2007JMARI

＜含量規格変更不可、剤形変更不可の入力＞

「21　診療行為」入力時に薬剤の直下にシステム予約コードを入力します。

″099209905　含量規格変更不可″	″099209906　剤形変更不可″

【入力例　″099209905　含量規格変更不可″】

21	.210	＊ 内服薬剤
	613130222 3	【先】パントシン錠１００　１００ｍｇ
	099209905	【含量規格変更不可】
	Y03001*14	【１日３回毎食後に】

図 607

【入力例　″099209906　剤形変更不可″】

21	.210	＊ 内服薬剤
	613130222 3	【先】パントシン錠１００　１００ｍｇ
	099209906	【剤形変更不可】
	Y03001*14	【１日３回毎食後に】

図 608

＜ユーザによる一般名の作成＞

一般名マスタの名称ではなく、ユーザが作成した一般名を処方せんへ記載することができます。

【5. 2点数マスタ】の【（2）医薬品マスタ】を参照してください。

＜処方せんの表示＞

一般名を記載する場合は先頭に【般】を記載します。

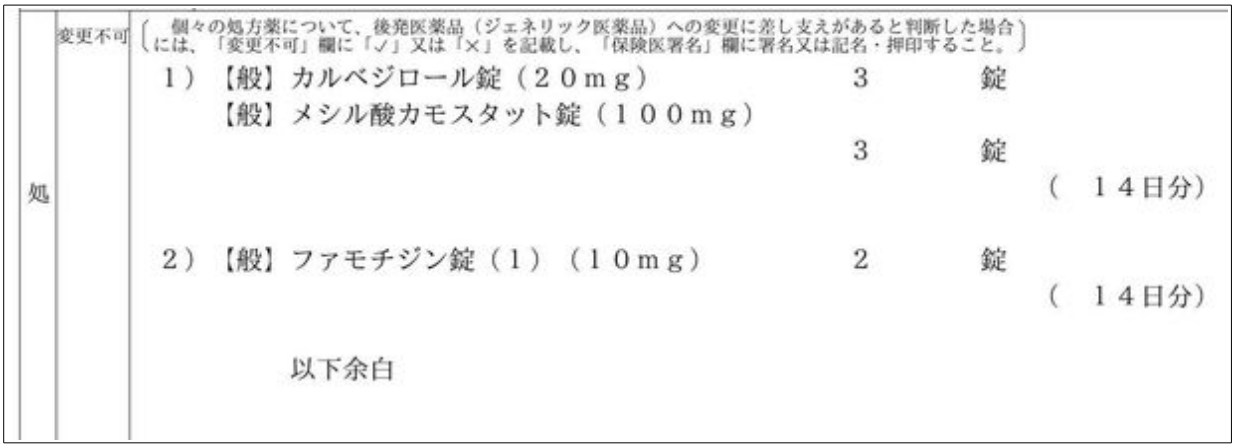


図 609

（4）－7　薬を包装単位で入力する　換算値入力（1包＝7.5gとして入力したい）

散剤の点数マスタに換算値と単位を登録しておき、診療行為入力時に包数を入力します。

例）ツムラ葛根湯エキスに1包＝7.5gとして登録してみます。

ツムラ葛根湯エキスの点数マスタを開き、
　　数量換算単位、数量換算値を入力し登録します。

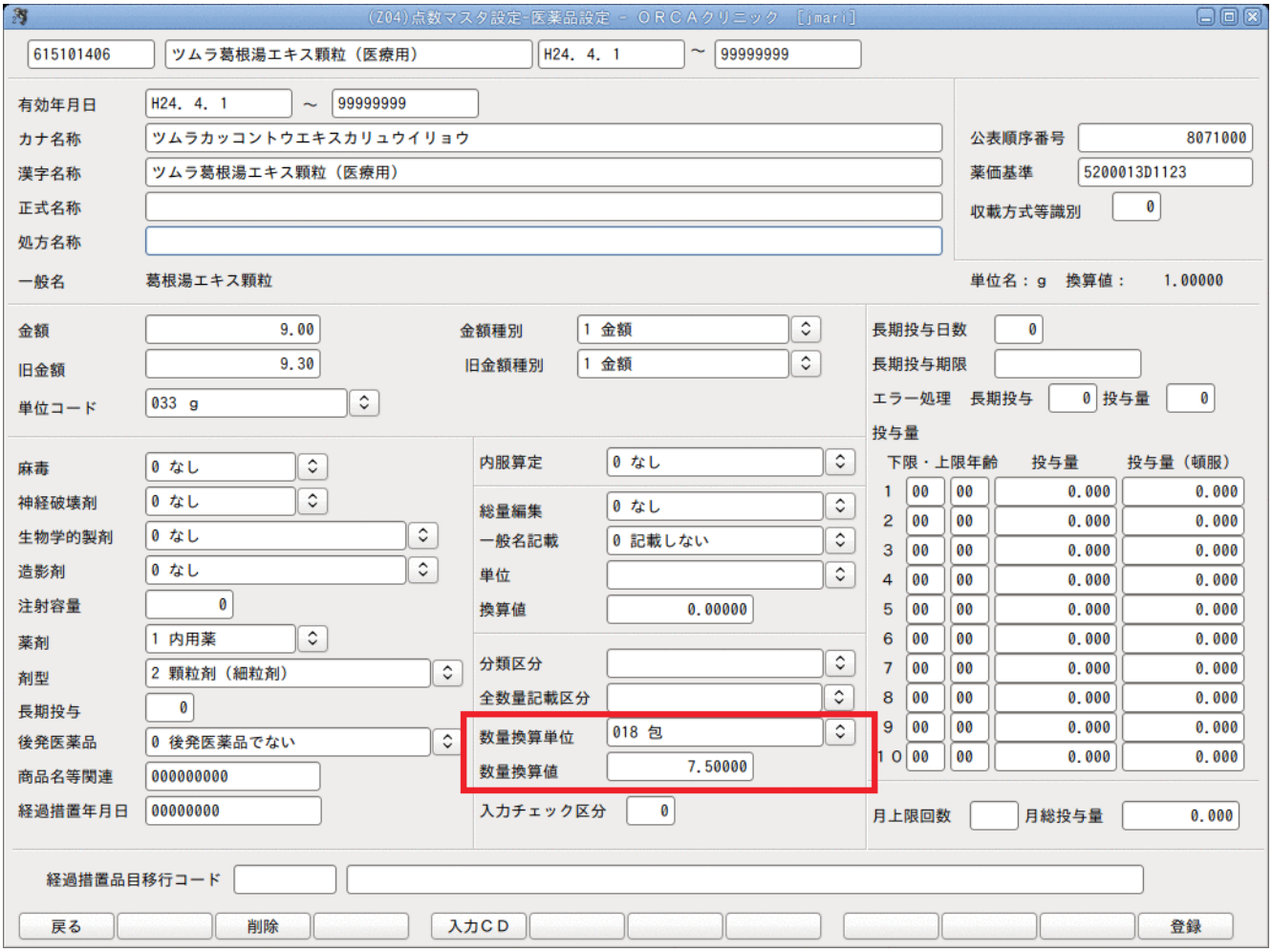


図 610

診療行為入力時には包装数の後に「A」または「a」を付けて入力します。

「tu001 3a」

【診療行為入力画面】

診区	入力コード	名称	数量・点数		
12	112007410	＊ 再診			
	112015670	時間外対応加算２			
	112015770	明細書発行体制等加算		73 X 1	73
12	112011010	＊ 外来管理加算		52 X 1	52
21	.210	＊ 内服薬剤			
	tu001 3a	ツムラ葛根湯エキス顆粒（医療用）〔7．5／包〕	22.5 g	20 X 1	20

図 611

注意！
Aまたはaがⅰ付かない場合は通常入力となり、3gとしての入力になりますので注意してください。

ヒント！

換算値が登録されていて包装数での入力ができる薬剤には、薬剤名の後ろに換算値と単位が表示されます。

診区	入力コード	名称	数量・点数			
12	112007410	＊ 再診				
	112015670	時間外対応加算２				
	112015770	明細書発行体制等加算			73 X 1	73
12	112011010	＊ 外来管理加算			52 X 1	52
21	.210	＊ 内服薬剤				
	tu001 3a	ツムラ葛根湯エキス顆粒（医療用）〔７．５／包〕	22.5	g	20 X 1	20

図 612

（4）－8　薬剤数のカウントについて

日レセでは21点以上の薬剤の中で種類数のカウントを「g」、「mg」と「ml」のそれぞれの単位でまとめて「1種類」とカウントします。

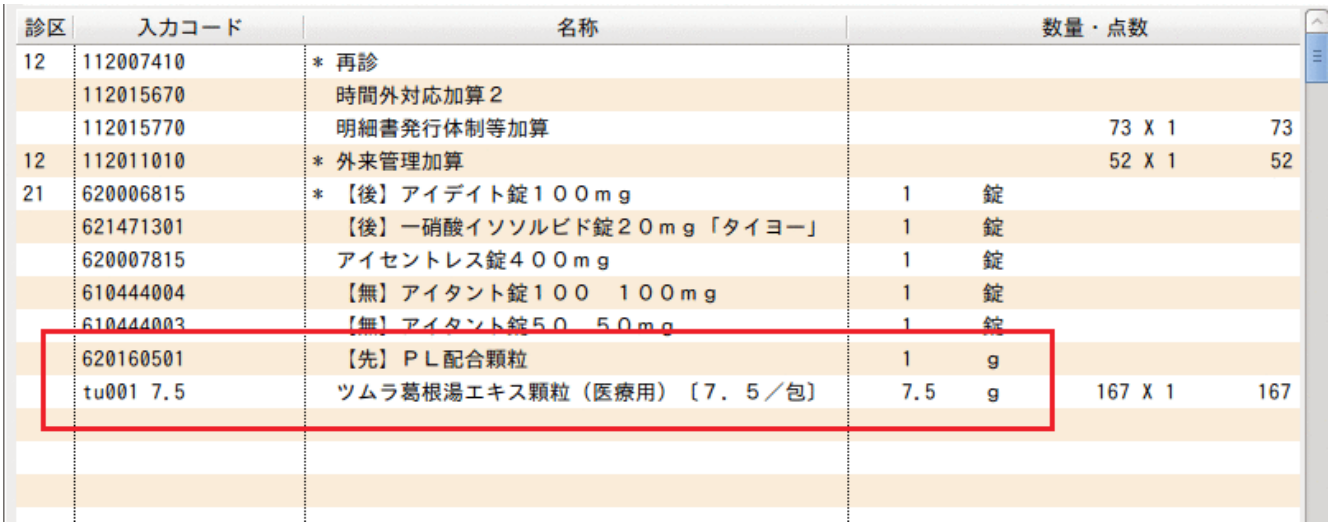
このカウントはgまたはmlの混合薬の場合に「1種類」とカウントするためです。ですがメーカーによりあらかじめ包装されている場合はまとめて「1種類」とせずそれぞれをカウントする必要があります。

＜単位がg、mlで薬剤のカウントを分ける方法＞

- 換算値入力を行う。
  換算値の単位が「包」、「本」で登録してあり、換算値入力を行った場合は、単独の1種類としてカウントします。
- 数量の後ろに「I」、「i」を付けて入力する。
  「I」、「i」の付いている薬剤を1種類としてカウントします。

入力例1）g同士の薬剤がまとまり6種類とカウントされるパターン。

Copyright(C)2007JMARI



診区	入力コード	名称	数量・点数		
12	112007410	＊ 再診			
	112015670	時間外対応加算２			
	112015770	明細書発行体制等加算			73 X 1 73
12	112011010	＊ 外来管理加算			52 X 1 52
21	620006815	＊ 【後】アイデイト錠１００ｍｇ	1	錠	
	621471301	【後】一硝酸イソソルビド錠２０ｍｇ「タイヨー」	1	錠	
	620007815	アイセントレス錠４００ｍｇ	1	錠	
	610444004	【無】アイタント錠１００　１００ｍｇ	1	錠	
	610444003	【無】アイタント錠５０　５０ｍｇ	1	錠	
	620160501	【先】ＰＬ配合顆粒	1	g	
	tu001 7.5	ツムラ葛根湯エキス顆粒（医療用）〔７．５／包〕	7.5	g	167 X 1 167

図 613

入力例2）例1と同じ薬剤ですが、換算値入力を行い7種類とカウントする方法

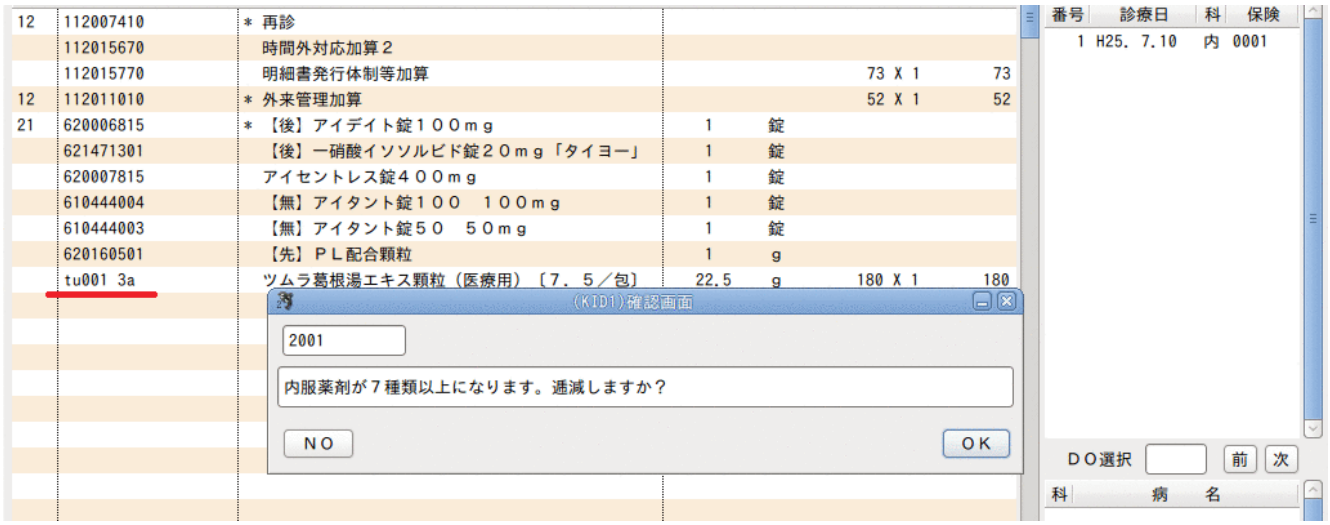


図 614

入力例3）例1と同じ薬剤ですが、「i」入力を行い7種類とした場合

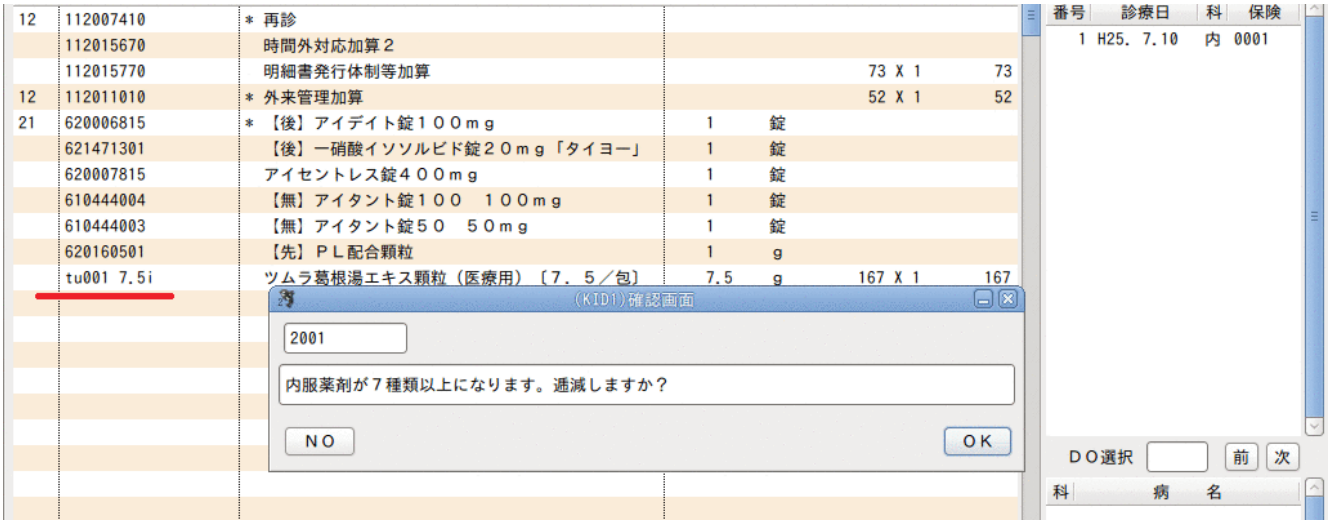


図 615

（4）－9　不均等投与を薬剤情報に記載する

不均等分割投与はシステム予約コードを使用し、飲み方を指示します。

【使用するシステム予約コード】
099200011　◆朝：
099200012　◆昼：
099200013　◆夕：
099200014　◆寝：

注意！

不均等投与で使用するシステム予約コードは処方せんへは印字されません。
薬剤情報の飲み方欄に数量を印字する場合に入力します。

＜例1＞
プレドニン錠５ｍｇ　7錠
朝：3錠　昼：2錠　夕：2錠

（入力Ⅰ）
朝3錠の指示をします。残り4錠を昼と夕で割り2錠を記載します。

21	612450118 7	＊ プレドニン錠５ｍｇ	7	錠		
	099200011 3	◆朝：3				
	Y03001 ＊14	【１日３回毎食後に】			7 X 14	98

図 616

（入力Ⅱ）
朝昼夕の全てに指示を入力します。

21	612450118 7	＊ プレドニン錠５ｍｇ	7	錠		
	099200011 3	◆朝：3				
	099200012 2	◆昼：2				
	099200013 2	◆夕：2				
	Y03001 ＊14	【１日３回毎食後に】			7 X 14	98

図 617

Copyright(C)2007JMARI

【お薬情報の印字】

00002
ニチイ　ジロウ
日医　次郎　様

お薬情報（1種類）

平成２５年１１月１７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	プレドニン錠５ｍｇ			3	2	2		
			1日3回毎食後に 14日分 1日3回上記量 全98錠					

図 618

＜例2＞
ワーファリン錠０．５ｍｇ　4錠
朝：1.5錠　昼：1錠　夕：1.5錠

（入力Ⅰ）
朝1.5錠、夕1.5錠を指示します。残り1錠は昼になります。

21	620002332 4	＊ ワーファリン錠０．５ｍｇ	4	錠	
	099200011 1.5	◆朝：１．５			
	099200013 1.5	◆夕：１．５			
	Y03001*14	【１日３回毎食後に】		4 X 14	56

図 619

（入力Ⅱ）
朝昼夕の全てに指示を入力します。

21	620002332 4	＊ ワーファリン錠０．５ｍｇ	4	錠	
	099200011 1.5	◆朝：１．５			
	099200012 1	◆昼：１			
	099200013 1.5	◆夕：１．５			
	Y03001*14	【１日３回毎食後に】		4 X 14	56

図 620

（入力Ⅲ）
昼1錠を指示します。残り3錠を朝と夕で割り、1.5錠を記載します。

21	620002332 4	＊ ワーファリン錠０．５ｍｇ	4	錠	
	099200012 1	◆昼：１			
	Y03001*14	【１日３回毎食後に】		4 X 14	56

図 621

Copyright(C)2007JMARI

【お薬情報の印字】

00002
ニチイ　ジロウ
日医　次郎　様

お薬情報（1種類）

平成２５年１１月１８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	ワーファリン錠０．５ｍｇ			1.5	1	1.5		
			１日３回毎食後に １４日分 １日３回上記量 全５６錠					

図 622

Copyright(C)2007JMARI

（5）注射料

（5）－1　診療種別区分
（5）－2　入力形式
（5）－3　自動算定
（5）－4　入力例

（5）－1　診療種別区分

内容	診療種別区分			
	通常	手技料なし	手技料変換なし	在宅訪問点滴（薬剤料）
皮下、筋肉内注射	.310	.311	.312	
静脈内注射	.320	.321		
点滴注射	.330	.331		.334
その他注射	.340			

診療種別区分は表内の「通常」の列の区分を基本的に使用します。
「手技料なし」の区分は、薬剤料のみを算定するときに使用します。
「手技料変換なし」の区分は、液量に関係無く皮下筋肉内注射として算定するときに使用します。
「在宅訪問点滴（薬剤料）」の区分は、在宅料の在宅患者訪問点滴注射管理指導料など、訪問看護で点滴注射を行った場合に使用した薬剤を算定する場合に使用します。

（5）－2　入力形式

「診療種別区分」
（「注射手技コード」）
診療種別区分を入力すると自動発生します。（ただし、その他注射と手技料なしの診療種別区分は除く）。
「注射加算コード」
　　：
「薬剤コード」△「数量」
　　：
「薬剤コード」△「数量」
「材料コード」△「数量」
　　：
「材料コード」△「数量」＊「回数」

となります。
数量が1の場合は省略ができます。回数が1の場合は省略ができます。
診療種別区分は省略することもできます。
ただし、剤終了の判別は 回数の入力によるか、診療種別区分の入力により判定しますので場合によっては省略できないこともあります。
診療種別区分を省略した場合、手技料は手技コードで入力してください。

（5）－3　自動算定

自動算定を行うのは次の項目です。

生物学的製剤注射加算
麻薬注射加算
6歳未満乳幼児加算

（注意）これらの自動算定を行う診療行為を検索して手入力は行わないでください。
また、点滴注射の注射容量に対する注射手技コードの振替は自動で行います。
ただし、点滴注射「手技料なし」の診療種別区分の入力がされているときは、注射手技コードの自動振替は行いません。
その他の加算（精密持続点滴注射加算など）は手入力を行います。

＜手技料の自動振り替えについて－皮下・静脈注射＞
初期設定では皮下筋肉注射の薬剤液量が5ml以上の場合に手技料を自動的に静脈注射に置き換えます。
「101　システム管理マスタ」－「1038診療行為機能情報」皮下筋肉注射料自動変換の項目で自動変換の設定ができます。

システム管理の設定が「0　変換する」の場合（デフォルト設定）
宣言する診療種別区分により、注射手技料は以下のように取り扱います。
　　診療種別区分「.310」を宣言した場合・・・液量により静脈内注射へ自動振り替えをします。
　　診療種別区分「.312」を宣言した場合・・・液量に関係無く皮下筋肉内注射を算定します。

システム管理の設定が「1　変換しない」の場合
　　薬剤液量による皮下筋肉注射の手技料を自動変換しません。

＜手技料の自動振替について－点滴注射＞
年齢、点滴注射薬剤液量により自動的に手技料を変換します。
「.330」を入力後に手技料を表示しますが、続けて薬剤を入力してください。薬剤液量により自動変換を行います。

＜残量廃棄の自動発生について＞
単位に「アンプル」・「管」・「管（瓶）」が付く注射薬の使用量が各容量に満たない場合は、残量廃棄のコメントコードを自動発生します。

＜例＞キシロカインポリアンプ1%　5mL　0.2管を使用した場合

	112015670	時間外対応加算２			
	112015770	明細書発行体制等加算		73 X 1	73
12	112011010	＊ 外来管理加算		52 X 1	52
32	.320	＊ 静脈注射			
	130003510	静脈内注射			
	620007262 0.2	【先】キシロカイン注ポリアンプ１％　５ｍＬ	0.2　管		
	099309901	（残量廃棄）		36 X 1	36

図 623

残量廃棄は自動発生しますが、数量の後ろに「@」マークを入力することで自動発生しません。

32	.320	＊ 静脈注射
	130003510	静脈内注射
	620007262 0.2@	【先】キシロカイン注ポリアンプ１％　５ｍＬ

図 624

残量廃棄へ変更したい場合は、「@」マークを消します。
なお、上記以外の単位の注射薬は、残量廃棄コードを手入力することにより同様の算定が行えます。

（5）－4　入力例

＜例1＞皮下、筋肉内注射をした場合
皮下筋肉内注射の診療種別区分「.310」を入力すると注射手技料を自動発生します。
次に薬剤コードと使用量をそれぞれ入力し回数を入力する必要があれば入力をします。使用量（数量）が1であれば入力を省略することもできます。

12	112007410	＊ 再診				
	112015670	時間外対応加算２				
	112015770	明細書発行体制等加算			73 X 1	73
12	112011010	＊ 外来管理加算			52 X 1	52
31	.310	＊ 皮下筋肉注射				
	130000510	皮内、皮下及び筋肉内注射				
	620007539 1*1	硫酸カナマイシン注射液１０００ｍｇ「明治」　１ｇ	1	管	49 X 1	49

図 625

＜例2＞生物学的製剤注射をした場合
沈降破傷風トキソイド0.5ml　　1瓶

皮下筋肉内注射の診療種別区分を入力後、薬剤を入力します。
生物学的製剤注射加算が自動発生します。

	112015670	時間外対応加算２				
	112015770	明細書発行体制等加算			73 X 1	73
12	112011010	＊ 外来管理加算			52 X 1	52
31	.310	＊ 皮下筋肉注射				
	130000510	皮内、皮下及び筋肉内注射				
	130000110	生物学的製剤注射加算				
	646320003 1*1	沈降破傷風トキソイド　０．５ｍＬ	1	瓶	73 X 1	73

図 626

Copyright(C)2007JMARI

＜例3＞麻薬注射をした場合
オピスコ注射液1ml　　1管

皮下、筋肉内注射の診療種別区分を入力後、薬剤を入力します。
麻薬注射加算が自動発生します。

	112015670	時間外対応加算２				
	112015770	明細書発行体制等加算			73 X 1	73
12	112011010	＊ 外来管理加算			52 X 1	52
31	.310	＊ 皮下筋肉注射				
	130000510	皮内、皮下及び筋肉内注射				
	130000310	麻薬注射加算				
	620004341 1*1	オピスコ注射液「三共」　１ｍＬ	1	管	58 X 1	58

図 627

＜例4＞静脈内注射をした場合
静脈内注射の診療種別区分「.320」を入力します。
静脈内注射の手技料コードと、例では6歳未満の乳幼児で入力を行っていますので静脈内注射の乳幼児加算が自動発生します。薬剤コードと使用量をそれぞれ入力し回数を入力する必要があれば入力をします。

0001 Ａドクター

診区	入力コード	名称	数量・点数			
11	111000110	＊ 初診				
	111000370	初診（乳幼児）加算			345 X 1	345
32	.320	＊ 静脈注射				
	130003510	静脈内注射				
	130003670	静脈内注射（乳幼児）加算				
	643230032 1	ブドウ糖注射液　５％２０ｍＬ	1	管		
	620004308 1	塩酸チアミン注５ｍｇ「フソー」	1	管		
	643140002 1	アスコルビン酸注射液　１００ｍｇ	1	管	94 X 1	94

図 628

Copyright(C)2007JMARI

＜例5＞点滴注射をした場合

点滴注射の診療種別区分「.330」を入力します。

点滴注射の手技料コードを自動発生します。

診区	入力コード	名称	数量・点数		
12	112007410	＊再診			
	112015670	時間外対応加算２			
	112015770	明細書発行体制等加算		73 X 1	73
12	112011010	＊外来管理加算		52 X 1	52
33	.330	＊点滴注射			
	130009310	点滴注射		47 X 1	47

図 629

次に薬剤コードと使用量をそれぞれ入力します。

例の場合、使用量はいずれも1管、或いは1瓶ですので省略しています。

0001 Ａドクター

診区	入力コード	名称	数量・点数			
12	112007410	＊再診				
	112015670	時間外対応加算２				
	112015770	明細書発行体制等加算			73 X 1	73
12	112011010	＊外来管理加算			52 X 1	52
33	.330	＊点滴注射				
	130003810	点滴注射				
	620007325 1	ソリタ-Ｔ２号輸液　５００ｍＬ	1	瓶		
	646130123 1	【先】パンスポリン静注用０．５ｇ　５００ｍｇ	1	瓶		
	640463096 1	【先】トランサミン注１０％　１０ｍＬ	1	管	184 X 1	184

図 630

＜例6＞訪問看護にて、点滴注射で使用した薬剤を注射料として算定する場合

点滴注射の在宅訪問点滴（薬剤料）の診療種別区分「.334」を入力後、使用した薬剤を入力します。

0001 Ａドクター

診区	入力コード	名称	数量・点数			
12	112007410	＊再診				
	112015670	時間外対応加算２				
	112015770	明細書発行体制等加算			73 X 1	73
12	112011010	＊外来管理加算			52 X 1	52
33	.334	＊在宅訪問点滴（薬剤料）				
	620007325 1	ソリタ-Ｔ２号輸液　５００ｍＬ	1	瓶		
	646130124 1	【先】パンスポリン静注用１ｇ	1	瓶		
	640463094 1	【先】トランサミン注５％　５ｍＬ	1	管	108 X 1	108

図 631

これにより、点滴注射の薬剤料のみの算定を行うことができます。
また、「.334」の診療種別区分で入力された薬剤料は、レセプトの摘要欄に「（訪点）」のコメントの差し込みをレセプト作成時に行います。なお、同一剤に"810000001"のコメント入力があり、そのコメントに「訪」の文字がある場合には、「（訪点）」の差し込みは行わず、"810000001"で入力されたコメントをレセプト摘要欄に記載します

＜例7＞その他の注射をした場合

その他注射の診療種別区分「.340」と、関節腔内注射の手技料コードを入力します。
次に薬剤コードと使用量をそれぞれ入力し、回数を入力する必要があれば入力をします。

図 632

（6）処置料

（6）－1　診療種別区分

内容	診療種別区分
処置	.400
処置薬剤	.401
処置材料	.402
処置加算料	.403
処置（労災読み替え加算対象外）	.409

処置料では4つの診療種別区分があります。
通常は処置の「.400」を入力しますが、手技料とは別に処置薬剤のみや処置材料のみ、あるいは処置加算料（加算マスタ）を単独で算定する場合に、表のような診療種別区分を入力します。

ヒント！
「.409」は労災・自賠責のみで使用します。外来管理加算の読み替えを行いません。

（6）－2　入力形式

診療種別区分」
「処置手技コード」△「時間または回数」
「処置加算コード」
　　：
「薬剤コード」△「数量」
　　：
「薬剤コード」△「数量」
「材料コード」△「数量」
　　：
「材料コード」△「数量」＊「回数」

となります。
時間または回数が1の場合は省略できます。数量が1の場合は省略ができます。
回数が1の場合は省略ができます。
診療種別区分は省略することもできます。ただし、剤終了の判別は回数の入力によるか、診療種別区分の入力により判定しますので場合によっては省略できないこともあります。

（6）－3　自動算定

自動算定を行うのは次の項目です。
6歳未満乳幼児加算
酸素補正率
時間外加算等
（注意）これらの自動算定を行う診療行為を検索して手入力は行わないでください。

Copyright(C)2007JMARI

＜時間外等加算の自動算定について＞

診察料に時間外加算区分で時間外加算が算定されているとき、1つの処置点数または、処置点数に加算点数を加えて150点以上となり、時間外加算が算定できるとき自動発生します。また環境設定の時間外区分が設定されているときも自動発生します。

腰部固定帯加算は対象外とします。

入力時に診察料が無い場合、環境設定にて時間外区分を設定されていれば、処置の入力時に時間外区分を表示します。150点以上になり算定できるようになると時間外加算を自動算定します。

時間外加算の判定は手技毎に行います。

＜健保の場合＞

同一剤の中に複数の手技料と時間外加算がある場合はエラーメッセージを表示します。手技の剤を分離してください。

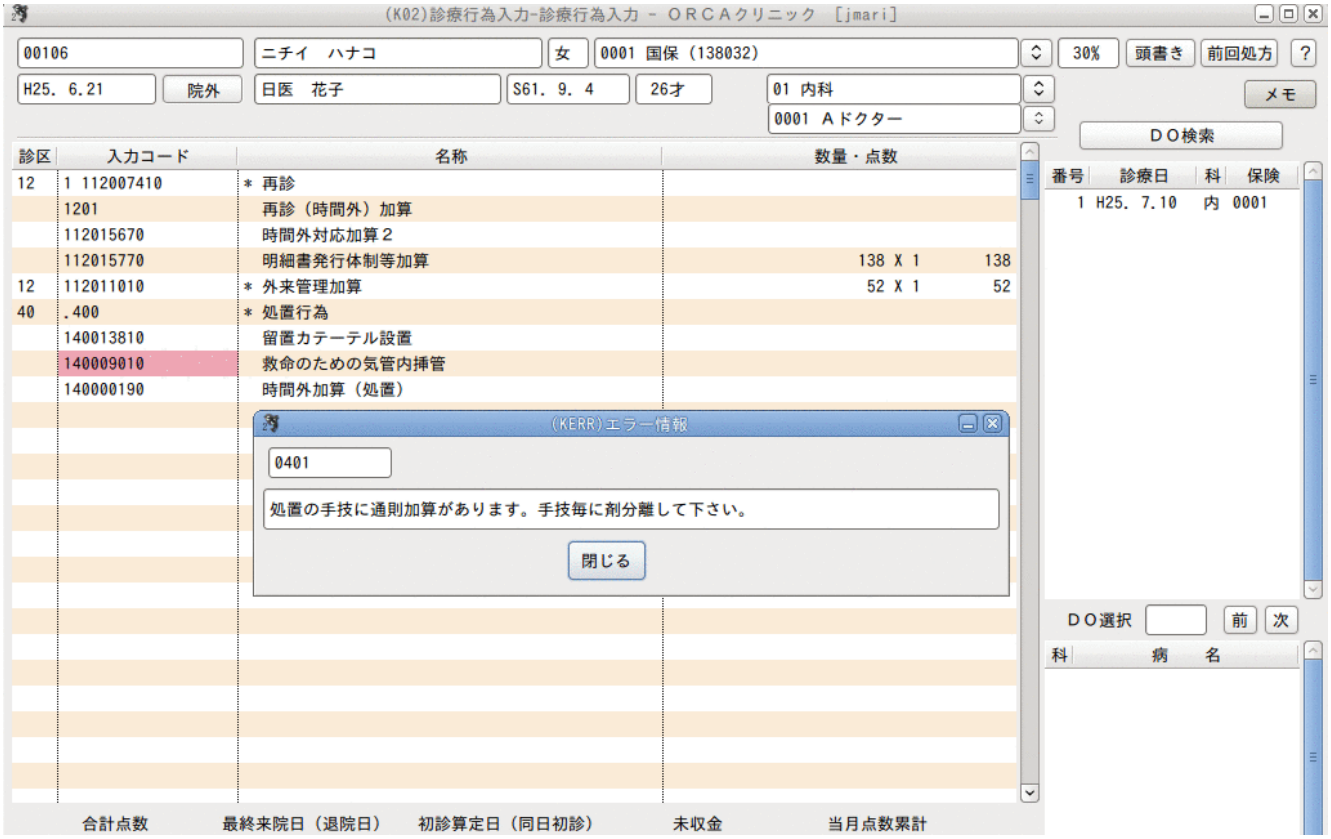


図 633

＜労災・自賠（労災準拠）の場合＞

処置時間外加算の判定は剤毎に行います。複数の診療行為を合計して条件を満たす場合は、時間外加算を自動算定しません。この場合は手入力をしてください。

＜時間外加算1・休日加算1・深夜加算1の算定について＞

1.【5.1　システム管理マスタ】－【1006　施設基準情報】を設定します。

2.【5.1　システム管理マスタ】－【1005　診療科目情報】で自動算定したい診療科の「処置時間外加算等1算定」にチェックを設定します。

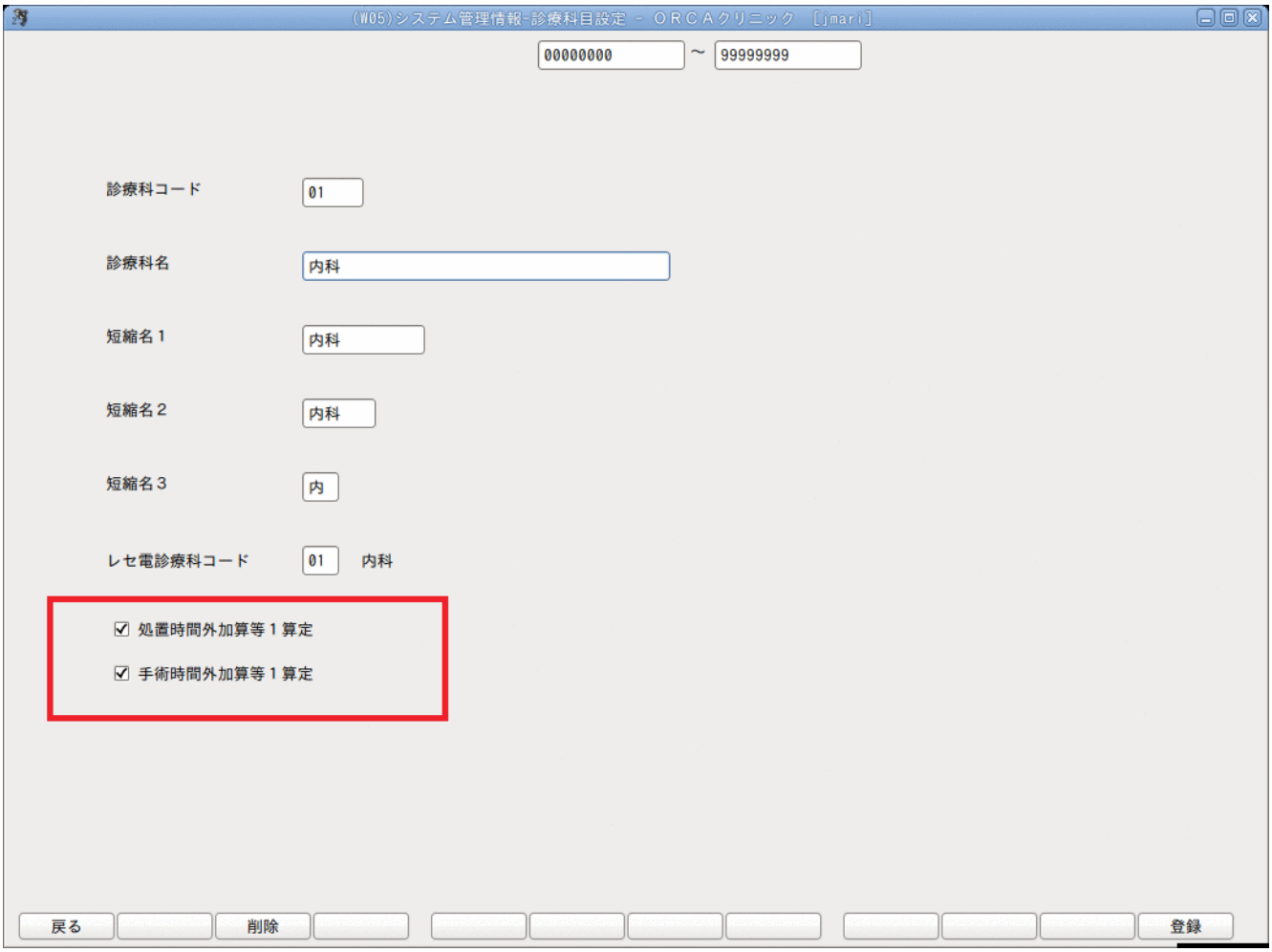


図 634

ヒント！ 時間外区分の入力により、1000点以上の処置には時間外加算1（休日加算1・深夜加算1）を自動算定します。 自動算定された加算1を削除し、時間外加算2（休日加算2・深夜加算2）を手入力すれば、加算を変更できます。

（6）－4　入力例

＜例1＞創傷処置をした場合

診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	112007410	＊再診		
	112015670	時間外対応加算２		
	112015770	明細書発行体制等加算	73 X 1	73
12	112011010	＊外来管理加算	52 X 1	52
40	.400	＊処置行為		
	140000610	創傷処置（１００ｃｍ２未満）	45 X 1	45

ＤＯ検索

番号	診療日	科	保険
1	H25. 7.10	内	0001

図 635

＜例2＞熱傷処置をした場合

診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	112007410	＊再診		
	112015670	時間外対応加算２		
	112015770	明細書発行体制等加算	73 X 1	73
12	112011010	＊外来管理加算	52 X 1	52
13	113001810	＊特定疾患療養管理料（診療所）	225 X 1	225
40	.400	＊処置行為		
	140032010	熱傷処置（１００ｃｍ２未満）		
	620597801 20	【先】テラジアパスタ５％	20 g	
	840000085 7 10	初回実施　　７月１０日	142 X 1	142

番号	診療日	科	保険
1	H25. 7.10	内	0001
2	H25. 6.21	内	0001

図 636

＜例3＞酸素吸入をした場合

酸素　1，000リットル（購入単価〇.口円／リットル、酸素補正率1.3倍）

酸素吸入の手技コードを入力し、酸素コードと使用量「1，000」リットルを入力します。
補正率が自動算定されます。

診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	112007410	＊再診		
	112015670	時間外対応加算２		
	112015770	明細書発行体制等加算	73 X 1	73
12	112011010	＊外来管理加算	52 X 1	52
13	113001810	＊特定疾患療養管理料（診療所）	225 X 1	225
40	.400	＊処置行為		
	140005610	酸素吸入		
	739230000 1000	酸素ボンベ・小型	1000 L	
	770020070	酸素補正率１．３（１気圧）	358 X 1	358

番号	診療日	科	保険
1	H25. 7.10	内	0001
2	H25. 6.21	内	0001

図 637

Copyright(C)2007JMARI

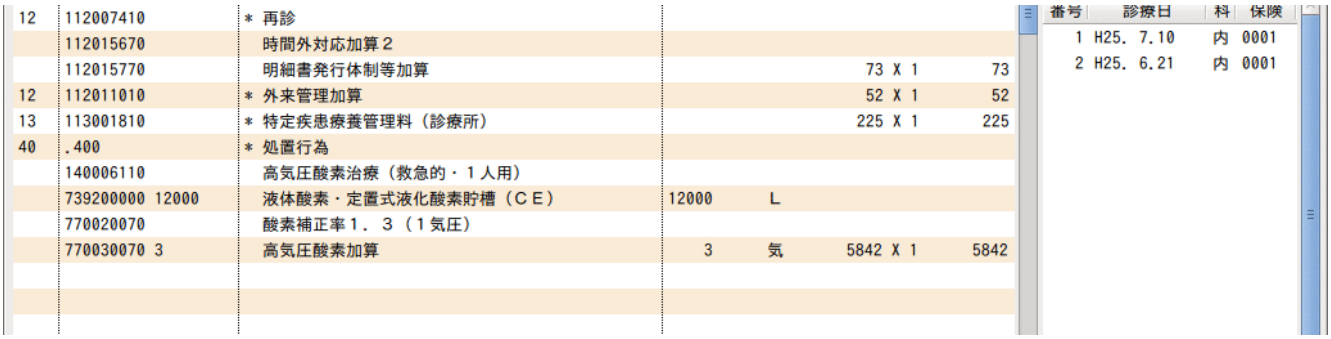
＜例4＞高気圧酸素治療をした場合

酸素　12，000リットル（購入単価〇.口円／リットル、酸素補正率1.3倍、気圧数3気圧）

高気圧酸素治療の手技コードを入力し、酸素の材料コードと使用量「12，000」リットルを入力します。

酸素補正率のコードが自動発生します。

高気圧酸素加算の加算コードと気圧数を数量として「3」を入力します。



12	112007410	＊再診				
	112015670	時間外対応加算２				
	112015770	明細書発行体制等加算			73 X 1	73
12	112011010	＊外来管理加算			52 X 1	52
13	113001810	＊特定疾患療養管理料（診療所）			225 X 1	225
40	.400	＊処置行為				
	140006110	高気圧酸素治療（救急的・１人用）				
	739200000 12000	液体酸素・定置式液化酸素貯槽（ＣＥ）	12000	Ｌ		
	770020070	酸素補正率１．３（１気圧）				
	770030070 3	高気圧酸素加算	3	気	5842 X 1	5842

番号	診療日	科	保険
1	H25. 7.10	内	0001
2	H25. 6.21	内	0001

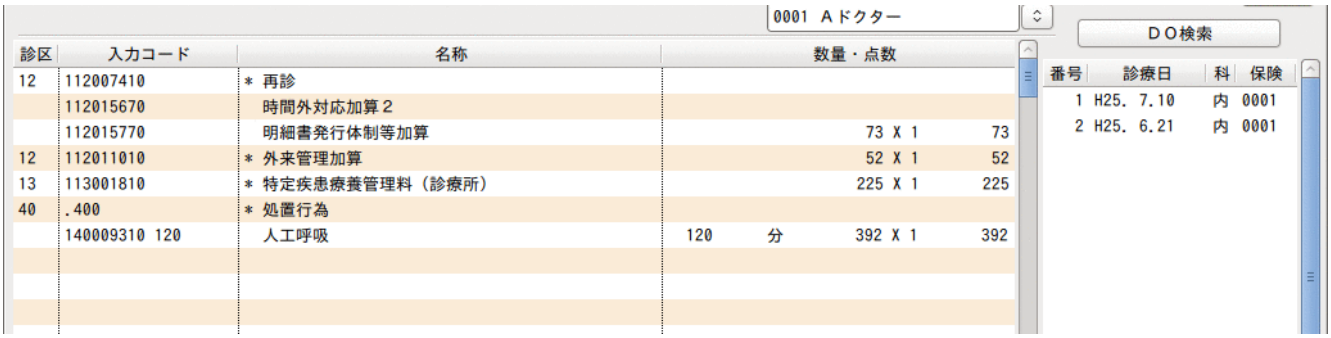
図 638

＜例5＞人工呼吸をした場合

2時間（120分）

人工呼吸の手技コードを入力し、かかった時間「120」（分を単位とします）を時間として入力します。

時間の値よりきざみ値に対する加算点数を計算し人工呼吸の点数を算定します。



0001 Ａドクター

ＤＯ検索

診区	入力コード	名称	数量・点数			
12	112007410	＊再診				
	112015670	時間外対応加算２				
	112015770	明細書発行体制等加算			73 X 1	73
12	112011010	＊外来管理加算			52 X 1	52
13	113001810	＊特定疾患療養管理料（診療所）			225 X 1	225
40	.400	＊処置行為				
	140009310 120	人工呼吸	120	分	392 X 1	392

番号	診療日	科	保険
1	H25. 7.10	内	0001
2	H25. 6.21	内	0001

図 639

＜例6＞人工腎臓（4時間未満）を行った場合

午後5時以降開始

12	112007410	＊再診				
	112015670	時間外対応加算２				
	112015770	明細書発行体制等加算			73 X 1	73
12	112011010	＊外来管理加算			52 X 1	52
13	113001810	＊特定疾患療養管理料（診療所）			225 X 1	225
40	.400	＊処置行為				
	140036710	人工腎臓（慢性維持透析）（４時間未満）				
	140007910	夜間、休日加算				
	720010000 1	ホローファイバー型・積層型（キール型）（１．５ｍ	1	本	2506 X 1	2506

番号	診療日	科	保険
1	H25. 7.10	内	0001
2	H25. 6.21	内	0001

図 640

＜例7＞鎖骨骨折でギプスを行った場合

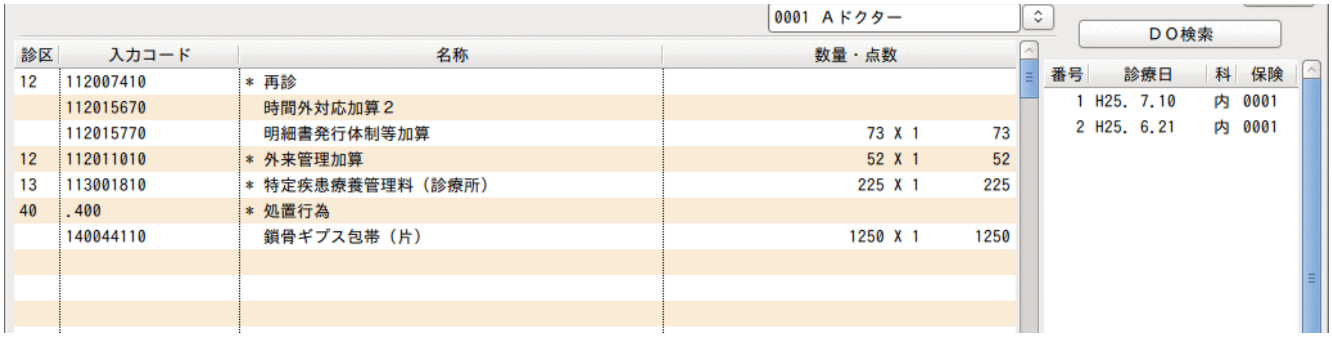


図 641

＜例8＞鎖骨骨折でプラスチックギプスを行った場合

プラスチックギプスの加算は、所定点数と加算点数が合算された点数で算定します。
当該診療料の診療行為コードを入力します。

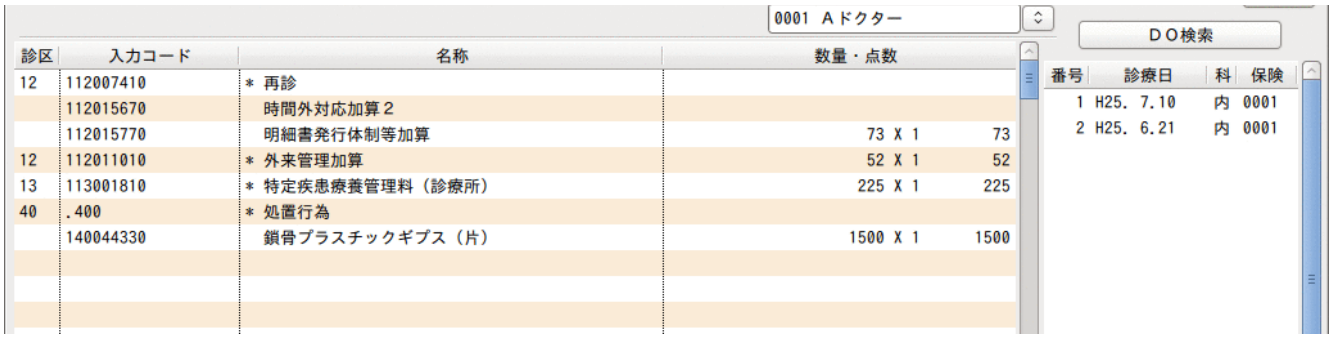


図 642

＜例9＞腰部固定帯加算を単独で算定する場合

診療種別区分「.403」を宣言後に、該当の診療行為コードを入力します。

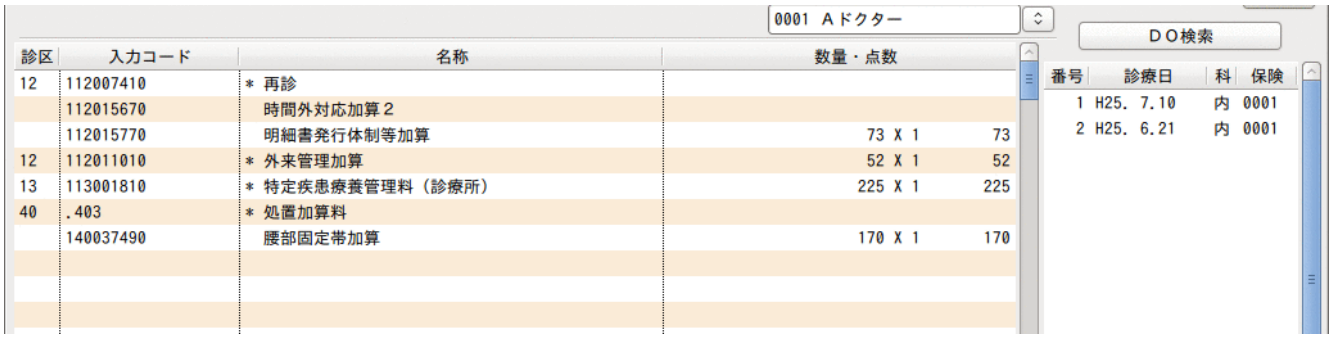


図 643

＜例10＞磁気による膀胱等刺激法の初回実施、2回目以降の実施日コメント記載方法

初回に算定した日又は1クール毎に初めて算定した日に、システム予約コード　”0994000001 磁気による膀胱等刺激法開始日”を入力します。

図 644

ヒント！

1回目に"840000085（初回実施　月　日）"の入力がある場合は、レセプトへ初回実施日・2回目以降の実施日を自動記載しません。

＜労災（短期給付、傷病年金）の場合＞

労災には創傷処置や熱傷処置等に合成コードがあります。
同じ種類の処置を複数算定する場合は合成コードがある可能性があるため警告メッセージを表示します。

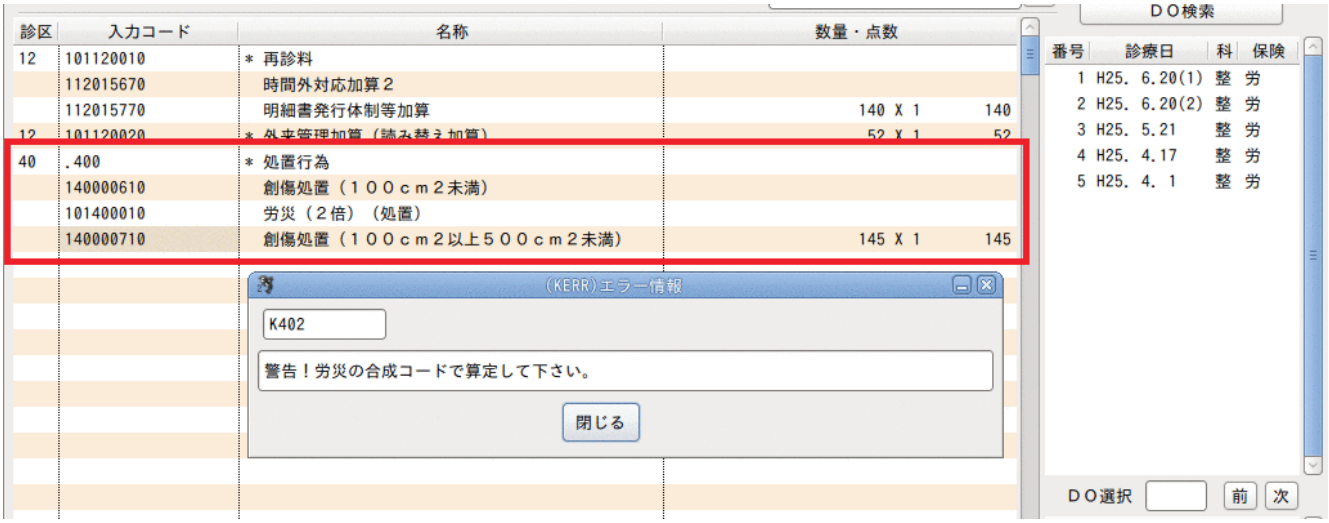


図 645

（7）手術料

（7）－1　診療種別区分

内容	診療種別区分
手術	.500
輸血	.510
手術薬剤	.501
手術材料	.502

手術料では4つの診療種別区分があります。
通常は手術、輸血の手技料の診療種別区分を入力しますが、手技料とは別に手術薬剤のみや手術材料のみを入力するときに表のような診療種別区分を入力します。

（7）－2　入力形式

「診療種別区分」
「時間加算区分」△「手術手技コード」△「時間または回数」
「手術加算コード」
　　：
「薬剤コード」△「数量」
　　：
「薬剤コード」△「数量」
「材料コード」△「数量」
　　：
「材料コード」△「数量」＊「回数」

となります。
時間または回数が1の場合は省略できます。数量が1の場合は省略ができます。
回数が1の場合は省略ができます。
診療種別区分は省略することもできます。ただし、剤終了の判別は回数の入力によるか、診療種別区分の入力により判定しますので場合によっては省略できないこともあります。

（7）－3　自動算定

自動算定を行うのは次の項目です。

3歳未満乳幼児加算
酸素補正率
時間外加算等（環境設定の設定による）

（注意）これらの自動算定を行う診療行為を検索して手入力は行わないでください。

Copyright(C)2007JMARI

＜時間外加算1・休日加算1・深夜加算1の算定について＞

1.【5.1　システム管理マスタ】－【1006　施設基準情報】を設定します。

2.【5.1　システム管理マスタ】－【1005　診療科目情報】で自動算定したい診療科の「手術時間外加算等1算定」にチェックを設定します。

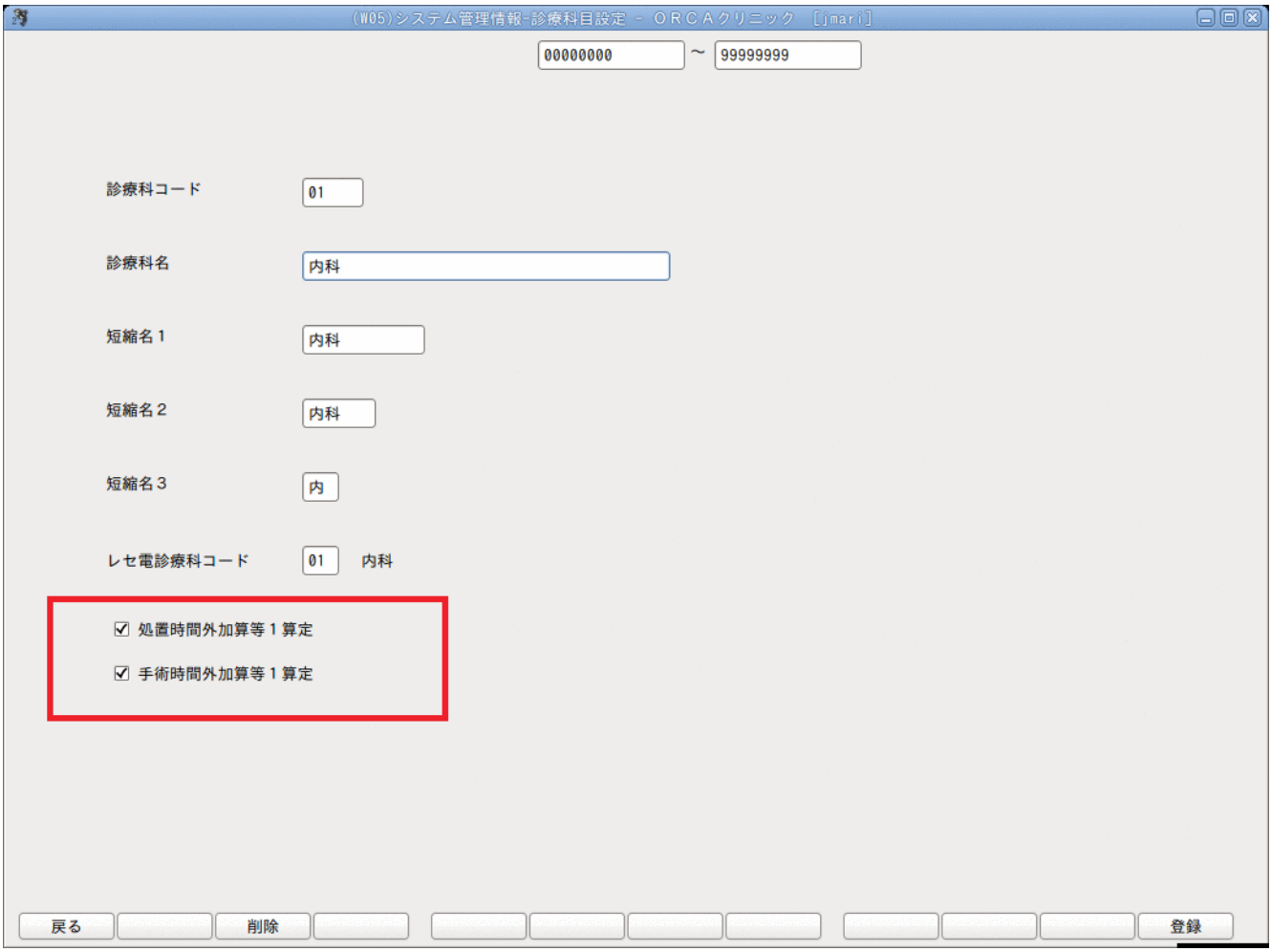


図 646

ヒント！ 時間外区分の入力により、時間外加算1（休日加算1・深夜加算1）を自動算定します。 自動算定された加算1を削除し、時間外加算2（休日加算2・深夜加算2）を手入力すれば、加算を変更できます。

（7）－4　入力例

＜例1＞創傷処理（長さ5cm未満）を行った場合

診療種別区分、手技料、手術薬剤を入力します。

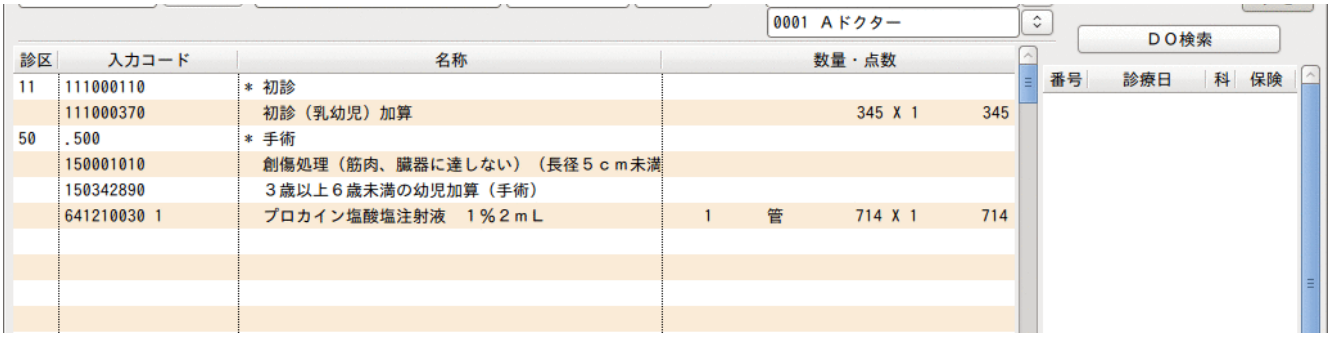
診区	入力コード	名称	数量・点数			
12	112007410	＊ 再診				
	112015670	時間外対応加算２				
	112015770	明細書発行体制等加算			73 X 1	73
12	112011010	＊ 外来管理加算			52 X 1	52
13	113001810	＊ 特定疾患療養管理料（診療所）			225 X 1	225
50	.500	＊ 手術				
	150001010	創傷処理（筋肉、臓器に達しない）（長径５ｃｍ未満				
	641210030 1	プロカイン塩酸塩注射液　１％２ｍＬ	1	管	479 X 1	479

番号	診療日	科	保険
1	H25. 7.10	内	0001
2	H25. 6.21	内	0001

図 647

＜例2＞3歳未満の乳幼児に創傷処理（長さ5cm未満）を行った場合

診療種別区分、手技料、手術薬剤を入力します。



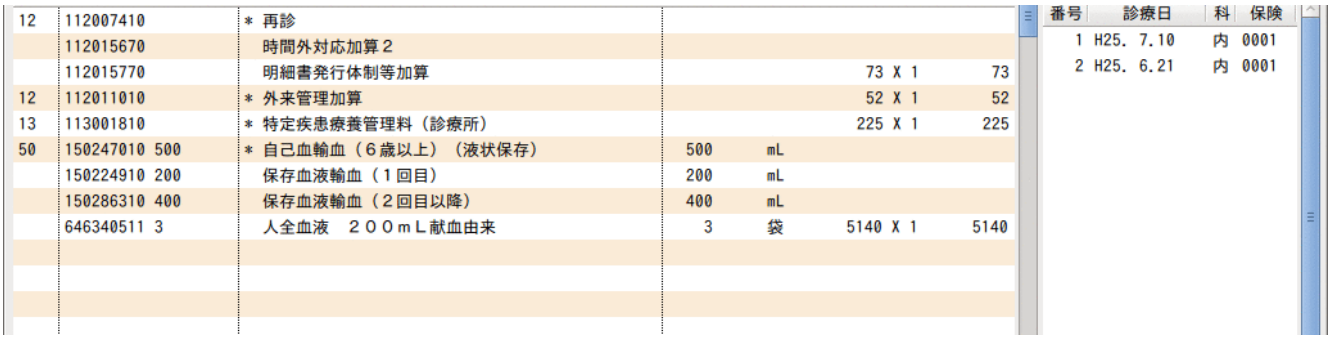
0001 Ａドクター　　ＤＯ検索

診区	入力コード	名称	数量・点数			
11	111000110	＊ 初診				
	111000370	初診（乳幼児）加算			345 X 1	345
50	.500	＊ 手術				
	150001010	創傷処理（筋肉、臓器に達しない）（長径５ｃｍ未満				
	150342890	３歳以上６歳未満の幼児加算（手術）				
	641210030 1	プロカイン塩酸塩注射液　１％２ｍＬ	1	管	714 X 1	714

番号	診療日	科	保険

図 648

＜例3＞自己血輸血（液状保存）を500mL、人全血液200mL献血由来を3袋、輸血した場合



12	112007410	＊ 再診				
	112015670	時間外対応加算２				
	112015770	明細書発行体制等加算			73 X 1	73
12	112011010	＊ 外来管理加算			52 X 1	52
13	113001810	＊ 特定疾患療養管理料（診療所）			225 X 1	225
50	150247010 500	＊ 自己血輸血（６歳以上）（液状保存）	500	mL		
	150224910 200	保存血液輸血（１回目）	200	mL		
	150286310 400	保存血液輸血（２回目以降）	400	mL		
	646340511 3	人全血液　２００ｍＬ献血由来	3	袋	5140 X 1	5140

番号	診療日	科	保険
1	H25. 7.10	内	0001
2	H25. 6.21	内	0001

図 649

Copyright(C)2007JMARI

＜例4＞複数手術の入力方法

「複数手術に係わる費用の特例」に対する入力方法。

従たる手術の次に、

診療コード　″150268970　2以上の手術の50%併施加算″を使用します。

診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	112007410	＊ 再診		
	112015670	時間外対応加算２		
	112015770	明細書発行体制等加算	73 X 1	73
12	112011010	＊ 外来管理加算	52 X 1	52
13	113001810	＊ 特定疾患療養管理料（診療所）	225 X 1	225
50	150087510	＊ 緑内障手術（虹彩切除術）		
	150315610	水晶体再建術（眼内レンズを挿入しない場合）		
	150268970	２以上の手術の５０%併施加算	8455 X 1	8455

番号	診療日	科	保険
1	H25. 7.10	内	0001
2	H25. 6.21	内	0001

図 650

K268　緑内障手術　　4740点

K282　水晶体再建術　7430点×50%

合　　計　　8455点

Copyright(C)2007JMARI

（8）麻酔料

（8）－1　診療種別区分

内容	診療種別区分
麻酔	.540
麻酔薬剤	.541
麻酔材料	.542

麻酔料では3つの診療種別区分があります。
通常は麻酔の「.540」を入力しますが、手技料とは別に処置薬剤のみや処置材料のみを入力するときに表のような診療種別区分を入力します。

（8）－2　入力形式

「診療種別区分」
「時間加算区分」△「麻酔手技コード」△「時間または回数」
「麻酔加算コード」
　　：
「薬剤コード」△「数量」
　　：
「薬剤コード」△「数量」
「材料コード」△「数量」
　　：
「材料コード」△「数量」＊「回数」

となります。
時間または回数が1の場合は省略できます。数量が1の場合は省略ができます。
回数が1の場合は省略ができます。
診療種別区分は省略することもできます。ただし、剤終了の判別は回数の入力によるか、診療種別区分の入力により判定しますので場合によっては省略できないこともあります。
診療種別区分を省略した場合、手技料は手技コードで入力してください。

（8）－3　自動算定

自動算定を行うのは次の項目です。

6歳未満乳幼児加算
酸素補正率
時間外加算等（環境設定の設定による）

（注意）これらの自動算定を行う診療行為を検索して手入力は行わないでください。

Copyright(C)2007JMARI

（8）－4　入力例

＜例1＞静脈麻酔を深夜に行った場合
注射用チオペンタールナトリウム　500mg　1管

1. 診療種別区分、深夜の時間加算区分コード、静脈麻酔の診療行為コードを入力します。
2. 麻酔の深夜加算コードを自動発生します。

   なお、診察料（この場合は初診料）に時間外区分コードが入力されている場合には、手術の手技料を入力した時点で「時間外加算」のコードを自動発生します。
   また、環境設定(F6)にて時間外区分の設定がされている場合には、診察料と時間外加算等が算定できる診療行為コード（この場合は静脈麻酔）に時間外加算等を自動発生します。

3. 次に注射用チオペンタールナトリウムの医薬品コードを入力します。数量入力を要求してきますが今回は1管ですから省略できますのでそのまま「Enter」を押下します。

図 651

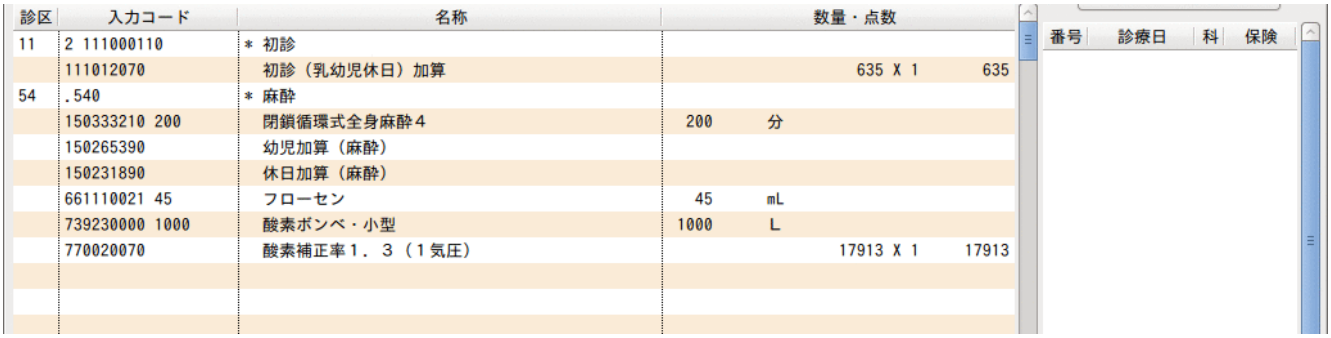
Copyright(C)2007JMARI

＜例2＞3歳未満の乳幼児に、休日に閉鎖循環式全身麻酔を行った場合

麻酔の時間は3時間20分（200分）
フローセン　45ml
酸素ボンベ・小型（酸素補正率1.3倍）　1000リットル

以下は、時間外加算の算定に診療行為コード（手技料）の前に休日の時間外区分を入力した場合の入力例です。

1. 診療種別区分、閉鎖循環式全身麻酔4の診療行為コードを入力します。
2. 3歳未満ですので「幼児加算」と、診察料（この場合は再診料）に休日の時間外区分を入力しているため、麻酔の休日加算を自動発生します。
3. 閉鎖循環式全身麻酔の時間を分単位で数量に入力します。
4. 麻酔薬剤のフローセンと麻酔薬剤の酸素の入力をします。
5. 酸素を入力したとき、酸素補正率は自動発生をします。



診区	入力コード	名称	数量・点数		
11	2 111000110	＊ 初診			
	111012070	初診（乳幼児休日）加算		635 X 1	635
54	.540	＊ 麻酔			
	150333210 200	閉鎖循環式全身麻酔４	200	分	
	150265390	幼児加算（麻酔）			
	150231890	休日加算（麻酔）			
	661110021 45	フローセン	45	mL	
	739230000 1000	酸素ボンベ・小型	1000	L	
	770020070	酸素補正率１．３（１気圧）		17913 X 1	17913

番号	診療日	科	保険

図 652

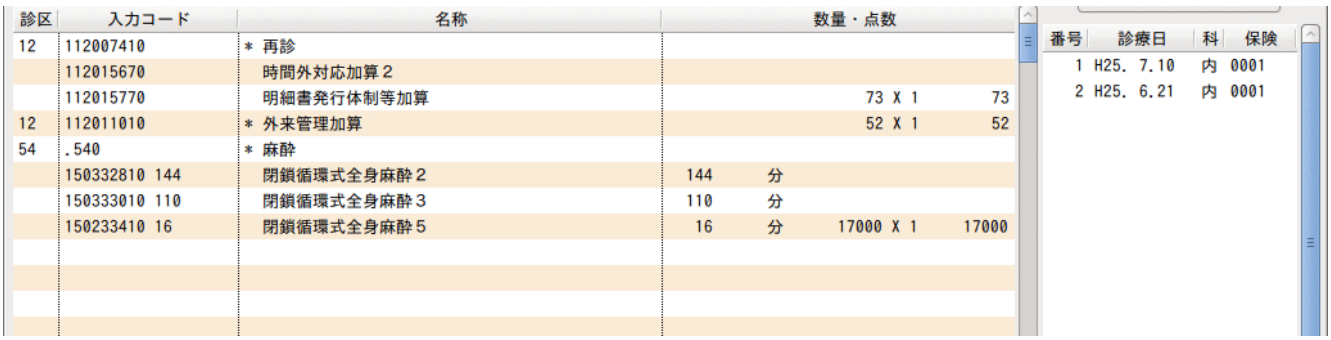
＜例3＞閉鎖循環式全身麻酔等の入力

閉鎖循環式全身麻酔、気管内チューブ挿入吹送法麻酔、ノンレブリージングバルブ麻酔について複数の麻酔が実施された場合は基本点数の高いコードより順に入力を行ない、麻酔時間は合算した値を数量に入力します。

【麻酔例】

閉鎖循環式全身麻酔5（麻酔困難な患者）	8分	（基本点数	8300点）
閉鎖循環式全身麻酔3（麻酔困難な患者）	55分	（基本点数	12450点）
閉鎖循環式全身麻酔2（麻酔困難な患者）	144分	（基本点数	16600点）
閉鎖循環式全身麻酔3（麻酔困難な患者）	55分	（基本点数	12450点）
閉鎖循環式全身麻酔5（麻酔困難な患者）	8分	（基本点数	8300点）

【入力例】



診区	入力コード	名称	数量・点数		
12	112007410	＊ 再診			
	112015670	時間外対応加算２			
	112015770	明細書発行体制等加算		73 X 1	73
12	112011010	＊ 外来管理加算		52 X 1	52
54	.540	＊ 麻酔			
	150332810 144	閉鎖循環式全身麻酔２	144	分	
	150333010 110	閉鎖循環式全身麻酔３	110	分	
	150233410 16	閉鎖循環式全身麻酔５	16	分	17000 X 1 17000

番号	診療日	科	保険
1	H25. 7.10	内	0001
2	H25. 6.21	内	0001

図 653

（9）検査料

（9）－1　診療種別区分
（9）－2　入力形式
（9）－3　自動算定
（9）－4　各項目についての説明

（9）－1　診療種別区分

内容	診療種別区分
検査	.600
検査薬剤	.601
検査材料	.602
検査加算料	.603
検査（外来包括対象外）	.610

検査料では4つの診療種別区分があります。
通常は検査の「.600」を入力します が、省略することもできます。「.600」を省略した場合も検査内容によっては、それぞれが単独検査として剤分離を自動で行い登録できます。

「.610」または回数が「＊2」以上は、包括検査を包括の対象外とします。
「.610」を宣言後の包括対象検査は「.600」の剤にまとめず、別算定することができます。重複チェックも行いません。包括項目数以下の場合は、それぞれ単独で「.610」入力し、包括項目数以上の場合は「.610」の剤にまとめて入力します。

ポイント！

検査薬剤のみの入力は「.601」、検査材料のみの入力は「.602」、検査加算項目を単独入力するには「.603」を使用して入力します。

ヒント！
前回実施日の日付の自動発生をすることができます。
個別に自動発生させたい診療行為の点数マスタに設定を行います。
【5.2　点数マスタ】の【（3）診療行為マスタ】を参照してください。

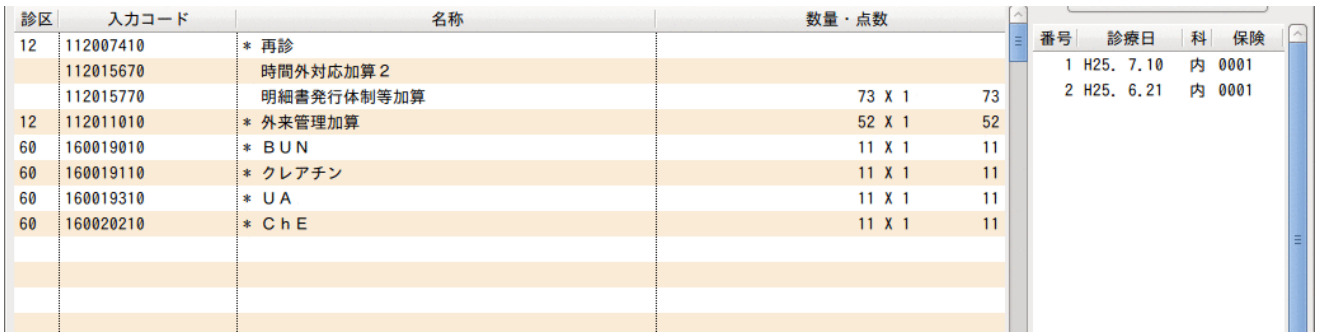
（9）－2　入力形式

「診療種別区分」
「検査手技コード」△「時間または回数」
「検査加算コード」
　：
「薬剤コード」△「数量」
　：
「薬剤コード」△「数量」
「材料コード」△「数量」
　：
「材料コード」△「数量」＊「回数」

となります。
数量が1の場合は省略ができます。回数が＊1の場合は省略ができます。
診療種別区分は省略することもできます。ただし、剤終了の判別は 回数の入力によるか、診療種別区分の入力により判定しますので場合によっては省略できないこともあります。

ヒント　包括検査の回数入力について

包括グループ毎に自動包括を行います。
包括検査は包括数に達するまでは単剤となるため＊1で区切ることができます。

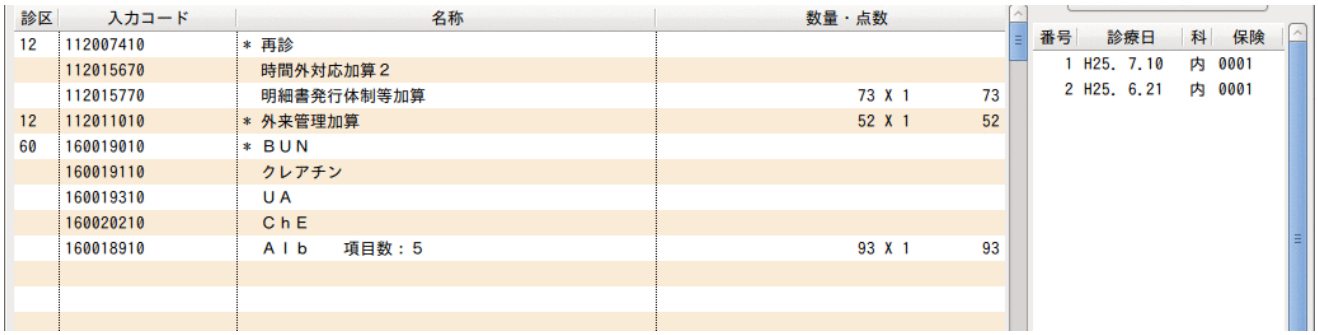


診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	112007410	＊再診		
	112015670	時間外対応加算２		
	112015770	明細書発行体制等加算	73 X 1	73
12	112011010	＊外来管理加算	52 X 1	52
60	160019010	＊ＢＵＮ	11 X 1	11
60	160019110	＊クレアチン	11 X 1	11
60	160019310	＊ＵＡ	11 X 1	11
60	160020210	＊ＣｈＥ	11 X 1	11

番号	診療日	科	保険
1	H25. 7.10	内	0001
2	H25. 6.21	内	0001

図 654

＊1または＊1を省略している検査は包括グループ毎にまとめます。
このときは＊1を削除してまとめます。＊1を手入力しても削除します。



診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	112007410	＊再診		
	112015670	時間外対応加算２		
	112015770	明細書発行体制等加算	73 X 1	73
12	112011010	＊外来管理加算	52 X 1	52
60	160019010	＊ＢＵＮ		
	160019110	クレアチン		
	160019310	ＵＡ		
	160020210	ＣｈＥ		
	160018910	ＡＩｂ　項目数：５	93 X 1	93

番号	診療日	科	保険
1	H25. 7.10	内	0001
2	H25. 6.21	内	0001

図 655

※　回数を＊2以上とすると包括対象外になります。

（9）－3　自動算定

自動算定を行うのは次の項目です。

6歳未満乳幼児加算
各判断料
血液採取料（点数マスタの採血料区分で管理しています）。
逓減検査の2回目以降
外来迅速検体検査加算（システム管理の設定による）

Copyright(C)2007JMARI

（9）－4　各項目についての説明

判断料の自動算定
検査診療行為コードの検索
時間外緊急院内検査加算
尿・糞便等検査
血液学的検査
生化学的検査（1）
（外来迅速検体検査加算の自動算定について）
監視装置による諸検査
負荷試験等
内視鏡検査

■判断料の自動算定

検査に対する判断料は、各判断料のグループ毎に当月算定があるかどうかを判定し算定できる場合は自動的に算定を行います。

例えば、次のようなケースで入力された場合
蛋白定量（尿）　：　尿・糞便等検査判断料
末梢血液一般　：　血液学的検査判断料
EEG2　：　脈波図、心機図、ポリグラフ検査判断料

図 656

Copyright(C)2007JMARI

「登録」(F12)を押下して遷移する診療行為確認画面で、自動算定された剤を確認することができます。削除列に「◎」が表示してある剤が自動算定項目となります。

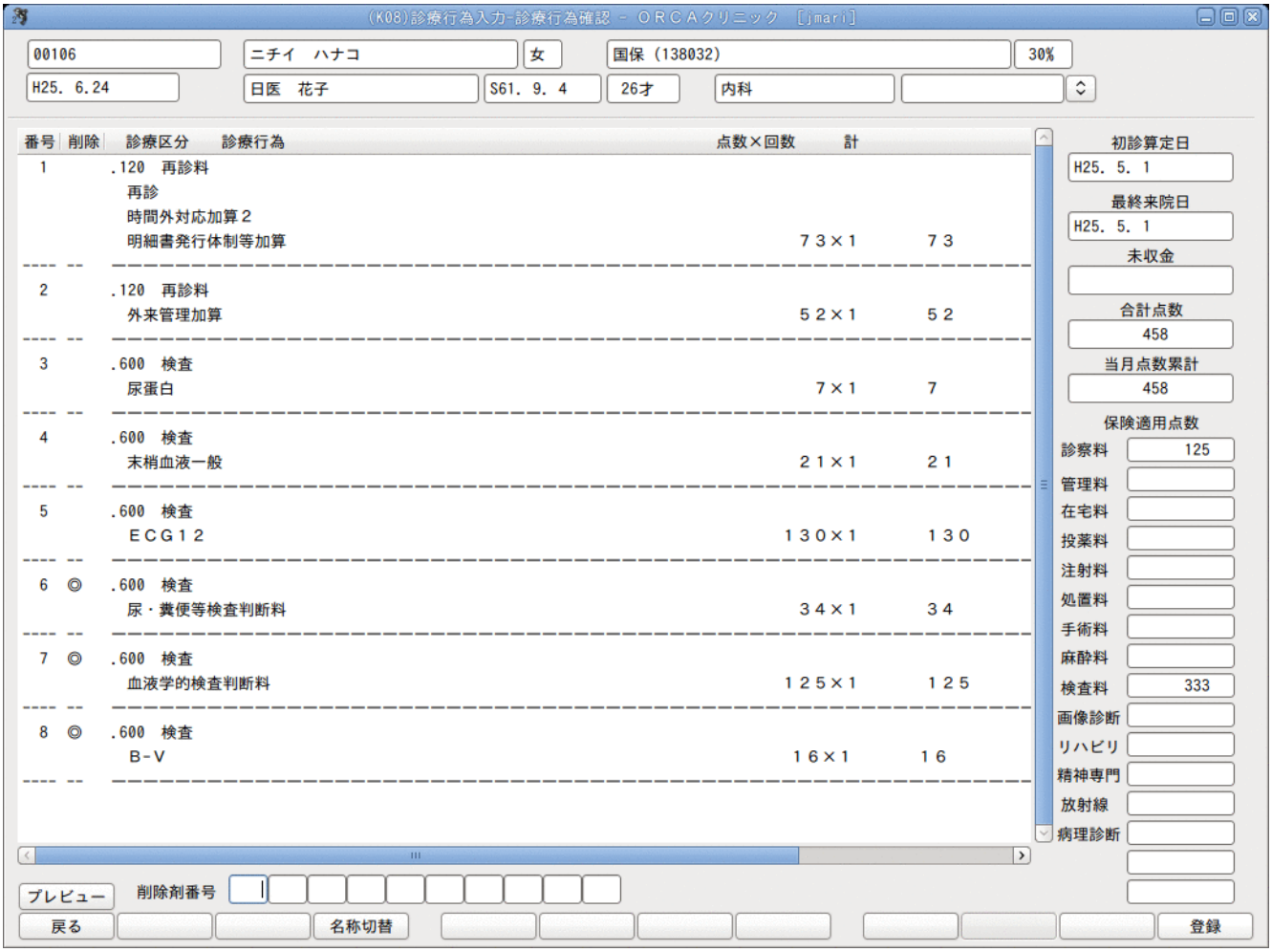


図 657

■検査診療行為コードの検索

検査の診療行為コードは、「診療行為コード検索画面」で特別な検索機能を提供しています。検索画面を表示するため「／／」（スラッシュを2つ）を入力します。

次のように全ての項目が空白（クリア）の状態で画面を表示します。

図 658

「F8検査検索」を押下すると検査の区分名の一覧を表示します。
生化学的検査は項目が多いことと、包括項目と包括外項目に分けて複数をまとめて入力を行う場合がありますので分けてあります。

図 659

例えば、生化学的検査（1）（包括）の項目を検索する場合は、選択番号に「31」と入力して次のような項目の一覧を表示します。
初めに一覧に表示するのは、指定した検査区分の中で入力コード（入力CD）の登録がある検査となります。入力コードの登録に関わらず対象区分の検査項目を全て一覧表示するには、「F9　拡大検索」を押下します。

図 660

検査の一覧より該当の検査を探し、その番号を入力します。

図 661

もう一度「Enter」を押下すると元の入力画面へ取り込まれます。
（入力例ではいずれの検査にも入力コードが登録されているため、診療行為入力画面は入力コードが表示されます）。

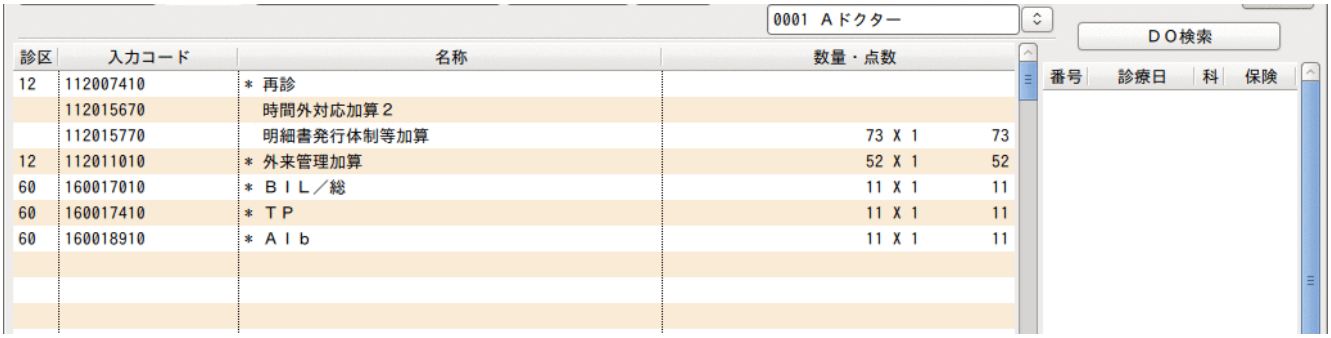


図 662

以下の画面は「免疫学的検査」の一覧ですが、検査項目名の頭に記号がついているものがあります。
これは、包括（まるめ）検査の項目を表しますが記号毎に包括のグループを分けています。

図 663

「包括グループ別の記号」

血液学的検査	出血・凝固検査	★
生化学的検査（1）	血液化学検査	★
生化学的検査（2）	内分泌学的検査	★
	腫瘍マーカー（RPHA法など）	●
	上記以外の腫瘍マーカー	◆
免疫学的検査	肝炎ウイルス関連検査	★
	自己抗体検査	◆
D006の区分14～24までの検査を3項目以上行なった場合の包括グループ	出血・凝固検査	■
D008の区分10～21までの検査を3項目以上行なった場合の包括グループ	内分泌学的検査	▼
D013の区分3～12までの検査を3項目以上行なった場合の包括グループ	肝炎ウイルス関連検査	▲
D014の区分9～11までの検査を2項目または3項目以上行なった場合の包括グループ	自己抗体検査	◇

■検査診療行為コードの検索

検査項目を点数の範囲を指定して検索ができます。

【2.5.3　診療行為コードの検索】の【（6）点数による検索】参照

■時間外緊急院内検査加算

時間外緊急院内検査加算を算定する場合は、診療行為コードを入力します。
「時間外緊急院内検査」と合わせてコメントを自動発生します。
発生するコメントは検査を実施した開始時間をレセプトに表示するためのものです。

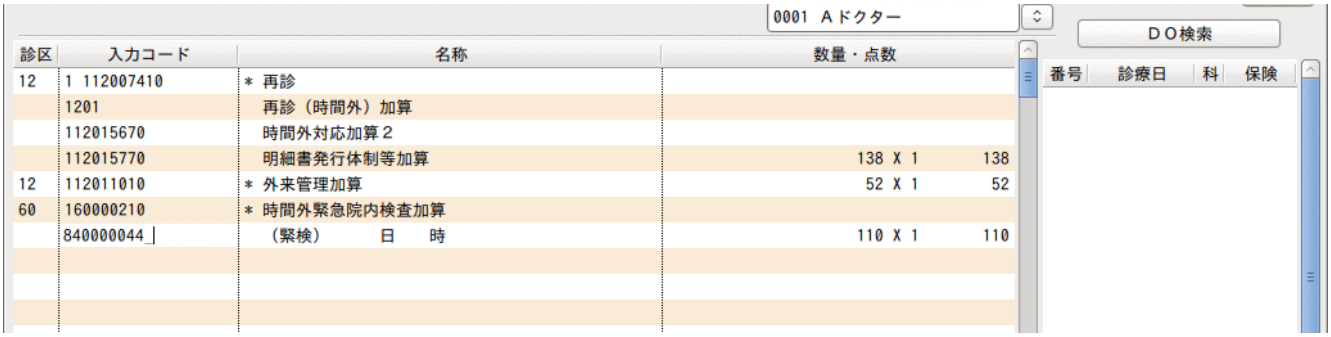


図 664

入力時点で検査の開始時間がわかる場合はコメントに対して次の形式で時間を入力することができます。

840000044△実施日△開始時間

（例） 24日の19時開始の場合

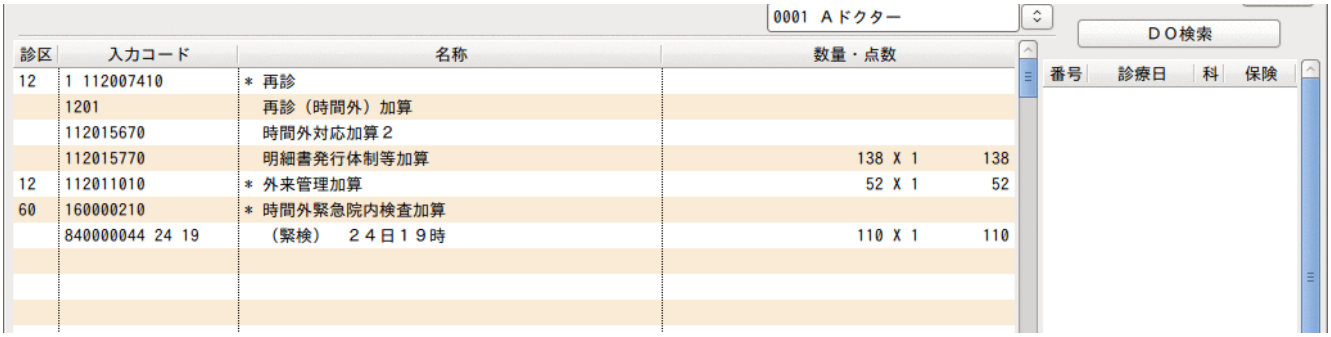


図 665

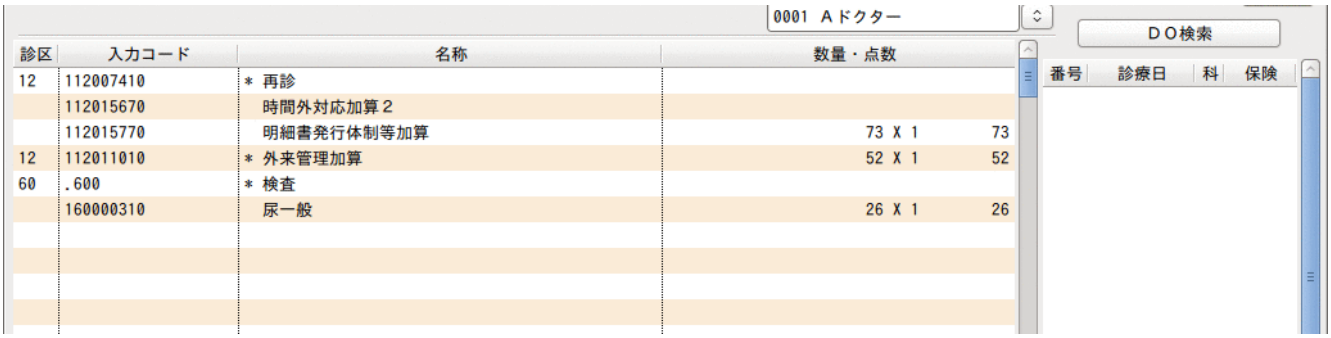
ヒント！

診察料に時間外区分が入力されていない時はエラーメッセージを表示します。

図 666

■尿・糞便等検査

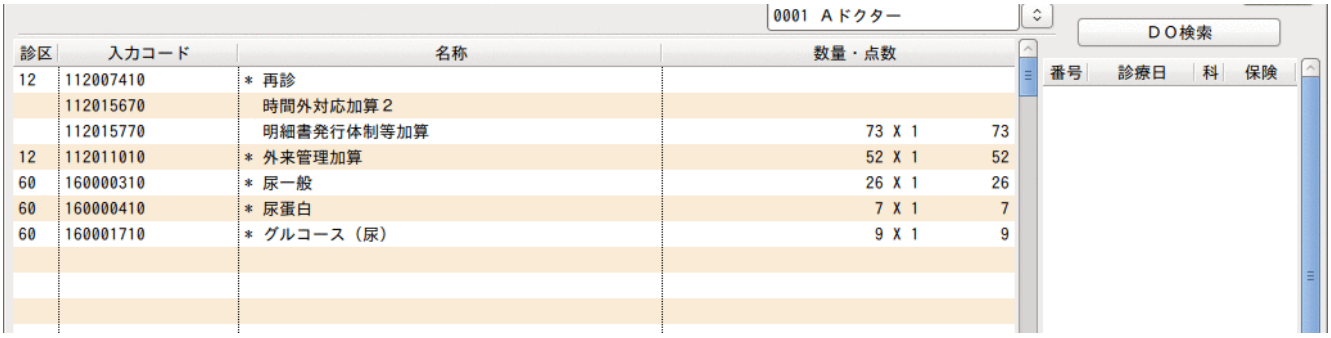
算定を行う診療行為コードを入力します。
検査の診療種別区分を入力し、検査の診療行為コードを入力します。



診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	112007410	＊再診		
	112015670	時間外対応加算２		
	112015770	明細書発行体制等加算	73 X 1	73
12	112011010	＊外来管理加算	52 X 1	52
60	.600	＊検査		
	160000310	尿一般	26 X 1	26

図 667

診療種別区分は省略することもできます。
診療種別区分を省略しても検査の内容によってはそれぞれが単独検査として剤分離を自動で行い登録できます。

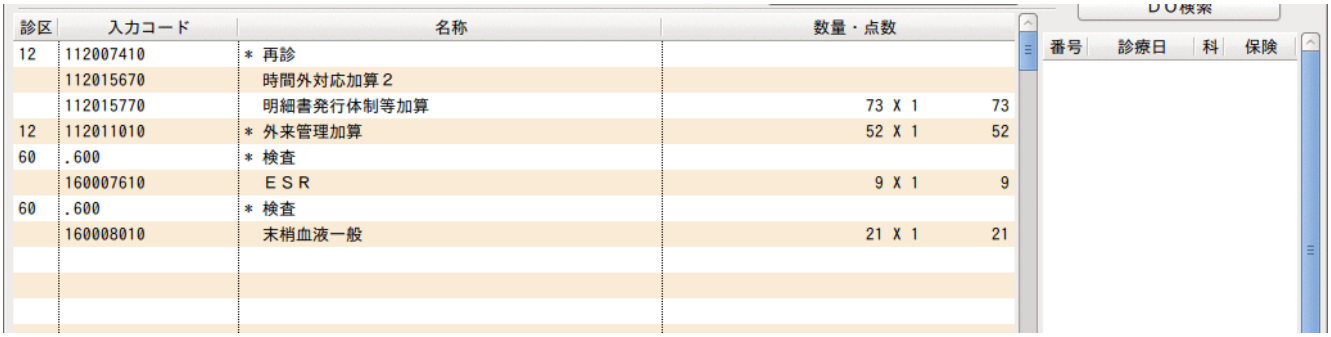


診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	112007410	＊再診		
	112015670	時間外対応加算２		
	112015770	明細書発行体制等加算	73 X 1	73
12	112011010	＊外来管理加算	52 X 1	52
60	160000310	＊尿一般	26 X 1	26
60	160000410	＊尿蛋白	7 X 1	7
60	160001710	＊グルコース（尿）	9 X 1	9

図 668

■血液学的検査

算定を行う診療行為コードを入力します。
赤血球沈降速度測定、末梢血液一般検査を行った場合は次のような入力になります。

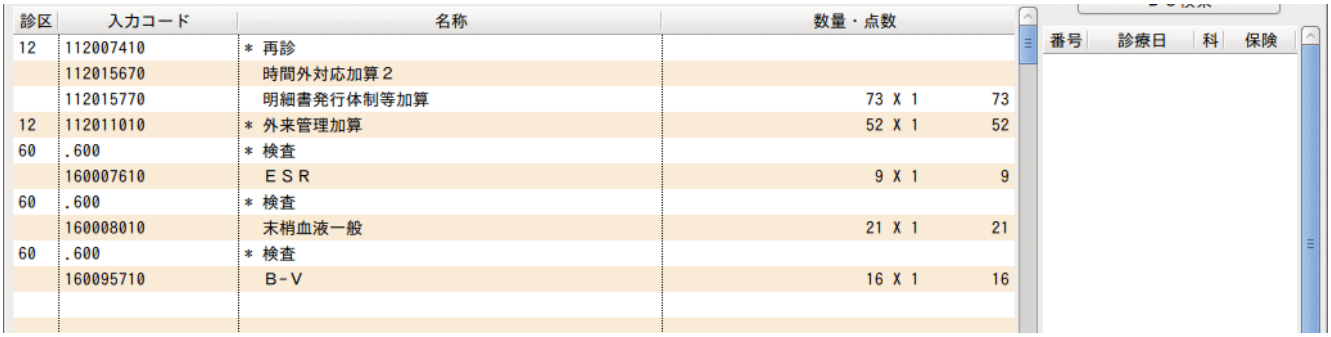


診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	112007410	＊再診		
	112015670	時間外対応加算２		
	112015770	明細書発行体制等加算	73 X 1	73
12	112011010	＊外来管理加算	52 X 1	52
60	.600	＊検査		
	160007610	ＥＳＲ	9 X 1	9
60	.600	＊検査		
	160008010	末梢血液一般	21 X 1	21

番号	診療日	科	保険

図 669

これらの検査に際して行った採血は「血液採取料」として算定できます。
設定を行うと「血液採取料」を自動算定することができます。
設定方法は、【5.2.3　診療行為マスタ】の＜採血料区分の設定＞参照してください。設定されていない場合は、静脈採血の診療行為コードを手入力します。



診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	112007410	＊再診		
	112015670	時間外対応加算２		
	112015770	明細書発行体制等加算	73 X 1	73
12	112011010	＊外来管理加算	52 X 1	52
60	.600	＊検査		
	160007610	ＥＳＲ	9 X 1	9
60	.600	＊検査		
	160008010	末梢血液一般	21 X 1	21
60	.600	＊検査		
	160095710	Ｂ-Ｖ	16 X 1	16

番号	診療日	科	保険

図 670

6歳未満の乳幼児に対して血液採取を算定する場合も一般と同様に診療行為コードを入力します。
血液採取料の乳幼児加算点数は自動発生をします。

■生化学的検査1

＜例1＞5項目未満の表示

包括検査ですが、まるめられる項目数に達していないので単独剤として算定されています。
（診療種別区分の入力は省略しています）。

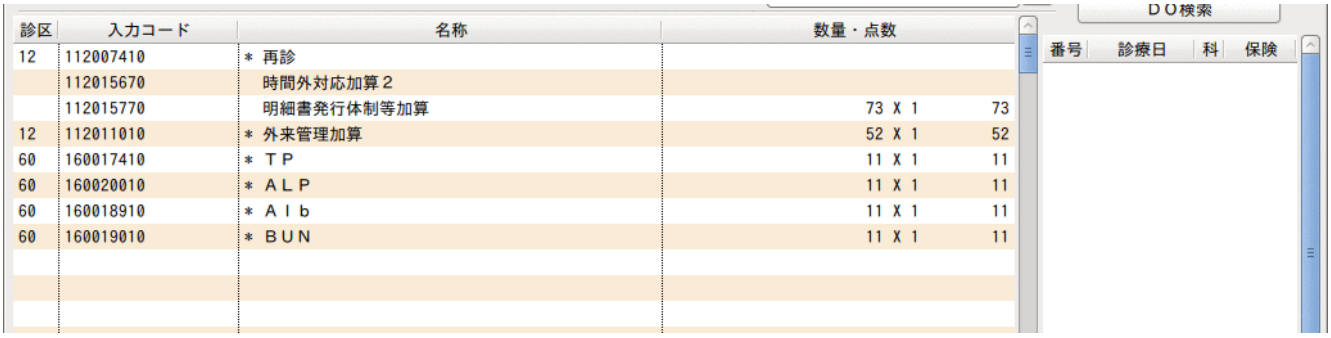


図 671

＜例2＞5項目以上の表示

5項目以上は1剤にまとめます。

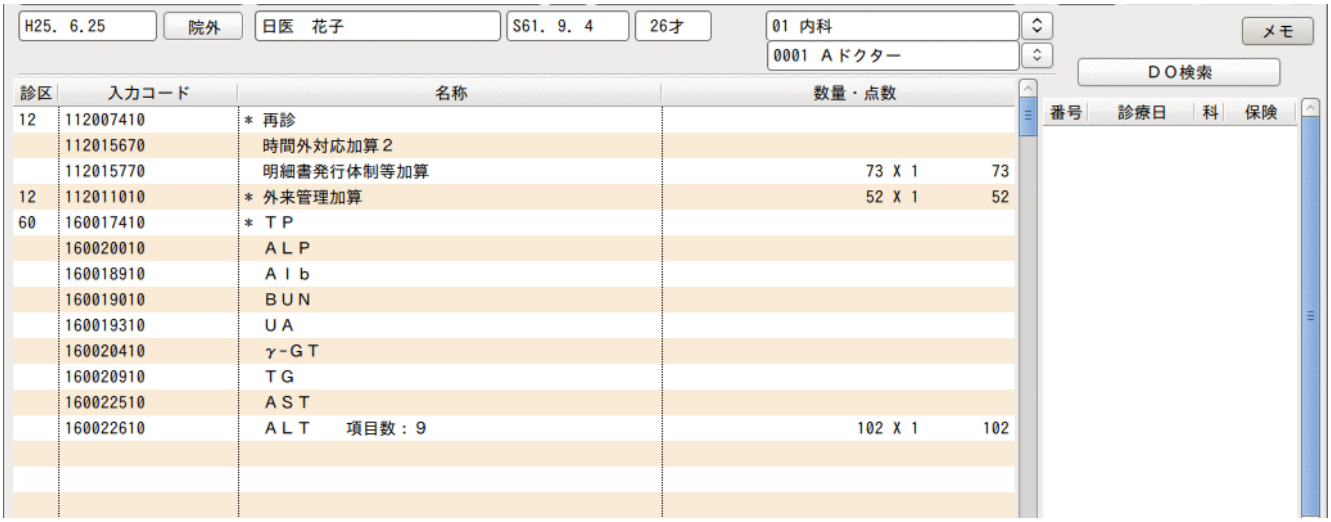


図 672

＜例3＞1日に2回行った検査の入力をする場合

グルコースを2回行ったとします。

以下に3つの入力方法を挙げていますが、この中でも「入力方法3」の入力を推奨します。

入力方法1.

グルコース2回を検査の最初に入力します。

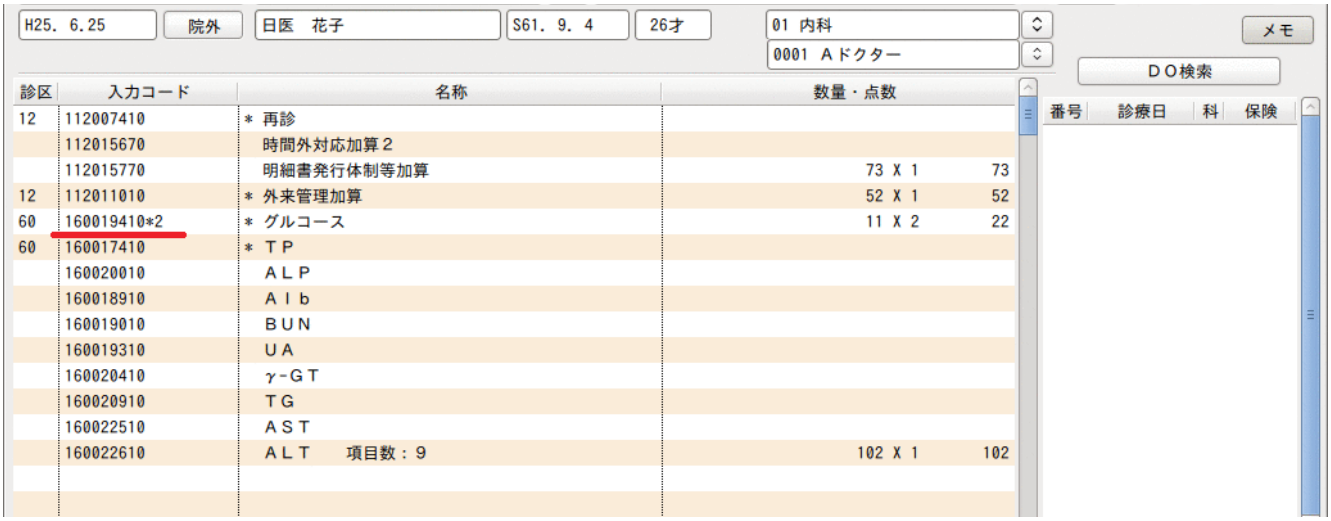


図 673

入力方法2.

診療種別区分「.600」を入力し、他の検査とは剤を別にしてグルコース2回を入力します。

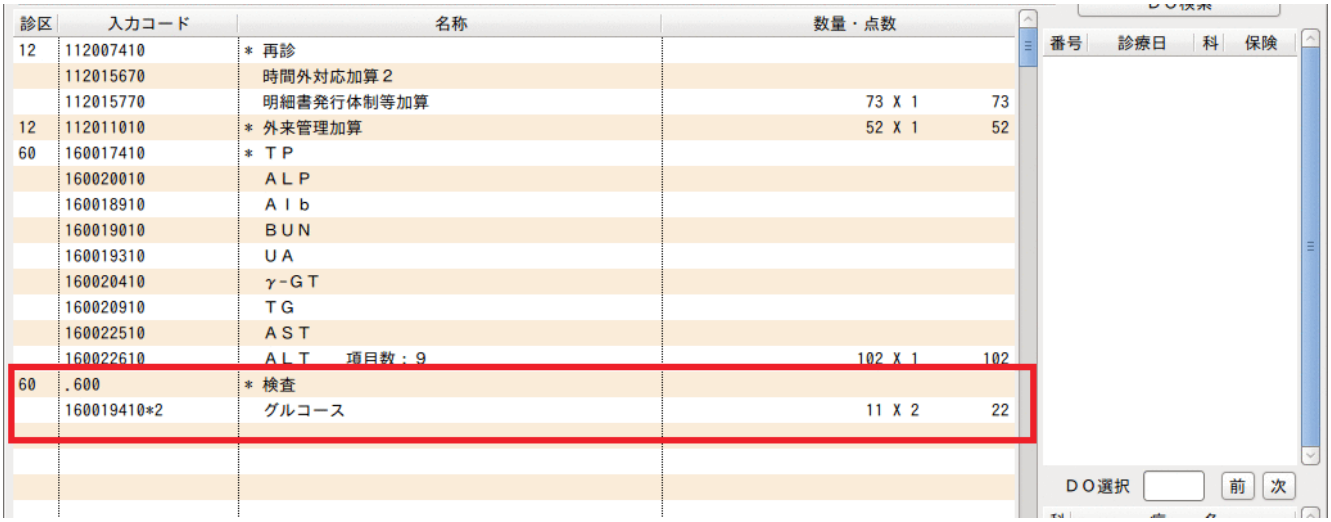


図 674

診療種別区分を宣言することで、包括検査と、2回以上の同じ包括検査の入力は正しく行われます。

入力方法3.

診療種別区分「.610」を入力後に、グルコース2回を入力します。

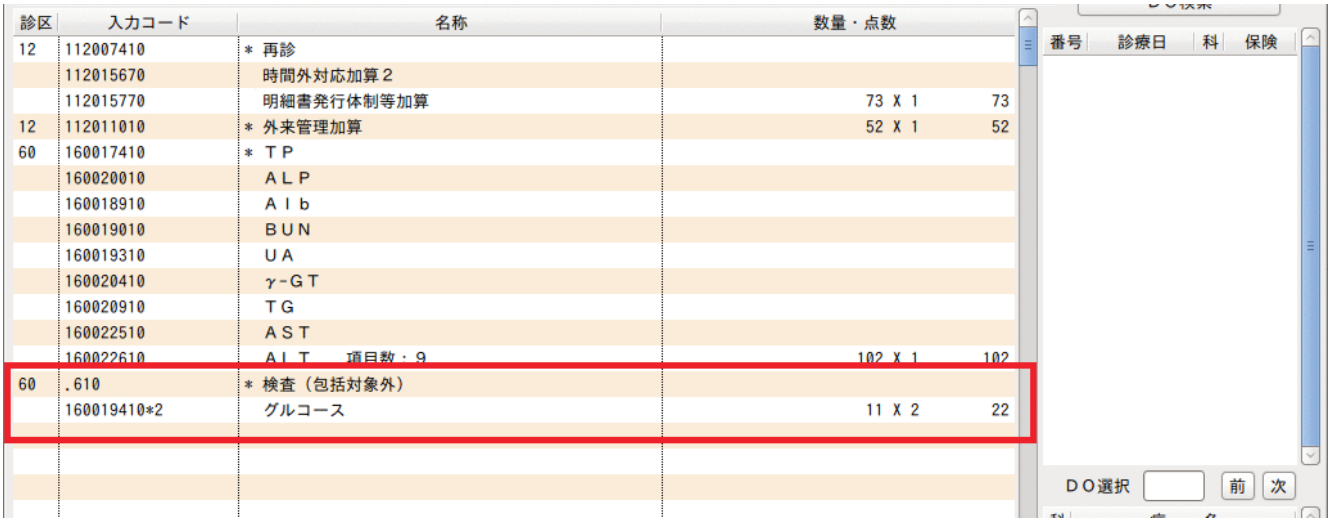


図 675

「.610」は、包括検査を包括の対象外とします。「.610」を宣言後の包括対象検査は「.600」の剤にまとめず、別算定することができます。重複チェックも行いません。包括項目数以下の場合は、それぞれ単独で「.610」入力し、包括項目数以上の場合は「.610」の剤にまとめて入力します。

■外来迅速検体検査加算

1. 外来迅速検体検査加算を自動算定するには、「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定・チェック項目」の「外来迅速検体検査加算自動発生」を「1　算定する」または「2　算定する（設定）」にします。
2. 「2　算定する（設定）」とした場合は続いて「101　システム管理マスタ」－「1016　外来迅速検体検査設定情報」にて当日に検査結果を情報提供できる検査を登録しておきます。

算定できる検体検査を入力した場合に5項目を限度として自動算定します。

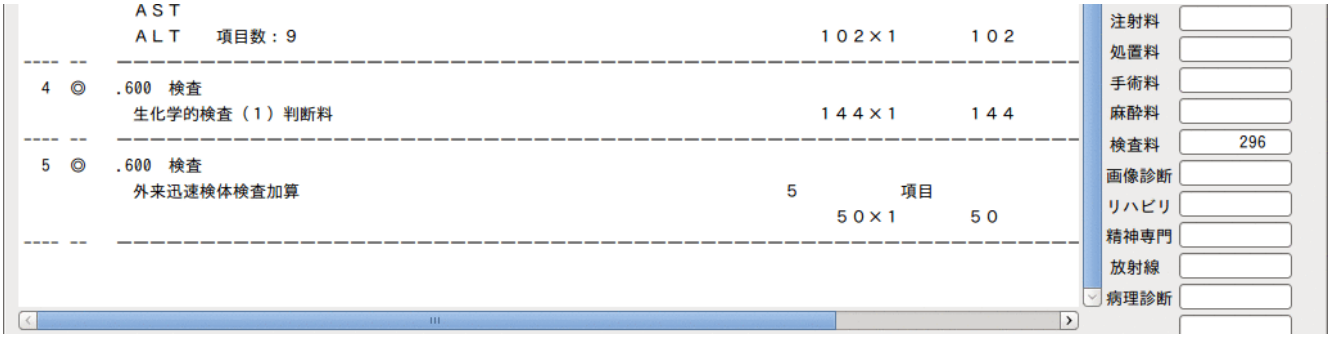


図 676

注意！
時間外緊急院内検査を算定する場合また文書による説明ができない等、算定できない場合には診療行為確認画面にて削除を行ってください。

■監視装置による諸検査

呼吸心拍監視は監視を行った時間を分単位で入力します。
例では1時間30分（＝90分）を入力しています。

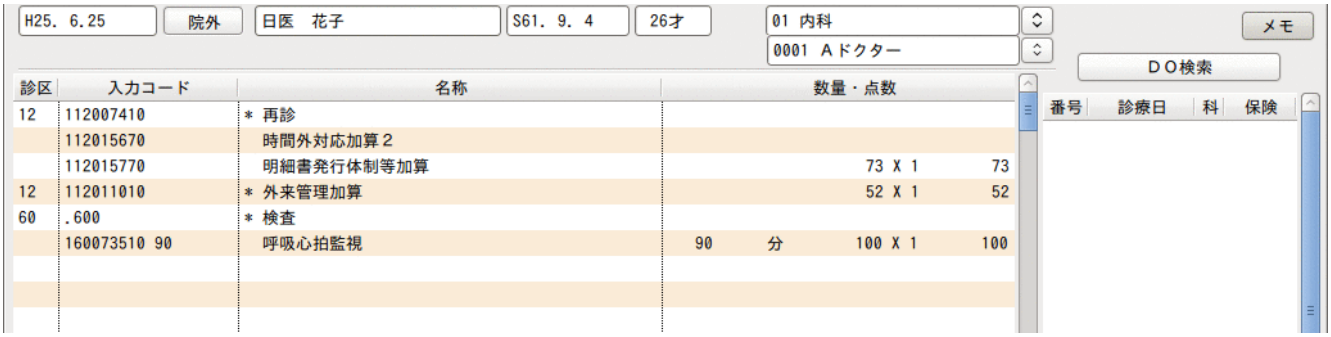


図 677

また、診療行為コードの中には固定点数を持ったコードもあります。
その診療行為コードを入力した場合は数量は入力できません。

【3時間超、7日以内の場合】

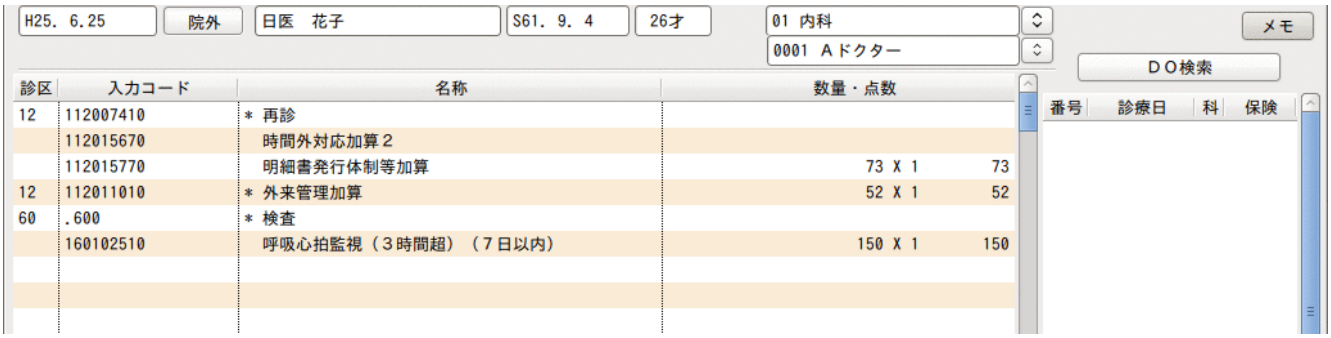


図 678

■負荷試験等

皮内反応検査を行った場合は次のような入力になります。

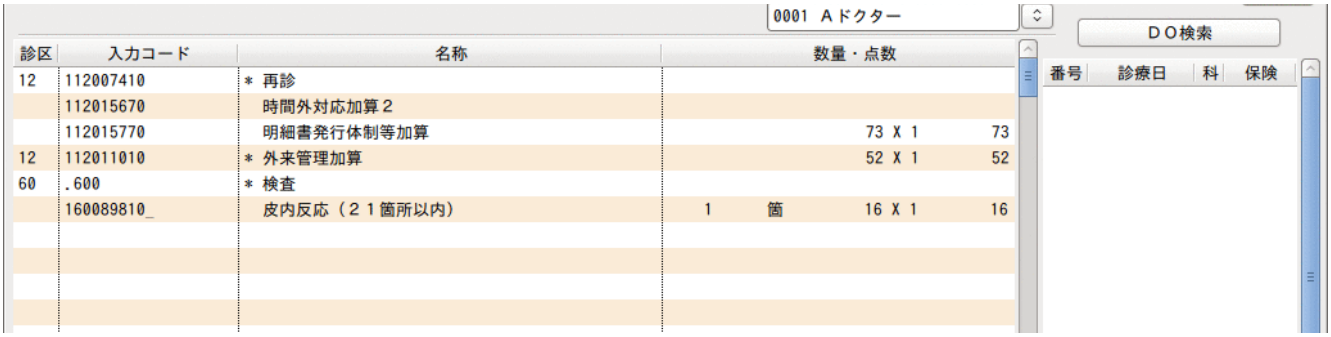


図 679

この診療行為コードの場合は、テストの種類数を入力します。
例では15種類のテストを行った場合を入力しています。
検査に使用した薬剤の入力ですが、「検査薬剤」の診療種別区分「.601」を入力して行います。
皮内反応1種類に必要な薬剤と数量を入力しテストの種類数を回数として入力します。

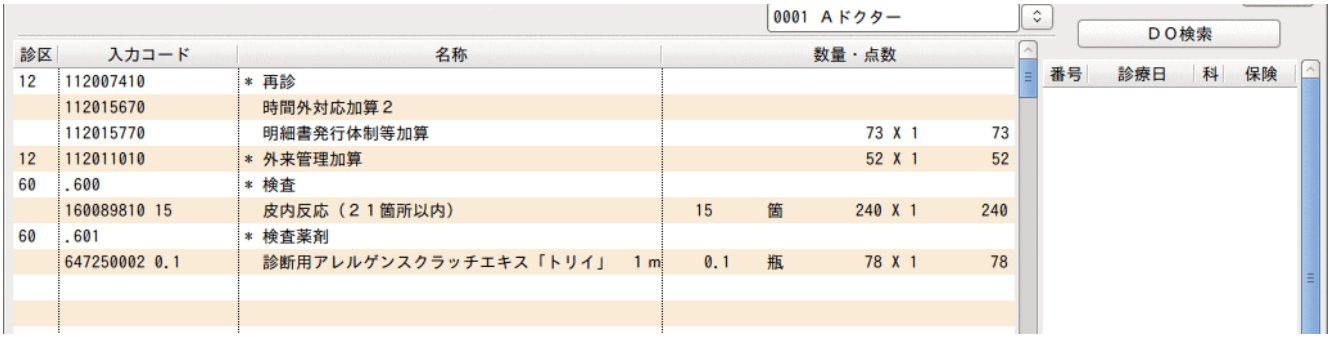


図 680

■内視鏡検査

検査手技料、加算、薬剤、フィルムを入力します。

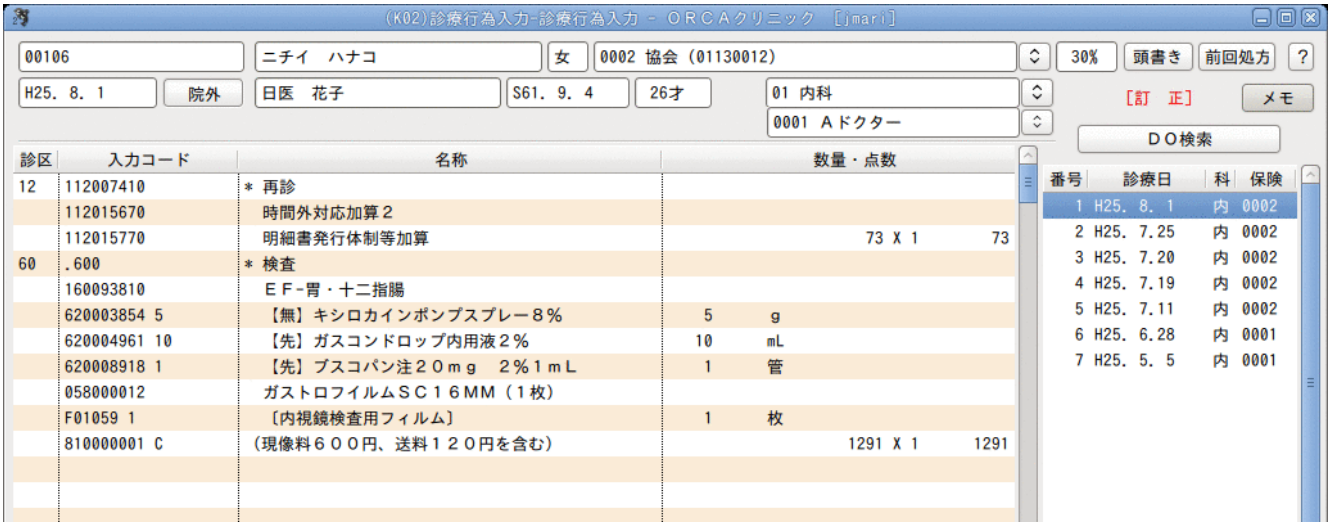


図 681

ヒント！

診察料に時間外区分が入力されている場合は、内視鏡の時間外加算を自動算定します。

＜内視鏡検査用フィルムの算定について＞

内視鏡検査用フィルムは特定器材商品名コード（058XXXXXX）で、金額欄にフィルム代・現像代・送料の合計金額を入力しコードを作成します。

注意！

内視鏡検査用フィルム（700590000）のマスタは金額0円のままにしておきます。

フイルム1枚の場合

ガストロフィルム16ＭＭ　580円
現像料　600円
送料　　120円

1. 特定器材商品名コードの作成

【特定器材商品名コード作成画面】

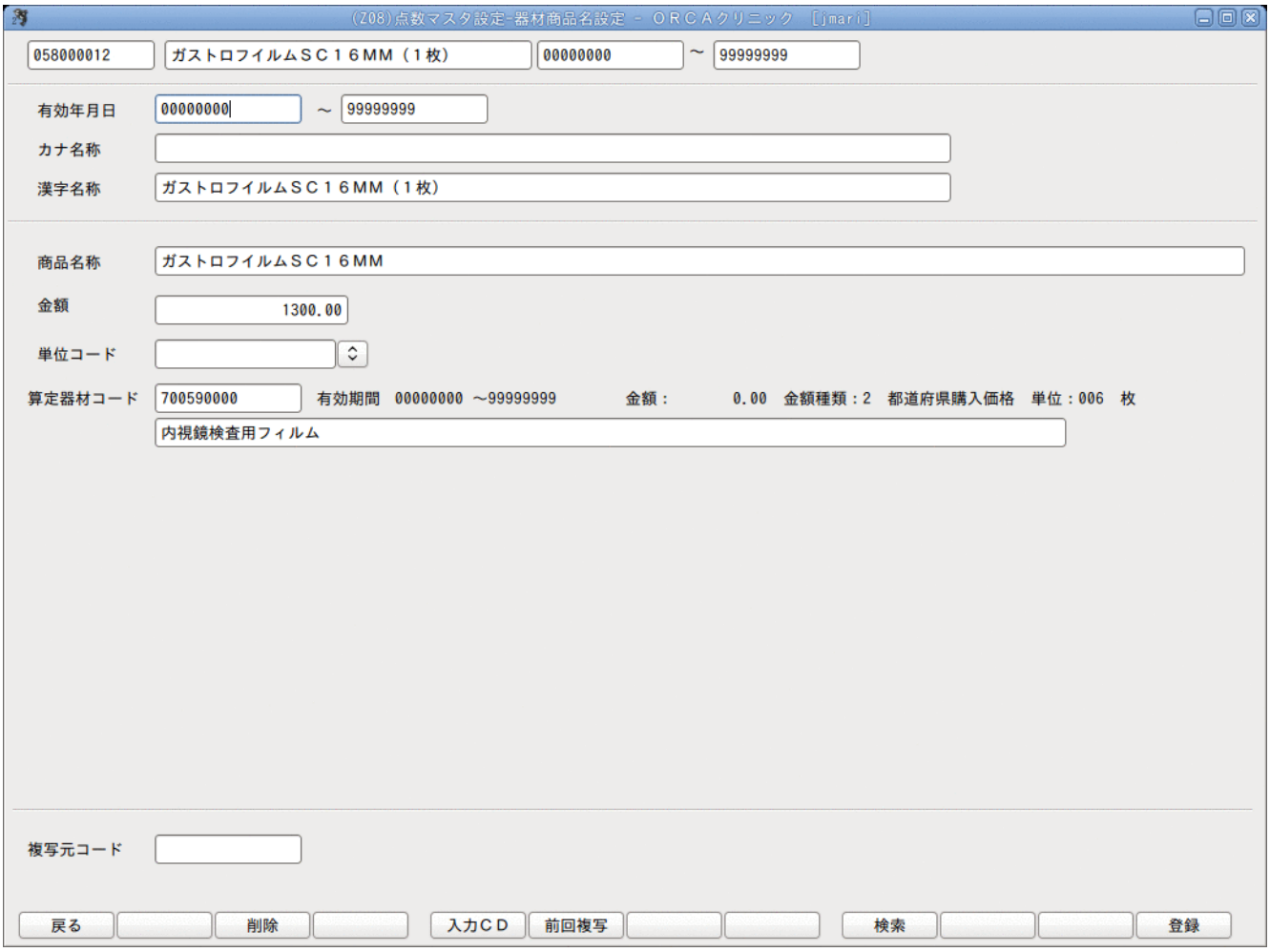


図 682

ポイント！

- 金額欄へ　1300円（580円＋600円＋120円）を入力します。
- 単位コード　入力しません。
- 算定器材コード　700590000を入力します。

2. 診療行為入力

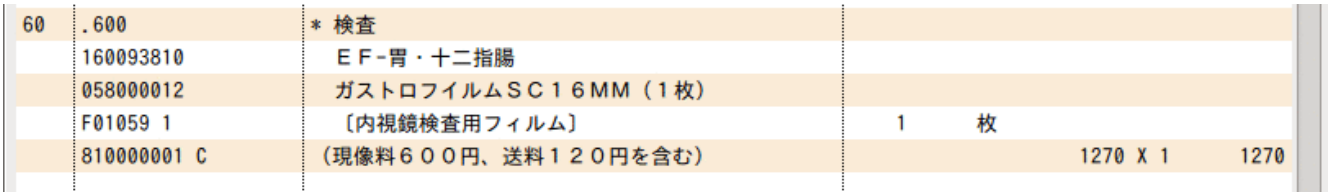


図 683

- 特定器材商品名コードを入力します。
- 内視鏡検査用フィルムに1を入力します。
- コメントコードと「c」を入力し、コメント内容「現像料600円、送料120円を含む）を入力します。

3. レセプト表示

図 684

4. レセ電データの記録

SI,60,1,160093810,,1140,1,,,,,,1,,,,,,

【特定器材商品名コード作成画面】

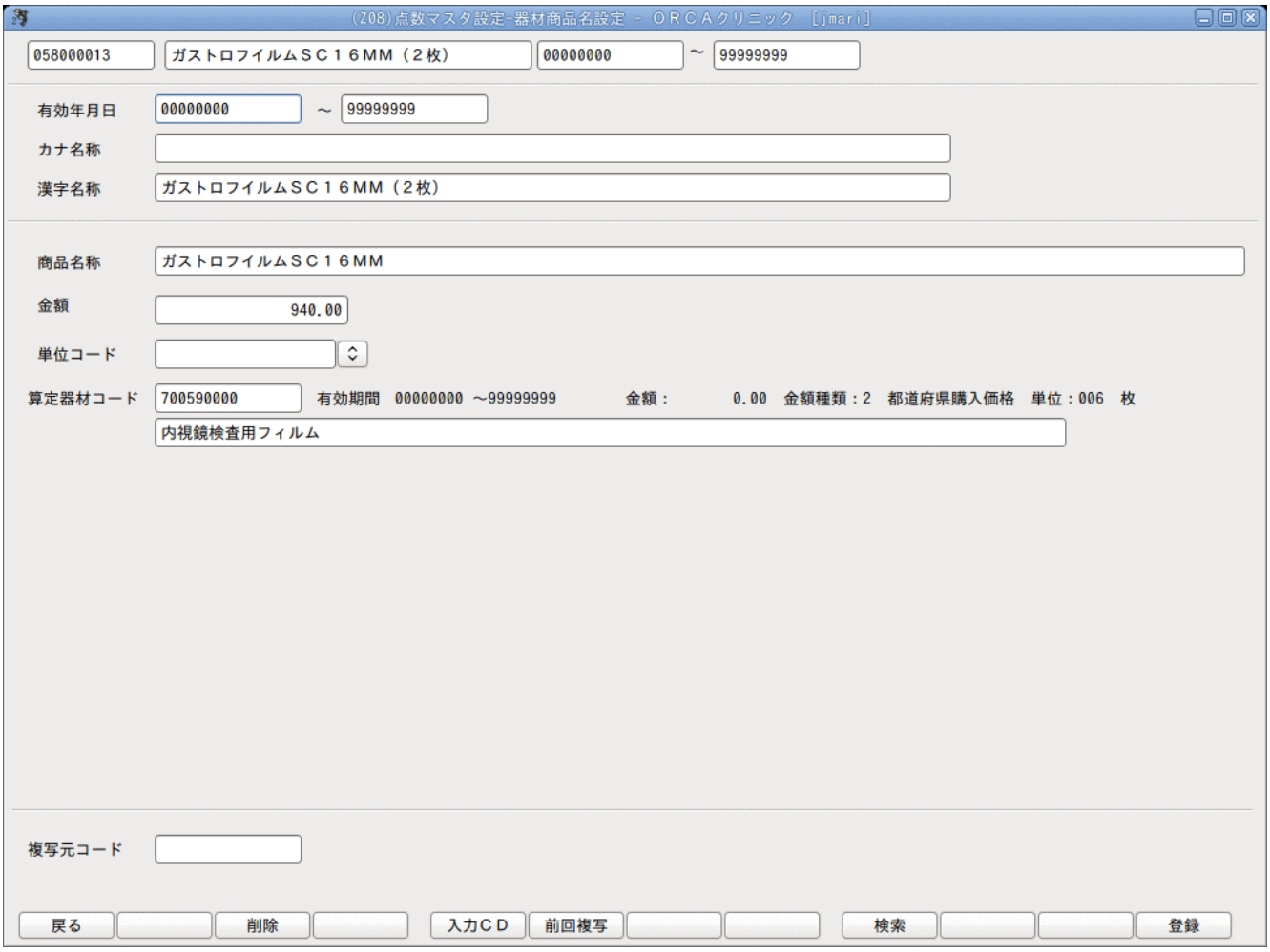


図 685

ポイント！

- ※金額欄へ　940円（（580円×2枚＋600円＋120円）÷2）を入力します。
- 単位コード　入力しません。
- 算定器材コード　700590000を入力します。

※金額欄について

- 940円×フィルム2枚＝1880円　　188点
  算定すべき点数になるように金額欄を入力します。

2. 診療行為入力

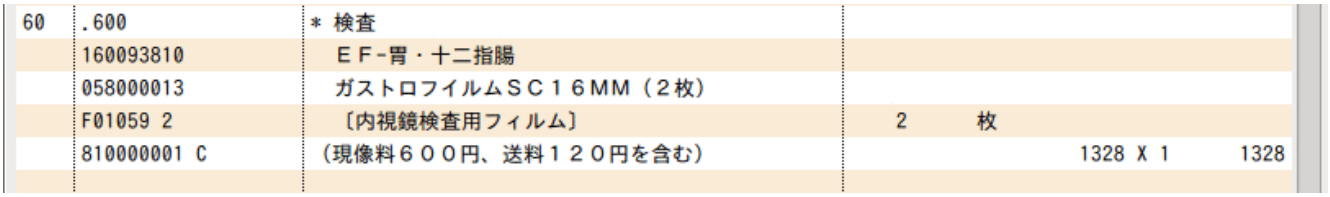


図 686

- 特定器材商品名コードを入力します。
- 内視鏡検査用フィルムに2を入力します。
- コメントコードと「c」を入力し、コメント内容「現像料600円、送料120円を含む）を入力します。

3. レセプト表示

図 687

4. レセ電データの記録

SI,60,1,160093810,,1140,1,,,,,,1,,,,,,

（10）画像診断料

（10）－1　診療種別区分

内容	診療種別区分
画像診断料	.700
画像診断薬剤	.701
画像診断材料	.702
Ｘ線フィルム	.703
画像診断加算料	.704
造影剤・注入手技(点滴)	.731
造影剤・注入手技(その他)	.732

画像診断料には上記の診療種別区分があります。
通常は「.700」を使用しますが、手技料とは別に画像診断薬剤のみや画像診断材料のみを入力するときに表にある診療種別区分を使用します。
画像診断加算料は、撮影料などが算定できない場合に加算のみを算定するときに使用します。
（例：慢性維持透析患者外来医学管理料を算定時のデジタル映像処理加算の算定）　診療種別区分は省略することもできます。ただし、剤終了の判別は 回数の入力によるか、診療種別区分の入力により判定しますので場合によっては省略できないこともあります。

（10）－2　各撮影診断料毎の入力

時間外緊急院内画像診断料加算
エックス線診断料
核医学診断料
コンピューター断層撮影診断料

■時間外緊急院内画像診断料加算

(1) 入力形式

「診療種別区分」
「診療行為コード」
（「コメントコード」△（「日」△「時間」））

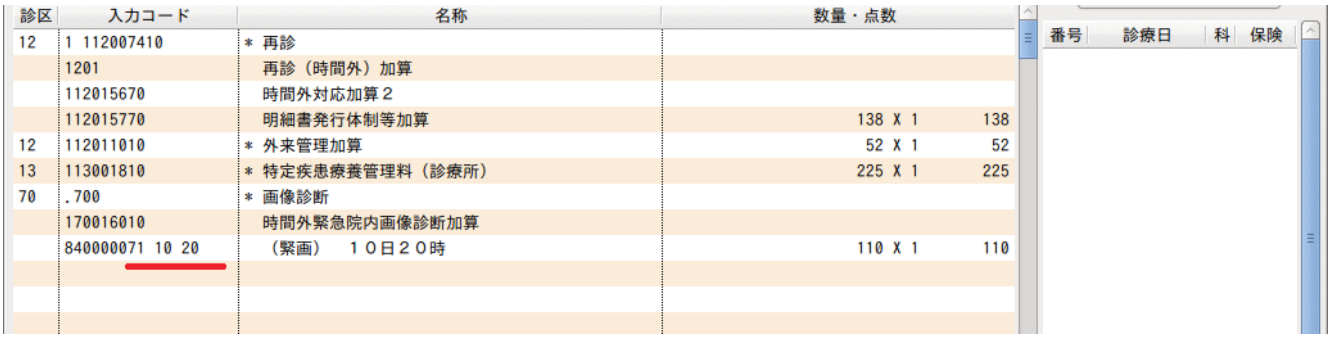
(2) 入力例

時間外緊急院内画像診断加算を算定する場合、まず診療コードを入力します。
（診察料が時間外等の区分が指定されていない場合は次のような警告を表示します）。

図 688

「閉じる」を押下します。

診察料の前に時間加算区分を挿入して、「Enter」を押下するとコメントコードを自動発生します。
例では10日の20時から緊急の画像診断を行った入力です。



診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	1 112007410	＊ 再診		
	1201	再診（時間外）加算		
	112015670	時間外対応加算２		
	112015770	明細書発行体制等加算	138 X 1	138
12	112011010	＊ 外来管理加算	52 X 1	52
13	113001810	＊ 特定疾患療養管理料（診療所）	225 X 1	225
70	.700	＊ 画像診断		
	170016010	時間外緊急院内画像診断加算		
	840000071 10 20	（緊画）　１０日２０時	110 X 1	110

番号	診療日	科	保険

図 689

■エックス線診断料

1.透視診断

（1）入力形式

「診療種別区分」
「撮影部位コード」
「診断コード」
「薬剤コード」△「数量」
　　：
「薬剤コード」△「数量」
「材料コード」△「数量」
　　：
「材料コード」△「数量」＊「回数」

となります。
数量が1の場合は省略ができます。回数が1の場合は省略ができます。

（2）入力例

（参考）撮影部位コードは参考のためのコードです。
※ユーザにおいて、必要な撮影部位はコードを作成してください。

＜例1＞胸部単純透視をした場合
撮影部位コードを入力して診断コードを入力します。

診区	入力コード	名称	数量・点数			
12	112007410	＊再診				
	112015670	時間外対応加算２				
	112015770	明細書発行体制等加算			73 X 1	73
12	112011010	＊外来管理加算			52 X 1	52
13	113001810	＊特定疾患療養管理料（診療所）			225 X 1	225
70	.700	＊画像診断				
	170000310	透視診断			110 X 1	110

番号	診療日	科	保険

図 690

＜例2＞胃造影透視をした場合
造影剤　バリトゲンゾル100%　100ml

診区	入力コード	名称	数量・点数			
12	112007410	＊再診				
	112015670	時間外対応加算２				
	112015770	明細書発行体制等加算			73 X 1	73
12	112011010	＊外来管理加算			52 X 1	52
13	113001810	＊特定疾患療養管理料（診療所）			225 X 1	225
70	.700	＊画像診断				
	X01001	胃				
	170000310	透視診断				
	617210034 100	バリトゲンゾル　１００％	100	mL	125 X 1	125

番号	診療日	科	保険

図 691

2.他院写真診断

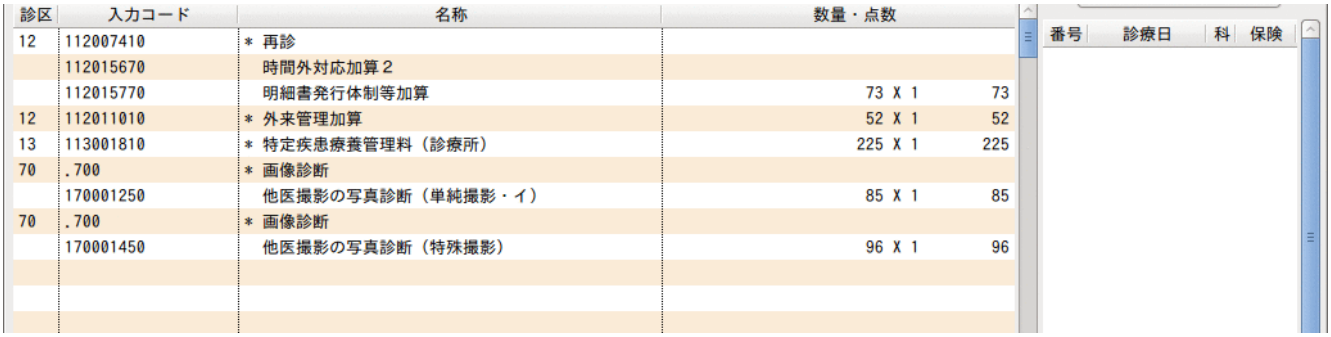
（1）入力形式

「診療種別区分」
「撮影部位コード」

となります。

（2）入力例

＜例1＞胃部単純撮影したフィルムとスポット撮影したフィルムの写真診断をした場合



診区	入力コード	名称	数量・点数	
12	112007410	＊再診		
	112015670	時間外対応加算２		
	112015770	明細書発行体制等加算	73 X 1	73
12	112011010	＊外来管理加算	52 X 1	52
13	113001810	＊特定疾患療養管理料（診療所）	225 X 1	225
70	.700	＊画像診断		
	170001250	他医撮影の写真診断（単純撮影・イ）	85 X 1	85
70	.700	＊画像診断		
	170001450	他医撮影の写真診断（特殊撮影）	96 X 1	96

図 692

3.写真診断＋撮影

（1）入力形式

「診療種別区分」
「撮影部位コード」
「撮影方法コード」
「フィルムコード」△「数量」△「分画数」
：
「フィルムコード」△「数量」△「分画数」
「撮影方法コード」
「フィルムコード」△「数量」△「分画数」
：
「フィルムコード」△「数量」△「分画数」
「薬剤コード」△「数量」
：
「薬剤コード」△「数量」
「材料コード」△「数量」
：
「材料コード」△「数量」＊「回数」

となります。
途中の撮影方法コード及びフィルムコードは同時併施の場合です。同時併施でない場合はないものとして省略します。数量が1の場合は省略ができます。分画数が1の場合は省略ができます。回数が1の場合は省略ができます。
乳房撮影は部位を省略することができます。

（2）自動算定

自動算定を行うのは次の項目です。

写真診断料　（撮影方法コードを入力することにより自動発生します）。
撮影料に係わる新生児加算及び乳幼児加算
フィルム料に係わる乳幼児加算
注意）これらの自動算定を行う診療行為を検索して手入力は行わないでください。

写真診断料及び撮影料に係わる2枚目（2回目）から5枚目（5回目）までの算定ルール
（撮影方法に係わるフィルムの枚数と分画数から撮影回数を判断し自動算定を行います）。
注意）撮影方法コードに回数を入力した場合は、撮影回数の自動算定は行いません。

画像診断管理加算1(写真診断)
(システム管理マスタで施設基準の届け出の設定があり、「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定情報・チェック機能」の「10　画像診断管理加算」の項目が「1　算定する」となっている場合に自動算定をします)

（3）入力例

＜例1＞胸部単純撮影及び写真診断をした場合
　　フィルム　大角　1枚

1. 撮影部位コードを入力して撮影方法コードを入力します。
2. 撮影方法コードを入力すると診断コードが自動発生します。
3. フィルムコードを入力します。

							番号	診療日	科	保険
12	112007410	＊ 再診								
	112015670	時間外対応加算２								
	112015770	明細書発行体制等加算			73 X 1	73				
12	112011010	＊ 外来管理加算			52 X 1	52				
13	113001810	＊ 特定疾患療養管理料（診療所）			225 X 1	225				
70	.700	＊ 画像診断								
	X01004	胸部								
	170001910	単純撮影（アナログ撮影）	1							
	170000410	単純撮影（イ）の写真診断	1							
	F01003 1	大角	1	枚	156 X 1	156				

図 693

＜例2＞胸部単純撮影及び写真診断を乳幼児に行った場合
　　フィルム　大角　1枚

1. 撮影部位コードを入力して撮影方法コードを入力します。
2. 撮影方法コードを入力すると乳幼児加算コードと診断コードが自動発生します。
3. フィルムコードを入力します。
4. フィルムコードを入力すると乳幼児であることと撮影部位が胸部であることから乳幼児のフィルム加算コードが自動発生します。

							番号	診療日	科	保険
11	111000110	＊ 初診								
	111000370	初診（乳幼児）加算			345 X 1	345				
13	111000470	＊ 乳幼児育児栄養指導料			130 X 1	130				
70	X01004	＊ 胸部								
	170001910	単純撮影（アナログ撮影）	1							
	170017270	乳幼児加算（画像）								
	170000410	単純撮影（イ）の写真診断	1							
	F01003 1	大角	1	枚						
	799990070	フィルム料（乳幼児）加算			167 X 1	167				

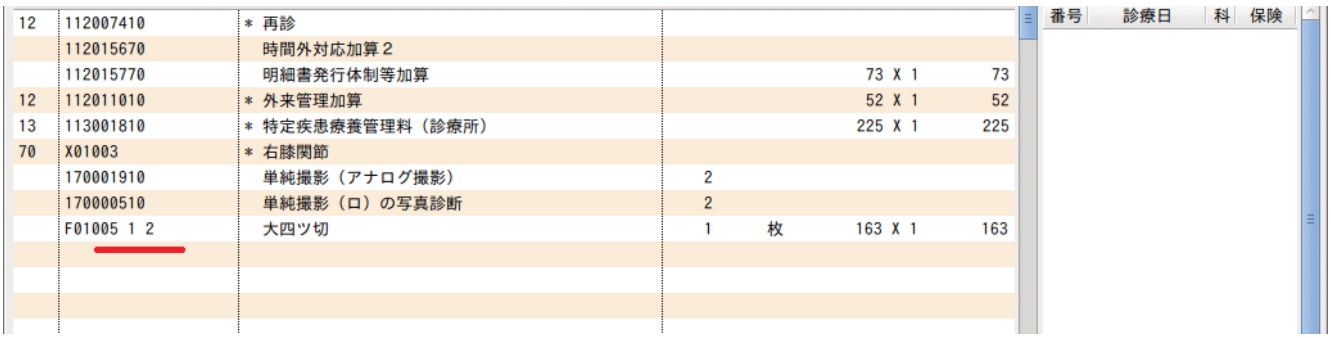
図 694

Copyright(C)2007JMARI

＜例3＞膝関節の単純撮影を2方向及び写真診断をした場合

フィルム　大四ツ切　1枚

フィルムコードの次に枚数の「1」を入力しその次に分画数の「2」を入力します。



12	112007410	＊ 再診				
	112015670	時間外対応加算２				
	112015770	明細書発行体制等加算			73 X 1	73
12	112011010	＊ 外来管理加算			52 X 1	52
13	113001810	＊ 特定疾患療養管理料（診療所）			225 X 1	225
70	X01003	＊ 右膝関節				
	170001910	単純撮影（アナログ撮影）	2			
	170000510	単純撮影（ロ）の写真診断	2			
	F01005 1 2	大四ツ切	1	枚	163 X 1	163

番号　診療日　科　保険

図 695

ポイント！ 各フィルムのコードには"700060000　大四ツ切（2分画）"、"700070000　大四ツ切（4分画）"のように分画数のあるコードも存在します。分画数のないコードに対して分画数入力を行なった場合はレセプト作成時にコメントを自動追加します。

＜例4＞造影剤を使用して胃部の造影剤使用撮影及びスポット撮影をした場合

フィルム　四ツ切　3枚　（造影剤使用撮影）
　　六ツ切　2枚　（造影剤使用撮影）
　　六ツ切　2枚　（スポット撮影）
造影剤　バリトゲンゾル100%　300ml

1. 撮影部位コードを入力して撮影方法コードを入力します。
2. 撮影方法コードを入力すると診断コードを自動発生します。
3. （注意）消化管の造影撮影を行っていますので透視診断料を自動発生します。
4. 透視診断の手入力は行わないでください。
5. 造影剤使用撮影で使用したフィルムコードを入力した後で同時併施の撮影方法コードを入力します。
6. 診断コード（他方と同時併施）を自動発生します。
7. スポット撮影で使用したフィルムと造影剤のコードを入力します。

診区	入力コード	名称	数量・点数			
12	112007410	＊ 再診				
	112015670	時間外対応加算２				
	112015770	明細書発行体制等加算			73 X 1	73
12	112011010	＊ 外来管理加算			52 X 1	52
13	113001810	＊ 特定疾患療養管理料（診療所）			225 X 1	225
70	.700	＊ 画像診断				
	X01001	胃				
	170000310	透視診断				
	170002110	造影剤使用撮影（アナログ撮影）	5			
	170000810	造影剤使用撮影の写真診断	5			
	F01008 3	四ツ切	3	枚		
	F01011 2	六ツ切	2	枚		
	170002010	特殊撮影（アナログ撮影）				
	170000730	特殊撮影の写真診断（他方と同時併施）				
	617210034 300	バリトゲンゾル　１００％	300	mL		
	F01011 2	六ツ切	2	枚	1150 X 1	1150

番号　診療日　科　保険
DO選択　前　次
科　病　名

図 696

＜例5＞造影剤を使用して腎盂の造影剤使用撮影をした場合

フィルム　四ツ切　5枚

造影剤　　イオパミロン300　61.24% 20ml

	112015670	時間外対応加算２				
	112015770	明細書発行体制等加算			73 X 1	73
12	112011010	＊ 外来管理加算			52 X 1	52
13	113001810	＊ 特定疾患療養管理料（診療所）			225 X 1	225
70	.700	＊ 画像診断				
	X01005	腎臓				
	170002110	造影剤使用撮影（アナログ撮影）	5			
	170000810	造影剤使用撮影の写真診断	5			
	F01008 5	四ツ切	5	枚		
	620003684	【先】イオパミロン注３００　６１．２４％２０ｍＬ	1	瓶	888 X 1	888

図 697

＜例6＞腎臓の造影剤使用撮影を行い、造影剤を点滴により注入した場合

フィルム　四ツ切　5枚

造影剤　　イオメロン300　61.24%　100ml

「写真診断＋撮影」の入力方法に基づき、以下のように入力を行います。

	112015670	時間外対応加算２				
	112015770	明細書発行体制等加算			73 X 1	73
12	112011010	＊ 外来管理加算			52 X 1	52
13	113001810	＊ 特定疾患療養管理料（診療所）			225 X 1	225
70	.700	＊ 画像診断				
	X01005	腎臓				
	170002110	造影剤使用撮影（アナログ撮影）	5			
	170000810	造影剤使用撮影の写真診断	5			
	F01008 5	四ツ切	5	枚	680 X 1	680

図 698

点滴注射の手技料を算定するときは、診療種別区分を「.731」とした後に点滴注射の手技料コードを入力します。なお、手技料コードの自動発生及び自動振替は行いませんので、該当の手技料コードを入力するようにしてください。次に、薬剤コードと使用量を入力します。

	112015770	明細書発行体制等加算			73 X 1	73
12	112011010	＊ 外来管理加算			52 X 1	52
13	113001810	＊ 特定疾患療養管理料（診療所）			225 X 1	225
70	.700	＊ 画像診断				
	X01005	腎臓				
	170002110	造影剤使用撮影（アナログ撮影）	5			
	170000810	造影剤使用撮影の写真診断	5			
	F01008 5	四ツ切	5	枚	680 X 1	680
70	.731	＊ 造影剤・注入手技（点滴）				
	130009310	点滴注射				
	621191701 1＊	イオメロン３００注シリンジ１００ｍＬ　６１．２４	1	筒	1080 X 1	1080

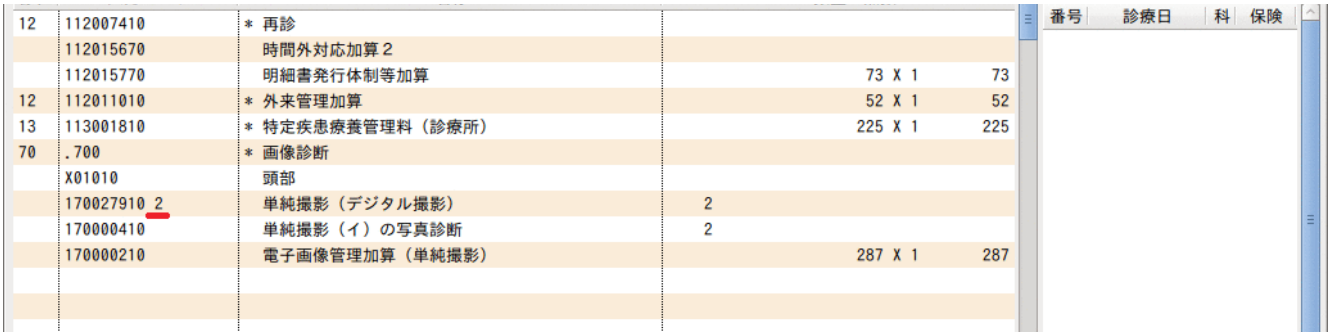
図 699

注意！
「.731」の診療種別区分入力後は、画像診断以外の手技料が入力されても剤分離を行わないため、剤入力後に他の診療行為を入力する場合は次の診療種別区分を入力するか、または剤終了の回数を入力して剤を分けてください。

静脈内注射の手技料を算定する場合も、同様の入力方法で算定することができます。

＜例7＞頭部単純撮影を2回行い、電子媒体に保存した場合

フィルムの入力が無いため、撮影回数を2回と手入力します。診断料は自動的に撮影回数に合わせ2回で算定されます。



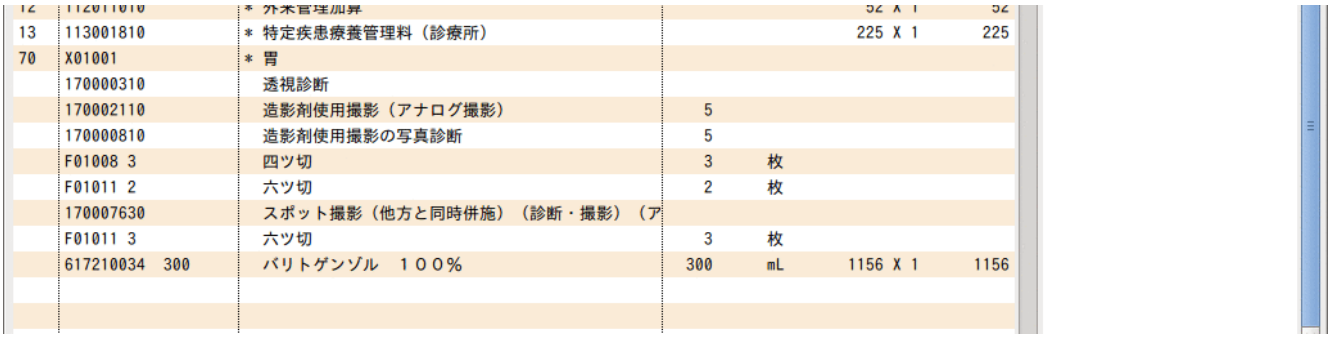
診区	入力コード	名称	数量・点数			
12	112007410	＊再診				
	112015670	時間外対応加算２				
	112015770	明細書発行体制等加算			73 X 1	73
12	112011010	＊外来管理加算			52 X 1	52
13	113001810	＊特定疾患療養管理料（診療所）			225 X 1	225
70	.700	＊画像診断				
	X01010	頭部				
	170027910 2	単純撮影（デジタル撮影）	2			
	170000410	単純撮影（イ）の写真診断	2			
	170000210	電子画像管理加算（単純撮影）			287 X 1	287

番号	診療日	科	保険

図 700

＜例8＞2以上の撮影方法を同時に行った場合

※バージョン4.6.0からレセプト電算、オンライン請求時でも剤を分ける必要がなくなりました。

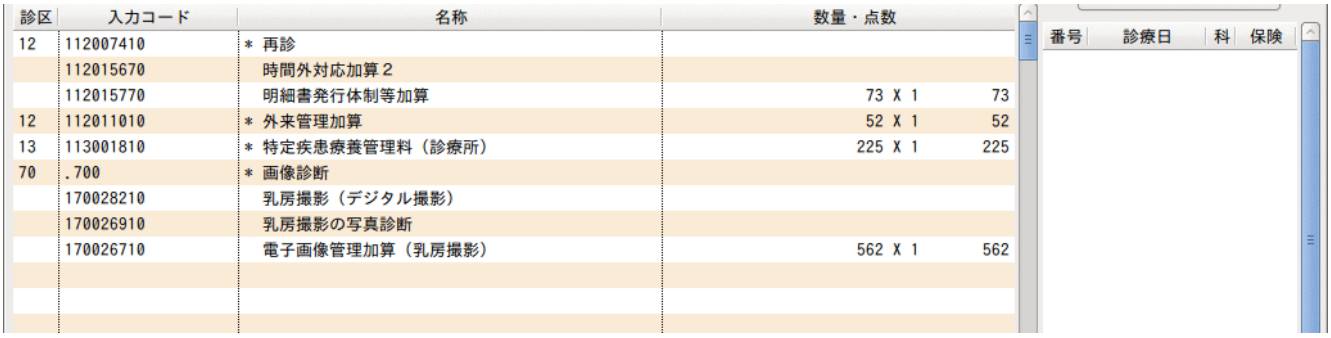


診区	入力コード	名称	数量・点数			
13	113001810	＊特定疾患療養管理料（診療所）			225 X 1	225
70	X01001	＊胃				
	170000310	透視診断				
	170002110	造影剤使用撮影（アナログ撮影）	5			
	170000810	造影剤使用撮影の写真診断	5			
	F01008 3	四ツ切	3	枚		
	F01011 2	六ツ切	2	枚		
	170007630	スポット撮影（他方と同時併施）（診断・撮影）（ア				
	F01011 3	六ツ切	3	枚		
	617210034 300	バリトゲンゾル　１００％	300	mL	1156 X 1	1156

図 701

＜例9＞乳房撮影

部位を省略して入力ができます。



診区	入力コード	名称	数量・点数			
12	112007410	＊再診				
	112015670	時間外対応加算２				
	112015770	明細書発行体制等加算			73 X 1	73
12	112011010	＊外来管理加算			52 X 1	52
13	113001810	＊特定疾患療養管理料（診療所）			225 X 1	225
70	.700	＊画像診断				
	170028210	乳房撮影（デジタル撮影）				
	170026910	乳房撮影の写真診断				
	170026710	電子画像管理加算（乳房撮影）			562 X 1	562

番号	診療日	科	保険

図 702

■核医学診断料

1. シンチグラム
（1）入力形式

「診療種別区分」
（「撮影部位コード」）
「撮影方法コード」△「スキャン数またはコマ数」
「手技加算コード」
「手技加算コード」△「処理数」
「フィルムコード」△「枚数」
：
「フィルムコード」△「枚数」
「薬剤コード」△「数量」
：
「薬剤コード」△「数量」
「材料コード」△「数量」
：
「材料コード」△「数量」＊「回数」

となります。
スキャン数またはコマ数が1の場合は省略ができます。処理数が1の場合は省略ができます。
枚数が1の場合は省略ができます。数量が1の場合は省略ができます。回数が1の場合は省略ができます。

（2）自動算定
自動算定を行うのは次の項目です。
核医学診断料
（点数マスタの「手術、検査、入院」画面の検査等実施判断グループ区分が「31」である診療行為について入力されたときに自動算定を行います）。

新生児または3歳未満の乳幼児（新生児を除く）。加算
注意）これらの自動算定を行う診療行為を検索して手入力は行わないでください

画像診断管理加算1（核医学）、または画像診断管理加算2（核医学）
（システム管理マスタで施設基準の届け出の設定があり、「101　システム管理マスタ」ー「1007　自動算定情報・チェック機能」の「10　画像診断管理加算」の項目が「1　算定する」となっている場合に自動算定をします）

なお、各撮影方法を指定した遠隔画像診断管理加算が入力されているときは、それぞれの画像診断管理加算の自動発生は行いません。また、遠隔画像診断管理加算1、或いは遠隔画像診断管理加算2を入力した場合には、全ての画像診断管理加算の自動発生を行いません。

（3）入力例

＜例1＞全身シンチグラムをした場合

クエン酸ガリウム　10MBq

画像記録用フィルム　大四ツ切　5枚

診区	入力コード	名称	数量・点数			
12	112007410	＊再診				
	112015670	時間外対応加算２				
	112015770	明細書発行体制等加算			73 X 1	73
12	112011010	＊外来管理加算			52 X 1	52
13	113001810	＊特定疾患療養管理料（診療所）			225 X 1	225
70	.700	＊画像診断				
	170024710	シンチグラム（全身）				
	700750000 5	画像記録用フィルム（大四ツ切）	5	枚		
	644310112 10	クエン酸ガリウム（６７Ｇａ）注射液	10	MBq	2583 X 1	2583

番号	診療日	科	保険

図 703

■コンピューター断層撮影診断料

（1）入力形式

「診療種別区分」
（「撮影部位コード」）
「撮影方法コード」
「フィルムコード」△「枚数」
：
「フィルムコード」△「枚数」
「薬剤コード」△「数量」
：
「薬剤コード」△「数量」
「材料コード」△「数量」
：
「材料コード」△「数量」＊「回数」

となります。
枚数が1の場合は省略ができます。数量が1の場合は省略ができます。回数が1の場合は省略ができます。

（2）自動算定
自動算定を行うのは次の項目です。

同一部位につきコンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に2回以上行った場合の2回目以降の断層撮影の費用は入力した撮影方法コードを2回目以降のコードに自動振替を行います。
入力された薬剤が造影剤の場合は造影剤使用加算を自動算定します。

コンピューター断層診断料
（点数マスタの「手術、検査、入院」画面の検査等実施判断グループ区分が「32」である診療行為について入力されたときに自動算定を行います）。
新生児または3歳未満の乳幼児（新生児を除く）。加算
注意）これらの自動算定を行う診療行為を検索して手入力は行わないでください。

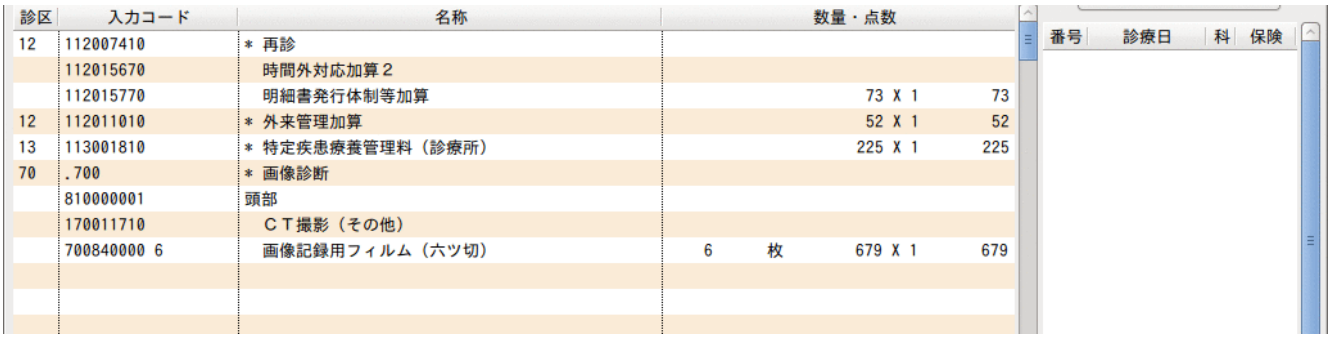
画像診断管理加算1（コンピューター断層診断）
画像診断管理加算2（コンピューター断層診断）
（システム管理マスタで施設基準の届け出の設定があり、「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定情報・チェック機能」の「10　画像診断管理加算」の項目が「1　算定する」となっている場合に自動算定をします）

なお、各撮影方法を指定した遠隔画像診断管理加算が入力されているときは、それぞれの画像診断管理加算の自動発生は行いません。また、遠隔画像診断管理加算1、或いは遠隔画像診断管理加算2を入力した場合には、全ての画像診断管理加算の自動発生を行いません。

（3）入力例

＜例1＞造影剤を使用して頭部の単純CT撮影をした場合

造影剤　アミドトリゾ酸ナトリウム　1瓶
フィルム　画像記録用フィルム　六ツ切　　6枚

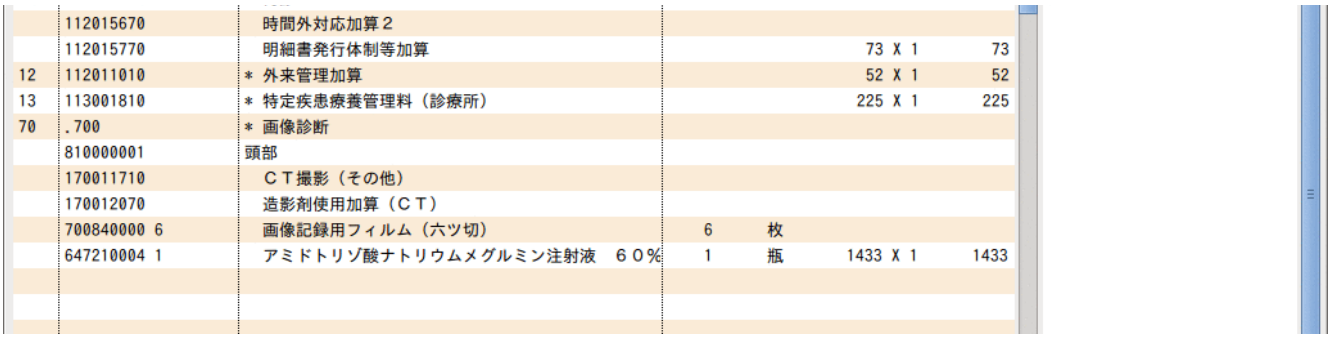


診区	入力コード	名称	数量・点数			
12	112007410	＊再診				
	112015670	時間外対応加算２				
	112015770	明細書発行体制等加算			73 X 1	73
12	112011010	＊外来管理加算			52 X 1	52
13	113001810	＊特定疾患療養管理料（診療所）			225 X 1	225
70	.700	＊画像診断				
	810000001	頭部				
	170011710	ＣＴ撮影（その他）				
	700840000 6	画像記録用フィルム（六ツ切）	6	枚	679 X 1	679

番号　診療日　科　保険

図 704

造影剤を入力します。造影剤使用加算コードが自動発生します。



	112015670	時間外対応加算２				
	112015770	明細書発行体制等加算			73 X 1	73
12	112011010	＊外来管理加算			52 X 1	52
13	113001810	＊特定疾患療養管理料（診療所）			225 X 1	225
70	.700	＊画像診断				
	810000001	頭部				
	170011710	ＣＴ撮影（その他）				
	170012070	造影剤使用加算（ＣＴ）				
	700840000 6	画像記録用フィルム（六ツ切）	6	枚		
	647210004 1	アミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン注射液　６０％	1	瓶	1433 X 1	1433

図 705

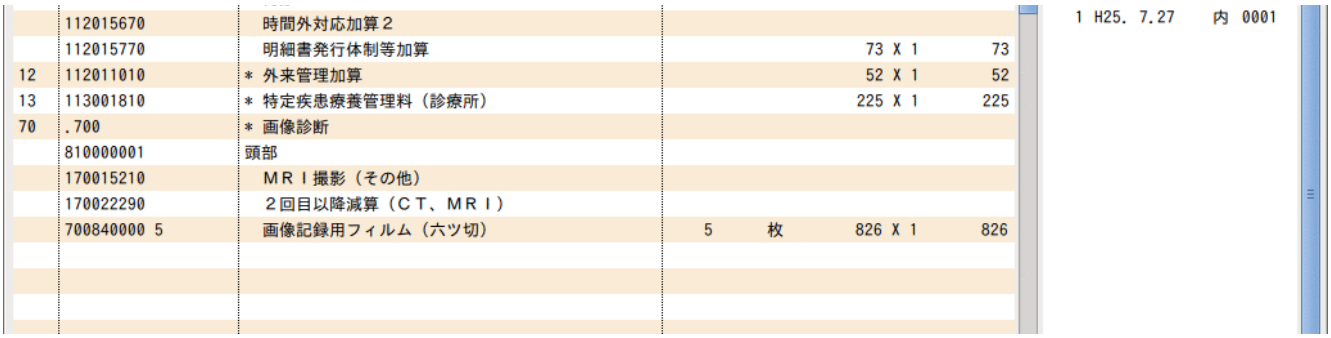
Copyright(C)2007JMARI

＜例2＞当月に頭部単純CT撮影を行っており、今回頭部の磁気コンピューター断層撮影をした場合

フィルム　画像記録用フィルム　大四ツ切　5枚

注意！
いつでも1回目の点数を算定するつもりで入力を行います。

1. 単純MRIの撮影方法コードを入力します。
2. 当月2回目以降を判断し2回目以降の減算を自動で行います。
3. フィルムコードを入力します。



	112015670	時間外対応加算２				
	112015770	明細書発行体制等加算			73 X 1	73
12	112011010	＊ 外来管理加算			52 X 1	52
13	113001810	＊ 特定疾患療養管理料（診療所）			225 X 1	225
70	.700	＊ 画像診断				
	810000001	頭部				
	170015210	ＭＲＩ撮影（その他）				
	170022290	２回目以降減算（ＣＴ、ＭＲＩ）				
	700840000 5	画像記録用フィルム（六ツ切）	5	枚	826 X 1	826

1 H25. 7.27　内 0001

図 706

Copyright(C)2007JMARI

（11）その他料

（11）－1　診療種別区分

内容	診療種別区分
その他（リハビリ）	.800
その他（労災・自賠責入力）	.809
精神科専門療法	.830
放射線治療	.840

（11）－2　入力形式

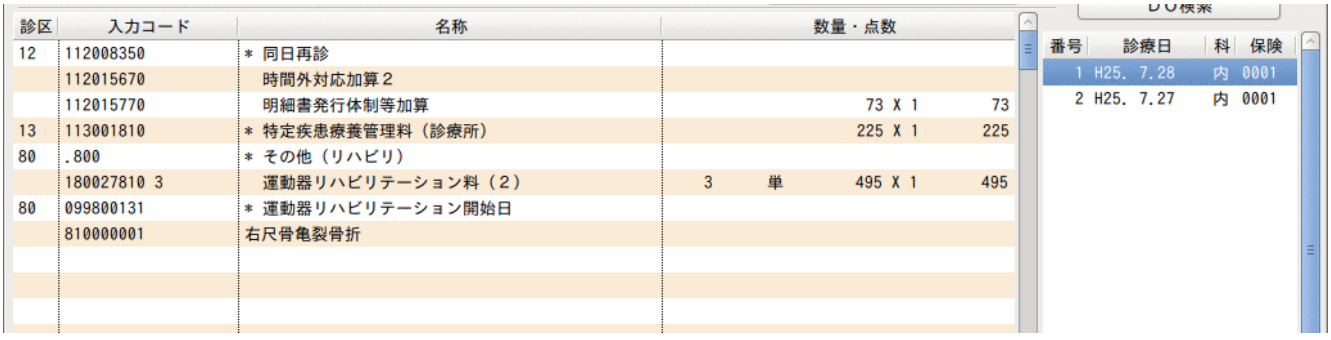
「診療種別区分」
「リハビリテーションコード」△単位数

または

「精神専門療法等のその他料コード」
「加算コード」
　　：
「薬剤コード」△「数量」＊「回数」

となります。
数量が1の場合は省略できます。回数が1の場合は省略できます。
診療種別区分は省略することもできます。ただし、剤終了の判別は 回数の入力によるか、診療種別区分の入力により判定しますので場合によっては省略できないこともあります。

＜リハビリテーションの入力＞



診区	入力コード	名称	数量・点数
12	112008350	＊ 同日再診	
	112015670	時間外対応加算２	
	112015770	明細書発行体制等加算	73 X 1 73
13	113001810	＊ 特定疾患療養管理料（診療所）	225 X 1 225
80	.800	＊ その他（リハビリ）	
	180027810 3	運動器リハビリテーション料（２）	3 単 495 X 1 495
80	099800131	＊ 運動器リハビリテーション開始日	
	810000001	右尺骨亀裂骨折	

番号	診療日	科	保険
1	H25. 7.28	内	0001
2	H25. 7.27	内	0001

図 707

「リハビリテーションコード」△単位数
「リハビリ開始コード」
「フリーコメントコード（病名）」

＜各リハビリの発症日・治療開始日をレセプトに記載する＞
各リハビリに対して開始コードが準備してあります。開始コードを入力した診療日をレセプトに自動記載します
開始コードと同一剤にあるフリーコメントをリハビリ対象病名としてレセプトに記載します。
　　″099800131　運動器リハビリテーション開始日″
　　″810000001　右尺骨骨折″

●リハビリ開始コメントを「手術　○日」・「急性増悪　○日」と記載したい

手術日として記載するには

リハビリ開始コードを入力する際に、840000042　手術　日　を同一剤で入力します。

　　″099800131　運動器リハビリテーション開始日″

　　″810000001　右尺骨骨折″

　　″840000042　手術　日″

※このとき「手術　日」のコメントに日付は入力しません。開始日の登録されている診療日を自動記載します。

急性増悪として記載するには

リハビリ開始コードを入力する際に、″840000101　急性増悪　月　日″を同一剤で入力します。

　　″099800131　運動器リハビリテーション開始日″

　　″810000001　右尺骨骨折″

　　″840000101　急性増悪　月　日″

※このとき「急性増悪　月　日」のコメントに日付は入力しません。開始日の登録されている診療日を自動記載します。

ヒント！

入力したリハビリ開始日は診療行為入力画面に表示します。

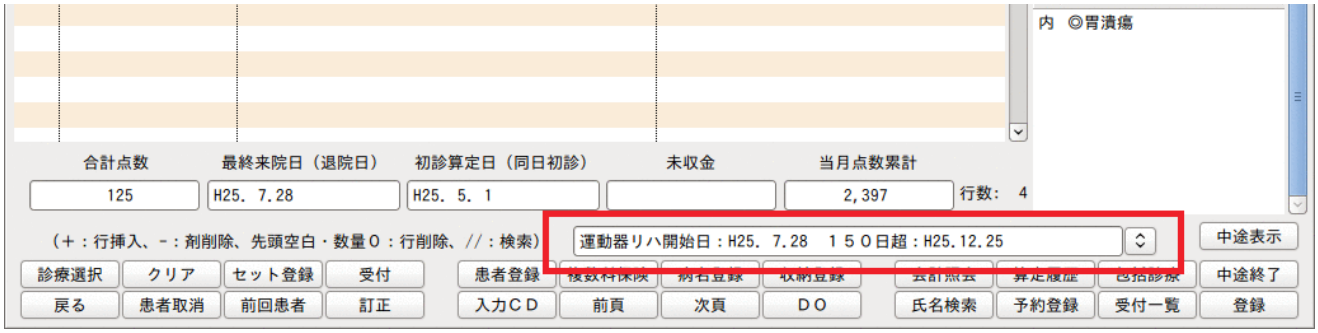


図 708

※診療行為入力画面の初期表示は「101　システム管理マスタ」－「1038　診療行為機能情報」の設定によります。

＜複数リハビリの開始日登録について＞

リハビリ治療中に別のリハビリが発生した場合も同様に各リハビリの開始日を登録します。

＜リハビリの終了の仕方＞

各リハビリ開始日に対する終了日を入力できます。

　　″099800142　呼吸器リハビリテーション終了日″

レセプトコメントの終了、日数チェックの終了に使用します。終了日を入力するとその種類のリハビリは複数の開始日があっても全て終了となります。

ヒント！

算定履歴照会画面からも終了日を登録することができます。

同じ種類のリハビリ（運動器等）で複数回の開始日がある場合は、算定履歴より各開始日に対して終了日の設定をすることができます。【2.5.2　入力の基本操作】の【（6）算定履歴】を参照してください。

＜運動器リハビリテーション、脳血管疾患リハビリテーションの施設基準不適合減算について＞

減算対象の運動器リハビリテーション料、脳血管疾患リハビリテーション料を入力した場合、施設基準不適合減算コードが自動算定されます。

減算しない場合は、【5.1　システム管理マスタ】ー【1006　施設基準情報】にて以下の施設基準を設定します。
「3354　運動器リハビリテーション料（1）（注5に規程する施設基準）」
「3355　運動器リハビリテーション料（2）（注5に規程する施設基準）」
「8009　運動器リハビリテーション料（1）、（2）または（3）（注5に規程する施設基準）（名寄せコード）」
「3351　脳血管疾患リハビリテーション料（1）（注5に規程する施設基準）」
「3352　脳血管疾患リハビリテーション料（2）（注5に規程する施設基準）」
「8008　脳血管疾患リハビリテーション料（1）、（2）または（3）（注5に規程する施設基準）（名寄せコード）」

＜一日の上限回数と算定チェック期間について＞

各リハビリは一日6単位をチェックします。6単位以上の入力は警告メッセージを表示しメッセージを閉じた後入力ができます。一日最大9単位とし、9単位以上の入力はエラーメッセージを表示し入力はできません。
また、リハビリ開始コードの入力がある場合に、開始コードの入力日を起算日とし日数チェックを行います。逓減開始日数を過ぎて逓減しないコードを入力した場合は自動逓減を行います。その逆の置き換えも自動で行います
算定日数上限を過ぎて入力を行うと警告メッセージを表示します。メッセージを閉じた後入力ができます。

※摂食機能療法は月4回をチェックします。難病患者リハビリテーションはチェックをしていません。

	チェックする回数		リハビリ開始コード
運動器リハビリテーション料	6単位（9単位）	150日以上 1月13単位	099800131 運動機能リハビリテーション開始日
心大血管リハビリテーション料	6単位（9単位）	150日以上 1月13単位	099800111 心大血管リハビリテーション開始日
脳血管疾患等リハビリテーション料	6単位（9単位）	180日以上 1月13単位	099800121 脳血管疾患等リハビリテーション開始日
呼吸器リハビリテーション料	6単位（9単位）	90日以上 1月13単位	099800141 呼吸器リハビリテーション開始日
摂食機能療法	月4回	ー	099800151 摂食機能療法開始日
障害児（者）リハビリテーション料	6単位	ー	ー
難病患者リハビリテーション料	ー日につき	ー	099800161 難病患者リハビリテーション開始日
がん患者リハビリテーション料	6単位	ー	099800181 がん患者リハビリテーション開始日
早期リハビリ加算	ー	治療開始日、発症日、手術日、急性増悪日より30日以内	
短期集中リハビリテーション実施加算	_	退院日から起算して3月いないの期間	

※H18年3月31日以前から発症・治療開始している場合の入力について
1. 疾患の発症日・治療開始日に「開始コード」「病名」を入力します。（レセプト記載のため）
2. H18年4月1日に「開始コード」（病名は省略可）を入力します。（算定期間のチェックのため）

1で入力した「開始コード」をレセプト記載します。
2で入力した「開始コード」より算定期間の起算日となります。
H18年4月1日以降が発症日、治療開始日の場合は、該当の日付のみに「開始コード」「病名」を入力してください。

＜リハビリ開始コードを過去の日付で入力する＞

各リハビリ開始コードは過去の日付で入力する場合があります。過去の開始コードを入力する日（発症日）に受診がある場合は、「訂正」で開き追加入力を行います。受診がない場合は、新たに過去日で入力し登録します。（このときは初再診等基本診療はクリアし開始コードのみ入力、同時にコメントにて病名も登録）
過去の日付で入力できない場合は、算定履歴のみを作成することもできます。

＜リハビリ開始コードを算定履歴画面から入力する＞

算定履歴画面からリハ開始日とコメントを登録できます。
【2.5.2　入力の基本操作】の【（6）算定履歴の項目】を参照してください。

＜通院・在宅精神療法を行った場合＞

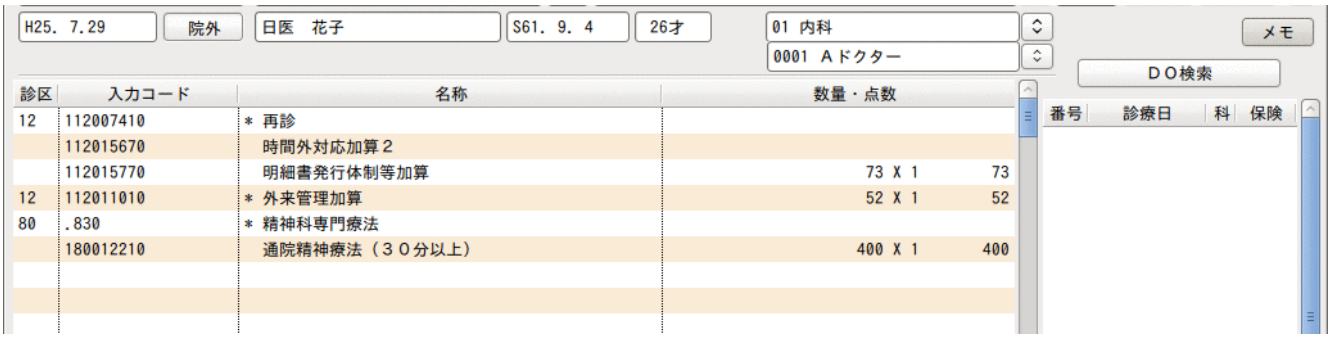


図 709

初診時に通院精神療法を（1時間30分＝90分）行った場合、通院精神療法実施時間を分単位でコメント入力します。

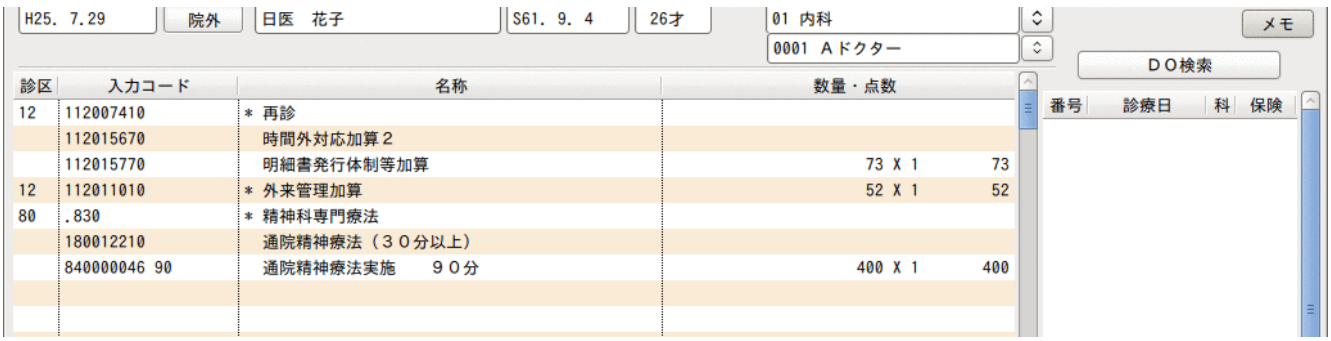


図 710

＜通院・在宅精神療法20歳未満の自動発生＞

- 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を算定した場合、初診日から1年以内の期間は「通院・在宅精神療法（20歳未満）加算」を自動発生します。
- 16歳未満の患者で、「システム管理－1006施設基準情報」の「3039　児童・思春期精神科入院医療管理料」の項目に「1」が設定されている場合、初診から2年以内の期間は「通院・在宅精神療法（20歳未満）加算」を自動発生します。
- レセプトへ「精神科を初めて受診した日」の年月日をコメント記載するには、システム予約コード　”099830102 通院・在宅精神療法開始日”を入力します。

図 711

ヒント！ 精神療法20歳未満加算の自動発生を「101　システム管理マスタ」－「1038　診療行為機能情報」にて自動発生しないように設定できます。

＜精神科デイ・ケア等早期加算、精神科ショート・ケア早期加算の算定日チェックを行うには＞

次の診療を最初に算定した日に予約コードを入力します。

精神科デイ・ケア
精神科ショート・ケア
精神科ナイト・ケア
精神科デイ・ナイト・ケア
重度認知症患者デイ・ケア
または精神病床を退院した日

システム予約コード

″099830101　精神科ケア早期加算開始日″

直近の予約コードが入力されている日から期間をチェックし、早期加算を入力した日が1年を超えていれば警告メッセージを表示します。

注意！ ″099830101　精神科ケア早期加算開始日″は早期加算の1年の期間をチェックするためのコードです。 レセプトに日付の記載を行うコードではありません。

＜体外照射（エックス線表在治療）の1回目を行った場合＞

図 712

体外照射用固定器具を使用した場合

図 713

＜診療区分　.809　その他（労災・自賠責入力）について＞

09591・・・～09593・・・の労災・自賠責用の金額フリー（単価0円）で作成したコードを入力した場合、診療区分「.809　その他（労災・自賠責入力）の扱いになります。

（12）病理診断

内容	診療種別区分
病理診断	.640
病理診断加算料	.643

ポイント！

病理診断加算を単独入力するには「.643」を使用して入力します。

算定を行う診療行為コードを入力します。

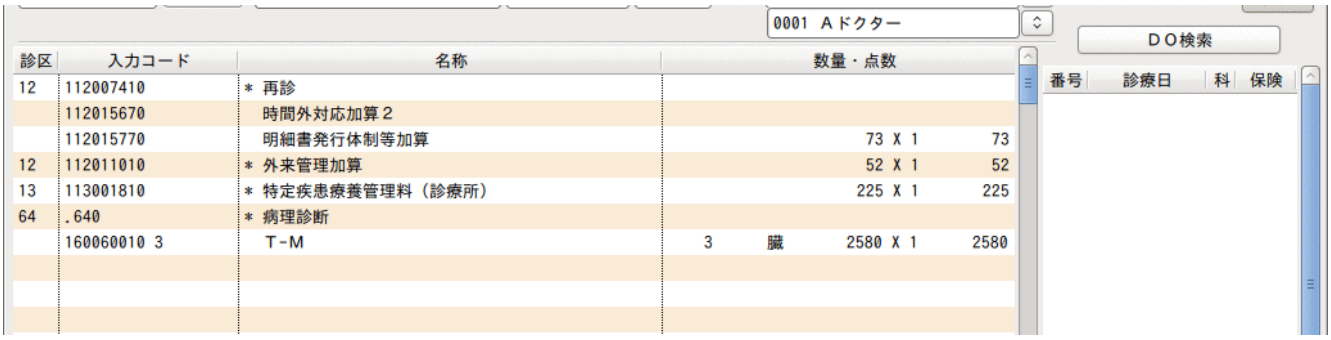


図 714

病理組織顕微鏡検査を行った場合は次のような入力になります。
この診療行為コードの場合は、検査を行った臓器の数を数量として入力します。
ただし、3臓器以上の場合は3臓器が限度ですのでその場合は「3」を数量として入力します。

免疫染色病理組織標本作製を行った場合の加算は該当の診療行為コードを入力します。
1臓器につき算定ができますので数量として臓器の数を入力します。

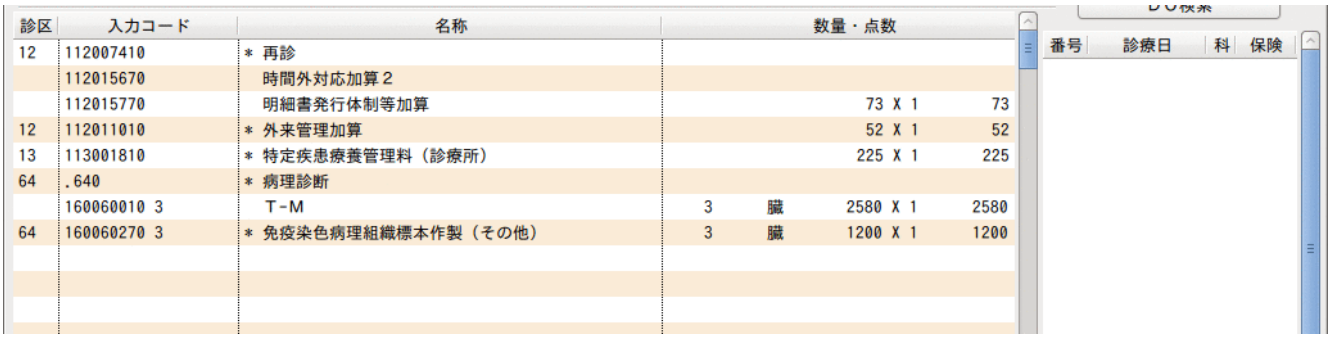


図 715

電子顕微鏡を使用した場合の加算は該当の診療行為コードを入力します。

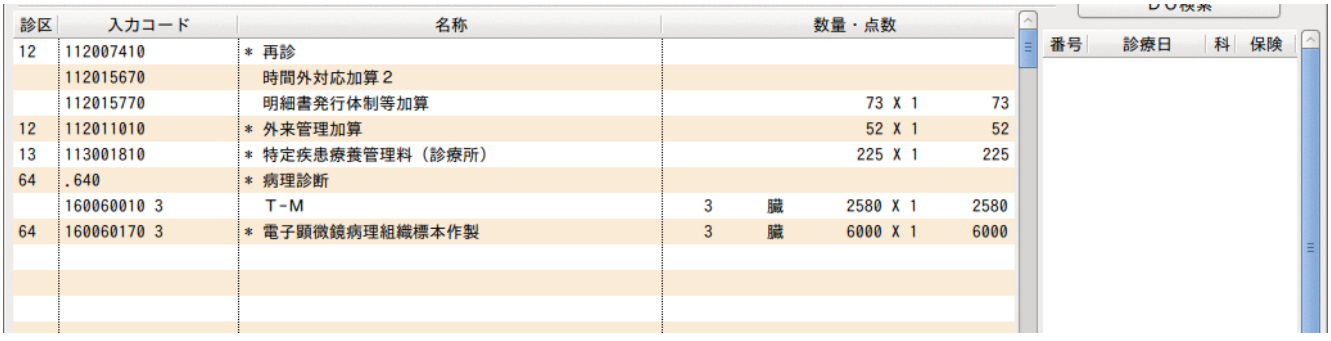


図 716

（13）コメント文

（13）－1　診療種別区分

内容	診療種別区分
コメント	.990
コメント（摘要欄下部表示）	.991

（13）－2　入力方法

「診療種別区分」
「コメントコード」

または

「診療行為コード」
「加算コード」
「コメントコード」

コメントコードには作成するコード番号により以下のような種類があります。

作成するコメントコード	内容
810000001	フリーコメントコードです。自由に編集できます。 紙レセプト提出：一行40文字まで入力できます。
0082XXXXX	固定文の登録に適しています。 例）（初回）、（右）、（左）、（両側）等
0083XXXXX	入力後にコメント内容を自由に変更することができます。 例）（疾患名：　　）等
0084XXXXX	入力後に数値をスペースで区切って入力することができます。 例）（前回実施日　　年　　月　　日）、（朝　　単位）等
0085XXXXX	レセプトに印字しないコードです。 レセプト以外の帳票（処方せん、指示せん等）には印字します。 主に院内処方せんのコメントに使用します（0082XXXXX～0084XXXXXを使用するとレセプトに印字されてしまうためです）。
0086XXXXX	全ての帳票、レセプトに印字しない画面表示用のコメントコードです。 主に一覧表示の区切り等に使用します。 例）（以下より上肢）、（以下より皮膚科薬剤）等

ヒント！
コメントコードの登録は【5.3　ユーザ点数マスタの設定について】の【（4）コメント文の登録】を参照してください。

Copyright(C)2007JMARI

＜診療内容にコメントをつける場合＞

診療行為にコメントをつける場合は.990、.991は使用せず入力したい剤の最後にコメントコードを入力します。
（剤の途中にコメントを入力するとレセプト電算ではエラーとなる場合があります）

例ではコメントが40文字を超えるため、2行分けてコメントの入力を行っています。

診区	入力コード	名称	数量・点数		
12	112007410	＊再診			
	112015670	時間外対応加算２			
	112015770	明細書発行体制等加算		73 X 1	73
12	112011010	＊外来管理加算		52 X 1	52
13	113001810	＊特定疾患療養管理料（診療所）		225 X 1	225
60	.600	＊検査			
	160056110 8	特異的ＩｇＥ半定量・定量	8 種		
	810000001	ハウスダスト、ヤケヒョウヒダニ、動物上皮、ダニ			
	810000001	スギ、ヒノキ、イネ科、カモガヤ		880 X 1	880

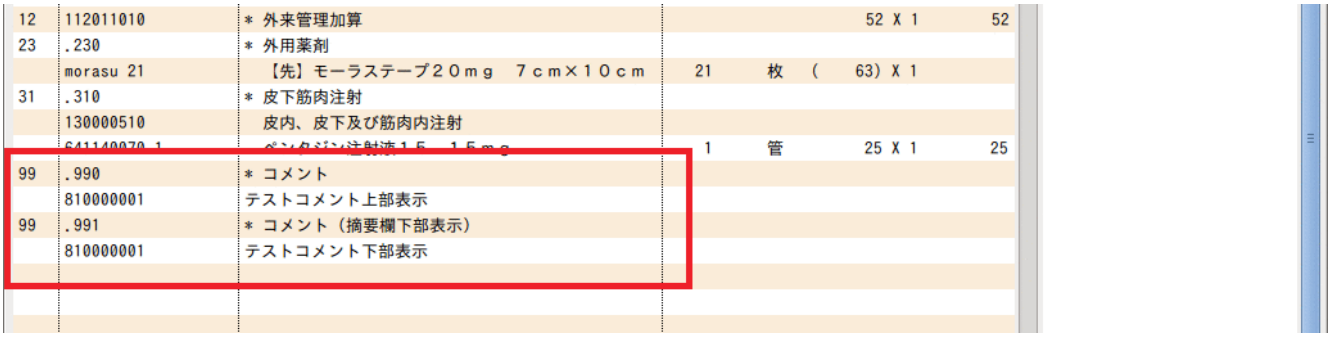
番号	診療日	科	保険

図 717

＜コメント単独で入力する場合＞

.990　コメント（摘要欄上部に表示）

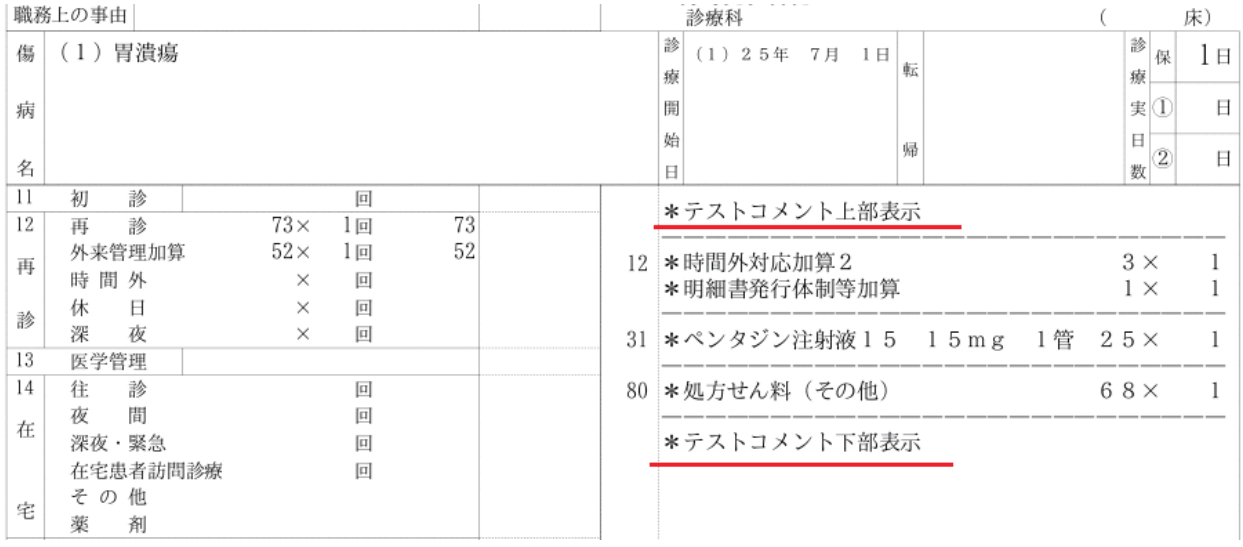
.991　コメント（摘要欄下部表示）を使用します。



12	112011010	＊外来管理加算		52 X 1	52
23	.230	＊外用薬剤			
	morasu 21	【先】モーラステープ２０ｍｇ　７ｃｍ×１０ｃｍ	21 枚	(63) X 1	
31	.310	＊皮下筋肉注射			
	130000510	皮内、皮下及び筋肉内注射			
	641140070 1	ペンタジン注射液１５　１５ｍｇ	1 管	25 X 1	25
99	.990	＊コメント			
	810000001	テストコメント上部表示			
99	.991	＊コメント（摘要欄下部表示）			
	810000001	テストコメント下部表示			

図 718

【レセプト表示】



職務上の事由　　診療科　　（　　床）

傷病名：（１）胃潰瘍

診療開始日：（１）２５年　７月　１日　　転帰：

診療実日数：保 １日　①　日　②　日

11	初診		回	
12	再診	73×	1回	73
再診	外来管理加算	52×	1回	52
	時間外	×	回	
	休日	×	回	
	深夜	×	回	
13	医学管理			
14	往診		回	
在宅	夜間		回	
	深夜・緊急		回	
	在宅患者訪問診療		回	
	その他			
	薬剤			

＊テストコメント上部表示

12	＊時間外対応加算２	３×	1
	＊明細書発行体制等加算	１×	1
31	＊ペンタジン注射液１５　１５ｍｇ　１管	２５×	1
80	＊処方せん料（その他）	６８×	1

＊テストコメント下部表示

図 719

Copyright(C)2007JMARI

＜診療行為レコードにコメントを含めて記録する方法＞

コメントコードはレセプト電算データに記録する際、2種類の記録方法があります。

- 診療行為レコードとコメントレコードを別に記録する。
  ここまでに説明した診療行為と同じ剤にコメントを入力する方法と「.990」「.991」でコメントを入力する方法では診療行為とコメントのレコードが別に記録されます。

- 診療行為レコードにコメントコードを含めて記録する。
  コメントコードの後ろに「C」または「c」を入力することで、診療行為レコードにコメントレコードを含めて記録することができます。これは次に説明をします。

■診療行為レコードに含める方法

例）熱傷処置
　初回実施日　3月　5日

入力方法：
　　140032010　熱傷処置（100cm2未満）
　　840000085 3 5 c　初回実施　3月　5日

レセ電コードの記録：
SI,40,1,140032010,,135,1,840000085,0305,,,,,,,,・・・

ポイント！ コメントコードの後にスペース（半角）を入力し、「C」または「c」を入力してください。

注意！ 紙レセプトに印字したときは従前どおり診療行為の下にコメントが記載されます。

２．７．１　病名登録

（1）患者の呼び出し
（2）病名の登録
（3）病名の修正
（4）項目の説明
（5）簡単修正
（6）病名の複写・別の診療科へコピー（移動）をする
（7）病名番号欄から区分を修正する
（8）移行先病名の表示、別コードに置き換えができる病名の表示
（9）廃止病名の表示
（10）病名の削除
（11）コメント入力
＜ファンクションキーの説明＞

（1）患者の呼び出し

他業務（診療行為など）で患者を呼び出した状態で病名登録画面へ遷移した場合には、患者情報を引き継いで表示を行います。病名登録画面から患者を呼び出す場合は、以下に挙げるいずれかの方法を使用します。
患者番号欄へ患者番号を入力する。
患者番号入力欄へ検索する患者の名字、或いは氏名を10文字までの全角カタカナまたは漢字で入力する
「氏名検索」(F9)から患者の名字、或いは氏名を入力し検索する。

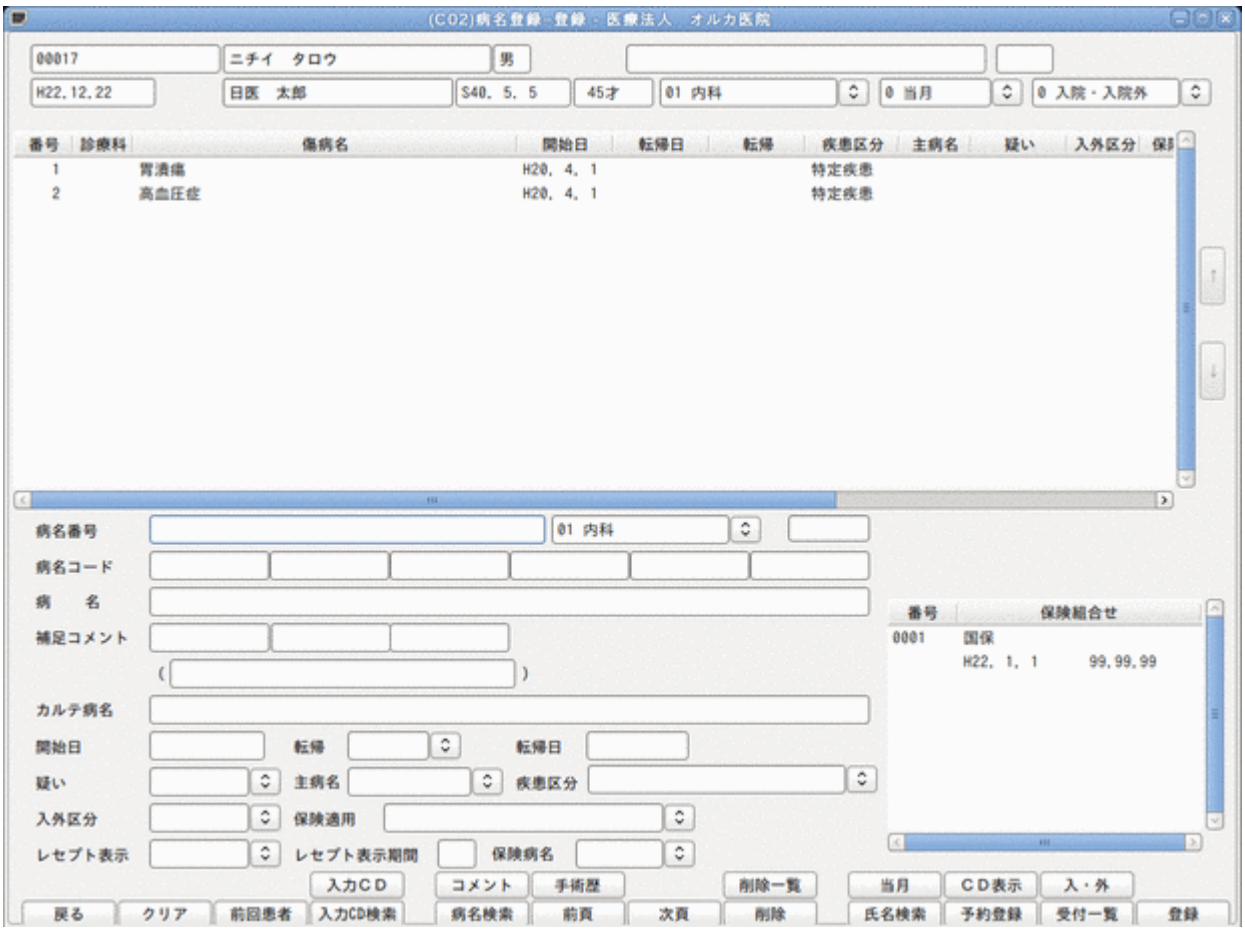


図 720

＜診療科の表示について＞

デフォルト設定では、他の業務から患者情報を引き継ぎ病名登録へ遷移した場合は、診療科も引継ぎその診療科を表示します。病名登録画面から患者を呼び出した場合は、最終受診科を表示します。

「101　システム管理マスタ」－「1042　病名・コメント機能情報」にて初期設定の変更ができます。

＜表示期間について＞

デフォルト設定では、「0　当月」を表示します。

当月に有効な病名のみを表示します。

「101　システム管理マスタ」－「1042　病名・コメント機能情報」により、初期設定の変更ができます。

コンボボックスを選択することにより、表示内容を切り替えることもできます。

「0　当月」・・・当月有効な病名のみ表示

「1　前月」・・・前月に有効な病名のみ表示

「2　全体」・・・登録されている全ての病名を表示

表示の切り替え方法は、ファンクションキー(Shift＋F9)あるいはマウスで切り替えます。

＜入院・入院外の病名表示について＞

「入外区分」欄で「1　入院」または「2　入院外」を選択して登録された病名は、「入・外」(Shift＋F11)あるいはマウスで表示画面を切り替えて入院・外来分のみを表示することができます。

なお、入外区分欄が選択されなかった（空白）病名は、切り替えボタンの選択にかかわらず全ての画面に表示を行います。

デフォルトは、「0　入院・入院外」を表示します。

「0　入院・入院外」・・・入外区分で「1　入院」または「2　入院外」を選択した病名のどちらも表示します。また、入外区分が選択されていない病名についても表示を行います。

「1　入院」・・・入外区分で「1　入院」を選択した病名及び選択の無い病名を表示します。

「2　入院外」・・入外区分で「2　入院外」を選択した病名及び選択の無い病名を表示します。

（2）病名の登録

病名コード～保険病名の各項目の入力を行います。
入力後、「登録」(F12)を押下すると患者病名マスタに登録します。
開始日は、入力しない状態で「登録」すると患者番号欄下の診療年月日の日付で登録を行います。

図 721

＜補足コメントについて＞

- 20文字までを登録します。21文字以降は削除します。
- （　）は入力しません。紙レセプトには自動的に記載します。
- 複数病名を入力する場合は補足コメントの入力はできません。
- 照会業務から補足コメントの検索はできません。
- 補足コメントのみの入力はできません。

＜労災保険・自賠責保険・公害の場合＞

医保の場合の入力と同様となります。
ただし、各レセプトへ病名を印字させるためには「保険適用」欄へ労災保険または自賠責保険、公害を選択することが必須となります。

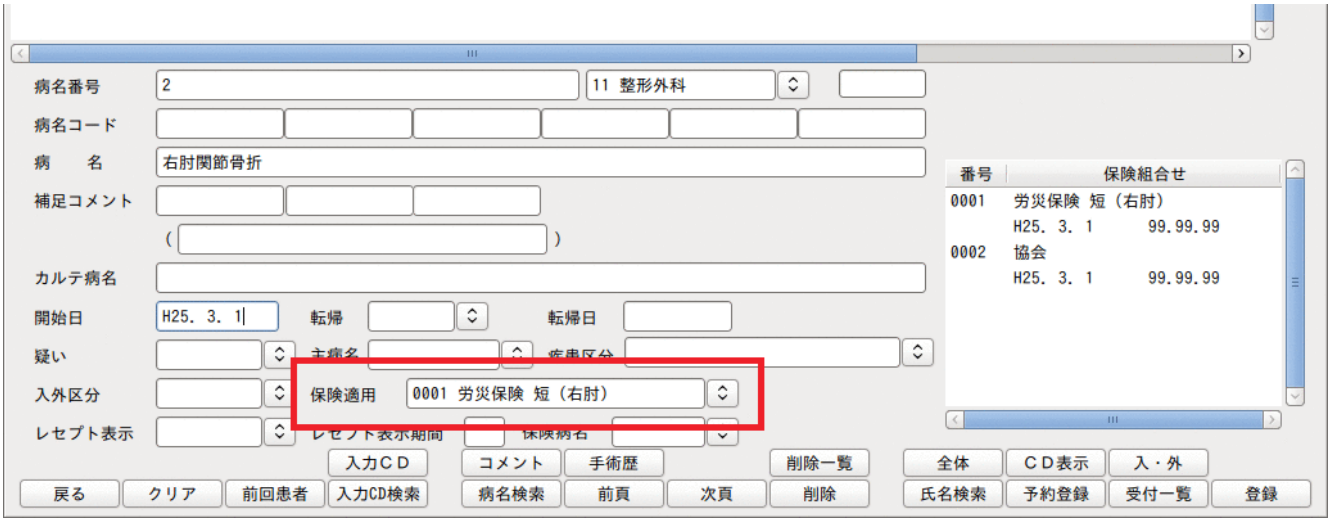


図 722

＜自賠責（第三者行為）の病名について＞
医保の場合の入力と同様になります。
ただし、保険適用欄の右側に「第三者行（部位）」を選択します。

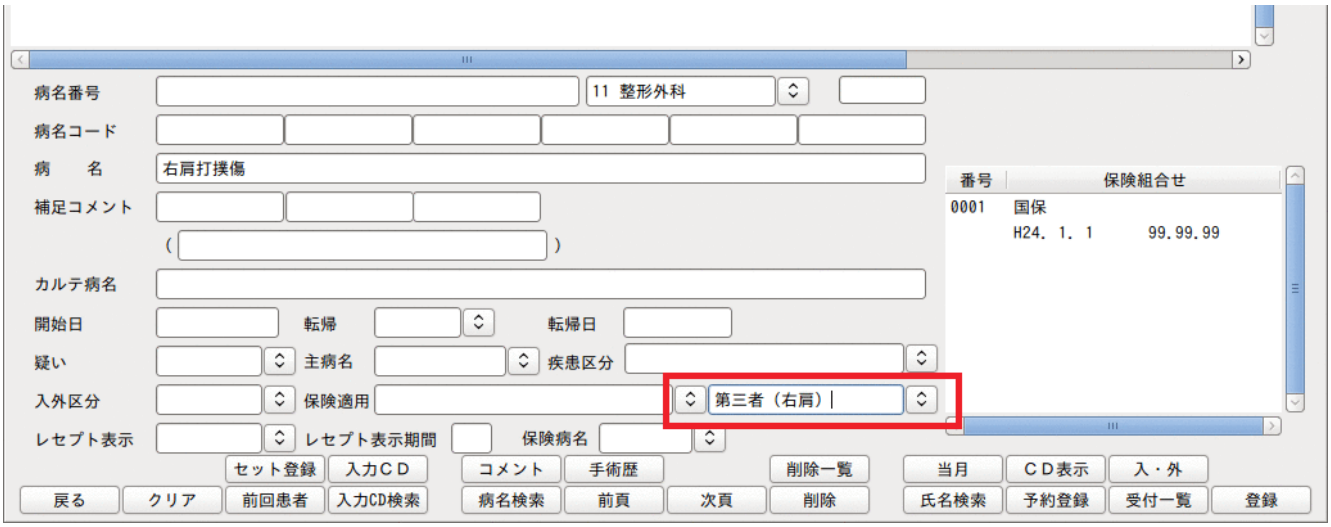


図 723

ヒント！

- 「第三者」が選択されている病名は、医保のレセプトと自賠責（第三者行為）レセプトの両方に記載します。
- 保険適用欄には第三者行為を含んだ保険組合せは表示しません。

＜病名の二重登録チェックについて＞
基本的に同一病名を二重登録することはできません。
次の場合には二重登録ができます。

診療科が違う場合
（確認メッセージを表示します。確認メッセージは「101　システム管理マスタ」－「1042　病名・コメント機能情報」で表示の有無が設定できます）
入・外区分が違う場合
健保、労災・自賠、自費（※）の指定が違う
労災・自賠同士で保険組み合わせが違う（労災・自賠の保険が複数ある場合）
※保険限定を行っていない病名は元々自費保険も対象になるため、二重登録できません。
※保険限定を行っている病名は自費保険での二重登録ができるようになります。

（3）病名の修正

病名の内容に変更がある場合は、病名番号を入力するか、またはマウスで該当行をクリックして内容を表示後に修正をします。修正後、「登録」(F12)を押下すると変更後の病名内容を患者病名マスタに登録します。

＜病名修正時の疑い区分について＞
病名コード欄に疑いコードを入力すると疑い区分が自動設定されます。

Copyright(C)2007JMARI

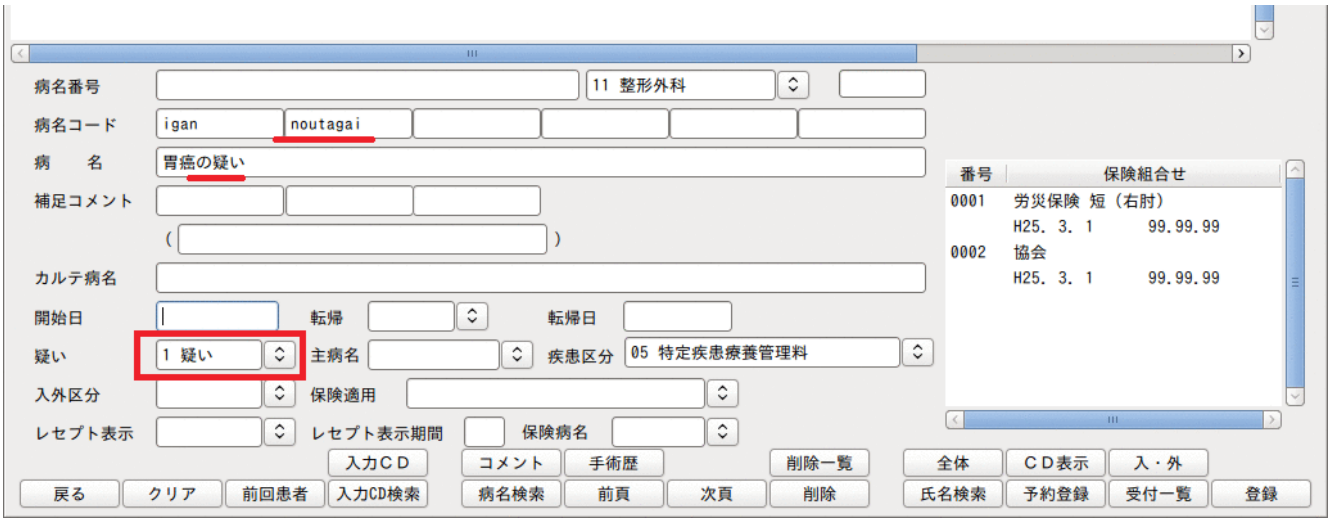


図 724

その後、病名コード欄の疑いコードを削除しても疑い区分は設定されたままになります。

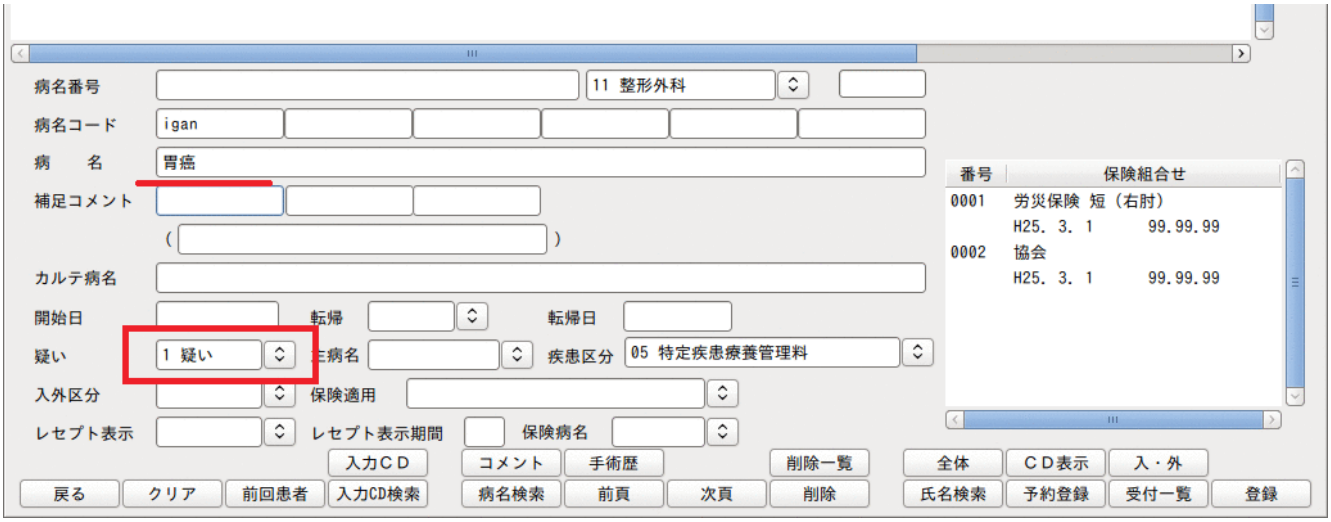


図 725

また、病名コード欄に疑いコードが残っていても、病名欄に入力されている「の疑い」を消した場合は疑い区分はクリアされます。

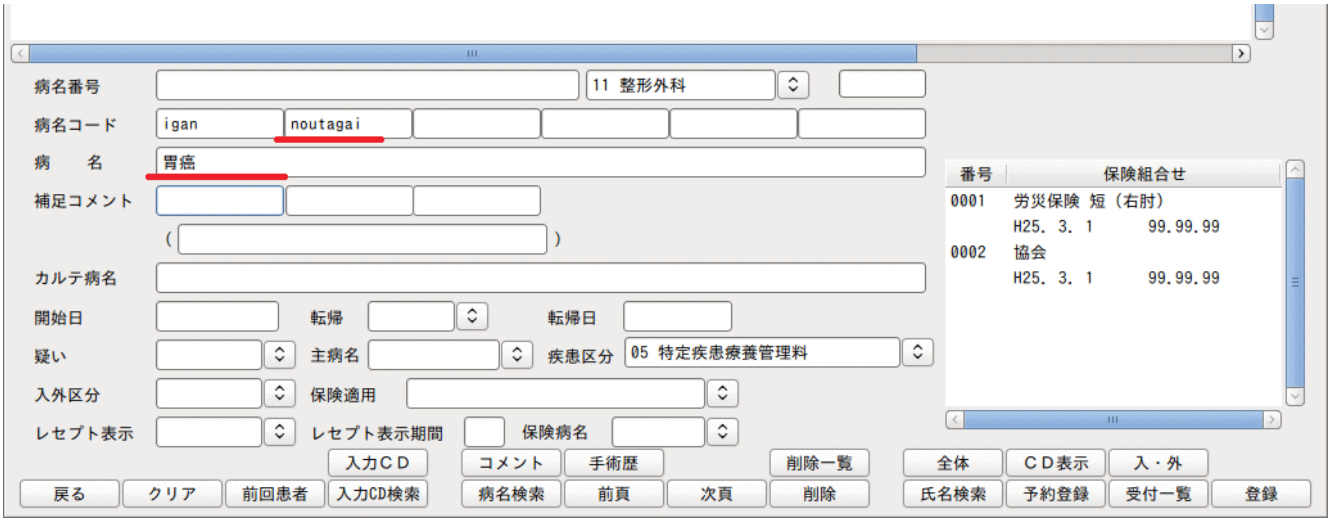


図 726

ポイント！

初期設定では疑い区分の表示が病名欄のみ連動しています。
「101　システム管理マスタ」ー「1042　病名・コメント機能情報」にて病名欄と病名コード欄の両方を連動させることができるようになります。

Copyright(C)2007JMARI

（4）項目の説明

<table>
<tr><td>病名番号</td><td>修正する病名を病名一覧の番号で入力します。
病名番号欄から登録内容を修正することもできます。</td></tr>
<tr><td>入力診療科</td><td>病名を入力する診療科を選択します。
全体表示または別の科を表示させながら選択した診療科へ登録ができます。</td></tr>
<tr><td>病名コード</td><td>入力CDまたは傷病名コードを入力します。</td></tr>
<tr><td>病名</td><td>以下に挙げる3つの方法のいずれかを使用して傷病名の入力を行います。
病名コードを入力したとき、対応した病名が「病名」欄へ表示されます。各病名間は「／」で区切られます。自院病名コードの一部を入力した場合は、前方一致で検索し一覧を表示します。
病名からの入力を行うとき、「病名」欄へ直接ワープロ入力することによりシステムで病名マスタを検索します。
このとき、病名コード欄にはコードが表示されません。
※「CD表示」(Shift＋10キー）によりコードを確認することができます。直接病名に入力された文字列が病名マスタと一致した場合コードを表示します。一致しない場合には「0000999」が表示されます。複数病名が入力されている場合は空白行をあけて、区切って表示します。

「入力CD検索」(F4)、「病名検索」(F5)機能を使用して「病名」欄へ病名を表示します。</td></tr>
<tr><td>補足コメントコード</td><td>入力CDまたは傷病名コードを入力します。</td></tr>
<tr><td>補足コメント</td><td>入力CDまたは傷病名コードを入力すると補足コメント欄に表示します。
直接ワープロ入力することもできます。</td></tr>
<tr><td>カルテ病名</td><td>レセプト上とカルテ上の病名を異なる病名とする場合に、カルテ用に表示する病名を最大40文字まで入力できます。
なお、レセプトとカルテの病名を同一とする場合には「病名」欄への病名入力のみとし、「カルテ病名」欄の入力は必要ありません。</td></tr>
<tr><td>開始日</td><td>該当病名の診療開始日を入力します。（未入力時はシステム日付を自動でセットします）
開始日にオンライン日付より大きい日付が入力された場合、開始日を入力時に警告メッセージを表示します。

また、年・月・日を省略して入力することもできます。
例）システム日付がH22.9.3の場合に
<table>
<tr><th>入力</th><th>表示</th></tr>
<tr><td>3</td><td>H22.9.3</td></tr>
<tr><td>10</td><td>H22.9.10</td></tr>
<tr><td>802</td><td>H22.8.2</td></tr>
<tr><td>8.2</td><td>H22.8.2</td></tr>
<tr><td>230802</td><td>H23.8.2</td></tr>
<tr><td>30802</td><td>H3.8.2</td></tr>
<tr><td>10.8.2</td><td>H10.8.2</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>転帰</td><td>コンボボックスから選択します。
「8　移行」の転帰区分が登録された病名は、レセプトまたはレセプト電算処理データに記載されません。病名の履歴は残すが、レセプトへの記載は行わない場合に使用できます。
（例）胃潰瘍が胃癌に進行した場合に胃潰瘍に「8　移行」を登録したとき、病名の履歴として胃潰瘍は残るが、レセプトへの記載は行わない。
労災・自賠病名に入力された転帰はレセプトに反映しません。労災・自賠保険入力画面の転帰をレセプトに記載しますが、病名を区切るために転帰は入力してください。</td></tr>
<tr><td>転帰日</td><td>転帰の状態になった日を入力します。「転帰」欄を選択したとき、「転帰日」の初期表示はシステム日付を表示します。</td></tr>
<tr><td>疑い</td><td>入力した病名が「疑い」若しくは「急性」にあたるものについて、病名コードまたは病名欄で「疑い」等をつけていない病名にはコンボボックスから選択します。これにより、レセプトへは「の疑い」若しくは「急性」をつけた病名が表示されます。病名コードまたは病名欄で病名に「の疑い」をつけた場合は、自動的に選択されます。</td></tr>
<tr><td>主病名</td><td>入力した病名を主病名とするとき、「1　主病名である」を選択します。</td></tr>
</table>

	レセプトの主病名の記載方法について・・・【5.1　システム管理マスタ】の【2005 レセプト総括情報】 病名画面の主病名メッセージについて・・・【5.1　システム管理マスタ】の【1042 病名・コメント機能情報】を参照
疾患区分	入力した病名に疾患区分をつけ自動算定したい場合に選択します。 通常は入力した病名に対応する病名マスタにより自動設定されます。
入外区分	区分を指定しない場合（空白）は、入院、外来両方のレセプトに病名を表示します。 「外来のみ」または「入院のみ」に病名を表示する場合にはコンボボックスから選択します。 入院・外来で主病名が異なる場合など、同一病名を入院、外来別に登録するときにも使用します。
保険適用	区分を指定しない場合（空白）、全ての保険組み合わせを対象にレセプトに病名を表示します。 保険適用欄を選択した場合は、その保険組み合わせのみのレセプトに病名を表示します。なお、労災・自賠責保険の場合には必須選択してください。
レセプト表示	レセプトへ病名を表示させない場合に「1　表示しない」を選択します。
レセプト表示期間	入力した病名をある期間だけレセプト表示させる場合に使用します。 病名開始日より暦月で何ヶ月間レセプトに表示するかの月数を入力します。 「101　システム管理」－「2005　レセプト・総括印刷情報」にて転帰日とレセプト表示期間のどちらを優先してレセプト記載するか設定ができます。
保険病名	必須入力項目ではありません。また、当該項目を設定しないとレセプトへ記載されないということもありません。 当該項目は、入力した病名が医学的根拠によるものか、保険請求によるものかを識別するために設けたものです。（※将来的に統計などで使用を考えています）。
↑・↓	病名の順番を入れ替えます。 • 同一開始日の病名で順番を入れ替えます。 • 「0　全科」「0　入院・入院外」のときのみ機能します。 • 該当の病名を選択するとボタンが押下できるようになります。

＜病名コード欄について＞

7桁で最大6つ（補足コメントは3つ）までの病名コードが入力できますが、修飾語コード（接頭語、接尾語）との組み合わせにより一度に登録される病名の数は変わります。

修飾語コードは7桁のうち、先頭3桁がZZZで表されています。修飾語コードの入力は先頭に「.」を付けることにより省略入力することができます。

【例】「ZZZ5007」　→　「.5007」
病名コードは、修飾語コードの組み合わせにすると修飾語コード（接頭語）を
複数＋傷病名コード＋修飾語コード（接尾語）を複数の組み合わせとなります。

【例】「ZZZ4012」＋「4309001」＋「ZZZ8002」
「急性」＋「くも膜下出血」＋「の疑い」
編集後：「急性くも膜下出血の疑い」

病名欄へ直接病名を入力する場合に限り、修飾語コードのみ（接頭語＋接頭語、接頭語＋接尾語）で構成された病名の登録もできます。この場合には「病名編集」の扱いになります。病名コード欄に「／／」を入力することにより、「入力コード検索」画面を呼び出します。

また「／／nnn」（nnnは分類コード）を入力すると分類コードを入力された状態で表示をします。

＜病名コードの挿入・削除＞

病名コードの末尾に「＋」「－」を付けることにより、入力済みの病名コードの追加・削除をすることができます。半角全角どちらでも入力できます。

病名コードの挿入は病名コード欄に「＋」「Enter」を入力します。

病名コードの削除は病名コード欄に「－」「Enter」を入力します。

＜自院入力コードの入力について＞

自院病名入力コードの「部位」のコードが6つの入力欄に1つ以上存在する場合は、1病名の組み立てと判断し複数病名入力はできません。自院病名入力コードの「部位」のコードが存在しない場合は、自院入力コード・病名マスタコード混在での複数病名入力はできるようになります。

病名入力のチェックは、接頭語・病名・接尾語の順序チェックを行います。ただし、自院入力コードの「部位」についての順序はどこでもできるようにします。末尾に「部位」を入力された場合は括弧で始まる名称かチェックを行い、括弧が無い場合は警告メッセージを表示します。警告メッセージですので入力はできるようにします。

入力例）

「部位」「接頭語」「病名」「接尾語」

「接頭語」「部位」「病名」「接尾語」

「接頭語」「病名」「部位」「接尾語」

「接頭語」「病名」「接尾語」「部位」

病名マスタコード＋自院コード混在の入力もできますが、組み立てた病名の全てのコードが22以上となる場合は自動的に病名編集として「0000999」をセットします。

病名コードを入力するとコードに一致する病名が表示されます。その後病名欄で病名を編集した場合でも表示されている病名コードは再表示されません（最初に入力した病名コードを表示します）。内部的にはコードの再検索を行っていますので「CD表示」(Shift＋F10)では再検索された病名コードが表示されます。

病名マスタと一致しない場合は「CD表示」で「0000999」が表示されます。この場合も病名コード欄は最初に入力したコードが表示されます。

＜未コード化傷病名（病名編集）について＞

レセプト電算処理システムでは厚生労働省が定めた統一コードを使用して請求を行いますが、この病名マスタコードに該当が無い傷病名や、コードによる組み立てができなかった傷病名は未コード化傷病名としてデータを作成します。

病名登録画面では保険組み合わせ一覧の左側上部に「病名編集」と表示されているものは、未コード化傷病名の扱いとします。

ヒント！ 登録済みの病名から未コード化病名を検索しリストを発行することができます。 「101　システム管理マスタ」－「3002　統計帳票出力情報（月次）」にて登録し、「52　月次統計」から印刷を行います。

＜「文字超過」の表示について＞

上記のような未コード化傷病名では無いにもかかわらず、以下の条件のときにレセプト電算処理では未コード化傷病名となる場合があります。この場合、病名の文字数のチェックを内部で行い、警告として「文字超過」と赤色の文字で表示します。

「条件」

病名が廃止病名または移行病名・推奨病名を置き換えなかったとき、廃止年月日が病名開始日より小さい場合で文字数がオーバーしている場合

21個のコードで組み立てた病名に疑いフラグや主病名フラグを設定した場合

病名を選択後、「登録」(F12)をすると再度病名を読み込むため、次回選択時より「文字超過」を表示することができます。なお、「101　システム管理マスタ」－「2005　レセプト・印刷情報」にてレセプト電算処理の設定がされているときは、データチェックの「5.患者病名」を選択すると病名文字数のチェックを行います。

レセプト電算データを提出時にはデータチェックで確認することを推奨します。

＜病名の順番を入れ替える＞

以下の条件で病名の順番を入れ替えることができます。

- 順番を変えることができるのは同一開始日の範囲内
- 「0　全科」「0　入院・入院外」表示のとき機能する
  ※診療科がひとつの場合は「0　全科」表示はしない
- 「当月」表示の場合は、当月開始病名のみ入れ替えができます
- 「前月」表示の場合は、前月開始病名のみ入れ替えができます
- 「全体」表示の場合は制限なしで入れ替えができます

注意1 病名の順番を入れ替えた後、必ず「登録」(F12)を押下してください。

注意2　レセプト記載について 順番を入れ替えた病名をレセプトに反映させるには､「101　システム管理マスタ」ー「2005　レセプト・総括印刷情報」の病名記載順の項目を「2　入力順に記載する」に設定します。

(5) 簡単修正

病名番号欄にて複数の病名を選択し、簡単修正機能画面を見ながら修正することができます。
病名番号に簡単修正機能識別子の「.病名番号，または.病名番号」を入力し「Enter」を押下します。

（入力例）病名番号1～3を選択し修正する場合
「.1－3」と修正を行う病名を指定後、「Enter」を押下すると簡単修正機能画面を画面表示します。

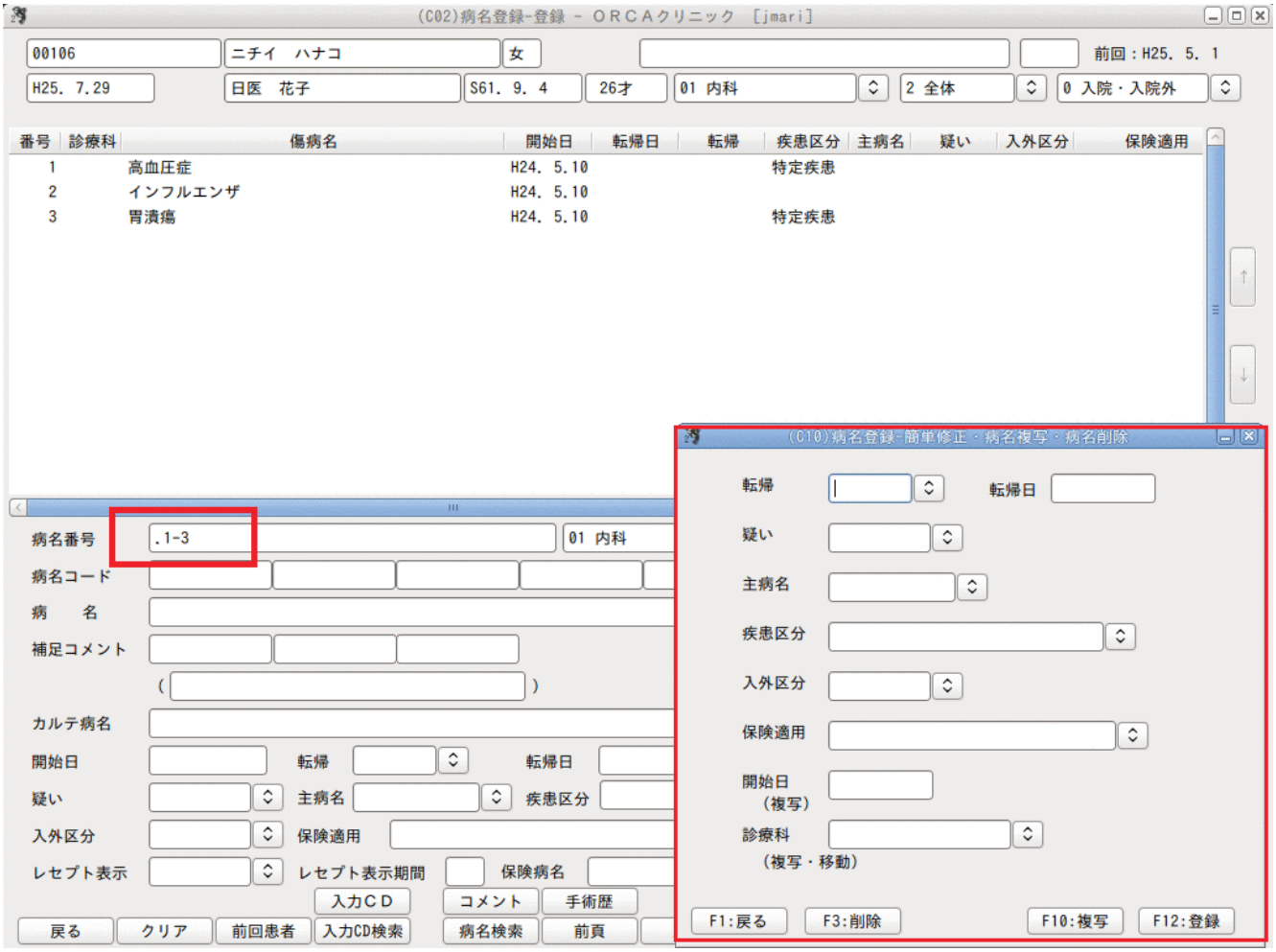


図 727

内容を修正後、「登録(F12)」を押下します。
この例での修正内容は病名番号1，2，3番の病名に反映されます。

（6）病名の複写・別の診療科へコピー（移動）をする

＜病名の複写＞

転帰済みの病名から新規に複写登録ができます。
複写したい転帰済み病名を簡単修正で開きます。複数選択もできます。
※病名を複写する際、病名番号欄に指定した病名の各区分も複写されます。
※複写と同時に各区分を修正することもできます。

「F10：複写」を押下するかマウスでクリックし、開始日を入力します。

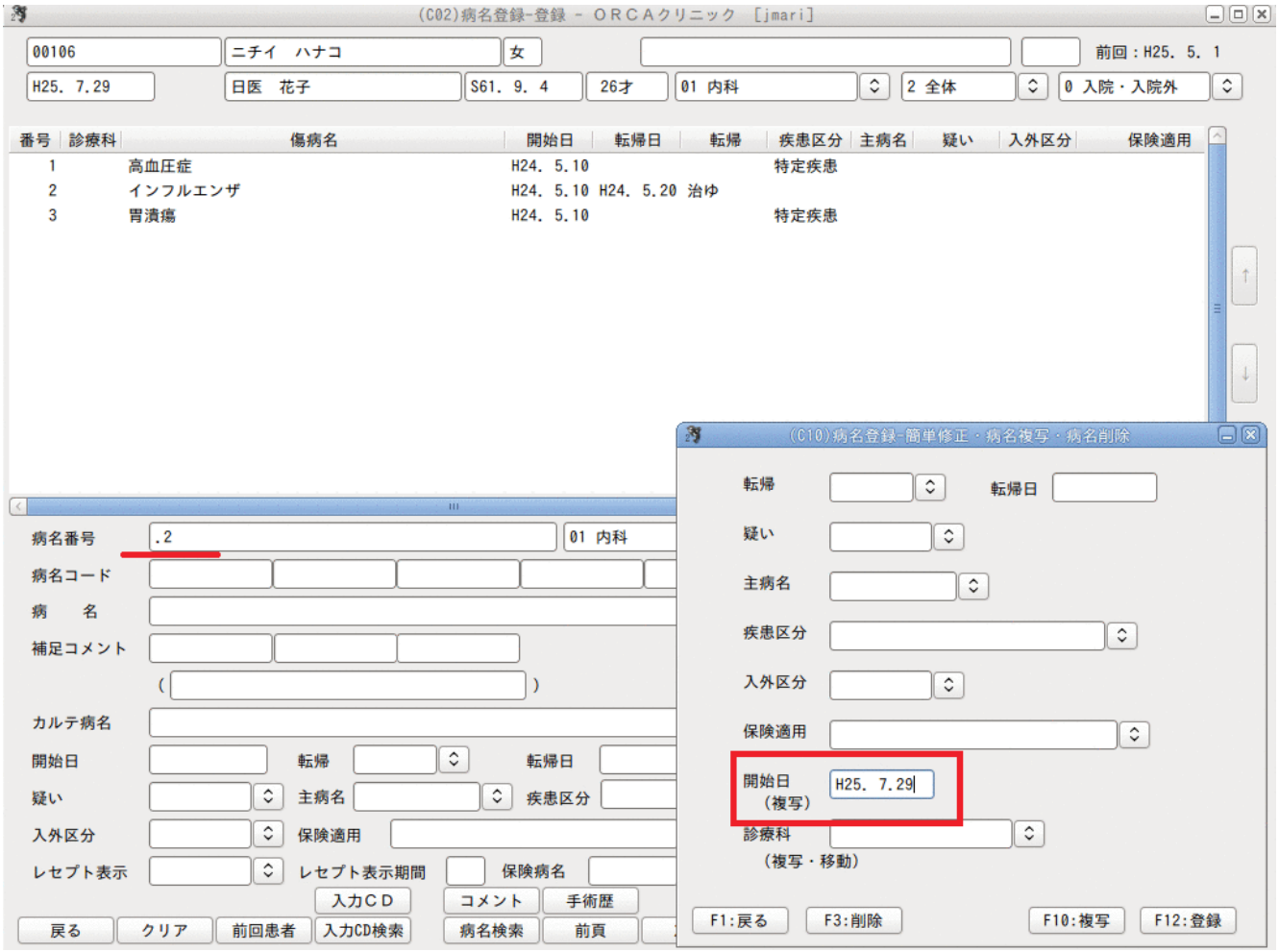


図 728

「F12：登録」を押下します。

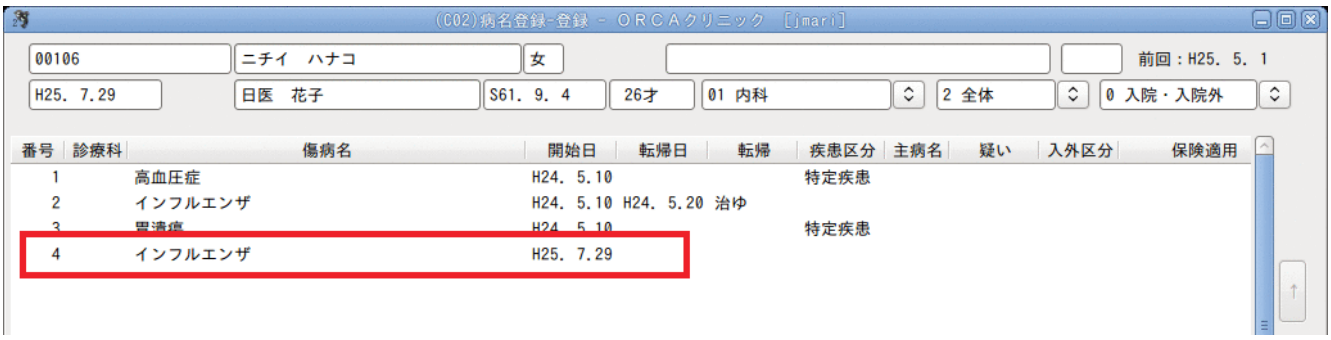


図 729

＜別の診療科へ複写（移動）する＞
移動したい病名を複数選択し、簡単修正画面を表示します。
複写（移動）先の診療科をセットし、「登録」(F12)を押下します。
メッセージより移動または複写を選択します。

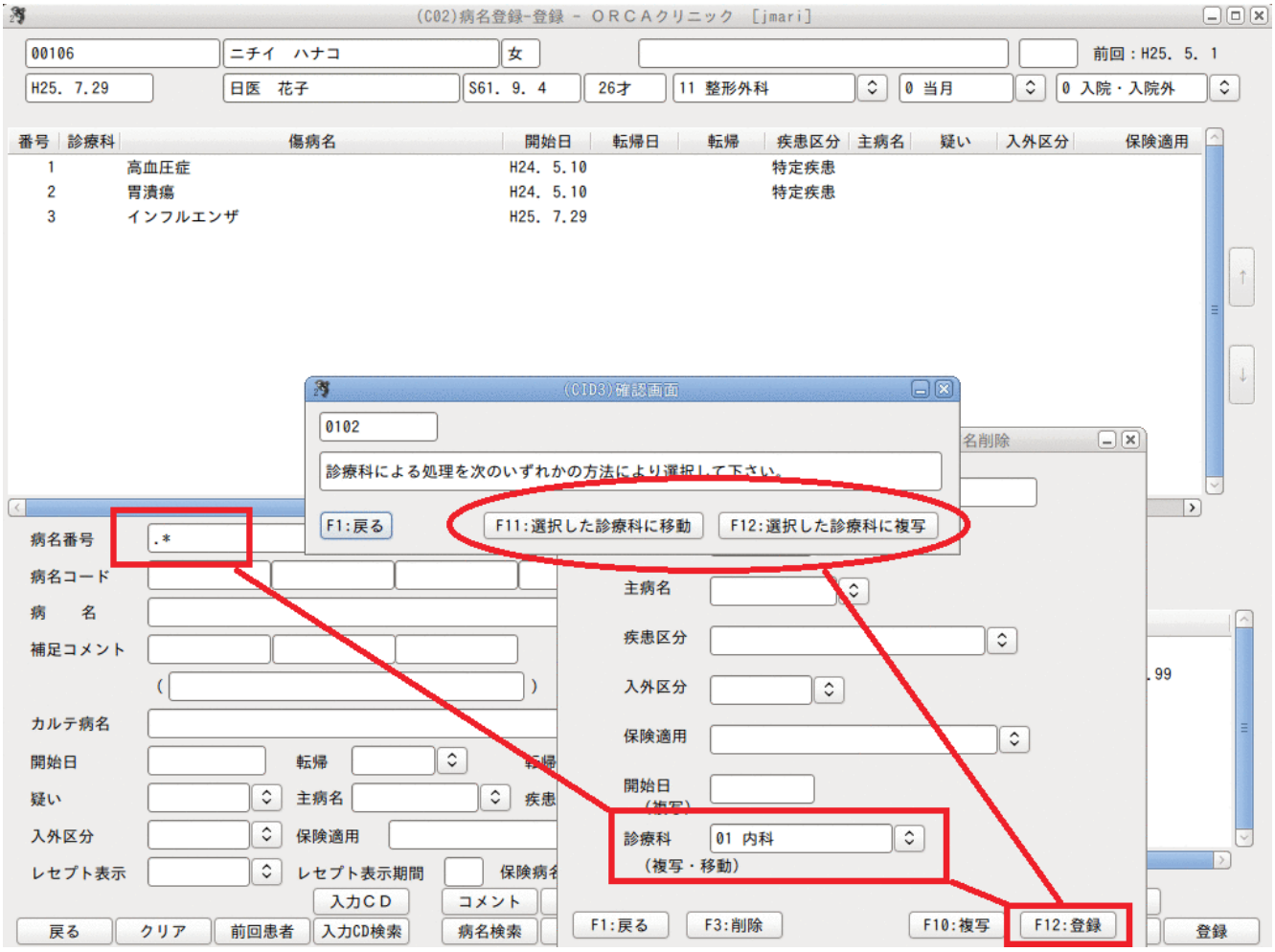


図 730

注意！
病名が全科表示のときは複写・移動はできません。
別診療科へ複写・移動する場合は同時に開始日の変更はできません。

（7）病名番号欄から区分を修正する

病名番号欄を利用して複数の病名を選択し、まとめて登録内容の変更をすることができます。

「病名番号」項目の入力フォーマットは、以下のとおりです。

「.（病名番号）／転帰／転帰日／疑い／主病名／疾患区分／入外区分／保険適用」

先頭に入力した「.（ピリオド）」を簡単修正機能の識別子とします。病名番号の指定は「，」で区切り5つまで指定できます。各項目の設定済みの値を取り消すには「ー」を入力します。

（入力例1）病名番号の1と4の傷病名について、疑いフラグを取り消す場合

「.1，4／／／ー／」　と入力します。

「.」以下は複数の病名を選択することができます。
番号1と3と4を選択する場合：「.1，3，4／～」
番号1と3～5を選択する場合：「.1，3－5／～」
全てを選択する場合：「.＊／～」

（入力例2）病名番号2と3の傷病名を治癒（6／10）と修正します。

「.2.3／1／4250610」と入力します。

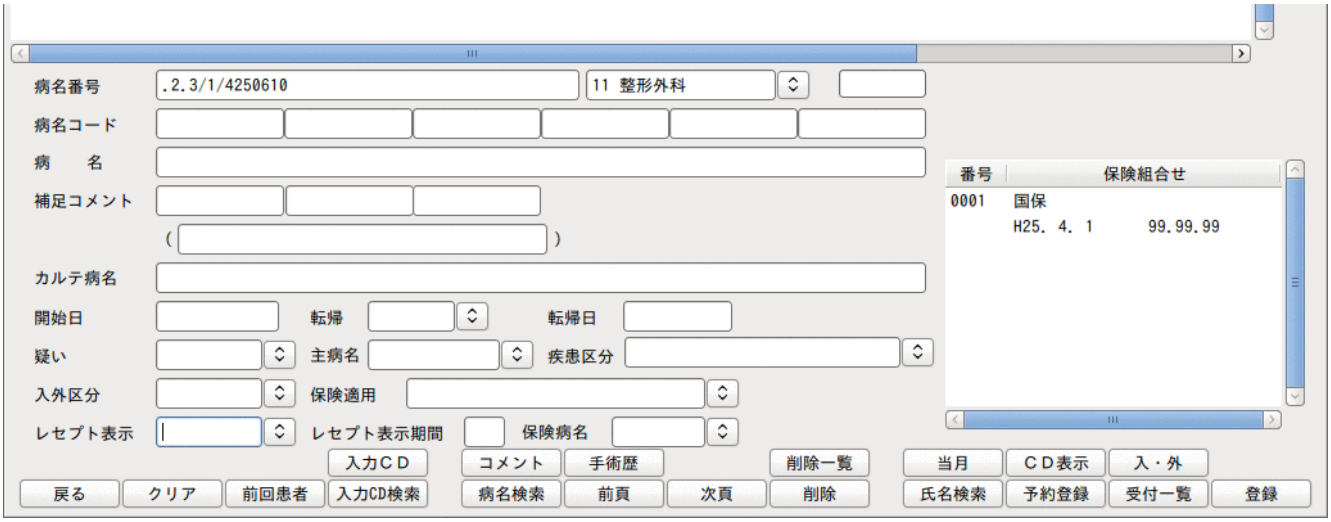


図 731

（入力例3）病名番号1，4の傷病名の入外区分を外来に変更する場合

「.1，4／／／／／2」と入力します

（8）移行先病名の表示、別コードに置き換えができる病名の表示

＜移行先病名の表示＞
病名マスタに移行先コードがあるとき、移行先病名の内容が表示されます。

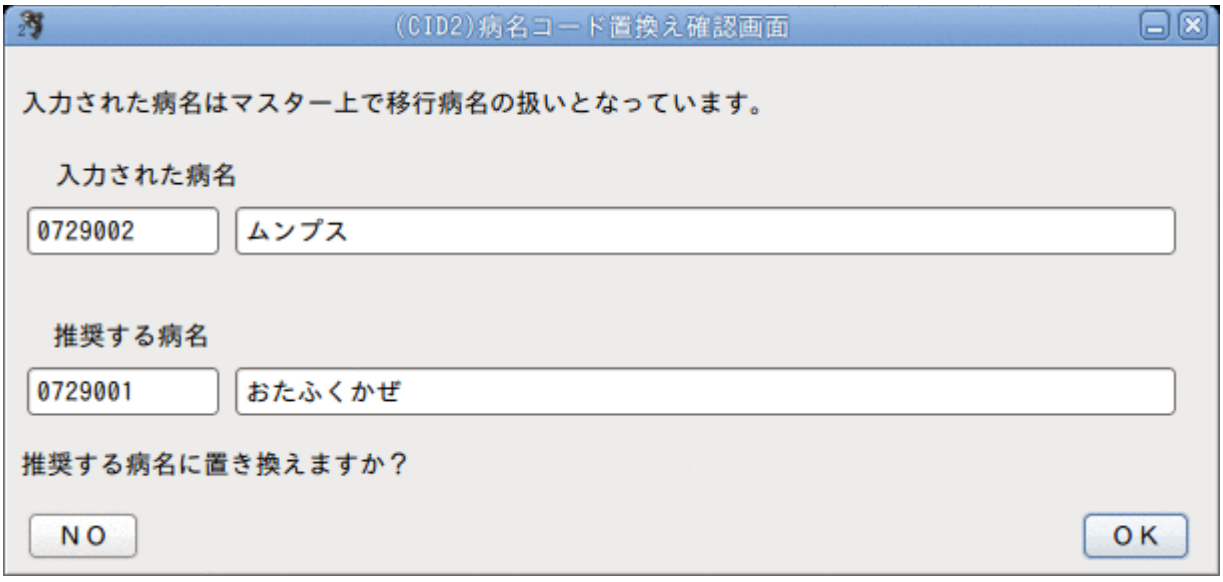


図 732

移行先の病名に置き換える場合には「OK」を、置き換えずに入力した病名とする場合には「NO」を選択します。

＜別コードに置き換えができる病名の表示＞

病名コード欄に入力された病名が移行病名または廃止病名であり、別のコードに変換ができる場合は、メッセージを表示します。

（例1）

胃　zzz1202
潰瘍　5239006（廃止病名）　→　胃潰瘍　5319009

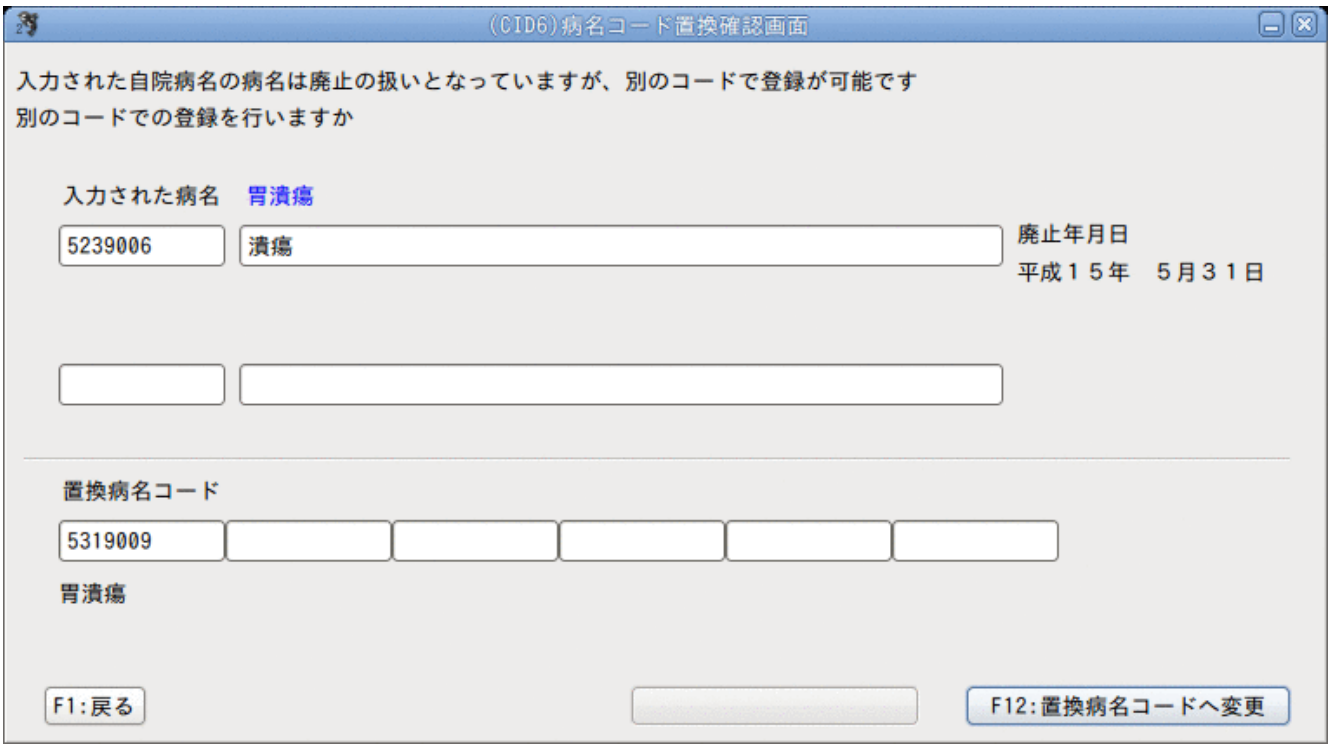


図 733

潰瘍が廃止病名のため、他にコード化できる病名を探します。

（例2）

入力した病名	移行先病名	置換病名コード
左　zzz2049 膝ガングリオン　7274039 （廃止病名、移行先あり）	左　zzz2049 膝関節部ガングリオン　7274044	左　zzz2049 膝　zzz1042 ガングリオン　7274003

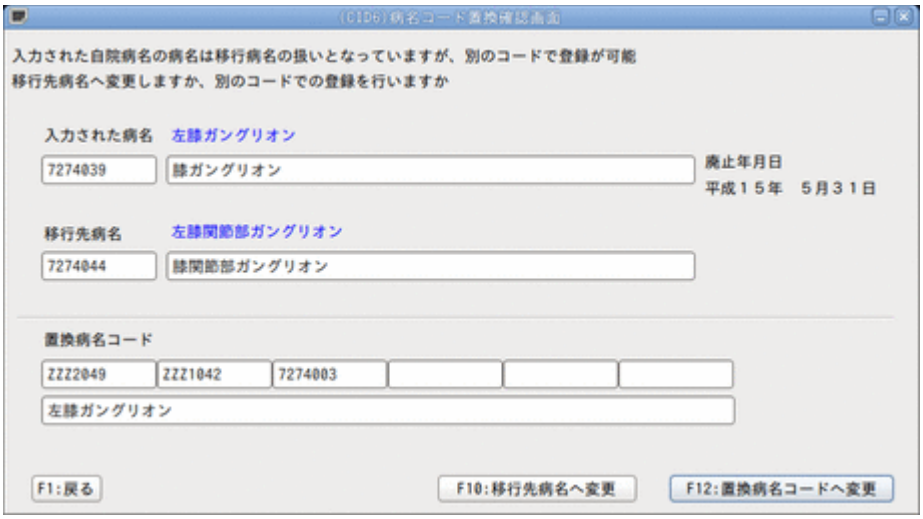


図 734

移行先病名と入力病名と同じ病名でコードの置き換えができる病名を表示します。
移行先病名を採用する場合は「移行先病名へ変更」(F10)を押下します。
置換病名を採用する場合は「置換病名コードへ変更」(F12)を押下します。

＜移行病名・推奨病名チェックについて＞
移行病名・推奨病名のチェックは病名入力時にチェックします。
「NO」を選択し登録した病名は登録内容を変更する場合にはチェックされません。
「101　システム管理マスタ」－「1042　病名・コメント機能情報」によりメッセージ表示の有無が設定できます。

(9) 廃止病名の表示

病名マスタに移行先コードがなくて廃止年月日がある場合（99999999以外）、廃止病名であることをエラーメッセージで表示します。

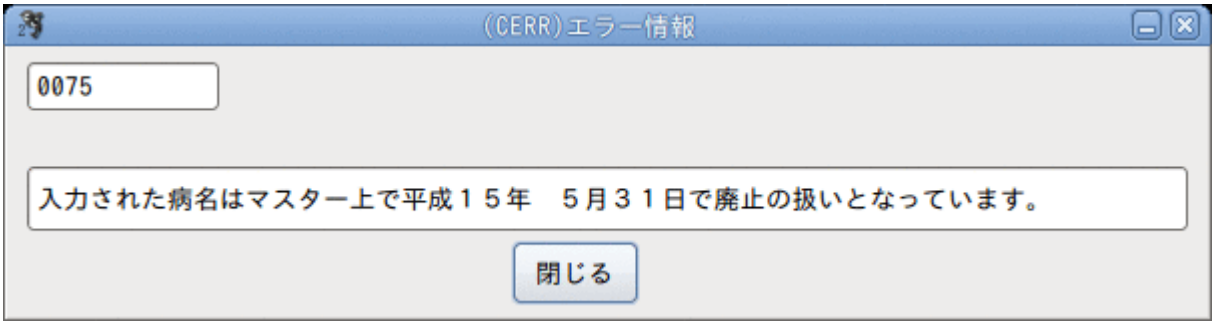


図 735

＜廃止病名チェックについて＞
廃止病名のチェックは病名入力時にチェックします。
「NO」を選択し登録した病名は登録内容を変更する場合にはチェックされません。
「101　システム管理マスタ」－「1042　病名・コメント機能情報」によりメッセージ表示の有無が設定できます。
※廃止病名は登録していただいて問題ありません。
　紙レセプトに表示する場合はそのまま記載します。
　レセ電の場合は未コード化傷病名として編集されます。

（10）病名の削除

＜個別で削除する場合＞
病名番号を選択し病名内容を表示後に「削除」(F8)を押下すると患者病名マスタから削除します。

＜まとめて削除する場合＞
（5）簡単修正の要領で複数の病名を選択し、簡単修正機能画面の「削除」(F3)を押下します。

削除した病名は「削除一覧」(Shift＋F8)で内容を確認することができます。

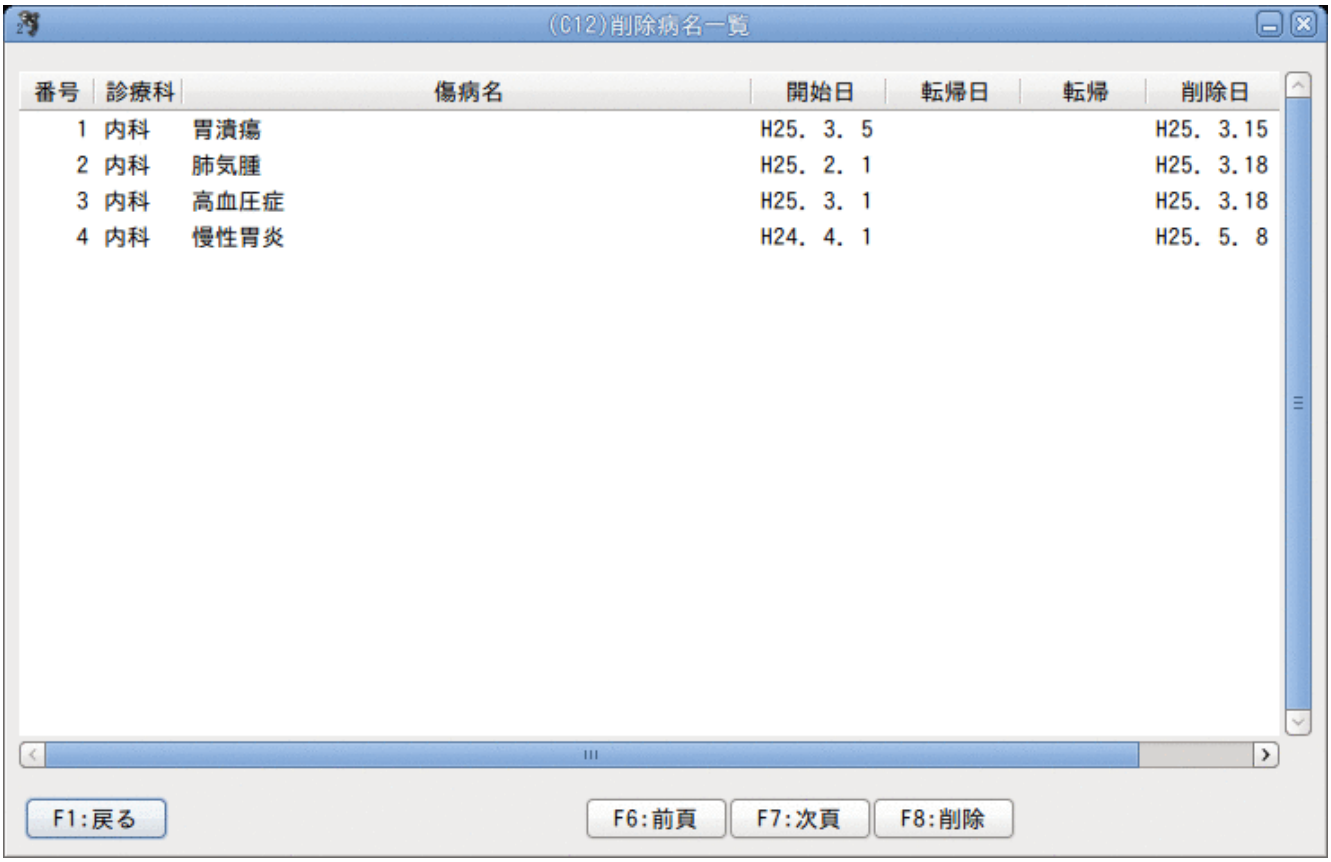


図 736

削除病名を元に戻すことはできません。
「削除」(F8)で削除病名一覧の病名全てを削除します。

（11）コメント入力

レセプトへ症状詳記のコメントを記載することができます。
病名画面より「コメント(Shift+F5)」を押下します。

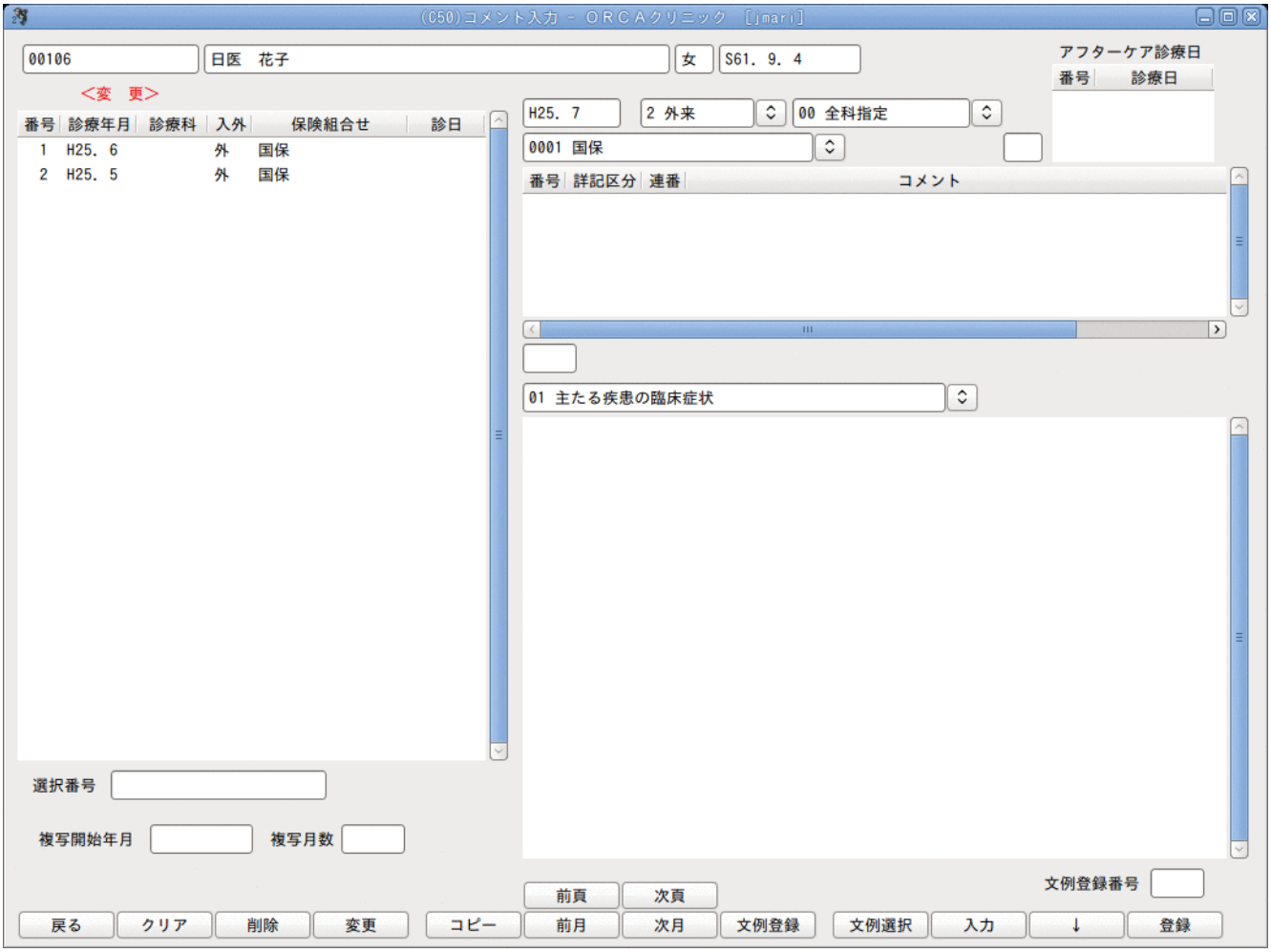


図 737

＜入外区分の初期表示について＞
無床版の日レセの場合は「2 入院外」を初期表示します。
有床版の日レセの場合は以下の条件で表示を切り替えます。
他業務から遷移した場合に他業務で入外区分が設定されていれば、
設定されている入外区分を表示します。
他業務から遷移していない、または遷移しても入外区分が設定されていない場合は、
該当の診療年月の入院歴を参照して、入院歴があれば「1 入院」を初期表示します。

例1）他業務からの遷移

診療行為画面で外来画面を開く
　↓
病名画面へ遷移
　↓
コメントを開く（診療行為から外来区分を引き継ぐので入院外）
診療行為画面で入院画面を開く
　↓
病名画面へ遷移

↓
コメントを開く（診療行為から入院区分を引き継ぐので入院）
（※この場合に診療行為画面で患者を開かなくても入外区分のみ引き継がれます）
（※入院歴の有無に関係なく入外区分を引き継ぎます）

例2）他業務から遷移しない場合

業務メニュー画面
↓
病名画面
↓
コメント画面
（この場合は、当月に入院歴があれば入院、入院歴がなければ入院外）

コメント入力の操作は【2.9　会計照会】の【（2）コメント登録画面について】を参照してください。

＜ファンクションキーの説明＞

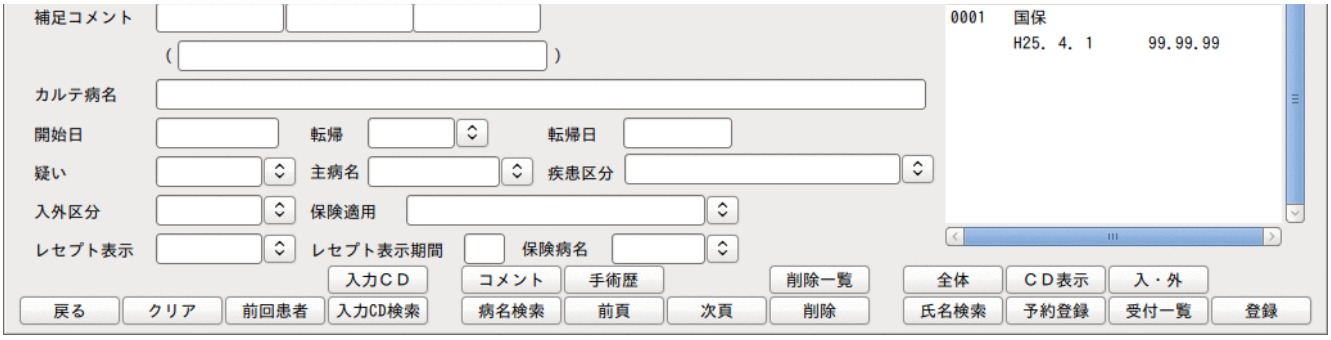


図 738

項目	ファンクションキー	説明
戻る	F1	遷移元の画面へ戻ります。
クリア	F2	入力途中の病名の項目情報をクリアします。 もう一度押下することにより一覧画面に登録修正された内容がクリアされ、患者番号の入力の状態になります。
前回患者	F3	各種処理での前回処理した患者を対象とする場合に使用します。
入力CD検索	F4	自院で編集した病名の登録を行います。
入力CD	Shift+F4	自院病名登録の画面へ遷移します。
病名検索	F5	病名検索の画面へ遷移します。
コメント	Shift+F5	コメント入力画面へ遷移します。
手術歴	Shift+F6	過去に行った手術の一覧及びレセプトの摘要欄に手術歴の記載を行う場合に記載するコメントを登録します。
前頁	F6	病名の表示は一画面に200まで表示します。 200以上病名がある場合は「前頁」「次頁」により表示を切り替えます。
次頁	F7	病名の表示は一画面に200まで表示します。 200以上病名がある場合は「前頁」「次頁」により表示を切り替えます。
削除	F8	選択した病名内容をマスタから削除します。

氏名検索	F9	氏名検索の画面へ遷移します。
当月	Shift+F9	一覧表示する病名の切り替えをします。 切り替えは次の順番で切り替わります。 「当月」→「前月」→「全体」 ↑　　↓ ←----------
予約登録	F10	予約登録業務へ遷移します。
CD表示	Shift+F10	入力されたコードを表示します。 または直接病名に入力された文字列が病名マスタと一致した場合コードを表示します。 一致しない場合には「0000999」が表示されます。複数病名が入力されている場合は空白行をあけて、区切って表示します。
受付一覧	F11	受付一覧の画面へ遷移します。
入・外	Shift+F11	一覧表示する病名を入外別に画面表示します。押下する毎に「入院・入院外」、「入院」、「入院外」と表示を切り替えます。
登録	F12	画面内での編集された患者病名をマスタに登録します。

２.７.２　自院病名登録

（1）自院病名内容の入力
（2）自院病名の検索

（1）自院病名内容の入力

「入力CD」(Shift＋F4)は自院で使用する病名に自院病名コード（半角文字の場合最大10桁まで、全角の場合は最大5文字までの任意のコード）を登録して一覧に編集することができます。

ヒント！
作成した自院病名コードは補足コメント欄にも使用できます。

画面上部には、自院登録されている病名の一覧が表示します。新たな病名の追加登録時は入力コード～保険病名の各項目の中で必要な箇所の入力を行います。このとき必須入力項目となるのは、入力コード欄及び病名欄となります。入力後、「登録」(F12)を押下することにより自院病名コードをマスタに登録します。
初期表示される一覧は、分類名に関係無く入力コード順に全登録病名を表示します。

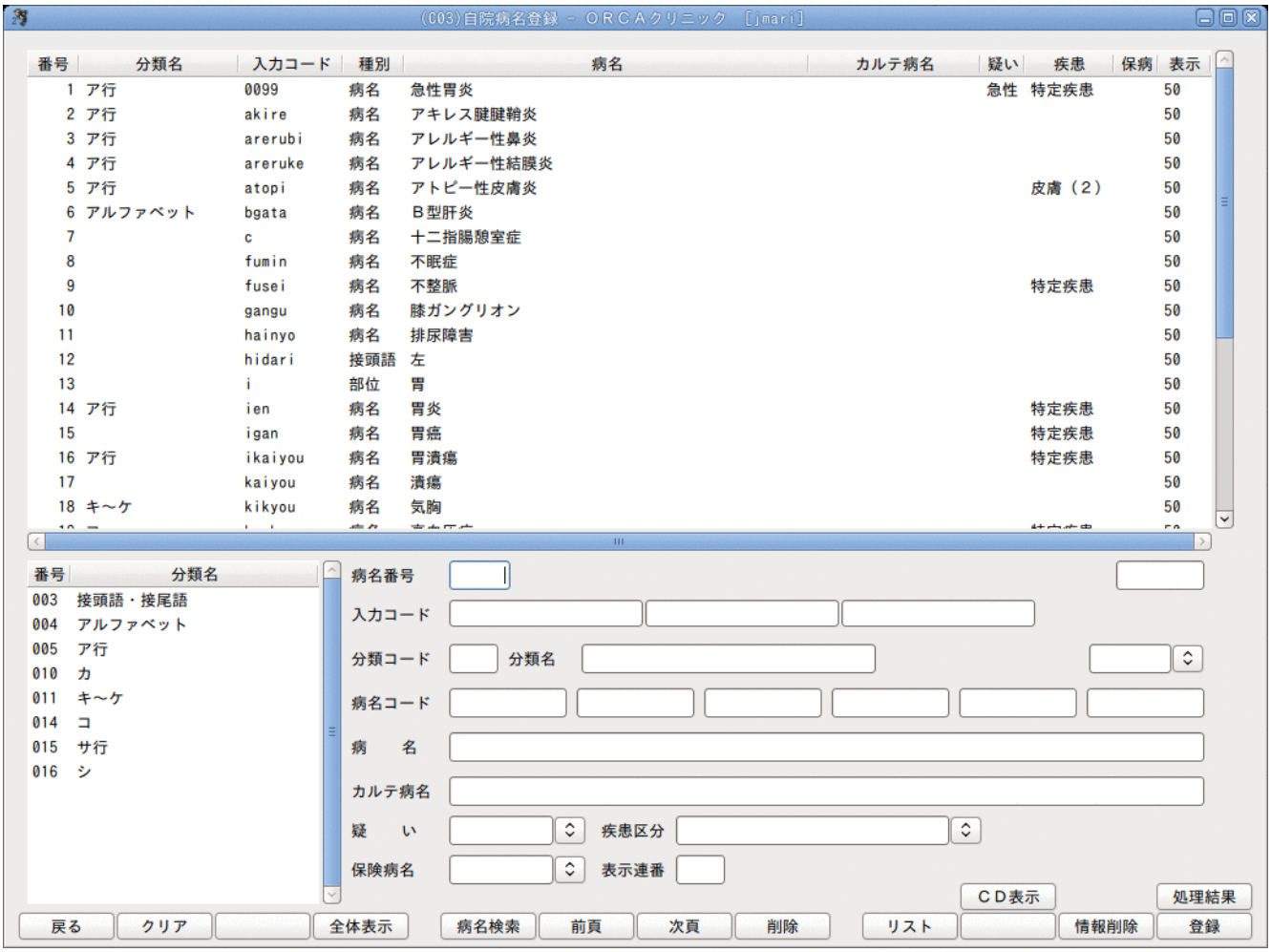


図 739

＜例＞必須入力項目のみで登録する

入力コード：「sutore1」「ストレス1」

病名　　：「急性ストレス反応」

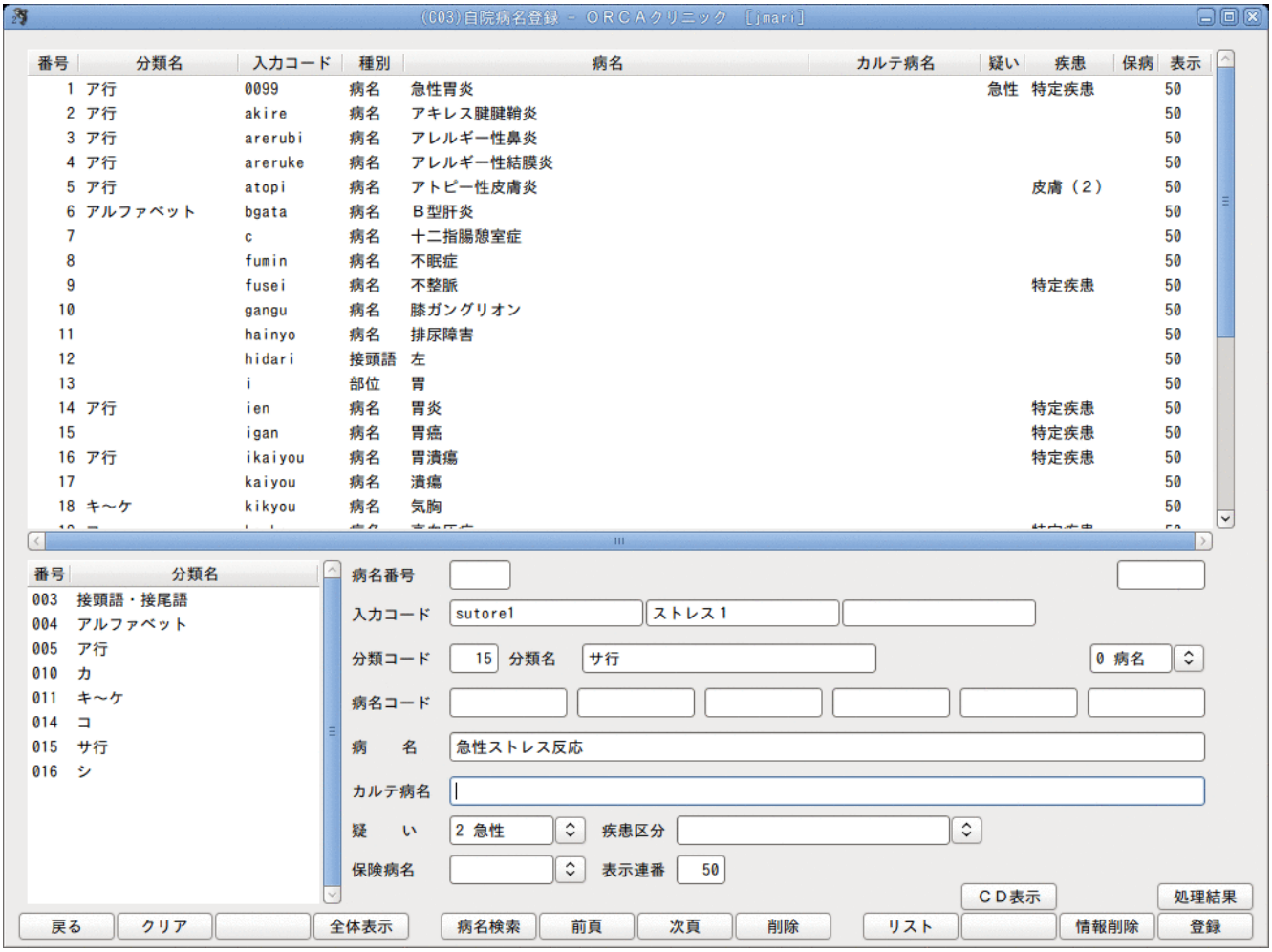


図 740

↓入力後は「登録」をします。

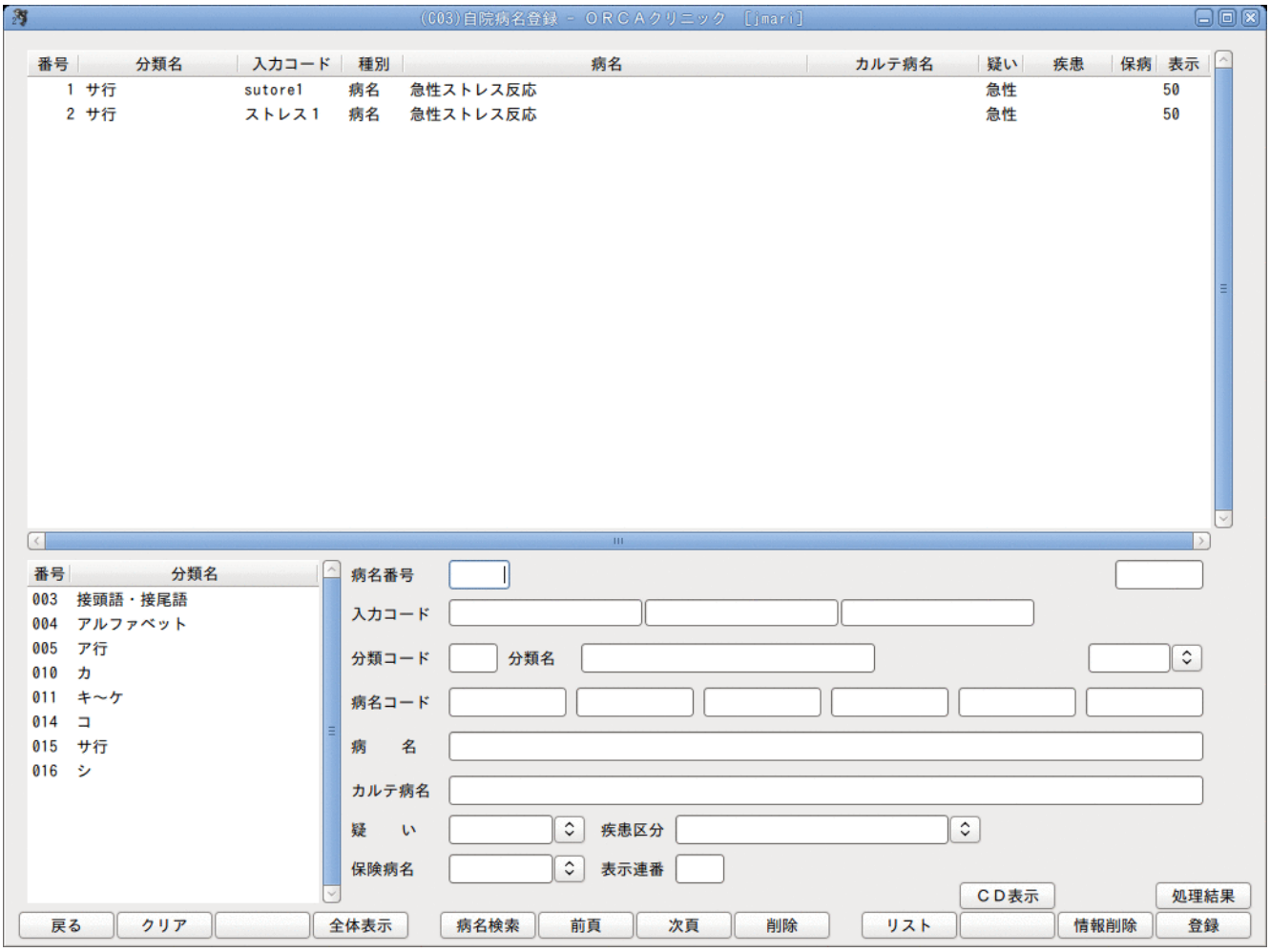


図 741

ヒント！

患者病名に入力中の病名は「入力CD」(Shift+F4) を押下すると、 (C03) 自院病名登録画面の病名欄に複写します。

【患者病名画面】

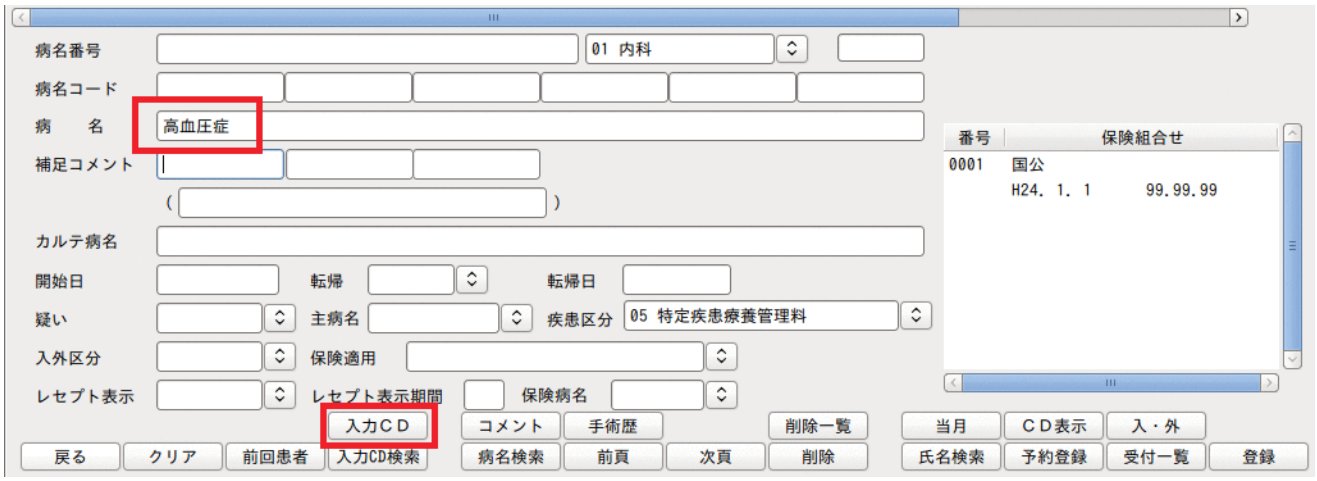


図 742

【自院病名登録画面】

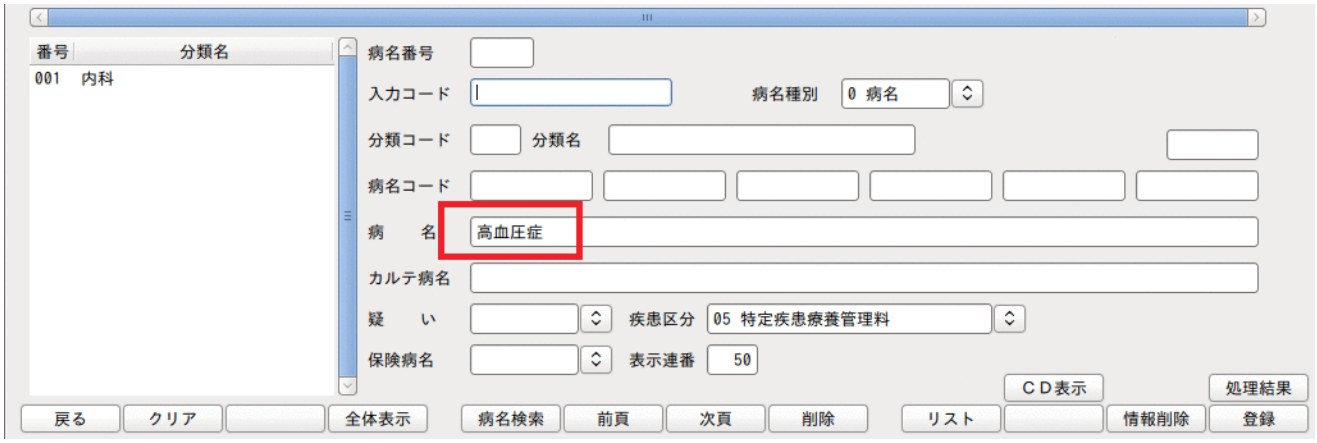


図 743

項目の説明

病名番号	修正する病名を病名一覧の番号で入力します。
入力コード	登録するコードを入力します。新たに自院病名コードを追加登録する場合には必須入力となります。 半角文字最大10桁とします。全角であれば最大5文字までとします。
病名種別	コンボボックスから選択します。 病名種別は病名マスタコードにより4つの種別に自動で振り分けを行います。病名編集であれば自由に設定できます。 修飾語コードのみで構成された病名を「病名」として登録ができます。
分類コード	3桁までの半角数字で入力します。
分類名	診療科毎や部位によって分けるなど、全角15文字までで自由に設定できます。後述します。
病名コード	病名コードを最大6つまで入力して1つの病名を組み立てることができます。 病名コード欄に入力できるコードは7桁の病名マスタコードのみとなり、自院病名コードでの入力は不可です。 病名欄への直接入力、または病名検索画面を使用して病名を付けた場合の病名コード欄は、コード表示がされません。コードの確認は、「CD表示」(Shift＋10キー）により行うことができます。 病名コード欄に「／／」を入力することにより、「病名検索」画面へ遷移します。
病名	「1.6.1　病名登録」の説明と同様です。必須入力項目です。 登録する病名は、病名マスタコードのある病名または病名編集どちらもできます。
カルテ病名	最大40文字まで入力できます。
疑い	コンボボックスから選択します。
疾患区分	コンボボックスから選択します。
保険病名	コンボボックスから選択します。
表示連番	自院病名の表示順が変更できます。 初期設定は「50」が表示されます。最大「99」までで自由に設定できます。

内容に変更がある場合は、病名番号を入力するか、またはマウスで該当行をクリックするか、入力コード欄に直接入力コードを入力して自院病名内容を表示後に修正をします。「登録」(F12)を押下すると変更後の自院病名内容をマスタに登録します。
内容の削除をする場合は、病名番号を選択して自院病名内容を表示後に「削除」(F8)を押下します。

＜7桁の自院病名コード登録について＞
提供されている病名マスタの桁数が7桁のため、自院病名コードを7桁で登録する際は以下の制限があります。

提供されている病名マスタに存在しないこと
数字のみの7桁でないこと（提供される病名マスタに追加される可能性があるため）
自院病名コードの先頭が「/」「.」でないこと
自院病名コードの最後が「＋」「－」でないこと

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	遷移元の画面へ戻ります。
クリア	F2	入力途中の病名の項目内容をクリアします。
全体表示	F4	分類名に係わらず、登録された全病名を表示します。
病名検索	F5	病名検索の画面へ遷移します。
前頁	F6	登録病名は一画面に100まで表示します。

		100以上登録がある場合は「前頁」「次頁」により表示を切り替えます。
次頁	F7	登録病名は一画面に100まで表示します。 100以上登録がある場合は「前頁」「次頁」により表示を切り替えます。
削除	F8	選択した病名内容を一覧画面から消去します。
リスト	F9	自院病名一覧の印刷を行います。 プリンタ印刷とCSV出力を選択することができます。 CSVファイルは　/var/tmp/userbyol.csv　の名前で保存します。
CD表示	Shift+F10	入力された文字列が病名マスタと一致した場合に病名コードを表示します。 一致しない場合には「0000999」が表示されます。
登録	F12	画面内での編集された自院病名を登録します。

＜分類名の登録方法＞

分類名は、全角15文字までで任意に設定することができます。

【分類名のみ登録する場合】

分類コード及び分類名を入力して「登録」(F12)します。

【分類名と内容を同時に登録する】

入力コード、病名種別及び病名を必須入力し、分類コード、分類名、それ以外の入力項目があれば入力します。入力後は、「登録」(F12)を押下します。

＜例＞

入力コード：「suiei」
病名　　：「水泳プール結膜炎」
分類コード：「17（前ゼロは省略して入力します）」　／　分類名　：「ス」

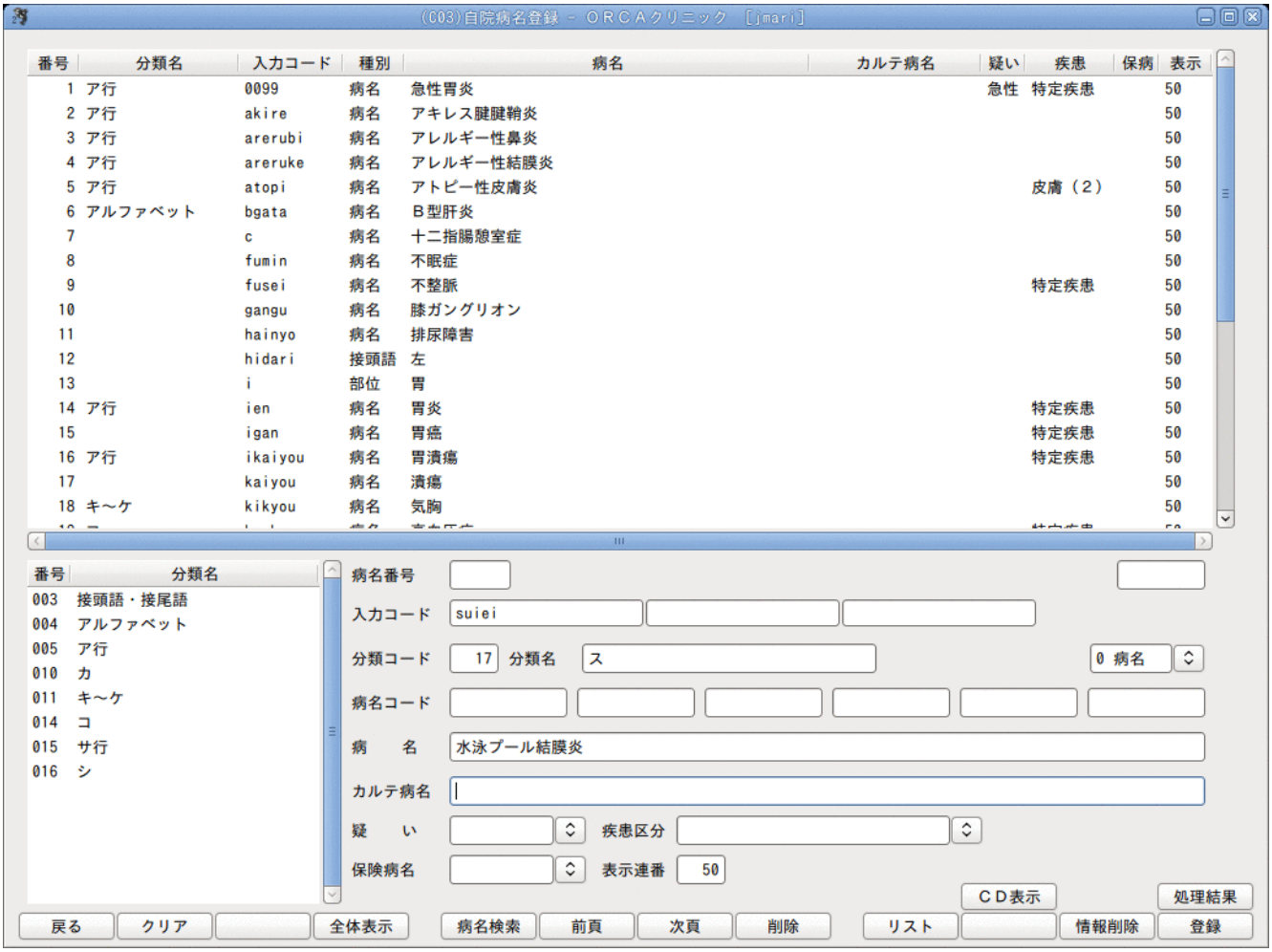


図 744

Copyright(C)2007JMARI

↓

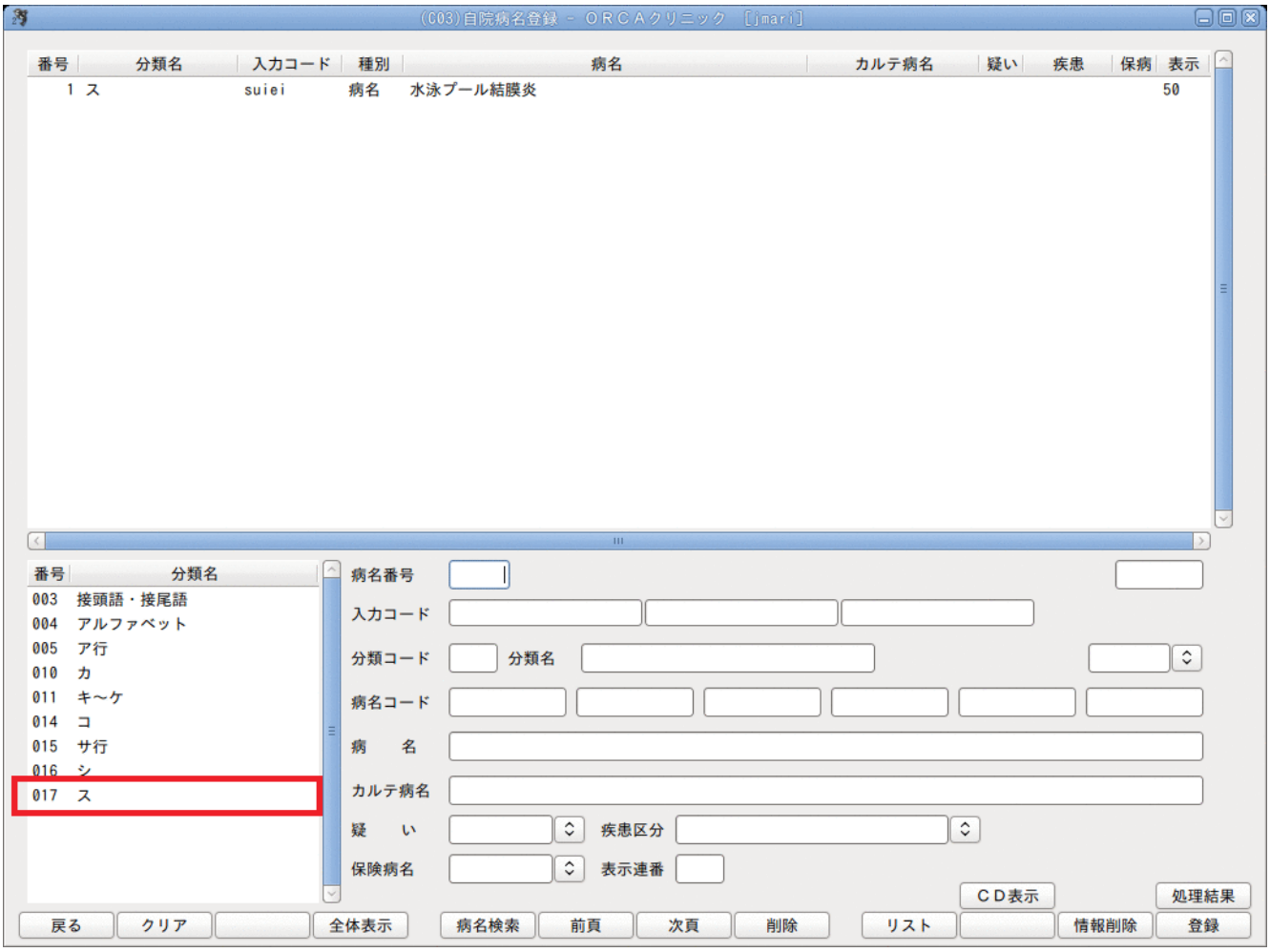

(C03)自院病名登録 - ＯＲＣＡクリニック [jmari]
番号 分類名 入力コード 種別 病名 カルテ病名 疑い 疾患 保病 表示
1 ス suiei 病名 水泳プール結膜炎 50
番号 分類名
003 接頭語・接尾語
004 アルファベット
005 ア行
010 カ
011 キ～ケ
014 コ
015 サ行
016 シ
017 ス
病名番号
入力コード
分類コード
分類名
病名コード
病 名
カルテ病名
疑 い
疾患区分
保険病名
表示連番
ＣＤ表示
処理結果
戻る
クリア
全体表示
病名検索
前頁
次頁
削除
リスト
情報削除
登録

図 745

＜分類名の削除について＞

削除したい分類名を選択し表示させます。

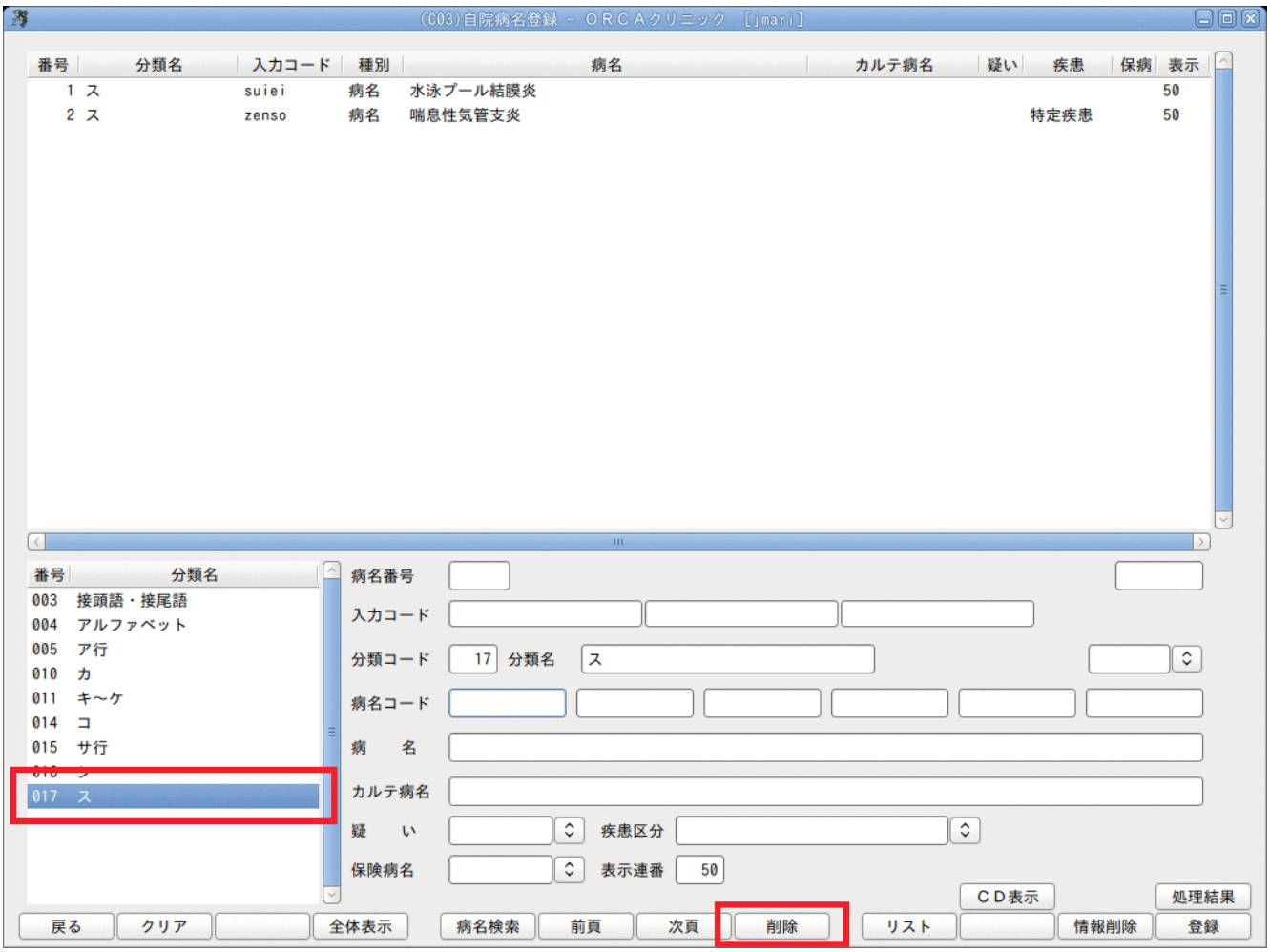


図 746

「削除」(F8)を押下します。

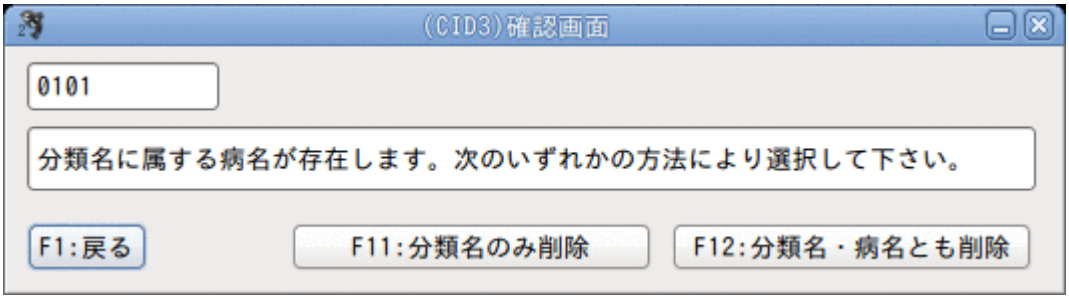


図 747

メッセージが表示されます。

目的に応じたボタンを選択してください。

（2）自院病名検索

「入力CD検索」(F4)を押下すると「入力CD」画面で自院登録された病名の一覧が表示され、該当病名の検索ができます。

＜例＞「急性胃炎」を検索する（分類名は「内科消化器」で登録）

「検索病名」からの検索

検索病名欄へ「急性」と入力し、「Enter」を押下すると急性から始まる自院病名を表示します。

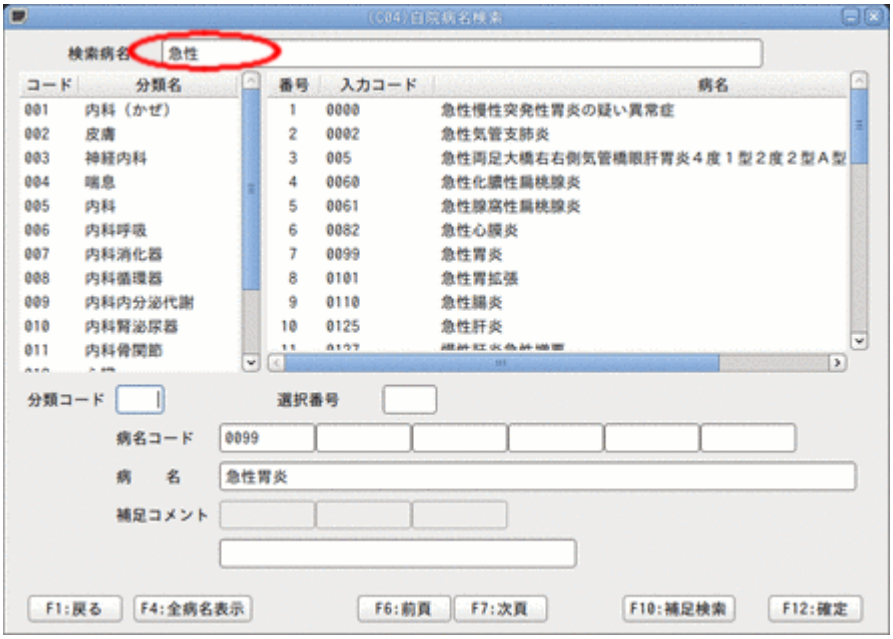


図 748

該当の病名を選択し、「F12　確定」を押下します。病名登録画面へ戻り、病名コードと病名の欄に表示されます。

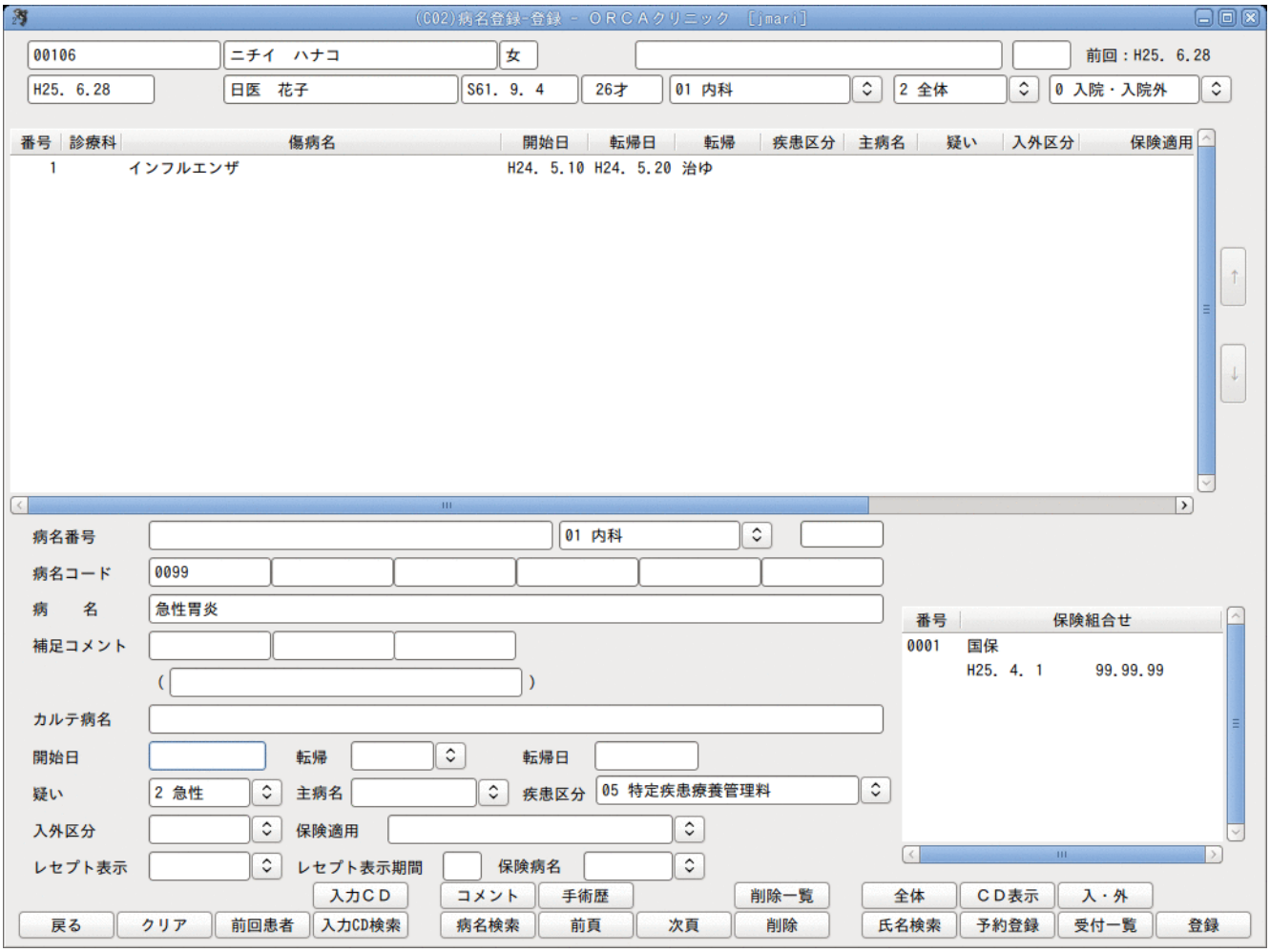


図 749

「分類名」からの検索

選択番号に該当する番号を入力するか、クリックすると右側の病名一覧にその分類名に所属する病名が表示します。該当の病名を選択し、「F12　確定」を押下します。

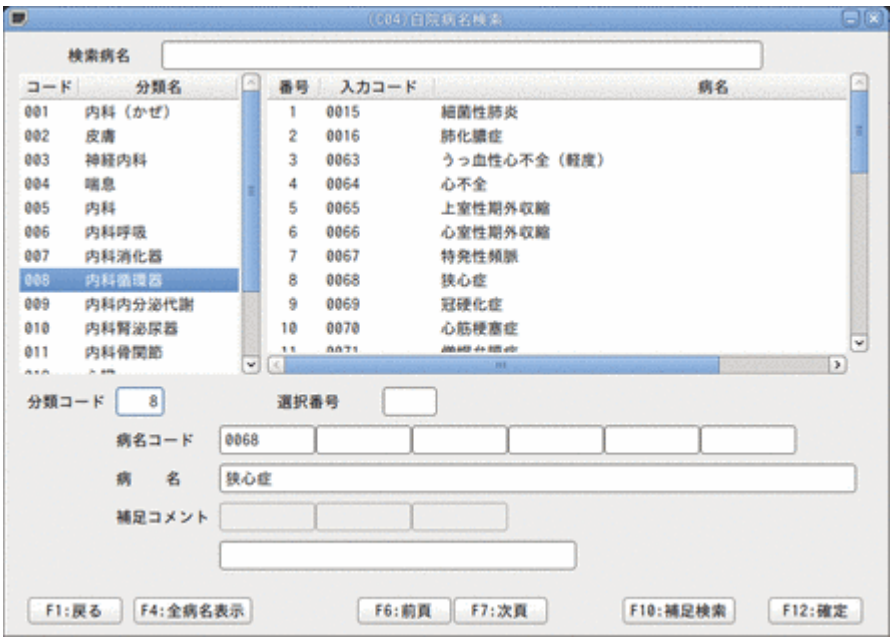


図 750

ヒント 病名と補足コメントの切り替えはF10を使用します。押下するたびにカーソルが病名欄と補足コメント欄を移動します。

＜病名コードの挿入・削除＞

病名コードの末尾に「＋」「－」を付けることにより、入力済みの病名コードの追加・削除をすることができます。半角全角どちらでも入力できます。

病名コードの挿入は病名コード欄に「＋」「Enter」を入力します。
病名コードの削除は病名コード欄に「－」「Enter」を入力します。

項目の説明

検索病名	病名を名称検索するときに使用します。
分類コード	検索病名を絞り込みたいとき、該当分類名の番号を入力します。（「分類名」は「入力CD」画面で診療科毎や部位によって分類するなど、自由に入力することができます）。
選択番号	病名の一覧より、該当病名の番号を入力します。
病名コード	「入力CD」で登録した入力コードから自院病名の検索を行います。
病名	検索された病名を表示します。

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	遷移元の画面へ戻ります。
全病名表示	F4	分類名に係わらず、登録された全病名を表示します。
前頁	F6	病名の表示は一画面に100まで表示します。 100以上病名がある場合は「前頁」「次頁」により表示を切り替えます。
次頁	F7	病名の表示は一画面に100まで表示します。 100以上病名がある場合は「前頁」「次頁」により表示を切り替えます。
確定	F12	検索された自院病名を遷移元の画面に表示します。

２.７.３　病名検索

（1）検索病名の入力
（2）病名の並べ替え
（3）病名の消去
（4）項目の説明

（1）検索病名の入力

「病名検索」(F5)より遷移した画面にて、検索病名欄に検索文字列を入力すると、病名一覧に対象の病名が表示されます。検索結果から該当の行を「選択番号」に入力またはクリックします。
例として、「慢性気管支炎」を検索してみます。
なお、検索文字列を増やすほど、検索病名の絞込みができます。

図 751

「慢性気管支炎」を選択します。

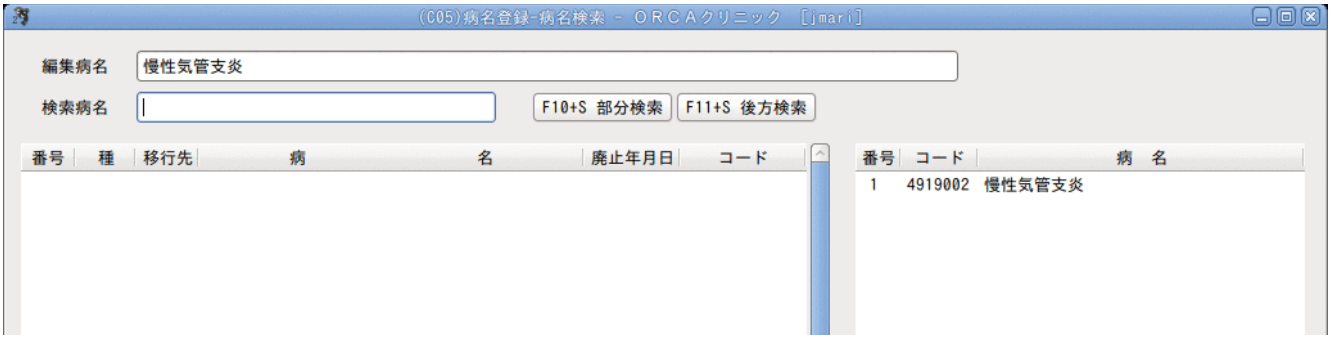


図 752

選択された病名は、右画面に表示し、画面上部の編集病名には病名が表示されます。
繰り返し処理を行い病名を組み立てます。

以下の例では、「疱疹性」「歯肉」「口内炎」の3つの病名コードから組み立てています。

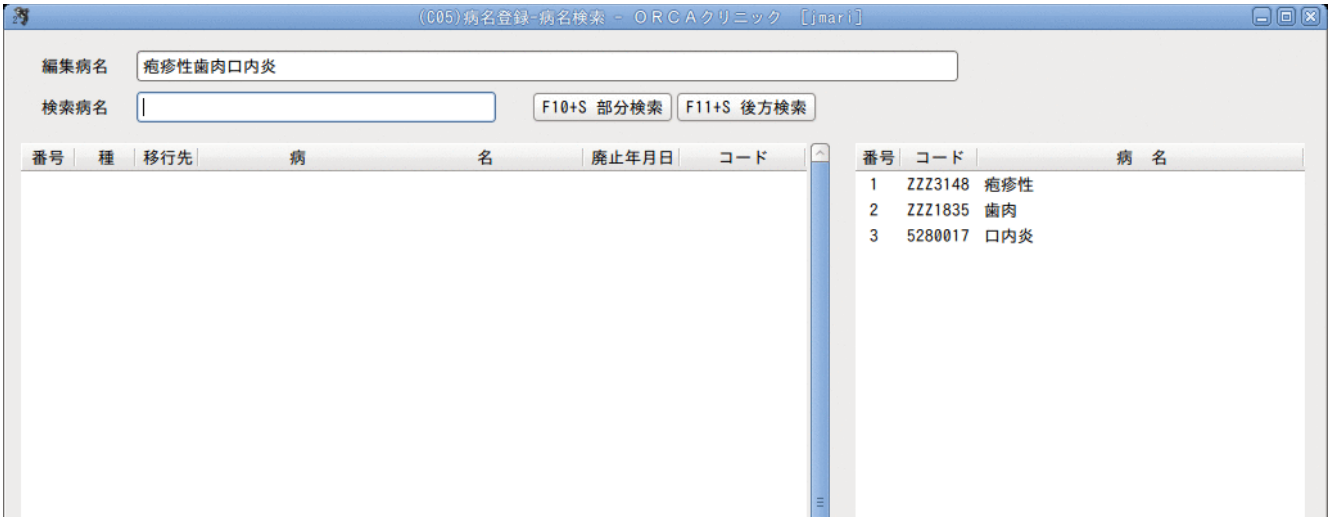


図 753

「検索病名の部分一致検索・後方一致検索」

通常、検索病名欄に入力された検索文字列は前方一致検索を行いますが、「＊」（全角文字）を入力することで部分・後方一致検索ができるようになります。ただし、前方一致検索に比べると検索処理に要する時間は増えます。

＜例＞「心臓」という文字列から一致する病名を検索する

「＊心臓＊」＝部分一致検索を行います。病名のどこかに「心臓」が含まれる病名を全て一覧に表示します。

（例）

外傷性心臓破裂
心臓悪性腫瘍
異所性心臓　　など

「＊心臓」　＝後方一致検索を行います。病名の最後に「心臓」と付く病名を一覧に表示します。

（例）

スポーツ心臓
心臓　（接頭語）　　など

なお、検索文字列を入力後、「部分検索」(Shift＋F10)・「後方検索」(Shift＋F11)を押下することでも、「＊」を入力した検索結果と同様の検索結果を得ることができます。

「心臓」を含む病名を検索する場合は、「心臓」と入力後、「Enter」を押下します。前方一致検索を行い、該当の病名を一覧に表示します。次に「部分検索」(Shift＋F10)を押下すると、前方一致・部分一致・後方一致のいずれかに該当する病名を全て一覧に表示します。「後方検索」(Shift＋F11)を押下した場合には、病名の最後に「心臓」とつく病名を一覧表示します

（2）病名の並べ替え

病名の選択順序が間違っていた場合などに、編集病名欄の病名の順番を変更することができます。
「選択番号2」に変更したい病名コードの番号を入力し、「↓」「↑」(F10，F11)により順序を並べ替えます。編集病名の内容も並べ替えて再編集されます。

＜例＞「慢性化膿性穿孔性中耳炎」
以下の4つの病名コードから組み立てたときで、選択順序を変更する場合
（慢性／化膿性／穿孔性／中耳炎・・・病名の区切りを／で表記していますが、／を入力する必要はありません）。

仮に「化膿性慢性穿孔性中耳炎」と「慢性」と「化膿性」の順序を間違えていたとします。

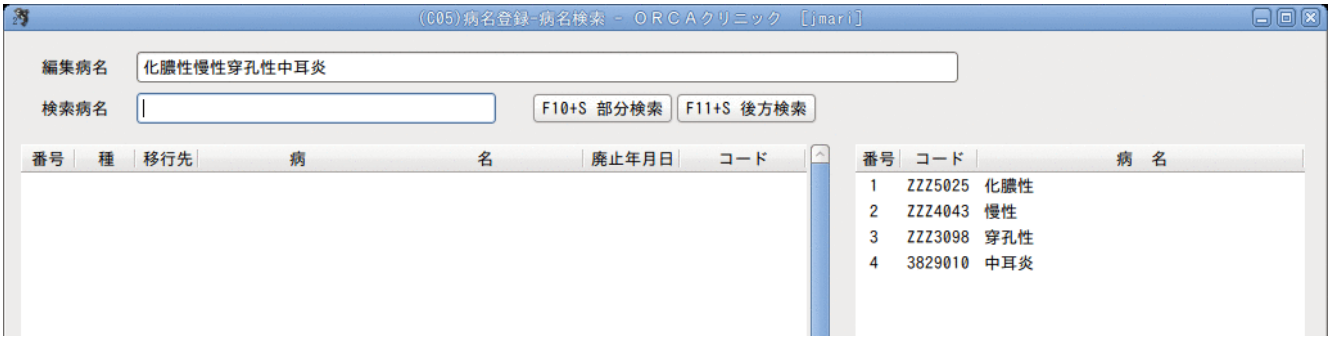


図 754

「選択番号2」欄へ「1」を入力するか、マウスでクリックします。

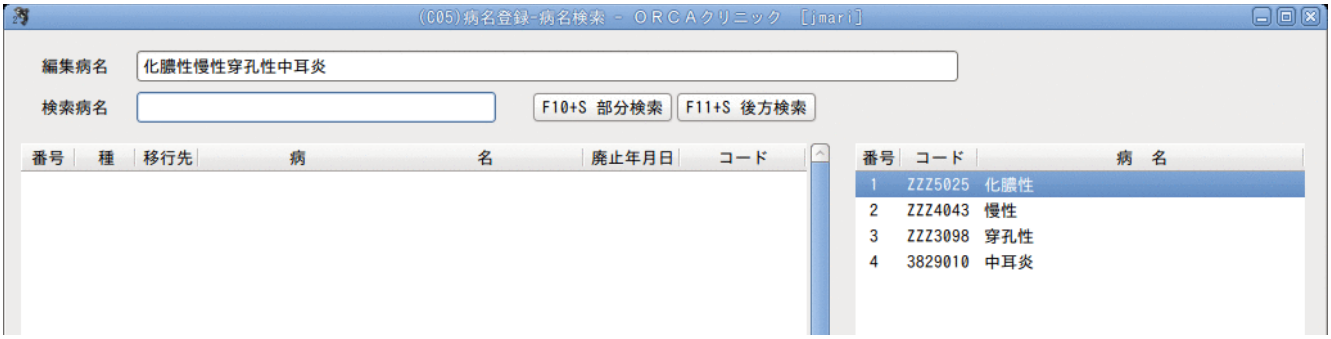


図 755

「↓」(F11)を押下します。「慢性」が先頭に来ており、順序が変更されています。

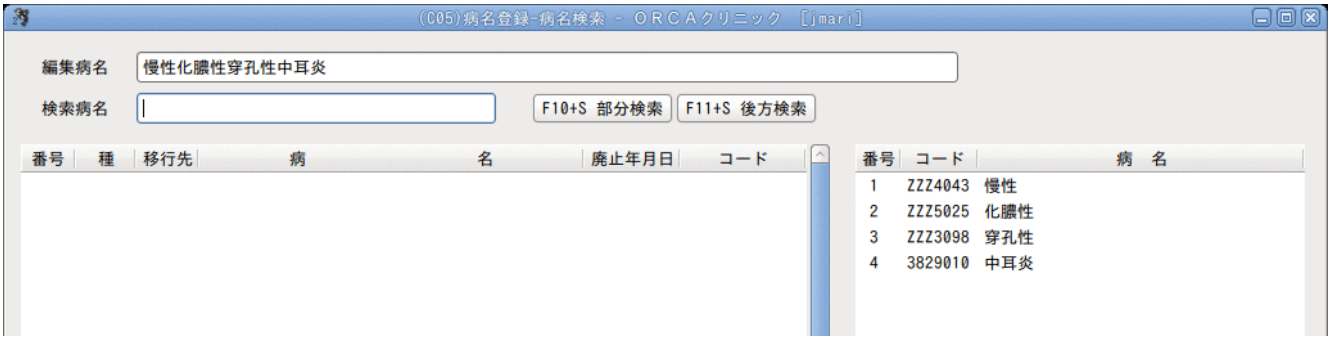


図 756

よければ、「確定」(F12)を押下します。

（3）病名の消去

病名の選択が間違っていた場合などに、病名の消去を行うことができます。
「選択番号2」に削除したい病名番号を入力し、「コード消去」(F9)を押下します。病名コードを消去して編集病名欄の内容も再編集されます。

＜例＞「慢性化膿性穿孔性中耳炎」を4つの病名コードから組み立てたときで「穿孔性」を消去する場合
「3」を「選択番号2」に入力、または「穿孔性」をマウスでクリックします。

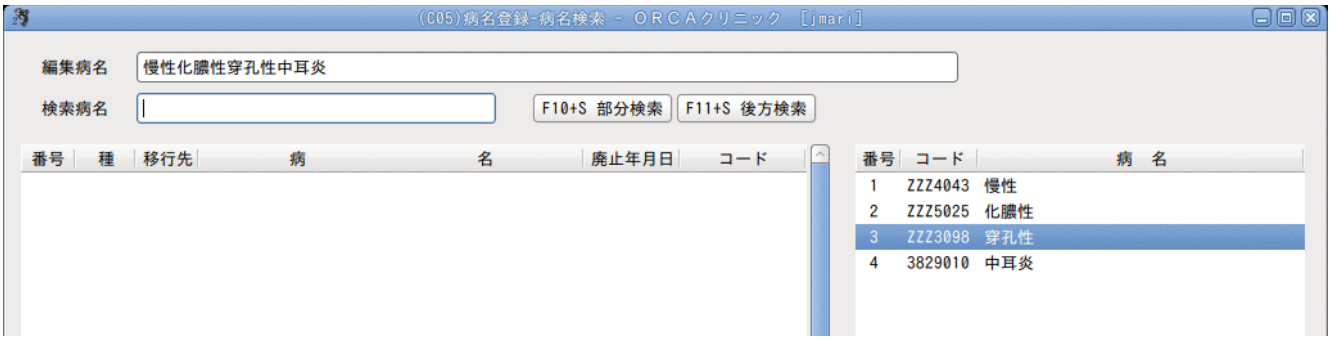


図 757

「コード消去」(F9)を押下します。

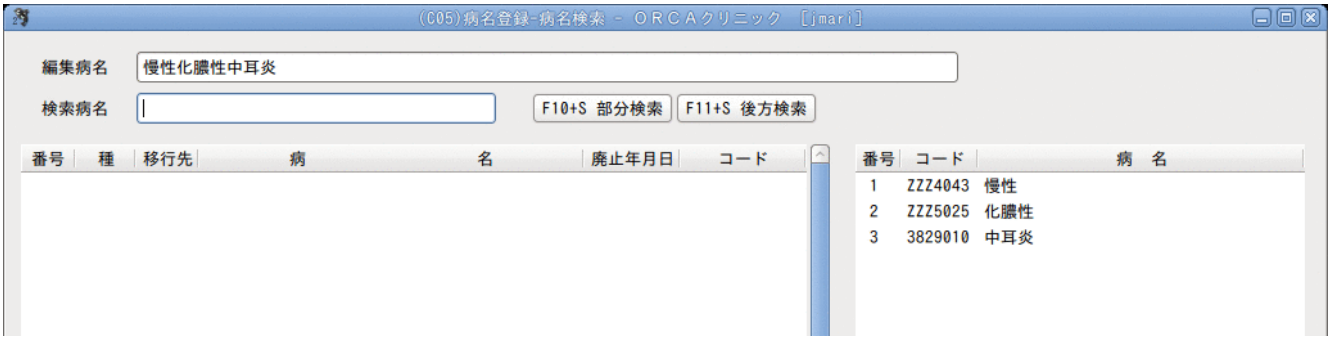


図 758

（4）項目の説明.

編集病名	病名一覧より指定した病名を表示します。
検索病名	検索する病名を入力します。
選択番号1	病名一覧から該当する病名、または接頭語・接尾語を選択するとき入力して指定します。
選択番号2	選択された病名の消去・順序変更する場合に入力して指定します。
病名コード	病名一覧より指定した病名のコードを表示します。
選択番号	病名一覧から該当する病名、または接頭語を選択するとき入力して指定します。
病名編集順序変更	順序変更する病名コード1～6の番号を入力します。
消去病名コード	消去する病名コード1～6の番号を入力します。

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	遷移元の画面へ戻ります。
クリア	F2	病名詮索項目と検索された一覧をクリアします。
選択1	F3	選択番号1番へカーソルを移動します。
選択2	F4	選択番号2番へカーソルを移動します。
前頁	F6	病名一覧の表示は一画面に100まで表示します。 100以上病名がある場合は「前頁」「次頁」により表示を切り替えます。
次頁	F7	病名一覧の表示は一画面に100まで表示します。 100以上病名がある場合は「前頁」「次頁」により表示を切り替えます。
コード消去	F9	選択番号2に入力された病名を一覧から消去します。
↑	F10	選択番号2に入力された病名の順序を並べ替えます。
↓	F11	選択番号2に入力された病名の順序を並べ替えます。
確定	F12	画面内で編集された病名を遷移元画面に登録します。

２.７.４　手術歴の登録

（1）患者の呼び出し
（2）処理の流れ
（3）具体的な手術歴の登録方法

（1）患者の呼び出し

病名登録画面で患者番号が指定されていた場合はその患者番号を引き継ぎます。
未入力の場合は手術歴画面での患者番号入力により、処理患者を呼び出します。

（2）処理の流れ

患者情報欄
過去手術一覧
手術入力欄
レセプト摘要欄記載一覧

＜画面のレイアウト概要＞
患者情報欄での患者番号入力（病名登録画面で患者指定時は入力不要）をします。
表示期間及び診療科を選択できます。
過去手術一覧の表示
過去手術一覧からレセプト摘要欄に記載を行う手術を選択し、内容の変更等あれば手術入力欄で編集を行います
登録(F12)を押下することで、データベースに登録され、登録内容がレセプト摘要欄記載一覧に表示されます。
登録済みの内容を変更する場合は、レセプト摘要欄記載一覧から選択し手術入力欄での変更後、登録(F12)を押下します。
登録済みの内容がレセプト摘要欄に記載されます。

（3）具体的な手術歴の登録方法

過去の手術歴をレセプトに記載する場合に選択登録します。
患者番号を入力すると過去の診療内容から手術を抽出して「過去手術一覧」への表示を行うので、レセプト記載が必要な手術について選択登録を行います。「過去手術一覧」の表示期間の変更は表示期間コンボで行います。指定された表示期間で診療行為データを遡って表示を行います。
表示期間コンボの内容は　当月分のみ、1ヶ月前迄、2ヶ月前迄、3ヶ月前迄、半年前迄、制限なし（デフォルトは1ヶ月前迄となります）のいずれかが選択できます。※基準日はシステムの日付となります。
診療科についても「過去手術一覧」に表示する際の診療科を選択できます。（デフォルトは「全科」となります）
表示順は履歴の新しいものが上段に表示されます。

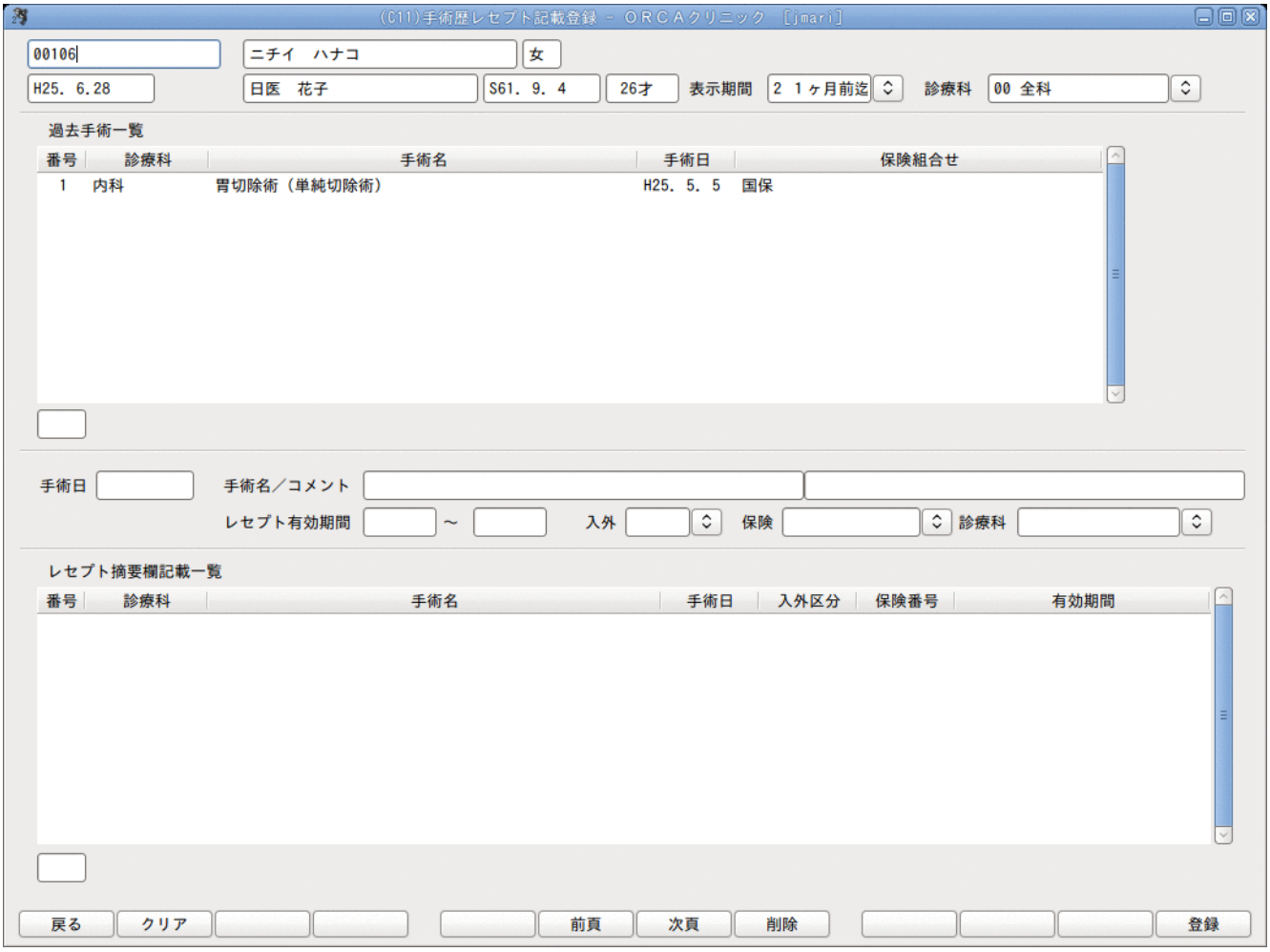


図 759

Copyright(C)2007JMARI

「過去手術一覧」に表示された手術から、レセプト摘要欄に記載を行う手術について「過去手術一覧」下の選択番号入力（または一覧のクリック）により入力欄（画面中段）への表示を行い変更内容があれば入力後に登録キー押下により登録を行います。

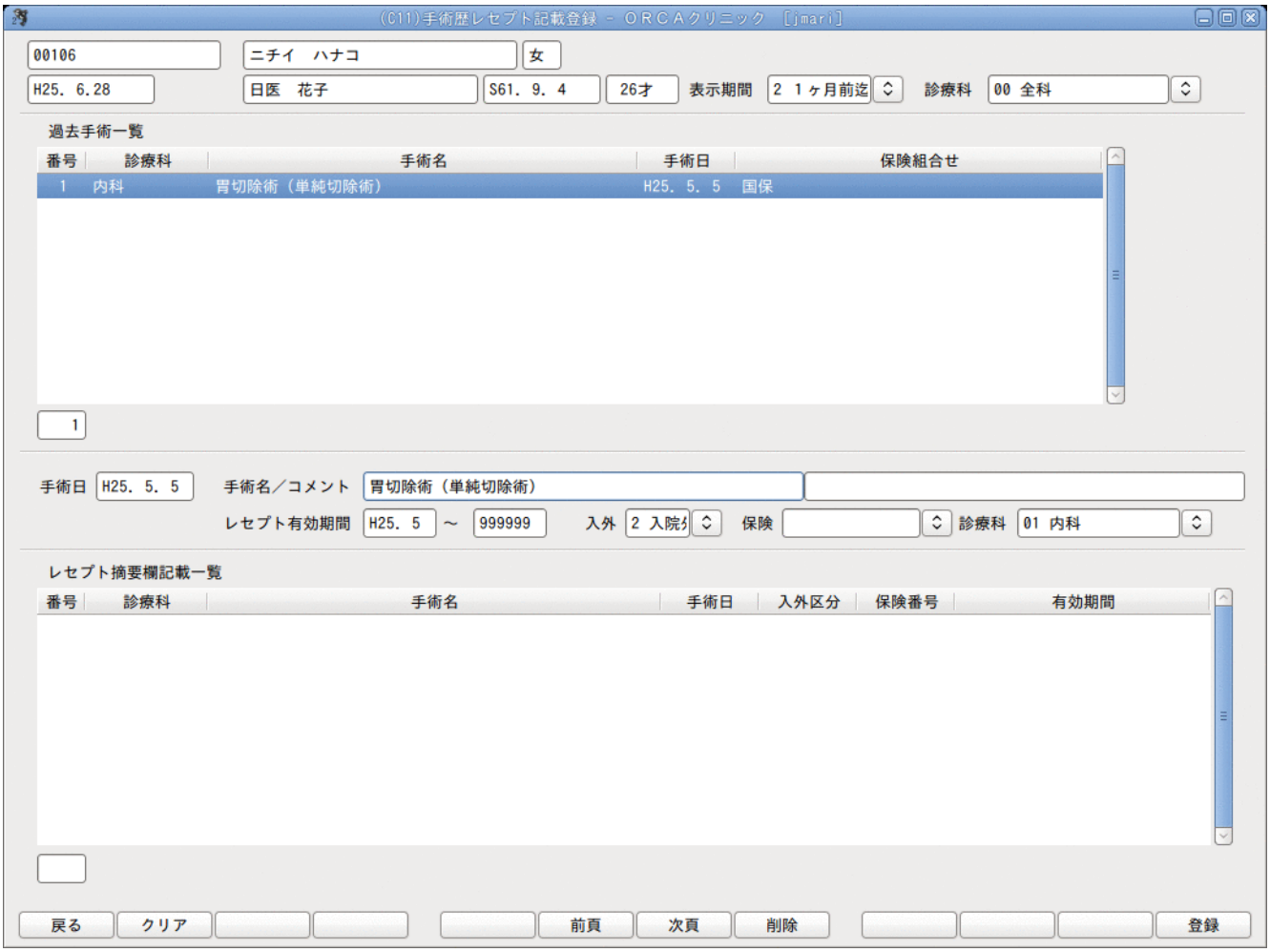


図 760

↓　「登録」(F12)を押下します。

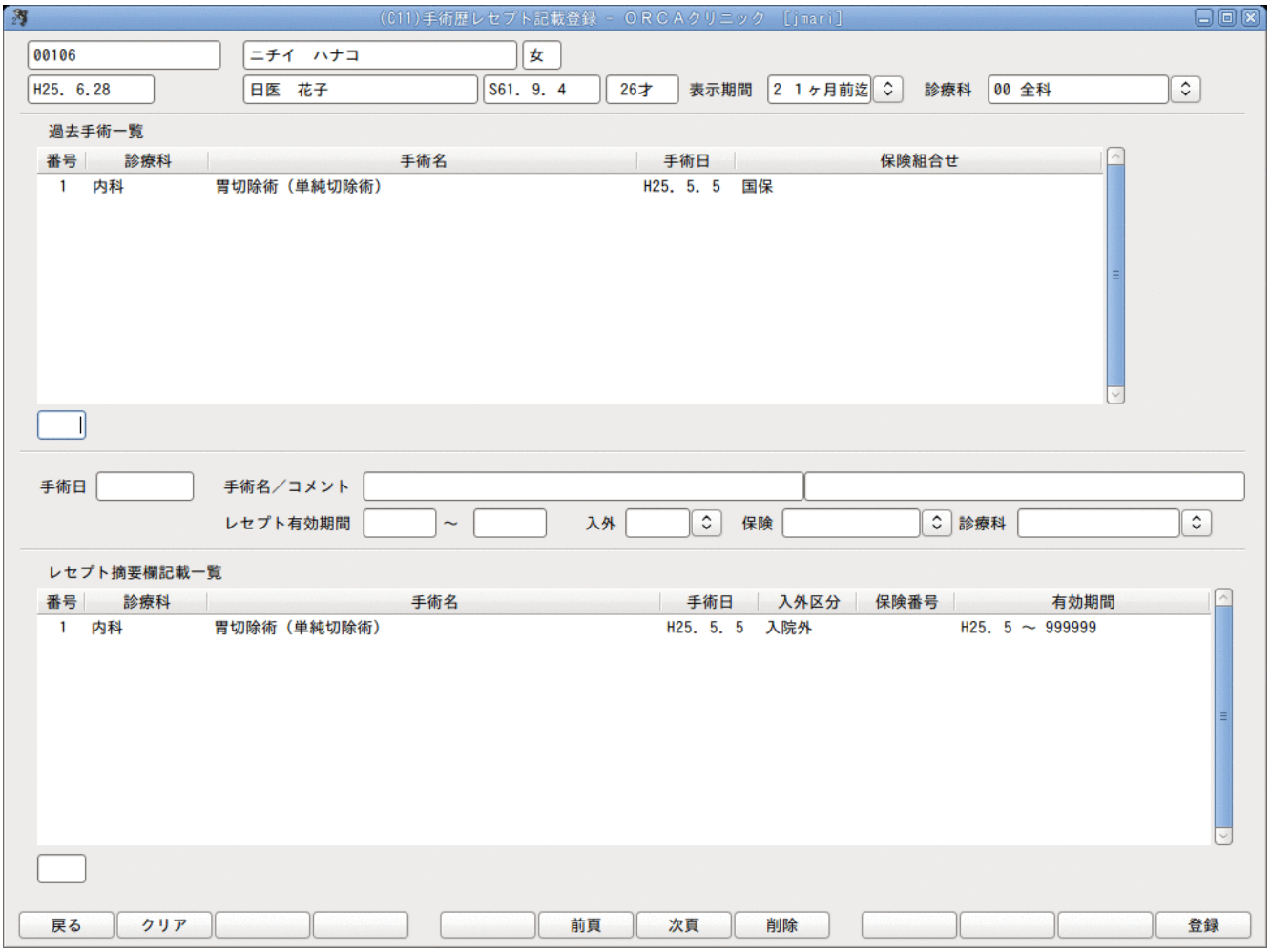


図 761

入力項目の説明

選択番号（過去手術一覧下の番号入力欄）	過去手術一覧からレセプト記載分を選択する際に番号入力します。
選択番号（レセプト摘要欄記載一覧下の番号入力欄）	レセプト摘要欄記載一覧から選択する際に番号入力します。

手術入力欄の項目説明（画面中段部分）

手術日	選択された手術実施日を表示します。
手術名／コメント	選択された手術名を表示（変更入力可）／コメント入力が可能（各25文字上限）です。 コメント欄に入力した内容は手術名を印字した下段にレセプト編集を行います。 ＜登録例＞ 手術Aを診療行為により入力し、同日で手術Bも併せて実施したが同一手術野により点数算定は行わないが、レセプトに記載は行いたい場合 パターン1　　パターン2 手術名　手術A　　手術名　手術A、手術B コメント　手術B　　コメント　空白 レセプト記載 手術〇年〇月〇日　　手術〇年〇月〇日 手術A　　手術A、手術B 手術B 上記の例を参考に手術名とコメント欄を入力してください。

レセプト有効期間	レセプト印字期間を年月により入力します。 ※有効期間の開始年月はデフォルトとして手術日の年月を表示しています
入外	空白：入院外来両方のレセプトに記載 1：入院レセプトのみ記載 2：外来レセプトのみ記載
保険	保険限定する場合に選択入力（手術入力時の保険組合せから表示）します。
診療科	手術入力時の診療科を表示します。（省略できます）

注意！

医保レセプトと自賠責（第三者行為）レセプトの両方に手術歴を記載したい場合は、それぞれ登録を行います。

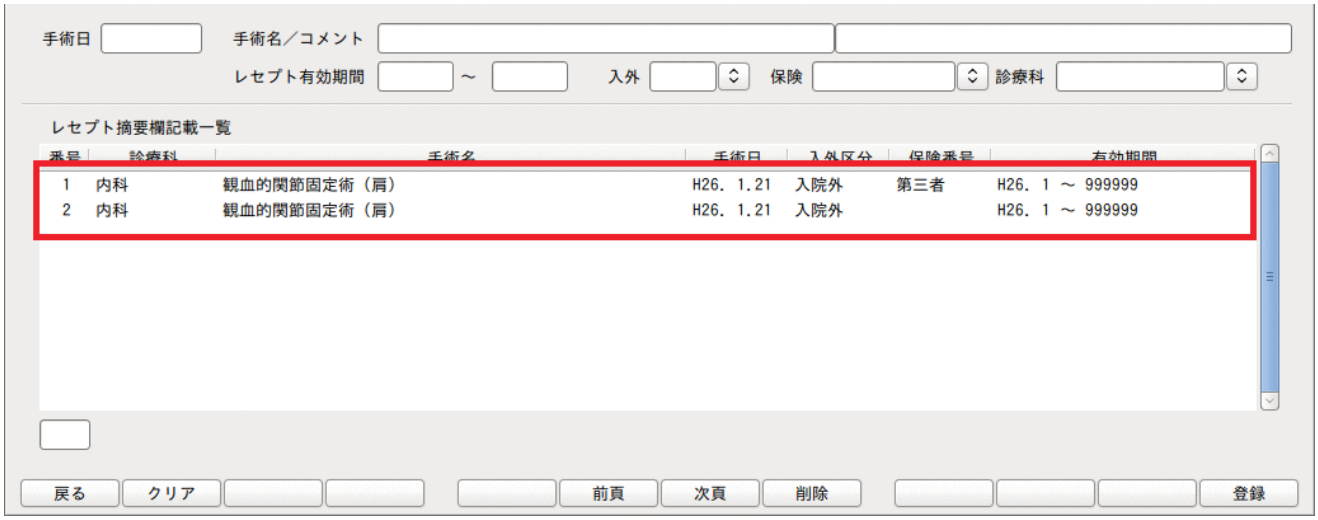


図 762

＜通常のコメントの登録方法＞

「過去手術一覧」に表示された手術以外でも、レセプト摘要欄に継続的に印字を行いたいコメントについても登録ができます。

その場合は、「過去手術一覧」からの選択は行わずに手術名／コメント欄～診療科までを直接入力を行い、登録を行ってください。この場合は、手術とは扱いませんので手術日の項目は空欄となります。

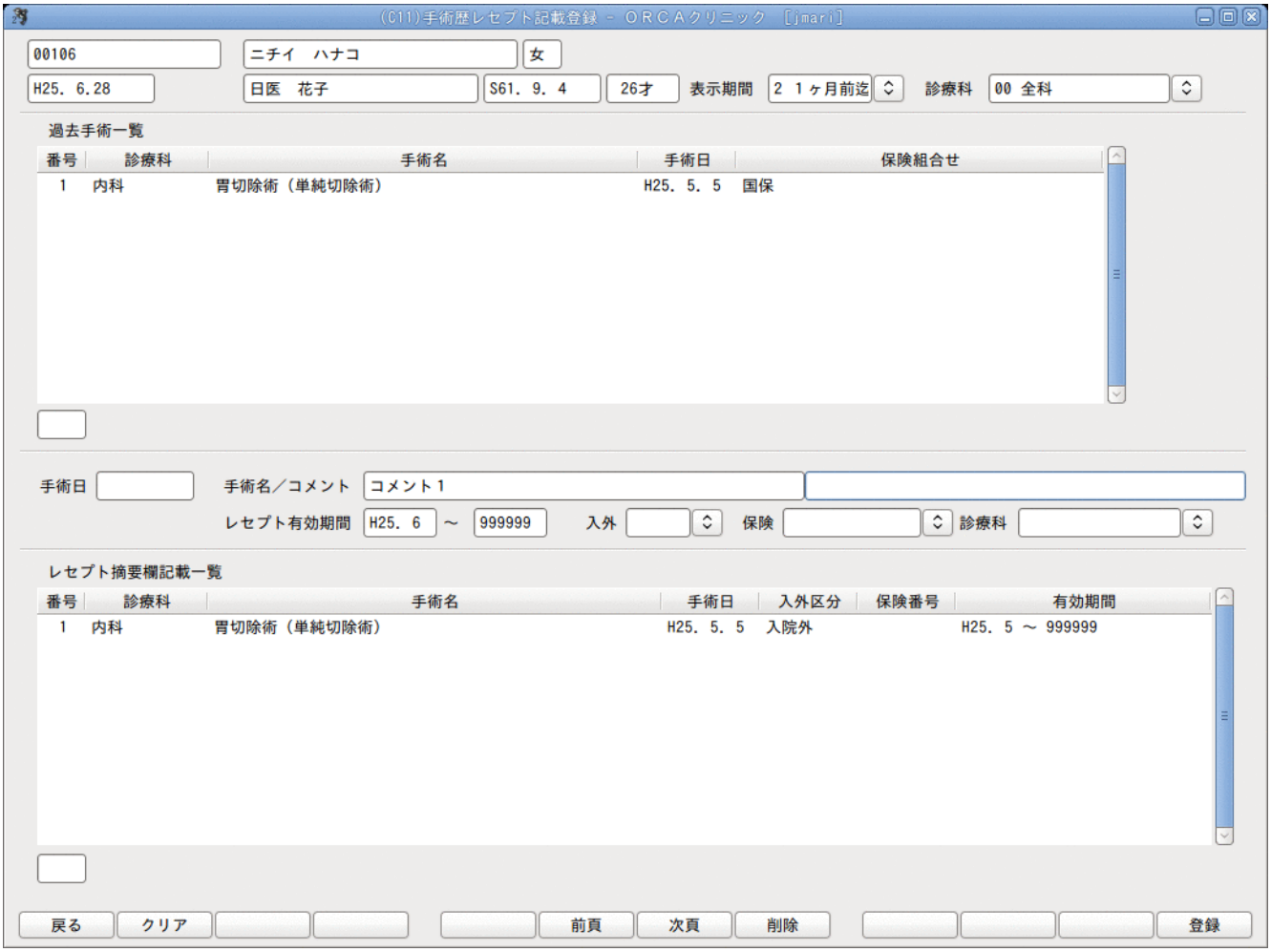


図 763

↓「登録」(F12)を押下します。

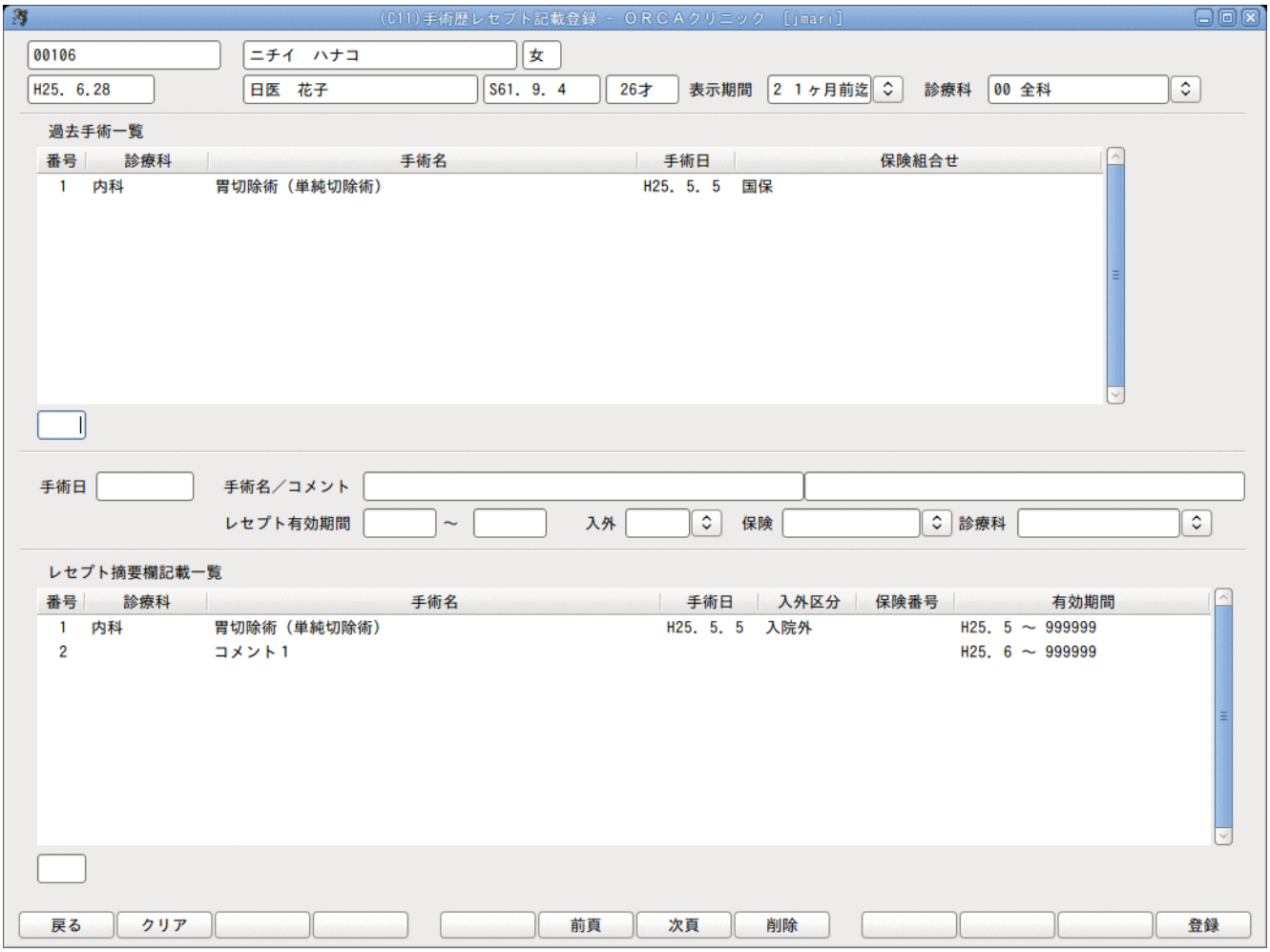


図 764

登録した内容は画面下側の「レセプト摘要欄記載一覧（コラムリスト）」に表示を行います。
「レセプト摘要欄記載一覧」に表示した内容は、そのまま手術歴テーブルに登録され当該月のレセプトに記載されます。「レセプト摘要欄記載一覧」の登録内容についても、画面最下部の選択番号を入力することで修正、削除ができます。修正は、内容修正後に再度「登録」の押下を行います。
削除は「削除」(F8)を押下します。

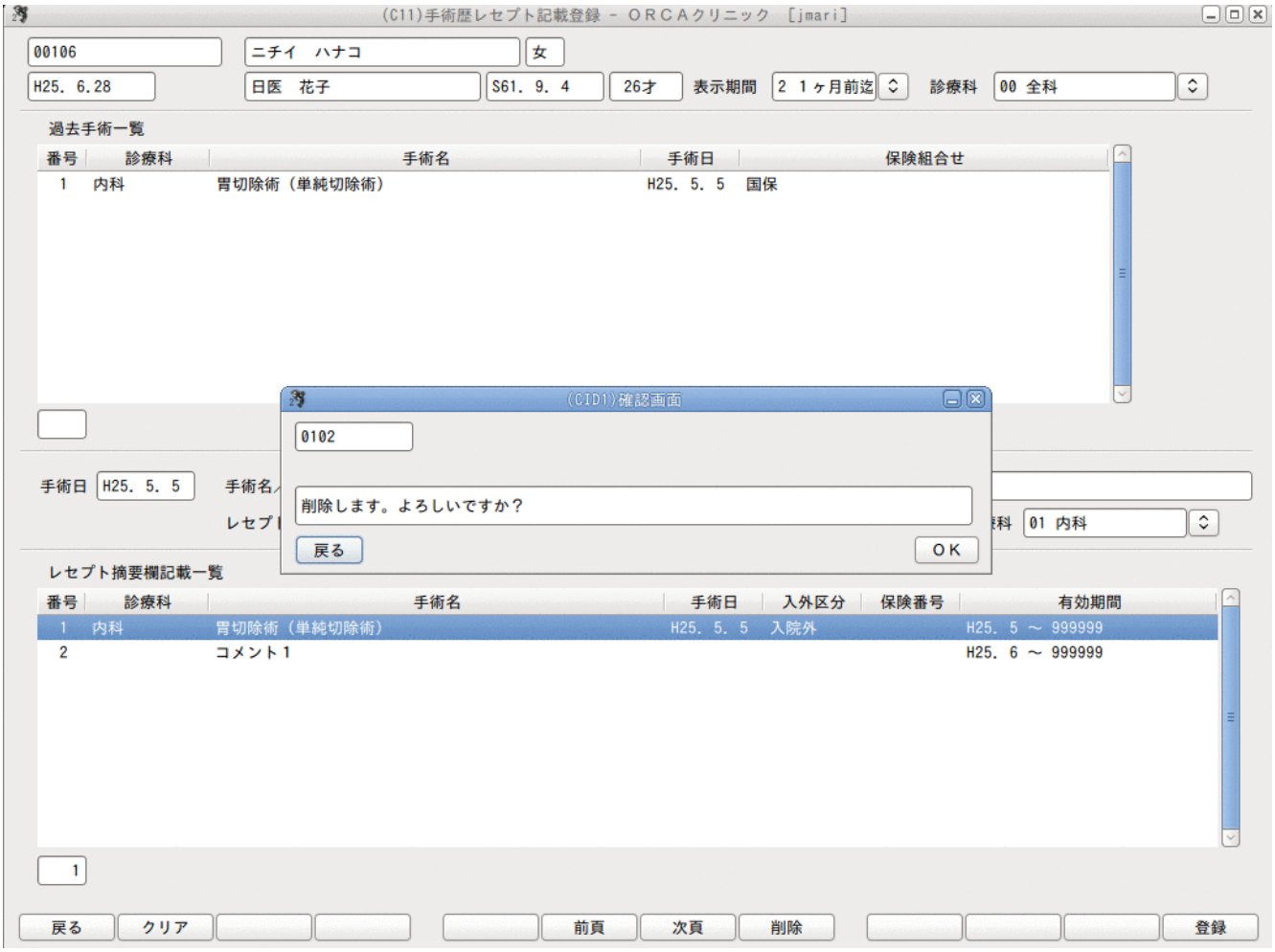


図 765

「OK」を押下した場合は手術歴の削除を行います。

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	病名登録画面へ戻ります。
クリア	F2	入力途中の手術入力欄の情報をクリアします。 手術入力欄の手術名が空欄の場合（未選択時）は、画面表示内容をクリアし患者番号の入力状態になります。
前頁	F6	レセプト摘要欄記載一覧の表示は一画面に100件まで表示します。100件以上レセプト記載する手術歴がある場合は、「前頁」「次頁」により表示を切り替えます。（※過去手術一覧は、前次頁機能はありません）
次頁	F7	レセプト摘要欄記載一覧の表示は一画面に100件まで表示します。100件以上レセプト記載する手術歴がある場合は、「前頁」「次頁」により表示を切り替えます。（※過去手術一覧は、前次頁機能はありません）
削除	F8	レセプト摘要欄記載一覧に登録済みの手術歴を削除します。
登録	F12	画面内で編集された手術歴を登録します。

＜レセプト記載について＞

登録を行った手術歴はレセプト摘要欄に以下のような記載順となります。

［入院歴］　←　（入院がある医療機関のみ）

［手術歴　手術〇年〇月〇日］　　←　手術日の昇順に記載を行う

［××手術］

［手術歴で登録を行ったコメント］

Copyright(C)2007JMARI

２．８．１　機能概要

- 請求書兼領収書・診療費明細書の再発行
- 入金
- 返金
- 入金取消
- 履歴修正（入金、返金及び処理日の訂正）
- 支払い証明書の発行
- 一括再計算（一月分の診療費再計算）

２．８．２　画面表示の切替

画面の説明

【収納一覧表示エリア】
患者の収納データを一覧表示します。

【収納履歴表示エリア】
収納データを選択すると、請求・入金等の履歴を表示します。

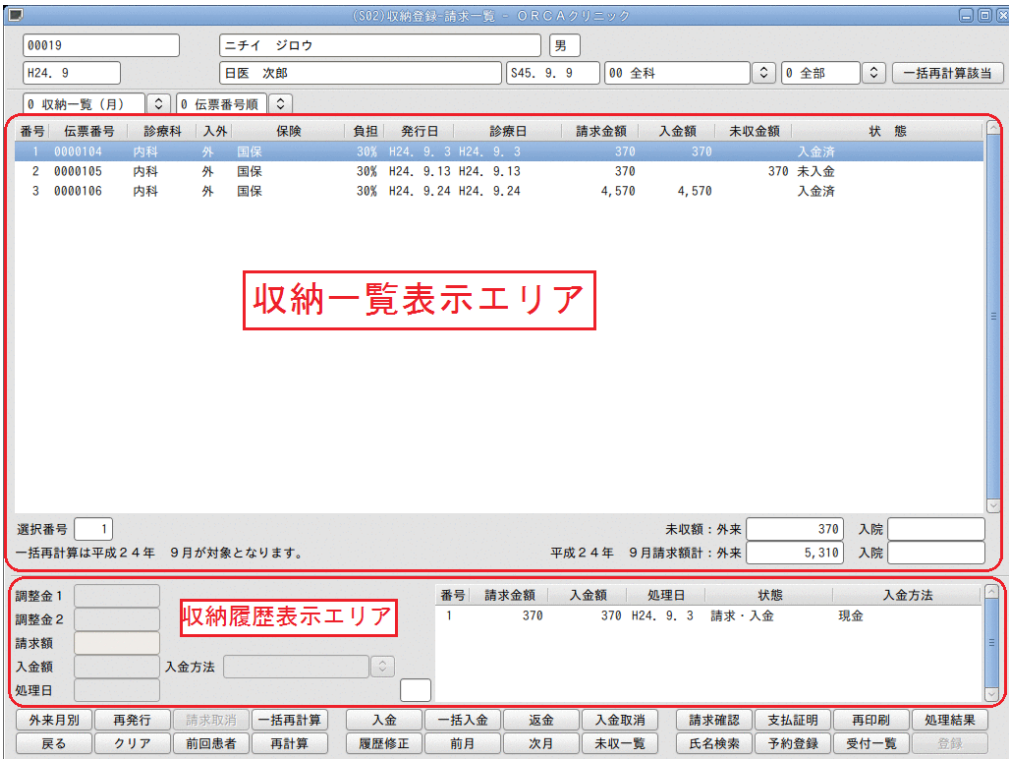


図 766

収納一覧の表示変更

＜月・年・全部・未収一覧・入返金日の変更＞

画面左上の▼より選択します。

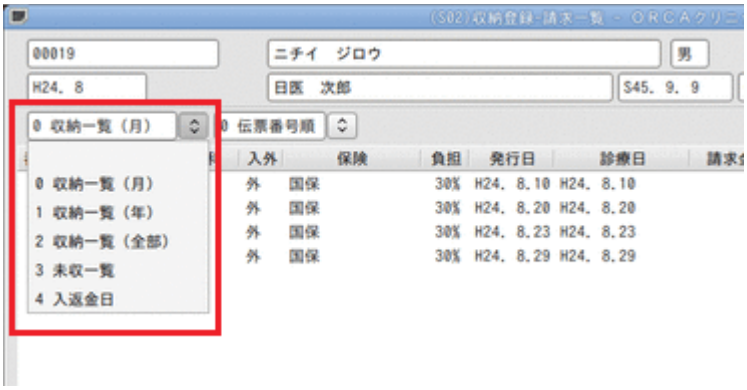


図 767

- **収納一覧（月）**
  月表示をします。
- **収納一覧（年）**
  年表示をします。
- **収納一覧（全部）**
  全てのデータを表示します。
- **未収一覧**
  未収金額のある全てのデータを表示します。
- **入返金日**
  表示している日（変更可能）に入金または返金があったデータを表示します。

ヒント！　　診療月、診療日の変更について

直接入力で変更

図 768

「前月」(F6)、「次月」(F7)で変更

図 769

Copyright(C)2007JMARI

＜伝票番号順と診療日順＞
画面左上の▼より選択します。

図 770

ヒント！ 「101　システム管理」－「1039　収納機能情報」より初期表示の変更ができます。

＜診療科、入院・外来の表示変更＞
画面右上の▼より選択します。

図 771

収納データのマーク（記号）の説明

＜伝票番号に「M」マークが付いている場合＞
複数科保険入力の収納データです。
【2.5.2　入力の基本操作】－【（8）複数科保険入力】を参照してください。

＜入外に「☆」マークが付いている場合＞
「24　会計照会」で剤変更または保険一括変更を行なった後、収納更新をまだ行なっていない収納データです。

＜「★★　【高齢者現物給付】一括再計算を行なってください　★★」＞
＜「★★　【70歳未満現物給付】一括再計算を行なってください　★★」のメッセージの場合＞
【2.8.9　外来における高額療養費の現物給付について】を参照してください。

＜「☆　再計算を行なってください（会計照会【収納更新】未処理」＞
「24　会計照会」で剤変更または保険一括変更を行なった後、収納更新をまだ行なっていない収納データです。

請求確認画面の表示

収納データの詳細を請求確認画面で確認することができます。

＜操作方法＞
収納データを選択し、「請求確認」(Shift+F9)を押下します。

【（S02）請求一覧画面】

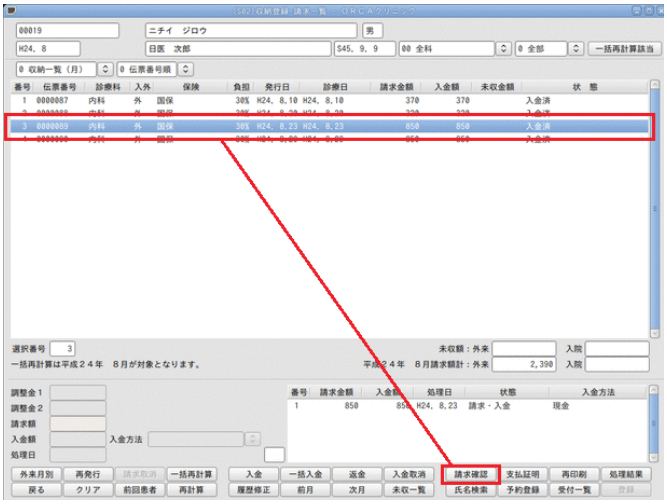


図 773

【（S03)請求確認画面】

図 772

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	元の画面へ戻ります。
外来月別	Shift+F1	月まとめの請求書兼領収書及び診療費明細書を印刷します。 表示されている診療月、または選択中の収納データの診療月を対象とします。 発行方法を「101システム管理マスタ」－「1039　収納機能情報」にて設定することができます。
クリア	F2	患者をクリアします。
再発行	Shift+F2	請求書兼領収書の再発行をします。 「M」マークの付いている収納データは複数科保険入力を行った収納データになりますが、領収書の再発行について「101システム管理マスタ」－「1039　収納機能情報」にて「診療行為登録時に指定した方法」の再発行か「個別」の再発行かを設定できます。 ※患者登録の請求書発行区分が「0　請求書不要」となっている場合に、収納から再発行を行うと確認メッセージを表示します。
前回患者	F3	前回表示していた患者を再度表示します。
請求取消	Shift+F3	入院の請求データを取り消します。 外来の請求データは取り消し出来ません。
再計算	F4	選択されている収納データの再計算を行います。
一括再計算	Shift+F4	表示している月、または選択されている収納データの月を対象とし、その月の全ての外来収納データを再計算します。

履歴修正	F5	収納データの入金額、請求額、処理日の修正を行います。
入金	Shift+F5	未収金のある収納データの入金処理を行います。
前月（前年）	F6	収納一覧が月表示または年表示されている場合に前月（前年）を表示します。
一括入金	Shift+F6	過去全ての未収金データを表示し、一括して入金処理を行います。
次月（次年）	F7	収納一覧が月表示または年表示されている場合に次月（次年）を表示します。
返金	Shift+F7	請求額より入金額が多い（過入金）収納データの返金処理を行います。
未収一覧 入返金日 収納一覧	F8	収納一覧の表示を切り替えます。 押下するたびに切り替わります。
入金取消	Shift+F8	入金済みの収納データの入金取り消しを行います。
氏名検索	F9	(P97)患者検索一覧画面へ遷移します。
請求確認	Shift+F9	収納データの詳細（請求確認画面）を表示します。
予約登録	F10	(Y01)予約状況画面へ遷移します。
支払証明	Shift+F10	(S04)支払証明書印刷画面を表示し、支払証明書を発行します。
受付一覧	F11	(U01)受付一覧画面へ遷移します。
再印刷	Shift+F11	支払証明書の再印刷を行います。
登録	F12	入金または履歴修正等の登録を行います。
処理結果	Shift+F12	前回の支払証明書の処理結果を表示します。

再計算該当者一覧	一括再計算が必要な患者一覧を表示します。 【2.8.9　外来における高額療養費の現物給付について】を参照してください。

＜再計算該当者一覧に表示される患者について＞

「24　会計照会」業務で「剤変更」又は「保険一括変更」を行なった後「収納更新」を行なっていない患者又は、【2.8.9　外来における高額療養費の現物給付について】の項目に該当し一括再計算が必要な患者を表示します。

(S02)収納登録画面の診療月に該当患者がある場合は「再計算該当者一覧」を青字表示します。

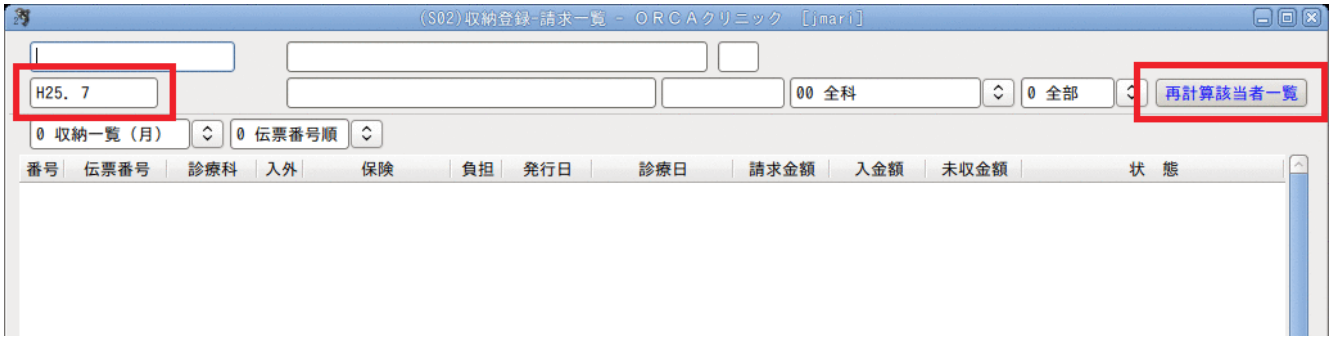


図 774

ヒント！　再計算該当者一覧の青字表示について

(S02)収納登録画面を開く都度、再計算該当者を検索し青字表示します。収納業務の表示・動作が遅くなる場合は、「101　システム管理」－「1039　収納業務情報」の「再計算該当者の存在チェック」を「0　しない」と設定してください。

２.８.３　請求書兼領収書の再発行

請求書兼領収書の再発行ができます。

請求書兼領収書の発行は以下の3通りの方法があります。

- 「再発行」(Shift+F2)より再発行(1診療分を再発行)
- 収納履歴から再発行(訂正時の差額分の再発行)
- 月別領収書の発行

「再発行」(Shift+F2)より再発行(1診療分を再発行)

＜操作方法＞

1. 再発行したい収納データを選択します。
2. 「再発行」(Shift+F2)を押下します。
3. (SID3) 確認画面が表示されます。再発行したい帳票を選択します。

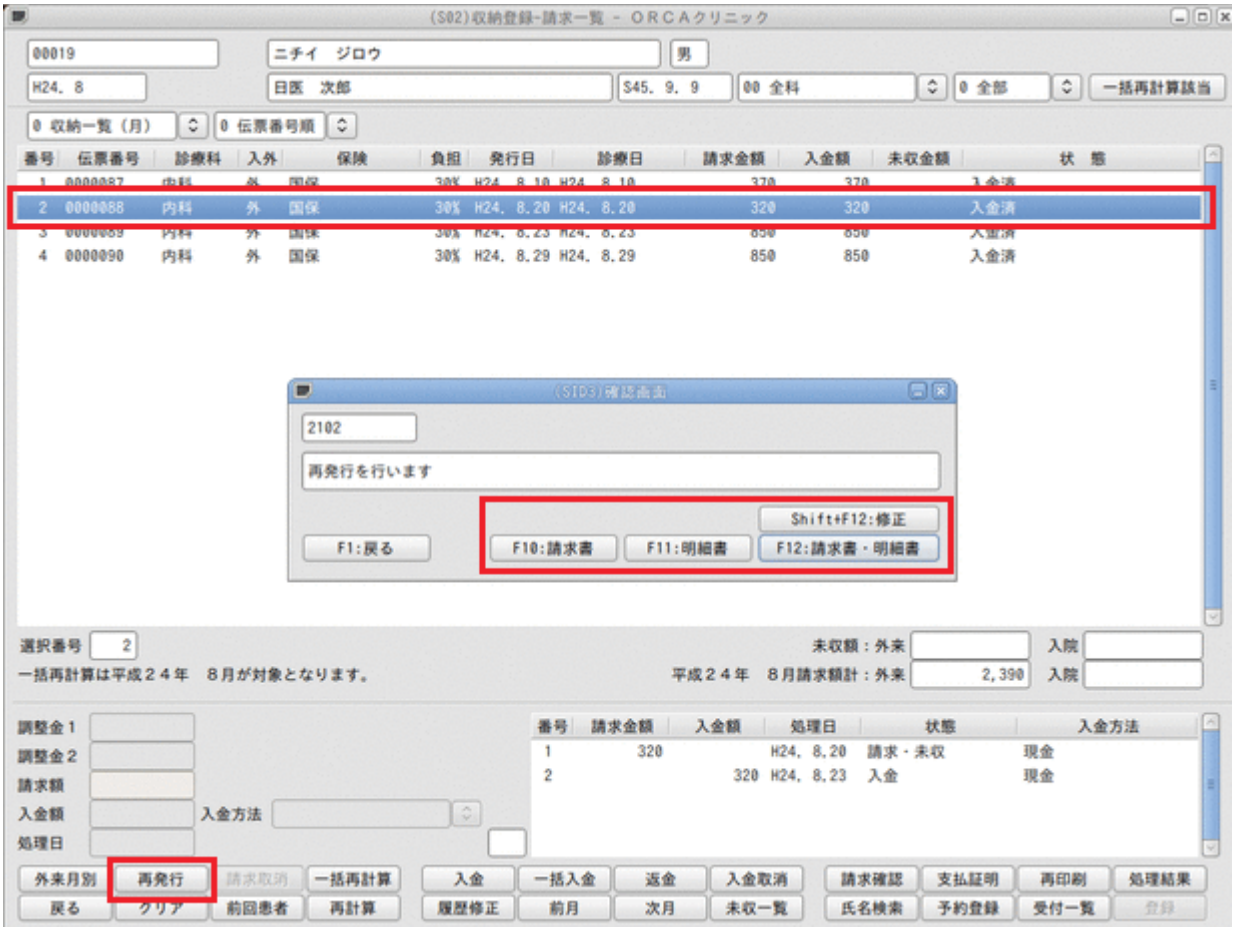


図 775

ヒント！　発行できる帳票について

図 776

F10：請求書

請求書兼領収書を再発行します。

F11：明細書

診療費明細書を再発行します。

F12：請求書・明細書

請求書兼領収書と診療費明細書を再発行します。

Shift＋F12：修正

今回請求額、消費税、前回請求額、今回入金額を訂正し再発行できます。

図 777

Copyright(C)2007JMARI

収納履歴から再発行(訂正時の差額分の再発行)

＜操作方法＞

1. 再発行したい収納データを選択します。
2. 「請求確認」(Shift+F9)を押下し、(S03)請求確認画面に遷移します。

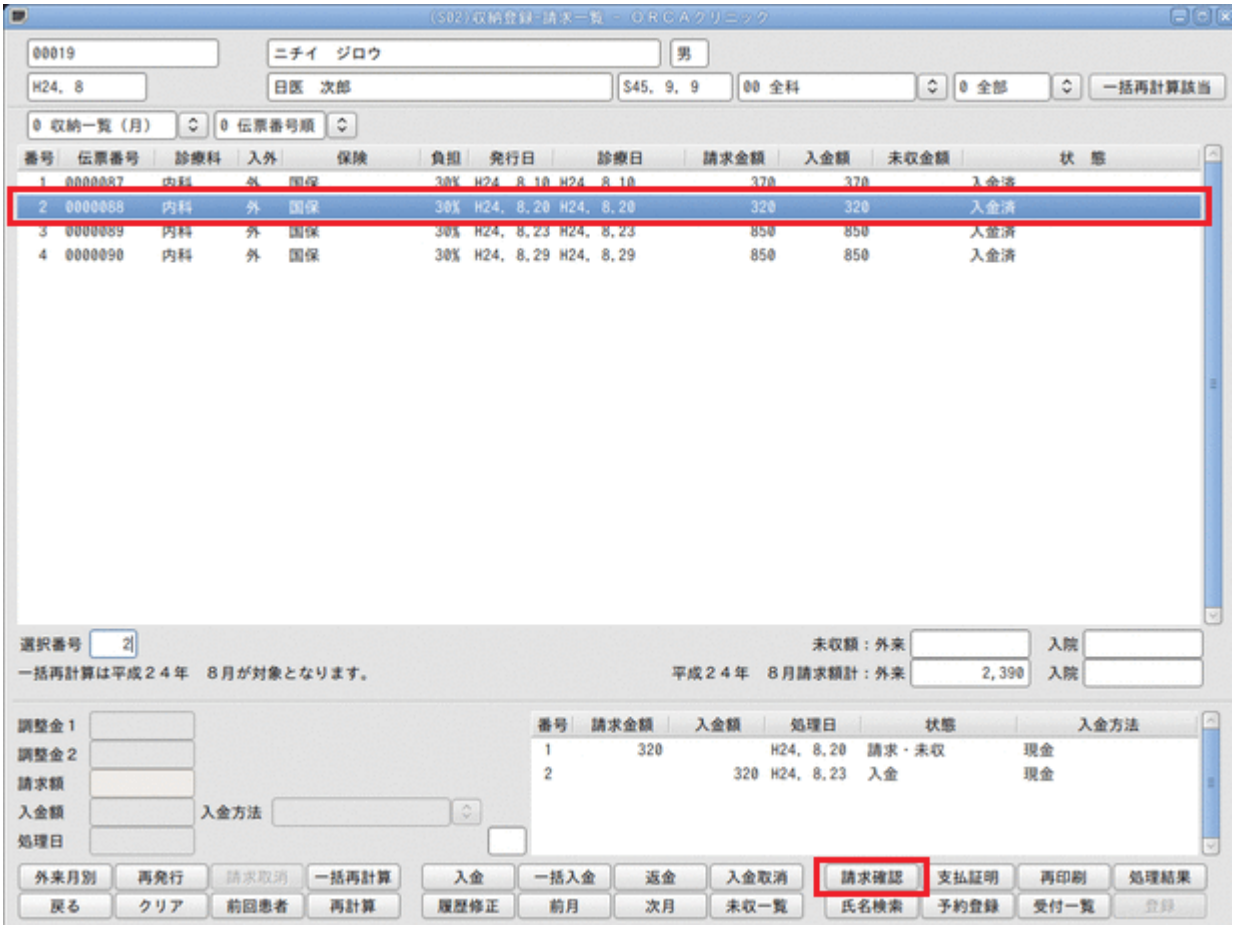


図 778

3. 再印刷したい履歴を選択し、「明細書印刷」(Shift+F11)または「請求書印刷」(Shift+F12)を押下します。

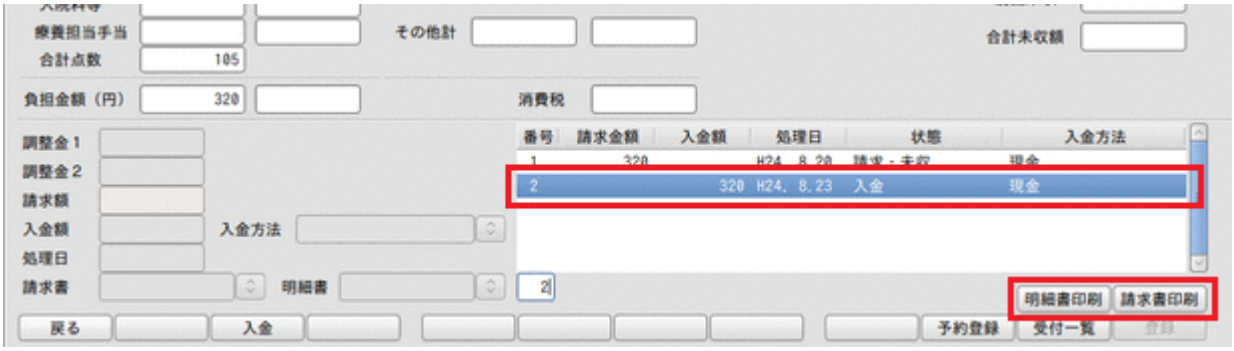


図 779

月別請求書兼領収書を発行する

月合計の請求書兼領収書を発行できます。

＜操作方法＞

1. 「外来月別」(Shift+F1)を押下すると（S07)印刷指示画面が表示されます。

図 780

2. 診療年月、期間指定、発行方法を入力し、発行したい帳票を選択します。

図 781

- 診療年月・・・診療年月を入力します。
- 期間指定・・・日付の範囲が指定できます。
- 発行方法・・・請求書兼領収書の発行方法を選択します。
  - 1　診療科・保険組合せ別に発行
  - 2　保険組合せ別に発行
  - 3　診療科別に発行
  - 4　全体をまとめて発行

ヒント！　発行できる帳票について

F10：請求書

　　請求書兼領収書を再発行します。

F11：明細書

　　診療費明細書を再発行します。

F12：請求書・明細書

　　請求書兼領収書と診療費明細書を再発行します。

Shift＋F12：修正

　　今回請求額、消費税、前回請求額、今回入金額を訂正し再発行できます。

図 782

２.８.４　入金処理

入金を行うには次の2つの方法があります。

- 「入金」(Shift+F5)・・・・収納データ1件（1診療分）を入金する
- 「一括入金」(Shift+F6)・・複数の収納データをまとめて入金する

収納データ1件（1診療分）を入金する

＜操作方法＞

1. 入金を行う収納データを選択し、「入金」(Shift+F5)を押下します。

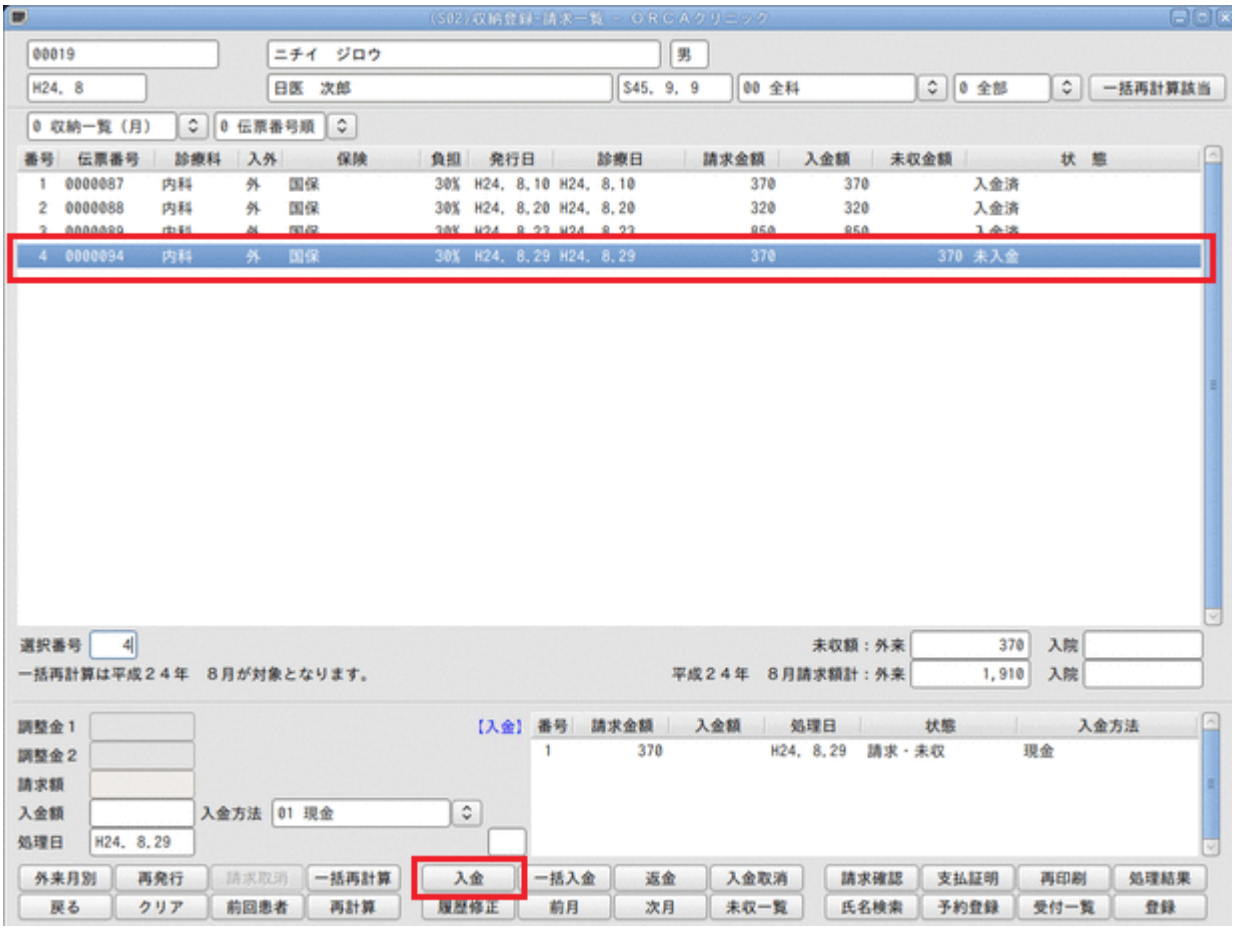


図 783

2. 入金額を入力し「登録」(F12)を押下します。

図 784

Copyright(C)2007JMARI

3. 入金の収納履歴を作成します。

図 785

＜請求書兼領収書の発行について＞

入金後、請求書兼領収書を発行するには「請求確認」(Shift+F9)を押下し、(S03)請求確認画面の収納履歴を選択し「請求書印刷」(Shift+F12)を押下して再発行をしてください。【2.8.3　請求書兼領収書の再発行】－【収納履歴から再発行（訂正時の差額分の再発行】を参照してください。

ヒント！

入金額欄を空白のまま「Enter」を押下すると、未収金額（入金できる金額）が自動入力されます。

図 786

複数の収納データをまとめて入金する

＜操作方法＞

1. 「一括入金」(Shift+F6)を押下します。

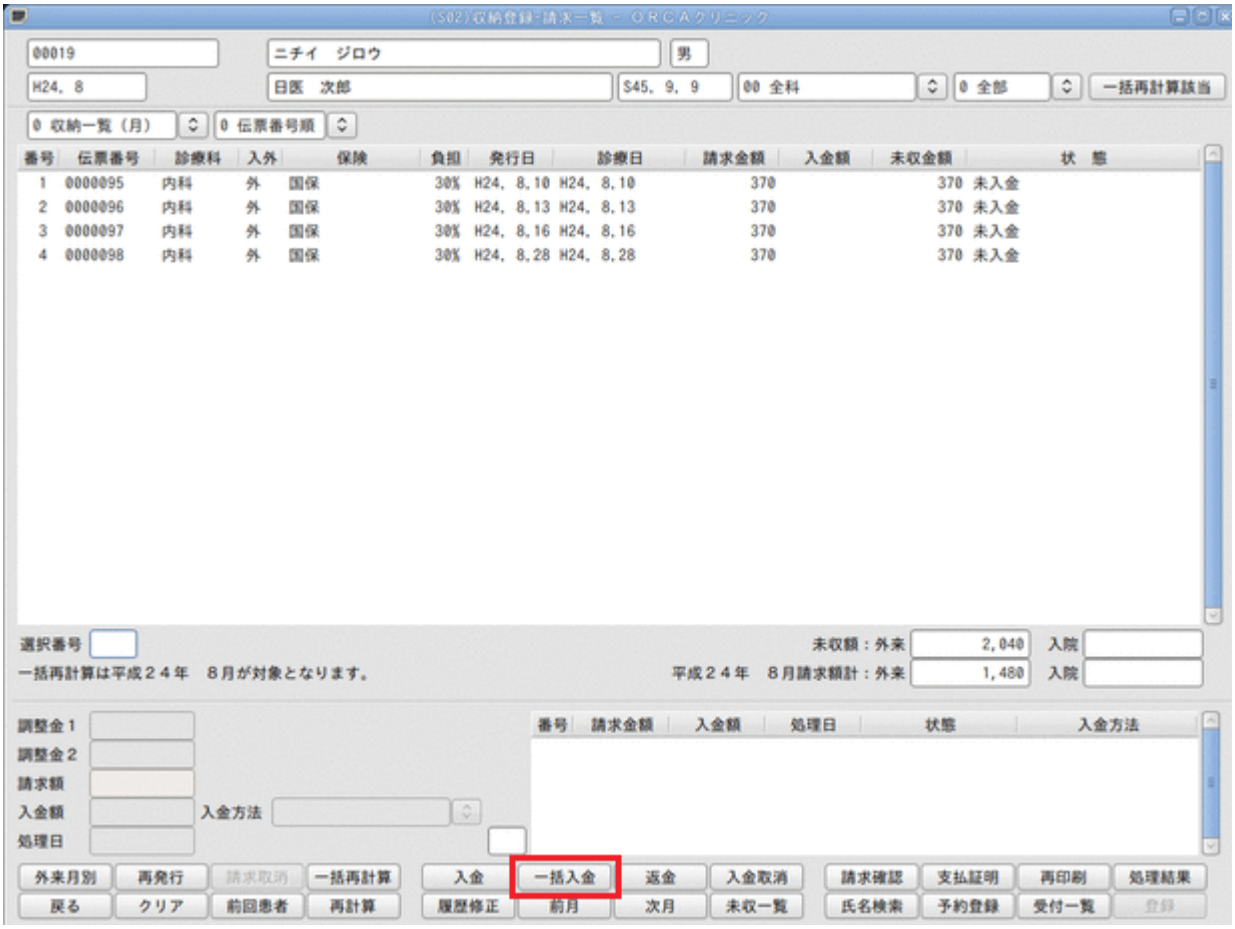


図 787

2. (S06)一括入金画面へ遷移し、未収金のある収納データを一覧表示します。
3. 入金方法を選択し、外来入金額へ入金額を入力します。

図 788

4. 入金額を入力後、「Enter」を押下すると各収納データへ入金額を割り振り、今回入金額欄に表示されます。

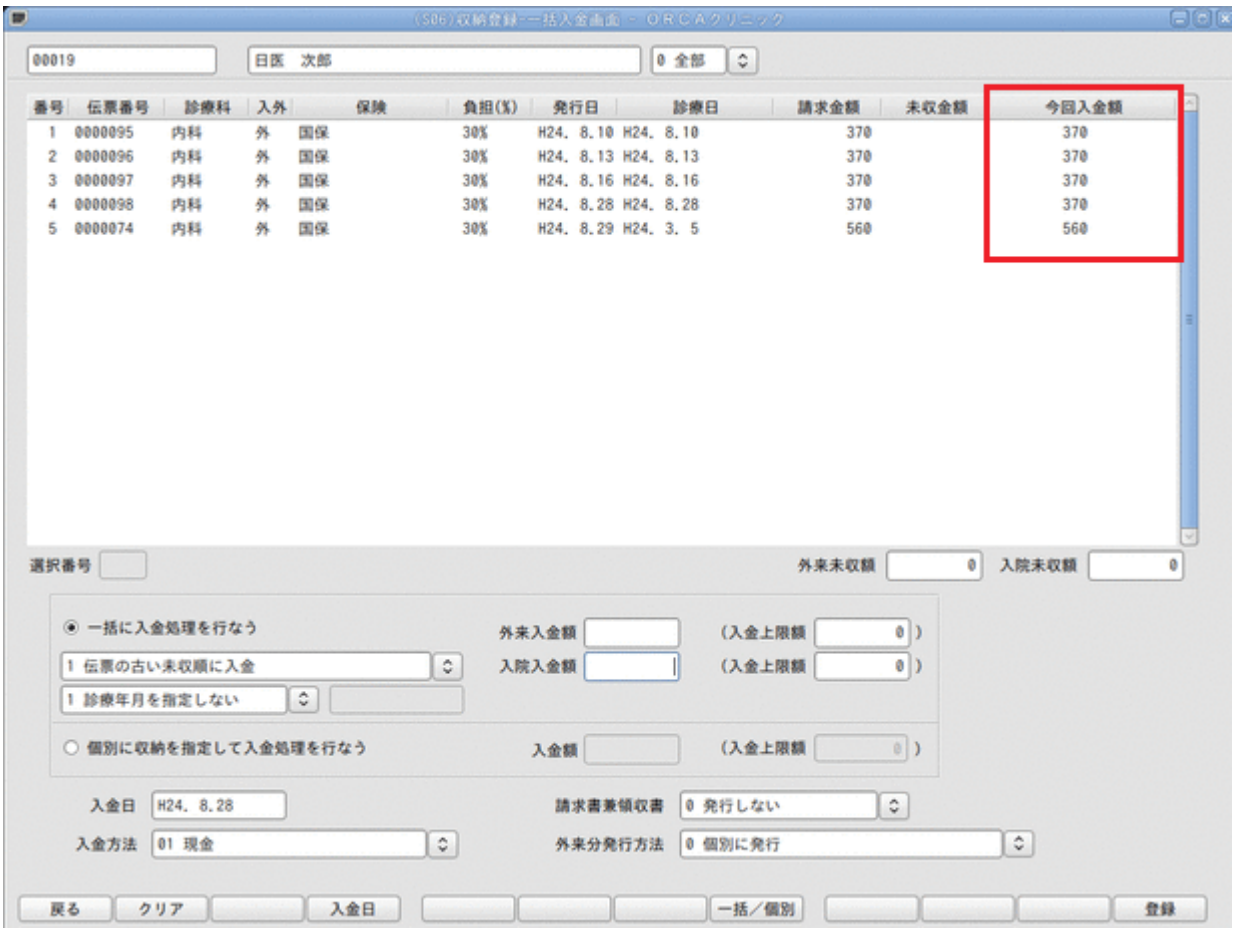


図 789

5. 入金日、入金方法、請求書兼領収書の発行を選択し、「登録」(F12)を押下します。

図 790

6. 確認メッセージを表示します。「OK」を選択し、一括入金を完了します。

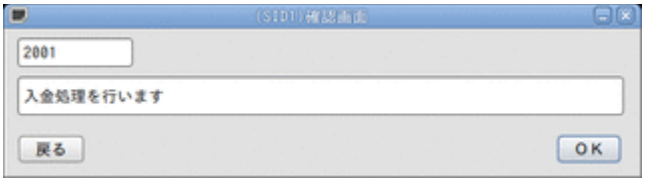


図 791

ヒント！

入力した入金額を取り消したいときは「クリア」(F2)を押下し、再度入金額を入力してください。

ポイント！

(S06)一括入金画面では入金額を割り振る範囲を指定できます。

1. 伝票の古い未収順に入金
2. 伝票の新しい未収順に入金
3. 診療日の古い未収順に入金
4. 診療日の新しい未収順に入金

また入金を行う診療月の指定できます。

1. 診療年月を指定しない
2. 診療年月を指定する　・・・指定する場合は診療月を入力します。

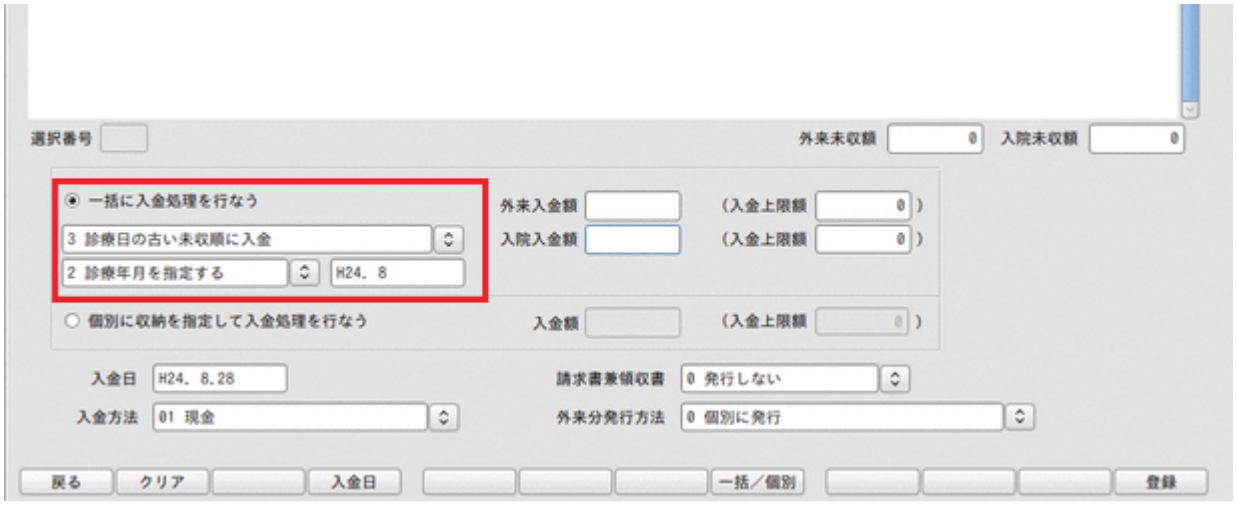


図 792

入金取消

- 入金額の取り消しを行います。
- 実際には入金額を0円に変更するのではなく、マイナス入金を行います。

図 793

＜操作方法＞

1. 収納データを選択し、「入金取消」(Shift+F8)を押下します。

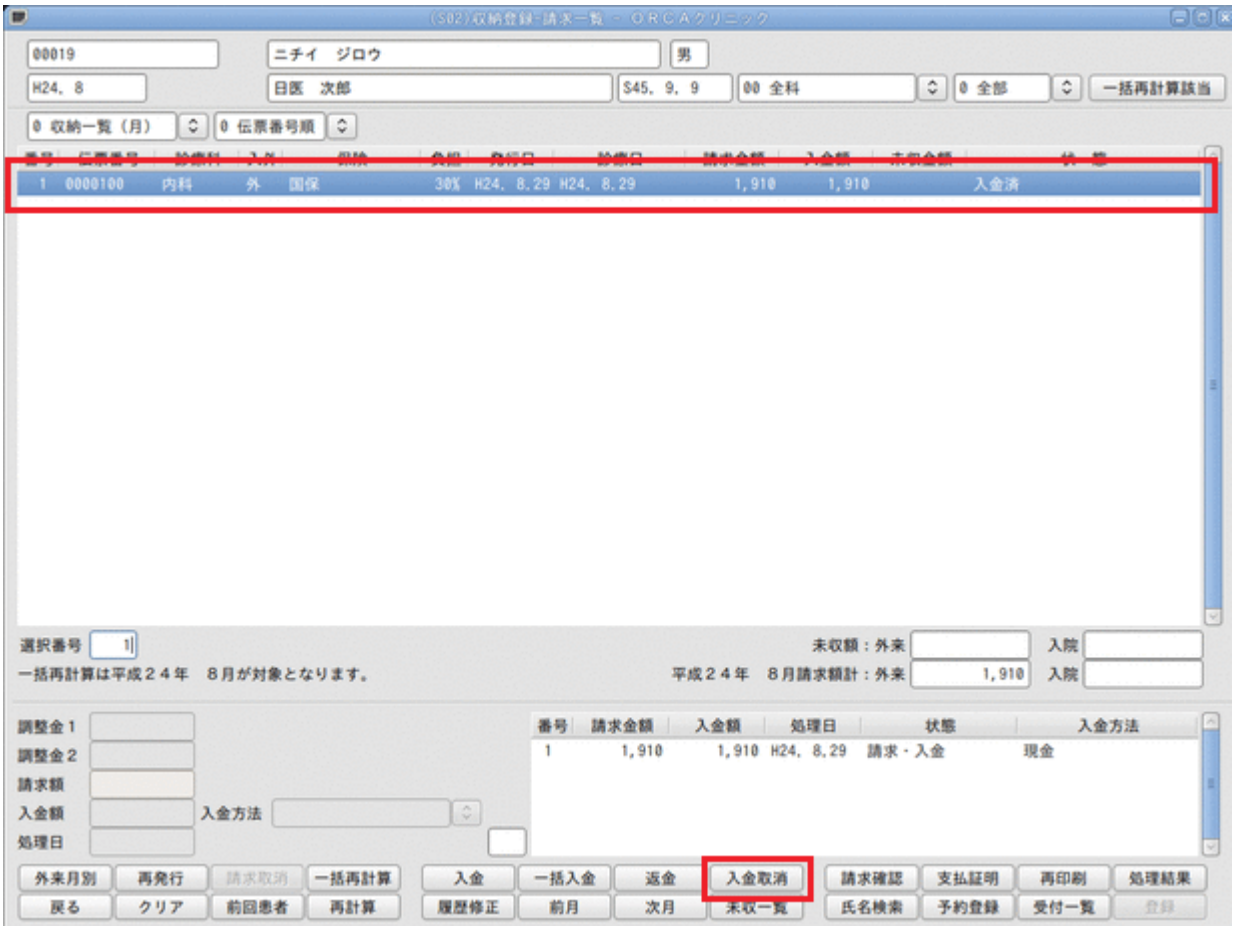


図 794

 Copyright(C)2007JMARI

2. 入金取り消しの履歴が作成されます。

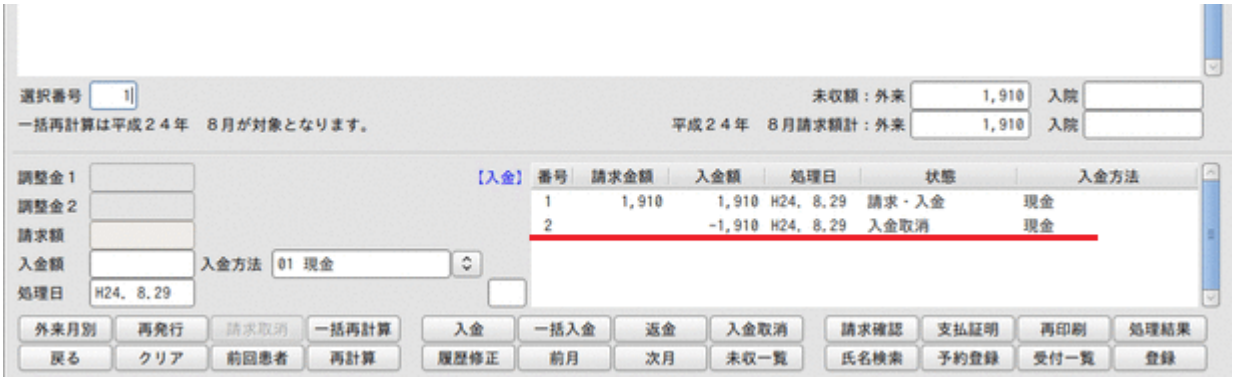


図 795

＜確認メッセージが表示される場合＞
入金日と入金取り消し日が違う場合は日報の入金額が合わなくなる可能性があるため、確認メッセージを表示します。

例）8月29日　診療・入金を8月31日に入金取り消しをする
確認メッセージを表示します。

図 796

「F11：金額入力」：入金取り消しをする金額を入力できます。
分納した収納データの入金取り消しに使用します。

「F11：金額入力」を押下し、入金額・処理日・入金方法を入力後、「登録」(F12)を押下します。

図 797

ポイントは入金取り消しを行う金額・処理日・入金方法に合わせて入金取り消しを行います。

図 798

「F12：確定」：全額をシステム日付で入金を取り消します。
システム日付で全額を入金取り消しします。日報が合わない恐れがあります。

図 799

返金

診療内容の訂正等により、過入金（マイナス未収）となっている収納データの返金処理をします。

＜操作方法＞

1. 過入金（マイナス未収）の収納データを選択し、「返金」(Shift+F7)を押下します。

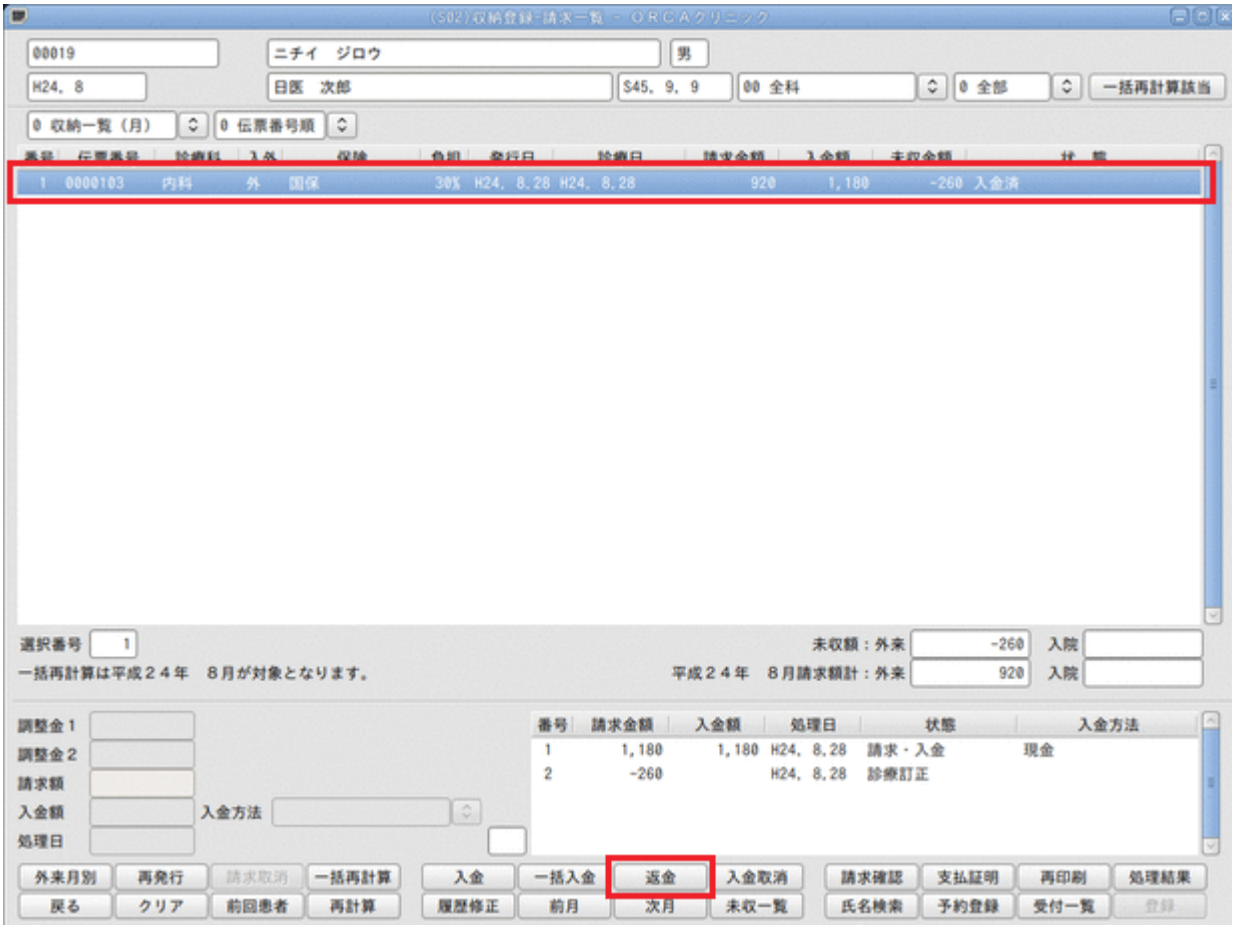


図 800

2. 返金の収納履歴が作成されます。

図 801

ヒント！

返金処理では請求書兼領収書は発行されません。必要に応じて返金後に再発行を行なってください。
【2.8.3　請求書兼領収書の再発行】を参照してください。

請求取消

入院定期請求、入院退院請求のみ請求の取り消しができます。

＜操作方法＞

1. 収納データを選択し、「請求取消」(Shift+F3)を押下します。

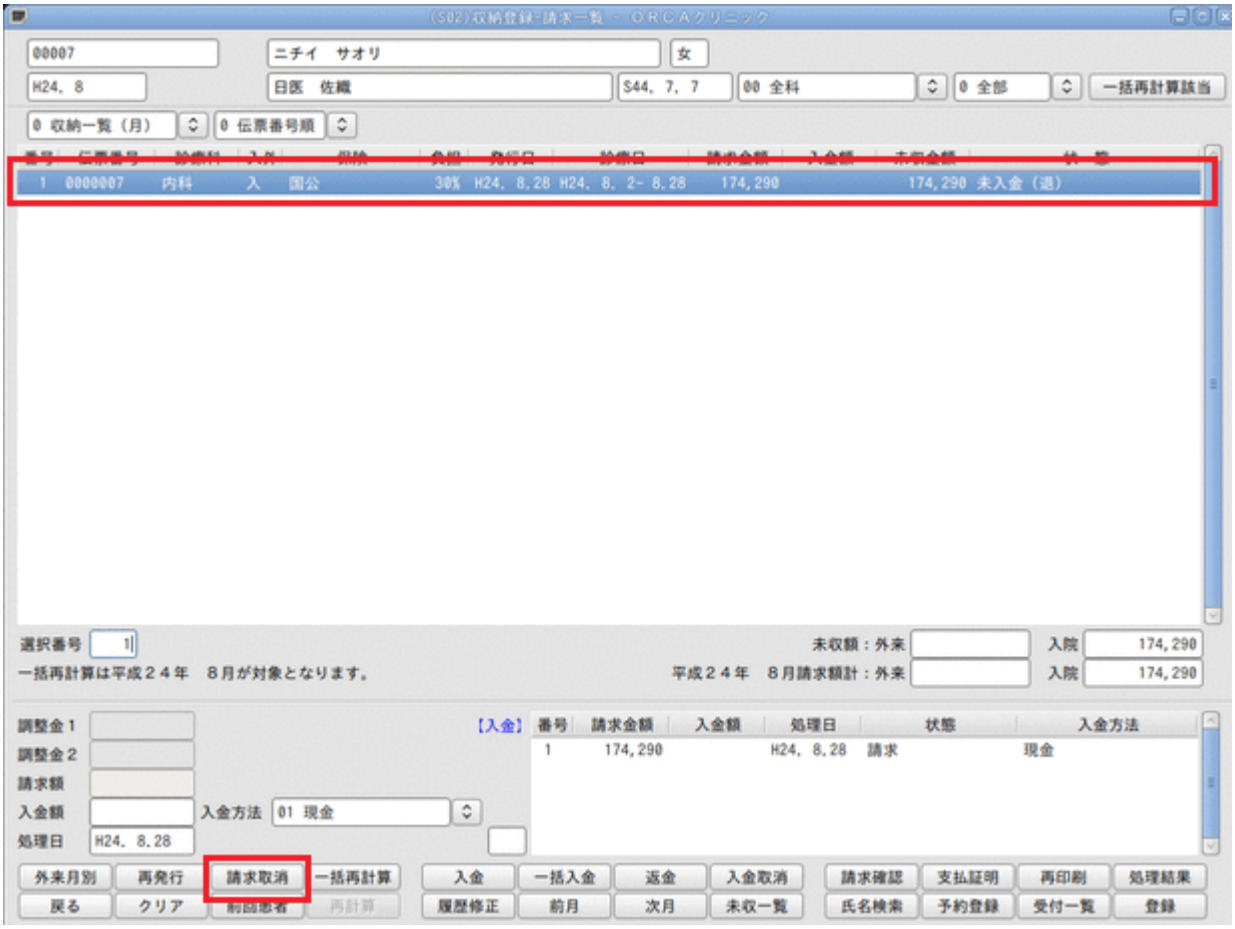


図 802

2. 確認メッセージが表示されます。「OK」を押下します。

図 803

3. 請求取消の収納履歴が作成されます。

図 804

注意！

入金済みの収納データに対して請求取り消しを行なった場合、過入金（マイナス未収）となります。

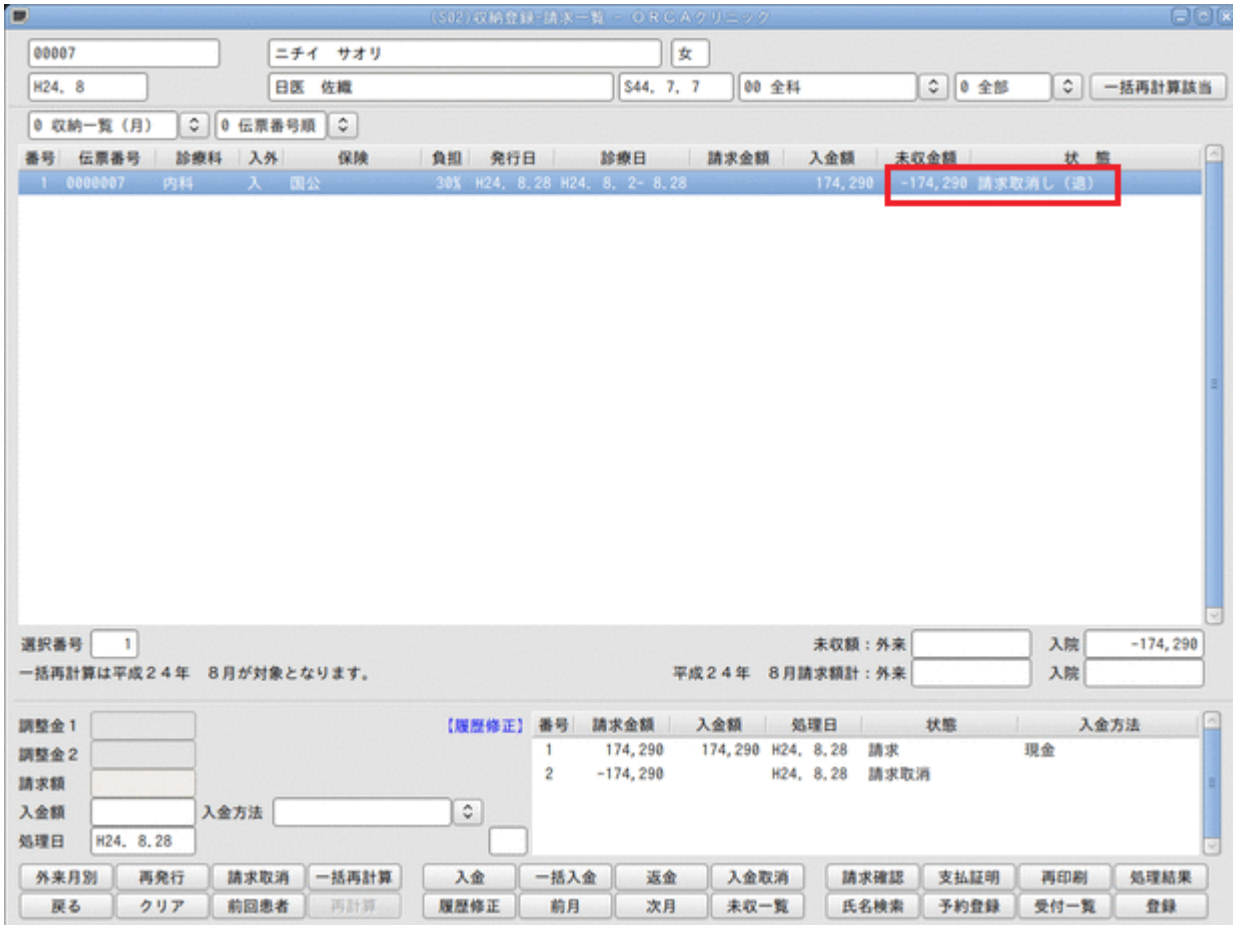


図 805

２.８.６　履歴修正

収納履歴の修正ができます。

- 請求額の修正
- 入金額の修正
- 処理日の修正
- 入金方法の修正

請求額の修正

＜操作方法＞

1. 修正を行う収納データを選択し、「履歴修正」(F5)を押下します。

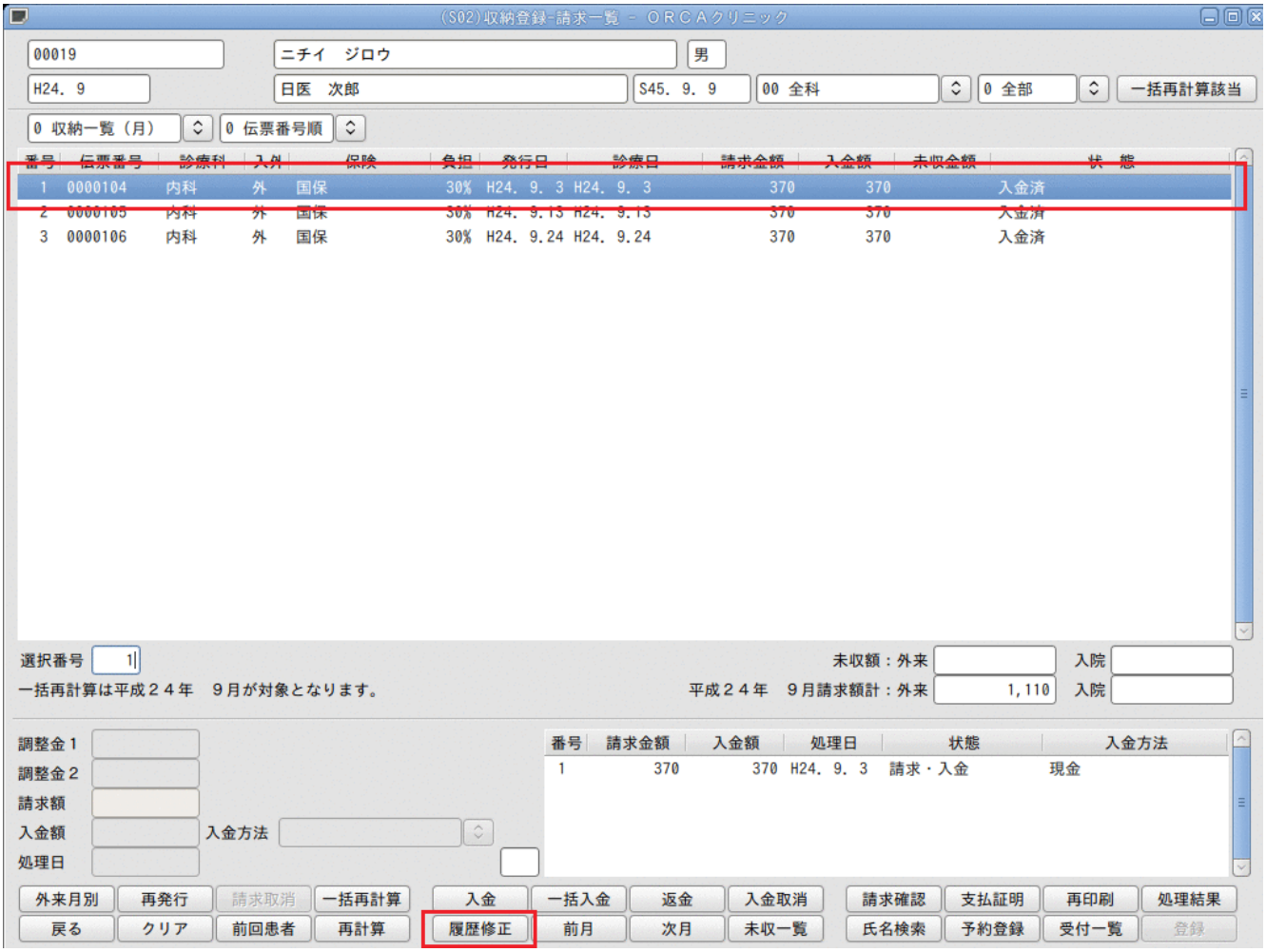


図 806

Copyright(C)2007JMARI

2. 修正を行う履歴を選択します。

図 807

3. 「調整金1」または「調整金2」に入力し請求額を決定します。

図 808

4. 「登録」(F12)を押下します。

図 809

入金額・処理日・入金方法の修正

＜操作方法＞

1. 修正を行う収納データを選択し、「履歴修正」(F5)を押下します。

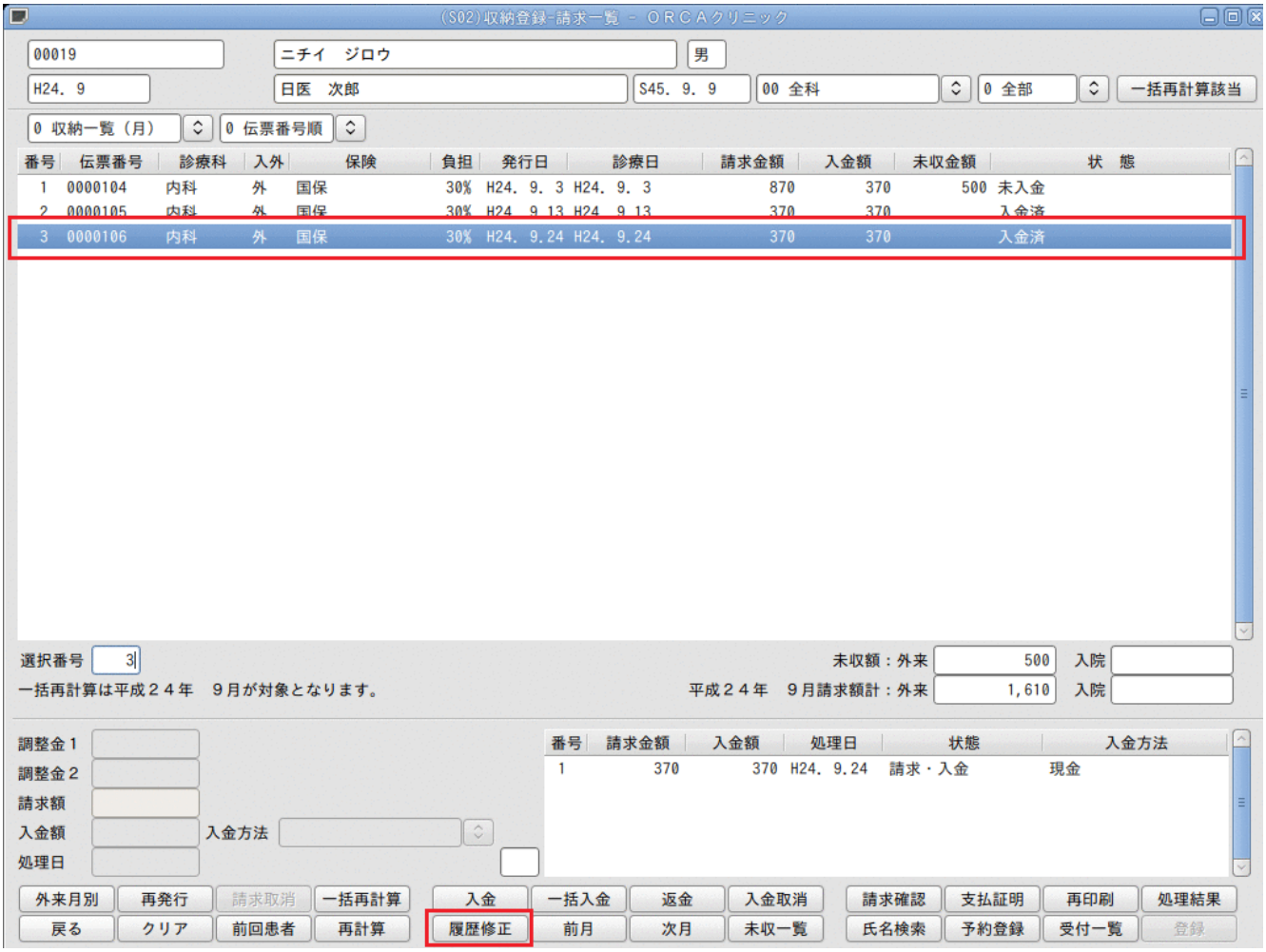


図 810

2. 修正を行う履歴を選択します。

図 811

Copyright(C)2007JMARI

3. 入金額・処理日・入金方法を修正します。

図 812

4. 「登録」(F12)を押下します。

図 813

２.８.７　再計算・一括再計算

- 患者負担金計算を再度行います。
- 「再計算」(F4)は選択した収納データ（1診療分）を再計算を行います。
- 一括再計算は月単位で対象月全ての収納データに対して再計算を行います。

ヒント！

外来分の収納データのみ再計算が行えます。入金定期請求、入院退院請求の再計算を行うには【入院操作マニュアル】を参照してください。

再計算

＜操作方法＞

1. 再計算を行う収納データを選択し、「再計算」(F4)を押下します。

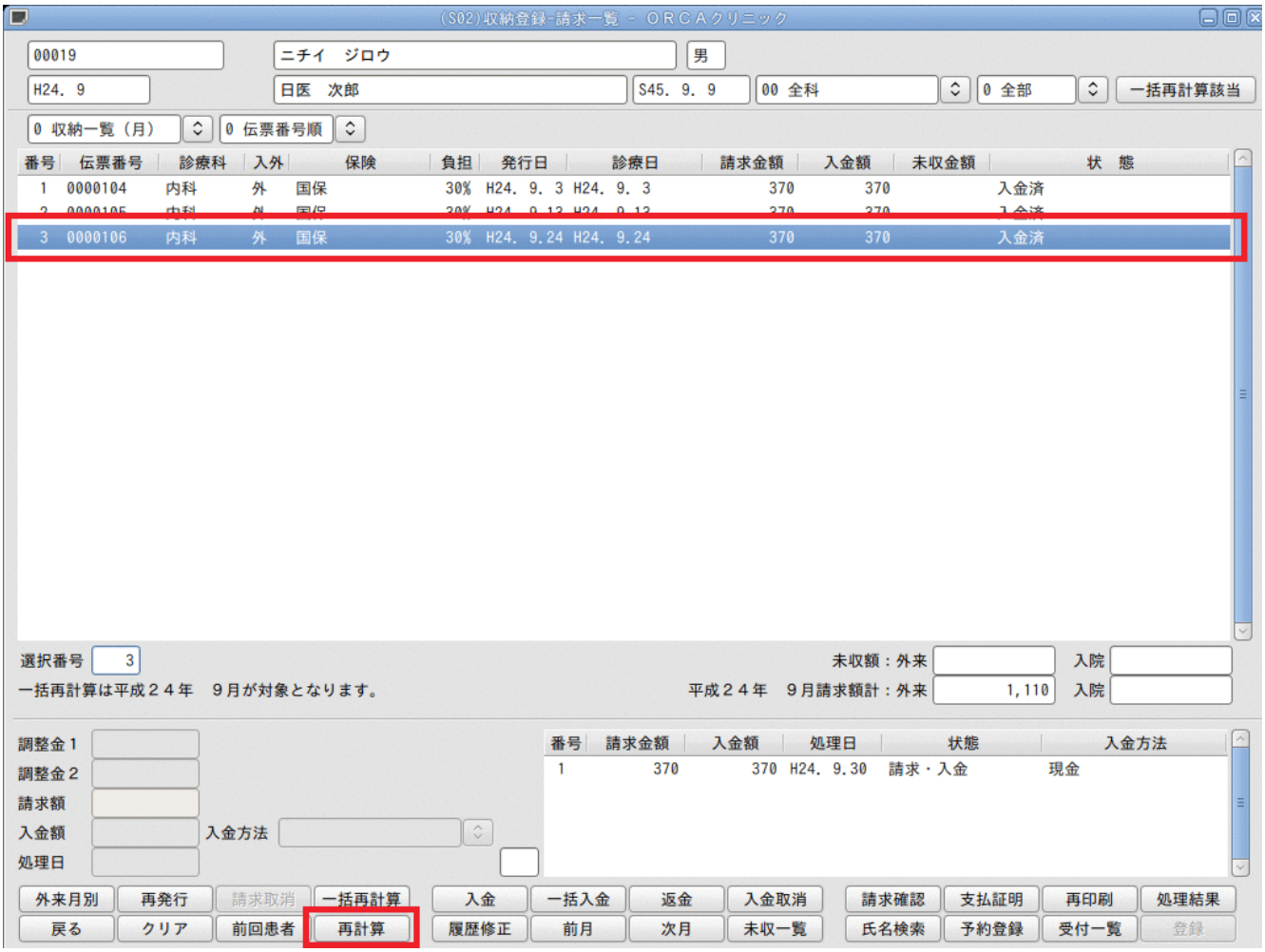


図 814

一括再計算

＜対象月の指定＞

「0　収納一覧（月）」の場合は表示している月が一括再計算の対象月になります。

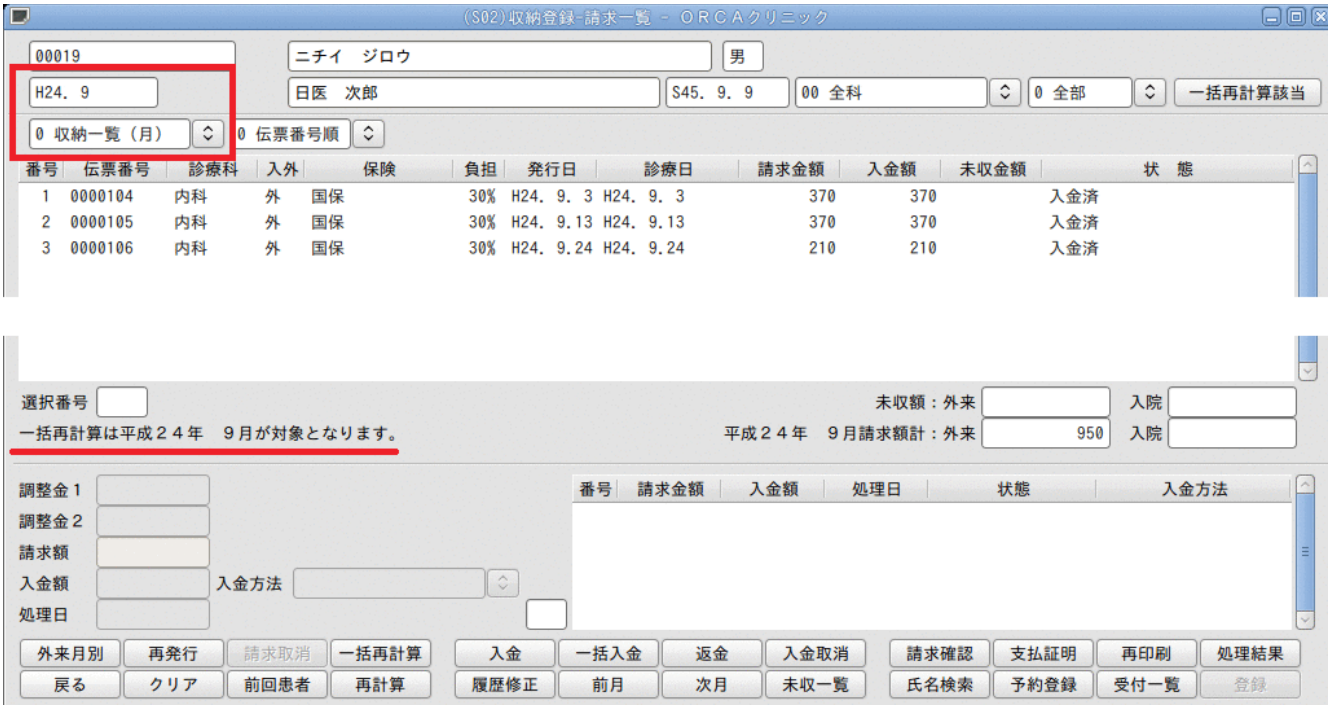


図 815

「1　収納一覧（年）」または「2　収納一覧（全部）」の場合は、選択した収納データの診療月が一括再計算の対象月になります。

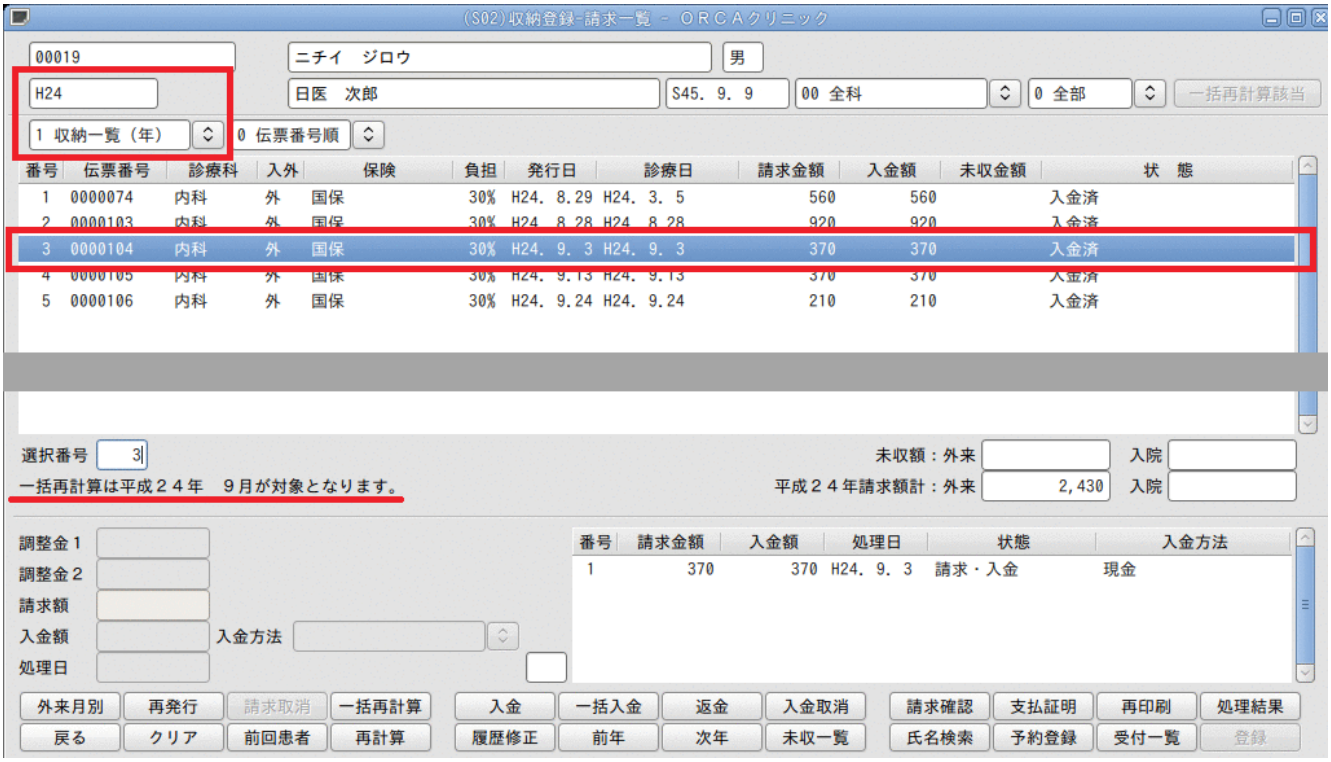


図 816

＜操作方法＞

1. 対象月が決定している状態で「一括再計算」(Shift+F4)を押下します。

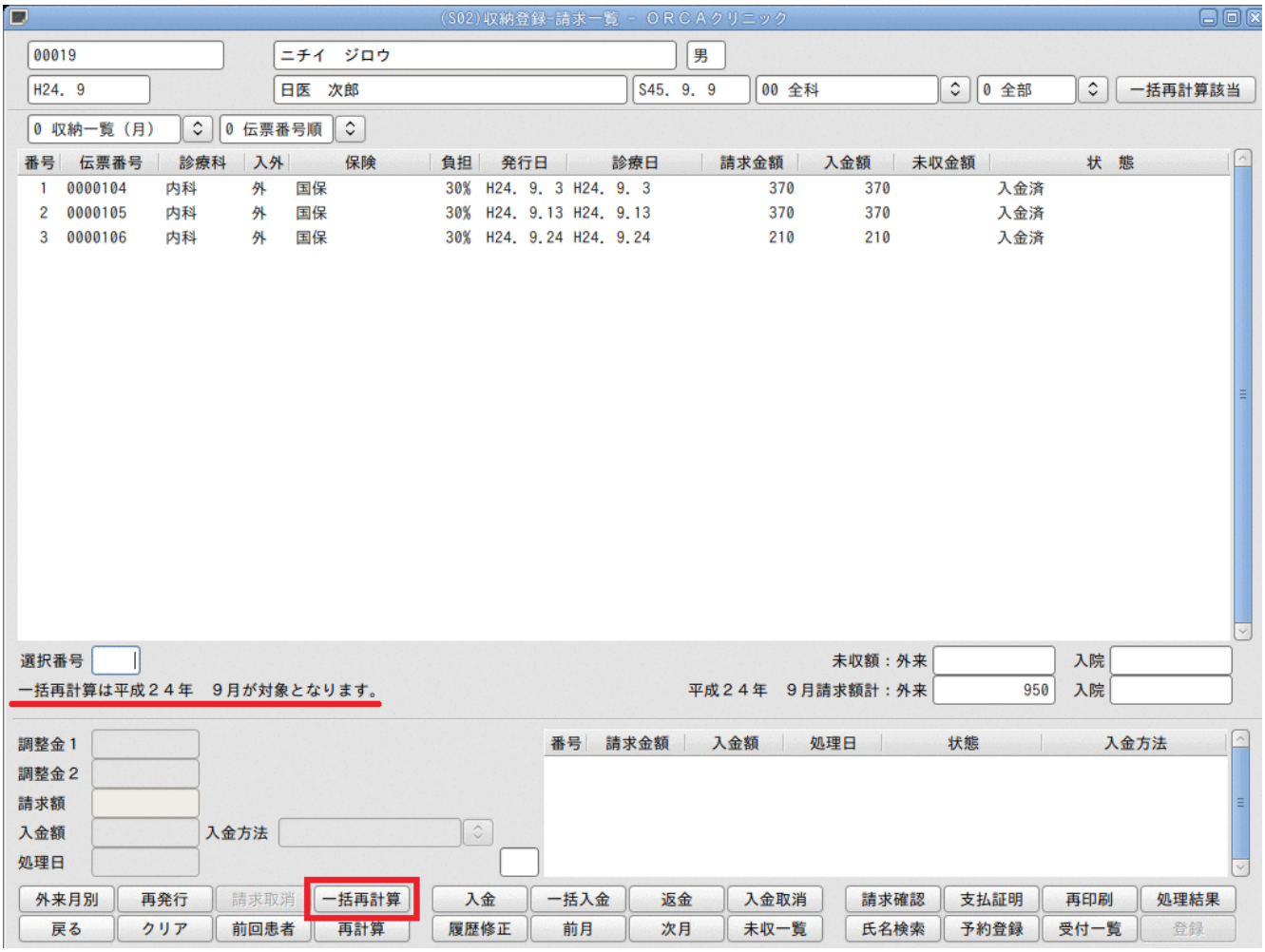


図 817

2. 確認メッセージが表示されます。「OK」を選択します。

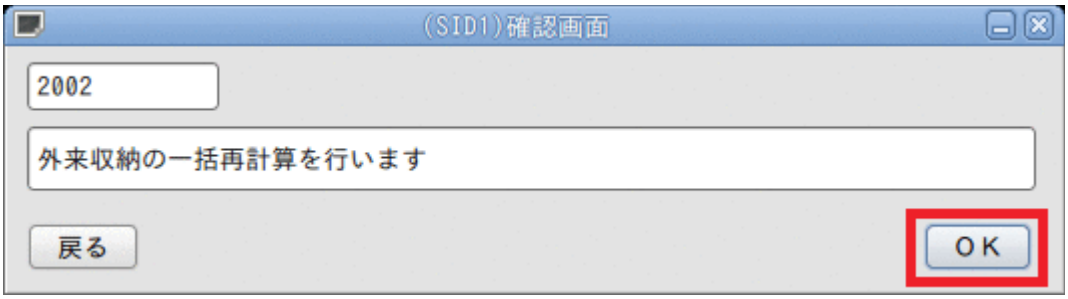


図 818

ヒント！

一括再計算の計算順（伝票番号順・診療日順）、一括再計算時の一部負担金の保持するか否かの設定が、「101　システム管理」－「1039　収納機能情報」にて設定できます。

２.８.８　支払証明書の発行

支払証明書を発行できます。

支払証明書の種類

支払証明書には日別証明書、月別証明書及び自費内訳明細書の発行ができます。

＜日別証明書＞
診療毎に明細を記載します。

支払証明書 (外来)

証明期間 平成２４年　１月　１日～平成２４年１２月３１日　　作成日　平成２４年　９月２４日
実日数　　５日

氏名　日医　次郎　　様

患者番号 00019　　１頁

診療日	保険点数	保険分負担額	自費分負担額	支　払　金　額	備　　考
３月　５日	186点	560円		560円	
８月２８日	305点	920円		920円	
９月　３日	122点	370円		370円	
９月１３日	122点	370円		370円	
９月２４日	122点	370円	4,200円	4,570円	

図 819

＜月別証明書＞
月毎にまとめた明細を記載します。

支払証明書 (外来)

証明期間 平成２４年　１月　１日～平成２４年１２月３１日　　作成日　平成２４年　９月２４日
実日数　　5日

氏名　日医　次郎　　様

患者番号 00019

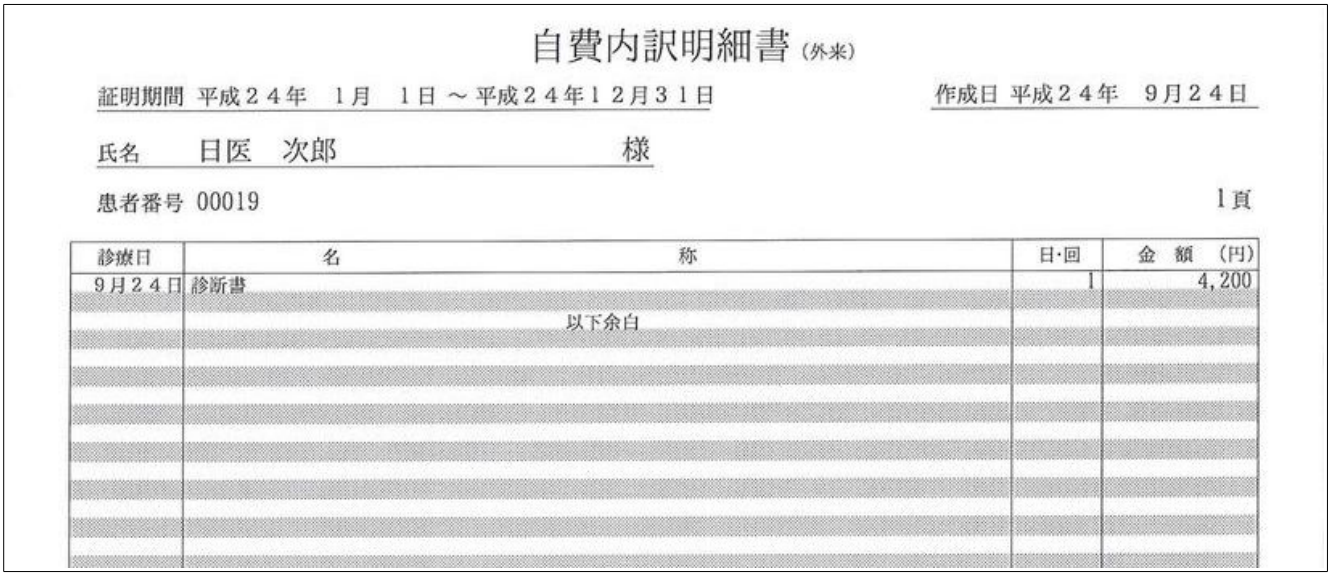
診療月	保険点数	保険分負担額	自費分負担額	支払金額	備　　考
３月	186点	560円		560円	
８月	305点	920円		920円	
９月	366点	1,110円	4,200円	5,310円	

図 820

Copyright(C)2007JMARI

＜自費内訳明細書＞

「自費分負担額」の明細を記載します。



自費内訳明細書（外来）

証明期間 平成２４年　１月　１日 ～ 平成２４年１２月３１日　　作成日 平成２４年　９月２４日

氏名　日医　次郎　様

患者番号 00019　　１頁

診療日	名称	日・回	金額（円）
９月２４日	診断書	1	4,200
	以下余白		

図 821

支払証明書の発行

＜操作方法＞

1. 「支払証明」(Shift+F10)を押下します。

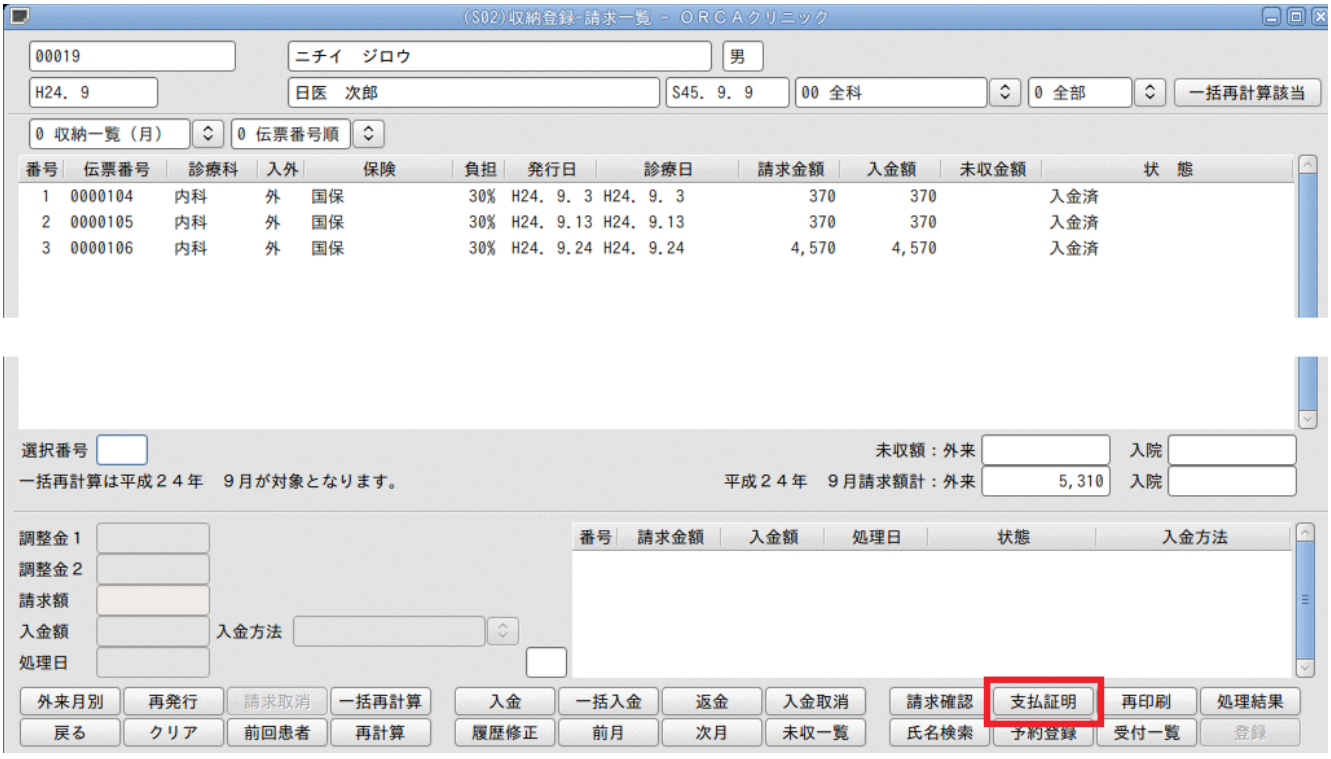


図 822

2.　(S04)支払証明書印刷画面が表示されます。
　　各項目を設定し、「F10:プレビュー」または「F12：印刷」を押下します。

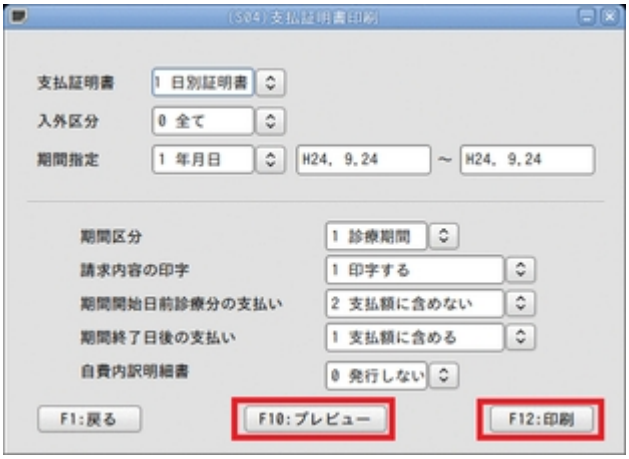


図 823

＜設定項目の説明＞

支払証明書※	0　発行しない 1　日別証明書 2　月別証明書
入外区分※	0　全て 1　入院 2　外来
期間指定※	1　年月日 2　年 3　年度
期間区分※	1　診療期間 2　支払期間
請求内容の印字※	1　印字する 2　印字しない 3　医保分のみ印字する 医保分のみ印字するを選択した場合、保険部分と自費が混在している収納データは保険優先で入金されたものとして扱います。
期間開始日前診療分の支払い※	1　支払額に含める 2　支払額に含めない
期間終了以後の支払い※	1　支払額に含める 2　支払額に含めない
自費内訳明細書	0　発行しない 1　日別明細書 2　月別明細書 自費コード（095XXXXXX、096XXXXXX）のみを編集します。期間区分が「1　診療期間」の時に発行できます。
ポイント！ ※マークは「101システム管理マスタ」－「1039　収納機能情報」にて初期表示を設定できます。	

２.８.９　外来における高額療養費の現物給付について

公費併用分を優先して自己負担限度額を計算するために、収納データが次の条件のときは、一括再計算を行う必要があります。

- 70歳以上の高齢者、または70歳未満で高額療養費の設定がある患者
- 外来の自己負担限度額に達している（現物給付に該当している）
- 月内で主保険単独の入力後、公費併用の入力がある
- 診療訂正により自己負担限度額の再計算が必要になったとき

該当患者の画面表示

該当する診療年月を表示する際、(S02)収納画面の左下にメッセージが表示されます。

★★　【高齢者現物給付】一括再計算を行なってください　★★

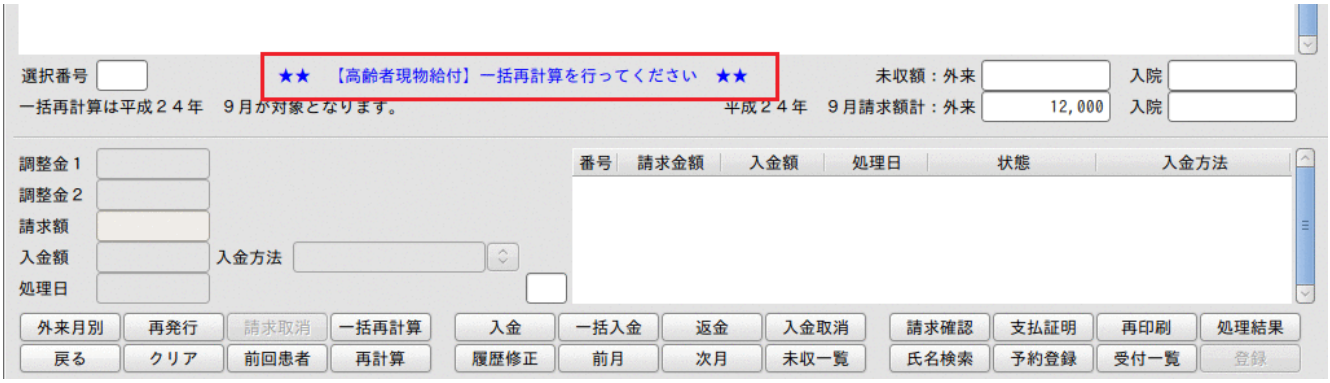


図 824

★★　【70歳未満現物給付】一括再計算を行なってください　★★

図 825

ポイント！

メッセージが表示された場合、「一括再計算」(Shift+F4)を押下し、一括再計算を行なってください。

該当患者の検索と一括再計算

＜操作方法＞

1. (S02)収納画面の右上の「再計算該当者一覧」を押下します。

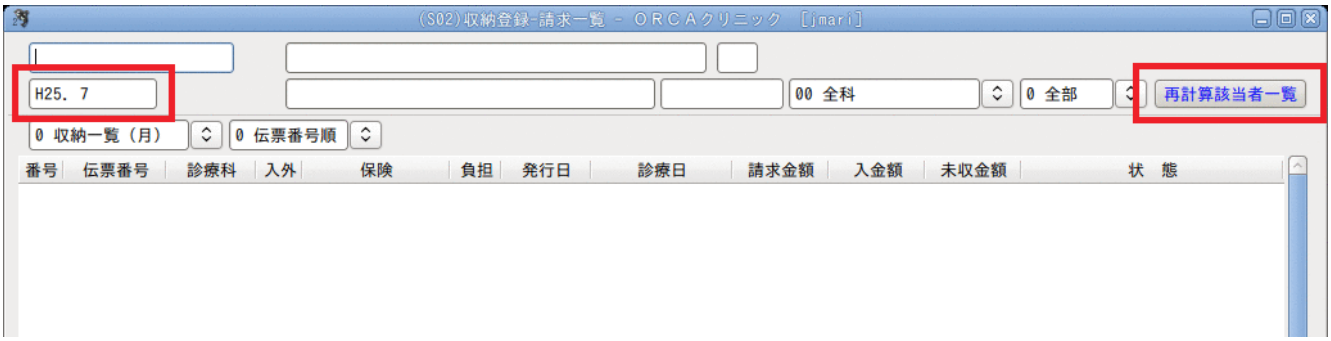


図 826

ヒント！

「再計算該当者一覧」が押下できないときは、表示方法を「0　収納一覧（月）」に変更してください。

図 827

Copyright(C)2007JMARI

2. 該当患者が表示されます。(S02)収納画面で表示している月を表示します。

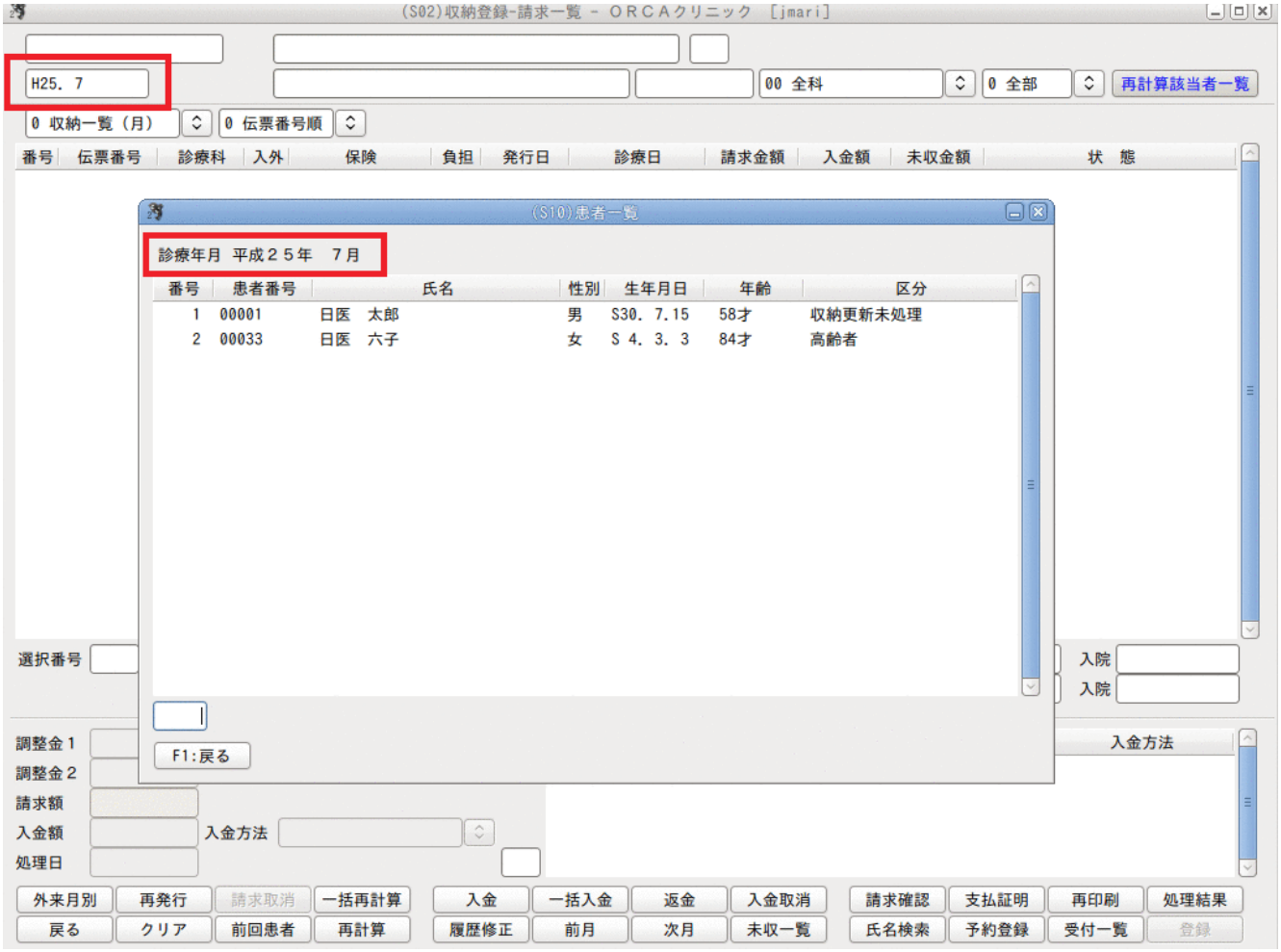


図 828

3. 患者を選択すると、収納画面に遷移します。
4. 「一括再計算」(Shift+F4)を押下します。

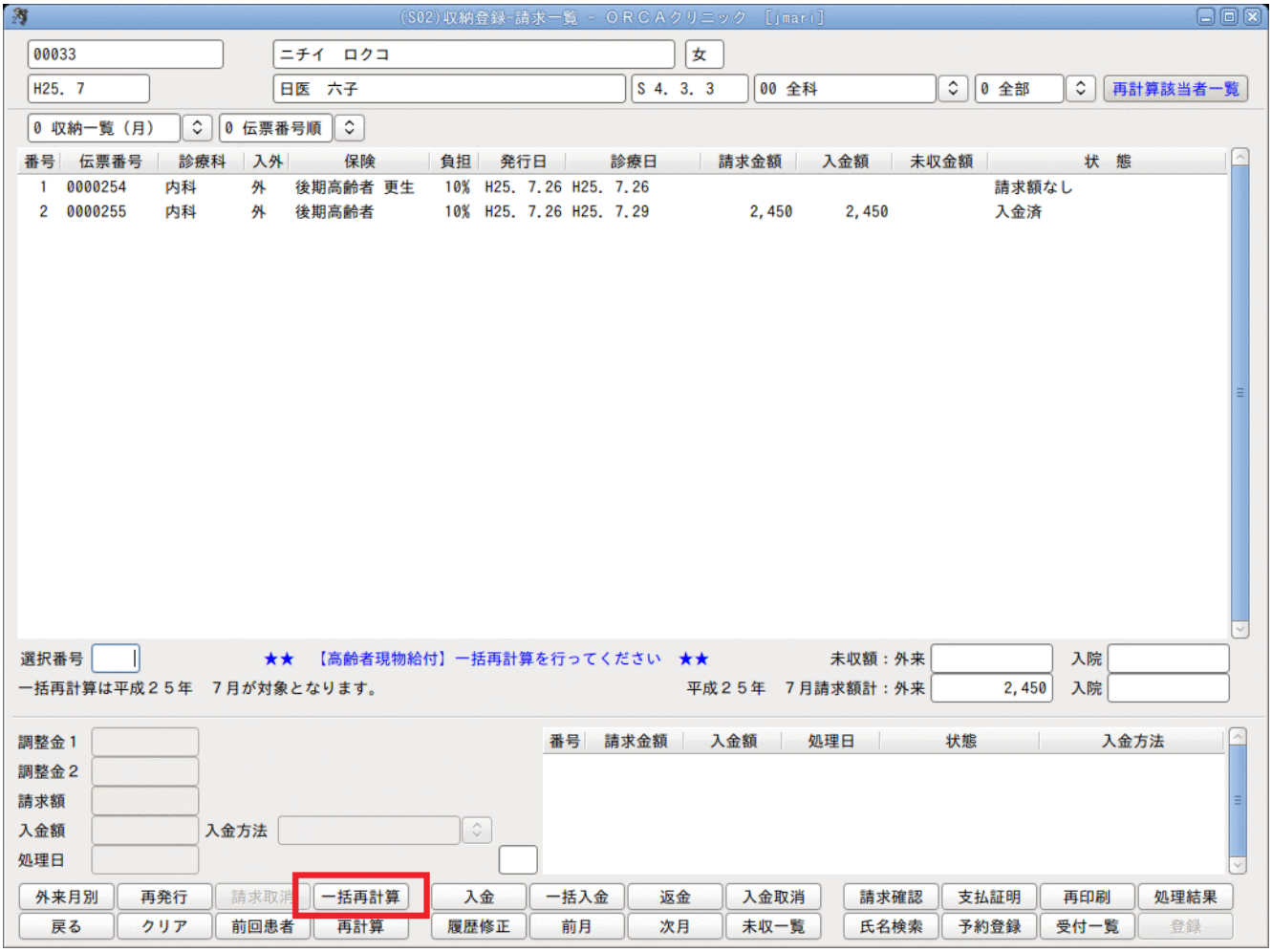


図 829

２．９　会計照会

（1）患者の指定
- （1）－1　画面の説明
- （1）－2　剤単位の回数変更
- （1）－3　剤単位の一括回数変更
- （1）－4　診療日単位で診療データの日付変更・追加
- （1）－5　剤の内容変更
- （1）－6　診療日を指定して剤内容を変更する
- （1）－7　保険の一括変更
- （1）－8　レセプトプレビュー

（2）コメント登録画面について

（3）カルテ3号用紙の発行

（1）患者の指定

「会計照会」の主な機能

診療行為入力業務で入力した診療データから、月毎に入力内容や回数の確認をすることができます。また、ひと月の診療データを診療科別、診療内容別、保険組合せ別に検索して表示することもできます。

剤回数や剤内容の変更処理ができます。剤回数の変更や、診療日の変更は自動で収納情報が更新されます。

剤内容の変更時、保険一括変更の場合等、一部は自動で収納情報が更新されませんが、「収納情報」(Shift＋F9)により更新されます。

（1）－1　画面の説明

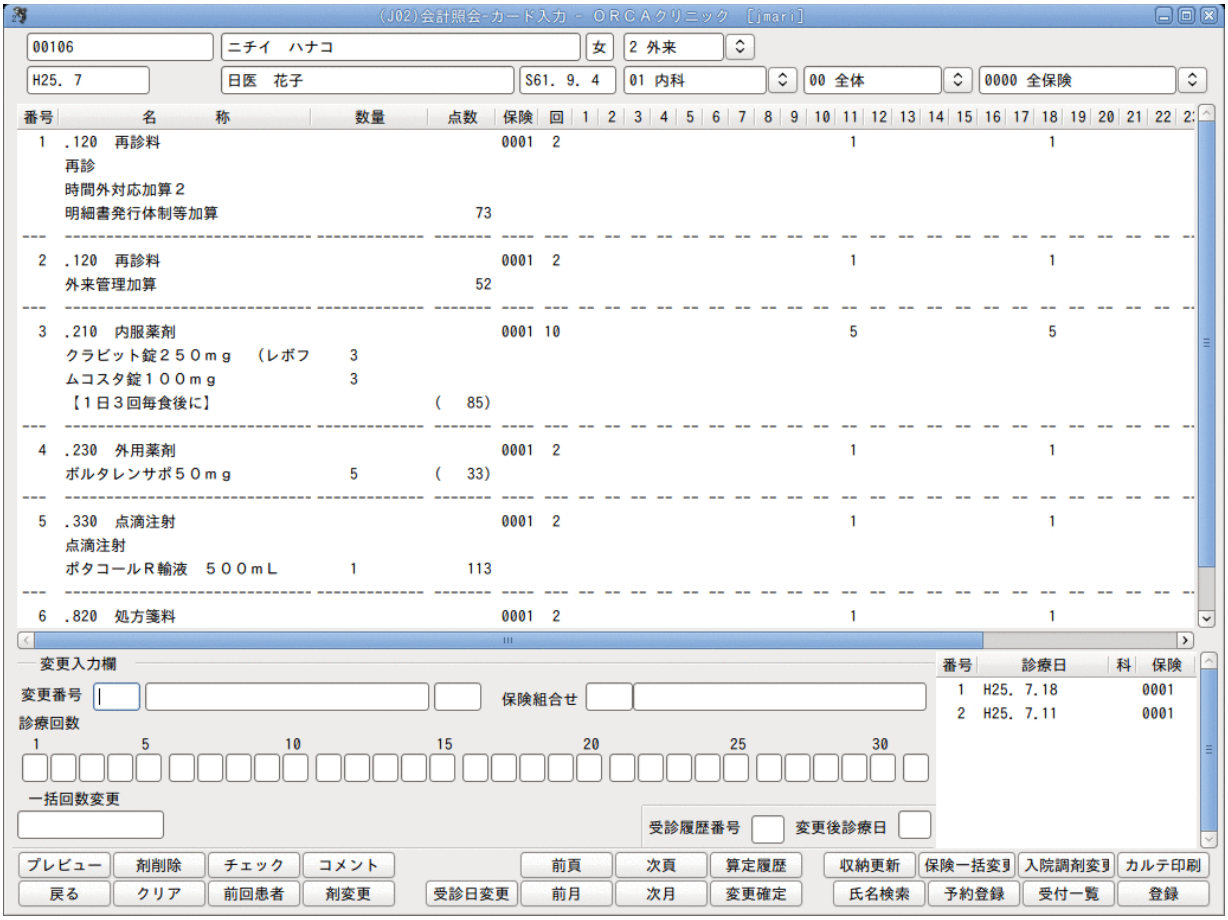


図 830

診療行為画面より患者を指定して、会計照会画面へ遷移した場合は、患者情報を引き継いで表示します。
患者を指定せず遷移した場合は、患者番号入力欄に患者番号を入力するか、検索する患者の名字、或いは氏名を10文字までの全角カタカナまたは漢字で入力後、「Enter」を押下します。また、氏名検索(F9)より患者を指定して、該当患者を呼び出すこともできます。
最初の表示年月は、当日（日付設定した場合はその日付）の年月となります。
該当の診療データがあれば、該当する診療科で保険組合せは全保険を対象に表示し、その月にデータが無ければエラーメッセージを表示します。

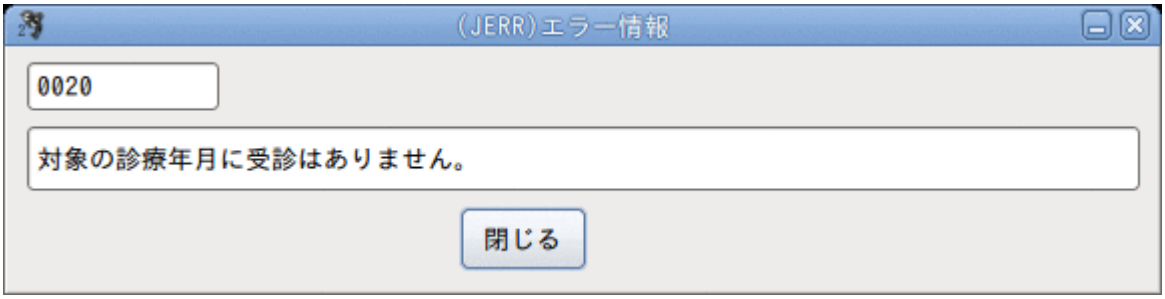


図 831

診療年月は、「前月」(F6)または「次月」(F7)で変更できます。
また、画面左上の診療年月を呼び出したい年月で入力することでも変更できます。
診療科を「00　全科」表示に切り替えたとき診療区分欄の設定により表示する順を変更することができます。

00	全体	診療科順に表示します
01	全体（診区順）	診療区分順の診療科順で表示します

※「00　全科」としたときの診療区分欄の初期表示、「前月・次月」の診療科表示を「101　システム管理マスタ」ー「1043　会計照会情報」にて変更することができます。

＜保険組合せ期間外の診療行為の表示＞
表示している月に保険組合せの対象でない保険で入力してある診療行為に「####」のマークを付けます。

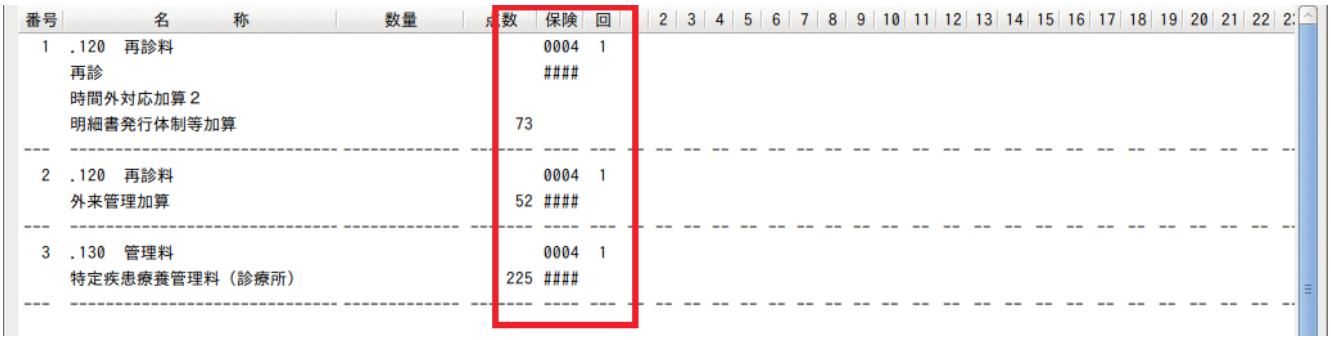


図 832

＜院外処方薬剤の点数表示＞

（　）表示をします。

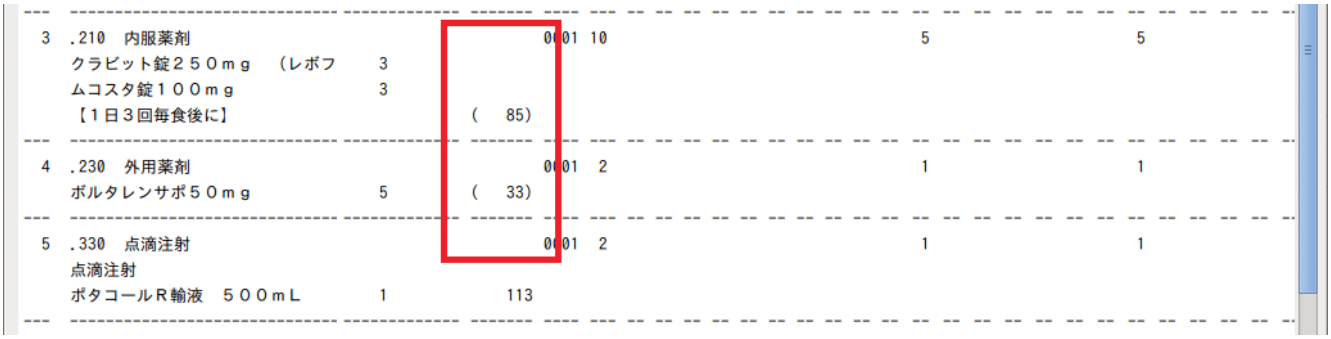


図 833

＜画面上部の【収納更新】の表示＞

会計照会にて剤変更、または保険一括変更を行った後、収納更新を行っていない場合に表示します。

図 834

＜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	遷移元の画面へ戻ります。
プレビュー	Shift+F1	レセプトプレビューを行います。（健保のみが対象となります）
クリア	F2	現在表示している患者の内容をクリアし、新たに患者番号の入力が行えます。
剤削除	Shift+F2	剤回数変更等により当月の回数が0となった剤を画面から削除します。
前回患者	F3	前回入力のあった患者を呼び出します。
チェック	Shift+F3	診療一覧より2ヶ月間の診療行為内容を確認することができます。
剤変更	F4	指定した剤内容の変更を行います。
コメント	Shift+F4	レセプトに印字されるコメントを作成します。
受診日変更	F5	カーソルを受診歴選択番号欄へ移動します。
前月	F6	前月分を表示します。
前頁	Shift+F6	月の診療行為内容が400行以上存在した場合に、前ページを表示します。
次月	F7	次月を表示します。
次頁	Shift+F7	月の診療行為内容が400行以上存在した場合に、401行目からを表示します。
変更確定	F8	変更後の内容を一覧に反映させます。
氏名検索	F9	氏名検索の画面へ遷移します。
収納更新	Shift+F9	保険一括変更と剤変更では収納情報が自動更新されません。再計算が必要な収納を再計算し一覧表示します。
予約登録	F10	予約登録業務へ遷移します。

項目	ファンクションキー	説明
保険一括変更	Shift+F10	入力済みの診療行為内容の保険組合せを月単位で一括変更します。
受付一覧	F11	受付一覧の画面へ遷移します。
入院調剤変更	Shift+F11	入院調剤料の変更を行う際に使用します。
登録	F12	画面内で編集された内容を登録します。
カルテ印刷	Shift+F12	選択した診療年月、診療科を対象としてカルテ3号用紙の印刷を行います。 なお、保険組合せ欄「9999　包括分入力」として入力された内容は、印刷対象外とします。

＜チェック(Shift+F3)画面　表示例＞

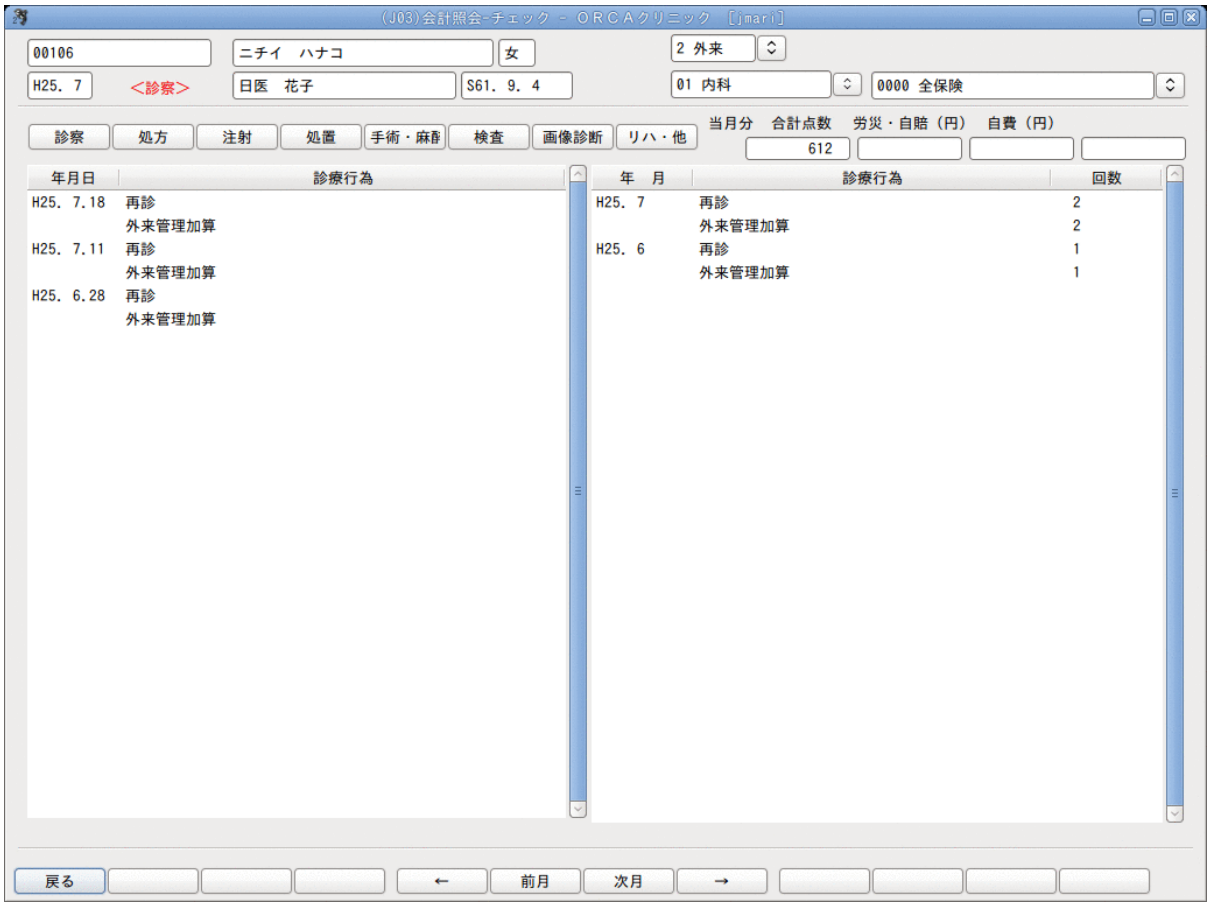


図 835

患者番号、診療年月、患者氏名、性別、生年月日、入外区分及び診療科は、前画面の内容を引き継ぎます。保険組合せは「0000　全保険（包括分以外）」を初期表示します。この場合、外来の総合診療料、または入院基本料に包括されて保険請求できない診療行為（包括まとめ入力分）以外の内容と点数を集計して表示します。診療年月と入外区分、診療科、保険組合せはチェック画面での変更ができます。

当月分　合計点数
指定した診療年月の全診療科を対象に合計点数を表示します。
（合計点数は健康保険以外に、労災・自賠責保険の算定がある場合はその点数も含みます）。

労災・自賠（円）
労災保険または自賠責保険の算定がある場合、診察料等の円建て項目の請求金額を表示します。
自費（円）
自費項目の合計金額を表示します。

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	遷移元の画面へ戻ります。
←	F4	タブ画面の切り替えを行います。 押下する毎に現在表示している画面の左隣の画面を表示します。 なお、タブ画面の切り替えは、画面右上部の「診察」～「リハビリ」をクリックすることでも表示ができます。
前月	F5	前月分を表示します。
次月	F6	次月分を表示します。
→	F7	タブ画面の切り替えを行います。 押下する毎に現在表示している画面の左隣の画面を表示します。 なお、タブ画面の切り替えは、画面右上部の「診察」～「リハビリ」をクリックすることでも表示ができます。

（1）－2　剤単位の回数変更

剤単位の診療回数を変更できます。
会計照会の画面を表示し、対象となる剤番号を変更番号欄へ入力します。
「Enter」を押下すると、剤内容が変更入力欄へ複写されます。また、該当行をクリックすることでも変更入力欄への複写を行います。

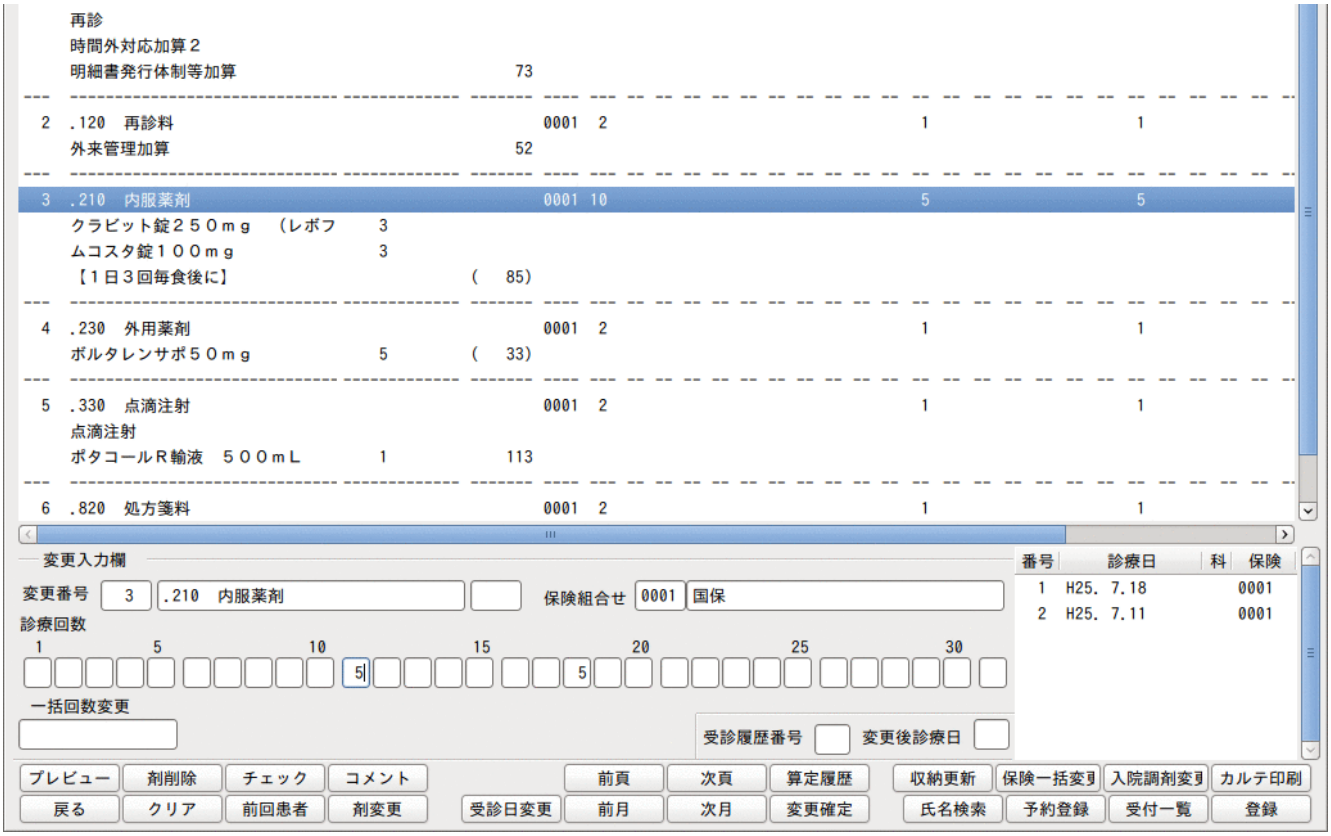


図 836

11日の回数を5回から2回へ変更してみます。
画面下の診療回数欄へカーソルを動かし、直接変更をしてください。

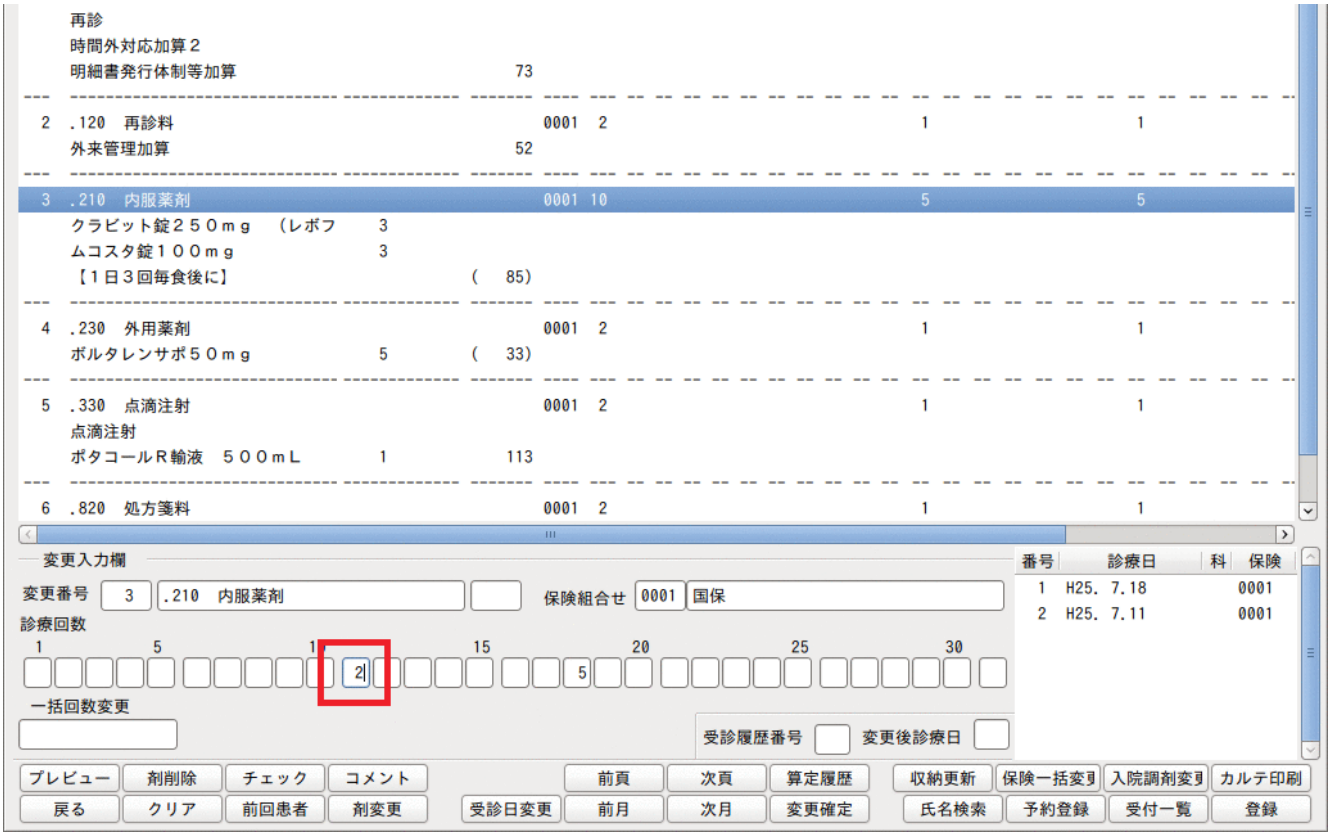


図 837

修正が終わったら、「変更確定」(F8)を押下します。
一覧画面へ変更した内容を表示します。

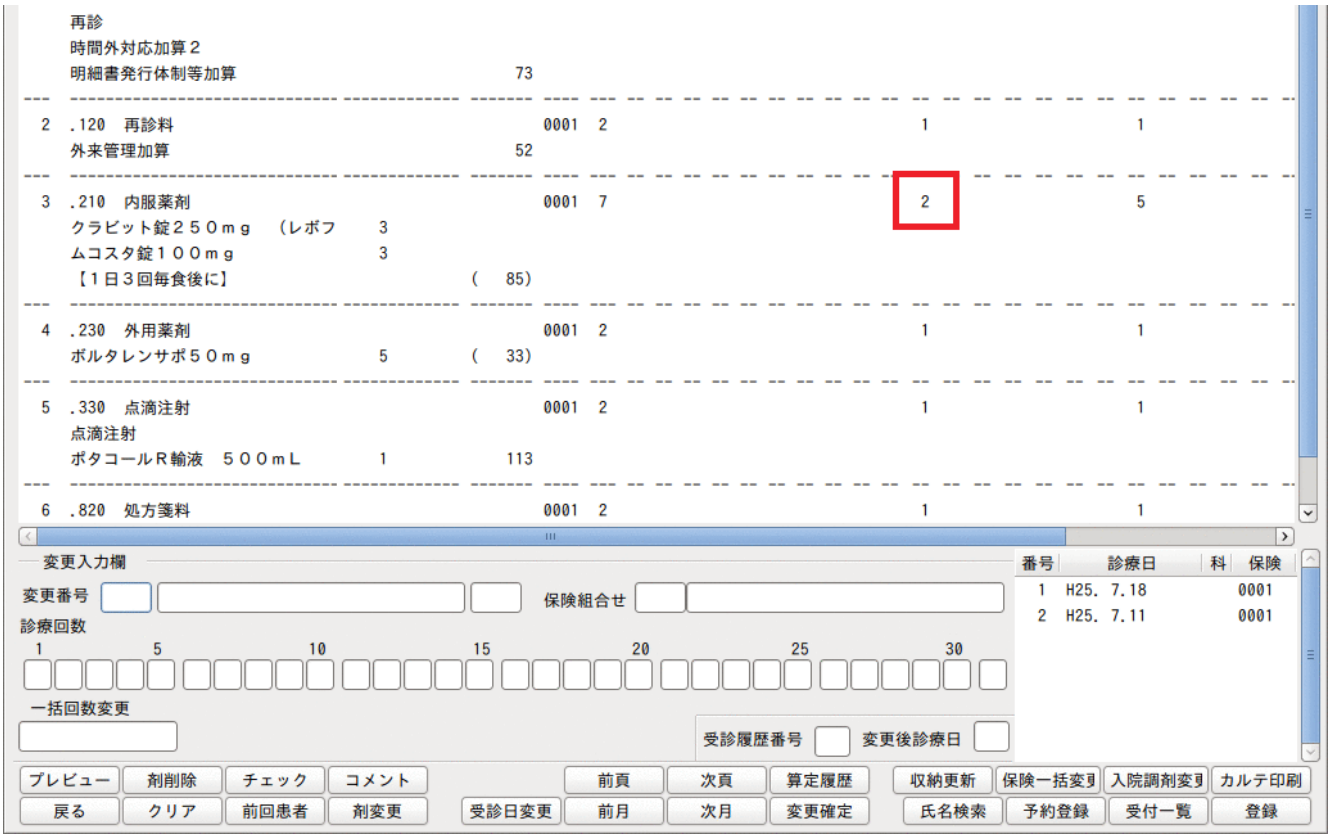


図 838

全ての変更が終了後、「登録」(F12)を押下します。この登録を行うことにより実際のデータを更新し、変更された診療の収納情報を再計算し一覧表示します。

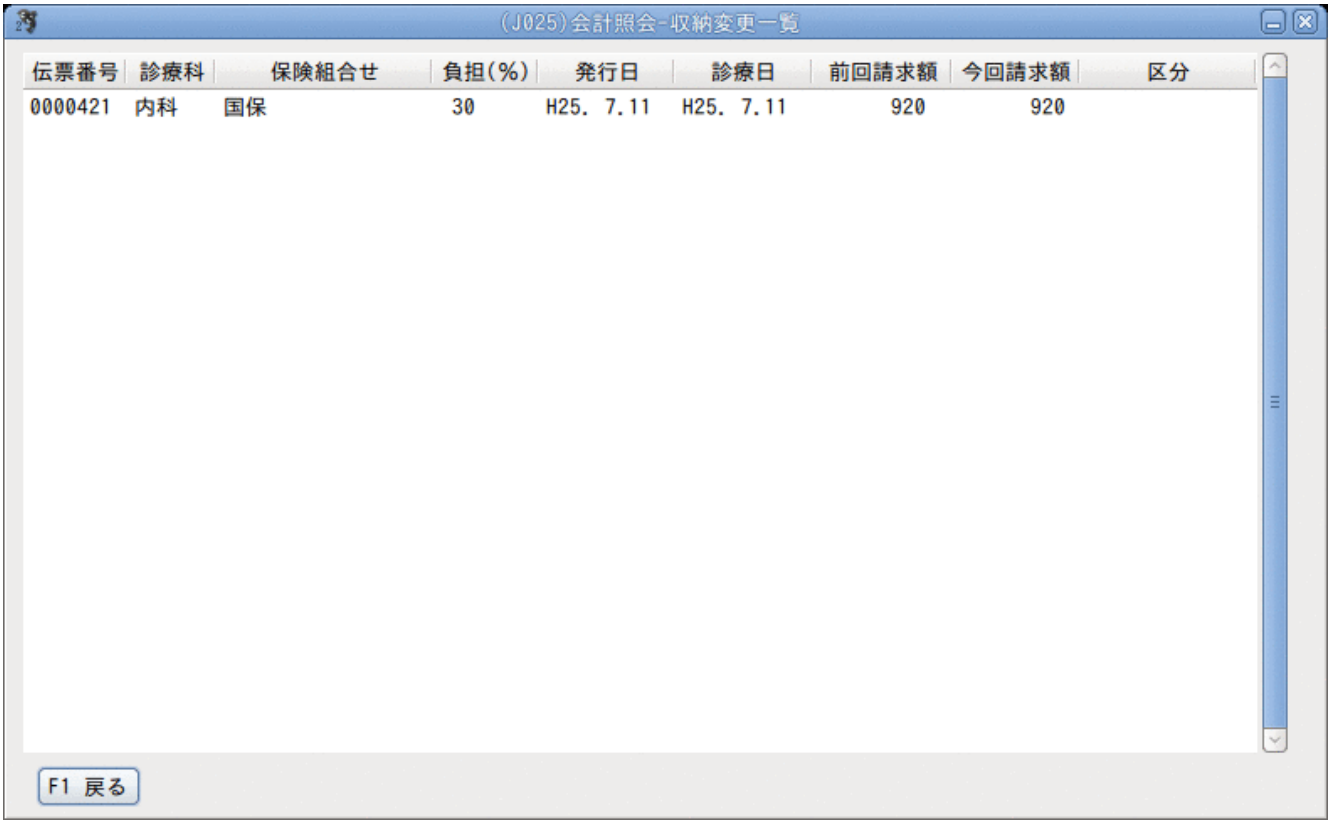


図 839

通常の業務に戻るには「戻る」(F1)を押下してください。
診療行為画面から遷移してきた場合は、診療行為へ戻ります。
会計照会画面から患者番号を入力した場合は、会計照会の初期画面へ戻ります。(このとき、前回表示した診療年月は保持します)

（1）－3　剤単位の一括回数変更

複数日に入力された剤の回数をまとめて変更できます
基本入力形式は
　　回数／日,日－日，回数／日,日－日　となります。

1回数は「1」が省略できます。
「,」「.」どちらも使用できます。
開始日は必須です。
1日の場合は「－日」が省略できます。（2／15　→　2回／15日）

入力例）14/11.18
剤を選択し、「一括回数変更欄」へ「14/11.18」と入力します。

図 840

「Enter」を押下します。11日と18日が回数14回へ変更されました。

図 841

Copyright(C)2007JMARI

「F8：変更確定」を押下します。一覧へ反映されます。

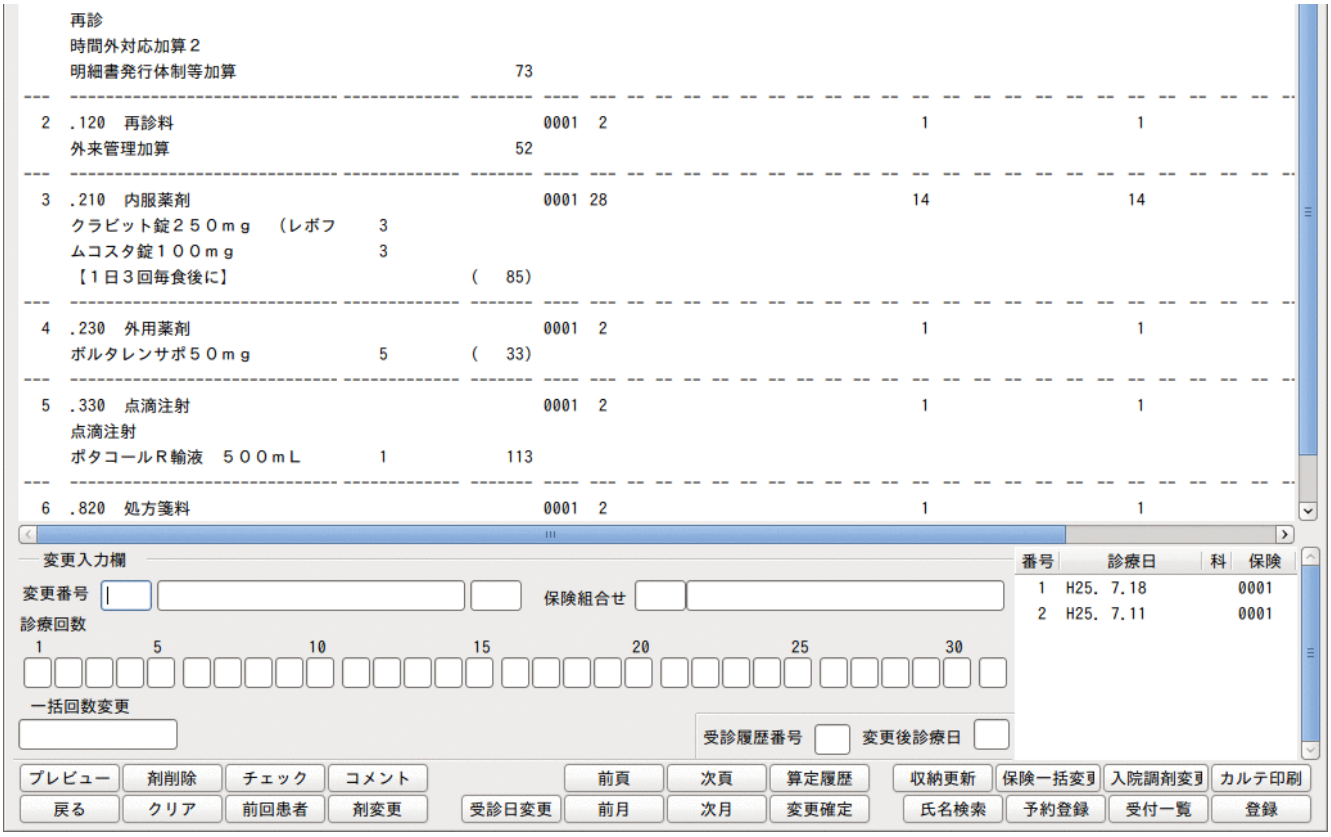


図 842

入力例2）1／1－5，2／7，0／8，／10

1日～5日までを1回へ変更

7日を2回へ変更

8日を0回へ変更（削除）

10日を1回へ変更　となります。

（1）－4　診療日単位で診療データの日付変更・追加

＜診療日の変更＞

例）18日の診療データを20日へ変更

「受診日変更」(F5)を押下すると受診歴選択番号欄へとカーソルが移動します。画面右下の診療日一覧より、該当する診療日の番号を入力またはクリックします。

変更先の日付を入力します。このとき入力できるようになるのは、同診療年月内の受診歴の無い日付のみ、となります。入力後は「Enter」を押下します。確認メッセージを表示します。「変更」(F12)を押下します。

図 843

Copyright(C)2007JMARI

複数科保険入力を行った診療行為は、同時入力をしたグループ（同時入力を行った診療科分）全てが対象となります。18日の全ての診療データが20日へ移動します。

図 844

＜診療日の追加＞

診療日の変更と同じ手順で、受診履歴番号、変更後診療日を入力し「Enter」を押下します。

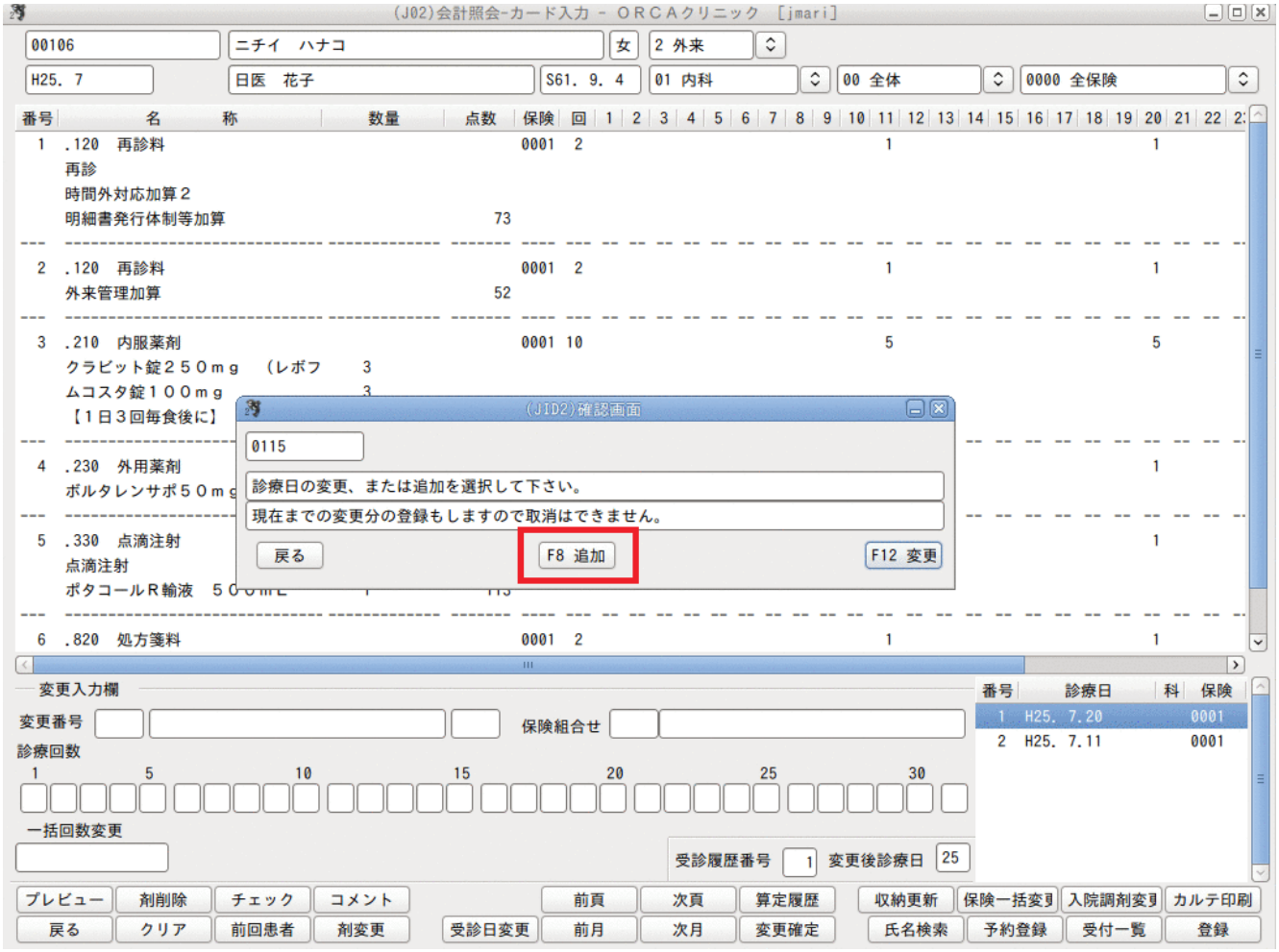


図 845

「F8　追加」を押下すると、新たに追加した25日分の収納データを作成します。
この収納データは入金扱いとなります。

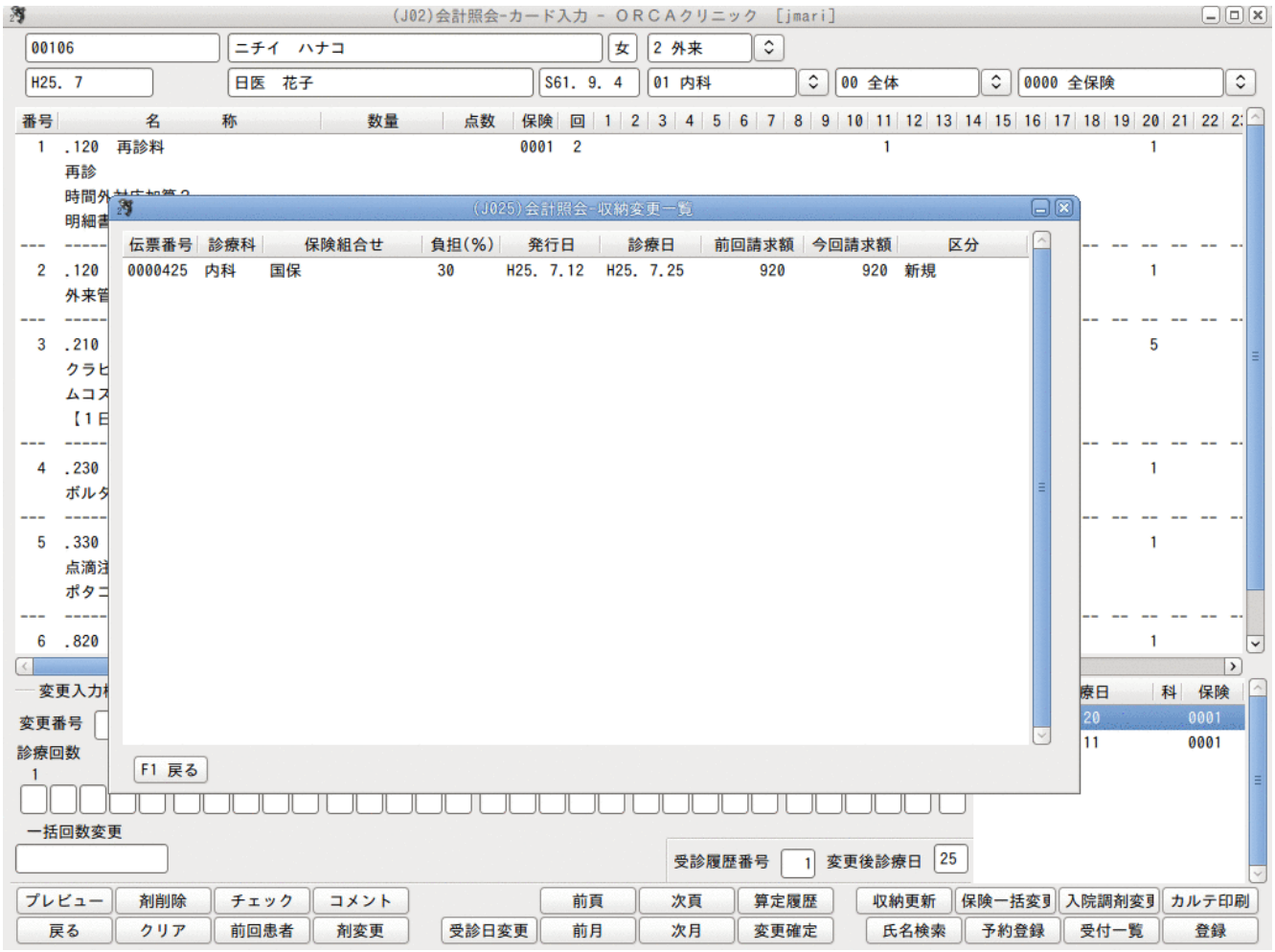


図 846

「F1　戻る」を押下し、25日に追加されたことを確認します。

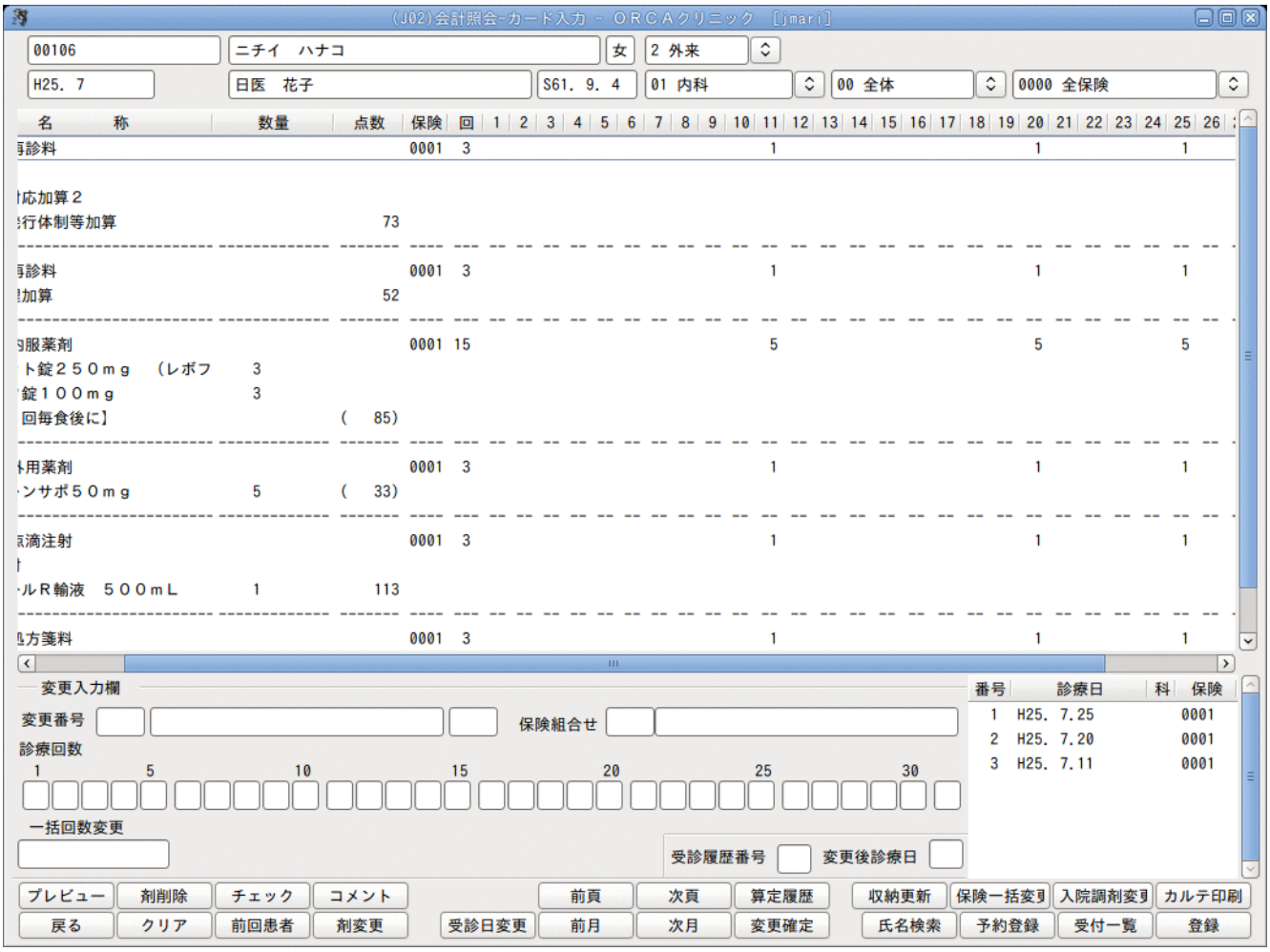


図 847

注意！
診療日の追加をした場合に、選択された受診歴が複数科・複数科保険入力の診療だった場合は、同じ診療として同じ日に追加します。診療日の追加では診療内容のチェックはしません（月1回の上限が設定されている診療行為も複写します）。

（1）－5　剤の内容変更

指定した剤内容を変更します。
変更したい剤を選択し、「剤変更」(F4)を押下します。
メッセージが表示されます。「OK」で進めます。

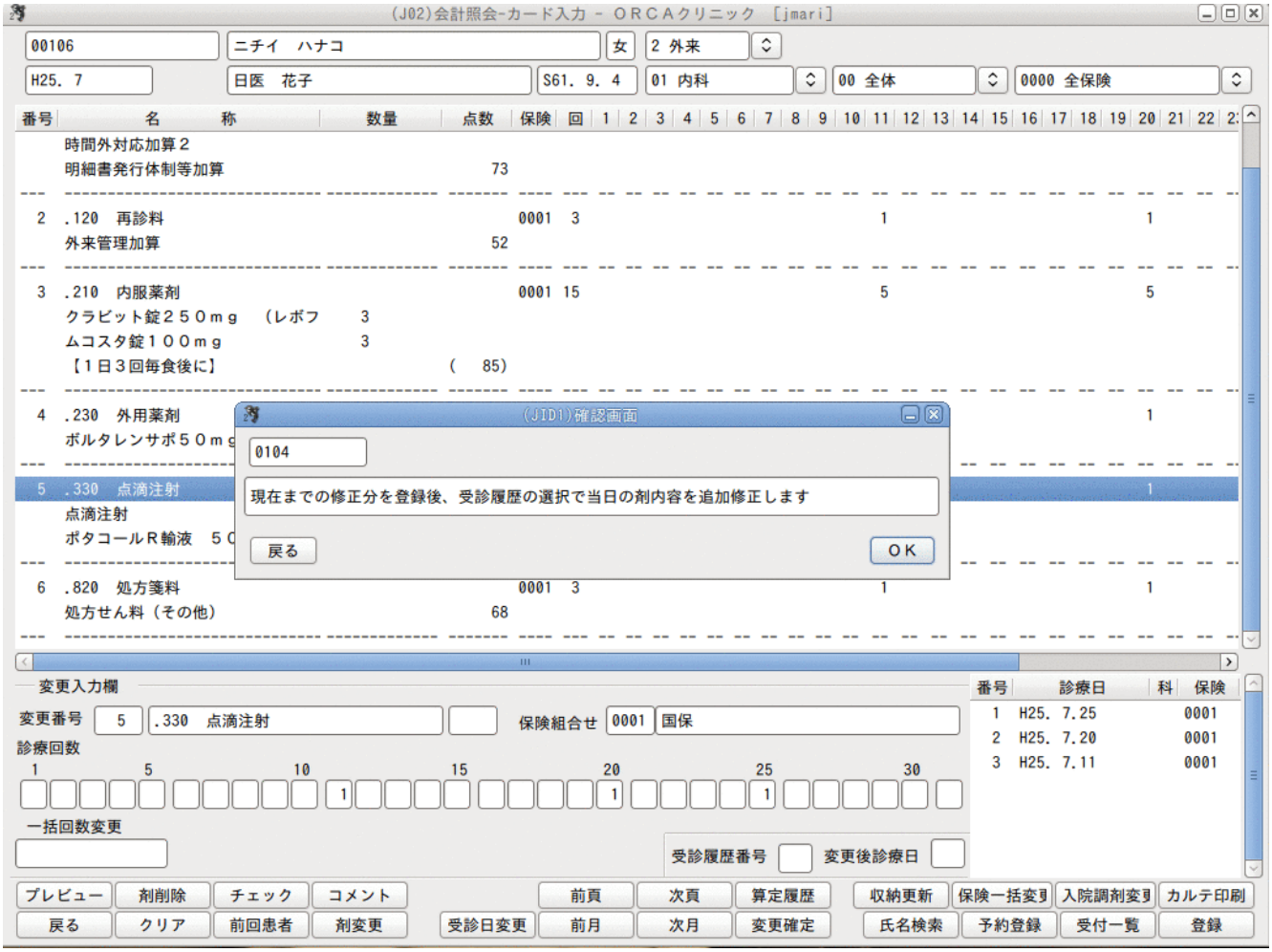


図 848

剤変更画面へ遷移後、剤内容を変更します。
診療行為入力と同じ操作で変更します。数量の変更の他に薬剤・診療行為の変更・追加ができます。
変更後、「登録」(F12)を押下します。

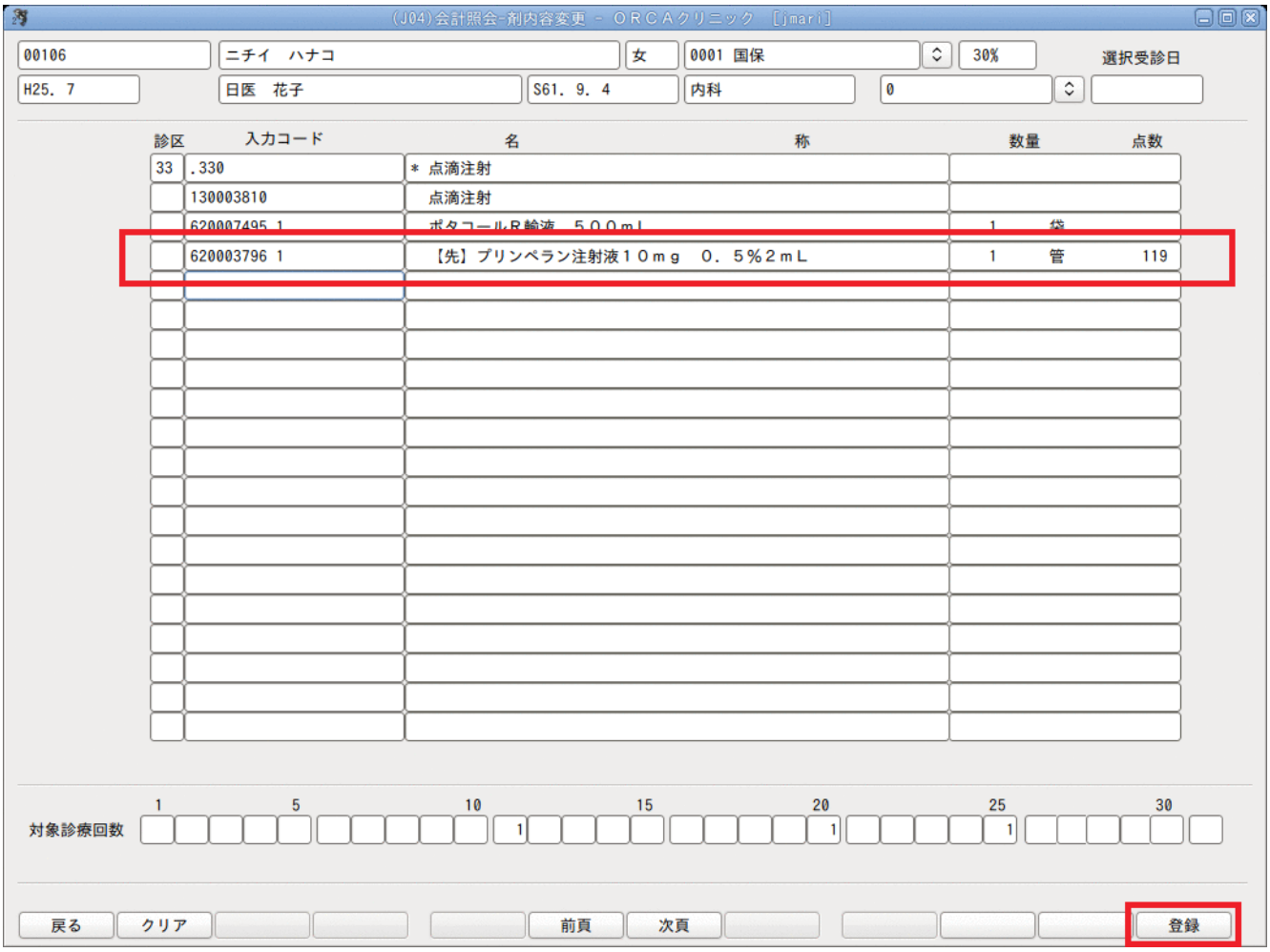


図 849

剤内容の変更確認メッセージが表示されます。
「OK」で進めます。

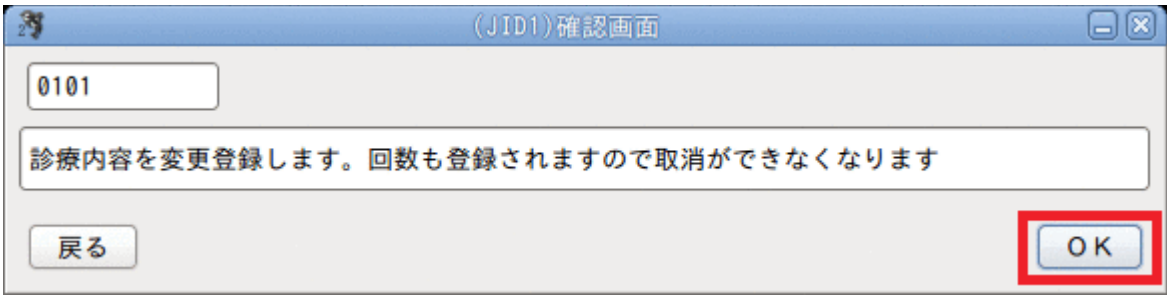


図 850

会計照会の画面に戻りますので、剤内容が変更されたことを確認します。

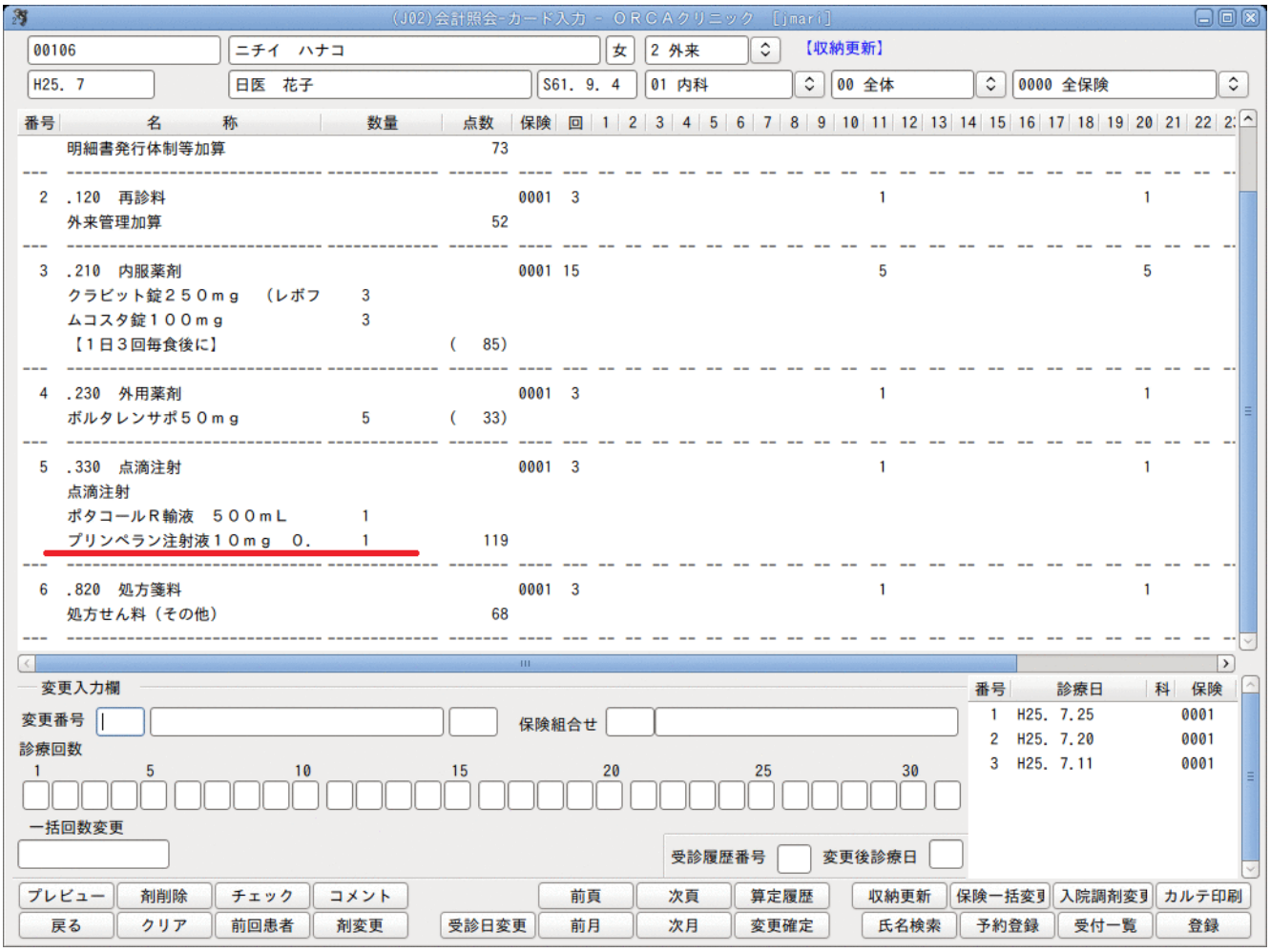


図 851

注意！

剤変更後は回数の変更と違い、収納情報が自動では更新されません。
必ず「収納更新」(Shift+F9)を行ってください。

図 852

＜長期投薬加算算定時の外用薬の剤変更について＞

診療行為入力画面で外用薬に28日以上の投与があり、長期投薬加算を算定したとき、会計照会画面から剤内容の変更を行うには「剤変更」(F4)を使用して変更を行います。外用薬で長期投薬加算を算定する場合、診療行為入力画面では「数量×日数」と通常とは異なる入力方法で登録を行います。

ただし、上記入力方法が使用できるのは当該加算の算定条件のときのみとします。

また、レセプトや処方せんへの記載は、「数量×日数」で入力された場合であっても「総量×1調剤単位」の扱いとします。元（診療行為入力）が28日以上で作成された外用薬の剤内容であるとき、「剤変更」(F4)から数量を変更して「登録」(F12)を押下すると総量として剤内容を登録するため、以下の確認メッセージを表示します。

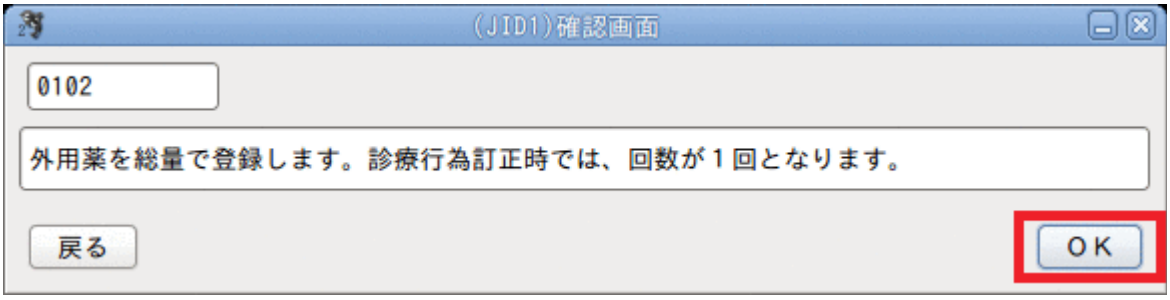


図 853

「OK」を押下すると回数は1回となり次の確認メッセージを表示します。

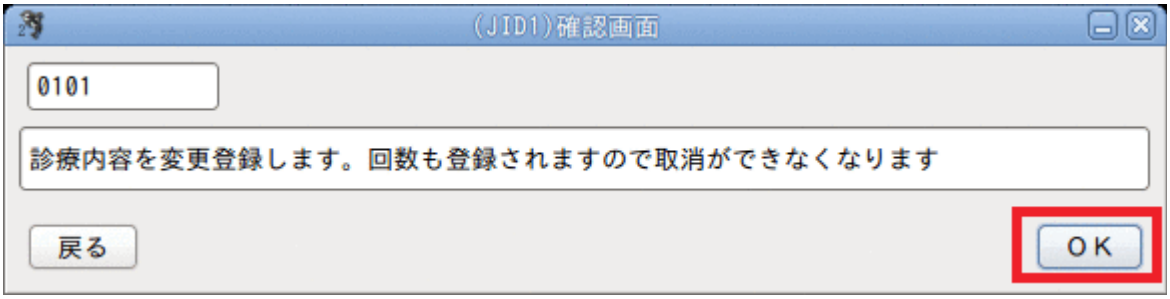


図 854

「OK」を押下すると登録され「総量×1調剤単位」の表示になります。

「戻る」で元の剤内容変更画面へ戻ります。

注意！
「剤変更」処理後の外用薬の剤内容は、総量×1で登録されています。
これによる長期投薬加算の算定、レセプト及び処方せんへの外用薬の記載等に問題はありませんが、診療行為入力画面より「訂正」で呼び出したときも表示は総量×1となります。

（1）－6　診療日を指定して剤内容を変更する

複数の診療日で回数入力がある場合でも指定した日の剤内容のみを修正することもできます。
剤内容の変更と同じ手順で変更する剤を選択し、診療日一覧より受診履歴番号を入力します。
選択した剤の選択した日付だけの修正が行えます。

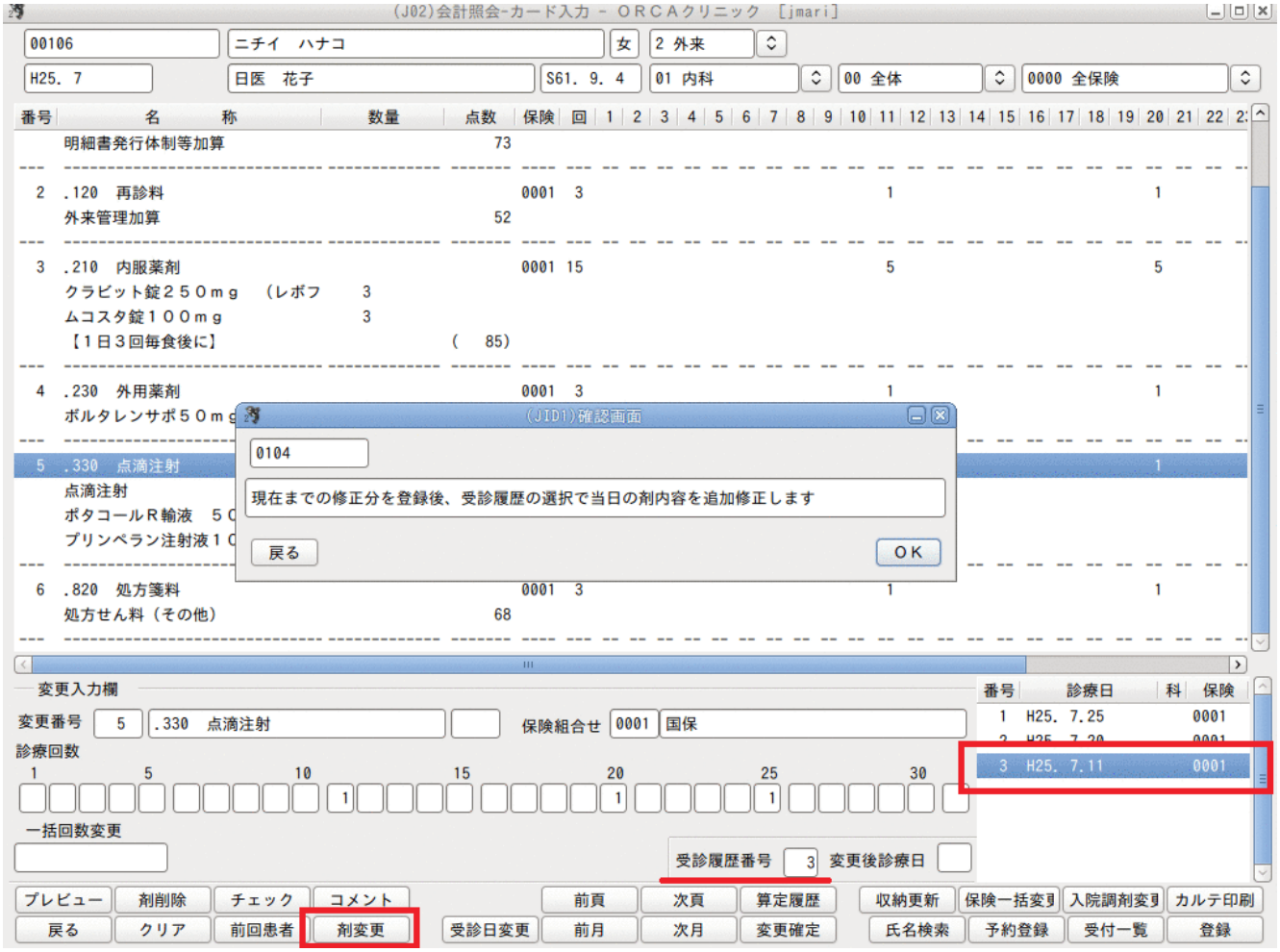


図 855

（1）－7　保険の一括変更

該当月で登録済みの診療行為の保険組合せを変更できます。
保険期間に合わせて期間の指定もできます。

注意！
一括変更できない保険
- 労災・自賠・公害・第三者行為　→　健康保険
- 健康保険　→　労災・自賠・公害・第三者行為
- 包括分入力（保険組合せ　9999）の診療行為

※一括変更できない保険組合せの保険変更は、診療行為画面にて該当の診療日を「訂正」で開き保険を変更して「登録」を行います。この場合は保険変更に該当する全ての診療日に対して行ってください。

1）該当月となる画面を表示し、「保険一括変更」(Shift＋F10)を押下します。
このときメッセージ表示しますので「OK」で進めます。

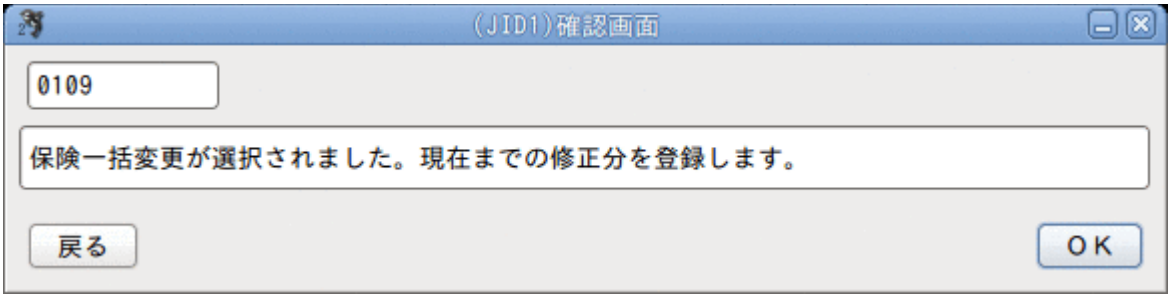


図 856

2）保険一括変更画面へ遷移します。変更前保険組合せ欄に保険組合せの番号を入力するか、クリックで指定します。

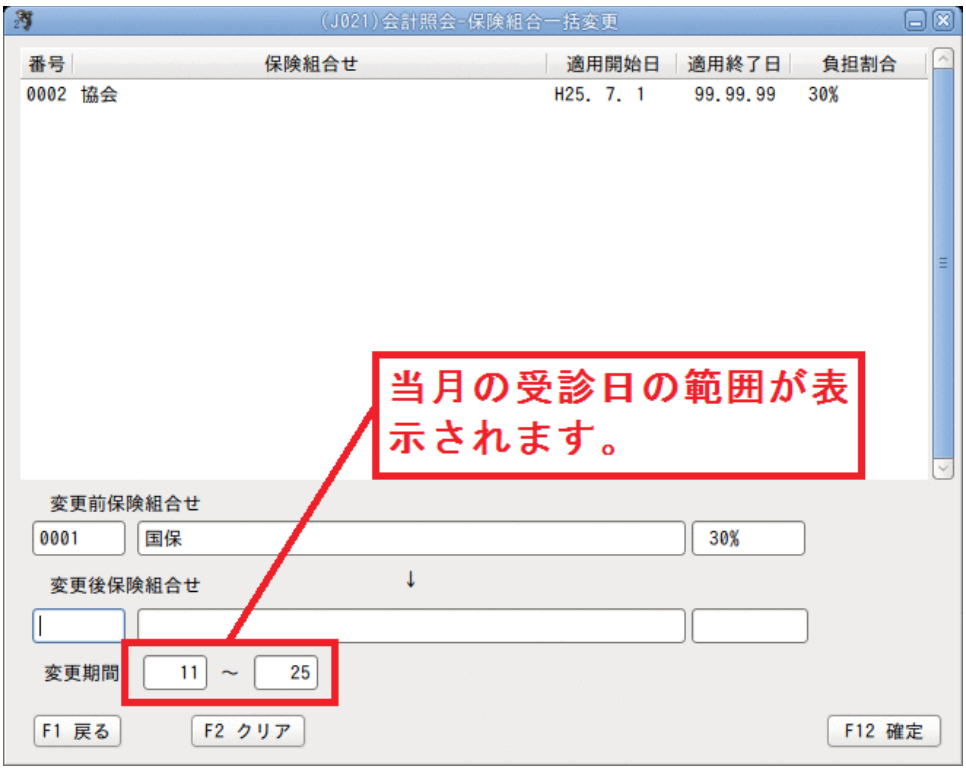


図 857

変更期間の欄に当月の受診日の範囲が自動表示されます。

3）変更後保険組合せの欄へ保険組合せの番号を入力するか、クリックで指定します。

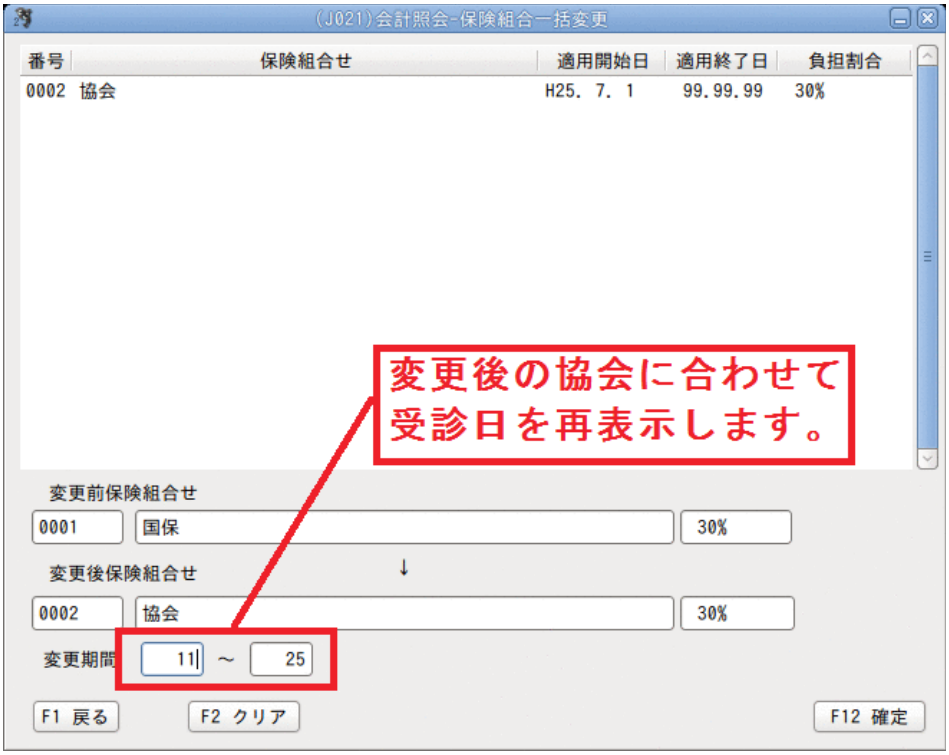


図 858

変更後保険組合せが月途中で始まる場合は、変更期間が保険適用開始日に合わせて自動セットします。

4）「F12　確定」を押下後、メッセージを表示しますので良ければ「OK」を押下します。その後、更にメッセージを表示します。

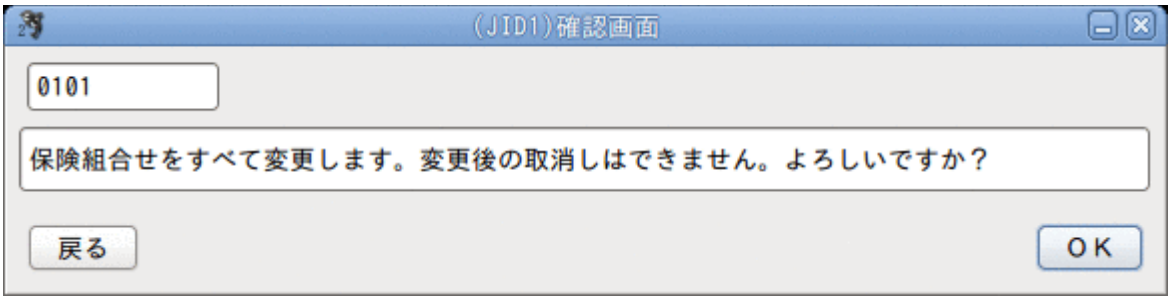


図 859

↓

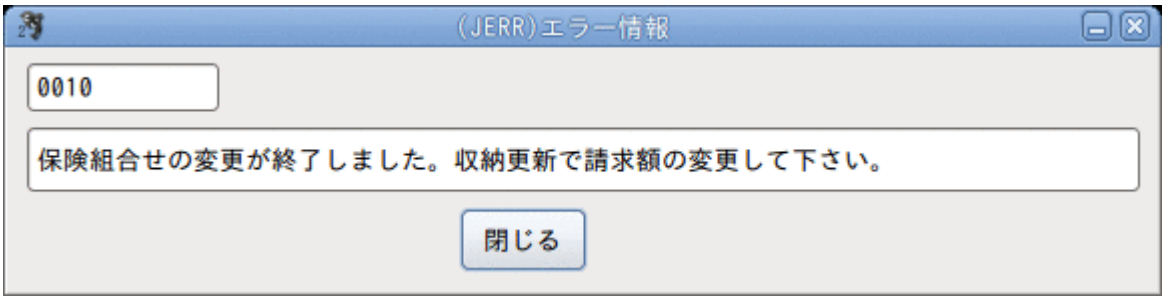


図 860

「収納更新」(Shift＋F9)を押下して、収納情報を更新してください。
（保険一括変更の場合、収納情報は自動的に更新されません）

＜表示する保険組合せについて＞

保険一括変更で表示する保険組合せは処理月（会計照会で表示している月）に有効な保険組合せを表示します。患者登録にて保険削除を行った場合でも、システム内部で保険情報を残しています。有効期限が切られていない場合は（削除）と表示します。また患者登録－保険組合せ履歴にて非表示設定の保険は【非表示】と表示します。保険組合せが先月に切られ当月有効でないため表示されない場合でも変更前・変更後の保険組合せ番号を入力します。

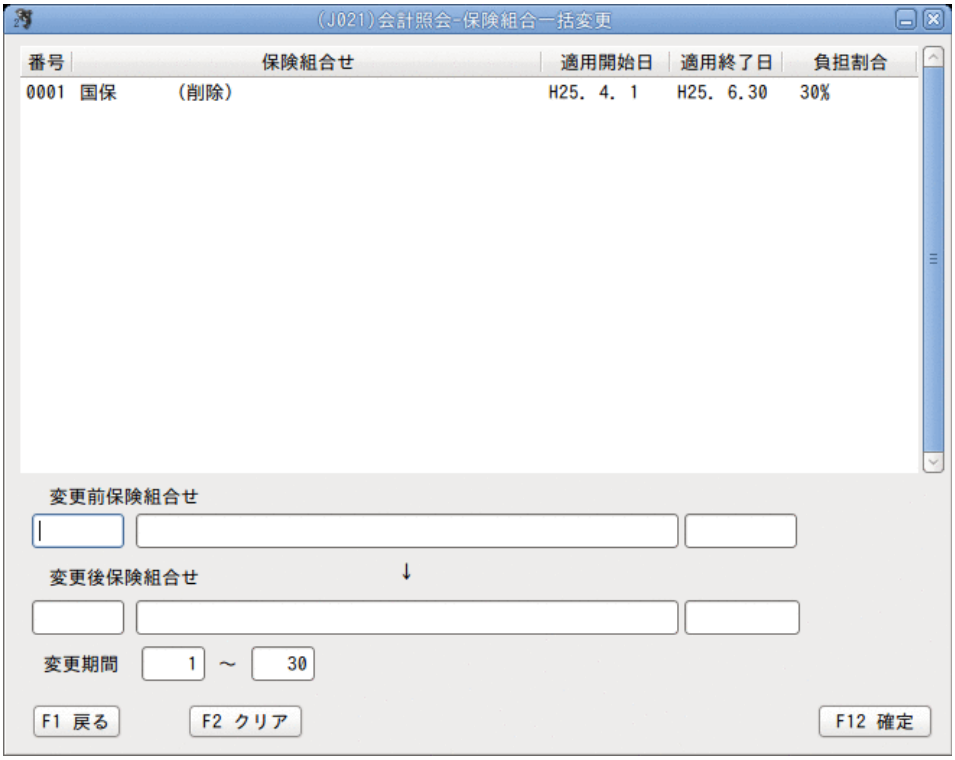


図 861

なお、（削除）表示のある保険組合せを「変更後保険組合せ」に指定した場合にはエラー表示され、選択することはできません。

＜収納更新時にエラーが発生する場合（診療日にアスタリスクがつく場合）＞

「101　システム管理マスタ」－「1038　診療行為機能情報」の複数科まとめ集計が「0複数科まとめ集計をする」となっている場合で、診療行為入力時に複数科保険入力を行ったデータに対し保険一括変更・収納更新を行ったときにエラー表示をするときがあります。

図 862

これは「0複数科まとめ集計をする」に設定されているとき、複数科をまとめた収納合計テーブルを作成します。保険一括変更・収納更新時にそれぞれの収納データの保険組合せと収納合計テーブルの保険組合せが違うため収納合計テーブルの再計算ができない場合に発生します。

また診療行為入力画面では診療日にアスタリスクを付けて表示します。

図 863

このような場合は診療行為入力画面より「訂正」で診療日を開き再度登録を行ってください。

（1）－8　レセプトプレビュー

表示している診療月のレセプトプレビュー(Shift＋F1)を表示することができます。

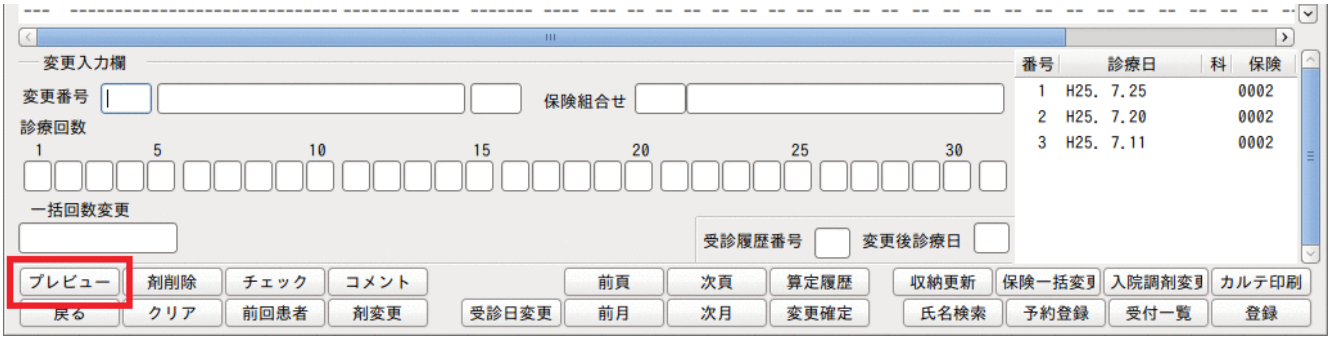


図 864

「プレビュー」(Shift＋F1)を押下します。
プレビュー画面が表示されます。

リアルタイムプレビューの前提条件及び範囲

- 同一月に社保・国保と労災・自賠責の診療行為入力があり、「24　会計照会」での表示が「0000全保険」となっている場合のプレビューは社保・国保を優先します。労災・自賠責をプレビューしたい場合は保険表示を切り替えてからプレビューしてください。
- 排他制御設定を前提とし複数端末での各患者のリアルタイムプレビューをできるようにする。(ただし、排他制御を設定していなくても同一患者でなければ複数端末も可)
- レセプトの県単独処理（レセプトカスタマイズ部分）は処理でないため、表示できません。　例）（乳）、（原）等の印字
- リアルタイムプレビューを実行後、プレビューが表示される前に別の月または別の患者のリアルタイムプレビューを行った場合は、正しく表示されない場合があります。　（最初のレセプトと次のレセプトが混じって表示される場合がある）
- レセプト作成中（メニュー画面の42明細書）のリアルタイムプレビュー処理は不可とします。
- リアルタイムプレビューでは請求管理データは作成しません。

＜点検用レセプト（院外処方含む）レセプトプレビュー＞
院外処方薬剤を含む点検用レセプトプレビューを行うことができます。
「101　システム管理マスタ」－「1038　診療行為機能情報」にて設定ができます。

＜診療行為が入力されていない場合のリアルタイムプレビューについて＞
診療行為が入力されていない場合
　　外来：エラーメッセージを表示しプレビュー処理を行いません。
　　入院：プレビューを行います（入院会計のみの表示となります）

レセプト記載する診療行為が入力されていない場合
　　例）文書料のみ入力され、保険請求する診療行為が無い場合
　　外来：エラーメッセージは表示されません。プレビュー画面に遷移しますが、表示はされません。
　　例）診療行為の入力が無く、入院会計も無い場合
　　入院：エラーメッセージは表示されません。プレビュー画面に遷移しますが、表示はされません。

＜リアルタイムプレビューからの印刷＞

サーバからの印刷とクライアント印刷の2種類があります。

サーバからの印刷の場合は画面下部の「印刷」(F12)を押下します。

図 865

クライアント印刷については【2.10　クライアント印刷】を参照してください。労災・自賠責も枠を表示しますが、リアルタイムプレビューからの印刷時には各保険により違いがあります。

保険	プレビュー時	サーバから印刷時 (F12)	クライアント印刷
社保・国保	枠有り	枠有り印刷	枠有り
労災	枠有り	「101　システム管理マスタ」−2005レセプト・総括印刷情報」の労災・枠記載区分の設定による。	枠有り
自賠責（新様式） ※1	枠有り	「101　システム管理マスタ」−2005レセプト・総括印刷情報」の自賠責・枠記載区分の設定による。	枠有り
自賠責（従来様式） ※1	枠有り	枠有り印刷	枠有り

※1　自賠責の場合は新様式と従来様式を同時にプレビューします。

（2）コメント登録画面について

（2）－1　症状詳記区分
（2）－2　コメント登録
（2）－3　コメントの複写
（2）－4　コメントの削除
（2）－5　保険組合せの「※」表示
（2）－6　登録済みコメントの修正
（2）－7　文例登録
（2）－8　文例選択
（2）－9　登録済み文例を修正する
（2）－10　労災アフターケアの診療日選択
（2）－11　ファンクションキーの説明

（2）－1　症状詳記区分

レセプトコメントには10個の症状詳記区分があります。入力するコメントがどの区分に当たるか検討を行って必要な区分に入力を行います。
各区分毎に99件まで、1件につき1200文字まで入力ができます。

【症状詳記区分】

01　主たる疾患の臨床症状	それぞれ必要な区分に内容を入力します。
02　主たる疾患の診療・検査所見	
03　主な治療行為の必要性	
04　主な治療行為の経過	
05　100万点以上の薬剤に係わる症状等	
06　100万点以上の処置に係わる症状等	
07　その他（1）	区分01～06、50～51以外のコメントを入力します。
08　その他（2）	
09　その他（3）	
50　治験概要	それぞれ必要な区分に内容を入力します。
51　疾患別リハビリテージョンに係わる治療継続理由	
52　廃用症候群に係わる評価表	
99　レセプト摘要欄コメント	区分01～09に分類しないフリーなコメント ※自賠責（第三者行為）レセプトには記載しません。
AA　労災レセプト「傷病の経過」	労災レセプトの傷病の経過欄に記載します。
BB　自賠責（第三者行為）レセプト摘要欄コメント	自賠責（第三者行為）レセプトのみ記載します。

＜症状詳記区分07～09その他について＞
07～09その他は、それぞれ分けて入力を行っても「07　その他」としてコメントは一つにまとめます。

Copyright(C)2007JMARI

＜各区分のレセ記載・レセ電記録＞
紙レセプト

摘要欄の最後に記載します。01～07の区分は各区分の表題も記載します。
記載する順は

99　レセプト摘要欄コメント
01～09　の各区分を区分順に記載　となります。

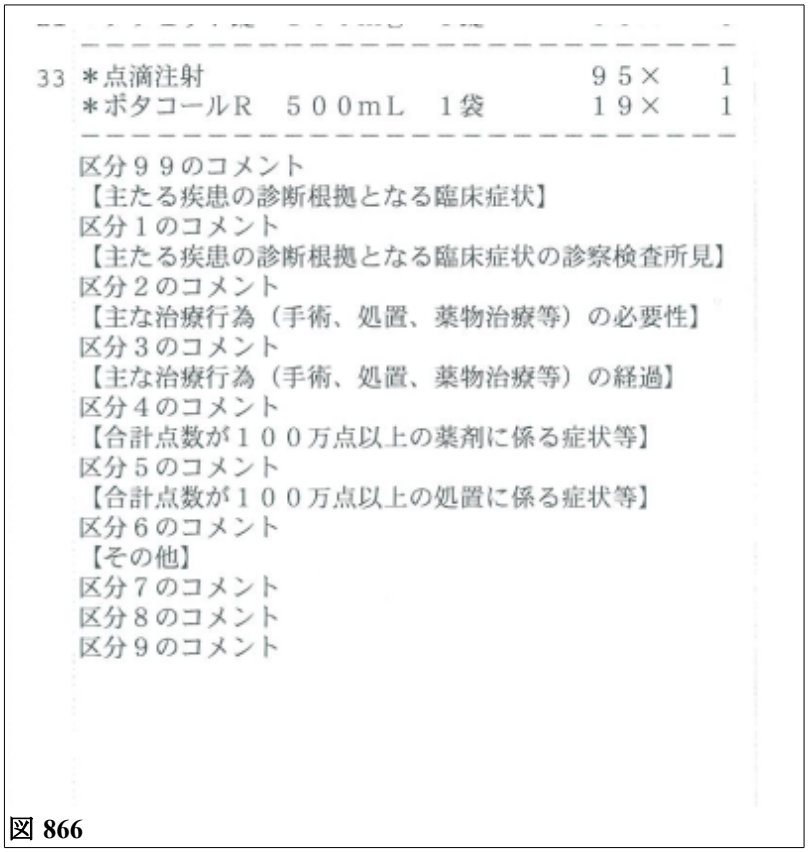


図 866

複数の保険組合せで同じ症状詳記区分がある場合は、症状詳記順の保険組合せ順に記載します。

例）症状詳記区分	保険組合せ
99	001
99	002
01	001
01	002

レセ電
紙レセプトと同じ順で記録します。
症状詳記区分01～09はSJレコード、99はCOレコードで記録します。

(2) −2　コメント登録

会計照会画面より「Shift＋F4　コメント」を押下します。
コメント画面の初期表示は会計照会で表示していた条件で表示します（患者番号、診療年月、入外区分）

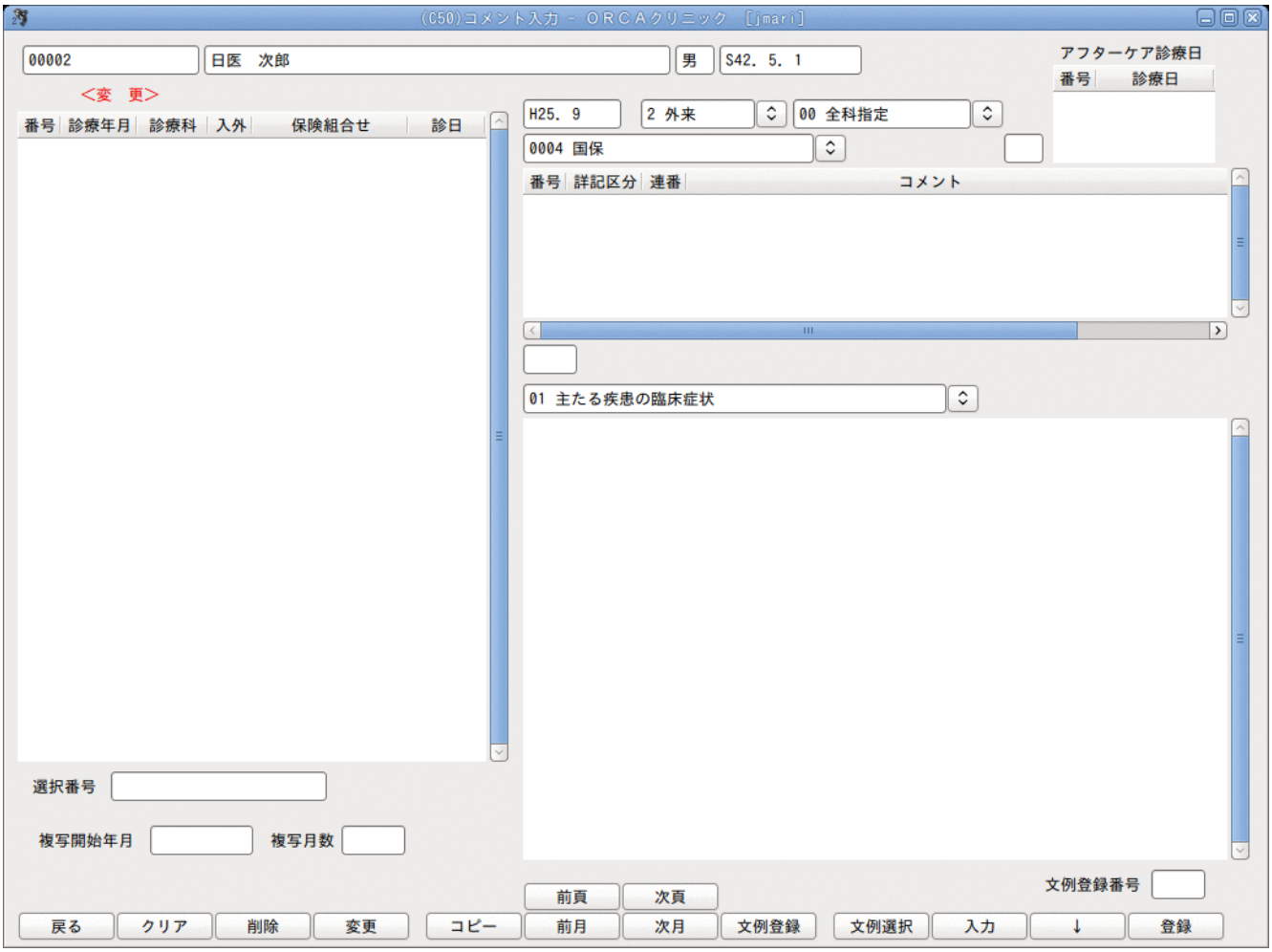


図 867

Copyright(C)2007JMARI

診療年月、診療科、入外区分、保険組合せを確認します。
コメント内容に応じて症状詳記区分を変更し、コメント入力欄へ入力します。
症状詳記区分の初期表示は「101　システム管理マスタ」ー「1042　病名・コメント機能情報」にて設定ができます。

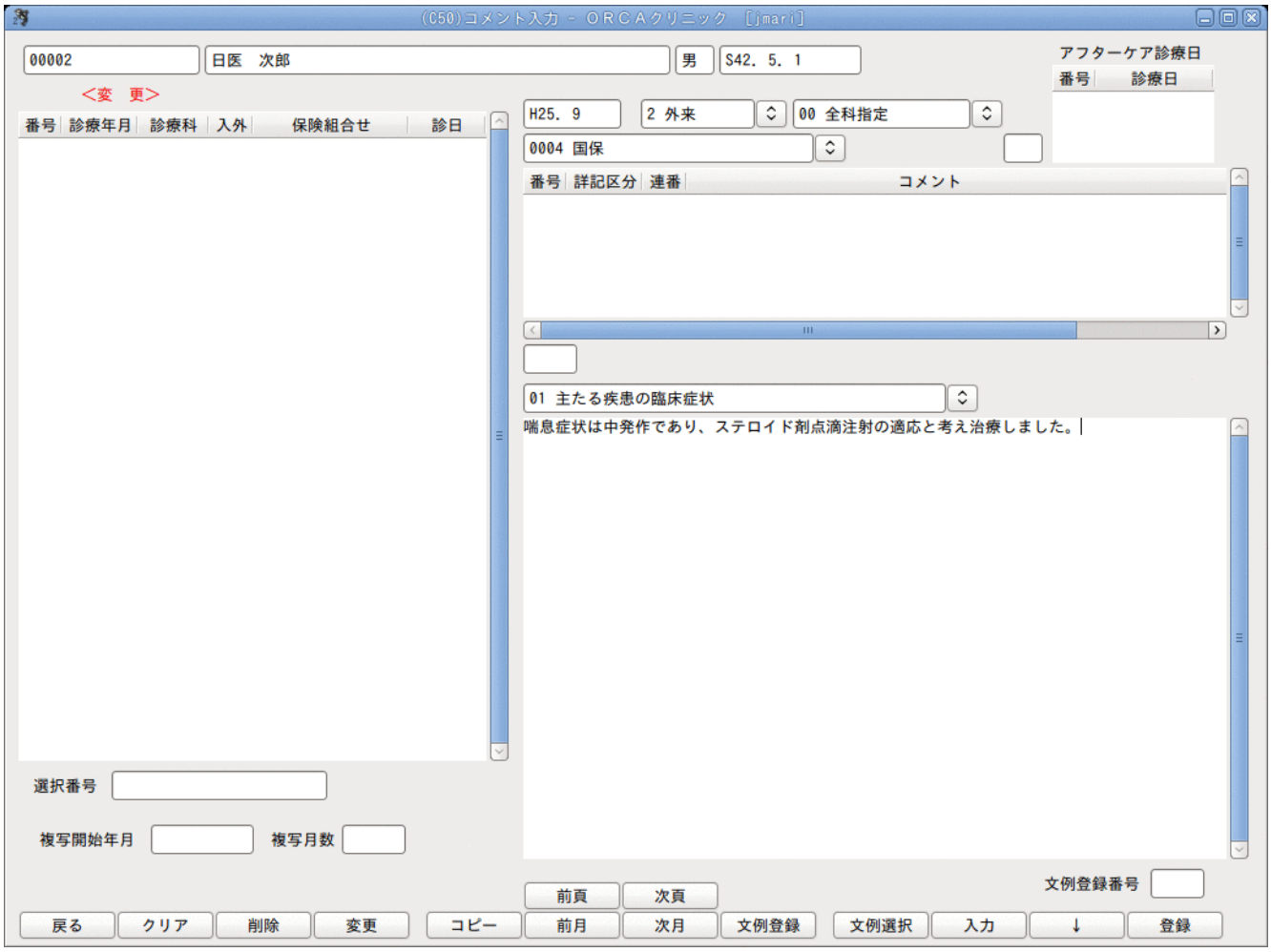


図 868

「F12　登録」を押下するとメッセージを表示しますので、「OK」を選択し登録します。

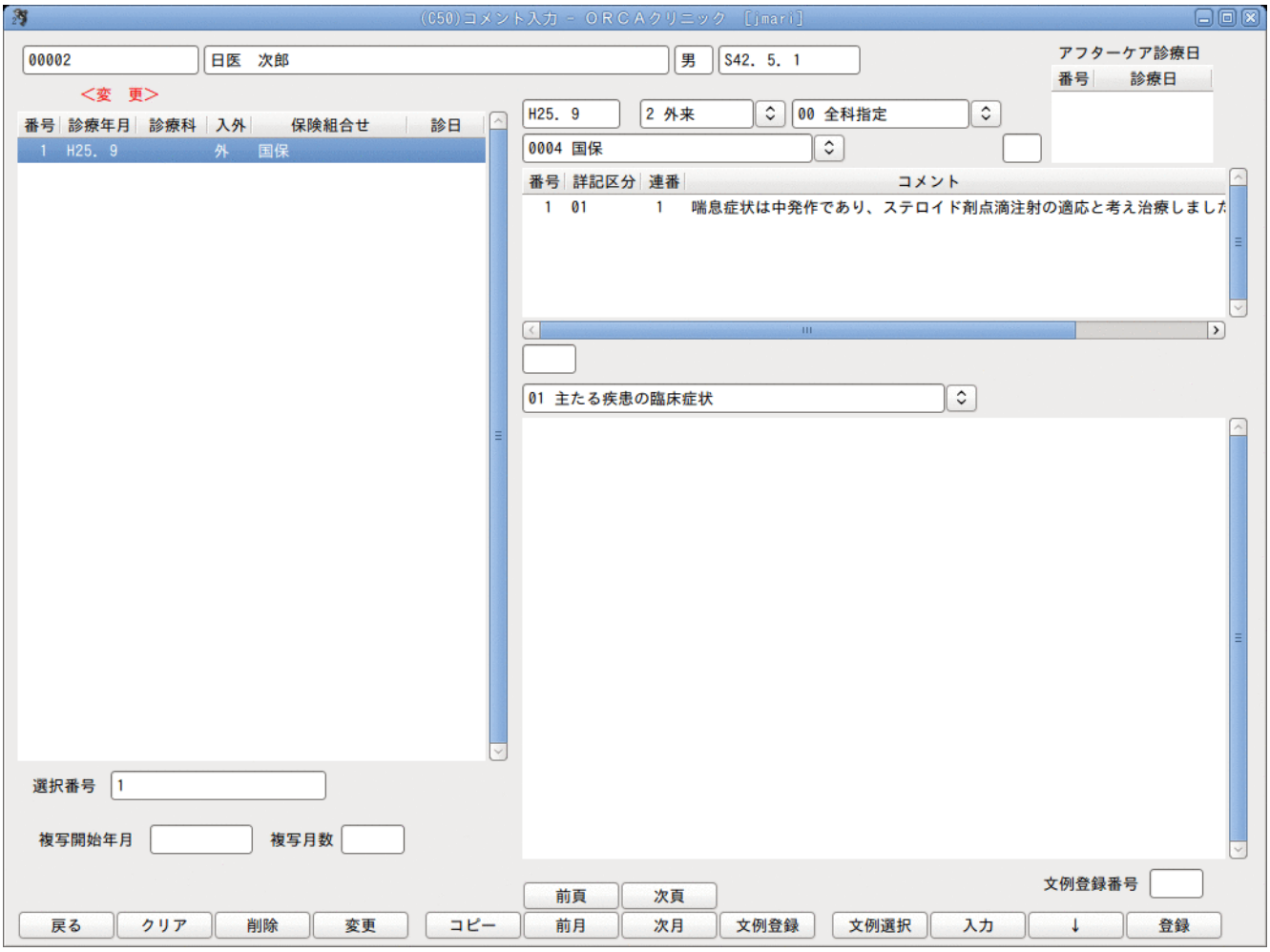


図 869

Copyright(C)2007JMARI

＜単独月の複写＞

1. 複写先の診療年月、保険組合せ、診療科を設定します。
   （診療年月は「前月」(F6)「次月」(F7)で変更します）。
2. 「コピー」(F5)を押下し、複写元のコメントを画面左の一覧表から選択します。
3. 登録済のコメント内容を一覧表示しますので複写元コメントを選択します。
   コメント入力欄へ選択したコメント内容を複写します。

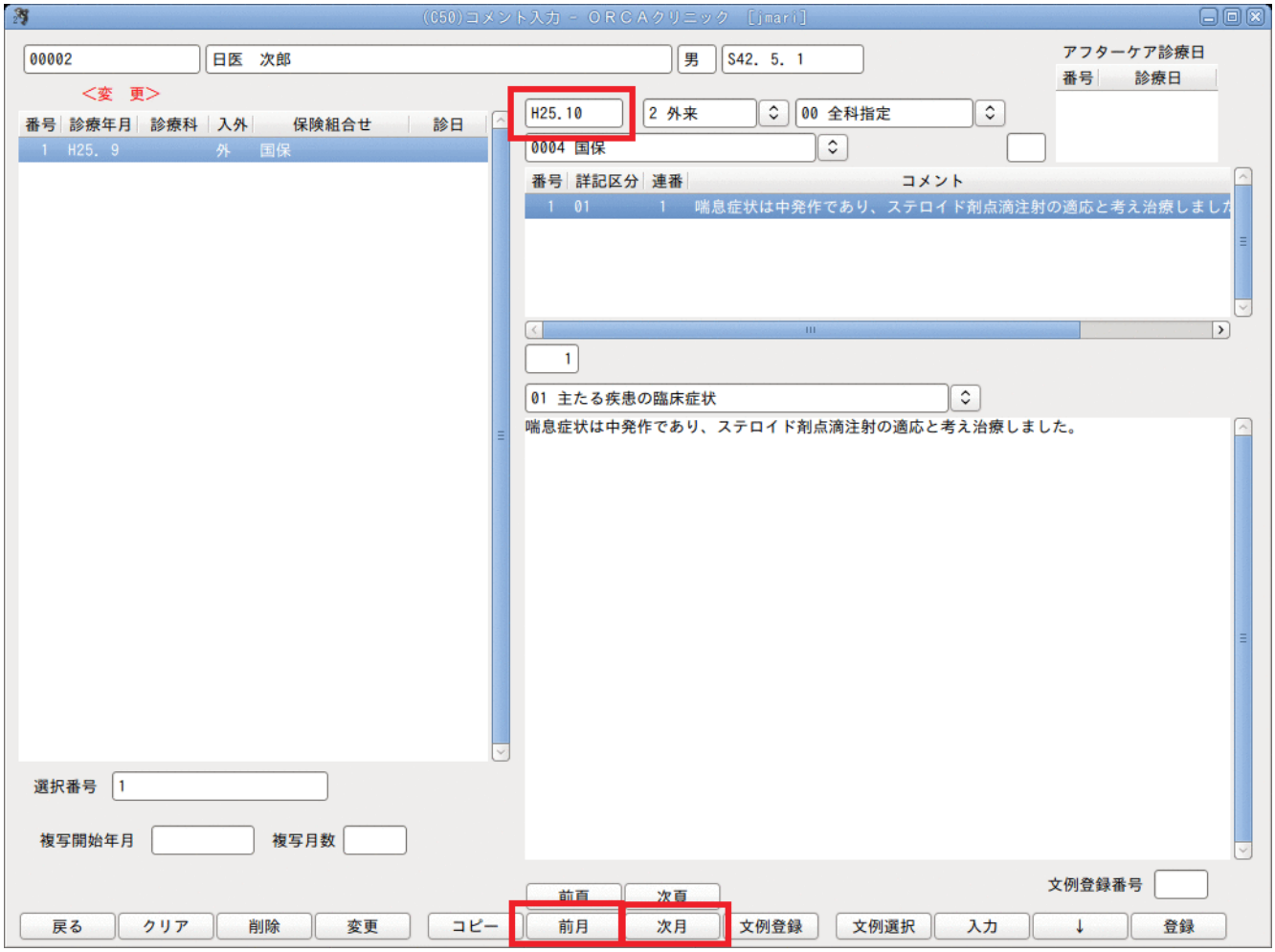


図 870

4.「F12　登録」を押下します。メッセージを表示しますので「OK」を選択します。
　　指定した診療年月、診療科、保険組合せ分として複写します。

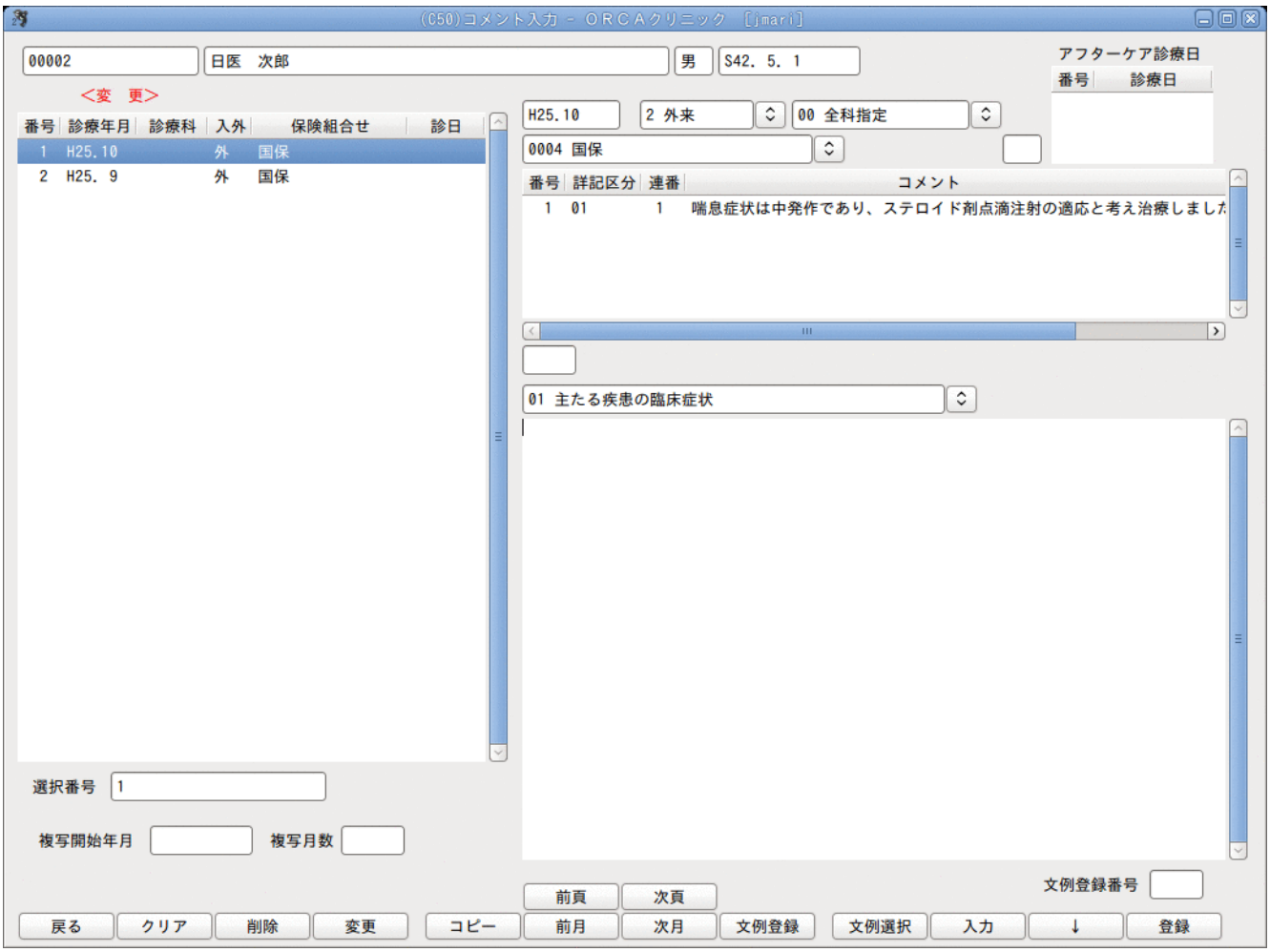


図 871

Copyright(C)2007JMARI

＜複数月分まとめて複写＞

毎月同じコメントを登録する必要がある場合、複数月分まとめて複写できます。
ただし、1回に複写できる件数は最大12件（12ヶ月分）とします。

1.「コピー」(F5)を押下し、既に一覧に登録済みであるコメント内容を選択します。
　　コメント入力欄へ選択したコメント内容を複写します。
2.複写開始年月と複写月数を入力します。

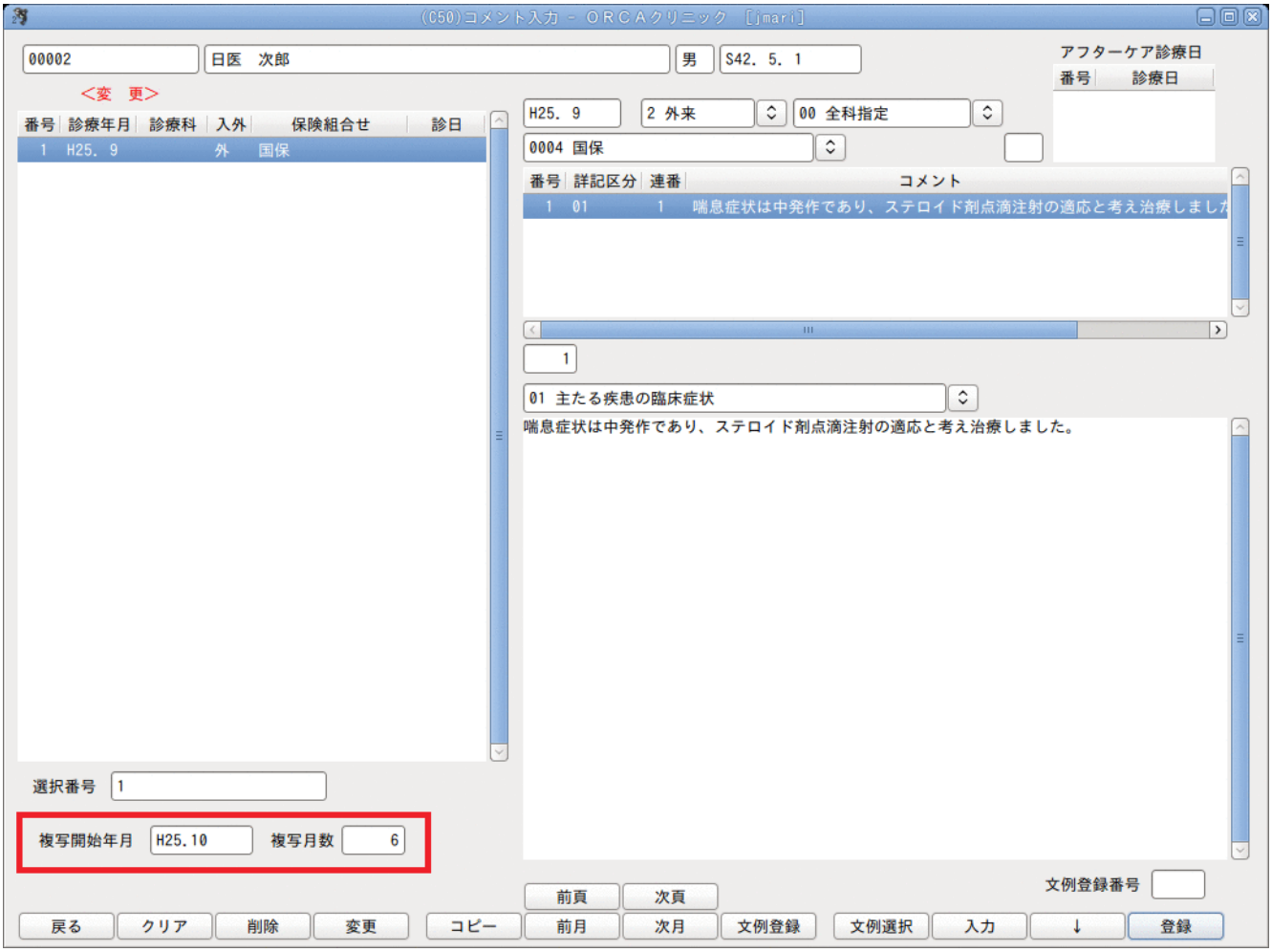


図 872

Copyright(C)2007JMARI

「F12　登録」を押下します。メッセージを表示しますので「OK」を選択します。
指定した診療月から指定した月数分を複写します。

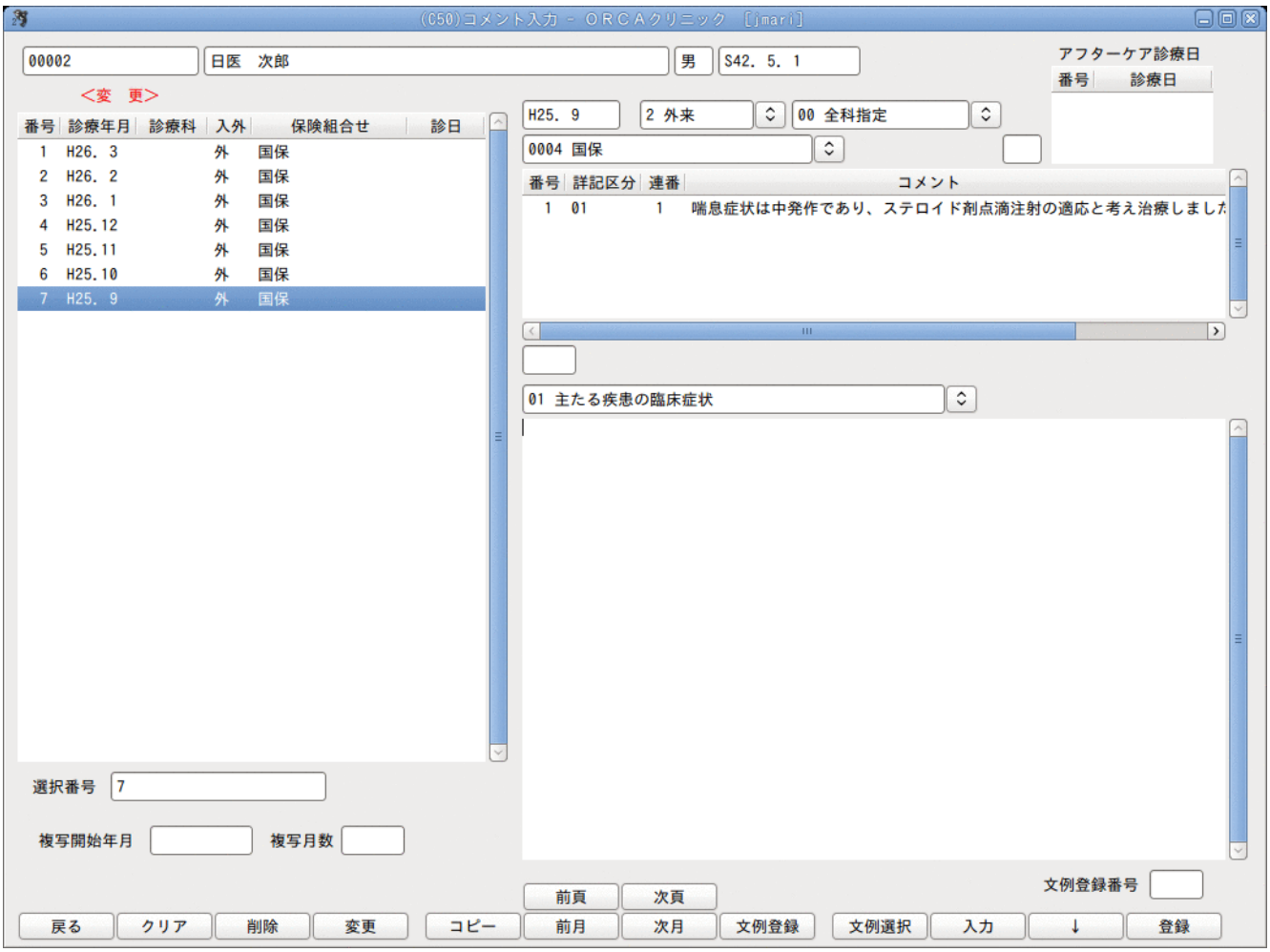


図 873

注意！
複写開始年月　＞　診療年月　とします。
複写先年月に同じ保険組合せで既に登録があった場合は上書きをします。
複写元コメントを複数選択していた場合は複写できません。

(2) −4　コメントの削除

削除したいコメントを選択し「削除」(F3)を押下します。
症状詳記区分まで選択した場合は選択した症状詳記区分のみ削除します。
症状詳記区分を選択しない場合は全ての区分を削除します。

＜複数のコメントをまとめて削除する＞

注意！
この削除方法は選択したコメントの全ての症状詳記区分を削除します。

「削除」(F3)を押下します。コメント登録一覧の上部が＜削除＞と表示し削除モードに切り替わります。
削除したいコメントをマウスで選択します（複数選択できます）。
または、選択番号欄へ番号を入力します。
「1−3」のように範囲を指定し、複数選択できます。
選択を誤った場合は、再度マウスでクリックすれば解除できます。

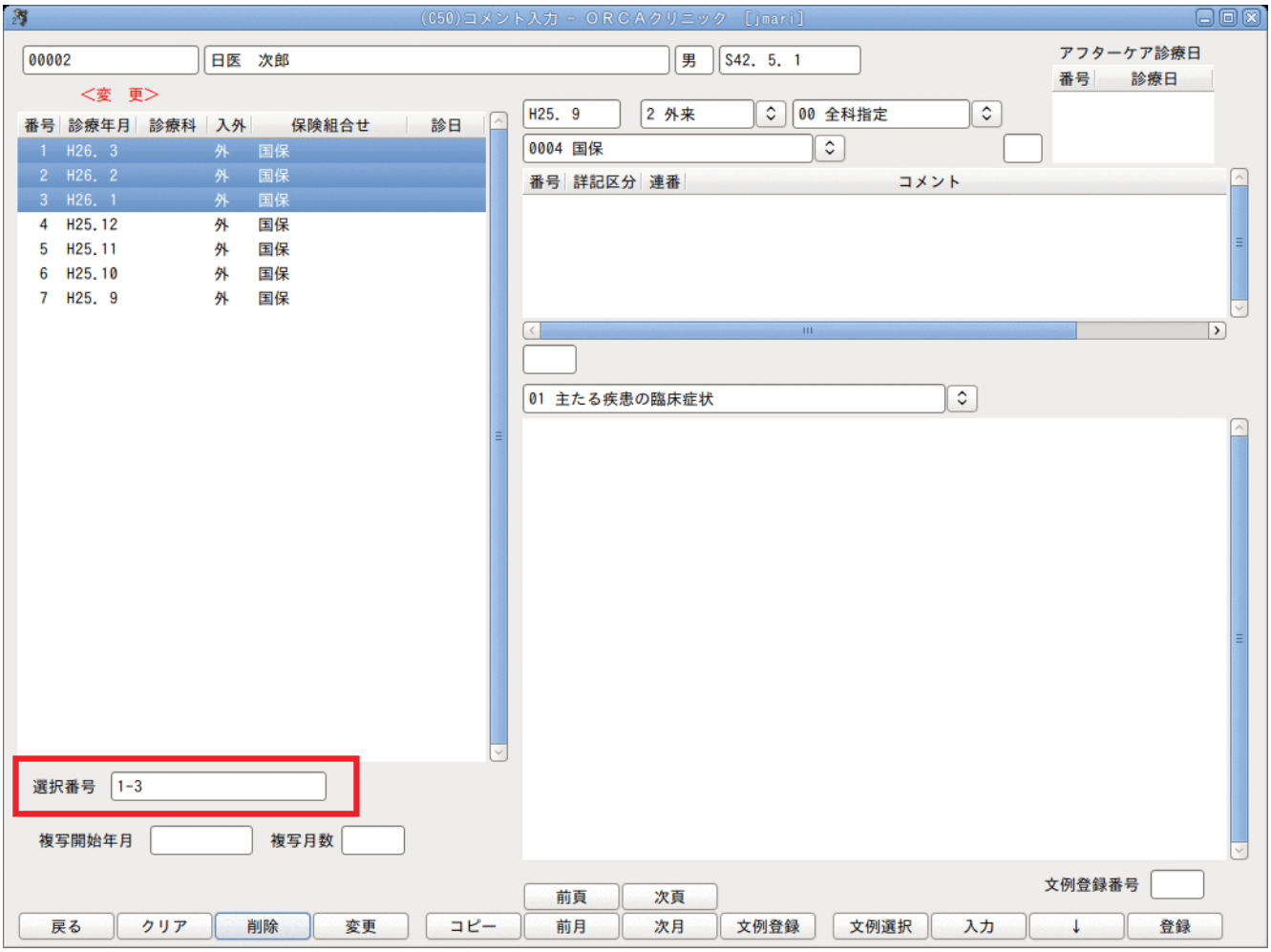


図 874

「F3　削除」を押下します。メッセージを表示しますので「OK」で削除します。

（2）－5　保険組合せの「※」表示

登録済みコメントの保険組合せが保険変更等により該当月に存在しなくなった場合、保険組合せ欄に「※」表示をします。コメント内容を正しい保険組合せに複写し、まとめ削除を行ってください（そのままでも問題ありません）

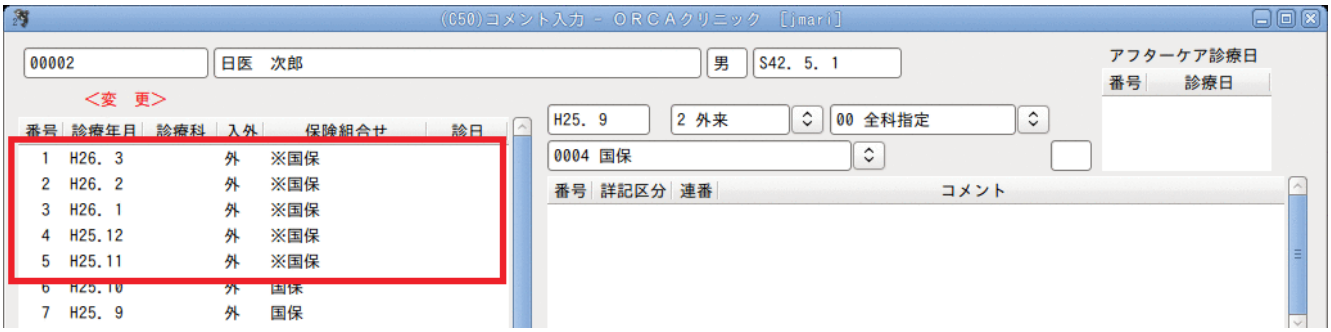


図 875

（2）－6　登録済みコメントの修正

登録済みコメントを選択します。コメント内容を修正します。
このとき複写開始年月、複写月数を入力すれば、修正した内容で複写することができます。

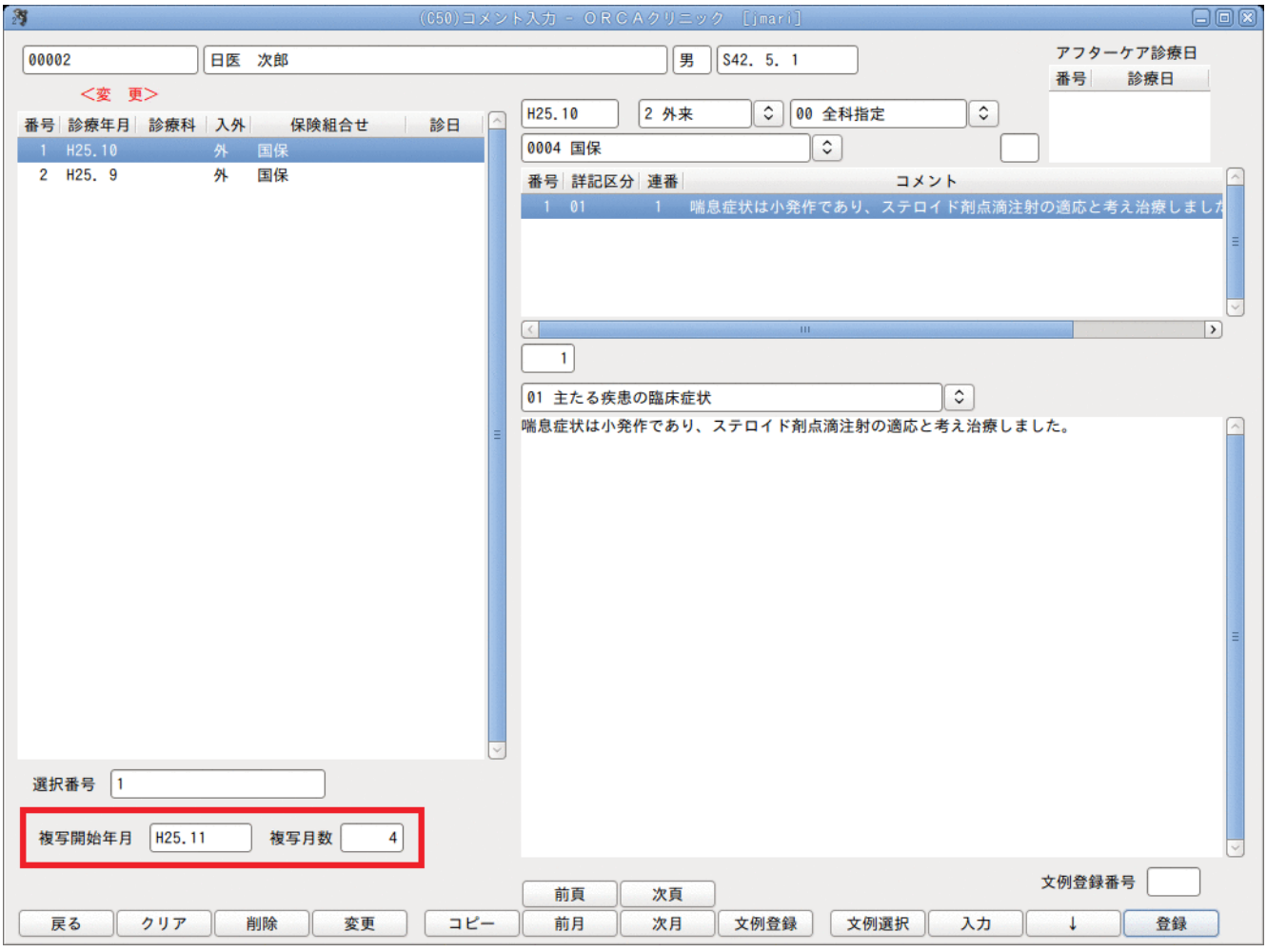


図 876

Copyright(C)2007JMARI

「F12　登録」を押下します。

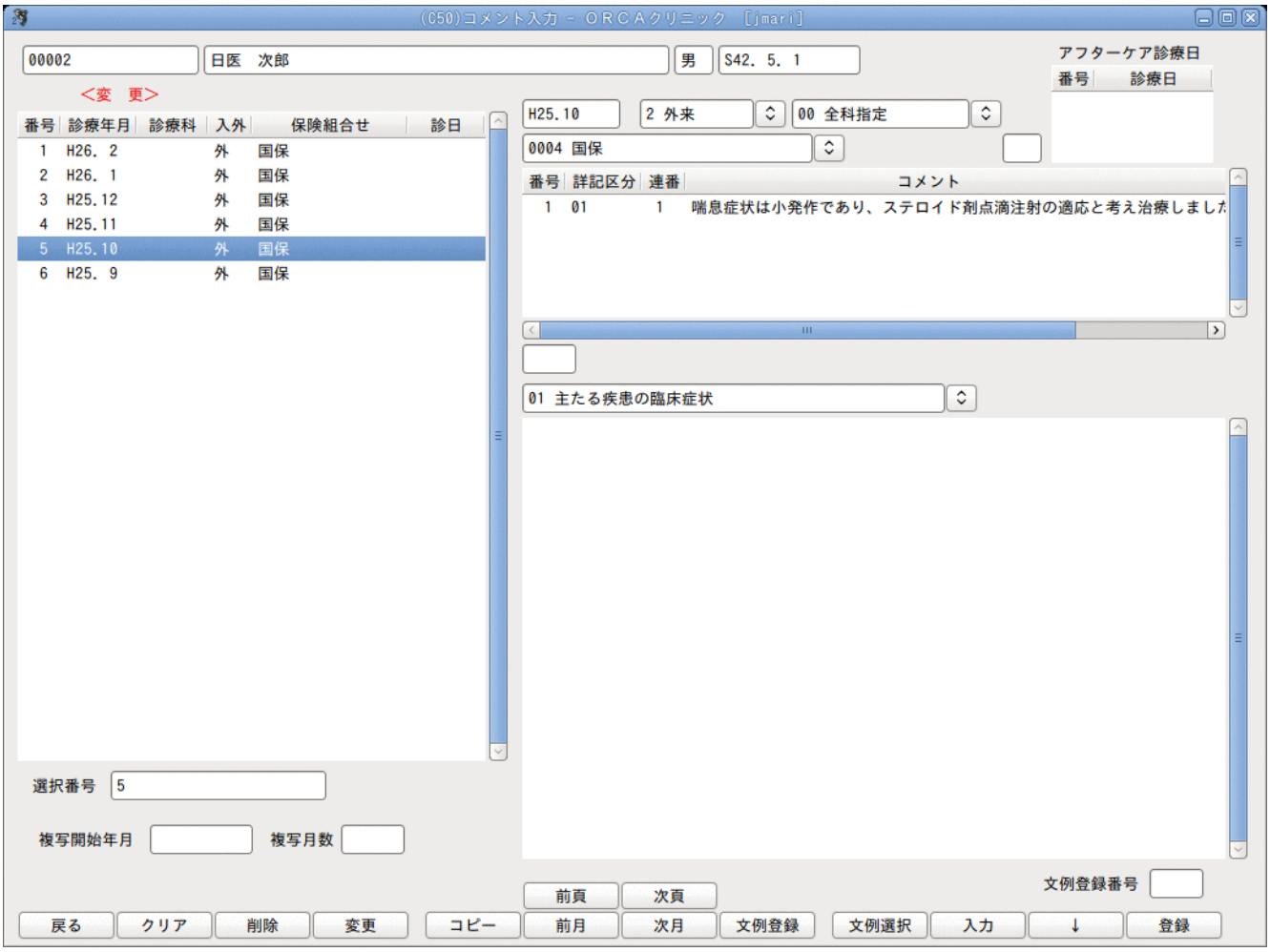


図 877

(2) －7　文例登録

自院作成したコメントで使用頻度の高いものは、文例登録をしておくと便利です。
患者選択をせず、コメント入力画面に遷移すると、文例登録入力となります。
患者を選択した状態でも文例登録ができます。
コメント入力後、「F8　文例登録」を押下します。
メッセージを表示しますので「OK」で文例登録します。

注意！
文例登録は最大400文字です。400文字を超えるコメントを文例登録すると確認メッセージを表示し、400文字以降を削除して登録します。

※文字列だけを登録します。症状詳記区分は登録しません。

（2）－8　文例選択

コメント入力画面より「F9　文例選択」を押下します。
文例入力一覧より文例を選択します。
選択後　「F12　置き換え」・・・コメント入力欄を文例に置き換えます。
　　「F11　追加」・・・・・入力中のコメントの末尾に文例を追加します。

※文例には症状詳記区分は登録されていません。症状詳記区分を設定する必要があります。

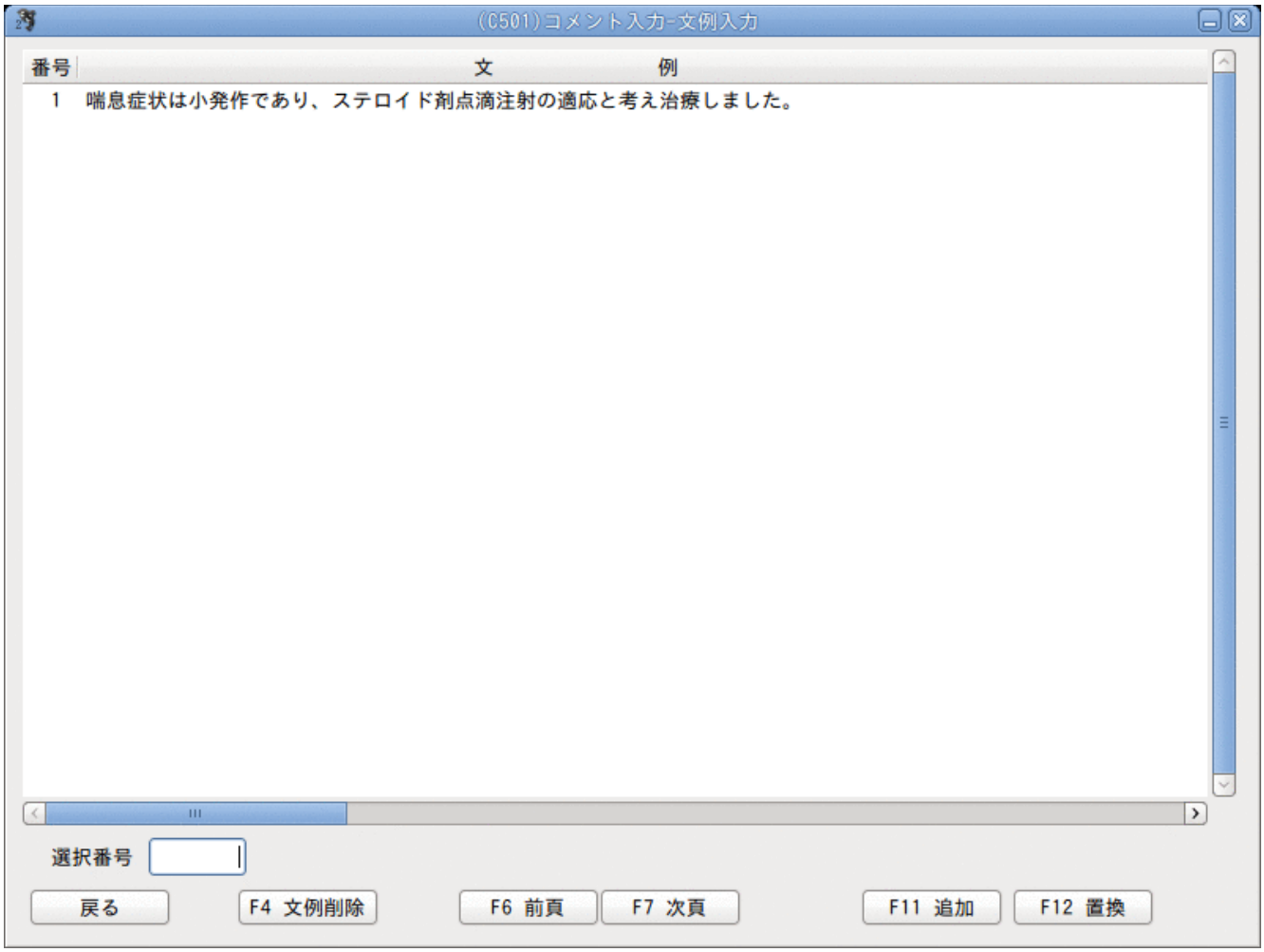


図 878

（2）－9　登録済み文例を修正する

「F9　文例選択」を押下し、修正する文例を選択します。
「F12　置き換え」を押下するとコメント入力欄で編集ができます。
コメントを修正後、「F8　文例登録」を押下します。
メッセージが表示され「OK」で文例が修正されます。

(2) －10　労災アフターケアの診療日選択

労災のアフターケアのコメント入力には、診療日の指定が必須となります。
診療日一覧から該当する日付を選択してからコメント入力を行い、登録します。
コメント一覧に診療日の日付が表示されます。

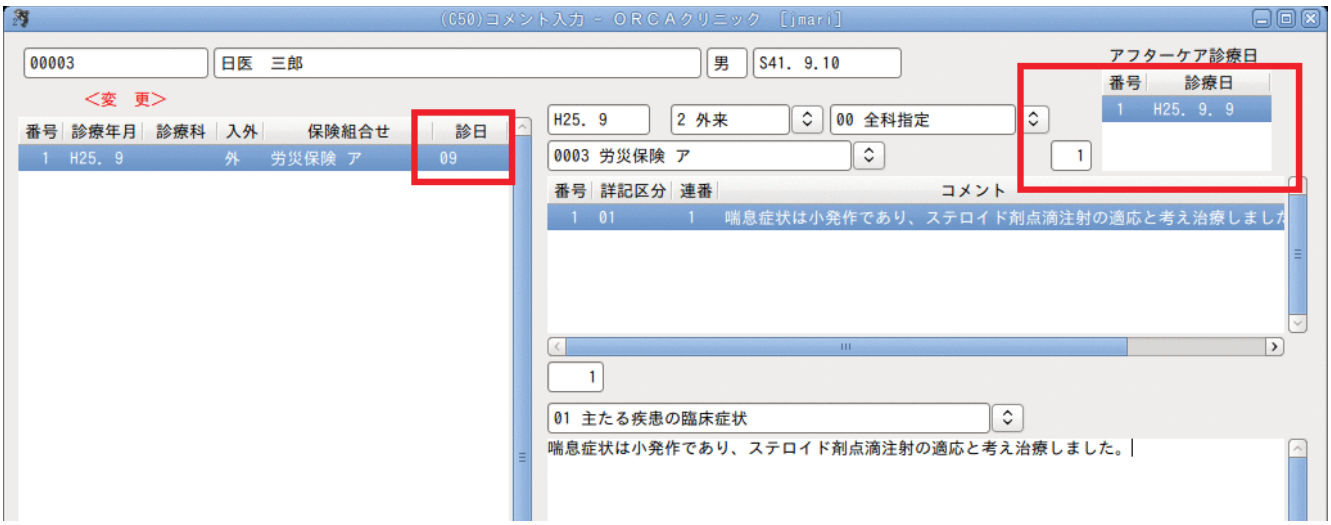


図 879

(2) －11　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	前の画面へ戻ります。
クリア	F2	コメント入力欄、各選択番号がクリアされ初期表示へ戻ります。
削除	F3	選択しているコメントを削除します。
変更	F4	選択しているコメントを変更します。
コピー	F5	選択しているコメントをコメント入力欄へコピーします。
前月	F6	診療年月を変更します（保険組合せが連動します）
前頁	Shift+F6	入力済みコメント一覧の前頁を表示します。
次月	F7	診療年月を変更します（保険組合せが連動します
次頁	Shift+F7	入力済みコメント一覧の次頁を表示します。
文例登録	F8	使用頻度の高いコメントを登録します。
文例選択	F9	登録済みの文例からコメントを選択入力します。
入力	F10	コメント入力欄の確定を行います。
↓	F11	コメントの各区分を順番に表示します。
登録	F12	コメント入力欄の内容を登録します。

（3）カルテ3号用紙の発行

（3）－1　処理概要

会計照会画面から「カルテ印刷(Shift＋F12)」によりカルテ3号用紙の発行ができます。
外来のカルテは「101　システム管理マスタ」－「1030帳票編集区分情報」により、剤単位での印刷と日単位での印刷が選択できます。
診療月別・科別（または全科）・入外別での発行となります。
また一度印刷した用紙に追記印刷ができます。

（3）－2　3号用紙の発行（当月分全てを印刷）

会計照会画面にて患者を呼び出します。
3号用紙を発行する診療月・診療科を選択します（全科もできます）。

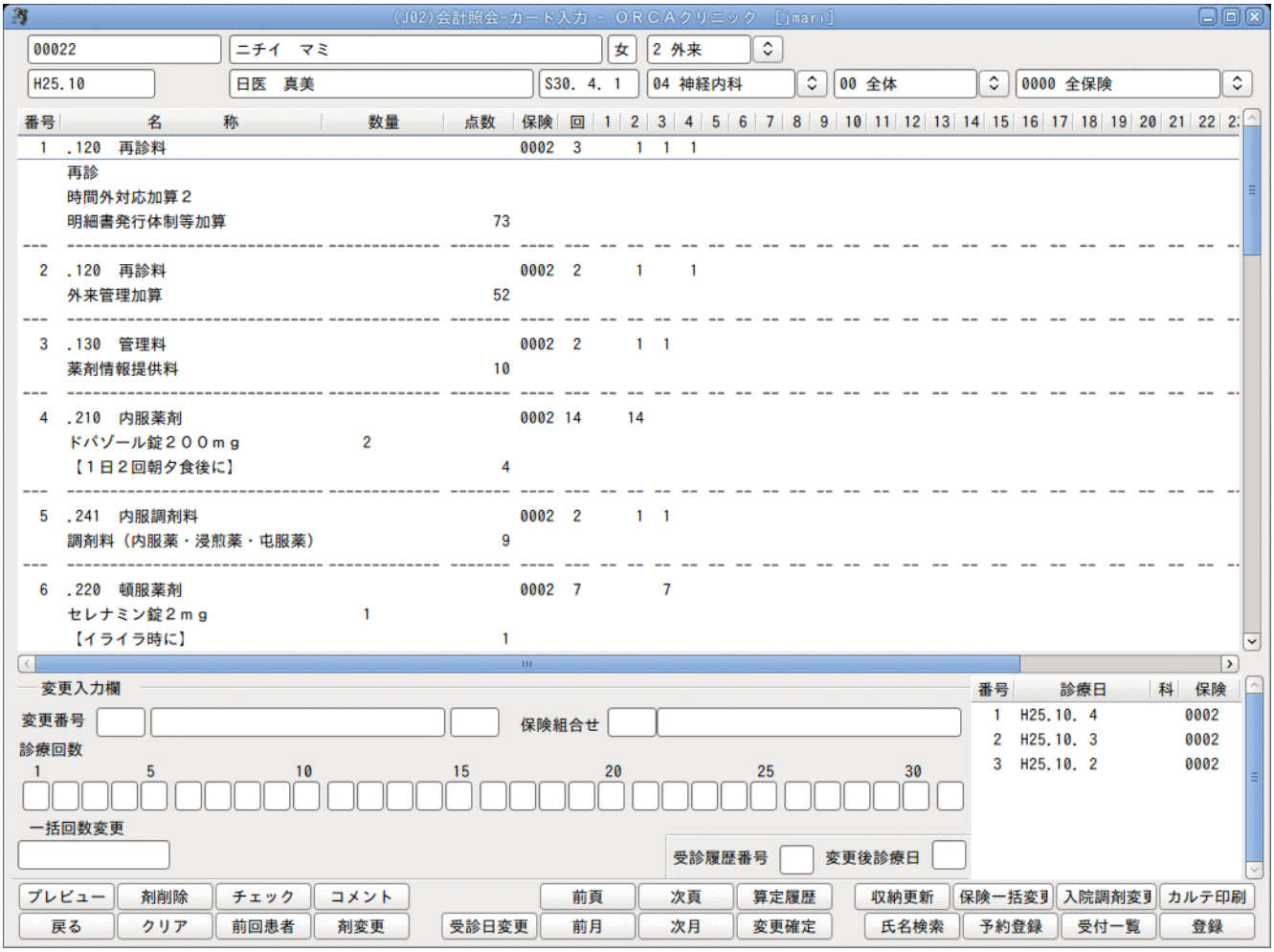


図 880

Copyright(C)2007JMARI

「カルテ印刷(Shift＋F12)」を押下し、3号用紙発行指示画面を表示します。

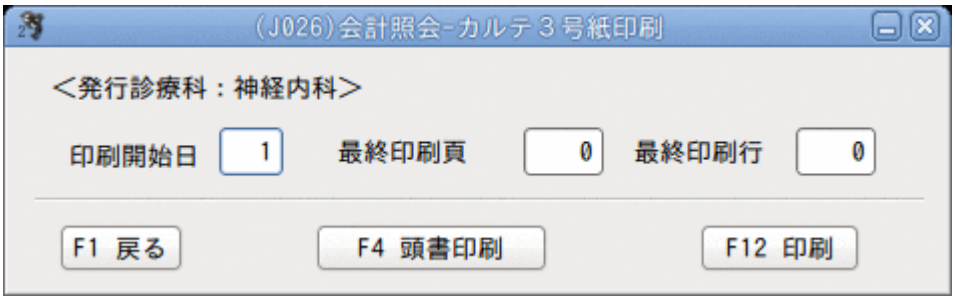


図 881

当月分全てを記載するには、デフォルトの設定のままで「F12　印刷」を押下します。

診　療　の　点　数　等　　＜外　来＞　　P　1

神内

00022

日医　真美　　昭和３０年　４月　１日生　女　　平成２５年１０月～

本人　協会

	種別 / 月日	診察	投薬	注射	処置・手術	検査	画像診断	その他	合計 点数	合計 負担金	保険外	備考
1	10. 2	73	4x14			21			1237	3710		
2		52	9x 1			93						
3		10	532x 1			16						
4			6x 1			50						
5			42x 1			125						
6			8x 1			144						
7	10. 3	73	9x 1	131x 1	48				322	970		
8		10	1x 7									
9			42x 1									
10			1x 1									
11			1x 1									
12	10. 4	73					720		1295	3890		
13		52					450					
14									2854	8570		合計

図 882

Copyright(C)2007JMARI

(3) ー3　3号用紙追記印刷

再度診療があった場合に、先程印刷した用紙に追記印刷します。
会計照会にて「カルテ印刷(Shift+F12)」を押下し、印刷指示画面を表示します。
先程の3号用紙では10/4日分まで、14行で印刷されています。

指示画面には
　　印刷開始日：15（受診日である必要は有りません）
　　最終印刷頁：0
　　最終印刷行：14　を入力します。

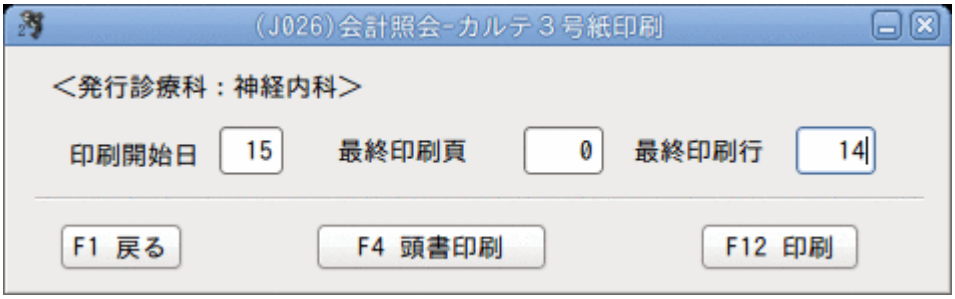


図 883

15日以降の診療分を1頁目、15行目から印刷します。
プリンタに先程の用紙をセットします。
「F12　印刷」を押下します。

診　療　の　点　数　等　　＜外　来＞　神内　　P　1

00022
日医　真美　　昭和３０年　４月　１日生　女　　平成２５年１０月～
本人　協会

	月日＼種別	診察	投薬	注射	処置・手術	検査	画像診断	その他	合計 点数	合計 負担金	保険外	備考
1	10. 2	73	4x14			21			1237	3710		
2		52	9x 1			93						
3		10	532x 1			16						
4			6x 1			50						
5			42x 1			125						
6			8x 1			144						
7	10. 3	73	9x 1	131x 1	48				322	970		
8		10	1x 7									
9			42x 1									
10			1x 1									
11			1x 1									
12	10. 4	73					720		1295	3890		
13		52					450					
14									2854	8570		合計
15	10.15	73		131x 1				68	324	970		
16		52										
17									324	970		合計

図 884

Copyright(C)2007JMARI

※「101　システム管理マスタ」－「1031出力先プリンタ割り当て情報」にて3号用紙追記印刷のプリンタの指定ができます。手差しトレイを指定した場合は追記できる用紙を手差しトレイにセットすれば、頁が追加された分は通常のトレイから出力されます。

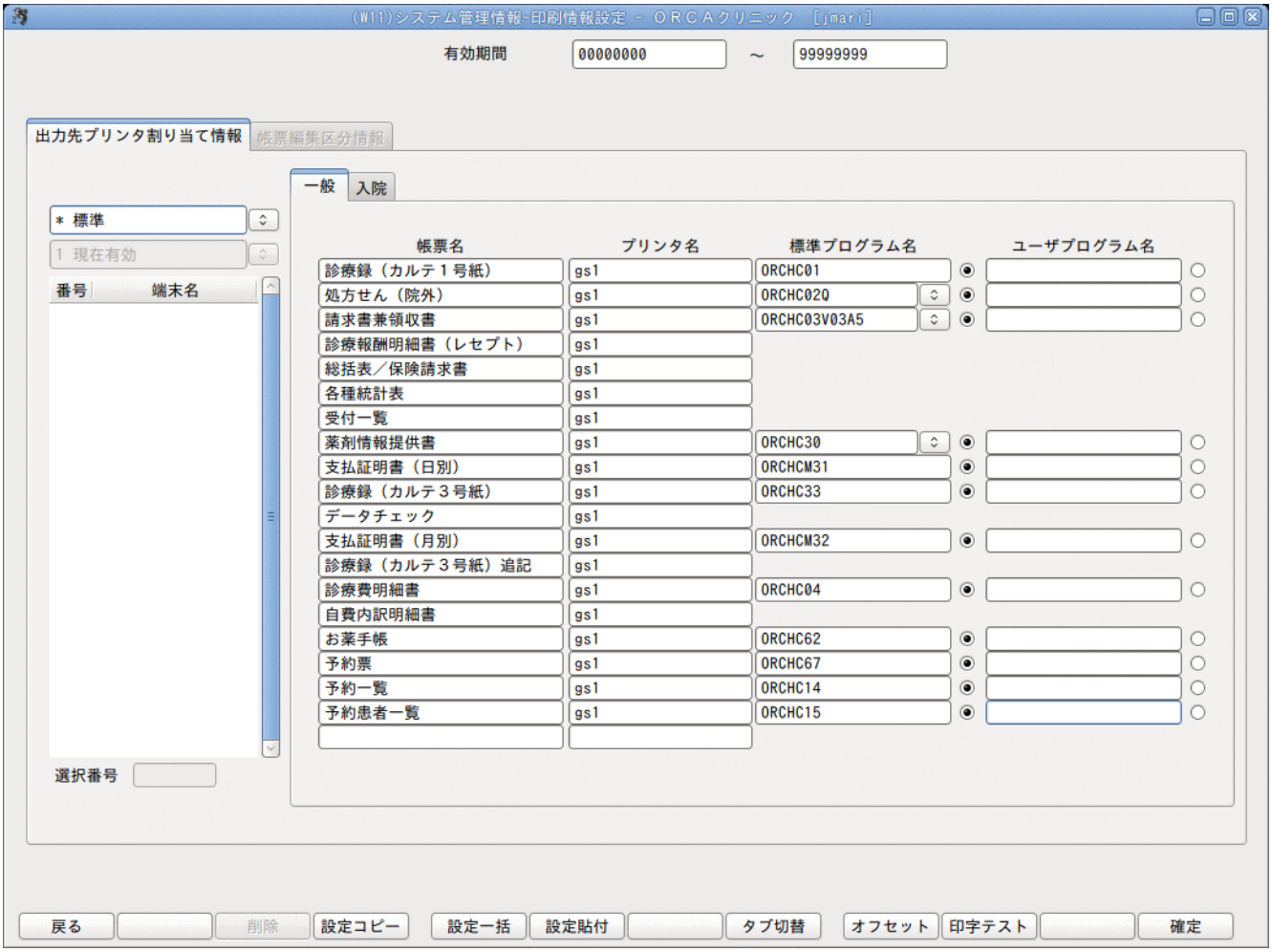


図 885

２．１０　クライアント印刷

クライアントマシンに接続されているプリンタに印刷を行う機能です。

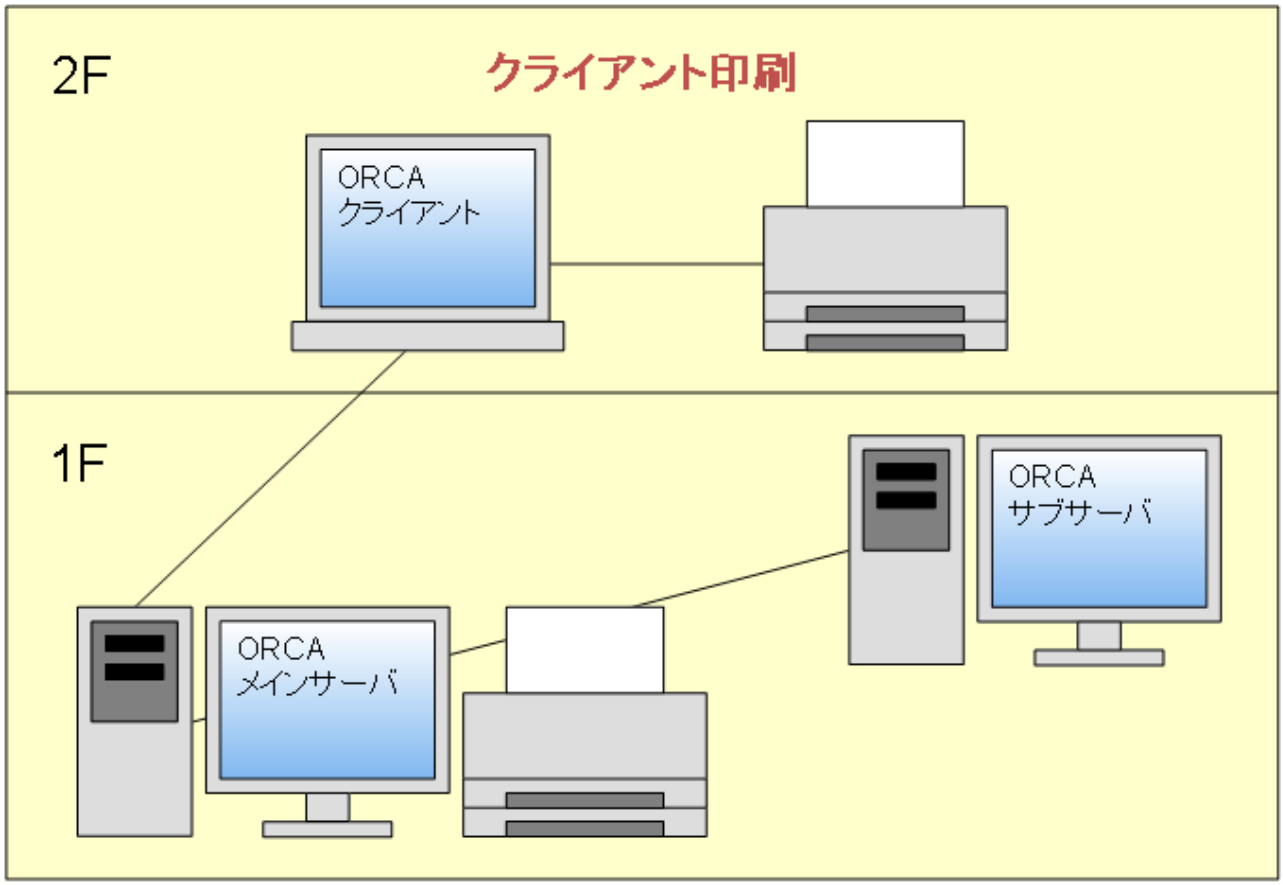


図 886

２．１０．１　クライアント印刷の種類

2つの印刷方法があります。

- クライアント印刷（参考提供）
- プレビュー画面からのクライアント印刷

クライアント印刷の種類	印刷できる業務	初期設定の有無
クライアント印刷	「11　受付」 「12　患者登録」 「21　診療行為」 「23　収納」 「51　日次統計」 「業務メニュー画面の再印刷」以外の「全ての業務の再印刷画面」 ※クライアント印刷は参考提供です。上記以外の業務ではクライアント印刷はできません。	有り 「101　システム管理」－「1010　職員情報」にてクライアント印刷を行うユーザを設定
プレビュー画面からのクライアント印刷	プレビューが可能なすべての業務	無し

Copyright(C)2007JMARI

２.１０.２　クライアント印刷

- クライアント印刷を行うにはユーザー毎にシステム管理設定が必要です。
- クライアント印刷時にダイアログ（プリンター覧）表示の有無が設定できます

＜事前準備＞　ユーザー毎にクライアント印刷の設定を行う

1. 「101　システム管理」－「1010　職員情報」を表示します。
2. クライアント印刷を設定したい職員を表示します。
3. 画面左の「個別設定」を押下します。

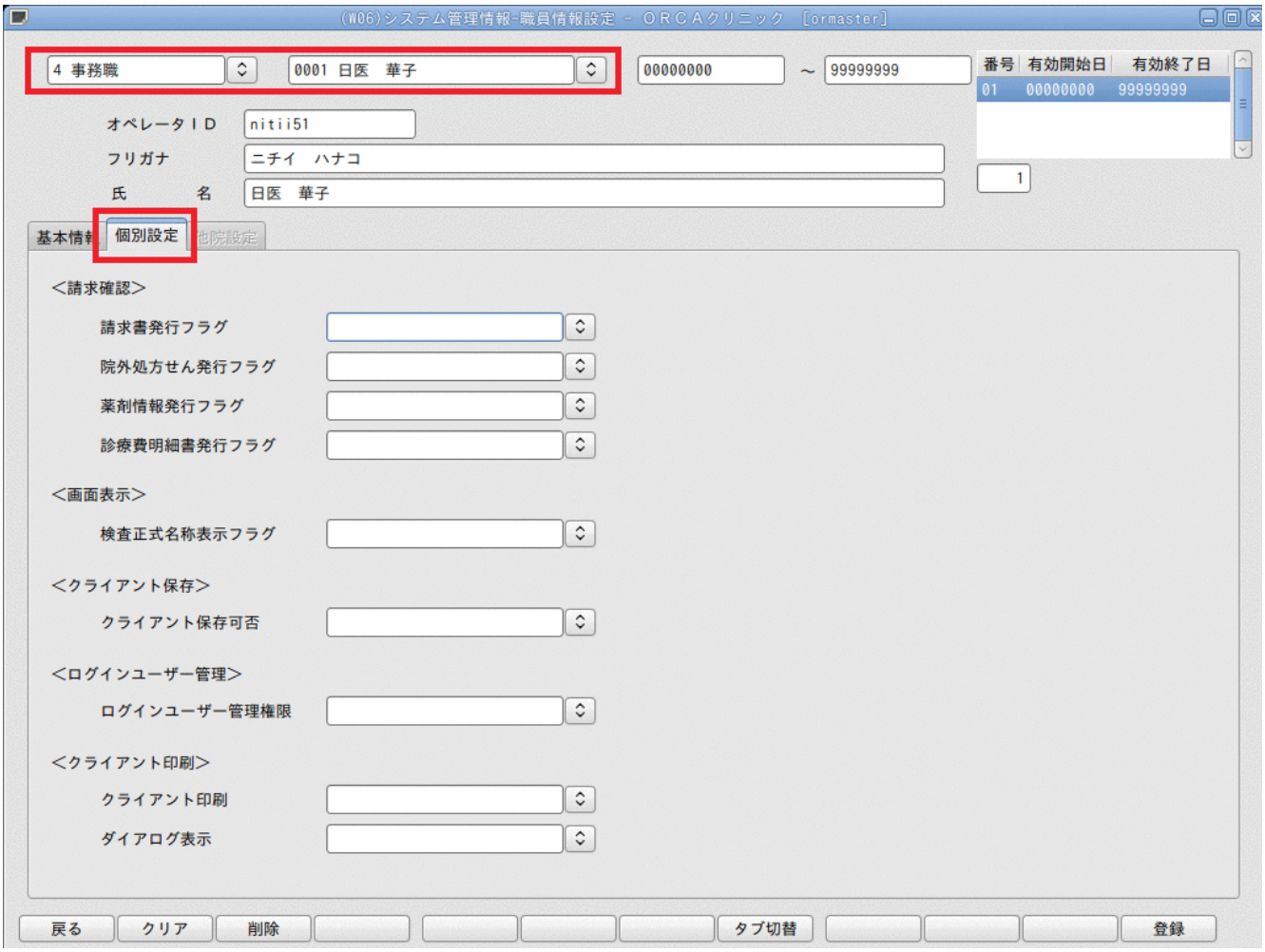


図 887

Copyright(C)2007JMARI

4. 「クライアント印刷」に「1　する」を設定し、
   「ダイアログ表示」に「0　表示しない」または「1　表示する」を設定します。
5. 「登録」(F12)を押下します。

ヒント！　ダイアログ表示について 印刷時のプリンター覧の表示設定です。 「0　表示しない」・・・優先プリンタへ印刷します。 「1　表示する」・・・・プリンター覧を表示し、印刷するプリンタを選択できます。

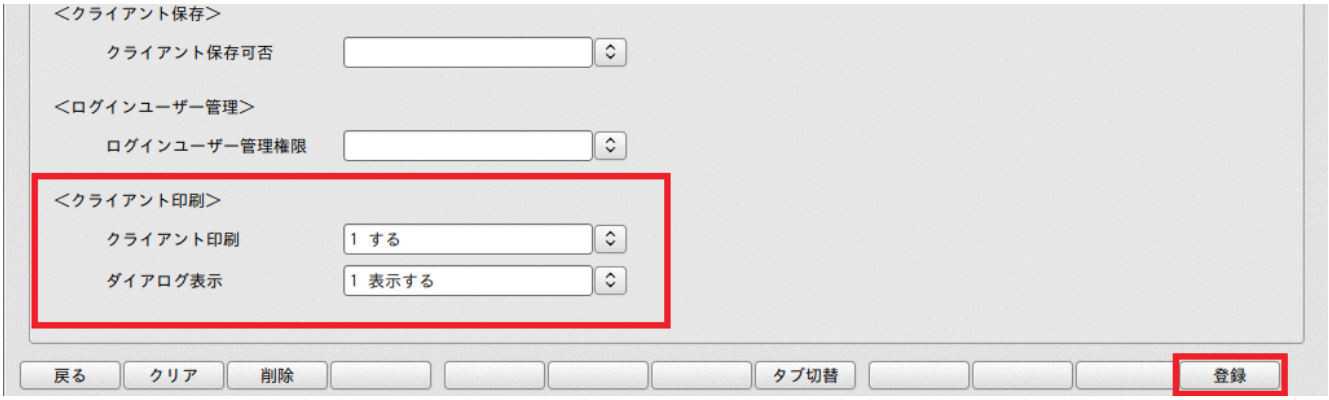


図 888

＜印刷方法＞

1. クライアント印刷の設定を行なったユーザーで日レセのクライアントを起動します。
2. 通常通りの業務を行い、印刷物を発行します。
   「ダイアログ表示」を「0　表示しない」に設定した場合は優先プリンタに印刷されます。

3. 「ダイアログ表示」を「1　表示する」に設定した場合は、確認画面が表示されます。
   「印刷」（P）を押下します。

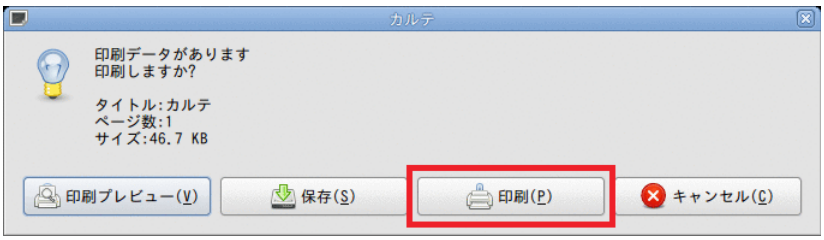


図 889

4. ダイアログが表示されます。
   印刷するプリンタを選択し、「印刷」を押下します。

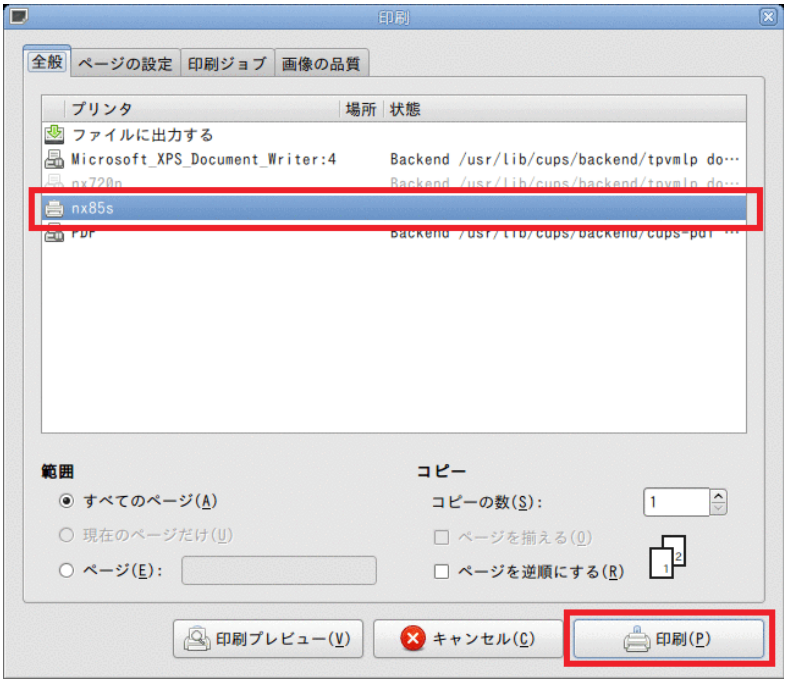


図 890

２.１０.３　プレビュー画面からのクライアント印刷

全てのユーザーでプレビュー画面からクライアント印刷ができます。

＜印刷方法＞

1. （XC01）プレビュー選択画面を表示します。
2. 画面右上の「印刷」（P）を押下します。

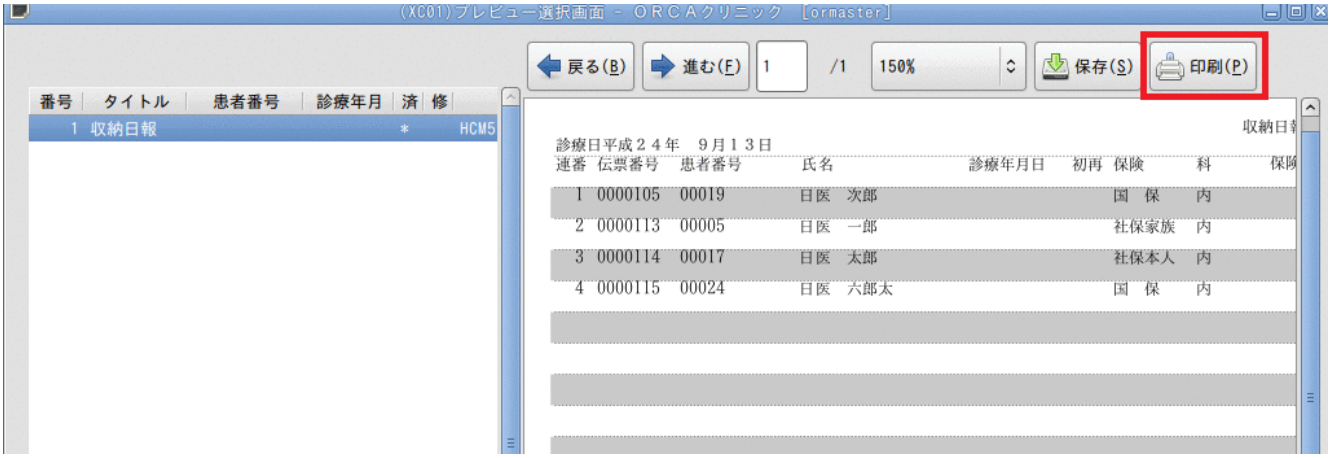


図 891

3. ダイアログが表示されます。
   印刷するプリンタを選択し、「印刷」（P）を押下します。

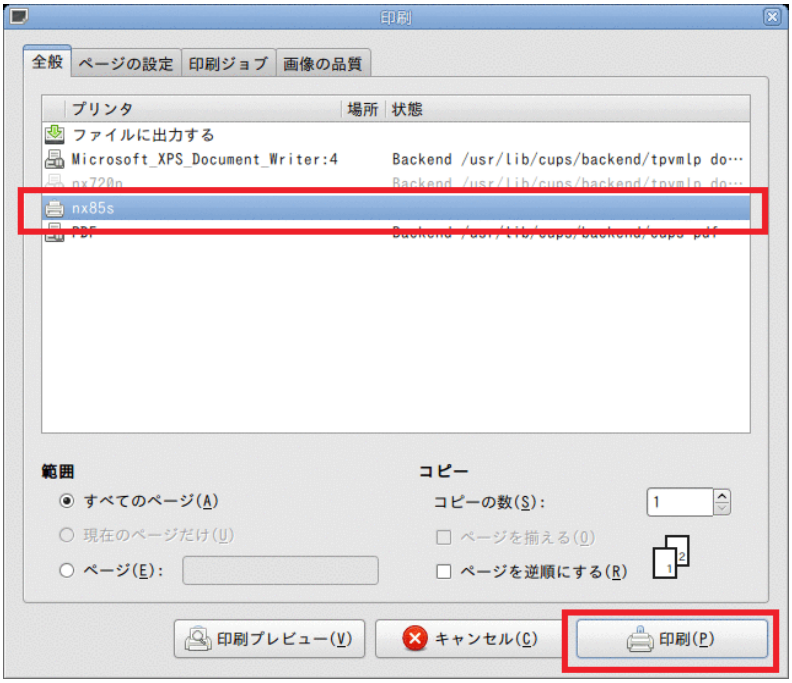


図 892

ヒント！

（XC01）プレビュー選択画面右上の「保存」（S）を押下すると、帳票をPDF形式でクライアントマシンに保存できます。

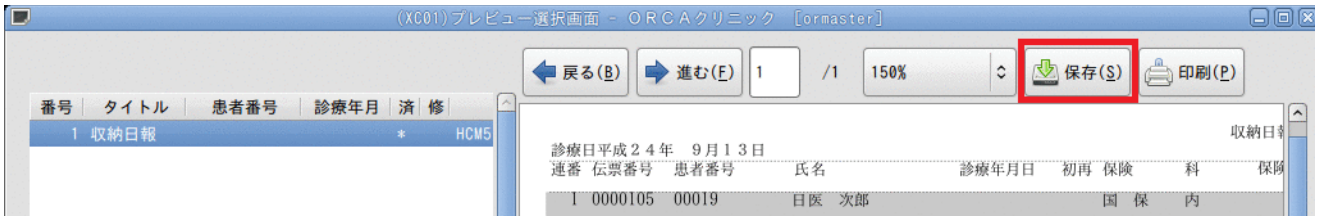


図 893

（XC01）プレビュー選択画面右下の「印刷」(F12)を押下すると、「101　システム管理」－「1031　出力先プリンタ割り当て情報」に設定されているプリンタに印刷します。

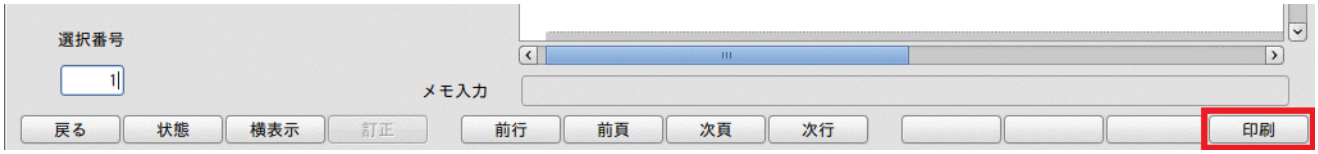


図 894

第３章　月次業務

３．１　データチェック

３．１．１　概要

「12　登録」、「21　診療行為」、「22　病名」の各業務で入力した内容をチェックし、エラーリストを印刷します。定期的に行うことにより、レセプト時の確認作業を軽減し、査定・減点を防止できます。

＜データチェックの位置づけ＞

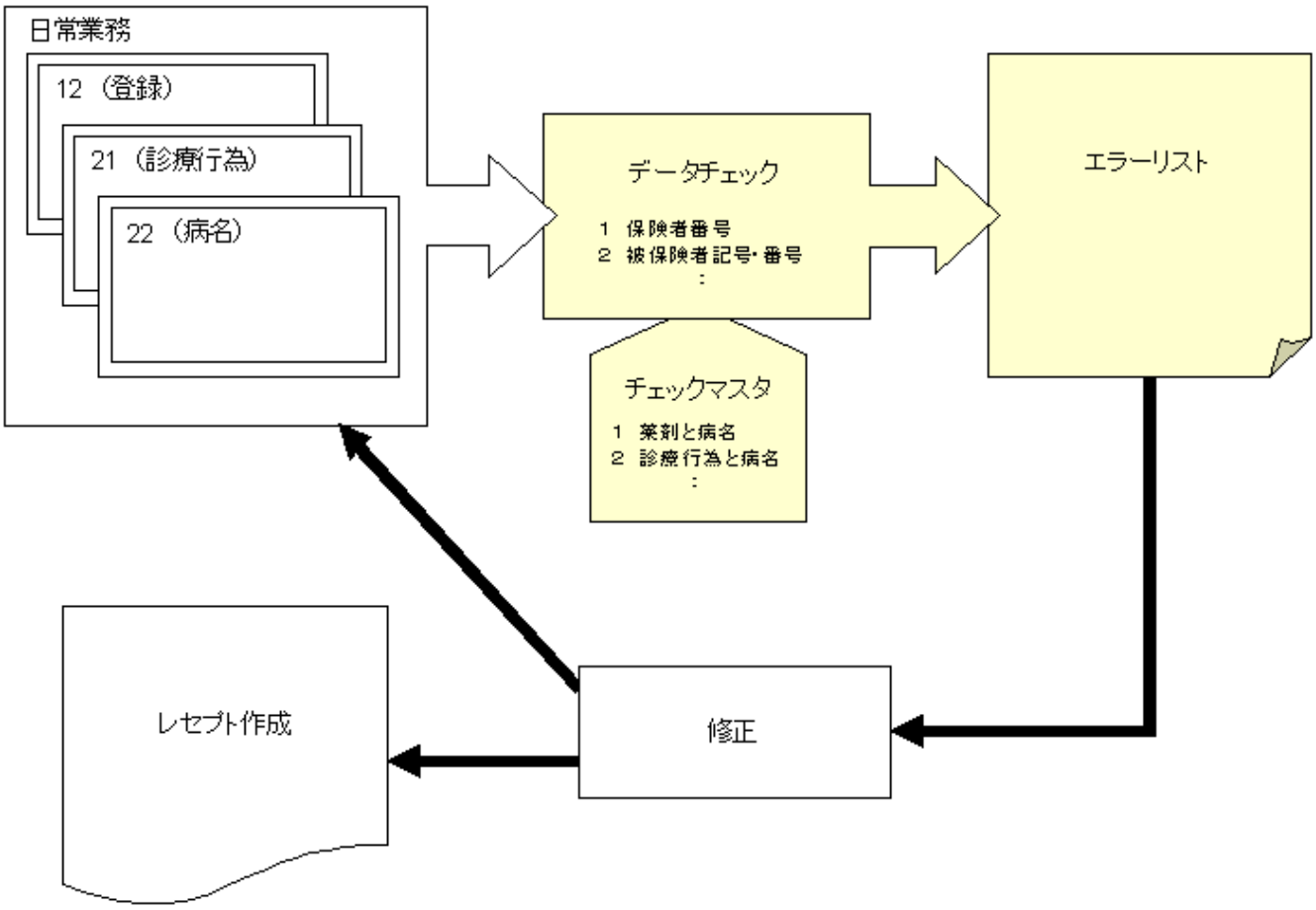


図 895

- 薬剤に対して病名があるか
- 診療行為に対して病名があるか
- 保険者番号抜け、記号番号抜け
- 疑い病名・急性病名の期間チェック
- 診療内容と実日数のチェック
- 算定漏れチェック等

３.１.２　事前準備

全てのチェックを行うにはチェックマスタの作成が必要

診療内容と病名の照らし合わせや算定漏れのチェックは各医療機関毎にチェックマスタの作成を行う必要があります。患者の基本情報はチェックマスタの作成は不要です。

予めチェックマスタの作成が必要な項目は

8　薬剤と病名
9　診療行為と病名
10　薬剤と併用禁忌（※1）
11　診療行為の併用算定
15　投与禁忌薬剤と病名
16　診療行為どうしの算定漏れ
17　病名と薬剤
18　病名と診療行為
19　薬剤の月上限回数・総投与量

チェックマスタを作成していない場合は、チェックを行なっても結果が印刷されません。
※1　標準提供されている相互作用マスタは「10　薬剤と併用禁忌」でチェックを行います。

ヒント！

チェックマスタを登録するには【5.4　チェックマスタ】を参照してください。

ヒント！

「8　薬剤と病名」、「9　診療行為と病名」のチェックは、適応病名マスタを取り込めます。

「52　月次統計」業務にて適応病名情報更新（薬剤）、適応病名情報更新（検査）を実行してください。
入力CDの設定があるもの、または診療行為で入力履歴があるコードを対象に薬剤と検査のチェックマスタを作成します。

「52　月次統計」業務の操作、設定方法は【3.6　月次統計】、【5.1　システム管理マスタ】の【3002　統計帳票出力情報（月次）】を参照してください。

システム管理によるデータチェックの設定

「1100　データチェック機能情報」・・・・　地方公費の受給者番号・負担者番号チェックの設定
「1101　データチェック機能情報2」・・・　データチェック・チェックマスタ全般の設定
「1102　データチェック機能情報3」・・・　記号番号チェックの設定

ヒント！

印刷順の初期表示は「101システム管理マスタ」－「1101　データチェック機能情報2」で設定できます。
各設定内容は【5.1　システム管理マスタ】を参照してください。

電子点数表マスタを用いた算定回数チェックについて

「20　診療行為算定回数」では電子点数表マスタを用いた算定回数チェックができます。
【5.1　システム管理マスタ】の【1101　データチェック機能情報2】を参照してください。

Copyright(C)2007JMARI

３.１.３　チェック項目の解説

各チェック項目の種類と分類

＜チェックマスタの要否＞

チェックマスタの作成が不要	チェックマスタの作成が必要
1　保険者番号 2　被保険者記号・番号 3　公費負担者番号・受給者番号 4　保険適応年齢 5　患者病名 6　診療開始日 7　疑い病名・急性病名 11　診療行為の併用算定（※1） 12　実日数 13　患者氏名 14　保険組合せ有効期間 20　診療行為算定回数（※2）	8　薬剤と病名 9　診療行為と病名 10　薬剤と併用禁忌 11　診療行為の併用算定（※1） 15　投与禁忌薬剤と病名 16　診療行為同士の算定漏れ 17　病名と薬剤 18　病名と診療行為 19　薬剤の月上限回数・総投与量
※1　標準提供あり、ユーザでの追加設定が可能 ※2　点数マスタの[上限回数]または[ユーザ設定　上限回数]によりチェック。電子点数表マスタのチェックを行うにはメニューより「91　マスタ登録」－「101　システム管理マスタ」－「1101　データチェック機能情報2」の設定が必要	

41データチェックの項目と103チェックマスタの項目の関連

41データチェックの確認項目	91マスタ登録　→　103チェックマスタ
8　薬剤と病名	1　薬剤と病名
9　診療行為と病名	2　診療行為と病名
10　薬剤と併用禁忌	4　薬剤と併用禁忌
15　投与禁忌薬剤と病名	6　投与禁忌薬剤と病名
16　診療行為どうしの算定漏れ	7　診療行為どうしの算定漏れ
17　病名と薬剤	8　病名と薬剤
18　病名と診療行為	9　病名と診療行為
19　薬剤の月上限回数・総投与量	91マスタ登録　→ 102点数マスタ画面で月上限回数・総投与量
11　診療行為の併用算定	5　診療行為の併用算定（同月内） A　診療行為の併用算定（同日内）
20　診療行為算定回数	91マスタ登録　→ 102点数マスタ画面でユーザ設定上限回数

Copyright(C)2007JMARI

＜チェックの分類＞

レセプト点検チェック	算定漏れチェック
1　保険者番号 2　被保険者記号・番号 3　公費負担者番号・受給者番号 4　保険適応年齢 5　患者病名 6　診療開始日 7　疑い病名・急性病名 8　薬剤と病名 9　診療行為と病名 10　薬剤と併用禁忌 11　診療行為の併用算定 12　実日数 13　患者氏名 14　保険組合せ有効期間 15　投与禁忌薬剤と病名 19　薬剤の月上限回数・総投与量 20　診療行為算定回数	16　診療行為同士の算定漏れ 17　病名と薬剤 18　病名と診療行為

＜チェックタイミング＞

「41　データチェック」のみでチェックする項目	「41　データチェック」と「21　診療行為」で入力時にもチェックする項目
1　保険者番号 2　被保険者記号・番号 3　公費負担者番号・受給者番号 4　保険適応年齢 5　患者病名 6　診療開始日 7　疑い病名・急性病名 8　薬剤と病名 9　診療行為と病名 11　診療行為の併用算定（※） 12　実日数 13　患者氏名 15　投与禁忌薬剤と病名 16　診療行為同士の算定漏れ 17　病名と薬剤 18　病名と診療行為	10　薬剤と併用禁忌 11　診療行為の併用算定 14　保険組合せ有効期間 19　薬剤の月上限回数・総投与量 20　診療行為算定回数（※1）
※1　「91　マスタ登録」－「102　点数マスタ」で設定した上限回数のみ	

各チェック項目の簡単なまとめ

（エラーメッセージは＜全てのデータチェックの詳細とエラーメッセージ＞を参照）

チェック項目	チェック内容	チェック例
1　保険者番号	保険者番号が入力されているか	ー
2　被保険者記号・番号	主保険の記号・番号が正しく入力されているか	入力されているか。 外字が入力されていないか。 空白が入力されていないか。
3　公費負担者番号・受給者番号	公費の負担者番号・受給者番号が正しく入力されているか	入力されているか。 外字が入力されていないか。 桁が間違っていないか。
4　保険適応年齢	患者の年齢と保険情報とのチェック	15歳未満で本人登録でないか。 前期高齢者で補助区分が設定されているか。
5　患者病名	病名の入力状況チェック	該当月の病名が存在するか。 1病名が20文字を超えていないか。 主病名があるか。
6　診療開始日	初診と病名開始日 初診が算定可能かチェック	初診日と病名日付が合っているか。 診療内容と病名から初診算定可能かチェック。
7　疑い病名・急性病名	疑い病名・急性病名が長期期間継続していないか	疑い病名が2ヶ月以上経過していないか。
8　薬剤と病名 （標準提供）＋（ユーザ設定）	入力された薬剤に対して病名があるか	ガスターの処方日に胃潰瘍の病名があるか。
9　診療行為と病名 （標準提供）＋（ユーザ設定）	入力された診療行為に対して病名があるか	骨塩定量の検査が行われた日に骨粗鬆症の病名があるか。
10　薬剤と併用禁忌 （標準提供）＋（ユーザ設定）	併用禁忌薬剤が入力されていないか	ベザレックスSR錠とクレストール錠が同時期に処方されていないか。
11　診療行為の併用算定 （標準提供）＋（ユーザ設定）	併用算定不可の診療行為が入力されていないか	在宅自己注射指導管理料の算定日に特定疾患療養管理料が算定されていないか。
12　実日数	診療行為の回数が実日数を超えていないか（実日数チェックを行う診療行為のみ）	点滴注射が実日数を超えていないか。
13　患者氏名	患者氏名が正しく入力されいるか	漢字・カナ氏名が入力されているか。 外字が入力されていないか。
14　保険組合せ有効期間	診療行為入力で使用した保険組合せが有効かどうか	診療行為入力後に保険変更を行い、診療行為入力を訂正していない。
15　投与禁忌薬剤と病名 （ユーザ設定）	病名に対して禁忌薬剤が入力されていないか	胃潰瘍に対してボルタレンサポが処方されていないか。
16　診療行為どうしの算定漏れ （ユーザ設定）	必ず同時算定する診療行為どうしが算定されてるか	酸素吸入を算定時に酸素代が算定されているか。
17　病名と薬剤 （ユーザ設定）	ある病名が付いたときに必ず算定する薬剤が算定されているか	破傷風の病名が付いたときに沈降破傷風トキソイドが算定されているか。
18　病名と診療行為 （ユーザ設定）	ある病名が付いたときに必ず算定する診療行為が算定されているか	インフルエンザの病名が付いている患者にインフルエンザウイルス抗原の検査が算定されているか。
19　薬剤の月上限回数・総投与量 （ユーザ設定）	月の処方日数、総投与量が設定値を超えていないか	月の抗精神病薬の総投与量が超えていないか。
20　診療行為算定回数 （標準提供）＋（ユーザ設定）	日または月の算定回数が設定値を超えていないか。	月に1回しか算定できない診療行為を2回算定していないか。

Copyright(C)2007JMARI

＜その他　データチェックの項目以外で必ず行うチェック＞

必ず行うチェック	一月内に小児科外来診療料算定時の院外と院内の両方で算定している場合	レセプトにコメントが必要。 コメントを確認するメッセージを印字。
	特定器材に単位が登録されていること	レセ電の場合、受付エラーとなるため。
	コメントコードが入力してあるが、コメント内容が未入力の場合	レセ電の場合、受付エラーとなるため。
	月の上限点数のある内分泌負荷試験の点数チェック	診療訂正のため、月上限点数に変更があった場合にメッセージを印字。
	入院基本料と同一の保険で入院料加算が算定されているか	入院料加算を診療行為入力画面より入力した場合に同一保険かどうか。

３.１.４　データチェックの操作方法

＜データチェックの流れ＞

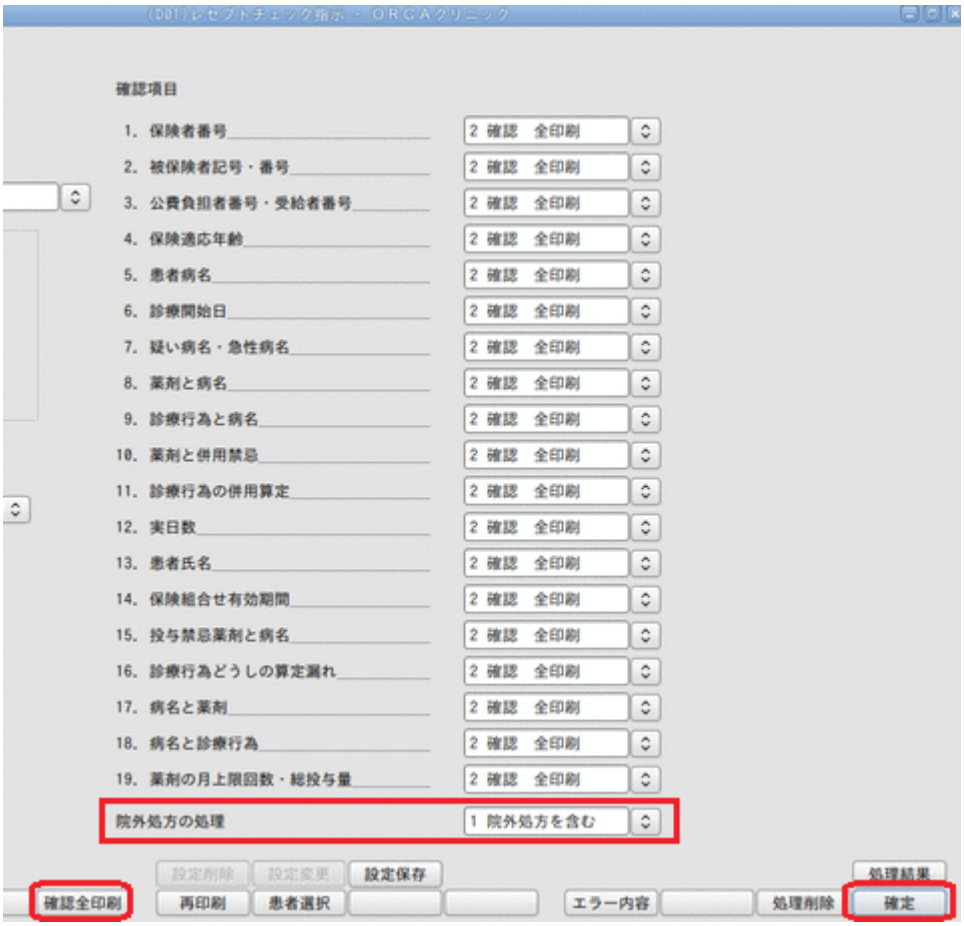
1. (M01)業務メニューより「41　データチェック」を選択します。
2. 診療年月、入外区分、チェックする保険を選択します。
3. 「確認全印刷」(F4)を押下し、確認項目を選択します。
4. 院外処方の処理を選択します。
5. 「確定」(F12)を押下し、印刷またはプレビューを行います。

＜操作方法＞

図 896

1. (M01)業務メニューより「41　データチェック」を選択します。

2. 左上の診療年月、入外区分、保険を選択します。



3. 「確認全印刷」(F4)を押下し、確認項目を選択します。

4. 院外処方の処理を選択します。

5. 「確定」(F12)を押下し、印刷またはプレビューを行います。

図 897

エラーがある場合のみエラー内容を印刷します。

ヒント！　診療日の指定について 指定した診療日に受診した患者の一月分をチェックします（指定日のみのチェックではありません） 月全体のチェックより短時間で結果が印刷されます。週1回等、定期的なチェックをおすすめします。

患者を指定してチェックする

患者を個別に指定してチェックを行えます。

- 任意の患者を指定できる
- 前回のチェックでエラーがあった患者のみを指定できる
- 前回個別指示を行なった患者のみを指定できる

＜操作方法＞

任意の患者をチェックする

1. データチェックを行う月、保険、チェック項目を選択しておきます。
2. (D01)レセプトチェック画面の「患者選択」(F6)を押下し、(D02)個別指示画面に遷移します。
3. 患者番号を入力し「Enter」を押下します。

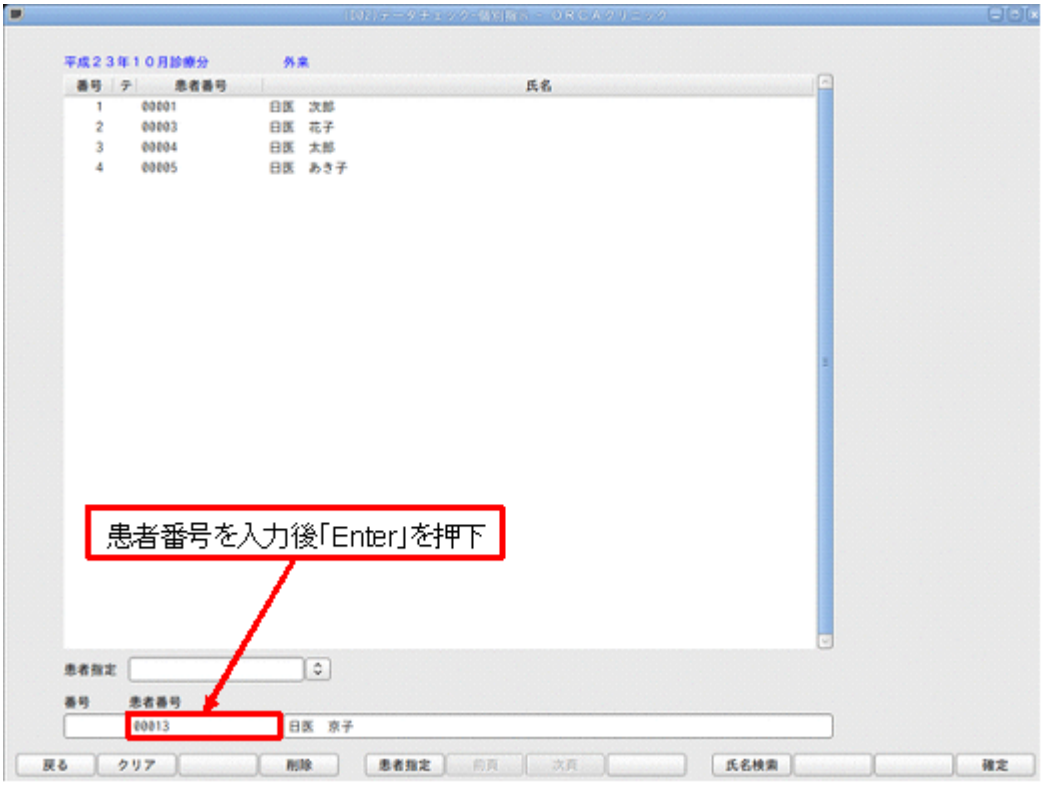
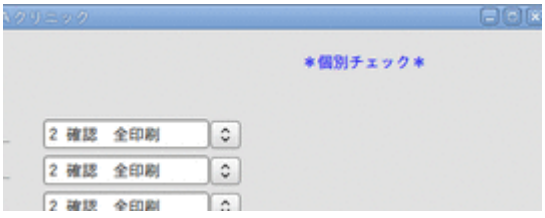


図 898

4. 全ての患者を入力後、「確定」(F12)を押下します。



(D01)レセプトチェック画面に戻ります。
右上に　＊個別チェック＊　と表示されます。

図 899

5. 「確定」(F12)を押下し、データチェックを行います。

＜前回のチェックでエラーがあった患者、前回個別指定した患者の再設定＞

1. (D02)個別指示画面より患者指定のコンボボックスを選択します。
2. 「確定」(F12)を押下し、(D01)レセプトチェック画面に戻ります。
3. 「確定」(F12)を押下し、データチェックを行います。

図 900

「患者指定」(F5)を押下すると、患者指定欄へカーソルが移動します。

＜1度セットした個別指示を取り消す＞

次の2つの方法があります。

- (D02)個別指示画面にて「クリア」(F2)を押下し、患者指示のない状態で「確定」(F12)を押下する。
- 業務メニュー画面に一旦戻る。

３.１.５　データチェックの便利な機能

チェック項目の保存

繰り返し行うチェックを保存し、呼び出せます。
月中は薬剤と病名・診療行為と病名のチェックを行い、月末に全てのチェックを行う場合などに便利です。

＜保存できる項目＞

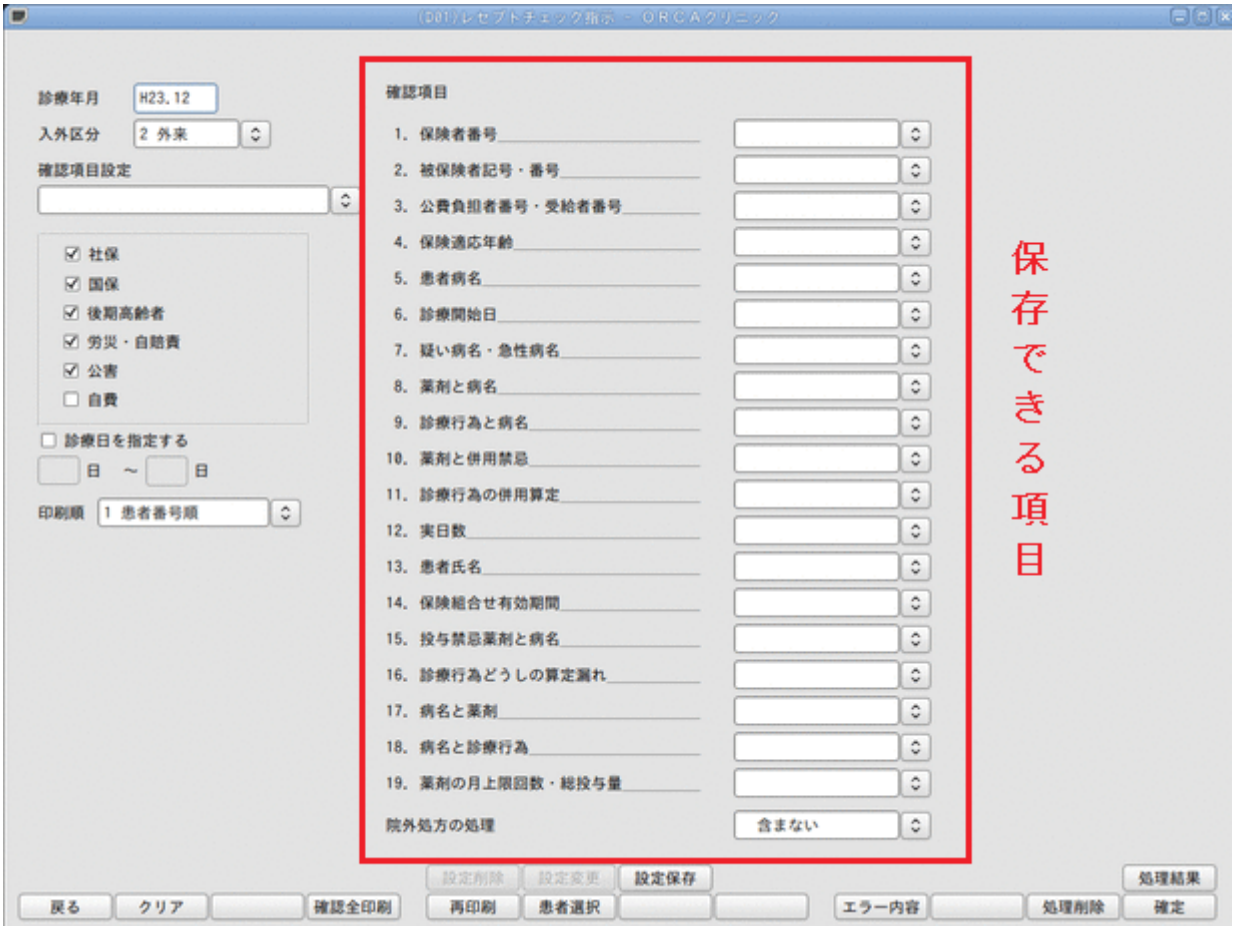


図 901

Copyright(C)2007JMARI

＜操作方法＞

1. 保存したい項目を選択します。
2. 「設定保存」(Shift+F7)を押下します。
3. 登録名を入力後、「登録」(F12)を押下します。

図 902

＜保存した設定を呼び出す＞

1. 確認項目設定のコンボボックスから登録名を選択します。
   - 選択すると登録内容が表示されます。

図 903

＜設定済みの項目を変更する＞

1. 確認項目設定より変更したい設定を選択します。
2. チェック内容を変更します。
3. 「設定変更」(Shift+F6)を押下します。
4. 「OK」(F12)を押下します。

【項目を変更し、「設定変更」(Shift+F6)を押下した画面】

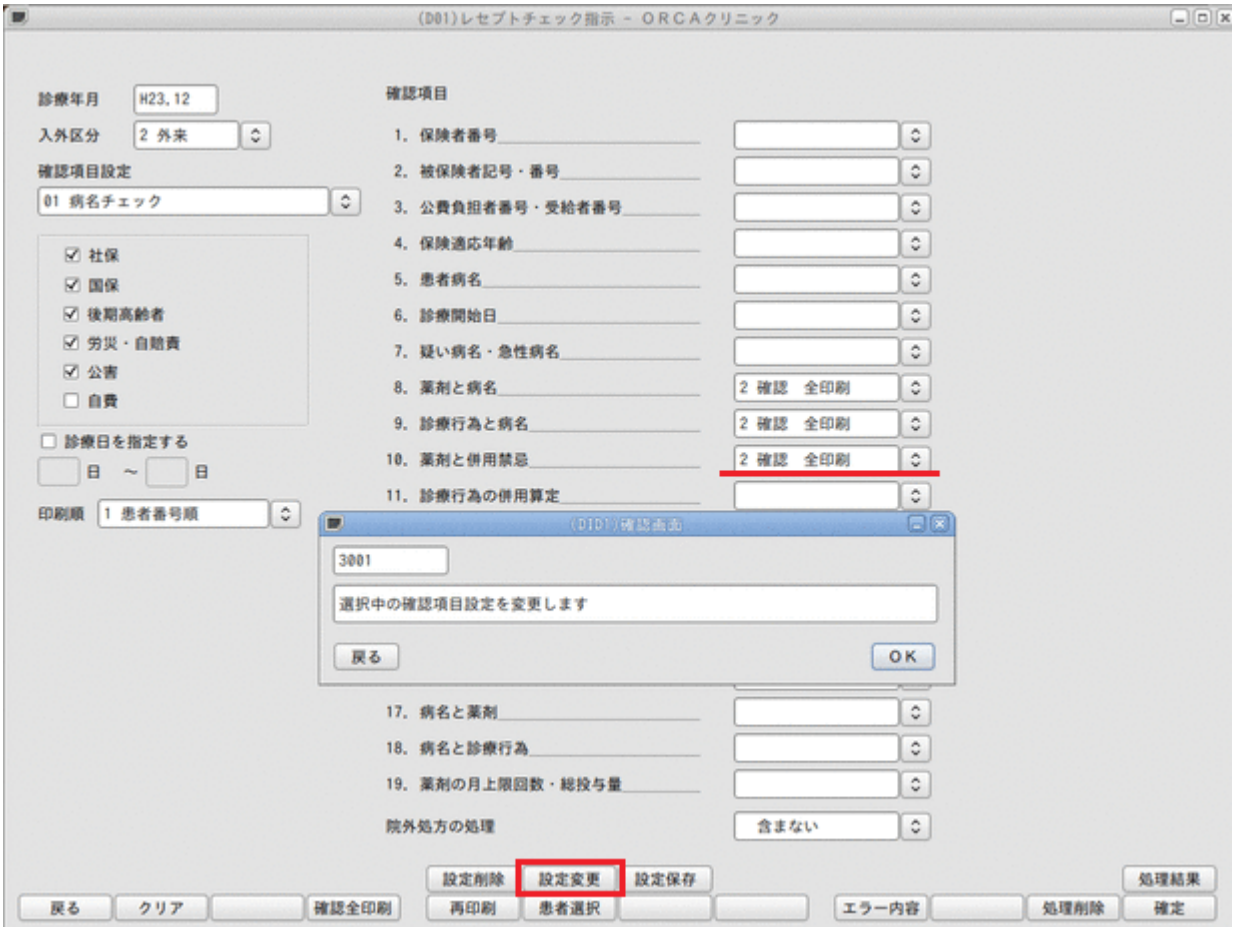


図 904

エラー内容を画面で確認しながら病名の追加、チェックマスタを整備する

エラー内容を画面内で確認しながら病名登録やチェックマスタの整備ができます。

＜操作方法＞

1. データチェックを行います。
2. データチェック終了後に「エラー内容」(F9)を押下します。

図 905

3. 画面内のエラー内容を選択します。
   - 患者病名と薬剤（診療行為）のチェックマスタを表示します。

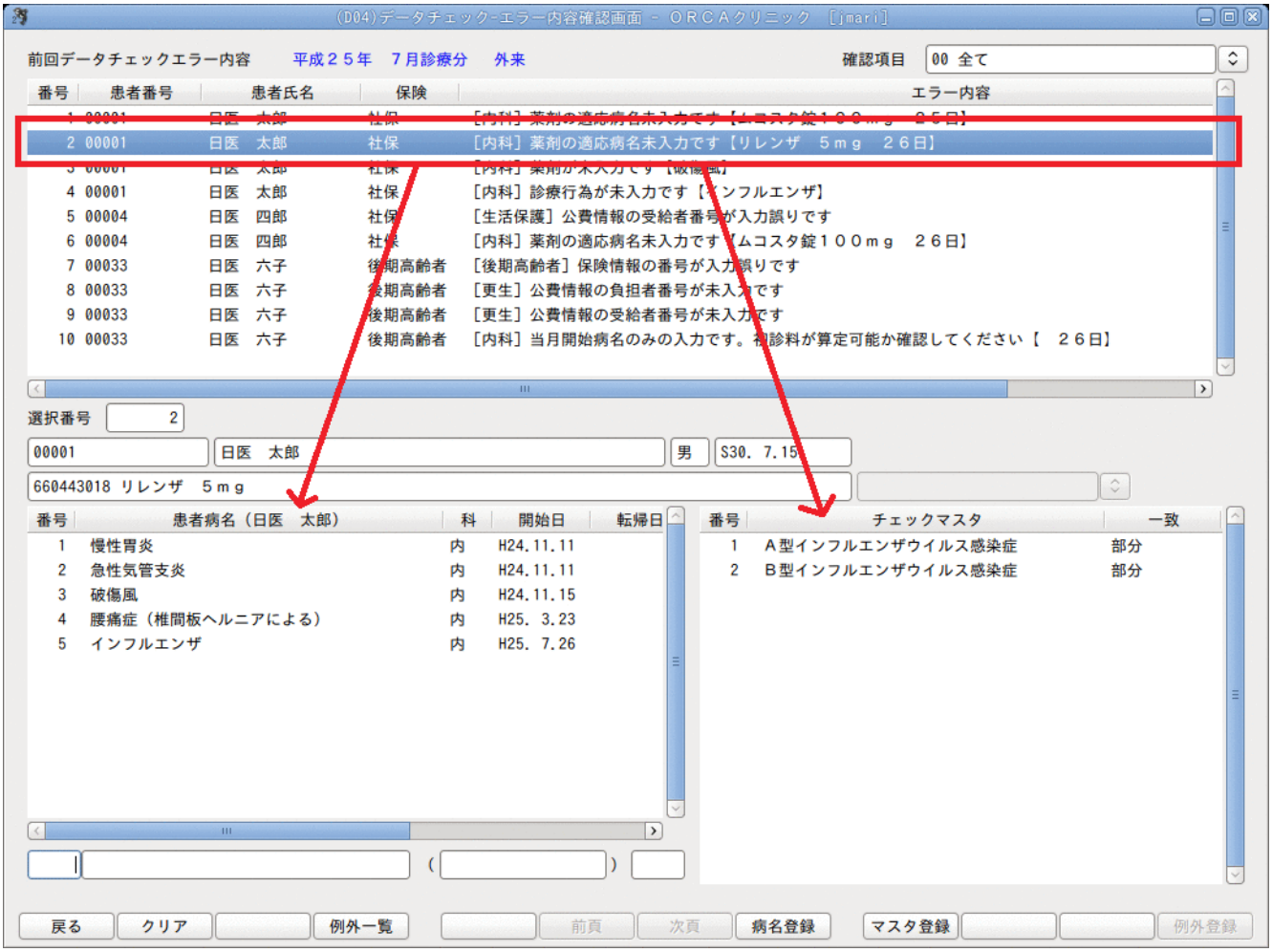


図 906

ヒント

画面右上の「確認項目」からエラー内容の表示を変えることができます。

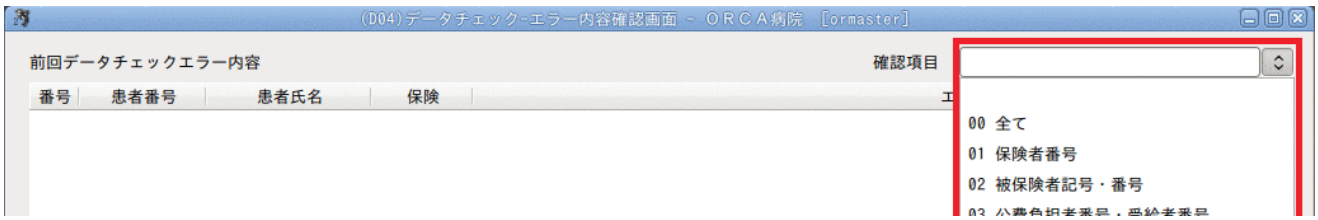


図 907

チェックマスタに患者病名を追加する

1. 患者病名欄の病名を選択します。
2. 「マスタ登録」(F9)を押下します。

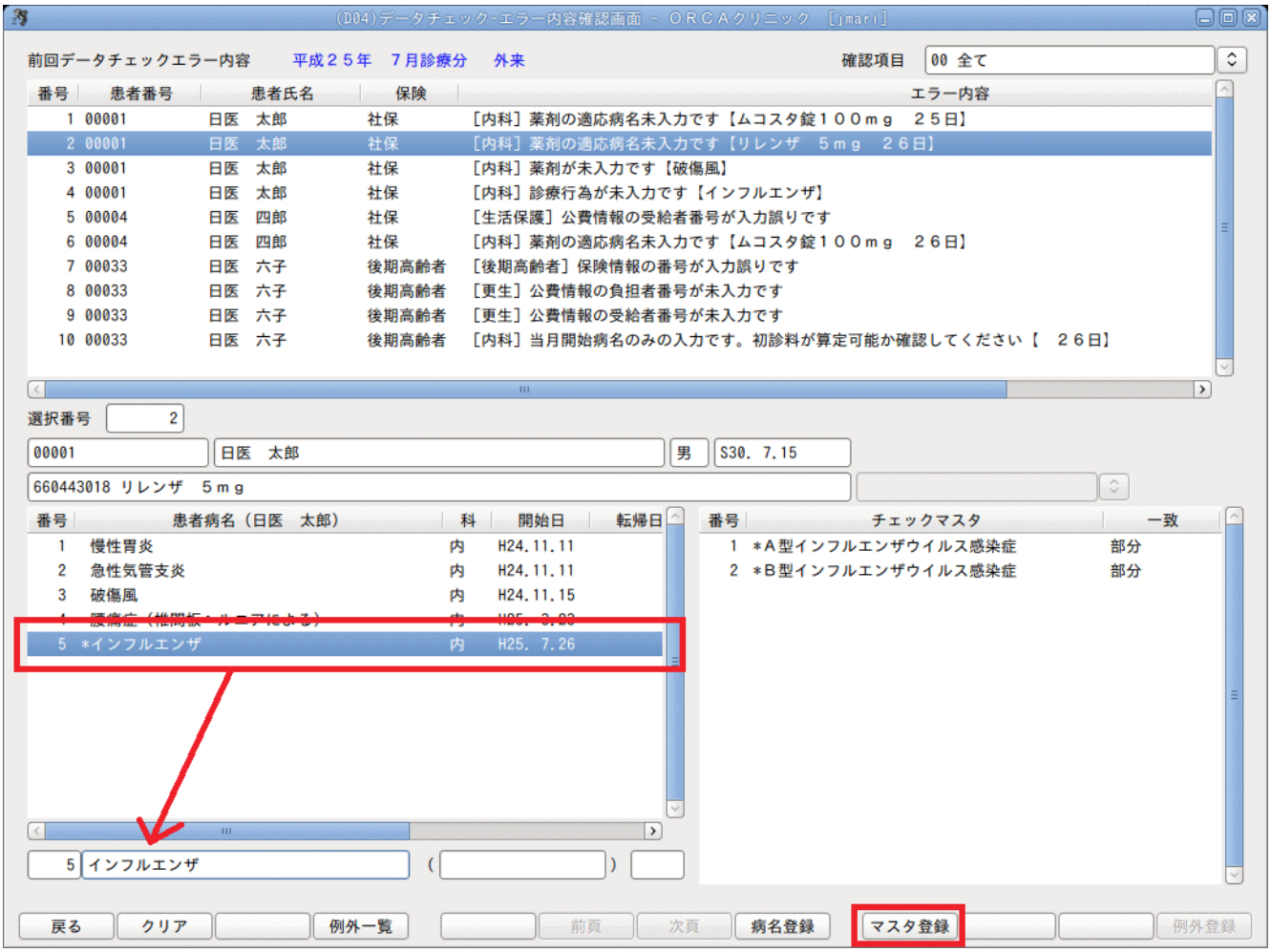


図 908

3. チェックマスタの病名欄を確認後、「確定」(F12)を押下します。

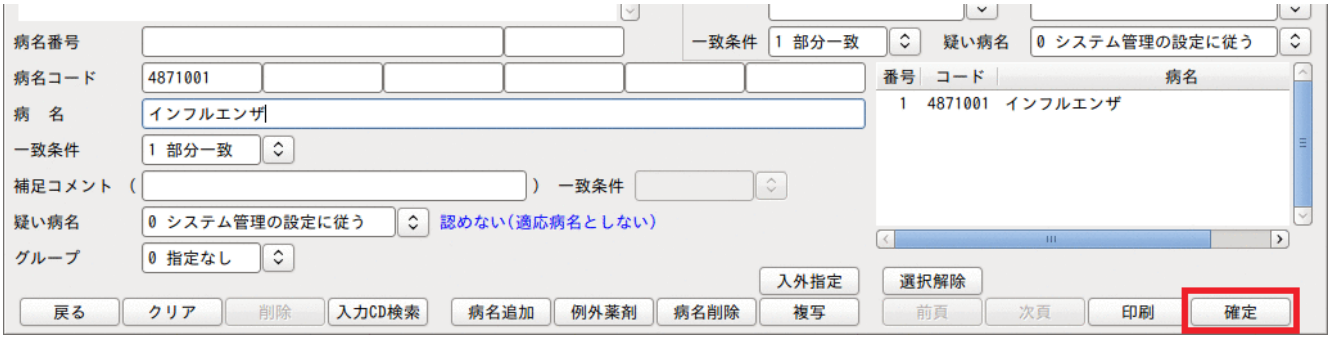


図 909

4. チェックマスタに病名を追加後、(D04)エラー内容確認画面に戻ります。

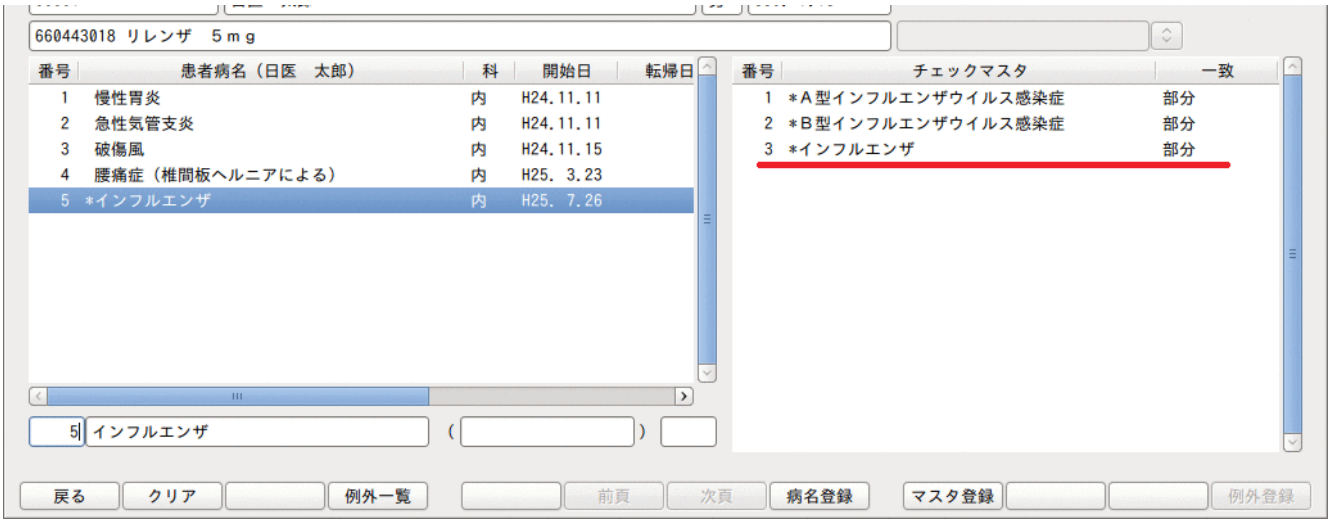


図 910

ヒント！

「病名」(F8)を押下すると(C02)病名登録画面に遷移します。
病名登録画面の「戻る」(F1)を押下すると(D04)エラー内容確認画面に戻ります。

＜エラーとしない（例外）設定＞

エラーはチェックを行わない（例外）設定ができます。
例）「この患者には〇〇の薬をエラーとしない」といった場合など。

システム管理の準備

「101システム管理マスタ」ー「1101　データチェック機能情報2」の患者毎の例外設定機能を「1　使用する」に設定します。

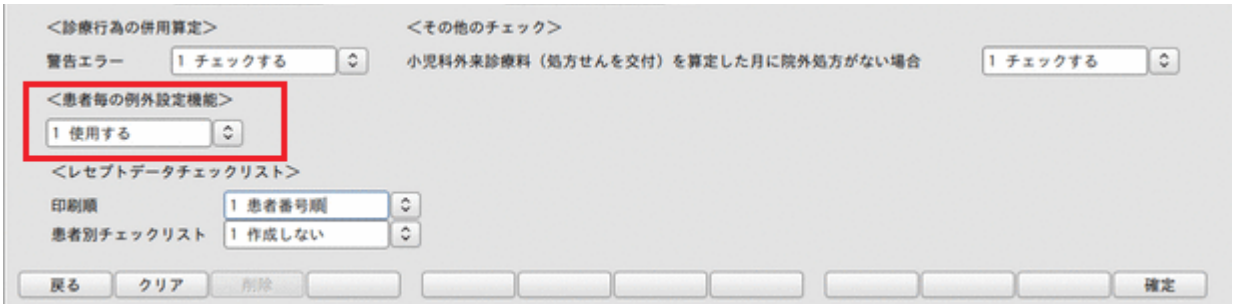


図 911

例外登録をする

1. (D04)エラー内容確認画面を表示し、例外登録したいエラーを選択します。
2. 「1　チェックしない（当月）」、「2　チェックしない（常時）」より選択後、「例外登録」(F12)を押下します。

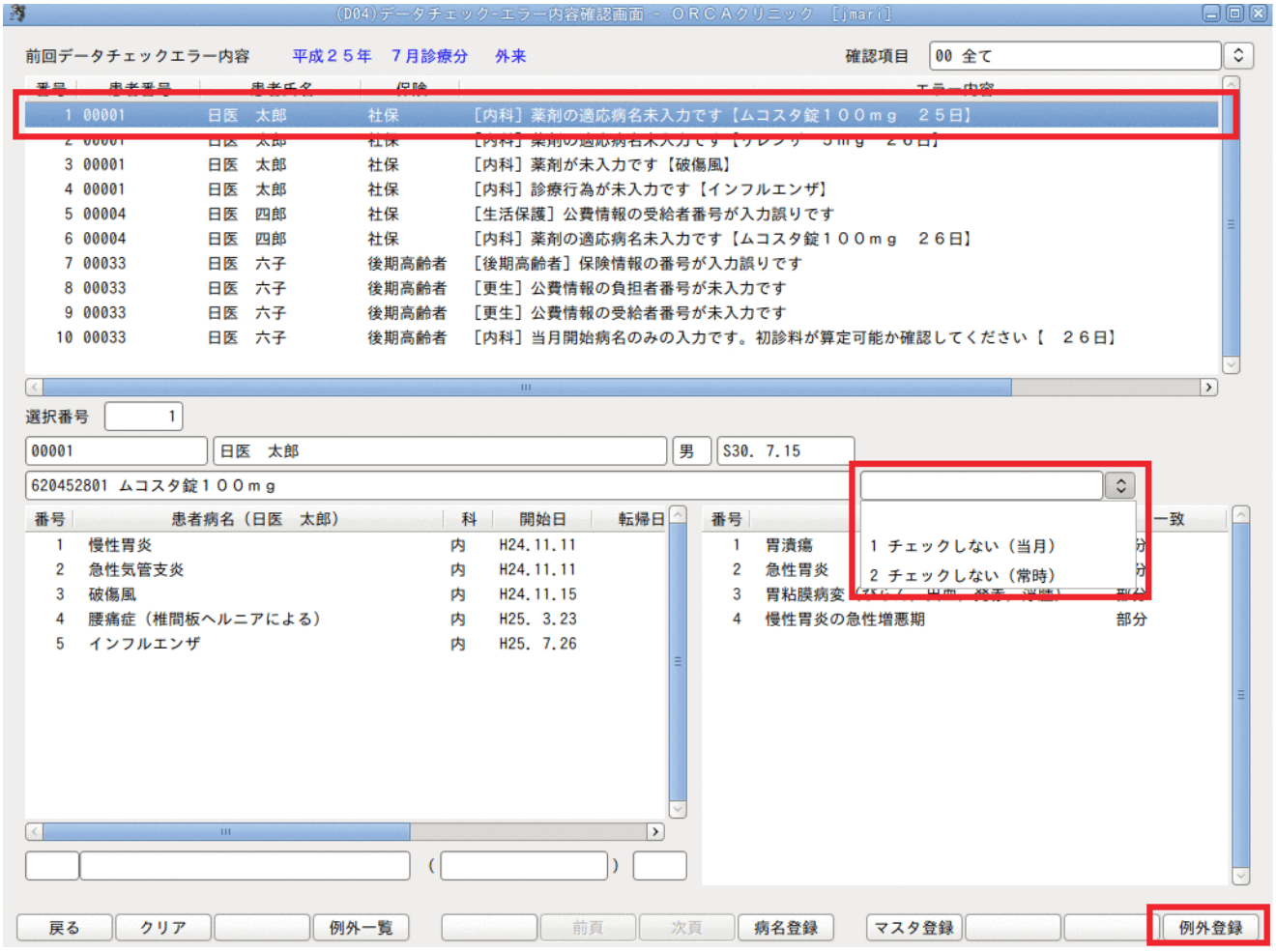


図 912

例外登録を行なったエラーには「＊」が表示されます。

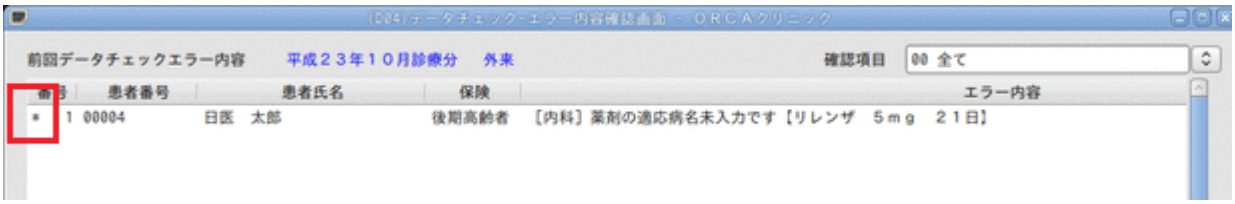


図 913

ヒント！

例外登録を行なったエラーは、次回のデータチェックからエラーになりません。
「1　チェックしない（当月）」を選択した場合は、登録月のみエラーになりません。
「2　チェックしない（常時）」を選択した場合は、登録月以降はエラーになりません。

例外設定の確認と解除

1. (D04)エラー内容確認画面の「例外一覧」(F4)を押下します。
   - 該当月に例外として動作したデータが表示されます。

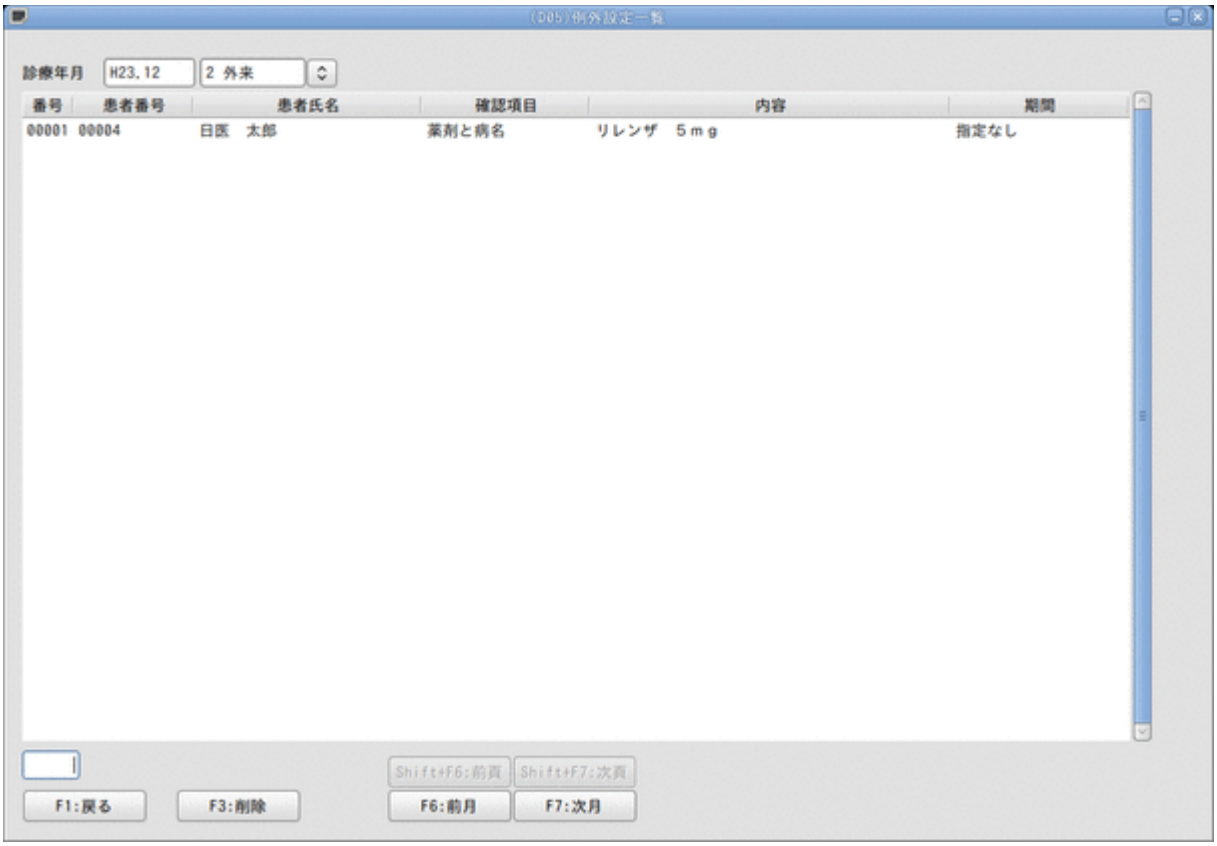


図 914

例外設定の解除を行うには、該当のデータを選択後、「削除」(F3)を押下します。

ヒント！

「前月」(F6)と「次月」(F7)を押下し、診療年月を変更できます。

エラーリストを患者別に作成する

1患者1ページの患者別エラーリストを作成できます。

＜システム管理の準備＞

「101システム管理マスタ」ー「1101　データチェック機能情報2」の「患者別チェックリスト」を「2　作成する」に設定します。

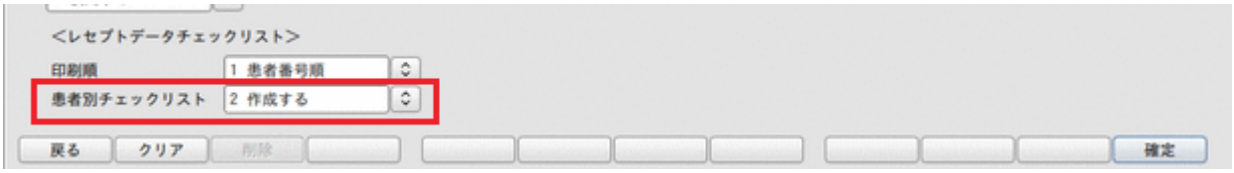


図 915

＜患者別エラーリストの印刷方法＞

1. データチェックを行います。
   - 再印刷データに患者別エラーリストが作成されます。

2. 「再印刷」(F5)を押下し、再印刷選択画面に遷移します。
3. 患者別エラーリストを選択後、「印刷」(F12)を押下します。

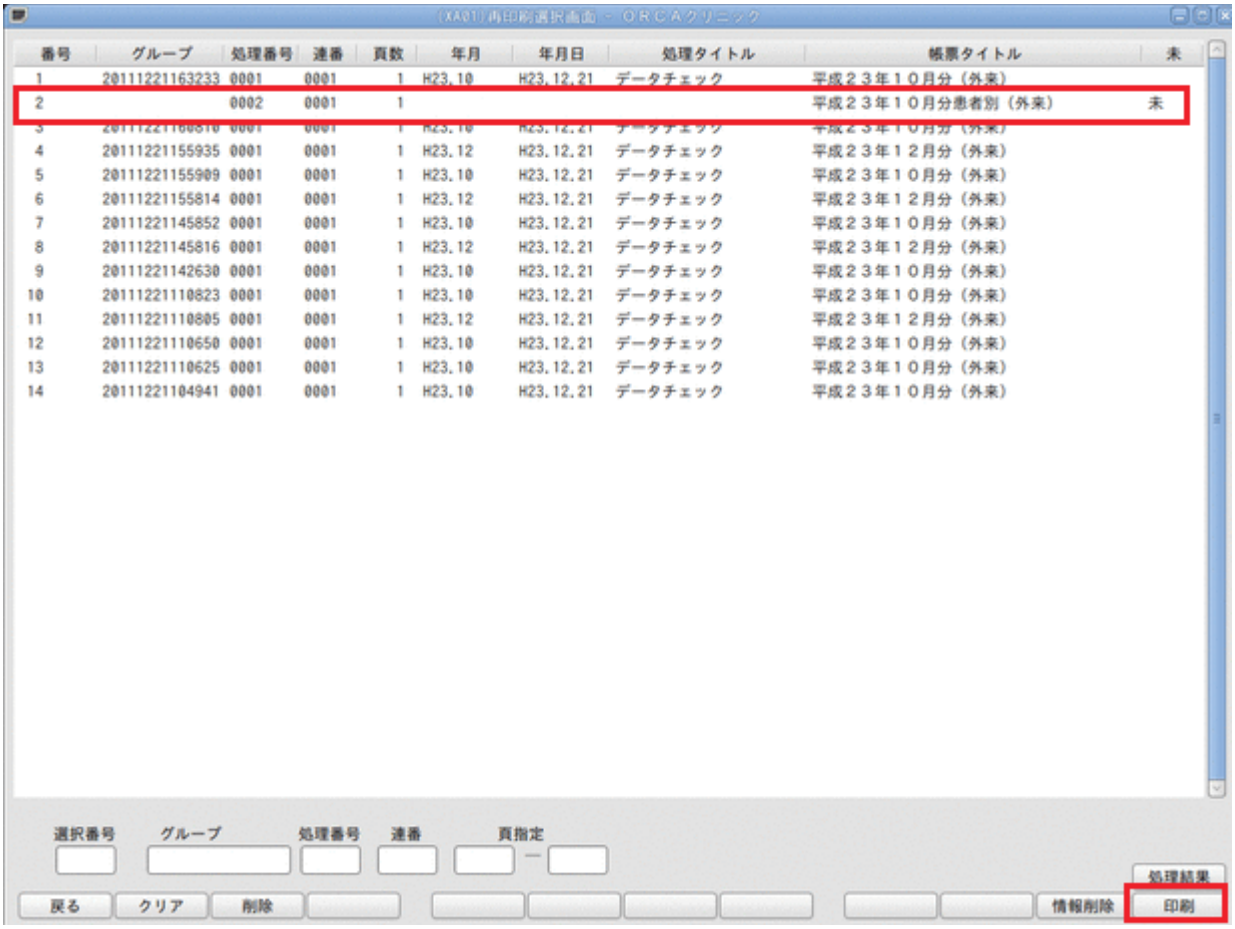


図 916

ヒント！

患者別エラーリストは、印刷枚数が増えるため、「再印刷」(F5)のみの印刷となります。

チェック漏れ薬剤を印刷する

「8　薬剤と病名」のチェックから漏れている薬剤（チェックマスタに登録していない薬剤）を結果リストに印字することができます。

【5.1　システム管理マスタ】ー【1101　データチェック機能情報2】を参照してください。

適用病名マスタからの直接データチェック

チェックマスタの作成に係わらず適応病名マスタからデータチェックを行う機能です。
ユーザー登録のチェックマスタがない場合には適応病名マスタからチェックしたり、ユーザー登録のチェックマスタ＋適応病名マスタのチェックを行うことができます。

【チェックマスタ　1病名と薬剤設定画面】

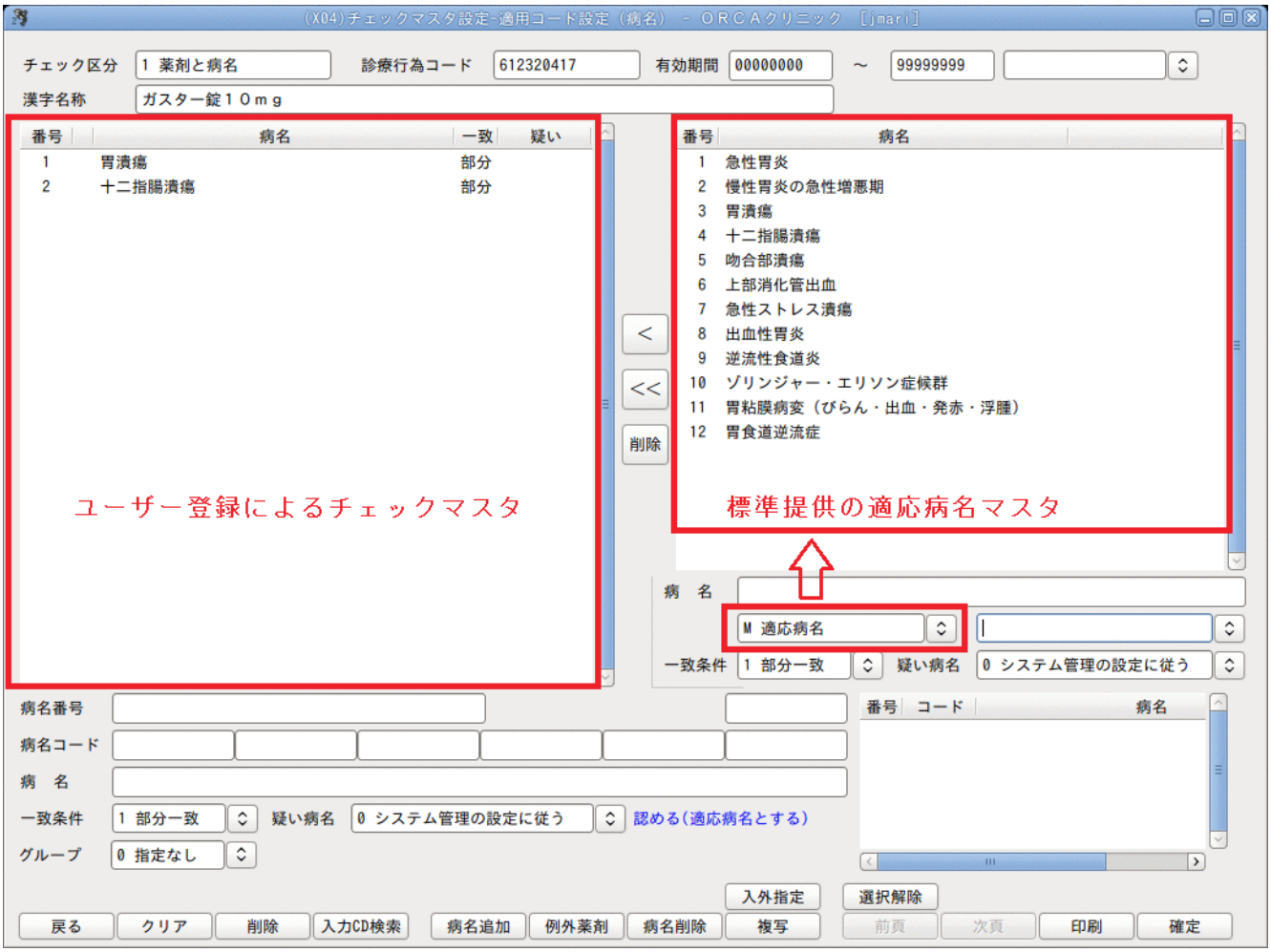


図 917

ヒント！　適応病名マスタとは

適応病名マスタは標準提供されているチェックマスタです。
適応病名からの直接データチェックを行うには【5.1　システム管理マスタ】ー【1101　データチェック機能情報2】の「適応病名マスタからの直接データチェック」の項目を参照してください。

データチェックの注意事項

- 院外処方の処理について
  「10　薬剤と併用禁忌」、「15　投与禁忌薬剤と病名」のチェックは「院外処方の処理」の設定に係わらず、必ず「院内処方を含む」としてチェックを行います。

- 自費診療分及び包括の保険組合せで入力された診療行為について
  「10　薬剤と併用禁忌」、「15　投与禁忌薬剤と病名」はチェック対象となります。
  その他のチェック項目ではチェック対象外となります。

確認項目	チェック内容	メッセージ注意事項	注意事項
保険者番号	保険者番号が入力されていること	保険者番号が未入力です	・労災・自賠責・自費保険はチェックを行いません。
被保険者記号・番号	記号が入力されていること	保険情報の記号が未入力です	・労災・自賠責・自費保険はチェックを行いません。 ※「101システム管理マスタ」－「1102　データチェック機能情報3」にて保険者または保険種の類毎にチェックの内容の設定ができます。
	番号が入力されていること	保険情報の番号が未入力です	
	記号が全て全角文字で入力されていること	保険情報の記号に全角文字以外が入力されています	
	番号が全て全角文字で入力されていること	保険情報の番号に全角文字以外が入力されています	
	記号に外字が入力されていないこと	保険情報の記号に外字が入力されています	
	番号に外字が入力されていないこと	保険情報の番号に外字が入力されています	
	レセ電データの記号・番号の文字数の和が19文字を超えていないこと	レセ電算データの場合、保険情報の記号・番号の文字数の和が19文字を超えています	
	レセ電データの記号に空白が含まれていないこと	レセ電算データの場合、保険情報の記号に空白が入力されています	
	記号が入力されている	保険情報の記号に入力があります	・「101システム管理マスタ」－「1102　データチェック機能情報3」にて記号の入力をチェックする場合。
レセプト電算用記号番号チェック	記号チェック		・「101システム管理マスタ」－「2005　レセプト・総括印刷順情報」－「レセプト（基本－レセ電）」にある社保レセ電出力区分または国保レセ電出力区分にてレセ電処理を行うよう設定されている場合についてのみチェックを行います ※条件中の漢字は全角ひらがな、カタカナを含むものとする。またアルファベットは大文字A～Zのみが該当するものとします。
	(A)009協会 数字のみ入力されていること	保険情報の記号が入力誤りです	
	(B)006組合、063退組合 数字のみ入力されていること		
	番号チェック（先頭）（1文字目）		
	(A)009協会 数字のみ入力されていること	保険情報の番号の1文字目が入力誤りです	
	(B)031国公、032地公、034学校 数字、漢字、アルファベット、括弧記号のみ入力されていること		
	(C)033警察 数字、アルファベットのみ入力されていること		
	(D)006組合、063退組合 数字のみ入力されていること		
	番号チェック（先頭以外）（2文字目以降）		
	(A)009協会 数字、アルファベット、「－」、「ー」のみ入力されていること	保険情報の番号が入力誤りです	
	(B)031国公、032地公、034学校 漢字、数字、アルファベット、		

	「－」、「ー」、括弧記号のみ入力されていること		
	(C)033警察 数字、アルファベット、「－」、「ー」のみ入力されていること		
	(D)006組合、063退組合 数字、「－」、「ー」のみ入力されていること		
公費負担者番号・受給者番号	負担者番号が入力されていること	公費情報の負担者番号が未入力です	・長期はチェックの対象外です。 ・生活保護は「101システム管理マスタ」－「1101　データチェック機能情報2」でチェックを行うか否かの設定ができます。 ・「101システム管理マスタ」－「1100　データチェック機能情報」で次の設定ができます。 1. 負担者番号・受給者番号の未入力チェックを行なわない公費を登録できる。 2. 地方公費の桁数チェックの設定。
	受給者番号が入力されていること	公費情報の受給者番号が未入力です	
	負担者番号に全角文字と半角文字が混在していないこと	公費情報の負担者番号に全角文字と半角文字が混在しています	
	負担者番号に全角文字と半角文字が混在していないこと	公費情報の受給者番号に全角文字と半角文字が混在しています	
	負担者番号に外字が入力されていないこと	公費情報の負担者番号に外字が入力されています	
	受給者番号に外字が入力されていないこと	公費情報の受給者番号に外字が入力されています	
	下記の全ての条件に該当しない場合はエラーとする 1. 患者登録業務にて生活保護の受給者番号の入力がない 2. 明細書業務の明細書－生活保護・中国残留邦人等まとめ入力画面に受給者番号の入力がない	公費情報の受給者番号が未入力です	
	公費桁数チェック受給者番号：7桁負担者番号：8桁	公費情報の受給者番号が入力誤りです 公費情報の負担者番号が入力誤りです	
	負担者番号に半角文字が入力されていないこと	公費情報の負担者番号に半角文字が入力されています	・「101システム管理マスタ」－「1100　データチェック機能情報」にて半角文字をエラーとした場合。
	負担者番号に全角文字が入力されていないこと	公費情報の負担者番号に全角文字が入力されています	・「101システム管理マスタ」－「1100　データチェック機能情報」にて全角文字をエラーとした場合。
	受給者番号に半角文字が入力されていないこと	公費情報の受給者番号に半角文字が入力されています	・「101システム管理マスタ」－「1100　データチェック機能情報」にて半角文字をエラーとした場合。
	受給者番号に全角文字が入力されていないこと	公費情報の受給者番号に全角文字が入力されています	・「101システム管理マスタ」－「1100　データチェック機能情報」にて全角文字をエラーとした場合。
保険適応年齢	15歳未満の患者が本人で登録されていないこと	15歳未満ですが本人で登録されています	・このメッセージが出た患者はレセプト記載が誤って印字される可能性があります。
	後期高齢者の適応年齢が正しいこと	後期高齢者の保険適応年齢誤りです	
	後期高齢の対象となる患者に後期高齢が登録されていること	後期高齢者の保険が未設定です	・このメッセージが出た患者は、負担割合が誤っている可能性があります。

	補助区分が未設定の場合 患者登録の保険適用開始日及び保険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	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	
	後期高齢者の負担割合が2割で登録されていないこと	後期高齢者の負担割合が2割です。3割に登録し直してください	
	65歳以上で退職者国保でないこと	65歳以上で退職者国保の入力があります	
患者病名	病名の登録があること	病名が未登録です	・「101システム管理マスタ」－「1101　データチェック機能情報2」で診療科別にチェックを行なうか否かを設定できます。
	診療年月に有効な病名が存在すること（入院処理時）	診療年月に有効な入院病名が存在しません	
	診療年月に有効な病名が存在すること（外来処理時）	診療年月に有効な外来病名が存在しません	
	患者病名情報テーブルの病名が未設定でないこと	患者病名情報テーブルの病名が未設定です	
	病名が全て全角文字で登録されていること	病名に全角文字以外が入力されています	
	患者病名情報テーブルの病名文字数が未設定でないこと	患者病名情報テーブルの病名文字数が未設定です	
	患者病名情報テーブルの病名コードが未設定でないこと	病名に対応する病名コードが入力されていません	
	転帰区分、転帰日が共に入力されていること	転帰区分（転帰日）が設定されている場合､転帰日（転帰区分）も設定されていなければなりません	
	カルテ病名が全て全角で入力されていること	カルテ病名に全角文字以外が入力されています	
	レセ電データの未コード化傷病名（主病名でない）の病名文字数が20文字を超えないこと	レセ電算データの場合､病名文字数が20文字を超えています	
	患者病名に未転帰同一病名が複数登録されていないこと	同じ病名が複数登録されています	
	主病名があること	主病名が未登録です	
	生年月日以前の病名開始日がないこと	病名の診療開始日が誕生日よりも前の日付で登録されています	
診療開始日	初診算定日以前より継続中の病名が存在しないこと（転帰日が初診算定日以降を含む）	初診算定日以前より継続中の病名が存在します	・「101システム管理マスタ」－「1101　データチェック機能情報2」で診療科別にチェックを行なうか否かを設定できます。
	初診算定日から開始になる病名が存在すること	初診算定日から開始になる病名が存在しません	
	初診算定日以前より継続中の病名が存在しないこと（転帰日が初診算定日の場合）	初診算定日と病名の転帰日が同じ日付です	
	次の条件に全て該当する場合はメッセージを編集する 1. 再診料の算定日より診療開始となる病名が存在する 2. 再診料の算定日に継続中の病名が存在しない 3. 初診算定日から再診料の	初診料が算定可能か確認してください	

	算定日の間に治癒あるいは中止後1月を経過した病名が存在する（移行データの考慮）		
	次の条件に全て該当する場合はメッセージを編集する 1. 再診料の算定日より診療開始となる病名が存在する 2. 再診料の算定日よりも前に病名の入力が全く無い	当月開始病名のみの入力です 初診料が算定可能か確認してください	
	実日数より診療月の病名開始日日数が多い時	当月の病名の診療開始日が正しく入力されているか確認してください。 〇日、〇日／診療日 ×日	
	再診料算定日に有効な病名がない	診療日に継続中の病名が存在しません	
疑い病名・急性病名	疑い病名が長期にわたって継続していないこと	疑い病名が長期間継続しています	・「101システム管理マスタ」－「1101 データチェック機能情報2」で次の設定ができます。 1. 診療科別にチェックを行なうか否かの設定。 2. 期間の設定。 疑い病名：1～10ヶ月急性病名：1～4ヶ月
	急性病名が長期にわたって継続していないこと	急性病名が長期間継続しています	
薬剤と病名	適応病名の登録があること	薬剤の適応病名未入力です	・「101システム管理マスタ」－「1101 データチェック機能情報2」で次の設定ができます。 1. 診療科別にチェックを行なうか否かの設定。 2. 疑い病名を対象とするか否かの設定。
	適応病名が診療年月に有効であること	適応病名が有効な期間で登録されていません ※既に転帰が入力してあり適応病名が有効な期間で無い場合等をチェックします 「101システム管理マスタ」－「1101 データチェック機能情報2」の設定により、「適応病名未入力です」の扱いにすることが出来ます	
	適応病名の入外区分が外来として登録されていること（外来処理時）	適応病名が入院の病名として入力されています	
	適応病名の入外区分が入院として登録されていること（入院処理時）	適応病名が外来の病名として入力されています	
診療行為と病名	適応病名の登録があること	薬剤の適応病名未入力です	・「101システム管理マスタ」－「1101 データチェック機能情報2」で診療科別にチェックを行なうか否かを設定できます。
	適応病名が診療年月に有効であること	適応病名が有効な期間で登録されていません ※既に転帰が入力してあり適応病名が有効な期間で無い場合等をチェックします 「101システム管理マスタ」－「1101 データチェック機能情報2」の設定により、「適応病名未入力です」の扱いにすることが出来ます	
	適応病名の入外区分が外来として登録されていること（外来処理時）	適応病名が入院の病名として入力されています	
	適応病名の入外区分が入院として登録されていること（入	適応病名が外来の病名として入力されています	

	院処理時）		
薬剤と併用禁忌	併用禁忌の薬剤が登録されていないこと	併用禁忌の薬剤が入力されています	・相互作用テーブルとチェックマスタの禁忌薬剤情報を元にチェックを行います。
診療行為の併用算定	併用算定不可の診療行為が入力されていないこと（慢性疼痛疾患管理料、疾患別リハビリテーション医学管理料は初回算定日または算定開始日を考慮して算定日以前の併用算定はエラーとしません）	診療行為が併用算定誤りです（同月） 診療行為が併用算定誤りです（同日）	ユーザで変更、新規追加することも可能ですが、マスタ更新時に置き換わる可能性があります。
実日数	診療行為の算定回数が実日数を超えていないこと	実日数を越えた回数を算定しています	・102点数マスタの実日数が1、日数・回数が0で登録されている診療行為をチェック対象とします。 ・回数のカウントは日単位で行い、算定日数を比較してチェックします。
	入院期間と入院診療行為の日付の関係が正しいこと	入院していない日に入院診療があります	
	外泊日に入院調剤料を算定していないこと	外泊のときに入院調剤料が発生しています	
	実日数がゼロでないこと	実日数がゼロ日です	
患者氏名	漢字氏名が全て全角文字で入力されていること	漢字氏名に全角文字以外が入力されています	
	カナ氏名が全て全角文字で入力されていること	カナ氏名に全角カタカナ以外の文字が入力されています	
	漢字氏名が入力されていること	漢字氏名が未入力です	
	カナ氏名が入力されていること	カナ氏名が未入力です	
	漢字氏名に外字が入力されていないこと	漢字氏名に外字が入力されています	
	カナ氏名に外字が入力されていないこと	カナ氏名に外字が入力されています	
保険組合せ有効期間	診療行為で入力された保険組合せが存在すること	保険組合せが存在しません	
	有効期間範囲外の保険組合せで診療行為が入力されていないこと	保険の適用が切れている期間があります	
	地方公費単独の保険組合せで診療行為が入力されていないこと	地方公費のみの保険組合せです	
	使用された保険組合せの保険・公費が存在すること	保険組合せが正しく作成されていません。保険または公費情報を確認してください	
投与禁忌薬剤と病名	投与禁忌薬剤の入力がないこと	投与禁忌薬剤が入力されています	・全科を対象にチェックを行ないます。
診療行為どうしの算定漏れ	チェックマスタに登録されている診療行為が同じ日に算定されていること	該当の診療行為に対して同日の算定漏れがあります	
	チェックマスタに登録されている診療行為が同じ月に算定されていること	該当の診療行為に対して同月の算定漏れがあります	

その他（毎回チェックを行なう項目）	患者情報が参照可能であること	患者情報が参照できません	
	「101システム管理マスタ」－「5000　医療機関情報－入院基本」で設定した減算を診療行為で入力されていないこと	システム管理と診療行為より入力された減算のコードが重複しています	
	入院基本料と同一保険組合せで入院料加算が登録されていること	患者負担額が計算できません 入院基本料と異なる保険組合せで入院料加算が登録されています	
	内分泌負荷試験の算定点数が正しいこと（上限チェック）	内分泌負荷試験の算定点数に誤りがあります（上限オーバー）	
	内分泌負荷試験の算定点数が正しいこと（逓減チェック）	内分泌負荷試験の算定点数に誤りがあります（過誤の逓減）	
	小児科外来診療料算定時に院内と院外の両方の算定があった場合	コメント記載がされているか確認してください	
病名と薬剤／病名と診療行為	チェックマスタに登録されている病名が有効な月に診療行為が算定されていること	診療行為が未入力です	
	チェックマスタに登録されている病名が有効な月に薬剤が算定されていること	薬剤が未入力です	
薬剤の月上限回数・総投与量	点数マスタの設定の超えていないこと	月の投与回数または投与量が上限を超えています	・点数マスタの設定が必要です。
診療行為算定回数	点数マスタまたは電子点数表マスタの設定を超えていないこと	上限回数を超えています	・点数マスタの設定または「101システム管理マスタ」－「1101　データチェック機能情報2」で電子点数表マスタの設定が必要。
	入院日に算定されいること	入院初日に算定されていません	
	退院日に算定されいること	退院日に算定されていません	
必須チェック項目	特定器材に単位が登録されていること	点数マスタの器材の単位コードが未設定です	・「101システム管理マスタ」－「2005　レセプト・総括印刷情報」のレセ電作成を行う設定になっている場合にチェックを行います。
	810000001、83XXXXXXX、84XXXXXXX、0084XXXXXのコメントコードでコメント内容が未入力の場合	コメント内容が未入力です	
	入院料の算定が無い日に入院料加算が算定されていないこと	患者負担額が計算できません。入院料の算定が無い日に入院料加算が算定されています	
	外泊日に入院料加算が算定されていないこと	患者負担額が計算できません。外泊日に入院料加算が算定されています	
	小児科外来診療料（処方せんを交付）を算定した月に院外処方の入力がされていること	診療年月に院外処方がありません	・「101システム管理マスタ」－「1101　データチェック機能情報2」の設定によりチェックを行います。
	労災の診療行為に09593で始まるコードが入力されていないこと	09593で始まる診療行為入力があるため、紙レセプトで請求を行なってください。	・「101システム管理マスタ」－「2005　レセプト・総括印刷情報」-レセ電-労災の設定が「0　出力無

			し以外にチェックを行います。
	労災の入院室料加算が範囲内のコードで作成されたいること	09594で始まるコードがコード作成範囲外で作成されている為、レセ電データの記録が正しくできません。	・「101システム管理マスタ」－「2005　レセプト・総括印刷情報」-レセ電-労災の設定が「0　出力無し以外にチェックを行います。

３．２．１　明細書

（1）レセプト作成指示
　　（1）－1　生活保護の受給番号入力
　　（1）－2　未請求レセプト（未請求患者）の設定（レセプトを作成したくない患者の設定）
　　（1）－3　一括作成
　　（1）－4　個別作成（患者指定）
　　（1）－5　個別作成（訂正分）
　　（1）－6　個別作成（受診日）
　　（1）－7　照会連携
　　（1）－8　レセプト作成処理の中止
（2）レセプト作成処理の経過確認
（3）印刷処理の指定
（国保レセ編綴順印刷はこちらを参照してください）
（4）プレビュー画面について
（5）特記事項の指定
（6）実日数設定・一部負担金の編集
（7）労災レセプト、自賠責レセプト出力の注意点

（1）レセプト作成指示

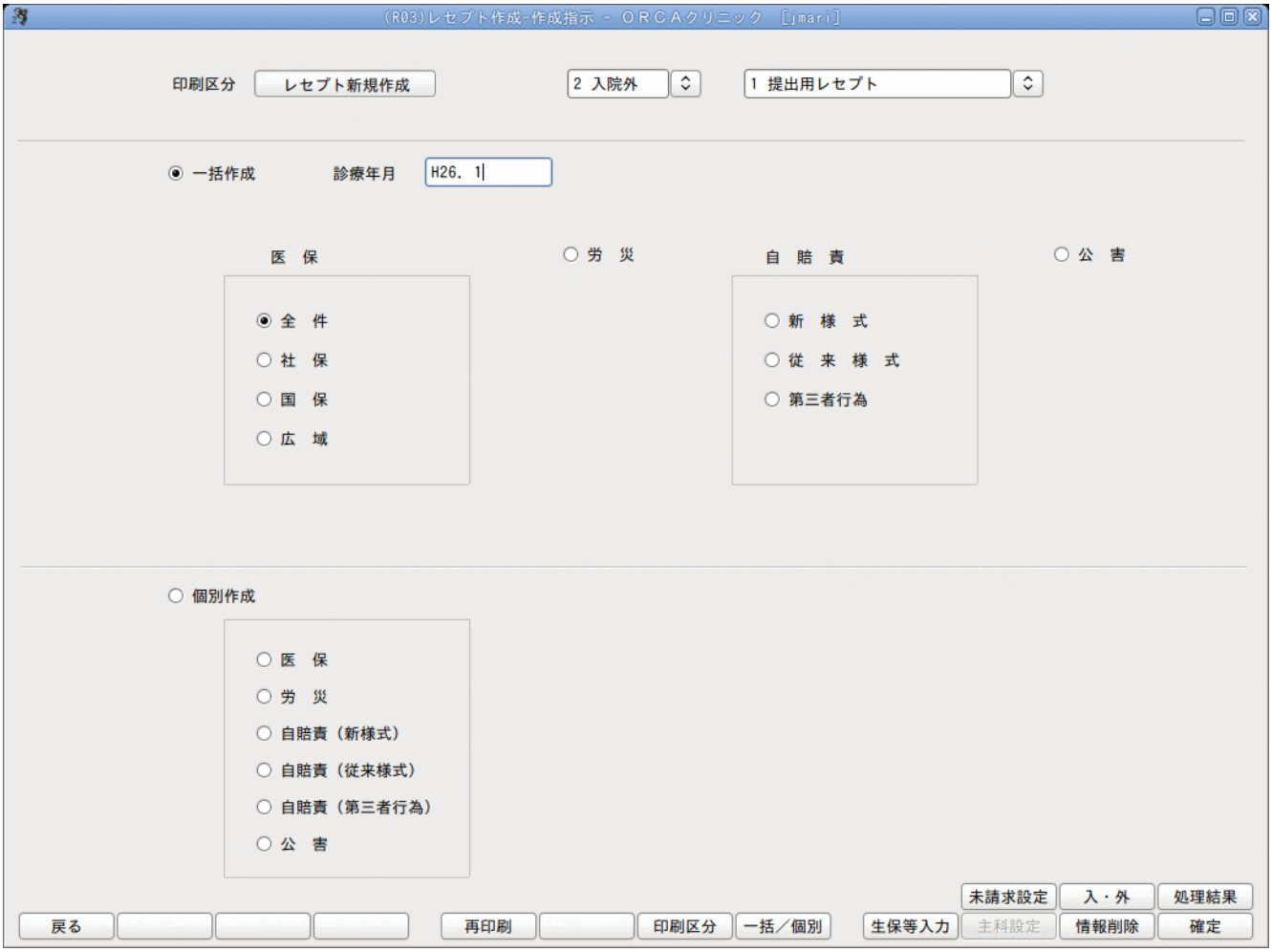


図 918

画面の一番上にある「印刷区分」のをクリックするか、「印刷区分」(F7)を押下することにより「レセプト新規作成処理」か、「作成済レセプト再印刷」処理かを選択することができます。また院外処方の薬剤をレでプトに記載する点検用レセプトを作成することができます。

ポイント！　新規作成と再印刷

- レセプト新規作成・・・・新たにレセプト作成処理を行うときに指定します。初期表示しています。
- 作成済レセプト再印刷・・以前に作成処理を行った一括あるいは個別作成分の再印刷を行うときに指定します。

一括作成分または個別作成分のどちらの再印刷を行うかを選択したのち、「レセプト新規作成」時と同様の操作方法で印刷ができます。ただし、この処理を行う前にシステム管理マスタにレセプト情報が設定されている必要があります。

ポイント！

＜点検用レセプト（院外処方含む）について＞

- 点検用に院外処方分の薬剤を含むレセプトを作成します。
  点検用レセプトには点検用とわかるように「点検用レセプト」と印字を行います。
  （「101システム管理マスタ」－「2005　レセプト・総括印刷情報設定」にて斜線に変更できます）
- 同時にレセプト電算データにも院外処方分を含むレセ電データを作成します。

＜点検用レセプトの0点公費記載について＞

- 0点公費（請求点数が0点の公費）の診療内容を点検用レセプトに記載することができます。
  （「101システム管理マスタ」－「2005　レセプト・総括印刷情報設定」にて設定できます）
- 0点公費を記載する設定の場合、「0点公費記載設定」と表示し、レセプトには【0点公費記載あり】と印刷します。
- 0点公費を記載した点検用レセプトは請求時に提出用レセプトを作成する必要があります。一括作成を行うか、該当の患者のみ個別作成を行なってください。

ヒント！
公害レセプトを名古屋市、北九州市用に変更することができます。
「101　システム管理マスタ」－「4100　公害医療機関情報」にて変更します。

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	遷移元の画面へ戻ります。
再印刷	F5	以前に行った印刷処理の一覧の中から指定して再印刷が行えます。
印刷区分	F7	レセプトの新規作成か、前回作成処理を行ったレセプトの再印刷かを選択します。
一括/個別	F8	一括作成か、個別作成かを選択します。
生保等入力	F9	生活保護の受給者番号を月毎に一括入力できます。
主科設定	F10	旧総合病院以外で主科別にレセプトを作成する場合に設定します。 主科設定しない（システム管理未設定）医療機関では選択できません。 主科設定をする医療機関はこちらを参照してください。
未請求設定	Shift+F10	レセプト作成をする前に請求を保留するレセプト（患者）を設定することができます。 設定したレセプト（患者）はレセプト作成を行いません。
情報削除	F11	エラーが発生し、処理が正常に終了しなかった場合に処理内容の情報削除ができます。
確定	F12	作成対象患者のレセプト処理を開始します。
処理結果	Shift+F12	処理の経過及び結果を確認することができます。

（1）－1　生活保護の受給者番号入力

生活保護受給者の受給者番号には、受給者番号が変わらない固定番号制と毎月付番される変動番号制の2通りの制度が各自治体によって存在します。
「生保等入力」(F9)を押下して遷移する生活保護まとめ入力画面では、変動番号制の受給者番号を月単位で一括入力する場合に使用します。

生活保護該当患者は、以下に挙げる2つの条件のときに生活保護まとめ入力画面へ表示されます。

患者登録画面で生活保護受給者の「公費負担番号」・「公費の種類」・「適用期間」の入力がある
（うち、「公費の種類」・「適用期間」は、患者登録時に必須入力項目となります）。
指定した月が生保適用期間中であり、かつ診療行為入力がある

生活保護まとめ入力画面では、患者登録画面での登録内容（負担者番号及び受給者番号）を初期表示するため、変動番号制の場合の患者登録画面の受給者番号欄は未入力（空白）で登録することを推奨します。
なお、負担者番号に変更が無い限りは患者登録画面の適用期間の適用終了日は「9999999」と入力して適用開始日以降、適用期間は継続しているものとしてください。

（生活保護まとめ入力画面表示例）

図 919

ヒント！
一覧表示する患者順を「101　システム管理マスタ」－「2005　レセプト・総括印字情報」にて設定ができます。

Copyright(C)2007JMARI

＜画面例の各患者の公費番号の表示について＞

生活保護まとめ入力画面に表示する公費情報は、患者登録画面での登録内容（負担者番号及び受給者番号）を初期表示します。そのため変動番号制の場合、患者登録画面の受給者番号欄は未入力（空白）で登録することを推奨します。
なお、負担者番号に変更が無い限りは患者登録画面の適用期間の適用終了日は「9999999」と入力して適用開始日以降、適用期間は継続しているものとしてください。また、受給者番号を生活保護まとめ入力画面で登録した場合には、その受給者番号を優先して当該画面へ表示、及びレセプト記載を行います。

患者番号「00045」番・・・患者登録画面の負担者番号及び受給者番号が未入力のため、空白で表示しています。受給者番号は、固定番号制の場合は患者登録画面での入力、変動番号制の場合はこの画面からの入力を推奨していますが、負担者番号は患者登録画面にて入力・登録を行ってください。

患者番号「00041」番・・・患者登録画面で負担者番号及び受給者番号の入力がされている場合です。固定番号制の場合には、この入力方法を推奨しています。当該画面で受給者番号を変更登録しない限りは、患者登録画面の受給者番号をレセプト記載します。

患者番号「00039」番、「00044」番・・・患者登録画面で受給者番号の入力がされていない場合です。変動番号制の場合には、この入力方法を推奨しています。当該画面で受給者番号の一括入力を行います。

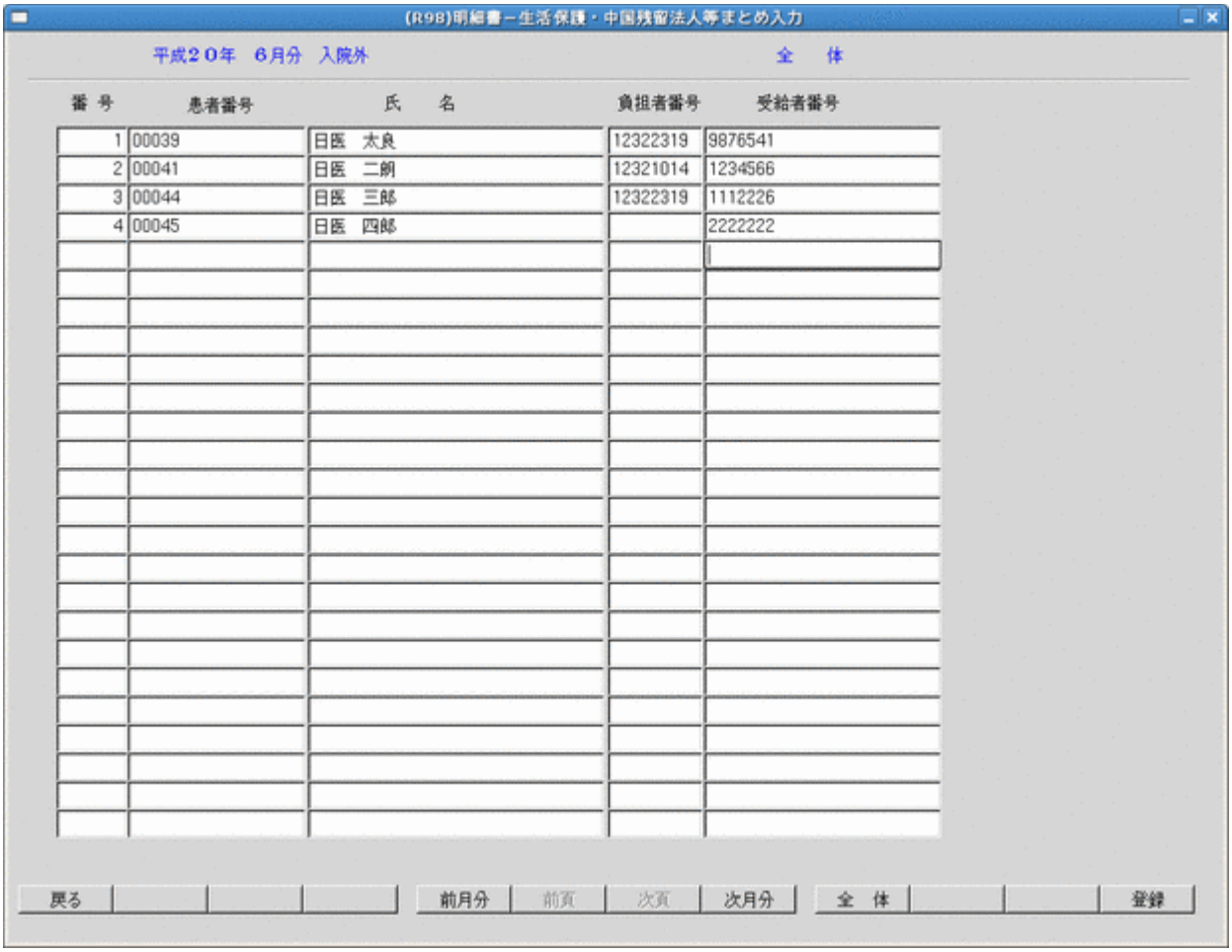


図 920

項目の説明

項目	ファンクションキー	説明
戻る	F1	遷移元の画面へ戻ります。
前月分	F5	前月分を表示します。 押下時に当月分の更新を行うかの確認メッセージを表示します。
前頁	F6	1月分の生保該当患者は1画面に25件までを表示します。 25件以上の場合は「前頁」、「次頁」により表示を切り替えます。
次頁	F7	1月分の生保該当患者は1画面に25件までを表示します。 25件以上の場合は「前頁」、「次頁」により表示を切り替えます。
次月分	F8	次月分を表示します。
全体	F9	初期表示は、全対象患者を表示します。 「全体」を押下すると「未入力分」の表示となり、受給者番号未登録患者を対象に一覧表示を行います。押下する毎に「全体」、「未入力分」と交互に切り替わります。
登録	F12	受給者番号を登録します。

受給者番号入力後は、「登録」(F12)を押下すると確認メッセージを表示します。

図 921

「OK」を押下すると月単位で更新を行ったのちにレセプト作成指示画面へ戻ります。
なお、表示している診療年月に生活保護患者が存在するときに「前月分」または「次月分」のファンクションキーを押下すると以下の確認メッセージを表示します。

図 922

当月分の受給者番号を入力後に、前月あるいは次月分を続いて表示させる場合には「OK」を押下します。「OK」は「登録」(F12)と同様に更新を行います。受給者番号の更新の必要が無い場合には、「NO」を押下して進みます。

◎「印刷区分」「レセプト新規作成」を選択した場合

「一括作成」または「個別作成」をボタンか、「一括/個別」(F8)で選択します。

（1）－2　未請求レセプト（未請求患者）の設定（レセプトを作成したくない患者の設定）

当月レセプト作成を保留したい患者に「レセプト作成を行わない（対象にしない）」設定ができます。

この設定を行うとレセプト作成時に該当患者のレセプト及び請求管理データを作成しません。
設定した場合は

- レセプトの対象にならなくなる（一括作成、個別作成）
- レセプト作成しない
- 請求管理データを作成しない
- レセプト作成後に設定した場合は請求管理データを削除し未請求（未作成）登録する
- 未請求（未作成）患者は月次統計の「保険請求確認リスト」で確認することができる
- レセプトを作成する場合は未請求解除設定を行ってからレセプト作成を行う

また未請求（未作成）を解除した患者のみを一括取り込みし、レセプト個別作成をすることができます。
点検用レセプト個別作成を行った場合は未請求解除中のままとなり、提出用レセプトを作成時に未請求解除リストから削除されます。

注意！

未請求設定は医保のレセプトのみ対象です。

＜レセプトの保留について＞
レセプトの保留方法には2種類あります。
各医院でどちらかの方法か良いか検討し運用してください。

	明細書業務の未請求設定	請求管理業務の請求区分の設定
概要	レセプトの作成自体を保留	請求書及び総括表への集計を保留
レセプト	作成しない（対象にならない）	作成する
レセ電データ	作成しないので記録しない	記録しない
請求管理データ	作成しない	作成する
保留設定方法	「明細書業務の未請求設定」から未請求登録	「請求管理業務の請求区分」を「0　請求しない」に変更し登録
確認方法	月次統計の「保険請求確認リスト」により確認できます	月次統計の「保険請求確認リスト」により確認できます

＜設定画面の呼び出し＞

「42　明細書」→「未請求設定」(Shift＋F10)で設定画面を呼び出します。

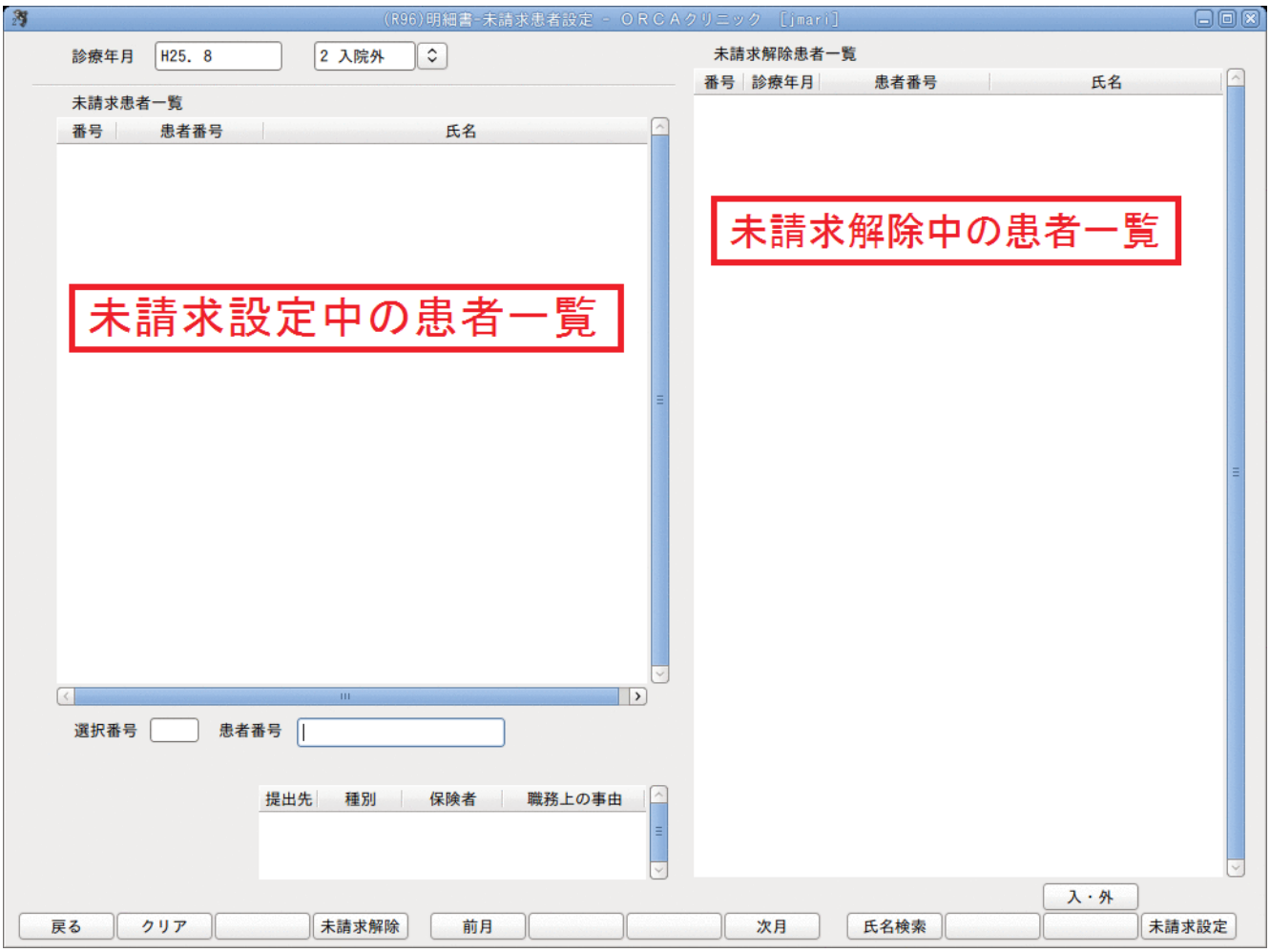


図 923

＜患者を設定する＞

画面上部の診療年月と入外区分を設定します。

画面下部で患者番号を入力します。このときに該当の診療年月・入外区分に診療があればレセプト種別を表示します。診療がない場合でも設定ができます。

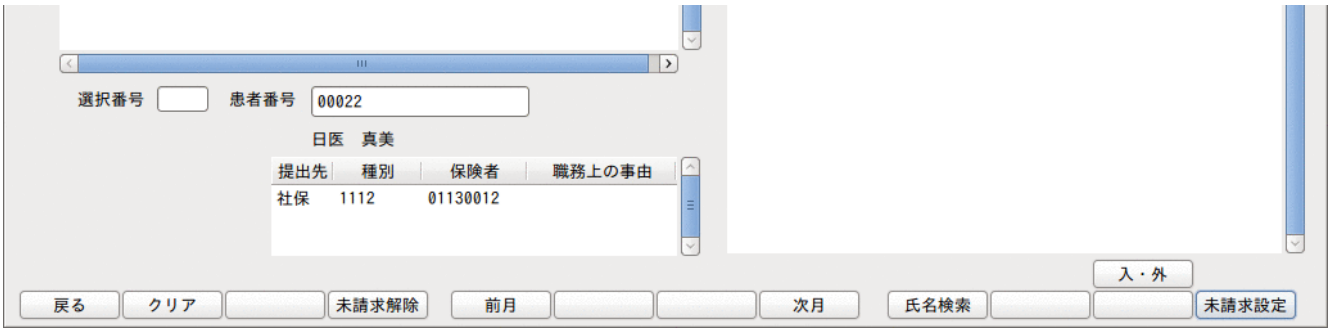


図 924

「未請求設定」(F12)を押下します。未請求患者一覧に追加されます。

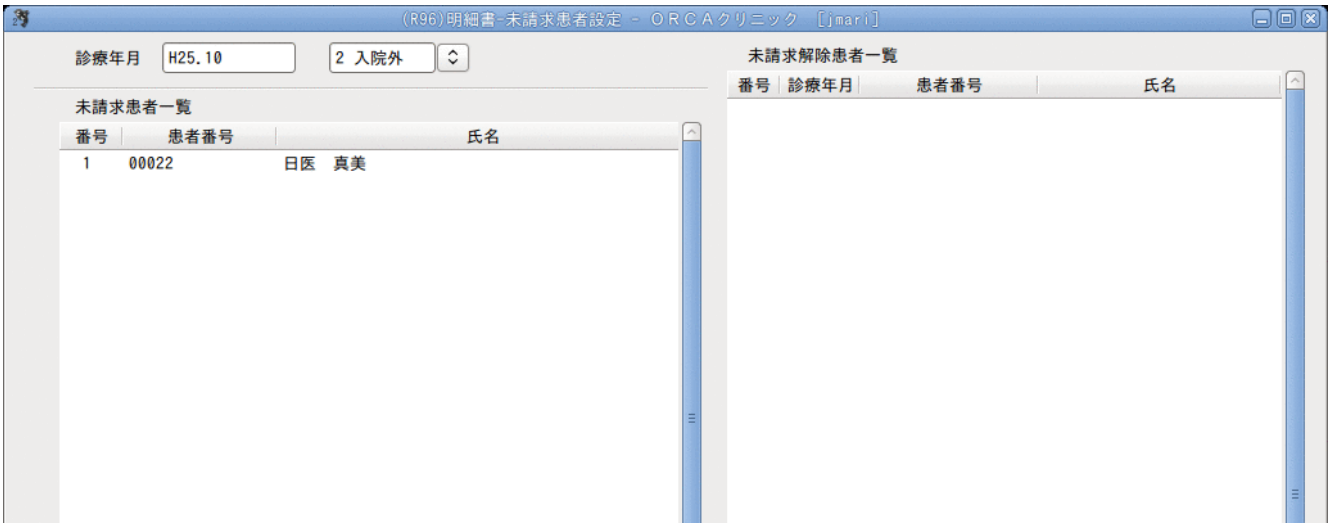


図 925

（注意1）
※既にレセプト作成を行い、請求管理データが作成されている患者の場合は、「未請求設定」を行うことにより、該当の月の請求管理データを削除します。このときにはメッセージを表示します。カーソルの位置は「NO」にセットしています。

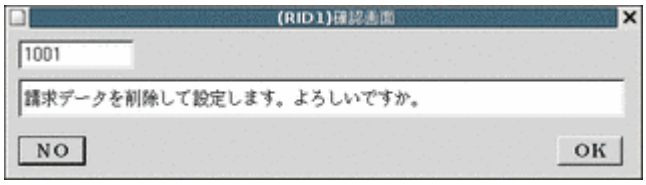


図 926

（注意2）
未請求患者一覧にある患者のレセプトは作成されなくなります。
設定は患者単位で行い、同一月に複数のレセプトがある場合には全てのレセプトが未請求扱いとなります。

＜未請求の患者を解除する＞

解除するには未請求患者を選択し、「未請求解除」(F4)を押下します。

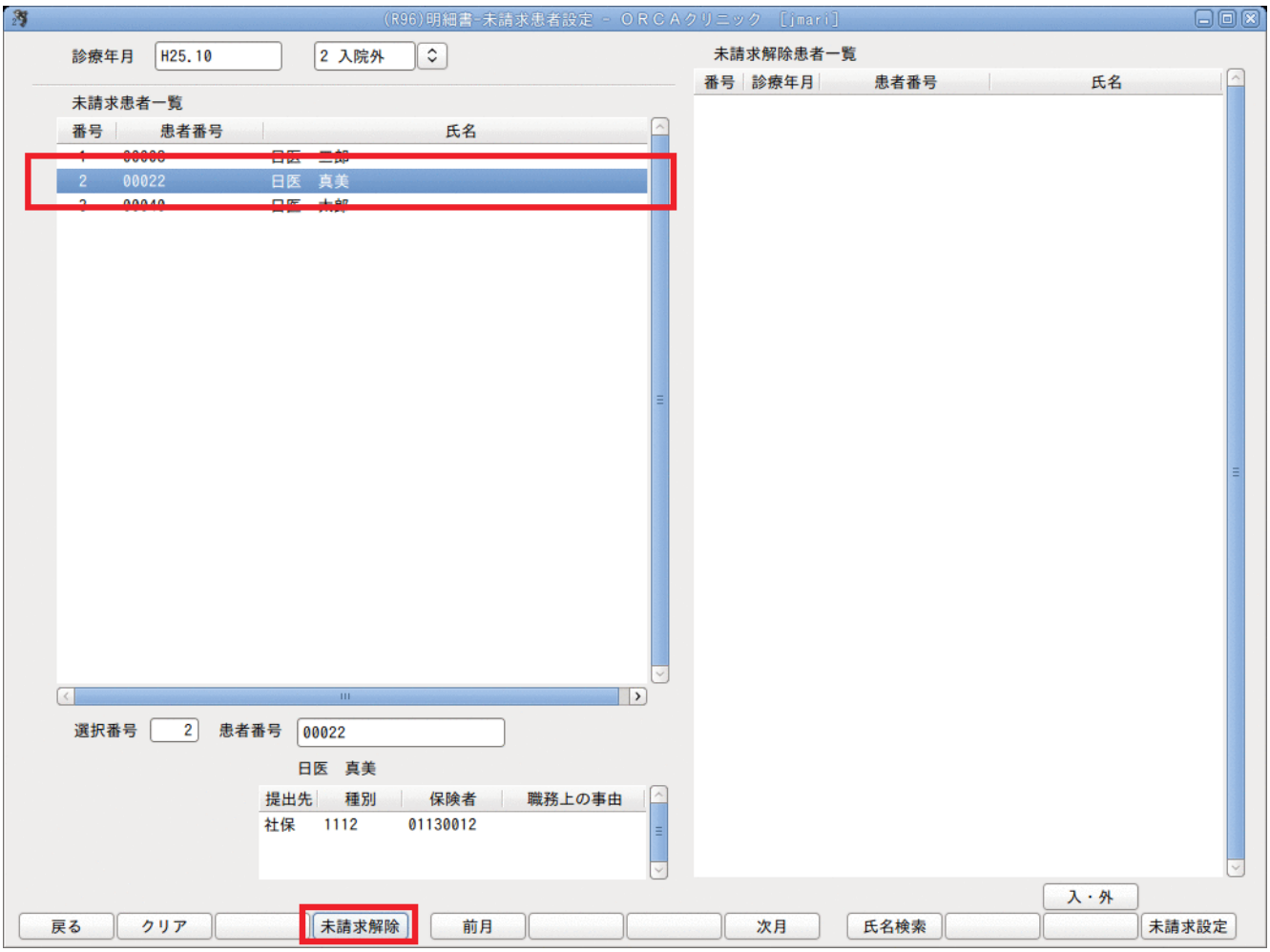


図 927

未請求解除患者一覧に追加されます。

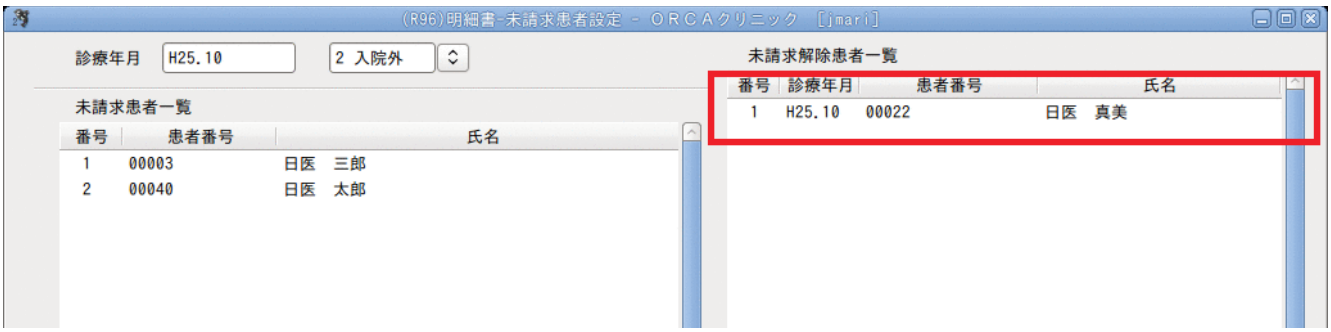


図 928

未請求解除一覧は全ての診療月のデータを表示します。入外の表示の切り替えは入外区分を変更してください。
未請求解除一覧の患者はレセプト個別発行に取り込むことができます。

未請求解除一覧の患者は該当の患者のレセプト処理が行われるまで消えません。 当月に診療のない患者に未請求解除しレセプト一括作成を行った場合は、診療のない患者に対してレセプト作成が行われないので未請求解除一覧から消えないことがあります。この場合はレセプト個別作成へ未請求解除患者を取り込んでいただき処理をすれば消すことができます。 また点検用レセプトを作成時には未請求解除一覧の更新は行いません。提出用レセプトを作成時に未請求解除一覧を更新します。

＜レセプト個別作成へ未請求解除患者を取り込む＞

「42　明細書」からレセプト個別作成画面へいきます。
処理区分に「5　未請求解除」を選択します。

図 929

図 930

未請求解除一覧患者のなかで当該月にレセプトの対象になる患者を表示します。

全体表示(F5)を押下するとレセプト対象患者に○印が付きます。

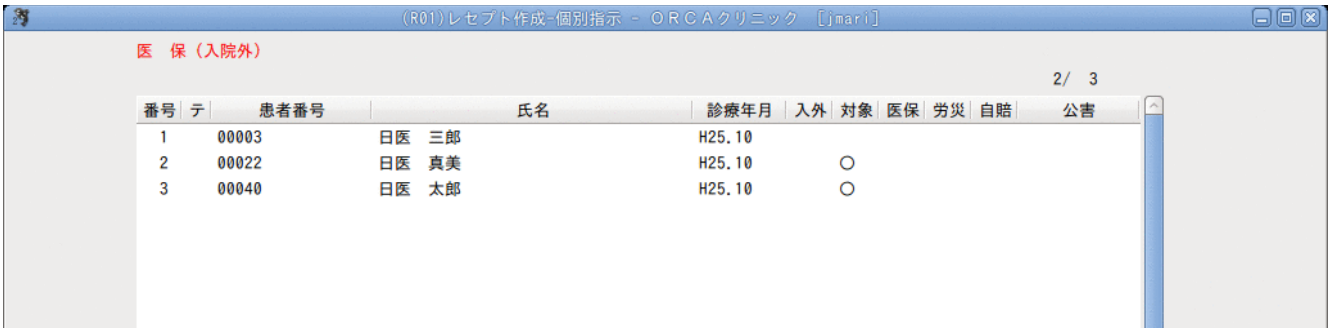


図 931

レセプト作成を行うと、未請求解除一覧が更新されます。

未請求解除一覧の患者の中にレセプト対象患者がいない場合はメッセージを表示します。

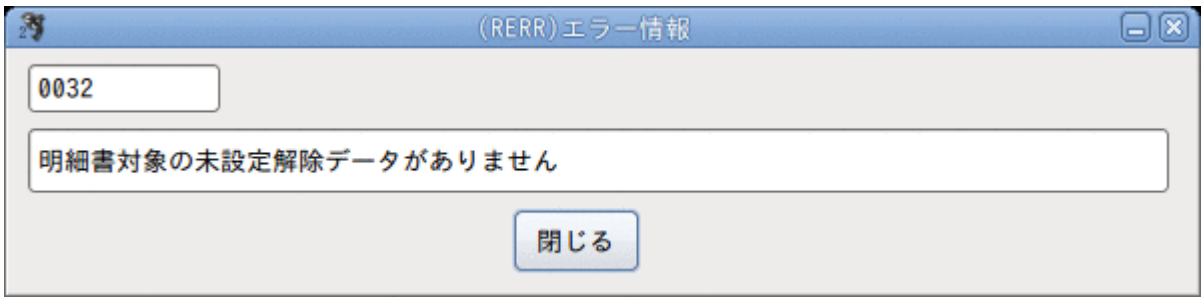


図 932

このまま「閉じる」を押下していただき、「確定」(F12)を押下してください。
レセプト対象でない未請求解除患者のデータを更新し未請求解除一覧から削除します。

「改正前後（平成20年4月）が混在しているため一旦改正前のみ処理対象とします」のメッセージが表示された場合

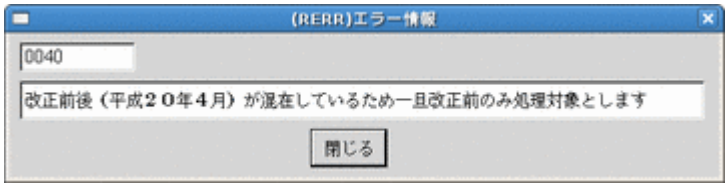


図 933

未請求解除を行った患者に平成20年4月の改正前と改正後が混在しています。
改正前と改正後のレセプトを同時に作成することはできません。
一旦改正前のレセプトのみ作成します。その後再度未請求レセプトを行い改正後のレセプトを作成してください。

レセプト作成後、「43　請求管理」にて月遅れ請求等の設定をおこなってください。

＜総括表・公費請求書画面での注意メッセージ＞

未請求解除中のままレセプト処理がされていない場合は、総括・公費請求書画面に注意メッセージとして表示します。

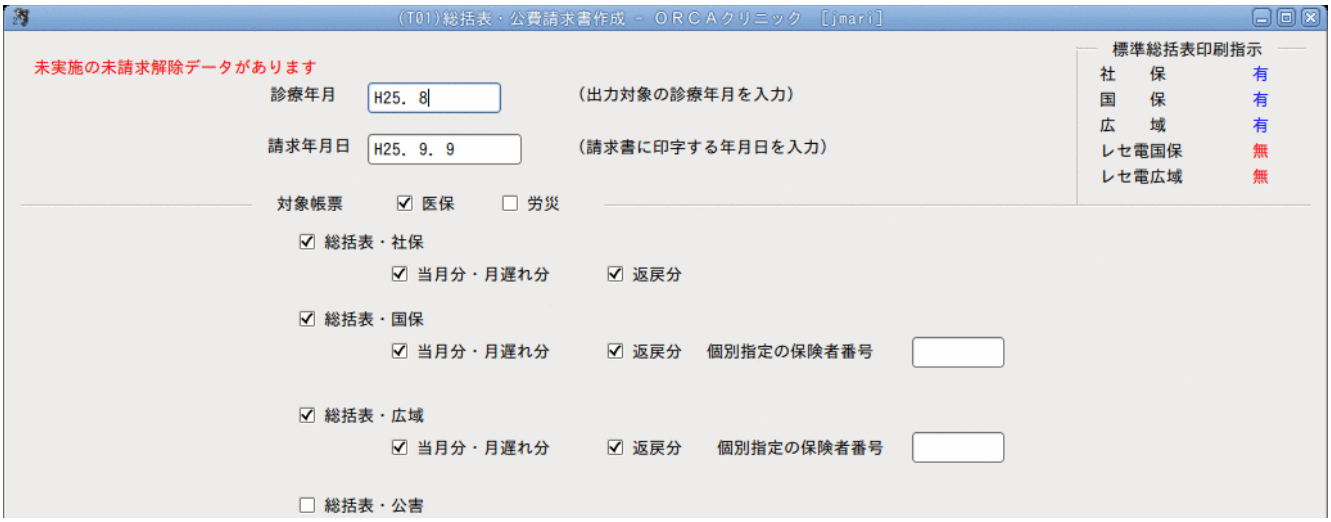


図 934

このメッセージが表示されたときは未請求設定画面を確認してください。

（1）－3　一括作成

1. 入院外来を設定します。
2. レセプトの作成区分を設定します。
   提出用レセプト・・・提出ができる状態のレセプトを作成します。
   点検用レセプト・・・院外処方分の薬剤を含む点検用レセプトを作成します。
3. 一括作成を選択します。
4. 作成する診療年月を入力します。
5. 「確定」(F12)を押下します。

（テスト患者は一括作成の対象になりません）

＜医保の場合＞

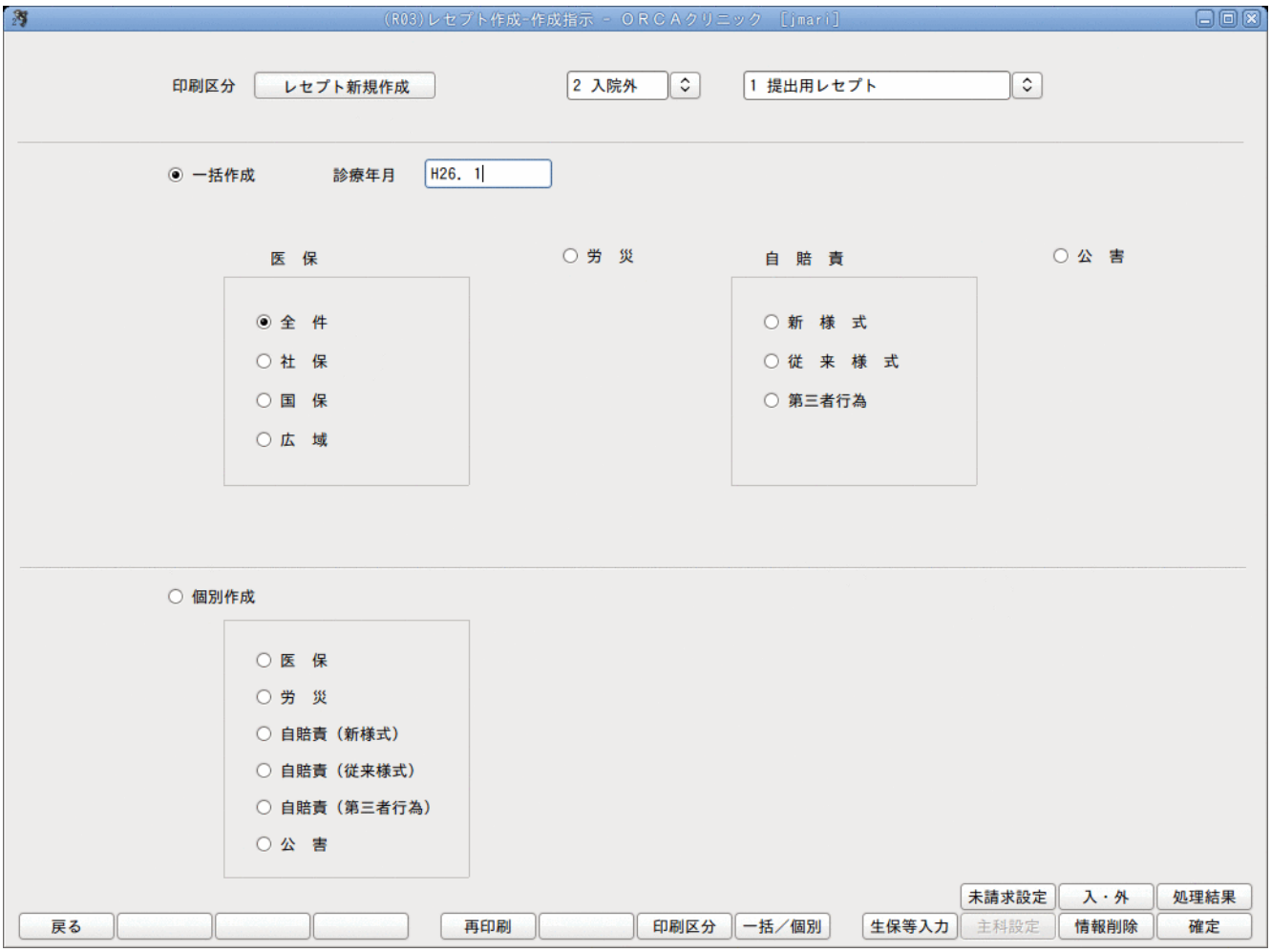


図 935

↓

図 936

「OK」を押下すると「処理結果」画面へ遷移し、レセプト作成処理を開始します。
「処理結果」画面では、「F11：状態」を押下することによりその都度、処理の経過が確認できます。
「戻る」(F1)を押下すると元の画面になります。

＜自賠責のレセプト様式について＞
自賠責には新様式と従来様式の2つのレイアウトがあります。
選択してレセプト作成（一括作成、個別作成）を行ってください。
第三者行為は従来様式でレセプトを作成します。

新様式、従来様式それぞれH19年4月にレイアウトが変更されています。「101　システム管理マスタ」－「2005レセプト総括印刷情報」－レセプト基本（労災・自賠責）にて変更することができます。

また、印刷時の枠についても「101　システム管理マスタ」－「2005レセプト総括印刷情報」－レセプト基本（労災・自賠責）にて設定ができます。

【旧様式】
従来様式

図 937

新様式

図 938

【平成19年4月改正様式】
従来様式

図 939

新様式

図 940

＜第三者行為を含む医保レセプトについて＞

- レセプト適用欄に第三者行為分の請求点数、一部負担金、食事回数、食事療養費、標準負担額を記載します
- レセプト適用欄は第三者行為を分けて作成します。
- 現物給付計算を行いません。
- 災害減免の対象外とします。
- 75歳到達月の自己負担限度額の特例外とします。
- 自賠責診断書料・明細書料は医保レセプトの対象外とします。

（1）－4　個別作成（患者指定）

個別作成では患者単位でのレセプト作成処理が行えます。
一度に500件まで指定できます。
個別作成を選択し、レセプトの種別を選択します。
入力後「確定」(F12)を押下します。

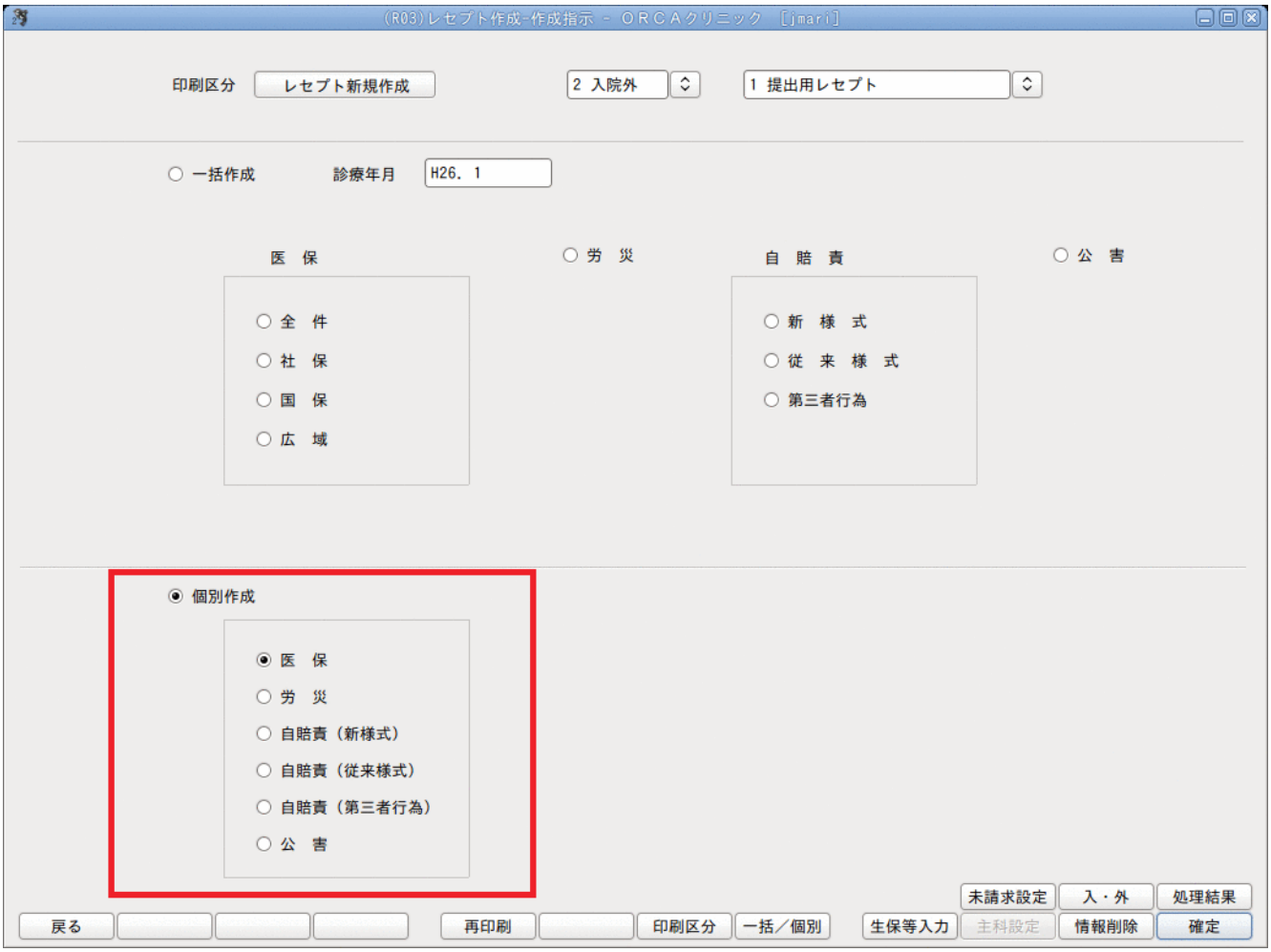


図 941

Copyright(C)2007JMARI

個別指示画面へ遷移します。
「戻る」を押下すると元の画面になります。

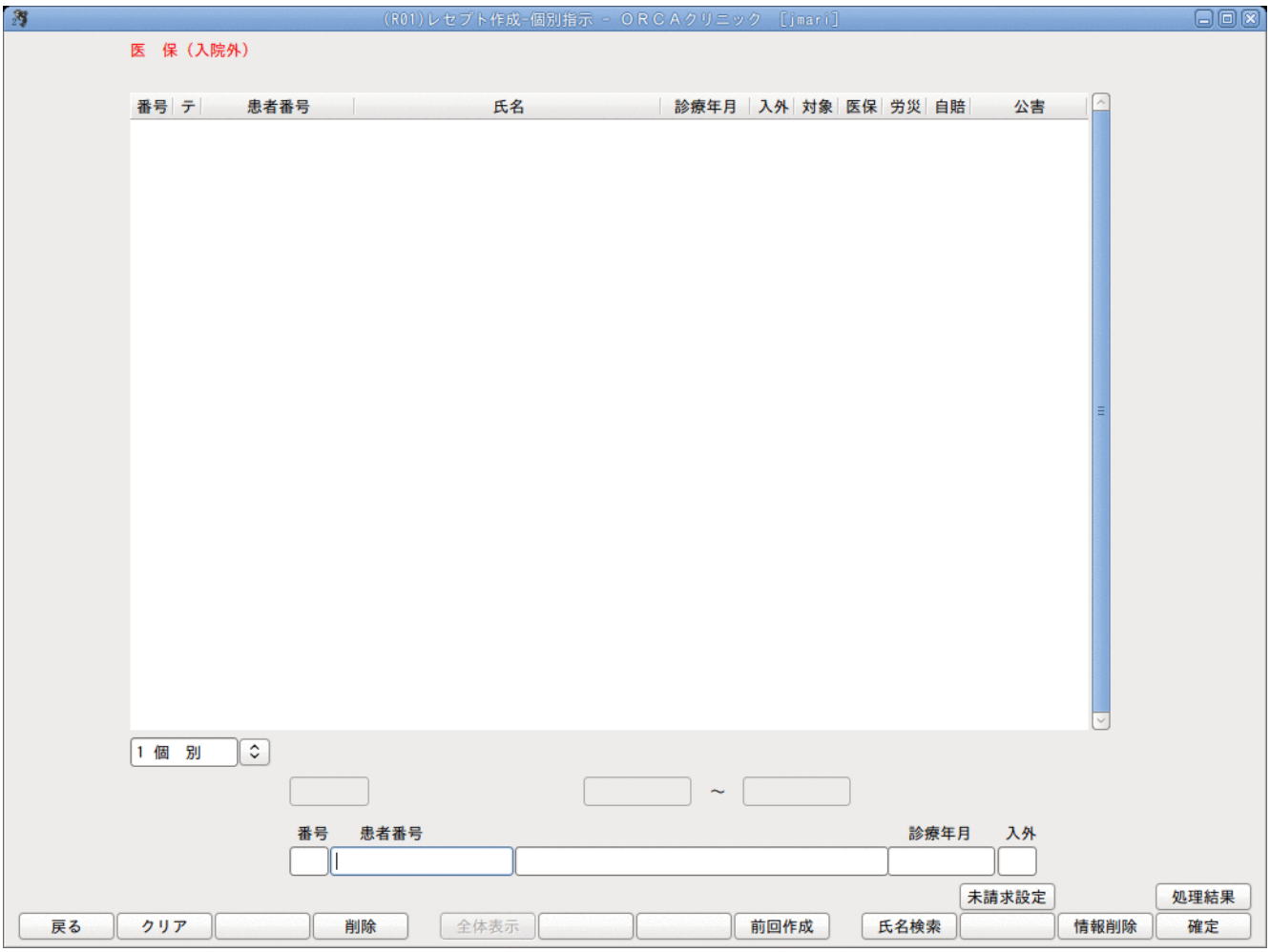


図 942

個別作成の種類選択を「1　個別」を選択します。

図 943

＜レセプト対象患者の入力＞

「診療年月」は、作成日（個別作成を行う日付）が、該当診療年月の翌月10日迄であれば、患者番号を入力し患者を確定後、「Enter」を押下すれば診療年月を省略することができます。これにより、作成対象患者の一覧に前月分の診療年月で自動表示されます。

例えば、作成日…平成16年10月1日、レセプト診療年月…平成16年9月分である場合には、作成日が診療年月の翌月10日迄に該当しますので、患者番号入力後は、診療年月を入力せず「Enter」を押下すると自動で一覧に追加表示します。

11日以降、或いは前月以外が診療年月の場合は、手による入力を行ってください。

例を挙げると、作成日が11日以降の場合は、作成日…平成16年10月11日、レセプト診療年月…平成16年9月分のときなどであり、前月以外が診療年月となる場合は、作成日…平成16年9月30日、レセプト診療年月…平成16年8月分などが該当します。

患者番号、診療年月を入力し「Enter」を押下します。

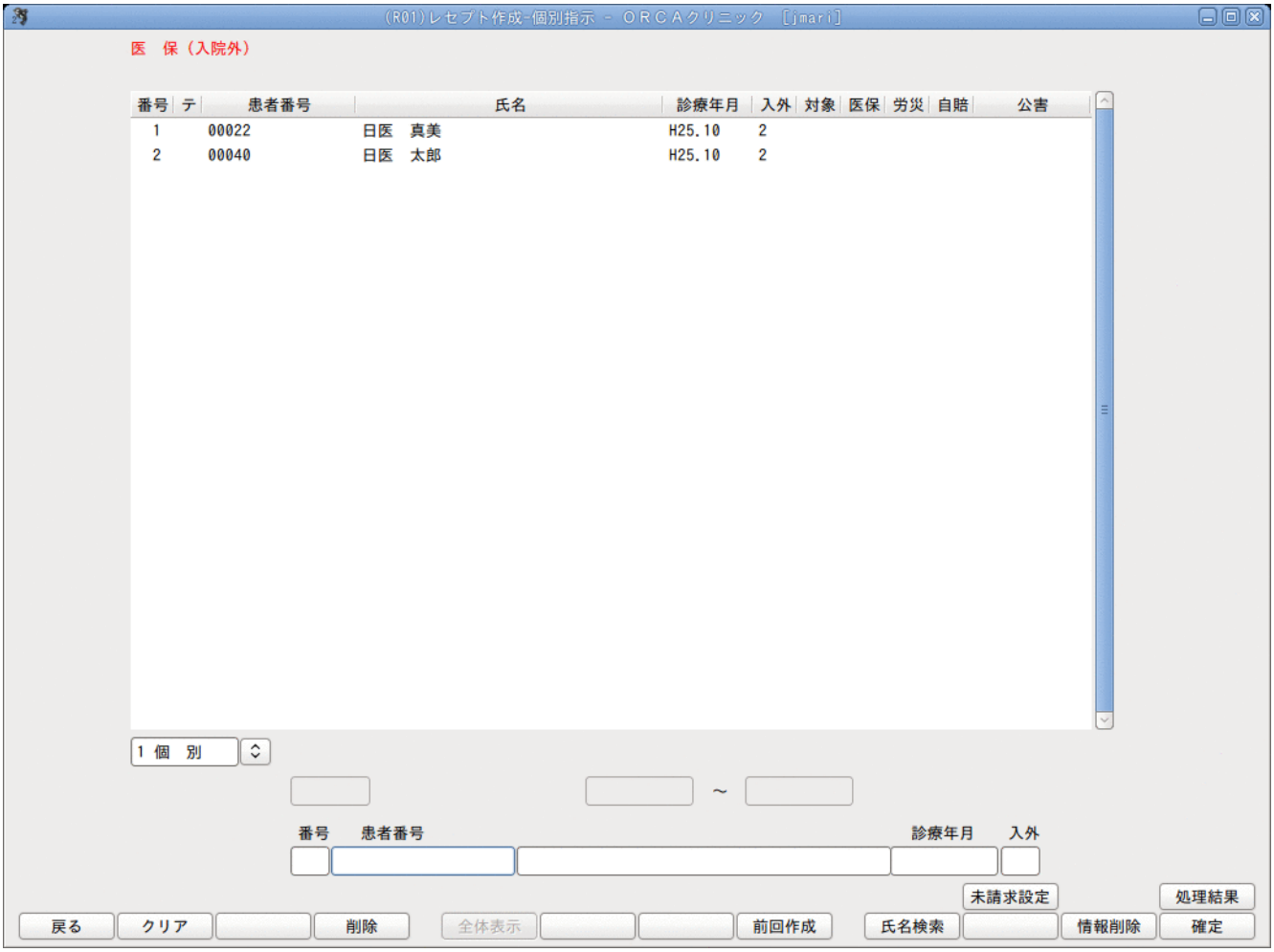


図 944

入力された患者番号、診療年月、入外区分に該当する診療データがない場合は次のメッセージを表示します。

図 945

「閉じる」（「Enter」）を押下してから入力値を確認して指定し直してください。
個別対象患者の入力ができましたら、「確定」(F12)を押下します。
確認メッセージを表示します。

図 946

「OK」(F12)を押下すると「処理結果」画面へ遷移し、レセプト作成処理を開始します。
「処理結果」画面では、「F11：状態」を押下することによりその都度、処理の経過が確認できます。
「戻る」(F1)を押下すると元の画面になります。
※なお、平成14年10月診療報酬改正以前のレセプトと、改正対応後の10月分以降のレセプトは「保険種別」欄等の記載方法が異なるため、同時に印刷することはできませんのでご注意ください。混在した診療年月を指定した場合、エラー表示を行います。

＜対象の診療会計がないので作成済みの請求データを削除しますのメッセージがでる場合＞
レセプト作成後（請求管理データ作成後）の保険変更（健康保険から労災等）または診療行為の取消等により健康保険での入力が無くなった場合に、

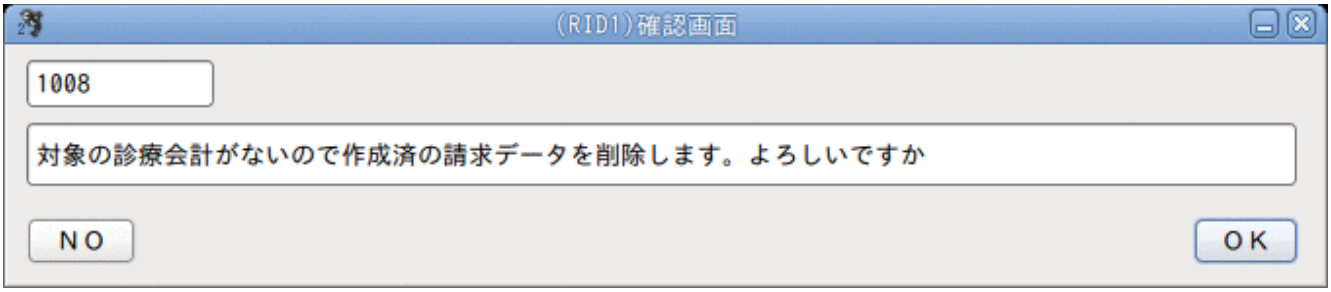


図 947

このメッセージを表示し、必要のない請求管理データを削除します。

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	遷移元の画面へ戻ります。
クリア	F2	画面のクリアをします。
削除	F4	作成対象患者一覧の患者の削除ができます。 表示されている行番号を画面下の番号入力欄に入力します。 入力項目欄に複写された内容で削除してもよいか確認してから「削除」(F4)を押下します。
前回作成	F8	前回個別作成した患者の一覧を読み込みます。
氏名検索	F9	氏名による検索ができます。
情報削除	F11	エラーが発生し、処理が正常に終了しなかった場合に処理内容の情報削除ができます。
確定	F12	作成対象者一覧へ登録します。 作成対象患者のレセプト処理を開始します。
処理結果	Shift+F12	処理の経過及び結果を確認できます。

（1）－5　個別作成（訂正分）

入院外レセプト一括作成を行った後、訂正分のレセプトだけを印刷することができます。

＜訂正分レセプトの発行範囲＞

一括作成日（処理日）の翌日　～　環境設定によるシステム日付まで
訂正分レセプトの対象患者
入院外のレセプトで
「12　登録」
「21　診療行為」
「22　病名」
「24　会計照会」　を変更した患者（テスト患者を除く）

＜「12　登録」と「22　病名」について＞

登録業務と病名業務では診療月が確定できないため、翌月分として入力された場合でも訂正レセプトの対象になります。訂正レセプトの対象になるのは、該当月の一括作成後～翌月10日までの範囲となります。登録業務は、カルテ発行のみでも対象となります。

例）診療月　一括作成　4月分を5月1日に行う場合
病名変更日　5月10日・・・4月分の訂正レセプト対象
病名変更日　5月11日・・・4月分の訂正レセプト対象にならない

この場合では5月2日～5月10日までの期間に病名登録画面で変更があった患者を対象とします。（5月診療分の病名であっても対象になります）

※対象になる患者は、一括作成後個別にレセプト作成を行っても訂正日対象から消えることはなく、再度一括作成をおこなうまで、訂正分として毎回対象となります。

入院外の個別作成を選択します。
「2　訂正日」を選択します。
診療月を入力し、確定キーを押下します。
一括作成（処理日）の翌日からシステム日付までの範囲で訂正分患者を検索します。

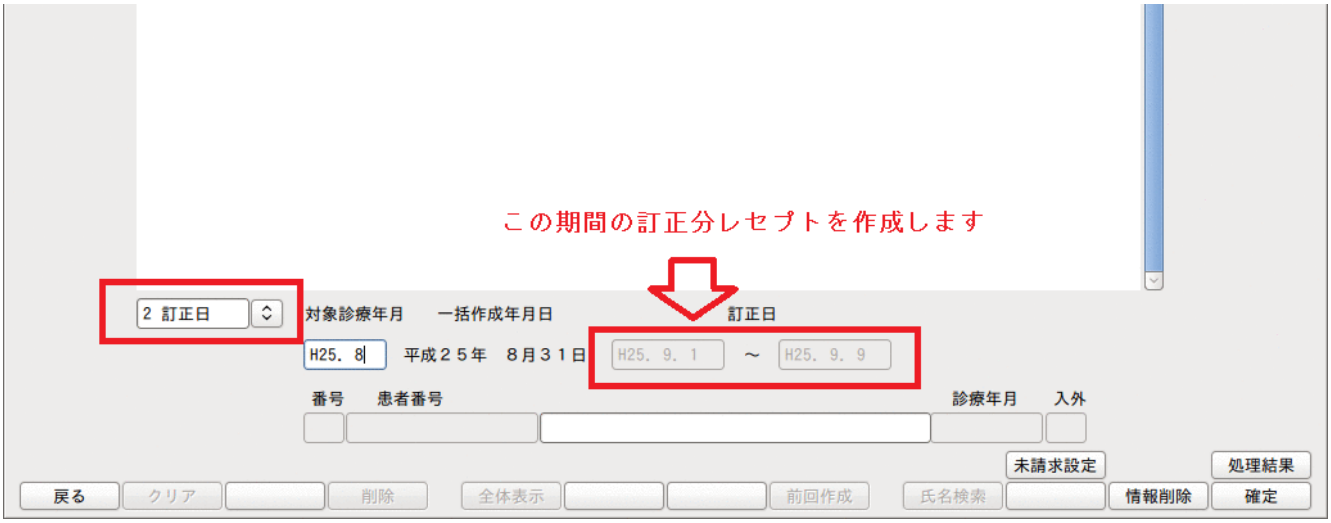


図 948

訂正期間に該当する患者がいる場合はメッセージを表示し、「OK」でレセプトを作成します。

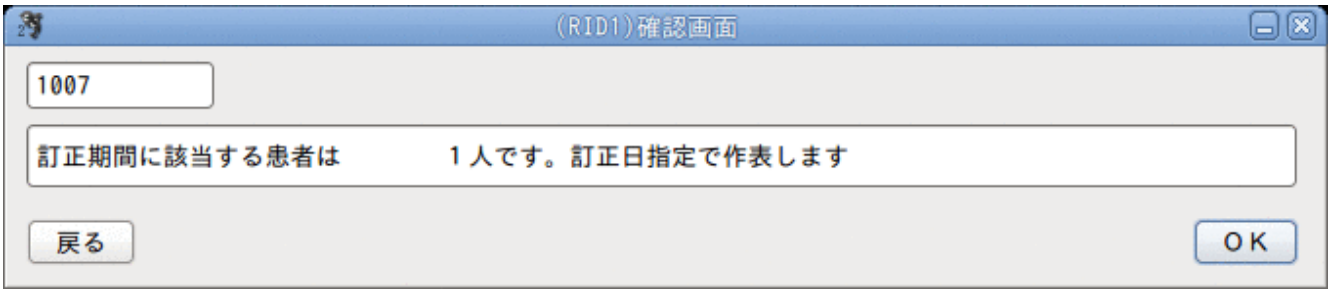


図 949

（1）－6　個別作成（受診日）

受診日の範囲を指定してレセプトを作成できます。（テスト患者は除く）
受診日の範囲は同月内の任意の日で設定できます。

入院外の個別作成を選択します。
「3　受診日」を選択します。

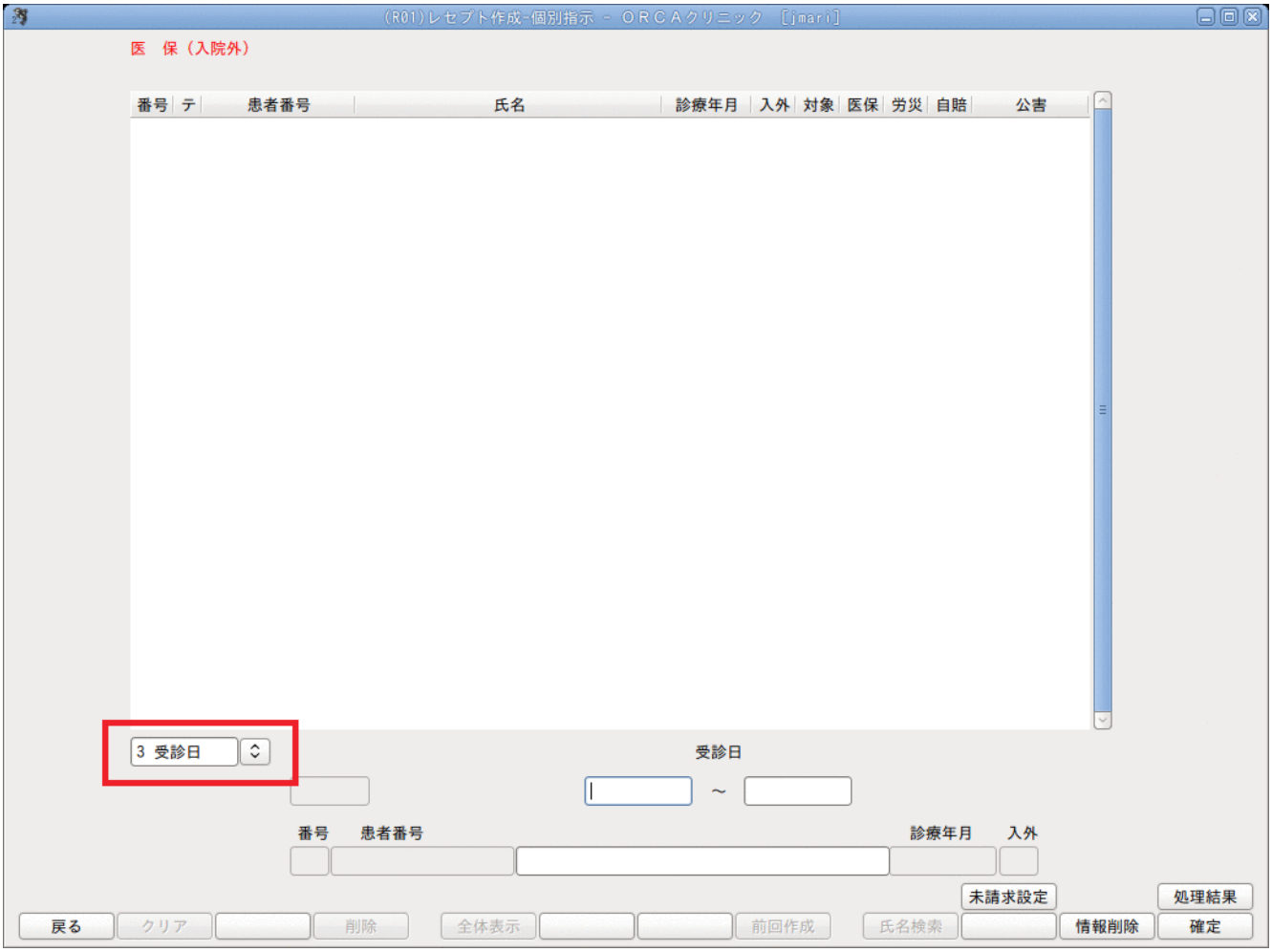


図 950

受診日の範囲を入力します。
開始日を入力後、自動で月末を表示します。

図 951

「確定キー」を押下すると入力された受診日の範囲で患者を検索します。

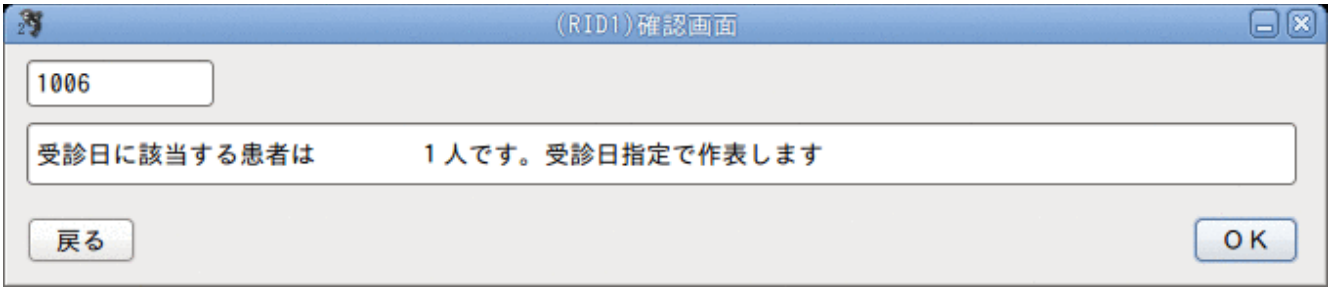


図 952

「OK」でレセプトを作成します。

(1) ー7　照会連携

「13　照会」業務より検索した結果（患者リスト）をレセプト個別作成の対象者とすることができます。
詳しくは　【2.3.2　レセプト個別作成との連携（検索結果を個別作成する）】を参照してください。

(1) ー8　レセプト作成処理の中止

「42　明細書」の作成処理の中止ができます。
「中止」(Shift＋F9)を押下後、数十秒以内で中止します。

図 953

中止処理後はメッセージを表示します。

図 954

※明細書処理が「印刷データ編集」処理プログラムを開始している場合は、中止できません。

(2) レセプト作成処理の経過確認

レセプト作成処理中は、「処理結果」(Shift+F12)画面の「F11：状態」を押下することにより、現在行われている処理がその都度、確認できます。（何度でも押下して処理の確認をすることができます）。

図 955

レセプト作成処理終了後は、「F12：印刷」を押下して印刷指示画面へ遷移します。
※(処理の終了後に「確定」(F12)を押下すると再度、「新規処理を行います」の確認メッセージを表示し、「「Enter」」押下により再度レセプト作成処理が始まるので注意してください）。

なお、「101　システム管理マスタ」－「2005　レセプト・総括印刷情報」の「自動遷移区分」欄を設定することにより、レセプト作成処理終了後は自動的に印刷指示画面へと遷移させることもできます。「1　自動遷移する」と設定した場合には、レセプト作成処理またはプレビュー処理が終了したのちに印刷指示画面またはレセプトプレビュー画面へ自動で画面が切り替わります。（再印刷のプレビュー画面への遷移は、自動遷移設定を行ってもできません）。

(3) 印刷処理の指定

印刷指示画面では作成されたレセプトの枚数をレセプトの種類毎に表示します。
表示は1ページ目を社保分とし、「次頁」(F7)を押下した2ページ目を国保の印刷指示画面とします。
なお、自費分やレセプト種別不明分は1ページ目に表示し、レセプト種別不明で作成印刷されたレセプト用紙の上部余白には種別不明の原因と思われる内容を印字します。

＜レセプト種別不明の原因と思われる事例＞

診療行為入力されている保険と患者登録での保険登録に矛盾がある場合	診療行為入力後に ・保険が削除されている ・保険の期間が変更されている ・保険情報を変更したら保険組合せが変わった ・公費等の追加で保険組合せが変わっている等
主保険が無く、レセプト記載しない地方公費のみで登録されている	主保険の期限が切れている　等
診療行為はあるが患者が存在しない	患者削除を行ったとき、何らかの原因で患者の会計のみ残った場合
受付エラーチェックを行っている	• 生活保護の負担者番号または受給者番号の記録がない • 傷病名の記録がない • 特定器材の単位コードの記録がない • コメントコードの未入力または全角空白のみ

ヒント！

受付エラーチェックを行うには「101　システム管理マスタ」－「2005　レセプト・総括印刷情報」の受付エラーチェック区分を「1　チェックする」に設定します。

＜医保の場合＞

【社保　印刷指示画面】

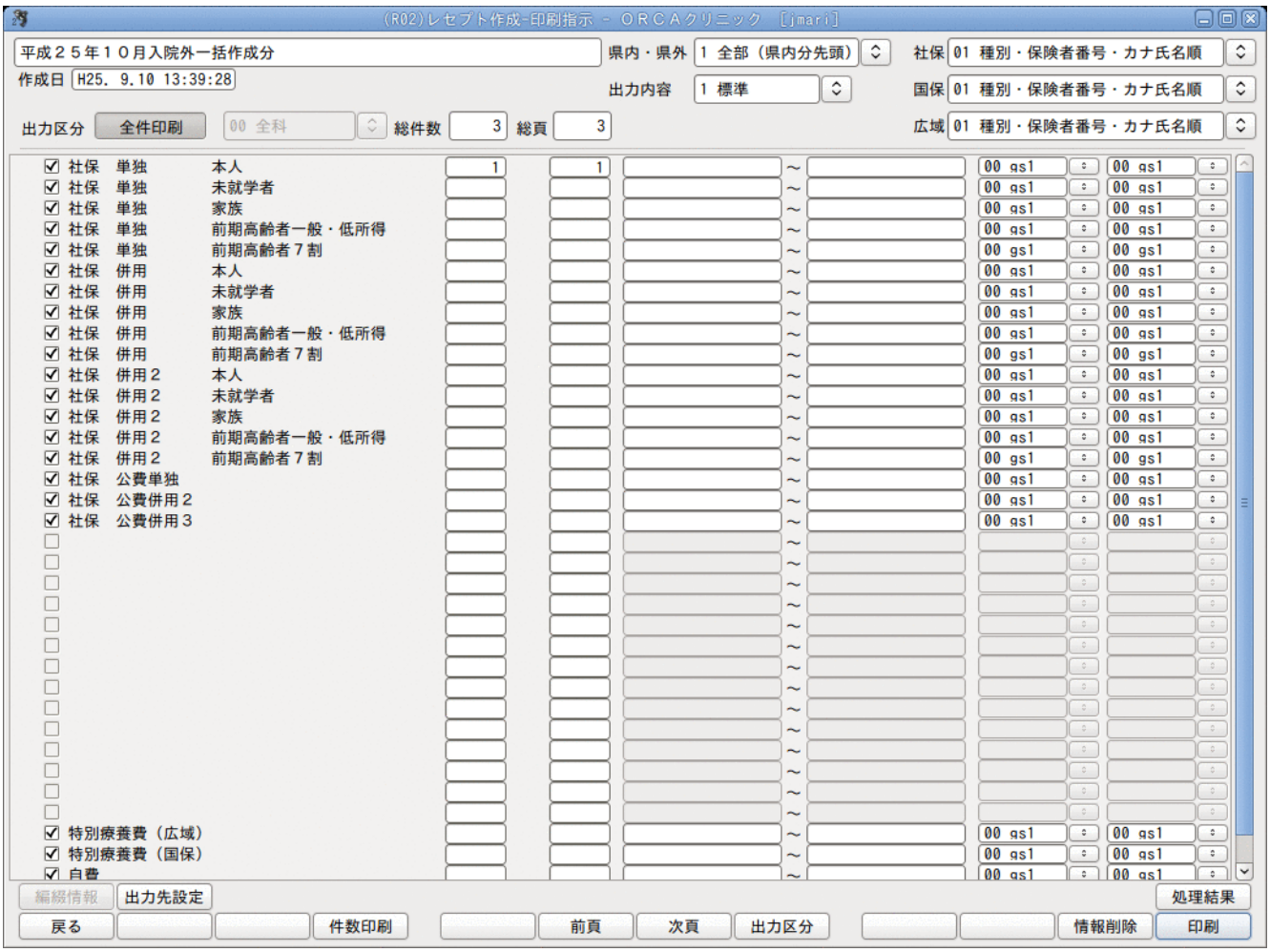


図 956

【国保　印刷指示画面】

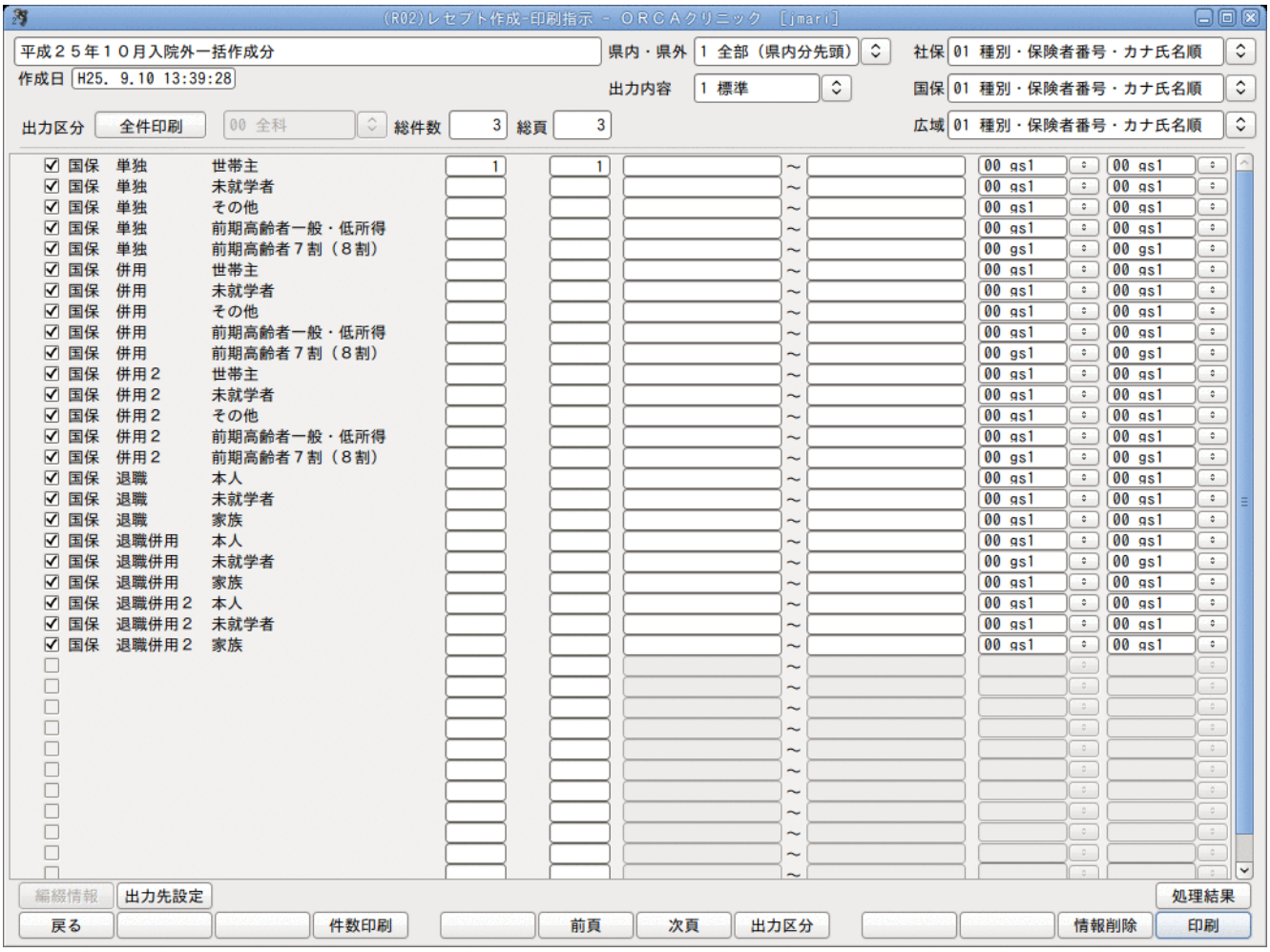


図 957

＜診療科選択コンボについて＞

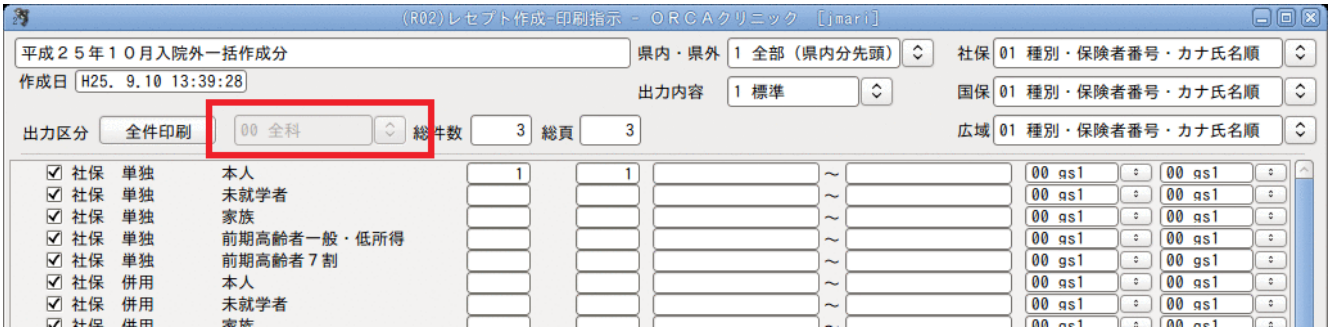


図 958

診療科別にレセプトを発行するには主科設定を行う必要があります。
主科設定をする医療機関はこちらを参照してください。

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	遷移元の画面へ戻ります。
件数印刷	F4	一覧にレセプト種類毎の患者数及びレセプト枚数を印刷します。 「件数印刷」押下後に表示される確認メッセージは、「OK」を押下すると印刷を開始します。
前頁	F5	国保の印刷指示画面を表示しているとき押下すると、社保の印刷指示画面へ遷移します。
次頁	F6	社保の印刷指示画面から国保の印刷指示画面へ遷移します。
出力区分	F8	「全件印刷」か「指定印刷」を選択できます。
情報削除	F11	エラーが発生して処理が正常に終了しなかった場合に、処理内容の情報削除ができます。
印刷	F12	レセプトの印刷を行います。
処理結果	Shift+F12	処理の経過及び結果を確認できます。

＜出力順の指定＞

レセプトの出力順は、画面上部にある出力順のコンボボックスより選択します。

01　保険者番号・カナ氏名順	保険者番号順に出力を行います。同保険者番号の場合は、カナ氏名順とします。
02　保険者番号・患者番号順	保険者番号順に出力を行います。同保険者番号の場合は、患者番号順とします。
03　カナ氏名順	保険者番号に関係無く、カナ氏名順に出力を行います。
04　患者番号順	保険者番号に関係無く、患者番号順に出力を行います。
05　入力順	個別作成処理時のみに使用できます。個別指示画面で入力をした患者番号順に出力することができます。
06　編綴順	「101　システム管理マスタ」－「2005　レセプト総括印刷情報」に設定されている内容で印刷を行います。
07　カナ氏名順（全体）	社保、国保の区別なくカナ氏名順となります。
08　患者番号順（全体）	社保、国保の区別なく患者番号順となります。
09　種別カナ氏名順	レセプト種別内でカナ氏名順となります。 （保険者の区別なくカナ氏名）
10　種別患者番号順	レセプト種別内で患者番号順となります。 （保険者の区別なく患者番号順）
11　医師別順	医師別順に印刷します。 「101　システム管理マスタ」－「2005　レセプト総括印刷情報」－「編綴順」タブで設定が必要です。【3.2.4　医師別レセプト印刷】を参照してください。
13　ターミナルデジット	ターミナルデジット方式で印刷します。 「101　システム管理マスタ」－「2005　レセプト総括印刷情報」－「編綴順」タブで設定が必要です。【3.2.5　ターミナルデジット順レセプト印刷】を参照してください。

なお、初期表示する出力順を「101　システム管理マスタ」－「2005　レセプト・総括印刷情報」の「一括作成出力順」または「個別作成出力順」で設定することができます。

＜レセプトの種別を選んで印刷したい（指定印刷）＞

「出力区分」(F8)を押下するか、画面上部の出力区分のボタンをクリックすることにより「全件印刷」、「指定印刷」のどちらかを選択することができます。「指定印刷」を選択した場合は、レセプトの種別のチェックボタンをチェックしたもののみ印刷を行います。種別を選択したとき、該当する種別と該当の出力件数、枚数の表示色が青色に変更します。

印刷、または印刷しないで処理を行った後、「済」マークが表示されます。

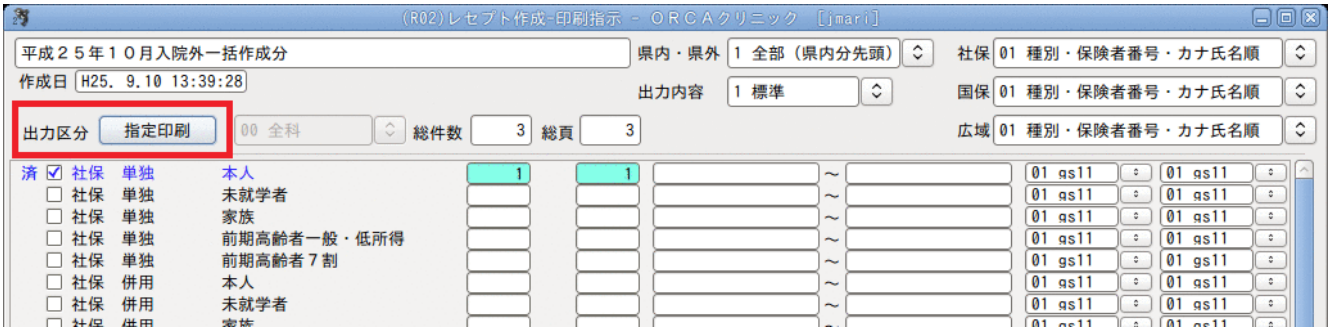


図 959

ヒント！

「済」マークを表示する条件。

- 指定印刷であること
- 県内・県外区分を「1　全体」であること
- 出力内容が「1　標準」であること
- 出力範囲の指定をしないこと

画面をレセプト作成指示画面まで戻ると、画面は初期化され「済」マークは消えます。

＜指定印刷時に印刷後チェックを外したい＞

「101　システム管理マスタ」－「2005　レセプト・総括印刷情報」－印刷後のチェック解除の設定により、印刷処理終了後に選択していたチェックを自動で外すことができます。

＜印刷対象データの指定（患者指定での印刷）＞

「県内・県外」や「出力順」の下にある入力欄へ患者カナ氏名または患者番号を入力して、印刷範囲を指定することができます。

このとき、出力区分は「指定印刷」とした場合のみ使用できます。患者カナ氏名は、カタカナによる入力を行います患者番号は、システム管理マスタにて設定された患者番号の桁数での入力（例えば5桁なら「00001」～「00100」など）が必須となります。

＜国保のレセプトの印刷順について＞

国保のレセプトを出力する際、県内・県外区分を変更することにより以下のように印刷順を変更することができます。

1　全部（県内分先頭）	県内・県外の順で選択した出力順で印刷
2　県内分	県内分のみを選択した出力順で印刷
3　県外分	県外分のみを選択した出力順で印刷
4　全部（順不同）	県内・県外を分けずに選択した出力順で印刷

県内、県外の扱いは保険者番号により判別しますが、システム管理マスタの設定を行った保険者番号の県外レセプトを、県内レセプトの扱いとすることができます。

設定方法は、【5.1　システム管理マスタ】の【1033　県内扱い保険者情報】を参照してください。

＜出力内容について＞

摘要欄が続紙に及ぶレセプトの場合に、以下の出力内容で出力を行うことができます。

1：標準	1号紙に続紙が差し込まれた形で出力します。ただし、1号紙と続紙の出力するプリンタ名が違えば、各プリンタからそれぞれの種類の用紙を一度に出力します。
2：1号紙のみ	1号紙（1ページ目）のみ出力を行います。
3：続紙のみ	摘要欄が続紙にまたがる患者について、1号紙の摘要を除いた内容の出力を行います。 このとき、続紙の様式はシステム管理マスタで設定された様式で出力されます。

＜印刷時のプリンタの変更＞

「出力先設定」(Shift＋F2)を押下します。

図 960

（R06）プリンター括設定画面を表示します。出力先プリンタを選択し、「設定」を押下します。

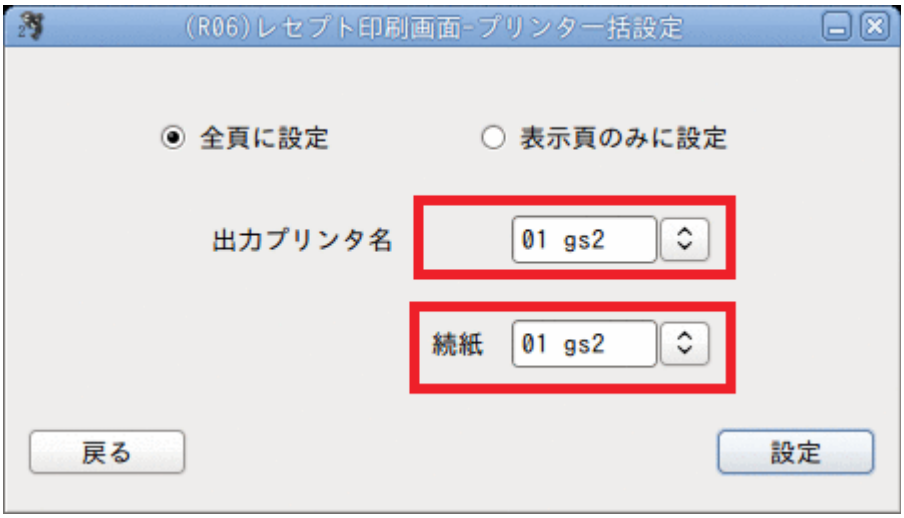


図 961

全頁に設定	社保・国保全てが対象となります。
表示頁のみに設定	社保・国保別々に設定する場合に使用します。 表示されている画面にプリンタを設定します。 社保､国保を別々に設定したい場合に､先に社保の画面で｢表示頁のみに設定｣を選択後プリンタを設定します｡その後国保の画面に切り替えて｢表示頁のみに設定｣を選択後プリンタを設定します。
出力先プリンタ	レセプト1枚目を印刷するプリンタを選択します。
続紙	レセプト2枚目以降（続紙）を印刷するプリンタを選択します。

またレセプト種別毎に印刷するプリンタ変更もできます。
（個別作成時の出力順が「入力順」の場合はプリンタの変更はできません）

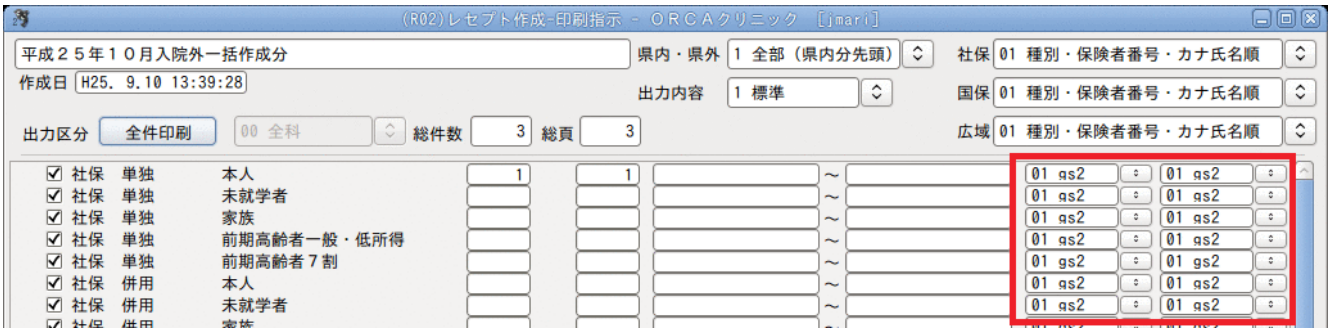


図 962

左の行が1号紙（1ページ目）、右の行が続紙の設定になります。

コンボボックスのプリンター覧は｢101　システム管理マスタ｣－｢1031　出力先プリンタ割り当て情報｣｢2005　レセプト・総括印刷情報｣「3004　県単独事業情報」より情報を取得します。
※出力順を変更したり、レセプト作成画面に戻るとクリアし初期表示に戻ります。

＜印刷の開始＞
印刷条件の入力ができましたら「印刷」(F12)を押下します。
出力区分を全件印刷、とした場合には、以下の確認メッセージを表示します。

図 963

F12：印刷する	「処理結果」画面へ遷移し、明細書作成処理を開始します。作成処理後は印刷を行います。
F11：印刷しない	「F12：印刷する」押下時と同様に「処理結果」画面へ遷移します。 ただし、明細書作成処理のみで印刷は行いません。印刷を行う場合には「再印刷」画面から印刷を行ってください。 （再度作成処理を行った場合には、前回の印刷内容は失われます）。
F10：プレビュー	プレビュー選択画面にて患者毎にレセプト様式で画面に表示します 操作方法は【（4）プレビュー画面について】で後述します。

F12：印刷する	「処理結果」画面へ遷移し、明細書作成処理を開始します。作成処理後は印刷を行います。
F1：戻る	元の画面に戻ります。

＜「再印刷」処理＞

「再印刷」(F5)で既存の印刷処理内容の再印刷を行います。

一覧には、レセプトの種類別（医保、労災、自賠責）に一括処理と個別処理のそれぞれ最新の帳票のみを表示します。

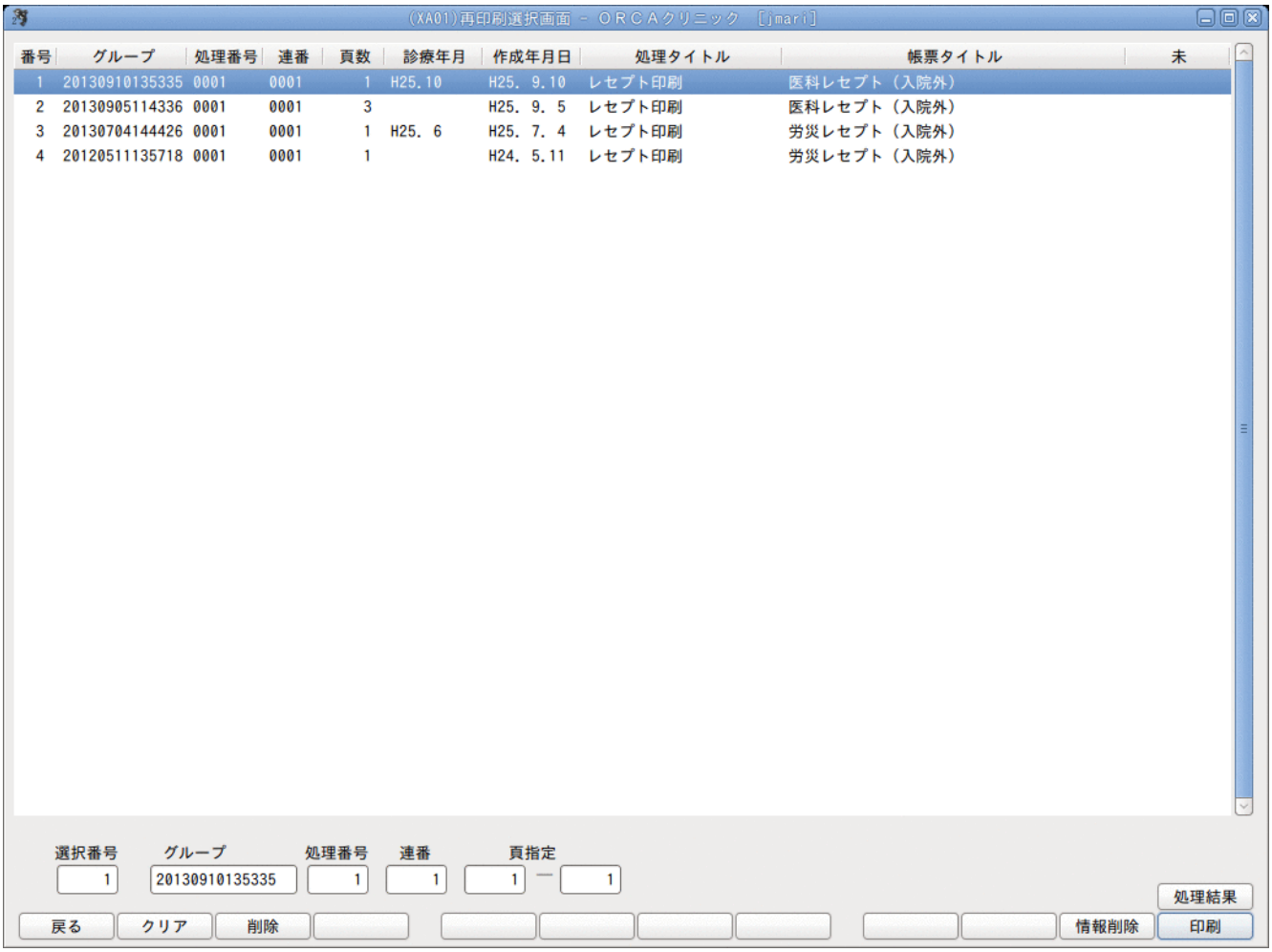


図 964

出力帳票を指定後「印刷」(F12)を押下すると確認メッセージを表示します。

図 965

F12：OK	「処理結果」画面へ遷移し、出力帳票作成処理を開始します。作成処理後は印刷を行います。
F10：プレビュー	処理を開始します。処理終了後は、「F12：プレビュー」を押下して遷移したプレビュー画面に出力帳票を表示します。
F1：戻る	元の画面に戻ります。

なお、「101　システム管理マスタ」－「2005　レセプト・総括印刷情報」の「自動遷移区分」欄を設定することにより、プレビュー処理終了後は自動的にプレビュー画面へと遷移させることもできます。「1　自動遷移する」と設定した場合に自動遷移する画面は、印刷指示画面、レセプトプレビュー画面が該当します。（再印刷のプレビュー画面への遷移は、自動遷移の対象外です）。

＜労災の場合＞

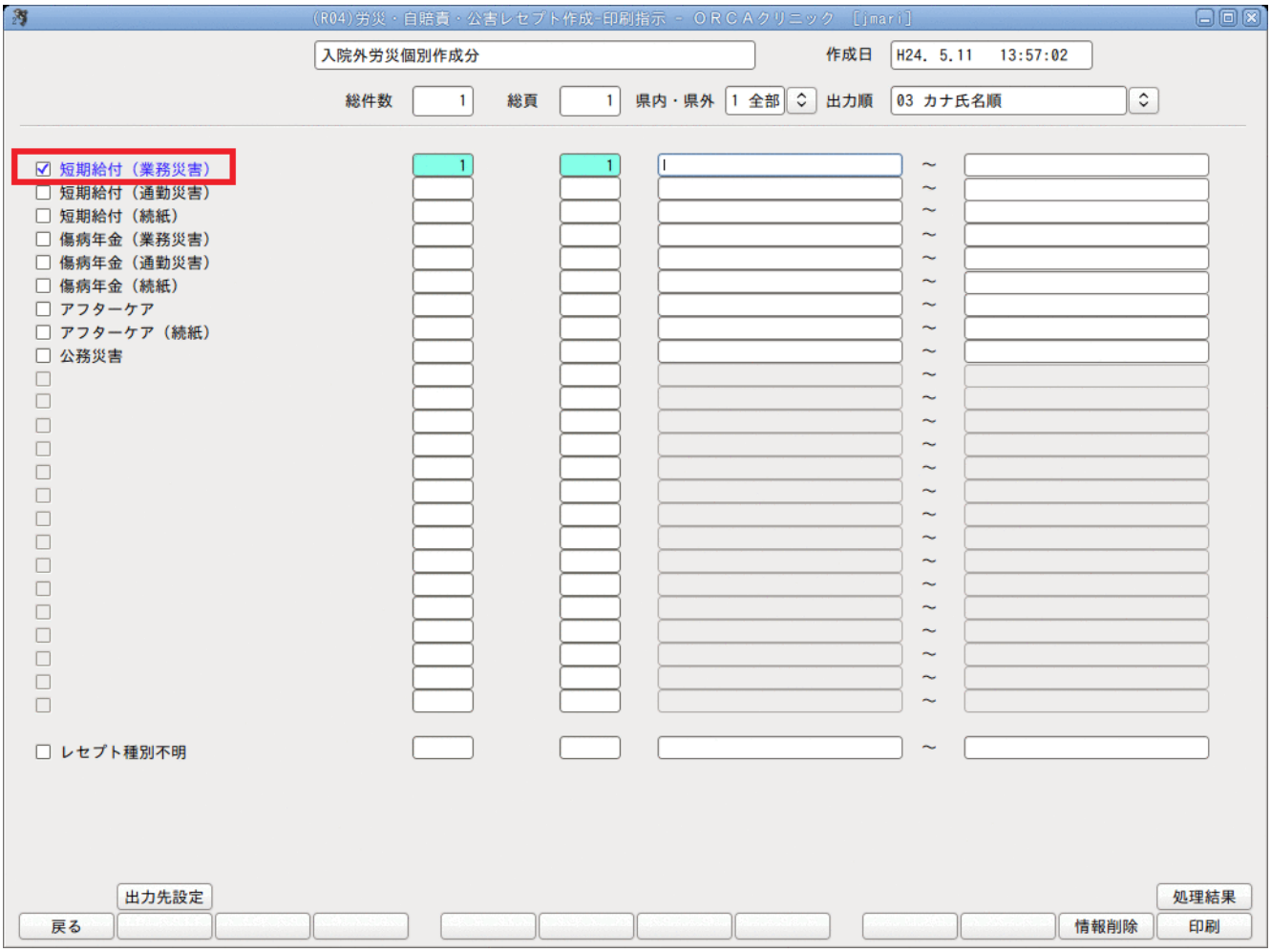


図 966

労災・自賠・公害での出力区分は指定印刷のみとし、レセプトの種類のチェックボタンをクリックして選択したもののみを印刷します。

＜印刷の中止＞

レセプトの印刷処理中に中止(Shift＋F9)を押下することにより、印刷を中止します。
「中止」を押下後、数十秒以内に中止します。

(R99)処理結果
番号
処理名
開始時間
終了時間
エラーメッセージ
0000001 対象レセプト抽出
14.22.39
14.22.41
処理が中止されました
Shift+F9:中止
F1:戻る
F11:状態
印刷処理が中止されました

図 967

(4) プレビュー画面について

レセプトの印刷を行う前に、レセプトの仕上がりイメージを画面上にて確認することができます。
一括作成処理後、または個別作成処理後のどちらでもプレビュー機能は使用できます。一括作成処理または個別作成処理から「F12：印刷」で印刷指示画面へ遷移後は、「印刷」(F12)を押下して「F10：プレビュー」を押下します。

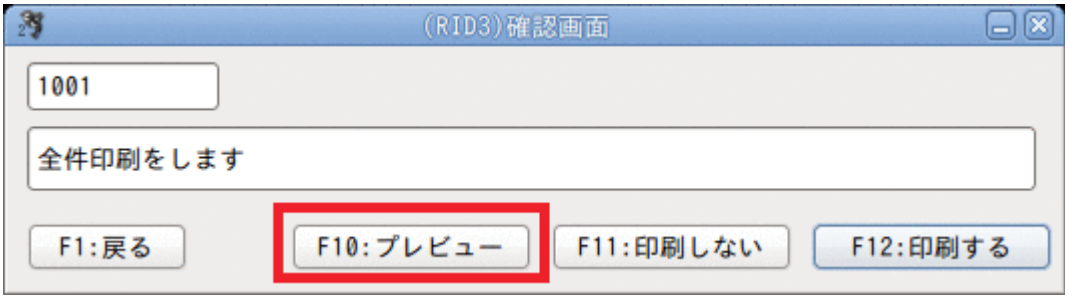


図 968

↓

図 969

↓「F12：プレビュー」を押下するとプレビュー画面へ遷移します。

なお、「101　システム管理マスタ」－「2005　レセプト・総括印刷情報」の「自動遷移区分」欄を設定することにより、プレビュー処理終了後は自動的にプレビュー画面へと遷移させることもできます。

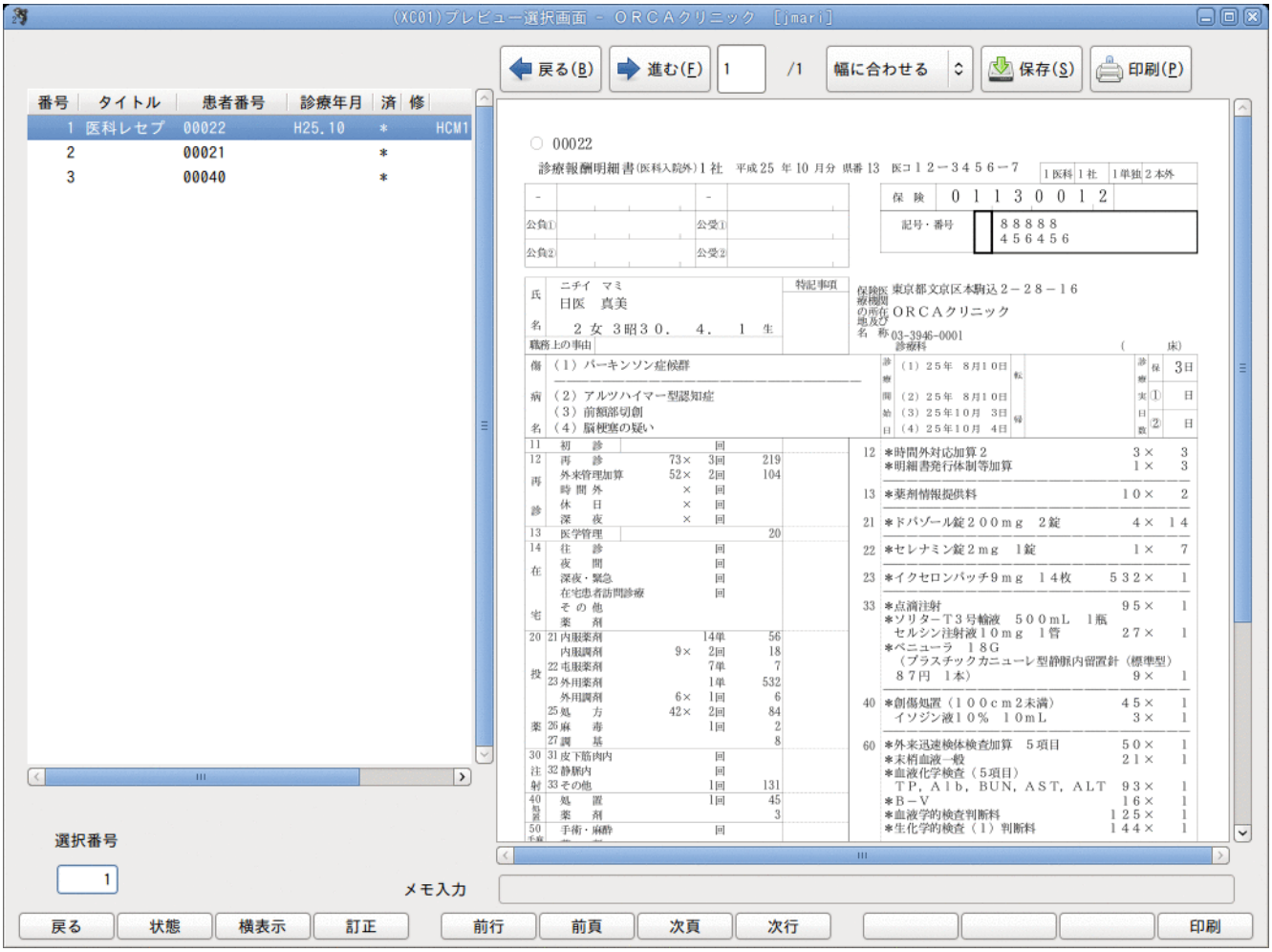


図 970

項目の説明

表示サイズボタン 幅に合わせる	帳票を拡大、縮小表示します。
クライアント印刷ボタン 印刷(P)	クライアントマシンに接続されているプリンタから印刷します。
済（コラムリスト内）	プレビュー用ファイルの作成が終了したものに対し、「済」の欄に「＊」を表示します。
修（コラムリスト内）	コラムリストから指定したレセプトに対して、「訂正」(F4)を押下すると「修」の欄に「○」印を表示します。
選択番号欄	コラムリストの番号を入力して「Enter」を押下すると、レセプトの仕上がりイメージをプレビュー画面に表示します。
メモ入力欄	プレビュー画面でレセプトの不具合を確認したとき、訂正箇所等を入力しておくと月次統計業務にて「○」印のついた行の患者をリストアップすることができ、メモ入力した内容も印字することができます。 （システム管理の設定が必要です）。全角50文字までの入力ができます。（リストへの印字は27文字までとなります）。
進む、戻る　ボタン	クライアント再印刷のプレビュー時に使用します。

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	元の画面に戻ります。
状態	F2	プレビュー作成処理を行ったレセプトの枚数が多くなると、プレビュー画面に遷移した直後は全てのプレビュー用ファイルが作成されていない場合があります。 コラムリストにある「済」の欄に「＊」が付いていない行はプレビュー用ファイルがまだ作成中のため、「状態」を押下することにより最新の状態（「＊」が表示される）となります。
横表示／縦表示	F3	プレビュー画面を横表示に切り替えます。
訂正	F4	コラムリストの「修」の欄に「○」印が表示されると共に、カーソルはメモ入力欄へと移動します。
前行	F5	コラムリストで現在指定されている行のひとつ上のレセプトを表示します。
次頁	F7	コラムリストに一度に表示できるレセプトの枚数は100枚までのため、101枚目以降を表示する場合に押下します。
次行	F8	コラムリストに現在指定されている行のひとつ下のレセプトを表示します。
印刷	F12	指定したレセプトの印刷をサーバから行います。 プレビューで確認したレセプトを印刷する方法として、この「印刷」(F12)の他に明細書画面の「再印刷」(F5)画面からまとめて印刷を行うこともできます。

＜帳票フォームIDの表示＞

プレビュー中の帳票フォームIDを表示します。

図 971

＜プレビュー画面の操作方法＞

プレビュー画面へ指定したレセプトを表示させる方法は、

- 「前行」、または「次行」を押下する
- 選択番号欄にリストの番号を入力し、「Enter」を押下する
- コラムリストから画面表示させるレセプトの行をクリックする

があります。
プレビュー画面は上部のアイコンを押下することにより、拡大または縮小して見ることができます。また、プレビュー画面に表示されたレセプト上でマウスを左クリックしたまま前後左右に動かすと、表示画面からはみ出している部分のレセプト内容を確認することができます。

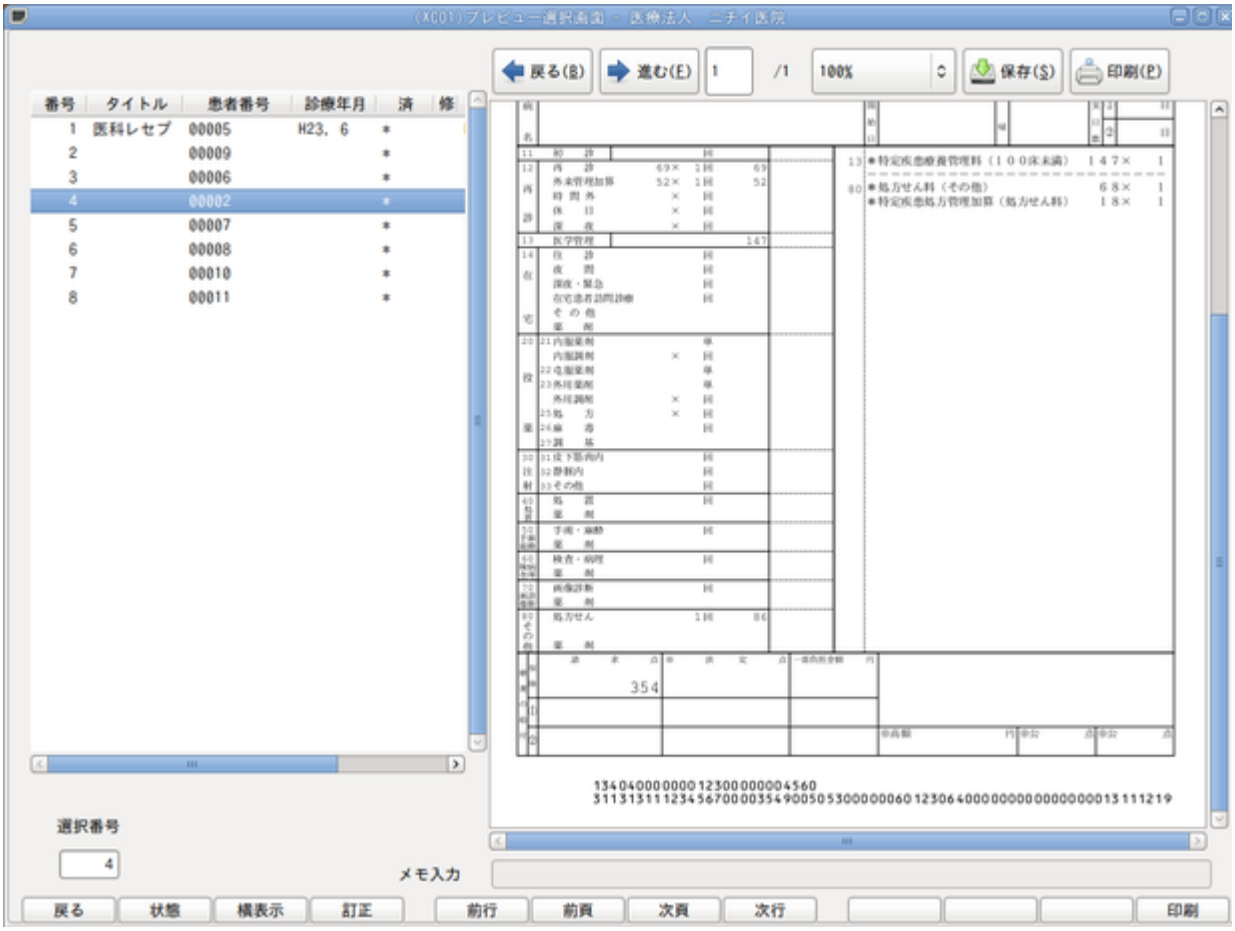


図 972

＜訂正が必要なレセプトの処理＞

「訂正」(F4)を押下します。コラムリストの「修」欄に「○」印が付き、メモ入力欄にカーソルが移動します。

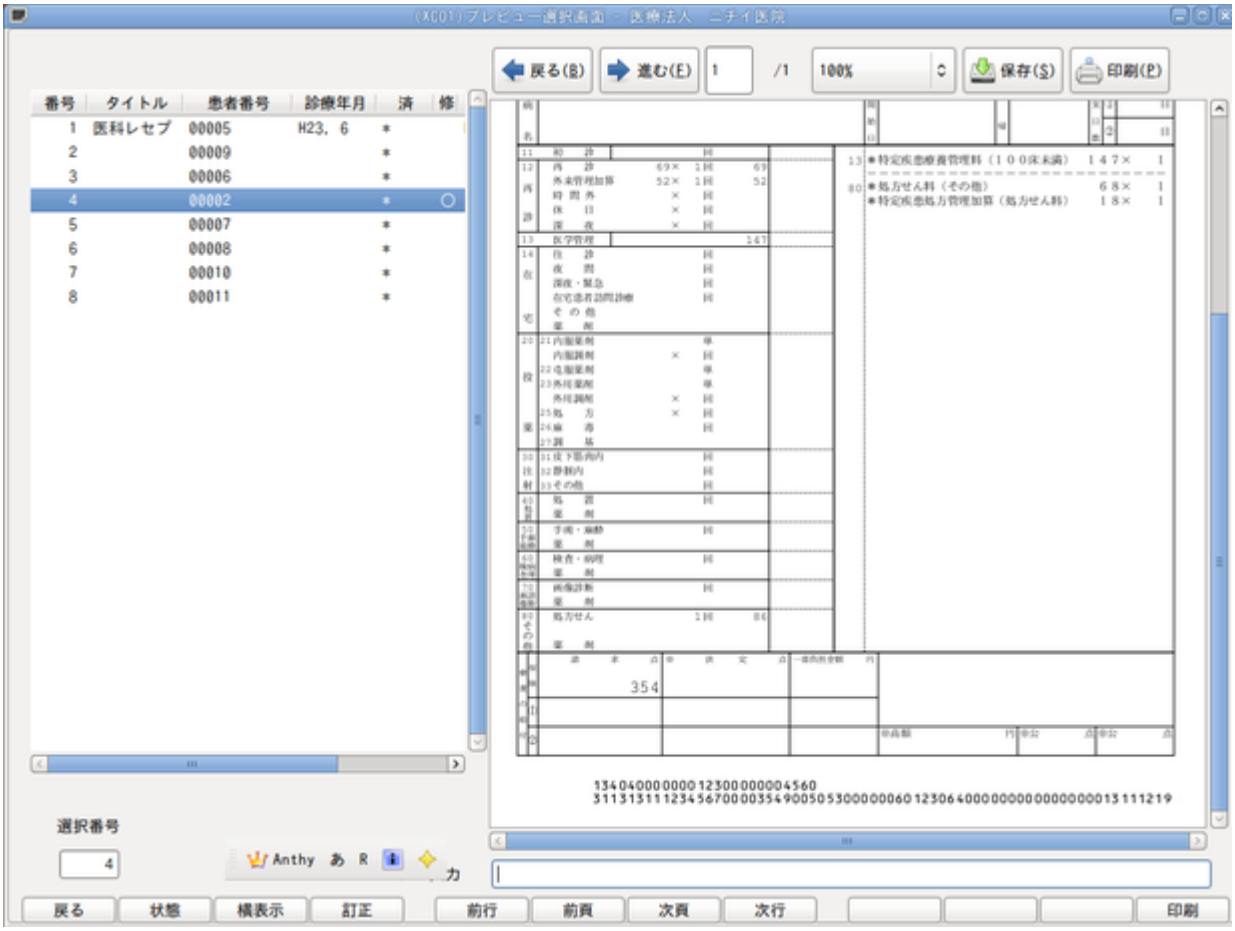


図 973

月次統計業務から出力できるリストに印字するためのメモ書きを全角で入力します。
メモ入力後は一連の動作で「Enter」を2回押下して入力内容の確定をします。

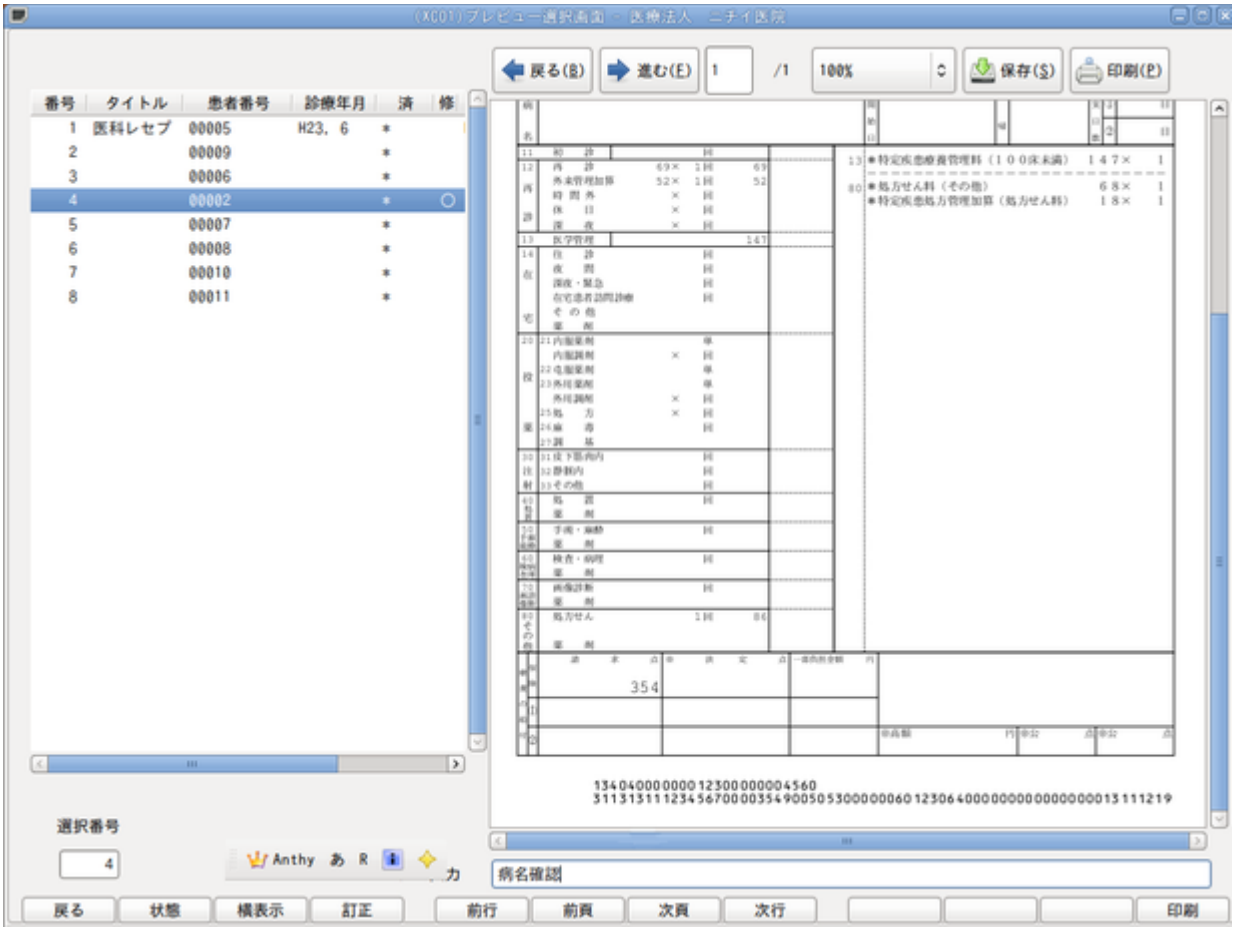


図 974

なお、「訂正」を押下して付いた「○」印やメモ入力を消す場合には、コラムリストのカーソルを該当の行へ合わせ、再度「訂正」を押下することにより削除されます。
月次統計業務から不具合のある患者、メモ入力欄で入力した内容をリストアップすることができます。（サンプル提供となります）。
リストの出力には、システム管理マスタでの設定が必要となります。【5.1　システム管理マスタ】の【3002　統計帳票出力情報（月次）】を参照してください。

＜レセプトの印刷＞
※メモ入力欄で入力した内容は、次のレセプト印刷処理を行うまで有効です。印刷処理（プレビュー、印刷しない、印刷する）を行った時点で前回の入力内容を削除します。

プレビュー画面で確認後、レセプトの印刷を行う場合は「印刷」(F12)を押下します。押下すると画面で指定された患者のレセプトの印刷を開始します。プレビューで確認したレセプトを印刷する方法として、この「印刷」(F12)の他に明細書画面の「再印刷」(F5)画面からまとめて印刷を行うこともできます。
※プレビュー機能は、上記レセプトプレビューの他に「再印刷」画面でも使用できます。操作方法はレセプトプレビューと同様となります。

＜印刷時の注意点＞

労災・自賠責もプレビュー時に枠を表示しますが、プレビューからの印刷時には各保険により違いがあります。

保険	プレビュー時	サーバから印刷時 (F12)	クライアント印刷
社保・国保	枠有り	枠有り印刷	枠有り
労災	枠有り	枠無し印刷	枠有り
自賠責（新様式） ※1	枠有り	「101　システム管理マスタ」−2005レセプト・総括印刷情報」の自賠責・枠記載区分の設定による。	枠有り
自賠責（従来様式） ※1	枠有り	枠有り印刷	枠有り

(5) 特記事項の指定

診療行為入力画面で以下のコードを入力することにより、レセプトの特記事項欄へ印字します。
検索画面を使用しての検索の場合には「特記」と入力後「Enter」を押下します。

また特記事項は患者登録にて患者個別に設定することもできます。【2.2.3　患者情報の入力】の【（13）特記事項登録】を参照してください。

図 975

該当のコード入力は受診月に1回の入力とし、受診の度に毎回入力する必要はありません。

コード	特記事項
099990101	01 公
099990102	02 長
099990103	03 長処
099990104	04 後保
099990105	05 高度
099990107	07 老併
099990108	08 老健
099990109	09 施
099990110	10 第三
099990111	11 薬治
099990112	12 器治
099990113	13 先進
099990114	14 制超
099990116	16 長2
099990117	17 上位
099990118	18 一般
099990119	19 低所
099990120	20 二割
099990121	21 高半
099990122	22 多上
099990123	23 多一
099990124	24 多低

＜14　制超は＞

″820000053　（検選）″
″820000054　（リハ選）″
″820000055　（精選）″
を入力することにより、特記事項に自動記載します。

＜17　上位～19低所について＞

患者登録画面の公費の種類に
「17　上位」・・・966　高額（上位）
「18　一般」・・・967　高額（一般・低所）
「19　低所」・・・967　高額（一般・低所）＋所得者情報の設定
により自動記載します。

＜第三者行為について＞

患者登録より第三者行為の保険を登録し、診療行為入力を行なった場合は「10 第三」を自動記載します。

【特記事項の手入力例】

図 976

（6）実日数設定・一部負担金の編集

＜実日数のカウント・減算＞

099409901	実日数算定
099409903	実日数減算

診察料の算定が無い場合で実日数をカウントしたい、または実日数を減算したい場合に入力します。
健診等で実日数を算定するために当該コードを入力する必要はありません。（その場合の入力方法は、【2.6　診療区分別の入力方法】の【（1）－6　ダミーコードでの入力方法】を参照してください）。

＜1円単位での記載について＞

地方公費の場合でレセプトの一部負担金額欄へ1円単位まで記載表示する方法は「保険番号マスタの設定について」を参照してください。

＜一部負担金欄の編集＞

■対象のレセプト

- 高齢者のレセプト
- 70歳未満で限度額適用認定書の登録がある患者のレセプト

■事前準備

0083XXXXX　のコードで以下の3つのコメントコードを作成します。

0083XXXXX　（再掲上）：
0083XXXXX　（再掲下）：
0083XXXXX　保険負担金：

注意！ 各コードの名称は必ず上記の名称で作成してください。

■入力方法

システム予約コード″099999910　【レセプト】保険欄 - 一部負担金記載あり″を入力後、コメントコードと金額を入力します。

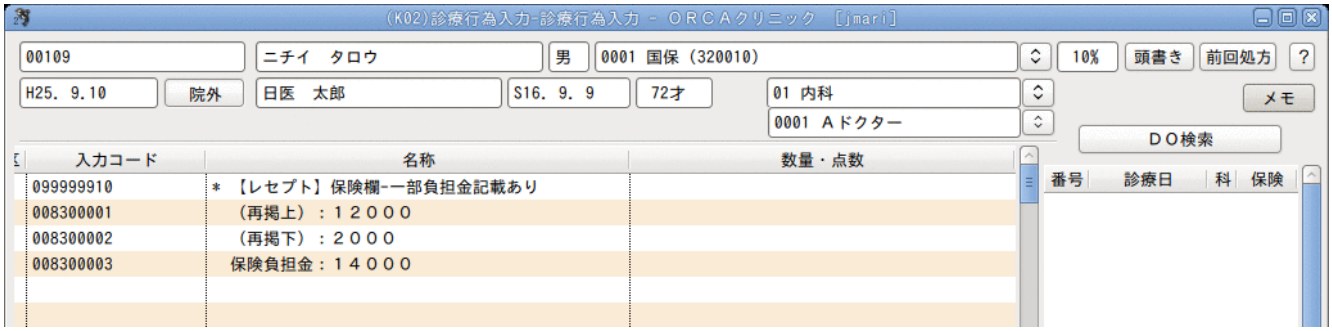


図 977

Copyright(C)2007JMARI

ヒント！

- 必ず同一剤で入力してください。
- 一部負担金記載のないレセプトでも″099999910　【レセプト】保険欄 - 一部負担金記載あり″を入力すると一部負担金を記載します。
- 「（再掲上）：」または「（再掲下）：」を空欄にしたい場合は「9999999円」と入力します。

■レセプト記載

入力した金額を記載します。

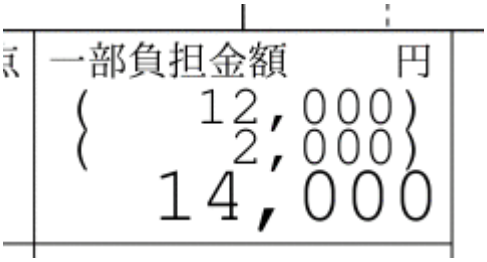


図 978

ヒント！　一部負担金を記載しない設定

システム予約コード″099999909　【レセプト】保険欄 - 一部負担金記載なし″を入力します。

99	099999909	【レセプト】保険欄 - 一部負担金記載なし

（7）労災レセプト、自賠責レセプト出力の注意点

＜使用する帳票について（労災レセプト）＞

労災の請求用紙はOCR領域があり、また2色刷りの専用用紙となります。労働基準監督署より次の用紙を入手して印刷することを前提としています。

ア）短期給付（業務災害）
　　（通勤災害）・・・・・・　帳票種別　34703単
イ）傷病年金（業務災害）
　　（通勤災害）・・・・・・　帳票種別　34705単
ウ）短期給付（続紙）
　　傷病年金（続紙）
エ）アフターケア・・・・・・　帳票種別　37702単
オ）アフターケア（続紙）

＜A4トレイの用紙セットについて（労災レセプト）＞

労災の請求用紙によっては縦の長さが通常のA4に比べて短いので、トレイへセットする際に用紙の下部分が余るようにセットしてください。手差しトレイへセットしていただき、問題が無ければ手差しトレイを使用することをお薦めします。

＜レセプト作成ー印刷指示画面での注意事項（労災、自賠責レセプト）＞

用紙が異なるものを同時に選択した場合、「印刷」(F12)を押下すると「種類の違うレセプトが選択してありますが、よろしいですか？」と確認メッセージが表示します。「OK」を押下すると、選択した全てのレセプトがA4トレイ（手差しトレイ）にセットしてある用紙で印刷されてしまうので注意が必要です。

＜傷病名の出力について（労災、自賠責レセプト）＞

病名登録で入力の際、保険適用欄は必ず該当する労災保険、或いは自賠責保険を選択していなければ表示されません。

＜傷病の経過の出力について（労災、自賠責レセプト）＞

病名登録、または会計照会にある「コメント」を押下し、そこで入力したコメントが出力されます。

＜自賠責（第三者行為）レセプトについて＞

- 従来様式で作成します。
- 保険者名を記載します。
- 診療の種類に「健保関係」に〇をします。
- 社会保険への請求額を記載します。

Copyright(C)2007JMARI

３.２.２　レセプト編綴順印刷

（1）システム管理の設定
（2）国保レセプトの印刷について

システム管理情報に設定した編綴順により一括作成国保レセプトの印刷を行います。

（1）システム管理の設定

「101　システム管理マスタ」－「2005　レセプト・総括印刷情報」を選択し設定画面を開きます。
「レセプト（編綴順）」のタブを押下します。

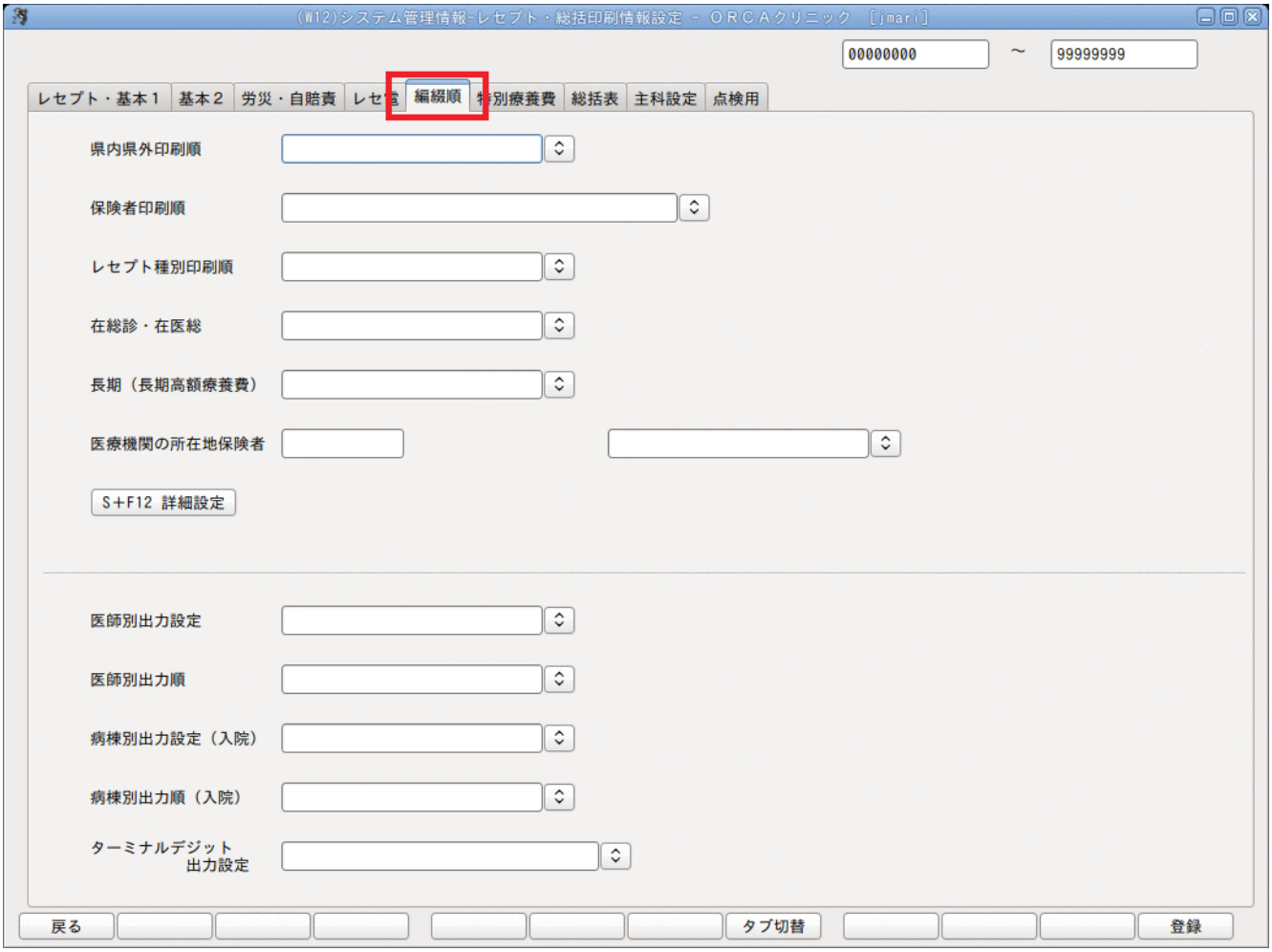


図 979

上記の画面が表示されたら、必要な項目について設定を行います。

項目の説明

県内県外印刷順（必須）	県内県外保険者のレセプト印刷順を指定します 県内分を先に印刷する場合は「1　県内・県外」を設定します。 「1　県内・県外」 「2　県外・県内」
保険者印刷順（必須）	市町村国保・国保組合・県内扱いの県外国保組合について印刷順を設定します。 「1　市町村国保・国保組合・県内扱いの県外国保組合」 「2　市町村国保・県内扱いの県外国保組合・国保組合」 「3　国保組合・市町村国保・県内扱いの県外国保組合」 「4　国保組合・県内扱いの県外国保組合・市町村国保」

	「5　県内扱いの県外国保組合・市町村国保・国保組合」 「6　県内扱いの県外国保組合・国保組合・市町村国保」
レセプト種別印刷順（必須）	保険者内でのレセプト印刷順を設定します。 「1　国保一般・老人保健・退職国保」 「2　国保一般・退職国保・老人保健」 「3　老人保健・国保一般・退職国保」 「4　老人保健・退職国保・国保一般」 「5　退職国保・国保一般・老人保健」 「6　退職国保・老人保健・国保一般」
在医総（任意）	在宅時医学総合管理料または在宅末期医療総合診療料の算定患者についてレセプト印刷順を設定します。 「1　県内・県外の先頭に印刷」 「2　保険者の先頭に印刷」
長期（長期高額療養費）（任意）	長期高額療養費の対象患者についてレセプト印刷順を設定します。 ※長期と在総診・在医総の重複した患者は長期の患者として編綴を行います。 「1　県内・県外の先頭に印刷」 「2　保険者の先頭に印刷」
医療機関の所在地保険者番号・印刷位置（任意）	医療機関の所在地に該当する保険者番号を設定し、印刷位置を指定します。 「1　市町村国保の先頭に印刷」 「2　市町村国保の最後に印刷」
S+F12　詳細設定	更に詳細な設定を行う場合に押下します。(Shift+F12)

【設定例】

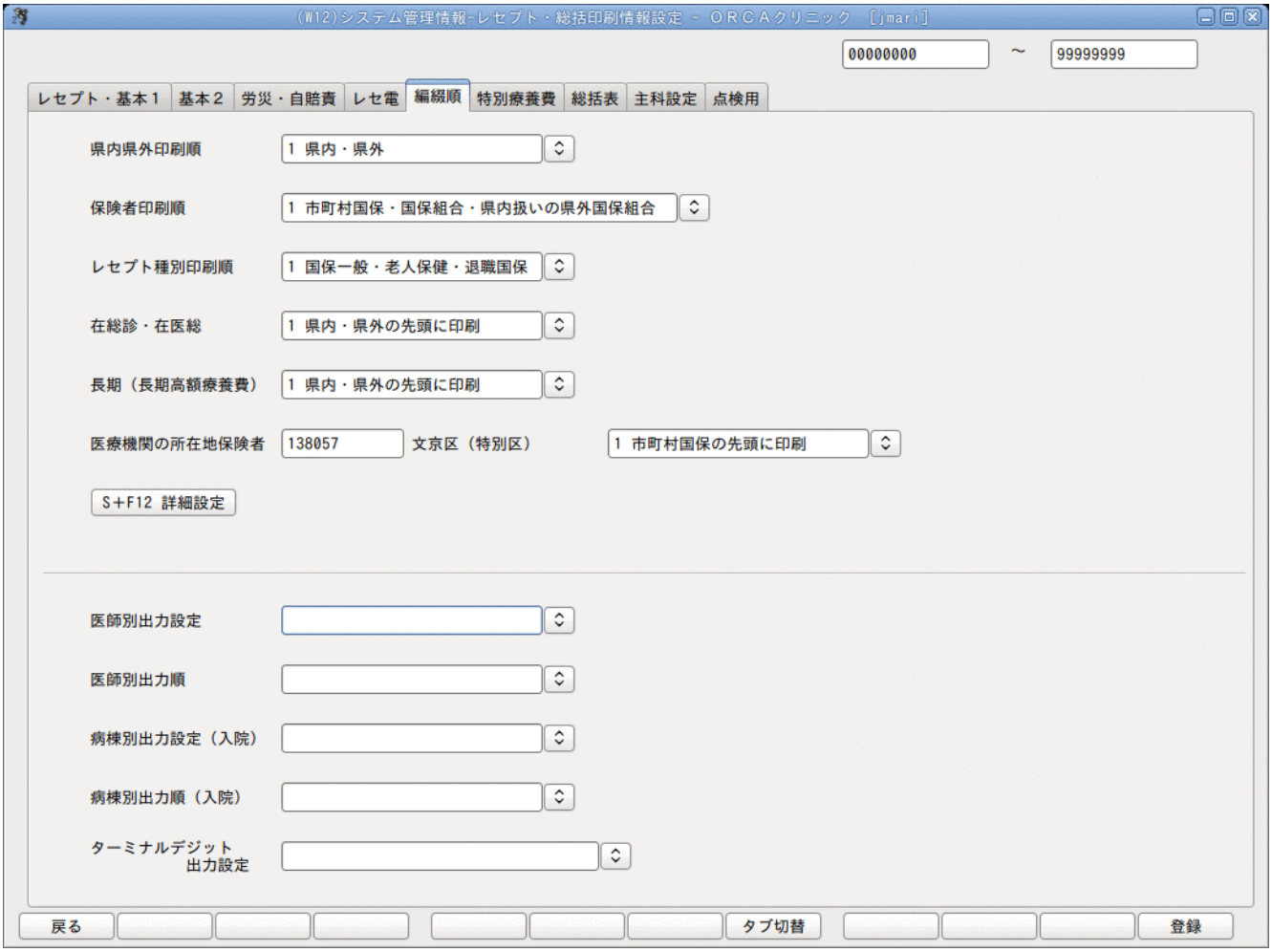


図 980

既にレセプト一括作成実施後に編綴順設定を変更した場合は、再度該当月のレセプト一括作成処理を行うことに

より変更した編綴順が反映されます。

＜簡易設定の設定例＞

システム管理の設定内容と印刷順の事例は以下のようになります

＜設定事例＞

医療機関所在地	13 東京都（「101　システム管理」-「1001　医療機関情報－基本」より取得）
県内県外印刷順	1：県内・県外
保険者印刷順	3：国保組合・市町村国保・県内扱いの県外国保組合
レセプト種別	3：老人保健・国保一般・退職国保
在総診	1：県内・県外の先頭に印刷
長期	2：各保険者の先頭に印刷
所在地保険者番号	文京区　13805
所在地保険者印刷位置	2：市町村国保の最後に印刷

＜登録患者例＞

（13805は医療機関所在地保険者番号）

患者A	保険者13805	国保一般（文京区）
患者B	保険者13805	老人保健（文京区）
患者C	保険者13805	国保一般＋在総診（文京区）
患者D	保険者13805	国保一般＋長期（文京区）
患者E	保険者13805	退職国保（文京区）
患者F	保険者13806	国保一般（台東区）
患者G	保険者13806	老人保健（台東区）
患者H	保険者14003	国保一般（県外：神奈川県）
患者I	保険者14003	国保一般（県外：神奈川県）＋在総診
患者J	保険者13322	東京都医師（国保組合）
患者K	保険者23306	建設連合（「101　システム管理マスタ」－「1033県内扱い保険者情報」に登録済）

＜印刷順事例＞

県内・県外	在総診	保険者	レセ種別	長期	印刷順
県内分	在総診分	市町村国保	国保一般		患者C
		国保組合	国保一般		患者J
		市町村国保（台東区）	老人保健		患者G
			国保一般		患者F
	在総診外		国保一般	長期分	患者D
		市町村国保（文京区）	老人保健		患者B
			国保一般		患者A
			退職国保		患者E
		県内扱いの県外国保組合	国保一般		患者K
県外分	在総診	市町村国保	国保一般		患者I
	在総診外	市町村国保	国保一般		患者H

※更に詳細なレセプト種別コードでの並べ替えは現在未対応となっております。

現状の印刷順は下記のようになります。

（各種別内は患者番号順での印刷となっております）

＜国保一般・退職国保＞

単独分	世帯主 三歳未満 その他 高齢受給者9割 高齢受給者8割
1種の公費併用	世帯主 三歳未満 その他 高齢受給者9割 高齢受給者8割
2種の公費併用	世帯主 三歳未満 その他 高齢受給者9割 高齢受給者8割

＜老人保健＞

単独分	9割 8割
1種の公費併用	9割 8割
2種の公費併用	9割 8割

 Copyright(C)2007JMARI

（1）－1　詳細設定

更に詳細な設定を行う場合は「S+F12　詳細設定」(Shift+F12)を押下します。

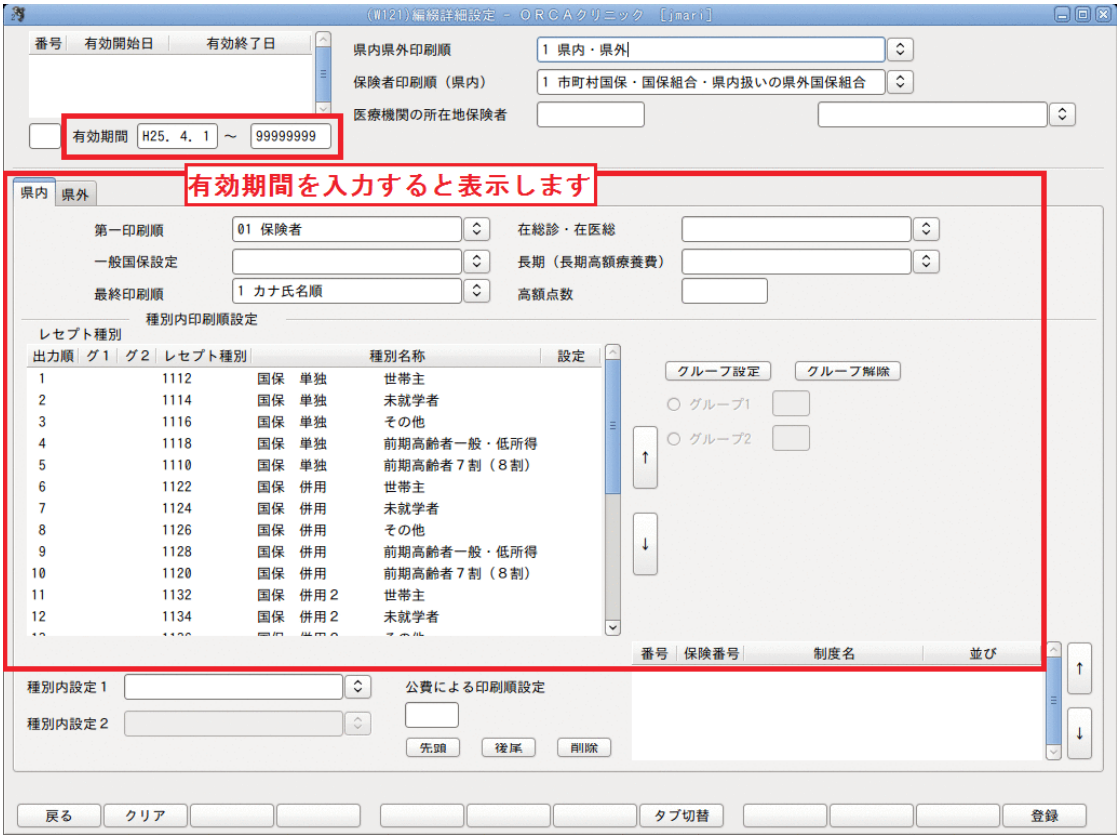


図 981

各設定項目の説明

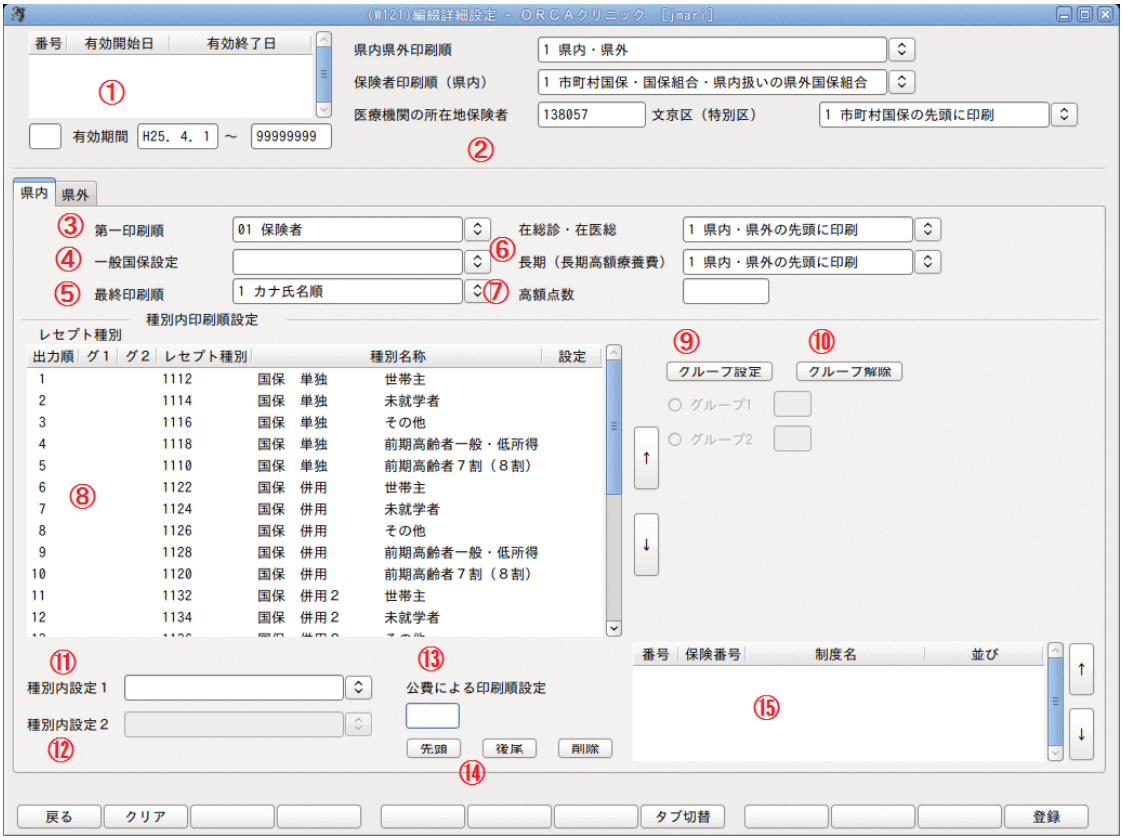
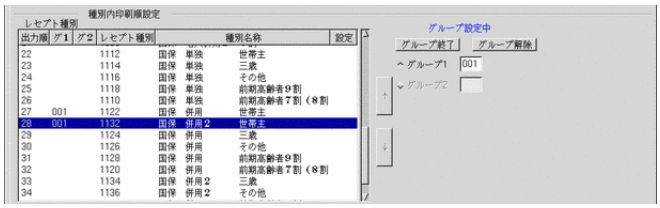
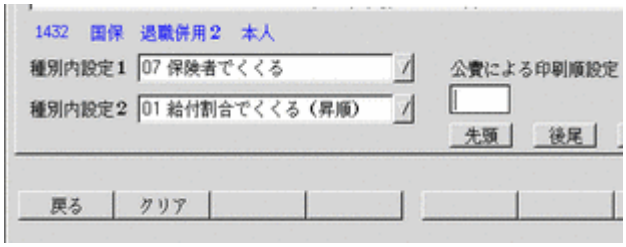
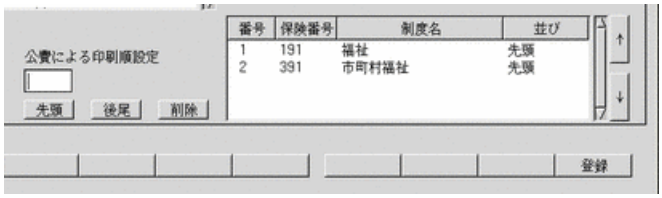


図 982

Copyright(C)2007JMARI

番号	項目	内容	
①	有効期間	有効期間を入力します。 ※平成18年10月1日以降の日付で設定してください。	必須
②	ヘッダ部	前画面と同じ内容です。	必須
③	第一印刷順	県内、県外で最初の並びを設定します。	必須
④	一般国保設定	市町村国保及び組合国保どちらかのみを本人家族に分けたい場合に設定します。	任意
⑤	最終印刷順	カナ氏名順、患者番号順の設定。	必須
⑥	在総診・在医総 長期（長期高額療養費）	全画面の設定を同じです。	任意
⑦	高額点数	設定された点数以上のレセプトは設定内容に係わらず県内・県外の先頭にまとめて出力します。	任意
⑧	レセプト種別リスト	左端の「出力順」がレセプトの出力順になります。出力したい順にリスト右の「↑・↓」により種別の順を入れ替えます。	必須
⑨	グループ設定ボタン	複数の種別をグループ化したい場合にこのボタンを押下しグループ番号を設定します。 1. グループ設定ボタンを押下します。 2. 設定したいグループ番号を決めます。 グループ番号は自動採番されますが、任意の番号に変更できます。 3. レセプト種別コラムリストから種別を選択します。 同じグループ番号に設定したレセプト種別はまとまります。 4. グループ終了ボタンを押下し設定を終了します。 注意！ グループ2は使用できません（使用しません） 国保併用世帯主（種別1122）と国保二併用世帯主（種別1132）を第一公費の法別番号順に並べたい場合等にこれらをグループ化する。  **図 983**	任意
⑩	グループ解除ボタン	⑨で設定したグループを解除したい場合にこのボタンを押下しレセプト種別を選択して解除します。 1. グループ解除ボタンを押下します。 2. 解除したいレセプト種別をリストから選んで種別を選択します。 3. グループ解除終了ボタンを押下し設定を終了します。 （注意！） グループ解除を行ったレセプト種別は設定されていたグループの下へ移動します。解除後の出力順に注意してください。	任意
⑪	種別内設定1	⑧のレセプト種別リストを選択中に設定できます。 種別内を給付割合や法別番号等でまとめて出力する場合に設定します。 ※グループ化した種別に対して設定した場合には、グループ化した種別全てに対して設定されます。	任意

⑫	種別内印刷2	③の第一印刷順を「02　レセプト種別」とした場合のみ設定できます。 設定内容は⑪と同じです。 種別内設定1を保険者、種別内設定2を給付割合のようば場合に設定します。  図 984	任意
⑬ ⑭ ⑮	公費による印刷指定順 先頭、後尾、削除ボタン 保険番号リスト	⑧の種別リストを選択し、その種別に対して地方公費を種別の先頭及び後尾にまとめたい場合に入力欄に保険番号を入力しその出力順を↑↓ボタンにより設定します。 地方公費以外に 在総診・在医総・・・YYY 長期・・・・・・・・XXX の設定もできます。  図 985	任意

＜詳細設定による編綴順を中止したい＞

詳細設定に設定の削除機能はありません。ヘッダ部の「県内県外印刷順」を「3　当該画面の編綴は使用しない」に設定し登録します。

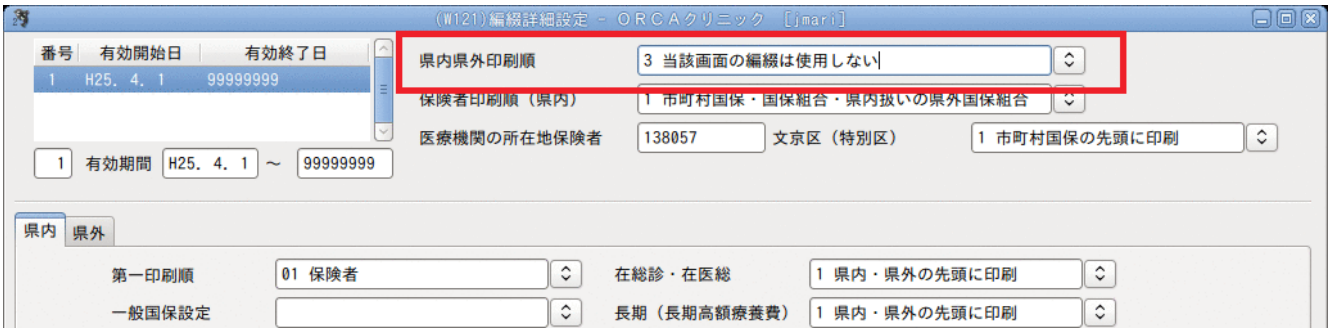


図 986

Copyright(C)2007JMARI

（2）国保レセプトの印刷について

システム管理での「レセプト（編綴順）」設定が完了した後に国保レセプト一括作成処理を行うとレセプト印刷指示画面の出力順に「06　編綴順」が選択できるようになります。
「06　編綴順」を選択すると印刷指示画面の表示がシステム管理での設定により表示されます。

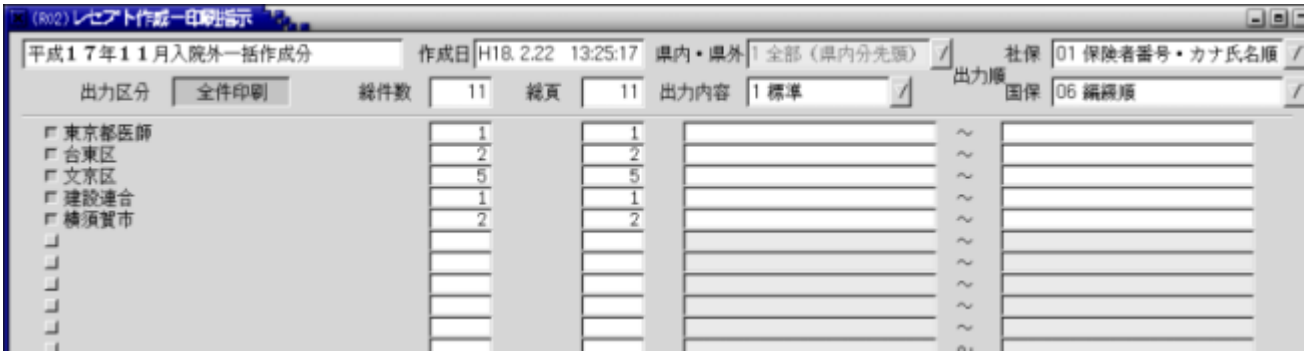


図 987

※国保レセプトの出力順に「06　編綴順」を初期表示したい場合は、「101　システム管理マスタ」ー「2005　レセプト・総括印刷情報」のレセプト（基本）画面で「一括作成出力順（国保）」欄に「06　編綴順」を設定してください。

図 988

レセプト印刷指示画面でシステム管理に設定した編綴順を確認したい場合は、ファンクションキー「編綴情報」(Shift+F1)を押下することによりレセプト作成時の設定情報を表示します。

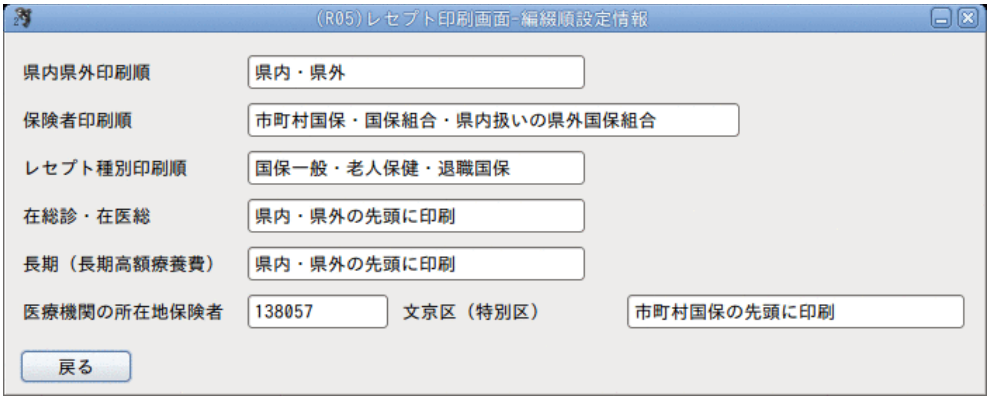


図 989

注意！
編綴順の詳細設定を行った場合は「編綴情報」は表示できません。

３.２.３　主科設定

（1）概要
（2）システム管理マスタの設定
（3）主科を手動で決定する
（4）レセプト作成・印刷指示画面
（5）診療報酬明細書

（1）概要

旧総合病院以外の医療機関において診療科別請求（主たる診療科での請求）をする必要がある場合、システム管理に設定した内容を基に患者の主科を決定し、レセプト及び請求書を主科単位で出力します。レセプト電算提出データにはレセプト共通レコード（REレコード）に診療科を記録します。また、レセプトのみに主科設定を行い診療科別のレセプト印刷のみを行うことができます。

＜事前準備・関連項目＞
「101　システム管理マスタ」－2005　レセプト総括印刷情報設定－主科設定
によりシステムによる自動決定のための設定を行う。
患者登録画面によりあらかじめ患者個別に設定ができる。
明細書－主科設定により主科設定の確認変更が行える。

＜主科設定をする医療機関でのレセプト作成の流れ＞
レセプト作成前に主科の確認・設定を行う（主科まとめ入力画面）
レセプト一括作成を行う
レセプト印刷を行う
レセプト点検を行う
診療内容を修正する
レセプト個別作成を行う前に再度修正分の主科設定を確認する（主科まとめ入力画面）
レセプト個別作成を行う
レセプト印刷またはプレビューにてレセプト確認を行う
総括を作成する前に月遅れ・返戻分の主科未設定を確認する（主科未設定患者リスト）
総括表を作成する

＜主科設定の優先順位＞
患者登録による設定　＞　一括設定による設定　＞　システムによる自動決定

Copyright(C)2007JMARI

（2）システム管理マスタの設定

システム管理で設定した情報を基に主科をシステムが自動決定します。自動決定した主科は患者登録、明細書一一括設定にて変更もできます。
「101　システム管理マスタ」ー「2005　レセプト・総括印刷情報」を開き、「主科設定」のタブを押下します。

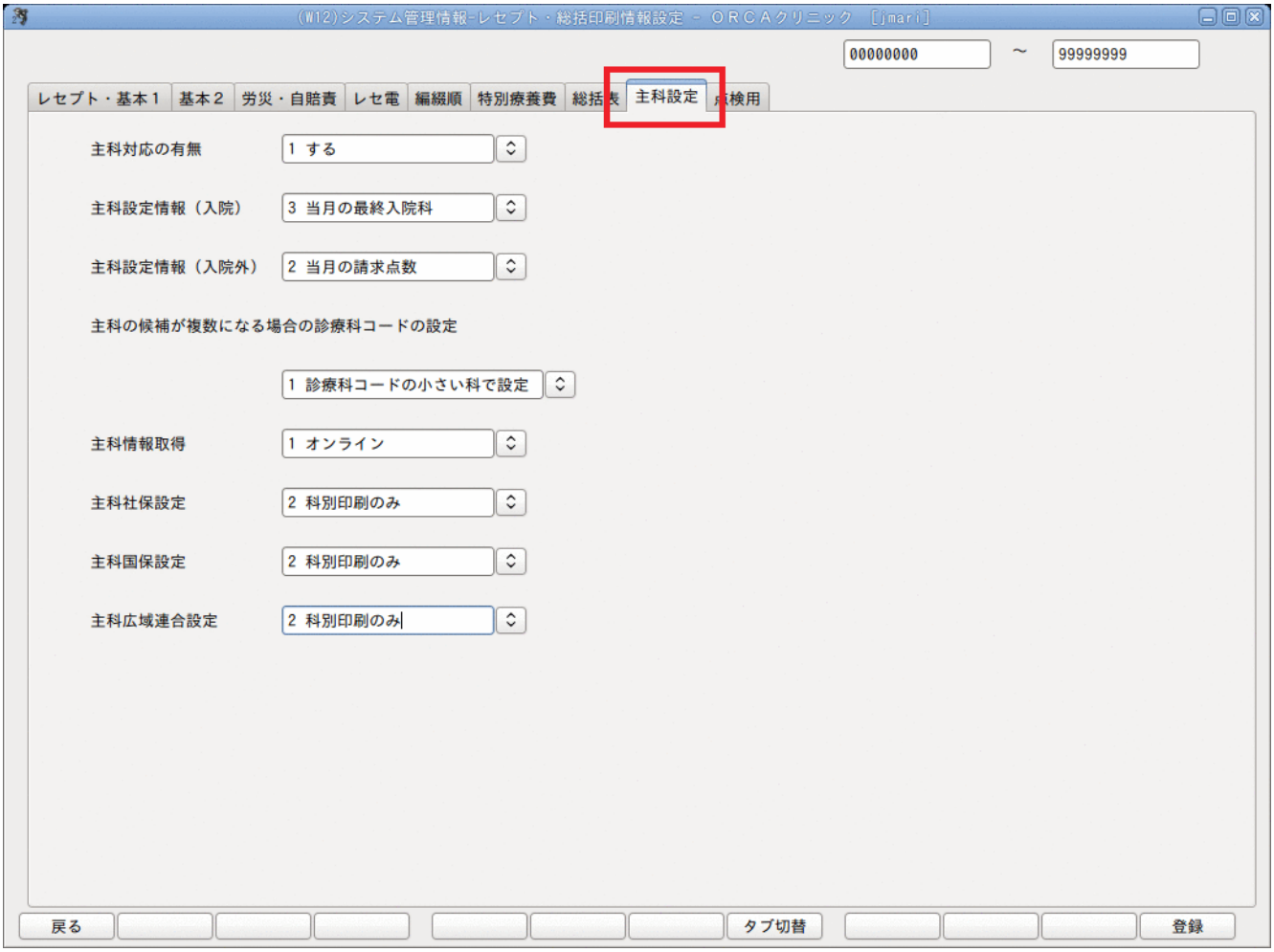


図 990

項目の説明

主科対応の有無	主科設定を行うか否かの設定です。
主科設定情報（入院）	入院レセについてシステムが主科を自動決定する情報を設定します。※1（主科が自動設定できないパターン）
主科設定情報（入院外）	入院外レセについてシステムが主科を自動決定する情報を設定します。
主科の候補が複数になる場合の診療科コードの設定	上記各条件において主科の候補が複数になった場合の主科優先度を設定します。
主科情報取得	主科設定情報で設定した情報を取得するタイミングを設定します。 1. オンライン 診療行為登録時等オンライン入力時に情報を更新する。 2. 一括バッチ 明細書主科設定画面より一括取得する。 1. オンラインを選択した場合は、常に最新の情報が確認できるが、登録処理に若干の処理時間を要する。
主科社保設定	下記の表を参照。 0　しない 1　主科 2　科別印刷のみ
主科国保設定	
主科広域連合設定	

主科社保設定・主科国保設定

	診療科別レセプト印刷	レセプトへの診療科記載	レセ電REレコードへ診療科の記録	総括表・請求書	主科未設定患者の請求管理データ
「0　しない」	不可	しない	しない	まとめる	ー
「1　主科」	可	する	する	科別に分ける ＋まとめ分	作成しない
「2　科別印刷のみ」	可	しない	しない	まとめる	作成する

各都道府県の国保総括表・請求書は随時対応中です。
（日レセの標準国保請求書は対応していません）

以上の設定により主科をシステムが自動決定します。

※1（主科が自動設定できないパターン）
主科設定情報（入院）の場合で決定方法を「1　当月の入院日数」または「3　当月の最終入院科」とした場合、入院基本料にかかる保険組合せと診療行為を入力した保険組合せが異なる場合には、診療行為のみでの保険組合せで作成される明細書の主科の決定は行えません（決定するための情報が取得できないためです）。
この場合に診療行為のみでの保険組合せで作成される明細書の主科は未設定となり「42　明細書」の主科設定画面の表示が以下のようになりそれぞれの対応が必要です。

主科情報取得が「1　オンライン」の場合
主科設定情報を「2　当月の請求点数」とし主科設定の一括取得を行う
主科未設定の患者に対し主科を手動設定する
上記いずれかを行う必要があります。

主科情報取得が「2　一括バッチ」の場合
主科設定情報を「2　当月の請求点数」とし主科設定の一括取得を行う
該当の患者を「12　登録」（患者登録）で個別に主科を設定する
（一括取得の場合、該当の患者は主科設定画面に表示されません）
上記いずれかを行う必要があります。

（該当する患者の例）
自費（労災・自賠）による入院中に政管による診療行為の登録

（3）主科を手動で決定する

＜患者登録による設定＞

「主科設定」(Shift+F10)を押下します。

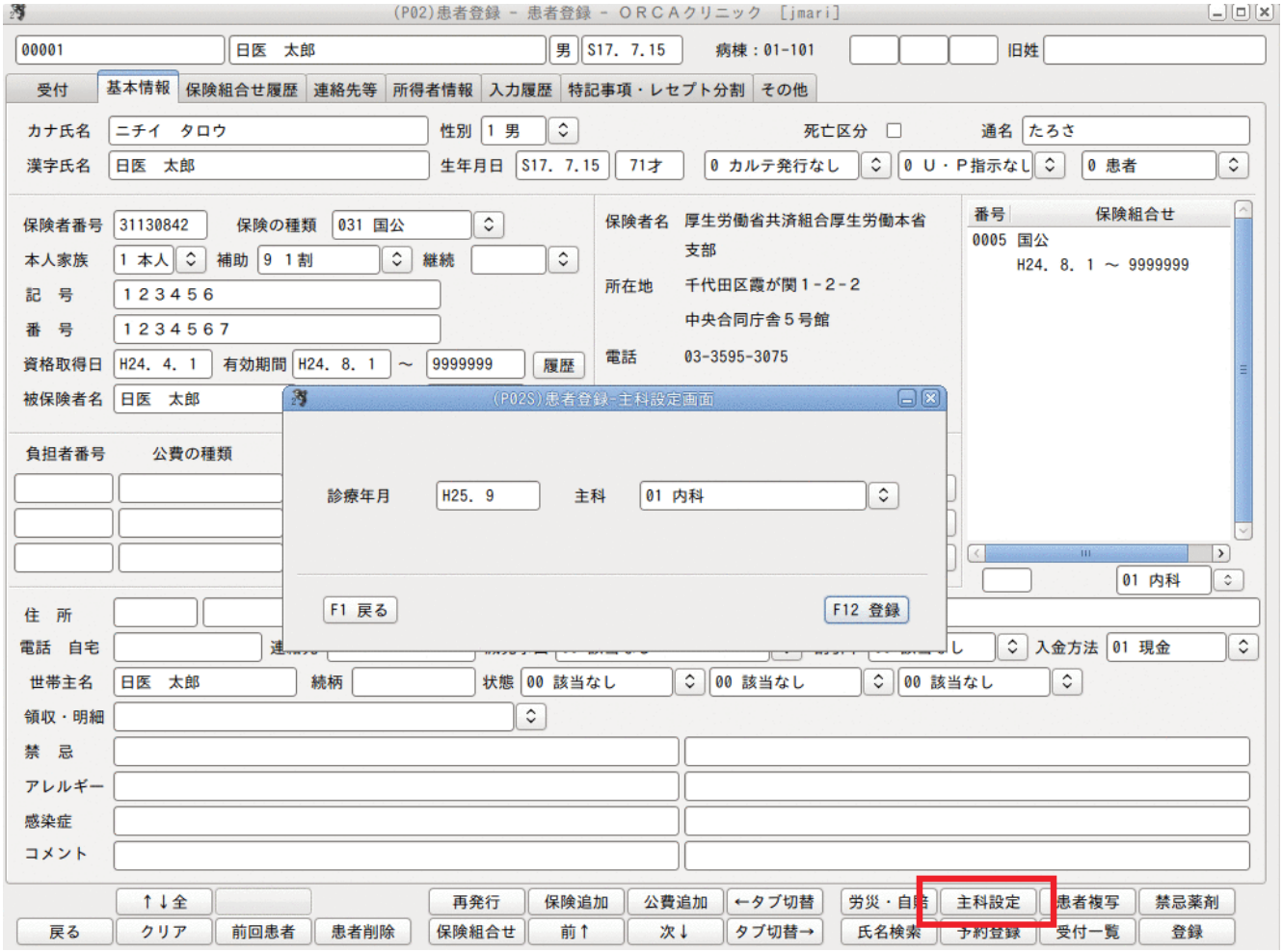


図 991

患者個別に患者登録画面より設定ができます。ここで登録された主科は該当患者の設定月全てのレセプトを対象とします。（入院・入院外、保険変更等による複数毎のレセ全てのレセが対象）

※患者登録で設定した主科情報は一括設定画面にて該当患者の主科を設定した場合に、一旦クリアします。

＜主科まとめ入力画面より設定＞

「42　明細書」の「主科設定(F10)」を押下する。

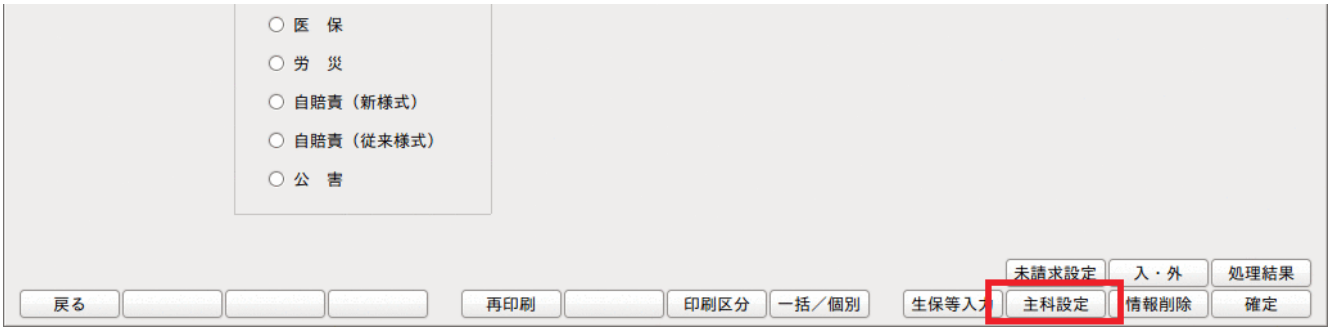


図 992

主科まとめ入力画面に遷移します。

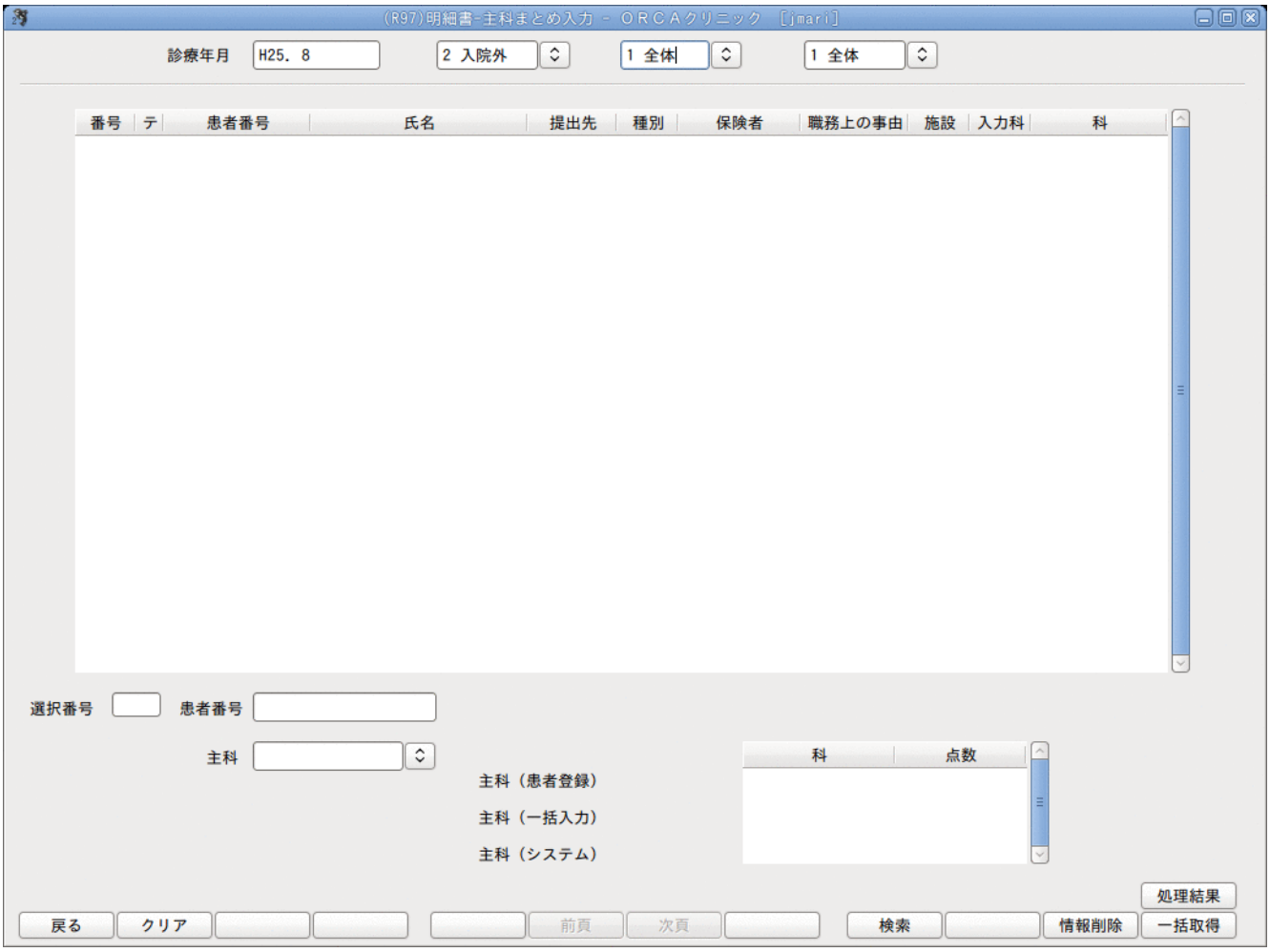


図 993

＜対象患者（社保）を検索する＞

診療年月と入院・入院外を設定します、「検索(F9)」を押下します。

図 994

「101　システム管理マスタ」ー「2005　レセプト総括印刷情報」の設定に「一括バッチ」を選択している場合は、「一括取得(F12)を押下します。

主科未設定患者のみを検索するには、「1　全体」を「2　未入力分」へ変更します。

患者リストをクリアしますので、再度「検索」(F9)を押下します。

注意！
月途中に「101　システム管理マスタ」ー主科設定の変更を行った場合、主科の設定及び変更を行った場合は、再度「一括取得(F12)を行う必要があります。

＜主科を変更する＞
患者を選択または患者番号を入力すると、システムが自動決定した情報を表示し現在の主科設定内容を表示します。

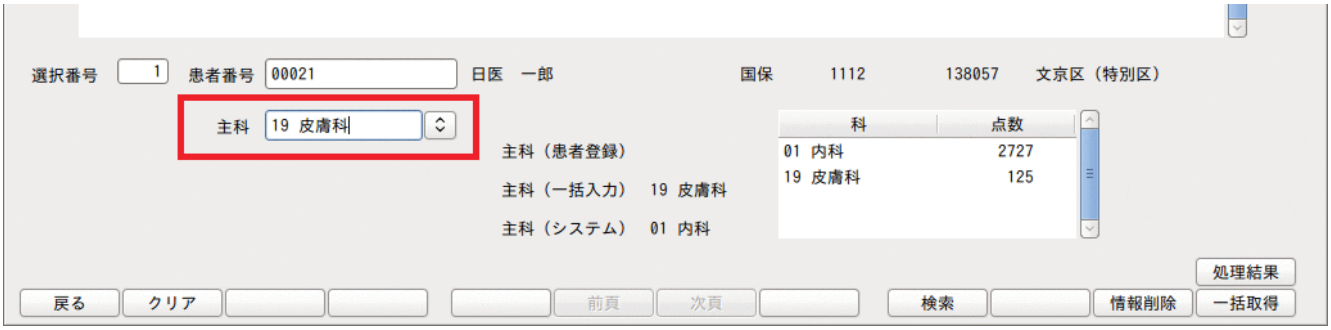


図 995

主科を変更したい場合は、主科を設定します。
（患者登録で既に設定済みの場合にここで変更を行うと、患者登録設定を削除します）。

※変更した診療科で該当月に診療情報がない場合はメッセージを表示します。

＜表示の切り替え＞
画面上部のコンボボックスより検索条件を切り替えることができます。
コンボボックスを切り替えた後、再度「検索(F9)」を押下してください。

（4）レセプト作成・印刷指示画面

レセプト作成時に主科未設定レセプトがある場合は、処理結果画面にてメッセージを表示します。

図 996

注意！
「101　システム管理マスタ」－「2005　レセプト・総括印刷情報」の設定よりレセプト処理後印刷指示画面に自動遷移する場合には確認ができません。

印刷指示画面にて診療科別にレセプトの印刷ができます。
初期表示は「00　全科」となります。

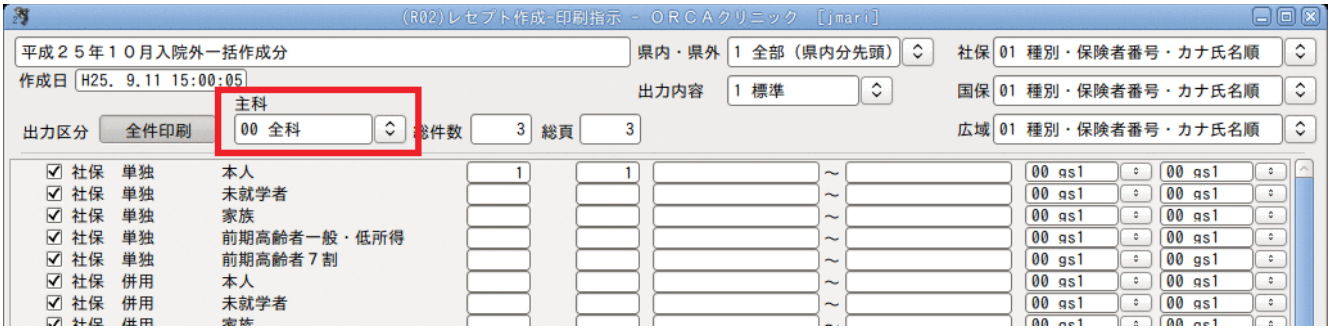


図 997

＜診療科の切り替え＞
コンボボックスの診療科を変更してください。

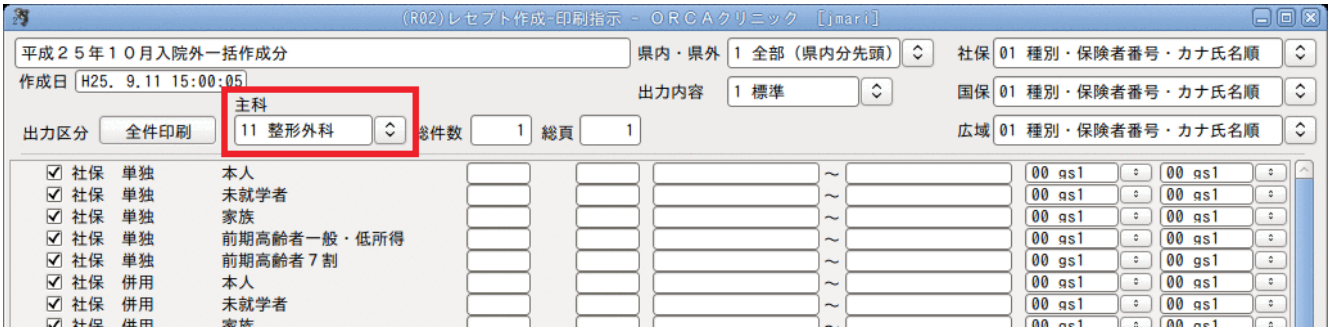


図 998

注意！
- 診療科を「XX　主科未設定」に切り替えることにより主科未設定レセプトを確認することができます。（一括作成時のみ）
- 診療科別印刷はレセプト一括作成時のみできます。
- 主科未設定レセプトには【主科未設定】のメッセージが印刷されます。

（5）診療報酬請求書

＜主科未設定リスト＞

主科設定をした診療月に主科設定していない診療年月分を月遅れ・返戻分として含めた場合等のために主科未設定リストが作成できます。

※「101　システム管理マスタ」ー「2005　レセプト・総括印刷情報」にて「1　主科」を設定した場合のみ有効です。

「44　総括表・公費請求書」の「主科未設定」を押下し処理を実行します。

図 999

注意！
月遅れや返戻分でない「当月分」の主科未設定レセプトはリストの対象外となります。

＜総括表の印刷＞

「101　システム管理マスタ」ー「2005　レセプト・総括印刷情報」にて「1　主科」を設定している場合は、主科単位で請求書を作成します（「2　科別印刷のみ」のときは主科別に分けません）

主科未設定レセプトがある場合は「主科未設定」として先頭に印刷（月遅れ・返戻分が対象）
合計分（科別にしない通常の明細書）を最後に印刷。
システム管理を「主科設定する」でレセプト作成を行った後、システム管理を「主科設定しない」としても主科単位での出力となる。「主科設定しない」とした後、レセプト再作成が必要。

＜印字箇所＞

図 1000

Copyright(C)2007JMARI

平成１７年１０月　分　診療報酬請求書（医科・歯科　入院・入院外併用）

別　記　様

様式第一（一）（第二条関係）

医療機関コード　２２－９８７６５４３

その他のレセ

内科

保険医療機関の所在地及び名称　東京都文京区本郷込２－２８－１６　財団法人　日本総研　ニチイ医院

開設者氏名　財団法人　日本総研　日医　三朗　㊞

下記のとおり請求します。　平成１８年　３月２０日　入・㊥

区分			療養の給付				食事療養			
			件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	日数	金額	標準負担額
医保70以上9割)と公費の併用										
医保単独	01	(政)								
	02	(船) 職務上								
		職務外								
	03	(日)								
	04	(日特)								

図 1001

Copyright(C)2007JMARI

３.２.４　医師別レセプト印刷

（1）概要

医師別、診療科別にレセプトを印刷します。

（2）システム管理の設定

システム管理の設定を行います。
「101　システム管理マスタ」－「2005　レセプト・総括印刷情報」のレセプト（編綴順）タブを選択します。

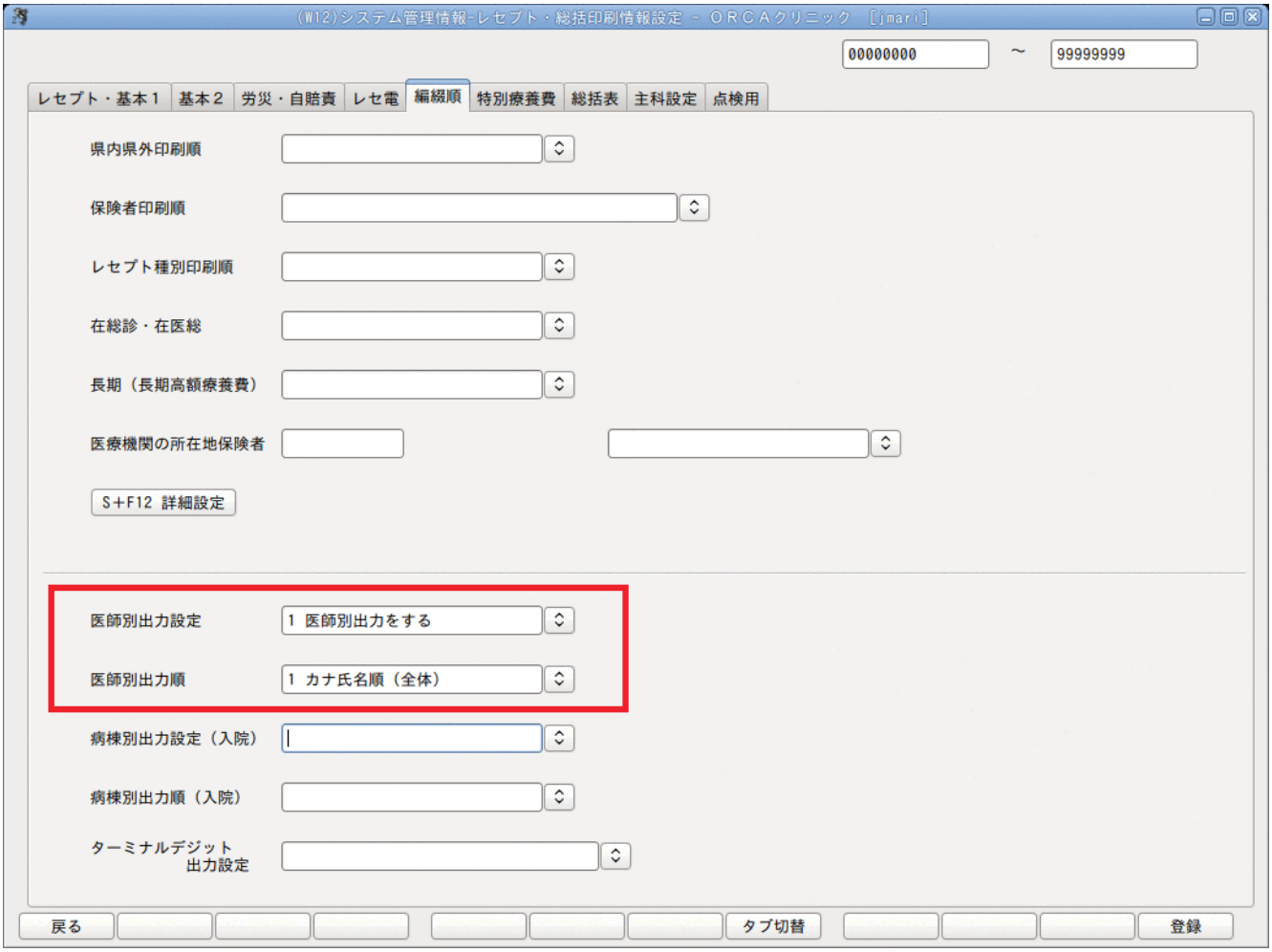


図 1002

医師別出力設定	0　医師別出力をしない 1　医師別出力をする
医師別出力順	医師コード順に印刷しますが、同一医師内でのレセプトの印刷順を設定します。 1　カナ氏名順（全体） 2　患者番号順（全体） 3　提出先・カナ氏名順 4　提出先・患者番号順

Copyright(C)2007JMARI

（3）医師別の印刷をする

レセプト一括作成を行います。一括作成は通常通りの作成を行います。

印刷指示画面に遷移し、「社保」の印刷順に「11　医師別順（〇〇〇順）」を選択します。

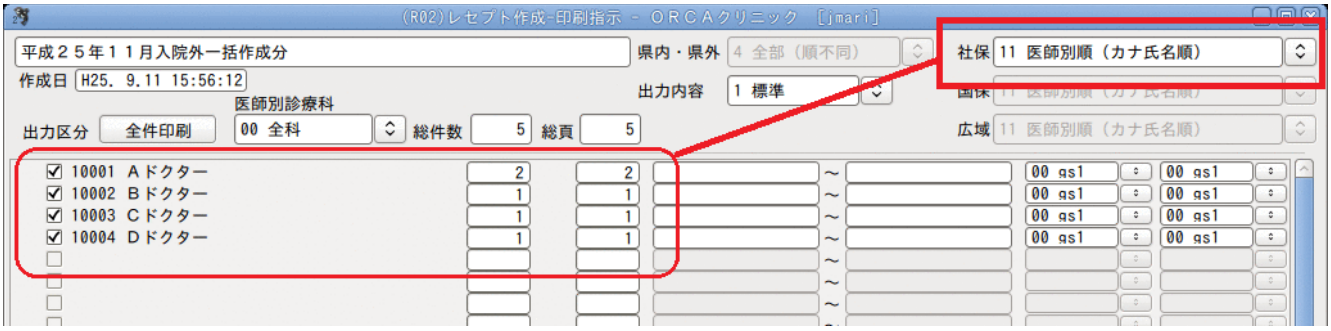


図 1003

＜診療科を指定して医師別に印刷＞

社保の印刷順を「医師別順」に設定後に診療科の設定を行います。

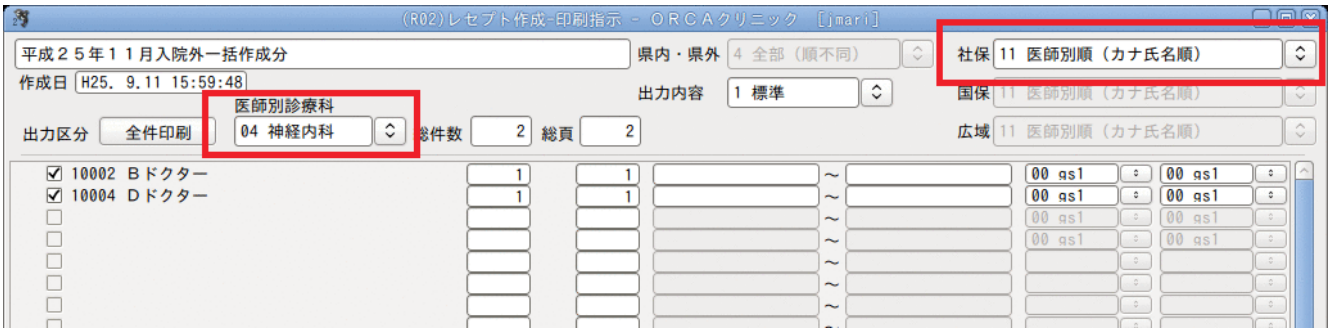


図 1004

注意！
- レセプト個別作成時には医師別印刷はできません。
- 医師別印刷時の診療科は「主科設定」の主科ではなく、医師別の診療科となります。

ポイント！　医師と診療科の決定条件について
外来・・・・最終受診の医師、そのときの診療科
入院・・・・最終入院のレセプト作成時点の医師、入院科

ヒント！

医師別出力をする場合、医師名をレセプトに記載することができます。
「101　システム管理」－「2005　レセプト・総括印刷情報」の点検用タブを参照してください。

３.２.５　ターミナルデジット順レセプト印刷

（1）概要

ターミナルデジット方式の順にレセプトを印刷します。

（2）システム管理の設定

システム管理の設定を行います。
「101　システム管理マスタ」ー「2005　レセプト・総括印刷情報」の編綴順タブを選択します。

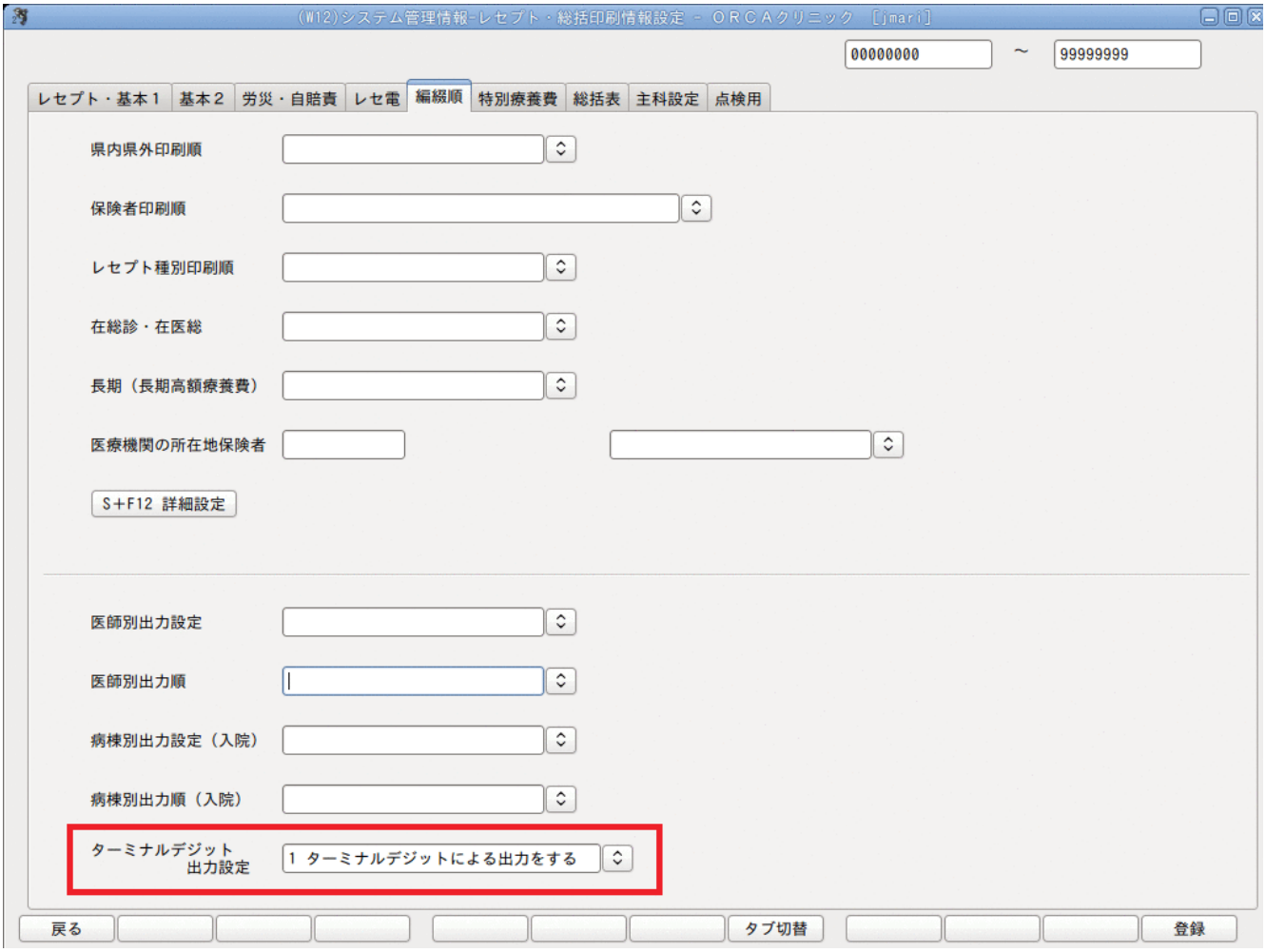


図 1005

ターミナルデジット出力設定を「1　ターミナルデジットによる出力をする」を設定します。

（3）ターミナルデジット方式の印刷をする

レセプト一括作成を行います。一括作成は通常通りの作成を行います。

印刷指示画面に遷移し、「社保」の印刷順に「13　ターミナルデジット」を選択します。

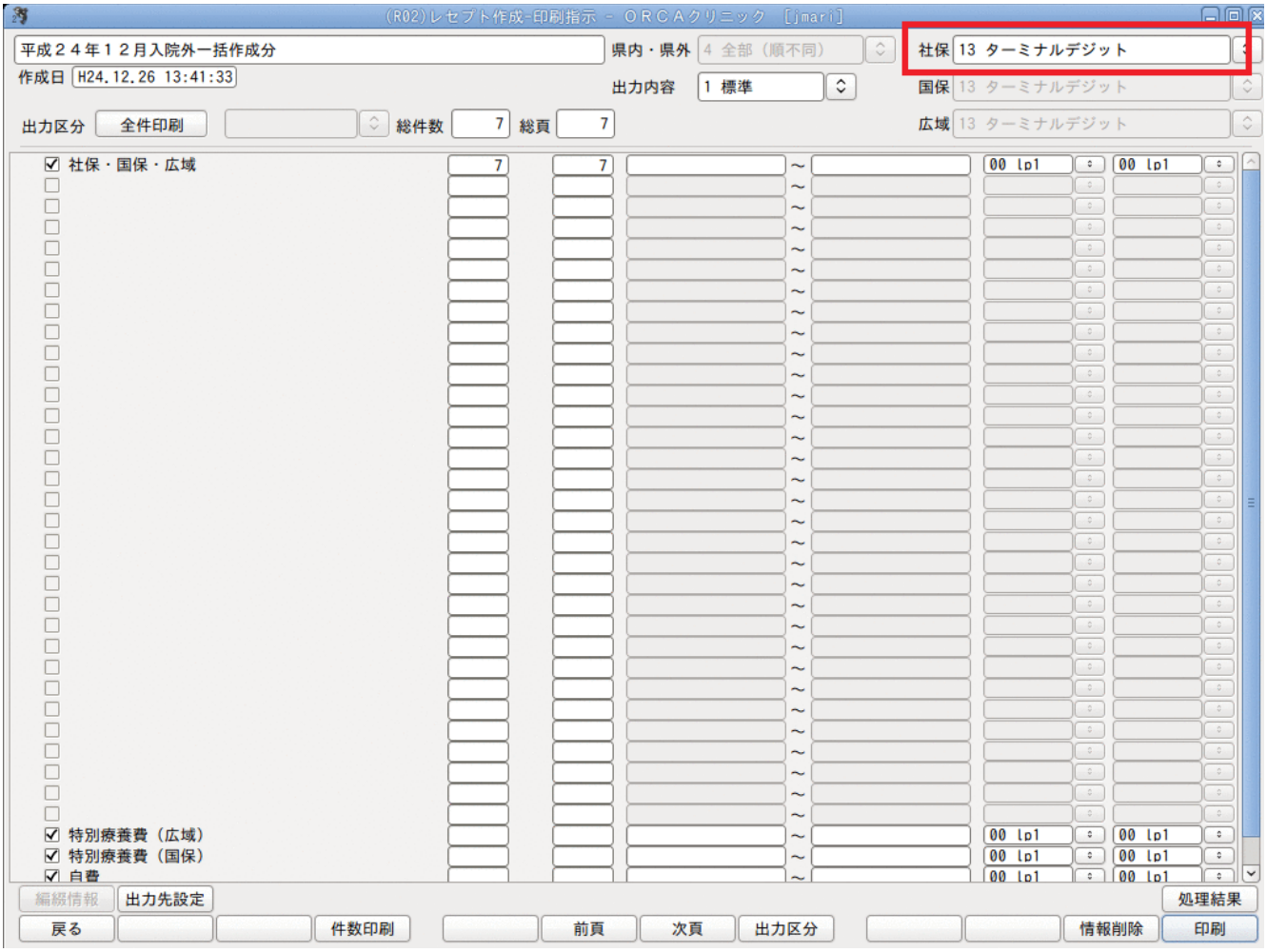


図 1006

ヒント！　ターミナルデジット方式とは

患者番号の下2ケタを使用し、全ての患者のカルテを00～99までの100等分し管理する方式です。

３．３　請求管理

（1）レセプト請求内容（点数欄情報）の呼び出し
（2）レセプト請求内容の変更
（3）返戻年月と総括表（返戻分総括表）について
（4）請求内容の登録
（5）請求管理データの削除

（1）レセプト請求内容（点数欄情報）の呼び出し

該当のレセプト請求内容を画面表示するためには、初めに明細書の画面でレセプト作成処理を行っておく必要があります。（このとき、印刷を行う必要はありません）。

注意！

0点公費記載（請求点数が0点の公費の診療内容を記載）に該当の請求管理データは「0点公費記載あり　請求できません」のメッセージを表示します。「登録」(F12)は押下できません。

診療年月と患者番号を入力して対象患者のレセプト点数欄情報を表示します。
画面左側は最新の点数欄情報で、右側はその内容を訂正するための領域です。

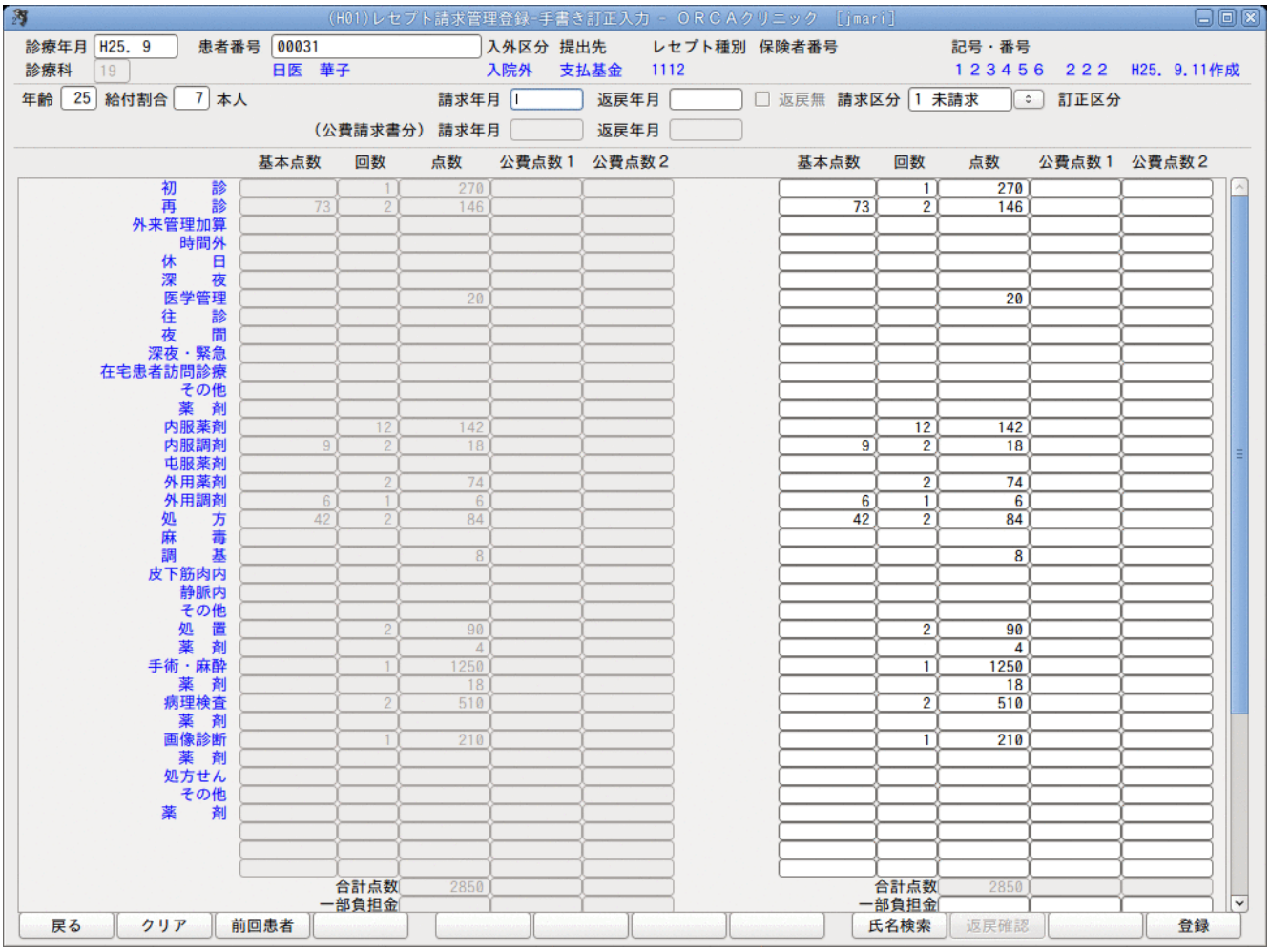


図 1007

Copyright(C)2007JMARI

診療年月と患者番号を入力したときに同一診療年月で2種類以上のレセプトがある場合は選択画面を表示します。

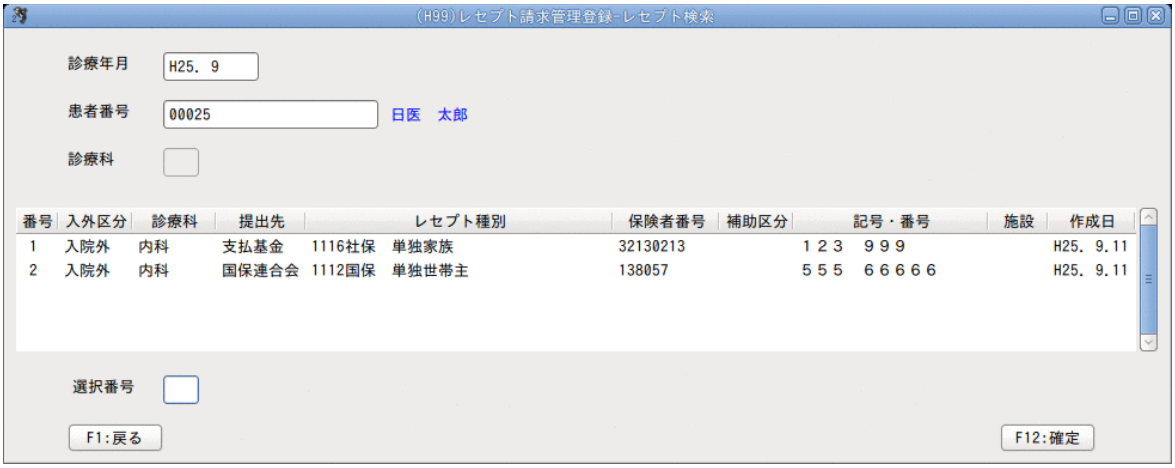


図 1008

処理するレセプトを選択します。
選択番号入力後、「確定」(F12)を押下すると次に進みます。
「戻る」(F1)を押下すると元の画面になります。

(2) レセプト請求内容の変更

ここで更新された内容は、社保・国保・労災の総括表・請求書に反映します。
請求年月、請求区分、返戻年月を設定することにより、月遅れ分のレセプトを該当月の総括表集計に含め、返戻分レセプトを別総括表（返戻分）に指定することができます。またその月の総括表に含めない（請求を保留する）こともできます。

＜レセプトの保留について＞
レセプトの保留方法には2種類あります。
各医院でどちらかの方法か良いか検討し運用してください。

	明細書業務の未請求設定	請求管理業務の請求区分の設定
概要	レセプトの作成自体を保留	請求書及び総括表への集計を保留
レセプト作成	作成しない（対象にならない）	作成する
レセ電データ	作成しないので対象にならない	対象にしない
請求管理データ	作成しない	作成する
保留設定方法	「明細書業務の未請求設定」から未請求登録	「請求管理業務の請求区分」を「0　請求しない」に変更し登録
確認方法	月次統計の「保険請求確認リスト」により確認できます	月次統計の「保険請求確認リスト」により確認できます

（区分の説明）
請求区分

0：請求しない	総括表に含めないとき。
1：未請求	総括表に含まれていないとき。または該当月の総括表が処理されていないとき。
2：請求済	総括表の発行が行われた後で、総括表に含まれているとき。

＜月遅れ分のレセプトを請求する場合＞

（例）平成25年9月分のレセプトを平成25年10月分の総括表に含める

月遅れ分は「未請求」としたとき、請求年月欄へ請求できる月を入力すると請求年月欄の該当月の総括表に含めて集計することができます。

1. 診療年月欄：平成25年9月を入力
2. 患者番号欄：該当する患者番号を入力
3. （患者番号が不明な場合は「氏名検索」(F9)を押下し、検索します）。
4. レセプト請求内容（点数欄情報）を表示します。
5. 請求年月欄：平成25年10月を入力
   返戻年月欄：（3）返戻年月と総括表（返戻分総括表）について参照。
6. 請求区分：「未請求」を選択

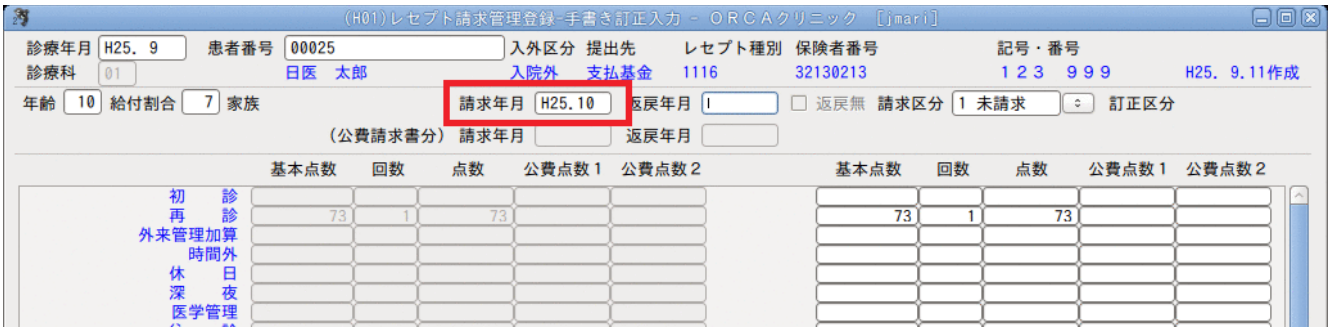


図 1009

＜請求をしない場合＞

（例）平成25年9月診療分はレセプト作成処理済みであったがレセプト請求を行わない

請求区分を「請求しない」とした場合は、仮に請求年月が入力されている場合でも総括表の集計には反映されません。

請求年月欄：空白、或いは年月の入力もできます。

返戻年月欄：（3）返戻年月と総括表（返戻分総括表）について参照。

請求区分欄：「請求しない」を選択

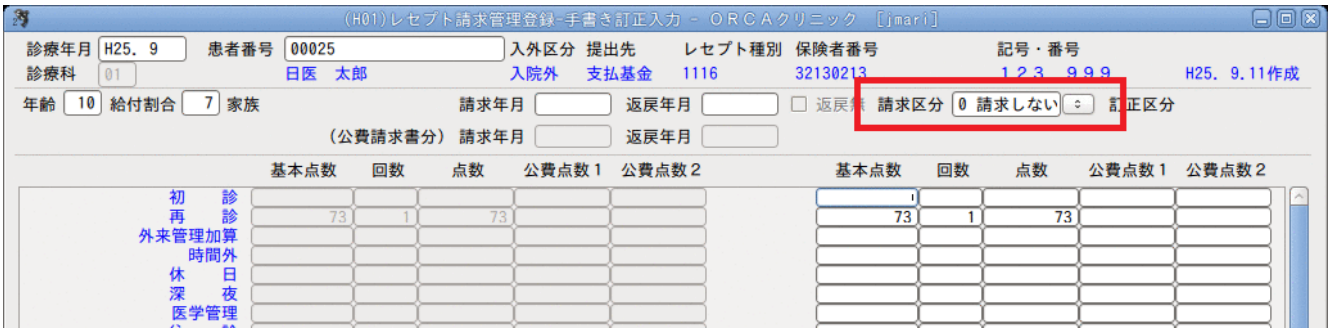


図 1010

 Copyright(C)2007JMARI

＜返戻分レセプトを別総括表（返戻分）として作成したい場合（紙レセプトで提出）＞
（例）平成25年9月分が11月に返戻され、12月分として再提出する場合

1. 請求年月欄：平成25年12月を入力
2. 返戻年月欄：平成25年11月を入力
3. 請求区分欄：「2　請求済み」または「1　未請求」となっていることを確認する。
   （「0　請求しない」以外に設定されていれば、総括表の対象になります）
   点数を変更する：点数の変更が必要であれば、画面右側の点数欄を直接編集します。

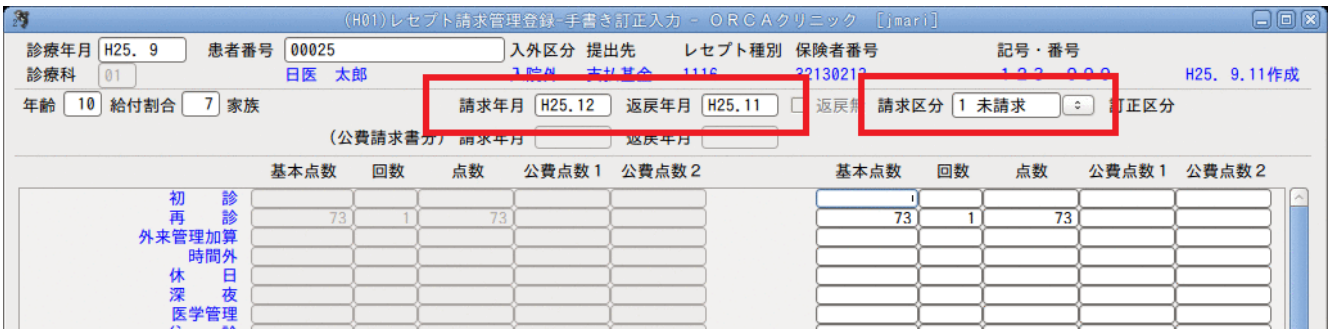


図 1011

■まとめ

〇：入力する
×：入力しない

紙レセプトの場合

	請求年月	返戻年月	返戻無／返戻有
月遅れ請求（紙）	〇	×	×
返戻再提出（紙）	〇	〇／×	×

（都道府県による）

レセプト電算の場合

	請求年月	返戻年月	返戻無／返戻有
月遅れ請求（データ）	〇	×	×
返戻再提出（紙）	〇	〇	×

オンライン請求時の返戻データをレセプト電算で再提出の場合※

	請求年月	返戻年月	返戻無／返戻有
月遅れ請求（データ）	〇	×	×
返戻再提出（データ）	〇	〇	〇

※【3.4.3　返戻データの取り込み、返戻データを含めたレセ電の作成】を参照

Copyright(C)2007JMARI

＜公費請求書の月遅れ・返戻設定について＞
返戻レセプトを当月の総括に含める場合に既に請求済みの公費分も再度請求書に含まれてしまいます。そのため公費請求書分とレセプト総括分を個別に設定することができます。

該当のデータの請求年月を入力すると公費分に複写します。変更または年月を消して登録してください。
公費分の請求年月を消した場合はメッセージを表示します。

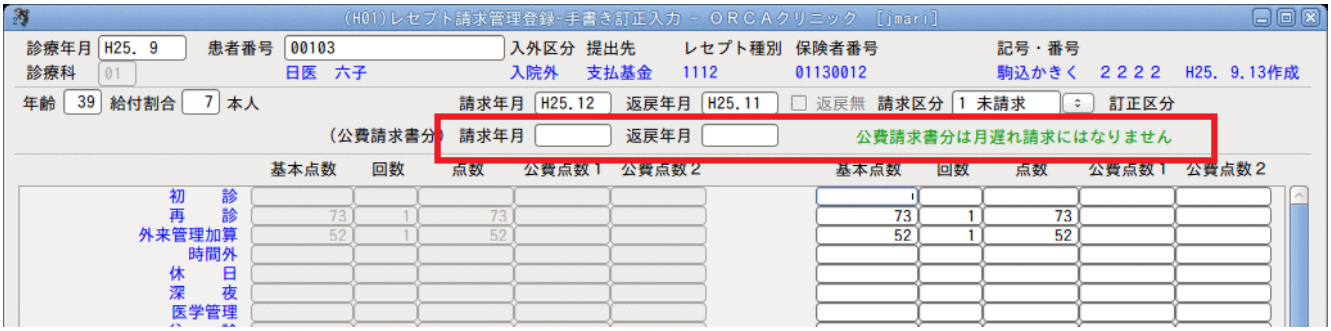


図 1012

＜訂正区分の表示＞
訂正区分は3通りの表示があります。
内容を変更登録し、再度表示したときに区分が表示されます。
空白・・・・・・・レセプト作成後更新がないとき
手書き修正・・・・請求管理画面で変更したとき
レセプト再作成・・レセプト作成後に請求区分を「0 請求しない」と変更し、再度レセプト作成を行ったとき

（3）返戻年月と総括表（返戻分総括表）について

※レセプト電算システムの場合、返戻分総括表を作成する必要がありますが、紙レセプトの場合は都道府県により返戻分レセプトを通常の総括表に含め、返戻分総括表が必要ない場合があります。

返戻分レセプトを別総括表（返戻分総括表）として作成したい場合には、「請求管理」の返戻年月を入力します。
返戻分総括表を作成せず、通常の総括表に含めたいときは、返戻年月に入力をしないようにします。

返戻年月を入力する　→　別に返戻分総括表が作成される
返戻年月を入力しない　→　通常の総括表に含まれる（月遅れ分と同じ処理）

※返戻年月を入力する場合は、返戻通知のあった年月を入力します。

（4）請求内容の登録

「登録」(F12)を押下すると確認メッセージを表示します。

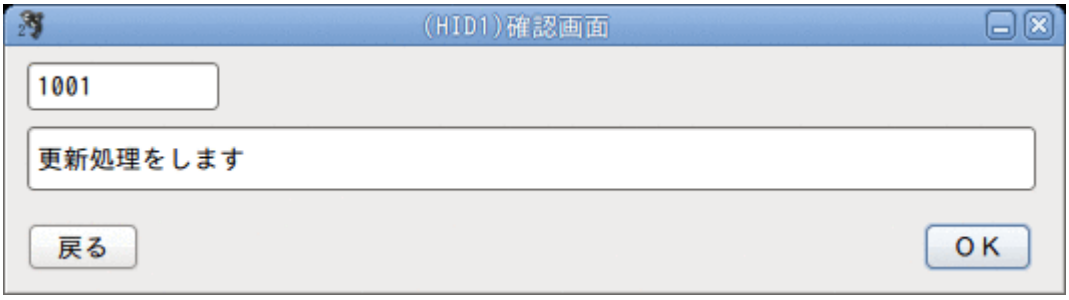


図 1013

「OK」を押下すると請求内容を更新登録します。
「戻る」を押下すると元の画面になります。

＜表示内容のクリア＞

「クリア」(F2)	前の患者から続いて別の患者の請求内容情報を表示したいとき、押下すると表示した内容をクリアして患者番号の入力から行えます。 診療年月を変更するときは、カーソルを診療年月欄に合わせて直接変更を行ってください。

チェックリストを印刷する場合には【3.4　総括表・公費請求書】の【（7）チェックリストの印刷】を参照してください。

（5）請求管理データの削除

レセプト作成と同時に請求管理データが作成されます。保険変更等、または診療の取消により全ての診療行為を削除等、作成済みの請求管理データが必要なくなった場合に削除を行います。
削除の方法は

- 再度レセプト一括作成（全件）を行う
- 変更のあった患者のレセプト個別作成を行う（医療保険、労災・自賠責分を行う）

の2種類があり、どちらもメニュー画面の「42　明細書」の処理で行います（請求管理データのみを直接削除はできません）。

＜一括作成（全件）を再度行う＞

全ての患者のレセプト作成を再度行いますので、診療の無くなった請求管理データは自動で削除されます。
※請求管理の請求区分が「0　請求しない」となっているデータは削除しません。

＜変更のあった患者のレセプト個別作成を行う＞

この場合は、変更のあった保険（社保分・国保分、労災分、自賠責分）の全ての保険で個別作成を行います。
（注　診療が無くなった保険でも個別作成を行います）
健康保険での入力が全て無くなった場合には、個別指示画面にて

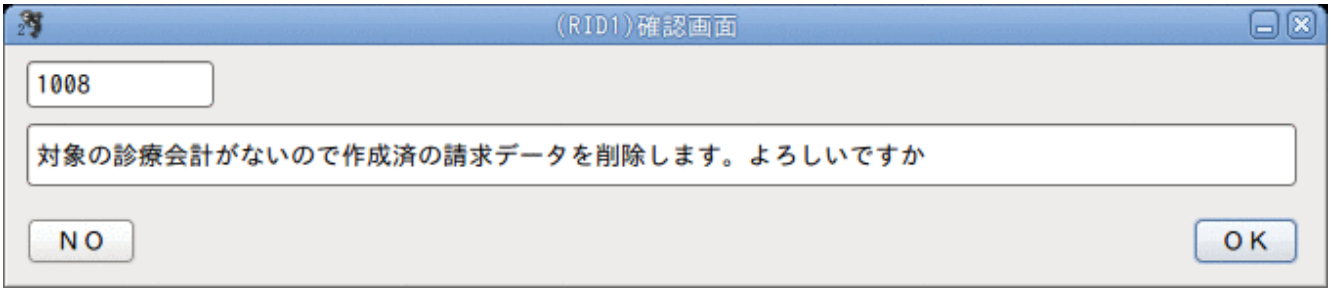


図 1014

のメッセージを表示し、「OK」で請求管理データを削除します。
※書類代等自費診療分のみが健康保険に入力されている場合は、レセプトの作成処理を行います。「対象データがありませんでした」のメッセージを表示しデータの削除を行います。この場合削除に関するメッセージは表示しません。

ヒント！ 保険の変更がない場合でも、「0　請求しない」の設定がある場合にレセプト個別作成を行うと「0　請求しない」設定されたデータを削除するか問い合わせを行います。

＜請求区分による請求管理データの取り扱いについて＞

「0　請求しない」の場合

	レセプト一括作成（全件）	レセプト個別作成
診療が無くなった 社・国→労災 社・国→自賠	データの削除しない	データの削除する（手動）
医療保険内での保険変更 社→国 国→社	データの削除しない 変更前保険（請求しない）分と変更後保険分と2つ作成される	データの削除をするかの問い合わせを行う 削除しない場合は、変更前保険（請求しない）分と変更後保険分と2つ作成される
保険変更なし	データの削除しない	データの削除をするかの問い合わせを行う 削除しない場合は「0　請求しない」のままデータを置き換えます。 削除する場合は、「0　請求しない」のデータを削除し、新たに「1　未請求」のデータを作成します。

「1　未請求」、「2　請求済み」の場合

	レセプト一括作成（全件）	レセプト個別作成
診療が無くなった 社・国→労災 社・国→自賠	データの削除する（自動）	データの削除する（手動）
医療保険内での保険変更 社→国 国→社	データの置き換えをする 変更前保険分のデータを削除し、変更後保険のデータを作成します。	データの置き換えをする 変更前保険分のデータを削除し、変更後保険のデータを作成します

３．４　総括表・公費請求書

（1）総括表及び公費請求書の作成指示
（2）地方公費請求書個別発行
（3）地方公費請求書をCSV形式のファイルで出力する
（4）情報削除の処理
（5）印刷するプリンタを変更する
（6）再印刷処理の開始
（7）チェックリストの印刷
（8）総括表に出力される対象患者

（1）総括表及び公費請求書の作成指示

「42　明細書」業務でレセプト作成処理により作成された請求点数情報から、総括表及び公費請求書（地方公費分）の作成出力を行います。ただし、国保の標準総括表の場合は始めに総括表の様式の設定を行う必要があります。
「101　システム管理マスタ」ー「2005　レセプト・総括印刷情報」の総括表のタブ画面で設定をしてください。未設定の場合は、国保の標準総括表は「給付割合なしの様式」で印刷を行います。
また、返戻分を再請求する際の総括を別に作成することができます。

※各都道府県別対応の請求書プログラムをホームページより提供していますが、順次対応を行っています。

図 1015

総括表及び公費請求書を作成する場合、診療年月、請求年月日を必須入力します。
「対象帳票」の中から、作成する帳票をクリックして選択します。

ヒント！

医保と労災はチェックボックスで簡単に切り替えられます。

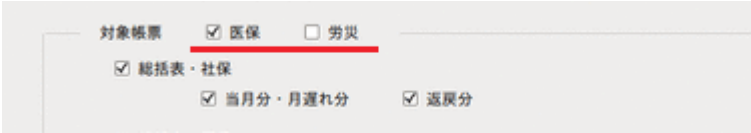


図 1016

＜総括表・公費請求書画面での注意メッセージ＞

「未実施の未請求解除データがあります」

未請求レセプト設定にて未請求解除中のままレセプト処理がされていない場合は、総括・公費請求書画面に注意メッセージとして表示します。このメッセージが表示されたときは未請求設定画面を確認してください。

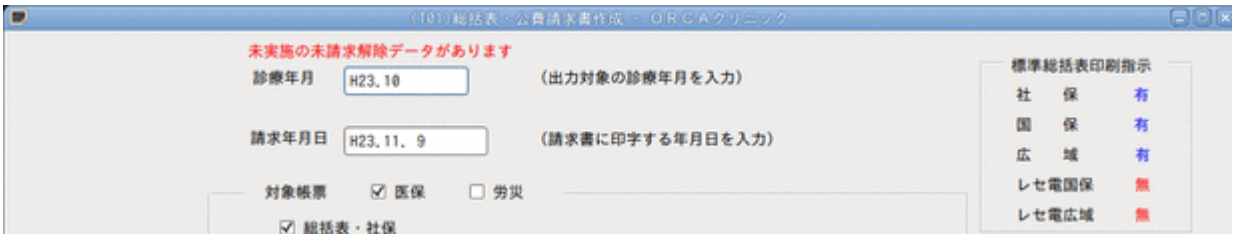


図 1017

「該当の診療年月に0点公費記載ありの点検用レセプトがあるため、医保分は点検用レセ電データの作成のみ可能です」

0点公費記載（請求点数が0点の公費の診療内容を記載）を行なったレセプトがある場合に表示します。この場合点検用レセ電データの作成のみできます。その他の処理を行うには、0点公費記載のある患者のレセプトを「42明細書」業務の「提出用レセプト」で個別作成するか、一括作成を行なってください。

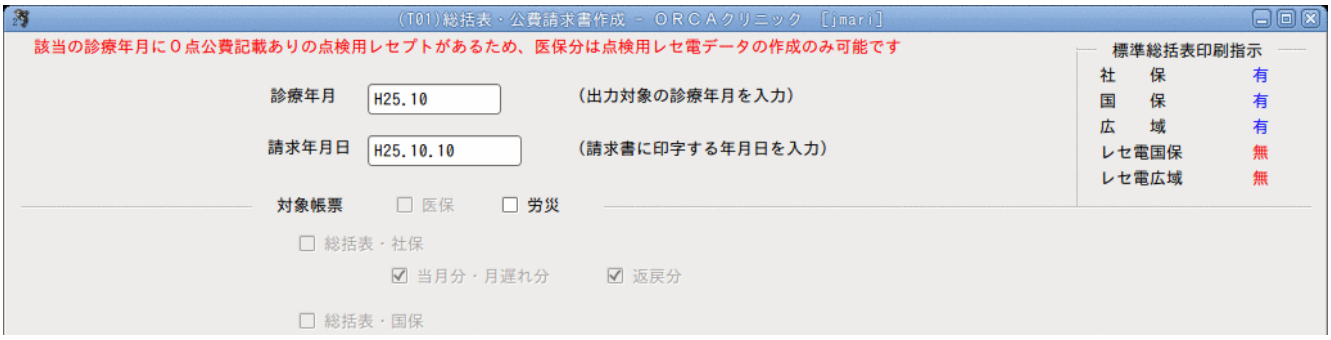


図 1018

＜総括票・国保、総括票・広域の個別指定について＞

作成する帳票に「総括表・国保」を選択したときは、指定した保険者番号の総括表のみを作成することもできます。対象帳票の「総括表・国保」欄をクリックして選択し、個別指定の保険者番号欄へ保険者番号を入力したのちに「印刷開始」(F12)を押下します。

国保の総括表を一括作成する場合には「総括表・国保」欄を選択したとき、個別指定の保険者番号欄は空白とすることで該当月の国保が対象となります。

＜例＞「全国建設工事業」を個別指定して印刷する

診療年月、請求年月日を入力後は「総括表・国保」を指定し、全国建設工事業の保険者番号である「133298」を入力後に「Enter」を押下します。

図 1019

※「個別指定の保険者番号」を指定した場合、標準で提供している国保総括表は対象の保険者を抽出し処理を行いますが、カスタマイズされた国保総括表の場合は、「国保診療報酬請求書　カスタマイズについて」に基づきプログラムを修正する必要があります。

注意！ 総括票・広域の個別指定印刷は、「101　システム管理マスタ」－「2005　レセプト・総括印刷情報設定」－総括表－広域診療報酬請求書の設定が「0　全て広域連合単位で作成」となっている必要があります。この設定は各都道府県似て違いがありますので、個別作成ができない場合もあります。

＜医保分の当月分・月遅れ分と返戻分について＞

当月分・月遅れ分	「43　請求管理」で請求年月を変更した場合は、月遅れ請求分として該当月の請求書にまとめ、総括を作成します。
返戻分	「43　請求管理」で返戻月を入力し、請求年月を入力した場合は、該当月の返戻再請求分として別総括を作成します。

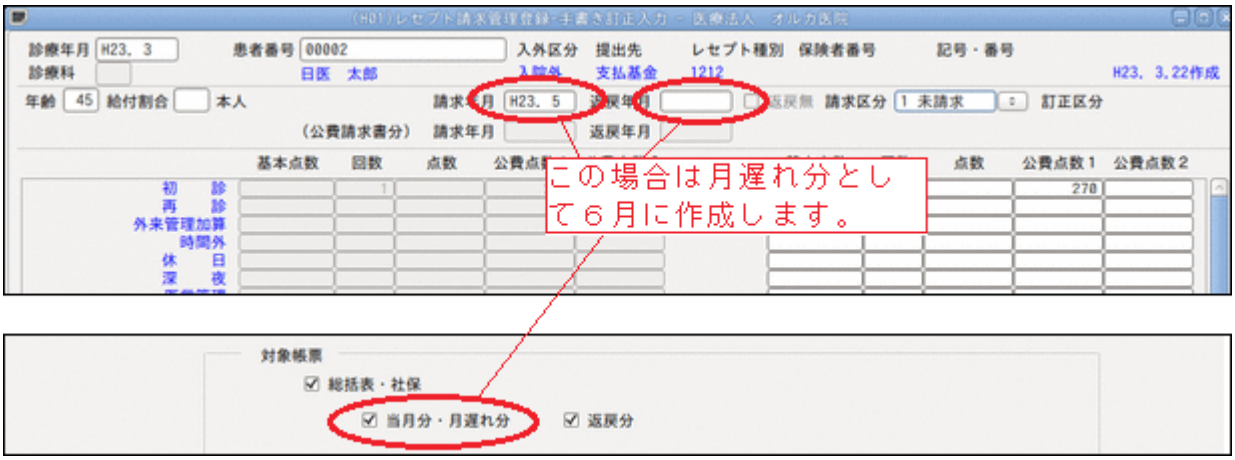


図 1020

Copyright(C)2007JMARI

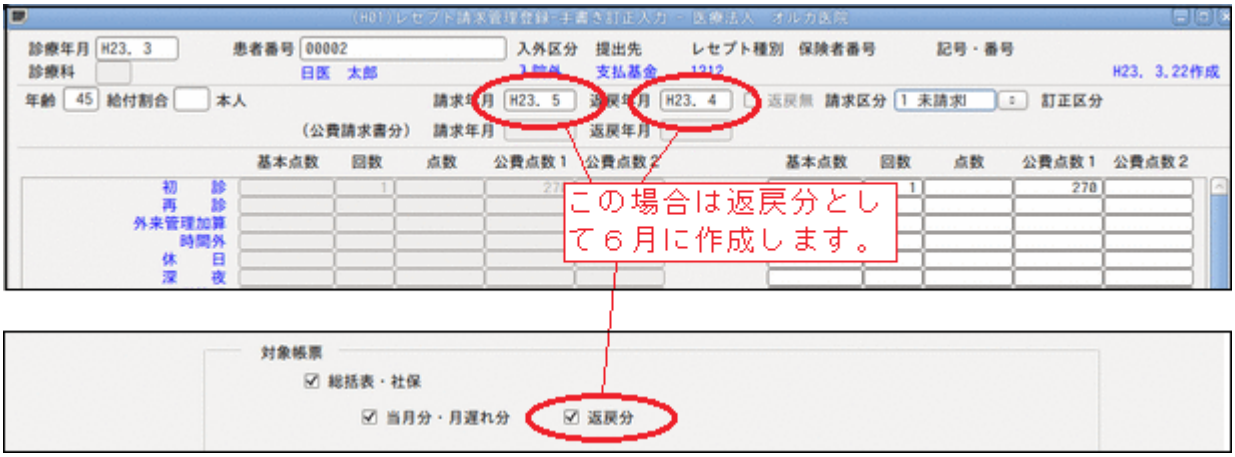


図 1021

※「43　請求管理」の返戻月の入力がされていれば「返戻分」
※「43　請求管理」の返戻月の入力が無ければ「月遅れ分」

ポイント！

オンライン請求の返戻レセプトをORCAに取り込んだ後に紐付けを行い、レセプト電算データとして再提出を行う場合はレセプト電算データに記録されますが、総括表には「当月・月遅れ分」「返戻分」共に含まれません。

労災の場合、返戻年月は入力されていても返戻分の請求書は作成しません。請求年月毎にまとめて集計します。

＜レセ電総括表・国保／レセ電総括表・広域　について＞

平成20年4月の改正により、「レセ電総括表・国保」の様式が削除されたため、平成20年4月以降診療分につては出力を行いません。「レセ電総括表・広域」についても現在は様式が存在しないため使用しません。

レセプト電算システムの場合、国保連合会に対してレセプト電算処理システム用の総括表が必要な場合は、あらかじめ「101　システム管理マスタ」－「3004　県単独事業情報」にて設定をしておく必要があります。
（都道府県により違いがありますので、国保連合会へお問い合わせください）

国保に対してレセプト電算処理システム用の総括を作成します。
次の条件で印刷できるようになります。
「101　システム管理マスタ」－「2005　レセプト・総括印刷情報」－国保レセ電出力区分「0　出力無し」以外。
「101　システム管理マスタ」－「3004　県単独事業設定」－レセ電国保「有」。

各項目を指定後、「確定」(F12)を押下すると確認メッセージを表示します。

図 1022

「F12：印刷する」を押下すると「処理結果」画面へ遷移し、総括表及び公費請求書作成処理を開始します。
「処理結果」画面では「F11：状態」を押下することにより、その都度処理の経過が確認できます（処理が終了するまでの間、何度でも押下して処理の確認が行えます）作成処理後は印刷を開始します。
「F11：印刷しない」を押下した場合、「F12：印刷する」押下時と同様に「処理結果」画面へ遷移します。ただし、作成処理のみで印刷は行いません。作成処理後は、「再印刷」画面で指定した帳票を印刷することができます。

図 1023

「戻る」(F1)を押下すると元の画面になります。

注意！
公費請求書の出力を行う場合は、事前処理としてレセプト作成処理を一括作成で行っておく必要があります。その際に印刷を行う必要はありません。レセプトの一括作成処理が行われていない場合は診療年月欄に「請求書対象データなし」と表示されます。

 Copyright(C)2007JMARI

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	元の画面へ戻ります。
データ取込	Shift+F3	オンライン請求時の請求状況CSVファイル、エラー情報CSVファイルの取り込みを行います。
個別指示	Shift+F4	オンライン請求用に任意の患者のみのレセ電データを作成します。データ取込を行っている場合はエラーのあった患者を指定することもできます。
再印刷	F5	以前に行った処理の一覧の中から指定して再印刷ができます。
労災レセ電	(Shift+F5)	それぞれの電算データの作成処理を行います。 注意） ボタンが非活性のときは、「101　システム管理マスタ」－「2005　レセプト・総括印刷情報」の「レセ電出力区分」の設定を行ってください。 社保分も国保分も同じファイル名で作成するので、必ずどちらかの処理を行ったら退避する必要があります。 データはEUCコードではなく、Shift-JISコードで作成されています。
社保レセ電	F6	
国保レセ電	F7	
広域レセ電	F8	後期高齢者分のレセプトについて、電算データを作成します。
主科未設定	Shift+F8	主科未設定患者リストを出力します。 主科設定しない（システム管理未設定）医療機関では選択できません。
公費個別	Shift+F9	地方公費の各帳票について個別に処理を行います。
社保集計表	F9	地域により出力する内容が異なるため、現在は参考提供の様式となっています。
国保集計表	F10	地域により出力する内容が異なるため、現在は参考提供の様式となっています。
チェック	Shift+F10	請求月の総括表に含まれていない患者の一覧が印刷できます。
情報削除	F11	エラーが発生して処理が正常に終了しなかった場合に処理内容の情報削除ができます。
プリンタ	Shift+F11	総括・請求書を印刷するプリンタを指定できます。
印刷開始	F12	印刷の処理が開始します。
処理結果	Shift+F12	処理の経過及び結果が確認できます。

(2) 地方公費請求書個別発行

「公費個別」(Shift＋F9)にて地方公費の帳票を個別に出力できます。
あらかじめ「101　システム管理マスタ」－「3004　県単独事業情報」で設定しておく必要があります。

※各都道府県別対応の請求書プログラムをホームページより提供していますが、順次対応を行っています。

図 1024

Copyright(C)2007JMARI

個別処理をする帳票を選択します。
番号を入力またはクリックすると、処理対象として「1　処理する」が表示されます。

図 1025

「Enter」で「1　処理する」を確定します。
確定すると処理対象に〇マークが表示されます。

図 1026

※この状態で「処理開始」(F12)を押下するとパラメータ設定により全保険者（全患者）を対象に処理を行います
保険者指定（患者指定）を行う場合は次に進んで指定を行います。

次に保険者番号指定または患者番号指定を行いたい場合は、パラメータ設定により画面下部にて、保険者番号または患者番号を入力します。

図 1027

全ての入力が終わりましたら「処理開始」(F12)を押下し処理を開始します。

(3) 地方公費請求書をCSV形式のファイルで出力する

注意！！
あらかじめ都道府県別請求書プログラムをインストールしておく必要があります。
現在、一部の都道府県でのみ公費請求書をCSV形式で提出します。

1. 業務メニューより「44　総括表・公費請求書」を押下し、画面遷移します。
公費請求書が選択されているのを確認し、「印刷開始」(F12)を押下し、処理を実行します。
他の請求書等も選択されている場合は「印刷する」を選択します。
（CSVデータは公費請求書の処理を行ったタイミングで作成します）

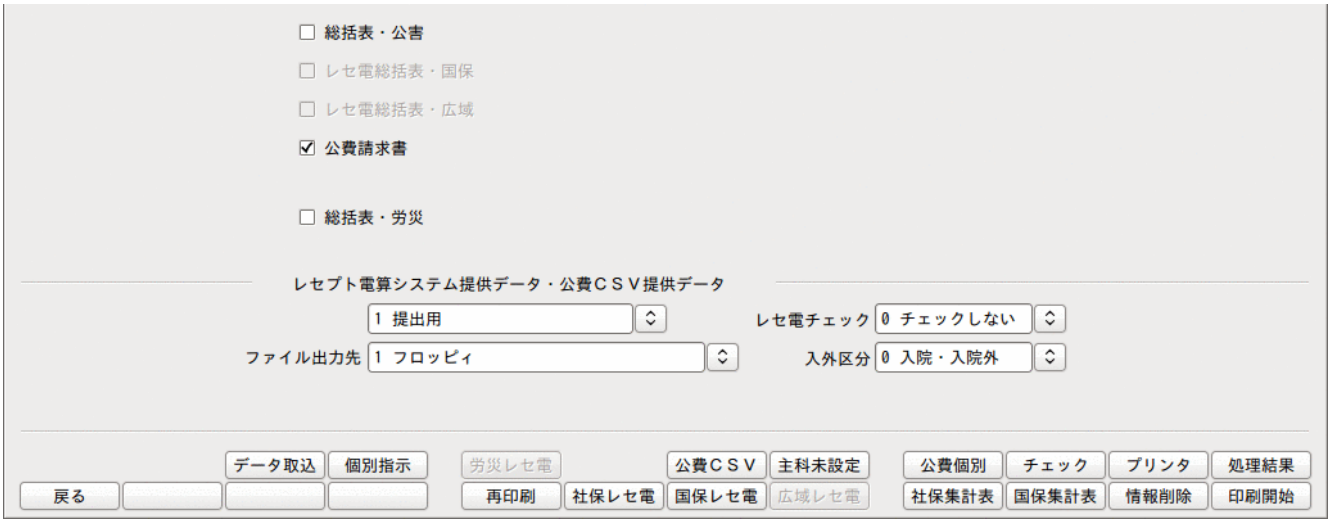


図 1028

処理が終了したら「戻る」で戻ります。

2. CSVデータが作成されると、「公費CSV」(Shift＋F7)が活性化します。
保存場所を選択し、ボタンを押下します。

図 1029

3. 公費の一覧を表示します。
　　出力したい公費を選択し、「保存」(F12)を押下します。

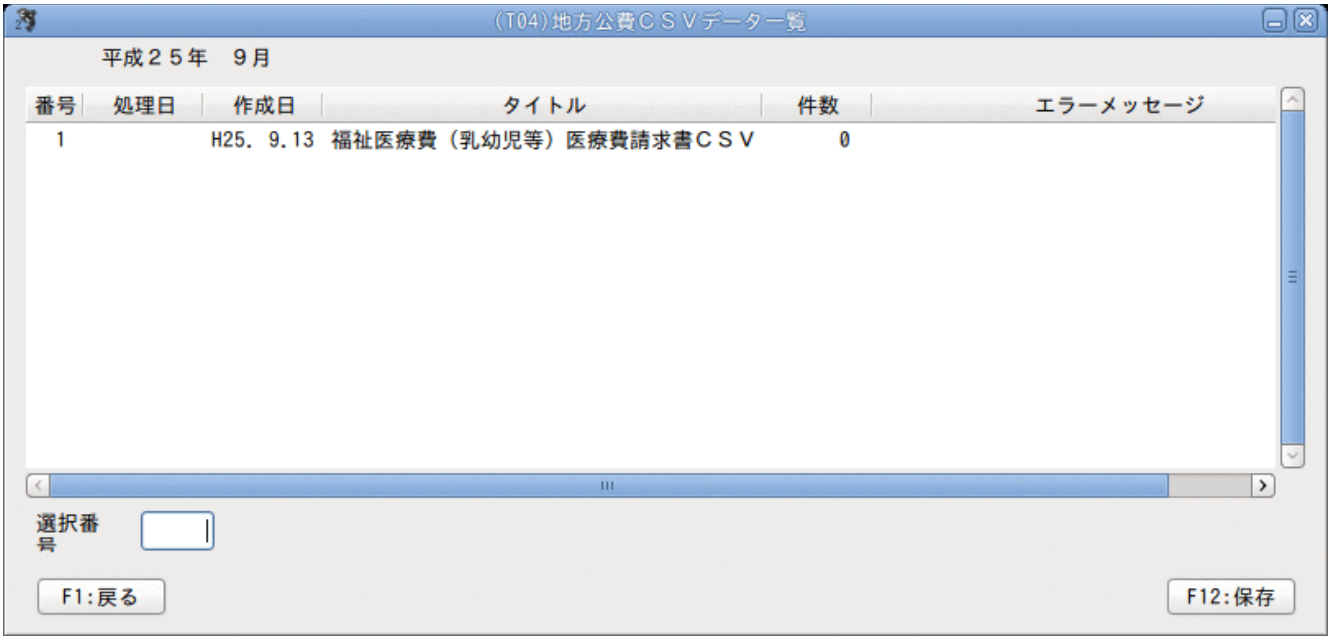


図 1030

4. 処理の確認メッセージ、媒体の確認メッセージを表示します。

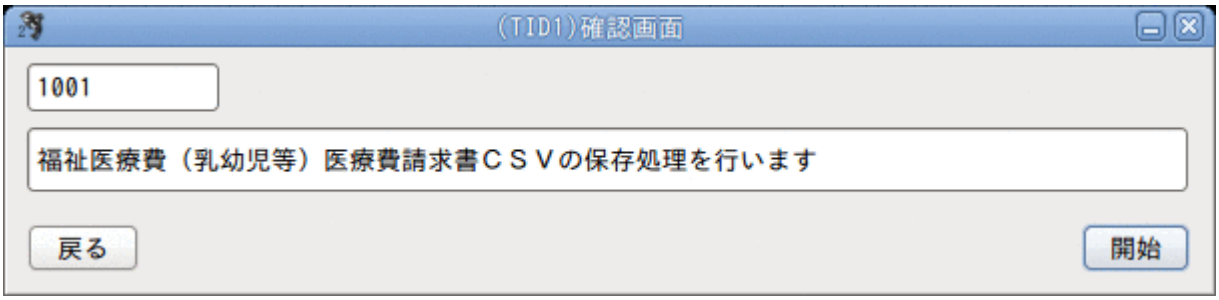


図 1031

図 1032

「OK」を押下します。

「処理が正常に終了しました」のメッセージが表示されれば完了です。

ヒント！

保存先にクライアント保存を選択した場合は、操作を行っている端末の任意のディレクトリに保存ができます。保存するディレクトリの問い合わせがあります。

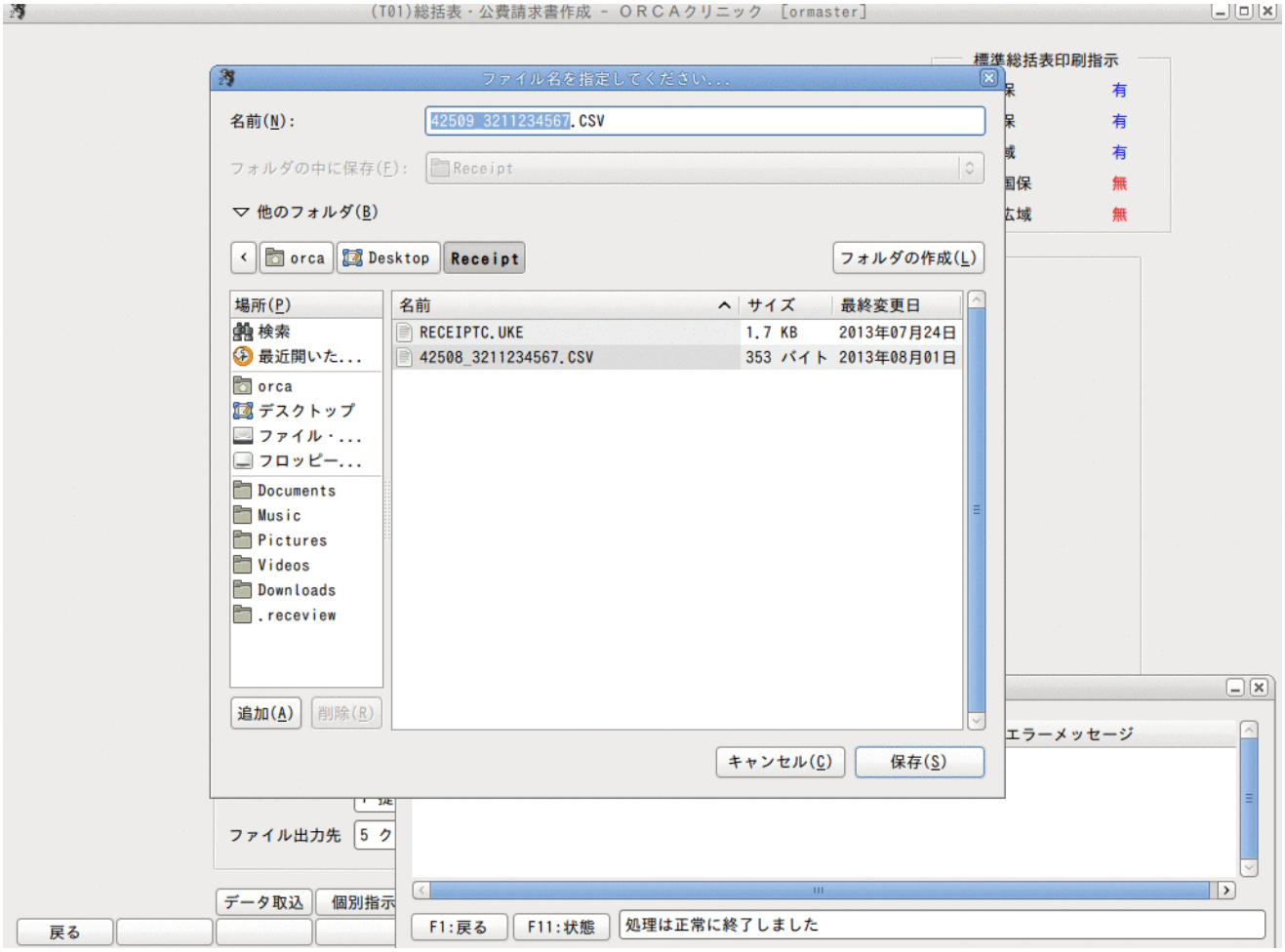


図 1033

（4）情報削除の処理

作成印刷処理中にエラーが発生して正常に印刷処理まで終わらなかった場合、再度処理を行うためには前回の処理内容を削除する必要があります。「情報削除」(F11)を押下すると、前回行われた処理内容が表示されます。

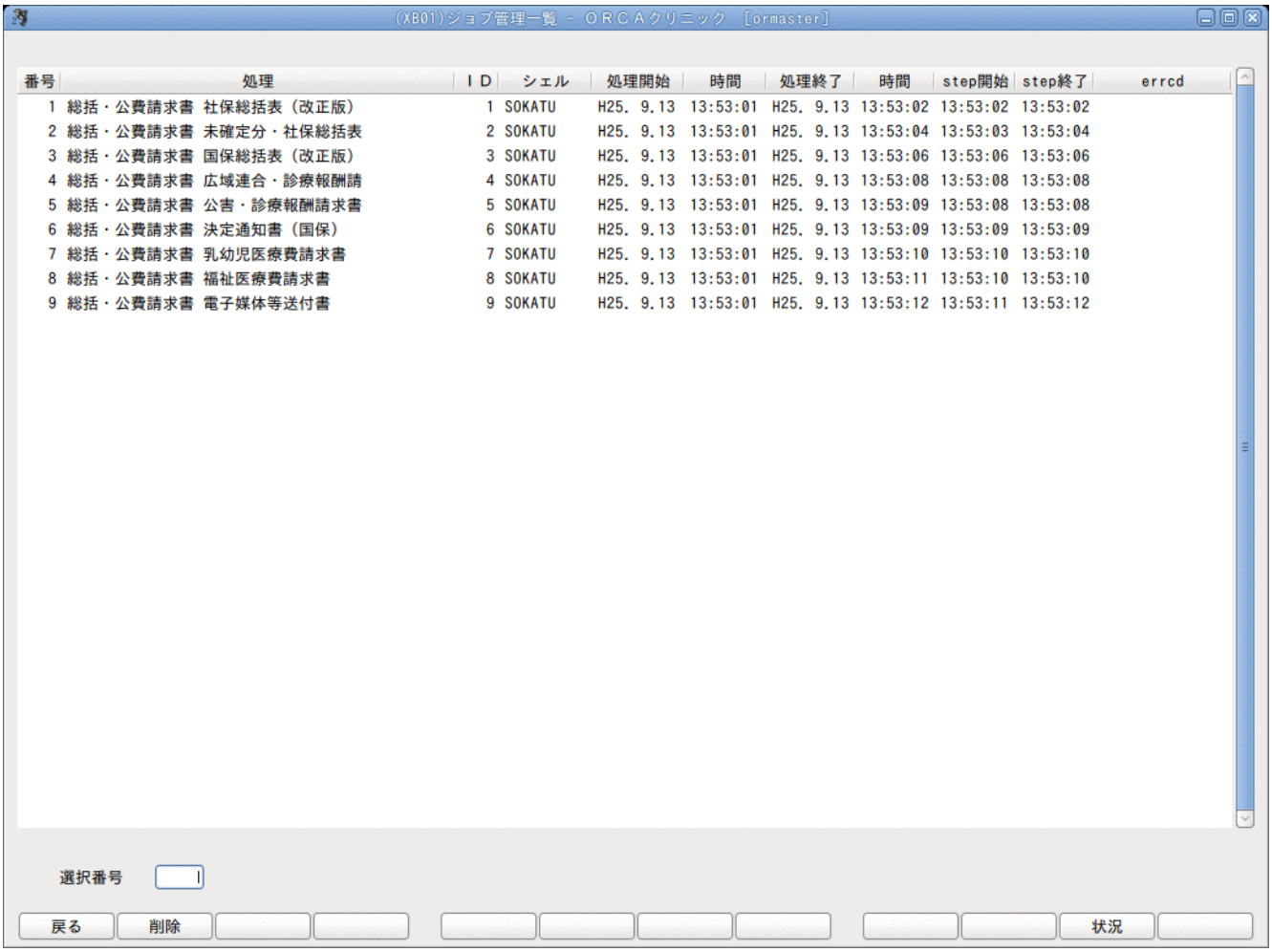


図 1034

選択番号を入力し「削除」(F2)を押下すると確認メッセージが表示されます。

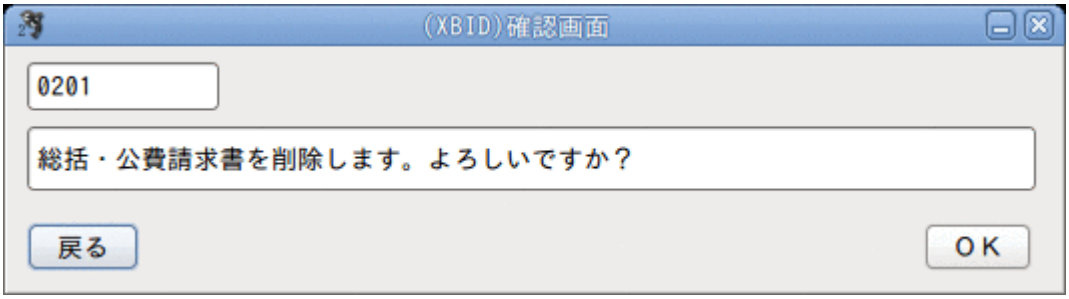


図 1035

「状況」(F11)では、最新の状況を表示します。
なお、処理が正常に終了した場合には情報削除を行う必要はありません。

(5) 印刷するプリンタを変更する

総括・公費請求書のプリンタを変更できます。
「プリンタ(Shift+F11)」を押下します。変更したい帳票を選択後、プリンタを指定します。
「戻る(F1)」で戻ります。

※総括・公費作成画面からメニュー画面に戻ると設定した内容をクリアします。
コンボボックスのプリンター覧は「101　システム管理マスタ」－「1031　出力先プリンタ割り当て情報」「2005　レセプト・総括印刷情報」「3004　県単独事業情報」より情報を取得します。

(6) 再印刷処理の開始

「再印刷」(F5)で既存の処理内容の再印刷を行います。

「(4) 印刷するプリンタを変更する」でプリンタを変更し 印刷した帳票は、変更したプリンタに印刷します。

＜例＞番号「2」の国保総括表の1ページ目の再印刷をする
「再印刷」(F5)を押下すると再印刷選択画面へ遷移します。
「帳票タイトル」の右横の「未」の表示は、「印刷開始」(F1)押下時の「F11：印刷しない」を選択した場合に表示されます。選択番号欄に「2」を入力し、頁指定欄に「1-1」を指定します。

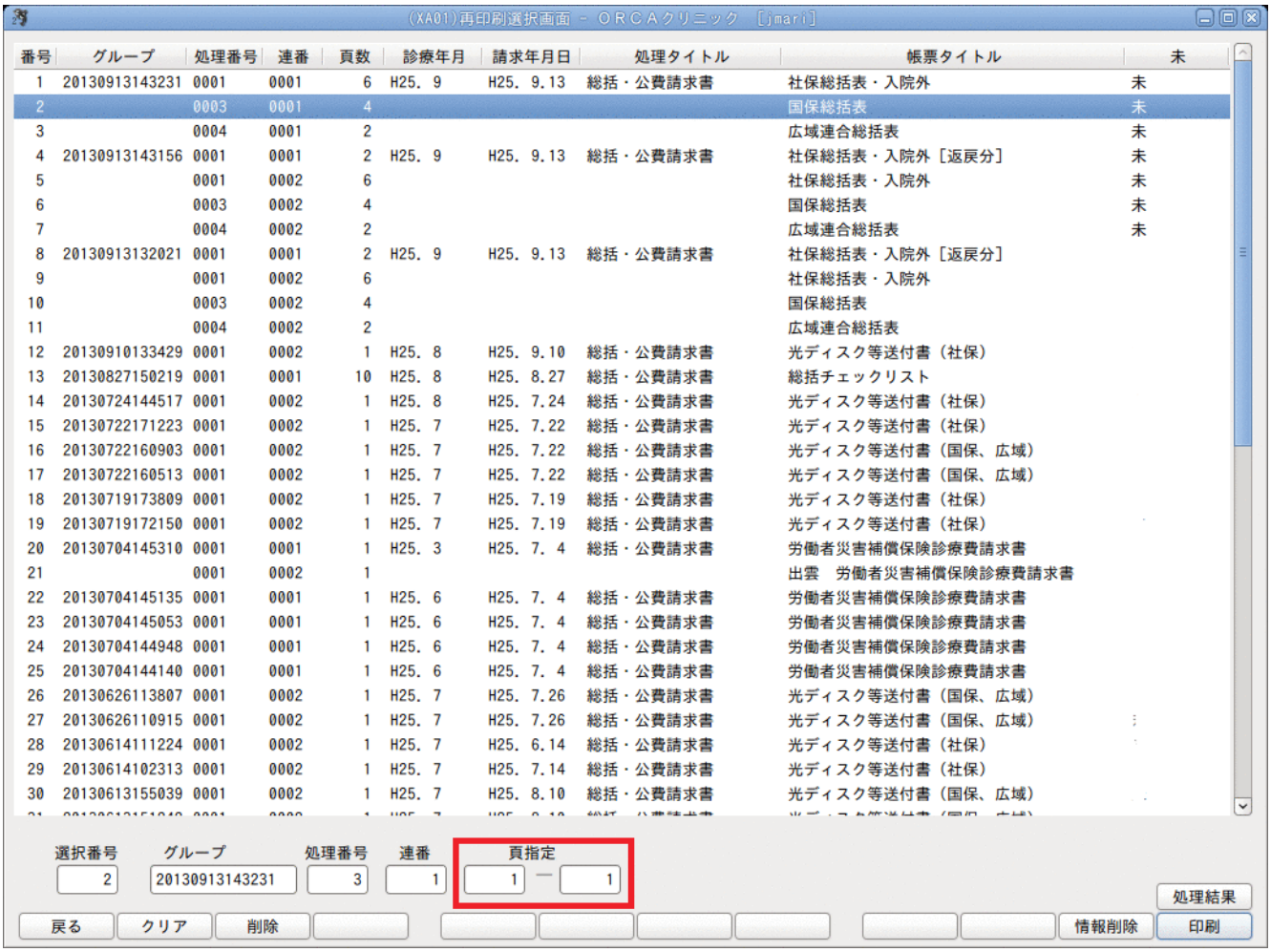


図 1036

「印刷」(F12)を押下すると確認メッセージが表示します。

図 1037

「F12：OK」を押下すると「処理結果」画面へ遷移し、出力帳票作成処理を開始します。作成処理後は印刷を行います。
「F10：プレビュー」を押下すると、プレビュー画面にて出力帳票を画面に表示します。
（操作方法は、【3.2.1　明細書】の【（4）プレビュー画面について】を参照してください）。
「F1：戻る」を押下すると元の画面に戻ります。

※一度処理が行われた帳票のデータは保持されています。不必要な帳票は、できるだけ「削除」(F3)をしてください。

（7）チェックリストの印刷

チェックリストは、レセプト一括作成処理あるいは個別作成処理済みのレセプトを対象とし、今回診療年月以前の未請求等の患者の一覧をプレビューあるいは印刷をして確認することができます。

注意！
チェックリストの処理（プレビュー若しくは印刷）を行うときは、今回診療年月のレセプト作成処理の前に行ってください。

レセプト作成処理後に作られたデータは、「43請求管理」の「請求区分」では全て「未請求」の状態になっているのでチェックリストの未請求患者の対象となり、一覧にあがってしまいます。
なお、レセプト作成処理後に総括表の処理を行った場合の「請求管理」のデータは「請求済み」の扱いとしますので、この場合はチェックリストの抽出対象外となります。

＜「チェック」(Shift＋F10)より総括チェックリストを印刷する＞

診療年月にチェックの対象とする年月を入力し、「チェック」(Shift＋F10)を押下します。

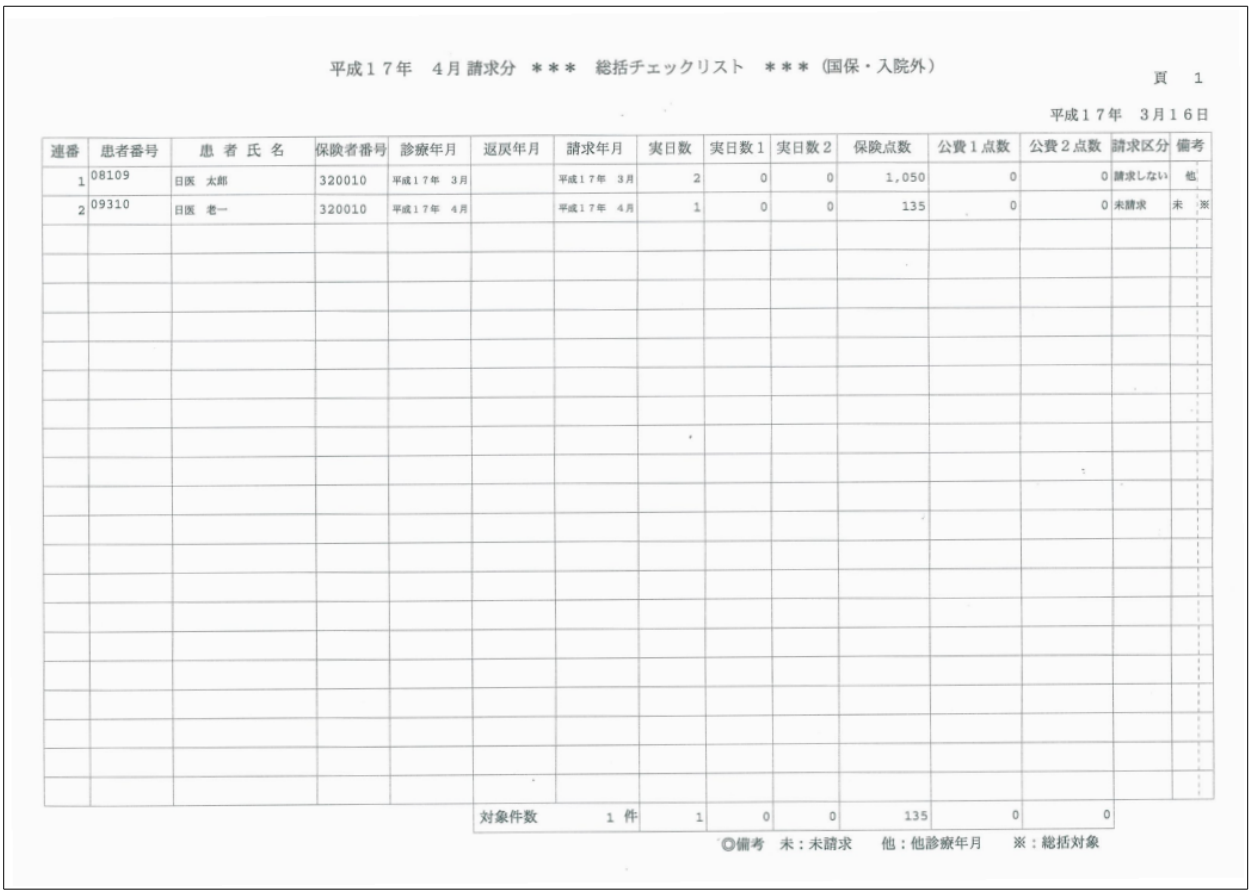
図 1038

確認メッセージが表示します。「OK」で印刷を行います。

図 1039

Copyright(C)2007JMARI

（チェックリスト印刷例）



平成１７年　４月請求分　＊＊＊　総括チェックリスト　＊＊＊（国保・入院外）

頁　1

平成１７年　３月１６日

連番	患者番号	患者氏名	保険者番号	診療年月	返戻年月	請求年月	実日数	実日数１	実日数２	保険点数	公費１点数	公費２点数	請求区分	備考
1	08109	日医　太郎	320010	平成１７年　３月		平成１７年　３月	2	0	0	1,050	0	0	請求しない	他
2	09310	日医　老一	320010	平成１７年　４月		平成１７年　４月	1	0	0	135	0	0	未請求	未　※
					対象件数	１件	1	0	0	135	0	0		

◎備考　未：未請求　　他：他診療年月　　※：総括対象

図 1040

請求区分等の設定は【3.3　請求管理】の【（2）レセプト請求内容の変更】で操作を行います。
通常、このチェックは今回分の診療年月のレセプト作成処理を行う前に、該当月以前の未請求患者の確認を行うものです。一括レセプト作成処理を行った時点で請求管理データの区分は「未請求」となるため、このあとにチェックを行うと診療年月に受診した全患者が印刷の対象となります。
なお、総括表印刷処理が行われた後のデータは請求済みの扱いとなります。

Copyright(C)2007JMARI

３.４.１　レセプト電算処理システムによるデータ作成手順

事前準備

1. 「101　システム管理マスタ」―「2005　レセプト印刷情報」－レセプト（基本ーレセ電）の設定を行います。

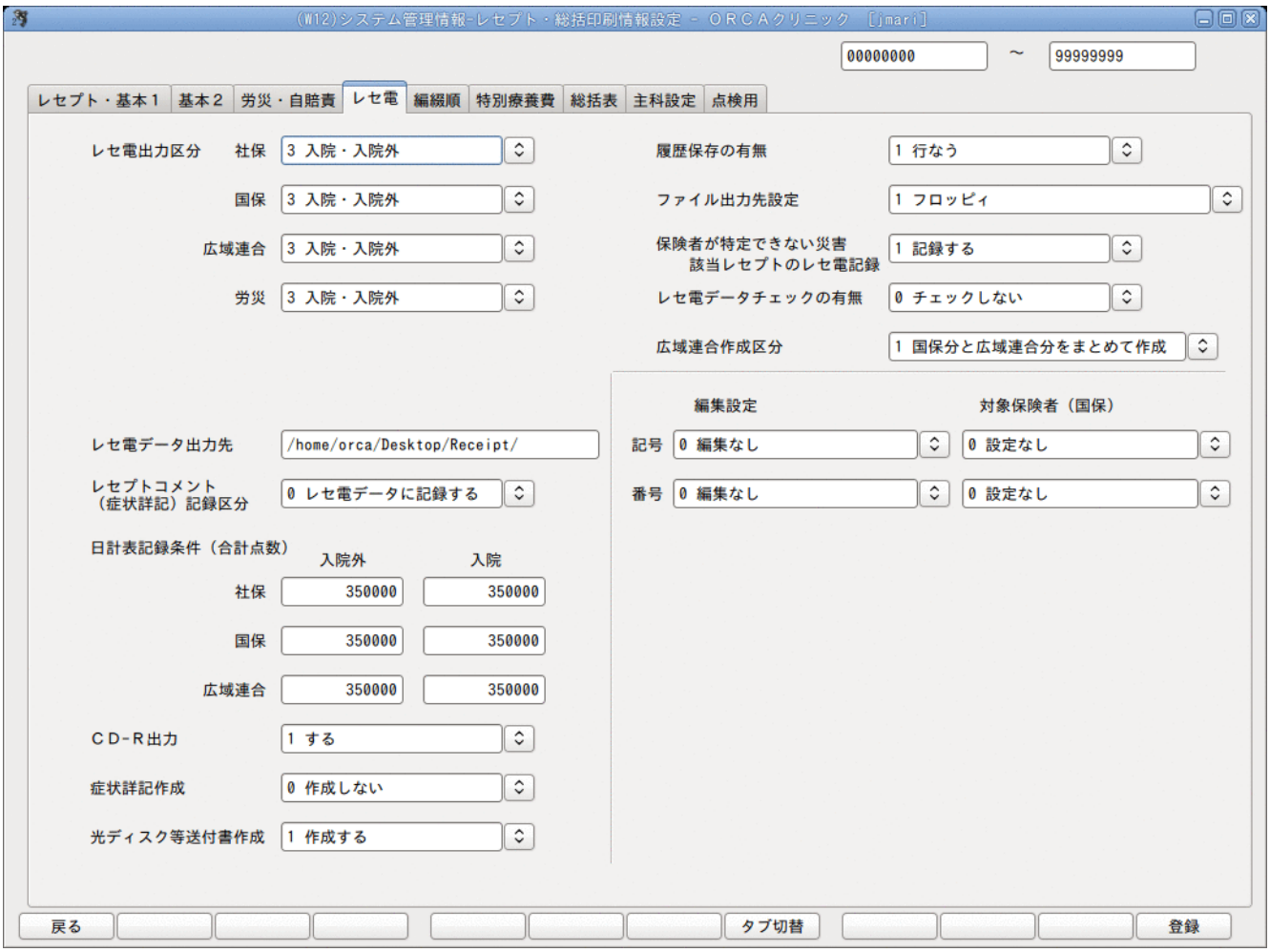


図 1041

社保レセ電出力区分 国保レセ電出力区分 広域連合レセ電出力区分 労災レセ電出力区分	コンボボックスより選択します。 「0　出力なし」となっている場合はレセ電データを作成しません。
レセ電データ出力先	レセ電データをハードディスク内に出力するため、出力先のディレクトリを指定します（ディレクトリの最後は「／」で終わっていること）。
レセプトコメント（症状詳記）記録区分	症状詳記の記録をするか否かを指定します。 ※平成16年6月診療分より、症状詳記の内容（手術歴、保険変更、レセプトコメント）をレセプト電算データへ記録できるようになりました。
日計表記録条件（合計点数）	レセ電に算定日情報を記録しているため、現在は使用していません。
レセ電CD-R出力	CD-R用のisoファイルを作成する場合は 「1　する」にします。 注意！ 日レセではisoファイルをメディアには書き込めません。ラ

	イティングソフトウェアを別途準備して書き込んでください。
症状詳記作成	症状詳記を 印刷しない場合は「0　作成しない」　　印刷する場合は「1　作成する」にします。
光ディスク等送付書作成	送付書を 印刷しない場合は「0　作成しない」 印刷する場合は「1　作成する」にします。
履歴保存の有無	「0　行わない」 システム管理設定場所に保存します。 「1　行う」 システム管理設定場所に保存するときに診療月・提出先毎に保存フォルダを作成し、保存します。
ファイル出力先設定	レセ電データの保存先の初期表示を設定します。
保険者が特定できない災害該当レセプトのレセ電記録	患者登録画面にて「959　災害該当」の登録があり、かつ保険者番号欄または公費単独の場合は負担者番号が空白のレセプト（保険者が特定できない災害該当のレセプト）のレセ電記載の設定をします。
レセ電データチェックの有無	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を行います。
広域連合作成区分	広域連合分を国保分とまとめるか否かを設定します。

レセ電データを作成する

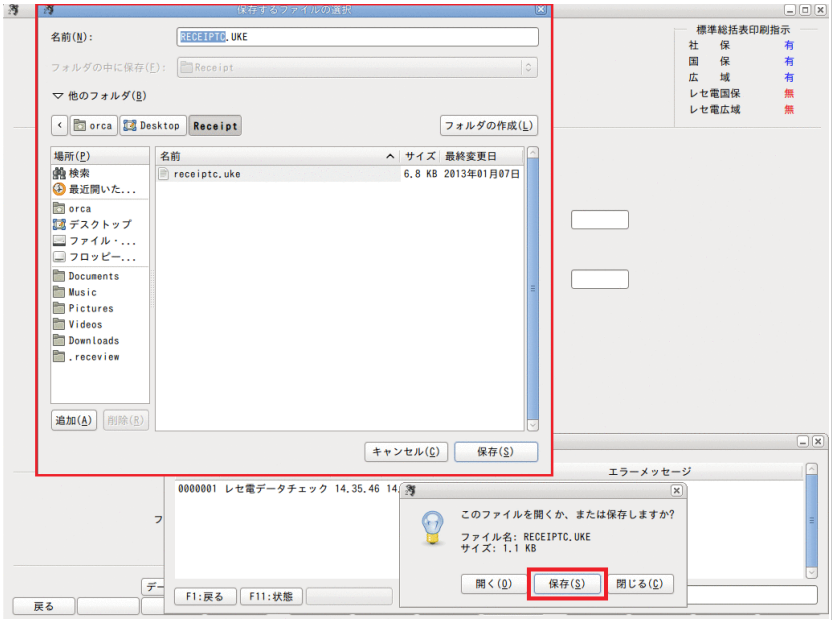
1. 「42　明細書」業務にて、レセプトの一括作成処理を行います。
   （レセ電による請求業務の処理は、紙で総括表を出力するまでの操作方法とほぼ同様となります）
2. 「44　総括表・公費請求書」業務にて各項目を入力します。
   「診療年月」、「請求年月日」、「ファイル出力先」の入力を行います。
3. 「社保レセ電」(F6)あるいは「国保レセ電」(F7)を押下します。
   確認メッセージを表示し、各レセ電データの作成処理を行います。

図 1042

＜ファイル出力先・入外区分項目について＞

レセプト区分	レセ電データに院外処方の投薬データを書き込みデータチェックに利用できます。 「1　提出用」 レセ電提出用のデータを作成します。 院外処方データを記録しません。 「2　点検用（院外処方含）」 点検用のため院外処方データを記録したレセ電データを作成します。 ※点検用レセ電データはファイル名を TENKENRC.UKE で作成します。 労災の場合は TENCXXXX.UKE で作成します。
ファイル出力先	レセプト電算システムデータファイルの出力先をコンボボックスの中から選択します。 「1　フロッピィ」 通常は、フロッピィを使用してデータを記録します。 「2　MO」 データ件数の多い医療機関で使用します。 「3　システム管理設定場所」（フロッピィ用） 「4　システム管理設定場所」（MO用） どちらも「101　システム管理マスタ」－「2005　レセプト印刷情報」のレセ電出力先に指定したディレクトリに保存されます。 それぞれの媒体の保存できるファイルサイズで分割します。 ※システム管理設定場所にレセプト電算データを保存した場合、ファイルを識別するために医療機関識別コードを先頭に付加しています。 （例）医保レセプトの場合 01RECEIPTC.UKE このファイルを支払基金・国保連合会へ提出する場合はファイル名を変更し医療機関識別コードを取り除く必要があります。 01RECEIPTC.UKE　→　RECEIPTC.UKE ヒント！ 「101　システム管理マスタ」－「2005　レセプト・総括印刷情報」－レセ電にてレセ電データ履歴保存の有無の設定を「1　行う」とした場合は、医療機関番号はフォルダ名に付け、レセ電データはRECEITC.UKEで作成します。 RECEIPTC.UKE

Copyright(C)2007JMARI

	「5　クライアント保存」（※初期設定が必要です） 「6　クライアント保存（CD-R用）」（※初期設定が必要です） 操作を行っている端末の任意のディレクトリに保存ができます。レセ電作成後、「保存」を押下します。  図 1043 保存したいディレクトリを選択し「保存」をクリックします。 ※クライアント保存を行うには、クライアント保存を行いたい職員情報の設定を変更しておく必要があります。「101　システム管理マスタ」－「1010　職員情報」－「個別設定」－＜クライアント保存＞の項目で「1　保存可」に設定します。 ※クライアント保存はjavaクライアントを使用し、windowsに保存することもできます。 ※「開く」ボタンについて 保存前にレセ電ビューアで内容を確認してから保存できます。 【6.1 付録1　クライアント保存の拡張】を参照してください。 ヒント！ 労災レセ電はRRECXXXX.UKEファイルを複数作成するため、クライアント保存ではzip形式で保存します。 注意！ 日レセではisoファイルを直接メディアには書き込めません。 ライティングソフトウェアを別途準備して書き込んでください。
レセ電チェック	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を行います。
入外区分	入院・入院外の指定をします。無床診療所版の場合は、「2　入院外」を表示します。 「0　入院・入院外」 「1　入院」 「2　入院外」

4. 症状詳記または送付書の印刷を指定する。
「101　システム管理マスタ」ー「2005　レセプト・総括印刷情報」の設定によりメッセージが異なります。

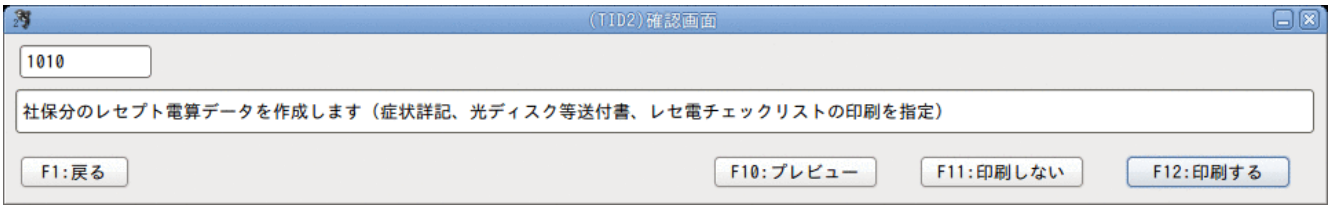


図 1044

F10：プレビュー	レセプト電算データの作成処理後にプレビュー画面を表示します。
F11：印刷しない	レセプト電算データの作成処理後に印刷を行いません。
F12：印刷する	レセプト電算データの作成処理及び印刷データ作成処理を開始します。

5. 媒体をセットする
ファイル出力先に「1　フロッピィ」または「2　MO」を指定した場合は、以下のメッセージを表示します。各媒体をセットして、「OK」を押下します。

図 1045

6. 終了確認
処理結果画面にて「処理は正常に終了しました」と処理の終了が確認できたら、媒体を取り出します。

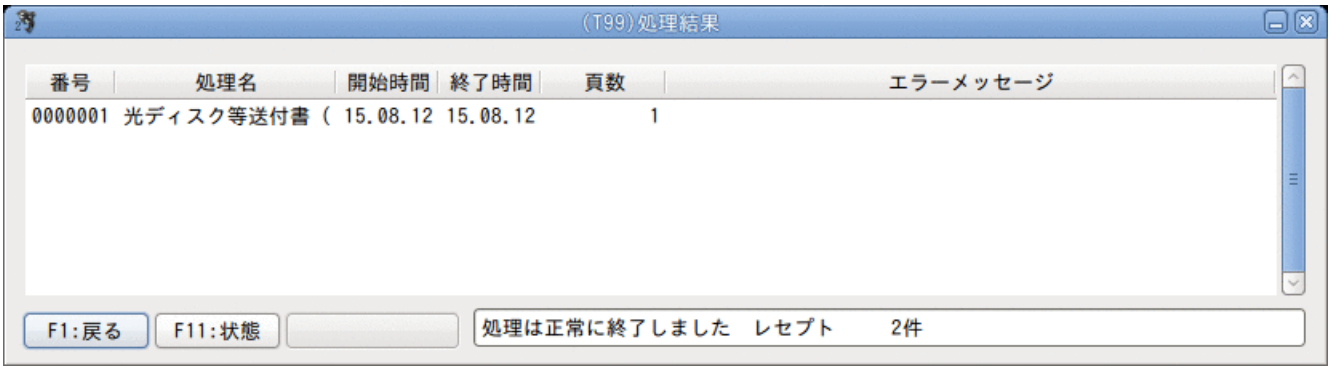


図 1046

＜レセ電チェックを行なった場合の処理結果の表示について＞

処理結果画面の処理名は最後に行なった処理名を表示します。
レセ電チェックは最後に行うため、レセ電チェックを行う場合は必ず「レセ電データチェック」を表示します。

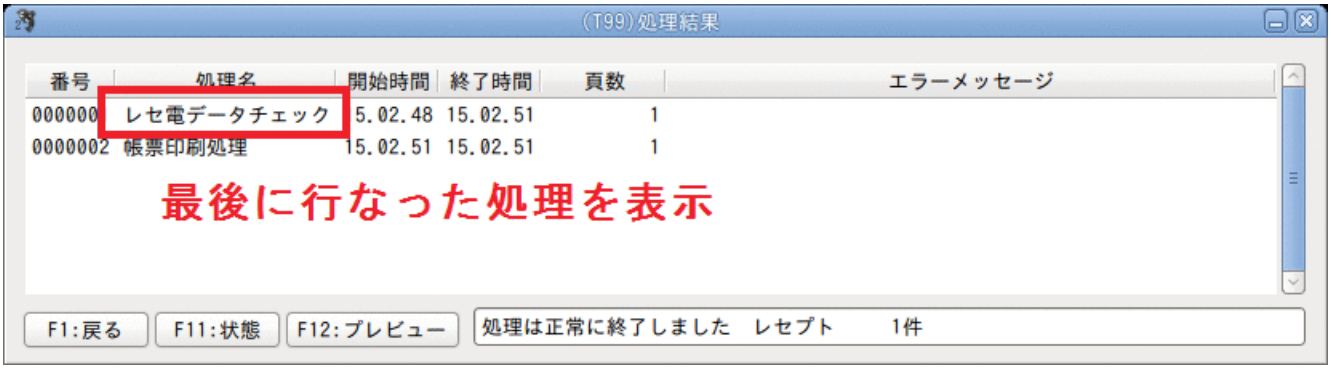


図 1047

■レセ電チェックでエラーがあるときの表示
【チェックリストが作成されました】と表示し、「処理は正常に終了しました」と赤字で表示します。
頁数には症状詳記、光ディスク等送付書、チェックリストの印刷枚数を表示します。

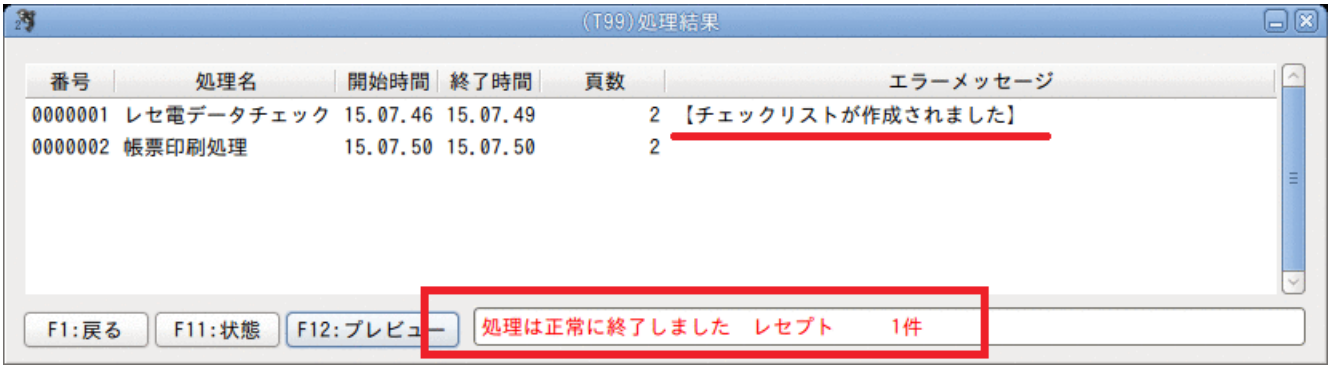


図 1048

■レセ電チェックでエラーがないときの表示
症状詳記や光ディスク等送付書を作成する場合は、「処理は正常に終了しました」と黒字で表示し、
頁数には症状詳記と光ディスク等送付書の印刷枚数を表示します。

※この画面の頁数「1」は光ディスク等送付書の印刷枚数です

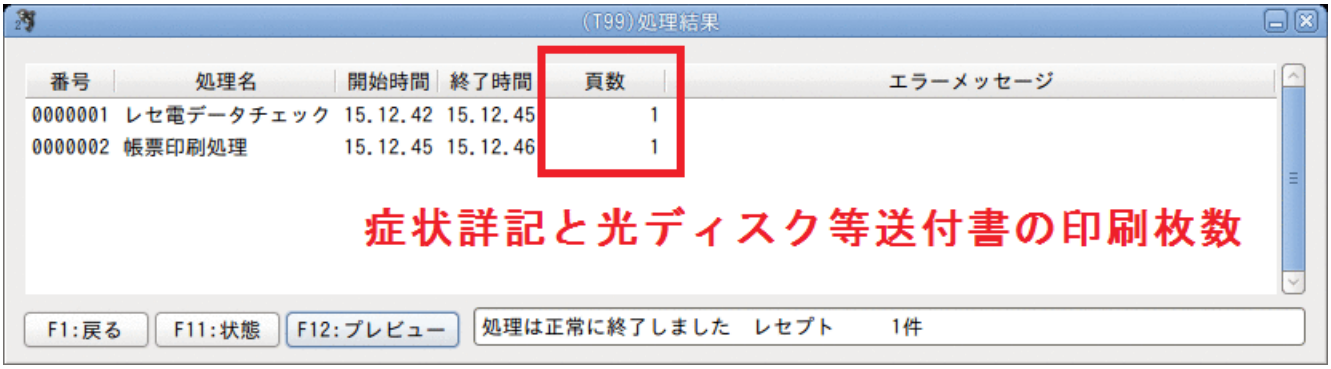


図 1049

注意！

「社保レセ電」「国保レセ電」「広域レセ電」を押下したときに次のメッセージが表示された場合は、月遅れ請求を行うレセプトを再作成してください。

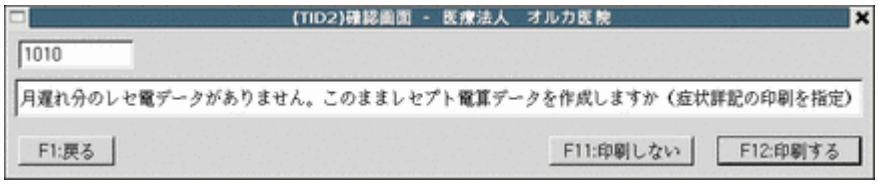


図 1050

※「101　システム管理マスタ」－「2005　レセプト・総括印刷情報」でレセ電の設定を行う前はレセプト電算データは作成しません。運用途中からレセ電提出を行う場合はレセ電データのない前月分のレセプトが月遅れ設定されいる場合があります。再度、月遅れ分のレセプトを　「レセプト作成→請求管理確認→レセ電作成」　することによりレセ電に含まれます。

＜症状詳記について＞

症状詳記は、会計照会画面の「コメント」(Shift＋F4)あるいは病名登録画面の「コメント」(Shift＋F5)から遷移するコメント入力画面で入力を行ったコメント、または病名登録画面の「手術歴」(Shift＋F6)から遷移する手術歴レセプト記載登録画面で入力を行った手術歴を対象にレセ電データへ記録します。

指定した診療年月にコメント入力画面でのコメント入力の該当者がいない場合、処理結果画面の「頁数」は「0」で表示します。

３.４.２　オンライン請求時エラーのあった患者のみのレセ電データを作成する

- オンライン請求時の請求確定状況CSVファイル、受付・事務点検ASP結果リストを取り込む。
- 取り込んだファイルからエラーのあった患者のみのレセ電データが作成できる。
- エラーのない患者の追加もできます。
- ファイルを取り込まなくても個別指示（任意の患者）のレセ電データが作成ができる。

オンライン請求時にエラーのあった患者のレセ電データのみを再度請求（アップロード）することができます。
その場合、エラーの無い患者分の請求確定をする必要があります。

詳しくはオンライン請求の手順書を参照してください。

CSVファイルの取り込み

請求確認状況CSVファイル、ASP結果リストの取り込みを行います。

ポイント！
取り込みは必ず必要ではありません。エラーの患者数が少ない場合などは取り込みをせず個別指示（任意の患者を指定）を行いレセ電データを作成することもできます。

取込できるCSVファイル

オンライン請求確定状況ファイル	RIfixf**********.csv
受付・事務点検ASP結果リスト	RIhasp**********.csv

ポイント！
請求状況CSVファイル、ASP結果リストのダウンロードに関してはオンライン請求の手順書を参照してください。

1. 業務メニューより「44　総括表・公費請求書」を押下する。

2. 「データ取込」(Shift＋F3)を押下し取込画面を表示する。

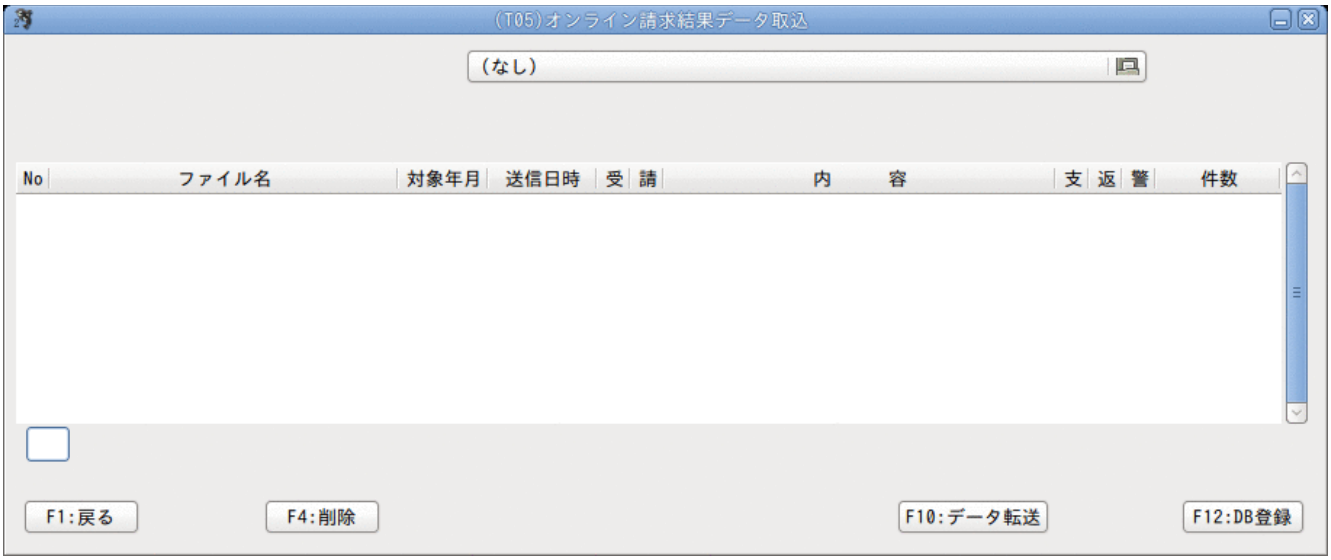


図 1051

3.「フォルダアイコン」を押下します。

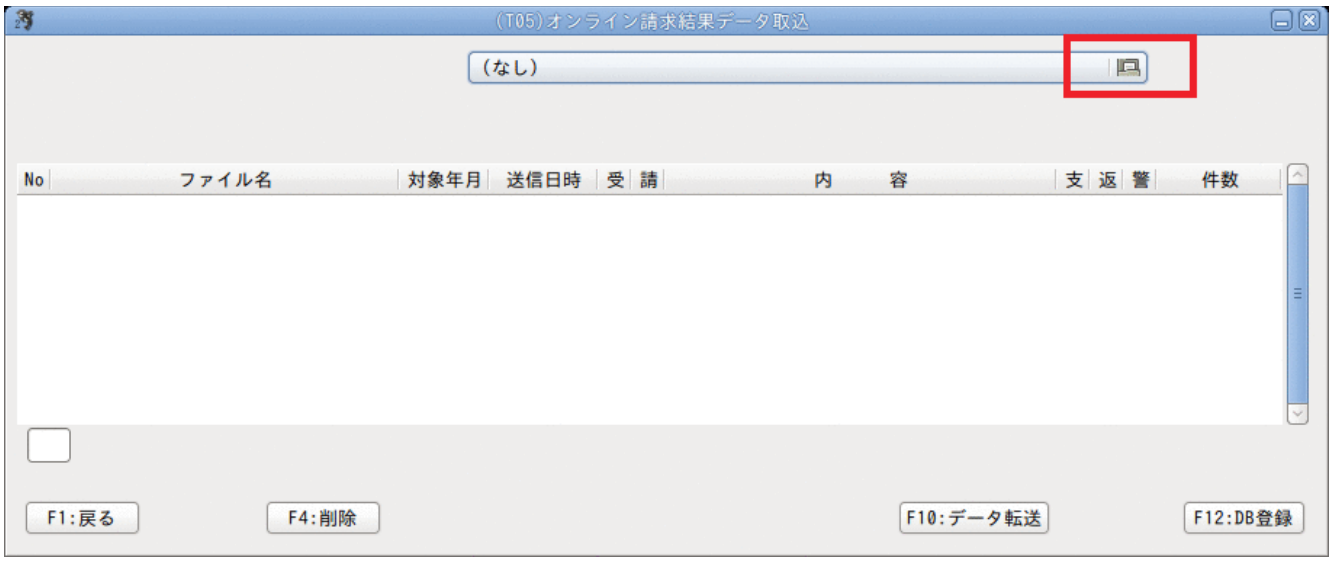


図 1052

4. 取り込むディレクトリ、ファイル名を選択します。
「開く」を押下します。

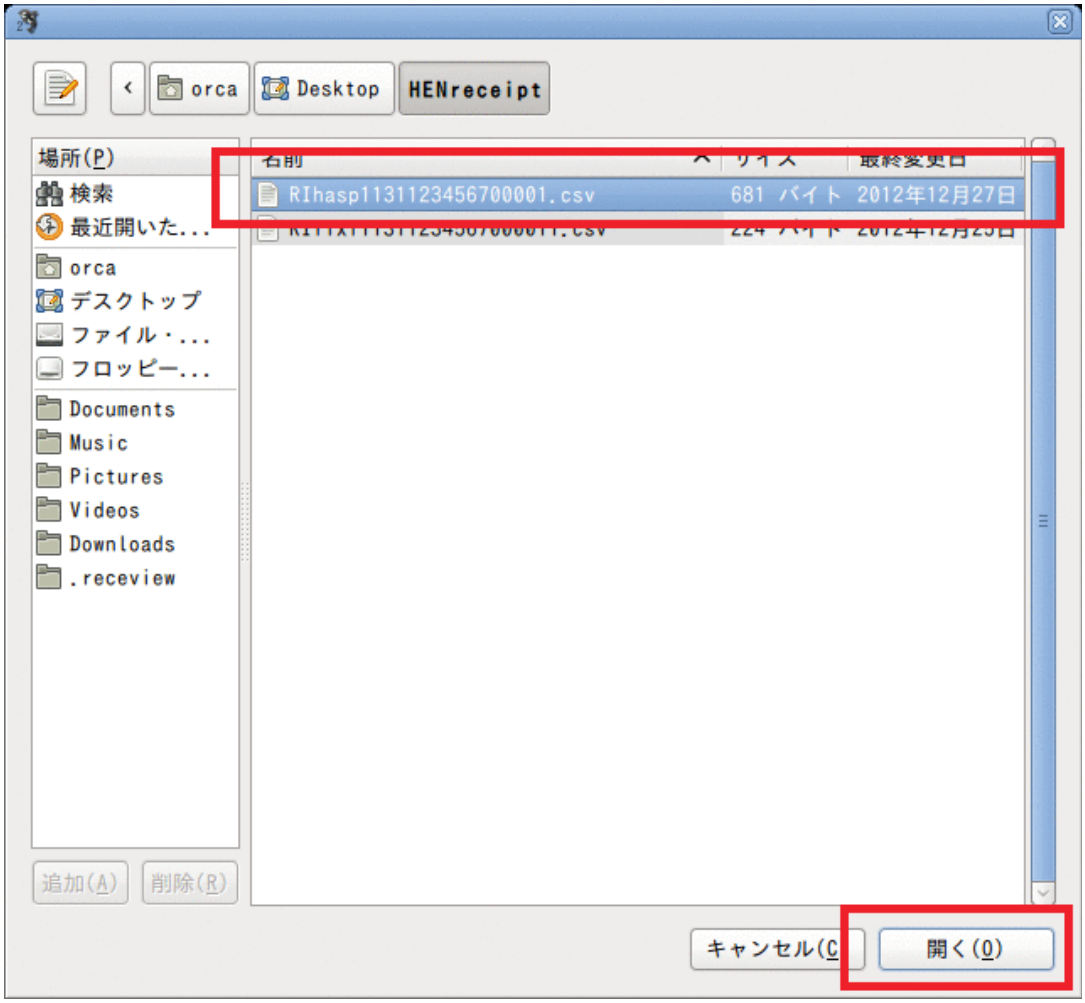


図 1053

5. ファイル名がセットされます。

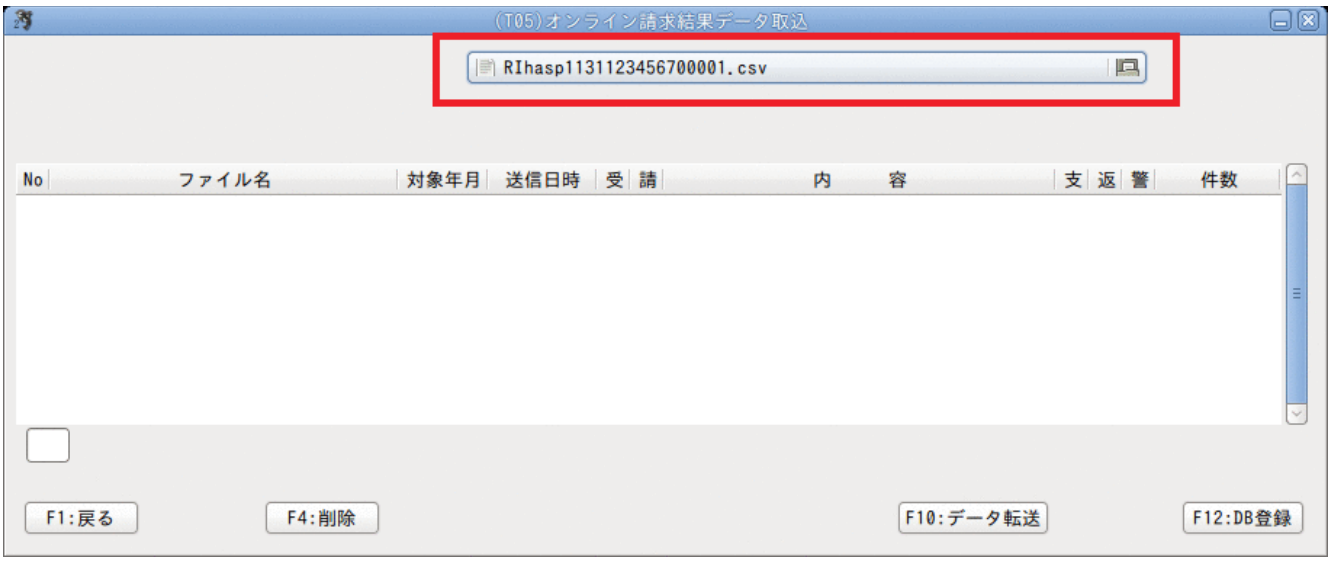


図 1054

6. 「データ転送」(F10)を押下しファイルを読み込みます。

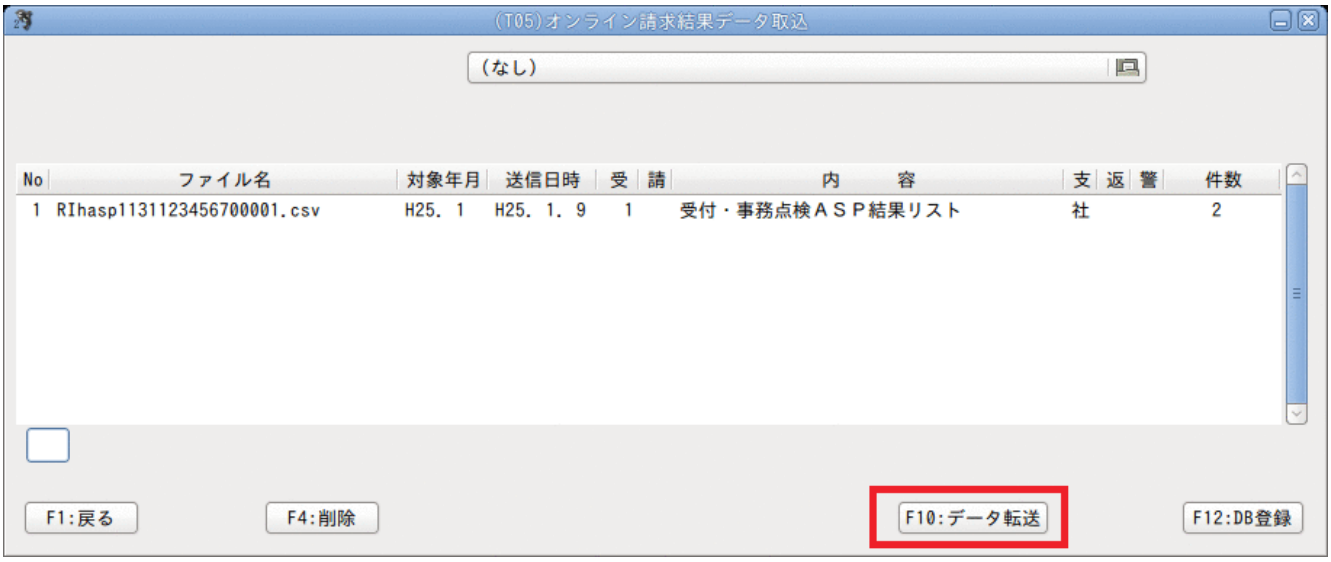


図 1055

7. 同じ手順で請求確定状況ファイル、ASP結果リストを取り込みます。

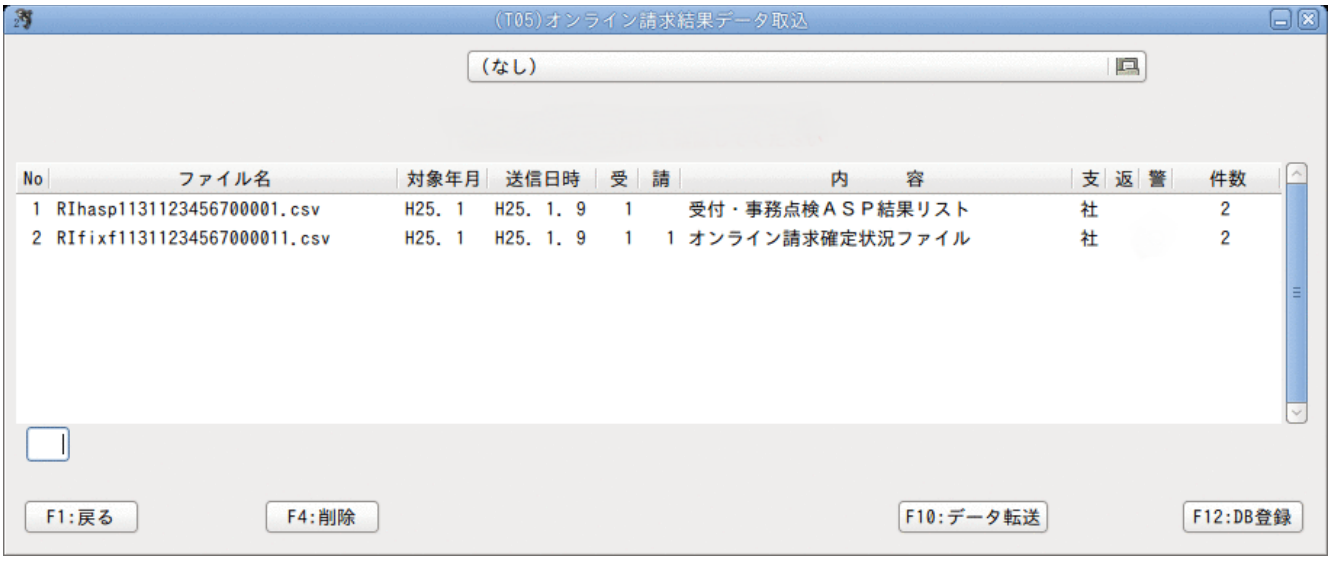


図 1056

8.「DB登録」(F12)を押下します。

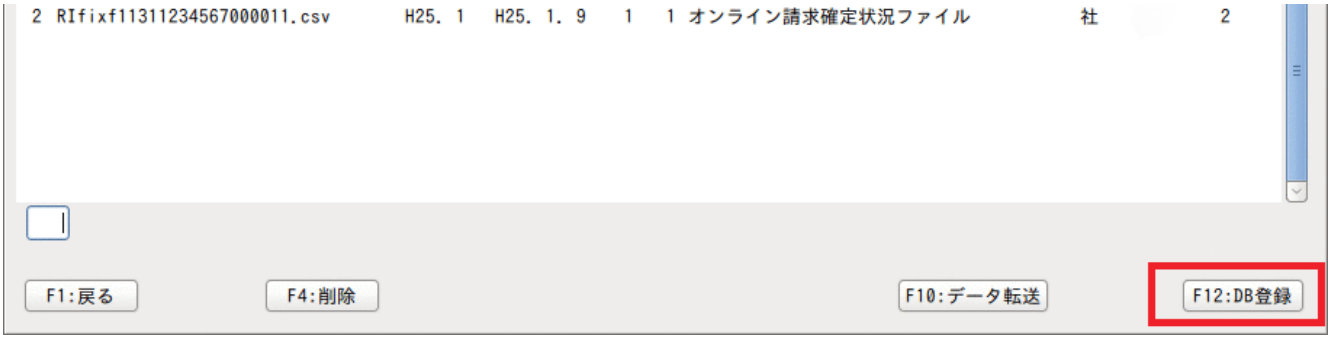


図 1057

処理結果画面を表示します。

図 1058

9. 取込完了です。

レセ電の個別作成

1. ASP点検にてエラーとなった患者の診療内容を修正し、個別レセプト処理を行っておきます。

2. 業務メニュー「44　総括・公費請求書」画面の「個別指示」(Shift+F4)を押下し、個別作成画面を表示します。

個別レセ電ファイルを作成する提出先を選択します。
このとき、その提出先でCSVファイルの取込があればエラーのあった患者を表示します。

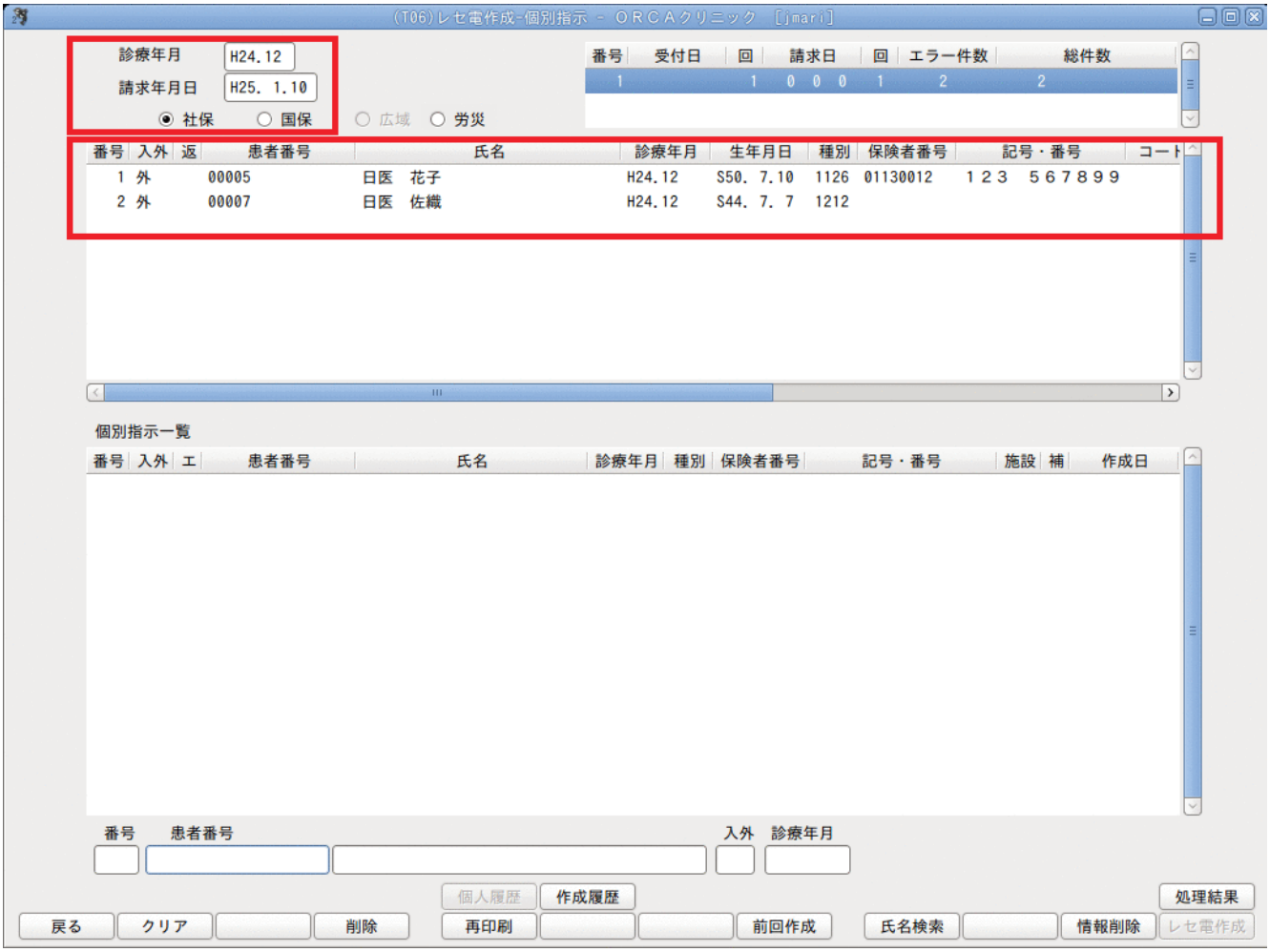


図 1059

3. 個別作成する患者をマウスでクリックし選択すると個別指示一覧に追加します。

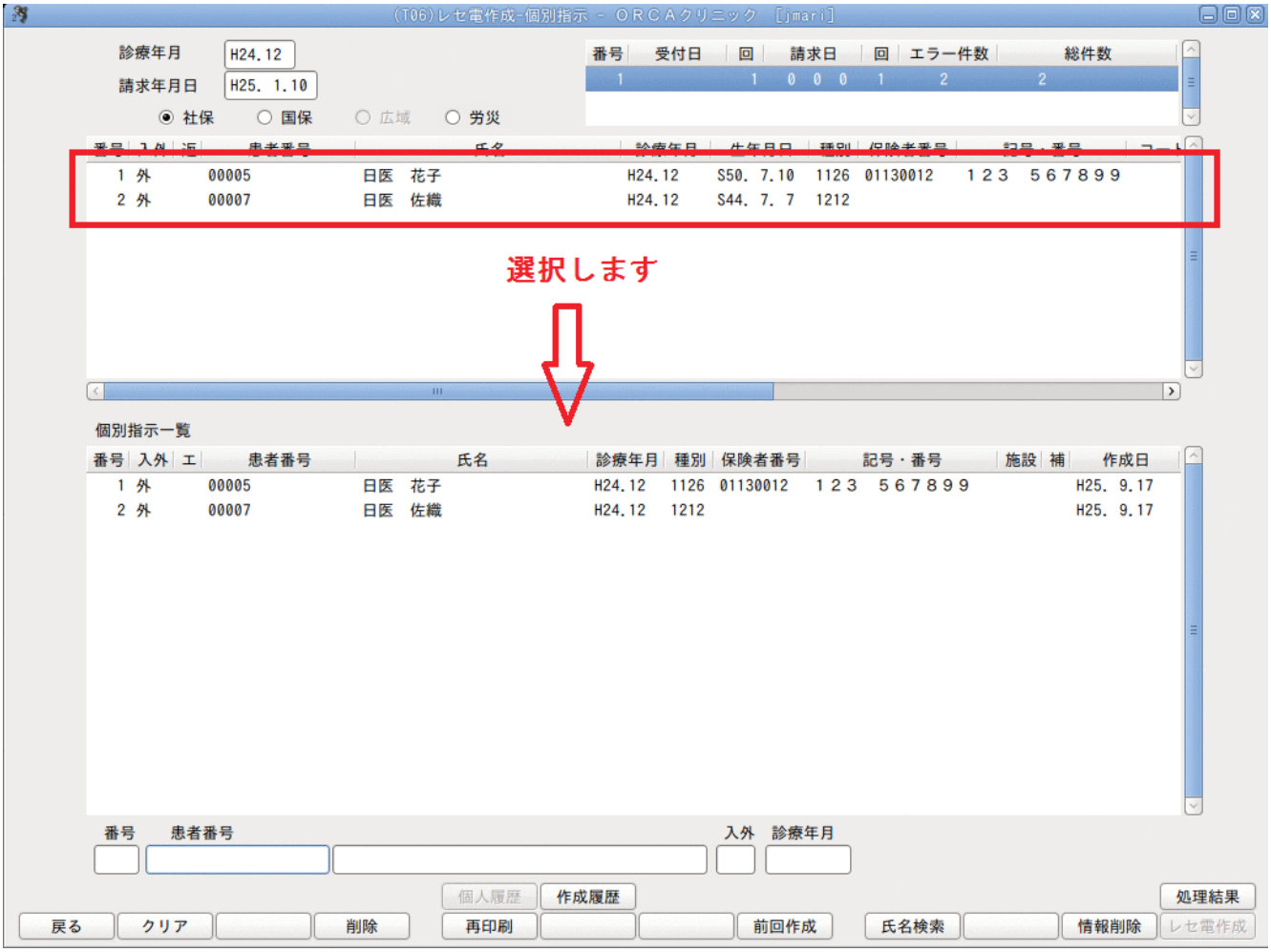


図 1060

4. 更に個別に患者を追加したい場合、CSVファイルの取込をしなかった場合は患者番号、入外区分、診療月を入力して「Enter」を押下します。

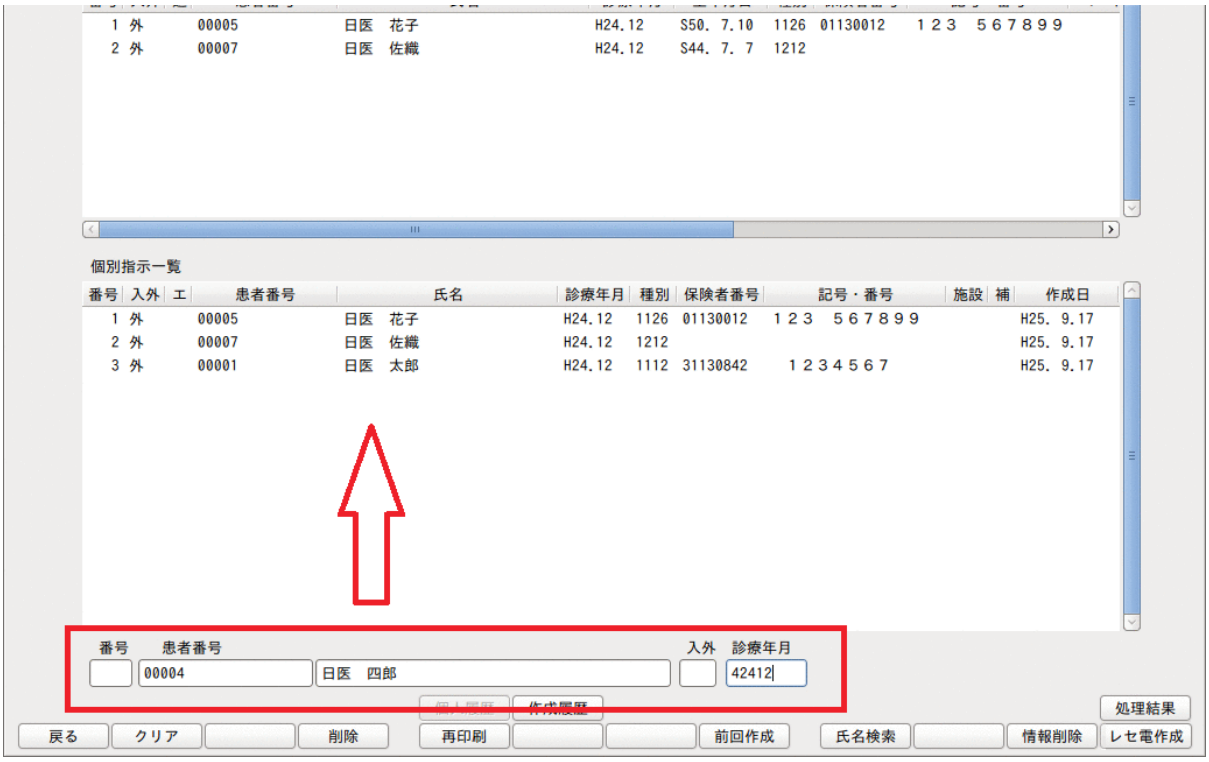


図 1061

5. 患者を指定した後、「レセ電作成」(F12)を押下します。

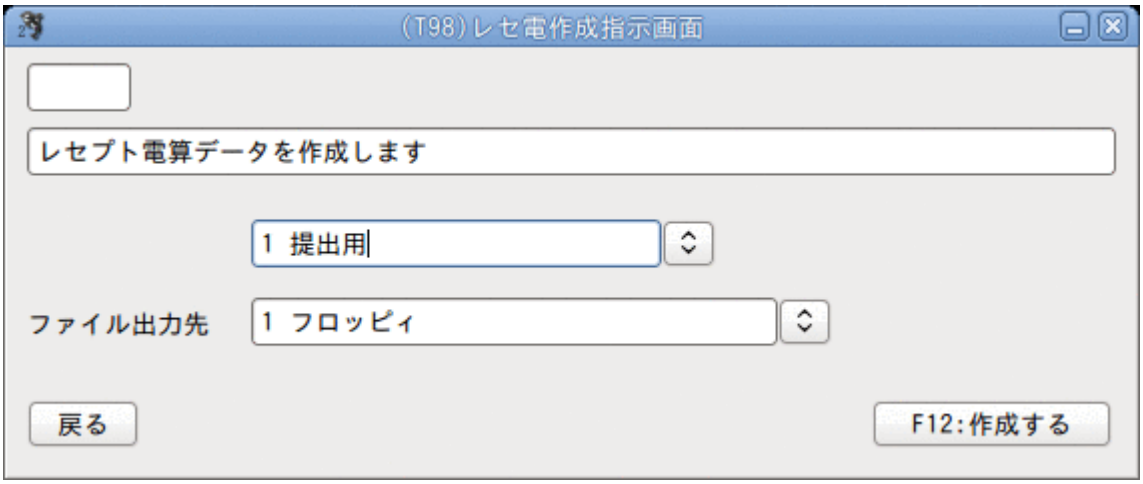


図 1062

レセプト区分、ファイル出力先、症状詳記は「レセ電データを作成する」の項目を参照してください。

6. 作成したレセ電ファイルをオンライン請求します。

「対象の請求データがありません」のエラーが表示される場合

図 1063

- 社保・国保の指定が間違っていないか確認してください。
- 該当の患者の請求管理データを確認してください。
- 月遅れ請求の場合は請求管理にて月遅れ請求の設定が正しいか確認してください。

個人履歴(Shift＋F5)

患者を選択中に取り込んだCSVファイルの情報を表示します。

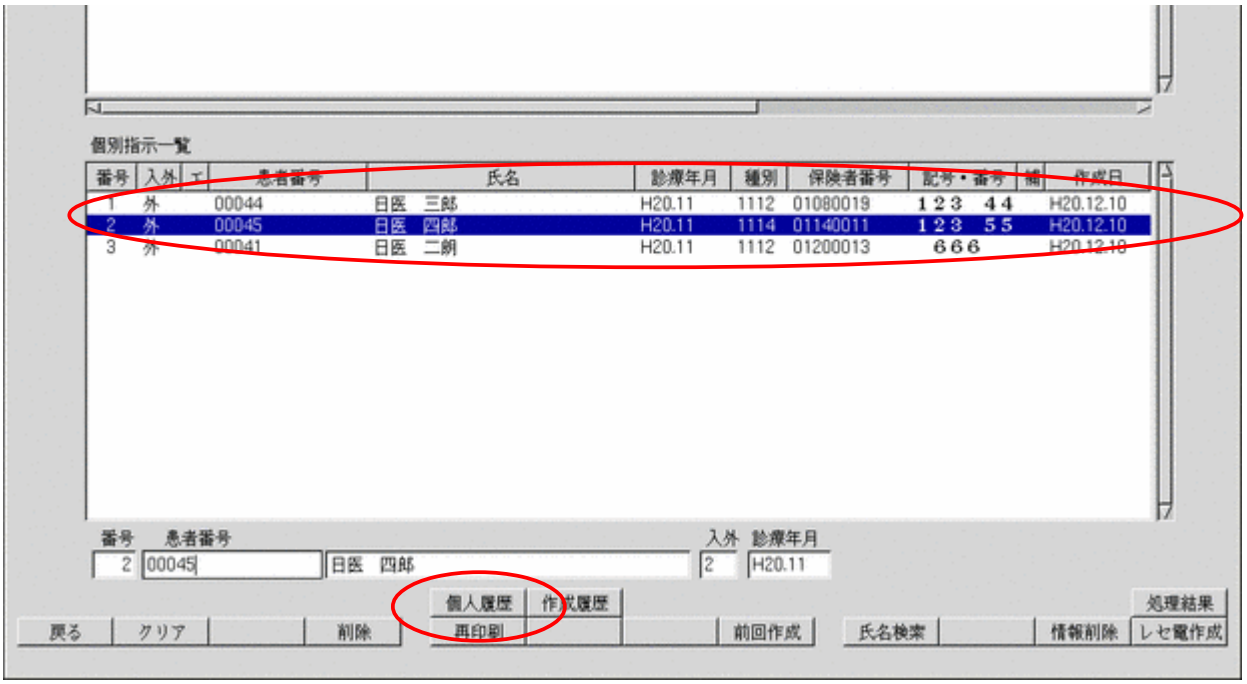


図 1064

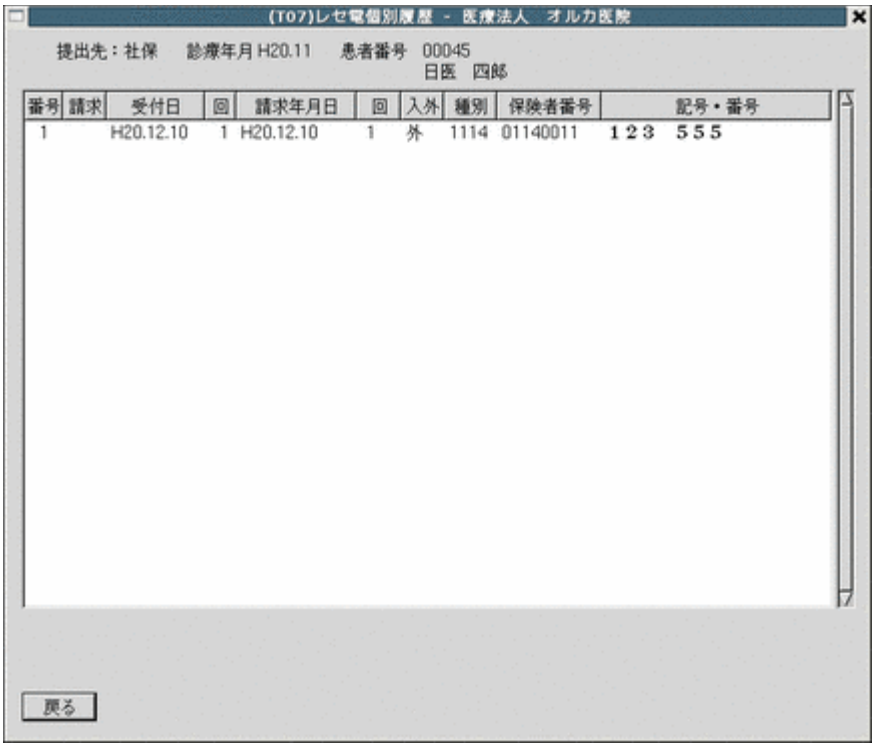


図 1065

作成履歴(Shift＋F6)

社保・国保別に個別指示にてレセ電を作成した履歴を表示します。

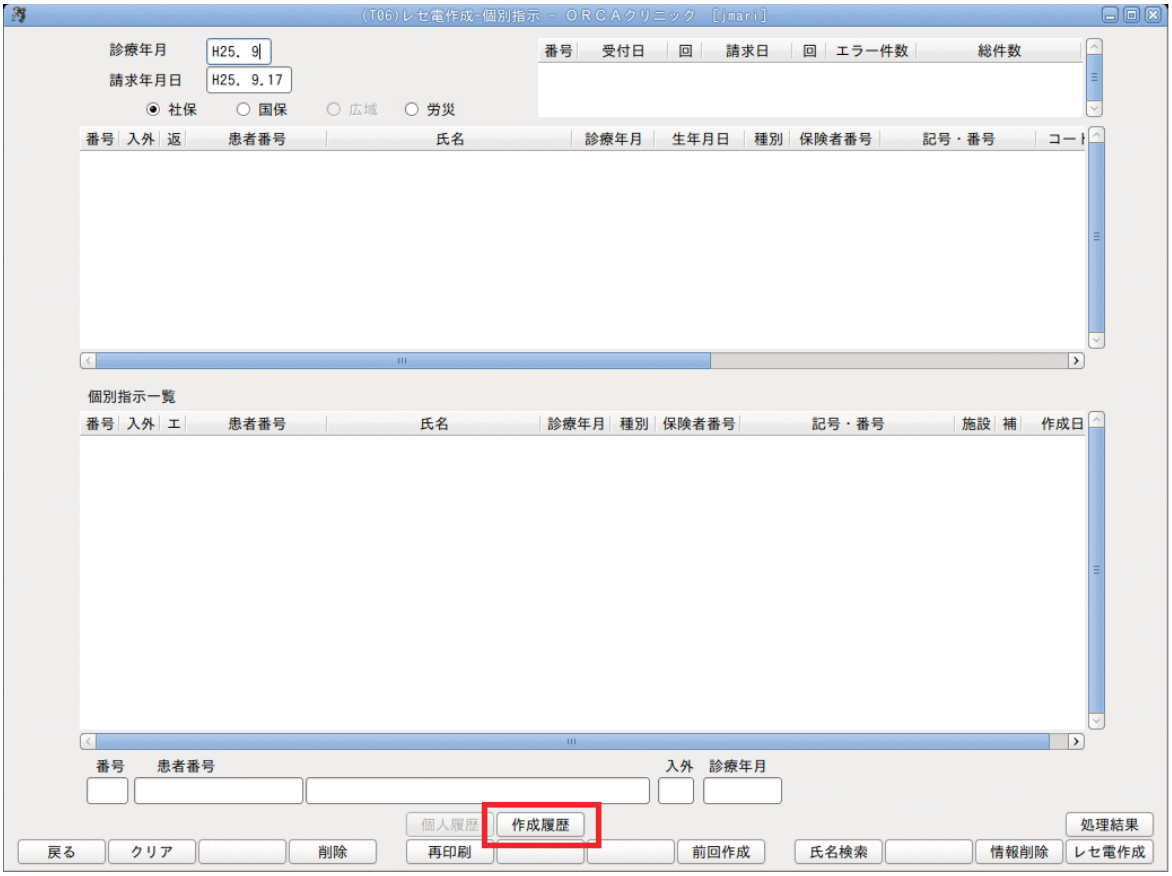


図 1066

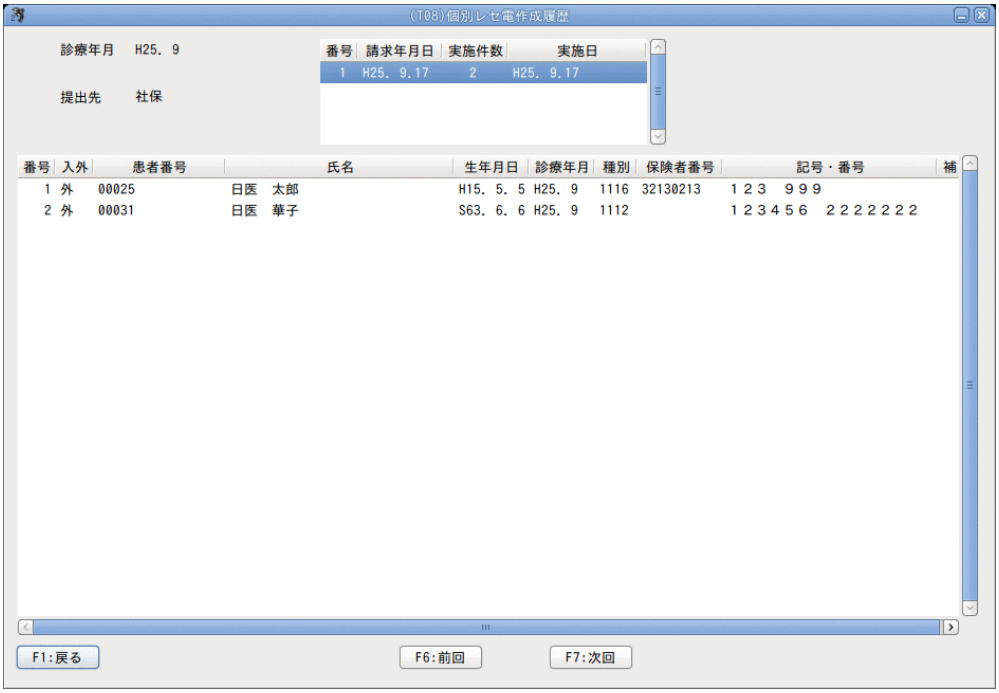


図 1067

前回作成(F8)

前回作成した患者を表示します。

３.４.３　返戻データの取り込み、返戻データを含めたレセ電の作成

- オンライン請求システムで返戻となったレセプトデータを取り込む
- 取り込んだ返戻データのオンライン請求ができます（請求管理にて設定）

返戻データ作成の再提出までの流れ

1. 返戻データをダウンロードする。
2. 返戻データを日レセに取り込む。
3. 返戻内容に応じて日レセの入力を訂正する。
4. 日レセで明細書個別作成をする。
5. 請求管理で再提出するデータと返戻データの紐付けを行う。
6. レセ電データを作成する。

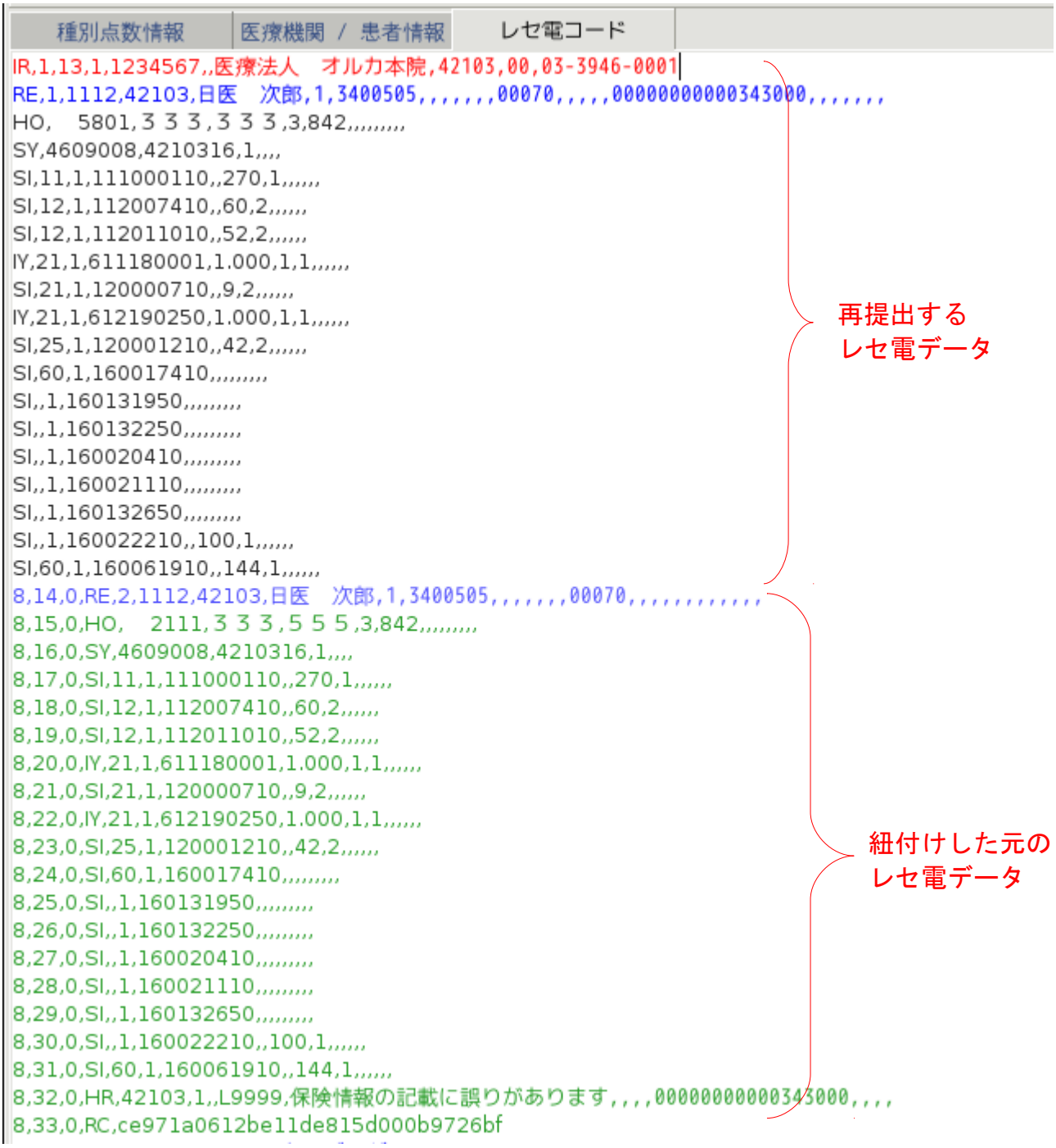
返戻データの記録内容について

返戻データには請求したレセ電データと返戻用に記録された元データが紐付けされています。

【RECEIPTC.HEN：レセ電ビューアにて表示】

```
RE,2,1112,42103,日医　次郎,1,3400505,,,,,,,00070,,,,,,,,,,,,
HO,　2111,３３３,５５５,3,842,,,,,,,,
SY,4609008,4210316,1,,,,
SI,11,1,111000110,,270,1,,,,,,
SI,12,1,112007410,,60,2,,,,,,
SI,12,1,112011010,,52,2,,,,,,
IY,21,1,611180001,1.000,1,1,,,,,,
SI,21,1,120000710,,9,2,,,,,,
IY,21,1,612190250,1.000,1,1,,,,,,
SI,25,1,120001210,,42,2,,,,,,
SI,60,1,160017410,,,,,,,,
SI,,1,160131950,,,,,,,,
SI,,1,160132250,,,,,,,,
SI,,1,160020410,,,,,,,,
SI,,1,160021110,,,,,,,,
SI,,1,160132650,,,,,,,,
SI,,1,160022210,,100,1,,,,,,
SI,60,1,160061910,,144,1,,,,,,
HR,42103,1,,L9999,保険情報の記載に誤りがあります,,,,00000000000343000,,,,
8,14,0,RE,2,1112,42103,日医　次郎,1,3400505,,,,,,,00070,,,,,,,,,,,,
8,15,0,HO,　2111,３３３,５５５,3,842,,,,,,,,
8,16,0,SY,4609008,4210316,1,,,,
8,17,0,SI,11,1,111000110,,270,1,,,,,,
8,18,0,SI,12,1,112007410,,60,2,,,,,,
8,19,0,SI,12,1,112011010,,52,2,,,,,,
8,20,0,IY,21,1,611180001,1.000,1,1,,,,,,
8,21,0,SI,21,1,120000710,,9,2,,,,,,
8,22,0,IY,21,1,612190250,1.000,1,1,,,,,,
8,23,0,SI,25,1,120001210,,42,2,,,,,,
8,24,0,SI,60,1,160017410,,,,,,,,
8,25,0,SI,,1,160131950,,,,,,,,
8,26,0,SI,,1,160132250,,,,,,,,
8,27,0,SI,,1,160020410,,,,,,,,
8,28,0,SI,,1,160021110,,,,,,,,
8,29,0,SI,,1,160132650,,,,,,,,
8,30,0,SI,,1,160022210,,100,1,,,,,,
8,31,0,SI,60,1,160061910,,144,1,,,,,,
8,32,0,HR,42103,1,,L9999,保険情報の記載に誤りがあります,,,,00000000000343000,,,,
8,33,0,RC,ce971a0612be11de815d000b9726bf
```

返戻データを直接書き換えるのではなく、返戻内容に応じた訂正を日レセに行い、新たに作成したレセ電データと元の返戻データを紐付けして再提出を行います。



返戻データを取り込む

返戻データの取り込みを行います。

ポイント！ 返戻データをオンライン請求するには必ず返戻データの取り込みが必要になります。

返戻データのファイル名

RECEIPTC.HEN　RECEIPTC.SAH

注意！
日レセでは返戻データのレセプト内容を確認することができません。
オンライン請求時の返戻データを印刷するか、レセ電ビューアを使用して返戻内容を確認してください。

返戻データの印刷、データのダウンロードに関してはオンライン請求の手引き書を参照してください。

1. 業務メニューより「44　総括表・公費請求書」を押下する。

2. 「データ取込」(Shift＋F3)を押下し取り込み画面を表示する。

図 1068

3. 「参照」を押下し取り込むディレクトリ、ファイルを選択します。
「了解」を押下。

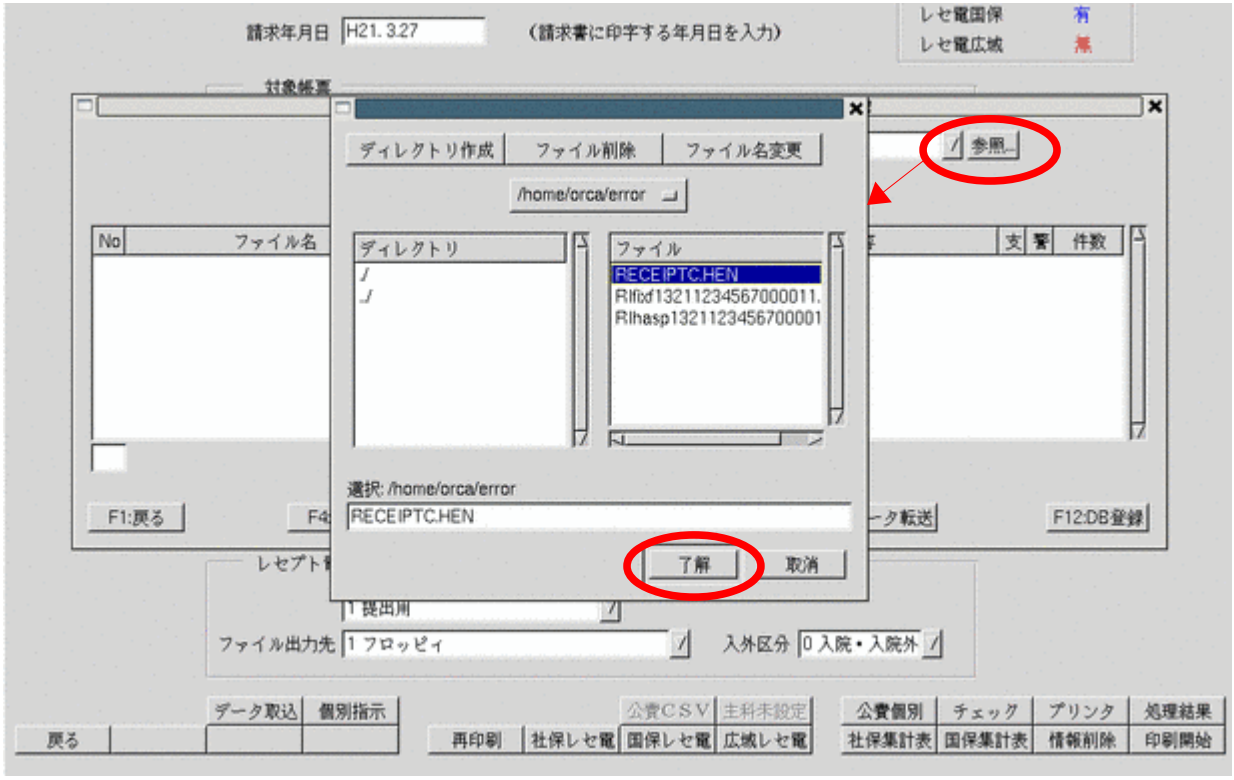


図 1069

4. ファイル名がセットされます。

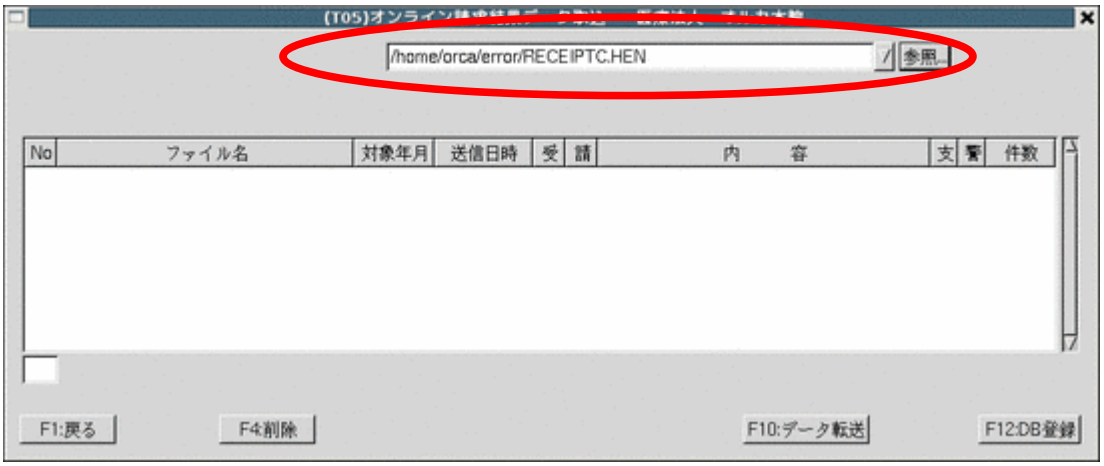


図 1070

5. 「データ転送」(F10)を押下しファイルを読み込みます。

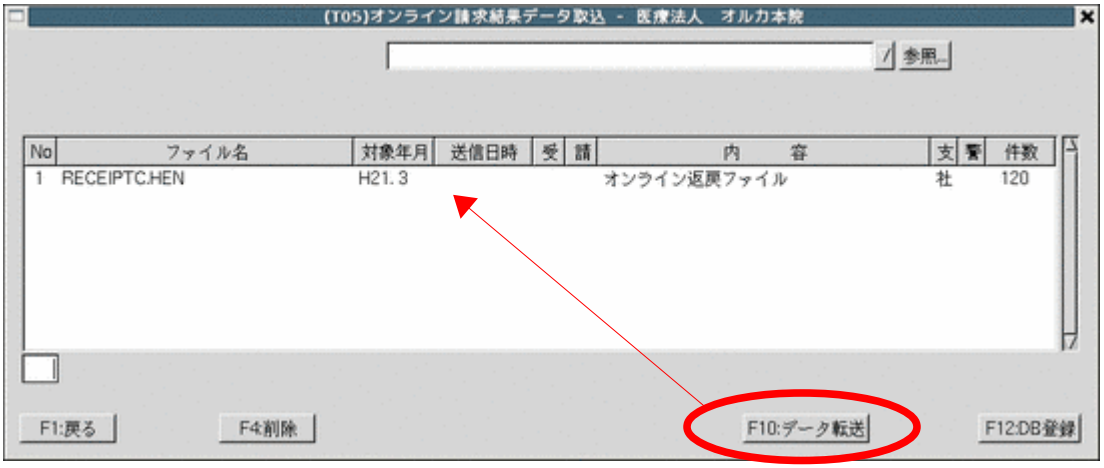


図 1071

6. 「DB登録」(F12)を押下し日レセに登録します。

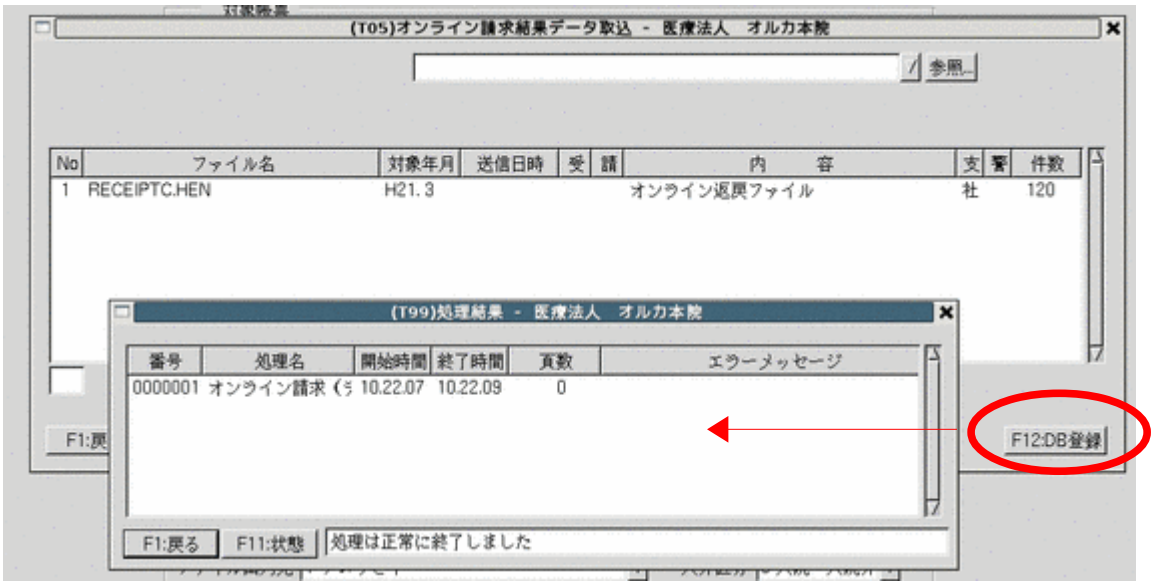


図 1072

7. 「戻る」を押下し、取り込み完了です。

返戻レセプトの再提出の設定

注意！
必ず返戻データの取り込みを行っておいてください。

1. 返戻内容を確認します。
   - オンライン請求画面から返戻内容を印刷する
   - 返戻データ（RECEIPTC.HEN　RECEIPTC.SAH　RRECEC.HEN）をレセ電ビューアで確認する

2. 日レセの入力内容を訂正します。
   - 病名の追加や保険情報の変更、コメントの追加等

3. 「42　明細書」にてレセプトの個別作成を行います。

4. 「43　請求管理」を押下し、診療年月・患者番号を入力します。
   返戻データがある場合は「返戻データあり」と表示します。

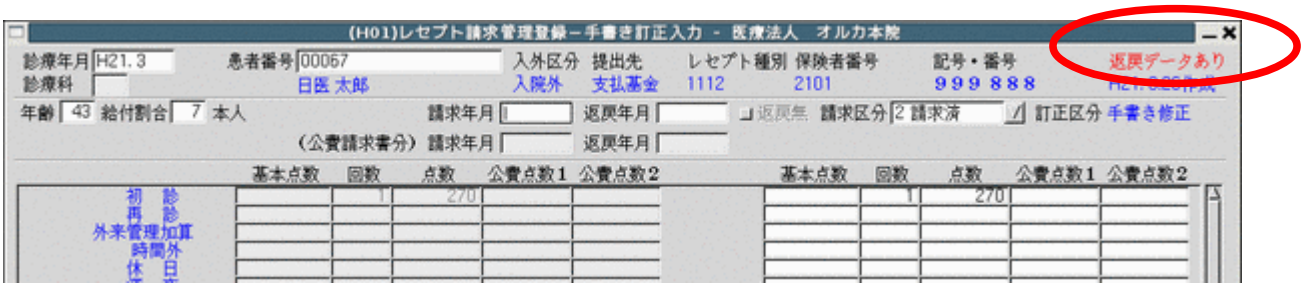


図 1073

5. 請求年月、返戻年月を入力し、チェックボックスをクリックし「返戻有」にし、紐付けを行います。

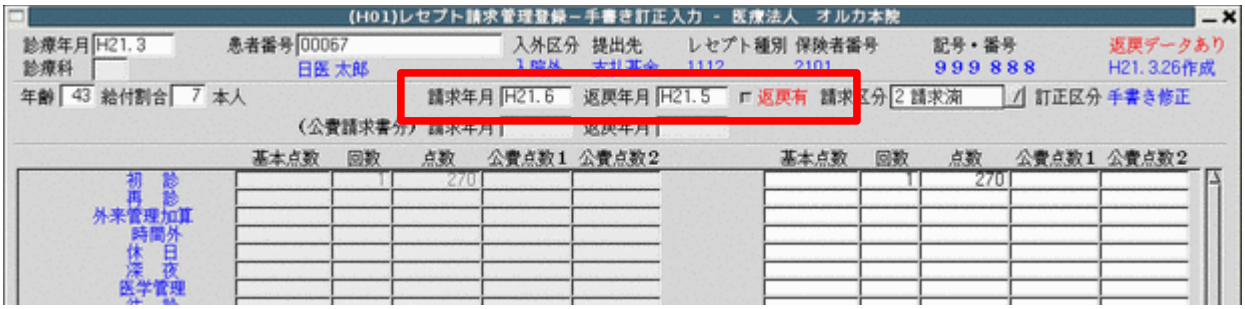


図 1074

注意！

紐付けを行なったレセプトデータは返戻レセプトと共にレセプト電算データに記録されますが、総括表には「当月・月遅れ分」「返戻分」共に含まれません。

6.「返戻確認」(F10)を押下すると返戻情報を表示します。

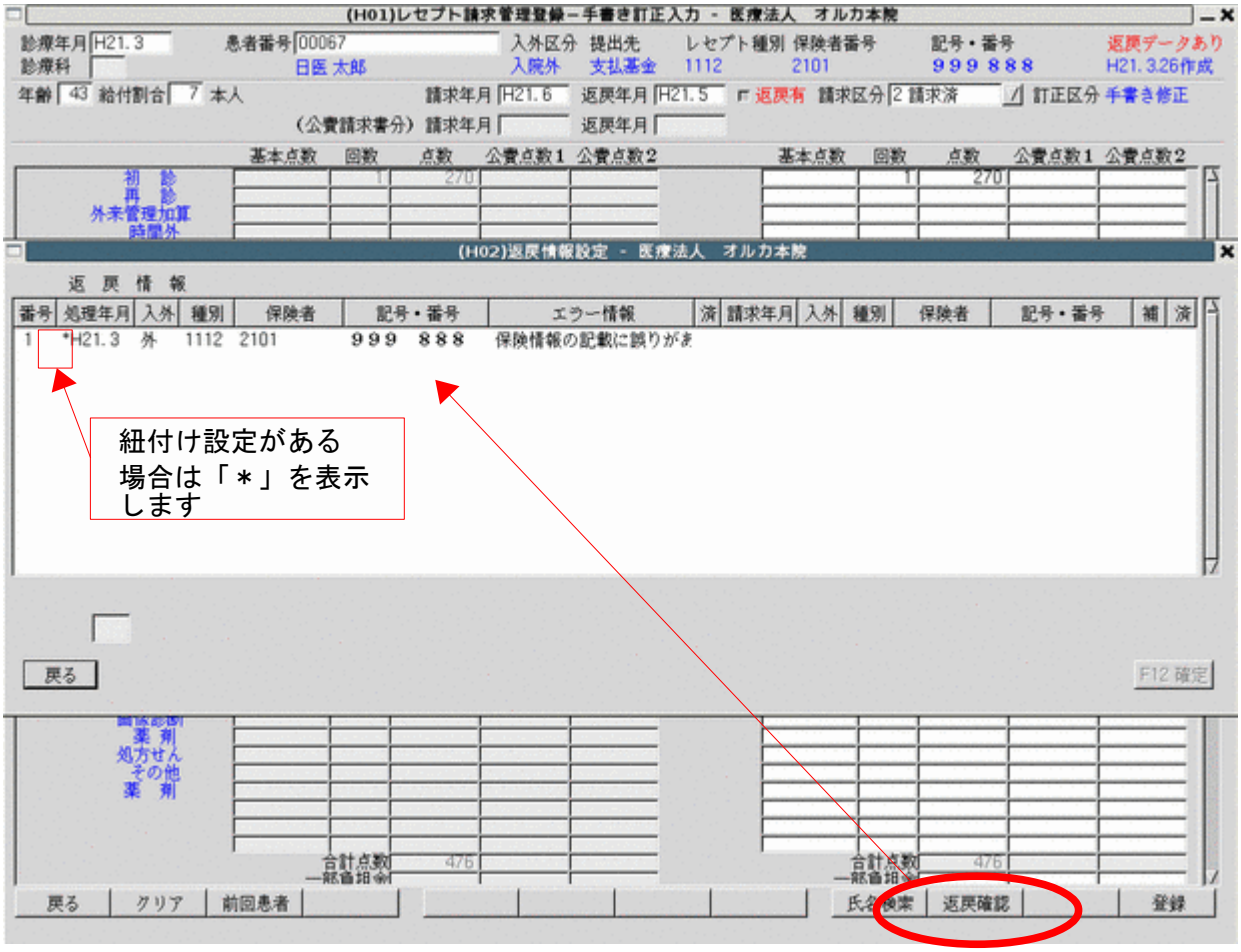


図 1075

7. 確認後「戻る」を押下し、「登録」(F12)を押下して設定内容を登録します。

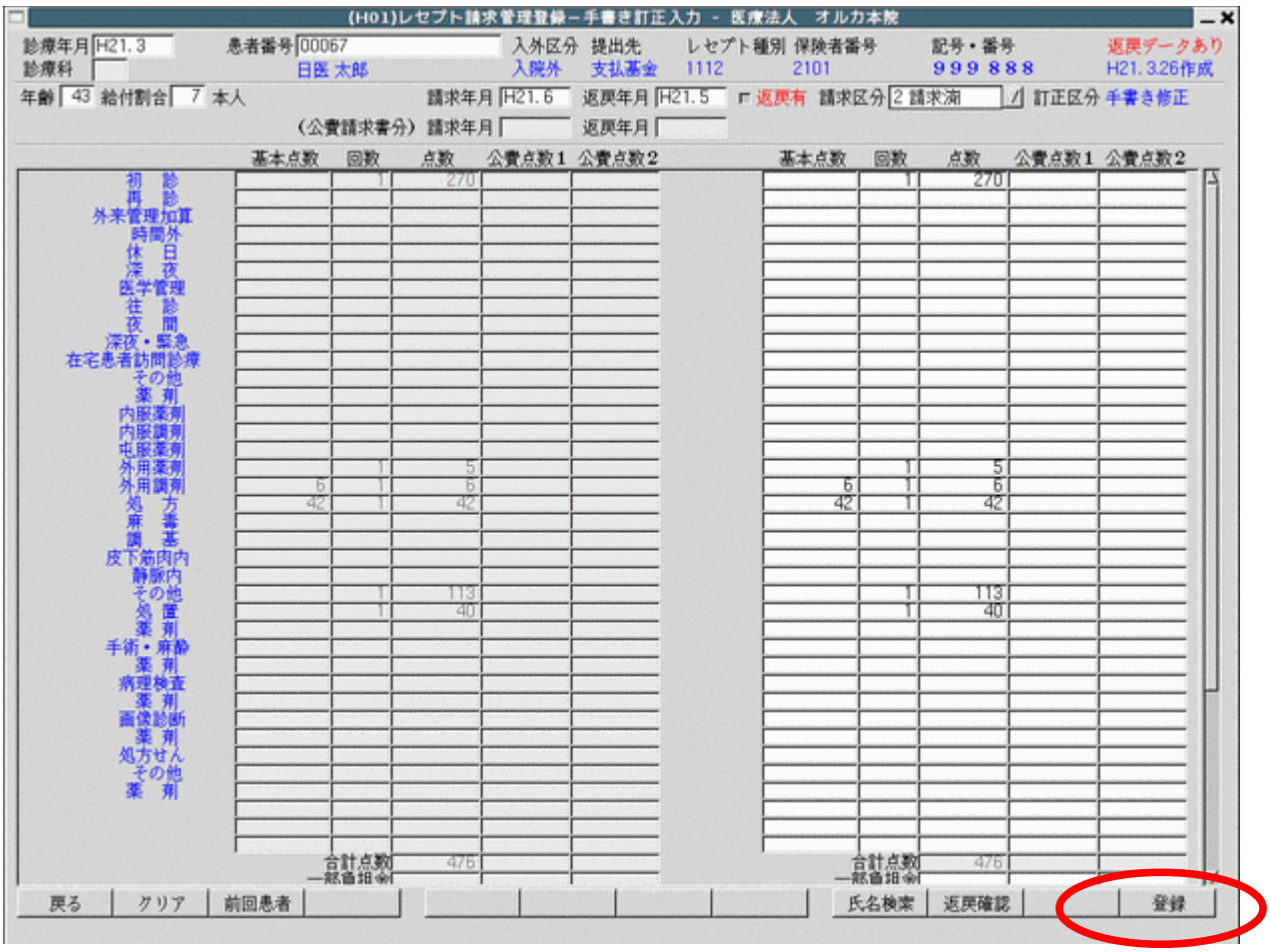
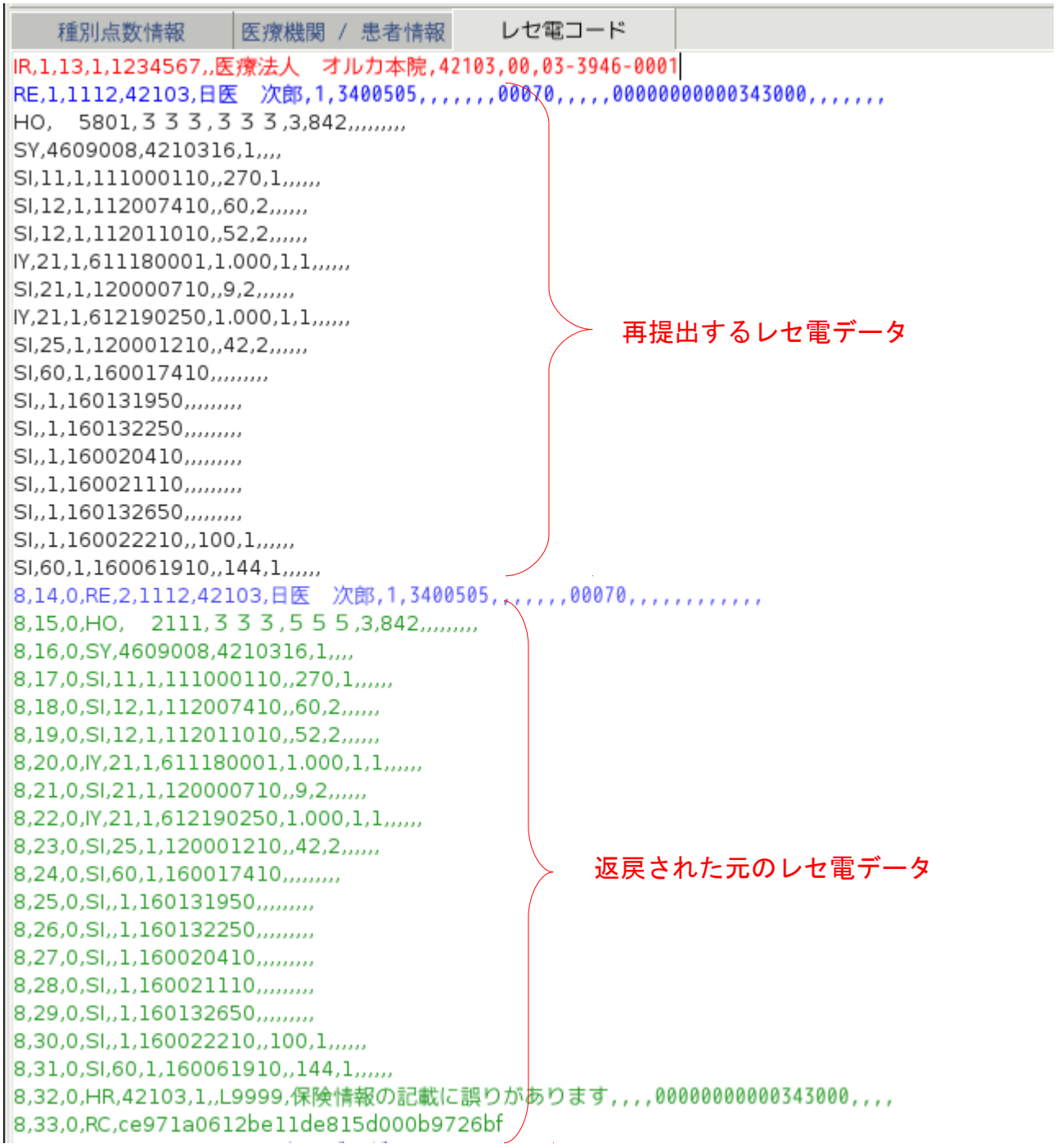


図 1076

 Copyright(C)2007JMARI

8. レセ電データを通常通りの手順で作成します。
　再請求分のデータは元の返戻データと紐付けされレセ電に記録されます。

【再提出データと元の返戻データの記録：レセ電ビューアにて表示】



ヒント

紐付け後に「42　明細書」業務にてレセプトの再作成を行った場合は、一旦紐付けが解除されます。
再度紐付けを行ってください。

注意！

労災の再請求分のファイル名は RRECXXXX.UKS となり、通常請求分のファイル名 RRECXXXX.UKE とは別ファイルを作成します。

＜返戻確認画面の表示について＞

「43　請求管理」に登録後は返戻元データと再提出データの紐付けを表示します。

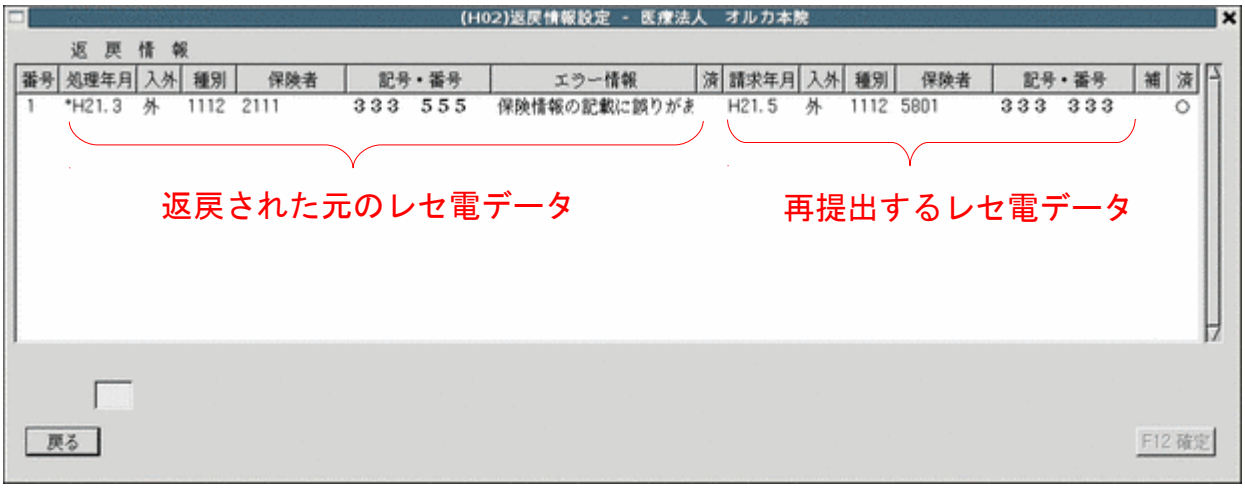


図 1077

レセ電作成後は「済」欄に○印をします。

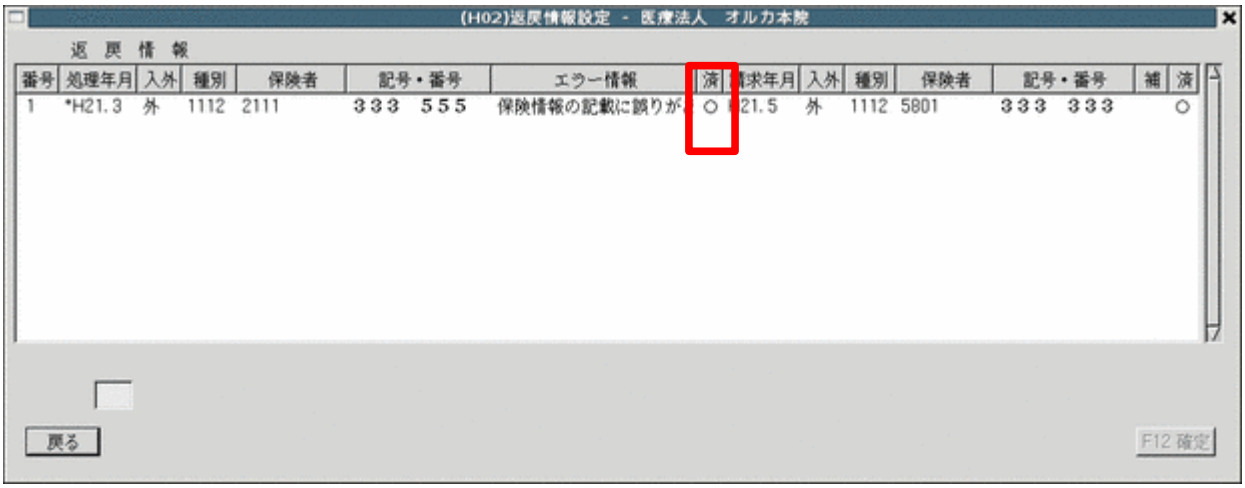


図 1078

３．５　日次統計

３．５．１　帳票の登録

2つの登録方法があります。

- 「101　システム管理」－「3001　統計帳票出力情報（日次）」
- 「51　日次統計」

「101　システム管理」－「3001　統計帳票出力情報（日次）」で登録する

【「5.1　システム管理マスタ」－「3001　統計帳票出力情報（日次）】を参照してください。

「51　日次統計」で登録する

＜登録方法＞

1. （L01）日次統計画面の未登録の帳票番号を押下します。
2. （L07）統計帳票一覧画面が表示されます。

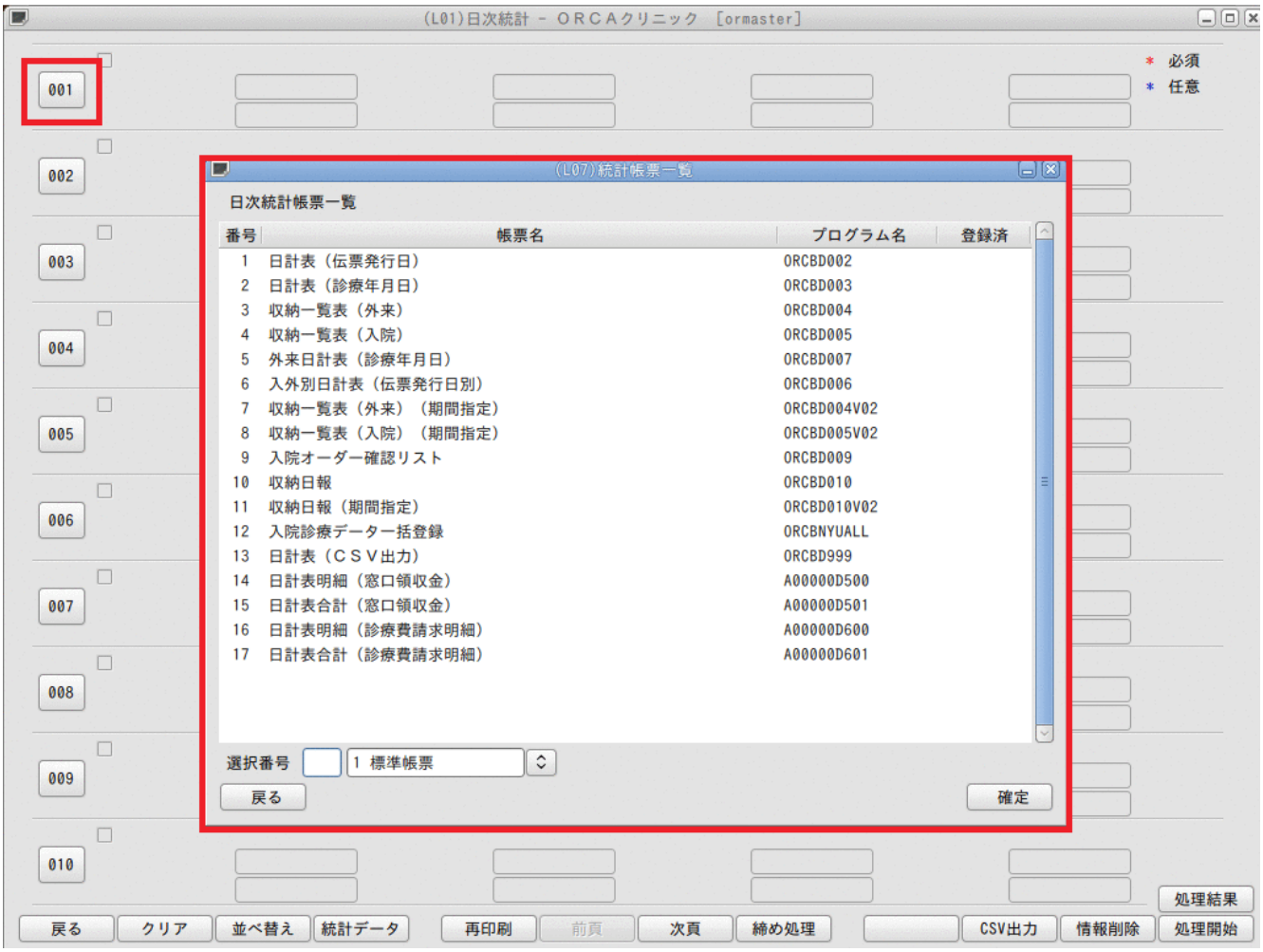


図 1079

　Copyright(C)2007JMARI

3. 帳票を選択し、「確定」(F12)を押下します。

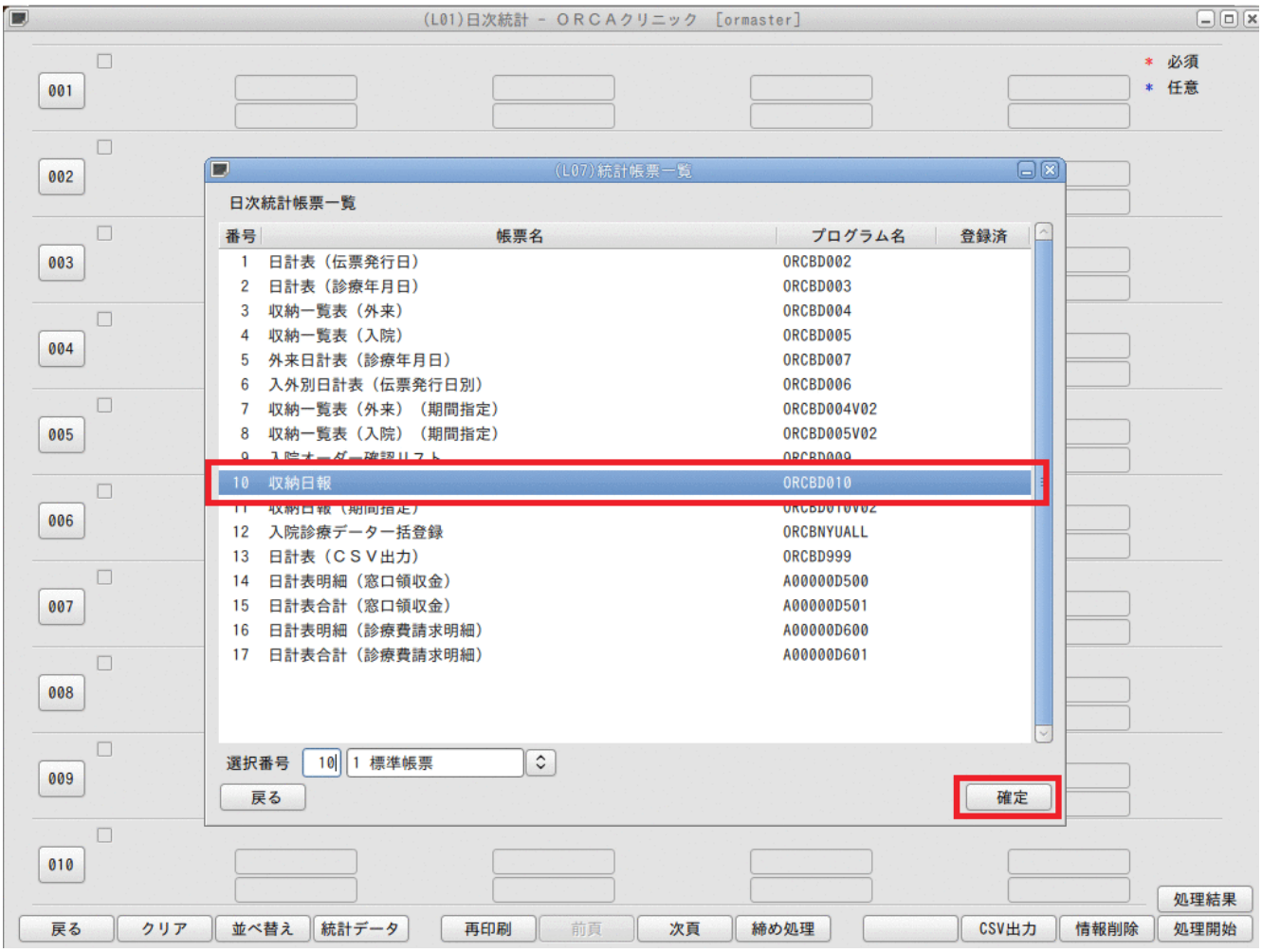


図 1080

4. 帳票が登録されます。

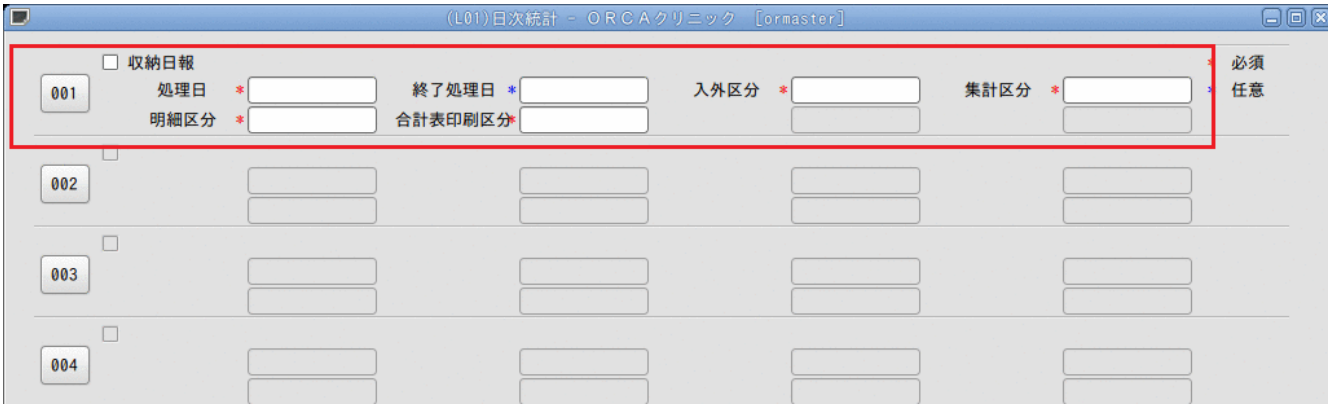


図 1081

３．５．２　帳票の並べ替え

登録済み帳票の並べ替えができます。

＜操作方法＞

1. 「並べ替え」(F3)を押下します。
2. （L100）並び順変更画面が表示されます。

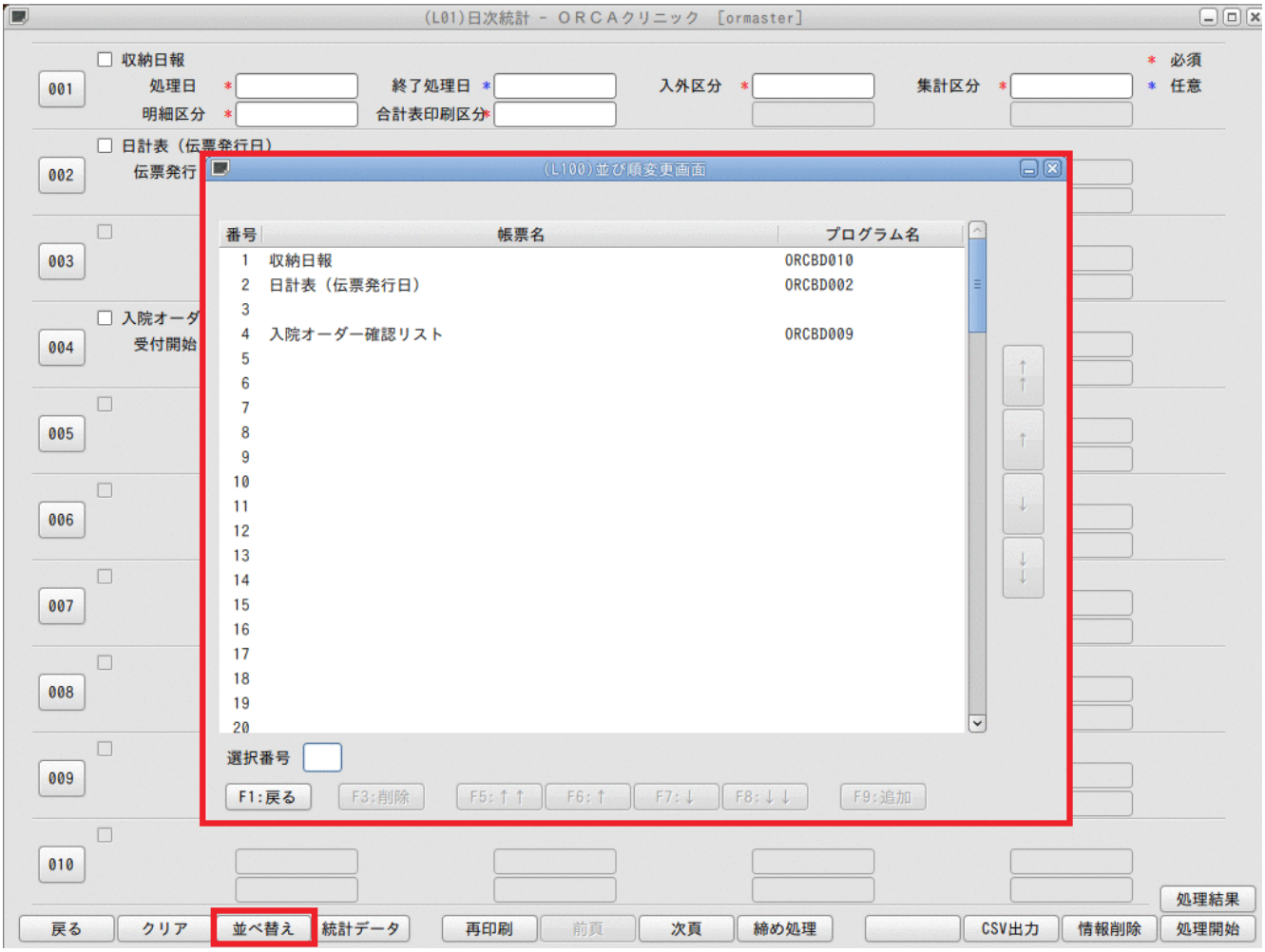
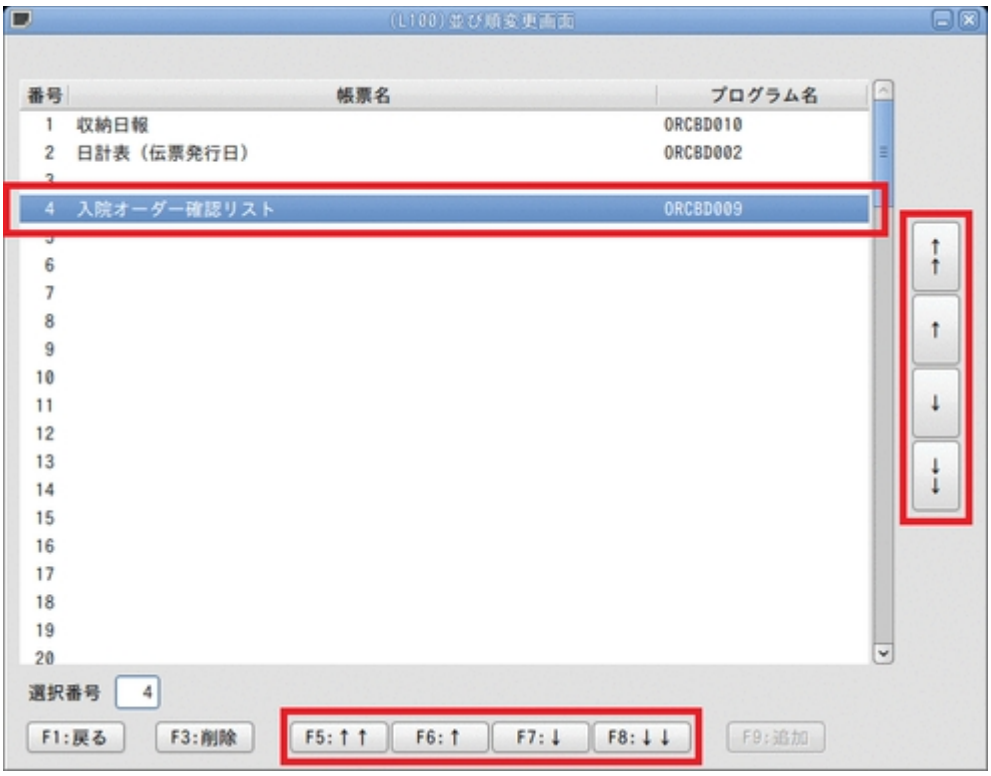


図 1082

 Copyright(C)2007JMARI

3. 帳票を選択し、「↑↑」、「↑」、「↓」、「↓↓」を押下して並べ替えをします。



「↑↑」：10移動します。

「↑」　：1移動します。

「↓」　：1移動します。

「↓↓」：10移動します。

図 1083

4. 移動後、「F1：戻る」を押下します。

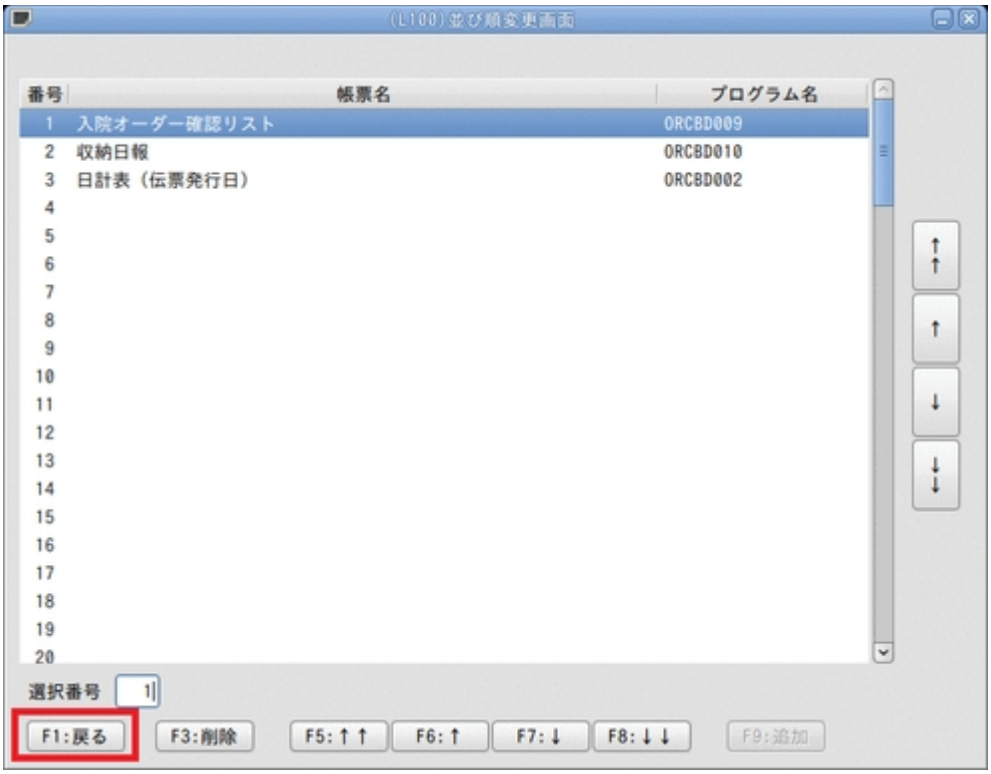


図 1084

5. 並べ替えが完了します。

図 1085

ヒント　並び順変更画面で帳票を登録

（L100）並び順画面でも帳票の登録ができます。

1. 未登録の番号を選択し、「F9：追加」を押下します。

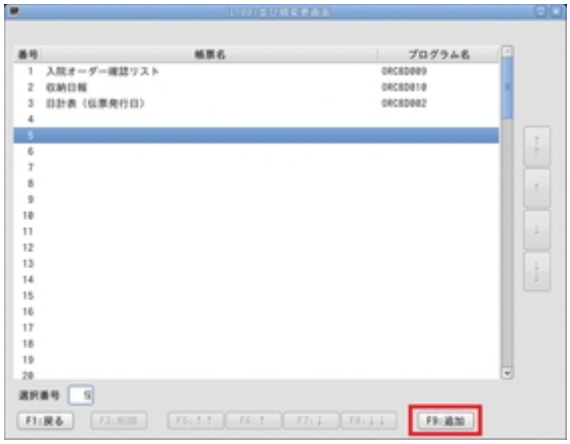


図 1086

2. 帳票を選択し、「確定」(F12)を押下します。

図 1087

3. 追加する帳票が表示されます。「F1:戻る」を押下し、登録します。

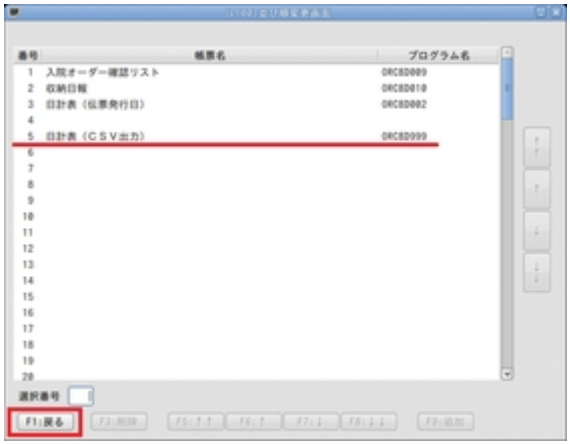


図 1088

３.５.３　帳票の印刷

作成する帳票の選択

作成を行う帳票のタイトルをクリックし選択します。

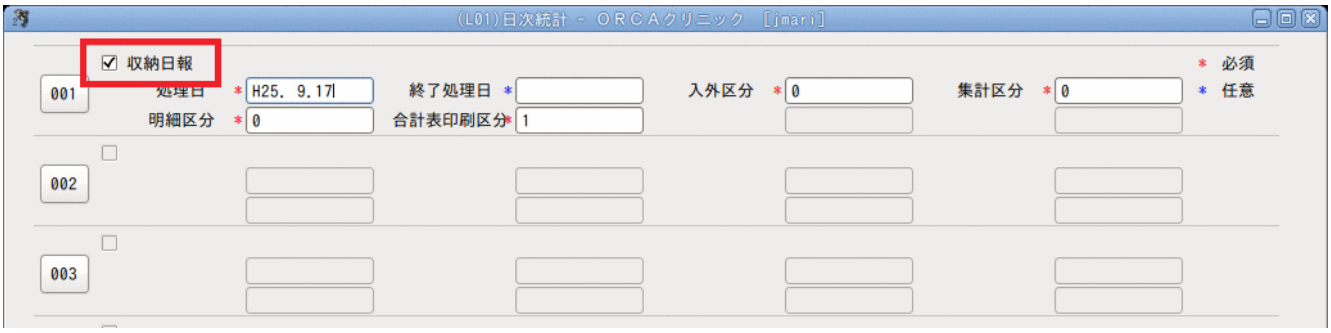


図 1089

一度に複数の帳票を作成指示することもできます。
帳票の種類が10種類を超える場合には「次頁」(F7)や「前頁」(F6)を押下して画面を切り替えて目的の帳票を選択します。

パラメーターの入力

作成する帳票によってはパラメーターを入力する必要があります。
必須入力項目には赤色の「＊」を、任意入力の項目には青色の「＊」を入力領域の右側に表示します。

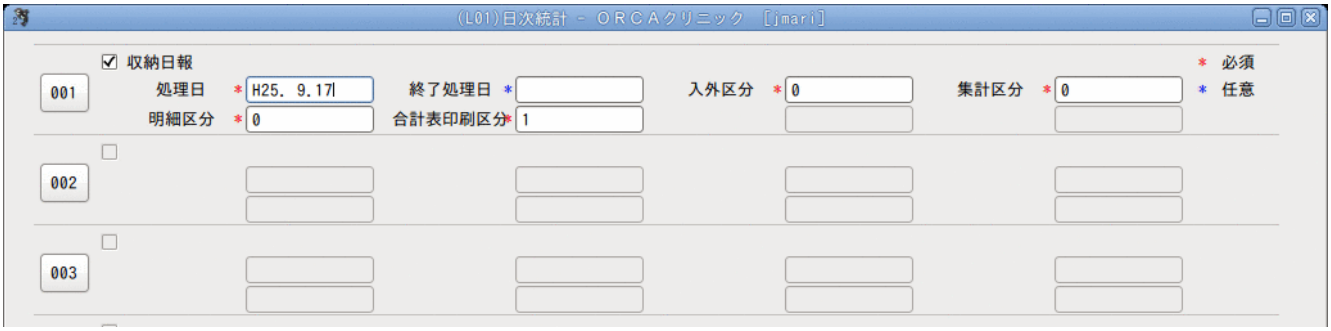


図 1090

パラメーター内容を確認しながら選択・入力する

帳票番号ボタンを押下することにより、各帳票の説明や、パラメーター内容を表示し確認しながら帳票の選択・パラメーターの入力ができます。

例）収納一覧（外来）
帳票番号ボタンを押下する

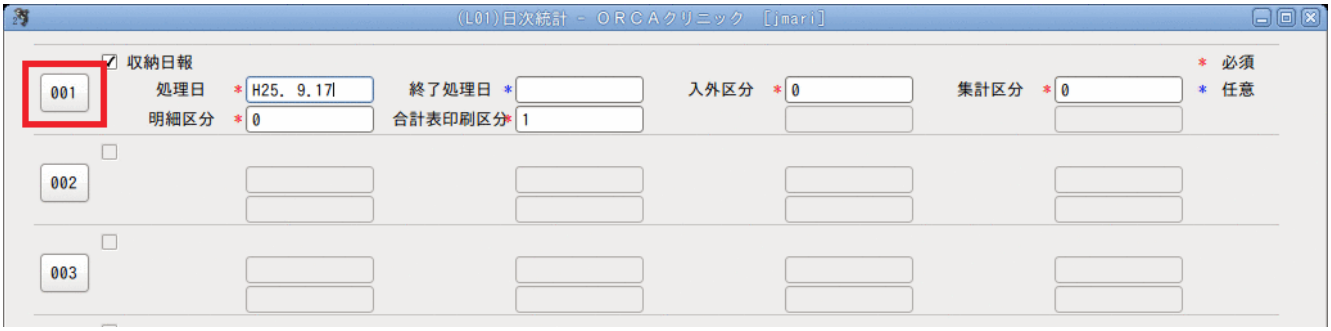


図 1091

パラメーター説明画面が表示されます。

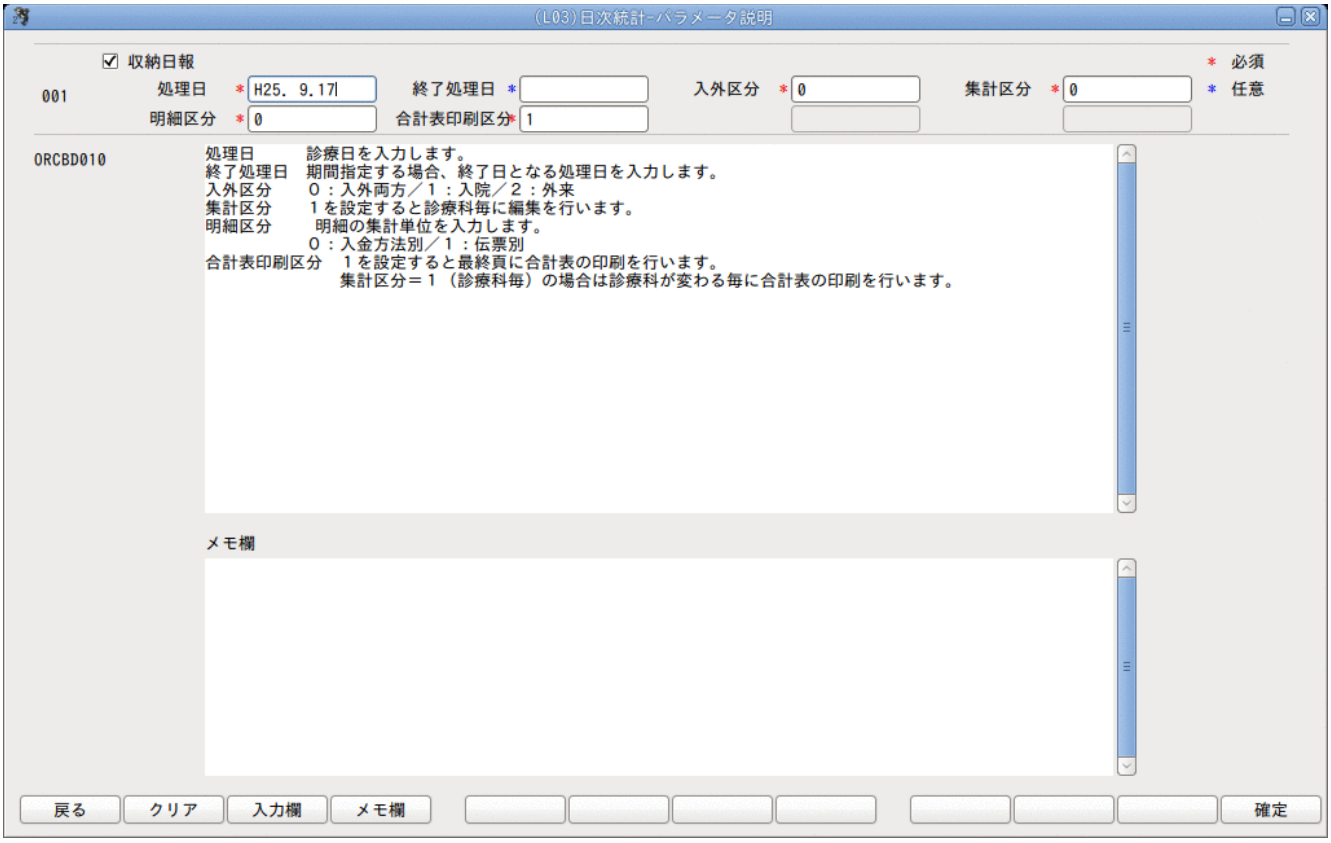


図 1092

説明を確認しながら各パラメーターを入力します。
必要な項目を入力後、「確定」(F12)を押下すると、帳票が選択されパラメーター入力も完了します。
※パラメーター説明画面を表示時に帳票を選択した状態になります。

ヒント！　メモ欄について ユーザーが自由に使えるエリアです。メモを入力し「確定」(F12)を押下して登録します。

作成処理の開始

「処理開始」(F12)を押下すると確認メッセージを表示します。

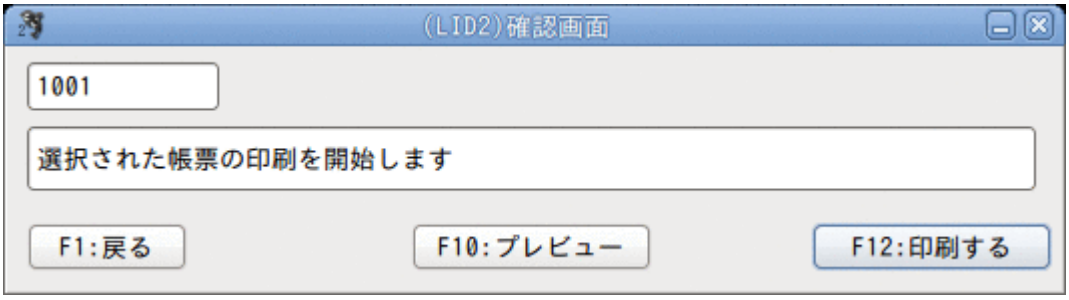


図 1093

F12：印刷する	「処理結果」画面へ遷移し、選択した帳票の作成処理を開始します。
F10：プレビュー	「F12：印刷する」と同様に「処理結果」画面へ遷移しますが、作成処理後は印刷を行わず、プレビュー画面へ遷移することができるようになります。
F1：戻る	元の画面に戻ります。

作成処理後は、「再印刷」画面で指定した帳票を印刷することができます。

図 1094

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	遷移元の画面へ戻ります。
統計データ	F4	日次統計データ作成画面へ遷移します。
再印刷	F5	以前に行った処理の一覧の中から指定して再印刷ができます。 印刷方法は【3.4　総括表・公費請求書】の【（6）再印刷処理の開始】と同様です。
前頁	F6	帳票の種類が10項目以上ある場合は、「次頁」(F7)や「前頁」(F6)で画面を切り替えることができます。
次頁	F7	帳票の種類が10項目以上ある場合は、「次頁」(F7)や「前頁」(F6)で画面を切り替えることができます。
締め処理	F8	締め時刻登録画面へ遷移します。（3.5.3　締め処理へ）
CSV出力	F10	CSV出力に対応している帳票プログラムを実行後、作成されたCSVファイルを任意の場所に保存できます。
情報削除	F11	エラーが発生して処理が正常に終了しなかった場合に、処理内容の情報削除ができます。
処理開始	F12	印刷の処理を開始します。
処理結果	Shift+F12	処理の経過及び結果の確認ができます。

３.５.４　日次統計データの作成

「統計データ」(F4)について統計データでは、毎日の作業終了後に各データベースより対象の診療日分のデータを抽出し、以下のような内容を所定のレイアウトで作成を行い、ファイルに出力できます。

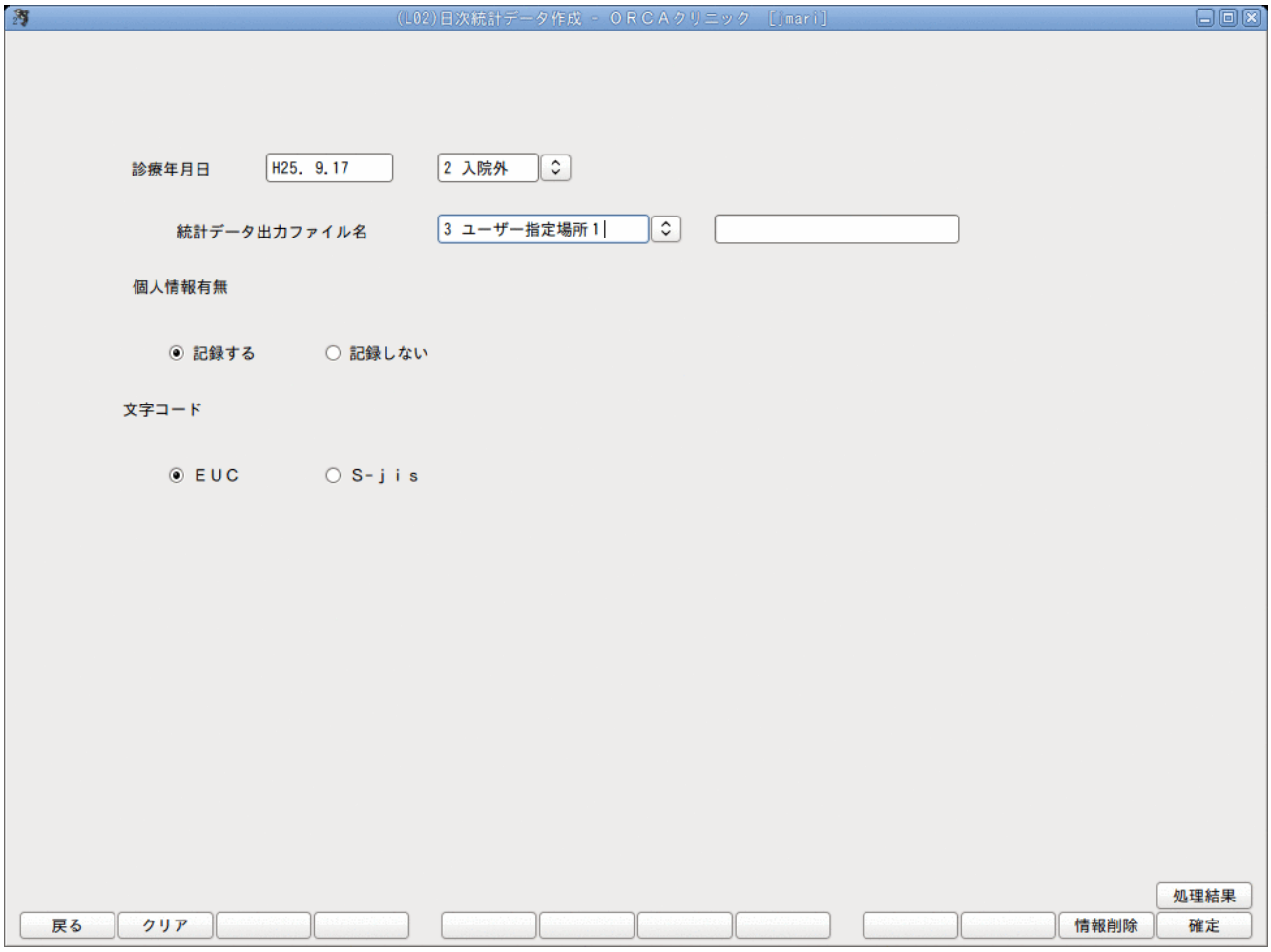


図 1095

項目の説明

診療年月日	作成する診療年月日を指定します。
入・外	入院・入院外を指定します。
統計データ出力ファイル名	統計データを出力する媒体を選択しファイル名を入力します。
個人情報の有無	出力するデータに個人情報の有無を指定します。
文字コード	出力するデータの文字コードをEUCあるいはShift-JISのどちらかを指定します。

＜統計データのクライアント保存について＞

統計データを操作しているクライアント端末の任意のディレクトリに保存することができます。

➔ （あらかじめ「101システム管理マスタ」－「1010　職員情報」－「個別設定」－＜クライアント保存＞の項目で「1　保存可」に設定をしておく必要があります）。

統計データ出力先に「6　クライアント保存」を選択し、ファイル名を入力します。

統計データ処理後、「保存」を押下します。

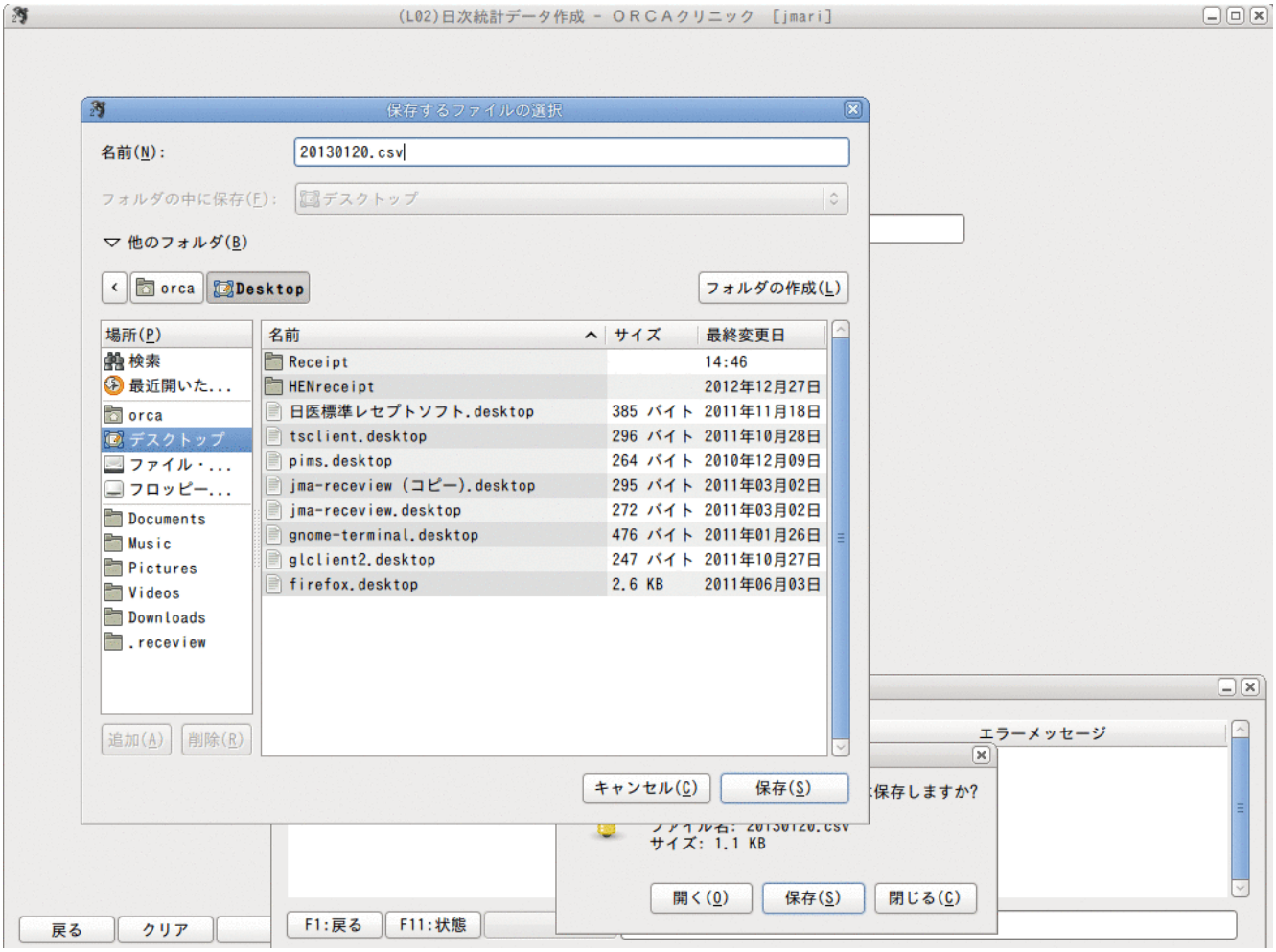


図 1096

ディレクトリを選択し「保存」を押下し保存します。

ヒント
「開く」ボタンでファイルを開くアプリケーションを変更したい場合は、【6.1　付録1　クライアント保存の拡張】を参照してください。

３.５.５　締め処理

概要

- 締め時刻を登録し、前回の締め時刻からの収納一覧を作成します。
- 中間確認用に仮締め登録ができます。
- 過去10回の締めから任意の期間の日報を作成できます。

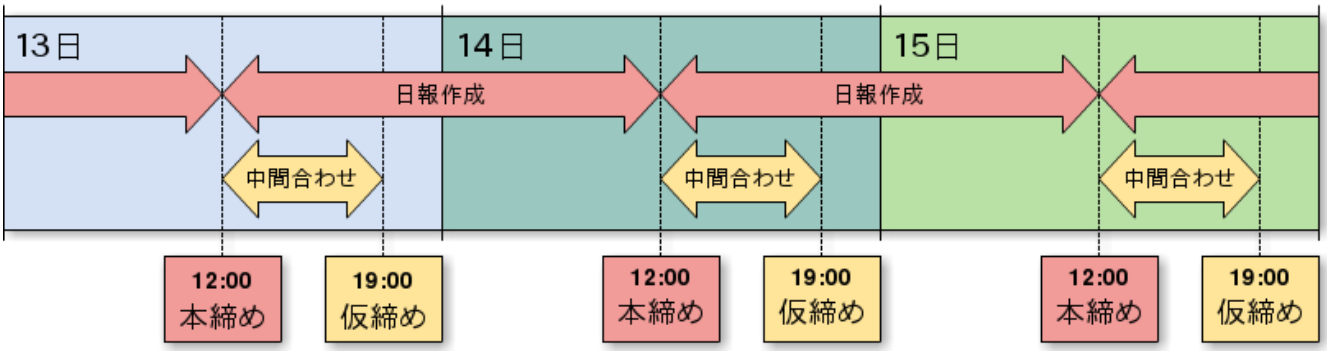


図 1097

＜本締めと仮締め＞

■本締め

日報の集計の区切り時刻を登録します。
前回本締めから今回本締めの期間を集計対象とします。

■仮締め

中間合わせに使用します。
前回本締めから今回仮締めまでの期間を集計対象とします。

事前準備

＜日報の登録＞

締め処理に対応した日報を「51　日時統計」業務に登録する必要があります。

日レセでは次の3つが対応しています。

収納一覧（外来）（期間指定）
収納一覧（入院）（期間指定）
収納日報（期間指定）

登録方法は【3.5　日次統計】を参照してください。

＜システム管理の設定＞

「101　システム管理」－「1039　収納機能情報」で＜収納一覧－締め処理＞の項目を設定します。

Copyright(C)2007JMARI

画面の説明

＜締め時刻登録画面の表示方法＞

メニューより「51　日次統計」を押下し（L01）日次統計画面に遷移後、「締め処理」(F8)を押下します。

＜（L06）締め時刻登録画面＞

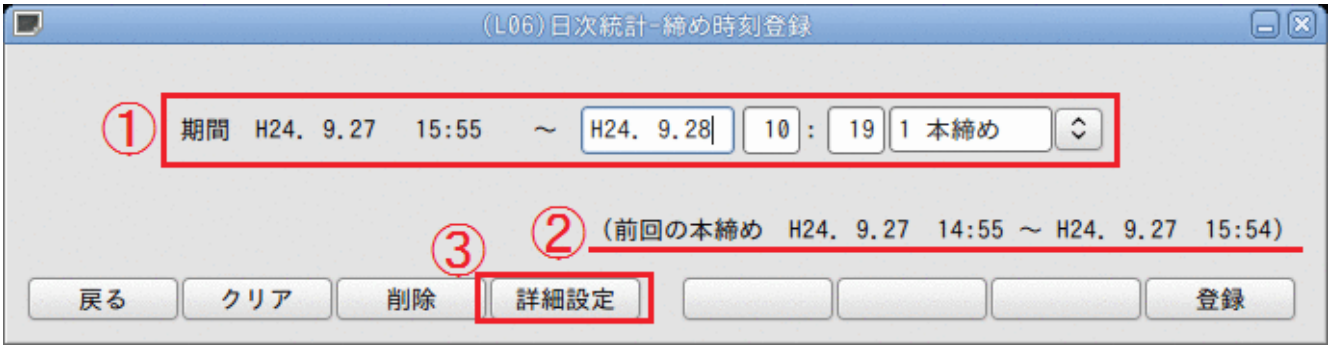


図 1098

①：締めの時刻と「1　本締め」または「2　仮締め」を選択し登録します。
　　日報の集計期間を表示します。
②：直前の締めの種類と日報の集計期間を表示します。
③「詳細設定」(F4)：過去の締め一覧を表示します。削除・変更・追加ができます。

＜（L04）締め時刻登録詳細設定画面＞

図 1099

①：前回登録した締め時刻と集計期間を表示します。
②：締め履歴を表示します。
　(F4)にて表示する履歴を変えることができます。

（初期表示）
「前回の本締め」　→　「本締めの履歴」　→　「本締め・仮締めの履歴」

③：行う処理を選択します。

ヒント！ 本締め及び仮締めは（L06）締め時刻登録画面と（L04）締め時刻登録詳細設定画面のどちらでも登録することができます。

操作方法

＜締め時刻登録画面の表示方法＞

メニューより「51　日次統計」を押下し（L01）日次統計画面に遷移後、「締め処理」(F8)を押下します。

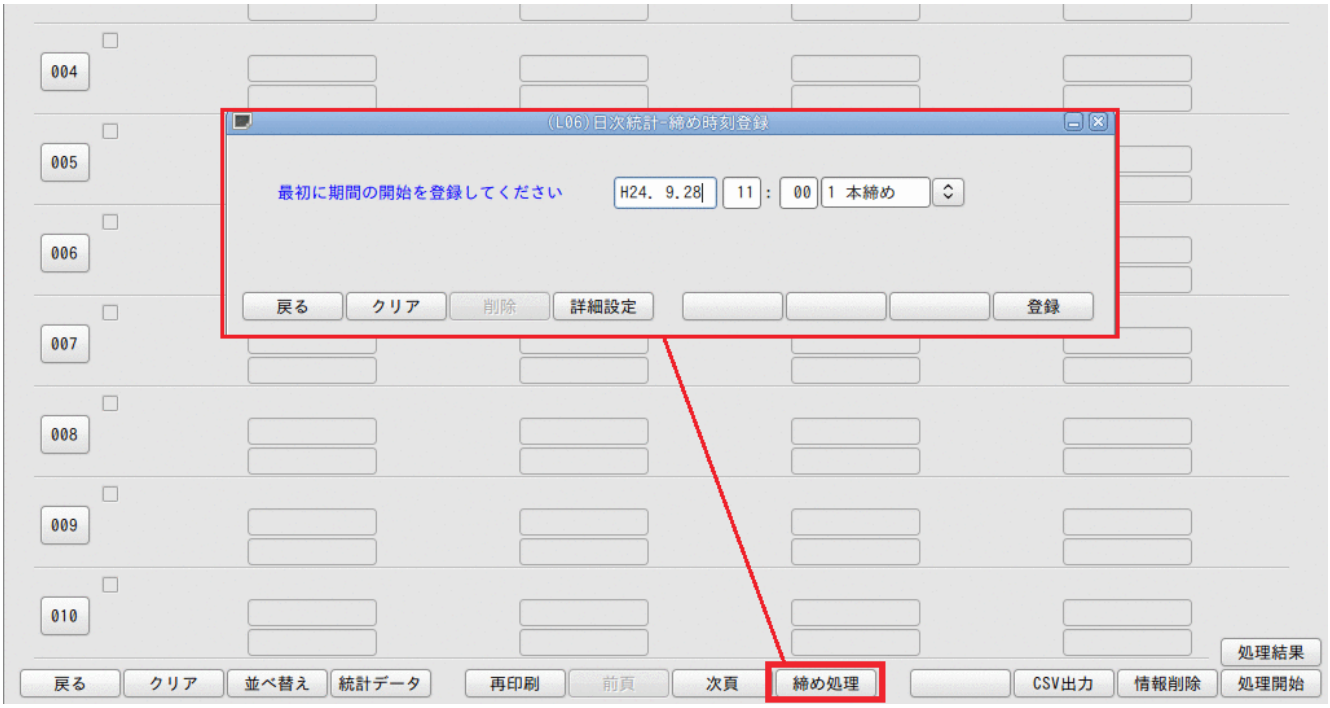


図 1100

＜初めて締め処理を使用する場合＞

最初に締めの開始日時を登録します。

画面は現在時刻を表示します。任意の開始日時に変更し、「登録」(F12)を押下します。

図 1101

開始日時の登録後、今回の締め登録を行います。

　　次項の【＜本締め、仮締めの登録＞の 2 】の手順から操作してください。

＜本締め、仮締めの登録＞

1. （L01）日次統計画面の「締め処理」(F8)を押下します。

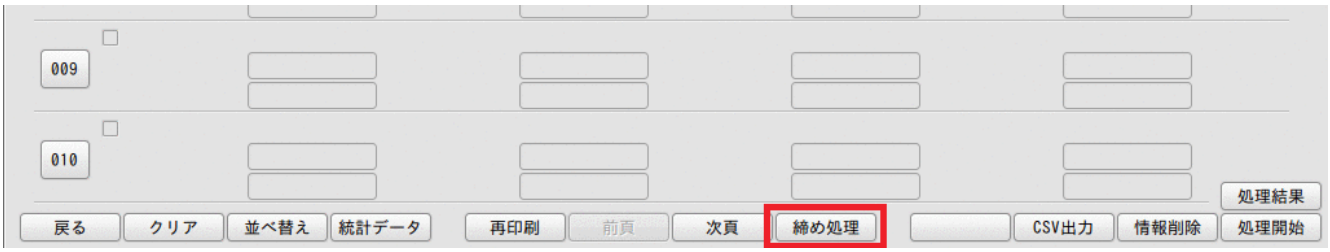


図 1102

2. （L06）締め時刻登録画面が表示されます。
締め時刻を確認後、「1　本締め」または「2　仮締め」を▼で選択し、「登録」(F12)を押下します。

図 1103

3. 締め処理に対応した日報を印刷します。

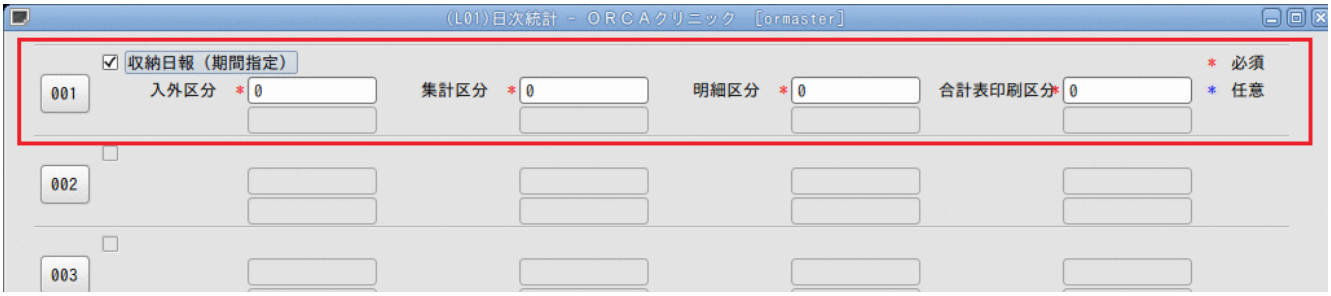


図 1104

ヒント！

「1　本締め」と「2　仮締め」を間違えたら・・・次項の「■締め変更」を参照し、正しい締めに修正してください。

＜締めの修正（削除、締め変更、追加）＞

締めの登録を間違えた場合は、削除または締め変更を行います。

■削除

1. （L06）締め時刻登録画面の「詳細設定」(F4)を押下します。

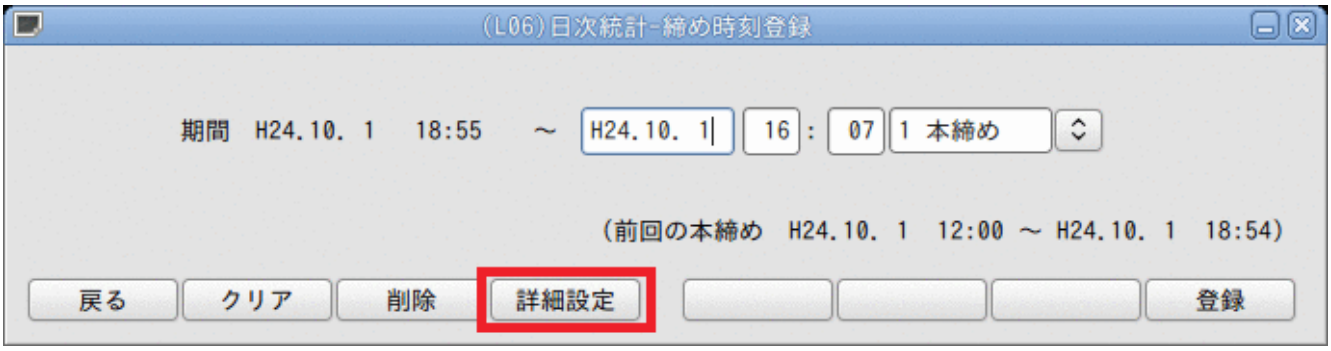


図 1105

2. （L04）締め時刻登録詳細設定画面へ遷移します。
3. 右上の▼を押下し「5　削除」を選択します。
4. 削除したい時刻をマウスで選択します。
5. 「登録」(F12)を押下します。

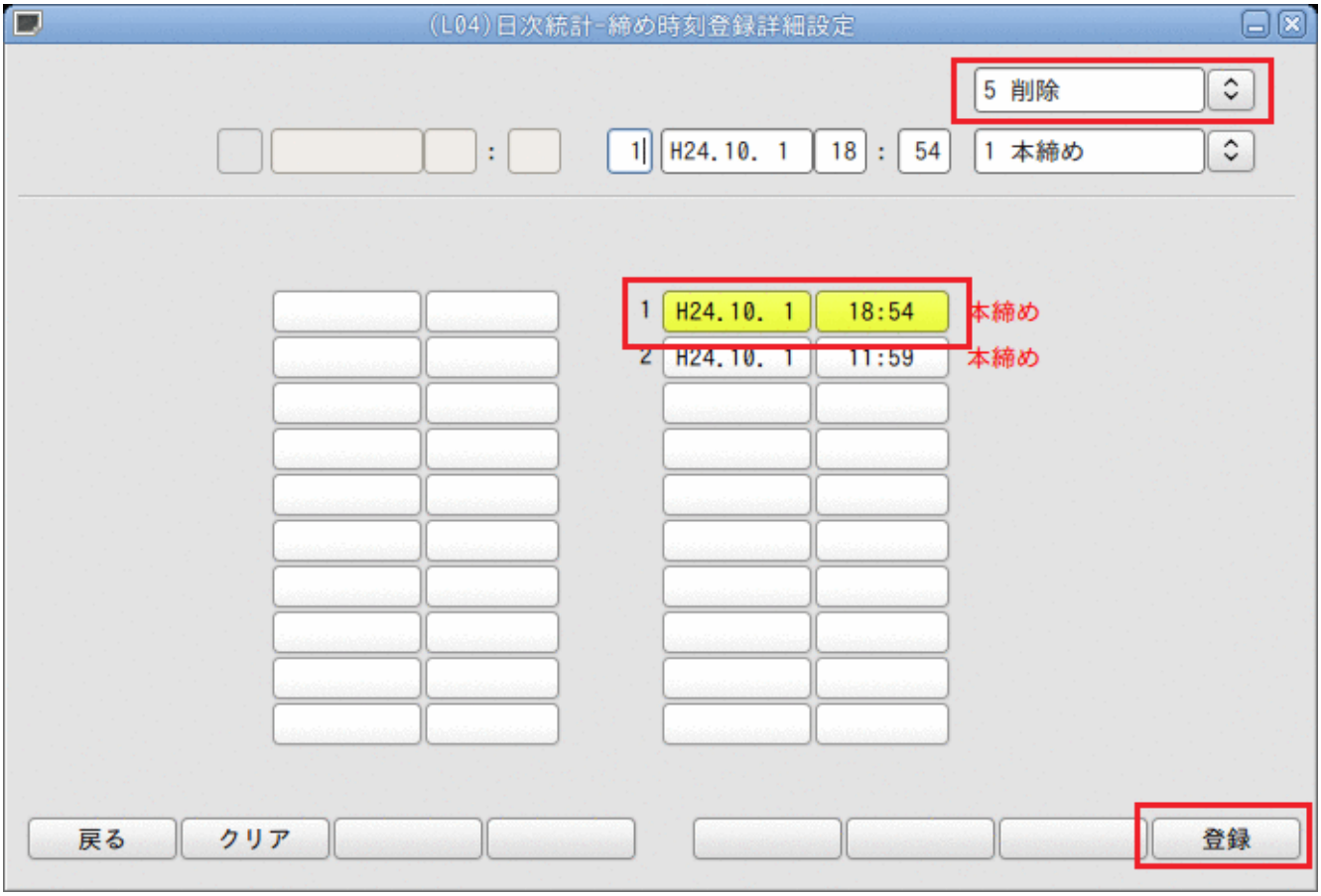


図 1106

ヒント！ 選択した時刻は黄色表示します。

■締め変更

1. （L06）締め時間登録画面の「詳細設定」(F4)を押下します。

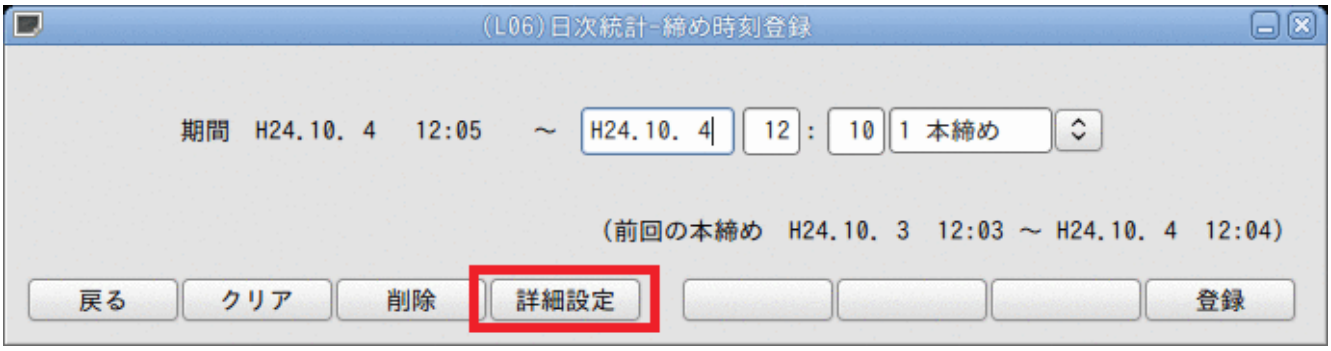


図 1107

2. （L04）締め時刻登録詳細設定画面へ遷移します。
3. 右上の▼を押下し、「6　締め変更」を選択します。
4. 変更したい時刻をマウスで選択します。

図 1108

ヒント！ 選択した締め時刻は青表示し、画面上部へ締め時刻を表示します。

5. 「1　本締め」または「2　仮締め」を修正します。
6. 「登録」(F12)を押下します。

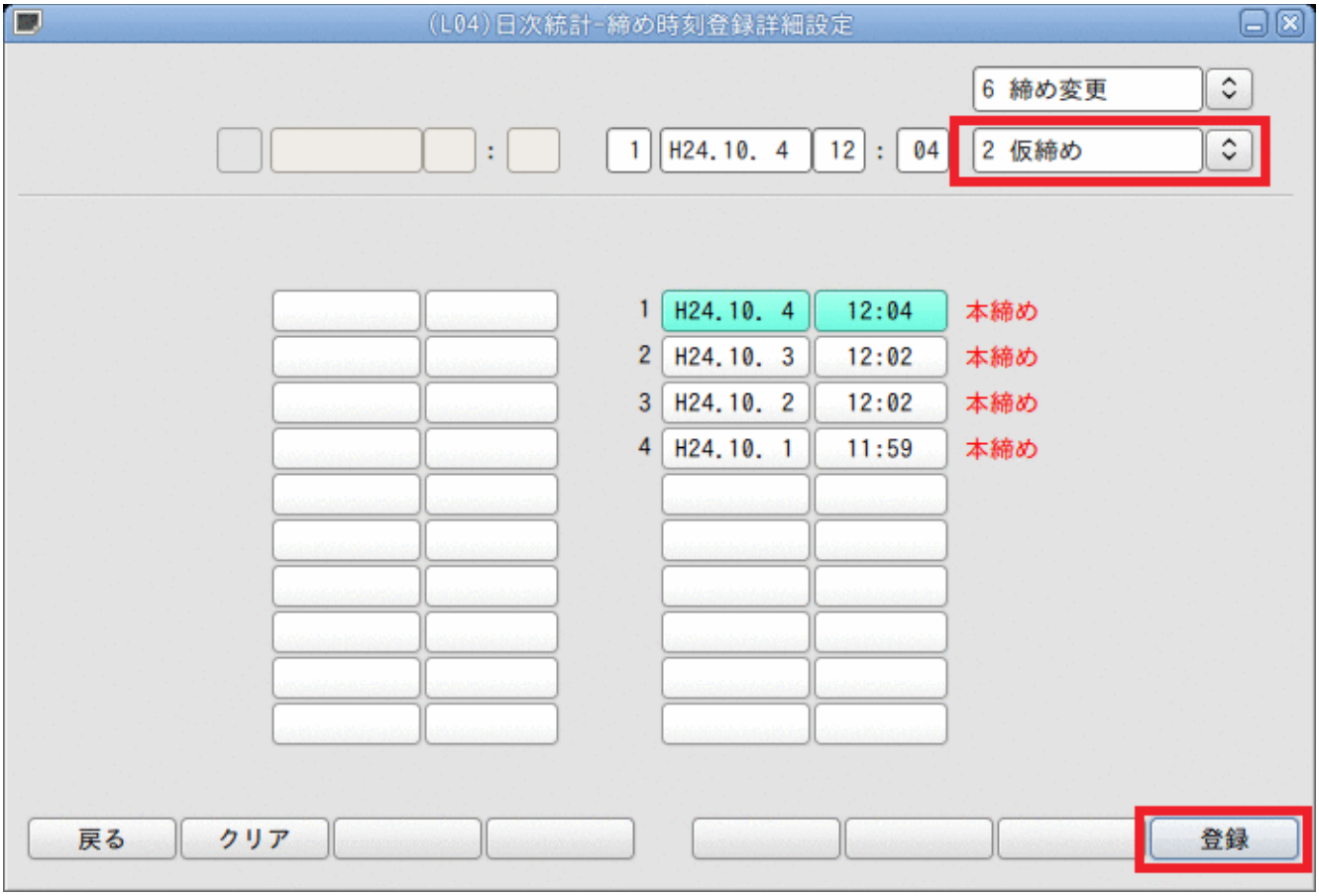


図 1109

ヒント！

締め時刻の変更はできません。

〇時刻変更の方法
　誤った締め時刻を「削除」し、正しい締め時刻で新たに締め処理を行うまたは「追加」をしてください。

■追加

任意の日時で締めを追加できます。

1. （L06）締め時間登録画面の「詳細設定」(F4)を押下します。

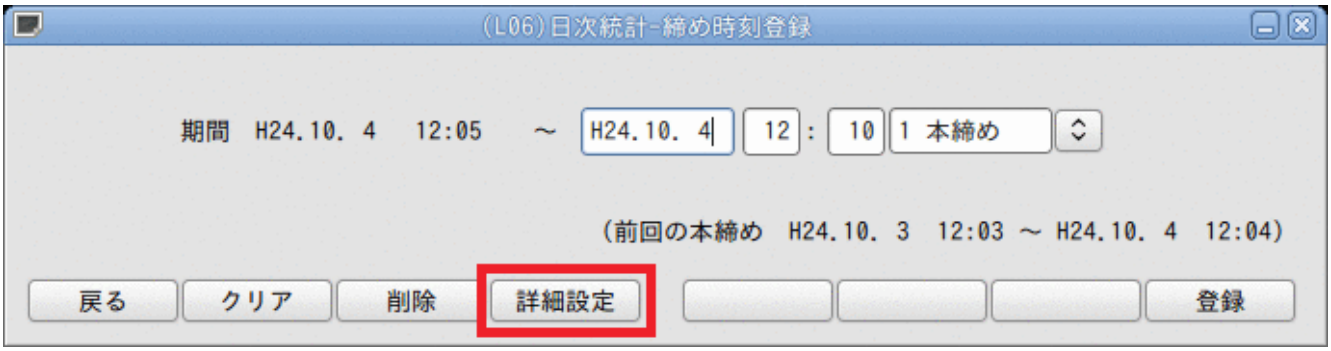


図 1110

2. （L04）締め時刻登録詳細設定画面へ遷移します。
3. 画面右上の▼を押下し、「4　追加」を選択します。
4. 日時を入力し「1　本締め」または「2　仮締め」を選択します。
5. 「登録」(F2)を押下します。

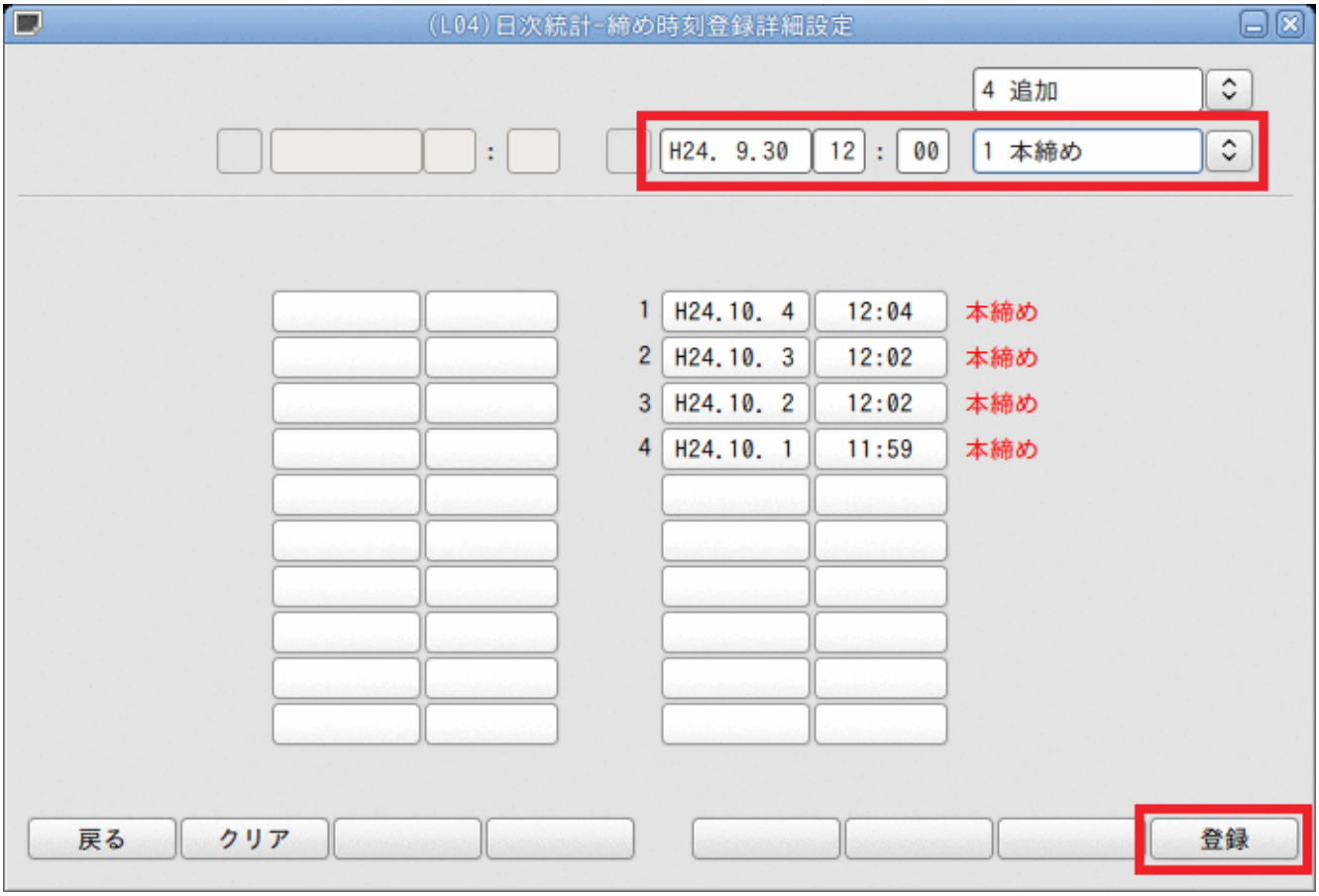


図 1111

期間指定

締め処理に対応した日報は直近の本締め間を対象に集計します。
過去の日報を作成するには、本締め一覧から集計する期間を指定する必要があります。

＜操作方法＞

1. （L06）締め時間登録画面の「詳細設定」(F4)を押下します。

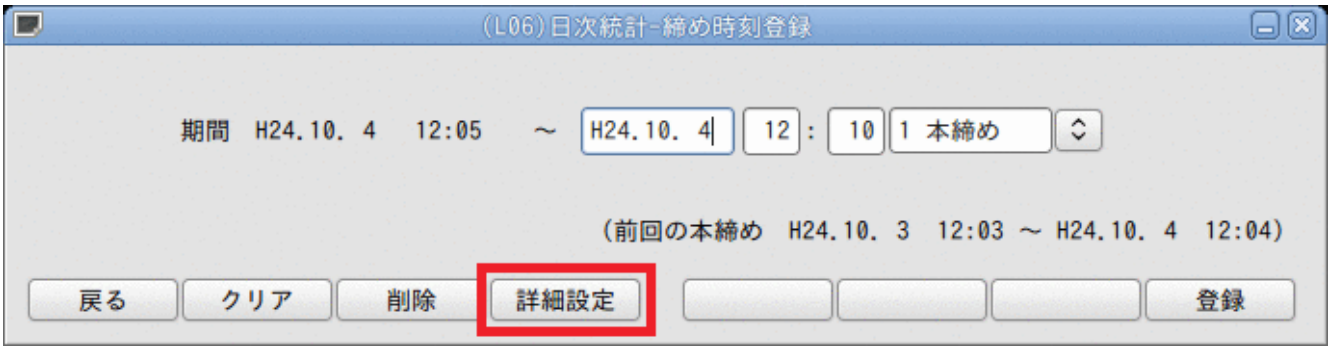


図 1112

2. （L04）締め時刻登録詳細設定画面へ遷移します。
3. 画面右上の▼を押下し、「3　期間指定」を選択します。
4. 集計を行う開始時刻を選択します。

図 1113

ヒント！

終了時刻を選択し、変更することができます。

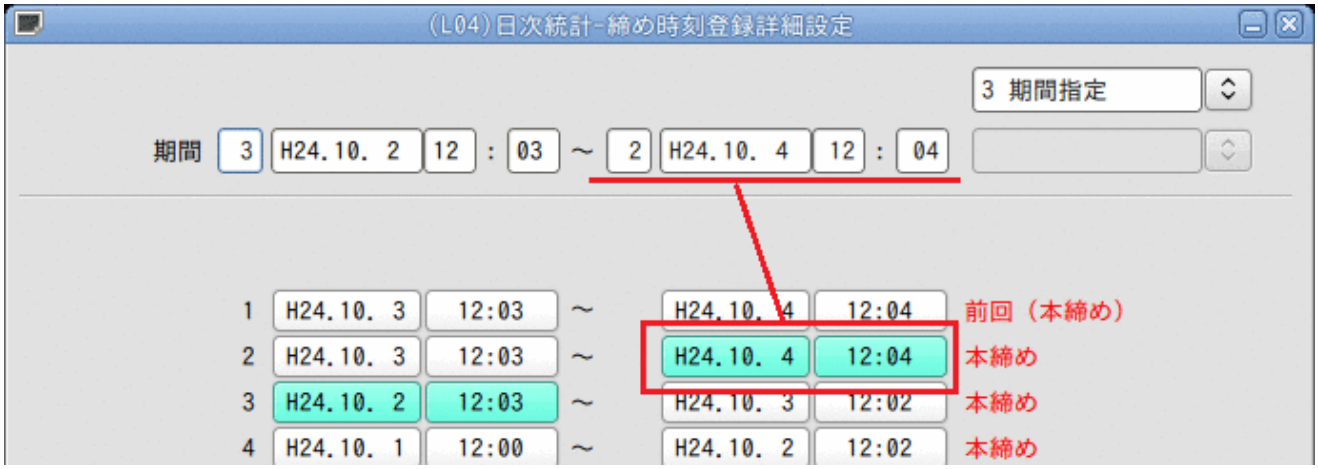


図 1114

5. 「登録」(F12)を押下します。

図 1115

6. 締め処理に対応した日報を印刷します。

３．６　月次統計

【5.1　システム管理マスタ】の【3002　統計帳票出力情報（月次）】の設定方法を参考にして、カスタマイズされたプログラムを登録すると月次統計処理より登録したプログラムが実行できます。

図 1116

＜個別指示(F9)＞

月次処理の対象患者として照会連携機能より抽出した患者の追加変更、また複数の患者を手入力でも指定することができます。各帳票の個別指示パラメータを設定後、実行します。

注意！

帳票プログラムが個別指示に対応している必要があります。

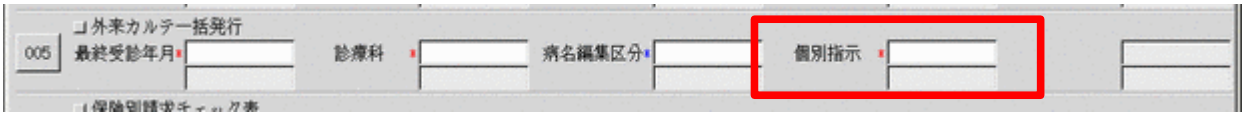


図 1117

※その他の操作手順は【3.5　日次統計】を参照してください。

３.６.１　月次統計データの作成

統計データでは、毎月の診療報酬請求事務が完了した後に、各データベースより対象の診療年月分のデータを抽出して以下のような内容を所定のレイアウトで作成を行い、ファイルに出力することができます。

図 1118

項目の説明

処理区分	処理を行うデータを選択します。 全部：統計データ（診療）と（病名）を同時に作成します。 統計データ（診療）のみ：統計データ（診療）分についてのみ作成します。 統計データ（病名）のみ：統計データ（病名）分についてのみ作成します。
診療年月	作成する診療年月を指定します。統計データは診療年月単位で作成します。 注意）現在、「2　入院外」のみ指定できます。
統計データ（診療）の出力ファイル	処理区分の「全部」または「統計データ（診療）のみ」を選択した場合に出力ファイル名を指定します。
統計データ（病名）の出力ファイル	処理区分の「全部」または「統計データ（病名）のみ」を選択した場合に出力ファイル名を指定します。
作成内容区分	統計データ（診療）の中に包括される診療行為を含めるか否かを指定します。（現在該当するのは、院外処方関係のデータです）。
文字コード	出力するデータの文字コードをEUCあるいはShift-JISのどちらかを指定します。

＜統計データのクライアント保存について＞

統計データを操作しているクライアント端末の任意のディレクトリに保存することができます。

➔ （あらかじめ「101　システム管理マスタ」－「1010　職員情報」－「個別設定」－＜クライアント保存＞の項目で「1　保存可」に設定をしておく必要があります）。

統計データ出力先に「6　クライアント保存」を選択し、ファイル名を入力します。

統計データ処理後、「保存」を押下します。

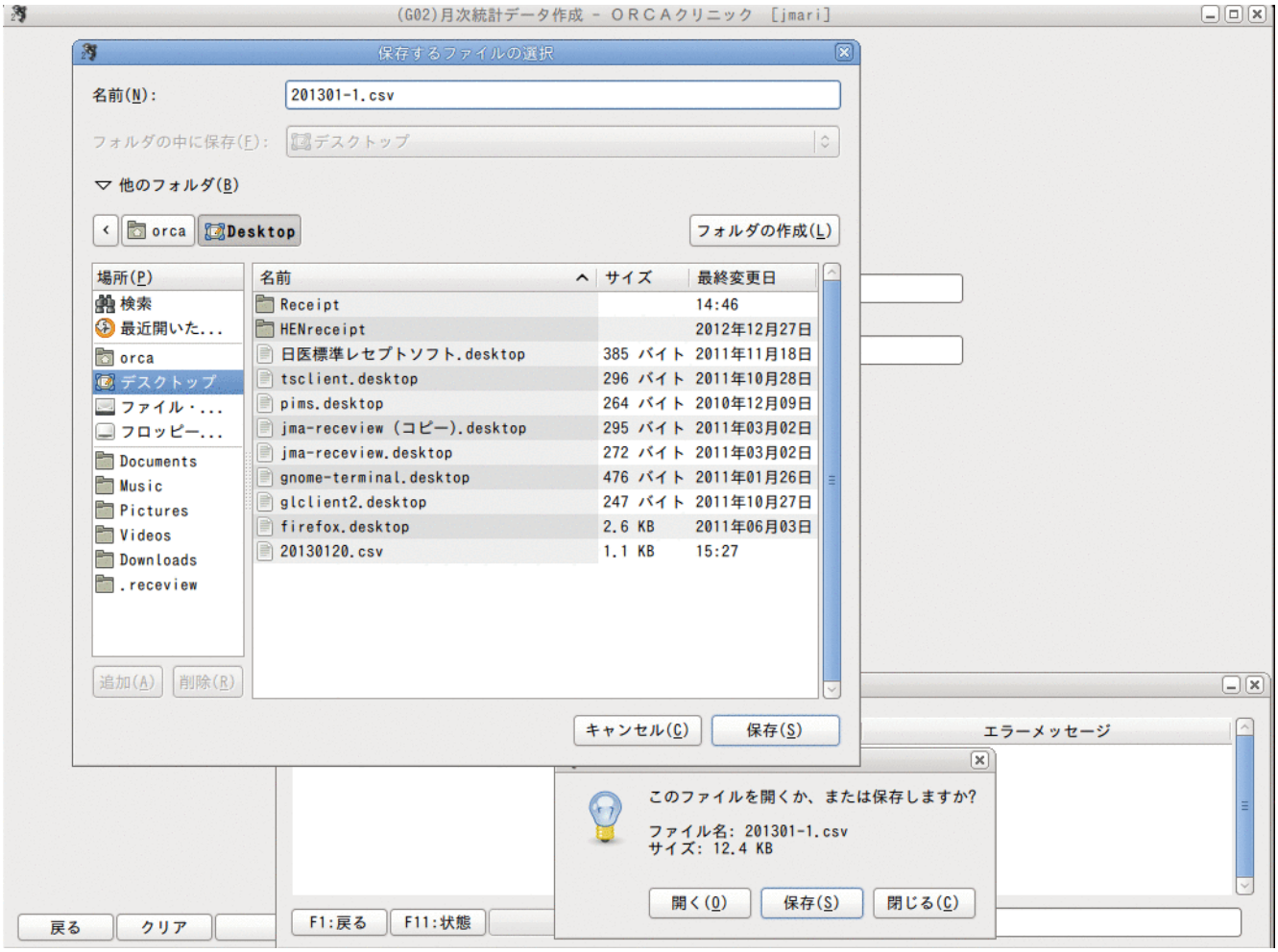


図 1119

ディレクトリを選択し「了解」を押下し保存します。

診療データと病名データの両方がある場合は再度ディレクトリの問い合わせが表示されます。

ヒント
「開く」ボタンでファイルを開くアプリケーションを変更したい場合は、【6.1　付録1　クライアント保存の拡張】を参照してください。

３．７　省庁対応

本システムを保険者直営医療機関（共済組合、健保組合など）に導入・運用することを前提とした短期給付制度の附加給付対応について説明をする。

（1）短期給付制度の概要

短期給付制度とは、組合員本人及び被扶養者が公務によらない病気、負傷などの事由により被る経済的負担を補てんまたは軽減することを主な目的として行われる制度である。

短期給付には法定給付と附加給付があり、法定給付とは公的保険制度による給付をいい、附加給付とは保険者組合の規程による一部負担金の払戻金のことをいう。

（2）短期給付制度附加給付の対応概要

（2）－1　一部負担金

患者（組合員本人及び被扶養者）ごとに附加給付分に相当する1点単価、負担割合を設定できるようにする。
これにより一部負担金は、算定された点数より以下の算出方法で決定される。

一部負担金（円）　＝　算定点数　×　1点単価（円）　×　負担割合

（例）

1点単価＝6円、負担割合＝1割の患者が1000点の医療行為を受けた場合

一部負担金　＝　1000点　×　6円　×　0.1　＝　600円

上記の例で通常であれば、1点単価＝10円、3割負担とすれば一部負担金は、

一部負担金　＝　1000点　×　10円　×　0.3　＝　3000円

※この場合、3000円から600円を差し引いた2400円分（附加給付分）は組合負担となる。

（2）－2　入金方法

一部負担金の支払いは、通常であれば現金による窓口支払いであるが、患者によっては給与から引去りとし窓口での支払いはなしという設定もできるようにする。

（2）－3　診療報酬明細書（レセプト）

診療報酬明細書は、通常通りの内容で作成を行う。

（2）－4　月次統計

附加給付の対象となった患者の請求内容を記した附加給付一覧表の作成を行う。

Copyright(C)2007JMARI

（3）一部負担金の変則的算出

患者ごとに1点単価、負担割合を設定するための方法は以下により行う。

（3）－1　保険番号マスタ作成

変則的な一部負担金の算出を行うため保険番号マスタに以下の設定内容の公費情報を作成する。

「保険番号」：　任意　（ただし、990～999の範囲で作成する）
「法別番号」：　なし
「制度名」：　任意
「短縮制度名」：　任意
「保険公費種別区分」：　7一般公費
「公費主保区分」：　3主補公費
「点数単価」：　1点単価を設定
「レセプト請求」：　3社保、国保とも印刷不可
「本人」タブ
「外来－負担区分」：　1患者負担あり
「外来－回－負担割合」：　負担割合を設定（0の場合は、本来の負担割合で計算する）

※入院も同様

例えば、1点＝6円、3割負担であれば、「点数単価」に「6」、「外来－回－負担割合」に「30」を設定することになる。

図 1120

Copyright(C)2007JMARI

（3）－2　保険組合せの作成

患者登録で（1）で作成した保険番号マスタの情報を公費情報欄に入力し、該当情報が含まれた保険組合せを作成する。

（3）－3　会計入力、一部負担金の算出

（2）で作成された保険組合せを使用して診療行為入力を行う。
保険組合せに含まれる情報より1点単価と負担割合を取得し一部負担金の計算を行う。ただし、本来の保険制度による一部負担金の金額と（1）で作成した情報より計算した一部負担金を比較し、金額の低い方を算出した一部負担金とする。

例えば、

後期高齢者（1割負担）＋1点単価＝6円、負担割合＝3割の情報
で作成された保険組合せを使用した場合

算定点数が1000点ならば

本来の一部負担金＝1000点×10円×0.1＝1000円
短給の一部負担金＝1000点×6円×0.3＝1800円

となる。本来の後期高齢（1割負担）で計算した一部負担金が少額となるのでそれを最終的な一部負担金とする。

図 1121

保険番号マスタの保険番号が990から999で負担割合を「0」（ゼロ）にした場合は、負担金を0円とせず、本来の保険制度の負担割合で算出するようにする。よって、上記例の場合は、

短給の一部負担金＝1000点×6円×0.1＝600円

となり、本来の一部負担金より少額となるのでこれを最終的な一部負担金とする。

図 1122

（3）－4　制度の改正

1点単価または負担割合が段階的に引き上げられるような改正をされた場合は、保険番号マスタの該当保険番号を制度に合わせて期限を切り、新たな開始日より設定内容を変更した情報を作成することで対応がとれる。

（4）入金方法の設定

患者ごとに窓口での一部負担金の入金方法の初期値を設定する。
一部負担金の入金方法とは、窓口での現金による支払いと、窓口での支払いはなく給与から引去りされる方法のどちらかである。

患者登録画面に「入金方法」の項目を追加する。この項目で設定された入金方法は初期値であるので、最終的に請求確認画面で入金方法を決定することになる。

「101　システム管理マスタ」－「1041　入金方法情報」では入金方法に対するコード付けが行える。その入金方法の分類として「給与引去」を追加する。現行の分類とあわせると次の内容となる。

入金方法コード「nn」
　分類区分－「01　現金」
　　「02　振込み」
　　「03　デビットカード」
　　「04　給与引去」　　←　追加する内容
　　「99　その他」

また、入金方法の内容は給与引去りであっても、目的ごとの識別をできるようにするため入金方法コードに別のコードを設けることができる。

（例）本部と支部の職員を分けて管理したい

入金方法コード　－　「01　給与引去（本部職員）」（分類区分：04　給与引去）
「02　給与引去（支部職員）」（分類区分：04　給与引去）

これにより、入金方法の条件から目的にあった請求内容の情報を抽出することができるようになる。

（5）入金状態の設定

前出の「入金方法の設定」における「101　システム管理マスタ」－「1041　入金方法情報」に入金状態の初期値を設定する項目を新設する。

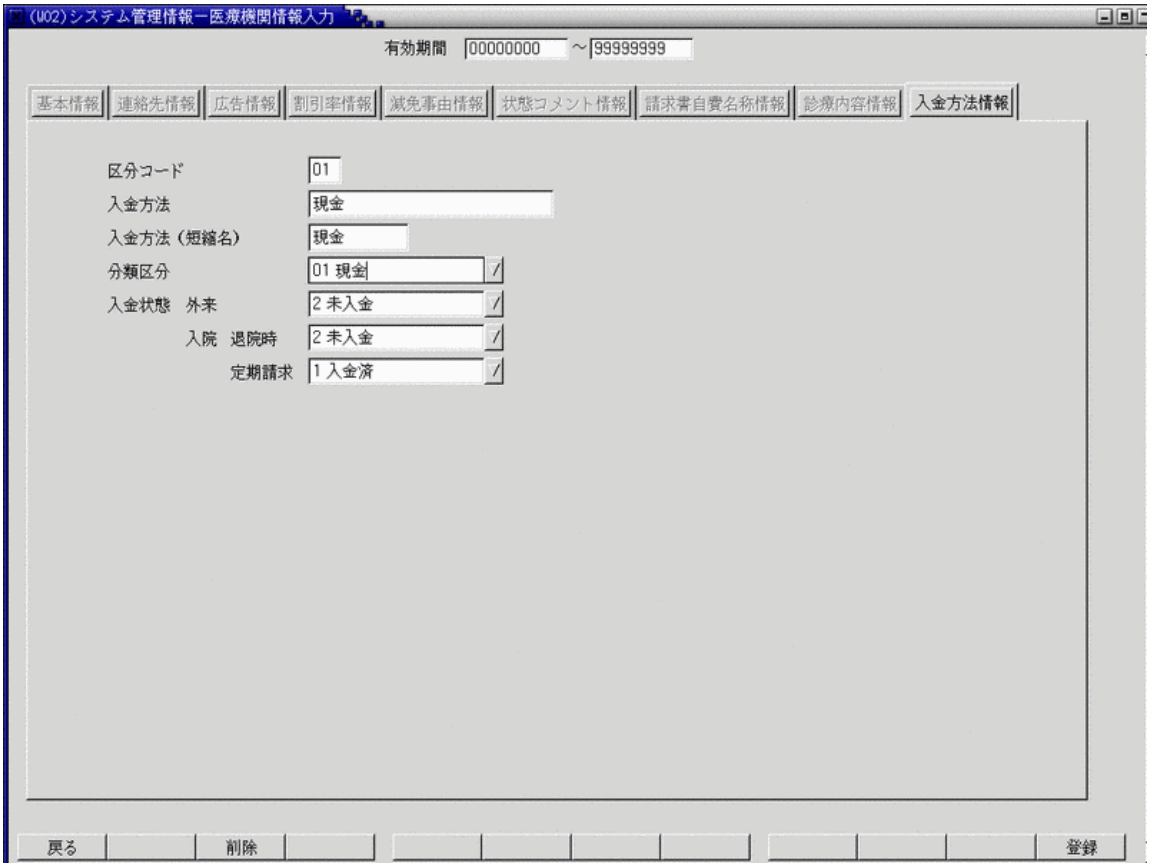


図 1123

ここでいう入金状態の初期値とは、請求情報（収納）を作成した時点で「未入金」または「入金済」など、どのような扱いとするかである。「未入金」の扱いとした場合は、実際に入金（給与引去）された後、全て「入金」登録をするなど後処理が発生する。

入金方法コード「nn」
分類区分－「04　給与引去」
入金状態－「1　入金済」

入金状態は外来請求、入院の退院時及び定期請求時のそれぞれで設定できるようにし、次の区分を用意する。

1：入金済
請求確認画面初期表示時、入金額欄に今回請求額を設定する。
会計照会業務で新規に収納を作成した場合、その収納の請求額を入金額として作成する。

2：未入金
請求確認画面初期表示時、入金額欄空白に（0円）を設定する。

会計照会業務で新規に収納を作成した場合、入金額はゼロ円として作成する。

※定期請求の設定には別途「3：定期請求情報の設定」を設ける（後述参照）

「入金状態」を入金方法に設けることにより、応用により当該対応以外の次のようなケースで改善が図れる。
(1)患者が1月まとめて支払い（口座振込み）を行う場合、窓口では会計処理を行った後、収納登録で未入金に変更する必要がなくなる。

＜定期請求処理の入金扱いとの関係＞
入院の定期請求処理を行うと「101　システム管理マスタ」－「5010　定期請求情報」で管理されている項目から入金の扱いを決定する。

「請求時入金処理」
「1　未入金として処理する」
「2　入金済として処理する」

該当の患者が入院し定期請求書を発行した場合の入金の扱いは患者登録で設定された入金方法を優先する。入金方法の設定画面で定期請求の入金状態は以下より選択を行う。

1　入金済　・・・「5010　定期請求情報」の設定にかかわらず、入金済として処理する。
2　未入金　・・・「5010　定期請求情報」の設定にかかわらず、未入金として処理する。
3　定期請求情報の設定・・・「5010　定期請求情報」の設定に従い処理を行う。

※患者情報の「入金方法」では給与引去の設定がされている場合で、実際には自費で入院されていた場合、それでも「給与引去」として収納情報の作成を行う。収納業務で変更を行う必要が発生する。

（6）附加給付一覧表の作成

該当患者ごとの一部負担金の請求内容を記載した附加給付一覧表を作成する。

一部負担金給与控除一覧　　平成１８年　２月分　　作成日　平成１８年　２月２０日　　１頁

番号	患者番号	氏　　名	伝票番号	請求額	患者計	世帯計	記号・番号	備　考
1	02007	引去　四郎	0004833	2,770	2,770	2,770		被保険者名 引去　四郎
2	02008	引去　五郎	0004834	2,170	2,170	2,170		被保険者名 引去　五郎
3	02001	引去　一郎	0004823	1,770			ヒキサリ１	被保険者名 引去　一郎
4	02001	引去　一郎	0004825	1,330			1	
5	02001	引去　一郎	0004826	1,330	4,430			
6	02002	引去　一郎父	0004827	2,770				
7	02002	引去　一郎父	0004828	1,330	4,100			
8	02003	引去　一郎子	0004829	1,480	1,480	10,010		
9	02004	引去　二郎	0004830	2,770			ヒキサリ１	被保険者名 引去　二郎
10	02004	引去　二郎	0004831	560	3,330	3,330	2	
11	02006	引去　三郎嫁	0004832	970	970	970	ヒキサリ１	被保険者名 引去　三郎
12	02009	引去　六郎	0001691	27,450			3 ヒキサリ１	被保険者名 引去　六郎
13	02009	引去　六郎	0004837	500	27,950	27,950	6	入院
								（平成１８年　１月）
				47,200	47,200	47,200		

図 1124

Copyright(C)2007JMARI

処理の実行は月次統計から行うものとする。この際事前に「101　システム管理マスタ」－「3002　月次統計」の設定を行う必要があるが、他の標準帳票と同様に統計帳票一覧画面より選択をできるようにする。

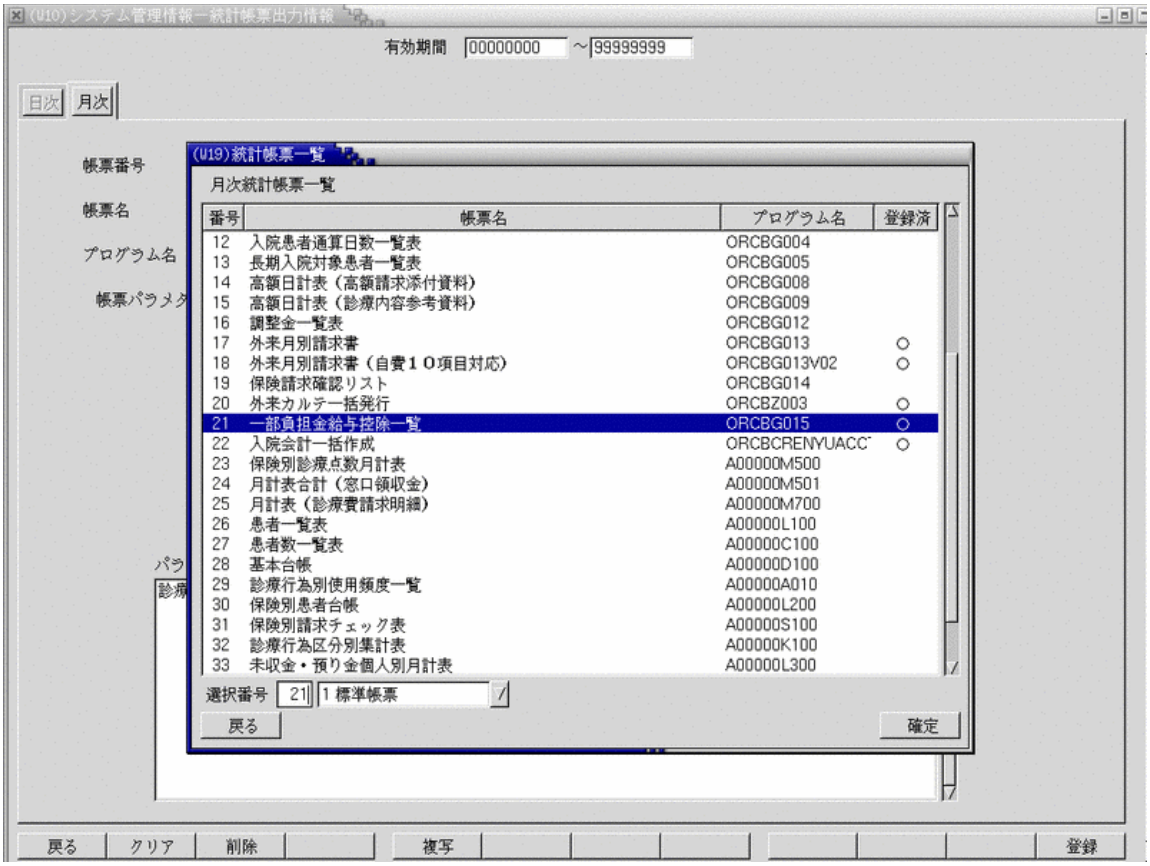
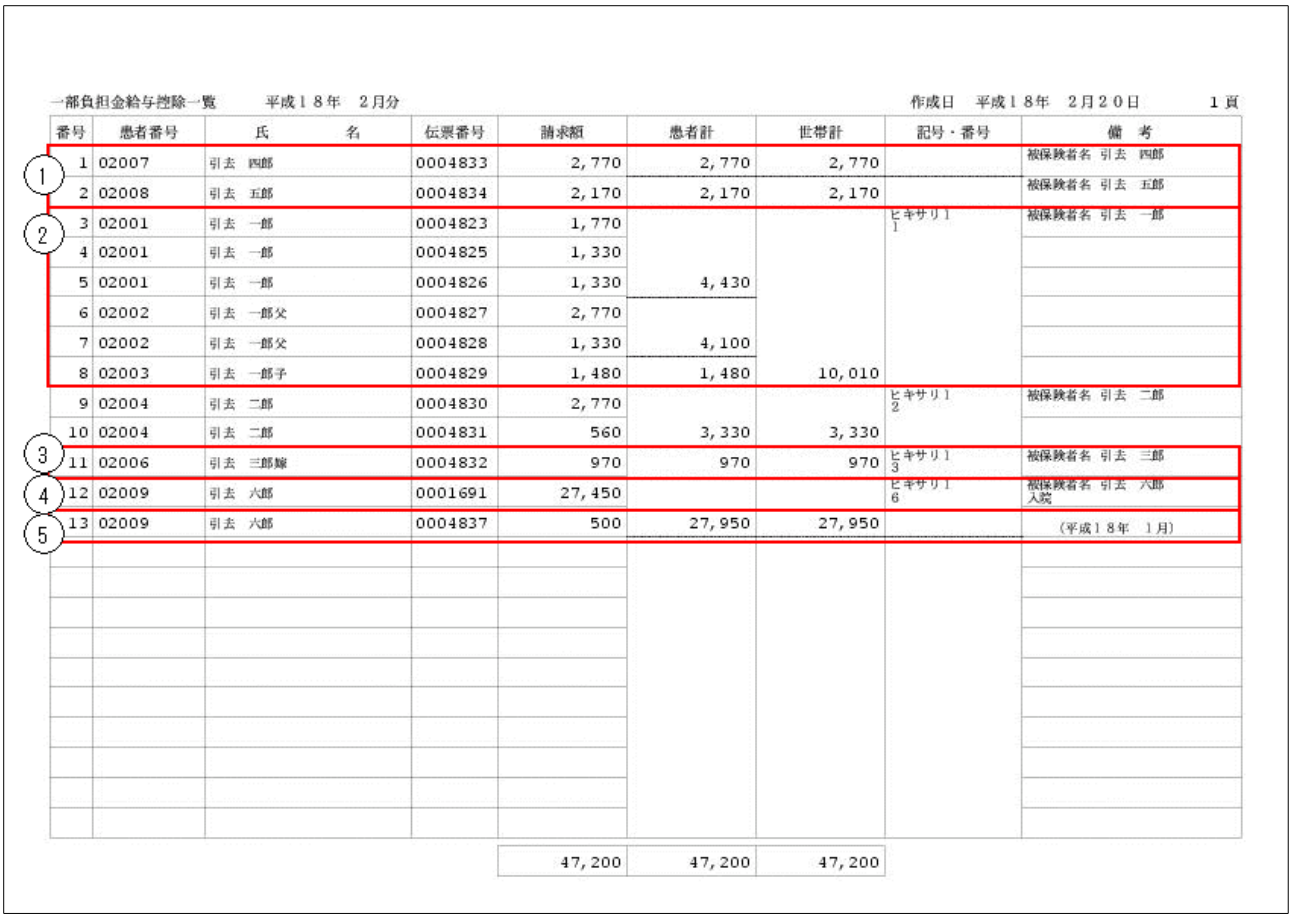


図 1125

（1）編集条件

・入金方法（入金区分）が給与引去で登録された収納データを対象に一覧表の作成を行う。
・一覧表の作成は月単位で行う。
・一覧表の1明細は伝票（収納）単位とする。
・並び順は記号・番号、本人家族区分、患者番号、伝票番号順とする。
・患者番号、記号・番号が変わる度に患者計、世帯計の編集を行う。また、世帯データの1件目の備考欄に被保険者氏名の編集を行なう。
・記号・番号が未入力の場合は患者毎に患者計、世帯計の編集を行う。
・前月以前の収納に対しての訂正入力分はその収納が発生した診療年月を備考に表示する。
・入院の収納は備考に「入院」の編集を行う

（2）編集例



一部負担金給与控除一覧　　平成１８年　２月分　　作成日　平成１８年　２月２０日　　１頁

番号	患者番号	氏　　名	伝票番号	請求額	患者計	世帯計	記号・番号	備　考
1	02007	引去　四郎	0004833	2,770	2,770	2,770		被保険者名　引去　四郎
2	02008	引去　五郎	0004834	2,170	2,170	2,170		被保険者名　引去　五郎
3	02001	引去　一郎	0004823	1,770			ヒキサリ１１	被保険者名　引去　一郎
4	02001	引去　一郎	0004825	1,330				
5	02001	引去　一郎	0004826	1,330	4,430			
6	02002	引去　一郎父	0004827	2,770				
7	02002	引去　一郎父	0004828	1,330	4,100			
8	02003	引去　一郎子	0004829	1,480	1,480	10,010		
9	02004	引去　二郎	0004830	2,770			ヒキサリ１２	被保険者名　引去　二郎
10	02004	引去　二郎	0004831	560	3,330	3,330		
11	02006	引去　三郎嫁	0004832	970	970	970	ヒキサリ１３	被保険者名　引去　三郎
12	02009	引去　六郎	0001691	27,450			ヒキサリ１６	被保険者名　引去　六郎 入院
13	02009	引去　六郎	0004837	500	27,950	27,950		（平成１８年　１月）
				47,200	47,200	47,200		

図 1126

（1）記号・番号が未登録の場合の編集例
（2）患者計、世帯計の編集例
（3）該当月に被保険者本人の受診がなかった場合の編集例
（4）入院収納の編集例
（5）月収納訂正分の編集例

Copyright(C)2007JMARI

３．８　本院分院機能

注意！
この操作マニュアルではシステム基本テーブルについて本院分院の設定が完了しているのを前提に操作方法を説明しています。

システム基本テーブルの設定はver4.4.0のリリース情報を参照してください。

（1）概要

- 業務メニュー、診療行為入力画面から本院（分院）へログインできる。
- 新患登録時に本院（分院）から患者複写及び同一患者の紐付けができる。
- 既に登録済みの患者に付いても同一患者の紐付けができます。
- 紐付けされた患者同士で本院（分院）からDo入力ができます。
- 本院（分院）の点数マスタ、入力CDの設定を取り込みできます。

（2）日レセでの事前準備

システム管理の設定

「101　システム管理マスタ」－「1001　医療機関情報」の短縮医療機関名称を入力します。
本院、分院それぞれの医療機関に対して行います。

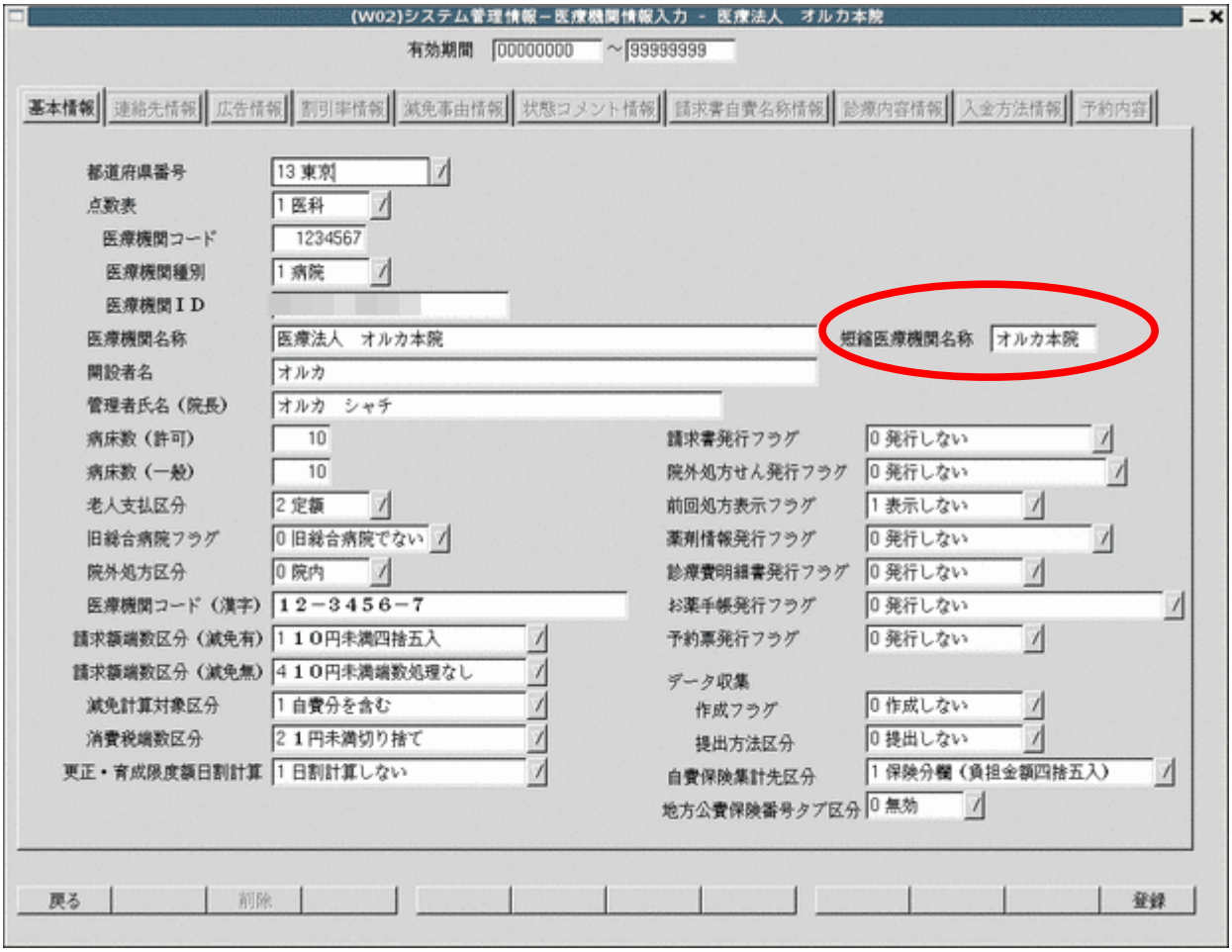
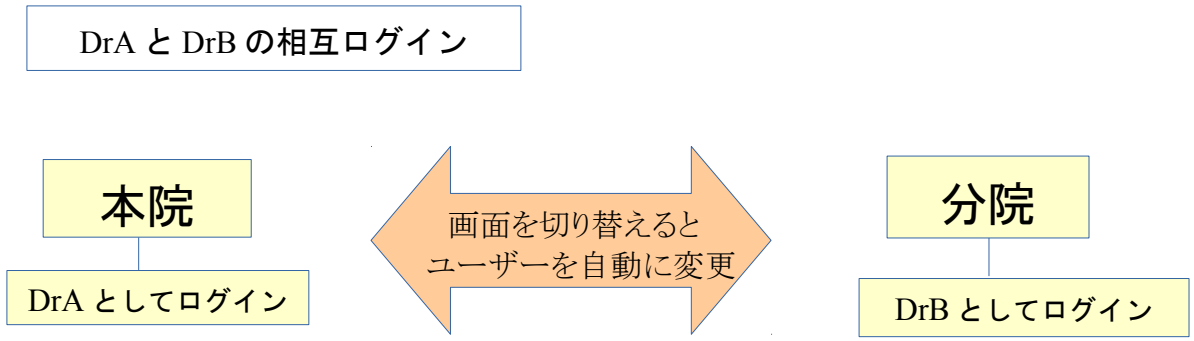


図 1127

職員情報の設定

業務メニュー、診療行為画面から本院（分院）へログインする（相互ログイン機能）にはそれぞれの医療機関の職員情報を設定する必要があります。



例）本院DrAに対して分院DrBを登録
　　分院DrBに対して本院DrAを登録

本院職員情報DrAの「他院設定」に分院DrBのオペレータIDを設定します。

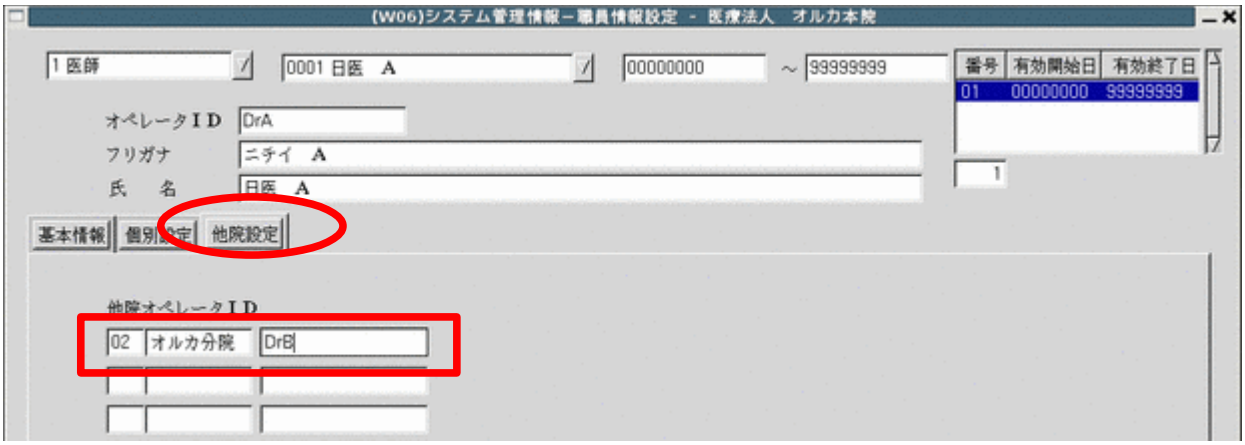


図 1128

同じように分院DrBにも本院DrAのオペレータIDを設定します。

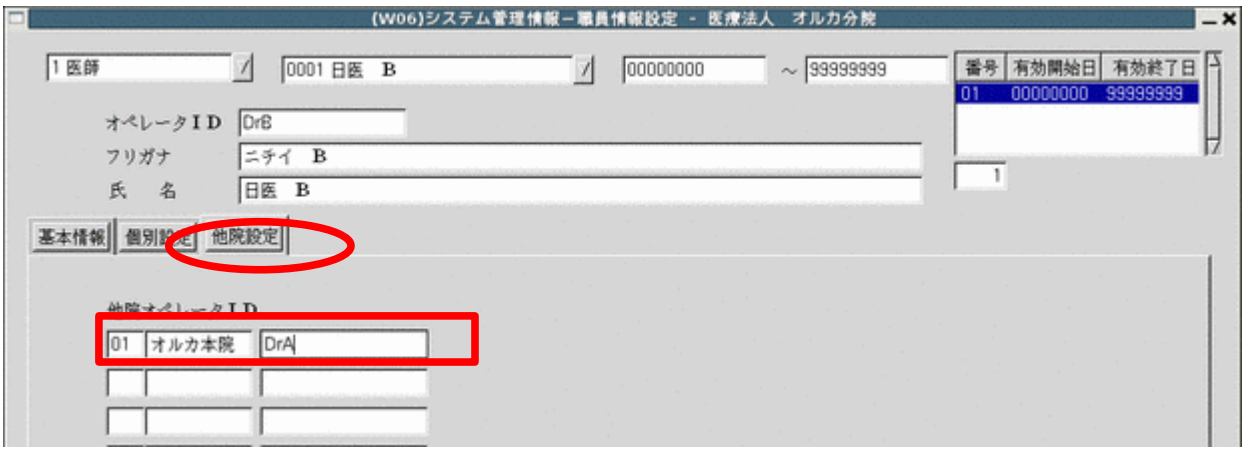


図 1129

Copyright(C)2007JMARI

ヒント！
職員情報の設定は必須ではありませんが、設定することにより簡単に医療機関を変更することができます。
また本院A→分院Bのみ（本院にのみ設定）設定した場合は一方通行ですが切替ができます。

（3）医療機関の切替

本院分院の切替は3つの方法があります。

- 本院用起動アイコン、分院用起動アイコンを作る
- 環境設定画面から切り替える
- 診療行為画面から切り替える

注意！
環境設定画面及び診療行為画面から切り替えるには職員情報を設定する必要があります。

環境設定画面から切り替える

環境設定画面を開き「他院切替」を選択します。
医療機関を選択します。

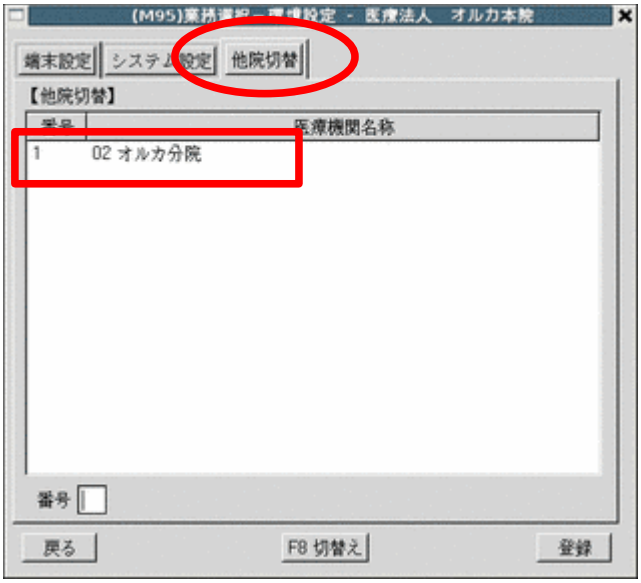


図 1130

確認メッセージを表示します。
「OK」を選択してください。

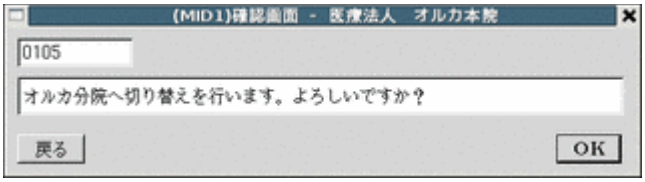


図 1131

分院へ切り替わります。
医療機関名称で確認できます。

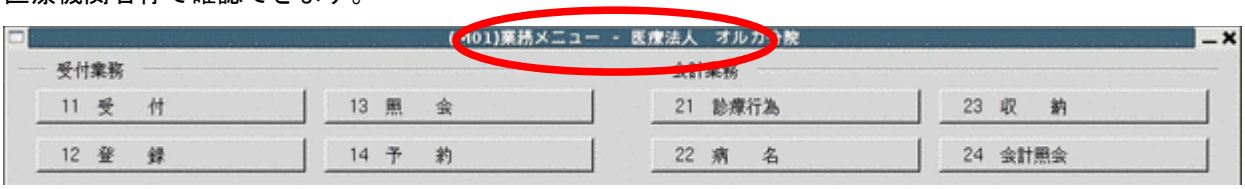


図 1132

診療行為画面から切り替える

患者番号入力欄に「@」＋医療機関識別番号を入力して切り替えます。

分院から本院へ切り替える
患者番号欄へ@01を入力し「Enter」を押下します。

図 1133

本院へ切り替わります。

図 1134

ヒント！
医療機関識別番号は環境設定の「他院切替」を表示すると確認できます。

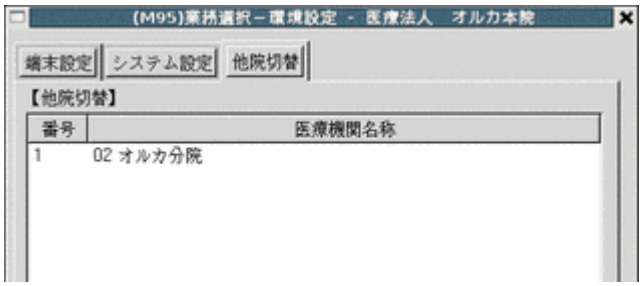


図 1135

（4）本院分院での同一患者の紐付け

各医療機関の患者同士（同一患者）の紐付けには次の3つの方法があります。

- 新患登録時に本院（分院）から患者複写をする（手動で紐付け）
- 新患登録時に本院（分院）の同一患者リストを表示させ複写する（自動紐付け）
- 既に登録済みの患者に患者指定して紐付けする（手動で紐付け）

患者同士の紐付けを行うと次のことができるようになります。

- 紐付けされた患者間でのDo入力
- 禁忌薬剤の複写

新患登録時に本院（分院）から患者を複写する

本院（分院）の患者を指定して複写します。
本院で新規患者の番号を採番します。

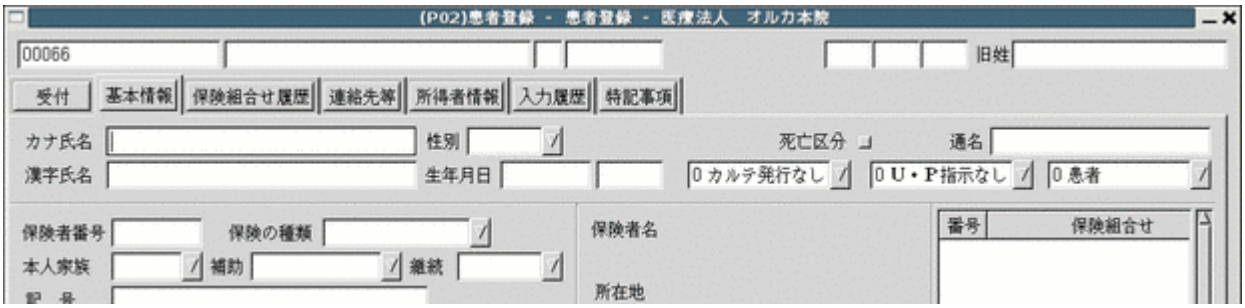


図 1136

「患者複写」(Shift＋F11)を押下します。
「患者紐付複写」(F3)を押下します。

図 1137

紐付け複写モード（他院の患者検索）に入ります。
この状態で患者検索を行うとオルカ分院の患者を検索します。

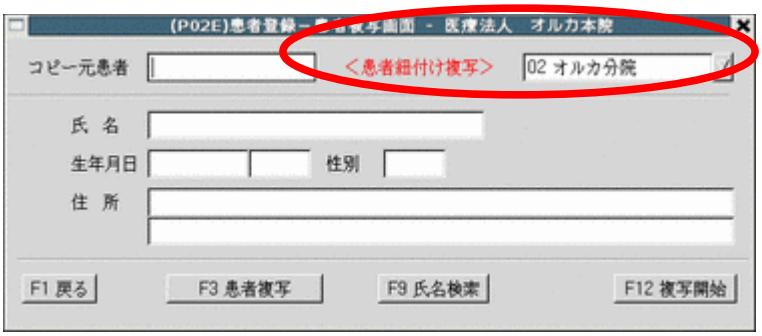


図 1138

患者番号を入力し「複写開始」(F12)を押下します。

図 1139

「登録」(F12)で患者の登録を完了します。
複写元の患者との紐付けも完了します。

紐付けを確認するには登録画面の「患者紐付け」(Shift+F3)を押下します。

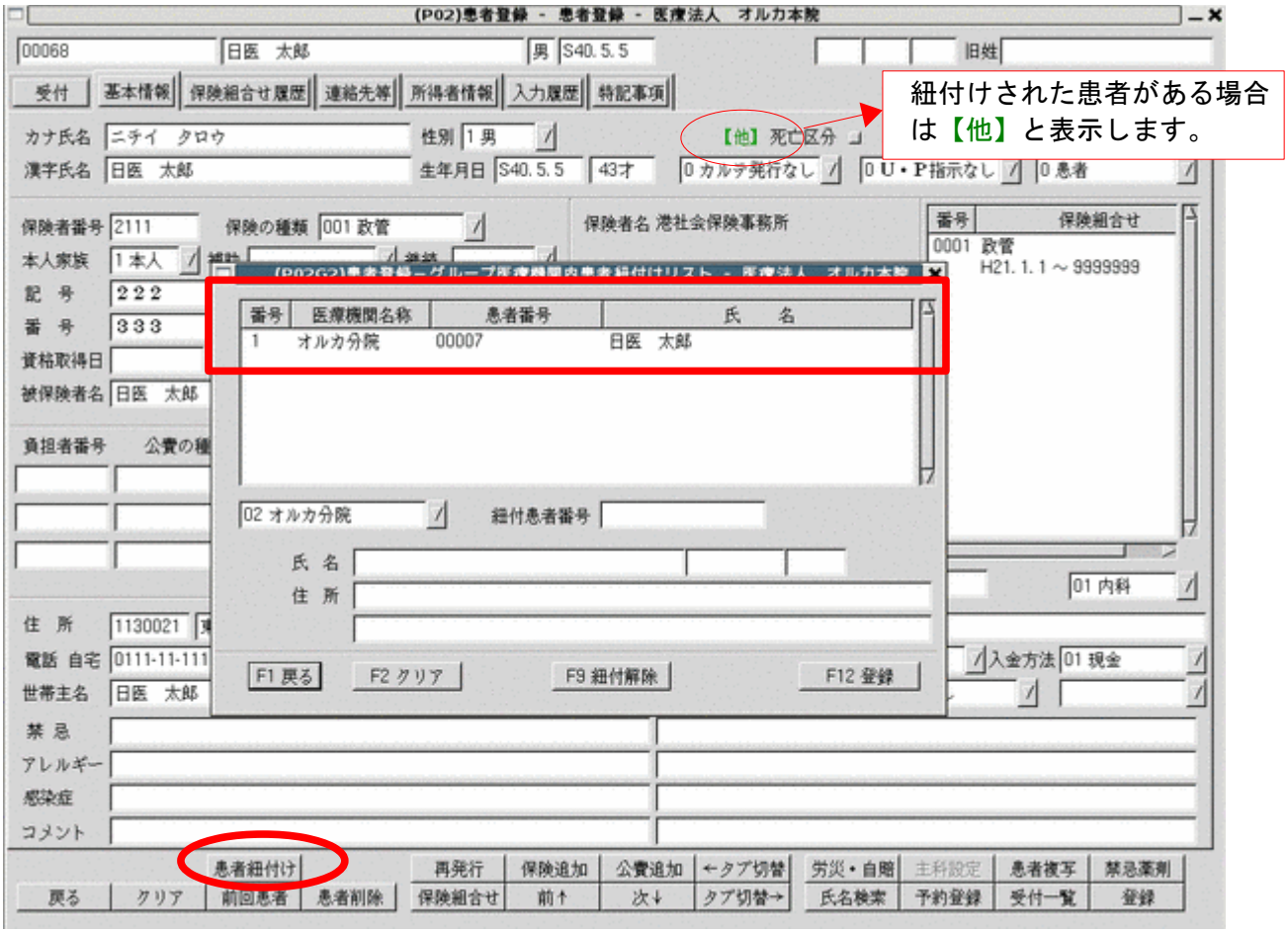


図 1140

新患登録時に本院（分院）の同一患者リストを表示させ複写する

新患登録時に本院（分院）に同一患者が既に登録されていないか検索を行います。
カナ氏名、漢字氏名、性別、生年月日が一致する患者が登録されていればグループ医療機関内登録済みリストを表示します。

グループ医療機関内登録済みリストを表示するには「101　システム管理マスタ」－「1017　患者登録機能情報」の設定を行っておきます。

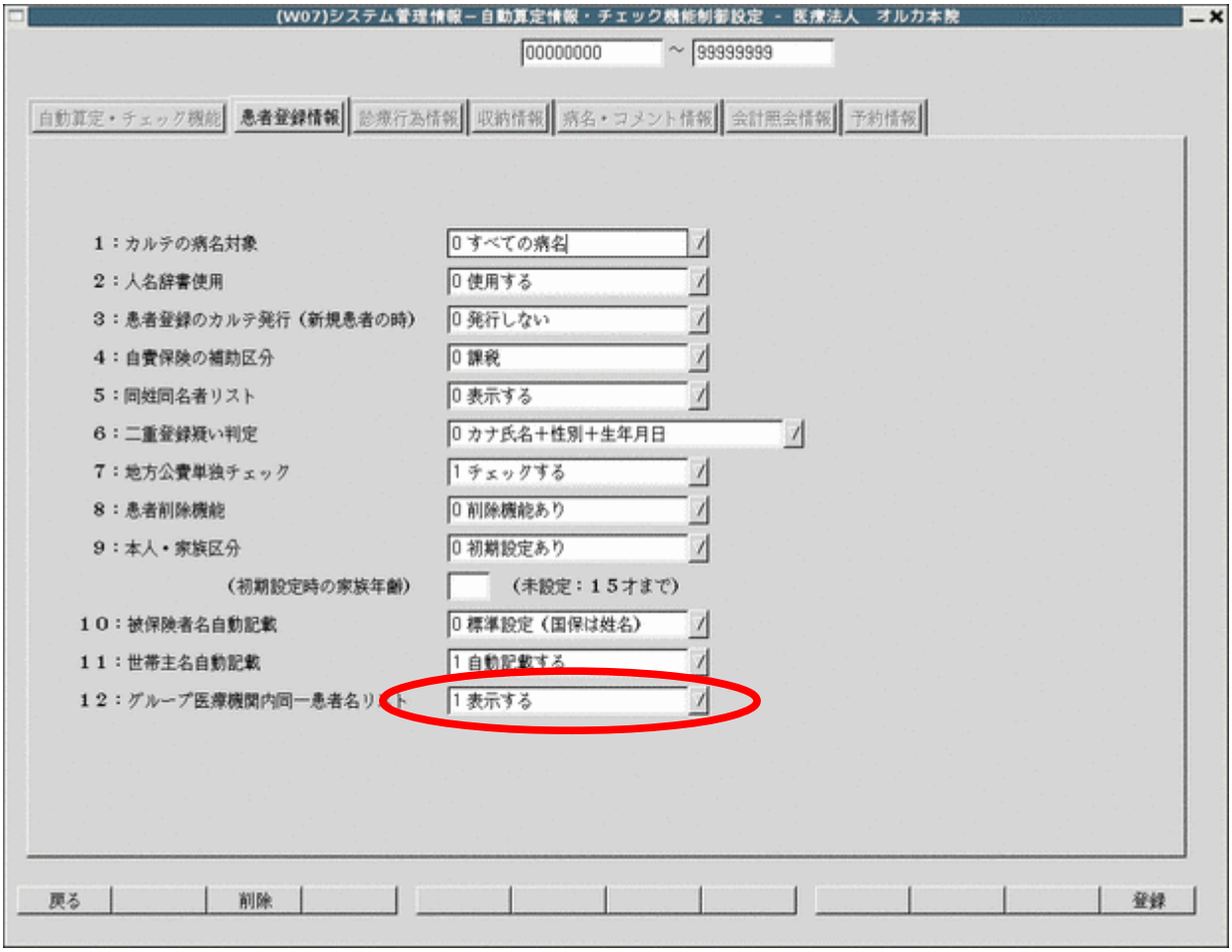


図 1141

Copyright(C)2007JMARI

新患登録時にカナ氏名、漢字氏名、性別、生年月日が一致する患者があれば表示します。

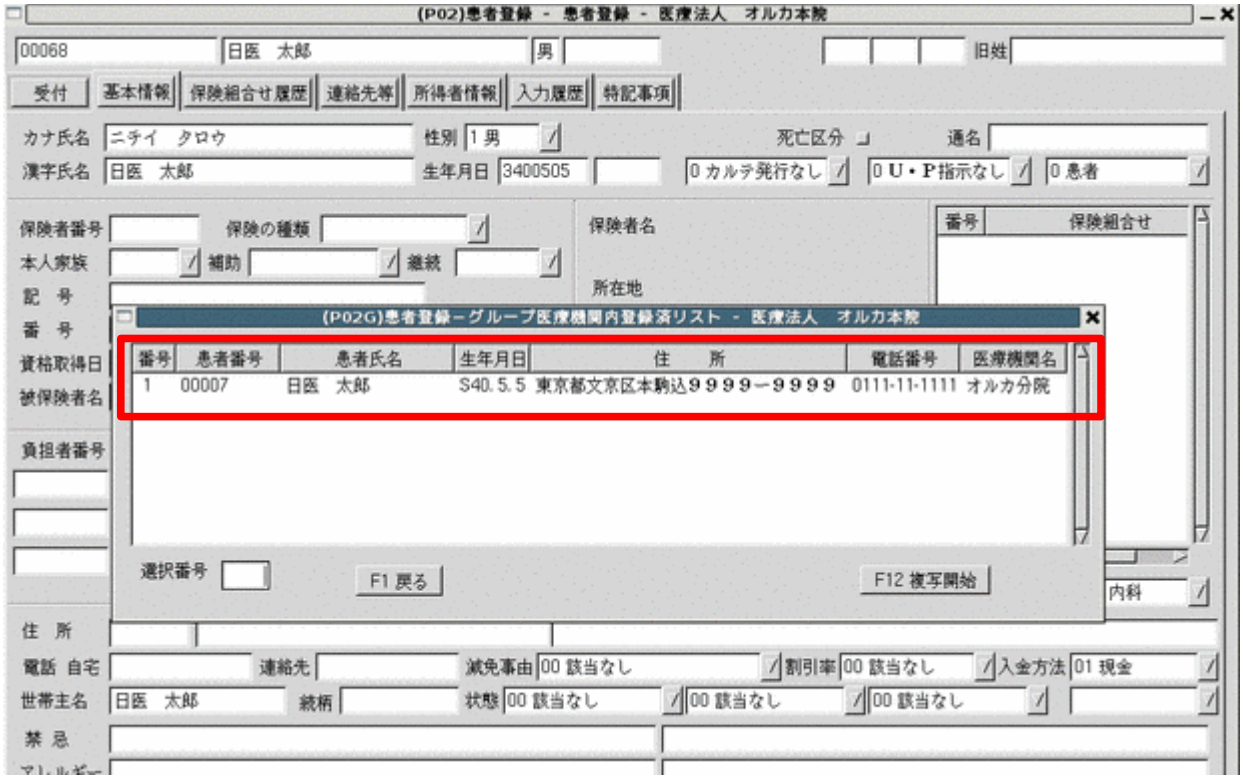


図 1142

同一患者であれば選択し「複写登録」(F12)を押下して複写します。

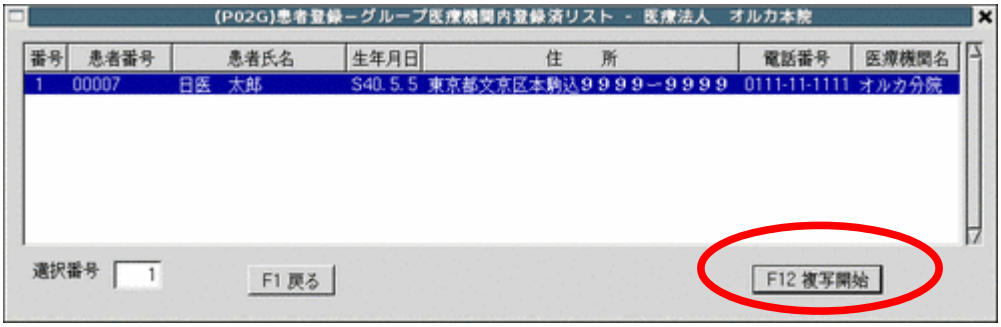


図 1143

「登録」(F12)を押下し患者登録を完了します。
複写元の患者と紐付けも完了します。

紐付けを確認するには登録画面の「患者紐付け」(Shift+F3)を押下します。

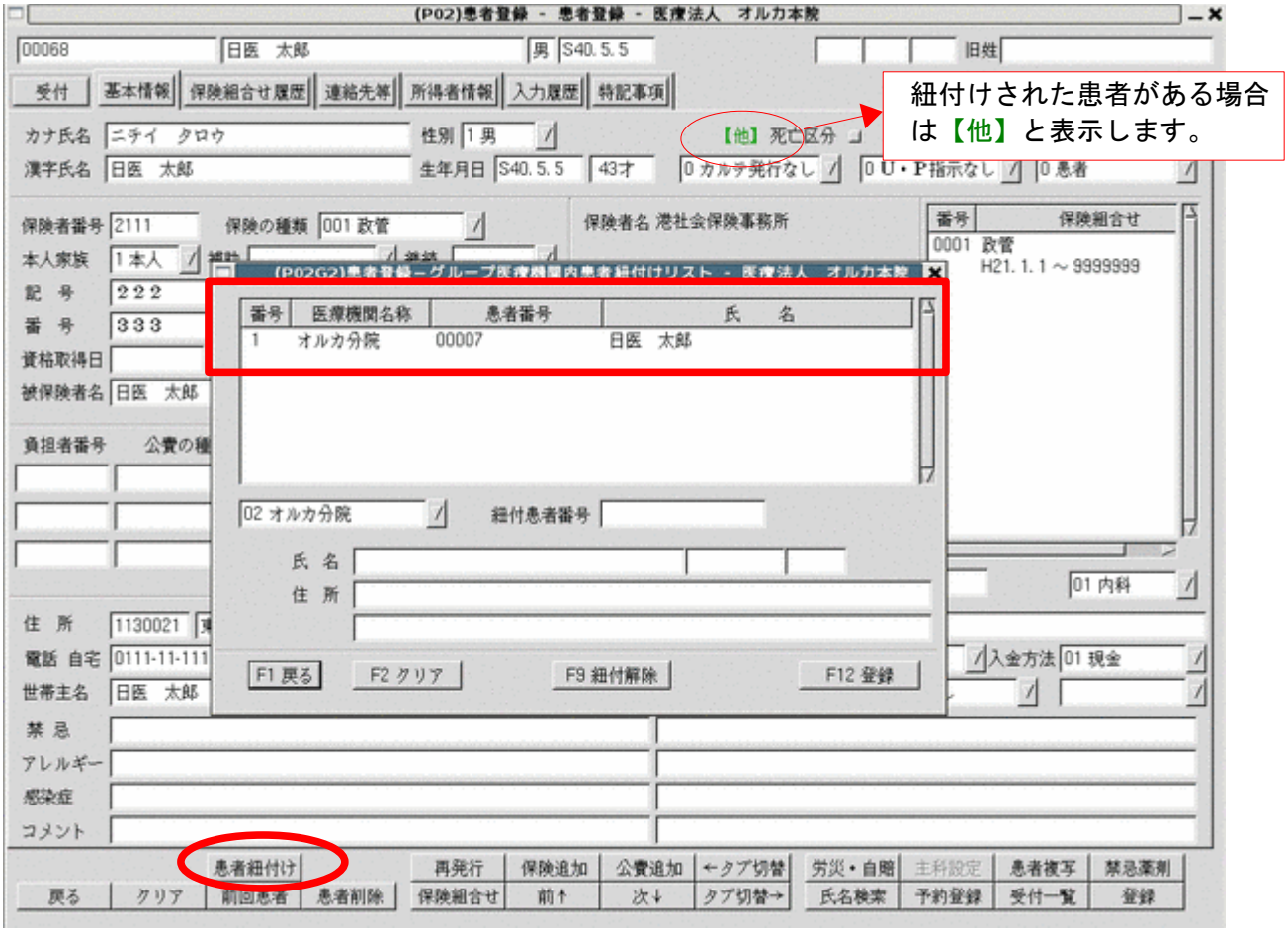


図 1144

既に登録済みの患者に患者指定して紐付けする（手動で紐付け）

登録画面で患者を開きます。
「患者紐付け」(Shift＋F3)を押下します。

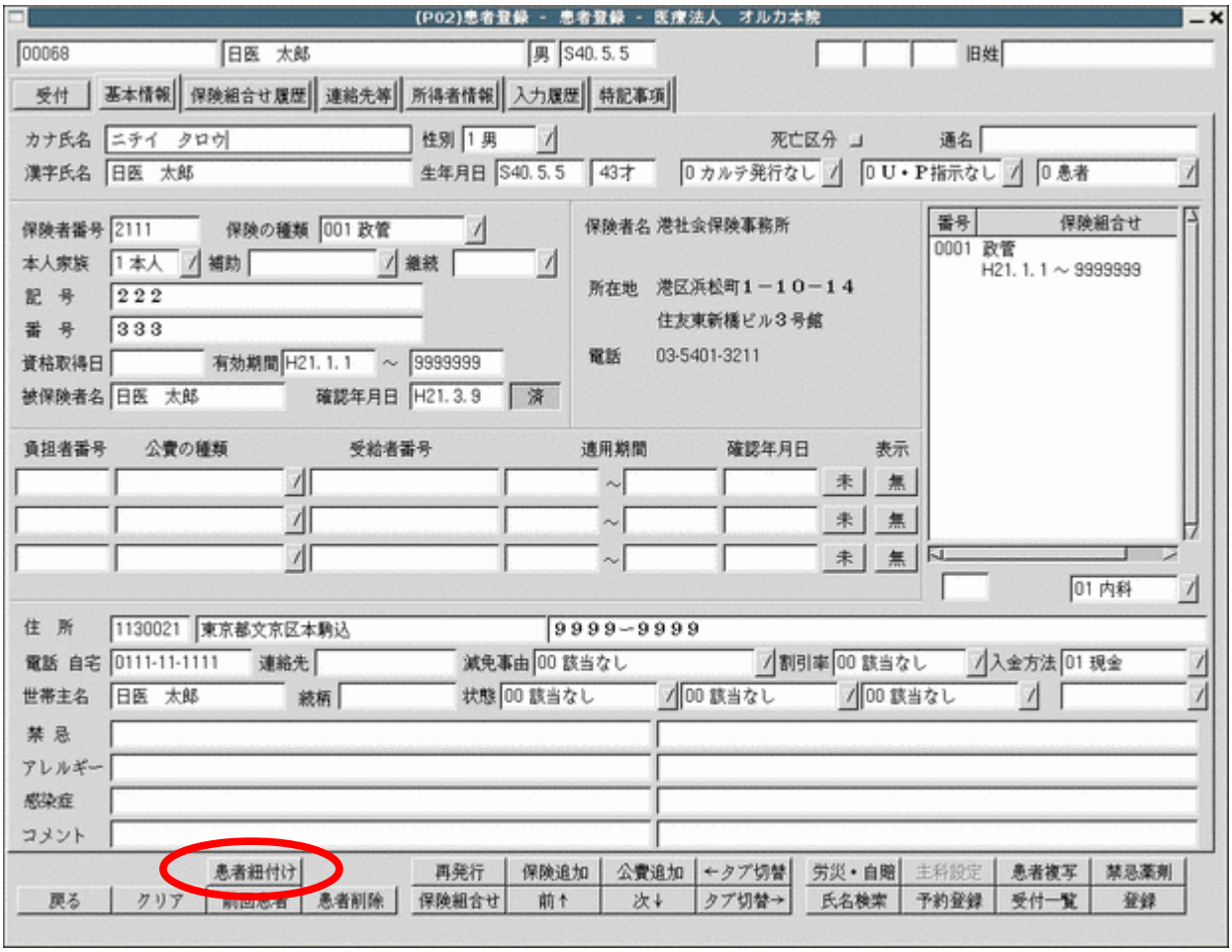


図 1145

紐付けリストを表示します。
紐付けを行う医療機関を選択し、患者番号を入力します。

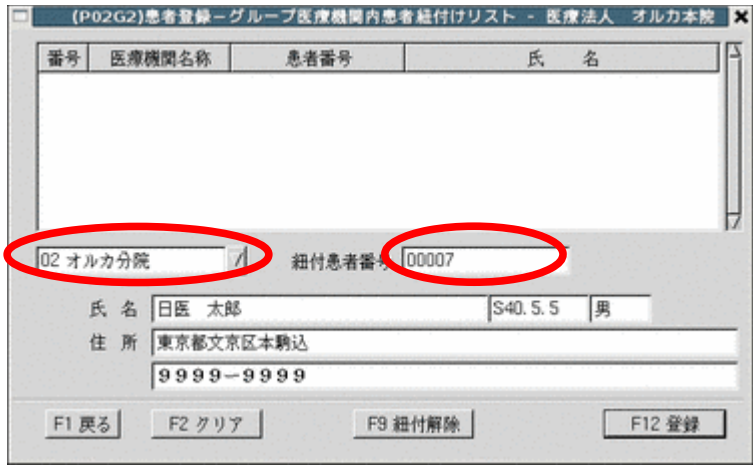


図 1146

「登録」(F12)を押下し、リストに追加します。

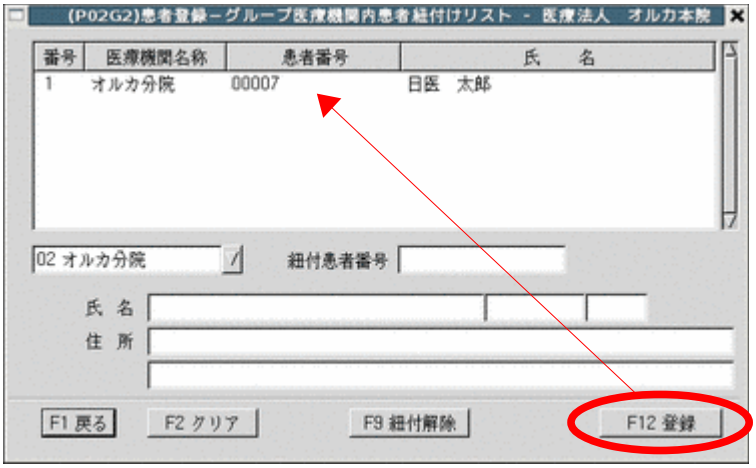


図 1147

追加後は「戻る」(F1)を押下し、患者登録画面に戻ります。
最後に「登録」(F12)を押下し登録完了です。

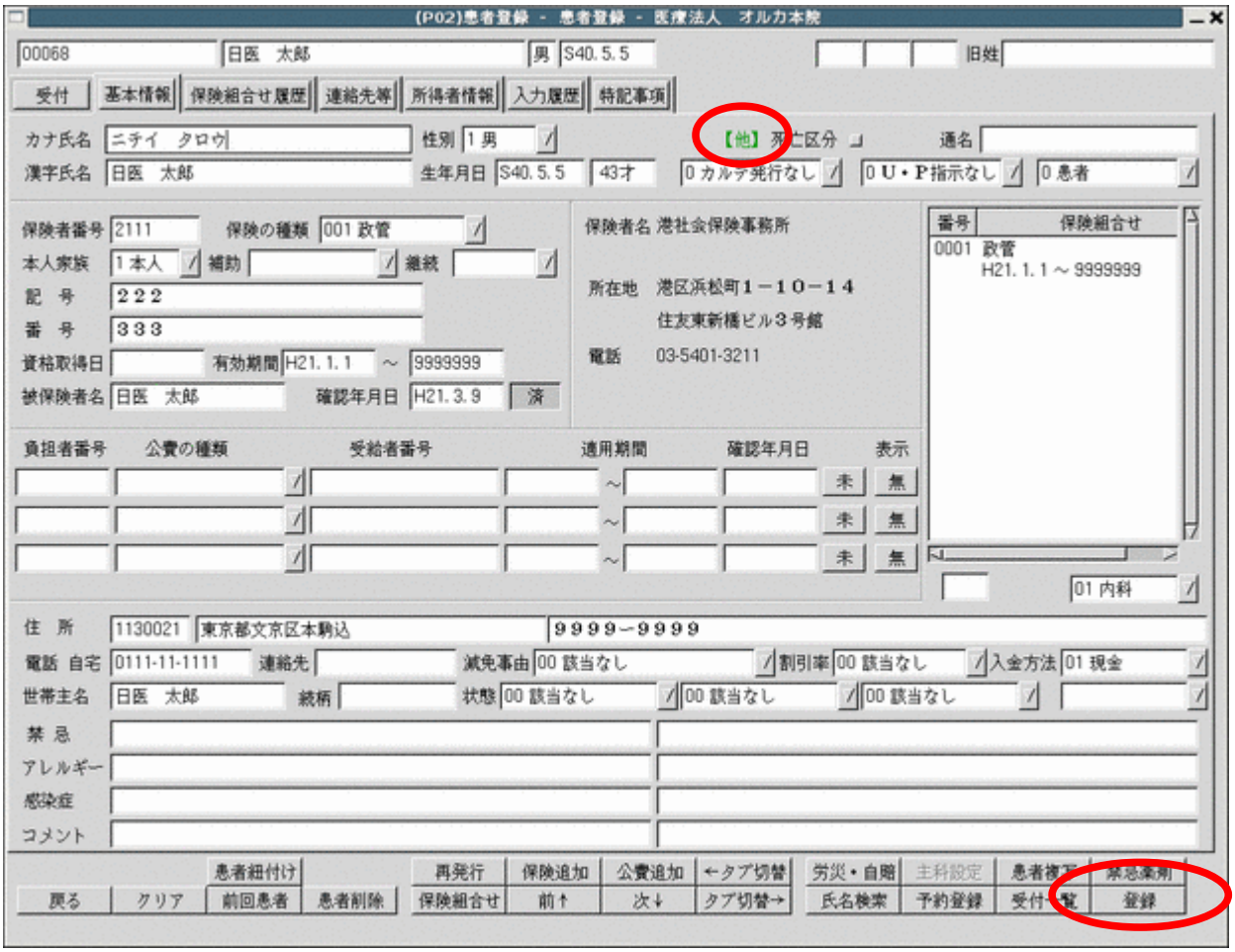


図 1148

(5) 禁忌薬剤の複写

本院（分院）から患者情報を複写しても禁忌薬剤の登録内容は複写されません。
紐付けした患者から禁忌薬剤の登録内容を複写することができます。

患者を開き「禁忌薬剤」(Shift+F12)を押下する
医療機関を選択します。

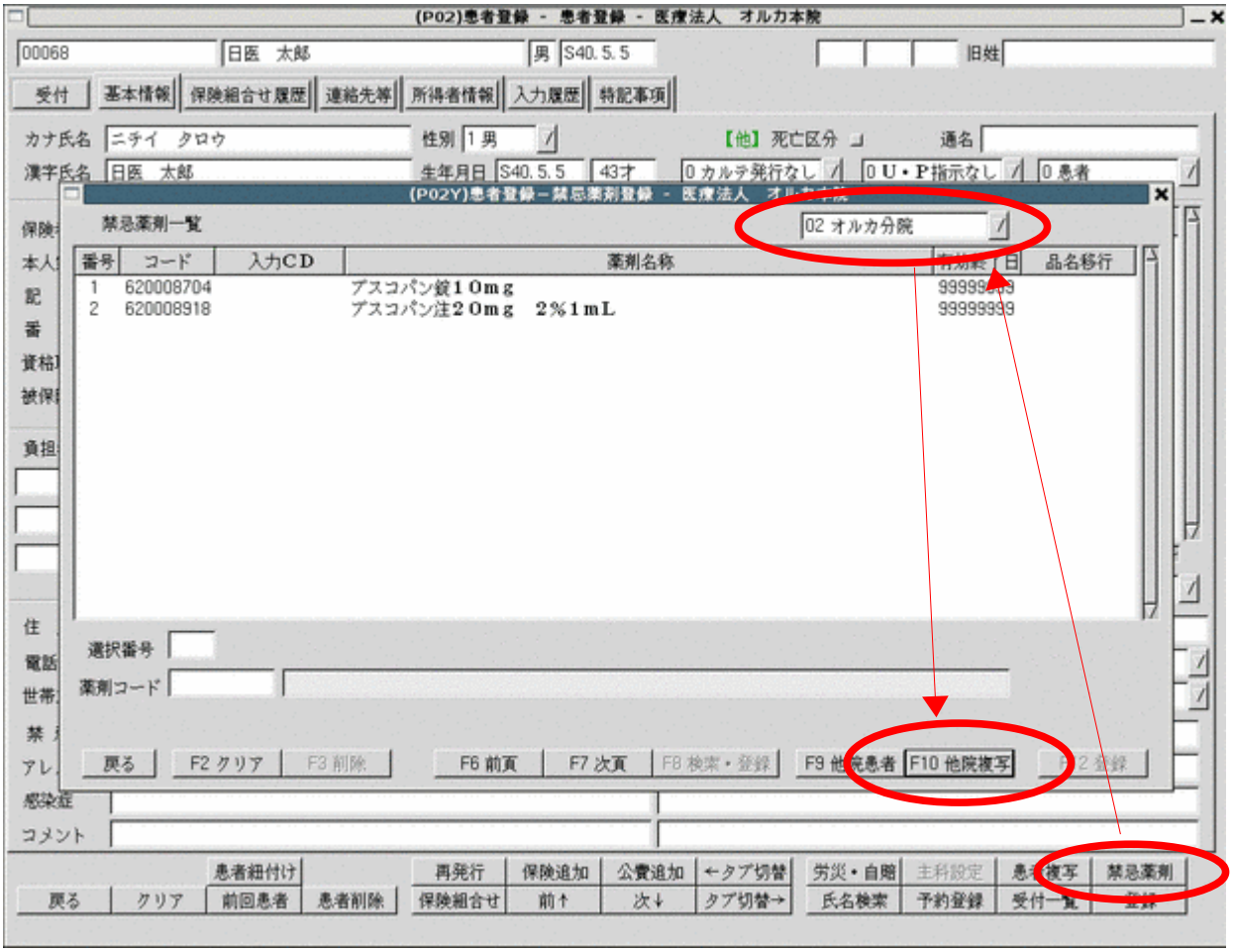


図 1149

内容を確認後、「他院複写」(F10)を押下して複写します。

複写後に「戻る」(F1)押下し、患者登録へ戻ります。
最後に「登録」(F12)を押下し登録完了です。

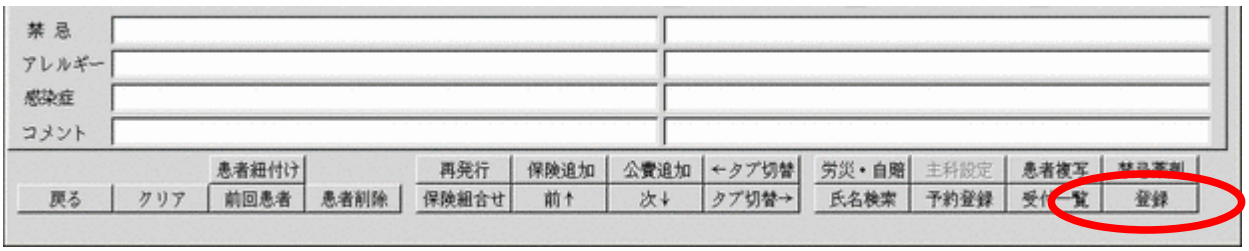


図 1150

（6）紐付け患者同士でのDo入力

紐付け設定された患者同士でDo入力ができるようになります。

本院の患者を開きます。
「Do」(F8)を押下します。

図 1151

Do画面を表示します。
「他院情報」(F3)を押下するか、医療機関を選択します。
紐付けされた患者の内容を表示します。
Do入力の入力方法は通常と変わりません。

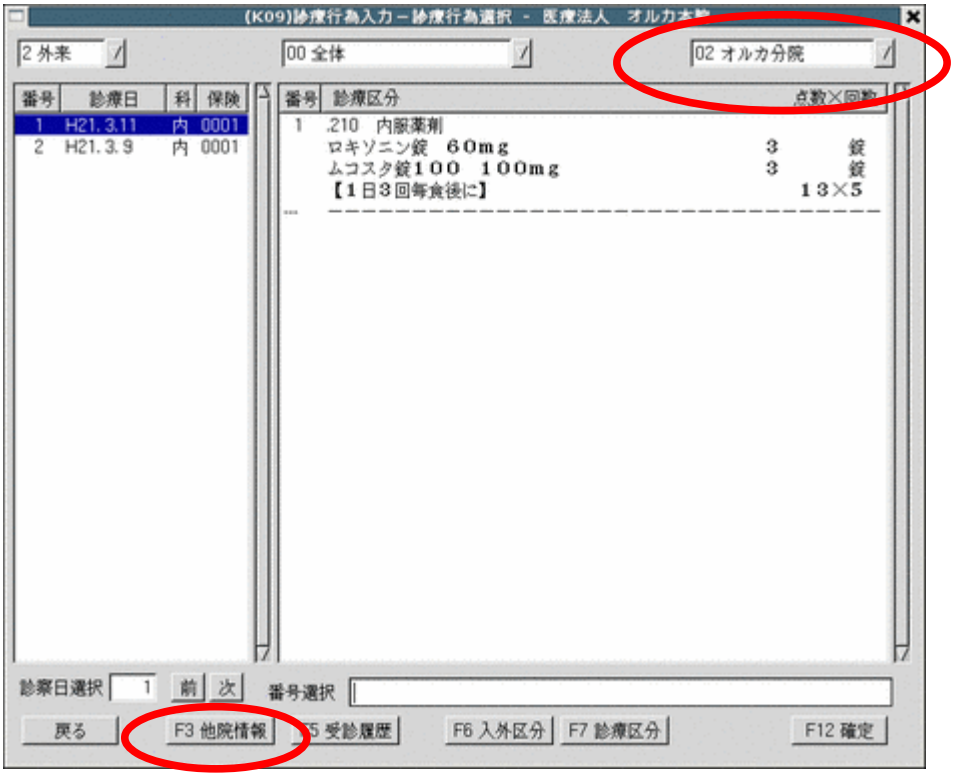


図 1152

（7）マスタ登録の複写

本院（分院）から分院（本院）へマスタの複写ができます。
初期セットアップ時に本院をセットアップし、分院への複写等に使用できます。

対象の項目

- 入力CD
- セット登録
- 点数マスタ（ユーザ登録分のみ）

既にマスタが登録されていたら？
上書き登録は行いません。マスタ複写実施後に結果リストを出力しますので内容を確認してください。

準備

「101　システム管理マスタ」－「3002　統計帳票出力情報（月次）」へプログラムを登録します。
「3002　統計帳票出力情報（月次）」の「複写」(F5)を押下します。
一覧の中から「本院分院マスタ複写」を選択し「確定」を押下します。

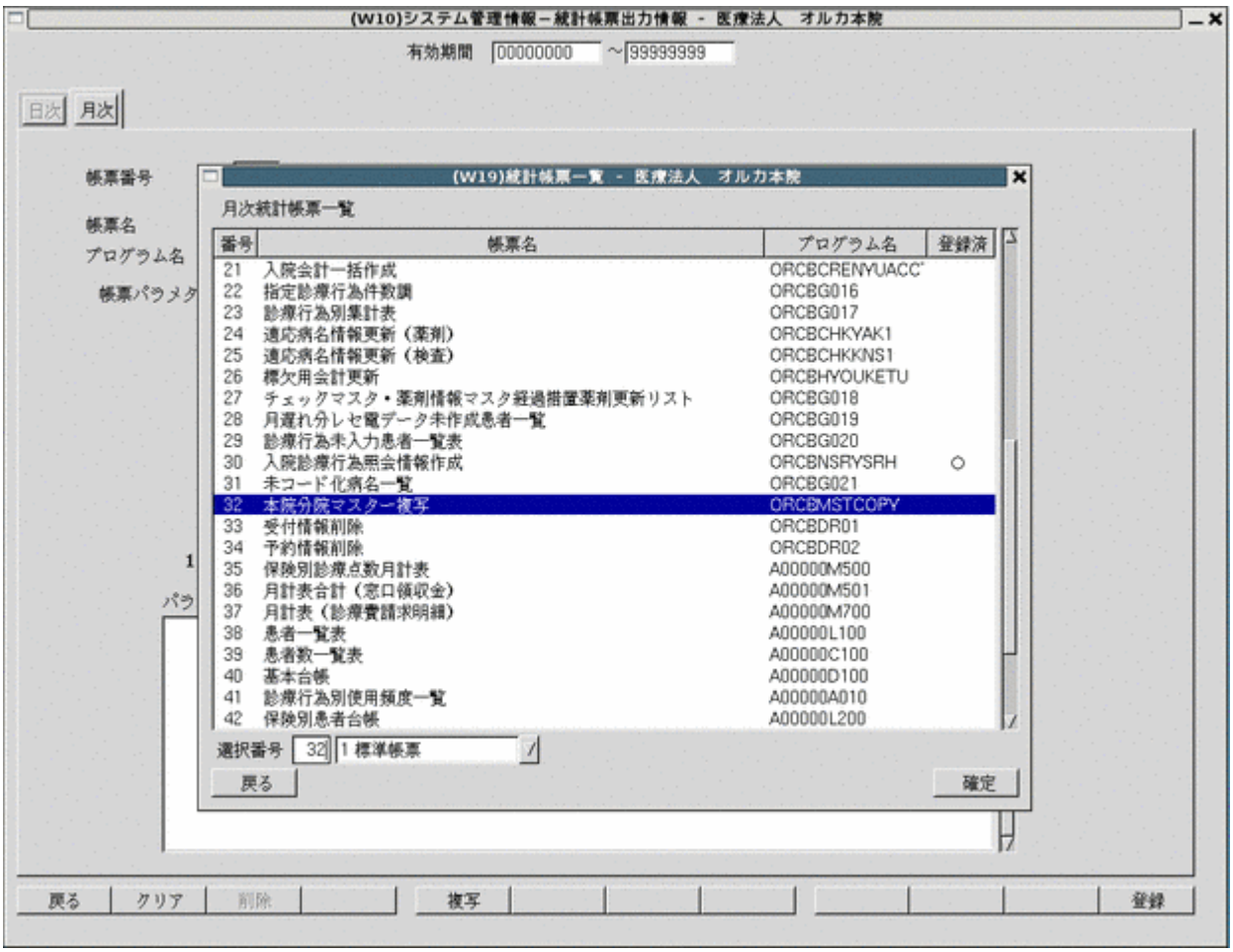


図 1153

マスタの複写をする

マスタの複写の実行はメニュー画面「52　月次統計」より行います。

図 1154

パラメータ説明画面

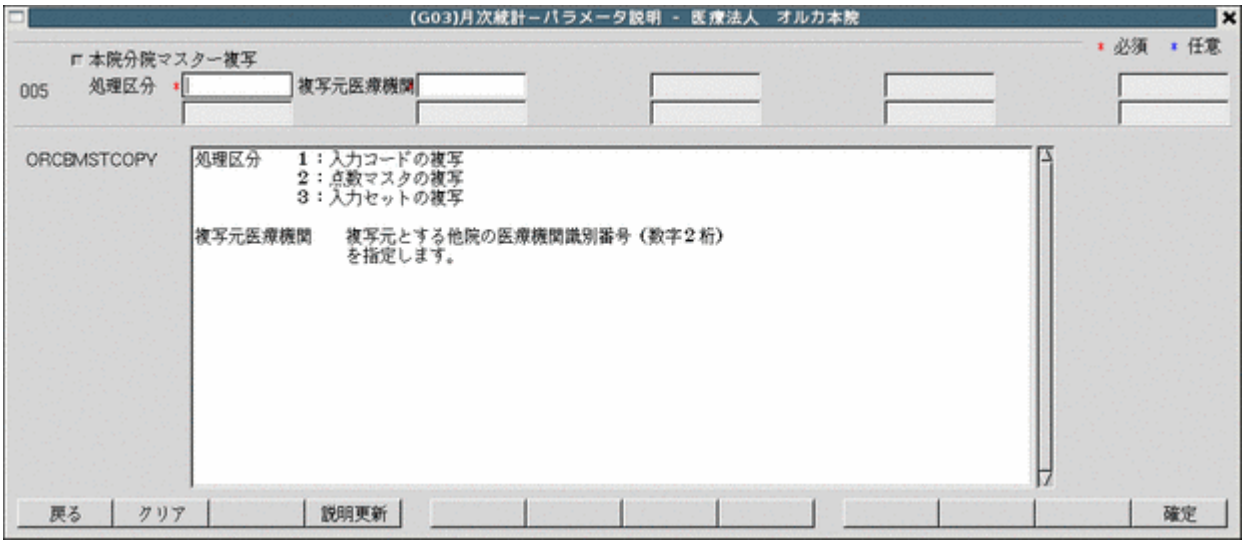


図 1155

実行後に複写結果リストを出力します。結果を確認してください。

３．９　治験

処理概要

臨床試験（治験）における保険外併用療養費制度の対応を行う。

＜条件及び範囲＞

1. 治験分の会計入力及びレセプト作成をできるようにする。
2. 保険給付分の会計において、「薬評」「器評」のコメントコードと、フリーコメントコード等で当該医薬品または当該医療機器名を入力できるようにし、レセプト摘要欄に記載を行う。
3. 上記、「薬評」、「器評」が会計入力された場合に、レセプト特記事項欄に「11　薬治」「12　器治」の記載を行う。
4. 治験対象分（検査、画像診断など）を包括する特定入院料や管理料を算定している場合は、治験対象分の点数を包括する診療行為の点数から差し引いて算定をできるようにする。

＜処理詳細＞

- 保険番号マスタの登録

治験の保険番号範囲は「900」～「919」とする。
保険公費種別区分は「9」（治験）を設定すること。
（保険番号マスタの登録はユーザが任意に行う）

図 1156

【V02】保険番号情報入力画面の治験登録例

保険番号マスタ設定時の留意事項

1. 点数単価設定に10円が指定された場合（未設定時は自動的に10円とみなす）は、負担割合に任意の値を設定できます。
2. 点数単価設定に10円以外が指定された場合は、負担割合に0%または100%のいずれかを設定すること。（0%以外の設定がされた場合は100%とみなして窓口計算を行う）

＜患者登録＞

患者登録画面で治験保険を登録する場合は、本人家族区分の初期表示を「本人」とする。
※「家族」への変更は不可
　補助区分は「1　課税」を初期表示します。

＜治験分の会計入力＞

保険組合せの初期表示が治験の場合は、診察料の自動発生を行わない。
治験保険での会計入力は包括診療診療行為の判定処理を行わない。全て出来高入力とする。
治験保険は自費保険等と同様に各チェック・各自動発生・算定履歴作成を行う。
ただし、治験での給付とならない診療項目について、治験保険で入力を行われてもチェックは行わない。

＜治験の保険を使用した場合の患者負担計算＞

(1)入力事例
　治験の保険番号マスタ設定：点数単価　12円
　　負担割合　100%
入力内容：エフピーＯＤ錠2.5　2.5mg　3錠×7日分入力

図 1157

【K02】診療行為入力画面の治験薬登録例

図 1158

【K03】請求確認画面

(1)負担金額は、端数処理なしで計算を行う。（1円単位の計算）

点数747点　×　単価（12円）＝　負担金額8964円

今回診療分請求額は「101　システム管理マスタ」－「1001　医療機関情報－基本」で「請求額端数区分－医保」に設定された内容で端数処理を行う。

(2)減免の設定があれば減免計算の対象とする。

＜治験分のレセプト作成＞

- 治験分レセプトは印刷指示画面で自費の欄に集計を行う。
- 請求管理データは作成を行わないこととする。
- レセプト電算処理提出用データも作成を行わない。
- 入院レセプトの診療科記載は主科設定時は記載を行わない。（　）のみ記載を行う。
- 摘要欄の保険履歴は記載を行わない。

＜保険給付分のレセプト記載と会計入力＞

1. 以下に挙げる評価療養が実施された場合、保険給付分レセプトに特記事項の記載と摘要欄へのコメント記載を行うこととする。

- 医薬品の治験に係る診療
- 医療機器の治験に係る診療

2. 「薬評」、「器評」の入力

保険給付分の会計において、診療種別区分を宣言後に「薬評」「器評」のコメントコードとフリーコメントコードで当該医薬品または当該医療機器名を入力する。

″820000094　（薬評）″

″820000095　（器評）″

.210	＊ 内服薬剤	
820000094	（薬評）	
810000001	エフピー錠2.5	× 1

.500	＊ 手術	
820000095	（器評）	
810000001	冠動脈造影用ガイドワイヤー	× 1

「薬評」は以下の診療コードを使用して入力することもできるようにする。

″630010011　薬評（内用薬）″

″630010013　薬評（外用薬）″

″630010012　薬評（注射薬）″

.210	＊ 内服薬剤	
630010011	薬評（内用薬）	
810000001	エフピー錠2.5	× 1

対象医薬品（器材）はフリーコメントでなく医薬品（器材）コードでの入力もできます。

.210	＊ 内服薬剤	
820000094	（薬評）	
610421338	【先】エフピー錠2.5　2.5mg	× 1

※医薬品（器材）コードについて数量を画面入力してもレセプトへの数量記載は行いません

3. 「薬評」、「器評」入力の補足事項

- 「薬評」、「器評」の剤は、処方せん（院外）・お薬手帳・薬剤情報提供書・入院処方せん・注射処方せんの印字対象としません。
- 処方せん（院外）をカスタマイズして使用している場合はプログラムの修正が必要です。
  ※修正方法は最終頁に解説
- 処方せん（院外）以外の帳票は修正の必要はありません。

「薬評」、「器評」の剤は、「前回処方・再印刷指示」画面（KA01）、入院処方帳票印刷指示画面（KA02）に明細の表示は行いません。受診履歴内の投薬が「薬評」、「器評」のみである場合は、受診履歴を選択しても明細の表示はありません。

入院外で注射薬の「薬評」を算定する場合は、薬評コードを入力した後に手技料の削除ができます。「.310」「.320」「.330」を入力して自動発生した注射手技料の直下に薬評コードを入力し注射手技料を削除、または、注射手技料の入力コードに薬評コードを上書き入力してください。

※手技料を自動発生しない診療種別を使用すれば削除は必要ありません。

4. レセプト摘要欄の記載

入力された「薬評」、「器評」は、レセプト摘要欄へコメントとして記載を行います
レセプト電算提出用データでは以下の内容をフリーコメントコード"810000001"に置き換えて
記録を行ないます。

"630010011　薬評（内用薬）"
"630010013　薬評（外用薬）"
"630010012　薬評（注射薬）"
医薬品（器材）をフリーコメントでなく医薬品（器材）コードで入力した場合

5. レセプト特記事項の記載

「薬評」「器評」の会計入力がされた場合は、レセプト特記事項欄に「11 薬治」「12 器治」の記載を行います。

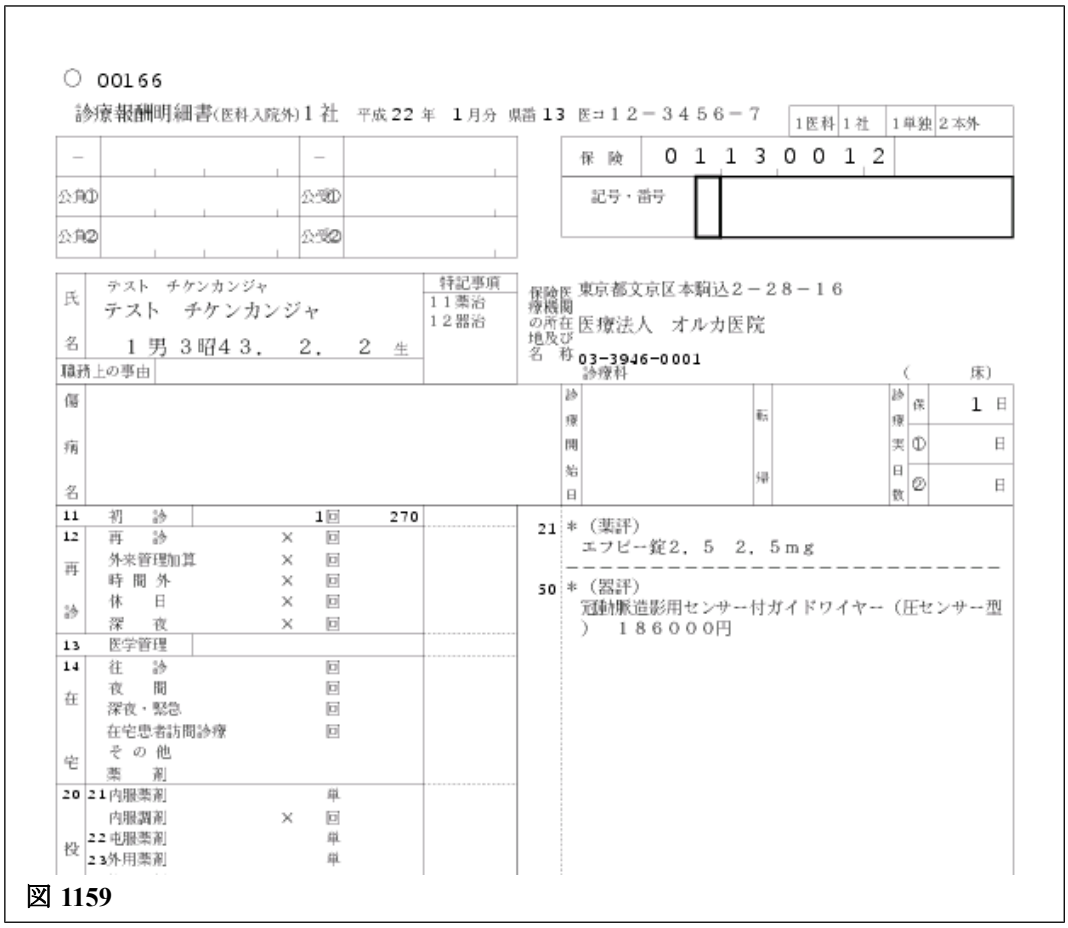


図 1159

【「薬評」「器評」入力されたレセプト記載】

6. 例外算定

治験対象分（検査、画像診断など）を包括する特定入院料や管理料を算定している場合は、治験対象分の点数を包括する診療行為の点数から差し引いて算定を行う必要がる。

保険外併用療養費の支給対象　＝　当該包括点数　－　当該包括点数に包括されている項目

所定点数を合計した点数

例1）　外来診療料算定時に治験を実施し、外来診療料に包括される尿一般の検査を実施した場合

外来診療料　　70点

尿一般　　26点

保険外併用療養費の支給対象　＝　70点　－　26点　＝　44点

この場合、以下の方法で入力を行うこととする。

診療種別区分を宣言後、"199000210　包括点数の治験減点分"の診療コードに続けて点数とコメントを入力する。入力した点数をマイナス点数として算定する。（※この例であれば治験減点数は70点まで入力可です。超過時はエラー表示を行う）

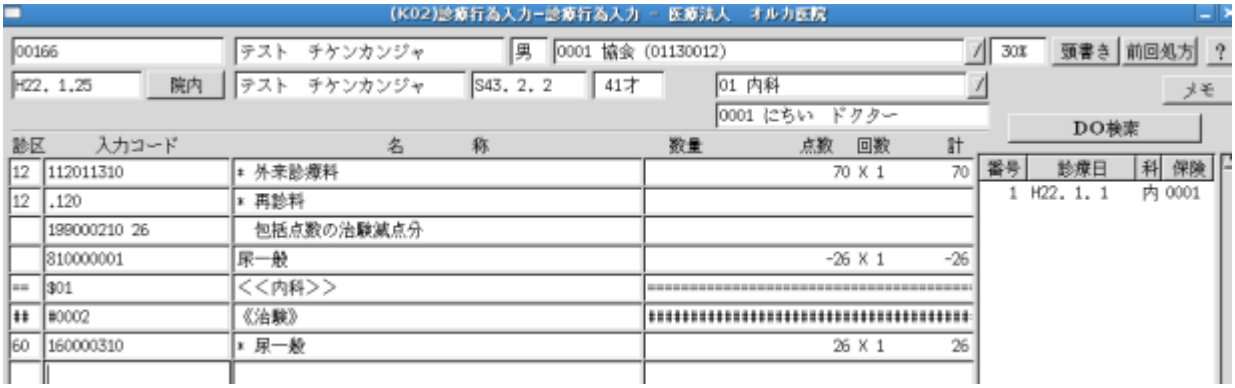


図 1160

【K02】診療行為入力画面の治験減点分入力例

図 1161

【K03】請求確認画面（※表示例は協会＋治験の保険合計分）

例2）特定集中治療室管理料を算定中に治験を実施し、管理料に包括される体表ヒス束心電図、

呼吸心拍監視の検査を実施した場合
特定集中治療室管理料（7日以内）　8,760点×7日 ＝ 61,320点
体表ヒス束心電図　150点×7回　　包括分
呼吸心拍監視（3時間超）（7日以内）　150点×5回　　1,800点
保険外併用療養費の支給対象　＝　61,320点 － 1,800点 ＝ 59,520点

この場合、以下の方法で入力を行うこととする。
診療種別区分を宣言後、"199000210　包括点数の治験減点分"の診療コードに続けて点数とコメントを入力する。
入力した点数をマイナス点数として算定する。

図 1162

【K02N】診療行為入力画面の治験減点分入力例

特定集中治療室管理料で7日間入院した患者に治験減点分（-1800点）入力した患者の退院登録を行うと、入院料の点数は以下の計算となる。

入院料 59,520点　＝　特定集中治療室管理料の算定点数（61,320点）－　治験減点点数（1800点）

図 1163

【I04】退院登録画面

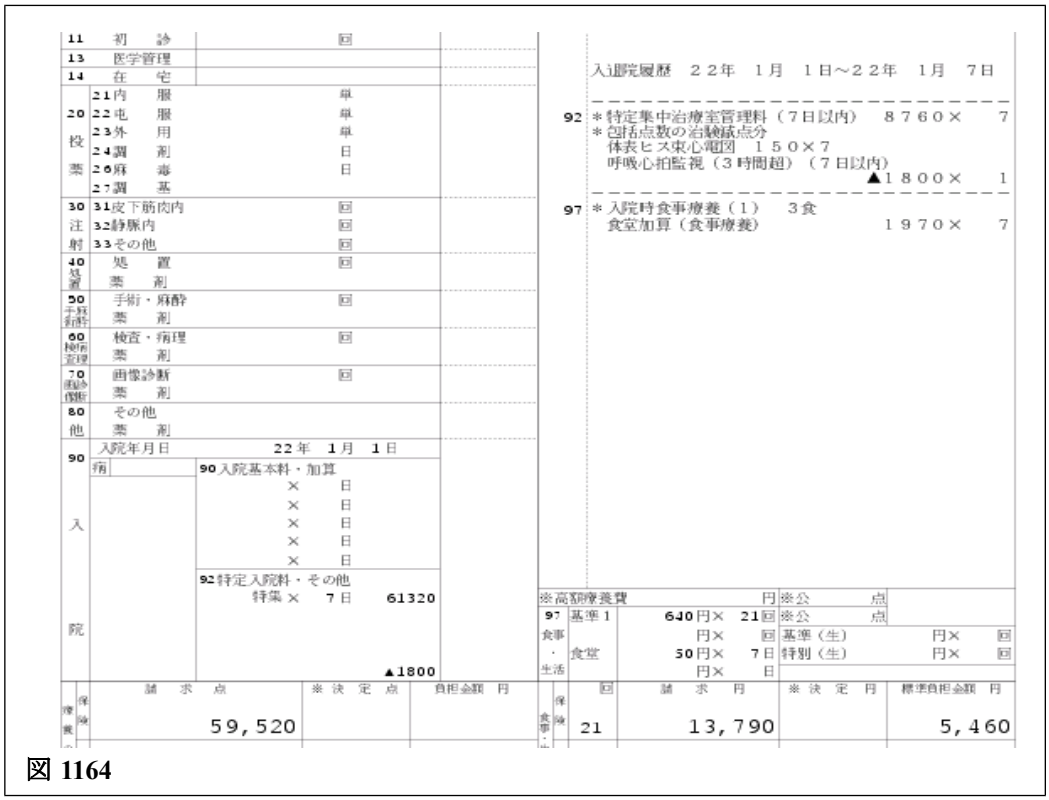


図 1164

【「包括点数の治験減点分」のレセプト記載（入院）】

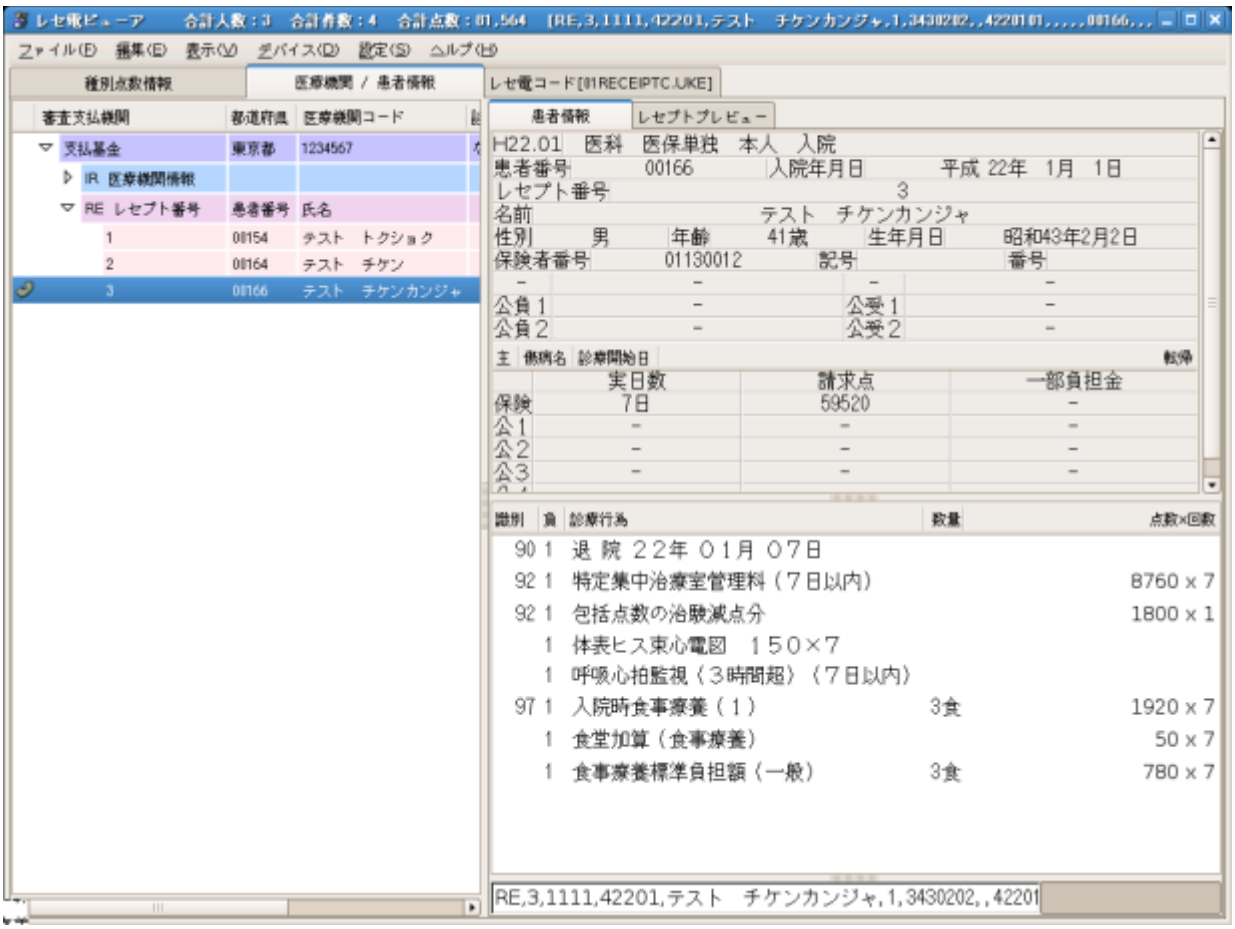


図 1165

【「包括点数の治験減点分」レセプト電算記録（入院）】

退院登録時に「負担金計算に失敗しました。包括点数の治験減点分の点数を確認してください」のメッセージが表示された場合は以下の状態にあることが考えられる。（入院レセプト作成時の「包括点数減点分の点数確認」、定期請求時の「包括点数の治験減点分の点数を確認してください」のメッセージについても同様）

a. 医学管理等の点数　＜　診療区分13の包括点数減点
b. 在宅医療の点数　＜　診療区分14の包括点数減点
c. 入院料等の点数　＜　診療区分90・92の包括点数減点

各診療区分毎の月内総点数を「包括点数の治験減点分」点数が上回った場合に、メッセージ表示が
行われるので、診療入力した内容を再確認すること。

＜その他＞

日次統計の統計データ作成
治験分は統計データに記録されるレセプト種別コードを「8888」（自費）として記録する。

月次統計の統計データ作成
治験分は統計データに記録されるレセプト種別コードを「8888」（自費）として記録する。

データチェック
治験分は自費分のチェック時に併せてチェックを行う。「薬評」「器評」の入力された剤はデータチェックの対象外とする。

３．１０　ユーザ管理

日レセにログインしているクライアンの把握、メッセージの送信、強制終了ができます。

＜ユーザ管理権限の設定＞

権限を設定するユーザの「101　システム管理マスタ」－「1010　職員情報」の個別設定を開きます。

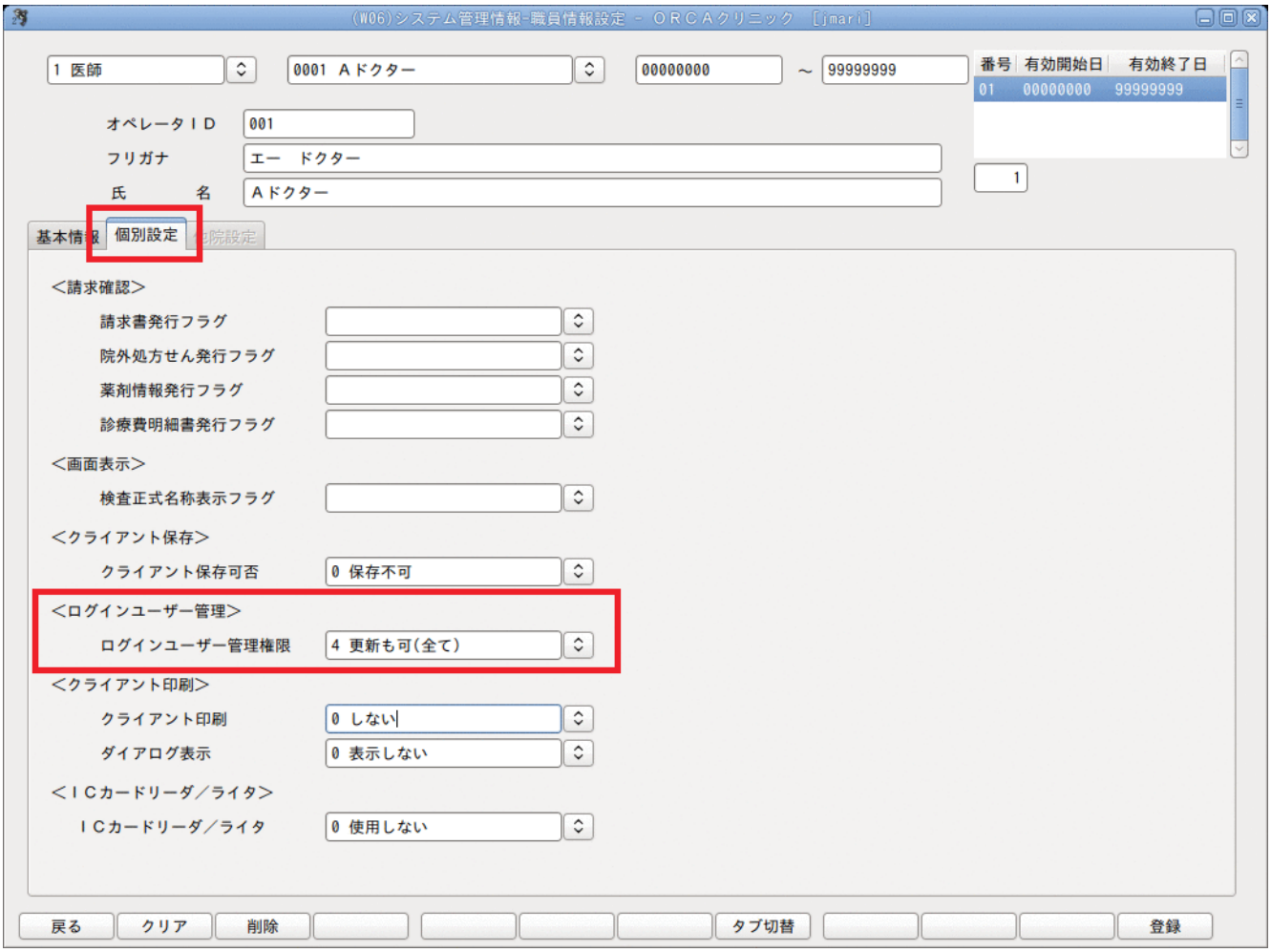


図 1166

ログインユーザ管理権限を設定します。

空白・0　表示しない	ログインユーザー覧を表示しません
1　閲覧のみ可（自院のみ）	自院分（グループ診療の設定がある場合）の閲覧ができます。
2　閲覧のみ可（全て）	グループ診療設定の全ての医院分の閲覧ができます。
3　更新も可（自院のみ）	自院分の閲覧、メッセージ配信、クライアントの終了ができます。
4　更新も可（全て）	全ての医院分の閲覧、メッセージ配信、クライアントの終了ができます。

＜ユーザ管理画面の表示＞

マスターメニュー画面の「ユーザ管理」(F10)を押下します。

ユーザー覧画面を表示します。

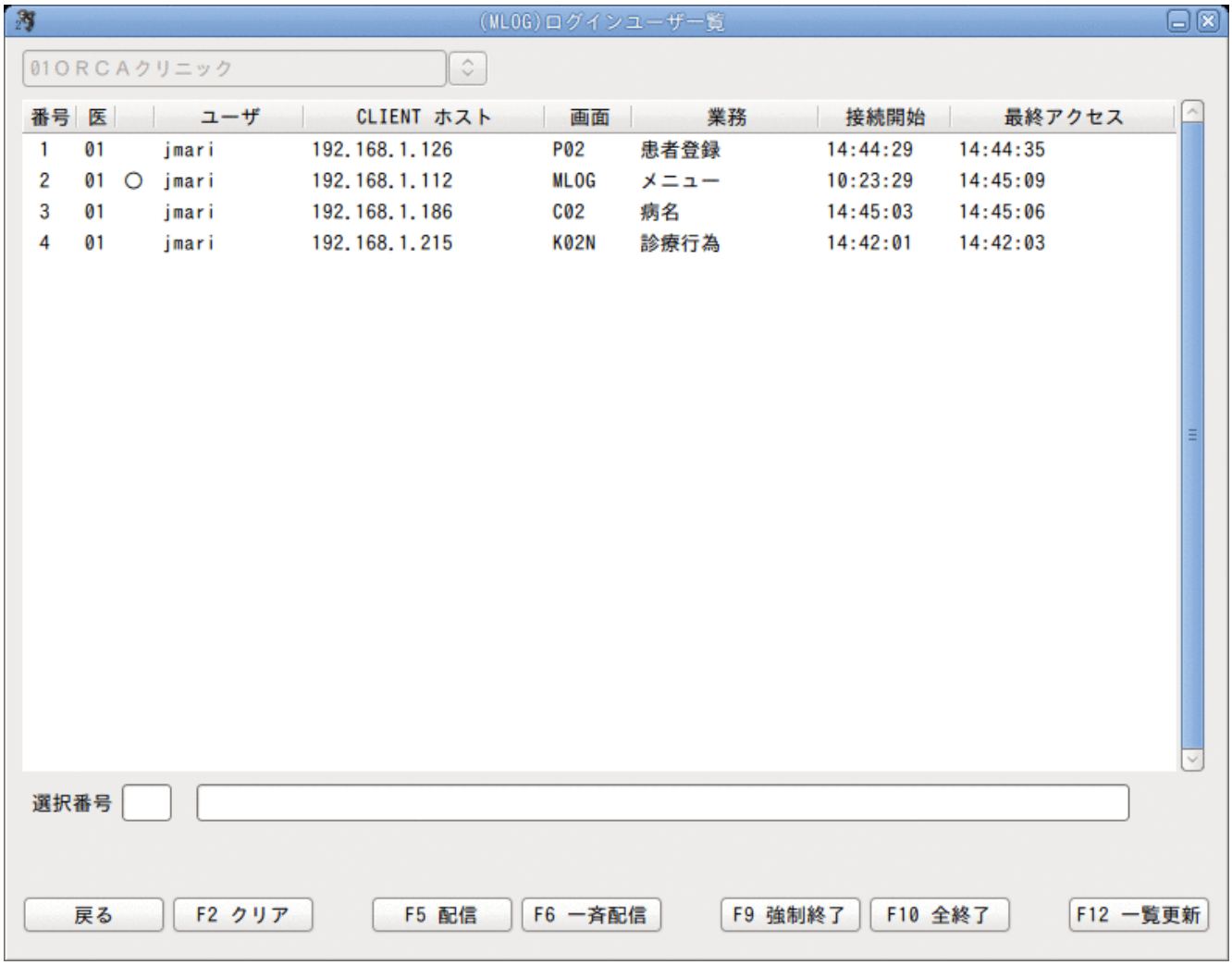


図 1167

＜クライアントにメッセージを表示する＞

メッセージを送りたいクライアントを選択し、メッセージを入力します。

「配信」(F5)を押下しメッセージを送信します。

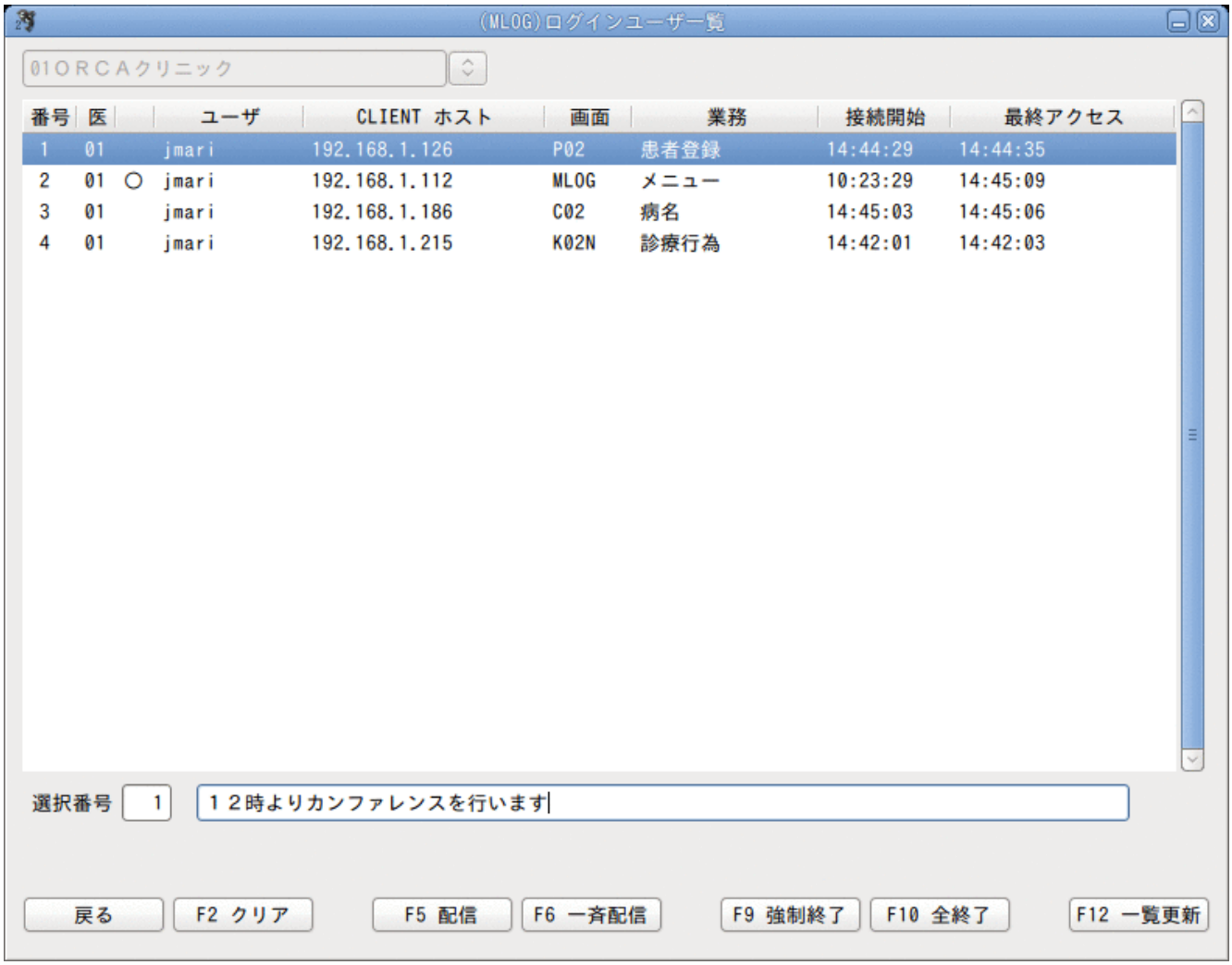


図 1168

【メッセージ受診画面】

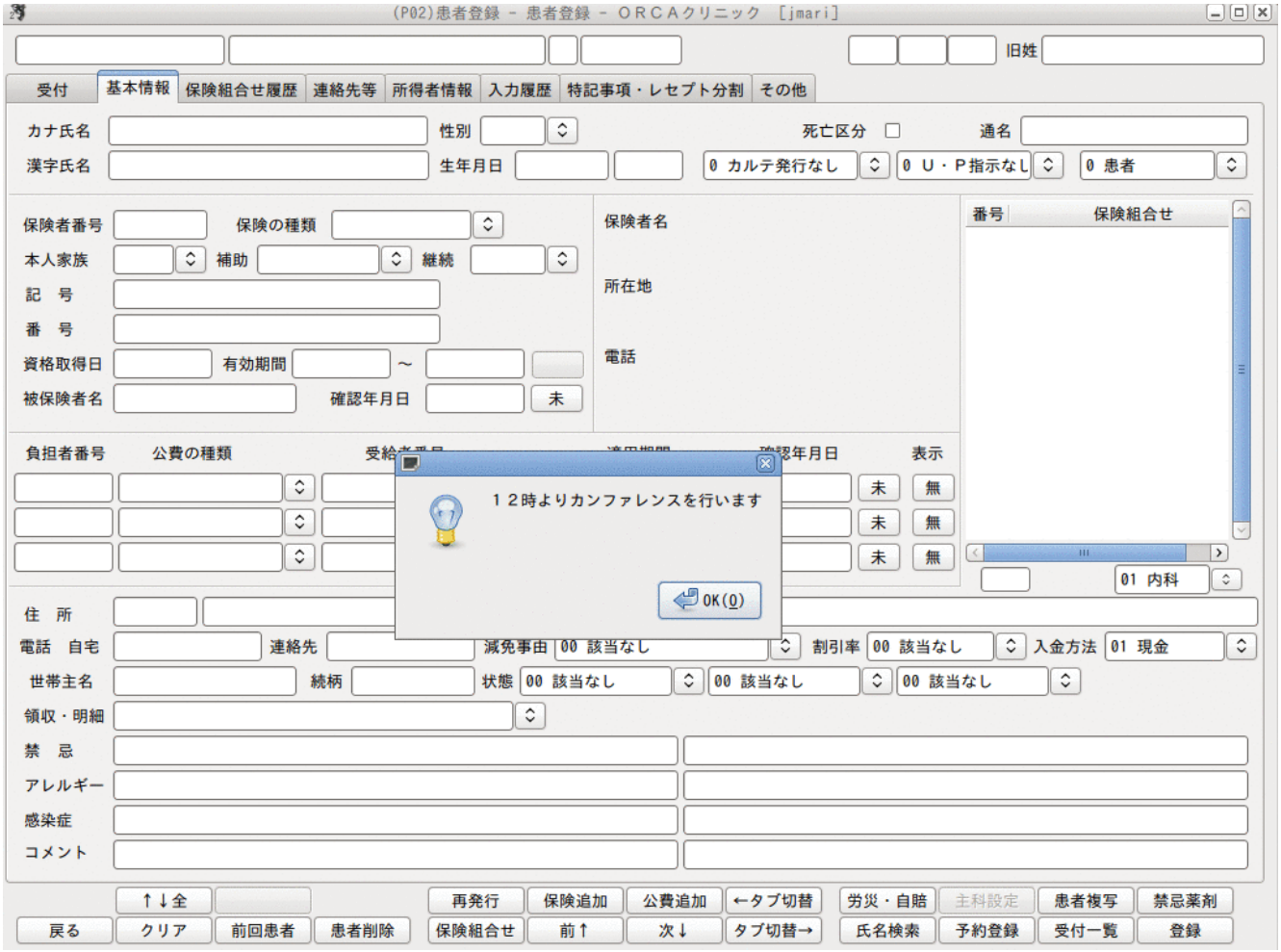


図 1169

ヒント！
「一斉配信」(F6)を押下するとログイン中の全てのクライアントにメッセージを送ることができます。
（メッセージを送信したマシンのクライアントには届きません）

＜他のクライアントの終了＞
強制終了したいクライアントを選択し、「強制終了」(F9)を押下します。

強制終了されたクライアント

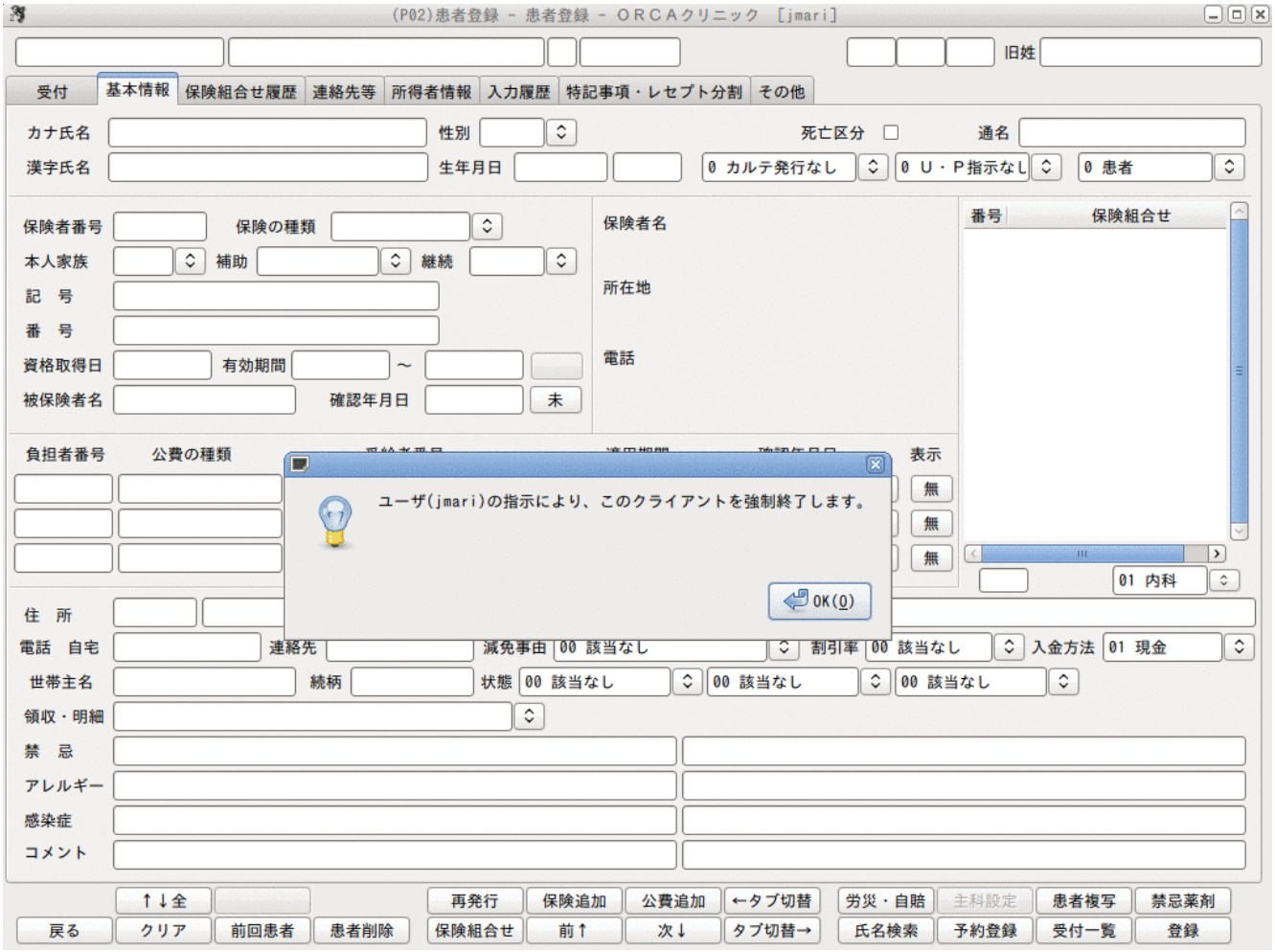


図 1170

ヒント！
「全終了」(F10)を押下すると操作しているマシン以外の全てのクライアントを終了できます。

３．１１　健康保険組合への直接請求

健康保険組合が運営する診療所等において、直接請求を行うレセプトと一般レセプトを分けて印刷、請求ができます。

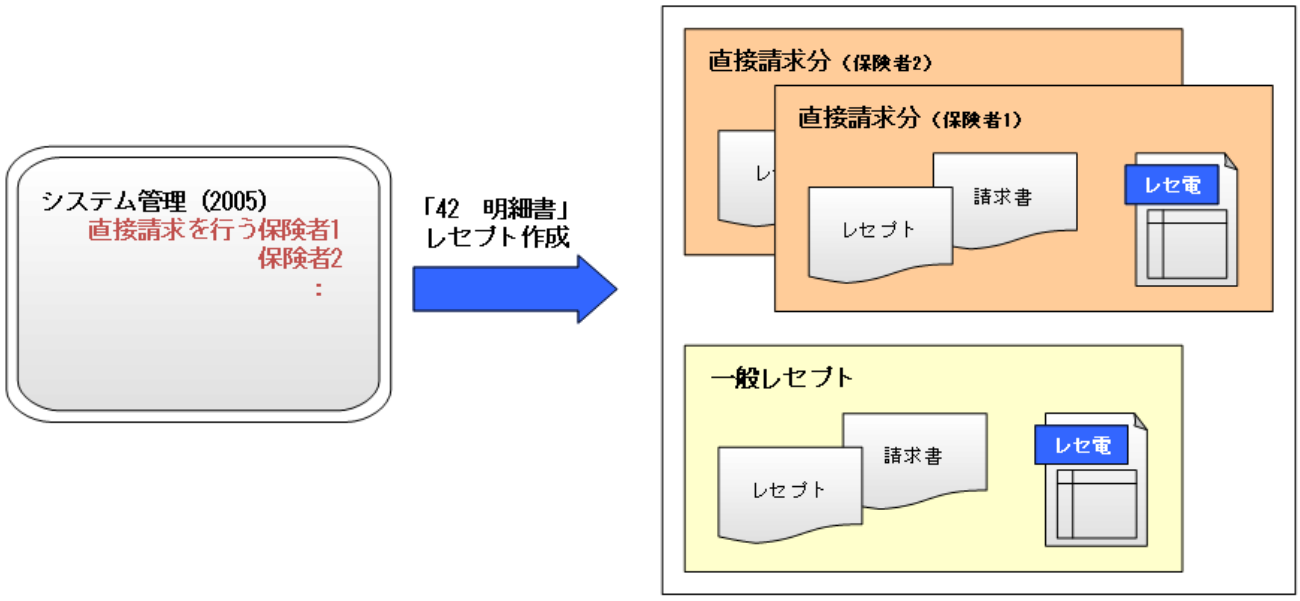


図 1171

事前準備

＜システム管理の設定＞

「101　システム管理」－「2005　レセプト・総括印刷情報」を開きます。
「直接請求を行う健保組合」の欄に保険者番号を入力し、「更新」を押下します。

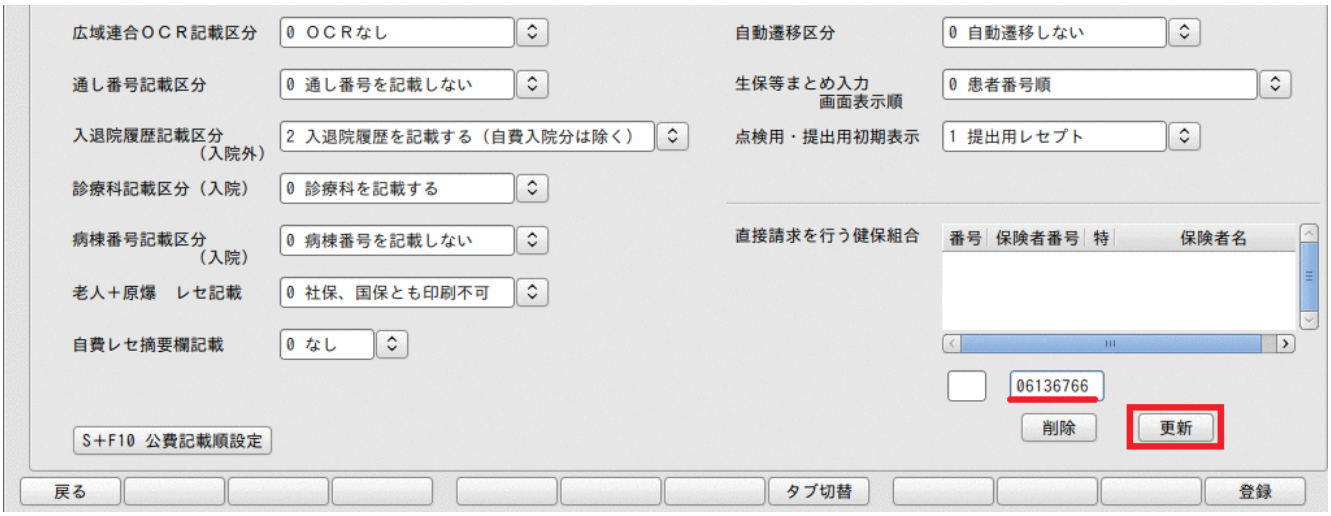


図 1172

Copyright(C)2007JMARI

＜特定健康保険組合を含む保険者の場合＞

確認メッセージを表示します。特定健康保険組合を含める場合は「は　い」を選択します。

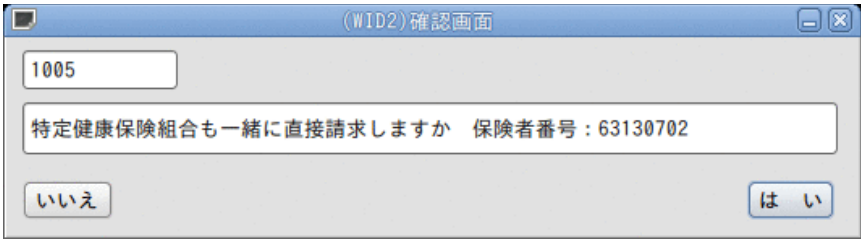


図 1173

【特定健康保険組合を含めた場合の表示】

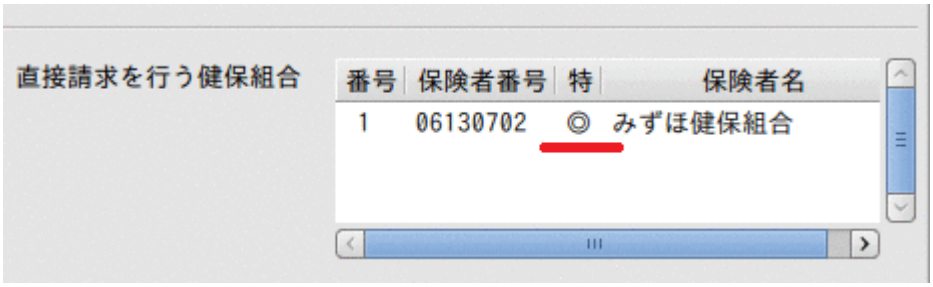


図 1174

ヒント！

登録を削除するには、保険者をマウスでクリックするか番号を入力し、「削除」を押下します。

レセプトの作成と印刷

患者登録、診療行為の入力及びレセプトの作成は通常通り行います。
レセプト作成後、直接請求レセプトと一般レセプトの印刷指示画面が分かれます。

【印刷指示画面（直接請求する保険者以外）】

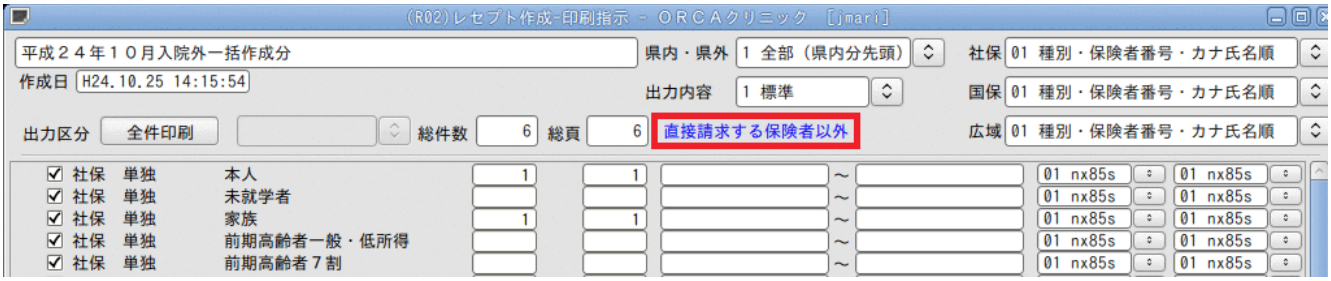


図 1175

【印刷指示画面（直接請求する保険者）】

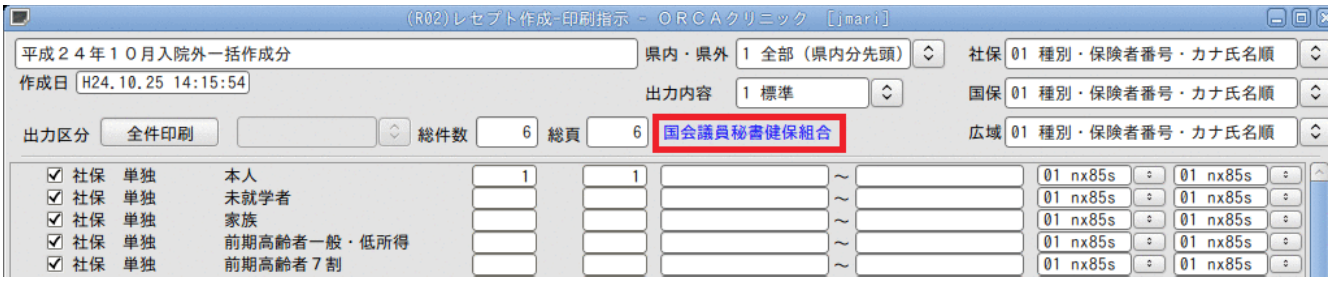


図 1176

注意！

- 個別作成時は印刷をわけることができません。
- 社保の印刷順が次の場合はわけることができません。
  「03　カナ氏名順」「04　患者番号順」「07　カナ指名順（全体）」「08　患者番号順（全体）」
  「11　医師別順」「12　病棟別順」

総括・請求書の印刷

社保の総括・請求書は自動的に直接請求分と一般レセプト分を分けて印刷します。

レセ電のデータの作成

（T01）総括表・公費請求書作成画面の「保険者番号」欄を選択し、レセ電を作成します。

図 1177

Copyright(C)2007JMARI

３．１２　公費記載順設定

レセプト公費欄の記載順は公費番号順に記載します。
都道府県により記載順に指定がある場合は「公費記載順設定」にて記載順を登録します。

【登録前レセプト】

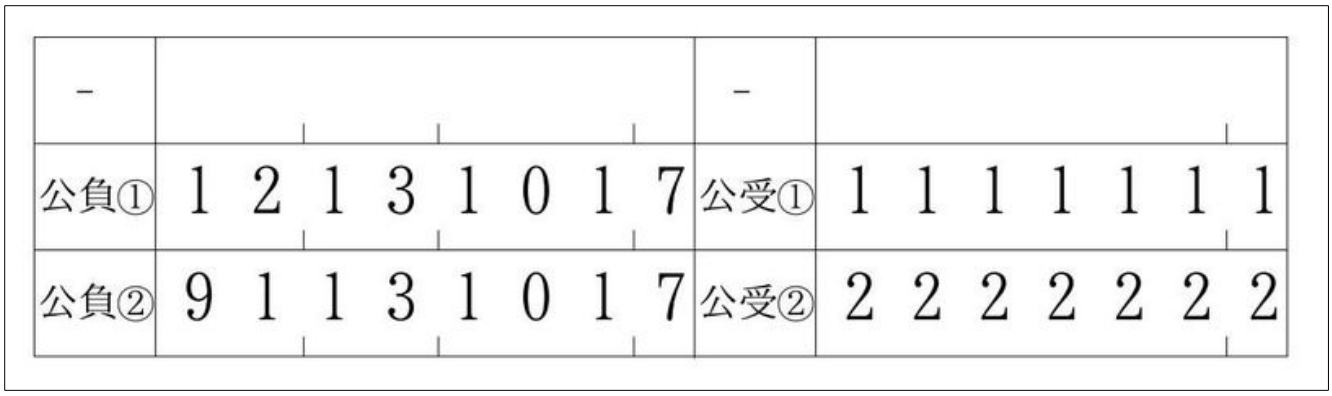


図 1178

【登録後レセプト】

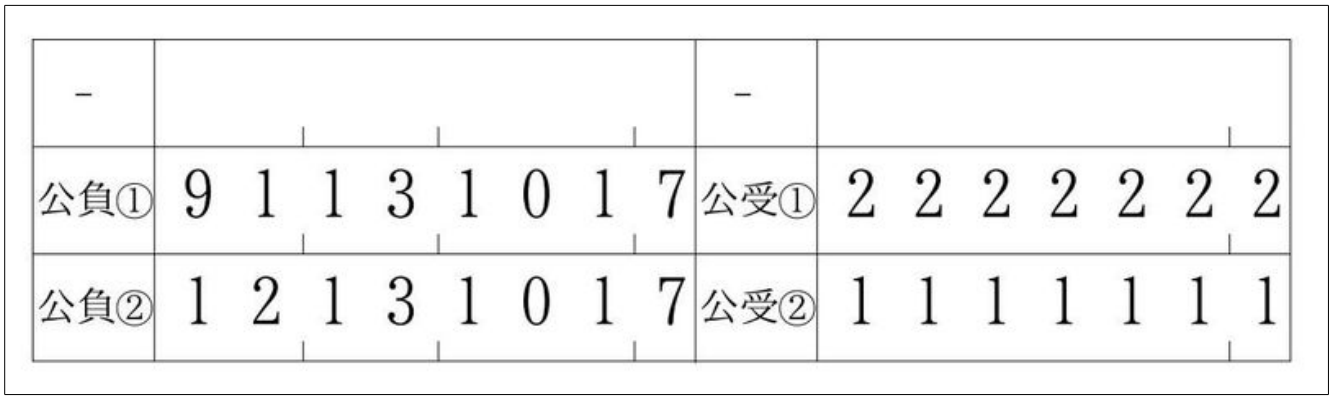


図 1179

＜操作方法＞

1.　(w12) レセプト・総括印刷情報の「S+F10　公費記載順設定」(Shift+F10)を押下します。

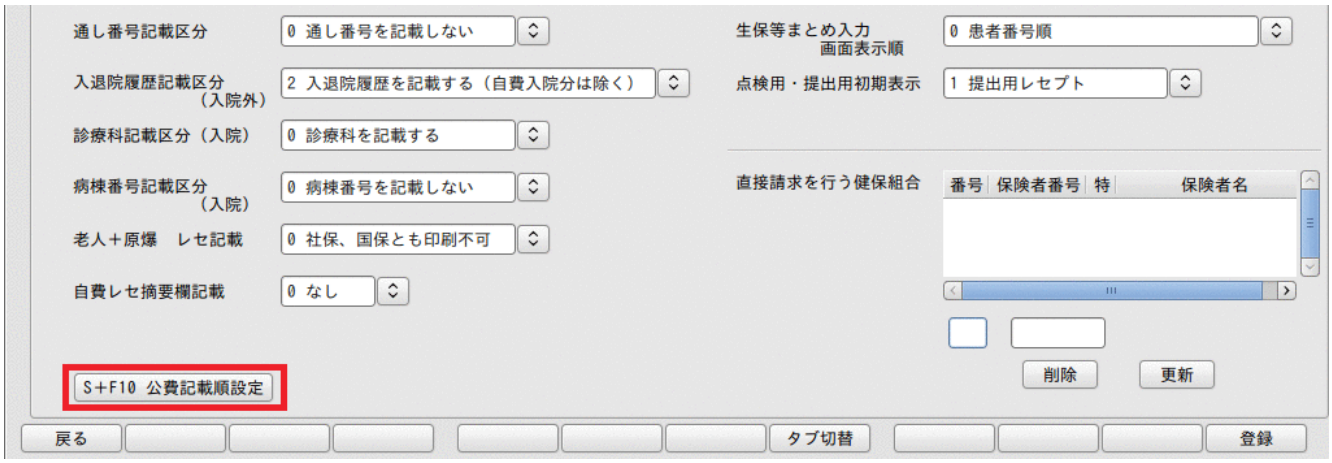


図 1180

Copyright(C)2007JMARI

2. （W122）公費記載順設定画面に遷移します。

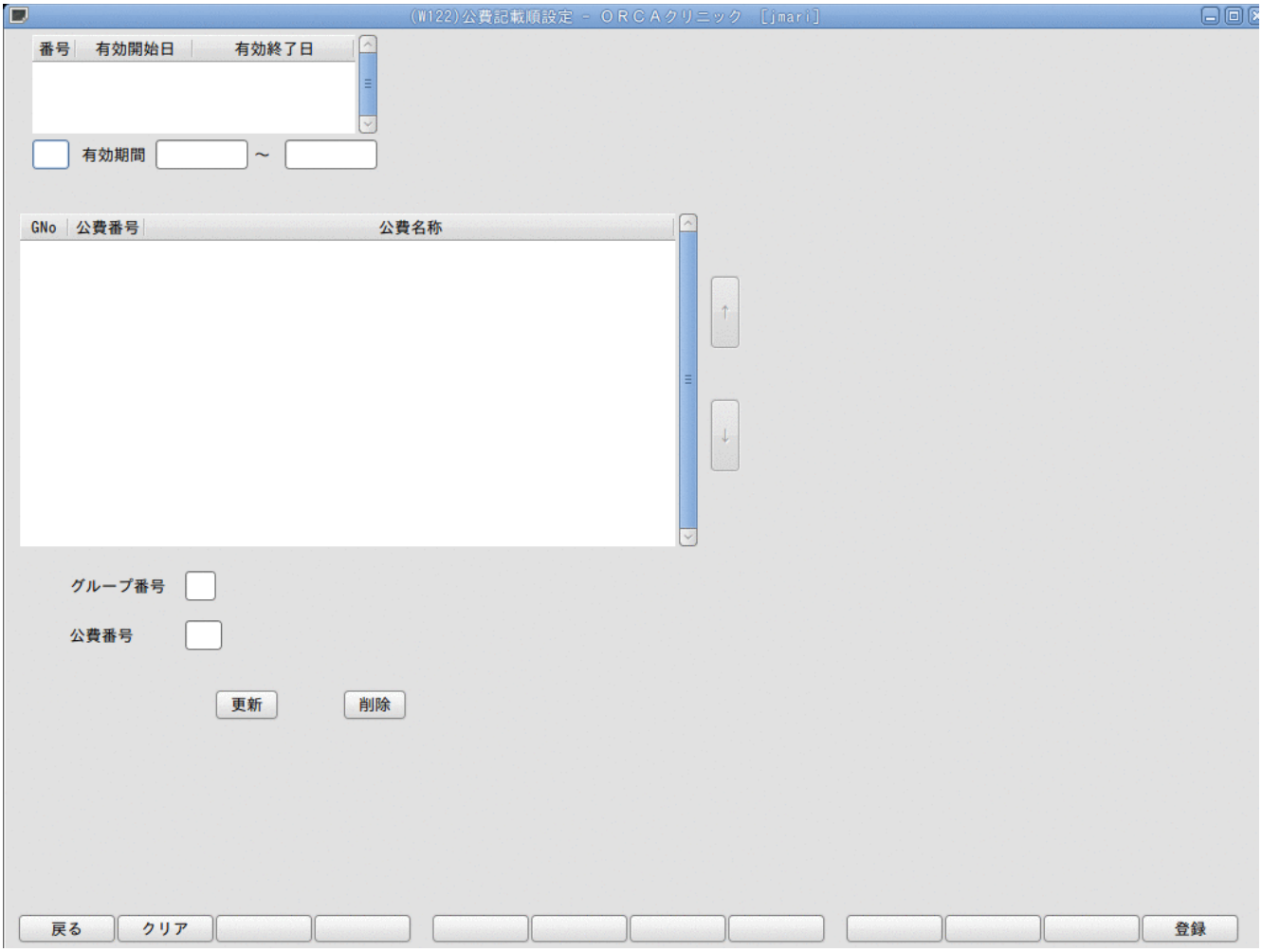


図 1181

3. 有効期限を入力します。

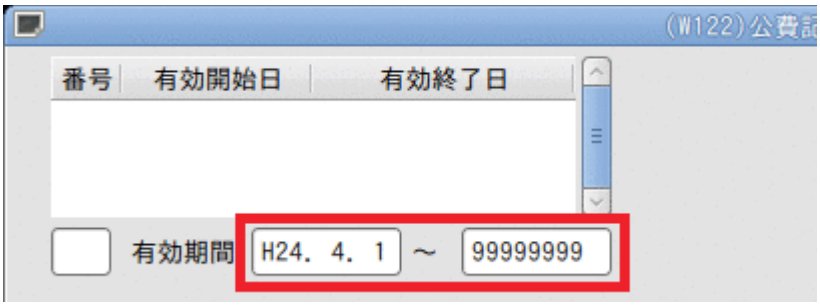


図 1182

4. グループ番号、公費番号を入力し、「更新」を押下します。

図 1183

ヒント！　グループ番号について

記載順設定にはグループ番号をつけ、複数の記載順パターンを登録できます。
例）290と191の併用時の記載順　と　191と012の併用時の記載順

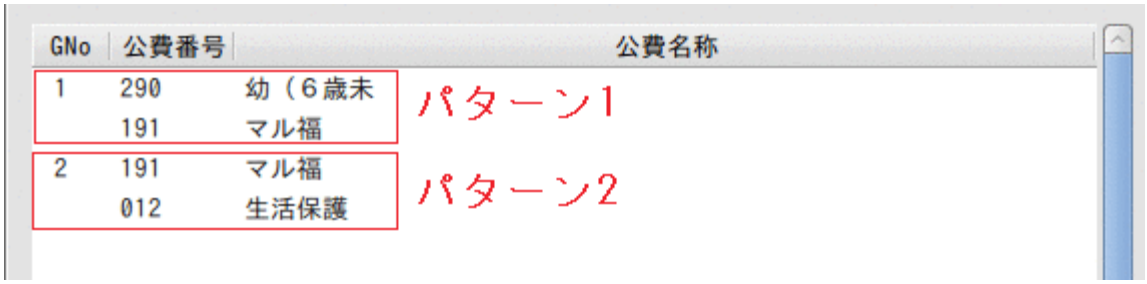


図 1184

5. すべての公費を入力後、「登録」(F12)を押下します。

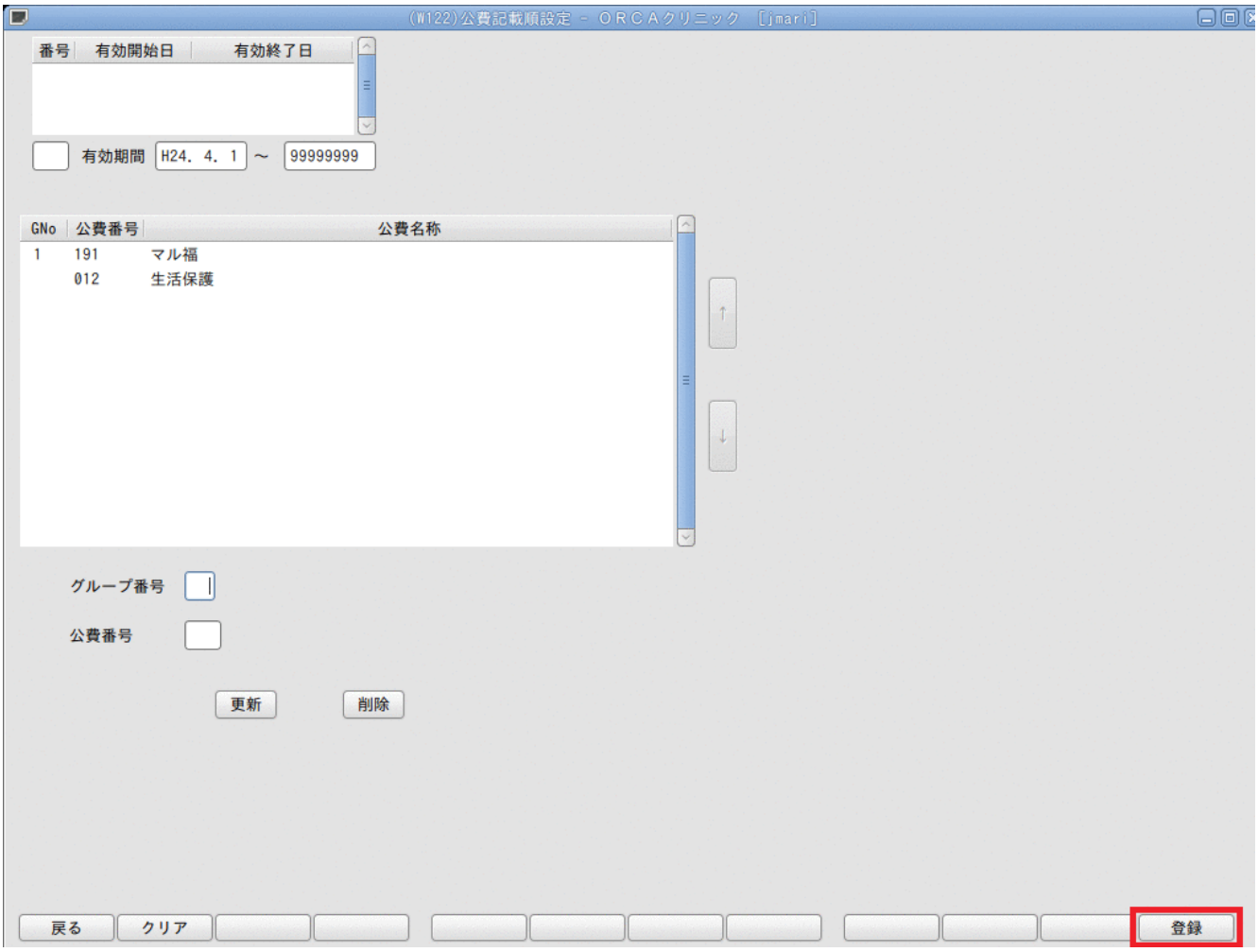


図 1185

＜修正方法＞

1. 修正したい有効期限を選択します。
   一覧に表示します。

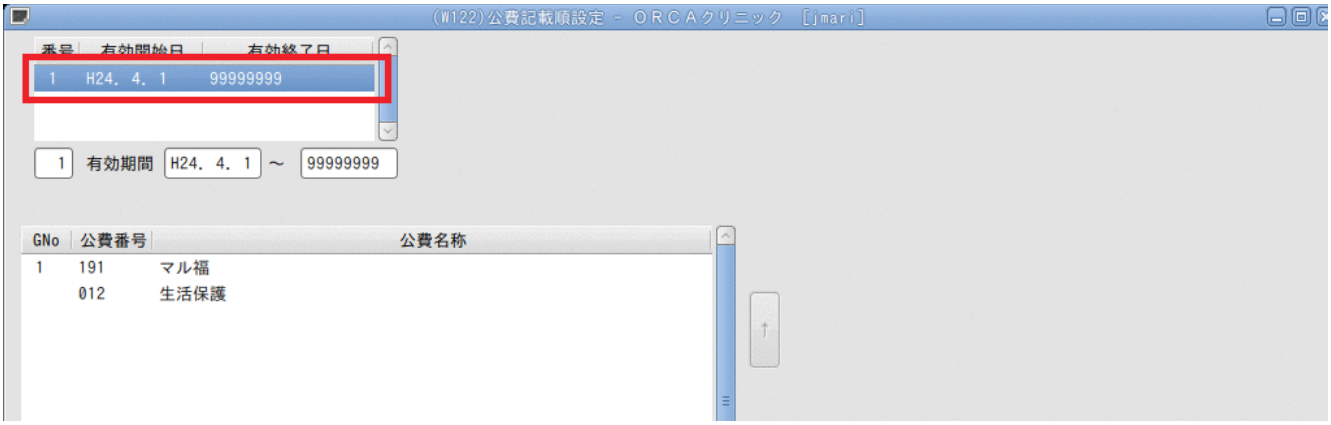


図 1186

2. 修正する公費を選択し、「削除」または「↑・↓」を押下して編集します。

図 1187

3. 修正後、「更新」を押下し、「登録」(F12)を押下します。

図 1188

ポイント！

- 新規登録または修正を反映させるには「42　明細書」業務でレセプト作成を行なってください。
- 全国公費のみのグループは登録できません。
- 公費が1件だけのグループは登録できません。
- グループの公費内容が他のグループに含まれている場合（重複）はエラー表示をします。

３．１３　労災レセプト電算処理システムについて

チェックポイント

①　レセプト電算データで請求できるのは短期給付、傷病年金のみ。

②　09593 から始まる診療行為コードが入力されていないか。
　　入力されている患者・・・レセプト電算データ作成不可（紙レセプトで提出）
　　入力されていない患者・・レセプト電算データ作成可

注意！

09593 から始まるコードが入力され、レセプト電算データが作成できない患者のみの労働者災害補償保険診療費請求書は作成できません。

③　処置の合成コードの入力。
　　労災四肢加算の倍率が異なる部位に対して、2箇所以上同時に算定した場合に合成コードを使用する。

例）創傷処置（100cm2未満）
　　労災（1.5倍）（処置）
　　創傷処置（100cm2未満）
　　労災（2倍）（処置）　　158点×1

創傷処置1（1．5倍・2倍）　　158点×1

ヒント！

労災四肢加算の倍率が同一剤に複数入力された場合、入力時に「警告！　労災の合成コードで算定して下さい」のメッセージを表示します。

事前準備

＜システム管理の設定＞

「101　システム管理マスタ」－「2005　レセプト・総括印刷情報」－「レセ電」タブを開きます。
「レセプト電算出力区分」－「労災」を「0　出力なし」以外に設定し、「登録(F12)を押下します。

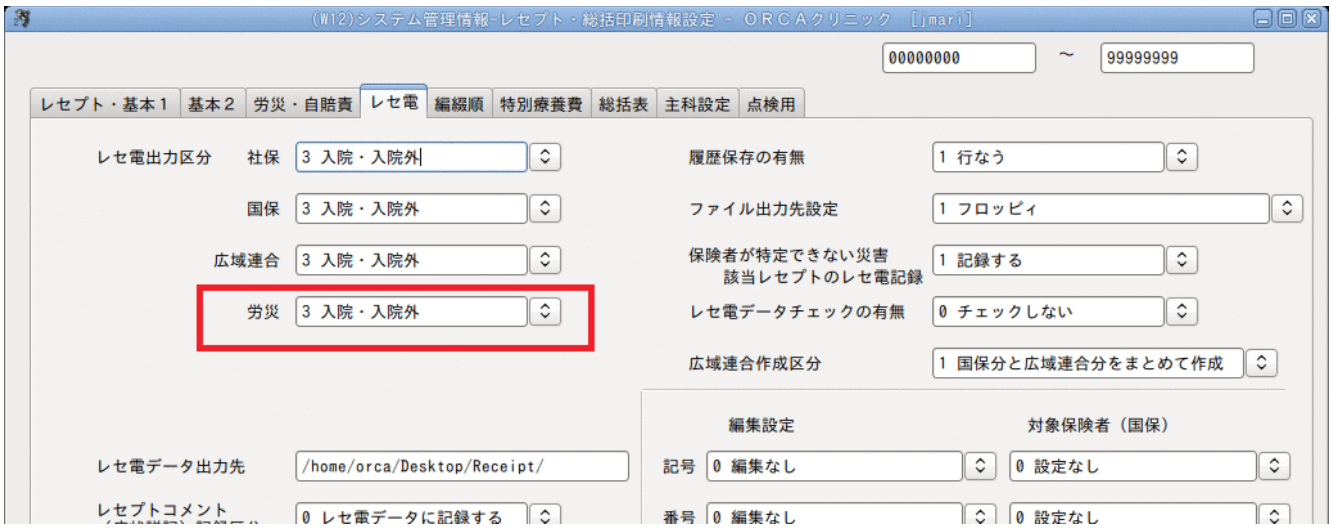


図 1189

Copyright(C)2007JMARI

ヒント！　レセ電出力区分ー労災の設定をすると

- 09593から始まるコードが診療行為入力されているときに「41　データチェック」でチェックします。
- 09594から始まるコード（労災入院室料加算）が正しいコードの範囲で作成されているか「41　データチェック」でチェックします。
- 労災四肢加算の倍率が同一剤に複数入力された場合、入力時に「警告！　労災の合成コードで算定して下さい」のメッセージを表示します。

＜レセプト電算データの作成＞

1. 「42　明細書」、「43　請求管理」を医保と同様に処理します。
2. 「44　総括表・公費請求書」画面の「労災レセ電」(Shift+F5)を押下します。

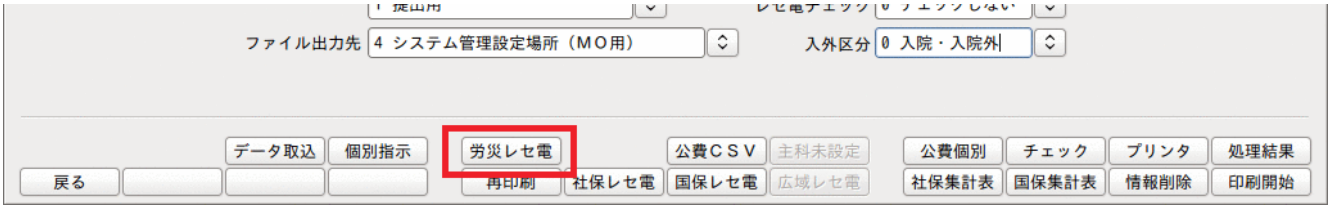


図 1190

＜返戻データ取り込み～再請求（オンライン請求）＞

医保の【3.4.3　返戻データ取り込み、返戻データを含めたレセ電データの作成】と同様の操作手順になります。

ヒント！

返戻レセプトを訂正し、再請求を行う場合は RRECXXXX.UKS の名前でファイルを作成します。

■フィアル名のまとめ

通常請求のファイル名	RRECXXXX.UKE
返戻レセプトのファイル名	RRECEC.HEN
再請求ファイル名	RRECXXXX.UKS

第４章　随時業務

４．１　データ出力

システムで管理しているテーブルの内容をCSV形式のTEXTファイルに出力します。

４．１．１　テーブルの選択

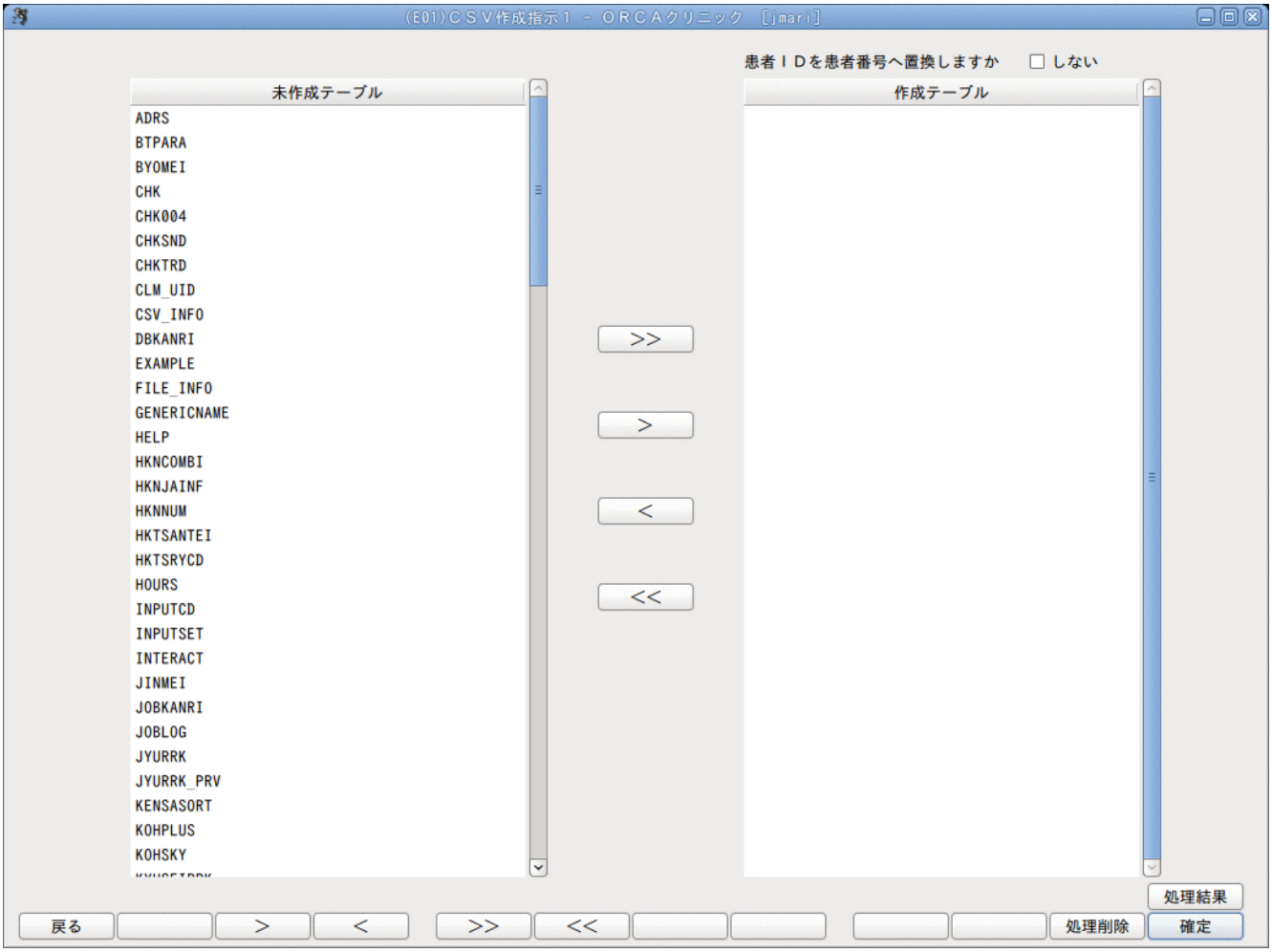


図 1191

↓

Copyright(C)2007JMARI

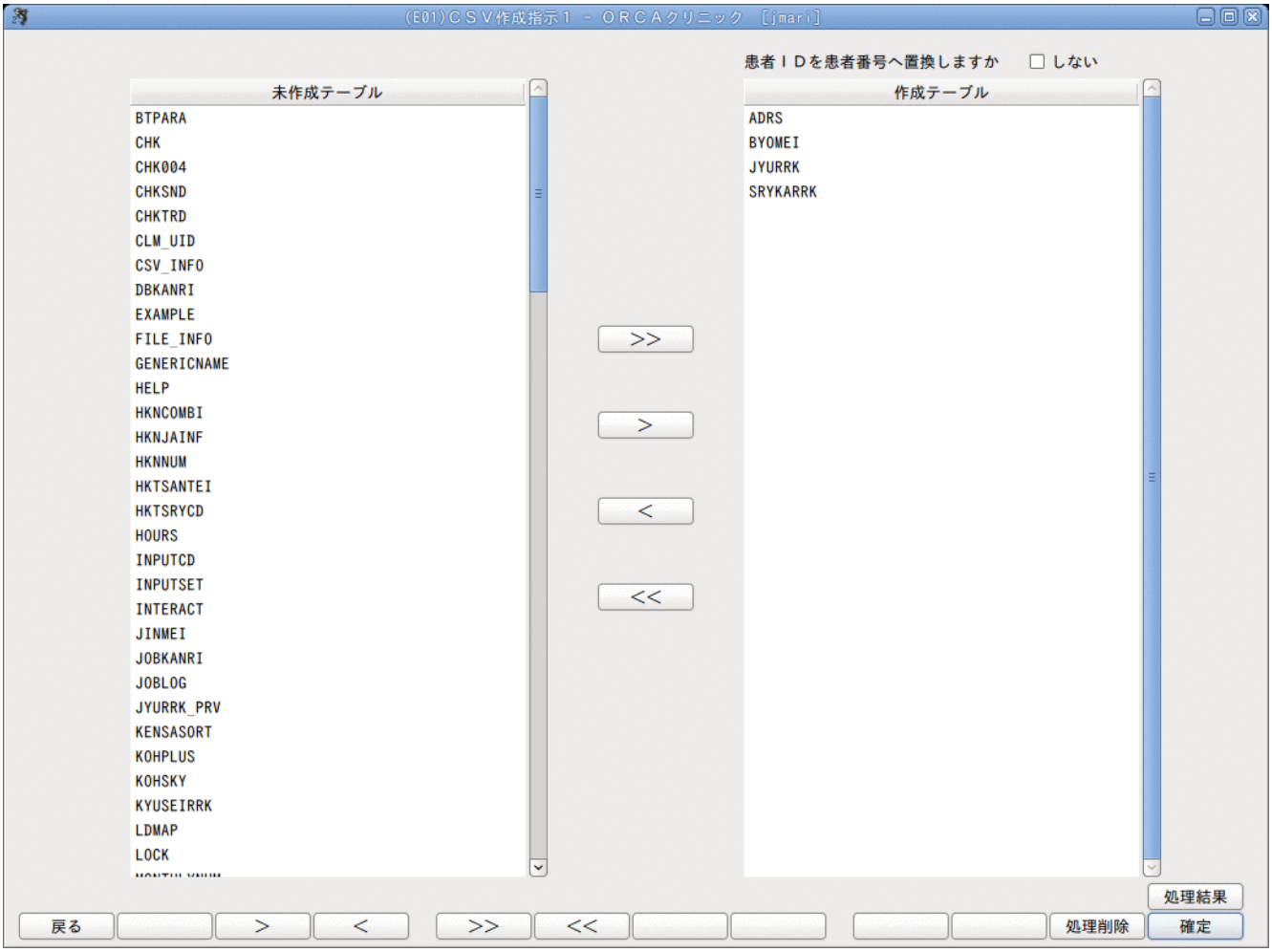


図 1192

今回の対象となるテーブル名称を未作成テーブル一覧からマウスにてクリックし選択します。
選択したテーブルは色が変更となります。また、複数をクリックすることにより複数のテーブルを一度に選択することができます。
その後、「＞」を押下することによりそのテーブル名称が作成テーブル一覧へ移動します。
全件対象とする場合はテーブルを選択する必要はなく、「＞＞」をクリックします。
確認後、「確定」を押下することにより「項目選択画面」へ遷移します。また、テーブル内の項目の患者IDを患者番号へ置き換えてデータを作成する場合は、作成テーブル一覧の上の「患者IDを患者番号へ置換しますか」の項目をクリックして「しない」から「する」にします。

注意！
integer属性の項目をもつスキーマはデータ出力対象外です。

- tbl_chk005(チェックマスタ5)
- tbl_rece_putb(レセプト編綴順明細)
- tbl_receprt(レセプト明細書)

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	遷移元の画面へ戻ります。
＞	F3	未作成テーブルから作成テーブルへ選択したテーブル名称を移動させます。 ※画面中にある「＞」も同機能となります。
＜	F4	作成テーブルから未作成テーブルへ選択したテーブル名称を移動させます。 選択誤りのときなどに使用します。 ※画面中にある「＜」も同機能となります。
＞＞	F5	未作成テーブルから作成テーブルへ全件対象としてテーブル名称を移動させます。 ※画面中にある「＞＞」も同機能となります。
＜＜	F6	作成テーブルから未作成テーブルへ全件対象としてテーブル名称を移動させます。 ※画面中にある「＜＜」も同機能となります。
処理削除	F11	エラーが発生し、処理が正常に終了しなかった場合に処理内容の情報削除ができます。
確定	F12	項目選択の画面へ遷移します。 外部媒体への退避が開始されます。
処理結果	Shift+F12	処理された結果を参照することができます。 詳細は【4.1.2　各テーブルの項目選択】で説明します。

４．１．２　各テーブルの項目選択

（1）テーブルの項目の選択
（2）抽出列項目の並び順変更
（3）項目の説明

（1）テーブルの項目の選択

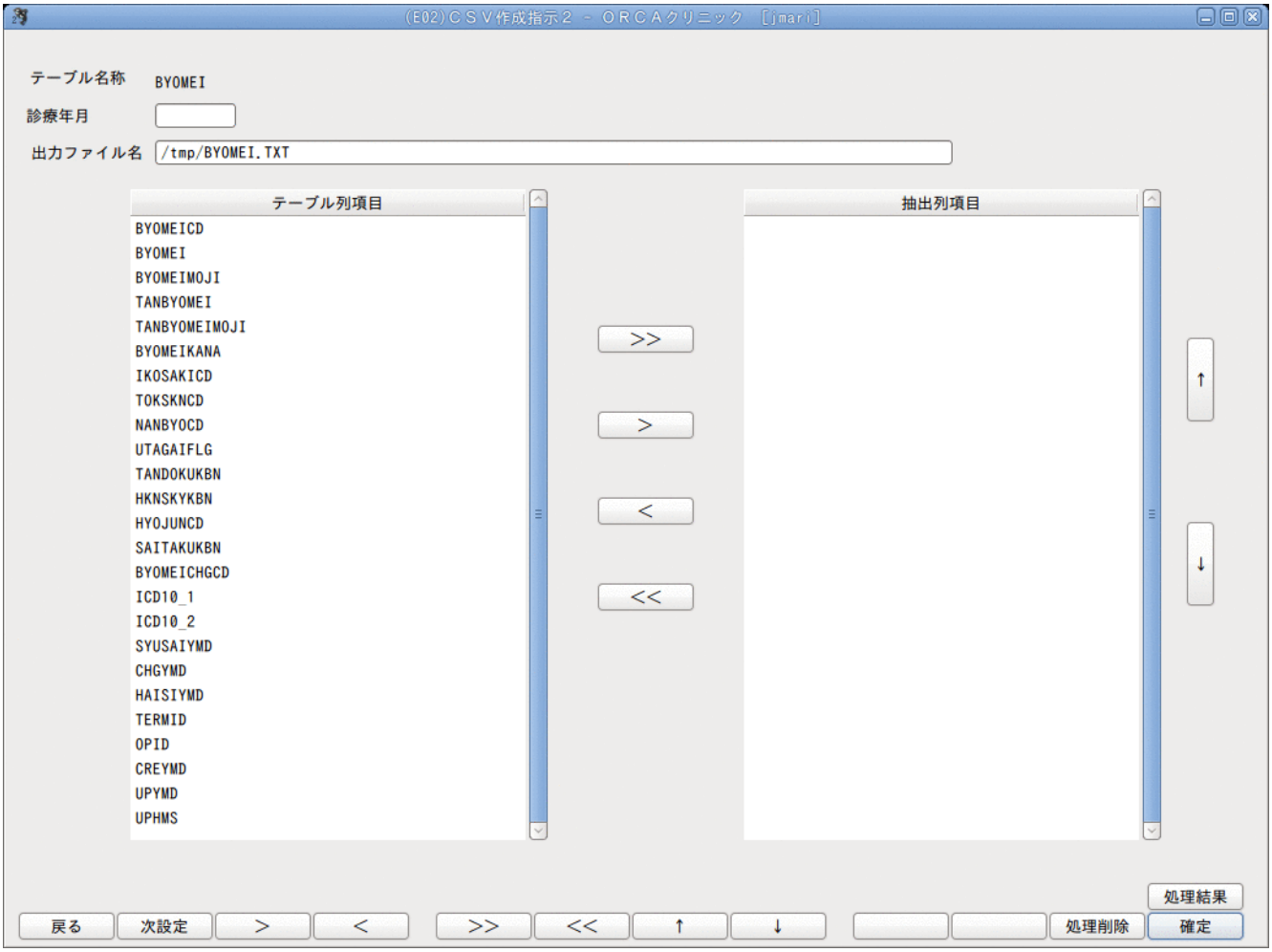


図 1193

↓

Copyright(C)2007JMARI

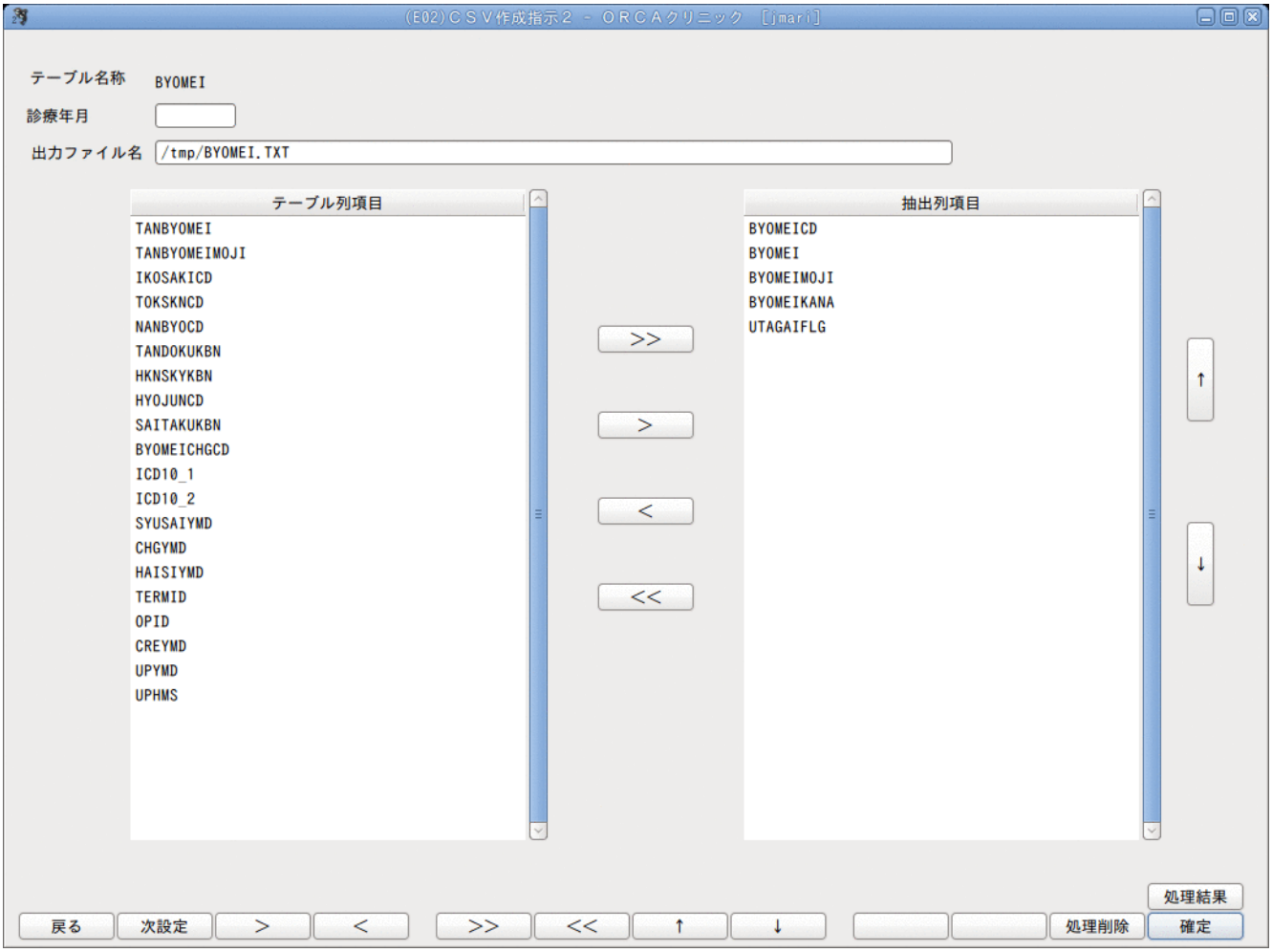


図 1194

対象としたテーブル名称の項目がテーブル列項目一覧に表示されます。
その一覧から対象としたい項目をマウスにてクリックし選択します。複数をクリックすることにより複数の項目を一度に選択することができます。

その後、「＞」を押下することによりその項目が抽出列項目一覧へ移動します。全件対象とする場合はテーブルを選択する必要はなく、「＞＞」をクリックすることにより全項目が抽出列項目一覧へ移動します。
複数のテーブルを選択している場合は、「次設定」を選択し次のテーブルの項目選択を行います。

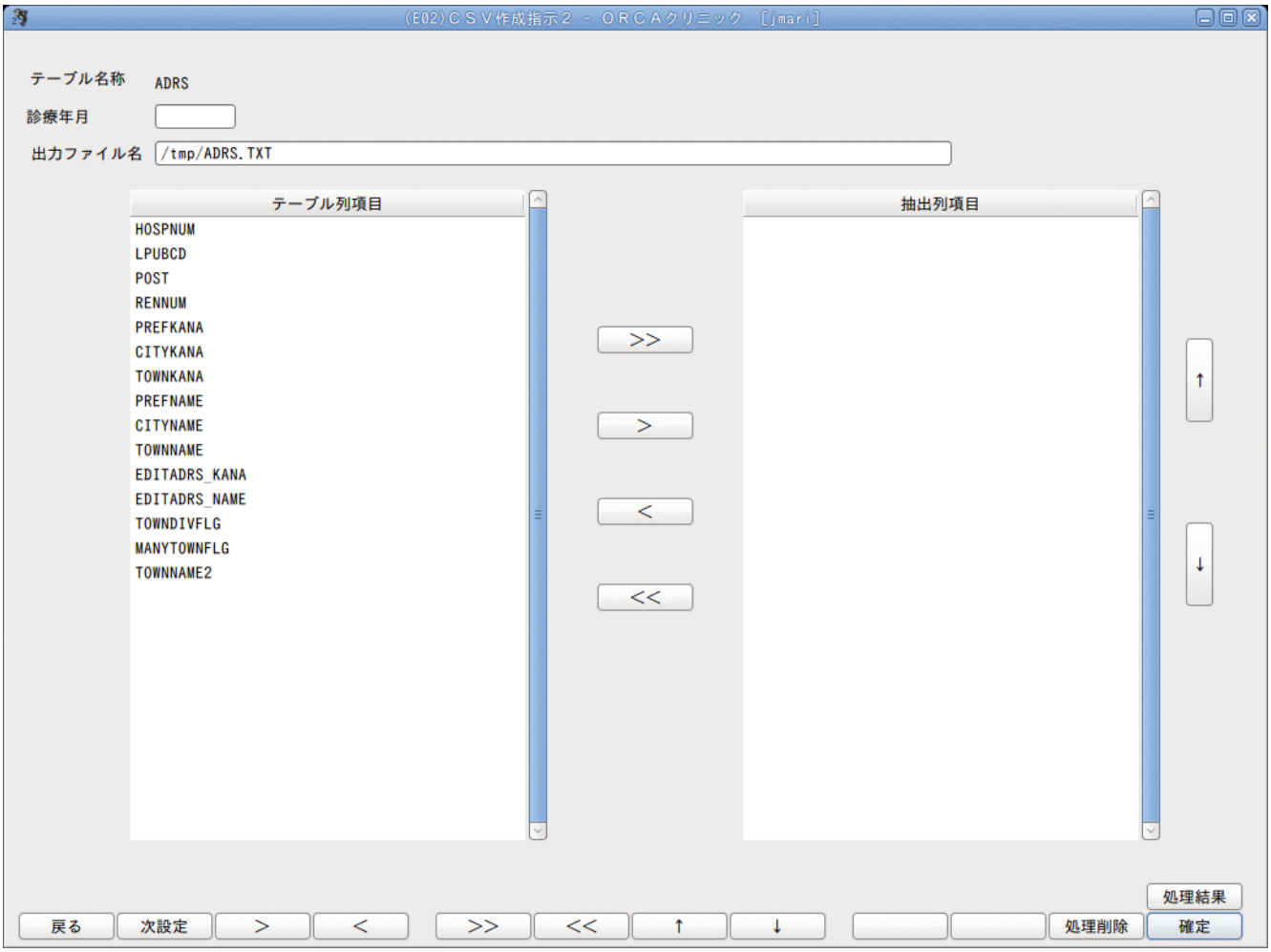


図 1195

項目選択を全て終了させ、「確定」を押下することにより確認画面が表示されます。

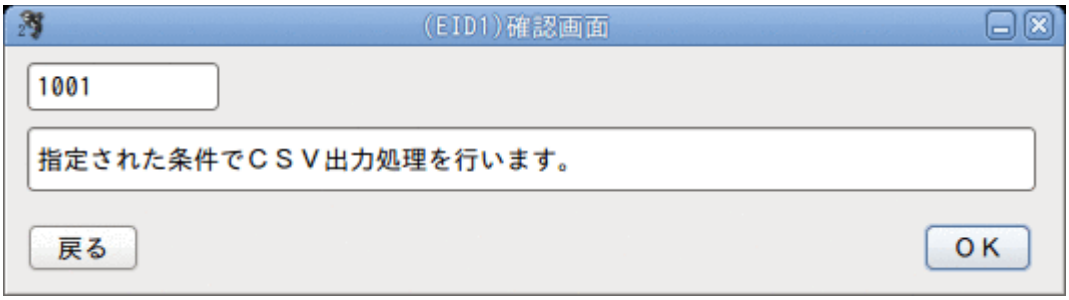


図 1196

この画面で「OK」を押下することにより処理が開始されます。

（2）抽出列項目の並び順変更

画面右側にある「↑」、「↓」を押下することにより項目の並び順を変更することができます。
抽出列項目一覧にある移動したい項目をマウスでクリックした後､「↑」を押下することによりその項目が一段づつ上に移動します。また、「↓」を押下することによりその項目が一段づつ下に移動します。

（3）項目の説明

診療年月
対象とする診療年月を選択します。
以下のテーブルのみ対応しています。

JYURRK	：受診履歴
PTBYOMEI	：患者病名
SRYACCT	：診療会計
SRYACT	：診療行為
SANTEI	：算定履歴
SEIKYU	：請求管理
BDOO2	：日計表収納

出力ファイル名	退避先のファイルを入力します。 省略値として「/tmp/@@@@@.TXT」となります。 @@@@@：テーブル名称「出力ファイル名」にMO等の外部装置を指定しても構いません。 （注意）出力先ファイル名を変更する場合、存在するフォルダを必ず指定してください。MO等外部装置を取り扱う場合もマウント（媒体挿入）を確認してください。

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	テーブル選択の画面へ戻ります。
次設定	F2	複数テーブル選択時、次のテーブルの項目選択に移動します。
＞	F3	未作成テーブルから作成テーブルへ選択したテーブル名称を移動させます。 ※画面中にある「＞」も同機能となります。
＜	F4	作成テーブルから未作成テーブルへ選択したテーブル名称を移動させます。 選択誤りのときなどに使用します。 ※画面中にある「＜」も同機能となります。
＞＞	F5	未作成テーブルから作成テーブルへ全件対象としてテーブル名称を移動させます。 ※画面中にある「＞＞」も同機能となります。
＜＜	F6	作成テーブルから未作成テーブルへ全件対象としてテーブル名称を移動させます。 ※画面中にある「＜＜」も同機能となります。
↑	F7	抽出列項目の並び順を変更することができます。 ※画面中にある「↑」、「↓」も同機能となります。

↓	F8	抽出列項目の並び順を変更することができます。 ※画面中にある「↑」、「↓」も同機能となります。
処理削除	F11	エラーが発生し、処理が正常に終了しなかった場合に処理内容の情報削除ができます。
確定	F12	処理が開始されます。
処理結果	Shift+F12	「確定」を押下し処理が開始されますが、その処理の状態をこのボタンを押下することにより処理状況を参照することができます。ボタンは何度押下しても構いません。　その都度、処理状況を画面に表示します。 確認したら、「戻る」を押下して元の画面に戻ります。

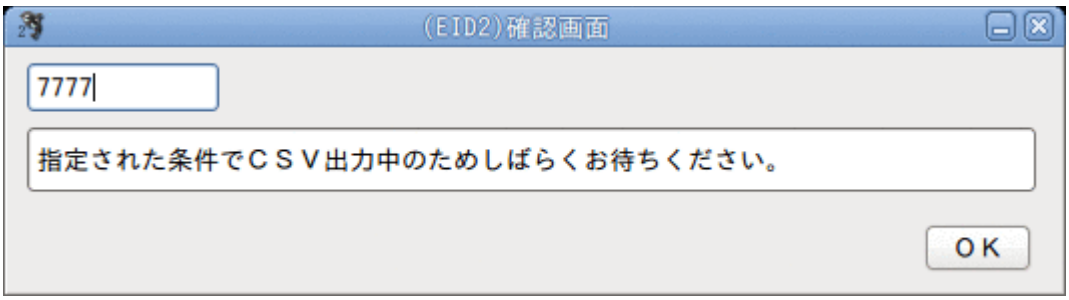


図 1197

この状態は処理中であることを表示しています。

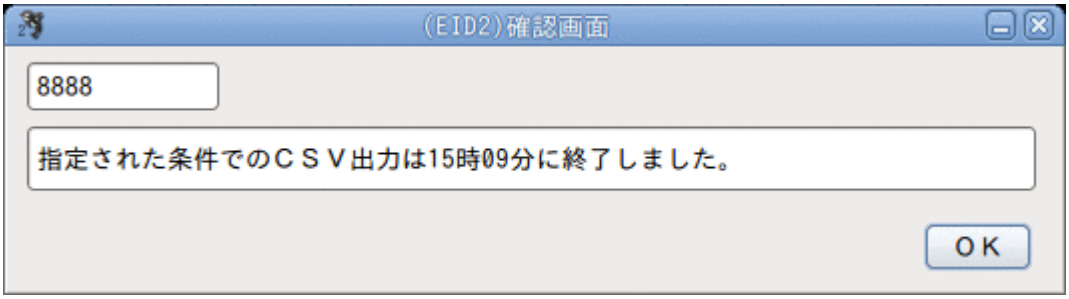


図 1198

この状態は処理終了であることを表示しています。
※処理開始時、画面上は前回行った状態がそのまま残っています。

４．２．１　外部媒体

（1）出力ファイルの設定とテーブルの選択
（2）項目の説明

（1）出力ファイルの設定とテーブルの選択

注意！
viewデータ（仮想データ）は当機能でのバックアップ対象外です。
よってデータベース全体のバックアップを行う場合は、pg_dumpコマンドでのバックアップ処理を行うようにしてください。

ヒント！
「101　システム管理マスタ」－「9600　CRON設定情報」にてデータベースのバックアップを任意の時間に自動で行うことができます。

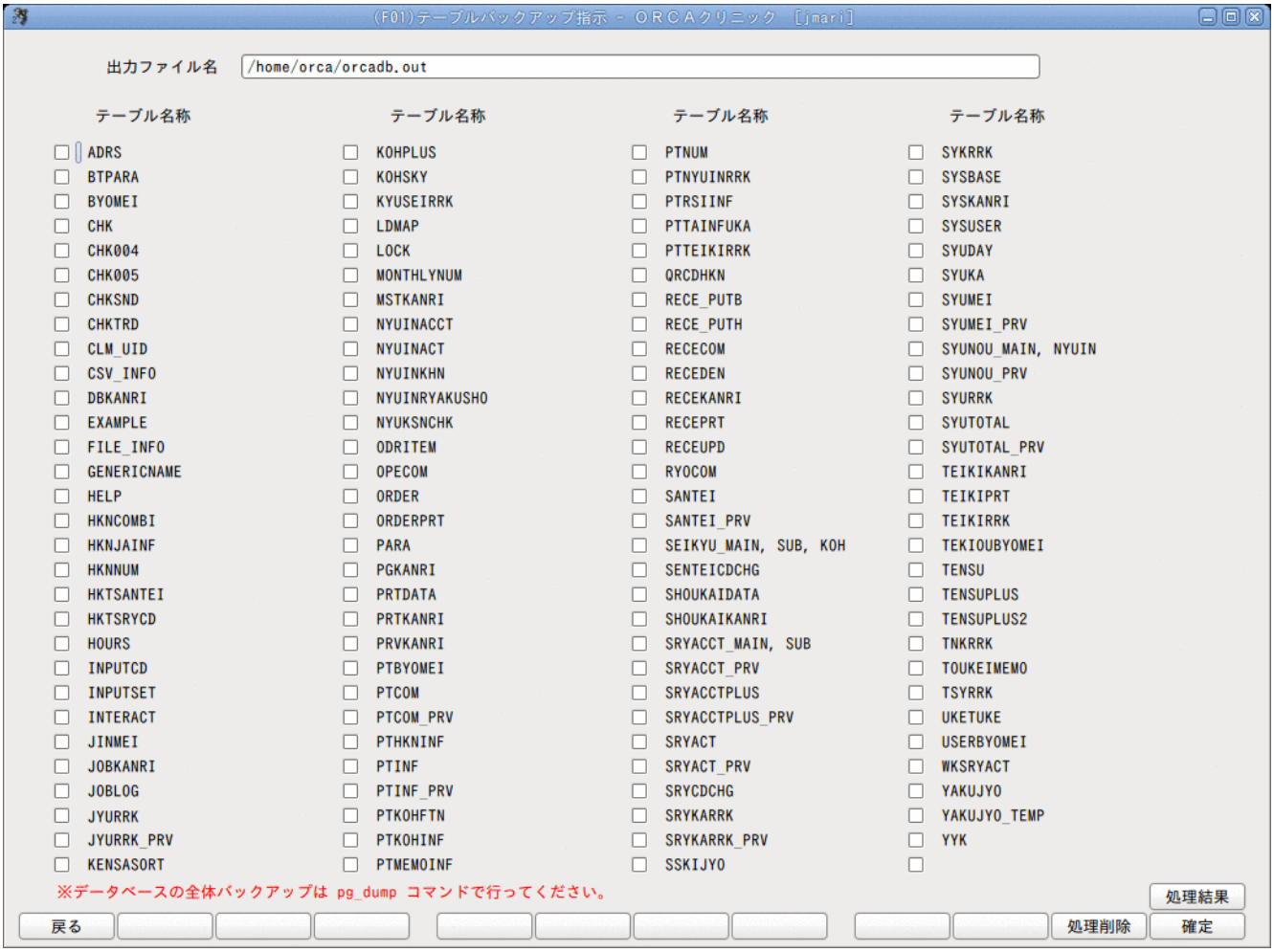


図 1199

「出力ファイル名」に退避先のファイルを入力し、退避させるテーブルをボタンで選択します。
初期表示画面の凹の箇所が前回退避したテーブルとなっています。
「出力ファイル名」にMO等の装置を指定しても構いません。
「確定」を押下することにより確認画面が表示されます。

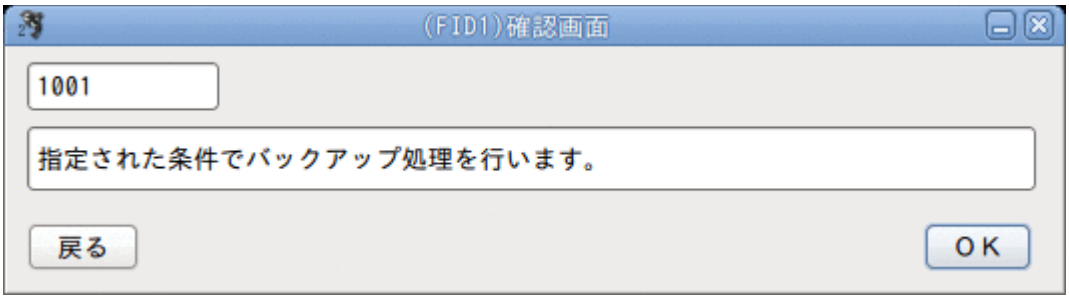


図 1200

この画面で「OK」を押下することにより処理が開始されます。

(2) 項目の説明

「出力ファイル名」・・・退避先のファイルを入力します。
省略値として「/home/orca/orcadb.out」となります。
以上の項目を入力し、「確定」(F12)を押下することにより、退避が開始されます。

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	遷移元の画面へ戻ります。
処理削除	F11	エラーが発生し、処理が正常に終了しなかった場合に処理内容の情報削除ができます。
確定	F12	出力ファイル名で指定されたファイルへ退避が開始されます。 「注意」出力先ファイル名を変更する場合、存在するフォルダを必ず指定してください。MO等外部装置を取り扱う場合もマウント（媒体挿入）を確認してください。
処理結果	Shift+F12	「確定」を押下し処理が開始されますが、その処理の状態をこのボタンを押下することにより処理状況を参照することができます。ボタンは何度押下しても構いません。　その都度、処理状況を画面に表示します。 確認したら、「戻る」を押下して元の画面に戻ります。

この状態は処理中であることを表示しています。

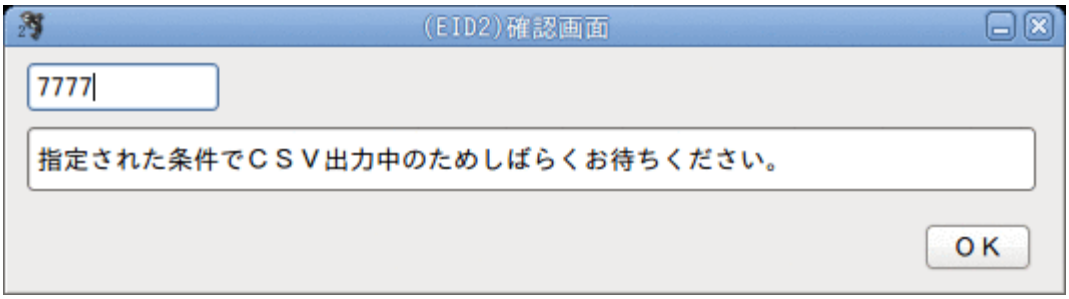


図 1201

この状態は処理終了であることを表示しています。

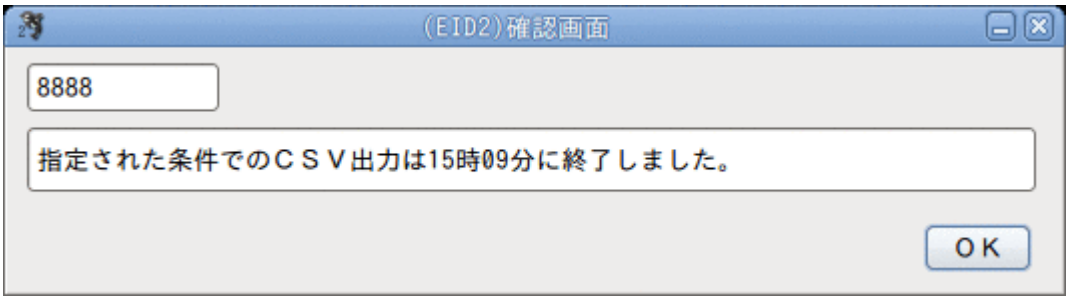


図 1202

＜テーブル名称について＞

各テーブル名称の詳細はこちらから「日レセデータベース仕様書」を参照してください。

４．３　マスタ更新

マスタ更新は日レセのマスタ（データベース）を最新とするための処理です。
センターサーバを検索しますので、ネットワーク接続を行っておいてください。
主なマスタとしては、点数マスタ、病名マスタがあります。
どのようなバージョンでも対応できますので、バージョンを意識することなく処理されます。

ヒント！
「101　システム管理マスタ」－「9600　CRON設定情報」にて任意の時間に自動でマスタ更新を行うことができます。

マスタ更新をする

処理を行う契機として、業務メニュー上の新着情報にその旨表示されます。
業務メニュー上の「マスタ更新」を押下することにより以下の画面が表示されます。
この画面より「更新」を押下します。

図 1203

正常に終了すると正常終了メッセージが表示されます。
レコードver（自）とレコードver（ORCA）の前回と最新が変わっている状態となります。

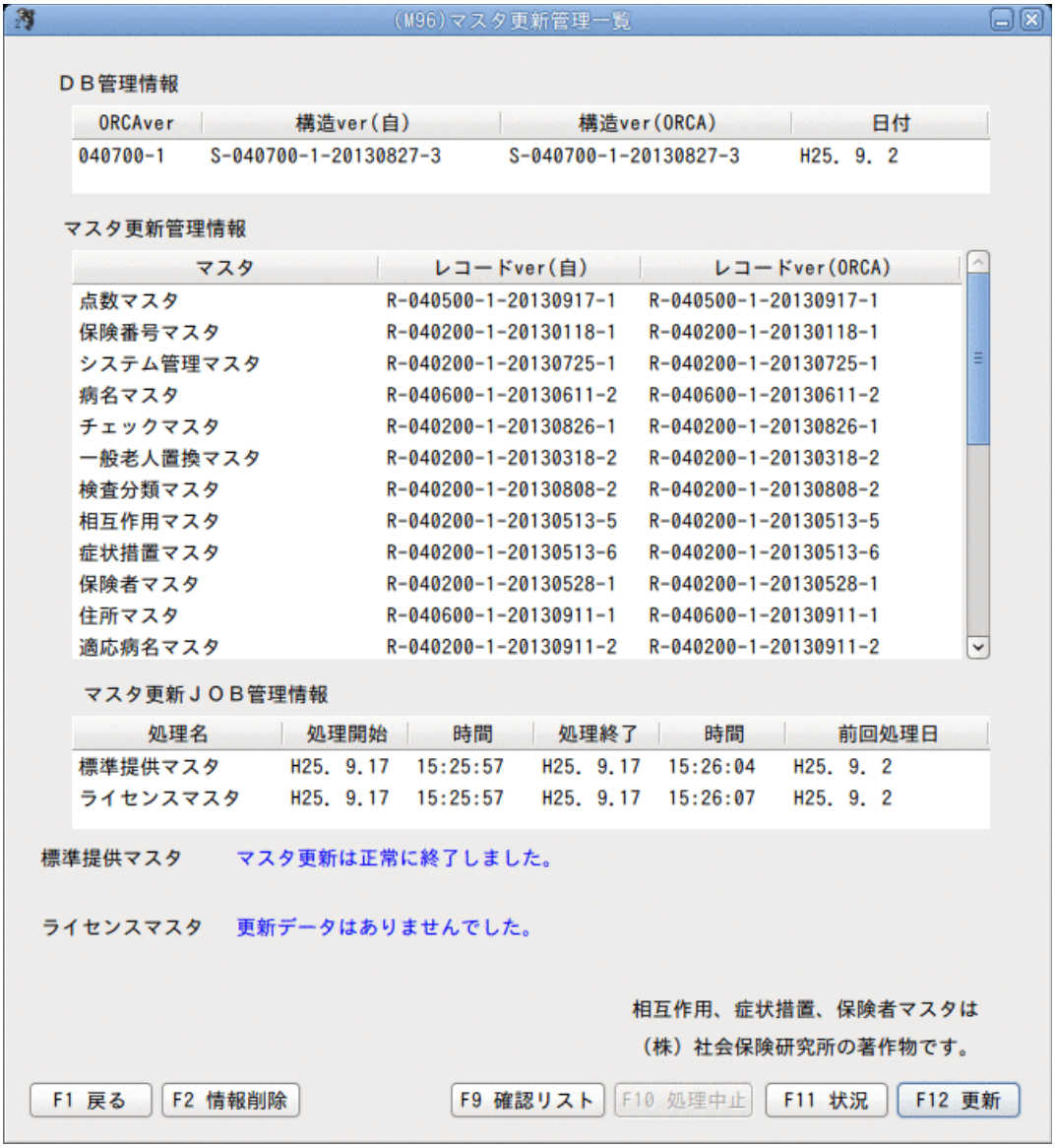


図 1204

マスタ更新の中止

更新処理の途中で中止する場合は「処理中止」(F10)を押下してください。

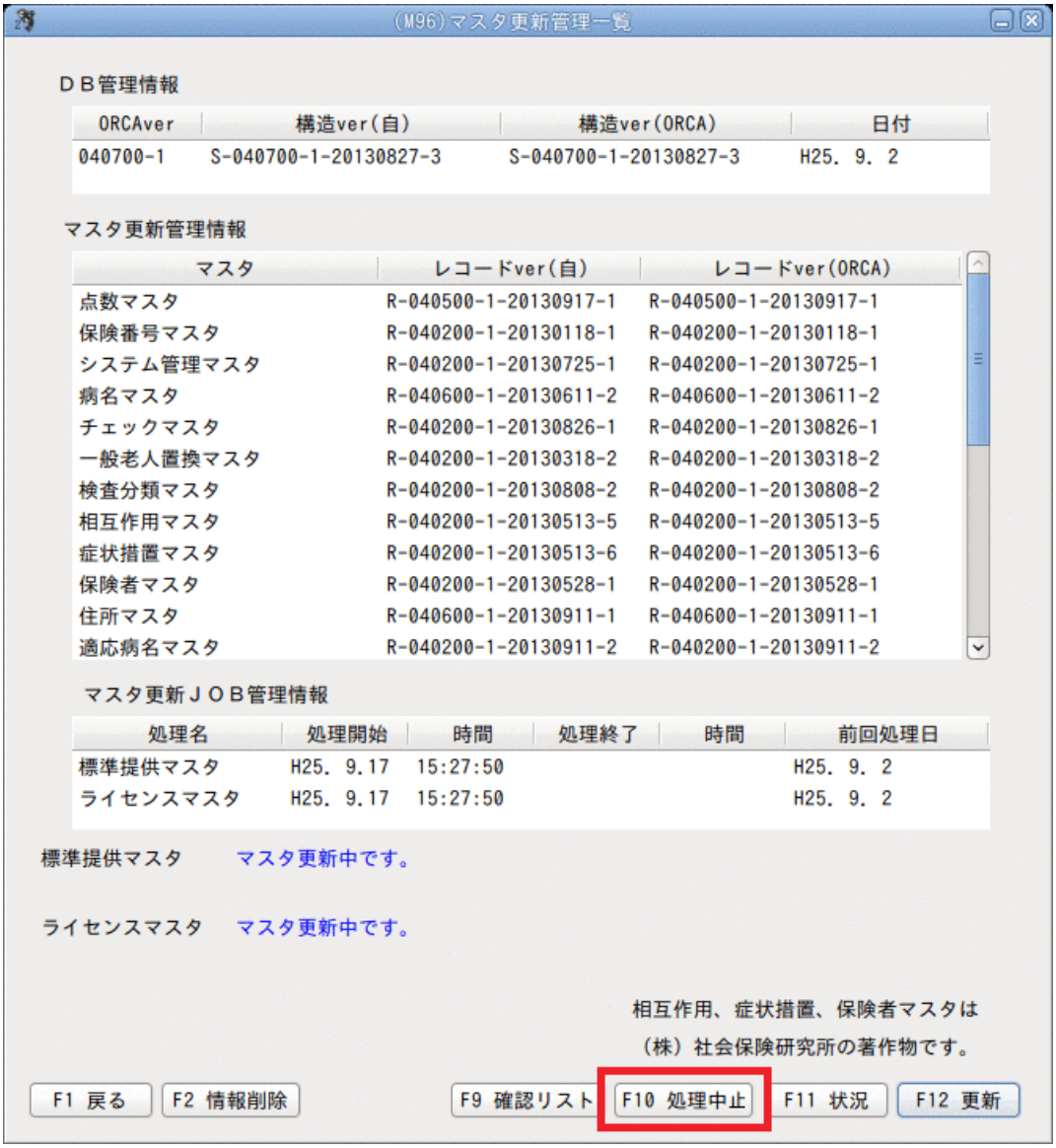


図 1205

確認メッセージを表示します。「OK」を選択します。

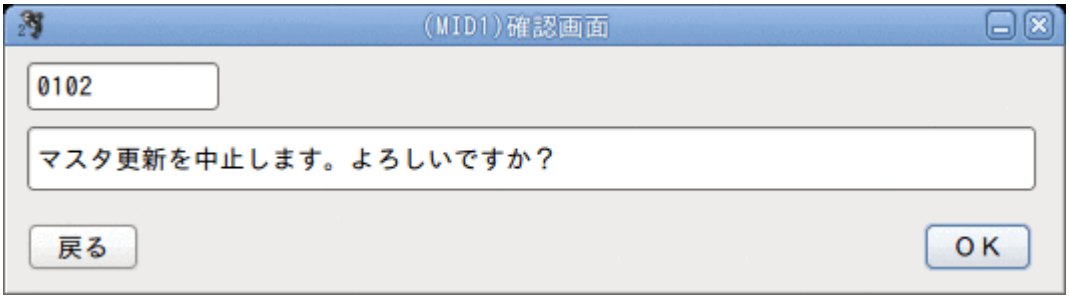


図 1206

処理の中止をします。

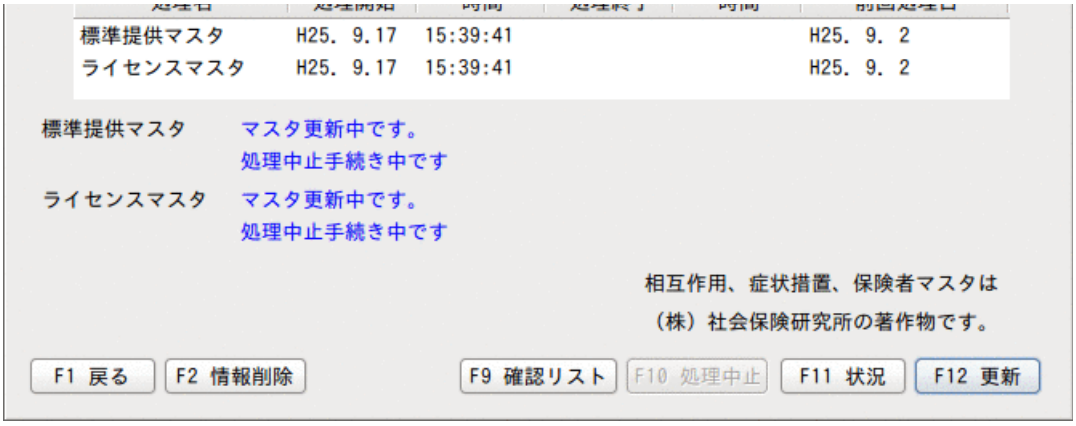


図 1207

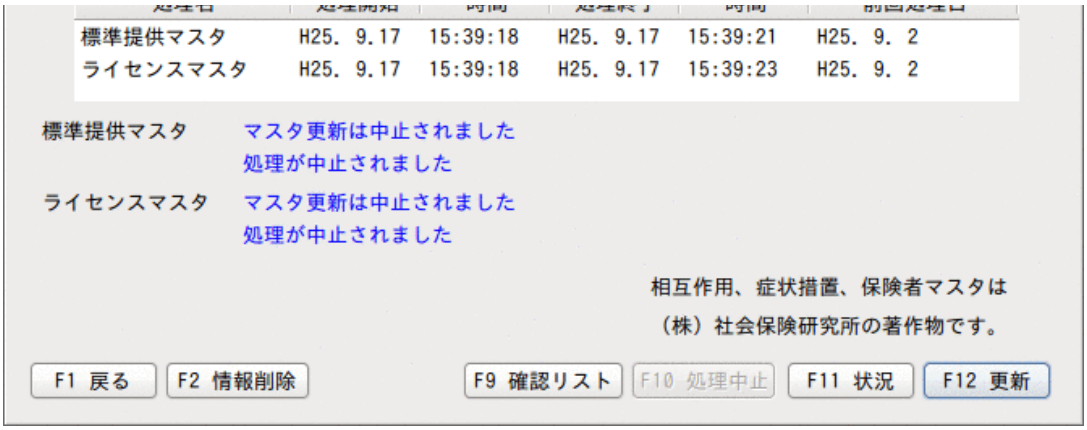


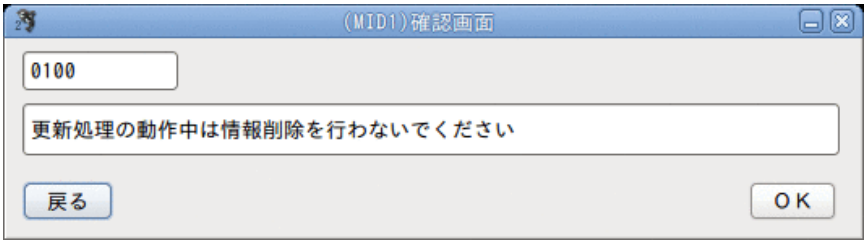
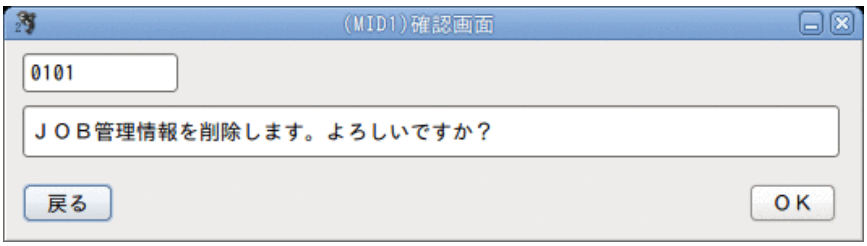
図 1208

画面の説明

DB管理情報	【項目の説明】 ORCAver：ORCAのバージョンを表します。 構造ver（自）：自院に設定されているDB構造バージョンを表します。 構造ver（ORCA）：パッケージが提供したDB構造バージョンを表します。 マスタ更新処理としての更新される項目ではありません。 パッケージ更新された（apt－get）内容が正常であれば、構造ver（自）＝構造ver（ORCA）となります。
マスタ更新管理情報	レコードver（自）：自院に設定されている更新データのバージョンを表します。 レコードver（ORCA）：パッケージが提供した更新データのバージョンを表します。 マスタ更新として更新された結果として正常であれば、レコードver（自）＝レコードver（ORCA）となります。
マスタ更新JOB管理情報	通常、2行の表示となります。 1行目：業務メニュー上の「マスタ更新」押下時の内容が表示されます。 2行目（最新行）：更新結果（状況）を表示します。 ただし、初期画面表示のときには1行目と同じ内容が表示されます。 （1回目の処理のときのみ、1行目、2行目共に空白表示されます）。 「状況」を押下し、更新が完了すると最新行の「処理終了」と「時間」が変更となりま

	す。 【項目の説明】 ・処理開始：処理開始日付が表示されます。 ・時間：処理開始時刻が表示されます。 ・処理終了：処理終了日付が表示されます。 ・時間：処理終了時刻が表示されます。
異常時の再処理	マスタ更新の結果、 「マスタ更新結果に問題があります。【確認リストが作成されました】」 「マスタ更新は異常終了しました。」 のどちらかのメッセージが表示された場合はサポートベンダーにお問い合わせください。

ファンクションキーの説明

「戻る」(F1)	遷移元の画面へ戻ります。
「情報削除」(F2)	注意！ 情報削除はジョブ管理情報を初期化するための機能です。 サーバでの更新プロセスが終了しているにも関わらず、状況確認で処理中となる場合に使用します。処理を中止したい場合は「処理中止」を使用してください。 更新プロセスが動作中に情報削除を行う行為はマスタ更新処理の誤動作の原因となりますので、絶対に行わないでください。 なお、「情報削除」を押下する前に必ずPs ax | grep mast等のコマンドで「master_upgrade.sh」が起動されていないことを確認してから処理を行ってください。 JOB管理情報の内容をクリアします。 このボタンを押下すると、以下の画面が表示されますので、「OK」を押下します。  図 1209 「OK」を押下することにより、画面上のマスタ更新JOB管理情報の内容がクリアされます。  図 1210
「確認リスト」(F9)	マスタ更新の結果に問題があった場合に確認リストを発行します。 「確認リスト」を押下し再印刷画面より発行してください。 以下の場合に確認リストを発行します。

	•マスタ更新が追加処理の時、既に登録済みデータがある場合 •マスタ更新が更新処理の時、更新対象のデータがない場合 •マスタ更新が削除処理の時、削除対象のデータがない場合 •DBの更新に失敗した場合
「処理中止」(F10)	更新処理を中止する場合に使用します。
「状況」(F11)	処理の状況がどのようになっているかを表示するボタンです。 状況のメッセージを表示するとともに、「レコードver（自）」の項目が変化します。 このボタンは何度押下しても構いません。メッセージとしては以下があります。 ・「マスタ更新中です。」 処理中のメッセージです。 ・「マスタ更新はありませんでした。」 既にマスタ更新対応済みであるとき表示されます。 ・「マスタ更新は正常に終了しました。」 正常終了したときに表示されます。 ・「マスタ更新は異常終了しました。」 異常終了しているときに表示されます。この場合はサポートベンダーに連絡し対処するようにしてください。 ・「マスタ更新結果に問題があります。【確認リストが作成されました】」 マスタ更新に問題があった場合に表示します。この場合はサポートベンダーに連絡し対処するようにしてください。
「更新」(F12)	更新処理を開始します。 なお、更新処理中に誤って再度この「更新」を押下するとエラーメッセージ画面が表示しますので、「戻る」を押下してください。 （「戻る」しかありません。」

＜ライセンスマスタについて＞

ライセンスマスタ（相互作用、症状措置、保険者マスタ）は、（株）社会保険研究所の著作物です。
認定事業所並びに日本医師会の指定するエンドユーザが日レセ上で利用できます。
初期インストール時は以前のマスタが提供されます。
正式な医療機関IDが日レセに設定されていれば、マスタ更新にてライセンスマスタが取得できます。

第５章　マスタ登録

５．１　システム管理マスタ

システム管理マスタの設定

導入時に行うシステム設定としてシステム管理マスタを設定する必要があります。
システム管理マスタで行う設定は次のとおりです。

項目	管理コード
医療機関情報－基本	1001
医療機関情報－所在地、連絡先	1002
医療機関情報－広告	1003
診療科目情報	1005
施設基準情報	1006
自動算定・チェック機能制御情報	1007
患者番号構成管理情報	1009
職員情報	1010
診療内容情報	1012
請求書自費名称情報	1013
包括診療行為設定情報	1014
外来迅速検体検査設定情報	1016
患者登録機能情報	1017
患者状態コメント情報	1018 1019 1020
減免事由情報	1026
割引率情報	1027
予約内容情報	1028
帳票編集区分情報	1030
出力先プリンタ割り当て情報	1031
県内扱い保険者情報	1033
高額請求資料用薬剤分類情報 （外来では使用しません）	1036
診療行為機能情報	1038
収納機能情報	1039
入金方法情報	1041
病名・コメント機能情報	1042
会計照会機能情報	1043
予約機能情報	1045
出産費用内訳明細情報	1046
データチェック機能情報	1100
データチェック機能情報2	1101
データチェック機能情報3	1102
医療機関編集情報	1901
プログラムオプション情報	1910

Copyright(C)2007JMARI

レセプト作成指示（印刷順）情報	2003
レセプト・総括印刷情報	2005
レセプト特記事項編集情報	2006
公費番号まとめ情報設定	2007
地方公費保険番号付加情報	2010
保険者付加情報	2012
統計帳票出力情報（日次）	3001
統計帳票出力情報（月次）	3002
県単独事業情報	3004
労災自賠医療機関情報	4001
公害医療機関情報	4100
印刷情報削除設定	8000
CLAIM接続情報	9000
CRON設定情報	9600
ユーザプログラム起動情報	9700
排他制御情報	9800

＜システム管理マスタ設定時における注意点＞

有効年月日について

- 「1009　患者番号構成情報」､「1031　出力先プリンタ割り当て情報」､「2005レセプト・総括情報」は有効年月日の変更はできません｡必ず「00000000」～「99999999」としてください｡期間変更しようとした場合には、エラーの表示を行います。
- 上記以外の管理コードについて、有効年月日（有効期間）の変更を行う場合は新規登録での設定となります。有効期間の重複した設定は行うことができません。
- 2つ以上の有効期間の設定を行う場合は､有効年月日の切れている期間（空白の期間）が無いようにしてください。
- 通常､有効年月日の終了日は「99999999」（期限を切らない）とします｡ただし2つ以上の有効期間がある場合には、最新の有効期間に対して終了日を「99999999」と設定します。

※有効年月日の変更は、「1001　医療機関情報－基本」でも説明をしています。

患者番号構成の設定と動作について
保険番号マスタの設定について
（県単位医療費助成事業などの地方公費の設定）

（1）管理コードのコンボボックスより「1001医療機関情報－基本」を選択します。
（2）必要な項目を入力します。

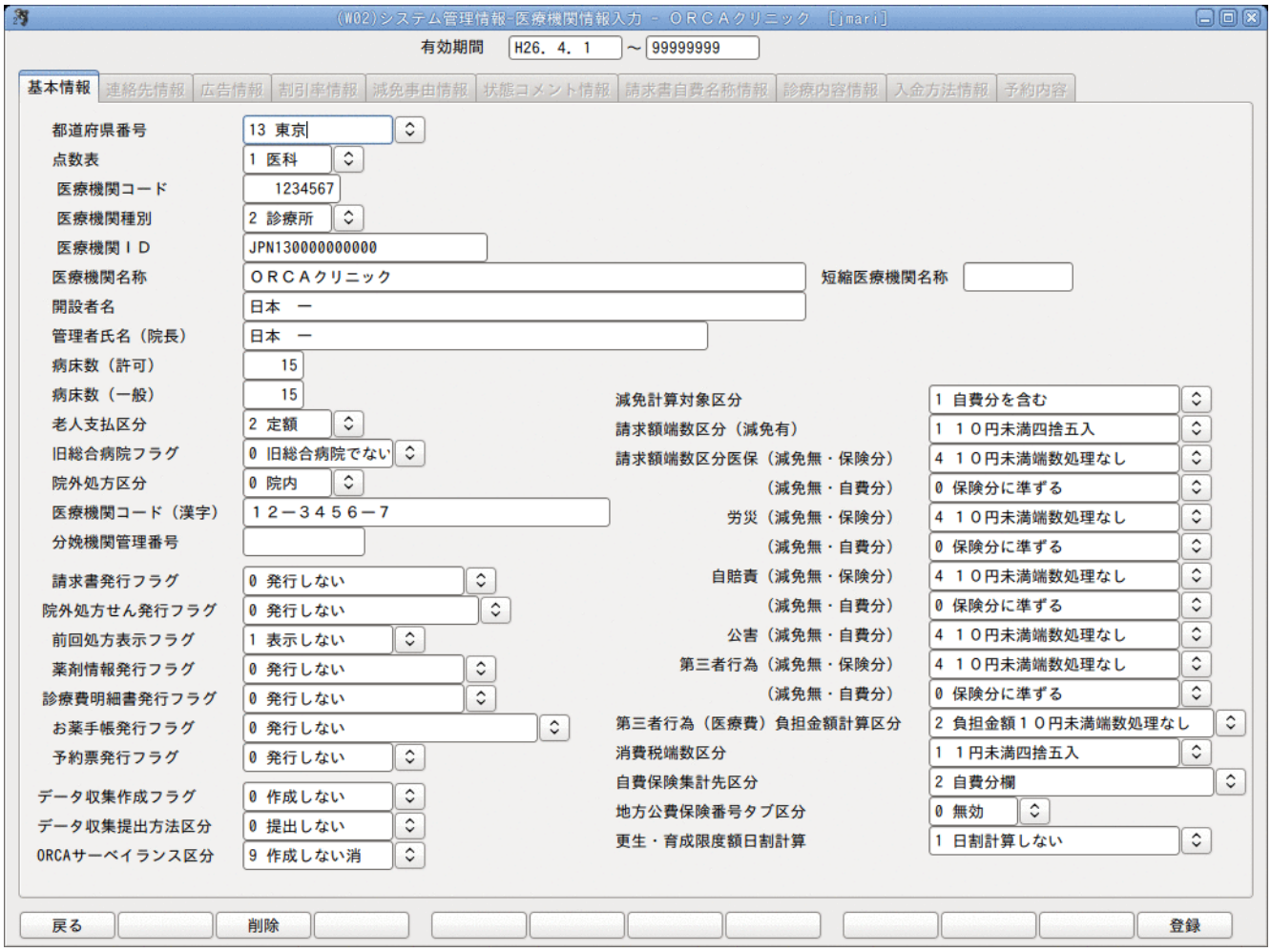


図 1211

項目の説明

＜都道府県番号＞

01　北海道	02　青森	03　岩手	04　宮城
05　秋田	06　山形	07　福島	08　茨城
09　栃木	10　群馬	11　埼玉	12　千葉
13　東京	14　神奈川	15　新潟	16　富山
17　石川	18　福井	19　山梨	20　長野
21　岐阜	22　静岡	23　愛知	24　三重
25　滋賀	26　京都	27　大阪	28　兵庫
29　奈良	30　和歌山	31　鳥取	32　島根
33　岡山	34　広島	35　山口	36　徳島
37　香川	38　愛媛	39　高知	40　福岡
41　佐賀	42　長崎	43　熊本	44　大分
45　宮崎	46　鹿児島	47　沖縄	

Copyright(C)2007JMARI

＜点数表＞

1　医科

＜医療機関コード＞

医療機関コードを半角で入力します。

1　病院
2　診療所

＜医療機関ID＞

センターより通知された医療機関IDを入力します。

＜医療機関名称＞

医療機関の名称を全角で入力します。

＜短縮医療機関名称＞

本院・分院対応の日レセを運用する場合に、画面表示する医療機関名称を入力します。

＜開設者名＞

開設者の名前を全角で入力します。

＜管理者氏名（院長）＞

管理者（院長）の氏名を全角で入力します。

＜病床数　（許可）・（一般）＞

入院設備がある場合はベッド数を半角で入力します。例えば、一般病床数　20　、療養病床数　15　である場合、病床数（一般）は20で登録し、病床数（許可）は35と登録します。

＜老人支払区分＞

老人保健における患者負担金の計算方法を設定します。

1　定率
2　定額

＜旧総合病院フラグ＞

0　旧総合病院でない
1　旧総合病院である

＜院外処方区分＞

診療行為入力の際に指定する院外処方区分の標準値を設定します。

0　院内処方
1　院外処方

＜医療機関コード（漢字）＞

医療機関コードをレセプトに表示する形式で全角で入力します。

＜分娩機関管理番号＞

産科医療保障制度に加入している医療機関は登録します。

＜請求書発行フラグ＞

請求書兼領収書を発行するか否かの標準値を設定します。

0　発行しない	発行しません
1　発行する	請求額が0円の場合でも発行します
2　発行する（請求あり）	請求額が0円のときには請求確認画面の請求書兼領収書欄は「0　発行なし」に自動変更して発行を行いません
3　発行する（訂正時なし）	請求額が0円の場合でも発行します 訂正入力時には発行しません

※請求確認画面で変更することができます。

※訂正時の請求金額の設定（訂正分（差額分）または合計分）は「101　システム管理マスタ」－「1038　診療行為機能情報」にて設定できます。

＜院外処方せん発行フラグ＞

院外処方せんを発行するか否かの標準値を設定します。

0　発行しない
1　発行する
2　院内処方発行
3　発行する（訂正時なし）
4　院内処方発行（訂正時なし）

※請求確認画面で変更することができます。

＜前回処方表示フラグ＞

診療行為入力の際に指定する前回分の行為内容を初期表示するか否かの標準値を設定します。

0　表示あり
1　表示なし

＜薬剤情報発行フラグ＞

薬剤情報提供書を発行するか否かを設定します。

0　発行しない
1　発行する
2　発行する（訂正時なし）

＜診療費明細書発行フラグ＞

診療行為入力－請求確認画面の明細書発行フラグを設定します。

（※収納登録－請求確認画面は「1039　収納機能情報」にて設定します）

0　発行しない
1　発行する
2　発行する（請求あり）
3　発行する（訂正時なし）

＜お薬手帳発行フラグ＞

お薬手帳貼付用サイズ（A5を2分割）に処方薬リストを印字します。

診療行為－請求確認画面での初期表示を設定します。

0　発行しない	発行しません
1　発行する（後期高齢）	後期高齢者の場合のみ発行します
2　発行する（後期高齢）（訂正時なし）	後期高齢者の場合のみ発行します ただし、訂正時は発行しません
3　発行する	全患者発行します
4　発行する（訂正時なし）	全患者発行します ただし、訂正時は発行しません

＜予約票発行フラグ＞
診療行為入力後に予約情報があれば予約票を発行します。

0　発行しない
1　発行する

＜減免計算対象区分＞
減免時の自費分の扱いを設定します。

＜請求額端数区分（減免有）＞
負担金計算で請求金額に消費税、減免等で10円未満の端数が発生した場合の設定が行えます。
(労災及び自賠責保険を除く)
患者登録画面の減免事由及び割引率は､｢101　システム管理マスタ｣ー｢1026　減免事由情報｣・｢1027　割引率情報｣で各設定を行ってください。

＜請求額端数区分＞
10円未満の端数処理の設定が行えます。

医保（減免無・保険分）	デフォルト設定は「4　10円未満端数処理なし」
（減免無・自費分）	デフォルト設定は「0　保険分に準ずる」
労災（減免無・保険分）	デフォルト設定は「4　10円未満端数処理なし」
（減免無・自費分）	デフォルト設定は「0　保険分に準ずる」
自賠責（減免無・保険分）	デフォルト設定は「4　10円未満端数処理なし
（減免無・自費分）	デフォルト設定は「0　保険分に準ずる」
公害（減免無・保険分）	デフォルト設定は「4　10円未満端数処理なし
（減免無・自費分）	デフォルト設定は「0　保険分に準ずる」

＜第三者行為（医療費）負担金計算区分＞
10円未満の端数処理を設定します。

＜消費税端数区分＞
消費税の1円未満の端数計算について設定をします。

＜更生・育成限度額日割計算＞
2006年3月までの更生医療・育成医療の日割り計算の設定です。
現在は公費医負担医療の改定に伴い使用していません。

＜自費保険集計先区分＞

1	保険分欄
2	自費分欄

自費保険で診療を行った場合、請求確認画面・請求書兼領収書の表示・記載を変更することができます。

＜1. 保険分欄に設定＞　　＜2. 自費分欄に設定＞

図 1212

＜地方公費保険番号タブ区分＞

保険番号マスタの各タブ画面（本人・低所得・低年金）を参照できるようにします。

0　無効	低所得1または低所得2（患者登録にて設定）であっても保険番号マスタの本人タブ情報を参照します（外来・入院供）。 ※特別対応した制度は、従前通り低所得または低年金タブ情報を参照します。なお、低所得または低年金タブの負担区分が「0　使用しない」となっている場合は本人タブを参照します。
1　有効	患者登録の設定に・・・ 低所得の設定なし・・・本人タブを参照 低所得2・・・低所得タブを参照 低所得1・・・定年金タブを参照 ※外来・入院別に低所得タブまたは低年金タブの負担区分が「0　使用しない」となっている場合は本人タブを参照します。

（3）各項目に間違いなく入力できたら、「登録」(F12)を押下します。

（4）登録確認のメッセージを表示しますので、登録する場合は「OK」を押下すると登録を行います。登録を止める場合は、「戻る」を押下すると元の画面へ戻ります。

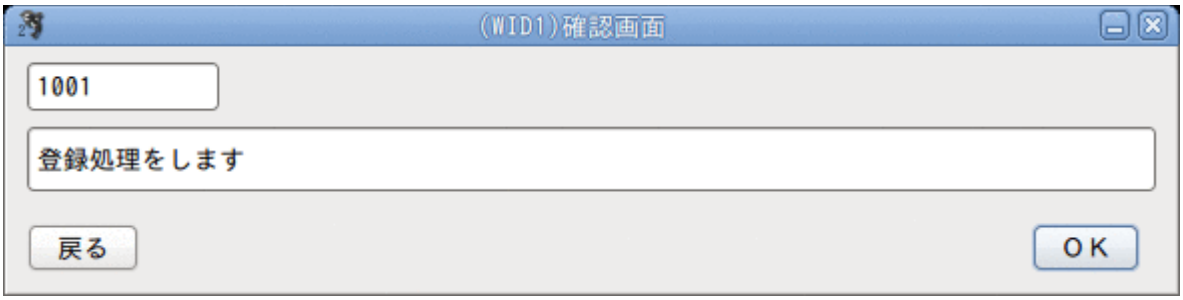


図 1213

＜運用途中での基本情報の変更について　（有効期間別の設定方法）＞

有効年月日は通常、無期限（「00000000」～「99999999」）としますが、運用途中で基本情報の変更があった場合には、有効年月日が重複しないように期限を区切って新たな期間で設定を行います。

＜例＞平成25年9月1日より、医療機関コード等の変更があった場合

元となる施設基準（オール0が有効開始年月日に入力されているもの）の有効終了年月日を、基本情報の変更を行う前日で切ります。

図 1214

「確定」(F12)を押下すると設定画面へ遷移します。
有効期間を確認後、「確定」(F12)で登録を行います。

新たに基本情報の設定を行う有効期間を設定します。有効開始日には変更となる日を入力し、終了日は特に期間を設けない場合オール9を入力します。

注意！
有効期間の設定を行うときは、有効期間に空白の期間がないようにしてください。

図 1215

設定画面へ遷移したとき、直前の基本情報の内容が複写されています。基本情報を変更後は、「登録」(F12)をします。

＜2つ以上の有効期間の設定がある場合の期間及び設定内容の削除方法＞
※基本情報（有効開始年月日がオール0のもの）はマスタ提供されているため、削除することはできません。

（1）管理コードを入力後、削除する有効期間を指定して「確定」(F12)を押下後、「削除」(F3)を行います。
（2）残った基本情報の有効終了年月日はオール9と入力して、以後無期限として登録します。

＜期間変更のできないシステム管理マスタについて＞
有効期間の変更ができないシステム管理マスタは、「1009　患者番号構成情報」「1031　出力先プリンタ割り当て情報」となります。これらの期間を変更しようとした場合には、次のエラーメッセージを表示します。

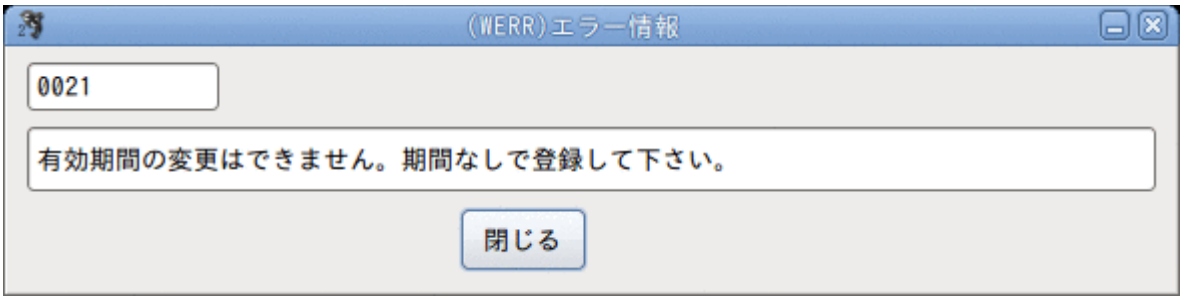


図 1216

（1）管理コードのコンボボックスより「1002　医療機関情報－所在地、連絡先」を選択します。

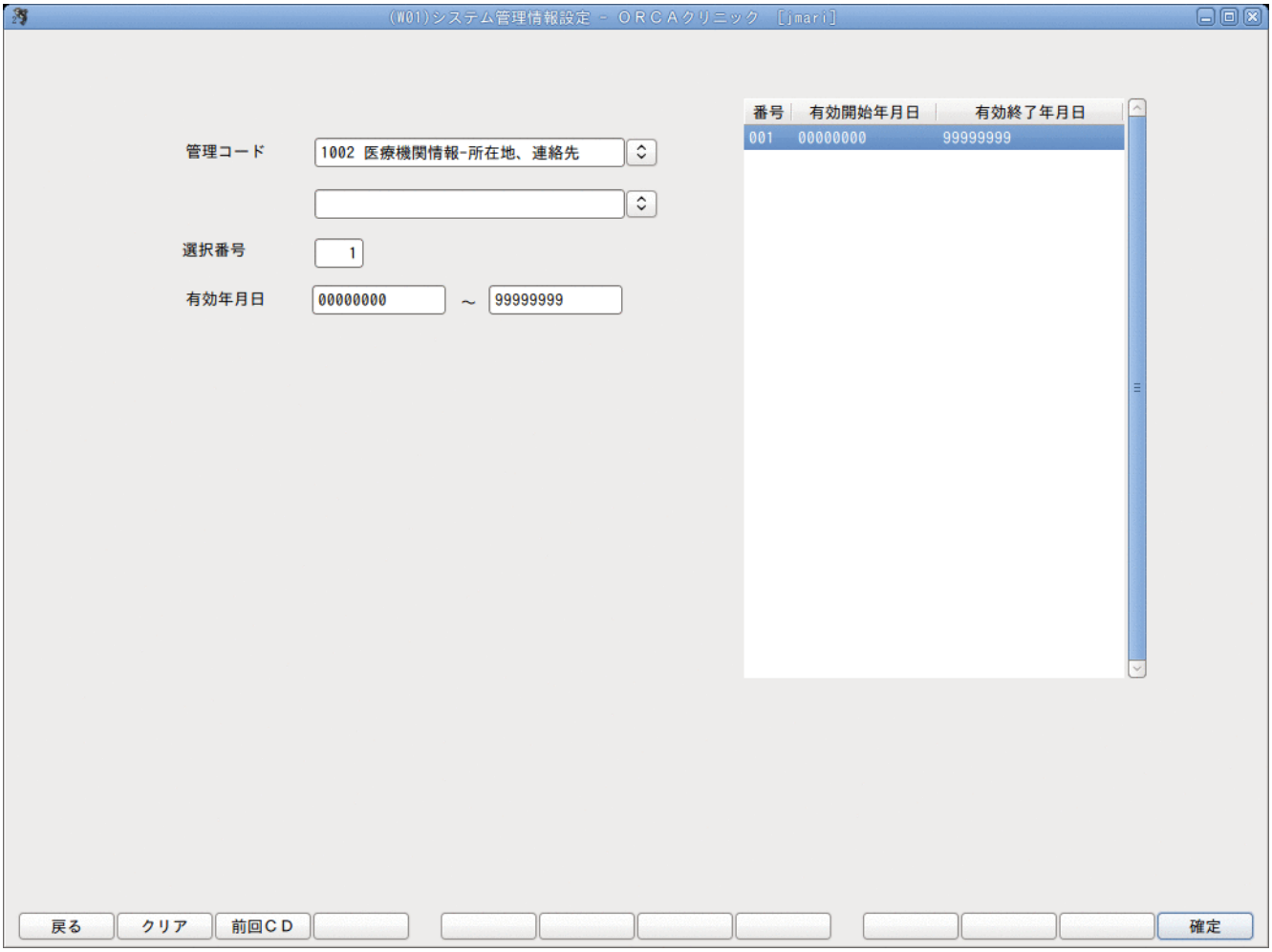


図 1217

Copyright(C)2007JMARI

（2）医療機関登録シートより必要な項目を入力します。

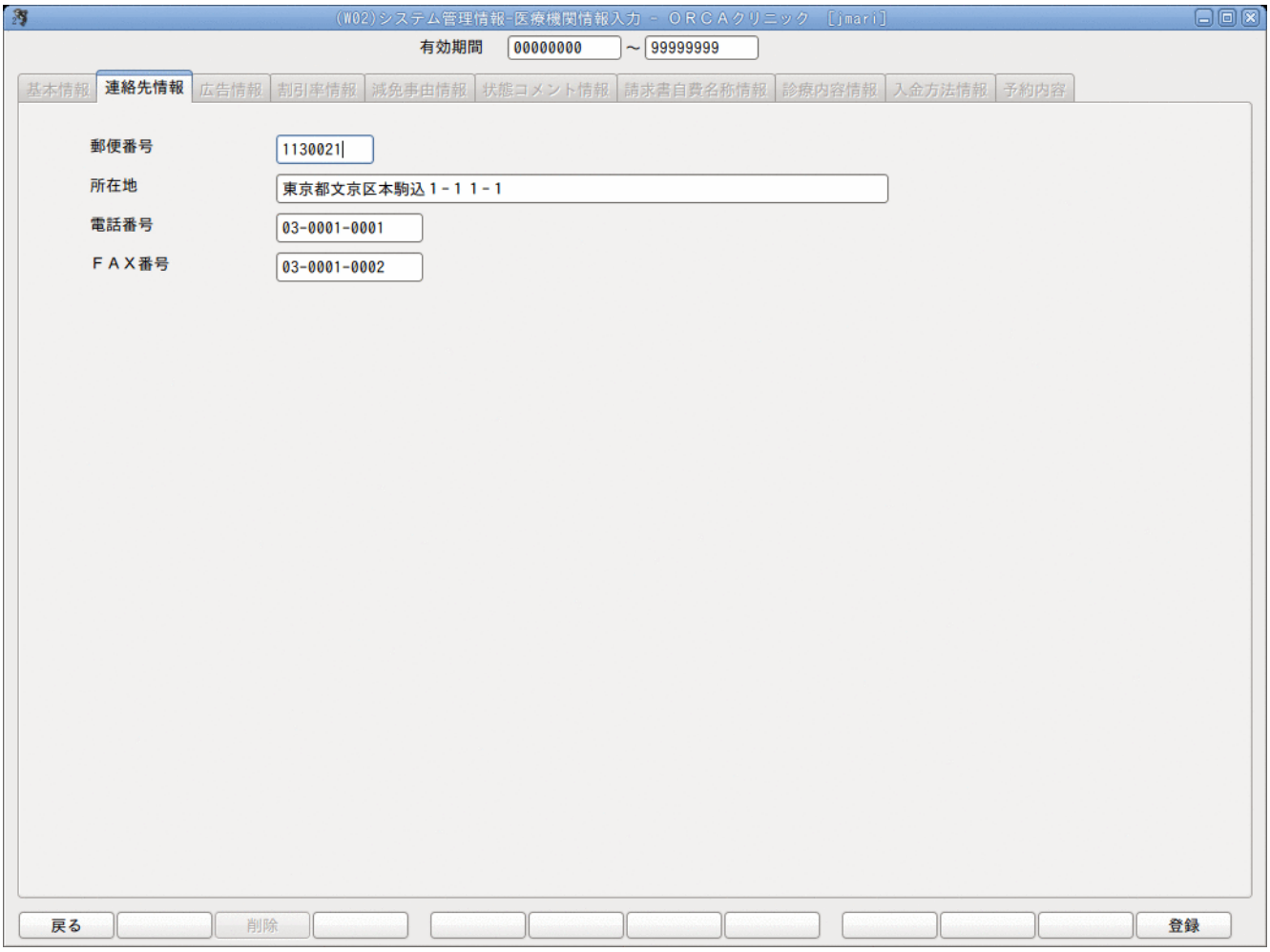


図 1218

項目の説明

郵便番号	医療機関の所在地の郵便番号を7桁の半角数字で入力します。
所在地	医療機関の所在地を全角で入力します。
電話番号	医療機関の電話番号を半角で入力します。
FAX番号	医療機関のFAX電話番号を半角で入力します。

（1）管理コードのコンボボックスより「1003　医療機関情報－広告」を選択します。

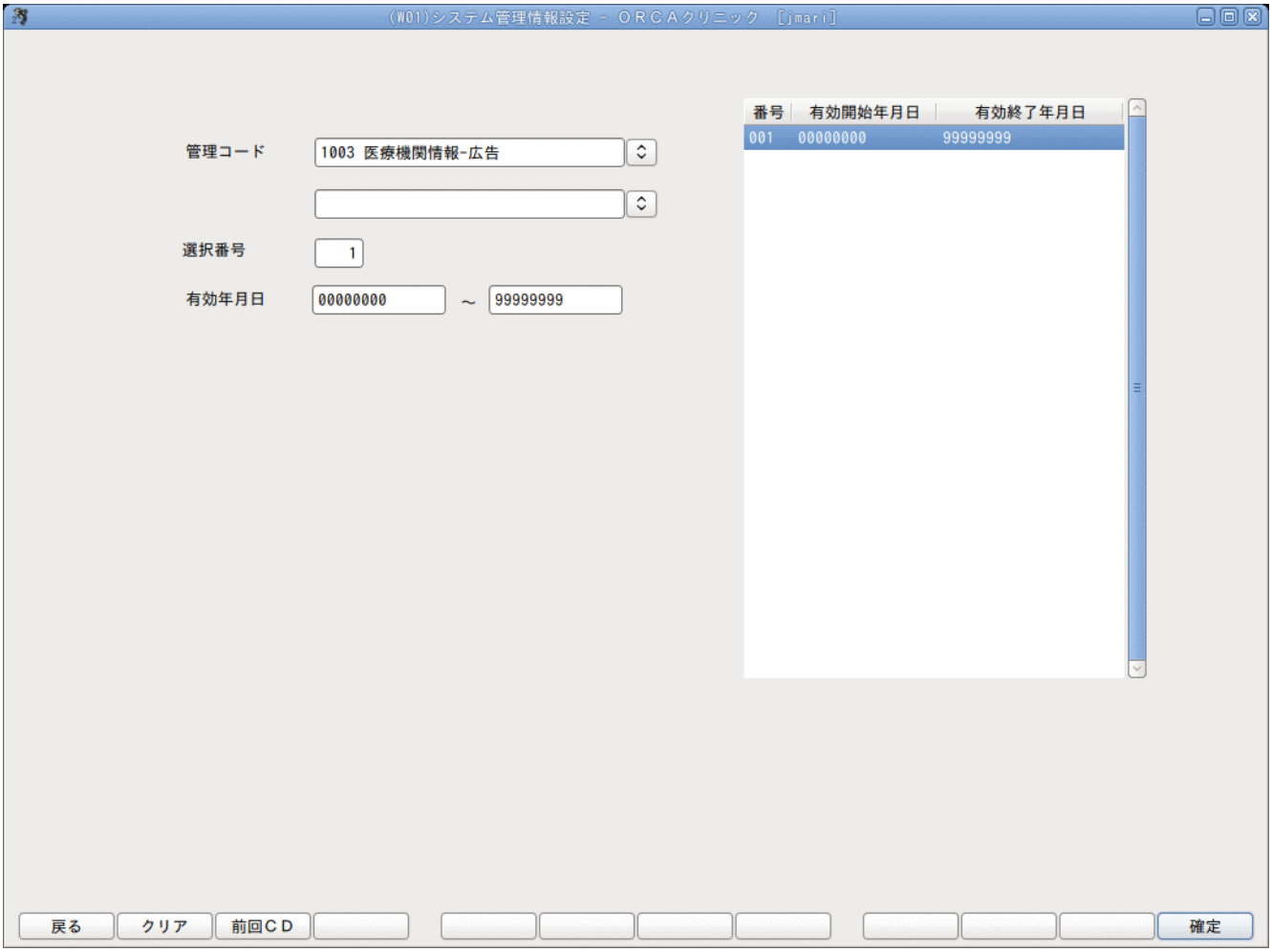


図 1219

Copyright(C)2007JMARI

（2）医療機関登録シートより必要な項目を入力します。

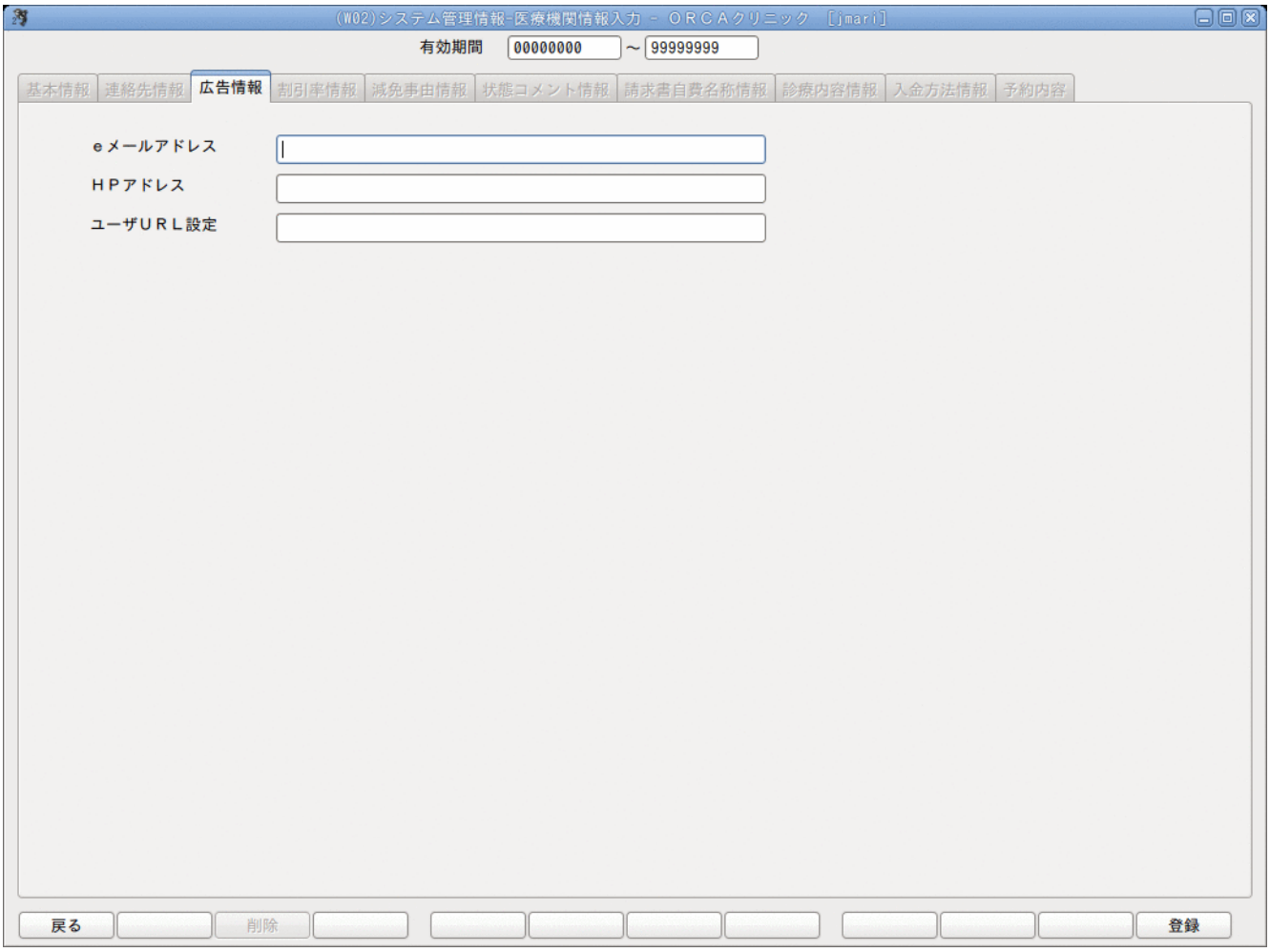


図 1220

項目の説明

Eメールアドレス	代表の電子メールアドレスがある場合は入力します。
HPアドレス	医療機関のホームページがある場合はURLを入力します。
ユーザURL設定	トップメニューにユーザが作成したURLのページを表示することができます。ローカルに置いたファイルの表示はできません glclient2では、ほぼ制限なく表示出来ますが、monsiajでは簡単なHTML(HTML 3.2相当)しか表示出来ません。

【ユーザURL設定表示例】

図 1221

（1）管理コードのコンボボックスより「1005　診療科目情報」を選択します。

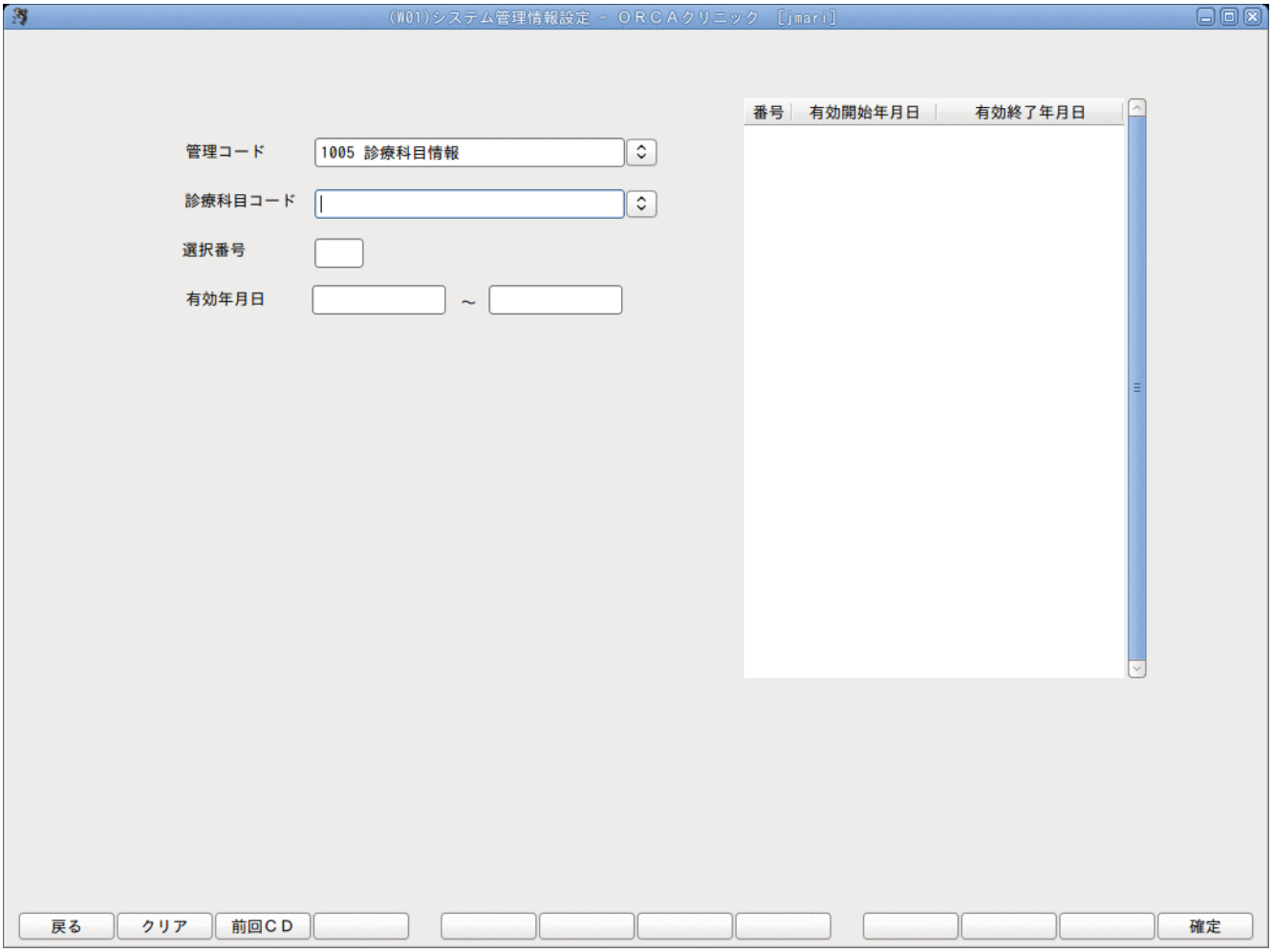


図 1222

Copyright(C)2007JMARI

（2）診療科目コードに2桁の任意の数字（1から9の場合は前0をつけて2桁とする）からなるコードを入力します。（「00」と「99」はシステムで使用するので使用不可）

有効年月日にその診療科目の有効期限を入力しますが、通常は制限なしということで「00000000」から、「99999999」を設定します。有効年月日欄へカーソルを合わせて空白の状態で「Enter」を押下すると「00000000」及び「99999999」を表示します。入力ができましたら「確定」(F12)を押下して次に進みます。

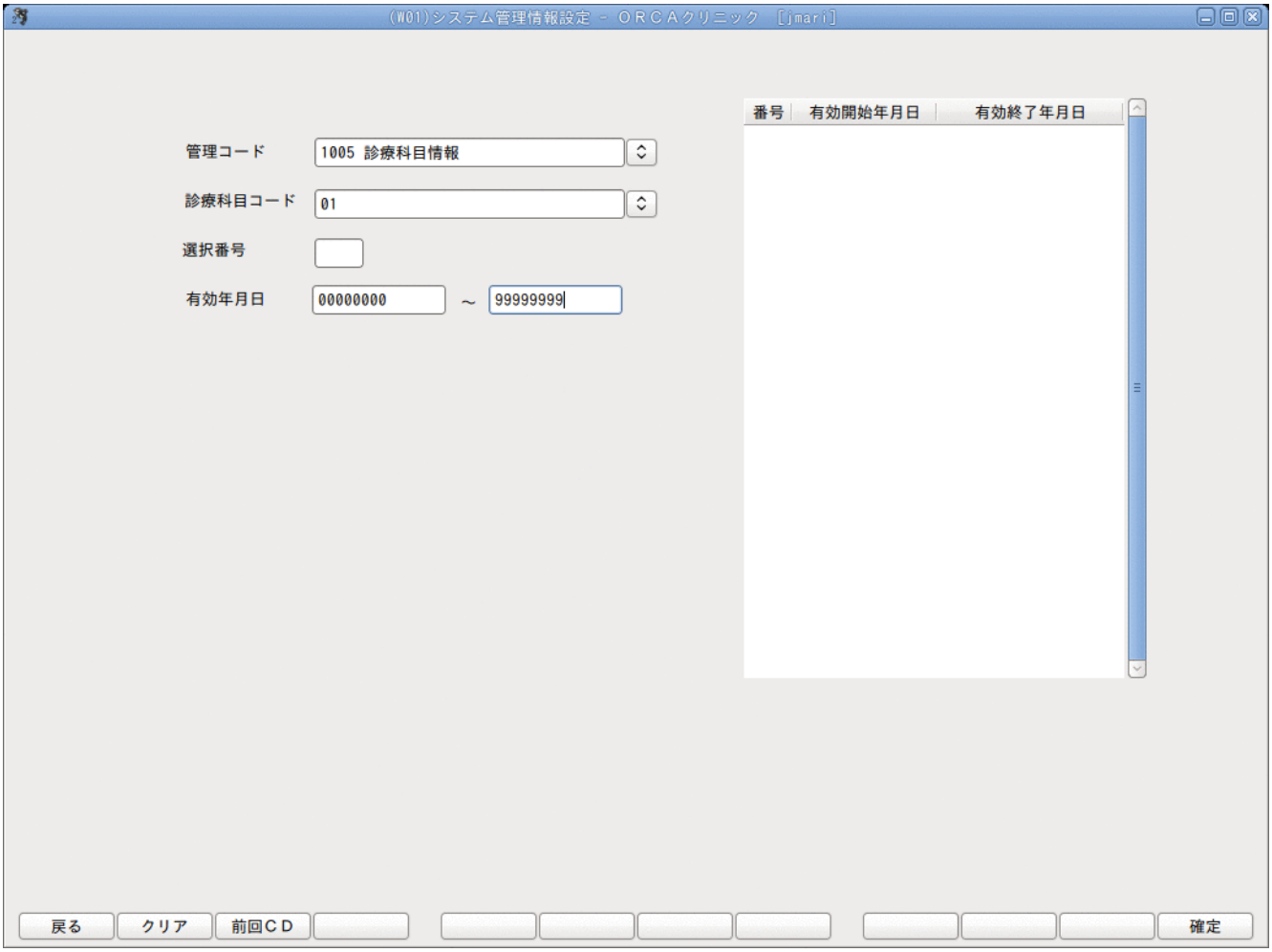


図 1223

（3）診療科目の必要な項目を入力します。

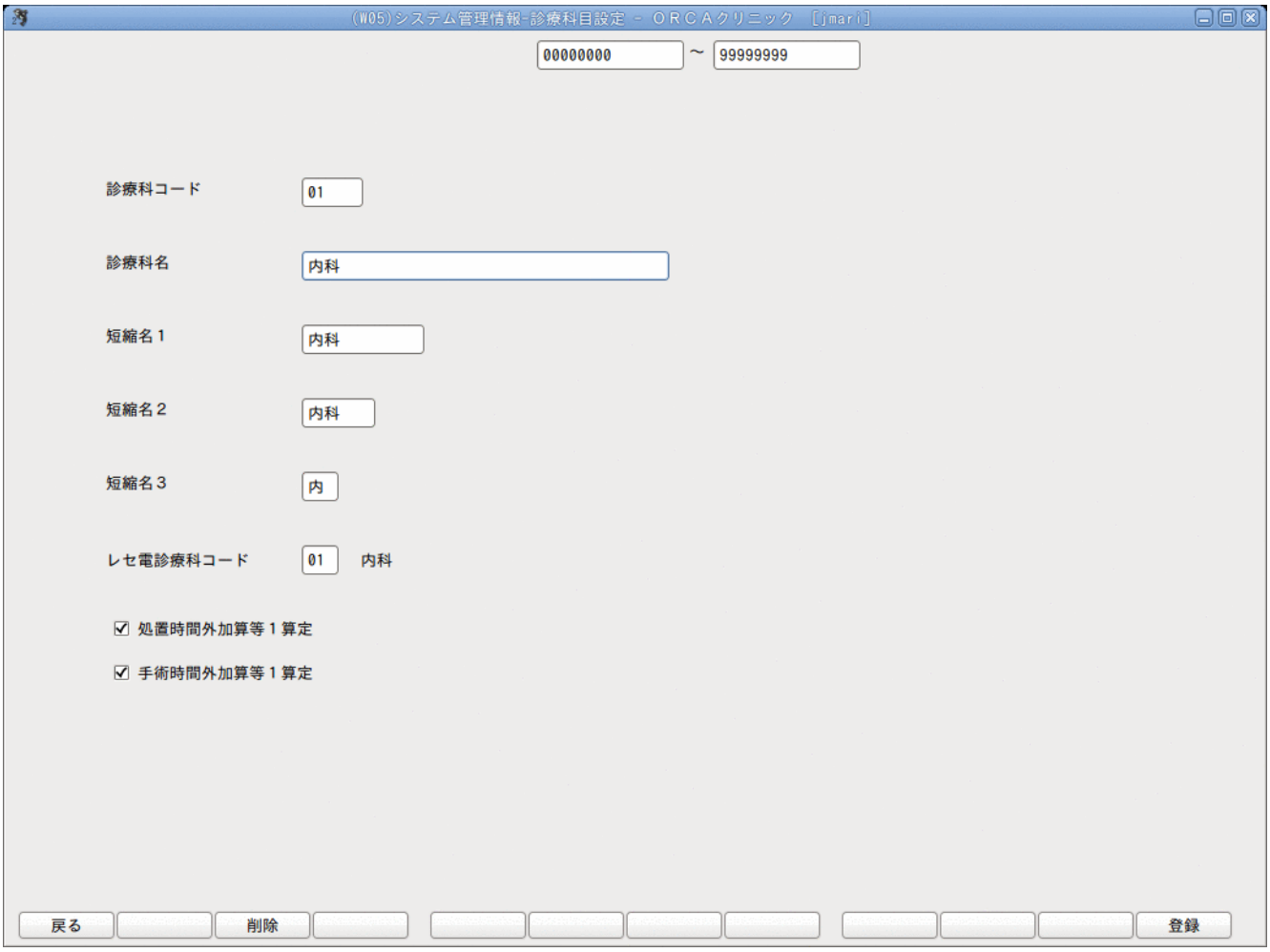


図 1224

＜項目の説明＞

診療科名	診療科名を全角20文字までで入力します。
短縮名1（全角5文字まで）	診療科名を短縮した名称を全角で入力します。
短縮名2（全角3文字まで）	診療科名を短縮した名称を全角で入力します。
短縮名3（全角1文字）	診療科名を短縮した名称を全角で入力します。

＜レセ電診療科コード＞

レセ電 診療科コード	診療科名
01	内科
02	精神科
03	神経科
04	神経内科
05	呼吸器科
06	消化器科
07	胃腸科
08	循環器科
09	小児科
10	外科
11	整形外科
12	形成外科
13	美容外科
14	脳神経外科
15	呼吸器外科

16	心臓血管外科
17	小児外科
18	皮膚ひ尿器科
19	皮膚科
20	ひ尿器科
21	性病科
22	こう門科
23	産婦人科
24	産科
25	婦人科
26	眼科
27	耳鼻いんこう科
28	気管食道科
29	（未使用 ）
30	放射線科
31	麻酔科
32	（未使用 ）
33	心療内科
34	アレルギー科
35	リウマチ科
36	リハビリテーション科
37	病理診断科
38	臨床検査科
39	救急科

＜処置（手術）時間外加算等1算定＞

処置・手術の時間外加算1・休日加算1・深夜加算1を自動算定する場合に設定します。
自動算定したい診療科全てに設定します。

（1）管理コードのコンボボックスより「1006　施設基準情報」を選択します。

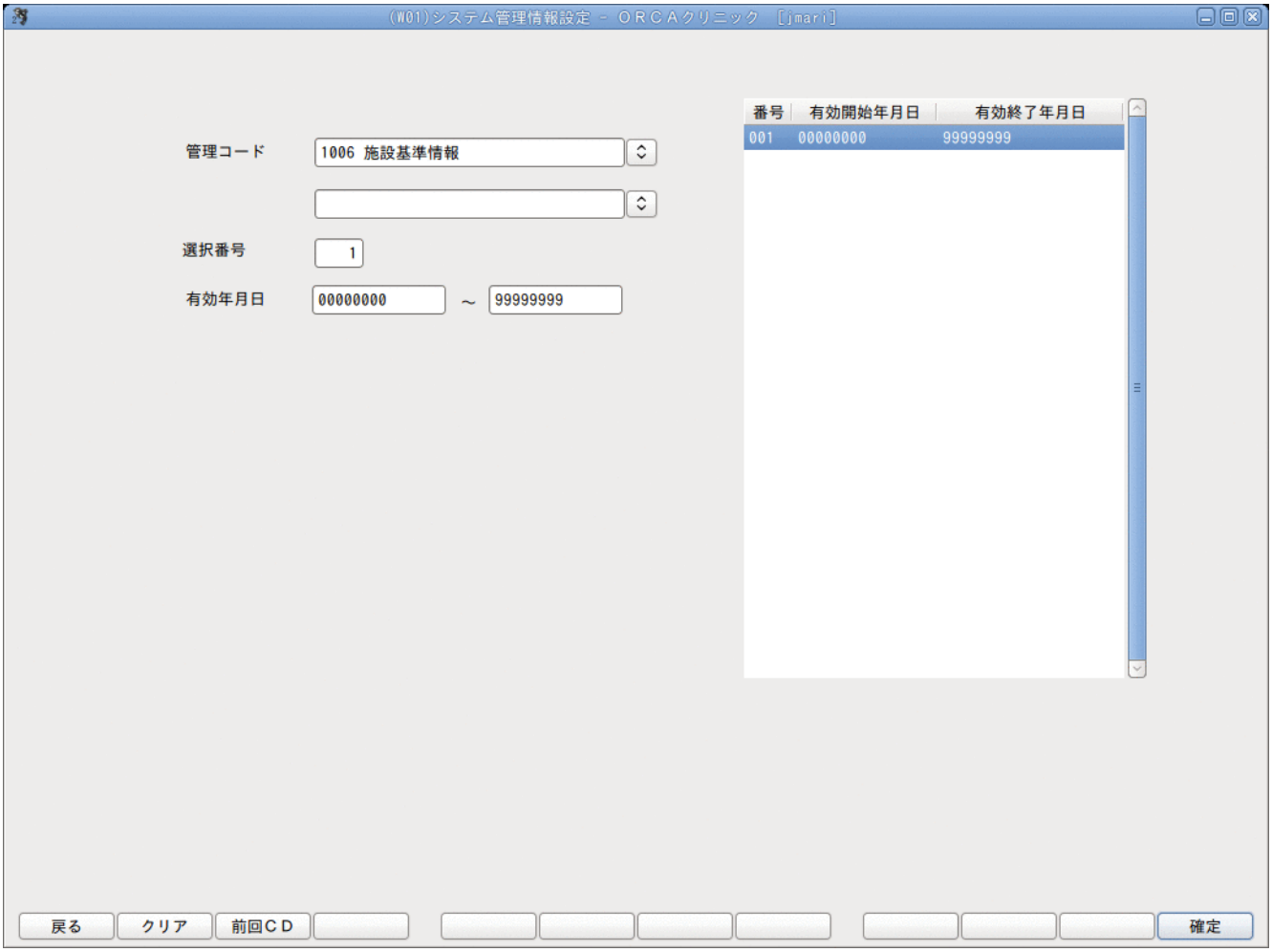


図 1225

（2）医療機関で各機関に届け出た施設基準の内容に該当する項目を設定します。

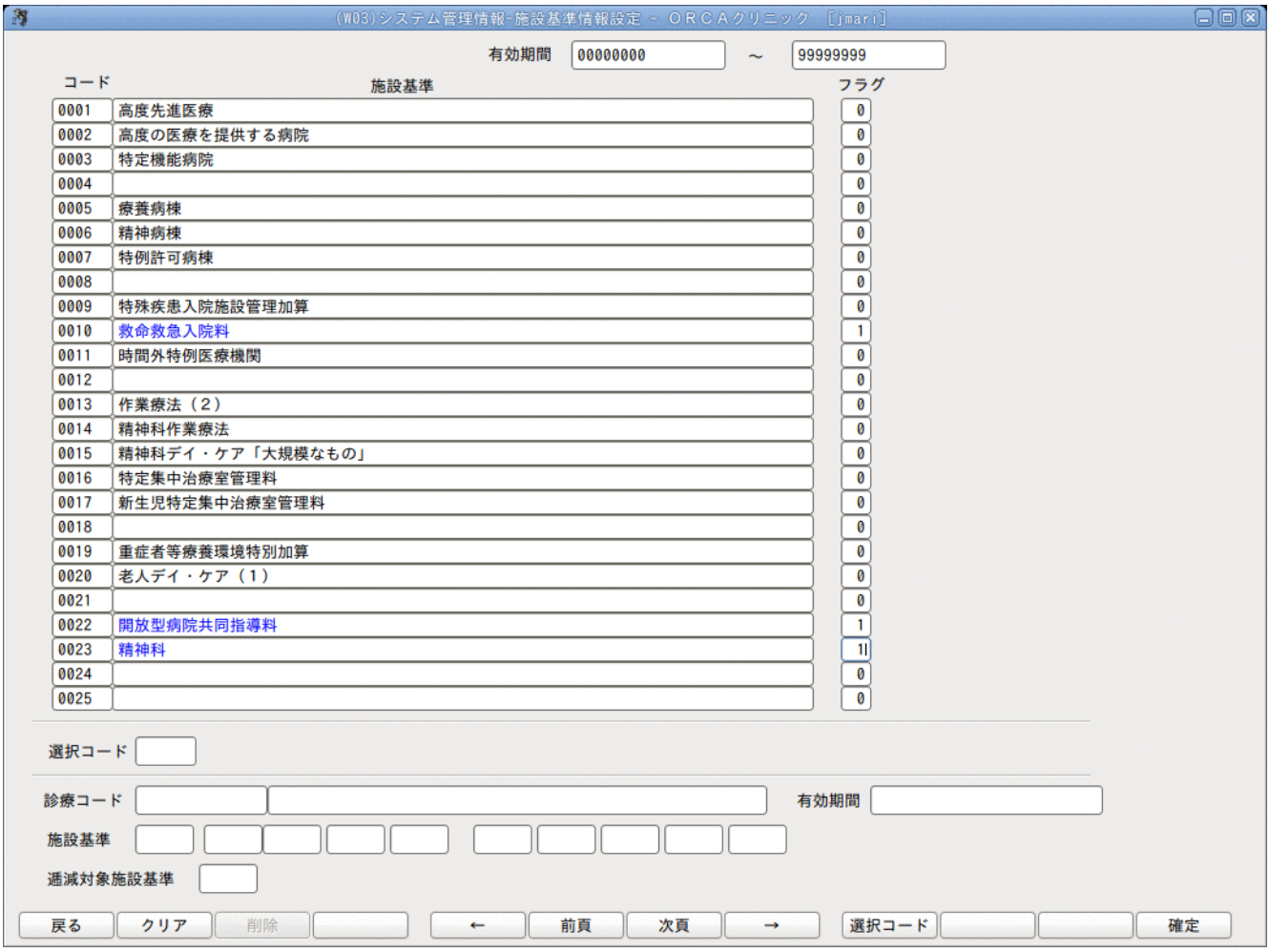


図 1226

項目の説明

＜フラグ＞

施設基準に該当するか否かを入力します。

0	該当しない
1	該当する

＜診療行為から必要な施設基準を設定する＞

診療行為を入力し施設基準番号を検索して設定できます。

「診療コード」に診療行為名を入力し、「Enter」を押下します。

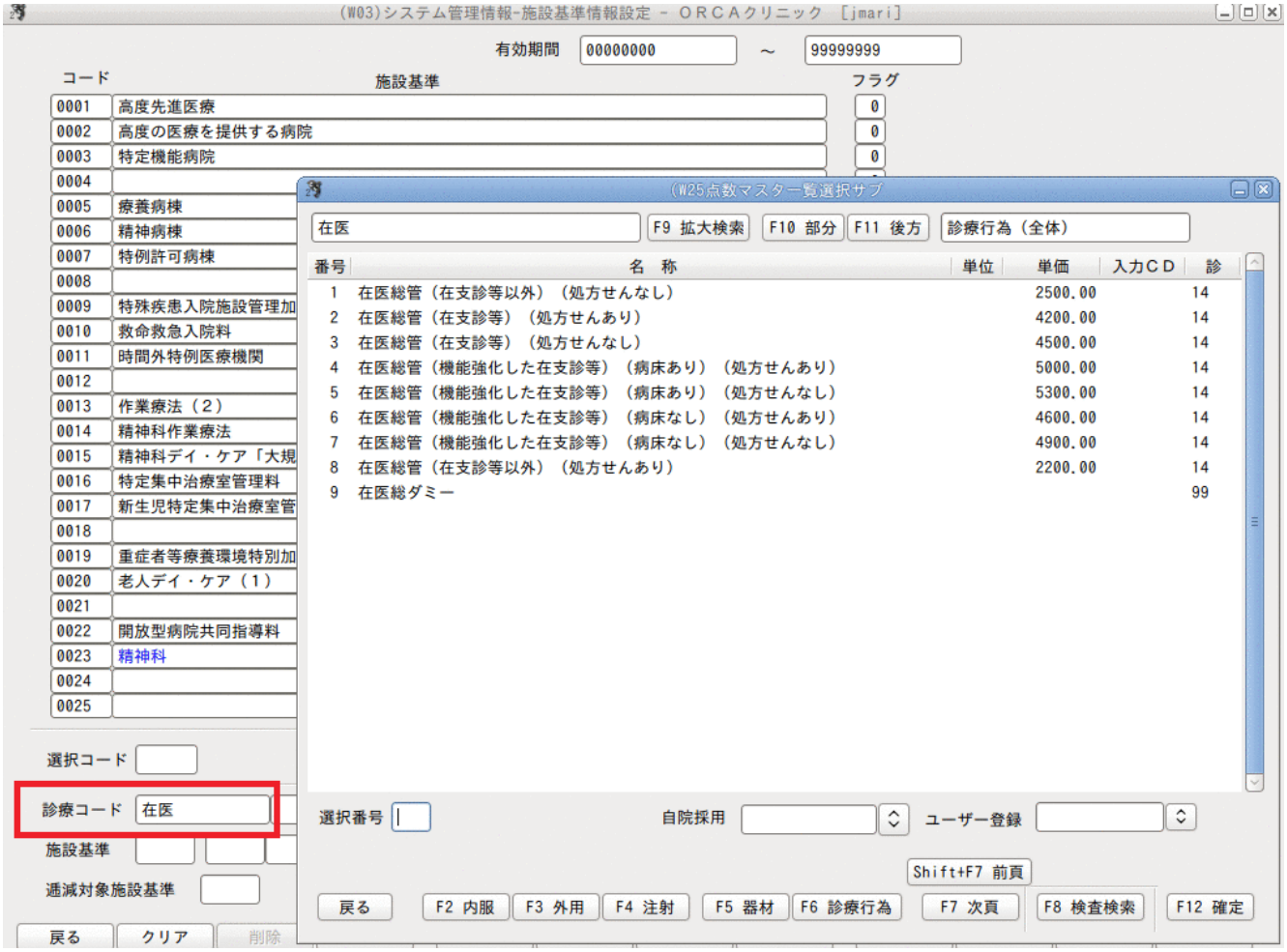


図 1227

目的の診療行為を選択します。
一つめの施設基準にカーソルが移動します。「1」をセットします。

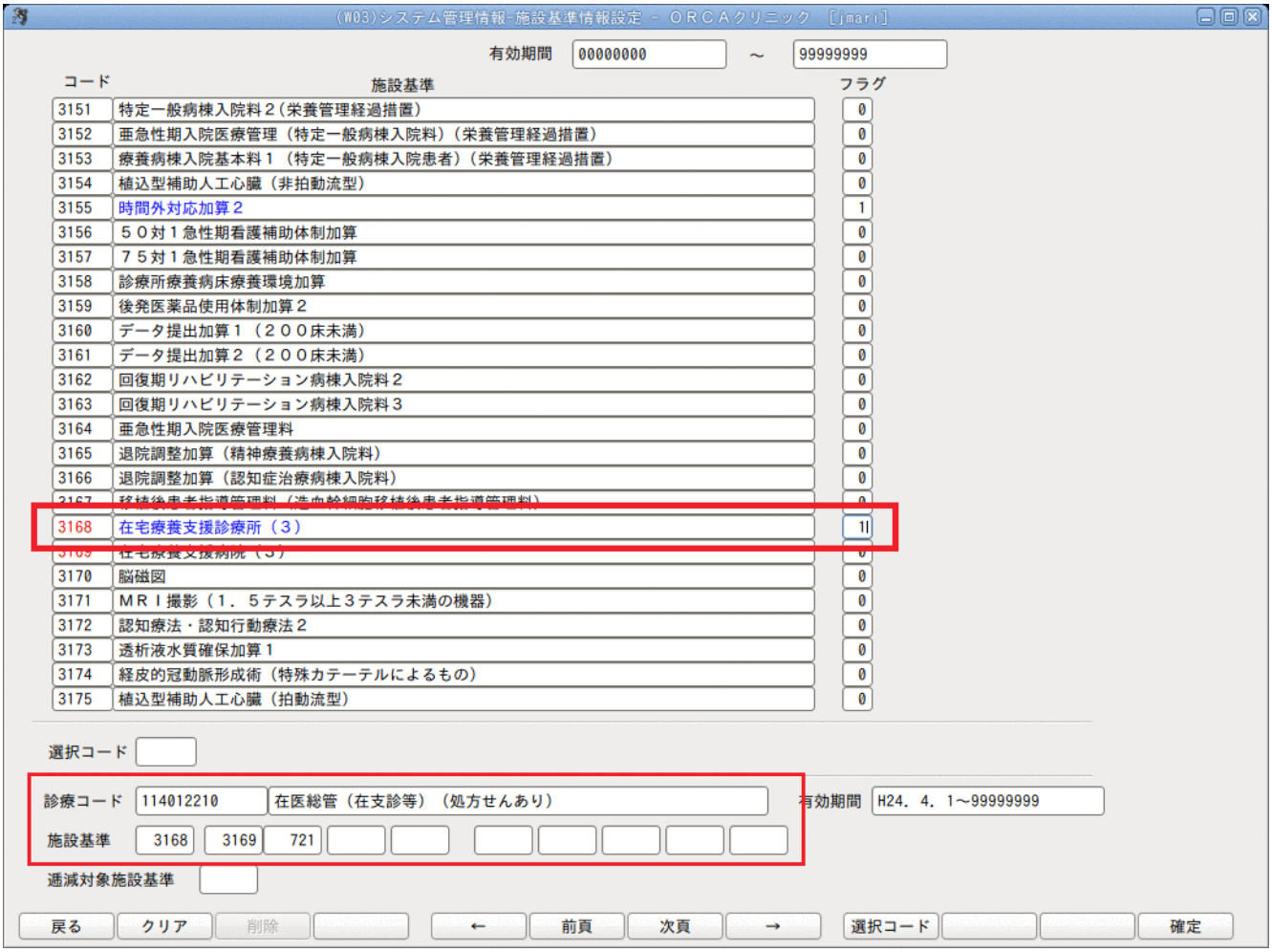


図 1228

次の施設基準番号に移動するには「→」(F7)を押下します。

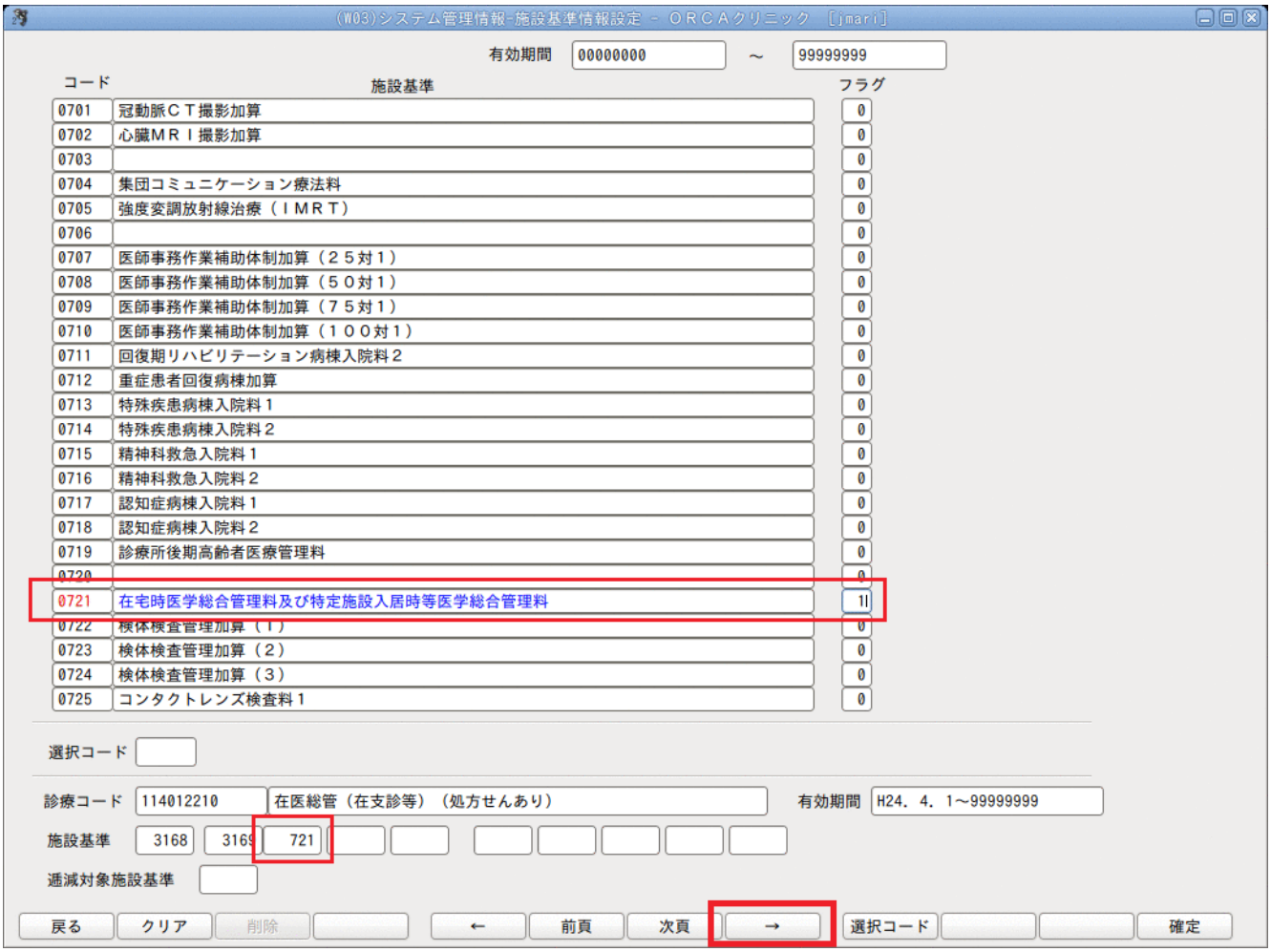


図 1229

次の施設基準番号がないとき再度「→」(F7)を押下すると、一つめの施設基準番号にカーソルが移動します。
「←」(F5)にて施設基準番号を逆回りします。

＜運用途中での施設基準の変更について（有効期間別の設定方法）＞

有効年月日は通常､無期限（｢00000000｣～｢99999999｣）としますが、運用途中で施設基準の変更があった場合には、有効年月日が重複しないように期限を区切って新たな期間で設定を行います。

＜例＞平成25年9月1日より、「小児科外来診療料」を算定する施設基準に変更する場合

元となる施設基準（オール0が有効開始年月日に入力されているもの）の有効終了年月日を、施設基準の変更を行う前日（例であれば平成25年8月31日）で切ります。

注）有効期間の設定を行うときは、上記例のように有効期間に切れが無いようにします。空白の期間が存在する場合には、その間の全施設基準が対象外となるため全ての施設基準項目の算定が不可となります。

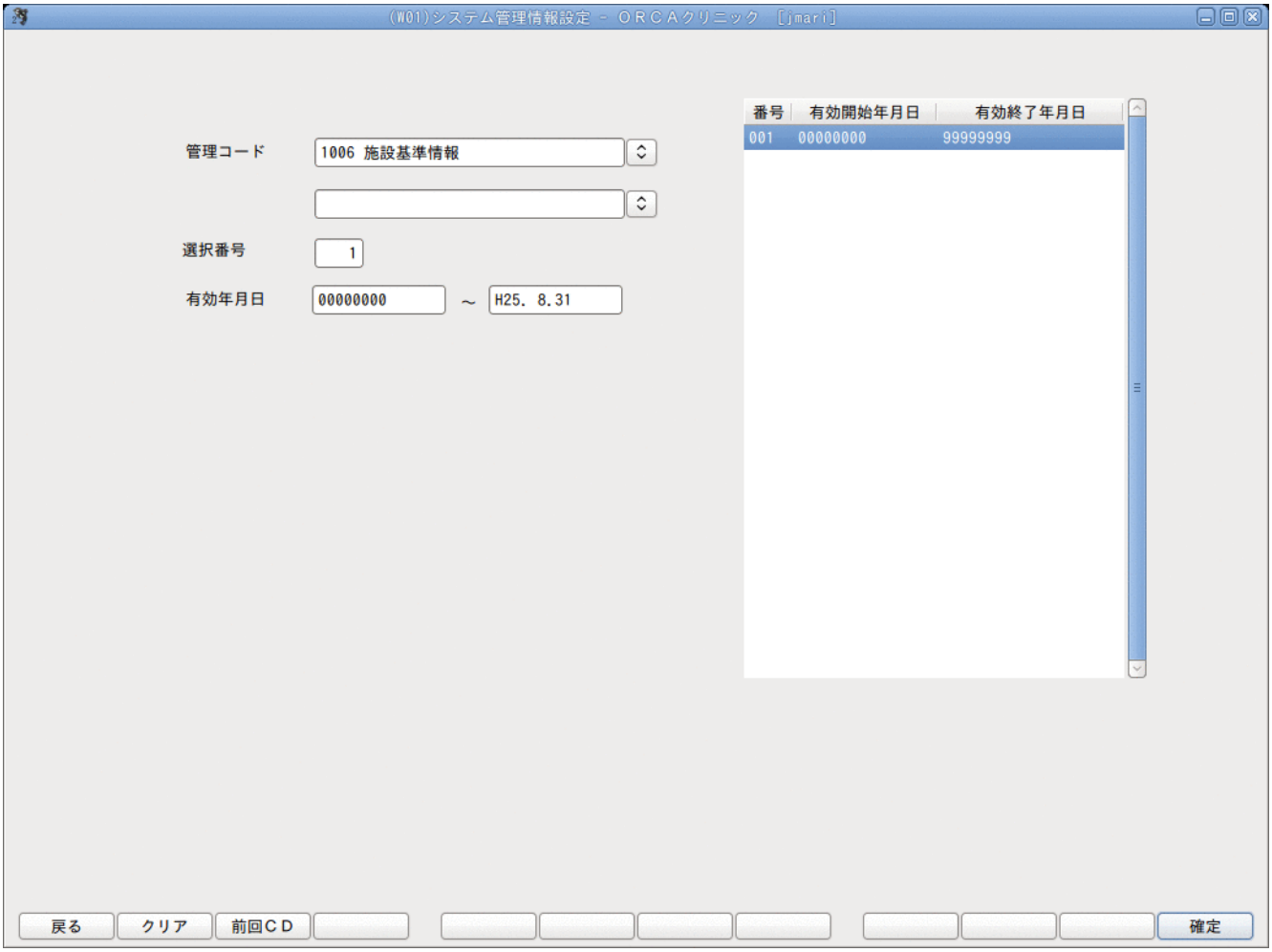


図 1230

 Copyright(C)2007JMARI

「確定」(F12)を押下すると設定画面へ遷移します。
有効期間を確認後、「確定」(F12)で登録を行います。

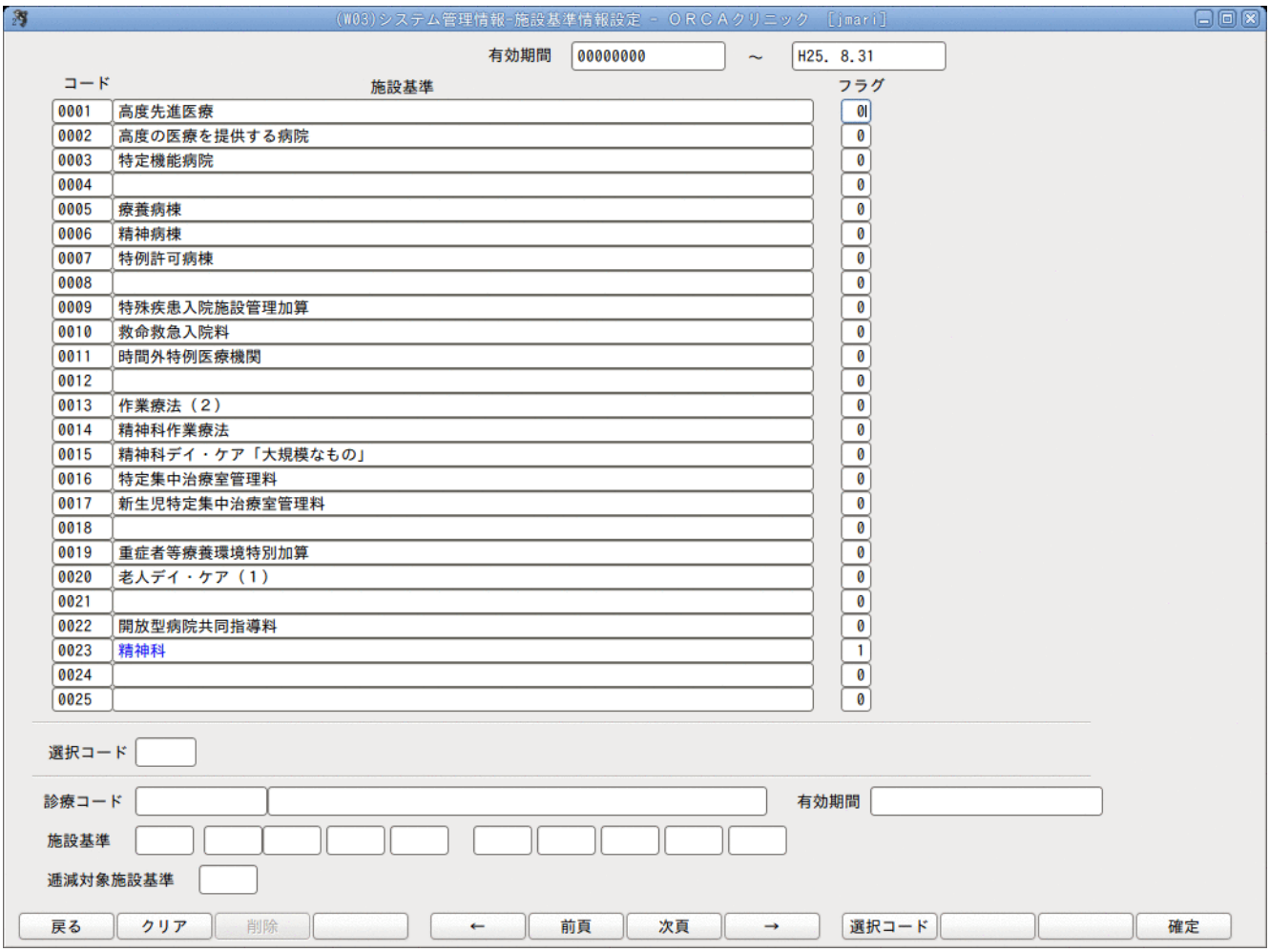


図 1231

新たに施設基準の設定を行う有効期間を設定します。有効開始日には変更となる日を入力し、終了日は特に期間を設けない場合オール9を入力します。

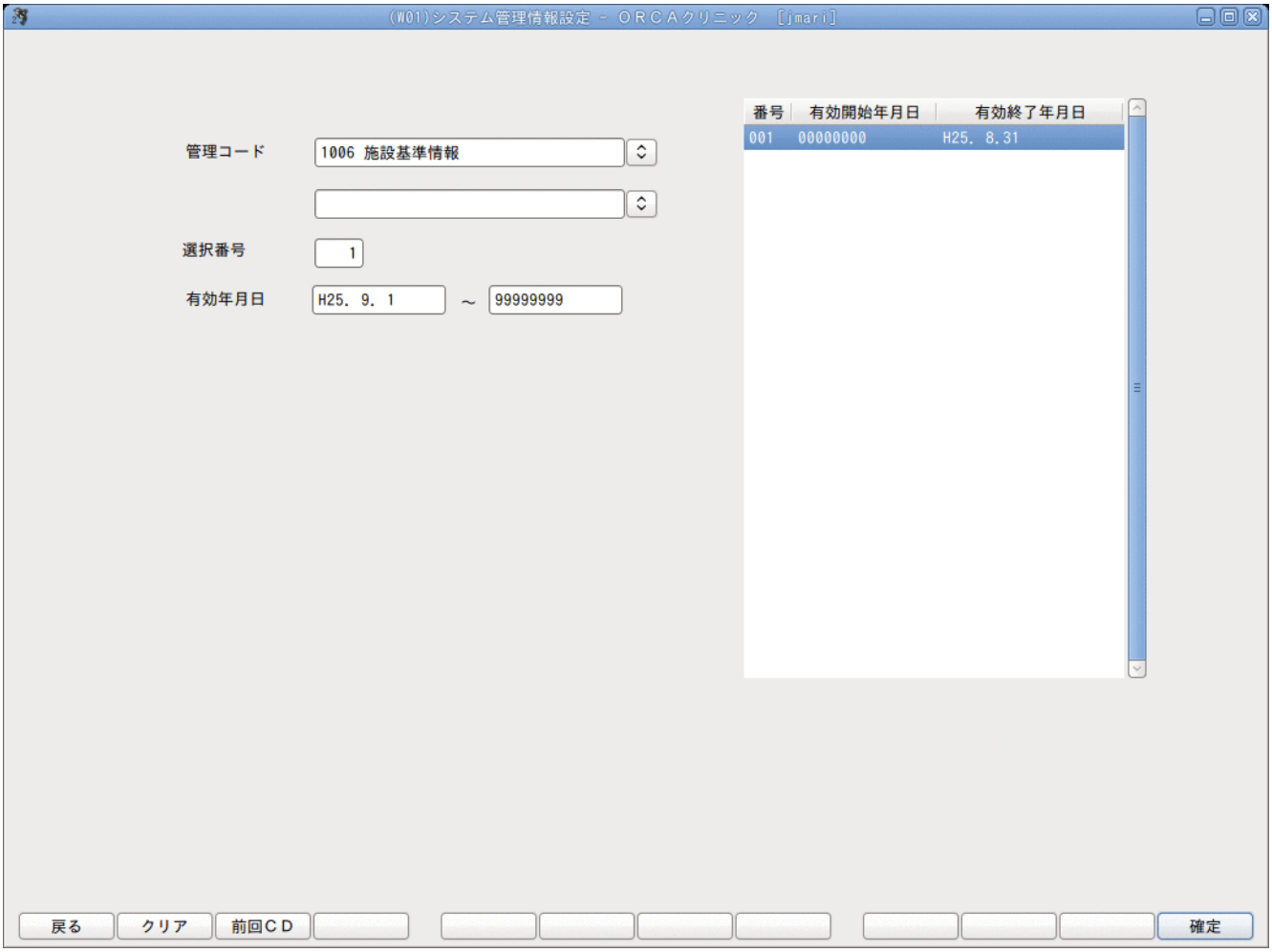


図 1232

設定画面へ遷移後は、該当する施設基準のフラグを変更し、「確定」(F12)を押下します。

＜複数の有効期間の設定がある場合の施設基準の削除方法＞

削除する有効期間の施設基準を指定して「確定」(F12)押下後、「削除」(F3)を行います。

注）元の施設基準（有効開始年月日がオール0のもの）はマスタ提供しているため、削除することはできません。
残った施設基準の有効終了年月日はオール9と入力して、以後無期限として登録します。

（1）管理コードのコンボボックスより「1007　自動算定・チェック機能制御情報」を選択します。

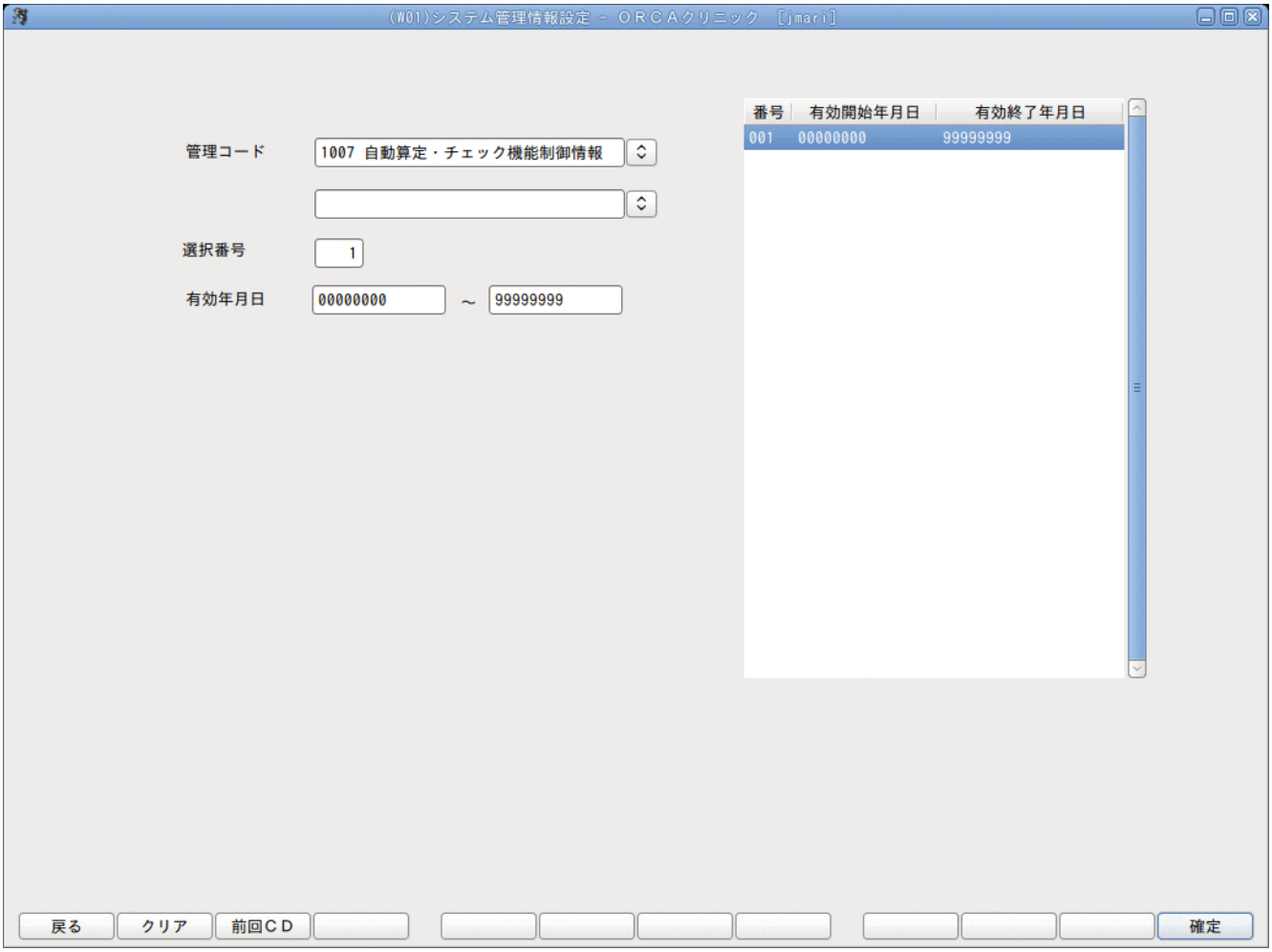


図 1233

Copyright(C)2007JMARI

（2）医療機関で自動算定を行う項目、チェック制御などの項目について、設定を行います。

【設定例】

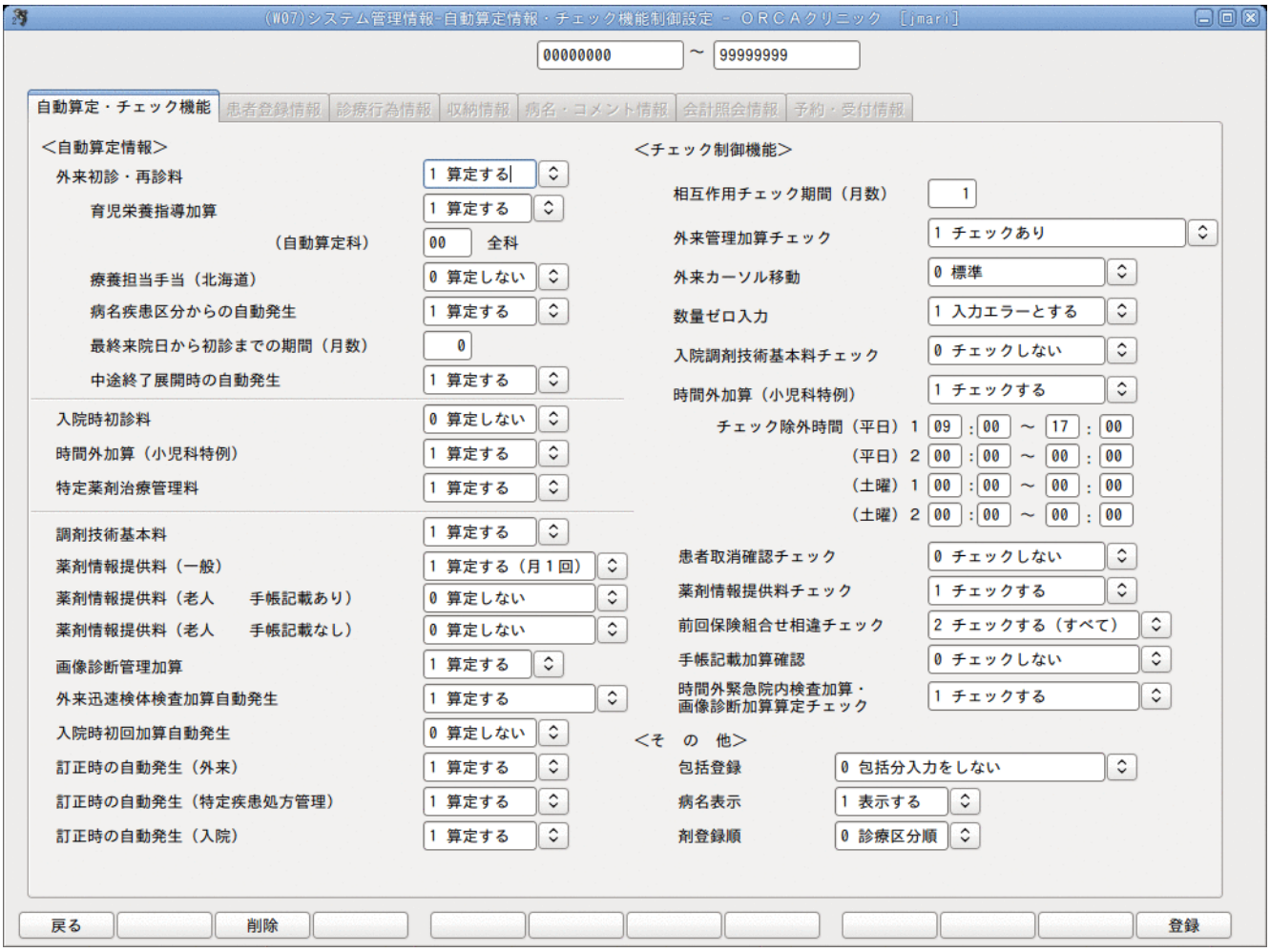


図 1234

＜自動算定情報（画面左側）＞

設定により算定方法が変わります。各医療機関で設定を行ってください。

■自動算定情報

＜外来初診・再診料＞

自動算定の設定を行います。

0　算定しない	自動算定を行いません。 初再診料と同時に自動算定を行う、 ・育児栄養指導加算 ・特定疾患指導管理料 ・時間外区分 も自動算定を行いません。 ※外来管理加算は「0　チェックなし」「1　チェックあり」の場合は自動算定を行います。
1　算定する	初再診料を自動算定します。

＜育児栄養指導加算＞

自動算定の設定を行います。

0　算定しない	自動算定を行いません。
1　算定する	自動算定を行います。 自動算定を行う診療科を設定してください。

＜療養担当手当（北海道）＞

自動算定を設定を行います。

0　算定しない	自動算定を行いません。
1　算定する	自動算定を行います。

＜病名疾患区分からの自動発生＞

病名登録画面の疾患区分による自動算定を設定します。

0　算定しない	自動算定しない
1　算定する	自動算定する

＜最終来院日から初診までの期間（月数）＞

患者の最終来院日から当日までの期間が設定した月数以上だった場合に、病名が継続中であっても初診料を自動発生します。月数が「0」（初期表示）の場合は、期間による自動発生は行いません。

なお、最終来院日とは診療行為を入力した最後の診療日、または退院日とし、その日を最終来院日として判断します。ただし、「9999　包括まとめ」により入力した日は対象とはなりません。

＜中途終了展開時の自動発生＞

中途表示時に医学管理等を再度自動算定します。

0　算定しない	中途終了データの内容を展開
1　算定する	中途表示時に医学管理等を展開時の病名等から再度自動発生する。

※CLAIMからのデータの場合、（中途終了データの電子カルテフラグが0のもの）は設定に関わらず自動発生します。

＜入院時初診料＞

自動算定の設定を行います。

0　算定しない	自動算定しない
1　算定する	自動算定する

＜時間外加算（小児科特例）＞

小児科を標榜する保険医療機関を識別するために、「9：時間外加算（小児科特例）」項目の設定を行います。初期値は「0　算定しない」を表示しています。小児科を標榜する保険医療機関は、「1　算定する」を設定します。

これにより、夜間・休日・深夜において6歳未満の乳幼児に対して初診あるいは再診を行った場合に夜間等の該当する加算の自動算定を行います。

＜特定薬剤治療管理料＞

特定薬剤治療管理料算定時にコメントコードを自動発生します。

0　算定しない	特定薬剤治療管理料のみを算定します
1　算定する	初回算定コメントコード、血中濃度測定薬剤コメントコードを自動発生します

＜調剤技術基本料＞

自動算定の設定を行います。

0　算定しない	自動算定しない
1　算定する	自動算定する

＜薬剤情報提供料（一般）＞

一般の患者（高齢者でない）の薬剤情報提供料の自動算定の設定を行います。

0　算定しない	自動算定しません
1　算定する（月1回）	月の1回目の投薬時のみ自動算定します
2　算定する（毎回）	投薬時に毎回自動算定します

＜薬剤情報提供料（老人　手帳記載あり）＞

高齢者の患者の薬剤情報提供料の自動算定の設定を行います。
また高齢者の場合は手帳記載加算の算定の問い合わせを行います。

0　算定しない	自動算定しません
1　算定する（月1回）	月の1回目の投薬時のみ自動算定します
2　算定する（毎回）	投薬時に毎回自動算定します

ヒント！
　　薬剤情報提供料（老人　手帳記載あり）：算定する
　　手帳記載加算確認：チェックしない
と設定されている場合は高齢者のみ手帳加算の問い合わせを行ないます。

年齢にかかわらず手帳記載加算の問い合わせを行うには、手帳記載加算確認の設定を「1　チェックする」にします。

＜薬剤情報提供料（老人　手帳記載なし）＞

高齢者の患者の薬剤情報提供料の自動算定の設定を行います。
手帳記載加算の算定の問い合わせは行いません。

0　算定しない	自動算定しません
1　算定する（月1回）	月の1回目の投薬時のみ自動算定します
2　算定する（毎回）	投薬時に毎回自動算定します

＜画像診断管理加算＞

自動算定の設定を行います。

0　算定しない	自動算定しない
1　算定する	自動算定する

＜外来迅速検体検査加算自動発生＞

自動算定の設定を行います。

0　算定しない	自動発生しない
1　算定する	自動発生する
2　算定する（設定）	設定された検査項目に対してのみ自動発生する 「101　システム管理マスタ」－「1016　外来迅速検体検査設定情報」にて自院の自動算定する検査項目を設定し、その検査に対して自動算定を行います。

＜入院時初回加算自動算定＞

血液化学検査を入院後初回の検査で10項目以上の場合に自動算定します。

0　算定しない	自動算定しない
1　算定する	自動算定する

※入院後の検査の入力状況から初回加算の算定条件に合うか自動判断します。

＜訂正時の自動発生（外来）＞

＜訂正時の自動発生（特定疾患処方管理）＞

＜訂正時の自動発生（入院）＞

対象の自動発生項目について、訂正時の算定方法を設定します。

対象診療行為	
訂正時の自動発生（外来） 訂正時の自動発生（入院）	薬剤情報提供（外来）、調基、採血料（外来）、検査判断料、画像診断管理加算
訂正時の自動発生（特定疾患処方理）	特定疾患処方管理加算、長期投薬加算

		訂正時（診療行為画面）	診療行為確認画面
訂正時の自動発生（外来） 訂正時の自動発生（入院）	0　算定しない	自動発生分診療行為も全て展開する	自動発生しない
	1　算定する	自動発生分診療行為は展開しない	自動発生する
訂正時の自動発生（特定疾患処方管理）	0　算定しない	自動発生分診療行為も全て展開する	自動発生しない
	1　算定する	自動発生分診療行為は展開しない	自動発生する

訂正時の自動発生（外来）　初期設定「1　算定する」

訂正時の自動発生（特定疾患処方管理）　初期設定「0　算定しない」

＜チェック制御機能（画面右側）＞

相互作用チェック期間（月数）

診療行為入力画面に入力した薬剤と過去に使用した薬剤との併用禁忌のチェック、チェックマスタの「4　薬剤と併用禁忌」のチェックを行います。

月数「0」はチェックを行いません。最大月数は99ヶ月までチェックが可能です。

＜外来管理加算チェック＞

診療行為入力業務での外来管理加算算定の挙動を、コンボボックスより設定します。

初期設定「1：チェックあり」

0：チェックなし	外来管理加算が算定できない診療行為（＝以下､｢該当する診療行為｣と表記）が入力された時点で､外来管理加算を自動削除します｡｢該当する診療行為｣を削除した時点で､外来管理加算を自動発生します。
1：チェックあり	｢該当する診療行為｣を入力した場合の｢登録｣押下時に､｢外来管理加算は算定できません。削除します｡｣と､確認メッセージを表示しますので｢OK｣を押下して削除を行います｡｢該当する診療行為」 を削除した時点で、外来管理加算を自動発生します。
2：削除後の自動発生なし	診療行為入力画面で患者を呼び出した時点に限り､他の外来管理加算チェックと同様に外来管理加算を自動発生します｡ただし､一度削除をした外来管理加算は､その会計が終了するまで自動発生をすることはありません｡再度算定する場合は手による入力を行ってください。
3：自動発生なし	外来管理加算の自動発生を行いません。 診療コードを手入力して算定します。
4：削除後の自動発生･確認なし	2と同じ機能ですが､外来管理加算が残っている場合に｢該当する診療行為｣がある場合には削除メッセージを表示せずに自動削除します。

（労災・自賠責保険の外来管理加算チェックの設定について）

労災・自賠責保険の場合に自動算定される外来管理加算を削除する場合の設定は、｢2：自動発生なし｣を選択します。これにより、健康保険の操作方法と同様に外来管理加算を「－」等で削除することができます。

ただし、削除しても外来管理加算の読み替え算定ができる場合は、再度自動発生します。

＜外来カーソル移動＞

外来の診療行為入力画面の場合に、患者番号入力後のカーソルの移動先を設定することができます。

初期設定「0：標準」

0：標準	入力コード欄の入力位置へカーソル移動を行います。
1：保険組合せ	保険組合せ欄へカーソル移動を行います｡ただし､中途終了データがある場合には入力コード欄の入力位置へカーソル移動します。
2：診療科	診療科欄へカーソル移動を行います｡ただし､受付あるいは受付一覧から選択して遷移した場合､または中途終了データがある場合には入力コード欄の入力位置へカーソル移動します。

＜数量ゼロ入力＞

診療セット（Pから始まるセットコード）をセット登録するとき、数量ゼロ入力をできるようにするか否かをコンボボックスより選択します｡初期表示は｢0　標準（行削除する）｣とし､数量に｢0｣が入力されたときは行削除します。

「1　入力エラーとする」を選択した場合には、数量ゼロでセット登録をすることができます。

なお､診療行為入力画面で数量ゼロが含まれるセットを展開したときには数量に｢0｣が入力されている行にカーソルが順次移動し､｢0｣の入力がある限り登録及び他の画面への遷移も行えません｡また､運用途中で｢1｣から｢0｣へ置き換えた場合、数量ゼロでセット登録されていたものは数量を「1」として展開します。

＜入院調剤技術基本料チェック＞

調剤技術基本料を当月既に外来で算定済みの場合に､入院の調剤技術基本料算定に対して警告を表示するか否かを選択できます。（入院で算定済みの場合に外来で算定できる場合であっても警告とはなりません）。

＜時間外加算（小児科特例）＞

小児科を標榜する保険医療機関が夜間・休日・深夜において6歳未満の乳幼児に対して初診あるいは再診を行った場合に夜間等の該当する加算を算定しますが、診療標榜時間内であっても当該加算が算定できる患者（6歳未満）と算定不可な患者（6歳以上）が混在するために算定漏れが発生する可能性があります。

「時間外加算」（小児科特例）を「1　チェックする」とし、「チェック除外時間」でチェックを行わない時間の設定を

することにより、設定時間を除く時間帯には診療行為入力画面の左上方部に赤字で「小児科時間外特例」と表示を行い、ユーザに算定を促します。詳細は、【2.6　診療区分別の入力方法】の【（1）診察料】を参照してください。

0　チェックしない	小児科時間外特例のガイダンス表示は行いません
1　チェックする	ガイダンスの表示を行います

＜チェック除外時間（小児科特例）＞

「時間外加算（小児科特例）」を「1　チェックする」としたとき、チェックを行わない（ガイダンスの表示を行わない）時間帯を平日と土曜日について2つまで設定することができます。

例えば診療標榜時間が平日、9時より12時・15時より19時の場合であれば、設定する時間は「09：30～12：00」と「15：30～18：00」　若しくは「09：30～18：00」など、各医療機関の診療標榜時間に沿って行います。

（上記設定例で開始時間が30分ずらしてあるのは時間に関する基準が診療開始時間ではなく、受付時間のためです）

例えば9時より前に受付をしており診療行為入力を行う時間は9時より後である場合、ガイダンス（「小児科時間外特例」）を発生しないため時間外等の加算の算定漏れが発生する可能性があります。よって、開始時間はユーザの運用に照らして設定を行ってください。

＜患者取消確認チェック＞

診療行為入力画面で患者取消を押下した場合、確認メッセージを表示します。

初期設定「0：チェックしない」

0　チェックしない	患者取消確認メッセージを表示しません
1　チェックする	患者取消確認メッセージを表示します

＜薬剤情報提供料チェック＞

薬剤情報提供料を月に複数回算定した場合のチェック（警告表示）の設定をします。

0　チェックしない	警告表示を行いません
1　チェックする	警告表示を行います

＜前回保険組合せ相違チェック＞

前回診療時の保険組合せと今回自動表示した保険組合せに相違がある場合に警告表示をします。

0　チェックしない	警告表示を行いません
1　チェックする	警告表示を行います。 ※自動設定した保険組合せが前回の保険組合せ終了日以前から有効であった場合のみメッセージを表示する。新しく保険を追加したときなどはメッセージの表示は行いません。
2　チェックする（全て）	警告表示を行います。 ※自動設定した保険組合せが前回の保険組合せと違う場合は必ず警告表示を行います。

警告は受付画面、診療行為入力画面で患者を呼び出したタイミングで行います。
警告表示された主な原因は、

- 公費の適用期間が終了した
- 公費または主保険が削除された
- 本人家族区分が変更され保険組合せが変わっている

等による保険組合せが変更された場合です。

注意！
警告を表示する条件は、「今回自動表示した保険組合せ番号が前回の保険組合せ番号の終了日以前に開始となっている場合に警告を表示する」

- 公費の適用期間が終了しても終了日以降に新しい公費が入力され、保険組合せで自動表示された場合は警告を表示しません。
- 前回の保険が労災・自賠責の場合はチェックを行いません（警告表示しません）。
- 診療行為入力画面では受付登録がある場合と中途終了データを展開したときはチェックを行いません。
- 警告表示は1回のみ表示します。
- 診療科の変更により保険組合せの変更があってもチェックは行いません。

＜手帳記載加算確認＞
薬剤情報提供料を算定したときに手帳記載加算の算定問い合わせを行ないます。
年齢にかかわりなく問い合わせを行ないます。

0　チェックしない	問い合わせを行ないません。
1　チェックする	問い合わせを行ないます。

＜時間外緊急院内検査加算・画像診断加算算定チェック＞
時間外の初診・再診を算定しているときに、検体検査（画像診断）の入力があり、時間外緊急院内検査加算（時間外緊急院内画像診断加算）の算定がない場合に警告メッセージを表示します。

0　チェックしない	警告表示しません。
1　チェックする	警告します。

＜その他＞

＜包括登録＞
外来の総合診療料、または入院基本料に包括される診療行為について、入力及び登録を行う場合には「1　包括分入力をする」を選択します。
これは、統計情報などに用いるために包括分診療データを登録できるようにした機能であり、保険診療分を入力する際に包括分の点数を自動的に省くものではありません。「1　包括分入力をする」としたとき、診療行為入力画面の保険組合せコンボボックスで「9999　包括分入力」を選択することにより包括分入力ができるようになります。
操作方法は、【2.5.2　入力の基本操作】の【(2)入力方法】の＜入力例4＞を参照してください。

＜病名表示＞
診療行為画面の病名簡易表示の設定ができます。

0　表示しない	病名を表示しません
1　表示する	病名を表示する

＜剤登録順＞
診療行為入力画面の訂正展開時、Do入力表示、処方せんの印刷順の設定ができます。

0　診療区分順	診療区分順に並べ替えを行います。
1　入力順	診療行為入力時に入力した順で表示、印刷を行います。 ※診療行為確認画面では一時並べ替え表示を行いますが、入力順で登録、印刷します。

注意！
患者番号構成管理情報は有効年月日の変更はできません。
必ず「00000000」～「99999999」としてください。変更しようとした場合はエラー表示を行います。

患者番号構成区分には以下の3つの区分があります。

患者番号構成区分	内容
1	自由構成
2	標準構成
3	拡張構成

患者番号構成区分に「1　自由構成」が設定されている場合、患者登録画面での患者番号の自動採番は行われません。この場合、指定された桁数の患者番号を入力したときの患者番号が登録済みであれば該当する患者情報を表示し、未登録であれば入力された患者番号で新患登録が行えます。
患者番号構成区分に「2　標準構成」または「3　拡張構成」が設定されている場合、新患登録を行う場合は患者番号入力領域に「＊」を入力すると自動採番した患者番号を表示します。
なお、操作マニュアル上に挙げている例題は全て「2　標準構成」で設定を行っています。

注意！
運用の途中で各構成内の「区分」や患者番号構成を変更する場合（自由構成から標準構成への変更など）は必ず患者番号のトータル桁数が同桁数となるように設定の変更を行ってください。トータル桁数を変更された場合は登録済み患者の呼び出しができなくなる場合があります。操作設定には十分にご注意ください。

Copyright(C)2007JMARI

自由構成

管理コードのコンボボックスより「1009　患者番号構成管理情報」を選択します。

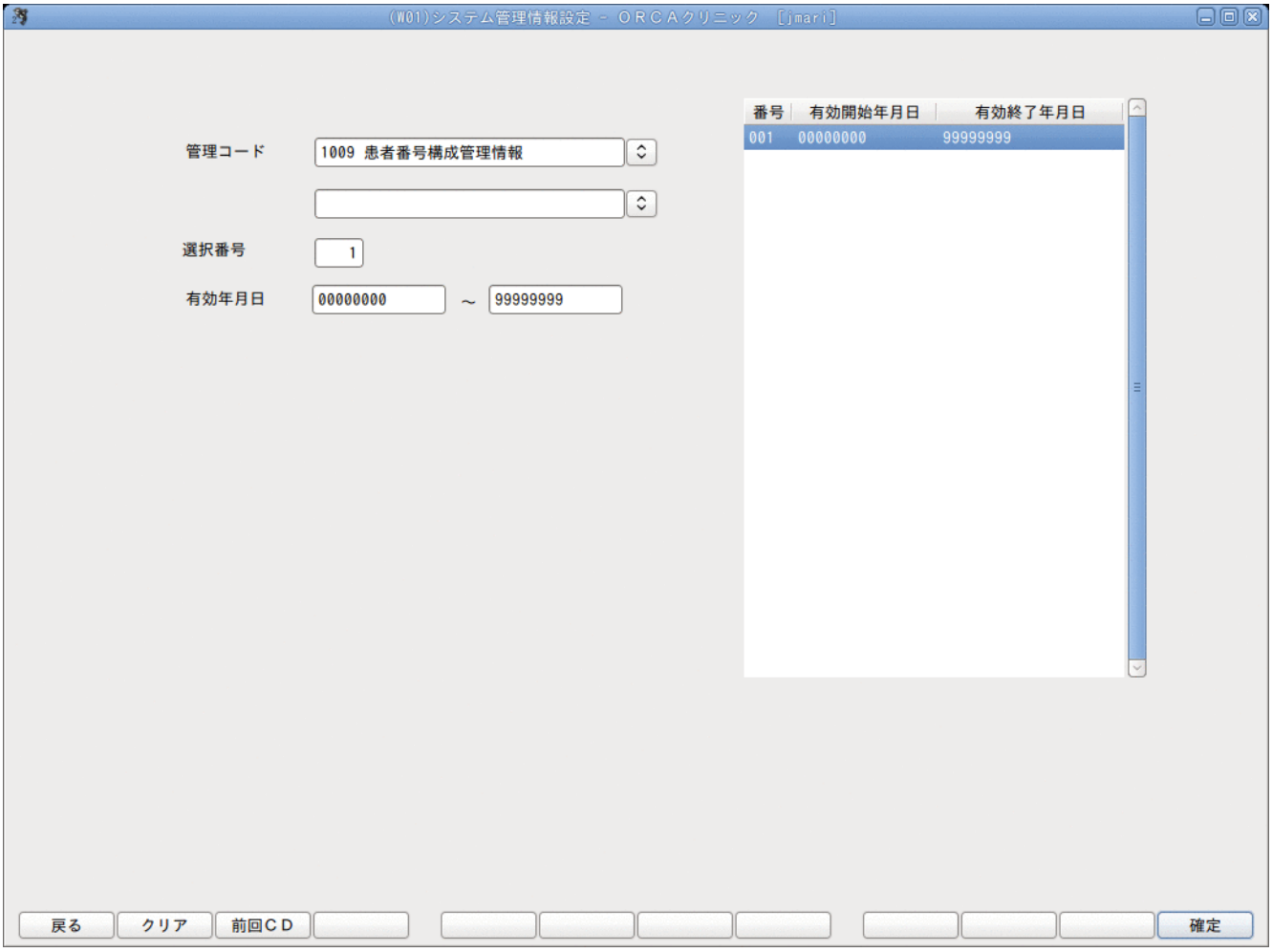


図 1235

Copyright(C)2007JMARI

患者番号構成に「1自由構成」を設定する場合

患者番号構成区分に「1」を入力し、患者番号桁数を指定します。
（次の例の場合は、患者番号桁数が5桁で設定しています）。

図 1236

項目の説明

「区分」
「0」または「1」のときが英数字、「2」のときは数字で取り扱われます。
「0」または「1」を設定した場合、診療行為入力画面等の各入力画面においては全桁入力が必須となります。

例えば桁数を5桁としたとき、患者番号「123」の患者を指定するには「00123」と入力します。また患者番号には「A0123」のように英字を指定することもできます。
なお、区分に「2」を指定した場合には前ゼロは省略できますので、全桁入力する以外に「123」と入力することもできます。

「桁数」
患者番号の取り扱い桁数を入力します。

「年切替え月」
自由構成では使用しません。

患者番号構成に「2標準構成」を設定する場合
患者番号構成区分に「2」を入力します。
標準構成の場合、新患登録を行うときは患者番号を自動採番します。

図 1237

項目の説明

「連番号」
「連番号変更」(F9)を押下することにより、自動採番される連番号を変更することができます。
例えばデータ移行のため、受診済みの患者の患者番号を「自由構成」で手入力により採番し登録していた場合で、運用途中で同トータル桁数の標準　構成へ設定変更をして自動採番する仕様へ替えたとき等の連番号の調節に使用します。現在表示している連番号より小さい値を入力した場合には警告メッセージを表示しますが、設定登録はできます。

「区分」
患者番号の構成形式は4つありますので採用する番号を区分に入力します。

1	年＋連番号＋検証番号（1桁）
2	年＋連番号
3	連番号＋検証番号（1桁）
4	連番号

「年切替え月」
区分1，2を選択した場合、年を切り替える月を入力します。

「年区分」
自動採番する患者番号の年を和暦、西暦から指定します。

1	和暦（3桁：年号＋年）
2	西暦（4桁）

※患者番号形式の区分に年のある「1」または「2」を設定した場合は選択項目となります。
患者番号形式の区分を「3」または「4」とした場合には「1：和暦」を設定します。

「連番初期化区分」
年が新しくなった場合に連番号を1から開始するか否かを設定します。

1	初期化する
2	初期化しない

※患者番号形式の区分が「1」または「2」の場合は選択項目となります。
患者番号形式の区分が「3」または「4」の場合には「2：初期化しない」を設定します。

「連番号桁数」
患者番号の連番号の部分の桁数を設定します。

注意！　運用の途中で各構成内の「区分」や患者番号構成を変更する場合
（自由構成から標準構成への変更など）は必ず患者番号のトータル桁数が変更後も同桁数となるように設定の変更を行ってください。トータル桁数を変更された場合は登録済み患者の呼び出しができなくなる場合があります。トータル桁数は最大、20桁まで設定ができます。

＜年の更新について＞
区分1または区分2では患者番号構成に「年」が設定されています。この「年」を更新する月を「年切替え月」で設定します。

システム月≧年切替え月

となる場合にマスターメニューにメッセージを表示します。

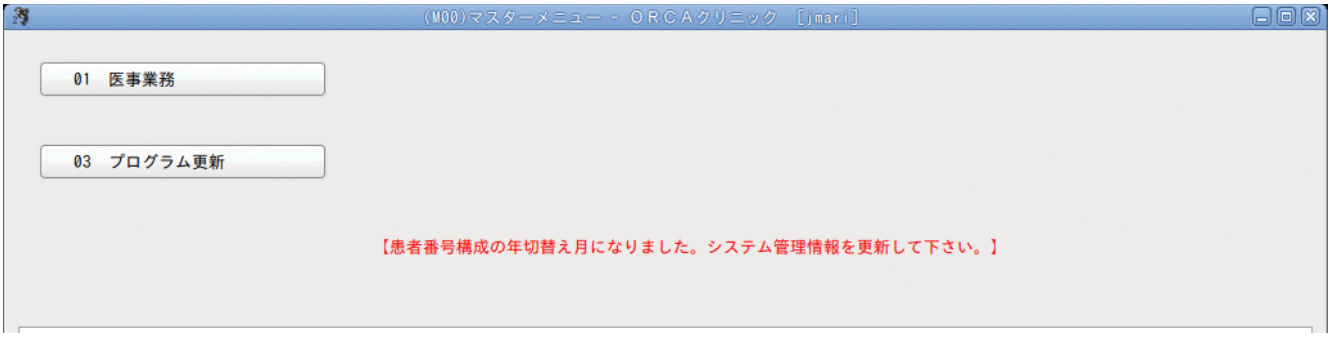


図 1238

このメッセージが表示されましたら、「101　システム管理マスタ」－「1009　患者番号構成情報」を開き、「確定」(F12)を押下します。

図 1239

「OK」で年を更新し登録します。

拡張構成

患者番号構成に「3拡張構成」を設定する場合

患者番号構成区分に「3」を入力します。

拡張構成の場合、手入力と自動採番された番号とで患者番号を組み立てます。

図 1240

項目の説明

「区分」
患者番号の構成形式は3つあります。採用する番号を区分に入力します。

1	フリー＋連番号＋フリー
2	フリー＋連番号
3	連番号＋フリー

「年切替え月」
拡張構成では使用しません。

「前桁数」
区分に「1」または「2」を選択した場合、先頭のフリー部分の入力桁数を設定します。
※区分に「3」を選択した場合は先頭のフリー部分は使用しないため「0」を設定します。

「連番号桁数」
自動採番される連番号の桁数を設定します。

「後桁数」
区分に「1」または「3」を選択した場合、末尾のフリー部分の入力桁数を設定します。
※区分に「2」を選択した場合は末尾のフリー部分は使用しないため「0」を設定します。

注意！
運用の途中で各構成内の「区分」や患者番号構成を変更する場合（自由構成から拡張構成への変更 など）
必ず患者番号のトータル桁数が同桁数となるように設定の変更を行ってください。トータル桁数を変更された場合は登録済み患者の呼び出しができなくな る場合があります。トータル桁数は最大、20桁まで設定ができます。

新患登録を行う場合は患者番号入力領域に「＊」を入力後に「Enter」を押下すると、患者番号を組み立てる患者番号発行画面を表示します。

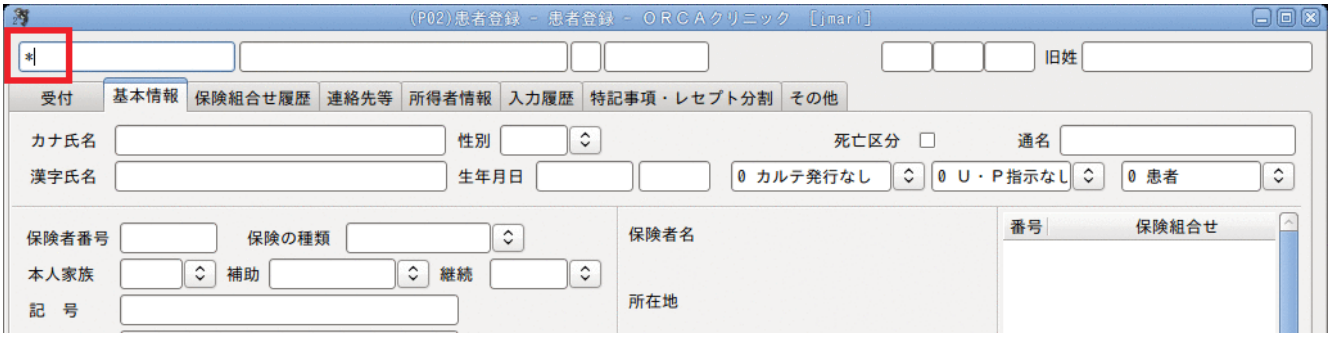


図 1241

↓連番号（5桁）の部分が自動発生します。
先頭及び末尾のフリー部分は最初はクリアされています。

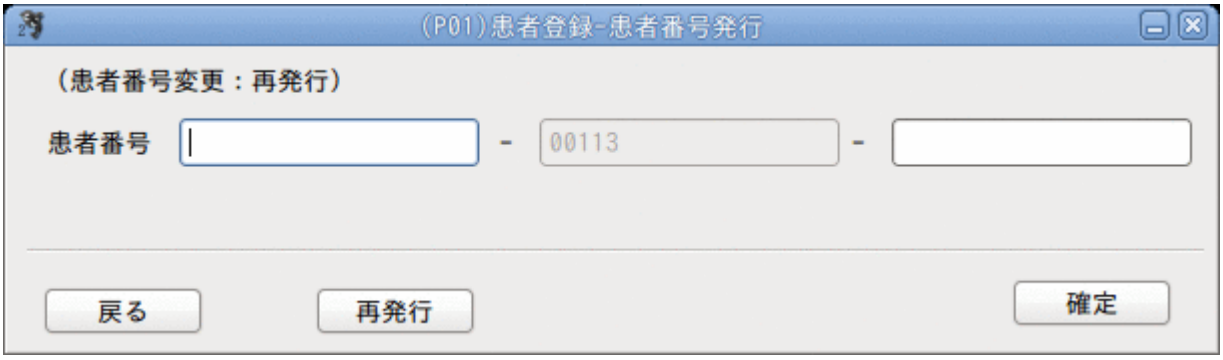


図 1242

先頭のフリー部分の番号を入力します。
末尾のフリー部分の番号を入力します。
「確定」をクリックするかまたはF12を押下して患者番号を確定します。
例のような設定を行ったときで先頭のフリー部分に「12」、末尾のフリー部分に「3」を入力した場合の患者番号は「12458413」となります。

運用途中で患者番号の桁数を変更したい場合

患者番号の桁数を変更できます。

- 桁数を拡張する場合のみに処理します。
- 患者番号桁数のみを拡張し、拡張した桁には0をセットします。
- 連番号桁数の最大桁数は10桁までとします。
- 処理後に「101　システム管理マスタ」ー「1009　患者番号構成情報」の連番号桁数の置き換えを行います。
- 「52　月次処理」にて実行します。

＜準備＞

「101　システム管理マスタ」ー「3002　統計帳票出力情報（月次）」に患者番号桁数変更のプログラムを設定します。

帳票名　　：患者番号桁数変更
プログラム名　：ORCBPTNUMCHG
帳票パラメータ：追加桁数　KBN　必須

＜処理の実行＞

「52　月次統計」より処理を実行します。

注意！
パラメータの追加桁数欄は1～5までの値をセットします。
5桁から6桁に拡張する場合は「1」をセットします。

＜処理の確認＞

処理が完了したら一度マスターメニューまで戻ります。
その後、「101　システム管理マスタ」ー「1009　患者番号構成管理情報」の連番号桁数が変更されていることを確認します。
患者の検索または患者を呼び出し変更されていることを確認します。

＜注意事項＞

- 処理を実行する前に必ずデータベースのバックアップを取っておいてください。
- 処理時間は患者登録数、使用期間に比例して長くなります。必ず医院の業務時間外に行ってください。
- 処理時間の目安
  患者件数5万件
  マシンスペック　CPU　　Pentium4 2.8GHz
  　　メモリ　　512MB
  　　dbredirectOR　無し

  処理時間：約2時間

Copyright(C)2007JMARI

管理コードのコンボボックスより「1010　職員情報」を選択します。

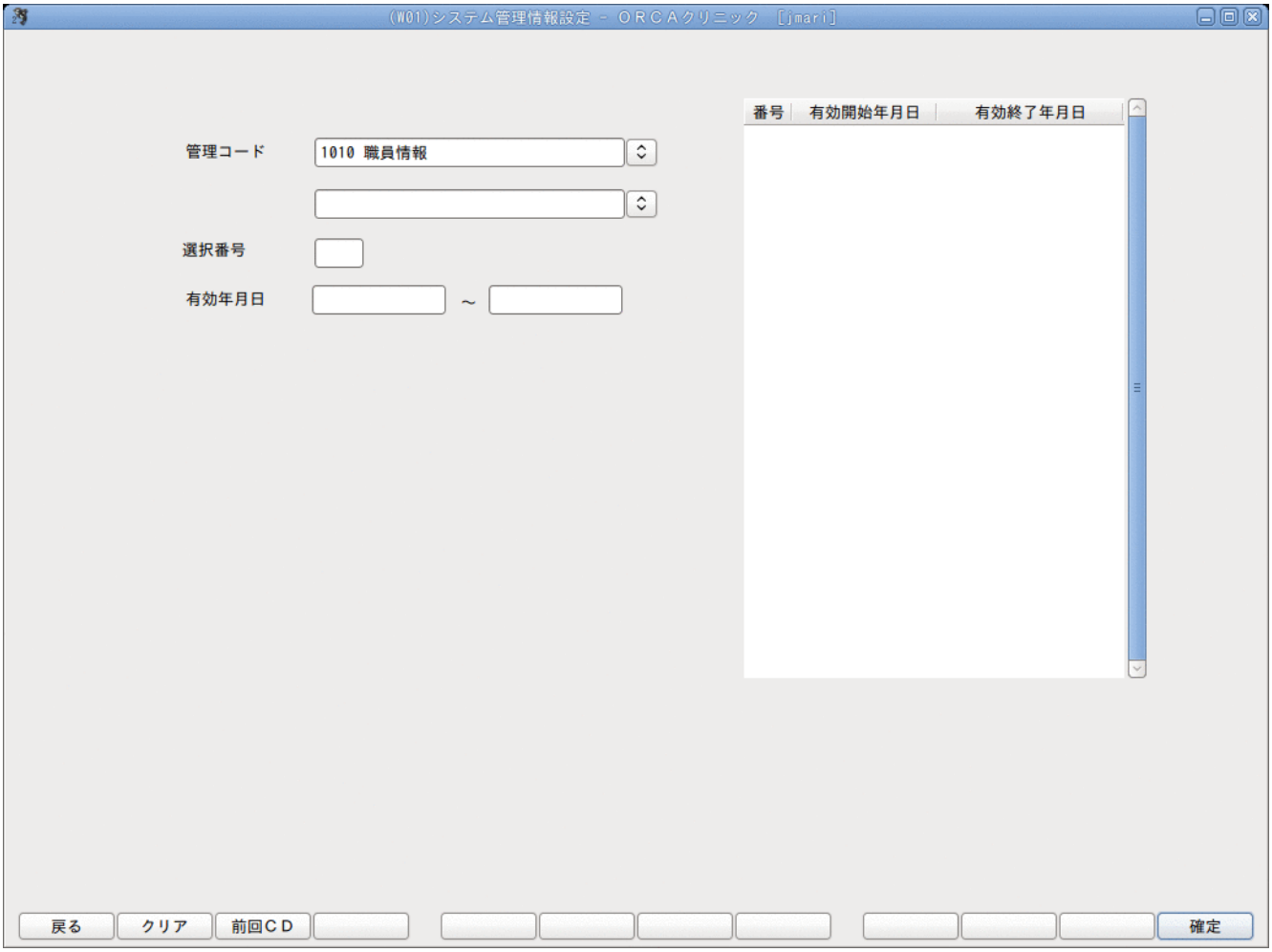


図 1243

「確定」(F12)を押下します。
職員情報画面に遷移します。

（1）基本情報

職員区分を選択し、該当の職員をコンボボックス（最大100件表示）より選択できます。
新規登録する場合は、職員区分を選択後、新しい職員コードを入力します。
職員について必要な項目を入力します。

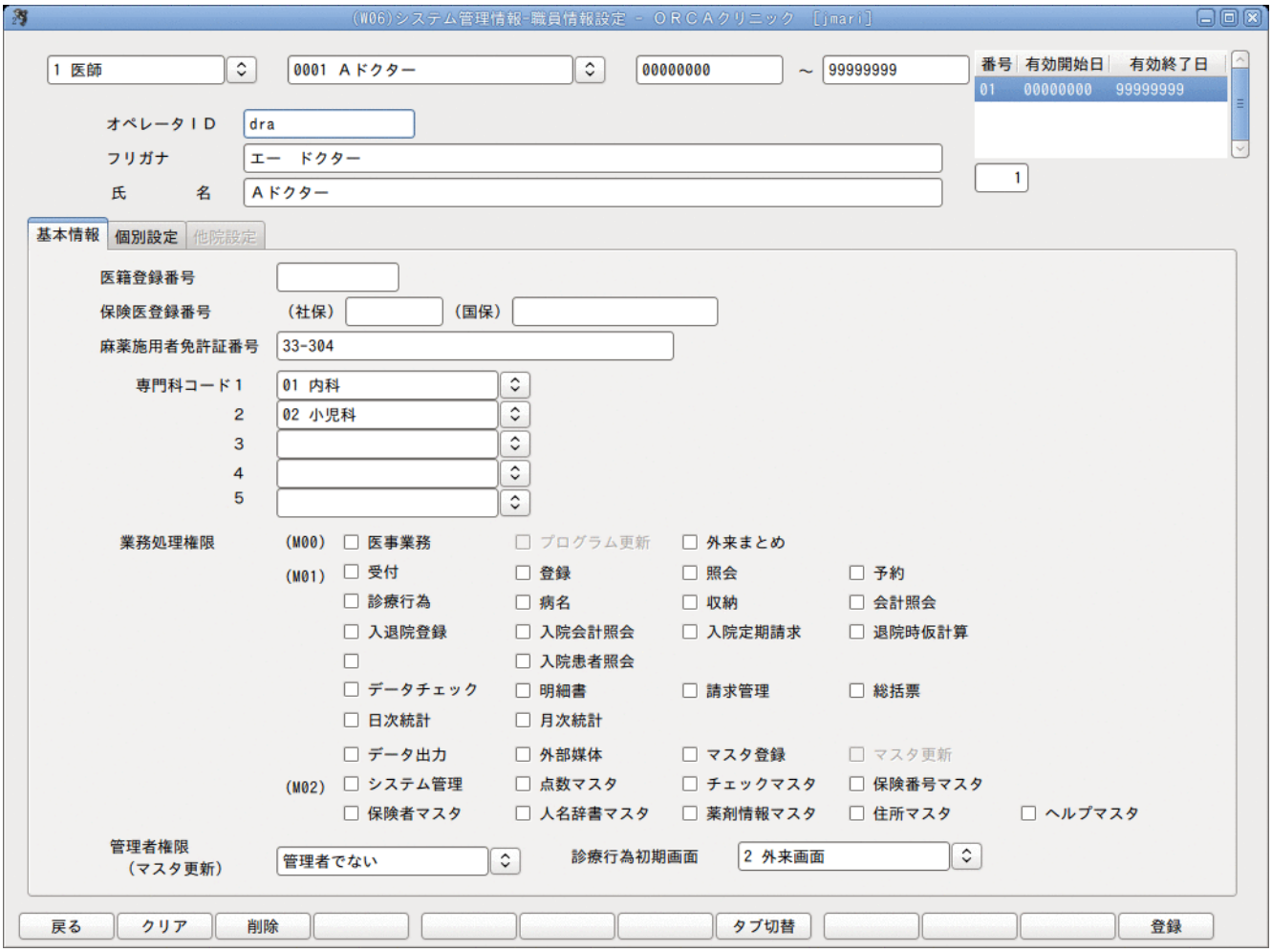


図 1244

＜職員コードについて＞
職員コードは4桁の数字で設定します。

＜職員の区分について＞

1	医師
2	看護師
3	技師
4	事務職
5	管理職
0	マスタ

注意！
初期表示で「00001　オルカマスタ」が登録されています。
この「00001　オルカマスタ」を変更を絶対にしないでください。変更した場合、日レセが起動しなくなります。

項目の説明

オペレータID　【必須入力】	オペレータID（ユーザID）を半角の英数字で設定します。 ▲注意　システムで使用する各種サーバへ接続する場合のユーザIDと同様にする必要があります。
フリガナ【任意入力】	職員の名前のフリガナを全角で入力します。
氏名　【必須入力】	職員の名前を全角で入力します。
医籍登録番号　【任意入力】	医籍登録番号を半角で入力します。
保険医登録番号（社保）・（国保）　【任意入力】	各保険医登録番号を半角で入力します。
麻薬施用者免許証番号　【任意入力】	麻薬施用者免許証番号を半角で入力します。
専門科コード　【任意入力】	コンボボックスより該当する科を選択します。

＜業務処理権限＞【任意入力】

業務メニューの処理権限の設定をします。該当するものをクリックして選択します。

管理者権限　【任意入力】	システムの管理者であるか否かをコンボボックスより設定します。
診療行為初期画面【任意入力】	オレペータID毎に診療行為入力画面の初期表示が設定できます。

設定なし	業務処理権限の入院退院登録の権限が設定されているときに、入院の画面を初期表示
1　入院画面	業務メニューまたは受付から診療行為入力画面に遷移したとき、入院画面を初期表示
2　外来画面	業務メニューまたは受付から診療行為入力画面に遷移したとき、外来画面を初期表示

（2）個別設定

「個別設定」を押下します。

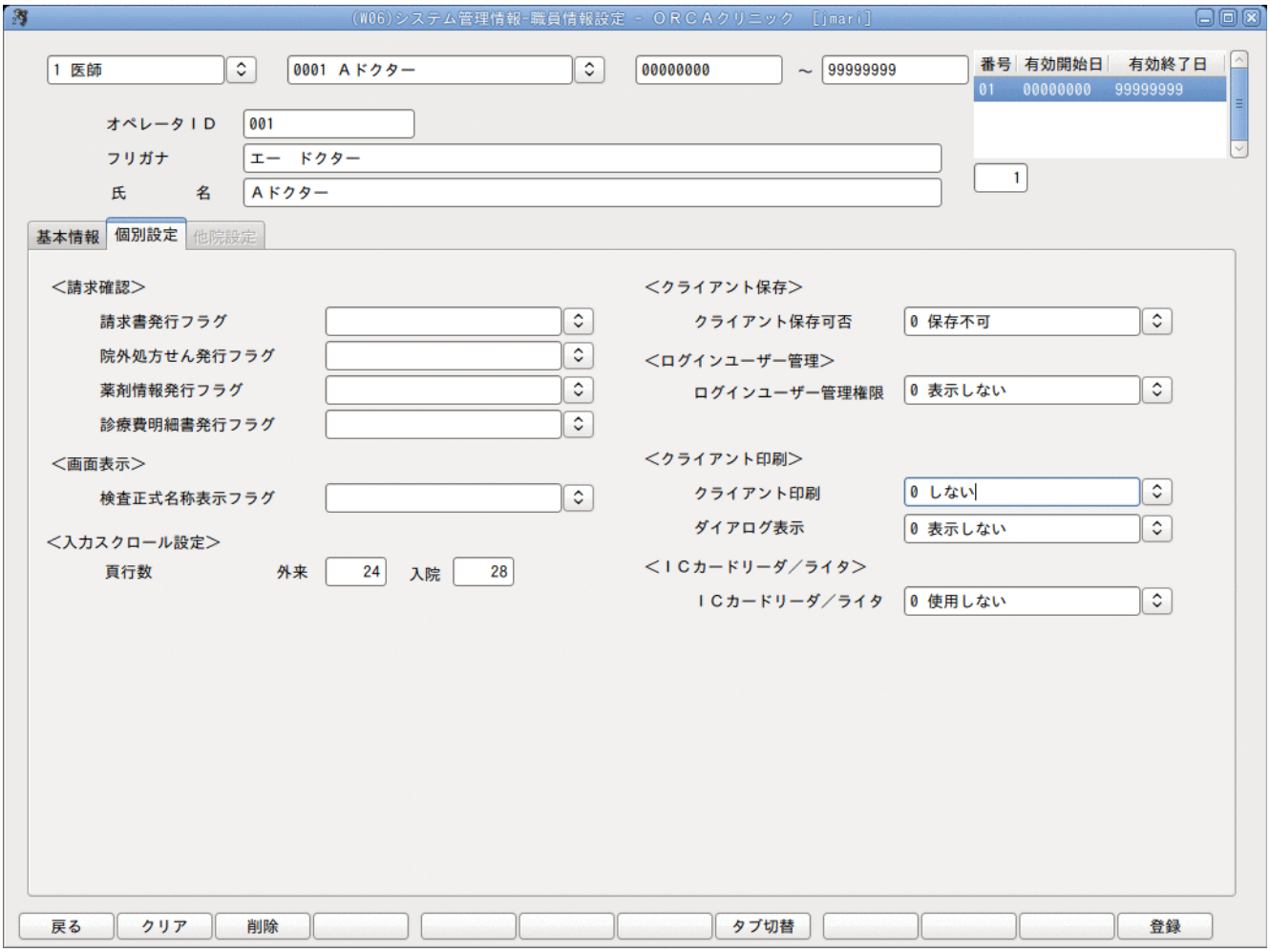


図 1245

Copyright(C)2007JMARI

以下の設定により、職員情報個別に初期表示を変えることができます。

＜請求書発行フラグ＞

請求書兼領収書を発行するか否かの標準値を設定します。

0	発行しない	発行しません
1	発行する	請求額が0円の場合でも発行します
2	発行する（請求あり）	請求額が0円のときには請求確認画面の請求書兼領収書欄は「0　発行なし」に自動変更して発行を行いません
3	発行する（訂正時なし）	請求額が0円の場合でも発行します 訂正入力時には発行しません

※請求確認画面で変更することができます。

※訂正時の請求金額の設定（訂正分（差額分）または合計分）は「101　システム管理マスタ」－「1038　診療行為機能情報」にて設定できます。

＜院外処方せん発行フラグ＞

院外処方せんを発行するか否かの標準値を設定します。

0	発行しない
1	発行する
2	院内処方発行
3	発行する（訂正時なし）
4	院内処方発行（訂正時なし）

※請求確認画面で変更することができます。

＜薬剤情報発行フラグ＞

薬剤情報提供書を発行するか否かを設定します。

0	発行しない
1	発行する
2	発行する（訂正時なし）

＜診療費明細書発行フラグ＞

診療行為入力－請求確認画面の明細書発行フラグを設定します。

（※収納登録－請求確認画面は「1039　収納機能情報」にて設定します）

0	発行しない
1	発行する

＜検査正式名称表示フラグ＞

検査の正式名称から診療行為検索、または診療行為画面、会計照会画面にて正式名称での表示を行います。

0　使用する	正式名称を表示します
1　使用しない	正式名称を表示しません

＜入力スクロール設定＞

（K02）診療行為入力画面の「前頁」(F6)、「次頁」(F7)押下時のカーソルの移動行数を設定します。

1～99まで設定できます。

頁行数	外来　24（初期設定）	入院　28（初期設定）

ヒント！

初期設定値の外来24、入院28はそれぞれの画面の1頁の行数です（1頁分つづカーソル移動をします）。
0を入力した場合は、初期設定を表示します。

＜クライアント保存可否＞

職員情報毎にレセプト電算データ、日次統計データ、月次統計データのクライアント端末へのデータ保存を設定します。

空白、 0　保存不可	クライアント保存機能の使用はできません
1　保存可	クライアント保存機能の使用を許可します

＜ログインユーザー管理権限＞

【3.10　ユーザ管理】を参照してください。

＜クライアント印刷＞

クライアント印刷の設定です。

0　しない	クライアント印刷を行いません
1　する	クライアント印刷を行います

＜ダイアログ表示＞

クライアント印刷時のダイアログ（プリンター覧）の表示設定です。

0　表示しない	ダイアログを表示しません
1　表示する	ダイアログを表示します

全ての項目を入力後、「登録」(F12)を押下します

Copyright(C)2007JMARI

予約や受付画面にある「診療内容」欄に表示される表示内容は、変更・追加・削除が行えます。
各画面での最大表示数は30件までとなります。

（1）管理コードのコンボボックスより「1012　診療内容情報」を選択します。
区分コードの「01」から「07」、「99」は提供されている診療内容となります。自由に変更することができます。

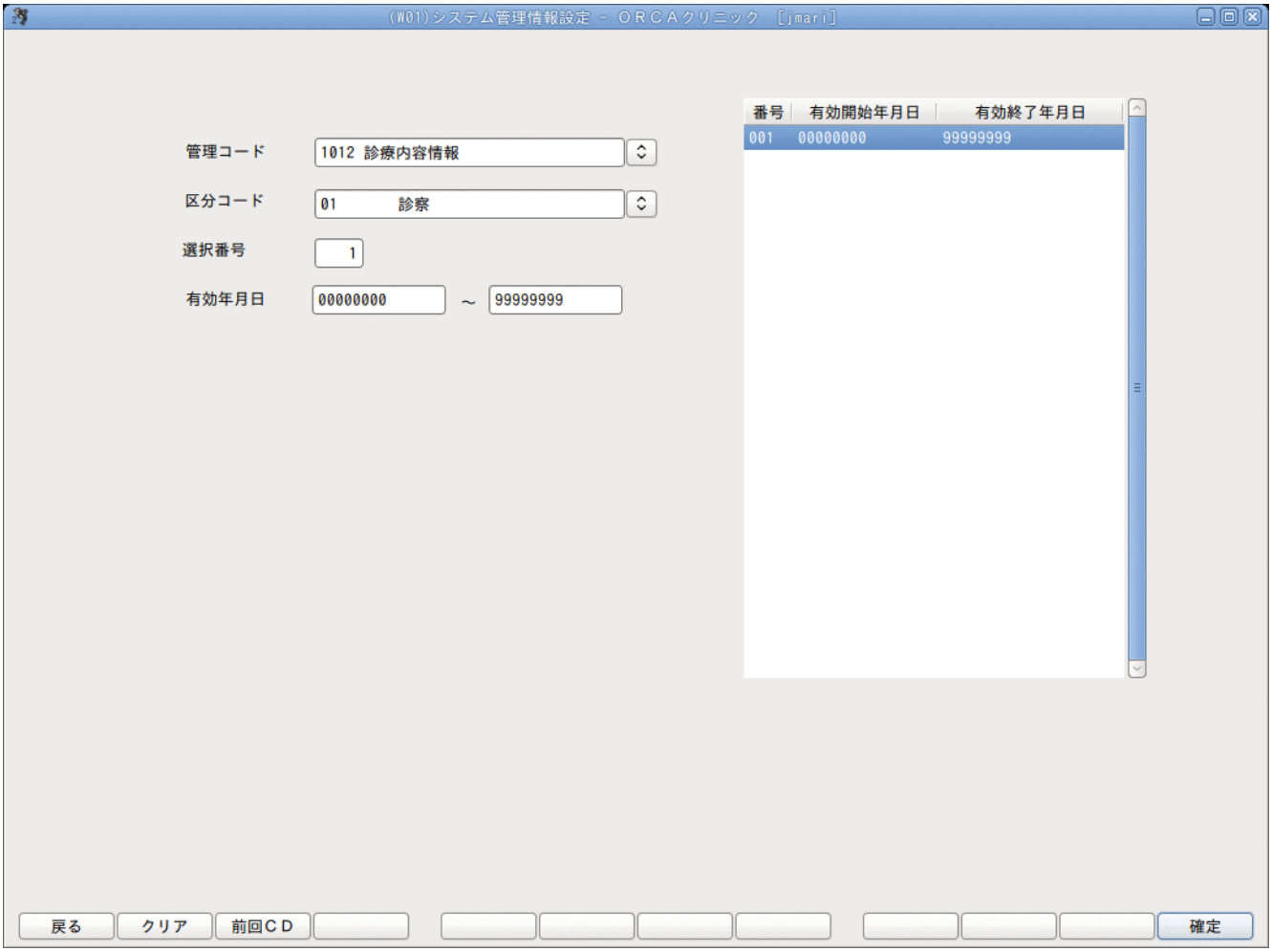


図 1246

Copyright(C)2007JMARI

（2）診療内容を入力します。

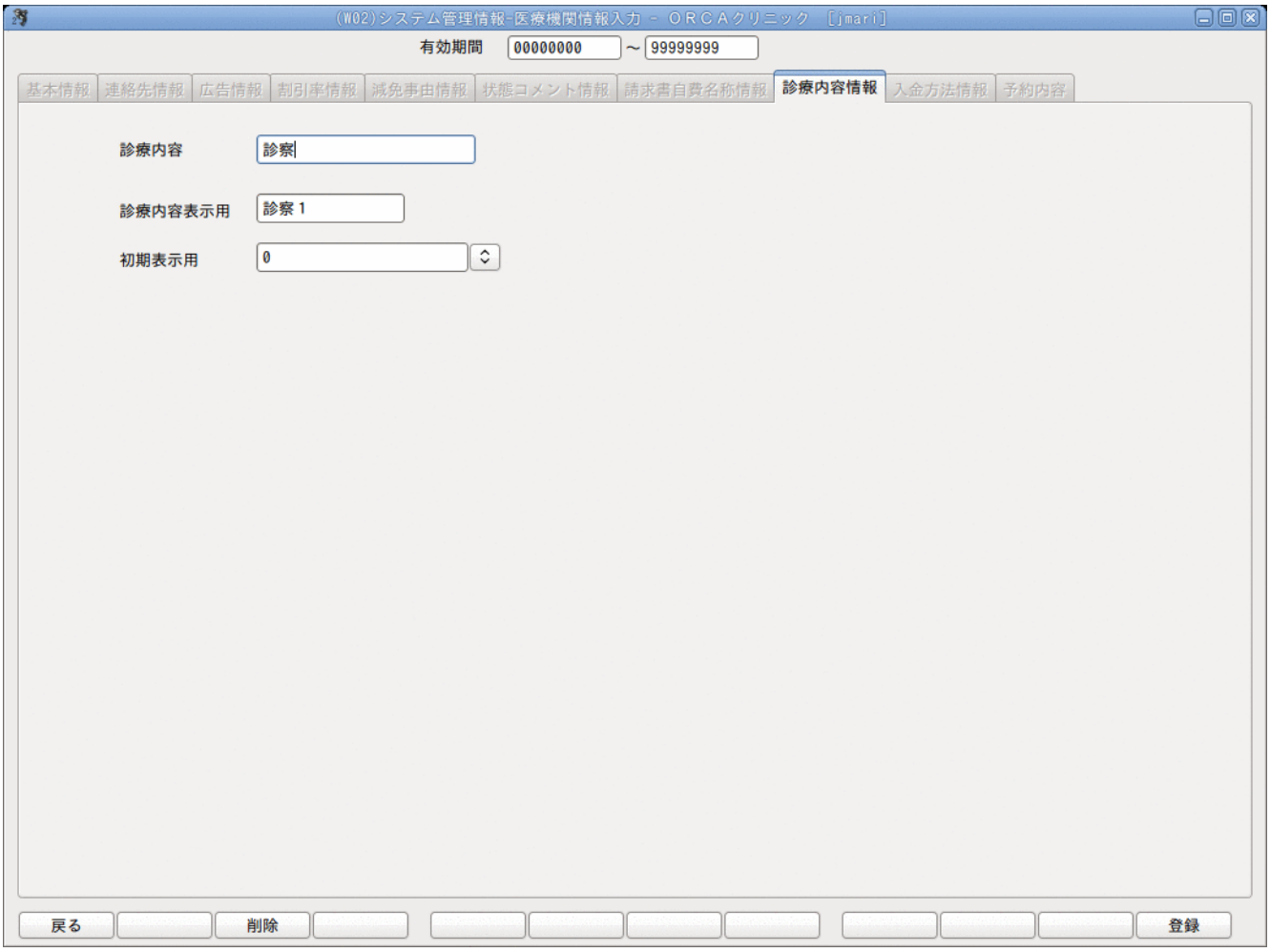


図 1247

項目の説明

診療内容	区分コード欄に表示する診療の内容を入力します。全角文字のみ10文字までの登録ができます。
診療内容表示用	予約や受付画面の「診療内容」欄に表示される名称となります。全角文字のみ6文字までの登録ができます。
初期表示用	予約画面の初期表示を設定します。 0 1：初期表示 複数の診療内容に「1：初期表示」が設定されている場合は、区分コードの小さい方を初期表示します。

（3）各項目の入力後は、「登録」(F12)を押下します。登録確認のメッセージは「OK」を押下すると登録し、「戻る」は元の画面へ戻ります。

（1）管理コードのコンボボックスより「1013　請求書自費名称情報」を選択します。

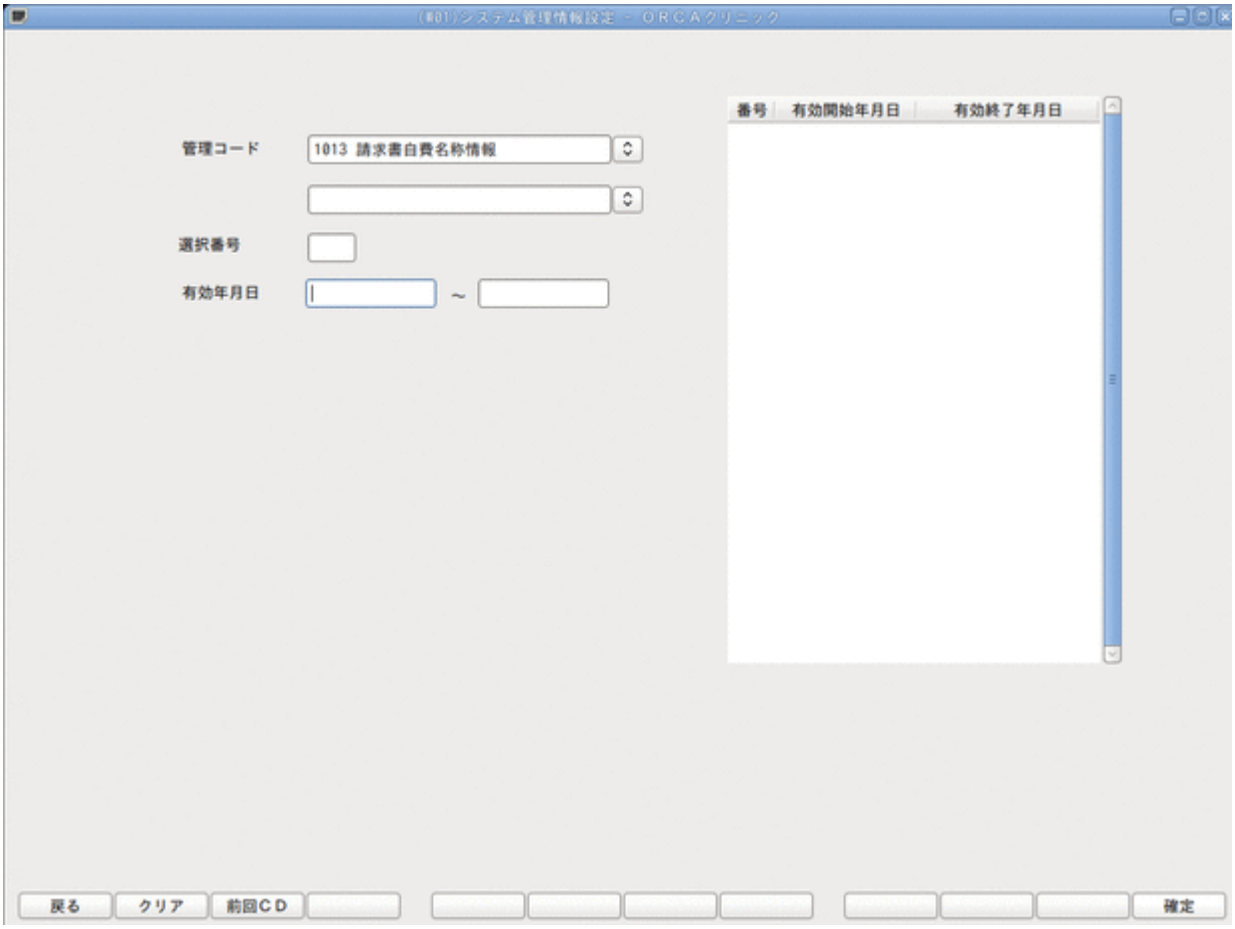


図 1248

Copyright(C)2007JMARI

(2) 有効年月日を入力し、「確定」(F12)を押下し自費名称を入力します。

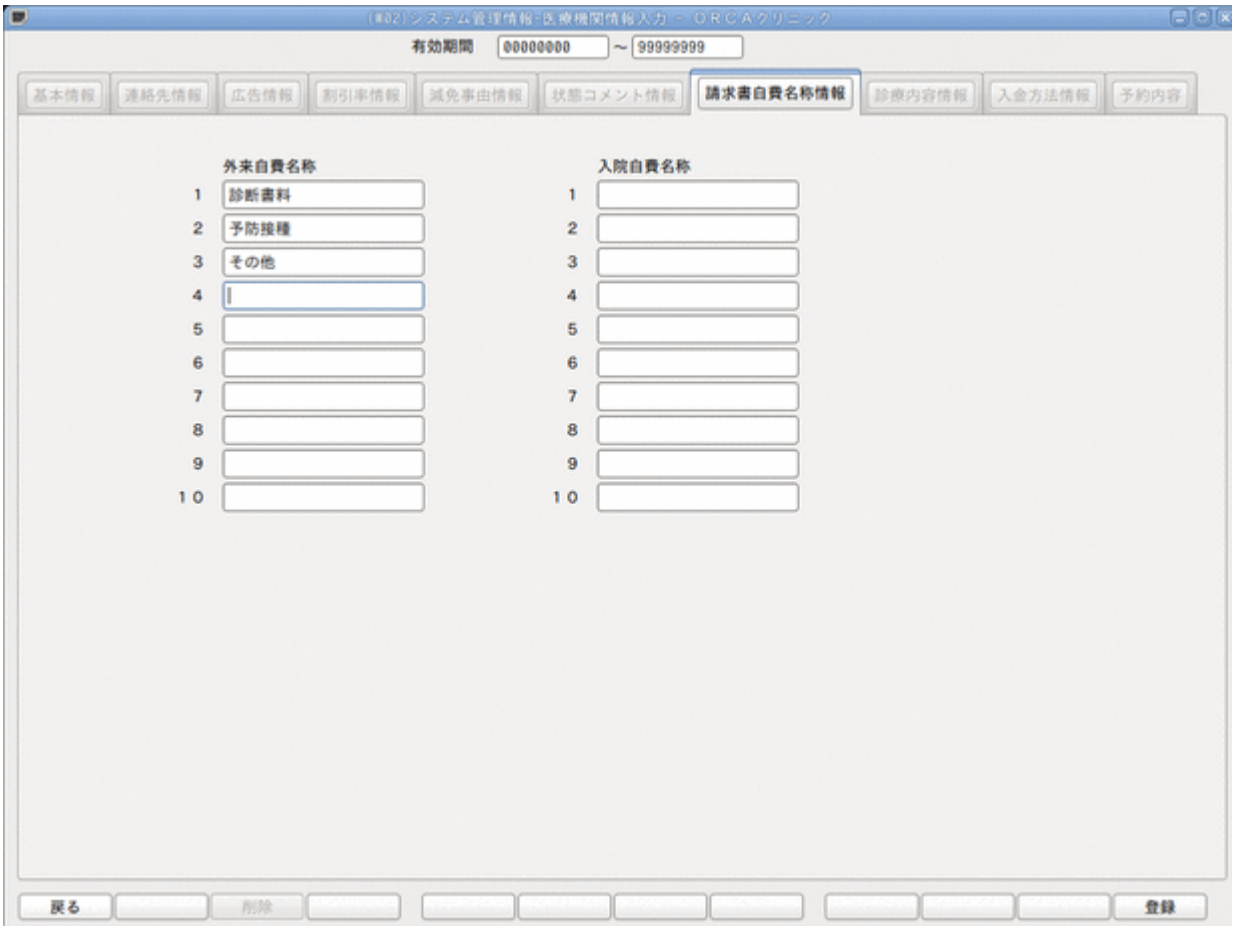


図 1249

(3) 「登録」(F12)を押下し登録します。

（1）管理コードのコンボボックスより「1014　包括診療行為設定情報」を選択します。

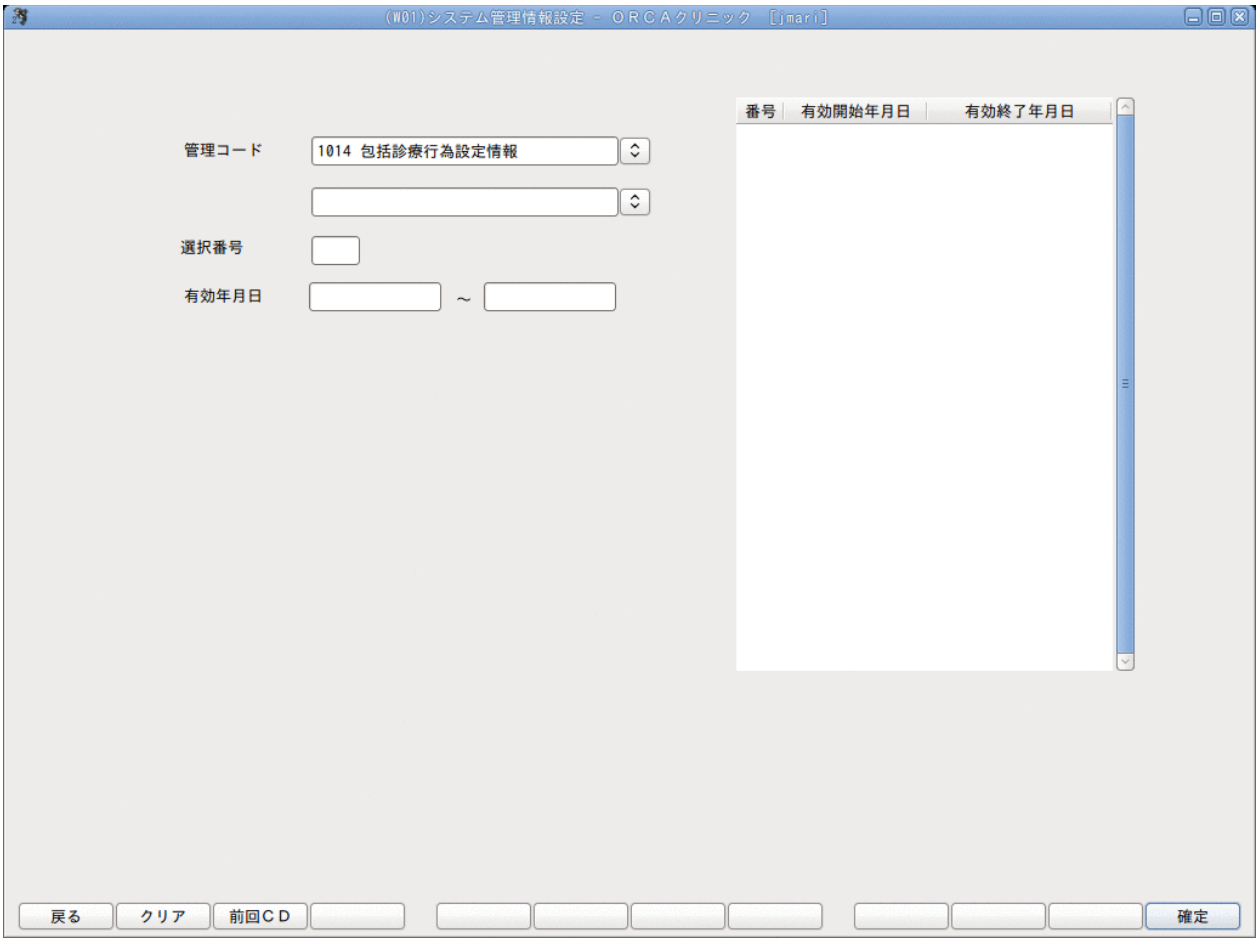


図 1250

包括診療行為を選択します。

ヒント！

現在は以下の内容で設定ができます。

001　外来診療料
201　慢性維持透析患者外来医学管理料
202　小児科外来診療料
203　生活習慣病管理料
204　在宅時医学総合管理料
205　特定施設入居時等医学総合管理料
206　在宅がん医療総合診療料
207　地域包括診療料
501　療養病棟入院基本料
502　特定入院料
503　有床診療所療養病棟入院基本料
504　回復期リハビリテーション病棟入院料
505　亜急性期入院医療管理料
519　精神科救急入院料
520　精神科急性期治療病棟入院料
521　精神科救急・合併症入院料
522　精神療養病棟入院料
523　認知症治療病棟入院料

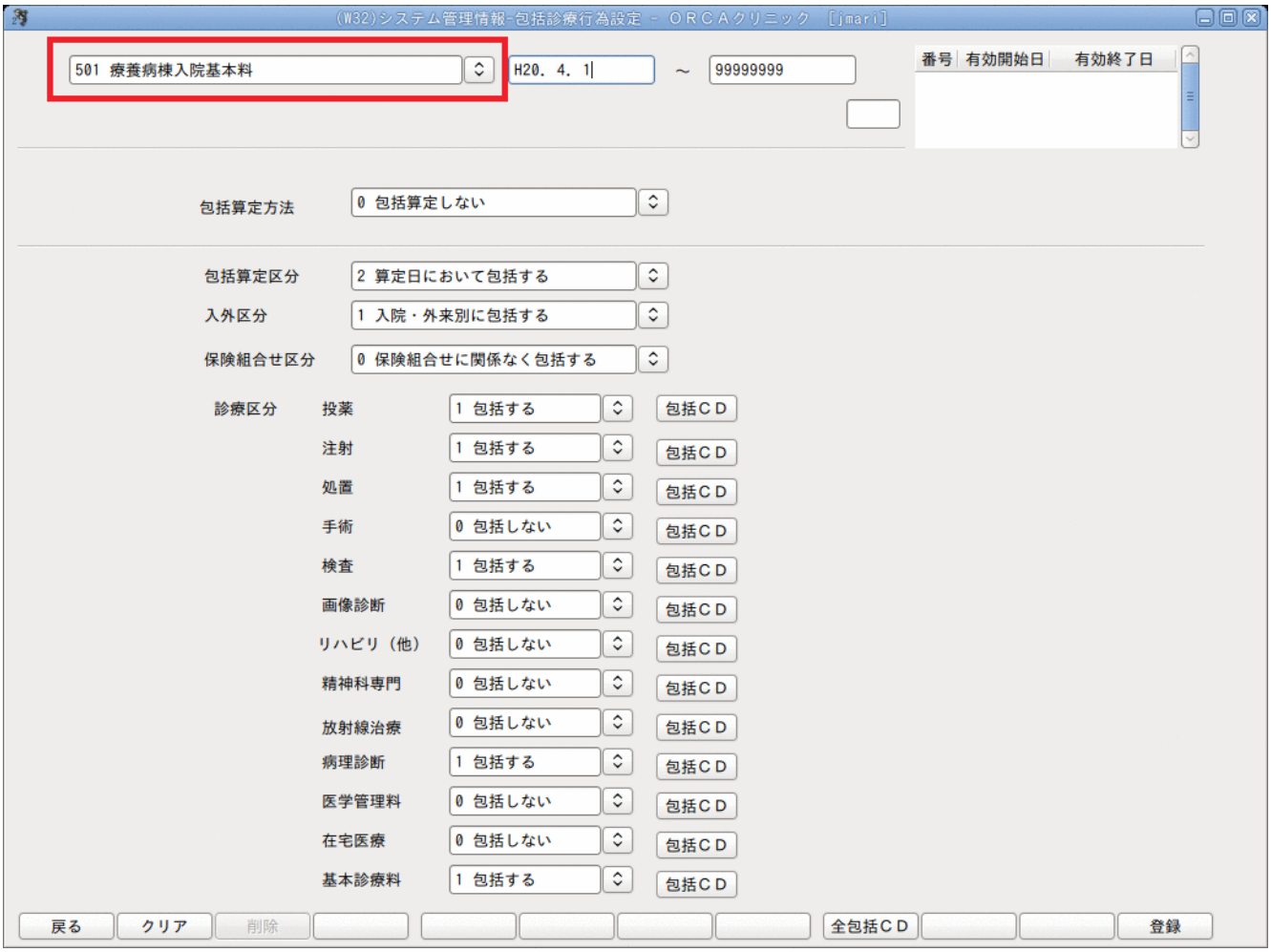


図 1251

＜包括算定方法＞

0　包括算定しない	包括チェックをしません。
1　包括算定する（会計データ作成）	包括チェックを行います。 包括対象診療行為は入力できますが、点数算定をしません。
2　包括算定する（エラー扱い）	包括チェックを行います。 エラー表示し、包括対象診療行為を削除します。

＜包括CDボタンについて＞

診療行為毎に包括しないように設定することができます。

診療区分の設定が「1　包括する」となっている場合に、「包括CD」を押下すると包括する診療行為を表示します。診療行為を選択すると「オフ」の欄に●印を表示します。この診療行為は包括対象から外れ、算定することができるようになります。

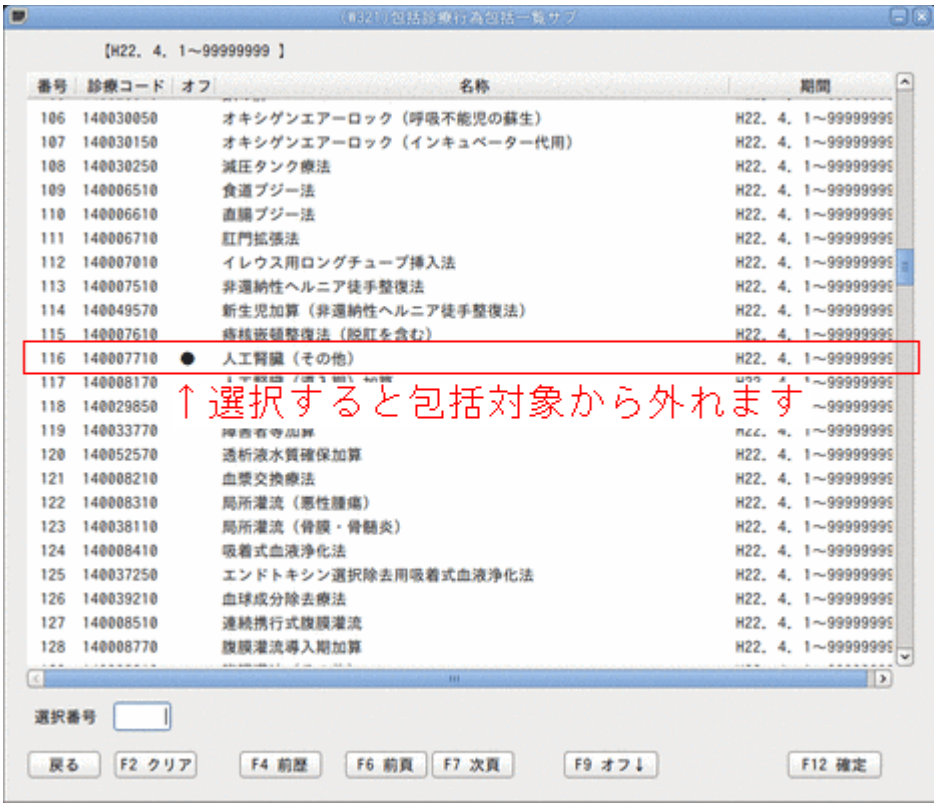


図 1252

ヒント
「オフ」(F9)を押下するとオフ設定している診療行為を表示します。 「前歴」(F4)は改定等による包括対象の診療行為の前歴を表示します。有効開始日ー有効終了日の履歴の表示ではありません。

外来迅速検体検査加算の検査項目で、当日に結果の情報提供を行う検査を登録し自動算定を行います。

注意！
「101　システム管理マスタ」ー「1007　自動算定・チェック機能制御情報」の「15　外来迅速検体検査加算自動発生」の項目が「2　算定する（設定）」になっている場合に、ここで登録した検査のみ自動算定を行います。

（1）管理コードのコンボボックスより、「1016　外来迅速検体検査設定情報」を選択します。

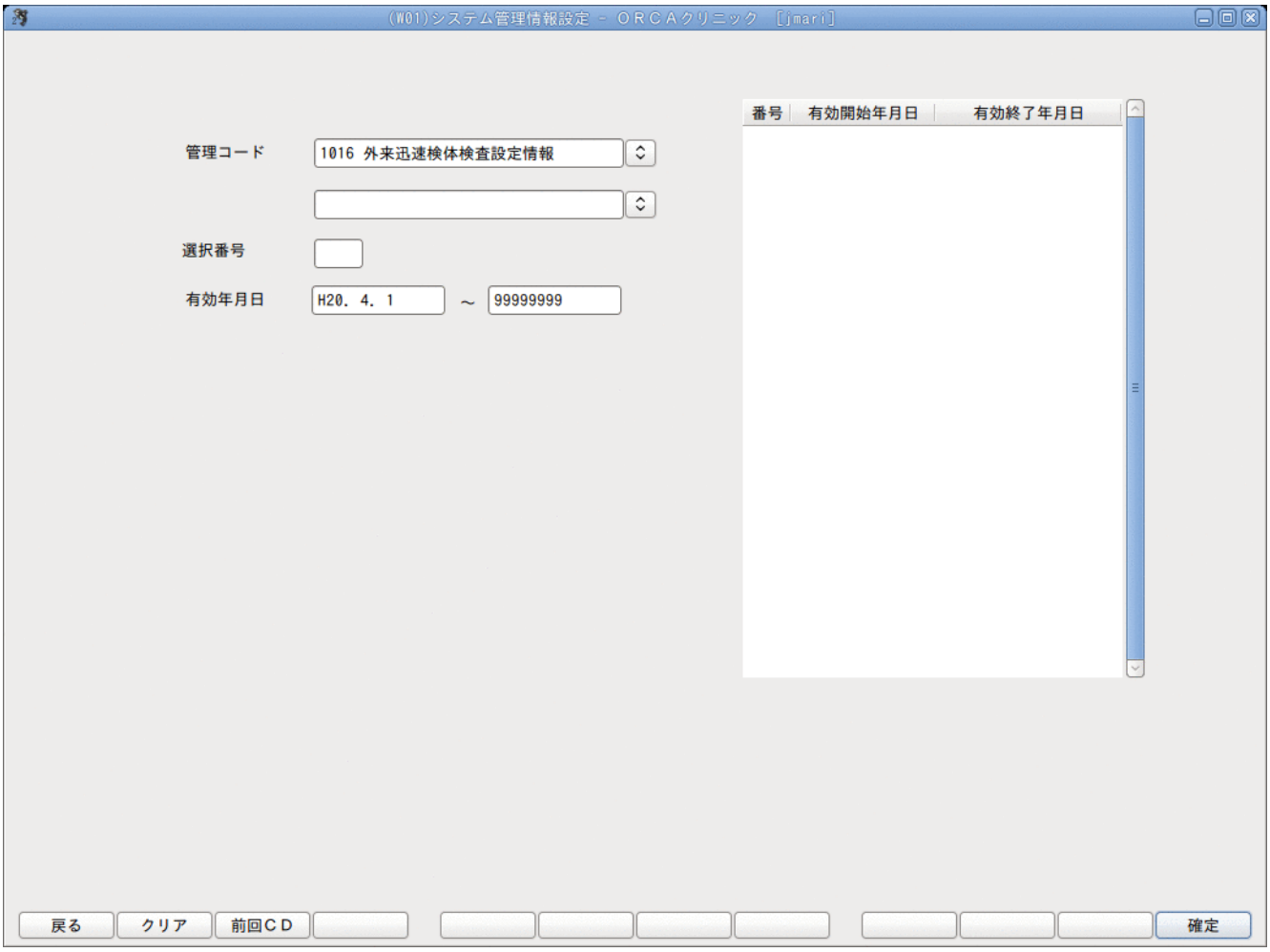


図 1253

（2）設定画面を表示します。

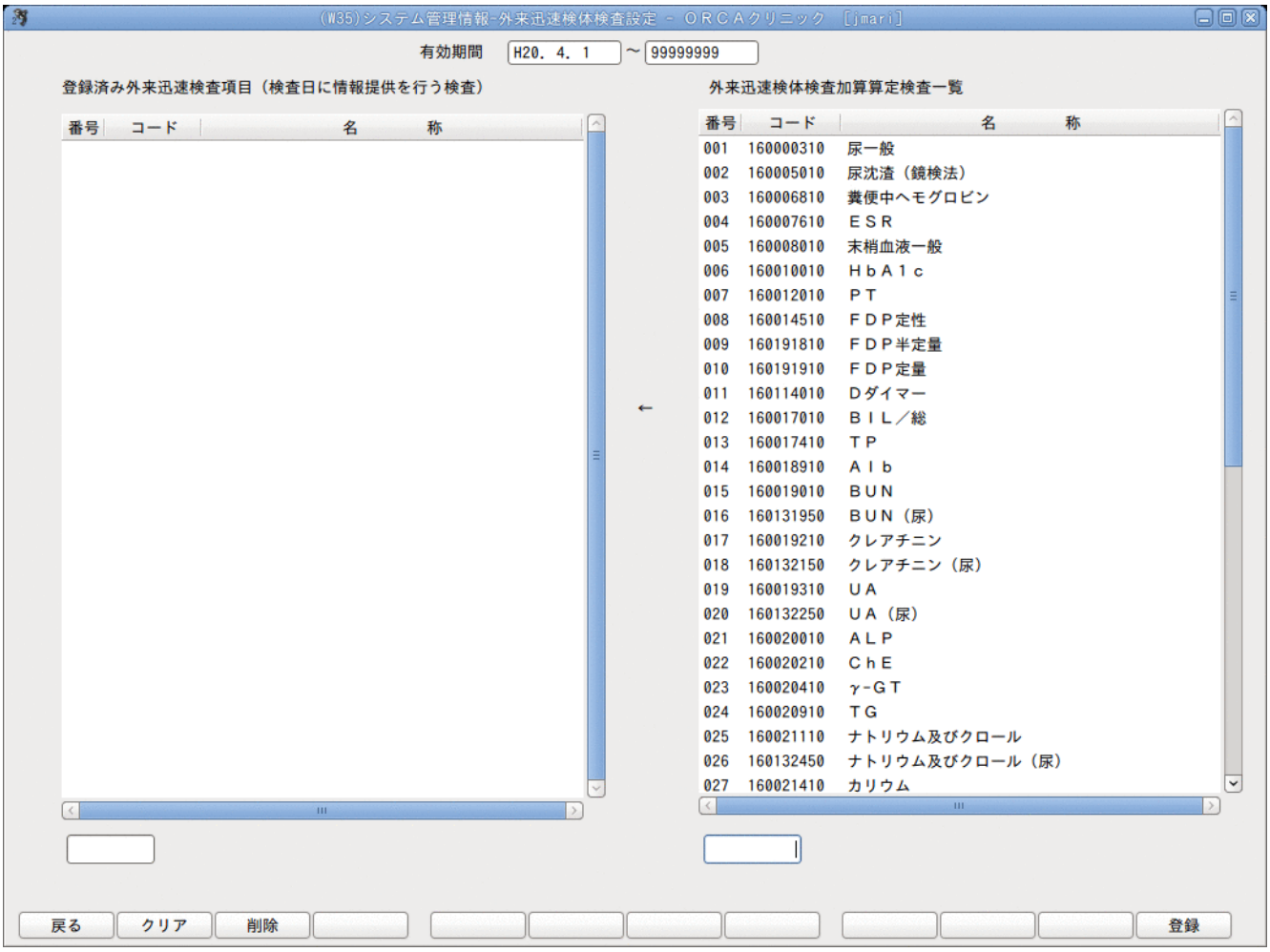


図 1254

（3）当日に結果の情報提供を行う検査を登録します。画面右の一覧表より該当の検査を選択します

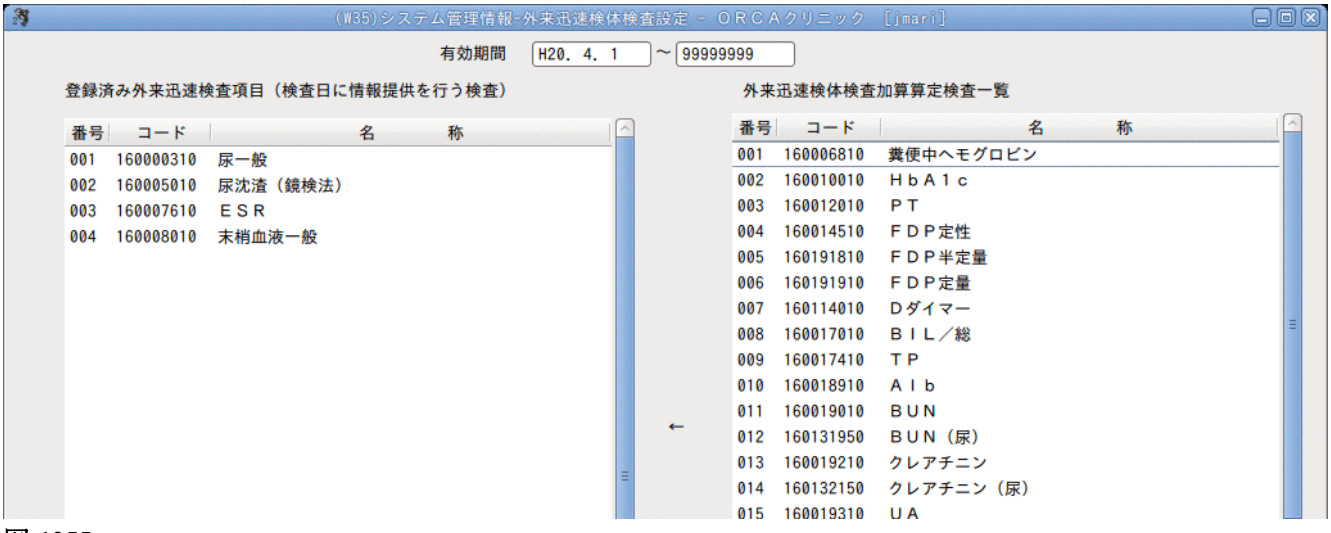


図 1255

「登録」(F12)を押下し登録します。

（1）管理コードのコンボボックスより「1017　患者登録機能情報」を選択します。

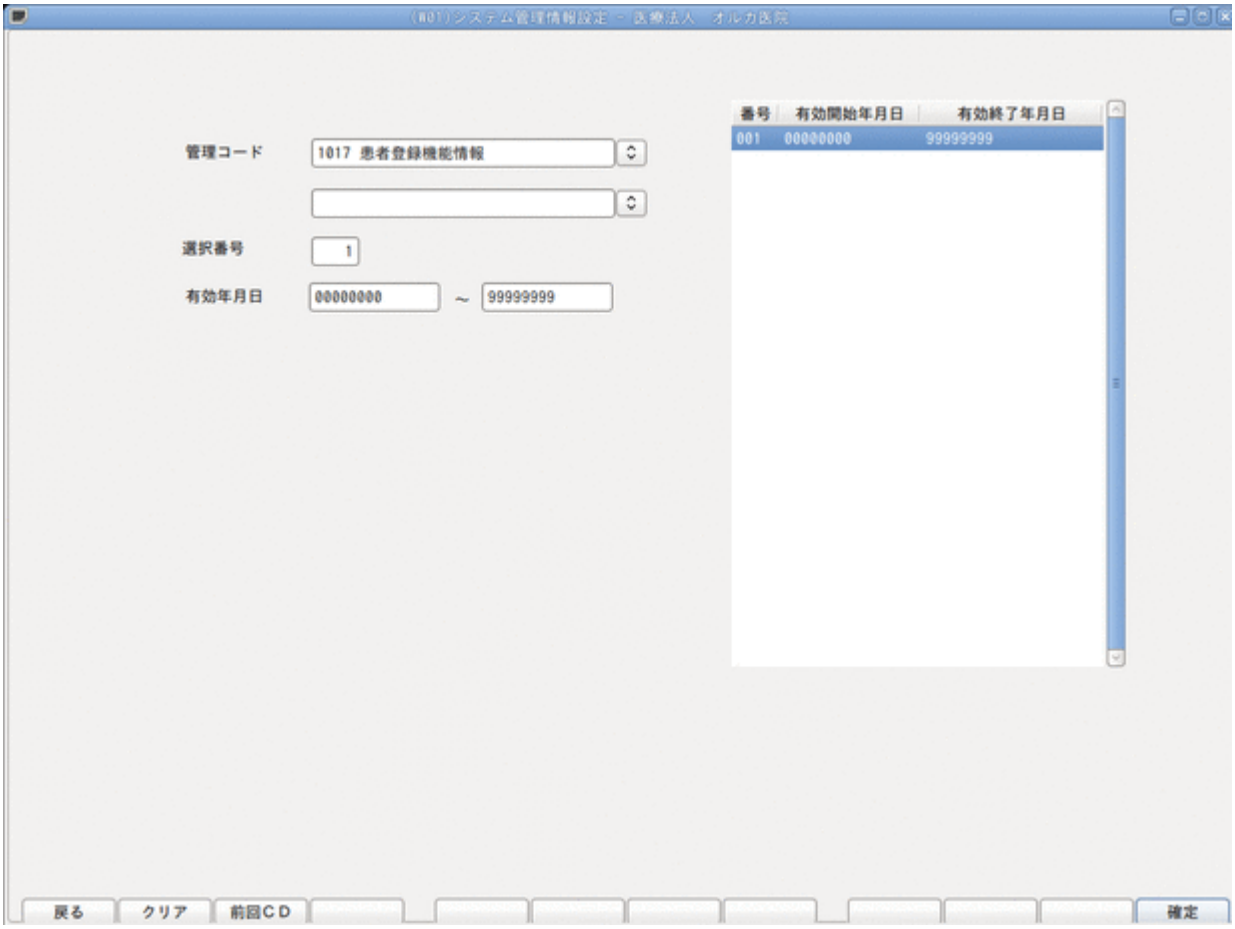


図 1256

Copyright(C)2007JMARI

（2）患者登録情報について設定を行います。

（設定例）

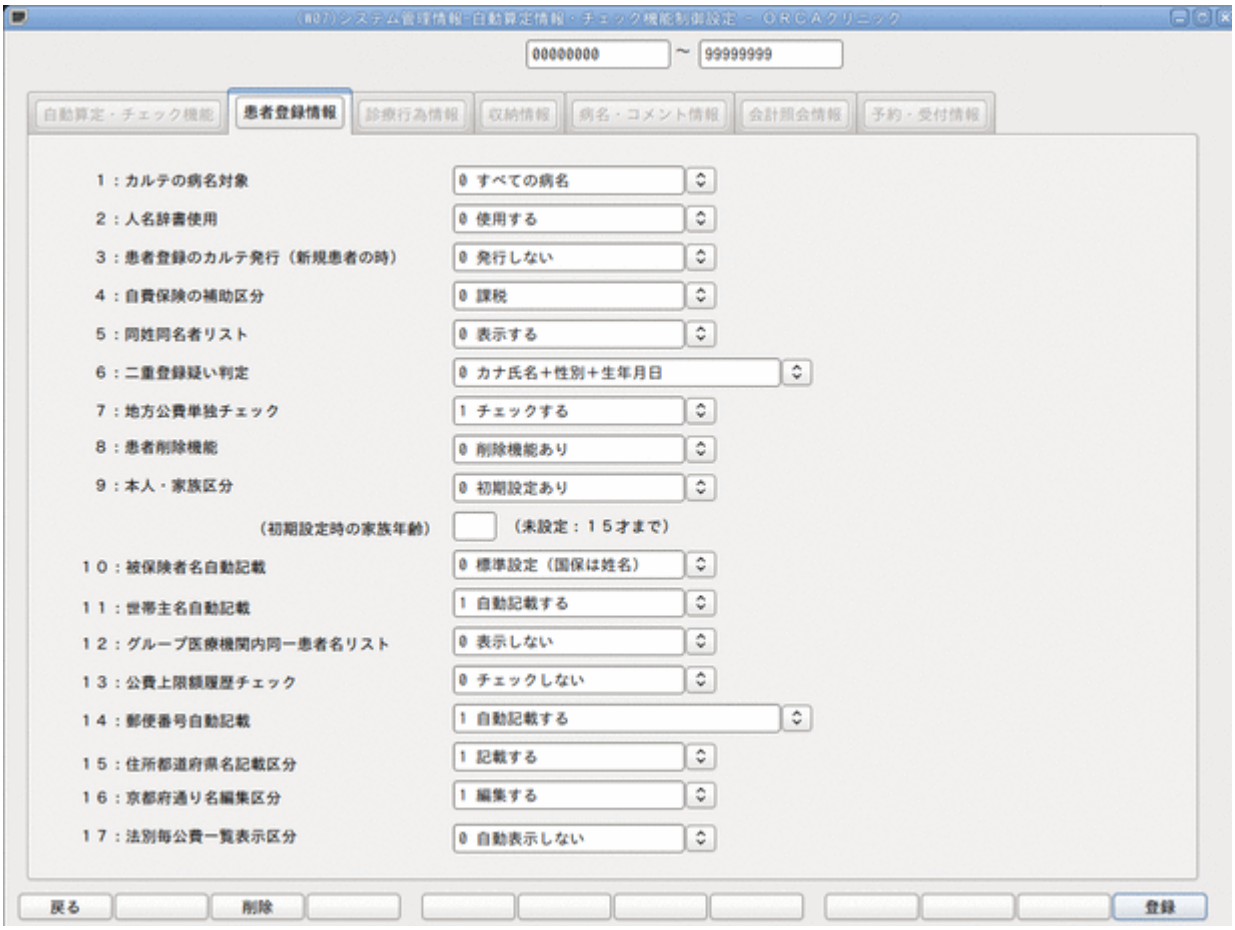


図 1257

項目の説明

1：カルテの病名対象	カルテを印刷する際の病名編集について、印刷の対象とする病名を全病名または継続病名から選択することができます。 初期値には「0：全ての病名」が設定されています。 「0：全ての病名」・・・病名に転帰日があるものも含めて全病名を記載します。 「1：継続病名のみ」・・・病名に転帰日があるものは対象外として、病名を記載します。 「2：病名記載なし」・・・病名を記載しません。
2：人名辞書使用	患者登録の基本情報画面のカナ氏名欄を入力した場合に表示する人名辞書ダイアログの使用を、選択することができます。 初期値には「0：使用する」が設定されています。 「0：使用する」　・・・「漢字選択画面」を使用して漢字の選択、あるいは直接入力ができます。 「1：使用しない」・・・カナ氏名入力後は、漢字氏名欄にカーソルが移動し直接入力を行います。
3：患者登録のカルテ発行（新規患者のとき）	新規患者のカルテ発行について、患者登録の基本情報画面にあるカルテ発行欄の初期表示を選択することができます。システム管理マスタの初期値には「0：発行しない」が設定されています。 なお、新規患者以外の更新、また受付画面のカルテの発行について設定することはできません。 「0：発行しない」　・・・　新規患者のカルテ発行を行いません。

	「1：発行する（保険組合せ指示）」・・・新規患者のカルテ発行を行います。 ただし、保険組合せは指定した保険組合せで印刷します。 （未選択の場合は、カルテは頭書きのみ印刷を行います） 「2：発行する（保険組合せ自動）」・・・新規患者のカルテ発行を行います。 ただし、保険組合せは自動設定された組合せで印刷されます。 自動設定されるのは、公費の多い保険組合せか、あるいは労災・自賠責保険とします。
4：自費保険の補助区分	自費保険を新規登録する場合の補助区分の初期表示を選択することができます。 「0：課税」・・・自費保険のとき、課税します。 「1：非課税」・・・自費保険のとき、非課税とします。
5：同姓同名者リスト	新規患者登録、患者情報訂正時にカナ氏名の一致する患者をリスト表示します。 「0：表示する」・・・同姓同名者リストを表示します。 「1：表示しない」・・同姓同名者リストを表示しません。
6：二重登録疑い判定	新規患者登録、患者情報訂正時に以下の条件により一致する患者を二重登録患者疑いとしてリスト表示します。判定条件を選択します。 「0：カナ氏名＋性別＋生年月日」 「1：カナ氏名＋漢字氏名＋性別＋生年月日」 「2：性別＋生年月日」
7：地方公費単独チェック	地方公費単独の保険組合せが作成される場合の警告メッセージの表示を設定できます。 「0：チェックしない」 「1：チェックする」
8：患者削除機能	患者登録画面の「患者削除(F4)」の設定ができます。 「0：削除機能あり」 「1：削除機能なし」
9：本人・家族区分	患者登録時に保険の本人・家族区分の初期表示を設定できます。 「0：初期設定あり」 初期設定時の家族年齢に設定されている年齢までは「家族」で表示します。 「1：初期設定なし」 初期表示を行いません。 ※保険の種類が「007　自官」「自費保険」「後期高齢者」の場合は「本人」を自動設定します。
10：被保険者名自動記載	国保の被保険者名の初期表示を設定します。 「0：標準設定（国保は姓名）」 本人、国保で家族のときに姓名を初期表示します。 国保以外で家族のときに姓のみ初期表示します。 「1：家族は姓のみ」 本人のときに姓名を初期表示 家族のときに姓のみを初期表示
11：世帯主名自動記載	患者登録時に世帯主名の自動表示の設定を行います。 「0：自動記載しない」 自動表示しません。 「1：自動記載する」 自動表示します。
12：グループ医療機関内同一患者名リスト	グループ医療機関（本院分院内）設定の医療機関で、 患者の新規登録時に生年月日まで入力したタイミングで、同一本院分院グループ内の他院に同じ氏名・性別・生年月日の患者が登録済みであれば、「グループ医療機関内登録済リスト」画面を表示します。
13：公費上限額履歴チェック	患者個別に上限額を設定する公費が登録された場合に、上限額の設定がない場合に警告表示をします。
14：郵便番号自動記載	患者登録画面にて住所から郵便番号の検索を行うか設定します。 「0　自動記載しない」

	住所からの郵便番号検索を行いません。 「1　自動記載する」 住所から郵便番号を検索し表示します。入力されている住所とのチェックを行い確認メッセージを表示します。 「2　自動記載する（郵便番号未設定）」 郵便番号欄が未入力（空白）の場合のみ住所から検索を行います。入力されている住所とのチェックは行いません。
15：住所都道府県名記載区分	郵便番号入力、住所からの郵便番号検索時に都道府県名を記載するか否かを設定します。
16：京都府通り名編集区分	患者登録画面の住所欄へ京都府の通り名を追加編集します。 「1　編集する」 通り名を追加した住所を表示します。 「2　編集しない」 通り名を追加しません。
17：法別毎公費一覧表示区分	患者登録画面の公費負担者番号を入力した際に該当の法別番号の公費を一覧表示します。 「0　自動表示しない」 「1　自動表示する」

(3)「登録」(F12)を押下し登録します。

（1）管理コードのコンボボックスより「1018　患者状態コメント情報」
（「1019」、「1020」も同様）を選択します。

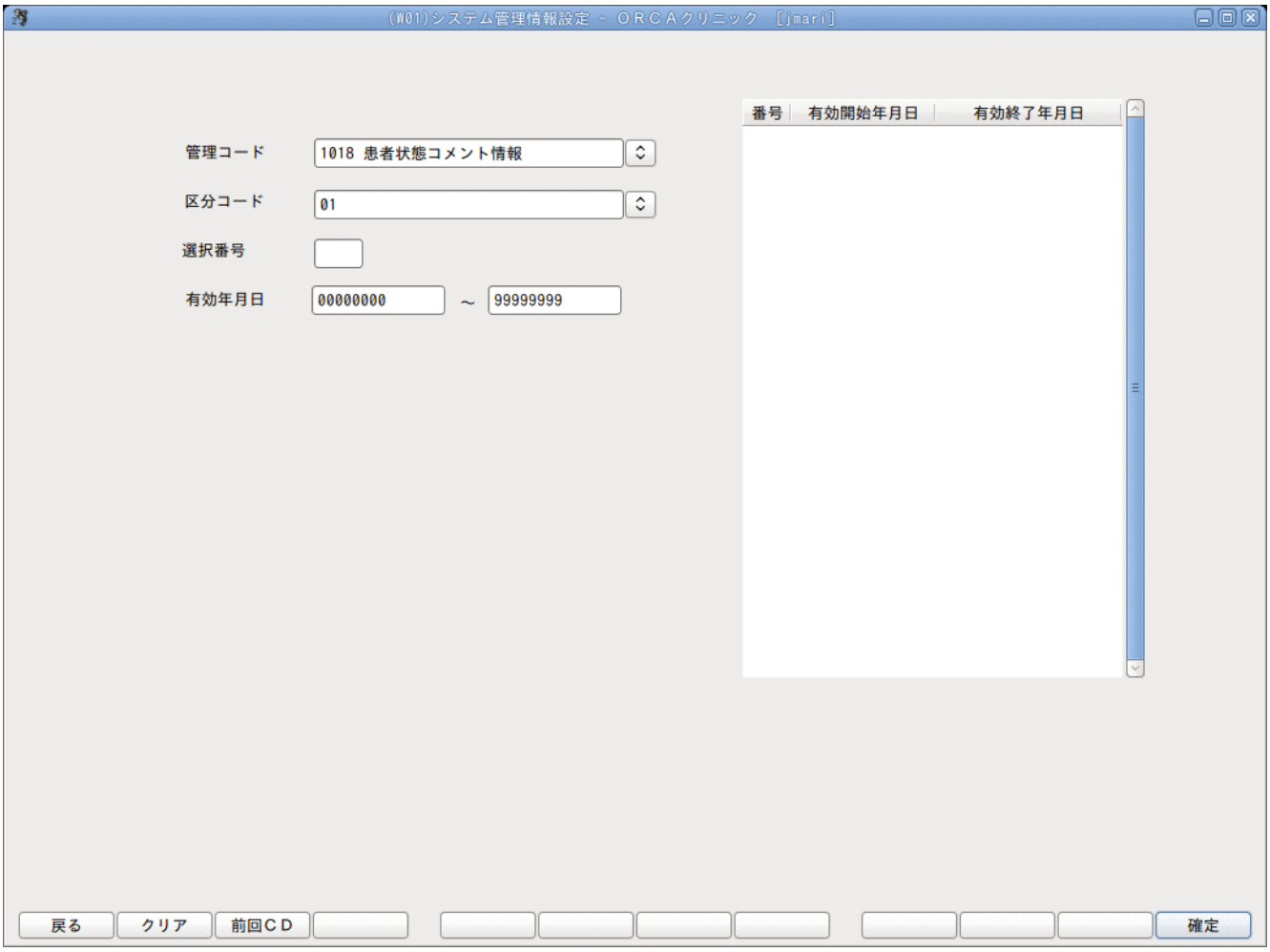


図 1258

＜区分コードについて＞
区分コードは2桁の数字で設定します。

Copyright(C)2007JMARI

（2）患者の状態などを表すコメントを入力します。

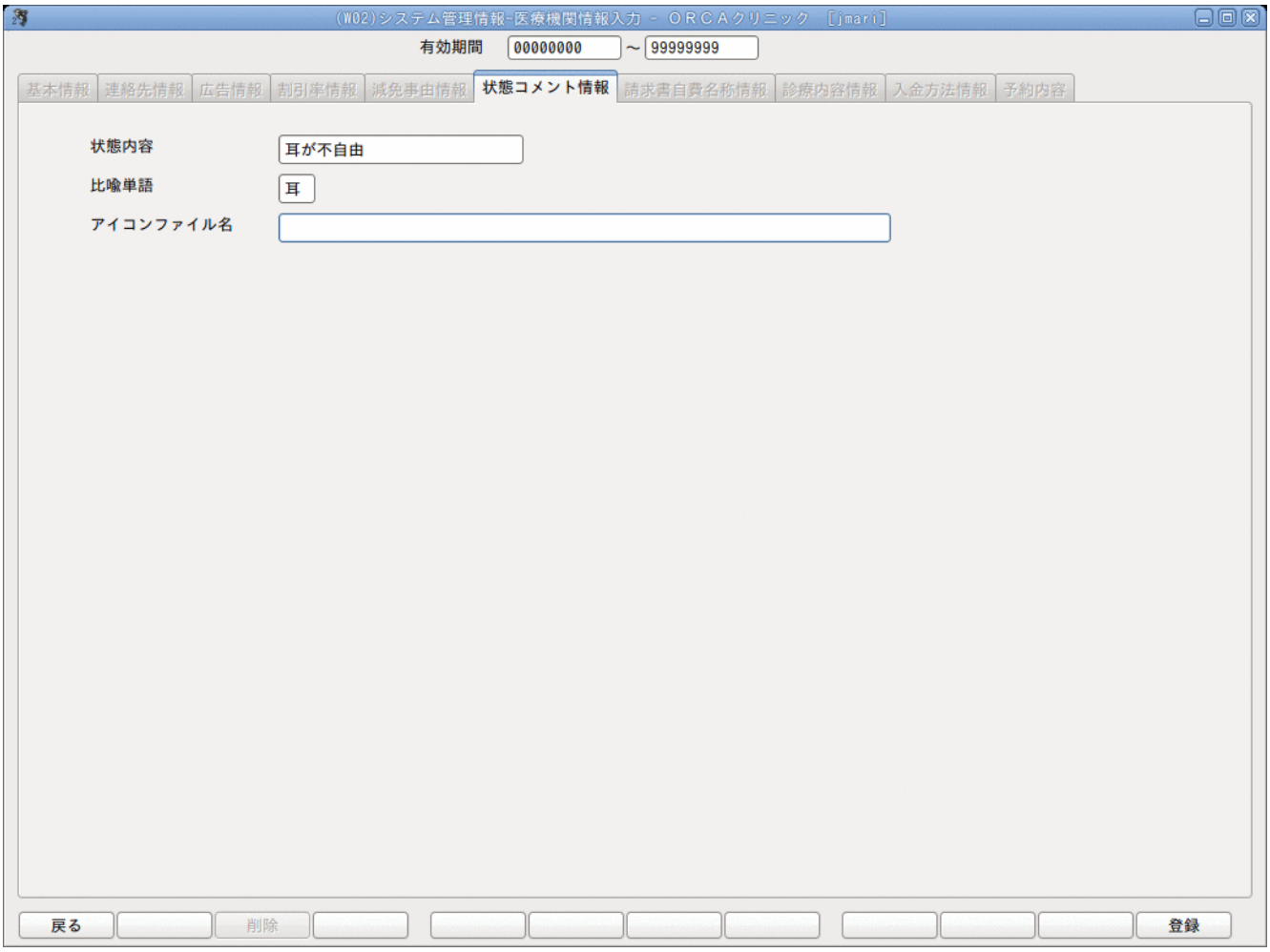


図 1259

項目の説明

状態内容	状態を表す内容を全角で入力します。
比喩単語	状態を表す内容を1文字で表すものを全角で入力します。
アイコンファイル名	現在未使用です。

（1）管理コードのコンボボックスより「1026　減免事由情報」を選択します。

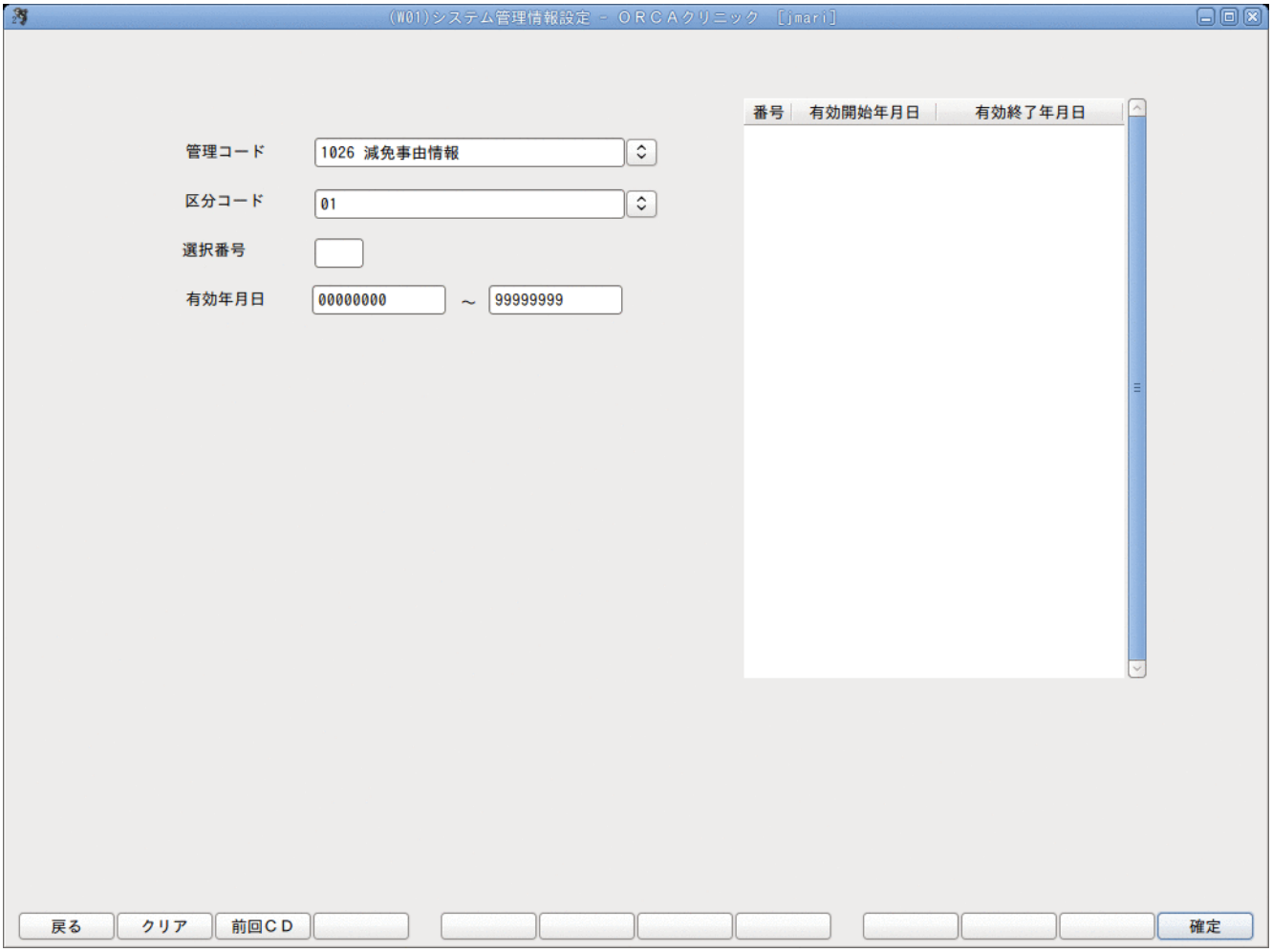


図 1260

＜区分コードについて＞

区分コードは2桁の数字で設定します。

Copyright(C)2007JMARI

（2）減免事由を入力します。

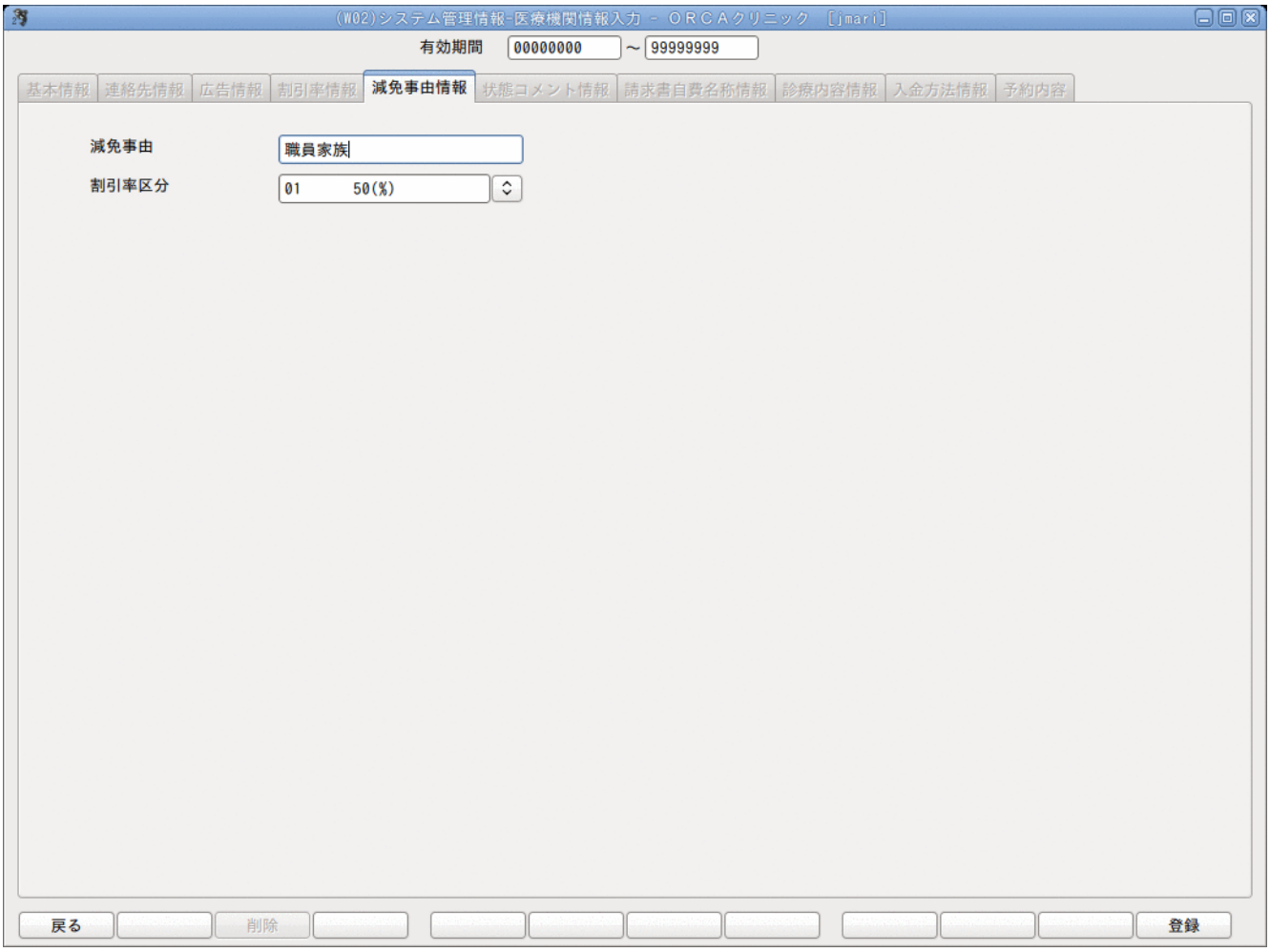


図 1261

項目の説明

減免事由	減免の内容を全角で入力します。
割引率区分	「101　システム管理マスタ」－「1027　割引率情報」で設定した内容から、該当する区分を設定します。

（1）管理コードのコンボボックスより「1027　割引率情報」を選択します。

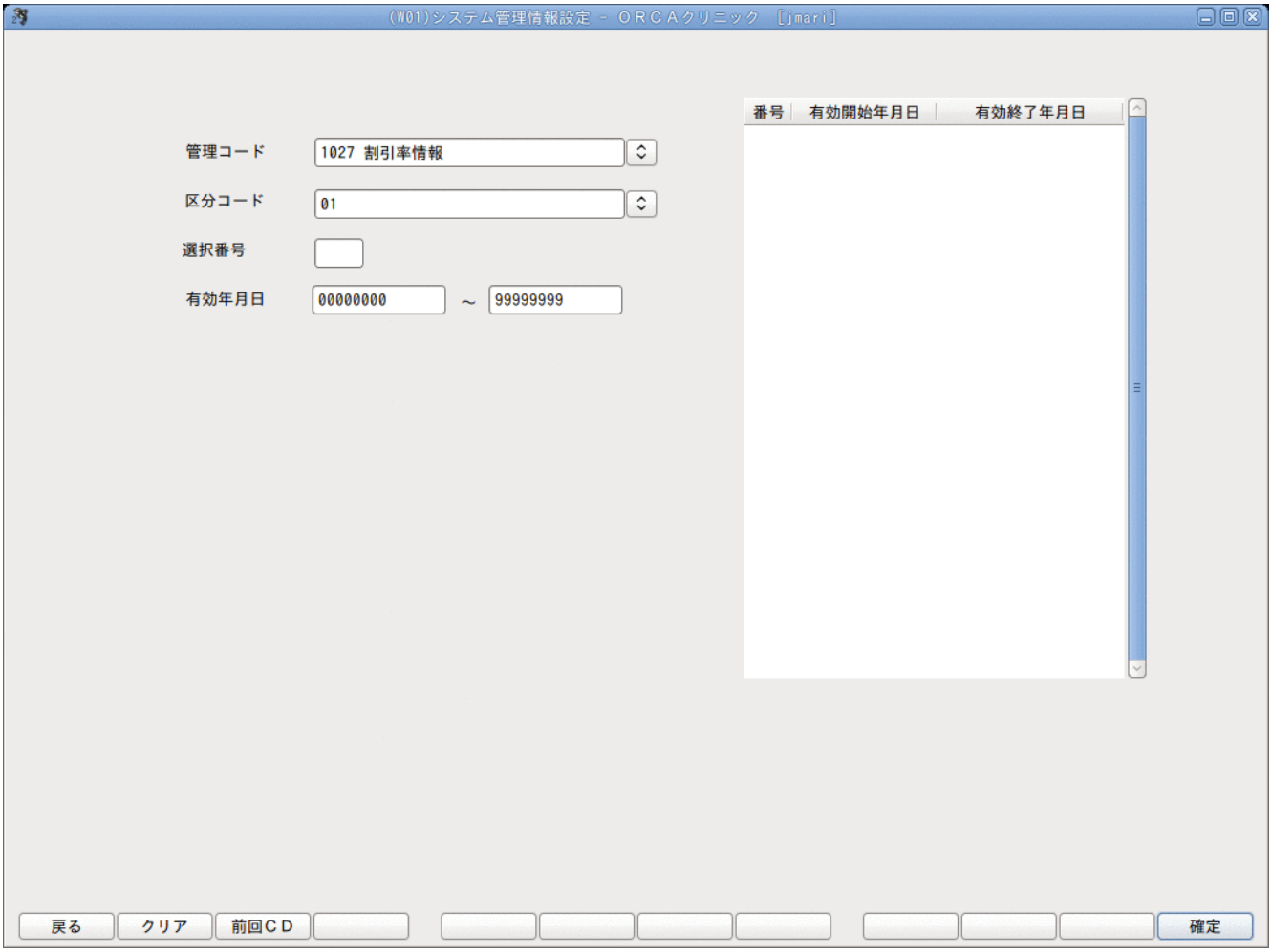


図 1262

＜区分コードについて＞

区分コードは2桁の数字で設定します。

Copyright(C)2007JMARI

（2）減免する数値を入力します。

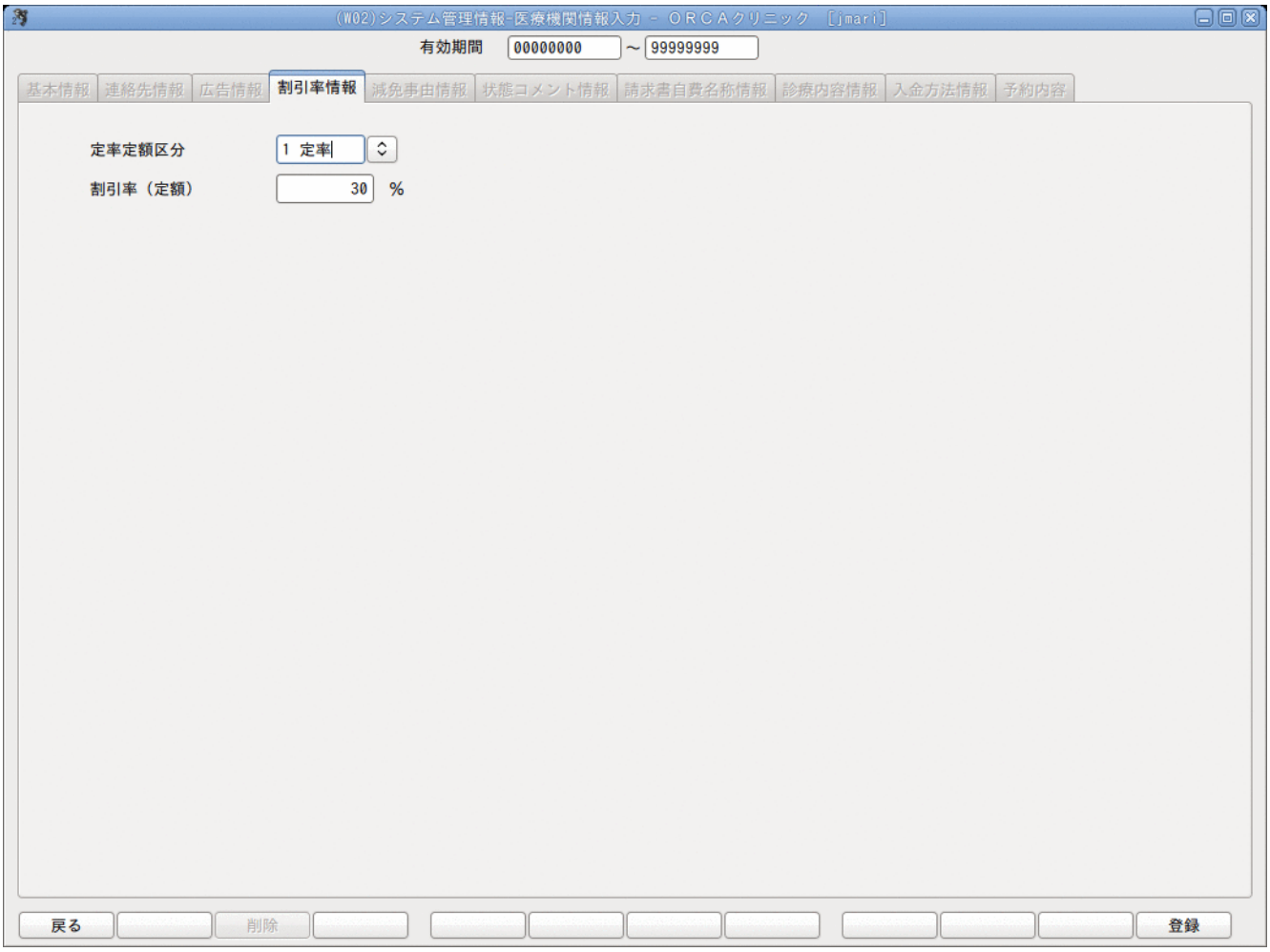


図 1263

項目の説明

＜定率定額区分＞

定率あるいは定額であるかの区分を設定します。

1	定率
2	定額

＜割引率（定額）＞
定率定額区分にあわせた減免する値を入力します。
定率で当該項目の値が「30」である場合は30%減免を行います。
定額で当該項目の値は「1500」である場合は一律に1500円減免を行います。

業務メニュー「14　予約」業務に使用する予約内容を登録します。

（1）管理コードのコンボボックスより「1028　予約内容情報」を選択します。

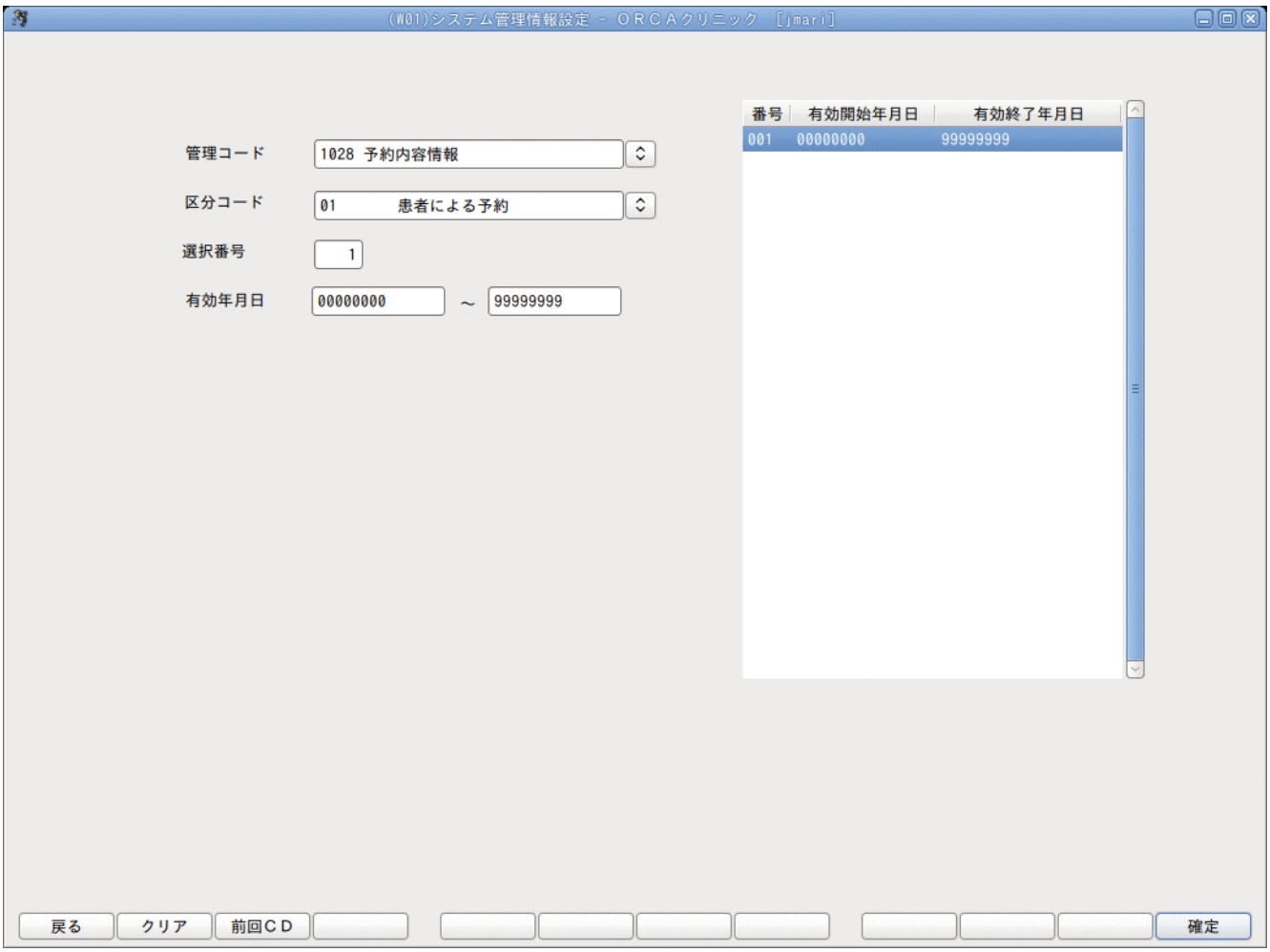


図 1264

＜区分コードについて＞

区分コードは2桁の数字で設定します。

（2）予約内容を入力します。

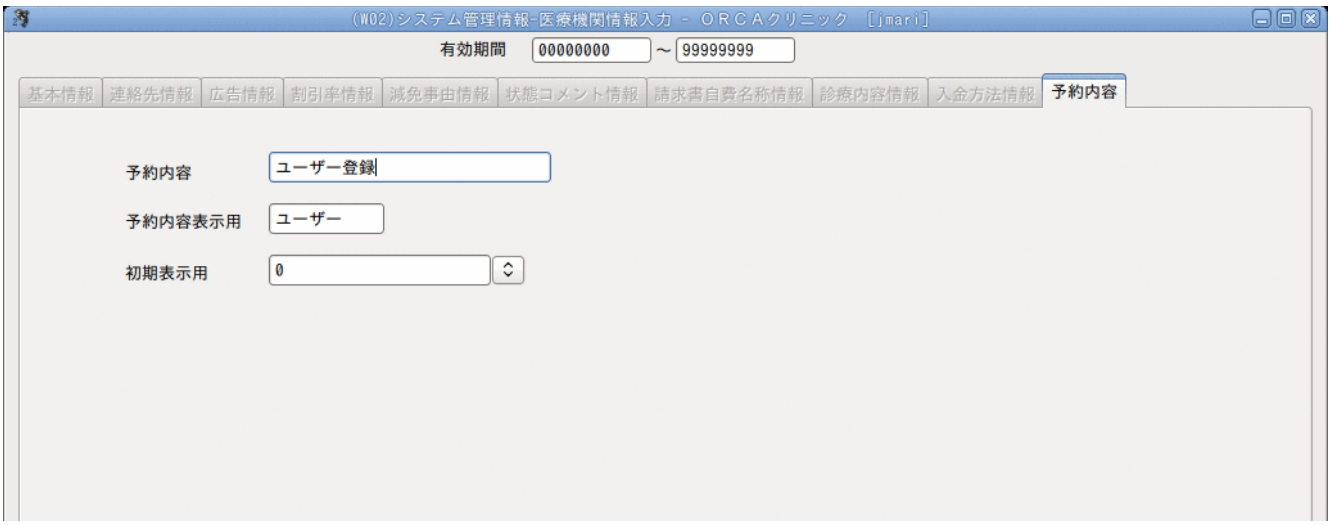


図 1265

＜初期表示設定について＞

予約業務の予約内容区分に初期表示したい場合は、初期表示用に「1　初期表示」を設定します。
複数「1　初期表示」が設定されている場合は予約内容区分の一番小さい区分コードを初期表示します。
また、「1　初期表示」の設定が無い場合は一番小さい区分コードを初期表示します（区分00を除く）。

（1）管理コードのコンボボックスより1030　帳票編集区分情報を選択します。

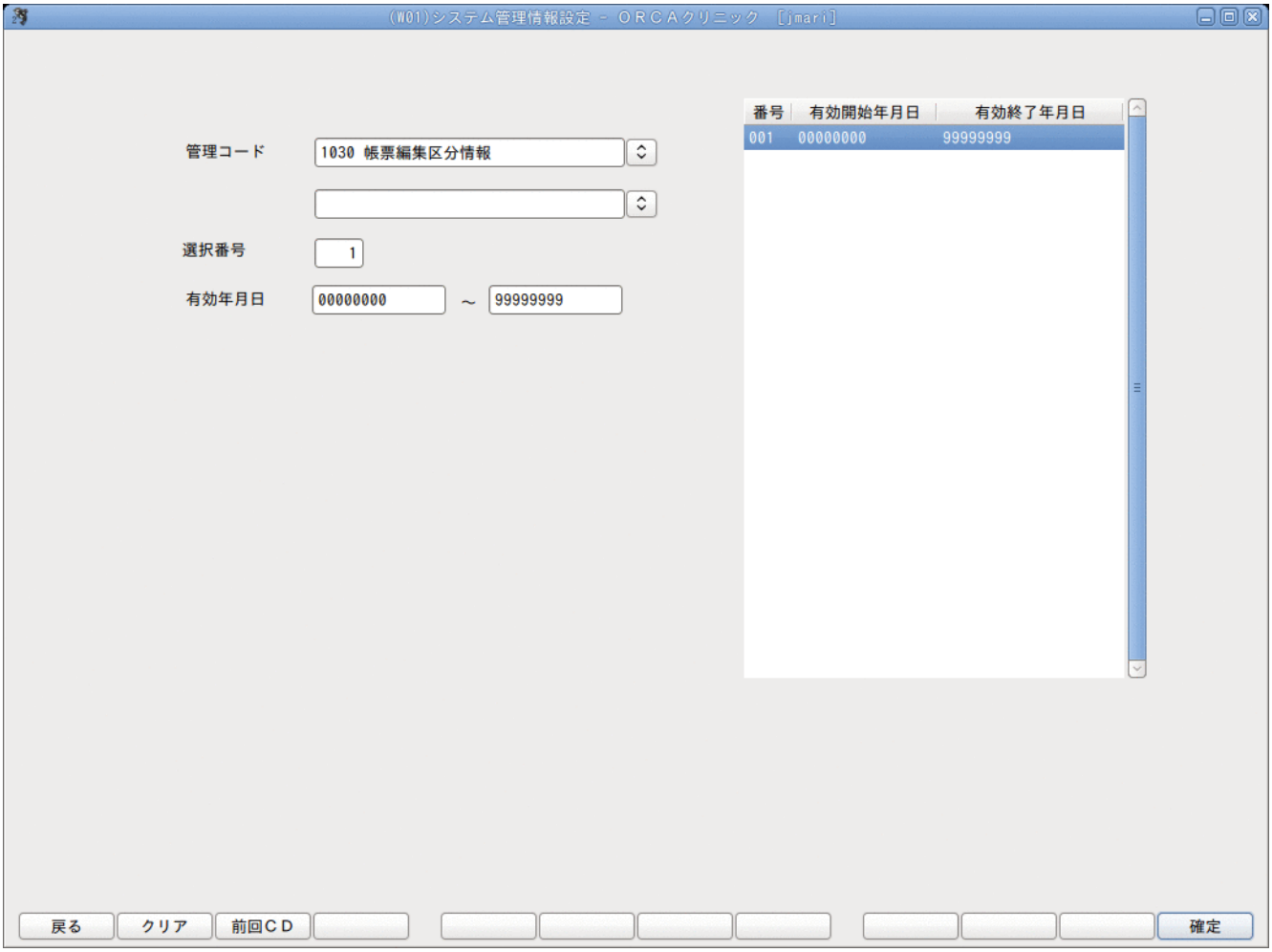


図 1266

Copyright(C)2007JMARI

（2）各項目を選択します。

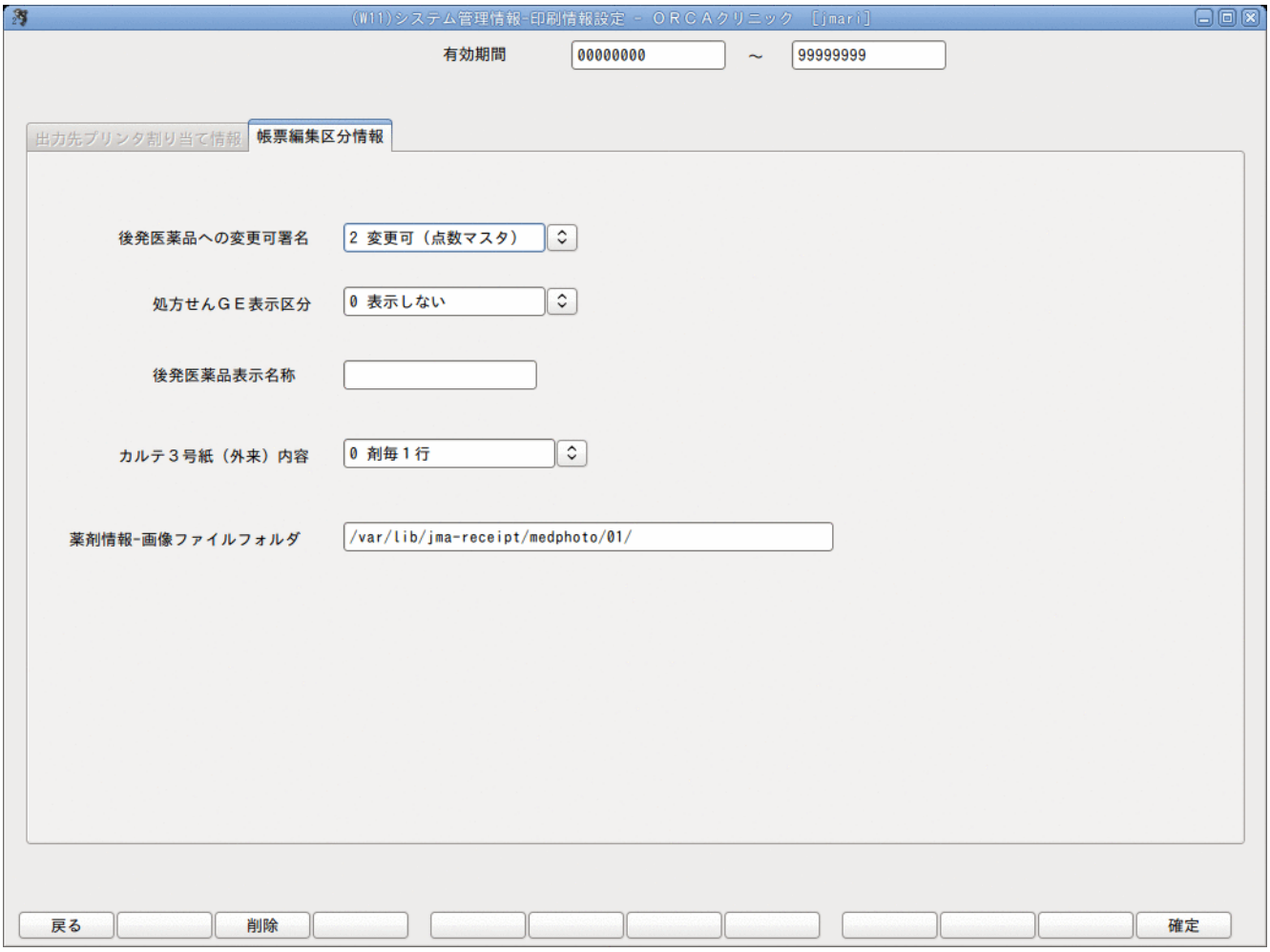


図 1267

項目の説明

＜後発医薬品への変更可署名＞

処方せんへの一般名記載、後発医薬品への変更の設定をします。

0　変更不可	原則として銘柄名記載、後発医薬品への変更不可となります。 （点数マスタに一般名記載の設定がある場合は、一般名、後発医薬品への変更可となります） 一般名記載　　しない 変更不可欄　　×を記載
1　変更可（一般）	原則として先発医薬品のみ以外は一般名記載、後発医薬品への変更可となります。 一般名記載　　する 変更不可欄　　空白
2　変更可（点数マスタ）	一般名記載は点数マスタの設定に従い、後発医薬品への変更可となります。 一般名記載　　点数マスタに従う 変更不可欄　　空白

【点数マスタの設定との関連】

<table>
<tr><td rowspan="2">「101　システム管理」－
「1030　帳票編集区分情報」
の後発医薬品への変更可署名</td><td colspan="2">「102　点数マスタ」の「一般名記載」の項目</td></tr>
<tr><td>一般名記載の設定がない薬剤</td><td>一般名記載の設定がある薬剤</td></tr>
<tr><td>0　変更不可
（一般名記載　しない）
（変更不可欄　×を記載）</td><td>銘柄名を記載

″099209905 含量規格変更不可″
″099209906 剤形変更不可″
″099209907 銘柄名記載″
の指示がある場合は「×」を記載しない</td><td rowspan="3">一般名を記載
（変更不可欄　空白）</td></tr>
<tr><td>1　変更可（一般）
（一般名記載　する）
（変更不可欄　空白）</td><td>後発医薬品がない先発医薬品
銘柄名を記載

後発医薬品、
後発医薬品がある先発医薬品
一般名を記載</td></tr>
<tr><td>2　変更可（点数マスタ）
（一般名記載　点数マスタに従う）
（変更不可欄　空白）</td><td>銘柄名を記載</td></tr>
</table>

＜処方せんGE表示区分＞

処方せんGE表示を選択します。

0	表示しない
1	表示する

＜後発医薬品表示＞

処方せんの薬品の名称の後ろに後発医薬品であることを表示させる場合に入力します。
全角5文字までで入力します。

＜カルテ3号紙（外来）内容＞

0　剤毎1行	剤単位で記載します。
1　日毎1行	日単位で記載します。

＜薬剤情報－画像ファイルフォルダ＞

薬剤情報に使用する画像フォルダを指定することができます。

Copyright(C)2007JMARI

注意！
出力先プリンタ割り当て情報は有効年月日の変更はできません。
必ず「00000000」～「99999999」としてください。変更しようとした場合はエラー表示を行います。

（1）管理コードのコンボボックスより「1031　出力先プリンタ割り当て情報」を選択します。

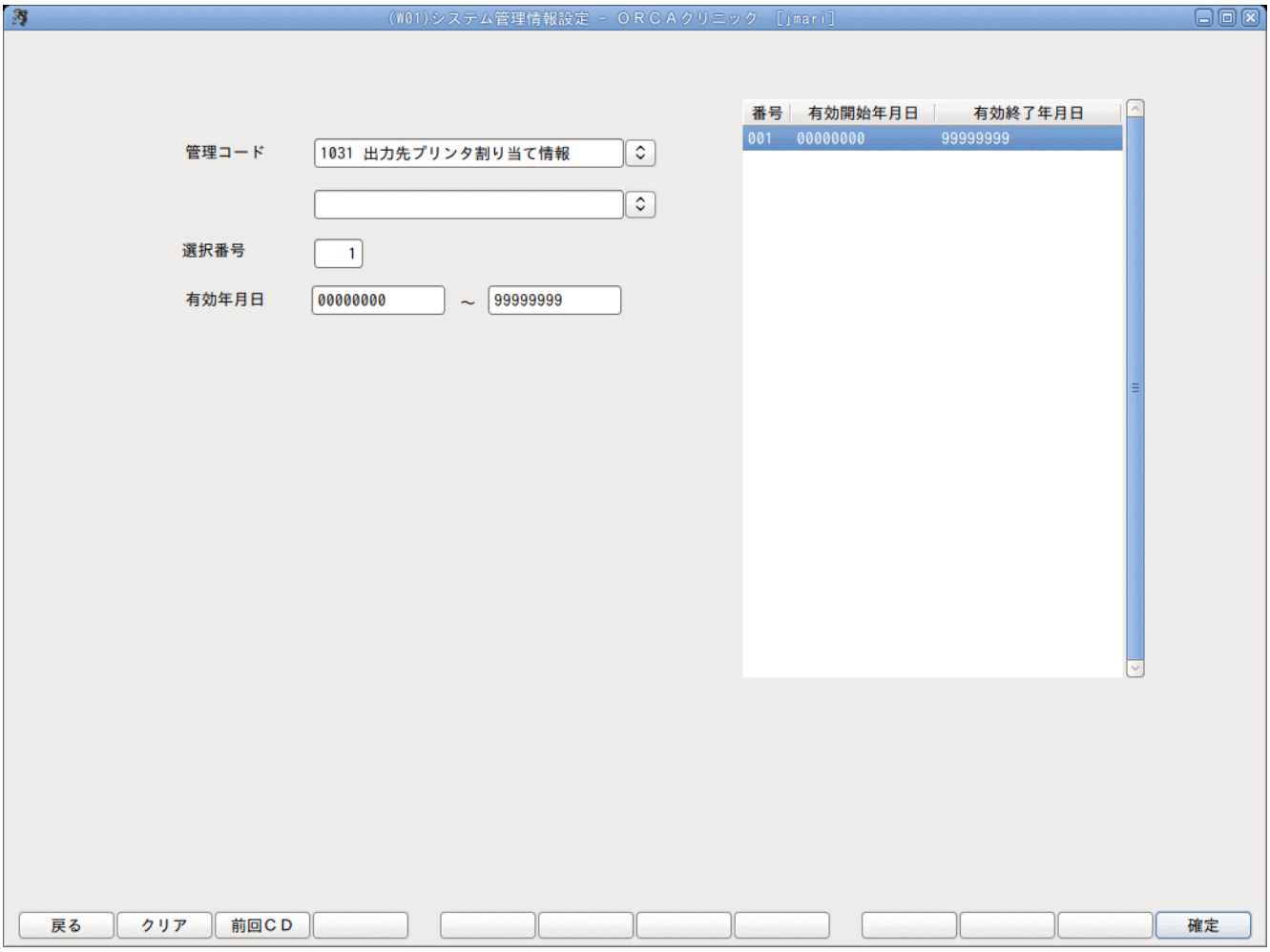


図 1268

Copyright(C)2007JMARI

（2）出力したい帳票に対してプリンタ名の割り当て及びユーザカスタマイズ情報を入力します。

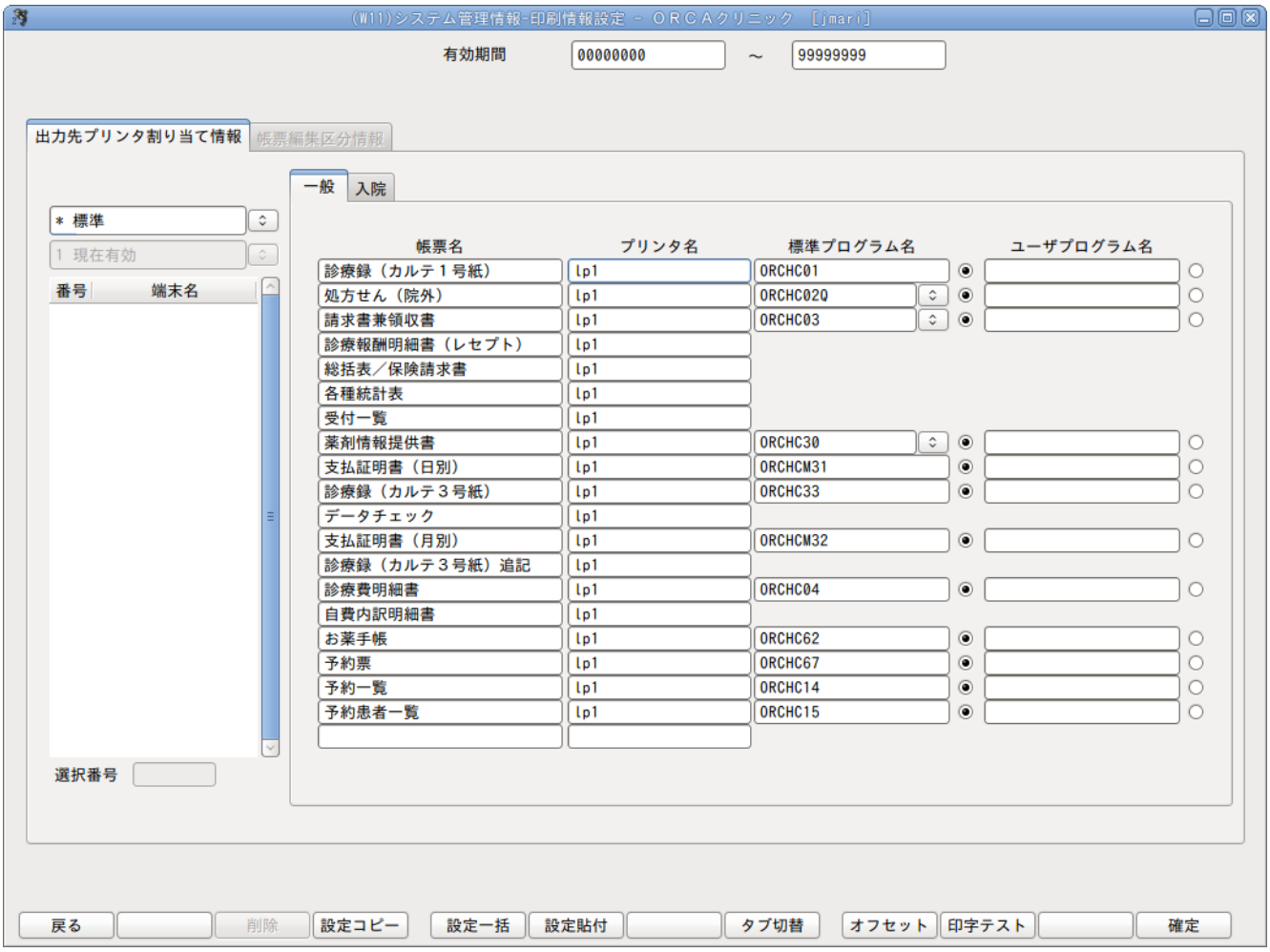


図 1269

ヒント！
設定一括(F5)を押下すると、「診療録（カルテ1号用紙）」に設定しているプリンタ名を全ての帳票に設定します（一般、入院別）。

注意！　プログラム名の表示が赤字になる場合

インストールされていないユーザプログラム名を設定すると赤字表示を行い、「ユーザプログラムがインストールされていません」と表示します。

図 1270

＜請求書兼領収書の標準プログラムについて＞

ORCHC03・・・・初期提供版
ORCHC03V02・・消費税（再掲）対応版
ORCHC03V03・・消費税（再掲）・自費10項目対応版
ORCHC03V03A5・消費税（再掲）・自費10項目対応A5版
ORCHC03V04・・領収書兼明細書（領収書、明細書一体型）A5版

＜処方せん（院外）の標準プログラムについて＞

ORCHCM19・・・A4版標準タイプ
ORCHC02・・・・A5版標準タイプ
ORCHC02Q・・・A5版QRコード対応
処方せんにQRコードを記載したい場合はORCHC02Qを設定してください。

注意！
処方せんの頭書きのみ、「前回処方」（回数が空白で印刷する場合）はQRコードの印刷をしません。
また、再印刷選択（オンライン）からはQRコードの印刷ができないため対象になりません。再発行を行う場合は診療行為画面ー「前回処方」より再発行を行ってください。

＜薬剤情報提供書（お薬情報）の標準プログラムについて＞

ORCHC30・・・薬の情報を8明細印刷
ORCHC31・・・薬の情報を6明細印刷

（3）端末（オペレータID）毎の設定

「101　システム管理マスタ」－「1010　職員情報」にて登録済みの職員情報により個別に設定ができます。
端末名は職員分類毎にグループ分けされていますので、職員分類を選択後、必要に応じて個別に設定をします。

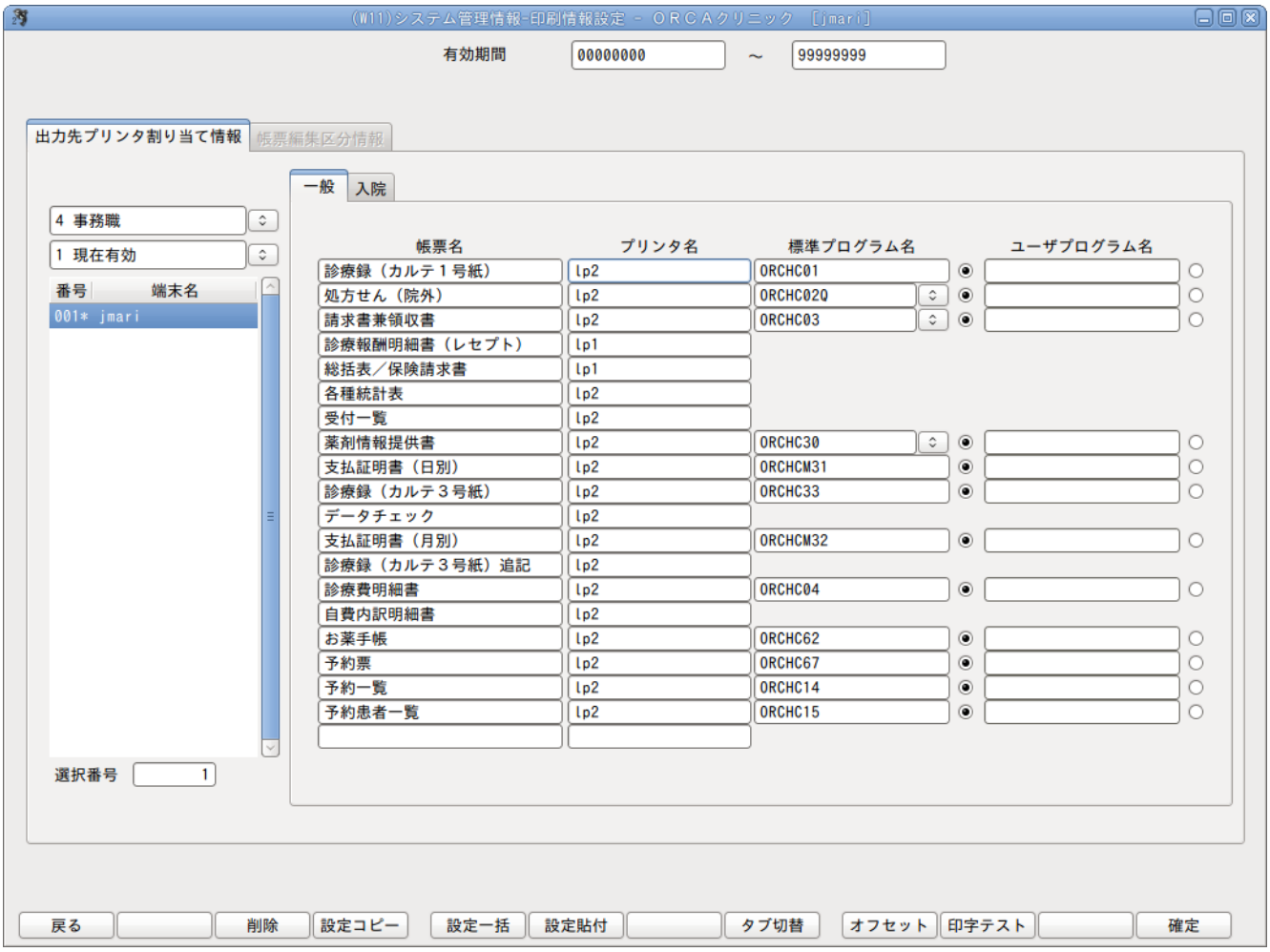


図 1271

ヒント！
設定コピー(F4)、設定貼付(F6)を使用することで、特定のオペレータの設定内容を別のオペレータに複写することができます。

注意！
下記の項目は、端末（オペレータID）毎の設定はできません。
登録時に標準のプリンタ名と違いがある場合はメッセージを表示し、標準のプリンタ名に設定します。

- 診療報酬明細書（レセプト）
- 総括表／保険請求書

尚、「101　システム管理マスタ」－「2005　レセプト・総括印刷情報」にプリンタ名の設定がされている場合は、「2005レセプト・総括印刷情報」の設定を優先します。

項目の説明

プリンタ名	印刷を行うプリンタ定義名を入力します。
標準プログラム名とユーザプログラム名の選択ボタン	いずれかのボタンを選択してください。 ユーザプログラム名を選択した場合、プログラム名称は必ず入力します。

※ユーザプログラム（ユーザカスタマイズ）は、3種類のオンライン帳票のみを対象としています。詳細は、「オンライン帳票ユーザカスタマイズ」を参照してください。

＜オフセット(F8)（印字位置調整）＞

自賠責、労災等の請求書は指定用紙であるため印字にずれが生じる場合があり、またプリンタの機種を限定していないので各社プリンタで印字が正しくできるように調整ができます。

帳票を縦方向（正負）、横方向（正負）に調整できる。
調整幅は0.1cm単位で行える。
帳票フォーム別、プリンタ名別に調整ができます（チェックは行わない）
オンライン帳票、バッチ帳票共に調整ができます。

＜参考＞

各帳票のフォームIDは【5.11　FORM_LIST】を参照してください。

＜印字テスト(F10)＞

プレビュー、印字のテストを行います。
プリンタを指定してテスト印刷もできます。
プレビュー表示できない、印刷ができない、文字化け等の場合はフォント・プリンタの設定を確認してください。

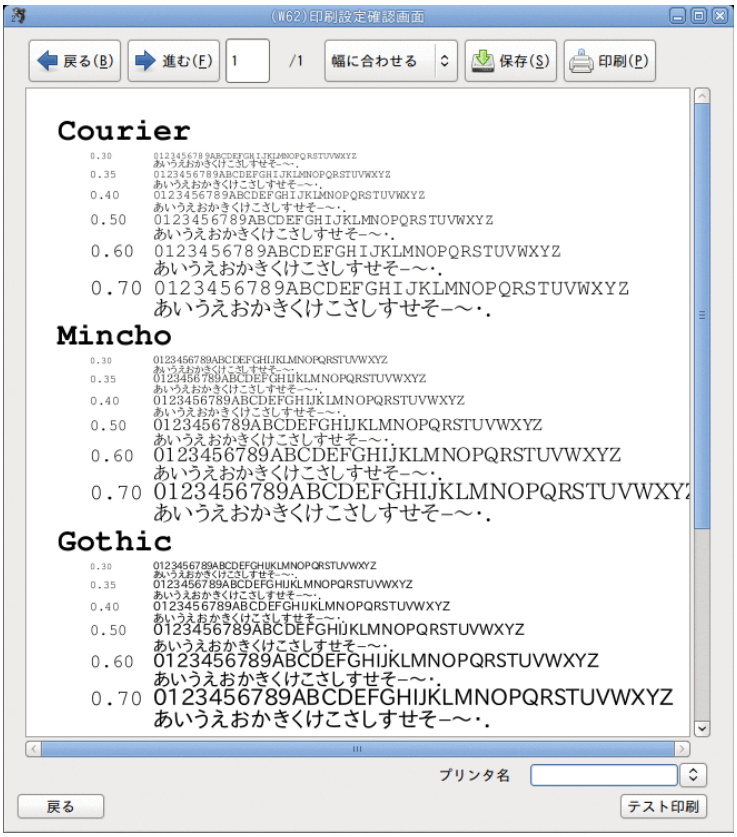


図 1272

1033　県内扱い保険者情報

国民健康保険の場合、以下の設定により県外レセプトを県内分として扱い集計・印刷を行うことができます。

（1）管理コードのコンボボックスより「1033　県内扱い保険者情報」を選択します

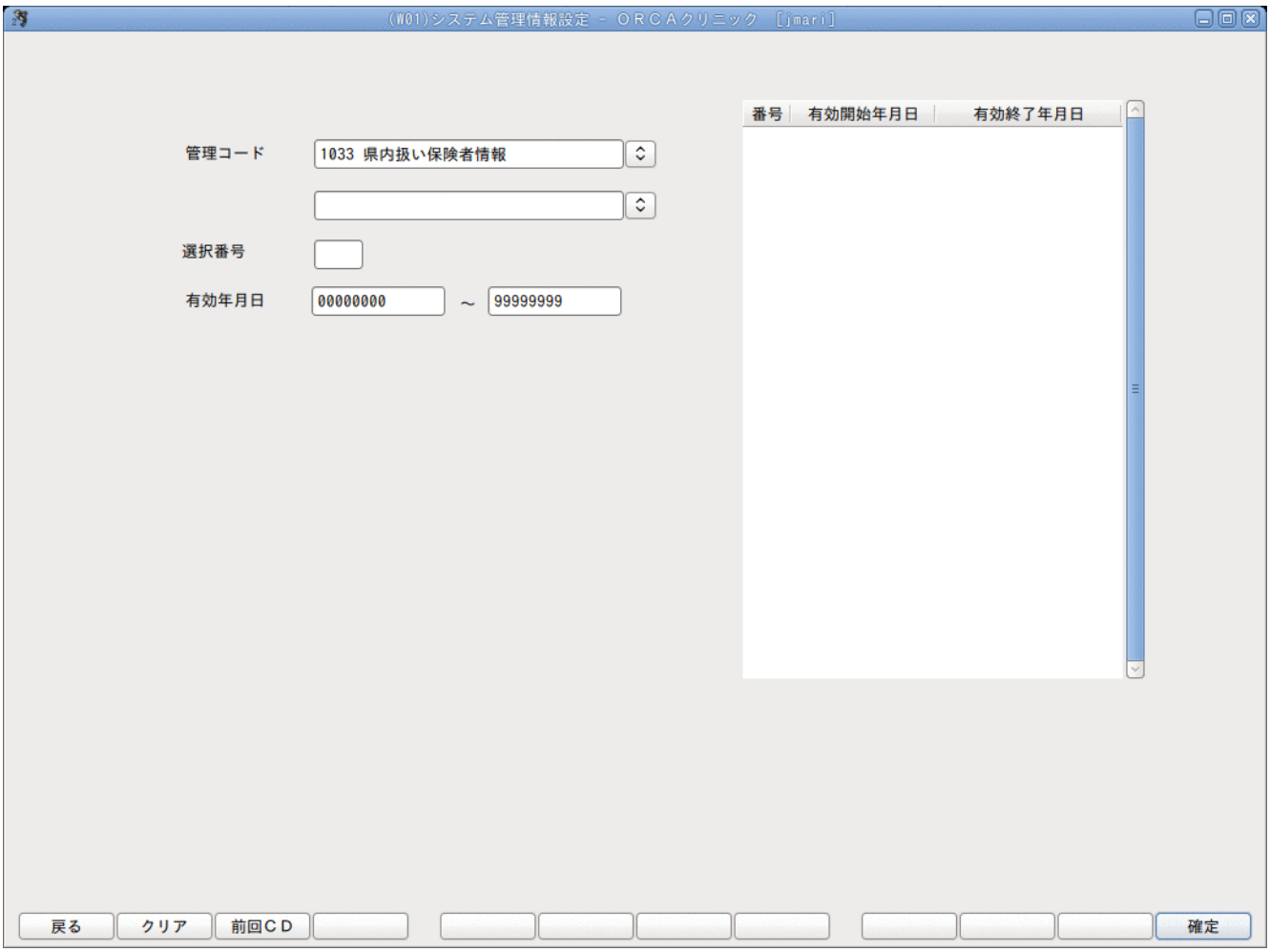


図 1273

Copyright(C)2007JMARI

（2）レセプトの出力順で今後、県内扱いにする保険者番号を入力します。入力後、「Enter」を押下すると保険者名称欄に「105　保険者マスタ」の保険者名称欄　で入力されている名称を自動表示します。

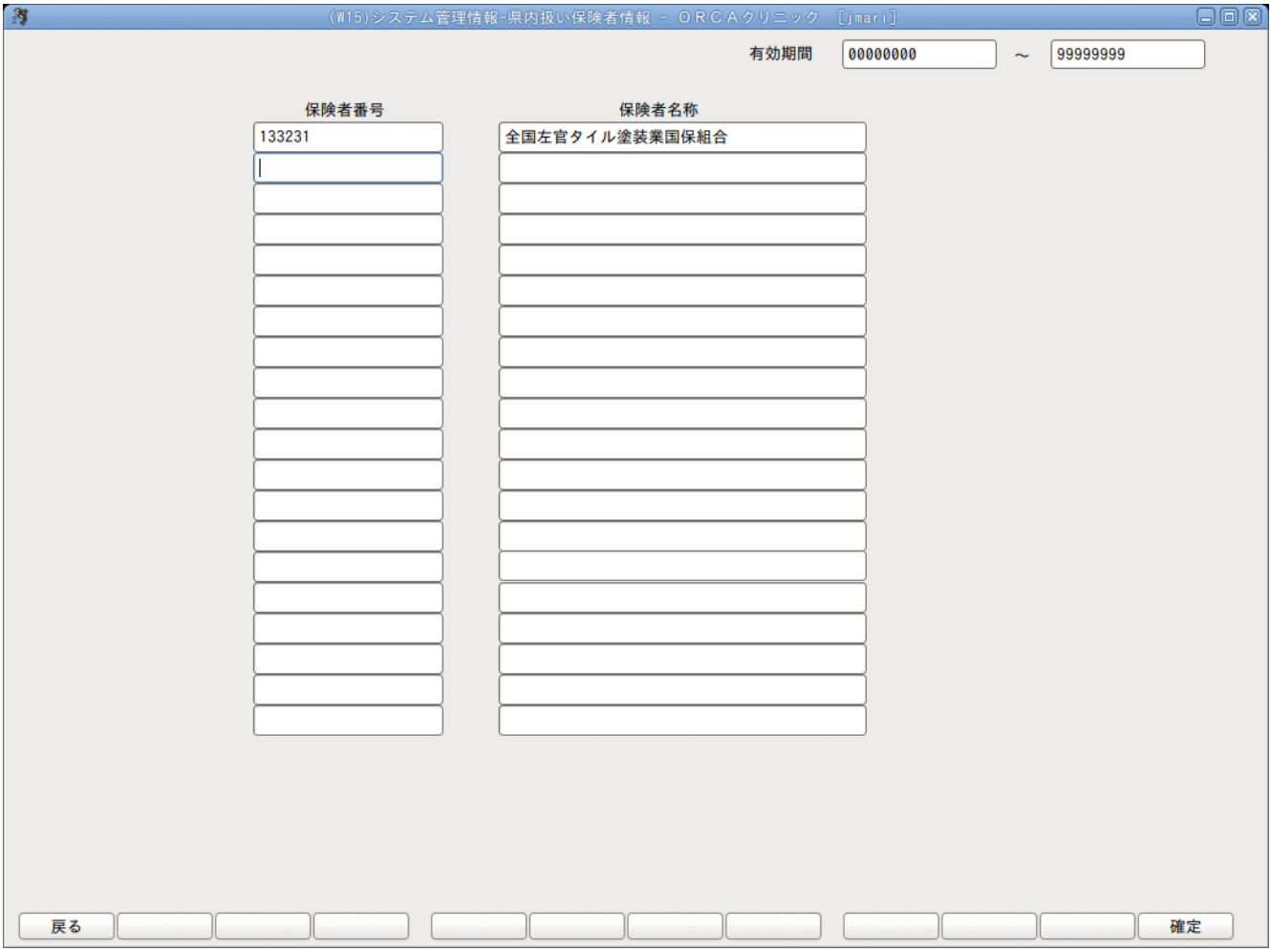


図 1274

（3）入力内容を確認後、「確定」(F12)を押下して登録を行います。

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	遷移元の画面に戻ります。
確定	F12	入力内容をデータベースに登録します。 押下後、「登録処理をします」と、確認メッセージが表示されます。 「OK」を押下すると登録を行い、「戻る」を押下すると再度入力画面へ戻ります。

（1）管理コードのコンボボックスより「1038　診療行為機能情報」を選択します。

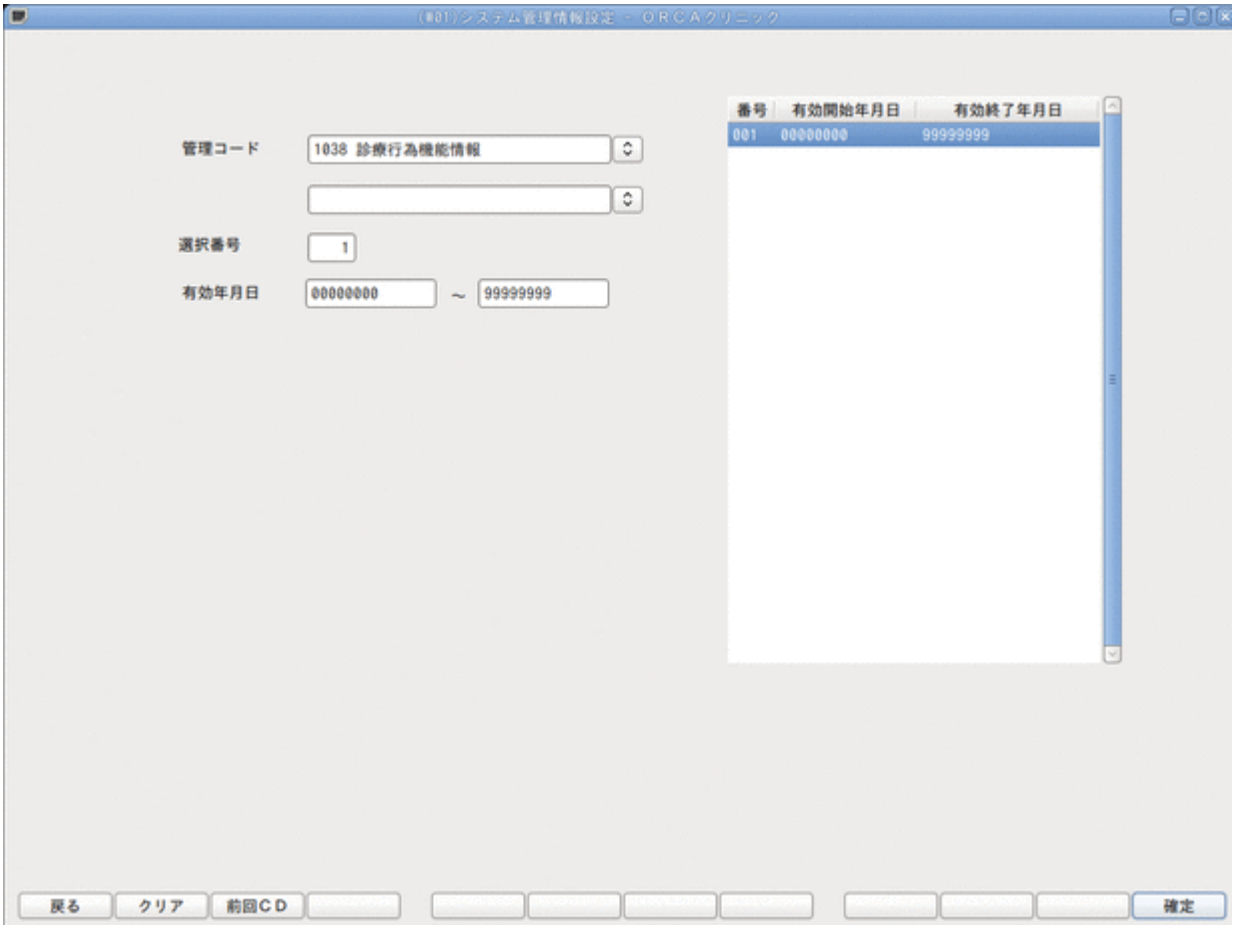


図 1275

Copyright(C)2007JMARI

（2）診療行為情報について、コンボボックスより設定を行います。

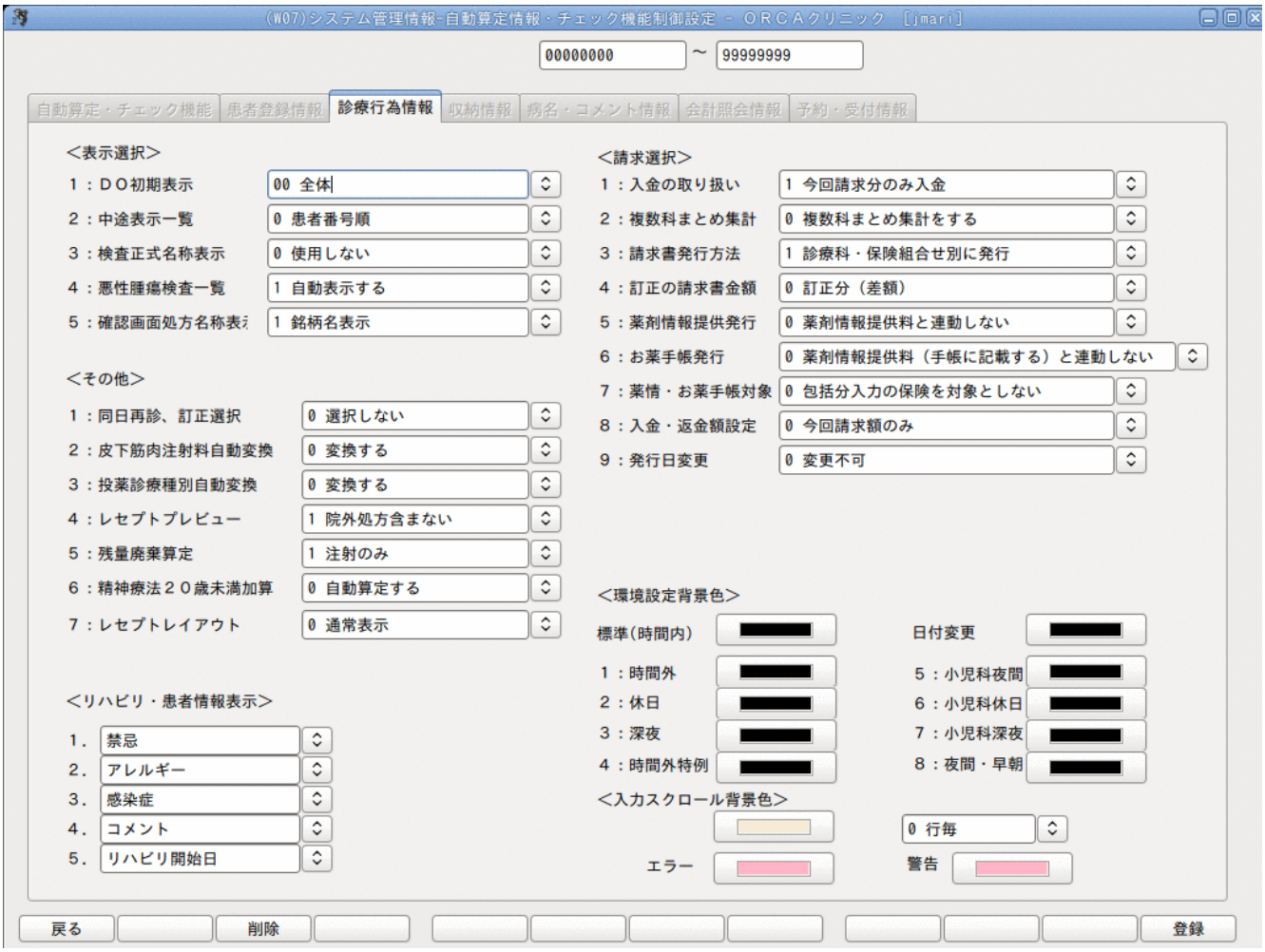


図 1276

項目の説明

＜表示選択＞

1：Do初期表示	Do画面を呼び出したときに、初期表示する診療区分を設定します。 00：全体 10：医学管理・在宅 20：投薬 30：注射 40：処置 50：手術・麻酔 60：検査 70：画像診断 80：リハビリ・その他 90：自費・その他 29：投薬・注射
2：中途表示一覧	中途表示（中途終了一覧）の患者表示順を設定します。 0：患者番号順 1：登録順 登録順は中途終了順で表示します。
3：検査正式名称表示	検査の正式名称から診療行為検索、または診療行為画面、会計照会画面にて正式名称での表示を行います。 0：使用しない 1：使用する

	※一覧選択画面ではこの設定に関係なく略称と正式名称が表示されます。
4：悪性腫瘍検査一覧	マーカー検査のコメントを検査コード入力、またはコメント手入力の設定を行います。 0：自動表示しない 1：自動表示する
5：確認画面処方名称表示	診療行為入力時の「診療行為確認画面」の薬剤の表示設定を行います。 0：一般名表示 1：銘柄名表示

＜請求選択＞

1：入金の取り扱い	過去に未収金がある場合の入金額の割り当て方法を、コンボボックスより選択します。 ここで設定された内容は、診療行為入力画面の請求確認画面にある、「入金の取扱い」コンボボックスに反映して初期表示を行います。 コンボボックスの内容は、以下のとおりです。 1：今回請求分のみ入金 今回請求分のみ入金処理を行い、他の未収データへの入金処理は行いません。 2：今回分・伝票の古い未収順に入金 入金額が今回請求額を超える場合、先に今回請求分の入金処理を行い、残金は他の未収データへと振り分けられます。このとき、残金の振り分けは伝票番号の小さい未収データから順に行われます。 なお、入金額が今回請求額以下の場合には今回請求分のみに入金処理を行います。 3：今回分・伝票の新しい未収順に入金 入金額が今回請求額を超える場合、先に今回請求分の入金処理を行い、残金は他の未収データへと振り分けられます。このとき、残金の振り分けは伝票番号の大きい未収データから順に行われます。 なお、入金額が今回請求額以下の場合には今回請求分のみに入金処理を行います。 4：伝票の古い未収順に入金 入金額を伝票番号の小さいデータから順に入金します。 残金がある場合は、今回請求データへ入金を行います。 5：伝票の新しい未収順に入金 入金額を伝票番号の大きい未収データから順に入金します。 ただし、今回請求分を除きます。残金がある場合は、今回請求データに入金を行います。 なお、まとめ入金が行えるのは新規に入力を行った診療行為のみとし、診療訂正分は訂正入力分のみの入金処理を行います。
2：複数科まとめ集計	複数診療科の同時入力があった場合の請求額の集計方法について、コンボボックスより選択します。 ここで設定された内容は、診療行為入力画面－請求確認画面での集計方法に反映します。 「0　複数科まとめ集計をする」 保険組合せが同じとき、診療科に関係無く保険毎にまとめた点数から集計を行います。その際にまとめ差額が生じた場合には、診療行為入力画面－請求確認画面へ「複数科まとめ差額：○」と差額表示を行います。請求額はまとめた請求額となります。 「1　複数科まとめ集計をしない」 保険組合せが同じとき、それぞれの診療科毎に請求額を計算したのちに合算をした額を請求額とします。
3：請求書発行方法	複数診療科や複数保険で同時入力した場合の請求書兼領収書の発行方法につ

	いて、コンボボックスより選択します。
4：訂正の請求書金額	訂正時の請求確認画面の請求書兼領収書区分の初期設定を行います。 「0　訂正分（差額）」 差額分の請求書兼領収書を初期表示します。 「1　合計」 合計分の請求書兼領収書を初期表示します。
5：薬剤情報提供発行	薬剤情報提供料の算定があれば連動し薬剤情報を「発行あり」にします。 ※「101　システム管理マスタ」－「1001　医療機関情報－基本」または「1010　職員情報」－個別設定の薬剤情報発行フラグが「0　発行しない」となっている場合は連動しません。
6：お薬手帳発行	薬剤情報提供料（手帳に記載する）の算定があれば連動しお薬手帳用のお薬リストを「発行あり」にします。
7：薬情・お薬手帳対象	包括分入力の薬剤を薬剤情報、お薬手帳の対象にするか設定します。 「0　包括分入力保険を対象としない」 包括分入力の薬剤は対象外とします（印刷しない） 「1　包括分入力の保険を対象とする」 包括分入力の薬剤を対象とします（印刷する）
8：入金・返金額設定	外来の請求確認画面の入金額・返金額に過去の未収金額・返金の金額を反映させるか設定します。 「0　今回請求額のみ」 過去の未収金額・返金額を反映しません。 「1　一括入金反映」 過去の未収金額のみ反映します。 「2　一括返金反映」 過去の返金額のみ反映します。 「3　一括入金・返金反映」 過去の未収金額・返金額を反映します。 ※1～3を設定するには、入金の取り扱いの設定が「1　今回請求分のみ入金」以外に設定されている必要があります。 ※訂正時は過去日の入返金は行えないため対象外になります。
9：発行日変更	請求書兼領収書の発行日を請求確認画面で変更できるようにするか否かを設定します。

ここで設定された内容は、診療行為入力画面－請求確認画面にある、「(発行方法)」コンボボックスに反映して初期表示を行います。

＜その他＞

1：同日再診、訂正選択	外来の診療行為入力で入力日が最終来院日のときに同日再診か訂正入力か確認メッセージを表示し選択するとことができます。 0　選択しない 1　選択する（OK:同日再診） 2　選択する（OK：訂正） 診療行為入力画面でのメッセージの「OK」でどちらの動きをするか設定できます。
2：皮下筋肉注射料自動変換	皮下筋肉注射（.310）の薬剤液量が5ml以上の場合に手技料を自動的に変換するか否かを設定します。 0　変換する

	1　変換しない
3：投薬診療種別自動変換	小児科外来診療料等、院内処方が包括となる場合に「.210」を「.213」への自動変換の設定を行います。 0　変換する 1　変換しない
4：レセプトプレビュー	診療行為確認画面からのレセプトプレビューの設定を行います。 1　院外処方含まない 2　院外処方含む
5：残量廃棄算定	注射以外の全ての診療区分で残量廃棄をすることができます。 1　注射のみ 2　全ての診療区分
6：精神療法20歳未満加算	精神療法20未満加算の自動算定を設定します。 0　自動算定する 1　自動算定しない
7：レセプトレイアウト	プレビュー画面のレイアウトを変更します。 「1　一画面表示」に設定すると一画面内に収まるように表示します。 0　通常表示 1　一画面表示

＜リハビリ・患者情報表示＞

リハビリ開始日 禁忌 アレルギー 感染症 コメント	診療行為入力画面に表示する患者情報の表示順を設定します。

＜環境設定背景色＞

環境設定にて時間外区分または日付が変更された場合、クライアントの画面背景色を変更して注意を促すことができます。

標準（時間内） 日付変更 1：時間外 2：休日 3：深夜 4：時間外特例 5：小児科夜間 6：小児科休日 7：小児科深夜 8：夜間・早朝	それぞれ任意の背景色を設定できます。 色ボタンを押下すると背景色選択画面を表示します。 任意の色を選択し「OK」を押下します。 図 1277 初期設定の色：黒　#000000　を設定した場合は背景色なしになります。

【日付変更を設定した画面】2005

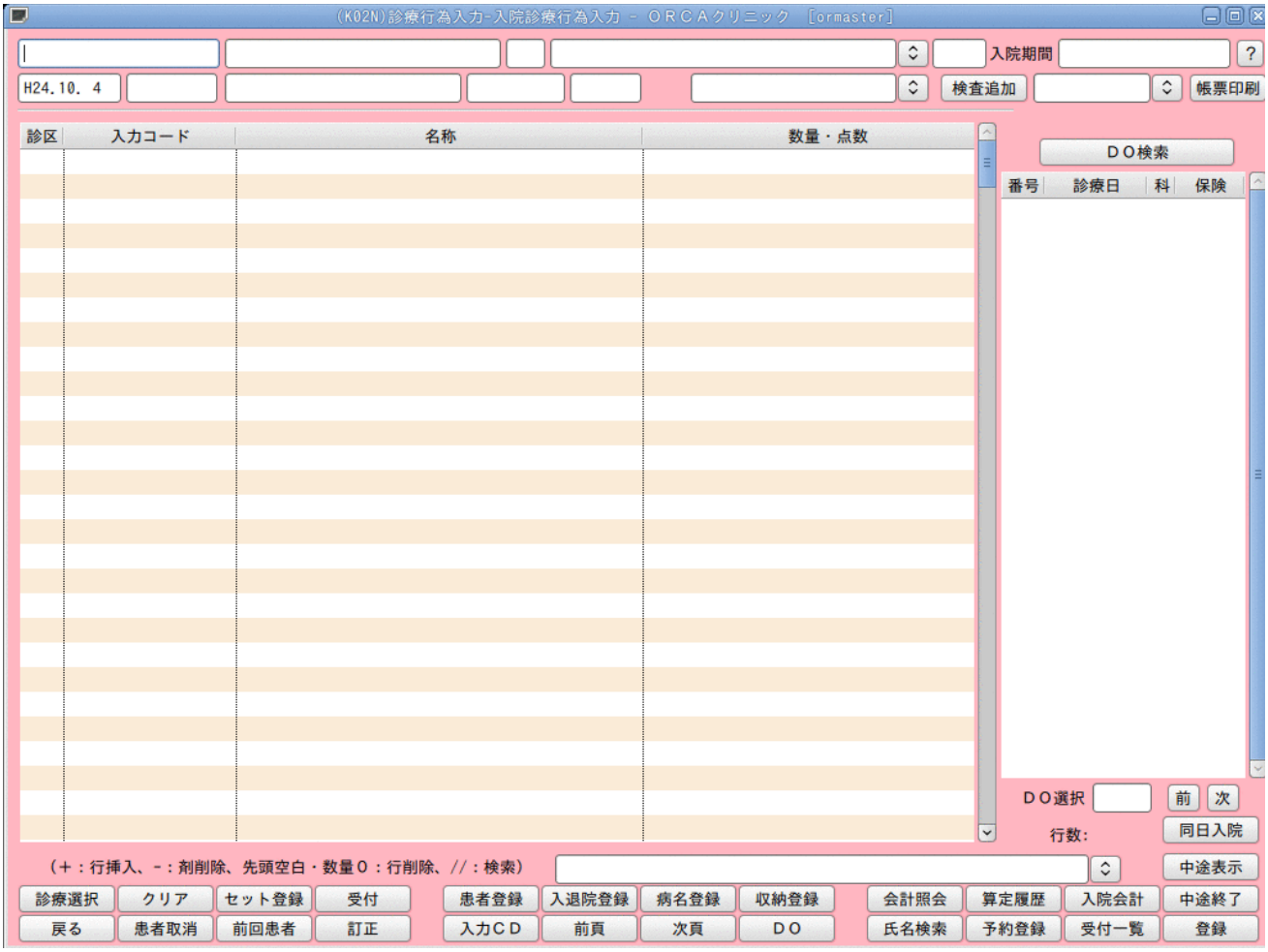


図 1278

＜スクロール背景色＞

「21　診療行為」画面の入力欄の背景色を設定します。

入力スクロール	0　行毎	1行間隔で背景色が付きます。
	1　剤毎	1剤毎に背景色が付きます。
エラー	エラー行に背景色が付きます。	
警告	警告行に背景色が付きます。	

初期設定の色　スクロール背景色：#FAEBD7(AntiqueWhite)
エラー：#FFB5C5(pink1)
警告：#FFB5C5(pink1)

ヒント！

スクロール背景色、エラー・警告の背景色を設定しない場合は #FFFFFF(White) を設定してください。

スクロール背景色を初期設定の色に戻すには #000000(Black) を設定します。
エラー・警告色を初期設定の色に戻すには #000000(Black) を設定します。

【エラー表示画面】

図 1279

Copyright(C)2007JMARI

（1）管理コードのコンボボックスより「1039　収納機能情報」を選択します。

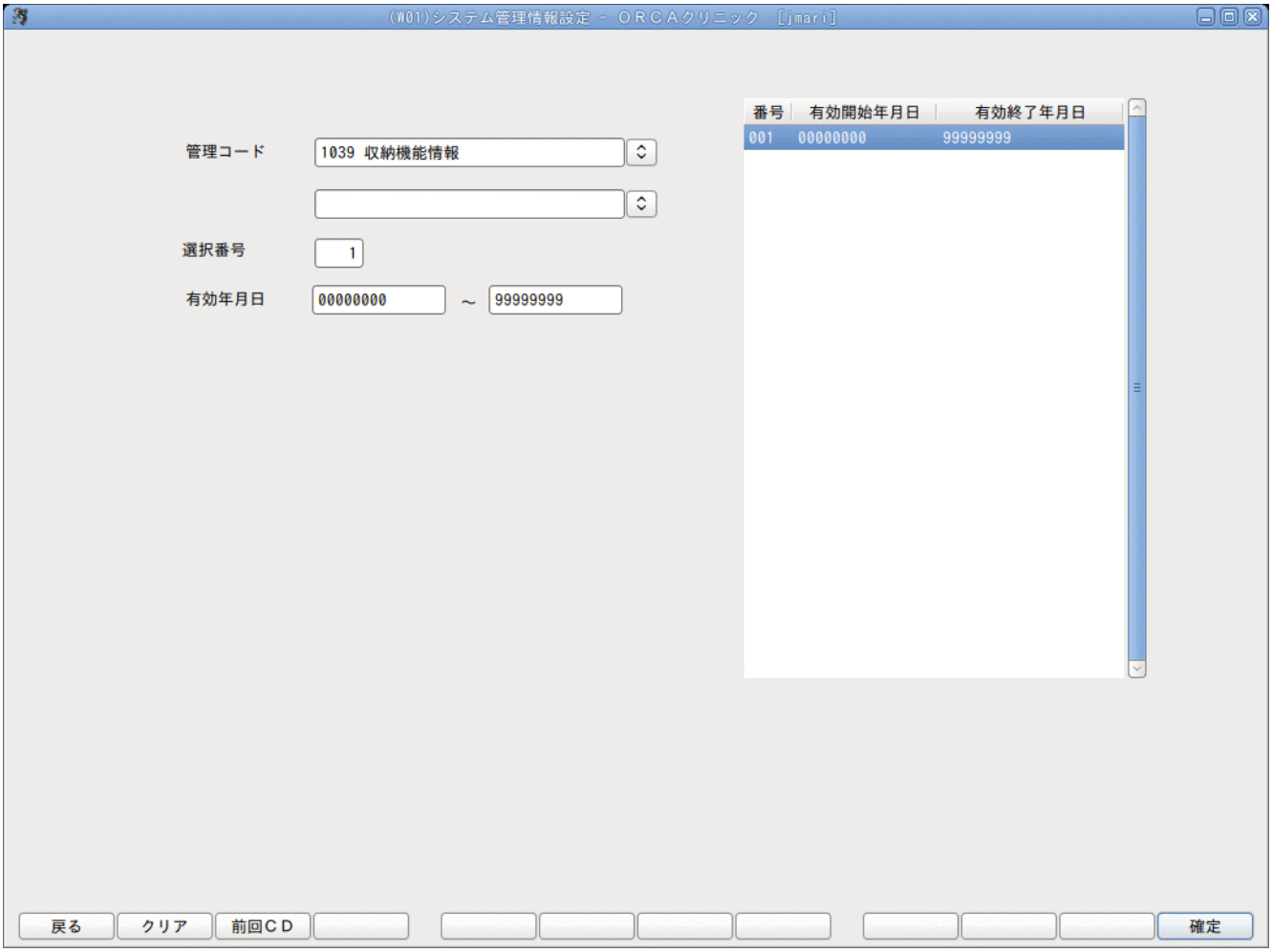


図 1280

「確定」(F12)を押下します。

Copyright(C)2007JMARI

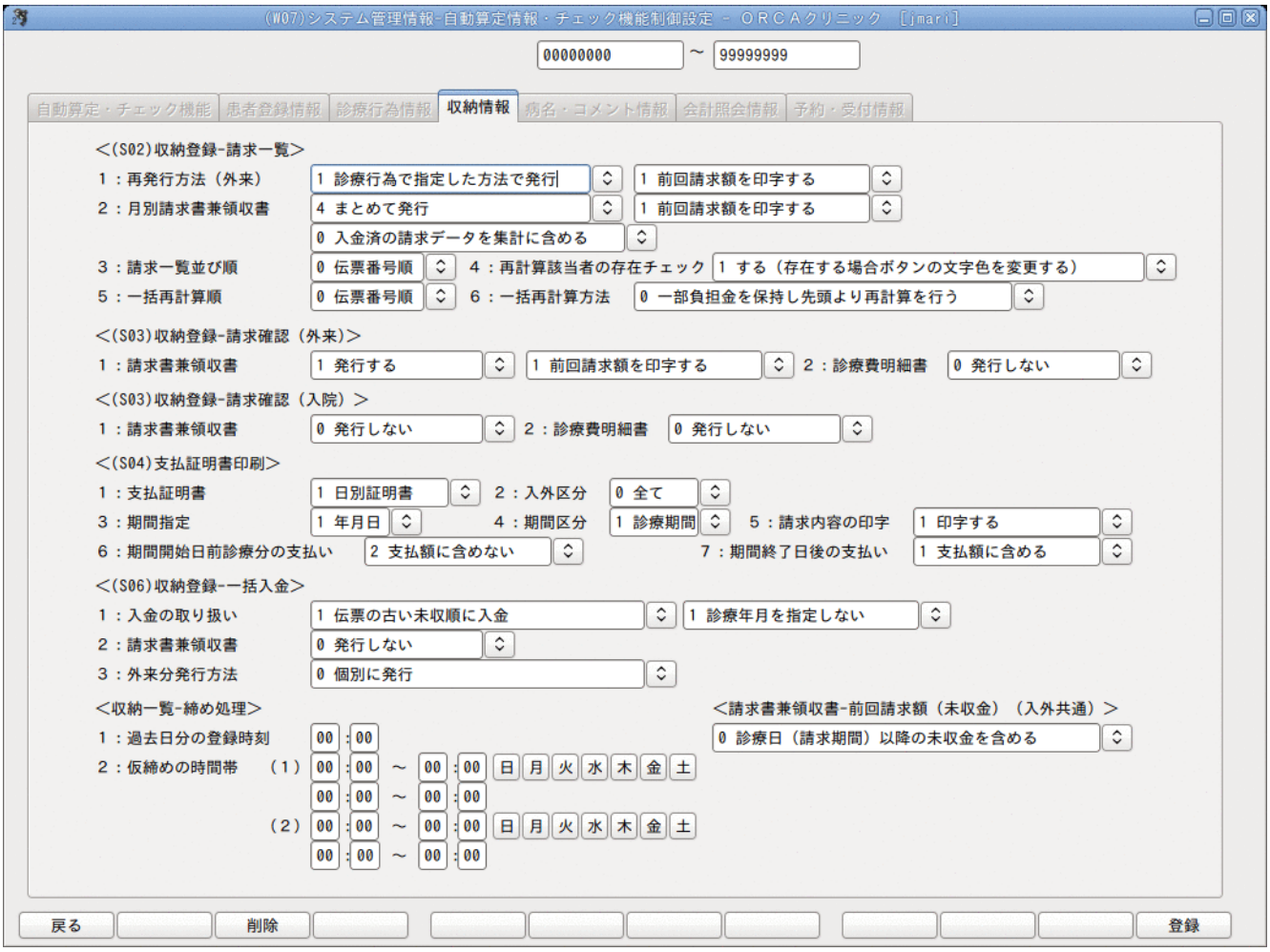


図 1281

＜（S02）収納登録－請求一覧＞

1：再発行方法（外来）

収納登録－請求一覧画面にて複数科保険入力した請求書兼領収書の再発行方法を設定します。

0　個別に発行	収納データをまとめずに個別に再発行します
1　診療行為で指定した方法で発行	診療行為入力時に指定した発行方法で再発行します。 （複数科（保険）をまとめた場合は同じ領収書が再発行できます）
0　前回請求額印字なし	前回請求額（未収金）を印字しません。
1　前回請求額印字する	前回請求額（未収金）を印字します。

2：月別請求書兼領収書

収納業務より発行する月別請求書兼領収書の記載方法を設定します。

1　診療科・保険組合せ別に発行	診療科・保険組合せ別に発行します。
2　保険組合せ別に発行	保険組合せ別に発行します。
3　診療科別に発行	診療科別に発行します。
4　まとめて発行	まとめて1枚発行します。

0　前回請求額を印字しない	前回請求額（未収金）を印字しません。
1　前回請求額を印字する	前回請求額（未収金）を印字します。

0　入金済みの請求データを集計に含める	入金の完了している収納データも含めて印刷します。
1　入金済みの請求データを集計に含めない	入金の完了している収納データは含めないで印刷します。

3：請求一覧並び順

4：一括再計算順
一括再計算の計算順を設定します。

0　伝票番号順
1　診療日順

5：一括再計算方法
一括再計算の計算方法を設定します。

0　一部負担金を保持し先頭より再計算を行う
1　一部負担金をクリアし先頭より再計算を行う

＜（S03）収納登録―請求確認（外来）＞
1：請求書兼領収書
収納登録―請求確認画面にて入金した場合の請求書兼領収書の有無を設定します。

0　発行しない	0　発行なしを初期表示します
1　発行する	1　発行するを初期表示します

患者登録による請求書発行区分との関係
患者登録の請求書発行区分、または「101　システム管理マスタ」－「1039　収納機能情報」の外来分請求書発行区分のどちらかが「発行しない」ように設定されている場合は「発行なし」を初期表示します。

2：診療費明細書
収納登録―請求確認画面にて入金した場合の診療費明細書の有無を設定します。

0　発行しない	0　発行なしを初期表示します
1　発行する	1　発行するを初期表示します

＜（S03N）収納登録―請求確認（入院）＞
1：請求書兼領収書
収納登録―請求確認画面にて入金した場合の請求書兼領収書の有無を設定します。

0　発行しない	0　発行なしを初期表示します
1　発行する	1　発行するを初期表示します

※入院の請求書は患者登録の請求書発行区分設定の影響はありません。

2：診療費明細書
収納登録―請求確認画面にて入金した場合の診療費明細書の有無を設定します。

0　発行しない	0　発行なしを初期表示します
1　発行する	1　発行するを初期表示します

＜（S04）支払証明書印刷＞

支払証明書の初期表示の設定を行います。

1　支払証明書	0　発行しない 1　日別証明書 2　月別証明書
2　入外区分	0　全て 1　入院 2　外来
3　期間指定	1　年月日 2　年 3　年度
4　期間区分	1　診療期間 2　支払期間
5　請求内容の印字	1　印字する 2　印字しない 3　医保分のみ印字する
6　期間開始日前診療分の支払い	1　支払金額に含める 2　支払金額に含めない
7　期間終了日後の支払	1　支払金額に含める 2　支払金額に含めない

＜（S06）収納登録－一括入金＞

1：入金の取り扱い

収納登録－一括入金画面にて初期表示する入金方法を設定します。

1　伝票の古い未収順に入金
2　伝票の新しい未収順に入金

2：請求書兼領収書

収納登録－一括入金画面にて請求書兼領収書の発行区分を設定します。

0　発行しない	0　発行なしを初期表示します
1　発行する	1　発行するを初期表示します

3：外来分発行方法

収納登録－一括入金画面にて請求書兼領収書の発行方法を設定します。

0　個別に発行	入金された収納データ毎に個別発行します
1　月毎に診療科・保険組合せ別に発行	診療科と保険組合せが一致する収納データを1枚にまとめて発行します（月別に発行）
2　月毎に保険組合せ毎に発行	保険組合せが一致する収納データを1枚にまとめて発行します（月別に発行）
3　月毎に診療科別に発行	診療科が一致する収納データを1枚にまとめて発行します（月別に発行
4　月毎にまとめて発行	月毎に1枚にまとめて発行します

＜収納一覧－締め処理＞

1.過去日分の登録時刻
診療行為入力時に日付を変更した後、登録した収納データの登録時刻を設定します。
「15：00」と設定した場合は、診療日（変更した日）の15：00として登録されます。

2.仮締めの時間帯（任意）
締め対応の収納一覧表を使用する場合に対象になります。
時刻を設定すると、この時間帯に締め処理を行うときに締め時刻登録画面の処理区分に自動で「2　仮締め」が表示されます。

曜日指定を行い、午前・午後の診療日と午前のみ診療日と2パターンの設定ができます。

＜請求書兼領収書－前回請求額（未収金）（入外共通）＞
収納より請求書兼領収書の再発行をする際、診療日以降の未収金額の記載方法を設定します。

0　診療日（請求期間）以降の未収金を含める
0　診療日（請求期間）以降の未収金を含めない

設定した入金方法は、収納業務の請求確認画面、一括入金画面にて入金方法を選択することができます。

（1）管理コードのコンボボックスより「1041　入金方法情報」を選択します。（「01　現金」は、標準提供しています）。

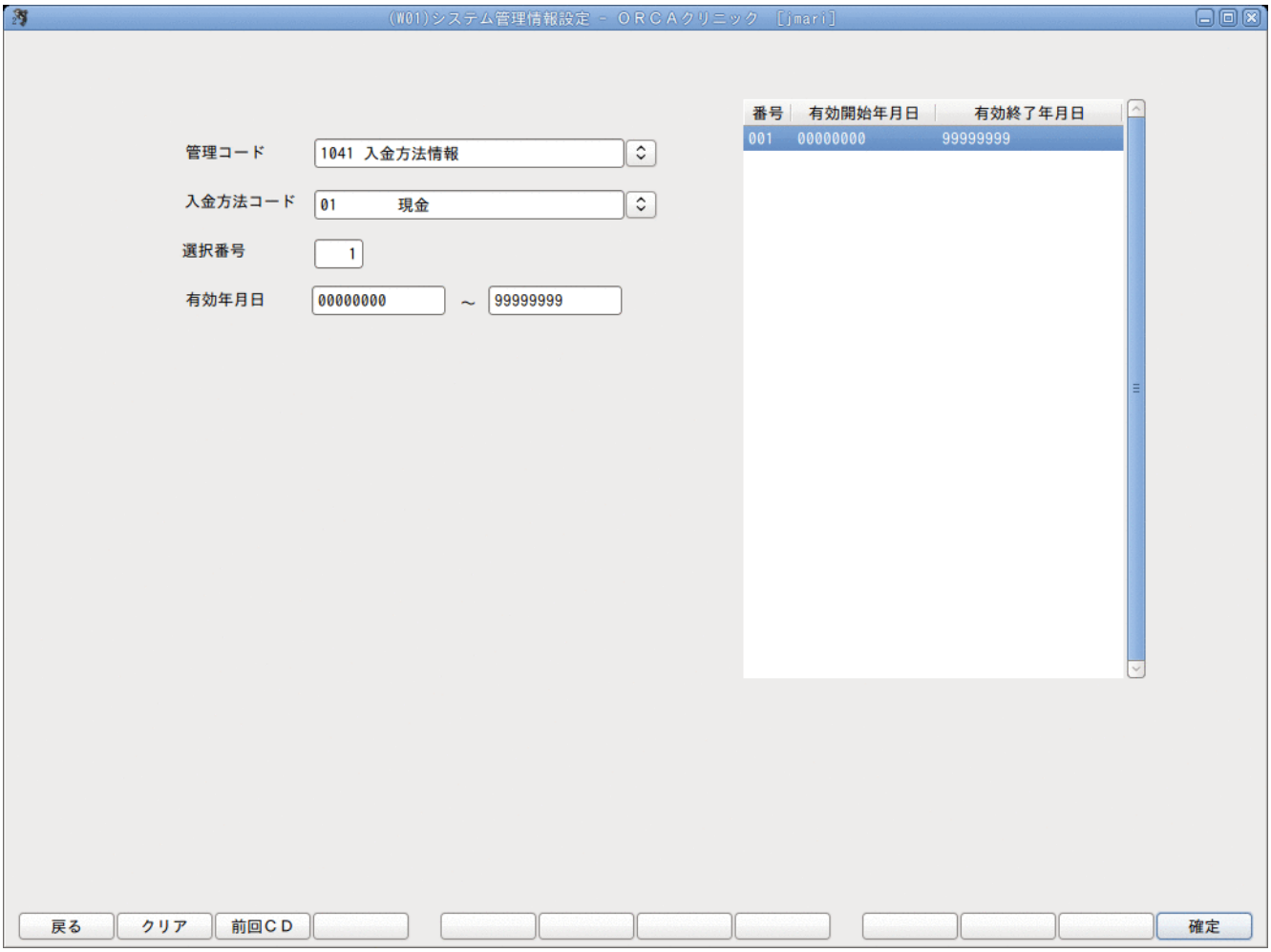


図 1282

＜区分コードについて＞
区分コードは2桁の数字で設定します。

（2）各項目の入力を行います。

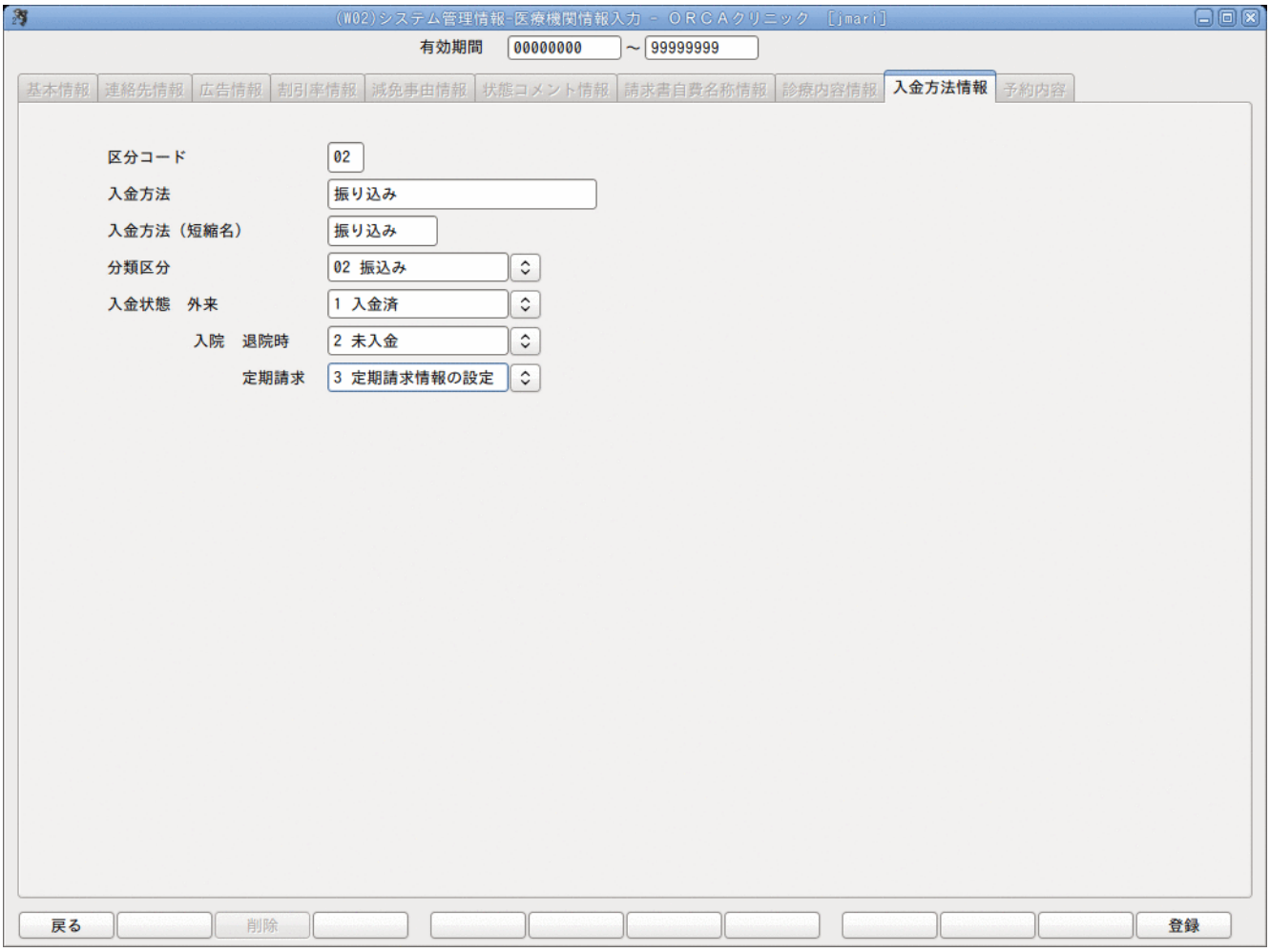


図 1283

項目の説明

区分コード	入金方法コード欄で設定した2桁の任意の数字を表示します。
入金方法（全角15文字まで）	入金方法の名称を入力します。必須入力項目です。
入金方法（短縮名）（全角5文字まで）	入金方法の短縮名を入力します。収納登録ー請求確認画面の一覧に表示する名称です。必須入力項目です。
分類区分	コンボボックスよりいずれかの内容を選択します。初期表示は「01　現金」とし、必須選択項目です。

なお、入金方法は各医療機関で任意に登録できるようにするため、分類区分のもつ意味が各医療機関毎に異なることが予想されます。このため、入金方法の区分と同時に分類区分の入力を行い、日レセでは分類区分で指定されたコードを元に入金方法の判断を行います。

（1）管理コードのコンボボックスより「1042　病名・コメント機能情報」を選択します。

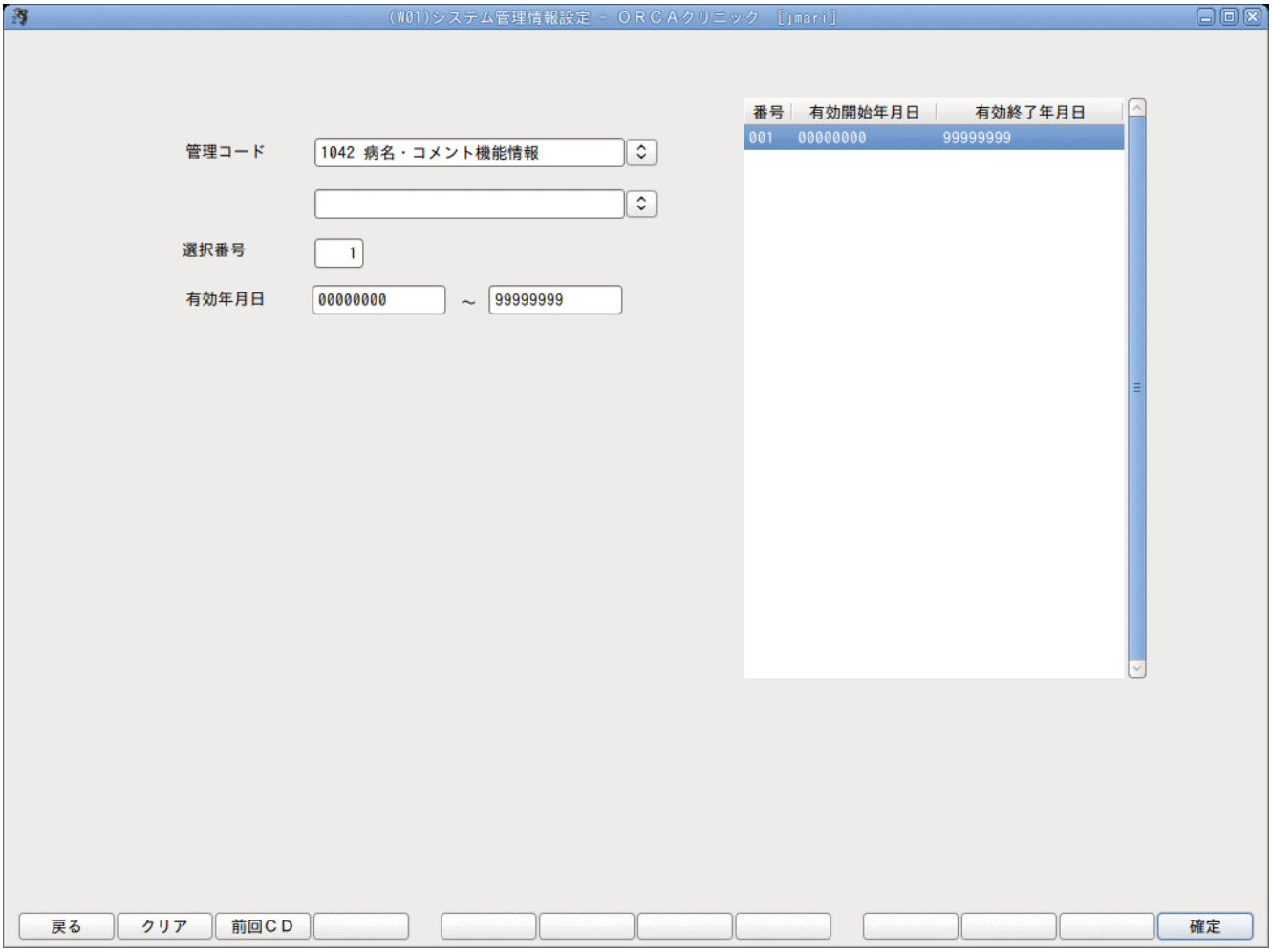


図 1284

Copyright(C)2007JMARI

（2）病名・コメント機能情報の設定を行います。

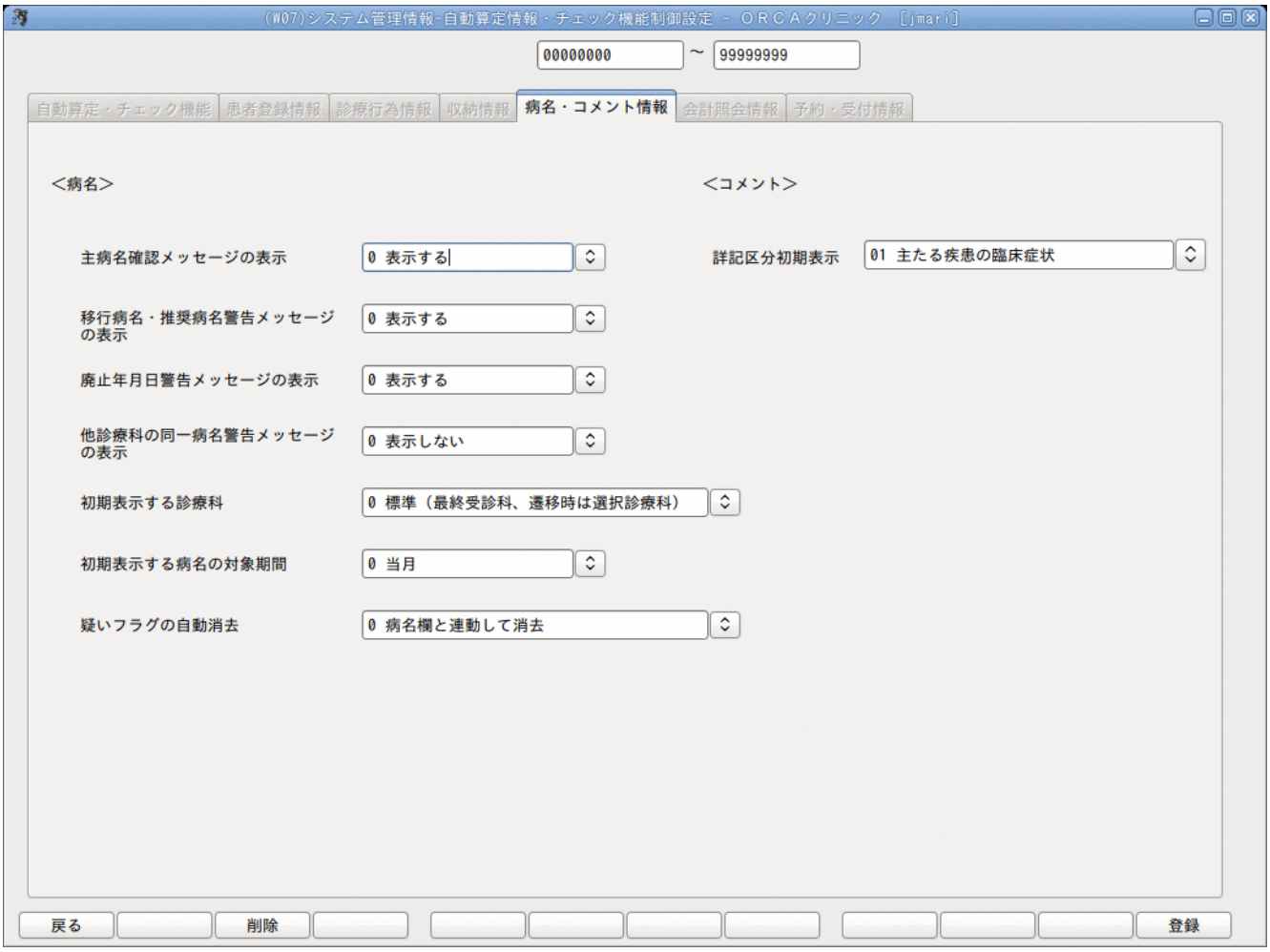


図 1285

項目の説明

＜主病名確認メッセージの表示＞

病名登録画面にて登録時に主病名が設定されていない場合、主病名の有無をチェックし、確認メッセージを表示します。

初期設定：0　表示する

※「101　システム管理マスタ」ー「2005　レセプト・総括印刷情報」の傷病名編集区分で「0：主病名の編集を行わない」が設定されている場合は、病名・コメント機能情報の設定に関係なく主病名確認メッセージは表示されません。

0：表示する（初期表示）	確認メッセージが表示されます。
1：表示しない	確認メッセージを表示しません。 （チェックしません）

＜移行病名・推奨病名警告メッセージの表示＞

病名登録画面にて入力した病名が移行病名・推奨病名だった場合に、警告メッセージを表示します。

0：表示する	警告メッセージを表示します。
1：表示しない	警告メッセージを表示しません。
設定なし	警告メッセージを表示します。

※移行病名と廃止年月日

移行病名には廃止年月日が設定されているため、移行病名・推奨病名の警告メッセージを「1　表示しない」としても、廃止病名の警告メッセージが表示されます。

廃止病名警告メッセージの表示も必要があれば設定してください。

＜廃止病名警告メッセージの表示＞

病名登録画面にて入力した病名が廃止病名だった場合に、警告メッセージを表示します。

0：表示する	警告メッセージを表示します。
1：表示しない	警告メッセージを表示しません。
設定なし	警告メッセージを表示します。

＜他診療科の同一病名警告メッセージの表示＞

病名登録画面にて登録時に他科で同一病名が未転帰で登録されている場合、警告メッセージを表示します。

初期設定：0　表示しない

0：表示しない	警告メッセージを表示しません。
1：表示する	警告メッセージを表示します。
設定なし	警告メッセージを表示しません。

＜初期表示する診療科＞

病名登録画面の診療科の表示を設定します。

初期設定：0　標準（最終受診科、遷移持は選択診療科）

※旧総合病院の場合、「全科」表示はないので、設定内容に関わらず診療科は最終受診科（遷移時は診療行為画面の診療科）を表示します。

0：標準（最終受診科、遷移時は選択診療科）	病名登録画面から患者を選択した場合	最終受診科を表示
	診療行為画面で患者を表示し遷移した場合	診療行為画面の診療科を表示
1：全科	全科を表示	
2：全科（遷移時は選択診療科）	病名登録画面から患者を選択した場合	全科を表示
	診療行為画面で患者を表示し遷移した場合	診療行為画面の診療科を表示

＜初期表示する病名の対象期間＞

病名登録画面の表示期間の設定をします。

初期設定：0　当月

0：当月	当月有効な病名のみ表示します
1：前月	前月有効な病名のみ表示します
2：全体	全体を表示します

＜疑いフラグの自動消去＞

病名登録時に疑いフラグの消去の設定をします。

（疑いフラグは病名コードまたは病名欄に疑い病名を入力すると自動で立ちます）

0　病名欄と連動して消去	病名欄で「の疑い」を消し、「Enter」を押下したときにのみ削除します。 ※病名コード欄で「の疑い」に該当するコードを消した場合は疑いフラグは残ります。
1　病名欄、病名コード欄と連動して消去	病名欄、病名コード欄で「の疑い」を消し、「Enter」を押下したときに削除します。

＜詳記区分初期表示＞

病名または会計照会からのコメント入力画面にて症状詳記区分の初期表示を設定します。

管理コードのコンボボックスより「1043　会計機能情報」を選択します。

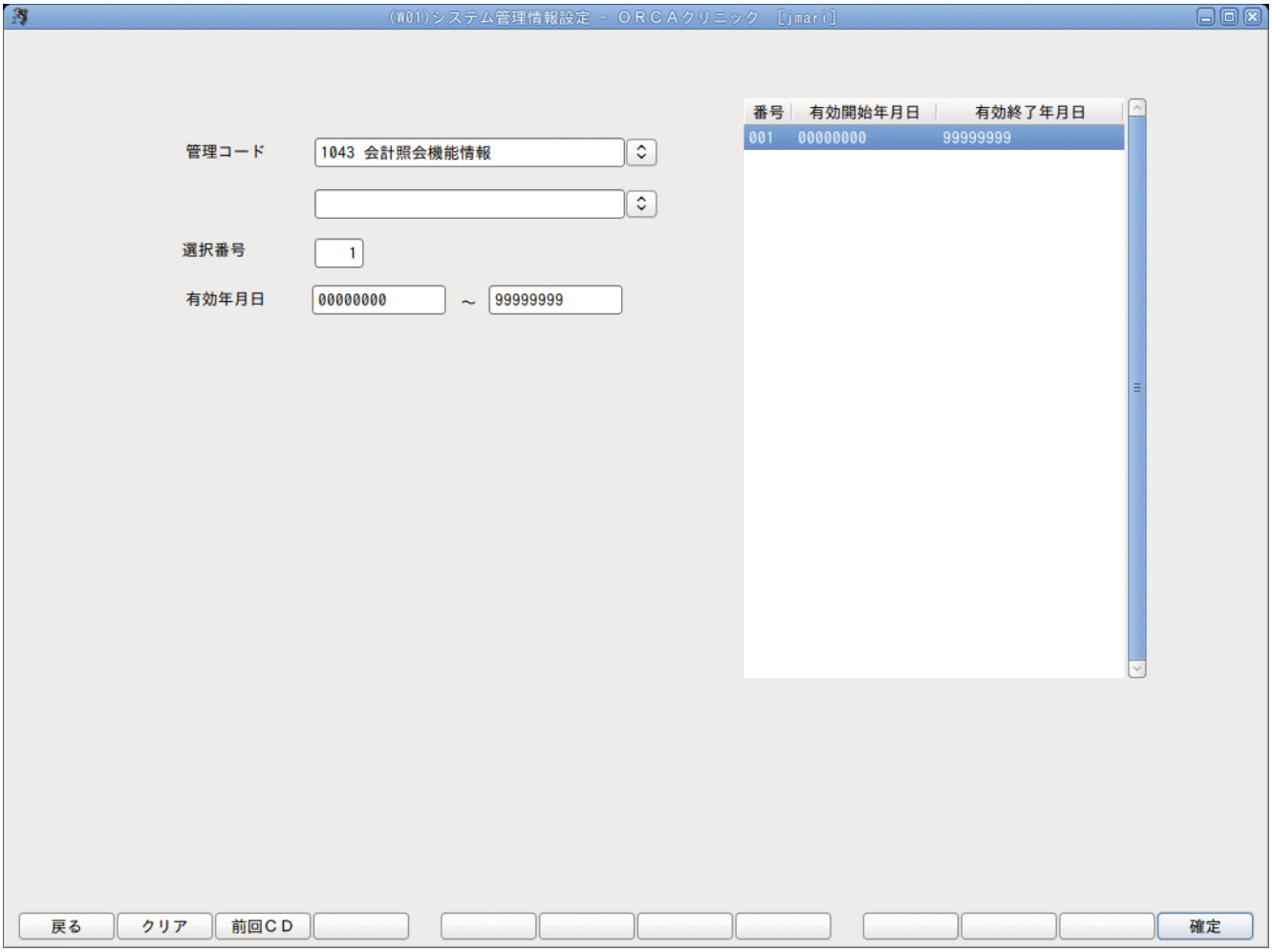


図 1286

会計照会機能情報画面へ遷移します。

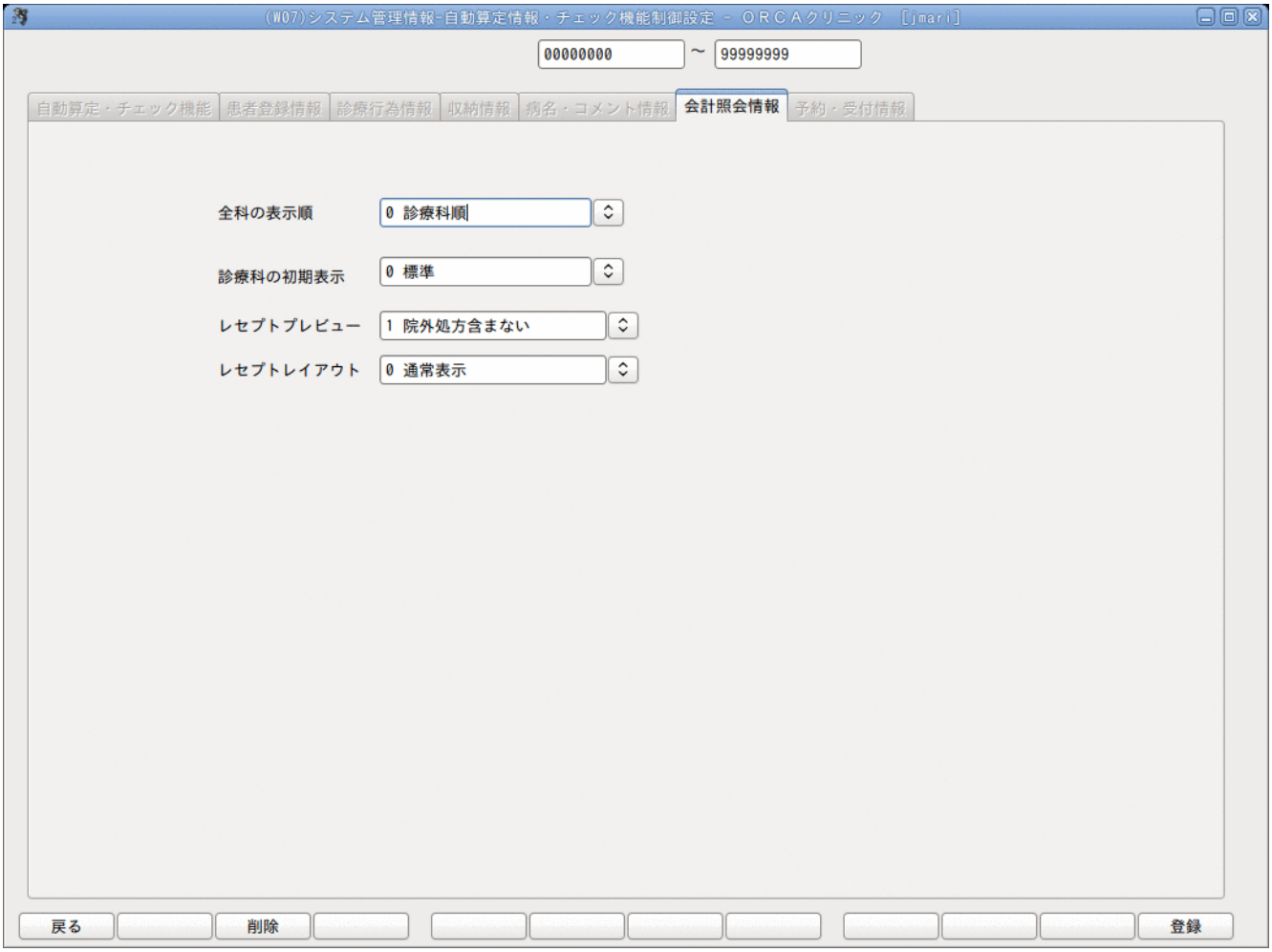


図 1287

項目の説明

＜全科の表示順＞

会計照会画面の診療科を「00　全科」としたときに表示する順の初期設定ができます。

0　診療科順	診療科順で表示します
1　診療区分順	診療区分順の診療科順で表示します

＜診療科の初期表示＞

会計照会画面の初期表示、前月・次月キーの画面遷移時の診療科の表示を設定します。

「0　標準」

初期表示	・受付、診療行為から患者番号と診療科を選択して遷移した場合は 選択した診療科を表示。 ・上記以外の場合は、受診履歴から当月の最終受診科を表示。
前月、次月ボタン	・表示する月の最終受診科を表示。

「1　前回受診科」

初期表示	・受付、診療行為から患者番号と診療科を選択して遷移した場合は 選択した診療科を表示。 ・上記以外の場合は、受診履歴から当月の最終受診科を表示。
前月、次月ボタン	・選択中の診療科を表示（診療がない場合のメッセージ非表示）

「2　全科」

初期表示	・全科を表示。
前月、次月ボタン	・選択中の診療科を表示（診療がない場合のメッセージ非表示）

＜レセプトプレビュー＞

会計照会からのレセプトプレビューの設定を行います。

レセプトプレビュー	1　院外処方含まない 2　院外処方含む

＜レセプトレイアウト＞

プレビュー画面のレセプトレイアウトを変更します。

0　通常表示	紙レセプトのレイアウトを表示します。
1　一画面表示	レセプトレイアウトを変更し、一画面内に収まるように表示します。

（1）管理コードのコンボボックスより「1045　予約機能情報」を選択します。

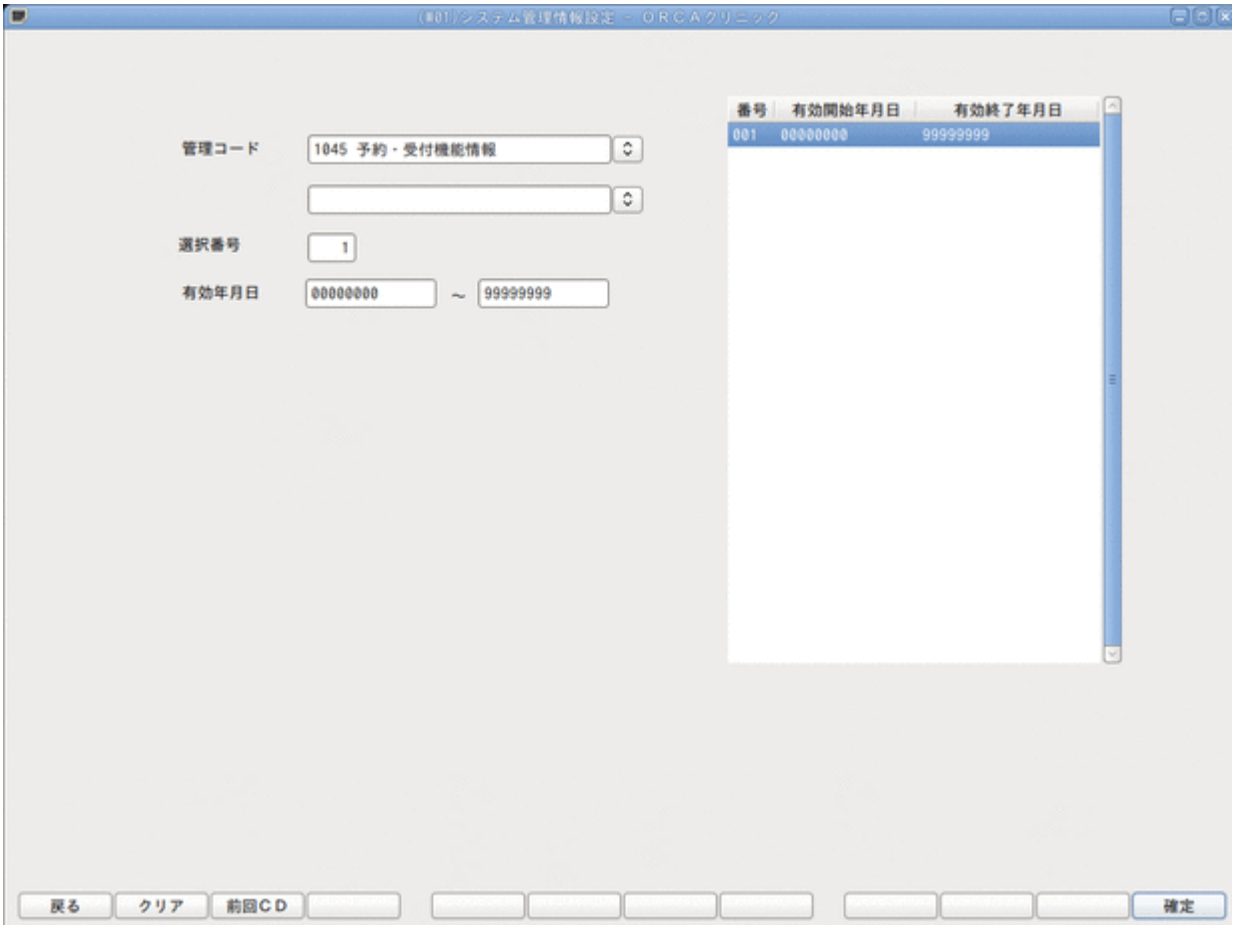


図 1288

Copyright(C)2007JMARI

（2）予約登録画面の初期表示の設定をします。

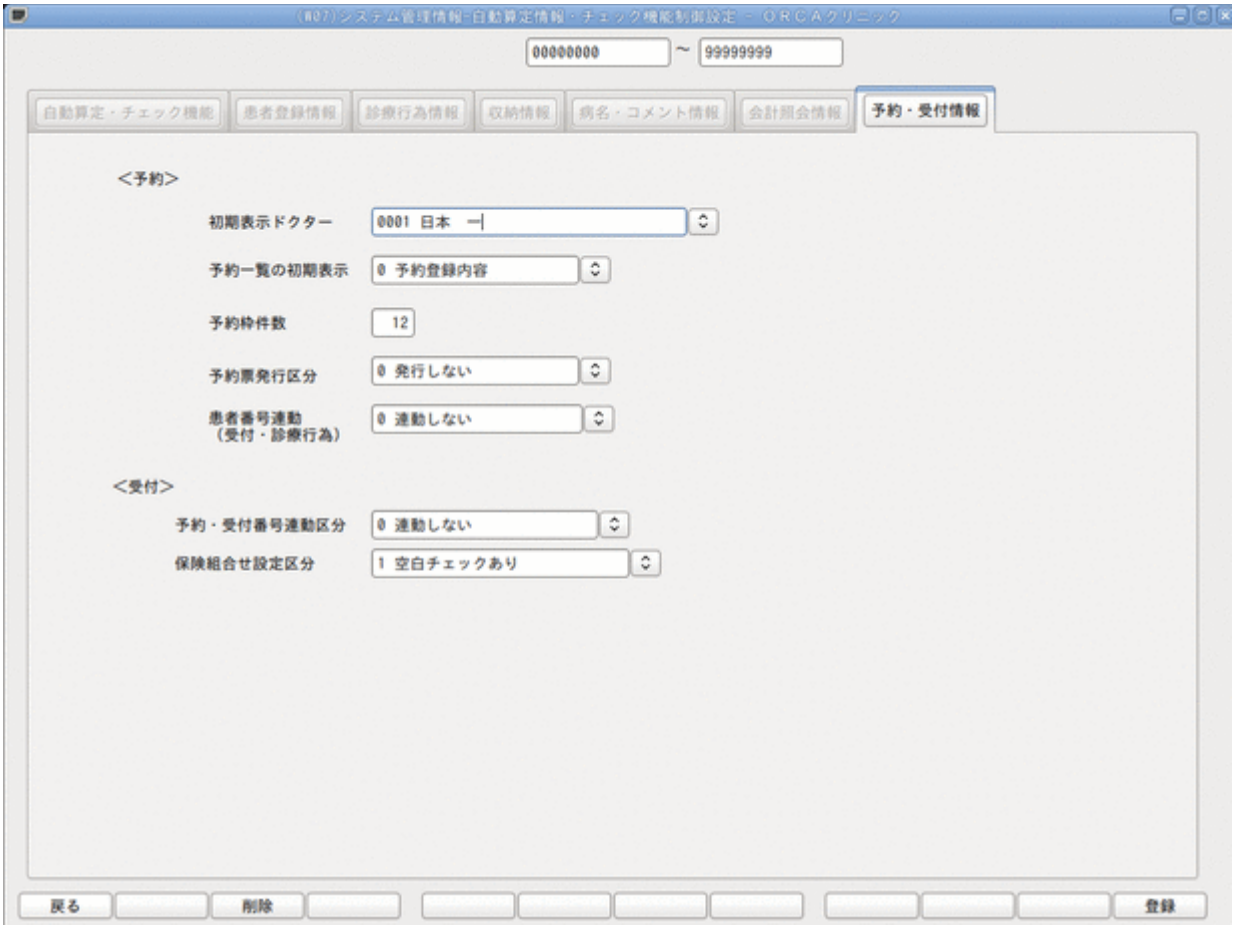


図 1289

＜初期表示ドクター＞
予約画面の初期表示するドクターを設定します。

＜予約一覧の初期表示＞
予約一覧表の初期表示を設定します。

0　予約登録内容	予約登録で表示している診療内容の一覧を表示します。
1　全体	全体（全ての診療内容）を表示します。

＜予約枠件数＞
予約登録の1つの枠（1時間おき）の警告表示する件数を設定します。
警告表示を解除するには「99」を入力します。

＜予約票発行区分＞
予約登録画面の予約票発行区分の初期設定をします。

＜患者番号連動（受付・診療行為）＞
受付業務または外来診療行為入力画面にて患者番号を入力し表示している状態で予約画面に遷移したとき患者情報を引き継ぐか否かの設定をします。

0　連動しない
1　連動する

＜予約・受付番号連動区分＞

受付業務で患者番号を入力した際、既にその患者で予約または受付がある場合の確認メッセージを表示します。

0　連動しない	連動しません。
1　連動する	・受付業務で患者番号を入力 予約がある場合 登録されている予約を選択するかどうかの問い合わせを表示 受付がある場合 登録されている受付を選択するかどうかの問い合わせを表示
2　連動する（予約のみ）	・受付業務で患者番号を入力 予約がある場合 登録されている予約を選択するかどうかの問い合わせを表示

＜保険組合せ設定区分＞

受付時の保険組合せ欄の空白チェックを行うかどうかの設定をします。

0　空白チェックなし	・チェックを行いません。
1　空白チェックあり	・空白の場合に警告表示します。
2　空白チェックあり（予約設定有）	・空白の場合に警告表示します。 ・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とき、保険組合せを前回受診履歴より自動表示します。

Copyright(C)2007JMARI

出産育児一時金直接支払い制度（分娩費用明細書、出産育児一時金等代理申請・受取請求書）に対しての設定を行ないます。

実際には、請求書兼領収書の記載項目を分娩費用明細書、出産育児一時金等代理申請・受取請求書の各項目へ金額の振り分け設定を行ないます。

（1）管理コードのコンボボックスより「1046　出産費用内訳明細情報」を選択します。

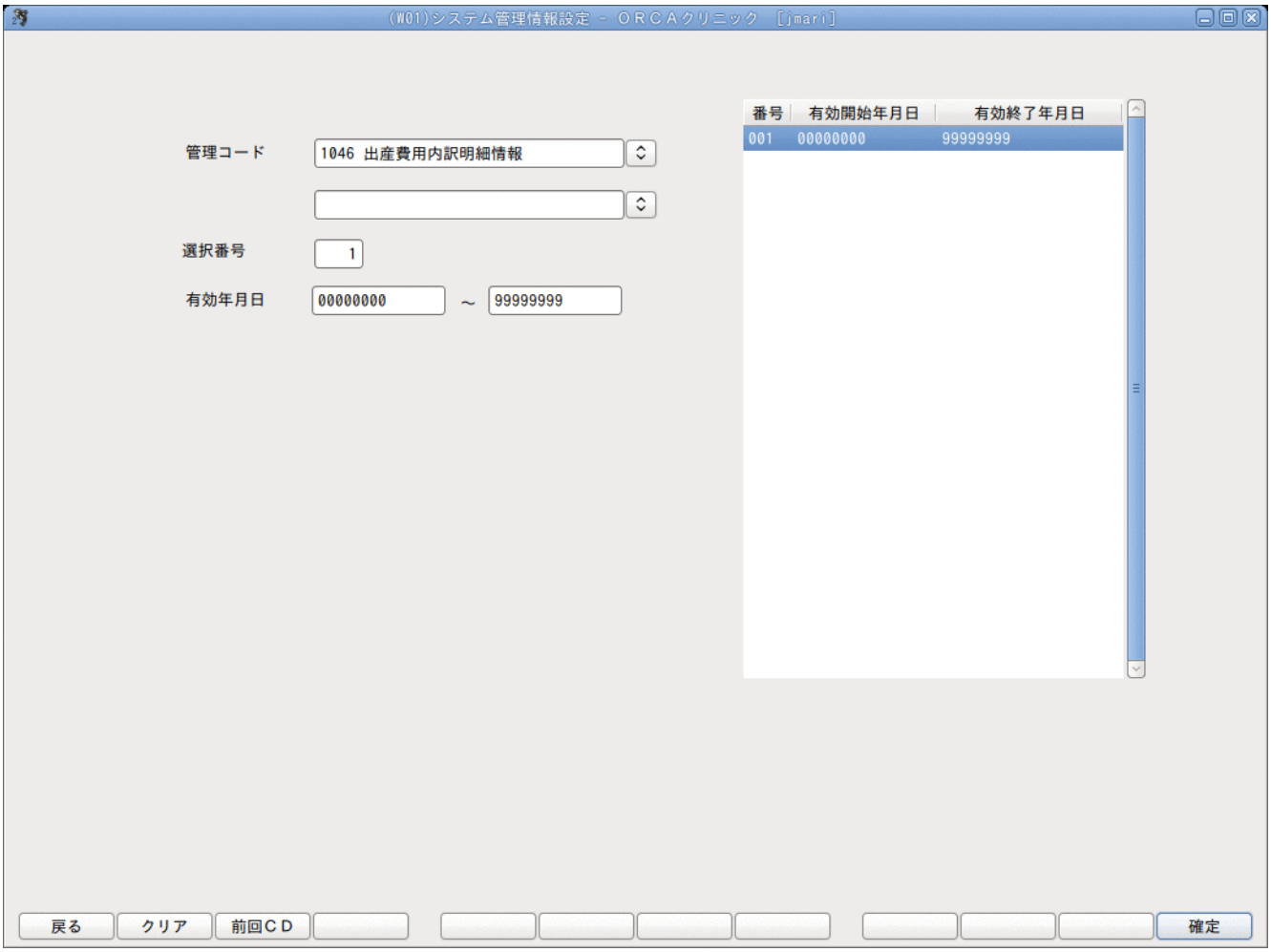


図 1290

Copyright(C)2007JMARI

（2）各項目を設定します。

【設定例】

図 1291

ここで設定するのは保険適用外の診療のみ対象になります。
保険診療の金額は分娩費用明細書の「一時負担金額等」に自動的に計上されます。

ポイント！
この設定は請求確認画面の自費項目（画像の赤枠の部分）を分娩費用明細書のどの項目に金額を振り分けるかの設定を行ないます。

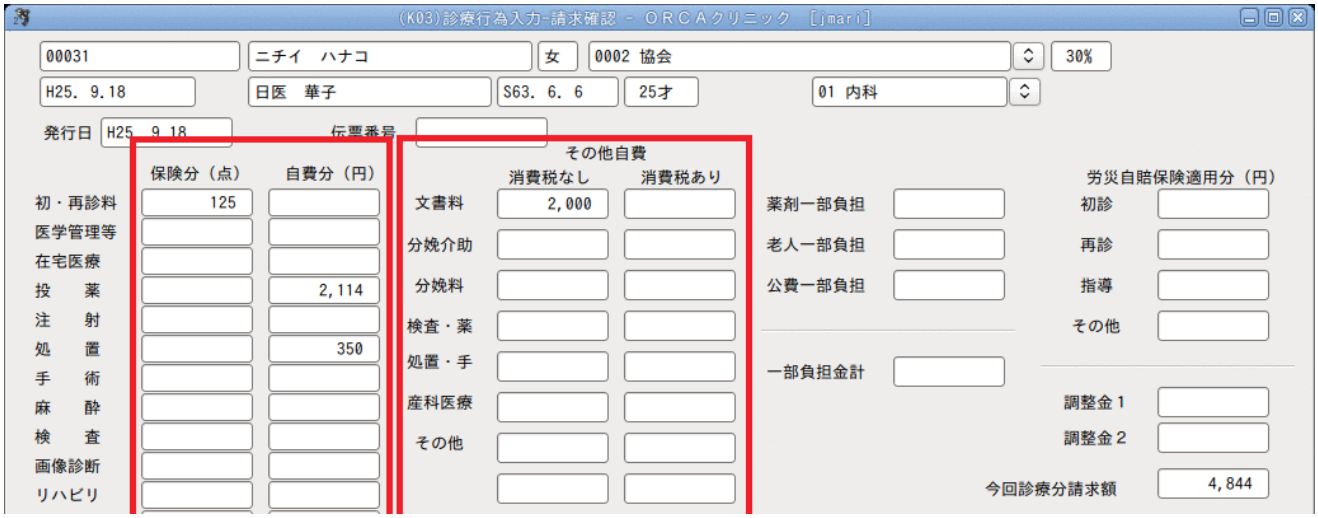


図 1292

1100　データチェック機能情報

（1）管理コードのコンボボックスより「1100　データチェック機能情報」を選択します。

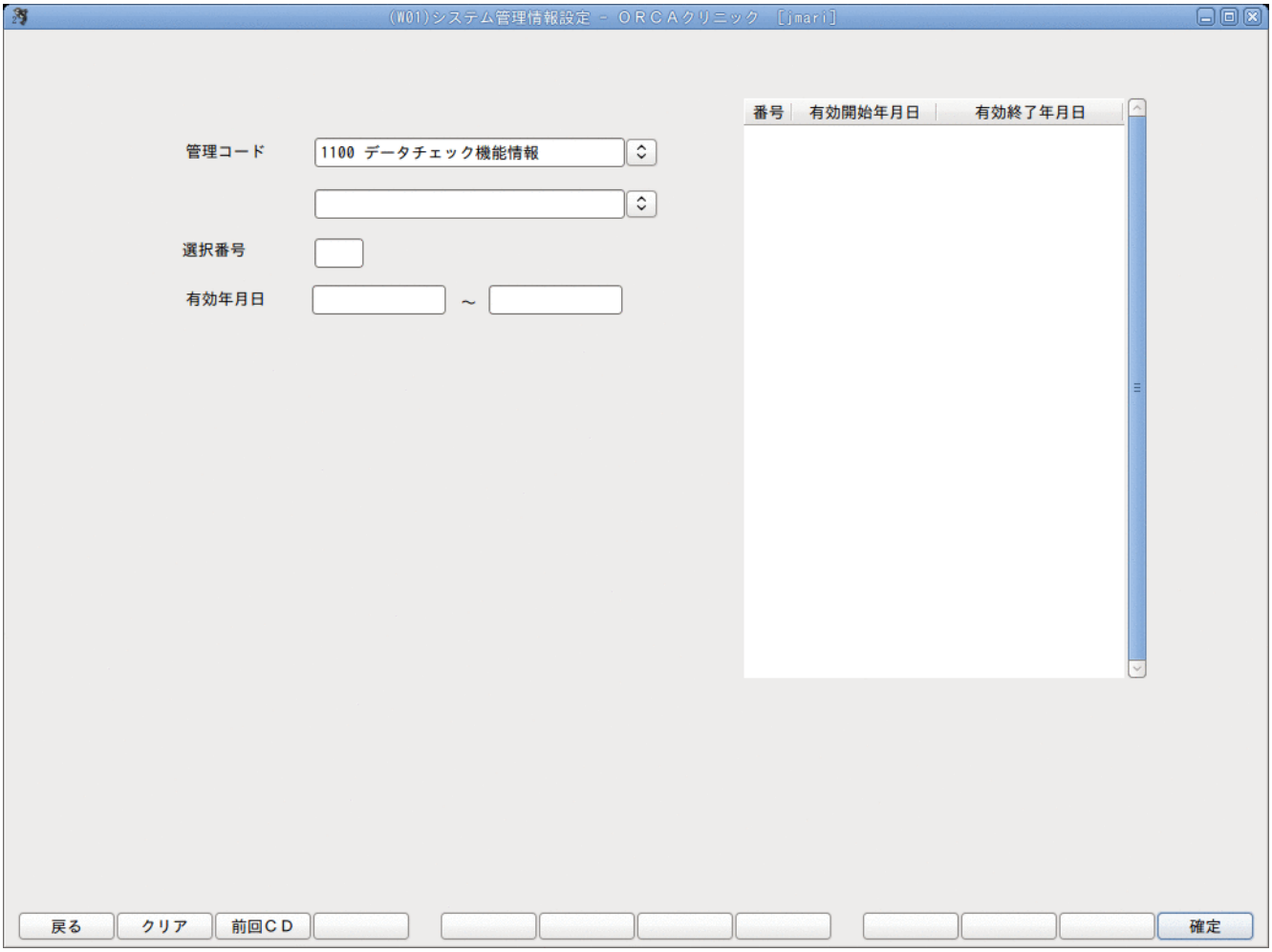


図 1293

各自治体により異なる地方公費には、負担者番号または受給者番号が無い（空白とする）場合があります。これら地方公費をデータチェックの確認項目である「公費負担者番号・受給者番号抜け」の入力漏れのチェック対象

としないために、地方公費単位でデータチェックの対象とするか否かを設定することができます。
※この設定がされていない地方公費は、従来どおりデータチェックのチェック対象となります。したがって、負担者番号・受給者番号のいずれもチェック対象とする場合、地方公費単位でこの設定を行う必要はありません。

（2）該当となる地方公費について、各項目の選択を行います

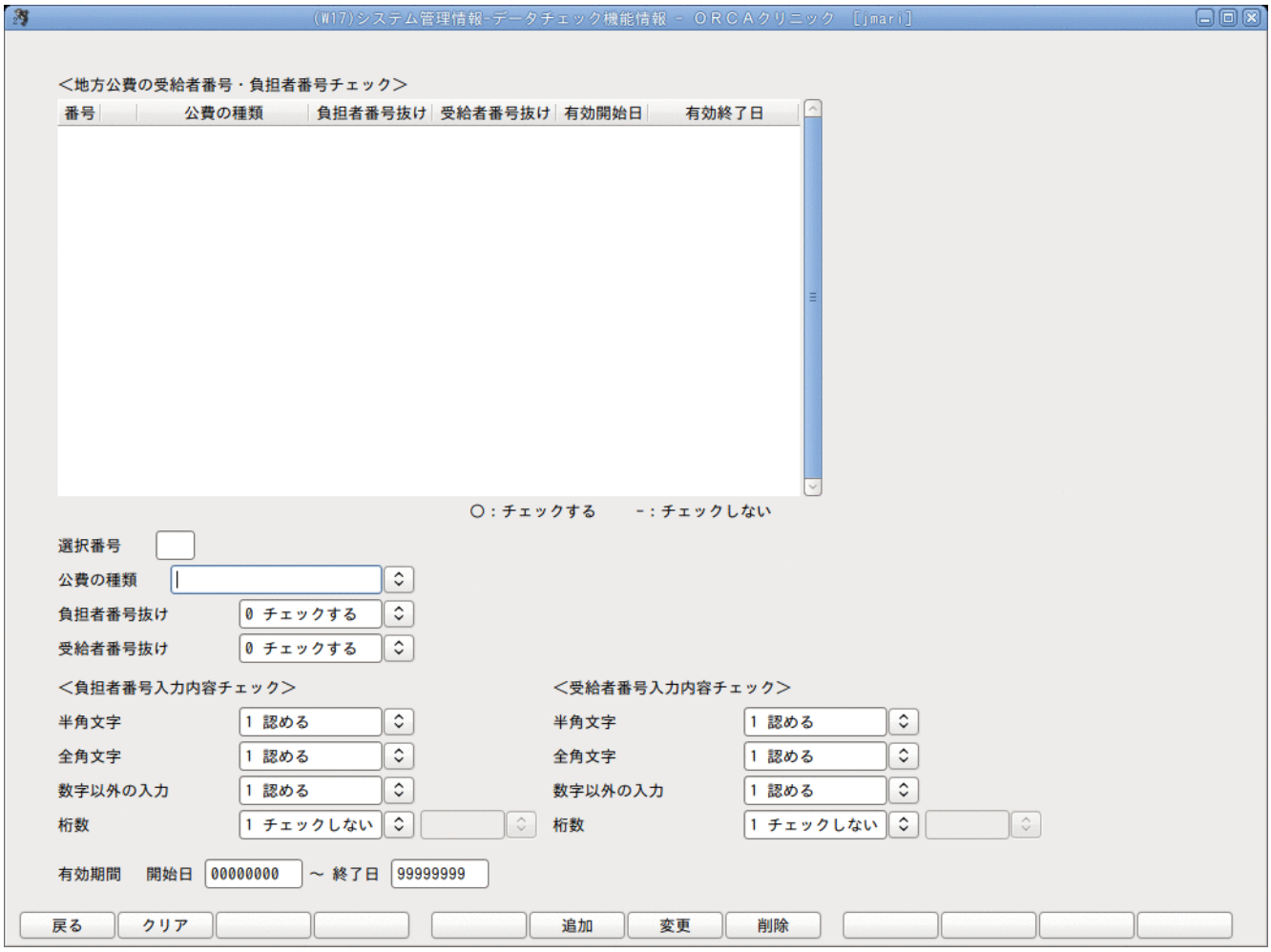


図 1294

（3）「追加」(F6)を押下すると＜地方公費の受給者番号・負担者番号抜けチェック＞一覧（以下、地方公費一覧と表記）へ設定内容の登録を行います。

項目の説明

選択番号	登録済みの地方公費一覧から、設定内容の変更または削除を行う場合に番号を入力します。
公費の種類	「91　マスタ登録」の「104　保険番号マスタ」にて登録されている地方公費であり、画面下の有効期間の開始日時点で有効な地方公費をコンボボックスに表示します。 設定を行う地方公費をコンボボックスから選択します。
負担者番号抜け・受給者番号抜け	患者登録画面にて、公費負担者番号または受給者番号を空白で登録された場合にデータチェック処理でチェック対象とするか否かを選択します。 「0　チェックする」を設定した場合には、空白で登録されている患者はチェック対象となります。 「1　チェックしない」を設定した場合には、空白で登録されている患者はチェック対象外となります。

＜負担者番号入力内容チェック・受給者番号入力チェック＞

半角文字	チェックの設定をします。
全角文字	チェックの設定をします。
数字以外の入力	チェックの設定をします。
桁数	チェックの設定をします。

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	遷移元の画面に戻ります。
クリア	F2	入力項目の内容をクリアします。
追加	F6	設定内容を地方公費一覧へ登録します。最大100件までの登録ができます。
変更	F7	登録済みの設定内容の変更を行います。 地方公費一覧に表示されている番号を選択番号欄へ入力すると設定内容を入力項目欄へ複写します。内容を変更後は「変更」を押下します。
削除	F8	登録済みの設定内容の削除を行います。 地方公費一覧の行番号を選択したのちに「削除」を押下します。

 Copyright(C)2007JMARI

（1）システム管理コードのコンボボックスより「1101　データチェック情報2」を選択します。

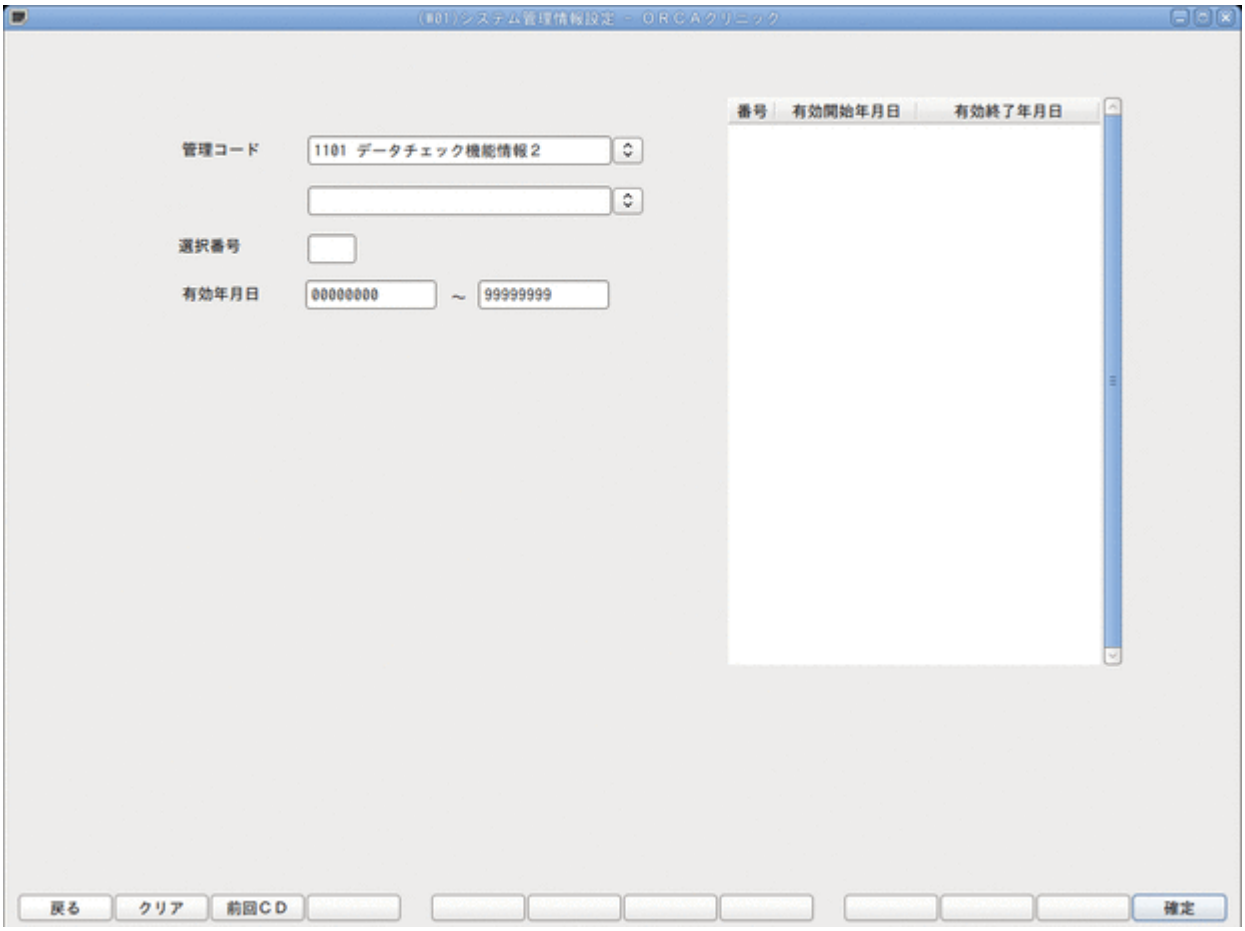


図 1295

（2）業務メニュー「41　データチェック」についての初期設定を行います。

【設定1画面】

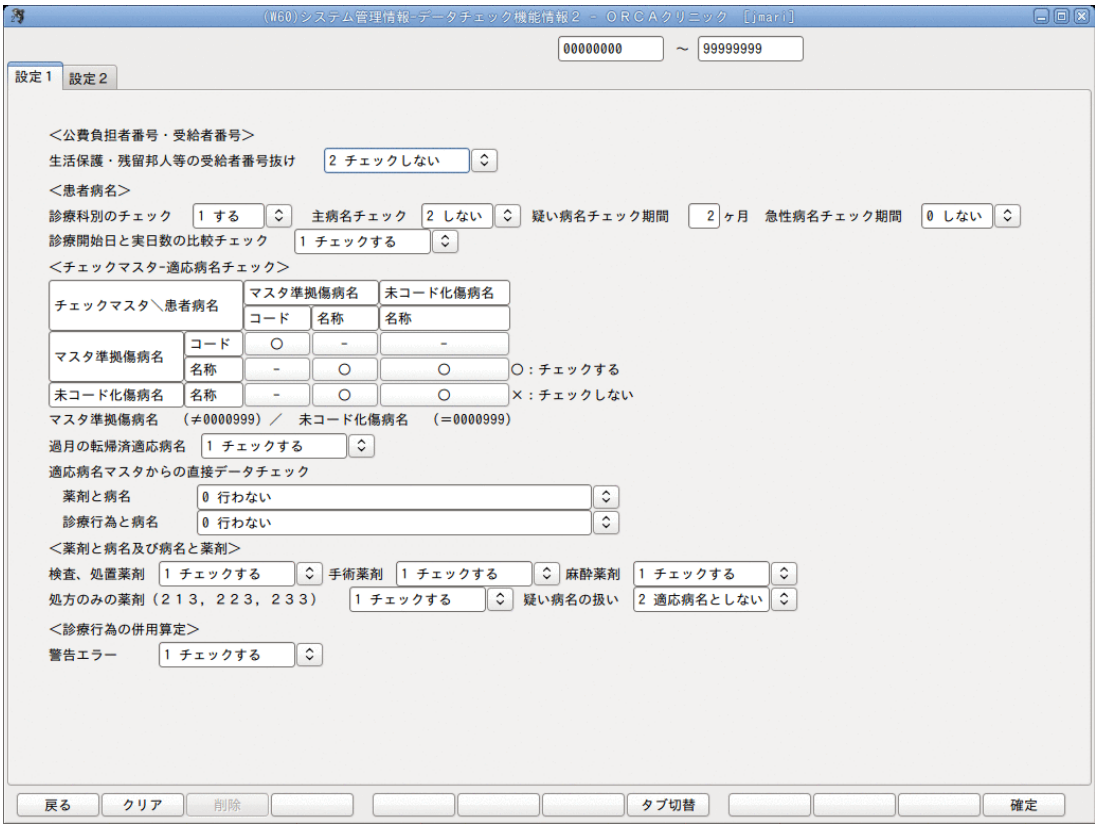


図 1296

【設定2画面】

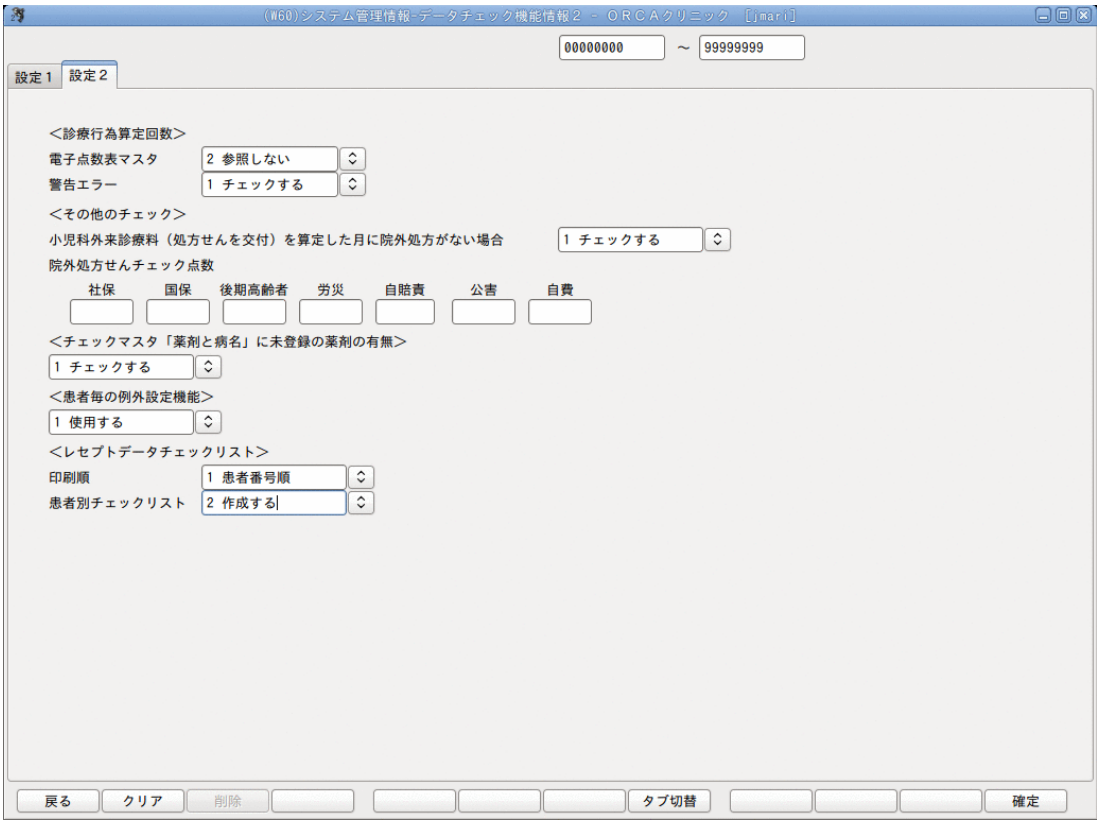


図 1297

設定1画面

＜公費負担者番号・受給者番号＞

生活保護・残留邦人等の受給者番号抜け	生活保護・残留邦人の受給者番号チェックを行うか否かを設定します。 初期設定は「2　チェックしない」です。

＜患者病名＞

診療科別のチェック	患者の病名に関わるチェックを診療科毎に行うか否かをコンボボックスより指定します。 初期設定は「1　する」です。
主病名チェック	主病名の有無をチェックします。 初期設定は「2　しない」です。
疑い病名チェック期間	疑い病名のチェック期間を設定します。 1～9ヶ月の範囲で設定ができます。
急性病名チェック期間	急性病名のチェックを行う場合、期間をコンボボックスより指定します。期間の指定は空白（チェックしない）、1～4ヶ月の範囲で選択できます。 初期設定は空白（チェックしない）です。
診療開始日と実日数の比較チェック	診療開始日の日数と実日数のチェックを設定します。 初期設定は「1　チェックする」です。

＜チェックマスター適応病名チェック＞

チェックマスター適応病名チェック	チェックマスタの適応病名と患者病名の突合条件の設定を行います。 （薬剤と病名、診療行為と病名及び投与禁忌薬剤と病名のチェックの振る舞いを指定します）。

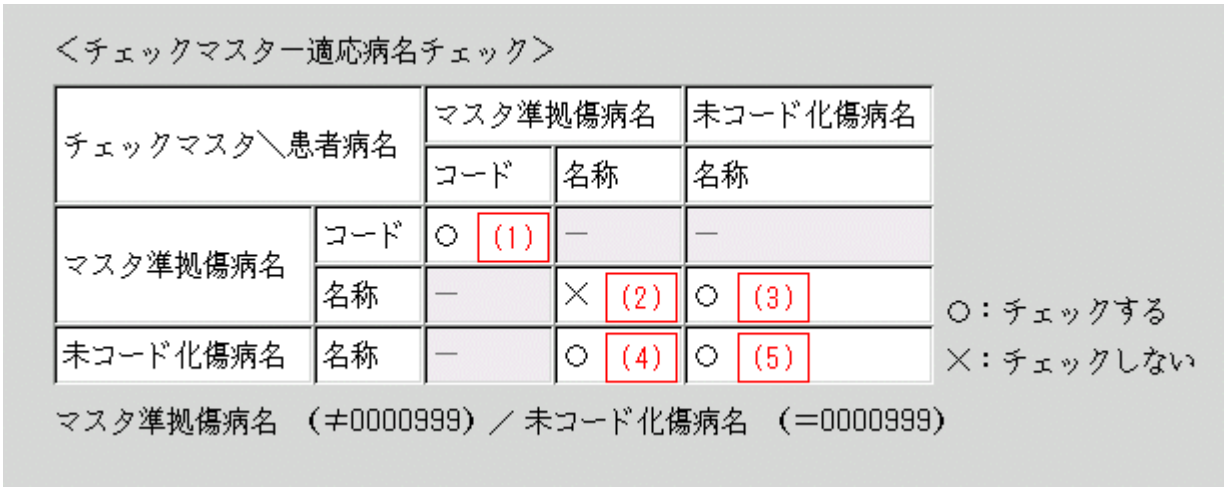


図 1298

（1）病名コードによるチェックを設定します。
（2）～（5）マスタ準拠傷病名、未コード化傷病名の名称によるチェックを設定します。

例1）

データチェックマスタ登録病名	胃潰瘍「5319009」　部分一致
患者登録病名	急性胃潰瘍「5313001」
	急性胃潰瘍（疑）「0000999」
	急性胃潰瘍「ZZZ4012」「5319009」

Copyright(C)2007JMARI

（上記設定画面の番号を参照）

（1）〇：マスタ準拠傷病名同士のコードによるチェックを行います。適応病名となるのは
急性胃潰瘍「ZZZ4012」「5319009」
（2）〇：マスタ準拠傷病名同士の名称によるチェックを行います。適応病名となるのは
急性胃潰瘍
（3）〇：マスタ準拠傷病名と未コード化傷病名の名称によるチェックを行います。適応病名となるのは
急性胃潰瘍（疑）

例2)

データチェックマスタ登録病名	胃潰瘍（疑）「0000999」　部分一致
患者登録病名	急性胃潰瘍「5313001」
	急性胃潰瘍「ZZZ4012」「5319009」
	急性胃潰瘍（疑）「0000999」

（4）〇：未コード化傷病名とマスタ準拠傷病名の名称によるチェックを行います。
適用傷病名はなし。
（急性胃潰瘍は「胃潰瘍（疑）」を含んでいないため）
（5）〇：未コード化傷病名同士の名称によるチェックを行います。適用傷病名は急性胃潰瘍（疑）
※通常は（1）、（3）、（4）、（5）を〇にします。

チェックマスタ：胃潰瘍「5319009」と患者病名：急性胃潰瘍「5313001」は病名コードが違うため、データチェックにてOKとしたい場合は、（2）を〇に変更し、コードと名称の両方の条件でチェックするよう設定します。

■過月の転帰済適応病名
データチェックの「薬剤と病名」及び「診療行為と病名」について、既に転帰が入力され適応病名が有効な期間でない場合のチェックメッセージを設定します。

1　チェックする （初期設定）	転帰済みの病名をチェックします。 「病名が有効な期間で登録されていません【薬剤名、病名】」のメッセージを印字します。
2　チェックしない	転帰済みの病名をチェックしません。 「薬剤の適応病名未入力です【薬剤名】」のメッセージを印字します。

■適応病名マスタからの直接データチェック
適応病名マスタからのデータチェックを設定します。

薬剤と病名、診療行為と病名

0　行わない	適応病名マスタからのデータチェックを行いません。 （ユーザー登録のチェックマスタのみデータチェックを行います）
1　行う	ユーザー登録のチェックマスタと適応病名マスタの両方からデータチェックを行います。
2　チェックマスタに未登録の薬剤（診療行為）のみ行う	ユーザー登録のチェックマスタがない場合のみ適応病名マスタからデータチェックを行います。
• 適応病名マスタからのデータチェックは部分一致でのデータチェックを行います。 • ユーザー登録のチェックマスタにグループ設定がある場合は適応病名マスタからの直接データチェックは行いません。	

【参考：チェックマスタ登録画面】

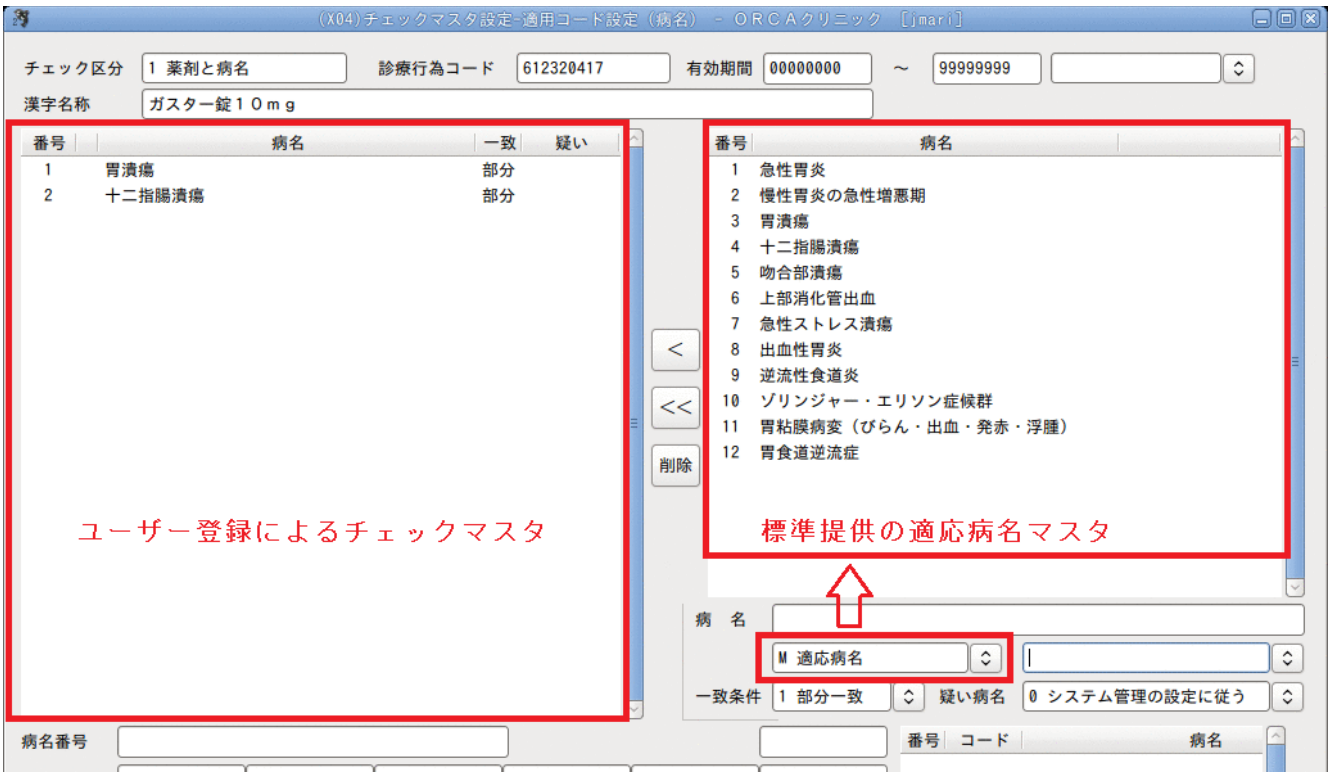


図 1299

＜薬剤と病名及び病名と薬剤＞

検査、処置薬剤 手術薬剤 麻酔薬剤	データチェック（薬剤と病名、病名と薬剤）時に検査薬剤・処置薬剤・手術薬剤・麻酔薬剤をチェック対象とするか設定します。 初期設定は「1　チェックする」です。
処方のみの薬剤 （213，223，233）	診療種別区分が213，223，233で入力された薬剤のチェックを設定します。 初期設定は「1　チェックする」です。
疑い病名の扱い	「薬剤と病名」「病名と薬剤」のチェックで疑い病名を適応病名とするか否かを設定します。 初期設定は「1　適応病名とする」です。

＜診療行為の併用算定＞

警告エラー	診療行為の併用算定を警告に設定した項目をデータチェックでチェックするか設定します。

設定2画面

＜診療行為算定回数＞

「41　データチェック」の「20　診療行為算定回数」の設定をします。

電子点数表マスタ	電子点数表マスタによる診療行為算定回数チェックを行うには「1　参照する」を設定します。 初期設定は「2　参照しない」です。
警告エラー	警告設定されている診療行為のデータチェックを行うか否かの設定を行います。 【警告設定の診療行為とは】 点数マスタの[上限回数]（[ユーザ設定　上限回数）の[エラー処理]が「9」（警告）の診療行為または、電子点数表マスタの[特例条件]が「1」（条件あり）の診療行為
算定回数チェックを行う診療行為一覧表は、メニューー「91　マスタ登録」ー「103　チェックマスタ」ー「リスト」の「算定価数チェック一覧表」で確認できます。	

＜その他のチェック＞

■小児科外来診療料（処方せん交付）を算定した月に院外処方がないかのチェックを行うか否かを設定します。

■院外処方せんチェック点数

1月の院外処方薬剤（在宅器材含む）の点数が設定点数を超えた場合にデータチェック時にエラーとして印字します。任意の点数を設定できます。

ポイント！ データチェック時には「院外処方の処理」の項目を「1　院外処方を含む」または「2　院外処方のみ」と設定してください。

＜チェックマスタ「薬剤と病名」に未登録の薬剤の有無＞

データチェックを行なっていない薬剤（チェックマスタの「1　薬剤と病名」に未登録）をデータチェックの結果リストに印字するか否かを設定します。

「1　チェックする」・・・データチェック結果リストに印字します。

「2　チェックしない」・・データチェックの結果リストに印字しません。

＜患者毎の例外設定＞

データチェック画面にて例外設定ができるようになります。

＜レセプトデータチェックリスト＞

■印刷順

データチェックリストの印刷順を指定できます。

初期設定は「1　患者番号順」です。

1. 患者番号順	患者番号順に印刷します。
2. カナ氏名順	カナ氏名順に印刷します。
3. 保険、患者番号順	保険（社保、国保、労災、自賠責、自費）別、患者番号順に印刷します。 保険毎に改ページを行います。 再印刷画面より保険毎の再印刷ができます。
4. 保険、カナ氏名順	保険（社保、国保、労災、自賠責、自費）別、カナ氏名順に印刷します。 保険が変わる毎に改ページを行います。 再印刷画面より保険毎の再印刷ができます。

■患者別チェックリスト

患者単位に編集したチェックリストを作成するか否かをコンボボックスより指定します。

患者別チェックリストは再印刷画面からのみ印刷ができます。

初期設定は「1　作成しない」です。

保険者や保険の種類により記号が無い（空白）場合があります。
記号抜けチェックの設定を行うことにより、データチェックの確認項目である「被保険者記号・番号」をより正確に行うことができます。また記号・番号のエラーチェック内容を設定することができます。

システム管理コードのコンボボックスより「1102　データチェック情報3」を選択します。
「確定」(F12)を押下します。

図 1300

初期設定してある5つの保険は記号がない場合がありますので、チェックを行わない設定がしてあります。各地域により設定を変更してください。
設定の無い保険はチェックを行います。

＜設定できるパターン＞
保険者番号を指定して完全一致とすることにより指定した保険者のみ設定できる。
保険者番号の一部を前方一致とし保険の種類を指定することにより都道府県毎に設定できる。
保険の種類のみを指定することにより保険種類毎に設定ができる。
複数の条件で同じ保険の種類を登録することができる。
優先順位は番号の若い方（画面上の方）からとする。
記号・番号のチェック内容を個別に設定できる。

＜登録した保険以外のチェックは？＞ 各保険について記号・番号の標準チェック設定がしてあります。 登録されていない保険は各保険毎の標準チェック内容でチェックを行います。

項目の説明

保険者番号	保険者を指定する場合に入力します。
一致条件	保険者番号の一致条件を指定します。 0：完全一致 1：前方一致 2：指定なし ※2：指定なしの場合は保険者番号をクリアします。
保険者名	保険者マスタと一致する保険者番号が入力され、一致条件が「0 完全一致」の場合に保険者名を表示します。
保険の種類	保険者マスタと一致する保険者番号が入力された場合は種類を表示します。 また、保険者番号を入力せず保険の種類を直接指定することもできます。
記号抜け	指定した条件のチェックを設定します。 0：チェックする 1：チェックしない 2：チェックする（入力がある場合はエラー）
有効期間	有効期間を入力します。
記号・番号入力内容チェック	設定した保険に対して記号・番号のエラー内容を個別に設定できます。 ＜記号入力内容チェック＞ 記号のチェック内容を設定します。 ＜番号入力内容チェック（1文字目）＞ 番号欄の1文字目の入力チェックを設定します。 ＜番号入力内容チェック（2文字目以降）＞ 番号欄の2文字目以降の入力チェックを設定します。 ※設定内容を初期設定に戻したいときは？ 一度設定を削除してください。 再度登録するときに「保険の種類」を選択した段階で記号・番号チェック内容が各保険の初期設定に戻ります。

＜設定の追加＞

各条件を入力後「追加」(F6)を押下します。

＜設定の変更＞

変更したい番号を入力するかマウスでクリックします。
設定内容を変更後「変更」(F7)を押下します。

＜設定例＞

松江市（320010）のみチェックする

初期設定されている国保（チェックしない）より上位に松江市の設定を行います。

図 1301

島根県のみチェックする

初期設定されている国保（チェックしない）より上位に島根県の設定を行います。

図 1302

松江市のみチェックしない

国保（チェックしない）を削除します（国保全体の設定を削除するのでチェックを行うようになります）。
松江市の設定（チェックしない）を追加します。

図 1303

各帳票、レセプト電算データに出力する医療機関名称などの内容を設定することができます。

（1）管理コードのコンボボックスより「1901　医療機関編集情報」を選択します。
有効期間を設けない場合は、未入力で「Enter」を押下して「00000000」～「99999999」（無期限）とします。

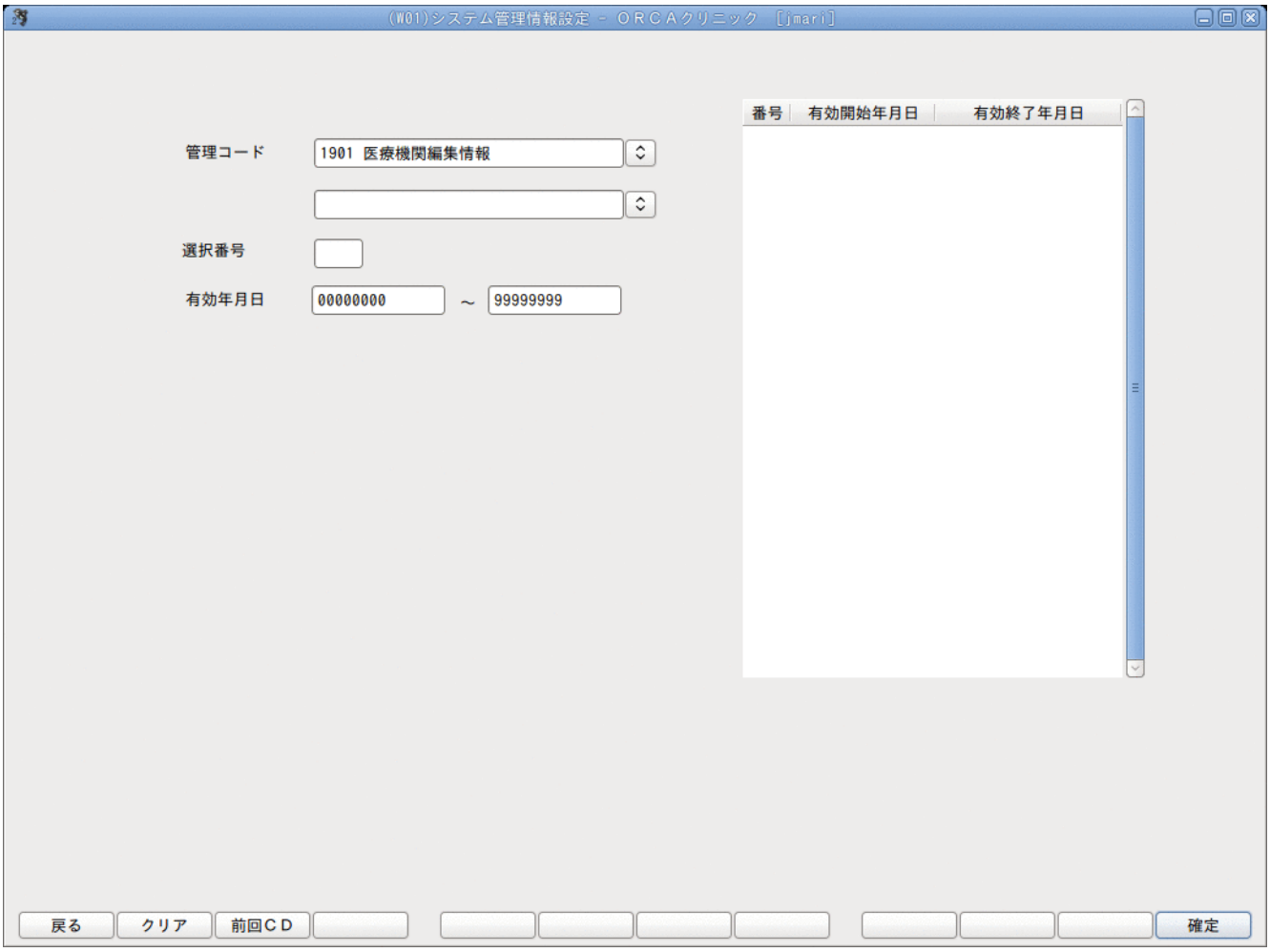


図 1304

（2）区分コードに2桁の数字を入力して、編集パターン番号とします。次に医療機関名称等、編集を行う内容を各項目に入力します。

（入力例・編集内容画面）

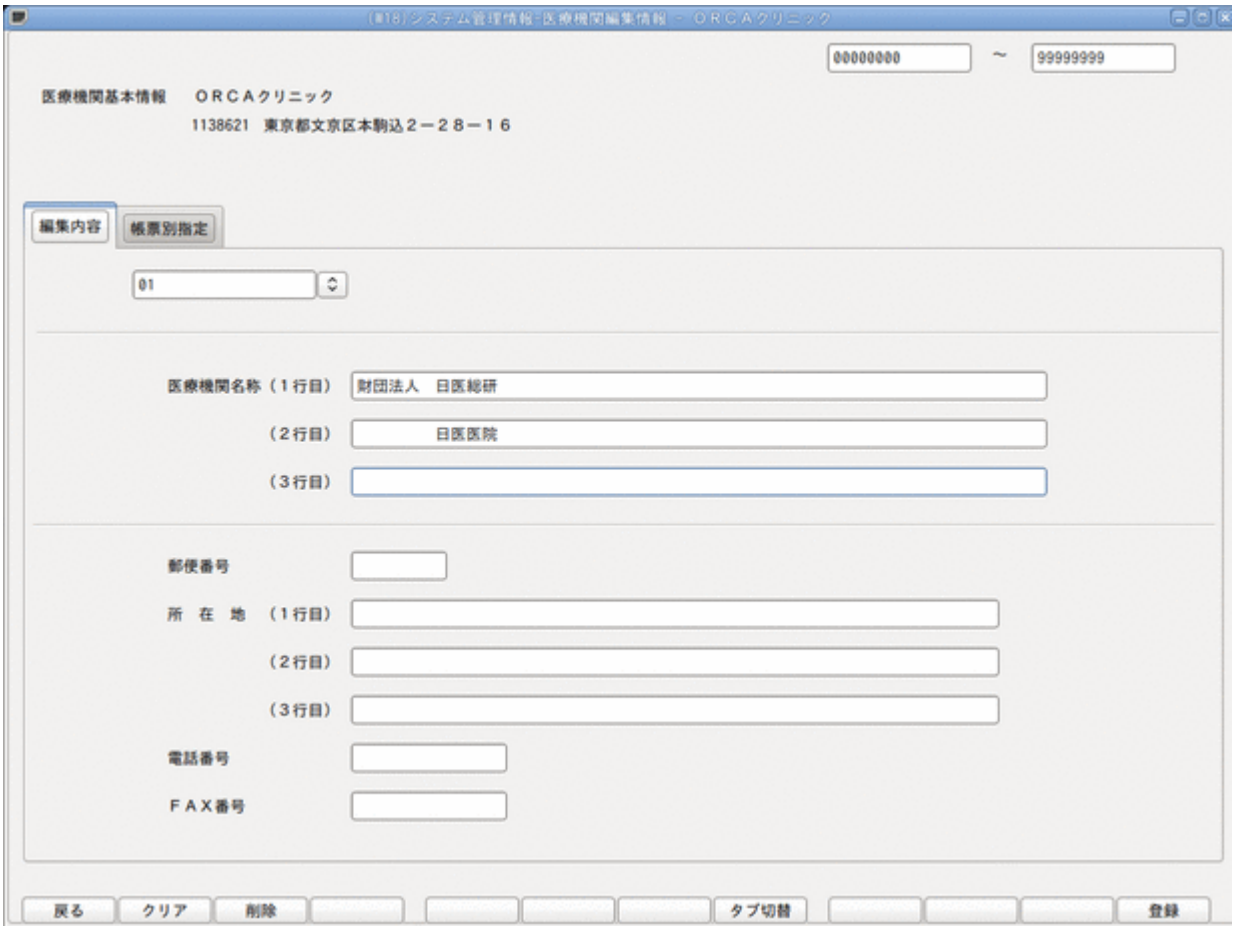


図 1305

（3）登録(F12)を押下して登録します。

項目の説明

区分コード	編集パターン別に「01」から「99」までの任意の番号を付けます。必須入力項目です。
医療機関名称（1行目）・（2行目）・（3行目）	医療機関名称を編集する場合に入力します。1行に全角30文字までの入力ができます。 ただし、帳票によっては、1行に20文字までの印字とするものや3行目の印字を行わない帳票もありますので、必ず印字結果の検証を行ってください。
郵便番号	医療機関の所在地の郵便番号を7桁の半角数字で入力します。
所在地（1行目）・（2行目）・（3行目）	所在地を編集する場合に入力します。 1行に全角38文字までの入力ができますが、医療機関名称同様、帳票により印字する文字数、行数が異なる場合がありますので、必ず印字結果の検証を行ってください。
電話番号	医療機関の電話番号を半角で入力します。
FAX番号	医療機関のFAX番号を半角で入力します。

【入力例・帳票別指定画面】

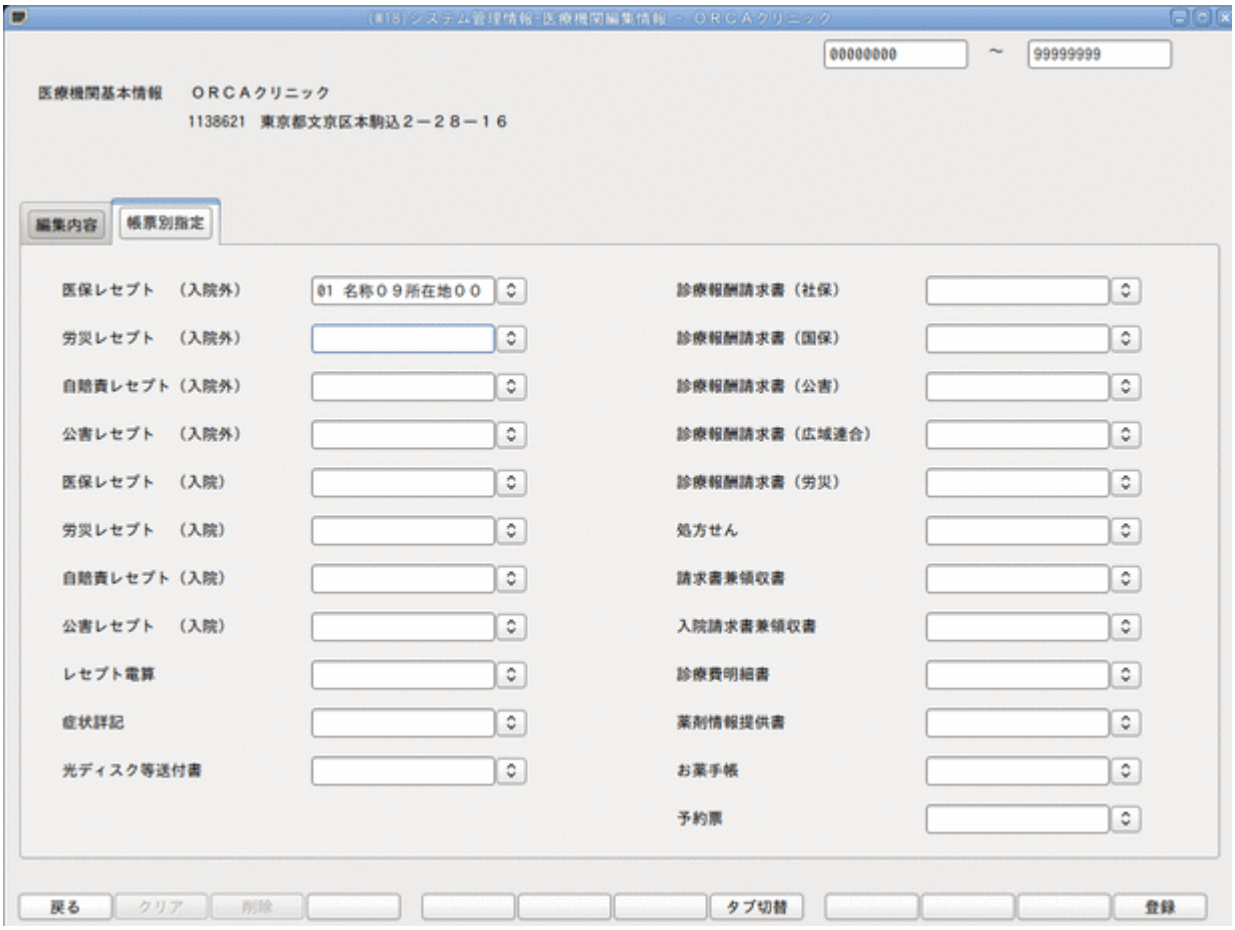


図 1306

帳票の各名称横のコンボボックスには、任意につけた区分コードに「名称〇〇所在地××」と編集パターンを表す名称を自動表示します。複数パターン作成した場合にも全てコンボボックスに表示しますので、各帳票にどの編集パターンを割り当てるかを指定していきます。
なお、「名称〇〇所在地××」とは、編集を行った医療機関名称の1行目に入力された文字数、所在地の1行目に入力された文字数を表します。
画面例では、医療機関名称の1行目が全角9文字、所在地は入力がありませんので0文字となり、コンボボックスで表示する編集パターン名称は、「名称09所在地00」となります。

編集内容の入力、帳票への指定ができましたら、「登録」(F12)を押下します。

標準提供の処方せん、薬剤情報のオプションを設定します。

（1）管理コードのコンボボックスより「1910　プログラムオプション情報」を選択します。

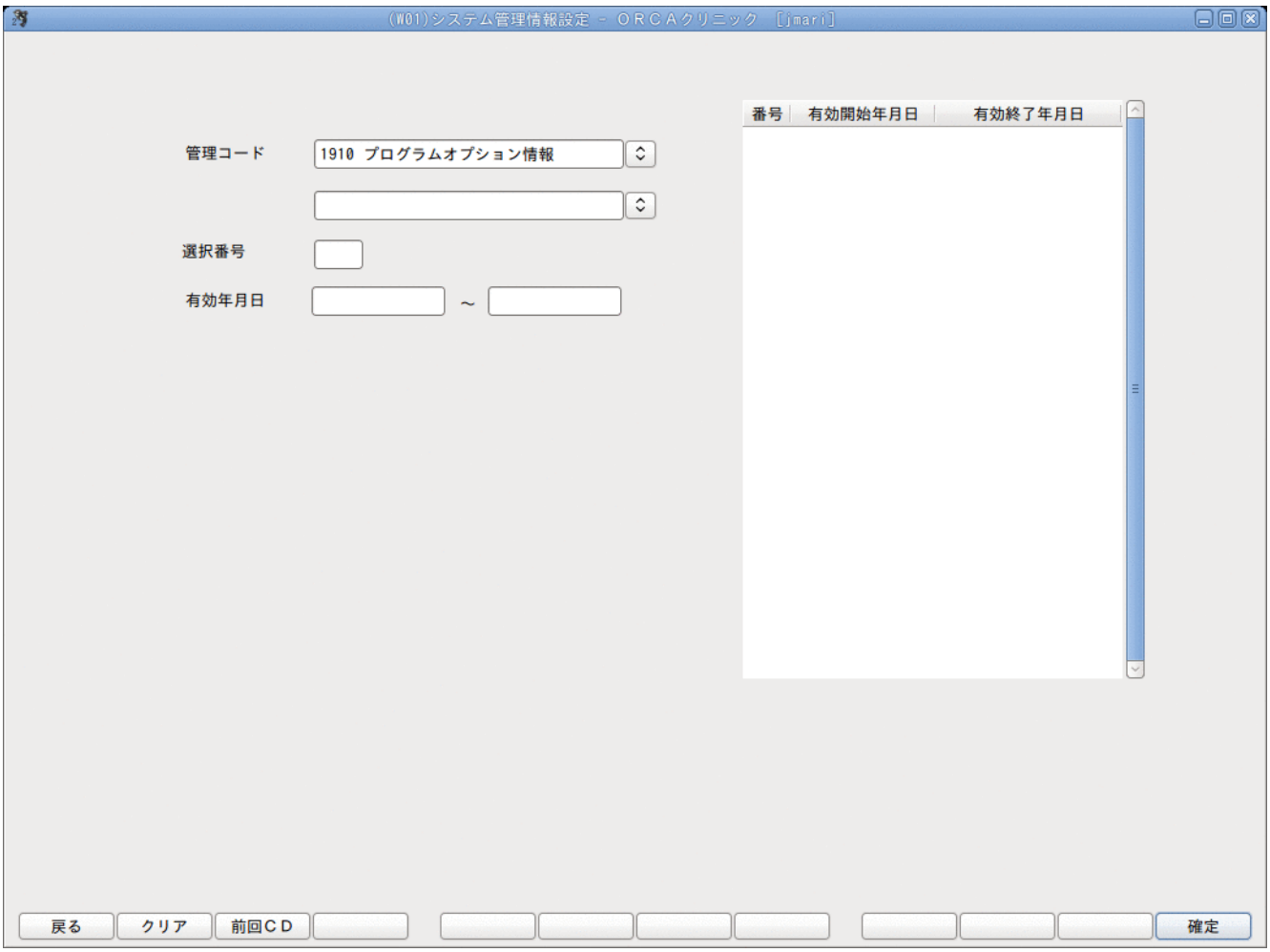


図 1307

オプション設定を行いたいプログラム名を選択します。

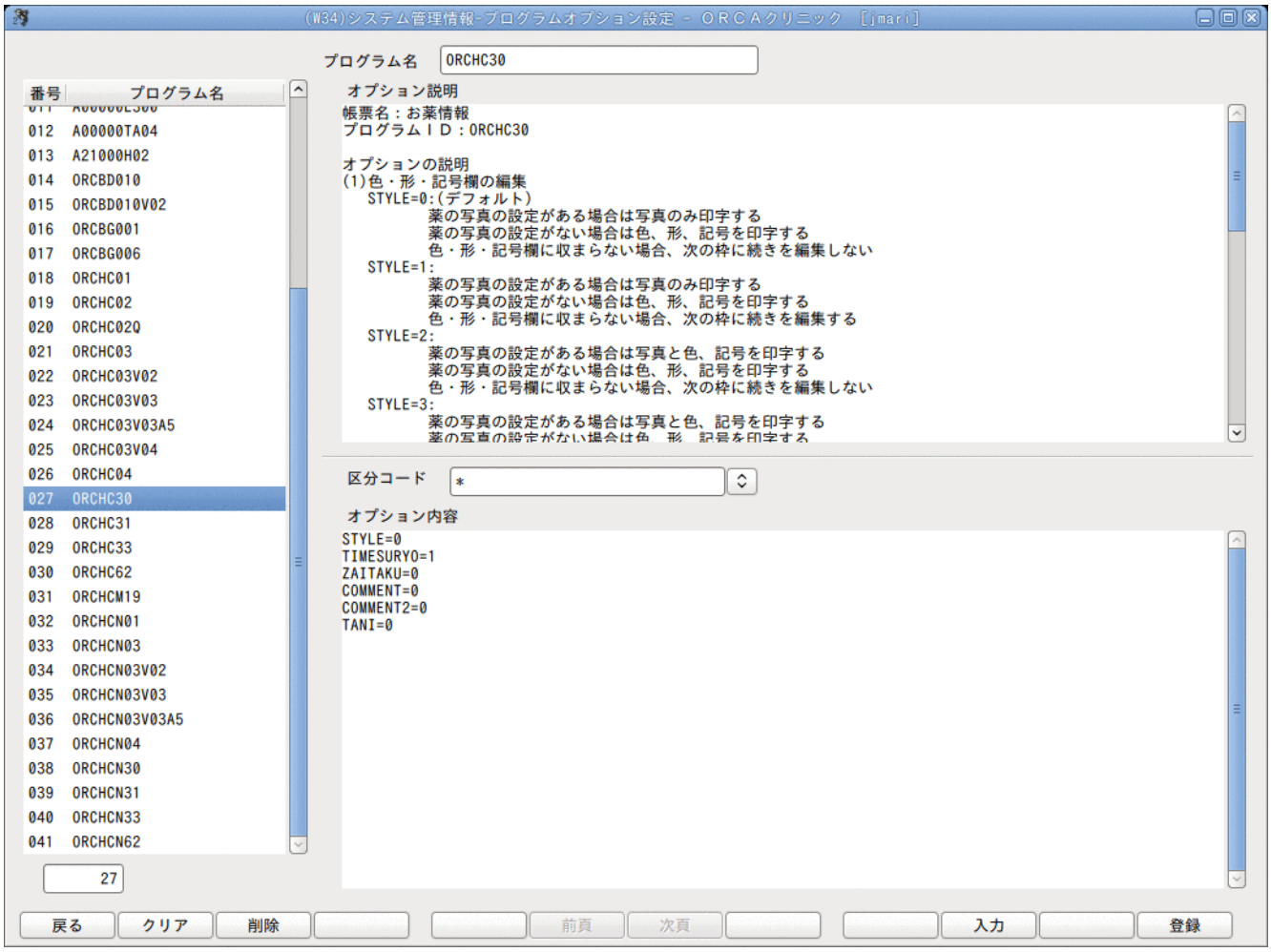


図 1308

オプション内容を設定し、「登録」(F12)を押下します。

＜「入力」(F10)について＞

オプション内容欄では「Enter」が改行となります。「入力」(F10)を押下するとカーソルがオプション内容欄から外れ、「登録」に移ります。

オプション設定の注意点！

- パラメタ値は半角英数字のパラメタ内容の次の桁から改行または、#が現れるまでとする。

頁印刷を行う場合、PAGE=1と設定する。
PAGEがパラメタ内容で＝の次1がパラメタ値となる。
｀PAGE=　1｀とした場合は、＝の次ぎが空白なのでパラメタは空白となる。

- #をコメント開始とする。次の改行までがコメントとなる。
  （コメント行は無視され設定内容は反映されません）

- 処方せんのオプションパラメタによる内容を以下とする。

頁印刷（PAGE）（0：印刷しない、1：印刷する）
1：のとき、右上にZZ/ZZと編集してページ数/総ページ数を印刷する

負担割合（FTNKBN）（0：印刷しない、1：印刷する（%）、2：印刷する（割））
1：のとき、保険組合せの負担割合をZZ9%で表示する。
2：のとき、保険組合せの負担割合をZ9割で表示する。
負担割合は診療行為で表示している割合とし、ゼロのときは0を表示する。

● 地方公費を備考へ印刷（KOHKBN）（0：所定の位置に印刷、1：備考欄へ印刷）
0：のとき、全ての公費を所定位置に印刷する
1：のとき、地方公費（公費種別が「100」から「899」）は備考欄へ印刷する。
公費種類・負担者番号：XXXXXX受給者番号：XXXXXX
上記のように編集して、備考欄の高齢者・3歳未満の負担割合、麻薬情報の記載の後に編集する。
QRデータも同様に備考データとして作成する。

● 診療科名(SRYKA)（0：印刷しない、1：印刷する）
1：のとき、システム管理・診療科の短縮名1を左上に印刷する

● 保険医名を印刷(DRKBN)（0：印刷する、1：印刷しない）
1：のとき、処方せんに印刷する全ての保険医名を印刷しない。
麻薬を処方した場合の麻薬施用者免許証番号も表示しない。

● 交付年月日を印刷(KOFYMDKBN)（0：印刷する、1：印刷しない）
1：のとき、交付年月日の欄を空白で印刷しない。

● 保険医名・交付年月日はQR情報では省略できないので、QR処方せん（ORCHCO2Q）で
印刷なしと設定したときは、QRを印刷しないこととする。

「レセプト作成指示（印刷順）情報」画面は、改正等でレセプト種別の変更が発生した場合にマスタ更新によりセンターから更新データを提供します。
※表示内容は閲覧するのみとし、ユーザによる変更はできません。

（1）管理コードのコンボボックスより「2003　レセプト作成指示（印刷順）情報」を選択します。
（例では、レセプト出力順欄に「001　社保　単独　本人」を選択しています）。

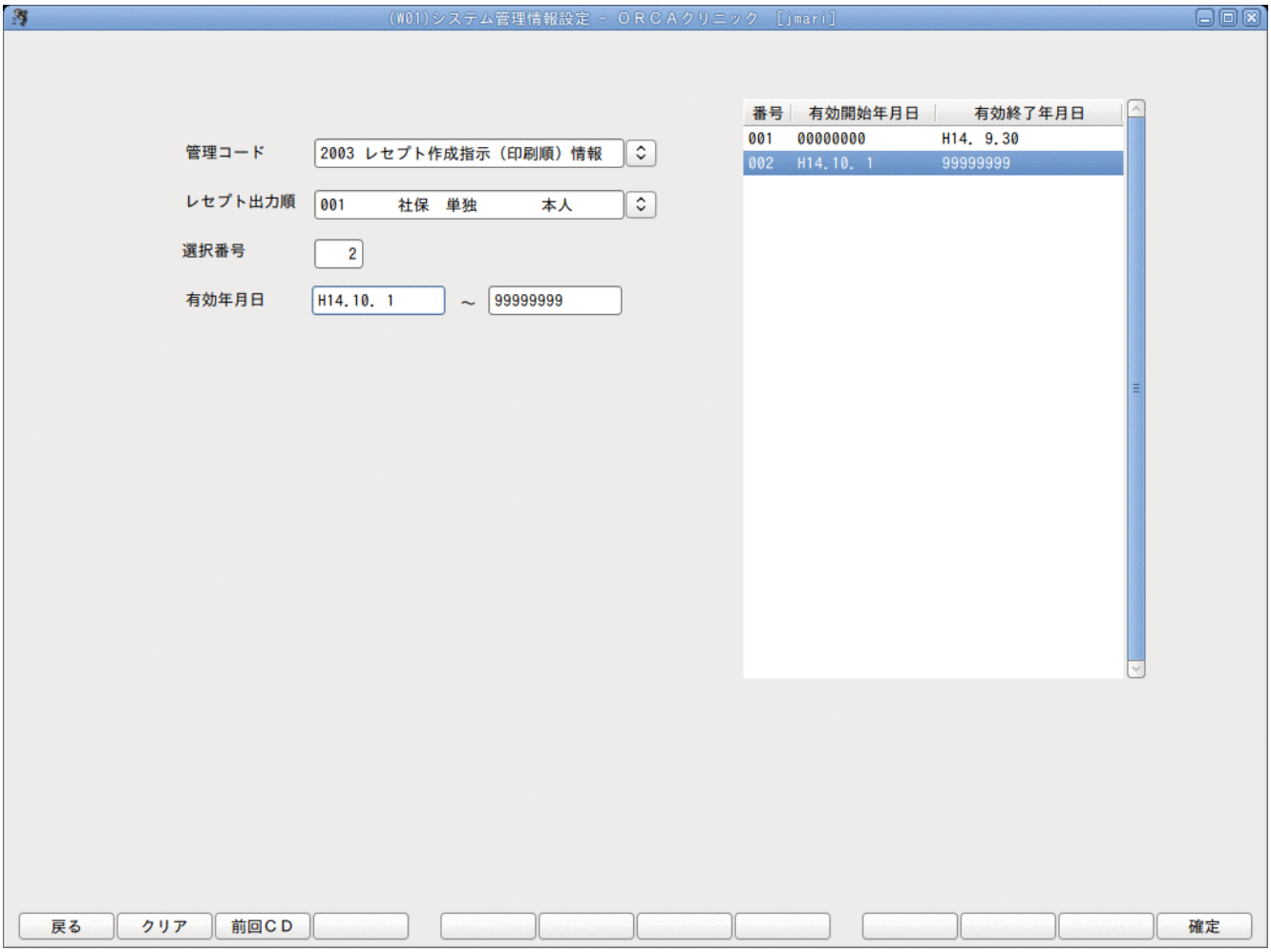


図 1309

↓内容を表示します。

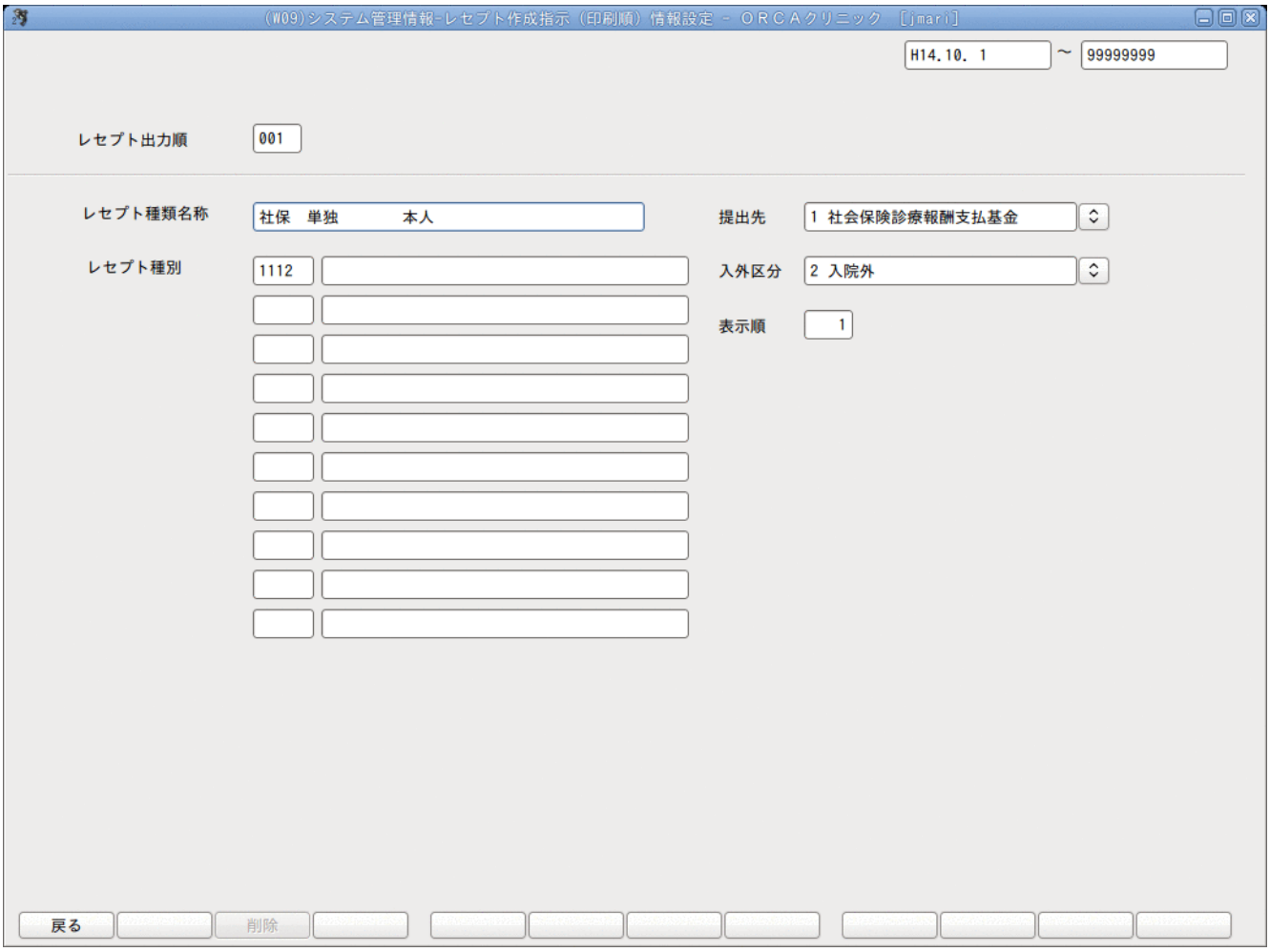


図 1310

項目の説明

レセプト出力順	レセプトの出力順を表示します。
レセプト種類名称	レセプト出力順に対してのレセプト種類の名称を表示します。
レセプト種別	レセプト種別コードを表示します。 なお、種別コード右側の表示欄は現在使用していません。
提出先	審査支払機関を表示します。
入外区分	入院または外来を表示します。
表示順	明細書の印刷指示画面での社保、国保の各表示順を表わします。

レセプト・基本1
基本2
労災・自賠責
レセ電
編綴順
特別療養費
総括表
主科設定（【3.2.3　主科設定】を参照）
点検用

注意！
レセプト・総括印刷情報は有効年月日の変更はできません。
必ず「00000000」～「99999999」としてください。

管理コードのコンボボックスより「2005　レセプト・総括印刷情報」を選択します。

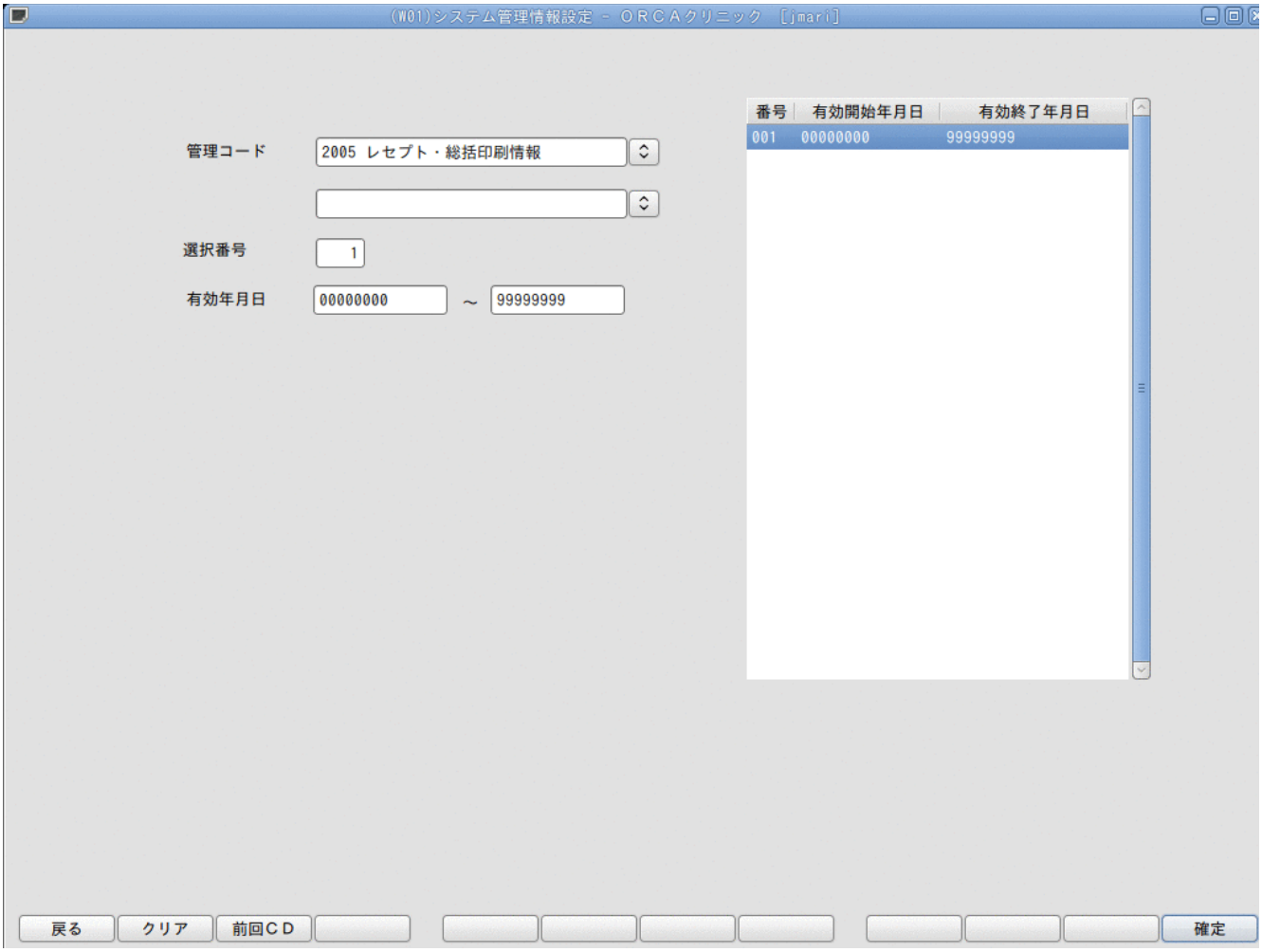


図 1311

レセプト・基本1

レセプト及び総括表の印刷情報を入力・登録します。

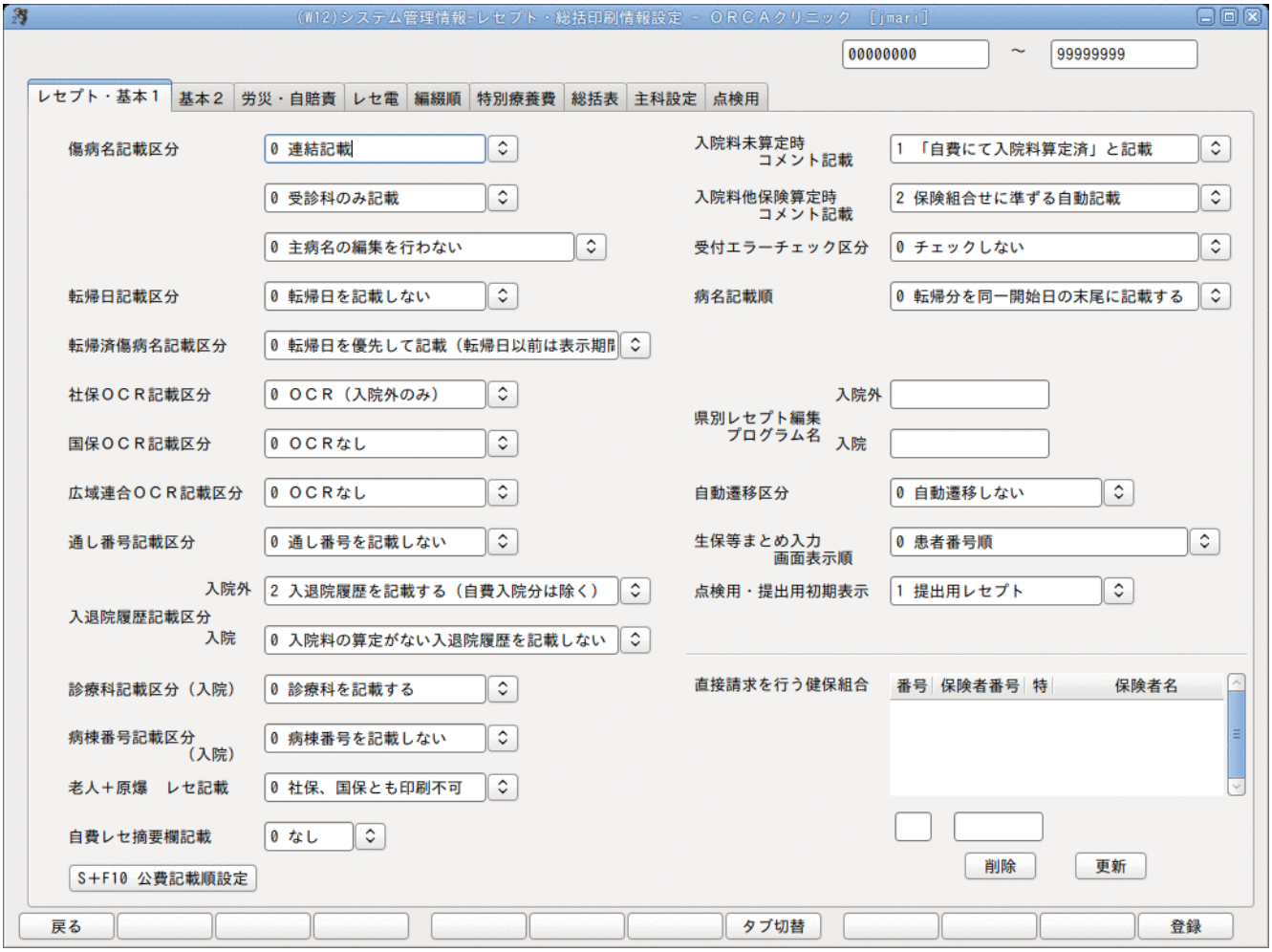


図 1312

項目の説明

傷病名記載区分	（上段）レセプトの傷病名欄の名称を単独表示（1行に1病名を編集表示する）とするか、連結表示（診療開始日、転帰が同一であれば　同一行にカンマ区切りで表示する）とするかを選択します。 （中段）複数科を標榜する医療機関の場合、当該月のレセプトの傷病名に受診科のみ表示させるか、全ての診療科分を表示させるかをコンボボックスより選択することができます。 後者を選択した場合、一方の科で受診が無い月でも全ての診療科分を表示させることができます。 なお、初期値は「1　受診科のみ表示」が設定されています。 （下段）レセプトに表示する病名について、主病名とした取り扱いによる編集を行わない、または編集を行う場合の選択をすることができ　ます。 初期値は「0　主病名の編集を行わない」が設定されています。 「0　主病名の編集を行わない」 レセプトの傷病名欄にて、主病名と副病名の切り分けを行いません。 「1　主病名の編集を行う（区切り有）」 主病名と副病名の切り分けを行い、その間に区切り線を表示します。主病名のみの場合は、区切り線は表示されません。 「2　主病名の編集を行う（区切り無）」

Copyright(C)2007JMARI

	主病名と副病名の切り分けを行いますが、区切り線は表示されません。 「3　主病名の編集を行う（区切り有・主単） 主病名と副病名の切り分けを行い、その間に区切り線を表示します。主病名のみの場合でも、区切り線を表示します。
転帰日記載区分	転帰日表示の有無をコンボボックスより選択します。 レセプトへの転帰日を表示する場合は、「1　転帰日を表示する」を選択します。
転帰済傷病名記載区分	転帰済み病名のレセプト記載設定です。 転帰日を優先するか、レセプト表示期間の設定を優先するか選択します。
社保OCR記載区分	社保分のレセプトにOCR文字を印字するか否かを指定します。 初期表示は「0　OCR(入院外のみ)」とします。
国保OCR記載区分	国保分のレセプトにOCR文字を印字するか否かを指定します。 初期表示は「0　OCRなし」とします。
広域連合OCR記載区分	広域連合分のレセプトにOCR文字を印字するか否かを指定します。 初期表示は「0　OCRなし」とします。
通し番号記載区分	レセプト用紙の通し番号の表示を行うか否かをコンボボックスより選択します。（ただし平成14年10月以降のレセプトが対象となり、レセプト種別等には関係無く出力された順番を通し番号で記載します）。 「1　通し番号を表示する」を設定した場合、一括作成により出力したレセプトには出力順に1からの連番で通し番号を表示し、個別作成により出力したレセプトには「　1」のようにかっこをつけて通し番号を表示します。続紙がある場合に1／2、2／2の表示をします。
入退院履歴記載区分（入院外）	入院外のレセプトに入院歴を記載するか設定します。 「0：入退院履歴を記載しない」 「1：入退院履歴を記載する」 「2：入退院履歴を記載する（自費入院は除く）」 ※医保レセプトのみに記載します。 ※2の場合は、入院会計の保険組合せが全て自費保険の場合を除きます。
入退院履歴記載区分（入院）	入院のレセプトに入院歴を記載するか設定します。 「0　入院料の算定がない入退院履歴を記載しない」 「1　入院料の算定がない入退院履歴を記載する」 ※医保レセプトのみに記載します。
診療科記載区分（入院）	入院レセプトについて、診療科の表示有無をコンボボックスより選択します。
病棟番号記載区分（入院）	入院レセプトに病棟番号、病室番号の表示有無をコンボボックスより選択します。
老人＋原爆　レセ記載	老人保健と原爆（19）の併用の患者について、レセプト公費欄に原爆の情報を印刷するか否かをコンボボックスより選択します。 初期表示は「0：社保、国保とも印刷不可」としています。 ※H20年4月以降の「後期高齢者＋原爆」のレセプトは併用扱いになるため原爆をレセプトに記載します。この項目はH20年3月以前の「老人＋原爆」のレセプトについての設定になります。
自費レセ摘要欄記載	自費保険のレセプトの摘要欄記載について、下記条件の自費分行為内容をレセプトの摘要欄に印字するか否かをコンボボックスより選択します。 初期表示は「0：なし」としています。 「1：あり」とした場合は、請求点数が0（ゼロ）点であってもレセ　プト作成を行い、レセプト摘要欄へ内容の印字をします。 なお、レセプト左側の点数欄や下の請求点に反映はされません。 また、摘要欄への記載内容が無い場合には自費保険であってもレセプトの作成は行いません。 〈条件〉

	レセ種別　：　8888　（自費保険） 診療区分　：　95または96 診療行為コード：（先頭が）095または096または8 （ただし、診療行為コードの4桁目からの2文字が「00」、「91」、「92」、「93」、「94」及び「コメントのみ」は除く）
入院料未算定時コメント記載	入院レセプトにて入院料の算定がない場合に自動記載するコメントを設定します。 「0　自動記載しない」 「1　「自費にて入院料算定済み」と記載」 「2　「他保険にて入院料算定済み」と記載」 「3　保険組合せに準ずる自動記載」 ※「3　保険組合せに準ずる自動記載」は入院料の算定がない場合に入院している保険を自動記載します。ただし以下の例のような同じ保険の種類同士の場合は入院料の算定がなくても自動記載しません。 例）入院会計：労災　　診療内容：労災 入院会計：社保　　診療内容：社保　等
入院料他保険算定時コメント記載	入院料を算定している保険組合せ以外の保険組合せのレセプトに自動記載するコメントを設定します。 「0　自動記載しない」 「1　「他保険にて入院料算定済」と記載」 「2　保険組合せに準ずる自動記載」
受付エラーチェック区分	レセプト電算時に受付エラーとなるレセプトをチェックし種別不明にすることができます。 以下の内容をチェックします。 • 生活保護の負担者番号または受給者番号の記録がない • 傷病名の記録がない • 特定器材の単位コードの記録がない • コメントの未入力または全角空白のみの入力 受付エラーチェックから自費レセプトを除くことができます。「2　チェックする（自費レセプトは除く）」を設定してください。
病名記載順	傷病名の記録順を設定します。 「0　転帰分を同一開始日の末尾に記載する」 「1　転帰分を同一開始日の先頭に記載する」 「2　入力順に記載する」
県別レセプト編集プログラム名	レセプトに印刷される公費負担医療の【乳】や【福】などの表示設定を行います。 レセプトのカスタマイズされたプログラム名を入力します。
自動遷移区分	「42　明細書」業務でレセプト作成処理を行ったときやレセプトプレビュー処理を行ったときに、処理が終了したら自動的に印刷指示画面またはプレビュー画面へ切り替わるように設定することができます。 初期設定の「0　自動遷移しない」が設定されている場合には、処理結果画面に処理が終了した旨を表示しますので、「F12：印刷」を押下して各画面へ遷移します。 なお、再印刷のプレビュー画面への遷移は自動遷移設定を行ってもできません。
生保等まとめ入力画面表示順	生保まとめ入力画面の並び順を設定します。 「0　患者番号順」 「1　負担者番号順」 「2　カナ氏名順」
点検用・提出用初期表示	レセプトの作成時の点検用レセプト、提出用レセプトの初期表示を設定します。

＜直接請求を行う健保組合＞

【3.11　健保組合への直接請求】を参照してください。

＜公費記載順設定＞

【3.12　公費記載順設定】を参照してください。

Copyright(C)2007JMARI

基本2

図 1313

項目の説明

印刷後のチェック解除	「42　明細書」業務のレセプト印刷時に指定印刷を行った場合、印刷後にチェックを行った種別の解除を行います。 「0　チェックを解除しない」 「1　チェックを解除する」
自費レセプトの印刷指定	レセプト全件印刷の場合、自費レセプトの印刷を指定します。 「0　自費レセプトを印刷する」 「1　自費レセプトを印刷しない」
一括作成出力順（全体）	「42　明細書」業務のレセプト印刷指示画面で一括処理を行った場合の、「出力順」について初期値を設定することができます。 国保、社保を区別せず設定した印刷順を初期表示します。
一括作成出力順（社保・国保・広域連合）	「42　明細書」業務のレセプト印刷指示画面で一括処理を行った場合の、「出力順」について初期値を設定することができます。 ただし、設定できるのは医療保険分のみとし、労災等には反映しません。
個別作成出力順（医保）	「42　明細書」業務のレセプト印刷指示画面で個別処理を行った場合の、「出力順」について初期値を設定することができます。 ただし、設定できるのは医療保険分のみとし、労災等には反映しません。
社保出力先プリンタ名	社保分レセプトの1号紙の出力先プリンタ名を指定します。 なお、設定をしていない場合は「1031　出力先プリンタ割り当て情報」で指定したプリンタ名より出力を行います。
（続紙）	社保分レセプトの続紙について、社保1号紙と異なる出力先プリンタ名をここで指定した場合には、各自プリンタより出力されます。

	同一のプリンタ名を指定した場合（あるいは空白のままで設定をしない場合）は、同じプリンタから1号紙に続紙が差し込まれた形で 出力をします。 なお、同一プリンタから出力を行う場合でも1号紙または続紙を指定して出力することもできます。（3.3明細書　(3) 印刷処理の指定　・出力内容について　で説明しています）。
国保出力先プリンタ名	国保分レセプトの1号紙の出力先プリンタ名を指定します。 なお、設定をしていない場合は「1031　出力先プリンタ割り当て情報」で指定したプリンタ名より出力を行います。
（続紙）	国保分レセプトの続紙について、出力先プリンタ名を指定することができます。詳細は社保の続紙の設定と同様です。
広域連合出力プリンタ名	広域連合レセプトの1号紙の出力先プリンタ名を指定します。 なお、設定をしていない場合は「1031　出力先プリンタ割り当て情報」で指定したプリンタ名より出力を行います。
（続紙）	広域連合レセプトの続紙について、出力先プリンタ名を指定することができます。詳細は社保の続紙の設定と同様です。
続紙区分	続紙の様式について、コンボボックスより選択します。 入院外レセプトの続紙の様式は4種類あります。 初期表示は「0：指定なし」となり、この場合の続紙は1号様式で出力されます。 入院レセプトの続紙の様式は.3種類あります。 初期表示は「0：横タイプ」となります。 タイプ別の続紙の説明は以下のとおりです。 「横タイプ」 続紙を切り取り線に沿って切り取り、1号紙に短冊　状に貼り合わせて使用します。 「縦タイプ」 A4用紙1ページに2列記載を行うもので、続紙を　1号紙の下にして頭の部分を揃えて左上部分を糊付けして使用します。 （注意）縦タイプの場合は、続紙の下部の余白を切り落とさなければならない場合があります。提出先の都道府県の支払基金、連合会へ照会してください。 「縦タイプ（長）」 「縦タイプ」と同様の様式ですが、下部の余白がないため「縦タイプ」のように切り落とす必要がありません。

労災・自賠責

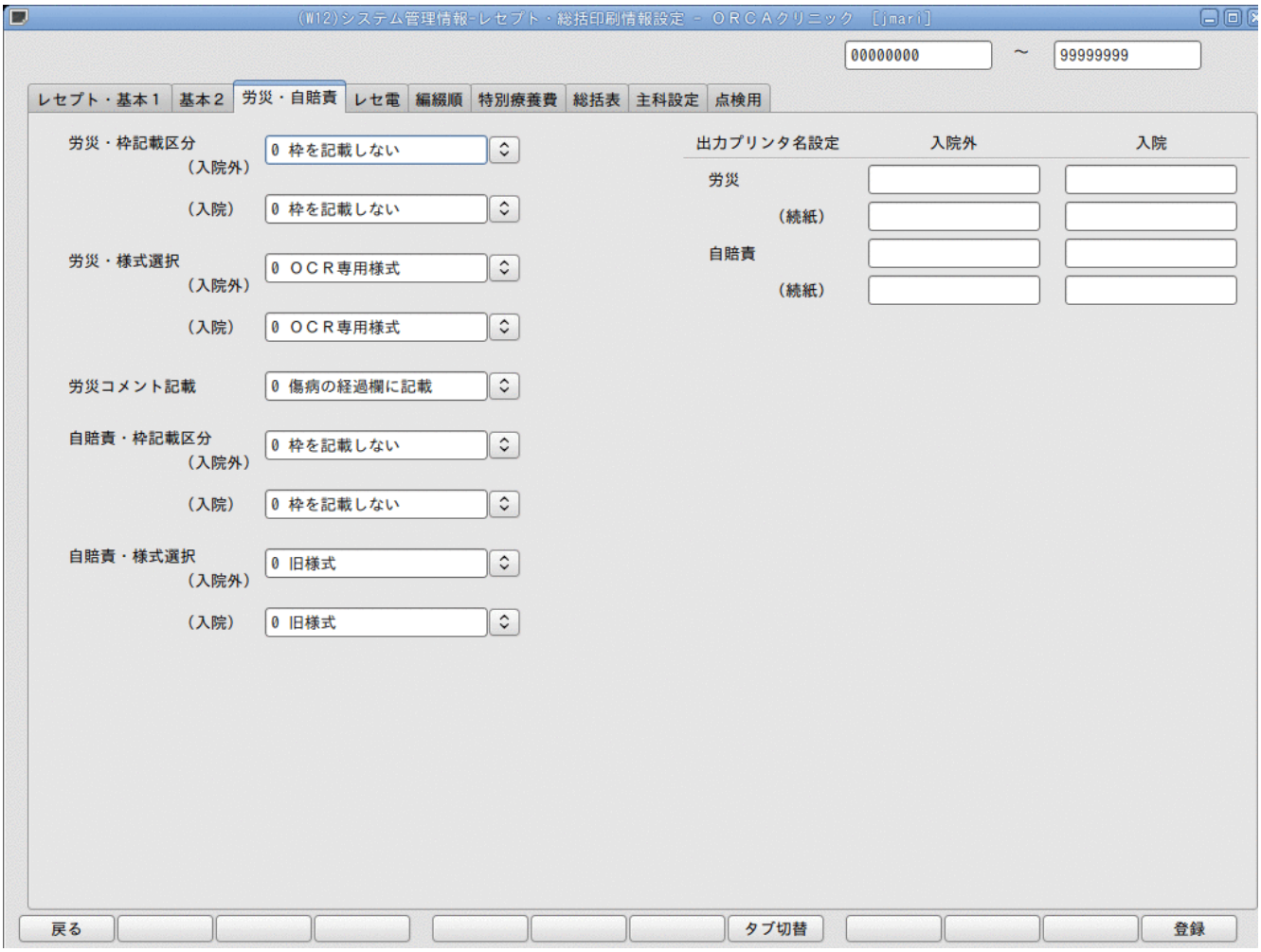


図 1314

労災・枠記載区分 （入院外） （入院）	労災レセプトの枠を印刷するか設定します。 0　枠を記載しない 1　枠を記載する
労災・様式選択	OCR専用様式と確認様式が選択できます。 0　OCR専用様式 1　確認様式 ※「1　確認様式」のレセプトは右上・左上・左下に■を印字し、「枠あり」で印刷します。 ※「1　確認様式」では「病院等の名称」欄に変更があります。印刷後、医療機関名称を確認してください。
労災コメント記載	病名登録、会計照会のコメント入力を労災レセプトの記載箇所の設定を行います。 0　傷病の経過欄に記載 1　摘要欄に記載
自賠責・枠記載区分 （入院外） （入院）	新様式の自賠責レセプトの枠を記載するか設定します。 0　枠を記載しない 1　枠を記載する
自賠責・様式選択	自賠責のレイアウトを選択します。 「0　旧様式」

	従来様式　　新様式 図 1315 図 1316 「1　平成19年4月改正様式」 従来様式　　新様式 図 1317 図 1318 OCR様式 図 1319 ※OCR様式で提出する場合は、コピーしたものを提出しないでください。読み取りエラーが発生する恐れがあります。
労災出力先プリンタ設定	労災分レセプトの1号紙の出力先プリンタ名を指定します。 なお、設定をしていない場合は「1031　出力先プリンタ割り当て情報」の診療報酬明細書（レセプト）のプリンタより出力を行います。
（続紙）	労災分レセプトの続紙の出力先プリンタ名を指定します。 なお、設定をしていない場合は「1031　出力先プリンタ割り当て情報の診療報酬明細書（レセプト）のプリンタより出力を行います。

自賠責	自賠責分レセプトの1号紙の出力先プリンタ名を指定します。 なお、設定をしていない場合は「1031　出力先プリンタ割り当て情報」の診療報酬明細書（レセプト）のプリンタより出力を行います。
（続紙）	自賠責分レセプトの続紙の出力先プリンタ名を指定します。 なお、設定をしていない場合は「1031　出力先プリンタ割り当て情報」の診療報酬明細書（レセプト）のプリンタより出力を行います。

レセ電

図 1320

社保レセ電出力区分	社保分レセプトについて、電算データにより提出をする場合に入外の指定をコンボボックスより行います。 「0　出力なし」を選択した場合には、総括表・公費請求書作成画面の「社保レセ電」が非活性のままとなります。
国保レセ電出力区分	国保分レセプトについて、電算データにより提出をする場合に入外の指定をコンボボックスより行います。 「0　出力なし」を選択した場合には、総括表・公費請求書作成画面の「国保レセ電」が非活性のままとなります。
広域連合レセ電出力区分	広域連合分レセプトについて、電算データにより提出をする場合に入外の指定をコンボボックスより行います。 「0　出力なし」を選択した場合には、総括表・公費請求書作成画面の「広域レセ電」が非活性のままとなります。
労災レセ電出力区分	労災レセプトについて、電算データにより提出をする場合に入外の指定をコンボボックスより行います。 「0　出力なし」を選択した場合には、総括表・公費請求書作成画面の「労災レセ電」が非活性のままとなります。
レセ電データ出力先	データを出力するディレクトリを指定します。 標準は「/home/orca/」となっています。 ファイル名　「RECEIPTC.UKE」　（固定） 注意）社保分も国保分も同じファイル名で作成するので、必ずどちらかの処理を行ったら退避するかファイル名の変更をしておく必要があります。 データはEUCコードではなく、Shift-JISコードで作成されています。

	（注意）レセ電データ出力先には /tmp/ は設定しないでください。
レセプトコメント（症状詳記）記録区分	レセプトコメント自動記載の内容（手術歴、保険変更、レセプトコメント区分99）をレセプト電算データへ記録するかを指定します。 病名ーコメント、会計照会ーコメント（詳記区分99以外）は設定に係わらず全てレセ電に記録します）。
日計表記録条件（合計点数） （社保・国保・広域連合）	現在は使用していません。 レセプト電算データの日付情報は自動的に記録をしています。
レセ電CD-R出力	レセ電データのisoファイルの作成を設定します。 注意！ 日レセではisoファイルをメディアには書き込めません。 ライティングソフトウェアを別途準備して書き込んでください。
症状詳記作成	レセ電作成時に症状詳記を印刷するか設定します。
光ディスク等送付書作成	レセ電作成時に送付書を印刷するか設定します。
履歴保存の有無	レセ電データ出力先に設定したディレクトリに診療月毎のディレクトリを自動作成し保存します。 保存するデータ：レセ電データ　出産育児一時金のCSVデータ
ファイル出力先設定	「44　総括表・公費請求書」画面のレセ電ファイル出力先の初期表示を指定します。
保険者が特定できない災害該当レセプトのレセ電記載	患者登録画面にて「959　災害該当」の登録があり、かつ保険者番号欄または公費単独の場合は負担者番号が空白のレセプト（保険者が特定できない災害該当のレセプト）のレセ電記載の設定をします。 0：記録しない 1：記録する
レセ電データチェックの有無	レセ電データ作成時に行うレセ電チェックの初期表示を設定します。
広域連合作成区分	レセ電データを作成する際の広域連合分のレセプト電算データと国保分のレセプト電算データのまとめ設定をします。 国保と広域連合のデータを1枚のフロッピィで提出する場合は「1　国保分と広域連合分をまとめて作成」を選択してください。 「0　広域連合分のみで作成」 社保、国保、広域連合に分けてデータを作成、記録します。 「1　国保分と広域連合分をまとめて作成」 国保分のレセ電データを作成する際、広域連合分のデータもまとめて作成、記録します。 ※この場合は「総括・公費請求書」作成画面の「広域レセ電」は非活性となり操作できません）
記号　編集設定 　　対象保険者（国保） 番号　編集設定 　　対象保険者（国保）	国保のレセプト電算データを作成するときに、記号番号に含まれる全角長音、全角ハイフン、全角マイナス、全角ダッシュを、置き換えまたは削除を行います。 （患者登録画面でいろいろな入力があってもレセプト電算データを作成時に統一する目的です） 編集設定：置き換え設定をします。 0：編集なし 1：「ー」を全角ハイフンに変換 2：「ー」を全角マイナスに変換 9：「ー」を削除 対象保険者（国保）

	0：設定なし 1：県内保険者 2：県内保険者と県内扱い保険者

総括表

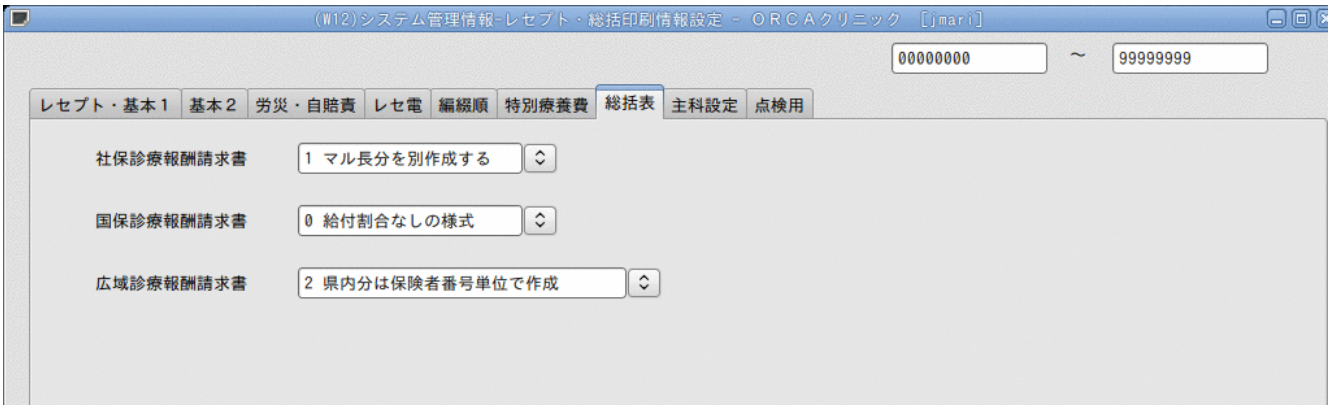


図 1321

項目の説明

社保診療報酬請求書	マル長（公費の種類「972　長期」の患者）のレセプトを別総括で集計するか否かを設定します。 0　マル長分を別作成しない 1　マル長分を別作成する
国保診療報酬請求書 （日レセ標準提供分のみ）	国保の標準提供されている診療報酬請求書には2種類あります。 いずれかの様式を選択してください。 0　給付割合なしの様式 1　給付割合ありの様式 ＊未設定の場合は、「給付割合なしの様式」で印刷を行います。 ＊2008年4月以降は「給付割合なしの様式」で印刷します。
広域診療報酬請求書 （日レセ標準提供分のみ）	都道府県により広域連合単位、保険者番号単位を選択します。 0　全て広域連合単位で作成 全て広域連合の単位で作成 1　全て保険者番号単位で作成 全てを保険者番号単位で作成 2　県内分は保険者番号単位で作成 県内分：保険者単位で作成 県外分：広域連合単位で作成 3　県外分は保険者番号単位で作成 県内分：広域連合単位 県外分：保険者単位で作成

編綴順

レセプトの編綴順、医師別印刷の設定を行います。

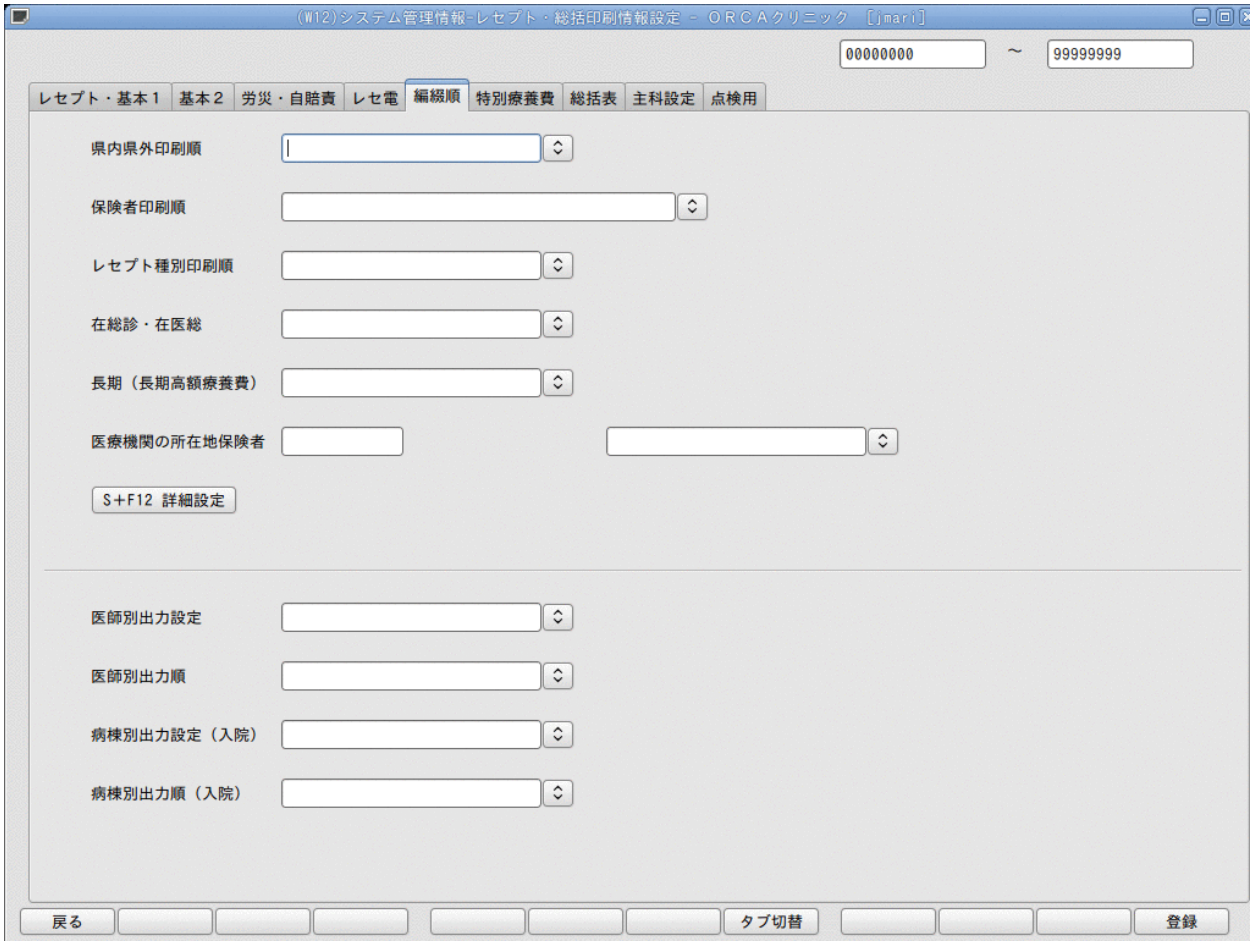


図 1322

編綴順は【3.2.2　レセプト編綴順印刷】を参照してください。

＜出力設定＞

医師別出力設定	レセプト印刷を担当ドクター別に発行します。 0　医師別出力をしない 1　医師別出力をする
医師別出力順	レセプト印刷を担当ドクター別に発行する場合、印刷順を指定します。 1　カナ氏名順（全体） 2　患者番号順（全体） 3　提出先・カナ氏名順 4　提出先・患者番号順
病棟別出力設定	レセプト一括作成後の印刷順に「病棟別印刷」の指定ができるようになります。 0　病棟別出力をしない 1　病棟別出力をする
病棟別出力順	病棟別出力をする場合に並び順を指定します。 1　カナ氏名順（全体） 2　患者番号順（全体）

特別療養費

特別療養費のレセプト記載の方法を設定します。

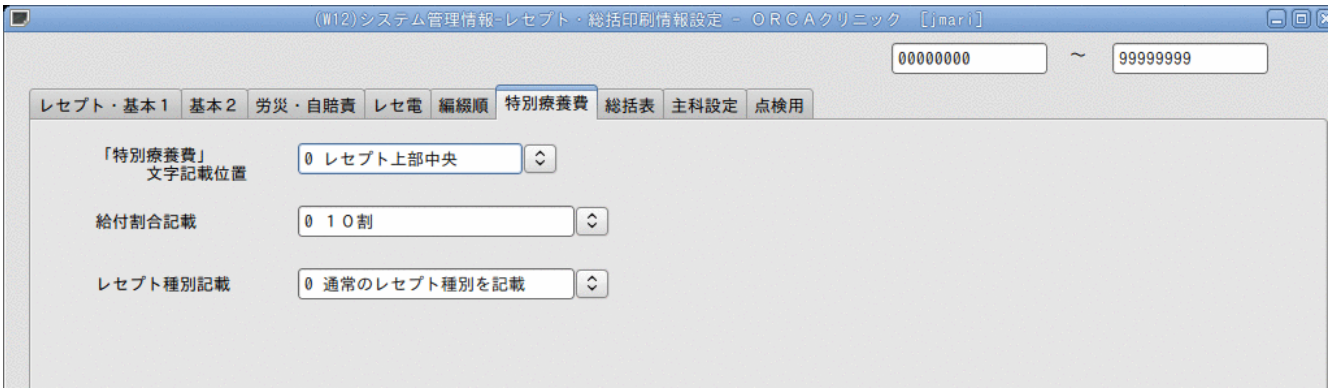


図 1323

「特別療養費」文字記載位置	0：レセプト上部中央（初期設定） 1：レセプト上部右 レセプト種別不明となった場合は、「レセプト上部中央」に設定していても上部右に記載します。
給付割合記載	0：10割（初期設定） 1：0割 2：記載なし 3：通常の給付割合を記載 （通常の給付割合とは、患者登録画面の補助区分（3割等））
レセプト種別記載	0：通常のレセプト種別を記載（初期設定） 1：記載なし

点検用

点検用レセプトの設定を行います。

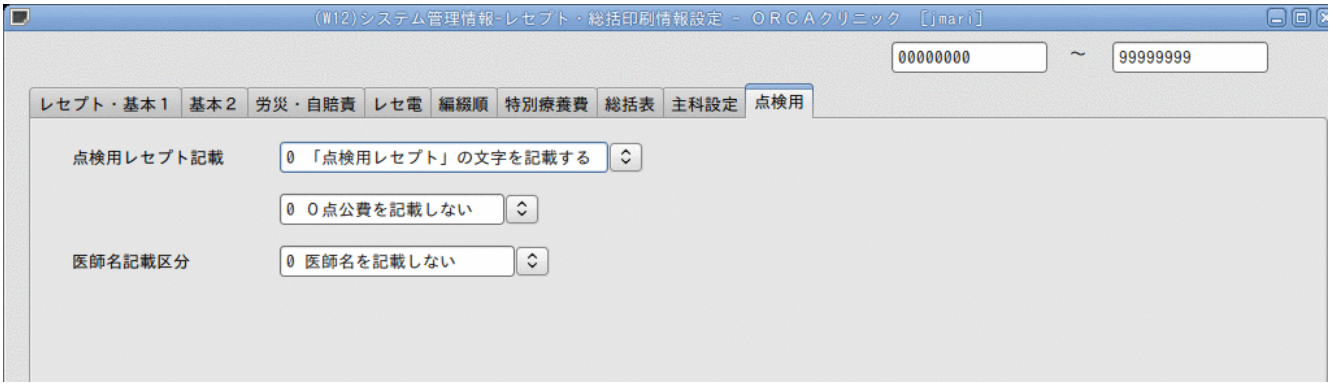


図 1324

点検用レセプト記載	（上段）点検用の紙レセプトに「点検用レセプト」と印字するか斜線を印字するか設定します。 「0　「点検用レセプト」の文字を記載する」 「1　斜線を記載する」 （下段）0点公費記載（請求点数が0点の公費の診療内容を記載）を行うか否かの設定をします。 「0　0点公費を記載しない」 「1　0点公費を記載する」
医師名記載区分	点検用レセプトに医師名を記載します。 注）「101　システム管理」－「2005　レセプト・総括印刷情報」の編綴順タブの「医師別出力設定」が「1　医師別出力をする」に設定されているときに医師名記載区分が設定できます。

診療報酬明細書及びレセプト電算システムでの特記事項等、記載または記録に於ける部分を各医療機関の所在地の地方公費（ローカルルール）に合わせて設定を行えばカスタマイズなしで記載・記録します。

（1）管理コードのコンボボックスより「2006　レセプト特記事項編集情報」を選択します。

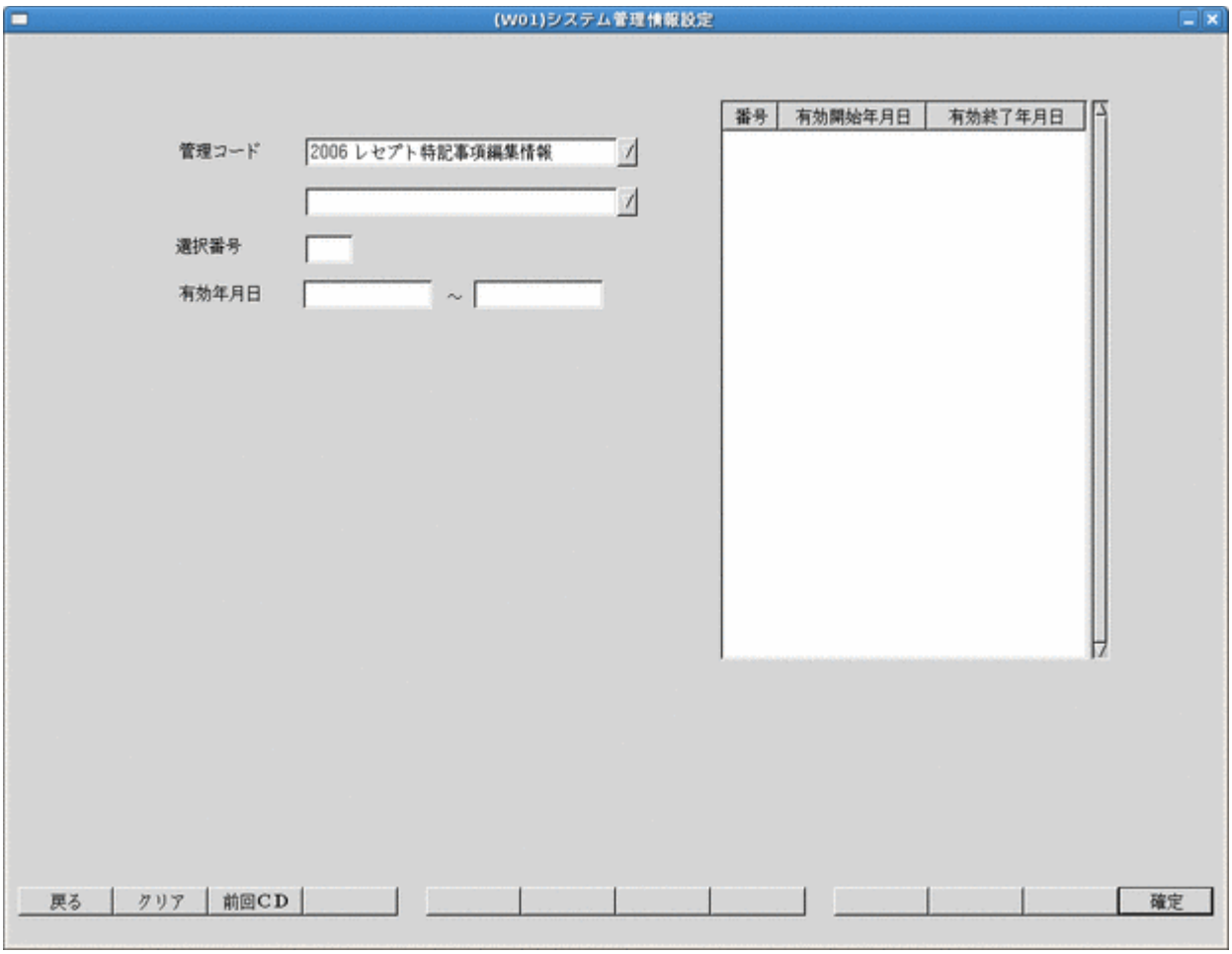


図 1325

Copyright(C)2007JMARI

（2）各項目を入力します。

図 1326

項目の説明

保険番号	設定する公費の保険番号を入力します。
提出先	1. 支払基金 2. 国保連合会 6. 広域連合 提出先別に記載したい場合は選択します。 ※この項目のみを設定すると「社保のみ」「国保のみ」を設定できます。
保険者番号	保険者別に編集ができます。 特定の保険者に限り特記事項の編集が必要な場合に、保険者番号を入力します。 ※「提出先」を設定済みの場合でも特定の保険者のみの設定ができます。
負担者番号	1. 記載がある場合のみ対象 2. 記載がない場合のみ対象 3. 固定の負担者番号の場合のみ対象 指定した保険番号に対して患者登録で負担者番号の登録の有無により、レセプト記載を設定したい場合に選択します
老人区分 （平成20年3月31日まで）	1. 老人医療（法別番号27）の受給がある場合のみ対象 2. 老人医療（法別番号27）の受給がない場合のみ対象 老人患者のみを対象としたい場合は、1を選択します。 老人以外の患者を対象としたい場合は、2を選択します。
在総診	1. 在宅総合診療料を算定している場合のみ対象 老人保健・前期高齢者の場合で 在宅時医学総合管理料 在宅末期医療総合診療料 の算定のある患者のみを対象とします。

Copyright(C)2007JMARI

※上記の項目で特記事項等を編集する対象を指定します。同じ保険番号に対して複数の条件で設定ができます。

＜紙レセプト＞

特記事項	紙レセプトに記載する特記事項を入力します。
給付割合	紙レセプトに記載する給付割合を入力します。 10割の場合は「100」と入力します。 空欄のときは患者登録における主保険または公費の負担割合を参照します。
負担者番号	01. 記録しない 02. 固定の文字列を記載する 03. 前にゼロづめして記載 記載しない場合は「01　記録しない」を選択します。 任意の文字列を記録したい場合は「02　固定の文字列を記載する」を選択後記載する文字列を入力します。 「03　前にゼロづめして記載」を選択すると、患者登録で登録されている負担者番号の前にゼロをセットします。負担者番号が空白で登録されている場合はゼロづめせず空白のままとなります。
受給者番号	01. 記録しない 02. 固定の文字列を記載する 記載しない場合は「01　記録しない」を選択します。 任意の文字列を記載したい場合は「02　固定の文字列を記載する」を選択後記載する文字列を入力します。
適用欄上段コメント 適用欄下段コメント	レセプトの適用欄へコメントを記載します。 またコメントのレセプト電算データへの記録を設定します。

＜レセプト電算＞

特記事項	レセプト電算データに記録する特記事項を入力します。
給付割合	レセプト電算データに記録する給付割合を入力します。 空欄のときは患者登録における主保険または公費の負担割合を参照します。
公費レコード	1. 記録しない レセプト電算データに公費レコードを記録しない場合に選択します。
負担者番号	01. 記録しない 02. 固定の文字列を記載する 03. 前にゼロづめして記載 記載しない場合は「01　記録しない」を選択します。 任意の文字列を記録したい場合は「02　固定の文字列を記載する」を選択後、記載する文字列を入力します。 「03　前にゼロづめして記載」を選択すると、患者登録で登録されている負担者番号の前にゼロをセットします。負担者番号が空白で登録されている場合はゼロづめせず空白のままとなります。 ※レセプト電算データを作成する場合、「01　記録しない」とした場合でも、公費レコードは記録されます。
受給者番号	01. 記録しない 02. 固定の文字列を記載する 記載しない場合は「01　記録しない」を選択します。 任意の文字列を記録したい場合は「02　固定の文字列を記載する」を選択後、記載する文字列を入力します。 ※レセプト電算データを作成する場合、「01　記録しない」とした場合でも、公費レコードは記録されます。

＜平成20年4月からの老人区分について＞

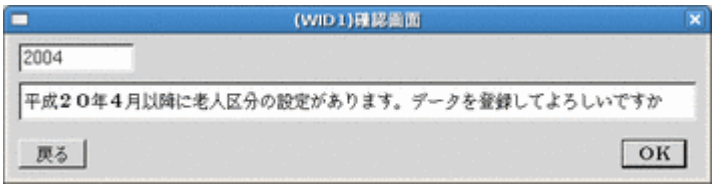


図 1327

このメッセージが表示された場合は、設定項目の中の老人区分が平成20年4月をまたがって設定されています。有効期限を平成20年3月31日で一旦切り、新たに登録をしてください。

＜入力例1＞

国保、全患者対象の設定
特記事項（障）　レセ電特記事項　95
給付割合　10割

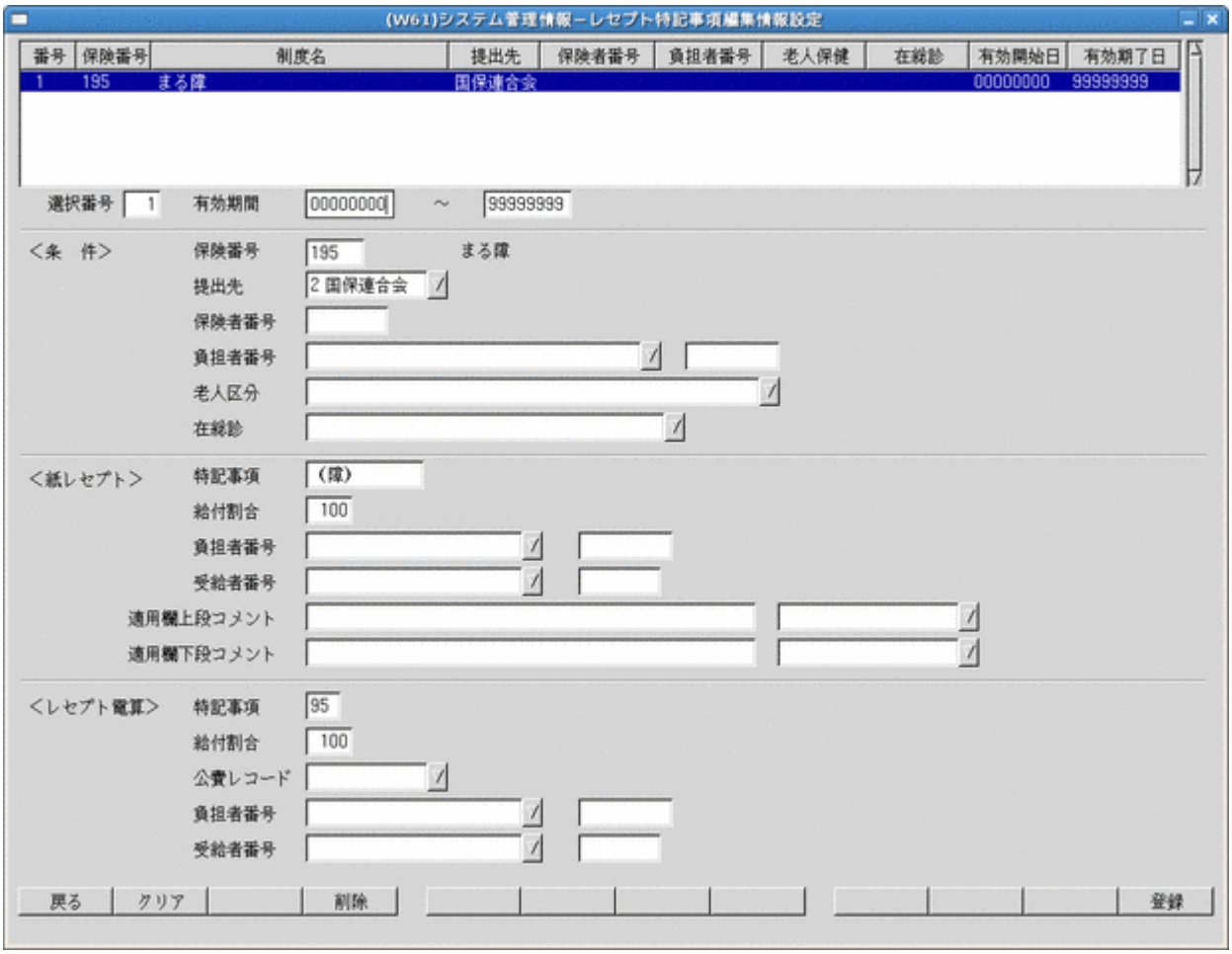


図 1328

Copyright(C)2007JMARI

＜入力例2＞

国保、老人患者の設定
特記事項　（障）　レセ電特記事項　95
給付割合　10割
負担者番号・受給者番号を記録しない

図 1329

＜入力例3＞

国保、老人患者以外の設定

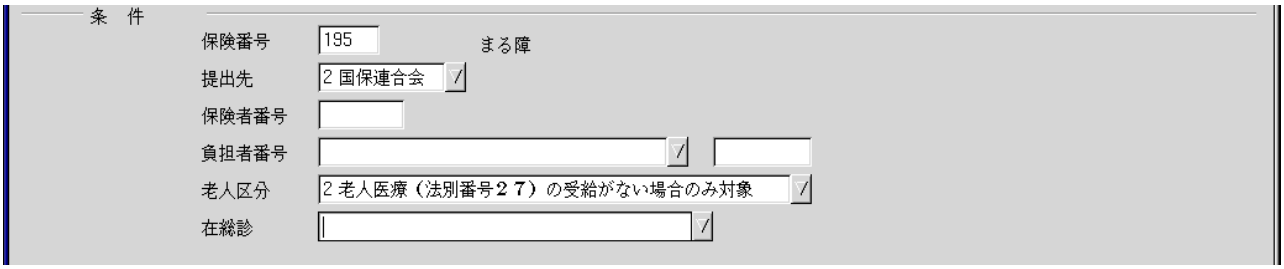


図 1330

＜入力例4＞

特定の保険者に設定

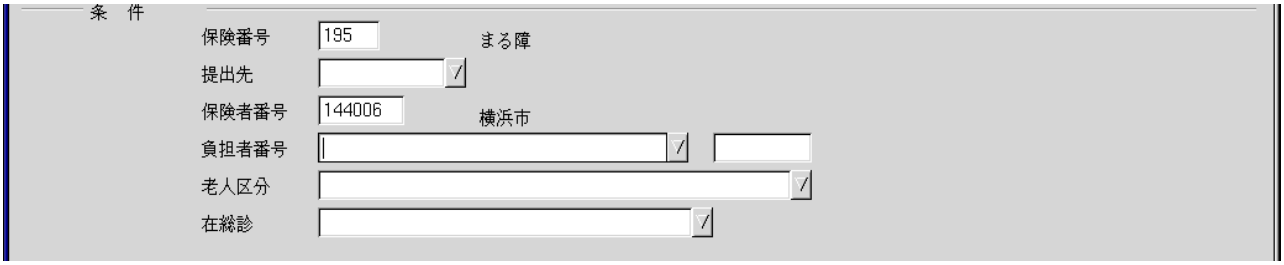


図 1331

＜入力例5＞

負担者番号をゼロづめする

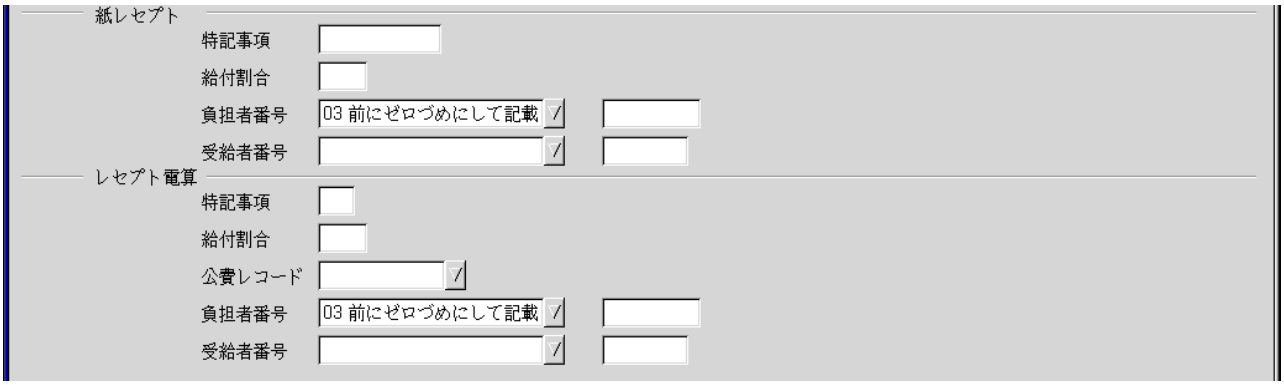


図 1332

＜レセプト記載＞

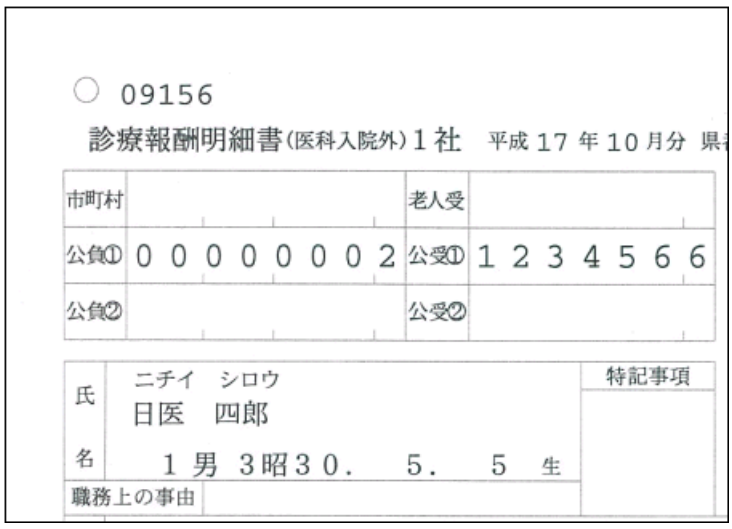


図 1333

※上記設定例を複数登録することもできます。
※入力例は説明のための設定です。実際の公費の設定例ではありません。

紙レセプト・レセプト電算の項目で編集情報が設定されていない場合はエラーを表示します。

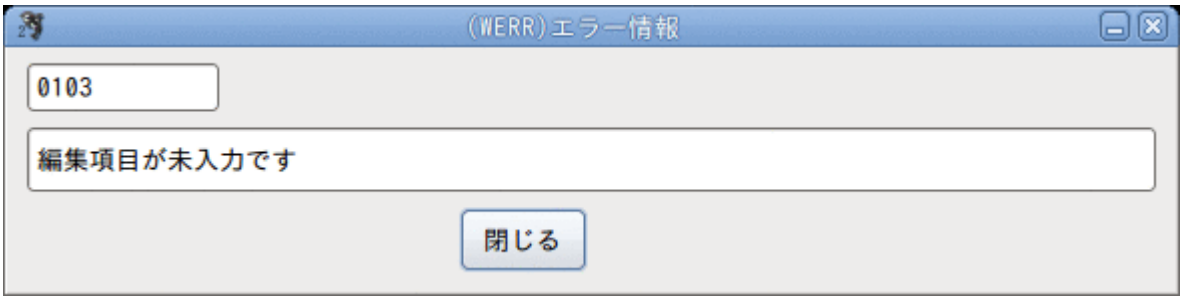


図 1334

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	システム管理情報設定画面に戻ります。
クリア	F2	画面内をクリアし初期画面に戻します。
削除	F4	選択されたデータ（設定）を削除します。

2007　公費番号まとめ情報設定

一つの助成制度で複数の保険番号を持つ地方公費（年齢等により助成内容の異なる公費）を診療報酬制請求書へ一つの公費としてまとめて記載します。

（1）管理コードのコンボボックスより「2007　公費番号まとめ情報設定」を選択します。

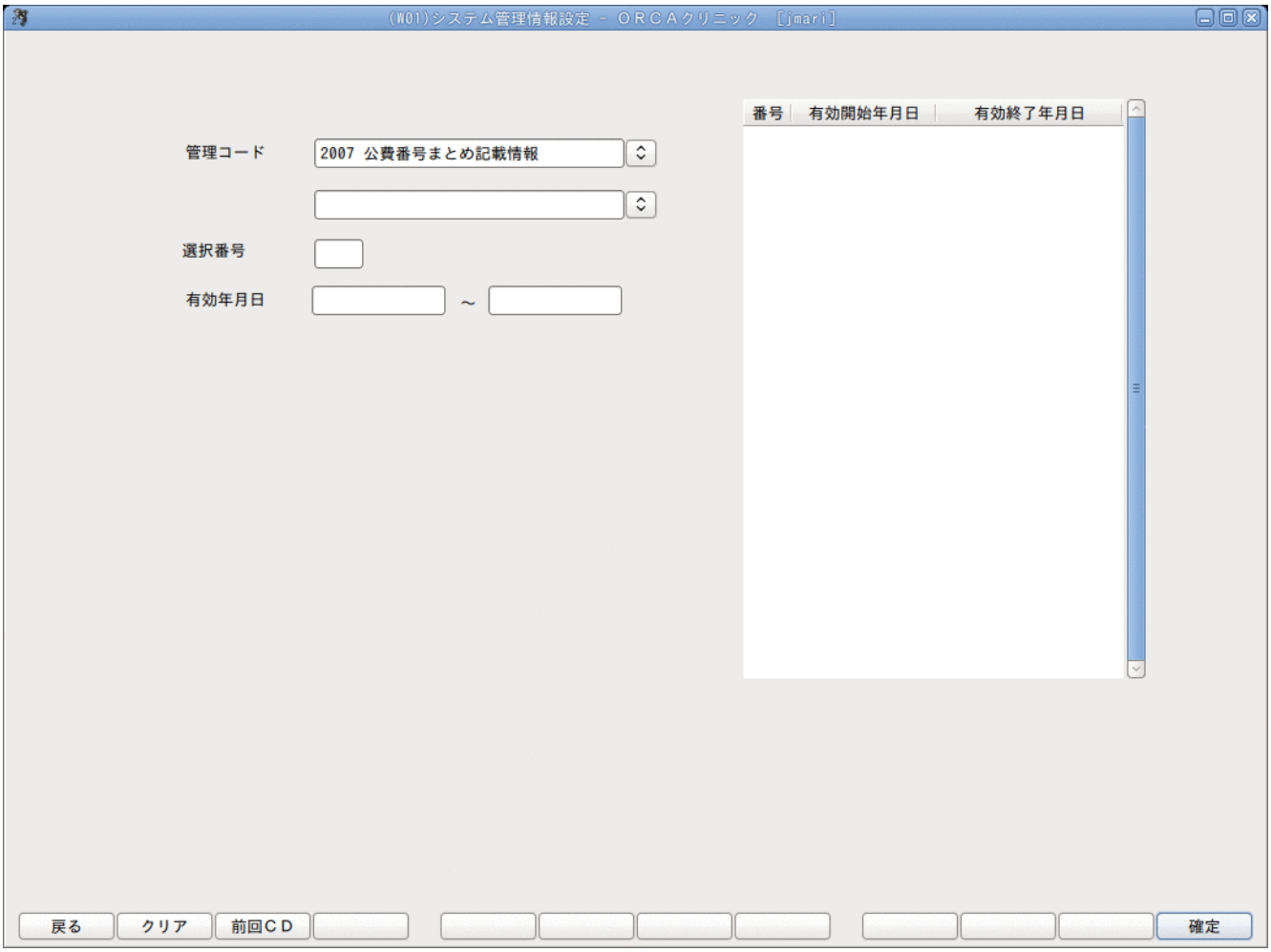


図 1335

Copyright(C)2007JMARI

（2）各項目を入力します。

表示名称1：請求書に印字する公費の名称を入力します。
表示名称2：社保の請求書に印字する公費の名称を入力します。
公費番号：表示名称にまとめる公費番号を入力します。

ヒント！ 国保と社保の表示名称が違う場合は社保の名称を「表示名称2」に入力してください。 国保と社保の表示名称が同じ場合は「表示名称1」のみの入力だけでもかまいません。

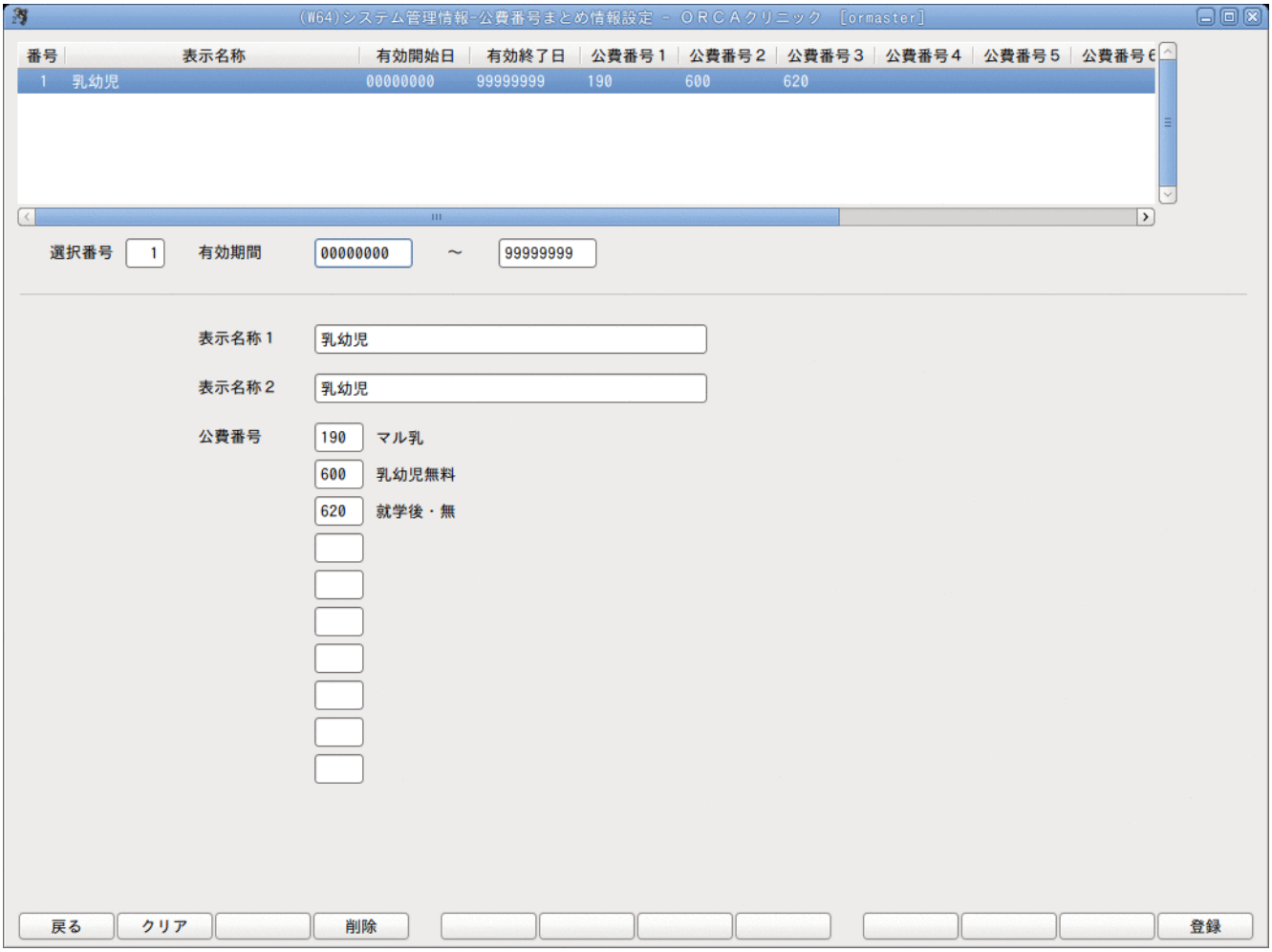
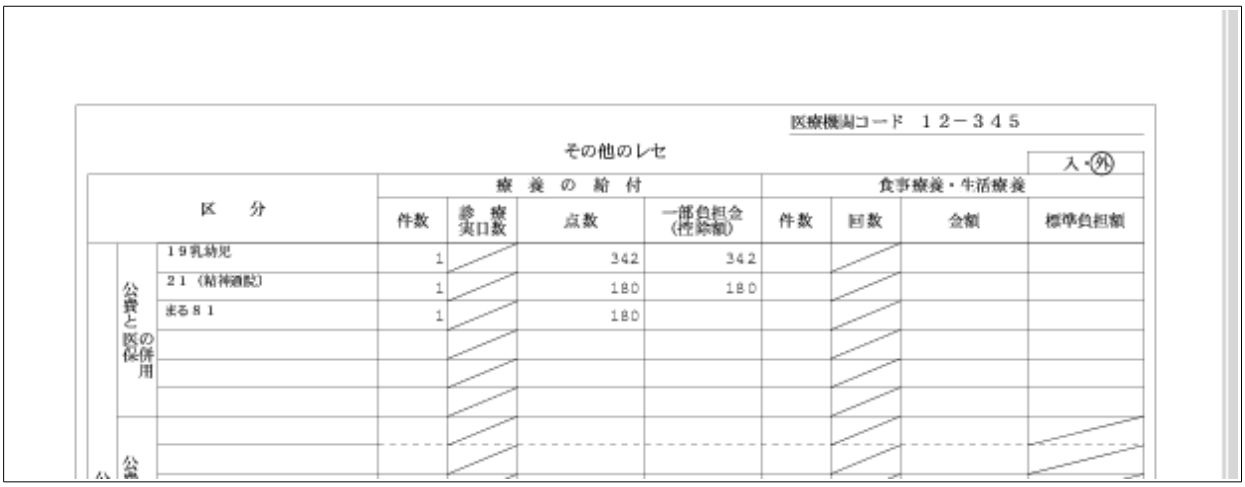


図 1336

設定にしたがって請求書にまとめます。

＜社保の場合＞



医療機関コード　１２－３４５

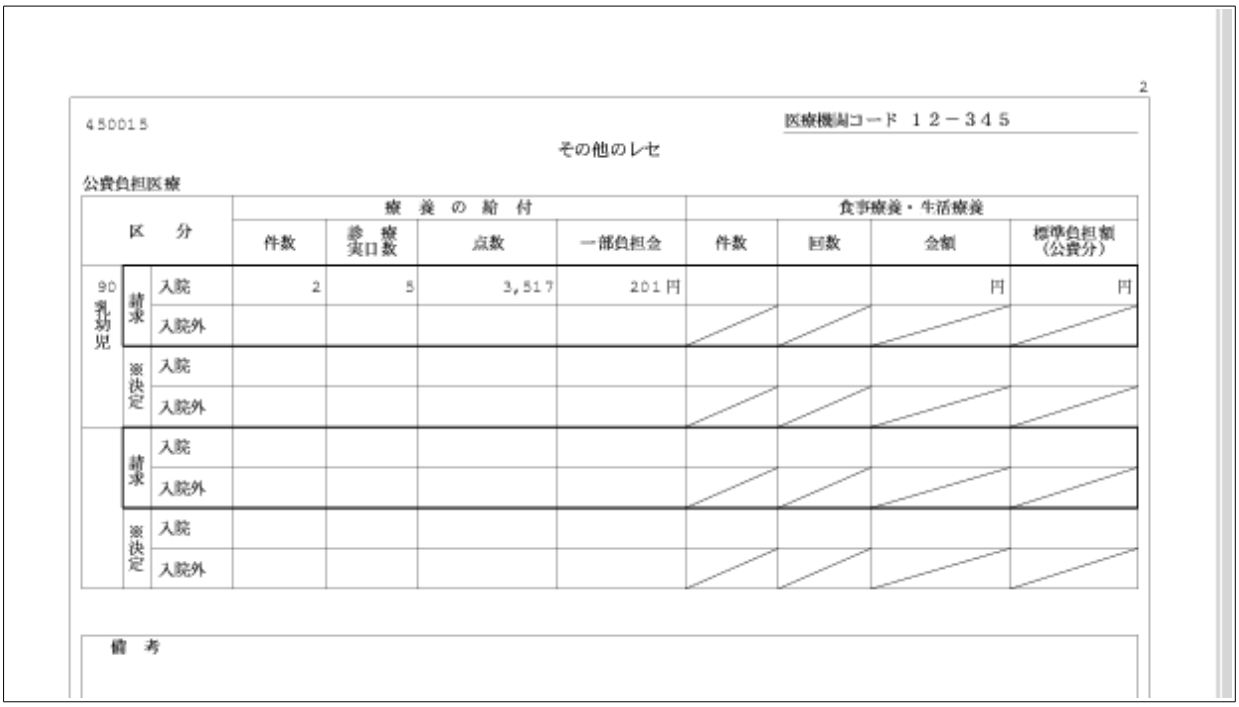
その他のレセ

入・(外)

区　分			療養の給付				食事療養・生活療養			
			件数	診療実日数	点数	一部負担金(控除額)	件数	回数	金額	標準負担額
公費と医保の併用		１９乳幼児	1		342	342				
		２１（精神通院）	1		180	180				
		まる８１	1		180					
公	公									

図 1337

＜国保の場合＞



2

450015

医療機関コード　１２－３４５

その他のレセ

公費負担医療

区　分			療養の給付				食事療養・生活療養			
			件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	回数	金額	標準負担額(公費分)
90 乳幼児	請求	入院	2	5	3,517	201円			円	円
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								
	請求	入院								
		入院外								
	※決定	入院								
		入院外								

備　考

図 1338

Copyright(C)2007JMARI

レセプト（1）
レセプト（2）
レセプト（3）
レセプト（4）
レセプト（5）
負担金計算（1）
負担金計算（2）
負担金計算（3）

＜登録方法＞

（1）管理コードのコンボボックスより「2010　公費付加情報」を選択します。

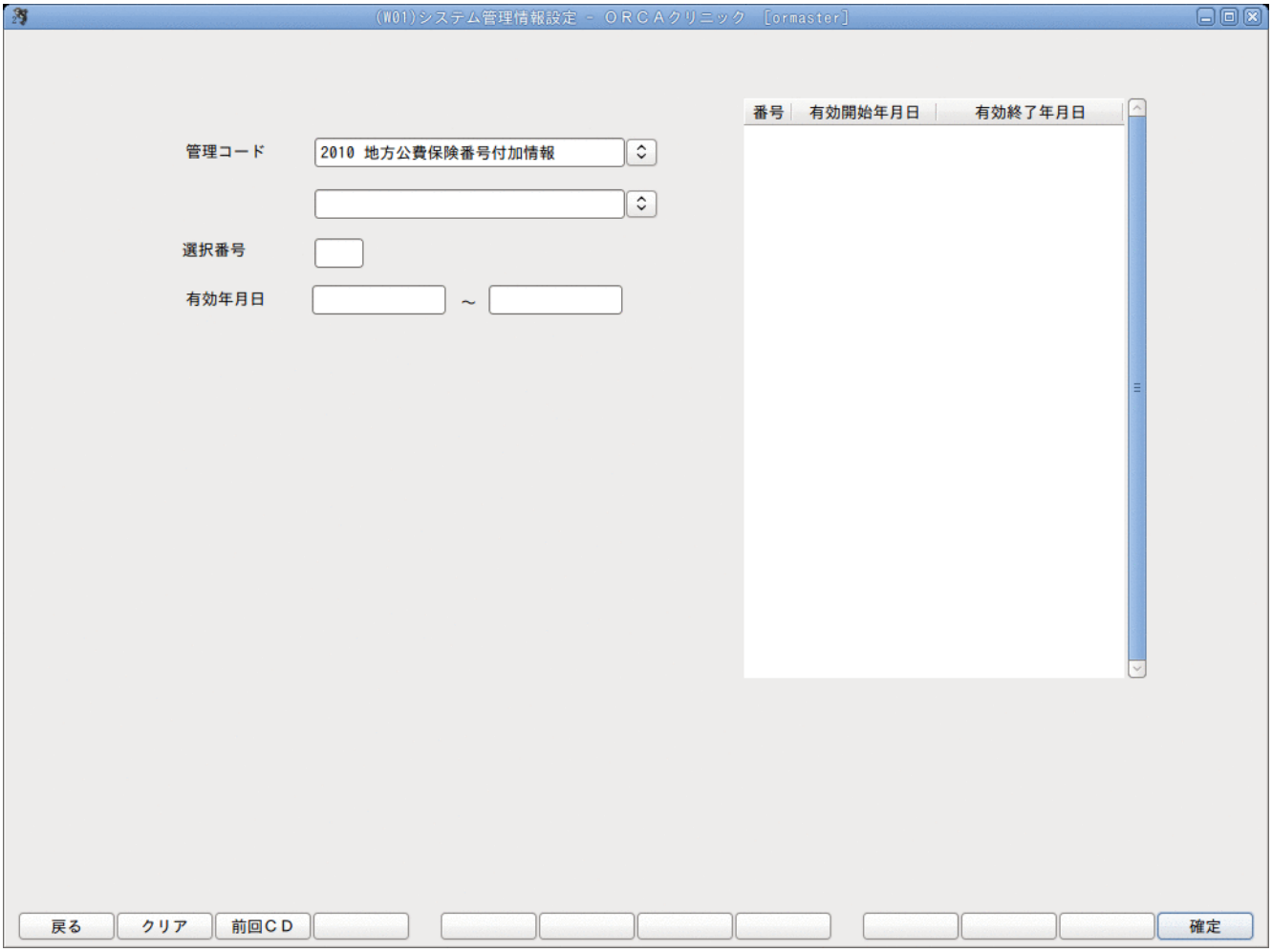


図 1339

公費番号を入力し、開始日、終了日を入力します。
必要な項目の設定を行います。
設定後、「追加」(F5)を押下します。

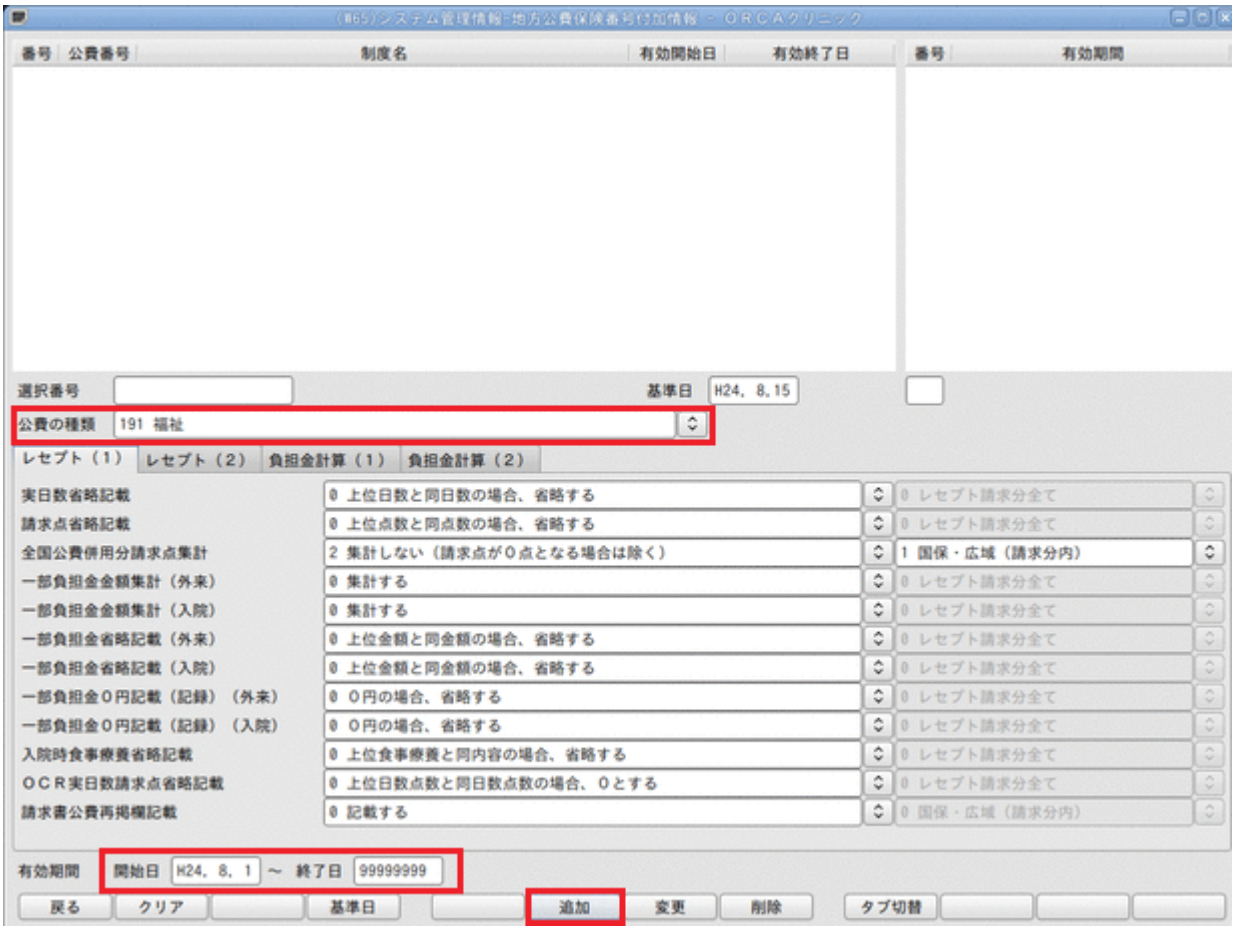


図 1340

 Copyright(C)2007JMARI

＜設定内容を変更する＞

修正したい公費を選択します。

内容を修正し、「変更」(F7)を押下します。

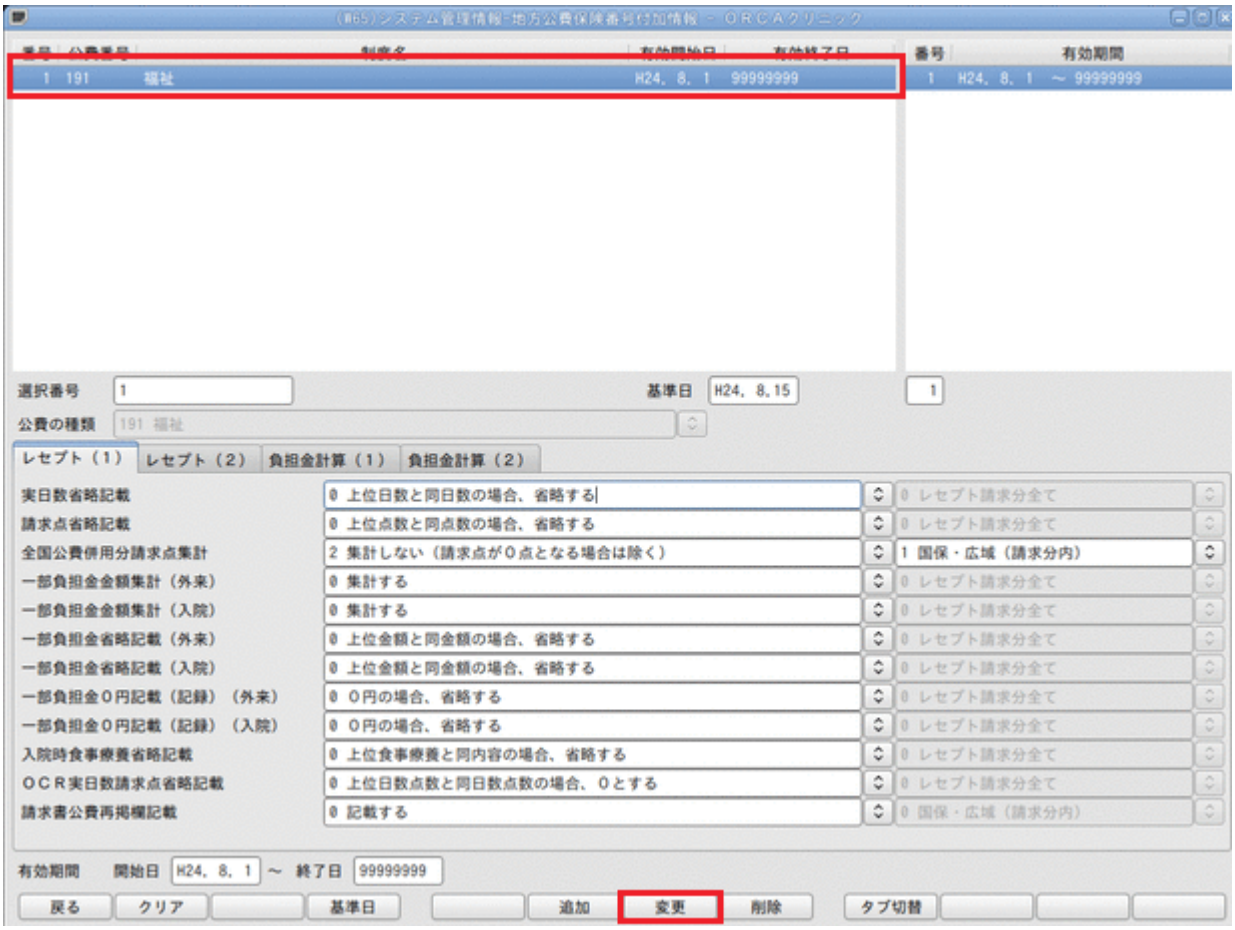


図 1341

＜複数の期間設定がある場合の表示＞

一つの公費に複数の期間が登録されている場合は、公費を選択したときに全ての期間を表示します。

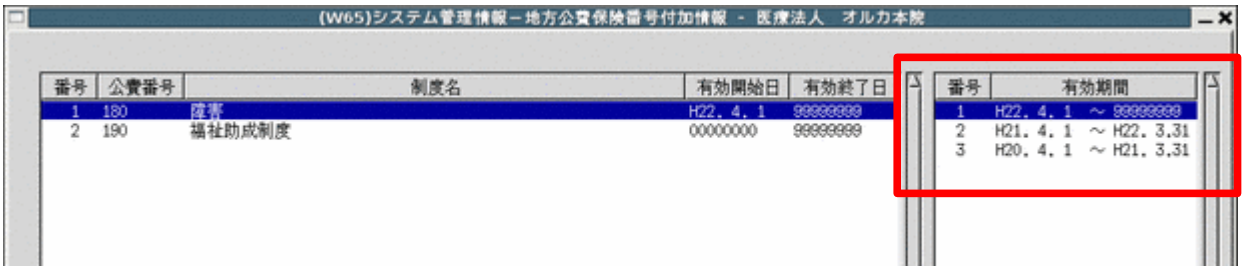


図 1342

 Copyright(C)2007JMARI

＜登録済み公費の一括変更＞

同じ設定の公費を同時に修正できます。

選択番号欄に一括変更する番号を入力します。

（1，2，3）または（1ー3，5）の入力方法。

修正後、「変更」(F7)を押下します。

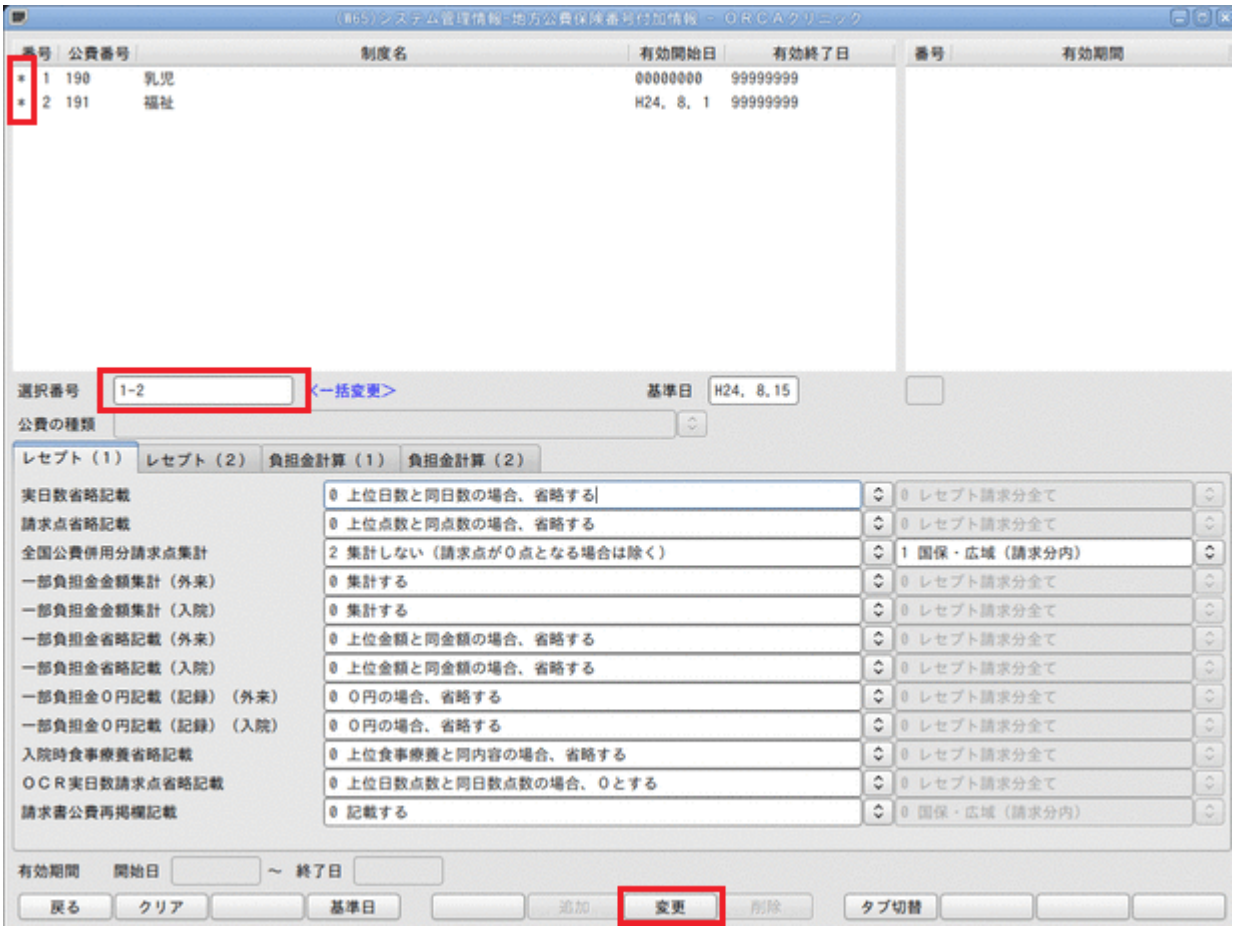


図 1343

注意！ 必ず、全てが同じ設定内容の公費だけを選択してください。

＜項目の説明＞

レセプト（1）

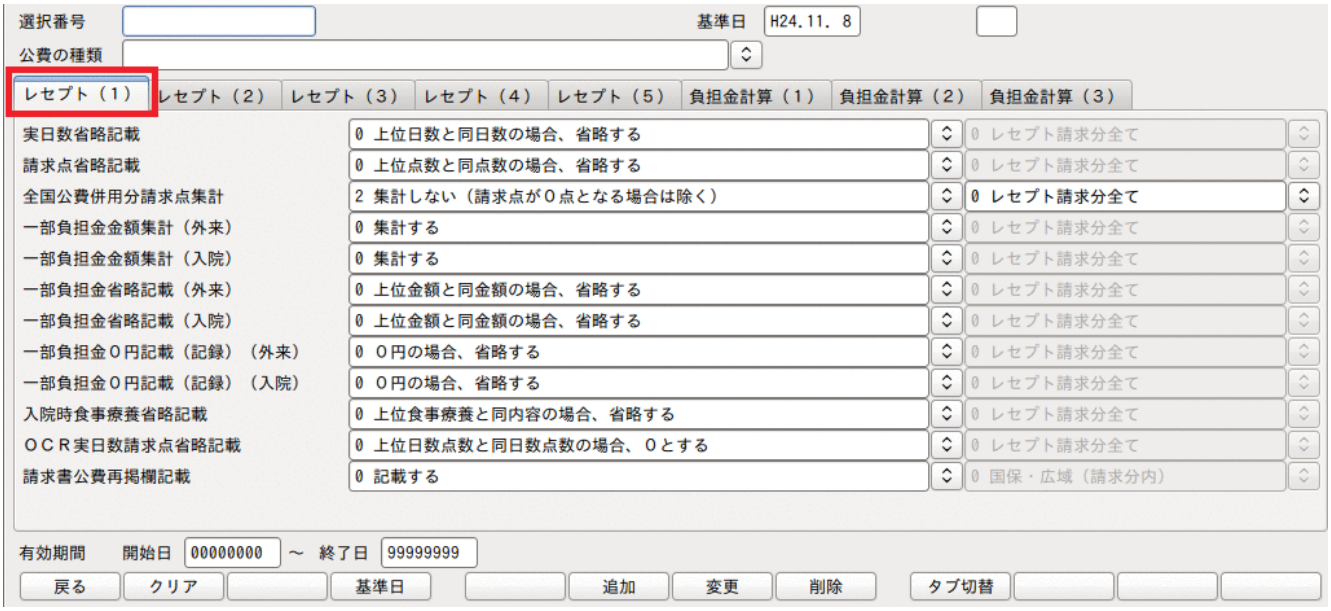


図 1344

＜実日数省略記載＞

0　上位日数と同日数の場合、省略する	－
1　上位日数と同日数の場合、省略しない	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）
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＞

1　上位点数と同点数の場合、省略する	－
2　上位点数と同点数の場合、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）
3　上位点数と同点数の場合、無条件に省略する	

＜全国公費併用分請求点集計＞

0　集計する	－
1　集計しない	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）
2　集計しない（請求点が0点となる場合は除く）	
3　集計しない【負担金区分対応】	
4　集計しない（請求点が0点となる場合は除く）【負担金区分対応】	

＜一部負担金金額集計（外来）＞、＜一部負担金金額集計（入院）＞

0　集計する	－
1　集計しない	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）
2　集計する（レセ記載・レセ電記録は省略する）	

＜一部負担金省略記載（外来）＞、＜一部負担金省略記載（入院）＞

0　上位金額と同金額の場合、省略する	－
1　上位金額と同金額の場合、省略しない	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）
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0円記載（記録）（外来）＞、＜一部負担金0円記載（記録）（入院）＞

0　0円の場合、省略する	－
1　0円の場合、省略しない	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）
2　0円の場合、無条件に省略する	

＜入院時食事食事療養省略記載＞

0　上位食事療養と同内容の場合、省略する	－
1　上位食事療養と同内容の場合、省略しない	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）

＜OCR実日数請求点省略記載＞

0　上位日数点数と同日数点数の場合、0とする	－
1　上位日数点数と同日数点数の場合、0としない	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）
2　上位日数点数と同日数点数の場合、無条件に0とする	

＜請求書公費再掲欄記載＞

0　記載する	－
1　記載しない	0　国保・広域（請求内） 1　国保（請求内） 2　広域（請求内）

Copyright(C)2007JMARI

レセプト（2）

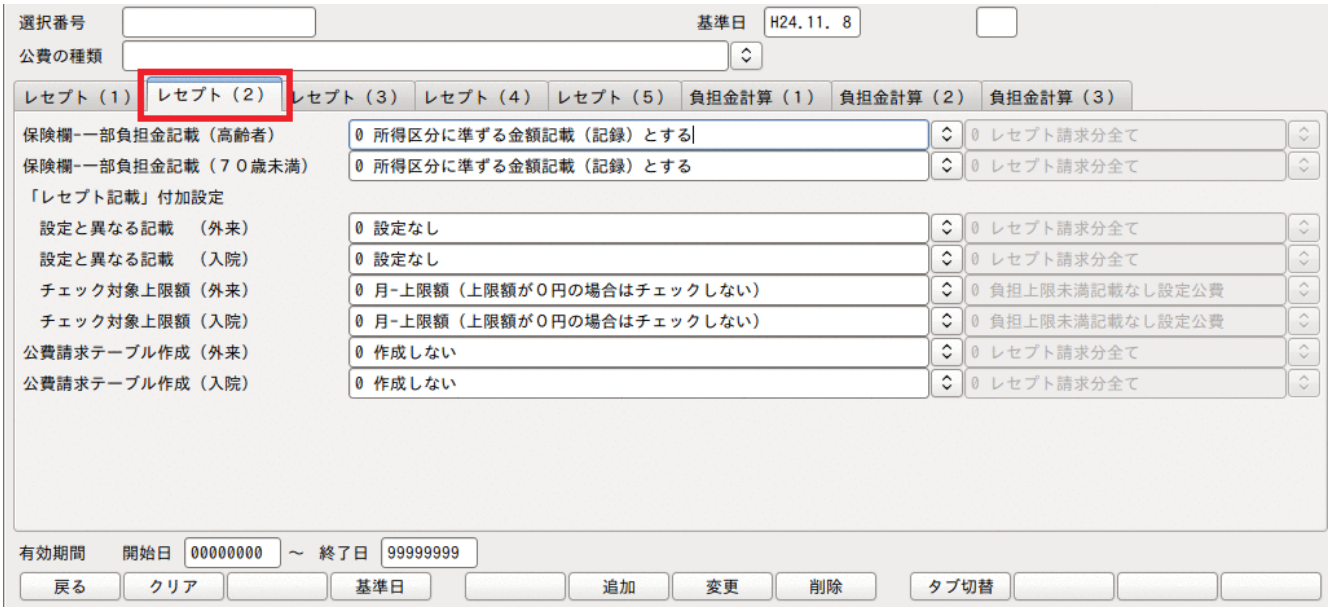


図 1345

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

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）

＊＊　デフォルト設定　＊＊
※【デフォルト＝1．0】とするもの
　42長崎（186）

＊＊　項目説明　＊＊
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。

＜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】＞

0　設定なし	－
1　負担に関係なく記載なし	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）
2　負担上限未満記載あり	

Copyright(C)2007JMARI

＊＊　デフォルト設定　＊＊
※【デフォルト＝1．0】とするもの
　11埼玉（481、482、483、383）　・・・　（入院）のみ
※【デフォルト＝2．2】とするもの
　42長崎（287、380、281、282）

＊＊　項目説明　＊＊
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”または”1”であるが、外来また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、外来また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。

＜チェック対象上限額（外来）　【デフォルト＝0．0】＞

0　月ー上限額（上限額が0円の場合はチェックしない）	ー
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
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）	

＊＊　デフォルト設定　＊＊
※【デフォルト＝1．0】とするもの
　13東京（588）

＊＊　項目説明　＊＊
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。

＜チェック対象上限額（入院）　【デフォルト＝0．0】＞

0　月ー上限額（上限額が0円の場合はチェックしない）	ー
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

＊＊　デフォルト設定　＊＊
※【デフォルト＝1．0】とするもの
　11埼玉（783、683）
　25滋賀（地方公費全般）
　40福岡（地方公費全般）
　42長崎（182、282）

＊＊　項目説明　＊＊
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。

＜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】＞

0　作成しない	ー
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）

＊＊　デフォルト設定　＊＊
※【デフォルト＝1．1】とするもの
　15新潟（法別80，82，84，86，00）　・・・　（外来）のみ
　29奈良（法別71，81，91）
※【デフォルト＝1．3】とするもの
　40福岡（法別41以外）

＊＊　項目説明　＊＊
1　作成する
　　レセプト請求であるが、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）。

レセプト（3）

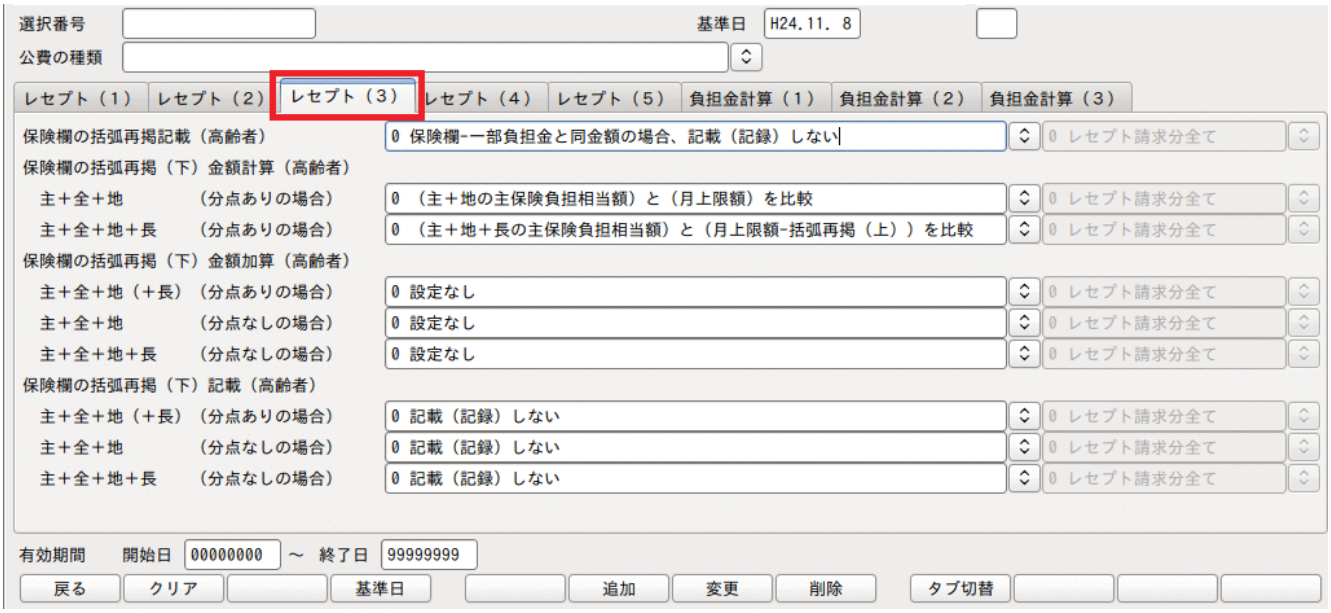


図 1346

＜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）対象レセプトを設定します。

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）

＊＊ デフォルト設定 ＊＊
※【デフォルト＝1. 0】とするもの
01北海道（183）

＊＊ 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。

 Copyright(C)2007JMARI

＜保険欄の括弧再掲（下）金額計算（高齢者）＞

注）この設定は内部計算の設定項目の為、保険欄の括弧再掲（下）記載はされません。

■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

【主保険＋全国公費＋該当地方公費と主保険＋該当地方公費　または、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	－
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）

＊＊　デフォルト設定　＊＊

※【デフォルト＝1．1】とするもの

38愛媛　（地方公費全般）

※【デフォルト＝1．4】とするもの

10群馬　（地方公費全般）
23愛知　（地方公費全般）
27大阪　（地方公費全般）
28兵庫　（地方公費全般）
34広島　（地方公費全般）
45宮崎　（地方公費全般）

＊＊　項目説明　＊＊

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。

例）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

	（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－公1負担金）
20000円＞12500円

※2　10000＋12500＝22500円

Copyright(C)2007JMARI

■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

【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　または、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	＿
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）

＊＊　デフォルト設定　＊＊
※【デフォルト＝1．1】とするもの
　34広島　（地方公費全般）
　38愛媛　（地方公費全般）

＊＊　項目説明　＊＊
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。

例）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

		(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－公1負担金）
　　20000円＞7500円
※2　10000＋7500＝17500円

＜保険欄の括弧再掲（下）金額加算（高齢者）＞
注）この設定は内部計算の設定項目の為、保険欄の括弧再掲（下）記載はされません。

■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

【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	－
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）

＊＊　デフォルト設定　＊＊
※【デフォルト＝1．1】とするもの
　27大阪　（地方公費全般）
※【デフォルト＝1．4】とするもの
　23愛知　（地方公費全般）

＊＊　項目説明　＊＊
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）。

例）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

		(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

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

■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

【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	－
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）

＊＊　デフォルト設定　＊＊
※【デフォルト＝1．1】とするもの
　27大阪　（地方公費全般）

＊＊　項目説明　＊＊
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）。

＊＊　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。

■主＋全＋地＋長（分点なしの場合）　【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

【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	－
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）

＊＊　デフォルト設定　＊＊
※【デフォルト＝1．1】とするもの
　27大阪　（地方公費全般）

＊＊　項目説明　＊＊
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）。

＊＊　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。

＜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－一部負担金の記載（記録）対象レセプトの設定

【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）または、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	－
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）

＊＊　デフォルト設定　＊＊

※【デフォルト＝1．0】とするもの

27大阪　（地方公費全般）

※【デフォルト＝1．1】とするもの

38愛媛　（地方公費全般）

※【デフォルト＝1．4】とするもの

23愛知　（地方公費全般）

28兵庫　（地方公費全般）

＊＊　項目説明　＊＊

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。

■主＋全＋地（分点なしの場合）　【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

【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	－
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）

＊＊　デフォルト設定　＊＊

※【デフォルト＝1．1】とするもの

27大阪　（地方公費全般）

＊＊　項目説明　＊＊

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。

■主＋全＋地＋長（分点なしの場合）　【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

【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	ー
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）

＊＊　デフォルト設定　＊＊
※【デフォルト＝1．1】とするもの
　27大阪　（地方公費全般）
　38愛媛　（地方公費全般）

＊＊　項目説明　＊＊
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。

レセプト（4）

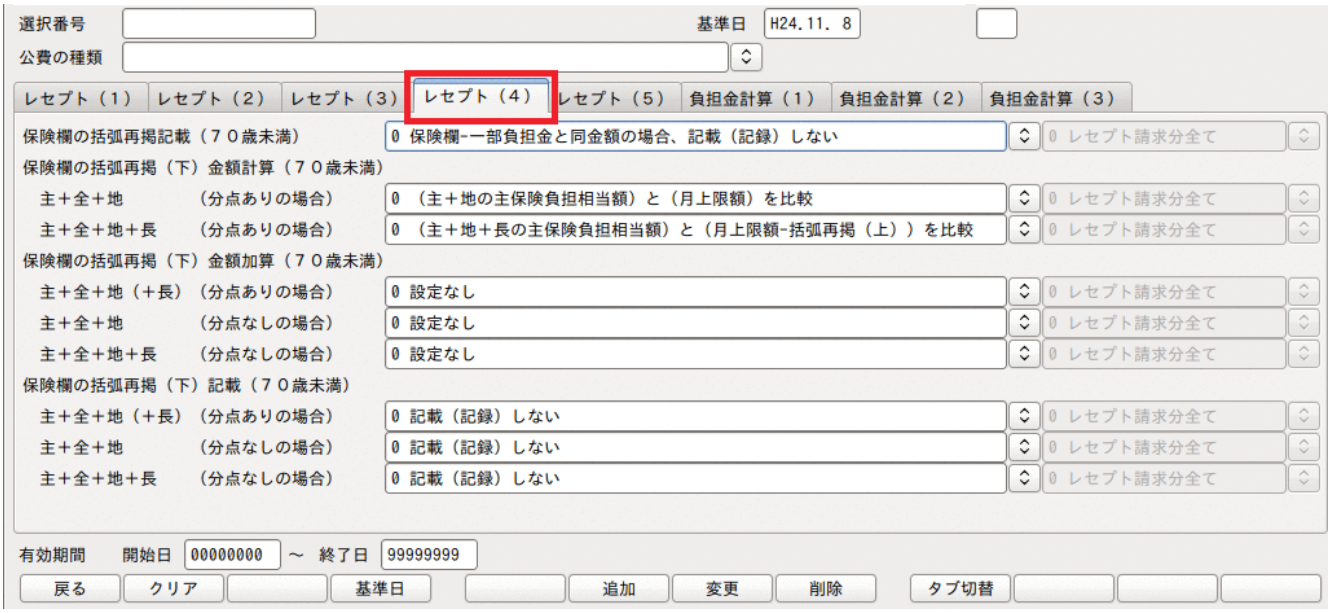


図 1347

＜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

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）

＊＊ デフォルト設定 ＊＊
※【デフォルト＝1. 0】とするもの
01北海道（183）

＊＊ 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。

＜保険欄の括弧再掲（下）金額計算（70歳未満）＞
注）この設定は内部計算の設定項目の為、保険欄の括弧再掲（下）記載はされません。

■主＋全＋地（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

【主保険＋全国公費＋該当地方公費と主保険＋該当地方公費 または、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	－
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　＊＊

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。

■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

【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　または、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	－
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）

＊＊　デフォルト設定　＊＊

※【デフォルト＝1．3】とするもの

34広島　（地方公費全般）

＊＊　項目説明　＊＊

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。

＜保険欄の括弧再掲（下）金額加算（70歳未満）＞

注）この設定は内部計算の設定項目の為、保険欄の括弧再掲（下）記載はされません。

■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

【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	ー
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　＊＊

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）。

■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

【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	ー
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　＊＊

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）。

＊＊　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。

■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

【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	ー
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　＊＊
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）。

＊＊　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。

＜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

【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）　または、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	ー
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）

＊＊　デフォルト設定　＊＊
※【デフォルト＝1．0】とするもの
　27大阪　（地方公費全般）

＊＊　項目説明　＊＊
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。

■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

【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	ー
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　＊＊
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。

■主＋全＋地＋長（分点なしの場合）　【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

【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	ー
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　＊＊
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。

レセプト（5）

図 1348

＜保険欄−一部負担金無記載＞

※　保険欄−一部負担金の記載（記録）対象レセプトの設定

（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】

0　設定なし	−
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　＊＊

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

【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】

（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】

0　設定なし	ー
1　10円単位で記載（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）
2　保険欄ーー部負担金記載がある場合、10円単位	
3　保険欄ーー部負担金記載がある場合、10円単位（1%計算時を除く）	

＊＊　デフォルト設定　＊＊
（高齢者・外）
※【デフォルト＝2．0】とするもの
　01北海道（183）
　27大阪　（地方公費全般）（100、200を除く）
　33岡山　（地方公費全般）
※【デフォルト＝3．0】とするもの
　13東京　（180、380、181、381）（高齢者・入）
※【デフォルト＝1．1】とするもの
　36徳島　（245）
※【デフォルト＝2．0】とするもの
　01北海道（183）
　27大阪　（地方公費全般）（100、200を除く）
　33岡山　（地方公費全般）
※【デフォルト＝3．0】とするもの
　13東京　（180、380、181、381）

（70未・外）
※【デフォルト＝2．0】とするもの
　01北海道（183）
　27大阪　（地方公費全般）（100、200を除く）
※【デフォルト＝3．0】とするもの
　13東京　（180、380、181、381）

（70未・入）
※【デフォルト＝1．3】とするもの
　36徳島　（245）
※【デフォルト＝2．0】とするもの
　01北海道（183）
　27大阪　（地方公費全般）（100、200を除く）
※【デフォルト＝3．0】とするもの
　13東京　（180、380、181、381）

＊＊　項目説明　＊＊
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、公費欄ーー部負担金を10円単位で記載（記録）する。
2　保険欄ーー部負担金記載がある場合、10円単位
　　保険欄ーー部負担金記載がある場合、公費欄ーー部負担金を10円単位で記載（記録）する。

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）。

＜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

【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	－
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）

＊＊　デフォルト設定　＊＊

※【デフォルト＝1．1】とするもの

15新潟　（地方公費全般）

※【デフォルト＝1．4】とするもの

10群馬　（地方公費全般）

＊＊　項目説明　＊＊

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。

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。

負担金計算（1）

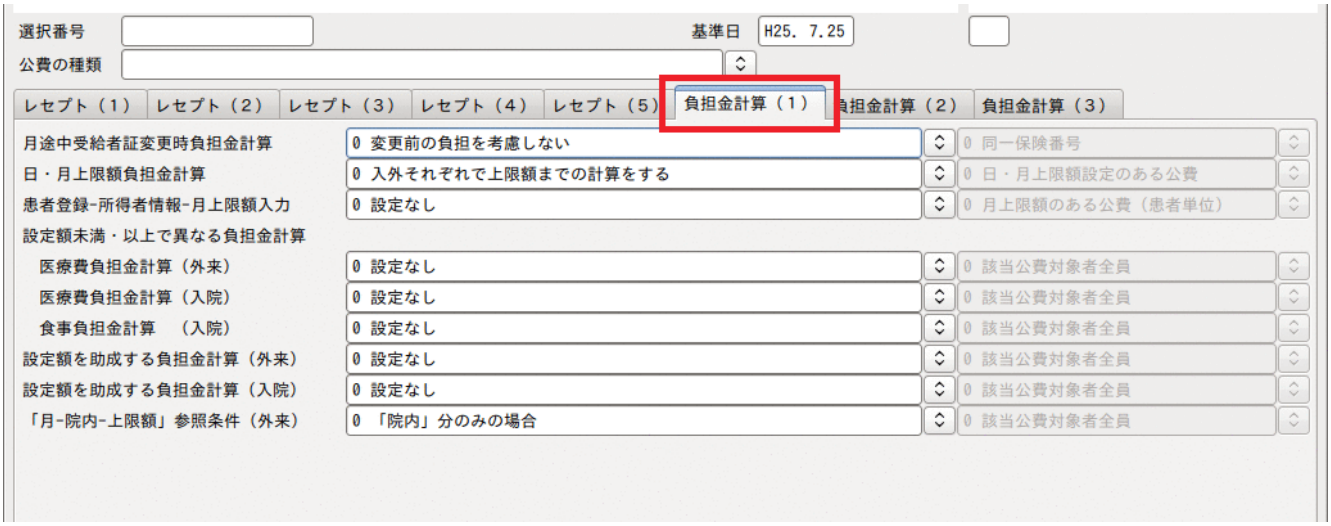


図 1349

＜患者登録－所得者情報－月上限額入力　【デフォルト＝0. 0】＞

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）

0　設定なし	－
1　外来上限額・入院上限額を入力する	0　月上限額のある公費（患者単位）
2　入外上限額・他一部負担累計を入力する	

＊＊　デフォルト設定　＊＊
※【デフォルト＝1. 0】とするもの
　08茨城　（152）
　28兵庫　（186）
※【デフォルト＝2. 0】とするもの
　07福島　（281）

Copyright(C)2007JMARI

注意！

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、プログラム内部設定とする。システム管理上は、デフォルト表示をしない。

システム管理設定に関わらず下記設定がされているものとみなす。
※プログラム内部設定　【1. 0】
01北海道（183）
13東京　（151）
23愛知　（191）
※プログラム内部設定　【2. 0】
23愛知　（152）
24三重　（152）

＊＊　項目説明　＊＊

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。

＜医療費負担金計算（外来）　【デフォルト＝0. 0】＞

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）

0　設定なし	－
1　＜未満＞患者負担なし＜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

＊＊　デフォルト設定　＊＊
※【デフォルト＝1．0】とするもの
　07福島（245、246、445、545、645、480）
　11埼玉（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）
　43熊本（341、442、480）
※【デフォルト＝1．1】とするもの
　11埼玉（344、483、783、683）

＊＊　項目説明　＊＊
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！ 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。

＜医療費負担金計算（入院）　【デフォルト＝0．0】＞

重要！ 医療費負担金計算（外来）を項目を参照してくだい。

0　設定なし	ー
1　＜未満＞患者負担なし＜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

＊＊　デフォルト設定　＊＊
※【デフォルト＝1．0】とするもの
　07福島（245、246、445、545、645、480）
　11埼玉（181、182、183、543、582、743、442、781、542、681、682、381、
　　372、373、281、462、762、672）
　43熊本（341、442）
※【デフォルト＝1．1】とするもの
　11埼玉（783、683）

＊＊　項目説明　＊＊
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！

（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。

（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）。

＜食事負担金計算（入院）　【デフォルト＝0．0】＞

0　設定なし	－
1　＜未満＞患者負担なし＜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
2　＜未満＞患者負担あり（半額）＜以上＞患者負担あり（全額）	

＊＊　デフォルト設定　＊＊
※【デフォルト＝1．0】とするもの
　07福島（445、545、645、480）
　11埼玉（582、743、442、781、542、381、372、373、672）
※【デフォルト＝2．0】とするもの
　11埼玉（682、281）
※【デフォルト＝2．1】とするもの
　11埼玉（683）

＊＊　項目説明　＊＊
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。

＊＊　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。

＊＊　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。

負担金計算（2）

図 1350

＜本人タブ：食事療養　【デフォルト＝0．0】＞

0　設定なし	－
1　患者負担なし	0　本人タブ設定
2　患者負担あり（半額）	
3　患者負担あり（全額）	

＊＊　デフォルト設定　＊＊
※【デフォルト＝1．0】とするもの
　11埼玉（672）
※【デフォルト＝2．0】とするもの
　04宮城（183、483、583、783）
　11埼玉（352、353、354、683）

＊＊　補足　＊＊
　04宮城（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（頭の7桁）
　8304017（川崎町）、8304028（富谷町）、8304079（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】＞

0　設定なし	－
1　患者負担なし	0　本人タブ設定
2　患者負担あり（半額）	
3　患者負担あり（全額）	

Copyright(C)2007JMARI

＊＊　デフォルト設定　＊＊
※【デフォルト＝2．0】とするもの
　11埼玉（683）
※【デフォルト＝3．0】とするもの
　10群馬（146、246、143、243、177、187）
　11埼玉（672）
　15新潟（261、361、561、264、364、564、298）

＜低所得タブ：食事療養　【デフォルト＝0．0】＞

0　設定なし	－
1　患者負担なし	0　低所得タブ設定
2　患者負担あり（半額）	
3　患者負担あり（全額）	

＜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】＞

0　設定なし	－
1　患者負担なし	0　低所得タブ設定
2　患者負担あり（半額）	
3　患者負担あり（全額）	

＊＊　デフォルト設定　＊＊
※【デフォルト＝3．0】とするもの
　15新潟（198）

＜低年金タブ：食事療養　【デフォルト＝0．0】＞

0　設定なし	－
1　患者負担なし	0　低年金タブ設定
2　患者負担あり（半額）	
3　患者負担あり（全額）	

＜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】＞

0　設定なし	－
1　患者負担なし	0　低年金タブ設定
2　患者負担あり（半額）	
3　患者負担あり（全額）	

＊＊　デフォルト設定　＊＊
※【デフォルト＝3．0】とするもの
　15新潟（198）

ポイント！

「食事療養費」付加設定共通

＊＊　項目説明　＊＊
　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。

＊＊　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”または”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)2007JMARI

負担金計算（3）

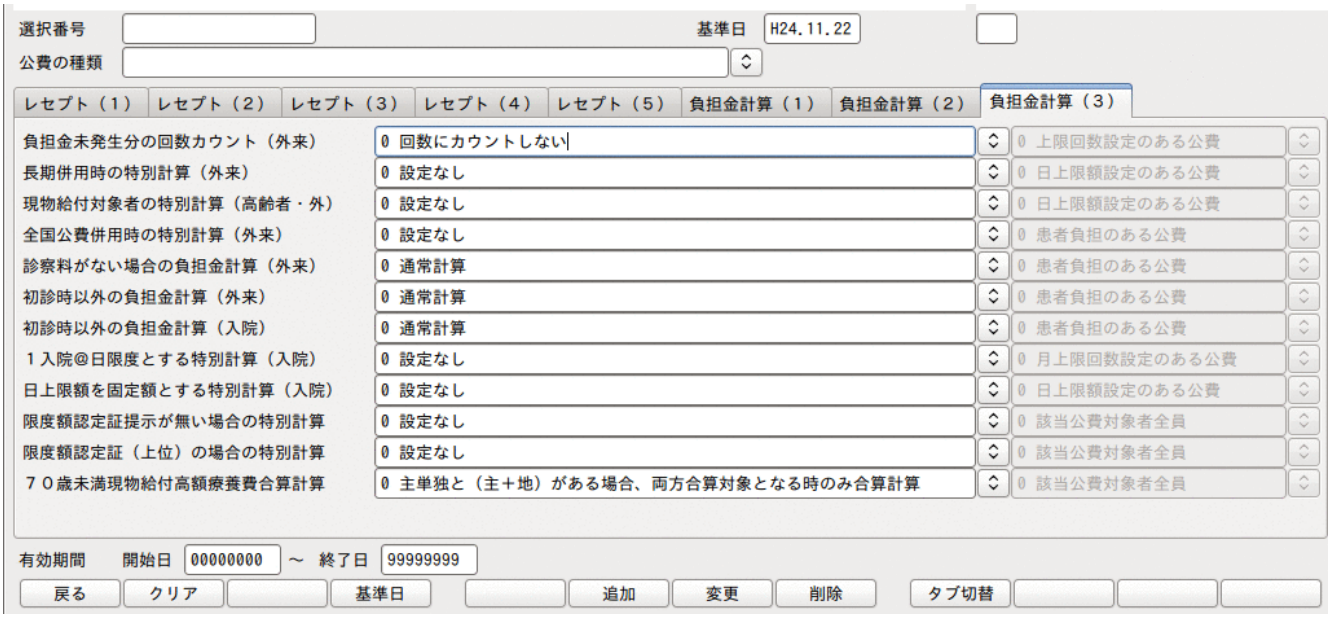


図 1351

＜負担金未発生分の回数カウント（外来）　【デフォルト＝0．0】＞

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

＊＊　デフォルト設定　＊＊
※【デフォルト＝1．0】とするもの
　27大阪　（地方公費全般）（100、200を除く）

＊＊　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。

例）保険番号マスタの設定（日－上限額　500円、月－上限回数　2）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。

＜長期併用時の特別計算（外来）　【デフォルト＝0．0】＞

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	0　日上限額設定のある公費
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）	

＊＊　デフォルト設定　＊＊

※【デフォルト＝1．0】とするもの

27大阪　（地方公費全般）（100、200を除く）

※【デフォルト＝4．0】とするもの

34広島　（191、291、491）

＊＊　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。

※　主保険また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。

※　主保険また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ど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ど同様の負担金計算を行う。

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、

Copyright(C)2007JMARI

＜現物給付対象者の特別計算（高齢者・外）　【デフォルト＝0．0】＞

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　日上限額設定のある公費

＊＊　デフォルト設定　＊＊
※【デフォルト＝1．0】とするもの
　34広島　（191、291、491）

＊＊　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。
　　※　主保険また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。

＜全国公費併用時の特別計算（外来）　【デフォルト＝0．0】＞

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

＊＊　デフォルト設定　＊＊
※【デフォルト＝1．0】とするもの
　13東京　（地方公費全般）
　26京都　（地方公費全般）
　33岡山　（地方公費全般）
　43熊本　（地方公費全般）

＊＊　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）または、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（または主保険負担割合）＞　地方公費負担割合　となる場合

・全国公費負担割合（または主保険負担割合）＝　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

＜診察料がない場合の負担金計算（外来）　【デフォルト＝0．0】＞

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

＊＊　デフォルト設定　＊＊

※【デフォルト＝1．0】とするもの

08茨城　（地方公費全般）

13東京　（588）

＊＊　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。

＜初診時以外の負担金計算（外来）　【デフォルト＝0．0】＞

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

＊＊　デフォルト設定　＊＊

※【デフォルト＝1．0】とするもの

01北海道（142、143，144、190、291、292）

04宮城　（263、363、463、563）

34広島　（390）

＊＊　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）

＜初診時以外の負担金計算（入院）　【デフォルト＝0．0】＞

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

＊＊　デフォルト設定　＊＊
※【デフォルト＝1．0】とするもの
　01北海道（142、143，144、190、291、292、744、443、444、842）

＊＊　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）。

＜1入院@日限度とする特別計算（入院）　【デフォルト＝0．0】＞

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

＊＊　デフォルト設定　＊＊
※【デフォルト＝1．0】とするもの
　04宮城　（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。

＊＊　項目説明　＊＊
0　設定なし
　　保険番号マスタの設定（月－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－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。

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－上限額　500円、月－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】＞

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

＊＊ デフォルト設定 ＊＊
※【デフォルト＝1. 0】とするもの
15新潟 （地方公費全般）
40福岡 （地方公費全般）

＊＊ 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。
※ 請求期間の主保険また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。

＜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】＞

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	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
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）	
3 一般・低所区分の月上限額超の額を患者負担に加算	
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）	

＊＊ デフォルト設定 ＊＊
※【デフォルト＝1. 0】とするもの
04宮城 （583、683、783、363、563）

12千葉　（263、363，463）
40福岡　（383）
44大分　（183、283）
※【デフォルト＝1．2】とするもの
04宮城　（263、463）
※【デフォルト＝4．1】とするもの
10群馬　（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。

＊＊　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。

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＝166665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＝166665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＝166665円（四捨五入）166670円
　　166670－24600＝142070円　（この金額を患者負担に加算）

＜限度額認定証（上位）の場合の特別計算　【デフォルト＝0．0】＞

0　設定なし	ー
1　一般区分の月上限額超の額を患者負担に加算	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
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）	

＊＊　デフォルト設定　＊＊

※【デフォルト＝2．1】とするもの

10群馬　（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。

＊＊　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。

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＋（（555550－500000）×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）

＜70歳未満現物給付降格療養費合計計算　【デフォルト＝0．0】＞

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
合算対象について 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。 主保険単独分 　主保険の負担金相当額が21000円以上である場合が合算対象。	

＊＊　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対象

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とき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の合算対象でなくても合算計算を行う。

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が「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」の場合

国保＋該当地方公費　　患者負担　35400円

国保　　患者負担　18000円

※国保単独分は負担割合相当額（3割）が21000円以上でないため、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」の場合

国保＋該当地方公費　　患者負担　35400円

国保　　患者負担　0円

※国保単独分は負担割合相当額（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）に達しているため、国保単独分の患者負担は0円となる。

注意

例）の場合は、患者の定期請求の設定が「月末時のみ請求」として行う必要があります。

2012　保険者付加情報

以下の公費に対して保険者毎に現物給付の設定を行います。

設定できる公費

感37の2（法別番号10）
精神通院（法別番号21）
精神入院（法別番号20）
結核入院（法別番号11）

（1）管理コードのコンボボックスより「2012　保険者付加情報」を選択します。

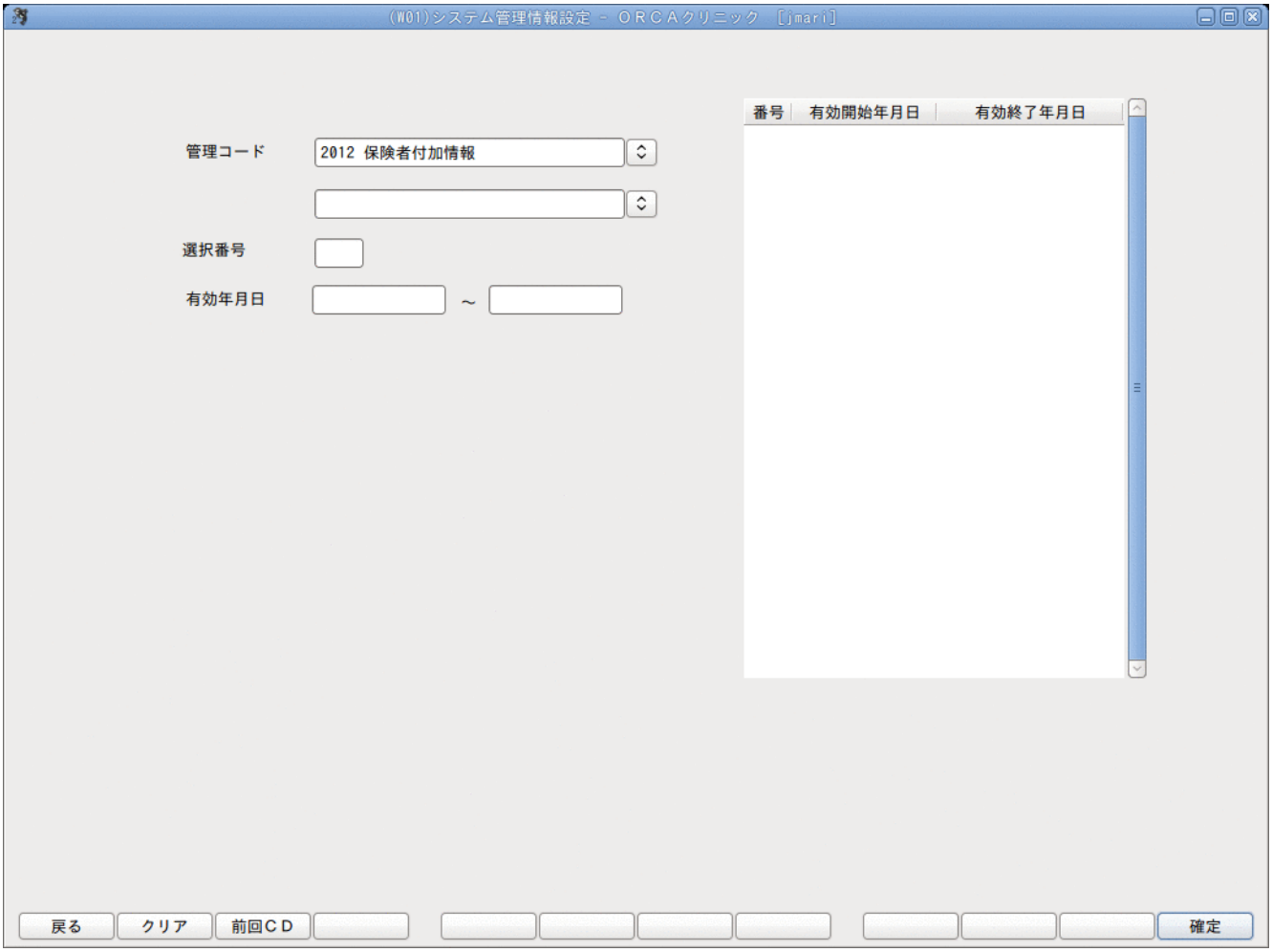


図 1352

Copyright(C)2007JMARI

（2）保険者番号を入力し、現物給付設定を行います。設定後「追加」(F5)を押下し登録します。

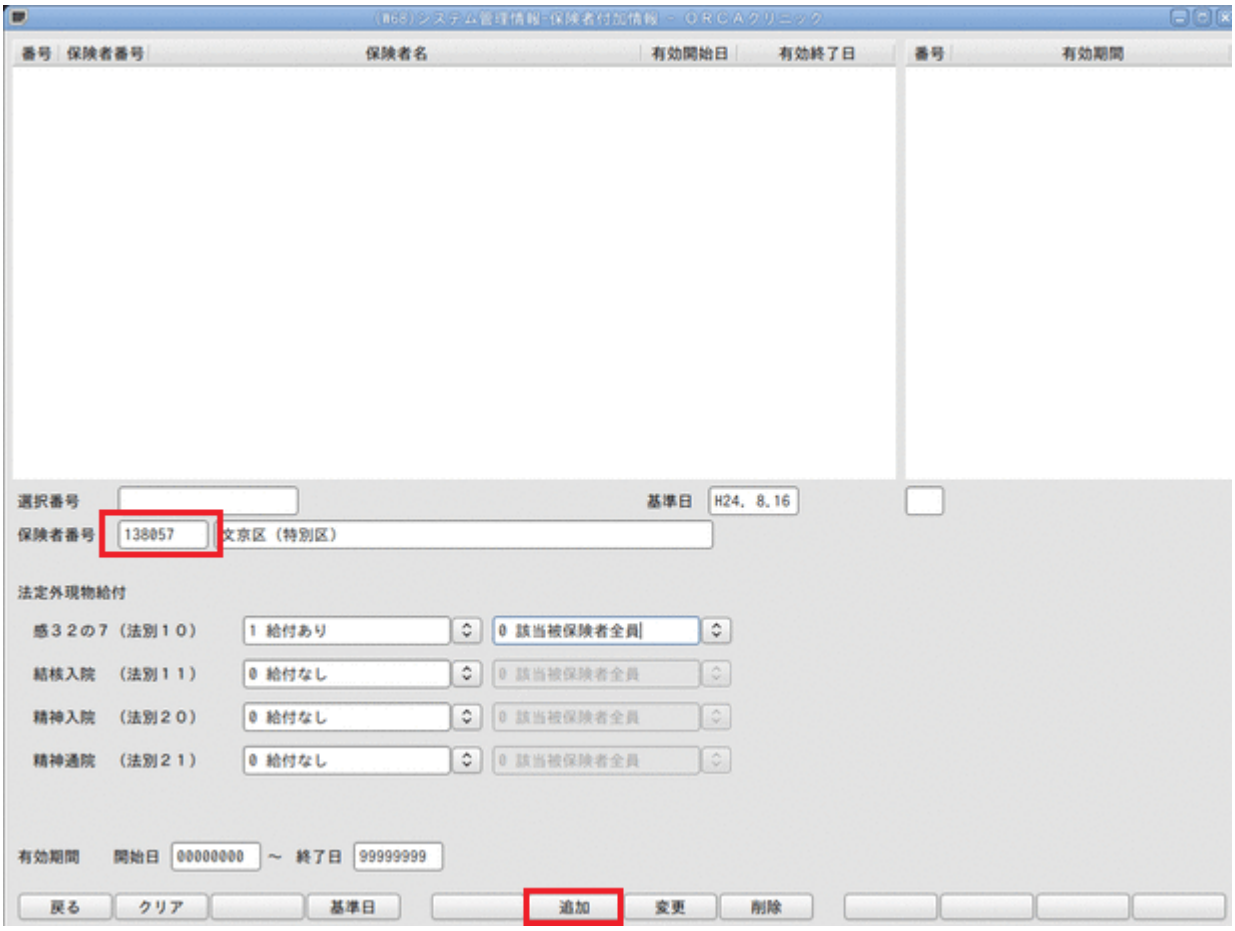


図 1353

＜項目の説明＞

0　給付なし	患者負担あり
1　給付あり	患者負担なし

＜1　給付ありのレセプト一部負担金欄＞

感37の2（法別番号10）	「0」を記載
結核入院（法別番号11）	患者が負担すべき金額を記載（上限に達するまでの金額） 上限額が0円の場合は空白
精神入院（法別番号20）	患者が負担すべき金額を記載（上限に達するまでの金額） 上限額が0円の場合は空白
精神通院（法別番号21）	患者が負担すべき金額を記載（1割または上限に達するまでの金額） 上限額が0円の場合は空白

（1）設定画面
（2）パラメータについて
（3）日レセ提供帳票の簡易登録機能
（4）現在提供されている統計プログラム

（1）設定画面

管理コードのコンボボックスより「3001　統計帳票出力情報（日次）」を選択します。

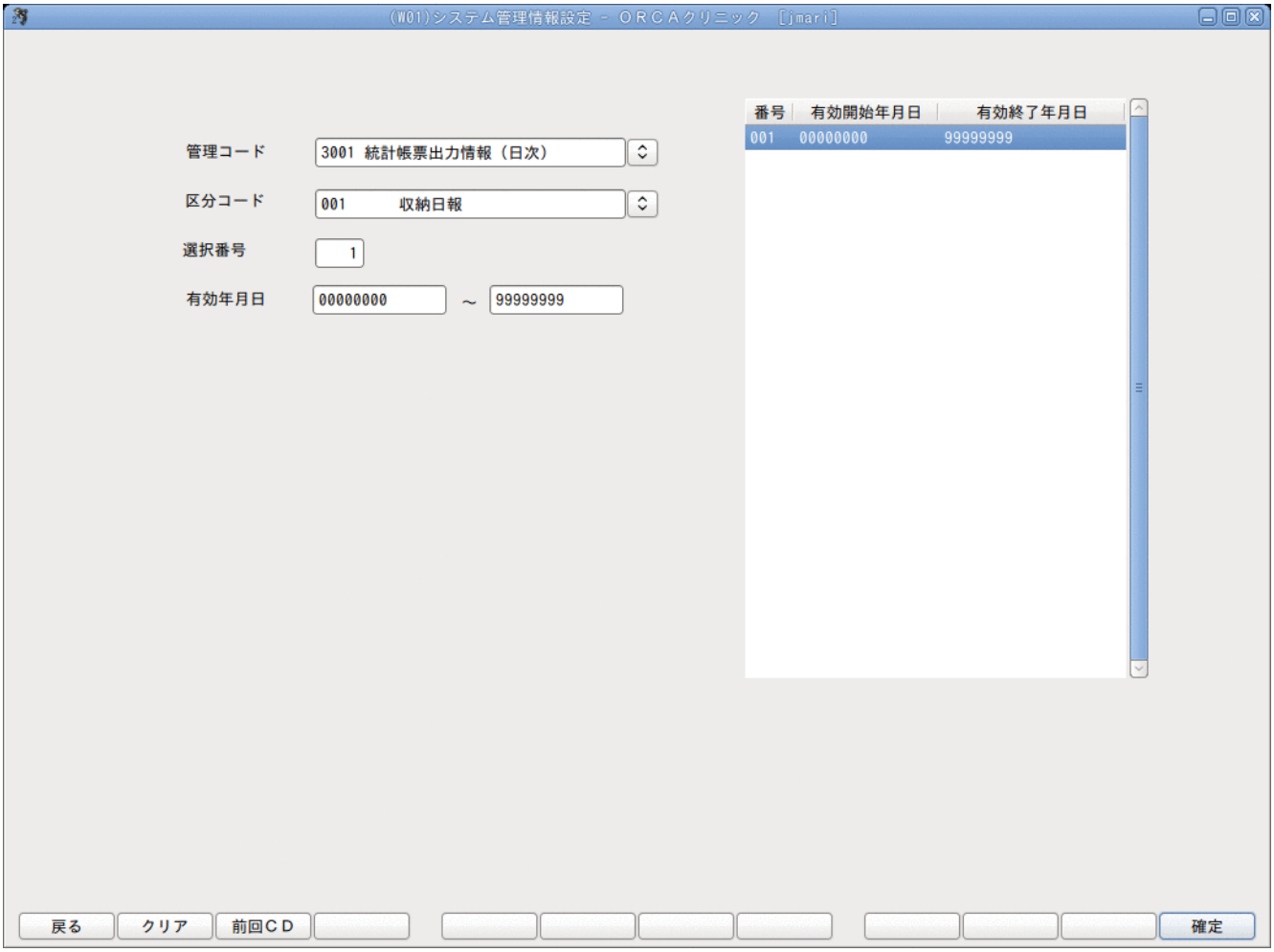


図 1354

＜区分コードについて＞
区分コードは3桁の数字で設定します。この数字は統計帳票に割り付ける帳票番号になります。
どの統計帳票が帳票番号何番と決まったものではありません（画面例では「001」にしています）。
統計業務のメニューで表示する位置が決まるだけのものです。

（1）－2各項目の入力

帳票名やプログラム名等を入力します。

Copyright(C)2007JMARI

（例）収納日報

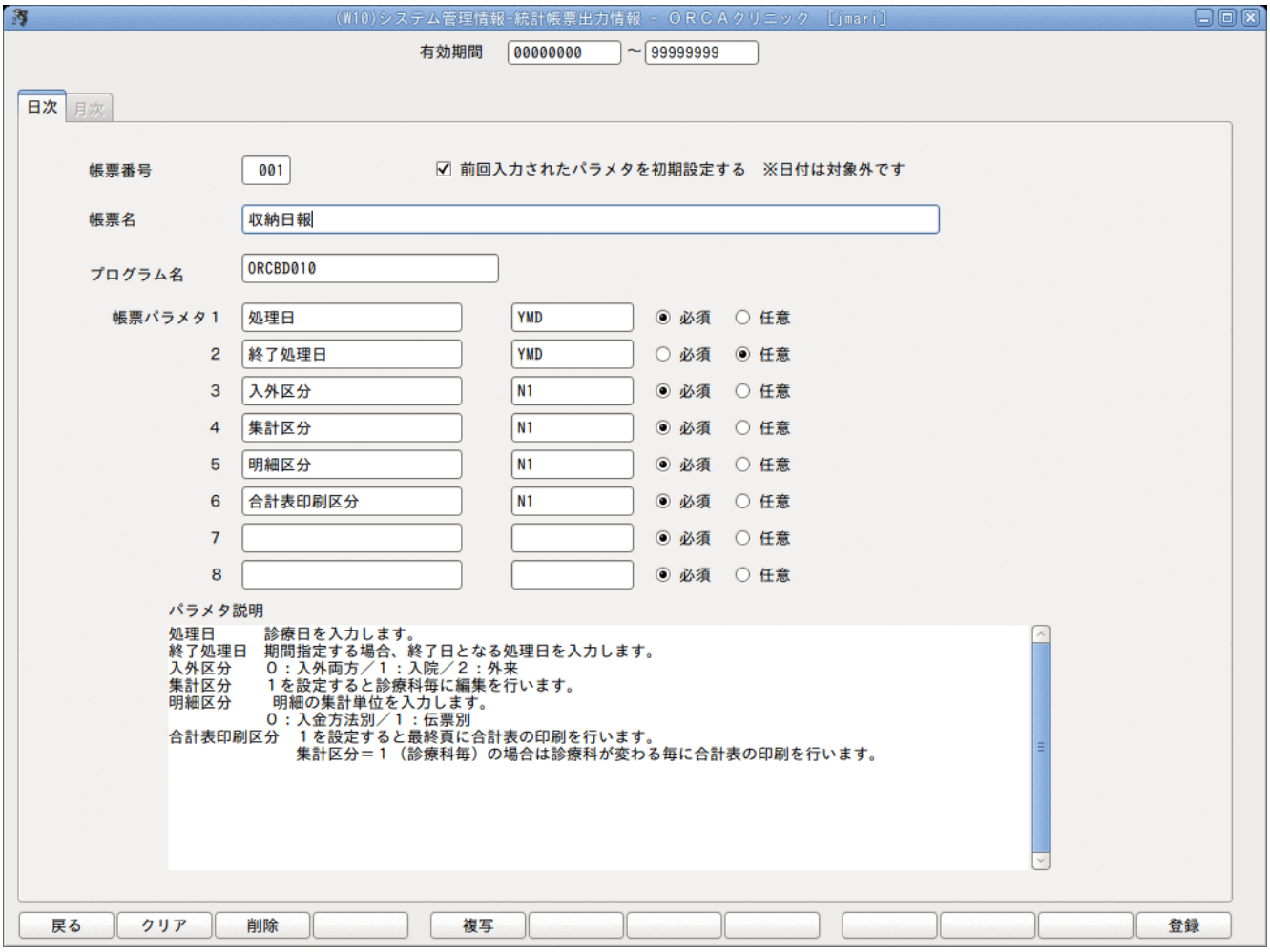


図 1355

パラメータ伝票発行日に入力された日付と一致するデータを抽出して作成することができます。

項目の説明

帳票番号	統計業務のメニューで表示する位置を決めるために割り付ける番号です。
前回入力されたパラメタを初期設定する	チェックを入れておくと次回同じ帳票を出力するときに前回のパラメタ設定を初期表示します。
帳票名	統計業務のメニューに表示する帳票名を入力します。帳票名は任意の名称で構いません。
プログラム名	帳票名に指定した内容に対するプログラムIDを入力します。 統計業務から作表処理を開始すると実際にはここで指定したプログラムを実行することになります。
帳票パラメータ（1～8）	作成したプログラムに対しオペレーターがパラメータを指定する必要がある場合、そのパラメータの内容を入力します。 パラメータの項目数は最大8つまで指定することができます。 左側：パラメータの内容を表わす名前 中央：パラメータの内容をチェックするための書式を表わすフォーマット名 右側：パラメータの属性を必須入力項目とするか任意入力項目とするかを指定
パラメータ説明	帳票の説明やパラメータの説明を入力します。 ここで入力された説明文は、業務メニュー「51　日次統計」画面で パラメータ説明画面に表示し、説明を見ながらパラメータ入力をすることができるようになります。 フリー入力項目です。自由に説明を入力できます。
複写(F5)	標準提供されている帳票のパラメータ設定等を簡易入力ができます。 （【（4）日レセ提供帳票の簡易登録機能】を参照）

（1）－3　登録

各項目の入力後、「登録」(F12)を押下します。登録確認のメッセージを表示します。「OK」を押下すると登録し、「戻る」は元の画面に戻ります。

注意！ 標準帳票ではバージョンアップ等によるパラメータの変更時に自動更新を行います。 登録時にパラメータを変更して登録はできません（変更登録しても自動更新がかかり元のパラメータに戻ります。

（2）パラメータについて

現在、以下のパラメータを用意しています。
（以下のパラメータでは入力チェックを行います）

YM YMD	日付（年月） 日付（年月日）
PSN1	1桁のパラメータ
PTNUM	患者番号
KKNYM	診療年月

上記以外のパラメータは、自由に設定することができますが、入力チェックは行いません。
（例）KBM　入力区分　等

（3）日レセ提供帳票の簡易登録機能

標準提供されている帳票のパラメータ設定等を複写し簡単に登録ができます。
新規登録画面を表示する。

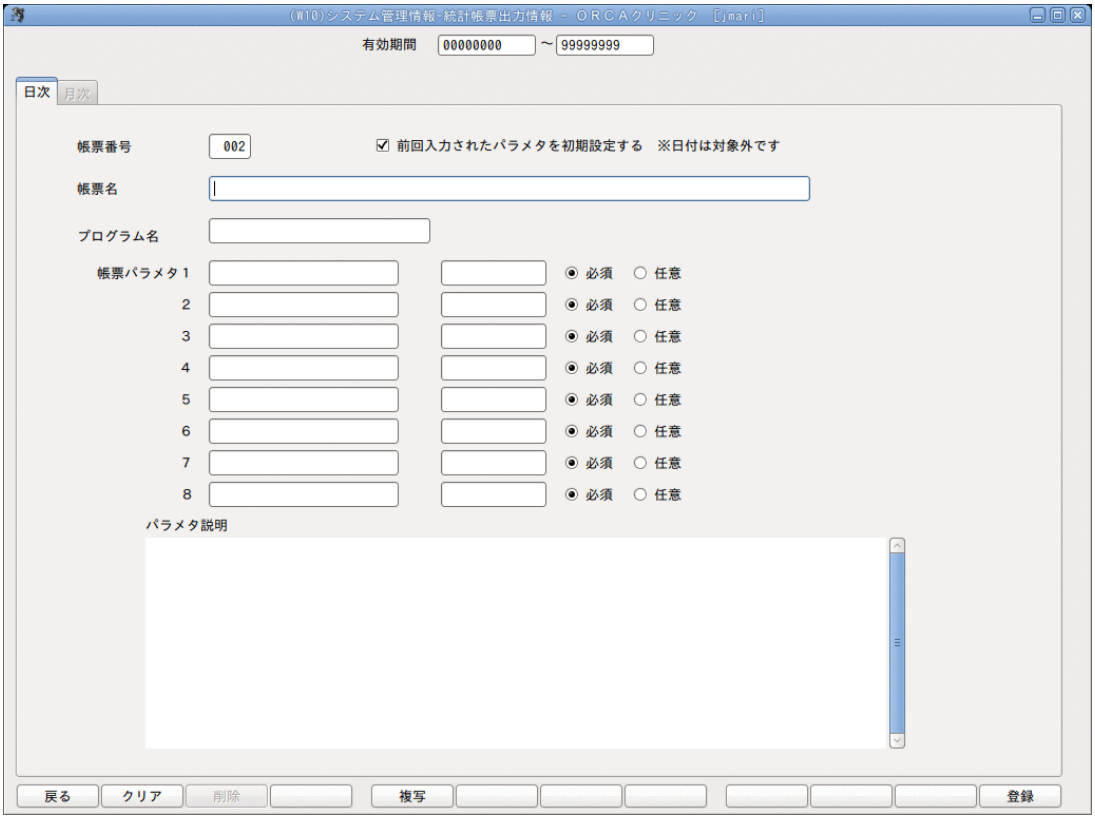


図 1356

複写(F5)を押下する。
「日次統計帳票一覧表」が表示されます。
既に登録済みの帳票には「○」マークが表示されます。

図 1357

左下コンボボックスにより、現在登録済み帳票一覧に表示を切り替えることができます。

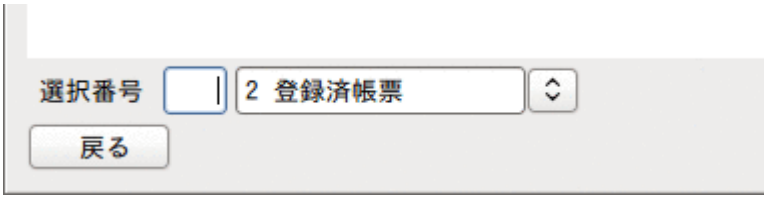


図 1358

登録したい帳票をマウスでクリックするか、選択番号欄に入力し、「確定」(F12)を押下します。

帳票名、プログラム名、各パラメータ、パラメータ説明が複写されます。

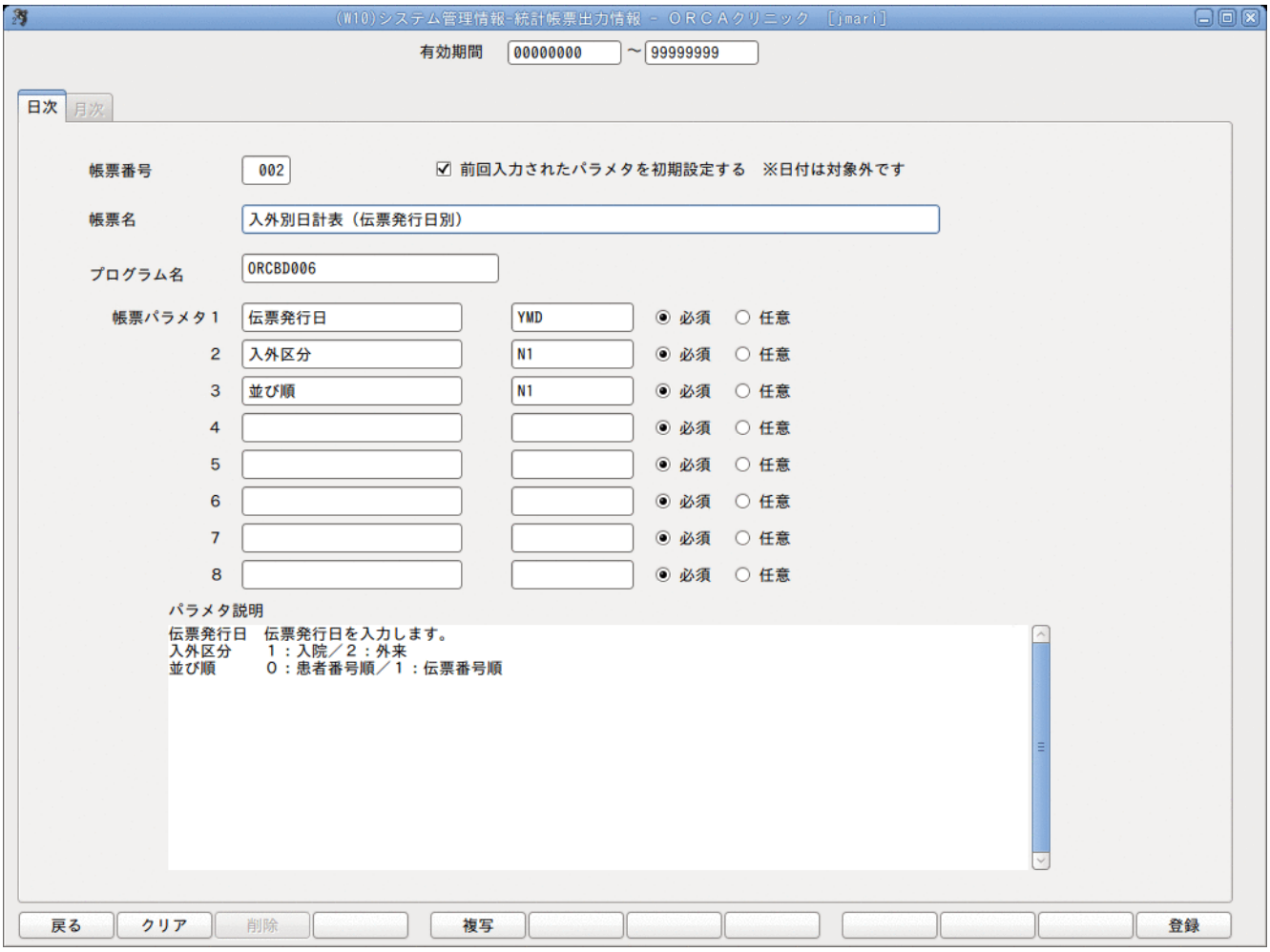


図 1359

「登録」(F12)を押下し登録します。

各帳票の出力方法は、【3.5　日次統計】を参照してください。

（4）現在提供されている統計プログラム

日計表（伝票発行日）	ORCBD002		日計表を伝票発行日で出力する
パラメータ1	伝票発行日	YMD	伝票発行日（必須）
パラメータ2	並び順	PSN1	並び順（必須）
			0：患者番号順
			1：伝票番号順

日計表（診療年月日）	ORCBD003		日計表を診療年月日で出力する
パラメータ1	診療年月日	YMD	診療年月日（必須）
パラメータ2	並び順	PSN1	並び順（必須）
			0：患者番号順
			1：伝票番号順

入外別日計表（伝票発行日別）	ORCBD006		入外区分が指定できる日計表を伝票発行日で出力する
パラメータ1	伝票発行日	YMD	伝票発行日（必須）
パラメータ2	入外区分	PSN1	入外区分（必須）
			1：入院
			2：外来
パラメータ3	並び順	PSN1	並び順（必須）
			0：患者番号順
			1：伝票番号順

外来日計表（診療年月日別）	ORCBD007		日計表（診療年月日）の外来診療分のみ編集を行う日計表を出力する
パラメータ1	診療年月日	YMD	診療年月日（必須）
パラメータ2	並び順	PSN1	並び順（必須）
			0：患者番号順
			1：伝票番号順

収納一覧表（外来）	ORCBD004		外来の収納一覧表を出力する。 請求額の変更、返金等を行った場合には、変更分及び入金額のみを表示する。
パラメータ1	処理日	YMD	処理日（必須）
パラメータ2	処理区分	PSN1	処理区分（必須）
			0：収納データ別
			1：伝票別
			2：患者別
パラメータ3	並び順	PSN1	並び順（必須）
			0：患者番号順
			1：伝票番号順

収納一覧表（外来）（期間指定対応版）	ORCBD004V02		締め処理に対応した外来分の収納一覧表を出力する。 請求額の変更、返金等を行った場合には、変更分及び入金額のみを表示する
パラメータ1	処理区分	PSN1	処理区分
			0：収納データ別
			1：伝票別
			2：患者別

 Copyright(C)2007JMARI

パラメータ2	並び順	PSN1	並び順（必須）
			0：診療科、患者番号順
			1：伝票番号順

収納日報	ORCBD010		収納一覧表を保険別で出力します。 保険毎の請求額計、初診・再診、入金方法別の入金額計、自費項目別のその他自費計を出力
パラメータ1	処理日	YMD	処理日（必須）
パラメータ2	終了処理日	YMD	終了処理日
パラメータ3	入外区分	PSN1	入外区分（必須）
			0：入外両方
			1：入院
			2：外来
パラメータ4	集計区分	PSN1	診療科毎の集計（必須）
			0：まとめる
			1：診療科毎に編集する
パラメータ5	明細区分	PSN1	明細書の集計単位（必須）
			0：入金方法別
			1：伝票別
パラメータ6	合計表印刷区分	PSN1	合計頁の印刷（必須）
			0：合計頁を印刷しない
			1：合計頁を印刷する

収納日報（期間指定）	ORCBD010V02		締め処理に対応した収納一覧表を保険別で出力します。 保険毎の請求額計、初診・再診、入金方法別の入金額計、自費項目別のその他自費計を出力
パラメータ1	処理日	YMD	処理日（必須）
パラメータ2	入外区分	PSN1	入外区分（必須）
			0：入外両方
			1：入院
			2：外来
パラメータ3	集計区分	PSN1	診療科毎の集計（必須）
			0：まとめる
			1：診療科毎に編集する
パラメータ4	明細区分	PSN1	明細書の集計単位（必須）
			0：入金方法別
			1：伝票別
パラメータ5	合計表印刷区分	PSN1	合計頁の印刷（必須）
			0：合計頁を印刷しない
			1：合計頁を印刷する

収納一覧表（入院）	ORCBD005		入院分の収納一覧表を出力する。 請求額の変更、返金等を行った場合には、変更分及び入金額のみを表示する。
パラメータ1	処理日	YMD	処理日（必須）
パラメータ2	処理区分	PSN1	処理区分（必須）
			0：収納データ別
			1：伝票別
			2：患者別

 Copyright(C)2007JMARI

パラメータ3	並び順	PSN1	並び順（必須）
			0：患者番号順
			1：伝票番号順

収納一覧表（入院）（期間指定対応版）	ORCBD005V02		締め処理に対応した入院分の収納一覧表を出力する。 請求額の変更、返金等を行った場合には、変更分及び入金額のみを表示する
パラメータ1	処理区分	PSN1	処理区分
			0：収納データ別
			1：伝票別
			2：患者別
パラメータ2	並び順	PSN1	並び順（必須）
			0：病棟順
			1：伝票番号順

入院診療データ一括登録	ORCBNYUALL		入院のワーク診療行為データの一括取り込みを行います。
パラメータ1	診療年月日	YMD	診療年月日（必須）
パラメータ2	処理区分	PSN1	処理区分（必須）
			0：全てのデータを対象 （外部連携、中途終了データ）
			1：外部連携（CLAIM等）のデータのみ対象
パラメータ3	リスト区分	PSN1	リスト区分（必須）
			0：取り込み分、エラー分全てを印刷対象
			1：エラー分（警告含む）のみのデータを印刷対象

＜入院診療データ一括登録の処理内容、条件及び範囲＞

※注意事項

- 他端末で診療行為の入力がある場合（排他制御情報の記録がある場合）は実行できません。
- エラーのあるデータの登録は行いませんが、警告のあるデータの登録は行います。
  （警告の内容はエラーリストに印刷します）。
- エラーメッセージは1件のデータについて1つのみエラーリストに印刷します。
- 警告メッセージはエラーメッセージがない場合にリストに印刷します。
- 警告メッセージは1件のデータについて複数になる場合があります。
- 外部連携等によるワーク診療行為の更新中、及び診療会計・診療行為業務の入力中は当該処理は行わないでください。同様に当該処理中にワーク診療行為の更新、及び診療行為・診療会計業務の入力も行わないでください。
- 悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定があり検査名のコメントが無い場合、コメントコードを自動発生します。このとき、コメント内容は空白で登録しますので、検査名は診療行為等から入力を行ってください。また、特定薬剤治療管理料の薬剤名コメントの自動発生も同様です。
- このため、外部連携を行われる場合はなるべくコメントも一緒に送信してください。
- 相互作用（併用禁忌薬剤）チェックは当該処理では行いません。
- 外部連携から登録したデータを診療行為業務で一度展開し、中途終了を行った場合、中途終了データ（日レセで登録したデータ）と判断します。

※以下、統計帳票出力情報（月次）の設定例はサンプル提供としています。

（1）管理コードのコンボボックスより「3002　統計帳票出力情報（月次）」を選択します。

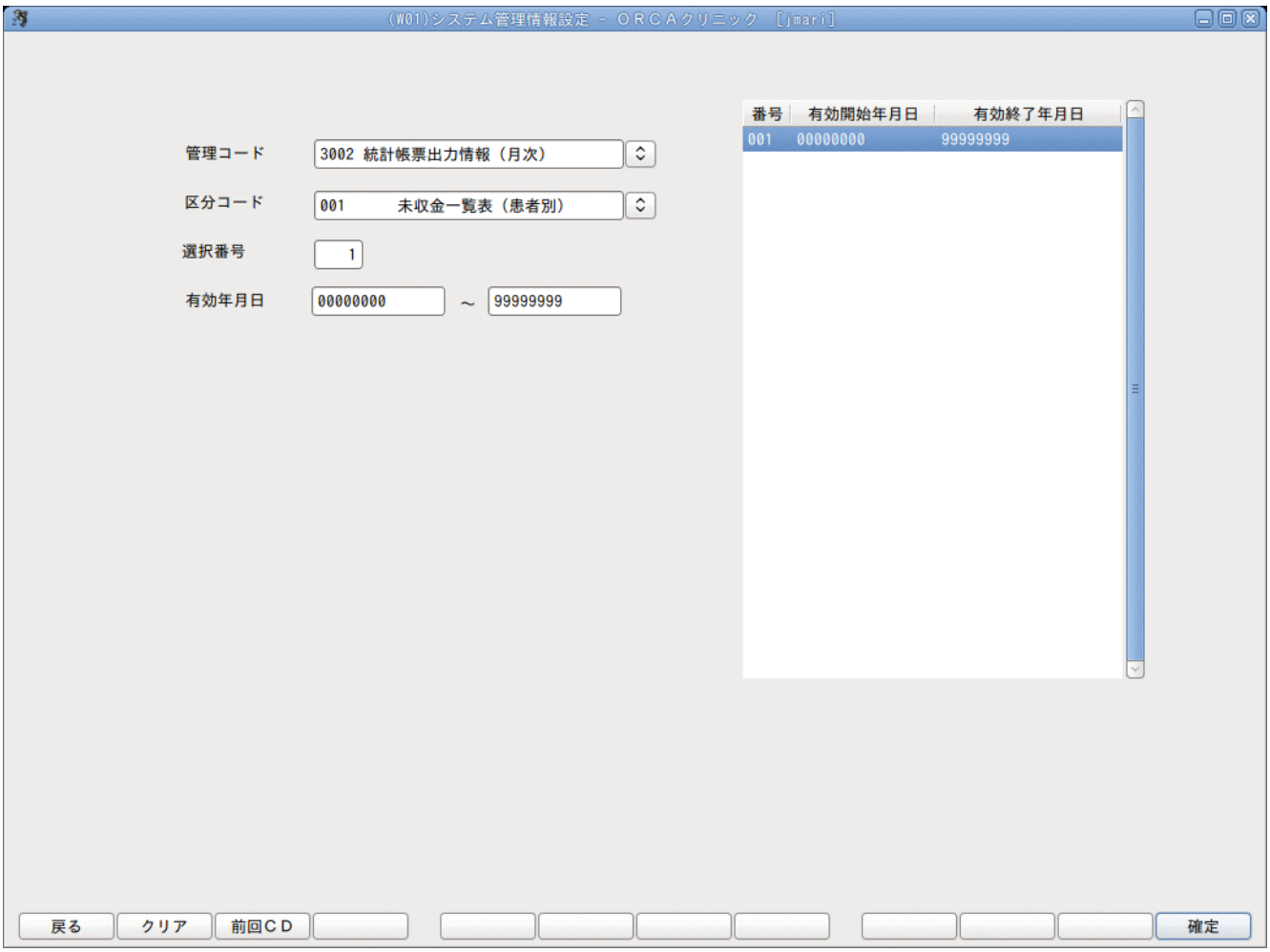


図 1360

区分コードは3桁の数字で設定します。この数字は統計業務のメニューで表示する位置を決めるために割り付ける帳票番号になります。
どの統計帳票が帳票番号何番と決まったものではありません。（画面例では「001」にしています）。
有効年月日は、未入力で「Enter」を押下して「00000000」～「99999999」（無期限）とします。

パラメータについて・・・【5.1　システム管理マスタ】の【3001　統計帳票出力情報（日次）】を参照してください。

Copyright(C)2007JMARI

(2) 現在提供されている統計プログラム

診療科別医薬品使用量統計	ORCBG001		診療年月に使用した医薬品を集計して出力する
パラメータ1	診療年月	YM	診療年月（必須）
パラメータ2	薬剤区分	PSN1	集計対象とする薬剤の区分（必須） 0（初期表示）：全体 1：内服薬 2：注射薬 3：外用薬 4：歯科用薬剤 5：歯科用特定薬剤
パラメータ3	院外区分	PSN1	院外区分 0または空白：院内処方のみ 1：院外処方のみ 2：院内・院外処方順
パラメータ4	入外区分	PSN1	入外区分 0または空白：全体 1：入院 2：外来
パラメータ5	処理区分	PSN1	処理区分 0または空白：診療科別 1：病棟別
パラメータ6	診療区分	N02	診療区分 0または空白：全体 14：在宅 20：投薬 30：注射 40：処置 50：手術 54：麻酔 60：検査 70：画像診断 80：その他 90：入金
後発医薬品の割合を印字することができます。 「101　システム管理マスタ」－「1910　プログラムオプション情報」に次の設定をしてください。 KOUHATU=0：後発医薬品割合を印字しない（デフォルト） KOUHATU=1：後発医薬品割合を印字する			

診療科別医薬品使用量統計	ORCBG001V01		任意の日付の範囲に使用した医薬品を集計して出力する
パラメータ1	診療年月日	YMD	診療年月日（必須）
パラメータ2	終了年月日	YMD	終了年月日（必須）
パラメータ3	薬剤区分	PSN1	集計対象とする薬剤の区分（必須） 0（初期表示）：全体 1：内服薬 2：注射薬 3：外用薬 4：歯科用薬剤 5：歯科用特定薬剤

パラメータ4	院外区分	PSN1	院外区分
			0または空白：院内処方のみ
			1：院外処方のみ
			2：院内・院外処方順
パラメータ5	入外区分	PSN1	入外区分
			0または空白：全体
			1：入院
			2：外来
パラメータ6	処理区分	PSN1	処理区分
			0または空白：診療科別
			1：病棟別
パラメータ7	診療区分	N02	診療区分
			0または空白：全体
			14：在宅
			20：投薬
			30：注射
			40：処置
			50：手術
			54：麻酔
			60：検査
			70：画像診断
			80：その他
			90：入金

後発医薬品の割合を印字することができます。
「101　システム管理マスタ」－「1910　プログラムオプション情報」に次の設定をしてください。

KOUHATU=0：後発医薬品割合を印字しない（デフォルト）
KOUHATU=1：後発医薬品割合を印字する

診療科別医薬品使用量統計（単価×数量あり）	ORCBG006		診療年月に使用した医薬品を集計して出力する（品目毎に使用量×薬価＝金額の表示を行う）
パラメータ1	診療年月	YM	診療年月（必須）
パラメータ2	薬剤区分	PSN1	集計対象とする薬剤の区分（必須）
			0（初期表示）：全体
			1：内服薬
			2：注射薬
			3：外用薬
			4：歯科用薬剤
			5：歯科用特定薬剤
パラメータ3	院外区分	PSN1	院外区分
			0または空白：院内処方のみ
			1：院外処方のみ
			2：院内・院外処方順に
パラメータ4	入外区分	PSN1	入外区分
			0または空白：全体
			1：入院
			2：外来
パラメータ5	処理区分	PSN1	処理区分
			0または空白：診療科別
			1：病棟別

パラメータ6	診療区分	N02	診療区分
			0または空白：全体
			14：在宅
			20：投薬
			30：注射
			40：処置
			50：手術
			54：麻酔
			60：検査
			70：画像診断
			80：その他
			90：入金
後発医薬品の割合を印字することができます。 「101　システム管理マスタ」－「1910　プログラムオプション情報」に次の設定をしてください。 KOUHATU=0：後発医薬品割合を印字しない（デフォルト） KOUHATU=1：後発医薬品割合を印字する			

診療科別医薬品使用量統計（単価×数量あり）	ORCBG006V01		任意の日付の範囲に使用した医薬品を集計して出力する（品目毎に使用量×薬価＝金額の表示を行う）
パラメータ1	診療年月日	YMD	診療年月（必須）
パラメータ2	終了年月日	YMD	終了年月日（必須）
パラメータ3	薬剤区分	PSN1	集計対象とする薬剤の区分（必須）
			0（初期表示）：全体
			1：内服薬
			2：注射薬
			3：外用薬
			4：歯科用薬剤
			5：歯科用特定薬剤
パラメータ4	院外区分	PSN1	院外区分
			0または空白：院内処方のみ
			1：院外処方のみ
			2：院内・院外処方順に
パラメータ5	入外区分	PSN1	入外区分
			0または空白：全体
			1：入院
			2：外来
パラメータ6	処理区分	PSN1	処理区分
			0または空白：診療科別
			1：病棟別

パラメータ7	診療区分	NO2	診療区分
			0または空白：全体
			14：在宅
			20：投薬
			30：注射
			40：処置
			50：手術
			54：麻酔
			60：検査
			70：画像診断
			80：その他
			90：入金
後発医薬品の割合を印字することができます。 「101　システム管理マスタ」－「1910　プログラムオプション情報」に次の設定をしてください。 KOUHATU=0：後発医薬品割合を印字しない（デフォルト） KOUHATU=1：後発医薬品割合を印字する			

カルテ3号紙一括	ORCBZ002		カルテ3号紙を出力する
パラメータ1	診療開始年月	YM	診療開始年月（必須）
パラメータ2	診療終了年月	YM	診療終了年月（必須）
パラメータ3	診療科コード	PSN2	2桁の診療科コード
パラメータ4	入外区分	PSN1	入外区分（必須）
			1：入院
			2：外来
パラメータ5	患者番号	PTNUM	患者番号

会計カード	ORCBG007		会計カードを出力する
パラメータ1	診療年月	YM	診療年月（必須）
パラメータ2	患者番号	PTNUM	患者番号
パラメータ3	入外区分	PSN1	入外区分（必須）
パラメータ4	病棟番号	BTUNUM	病棟番号
パラメータ5	並び順	PSN1	並び順
パラメータ6	診療科区分	PSN1	診療科区分
			0：診療科別にしない
			1：診療科毎に編集
パラメータ7	診療科	SRYKA	診療科
パラメータ8	保険区分	PSN1	保険区分
			0：保険区分毎（社保・国保・その他）
			1：社保分のみ編集
			2：国保分のみ編集
			3：その他分のみ編集（包括分を含む）
パラメータ9	開始日	DAY	開始日
パラメータ10	終了日	DAY	終了日

空き患者番号一覧	ORCBZ001		空き患者番号一覧を表示する
パラメータ1	開始患者番号	PTNUM	開始患者番号
パラメータ2	終了開始番号	PTNUM	終了患者番号

チェックマスター一覧表	ORCBHXLST	登録済みのチェックマスタの一覧表を出力する

パラメータ1	チェック区分	KBN	マスタ登録画面のチェック区分（必須） 1：薬剤と病名 2：診療行為と病名 4：薬剤と併用禁忌 5：診療行為の併用算定
パラメータ2	開始コード	KBN	点数マスタの診療行為コード
パラメータ3	終了コード	KBN	点数マスタの診療行為コード

レセプトチェック（プレビュー）	ORCBPRVPRT	レセプトのプレビュー画面で「訂正」(F4)を押下した患者の情報（患者番号、診療年月、メモ入力欄）を出力する

 Copyright(C)2007JMARI

未収金一覧表（患者別）	ORCBG010		1患者につき1明細の未収金一覧表 を出力する
パラメータ1	期間指定区分	PSN1	期間指定区分（必須）
			0：期間指定を行わない
			1：期間指定を行う
パラメータ2	開始診療年月	KKNYM	開始診療年月
パラメータ3	終了診療年月	KKNYM	終了診療年月
パラメータ4	処理区分	KBN	処理区分
			1：期間内の診療分 （期間外の訂正・入金を含む）
			2：期間内の診療分 （期間外の訂正・入金を含まない）
			3：期間内の請求分 （期間外の訂正・入金を含む）
			4：期間内の請求分 （期間外の訂正・入金を含まない）
パラメータ5	未収金区分	PSN1	未収金区分（必須）
			0：未収金または過入金のある患者
			1：未収金のみの患者

未収金一覧表（伝票別）	ORCBG011		1伝票につき1明細の未収金一覧表 を出力する
パラメータ1	期間指定区分	PSN1	期間指定区分（必須）
			0：期間指定を行わない
			1：期間指定を行う
パラメータ2	開始診療年月	KKNYM	開始診療年月
パラメータ3	終了診療年月	KKNYM	終了診療年月
パラメータ4	処理区分	KBN	処理区分
			1：期間内の診療分 （期間外の訂正・入金を含む）
			2：期間内の診療分 （期間外の訂正・入金を含まない）
			3：期間内の請求分 （期間外の訂正・入金を含む）
			4：期間内の請求分 （期間外の訂正・入金を含まない）
パラメータ5	入外区分	KBN	処理区分（必須）
			1：入院
			2：外来
パラメータ6	未収金区分	PSN1	未収金区分（必須）
			0：未収金または過入金のある患者
			1：未収金のみの患者

調整金一覧表	ORCBG012		調整金一覧表を出力する
パラメータ1	期間指定区分	PSN1	期間指定区分（必須）
			0：期間指定を行わない
			1：期間指定を行う
パラメータ2	開始診療年月	KKNYM	開始診療年月
パラメータ3	終了診療年月	KKNYM	終了診療年月

パラメータ4	並び順	PSN1	並び順（必須） 0：患者番号順 1：診療年月順 2：伝票番号順 3：カナ氏名順
パラメータ5	診療科別	PSN1	診療科別 0／空白：診療科別にしない 1：診療科別にする
パラメータ6	入外区分	PSN1	入外区分（必須） 1：入院 2：外来

外来月別請求書（自費10項目対応）ORCBG013V02と外来月別請求書ORCBG013は「101　システム管理マスタ」－「1031　出力先プリンタ割り当て情報」の請求書兼領収書で設定されているレイアウトで出力するように変更しました。
これに伴い外来月別請求書（自費10項目対応）と外来月別請求書を統合しました。
（外来月別請求書（10項目対応）と外来月別請求書のどちらが設定されていても出力結果は同じになりますので変更する必要はありません）

外来月別請求書	ORCBG013		一月まとめの請求書を発行する。
パラメータ1	診療年月	YM	診療年月（必須）
パラメータ2	発行方法	PSN1	発行方法（必須）
			1：診療科／保険組合せ別 （労災・自賠責は1となります）
			2：保険組合せ別
			3：診療科別
			4：全体まとめ
パラメータ3	患者番号	PTNUM	患者番号 ※照会業務からの連携データを利用する使用する場合は患者番号に「*」を入力します。
パラメータ4	伝票発行日	YMD	伝票発行日（必須）
パラメータ5	発行区分	PSN1	発行区分（必須）
			0：0円発行する
			1：0円発行しない
パラメータ6	診療科	SRYKA	診療科別に発行する場合入力します。 入力がない場合は全科となります。
パラメータ7	前回未収	PSN1	前回未収額の印字
			1：前回未収額を印字しません。
パラメータ8	集計区分	PSN1	入金済みの請求データの処理
			0：含める
			1：含めない

保険請求確認リスト	ORCBG014		当月分の総括表に対応した 患者リストを作成する
注意事項	・処理区分「請求しない」は過去の全ての請求年月も対象とします。 ・業務メニュー「43 請求管理」で行なわれた訂正内容によっては、 提出時の総括表と処理結果が合わなくなる場合があります。 ・社保の公費と医保の併用、国保の公費再掲の表示は行ないません。 ・処理後「/var/tmp」の下にCSVファイル（XXORCBG014.csv）を 出力します（XXは医療機関識別番号）。出力先及びファイル名の変更はできません。 ・CSVファイルの項目説明は以下のパラメータ説明の後に記載しています。 ・0点公費記載を行なった点検用レセプトがある場合は、印刷を行いません。		
パラメータ1	診療年月	YM	診療年月（必須）
パラメータ2	提出先区分	PSN1	提出先区分（任意）
			0：全部
			1：社保
			2：国保
			3：特別療養費
			9：公害
パラメータ3	保険者番号	99999999	保険者番号（任意）（国保のみ）
パラメータ4	処理区分	PSN1	処理区分（任意）
			0：全部
			1：通常請求
			2：返戻分
			3：月遅れ分
			4：請求しない
パラメータ5	入外区分	PSN1	入外区分（任意）
			0：全部
			1：入院分
			2：外来分

パラメータ6	在総診区分	PSN1	在総診区分（任意）
			0：全部
			1：一般
			2：在総診及び在医総
			3：分類しない

 Copyright(C)2007JMARI

パラメータ7	レセプト種別	PSN3	レセプト種別（任意） （レセプト種別2桁＋詳細区分一桁）
			レセ種別　社保
			01：医保（70歳以上9割）
			02：医保（70歳以上8割）
			03：医保（本人）
			04：医保（家族）
			05：医保（3歳未満）
			詳細区分（01～05）
			1：医保と公費の併用
			2：医保単独（政）
			3：医保単独（船）
			4：医保単独（日）
			5：医保単独（日特）
			6：医保単独（共）
			7：医保単独（組）
			8：医保単独（自）
			9：医保単独（退）
			06：老人（9割）
			07：老人（8割）
			詳細区分（06～07）
			1：老人と公費の併用
			2：老人単独
			08：公費と公費の併用
			09：公費単独
			レセ種別　国保
			10：一般（70歳以上9割）
			11：一般（70歳以上8割）
			12：一般被保険者
			13：一般（3歳未満）
			14：退職（本人）
			15：退職（70歳以上9割）
			16：退職（70歳以上8割）
			17：退職（被扶養者）
			18：退職（3歳未満）

パラメータ8	並び順	PSN1	並び順（任意） 0～2以外はカナ氏名順
			0：カナ氏名順
			1：患者番号順
			2：点数順

保険請求確認リストCSVファイル			処理区分（○：編集する／－：編集しない）							
項番	項目名	備考	通常請求提出先		返戻分提出先		月遅れ分提出先		請求しない提出先	
			社保	国保	社保	国保	社保	国保	社保	国保
1	請求年月		○	○	○	○	○	○	○	○
2	診療科	未設定	○	○	○	○	○	○	○	○
3	処理区分		○	○	○	○	○	○	○	○
4	提出先区分		○	○	○	○	○	○	○	○
5	保険者番号		－	○	－	○	－	○	－	－
6	保険者名		－	○	－	○	－	○	－	－
7	入外区分	1：入院／2：外来	○	○	○	○	○	○	○	○
8	在総診区分		○	○	○	○	○	○	－	－
9	診療年月		－	－	－	－	○	○	○	○
10	レセプト種別		○	○	○	○	○	○	○	○
11	詳細区分		○	－	○	－	○	－	○	－
12	患者番号		○	○	○	○	○	○	○	○
13	連番		○	○	○	○	○	○	○	○
14	患者氏名		○	○	○	○	○	○	○	○
15	実日数		○	○	○	○	○	○	○	○
16	点数		○	○	○	○	○	○	○	○

外来カルテ一括発行	ORCBZ003		外来カルテの一括発行を行なう
注意事項	・パラメタ1の最終受診年月以降に入力した診療科で外来の受診がある患者が対象です。 「101　システム管理マスタ」－「1031　出力先プリンタ割り当て情報」の診療録（カルテ1号用紙）にユーザプログラムが設定されている場合にはカスタマイズされた独自プログラムでの一括発行を行います。		
パラメータ1	最終受診年月	YM	基準となる受診年月（必須）
パラメータ2	診療科	SRYKA	診療科（必須）
パラメータ3	病名編集区分	KBN	病名編集区分 空白：システム管理のカルテ対象病名区分 0：全ての病名 1：継続病名のみ 2：病名記載なし
パラメータ4	個別指示	PSN1	個別指示 1：個別指示に登録のある患者の中から最終受診年月、診療科の条件に一致するものを対象とします。

一部負担金給与控除一覧	ORCBG015	省庁対応の帳票です

高額日計表（高額請求添付資料）	ORCBG008		高額請求添付資料を出力する
パラメータ1	診療年月	YM	診療年月（必須）

Copyright(C)2007JMARI

パラメータ2	処理区分	KBN	処理区分（必須） 1：点数指定 2：患者指定
パラメータ3	検索内容	NAIYO	検索内容（必須） 点数指定の場合：点数を入力 患者指定の場合：患者番号を入力
パラメータ4	入外区分	PSN1	入外区分（必須） 0：入外分 1：入院 2：外来

指定診療行為件数調	ORCBG016		特定の診療行為の算定一覧を作成します。
パラメータ1	診療年月	YM	診療年月（必須）
パラメータ2	入外区分	PSN1	入外区分（必須） 1：入院 2：外来 11：入院（包括分を含まない） 12：外来（包括分を含まない）
パラメータ3	診療科	SRYKA	診療科
パラメータ4	処理区分	PSN1	処理区分 0または空白：診療科別 1：病棟別
パラメータ5	診療行為1	SRYCD	診療行為コード（必須）
パラメータ6	診療行為2	SRYCD	診療行為コード
パラメータ7	診療行為3	SRYCD	診療行為コード
パラメータ8	診療行為4	SRYCD	診療行為コード
パラメータ9	診療行為5	SRYCD	診療行為コード
パラメータ10	診療行為6	SRYCD	診療行為コード

診療行為別集計表	ORCBG017		診療行為算定回数一覧表を作成する
パラメータ1	診療年月	YM	診療年月（必須）
パラメータ2	入外区分	PSN1	入外区分（必須） 1：入院 2：外来
パラメータ3	診療科	SRYKA	診療科
パラメータ4	診療区分1	SRYKBN	診療区分（パラメータ4は必須） 11：初診 12：再診 13：医学管理 14：在宅 20：投薬 30：注射 40：処置 50：手術 54：麻酔 60：検査 70：画像診断 80：その他 90：入院
パラメータ5	診療区分2	SRYKBN	
パラメータ6	診療区分3	SRYKBN	
パラメータ7	診療区分4	SRYKBN	
パラメータ8	診療区分5	SRYKBN	
パラメータ9	診療区分6	SRYKBN	
パラメータ10	診療区分7	SRYKBN	

適応病名情報更新（薬剤） 適応病名情報更新（検査）	ORCBCHKYAK1 ORCBCHKKNS1	チェックマスター括登録を行う。
パラメータ10	初期化区分	KKNYM

※適応病名情報更新（検査）の場合は以下の説明の「薬剤」を「検査」に置き換えてください。

適応病名マスタをチェックマスタへ一括登録します。

＜登録対象の薬剤＞
入力CDが設定されている薬剤でチェックマスタ未登録の薬剤
過去から現在まで算定されたことがある薬剤でチェックマスタ未登録の薬剤

＜既にチェックマスタが登録されている薬剤は？＞
チェックマスタに登録済みの薬剤については一括登録の対象外です。
追加・置き換え等の登録処理は一切行いません。

＜処理結果画面・リストについて＞
処理が正常に終了した場合は「処理は正常に終了しました」と表示します。

ユーザにより既にチェックマスタの登録があり、処理対象にならなかった薬剤は確認リストを発行します（登録処理を行った薬剤リストは発行しません）。

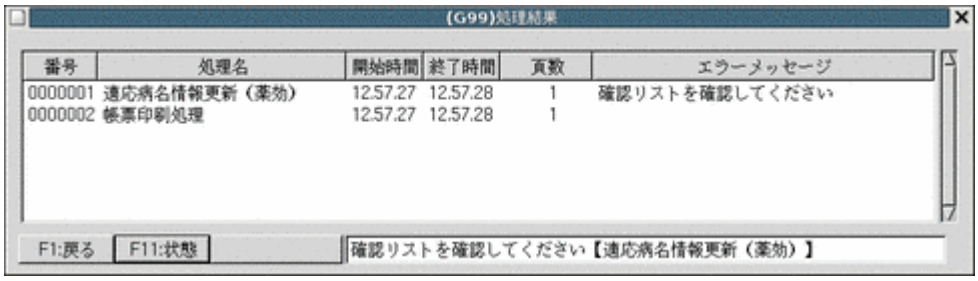


図 1361

また登録処理を行った薬剤がなかった場合は「処理対象のデータがありませんでした」と表示します。
この場合も既にチェックマスタの登録があり、処理対象にならなかった薬剤は確認リストを発行します。

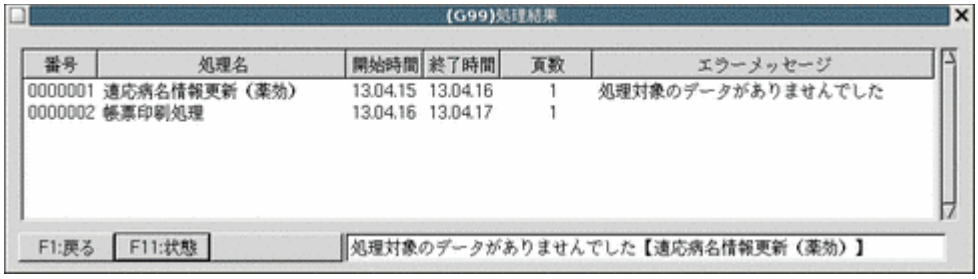


図 1362

初期化区分に999999を入力し処理開始を行うと、チェックマスタの初期化（削除）を行います。

チェックマスタ経過措置薬剤更新リスト	ORCBG018		薬剤の経過措置に対応
パラメータ1	有効終了日	YMD	処理年月日（必須）

経過措置により終了する薬剤のチェックマスタを新薬剤コードへ複写登録します。

- チェックマスタに登録済の薬剤でパラメータに入力した日付で終了する薬剤が対象
  （チェックマスタに登録されていない薬剤は対象外）
- 終了する薬剤の点数マスタの経過措置品目移行コードに設定されている薬剤コードへ複写登録
- チェックマスタの「薬剤と病名」のみに対応
- 既に新薬剤コードでチェックマスタが登録済みの場合は複写登録を行わない

診療行為未入力患者一覧表	ORCBG020		診療行為の入力がない患者を検索する
パラメータ1	開始診療年月	YM	検索開始診療年月
パラメータ2	終了診療年月	YM	検索終了診療年月
パラメータ3	並び順	PSN1	0：患者番号 1：カナ氏名順

未コード化病名一覧	ORCBG021		未コード化の患者病名を検索します。
パラメータ1	処理年月	YM	処理年月（診療年月）（必須）
パラメータ2	印刷区分	PSN1	印刷区分（必須） 0：全ての病名を対象 1：自院コードまたは病名コードで入力された病名を対象
パラメータ3	処理区分	PSN1	処理区分（必須） 0：入力された診療年月に診療がある患者のみ対象とします 1：全ての患者を対象とします
パラメータ4	チェック区分	PSN1	チェック区分（必須） 0：未コード化病名の一覧を作成します 1：未コード化病名の中でコード化可能な病名の一覧を作成します 2：未コード化病名の中で末尾の（　）の中の病名を補足コメントとするとコード化可能な病名の一覧を作成します
診療年月を「999999」と設定した場合、全ての患者を対象とし、印刷区分は「0」、処理区分は「1」として実行します。			

受付情報削除	ORCBDR01		受付情報を削除します。
パラメータ1	削除日	YMD	削除日（必須）
※指定した日付以前の受付情報を削除します。 削除日は日付より2ヶ月以上前の日付を指定してください。			

予約情報削除	ORCBDR02		予約情報を削除します。
パラメータ1	削除日	YMD	削除日（必須）
※指定した日付以前の受付情報を削除します。 削除日は日付より2ヶ月以上前の日付を指定してください。			

保険別請求チェック表（標準帳票）	ORCBGS100		レセプトデータを元にした請求一覧表を作成します。
パラメータ1	出力帳票	N1	0：全て 1：社保 2：国保 3：後期高齢者 9：総括表 （必須）
パラメータ2	対象年月	YM	対象年月（必須）
パラメータ3	入外区分	N1	空白：入院・外来 1：入院 2：外来

パラメータ4	編集区分	N1	0：まとめて集計する 1：別に集計する （必須）
パラメータ5	他保険集計元	N1	0：請求管理から集計する 1：就農情報から集計する （必須）

＜入院のみ＞

定期請求患者一覧表	ORCBG002		定期請求患者一覧を出力する
パラメータ1	処理年月	YM	処理年月（診療年月）（必須）
パラメータ2	処理区分	PSN1	処理区分（必須） 0：処理年月の全ての期を対象 1：処理年月の1期を対象 2：処理年月の2期を対象 3：処理年月の3期を対象 9：処理年月の月末一括請求患者を対象
パラメータ3	並び順	PSN1	並び順（必須） 0：病棟番号、病室番号、診療科、患者番号順に編集 1：患者番号順に編集

入院会計未作成者一覧表	ORCBG003		入院会計の未作成患者一覧を出力する
パラメータ1	処理年月	YM	処理年月（診療年月）（必須）

入院患者通算日数一覧表	ORCBG004		入院患者の通算日数一覧表を出力する （基準日までの通算日数一覧表）
パラメータ1	基準日	YMD	基準日（必須）
パラメータ2	処理区分	PSN1	処理区分（必須） 0：基準日時点で入院している患者（基準日に退院した患者も含む） 1：基準日時点で入院している患者（基準日に退院した患者を含む）及び、基準日と同一月で基準基準日までに退院した患者を含む

長期入院対象患者一覧表	ORCBG005		長期入院対象患者の一覧表を出力する （基準日までの入院通算日数を求める）
パラメータ1	基準日	YMD	基準日（必須）
パラメータ2	処理区分	PSN1	処理区分（必須） 0：基準日時点で入院している患者　（基準日に退院した患者も含む） 1：基準日時点で入院している患者　（基準日に退院した患者を含む）及び、基準日と同一月で基準日までに退院した患者を含む

高額日計表（診療内容参考資料）	ORCBG009		診療内容参考資料を出力する
パラメータ1	診療年月	YM	診療年月（必須）
パラメータ2	処理区分	KBN	処理区分（必須） 1：点数指定 2：患者指定

Copyright(C)2007JMARI

パラメータ3	検索内容	NAIYO	検索内容（必須） 点数指定の場合：点数を入力 患者指定の場合：患者番号を入力

入院会計一括作成	ORCBCRENYUACCT		入院会計を一括作成
パラメータ1	処理年月	YM	処理年月（診療年月）（必須）

各統計帳票の出力方法は、【3.6　月次統計】を参照してください。

Copyright(C)2007JMARI

社保・国保の各決定通知書や公費負担医療の請求書を出力するためには以下の設定・登録を行います。

（1）管理コードのコンボボックスより「3004　県単独事業情報」を選択します。

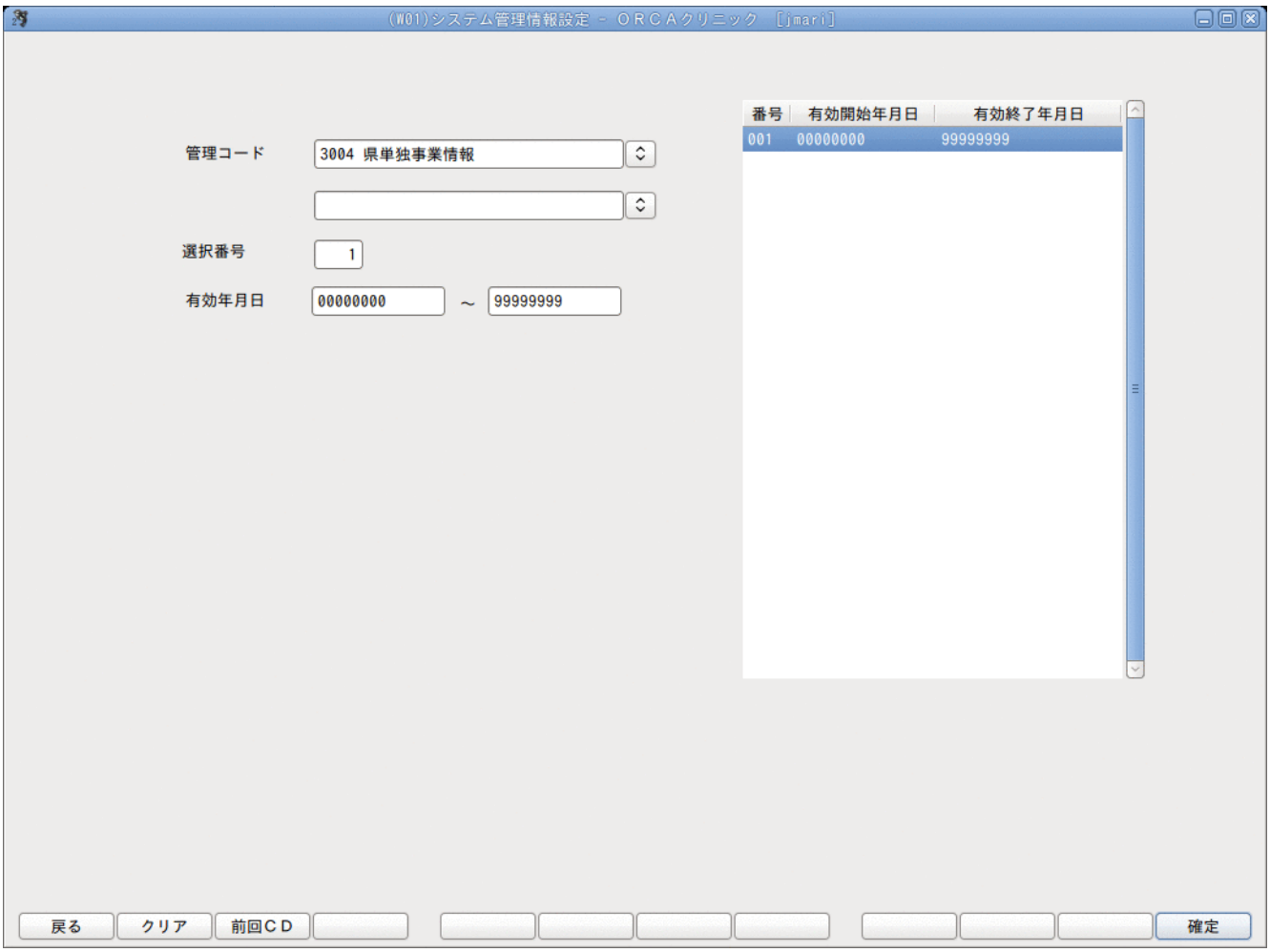


図 1363

（2）シェル名及び処理名称の入力をします。
下記の画面で表示されているシェル名と処理名称は1例です。
日レセへの組み込みが行われている県単モジュール名を入力してください。

モジュール作成規約は地方公費プログラムについてを参照してください。

（3）処理の対象とする箇所の番号を選択しクリックします。

1. 総括・社保	社保の総括表を作成印刷した後に処理を行います。
2. 総括・国保	国保の総括表を作成印刷した後に処理を行います。
3. 公費請求書	公費負担医療の請求書の作成印刷処理を行います。
4. 総括・広域連合	広域連合の総括表を作成印刷した後に処理を行います。

Copyright(C)2007JMARI

（4）プリンタ名を設定する

帳票毎に出力先プリンタの設定ができます。

空白の場合には「101　システム管理マスタ」－「1031　出力先プリンタ割り当て情報」の設定により出力されます。

（5）地方公費請求書のパラメータ種別を設定する

処理対象「3」の公費請求書について、パラメータ種別を設定すると、公費分のみ請求書の個別発行ができます。提供されている地方公費対応プログラムを使用する場合、提供された資料の県単独事業設定のパラメータ種別を参考に設定します。（パラメータ種別の無い場合は空白を設定）

提供されている地方公費以外を使用する場合、そのプログラムに該当するパラメータ種別を設定します。

0　なし	公費個別発行を指定無しで行います。
1　保険者番号	公費個別発行時に保険者の指定ができるようになります。
2　患者番号	公費個別発行時に患者の指定ができるようになります。
空白の場合	公費個別発行はできません。

※処理対象「3」以外の場合は設定できません。

（6）標準総括表印刷指示を設定する

標準提供の総括表作成プログラムでの印刷の有無を、標準総括表印刷指示欄よりクリックをして選択します。（初期設定は社保、国保とも「有」（＝標準提供の総括表を印刷する）となっています）。「無」を選択したときは標準総括表の印刷は行いません。

カスタマイズされた総括表を設定した場合で、標準総括表が不要な場合は、標準総括表印刷指示欄は「無」とします。

【設定例】

図 1364

Copyright(C)2007JMARI

＜レセ電国保／レセ電広域連合＞

平成20年4月の改正により、「レセ電総括表・国保」の様式が削除されたため、平成20年4月以降診療分につては出力を行いません。「レセ電総括表・広域」についても現在は様式が存在しないため使用しません。

国保または広域連合に対してレセプト電算処理システム用の総括が必要な場合は「有」にチェックします。

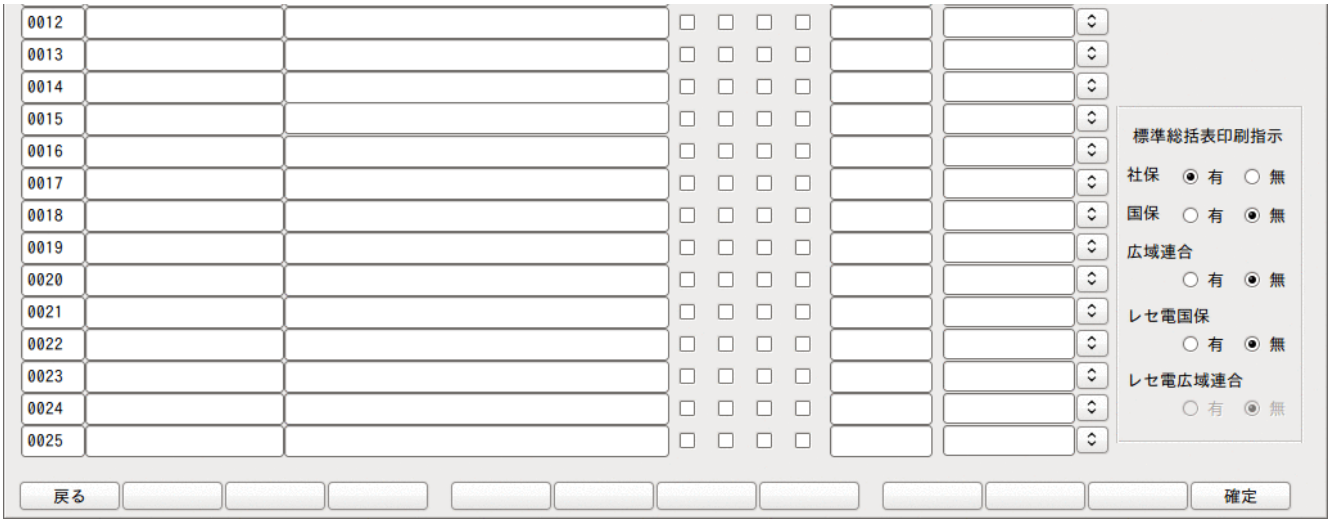


図 1365

（7）「確定」(F12)を押下すると確認メッセージが表示します。

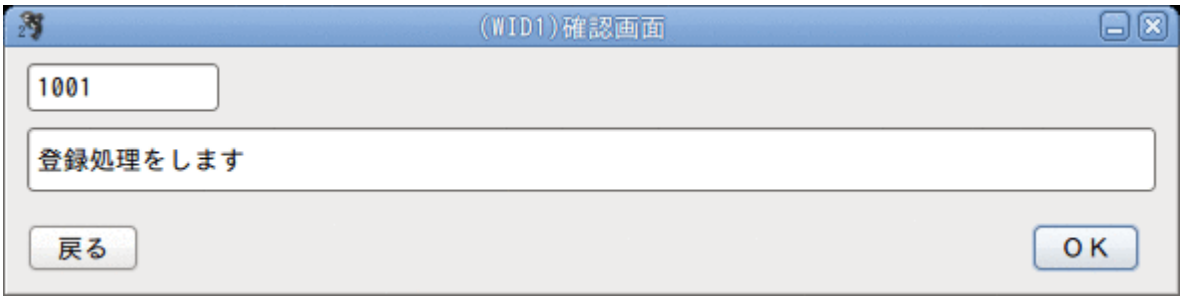


図 1366

「OK」で登録します。

項目の説明

シェル名	ジョブを実行するシェルを入力します。
処理名称	処理名称の入力をします。 尚、この処理名称とは「総括表・公費請求書作成画面」で「処理結果」を押下した際に処理結果画面に表示する名称です。
プリンタ名	出力先プリンタ名を設定します。 「101　システム管理マスタ」－「1031　出力先プリンタ割り当て情報」より優先され、設定されていない場合は、1031で設定したプリンタより出力します。
パラメータ種別	公費個別作成を行う場合設定します。
標準総括表印刷指示	社保、国保別に標準提供の総括表で印刷をするかを指定します。 「無」（＝印刷しない）が選択されているときは、カスタマイズされた総括表の登録が無い場合も標準総括表の印刷処理は行いません。 レセ電国保用総括を印刷するかを指定します。

管理コードのコンボボックスより「4001　労災自賠医療機関情報」を選択します。

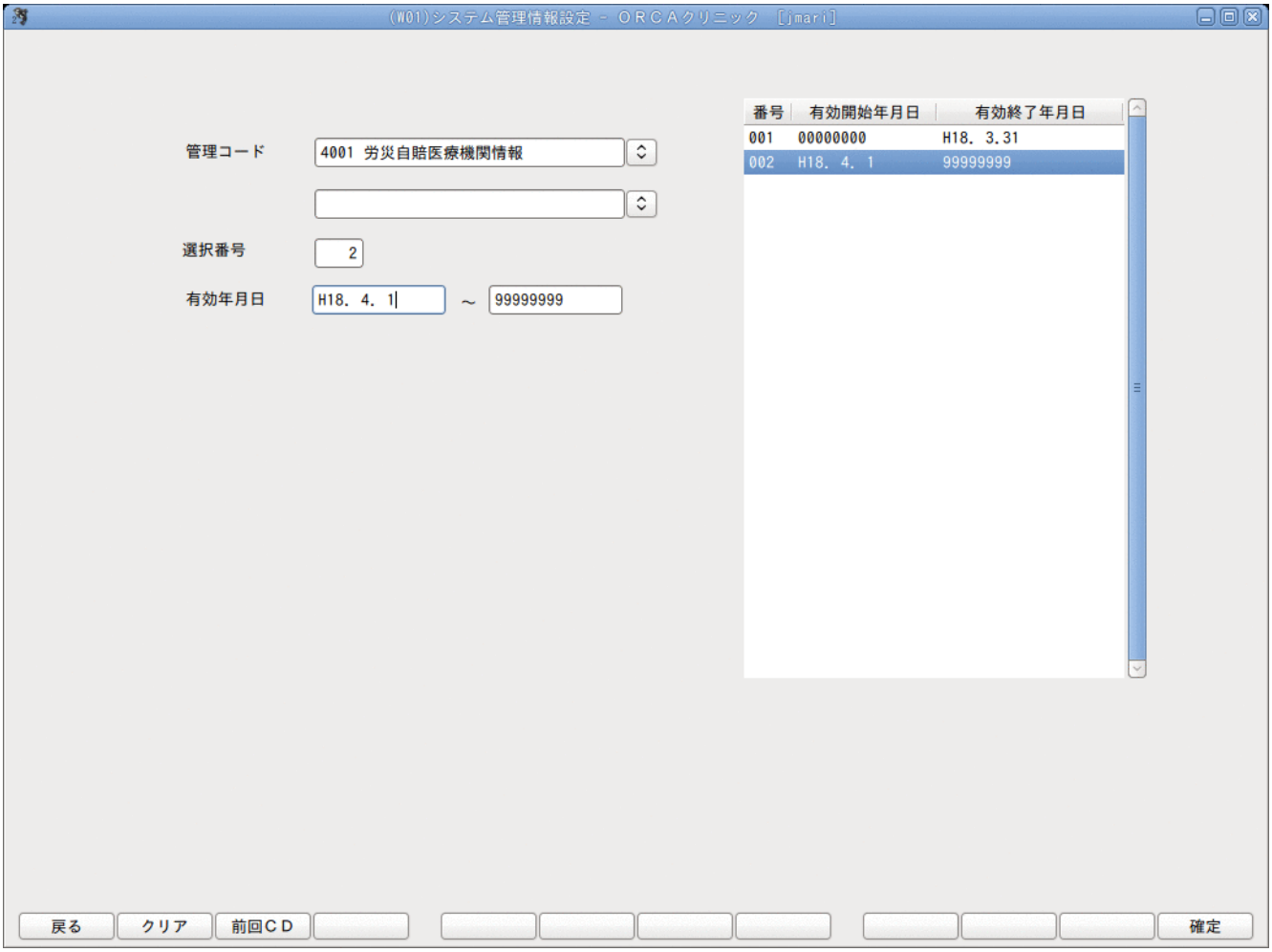


図 1367

「確定」(F12)を押下します。

Copyright(C)2007JMARI

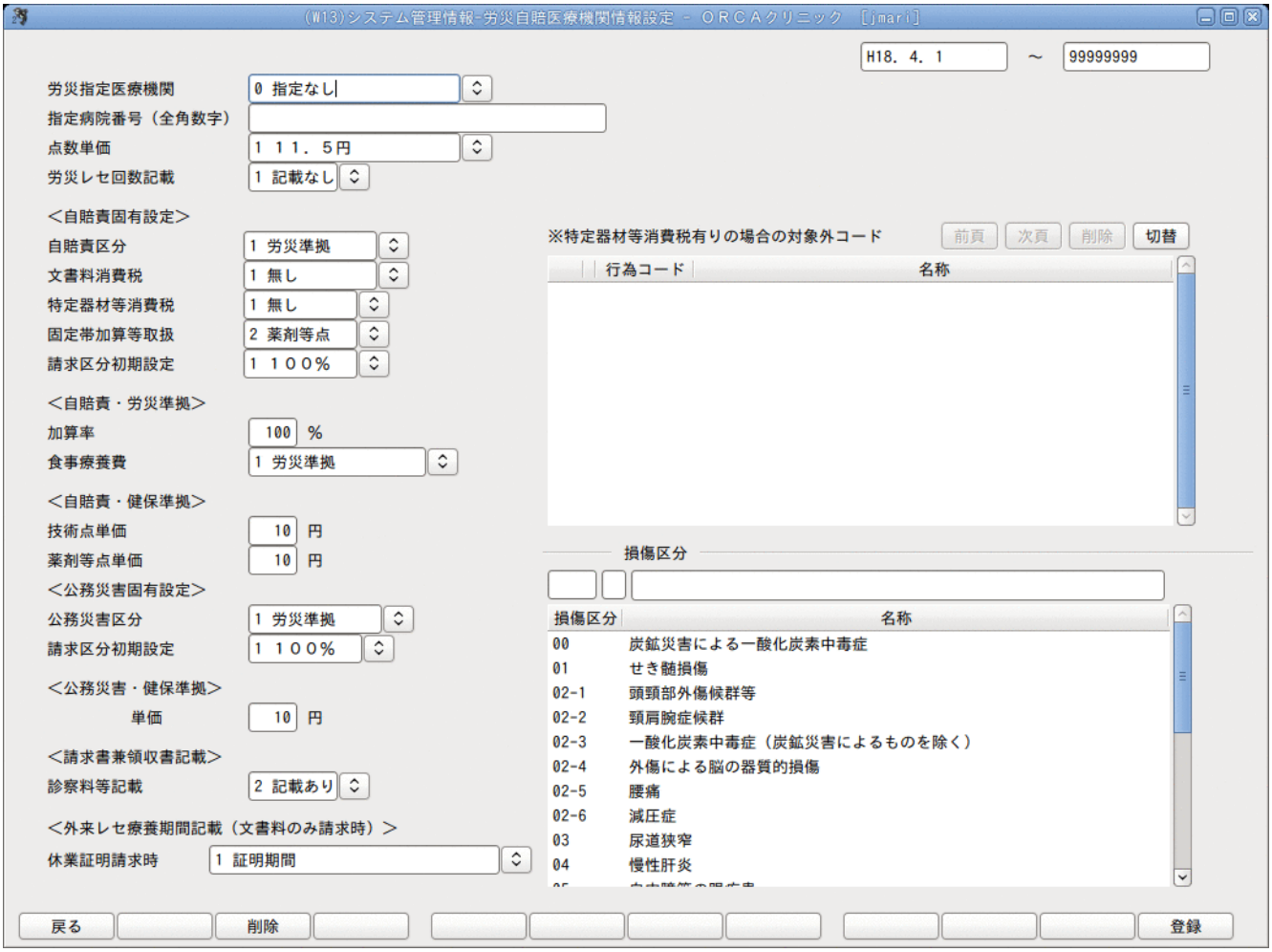


図 1368

＜労災設定項目＞

労災指定医療機関	コンボボックスより選択します。 0　指定なし 1　指定あり 非労災指定病院が「0　指定なし」を選択した場合、「1　指定あり」とした場合と同様に労災の点数単価をもちまわります。 会計は、「0　指定なし」の場合は患者負担割合100%で計算を行い、「1　指定あり」の場合は患者負担割合0%で計算を行います。なお、自賠責保険の患者窓口負担は患者登録の労災自賠保険入力画面にある自賠責請求区分で設定を行ってください。
指定病院番号	労災の指定病院等の番号を全角入力します。労災指定医療機関を「1　指定あり」とした場合は、必須入力となります。
点数単価	コンボボックスより選択します。労災保険、自賠責保険共に必須入力項目です。なお、自賠責保険は労災保険に準拠します。 「1　11.5円」 国公立等の非課税医療機関では1点11円50銭となります。 「2　12円」 課税医療機関では1点12円となります。
労災レセ回数記載	労災レセプトへ請求回数の記載設定を行います 1　記載なし（初期設定） 2　記載あり

＜自賠責固有設定＞

自賠責区分	自賠責の計算を労災準拠、健保準拠から選択できます。 1　労災準拠 2　健保準拠 ※「2　健保準拠」はH18.4.1以降診療分から対応します。 「101　システム管理マスタ」－「4001　労災自賠医療機関情報」の有効年月日を「00000000」～「99999999」の場合には設定できません。必ずH18.4.1以降の開始日で期間を区切ってください。
文書料消費税	自賠責保険の文書料について、消費税の有無をコンボボックスより選択します。 1　無し 2　有り 「2　有り」とした場合は消費税計算を行います。 ただし、消費税計算を行う対象は"095910001"～"095919999"の診断書料コード、"095920001"～"095929999"の明細書のコードのみとします。
特定器材等消費税	1　無し 2　有り 自賠責保険での"09593"で始まる診療コードについて消費税の設定を行います。 「1　無し」とした場合は消費税を計算しません。 「2　有り」とした場合は消費税を計算します。 ※1　また「2　有り」とした場合で特定のコードのみ消費税計算をしない設定もできます。既に点数マスター金額欄にて消費税相当分を加えて登録してある場合は、※2＜特定器材に消費税を設定する注意点＞を参照してください。
固定帯加算等取扱	1　技術点 2　薬剤等点 診療行為コード "140037490　腰部固定帯加算" "140040110　胸部固定帯加算" "150266970　創外固定器使用加算" について、レセプト回数・点数欄の手技点数か薬剤等点数かを設定します。
請求区分初期設定	患者登録画面に初期表示する区分を設定します。

＜自賠責・労災準拠＞

加算率	自賠責保険の設定を行う場合に加算割合を入力します。
食事療養費	1　労災準拠 2　労災準拠×1.2 どちらかを選択します。

＜自賠責・健保準拠＞

技術点単価	手技点数、加算点数の単価を設定します。
薬剤等点単価	薬剤料、器材料の単価を設定します。

（健保準拠の注意点）

- 自賠責健保準拠のレセプトは従来様式のみとします。
- （新様式を選択した場合はエラー表示します）
- 算定ルールは健保に従います。
- 技術点単価と薬剤等点単価が違う場合はレセプト摘要欄にコメントを自動記載します。
  ＊薬剤等（1点単価　〇〇円）

＜公務災害固有設定＞

公務災害区分	公務災害の計算を労災準拠、健保準拠から選択できます。 1　労災準拠 2　健保準拠
請求区分初期設定	患者登録画面に初期表示する区分を設定します。

＜公務災害・健保準拠＞

単価	公務災害区分が健保準拠の場合に1点単価を設定します。

＜請求書兼領収書記載＞

診察料等記載	1. 記載なし 2. 記載あり 請求書兼領収書に初診料等の円建て項目の記載をします。 保険分負担金額欄へ記載します。 標準提供の請求書兼領収書に対応します。 労災保険は患者請求の発生する労災指定医療機関の「指定なし」の場合、自賠責は自賠責請求区分が「患者請求する（100%）」の場合に請求書兼領収書への金額記載をすることになります。

＜外来レセ療養期間記載（文書料のみ請求時）＞

労災終了後に休業補償証明書のみを請求する場合、労災レセプトの療養期間の記載方法を設定します。

1. 証明期間
2. 最終日～最終日（発行日～発行日）

「1.証明期間」の場合の患者登録～診療行為入力まで

患者登録

新たに労災保険を追加登録します。
労災保険入力画面の療養開始日に証明期間開始日、療養終了日に休業補償を入力する日を登録します。

診療行為入力

休業補償を入力します。必ずコメントも入力し証明期間を入力します。
101130030　　休業補償
840800001 aa bb cc dd　証明期間　aa月bb日からcc月dd日

レセプトへの記載

療養期間の開始日・・・患者登録の療養開始日
療養期間の終了日・・・診療行為入力したコメントの終了日（cc月dd日）

例）患者登録　療養期間　H21年5月1日～H21年6月5日
　　診療行為　H21年6月5日入力
　　″101130030　休業補償″
　　″840800001　証明期間　5月1日から5月31日″

【H21年6月分レセプト】

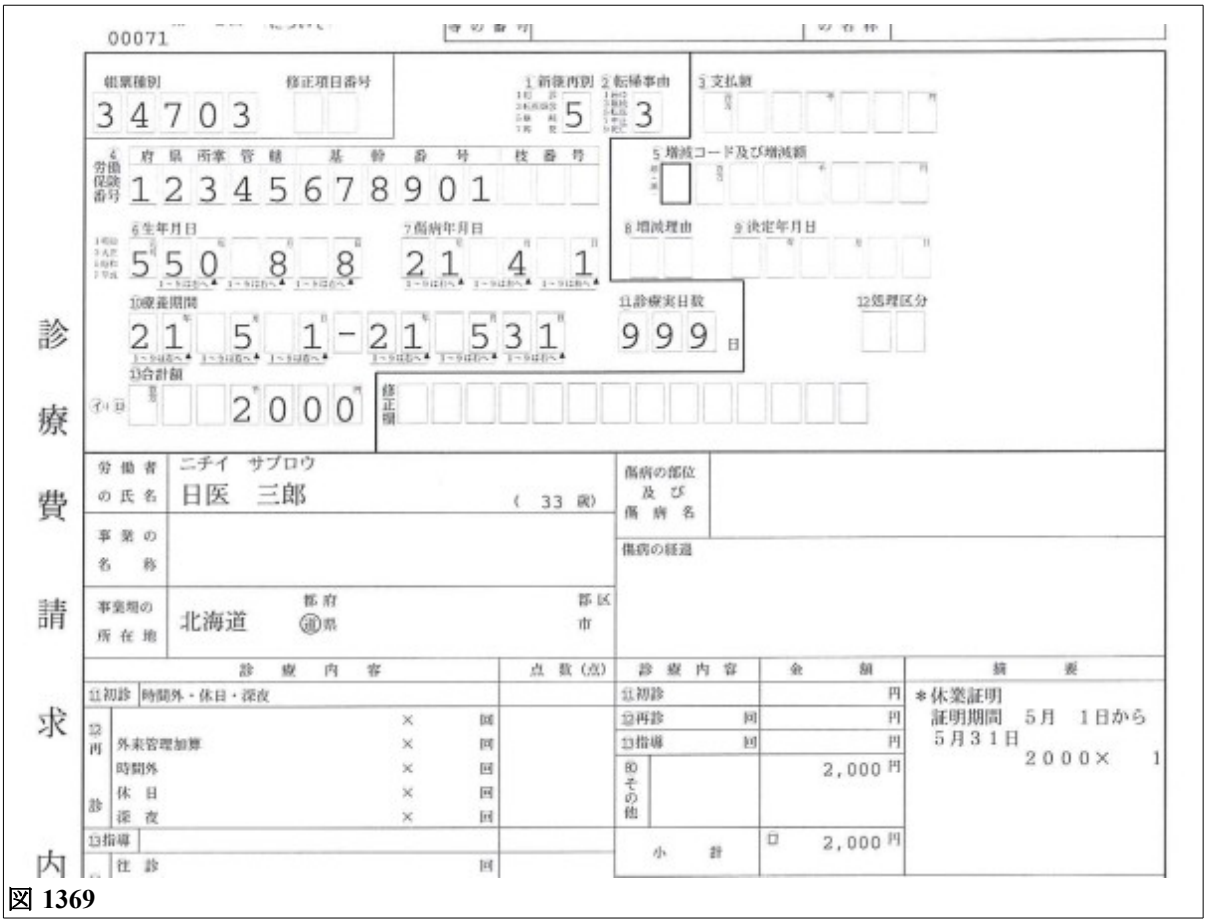


図 **1369**

2.「最終日～最終日（発行日）～（発行日）」の場合の患者登録～診療行為入力まで

患者登録

新たに労災保険を追加登録します。

労災保険入力画面の療養開始日に最終日（発行日）、療養終了日に休業補償を入力する日を登録します。

診療行為入力

休業補償を入力します。必ずコメントも入力し証明期間を入力します。

101130030　　休業補償

840800001 aa bb cc dd　証明期間　aa月bb日からcc月dd日

レセプトへの記載

療養期間の開始日・・・患者登録の療養開始日

療養期間の終了日・・・患者登録の療養開始日

【H21年6月分レセプト】

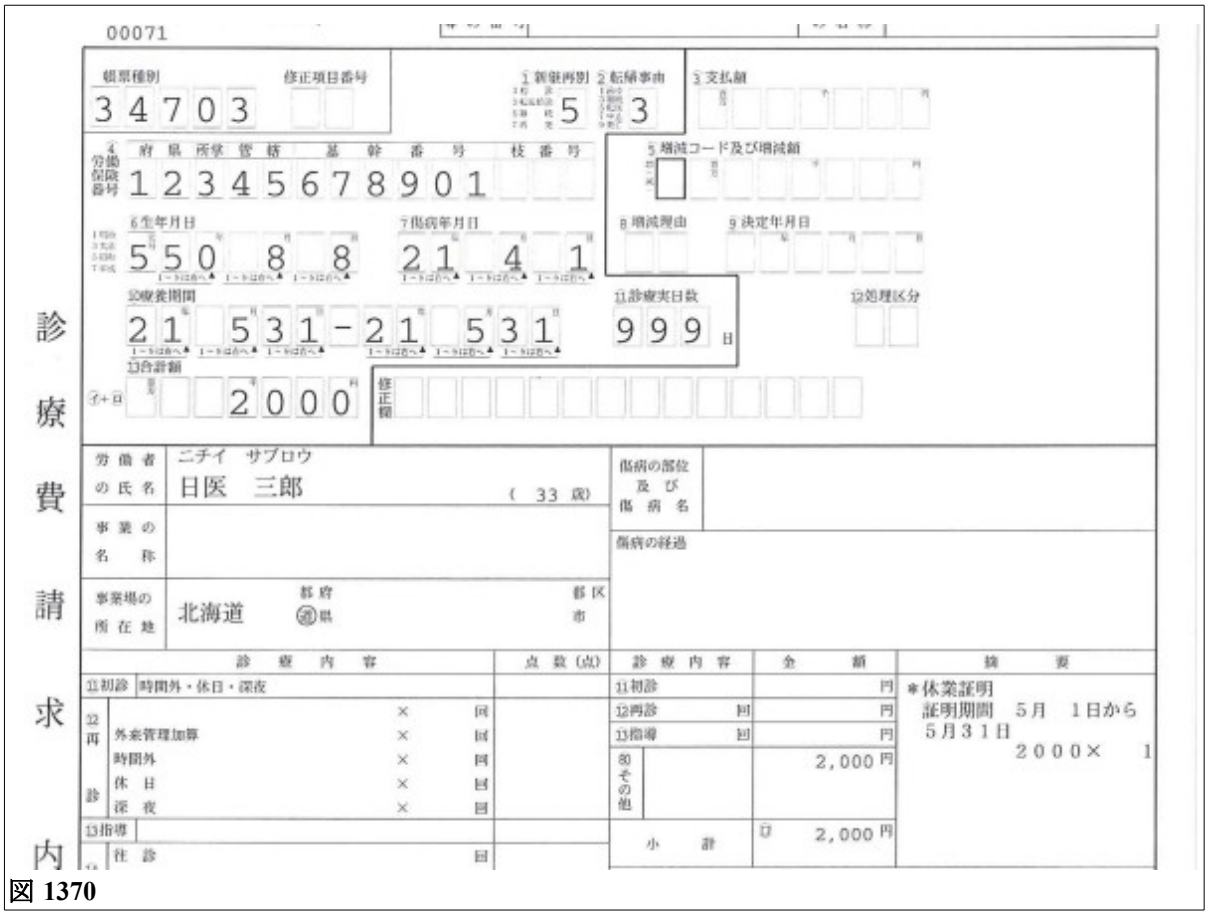


図 1370

＜※1　アフターケア損傷区分について＞

アフターケアの損傷区分が平成19年7月1日より変更になっています。

日レセでは平成20年4月1日以降対応いたします。新区分コードに変更するには「101　システム管理マスタ」－「4001　労災自賠医療機関情報」を平成20年3月31日で区切り、新たに4月1日以降の区分を作成する必要があります。

1. 現在の有効期限を平成20年3月31日で区切り「確定」(F12)を押下します。
2. そのまま「登録」(F12)を押下し有効期限を区切ります。

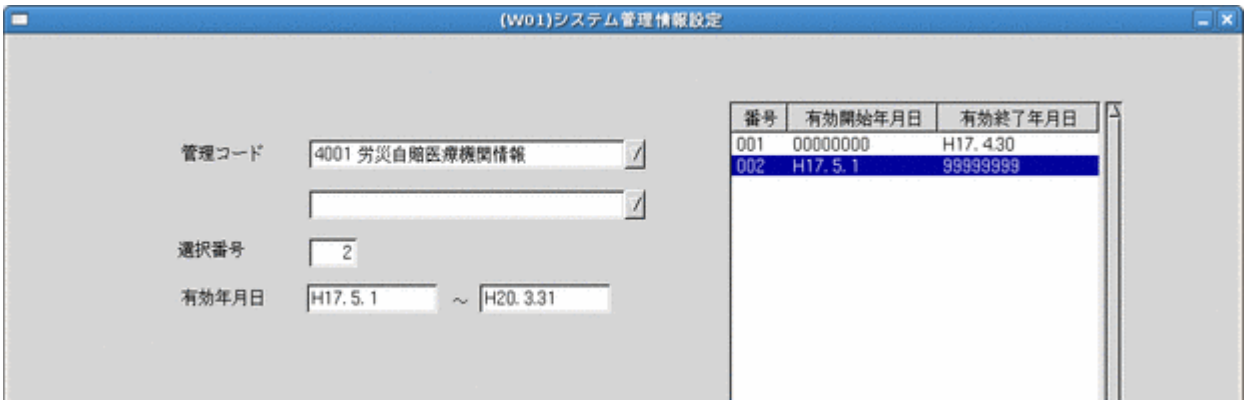


図 1371

2. 「101　システム管理マスタ」－「4001　労災自賠医療機関情報」を再度表示し、
3. 新に有効期限を平成20年4月1日～「9999999」として作成します。

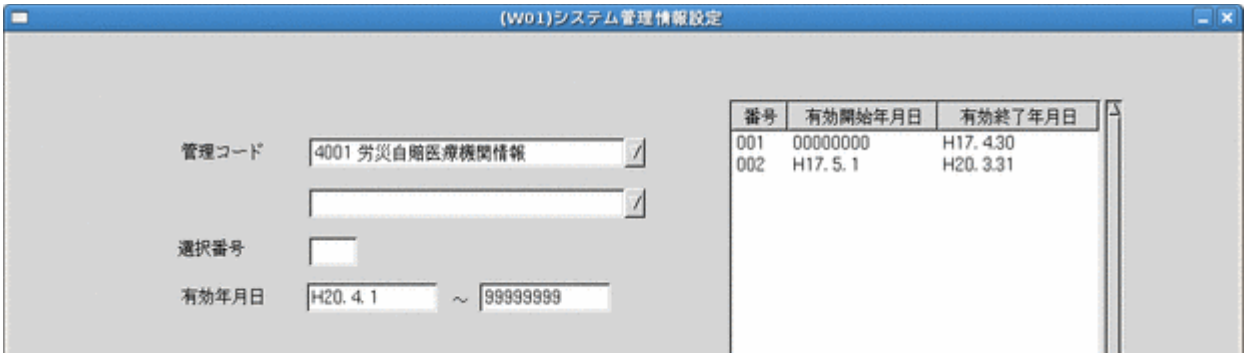


図 1372

平成20年4月1日より損傷区分が更新されていることを確認してください。

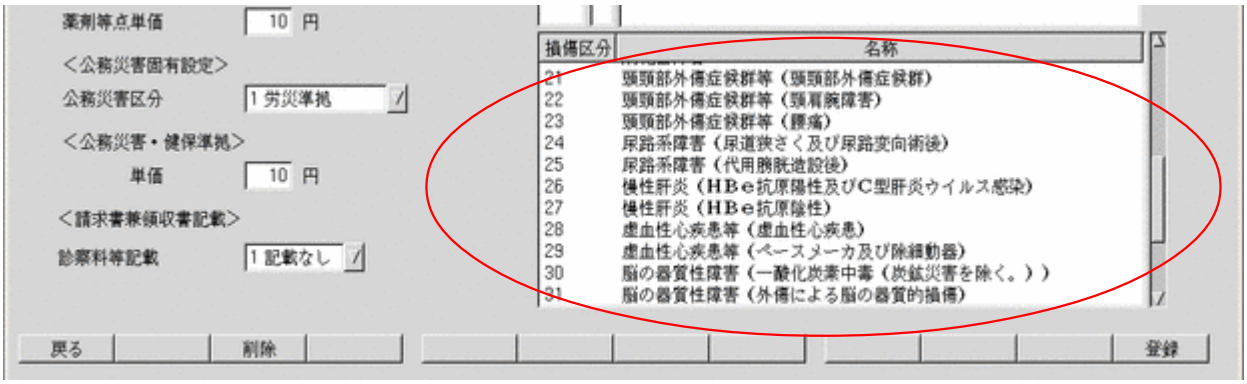


図 1373

＜※2　特定器材等消費税について＞

特定器材等消費税設定を「2　有り」とした場合、特定器材全てが消費税対象になりますが、診療行為コードを特定して消費税の対象外の設定ができます。
特定器材等消費税の設定を「2　有り」にします。

図 1374

「切替」押下します。
自賠責特定器材の対象コードを全て表示します。

図 1375

消費税の対象外にしたい診療行為コードを選択します。
選択されたコードに「＊」マークが表示されます。

図 1376

再度、「切替」を押下し、「消費税有りの場合の対象外コード」を表示します。
この「※特定器材等消費税有りの場合の対象外コード」一覧の診療行為コードが消費税無しとなります。

図 1377

＜※3　特定器材に消費税を設定する注意点＞

「101　システム管理マスタ」－「4001　労災自賠責医療機関情報」のマスタの期間を新たに作る
特定器材等消費税を「有り」に設定し登録する。
点数マスタの特定器材等の登録に、消費税相当分を加えて金額設定している診療行為コードの期限を切って新たに消費税を加えない金額を設定し直す。（特定器材等の金額登録で消費税相当分を加えていない場合は、点数マスタを変更する必要はありません）

＜手順＞
自賠責保険の特定器材等のコードに消費税相当分を加えて使用していた場合で、H17年5月以降の診療分から「101 システム管理マスタ」－「4001の設定及び点数マスタの設定を変更する。

1.「101　システム管理マスタ」－「4001　労災自倍医療機関情報」の有効期限を区切りH17.5.1で作成する。

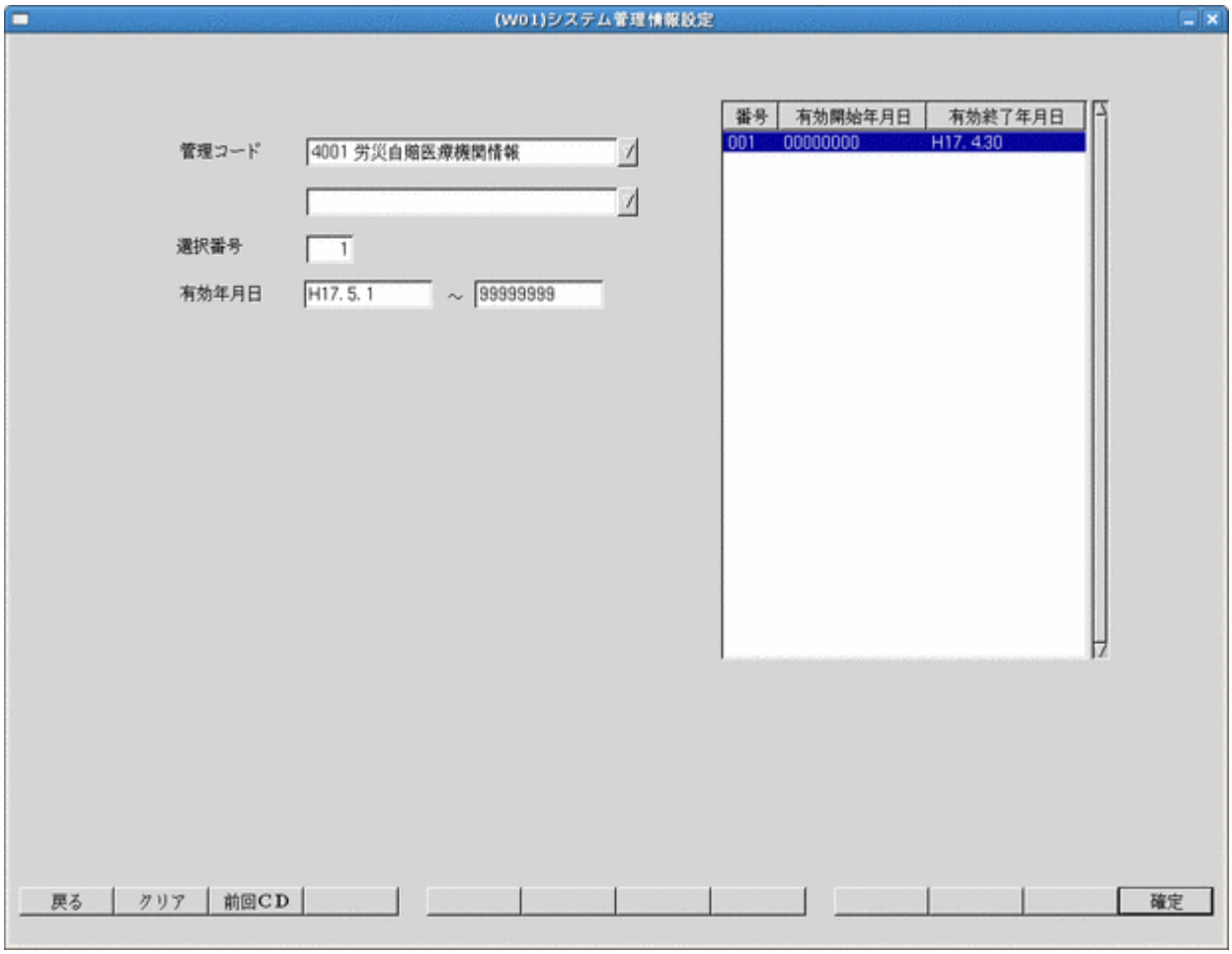


図 1378

2. 特定器材等消費税を「有り」に設定し、登録する。

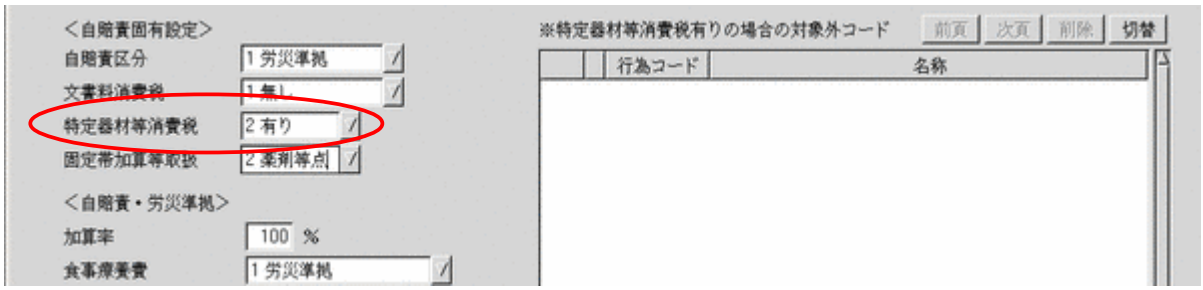


図 1379

Copyright(C)2007JMARI

3. 特定器材等診療コードの点数マスタの期限を切って、H17.5.1で作成します。

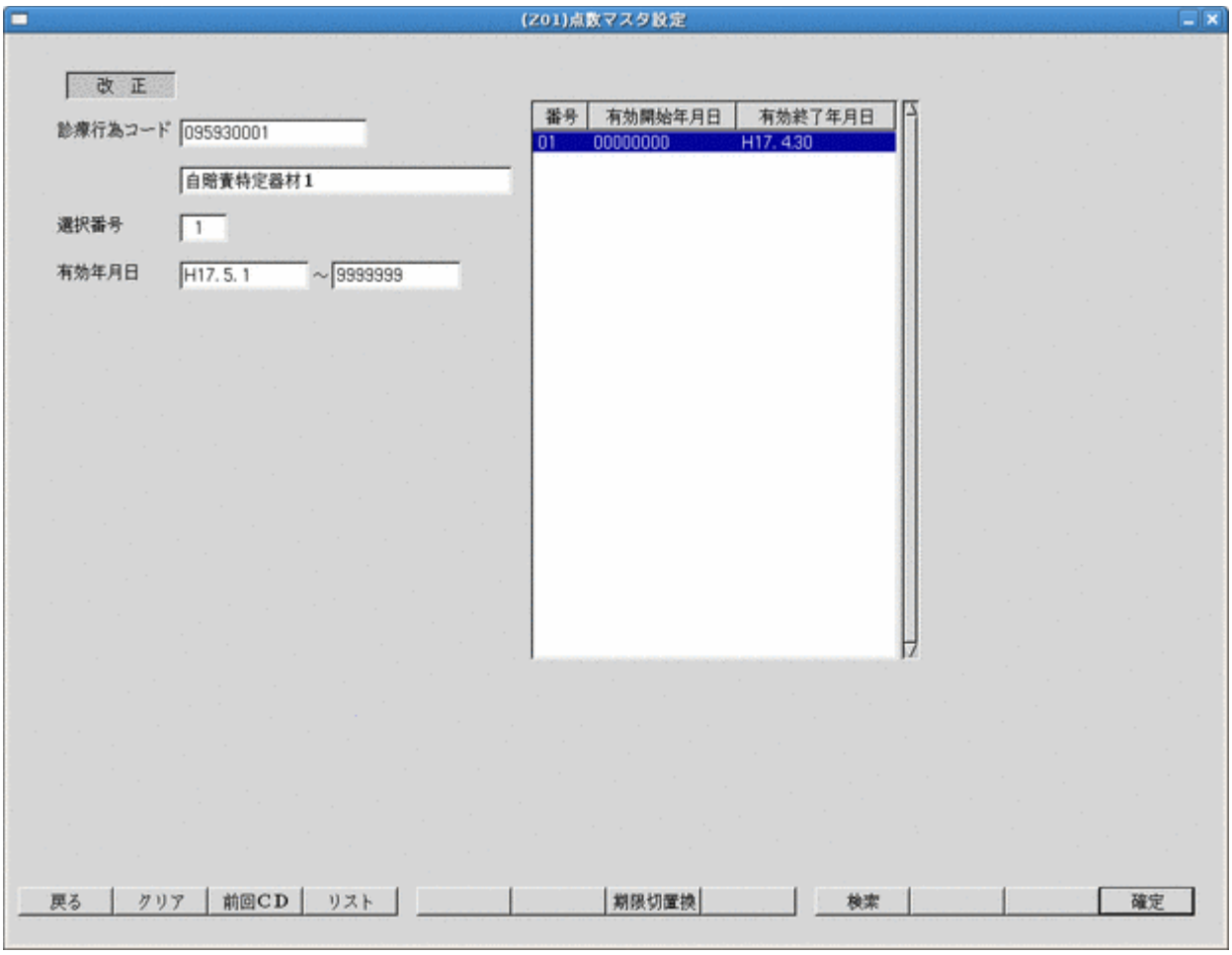


図 1380

（金額に消費税相当分を加えてあるコードのみ行います）

4. 金額欄に消費税を加えない金額に訂正します。

図 1381

↓

図 1382

H17.5.1以降は患者負担金計算の時点で消費税を計算します。

公害レセプトの地域設定を行います。
設定できるのは以下の通りです。

- 名古屋市
- 北九州市

管理コードのコンボボックスより「4100　公害医療機関情報」を選択します。

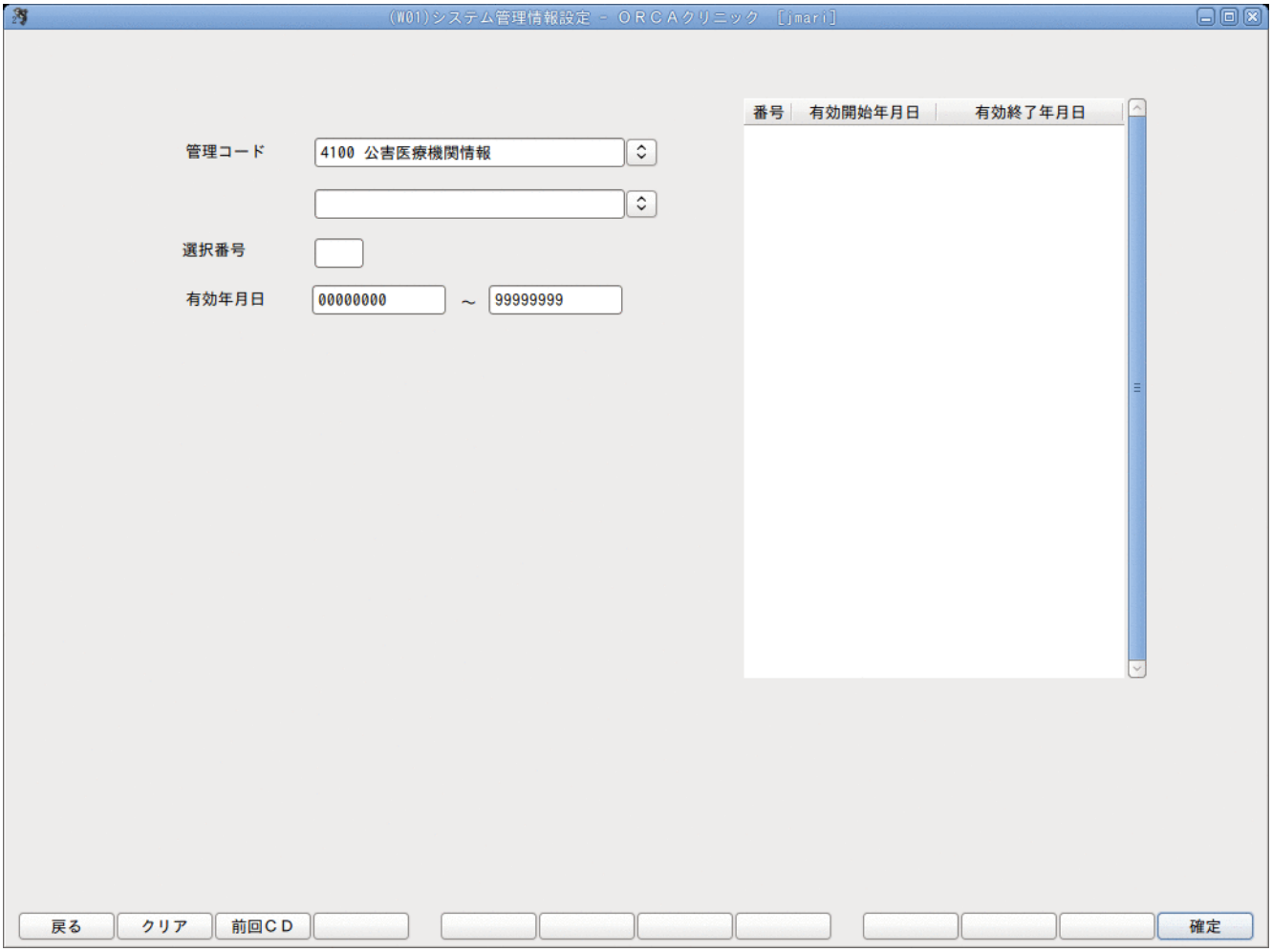


図 1383

地域の設定をします。

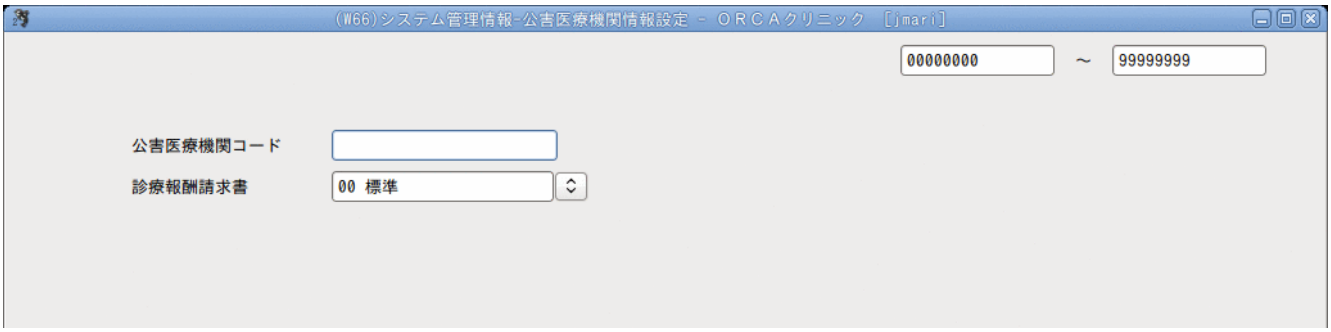


図 1384

公害医療機関コード	北九州市の場合は設定をしてください。
診療報酬請求書	00　標準 01　名古屋市 02　北九州市

Copyright(C)2007JMARI

8000　印刷情報削除設定

各業務の再印刷情報、オンライン再印刷情報のデータの保存期間を設定します。
保存期間を過ぎた印刷データは自動的に削除します。

（1）管理コードのコンボボックスより「8000　印刷情報削除設定」を選択します。

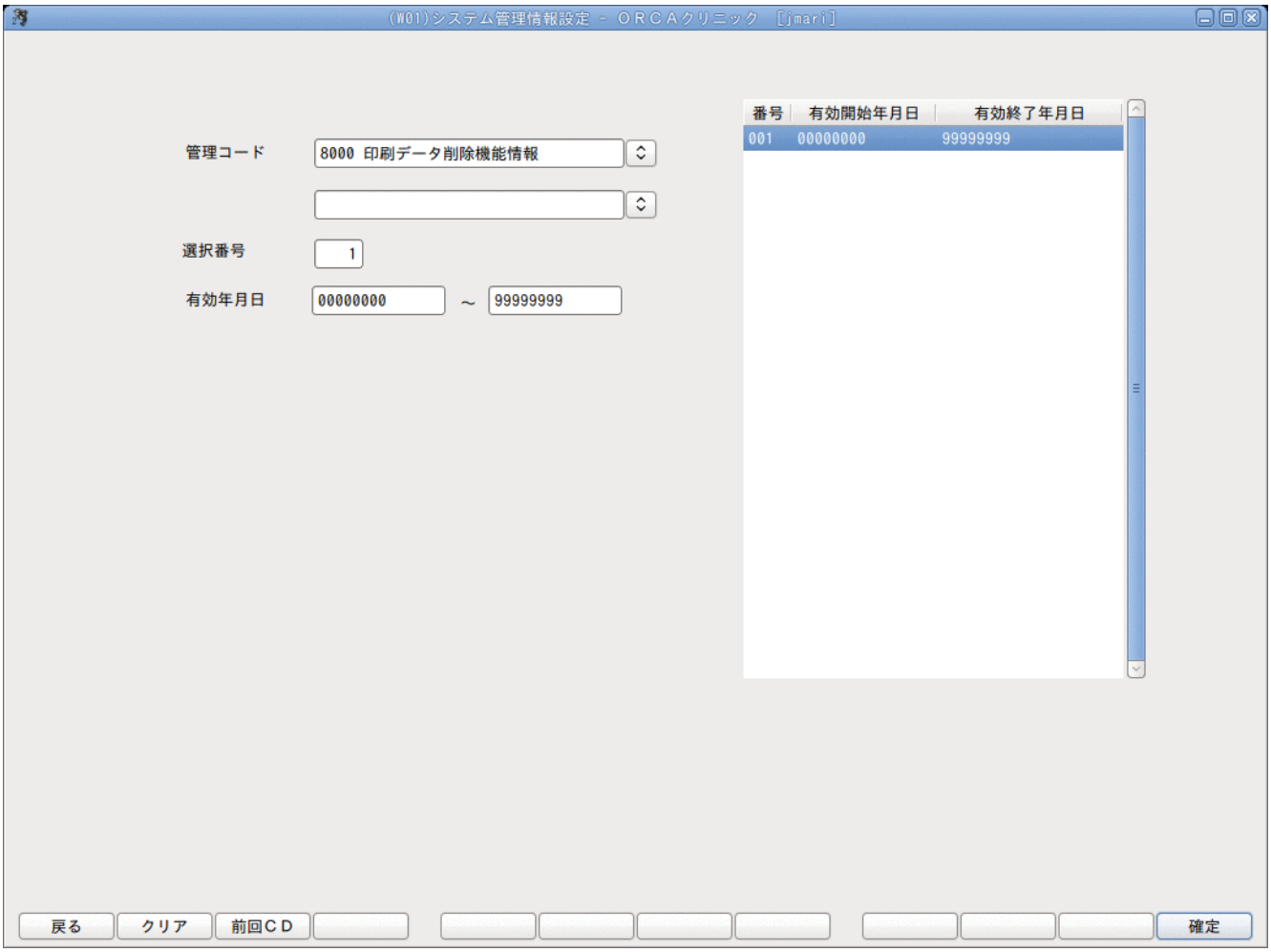


図 1385

Copyright(C)2007JMARI

（2）保存期間を設定します。

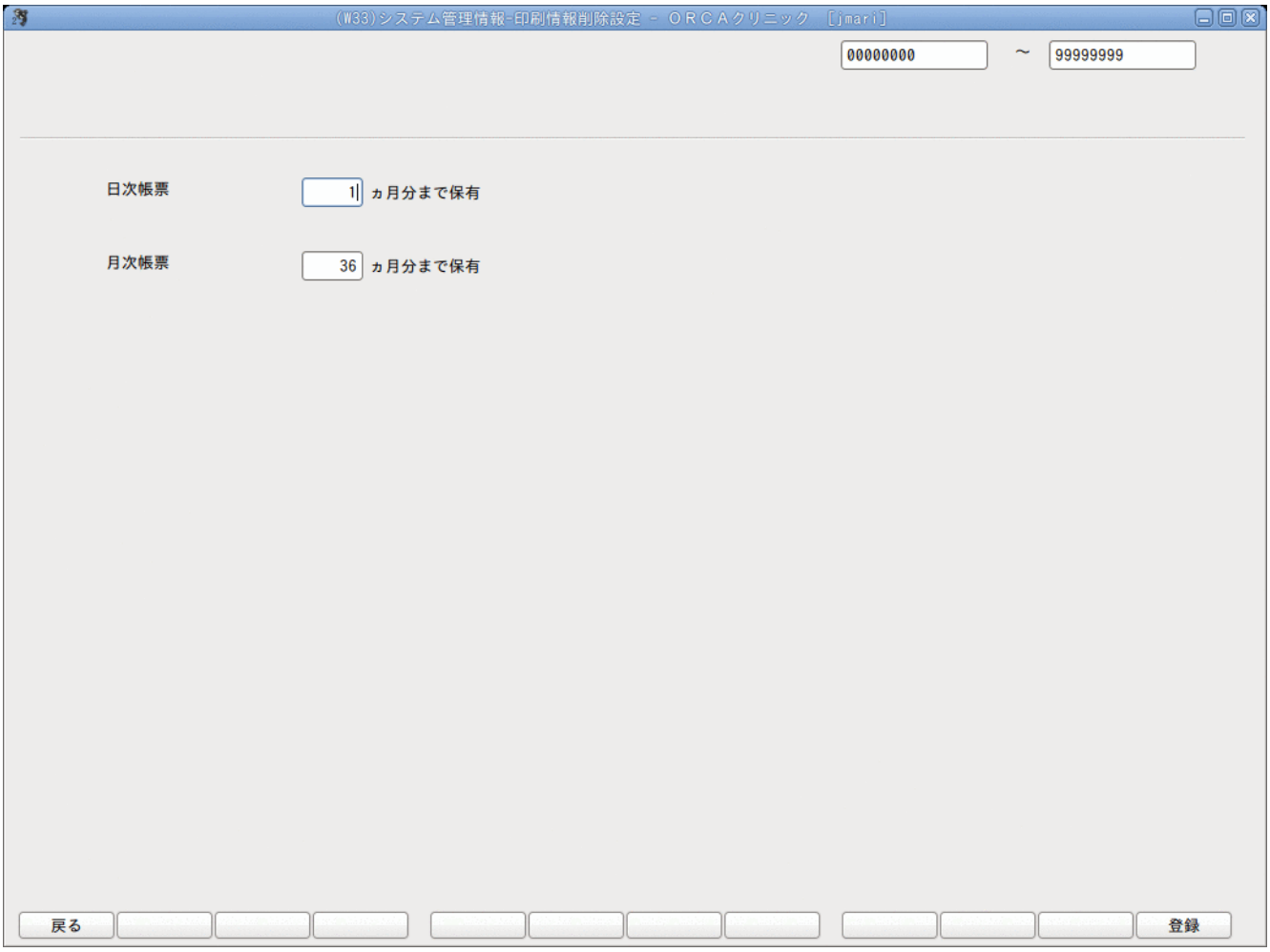


図 1386

ヒント！ 保存期間に「999」を設定すると削除処理を行いません。

＜削除を行うタイミング＞

メニュー画面「44　総括表・公費請求書」業務にて総括表を作成したタイミングで削除を行います。

＜対象印刷データ＞

日次帳票	月次帳票
◆オンライン再印刷データ 1. 診療行為（外来） 中途終了画面 処方せん(発行指示ボタン押下時)（QRコード無し） 薬剤情報(発行指示ボタン押下時) 請求確認画面 処方せん(登録ボタン押下時)（QRコード無し） 薬剤情報(登録ボタン押下時) 請求書兼領収書(登録ボタン押下時) 診療費明細書(登録ボタン押下時)	◆収納 再印刷データ ◆入院定期請求 再印刷データ ◆データチェック 再印刷データ ◆総括表・公費請求書 再印刷データ ◆月次統計

2. 診療行為（入院） 入院印刷指示画面 入院処方せん(発行指示ボタン押下時) 注射箋(発行指示ボタン押下時) 指示箋(発行指示ボタン押下時) 3. 収納 請求一覧画面 請求書兼領収書（再発行ボタン押下時）月別 請求書兼領収書（外来月別ボタン押下時） 請求確認画面（入院・外来） 請求書兼領収書（登録・請求書印刷ボタン押下時） 診療費明細書（登録・明細書印刷ボタン押下時） 一括入金画面 請求書兼領収書（登録ボタン押下時） 4. 入退院登録 請求確認画面 請求書兼領収書（登録タン押下時） 診療費明細書（登録タン押下時） 退院証明書（登録タン押下時） ◆日次統計 再印刷データ	再印刷データ ◆点数マスタリスト 再印刷データ ◆チェックマスタリスト 再印刷データ ◆薬剤情報マスタリスト 再印刷データ

（1）管理コードのコンボボックスより「9000　CLAIM接続情報」を選択します。

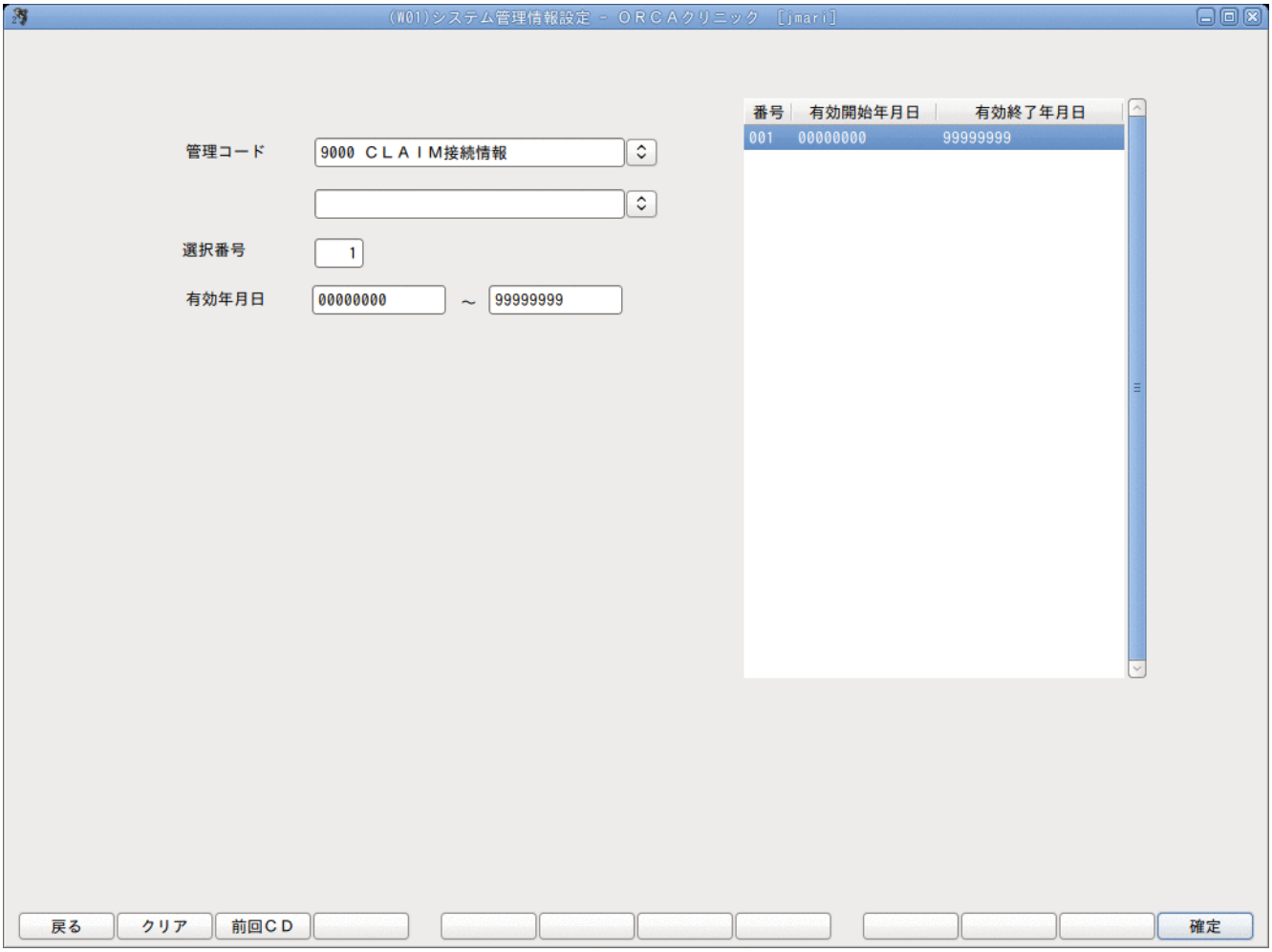


図 1387

Copyright(C)2007JMARI

（2）各項目の選択、及び入力を行います。

図 1388

（3）「登録」(F12)を押下すると、確認メッセージを表示します。

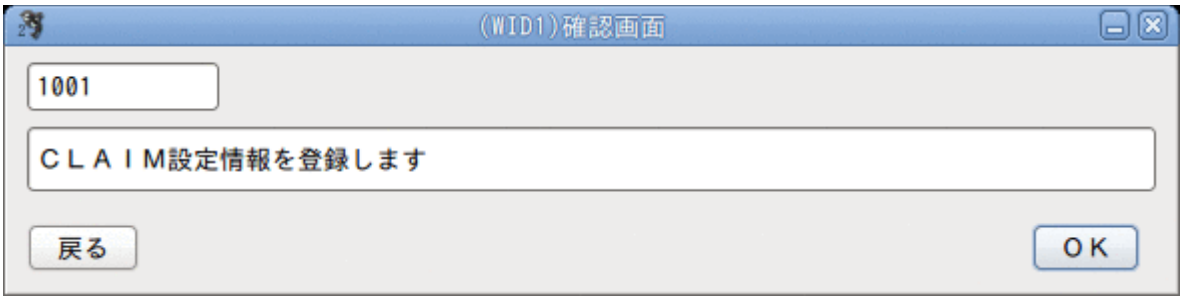


図 1389

（4）「OK」で登録をします。

項目の説明

CLAIM接続	電子カルテとの接続の有無をコンボボックスより選択します。
送信用コード	送信用インスタンスのコードをコンボボックスより選択します。
送信時ポップアップ表示	各処理での登録時に、CLAIM送信用ポップアップ画面を表示するか否かをそれぞれ設定します。 「有り」、とした場合には以下の各画面で登録時にポップアップ画面を表示します。 受付……11　受付画面 患者登録…患者登録画面の受付画面 診療行為…診療行為入力画面の請求確認画面
送信アドレス	送信先のIPアドレスを入力します。
ポート	受付・・・受付、または患者登録後、受付インスタンスを送信するポートを指定します。

	請求・・・診療行為登録後の点数金額インスタンスを送信するポートを指定します。
メモ	メモに使用します。画面例では、マシン設置場所を入力しています。 　各ポップアップ画面の備考欄に表示されます。
患者登録送信	「12　登録」処理で患者登録時に患者情報を送信するかどうかを設定します。
診療科レセ電送信	インスタンス内の診療科をレセ電用診療科で行うかどうかを設定します。
病名集約	複数診療科で同一病名を送信された場合、最初に送信された診療科に全てまとめるかどうかを設定します。
病名同期	複数診療科で同一病名が存在する場合、送信された病名を更新する際にその他の診療科の同一病名も更新するかどうかを設定します。
入院オーダー取り込み	http://www.orca.med.or.jp/receipt/tec/claim.html#2 の『入院オーダー取り込み（参考提供）』についてを参照してください。
複数ホスト送信	複数ホストに対し送信を行えます。 ※送信用文字コードは未対応です。 「有」とした場合かつ送信時ポップアップを「無」としている場合に送信アドレスに設定されている全てのホストへデータを送信します。ただし、受付画面での送信結果は先頭の送信アドレスに対してのみ行います。 受付業務、患者登録業務、診療行為業務（請求確認画面）において複数送信ができます。
再送（外来）受信	「有」に設定した場合、周辺システム（電子カルテ等）から送信されたデータの再取込みを行います。 再送されたデータを取り込む場合は、前回送信データが中途終了から展開されていない場合のみとします。（中途終了画面で〇が付いていない場合のみ） ※展開後対象データをキャンセルした場合は取り込みを行いますが、展開後再度中途終了したものは行いません。 再送データで置換する条件は患者番号、診療年月日、診療科、保険組合せが同一の場合のみとします。（これ以外は、別のデータとして取り込みます） ※ただし、同一患者で中途終了データに展開することなしに格納されたまま同日再診データを送信しても置換をします。 前回データが展開中、会計終了の場合は、現行通りとします。(展開中の場合は、再送したデータは捨てられ、会計終了後は同日再診として取り扱います)
外来診察料展開	CLAIMからの診療データ展開時の設定をします。 「0　標準変換（再診料のみ）」 　claim:bundle内の再診料を算定できる診察料＋加算に変換して展開します。初診料は設定の通りに展開します。 「1　診察料変換　」 　claim:bundle内の診察料を算定できる診察料＋加算に変換して展開します。

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	遷移元の画面に戻ります。
前頁	F6	送信アドレスは最大20件まで登録ができるため、10件以上登録がある場合に表示の切り替えを行います。
次頁	F7	送信アドレスは最大20件まで登録ができるため、10件以上登録がある場合に表示の切り替えを行います。
登録	F12	設定内容の登録を行います。

（5）CLAIM接続を「する」・ ポップアップ表示を「有り」と設定登録した場合、各処理の登録時に以下の画面を表示します。

図 1390

項目の説明

送信コード	送信用のコードをコンボボックスより選択します。
選択番号	送信先のIPアドレスを指定します。

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	遷移元の画面に戻ります。
登録のみ	F11	CLAIMインスタンスの送信は行わず、登録のみを行います。
登録	F12	インスタンスの送信及び登録処理を行います。

（6）CLAIMインスタンス受信サーバの起動について

日レセインストール時の指示にしたがって設定をしてください。

データベースの自動バックアップ、自動マスタ更新が行えます。

管理コードのコンボボックスより「9600　CRON設定情報」を選択し、「確定」(F12)を押下します。

図 1391

CRON設定情報画面へ遷移します。

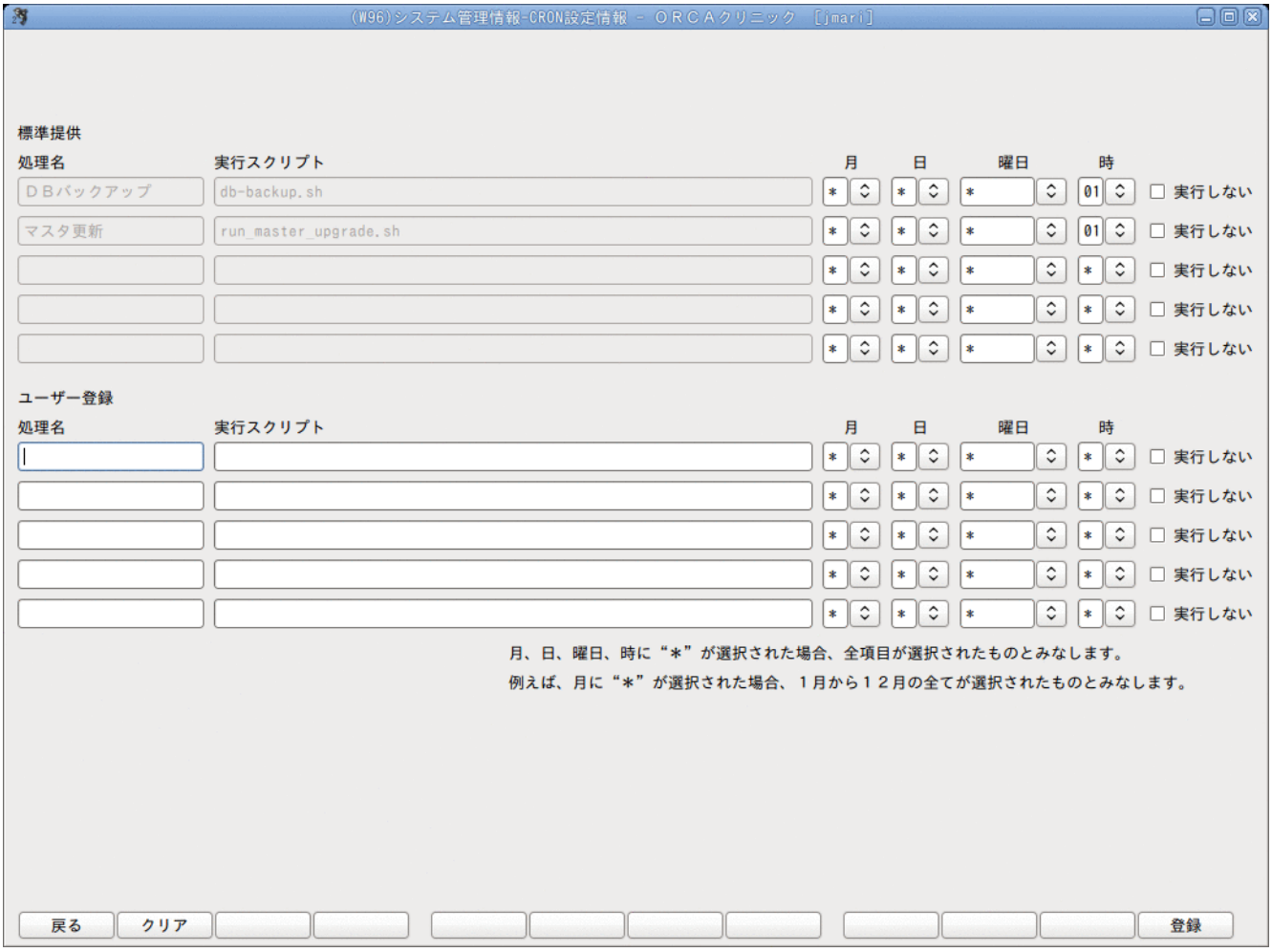


図 1392

＜標準提供＞
現在DBのバックアップ処理とマスタ更新処理を標準提供しています。

自動処理を行うには、月、日、曜日、時間を設定しチェックボックスをクリックし、「実行する」にします。

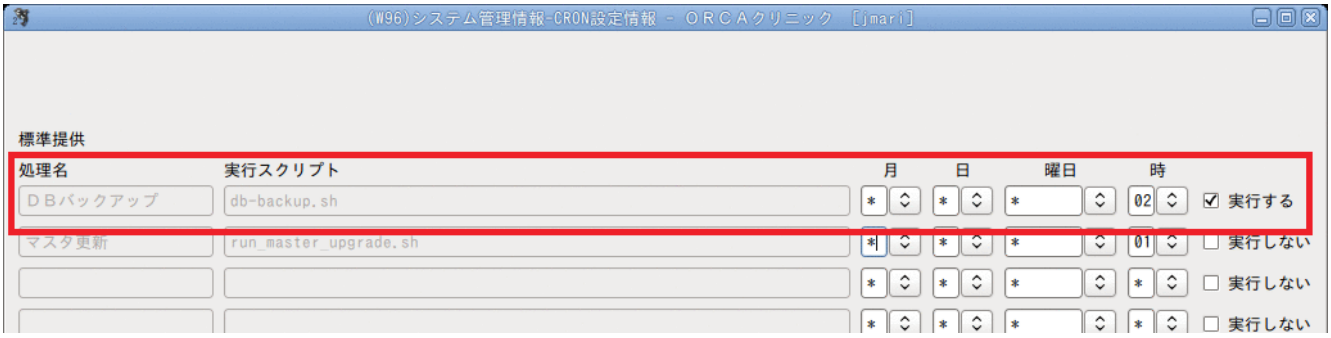


図 1393

「登録」(F12)を押下し登録します。

注意！
「*」はその項目の全てを設定することになります。
月に「*」を設定すると「1月～12月まで全て実行」となります。

ポイント！
DBのバックアップは /var/lib/jma-receipt/dbbackup/以下に取ります。
標準では過去6つのDBのバックアップを取りますが、これは環境設定ファイルの環境変数(/etc/jma-receipt/jma-receipt.conf)で変更できます。ダンプの容量やHDDの空き容量の関係がありますので標準のままを推奨します。

設定についての注意点！

DBバックアップについて

1.「101　システム管理マスタ」－「9600　CRON設定情報」の標準提供の部分から設定を行います。
2.DBのダンプは/var/lib/jma-receipt/dbbackup/以下に取ります。
3.標準では過去6つのDBのバックアップを取りますが、これは環境設定ファイルの環境変数(/etc/jma-receipt/jma-receipt.conf)で変更できます。ダンプの容量やHDDの空き容量の関係がありますので標準のままを推奨します。
4.標準提供のスクリプトは処理名の変更はできません。実行計画のみ変更できます。

ユーザ登録について

5.排他的で二重起動は許されないが、このスクリプト側で二重起動のチェックは行なわないため呼出側でこのことに留意する必要があります。標準の呼出側であるCron設定情報ではジョブを直列に処理するようになっているため問題にはなりません。
6.ユーザが動作させるスクリプトを設計する場合には主従どちら共で動かしても問題ないように設計してください。
7.入力された実行計画通りにスクリプトがorcaユーザの権限で実行されます。
8.実行計画の実行結果はスクリプト側で対処する必要があります。失敗した場合であってもこの画面から確認することはできません。

マスタ更新について

9.標準提供のスクリプトは処理名の変更はできません。実行計画のみ変更できます。
10.マスタ更新スクリプトは以下の条件下で動作します。
- •日レセが起動していること
- •主サーバであること（主サーバでの更新の結果が従サーバにリダイレクトされるため、従サーバではスクリプトよりマスタ更新の実行を行いません。従サーバか否かの判断はDBがリダイレクト先であるか否かより行います）。
- •マスタ更新処理が実行中でないこと

11.自動実行したマスタ更新処理の処理状況はマスタ更新画面から確認できるようにします。また、この画面より処理中止を行うこともできるようにします。
12.スクリプトは医療機関番号が「01」の医療機関のマスタについてのみ更新を行うものとします。（グループ診療は未対応です）。

注意！
ユーザプログラム起動情報は別に http://www.orca.med.or.jp/receipt/tec/#spec で資料を公開しています。
「ユーザプログラム起動のセットアップ」を参照してください。

管理コードのコンボボックスより「9700　ユーザプログラム起動情報」を選択します。

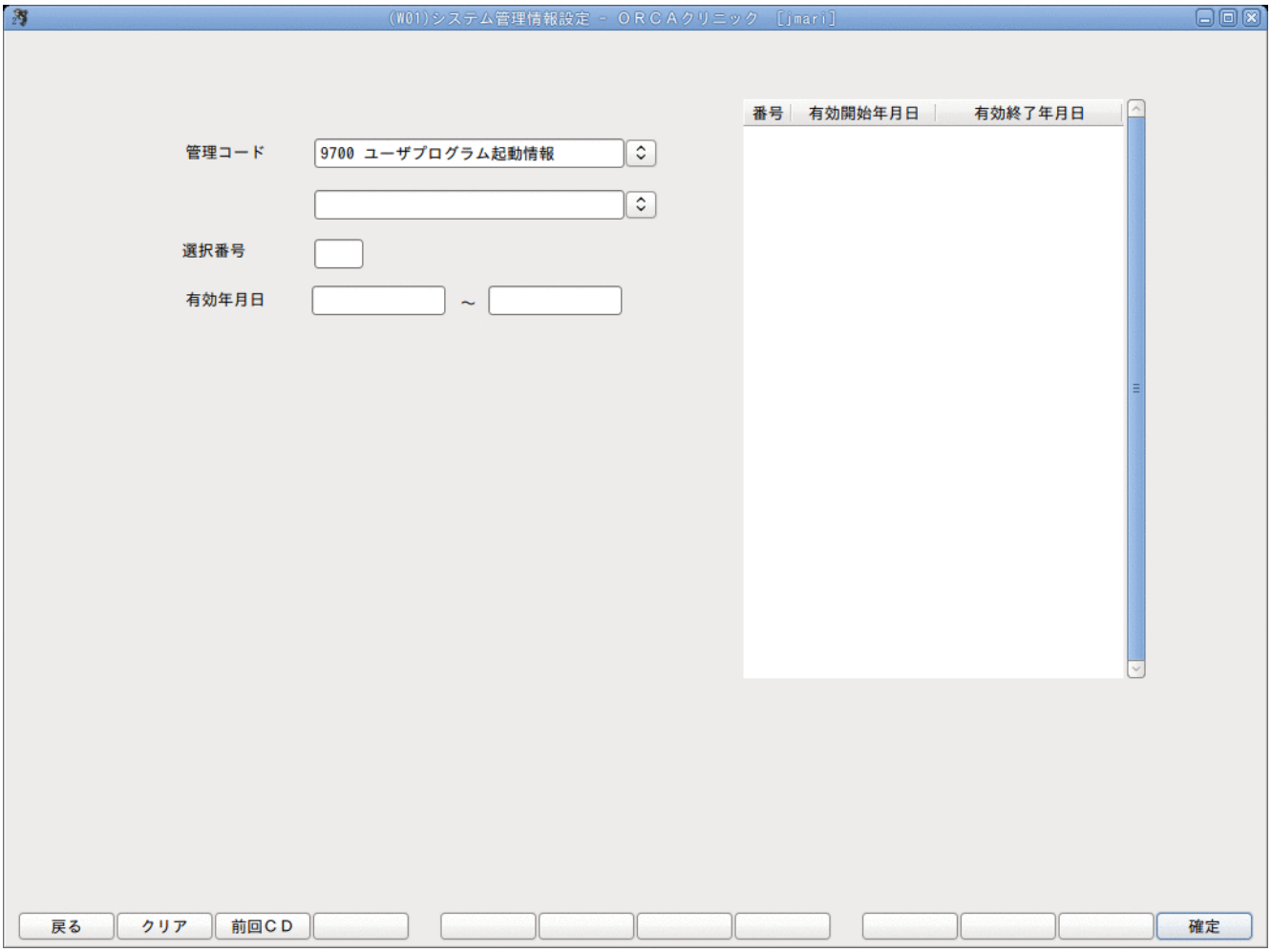


図 1394

各項目を入力します。

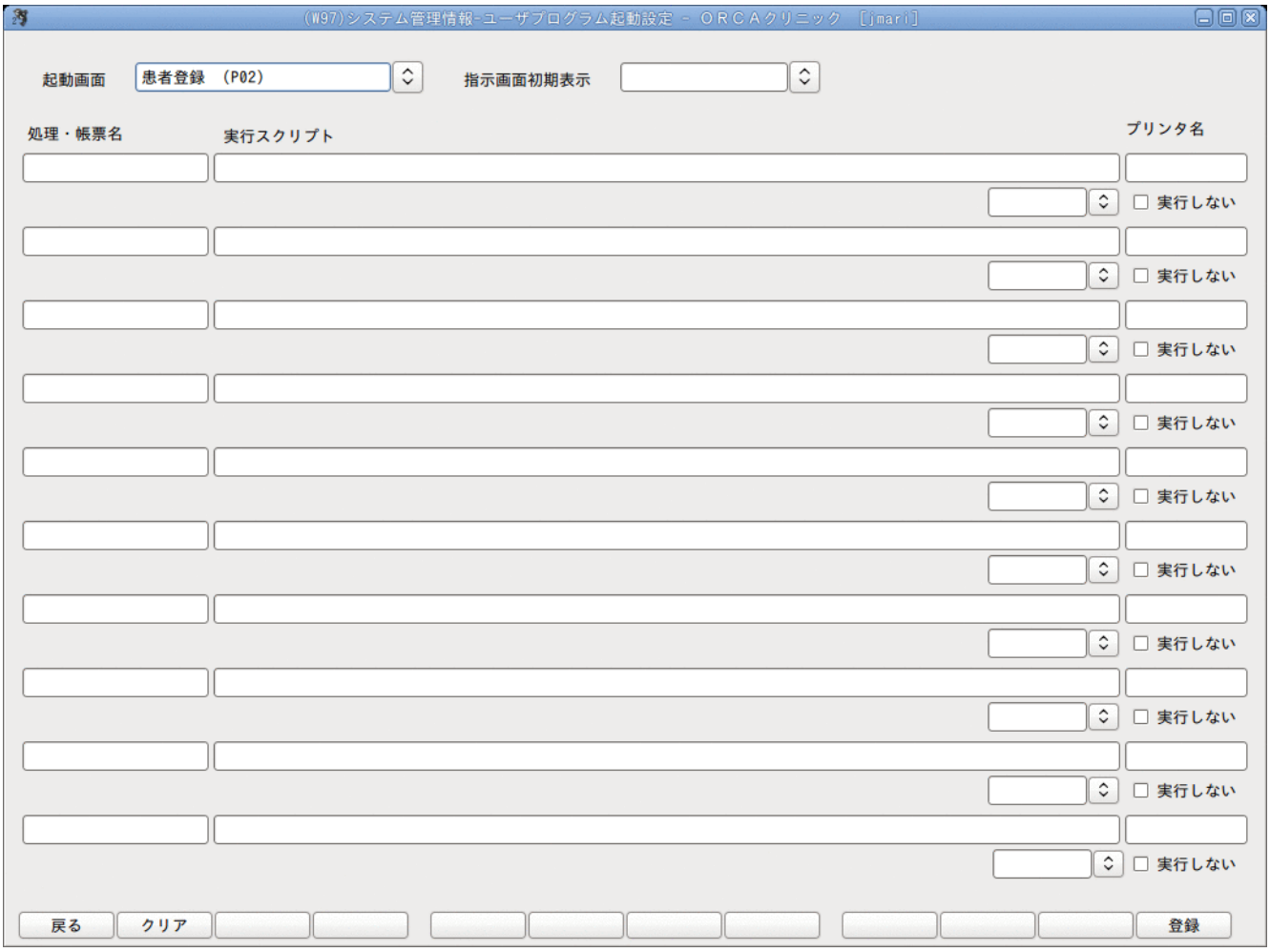


図 1395

（1）管理コードのコンボボックスより「9800　排他制御情報」を選択します。

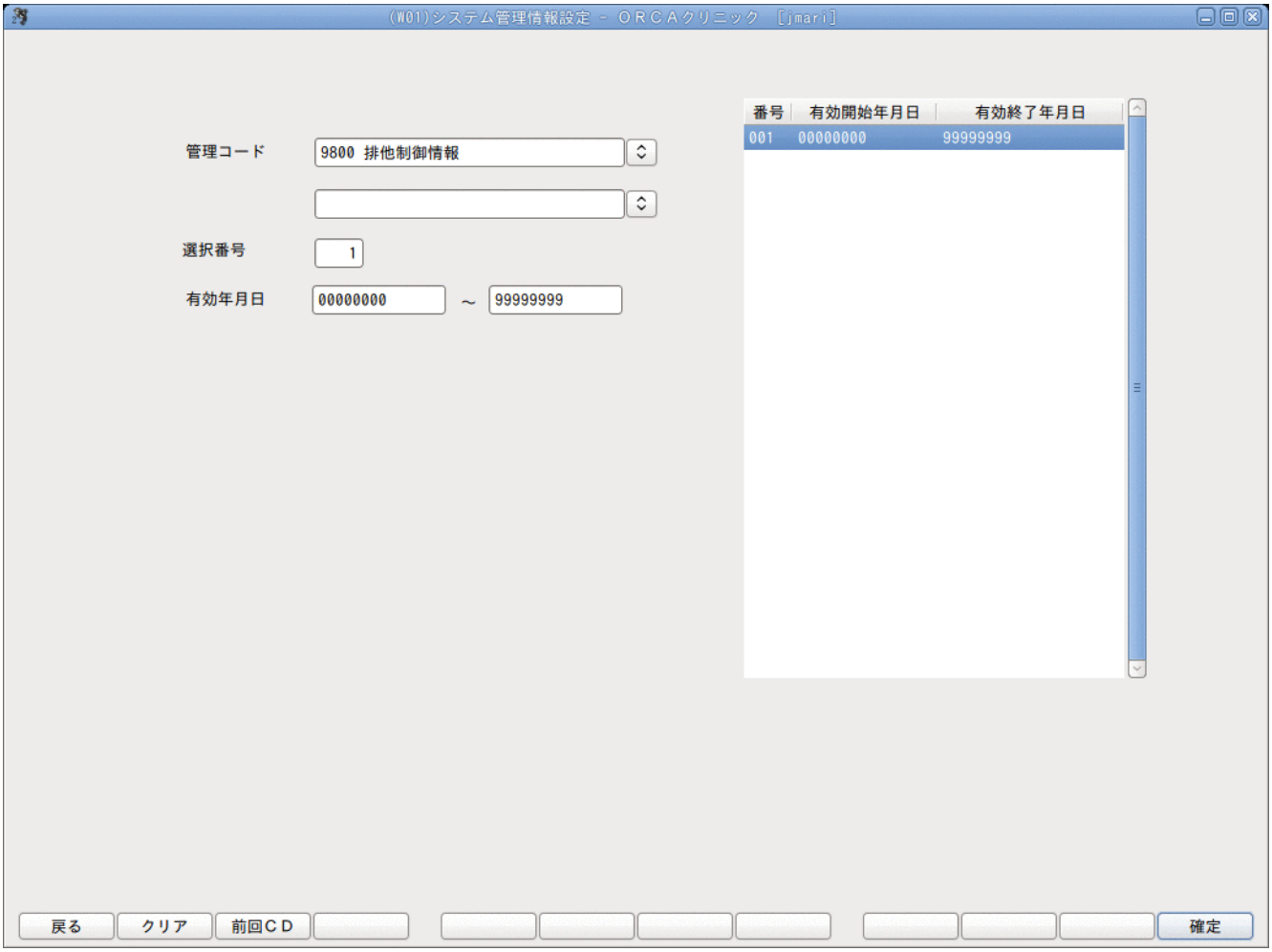


図 1396

Copyright(C)2007JMARI

コンボボックスより排他制御欄の選択を行います。

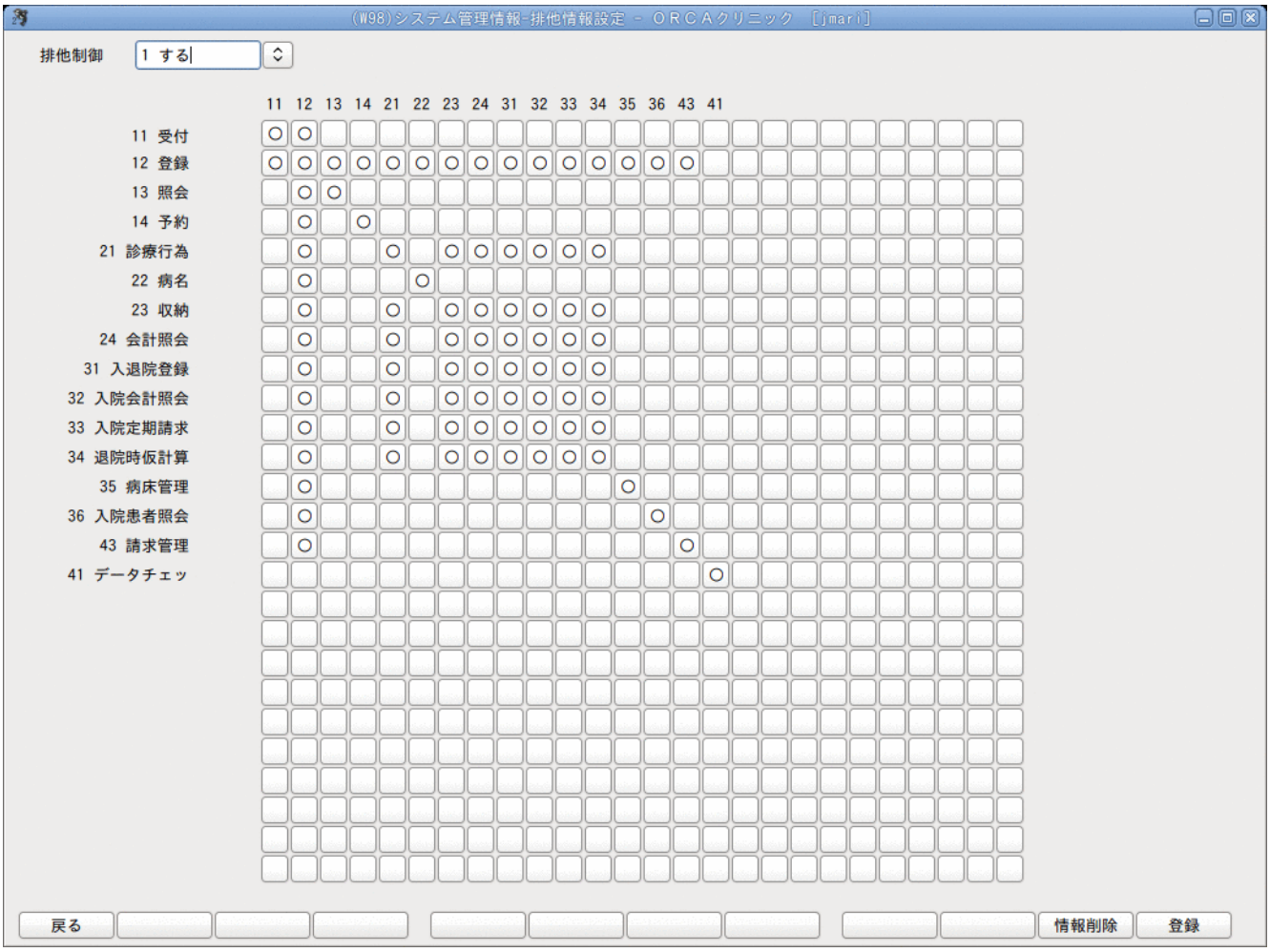


図 1397

0　しない	患者登録、診療行為、会計照会業務以外の排他制御を行いません。
1　する	患者登録、診療行為、会計照会以外の排他制御を行います。

設定に関係なく行う排他制御
患者登録、診療行為、会計照会の3つの業務では排他制御情報の設定に係わらず排他チェックを行います。患者を開いたときに排他チェックが掛かった場合は、参照モード（他への画面遷移禁止、登録禁止）にて患者を開き参照のみ行うことができます。この場合は患者氏名を赤字で表示し識別できるようにします。

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	遷移元の画面へ戻ります。
情報削除	F11	通常は、使用しませんが、使用中の端末が何らかの理由でクラッシュ等した場合、その端末で表示中の患者さんの情報は、排他中のまま残ってしまいます。 こういった場合にこのボタンを押下してください。 （ただし、このボタンを押下する場合は、全ての端末を一度業務メニューまで戻した状態でおこなってください）
登録	F12	排他制御をおこなうかどうかの設定を登録します。 （この設定をおこなって、マスターメニューまで一旦戻ると更新内容が業務に反映されます）

＜排他制御情報を削除する＞

万が一日レセが停止してしまった場合、日レセを再起動後に排他制御情報を削除しなければなりません。

「削除」(F11)を押下する。

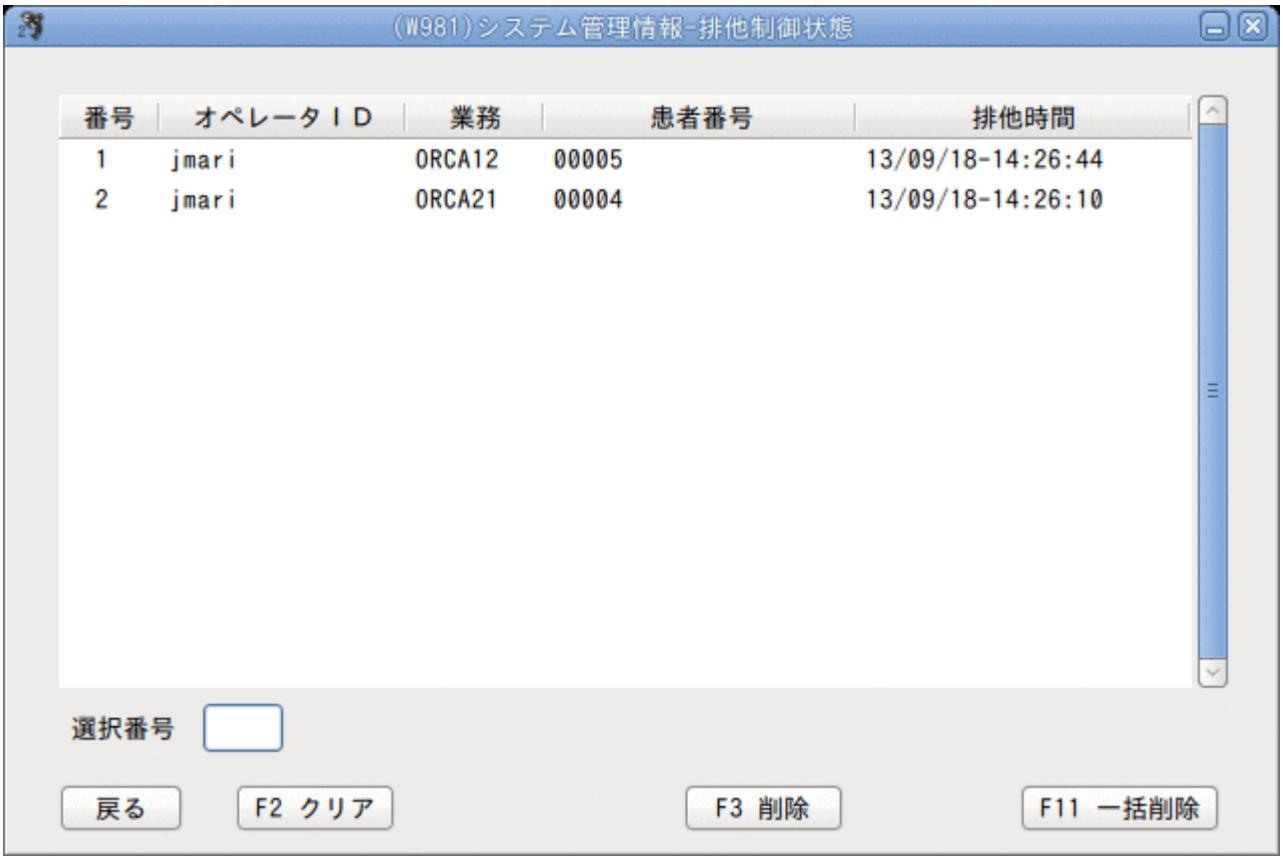


図 1398

排他制御情報が表示されます。

個別で削除する場合はマウスで選択するか選択番号を入力し「削除」(F3)を押下します。

「一括削除」(F11)にて全て削除することもできます。

※情報削除をする場合は必ず全ての端末で該当患者を使用中でないか確認をしてください。
診療行為画面にて患者を開いた状態で病名登録へ遷移した場合で病名登録画面にて「クリア」(F2)をしたときは元の診療行為画面で患者が開いた状態になっています。「戻る」(F1)で確認をしてください。

５．２　点数マスタ

（1）診療行為の呼び出し
　　（1）－1　「リスト」(F4)の説明
　　（1）－2　リストの対象範囲
　　（1）－3　「期限切置換」(F7)の説明
（2）医薬品マスタ
（3）診療行為マスタ
（4）自費（文書料など）の入力
（5）その他材料・特定器材商品名コードの入力

点数マスタは標準的に設定されるものとして、エンドユーザはほとんど変更する必要はありません。
医薬品マスタ及び診療行為マスタがこれに該当し、仮に点数及び各種区分を変更された場合はシステムでは保証いたしませんのでご了承ください。また、この点数マスタに関しての入力チェックは一部を除き、ほとんど行っておりませんので入力の際には注意して入力をお願いします。

（1）診療行為の呼び出し

診療行為コードを入力します。

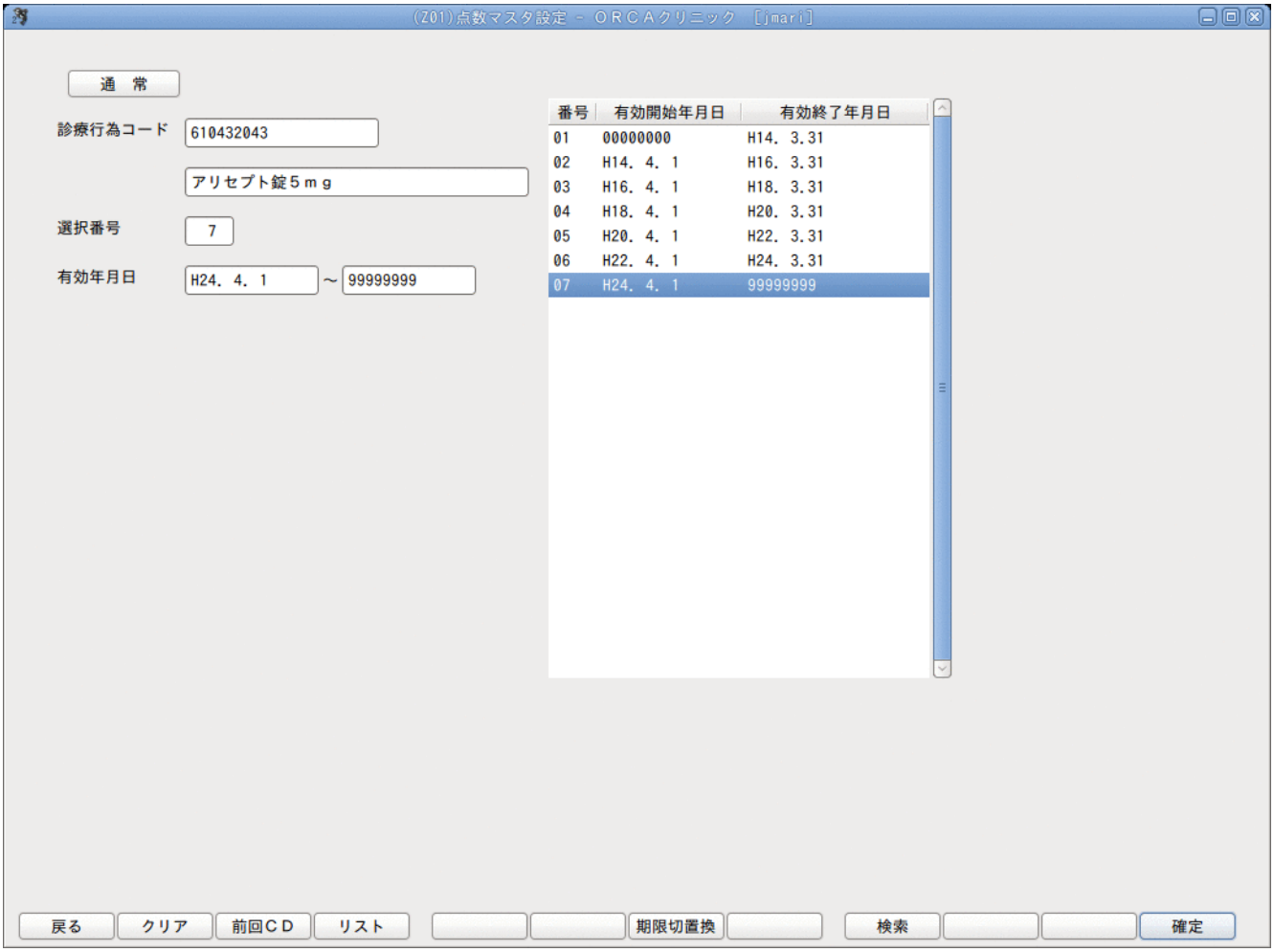


図 1399

Copyright(C)2007JMARI

ヒント！

診療行為コード欄に薬剤の名称を入力してコード検索ができます。

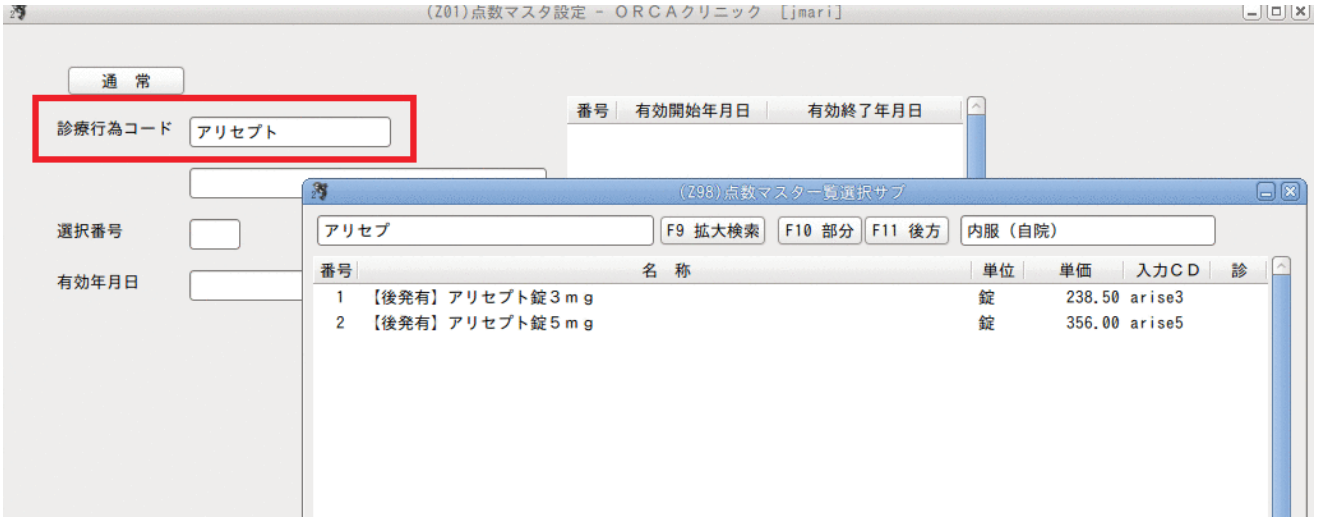


図 1400

点数マスター覧選択サブ画面の操作方法は、「診療行為コードの検索」を参照してください。
ただし、選択番号は1つのみ入力できるようになっており、複数選択はできません。

選択番号、有効年月日を確認（修正入力）し、「確定」(F12)またはEnterを押下します。
各種類（薬剤、診療行為、器材、コメント）に対応した入力画面へ遷移します。

選択番号	右側の一覧より選択します。一覧の該当行をダブルクリックしても構いません。 1件のときは、省略値として「1」が設定されています。 複数件のときは、選択番号を入力します。 新規登録（ユーザ点数マスタの設定）時には入力する必要はありません。
有効年月日（開始／終了）	新規登録（ユーザ点数マスタの設定）時、または変更する場合のみ入力します。 新規登録時、Enterを押下することにより省略値は自動的に入ります。

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	遷移元の画面へ戻ります。
クリア	F2	内容がクリアされます。
リスト	F4	後述します。
期限切置換	F7	後述します。
検索	F9	点数マスター覧選択サブ画面に遷移します。
確定	F12	各種類（薬剤、診療行為、器材、コメント）に対応した入力画面へ遷移します。

（1）－1　「リスト」(F4)の説明

「リスト」(F4)を押下して遷移した画面より、点数マスタリストを作成することができます。
帳票出力設定画面が表示されますので、印刷条件を入力します。

図 1401

項目の説明

診療行為	診療行為リストを作成します。 その後、必要に応じて次の範囲指定を選択します。 範囲指定 全体／診療区分をボタンで選択します。診療区分を選択した場合に　は、コンボボックスの中から印刷対象とする診療区分をそれぞれ開始と終了欄に指定します。
医薬品	医薬品リストを作成します。指定して印刷を行う場合は、内用薬～その他の中から選択します。 ※レセプト添付資料用薬剤について 　点数マスタの「分類区分」にセットされている薬剤を対象とします。
一般名	一般名を記載した薬剤リストを作成します。
特定器材	特定器材リストを作成します。
その他材料	その他材料リストを作成します。
コメント	コメントリストを作成します。コメントの種類を指定する場合は服用方法、撮影部位、その他の中から選択します。
自費	自費リストを作成します。

マスタ日付指定	通常はシステムの日付が表示されています。 マスタの有効期間が指定した日付に含まれるものが対象となります。
出力形式指定	出力の形式は次の2通りより選択します。 ・点数マスター覧 ・入力コード点数マスター覧
抽出データ指定	・点数マスタより 点数マスタより抽出します。 ・自院採用（入力コード登録分より） 自院で登録した入力コードより抽出します。 「一般名記載設定分のみ」を選択すると、点数マスタの設定により処方せんへ一般名を記載する薬剤のみが対象になります。
出力順指定	リストの印刷順を指定します。

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	元の画面へ戻ります。
クリア	F2	指定された内容をクリアにします。
再印刷	F5	以前に処理を行った一覧の中から指定して再印刷ができます。
情報削除	F10	処理結果で確認した情報の削除を行います。
CSV出力	F11	点数マスタリストをCSV形式で出力します。 各リスト毎に出力先とファイル名を指定します。 クライアント保険をする場合は「ファイル出力先」にクライアント保存を選択し、文字コードを指定します。
印刷開始	F12	印刷の処理が開始します。
処理結果	Shift+F12	印刷をする際に行われる処理の名称、開始時間及び終了時間、頁数、エラーメッセージを表示します。

「印刷開始」(F12)を押下すると確認メッセージを表示します。

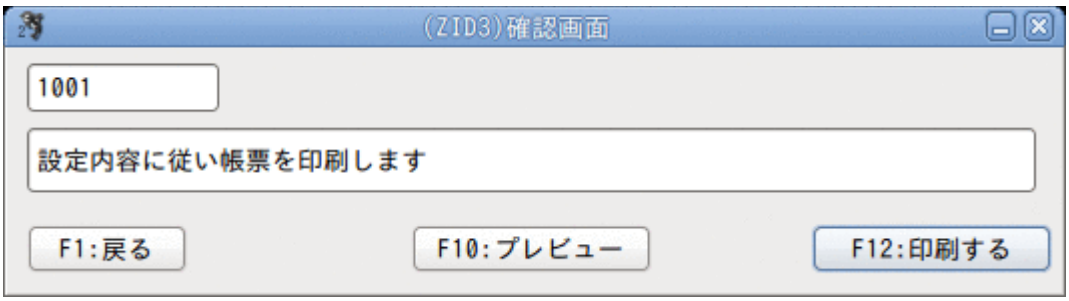


図 1402

F1：戻る	元の画面へ戻ります。
F11：印刷しない	作成処理のみで印刷は行いません。印刷を行う場合は「再印刷」(F5)画面で指定した帳票を印刷することができます。
F12：印刷する	「処理結果」画面へ遷移し、印刷データ作成処理を開始します。処理後には印刷を行います。

（1）－2　リストの対象範囲

診療行為

・全体	診療コードが"100000000"～"199999999"のものが対象
・診療区分指定	診療コードが"100000000"～"199999999"で診療区分が指定した範囲のものが対象

医薬品

・内用薬	薬剤区分が1のものが対象
・外用薬	薬剤区分が6のものが対象
・注射薬	薬剤区分が4のものが対象
・歯科用薬剤	薬剤区分が8のものが対象
・歯科用特定薬剤	薬剤区分が9のものが対象
・その他	薬剤区分が3のものが対象
・レセプト添付資料用薬剤	高額請求資料用薬剤分類情報に登録されている分類区分のものが対象

特定器材	診療コードが"700000000"～"799999999"のものが対象
器材商品	診療コードが"058000000"～"058999999"のものが対象
その他材料	診療コードが"059000000"～"059999999"のものが対象

コメント

・服用方法	診療コードが"001000000"～"001999999"のものが対象
・撮影部位	診療コードが"002900000"～"002999999"のものが対象
・その他	診療コードが"008200000"～"008699999"と診療コードが"800000000"～"899999999"のものが対象

自費	診療コードが"095000000"～"096999999"のものが対象

＜CSV出力時の項目＞

■医薬品（「一般名」にチェックがない場合）

項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	医療機関番号	診療行為コード	有効開始年月日	有効終了年月日	薬剤名	金額	単位	注射容量	麻毒区分	神経破壊区分	生物製剤区分	造影剤区分	薬剤区分	剤型区分	経過措置年月日	薬価基準コード

Copyright(C)2007JMARI

■医薬品（一般名にチェックがある場合）

項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	医療機関番号	診療行為コード	有効開始年月日	有効終了年月日	薬剤名	金額	単位	薬剤区分	薬価基準コード	記載区分	一般名	薬価	後発区分	収載識別	入力コード

■特定器材

項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	医療機関番号	診療行為コード	有効開始年月日	有効終了年月日	移動関連コード	品名	金額	単位	データ区分	上限点数	下限年齢	上限年齢	年齢加算	名称識別	酸素等	特定器材種別1	特定器材種別2	公表順序番号

■診療行為

項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
	医療機関番号	診療行為コード	有効開始年月日	有効終了年月日	診療行為名	点数	単位	点数識別	診療区分	診療種別区分	データ区分	保険適用	入外適用	老人適用	病院・診療所	医療観察法	上限回数	通則年齢	下限年齢	上限年齢	検査実施グループ	外来管理加算	部位区分	算定履歴	コード表区分

■コメント

項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	医療機関番号	診療行為コード	有効開始年月日	有効終了年月日	名称	点数	保険適用	部位	集計外	集計入	位置1	桁数1	位置2	桁数2	位置3	桁数3	位置4	桁数4	起床時	朝	昼	夕方	就寝前

■自費

項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	医療機関番号	診療行為コード	有効開始年月日	有効終了年月日	名称	金額	保険適用	部位	集計外	集計入	位置1	桁数1	位置2	桁数2	位置3	桁数3	位置4	桁数4

 Copyright(C)2007JMARI

（1）－3　「期限切置換」(F7)の説明

経過措置等により有効期限切れとなり使用できないコードに対して、経過措置品目移行コードを提供しています
旧医薬品コードの自院コードを移行先医薬品コードの自院コードに置き換えて使用することができます。
また薬剤情報、チェックマスタの内容も移行先のコードに複写ができます。
自院コードの置き換えは、医薬品マスタに限らず診療行為マスタについてもできます。

有効終了年月日欄は最初、システム日付である月の末日を表示しています。任意の日付に変更してください。
表示される内容は自院コードの設定がある診療コードが表示されます。

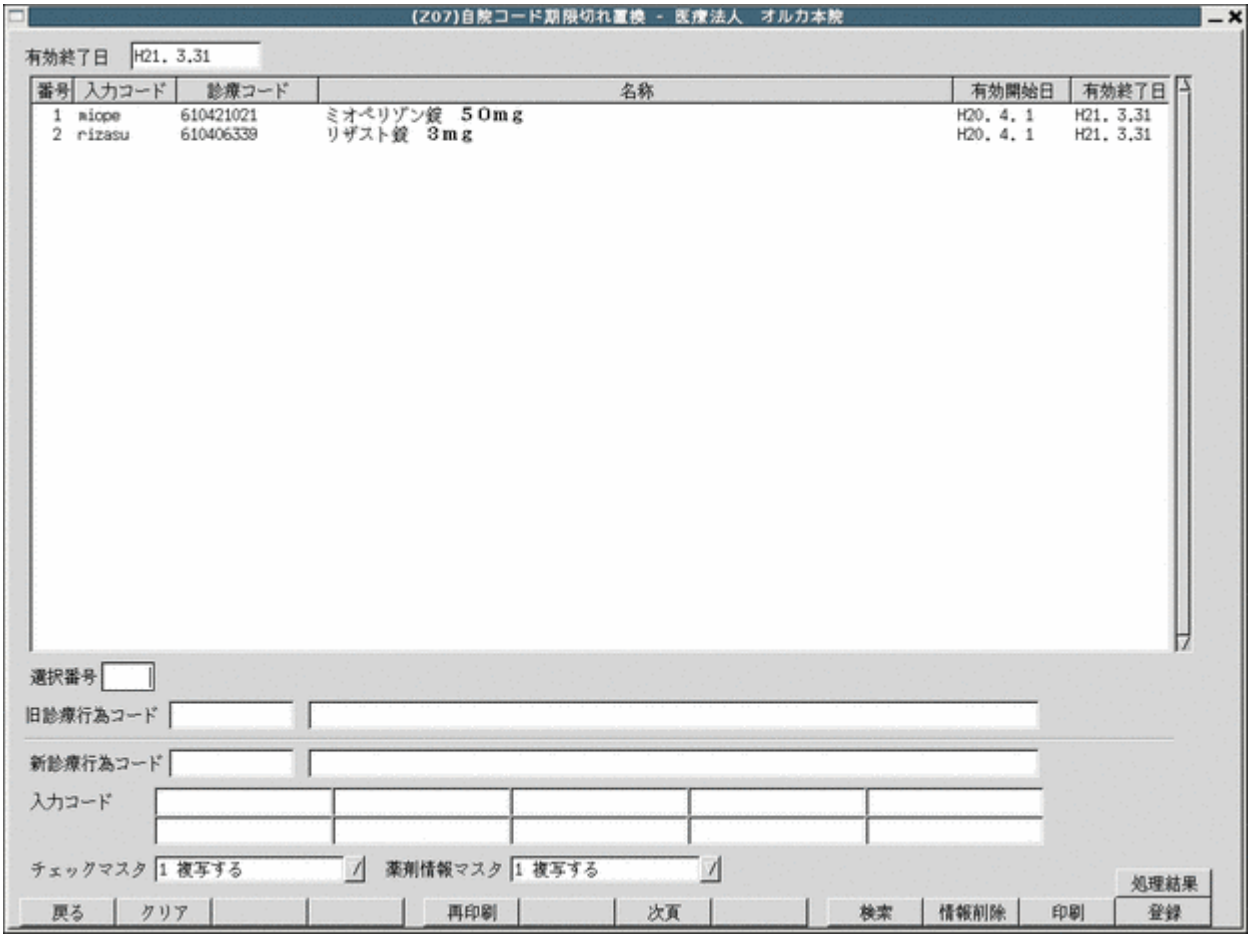


図 1403

項目の説明

有効終了日	置き換えの対象とする有効終了年月日を入力します。
選択番号	置き換えの対象とする診療行為コードの番号を入力します。
旧診療行為コード	選択番号を入力後に「Enter」を押下、またはクリックすると選択した診療行為コード及び名称を複写して表示します。
新診療行為コード	置き換えを行う現在使用できる（有効期限内である）診療行為コードを入力します。 このとき、既に入力コードの登録がある診療行為コードであっても置き換えはできます。
入力コード	自院コードとして登録のある全ての入力コードを表示します。 新しく使用するコードに付けたい入力コードのみを残し、不必要な入力コードは削除します。 入力コードを削除した場合、旧コードの入力コードは削除されないため、そのまま期限切れの入力コードとして残ります。
チェックマスタ	旧コードのチェックマスタの内容を新コードへ複写します。 複写するマスタ

	• 薬剤と病名 • 薬剤と併用禁忌 • 投与禁忌薬剤と病名 • 診療行為どうしの算定漏れ • 病名と薬剤 ※各マスタ毎に新コードで既にマスタが作成済みの場合は複写しません。
薬剤情報マスタ	旧コードの薬剤情報を新コードへ複写します。 薬剤名以外の全てを複写します。 ※新コードで既にマスタが作成済みの場合は複写しません。

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	元の画面へ戻ります。
クリア	F2	旧診療行為コード欄に表示がある場合はまずその内容を、再度「クリア」を押下すると点数マスタの一覧及び有効終了日をクリアします。
次頁	F7	指定した有効終了日で有効期限切れとなった診療行為コードのうち、自院コードの登録がある診療行為が200行を超える場合に続きを表示します。
検索	F9	点数マスター覧選択サブ画面を表示します。 一覧より対象の旧診療行為コードを選択後、「検索」を押下すると旧名称の頭から9文字で検索を行い、現在使用できる同名称の診療行為内容があれば検索結果を一覧表示します。 対象が無い場合には一覧は空白で表示します。
印刷	F11	表示されている薬剤の一覧表を印刷します。
処理結果	Shift+F12	処理の経過、結果を確認できます。
登録	F12	置き換えた内容を登録します。

※登録はDBを更新するため登録後の画面表示に時間がかかる場合があります。

＜置き換えをする＞

1. 有効終了日を設定します。
2. 自院コードの付いている診療コードが表示されます。
3. 置き換えたいコードを選択します。
4. 入力コードを確認し、変更追加がある場合は修正します。
5. 「登録」を押下します。

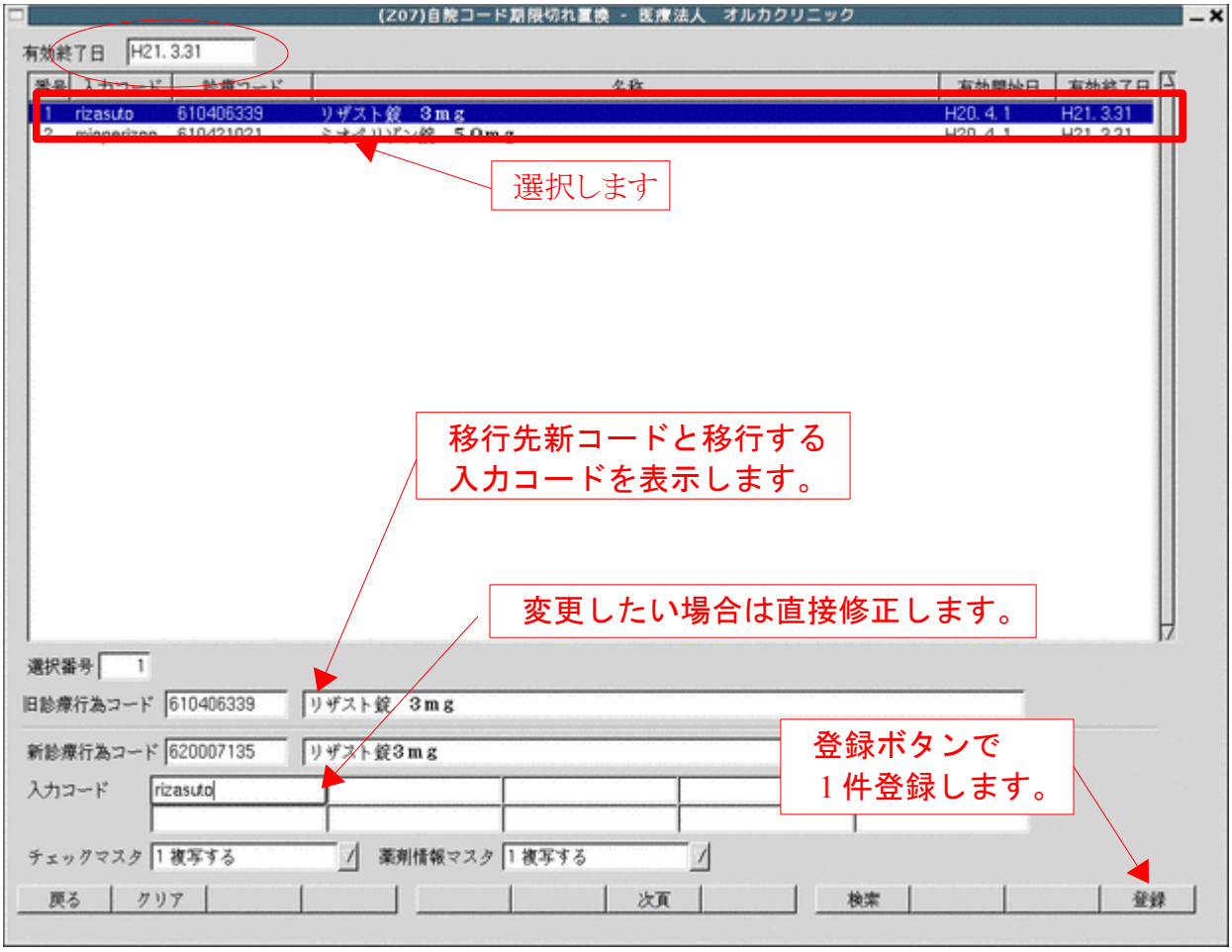


図 1404

＜既に移行先コードに自院コードがつけてある場合＞

メッセージを表示します。既に自院コードが登録されている場合は、入力コードの置き換えはできません。

図 1405

＜既に移行先コードに薬剤情報、チェックマスタが登録されている場合＞

既に登録してある内容を優先し、複写は行いません。

特にメッセージは表示しません。

＜複写をしない項目＞

以下の赤枠内は複写を行いません。移行先新コードに再度入力をしてください。

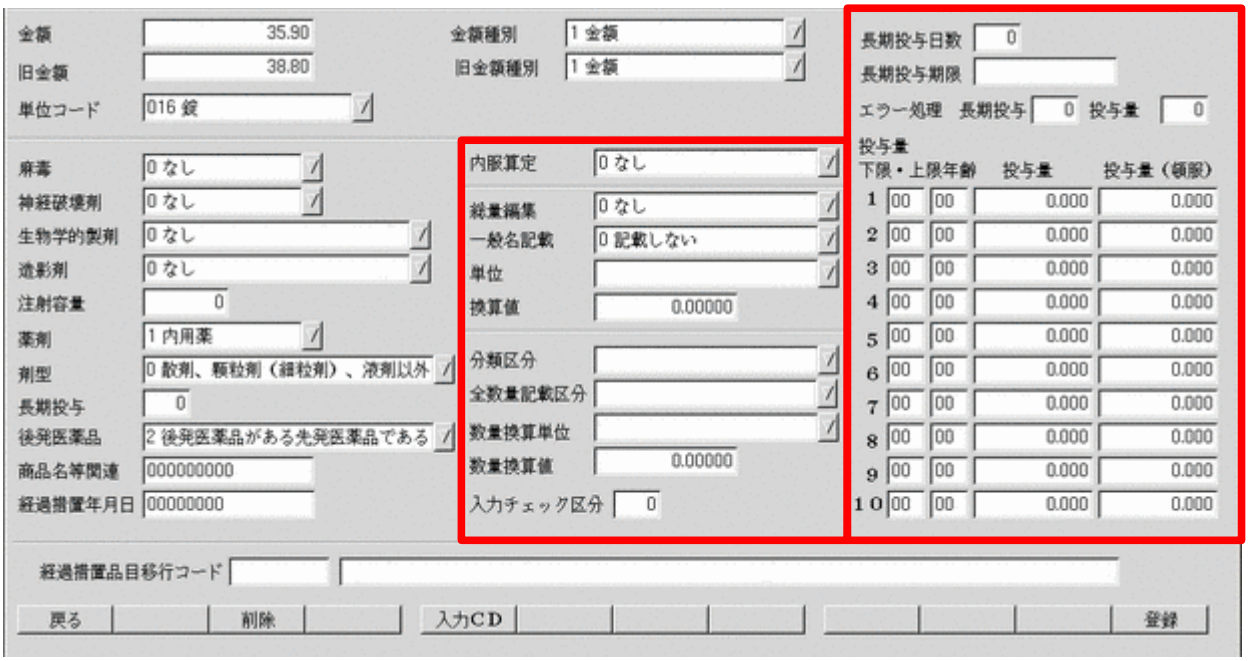


図 1406

（2）医薬品マスタ

医薬品マスタは標準的に提供されるものとして、エンドユーザが変更する必要はほとんどありません。仮に点数及び各種区分を変更された場合はシステムでは保証いたしませんのでご了承ください。

ユーザが自由に設定できる項目は赤枠のみとなります。

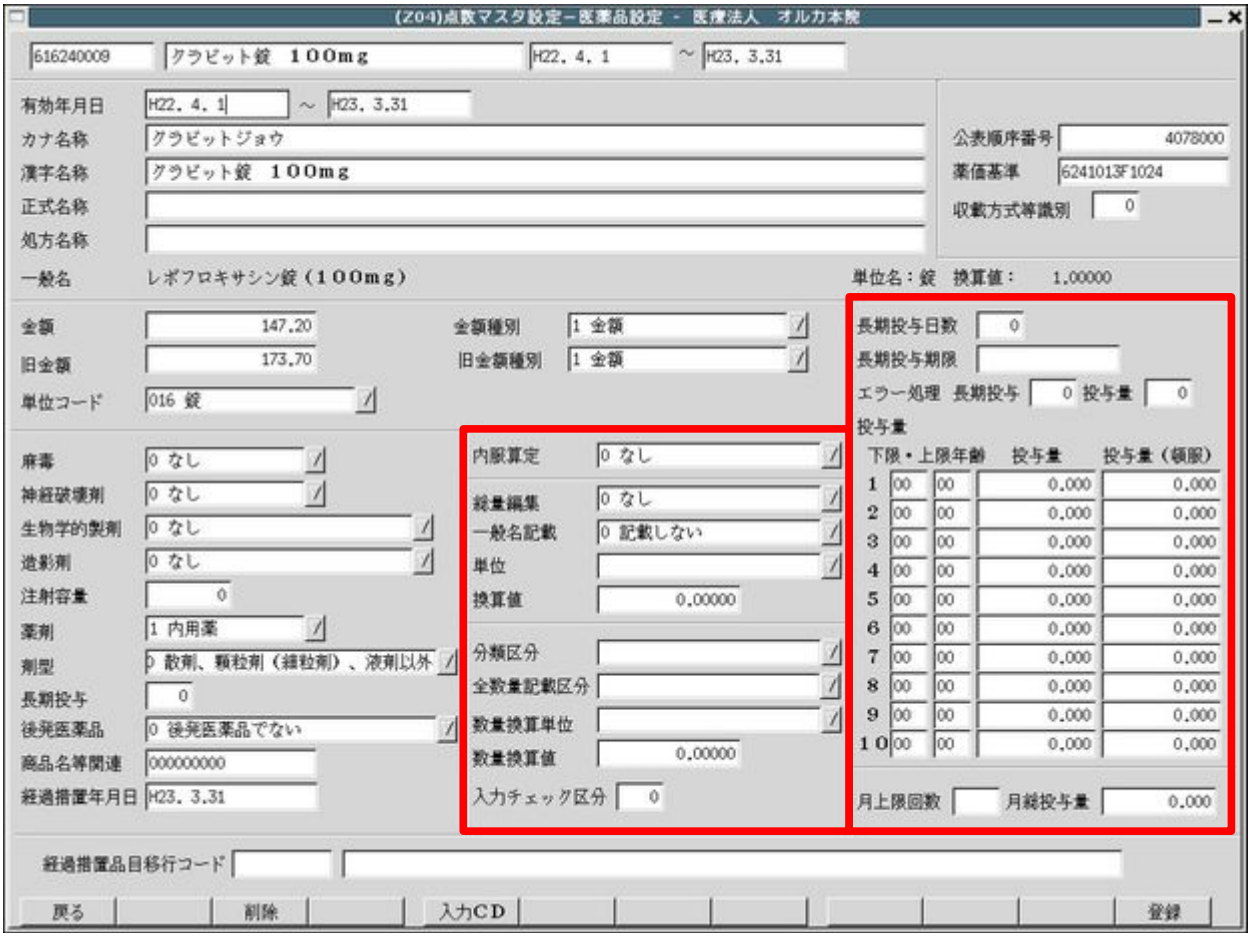


図 1407

項目の説明（各名称について）

カナ名称	検索に使用します。
漢字名称	検索に使用する他、レセプト及び処方せんへ表記する薬剤名称として使用します。
正式名称	現在未使用です。
処方名称	ユーザが任意の名称を設定し処方せんに記載できます。処方せんに処方名称を記載したい場合は、一般名記載の項目を「2　処方名称を記載する」に設定します。
一般名	一般名を表示します。

内服算定	外用薬、注射薬を内服薬として入力できるようにします。 （入力例は【2.6　診療区分別の入力方法】の【（4）投薬料】を参照）

総量記載	処方せんへ内服薬の総量記載をし（　日）の印字をしたくない場合に、設定します。 「1　内服滴剤」　を選択します。 （入力例は【2.6　診療区分別の入力方法】の【（4）投薬料】を参照）
一般名記載	処方せんへ一般名、または処方名を記載します。

Copyright(C)2007JMARI

	「0　記載しない」・・・漢字名称を記載します。 「1　一般名を記載する」・・・一般名を記載します。 「2　処方名称を記載する」・・処方名称を記載します。 「3　処方名称（一般名）を記載」・・処方名称を記載します。 一般名処方加算を自動算定します。 （入力例は【2.6　診療区分別の入力方法】の【（4）投薬料】を参照） 注）ユーザが作成した一般名を処方せんへ記載する場合は「3　処方名称（一般名）を記載」を選択してください。
単位・換算値	一般名またはユーザ設定の処方名称を記載する場合に提供されているマスタの単位と違う場合に設定します。単位を設定すると換算値の設定が必要になります。

分類区分	「101　システム管理マスタ」－「1036　高額請求資料用薬剤分類情報」にて登録した区分を設定します。 ※高額日計表（高額請求添付資料）に記載したい薬剤のみに設定します。
全数量記載区分	薬剤情報への処方数の全数量記載の設定を行います。 ※標準提供している薬剤情報提供書 （ORCHC30, ORCHC31, ORCHCN30, ORCHCN31）では原則全数量記載を行います。（空白の場合でも記載します）記載しない場合は「0　記載しない」を設定してください。
数量換算単位・数量換算値	薬剤情報への数量記載の換算値と単位を入力します。 また診療行為入力時の換算値としても使用します。 例）葛根湯エキス　15g　→　　葛根湯エキス　2包
入力チェック区分	現在使用していません。

長期投与日数	診療行為入力時に1回の処方の限度日数を設定します。 限度日数を超える入力をした場合にメッセージを表示します。
長期投与日数期限	長期投与日数のチェックをする終了日を入力します。 期限をセットしない場合は空白にします。
エラー処理　長期投与	診療行為入力画面で表示するメッセージの種類を設定します。 「0　エラー」・・エラー表示し入力はできません。 「9　警告」・・・警告表示します。 メッセージを閉じた後入力ができます。
エラー処理　投与量	診療行為入力画面で表示するメッセージの種類を設定します。 「0　エラー」・・エラー表示し入力はできません。 「9　警告」・・・警告表示します。 メッセージを閉じた後入力ができます。
投与量	投与量年齢チェックの設定を行います。＜投与量チェックの設定＞を参照してください。
投与量（屯服）※	屯服薬として入力した場合に数量×日数の総量と投与量（屯服）を判定します。
月上限回数	診療行為で入力した薬剤の月の合計回数が設定値以上となった場合に警告表示を行います。
月総投与量	診療行為で入力した薬剤の月の総投与数が設定値以上となった場合に警告表示を行います。

※注意！
投与量（屯服）の項目を0.00とした場合は、屯服として薬剤入力時に「投与量」に設定されいる量でチェックを行います。

Copyright(C)2007JMARI

＜投与量チェックの設定＞
下限・上限年齢、投与量をセットすることにより、診療行為入力時にチェックします。

- 下限、上限年齢は00が設定なしとなります。
- 設定は年齢を入力しますが、1歳未満の場合は以下のように月毎に設定できます。
  AA：28日（新生児）、M1：1ヶ月、M2：2ヶ月・・・MA：10ヶ月、MB：11ヶ月

  下限01　上限00　　1歳以上
  下限00　上限01　　1歳未満
  下限AA　上限00　　乳児以上
  下限00　上限AA　　乳児未満（新生児）
  下限M3　上限01　　3ヶ月以上1歳未満

（具体的な設定例）

新生児の期間は0.5
新生児の期間を超えて6ヶ月までは1
6ヶ月から1歳までは、1.5の場合

図 1408

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	遷移元の画面へ戻ります。
削除	F3	画面表示されている薬剤情報がデータベースから削除されます。
入力CD	F5	診療行為コードに自院コードを振付けることができます。 設定方法は、【2.5.5　入力コードの設定方法】の【（1）点数マスタ業務からの入力コード設定】を参照してください。
登録	F12	入力内容をデータベースへ登録します。

＜経過措置品目移行コードについて＞

図 1409

医薬品経過措置品目の置き換えマスタを提供します。
有効期限終了日以降に入力された場合でも置き換えマスタが提供されている医薬品は診療行為入力時にコードの置き換えをします。
また、Do入力・診療セット展開時・約束処方の時にもコードの置き換えをします。

(3) 診療行為マスタ

診療行為マスタは標準的に提供されるものとして、エンドユーザが変更する必要はほとんどありません。仮に点数及び各種区分を変更された場合はシステムでは保証いたしませんのでご了承ください。
診療行為設定画面は、以下の4つのタブ画面から構成されています。

(3) －1　基本情報
(3) －2　回数、年齢
(3) －3　手術、検査、入院
(3) －4　各種番号等

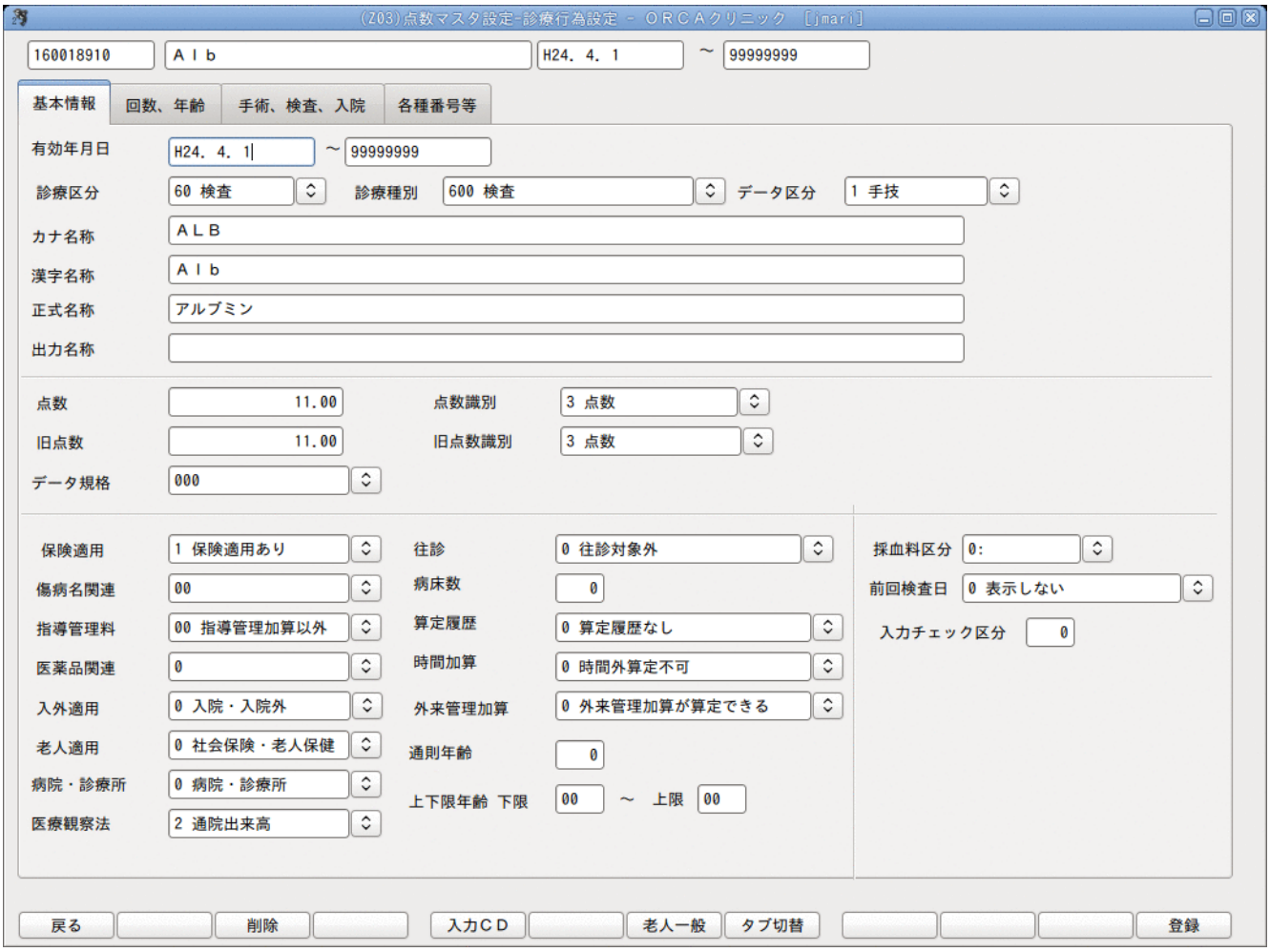


図 1410

各タブ画面間の画面遷移は各タブの上部にある画面名が表示されたボタンを押下することによって当該の画面を表示することができます。

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	遷移元の画面へ戻ります。
削除	F3	画面表示されている薬剤情報がデータベースから削除されます。
入力CD	F5	診療行為コードに自院コードを振付けることができます。 設定方法は、【2.5.5　入力コードの設定方法】の【（1）点数マスタ業務からの入力コード設定】を参照してください。
老人一般	F7	1つの診療行為に対して一般コードと老人コードが設けられているとき、振替先のコード及び名称を表示します。
登録	F12	入力内容をデータベースへ登録します。

（3）－1　基本情報

診療行為の基本情報を表示します。

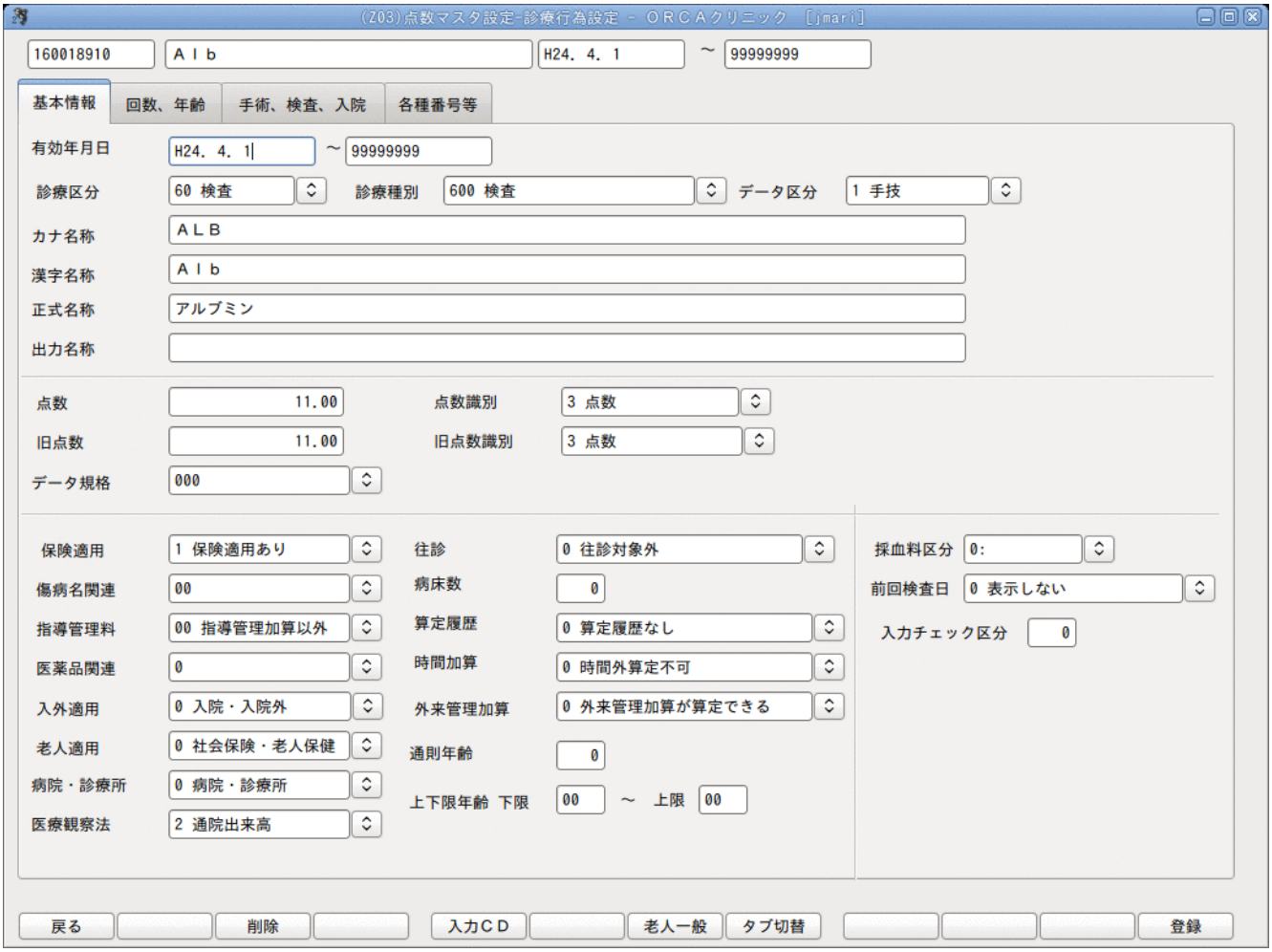


図 1411

＜正式名称について＞

診療行為入力時の名称からの検索、診療行為・会計照会の表示に正式名称を使用したい場合は、「101　システム管理マスタ」－「1038　診療行為機能情報」の「正式名称表示」の設定を行います。

＜出力名称について＞

診療費明細書へ名称を変更して記載します。

＜採血料区分の設定＞

血液検査の種類によって自動算定を行う血液採取料はユーザにより設定していただく仕様としています。

「0：　　」・・・採血料の自動算定なし
「1　末梢採血」・・・「血液採取（その他）」　（B-C）
「2　静脈採血」・・・「血液採取（静脈）」　（B-V）
「3　動脈採血」・・・「動脈血採取」　（B-A）

＜前回検査日＞

複数月に1回しか算定できない検査など、初回または前回実施日をレセプトに記載する必要があります。
診療行為入力時に前回実施日を自動発生させます。

0　表示しない	初回、前回実施日を表示しません。
1　表示する（初回コメント）	（初回実施） （前回実施〇〇月〇〇日） のコメントを自動発生します。
2　表示する（初回実施）	（初回実施〇〇月〇〇日） （前回実施〇〇月〇〇日） のコメントを自動発生します。

注意！

初回・前回実施日の自動発生をするためには算定履歴を作成する必要があります。
算定履歴を作成する設定になっていない場合は次のメッセージを表示します。

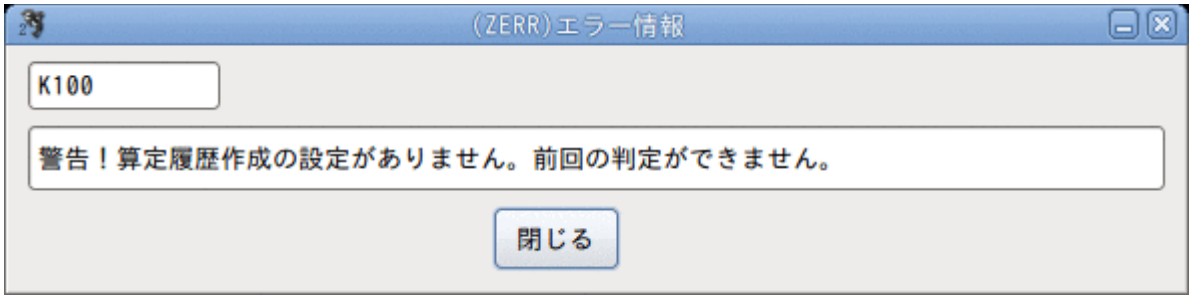


図 1412

「閉じる」を押下するとユーザ設定上限回数を表示します。
算定履歴を「1　有効」に設定してください。
このときに複数月に1回の算定のエラーチェックを同時に設定しておくことをお奨めします。

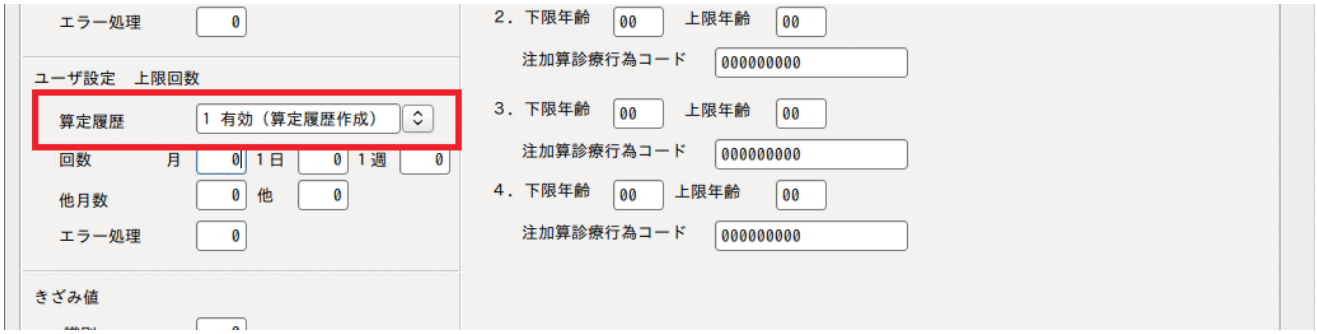


図 1413

また、運用途中から前回実施日を自動発生させたい場合は、算定履歴を作成する必要があります。

（3）－2　回数、年齢

診療行為の回数、年齢情報を表示します。

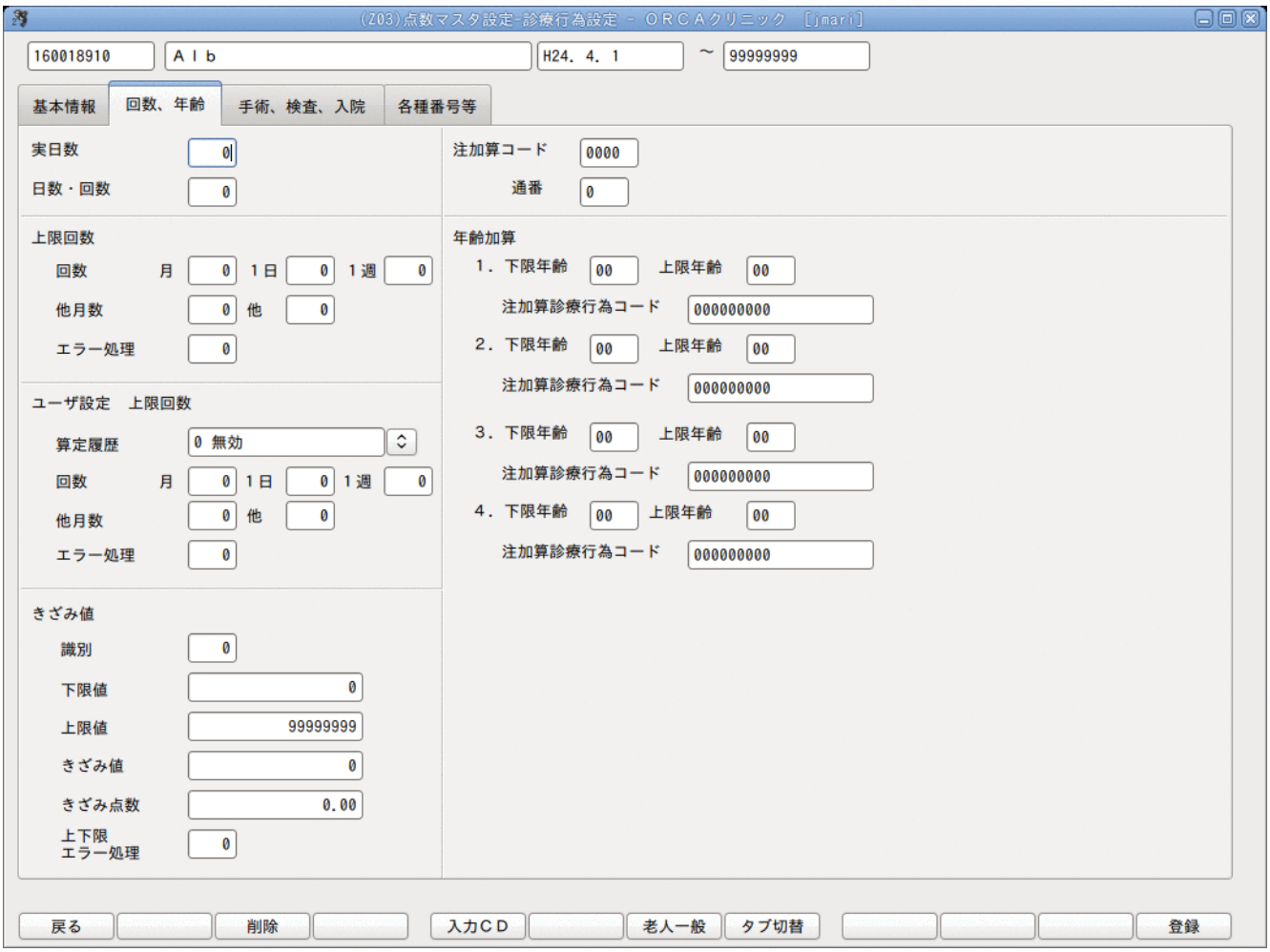


図 1414

Copyright(C)2007JMARI

＜ユーザ設定上限回数について＞

診療行為入力時にチェックする回数上限を設定します。

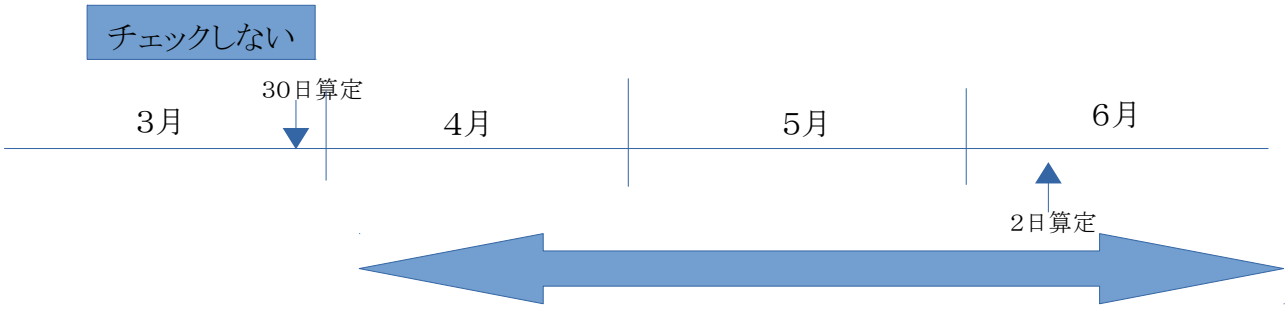
算定履歴（※1）	0　無効・・・ユーザ設定の上限回数チェックをしません。 1　有効（算定履歴作成）・・・ユーザ設定の上限回数をチェックします。 チェックを行う場合は「1　有効（算定履歴作成）」を設定します。
回数	月・・・月上限回数を設定します。 1日・・・1日上限回数を設定します。 1週・・・1週（入力日の属する週の日曜日から土曜日）上限回数を設定します。
他月数	複数月のチェックを行う場合に設定します。 3ヶ月に1回の場合は図のように設定します。 図 1415 ※月数に関係なく全期間でチェックしたい場合は他月数に「99」を入力します。
エラー処理	診療行為画面に表示するエラー区分を設定します。 0・・・エラーとする 9・・・警告とする

注意！（※1）

入力時に回数チェックを行うため、算定履歴を作成します。点数マスタにてチェックを行う設定をした直後は算定履歴が作成されていないため、チェックがかかりません。
複数月に1回チェックの設定を行った場合等は前回の算定日を訂正登録することにより次回の入力時からチェックを行うことができます。
回数チェックを行うため算定履歴を作成します。その分の処理が遅くなる場合があります。

＜複数月の上限回数チェック（他月数の設定）を行う場合のチェック範囲について＞

例）点数マスタの設定：他月数3　他1（3ヶ月1回）
6／2　算定の場合



３ヶ月（４月１日～６月３０日）の範囲で算定回数をチェックします。

（3）－3　手術、検査、入院

診療行為の手術、検査、入院情報を表示します。

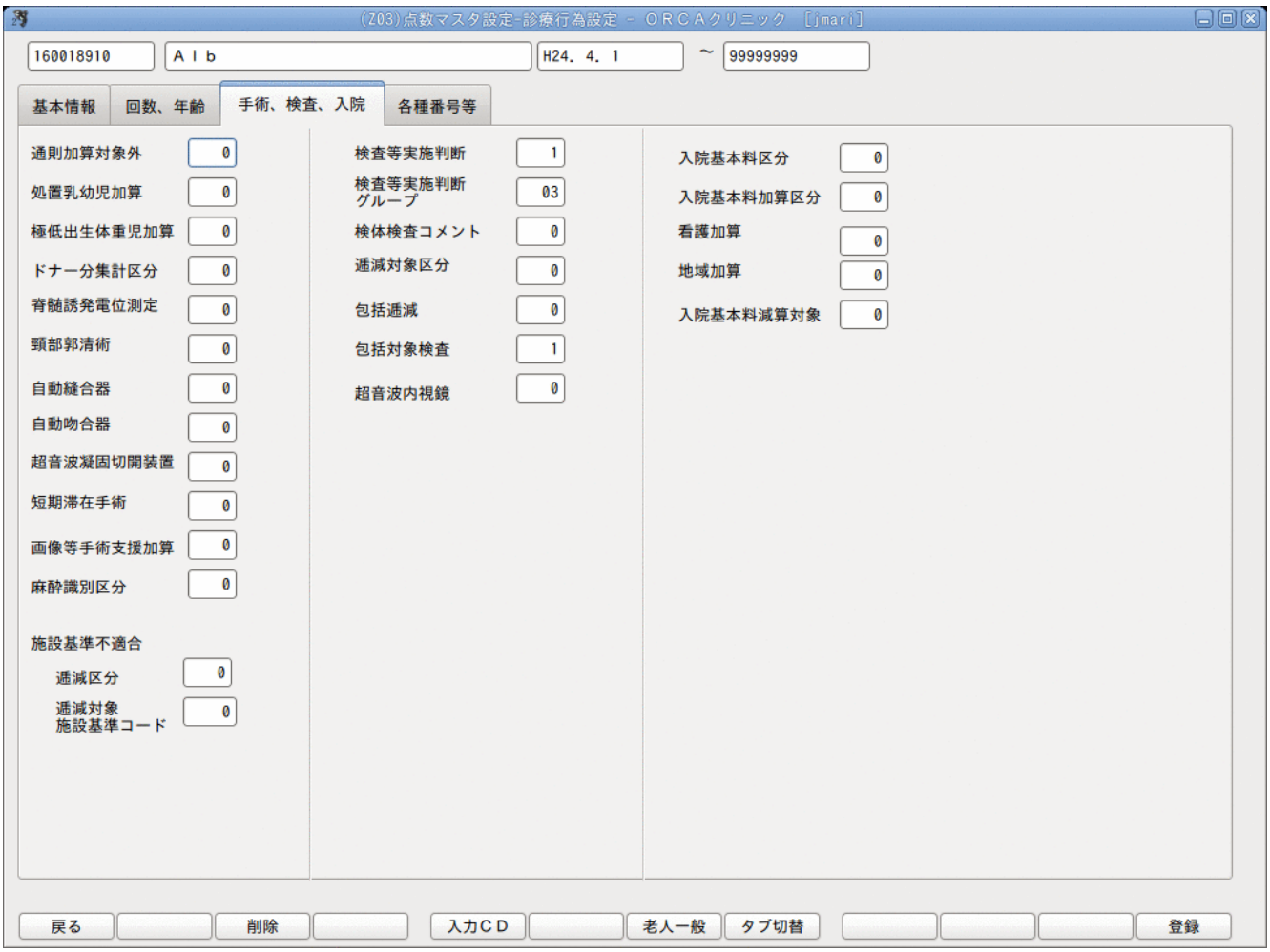


図 1416

Copyright(C)2007JMARI

（3）－4　各種番号等

診療行為の各種番号情報を入力します。

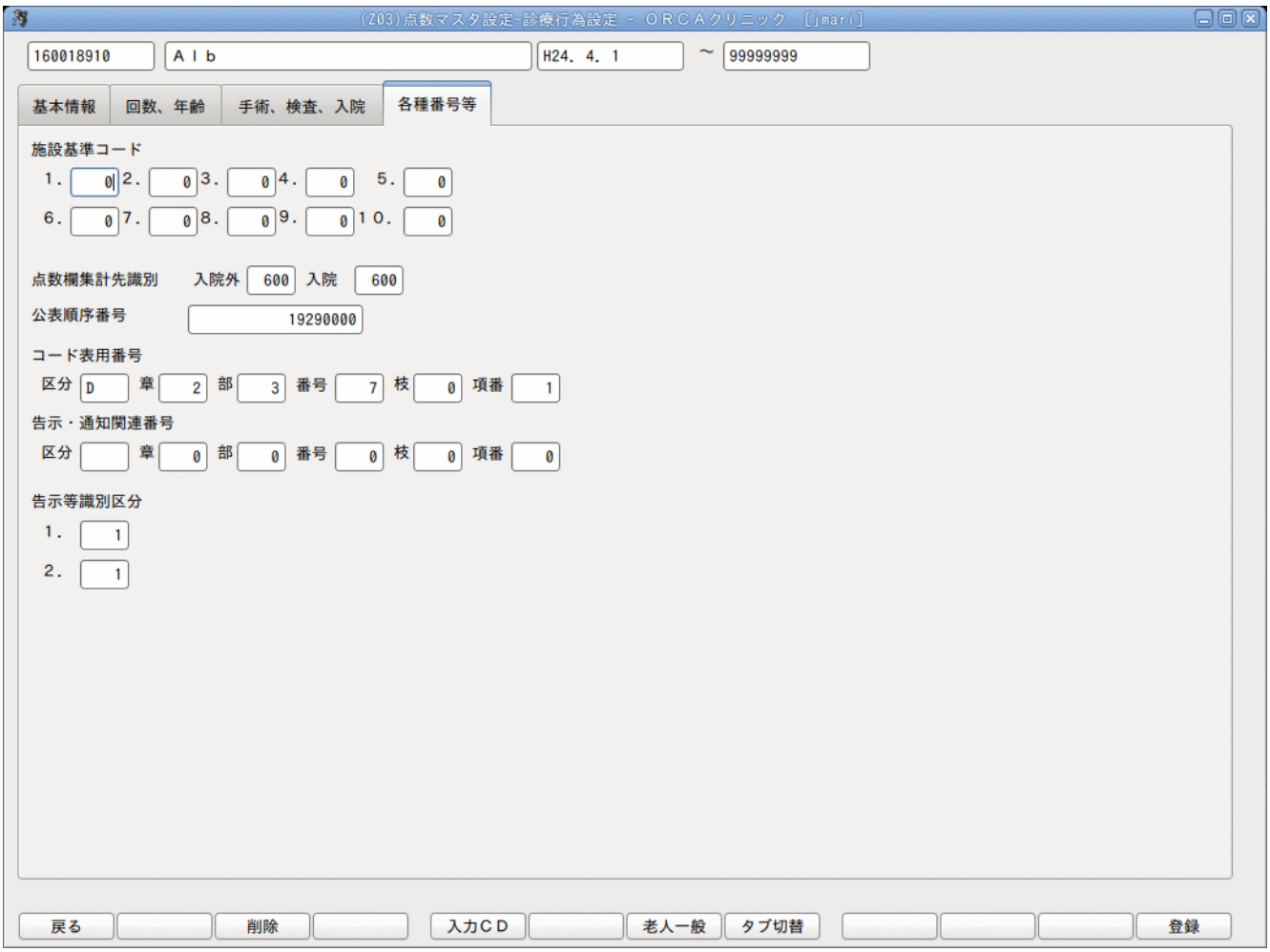


図 1417

Copyright(C)2007JMARI

(4) 自費（文書料など）の入力

【5.3　ユーザ点数マスタの設定について】の【（6）自費（文書料など）の登録】を参照してください。

(5) その他材料・特定器材商品名コードの入力

【5.3　ユーザ点数マスタの設定について】の【（5）その他材料・特定器材商品名ユーザ登録】を参照してください。

Copyright(C)2007JMARI

５．３　ユーザ点数マスタの設定について

（1）ユーザが登録できる診療行為コードの範囲
（2）服用方法の登録
（3）画像診断　撮影部位の登録
（4）コメント文の登録
（5）その他材料・特定器材商品名ユーザ登録
（6）自費（文書料など）の登録
（7）「改正」ボタンの使用
（8）ユーザ点数マスタの複写

（1）ユーザが登録できる診療行為コードの範囲

ユーザが点数マスタに登録できる診療行為コードは、先頭が「0」から始まる9桁のコードのみです。
ただし､診療行為コードによってはシステムで予約されたものや範囲によって 内容を限定していますので､むやみに設定することはできません。以下の表を参考に点数マスタの登録を行ってください。
※ユーザが登録できる範囲以外のコードを入力した場合、警告メッセージを表示します。

診療行為コード		内　　容
開　　始	終　　了	
001000001	001999999	服用方法 （"001000001"～"001000986"までは日レセオリジナルの服用方法が登録済みです）。
002000001	002999999	画像診断　撮影部位
008200001	008299999	コメント文 （レセプト、処方せん記載有り）
008300001	008399999	コメント文 （診療行為入力時、コメント文の後ろに文字の直接入力ができる） （レセプト、処方せん記載有り）
008400001	008499999	コメント文 （診療行為入力時、コメント文の間に数字の直接入力ができる） （レセプト、処方せん記載有り）
00850000	008599999	コメント文 （診療行為入力時、コメント文の後ろに文字の直接入力ができる） （レセプト記載無し、処方せん記載有り） 008500000は表示なしのフリーコメント
008600000	008699999	コメント文 （診療行為入力時、コメント文の後ろに文字の直接入力ができる） （レセプト、処方せん等には印刷しない画面表示用コメント） 008600000は表示なしのフリーコメント
058000000	058999999	特定器材商品名ユーザ登録
059000001	059999999	その他材料 レセプト、処方せん表示あり。 （金額が0円の場合はレセプトに記載しません）
095000001	095009999	自費（文書料など）
095xx0001	095xx9999	自費（診療区分別に計上） xx：内容 11～12:診察

Copyright(C)2007JMARI

		13：指導 14：在宅 21～27：投薬 31～33：注射 40：処置 50～54：手術 60：検査 70：X線 80：その他料 91：診断書料（自賠責） 92：明細書料（自賠責） 93：特定器材等（労災・自賠責） 94：入院室料加算（労災、自賠責）
099000000	099999999	システム予約

※"095"、または"096"から始まる9桁コードは患者の自己負担分を表すコードです。診療行為に係わる自己負担分は、

"095xx0001"～"095xx9999"が消費税を計算しないコード、
"096xx0001"～"096xx9999"が消費税を計算するコードです。

また、文書料などの自費分は、

消費税を計算しない場合は診療行為入力画面で診療種別区分の".950"を入力し、消費税を計算する場合は同じく診療行為入力画面で".960"を入力した後に該当コードを入力してください。

※ 自賠責保険に対応するコードとして、

"095910001"～"095919999"が診断書料のコード、
"095920001"～"095929999"が明細書料のコード、

があります。

※労災、自賠責保険に対応するコードとして、

"095930001"～"095939999"が（ポリネックなどの）特定器材等、労災診断書料のコード

があります。

ヒント！

09593XXXX　のコードは労災レセプトの「その他」欄に集計されその他欄の横の摘要欄に記載します。
059XXXXXX　のコードは労災レセプトの点数欄に集計され、摘要欄に記載します。

なお、対応する保険以外の保険で上記コードを使用した場合には自費分として取り扱います。
※労災、自賠責で入院時の入院室料加算は、入院操作マニュアルを参照してください。

（2）服用方法の登録

標準提供にない服用方法はその都度作成する必要があります。

例として診療行為コード"001001104　1日2回　塗布"を作成します。
診療行為コード、有効開始年月日及び有効終了年月日を必須入力し「確定」(F12)を押下します。
有効期間を設けない場合、有効年月日は未入力で「Enter」を押下し、「0000000」～「9999999」（無期限）とします。

図 1418

用法コード設定画面に遷移後は、登録の際に必要な項目を入力します。
内服薬等、薬剤情報提供書に服用時点を記載する場合は「服用時点」の項目を設定します。

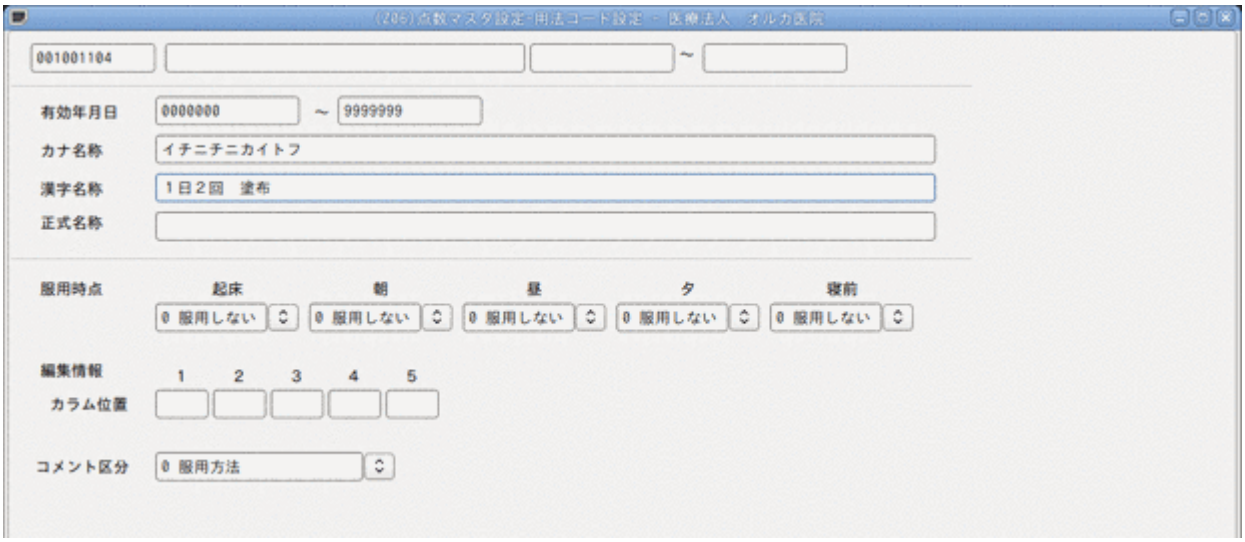


図 1419

入力後、「登録」(F12)を押下すると確認メッセージを表示します。

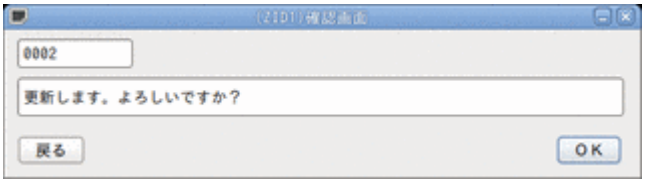


図 1420

「OK」で登録をします。
「戻る」を押下すると元の画面へ戻ります。

項目の説明

有効年月日	開始～終了の日付を表示します。

カナ名称	カナ名称を入力します。
漢字名称	漢字名称を入力します。必須入力項目です。
正式名称	使用しません。
服用時点	薬剤情報提供書を発行する場合には設定が必要です。 起床、朝、昼、夕、寝前　のいずれかに「1　服用する」を選択します。 初期値には「0　服用しない」が設定されています。
編集情報 カラム位置	数値入力できるコードを作成する場合に設定します。
コメント区分	0　服用方法・・・処方せんのQRコードへ用法コードとして記録します。 1　服用方法コメント有り・・・処方せんのQRコードへ用法コードとして記録します。 2　コメント・・・処方せんのQRコードへ薬剤コメントとして記録します。

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	遷移元の画面へ戻ります。
削除	F3	画面に表示している情報内容をデータベースから消去します。
入力CD	F5	画面表示している診療コードに対し、医院独自の入力コードの作成、登録ができます。 取り扱いは、【2.5.5　入力コードの設定方法】を参照してください。
登録	F12	入力内容をデータベースへ登録します。

＜数値入力ができる用法を作成する＞

数値入力は1つのコードで5箇所まで設定できます。

（例）朝：g　昼：g　夕：g

図 1421

1. 漢字名称に　朝：g　昼：g　夕：g　を入力します。
2. 数値入力を行うカラム位置を設定します。
   この例の場合は3文字目、7文字目、11文字目に数値を挿入します。

【診療行為での入力例】

診区	入力コード	名　　称	数量	点数	回数	計
12	1200	＊再診				
	112015670	地域医療貢献加算				
	112015770	明細書発行体制等加算		73	X 1	73
12	1205	＊外来管理加算		52	X 1	52
21	610454063 5	＊【先】パントシン散２０％	5　g			
	001001105 1.5 2 1.5	【朝：１．５ｇ　昼：２ｇ　夕：１．５ｇ】			X 1	

図 1422

- 入力はスペースで区切り数値を入力します。
- 小数点の入力もできます。
- 薬剤情報の「起・朝・昼・夕・寝」の数量欄には数量を記載しません。

（3）画像診断　撮影部位の登録

（例）診療行為コード"002000001　頭部"の内容で作成します。

診療行為コード、有効開始年月日及び有効終了年月日を必須入力し「確定」(F12)を押下します。
有効期間を設けない場合、有効年月日は未入力で「Enter」を押下し、「0000000」～「9999999」（無期限）とします。

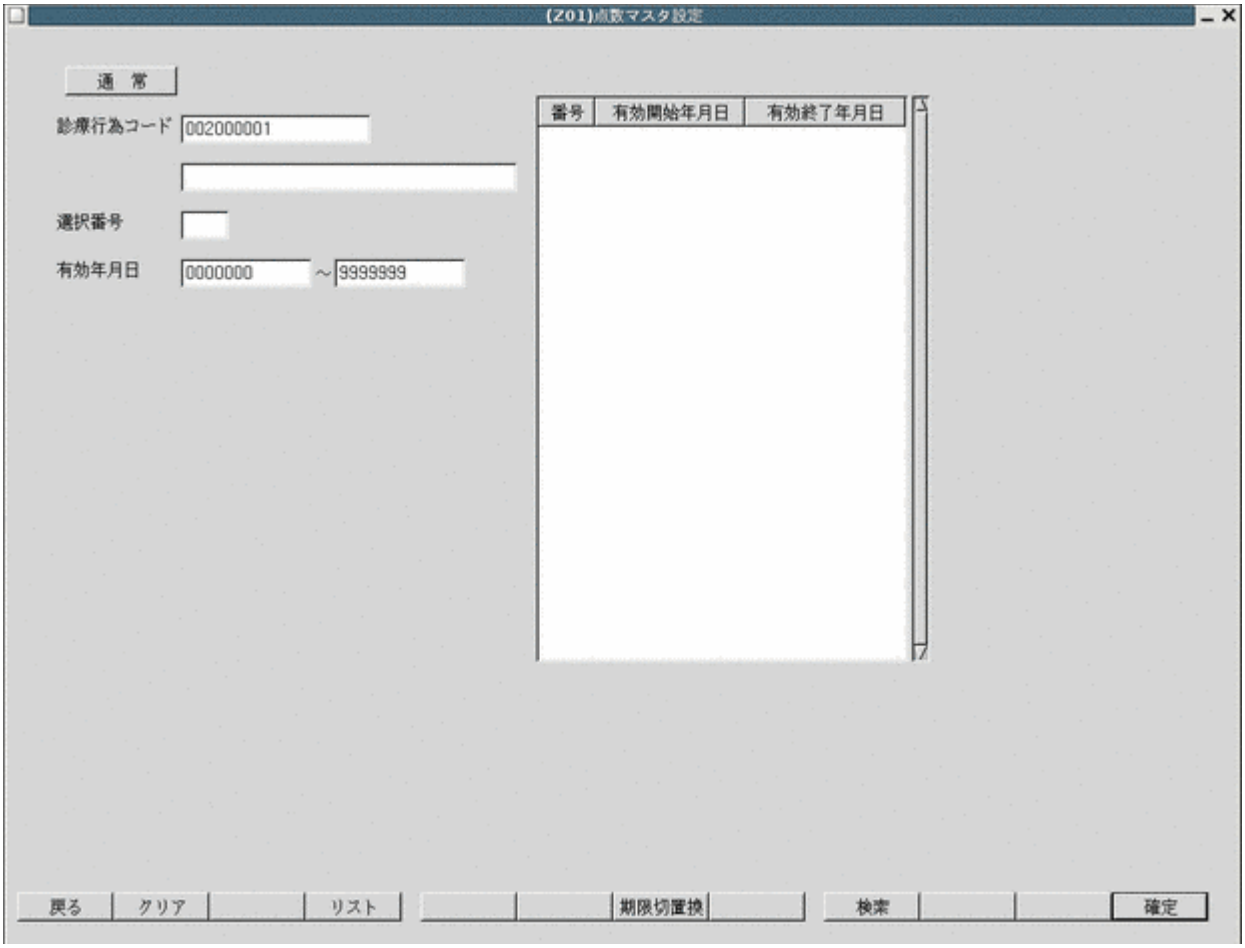


図 1423

Copyright(C)2007JMARI

コメント設定画面に遷移後は、登録の際に必要な項目を入力します。必須入力項目は「漢字名称」、「保険適用」、「部位区分」となります。「保険適用」欄の選択は、金額以外の撮影部位、コメントなどの名称のときは「0」を選び、「文書料」など金額が関係する自費扱い分には「2　保険適用外」を選択します。なお、「レセプト編集情報」の「カラム位置」及び「桁数」欄は、標準マスタにて提供するコメント文（84から始まる9桁診療コード）のレセプトに印字する値の位置及び桁数の表示に使用します。そのため仮に撮影部位コードの登録時に設定を行っても、診療行為入力画面には反映されません。

「部位区分」は、コンボボックスより次に挙げる8つの部位の中から選択します。

1：頭部
2：躯幹
3：四肢
5：胸部
6：腹部
7：脊椎
8：消化管
0：その他（上記以外）

Copyright(C)2007JMARI

＜同一名称撮影部位の設定にあたって＞
同一の撮影部位名称であっても撮影方法により自動算定させる点数が異なる場合は、名称に補記するなどの工夫をして必要分ほど撮影部位を作成するようにしてください。

単純撮影
部位区分「1：頭部」、「2　躯幹」、「5：胸部」、「6：腹部」、「7：脊椎」　のいずれかの設定をした撮影部位を単純撮影で入力した場合は、写真診断料「1　単純撮影」の「イ　頭部、胸部、腹部または脊椎」の点数を自動算定します。それ以外の部位区分を設定した撮影部位を入力した場合には、「ロ　その他」の点数を自動算定します。

造影剤使用撮影
部位区分「8：消化管」を設定した撮影部位を造影剤使用撮影で入力した場合は、写真診断料「3　造影剤使用撮影」と「透視診断」の点数を自動算定します。それ以外の撮影部位を使用した場合は「透視診断」の自動算定は行いません。

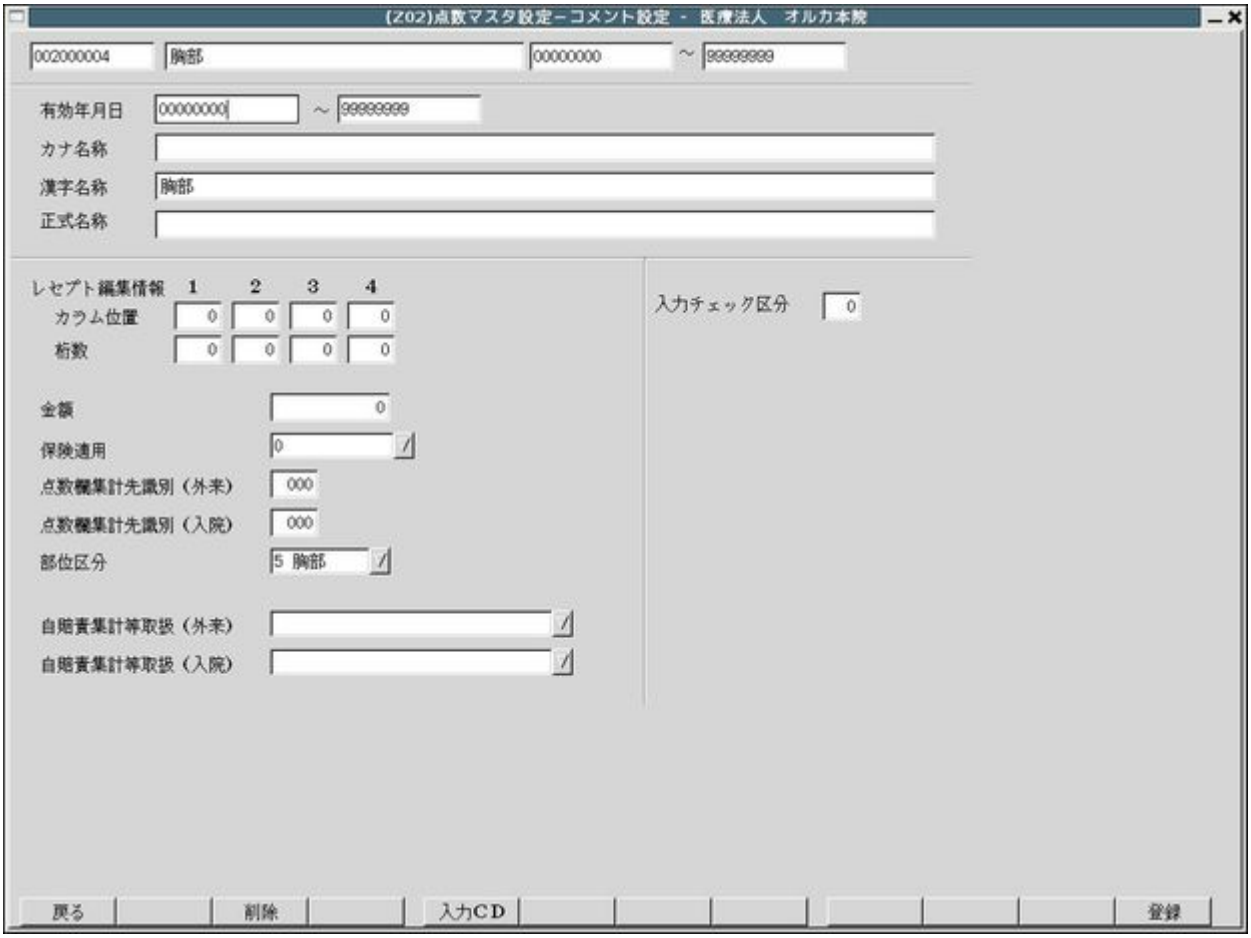


図 1424

入力後、「登録」(F12)を押下すると確認メッセージを表示します。

図 1425

「OK」で登録をします。
「戻る」を押下すると元の画面へ戻ります。

項目の説明

有効年月日	開始～終了の日付を表示します。
カナ名称	カナ名称を入力します。
漢字名称	漢字名称を入力します。必須入力項目です。
正式名称	正式名称を入力します。
カラム位置	レセプトへ各種算定日等のコメント文の値を印字する場合の位置決めをします。 撮影部位設定では使用しないため、「0」とします。(初期値)
桁数	レセプトへ各種算定日等のコメント文の値を印字する場合の桁数（文字数）を設定します。 撮影部位設定では使用しないため、「0」とします。（初期値）
金額	金額の入力に使用します。 撮影部位設定では使用しないため、「0」とします。（初期値）
保険適用	コンボボックスから「0」を選択します。必須入力項目です。
点数欄集計先識別（外来）	点数欄集計先を指定するときに使用します。 撮影部位設定では使用しないため、「0」とします。（初期値）
点数欄集計先識別（入院）	点数欄集計先を指定するときに使用します。 撮影部位設定では使用しないため、「0」とします。（初期値）
部位区分	コンボボックスから選択します。必須入力項目です。
入力チェック区分	現在使用していません。

診療行為入力画面での入力例

図 1426

（4）コメント文の登録

0082XXXXXのコメントについて

0082～から始まる9桁コードは、ユーザ登録した点数マスタの「漢字名称」をコメント文として、診療行為入力時にどの診療区分にも使用できます。
これは標準マスタにて提供されているコメントコード、"82XXXXXXX"と同じ扱いのコードになります。よって、ユーザ登録するコメントは、82から始まる9桁のコメントコードを参照してください。入力されたコメント文は、レセプト及び処方せんに印刷します。
診療行為コード、有効開始年月日及び有効終了年月日を必須入力し「確定」(F12)を押下します。有効期間を設けない場合、有効年月日は未入力で「Enter」を押下し、「0000000」～「9999999」（無期限）とします。

（例）"0082XXXXX"のコードにコメント文を登録する
　　例として診療行為コード"008200001　長期旅行のため"の内容で作成します。

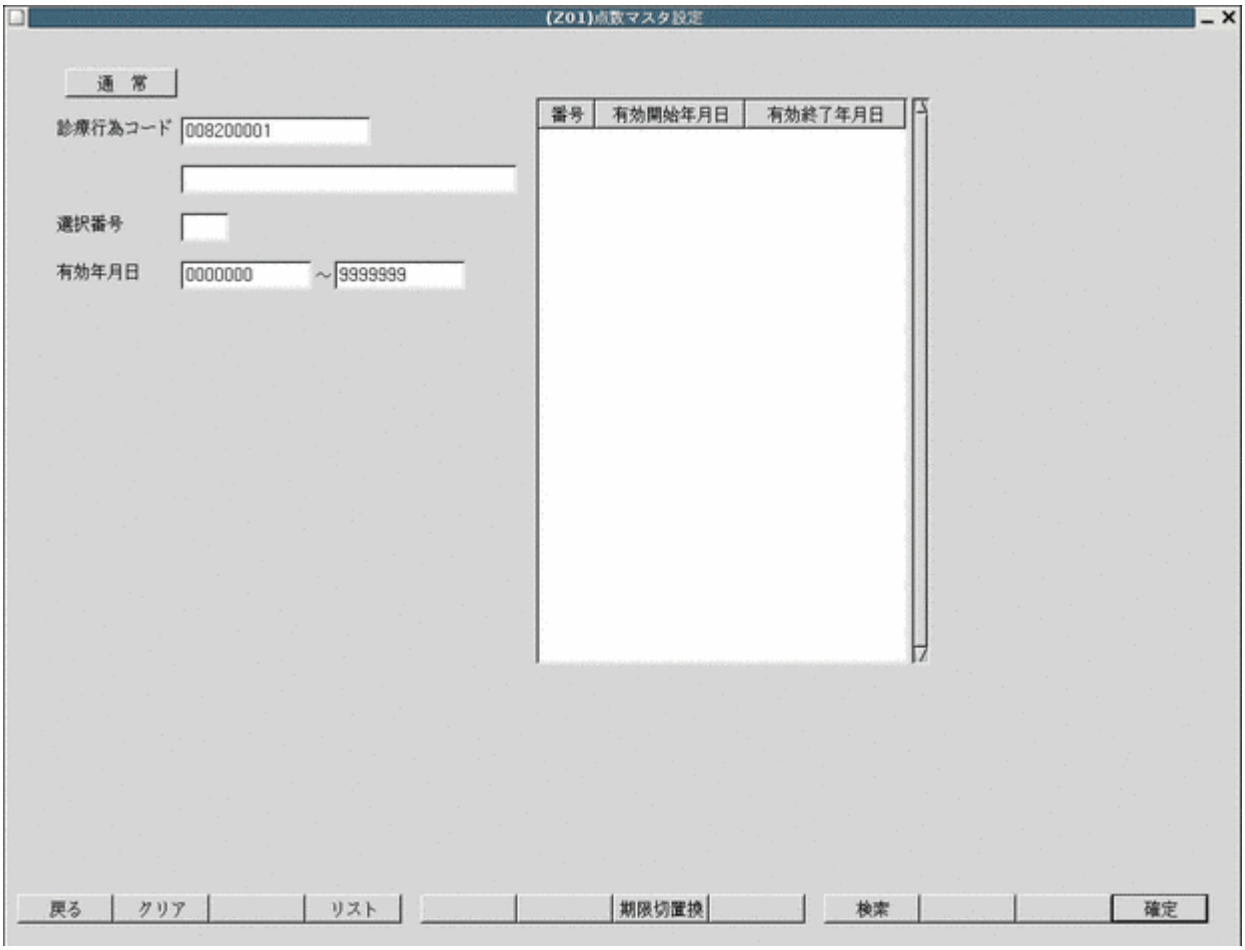


図 1427

Copyright(C)2007JMARI

コメント設定画面に遷移後は、登録の際に必要な項目を入力します。
必須入力項目は、漢字名称となります。

注意！
カラム位置・桁数には入力を行わないでください。

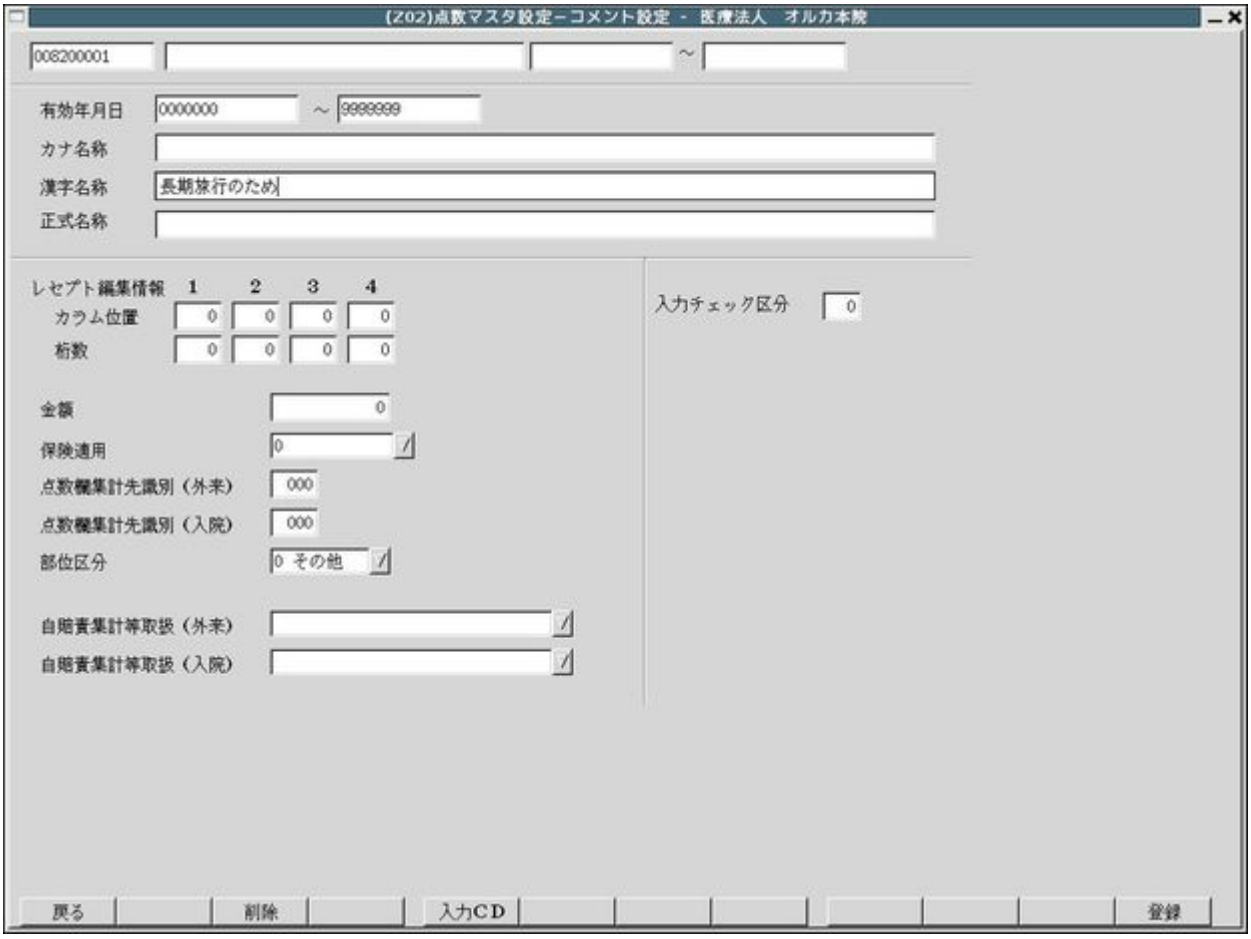


図 1428

入力後、「登録」(F12)を押下すると確認メッセージを表示します。

図 1429

「OK」で登録をします。
「戻る」を押下すると元の画面へ戻ります。

主な項目の説明

有効年月日	開始～終了の日付を表示します。
漢字名称	漢字名称を入力します。必須入力項目です。

以下の項目は初期値（0）のままとします。

「診療行為入力画面での入力例」

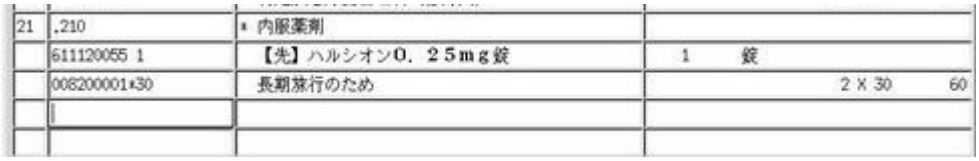


図 1430

0083XXXXXのコメントについて

0083～から始まる9桁コードは、診療行為入力画面ではユーザ登録をした点数マスタの「漢字名称」の後ろに直接入力ができ、コメント文としてどの診療区分にも使用できます。これは標準マスタにて提供されているコメントコード、"83XXXXXXX"と同じ扱いのコードになります。
よって、ユーザ登録するコメントは、83から始まる9桁のコメントコードを参照してください。入力されたコメント文は、レセプト及び処方せんに印刷します。
診療行為コード、有効開始年月日及び有効終了年月日を必須入力し「確定」(F12)を押下します。有効期間を設けない場合、有効年月日は未入力で「Enter」を押下し、「0000000」～「9999999」（無限）とします。

（例）"0083XXXXX"のコードにコメント文を登録する
　　例として診療行為コード"008300001　紹介先：　"の内容で作成します。

コメント設定画面に遷移後は、登録の際に必要な項目を入力します。
必須入力項目は、「漢字名称」となります。

注意！
カラム位置・桁数には入力を行わないでください。

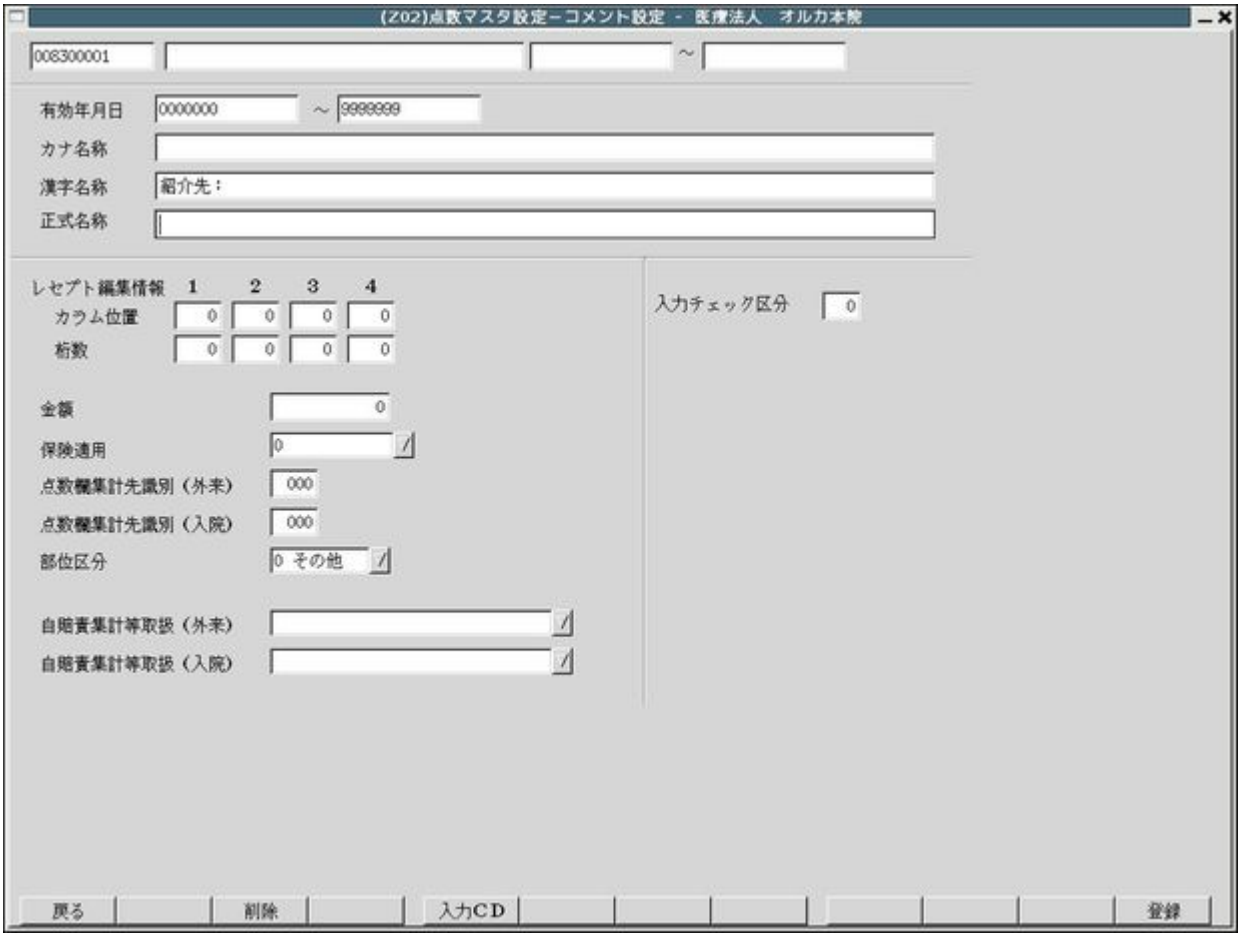


図 1431

「登録」(F12)を押下して登録を行います。

Copyright(C)2007JMARI

【診療行為入力画面での設定例】

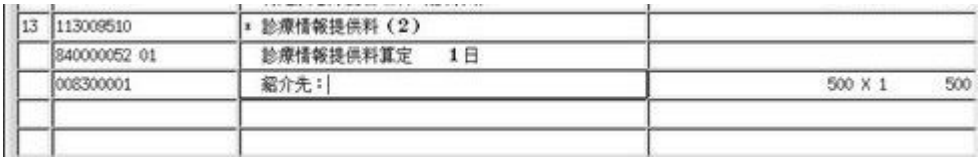


図 1432

↓名称欄に直接、文字の入力をします。

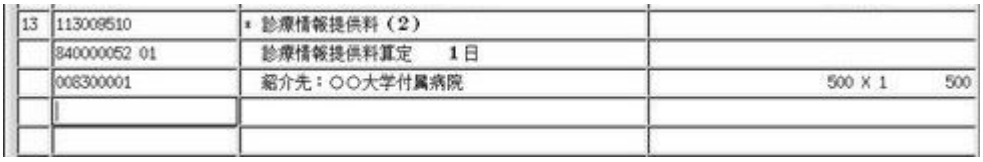


図 1433

 Copyright(C)2007JMARI

0084XXXXXのコメントについて

0084から始まる9桁コードは、ユーザ登録した点数マスタの「漢字名称」の間に、診療行為入力画面にてコメント（数字）を埋め込んだ入力ができ、コメント文としてどの診療区分にも使用できます。これは標準マスタにて提供されているコメントコード、"84XXXXXXX"と同じ扱いのコードになります。
よって、ユーザ登録するコメントは、84から始まる9桁のコメントコードを参照してください。入力されたコメント文は、レセプト及び処方せんに印刷します。
診療行為コード、有効開始年月日及び有効終了年月日を必須入力し「確定」(F12)を押下します。有効期間を設けない場合、有効年月日は未入力で「Enter」を押下し、「0000000」～「9999999」（無期限）とします。

（例）"0084XXXXX"のコードにコメント文を登録する
　　例として診療行為コード"008400001　（前回実施日　月　日）"の内容で作成します。

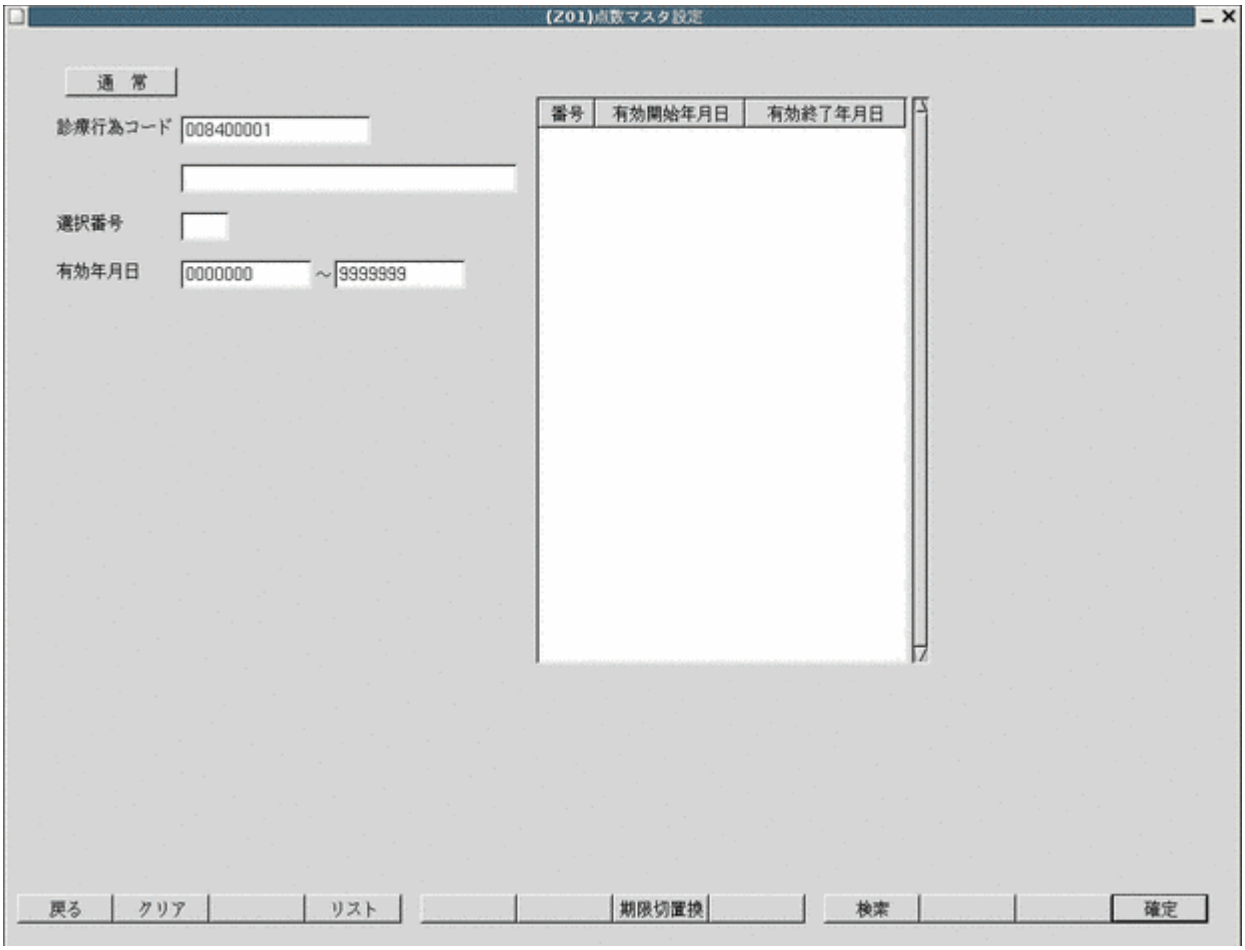


図 1434

コメント設定画面に遷移後は、登録の際に必要な項目を入力します。
必須入力項目は、「漢字名称」、「カラム位置」及び「桁数」となります。

＜カラム位置と桁数について＞
標準マスタにて提供するコメント文（"84"から始まる9桁コード）や、それと同様の扱いとするユーザが登録できるコメント文（"0084"から始まる9桁コード）を使用したとき、レセプト等に印字する値の位置及び桁数を表示する設定を行います。

カラム位置	レセプトへ各種算定日等のコメント文の値を印字する場合の位置決めをします。
桁数	レセプトへ各種算定日等のコメント文の値を印字する場合の桁数（文字数）を設定します。

例では、カラム位置7、桁数2とカラム位置10、桁数2で設定しています。これにより、診療行為入力画面で該当のコードを入力したとき、名称欄の全角3文字目にカーソルが移動し、入力文字数は全角2文字までをできるようにします。なお、漢字名称欄で桁数にあたる箇所は文字数分を空白としてください。

例の場合は2文字分の空白を入力します。

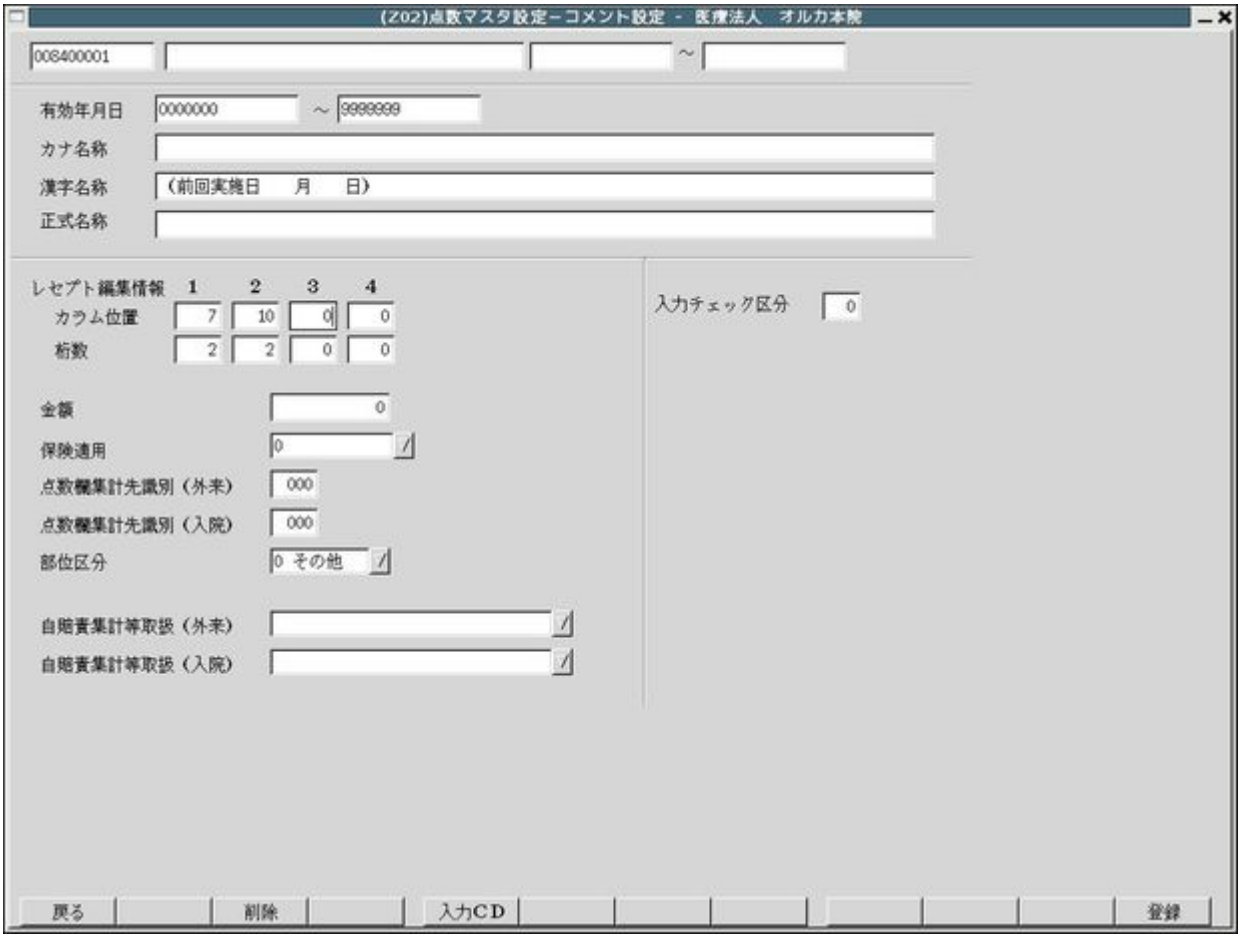


図 1435

「登録」(F12)を押下して登録を行います。

「診療行為入力画面での設定例」

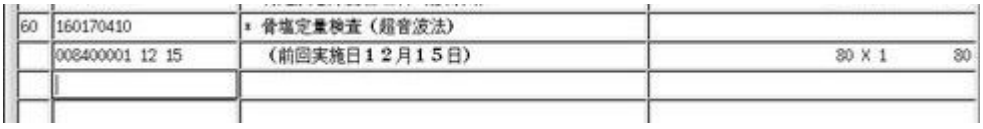


図 1436

＜数値の桁数を固定しない設定方法＞

カラム位置のみ設定し桁数を固定しない設定により、小数点等の任意の桁の入力ができるようになります。
（例）朝：単位、昼：単位）

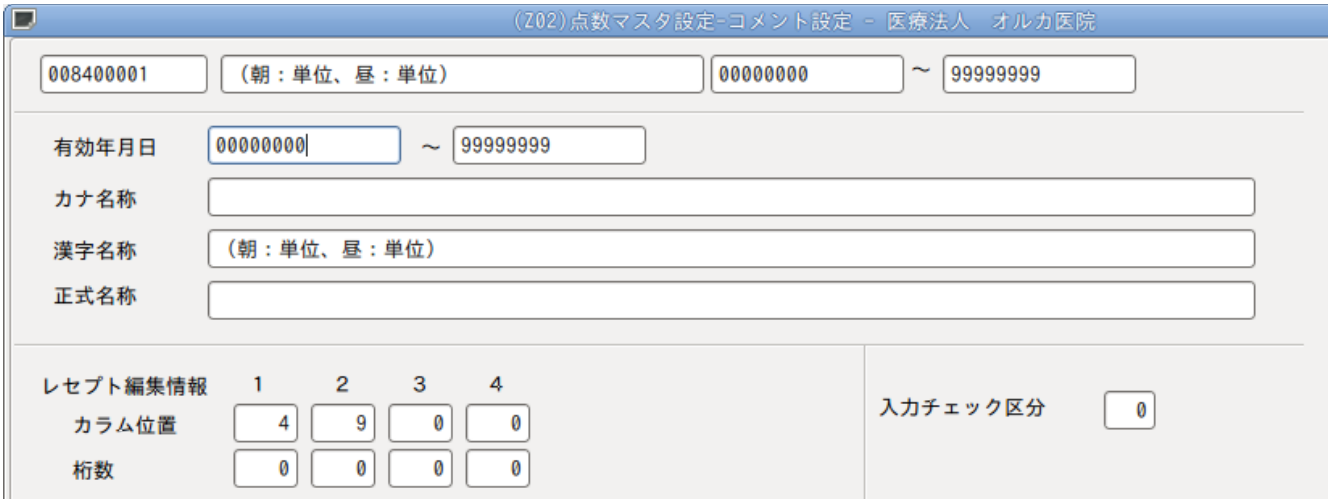


図 1437

【診療行為入力例】

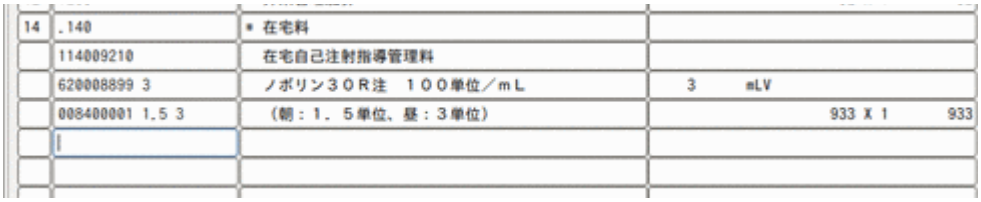


図 1438

0085XXXXXのコメントについて

レセプトには印字しないコメントコードです。
院内処方せんを発行する場合等、薬剤と同じ剤に"0082XXXXX"～"0084XXXXX"のコメントコードを使用するとレセプトに印字されてしまいます。この場合はレセプトに印字しない0085～のコメントコードを使用します。
レセプト以外の処方せん、会計カード等に印字します。

- "008500000"はフリーコメントとなります。

- ″008500001″以降はコメント内容を登録できます（診療行為入力画面で0083～のコメントと同様に文字追加ができます。

作成方法、入力方法は″0083XXXXX″のコメントと同じです。

0086xxxxxのコメントについて

レセプト、処方せんに印字しない画面表示用コメントです。
会計カードには印字します。

- ″008600000″はフリーコメントとなります。
- ″008600001″以降はコメント内容を登録できます（診療行為入力画面で0083～のコメントと同様に文字追加ができます。

作成方法、入力方法は″0083XXXXX″のコメントと同じです。

（5）その他材料・特定器材商品名ユーザ登録

＜その他材料の登録＞

例として診療行為コード"059000001　四肢固定用伸縮性包帯"の内容で作成します。

診療行為コード、有効開始年月日及び有効終了年月日を必須入力し「確定」(F12)を押下します。
有効期間を設けない場合、有効年月日は未入力で「Enter」を押下し、「0000000」～「9999999」（無期限）とします。

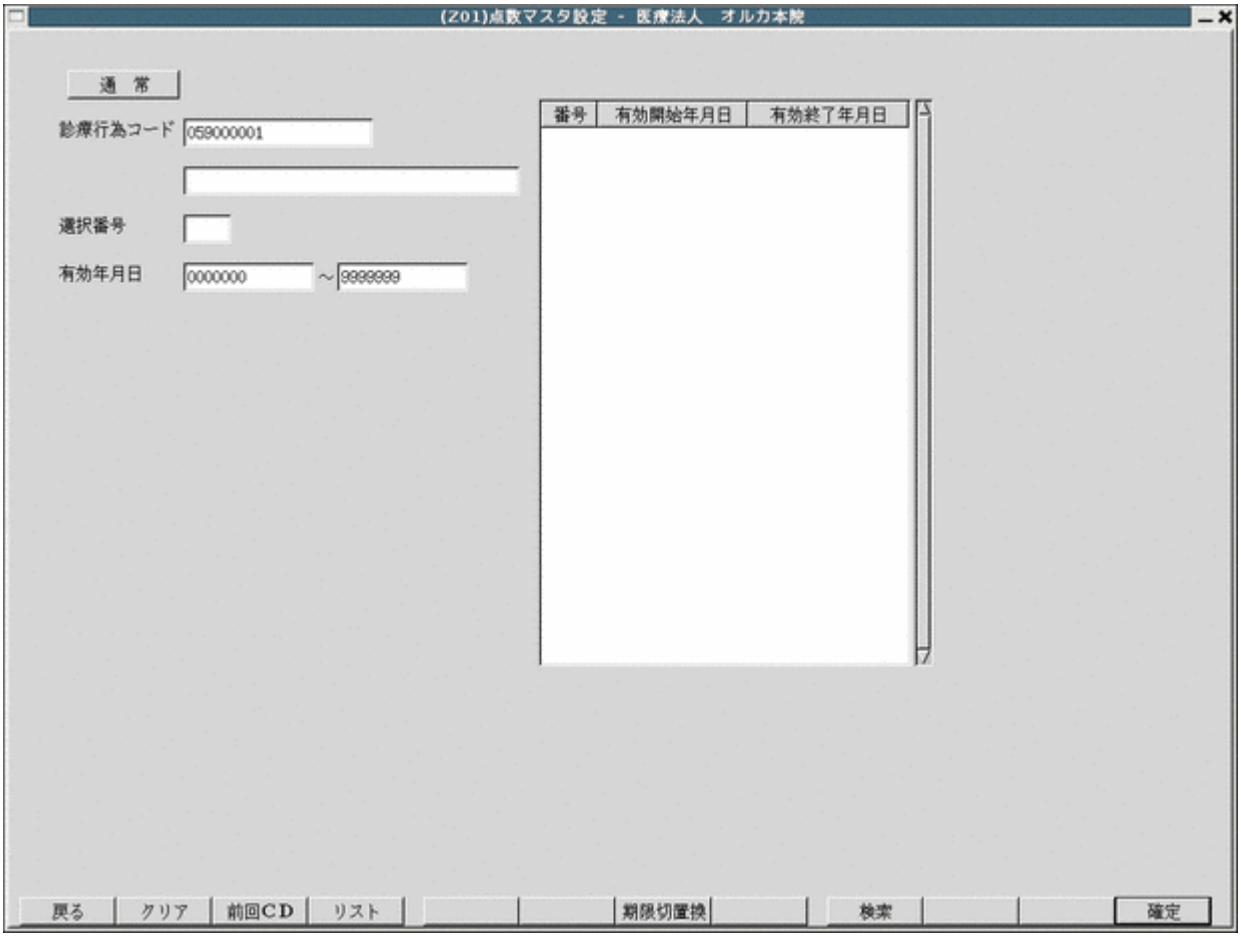


図 1439

特定器材設定画面に遷移後は、登録の際に必要な項目を入力します。
必須入力項目は「漢字名称」、「金額」、「金額種別」となります。
また、単位は必ず入力を行ってください。
（例：〇枚や〇本などの単位）

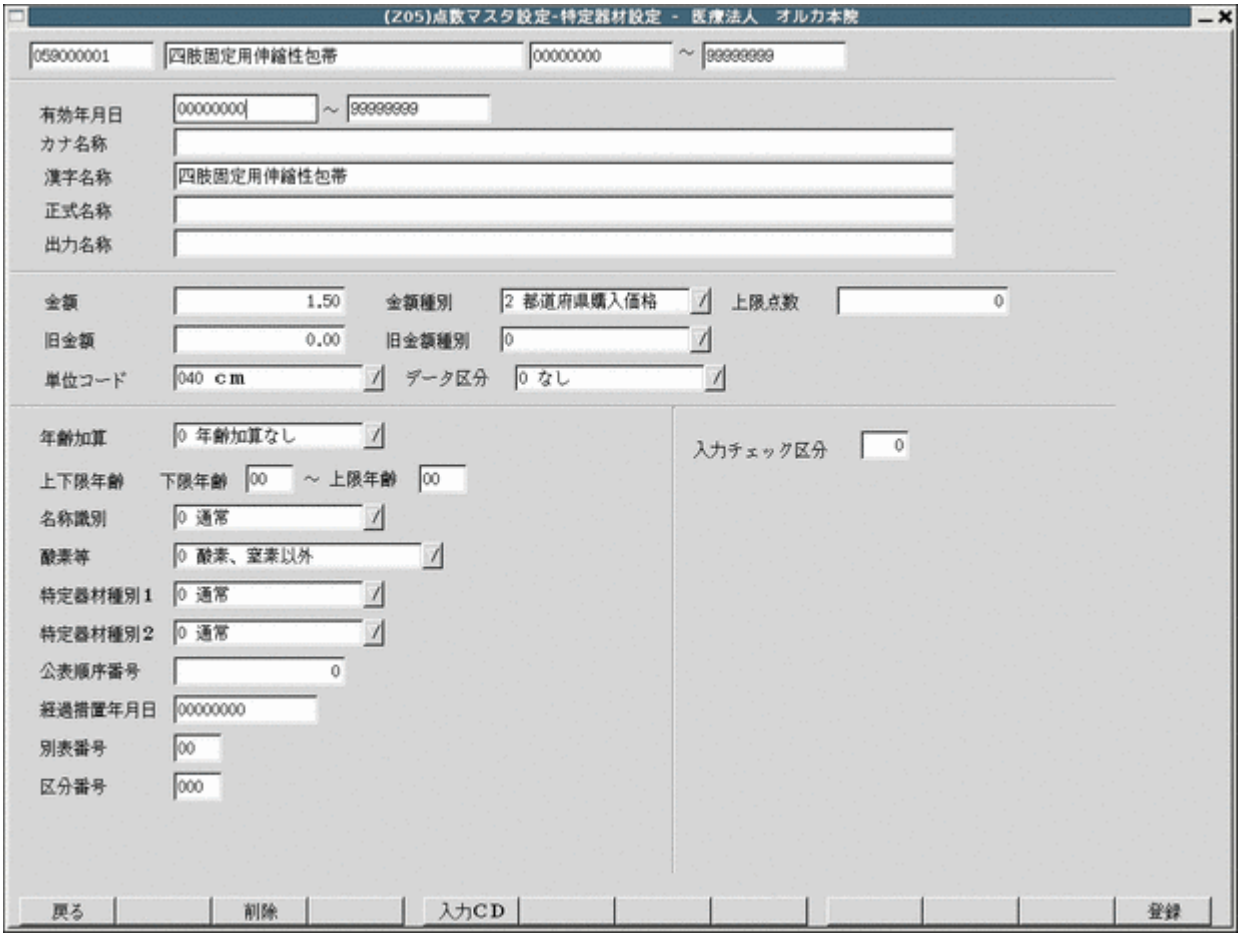


図 1440

入力後、「登録」(F12)を押下すると確認メッセージを表示します。

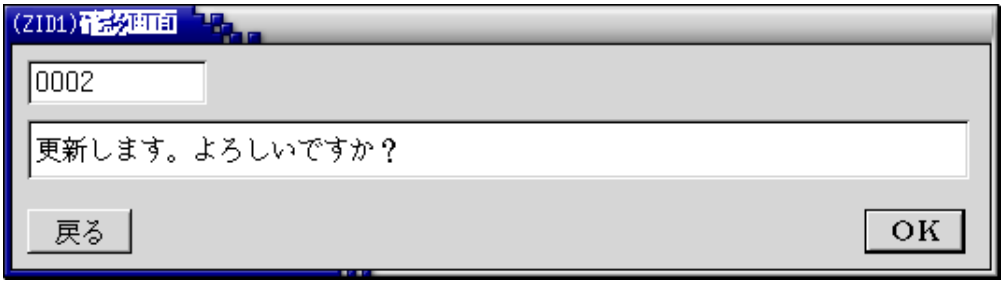


図 1441

「OK」で登録をします。
「戻る」を押下すると元の画面へ戻ります。

主な項目の説明

有効年月日	開始～終了の日付を表示します。
カナ名称	カナ名称を入力します。
漢字名称	漢字名称を入力します。必須入力項目です。 ここで作成した名称がレセプトへの表示名称となります。
正式名称	正式名称を入力します。
金額	金額は円以下銭まで入力できます。
金額種別	金額種別をコンボボックスより選択します。必須入力項目です。
旧金額	金額は円以下銭まで入力できます。
単位コード	コンボボックスから該当する単位を選択します。

＜特定器材商品名ユーザ登録＞

特定器材商品名をユーザ登録し、算定する特定器材コードとの関連付けを行う。

点数マスタより"058000000"～"058999999"の範囲でコードを入力する。
有効期間を設定し「確定」(F12)を押下する。

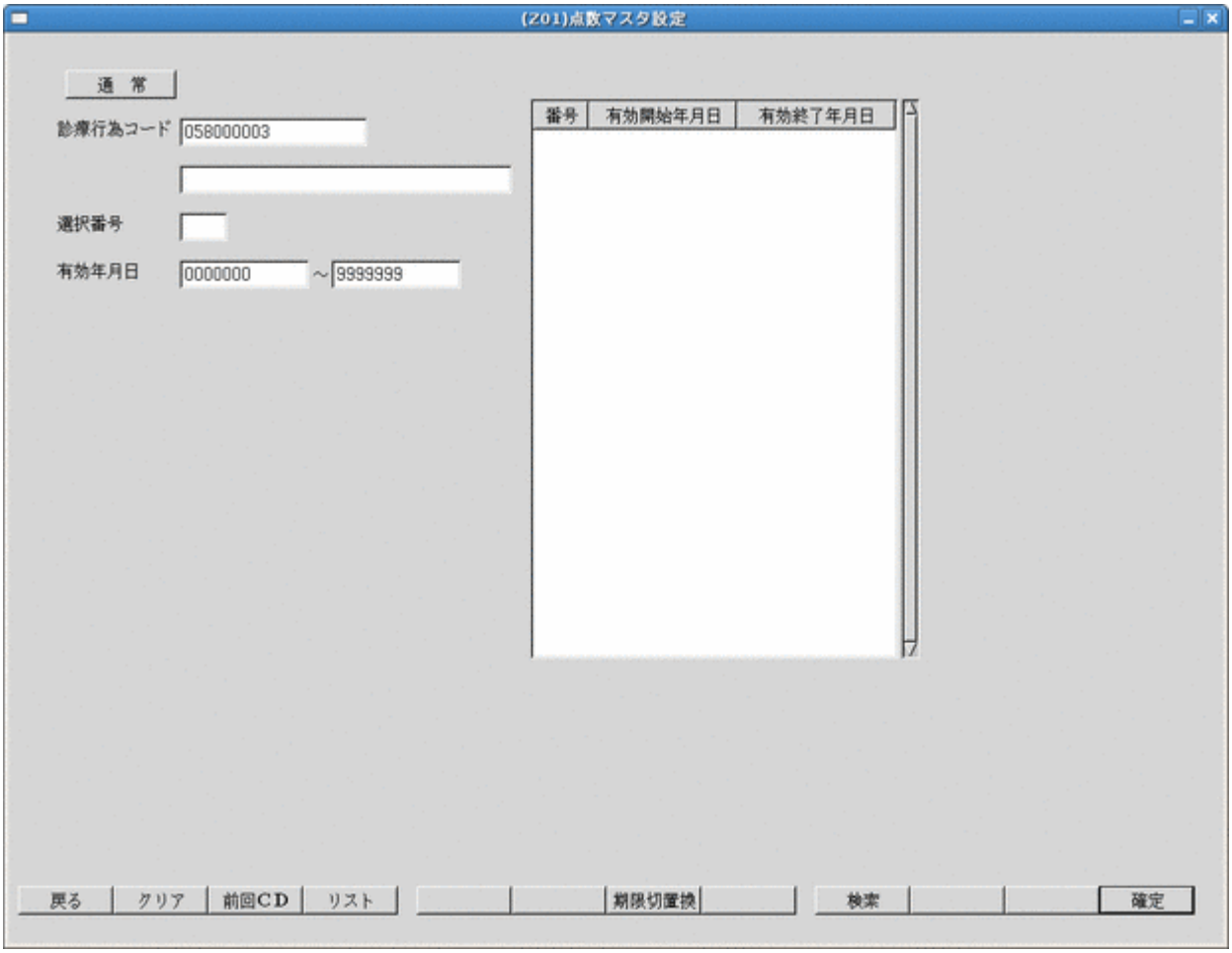


図 1442

 Copyright(C)2007JMARI

各項目を入力する。

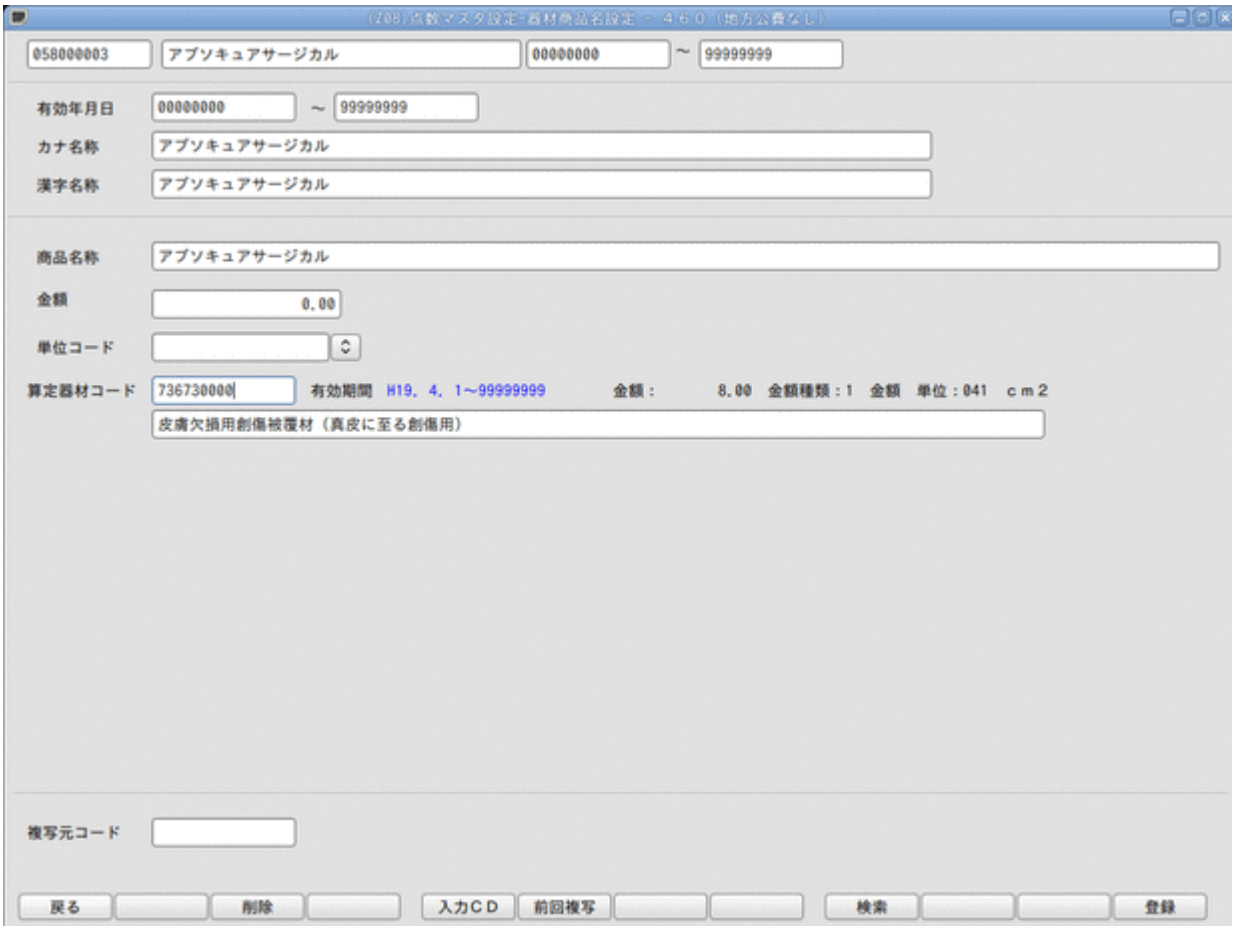


図 1443

カナ名称	診療行為検索に使用
漢字名称	診療行為検索・表示に使用
商品名称	名称をレセプトへ記載します。
金額	算定器材コードで指定した特定器材マスタの金額種別が「2　都道府県購入価格」の場合に設定できます。
単価	算定器材コードで指定した特定器材マスタの単位が設定されていない場合に設定できます。
特定器材コード	点数を算定し、レセプトへ記載します
複写元コード	登録済みの器材商品名コードを入力し、内容を複写することができます。 また直前の特定器材商品名コードは「前回複写」(F6) で複写ができます。

診療行為での入力
特定器材商品名コードを入力します。
関連付けされた特定器材のコードを自動算定します。

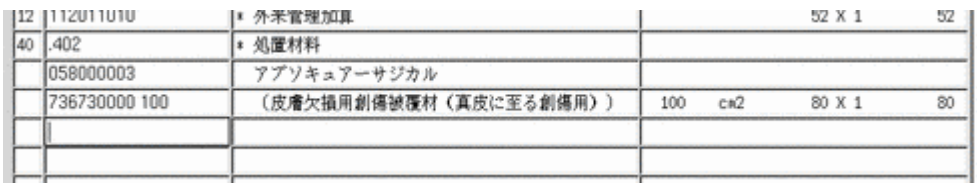


図 1444

（6）自費（文書料など）の登録

自費コードと診療種別区分（.950 .960）について

診療行為コード	診療種別区分　.950入力	診療種別区分　.960入力	診療種別　入力なし
095000001　～　095999999 点数マスタ金額設定あり	消費税計算なし	消費税計算あり（外税）	消費税計算なし
096000001　～　096999999 点数マスタ金額設定あり 金額内容（0：税抜き）	消費税計算なし	消費税計算あり（外税）	消費税計算あり（外税）
096000001　～　096999999 点数マスタ金額設定あり 金額内容（4：税込み）	入力不可	消費税計算あり（内税） （注1）	消費税計算なし（内税） （注1）
095000001　～　095999999 096000001　～　096999999 点数マスタ金額設定なし （0円設定）	消費税計算なし	095XXXXXX 消費税計算あり （注2） 096XXXXXX 消費税計算あり （注2）	095XXXXXX 消費税計算なし 096XXXXXX 消費税計算なし （注2）

注1：金額欄には税込み金額を登録します。診療行為入力画面では内税を計算し表示します。
注2：金額欄には0円を登録します。診療行為入力画面で税込み金額を入力し、内税を計算し表示します。

ヒント！

- 消費税の1円未満の端数処理は【5.1　システム管理マスタ】－【1001　医療機関情報－基本】－消費財端数区分で設定できます。
- 平成26年4月1日より消費税を8%で計算します。

Copyright(C)2007JMARI

自費コード登録例

＜例1＞文書料として固定金額（2,000円）にする場合（消費税を計算しない場合）

診療行為コード"095000001　文書料2000円"の内容で作成します。

診療行為コード、有効開始年月日及び有効終了年月日を必須入力し「確定」(F12)を押下します。有効期間を設けない場合、有効年月日は未入力で「Enter」を押下し、「0000000」～「9999999」（無期限）とします。

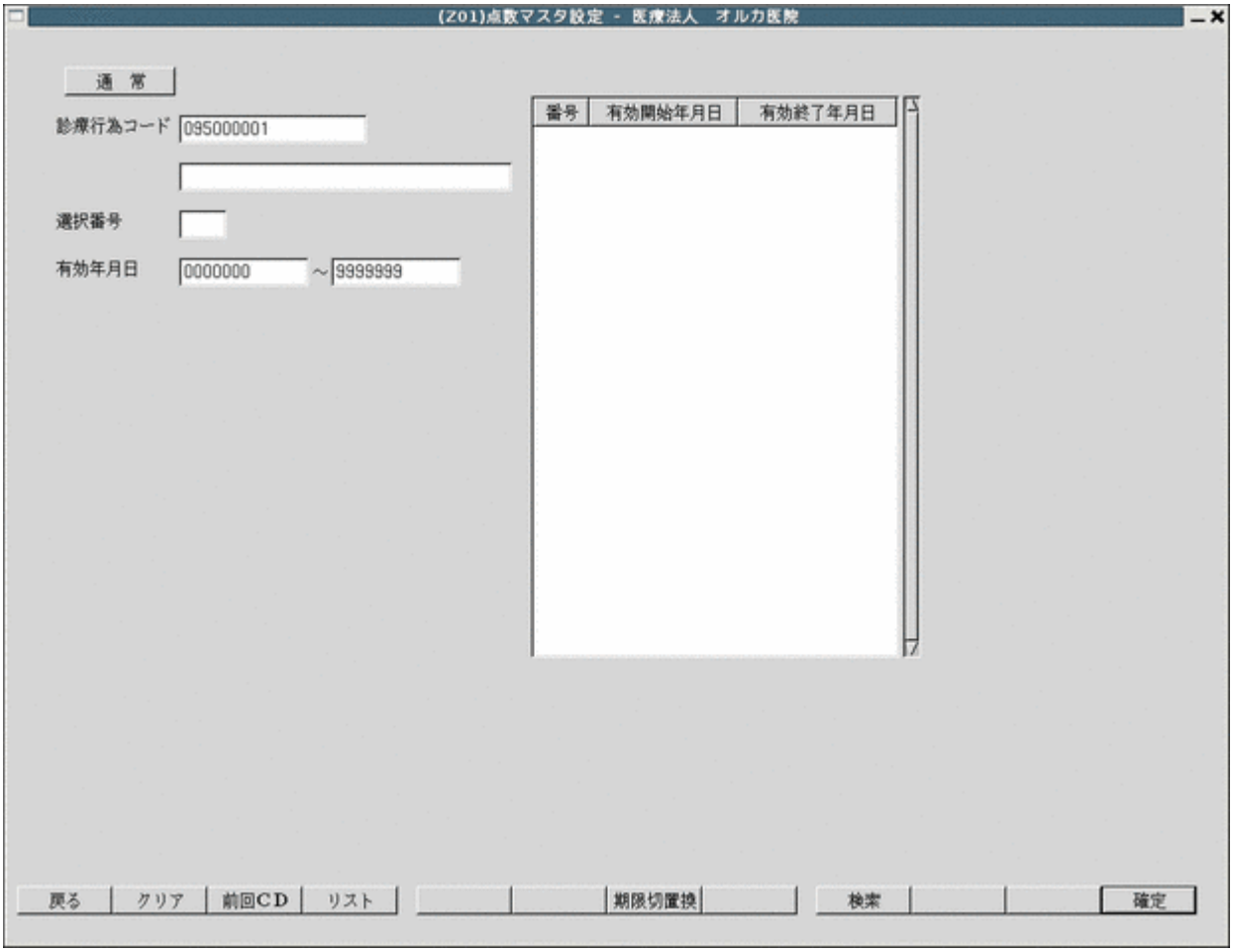


図 1445

各項目を入力します。
必須項目
「漢字名称」、「保険適用」、「点数欄集計先識別（外来）」または「点数欄集計先識別（入院）」、「部位区分」

文書料等は「2　保険適用外」を選択します。
点数欄集計先識別（外来）（入院）は「101システム管理マスタ」ー「1013　請求書自費名称情報」に登録した内容に合わせて入力します。「1013　請求書自費名称情報」の外来自費名称の「1」に「文書料」を設定した場合は、点数欄集計先識別（外来）欄に「001」と3桁に直して入力をします。

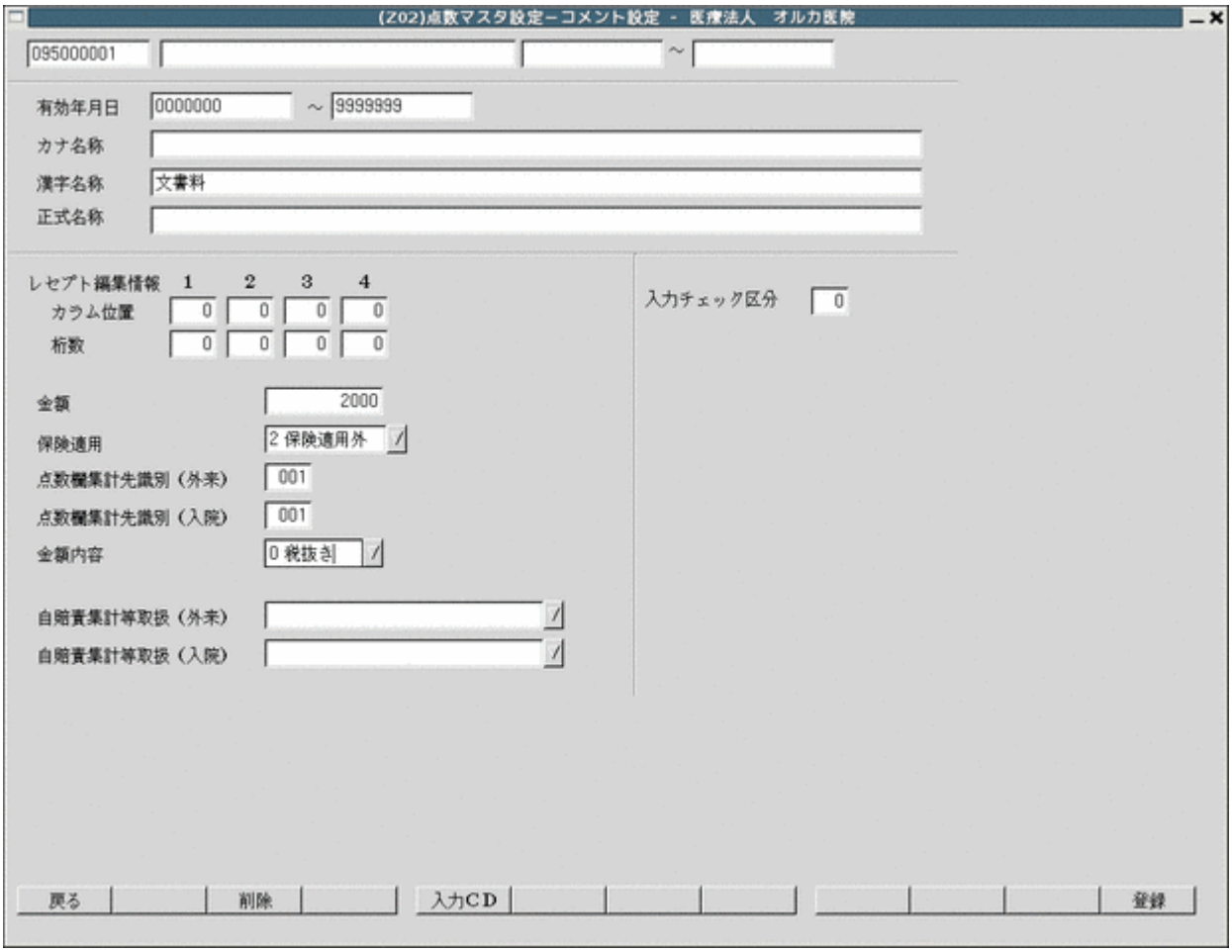


図 1446

注意！
カラム位置・桁数は入力しないでください。

入力後、「登録」(F12)を押下すると確認メッセージを表示します。

図 1447

「OK」で登録をします。
「戻る」を押下すると元の画面へ戻ります。

項目の説明

有効年月日	開始～終了の日付を表示します。
カナ名称	カナ名称を入力します。
漢字名称	漢字名称を入力します。必須入力項目です。
正式名称	正式名称を入力します。
カラム位置	レセプトへ各種算定日等のコメント文の値を印字する場合の位置決めをします。 自費の設定では使用しないため、「0」とします。（初期値）
桁数	レセプトへ各種算定日等のコメント文の値を印字する場合の桁数（文字数）を設定します。自費の設定では使用しないため、「0」とします。（初期値）
金額	金額を入力します。
保険適用	コンボボックスから「2　保険適用外」を選択します。必須入力項目です。
点数欄集計先識別（外来）	点数欄集計先識別（外来）を3ケタで入力します。
点数欄集計先識別（入院）	点数欄集計先識別（入院）を3ケタで入力します。
金額内容	コンボボックスから選択します。必須入力項目です。
自賠責集計等取扱（外来）	09593～始まるコードで作成した場合に自賠責保険での負担金集計先、レセプトの集計先を指定できます。
自賠責集計等取扱（入院）	09593～始まるコードで作成した場合に自賠責保険での負担金集計先、レセプトの集計先を指定できます。
入力チェック区分	現在使用していません。

【診療行為入力画面での入力例】

図 1448

請求確認画面にはこのように計上します。

図 1449

 Copyright(C)2007JMARI

＜例2＞文書料としてその都度金額を入力する場合（消費税を計上する場合）

診療行為コード"096000001　文書料　0円"の内容で作成します。

入力内容は＜例1＞の場合と同様ですが、金額は診療行為入力画面で入力しますので0円としておきます。

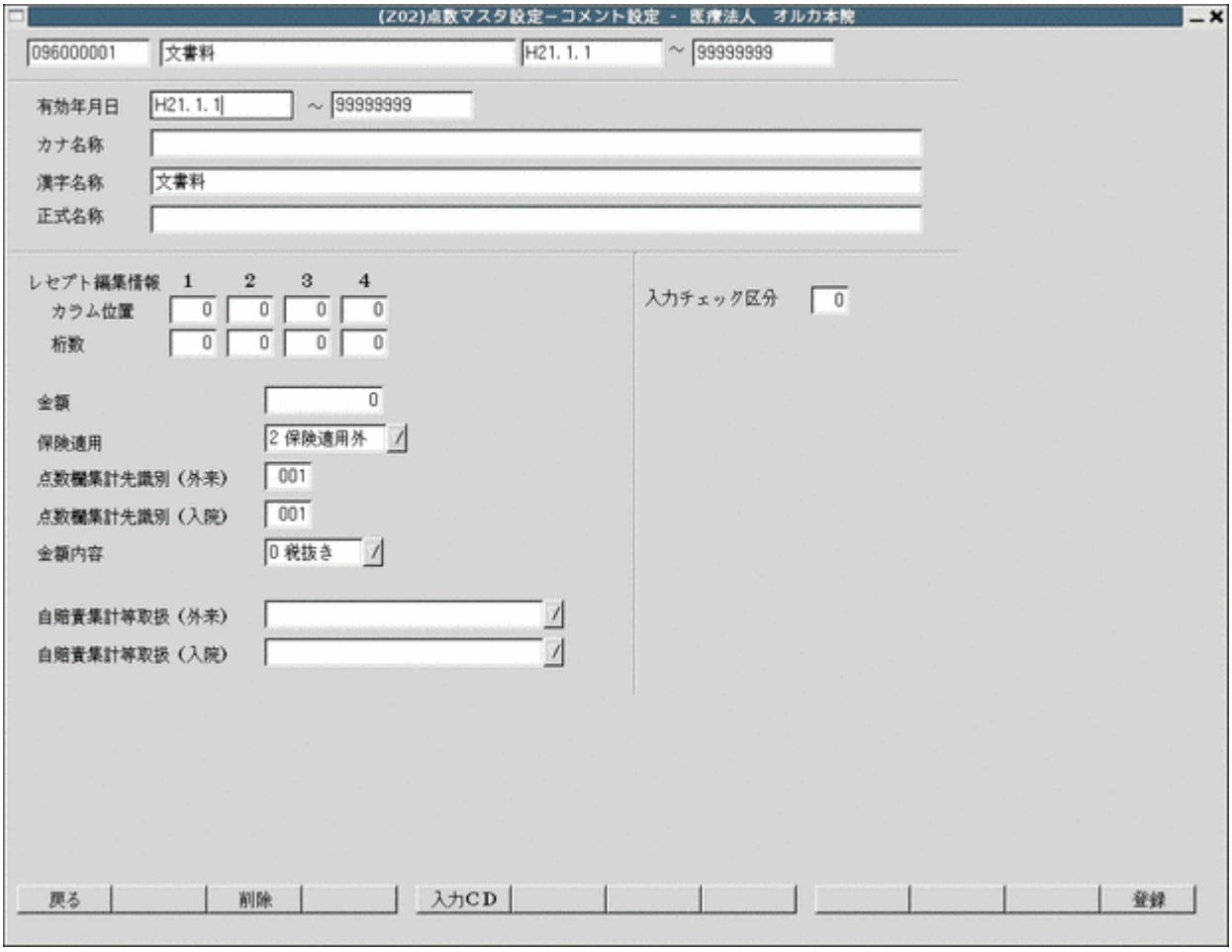


図 1450

入力後は「登録」をします。

診療行為入力画面での入力例

消費税を含んだ金額を入力します。

図 1451

Copyright(C)2007JMARI

ポイント！
096000XXXのコードで金額フリー（単価0円）設定の場合は、診療行為入力画面で金額を入力します。
そのときは消費税込みの金額を入力してください。

請求確認画面にはこのように計上します。

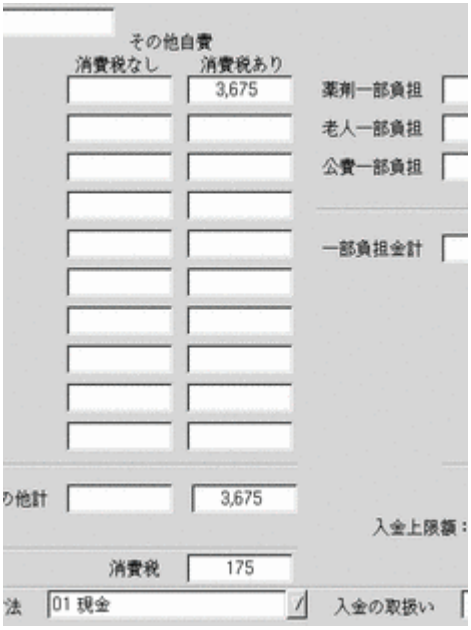


図 1452

 Copyright(C)2007JMARI

＜自賠責保険の診断書料、明細書料、特定器材（ポリネックなど）の点数マスタ登録について＞

診断書料の点数マスタ・・・診療行為コードは　"09591XXXX"で作成
明細書料の点数マスタ・・・診療行為コードは　"09592XXXX"で作成
特定器材の点数マスタ・・・診療行為コードは　"09593XXXX"で作成

※上記のコードにより、自賠責レセプトの診療区分80、その他の欄へ印字することができます。
なお､作成したコードは自賠責以外の保険で使用することもできますが､その場合は自費分として取り扱います。

ポイント！
09593・・・・のコードを作成する場合に自賠責集計等取扱（外来）（入院）の設定ができるようになります。
請求確認画面と自賠責レセプトの集計先を指定することができます。

09591～09593・・・のコードを金額フリー（単価0円）で作成した場合､診療行為入力画面での診療区分は｢.809　その他（労災・自賠責入力）」となります。

＜例3＞診療行為コード"095910001　診断書料　5000円"の内容で作成します。

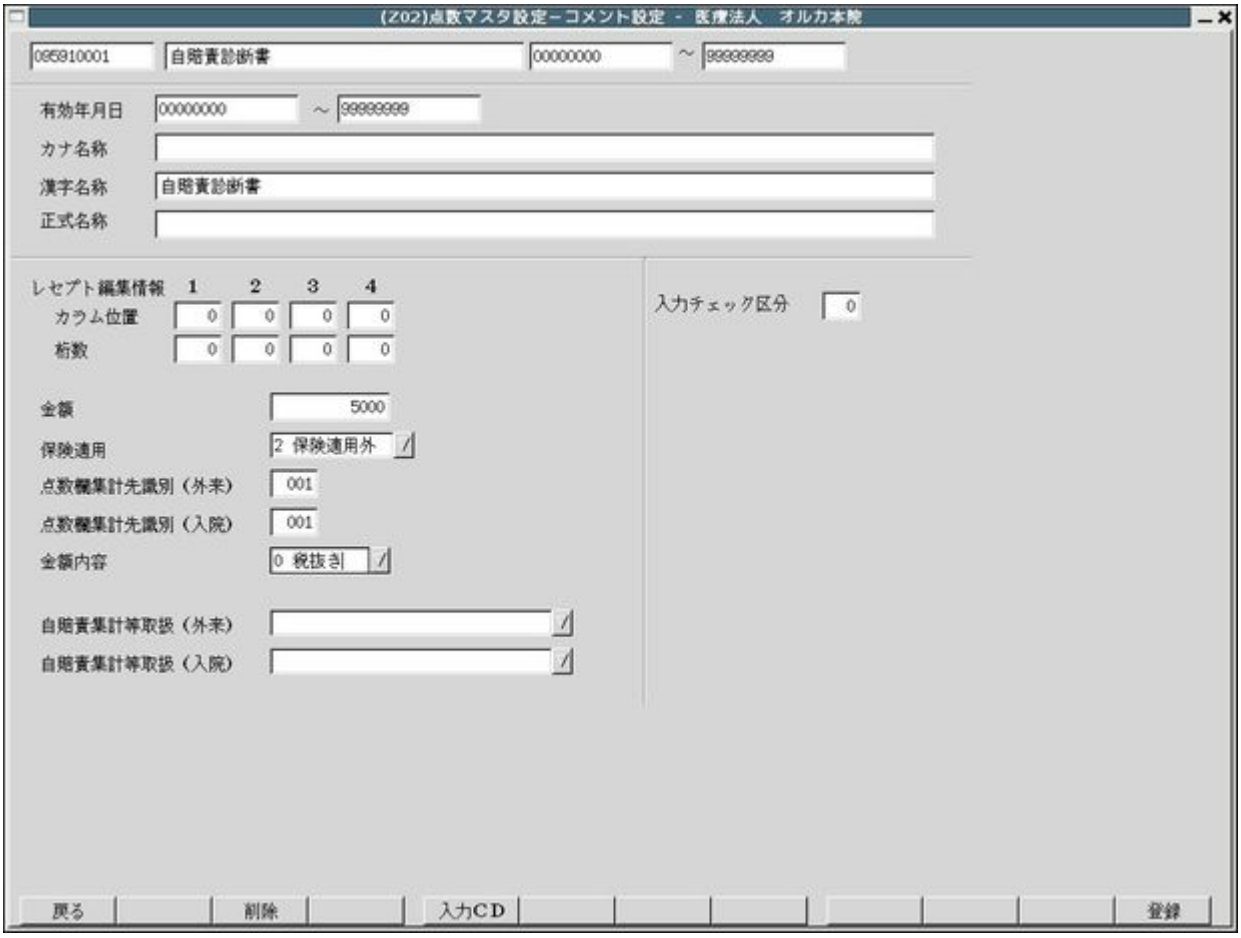


図 1453

＜診療行為入力画面での入力例＞

自賠責保険での入力は、以下のようになります。

診療種別区分の宣言は特に必要ありません。自賠責のレセプトでは診療区分80へ印字されるため、宣言を行う場合は、「.800」と入力します。

図 1454

請求確認画面にはこのように計上します。
（ただし、画面例は以下の設定をしている場合の表示例です。
・「101　システム管理マスタ」－「4001　労災自賠責医療機関情報」の「文書料（消費税）」欄を「1　無し」で設定
・「12　登録」の労災自賠保険入力画面の自賠責請求区分は「1　患者請求する（100%）」で設定）

図 1455

自賠責以外の保険で同コードを入力した場合は、次のようになります。

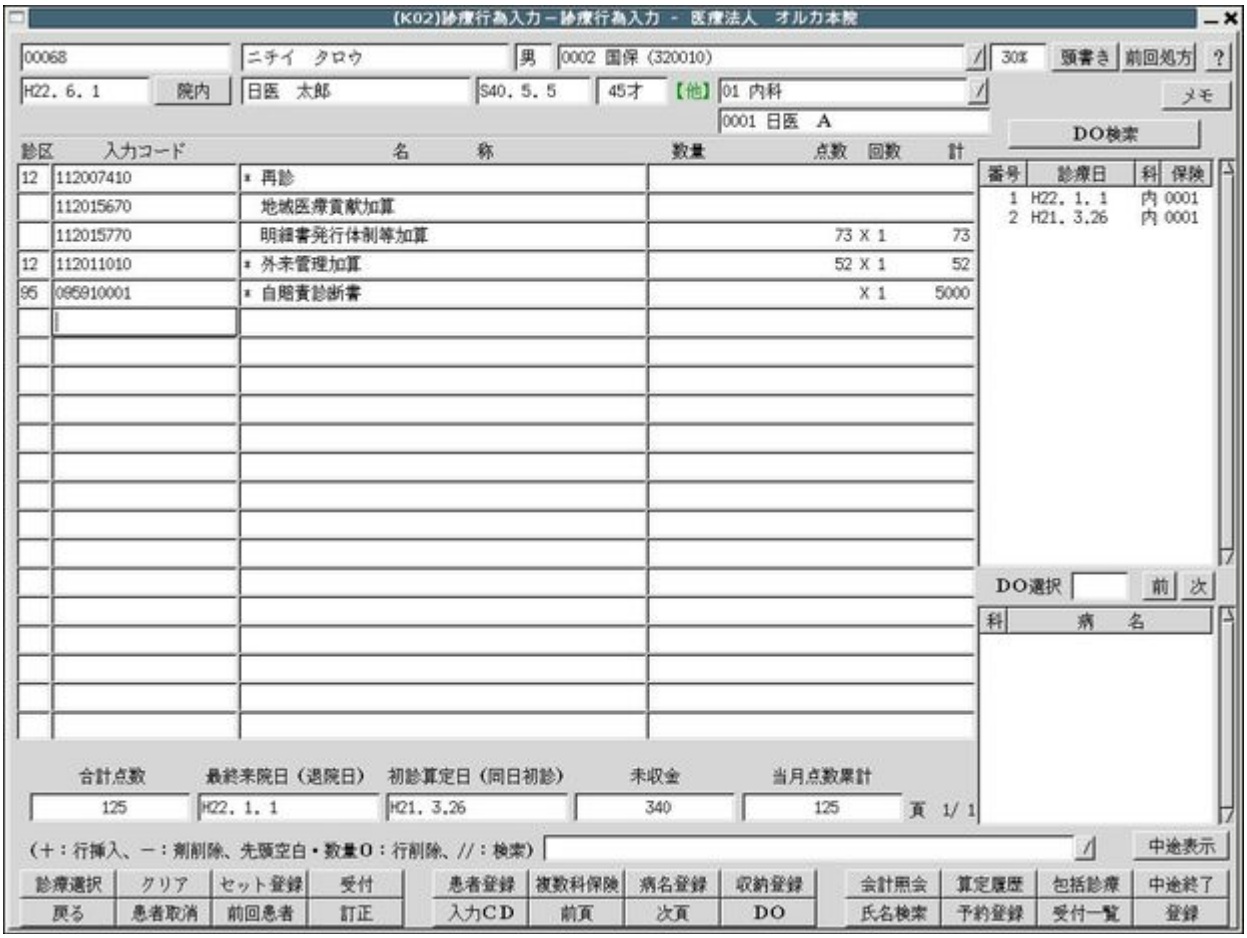


図 1456

↓自費分として取り扱います。

図 1457

（7）「改正」ボタンの使用

点数マスタ設定画面の左上部にある「通常」を押下すると、「改正」へと表示が変わります

＜「通常」と「改正」の違い＞

「通常」	点数マスタの有効期間の変更を行った場合、選択前の有効期間を更新して新たに変更した有効期間が上書きされますので、期間及び内容の変更を行う場合には「改正」を使用します。
「改正」	点数マスタの有効期間の変更を行った場合、選択前の有効期間の終了日を自動で切り、新たに変更した有効期間が別に作成されます。

＜「改正」で期間変更ができる診療行為コード＞

「改正」のとき、期間の切り替えができる診療行為コードは以下に挙げるコードのみとします。

ユーザが登録できる、先頭が「0」から始まる9桁コード

特定器材で、金額の変更があるもの

（例：酸素ボンベ）

※点数マスタは標準的に提供されるものとして、一部を除きユーザがマスタの期間及び内容の変更をする必要はありません。仮に点数及び各種区分を変更された場合は、システムでは保証いたしませんのでご注意ください。

＜「改正」を使用した期間切り替え・手順＞

＜例＞酸素ボンベ・小型（診療行為コード"739230000"）の有効期間及び金額を変更する。

有効期間　平成16年4月1日～

金額　　1.33円　　に変更する

診療行為コードを入力後、「通常」を押下して「改正」へ切り替えます。
入力した診療行為コードに既に複数の期間が存在する場合には、選択番号欄に最後の期間を選択します。表示されている有効期間の開始日について変更を行います。
終了日は、「改正」時は「99999999」のみが入力できるようになります。

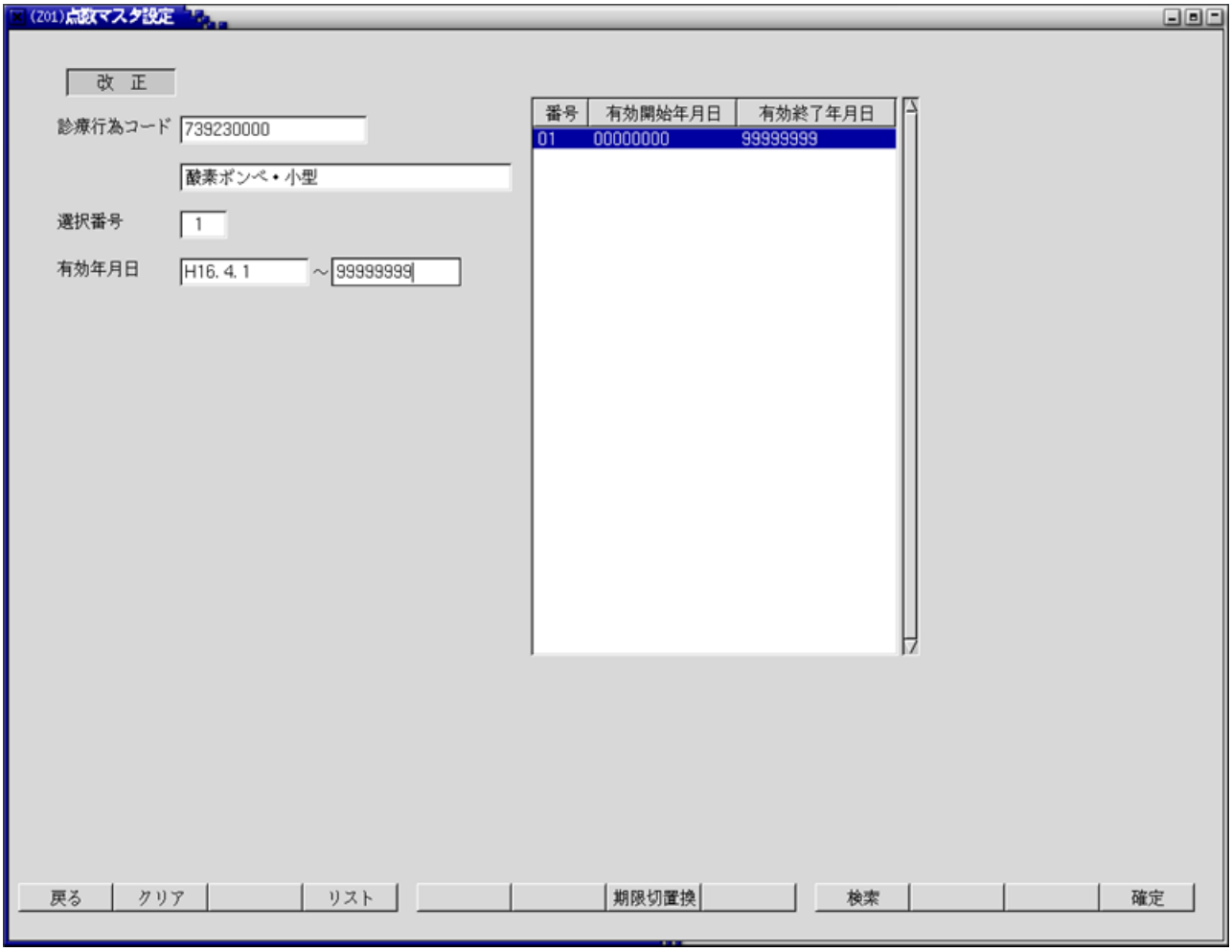


図 1458

Copyright(C)2007JMARI

「確定」(F12)を押下します。
特定器材設定画面へ遷移し、有効年月日以外は前の点数マスタ内容を複写します。

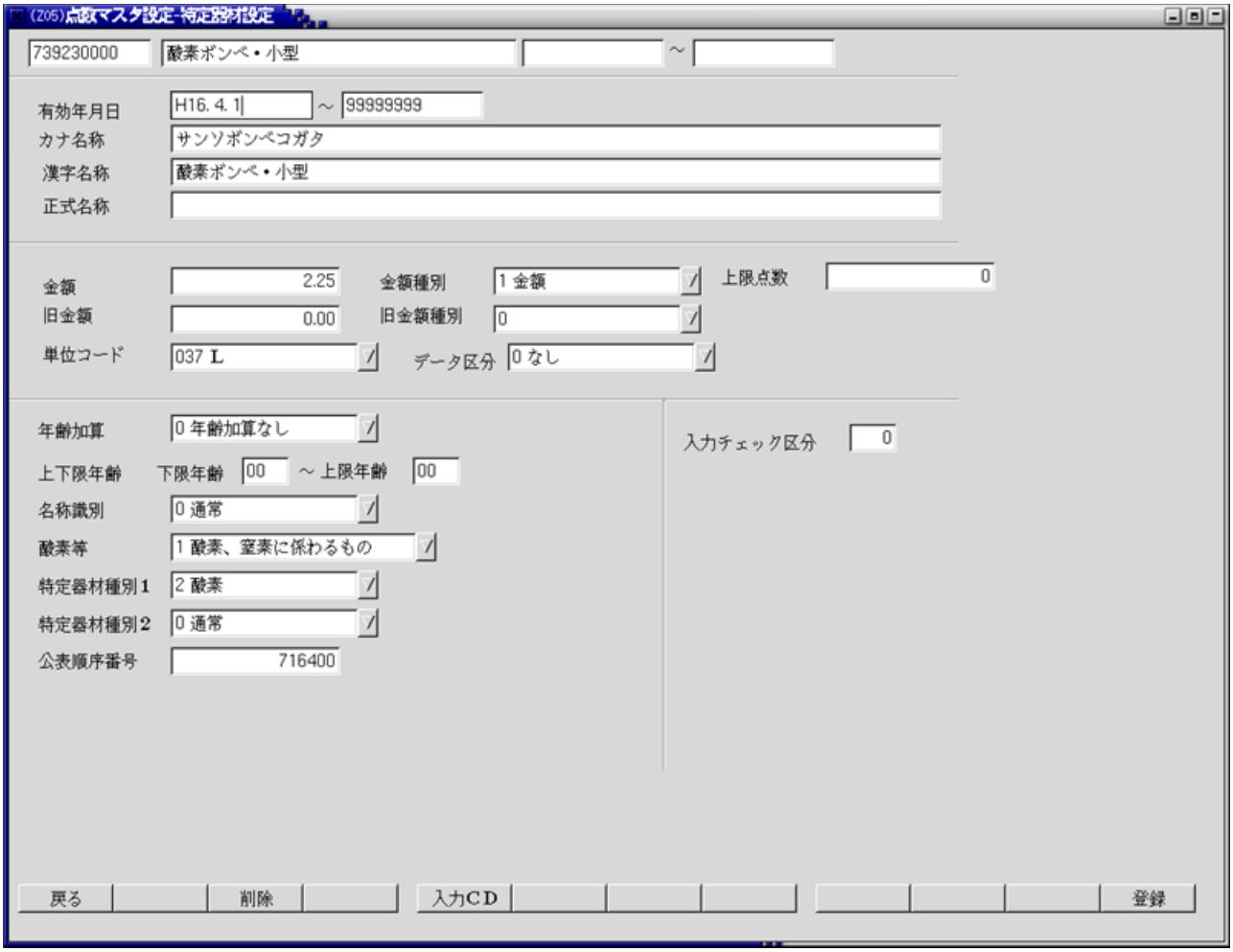


図 1459

 Copyright(C)2007JMARI

↓「金額」欄の変更を行います。

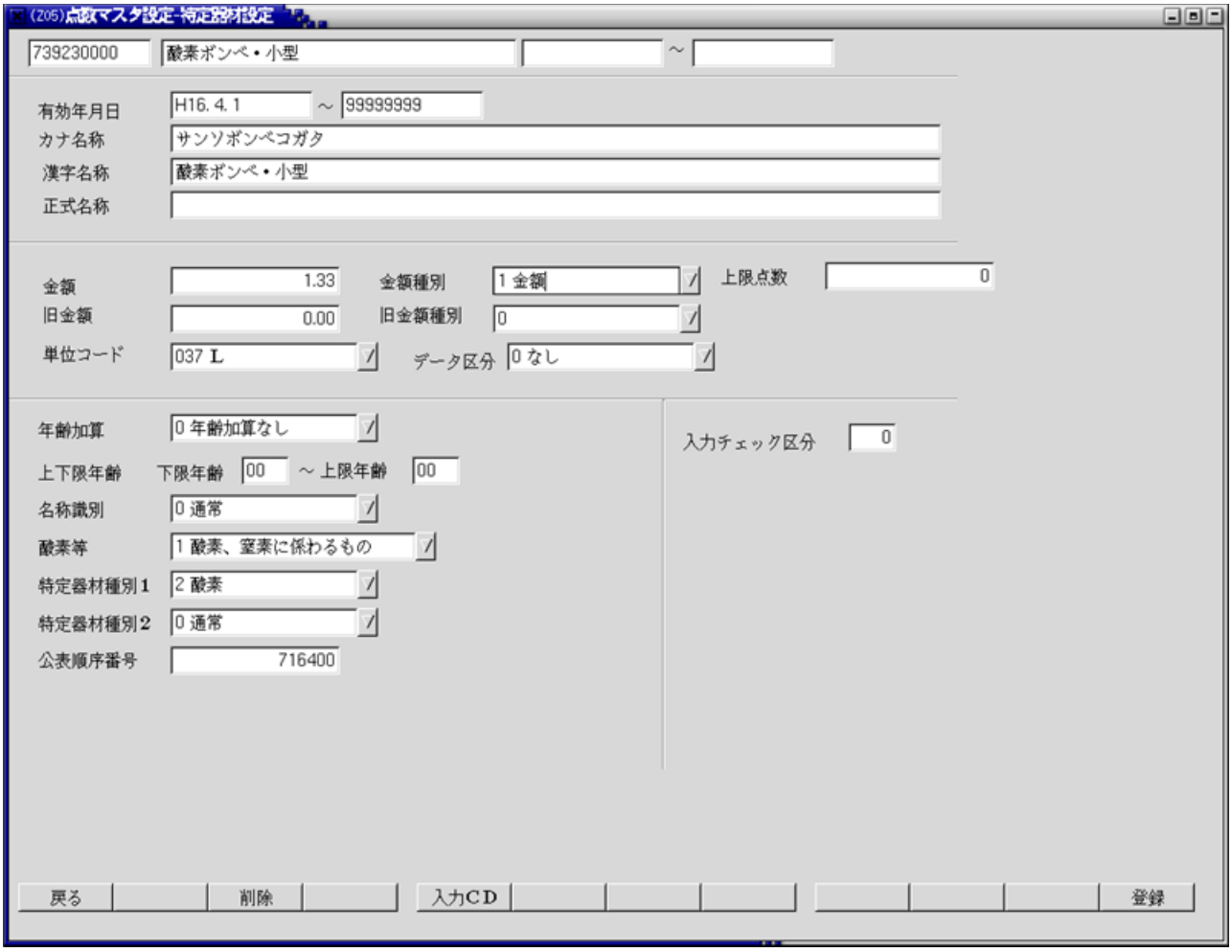


図 1460

内容を変更後は、「登録」を行います。

登録をすると、開始日が平成16年4月1日の有効期間が新規に1件登録され、併せてその前の点数マスタの有効終了年月日は、変更した開始日の前日（平成16年3月31日）に自動的に変更されます。

以下は、有効期間を切り替えた診療行為コードを再度、呼び出したときの点数マスタ画面例です。

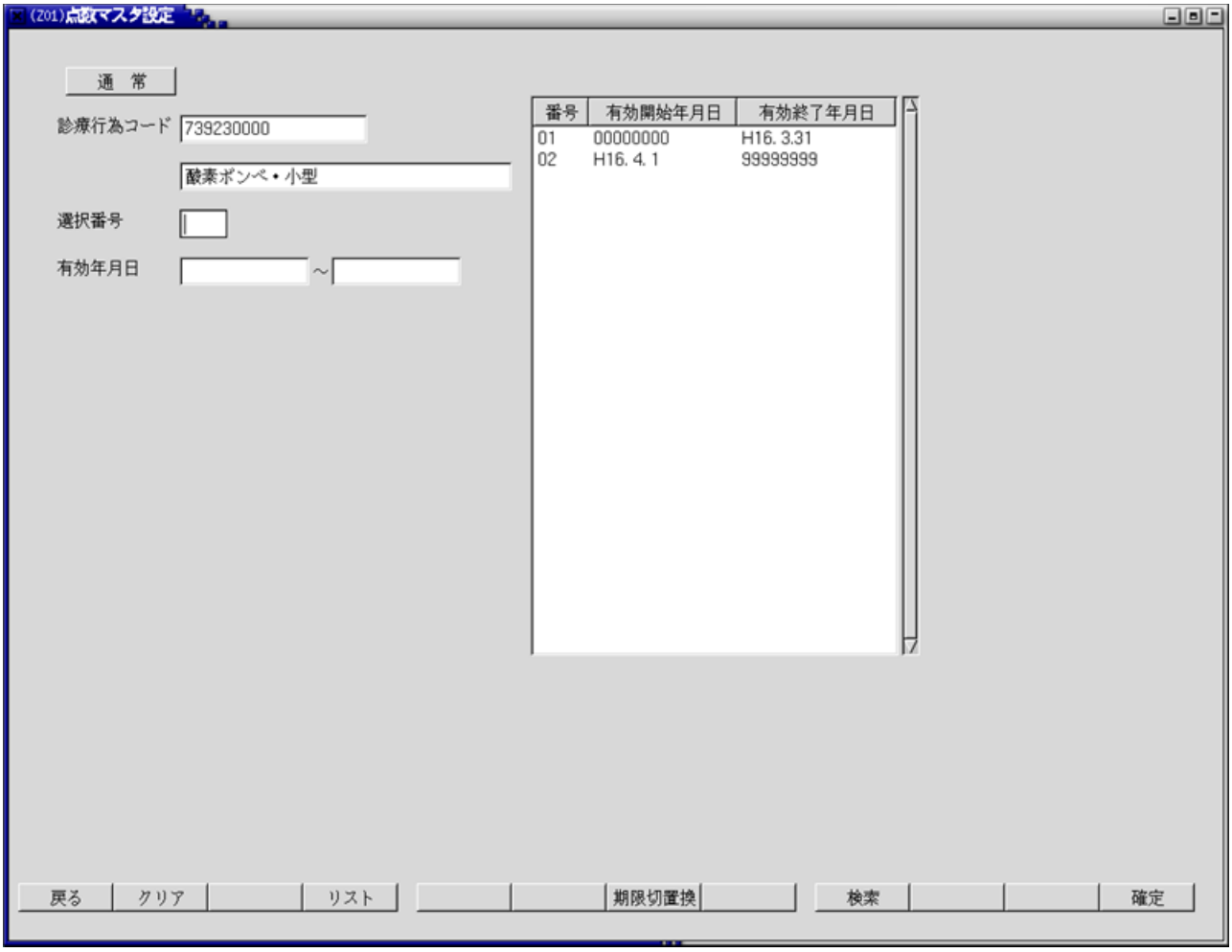


図 1461

（8）ユーザ点数マスタの複写

登録済みのユーザ点数マスタの内容を他のコードに複写することができます。

【複写できるユーザ点数マスタの種類】

- 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, 0086XXXXX)

＜操作方法＞

1. メニュー画面より、「91　マスタ登録」を押下し、「102　点数マスタ」を押下します。
2. 新規作成するコードを「診療行為コード」欄に入力し、有効年月日を入力します。
3. 「確定」(F12)を押下します。

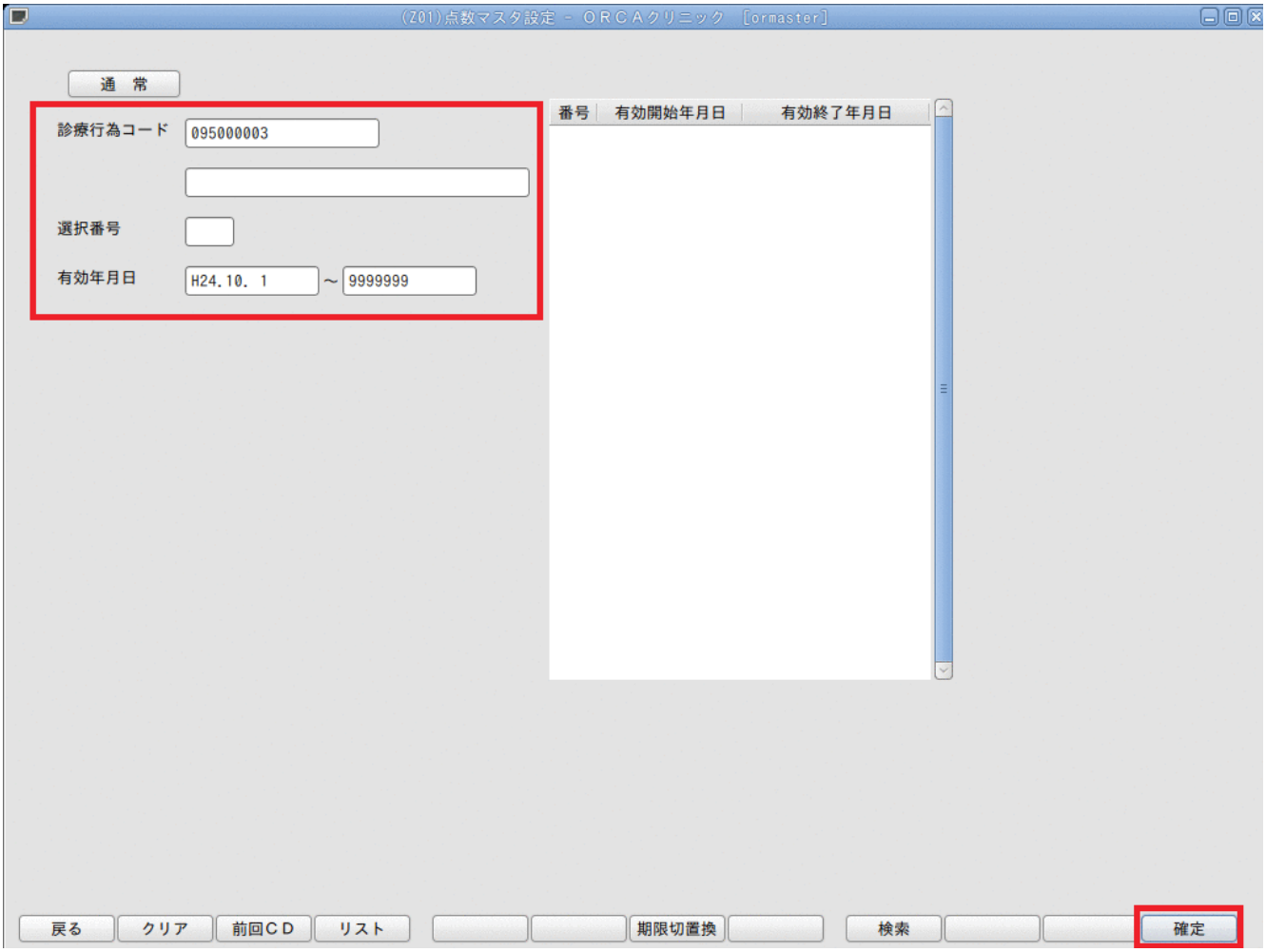


図 1462

Copyright(C)2007JMARI

4. 複写元コード欄に登録済みをコードを入力します。

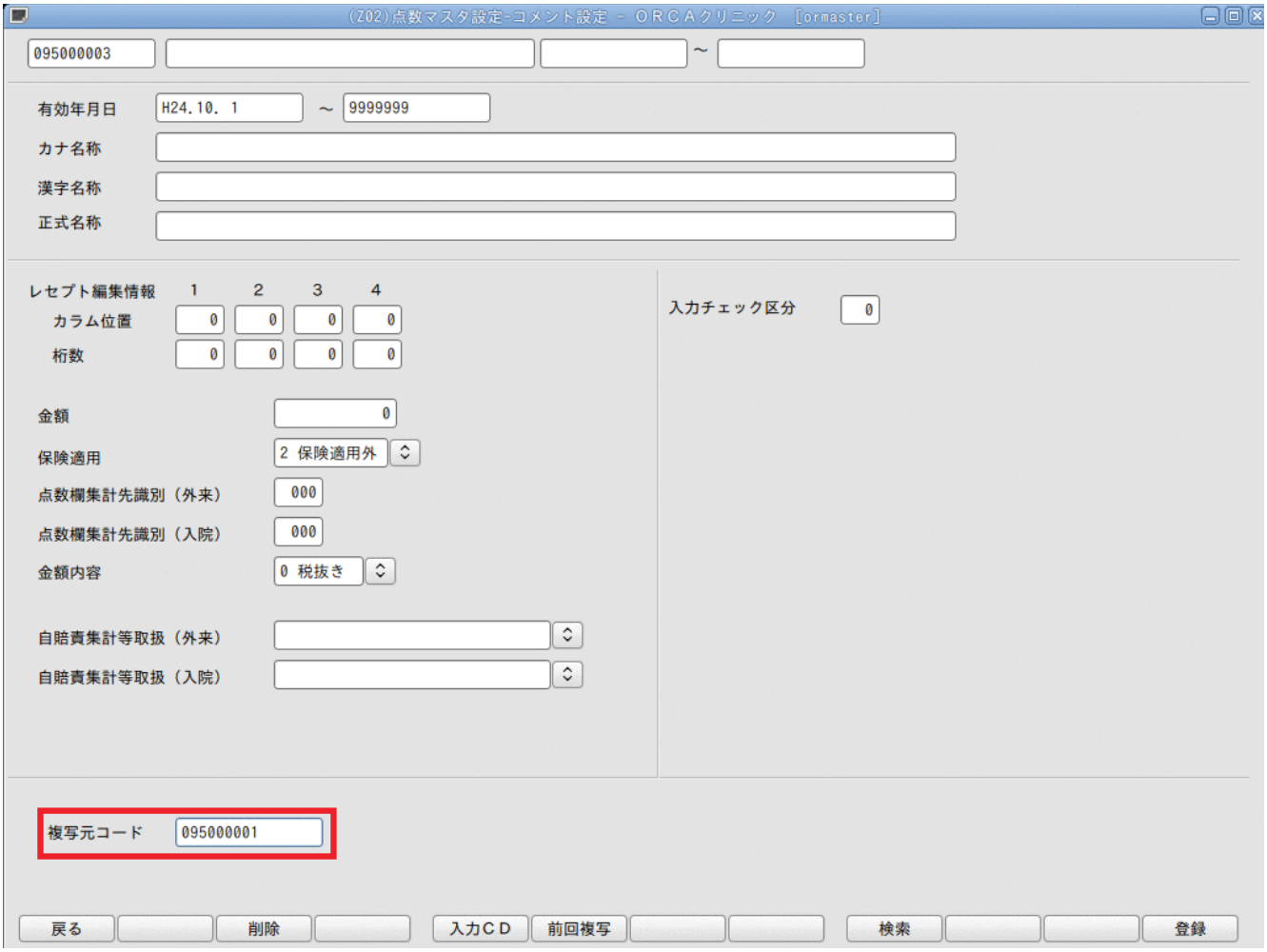


図 1463

ヒント！

「複写元コード」欄に診療行為名称を入力し、コードを検索ができます。

5. 必要な項目が複写されます。
6. 「登録」(F12)を押下します。

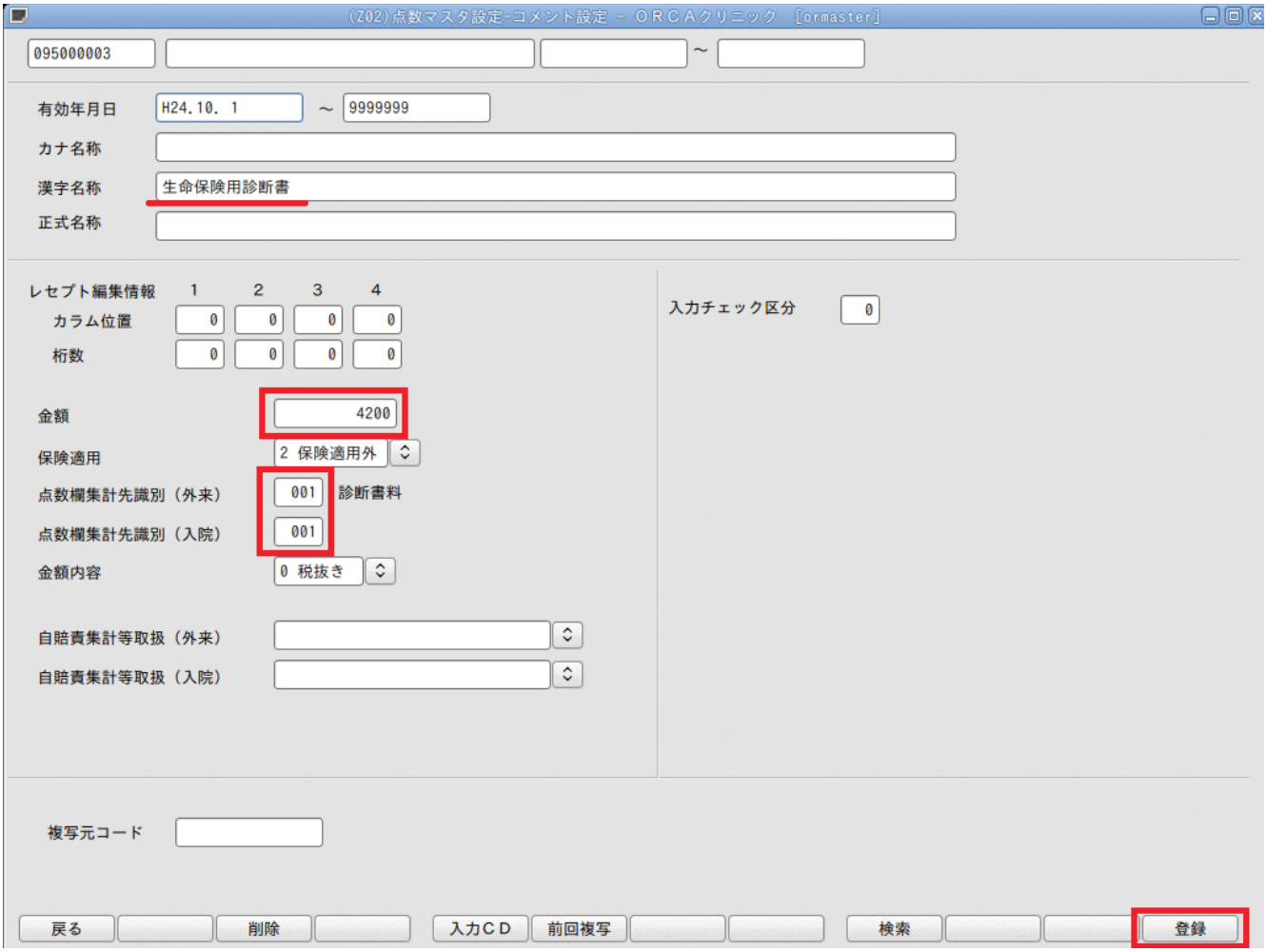


図 1464

ヒント！

- 連続して複写を行う場合は、「前回複写」(F6)を押下してください。直前に行なった複写を行います。
- 複写する内容は各コードの種類（用法コード、部位コード等）により違いがあります。

５.４.１　概要

＜チェックマスタの位置づけ＞

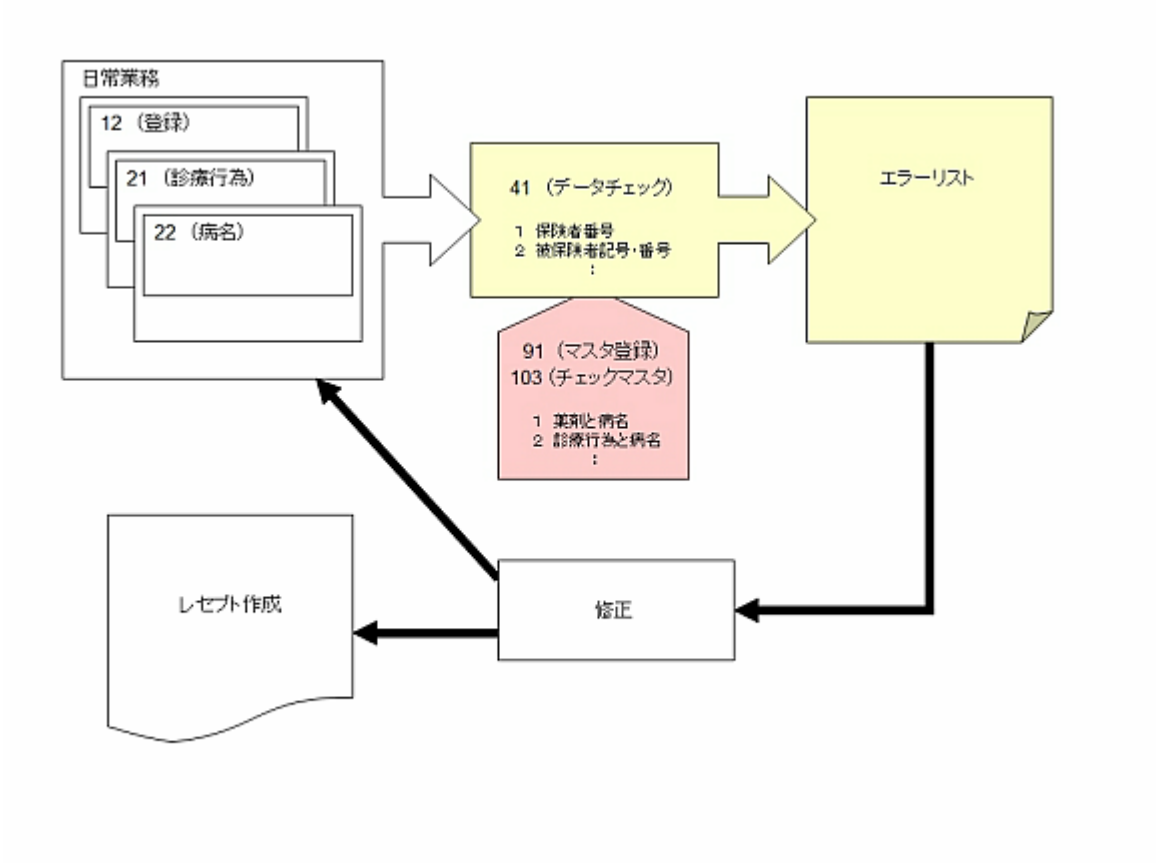


図 1465

ヒント！　データチェックとは 「12　登録」、「21　診療行為」、「22　病名」の各業務で入力した内容をチェックし、エラーリストを印刷します。 定期的に行うことにより、レセプト時の確認作業を軽減し、査定・減点を防止することができます。 データチェックの操作方法は【3.1　データチェック】を参照してください。

５.４.２　チェックマスタの種類と説明

103 チェックマスタ　チェック区分別の内容

チェックマスタにはデータチェックでチェックを行う薬剤や診療行為などの登録を行います。
チェックマスタの登録は「91　マスタ登録」より「103　チェックマスタ」を選択し、(X01)チェックマスタ設定画面でチェックを行う内容を「チェック区分」から選択して行います。
「チェック区分」とチェックを行う内容は下記のとおりです。

1　薬剤と病名
　　薬剤に対してチェックしたい病名を登録します。

2　診療行為と病名
　　診療行為に対してチェックしたい病名を登録します。

4　薬剤と併用禁忌
　　薬剤に対して併用禁忌薬剤を登録をします。

5　診療行為の併用算定（同月内）
　　診療行為に対して併用算定不可の診療行為を登録します。
　　同月内の範囲でチェックを行います。
　　「21　診療行為」の(K02)診療行為入力画面においてもチェックを行います。

6　投与禁忌薬剤と病名
　　薬剤（投与禁忌薬剤）に対してチェックしたい病名を登録します。

7　診療行為どうしの算定漏れ
　　診療行為に対して必ず同時算定する診療行為を登録します。

8　病名と薬剤
　　病名に対して必ず算定する薬剤を登録します。

9　病名と診療行為
　　病名に対して必ず算定する診療行為を登録します。

A　診療行為の併用算定（同日内）
　　診療行為に対して併用算定不可の診療行為を登録します。
　　同日内の範囲でチェックを行います。
　　「21　診療行為」の(K02)診療行為入力画面においてもチェックを行います。

B　診療行為の併用算定（同会計内）
　　診療行為に対して併用算定不可の診療行為を登録します。
　　同会計内の範囲でチェックを行います。
　　「21　診療行為」での診療行為入力時のみチェックを行います。

ヒント！

・チェック内容の詳細については【3.1　データチェック】を参照してください。
・「B　診療行為の併用算定（同会計内）」は診療行為入力時にチェックを行い、「41　データチェック」ではチェックを行いません。

Copyright(C)2007JMARI

＜41データチェックの項目と103チェックマスタの項目の対応＞

91マスタ登録　→　103チェックマスタ	41データチェックの確認項目
1　薬剤と病名	8　薬剤と病名
2　診療行為と病名	9　診療行為と病名
4　薬剤と併用禁忌	10　薬剤と併用禁忌
6　投与禁忌薬剤と病名	15　投与禁忌薬剤と病名
7　診療行為どうしの算定漏れ	16　診療行為どうしの算定漏れ
8　病名と薬剤	17　病名と薬剤
9　病名と診療行為	18　病名と診療行為
5　診療行為の併用算定（同月内） A　診療行為の併用算定（同日内）	11　診療行為の併用算定

＜「21　診療行為」の(K02)診療行為入力画面においてもチェックを行う項目＞

チェック区分

4　薬剤と併用禁忌
5　診療行為の併用算定（同月内）
A　診療行為の併用算定（同日内）
B　診療行為の併用算定（同会計内）

ヒント！

「21　診療行為」の(K02)診療行為入力画面でチェックが掛からない場合は、【5.4.5　適用コード設定】の【エラー設定について（診療行為入力時の併用算定チェック）】を参照してください。

「101　システム管理マスタ」－「1007　自動算定・チェック機能情報」の「相互作用チェック期間（月数）」に設定されている期間で「4　薬剤と併用禁忌」を「21　診療行為」の (K02)診療行為入力画面でチェックします。

Copyright(C)2007JMARI

５.４.３　チェックマスタの登録画面

＜画面の表示方法＞

1. 業務メニューより「91　マスタ登録」を選択します。
2. 「103　チェックマスタ」を選択します。
3. (X01)チェックマスタ設定画面でチェック区分を選択、診療行為コード、有効年月日を入力後、「確定」(F12)を押下します。

チェックマスタはチェック区分により、2種類の登録画面があります。

【適用コード設定（病名）画面】

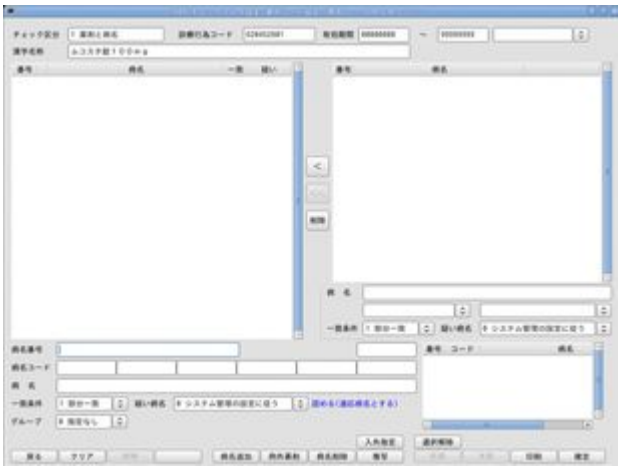


図 1466

チェック区分
- 1　薬剤と病名
- 2　診療行為と病名
- 6　投与禁忌薬剤と病名

【適用コード設定画面】

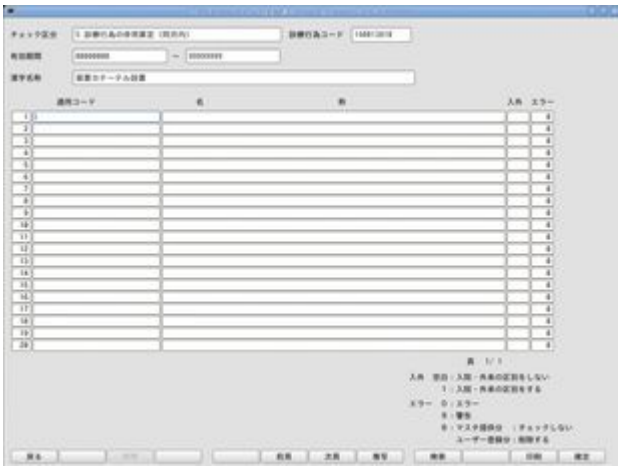


図 1467

チェック区分
- 4　薬剤と併用禁忌
- 7　診療行為どうしの算定漏れ
- 8　病名と薬剤
- 9　病名と診療行為
- 5　診療行為の併用算定（同月内）
- A　診療行為の併用算定（同日内）
- B　診療行為の併用算定（同会計内）

５.４.４　適用コード設定（病名）

＜チェック区分＞

1　薬剤と病名
2　診療行為と病名
6　投与禁忌薬剤と病名

【適用コード設定（病名）画面】

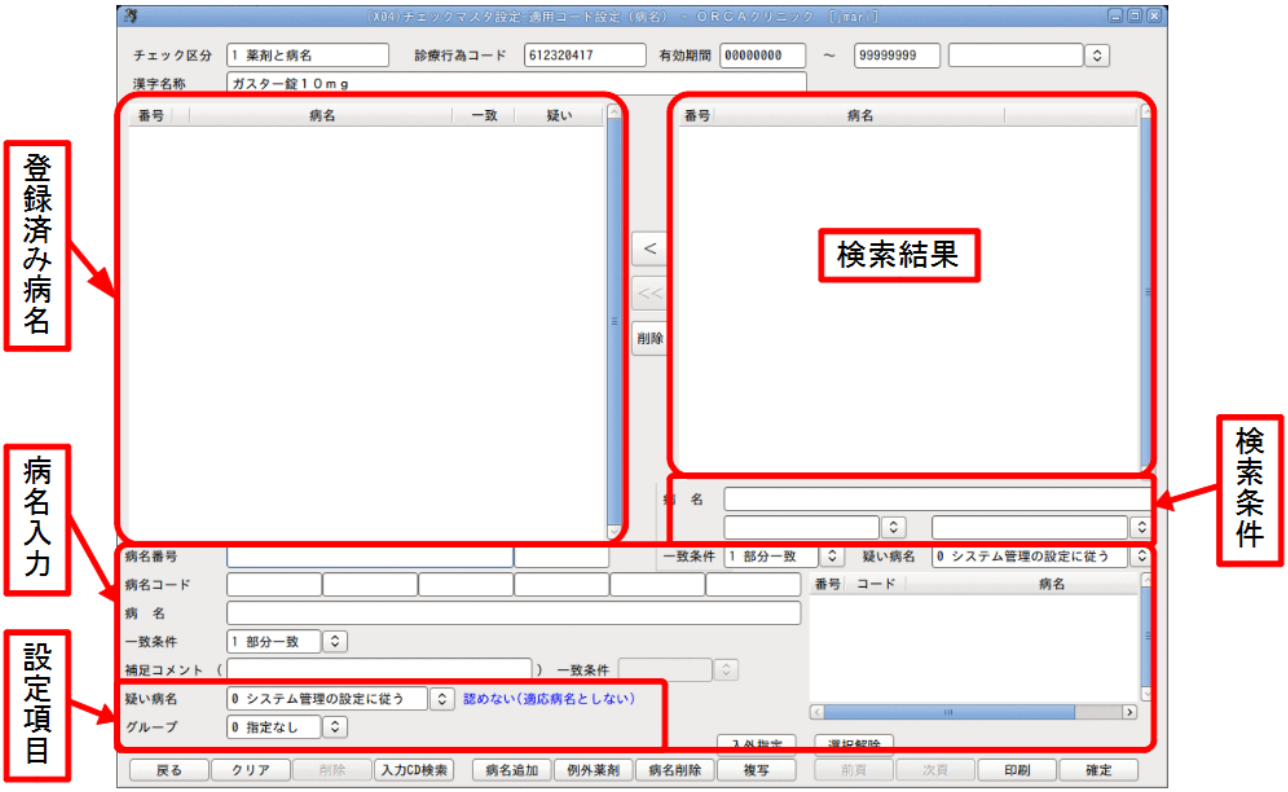


図 1468

画面は登録済み病名、検索条件と検索結果、病名入力、設定項目に分かれます。

- 登録済み病名
  登録済みの病名を表示します。

- 検索条件と検索結果
  病名の検索条件を入力し、結果を表示します。。

- 病名入力
  病名・補足コメントを入力します。

- 設定項目
  一致条件、疑い病名、グループを設定します。

Copyright(C)2007JMARI

5.4.4.1 適用コード設定（病名）の設定項目

一致条件について

- チェックマスタへ登録を行う病名と患者病名の一致条件を設定できます。
- 一致条件は病名及び補足コメントそれぞれに設定できます。
- デフォルトは「1 部分一致」を表示します。

例）チェックマスタ登録済み病名が「胃潰瘍」の場合

チェックマスタ登録済み病名	一致条件	患者病名とデータチェックの判定
胃潰瘍	1　部分一致	胃潰瘍　○ 急性胃潰瘍　○ 慢性胃潰瘍　○ 胃潰瘍瘢痕　○
	2　完全一致	胃潰瘍　○ 急性胃潰瘍　× 慢性胃潰瘍　× 胃潰瘍瘢痕　×
	3　前方一致	胃潰瘍　○ 急性胃潰瘍　× 慢性胃潰瘍　× 胃潰瘍瘢痕　○
	4　後方一致	胃潰瘍　○ 急性胃潰瘍　○ 慢性胃潰瘍　○ 胃潰瘍瘢痕　×

○：エラーにならない
×：エラーになる

注意！

抗生剤に「炎」を部分一致で登録すると、肺炎、気管支炎だけでなく、肝炎や腸炎、関節炎などもエラーになりません。

ヒント！

病名コードと病名（漢字名称）の一致条件の設定は「101システム管理マスタ」－「1101　データチェック機能情報2」で設定します。

図 1469

赤枠の設定が「×」の場合、チェックマスタ登録済み病名と患者病名に登録してある病名が同じでも、異なるコードで登録してある場合はデータチェックでエラーになります。
例）急性胃潰瘍
チェックマスタ登録済み病名：「急性胃潰瘍」（5313001）
患者病名：「急性（ZZZ4012）」、「胃潰瘍（5319009）」
この場合、赤枠の設定を「○」に変更すると名称での判定も行いますので、エラーになりません。

Copyright(C)2007JMARI

疑い病名について

患者病名が疑い病名の場合、エラーとします。

0　システム管理の設定に従う・・・・「101システム管理マスタ」－「1101　データチェック機能情報2」の「疑い病名の扱い」の設定に従います。
1　認める（適応病名とする）・・・・データチェックの結果がエラーになりません。
2　認めない（適応病名としない）・・データチェックの結果がエラーになります。

例）検査と薬剤で設定を分ける。
疑い病名のとき検査・・・「1　認める（適応病名とする）」
疑い病名のとき薬剤・・・「2　認めない（適応病名としない）」

グループ設定について

複数の成分が配合された配合錠の場合に選択します。
同じ成分の病名は同じグループになるように選択してください。

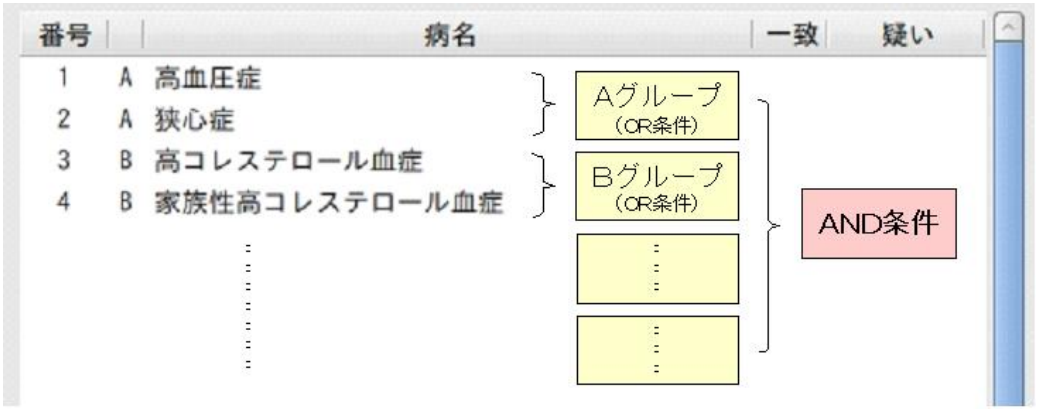


図 1470

患者病名に各グループから1つ以上の病名がない場合エラーになります。

ヒント！

既に登録済みの病名に対してまとめてグループ選択を行うには、病名番号で複数選択を行なった後、グループを選択してください。複数選択する場合は、図のように病名番号欄で先頭に「. 」をつけ、「-」で範囲指定、「. 」または「, 」で番号の区切り指定をしてください。

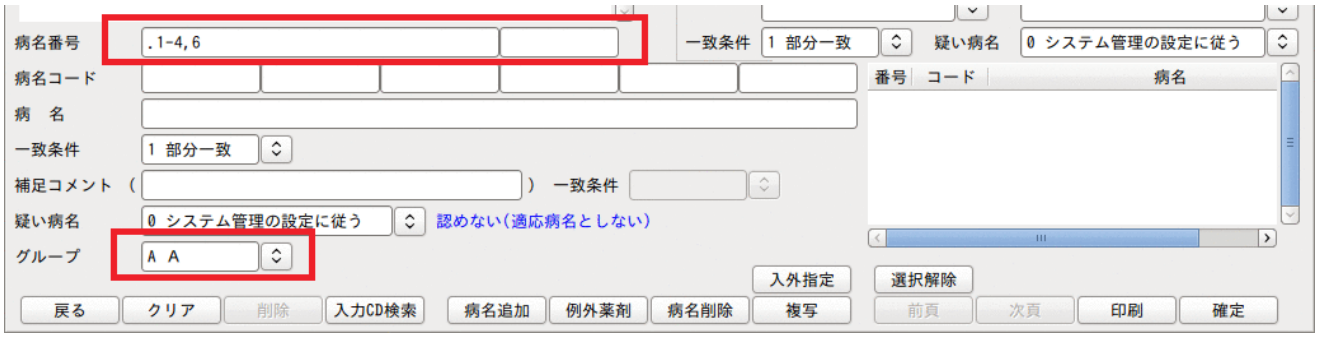


図 1471

Copyright(C)2007JMARI

入外指定について

薬剤（診療行為）のチェックを入院限定または外来限定に設定できます。

「0　チェックしない」・データチェックを行いません。
（「1　薬剤と病名」、「2　診療行為と病名」のみ）
「1　入院限定」・・・・入院のみチェックを行います。
「2　外来限定」・・・・外来のみチェックを行います。
設定なし（空白）　・・・入外両方のチェックを行います。

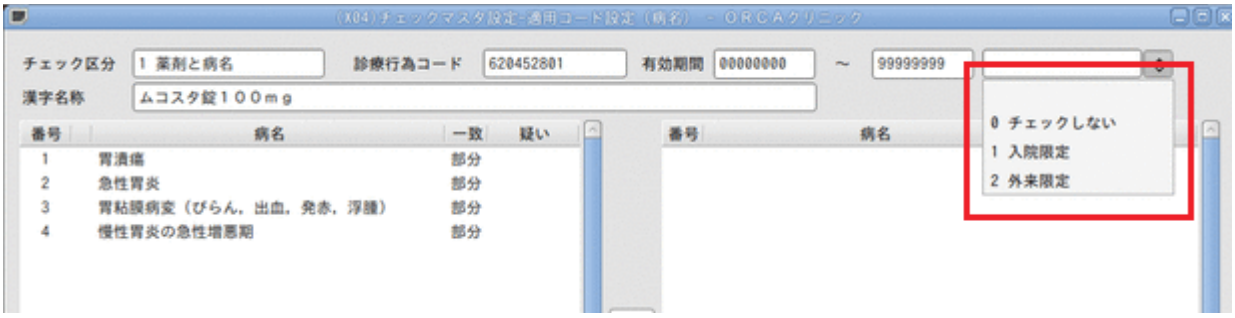


図 1472

注意！

入院限定と外来限定は別々にチェック内容が登録できません。

ポイント

「0　チェックしない」を設定しておくことにより、「意図的にデータチェックを行わない」か「データチェック漏れ」かの判断ができるようになります。

「0　チェックしない」を設定した場合、月次統計で行う「適応病名情報更新（薬剤）」「適応病名情報更新（検査）」の対象外となり、チェックされてしまう事を防ぐことができます。

Pセット登録・Sセット登録のデータチェックについて

Pセットコード（診療セットコード）、Sセットコード（約束処方セットコード）をチェックマスタに登録し、データチェックが行えます。

＜登録を行うチェックマスタ＞

Sセットコード・・・1　薬剤と病名
Pセットコード・・・2　診療行為と病名

ヒント！

診療行為コード欄にPセットコード、またはSセットコードを入力してください。

図 1473

「CD表示」(F10)を押下すると、セット内容を確認できます。

＜Pセット登録の入力判定について＞

Pセットの入力判定はPセットの診療内容が全て入力されているかどうかで行います。したがって、Pセットで診療内容を登録した場合の他、Pセットの診療内容を全て手入力した場合もPセットの入力が行われているものと判定します。

例）Pセット（「血液検査セット」）の入力判定

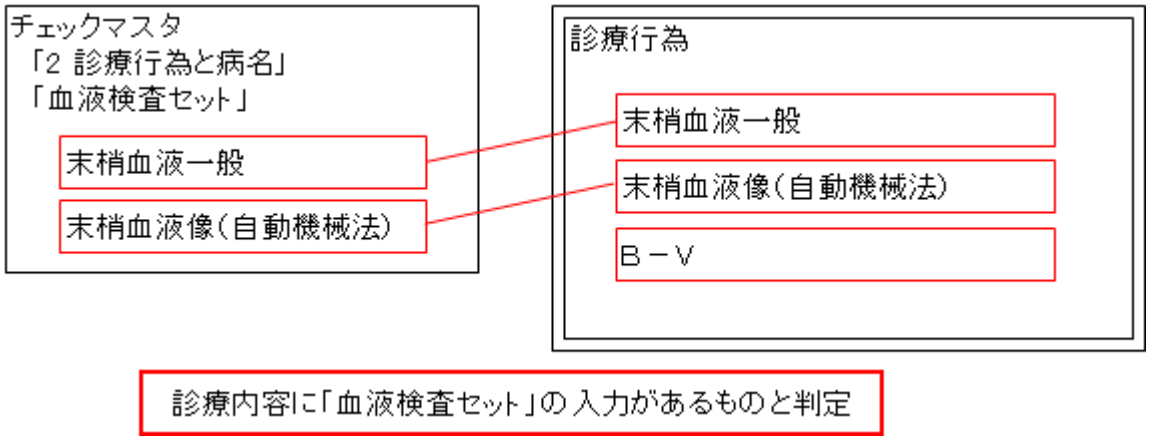


図 1474

Copyright(C)2007JMARI

標準提供しているチェックマスタについて

「103　チェックマスタ」ーチェック区分「1　薬剤と病名」、「2　診療行為と病名」は適応病名マスタを標準提供しています。検索条件で「M　適応病名」を選択すると病名が表示されます。

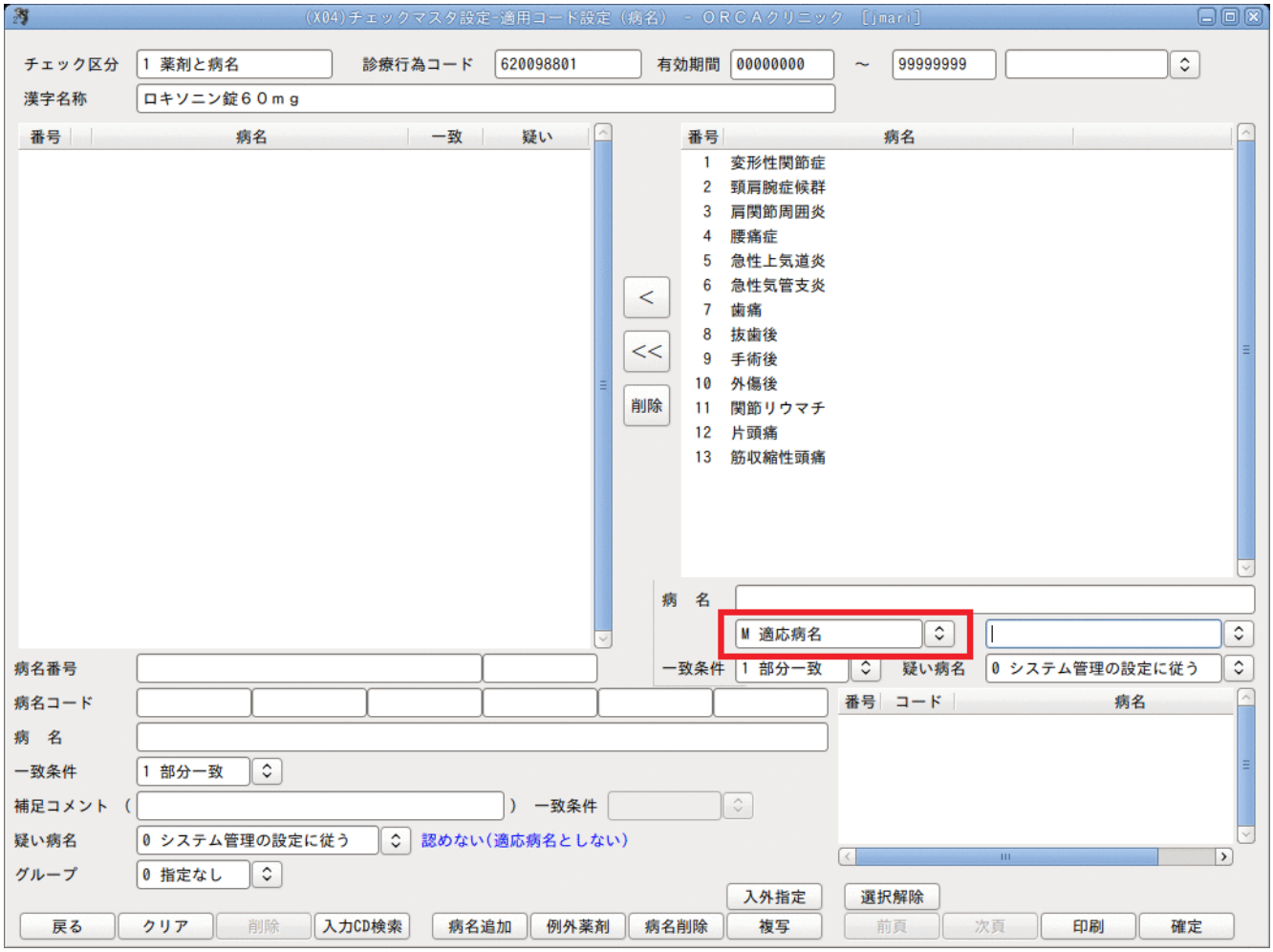


図 1475

ヒント！

「診療行為と病名」は検査のみ適応病名マスタを提供しています。

適応病名マスタを取込み、チェックマスタの作成ができます。

業務メニュー「52　月次統計」で適応病名情報更新（薬剤）、適応病名情報更新（検査）を実行してください。
入力CDが設定済みのコード、「21　診療行為」の(K02)診療行為入力画面で入力履歴があるコードを対象に薬剤と検査のチェックマスタを作成します。

「52　月次統計」業務の操作及び設定方法は【3.6　月次統計】、【5.1　システム管理マスタ】の【3002　統計帳票出力情報（月次）】を参照してください。

5.4.4.2 チェックマスタの操作方法

＜操作方法＞

1. 業務メニュー「91　マスタ登録」より「103　チェックマスタ」を選択し、(X01)チェックマスタ設定画面へ遷移します。
2. チェック区分を選択、診療行為コード、有効年月日を入力後、「確定」(F12)を押下します。

図 1476

ヒント！

診療行為コード欄に入力CD、または薬剤名（診療行為名）を入力すると診療行為コードの検索ができます。

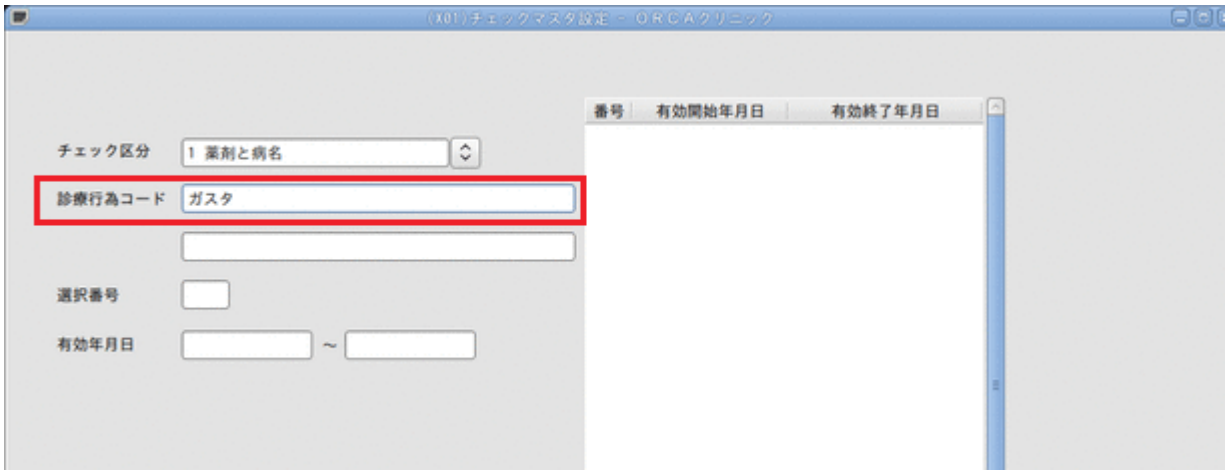


図 1477

3. 病名を入力し、一致条件を選択後、「病名追加」(F5)を押下します。

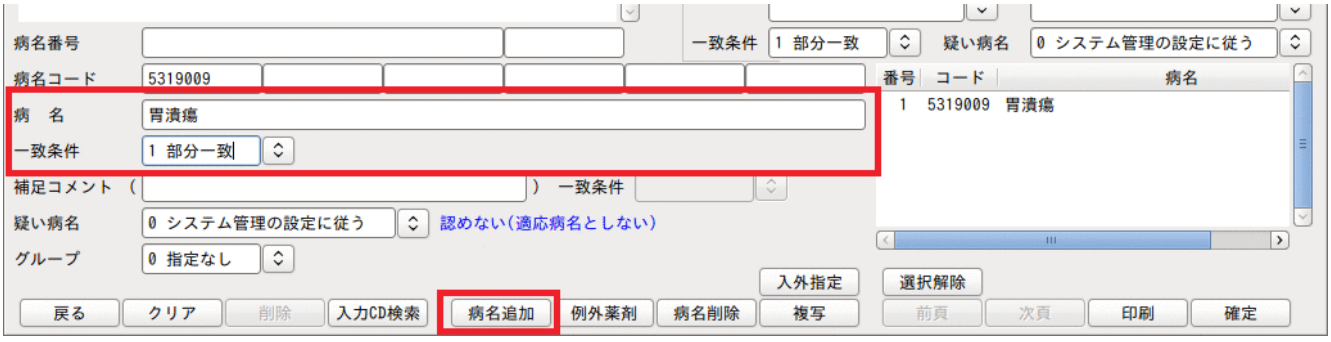


図 1478

Copyright(C)2007JMARI

ヒント！

病名コード欄に「//」を入力すると自院病名検索画面を表示します。
補足コメント欄に「／」（全角）または「・」（全角）で自院病名検索画面を表示します。

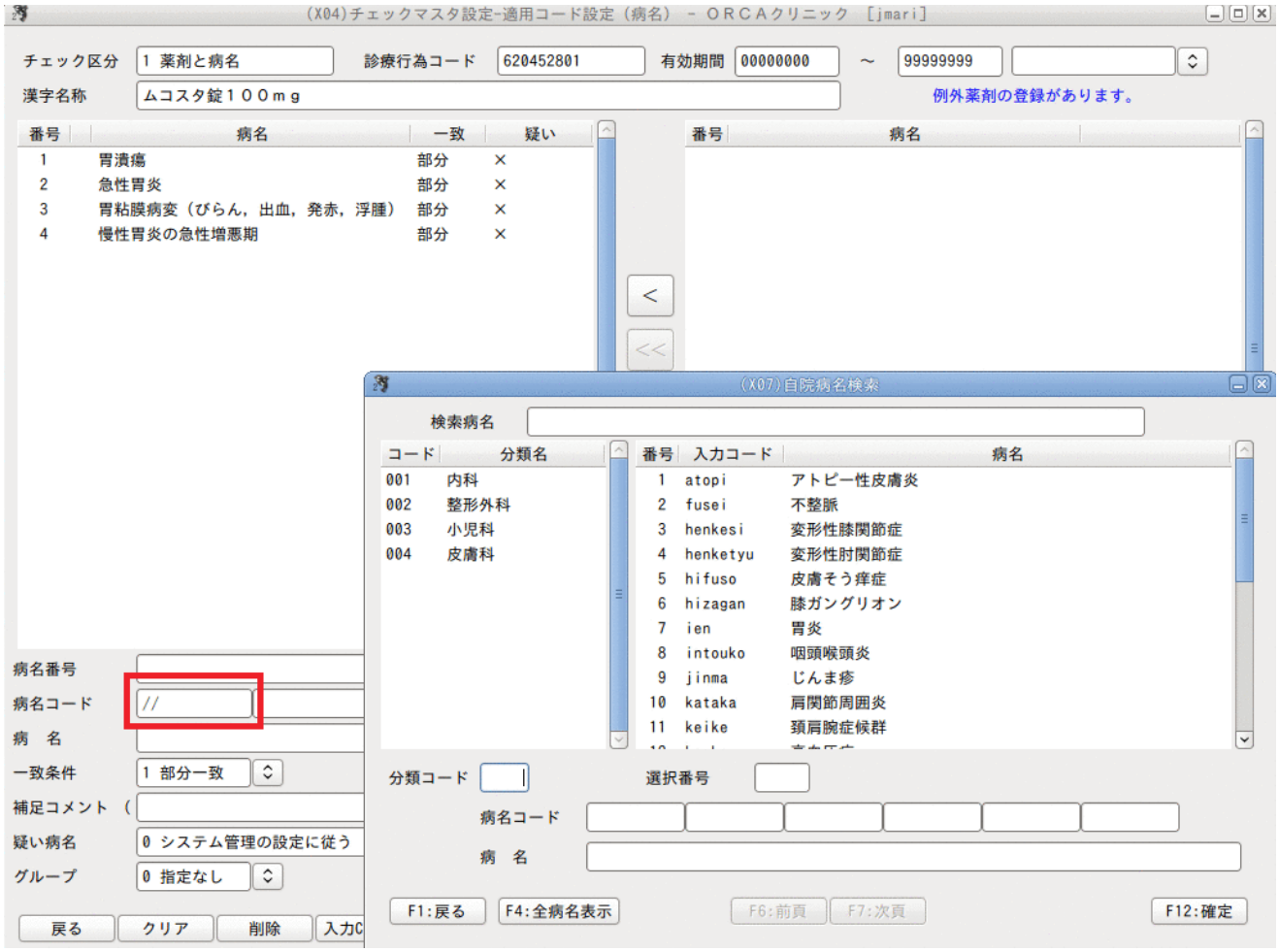


図 1479

4. 全ての病名を入力後、「確定」(F12)を押下します。

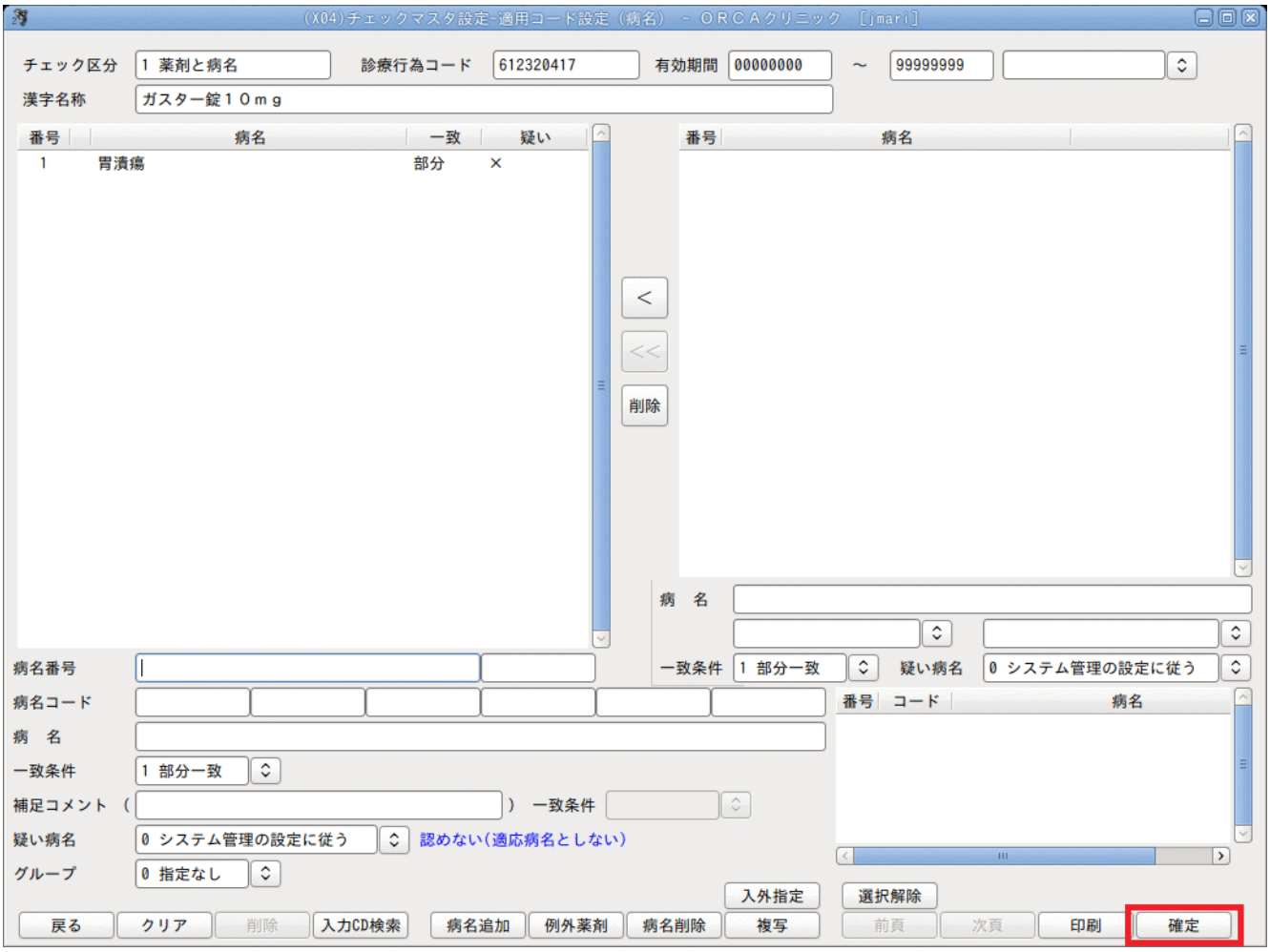


図 1480

＜登録済み病名の変更＞

1. 登録済み病名欄より変更を行う病名を選択します。
2. 病名を選択すると「病名追加」(F5)が「病名変更」(F5)に変わります。
   内容を変更後、「病名変更」(F5)を押下します。
3. 確定(F12)を押下します。

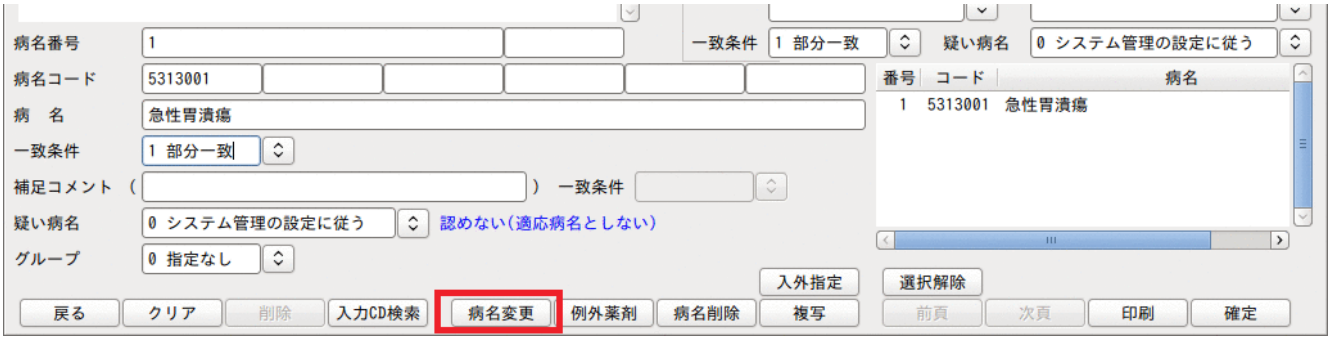


図 1481

検索条件欄から病名の検索

(X04)適用コード設定（病名）画面でチェックマスタに登録する病名を検索できます。

1. 業務メニュー「91　マスタ登録」より「103　チェックマスタ」を選択し、(X01)チェックマスタ設定画面へ遷移します。
2. チェック区分を選択、診療行為コード、有効年月日を入力後、「確定」(F12)を押下します。
3. 図の検索条件①を選択します。検索結果欄に病名が表示されます。
   検索結果欄に表示される病名は最大50件です。51件目以降を表示する場合は「次頁」(F10)を押下します。
4. 検索条件②で条件を絞り込みます。
5. 更に絞り込む場合には、③の病名欄に検索を行う病名を入力します。
6. 検索結果欄よりチェックマスタに追加する病名を選択します。病名は複数選択が可能です。
7. ④の「＜」を押下してチェックマスタに追加します。
8. 「確定」(F12)を押下します。

ヒント！

「＜」は検索結果欄から選択した病名を追加します。複数選択してある場合は、複数の追加が可能です。
「＜＜」は検索結果欄の病名を全て追加します。（「M　適応病名」の場合のみ使用できます）

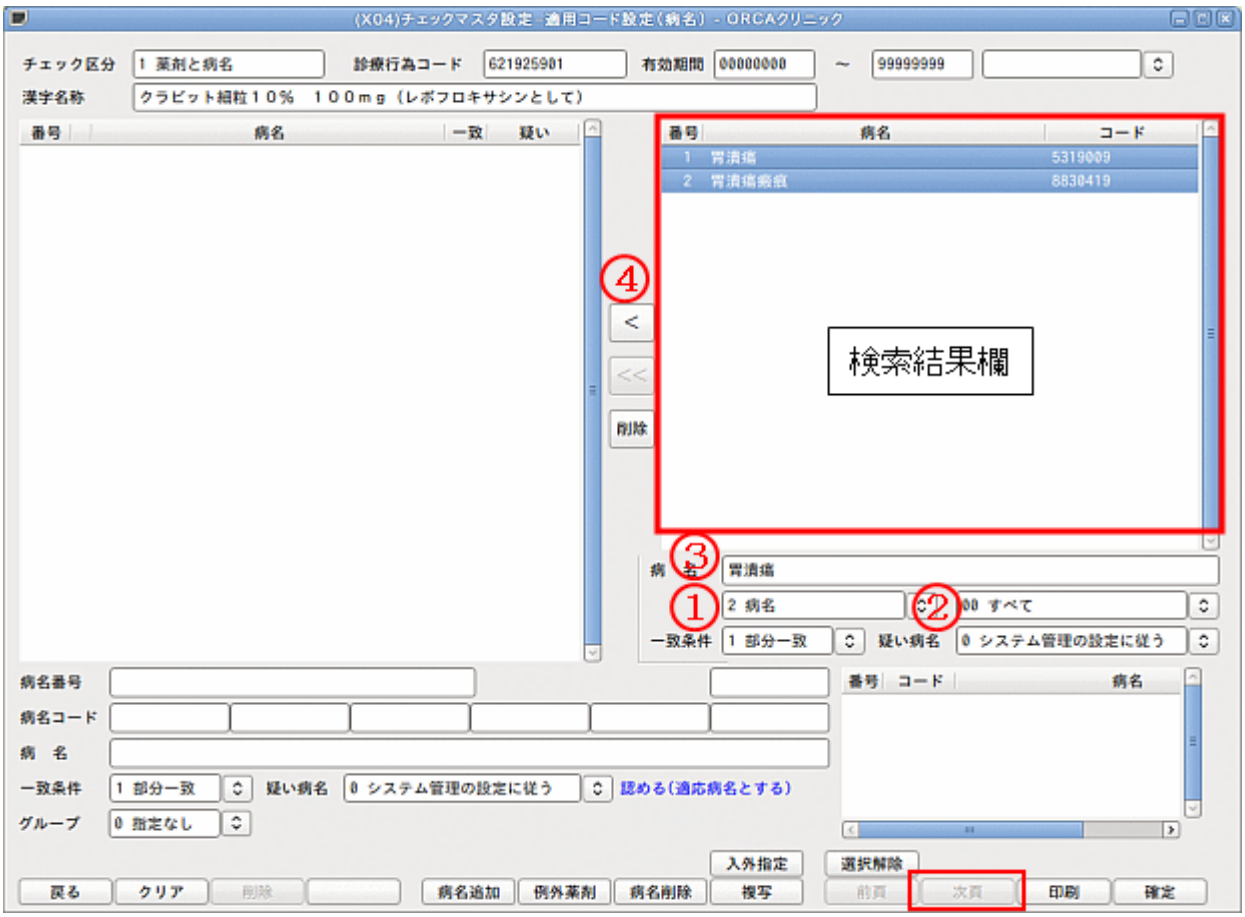


図 1482

Copyright(C)2007JMARI

＜検索条件と検索結果の表示＞

検索条件①	検索条件②	検索結果欄	病名並び順
1　患者病名	診療科の指定	診療開始日が過去3ヶ月以内の患者病名を表示します	件数の多い順
2　病名	傷病名と修飾語の指定	病名マスタの病名を表示します。	カナ名称順
3　自院病名	分類名の指定	自院病名を表示します。	入力CD順
M　適応病名	－	標準提供の適応病名マスタを表示します	マスタの順

例）病名マスタより「胃潰瘍」を部分検索する。

1. 業務メニュー「91　マスタ登録」より「103　チェックマスタ」を選択し、(X01)チェックマスタ設定画面へ遷移します。
2. チェック区分を選択、診療行為コード、有効年月日を入力後、「確定」(F12)を押下します。

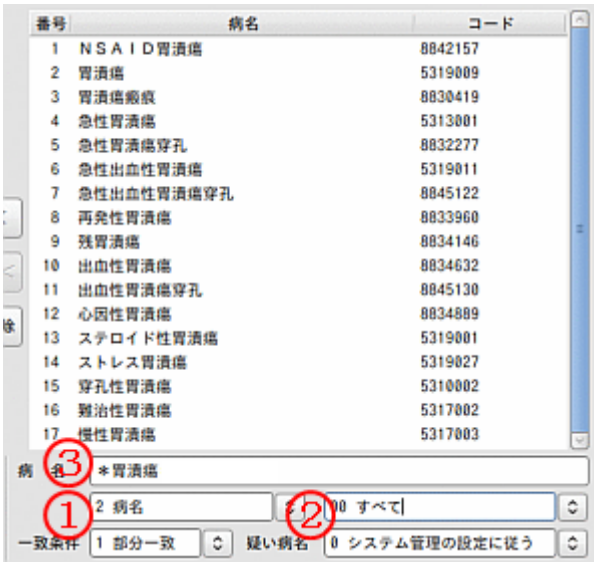


図 1483

3. 検索条件①を選択します。
   検索条件②で条件を絞り込みます。
4. ③の病名欄に「＊胃潰瘍」を入力します。

ポイント！

病名欄に入力された病名は後ろに＊（アスタリスク）の入力があるものとみなします。
このため、病名欄の「胃潰瘍」は前方一致、「＊胃潰瘍」は部分一致の検索を行います。また、病名の後ろに直接＊を入力した場合も同じ結果となります。
後方一致、完全一致検索はできません。

例）病名欄の入力と検索方法
胃潰瘍・・・・・前方一致
胃潰瘍＊・・・・前方一致
＊胃潰瘍・・・・部分一致
＊胃潰瘍＊・・・部分一致

5. 検索結果欄に表示された病名をチェックマスタに追加するには、「＜」または「＜＜」ボタンを押下します。
   （「＜＜」は「M　適応病名」の場合のみ使用できます）
6. 「確定」(F12)を押下します。

Copyright(C)2007JMARI

他の薬剤（診療行為）のチェックマスタを複写する

登録済みの他のチェックマスタからチェック内容を複写できます。

＜操作方法＞

1. 業務メニュー「91　マスタ登録」より「103　チェックマスタ」を選択し、(X01)チェックマスタ設定画面へ遷移します。
2. チェック区分を選択、診療行為コード、有効年月日を入力後、「確定」(F12)を押下します。
3. 「複写」(F8)を押下すると、(X03)チェック項目複写画面に遷移します。

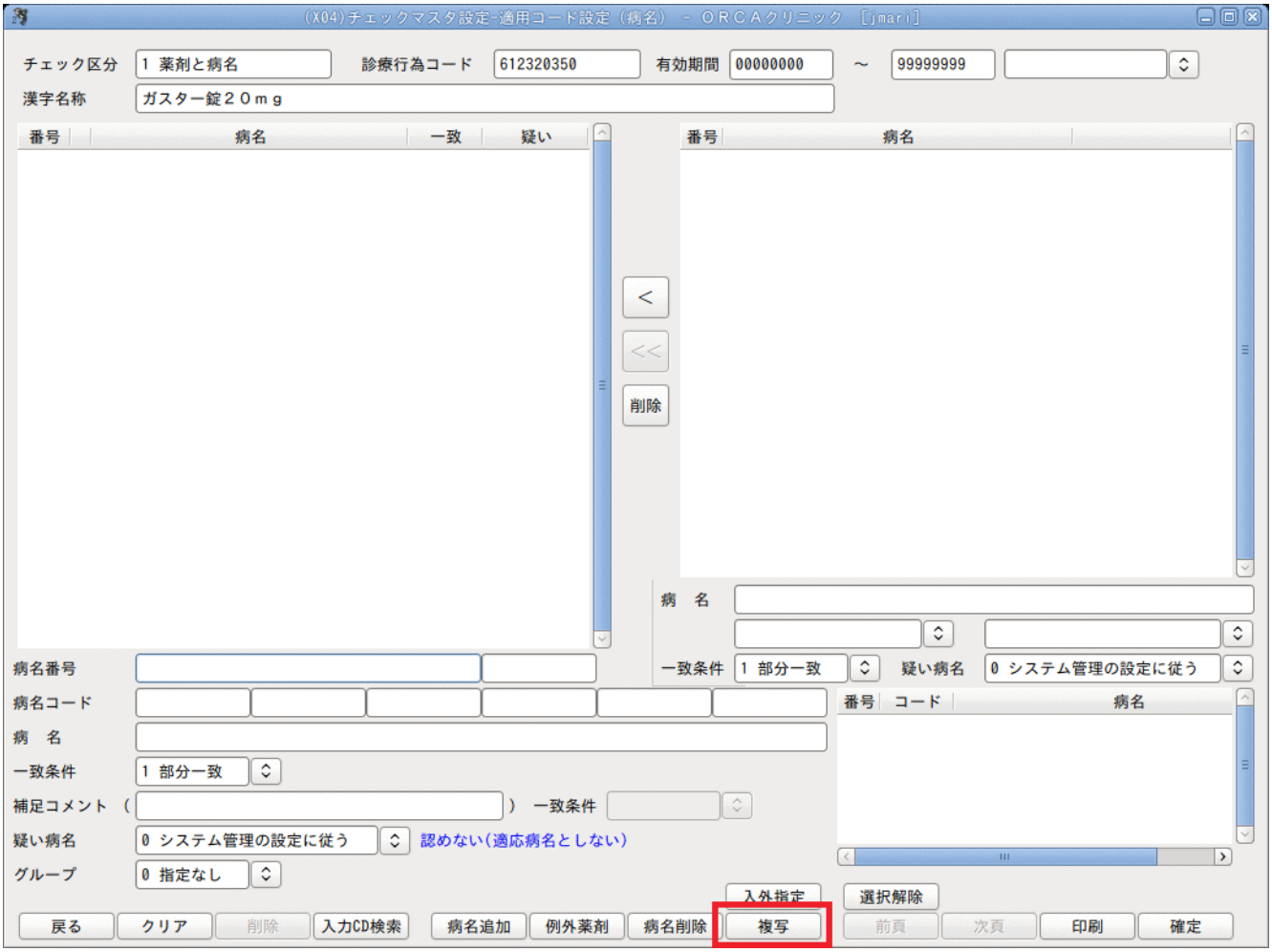


図 1484

Copyright(C)2007JMARI

4. 複写元の薬剤名（診療行為名）を入力します。
5. 複写元の薬剤（診療行為）を選択します。
6. チェックマスタに追加する病名を選択後、「＜　追加」、「＜＜　全て追加」を押下し、追加します。
7. 「確定」(F12)を押下します。

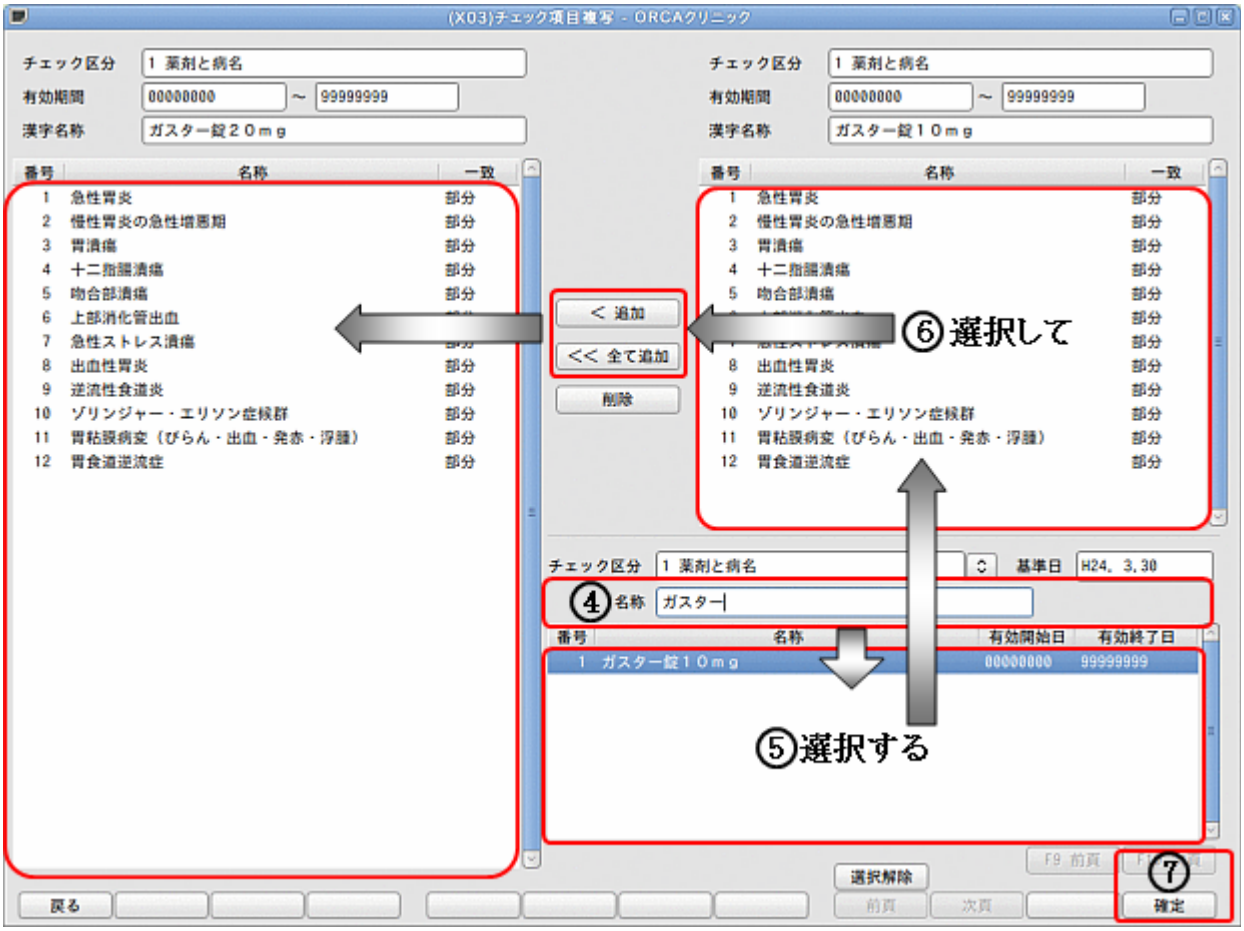


図 1485

8. (X04)適用コード設定（病名）画面に遷移後、「確定」(F12)を押下します。

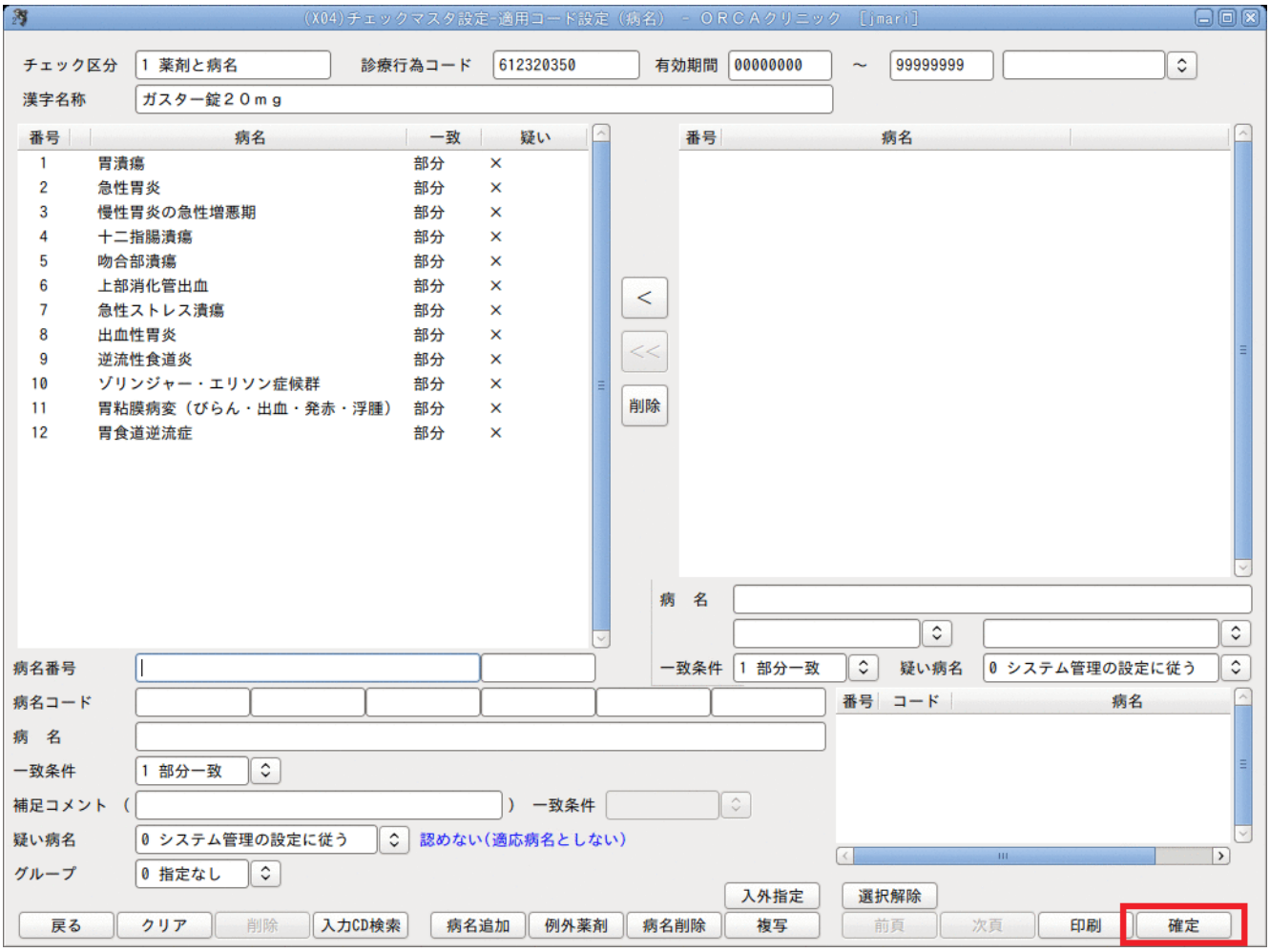


図 1486

例外薬剤の設定（チェック区分「1　薬剤と病名」のチェックマスタのみ）

例外登録した薬剤を同日に入力している場合、データチェックを行いません。

例）胃薬と抗生剤
　　胃薬を単独で入力した場合はチェックを行うが、抗生剤と同日に入力した場合は、チェックを行わない。

＜操作方法＞

1. 業務メニュー「91　マスタ登録」より「103　チェックマスタ」を選択し、(X01)チェックマスタ設定画面へ遷移します。
2. チェック区分「1　薬剤と病名」を選択し、診療行為コード、有効年月日を入力後、「確定」(F12)を押下します。
3. 「例外薬剤」(F6)を押下します。

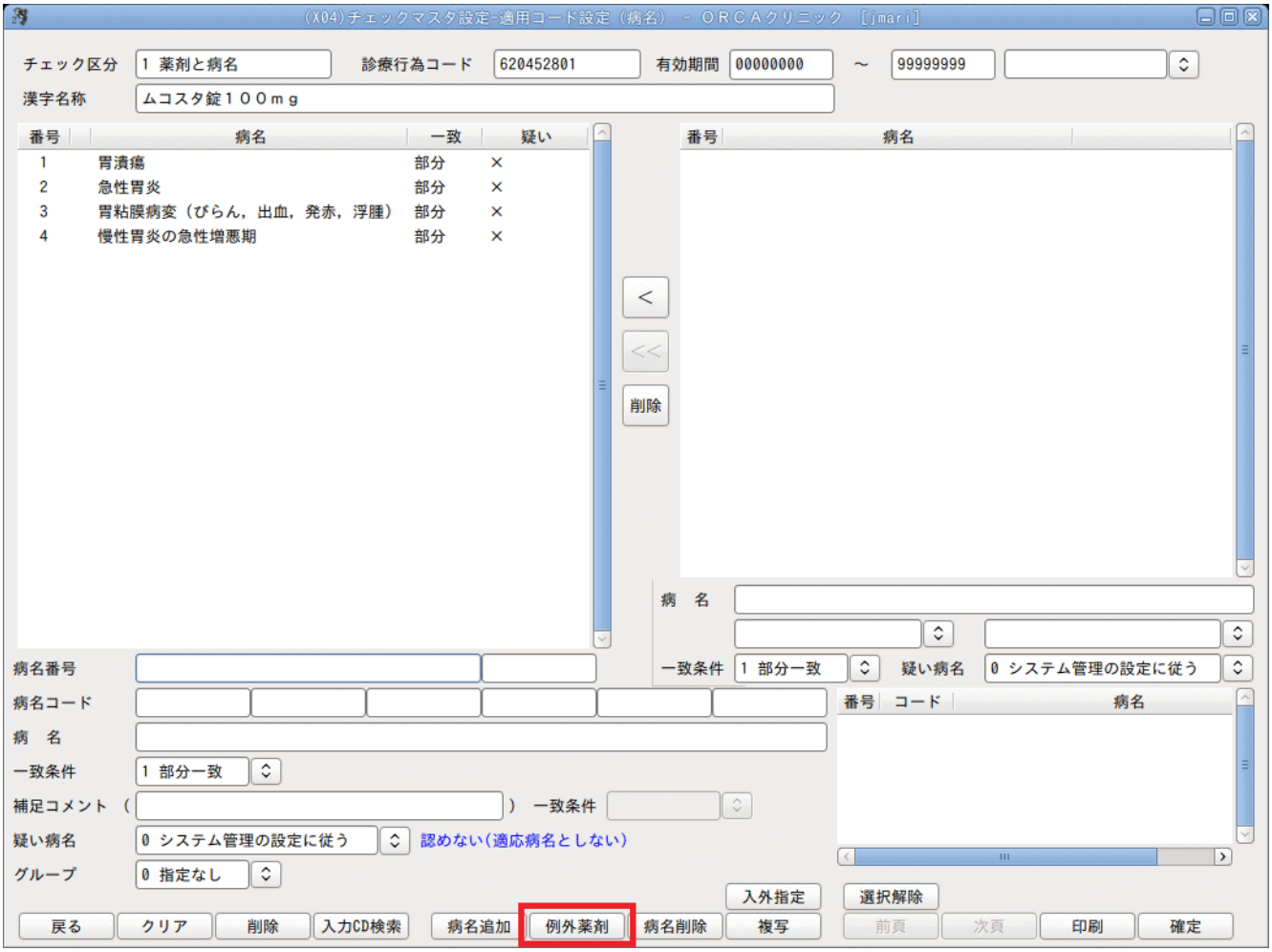


図 1487

Copyright(C)2007JMARI

4. 例外薬剤を入力後、「確定」(F12)を押下します。

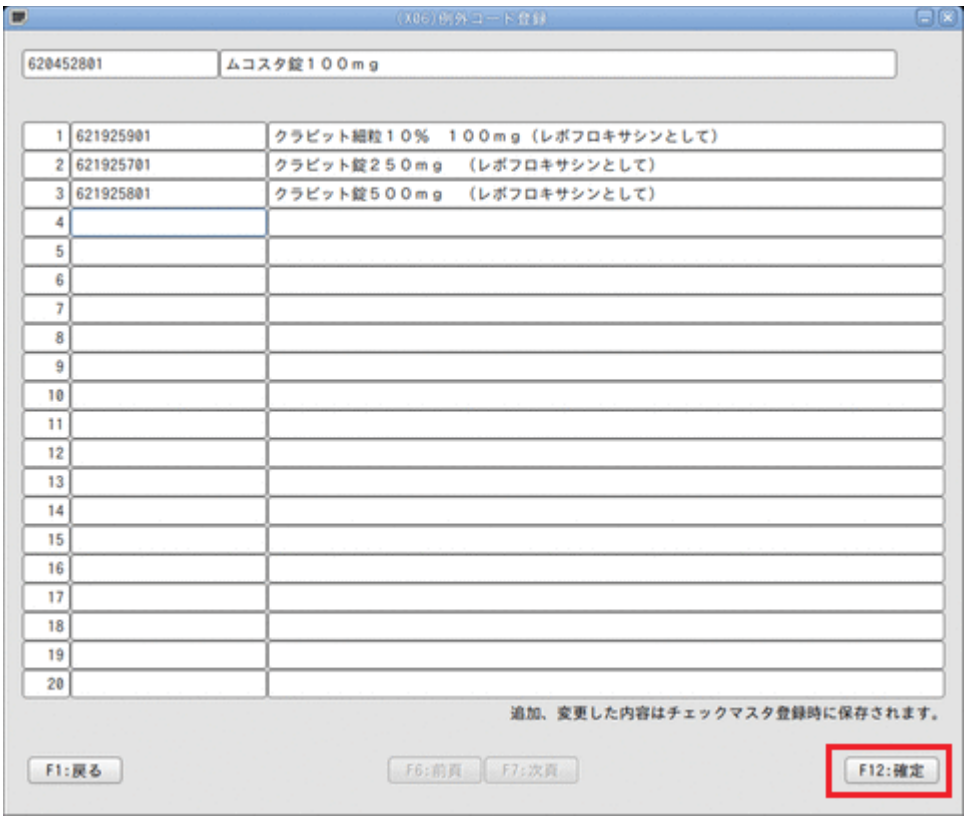


図 1488

5. (X04)適用コード設定（病名）画面に遷移後、「確定」(F12)を押下します。

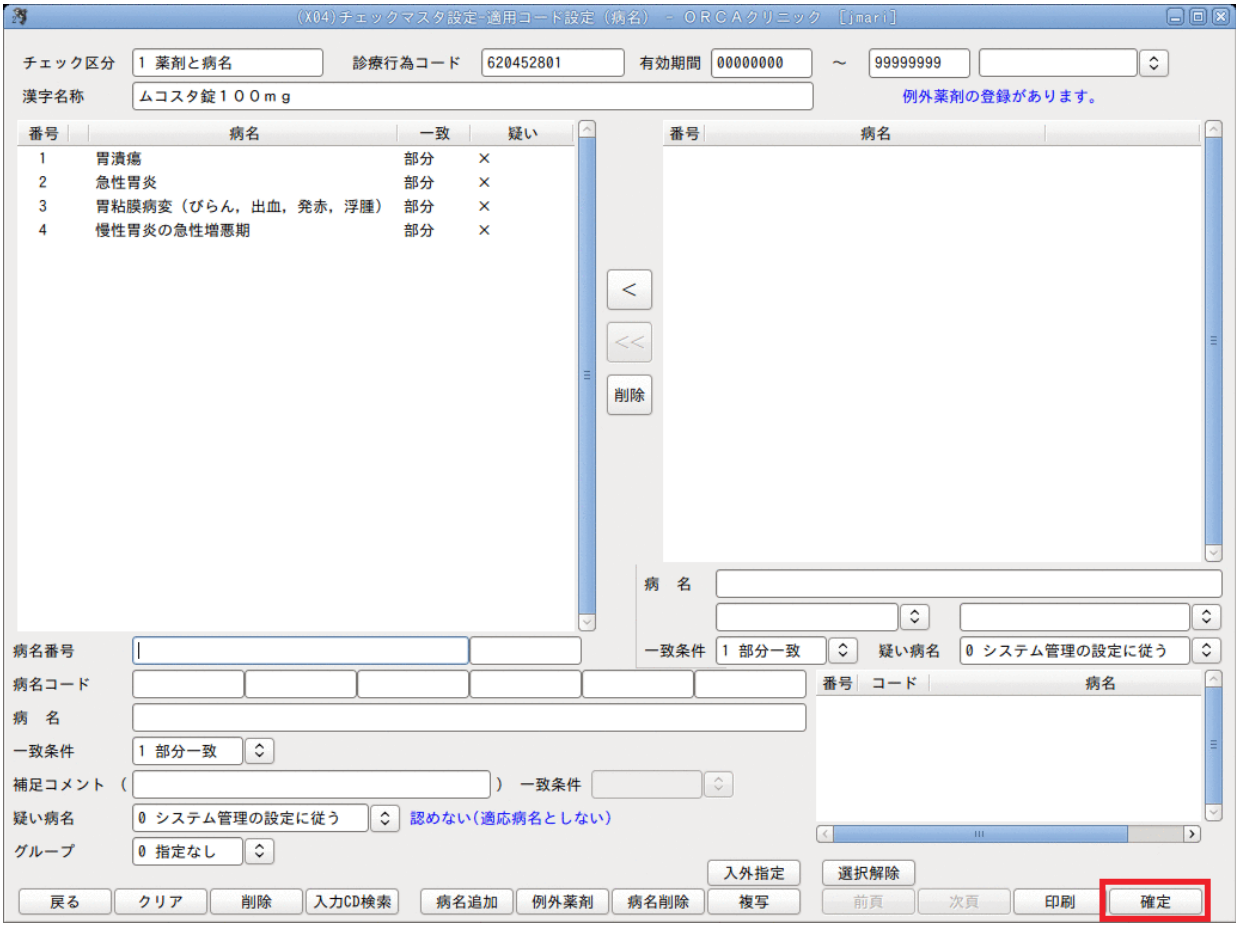


図 1489

ポイント！

例外薬剤の登録があるチェックマスタは画面右上に「例外薬剤の登録があります」のメッセージが表示されます。

図 1490

病名番号の指定　病名コード欄の操作

＜病名番号の指定＞

病名番号欄で複数の病名番号が指定できます。
先頭に「.」をつけ、「-」で範囲、「.」または「,」で番号の区切りを指定します。

例）2，3，4，5，8番を選択する場合

図 1491

選択した番号には「＊」のマークが表示されます。

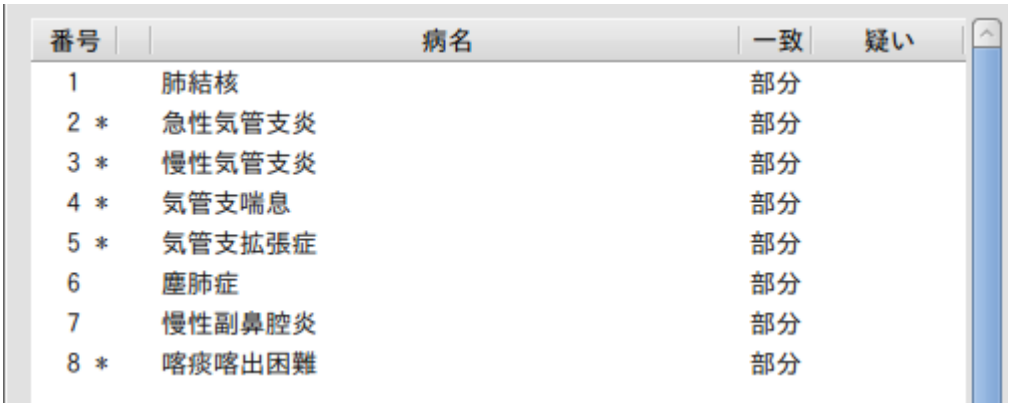


図 1492

ポイント！

複数の病名番号を指定した場合は、設定項目欄のみ変更できます。

＜病名コード欄の操作＞

コード入力をする場合は「+」、「-」で追加・削除ができます。

コードを追加する場合「+」

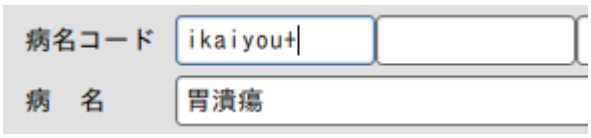


図 1493

図 1494

コードを削除する場合「-」

図 1495

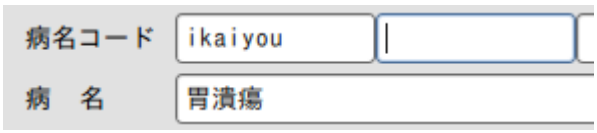


図 1496

注意！

病名コード欄へ入力CDを入力する場合は、コードの前方一致検索を行いません。コードは全て入力する必要があります。

5.4.5 適用コード設定

業務メニュー「91　マスタ登録」より「103　チェックマスタ」を選択し、(X01)チェックマスタ設定画面へ遷移します。

＜チェック区分＞

4　薬剤と併用禁忌
7　診療行為どうしの算定漏れ
8　病名と薬剤
9　病名と診療行為
5　診療行為の併用算定（同月内）
A　診療行為の併用算定（同日内）
B　診療行為の併用算定（同会計内）

【適用コード設定画面】

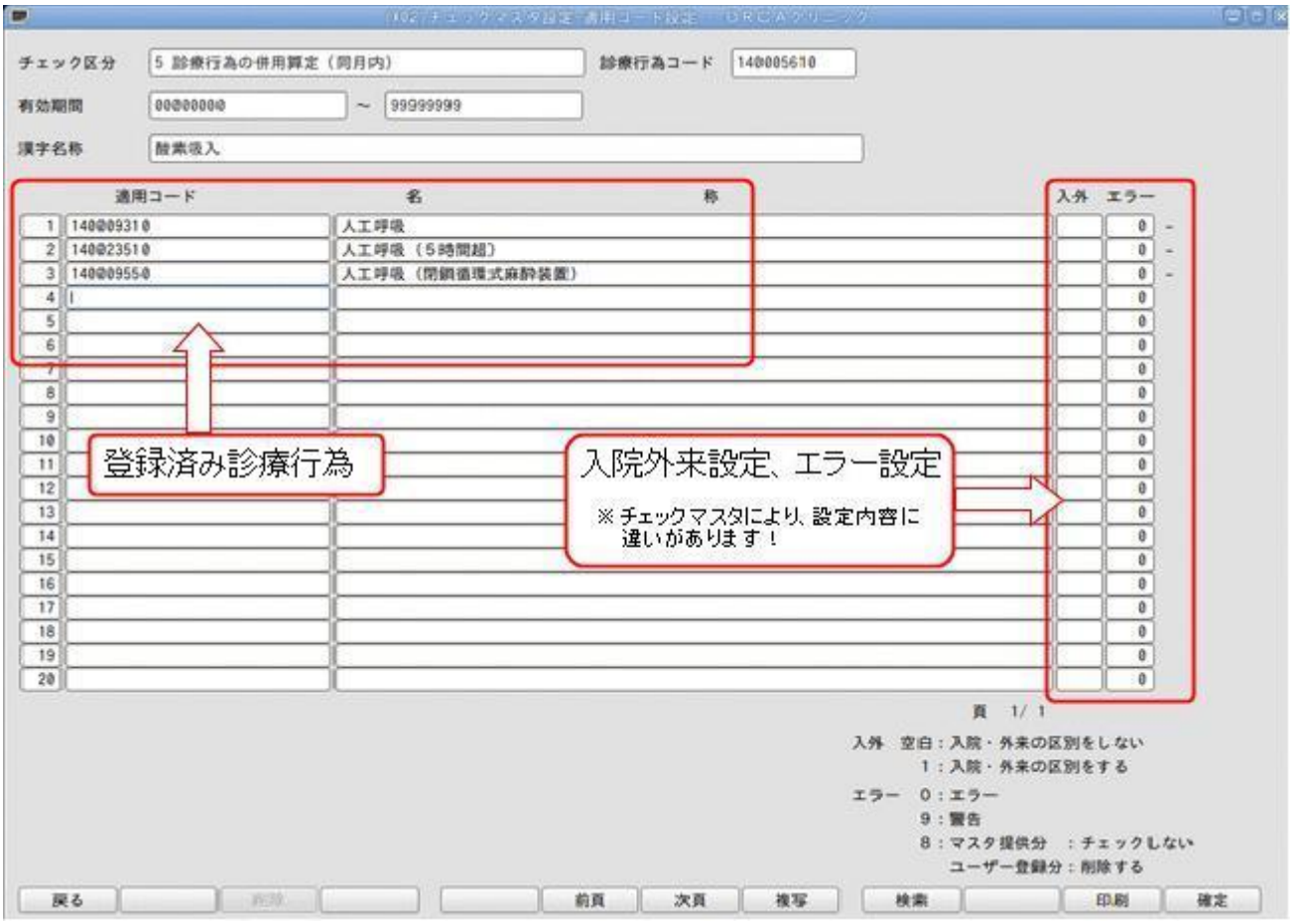


図 1497

入外設定、エラー設定、日／月設定はチェックマスタにより異なります。
（次項の【その他の設定項目】を参照してください）

チェック区分

4　薬剤と併用禁忌
8　病名と薬剤
9　病名と診療行為
　→ 設定なし（入力できません）

5　診療行為の併用算定（同月内）
A　診療行為の併用算定（同日内）
B　診療行為の併用算定（同会計内）
　→ 入外設定、エラー設定

7　診療行為どうしの算定漏れ
　→ 日／月設定、入外別にチェックを設定

一致条件について

1. 業務メニュー「91　マスタ登録」より「103　チェックマスタ」を選択し、(X01)チェックマスタ設定画面へ遷移します。
2. チェック区分「8　病名と薬剤」、「9　病名と診療行為」は、患者病名から薬剤（診療行為）の算定漏れをチェックします。

チェックマスタ病名と患者病名の一致条件が指定できます。

図 1498

1　部分一致・・・患者病名の一部に「破傷風」の病名が含まれている場合チェックを行います。
2　完全一致・・・患者病名と「破傷風」の病名が完全に一致する場合チェックを行います。
3　前方一致・・・患者病名と「破傷風」の病名が前方一致する場合チェックを行います。
4　後方一致・・・患者病名と「破傷風」の病名が後方一致する場合チェックを行います。

入外設定について

チェック区分

5　診療行為の併用算定（同月内）
A　診療行為の併用算定（同日内）
B　診療行為の併用算定（同会計内）
7　診療行為どうしの算定漏れ

入院と外来を区別してチェックするか否かの設定を行います。

例）診療行為1、診療行為2の併用算定チェックをする。

診療行為1は外来、診療行為2は入院で診療行為入力している場合、入院と外来を区別してチェックする場合はエラーになりません。区別しない場合はエラーになります。

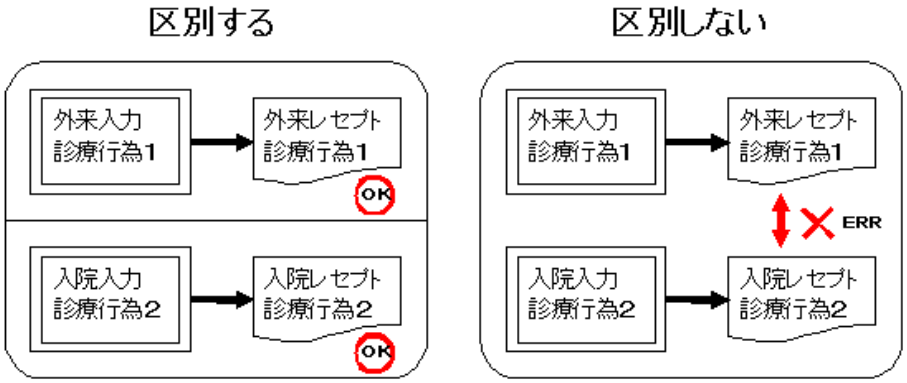


図 1499

Copyright(C)2007JMARI

【診療行為の併用算定の入外設定項目】（チェック区分 5,A,B）

図 1500

空白：入院・外来の区別をしない
1：入院・外来の区別をする

【診療行為どうしの算定漏れの入外設定項目】（チェック区分 7）

図 1501

1　しない：入院・外来の区別をしない
2　する　：入院・外来の区別をする

エラー設定について（診療行為入力時の併用算定チェック）

チェック区分「5　診療行為の併用算定（同月内）」、「A　診療行為の併用算定（同日内）」、「B　診療行為の併用算定（同会計内）」は診療行為入力時に併用算定チェックを行います。

「21　診療行為」画面に表示するエラー区分を選択します。

0　エラー　　：エラーメッセージが表示され、診療行為入力ができません。
1　警告　　：警告メッセージが表示され、メッセージを閉じた後に診療行為入力ができます。
8　チェックしない：日レセから標準提供している適用コードのチェックを行わない場合に選択します。
（次項の【日レセより標準提供しているチェックマスタについて】を参照してください）

ポイント！　エラー区分の表示について

診療行為の併用算定のチェックマスタでは相対する診療行為についてもチェックマスタを登録する必要があります。
図の例では、診療行為1と診療行為2は互いにチェックマスタの登録が行われているため、相互にチェックを行いますが、診療行為3と診療行為4は診療行為3から診療行為4のチェックは行われますが、診療行為4のチェックマスタに診療行為3の登録がないため、診療行為4から診療行為3のチェックは行われません。

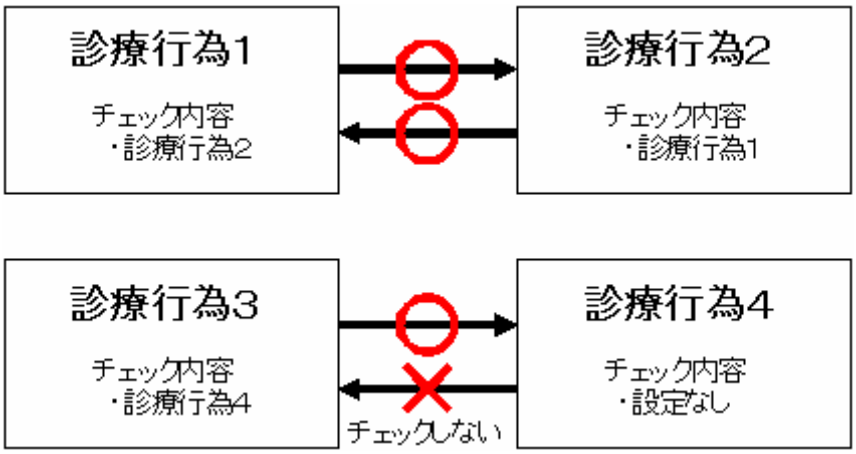


図 1502

設定後、チェックマスタの登録が相互に正しく行われていない場合、赤枠の場所に登録状況が表示されます。

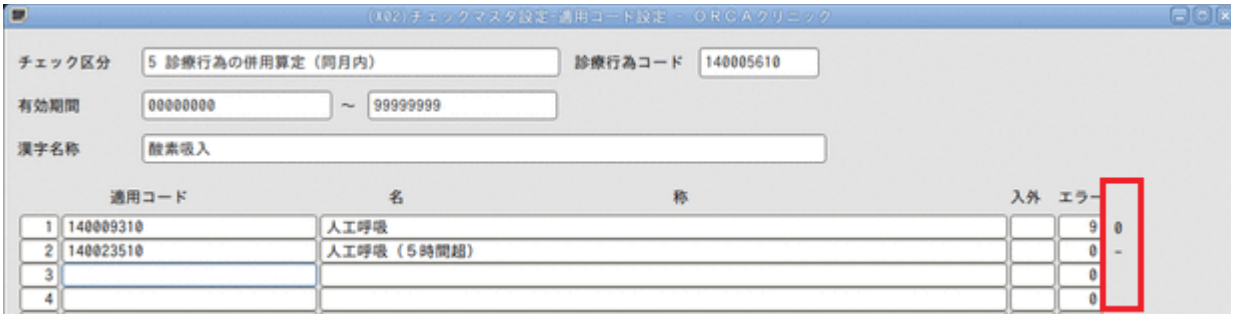


図 1503

赤枠の場所に

・相対する診療行為のチェックマスタに、現在表示している診療コードが登録されていない場合は「－」が表示されます。
・相対する診療行為のチェックマスタのエラー区分が異なる場合はエラー区分が表示されます。

図の例では下記の内容を表します。（文中の矢印は「チェックマスター→適用コード」の関係を表します）

・「酸素吸入→人工呼吸」はエラー区分が「9」（警告）で登録さているのに対して、
「人工呼吸→酸素吸入」ではエラー区分が「0」（エラー）と異なる内容で登録されています。

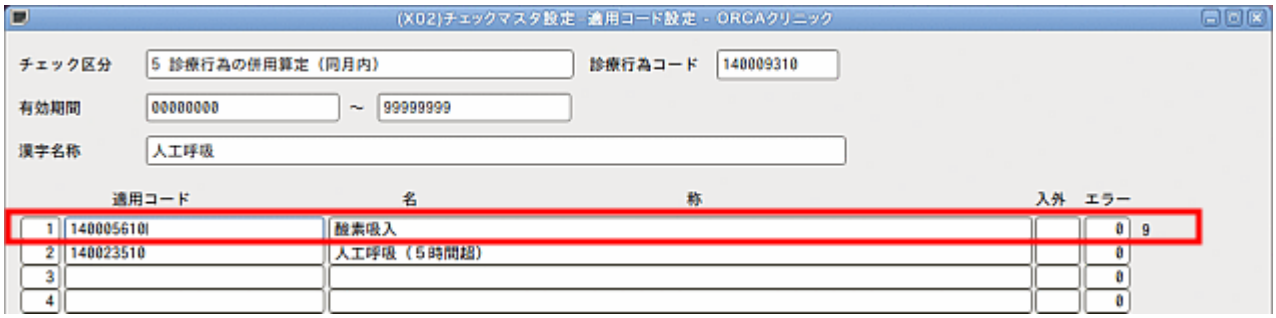


図 1504

・「人工呼吸（5時間超）→酸素吸入」の登録がありません。

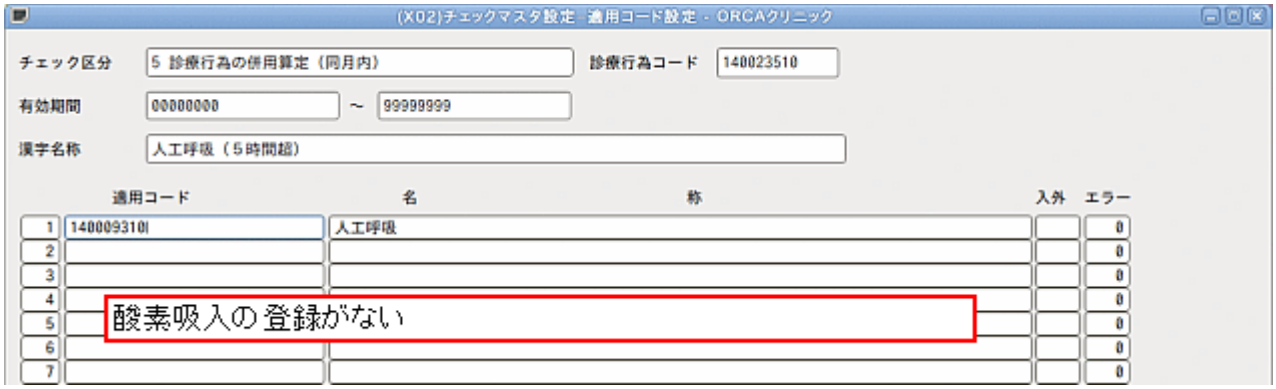


図 1505

注意！　「21　診療行為」入力時のチェックについて

チェックが掛からない場合は、「102点数マスタ」－「回数・年齢」の「算定履歴」の設定が「1　有効（算定履歴作成）」になっているか確認してください。

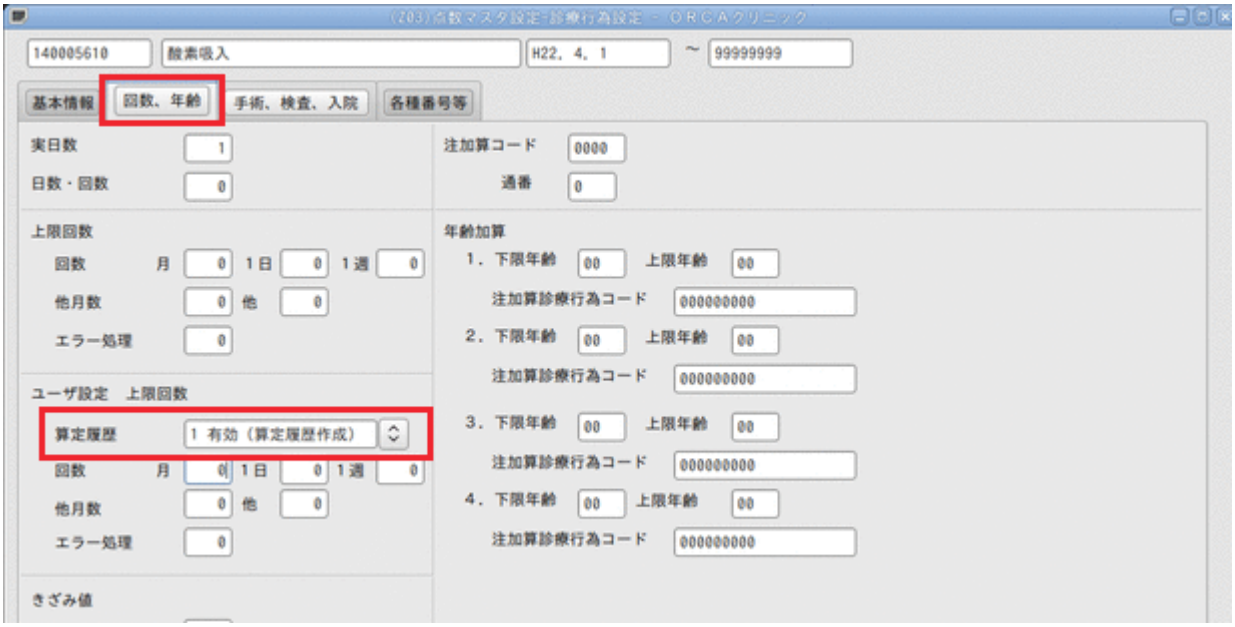


図 1506

「1　有効（算定履歴作成）」を選択後、次回診療行為時より算定履歴を作成します。
既に入力済みの診療行為は訂正登録を行い、算定履歴を作成します。

※算定履歴が作成されていない場合、業務メニュー「41　データチェック」で併用算定チェックを行います。

日レセより標準提供しているチェックマスタについて

チェック区分「5　診療行為の併用算定（同月内）」、「A　診療行為の併用算定（同日内）」、「B　診療行為の併用算定（同会計内）」にチェックマスタを標準提供しています。

図 1507

適用コードは青字で表示され、削除はできません。
チェックを行わない場合はエラー欄に「8」を入力してください。
適用コードの追加は最終ページで行えます。

注意！ ユーザ側で追加登録分の適用コードのエラーに「8」を入力すると適用コードを削除しますので注意してください。

日／月設定

チェック区分「7　診療行為どうしの算定漏れ」でチェックを行う範囲を設定できます。

0を選択した場合、同日内で算定漏れがないかチェックを行います。
1を選択した場合、同月内で算定漏れがないかチェックを行います。

チェックマスタの操作方法

＜操作方法＞

1. 業務メニュー「91　マスタ登録」より「103　チェックマスタ」を選択し、(X01)チェックマスタ設定画面へ遷移します。
2. チェック区分を選択、診療行為コード、有効年月日を入力後、「確定」(F12)を押下します。

図 1508

3. 適用コード欄にコードを入力し、入外・エラー等チェック区分に応じた項目を設定後、「確定」(F12)を押下します。

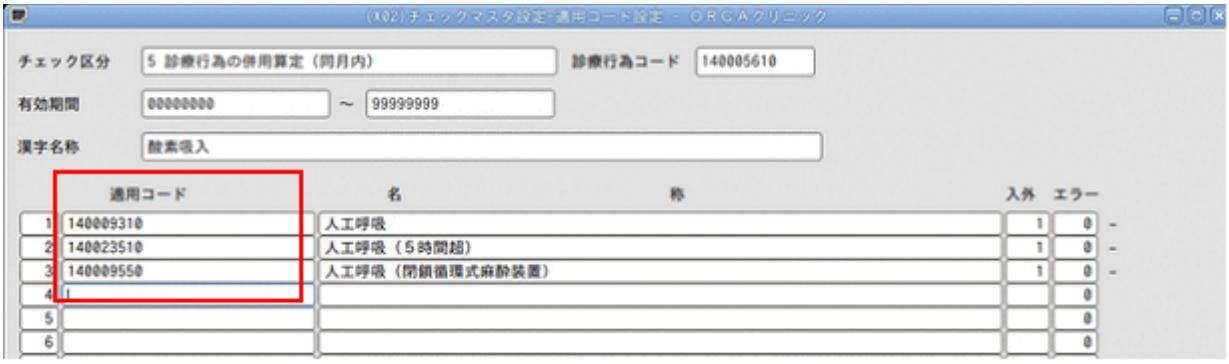


図 1509

ヒント！

(X01)チェックマスタ設定画面の診療行為コード欄、(X02)適用コード設定画面の適用コード欄に診療行為名称（病名）を入力した場合でもコード検索ができます。「検索」(F9)でもコード検索ができます。

他の診療行為（病名）からチェックマスタを複写する

既に登録済みの他のチェックマスタからチェック内容を複写できます。

【5.4.4　適用コード設定（病名）】の【他の薬剤（診療行為）のチェックマスタを複写する】の項目を参照してください。

5.4.6 チェックマスター一覧の印刷

- チェックマスター一覧
- チェックマスタ登録漏れ確認リスト

チェックマスター一覧の印刷

＜操作方法＞

1. 業務メニュー「91　マスタ登録」より「103　チェックマスタ」を選択し、(X01)チェックマスタ設定画面へ遷移します。
2. 「リスト」(F4)を押下します。

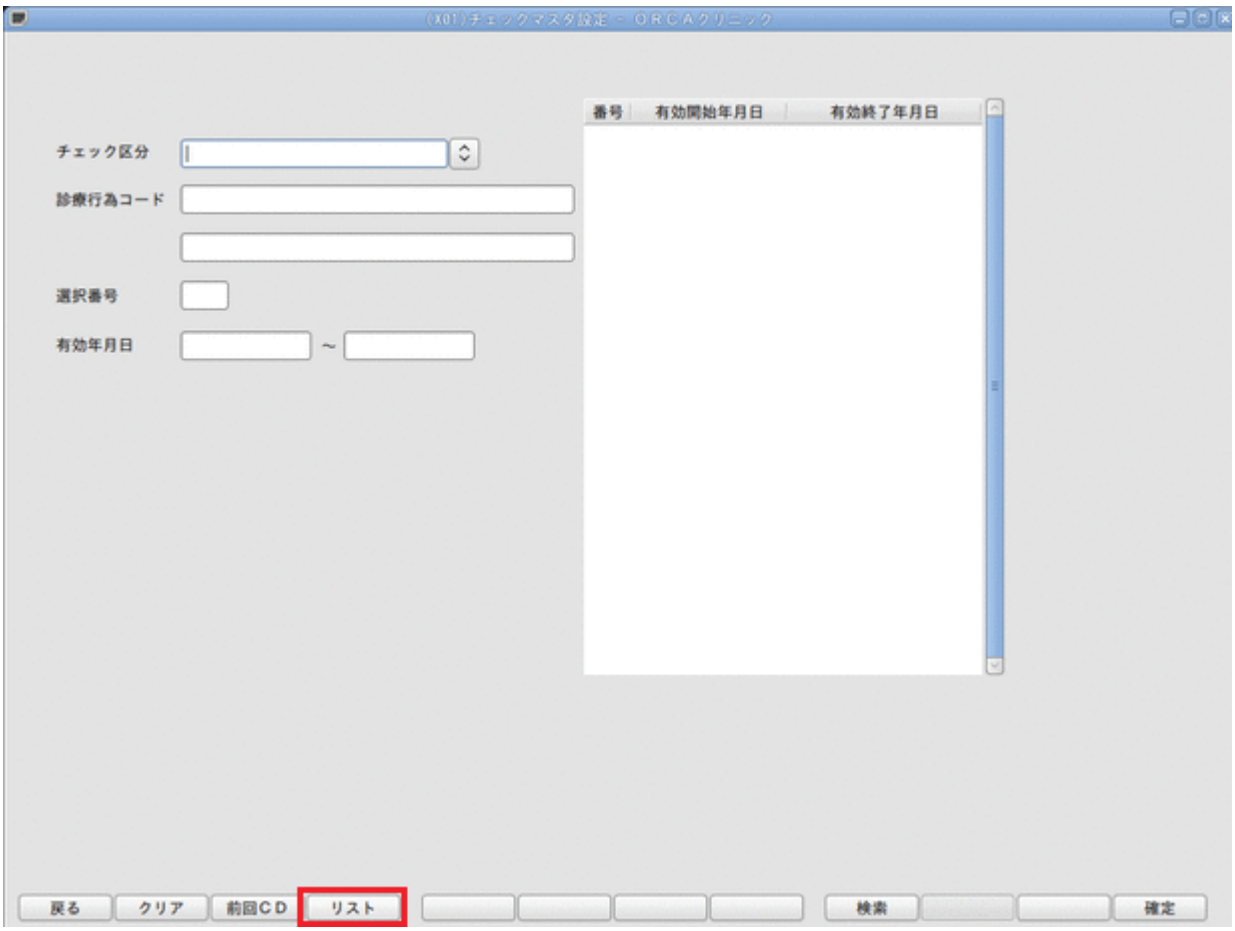


図 1510

Copyright(C)2007JMARI

3. 印刷するチェックマスタを選択します。
4. 出力順指定を選択後、「印刷開始」(F12)を押下します。
5. (XID2)確認画面で「印刷する」(F12)を押下すると印刷を開始します。

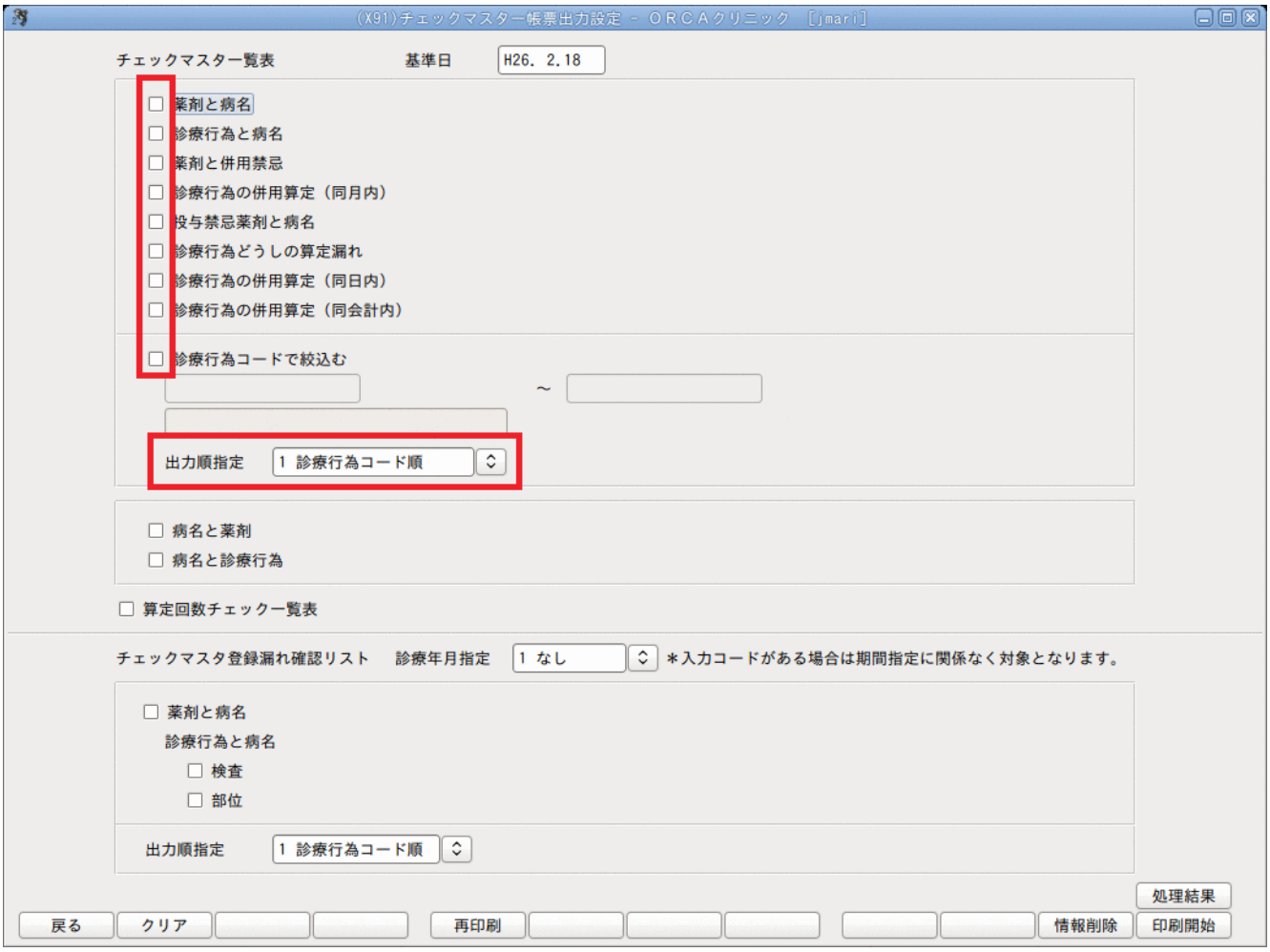


図 1511

ヒント！ 「基準日」に有効な薬剤を印刷します。

＜診療行為コードの絞込み＞

印刷するチェックマスタの範囲を指定します。
チェックマスタにない診療行為を入力した場合は、青字で表示されます。

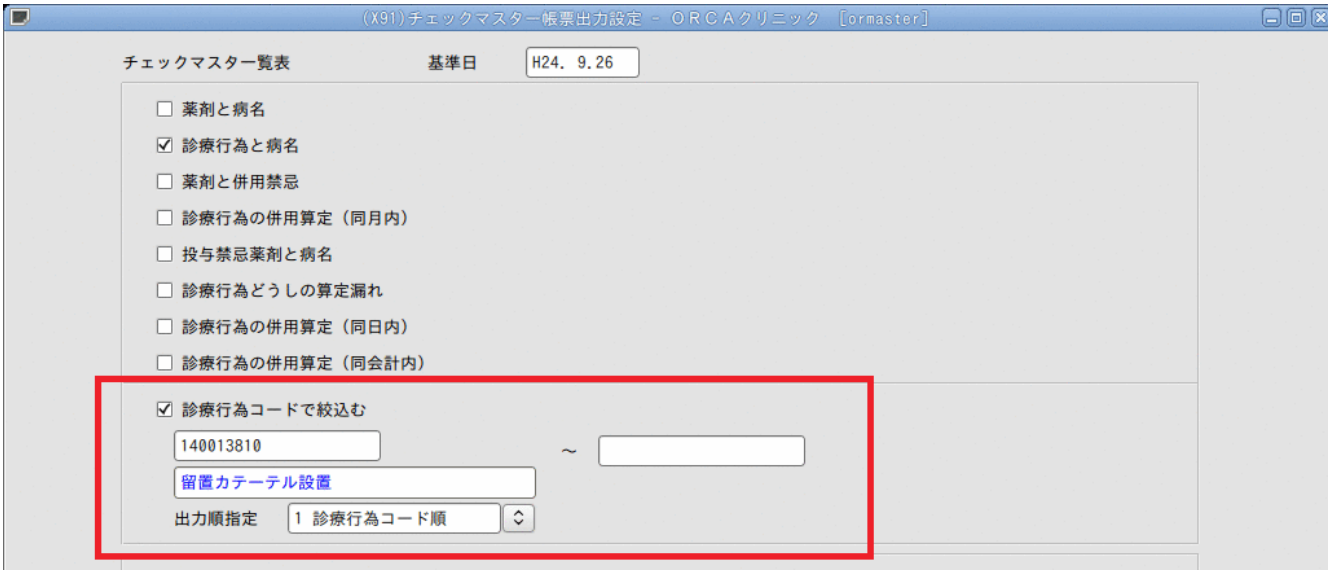


図 1512

＜出力順の指定＞

診療行為コード順、カナ名称順、区分番号順より出力順を選択します。

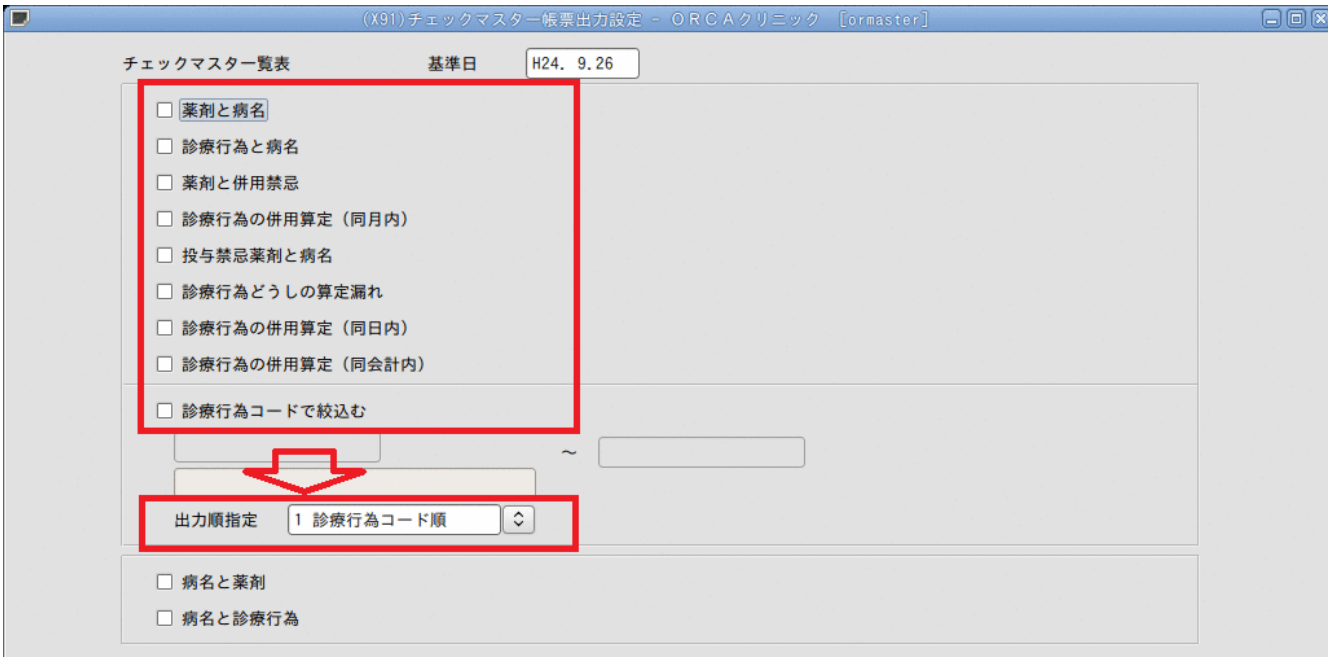


図 1513

ヒント！ チェックマスター一覧表の「病名と薬剤」、「病名と診療行為」の出力順は指定できません。

チェックマスタ登録漏れ確認リスト

データチェックを行なっていない（チェックマスタを作成していない）薬剤（診療行為）のリストを作成します。

＜対象のチェックマスタ＞

チェック区分
「1　薬剤と病名」
「2　診療行為と病名」（診療行為は検査と部位（撮影部位コード）のみ）

＜対象の診療コード＞

入力CDが設定済みのコード、
「21　診療行為」の(K02)診療行為入力画面で入力履歴があるコードで、チェックマスタが作成されていないコード

＜診療年月指定＞

診療行為で入力履歴のあるコードを検索する期間を指定します。
「1　なし」　制限なく過去を遡ります。
「2　2ヶ月分」　当月を含め2ヶ月分遡ります。
「3　6ヶ月分」　当月を含め6ヶ月分遡ります。

＜出力順の指定＞

診療行為コード順、カナ名称順、区分番号順から出力順を選択します。

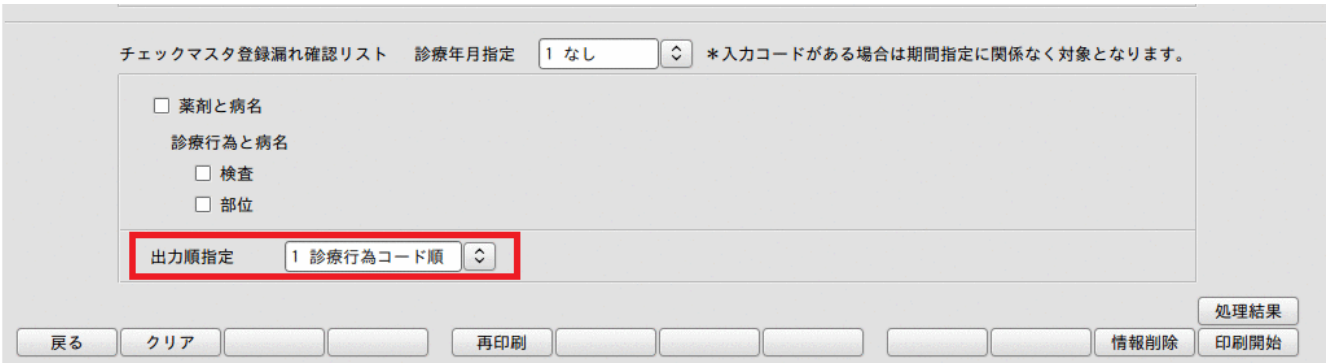


図 1514

ヒント！

データチェックの結果リストに登録漏れの薬剤を印刷することができます。
【5.1　システム管理マスタ】－【1101　データチェック機能情報2】を参照してください。

５．５　保険番号マスタ

保険番号マスタはパッケージに標準的に提供されています。
ユーザは以下の保険番号の範囲ルールによって追加、修正、削除を行ってください。

保険番号	用　　途
000～099　：	全国共通の保険、公費に使用しています。追加、変更、削除は行わないでください。
100～899　：	地方公費の設定に使用してください。追加、変更、削除を自由に行えます。
900～919　：	治験等の設定に使用してください。追加、変更、削除を自由に行えます。
920～949　：	現在未使用です。使用しないでください。
950～979　： （971,973,975を除く）	各種保険制度に使用しています。追加、変更、削除は行わないでください。 956：公費高額（上位所得者） 957：公費高額（一般・低所得者） 958：特定疾患高額4回目以降 959：災害該当 960：減額（割） 961：減額（円） 962：免除 963：支払猶予 964：高額委任払 965：高額4回目 966：高額（上位所得者） 967：高額（一般・低所得） 968：後期該当 969：75歳特例 972：長期 974：長期（上位所得者） 976：高齢非該当 977：後期非該当 978：一般経過措置
971,973,975：	労災、自賠責、公害に使用しています。変更、削除は行わないでください。
980～989　：	自費の設定に使用してください。追加、変更、削除を自由に行えます。
990～999　：	省庁対応（共済組合（短期給付））に使用してください。追加、変更、削除を自由に行えます。

- 保険組合せに関して、990番台（省庁対応）の公費登録をした場合は、990番台がつく組合せのみを作成することとします。

- 100～899の保険番号につきまして、ユーザにて設定していただくことができますが、既に公開されている保険番号マスタで使用している保険番号の他、新制度に対応する際などにユーザにて独自に設定された保険番号と重複する可能性があります。この場合、保険番号の変更及び保険一括変更の処理が必要となる場合がありますので、ご注意ください。

  また、保険番号850～899はこちらでは追加、変更、削除を行いませんので、こちらの番号を使用していただければ重複とはなりません。ユーザ独自設定された保険番号は、負担金計算等において特殊な対応は行いません。

この保険番号マスタに関しては入力チェックの一部を除き、ほとんど行っておりませんので入力の際には注意して入力をお願いします。

■ 保険番号マスタの内容について、詳しくは以下を参考にしてください。
技術情報　->　開発者向け情報　->　3.地方公費開発　->　保険と地方公費の登録

保険番号マスタの設定について

＜県単位医療費助成事業などの地方公費の設定＞

（1）保険番号マスタ設定画面の項目説明
（2）保険番号情報入力画面の項目説明
（3）保険番号マスタの設定例

（1）保険番号マスタ設定画面の項目説明

注意！
設定内容は各自治体により異なるため、詳細は医療機関所在地の自治体または支払基金、連合会にご確認頂くか、各都道府県別の地方公費マスタ設定一覧表を参照してください。

＜例＞地方公費として保険番号「100」を設定する場合
「保険番号」、「有効年月日」を入力して、「確定」(F12)を押下します。
「都道府県」は「1001　医療機関情報－基本」より自動設定されます。

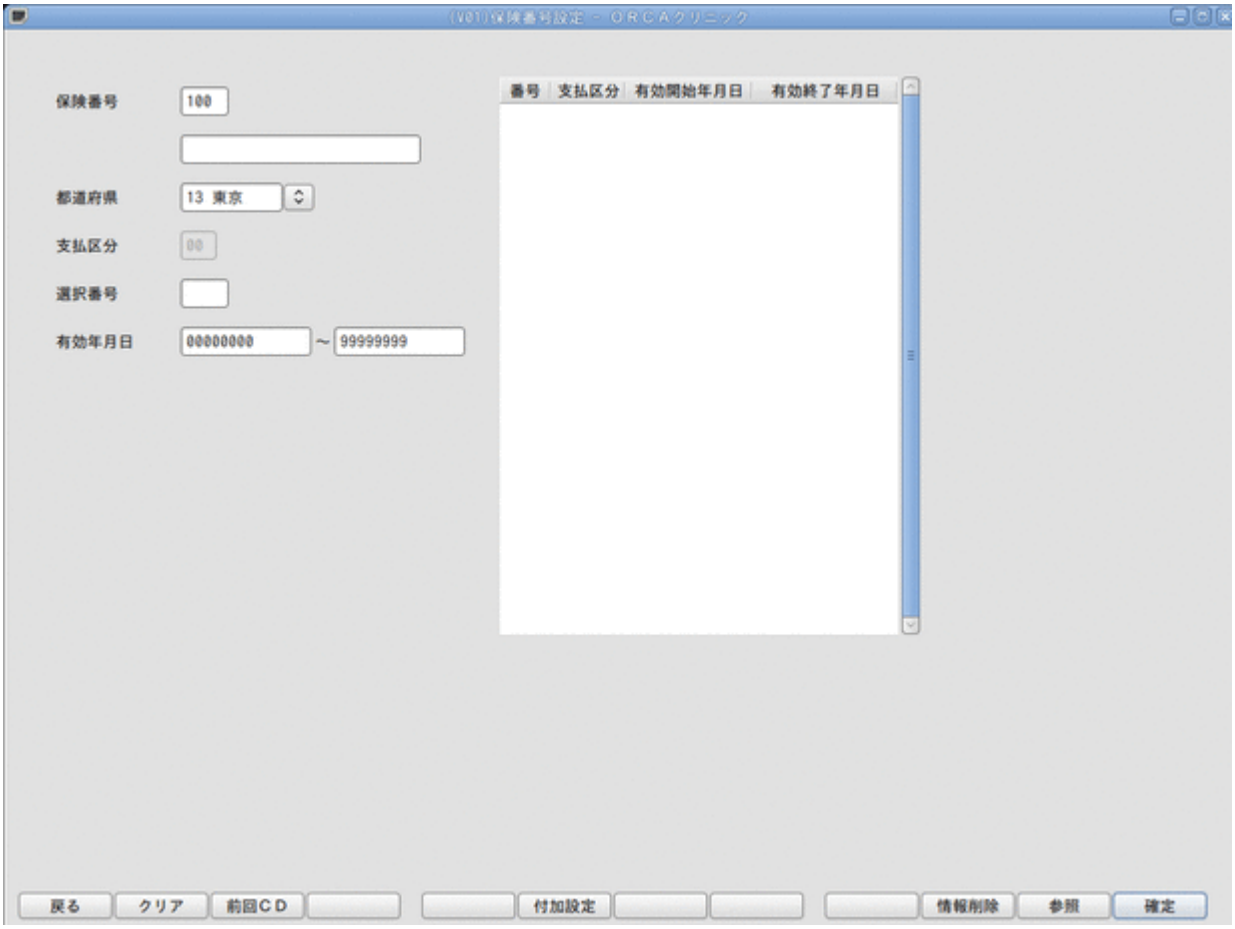


図 1515

Copyright(C)2007JMARI

項目の説明

保険番号	3桁の任意の数字を入力します。 ただし、任意に作成できる保険番号の範囲は決まっていますので、【5.5　保険番号マスタ】を参照し、使用できる保険番号を使用してください。
支払区分	「00」固定となっています。（老人保健の場合には区分を表示します）。
選択番号	新たに登録するときには入力する必要はありません。空白としておきます。 既に登録済みの保険番号を入力したときには、選択番号の入力が必須となります。なお、1件のみ登録の場合は保険番号入力時に選択番号欄へ「1」を表示します。複数件の登録がある場合には空白表示となっていますので、右側一覧画面より選択した番号を入力します。
有効年月日	新たに登録するときには有効開始年月日及び有効終了年月日を入力します。 有効期間を設けない場合は、有効年月日は未入力で「Enter」を押下し、「00000000」～「99999999」（無期限）とします。

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	元の画面へ戻ります。
クリア	F2	入力された内容をクリアします。
前回CD	F3	直前の保険番号を呼び出します。
付加情報	F5	「2010　地方公費保険番号付加情報」へ遷移します。
確定	F12	保険番号情報入力画面へと遷移します。

（2）保険番号情報入力画面の項目説明

＜例＞保険番号「100」として、「確定」(F12)で保険番号情報入力画面へ遷移した場合

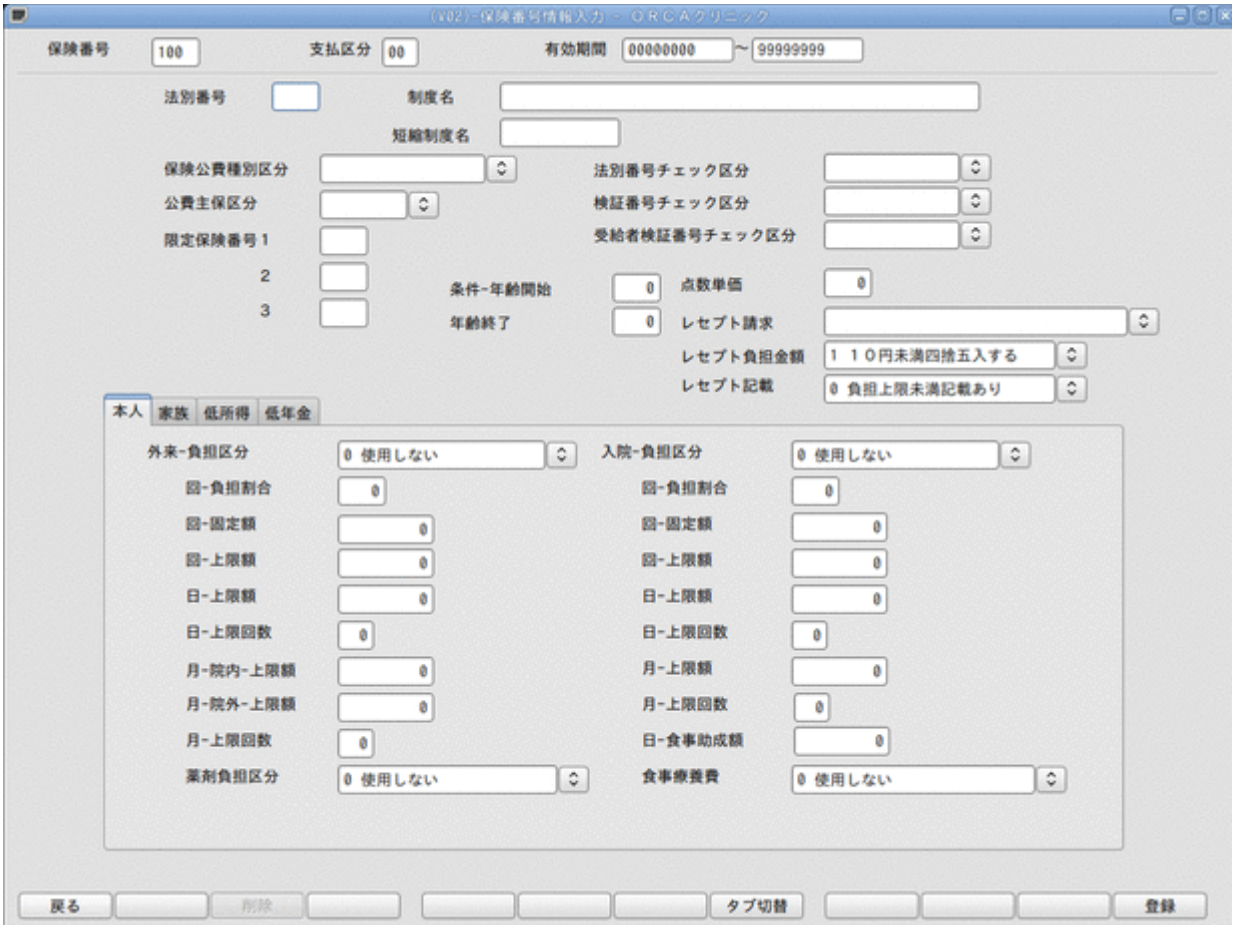


図 1516

項目の説明

「Enter」押下時のカーソルの移動順に説明していきます。

法別番号	負担者番号の頭2桁の数字を入力します。
制度名	保険番号に対する制度名を入力します。 全角50文字まで入力できます。
短縮制度名	上記制度名を全角5文字までの任意の名称で入力します。 各業務の中で画面表示される制度名はここで登録された名称となります。 （保険組合せの表示など）
保険公費種別区分	コンボボックスから選択します。 他保険との併用が発生しない地方公費であれば「6」、併用がある地方公費であれば「7」を選択します。 地方老人（法別番号が41）は、通常の老人保健と識別するために「3」を選択します。
法別番号チェック区分	患者の保険登録時に、負担者番号の頭2桁と法別番号をチェックするか否かを選択します。 「1　チェックする」を設定したときは、患者登録画面で地方公費を新規追加登録する際に、負担者番号の最初の2桁を法別番号として認識し、異なる場合にはエラー表示を行います。 ただし、チェックを行うのは新規追加登録する場合のみで、既に患者登録画面で登録されている保険または公費の変更を行った場合には法別番号チェックはかかりません。
検証番号チェック区分	患者の保険登録時に、負担者番号の検証番号についてチェックするか否かを選択します。 検証番号のチェックはモジュラス10の方式を使用しており、保険では保険

	者番号、公費では負担者番号・受給者番号をチェック対象とします。
公費主保区分	保険公費種別区分が「7　一般公費」のときに選択します。
受給者検証番号チェック区分	患者の保険登録時に、受給者番号の検証番号についてチェックするか否かを選択します。
限定保険番号1～3	特定の公費が存在しないと組合せが作成できない地方公費について、該当する保険番号を半角英数字で入力します。
条件－年齢開始、年齢終了	年齢制限のある公費について、年齢の入力を行います。年齢制限が無い場合は、「0」～「999」と入力します。
点数単価	設定を行う保険（地方公費）の1点単価を入力します。
・保険番号の1桁目が「0」 1　・労災・自賠責 ・長期	10円固定で計算します。
2　1以外で、点数単価が「0」	10円固定で計算します。
3　1以外で、点数単価が「0」以外	設定単価で計算します。
レセプト請求	公費のレセプト印刷の可否を選択して入力します。
レセプト負担金額	レセプトへ記載する負担金額について、1円単位まで記載するかを選択します。 地方公費の場合でレセプトの一部負担金欄へ1円単位の記載を行うには、「2　10円未満四捨五入しない」と設定します。（初期表示は、「1　10円未満四捨五入する」を表示しています）。
レセプト記載	地方公費に月額自己負担限度額がある場合で、限度額に満たない月のレセプトに公費分の記載を行うかを選択します。

＜「本人」タブ、「家族」タブ、「低所得」タブ、「低年金」タブ＞

タブを切り替えてそれぞれの設定を行うことができます。

なお、自費の場合は「本人」のみが該当するため、その他のタブの情報は入力する必要はありません。

（入・外共通項目）

（外・入）－負担区分	負担区分についてコンボボックスから選択します。
回－負担割合・固定額・上限額	1回につき、負担割合、固定額、上限額が決められている公費の場合に入力します。
日－上限額・上限回数	1日につき、上限額、上限回数が決められている公費の場合に入力します。
月－（院内・院外）上限額、上限回数	1月につき、外来は院外・院内の各上限額と上限回数、入院は上限額と上限回数が決められている公費の場合に入力します。

（外来項目）

薬剤負担区分	薬剤負担区分の取り扱いについてコンボボックスから選択します。

（入院項目）

日－食事助成額	1日につき、食事助成額が決められている公費の場合に入力します。
食事療養費	食事療養費の取り扱いについてコンボボックスから選択します。

必要項目を入力後、「登録」(F12)を押下すると以下の確認メッセージを表示します。

図 1517

「OK」で登録を行います。

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	元の画面に戻ります。
削除	F3	登録済みの保険情報をデータベースから削除します。
登録	F12	入力された保険情報をデータベースに登録します。

(3) 保険番号マスタの設定例

各都道府県で実施されている医療費助成事業の中でも内容がほぼ共通していると思われる乳幼児医療費助成、福祉医療費助成の地方公費と、自費の設定例を示します。
なお、地方公費は各自治体により異なるため、詳細は医療機関所在地の自治体または支払基金、連合会にご確認ください。

■乳幼児医療費助成事業
■福祉医療費助成事業
■自費

■乳幼児医療費助成事業

【制度の内容】
この医療費助成事業の対象者は3歳未満の乳幼児で、助成内容には入院、外来とも月1000円を上限とした患者負担があります。医療機関からの請求は、社保の場合は乳幼児医療請求書、国保の場合はレセプトにより行います。

【保険番号マスタ設定例】
1. 保険番号マスタの入力
新規に設定登録を行うときは、「保険番号」、「有効年月日」の欄の入力を行います。
既に登録済みの保険番号マスタを開くときは、「保険番号」、「選択番号（複数の登録がある場合のみ）」の入力が必須です。

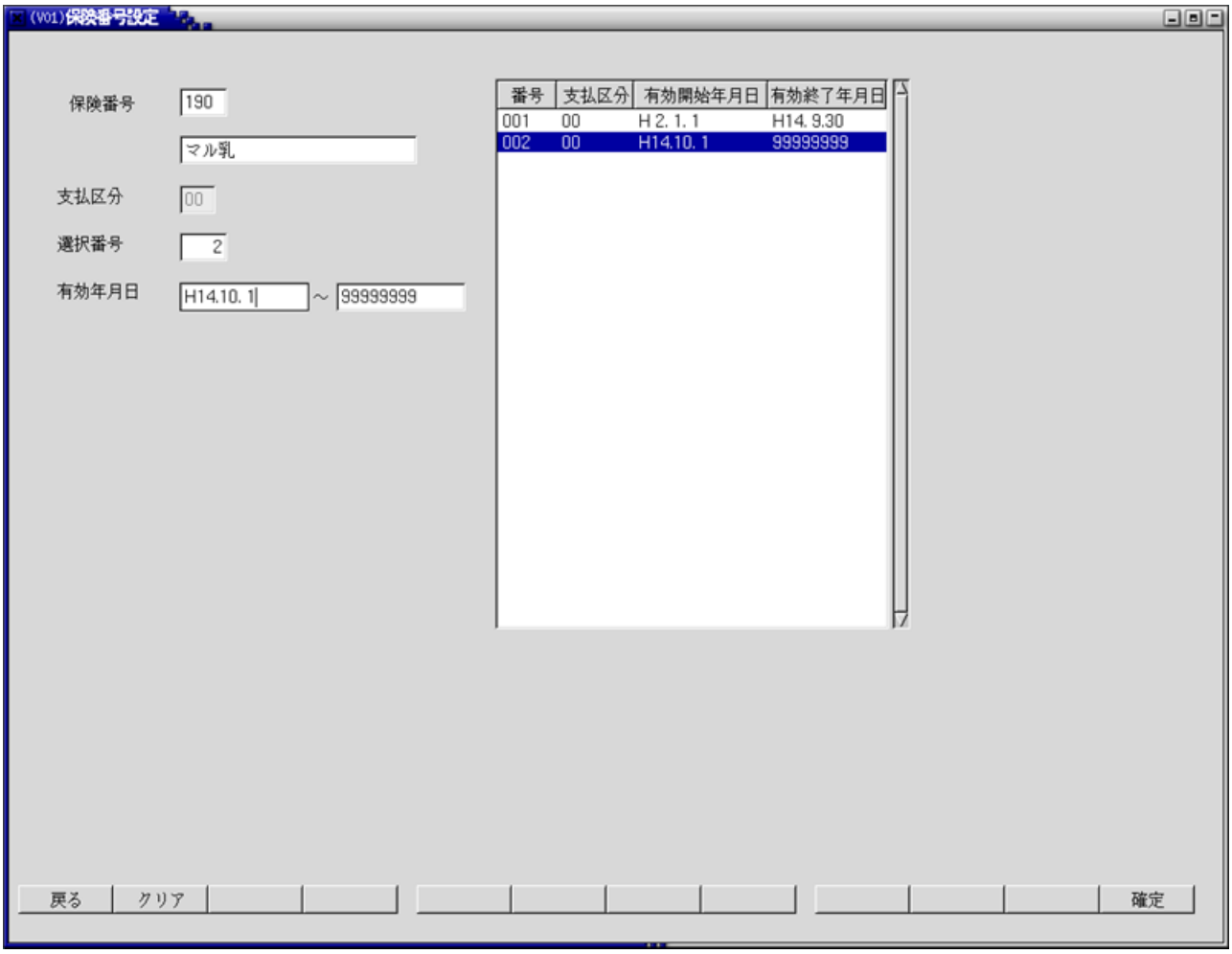


図 1518

上記項目を入力後は、「Enter」または「確定」(F12)を押下します。保険番号情報入力画面へと遷移します。

2.保険番号情報入力画面の入力
（入力例）

図 1519

主な入力項目は以下のとおりです。
法別番号は「90」、保険公費種別区分は「7　一般公費」を入力します。対象者となるのは3歳未満の乳幼児であるため、条件欄の年齢開始に「0」、年齢終了には「2」を入力します。法別番号チェック区分などの各チェック区分は、任意により設定します。
レセプト請求は、国保の場合のみなので「2　国保との併用に限り印刷」を設定します。
また、レセプト負担金額はレセプトへの1円単位での記載が必要な地方公費以外では「1　10円未満四捨五入する」を設定します。
レセプト記載は、負担金の上限未満のときの記載は必要ないので「1　負担上限未満記載なし」を設定します。
その他の内容は、入力例を参照してください。

「本人」タブ
入院・外来とも患者負担があるため負担区分に「1　患者負担あり」を入力します。
また、月1000円の患者負担額をそれぞれの月－上限額に入力します。
薬剤一部負担金、食事療養費は患者負担が発生しないので各区分に「3　患者負担なし」を入力します。

「家族」タブ
地方公費の場合、使用しませんので入力の必要はありません。

「低所得」タブ、「低年金」タブ
県によっては設定が有効となります。各県のマスタ設定表をご確認ください。

入力後、「登録」(F12)を押下すると確認メッセージが表示します。

図 1520

「OK」で登録をします。

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	遷移元の画面へ戻ります。
削除	F3	登録内容をデータベースから消去します。
登録	F12	入力内容をデータベースに登録します。

■福祉医療費助成事業

【制度の内容】

この医療費助成事業の対象者は年齢の制限がありません。助成内容は医療保険の自己負担分を助成します。
医療機関からの請求は、社保の場合は福祉医療費請求書、国保の場合はレセプトにより行います。

【保険番号マスタ設定例】

1. 保険番号の入力

新規に設定登録を行うときは、「保険番号」、「有効年月日」の欄の入力を行います。
既に登録済みの保険番号マスタを開くときは、「保険番号」、「選択番号（複数の登録がある場合）」の入力が必須です。

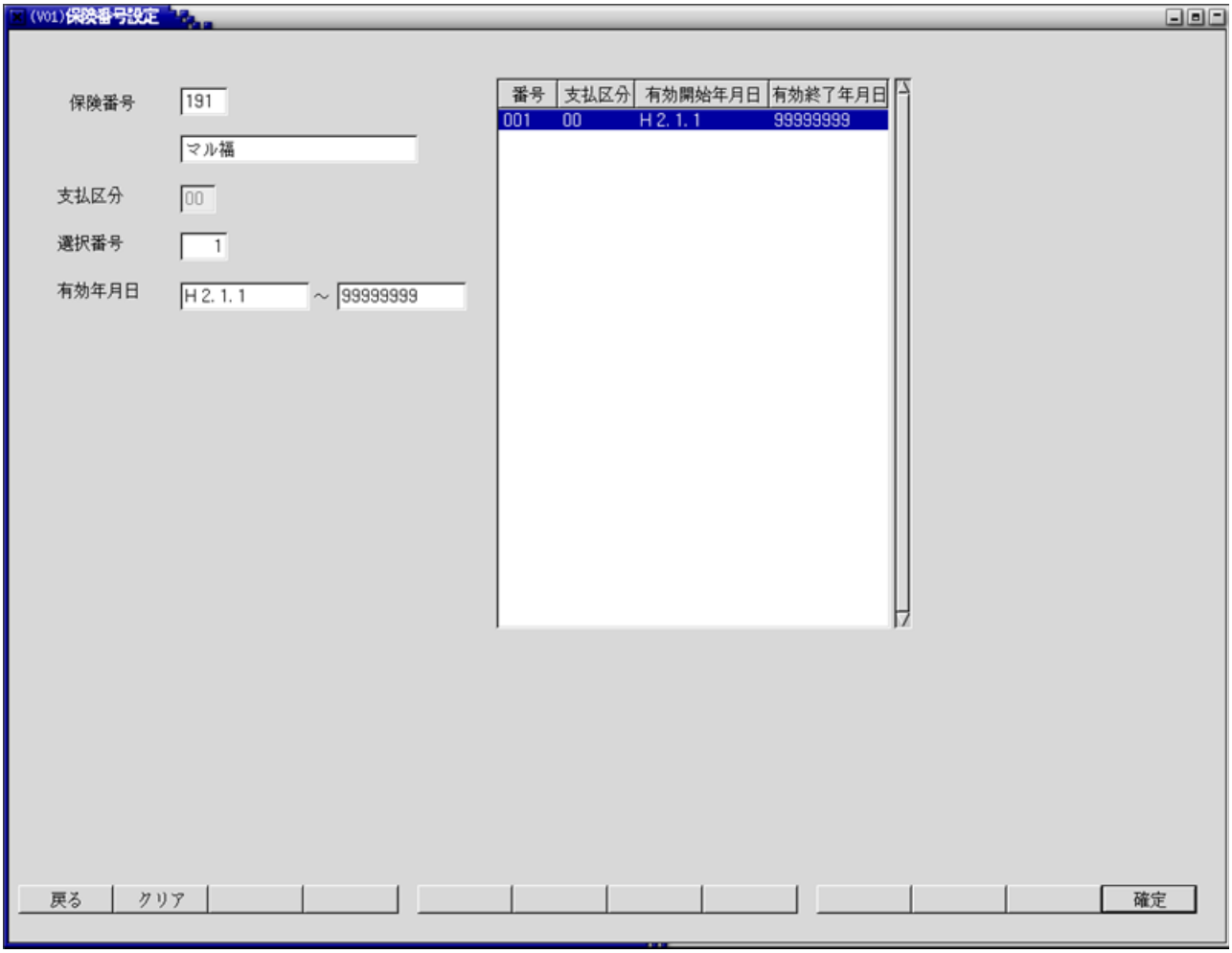


図 1521

上記項目を入力後は、「Enter」または「確定」(F12)を押下します。保険番号情報入力画面へと遷移します。

2. 保険番号情報入力画面の入力

図 1522

主な入力項目は以下のとおりです。
法別番号は「91」、保険公費種別区分は「7　一般公費」を入力します。年齢からは対象者を特定できないので、条件欄の年齢開始に「0」、年齢終了に「999」を入力します。法別番号チェック区分などの各チェック区分は、任意により設定します。
レセプト請求は、国保の場合のみなので「2　国保との併用に限り印刷」を設定します。
レセプト負担金額は、レセプトへの1円単位での記載はしないので「1　10円未満四捨五入する」を設定します。
レセプト記載は、負担金の上限未満のときの記載は必要ないので「1　負担上限未満記載なし」を設定します。その他の内容は、入力例を参照してください。

「本人」タブ
入院・外来とも患者負担があるため負担区分に「1　患者負担あり」を入力します。
また、月500円の患者負担額をそれぞれの月一上限額に入力します。
薬剤一部負担金、食事療養費は患者負担が発生しないので各区分に「3　患者負担なし」を入力します。

「家族」タブ
地方公費の場合、使用しませんので入力の必要はありません。

「低所得」タブ、「低年金」タブ
県によっては設定が有効となります。各県のマスタ設定表をご確認ください。

入力後、「登録」(F12)を押下すると確認メッセージが表示しますので、「OK」を押下して登録を行います。

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	遷移元の画面へ戻ります。
削除	F3	登録内容をデータベースから消去します。
登録	F12	入力内容をデータベースに登録します。

■自費

保険番号マスタに自費を設定する場合は、保険番号を980～989の範囲で割り当てます。
年齢制限はなく、点数単価、負担割合も自由に設定が行えます。

【保険番号マスタ設定例】

1. 保険番号の入力

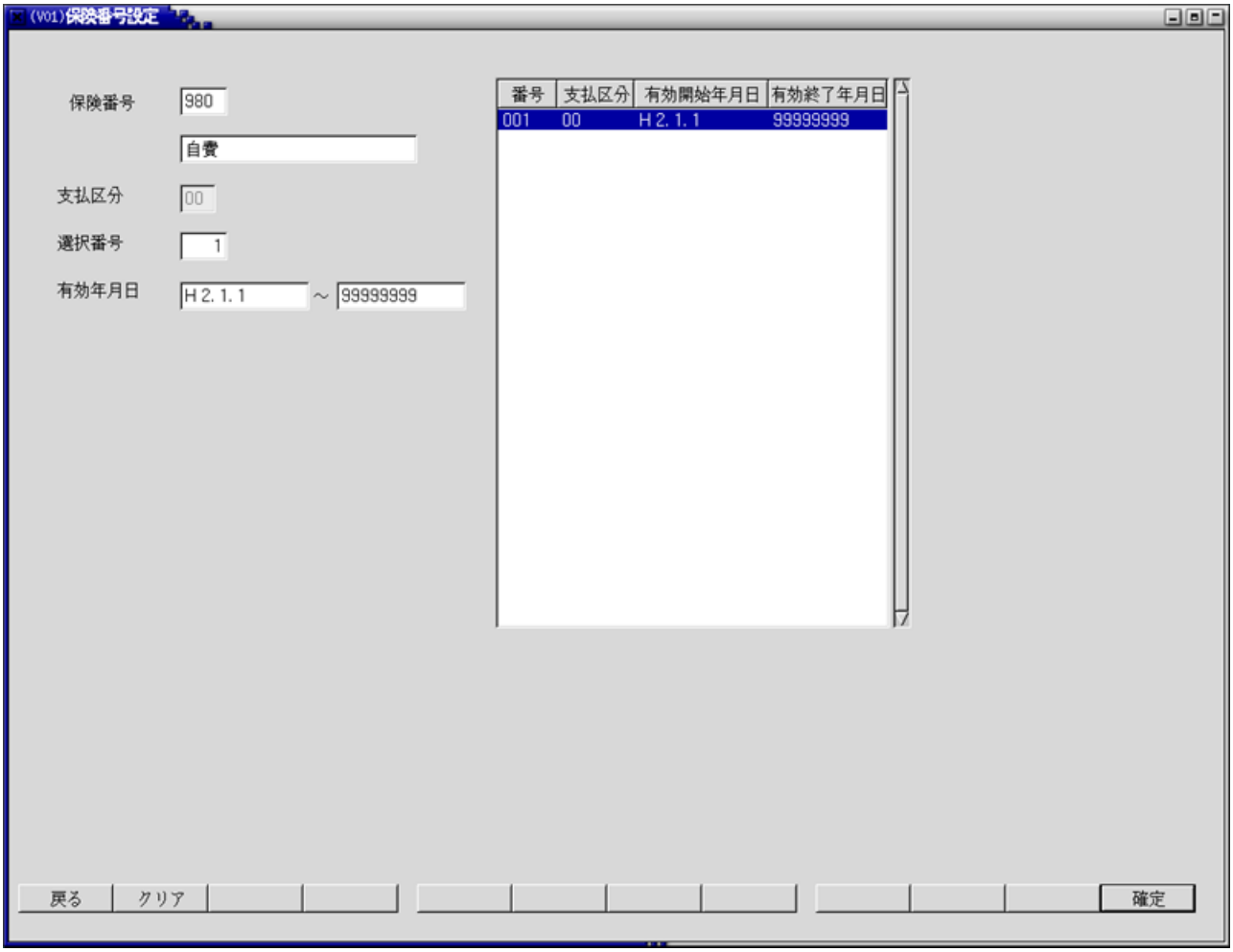


図 1523

上記項目を入力後は、「Enter」または「確定」(F12)を押下します。保険番号情報入力画面へと遷移します。

2. 保険番号情報入力画面の入力

（入力例1）自費保険

図 1524

主な入力項目は以下のとおりです。

法別番号は空白（未入力）とし、保険公費種別区分は「8　自費」を入力します。対象となる患者に年齢の制限は無いので、条件欄の年齢開始に「0」、年齢終了に「999」を入力します。法別番号チェック区分、検証番号チェック区分は任意による設定を行います。

レセプト関連は、レセプト請求を行わないので特に選択する必要はありません。

（レセプト負担金額及びレセプト記載欄は初期表示を行います）。

「本人」タブ

入院・外来とも患者負担があるため負担区分に「1　患者負担あり」を入力します。

また、負担割合は自費10割の場合、100を設定します。

「家族」タブ、「低所得」タブ、「低年金」タブ

自費の場合、使用しませんので入力の必要はありません。

入力後、「登録」(F12)を押下すると確認メッセージが表示しますので、「OK」を押下して登録を行います。

（入力例2）自費保険の点数単価（負担割合）を変える

自費保険で1点－10円を1点－20円で請求したい。

点数単価の項目は10円で固定です。この場合は「本人」タブの「回ー負担割合」を外来、入院ともに200（%）と入力します。

図 1525

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	遷移元の画面へ戻ります。
削除	F3	登録内容をデータベースから消去します。
登録	F12	入力内容をデータベースに登録します。

５．６　保険者マスタ

保険者マスタは、エンドユーザにより登録・削除・修正を行うことができます。
なお、センターから更新データを提供した場合に、ユーザで登録した内容が更新データにより上書きされる可能性があります。
上書きは、「異動内容」欄に登録された内容により強制的に行われることがあります。

（1）保険者番号の入力

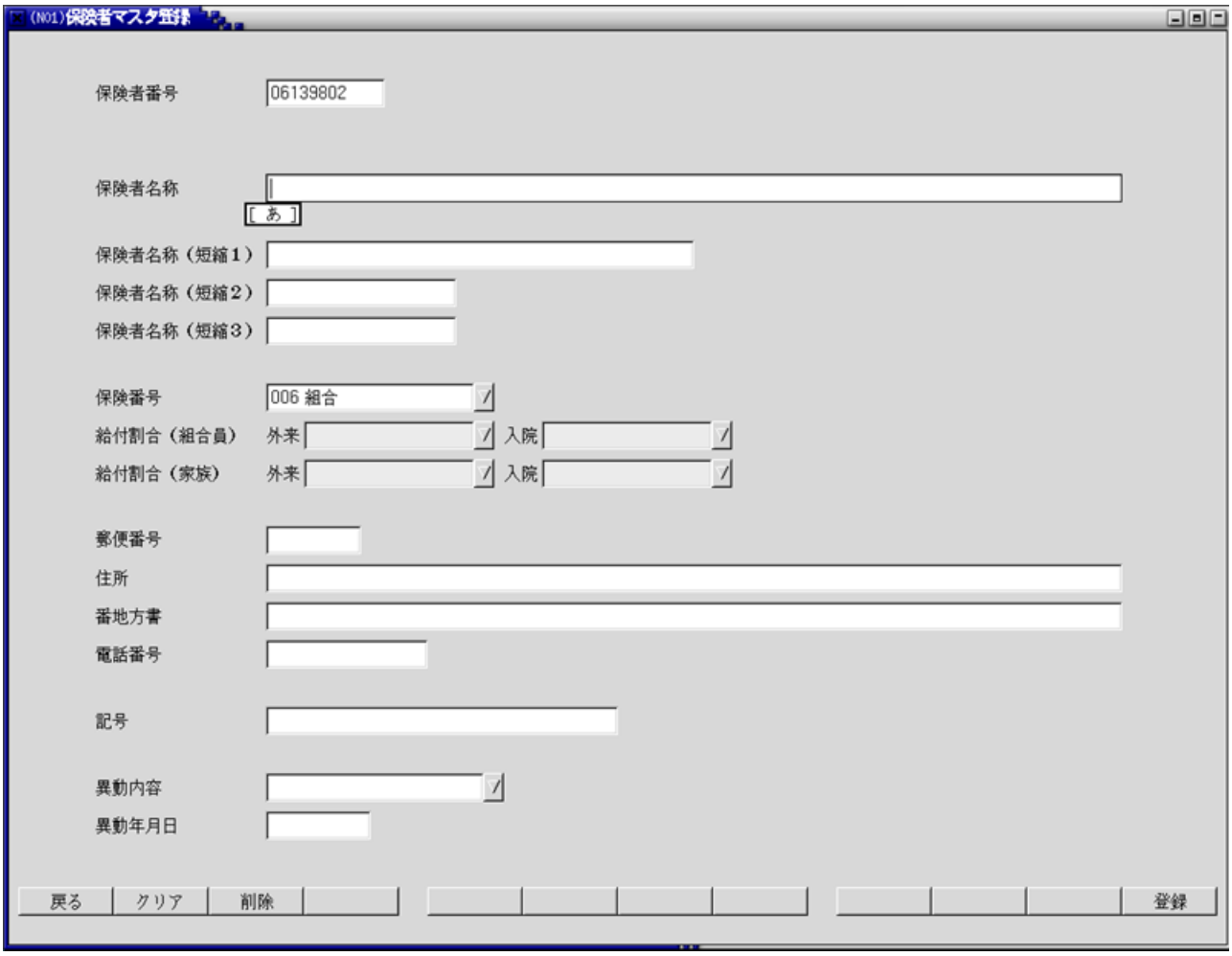


図 1526

保険者番号を入力します。保険者番号の最後尾の1桁は、チェックディジットとなっています。
入力した保険者番号のマスタ提供がされている場合には、保険者名称欄に該当する保険者名称を自動表示します
入力した保険者番号についてマスタ提供がされていない場合には、保険名称欄の自動表示はありませんので名称の手入力を行います。

上記画面例の保険者番号はマスタ提供されていないため、保険者名称は空白表示となります。手による入力が必要です。

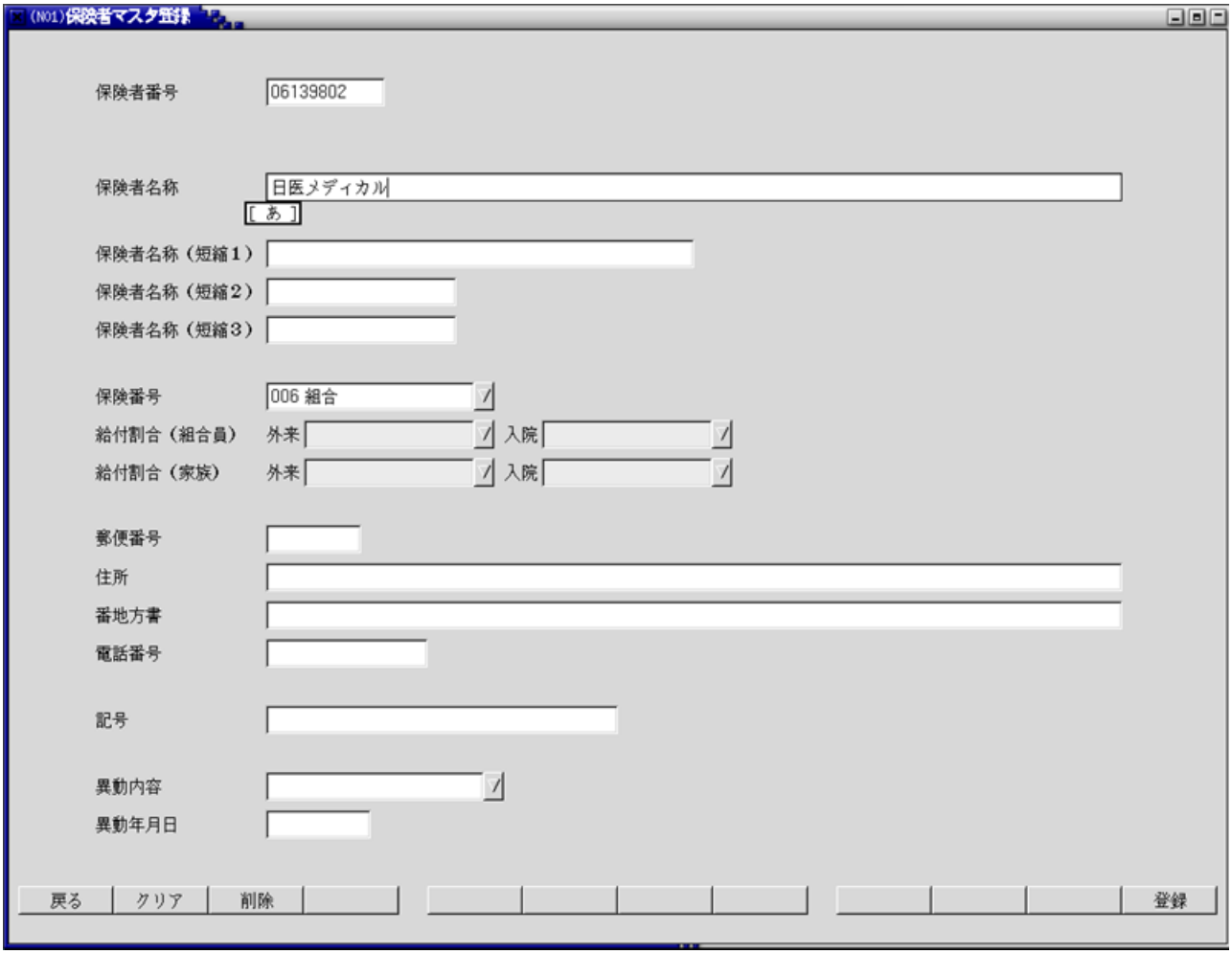


図 1527

保険者情報が既に登録されている場合は、修正を行う保険者番号を入力すると登録内容を画面に表示します。

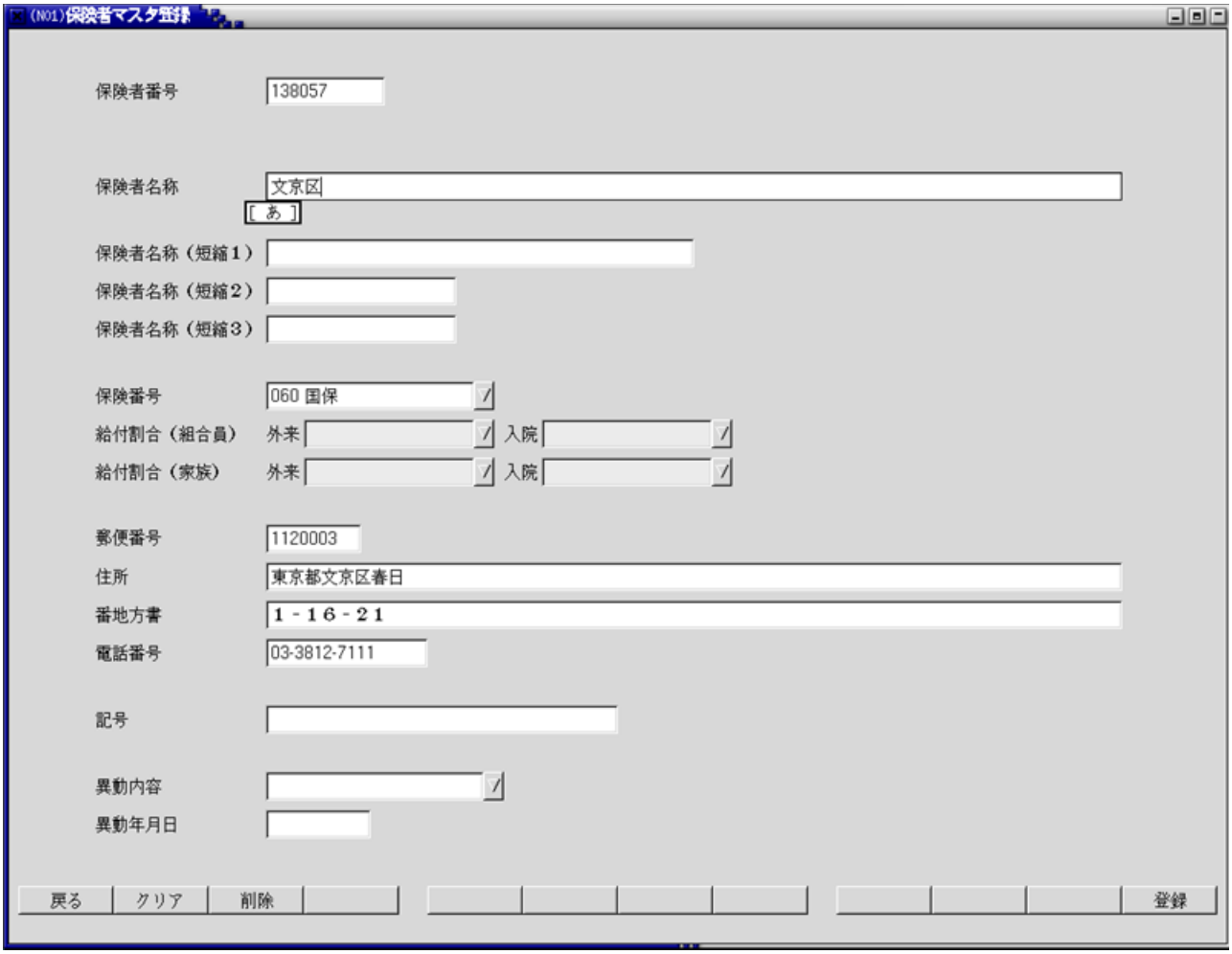


図 1528

(2) 各項目の入力

新規に登録する場合、各項目の入力を行います。
修正の場合は、カーソルを修正箇所に持って行き、修正してください。

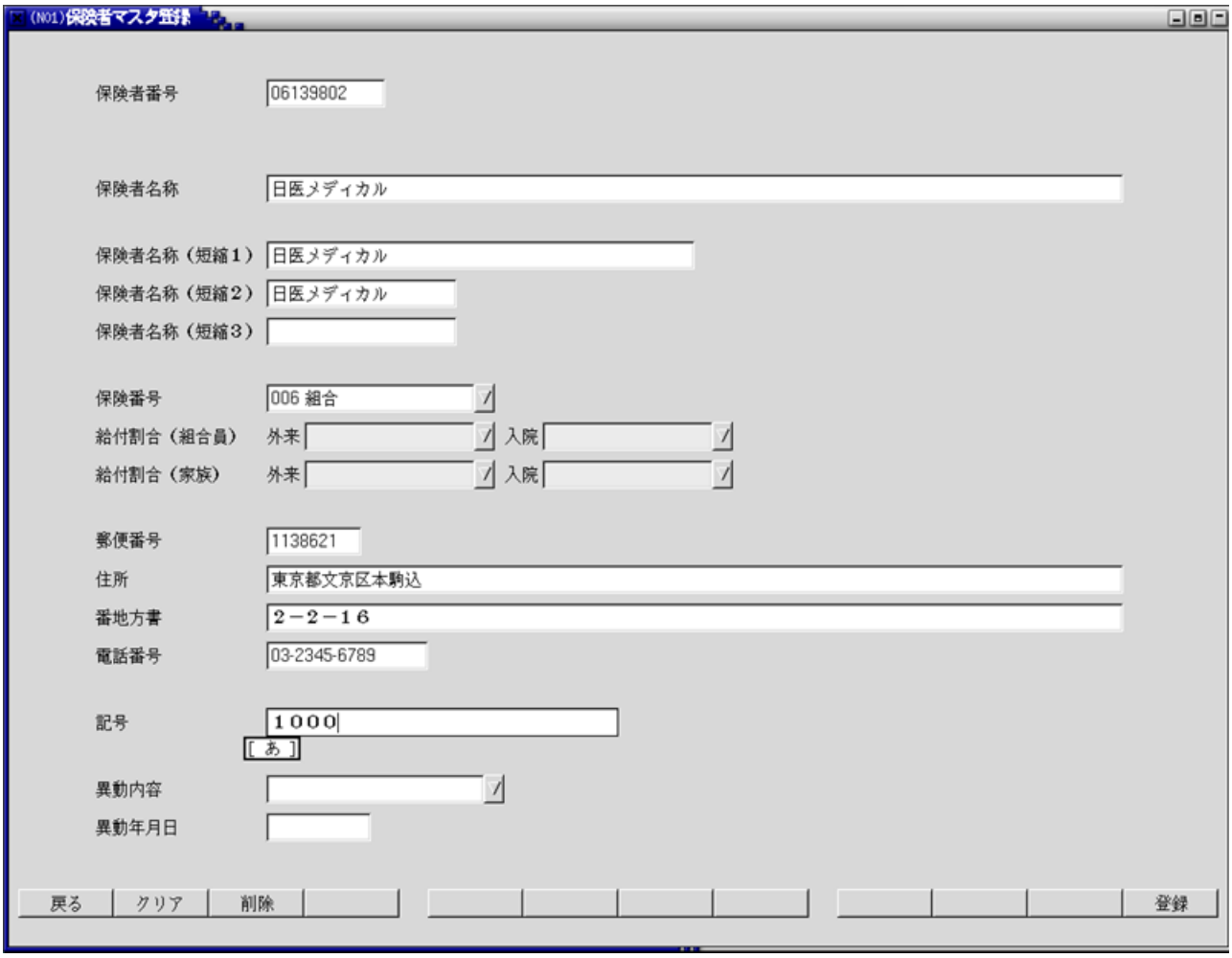


図 1529

項目の説明

保険者番号	保険者番号を半角数字で入力します。必須入力項目です。
保険者名称	全角50文字または半角で100文字以内で保険者名を入力します。全角、半角の混在した入力はできません。必須入力項目です。
保険者名称（短縮1）	「保険者名称」欄で「Enter」を押下したとき、「保険者名称」欄で入力された名称の頭から25文字（半角なら50文字）をコピーして表示します。 コピー表示した名称は修正することもできます。なお、既に「保険者名称（短縮1）」欄に入力がある場合は、コピーされません。
保険者名称（短縮2）	「保険者名称（短縮1）」欄で「Enter」を押下したとき、名称の頭から10文字（半角なら20文字）をコピーして表示します。 既にこの欄の入力がある場合は、コピーされません。
保険者名称（短縮3）	「保険者名称（短縮2）」欄で「Enter」を押下したとき、「保険者名称（短縮2）」からコピーして表示します。 既にこの欄の入力がある場合は、コピーされません。
保険番号	保険者番号に該当した保険の種類を表示します。必須入力項目です。 必要があれば、コンボボックスから選択し直すこともできますが、該当しない保険を選択するとエラーメッセージを表示して登録することはできません。
給付割合（組合員）（家族）　外来・入院	「保険者番号」欄に国保組合に該当する保険者番号が入力されると設定ができるようになります。 初期表示は、外来・入院共に「0：7割」を表示しています。各国保組合によってそれぞれ設定を行います。

郵便番号	半角数字7桁で入力します。
住所	郵便番号から、該当する住所を自動表示します。住所は手入力することもできます。全角50文字までの入力ができます。
番地方書	全角50文字までの入力ができます。
電話番号	半角15文字以内で入力します。
記号	全角20文字までの入力ができます。（レセプトには全角17文字までの印字ができます）。 「記号」を設定した場合は、患者登録画面で保険者番号を入力すると、該当保険者番号で設定した記号を自動表示します。
異動内容	コンボボックス内より異動理由を選択します。
異動年月日	異動内容の様態となる初日の日付を入力します。

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	「マスター登録」業務画面へ戻ります。
クリア	F2	現在表示している内容がクリアされ、保険者番号が入力できる状態となります。
削除	F3	画面表示した保険者マスタの情報をデータベースから削除します。 （扱いは注意してください） 確認メッセージ表示後は、「OK」を押下して削除をします。
付加設定	F6	「101　システム管理」－「2012　保険者付加情報」へ遷移します。
登録	F12	新規登録、あるいは修正した内容をデータベースに登録します。 確認メッセージ表示後は、「OK」を押下して登録します。

(3) 国保組合の給付割合入力

国保の保険者番号は

先頭2桁が都道府県番号
3桁目～5桁目が保険者番号
末尾の1桁が検証番号

で、構成されています。この3桁目～5桁目の保険者番号が「300番台」であれば国保組合となり、医師国保組合や全国土木建築組合などが該当します。
国保組合の中には、組合員と家族、または外来と入院で異なる給付割合が設定されている場合があります。国保組合に該当する保険者番号を入力したとき、各給付割合欄の設定ができるようになり、設定された割合は患者登録画面の補助区分欄に初期表示を行います。

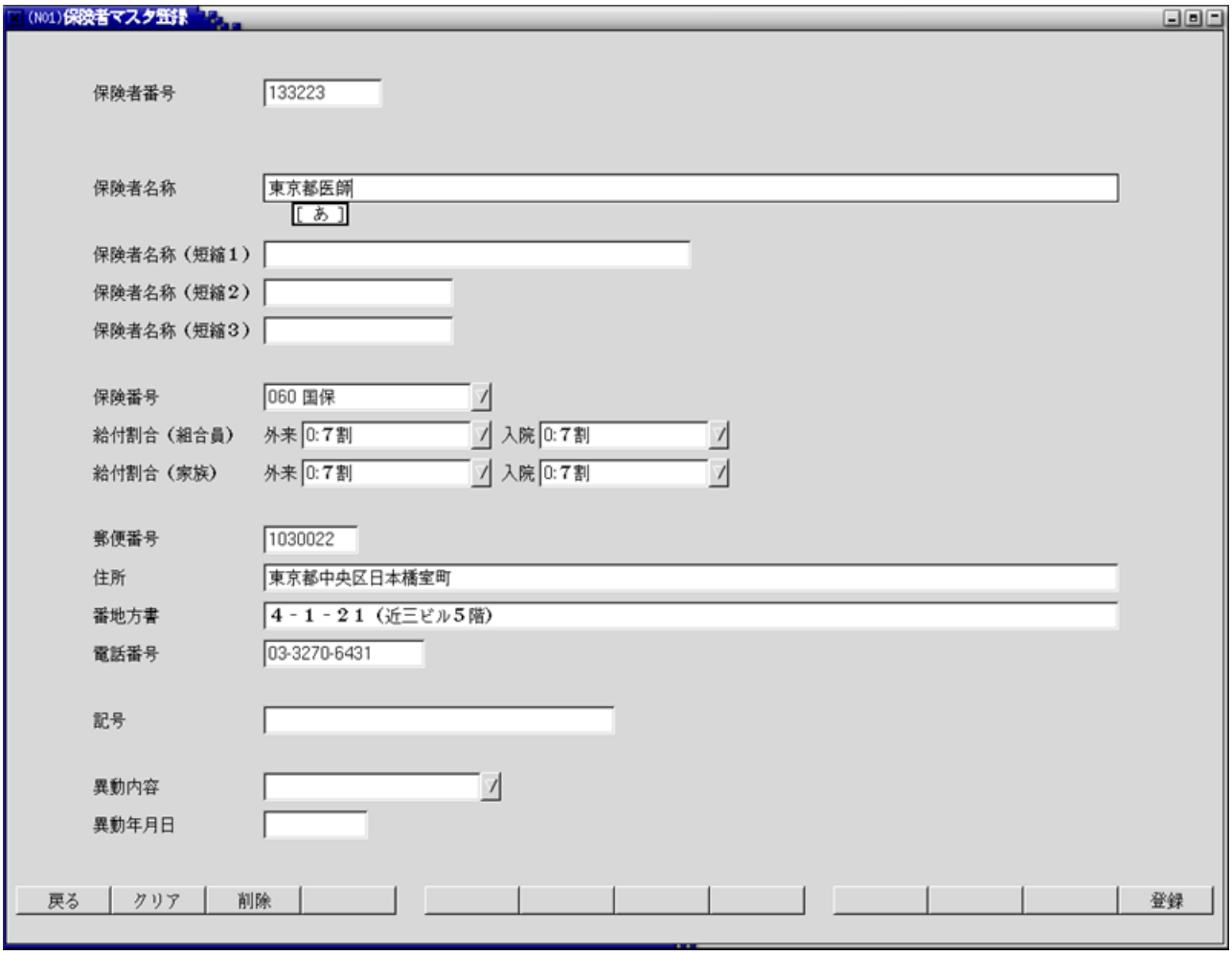


図 1530

保険者マスタでの初期表示は、組合員・家族、外来・入院共に「0：7割」を表示しています。
給付割合の設定を行わない国保組合は、患者登録画面の補助区分欄には3割を初期表示します。

５．７　人名辞書マスタ

人名辞書より、該当するカナ、漢字の削除または追加登録を行います。

＜例1＞「日医」を漢字登録する

（1）カナ（漢字）検索欄に「ニチイ」と全角カタカナで入力し、「Enter」を押下すると選択候補一覧に該当の漢字が表示します。

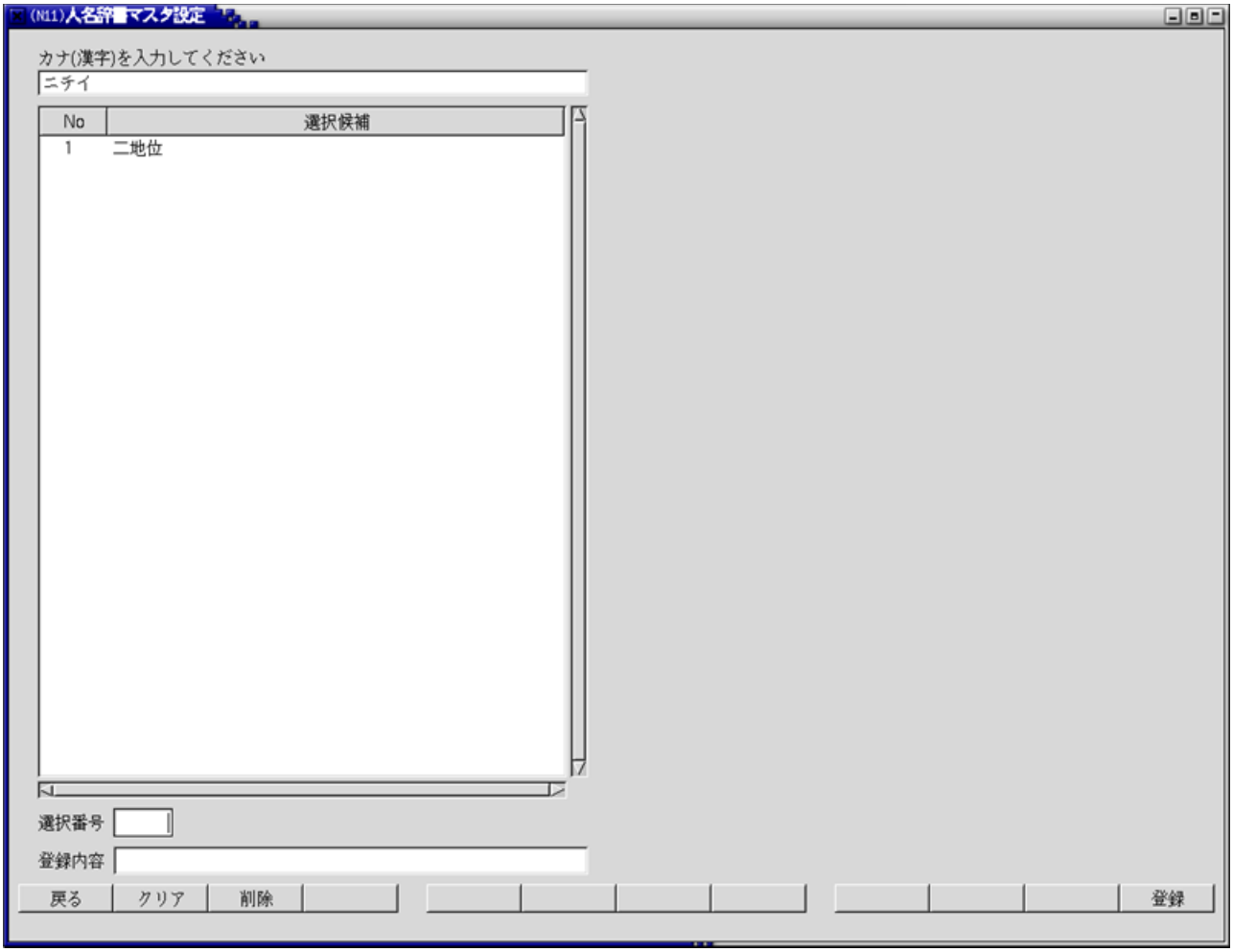


図 1531

Copyright(C)2007JMARI

（2）登録内容欄にカーソルを合わせ、「日医」と直接入力します。入力後は「Enter」を押下して確定をしてください。

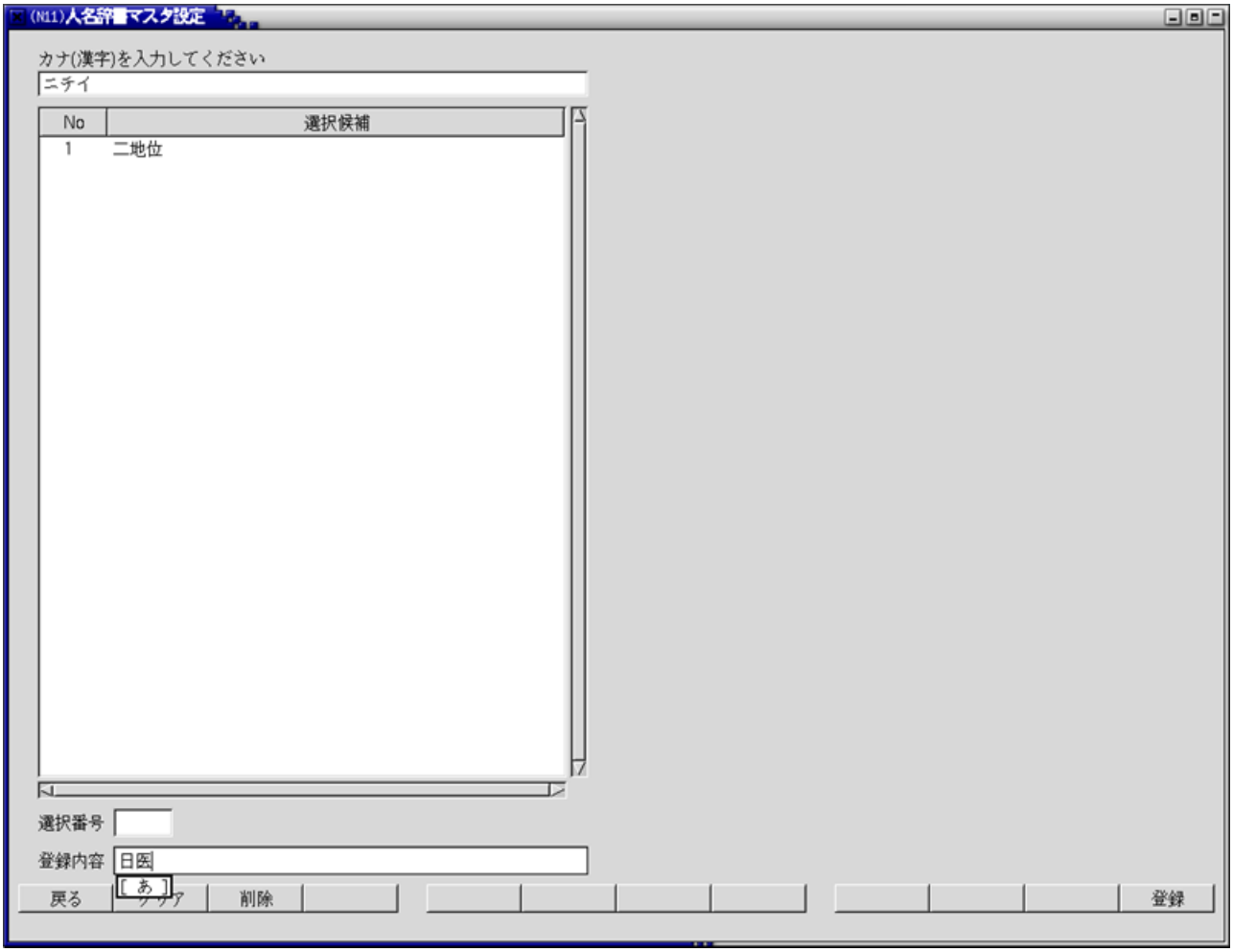


図 1532

(3) 「登録」(F12)を押下すると、登録された順に上から選択候補一覧に表示します。

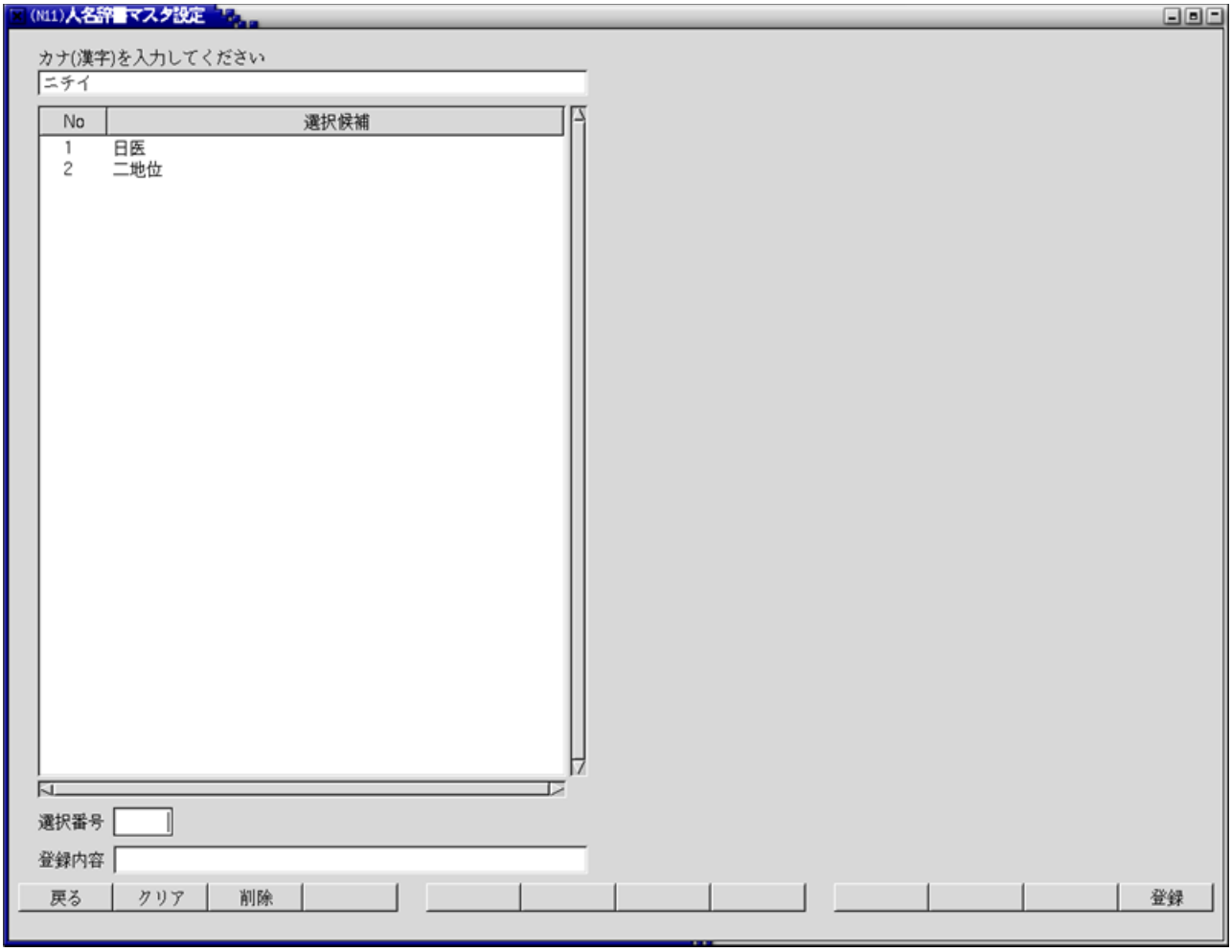


図 1533

（重要）漢字を新規に登録する場合、一連の動作で「Enter」を2回押下してください。

1回目の「Enter」は、漢字を確定します。
2回目の「Enter」は、入力項目の内容を確定します。

※2回目の「Enter」を押下せずに「登録」を押下しても、入力内容は登録されませんのでご注意ください。登録が正しく行われると、選択候補一覧の先頭に表示します。

＜例2＞「太郎」の読み仮名の「タロ」をカナ削除する

（1）カナ（漢字）検索欄に「太郎」と漢字入力して、「Enter」を押下すると選択候補一覧に読み仮名を表示します。

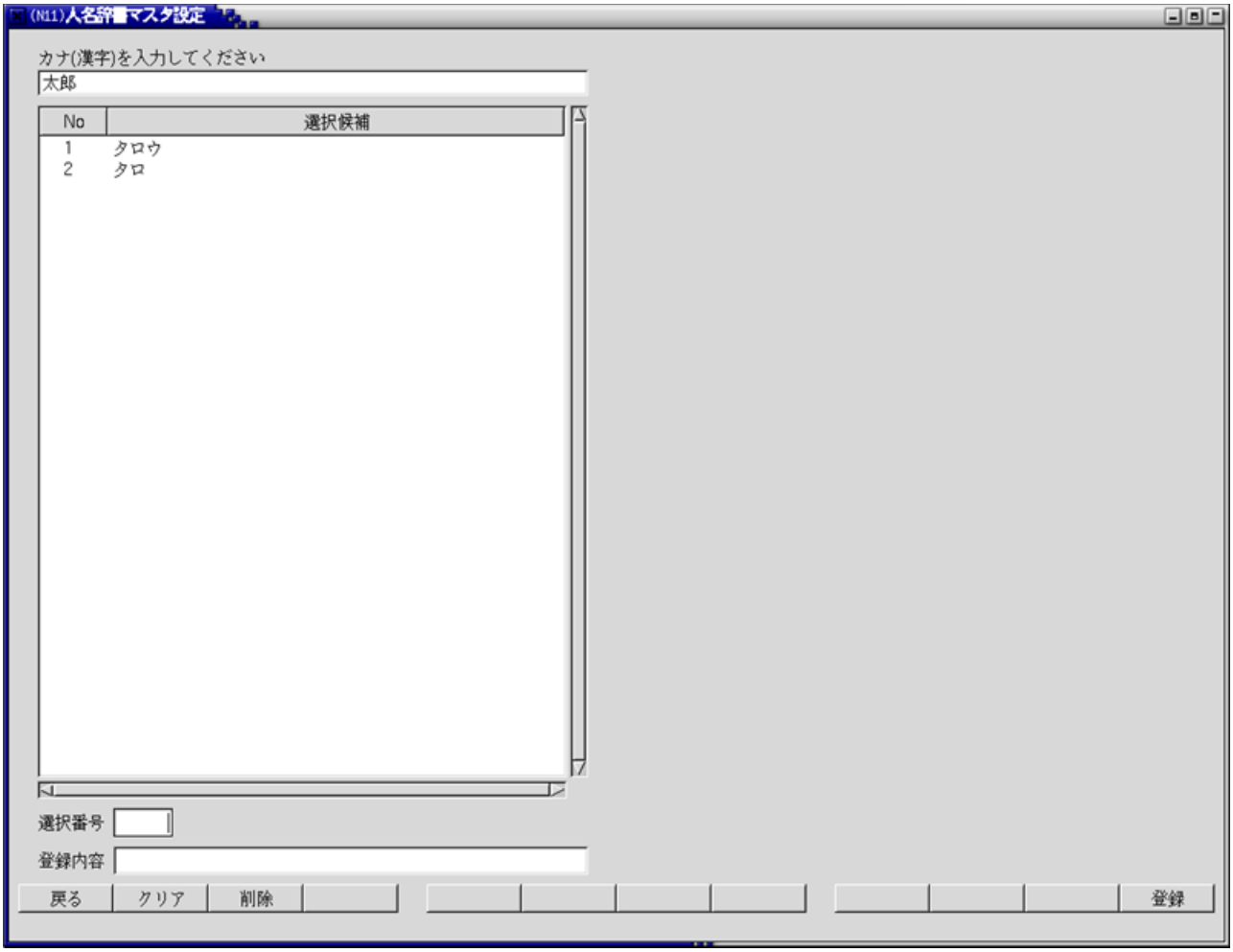


図 1534

(2) 削除する読み仮名の選択番号「2」を選び、「削除」(F3)を押下します。

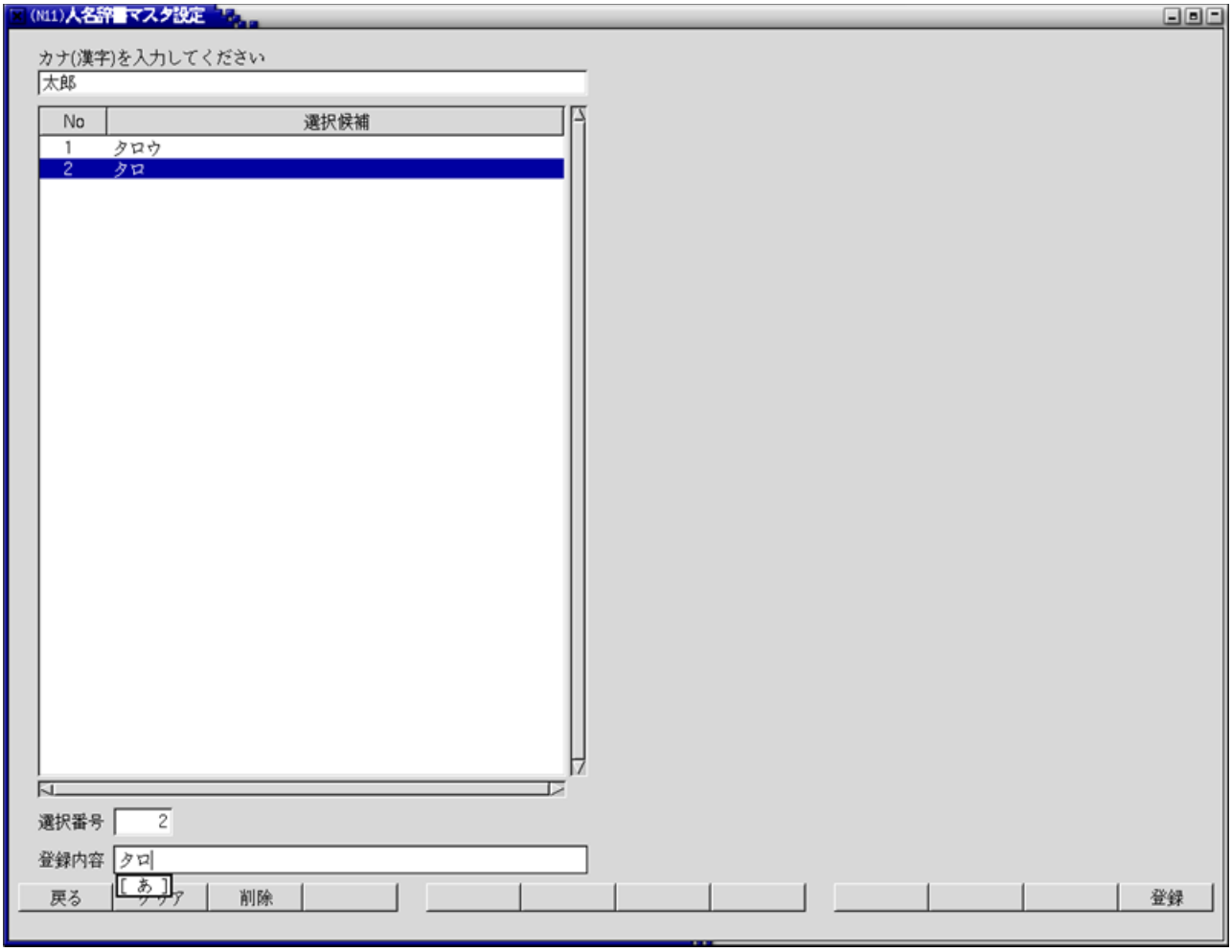


図 1535

（3）確認メッセージが表示しますので「OK」で削除を行います。

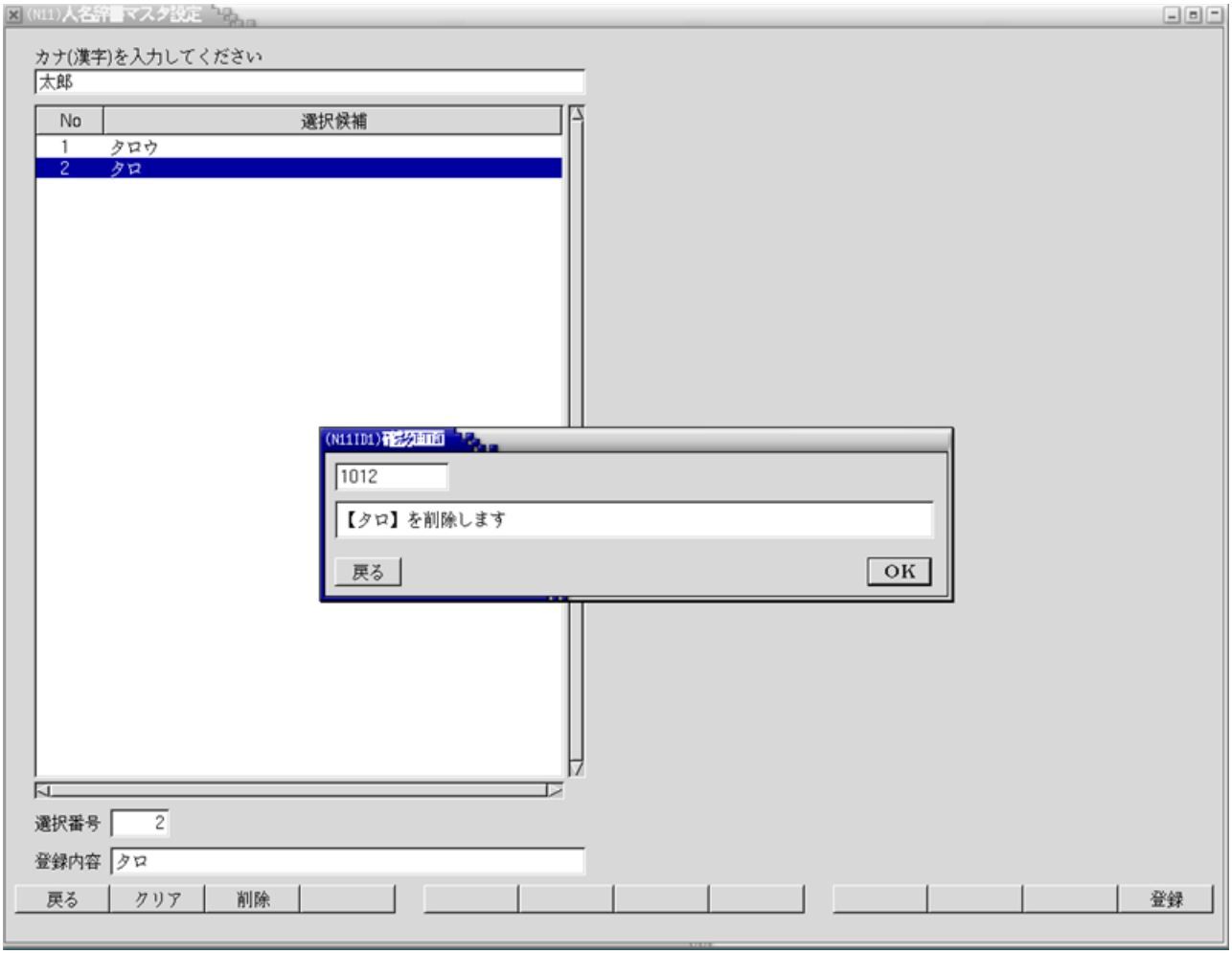


図 1536

↓

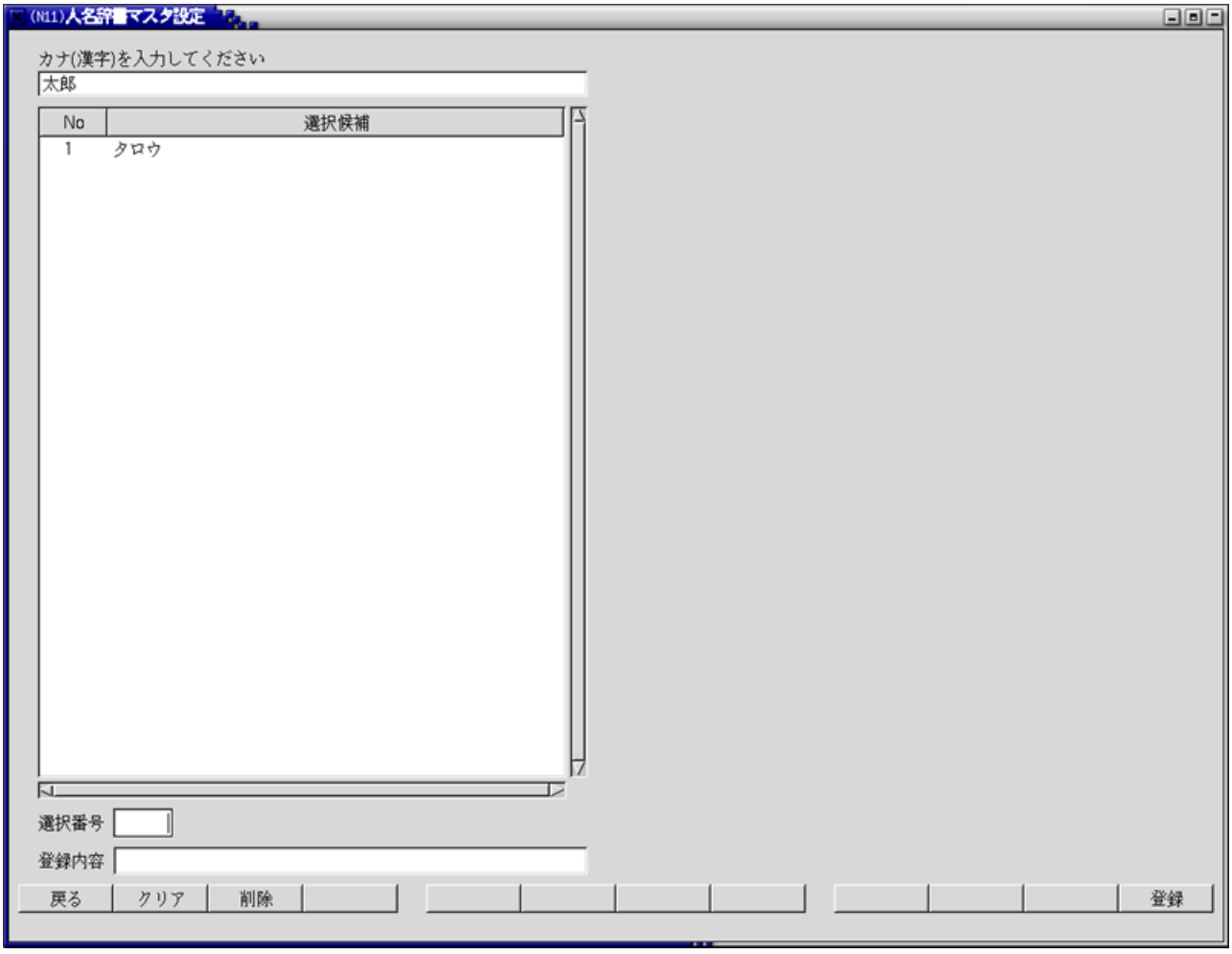


図 1537

項目の説明

カナ（漢字）検索欄	登録したい人名、或いは削除したい人名の検索を行うため、カナまたは漢字を入力します。
選択番号	選択候補一覧に表示された番号を入力、或いはクリックして該当人名の削除を行うことができます。
登録内容	登録するカナまたは漢字を入力します。

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	遷移元の画面へ戻ります。
クリア	F2	表示している内容をクリアします。
削除	F3	選択した人名を選択候補一覧から削除します。
登録	F12	登録内容欄に入力された内容を登録します。

５．８　薬剤情報マスタ

（1）設定・登録

薬剤情報提供書の発行を行うためには、各設定を行い薬剤情報マスタ設定画面より院内で投薬する医薬品の情報の登録をします。ここでは設定から印刷までの一連の操作方法を説明します。

＜事前準備＞

「101　システム管理マスタ」－「1001　医療機関情報－基本」画面より、「薬剤情報発行フラグ」に「1　発行する」を選択し、登録をします。

「101　システム管理マスタ」－「1031　出力先プリンタ割り当て情報」画面から、「薬剤情報提供書」を出力するプリンタ名及びユーザカスタマイズ情報を入力し、確定キーを押下して登録します。

「102　点数マスタ」より服用方法マスタを設定します。

例えば、診療コード"001000301　1日3回毎食後"に服用方法を設定する場合、用法コード設定画面で服用時点の「朝」、「昼」、「夕」に「1　服用する」を選択し登録します。

Copyright(C)2007JMARI

図 1538

「101　システム管理マスタ」－「1030　帳票編集区分情報」にて画像ファイルの取り込み先を確認します。
画像ファイルを取り込むフォルダは自動設定しますが、任意のフォルダに変更することができます。

＜変更する場合＞
画像ファイルを取り込むフォルダを作成します。

（設定例）

```
$ CD /home/orca
$ mkdir img
```

※わからない場合はサポートベンダーへお問い合わせください。
「101　システム管理マスタ」－「1030　帳票編集区分情報」の「薬剤情報－画像ファイルフォルダ」に

/home/orca/img/　と入力します。

＜画面の説明＞

以下に説明する「薬剤名」、「効能・効果」、「色」、「形」、「記号」、「注意事項」欄の各1行間に入力できる全角文字数は、実際の薬剤情報提供書の印字される1行間の文字数と同様です。

文字数オーバーの場合はメッセージを表示します。

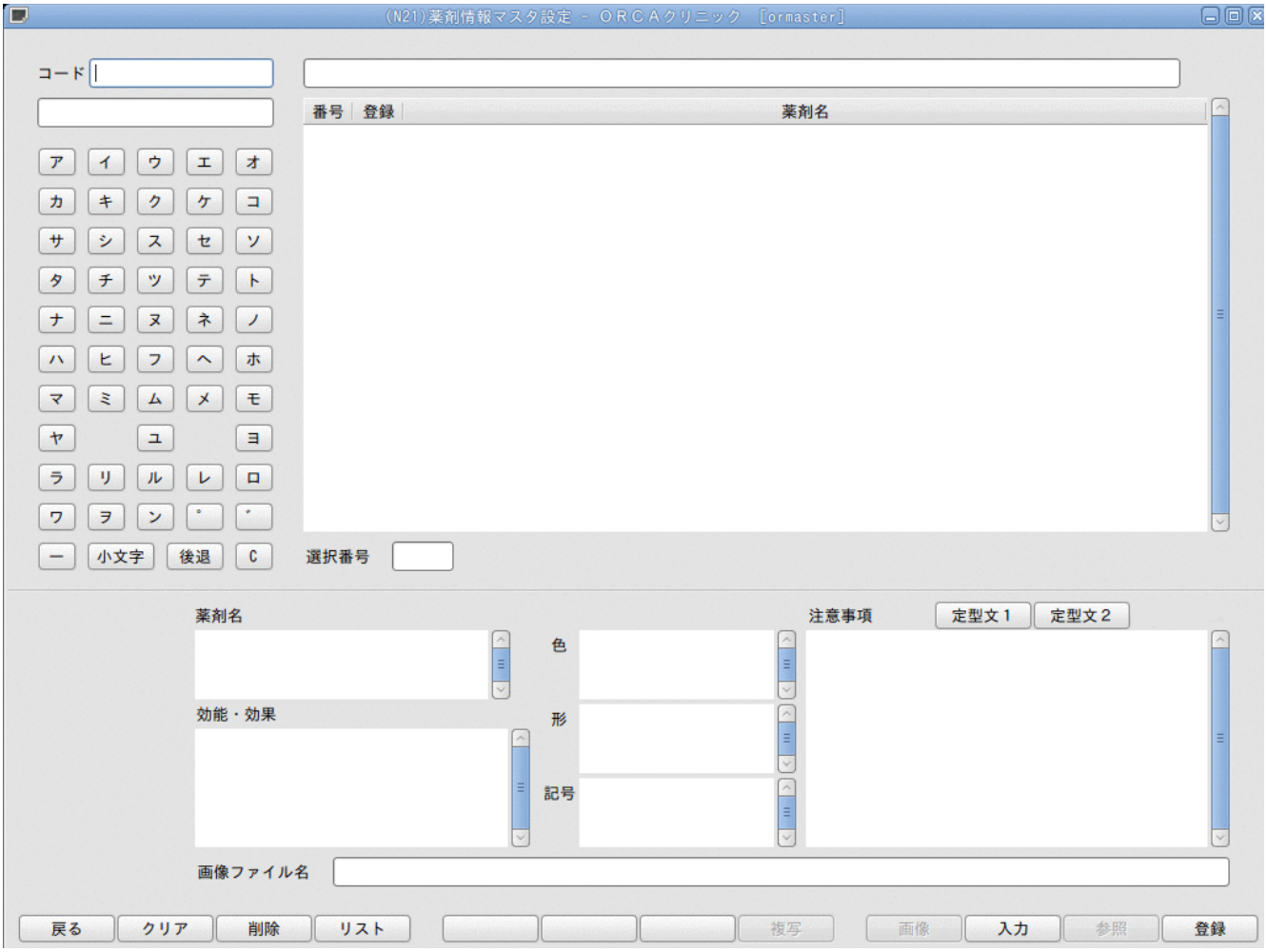


図 1539

項目の説明

コード	レセプト電算処理の9桁コード、または自院登録した薬剤の入力コードを入力して該当の医薬品を呼び出します。 入力コードからの呼び出しは、数字以外の文字列1文字からでもできます。
カタカナ検索表示欄	カタカナ文字で構成される医薬品の検索には、アイウエオボタンをクリックすると検索文字列をこの欄へ表示し、前方一致検索を行います。2文字目から実際に検索を行い、右側薬剤名一覧に該当表示します。
薬剤名一覧	前方一致で該当する医薬品名を一覧表示します。 選択番号欄に番号を入力するか直接クリックすると、選択した医薬品の9桁コード及び医薬品名を画面上部に表示します。
薬剤名（全角・最大39文字）	空欄の場合には点数マスタの名称を表示します。 薬剤情報提供書では1行に最大全角13文字を印字しますが、文字数の制約上途中で折り返すのが分かりづらい等の場合にこの欄で編集します。 3行までの印字ができます。
効能・効果（全角・最大90文字）	医薬品の効能・効果を全角入力します。 6行までの印字ができます。
色	医薬品の色を全角入力します。 薬剤情報提供書に画像を添付しないとき、使用薬剤の形状説明として使用できます。
形	医薬品の形を全角入力します。画像を添付しないとき、使用薬剤の形状説明として使用できます。

記号	例えば錠剤に記してある記号等を入力し、画像の添付をしないとき使用薬剤の形状説明として使用できます。 入力文字は全角或いは半角のどちらかのみとなり、混在した入力は行えません。
注意事項（全角・最大200文字） 定型文1・定型文2	注意事項を入力します。 定型文1 内服薬の場合　　：医師の指示通りに服用して下さい。 内服薬以外の場合：医師の指示通りに使用して下さい。 定型文2 内服薬の場合　　：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。 内服薬以外の場合：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。 ※定型文の内容は変更できません。
画像ファイル名	画像ファイルを添付する際に半角文字でファイル名を入力します。

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	遷移元の画面へ戻ります。
クリア	F2	表示している医薬品名及び薬剤情報をクリアします。
削除	F3	選択した医薬品の薬剤情報を消去します。
リスト	F4	薬剤情報マスタの一覧表を作成します。
複写	F8	効能・効果、注意事項を他の薬剤に複写します。
画像	F9	クライアントマシンから画像ファイル指定してサーバへアップロードします。
入力	F10	カーソルを各入力項目箇所へ移動します。
参照	F11	センターサーバの薬剤情報マスタを参照します。 「101　システム管理マスタ」－「1030　帳票編集区分情報」にて画像ファイルフォルダを指定するとボタンが有効になります。
登録	F12	入力された薬剤情報内容を登録します。

＜実際に薬剤情報を登録してみる＞

（入力例）ハルシオン0.125mg錠

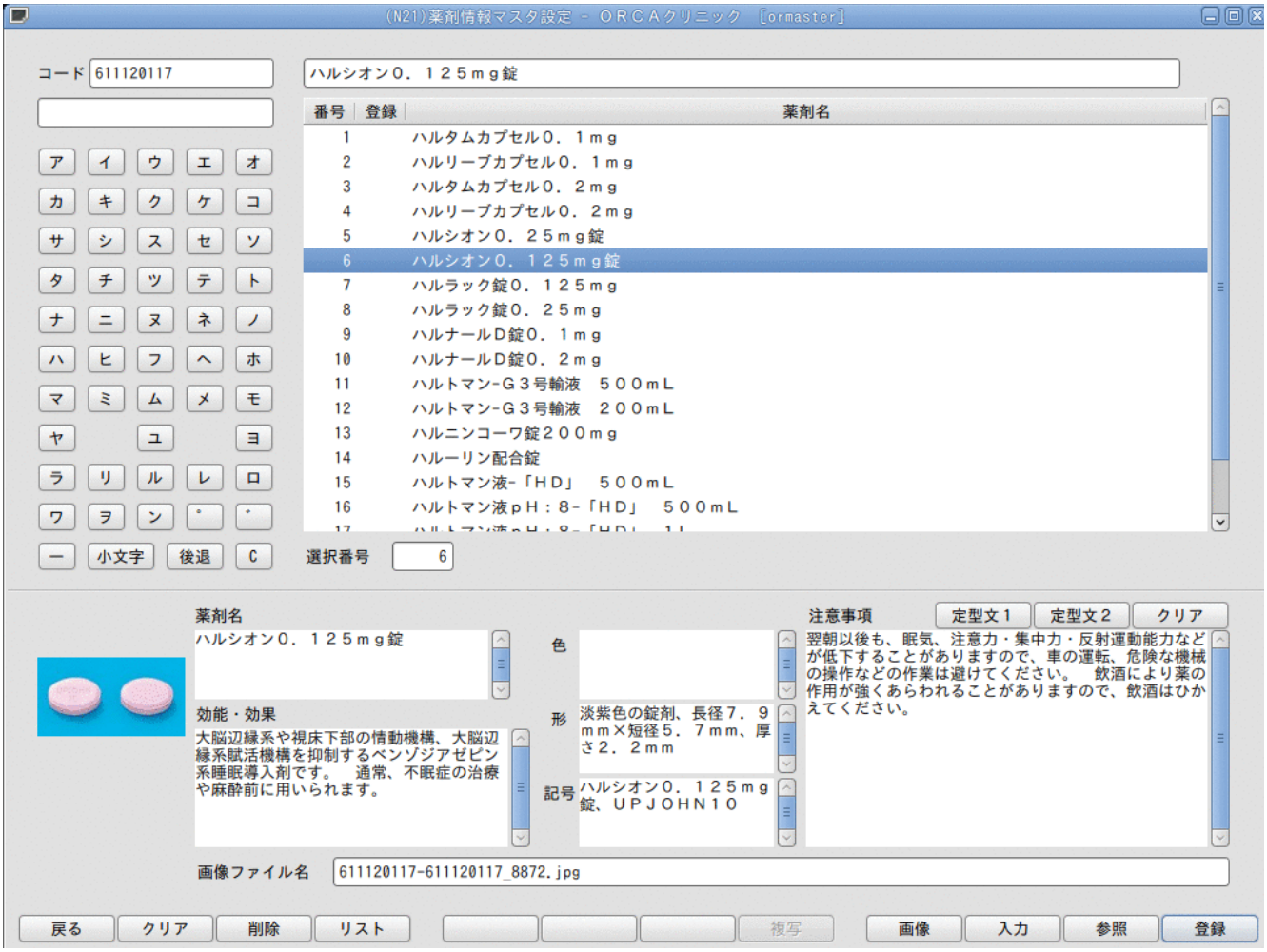


図 1540

（1）コード欄に自院コードを入力します。

コード欄に薬剤名を入力しても検索できます。

アイウエオボタンを使うと2文字目から検索を行います。

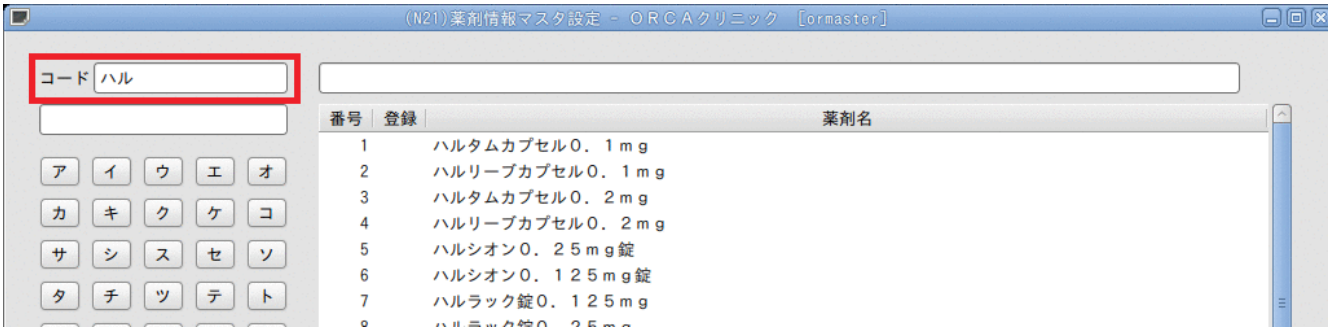


図 1541

（2）ハルシオン0.125Mg錠を選択します。

図 1542

（3）「参照」(F11)を押下します。
※全て手入力で登録する場合は、必要な項目へデータを入力します。

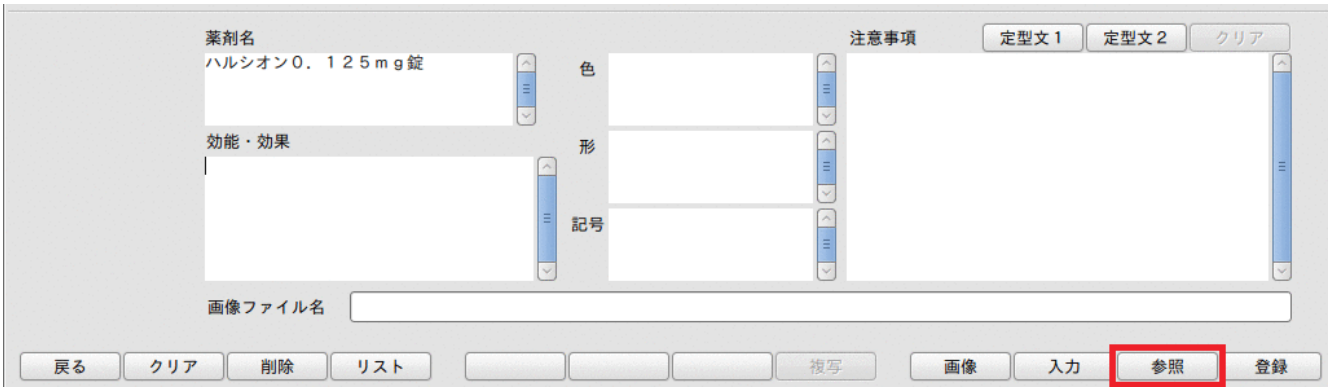


図 1543

（4）「問い合わせ」(F11)を押下します。

図 1544

(5) 薬剤情報を選択します。

「写真選択」の項目より写真を取り込むか取り込まないか設定します。

「取込選択」の項目により情報の取り込む範囲を設定します。

「1　マージ」　：（2）の画面において未入力の項目のみデータを取り込みます。

「2　置き換え」：（2）の画面において全項目のデータを取り込み置き換えます。

「3　写真のみ」：薬の画像データと画像ファイル名のみ取り込みます。

※画像データの無い薬剤もあります。

図 1545

(6) 「確定」(F12)を押下します。

各項目へデータが取り込まれます。

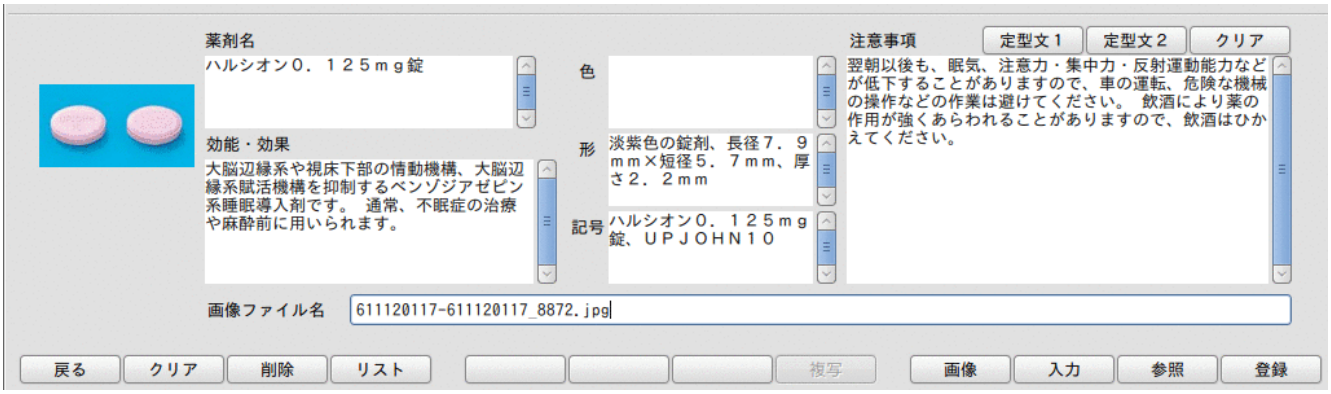


図 1546

(7) 各項目の内容を確認し、訂正の必要があれば訂正を行います。

全ての項目の確認後「登録」(F12)で登録します。

※薬剤情報データの無い薬剤もあります。この場合は「[ERROR]　ファイルが見つかりません」と表示します。

※問い合わせが完了しない場合、「情報削除」(F2)でJOB管理を削除します。

<クライアントマシンから画像をアップロードする>

画像を設定したい薬剤を表示し、「画像」(F9)を押下します。

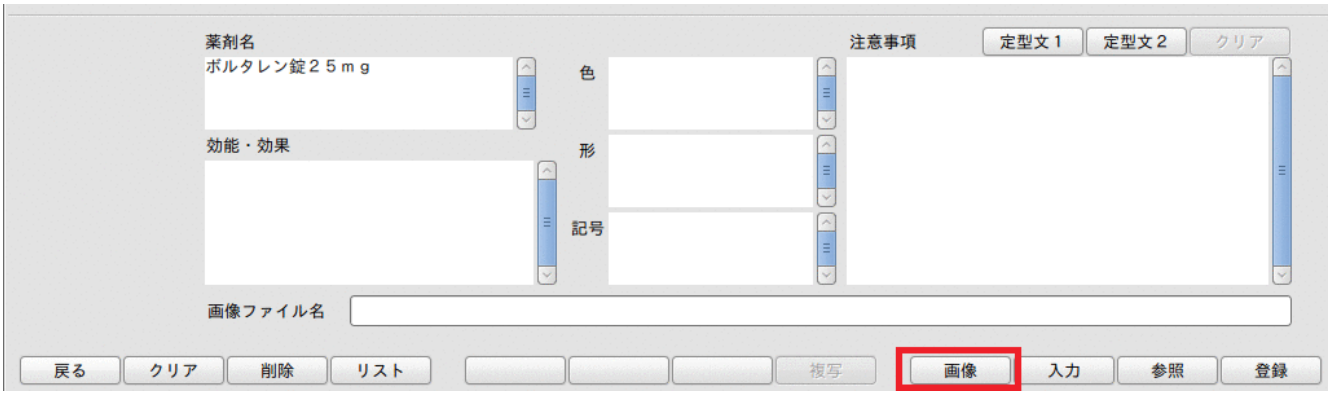


図 1547

「参照」をクリックします。

図 1548

画像ファイルを指定し、「了解」をクリックします。

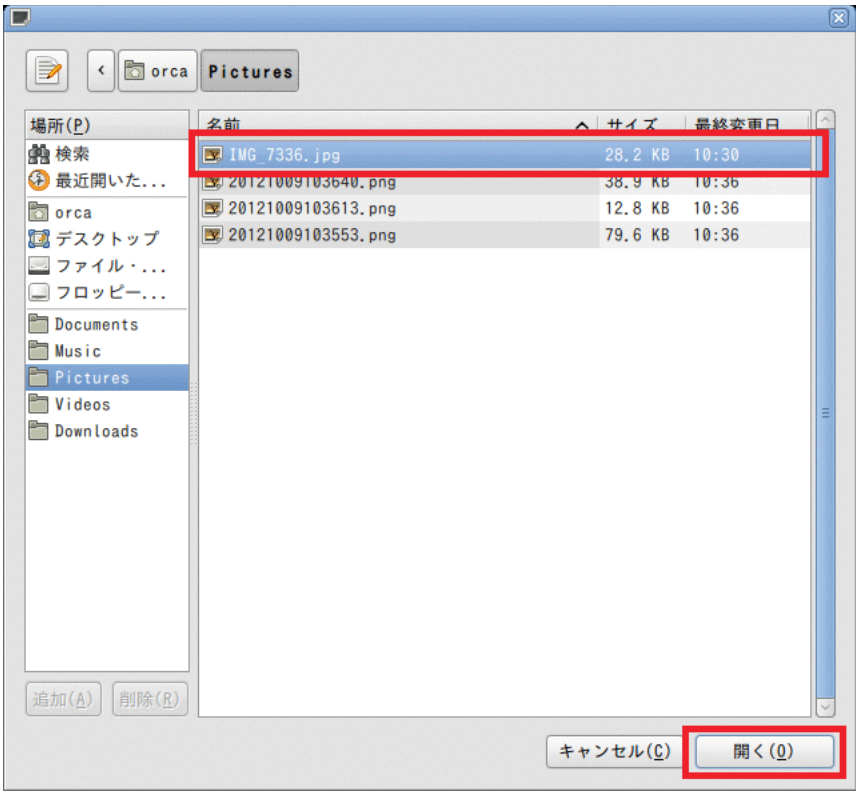


図 1549

 Copyright(C)2007JMARI

「確定」をクリックします。

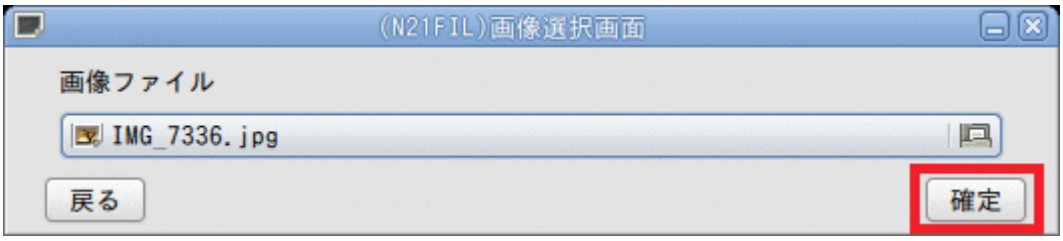


図 1550

画像をアップロードし、画像ファイル名をセットします。

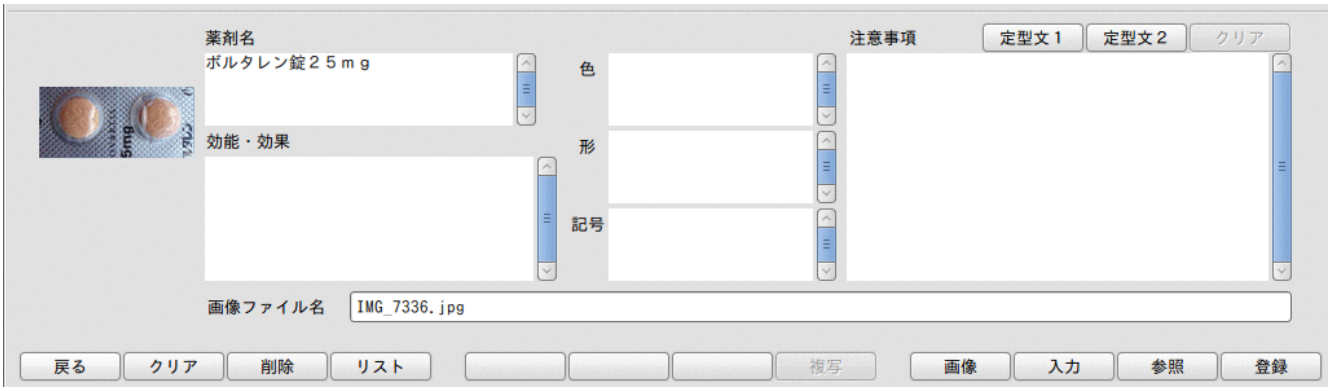


図 1551

注意！ サーバ2台構成の場合、主サーバにしか画像ファイルはアップロードしません。 従サーバへは適時複写を手作業でおこなってください。

＜薬剤情報の複写＞

他の薬剤へ効能・効果、注意事項を複写します。

注意！ 色、形、記号、画像ファイル名は複写しません。 登録済みの薬剤を表示しているときだけ「複写」を押下できます。

（1）登録済みの薬剤を表示し、「複写」(F8)を押下します。

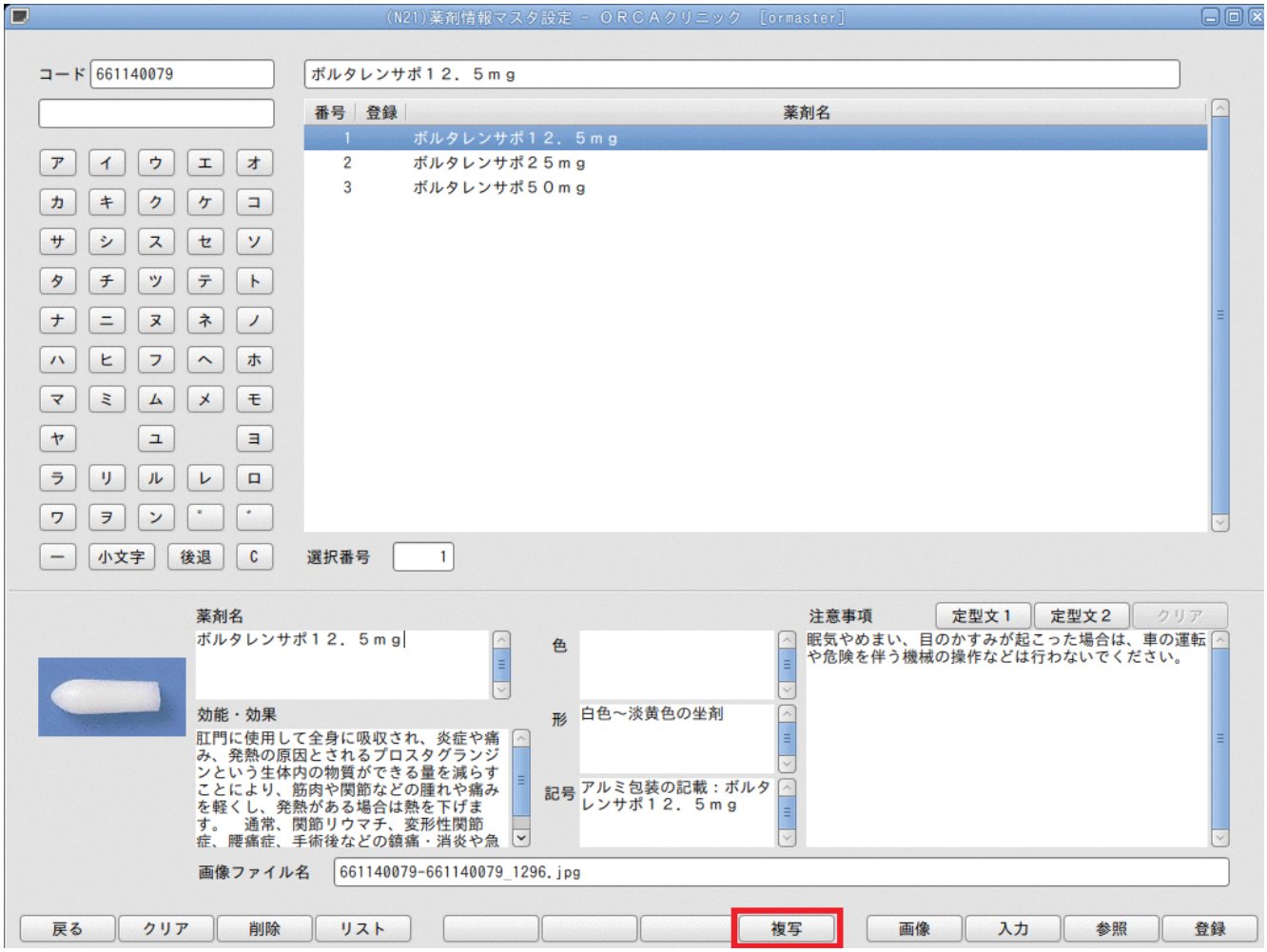


図 1552

（2）複写モードに入り、同じ薬効の複写先候補が表示されます。

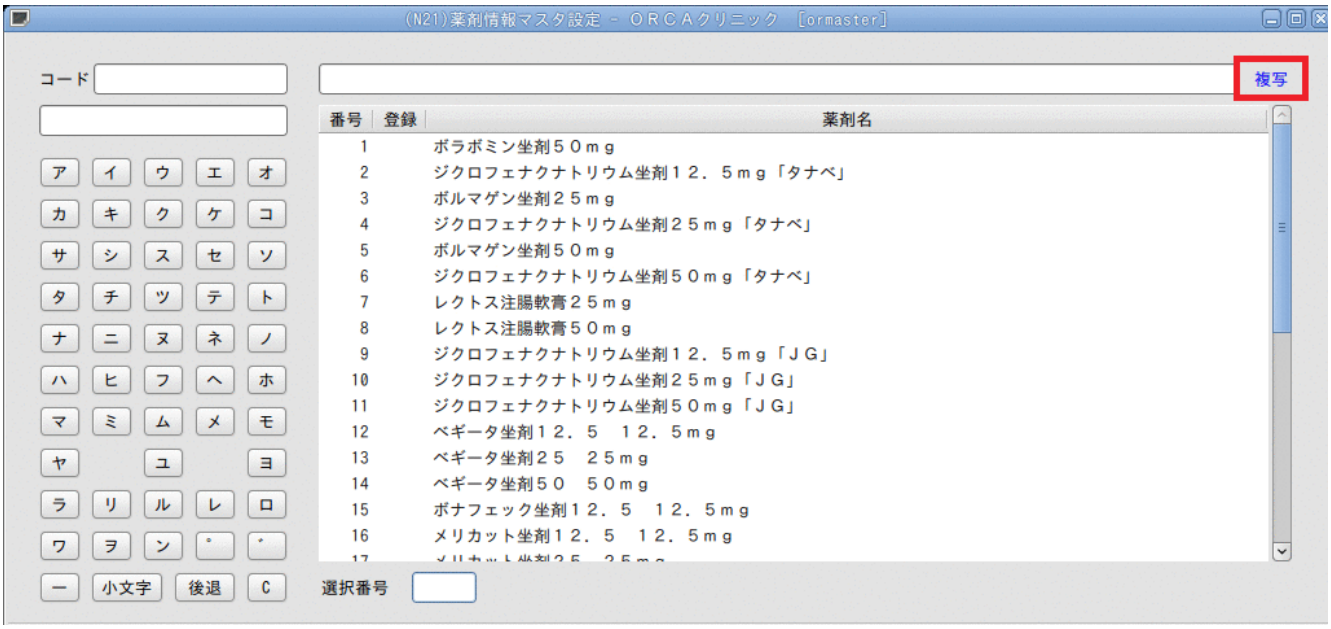


図 1553

（3）複写先の薬剤を選択します。

複写元の効能・効果、注意事項を表示します。

このとき、色、形、記号を入力することができます。

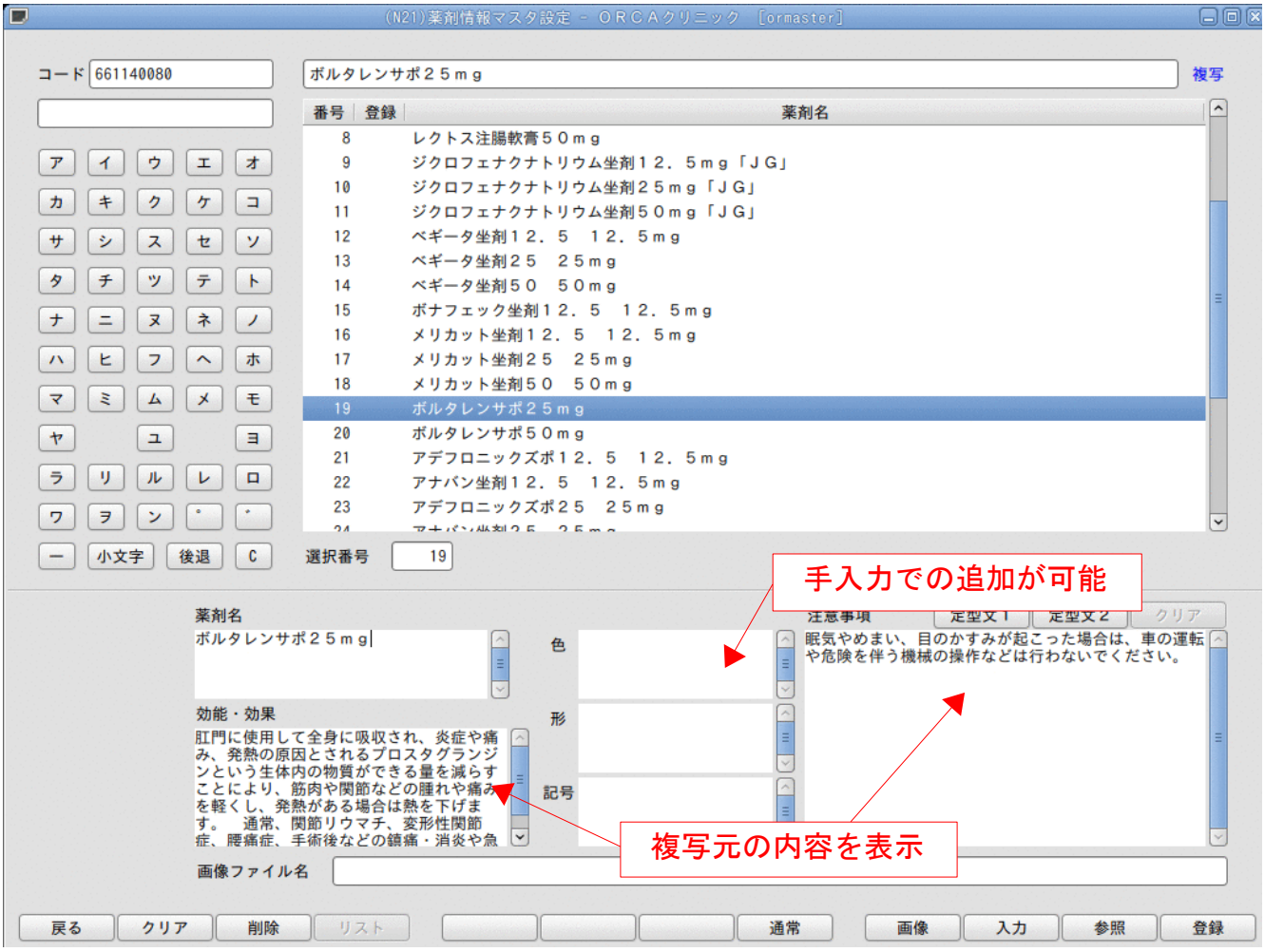


図 1554

 Copyright(C)2007JMARI

（4）「登録」(F12)を押下して登録します。
　　登録後は登録済みマークが付きます。

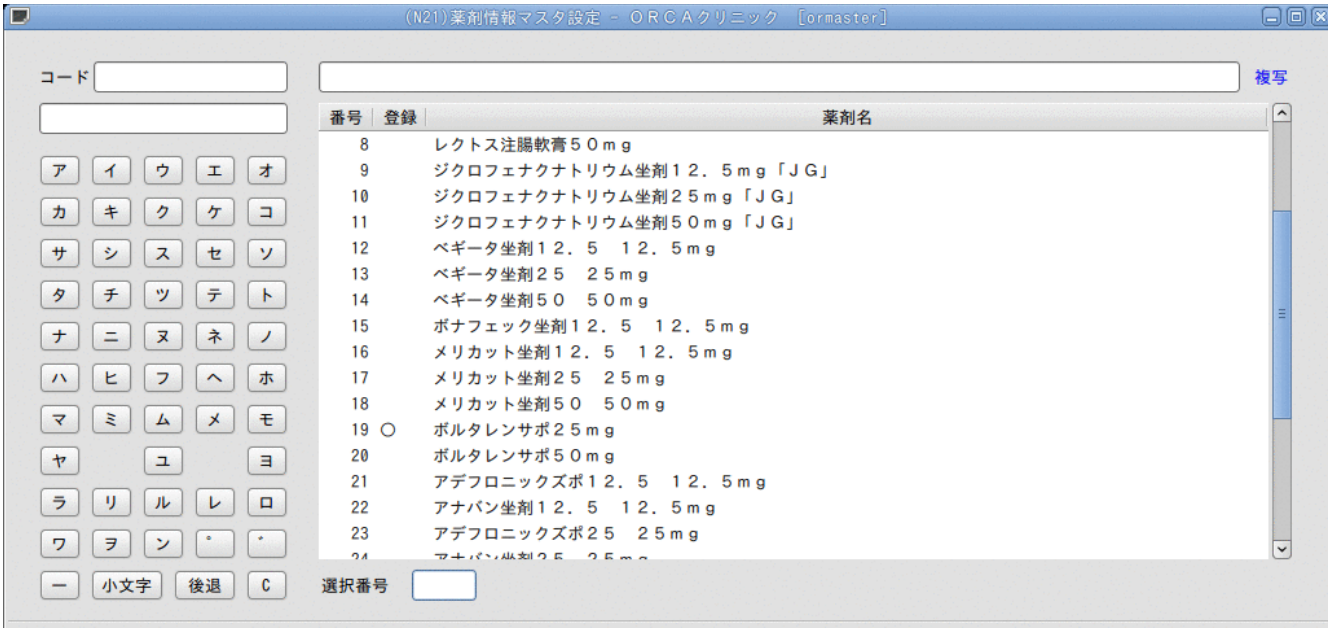


図 1555

（5）元の薬剤に戻るには「通常」(F8)を押下して通常モードに戻ります。

図 1556

＜薬剤情報を発行してみる＞

診療行為入力画面で院内処方の入力を行います。
このとき、服用方法を表示するためには院内処方であっても用法コードの入力が必要となります。

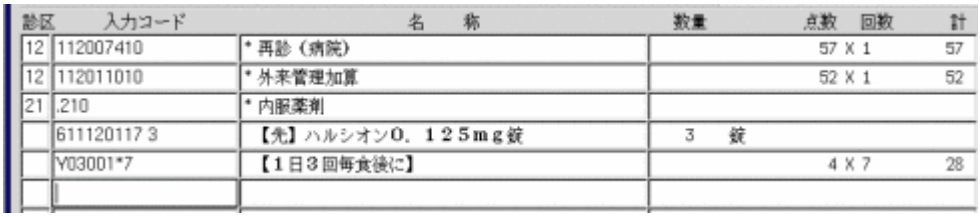


図 1557

請求確認画面では「薬剤情報」が「1：発行あり」となっていることを確認し、「登録」を押下すると指定したプリンタより出力を行います。

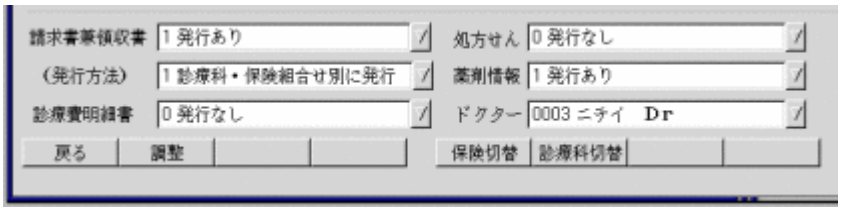


図 1558

＜マスタデータ提供元＞
マスタデータは「くすりの適正使用協議会」様より提供されたデータを使用しております。
「くすりの適正使用協議会のWebサイト」で検索された内容と日レセの薬剤情報マスタとが異なる場合があります。
（半角文字を全角文字に変更・空白の削除・外字処理等）

＜既知の問題点＞
くすりの写真を取り込むことができますが、主サーバの指定したフォルダにイメージファイルを保存します。
従サーバに同様のフォルダを作成してもファイルの複写はされませんので適時複写を手作業にて行ってください。

（2）薬剤情報マスタリスト

薬剤情報マスタ設定画面の「リスト」(F4)を押下します。

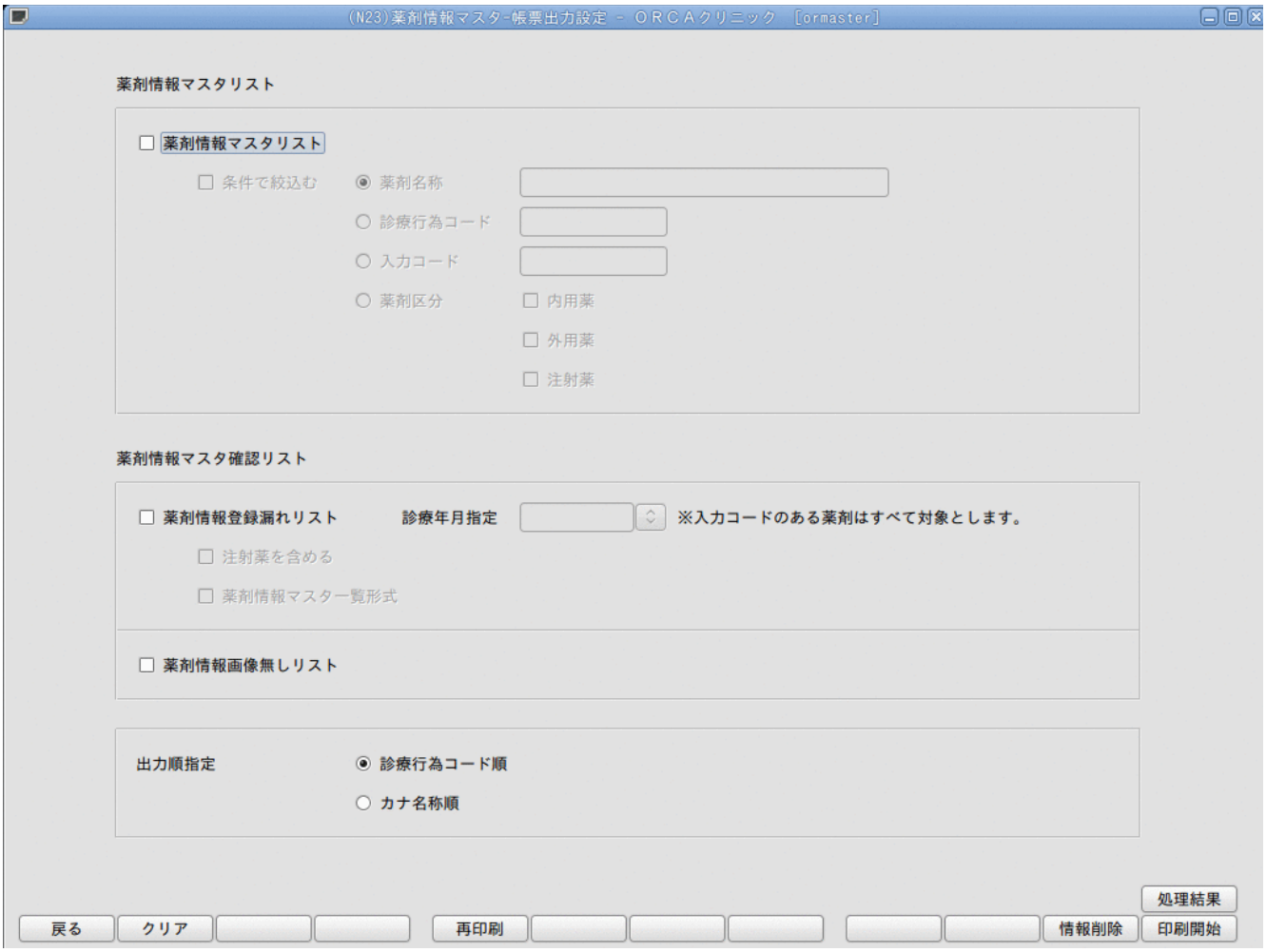


図 1559

対象薬剤の設定

薬剤情報マスタリスト

薬剤情報マスタリスト		薬剤情報マスタリストを作成します。 条件の指定がない場合は全ての薬剤を対象にします。
条件で絞り込む	薬剤名称	名称を指定します。 条件として入力した4文字目までを部分検索します。
	診療行為コード	9桁の診療行為コードを指定します。

	入力コード	入力CD（自院コード）を指定します。 *hORuta*で部分一致 hORuta*で前方一致 *hORutaで後方一致 ＊は全角でも半角でも構いません。 「*」または「＊」のみで自院コードの設定してある全ての薬剤を対象とします。
	薬剤区分	薬剤区分から指定します。

薬剤情報マスタ確認リスト

薬剤情報登録漏れリスト	内服薬・外用薬の登録漏れリストを作成します。
診療年月指定	入力CDの登録がない薬剤で過去に算定したことがある薬剤を対象にします。設定した月数を遡り薬剤を探します。 「1　なし」・・・制限なく過去を遡ります。 「2　2ヶ月」・・当月を含めから2ヶ月分遡ります。 「3　6ヶ月」・・当月を含めから6ヶ月分遡ります。 ※入力CDが登録されている薬剤は期間に関係なく対象とします。
注射薬を含める	薬剤情報登録漏れリストに注射薬を含めます。 内服薬・外用薬・注射薬が対象になります。
薬剤情報マスター覧形式	印刷レイアウトを薬剤情報マスタリスト形式で印刷します。
薬剤情報画像無しリスト	薬剤情報の画像ファイル名の指定が無い薬剤を対象にします。

出力順	薬剤情報マスタリスト、薬剤情報登録漏れリストの印刷順を指定します。

５．９　住所マスタ

（1）住所マスタ
（2）住所を変更する
（3）住所を新たに登録する
（4）住所マスタの削除

（1）住所マスタ

郵便番号から登録できる住所マスタの登録・変更ができます。
ただし、住所マスタの変更は次回のマスタ更新により住所マスタが提供されるまでの一時的な変更という扱いとなります。
マスタ更新による住所マスタの更新が行われた場合はマスタを置き換えます。

業務メニューより「91　マスタ登録」を選択します。

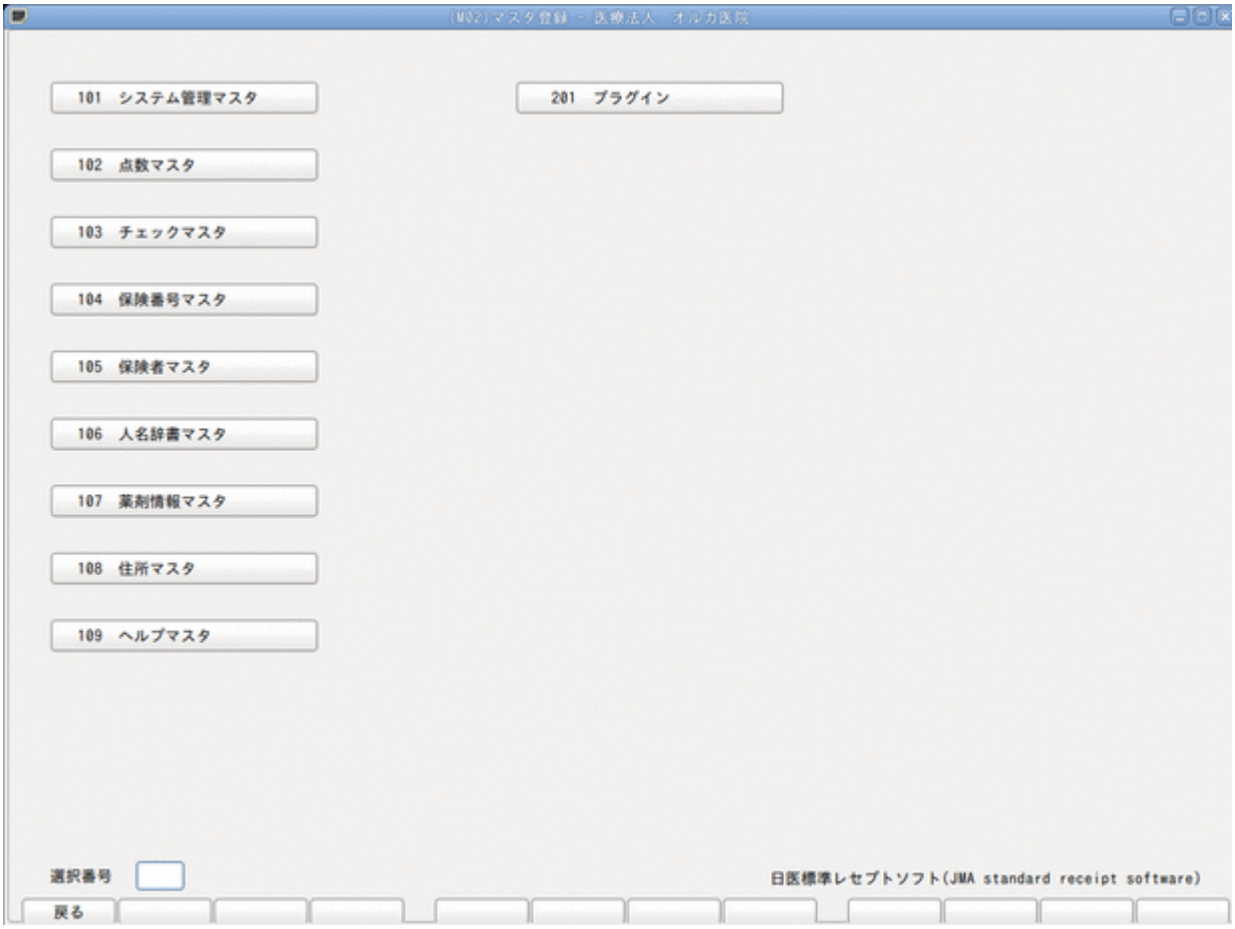

(M02)マスタ登録 - 医療法人　オルカ医院
101　システム管理マスタ
102　点数マスタ
103　チェックマスタ
104　保険番号マスタ
105　保険者マスタ
106　人名辞書マスタ
107　薬剤情報マスタ
108　住所マスタ
109　ヘルプマスタ
201　プラグイン
選択番号
日医標準レセプトソフト(JMA standard receipt software)
戻る

図 1560

「108　住所マスタ」を選択します。

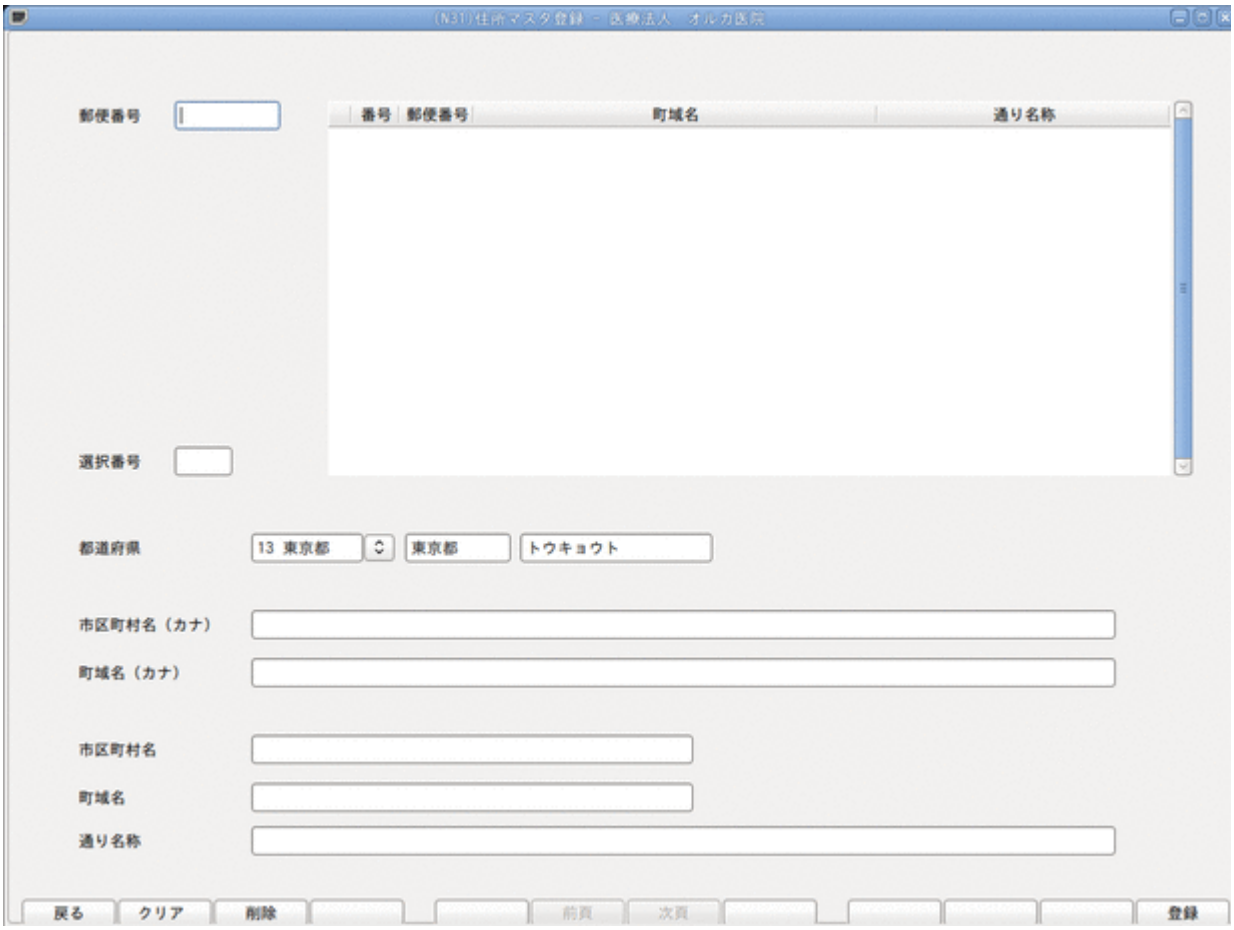


図 1561

項目の説明

郵便番号	検索する郵便番号を入力します。

住所一覧表部分

番号	選択番号を表示します。
町域名	郵便番号に該当する町域名を表示します。 ※ユーザ登録の場合はユーザ登録マーク「ユ」が表示されます。

入力部分

選択番号	変更をしたい住所を町域名から選択します。
都道府県・市町村名・町域名	住所を入力します。都道府県名は「101　システム管理マスタ」ー医療機関情報より初期表示します。

（2）住所を変更する

例1）

変更前		変更後
629-3104　京都府竹野郡網野町浅茂川	→	京都府京丹後市網野町浅茂川

郵便番号欄へ「6293104」と入力し「Enter」を押下し、
表示された住所を選択します。

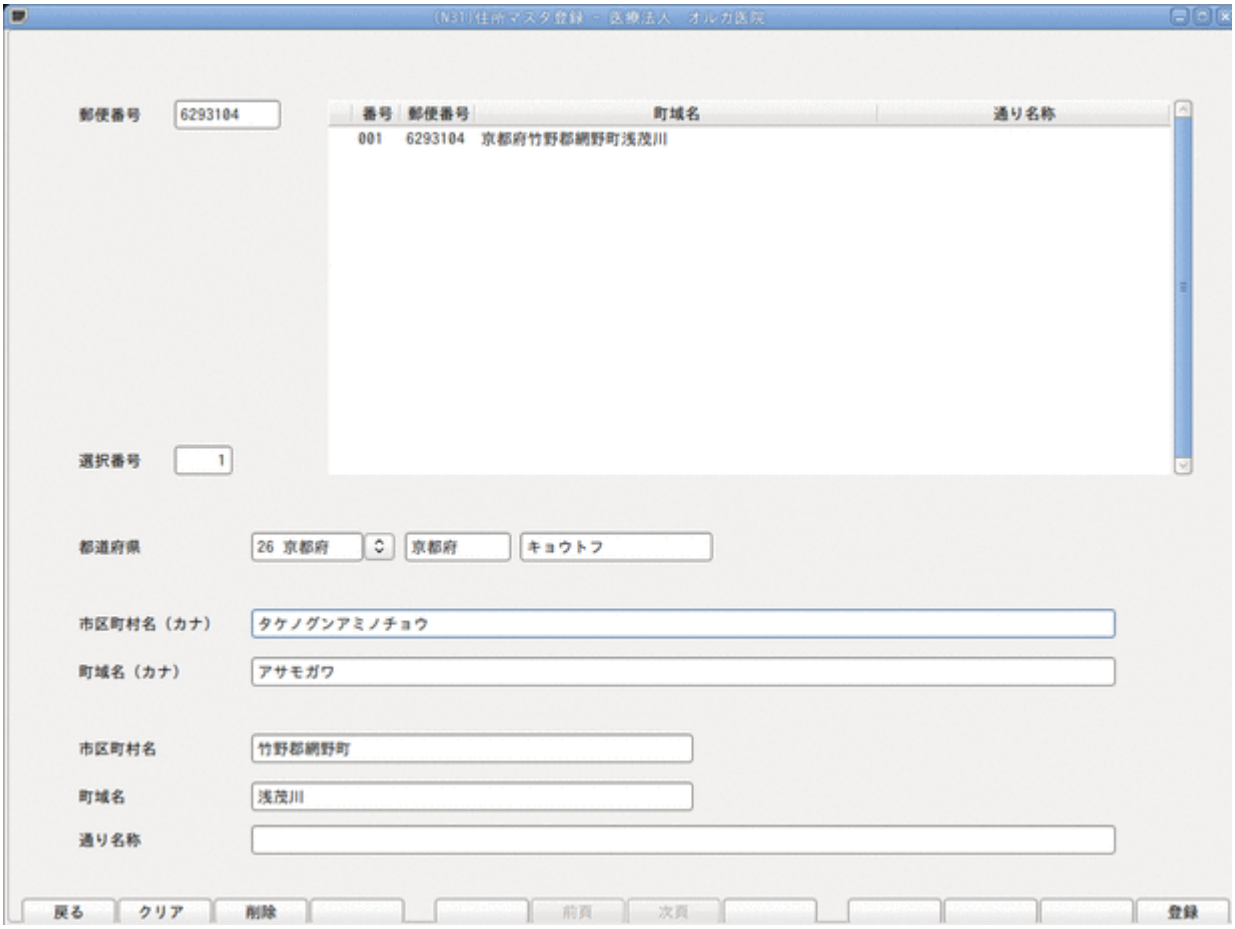


図 1562

Copyright(C)2007JMARI

選択された住所を訂正します。

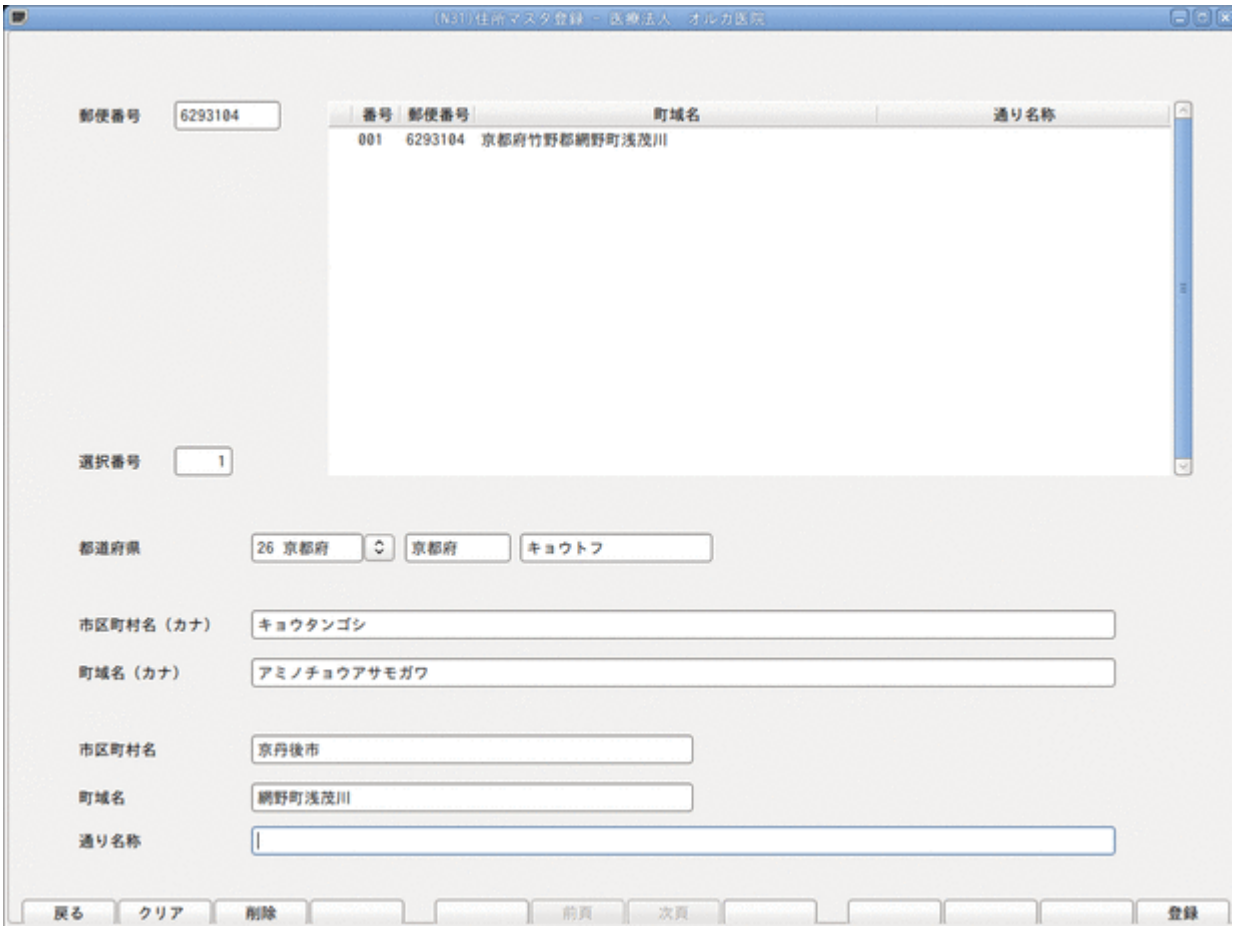


図 1563

「登録(F12)」を押下し、登録します。
画面一覧が訂正されたのを確認します。

図 1564

※住所マスタで変更した住所は既に患者登録業務で患者情報として登録されている住所とは連携を取っていません。登録の見直しを行ってください。

（3）住所を新たに登録する

郵便番号に住所を新たに登録することができます。

例）

629-3104　京都府京丹後市網野町浅茂川ABCを登録します。

登録する郵便番号を入力します。

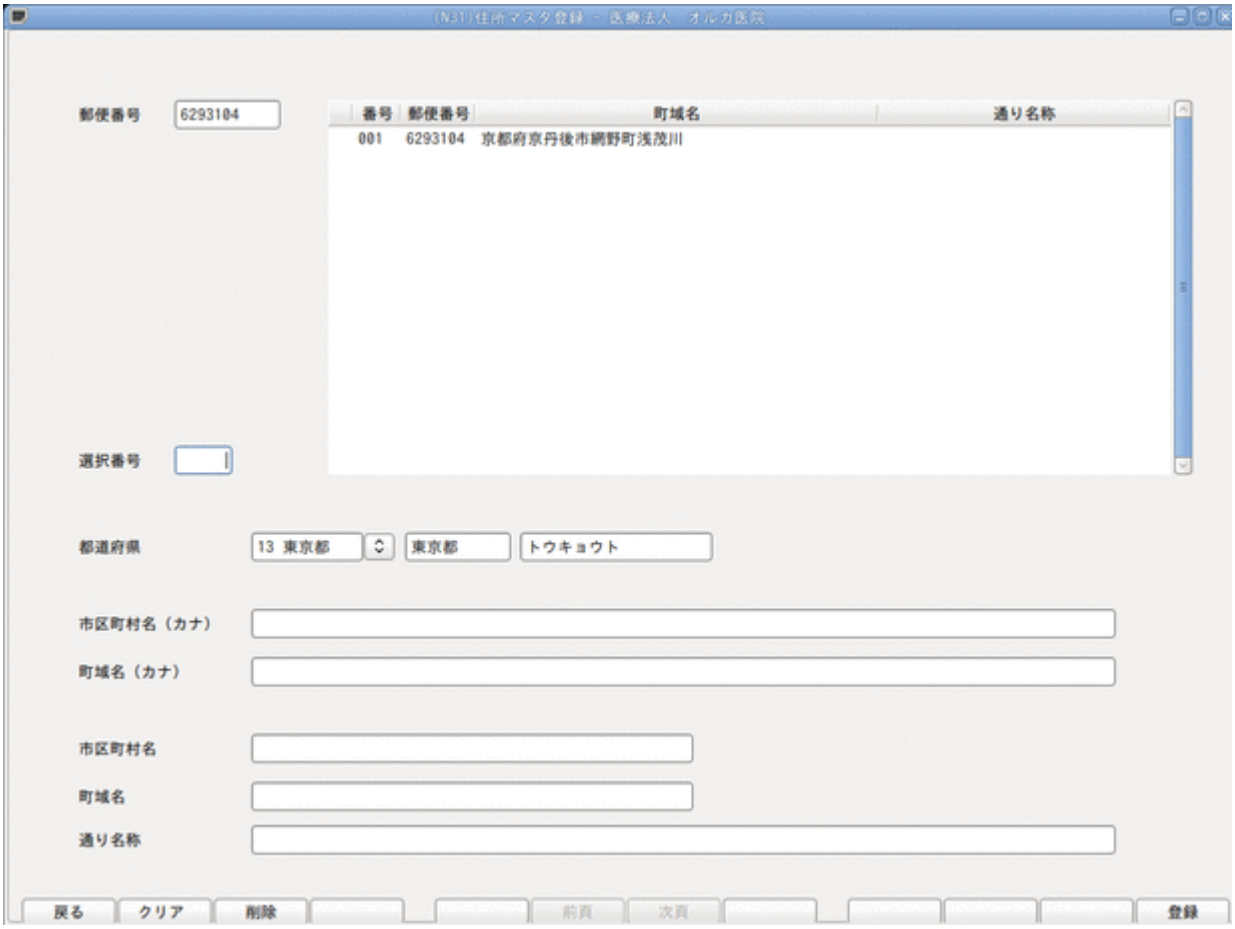


図 1565

Copyright(C)2007JMARI

住所を一覧表から選択せずに直接住所欄に住所を入力します。

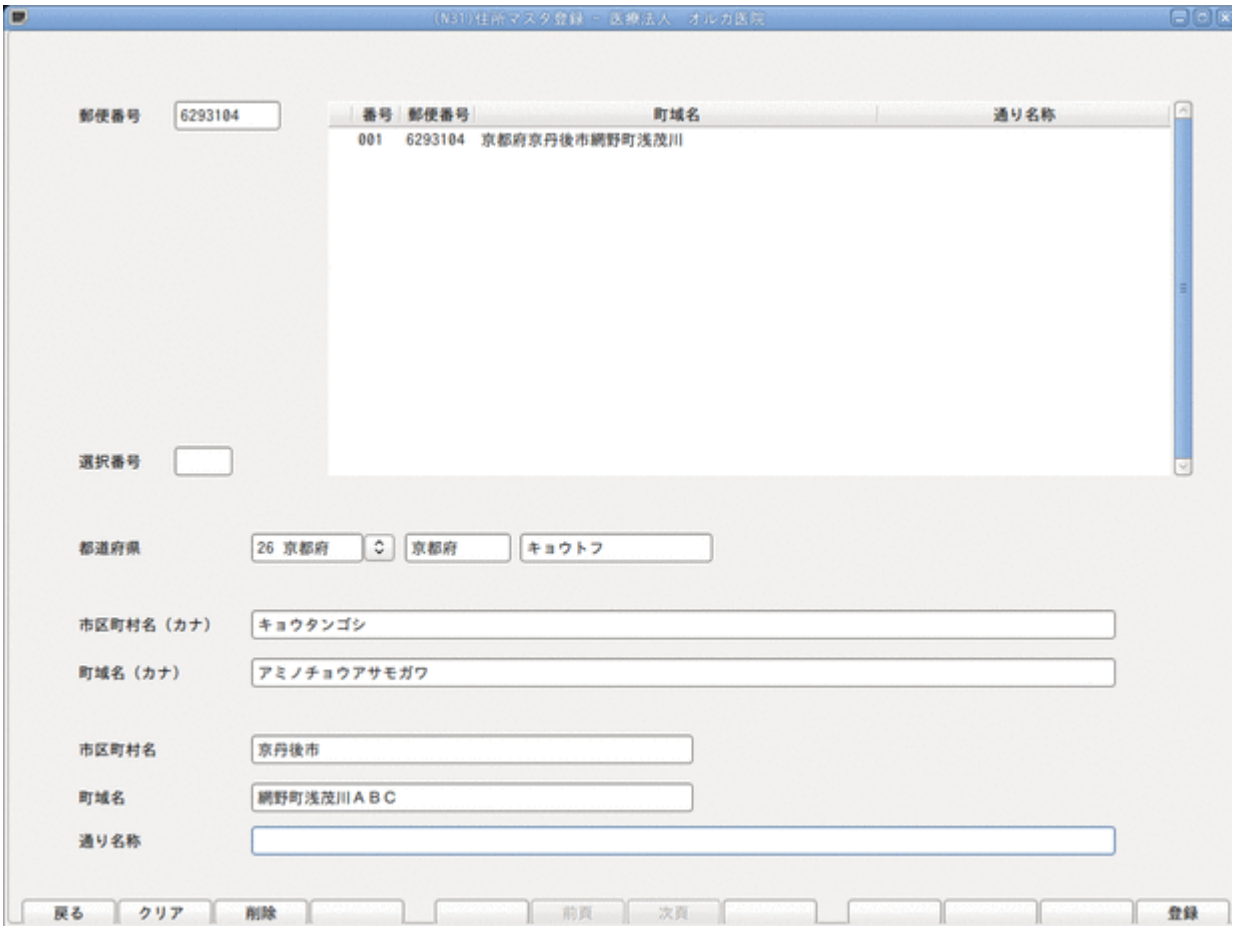


図 1566

「登録(F12)」を押下し、登録します。

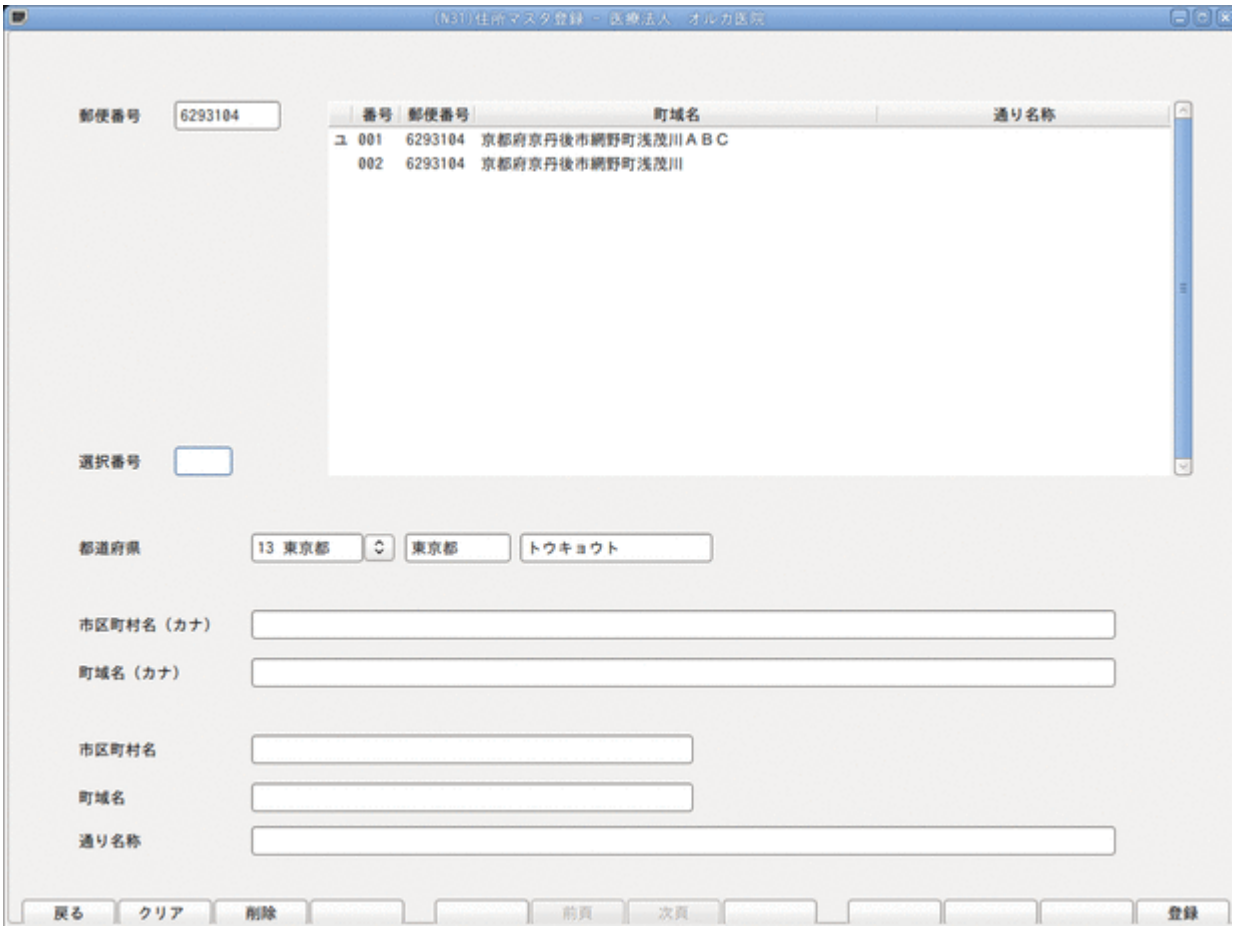


図 1567

ユーザ登録マーク「ユ」と表示され、登録されます。
※住所マスタで変更した住所は既に患者登録業務で患者情報として登録されている住所とは連携を取っていません。登録の見直しを行ってください。

（4）住所マスタの削除

住所マスタの削除は、ユーザ登録「ユ」のマスタのみ削除できます。
郵便番号を入力し、削除したい住所を選択します。
「削除(F3)」を押下することにより削除します。

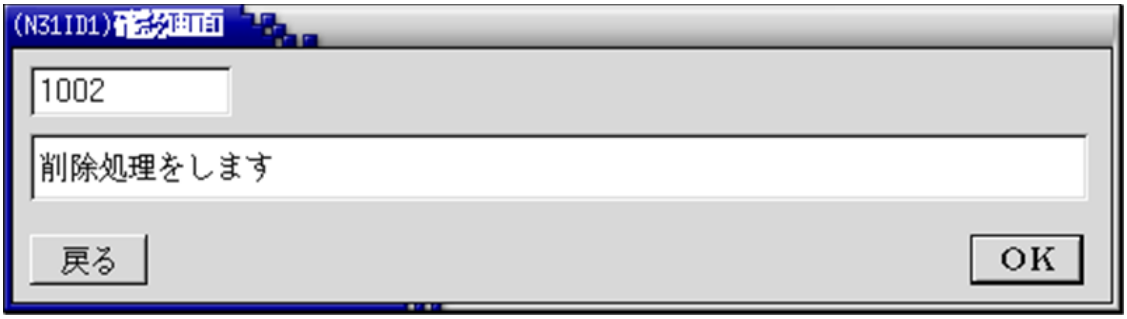


図 1568

ユーザ登録でないマスタを削除しようとすると、

図 1569

と表示され、削除ができません。
※また、患者登録業務の周辺町域情報とも連携をとっていません。周辺町域情報として登録した住所マスタを削除した場合は、再度周辺町域情報の見直しを行ってください。

５．１０　ヘルプマスタ

（1）画面の説明
（2）自院ヘルプ登録
　　（2）－1　目次1の登録
　　（2）－2　目次2の登録
（3）説明文の修正
（4）複写
（5）削除
（6）目次1の検索

ヘルプマスタを登録することにより、診療行為画面でヘルプ表示することができます。
ヘルプ内容は標準提供されますが、自院分を登録することもできます。
標準提供のヘルプ内容は変更できません。

（1）画面の説明

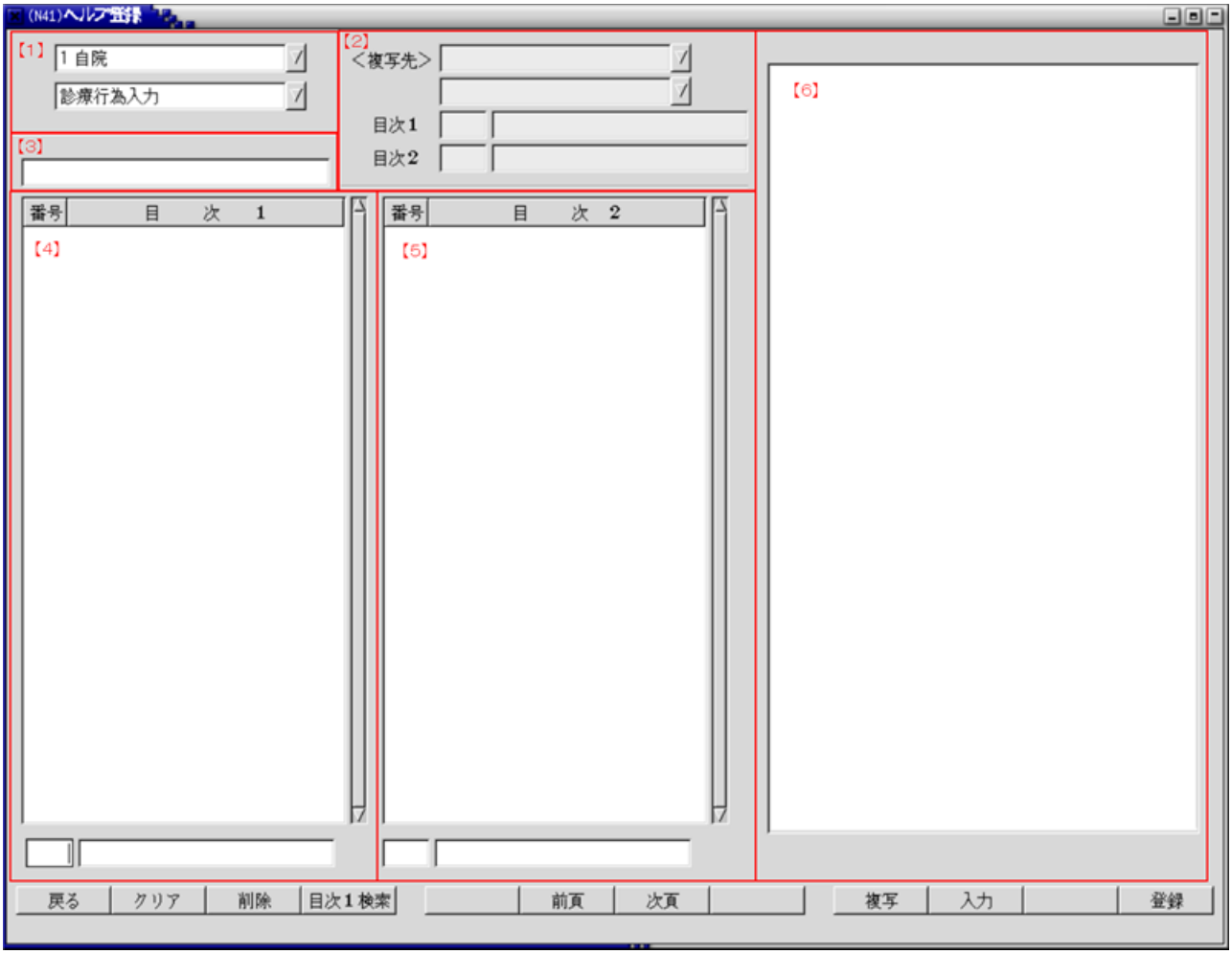


図 1570

Copyright(C)2007JMARI

【1】表示項目を選択します。
「0：標準」…標準提供されるヘルプ内容を表示します（内容の変更はできません）
「1：自院」…自院ヘルプ内容を表示します。（初期表示項目です）
【2】複写先を指定します。
【3】検索文字列入力欄
目次1の名称を任意の文字列から検索します。
【4】目次1の一覧画面、及び入力欄です。
300件まで表示します。
【5】目次2の一覧画面、及び入力欄です。
300件まで表示します。
【6】説明文編集欄です。登録済みの場合は内容を表示します。
1項目につき、25文字×40行の1,000文字まで登録できます。

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	マスタ登録画面に戻ります。
クリア	F2	画面を初期化します。
削除	F3	選択されている目次内容を削除します。
目次1検索	F4	検索文字列入力欄へカーソルを移動します。
前頁	F6	各目次項目が300件を超えている場合に選択されている目次の表示を切り替えます。
次頁	F7	各目次項目が300件を超えている場合に選択されている目次の表示を切り替えます。
複写	F9	複写先欄へカーソルを移動します。
登録	F12	入力された内容で登録します。

 Copyright(C)2007JMARI

（2）自院ヘルプ登録

（2）－1　目次1の登録

「91　マスタ登録」―「109　ヘルプマスタ」を選択します。
「1　自院」「診療行為入力」が表示されます。

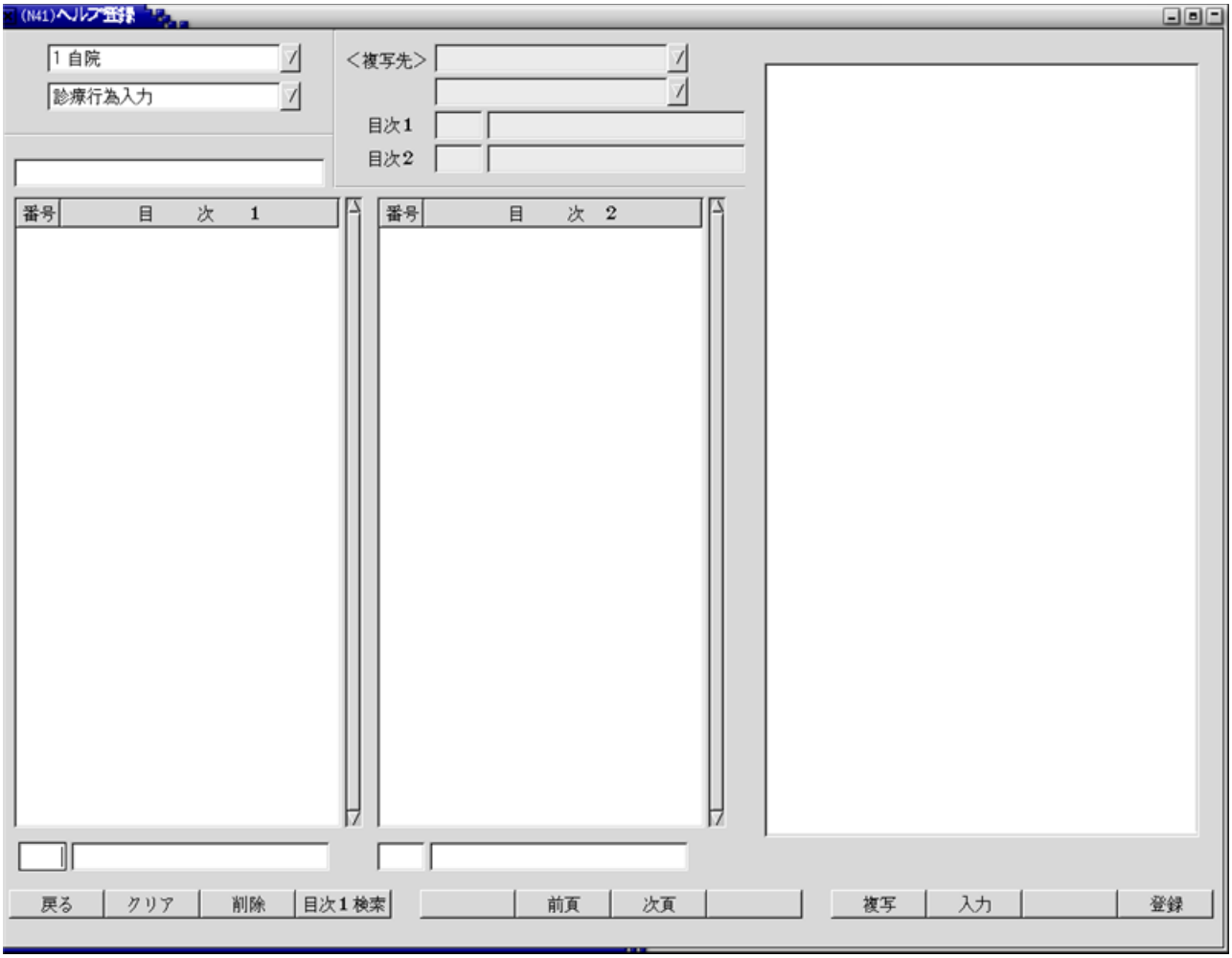


図 1571

Copyright(C)2007JMARI

目次番号、名称を入力し「Enter」を押下します。
説明文編集欄へカーソルが移動します。

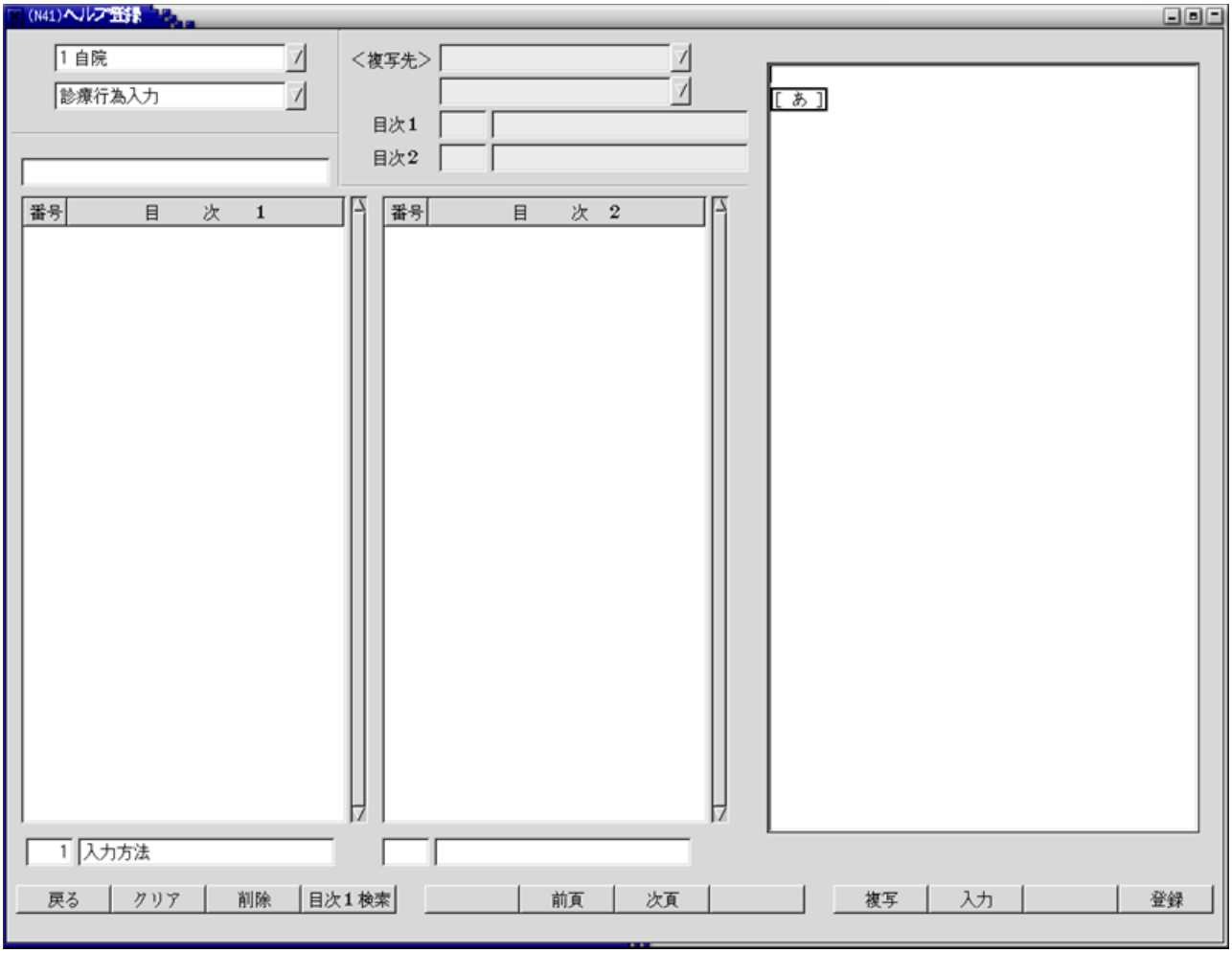


図 1572

Copyright(C)2007JMARI

目次1の説明文を入力します。（目次1の説明文は省略してもかまいません）

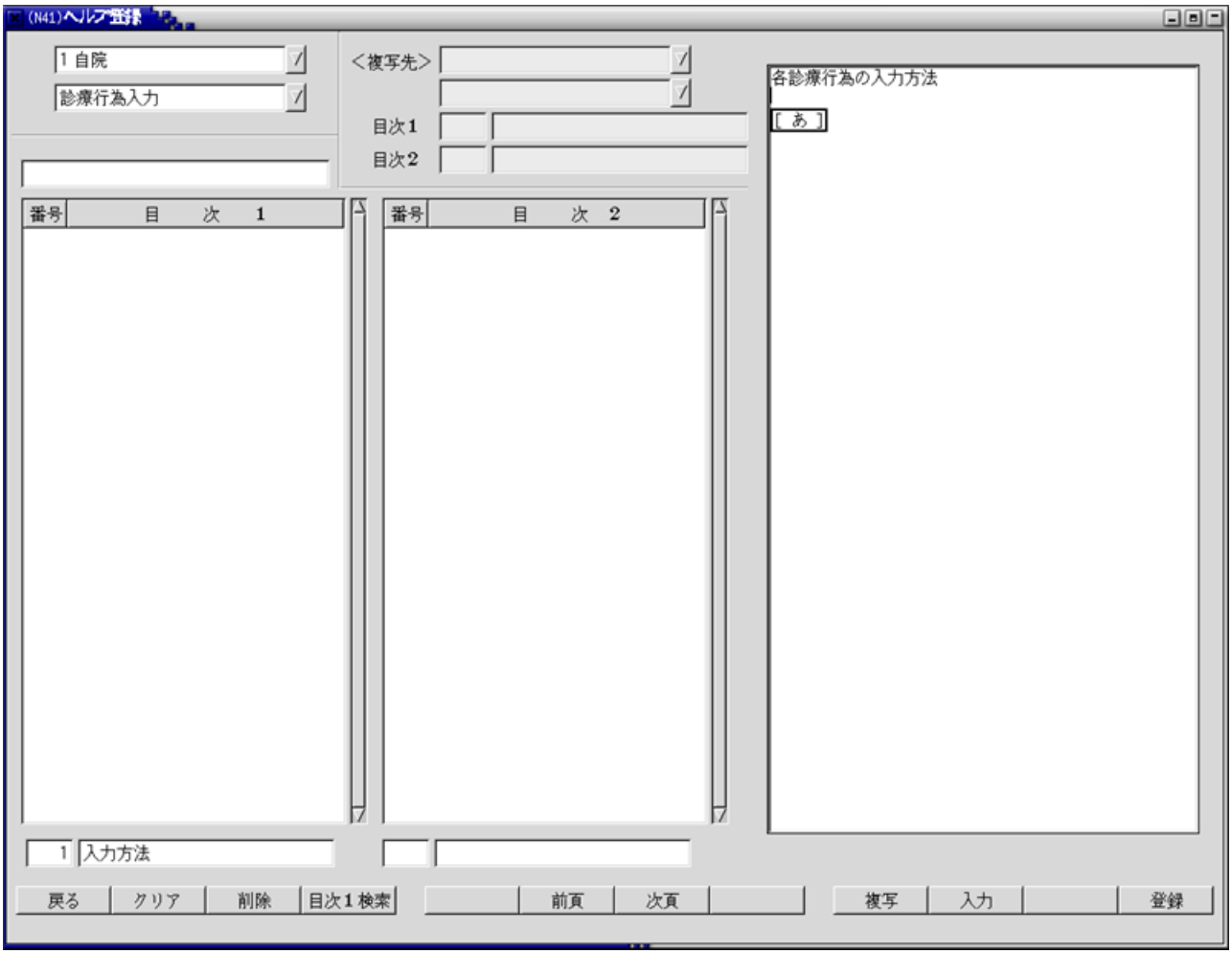


図 1573

「登録(F12)」を押下し、目次1を登録します。

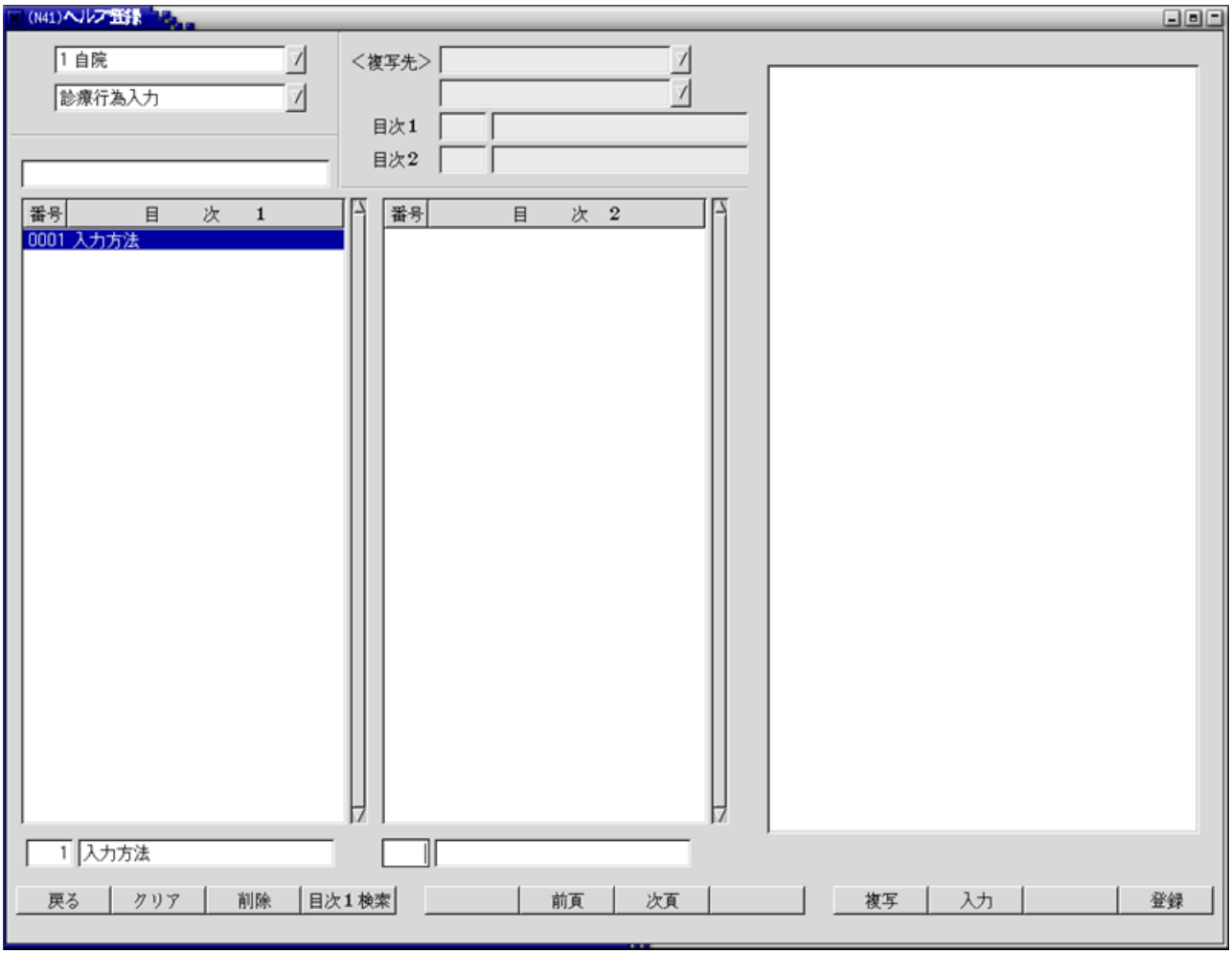


図 1574

目次1を登録後、カーソルは目次2の入力欄へ移動しますが、目次2の入力が無い場合は「クリア(F2)」を押下し、続けて目次1を登録します。

（2）－2　目次2の登録

目次1を登録後、目次2の入力欄へカーソルが移動します。この場合、説明文編集欄はクリアされています。

目次2の目次番号、名称を入力し「Enter」を押下します。
カーソルが説明文編集欄へ移動します。

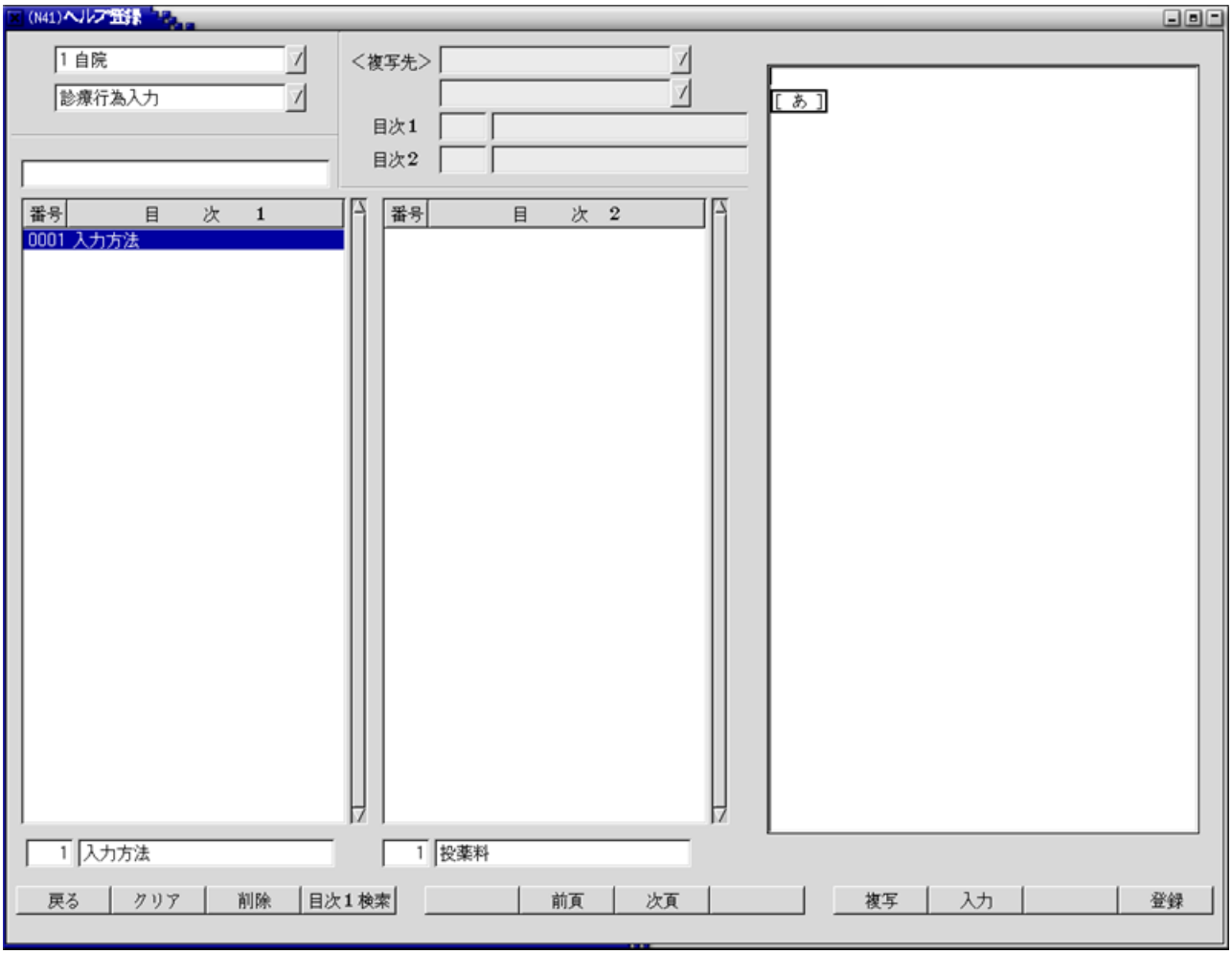


図 1575

目次2の説明文を入力します。（目次2の説明文は省略できません）

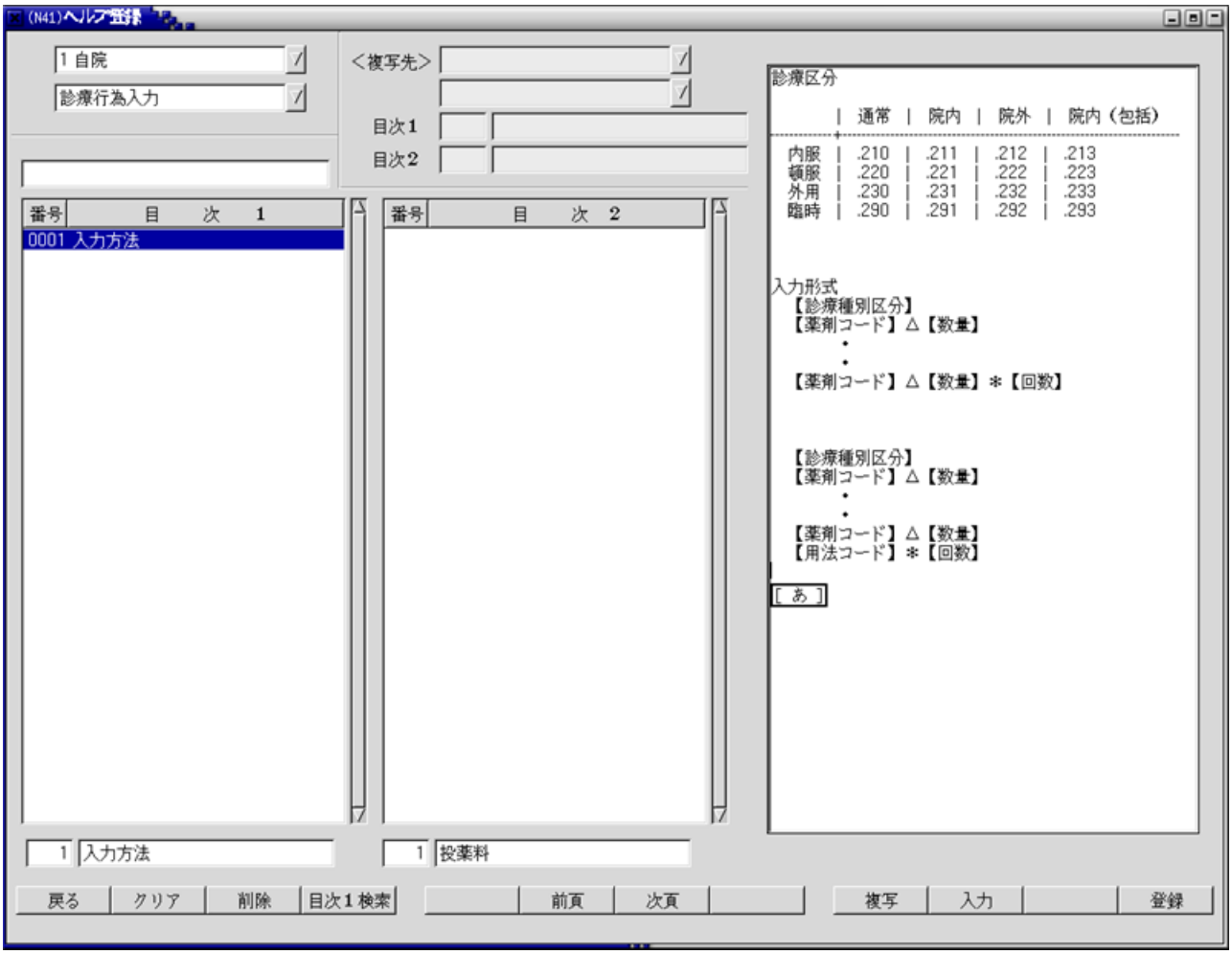


図 1576

 Copyright(C)2007JMARI

入力後、「登録(F12)」を押下し、目次2を登録します。
説明文編集欄が初期化され、カーソルは目次2の入力欄へ移動します。
続けて目次2を作成し、説明文を入力することができます。

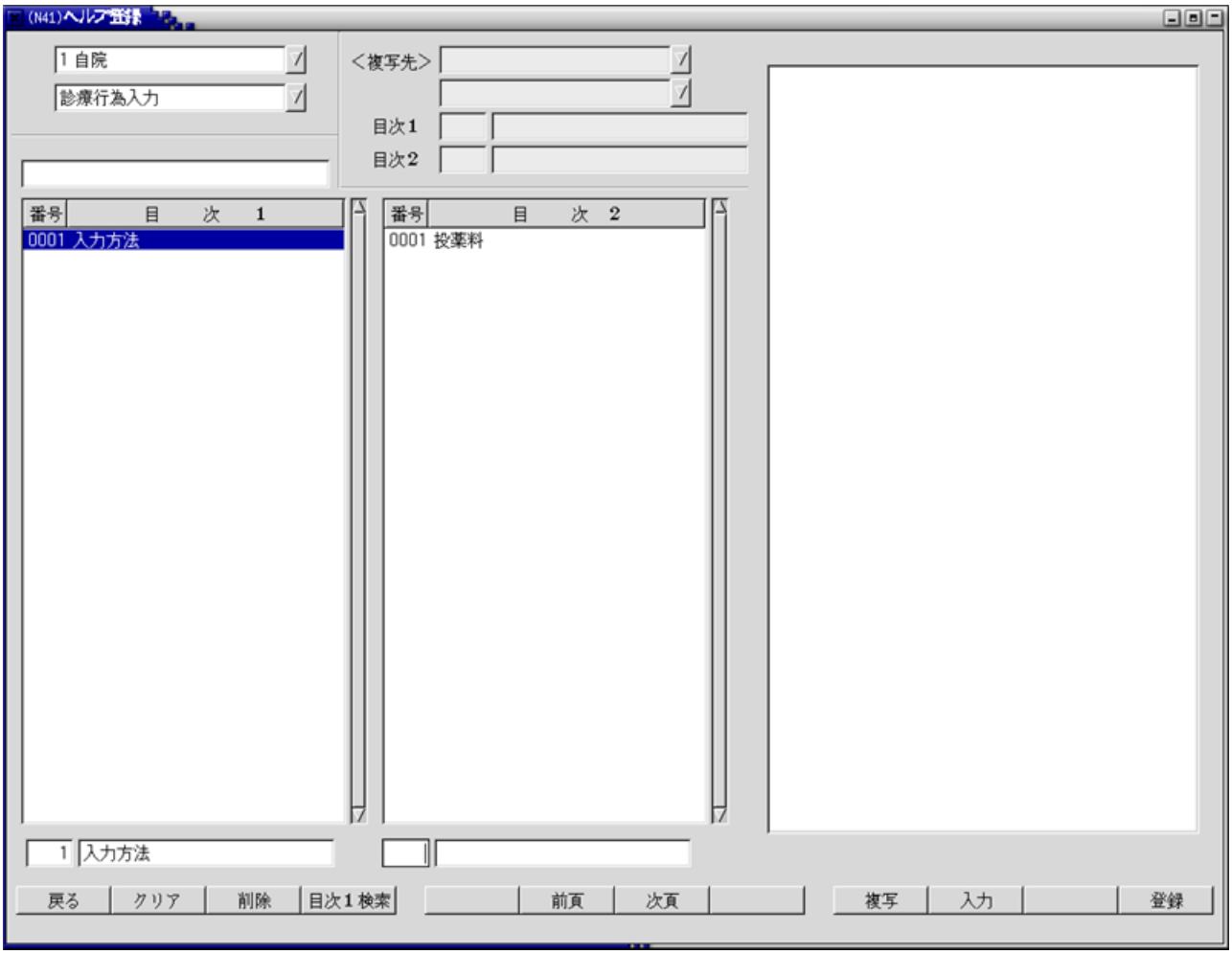


図 1577

目次1に項目を追加したい場合は、「クリア(F2)」を押下し、画面を初期画面に戻してから目次1の項目を入力します。

（3）説明文の修正

既に登録済みの説明文を修正します。
修正したい目次を選択します。
目次1を選択後、説明文編集欄へ目次1の説明文が表示されます。
目次2を選択すると、目次2の説明文へ変わります。直接説明文を編集します。

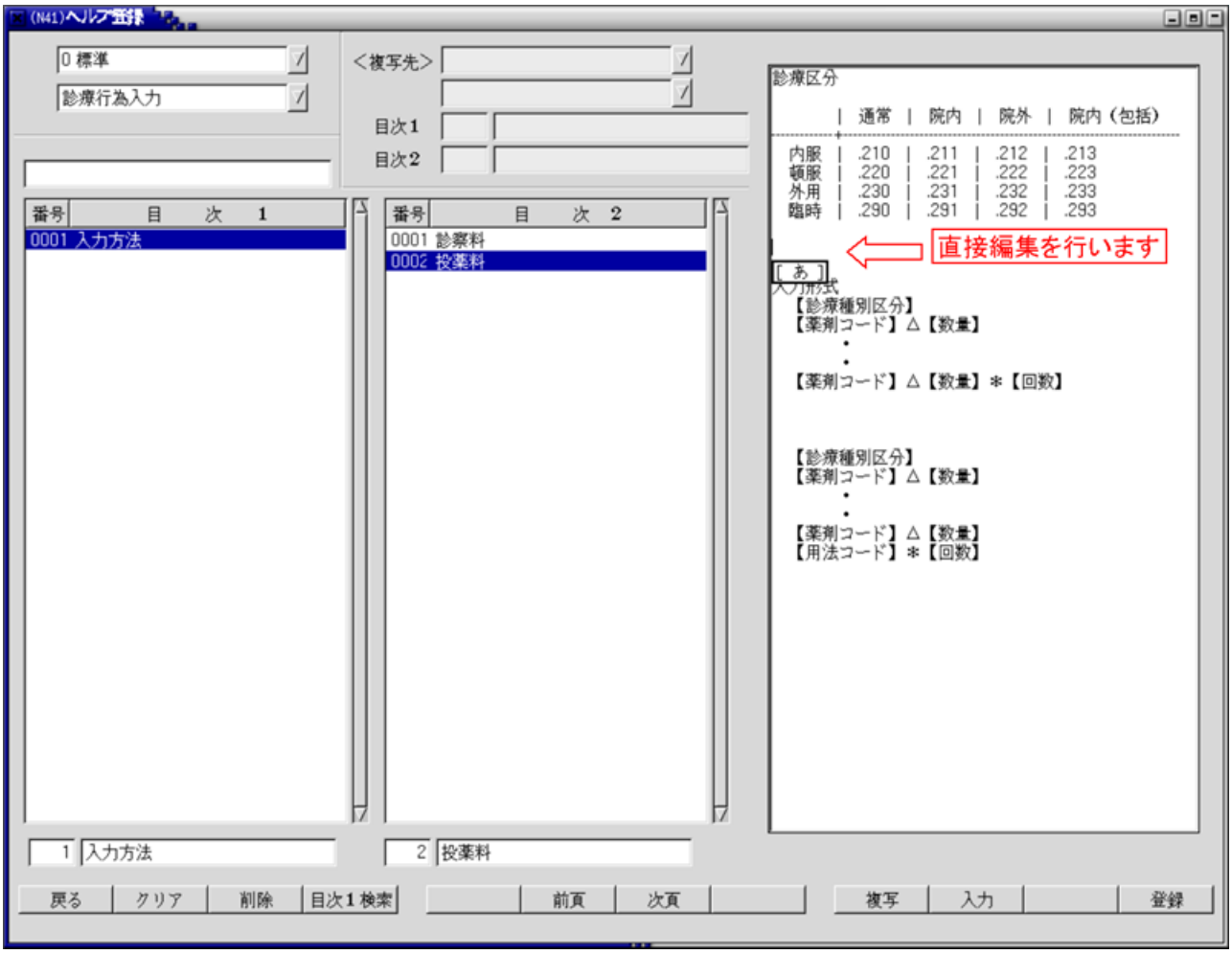


図 1578

修正後、「登録(F12)」を押下し、登録します。

（4）複写

既に登録済みの説明文の複写ができます。
標準提供されている説明文を自院へ複写することもできます。
複写元の説明文を選択します。

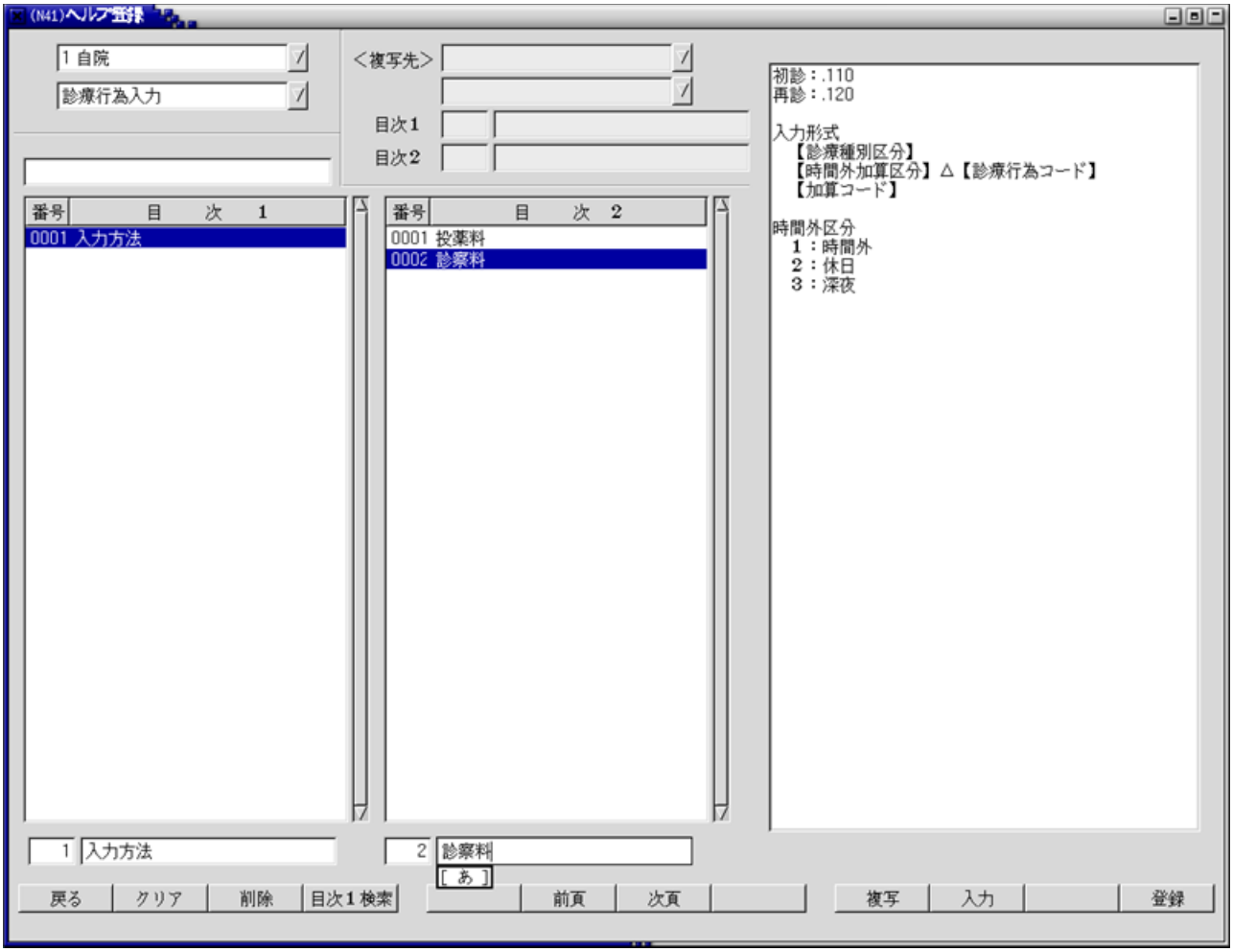


図 1579

 Copyright(C)2007JMARI

例では目次2を選択していますが、目次1のみを複写することもできます。
「複写(F9)」を押下します。

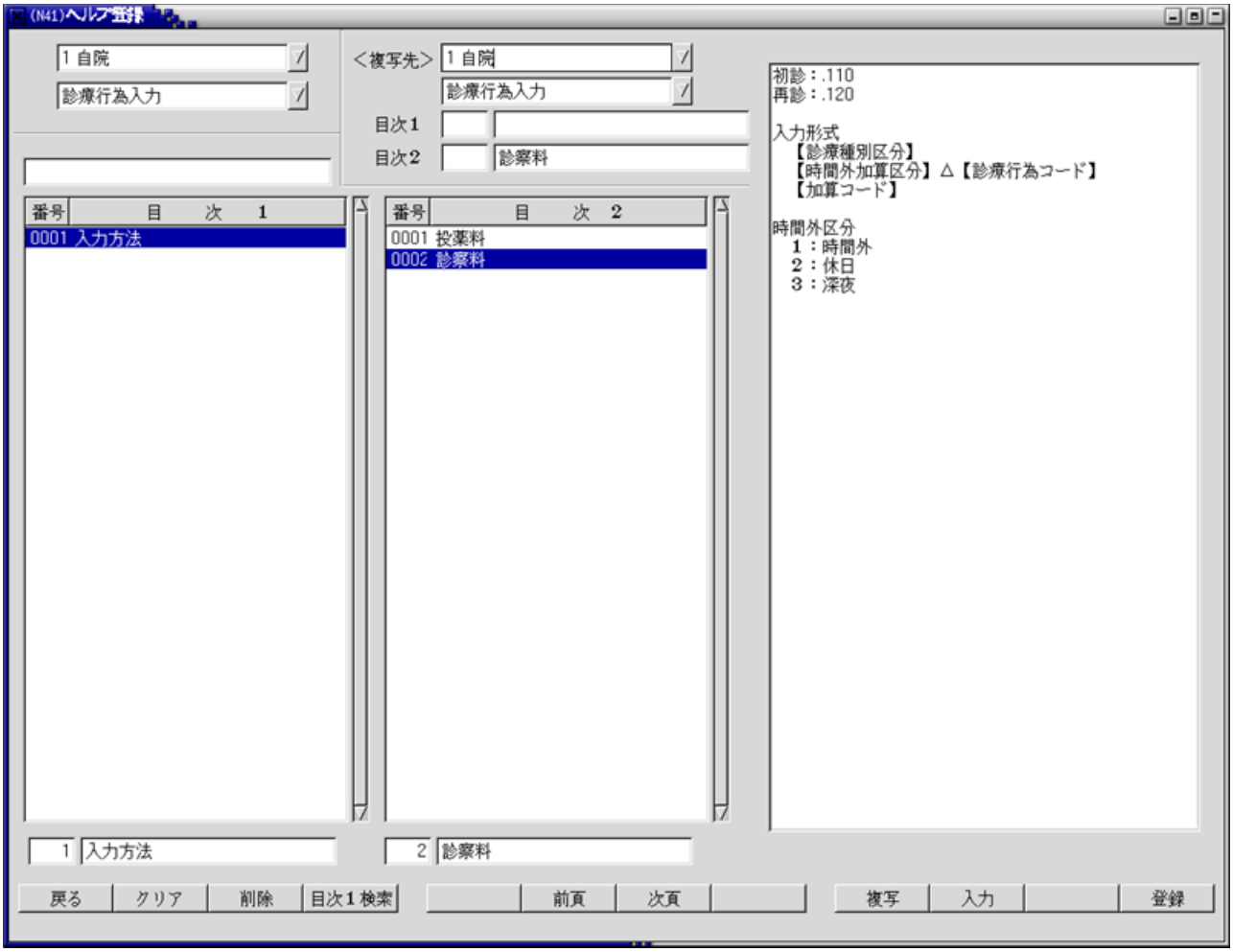


図 1580

複写先を指定します。

目次を新たに作成し、複写することができます。
新しく目次1を作成し複写する場合は、目次1の説明文も複写されます。
既に目次1が作成済みの場合は、目次1の説明文は上書きされません。

例では

目次1：「2　診療行為入力」を新しく作成、
目次2：「1　診察料」を新しく作成します。

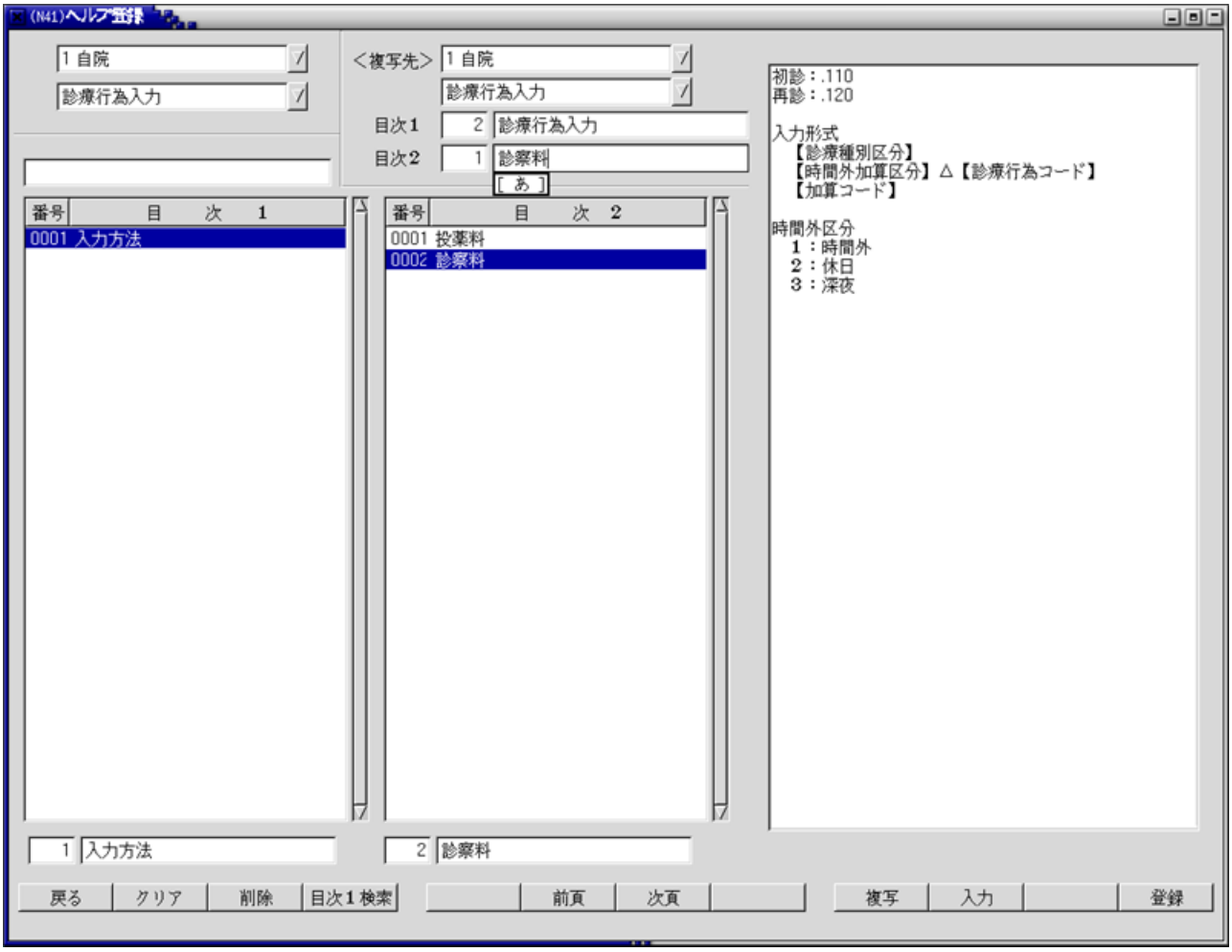


図 1581

Copyright(C)2007JMARI

「登録(F12)」を押下し、登録します。
新しい目次が作成され、内容が複写されます。
（画面は、複写した項目の画面です）

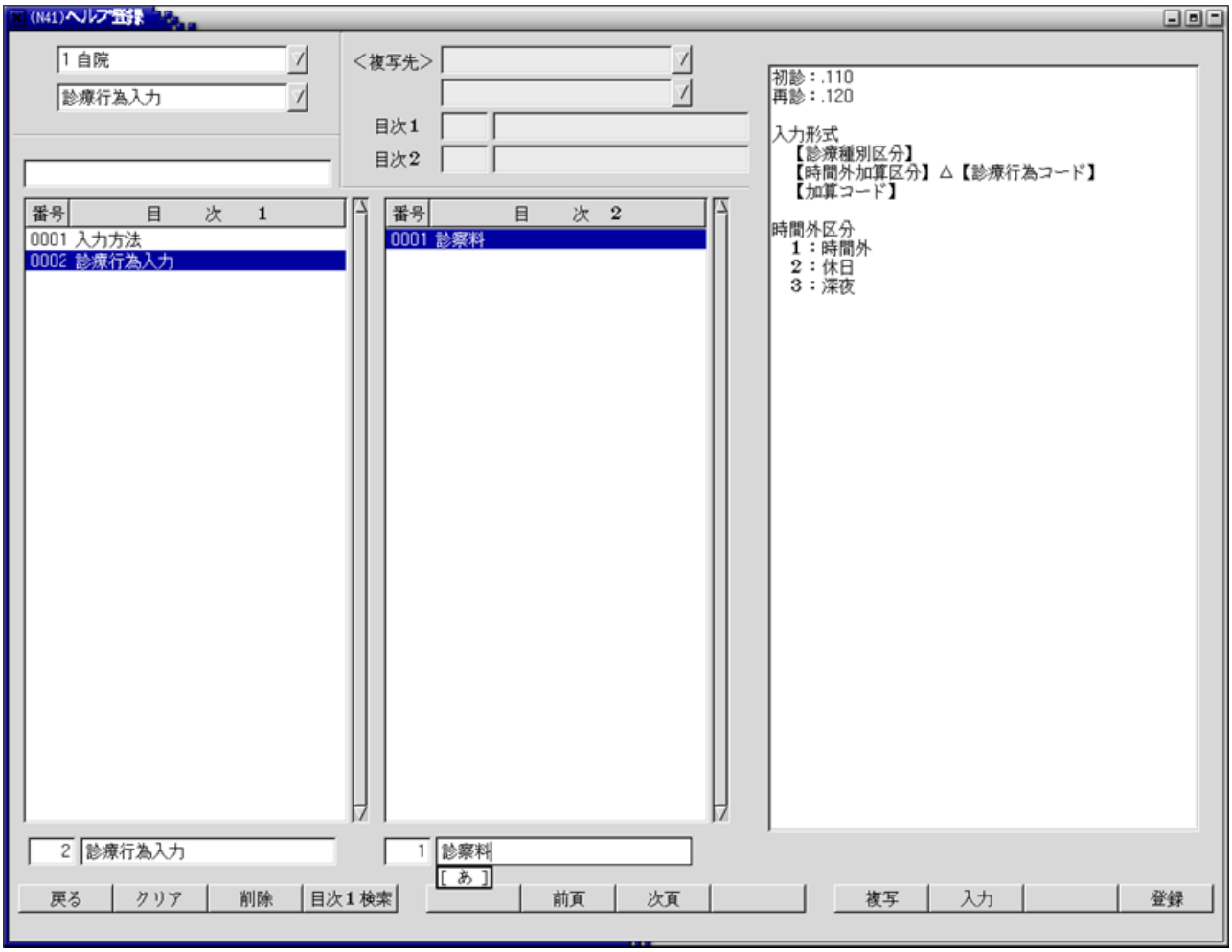


図 1582

※既に登録済みの目次に上書き複写はできません。エラー表示をします。

図 1583

※目次名称の修正は、目次1または目次2を選択後、目次入力欄を直接編集し登録します。

（5）削除

「削除(F3)」にて選択されている項目を削除します。
目次1の項目を削除するとその中の目次2も全て削除されます。
目次2まで選択して削除すると、選択された目次2のみを削除します。

（6）目次1の検索

任意の文字列から目次1の項目の検索を行います。
「目次1検索(F4)」を押下し、検索欄へ文字列を入力し、「Enter」を押下します。
または直接検索欄へ移動し、文字列を入力し、「Enter」を押下します。

「診療」を検索してみます。
目次1の名称に「診療」の文字列がある項目を表示します。

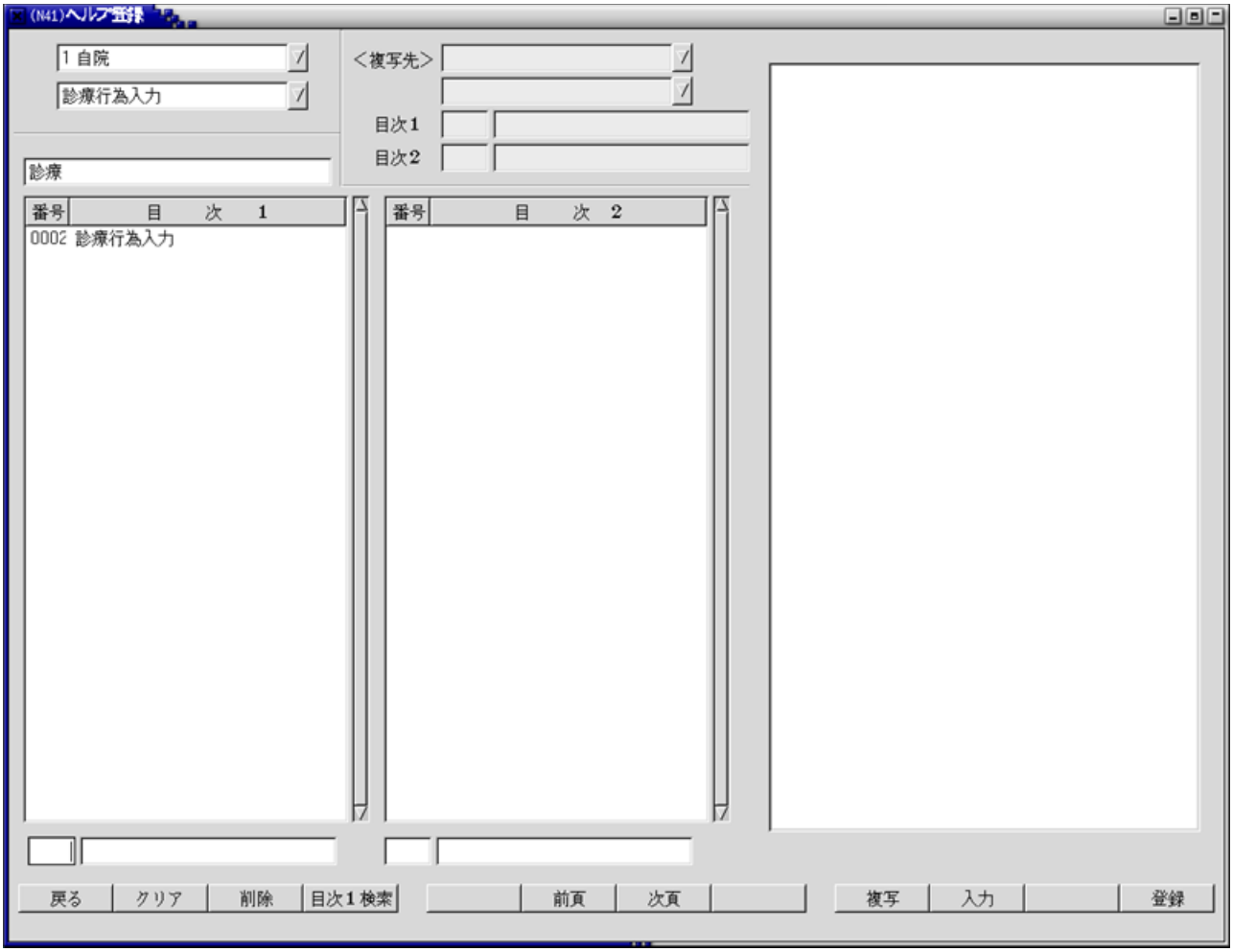


図 1584

第６章　付録

６．１　付録1　クライアント保存の拡張

クライアント保存のとき、ファイルを開き確認してから保存することができます。

＜設定ファイルについて＞
glclientでファイルを開くには設定ファイルにファイルの関連付けを記述しておく必要があります。

設定ファイル
1. （優先）　$HOME/.glclient/applications.txt
2. /usr/share/panda-client/applications.txt

2の applications.txt は panda-client-commonパッケージに含まれています。

設定ファイルの内容

```
txt:gedit %s
png:evince %s
csv:gedit %s
iso:brasero %s
gz:file-roller %s
```

拡張子：アプリケーション名　%s

＜設定ファイルの作成＞
1.　/usr/share/panda-client/applications.txt を $HOME/.glclient/ にコピーします。
（ /usr/share/panda-client/applications.txt はパッケージの更新により上書きの可能性があります）

2. 設定を追加します。
   - 1行1エントリ
   - 1エントリは　拡張子：アプリケーション文字列　の形式
   - アプリケーション文字列には起動コマンドとオプションを記述
   - アプリケーション文字列中の「%s」にファイル名が展開される

追加例）レセ電ファイルをレセ電ビューアで開く

```
UKE:jma-receview %s
```

＜操作方法＞
クライアント保存を実行し、「開く」を押下します。

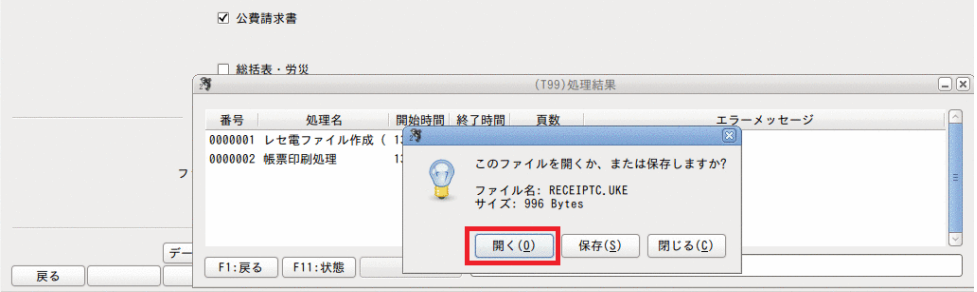
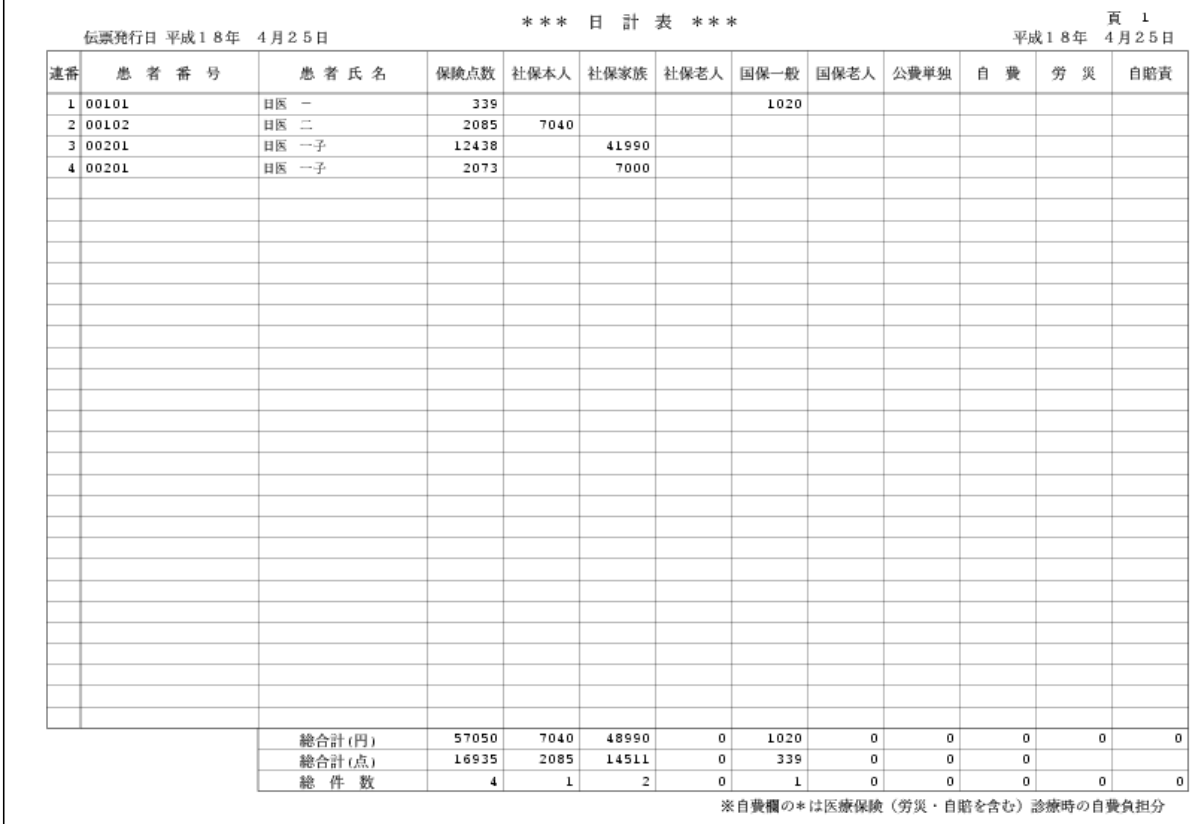


図 1585

６．２　付録2　＜日次・月次　標準帳票サンプル＞

日計表（伝票発行日）　ORCBD002
日計表（診療年月日）　ORCBD003
入外別日計表（伝票発行日別）　ORCBD006
外来日計表（診療年月日別）　ORCBD007
収納一覧表（外来）　ORCBD004
収納一覧表（外来）（期間指定対応版）　ORCBD004V02
収納一覧表（入院）　ORCBD005
収納一覧表（入院）（期間指定対応版）　ORCBD005V02
診療科別医薬品使用量統計　ORCBG001
診療科別医薬品使用量統計（合計金額）　ORCBG006
カルテ3号紙一括　ORCBZ002
会計カード　ORCBG007
空き患者番号一覧　ORCBZ001
チェックマスター一覧表　ORCBHXLST
レセプトチェック（プレビュー）　ORCBPRVPRT
未収金一覧表（患者別）　ORCBG010
未収金一覧表（伝票別）　ORCBG011
調整金一覧表　ORCBG012
外来月別請求書　ORCBG013
保険請求確認リスト　ORCBG014
外来カルテ一括発行　ORCBZ03
一部負担金給与控除一覧　ORCBG015
高額日計表（高額請求添付資料）　ORCBG008
定期請求患者一覧表　ORCBG002
入院会計未作成者一覧表　ORCBG003
入院患者通算日数一覧表　ORCBG004
長期入院対象患者一覧表　ORCBG005
高額日計表（診療内容参考資料）　ORCBG009
入院会計一括作成　ORCBCRENYUACCT
収納日報　ORCBD010　ORCBD010V02
チェックマスタ経過措置薬剤更新リスト　ORCBG018
保険別請求チェック表（標準帳票）　ORCBGS100

日計表（伝票発行日）　ORCBD002



＊＊＊　日　計　表　＊＊＊

頁　1

伝票発行日 平成１８年　４月２５日　　平成１８年　４月２５日

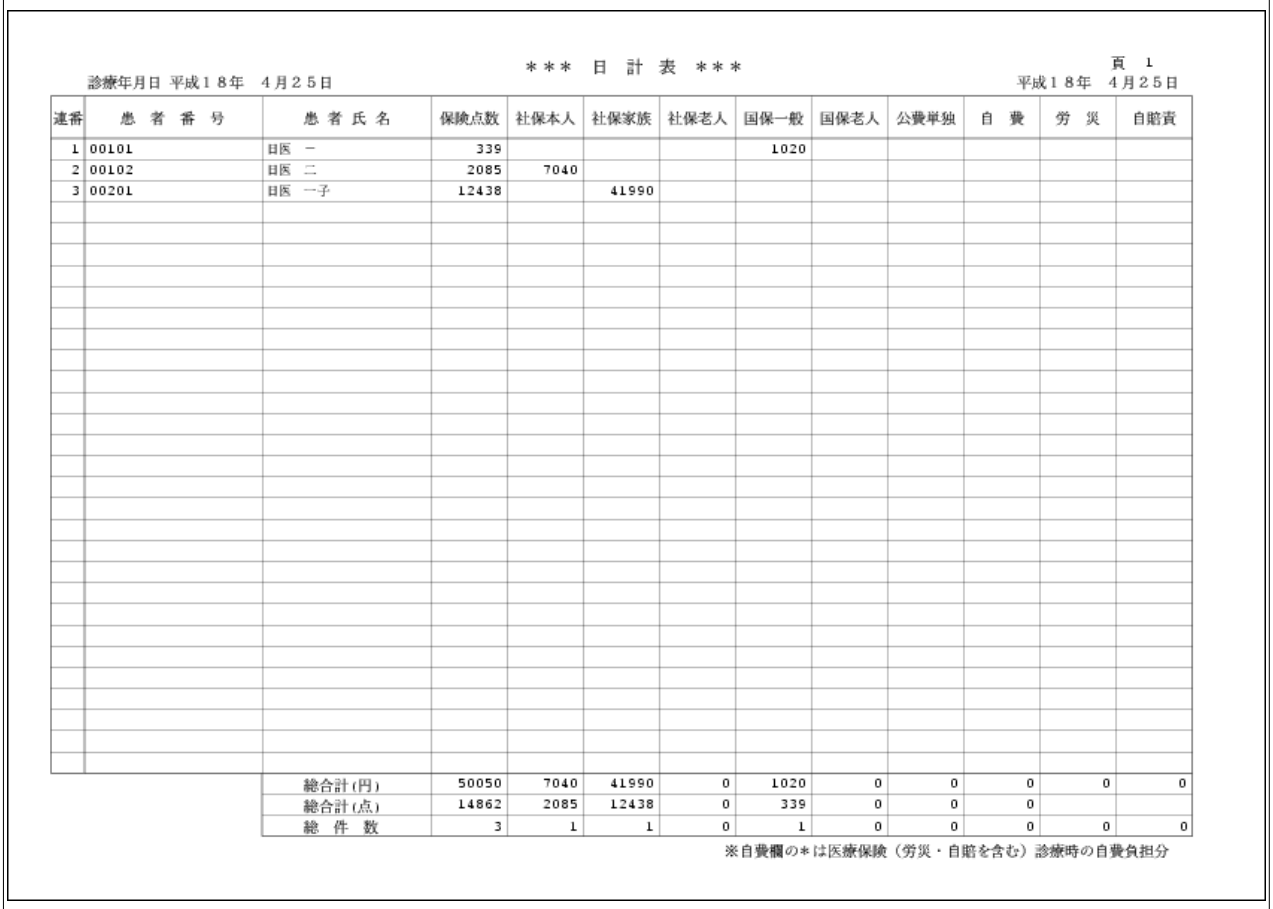
連番	患者番号	患者氏名	保険点数	社保本人	社保家族	社保老人	国保一般	国保老人	公費単独	自費	労災	自賠責
1	00101	日医　一	339				1020					
2	00102	日医　二	2085	7040								
3	00201	日医　一子	12438		41990							
4	00201	日医　一子	2073		7000							
		総合計(円)	57050	7040	48990	0	1020	0	0	0	0	0
		総合計(点)	16935	2085	14511	0	339	0	0	0		
		総件数	4	1	2	0	1	0	0	0	0	0

※自費欄の＊は医療保険（労災・自賠を含む）診療時の自費負担分

図 1586

Copyright(C)2007JMARI

日計表（診療年月日）　ORCBD003



＊＊＊　日　計　表　＊＊＊

頁　1

診療年月日 平成１８年　４月２５日　　平成１８年　４月２５日

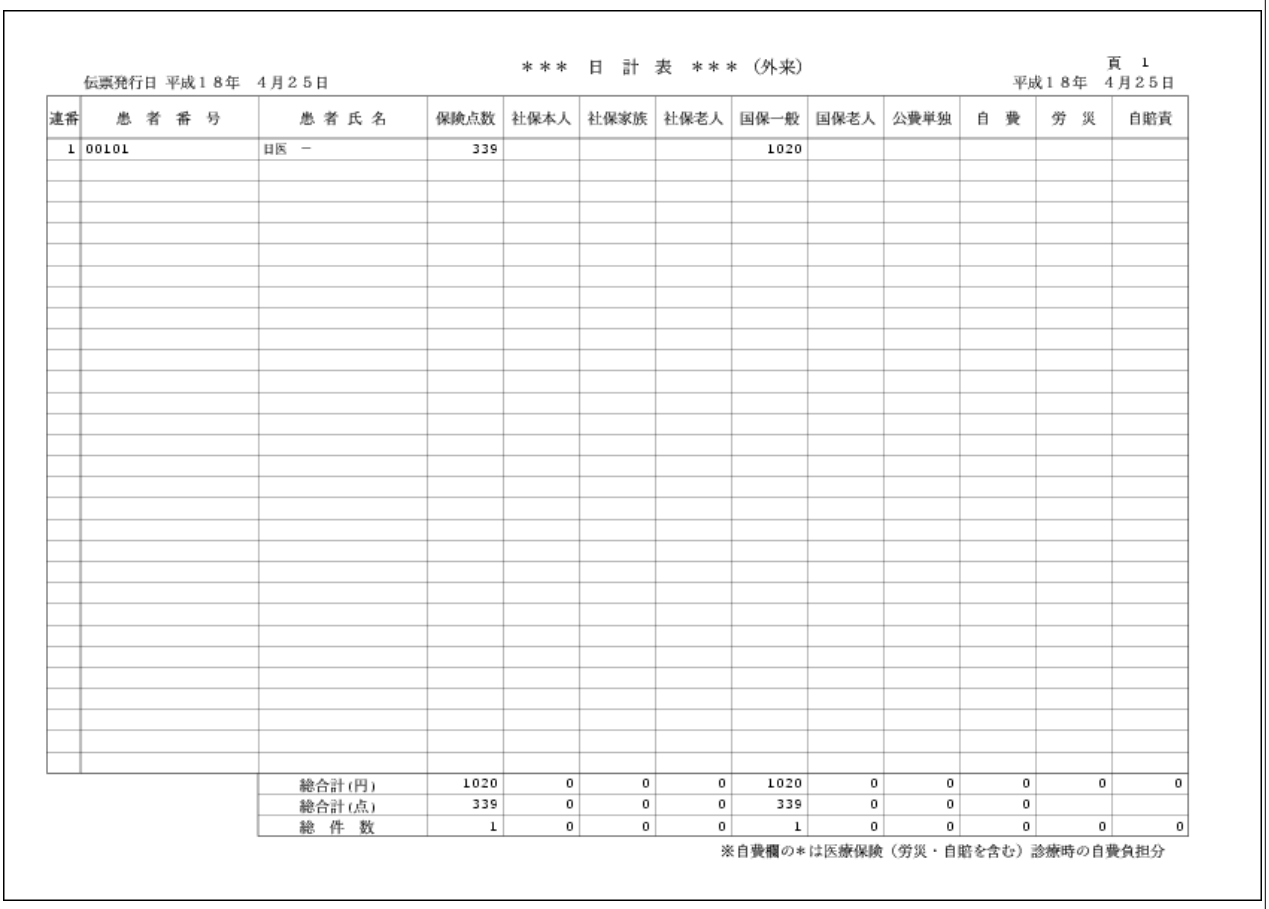
連番	患者番号	患者氏名	保険点数	社保本人	社保家族	社保老人	国保一般	国保老人	公費単独	自費	労災	自賠責
1	00101	日医　一	339				1020					
2	00102	日医　二	2085	7040								
3	00201	日医　一子	12438		41990							
		総合計(円)	50050	7040	41990	0	1020	0	0	0	0	0
		総合計(点)	14862	2085	12438	0	339	0	0	0		
		総件数	3	1	1	0	1	0	0	0	0	0

※自費欄の＊は医療保険（労災・自賠を含む）診療時の自費負担分

図 1587

Copyright(C)2007JMARI

入外別日計表（伝票発行日別）　ORCBD006



＊＊＊　日　計　表　＊＊＊（外来）

頁　1

伝票発行日 平成１８年　４月２５日　　平成１８年　４月２５日

連番	患　者　番　号	患 者 氏 名	保険点数	社保本人	社保家族	社保老人	国保一般	国保老人	公費単独	自　費	労　災	自賠責
1	00101	日医　一	339				1020					
		総合計(円)	1020	0	0	0	1020	0	0	0	0	0
		総合計(点)	339	0	0	0	339	0	0	0		
		総　件　数	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0

※自費欄の＊は医療保険（労災・自賠を含む）診療時の自費負担分

図 1588

Copyright(C)2007JMARI

外来日計表（診療年月日別）　ORCBD007

＊＊＊　日　計　表　＊＊＊（外来）

診療年月日 平成１８年　４月２５日

平成１８年　４月２５日

連番	患者番号	患者氏名	保険点数	社保本人	社保家族	社保老人	国保一般	国保老人	公費単独	自費	労災	自賠責
1	00101	日医　一	339				1020					
		総合計(円)	1020	0	0	0	1020	0	0	0	0	0
		総合計(点)	339	0	0	0	339	0	0	0		
		総件数	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0

※自費欄の＊は医療保険（労災・自賠を含む）診療時の自費負担分

図 **1589**

収納一覧表（外来）　ORCBD004

（収納明細別）
診療科：内科

＊＊＊　収　納　一　覧　表　＊＊＊（入院外）

1頁
平成１８年　４月２５日分

患　者　番　号	患　者　氏　名	性別	生　年　月　日	伝票番号	診療月日	請求金額	領収金額	未収額	処理区分
00101	日医　一	男	昭和５５年１１月　１日	0000078		1,020	1,020	0	請求・入金

頁内合計	1,020	1,020	0
科合計	1,020	1,020	0
総合計	1,020	1,020	0

図 1590

収納一覧表（外来）（期間指定対応版）　ORCBD004V02

（収納明細別）
診療科：内科

＊＊＊　収　納　一　覧　表　＊＊＊（入院外）

1頁

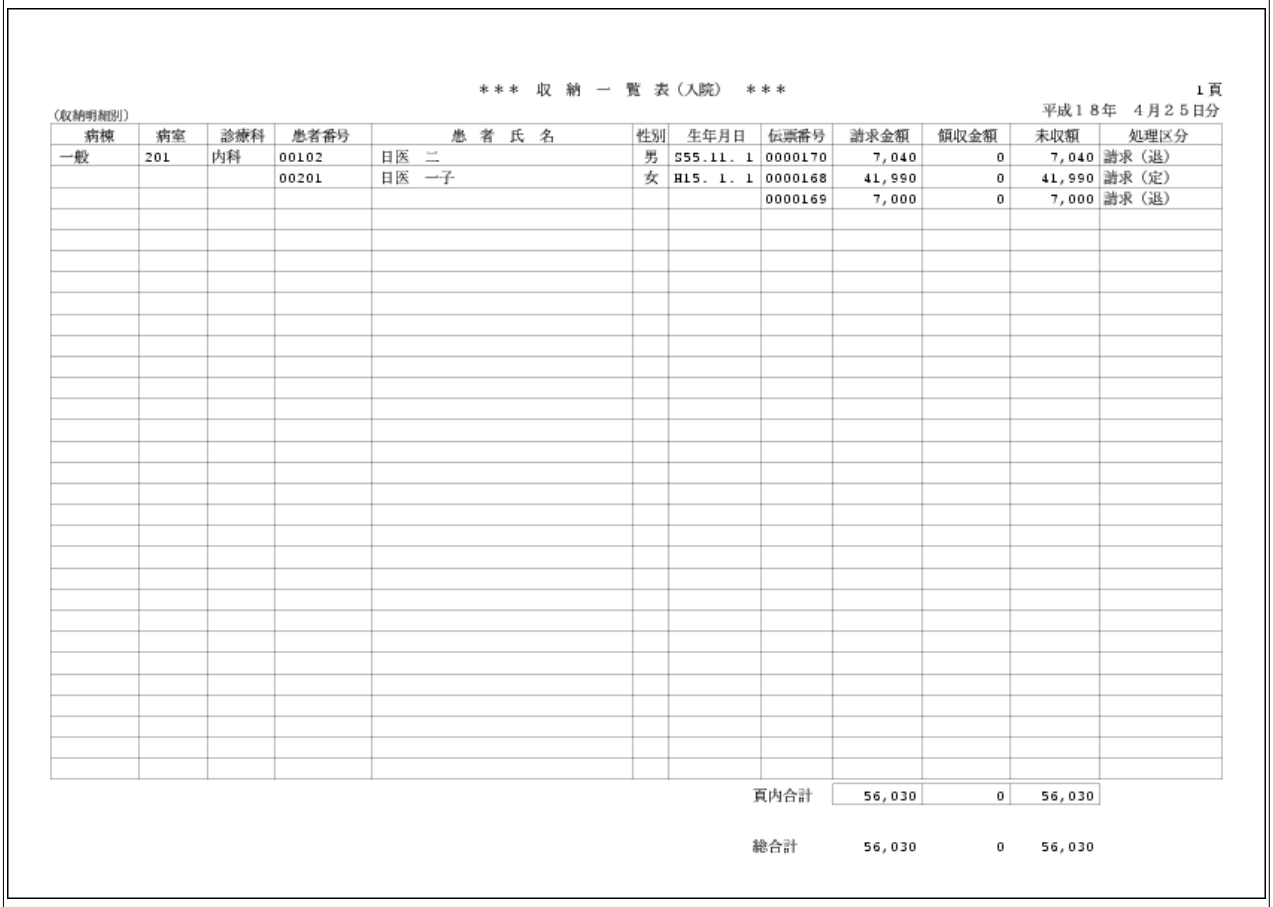
期間：平成１８年　４月１８日１８：０１～　４月２５日１５：２８

患　者　番　号	患　者　氏　名	性別	生　年　月　日	伝票番号	診療月日	請求金額	領収金額	未収額	処理区分
00101	日医　一	男	昭和５５年１１月　１日	0000078		1,020	1,020	0	請求・入金

頁内合計	1,020	1,020	0
科合計	1,020	1,020	0
総合計	1,020	1,020	0

図 1591

収納一覧表（入院）　ORCBD005



＊＊＊　収　納　一　覧　表（入院）　＊＊＊

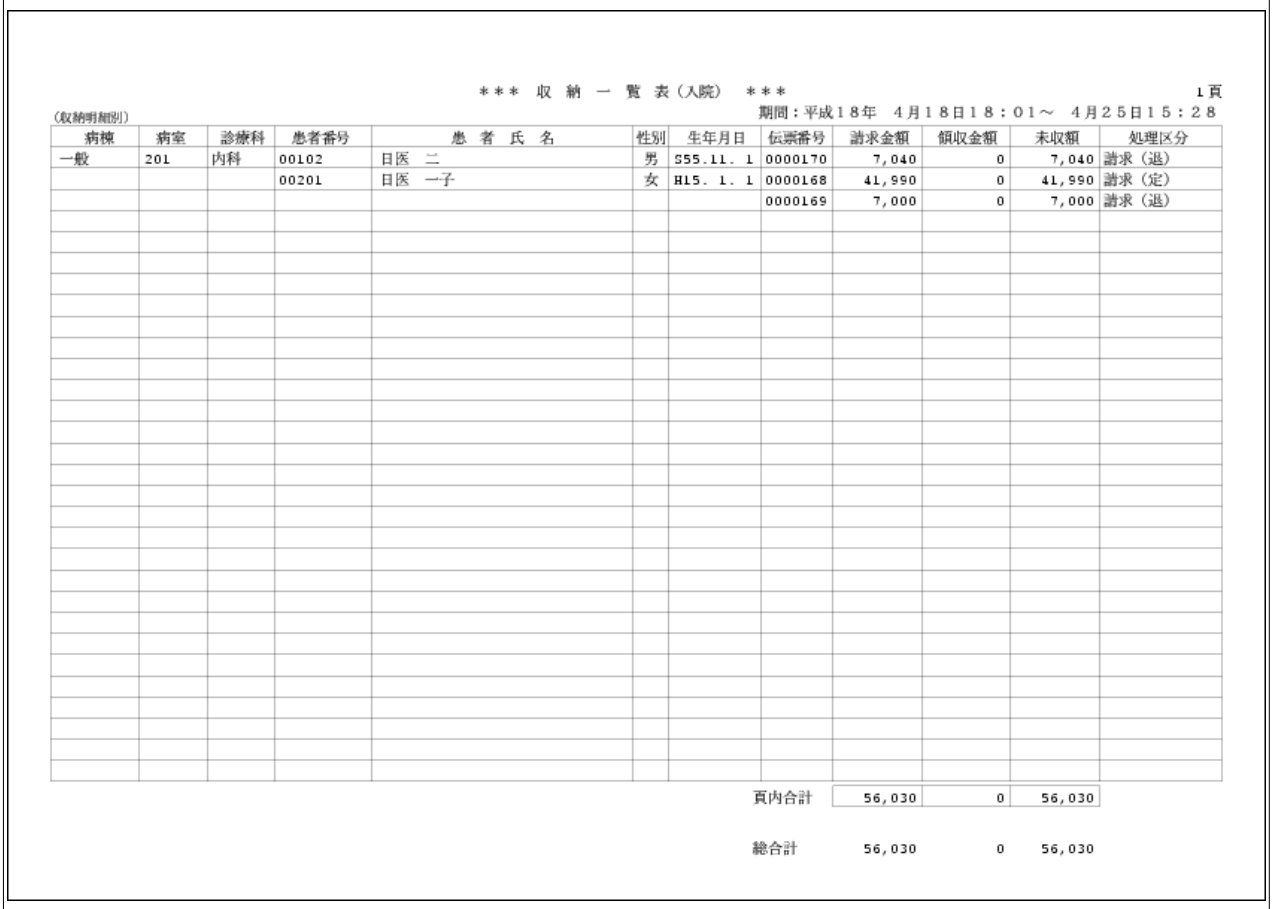
1頁

（収納明細別）　　平成１８年　４月２５日分

病棟	病室	診療科	患者番号	患　者　氏　名	性別	生年月日	伝票番号	請求金額	領収金額	未収額	処理区分
一般	201	内科	00102	日医　二	男	S55.11. 1	0000170	7,040	0	7,040	請求（退）
			00201	日医　一子	女	H15. 1. 1	0000168	41,990	0	41,990	請求（定）
							0000169	7,000	0	7,000	請求（退）

頁内合計	56,030	0	56,030
総合計	56,030	0	56,030

図 **1592**



＊＊＊　収　納　一　覧　表（入院）　＊＊＊　　1頁

（収納明細別）　　期間：平成１８年　４月１８日１８：０１～　４月２５日１５：２８

病棟	病室	診療科	患者番号	患　者　氏　名	性別	生年月日	伝票番号	請求金額	領収金額	未収額	処理区分
一般	201	内科	00102	日医　二	男	S55.11. 1	0000170	7,040	0	7,040	請求（退）
			00201	日医　一子	女	H15. 1. 1	0000168	41,990	0	41,990	請求（定）
							0000169	7,000	0	7,000	請求（退）
							頁内合計	56,030	0	56,030	
							総合計	56,030	0	56,030	

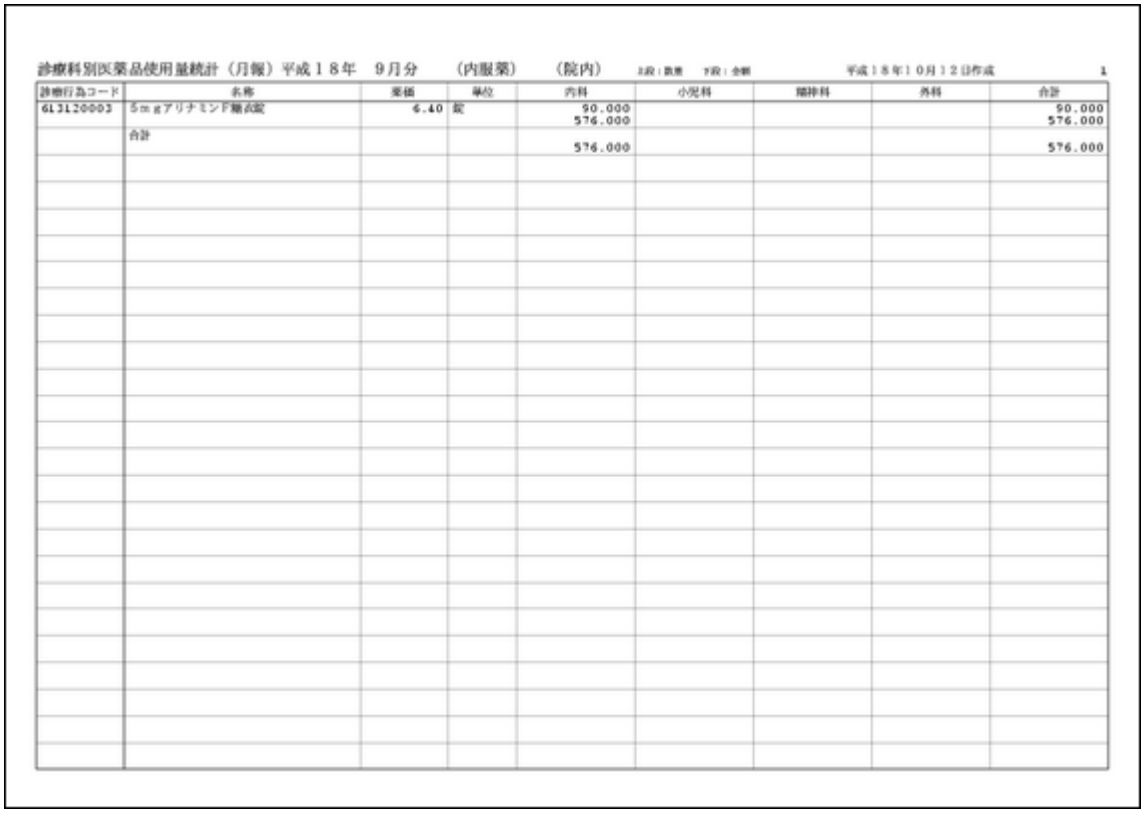
図 **1593**

診療科別医薬品使用量統計（月報）平成１８年　４月分　　（内服薬）　　（院内）　　平成１８年　４月２５日作成　　1

診療行為コード	名称	薬価	単位	内科	小児科	精神科				合計
610408019	アンモニア・ウイキョウ精「コザカイ・M」	2.74	mL	20						20
620000555	アンモニア・ウイキョウ精「司生堂」	2.74	mL	10						10

図 1594

 Copyright(C)2007JMARI



診療科別医薬品使用量統計（月報）平成１８年　９月分　（内服薬）　（院内）　1段：数量　2段：金額　平成１８年１０月１２日作成　1

診療行為コード	名称	薬価	単位	内科	小児科	精神科	外科	合計
613120003	5ｍｇアリナミンF糖衣錠	6.40	錠	90.000 576.000				90.000 576.000
	合計			576.000				576.000

図 1595

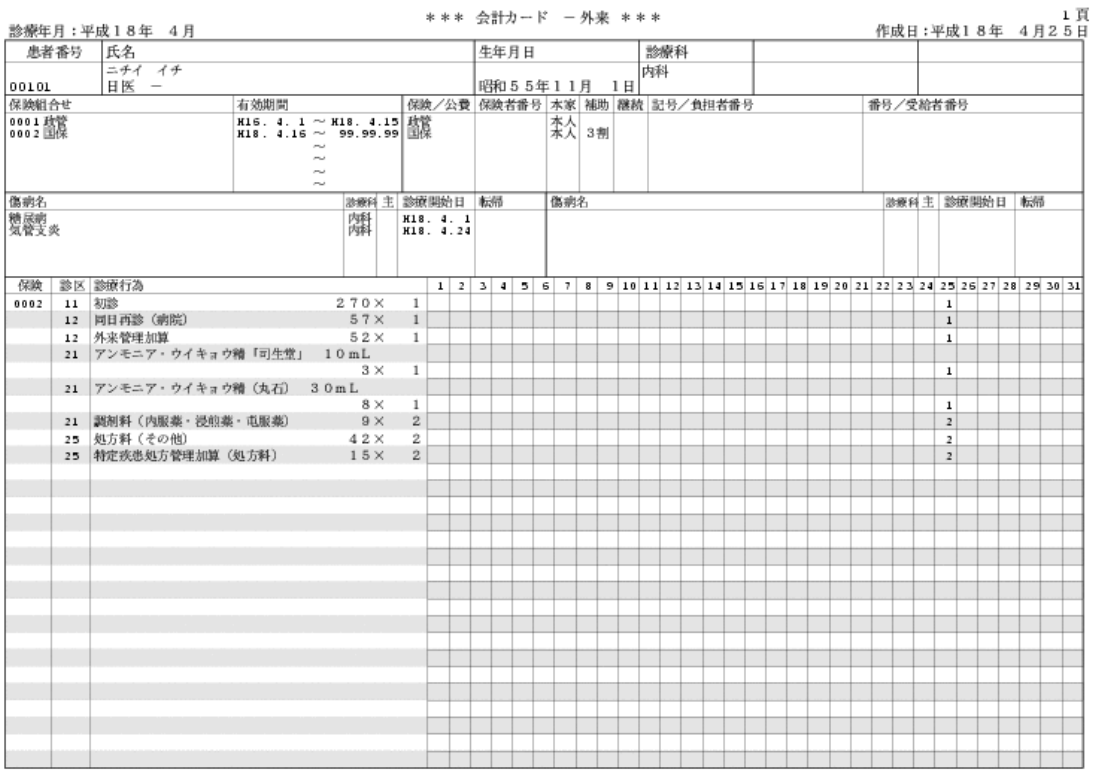
 Copyright(C)2007JMARI

診　療　の　点　数　等　　<外　来>　　P　1

00101
日医　－　　昭和５５年１１月　１日生　男　　平成１８年　４月～
本人　国保

月日＼種別	診察	投薬	注射	処置・手術	検査	画診像断	その他	合計 点数	合計 負担金	保険外	備考
1	4,25	270	3x 1					339	1020		
2			9x 1								
3			42x 1								
4			15x 1								
5								339	1020		合計

図 1596



＊＊＊ 会計カード －外来 ＊＊＊

1頁

診療年月：平成１８年 ４月

作成日：平成１８年 ４月２５日

患者番号	氏名	生年月日	診療科		
00101	ニチイ イチ 日医 一	昭和５５年１１月 １日	内科		

保険組合せ	有効期間	保険／公費	保険者番号	本家	補助	継続	記号／負担者番号	番号／受給者番号
0001 政管 0002 国保	H15. 4. 1 ～ H18. 4.15 H18. 4.16 ～ 99.99.99	政管 国保		本人 本人	3割			

傷病名	診療科	主	診療開始日	転帰	傷病名	診療科	主	診療開始日	転帰
糖尿病 気管支炎	内科 内科		H18. 4. 1 H18. 4.24						

保険	診区	診療行為			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
0002	11	初診	２７０×	1																									1						
	12	同日再診（病院）	５７×	1																									1						
	12	外来管理加算	５２×	1																									1						
	21	アンモニア・ウイキョウ精「司生堂」	１０mL																																
			３×	1																									1						
	21	アンモニア・ウイキョウ精（丸石）	３０mL																																
			８×	1																									1						
	21	調剤料（内服薬・浸煎薬・屯服薬）	９×	2																									2						
	25	処方料（その他）	４２×	2																									2						
	25	特定疾患処方管理加算（処方料）	１５×	2																									2						

図 1597

空き患者番号一覧　ORCBZ001

空き患者番号一覧

平成１８年　４月２５日発行　　頁：　1

患者番号：標準構成　連番号（５桁）

00001	00041	00081
00002	00042	00082
00003	00043	00083
00004	00044	00084
00005	00045	00085
00006	00046	00086
00007	00047	00087
00008	00048	00088
00009	00049	00089
00010	00050	00090
00011	00051	00091
00012	00052	00092
00013	00053	00093
00014	00054	00094
00015	00055	00095
00016	00056	00096
00017	00057	00097
00018	00058	00098
00019	00059	00099
00020	00060	00100
00021	00061	00151
00022	00062	00152
00023	00063	00153
00024	00064	00154
00025	00065	00155
00026	00066	00156
00027	00067	00157
00028	00068	00158
00029	00069	00159
00030	00070	00160
00031	00071	00161
00032	00072	00162
00033	00073	00163
00034	00074	00164
00035	00075	00165
00036	00076	00166
00037	00077	00167
00038	00078	00168
00039	00079	00169
00040	00080	00170

図 1598

Copyright(C)2007JMARI

＜　同一月に併用算定できない診療行為一覧表　＞　　作成日：2006．4.25　P-　1

診療行為コード		適用診療行為コード	
101120030	再診時療養指導管理料	113001810	特定疾患療養管理料（診療所）
		113001910	特定疾患療養管理料（１００床未満）
		113002010	特定疾患療養管理料（１００床以上２００床未満）
		113000310	ウイルス疾患指導料１
		113003210	ウイルス疾患指導料２
		113002850	てんかん指導料
		113002910	難病外来指導管理料
		113000910	皮膚科特定疾患指導管理料（１）
		113002310	皮膚科特定疾患指導管理料（２）
		113001510	心臓ペースメーカー指導管理料（術後３月以内）
		113001610	心臓ペースメーカー指導管理料（術後３月超）
		113006510	慢性疼痛疾患管理料
		114007310	退院前在宅療養指導管理料
		114009210	在宅自己注射指導管理料
		114003510	在宅自己腹膜灌流指導管理料
		114003610	在宅自己連続携行式腹膜灌流頓回指導管理料
		114009310	在宅血液透析指導管理料
		114009410	在宅血液透析頓回指導管理料
		114003710	在宅酸素療法指導管理料（その他）
		114004110	在宅酸素療法指導管理料（チアノーゼ型先天性心疾患）
		114004210	在宅中心静脈栄養法指導管理料
		114004310	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料
		114004410	在宅自己導尿指導管理料
		114005410	在宅人工呼吸指導管理料
		114009710	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料
		114005610	在宅悪性腫瘍患者指導管理料
		114005810	在宅寝たきり患者処置指導管理料
		114007010	在宅自己疼痛管理指導管理料
		114010410	在宅肺高血圧症患者指導管理料
		114011110	在宅気管切開患者指導管理料
		180020410	通院精神療法（初診時精神保健指定医等）
		180012210	通院精神療法（病院）
		180012310	通院精神療法（診療所）
		180007250	家族通院精神療法（病院）
		180007350	家族通院精神療法（診療所）
		180012410	心身医学療法（入院）
		180020010	心身医学療法（入院外）（再診時）
		180020610	心身医学療法（入院外）（初診時）
111000110	初診	113000910	皮膚科特定疾患指導管理料（１）
		113001810	特定疾患療養管理料（診療所）
		113002210	小児科療養指導料
		113002310	皮膚科特定疾患指導管理料（２）
		113002850	てんかん指導料
		113002910	難病外来指導管理料
		113003510	小児科外来診療料（院外処方）初診時
		113003610	小児科外来診療料（院外処方）再診時
		113003710	小児科外来診療料（院内処方）初診時
		113003810	小児科外来診療料（院内処方）再診時
		113003910	生活習慣病管理料（院外処方）（高血圧症を主病とする場合）
		113004010	生活習慣病管理料（院内処方）（高血圧症を主病とする場合）
		113005810	生活習慣病管理料（院外処方）（高脂血症を主病とする場合）

図 1599

Copyright(C)2007JMARI

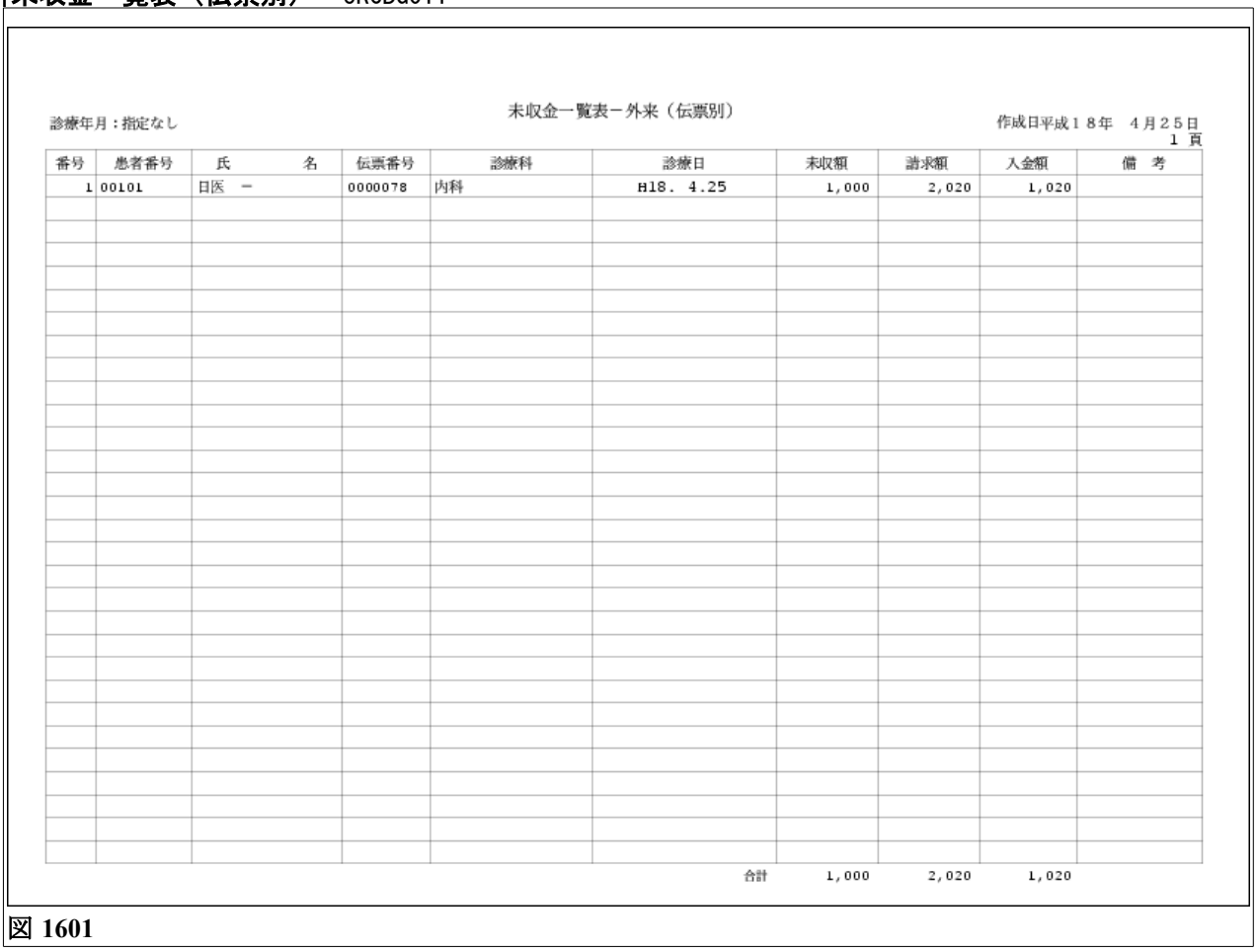
レセプトチェック（プレビュー）　ORCBPRVPRT

図 1600

Copyright(C)2007JMARI

未収金一覧表（患者別） ORCBG010

未収金一覧表（伝票別） ORCBG011



診療年月：指定なし

未収金一覧表－外来（伝票別）

作成日平成１８年　４月２５日

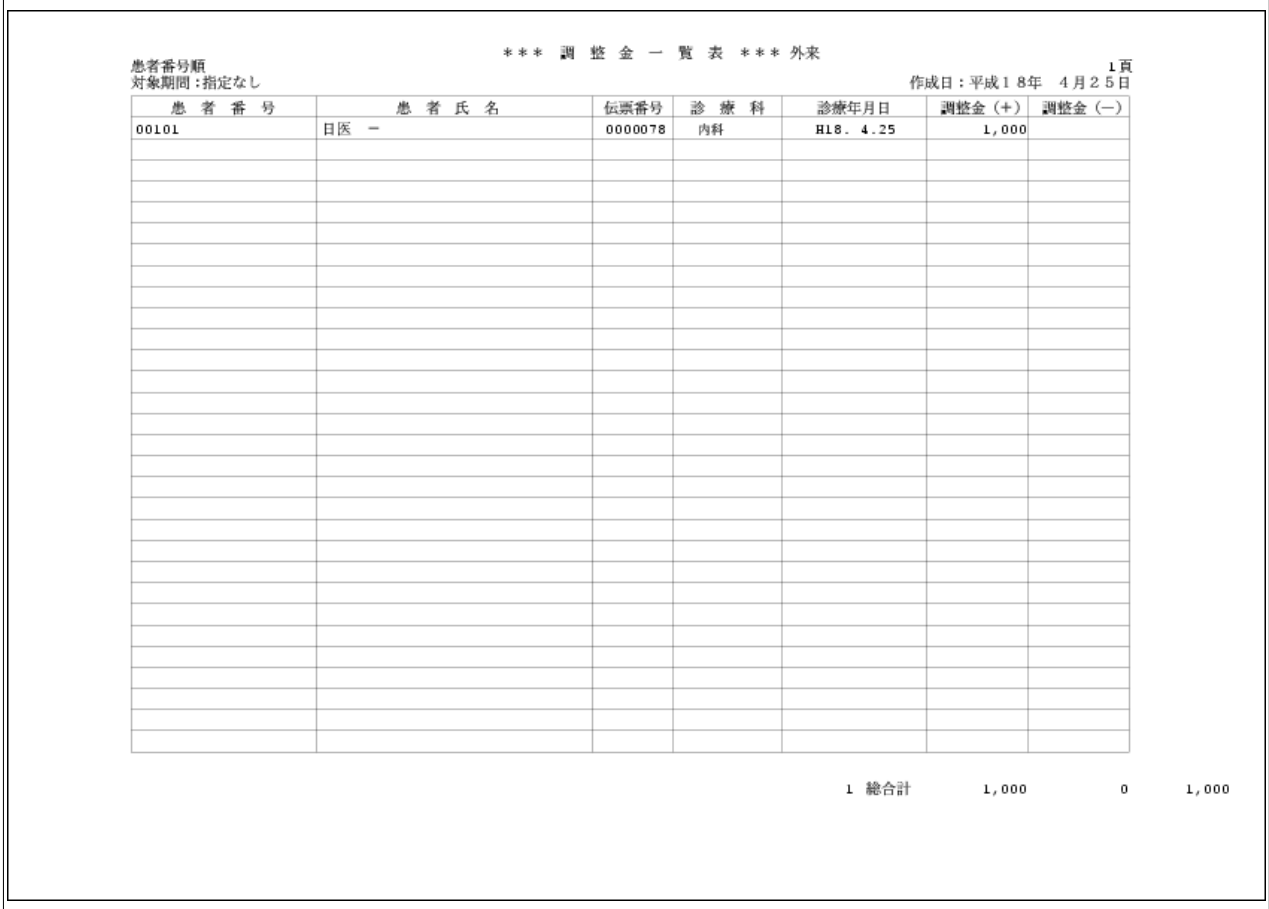
１頁

番号	患者番号	氏　　名	伝票番号	診療科	診療日	未収額	請求額	入金額	備　考
1	00101	日医　一	0000078	内科	H18. 4.25	1,000	2,020	1,020	
					合計	1,000	2,020	1,020	

図 1601

 Copyright(C)2007JMARI

調整金一覧表　ORCBG012



＊＊＊ 調 整 金 一 覧 表 ＊＊＊ 外来

患者番号順　　1頁
対象期間：指定なし　　作成日：平成１８年　４月２５日

患 者 番 号	患 者 氏 名	伝票番号	診 療 科	診療年月日	調整金（＋）	調整金（－）
00101	日医　一	0000078	内科	H18. 4.25	1,000	

1 総合計　1,000　0　1,000

図 **1602**

No.

診療費請求書兼領収書

診療年月 平成１８年　４月　　内科　　発行日　平成１８年　４月２５日

氏名　日医　一　　様　　保険種類 国保

患者番号 00101　　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	６９点	円
注射	点	円
処置	点	円
手術・麻酔	点	円
検査	点	円
画像診断	点	円
リハ・処方箋・他	点	円
合計点数	３３９点	

保険分負担金額	１，０２０円

保険適用外金額	円
消費税（再掲）	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。

	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
自費計	円
消費税（再掲）	円

薬剤一部負担金	円
老人一部負担金	円
公費一部負担金	円

調整金	１，０００円

今回請求額	２，０２０円
消費税（再掲）	円
前回請求額	円
合計請求額	２，０２０円
今回入金額	１，０２０円

東京都文京区駒込２－２８－１６
財団法人　日医総研　ニチイ医院
電話 03-3946-0001

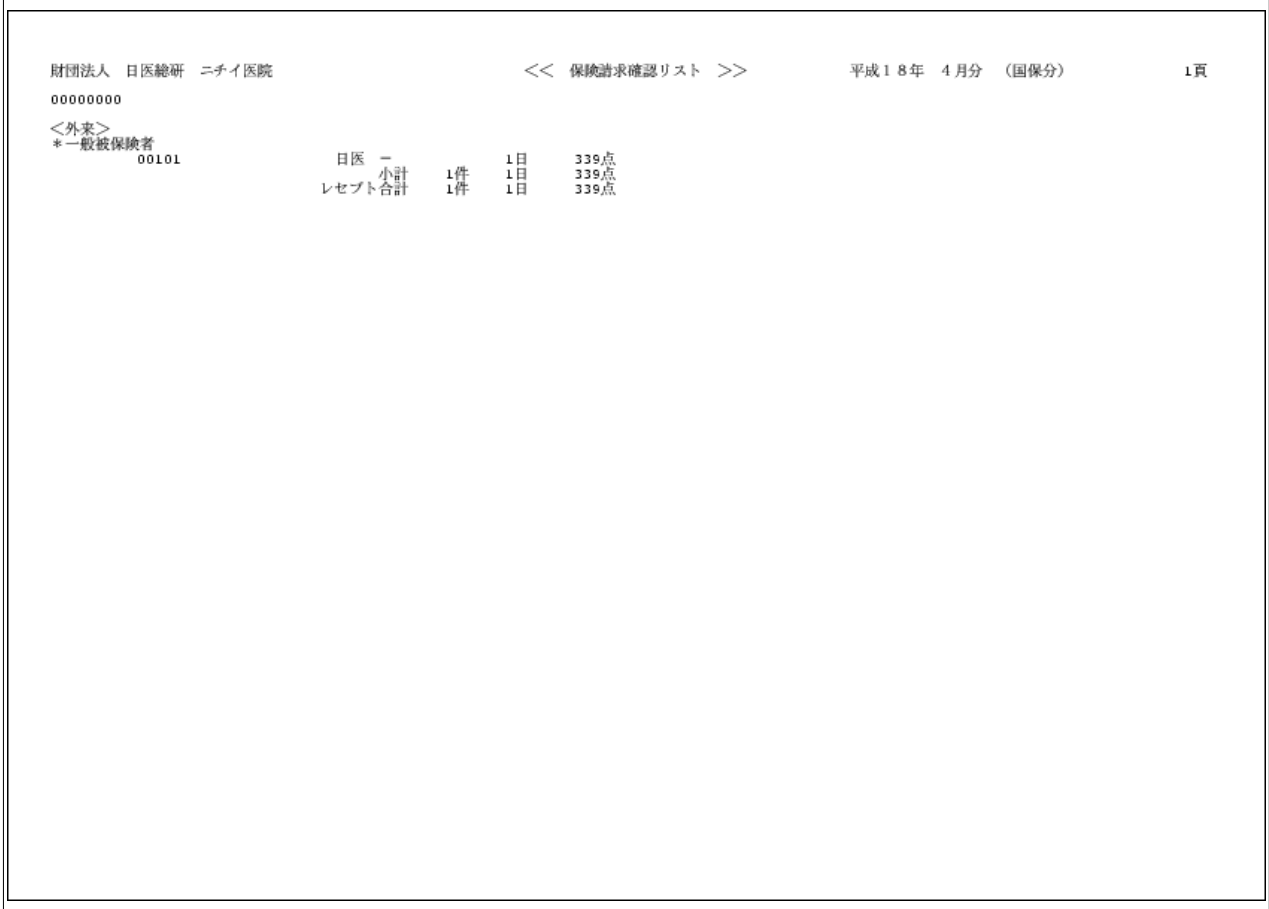
領収印

MEMO

図 1603

Copyright(C)2007JMARI

保険請求確認リスト　ORCBG014

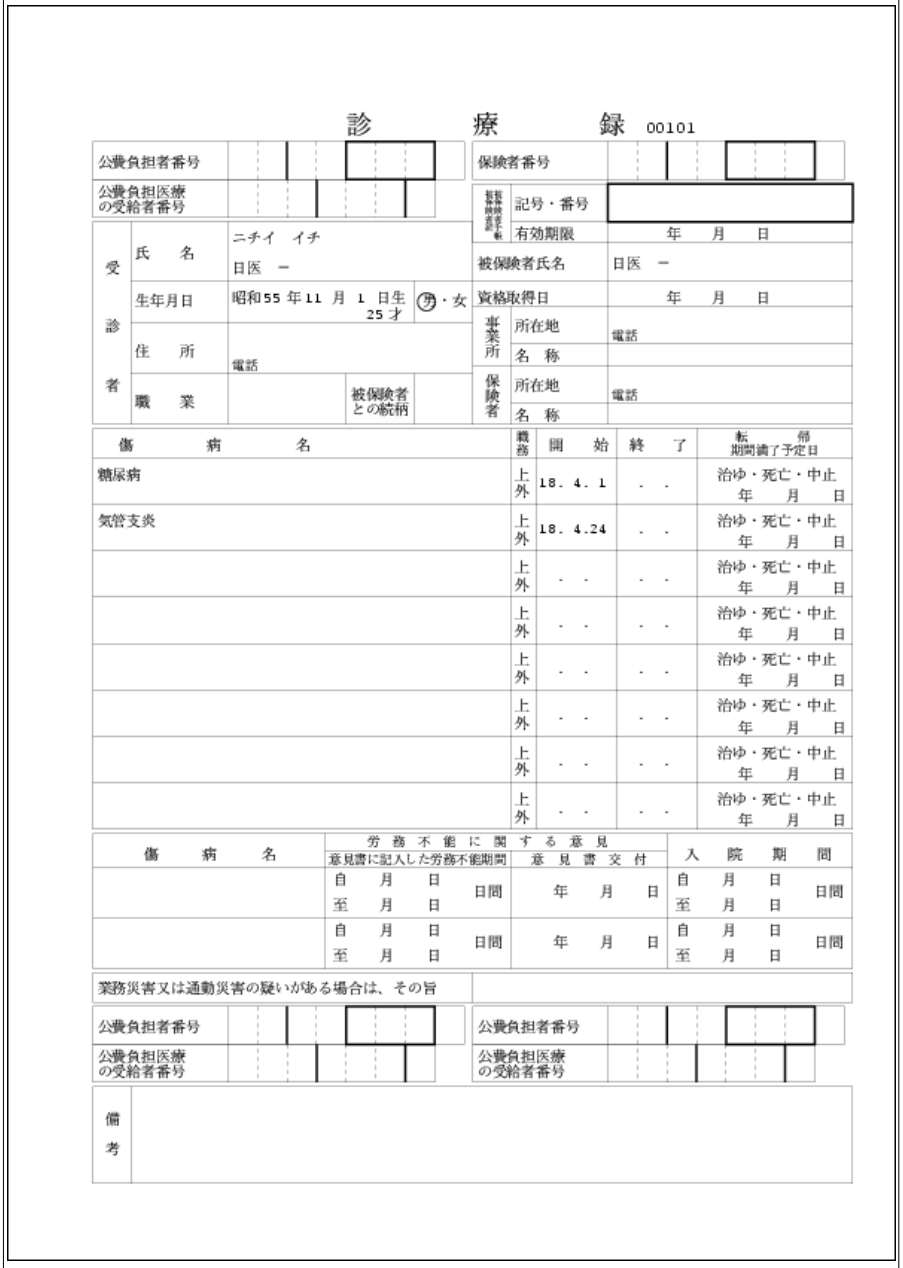


財団法人　日医総研　ニチイ医院　　<<　保険請求確認リスト　>>　　平成１８年　４月分　（国保分）　　1頁

00000000

<外来>
＊一般被保険者
00101　　日医　－　　1日　　339点
小計　1件　1日　339点
レセプト合計　1件　1日　339点

図 **1604**



診　　療　　録　00101

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	
				有効期限	年　月　日
受診者	氏名	ニチイ　イチ 日医　一	被保険者氏名		日医　一
	生年月日	昭和55年11月1日生 25才 ㊚・女	資格取得日		年　月　日
	住所	電話	事業所	所在地	電話
				名称	
	職業	被保険者との続柄	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
糖尿病	上外	18. 4. 1	. .	治ゆ・死亡・中止 年　月　日
気管支炎	上外	18. 4.24	. .	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		労務不能に関する意見 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	

図 1605

一部負担金給与控除一覧　ORCBG015

一部負担金給与控除一覧　　平成１８年　４月分　　作成日　平成１８年　４月２５日　　１頁

番号	患者番号	氏　　名	伝票番号	請求額	患者計	世帯計	記号・番号	備　考
1	00101	日医　一	0000079	550	550	550		被保険者名 日医　一
				550	550	550		

図 **1606**

日　計　表

平成１８年　４月診療分
（投薬　注射　処置　手術）

医療機関コード　0000000
患者名　　日医　二

品名・規格	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ガスター注射液２０ｍｇ　２ｍＬ																									1						
ソル・メドロール５００　５００ｍｇ（溶解液付）																									1						
塩酸モルヒネ注射液　１％１ｍＬ																									1						

図 **1607**

　Copyright(C)2007JMARI

定期請求患者一覧表　ORCBG002

＊＊＊ 定期請求患者一覧表 ＊＊＊　　1頁

平成１８年　４月（全件）　　作成日：平成１８年　４月２５日

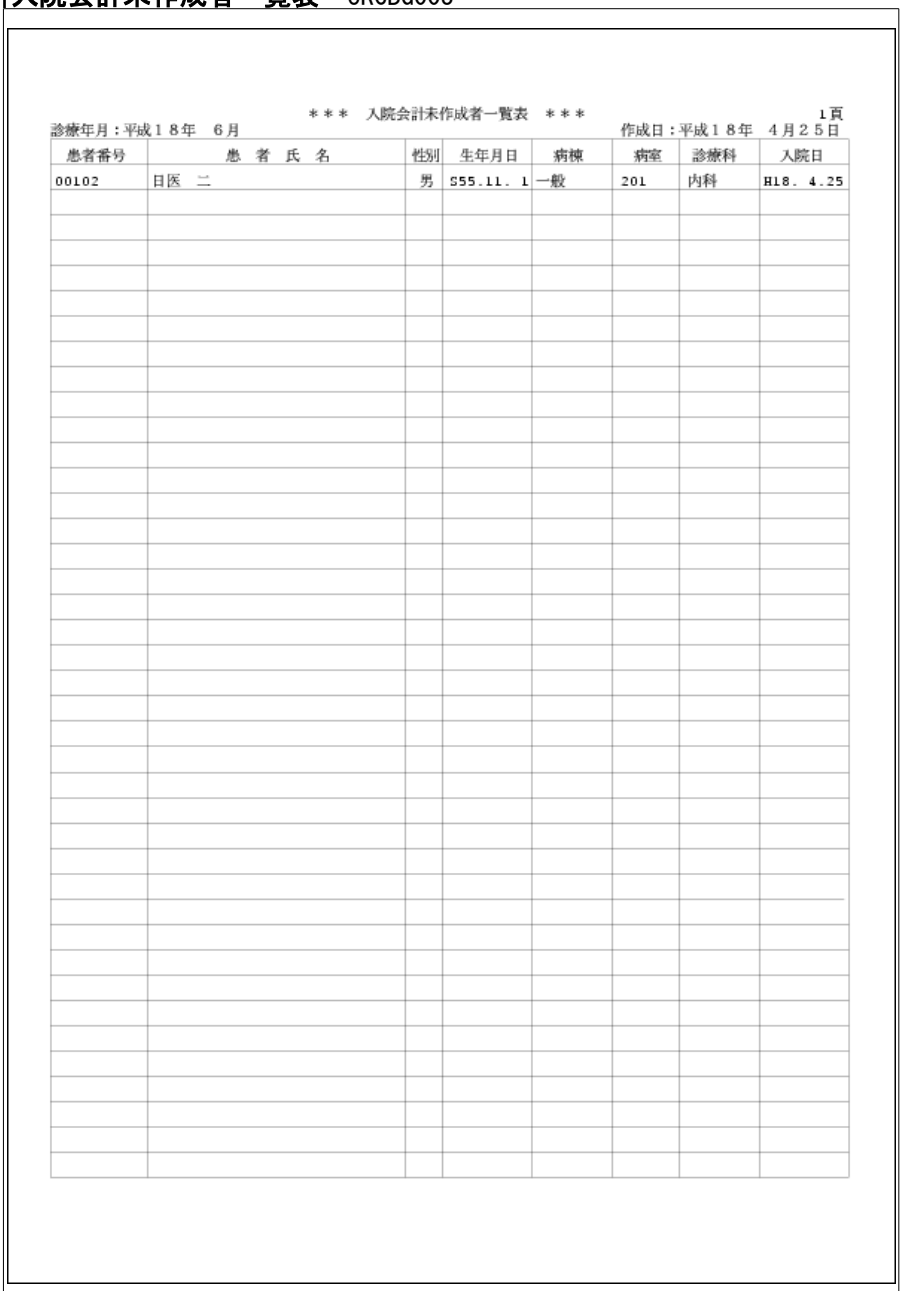
病棟	病室	診療科	患者番号	患　者　氏　名	性別	生年月日	伝票番号	請求金額	処理区分
一般	201	内科	00201	日医　一子	女	平成１５年　１月　１日	0000168	41,990	２期

頁内合計　41,990

総合計　41,990

図 **1608**

入院会計未作成者一覧表　ORCBG003



＊＊＊　入院会計未作成者一覧表　＊＊＊　　1頁

診療年月：平成１８年　６月　　作成日：平成１８年　４月２５日

患者番号	患　者　氏　名	性別	生年月日	病棟	病室	診療科	入院日
00102	日医　二	男	S55.11. 1	一般	201	内科	H18. 4.25

図 1609

Copyright(C)2007JMARI

入院患者通算日数一覧表　ORCBG004

＊＊＊　入院患者通算日数一覧表　＊＊＊　　1頁

基準日：平成１８年　４月２５日　　作成日：平成１８年　４月２５日

病棟	病室	診療科	患者番号	患　者　氏　名	性別	生年月日	入院日	自院入院日数	９１日以上	１８０日以上
一般	201	内科	00102	日医　二	男	S55.11. 1	H18. 4.25	1日	H18. 7.24	H18.10.21
			00201	日医　一子	女	H15. 1. 1	H18. 4.25	1日	H18. 7.24	H18.10.21

図 **1610**

Copyright(C)2007JMARI

長期入院対象患者一覧表　ORCBG005

＊＊＊　長期入院対象患者一覧表　＊＊＊　　1頁

基準日：平成１８年　４月２５日　　作成日：平成１８年　４月２５日

病棟	病室	診療科	患者番号	患　者　氏　名	性別	生年月日	入院日	９１日以上	１８０日以上	
一般	201	内科	00102	日医　二	男	S55.11. 1	H18. 4.25	H18. 7.24	H18.10.21	
			00201	日医　一子	女	H15. 1. 1	H18. 4.25	H18. 7.24	H18.10.21	

○：基準日から通算日数９１日、または１８０日が１ヵ月以内であるとき
●：基準日が通算日数９１日、または１８０日を超えているとき

図 1611

Copyright(C)2007JMARI

高額日計表（診療内容参考資料）　ORCBG009

診療内容参考資料

東京都文京区駒込２－２８－１６
財団法人　日医総研　ニチイ医院
担当医師名

患者名　日医　二

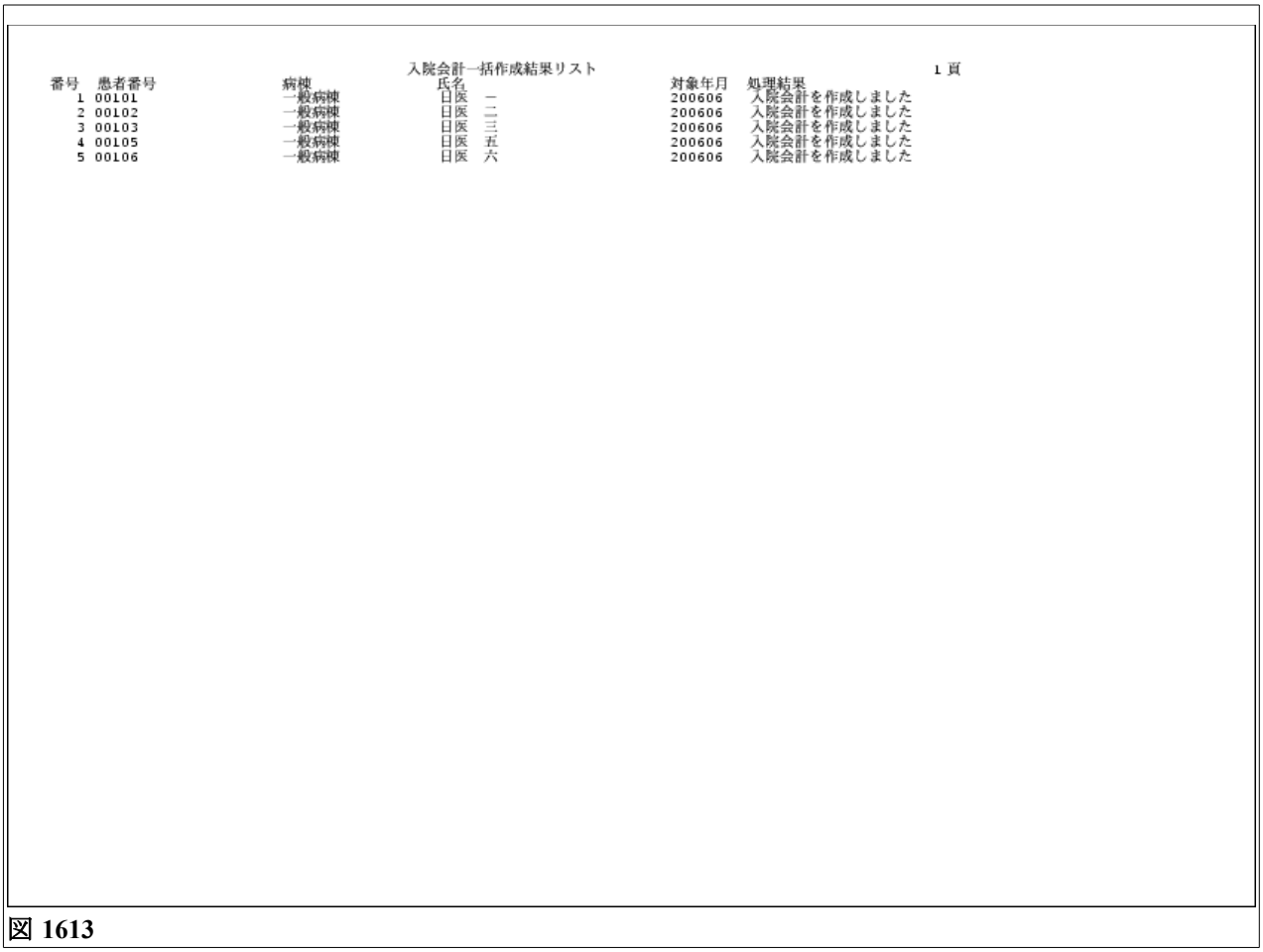
平成１８年　４月分

使用薬品名	単位	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ソル・メドロール５００　５００ｍｇ（溶解液付）	1瓶																									1						
塩酸モルヒネ注射液　１％１ｍＬ	1管																									1						

症状の経過

図 **1612**

入院会計一括作成　ORCBCRENYUACCT

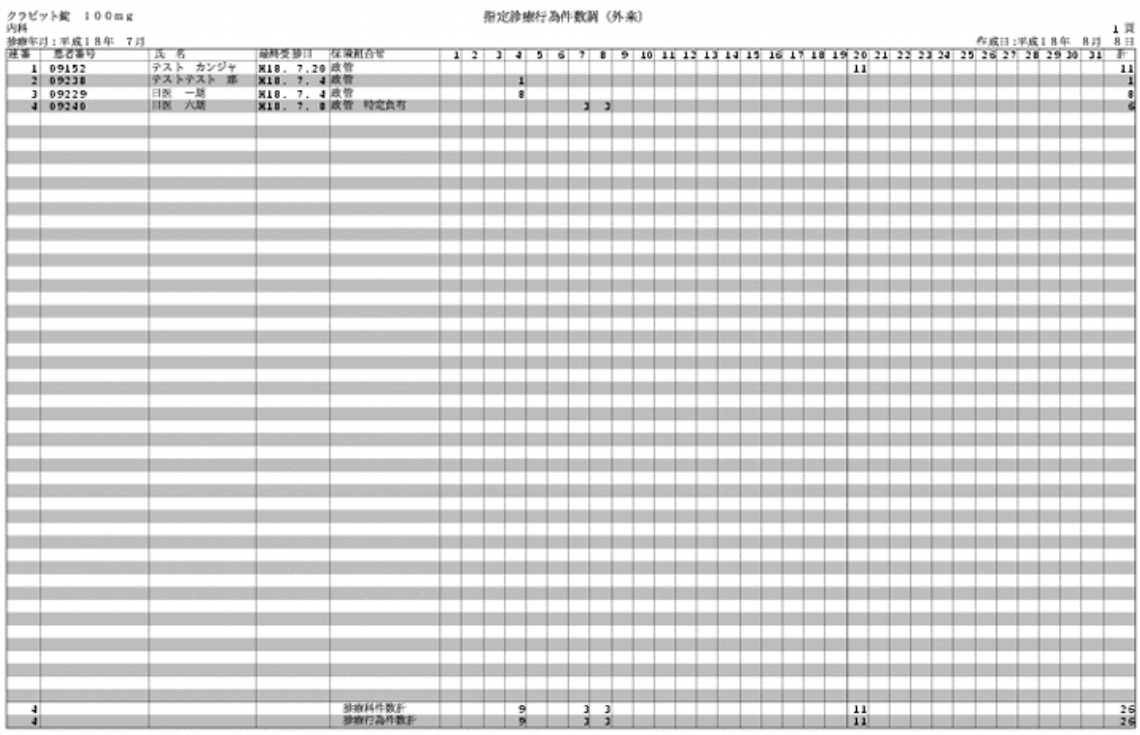


入院会計一括作成結果リスト　　1 頁

番号	患者番号	病棟	氏名	対象年月	処理結果
1	00101	一般病棟	日医　一	200606	入院会計を作成しました
2	00102	一般病棟	日医　二	200606	入院会計を作成しました
3	00103	一般病棟	日医　三	200606	入院会計を作成しました
4	00105	一般病棟	日医　五	200606	入院会計を作成しました
5	00106	一般病棟	日医　六	200606	入院会計を作成しました

図 1613

指定診療行為件数調　ORCBG016



クラビット錠　１００ｍｇ
内科
診療年月：平成１８年　７月

指定診療行為件数調（外来）

１頁
８日

作成日：平成１８年　８月

連番	患者番号	氏　名	最終受診日	保険組合等	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計
1	09152	テスト　カンジャ	H18. 7.26	政管																				11											11
2	09238	テストテスト　郎	H18. 7. 4	政管				1																											1
3	09229	日医　一郎	H18. 7. 4	政管				8																											8
4	09240	日医　六郎	H18. 7. 8	政管　特定負有							3	3																							6
4				診療科件数計				9			3	3												11											26
4				診療行為件数計				9			3	3												11											26

図 1614

診療行為別集計表（外来）

画像診断
消化器科

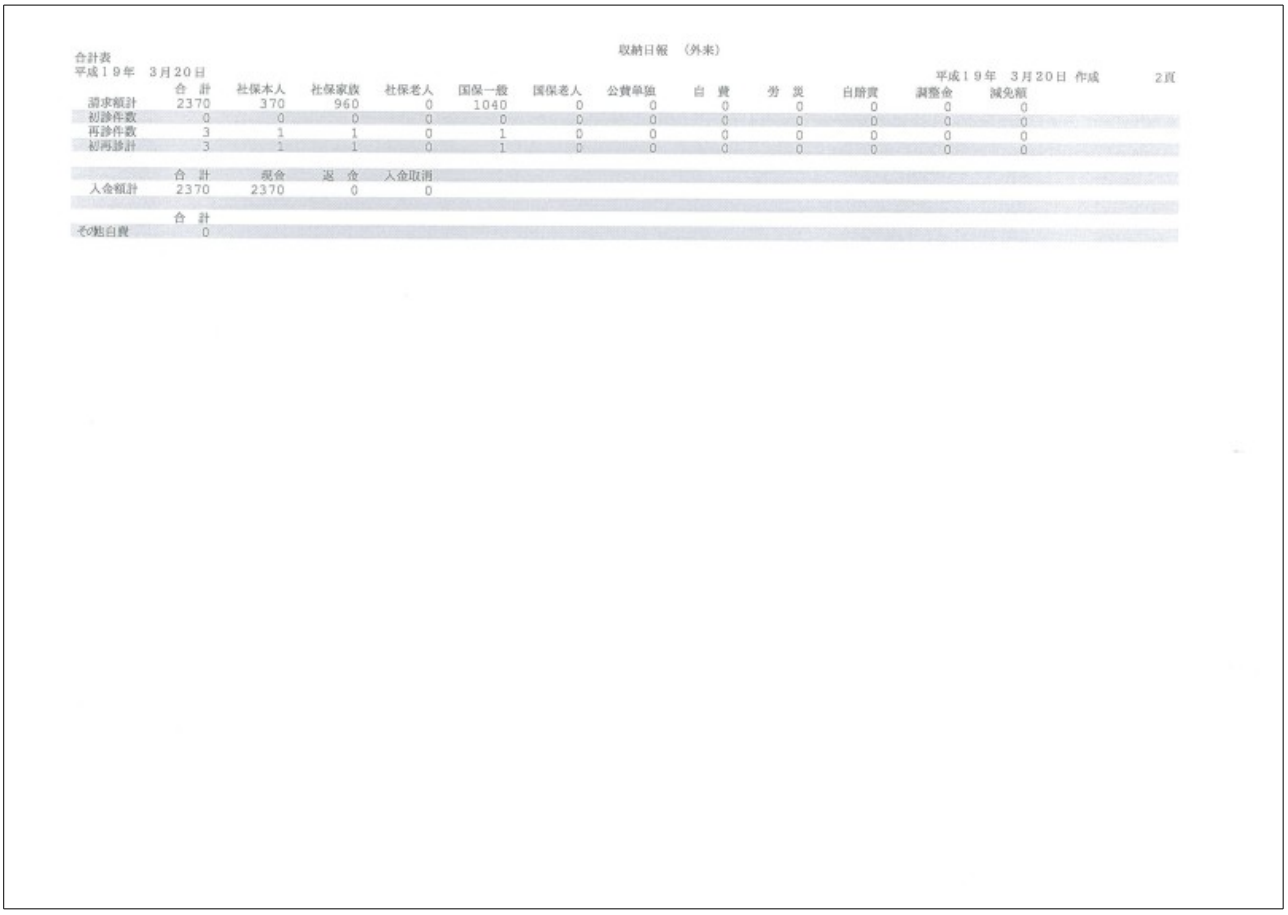
12頁

診療年月：平成１６年　４月　　作成日：平成１８年　７月１４日

連番	診療コード	名称	点数単価		回数
1	170002110	造影剤使用撮影（撮影）	148点	5枚	1
2	170000810	造影剤使用撮影の写真診断	72点	5枚	1
3	170000310	透視診断	110点		1
4	170002010	特殊撮影（撮影）	264点		1
5	170000730	特殊撮影の写真診断（他方と同時併施）	48点		1

図 **1615**

　Copyright(C)2007JMARI



収納日報　（外来）

合計表
平成１９年　３月２０日　　平成１９年　３月２０日 作成　　２頁

	合　計	社保本人	社保家族	社保老人	国保一般	国保老人	公費単独	自　費	労　災	自賠責	調整金	減免額
請求額計	2370	370	960	0	1040	0	0	0	0	0	0	0
初診件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
再診件数	3	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
初再診計	3	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0

	合　計	現金	返　金	入金取消
入金額計	2370	2370	0	0

	合　計
その他自費	0

図 1616

合計頁

収納日報　（外来）

診療日平成１９年　３月２０日　　平成１９年　３月２０日　作成　　１頁

連番	伝票番号	患者番号	氏名	診療年月日	初再	保険	科	保険点数	保険請求額	自費請求額	調整金	請求額	入金額	入金方法	未収額
1	0000128	00026	日医　太郎		再診	社保本人	内	123	370	0	0	370	370	現金	0
2	0000129	00028	日医　乳児		再診	社保家族	内	480	960	0	0	960	960	現金	0
3	0000130	00027	日医　次郎		再診	国保一般	内	348	1040	0	0	1040	1040	現金	0

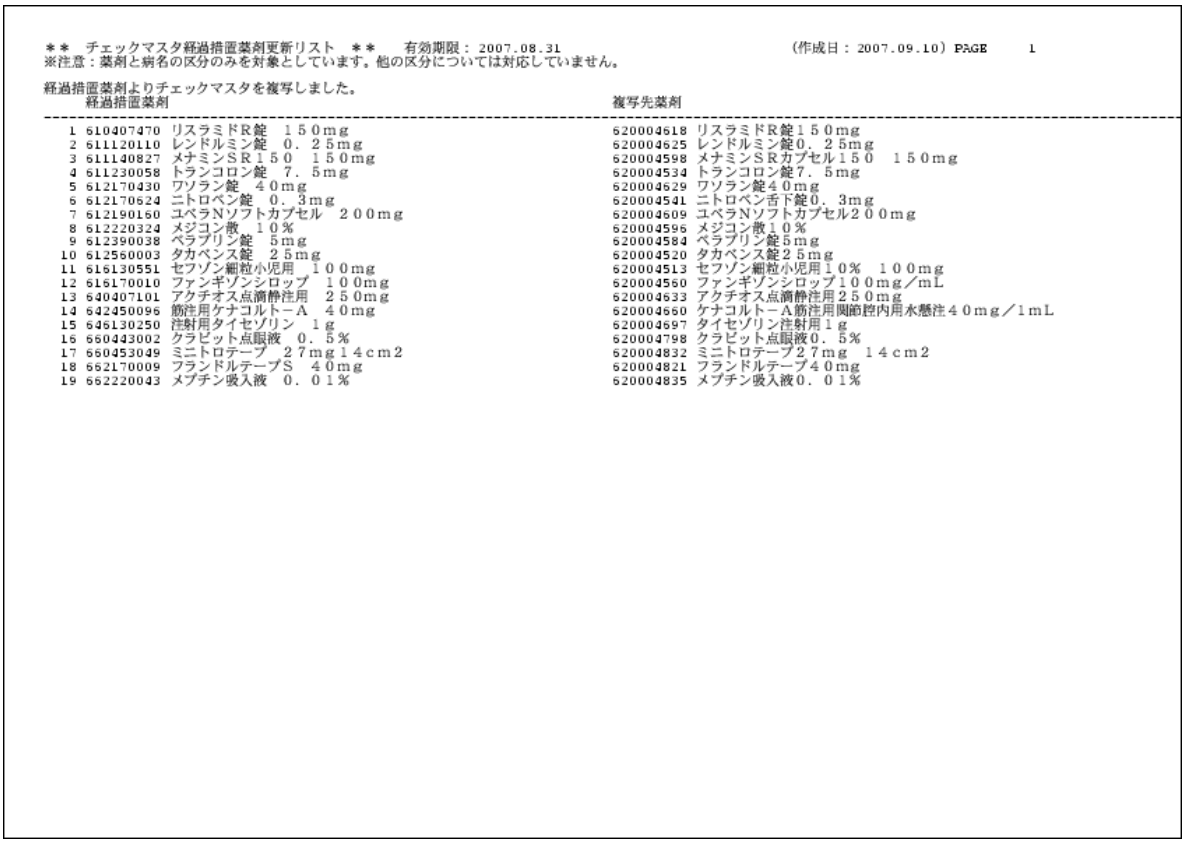
初診	再診	保険点数計	保険請求計	自費請求計	調整金計	請求額計	入金額計	未収金額計
0	3	951	2370	0	0	2370	2370	0

図 1617

Copyright(C)2007JMARI

チェックマスタ経過措置薬剤更新リスト　ORCBG018

複写登録を行ったリスト



＊＊　チェックマスタ経過措置薬剤更新リスト　＊＊　　有効期限：2007.08.31　　（作成日：2007.09.10）PAGE　1
※注意：薬剤と病名の区分のみを対象としています。他の区分については対応していません。

経過措置薬剤よりチェックマスタを複写しました。

	経過措置薬剤	複写先薬剤
1	610407470 リスラミドR錠　１５０ｍｇ	620004618 リスラミドR錠１５０ｍｇ
2	611120110 レンドルミン錠　０．２５ｍｇ	620004625 レンドルミン錠０．２５ｍｇ
3	611140827 メナミンＳＲ１５０　１５０ｍｇ	620004598 メナミンＳＲカプセル１５０　１５０ｍｇ
4	611230058 トランコロン錠　７．５ｍｇ	620004534 トランコロン錠７．５ｍｇ
5	612170430 ワソラン錠　４０ｍｇ	620004629 ワソラン錠４０ｍｇ
6	612170624 ニトロペン錠　０．３ｍｇ	620004541 ニトロペン舌下錠０．３ｍｇ
7	612190160 ユベラＮソフトカプセル　２００ｍｇ	620004609 ユベラＮソフトカプセル２００ｍｇ
8	612220324 メジコン散　１０％	620004596 メジコン散１０％
9	612390038 ベラプリン錠　５ｍｇ	620004584 ベラプリン錠５ｍｇ
10	612560003 タカベンス錠　２５ｍｇ	620004520 タカベンス錠２５ｍｇ
11	616130551 セフゾン細粒小児用　１００ｍｇ	620004513 セフゾン細粒小児用１０％　１００ｍｇ
12	616170010 ファンギゾンシロップ　１００ｍｇ	620004560 ファンギゾンシロップ１００ｍｇ／ｍＬ
13	640407101 アクチオス点滴静注用　２５０ｍｇ	620004633 アクチオス点滴静注用２５０ｍｇ
14	642450096 筋注用ケナコルトーＡ　４０ｍｇ	620004660 ケナコルトーＡ筋注用関節腔内用水懸注４０ｍｇ／１ｍＬ
15	646130250 注射用タイセゾリン　１ｇ	620004697 タイセゾリン注射用１ｇ
16	660443002 クラビット点眼液　０．５％	620004798 クラビット点眼液０．５％
17	660453049 ミニトロテープ　２７ｍｇ１４ｃｍ２	620004832 ミニトロテープ２７ｍｇ　１４ｃｍ２
18	662170009 フランドルテープＳ　４０ｍｇ	620004821 フランドルテープ４０ｍｇ
19	662220043 メプチン吸入液　０．０１％	620004835 メプチン吸入液０．０１％

図 1618

複写登録を行わなかったリスト

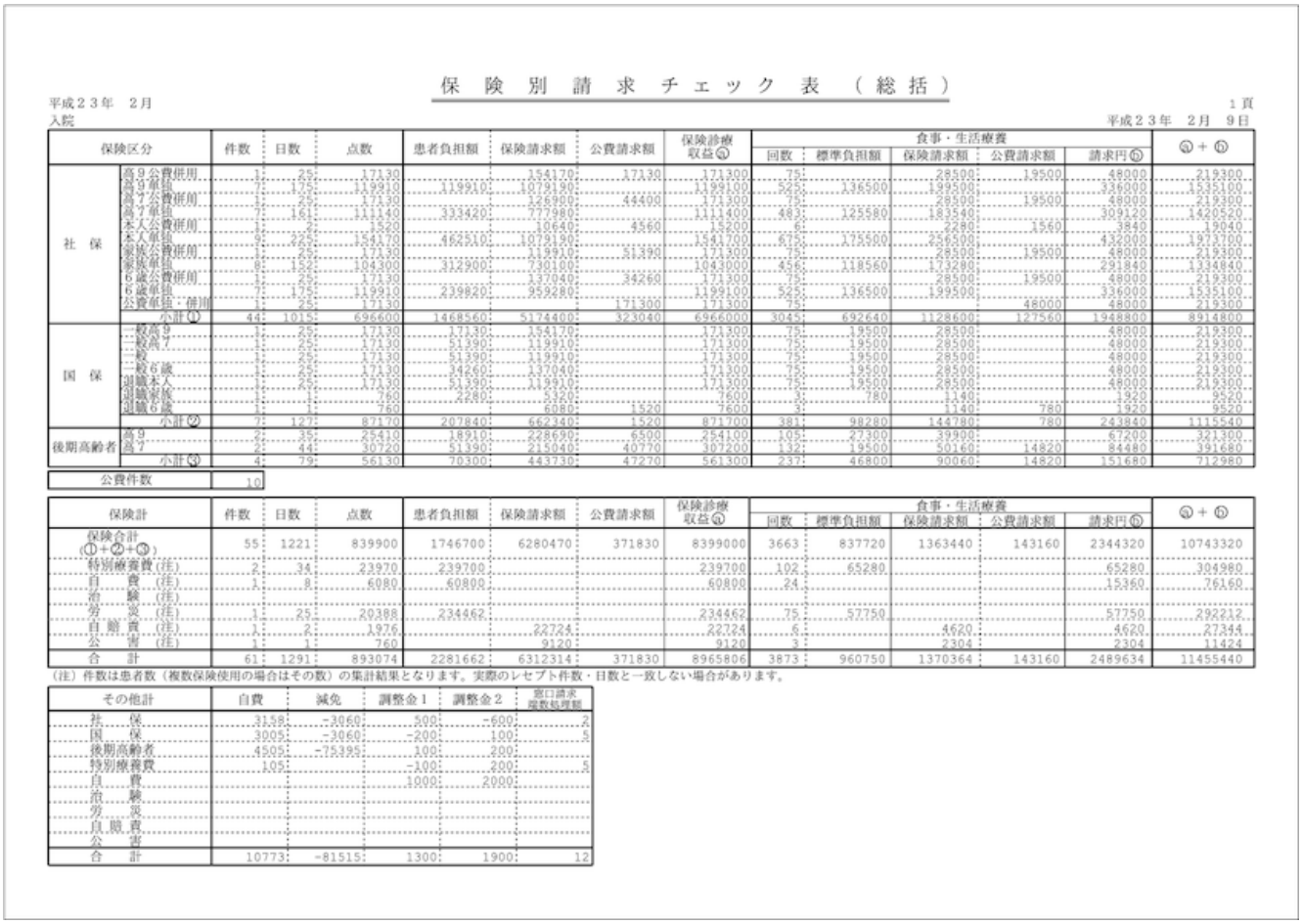
＊＊　チェックマスタ経過措置薬剤更新リスト　＊＊　　有効期限：2007.08.31　　（作成日：2007.09.10）PAGE　2
※注意：薬剤と病名の区分のみを対象としています。他の区分については対応していません。

既にチェックマスタに登録済か、複写先となる薬剤が存在しません。

	経過措置薬剤	複写先薬剤
1	610406409 ユニフィル錠２００　２００ｍｇ	620004604 ユニフィルＬＡ錠２００ｍｇ
2	610406410 ユニフィル錠４００　４００ｍｇ	620004605 ユニフィルＬＡ錠４００ｍｇ
3	620002486 Ｍ．Ｖ．Ｉ．注「ヒサミツ」　５ｍＬ	なし

図 1619

（総括表）



保　険　別　請　求　チ　ェ　ッ　ク　表　（総括）

平成２３年　２月
入院

１頁
平成２３年　２月　９日

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ⓐ	食事・生活療養 回数	食事・生活療養 標準負担額	食事・生活療養 保険請求額	食事・生活療養 公費請求額	食事・生活療養 請求円ⓑ	ⓐ＋ⓑ
社保	高９公費併用	1	25	17130		154170	17130	171300	75		28500	19500	48000	219300
	高９単独	7	175	119910	119910	1079190		1199100	525	136500	199500		336000	1535100
	高７公費併用	1	25	17130		126900	44400	171300	75		28500	19500	48000	219300
	高７単独	7	161	111140	333420	777980		1111400	483	125580	183540		309120	1420520
	本人公費併用	1	2	1520		10640	4560	15200	6		2280	1560	3840	19040
	本人単独	9	225	154170	462510	1079190		1541700	675	175500	256500		432000	1973700
	家族公費併用	1	25	17130		119910	51390	171300	75		28500	19500	48000	219300
	家族単独	6	152	104300	312900	730100		1043000	456	118560	173280		291840	1334840
	６歳公費併用	1	25	17130		137040	34260	171300	75		28500	19500	48000	219300
	６歳単独	7	175	119910	239820	959280		1199100	525	136500	199500		336000	1535100
	公費単独・併用	1	25	17130			17130	17130	75			48000	48000	219300
	小計①	44	1015	696600	1468560	5174400	323040	6966000	3045	692640	1128600	127560	1948800	8914800
国保	一般高９	1	25	17130	17130	154170		171300	75	19500	28500		48000	219300
	一般高７	1	25	17130	51390	119910		171300	75	19500	28500		48000	219300
	一般	1	25	17130	51390	119910		171300	75	19500	28500		48000	219300
	一般６歳	1	25	17130	34260	137040		171300	75	19500	28500		48000	219300
	退職本人	1	25	17130	51390	119910		171300	75	19500	28500		48000	219300
	退職家族	1	1	760	2280	5320		7600	3	780	1140		1920	9520
	退職６歳	1	1	760		6080	1520	7600	3		1140	780	1920	9520
	小計②	7	127	87170	207840	662340	1520	871700	381	98280	144780	780	243840	1115540
後期高齢者	高９	2	35	25410	18910	228690	6500	254100	105	27300	39900		67200	321300
	高７	2	44	30720	51390	215040	40770	307200	132	19500	50160	14820	84480	391680
	小計③	4	79	56130	70300	443730	47270	561300	237	46800	90060	14820	151680	712980

公費件数	10

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ⓐ	食事・生活療養 回数	食事・生活療養 標準負担額	食事・生活療養 保険請求額	食事・生活療養 公費請求額	食事・生活療養 請求円ⓑ	ⓐ＋ⓑ
保険合計（①＋②＋③）	55	1221	839900	1746700	6280470	371830	8399000	3663	837720	1363440	143160	2344320	10743320
特別療養費（注）	2	34	23970	239700			239700	102	65280			65280	304980
自費（注）	1	8	6080	60800			60800	24				15360	76160
治験（注）													
労災（注）	1	25	20388	234462			234462	75	57750			57750	292212
自賠責（注）	1	2	1976		22724		22724	6		4620		4620	27344
公害（注）	1	1	760		9120		9120	3		2304		2304	11424
合計	61	1291	893074	2281662	6312314	371830	8965806	3873	960750	1370364	143160	2489634	11455440

（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。

その他計	自費	減免	調整金１	調整金２	窓口請求端数処理額
社保	3158	-3060	500	-600	2
国保	3005	-3060	-200	100	5
後期高齢者	4505	-75395	100	200	
特別療養費	105		-100	200	5
自費			1000	2000	
治験					
労災					
自賠責					
公害					
合計	10773	-81515	1300	1900	12

図 1620

６．３　付録3　FORM_LIST

【フォームIDの調べ方】

目的の帳票をプレビューで表示します。
帳票リストのスクロールバーを右にずらします。

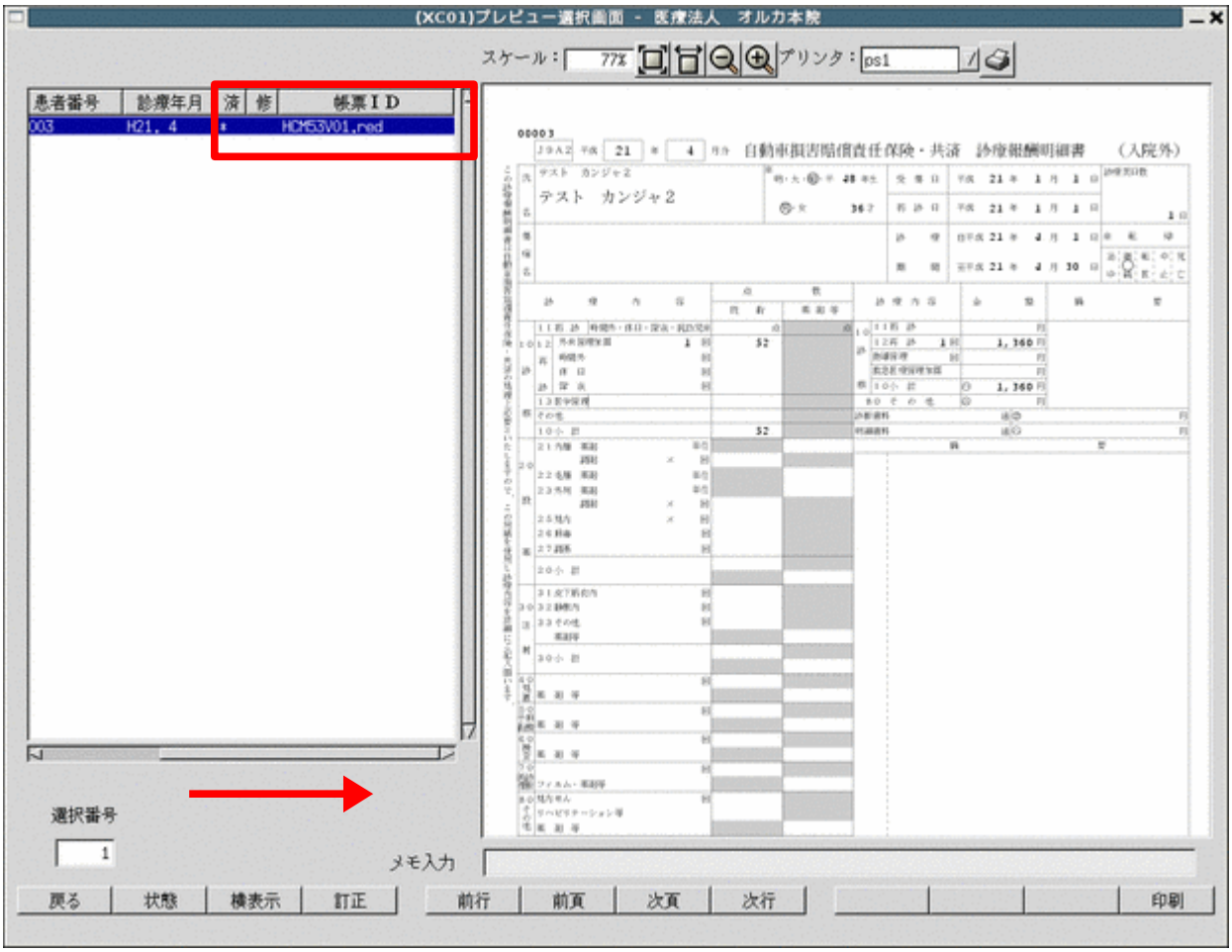


図 1621

HCM01.red	＊	診療録	
HCM011.red	＊	診療録　続紙	
HCM03.red		診療費請求書兼領収書（１）	
HCM03A.red		診療費請求書兼領収書（１）	VER4.0.0
HCM03B0.red	＊	診療費請求書兼領収書（１）	VER4.2.0
HCM03BN.red	＊	診療費請求書兼領収書（１）	VER4.2.0
HCM03V02.red		診療費請求書兼領収書（２）	
HCM03V02A.red		診療費請求書兼領収書（２）	VER4.0.0
HCM03V02B0.red	＊	診療費請求書兼領収書（２）	VER4.2.0
HCM03V02BN.red	＊	診療費請求書兼領収書（２）	VER4.2.0
HCM03V03.red		診療費請求書兼領収書（３）	
HCM03V03A.red		診療費請求書兼領収書（３）	VER4.0.0
HCM03V03B0.red	＊	診療費請求書兼領収書（３）	VER4.2.0
HCM03V03BN.red	＊	診療費請求書兼領収書（３）	VER4.2.0
HCM03V03A5.red		診療費請求書兼領収書（３）Ａ５サイズ	VER4.1.0
HCM03V03A5B0.red	＊	診療費請求書兼領収書（３）Ａ５サイズ	VER4.2.0
HCM03V03A5BN.red	＊	診療費請求書兼領収書（３）Ａ５サイズ	VER4.2.0
HCM03V04.red	＊	診療費請求書兼領収書（４）Ａ５サイズ	VER4.5.0

HCM04.red	＊	診療費明細書	
HCM04A5.red	＊	診療費明細書Ａ５サイズ	VER4.4.0
HCN01.red	＊	入院診療録	
HCN011.red	＊	入院診療録　続紙	
HCN03.red		入院診療費請求書兼領収書（１）	
HCN03A.red		入院診療費請求書兼領収書（１）	
HCN03B0.red	＊	入院診療費請求書兼領収書（１）	VER4.2.0
HCN03BN.red	＊	入院診療費請求書兼領収書（１）	VER4.2.0
HCN03V02.red		入院診療費請求書兼領収書（２）	
HCN03V02A.red		入院診療費請求書兼領収書（２）	
HCN03V02B0.red	＊	入院診療費請求書兼領収書（２）	VER4.2.0
HCN03V02BN.red	＊	入院診療費請求書兼領収書（２）	VER4.2.0
HCN03V03.red		入院診療費請求書兼領収書（３）	
HCN03V03A.red		入院診療費請求書兼領収書（３）	
HCN03V03B0.red	＊	入院診療費請求書兼領収書（３）	VER4.2.0
HCN03V03BN.red	＊	入院診療費請求書兼領収書（３）	VER4.2.0
HCN03V03A5.red		入院診療費請求書兼領収書（３）Ａ５サイズ	VER4.1.0
HCN03V03A5B0.red	＊	入院診療費請求書兼領収書（３）Ａ５サイズ	VER4.2.0
HCN03V03A5BN.red	＊	入院診療費請求書兼領収書（３）Ａ５サイズ	VER4.2.0
HCN04.red	＊	入院診療費明細書	
HC02.red		処方せん（Ａ５）	VER4.0.0
HC02V01.red		処方せん（Ａ５）	VER4.5.0
HC02V02.red	＊	処方せん（Ａ５）	VER4.6.0
HC02Q.red		処方せん（Ａ５）ＱＲコード	VER4.0.0
HC02QV01.red		処方せん（Ａ５）ＱＲコード	VER4.5.0
HC02QV02.red	＊	処方せん（Ａ５）ＱＲコード	VER4.6.0
HCM19.red		処方せん	
HCM19V01.red		処方せん	VER4.5.0
HCM19V02.red	＊	処方せん	VER4.6.0
HC501.red	＊	入院処方箋	
HC502.red	＊	注射処方箋	
HC503.red	＊	入院指示箋	
HCN02.red		退院証明書	
HCN02V01.red		退院証明書	VER4.3.0
HCN02V02.red	＊	退院証明書	VER4.3.0
HCM300.red	＊	薬剤情報（８行）	VER4.1.0
HCM301.red	＊	薬剤情報（６行）	VER4.2.0
HCM302.red		薬剤情報（２）	
HCM303.red		薬剤情報（３）	
HCM304.red		薬剤情報（４）	
HCM305.red		薬剤情報（５）	
HCM306.red		薬剤情報（６）	
HCN300.red	＊	入院薬剤情報（８行）	VER4.3.0
HCN301.red	＊	入院薬剤情報（６行）	VER4.3.0
HCM62.red	＊	お薬手帳	VER4.2.0

HCM62Q.red	＊	お薬手帳ＱＲコード	VER4.6.0
HCM43.red		外来月別請求書兼領収書	
HCM43V01.red		外来月別請求書兼領収書（１）	
HCM43V01A.red		外来月別請求書兼領収書（１）	
HCM43V02.red		外来月別請求書兼領収書（２）	
HCM43V02A.red		外来月別請求書兼領収書（２）	
HCM43V03.red		外来月別請求書兼領収書（２）	
HCM31.red		支払証明書（日別）	
HCM31V01.red		支払証明書（日別）	
HCM31V02.red		支払証明書（日別）	
HCM31G.red		支払証明書（日別）（入　院）	
HCM31GV02.red	＊	支払証明書（日別）（入　院）	VER4.5.0
HCM31N.red		支払証明書（日別）（入院外）	
HCM31NV02.red	＊	支払証明書（日別）（入院外）	VER4.5.0
HCM32.red		支払証明書（月別）	
HCM32V01.red		支払証明書（月別）	
HCM32V02.red		支払証明書（月別）	
HCM32G.red		支払証明書（月別）（入　院）	
HCM32GV02.red	＊	支払証明書（月別）（入　院）	VER4.5.0
HCM32N.red		支払証明書（月別）（入院外）	
HCM32NV02.red	＊	支払証明書（月別）（入院外）	VER4.5.0
HCM50.red	＊	自費内訳明細書	
HCM33.red	＊	カルテ３号紙（外来）	
HCM331.red	＊	カルテ３号紙（外来）　続紙	
HCM33N.red	＊	カルテ３号紙（入院）	
HCM331N.red	＊	カルテ３号紙（入院）　続紙	
HCM341.red		会計カード（入院）	
HCM341V01.red	＊	会計カード（入院）	
HCM342.red		会計カード（入院）続紙	
HCM342V01.red	＊	会計カード（入院）続紙	
HCM401.red		レセプトデータチェック	
HCM401V01.red		レセプトデータチェック	
HCM401V02.red		レセプトデータチェック	
HCM401V03.red		レセプトデータチェック	
HCM401V04.red	＊	レセプトデータチェック	VER4.0.0
HCM402.red		レセプトデータチェック（患者別）	
HCM402V01.red		レセプトデータチェック（患者別）	
HCM402V02.red	＊	レセプトデータチェック（患者別）	VER4.0.0
HCMC001.red	＊	レセプト件数枚数印刷	
HCO6V01.red		診療報酬明細書（医科入院外）	VER4.0.0
HCMO6.red		診療報酬明細書（医科入院外）	
HCMO6V01.red		診療報酬明細書（医科入院外）	
HCMO6V02.red		診療報酬明細書（医科入院外）	

HCM09.red		診療報酬明細書（医科入院外）	
HCM09V01.red		診療報酬明細書（医科入院外）	
HCM09V02.red		診療報酬明細書（医科入院外）	
HCM09V03.red		診療報酬明細書（医科入院外）	
HCM09V04.red		診療報酬明細書（医科入院外）	
HCM10.red		診療報酬明細書（医科入院外）	
HCM10V01.red		診療報酬明細書（医科入院外）	
HCM10V02.red	＊	診療報酬明細書（医科入院外）	
HCM11.red		診療報酬明細書（医科入院外）	VER4.2.0
HCM11V01.red		診療報酬明細書（医科入院外）	VER4.3.0
HCM11V02.red		診療報酬明細書（医科入院外）	VER4.6.0
HCM11V03.red		診療報酬明細書（医科入院外）	VER4.6.0
HCM11V04.red		診療報酬明細書（医科入院外）	VER4.6.0
HCM11V05.red		診療報酬明細書（医科入院外）	VER4.6.0
HCM11V06.red	＊	診療報酬明細書（医科入院外）	VER4.7.0
HCM11V06P.red	＊	診療報酬明細書（医科入院外）枠	VER4.7.0
HCN06.red		診療報酬明細書（医科入院）	
HCN06V01.red		診療報酬明細書（医科入院）	
HCN06V02.red		診療報酬明細書（医科入院）	
HCN06V03.red		診療報酬明細書（医科入院）	
HCN06V04.red		診療報酬明細書（医科入院）	
HCN06V05.red		診療報酬明細書（医科入院）	
HCN07.red	＊	診療報酬明細書（医科入院）	
HCN08.red		診療報酬明細書（医科入院）	
HCN08V01.red		診療報酬明細書（医科入院）	
HCN08V02.red	＊	診療報酬明細書（医科入院）	VER4.0.0
HCN09.red		診療報酬明細書（医科入院）	VER4.2.0
HCN09V01.red		診療報酬明細書（医科入院）	VER4.3.0
HCN09V02.red		診療報酬明細書（医科入院）	VER4.6.0
HCN09V03.red		診療報酬明細書（医科入院）	VER4.6.0
HCN09V04.red		診療報酬明細書（医科入院）	VER4.6.0
HCN09V05.red		診療報酬明細書（医科入院）	VER4.6.0
HCN09V06.red		診療報酬明細書（医科入院）	VER4.6.0
HCN09V07.red	＊	診療報酬明細書（医科入院）	VER4.7.0
HCN09V07P.red	＊	診療報酬明細書（医科入院）枠	VER4.7.0
HCN061.red		診療報酬明細書　続紙（１）	
HCN061V01.red		診療報酬明細書　続紙（１）	
HCN061V02.red		診療報酬明細書　続紙（１）	
HCN061V03.red		診療報酬明細書　続紙（１）	
HCN061V04.red	＊	診療報酬明細書　続紙（１）	VER4.0.0
HCM12.red		診療報酬明細書　続紙（１）	VER4.2.0
HCM12V01.red		診療報酬明細書　続紙（１）	VER4.3.0
HCM12V02.red	＊	診療報酬明細書　続紙（１）	VER4.6.0
HCM12V02P.red	＊	診療報酬明細書　続紙（１）枠	VER4.7.0
HCN062.red		診療報酬明細書　続紙（２）	
HCN062V01.red		診療報酬明細書　続紙（２）	
HCN062V02.red		診療報酬明細書　続紙（２）	
HCN062V03.red		診療報酬明細書　続紙（２）	
HCN062V04.red	＊	診療報酬明細書　続紙（２）	VER4.0.0
HCM13.red		診療報酬明細書　続紙（２）	VER4.2.0
HCM13V01.red		診療報酬明細書　続紙（２）	VER4.3.0

HCM13V02.red	*	診療報酬明細書	続紙（２）	VER4.6.0
HCM13V02P.red	*	診療報酬明細書	続紙（２）枠	VER4.7.0
HCN063.red		診療報酬明細書	続紙（３）	
HCN063V01.red		診療報酬明細書	続紙（３）	
HCN063V02.red		診療報酬明細書	続紙（３）	
HCN063V03.red	*	診療報酬明細書	続紙（３）	VER4.0.0
HCM14.red		診療報酬明細書	続紙（３）	VER4.2.0
HCM14V01.red		診療報酬明細書	続紙（３）	VER4.3.0
HCM14V02.red	*	診療報酬明細書	続紙（３）	VER4.6.0
HCM14V02P.red	*	診療報酬明細書	続紙（３）枠	VER4.7.0
HCM18.red		診療報酬明細書	アフターケア	
HCM18V01.red		診療報酬明細書	アフターケア	
HCM18V02.red		診療報酬明細書	アフターケア	
HCM18V03.red		診療報酬明細書	アフターケア	
HCM18V04.red		診療報酬明細書	アフターケア	
HCM18V05.red		診療報酬明細書	アフターケア	VER4.3.0
HCM18V06.red	*	診療報酬明細書	アフターケア	VER4.6.0
HCM18V04P.red		診療報酬明細書	アフターケア　枠	VER4.0.0
HCM18V05P.red		診療報酬明細書	アフターケア　枠	VER4.3.0
HCM18V06P.red	*	診療報酬明細書	アフターケア　枠	VER4.6.0
HCM71.red	*	診療報酬明細書	アフターケア新様式	VER4.6.0
HCM20.red		診療報酬明細書	アフターケア　続紙	
HCM20V01.red		診療報酬明細書	アフターケア　続紙	
HCM20V02.red		診療報酬明細書	アフターケア　続紙	
HCM20V03.red		診療報酬明細書	アフターケア　続紙	
HCM20V04.red		診療報酬明細書	アフターケア　続紙	
HCM20V05.red		診療報酬明細書	アフターケア　続紙	VER4.3.0
HCM20V06.red	*	診療報酬明細書	アフターケア　続紙	VER4.6.0
HCM20V04P.red		診療報酬明細書	アフターケア　続紙　枠	VER4.0.0
HCM20V05P.red		診療報酬明細書	アフターケア　続紙　枠	VER4.3.0
HCM20V06P.red	*	診療報酬明細書	アフターケア　続紙　枠	VER4.6.0
HCM21.red		診療報酬明細書	傷病年金（入院外）	
HCM21V01.red		診療報酬明細書	傷病年金（入院外）	
HCM21V02.red		診療報酬明細書	傷病年金（入院外）	
HCM21V03.red		診療報酬明細書	傷病年金（入院外）	
HCM21V04.red		診療報酬明細書	傷病年金（入院外）	
HCM21V05.red		診療報酬明細書	傷病年金（入院外）	VER4.3.0
HCM21V06.red	*	診療報酬明細書	傷病年金（入院外）	VER4.6.0
HCM21V04P.red		診療報酬明細書	傷病年金（入院外）　枠	VER4.0.0
HCM21V05P.red		診療報酬明細書	傷病年金（入院外）　枠	VER4.3.0
HCM21V06P.red	*	診療報酬明細書	傷病年金（入院外）　枠	VER4.6.0
HCM70.red	*	診療報酬明細書	傷病年金新様式（入院外）	VER4.6.0
HCN21.red		診療報酬明細書	傷病年金（入院）	
HCN21V01.red		診療報酬明細書	傷病年金（入院）	
HCN21V02.red		診療報酬明細書	傷病年金（入院）	
HCN21V03.red		診療報酬明細書	傷病年金（入院）	
HCN21V04.red	*	診療報酬明細書	傷病年金（入院）	

HCN21V04P.red	*	診療報酬明細書	傷病年金（入院）　枠	VER4.0.0
HCN51.red		診療報酬明細書	傷病年金（入院）	
HCN51V01.red		診療報酬明細書	傷病年金（入院）	VER4.3.0
HCN51V02.red		診療報酬明細書	傷病年金（入院）	VER4.6.0
HCN51V03.red	*	診療報酬明細書	傷病年金（入院）	VER4.6.0
HCN51P.red		診療報酬明細書	傷病年金（入院）　枠	VER4.0.0
HCN51V01P.red		診療報酬明細書	傷病年金（入院）　枠	VER4.3.0
HCN51V02P.red		診療報酬明細書	傷病年金（入院）　枠	VER4.6.0
HCN51V03P.red	*	診療報酬明細書	傷病年金（入院）　枠	VER4.6.0
HCN67.red	*	診療報酬明細書	傷病年金新様式（入院）	VER4.6.0
HCM22.red		診療報酬明細書	短期給付（入院外）	
HCM22V01.red		診療報酬明細書	短期給付（入院外）	
HCM22V02.red		診療報酬明細書	短期給付（入院外）	
HCM22V03.red		診療報酬明細書	短期給付（入院外）	
HCM22V04.red		診療報酬明細書	短期給付（入院外）	
HCM22V05.red		診療報酬明細書	短期給付（入院外）	VER4.3.0
HCM22V06.red	*	診療報酬明細書	短期給付（入院外）	VER4.6.0
HCM22V04P.red		診療報酬明細書	短期給付（入院外）　枠	VER4.0.0
HCM22V05P.red		診療報酬明細書	短期給付（入院外）　枠	VER4.3.0
HCM22V06P.red	*	診療報酬明細書	短期給付（入院外）　枠	VER4.6.0
HCM68.red	*	診療報酬明細書	短期給付新様式（入院外）	VER4.6.0
HCN22.red		診療報酬明細書	短期給付（入院）	
HCN22V01.red		診療報酬明細書	短期給付（入院）	
HCN22V02.red		診療報酬明細書	短期給付（入院）	
HCN22V03.red		診療報酬明細書	短期給付（入院）	
HCN22V04.red	*	診療報酬明細書	短期給付（入院）	
HCN22V04P.red	*	診療報酬明細書	短期給付（入院）　枠	VER4.0.0
HCN50.red		診療報酬明細書	短期給付（入院）	
HCN50V01.red		診療報酬明細書	短期給付（入院）	VER4.3.0
HCN50V02.red		診療報酬明細書	短期給付（入院）	VER4.6.0
HCN50V03.red	*	診療報酬明細書	短期給付（入院）	VER4.6.0
HCN50P.red		診療報酬明細書	短期給付（入院）　枠	VER4.0.0
HCN50V01P.red		診療報酬明細書	短期給付（入院）　枠	VER4.3.0
HCN50V02P.red		診療報酬明細書	短期給付（入院）　枠	VER4.6.0
HCN50V03P.red	*	診療報酬明細書	短期給付（入院）　枠	VER4.6.0
HCN66.red	*	診療報酬明細書	短期給付新様式（入院）	VER4.6.0
HCM24.red		診療報酬明細書	労災　続紙	
HCM24V01.red		診療報酬明細書	労災　続紙	
HCM24V02.red		診療報酬明細書	労災　続紙	
HCM24V03.red		診療報酬明細書	労災　続紙	
HCM24V04.red		診療報酬明細書	労災　続紙	
HCM24V05.red		診療報酬明細書	労災　続紙	VER4.3.0
HCM24V06.red	*	診療報酬明細書	労災　続紙	VER4.6.0
HCM24V04P.red		診療報酬明細書	労災　続紙　枠	VER4.0.0
HCM24V05P.red		診療報酬明細書	労災　続紙　枠	VER4.3.0
HCM24V06P.red	*	診療報酬明細書	労災　続紙　枠	VER4.6.0
HCM25.red		診療報酬明細書	自賠責従来様式（入院外）	

HCM25V01.red		診療報酬明細書	自賠責従来様式（入院外）	VER4.3.0
HCM25V02.red	*	診療報酬明細書	自賠責従来様式（入院外）	VER4.6.0
HCN25.red		診療報酬明細書	自賠責従来様式（入院）	
HCN25V01.red		診療報酬明細書	自賠責従来様式（入院）	VER4.3.0
HCN25V02.red		診療報酬明細書	自賠責従来様式（入院）	VER4.6.0
HCN25V03.red	*	診療報酬明細書	自賠責従来様式（入院）	VER4.6.0
HCM26.red		診療報酬明細書	自賠責従来様式　続紙	
HCM26V01.red		診療報酬明細書	自賠責従来様式　続紙	VER4.3.0
HCM26V02.red	*	診療報酬明細書	自賠責従来様式　続紙	VER4.6.0
HCM23.red		診療報酬明細書	自賠責新様式（入院外）	
HCM23V01.red		診療報酬明細書	自賠責新様式（入院外）	
HCM23V02.red		診療報酬明細書	自賠責新様式（入院外）	
HCM23V03.red		診療報酬明細書	自賠責新様式（入院外）	
HCM23V04.red		診療報酬明細書	自賠責新様式（入院外）	
HCM23V05.red		診療報酬明細書	自賠責新様式（入院外）	VER4.3.0
HCM23V06.red	*	診療報酬明細書	自賠責新様式（入院外）	VER4.6.0
HCN23.red		診療報酬明細書	自賠責新様式（入院）	
HCN23V01.red		診療報酬明細書	自賠責新様式（入院）	
HCN23V02.red		診療報酬明細書	自賠責新様式（入院）	
HCN23V03.red		診療報酬明細書	自賠責新様式（入院）	
HCN23V04.red		診療報酬明細書	自賠責新様式（入院）	
HCN23V05.red		診療報酬明細書	自賠責新様式（入院）	VER4.3.0
HCN23V06.red		診療報酬明細書	自賠責新様式（入院）	VER4.6.0
HCN23V07.red	*	診療報酬明細書	自賠責新様式（入院）	VER4.6.0
HCM29.red		診療報酬明細書	自賠責新様式　続紙	
HCM29V01.red		診療報酬明細書	自賠責新様式　続紙	
HCM29V02.red		診療報酬明細書	自賠責新様式　続紙	
HCM29V03.red		診療報酬明細書	自賠責新様式　続紙	VER4.3.0
HCM29V04.red	*	診療報酬明細書	自賠責新様式　続紙	VER4.6.0
HCM48.red		診療報酬明細書	自賠責新様式（入院外）　枠	
HCM48V01.red		診療報酬明細書	自賠責新様式（入院外）　枠	VER4.3.0
HCM48V02.red	*	診療報酬明細書	自賠責新様式（入院外）　枠	VER4.6.0
HCN48.red		診療報酬明細書	自賠責新様式（入院）　枠	
HCN48V01.red		診療報酬明細書	自賠責新様式（入院）　枠	VER4.3.0
HCN48V02.red		診療報酬明細書	自賠責新様式（入院）　枠	VER4.6.0
HCN48V03.red	*	診療報酬明細書	自賠責新様式（入院）　枠	VER4.6.0
HCM49.red		診療報酬明細書	自賠責新様式　続紙　枠	
HCM49V01.red		診療報酬明細書	自賠責新様式　続紙　枠	VER4.3.0
HCM49V02.red	*	診療報酬明細書	自賠責新様式　続紙　枠	VER4.6.0
HCM53.red		診療報酬明細書	自賠責共済新様式（入院外）	VER4.0.0
HCM53V01.red		診療報酬明細書	自賠責共済新様式（入院外）	VER4.3.0
HCM53V02.red	*	診療報酬明細書	自賠責共済新様式（入院外）	VER4.6.0
HCM54.red		診療報酬明細書	自賠責共済新様式（入院外）　枠	VER4.0.0
HCM54V01.red		診療報酬明細書	自賠責共済新様式（入院外）　枠	VER4.3.0
HCM54V02.red	*	診療報酬明細書	自賠責共済新様式（入院外）　枠	VER4.6.0
HCN53.red		診療報酬明細書	自賠責共済新様式（入院）	VER4.0.0
HCN53V01.red		診療報酬明細書	自賠責共済新様式（入院）	VER4.3.0
HCN53V02.red		診療報酬明細書	自賠責共済新様式（入院）	VER4.6.0

HCN53V03.red	*	診療報酬明細書	自賠責共済新様式（入院）		VER4.6.0
HCN54.red		診療報酬明細書	自賠責共済新様式（入院）　枠		VER4.0.0
HCN54V01.red		診療報酬明細書	自賠責共済新様式（入院）　枠		VER4.3.0
HCN54V02.red		診療報酬明細書	自賠責共済新様式（入院）　枠		VER4.6.0
HCN54V03.red	*	診療報酬明細書	自賠責共済新様式（入院）　枠		VER4.6.0
HCM55.red		診療報酬明細書	自賠責共済従来様式（入院外）		VER4.0.0
HCM55V01.red		診療報酬明細書	自賠責共済従来様式（入院外）		VER4.2.0
HCM55V02.red		診療報酬明細書	自賠責共済従来様式（入院外）		VER4.3.0
HCM55V03.red	*	診療報酬明細書	自賠責共済従来様式（入院外）		VER4.6.0
HCN55.red		診療報酬明細書	自賠責共済従来様式（入院）		VER4.0.0
HCN55V01.red		診療報酬明細書	自賠責共済従来様式（入院）		VER4.3.0
HCN55V02.red		診療報酬明細書	自賠責共済従来様式（入院）		VER4.6.0
HCN55V03.red	*	診療報酬明細書	自賠責共済従来様式（入院）		VER4.6.0
HCM56.red		診療報酬明細書	公務災害		VER4.1.0
HCM56V01.red		診療報酬明細書	公務災害		VER4.3.0
HCM56V02.red		診療報酬明細書	公務災害		VER4.6.0
HCM56V03.red	*	診療報酬明細書	公務災害		VER4.6.0
HCM57.red		診療報酬明細書	公務災害　続紙		VER4.1.0
HCM57V01.red		診療報酬明細書	公務災害　続紙		VER4.3.0
HCM57V02.red	*	診療報酬明細書	公務災害　続紙		VER4.6.0
HCM58.red		診療報酬明細書	公害（入院外）		VER4.1.0
HCM58V01.red		診療報酬明細書	公害（入院外）		VER4.2.0
HCM58V02.red	*	診療報酬明細書	公害（入院外）		VER4.6.0
HCN58.red		診療報酬明細書	公害（入院）		VER4.1.0
HCN58V01.red		診療報酬明細書	公害（入院）		VER4.3.0
HCN58V02.red		診療報酬明細書	公害（入院）		VER4.6.0
HCN58V03.red	*	診療報酬明細書	公害（入院）		VER4.6.0
HCM59.red		診療報酬明細書	公害　続紙		VER4.1.0
HCM59V01.red		診療報酬明細書	公害　続紙		VER4.3.0
HCM59V02.red	*	診療報酬明細書	公害　続紙		VER4.6.0
HCM60.red	*	診療報酬請求書	公害		VER4.1.0
HCM2A.red		診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）		
HCM2AV01.red		診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）		
HCM2AV02.red		診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）		
HCM2AV03.red		診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）		
HCM2I.red		診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）		
HCM2IV01.red		診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）		
HCM2IV02.red		診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）		
HCM2IV03.red		診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）		
HCM2S.red		診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）		
HCM2SV01.red		診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）		
HCM2SV02.red	*	診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）		
HCM3A.red		診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）		VER4.2.0
HCM3AV01.red		診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）		VER4.3.0
HCM3AV02.red	*	診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）		VER4.6.0
HCM2B.red		診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）	続紙	
HCM2BV01.red		診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）	続紙	
HCM2BV02.red		診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）	続紙	

HCM2J.red		診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）			続紙	
HCM2JV01.red		診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）			続紙	
HCM2JV02.red		診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）			続紙	
HCM2JV03.red		診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）			続紙	
HCM2JV04.red		診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）			続紙	
HCM2T.red		診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）			続紙	
HCM2TV01.red		診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）			続紙	
HCM2TV02.red		診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）			続紙	
HCM2TV03.red	*	診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）			続紙	
HCM3B.red		診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）			続紙	VER4.2.0
HCM3BV01.red	*	診療報酬請求書	社保（医科・歯科　入院・入院外併用）			続紙	VER4.6.0
HCM2C.red		診療報酬請求書	社保（医科・入院外）				
HCM2CV01.red		診療報酬請求書	社保（医科・入院外）				
HCM2CV02.red		診療報酬請求書	社保（医科・入院外）				
HCM2CV03.red		診療報酬請求書	社保（医科・入院外）				
HCM2CV04.red		診療報酬請求書	社保（医科・入院外）				
HCM2K.red		診療報酬請求書	社保（医科・入院外）				
HCM2KV01.red		診療報酬請求書	社保（医科・入院外）				
HCM2KV02.red		診療報酬請求書	社保（医科・入院外）				
HCM2KV03.red		診療報酬請求書	社保（医科・入院外）				
HCM2KV04.red		診療報酬請求書	社保（医科・入院外）				
HCM2KV05.red	*	診療報酬請求書	社保（医科・入院外）				
HCM3C.red		診療報酬請求書	社保（医科・入院外）				VER4.2.0
HCM3CV01.red		診療報酬請求書	社保（医科・入院外）				VER4.3.0
HCM3CV02.red	*	診療報酬請求書	社保（医科・入院外）				VER4.6.0
HCM2D.red		診療報酬請求書	社保（医科・入院外）	続紙			
HCM2DV01.red		診療報酬請求書	社保（医科・入院外）	続紙			
HCM2DV02.red		診療報酬請求書	社保（医科・入院外）	続紙			
HCM2L.red		診療報酬請求書	社保（医科・入院外）	続紙			
HCM2LV01.red		診療報酬請求書	社保（医科・入院外）	続紙			
HCM2LV02.red		診療報酬請求書	社保（医科・入院外）	続紙			
HCM2LV03.red		診療報酬請求書	社保（医科・入院外）	続紙			
HCM2Y.red		診療報酬請求書	社保（医科・入院外）	続紙			
HCM2YV01.red		診療報酬請求書	社保（医科・入院外）	続紙			
HCM2YV02.red		診療報酬請求書	社保（医科・入院外）	続紙			
HCM2YV03.red	*	診療報酬請求書	社保（医科・入院外）	続紙			
HCM3D.red		診療報酬請求書	社保（医科・入院外）	続紙			VER4.2.0
HCM3DV01.red	*	診療報酬請求書	社保（医科・入院外）	続紙			VER4.6.0
HCM2E.red		診療報酬請求書	国保（医科・歯科）				
HCM2EV01.red		診療報酬請求書	国保（医科・歯科）				
HCM2EV02.red		診療報酬請求書	国保（医科・歯科）				
HCM2M.red		診療報酬請求書	国保（医科・歯科）				
HCM2MV01.red		診療報酬請求書	国保（医科・歯科）				
HCM2MV02.red		診療報酬請求書	国保（医科・歯科）				
HCM2W.red		診療報酬請求書	国保（医科・歯科）				
HCM2WV01.red	*	診療報酬請求書	国保（医科・歯科）				
HCM3E.red	*	診療報酬請求書	国保（医科・歯科）				VER4.2.0
HCM2F.red		診療報酬請求書	国保（医科・歯科）	続紙			
HCM2FV01.red		診療報酬請求書	国保（医科・歯科）	続紙			

HCM2FV02.red		診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　続紙	
HCM2N.red		診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　続紙	
HCM2NV01.red		診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　続紙	
HCM2NV02.red		診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　続紙	
HCM2X.red		診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　続紙	
HCM2XV01.red	＊	診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　続紙	
HCM3F.red	＊	診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　続紙	VER4.2.0
HCM2G.red		診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　給付割合別	
HCM2GV01.red		診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　給付割合別	
HCM2GV02.red		診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　給付割合別	
HCM2O.red		診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　給付割合別	
HCM2OV01.red		診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　給付割合別	
HCM2OV02.red		診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　給付割合別	
HCM2U.red		診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　給付割合別	
HCM2UV01.red	＊	診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　給付割合別	
HCM2H.red		診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　給付割合別　続紙	
HCM2HV01.red		診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　給付割合別　続紙	
HCM2HV02.red		診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　給付割合別　続紙	
HCM2P.red		診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　給付割合別　続紙	
HCM2PV01.red		診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　給付割合別　続紙	
HCM2PV02.red		診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　給付割合別　続紙	
HCM2V.red		診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　給付割合別　続紙	
HCM2VV01.red	＊	診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　給付割合別　続紙	
HCM2Q.red		診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　レセ電	
HCM2QV01.red		診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　レセ電	
HCM2QV02.red	＊	診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　レセ電	
HCM2R.red		診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　レセ電　続紙	
HCM2RV01.red	＊	診療報酬請求書　国保（医科・歯科）　レセ電　続紙	
HCM3G.red	＊	診療報酬請求書　広域（医科・歯科）	VER4.2.0
HC26.red	＊	決定通知書（社保）	VER4.6.0
HC27.red	＊	決定通知書（国保）	VER4.6.0
HCM05.red		総括チェックリスト　等	
HCM05V01.red		総括チェックリスト　等	
HCM05V02.red	＊	総括チェックリスト　等	
HCM37.red		症状詳記	
HCM37V01.red	＊	症状詳記	VER4.2.0
HCM28.red	＊	患者一覧	
HCM28A.red	＊	患者一覧２	VER4.6.0
HCM28B.red	＊	患者一覧３	VER4.6.0
HC14.red	＊	予約一覧	
HCM15.red	＊	予約患者一覧	
HCM67.red	＊	予約票	VER4.4.0
HCM16.red	＊	受付一覧表	
HCM40.red	＊	入院患者検索結果一覧表	
HCPOM.red	＊	月遅れ分レセ電データ未作成患者一覧	
HCPOM2.red	＊	セット一覧表	VER4.5.0

HCML09.red	＊	自院病名一覧	VER4.6.0
HCML13.red	＊	一般名リスト	VER4.6.0
HCML01.red	＊	点数マスターリスト（医薬品）	VER4.6.0
HCML02V01.red	＊	点数マスターリスト（特定器材）	VER4.1.0
HCML03.red	＊	点数マスターリスト（診療行為）	VER4.6.0
HCML04.red		点数マスターリスト（コメント）	
HCML04V01.red	＊	点数マスターリスト（コメント）	VER4.3.0
HCML07.red	＊	点数マスターリスト（自費）	
HCML06.red	＊	入力コード点数マスター覧	VER4.6.0
HCM68.red	＊	経過措置医薬品置換マスター覧	VER4.5.0
HCM44.red	＊	チェクマスター覧表	
HCM47.red	＊	薬剤情報マスタ登録漏れ一覧	
HCM61.red	＊	薬剤情報マスター覧	VER4.1.0
HCM17.red		日計表	
HCM41.red		日計表	
HCM41V01.red		日計表	VER4.1.0
HCM41V02.red	＊	日計表	VER4.2.0
HCM07.red		収納一覧表（入院外）等	
HCM07V01.red		収納一覧表（入院外）等	
HCM07V02.red	＊	収納一覧表（入院外）等	
HCM08.red		収納一覧表（入院）　等	
HCM08V01.red		収納一覧表（入院）　等	
HCM08V02.red	＊	収納一覧表（入院）　等	
HCM45.red	＊	入院オーダー確認リスト	
HCMG001.red	＊	診療科別医薬品使用量統計	
HCMG006.red	＊	診療科別医薬品使用量統計（合計金額）	
HCM38.red	＊	未収金一覧表（集計表）	
HCM39.red	＊	未収金一覧表（伝票別）	
HCMZ001.red	＊	空き患者番号一覧	
HCMG002.red	＊	定期請求患者一覧表	
HCMG003.red	＊	入院会計未作成者一覧表	
HCMG004.red	＊	入院患者通算日数一覧表	
HCMG005.red	＊	長期入院対象患者一覧表	
HCM35.red	＊	高額日計表（高額請求添付資料）	
HCM36.red	＊	高額日計表（診療内容参考資料）	
HCM42.red		調整金一覧表	
HCM42V01.red	＊	調整金一覧表	VER4.5.0
HCM46.red	＊	一部負担金給与控除一覧	
HCG016.red	＊	指定診療行為件数調	
HCG017.red	＊	診療行為別集計表	
HCM63.red	＊	診療行為未入力患者一覧表	VER4.3.0
HCM64.red	＊	光ディスク送付書	VER4.4.0
HCN61.red	＊	出産育児一時金等請求書	VER4.5.0
HCN61V02.red	＊	出産育児一時金等請求書（Ｈ２３年度改正様式）	VER4.6.0
HCN63.red	＊	分娩費用明細書	VER4.5.0
HCN64.red	＊	出産育児一時金等送付書	VER4.5.0
HCN65.red	＊	出産育児一時金等集計票	VER4.5.0

HCM51.red		収納日報（明細）	
HCM51V01.red		収納日報（明細）	VER4.3.0
HCM51V02.red		収納日報（明細）	VER4.3.0
HCM51V03.red	＊	収納日報（明細）	VER4.5.0
HCM52.red		収納日報（合計）	
HCM52V01.red		収納日報（合計）	VER4.1.0
HCM52V02.red		収納日報（合計）	VER4.2.0
HCM52V03.red		収納日報（合計）	VER4.3.0
HCM52V04.red		収納日報（合計）	VER4.4.0
HCM52V05.red	＊	収納日報（合計）	VER4.5.0
HCGS121G.red	＊	保険別請求チェック明細書（広域）　入院外	VER4.7.0
HCGS121N.red	＊	保険別請求チェック明細書（広域）　入院	VER4.7.0
HCGS137G.red	＊	保険別請求チェック表（社保）　入院外	VER4.6.0
HCGS137N1.red	＊	保険別請求チェック表（社保）　入院	VER4.6.0
HCGS137N2.red	＊	保険別請求チェック表（社保）　入院　続紙	VER4.6.0
HCGS138G1.red	＊	保険別請求チェック表（国保）　入院外	VER4.6.0
HCGS138G2.red	＊	保険別請求チェック表（国保）　入院外　保険者別	VER4.6.0
HCGS138N1.red	＊	保険別請求チェック表（国保）　入院	VER4.6.0
HCGS138N2.red	＊	保険別請求チェック表（国保）　入院　保険者別	VER4.6.0
HCGS139G.red	＊	保険別請求チェック表（総括）　入院外	VER4.6.0
HCGS139N.red	＊	保険別請求チェック表（総括）　入院	VER4.6.0
HCGS140G1.red	＊	保険別請求チェック表（広域）　入院外	VER4.6.0
HCGS140G2.red	＊	保険別請求チェック表（広域）　入院外　保険者別	VER4.6.0
HCGS140N1.red	＊	保険別請求チェック表（広域）　入院	VER4.6.0
HCGS140N2.red	＊	保険別請求チェック表（広域）　入院　保険者別	VER4.6.0
HCMSL55.red	＊	フリー帳票（横）	
HCMSL80.red	＊	フリー帳票（縦）	
HCM65.red	＊	公害診療報酬等請求書（名古屋市）	VER4.4.0
HCM66.red	＊	公害診療（調剤）報酬請求書（北九州市）	VER4.4.0
HCRCP060.red		診療報酬明細書（医科入院外）　山形	
HCRCP060V01.red		診療報酬明細書（医科入院外）　山形	
HCRCP060V02.red		診療報酬明細書（医科入院外）　山形	
HCRCP060V03.red	＊	診療報酬明細書（医科入院外）　山形	
HCRCP400.red		診療報酬明細書（医科入院外）　福岡	
HCRCP400V01.red		診療報酬明細書（医科入院外）　福岡	
HCRCP400V02.red		診療報酬明細書（医科入院外）　福岡	
HCRCP400V03.red		診療報酬明細書（医科入院外）　福岡	
HCRCP402.red	＊	診療報酬明細書（医科入院外）　福岡	
HCRCP401.red		診療報酬明細書（医科入院）　福岡	
HCRCP401V01.red		診療報酬明細書（医科入院）　福岡	
HCRCP403.red	＊	診療報酬明細書（医科入院）　福岡	

６．４　付録4　電子版お薬手帳データの作成と転送

概要

電子版お薬手帳データを作成し、電子版お薬手帳対応ICカードリーダ／ライタ（Sony製 RC-S350）へ転送します。携帯端末で取り込み、お薬手帳データを管理できます。

■電子版お薬手帳対応ICカードリーダ／ライタに対応している携帯端末の場合
　　電子版お薬手帳データを作成します。

■電子版お薬手帳対応ICカードリーダ／ライタに対応していない携帯端末の場合
　　QRコードを作成します。

ポイント！

電子版お薬手帳対応ICカードリーダ／ライタが接続されているクライアントで、電子版お薬手帳データの転送操作を行います。

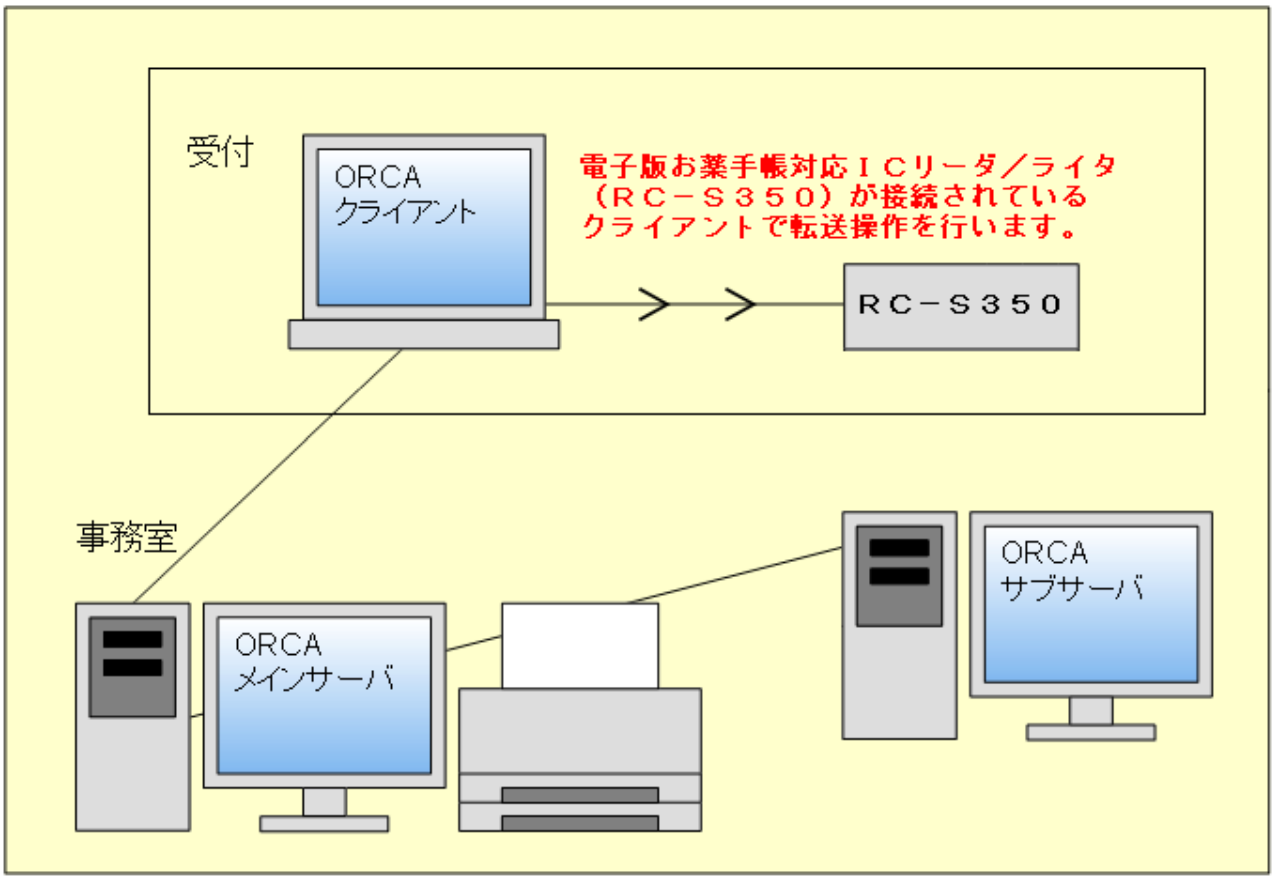


図 1622

Copyright(C)2007JMARI

事前準備

■電子版お薬手帳対応ICカードリーダ／ライタの準備

ORCAプロジェクト(http://www.orca.med.or.jp/) ＞ 日レセユーザサイト ＞
運用のための各種設定 ＞ 電子版お薬手帳対応ICカードリーダ／ライタ の利用を参照してください。

■電子版お薬手帳データを作成するユーザの設定

1. 「業務メニュー」－「91 マスタ登録」－「101 システム管理マスタ」－管理コード「1010 職員情報」を開きます。
2. 電子版お薬手帳対応ICカードリーダ／ライタへ電子版お薬手帳データを転送するユーザの個別設定を開きます。
3. ICカードリーダ／ライタに「1 使用する」を設定します。
4. 電子版お薬手帳データをクライアント保存する場合は、クライアント保存可否に「1 保存可」を設定します。

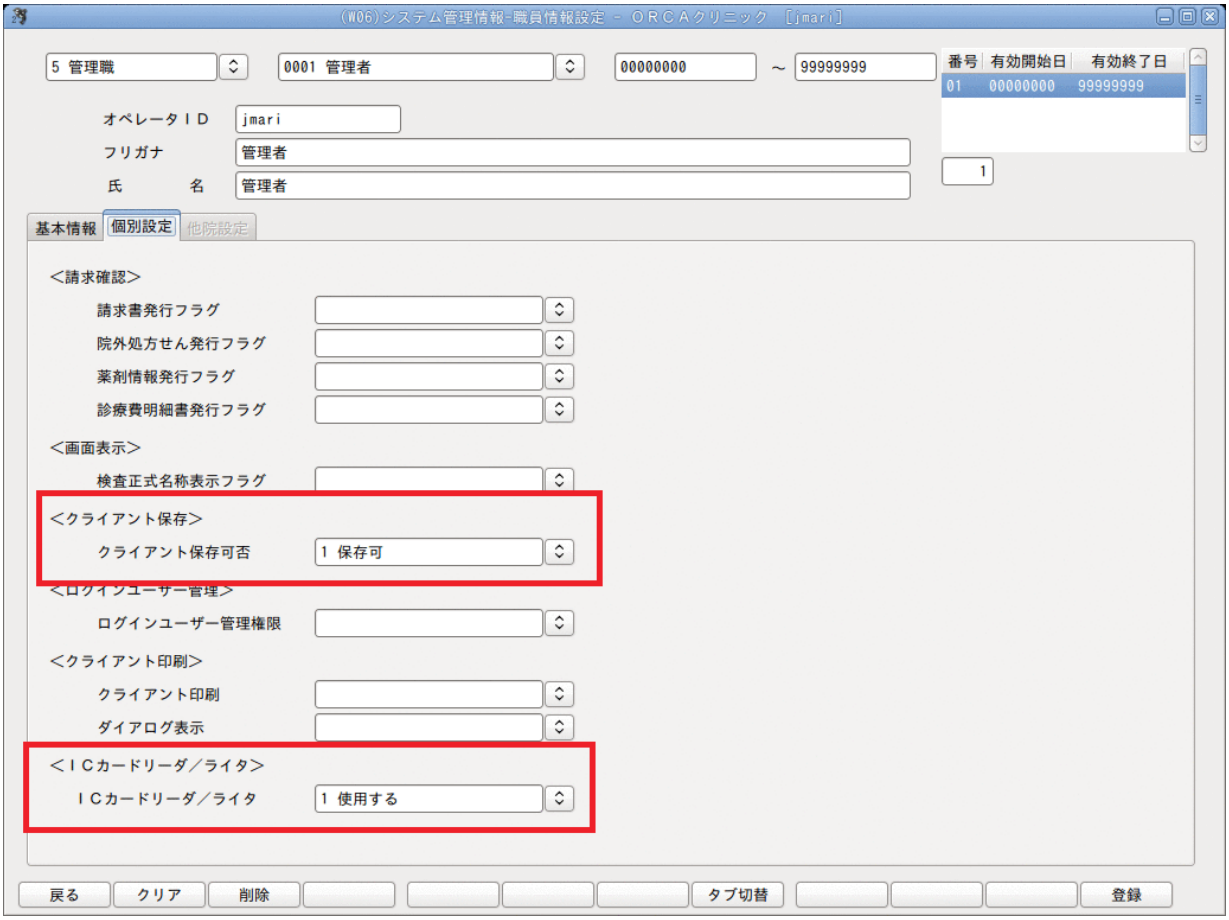


図 1623

操作手順

Ⅰ　日レセに電子版お薬手帳データを使用する患者を登録する

1. 「業務メニュー」－「12　登録」で患者を開きます。
2. その他タブを押下します。
3. QRコード、データフォーマットを設定し、登録(F12)を押下します。

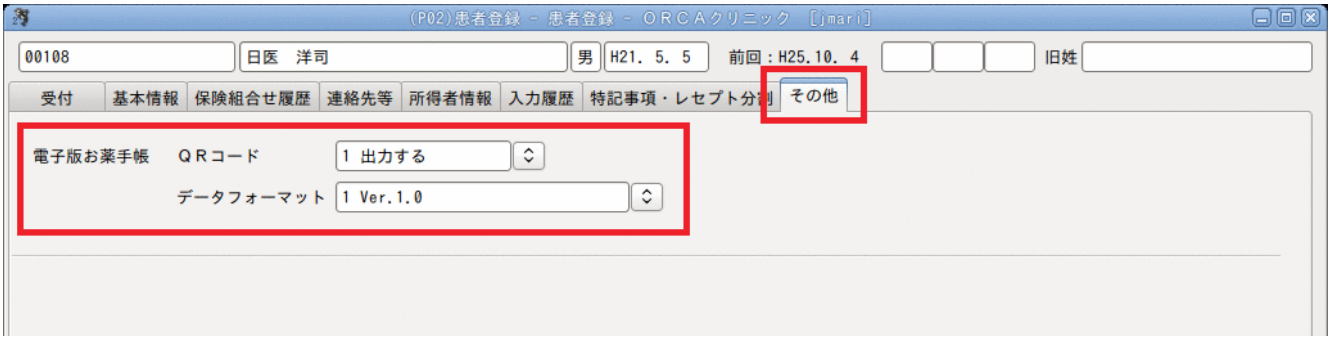


図 1624

ORコード：お薬手帳と同時にQRコードを出力します。
データフォーマット：電子版お薬手帳データを作成します。
患者の電子版お薬手帳アプリに対応したバージョンを選択します。

ヒント！

携帯端末が電子版お薬手帳対応ICカードリーダ／ライタに対応していない場合は、QRコードを設定します。
携帯端末が電子版お薬手帳対応ICカードリーダ／ライタに対応している場合は、データフォーマットを設定します。

Ⅱ　QRコードを印刷して携帯端末で読み取る

「業務メニュー」－「12　登録」のQRコードに「1　出力する」を設定した患者はお薬手帳にQRコードを印刷します。

■QRコードの印刷

1. 「業務メニュー」－「21　診療行為」で投薬を入力し、お薬手帳を印刷します。
最終頁にQRコードを印刷します。

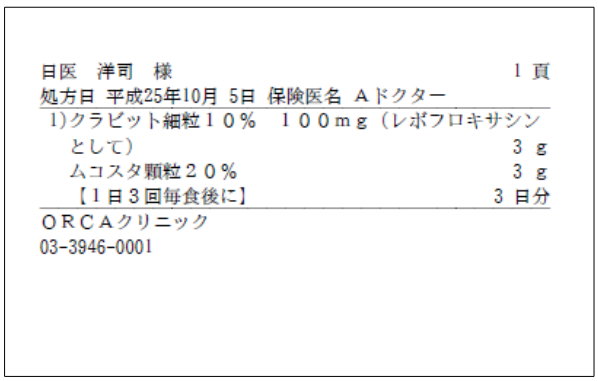


図 1626

図 1625

2. 携帯端末の電子版お薬手帳アプリを起動し、QRコードを読み取ります。

Ⅲ　電子版お薬手帳対応ICカードリーダ／ライタに電子版お薬手帳データを転送し、携帯端末で取り込む

「業務メニュー」－「12　登録」のデータフォーマットにバージョンを設定した患者は電子版お薬手帳データを作成します。

■電子版お薬手帳データを作成するタイミング

- 「21　診療行為」入力完了時
- 「21　診療行為」の中途終了でお薬手帳発行時
- 「21　診療行為」の「前回処方」よりお薬手帳発行時

※「21　診療行為」入力完了時はお薬手帳の発行にかかわらず作成します。

1. 「業務メニュー」－「21　診療行為」で投薬を入力し、会計を完了します。
2. 「業務メニュー」の「電子版手帳」(F8)を押下します。

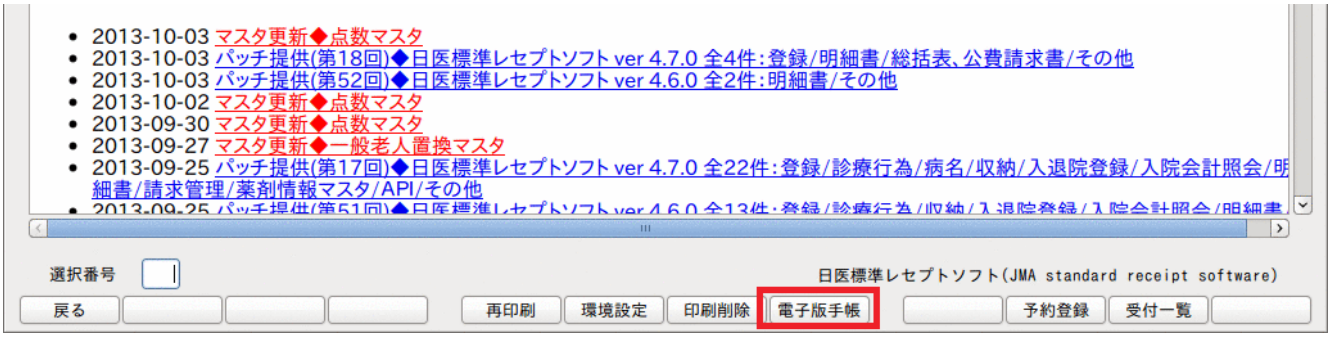


図 1627

3. 電子版お薬手帳対応ICカードリーダ／ライタに転送したい患者を選択すると、データ内容を表示します。

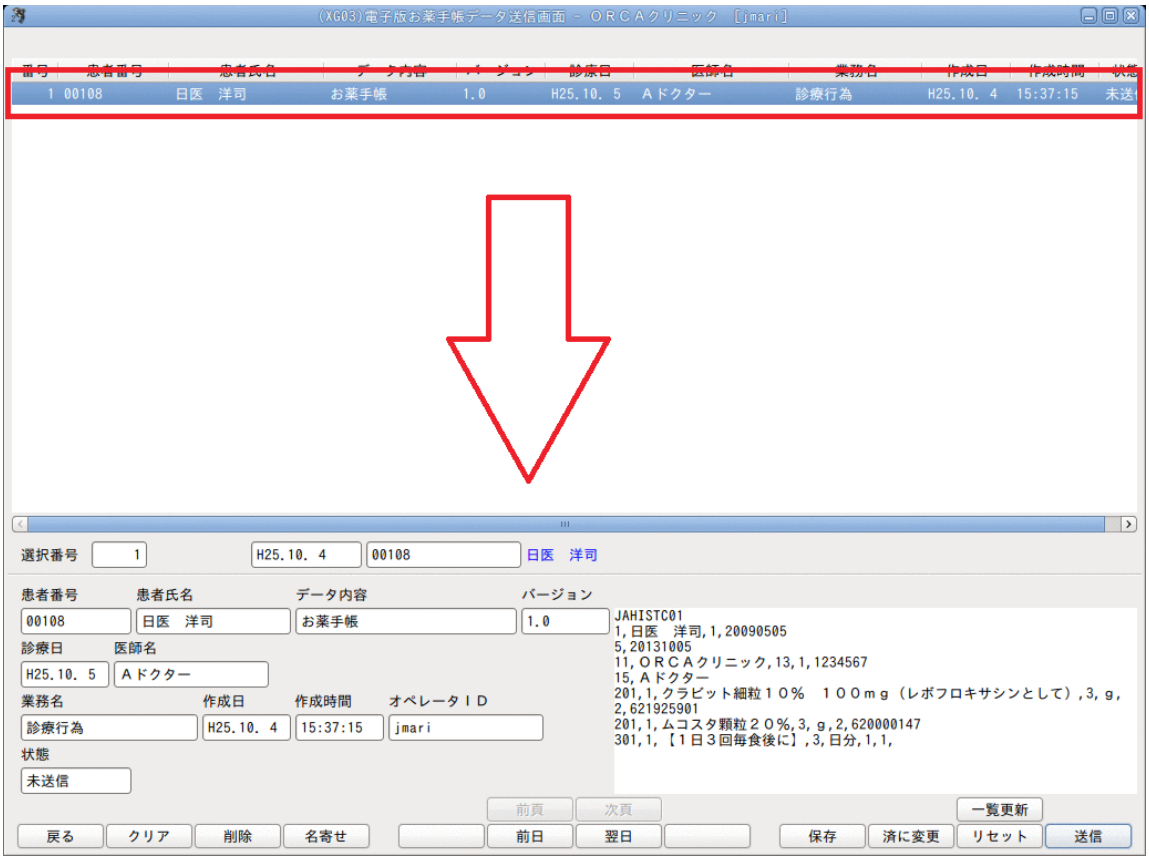


図 1628

Copyright(C)2007JMARI

4. 送信(F12)を押下します。

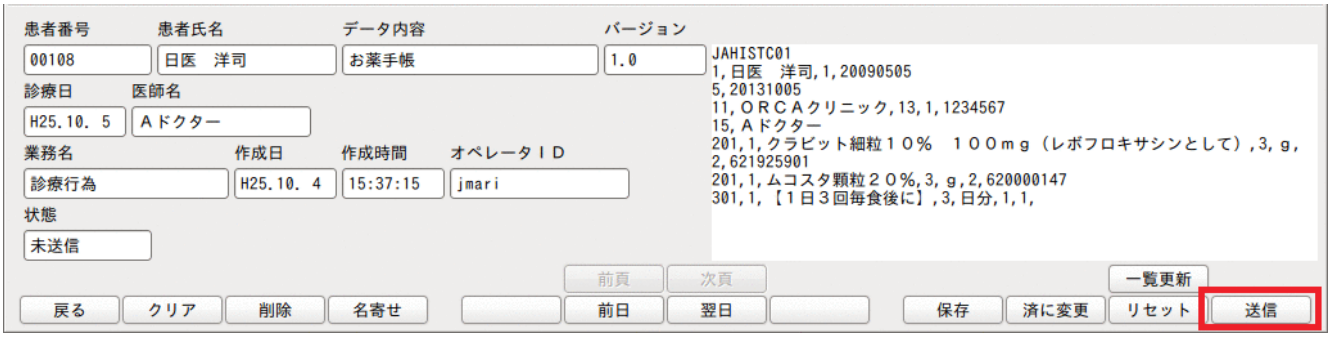


図 1629

5. 確認メッセージを表示します。
「開く」を押下します。

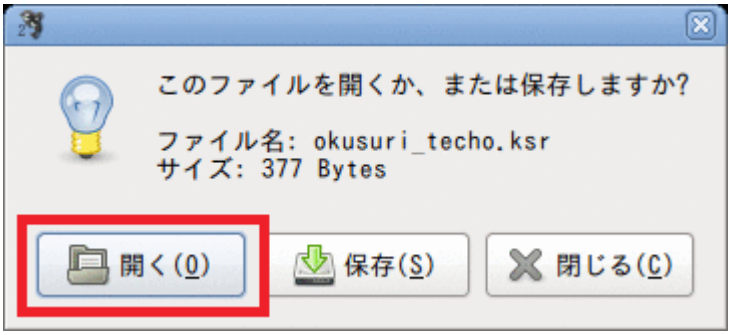


図 1630

ヒント！

開く：データを電子版お薬手帳対応ICカードリーダ／ライタへ転送します。
保存：電子版お薬手帳データを保存します。
閉じる：確認メッセージを閉じます。

6. 電子版お薬手帳対応ICカードリーダ／ライタに転送後、「閉じる」を押下します。

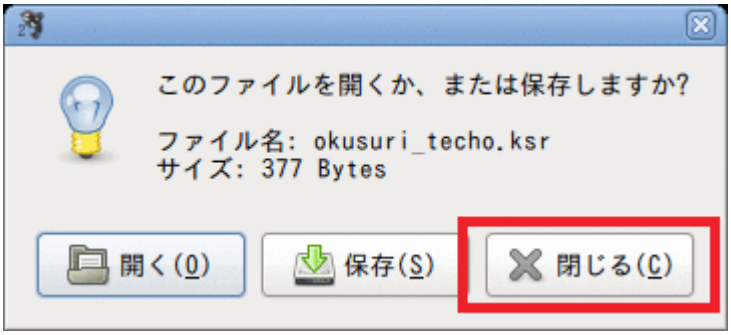


図 1631

7. 電子版お薬手帳対応ICカードリーダ／ライタに転送された電子版お薬手帳データを携帯端末で取り込みます。

電子版お薬手帳データ送信画面のその他の機能

■画面の表示切替
画面は診療日単位で表示します。
日付を変更するには日付欄を直接変更するか、「前日」(F6)「翌日」(F7)を押下します。

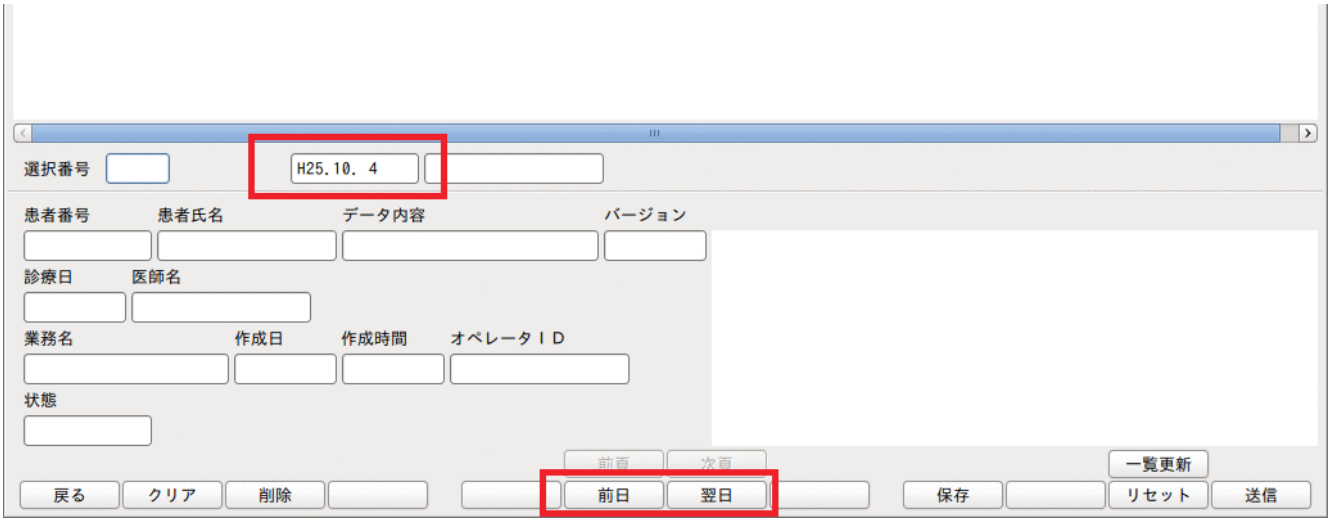


図 1632

■電子版お薬手帳対応ICカードリーダ／ライタのデータリセット
電子版お薬手帳対応ICカードリーダ／ライタにリセット情報を転送します。

1. 「リセット」(F11)を押下します。

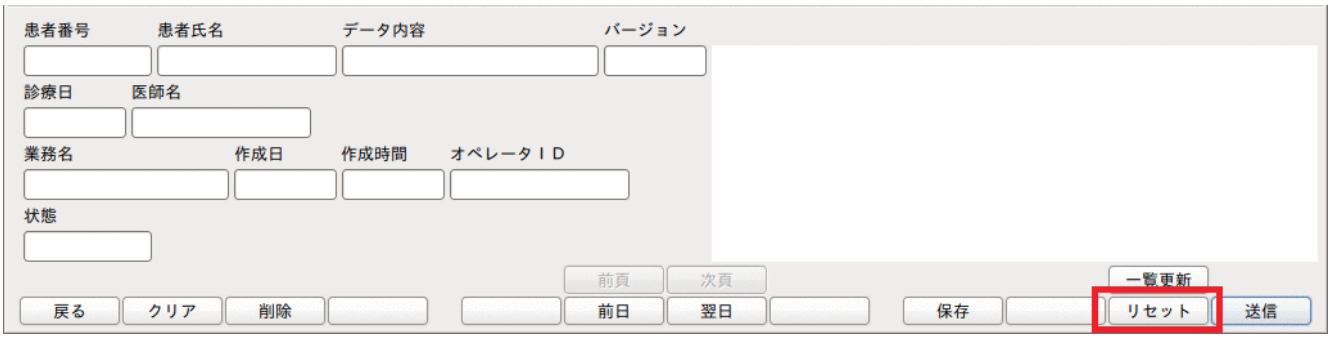


図 1633

2. 確認メッセージを表示します。
「開く」を押下します。

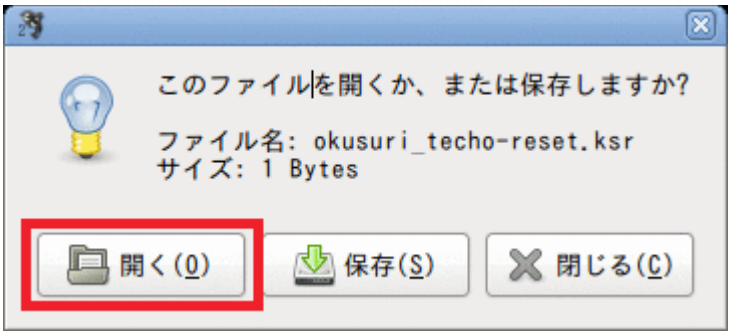


図 1634

3. 「閉じる」を押下します。

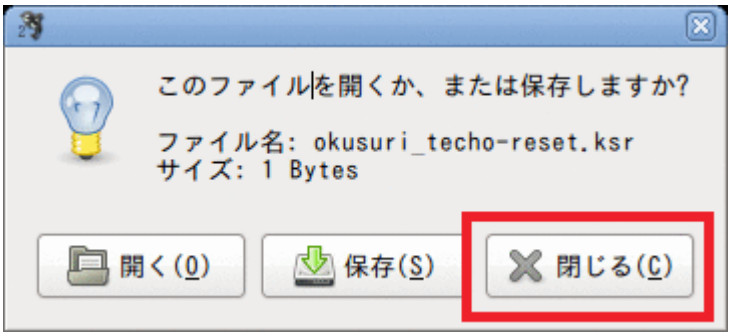


図 1635

■保存

選択した電子版お薬手帳データをCSV形式でクライアント保存します。

1. 保存したい患者を選択し、「保存」(F9)を押下します。

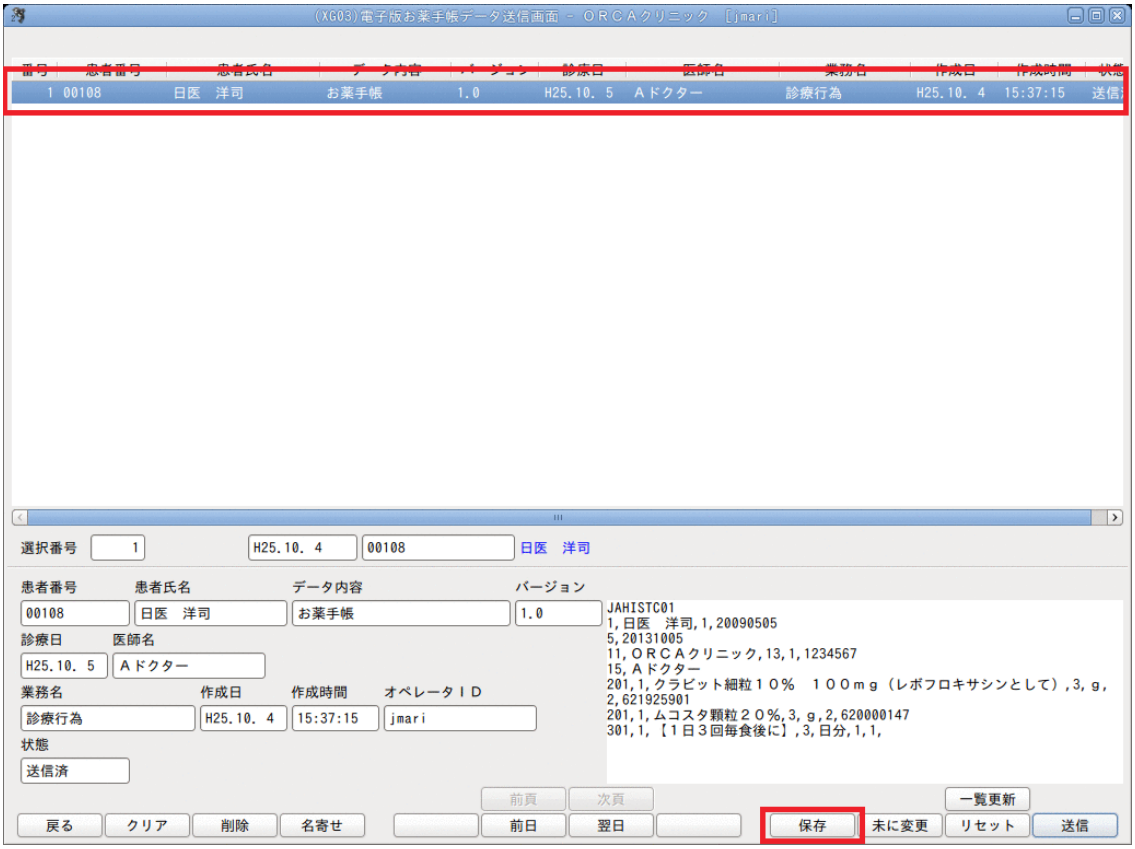


図 1636

2. 確認メッセージを表示します。

図 1637

ヒント！

開く：クライアント保存の拡張で関連付けされたアプリケーションで開きます。
保存：CSV形式でクライアント保存します。
閉じる：確認メッセージを閉じます。

3. 「閉じる」を押下します。

図 1638

■名寄せ
選択した患者の過去3ヶ月分の電子版お薬手帳データを表示します。

1. 患者を選択し、「名寄せ」(F4)を押下します。

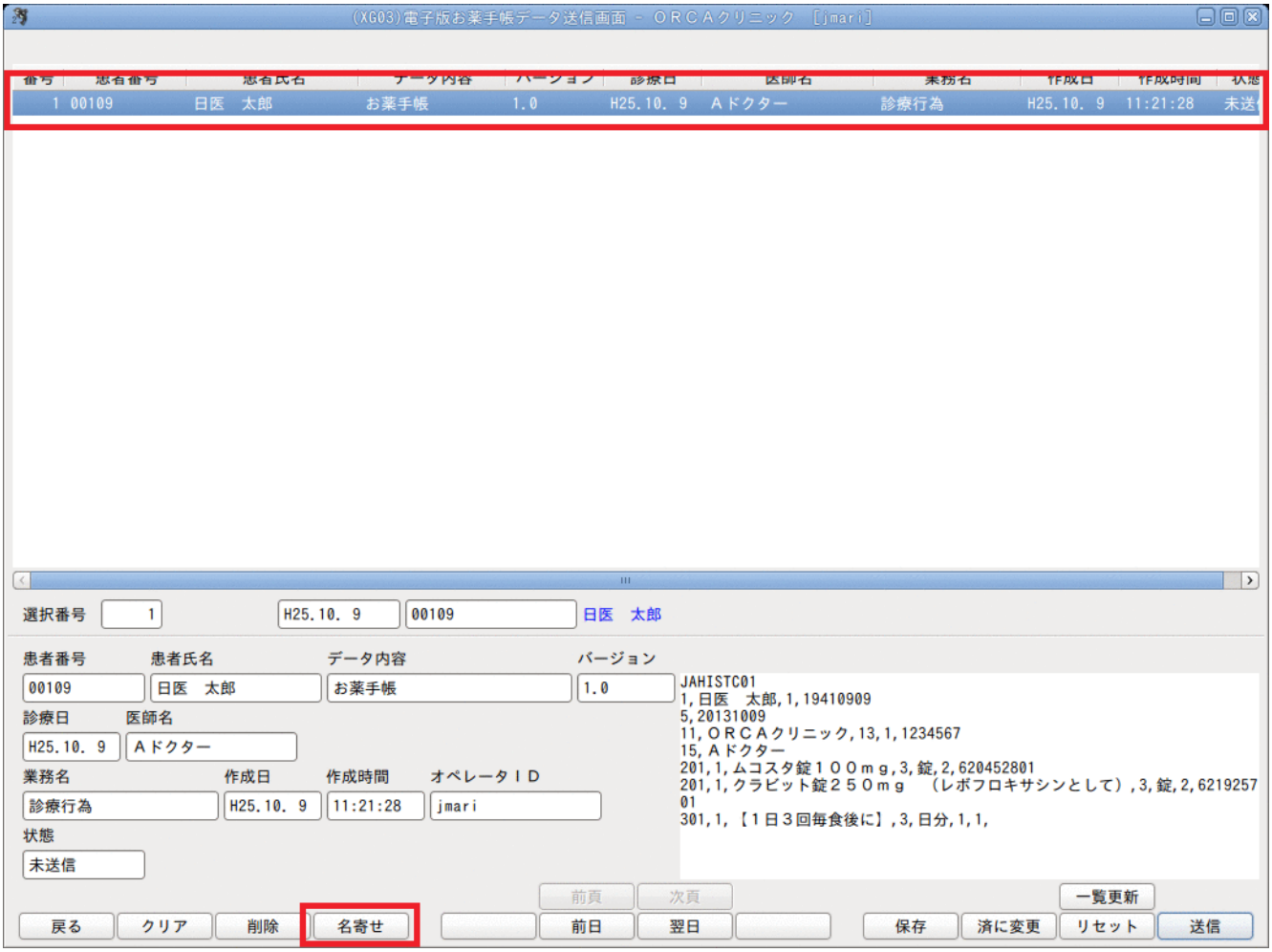


図 1639

2. 患者の過去3ヶ月分の電子版お薬手帳データを表示します。

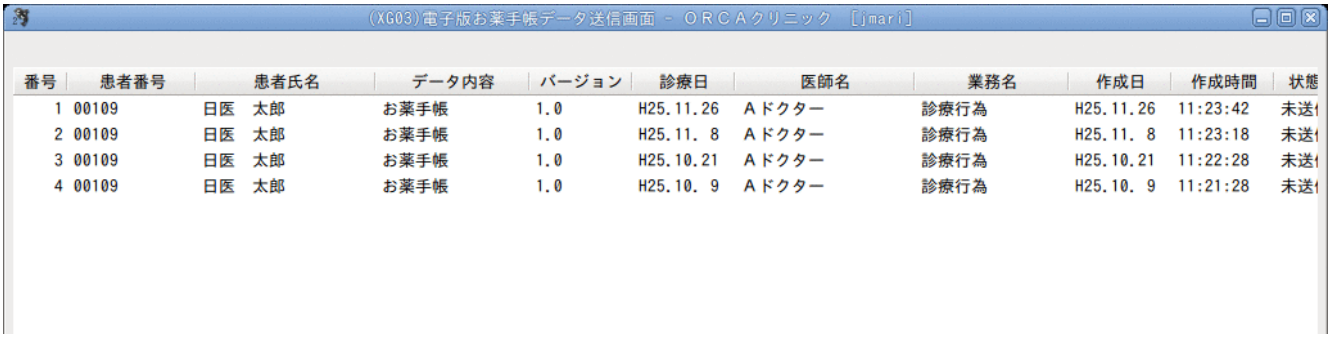


図 1640

3. 「名寄せ解除」(F4)を押下すると、元の画面に戻ります。

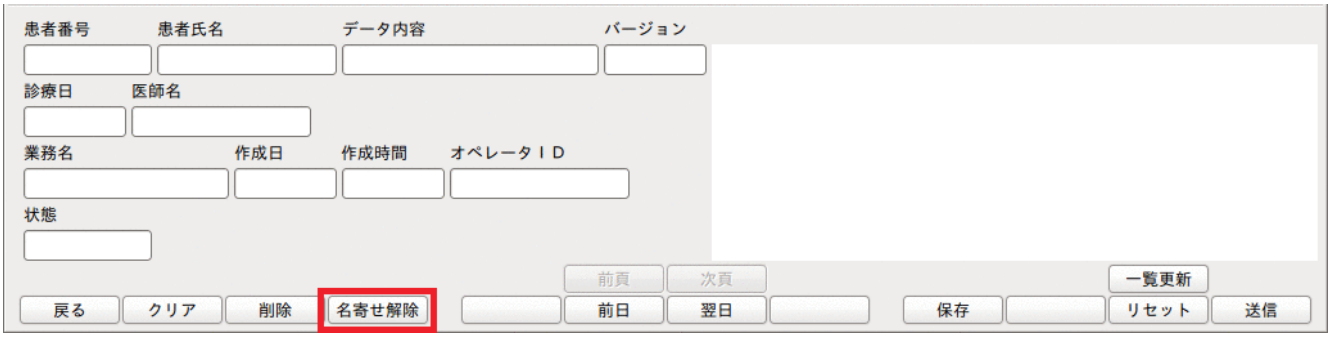


図 1641

その他

- 作成日より3ヶ月を超えた電子版お薬手帳データは削除します。
- 入院分の電子版お薬手帳データは作成しません。
- 再印刷を行なったお薬手帳にはQRコードを記載しません。

第７章　更新履歴

2010.4.25
2.5.10　レセプトへのコメント自動記載一覧
　　超重症（児）者入院診療加算の注意追加

2.5.1-(2)　項目の説明
　　前頁、次頁の説明を修正

システム管理
1010-(2)　個別設定
　　入力スクロール設定を追加

2010.4.21
2.5.10　レセプトへのコメント自動記載一覧
2.5.11　レセプトへのコメントの手入力が必要な診療内容一覧
　　改定対応

2.6-(11)-2　入力形式
　　通院・在宅精神療法を修正

2.6-(6)-4　入力例
　　磁気による膀胱等刺激法を追加

2.6-(3)-3　入力例
　　在宅患者共同診療料を追加

5.2-(1)-3　「期限切置換」の説明
　　説明文を一部訂正

2010.4.11
2.6(11)-2　入力形式
　　リハビリテーション料施設基準不適合減算について追加

5.3-(6)　自費（文書料など）の登録
　　自費コードと診療種別区分について追加

2014.4.10
2.2.9　その他
　　新規追加

2.2.10　特別療養費（被保険者資格証明書）
　　2.2.9より章番号の変更

2.2.11　自立支援法対応
　　2.2.10より章番号の変更

2.6(2)-3　入力例
　　地域包括診療料を追加

2.6(3)-3　入力例

在宅時医学総合管理料、在宅自己注射の入力例画面の差し替え

2.6(4)-4　入力例
　　うがい薬のみの処方警告メッセージを追加

2.6(6)-3　自動算定
　　処置時間外加算1の算定を追加

2.6(7)-3　自動算定
　　手術時間外加算1の算定を追加

2.6(9)-4　各項目について
　　内視鏡時間外加算を追加

システム管理
1005　診療科目情報
　　処置・手術の時間外加算1算定を追加
1014　包括診療行為設定情報
　　地域包括診療料を追加

2014.3.19
2.5.11　レセプトへのコメントの手入力が必要な診療内容一覧
　　古い情報を削除

2014.3.7
2.5.3-(4)　その他検索
　　労災合成コードの追加

3.1　データチェックー全てのチェック内容とエラーメッセージ
　　労災診療コードのチェックを追加

3.13　労災レセプト電算処理システムについて
　　新規追加

3.4.1　レセプト電算処理システムによるデータ作成手順
　　労災レセ電を追加

3.4.3　返戻データの取り込み、返戻データを含めたレセ電の作成
　　労災レセ電を追加

3.4-(1)　総括表及び好意請求書の作成指示
　　労災レセ電を追加

システム管理
2005　レセプト・総括印刷情報
　　労災レセ電の追加

2014.2.28
システム管理
2005　レセプト・総括印刷情報　－　レセ電
　　レセ電ファイル出力先に注意を追加

2014.2.25
2.2.3-(1)　基本情報
　　出生時体重の入力を追加

3.1.2　事前準備
3.1.3　チェック項目の解説
　　診療行為算定回数チェックの追加

システム管理
1101　データチェック機能情報2
　　診療行為算定回数の設定を追加

2005　レセプト・総括印刷情報　－　労災・自賠
　　自賠責OCR様式の追加

2014.1.28
自賠責（第三者行為）対応
　　2.2.3-(5)　　公費入力
　　2.2.3-(6)　　労災入力
　　2.2.3-(7)　　自賠責入力
　　2.5.2-(8)　　複数科保険入力
　　2.7　　病名
　　2.9(1)-7　　保険の一括変更
　　2.9-(2)　　コメント登録画面について
　　2.7.4　　手術歴の登録
　　3.2.1-(1)-3　一括作成
　　3.2.1-(5)　　特記事項の指定
　　3.2.1-(7)　　労災レセプト・自賠責レセプト出力の注意点

2.6-(9)-4-■検査診療行為コードの検索
　　包括グループ別の記号を追加

2013.12.27
2.2.3-(5)　公費入力－初期設定されている公費の種類
　　961　減額（円）に対応

2013.12.25
システム管理
1010　職員情報
　　項目の説明を訂正　（フリガナ　必須入力　→　任意入力）

2013.11.18
2.6-(4)-9　不均等投与を薬剤情報に記載する
　　新規追加

2013.10.11

6.4　付録4　電子版お薬手帳データの作成と転送

　　新規追加

2013.9.3

2.7.2-(1)　自院病名内容の入力

　　入力CDを3個まで入力可（画面の差し替え）

システム管理

1007　自動算定・チェック機能制御情報

　　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設定

1101　データチェック機能情報2

　　手術薬剤・麻酔薬剤のチェック設定

　　処方のみの診療種別区分のチェック設定

　　診療開始日と実日数の比較チェック設定

2013.8.6

2.3.1-(4)　病名・診療行為

　　説明文の削除

2013.7.30

2.3　照会

　　病名開始日、包括分診療行為を含まない設定を追加

2.6-(9)-内視鏡検査

　　内視鏡検査用フィルムの算定についてを追加

2.8　収納

　　一括再計算該当　→　再計算該当者一覧へ変更

5.4　チェックマスタ

　　補足コメントの追加

システム管理

2010　地方公費保険番号付加情報

　　項目の追加

2005　レセプト・総括印刷情報

　　入院料他保険算定時コメント自動記載を追加

　　受付エラーチェック区分の追加

3002　月次統計

　　保険請求確認リストの区分追加

2013.6.26

2.5.3-(7)　//による簡易検索

　　(7)－5　「//R」「//RG」労災コード一覧を追加

2.6-(6)　処置料

　　労災合成コードの警告メッセージ

＜労災（短期給付・傷病年金）の場合＞を追加

各項目
古いバージョンの画面を差し替え

2013.6.14
3.4.1　レセプト電算処理システムによるデータ作成手順
＜レセ電チェックを行なった場合の処理結果の表示について＞を追加

2013.6.10
3.4.3　返戻データの取り込み、返戻データを含めたレセ電の作成
注意の追加

3.3　請求管理
例の削除　→　3.4.3　返戻データの取り込み、返戻データを含めたレセ電の作成　へ注意追加

各項目
古いバージョンの画像を差し替え

2013.6.3
2.7.1　病名登録
＜未コード化傷病名の病名文字数について＞を削除

3.1　データチェック
傷病名文字数のチェック内容を削除

2013.4.22
2.6-(13)　コメント文
フリーコメント文字数制限の1文を削除

2013.4.1
5.3　ユーザ点数マスタの設定について
労災特定器材コードについてヒントを追加

2013.3.26
2.6-(1)-3　自動算定
紹介率の低い特定機能病院及び一般病床500床以上の地域支援病院の場合の診察料算定説明を追加

3.2.1-(1)-2　未請求レセプト（未請求患者）の設定（レセプトを作成したくない患者の設定）
未請求設定の対象レセプトを追加

システム管理
1031　出力先プリンタ割り当て情報
ユーザプログラム名の警告メッセージを追加

2013.2.27
3.1.5　データチェックの便利な機能
適応病名マスタからの直接データチェックを追加

システム管理

1101　データチェック機能情報2
　　適応病名マスタからの直接データチェックを追加
2005　レセプト・総括印刷情報設定
　　入退院履歴記載区分の追加

2013.2.7
3.4.1　レセプト電算処理システムによるデータ作成手順
3.5　日次統計
3.6　月次統計
　　クライアント保存の拡張説明の追加

6.1　付録1　クライアント保存の拡張
　　新規追加

6.2　付録2　＜日次・月次　帳票サンプル＞
　　章番号の変更

6.3　FORM_LIST
　　章番号の変更

第7章　更新履歴
　　章番号の変更

2013.2.1
2.6-(13)　コメント文
　　フリーコメント文字数追加

2013.1.31
5.2-(3)　診療行為マスタ
　　複数月チェックの説明文修正

2013.1.28
システム管理
3002　統計帳票出力情報（月次）
　　未コード化病名一覧にパラメータを追加

2.2.3-(14)　介護老人保健施設の入所登録（入所中・入所中以外のレセプト作成）
　　新規追加

2.2.3-(15)　レセプト分割設定
　　新規追加

2013.1.8
5.3-(6)　自費（文書料など）の登録
　　説明文の訂正

2012.12.26
3.2.5　ターミナルデジット順レセプト印刷
　　新規追加

5.1　システム管理マスタ
1038　診療行為機能情報
　　レセプトレイアウトの追加
1043　会計照会機能情報
　　レセプトレイアウトの追加
3002　統計帳票出力情報（月次）
　　適応病名情報更新（薬剤）、適応病名情報更新（検査）のパラメタ追加
2005　レセプト・総括印刷情報
　　項目名の変更、出産育児一時金CSVデータの履歴保存

2012.12.5
2.10　クライアント印刷
　　クライアント印刷できる業務の訂正

4.7.0

2.1.2　受付入力
　　受付時の保険組合せチェック

2.2.3　患者情報の登録
　　カルテの病名記載なし区分追加
　　地方公費選択機能
　　保険表示切替対応
　　保険確認日の履歴対応
　　労災基準監督署コードの追加

2.3.1　患者情報の検索
　　病名検索条件の拡大
　　NOT検索の追加

2.5.1　画面の説明
　　院外処方薬剤の点数を（　）表示
　　診療行為画面の禁忌情報・リハビリ開始日の表示設定
2.5.2　入力の基本操作
　　複数リハビリコメント対応
2.5.12 まとめ入力
　　まとめ入力中のデータチェック

2.6　　診療区分別の入力方法
（1）　診察料
　　小児科時間外特例の自動算定
（11）　その他
　　複数リハビリコメント対応
　　精神科早期加算の開始日登録

2.7.1　病名登録
　　病名コード化処理
　　患者病名から入力CD画面へ複写

2.8　　収納

領収書の再発行時に金額変更の対応
履歴修正機能の改善（画面の統合）

2.9　会計照会
院外処方の薬剤点数を（　）表示

2.10　クライアント印刷
（新規作成）

3.1　データチェック
保険負担割合のチェック追加
エラー内容確認画面の病名複写対応
院外処方せんの点数超えチェック
併用算定マスタの診療行為入力時のチェック
チェックマスタ未登録薬剤一覧

3.2.4　医師別レセプト印刷
（新規作成）

3.3　請求管理
労災対応

3.4　総括表・公費請求書
労災請求書対応

3.5.3　締め処理
締め処理画面の改善

3.11　健康保険組合への直接請求
（新規作成）

3.12　公費記載順設定
（新規作成）

5.1　システム管理マスタ
1007　自動算定・チェック機能制御情報
併用算定マスタの診療行為入力時のチェック
1010　職員情報
クライアント印刷のユーザ設定
1017　患者登録機能情報
公費一覧の表示設定
1038　診療行為機能情報
診療行為画面の禁忌・リハビリ開始日表示設定
背景色の設定
1045　予約機能情報
受付時の保険組合せ選択チェック
1100　データチェック機能情報
保険番号桁数チェック設定
1101　データチェック機能情報2
院外処方せん点数超え一覧設定
チェックマスタ未登録一覧表示設定

1910　医療機関情報
　　労災請求書の追加
2005　レセプト・総括印刷情報
　　自費入院分の入院歴記載設定
　　労災レセプト様式の追加
　　医師名レセプト記載設定
　　点検用・提出用レセプトの初期表示設定
2012　保険者付加情報
　　（新規作成）
3002　統計情報出力情報（月次）
　　医薬品使用量統計表に後発医薬品割合追加
　　保険別請求別チェック表のパラメタ追加

5.2　　点数マスタ
　　点数マスタリストの一般名対応
　　点数マスタの複写機能
5.4　チェックマスタ
　　チェックしない設定の追加
　　チェックマスタ未登録薬剤チェック
5.8　　薬剤情報マスタ
　　定型文追加

Copyright(C)2007JMARI