

表7 機能修飾子による出力機能の詳細化

		出力形式分類	複数時点データ指定(時間・時刻に関する分類)	出力先デバイス分類	出力補助方法分類
		データ単体形式 複数データ列挙形式 複数データ2次元表形式 複数データグラフ形式 データ表とグラフ併用形式 特定の構造化形式 クリニカルパスによる支援 特定治療プロトコルによる支援	相対期間指定 絶対期間指定	ディスプレイ プリンタ 可搬記憶メディア ファイルストレージ DBストレージ 外部システム	利用者注意喚起フォーマット 強調出力 対象データ関連情報と同時出力
1.3	患者の診療情報を出力する機能	データ単体形式/複数データ列挙形式/特定の構造化形式		すべて	必要に応じ
1.3.1	医療事務的管理情報				
1.3.1.1	患者基本情報を出力			ディスプレイとプリンタ以外に対しては、選択によりHL7等標準化フォーマットで出力	
1.3.1.2	健康保険・福祉情報を出力		相対期間指定/絶対期間指定		
1.3.1.3	保険適用傷病名歴情報を出力		相対期間指定/絶対期間指定	ディスプレイとプリンタ以外に対しては、選択によりHL7等標準化フォーマットで出力	
1.3.1.4	診療録管理情報を出力				
1.3.2	診療管理用情報				
1.3.2.1	初受診日情報を出力				
1.3.2.2	受診歴情報を出力		相対期間指定/絶対期間指定		
1.3.2.3	入院歴情報を出力		相対期間指定/絶対期間指定		
1.3.2.4	診療プロブレムリスト情報を出力	(時系列)複数データ2次元表形式	相対期間指定/絶対期間指定		
1.3.2.5	疾患診断歴情報を出力	(時系列)複数データ2次元表形式	相対期間指定/絶対期間指定		
1.3.3	診療基礎情報				
1.3.3.1	生活背景情報を出力				
1.3.3.2	医学的背景情報を出力				
1.3.3.3	母体情報を出力				
1.3.3.4	分娩情報を出力				
1.3.4	診察記録情報				
1.3.4.1	記録管理情報を出力				
1.3.4.2	主訴関連情報(S)を出力	(時系列)複数データ2次元表形式	相対期間指定/絶対期間指定		
1.3.4.3	主観的所見情報(S)を出力	(時系列)複数データ2次元表形式	相対期間指定/絶対期間指定		
1.3.4.4	客観的所見情報(O)を出力	(時系列)複数データ2次元表形式/複数データグラフ形式/データ表とグラフ併用形式	相対期間指定/絶対期間指定		
1.3.4.5	アセスメント情報(A)を出力	(時系列)複数データ2次元表形式	相対期間指定/絶対期間指定		
1.3.4.6	計画指示情報(P)を出力	(時系列)複数データ2次元表形式	相対期間指定/絶対期間指定		
1.3.4.7	看護記録(NR)を出力	(時系列)複数データ2次元表形式	相対期間指定/絶対期間指定		
1.3.5	診療情報提供・受領に関する情報		相対期間指定/絶対期間指定	ディスプレイとプリンタ以外に対しては、選択によりHL7等標準化フォーマットで出力	
1.3.5.1	診療情報交換情報を出力				
1.3.6	計画指示の実施情報		相対期間指定/絶対期間指定		
1.3.6.1	指示実施記録情報を出力	(時系列)複数データ2次元表形式			
1.3.7	診療説明・同意情報		相対期間指定/絶対期間指定		
1.3.6.1	診療説明・同意情報を出力				
1.3.8	要約情報		相対期間指定/絶対期間指定		
1.3.8.1	診療要約情報を出力			ディスプレイとプリンタ以外に対しては、選択によりHL7等標準化フォーマットで出力	
1.3.8.2	入院要約情報を出力			ディスプレイとプリンタ以外に対しては、選択によりHL7等標準化フォーマットで出力	
1.3.9	死亡時情報				
1.3.9.1	死亡時記録情報を出力				

表8 機能修飾子による診療情報登録機能の詳細化

		入力方法分類	入力元デバイス分類	入力補助方法分類	編集形式分類
		文字入力 選択肢選択入力 一覧項目選択入力 作図入力 入力用ファイル内容読み込み入力 入力用ファイルロケーション情報入力	キーボード タブレット 可搬記憶メディア ファイルストレージ DBストレージ 外部システム	KW検索 文字列部分一致検索 事前設定データ引用編集 他データコピー&ペースト 事前設定テンプレート支援型 静的ナビゲーション情報支援型 動的ナビゲーション情報支援型	過去データ参照入力 過去データ非参照入力 過去データ引用編集入力 過去データ書き換え入力 過去データ削除 過去データに追加入力
1.4	患者の診療情報を登録する機能	文字入力 +/選択肢選択入力	キーボード +/タブレット	KW検索 +/文字列部分一致検索 +/事前設定データ引用編集 +/他データコピー&ペースト	すべて
1.4.1	医療事務的管理情報		DBストレージ+/外部システム(例:医事システム)		
1.4.1.1	患者基本情報を追加登録				
1.4.1.2	健康保険・福祉情報を登録				
1.4.1.3	保険適用傷病名歴情報を登録				
1.4.1.4	診療録管理情報を登録				
1.4.2	診療管理用情報		DBストレージ+/外部システム(例:医事システム)		
1.4.2.1	初受診日情報を登録				
1.4.2.2	受診歴情報を登録				
1.4.2.3	入院歴情報を登録				
1.4.2.4	診療プロブレムリスト情報を登録	一覧項目選択入力		事前設定テンプレート支援型	
1.4.2.5	疾患診断歴情報を登録			事前設定テンプレート支援型	
1.4.3	診療基礎情報			事前設定テンプレート支援型	
1.4.3.1	生活背景情報を登録				
1.4.3.2	医学的背景情報を登録	作図入力(例:家族歴系図)			
1.4.3.3	母体情報を登録				
1.4.3.4	分娩情報を登録				
1.4.4	診察記録情報			事前設定テンプレート支援型 +/静的ナビゲーション情報支援型 +/動的ナビゲーション情報支援型	
1.4.4.1	記録管理情報を登録				
1.4.4.2	主訴関連情報(S)を登録	一覧項目選択入力			
1.4.4.3	主観的所見情報(S)を登録	一覧項目選択入力			
1.4.4.4	客観的所見情報(O)を登録	作図入力+/入力用ファイル内容読み込み入力+/入力用ファイルロケーション情報入力(例:写真や図)	可搬記憶メディア+/ファイルストレージ		
1.4.4.5	アセスメント情報(A)を登録	一覧項目選択入力			
1.4.4.6	計画指示情報(P)を登録	一覧項目選択入力	外部システム(例:オーダーシステム)		
1.4.4.7	看護記録(NR)を登録	一覧項目選択入力	外部システム(例:看護記録システム)		
1.4.5	診療情報提供・受領に関する情報			事前設定テンプレート支援型	
1.4.5.1	診療情報交換情報を登録	作図入力+/入力用ファイル内容読み込み入力+/入力用ファイルロケーション情報入力(例:写真や図)	可搬記憶メディア+/ファイルストレージ		
1.4.6	計画指示の実施情報		外部システム	事前設定テンプレート支援型 +/静的ナビゲーション情報支援型 +/動的ナビゲーション情報支援型	
1.4.6.1	指示実施記録情報を登録				
1.4.7	診療説明・同意情報	作図入力+/入力用ファイル内容読み込み入力+/入力用ファイルロケーション情報入力(例:写真や図)	可搬記憶メディア+/ファイルストレージ	事前設定テンプレート支援型 +/静的ナビゲーション情報支援型 +/動的ナビゲーション情報支援型	
1.4.7.1	診療説明・同意情報を登録				
1.4.8	要約情報	作図入力+/入力用ファイル内容読み込み入力+/入力用ファイルロケーション情報入力(例:写真や図)	可搬記憶メディア+/ファイルストレージ	事前設定テンプレート支援型 +/静的ナビゲーション情報支援型 +/動的ナビゲーション情報支援型	
1.4.8.1	診療要約情報を登録				
1.4.8.2	入院要約情報を登録				
1.4.9	死亡時情報			事前設定テンプレート支援型 +/静的ナビゲーション情報支援型	—
1.4.9.1	死亡時記録情報を登録				

表9

電子カルテシステム機能に関連する機能修飾子の分類表

1	データ基本操作分類
	単一データ対象の操作
	データ入力
	ローカル入力
	他システムから入力
	データ出力
	表示
	印刷
	ローカル出力
	他システムへ出力
	データ保持
	揮発性保持
	非揮発性保持
	編集
	更新
	削除
	追加
	2件データ対象の操作
	データ比較
	データ連結
	データ集合対象の操作
	データ併合
	データ算出
	データ整列
2	対象データに関する分類
2.1	データ変化イベント分類
	データ新規登録
	データ変更登録
	データ削除状態登録
	データ削除
2.2	対象データ時点分類
	一時点データ
	複数時点データ
2.3	対象データ時制分類
	過去データ対象
	最新データ対象
	予定データ対象
2.4	データの守秘性状態分類
	データ守秘性ON状態
	データ守秘性OFF状態
2.5	対象データ関連情報分類
	検査基準値
	数値単位
	薬品関連情報
	病名関連情報
2.6	入力データの登録状態分類
	揮発性状態
	一時保存状態
	データ登録済み状態
	データ削除状態
	データ非表示状態
2.7	登録データの署名状態分類
	未署名状態
	記録者署名済み状態

表9

2.8	第三者署名済み状態
	登録データの確認状態
	未確認状態
	確認済み状態
2.9	検査結果状態分類
	検査結果未状態
	検査結果暫定状態
	検査結果報告済み状態
	検査結果確認済み状態
2.10	計画指示データの実施状態分類
	未実施状態
	準備開始状態
	準備終了状態
	実施開始状態
	実施済み状態
3	入出力編集に関する分類
3.1	出力関係
3.1.1	出力形式分類
	データ単体形式
	複数データ列挙形式
	複数データ2次元表形式
	複数データグラフ形式
	データ表とグラフ併用形式
	特定の構造化形式
	クリニカルパスによる支援
	特定治療プロトコルによる支援
3.1.2	出力先デバイス分類
	ローカルデバイス
	利用者用ディスプレイ
	利用者用プリンタ
	利用者用可搬記憶メディア
	利用者用ファイルストレージ
	利用者用DBストレージ
	外部システム
3.1.3	出力補助分類
	利用者注意喚起フォーマット
	強調出力
	対象データ関連情報と同時出力
3.2	入力関係
3.2.1	入力方法分類
	文字入力
	選択肢選択入力
	一覧項目選択入力
	作図入力
	入力用ファイル内容読み込み入力
	入力用ファイルロケーション情報入力
3.2.2	入力元デバイス分類
	ローカルデバイス
	利用者用キーボード
	利用者用タブレット
	利用者用可搬記憶メディア
	利用者用ファイルストレージ
	利用者用DBストレージ
	外部システム
3.3.3	入力補助方法分類
	キーワード検索
	文字列部分一致検索

表9

	事前設定データ引用編集
	他データコピー&ペースト
	事前設定テンプレート支援型
	静的ナビゲーション情報支援型
	動的ナビゲーション情報支援型
3.3	編集形式分類
	新規入力
	過去データ参照入力
	過去データ非参照入力
	過去データ引用編集入力
	過去データ書き換え入力
	過去データ削除
	過去データに追加入力
4	時間・時制に関する分類
4.1	時点指定方法分類
	相対時間距離指定
	絶対日時指定
4.2	期間指定方法分類
	相対期間指定
	絶対期間指定
5	対象データ依存者分類
	特定患者依存データ
	特定利用者依存データ
	患者依存データ集合
	利用者依存データ集合
	患者依存データ統計
	利用者依存データ統計
	医療実績データ
	システム運用管理データ
	システム運用管理データ統計
6	特定患者指定方法分類
	患者識別子直接指定
	患者ID指定
	患者識別子間接指定
	患者基本情報部分条件検索
	患者属性による条件検索
	入院患者の入退院属性による条件検索
	入院診療科による条件検索
	入院ナース単位による条件検索
	担当医による条件検索
	退院日による条件検索
	退院診療科による条件検索
	退院時ナース単位による条件検索
	外来患者の受診属性による条件検索
	外来受診日による条件検索
	外来診療科による条件検索
	外来担当医による条件検索
	初診再診区分情報による条件検索
	その他の患者条件による検索
	患者の診療データ値による条件検索
	利用者－患者関係属性による条件検索
	医療機関－患者関係属性による条件検索
7	メタ操作分類
	禁止
8	利用者システム操作分類
	利用者認証
	特定患者依存操作

表9

	特定患者指定
	患者データの出力
	患者データの編集
	特定患者非依存操作
	利用者情報管理操作
9	利用者認証手段分類
	単一手段による認証
	記憶符号による認証
	IDとパスワードによる認証
	生体認証
	指紋認証
	顔認証
	所有物認証
	磁気カード情報認証
	ICカード情報認証
	複数手段による認証

資料1 機能調査票項目

No	質問項目
1 診療業務に関わる機能	
1.1 患者基本情報管理機能について	
1.1.1	患者氏名等基本的な情報の管理について
1.1.1.1	患者基本属性をシステム上に登録・管理していますか？ (血液型、身長、体重、担当医など)
①	これらの情報は院内で共有していますか？ (共有していない場合、理由を教えてください)
1.1.1.2	姓名変更があった場合、患者IDを変更することなく姓名更新ができますか？
①	また、その履歴等は管理できますか？
1.1.1.3	旧姓や通称名(芸名など)が登録可能ですか？
1.1.1.4	同姓同名で別IDの患者が存在する場合、注意を促す機能はありますか？
1.1.1.5	患者IDが二重登録された場合、IDの関連付けをする機能がありますか？
①	複数IDの患者の情報を1つにマージして、表示する機能がありますか？ (患者基本情報・診療情報(カルテ情報)・他検査結果などの履歴など)
②	患者が別IDを保有していることを利用者に喚起する機能を有していますか？
③	カルテ照会中に、患者のもう一方のIDのカルテ情報を照会可能にするためのリンク機能がありますか？
④	同一患者の複数ID保有状態を解消するために、古いIDを廃番にして古いIDで管理されている患者カルテデータを、新しいIDに移す機能がありますか？ データ移行時に、真正性は守られますか？
1.1.1.6	患者基本情報は、随時登録・更新することができますか？ (氏名、生年月日、連絡先、血液型、身長、体重等) 誰が更新できますか？
1.1.1.7	担当医自身が自分の担当患者を指定する機能がありますか？
①	担当医でないと使用できない機能がありますか？
1.1.1.8	各種照会画面の患者情報表示欄には入院外来の区別の表示がありますか？
①	現在入院中の患者の場合、入院場所も併せて表示されますか？ (病棟、病室番号、診療科など)
1.1.1.9	連絡先の登録が可能ですか？誰が入力できますか？ (住所・電話番号・電子メールアドレスなど)
①	複数件の登録は可能ですか？
1.1.1.10	患者基本情報の履歴管理ができますか？ どのような形式ですか(個別履歴表示、見え消しによる上書き表示など) システム管理者以外でも見ることができますか？
①	記述内容が、いつ時点の情報かわかりますか？ (患者聴取日時を保存できるなど)
1.1.2 病歴、家族歴、輸血歴等情報の管理について	
1.1.2.1	病名オーダで入力した情報が元になって、病歴として表示する機能がありますか？
1.1.2.2	病歴として表示すべき情報として、病名オーダ時に表示等の優先度設定はなされていますか？
1.1.2.3	病名表示優先度の設定を行い、設定順位の高いものから表示する等表示の配慮がなされていますか？
1.1.2.4	病名をカテゴリとともに入力・識別可能ですか？ (例:「保険(レセ)病名」、「診断病名」など)
1.1.2.5	病歴を見やすくするための機能で必要な機能があればご教示ください。
1.1.2.6	家族歴管理を行っていますか？ 親等数等どこまで行っていますか？ 必要な情報が得られますか？

資料1 機能調査票項目

No	質問項目
1.1.2.7	輸血管理は、患者申告、血液検査時等の履歴管理機能がありますか？ 必要な情報が得られますか？
1.1.3	血液型、アレルギー、感染症等の情報管理について
1.1.3.1	検査結果を、患者基本情報に自動反映する機能、基本情報の起源種別（申告、検査、他医療機関等）が分かる機能がありますか？
1.1.3.2	画面表示上「ハイリスク」患者であるとスタッフがすぐに気づくような考慮がされていますか？ (HCV、ATL、HBs、HIV等の検査が陽性的の場合) スタッフへ周知するための機能があればご教示ください。
1.1.3.3	患者の「安全情報」の登録が可能ですか？ (薬の副作用（病院確認薬、患者申告薬、類似薬品等）、アレルギー（食物、輸血等）、障害の有無等） 現在の機能で過不足がある場合はご教示ください。
1.1.4	その他の情報管理機能について
1.1.4.1	患者の機微に関わる情報（宗教、信条等）を記録していますか？
1.1.4.2	個人情報の機密管理機能はありますか？ (参照権限はどの範囲のスタッフでしょうか?)
1.1.4.3	上記の質問で提示された以外に、院内で共有している情報をご教示ください。
1.1.5	患者選択に関わる操作性について
1.1.5.1	複数患者の情報を一画面上で保持し、画面上容易に相互の患者の情報を参照できますか？
1.1.5.2	同時に複数患者のオーダー画面を開けられる仕様である場合、 誤入力を回避できる手段が講じられていますか？(画面表示色の変更等)
1.1.5.3	複数利用者が、同時に、同じ患者を選択しているときの警告機能がありますか？
1.1.5.4	各種の患者一覧(担当科の本日予約患者一覧など)の中に同姓・同名患者がいる場合、注意を促す表示等の機能がありますか？
1.2	クリティカルパスの作成機能について
1.2.1	クリティカルパスの設定ができますか？ 誰がどのような場面で利用していますか？(登録・照会)
1.2.2	与薬、注射、処置、手術、各種検査等の診療行為、治療行為、看護、介護等、任意の診療・看護オーダー計画の登録が可能ですか？
1.2.3	診療記録、看護記録などの記載、確認、承認等、医療スタッフの行動に関わるマイルストーンをパス上に設定できますか？
1.2.4	患者毎のクリティカルパスの照会画面を表示し、そこからオーダー・指示内容登録画面を直接表示し、変更することができますか？
1.2.5	患者にパスを適用する際に、診療科、病名、性別、年齢、その他、各種条件によるチェックが行えますか？ (具体的内容を備考欄に記述)
1.2.6	クリティカルパスにより作成した複数セットを一括してオーダー発行できますか？
1.2.7	オーダー発行の有無、オーダー確認医師、実施の有無や時刻、担当、中止等を表示できますか？ 診療上で機能に問題はありますか？
1.2.8	クリティカルパスのバリエーション評価機能を有していますか？
1.2.9	バリエーションはコード化してユーザ側で容易にメンテナンス可能ですか？
1.2.10	バリエーションの統計分析が行えますか？ 分析機能は十分に活用できますか？ 誰がどのような場面・目的で利用していますか？
1.2.11	クリティカルパスステップ毎のゴール設定やアウトカム評価機能を有していますか？
1.2.12	現在のパスセット機能で、不十分な点、追加したい機能についてご教示ください。
1.3	オーダー作成とその結果管理機能について
1.3.1	全体的な機能について
1.3.1.1	病名との禁忌があるオーダーについて、チェックができますか？
1.3.1.2	病名とのチェックを行っているオーダー内容についてご教示ください。
1.3.1.3	オーダーの相互の組合せチェックができますか？

資料1 機能調査票項目

No	質問項目
1.3.1.4	患者基本情報を利用して、オーダー時投薬量規定値設定等ができますか？ (体重、身長、検査結果等)
1.3.1.5	手技や処置方法を選択指定する場合に、状況に応じて指定が妥当な項目や値のみを表示していますか？
1.3.1.6	オーダー登録中に、その患者の検査結果を簡単に照会できますか？
1.3.2	レポート機能について
1.3.2.1	検査結果を参照しながら、結果所見レポートの入力が行えますか？ (放射線検査や生理検査、内視鏡等の画像・波形)
1.3.2.2	レポート入力時に十分な情報を、効率的に収集できますか？
1.3.2.3	検査項目別、日付別に検査実施一覧画面を表示でき、迅速にレポート記載する支援機能がありますか？
1.3.2.4	検査日、依頼医、診断医、検査種別、レポート状態(作成済み、未作成、未報告、承認の有無等)による検索ができ、レポート作成状況を迅速に把握できますか？
1.3.2.5	検査実施一覧画面で患者を指定することにより、レポート入力画面や画像・入力済レポート画面を表示できますか？
1.3.2.6	レポート入力画面から下記の操作が可能ですか？
①	診断医・施行者選択
②	テンプレート選択
③	シェーマ選択
④	診断所見入力
⑤	フリーコメント入力
⑥	患者基本情報照会
⑦	オーダー情報照会
⑧	実施情報照会
⑨	レポート照会
⑩	印刷プレビュー照会
1.3.2.7	検査履歴一覧から過去のレポート参照ができますか？ (一部のレポートのみが検索できない場合、具体的にご教示ください)
1.3.2.8	レポート入力の確定、承認機能がありますか？ ある場合、運用をお聞かせください。(備考)
1.3.2.9	シェーマの新規登録、修正は医師自身が簡単にできますか？
1.3.2.10	シェーマはイメージスキャナによる取り込みやデジタルカメラの写真を取り込んで、医師自身が利用可能ですか？
1.3.2.11	レポート上に、選択した画像や波形を貼り付ける機能がありますか？
1.3.2.12	所見入力では、定型文書の貼り付け、および登録が可能ですか？
1.3.2.13	医師別の定型文書、辞書の登録は可能ですか？
1.3.2.14	診療画像ライブラリを構築していますか？
1.3.2.15	検査レポートのステータス管理機能がありますか？ (例：中間報告 (or 自動診断)、確定報告、修正報告など)
1.3.2.16	同一検査オーダーに対する、レポートの履歴管理機能がありますか？ (例：確定報告後も、何らかの操作によって中間報告レポートが見られる)
1.3.3	処方・注射オーダーについて
1.3.3.1	処方オーダー入力に、重複投与・数量・用法・配合禁忌・長期投与・病名との可否等のチェック機能がありますか？
1.3.3.2	院内処方できない薬品を誤って院内処方オーダーしてしまうミスを防ぐ機能がありますか？ (薬品個々に院外・院内・共通の識別子を設けるなど)
1.3.3.3	薬剤の検索機能がありますか？(英字、数字、カナ、および漢字による文字列検索や同薬効薬の検索など)
1.3.3.4	薬剤の検索機能は十分ですか？ 備考：必要な機能、問題点があればご教示ください。
1.3.3.5	検索した薬剤について、必要な医薬品情報を表示できますか？
1.3.3.6	内用薬は1日量、頓服は1回量、外用薬は総投与量で使用量を入力できますか？
1.3.3.7	外用薬の用法を選択入力する項目が十分にありますか？
1.3.3.8	特に、点眼薬等特殊な外用に関わる用法のコードはなされていますか？
1.3.3.9	処方オーダーの変更・取り消し前の処方記録を残していますか？
①	変更情報を見ることができますか？
1.3.3.10	医師が処方修正入力を行った場合、修正後の処方内容が薬剤部・患者に伝達される仕組みがありますか？
①	院内、院外で修正時の業務運用にどのような違いがありますか？ (例：指導医からの指摘や、薬局からの疑義問い合わせなどの結果、修正した場合等)
1.3.3.11	診察室や薬剤部に設置した端末から、患者の副作用情報が入力でき、相互に参照は可能ですか？
1.3.3.12	副作用薬剤は、院外採用薬でも、薬品マスタとの関連付け登録をすることにより、オーダー時にチェックできるようになっていますか？

資料1 機能調査票項目

No	質問項目
1.3.3.13	検査薬については検査オーダーを発行したときに同時に処方オーダーも発行されるようにマルチセットが組めますか？
①	前処置薬についても同様にセット化は可能ですか？
1.3.3.14	処方の区分として、定時処方・臨時処方・緊急処方・退院処方を設けていますか？
1.3.3.15	定時処方・臨時処方は、オーダー締切時間を設け、締切後はオーダー登録を不可とする機能はありますか？
1.3.3.16	緊急処方は、オーダー情報入力後薬剤へ即時伝達されていますか？ その伝達に際しては、どのように行っていますか？
1.3.3.17	退院処方オーダー登録の前提条件をチェックする機能がありますか？ 退院予定登録がされていること、その他
1.3.3.18	処方箋に患者ID、処方オーダー番号等のバーコードを印字し、そのバーコードをバーコードスキャナで読み取ることに 等により、病棟（看護師支援システム）へ薬剤ができたという情報を連絡していますか？
1.3.3.19	インシュリンのスライディングスケールオーダーは可能ですか？
①	処方オーダーのうち、条件付オーダーができる/できないの両ケースがある場合、具体的にご教示ください
1.3.3.20	抗がん剤等の投与について”一定期間内における”総投与量のチェックをする機能がありますか？
1.3.3.21	抗がん剤の投与とプロトコルのマスタ登録、セットオーダー登録、違反チェック機能がありますか？
1.3.3.22	処方指示入力時に、以下のチェックが可能となっていますか？
①	年齢別警告量チェック
②	年齢別極量チェック
③	保険適用日数チェック
④	用法と使用量の適合チェック
⑤	粉碎化可否チェック
⑥	他科を含めた服用期間の重なる薬剤との重複チェック
⑦	他科処方を含めた使用期間の重複の恐れがある外用薬と内用薬の重複チェック
⑧	絶対禁忌チェック
⑨	相互作用チェック
⑩	患者アレルギーチェック
⑪	妊産婦禁忌チェック
⑫	院外不可薬剤チェック
⑬	採用薬期限切れチェック
⑭	保険病名適合チェック
1.3.3.23	注射オーダー入力時に、以下のチェックが可能ですか？
①	年齢別警告量チェック
②	年齢別極量チェック
③	保険適用日数チェック
④	用法と使用量の適合チェック
⑤	他科を含めた服用期間の重なる薬剤との重複チェック
⑥	絶対禁忌チェック
⑦	相互作用チェック
⑧	患者アレルギーチェック
⑨	妊産婦禁忌チェック
⑩	院外不可薬剤チェック、
⑪	採用薬期限切れチェック
⑫	麻薬・特殊薬剤チェック
⑬	保険病名適合チェック
1.3.3.24	点滴の注入速度の指定が、〇〇ml/時間のような形式で指定できますか？
①	注入ルートの指示もできますか？ その他、看護師の注射業務に必要な指示情報が入力できますか
1.3.3.25	注射開始日から終了日までの期間指定ができますか？
①	また、1日当たりの注射回数も指定できますか？
1.3.3.26	すべての種類の注射について、実施入力を行うことができますか？
①	どのような項目を入力していますか？(例：総量・速度ほか状況コメント文など)

資料1 機能調査票項目

No	質問項目
②	また、簡単に履歴情報を照会することができますか？
1.3.3.27	日別の薬剤投与合計量の推移をグラフ形式で照会することができますか？
1.3.3.28	水分バランスの照会ができますか？
1.3.3.29	実施履歴の記録内容について、現在の電子カルテシステムで不十分な機能はありますか？
1.3.4	麻薬処方について
1.3.4.1	麻薬返品に際し、電子カルテ上に麻薬返品コメントを記録していますか？
1.3.4.2	麻薬が院外処方された場合には、麻薬施用者番号を自動印字していますか？
1.3.4.3	麻薬処方入力時は麻薬施行者番号をチェックし、許可された医師以外は登録できないよう制限していますか？
1.3.5	治験について
1.3.5.1	治験中、市販後臨床試験中の患者は、患者基本情報に表示し、スタッフへの周知を行っていますか？
1.3.5.2	治験薬の実施入力を元に、治験歴を表示する機能がありますか？
1.3.5.3	治験薬は、薬剤マスタに治験薬であることを登録することにより、一般の薬と同様にオーダーできますか？
1.3.5.4	治験薬（市販後臨床試験薬）処方オーダー入力時には以下のチェックを行えますか？
①	同種同効薬
②	用法・用量
③	投与日数（投与量）
④	投与期間
⑤	選択基準（特に年齢など）
⑥	併用禁止薬
⑦	併用制限薬
⑧	支払い区分（保険 or メーカー負担）の判別
1.3.6	検体検査について
1.3.6.1	院内共通セット・科セット・医師セットの様に目的に合わせた複数セットグループが登録できますか？
1.3.6.2	一定期間経過すると、検査オーダーが無効になる機能がありますか？
1.3.6.3	至急検査の場合、オーダー上は通常の検体検査とは区分し、画面上でも判別しやすいよう配慮されていますか？
1.3.6.4	保険請求できない（査定対象となる）検査等を実施する際には、警告表示がありますか？
1.3.6.5	検査部門の「受付時間」だけでなく、患者からの「検体採取時間」を正確に入力・記録する機能はありますか？
①	オーダー実施履歴の一覧表示（時系列順など）において、実施時間として「受付時間」と「検体採取時間」のどちらを表示していますか？
1.3.6.6	検査オーダーにおいて、何らかの理由で検査が実施されなかった場合に、電子カルテ上にその旨の記録を残す機能がありますか？
1.3.6.7	報告中、報告済みの区別がありますか？
1.3.6.8	グラフ表示機能がありますか？
1.3.6.9	任意の項目グループによる時系列検査結果グラフが表示可能ですか？
1.3.6.10	検査結果参照項目グループは、テキスト表示、グラフ表示の各々について、結果参照画面上でマスタ設定が可能ですか？
1.3.6.11	時系列グラフでは、項目別の基準値範囲が標準化されたスケール表示が可能ですか？（例えば、Mean±2SD等）
1.3.6.12	基準値を超える値は表示上容易に識別できますか？
1.3.7	細菌検査について
1.3.7.1	検査結果が出たときや結果が訂正された場合に、オーダー依頼元に連絡する機能がありますか？
①	当該患者のカルテを開かなくても結果が返ってきていることを認識できますか？

資料1 機能調査票項目

No	質問項目
②	オーダ依頼元の担当医師が変更になった場合、引き継いだ主治医に連絡がされていますか？
1.3.8	放射線検査について
1.3.8.1	部位・方向・撮影方法等の入力項目等の他依頼オーダとの整合性チェック、CTやMRIの同月内依頼や近接した部位について依頼等に関わる保険請求および診療行為上のチェックが可能ですか？
1.3.8.2	検査前に説明実施・承諾書受領したことを記録する機能がありますか？ (侵襲性の高い検査の場合の検査内容説明と副作用など)
①	また、その説明記録が放射線システム側で確認できますか？
1.3.8.3	妊娠の有無チェックをし、妊娠時に撮影する場合には、その説明したかどうかを記録する機能がありますか？
①	また、その説明記録が放射線システム側で確認できますか？
1.3.8.4	同日および過去12時間以内に、同じ撮影部位・方向のオーダをする時には、アラームを出していますか？
①	ただし、必要な場合は確認の上、オーダができるような機能はありますか？
1.3.8.5	放射線オーダのチェックで必要と考える機能をご教示ください。
1.3.8.6	患者移送方法（ベッド、車いす、独歩など）が入力できますか？
1.3.8.7	下記の場合、医師がオーダ入力時に注意を喚起するようになっていますか？
①	時間外のオーダ入力の場合
②	ヨードショック等のアレルギーの危険性がある検査をオーダする場合
1.3.8.8	患者への検査内容説明が表示・印刷が可能ですか？
1.3.8.9	特殊検査で、患者の同意書が必要となる場合は、同意書の作成を義務とする項目チェック機能がありますか？
1.3.8.10	放射線検査実施毎に患者被曝量の積算管理ができますか？
1.3.9	放射線治療について
1.3.9.1	治療計画に応じて複数回の予約枠を連続して取る機能がありますか？
1.3.9.2	全体の予定を参照して既に他の検査予定のある時間帯には予約できないよう制限できていますか？
1.3.9.3	放射線治療計画予約及び放射線治療予約の情報は、予定情報を病棟スタッフに連絡する機能はありますか？
1.3.10	生理検査について
1.3.10.1	生理検査オーダと同時に、眠剤処方オーダも登録できますか？
1.3.10.2	検査項目によっては、身長、血圧、臨床診断名などを、患者基本情報または電子カルテ情報から自動的に付与して生理検査システムへ連絡する機能がありますか？
1.3.10.3	心電図データファイリングシステム、超音波画像ファイリングシステム、脳波データファイリングシステム等の画像、波形を参照可能ですか？
1.3.11	内視鏡検査について
1.3.11.1	内視鏡検査オーダ画面上、感染症の有無の表示がされていますか？
1.3.11.2	内視鏡検査レポート画面から、容易に生検等の病理検査オーダが登録できますか？ 検査結果がオーダ登録画面に取込表示されますか？ 操作性よく登録できていますか？
1.3.11.3	外来、病棟のオーダ端末で、内視鏡画像情報を参照できますか？
1.3.11.4	内視鏡検査システムから病理検査オーダ情報、所見レポート情報、添付画像情報を受信したら、直ちに病理検査システムにこれらの情報を自動送信する機能はありますか？
1.3.12	病理検査について
1.3.12.1	確定報告後に内容の変更があった場合、依頼元へ電子カルテシステム上で通知を行っていますか？
①	誰にどのような方法で通知していますか？ (患者が転科、転院していた場合の連絡方法についても貴院の運用をご教示ください)
1.3.12.2	検査結果・修正結果の通知に対し、通知先の確認未了状況を検査部門側で把握する機能がありますか？ どのような条件でチェックをしていますか？
1.3.12.3	検査部門に対する情報伝達機能がありますか？ 例：下記の情報が明示できていますか？ ・ 残余組織の返却を患者が希望している ・ 研究、教育目的での使用等に関する包括合意に患者が同意しているかどうか
1.3.13	輸血（自己血含む）について
1.3.13.1	当該患者の血液型・抗体名・輸血歴が参照表示可能となっていますか？ 備考：輸血歴ではどのような情報を見ることができますか？(自己血かどうかの区分、管理番号など)
1.3.13.2	血液型判定日を常に記録し履歴を持っていますか？
1.3.13.3	輸血、血液製剤の実入力では、添付のロット番号を記録する機能がありますか？
1.3.13.4	ロット番号を元に、該当する実施履歴、患者一覧を照会する機能がありますか？
1.3.13.5	現在の貯血量の照会ができますか？
1.3.13.6	戻し輸血の実施履歴が照会できていますか？
1.3.14	末梢幹細胞について
1.3.15	給食について
1.3.15.1	食事履歴が登録・参照できますか？

資料1 機能調査票項目

No	質問項目
①	食事歴の画面で、残食情報は参照できますか？
1.3.15.2	(現入院期間における)食事制限履歴が登録・参照できますか？
1.3.15.3	履歴は今回の入院だけでなく、過去入院時の情報も参照することができますか？
1.3.15.4	患者の食品アレルギー情報をチェックする機能がありますか？ 備考：給食部門では、メニューに対する患者のアレルギー情報のチェックをどのように行っていますか？
1.3.16	処置について
1.3.16.1	入力漏れ防止として処置行為に伴う部位・材料・薬剤・処置時間などの入力要求がシステムから督促できますか？
1.3.16.2	実施入力上不備が見つかった場合の運用をご教示ください（請求漏れ、過剰請求等）
1.3.16.3	各種オーダーに対する実施入力について、保険請求目的の記述と、医療上必要な記述の両方が記述できますか？
1.3.17	透析について
1.3.18	自科検査について
1.3.18.1	各科で実施する各種検査（自科検査）の記録や、デジタル写真を取込・保存できますか？ その際の方式は？ ①検査機器を連携し自動的に結果を電子カルテシステムに取り込む。 ②JPEG・PNG・MPEG・PDF等の画像の標準保存形式によりマニュアルで電子カルテシステムに取り込む。 ③スキャナ装置等によりデジタル変換し、電子カルテシステムに取り込む。 ④他のデータファイリングシステムから、画像・波形データをバッチまたはリアルタイムに取りこむ。 ⑤デジタルカメラの写真を、GF、マルチメディアカード、SDメモリーカード、スマートメディア等の記録媒体を介して読み込む。 ⑥現物を各科で保管する。この場合、現物の保管場所やデータ番号等を電子カルテに記録し、保管状況を整理する。
1.3.18.2	眼科、耳鼻咽喉科等、診療部門での検査が多い診療科での電子カルテシステム上の工夫をご教示ください。
1.3.18.3	自科検査用の画像ファイリングシステムを導入していますか？
1.3.18.4	別に画像ファイリングシステムを導入している場合、診療記録の管理はどのように行っていますか？
1.3.19	栄養指導について
1.3.19.1	栄養指導オーダーの登録、修正および予約登録、変更ができますか？（医師、栄養士）
1.3.19.2	医師や看護師が、電子カルテ画面で栄養指導結果を参照できますか？
1.3.19.3	栄養指導履歴一覧から各指導日の栄養指導結果内容が参照できますか？
1.3.20	リハビリテーション
1.3.20.1	リハビリの実施記録を参照する機能がありますか？
1.3.21	その他
1.4	オーダーの承認機能について
1.4.1	作成途中(未承認)のオーダーの一覧表示が可能ですか？
1.4.2	研修医がオーダー発行をしている場合、指導医が承認しないと正式なオーダーとならない機能がありますか？
1.4.3	研修医がカルテ入力をしている場合、指導医が承認しないと正式な記録とならない機能がありますか？
1.5	病歴や各種ドキュメント管理機能について
1.5.1	診療記録の管理機能について
1.5.1.1	オーダー登録時、オーダーを一時データとして保存できますか？ また、この一時データを削除しない限り保存していますか？
①	特定の患者に関するカルテの一覧画面について、ソート表示が可能ですか？ 備考→どんな項目がソート条件に指定できますか？ (例：診療科、情報種別、診療日、入力者等で並び替え)
1.5.1.2	特定の患者に関するカルテ情報について、検索が可能ですか？ 備考→どんな情報が検索対象に指定できますか？ (例：病名、処方、検査項目、診療科、情報種別、診療日、入力者などの値をキーに抽出)
1.5.1.3	1.5.1.2
1.5.1.4	オーダー登録および所見登録ごとに、実施可能な端末を制限できますか？
1.5.1.5	カルテ入力後、情報として確定し修正および削除を不可とする時間制限機能を外来、入院別に設定できますか？
1.5.1.7	シエマに入力した文字情報は、テキストとしてカルテ検索の際のキーワードとして利用できますか？
1.5.1.8	電子カルテ上のすべてのテキストデータに対して、任意のテキストをキーにした検索が可能ですか？ ① テキスト全文検索において、検索対象の範囲指定ができますか？ どんな情報が条件に指定できますか？ (例：データの種別、保存日時、担当患者、患者IDなどで限定)
1.5.1.9	シエマ入力に必要な図が科別利用者別等に登録できますか？
1.5.1.10	スキャナ装置を用い、イメージ情報を電子カルテシステムに登録できますか？
1.5.1.11	PDF形式のデータについて、テキスト検索できる機能を有していますか？
1.5.1.12	テンプレートをを使用した場合の入力・表示について

資料1 機能調査票項目

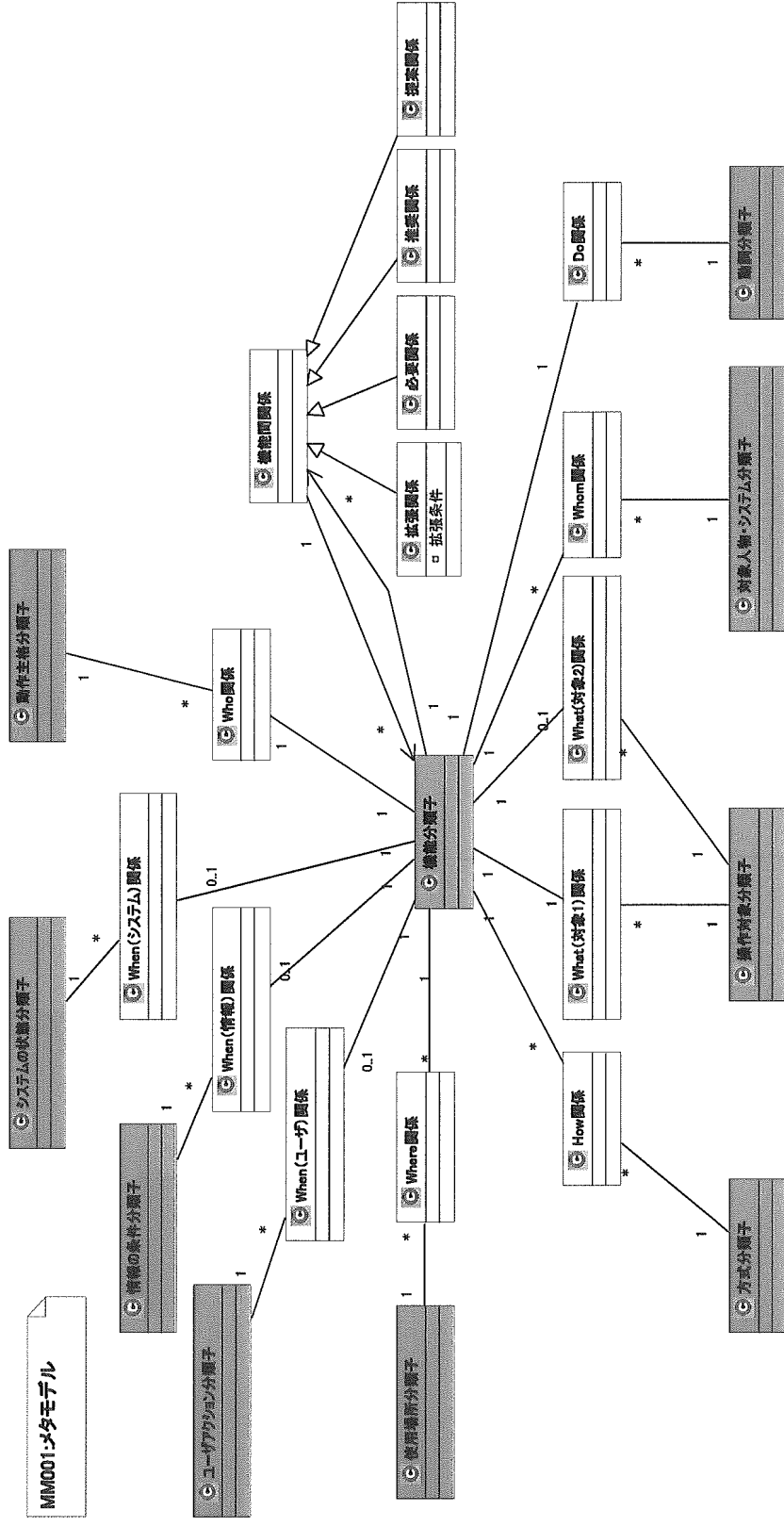
No	質問項目
①	テンプレート入力ができますか？ (例：どのような項目についてできますか)
②	テンプレート入力と、フリーテキスト入力どちらでも選択可能ですか？ (例：SOAP形式でテンプレート入力した場合のように表示されますか？ 入力時点の他選択肢は表示可能ですか？)
③	テンプレート画面等で登録した診療記録情報は、利用者の自由な指定により、項目別の時系列画面を表示できますか？
④	テンプレートのマスタは、ユーザ自身が自由に拡張できますか？
⑤	次回使用時も同じテンプレートが初期表示されるように、ユーザ設定でユーザの使用するテンプレートを登録できますか？
1.5.1.13	記載した所見、時系列検査結果等をコピー＆ペースト等の操作によりサマリ作成が可能ですか？
1.5.1.14	プロブレムリストは、全病院スタッフが一つの画面上で共有していますか？
①	共有をしている場合、情報の整理・抽出機能は十分ですか？ (例：看護師、医師などの職種による表示の絞込みが必要か?)
1.5.1.16	オーダー情報や検査結果、レポートなどの情報をコピーし、カルテ記載欄に貼り付けできますか？
①	コピー元情報の画面を簡単に呼び出す機能がありますか？
②	コピー元情報が変更された場合の通知機能はありますか？
1.5.1.17	歯科記載部分については、レセプト作成イメージ(診療項目・部位のチェックに対応した点数表示など)が表示されていますか？
1.5.1.18	カルテ記載・登録の際に、必ずユーザ認証する仕組みになっていますか？ (例. 登録・更新の際必ず指紋認証を実施等)
1.5.1.19	電子署名機能を使用していますか？ 備考：どのような目的に使用していますか？
1.5.1.20	記述内容が「いつ時点の情報か」を指定する欄が別にありますか？ (例：保存日時と記述内容の日時が異なるケースの記述方法)
1.5.2	病歴サマリ管理機能
1.5.2.1	病歴サマリを記載する際に、これまでに蓄積した診療記録と自動的にリンクする機能はありますか？
1.5.2.2	研修医が作成したサマリを指導医が確認する機能はありますか？
1.5.2.3	サマリ作成に際して、必要な機能があればご教示ください。
1.5.3	診断書、承諾書等文書管理機能
1.5.3.1	他医療機関からの紹介状、画像検査等の情報が紙媒体で提供された場合、スキャナ等による照会ができますか？
1.5.3.2	他医療機関からの紹介状、紹介元で実施した画像検査等が電子媒体で提供された場合、データの取込(及び変換)・照会ができますか？
2 診療意思決定に関わる機能について	
2.1	診療知識管理機能(「今日の治療指針」「コクランライブラリ等へのアクセス方法等)
2.2	診療診断支援機能
3 各部門との連携(予約、スケジュール管理、スタッフ間コミュニケーション)に関わる機能について	
3.1	診療予約に関わる管理機能について
3.1.1	一定期間以上の診察予約は、予約日付未定の予約とする等の配慮がなされていますか？
3.1.2	予約登録を行う際、医師別の診療予約状況画面を表示でき、他科の状況が簡単に把握できますか？
3.1.3	同一日・同一時間帯での診療・検査・手術、その他予約項目の重複予約登録のチェックを行っていますか？
3.1.4	クローズ予約の場合、担当部門でしか予約登録・変更が行えないよう制限されていますか？
3.1.5	クローズ予約の場合、予約日時決定の際の担当医等への連絡機能がありますか？
3.1.6	複数検査を行う場合、検査の前後関係が問題となる場合があります。これらを自動的に考慮し、複数の検査予約が可能ですか？(複数の検査がオーダーされたときに、ある検査から次の検査までの必要期間がある場合には、予約日として自動的にそれだけの期間をおいた日時が設定されること。)
3.2	入退院管理機能(入院、転科転棟、外出外泊、退院、空床管理等)について
3.2.1	入院・退院の予定オーダーおよび実施入力機能がありますか？
3.3	手術予約・指示管理機能について
3.3.1	以下の各種帳票が作成できますか？
①	術中看護記録
②	麻酔記録
③	手術記録
④	薬剤・材料払出表
3.3.2	患者の手術歴、麻酔歴が照会できますか？
3.4	診療情報の情報交換機能について
3.4.1	院内スタッフ間のコミュニケーション機能について
3.4.1.1	職員間の連絡補助機能として、メール機能がありますか？
①	患者画面から迅速にメール機能を利用できますか？
3.4.1.2	締め切り後に発生したオーダー内容を、自動的に必要なスタッフに送信する機能がありますか？ (PHSメール等のPUSH機能)
3.4.1.3	受信側が確認したかどうかを把握する機能がありますか？

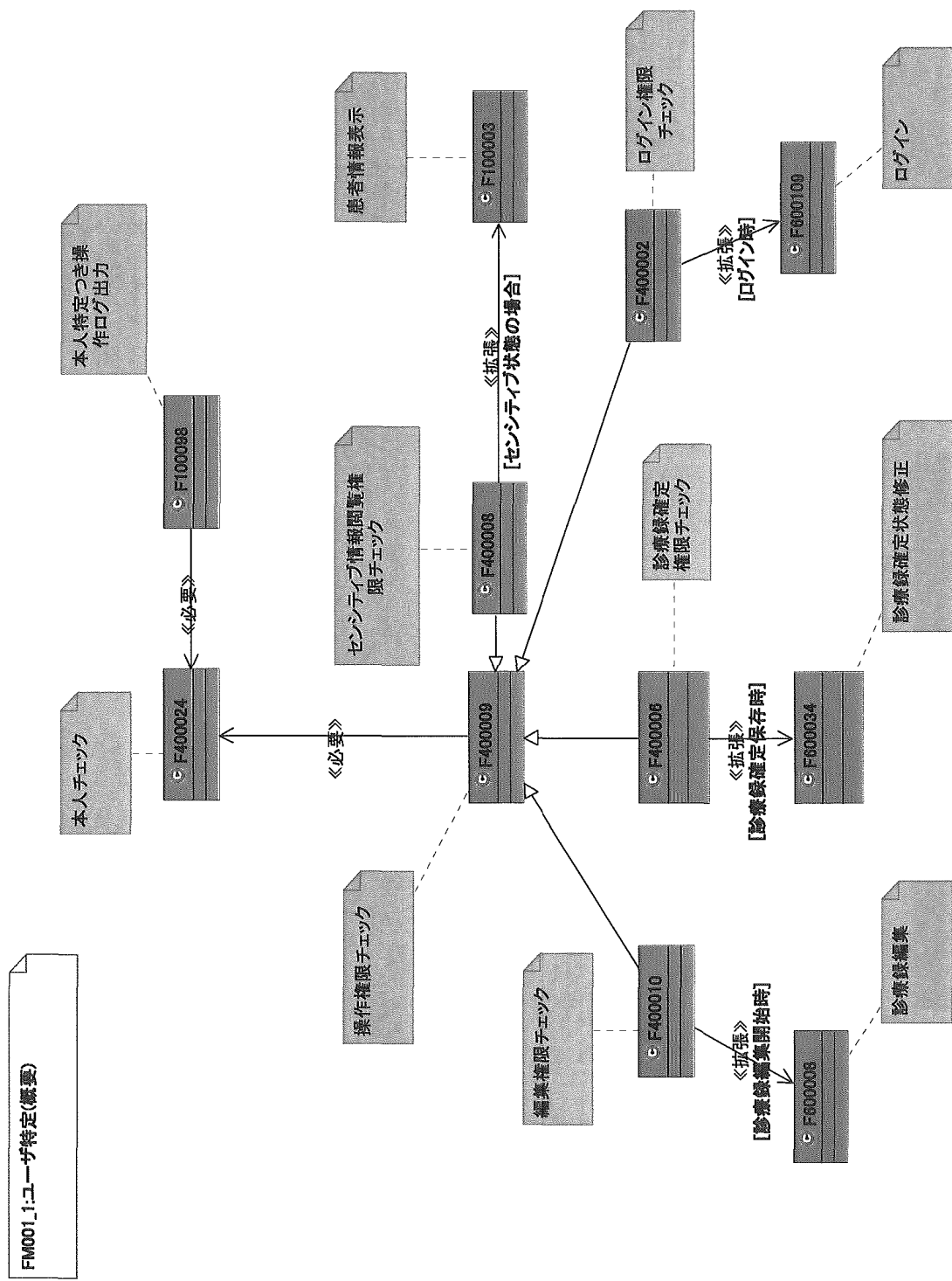
資料1 機能調査票項目

No	質問項目
3.4.1.4	現在確認が済んでいないもののうち、一定時間を超えているものを表示する機能がありますか？
3.4.1.5	下記の指示について、貴院での指示出し/指示受けの運用形態についてご教示ください
①	オーダーに付随する指示情報について (例：「眠れなかったら〇〇の薬を処方」のようなオーダーの補足説明、前提条件など) ・指示記録が残る伝達方法か？ ・指示の修正伝達はどのように行われているか
②	オーダー以外の指示について。 (例：熱が出たら冷して。～時まで□□して、その後は…等の指示) ・指示記録が残る伝達方法か？(指示書/口頭など) ・指示の修正伝達はどのように行われているか
3.4.2	院内情報共有や連絡に関わる機能について
3.4.2.1	オーダー情報や結果所見情報等の登録・変更時に、情報を電子メール（もしくはReminder）などで自動的に通知する機能がありますか？
①	入院確定登録 → 担当医に入院確定情報送信
②	退院予定登録 → 当該患者を担当した栄養士、リハビリテーション部門など複数職員へ退院予定情報を送信
③	各種検査結果 → 担当医に結果送信
④	手術確定情報 → 担当麻酔医、執刀医へ連絡
⑤	看護師から医師への指示確認 → 担当医に送信
⑥	締切後オーダー登録 → 担当医に送信
3.4.2.2	緊急連絡のために、全病院スタッフの、現在連絡可能な連絡先が、照会・検索できますか？
3.4.3	患者・家族間とのコミュニケーション機能について
3.4.4	医療機関とのコミュニケーション機能について
4 診療支援に関わる機能	
5 診療評価・分析、医学研究・支援等に関わる機能	
6 病院経営（業務量分析、原価計算、マーケティング等）に関わる機能	
7 システム共通	
7.1	利用者管理機能について
7.1.1	利用者の認証について
7.1.1.1	どのような利用者認証方式を採用していますか？
①	職員ICカードによる認証方式(カードを挿入している間のみ端末操作が有効となる仕様)
②	利用者番号およびパスワードによる認証方式
③	生体情報による認証方式(指紋、虹彩、静脈など) 備考→(型番、使い方、所要時間、登録者数、認証サーバ障害時の運用など)
7.1.1.2	ログイン処理後、強制的に知らせるべき事項があれば、お知らせ画面を表示し、当該画面の確認をしない限り、次の画面に移行しない機能はありますか？(例、医療ミス注意情報等)。
7.1.1.3	強制お知らせ情報の掲示登録は管理者など制限していますか？
7.1.1.4	強制お知らせ情報の確認履歴の把握(誰が未確認かチェック)と統計処理が可能ですか？
7.1.2	利用の履歴管理について
7.1.2.1	ログイン時に、前回利用日時および使用した端末情報を表示していますか？
7.1.2.2	システムへのアクセス履歴を自動的に記録していますか？ ①利用者のログオン、ログアウト、 ②カルテ情報の印刷 ③情報の登録 ④情報の更新 ⑤情報の照会 ⑥MO、CD-R、FDなどの媒体へのカルテ情報出力 ⑦その他(アラート、リマインダなどの確認)
7.1.2.3	取得した利用履歴情報をMS-Excel等のデータ形式に変換し出力する機能がありますか？
7.1.2.4	現在開いている患者カルテに対する、最近のアクセス履歴を表示する機能はありますか？
7.1.2.6	電子カルテ修正前の内容および修正者を表示できますか？
7.1.3	利用範囲制限機能、利用者設定、その他
7.1.3.2	患者機密漏洩のための画面表示、非表示等の制御機能はありますか？
7.1.3.3	画面の構成、展開等の機能は利用者毎に設定変更が可能ですか？
7.1.3.4	電子カルテの内容を項目等を指定して印刷できますか？
7.1.3.5	一定期間以上パスワードを変更しない場合、パスワード変更を促す機能はありますか？
①	パスワード変更期間はシステムで設定変更が可能ですか？
7.1.3.6	システムにログオンして一定時間が過ぎても操作が無い場合に、自動的に通信を遮断し不当なアクセスを制限できますか？
7.1.3.7	利用者属性(職制・所属等)および端末設置場所により、使用可能時間および機能を制限できますか？
①	端末を一定の時間外は自動的にロックする機能(外来診療部門など)
②	端末によってオーダー検索可、オーダー登録不可、テンポラリーオーダー登録可などの機能制限(開放型利用エリアなど)
③	患者ごとに、情報を参照できる利用者の制限(複数名)。例：VIP患者等
7.2	データ保全管理(機密保護対策、障害対策のための機能)
7.2.1	データバックアップ
7.2.1.1	正常運用時に、バックアップをどのように行っていますか？ (例：バックアップ対象データの範囲、バックアップメディアなど)

資料1 機能調査票項目

No	質問項目
7.2.1.2	システム故障時に、診療継続に必要な最低限の情報を得るための特別な機能・運用がありますか？ (例：通常のデータベースバックアップなどの障害対策とは別に、定期的に電子カルテ情報をPDF形式等に変換し、MO等磁気媒体に一括出力する機能がある。故障時はこの磁気媒体を使用して診療科端末で当該診療科の過去カルテを照会・検索可能)
①	<ul style="list-style-type: none"> ・電子カルテシステムのサーバダウン時に、下記の業務ができますか？ A：ログインができる B：患者のカルテデータの照会ができる C：カルテ登録ができる D：オーダーが登録できる ・ネットワーク障害時は、どうですか？
7.2.1.3	<p>証拠保全機能</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者に関する(一定範囲の)全カルテ、レポート情報を一括紙出力できますか？ 出力できる範囲(期間、情報の種類など)をご教示ください。
7.2.1.4	<p>カルテ情報の印刷機能</p> <ul style="list-style-type: none"> 項目/カテゴリを指定して、患者カルテの一部のみを紙出力できますか？ 抽出条件としてどのような指定が可能ですか？
7.3	その他のシステム管理機能
7.3.1	その他の機能
7.3.1.1	各システム間のシステム時計を一致させるための機能はありますか？
7.3.1.2	<p>真正性をどのような機能を利用して確保していますか？</p> <p>(例：ユーザ認証、電子署名、修正履歴など)</p>





FMO02.1ユーザー特定_方式(概要)

