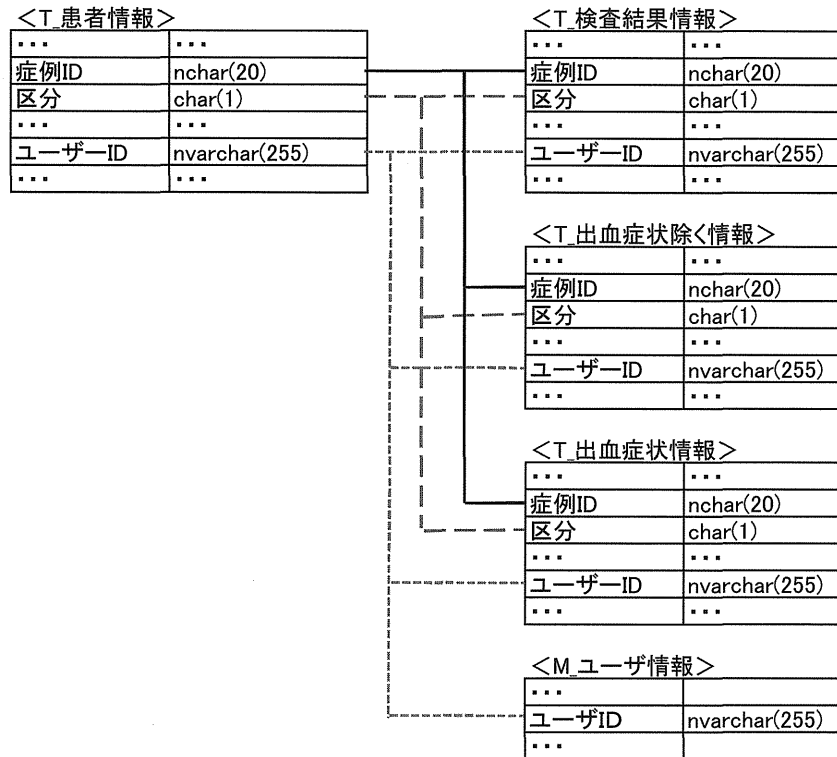
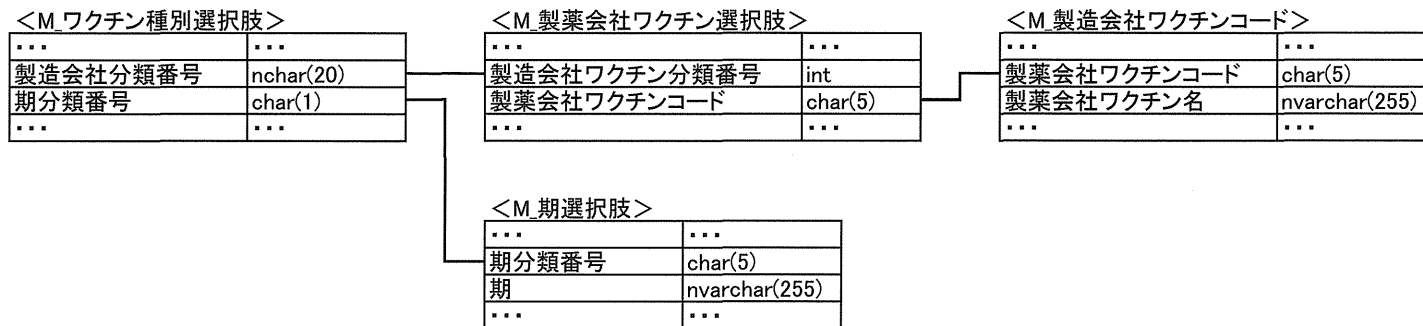


テーブル構成図

4. 1 患者情報に関わるテーブルの構成図



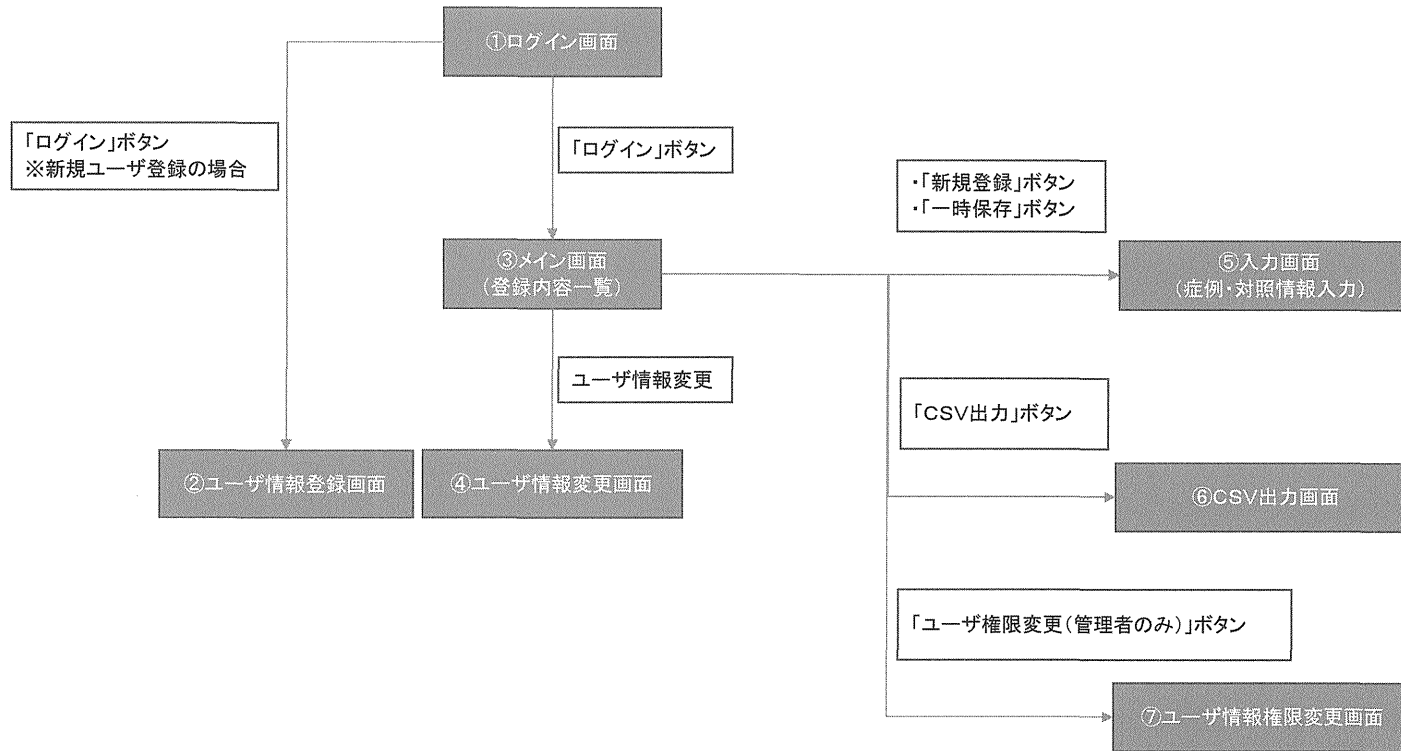
4. 2 ワクチン種別の入力に関わるテーブルの構成図



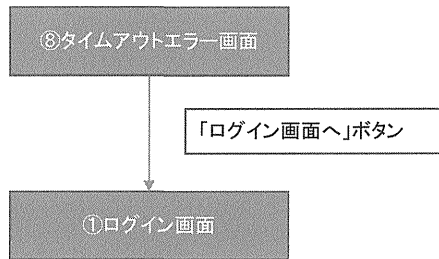
※各テーブルの全項目については、「別紙：テーブル設計書」に記す。

## 画面遷移図

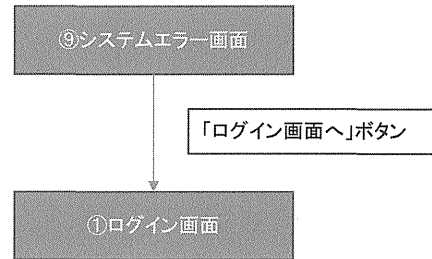
・ユーザ登録及び通常ログイン後の画面遷移



・タイムアウトエラーが発生した場合の画面遷移  
※すべての画面でタイムアウトエラーが発生した場合、「タイムアウトエラー画面」へ遷移する。



・システムエラーが発生した場合の画面遷移  
※すべての画面でシステムエラーが発生した場合、「システムエラー画面」へ遷移する



入力画面設計書	論理名称	報告一覧画面	システムID		改訂日	
	物理名称	dirlist	システム名称		改訂者	

画面項目					
No	項目名称	必須	入力方法 (フォーマット)	チェック内容	備考
1	症例/対照1/対照2 選択	○	ドロップダウンリスト		

入力画面設計書	論理名称	ユーザ情報画面	システムID		改訂日	
	物理名称	userregistration	システム名称		改訂者	

画面項目					
No	項目名称	必須	入力方法 (フォーマット)	チェック内容	備考
1	メールアドレス (ユーザID)	△	手入力 (xxx@xxx)	新規登録の場合は、必須入力 変更の場合は、変更不可	
2	氏名	○	手入力		
3	医療機関名	○	手入力		
4	診療科名	○	手入力		
5	医療機関の電話番号	○	手入力 (#####9)	10桁または11桁の整数であること	
6	医療機関の住所(都道府県)	○	リスト選択 (47都道府県)		
7	医療機関の住所(市区町村)	○	手入力		
8	医療機関の住所(市区町村以降)	○	リスト選択 (-選択、市、区、町、		
9	パスワード	△	手入力 (半角英数字)	新規登録の場合は、必須入力 変更は、入力された場合のみ変更	
10	確認用パスワード	△		(a~z,A~Z,0~9) の8文字以上14文字以下で、3種類 (a~z,A~Z,0~9) の各文字を、1つ以上使用していること	

# 入力画面設計書

論理名称  
物理名称

新規登録/更新画面  
dir0104

システムID  
システム名称

改訂日  
改訂者

画面項目					
No	項目名称	必須	入力方法 (フォーマット)	チェック内容	備考
1	利用者	入力不可	ログインユーザIDを表示		
2	更新年月日 (初回入力日)	入力不可	初回登録日を表示		
3	更新年月日 (更新日)	入力不可	更新日 (最終保存日) を表示		
4	報告者氏名	入力不可	ログインユーザ情報の同項目を表示		
5	報告者の医療機関名	入力不可	ログインユーザ情報の同項目を表示		
6	報告者の診療科名	入力不可	ログインユーザ情報の同項目を表示		
7	医療機関の電話番号	入力不可	ログインユーザ情報の同項目を表示		
8	医療機関の住所	入力不可	ログインユーザ情報の同項目を表示		
9	報告者のEメールアドレス	入力不可	ログインユーザ情報の同項目を表示		
10	入院医療機関名	○	ログインユーザ情報の報告者の医療機関名を表示 変更時、手入力 (30文字以内)		
11	診療科名	○	ログインユーザ情報の報告者の診療科名を表示 手入力 (20文字以内)		
12	入院年月日	○	手入力 (yyyymmdd) 半角数字	暦日であること 入院年月日 ≤ 更新日 (本日)	
13	症例のID-No	○	手入力 (半角20文字以内)	ユニークな値であること	
14	生年月	○	手入力 (yyyymm) 半角数字	生年月 ≤ 更新日であること 生年月 ≤ 入院年月日であること 生年月 ≤ 発症年月日であること 生年月 ≤ 投薬開始日であること 生年月 ≤ 投薬終了日であること 生年月 ≤ 接種年月日であること 生年月 ≤ 血液検査実施日であること 生年月 ≤ 生化学検査実施日であること 生年月 ≤ 血漿蛋白検査実施日であること 生年月 ≤ 免疫検査実施日であること 生年月 ≤ ヘルピロバクテリ関連検査実施日であること 生年月 ≤ 尿検査(定性)実施日であること 生年月 ≤ 骨髄穿刺又は骨髄生検検査実施日であること	
15	入院時年齢	○	手入力 (# # 9) (半角数字)	0 ~ 120 (整数)	
16	入院時月齢	△	リスト選択 (0 ~ 11)	入院時年齢が0歳の場合、必須入力	
17	性別	○	ラジオボタン選択 (男性、女性)		
18	都道府県	○	リスト選択 (47都道府県)		
19	市区町村	○	手入力		
20	市区町村(選択)	○	リスト選択 (一選択、市、区、町、)		
21	職業	○	ラジオボタン選択 (無職、有職)		
22	集団生活の有無	△	ラジオボタン選択 (なし、あり)	職業が無職の場合は必須 職業が有職の場合は選択不可	

入力画面設計書	論理名称	新規登録/更新画面	システムID	改訂日
	物理名称	dir0104	システム名称	改訂者

画商項目					
No	項目名称	必須	入力方法 (フォーマット)	チェック内容	備考
23	集団生活選択	△	リスト選択 (-選択、保育所、幼稚園、小学校、 中学校、高等学校、大学・短大・専門 学校、高齢者施設、その他)	集団生活がある場合は必須 集団生活がなしの場合は選択不可	
24	職業/業種	△	手入力 (20文字以内)	職業が有職の場合は必須 職業が有職の場合は入力不可	
25	症例/対照選択	○	ラジオボタン選択 (症例、対称)	症例の場合は、症例にチェックされ選択不可 対照の場合は、対象にチェックされ選択不可	
26	入院病名(症例)	入力不可		症例/対照選択が症例の場合は、血小板減少性紫斑病を自動入力 (入力不可)	
27	入院病名(対照)	△	手入力 (20文字以内)	症例/対照選択が症例の場合は、空白を自動入力 (入力不可) 症例/対照選択が対照の場合は、必須入力	
28	入院前1か月間の既往歴・既往症状の有無 軽症の症状を含めて、すべて記載してください。(例：下痢、上気 道症状など)	○	ラジオボタン選択 (なし、あり)		
29	最大 3 件 入院前1か月間の既往歴・既往症状 発症年月日	△	手入力 (yyyyymmdd)	入院前1か月間の既往歴の有無がなしの場合、入力不可	
				入院前1か月間の既往歴の有無がある場合、1件目は必須入力	
				入院前1か月間の既往歴の有無がある場合、2件目以降は省略可 2件目以降を入力する場合、同一行内の項目をすべて入力していること 2件目以降を入力する場合、上から詰めて入力していること 発症年月日は暦日であること 発症年月日 ≤ 入院年月日であること 発症年月日 ≥ 生年月日であること 発症年月日 > 入院前2か月(入院年月日-2か月)であること	
30	入院前1か月間の既往歴・既往症状 病名(症状)	△	手入力 (50文字以内)		
31	入院前1か月間の既往歴・既往症状 転帰	△	リスト選択 (-選択、治癒、軽快、治療中、未回 復、後遺症、不明)		
32	出生から入院までの主な既往歴の有無	○	ラジオボタン選択 (なし、あり)		
33	出生から入院までの主な既往歴 発症時期	△	○年○月、○歳、○年○月○日	出生から入院までの主な既往歴の有無がある場合、1件目は必須入力 出生から入院までの主な既往歴の有無がある場合、2件目以降は省略可 2件目以降を入力する場合、同一行内の項目をすべて入力していること 2件目以降を入力する場合、上から詰めて入力していること	

入力画面設計書	論理名称	新規登録/更新画面	システムID	改訂日
	物理名称	dir0104	システム名称	改訂者

画面項目					
No	項目名称	必須	入力方法 (フォーマット)	チェック内容	備考
最大3件	34 出生から入院までの主な既往歴 病名(症状)	△	手入力 (50文字以内)		
	35 出生から入院までの主な既往歴 病名(転帰)	△	リスト選択 (-選択、治癒、軽快、治療中、未回復、後遺症、不明)		
36	入院時の基礎疾患の有無	○	ラジオボタン選択 (なし、あり)		
37	アレルギー	△	ラジオボタン選択 (なし、あり)	入院時の基礎疾患の有無がある場合、選択必須 入院時の基礎疾患の有無がなしの場合、選択不可	
38	アレルギー詳細	△	手入力 (255文字以内)	アレルギーがある場合、必須入力 アレルギーがない場合、入力不可	
39	肝機能障害	△	ラジオボタン選択 (なし、あり)	入院時の基礎疾患の有無がある場合、選択必須 入院時の基礎疾患の有無がなしの場合、選択不可	
40	肝機能障害詳細	△	手入力 (255文字以内)	肝機能障害がある場合は、必須入力 肝機能障害がない場合は、入力不可	
41	自己免疫疾患	△	ラジオボタン選択 (なし、あり)	入院時の基礎疾患の有無がある場合、選択必須 入院時の基礎疾患の有無がなしの場合、選択不可	
42	自己免疫疾患詳細	△	手入力 (255文字以内)	自己免疫疾患がある場合は、必須入力 自己免疫疾患がない場合は、入力不可	
43	発達の遅れ	△	ラジオボタン選択 (なし、あり)	入院時の基礎疾患の有無がある場合、選択必須 入院時の基礎疾患の有無がなしの場合、選択不可	
44	発達の遅れの詳細	△	手入力 (255文字以内)	発達の遅れがある場合、必須入力 発達の遅れがない場合、入力不可	
45	その他の基礎疾患の有無	△	ラジオボタン選択 (なし、あり)	入院時の基礎疾患の有無がある場合、選択必須 入院時の基礎疾患の有無がなしの場合、選択不可	
46	その他の基礎疾患の詳細	△	手入力 (255文字以内)	その他の基礎疾患がある場合、必須入力 その他の基礎疾患がない場合、入力不可	
47	入院前1か月間の投薬の有無	○	ラジオボタン選択 (なし、あり)		
最大5件	48 薬剤名	△	手入力 (50文字以内)	入院前1か月間の投薬の有無がなしの場合、入力不可 入院前1か月間の投薬の有無がある場合、1件目は必須入力 入院前1か月間の投薬の有無がある場合、2件目以降は省略可 2件目以降を入力する場合、同一行内の項目をすべて入力していること 2件目以降を入力する場合、薬剤名の重複入力は不可 2件目以降を入力する場合、上から詰めて入力していること	
	49 投薬期間(開始)	△	手入力 (yyyymmdd)	投薬開始日、投薬終了日は暦日であること 投薬開始日、投薬終了日は生年月であること 投薬開始日、入院前1か月(入院年月日-2か月)であること	

入力画面設計書	論理名称	新規登録／更新画面	システムID	改訂日
	物理名称	dir0104	システム名称	改訂者

画面項目					
No	項目名称	必須	入力方法 (フォーマット)	チェック内容	備考
50	投薬期間(終了)	△	手入力 (yyyymmdd)	投薬開始日>入院前二か月(入院年月日-2か月)であること 更新日≧投薬終了日>入院前二か月(入院年月日-2か月)であること 投薬開始日≦更新日であること 投薬期間を入力する場合は、開始又は終了のいずれか又は両方を入力していること 投薬期間の開始又は終了の両方を入力する場合は、開始日≦終了日であること	
51	入院前1か月間の予防接種歴の有無	○	ラジオボタン選択 (なし、あり)		
52	接種年月日	△	手入力 (yyyymmdd)	入院前1か月間の予防接種歴の有無がなしの場合、入力不可 入院前1か月間の予防接種歴の有無がある場合、1件目は必須入力 1件目の項目をすべて入力していること 入院前1か月間の予防接種歴の有無がある場合、2件目以降は省略可 2件目以降を入力する場合、同一行内の項目をすべて入力していること 2件目以降を入力する場合、上から詰めて入力していること	
53	ワクチン名	△	リスト選択 (任意接種のワクチン名)	接種年月日は暦日であること	
54	ロット番号	△	手入力 (半角英数字20文字以内)	接種年月日>入院前二か月(入院年月日-2か月)であること	
55	製造販売業者名	△	リスト選択 (選択したワクチンに対応する製造販売業者名)	接種年月日≧生年月であること 期の順と接種年月日の順が逆転していないこと ワクチン名と期が重複していないこと ※ワクチン名を変更した場合は、同一行内の他項目 (ロット番号、製造販売業者名、接種回数) はクリアする。	
56	接種回数	△	リスト選択 (選択したワクチンに対応する接種回数)		
57	出生から入院までの1か月間の予防接種後副反応 (有害事象) の有無	○	ラジオボタン選択 (なし、あり)		
58	ワクチンの種類(最大7件)	△	リスト選択 (任意接種のワクチン名)	出生から入院までの予防接種後副反応 (有害事象) の有無がある場合は選択必須(リストボックスのいずれか一つ) 出生から入院までの予防接種後副反応 (有害事象) の有無がなしの場合は選択不可	
59	血小板減少性紫斑病あるいはそれが疑われる症状の有無	○	ラジオボタン選択 (なし、あり)		
60	血小板減少性紫斑病あるいはそれが疑われる症状の有無の詳細	△	手入力 (255文字以内)	血小板減少性紫斑病あるいはそれが疑われる症状の有無がある場合は、入力必須 血小板減少性紫斑病あるいはそれが疑われる症状の有無がなしの場合は、入力不可	
61	同居家族の有無	○	ラジオボタン選択 (なし、あり)		
62	続柄	△	手入力 (30文字以内)	同居家族の有無がある場合は、入力必須 同居家族の有無がある場合は、省略可	



# 入力画面設計書

論理名称  
物理名称

新規登録/更新画面  
dir0104

システムID  
システム名称

改訂日  
改訂者

画面項目					
No	項目名称	必須	入力方法 (フォーマット)	チェック内容	備考
63	第何子	○	手入力 (#9) (半角数字)	1~20 (整数) 兄の人数+姉の人数+1 = 第何子であること (例: 第1子の場合、兄の人数=0、姉の人数=0)	
64	兄	△	手入力 (#9) (半角数字)	0~20 (整数)	
65	弟	△	手入力 (#9) (半角数字)	0~20 (整数)	
66	姉	△	手入力 (#9) (半角数字)	0~20 (整数)	
67	妹	△	手入力 (#9) (半角数字)	0~20 (整数)	
68	本人の喫煙歴	○	ラジオボタン選択 (なし、あり)		
69	本数/日	△	手入力 (##9) 半角数字	本人の喫煙歴が有りの場合は、入力必須、1~999 (整数) 本人の喫煙歴がなしの場合は、入力不可	
70	喫煙年数	△	手入力 (##9) 半角数字	本人の喫煙歴が有りの場合は、入力必須、1~120 (整数) 本人の喫煙歴がなしの場合は、入力不可	
71	同居家族の喫煙歴	○	ラジオボタン選択 (なし、あり)		
72	続柄	△	手入力 (5文字以内)	家族の喫煙歴がなしの場合、入力不可 家族の喫煙歴が有りの場合、1件目は必須入力 1件目の項目をすべて入力していること 家族の喫煙歴が有りの場合、2件目以降は省略可	
73	最大3件 本数	△	手入力 (##9)	2件目以降を入力する場合、同一行内の他の項目をすべて入力していること 2件目以降を入力する場合、上から詰めて入力していること 本数: 1~999 (整数)	
74	血小板減少性紫斑病の家族歴	○	ラジオボタン選択 (なし、あり)		
75	続柄	△	手入力 (5文字以内)	血小板減少性紫斑病の家族歴がなしの場合、入力不可 血小板減少性紫斑病の家族歴が有りの場合、1件目は必須入力 1件目の項目をすべて入力していること	
76	最大3件 発症年齢	△	手入力 (##9) (半角数字)	血小板減少性紫斑病の家族歴が有りの場合、2件目以降は省略可 2件目以降を入力する場合、同一行内の他の項目をすべて入力していること 2件目以降を入力する場合、上から詰めて入力していること	
77	ワクチンとの関係	△	ラジオボタン選択 (なし、あり、不明)	発症年齢0~120 (整数)	
78	出生体重	△	手入力 (####9) (半角数字)	本人が乳幼児の場合が小学校入学前(6歳以下)の場合、入力必須、1~9999 (整数) 本人が乳幼児の場合が小学校入学以降の場合、省略可	

入力画面設計書	論理名称	新規登録/更新画面	システムID	改訂日
	物理名称	dir0104	システム名称	改訂者

画面項目					
No	項目名称	必須	入力方法 (フォーマット)	チェック内容	備考
79	在胎日数(週)	△	手入力 (#9) (半角数字)	本人が乳幼児の場合が小学校入学前(6歳以下)の場合、入力必須、0～45 (整数)	
80	在胎日数(日)	△	リスト選択 (ー選択、0、1、3、4、5、6)	本人が乳幼児の場合が小学校入学前(6歳以下)の場合、入力必須 本人が乳幼児の場合が小学校入学以降の場合、省略可	
81	妊娠・出産時の異常	△	ラジオボタン選択 (なし、あり)	本人が乳幼児の場合が小学校入学前(6歳以下)の場合、入力必須 本人が乳幼児の場合が小学校入学以降の場合、省略可	
82	妊娠・出産時の異常詳細に変更する	△	手入力 (255文字以内)	分娩中の異常が有的是場合は、入力必須 分娩中の異常がなしの場合は、省略可	
83	栄養方法	△	チェックボックス選択 (母乳、ミルク、離乳食、普通食)	本人が乳幼児の場合が小学校入学前(6歳以下)の場合、選択必須 (複数選択可)	
84	入院時の症状について (出血症状を除く)	○	ラジオボタン選択 (なし、あり)		
85	症状の種類	△	チェックボックス選択 (発熱、発疹、頭痛・関節痛・筋肉痛等の疼痛症状、倦怠感、嘔気、嘔吐、けいれん、意識障害、その他の症)	入院時の症状 (出血症状を除く) がある場合、選択必須 (複数選択可) 入院時の症状 (出血症状を除く) がなしの場合、選択不可	
86	最高体温	△	手入力 (99.9) (半角数字)	発熱 (37.5℃以上) をチェックした場合、入力必須、37.5～42.0 (小数点第一位) 発熱 (37.5℃以上) をチェックしない場合、入力不可	
87	日数	△	手入力 (##9) (半角数字)	発熱 (37.5℃以上) をチェックした場合、入力必須、1～999 (整数値) 発熱 (37.5℃以上) をチェックしない場合、入力不可	
88	詳細	△	手入力 (255文字以内)	入院時の症状 (出血症状を除く) がある場合、かつ、その他の症状をチェックした場合、入力必須 入院時の症状 (出血症状を除く) がある場合、かつ、その他の症状をチェックしない場合、省略可能 入院時の症状 (出血症状を除く) がなしの場合、入力不可	
89	出血症状について	○	ラジオボタン選択 (なし、あり)		
90	症状の種類	△	チェックボックス選択 (紫斑・点状出血、鼻出血、歯肉出血・口腔内出血、吐血、下血、肉眼的血尿、月経過多、頭蓋内出血、その他の出血症状)	出血症状がある場合、選択必須 (複数選択可) 出血症状がなしの場合、選択不可	
91	詳細	△	手入力 (255文字以内)	出血症状がある場合、かつ、その他の出血症状をチェックした場合、入力必須 出血症状がある場合、かつ、その他の出血症状をチェックしない場合、省略可能 出血症状がなしの場合、入力不可	
92	血液検査実施有無	○	ラジオボタン選択 (なし、あり)		

入力画面設計書	論理名称	新規登録/更新画面	システムID		改訂日	
	物理名称	dir0104	システム名称		改訂者	

画面項目						
No	項目名称	必須	入力方法 (フォーマット)	チェック内容	備考	
93	血液検査実施日	△	手入力 (yyyyMMdd) (半角数字)	血液検査実施有無がある場合は、入力必須 血液検査実施有無がなしの場合は、入力不可 暦日であること 血液検査実施日 ≤ 更新日であること 血液検査実施日 ≥ 生年月であること		
94	白血球数	△	手入力 (#####9) (半角数字)	血液検査実施有無がある場合は、入力必須、0-1000000 (整数) 血液検査実施有無がなしの場合は、入力不可		
95	赤血球数	△	手入力 (##9) (半角数字)	血液検査実施有無がある場合は、入力必須、0-999 (整数) 血液検査実施有無がなしの場合は、入力不可		
96	ヘモグロビン濃度	△	手入力 (#9.9) (半角数字)	血液検査実施有無がある場合は、入力必須、0.0-30.0 (小数点第一位) 血液検査実施有無がなしの場合は、入力不可		
97	ハマトクリット値	△	手入力 (#9.9) (半角数字)	血液検査実施有無がある場合は、入力必須、0.0-99.9 (小数点第一位) 血液検査実施有無がなしの場合は、入力不可		
98	血小板数 (最低値を入力)	△	手入力 (#####9) (半角数字)	血液検査実施有無がある場合は、入力必須、0-999999 (整数) 血液検査実施有無がなしの場合は、入力不可		
101	検査年月日 (血小板数が最低値であった日)	△	手入力 (yyyyMMdd) (半角数字)	血液検査実施有無がある場合は、入力必須 血液検査実施有無がなしの場合は、入力不可		
100	生化学検査実施有無	○	ラジオボタン選択 (なし、あり)			
101	生化学検査実施日	-	手入力 (yyyyMMdd) (半角数字)	生化学検査実施有無がある場合は、入力必須 生化学検査実施有無がなしの場合は、入力不可 暦日であること 生化学検査実施日 ≤ 更新日であること 生化学検査実施日 ≥ 生年月であること		
102	A S T (G O T)	-	手入力 (#####9) (半角数字)	生化学検査実施有無がある場合は、省略可、0-10000 (整数) 生化学検査実施有無がなしの場合は、入力不可	生化学検査実施有無がある場合は、No.102~109のいずれかに値が入力されていること	
103	A L T (G P T)	-	手入力 (#####9) (半角数字)	生化学検査実施有無がある場合は、省略可、0-10000 (整数) 生化学検査実施有無がなしの場合は、入力不可		
104	L D H	-	手入力 (#####9) (半角数字)	生化学検査実施有無がある場合は、省略可、0-100000 (整数) 生化学検査実施有無がなしの場合は、入力不可		
105	A L P	-	手入力 (#####9) (半角数字)	生化学検査実施有無がある場合は、省略可、0-100000 (整数) 生化学検査実施有無がなしの場合は、入力不可		
106	T P (総タンパク)	-	手入力 (#9.9) (半角数字)	生化学検査実施有無がある場合は、省略可、0.0-20.0 (小数点第一位) 生化学検査実施有無がなしの場合は、入力不可		
107	A L B (アルブミン)	-	手入力 (#9.9) (半角数字)	生化学検査実施有無がある場合は、省略可、0.0-20.0 (小数点第一位) 生化学検査実施有無がなしの場合は、入力不可		
108	B U N	-	手入力 (###9.9) (半角数字)	生化学検査実施有無がある場合は、省略可、0.0-1000.0 (小数点第一位) 生化学検査実施有無がなしの場合は、入力不可		
109	C R E (クレアチニン)	-	手入力 (#9.99) (半角数字)	生化学検査実施有無がある場合は、省略可、0.00-20.00 (小数点第二位) 生化学検査実施有無がなしの場合は、入力不可		
110	血漿蛋白検査実施有無	○	ラジオボタン選択 (なし、あり)			

入力画面設計書	論理名称	新規登録/更新画面	システムID	改訂日
	物理名称	dir0104	システム名称	改訂者

画面項目					
No	項目名称	必須	入力方法 (フォーマット)	チェック内容	備考
111	血漿蛋白検査実施日	-	手入力 (yyyyMMdd) (半角数字)	血漿蛋白検査実施有無が有的是場合は、入力必須 血漿蛋白検査実施有無がなしの場合は、入力不可 暦日であること 血漿蛋白検査実施日 ≤ 更新日であること 血漿蛋白検査実施日 ≥ 生年月であること	
112	CRP	-	手入力 (##9.99) (半角数字)	血漿蛋白検査実施有無が有的是場合は、入力必須、0.00-100.00 (小数点第二位) 血漿蛋白検査実施有無がなしの場合は、入力不可	
113	免疫検査実施有無	○	ラジオボタン選択 (なし、あり)		
114	免疫検査実施日	-	手入力 (yyyyMMdd) (半角数字)	免疫検査実施有無が有的是場合は、入力必須 免疫検査実施有無がなしの場合は、入力不可 暦日であること 免疫検査実施日 ≤ 更新日であること 免疫検査実施日 ≥ 生年月であること	
115	PA-IgG	-	手入力 (####9.9) (半角数字)	免疫検査実施有無が有的是場合は、省略可、0.0~10000.0 (小数点第一位) 免疫検査実施有無がなしの場合は、入力不可	免疫検査実施有無が有的是場合は、No.115~118のいずれかに値が入力されていること
116	RF (リウマチ因子)	-	手入力 (###9) (半角数字)	免疫検査実施有無が有的是場合は、省略可、0~1000 (整数) 免疫検査実施有無がなしの場合は、入力不可	
117	抗核抗体	-	手入力 (####9) (半角数字)	免疫検査実施有無が有的是場合は、省略可、0~100000 (整数) 免疫検査実施有無がなしの場合は、入力不可	
118	抗血小板抗体	-	リスト選択 (-選択、陽性、陰性)	免疫検査実施有無が有的是場合は、省略可 免疫検査実施有無がなしの場合は、入力不可	
119	ヘリコバクター・ピロリ関連検査の有無	-	ラジオボタン選択 (なし、あり)		
120	ヘリコバクター・ピロリ関連検査の検査方法	-	チェックボックス選択 (迅速ウレア-ゼ試験、鏡検法、培養法、抗体、尿素呼吸試験、糞便中抗原測定)	ヘリコバクター・ピロリ関連検査の有無が有的是場合は、省略可 (複数選択可) ヘリコバクター・ピロリ関連検査の有無がなしの場合、選択不可	
121	ヘリコバクター・ピロリ関連検査の詳細	-	手入力 (255文字以内)	ヘリコバクター・ピロリ関連検査の有無が有的是場合は、省略可 ヘリコバクター・ピロリ関連検査の有無がなしの場合、入力不可	
122	尿検査(定性)実施有無	○	ラジオボタン選択 (なし、あり)		
123	尿検査(定性)実施日	-	手入力 (yyyyMMdd) (半角数字)	尿検査(定性)実施有無が有的是場合は、入力必須 尿検査(定性)実施有無がなしの場合は、入力不可 暦日であること 尿検査(定性)実施日 ≤ 更新日であること 尿検査(定性)実施日 ≥ 生年月であること	
124	尿蛋白	-	リスト選択 (-選択、-、±、+、2+、3+)	尿検査(定性)実施有無が有的是場合は、省略可 尿検査(定性)実施有無がなしの場合は、入力不可	尿検査(定性)実施有無が有的是場合は、No.124~126のいずれかの値が入力されていること

入力画面設計書	論理名称	新規登録/更新画面	システムID		改訂日	
	物理名称	dir0104	システム名称		改訂者	

画面項目						
No	項目名称	必須	入力方法 (フォーマット)	チェック内容	備考	
125	尿潜血	-	リスト選択 (-選択、-, ±, +, 2+, 3+)	尿検査(定性)実施有無がある場合は、省略可 尿検査(定性)実施有無がなしの場合は、入力不可		
126	尿糖	-	リスト選択 (-選択、-, ±, +, 2+, 3+)	尿検査(定性)実施有無がある場合は、省略可 尿検査(定性)実施有無がなしの場合は、入力不可		
127	骨髄穿刺又は骨髄生検検査実施有無	○	ラジオボタン選択 (なし、あり)			
128	骨髄穿刺又は骨髄生検検査実施日	-	手入力 (yyyymmdd) (半角数字)	骨髄穿刺又は骨髄生検検査実施有無がある場合は、入力必須 骨髄穿刺又は骨髄生検検査実施有無がある場合は、入力不可 暦日であること 骨髄穿刺又は骨髄生検検査実施日 ≤ 更新日であること 骨髄穿刺又は骨髄生検検査実施日 ≥ 生年月であること		
129	骨髄穿刺又は骨髄生検検査	-	手入力 (255文字以内)	骨髄穿刺又は骨髄生検検査実施有無がある場合は、入力必須 骨髄穿刺又は骨髄生検検査実施有無がある場合は、入力不可		
130	その他の特記事項		手入力 (255文字以内)			

No.	入力項目	メッセージ本文	コントロール	入力形式	一時保存	最終保存	条件	備考
1	入院医療機関名	入院医療機関名は必須項目です。	テキストボックス	-	-	○	入院医療機関名が未入力の場合	
2		30文字以内で入力してください。			○	○	入院医療機関名に30文字を超える値が入力されている場合	
3	診療科名	診療科名は必須項目です。	テキストボックス	-	-	○	診療科名が未入力の場合	
4		20文字以内で入力してください。			○	○	診療科名に20文字を超える値が入力されている場合	
5	入院年月日	入院年月日は必須項目です。	テキストボックス	yyyymmdd	-	○	入院年月日が未入力の場合	
6		入院年月日の形式に誤りがあります。【例：20141201】			○	○	入院年月日に入力形式と異なる値が入力されている場合	
7		入院年月日に入力された値は存在しません。			-	○	入院年月日に暦日でない値が入力されている場合	
8		入院年月日は更新日以前の日付を入力してください。			-	○	入院年月日に更新日より未来の日付が入力されている場合	
9	症例のID-No	ID-No.は必須項目です。	テキストボックス	-	○	-	症例のID-Noが未入力の場合	
10		20文字以内で入力してください。			○	-	症例のID-Noに20文字を超える値が入力されている場合	
11		ID-Noは半角文字で入力してください。			○	-	症例のID-Noに全角文字が入力されている場合	
12		指定されたID-Noはすでに登録済みです。別のID-Noを指定してください。			○	-	症例のID-Noに既存の症例IDが入力されている場合	
13	生年月	生年月は必須項目です。	テキストボックス	yyyymm	-	○	生年月が未入力の場合	
14		生年月の形式に誤りがあります。			○	○	生年月に入力形式と異なる値が入力されている場合	
15		生年月には入院年月日以前の日付を入力してください。			-	○	生年月に入院年月日より未来の年月が入力されている場合	
16		生年月には入院前一月間の既往歴・既往症状の発症年月日以前の日付を入力してください。			-	○	生年月に入院前一月間の既往歴・既往症状の発症年月日より未来の年月が入力されている場合	
17		生年月には投薬開始日以前の日付を入力してください。			-	○	生年月に投薬開始日より未来の日付が入力されている場合	
18		生年月には入院前一月間の投薬終了日以前の日付を入力してください。			-	○	生年月に投薬終了日より未来の日付が入力されている場合	
19		生年月には入院前一月の予防接種歴の接種年月日以前の日付を入力してください。			-	○	生年月に入院前一月の予防接種歴の接種年月日より未来の日付が入力されている場合	
20		生年月には血液検査実施日以前の日付を入力してください。			-	○	生年月に血液検査実施日より未来の日付が入力されている場合	
21		生年月には生化学検査実施日以前の日付を入力してください。			-	○	生年月に生化学検査実施日より未来の日付が入力されている場合	
22		生年月には血漿蛋白検査実施日以前の日付を入力してください。			-	○	生年月に血漿蛋白検査実施日より未来の日付が入力されている場合	
23		生年月には免疫検査実施日以前の日付を入力してください。			-	○	生年月に免疫検査実施日より未来の日付が入力されている場合	
24		生年月にはヘリコバクター・ピロリ関連検査実施日以前の日付を入力してください。			-	○	生年月にヘリコバクター・ピロリ関連検査実施日より未来の日付が入力されている場合	
25		生年月には尿検査実施日以前の日付を入力してください。			-	○	生年月に尿検査実施日より未来の日付が入力されている場合	
26		生年月には骨髄穿刺または骨髄生検検査実施日以前の日付を入力してください。			-	○	生年月に骨髄穿刺または骨髄生検検査実施日より未来の日付が入力されている場合	
27		生年月には血小板検査年月日以前の日付を入力してください。			-	○	生年月に血小板検査年月日より未来の日付が入力されている場合	
28		生年月は更新日の年月以前を入力してください。			-	○	生年月に更新日より未来の日付が入力されている場合	
29	年齢	年齢は必須項目です。	テキストボックス	-	-	○	年齢が未入力の場合	
30		年齢は0～120（半角整数）の範囲で入力してください。			○	○	年齢に0～120の範囲でない整数以外の値が入力されている場合	
31		すでに登録されている同一のID-No（症例ID）の年齢と同じにしてください。			-	○	年齢に既に登録してある症例IDの年齢と異なる値が入力されている場合	
32	月齢	0歳の場合は、月齢も必須項目です。	ドロップダウンリスト	-	-	○	年齢が「0歳」かつ月齢が未入力の場合	
33		すでに登録されている同一のID-No（症例ID）の月齢と同じにしてください。			-	○	月齢に既に登録してある症例IDの月齢と異なる値が入力されている場合	
34	性別	性別は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	性別が未選択の場合	

No.	入力項目	メッセージ本文	コントロール	入力形式	一時保存	最終保存	条件	備考	
35		すでに登録されている同一のID-No（症例ID）の性別と同じにしてください。	ドロップダウン		-	○	性別に既に登録してある症例IDの性別と異なる値が入力されている場合		
36	居住地(都道府県)	都道府県は必須項目です。	ドロップダウンリスト	-	-	○	都道府県が未選択の場合		
37	居住地(市区町村)	市区町村名は必須項目です。	テキストボックス	-	-	○	市区町村が未入力の場合		
38	居住地(市区町村選択)	市区町村の選択が正しくありません。	ドロップダウンリスト	-	-	○	都道府県が「東京」以外かつ区（東京都）が選択された場合		
39	職業	職業選択は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	職業選択が未選択の場合		
40	職業／業種	職業／業種は必須項目です。	テキストボックス	-	-	○	職業選択が「あり」かつ職業／業種が未入力の場合		
41		20文字以内で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	職業／業種に20文字を超える値が入力されている場合		
42	集団生活の有無	集団生活有無は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	集団生活が未選択の場合		
43	集団生活選択	集団生活選択は必須項目です。	ドロップダウンリスト	-	-	○	集団生活有無が「あり」かつ集団生活選択が未選択の場合		
44	入院病名選択	入院病名は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	入院病名選択が未選択の場合		
45	入院病名(対照)	入院病名は必須項目です。	テキストボックス	-	-	○	入院病名(対照)が未入力の場合		
46		20文字以内で入力してください。			○	○	入院病名(対照)に20文字を超える文字が入力されている場合		
47	入院前1か月間の既往歴・既往症状選択	入院前1か月間の既往歴・既往症状選択は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	入院前1か月間の既往歴・既往症状選択が未選択の場合		
48	入院前1か月間の既往歴・既往症状	入院前1か月間の既往歴・既往症状は必須項目です。	-	-	-	○	入院前1か月間の既往歴・既往症状選択が「あり」かつ入院前1か月間の既往歴・既往症状が未入力の場合		
49		上から順番に入力してください。			-	○	○	入院前1か月間の既往歴・既往症状が先頭から順番に入力されていない場合	
50		すべての項目に入力してください。			-	○	○	入院前1か月間の既往歴・既往症状の全ての項目(発症年月日、病名（症状）、転機)に入力されていない場合	
51	(発症年月日)	発症年月日には生年月以降の日付を入力してください。	テキストボックス	yyyyymmdd	-	○	発症年月日に生年月より過去の日付が入力されている場合		
52		発症年月日の形式に誤りがあります。【例：20141201】			○	○	発症年月日に入力形式と異なる値が入力されている場合		
53		発症年月日に入力された日付は存在しません。			-	○	○	発症年月日に暦日でない値が入力されている場合	
54		発症年月日は入院前1か月以内の日付を入力してください。			-	○	○	発症年月日に入院前2か月より過去の日付が入力されている場合	
55	(病名（症状）)	50文字以内で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	病名（症状）に50文字を超える文字が入力されている場合		
56	出生から入院までの主な既往歴選択	出生から入院までの主な既往歴選択は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	出生から入院までの主な既往歴選択が未選択の場合		
57	出生から入院までの主な既往歴	出生から入院までの主な既往歴は必須項目です。	-	-	-	○	出生から入院までの主な既往歴が未入力の場合		
58		上から順番に入力してください。			-	○	○	出生から入院までの主な既往歴が先頭から順番に入力されていない場合	
59		すべての項目に入力してください。			-	○	○	出生から入院までの主な既往歴の全ての項目(発症年月日、病名（症状）、転機)に入力されていない場合	
60	(病名（症状）)	50文字以内で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	病名（症状）に50文字を超える文字が入力されている場合		
61	入院時の基礎疾患の有無	入院時の基礎疾患の有無選択は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	入院時の基礎疾患の有無が未選択の場合		
62	アレルギー選択	アレルギー選択は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	入院時の基礎疾患の有無が「あり」かつアレルギー選択が未選択の場合		
63	アレルギー詳細	アレルギー詳細は必須項目です。	テキストボックス	-	-	○	入院時の基礎疾患の有無が「あり」かつアレルギー選択が「あり」かつアレルギー詳細が未入力の場合		
64		255文字以内で入力してください。			○	○	アレルギー詳細に255文字を超える文字が入力されている場合		
65	肝機能障害選択	肝機能障害選択は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	入院時の基礎疾患の有無が「あり」かつ肝機能障害選択が未選択の場合		
66	肝機能障害詳細	肝機能障害詳細は必須項目です。	テキストボックス	-	-	○	入院時の基礎疾患の有無が「あり」かつ肝機能障害選択が「あり」かつ肝機能障害詳細が未入力の場合		
67		255文字以内で入力してください。			○	○	肝機能障害詳細に255文字を超える文字が入力されている場合		
68	自己免疫疾患選択	自己免疫疾患選択は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	入院時の基礎疾患の有無が「あり」かつ自己免疫疾患選択が未選択の場合		

No.	入力項目	メッセージ本文	コントロール	入力形式	一時保存	最終保存	条件	備考	
69	自己免疫疾患詳細	自己免疫疾患詳細は必須項目です。	テキストボックス	-	-	○	入院時の基礎疾患の有無が「あり」かつ自己免疫疾患選択が「あり」かつ自己免疫疾患詳細が未入力の場合		
70		255文字以内で入力してください。			○	○	自己免疫疾患詳細に255文字を超える文字が入力されている場合		
71	発達の遅れ選択	発達の遅れ選択は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	入院時の基礎疾患の有無が「あり」かつ発達の遅れ選択が未選択の場合		
72	発達の遅れ詳細	発達の遅れ詳細は必須項目です。	テキストボックス	-	-	○	入院時の基礎疾患の有無が「あり」かつ発達の遅れ選択が「あり」かつ発達の遅れ詳細が未入力の場合		
73		255文字以内で入力してください。			○	○	発達の遅れ詳細に255文字を超える文字が入力されている場合		
74	その他の基礎疾患選択	その他の基礎疾患選択は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	入院時の基礎疾患の有無が「あり」かつその他の基礎疾患選択が未選択の場合		
75	その他の基礎疾患詳細	その他の基礎疾患詳細は必須項目です。	テキストボックス	-	-	○	入院時の基礎疾患の有無が「あり」かつその他の基礎疾患選択が「あり」かつその他の基礎疾患詳細が未入力の場合		
76		255文字以内で入力してください。			○	○	その他の基礎疾患詳細に255文字を超える文字が入力されている場合		
77	入院前一月間の投薬の有無選択	入院前一月間の投薬の有無選択は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	入院前一月間の投薬の有無選択が未選択の場合		
78	入院前一月間の投薬	入院前一月間の投薬は必須項目です。	-	-	-	○	入院前一月間の投薬の有無選択が「あり」かつ入院前一月間の投薬が未入力の場合		
79		上から順番に入力してください。			-	○	入院前一月間の投薬が先頭から順番に入力されていない場合		
80	(薬剤名)	同じ名前薬剤が存在します。	テキストボックス	-	-	○	薬剤名が重複している場合		
81	(投薬開始日)	投薬開始日の形式に誤りがあります。【例：20141201】	テキストボックス	yyyymmdd	○	○	投薬開始日に入力形式と異なる値が入力されている場合		
82		投薬開始日には生年月以降の日付を入力してください。			-	○	投薬開始日に生年月より過去の日付が入力されている場合		
83		投薬開始日に入力された日付は存在しません。			-	○	投薬開始日に暦日でない値が入力されている場合		
84		投薬開始日は入院前一月以内の日付を入力してください。			-	○	投薬開始日に入院前二か月より過去の日付が入力されている場合		
85		投薬開始日は更新日以前の日付を入力してください。			-	○	投薬開始日に更新日より未来の日付が入力されている場合		
86		投薬期間の開始日は終了日より過去の日付を入力してください。			-	○	投薬開始日が投薬終了日より未来の日付が入力されている場合		
87	(投薬終了日)	投薬終了日の形式に誤りがあります。【例：20141201】	テキストボックス	yyyymmdd	○	○	投薬終了日に入力形式と異なる値が入力されている場合		
88		投薬終了日には生年月以降の日付を入力してください。			-	○	投薬終了日に生年月より過去の日付が入力されている場合		
89		投薬終了日に入力された日付は存在しません。			-	○	投薬終了日に暦日でない値が入力されている場合		
90		投薬終了日は入院前一月前の日付から更新日以前の日付を入力してください。			-	○	投薬終了日に入院前二か月より過去の日付が入力されている場合		
91		投薬終了日は更新日以前の日付を入力してください。			-	○	投薬終了日に更新日より未来の日付が入力されている場合		
92	入院前一月の予防接種歴選択	入院前一月の予防接種歴選択は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	入院前一月の予防接種歴選択が未選択の場合		
93	入院前一月の予防接種歴	入院前一月の予防接種歴は必須項目です。	-	-	-	○	入院前一月の予防接種歴が「あり」かつ入院前一月の予防接種歴が未入力の場合		
94		上から順番に入力してください。			-	○	入院前一月の予防接種歴が先頭から順番に入力されていない場合		
95		全ての項目を入力してください。			-	○	入院前一月の予防接種歴の全ての項目(接種年月日、ワクチン名、ロット番号、製造販売業者、接種回数)に入力されていない場合		
96		同一のワクチンに関しては、接種年月日と接種回数は昇順で入力してください。			-	○	同じワクチン名の接種年月日が昇順でないか接種回数が昇順でない場合		
97		ワクチン名と接種回数が重複しています。			-	○	同じワクチン名の接種回数が重複している場合		
98	(接種年月日)	接種年月日(No.□)の形式に誤りがあります。	テキストボックス	yyyymmdd	○	○	接種年月日に入力形式と異なる値が入力されている場合	□：1～7	
99		接種年月日には生年月以降の日付を入力してください。(No.□)			-	○	接種年月日に生年月より過去の日付が入力されている場合		
100		入力された日付は存在しません。(No.□)			-	○	接種年月日に暦日でない値が入力されている場合		
101		接種年月日は入院前一月以内の日付を入力してください。(No.□)			-	○	接種年月日に入院前二か月より過去の日付が入力されている場合		
102	(ロット番号)	ロット番号(No.□)は20文字以内で入力してください。	テキストボックス	-	-	○	○	ロット番号に20文字を超える値が入力されている場合	



No.	入力項目	メッセージ本文	コントロール	入力形式	一時保存	最終保存	条件	備考
103		ロット番号(No.□)は半角英数字で入力してください。	テキストボックス		○	○	ロット番号に半角英数字以外の値が入力されている場合	
104	出生から入院までの予防接種後副反応（有害事象）の有無選択	出生から入院までの予防接種後副反応（有害事象）の有無選択は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	出生から入院までの予防接種後副反応（有害事象）の有無選択が未選択の場合	
105	ワクチンの種類	ワクチンの種類は必須項目です。	テキストボックス	-	-	○	ワクチンの種類が入力されていない場合	
106		同じ名前のワクチン名が存在します。		-	-	○	ワクチンの種類が重複している場合	
107	血小板減少性紫斑病あるいはそれが疑われる症状の有無選択	血小板減少性紫斑病あるいはそれが疑われる症状の有無選択は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	血小板減少性紫斑病あるいはそれが疑われる症状の有無選択が未選択の場合	
108	血小板減少性紫斑病あるいはそれが疑われる症状詳細	血小板減少性紫斑病あるいはそれが疑われる症状は必須項目です。	テキストボックス	-	-	○	血小板減少性紫斑病あるいはそれが疑われる症状の有無選択が「あり」かつ血小板減少性紫斑病あるいはそれが疑われる症状詳細が入力されていない場合	
109		255文字以内で入力してください。		-	○	○	血小板減少性紫斑病あるいはそれが疑われる症状詳細に255文字を超える文字が入力されている場合	
110	同居家族の有無	同居家族の有無選択は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	同居家族の有無選択が未選択の場合	
111	続柄	続柄は必須項目です。	テキストボックス	-	-	○	同居家族の有無選択が「あり」かつ続柄が入力されていない場合	
112		255文字以内で入力してください。		-	○	○	続柄に255文字を超える文字が入力されている場合	
113	第何子	第何子は必須項目です。	テキストボックス	-	-	○	第何子が入力されていない場合	
114		第何子は1～20(半角整数)の範囲で入力してください。		-	○	○	第何子に0～20の範囲でない整数以外の値が入力されている場合	
115	兄弟構成	第何子の数に誤りがあります。	テキストボックス	-	-	○	第何子に0が入力されている場合	
116		第何子または兄と姉の人数に誤りがあります。		-	-	○	第何子に0以外の時、(兄+姉+1)を超える値または少ない値が入力されている場合	
117	兄	兄の人数は0～20(半角整数)の範囲で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	兄に0～20の範囲でない整数以外の値が入力されている場合	
118	弟	弟の人数は0～20(半角整数)の範囲で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	弟に0～20の範囲でない整数以外の値が入力されている場合	
119	姉	姉の人数は0～20(半角整数)の範囲で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	姉に0～20の範囲でない整数以外の値が入力されている場合	
120	妹	妹の人数は0～20(半角整数)の範囲で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	妹に0～20の範囲でない整数以外の値が入力されている場合	
121	本人の喫煙歴選択	本人の喫煙歴選択は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	本人の喫煙歴選択が未選択の場合	
122	一日当たりの平均本数	喫煙本数と喫煙年数は必須項目です。	テキストボックス	-	-	○	喫煙本数及び喫煙年数が未入力の場合	
123		喫煙本数は必須項目です。		-	-	○	喫煙本数が入力されていない場合	
124		本数は1～999(半角整数)の範囲で入力してください。		○	○	一日当たりの平均本数に1～999の範囲でない値が入力されている場合		
125		一日当たりの平均本数は半角整数で入力してください。		○	○	一日当たりの平均本数に半角整数以外の値が入力されている場合		
126	喫煙年数	喫煙年数は必須項目です。	テキストボックス	-	-	○	喫煙年数が未入力の場合	
127		喫煙年数は1～120(半角整数)の範囲で入力してください。		-	○	○	喫煙年数に1～120の範囲でない値が入力されている場合	
128		喫煙年数は半角整数で入力してください。		○	○	喫煙年数に全角の値が入力されている場合		
129	同居家族の喫煙歴選択	同居家族の喫煙歴選択は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	同居家族の喫煙歴選択が未選択の場合	
130	同居家族の喫煙歴	続柄／本数は必須項目です。	-	-	-	○	同居家族の喫煙歴選択が「あり」かつ続柄および喫煙本数が入力されていない場合	
131		上から順番に入力してください。		-	-	○	続柄および喫煙本数が先頭から順番に入力されていない場合	
132		全ての項目に入力してください。		-	-	○	同居家族の喫煙歴の全ての項目(続柄、喫煙本数)に入力されていない場合	
133	続柄	続柄は5文字以内で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	続柄に5文字を超える文字が入力されている場合	
134	本数	本数は1～999(半角整数)の範囲で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	本数に1～999の範囲でない値が入力されている場合	
135		本数は半角整数で入力してください。		-	○	○	本数に半角整数以外の値が入力されている場合	
136	血小板減少性紫斑病の家族歴選択	血小板減少性紫斑病の家族歴選択は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	血小板減少性紫斑病の家族歴選択が未選択の場合	

No.	入力項目	メッセージ本文	コントロール	入力形式	一時保存	最終保存	条件	備考
137	血小板減少性紫斑病の家族歴	血小板減少性紫斑病の家族歴は必須項目です。	-	-	-	○	血小板減少性紫斑病の家族歴が未入力の場合	
138		上から順番に入力してください。			-	○	血小板減少性紫斑病の家族歴が先頭から順番に入力されていない場合	
139		すべての項目に入力してください。			-	○	血小板減少性紫斑病の家族歴の全ての項目(続柄、発症年齢、ワクチンとの関係)に入力されていない場合	
140	(続柄)	続柄は5文字以内で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	続柄に5文字を超える文字が入力されている場合	
141	(発症年齢)	発症年齢は0～120(半角整数)の範囲で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	発症年齢に1～120の範囲でない値が入力されている場合	
142		発症年齢は半角整数で入力してください。			○	○	発症年齢に半角整数以外の値が入力されている場合	
143	妊娠・出産状況等	乳幼児(年齢:6歳以下)の場合、妊娠・出産状況等は必須です。	-	-	-	○	年齢が6歳以下の時、妊娠・出産状況等の全ての項目(出生体重、在胎週数、妊娠・出産時の異常、栄養方法)に値が入力されていない場合	
144	出生体重	出生体重は1～9999(半角整数)の範囲で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	出生体重に1～9999の範囲でない値が入力されている場合	
145		出生体重は半角整数で入力してください。			○	○	出生体重に半角整数以外の値が入力されている場合	
146	在胎週数	在胎週数は0～45(半角整数)の範囲で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	在胎週数に0～45の範囲でない値が入力されている場合	
147		在胎週数は半角整数で入力してください。			○	○	在胎週数に半角整数以外の値が入力されている場合	
148	妊娠・出産時の異常	妊娠・出産時の詳細は必須項目です。	テキストボックス	-	-	○	妊娠・出産時の異常が「あり」かつ妊娠・出産時の詳細が未入力の場合	
149		255文字以内で入力してください。			○	○	妊娠・出産時の詳細に255文字を超える文字が入力されている場合	
150	入院時の症状について(出血症状を除く)選択	入院時の症状について(出血症状を除く)選択は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	入院時の症状について(出血症状を除く)選択が未選択の場合	
151	入院時の症状について(出血症状を除く)	入院時の症状(出血症状を除く)は必須項目です。	チェックボックス	-	-	○	入院時の症状について(出血症状を除く)選択が「あり」かつ入院時の症状について(出血症状を除く)が未入力の場合	
152	最高体温	最高体温は必須項目です。	テキストボックス	-	-	○	発熱(37.5℃以上)を選択時、最高体温が未入力の場合	
153		最高体温は37.5～42.0(半角小数点第一位)の範囲で入力してください。			○	○	最高体温に37.5～42.0の範囲でない値が入力されている場合	
154		最高体温は半角小数点第一位で入力してください。			○	○	最高体温に半角整数点第一位以外の値が入力されている場合	
155	発熱日数	発熱日数は必須項目です。	テキストボックス	-	-	○	発熱(37.5℃以上)を選択時、発熱日数が未入力の場合	
156		日数は1～999(半角整数)の範囲で入力してください。			○	○	発熱日数に1～999の範囲でない値が入力されている場合	
157		発熱日数は半角整数で入力してください。			○	○	発熱日数に半角整数以外の値が入力されている場合	
158	入院時の症状について(出血症状を除く)詳細	その他の症状の詳細は必須項目です。	テキストボックス	-	-	○	その他の症状を選択時、入院時の症状について(出血症状を除く)詳細が未入力の場合	
159		255文字以内で入力してください。			○	○	入院時の症状について(出血症状を除く)詳細に255文字を超える文字が入力されている場合	
160	出血症状選択	出血症状選択は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	出血症状選択が未選択の場合	
161	出血症状	出血症状は必須項目です。	チェックボックス	-	-	○	出血症状選択が「あり」かつ出血症状が未入力の場合	
162	出血症状詳細	その他の症状の詳細は必須項目です。	テキストボックス	-	-	○	その他の症状を選択時、出血症状詳細が未入力の場合	
163		255文字以内で入力してください。			○	○	出血症状詳細に255文字を超える文字が入力されている場合	
164	血液検査実施有無	実施有無は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	血液検査実施有無が未選択の場合	
165	入院時検査結果	全ての検査結果を入力してください。	-	-	-	○	血液検査実施有無が「あり」かつ検査結果の全ての項目(白血球数、赤血球数、ヘモグロビン濃度、ヘマトクリット値、血小板数(最低値)、検査年月日)に値が入力されていない場合	
166	血液検査実施日	実施日の形式に誤りがあります。	テキストボックス	yyyyymmdd	○	○	血液検査実施日に入力形式と異なる値が入力されている場合	
167		実施日に入力された日付は存在しません。			-	○	血液検査実施日に暦日でない値が入力されている場合	
168		実施日は更新日以前の日付を入力してください。			-	○	血液検査実施日に更新日より未来の日付が入力されている場合	
169		実施日には生年月以降の日付を入力してください。			-	○	血液検査実施日に生年月より過去の日付が入力されている場合	
170	白血球数	0～1000000(半角整数)の範囲で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	白血球数に0～1000000の範囲でない値が入力されている場合	

No.	入力項目	メッセージ本文	コントロール	入力形式	一時保存	最終保存	条件	備考
171	赤血球数	0～999(半角整数)の範囲で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	赤血球数に0～999の範囲でない値が入力されている場合	
172	ヘモグロビン濃度	0.0～30.0(半角小数点第一位)の範囲で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	ヘモグロビン濃度に0.0～30.0の範囲でない、かつ半角小数点第一位でない値が入力されている場合	
173	ヘマトクリット値	0.0～99.9(半角小数点第一位)の範囲で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	ヘマトクリット値に0.0～99.9の範囲でない、かつ半角小数点第一位でない値が入力されている場合	
174	血小板数(最低値)	0～999999(半角整数)の範囲で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	血小板数(最低値)に0～999999の範囲でない値が入力されている場合	
175	検査年月日(最低値であった日)	検査年月日の形式に誤りがあります。	テキストボックス	yyyymmdd	○	○	検査年月日に入力形式と異なる値が入力されている場合	
176		検査年月日に入力された日付は存在しません。			-	○	検査年月日に暦日でない値が入力されている場合	
177		検査年月日は更新日以前の日付を入力してください。			-	○	検査年月日に更新日より未来の日付が入力されている場合	
178		検査年月日には生年月以降の日付を入力してください。			-	○	検査年月日に生年月より過去の日付が入力されている場合	
179	生化学検査実施有無	実施有無は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	生化学検査実施有無が未選択の場合	
180	入院時検査結果	いずれかの検査結果を入力してください。	-	-	-	○	生化学検査実施有無が「あり」かつ入院時検査結果が未入力の場合	
181	生化学検査実施日	実施日の形式に誤りがあります。	テキストボックス	yyyymmdd	○	○	生化学検査実施日に入力形式と異なる値が入力されている場合	
182		実施日に入力された日付は存在しません。			-	○	生化学検査実施日に暦日でない値が入力されている場合	
183		実施日は更新日以前の日付を入力してください。			-	○	生化学検査実施日に更新日より未来の日付が入力されている場合	
184		実施日には生年月以降の日付を入力してください。			-	○	生化学検査実施日に生年月より過去の日付が入力されている場合	
185	AST (GOT)	0～10000(半角整数)の範囲で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	AST (GOT) に0～10000の範囲でない値が入力されている場合	
186	ALT (GPT)	0～10000(半角整数)の範囲で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	ALT (GPT) に0～10000の範囲でない値が入力されている場合	
187	LDH	0～100000(半角整数)で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	LDHに0～100000の範囲でない値が入力されている場合	
188	ALP	0～100000(半角整数)の範囲で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	ALPに0～100000の範囲でない値が入力されている場合	
189	TP (総タンパク)	0.0～20.0(半角小数点第一位)の範囲で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	TP (総タンパク) に0.0～20.0の範囲でない、かつ半角小数点第一位でない値が入力されている場合	
190	ALB (アルブミン)	0.0～20.0(半角小数点第一位)の範囲で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	ALB (アルブミン) に0.0～20.0の範囲でない、かつ半角小数点第一位でない値が入力されている場合	
191	BUN	0.0～1000.0(半角小数点第一位)の範囲で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	BUNに0.0～1000.0の範囲でない、かつ半角小数点第一位でない値が入力されている場合	
192	CRE (クレアチニン)	0.00～20.00(半角小数点第二位)の範囲で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	CRE (クレアチニン) に0.00～20.00の範囲でない、かつ半角小数点第二位でない値が入力されている場合	
193	血漿蛋白検査実施有無	実施有無は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	血漿蛋白検査実施有無が未選択の場合	
194	入院時検査結果	検査結果を入力してください。	-	-	-	○	血漿蛋白検査実施有無が「あり」かつ入院時検査結果が未入力の場合	
195	血漿蛋白検査実施日	実施日の形式に誤りがあります。	テキストボックス	yyyymmdd	○	○	血漿蛋白検査実施日に入力形式と異なる値が入力されている場合	
196		実施日に入力された日付は存在しません。			-	○	血漿蛋白検査実施日に暦日でない値が入力されている場合	
197		実施日は更新日以前の日付を入力してください。			-	○	血漿蛋白検査実施日に更新日より未来の日付が入力されている場合	
198		実施日には生年月以降の日付を入力してください。			-	○	血漿蛋白検査実施日に生年月より過去の日付が入力されている場合	
199	CRP	0.00～100.00(半角小数点第二位)の範囲で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	CRPに0.00～100.00の範囲でない、かつ半角小数点第二位でない値が入力されている場合	
200	免疫検査実施有無	実施有無は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	免疫検査実施有無が未選択の場合	
201	入院時検査結果	いずれかの検査結果を入力してください。	-	-	-	○	免疫検査実施有無が「あり」かつ入院時検査結果が未入力の場合	
202	免疫検査実施日	実施日の形式に誤りがあります。	テキストボックス	yyyymmdd	○	○	免疫検査実施日に入力形式と異なる値が入力されている場合	
203		実施日に入力された日付は存在しません。			-	○	免疫検査実施日に暦日でない値が入力されている場合	
204		実施日は更新日以前の日付を入力してください。			-	○	免疫検査実施日に更新日より未来の日付が入力されている場合	

No.	入力項目	メッセージ本文	コントロール	入力形式	一時保存	最終保存	条件	備考
205		実施日には生年月以降の日付を入力してください。			-	○	免疫検査実施日に生年月より過去の日付が入力されている場合	
206	PA-IgG	0.0~10000.0(半角小数点第一位)の範囲で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	PA-IgGに0.0~10000.0の範囲でない、かつ半角小数点第一位でない値が入力されている場合	
207	RF (リウマチ因子)	0~1000(半角整数)の範囲で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	RF (リウマチ因子) に0~1000の範囲でない値が入力されている場合	
208	抗核抗体	0~100000(半角整数)の範囲で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	抗核抗体に0~100000の範囲でない値が入力されている場合	
209	ヘリコバクター・ピロリ関連検査実施有無	実施有無は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	ヘリコバクター・ピロリ関連検査実施有無が未選択の場合	
210	入院時検査結果	いずれかの検査結果を入力してください。	-	-	-	○	ヘリコバクター・ピロリ関連検査実施有無が「あり」かつ入院時検査結果が未入力の場合	
211	ヘリコバクター・ピロリ関連検査実施日	実施日の形式に誤りがあります。	テキストボックス	yyyyymmdd	○	○	ヘリコバクター・ピロリ関連検査実施日に入力形式と異なる値が入力されている場合	
212		実施日に入力された日付は存在しません。			-	○	ヘリコバクター・ピロリ関連検査実施日に暦日でない値が入力されている場合	
213		実施日は更新日以前の日付を入力してください。			-	○	ヘリコバクター・ピロリ関連検査実施日に更新日より未来の日付が入力されている場合	
214		実施日には生年月以降の日付を入力してください。			-	○	ヘリコバクター・ピロリ関連検査実施日に生年月より過去の日付が入力されている場合	
215	ヘリコバクター・ピロリ関連検査詳細	255文字以内で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	ヘリコバクター・ピロリ関連検査詳細に255文字を超える文字が入力されている場合	
216	尿検査(定性)実施有無	実施有無は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	尿検査(定性)実施有無が未選択の場合	
217	入院時検査結果	いずれかの検査結果を入力してください。	-	-	-	○	尿検査(定性)実施有無が「あり」かつ入院時検査結果が未選択の場合	
218	尿検査(定性)実施日	実施日の形式に誤りがあります。	テキストボックス	yyyyymmdd	○	○	尿検査(定性)実施日に入力形式と異なる値が入力されている場合	
219		実施日に入力された日付は存在しません。			-	○	尿検査(定性)実施日に暦日でない値が入力されている場合	
220		実施日は更新日以前の日付を入力してください。			-	○	尿検査(定性)実施日に更新日より未来の日付が入力されている場合	
221		実施日には生年月以降の日付を入力してください。			-	○	尿検査(定性)実施日に生年月より過去の日付が入力されている場合	
222	骨髄穿刺または骨髄生検検査実施有無	実施有無は必須項目です。	ラジオボタン	-	-	○	骨髄穿刺または骨髄生検検査実施有無が未選択の場合	
223	骨髄穿刺または骨髄生検検査実施日	実施日の形式に誤りがあります。	テキストボックス	yyyyymmdd	○	○	骨髄穿刺または骨髄生検検査実施日に入力形式と異なる値が入力されている場合	
224		実施日に入力された日付は存在しません。			-	○	骨髄穿刺または骨髄生検検査実施日に暦日でない値が入力されている場合	
225		実施日は更新日以前の日付を入力してください。			-	○	骨髄穿刺または骨髄生検検査実施日に更新日より未来の日付が入力されている場合	
226		実施日には生年月以降の日付を入力してください。			-	○	骨髄穿刺または骨髄生検検査実施日に生年月より過去の日付が入力されている場合	
227	骨髄穿刺または骨髄生検検査の詳細	骨髄穿刺または骨髄生検検査の詳細は必須項目です。	テキストボックス	-	-	○	骨髄穿刺または骨髄生検検査実施有無が「あり」かつ骨髄穿刺または骨髄生検検査の詳細が未入力の場合	
228		255文字以内で入力してください。		○	○	骨髄穿刺または骨髄生検検査の詳細に255文字を超える文字が入力されている場合		
229	その他の特記事項	255文字以内で入力してください。	テキストボックス	-	○	○	その他の特記事項に255文字を超える文字が入力されている場合	
230	-	一時保存ができませんでした。入力項目に誤りがあります。	-	-	○	-	入力内容に誤りがある場合	ヘッダ部に出力されるエラーメッセージ
231	-	最終保存ができませんでした。入力項目に誤りがあります。入力中の内容を保存する場合は、一時保存をしてください。	-	-	-	○	入力内容に誤りがある場合	