エムスリーデジカル
M3 DigiKar

操作マニュアル

（レセコン一体型・レセコン単体）

更新日：2026/4/27

目次

Ⅰ. システム起動

1. ログイン 11
   ① １台目ログイン 11
   ② ２台目のログイン 12
   ③ パスワード管理 15
   ④ 証明書の更新 18
2. 機器連携 23
   ① エージェント v1 23
   ② エージェント v2 24

Ⅱ. 概要

1. 各種アイコン 26
   ① 各種アイコン 26
2. 受付画面 30
   ① 受付一覧 30
3. カルテ画面 36
   ① 患者情報（左側） 36
   ② カルテ作成（中央） 38
   ③ オーダー選択（右側） 42
4. 施設管理画面 43

Ⅲ. 受付

1. 受付 44
   ① 受付作成 44
   ② 受付取消 48
   ③ 同日再診 50
   ④ 受付番号院内掲示 51
   ⑤ 受付編集履歴 53
2. 患者登録 54
   ① 新規患者 54
   ② 再来患者 55
3. 資格登録 56
   ① 医療保険 56
   ② 公費 62
   ③ 労災保険 65
   ④ 自賠責保険 66
   ⑤ 自費 66

⑥　罹災証明書 67
⑦　月中の資格変更 69
⑧　複数資格保有者 70
4.　予約 74
①　予約登録 74
②　予約変更・取消 77
③　予約確認 79
④　下書きカルテ 80

Ⅳ. 診察

1.　主訴・所見 84
①　主訴・所見欄入力 84
2.　処置・行為 87
①　処置・行為項目登録 87
②　コメント登録 92
③　自動算定 97
④　セット登録 105
⑤　定期登録 108
⑥　算定チェック 111
⑦　処方監査（オプション） 114
3.　処方 121
①　用法・用量登録 121
②　紙の処方箋発行 124
4.　傷病名 125
①　登録 125
②　編集 127
5.　文書等作成・追加 130
①　文書作成 130
②　文書雛形 133
③　文書雛形の保存（ファイル添付） 134
④　作成した文書雛形の修正 136
6.　検査 138
①　依頼 138
②　取込 142
7.　カルテ保存 144
①　カルテ保存 144
8.　その他診療情報 147
①　問診 147
②　副作用薬等 148

③　バイタル……152
④　診療履歴……154
⑤　投薬履歴……159
⑥　サマリー……160
⑦　検査結果……162
⑧　患者情報……167
⑨　患者様への連絡【デジスマ診療をご利用の医療機関様】……171

V. 会計

9.　請求……174
①　保険診療……174
②　公費併用……176
③　領収書分割（例：保険診療と自費診療）……180
④　未収金……182
⑤　月まとめ請求……187
⑥　一括再計算……188
10. 返金……191
①　当日中に保険証等提示……191
②　後日保険証等提示・返金当日の診察なし……194
③　後日保険証等提示・返金当日の診察あり……199
11. 管理……205
①　日計表……205
②　月計表……207
③　繰越金有り患者一覧……209

VI. システム終了

1.　ログアウト……210
①　ログアウト……210
2.　機器連携……211
①　機器連携……211

VII. レセプト

1.　レセプトの点検……212
①　点検用レセプトの作成……212
②　点検用レセプトの内容確認……213
③　レセプトの修正……217
④　点検済ファイルの削除……218
2.　レセプトの作成……219
①　請求に含めないレセプトの設定……219

② 請求に含めるレセプトの設定 220
③ 提出用レセプトの作成 222
④ 提出用レセプトの内容確認 223
3. レセプトの請求 228
① 社保・国保レセプトのオンライン請求 228
② 公費の請求 238
③ 請求済ファイルの削除 241
4. 翌月のレセプト作成準備 242
① 請求済月遅れ・返戻レセプトの削除 242
② 返戻レセプトの取込と修正 243
③ 返戻ファイルの削除 246
5. 労災レセプト 247
① レセプトの点検 247
② レセプトの作成 252
③ レセプトの請求 257
④ 翌月のレセプト作成準備 259
6. 自賠責レセプト 260
① レセプトの点検 260
② レセプトの作成 265
③ 翌月レセプト作成準備 271

Ⅷ. 施設管理

1. 各種データ 272
① 経営データ集計 272
② 後発品使用量集計表 274
③ 向精神薬投与患者一覧 275
④ EF ファイル 275
⑤ 添付ファイル使用量 279
⑥ 月別受付回数 280
2. 操作ログ 281
① ログインログ 281
② 監査ログ 281
③ サポート依頼ログ 282
3. 各種設定・その他 283
① 医療機関情報 283
② 利用者管理 284
③ マスタ管理 287
④ 労災・自賠 295
⑤ 検査会社管理 295

⑥ 院内検査項目……297
⑦ 共通パスワード設定……299
⑧ 文書雛形……299
⑨ 証明書……303
⑩ その他設定……303
⑪ データ提出加算設定……306
⑫ RME 通知管理……308
⑬ 自動算定……311

Ⅸ. 公費

1. 全国公費……314
① 生活保護（12）……314
② 自立支援（精神通院）（21）……316
③ 難病（54）……318
④ 結核（10）……320
⑤ 戦傷病者（療養給付）（13）……320
⑥ 戦傷病者（更生医療） （14）……320
⑦ 更生医療（15）……321
⑧ 育成医療（16）……321
⑨ 原爆認定（18）……321
⑩ 原爆一般（19）……322
⑪ 母子保健（23）……322
⑫ 療養介護（24）……322
⑬ 中国残留邦人（25）……323
⑭ 肝炎治療（38）……323
⑮ 特定疾患（51）……323
⑯ 小児慢性（52）……324
⑰ 児童保護（53）……324
⑱ B 型肝炎（62）……324
⑲ 石綿（66）……325
⑳ 障害児施設（79）……325
2. 県別公費……326
① 北海道の公費……326
② 青森県の公費……374
③ 岩手県の公費……377
④ 宮城県の公費……387
⑤ 秋田県の公費……390
⑥ 山形県の公費……396
⑦ 福島県の公費……399

⑧　茨城県の公費……404
⑨　栃木県の公費……410
⑩　群馬県の公費……413
⑪　埼玉県の公費……418
⑫　千葉県の公費……431
⑬　東京都の公費……435
⑭　神奈川県の公費……443
⑮　新潟県の公費……447
⑯　富山県の公費……451
⑰　石川県の公費……454
⑱　福井県の公費……458
⑲　山梨県の公費……461
⑳　長野県の公費……464
㉑　岐阜県の公費……470
㉒　静岡県の公費……474
㉓　愛知県の公費……481
㉔　三重県の公費……486
㉕　滋賀県の公費……495
㉖　京都府の公費……511
㉗　大阪府の公費……515
㉘　兵庫県の公費……520
㉙　奈良県の公費……531
㉚　和歌山県の公費……539
㉛　鳥取県の公費……543
㉜　島根県の公費……548
㉝　岡山県の公費……551
㉞　広島県の公費……554
㉟　山口県の公費……559
㊱　徳島県の公費……561
㊲　香川県の公費……565
㊳　愛媛県の公費……569
㊴　高知県の公費……572
㊵　福岡県の公費……577
㊶　佐賀県の公費……580
㊷　長崎県の公費……582
㊸　熊本県の公費……586
㊹　大分県の公費……595
㊺　宮崎県の公費……598

㊻　鹿児島県の公費……602
㊼　沖縄県の公費……604

X. 算定項目登録

1. 初再診……609
①　時間外加算、夜間早朝等加算の算定……609
②　加算の入力順……609
2. 医学管理料……610
①　血中濃度を測定する検査（特定薬剤治療管理料の算定）……610
②　腫瘍マーカーの検査（悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定）……612
③　包括項目がある管理料（生活習慣病管理料、小児科外来診療料など）…612
④　小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料に係る加算の入力順……613
3. 在宅……614
①　インスリン注射の処方（在宅自己注射指導管理料の算定）……614
②　血糖自己測定器加算のみの算定……615
③　在宅患者の訪問点滴注射……615
4. 投薬……616
①　内服薬の入力……616
②　一般名での処方……616
③　長期収載品の入力……617
④　７種類以上の多剤投与時の臨時処方……620
⑤　用法に対する補足コメントの入力……620
⑥　処方箋の備考欄へのコメント記載……621
5. 注射……623
①　点滴注射……623
②　注射薬の薬剤料のみの算定……623
6. 処置……624
①　対称器官に対する処置……624
②　酸素吸入処置……624
③　休日、時間外、深夜加算……624
7. 手術……625
①　対称器官に対する手術……625
②　休日、時間外、深夜加算……625
8. 検査……626
①　コレステロール検査の重複算定チェック……626
③　アレルギー検査……626
④　採血料の算定……627
⑤　内視鏡検査（ファイバースコピー）……627
⑥　生体検査を同日２回実施（ＥＣＧ（心電図）、超音波検査など）……627

⑦　超音波検査……628
⑧　時間外の緊急院内検査……628
9.　画像診断……629
①　単純撮影（デジタル撮影）……629
②　透視診断／造影剤使用撮影……630
③　ＣＴ・ＭＲＩ撮影……630
④　時間外の緊急画像診断……631
⑤　複数部位のレントゲン撮影……631
10.　労災・自賠責……632
①　初診の入力……632
②　再診の入力……632
③　時間外加算、夜間早朝等加算の入力……632
④　外来管理加算の入力……633
⑤　四肢加算の入力……635
⑥　（労災のみ）労災電子化加算の入力……635

XI.　オンライン資格確認連携（有償オプション）

1.　オンライン資格確認システムとの連携……636
2.　マイナ保険証での受付……638
①　新規患者（医療保険・医療扶助・PMH）……639
②　再来患者（医療保険・医療扶助・PMH）……646
3.　資格確認書等での受付……652
①　新規患者（医療保険・医療扶助）……653
②　再来患者（医療保険・医療扶助）……656
③　資格確認の再実行方法……659
4.　診療・薬剤・健診情報の閲覧……660
5.　会計……662

XII.　電子処方箋（有償オプション）

1.　引換番号付き紙処方箋の発行設定……665
2.　HPKI セカンド証明書ログイン……666
3.　受付……667
4.　カルテ入力……668
①　処方・用法の入力……668
②　コメント補足が必要な用法……670
5.　保存・送信……674
6.　控え・処方箋の印刷……676
7.　送信後の訂正……677
①　修正……677

② 取消取消 677
8. 調剤情報の閲覧 678

XIII. ヘルプ

12. ヘルプメニュー 679
13. リモートアクセス許可 680
14. お問合せ 680
15. 障害発生時 681

I. システム起動

1. ログイン

① 1 台目ログイン

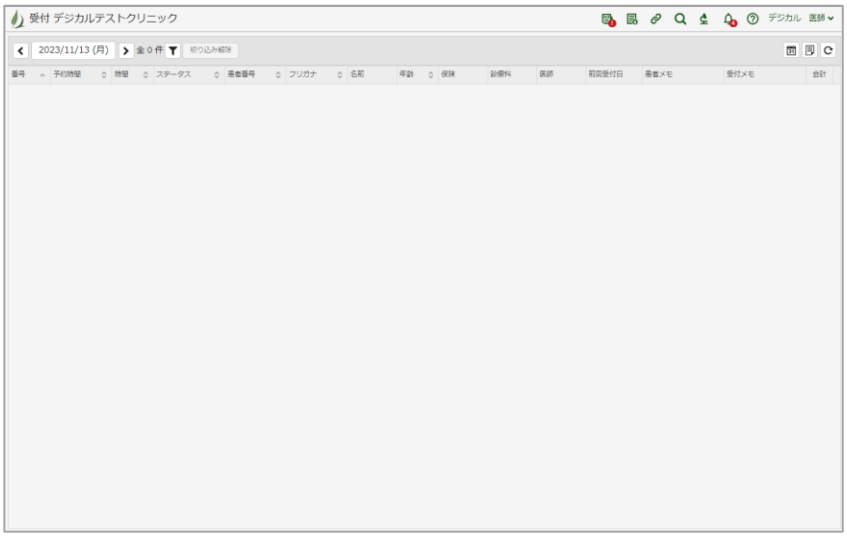
※導入マニュアルに沿って、Google Chrome のインストール・エムスリーデジカルのセットアップ（1 台目の設定）を行ってください

（1） デスクトップ画面のデジカルのアイコンをダブルクリックします。

（2） エムスリーデジカルから届いた利用者情報に記載されているログイン ID とログイン仮パスワードを入力して［ログイン］ボタンをクリックします。



（3） 受付画面が表示されます。



（4） ログインパスワードを変更してください（参考：パスワード管理）

② ２台目のログイン

２台目以降の端末に設定する証明書は、下記の手順でデジカルにログインし施設管理画面から新規追加します。

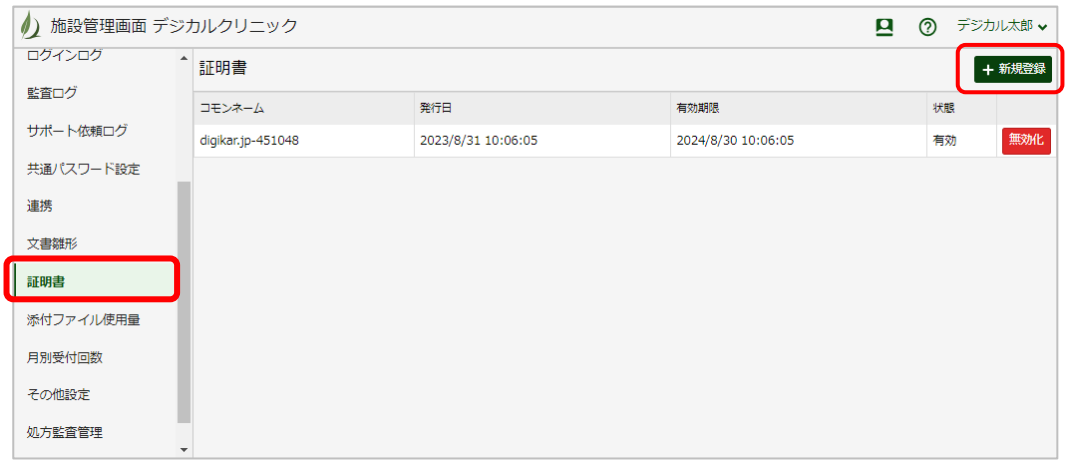
（1）　１台目に設定した端末でログイン画面を開き、M3 デジカルから届いた利用者情報に記載されているログイン ID 情報でログインします。



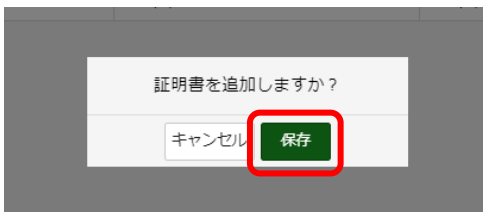
（2）　受付画面が開きます。ヘッダーエリアにあるユーザーメニューから施設管理をクリックします。



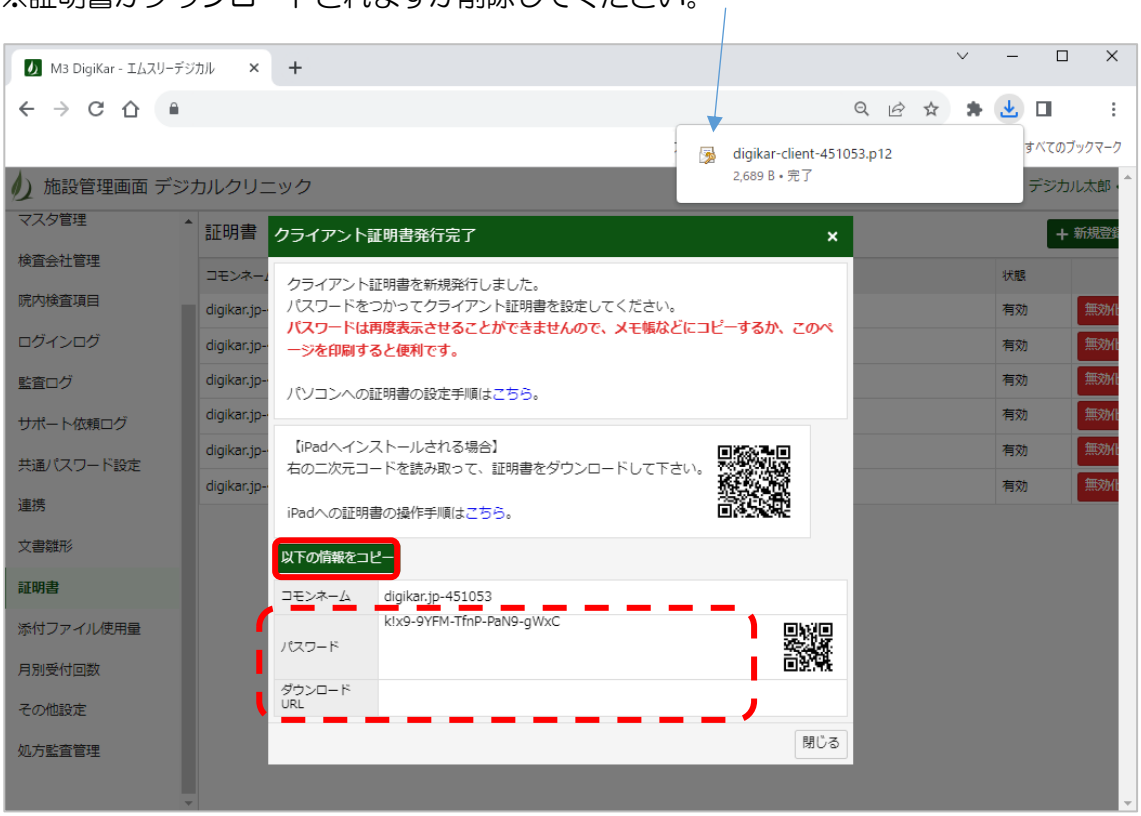
（3）　「証明書」を選択します。発行済の証明書の一覧が表示されます。右上にある［新規登録］ボタンをクリックします。



（4）　確認メッセージが表示されます。［保存］ボタンをクリックします。



（5）　パスワード、ダウンロード URL をコピーします。［以下の情報をコピー］をクリックしてメモ帳などに貼り付けすることもできます。
※証明書がダウンロードされますが削除してください。



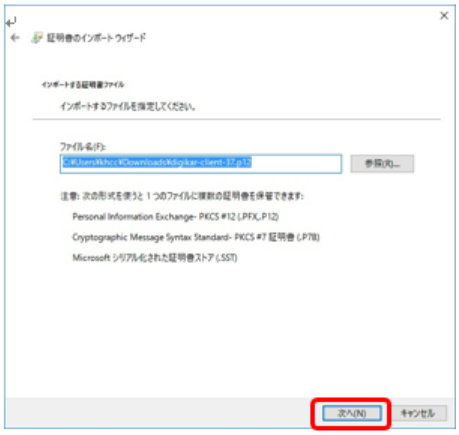
（6）　新しい端末で Google Chrome をひらき、手順（5）で控えたダウンロード URL をひらきます。証明書がダウンロードされますのでクリックします



（7）　「証明書のインポートウィザード」が開きます。［次へ］をクリックします。



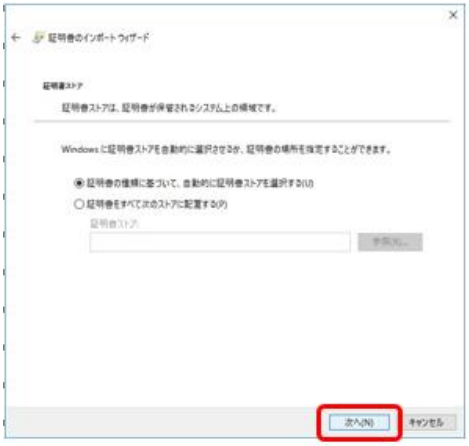
（8）　「インポートする証明書ファイル」画面が開きます。何も変更せずに[次へ]をクリックします。



（9）　パスワード入力画面が表示されます。手順（5）でコピーしたパスワードを入力して[次へ]をクリックします。



（10）「証明書ストア」画面が開きます。[次へ]をクリックします。

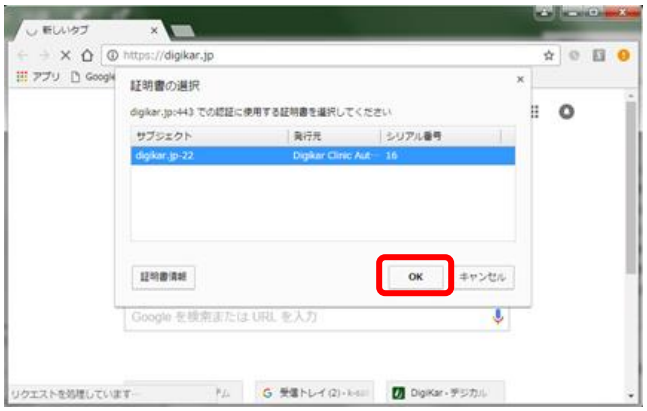


（11）「インポート完了」画面が開きます。[完了]をクリックします。

（12）完了メッセージが表示されます。[OK]をクリックします。

（13）Google Chrome を再起動し、アドレスバーに「https://digikar.jp」と入力してアクセスします。

（14） 証明書の選択ダイアログが表示されます。[OK]をクリックします。



（15） デジカルのログイン画面が表示されます。



③ パスワード管理

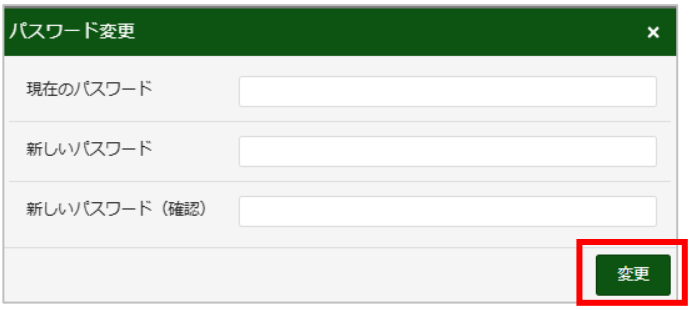
ログインパスワードは８文字以上で、アルファベットの大文字・小文字・数字・記号の４種類を必ず含む必要があります
デジカルではクライアント証明書による認証＋ログイン ID・PW による認証を行っているため、パスワードの定期変更は不要ですが、任意でパスワードを変更したい場合には以下の手順で行います。

➢ パスワード変更手順

(1) 右上のログイン名をクリックして表示されるメニューから、「パスワード変更」をクリックします



⑵ 現在のパスワードと新しいパスワードを入力して[変更]をクリックします



パスワード変更後、新しいパスワードでログインができない場合
古いパスワードが GoogleChrome に保存されたままの可能性があります。
GoogleChrome の設定＞自動入力＞パスワード＞保存したパスワード
を削除して新しいパスワードでログインしてください。

➢ アカウントロック

ログイン時にパスワードを５回間違えると、該当のログイン ID に対してロックがかかります。

＜ロック時の表示＞



＜ロック解除方法＞

⑴ 他の利用者 ID でログインするか、他のデジカルにログインしているパソコンに移動します。

⑵ 右上のログイン名をクリックし「施設管理」をひらきます。

※施設管理が表示されない場合は、該当の利用者 ID に施設管理権限がありません。他の利用者 ID または他の施設管理メニューが表示されるパソコンをお探しください



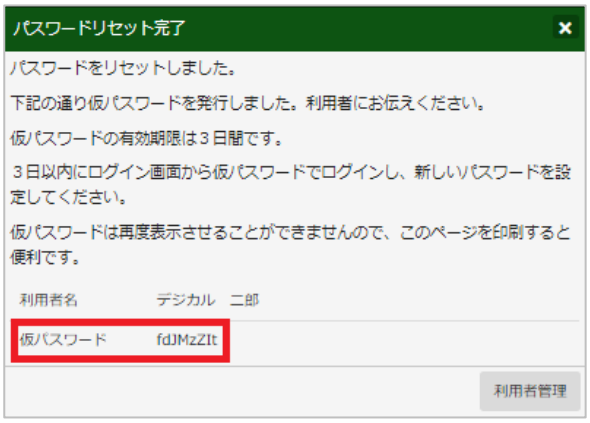
⑶ 「利用者管理」メニューを開き、ロックされた ID の行で鉛筆マークの［編集］ボタンをクリックします。



⑷ ［パスワードリセット］ボタンをクリックします。



⑸ 仮パスワードが表示されるので、メモするかコピーします。



⑹ デジカルのログイン画面を表示し、上段にロックされた「ログイン ID」、下段に手順（5）でメモまたはコピーした仮パスワードを入力し［ログイン］をクリックします。

⑺ 新しいパスワードを設定する画面が表示されるので、新しいパスワードを設定します。

※上記の方法で解決しない場合は、
ログイン画面に表示される
「ログインできない・パスワードをお忘れの場合」を
クリックしてください。
その他の解除方法が表示されますのでご確認ください。



④ 証明書の更新

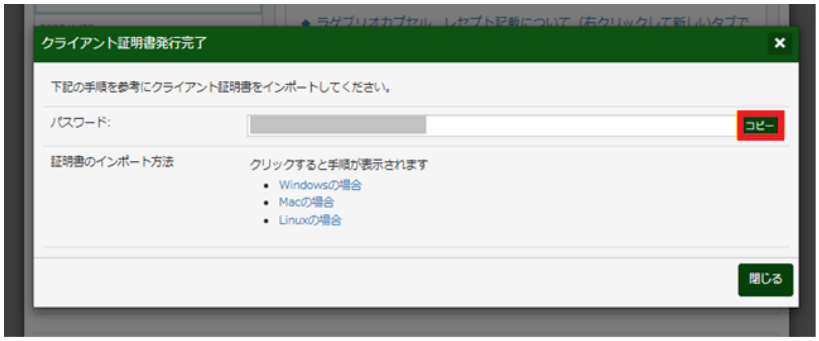
クライアント証明書の有効期間が残り 30 日を過ぎると、ログイン時にメッセージが表示されます。このメッセージには［更新を始める］ボタンがあり、クリックすると証明書の更新ができます。以下の手順に従ってください。

- Windows の場合

（1）　［更新を始める］をクリックします。



（2）　発行されたクライアント証明書のパスワードをコピーします。



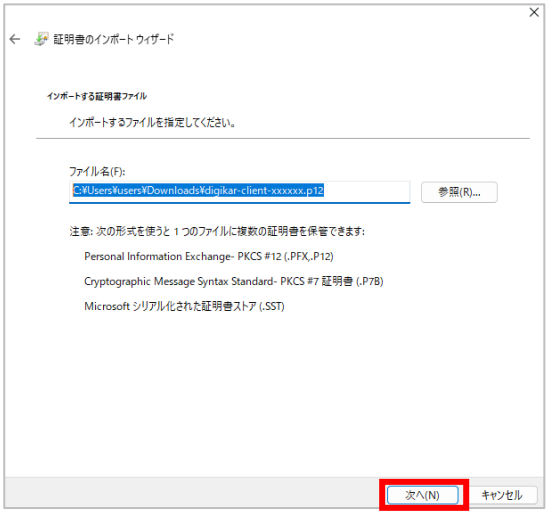
（3）　ダウンロードされた証明書をクリックします



（4）　［次へ］をクリックします。



（5）　［次へ］をクリックします。



（6）　手順（2）でコピーしたパスワードを貼り付けて［次へ］をクリックします。

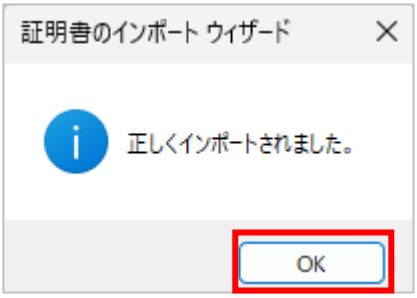


（7）　［次へ］をクリックします。



（8）　［完了］→［OK］をクリックします。





※ 次回ログイン時には、「件名」の数字が大きい証明書を選択します



➢ Mac の場合

⑴ ［更新を始める］をクリックします。



⑵ 発行されたクライアント証明書のパスワードをコピーします。



⑶ ダウンロードされた証明書を選択します。



⑷ 「証明書の追加」画面が開きます。キーチェーンで「ログイン」を選択し、「追加」をクリックします。

※画面が表示されない場合もございます、表示されない場合は⑸の手順に進んでください



⑸ 手順（2）でコピーしたパスワードを貼り付けて［OK］をクリックします。



以上で証明書のインポートは完了です。

※次回ログインするときは件名の数字が大きい証明書を選択します



※証明書を確認するメッセージが表示された場合は［許可］または［常に許可］をクリックします。

- ［常に許可］をクリックすると
  以降この画面は表示されなくなります
- パスワードの入力が求められる場合は
  Mac にログインするときのパスワードを入力します



2. 機器連携

外部機器やオンライン資格確認と連携するためには「エージェント」が起動している必要があります。エージェントには v1 と v2 の２種類があります。

① エージェント v1

外部機器と連携するためのソフトです。

➢ 起動方法

⑴ デスクトップアイコンから起動してください

※医療機関様によってアイコンは異なります

＜アイコン例①＞



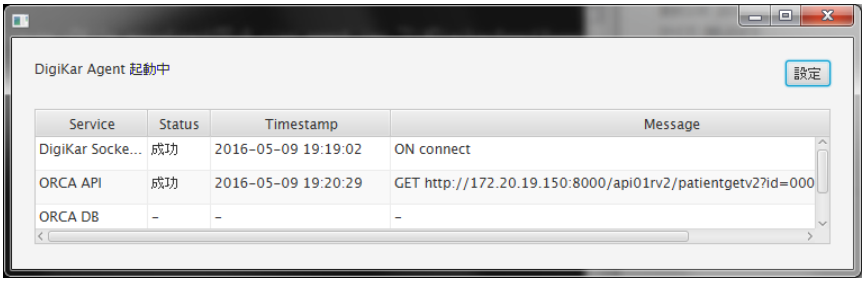
＜アイコン例②＞



⑵ コマンド画面が開きしばらくするとエージェント画面が開きます。

「DigiKar Socket」と「ORCA API」の Status が「成功」になれば接続完了です。

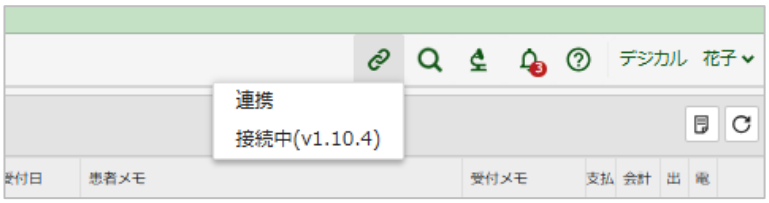




✓ 診療中は、上記画面を終了しないでください。

✓ エージェントを二重で起動すると、連携が正しく動かない場合があります。
二重で起動しないようにご注意ください。

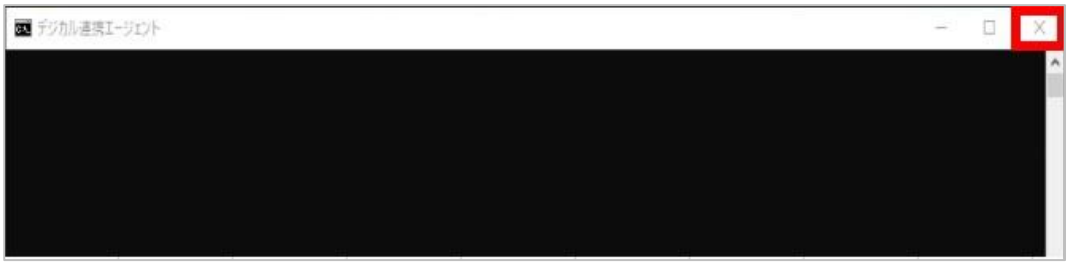
⑶ 受付画面右上の「連携」にカーソルをあわせて「接続中」と表示されていることを確認してください



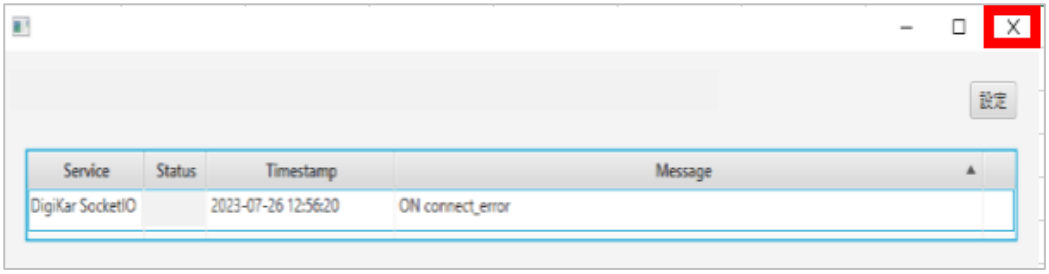
➢ 再起動方法

(1) 連携エージェントソフトの画面右上の×ボタンでいずれも閉じます

＜デジカル連携エージェント①＞



＜デジカル連携エージェント②＞



(2) デスクトップアイコンから再起動し、改めてデジカル上でエラーが出ていないか確認します

※医療機関様によってアイコンは異なります

＜アイコン例①＞



＜アイコン例②＞



② エージェント v2

オンライン資格確認との連携、検査結果自動取り込みのためのソフトです

➢ 起動方法

(1) デスクトップの「agent-v2」アイコンをダブルクリックして起動します

＜アイコン＞



⑵ 各連携画面が「起動中」の表示になっていることを確認します



✓ 診療中は、上記画面を終了しないでください。

✓ ORCA 連携エージェントを二重で起動すると、連携が正しく動かない場合があります。二重で起動しないようにご注意ください。

✓ ［起動］ボタンが表示されている場合はクリックして起動してください。



➢ 再起動方法

⑴ 連携エージェントソフトを画面右上の×ボタンで閉じます



⑵ デスクトップの「agent-v2」アイコンをダブルクリックして起動します

＜アイコン＞



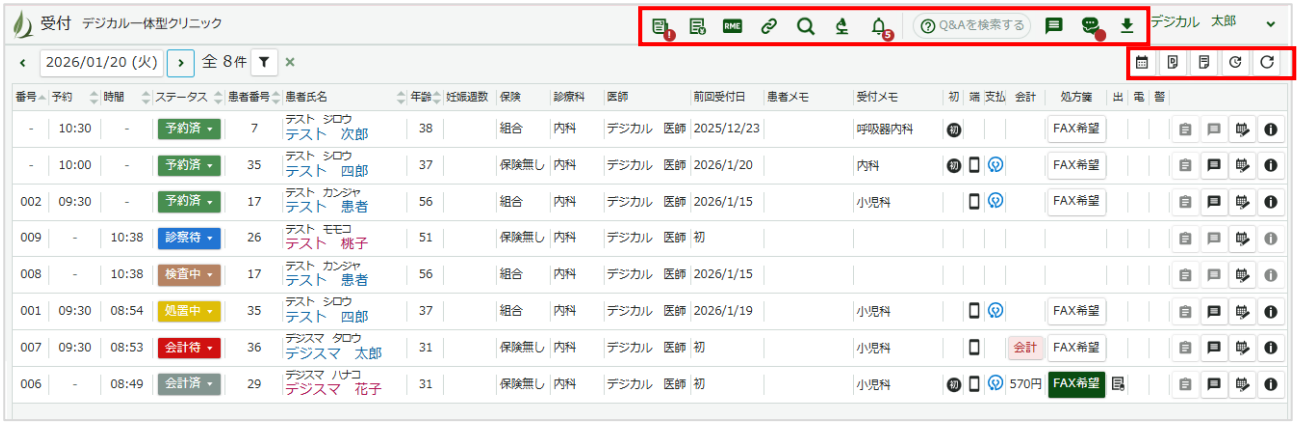
Ⅱ. 概要

1. 各種アイコン

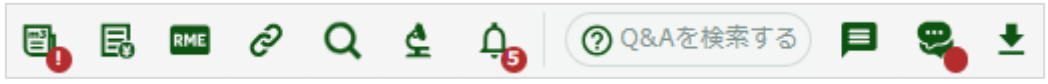
① 各種アイコン

➢ 受付画面

1



2



1

（左から）

- 医療情報・・・医療ニュース等が参照できます
- レセプト作成・・・請求業務を行います
- RME デイリーレポート・・・RME 通知を日ごとに一覧で表示します
  ※RME とは　RME（Real-world Medical Education）は、エムスリーが推進する最適治療の実践を支援する取り組みであり、エムスリーデジカルはこの取組みに賛同しています
- 連携・・・他システムとの連携について接続状態を表示します
- 検索・・・患者検索、新規患者登録、患者リスト（csv）出力を行います
- 検査結果依頼・取込・・・外注検査の依頼ファイル作成、結果ファイルの取込を行います
- お知らせ・・・お知らせ通知の内容を表示します。未読数をバッジで表示します。
- ヘルプ・・・生成 AI を用いた FAQ 検索、マニュアル参照、お問い合わせ、リモートアクセス許可を行います
- 連絡機能（チャット）【デジスマ診療をご利用の医療機関様のみ】
  ・・・患者様とのチャットを一覧で表示します。未読の内容がある場合赤いバッジを表示します。未返信の患者様のみ絞り込みして表示できます
- 院内チャット【デジスマ診療をご利用の医療機関様のみ】
  ・・・チャットにより院内スタッフ様間の連携が可能です
- 作成待ち・・・レセプト作成、カルテ PDF、日計表、月計表の作成状況を表示します。完了したファイルをダウンロードできます

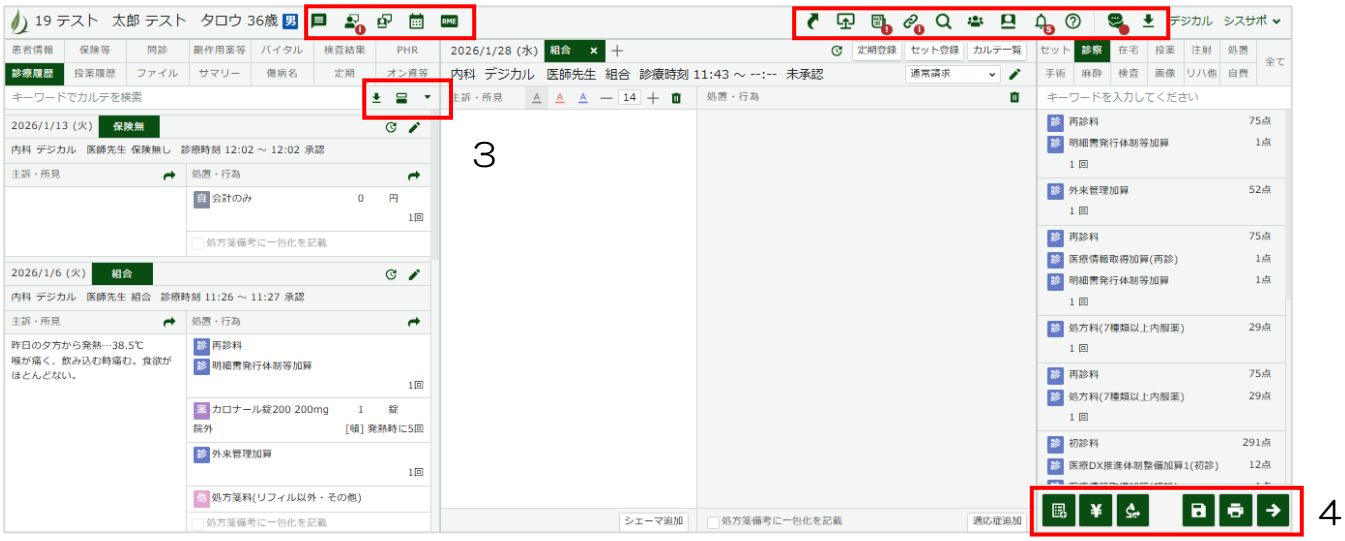
2



（左から）

- 予約台帳・・・デジスマ診療が開きます【デジスマ診療をご利用の医療機関様のみ】
- 日計表・・・日計表を出力します
- 帳票・・・月計表、後発品使用量集計表、向精神薬投与患者一覧、経営データ集計、繰越金有り患者一覧表、EF ファイルを出力します
- 受付編集履歴・・・受付の作成日時や取消を実施した利用者名などを確認できます
  また受付編集履歴を開いた「受付詳細履歴」にて編集履歴を確認できます。
  ※取消した場合は最終編集日時が取消した日時となります。
- 受付更新・・・受付画面の更新を行います

➢ 診察画面　　1　　2

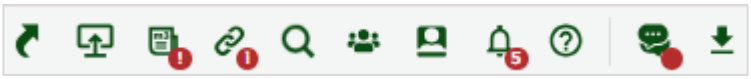


1



（左から）

- ○○（患者名）さんへ連絡する【デジスマ診療をご利用の医療機関様のみ】
  ・・・該当カルテの患者様へ連絡（チャット）できます。未読の内容がある場合赤いバッジを表示します。ビデオ通話（デジスマ有償オプション）を開始できます
- 患者メモ・・・患者様固有のメモが表示されます。メモがある場合は赤いバッジが表示されます
- 受付メモ・・・患者様の本日の受付に関するメモが表示されます。メモがある場合は赤いバッジが表示されます
- 予約・・・予約の登録、確認、修正、削除を行います
- RME・・・最適治療の実践を支援する内容が通知されます
  ※RME とは　RME（Real-world Medical Education）は、エムスリーが推進する最適治療の実践を支援する取り組みであり、エムスリーデジカルはこの取組みに賛同しています。

2 

（左から）

- ショートカットメニュー・・・マウスではなくキーボードで入力、保存を行うことができます。
  クリックするとショートカットキーの説明を表示します。



- 新しいウィンドウで開く・・・投薬履歴、検査結果ビューア、傷病名を別ウィンドウで表示します
- 医療情報・・・受付画面と同様です
- 連携・・・他システムとの連携を行います
- 検索・・・受付画面と同様です
- 患者リスト・・・診察待の患者様のリストを表示します。「診察待」ステータスの人数をバッジで表示します
- 受付画面・・・受付一覧に戻ります
- お知らせ・・・受付画面と同様です
- ヘルプ・・・受付画面と同様です
- 院内チャット【デジスマ診療をご利用の医療機関様のみ】
  ・・・チャットにより院内スタッフ様間の連携が可能です
- 作成待ち・・・受付画面と同様です

3 

（左から）

- PDF ダウンロード・・・患者様の全てのカルテの PDF をダウンロードします。
  1 号用紙、2 号用紙が出力されます。
- カルテ表示設定・・・同日複数カルテがある場合の診療履歴タブでの表示方法について、
  日付ごとにまとめる　or　全てのカルテを表示する　を選択できます。
  （端末ごと（ブラウザごと）に設定が記憶されます）



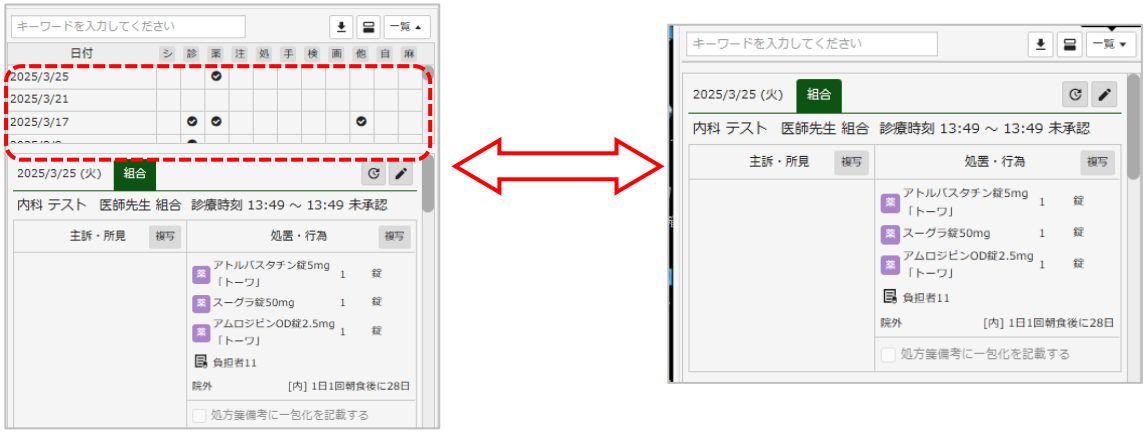
まとめて表示



全て表示



- 一覧・・・診療履歴の一覧を表示・非表示に切り替えます



4 

（左から）

自動算定・・・自動算定（候補）項目を表示します

会計・・・入力したカルテ内容を保存し、会計画面を表示します

検査依頼・・・カルテごとに検査の依頼を出力します

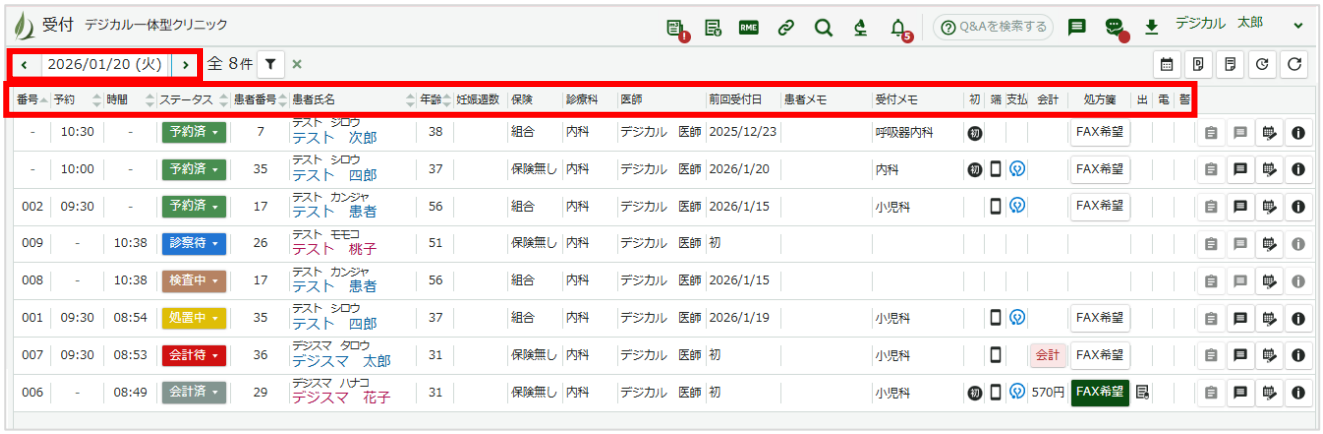
保存・・・入力したカルテ内容を保存します

印刷・・・入力したカルテ内容を保存し、指定した指示箋等をプレビュー表示します

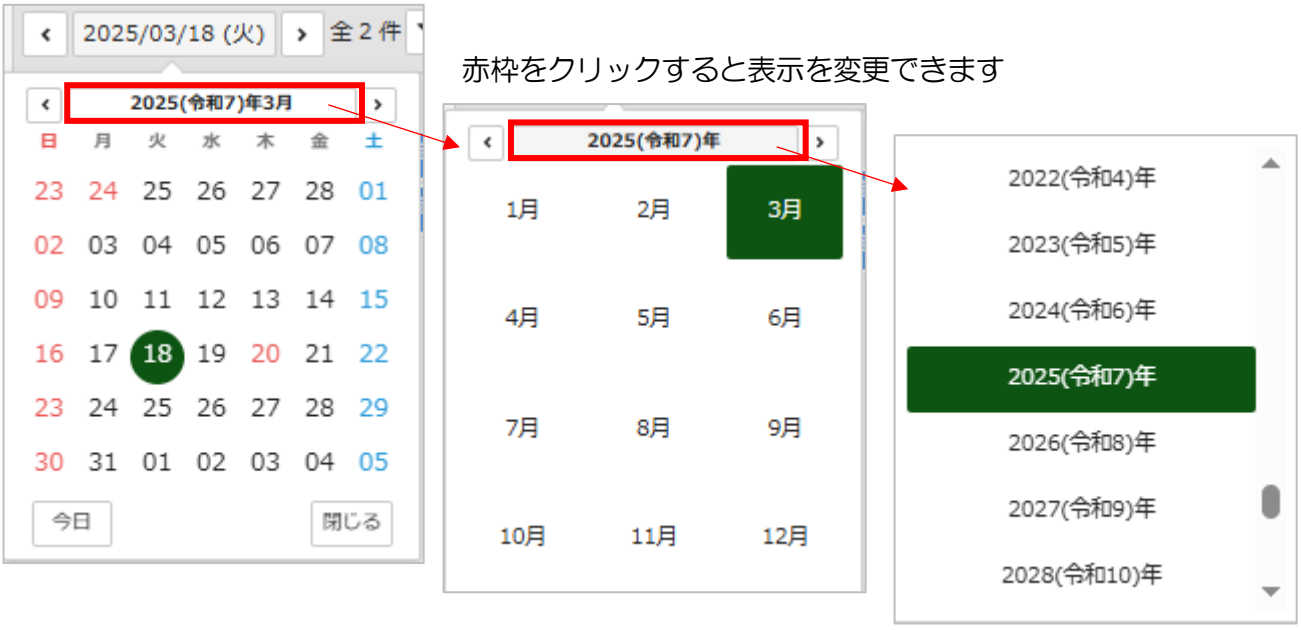
次へ・・・入力したカルテ内容を保存し、次に診察する患者様の一覧（患者リスト）を表示します

2. 受付画面

① 受付一覧



- 日付変更・・・指定した日付の受付一覧を表示します。日付をクリップするとカレンダーが表示されますので表示したい日にちをクリックします。



- 番号・・・受付順に 001 から番号が振られます。取り消した場合は空き番号になります
- 予約時間・・・時間予約をとられた患者様について予約時間が表示されます
- 時間・・・受付時間を表示します

- ステータス・・・状況に応じて以下のステータスがあります



✓ 予約をとられた患者様は「予約済」になります
✓ 患者様が来院し受付されたら「診察待」または「受付中」になります
※どちらにするか施設管理のその他設定で選択できます
✓ 「診察中」「検査中」「処置中」「不在」は適宜変更します（任意・手動）
✓ 次へボタンでカルテを保存するとデフォルトで「会計待」になります
（ステータス選択で変更も可能です）

✓ 会計待ちの患者様は「会計待」になります
✓ 会計画面を保存すると「会計済」になります。
✓ 会計済カルテを修正すると「再計待」になります
✓ 院内に患者様がいらっしゃらない場合に「不在」を選択ください
✓ 受付を取消したい場合は「取消」を選択してください（手動）
該当の受付にカルテが作成されている場合は取消できません

- 妊娠週数・・・「産婦人科オプション（無償）」を有効にすると表示されます。設定はカルテをひらき「患者情報」タブで行います。患者情報タブの設定は女性にのみ表示されます。
- 患者メモ・・・患者様固有のメモが表示されます（毎回表示されます）。追加修正する場合はメモ欄をクリックします。カルテ画面上部の患者メモアイコンからひらいた場合と同様です。
- 受付メモ・・・患者様の本日の受付に関するメモが表示されます（受付当日のみ表示されます）。追加・修正する場合はメモ欄をクリックします。カルテ画面上部受付メモアイコンからひらいた場合と同様です。
- 初　【デジスマ診療をご利用の医療機関様のみ】
・・・デジスマ予約で初診を選択している場合に「初」と表示します
- 端　【デジスマ診療をご利用の医療機関様のみ】
・・・デジスマアプリをご利用の患者様にスマホマークを表示します
- 支払・・・デジスマ払いの受付にデジスママークを表示します
- 会計・・・会計待ステータスの場合に［会計］ボタンが表示されます。
【デジスマ診療をご利用の医療機関様のみ】デジスマ払い請求後に請求金額を表示します
- 処方箋【デジスマ診療をご利用の医療機関様のみ】
・・・患者様が処方箋を薬局へ FAX することを希望されている場合、「FAX 希望」が緑背景で表示されます。ボタンをクリックすると送信先薬局情報が表示されます
- 出　【デジスマ診療をご利用の医療機関様のみ】
・・・院外処方箋を表示した場合「処方箋印刷済み」のアイコンを表示します
- 警・・・入力した診療内容に対して算定チェック、または適応症チェックがかかっている場合に「！」マークを表示します。



- 問診回答【デジスマ診療をご利用の医療機関様のみ】
  - ・・・患者様が問診に回答済の場合にボタンが有効になります
    クリックすると問診タブと当日カルテをひらきます
- ○○（患者名）さんへ連絡する【デジスマ診療をご利用の医療機関様のみ】
  - ・・・該当カルテの患者様へ連絡（チャット）できます。未読の内容がある場合赤いバッジを表示します。ビデオ通話（デジスマ有償オプション）を開始できます
- 予約・・・予約の登録、確認、修正、削除を行います。
  【デジスマ診療をご利用の医療機関様のみ】設定によりデジスマの予約画面をひらきます
- 受付詳細ボタン【デジスマ診療をご利用の医療機関様のみ】
  - ・・・「当日詳細」タブ
    デジスマに登録されている患者情報、保険画像、予約情報、
    受付情報、請求情報が表示されます
    「チェックイン履歴」タブ
    過去デジスマを利用した予約、受付、問診履歴を表示します

➢ 受付画面のソート



各列タイトル部分のソートボタンをクリックすると、該当項目の昇順⇔降順に並び替えが可能です



（例）

＜受付番号＞受付番号の小さい順に並び変わります



＜患者番号＞患者番号順に並び変わります



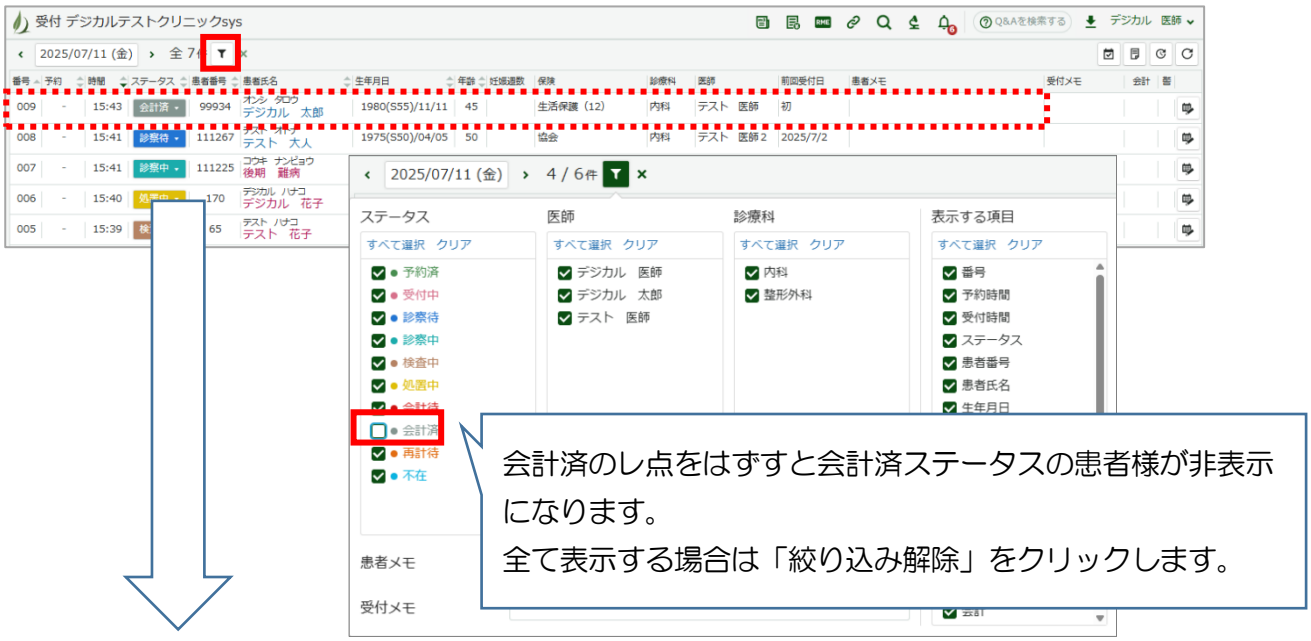
＜患者氏名＞患者様のカナ順に並び変わります



➢　受付画面の表示絞り込み

「会計済ステータスの人は表示しない」など、受付表示の絞り込みを行うことができます

フィルターボタンをクリックします



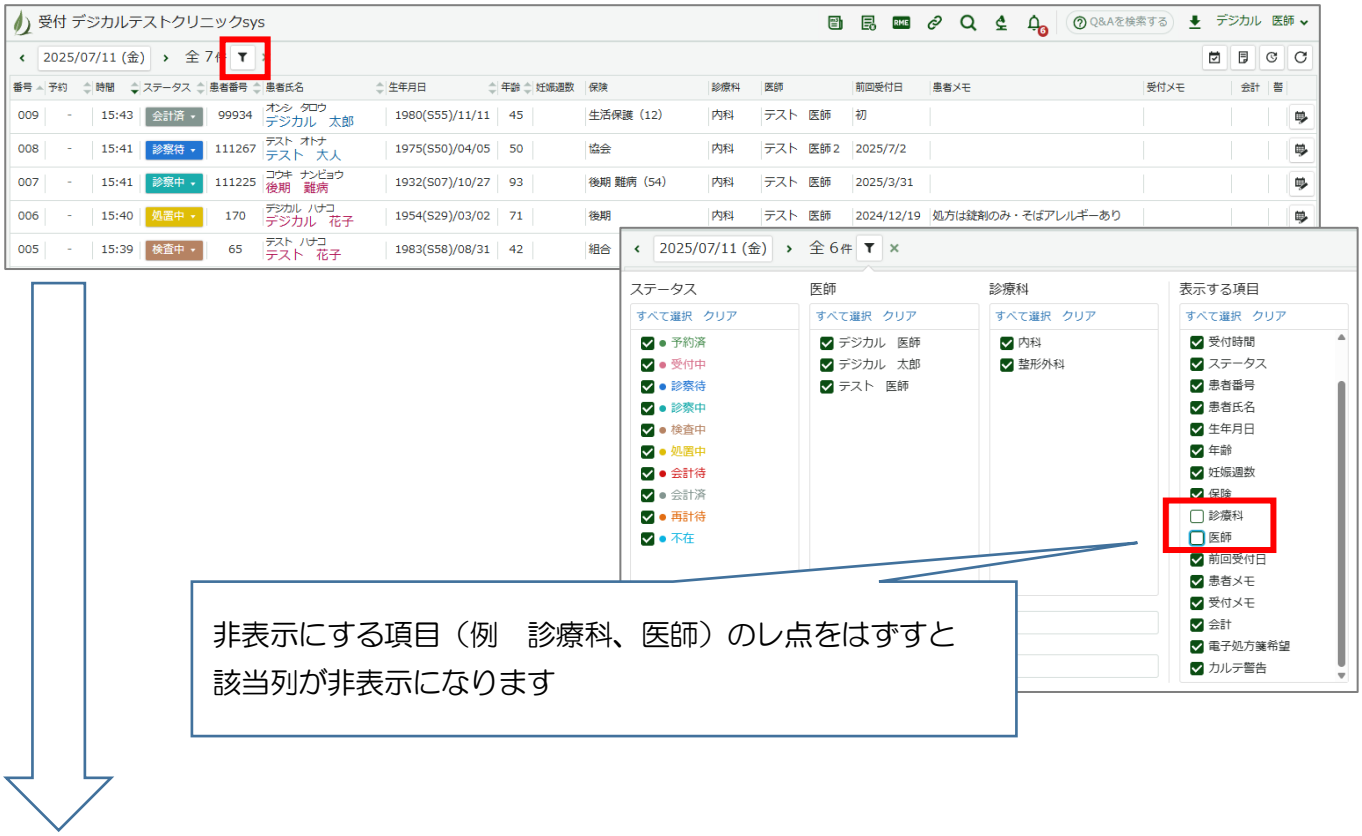
「会計済」ステータスの患者様が非表示になります



➢　受付画面に表示する項目の設定

受付画面に表示する項目（列）を非表示にすることができます。設定は端末ごとに保存されます。

フィルターボタンをクリックします



非表示にする項目（例　診療科、医師）のレ点をはずすと
該当列が非表示になります

「診療科」「医師」列が非表示になります



➢ 患者検索・検索オプション

患者検索を行います。患者一覧を csv 出力できます。

診療行為や傷病名で検索することも可能です

(1) 患者検索ボタンをクリックします



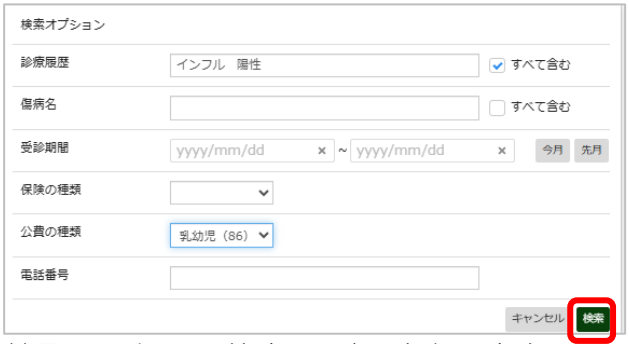
(2) 患者名や生年月日で検索します。



▼ボタンで検索オプションがひらきますので、条件を絞り込み検索することができます。

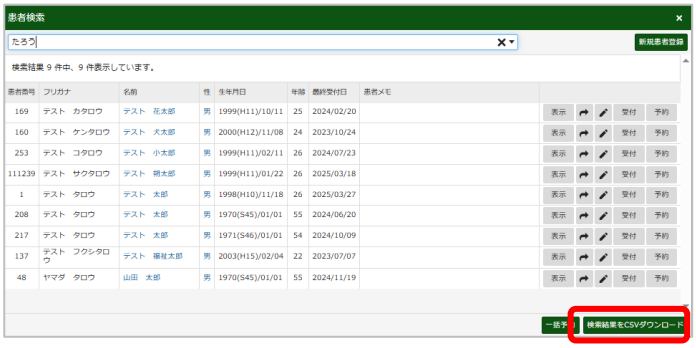
✓ 「診療履歴」は主訴所見または処置行為から該当文字列を検索します

✓ 各項目は and 検索になります



(3) 検索結果画面は 100 件までの表示となります。

101 件目以降につきましては、検索結果画面右下[検索結果を CSV ダウンロード]よりファイルをダウンロードしご確認ください。



✓ CSV ファイルには、検索対象であるすべての患者様が表示されます。

✓ CSV ファイル展開時は共通パスワード（レセプトデータを開く時と同じパスワード）をご入力ください。

3. カルテ画面



① 患者情報（左側）

＜患者情報タブ＞

- 患者情報・・・氏名、生年月日、住所等の確認、編集を行います
- 妊娠情報・・・妊娠情報を入力します。女性にのみ表示されます。
  サポートセンターにて「産婦人科オプション」の設定が必要です（無償）
- 患者メモ・・・受付画面やカルテ画面上部のアイコンからの起動と同様です
- 労務不能に関する意見・・・入力した情報がカルテ１号用紙に出力されます

傷病名	労務不能に関する意見		入院期間
	意見書に記入した労務不能期間	意見書交付	
	自　月　日 至　月　日	年　月　日	自　月　日 至　月　日
	自　月　日 至　月　日	年　月　日	自　月　日 至　月　日

＜保険等タブ＞

- 医療保険・公費・労災自賠責・・・保険を登録、編集します。「現在有効」のレ点をはずすと過去に使用していた保険も表示されます
- レセプト特記事項・・・レセプト特記事項の欄に出力したい項目を設定します
- 症状詳記・・・レセプト「症状詳記」、労災レセプト「傷病の経過」に記録したい場合に入力します。
- レセプト摘要欄コメント・・・レセプト摘要欄にコメントを出力したい場合に入力します。

- 福祉請求書備考欄コメント・・・（静岡県・愛媛県のみ）福祉請求書の備考欄に出力したい場合に入力します
- レセプトー部負担金欄・・・レセプトー部負担金欄に出力したい金額を入力します。

＜問診タブ＞
- 問診を登録します。登録した問診を主訴所見に複写することも可能です

＜副作用薬等タブ＞
- アレルギー・・・アレルギー情報を登録します。アレルゲンをリストから選択します
- 副作用薬・・・副作用薬を登録します。登録した医薬品をカルテに入力した場合、チェックがかかります（処方監査機能）
- 常用薬・・・常用薬を登録します。登録した医薬品とカルテに入力した医薬品について、投薬チェックを行います（処方監査機能）
- 既往歴・・・既往歴を登録します。カルテに入力した医薬品について禁忌チェックを行います（処方監査機能）

＜バイタルタブ＞
- バイタルを登録しグラフ表示することができます。バイタル値を主訴所見に複写できます
- 18 歳未満の患者様に成長曲線を表示することができます。サポートセンターにて設定が必要です（無償）

＜検査結果タブ＞
- 外注検査、院内検査の結果ファイルを取り込んだ後、結果を確認できます
- 院内検査項目の設定をしておくと結果値の手入力も可能です
- ビューアーを表示すると、検査項目や期間を絞り込んで表示することができます
  ビューアーを新しいウィンドウでひらき、検査結果を参照しながらカルテを作成することができます

＜診療履歴タブ＞
- 過去カルテを表示します。編集ボタンで修正が可能です
- 過去カルテから当日カルテに内容を複写できます

＜投薬履歴タブ＞
- 過去に患者様に処方された医薬品と処方年月を一覧で表示します
- レ点をクリックすると、が該当薬が処方されたカルテをひらくことができます
- 投薬履歴を新しいウィンドウでひらくことで、過去の投薬内容を参照しながらカルテを作成することができます

＜ファイルタブ＞

- 診療情報提供書、主治医意見書、生活習慣病療養計画書などの文書作成をおこないます
- 作成した文書や、スキャン画像等をアップロードできます。

＜サマリータブ＞

- サマリーを記録します

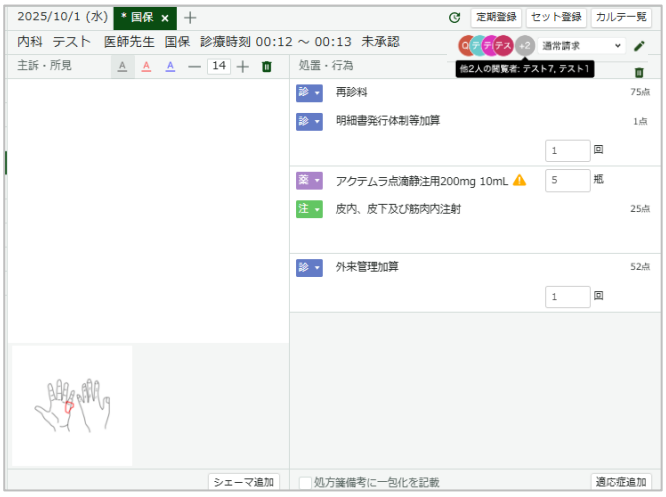
＜傷病名タブ＞

- 傷病名を登録します
- 傷病名を新しいウィンドウでひらくことで、傷病名を参照しながらカルテを作成することができます

＜定期タブ＞

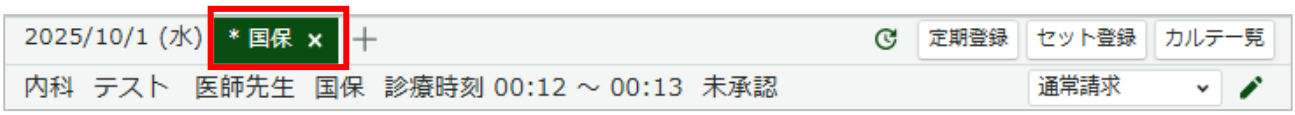
- カルテ入力画面で「定期登録」した情報を表示します。該当患者様のみに表示するセットを登録できます
- 定期カルテに登録された内容で、交付年月日空欄の処方箋を印刷できます

② カルテ作成（中央）





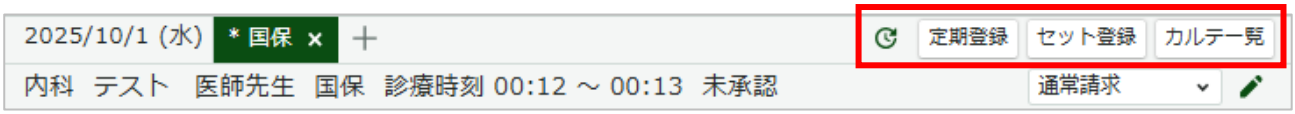
- 利用者名アイコン・・・自分以外に誰がカルテを開いているか表示します
  - ✓ 同一患者様の同一日、同一タブの作成済カルテを同時に開いている場合に表示されます
  - ✓ iPad 手書きアプリは対象外です



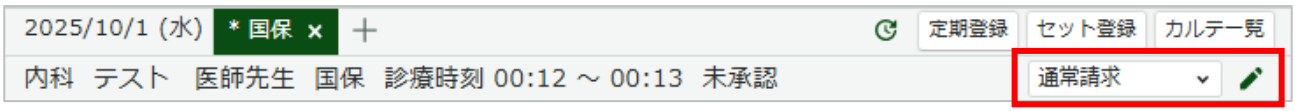
- カルテに紐づく保険が表示されます（受付で選択した保険が初期表示されます。カルテ更新画面で変更が可能です）
- ［＋］ボタン・・・新しいカルテが作成できます。
  難病等の公費が適用となるカルテと、適用とならないカルテをわける場合などに使用します。
  受付が１つで＋ボタンで複数のカルテを作成した場合は、会計は合算した金額になり、領収書も１枚にまとまります。



- 診療科・・・受付画面で選択した診療科を表示します
- 医師・・・受付画面で選択した医師を表示します
- 保険・・・カルテに紐づく保険が表示されます（受付で選択した保険が初期表示されます。カルテ更新画面で変更が可能です）
- 診療時刻・・・診療開始時刻（カルテをひらいた時刻）が表示されます。カルテを入力して保存すると診療終了時刻が記録されます（カルテ更新画面で時刻変更が可能です）
  ※サポートセンタにて訪問診療オプション（無償）の設定が必要です



- 履歴ボタン・・・カルテの更新履歴を表示します
- 定期登録・・・入力された主訴所見、処置行為を定期診療セットとして登録します。
  患者様専用のセットとして作成し、その内容を毎回表示する　or　次回の診療時に表示する　or　〇ヶ月に１回表示する　を選択できます。
- セット登録・・・入力された主訴所見、処置行為をセット登録します。
- カルテ一覧・・・主訴所見・シェーマを時系列表示で確認できます

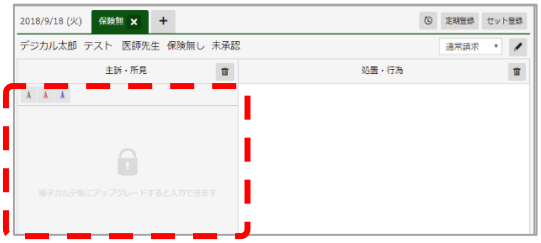


- 通常請求・・・該当カルテをその診療月にレセプト請求する場合は「通常請求」のままにします。
  レセプト作成画面で返戻ファイル取込みを行うと該当カルテについて「返戻再請求」と表示されます。
  返戻を紙で請求する場合は「返戻再請求（紙）」に変更します。
  請求を次月以降に遅らせる場合は「月遅れ」（該当月のカルテを全て月遅れにする場合は「月遅れ一括指定」）に変更します
- 編集ボタン・・・カルテに紐づく受付、保険、公費、診療時刻を編集します

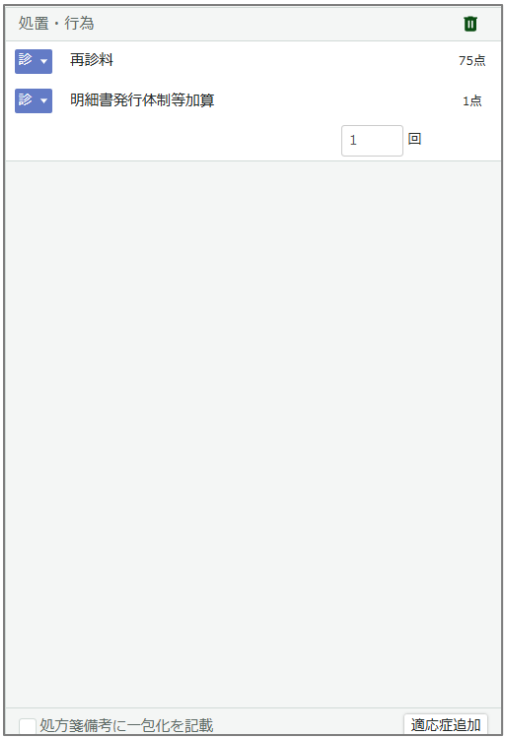
➢ 主訴・所見

- ［A］ボタン・・・主訴所見の文字色を選択します
- ＋・－・・・主訴所見全体の文字表示サイズを選択できます
  個別に入力文字のサイズ変更はできません
- ［削除］（ごみ箱）ボタン・・・入力されている主訴・所見を全削除します
- シェーマ追加・・・シェーマを選択し追記できます

POINT！
レセコンのみのご契約の場合、
主訴所見欄の入力はできません。



➢ 処置行為



- 削除ボタン・・・入力されている処置・行為を全削除します
- 処方箋備考に一包化を記載する・・・院外処方の入力があった場合、レ点をいれると処方箋の備考欄に「一包化」と記載します
- 適応症追加・・・入力されている医薬品と診療行為に対して、傷病名の候補と貴院にて過去によく使われている傷病名を表示します。適応症の一覧から傷病名を選択して登録できます

③ オーダー選択（右側）





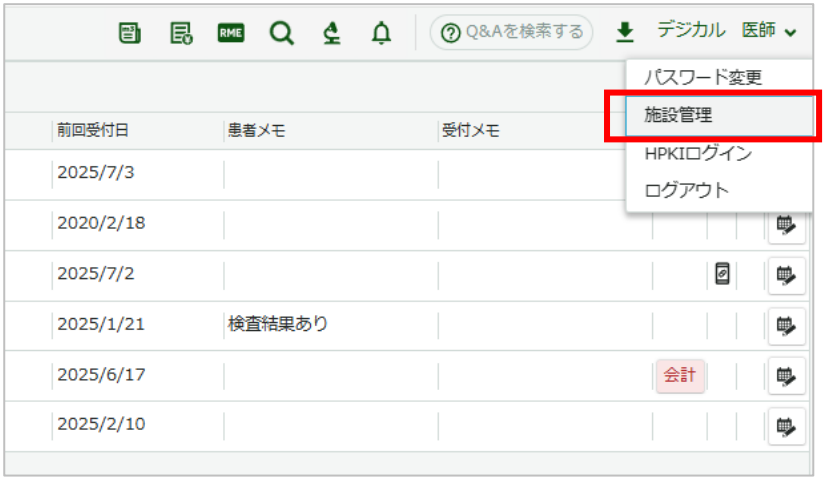
- キーワードを入力して、算定したいマスタやセットを検索します。
  セットタブ・・・貴院にて登録したセットを表示します
  診察～自費タブ・・・各診療区分で絞り込みをして検索されたマスタを表示します
  全てタブ・・・診療区分で絞り込みをせずすべてのマスタの中から検索し表示します



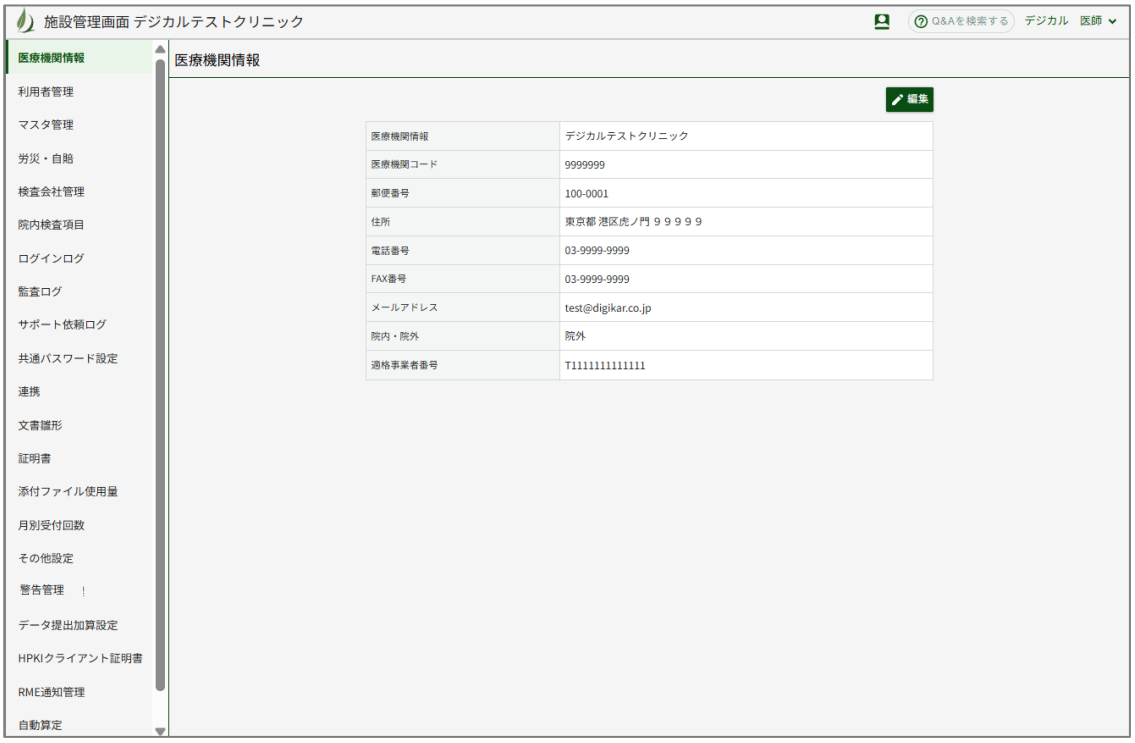
- 定期診療・・・患者様固有のセットを「定期登録」した場合にそのタイトルが表示されます。
  セット名をクリックするとカルテに入力されます

4. 施設管理画面

ログイン名をクリックすると「施設管理」メニューが表示されます



医療機関様の情報や、利用者の管理、設定を行うメニューです。
詳細は施設管理をご確認ください。



Ⅲ. 受付

1. 受付

① 受付作成

⑴ 受付画面の患者検索ボタンをクリックします。



⑵ 来院した患者様を検索します。キーワードに患者番号か氏名を入力すると検索できます。
検索結果から受付する患者の［受付］ボタンをクリックします。

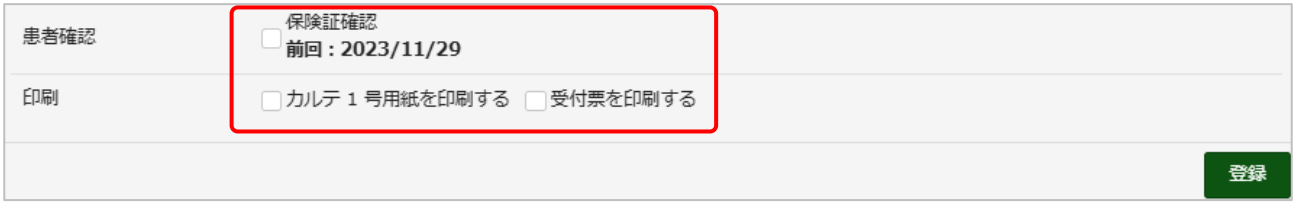


⑶ 受付登録画面が表示されます。

- ✓ 医師、診療科、保険、公費を選択します（前回受付時に選択した項目が予め選択されています）
- ✓ 保険が変更になっている場合は、［＋］ボタンで保険を新規登録します
- ✓ 難病や自立支援などの公費は、自己負担管理表を確認し他院の当月負担累計（受付日までに他院で支払った当月の自己負担累計）を入力します　参考）他医療機関での支払い金額設定



⑷ 保険証確認・カルテ１号用紙の印刷・受付票の印刷について、必要であればチェックをいれます。



☑ 保険証確認 ・・・ 保険証を確認した日付を記録できます
☑ カルテ１号用紙を印刷する ・・・ カルテ１号用紙を印刷できます
☑ 受付票を印刷する ・・・ 受付票を印刷できます

（受付票見本）



⑸ ［登録］ボタンを押します。

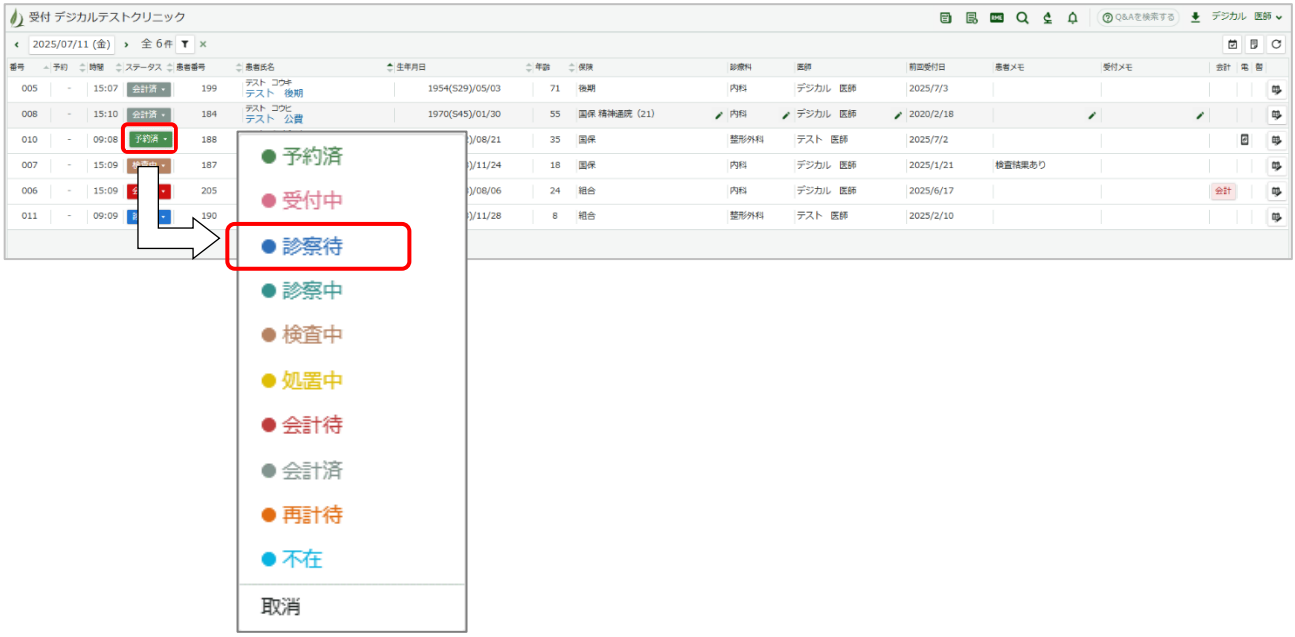


⑹ 受付一覧に患者様が受付されます。
※受付時のステータスを「診察待」とするか「受付中」とするか施設管理のその他設定で選択できます。



➢　予約患者の受付

(1) 予約患者が来院した場合は、ステータスを診察待に変更します。



(2) 受付した時間が表示されます。



✓　受付を取り消す場合は、ステータスを予約済に戻してください

✓　受付、予約を取り消す場合はステータスの取消を選択してください

➢　患者メモ・受付メモの入力

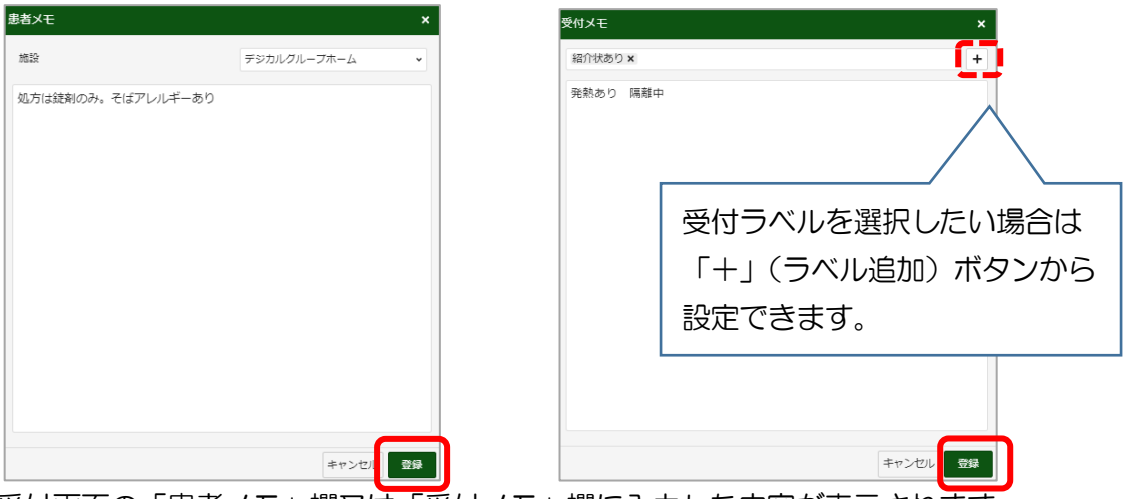
・患者メモ・・・受付すると毎回表示されます。アレルギー情報など固定情報を入力すると便利です。
訪問診療の「施設」等を登録することもできます。（予め施設マスタを登録しておく必要があります。登録方法は「マスタ管理」をご参照ください。）

・受付メモ・・・受付した当日のみ表示されます。
受付ラベルを登録し、リストから選択することもできます。
受付ラベルは上限なく選択可能です。

✓　「患者メモ」欄又は「受付メモ」欄の鉛筆マークをクリックすると、患者メモ入力画面が表示されます。



✓ それぞれ内容を入力して［登録］をクリックします。



受付画面の「患者メモ」欄又は「受付メモ」欄に入力した内容が表示されます。



受付メモ　「ラベル」新規登録方法

(1)　［＋］（ラベル追加）ボタンをクリックします

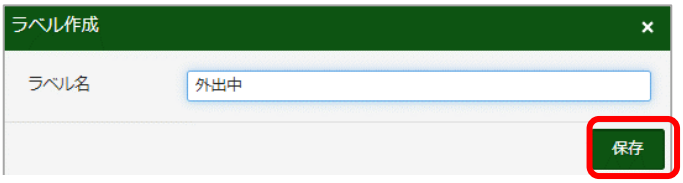


(2)　［新規追加］ボタンをクリックします



(3) ラベル名を入力し［保存］をクリックします。

※ラベル名は 10 文字までです。

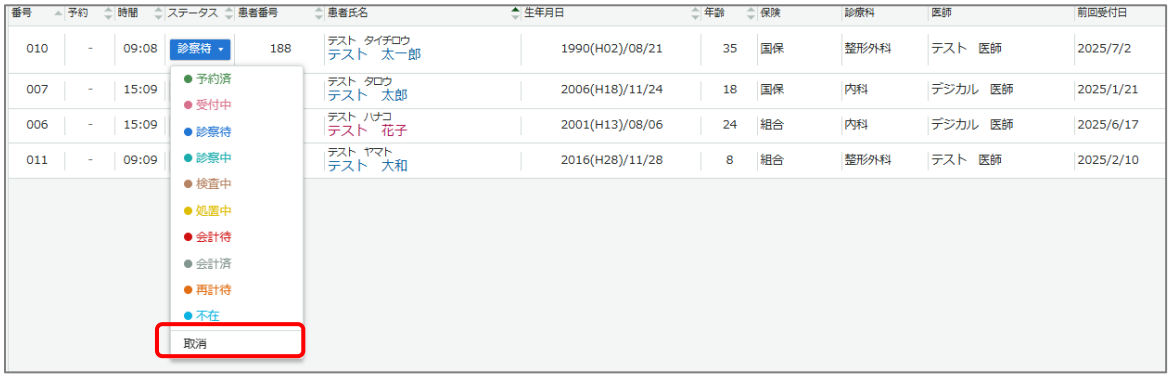


② 受付取消

(1) 受付を取り消したい患者様のステータスをクリックします。



(2) 取消をクリックします。



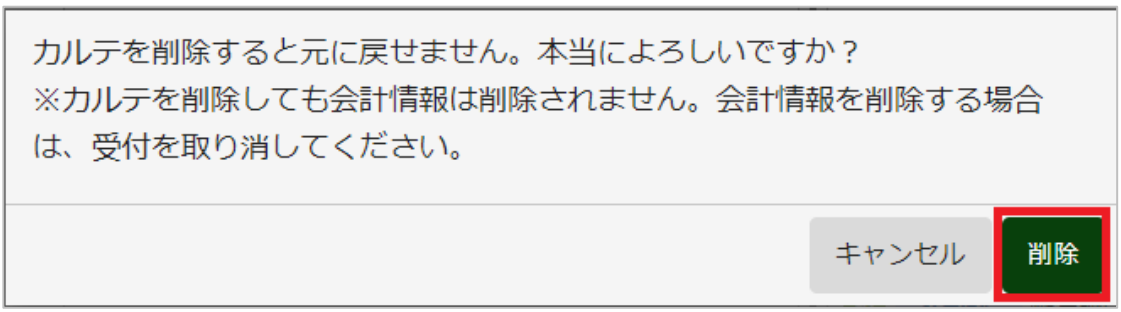
※ カルテ作成済の患者様の受付は取消できません。カルテを削除してから取消をクリックしてください。

➢ カルテ削除

(1) 削除したいカルテを開き、画面中央上部の保険名称が表示されているタブの「×」を押してください。



(2) 削除確認メッセージが表示されますので[削除]を押すとカルテが削除されます。



⑶ 受付画面にて該当患者の取消を合わせて行ってください。
受付の取消を行わないと、会計情報が削除されませんのでご注意ください。



➢ 削除カルテの復元
削除したカルテも履歴には残っています。参照して入力し直すことは可能です。

⑴ 該当日の受付からカルテを表示します（受付も取消している場合は再度受付をしてください）
⑵ 更新履歴に削除した履歴が記載されていますので、参照し新しくカルテを作成してください。



主訴・所見はコピー＆ペースト可能です。
処置・行為は複写出来かねますので、内容を確認して転記してください。

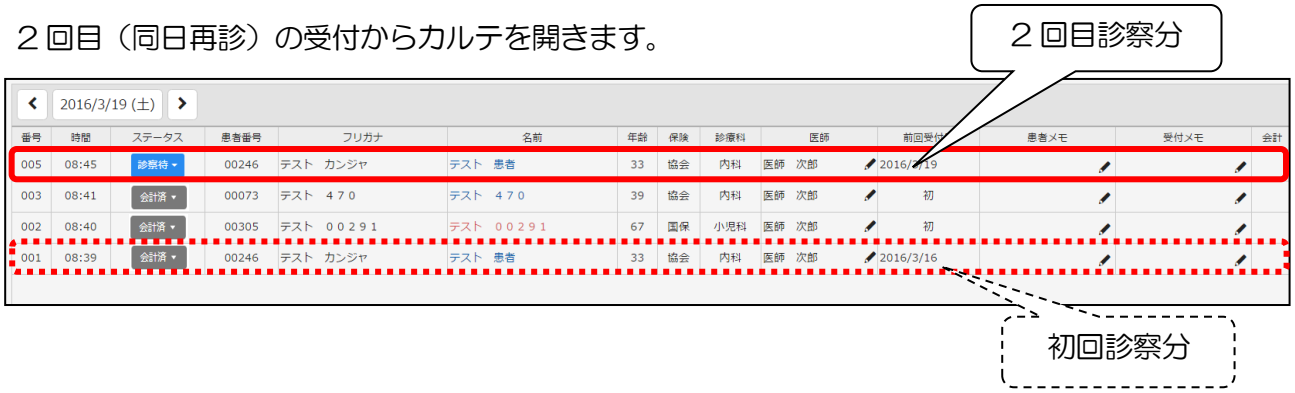


③ 同日再診

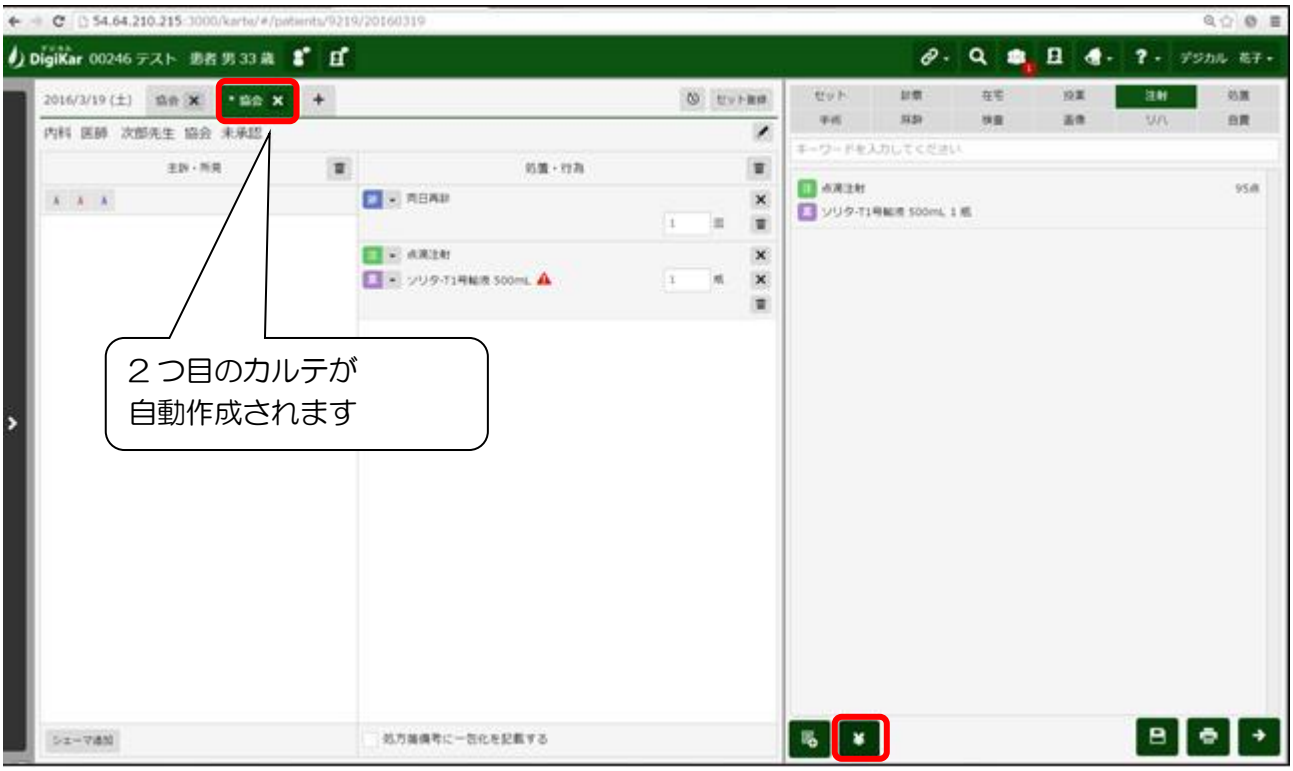
２度来院（同日再診）の場合、初回来院のカルテと記載を分けます。

⑴ 同日再診で来院されたら再度受付をします。

⑵ ２回目（同日再診）の受付からカルテを開きます。



⑶ ２つ目のカルテが自動作成されて表示されます。
同日再診、行った診療行為を入力して会計を行います。

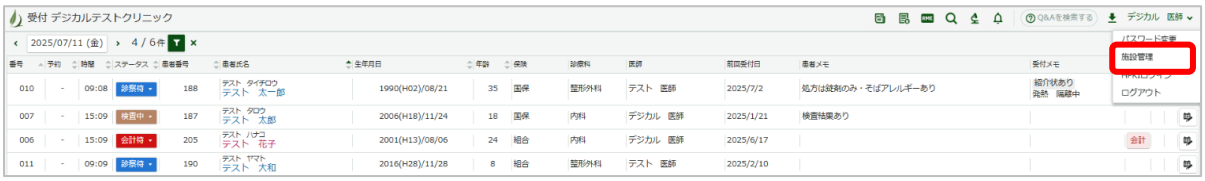


会計は受付ごとに計算されます。
同日再診の場合は２つ目の受付を行い、初回の診察とは別に会計をしてください。

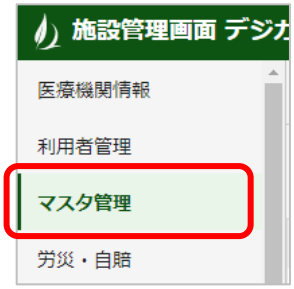
④ 受付番号院内掲示

「診察待」、「診察中」ステータスの患者様の受付番号一覧を表示します。
受付票を印刷する機能等と合わせて、院内掲示としてご利用ください。

(1) 受付画面で利用者名をクリックすると表示されるプルダウンの「施設管理」をクリックします。



(2) 「マスタ管理」をクリックします。



(3) 診療科の［一覧］ボタンをクリックします。



(4) 各診療科の［院内掲示］ボタンをクリックすると診療科ごとの院内掲示画面が表示されます。
また、［全診療科］ボタンを押すと全診療科の院内掲示画面が表示されます。



＜表示例＞

内科の［院内掲示］ボタンを押した場合



［全診療科］ボタンを押した場合



POINT！

・URL をブックマークすることですぐに院内掲示画面を呼び出すことができます。

・フルスクリーンでのご使用を推奨しています。

⑤ 受付編集履歴

受付の作成日時や取消を実施した利用者名などを確認できます

⑴ 受付画面右上の「受付編集履歴」アイコンをクリックします



⑵ 受付編集履歴画面にて、作成日時や最終編集者等が確認できます
※取消した受付についても確認可能です（最終編集日時が取消した日時となります）



番号	予約	時間	ステータス	患者番号	患者氏名	年齢	保険	診療科	医師	作成日時	最終編集日時	最終編集者	詳細履歴
001	-	19:44	取消	111280	テスト コドモ テスト 子ども	1	協会 乳幼児・子ども（88）	内科	テスト 医師	2025/7/11 19:44	2026/1/22 15:45	デジカル 医師	
009	-	15:43	会計済	99934	オンシ タロウ デジカル 太郎	45	生活保護（12）	内科	テスト 医師	2026/1/22 15:43	2026/1/22 16:28	デジカル 医師	
008	-	15:41	診察待	111267	テスト オトナ テスト 大人	50	協会	内科	テスト 医師2	2026/1/22 15:41	2026/1/22 15:41	デジカル 医師	
007	-	15:41	診察中	111225	コウキ ナンビョウ 後期 難病	93	後期 難病（54）	内科	テスト 医師	2026/1/22 15:41	2026/1/22 15:45	デジカル 医師	
006	-	15:40	処置中	170	デジカル ハナコ デジカル 花子	71	後期	内科	テスト 医師	2026/1/22 15:40	2026/1/22 15:45	デジカル 医師	
005	-	15:39	検査中	65	テスト ハナコ テスト 花子	42	組合	内科	テスト 医師	2026/1/22 15:39	2026/1/22 15:45	デジカル 医師	
004	-	15:39	会計待	208	テスト タロウ テスト 太郎	56	国保	内科	テスト 医師	2026/1/22 15:39	2026/1/22 15:45	デジカル 医師	
003	-	15:38	会計済	61	テスト コウヒ テスト 公費	10	国保 児童保護（53）	内科	テスト 医師	2026/1/22 15:38	2026/1/22 15:46	デジカル 医師	

⑶ 受付編集履歴画面にて「詳細履歴」ボタンをクリックすると該当受付について編集履歴の詳細を確認できます
※編集履歴の詳細はおよそ 45 日で削除されます



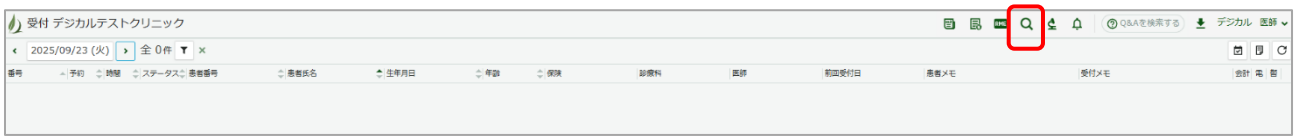
番号	予約	時間	ステータス	患者番号	患者氏名	年齢	保険	診療科	医師	受付メモ
009	-	15:43	会計済	99934	オンシ タロウ デジカル 太郎	45	生活保護（12）	内科	テスト 医師	

編集日時	編集者	番号	予約日時	受付日時	ステータス	保険	診療科	医師	受付メモ
2026/1/22 16:28	デジカル 医師	009	-	2025/7/11 15:43	会計済	生活保護（12）	内科	テスト 医師	
2026/1/22 15:43	デジカル 医師	009	-	2025/7/11 15:43	診察待	生活保護（12）	内科	テスト 医師	
2026/1/22 15:43	デジカル 医師	-	-	2025/7/11 15:43	診察待	生活保護（12）	内科	テスト 医師	

2. 患者登録

① 新規患者

(1) 受付画面の患者検索ボタンをクリックします。

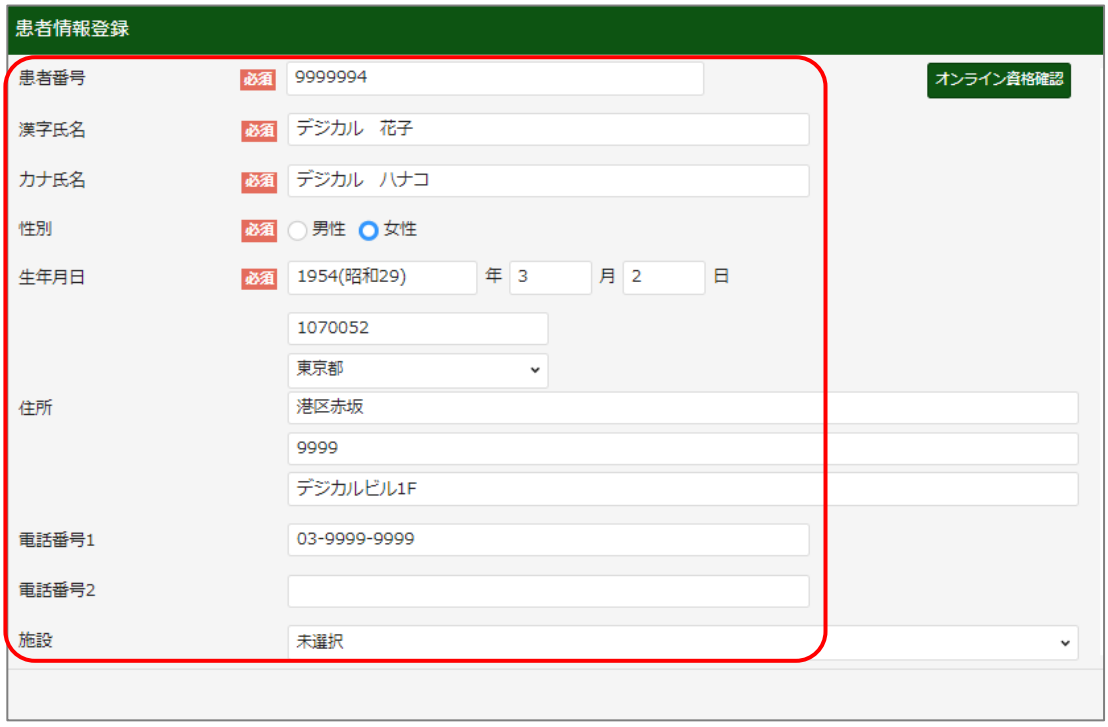


(2) ［新規患者登録］ボタンをクリックします。

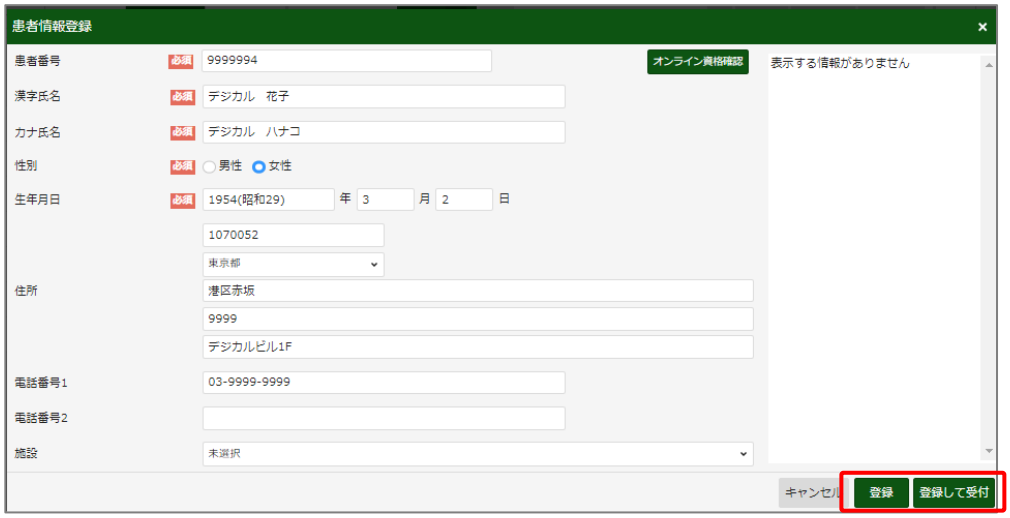


(3) 患者情報を入力します。

- ✓ 患者番号、漢字氏名、カナ氏名、性別、生年月日は必須です
- ✓ 患者番号は前回登録した患者番号に＋1 した番号が予め入力されます
- ✓ カナ氏名は全角カナで入力してください
- ✓ 郵便番号はハイフンなしで入力してください
- ✓ 施設は予め施設マスタを登録しておくことで選択できます。選択した施設名は受付一覧の患者メモでも確認できます



⑷　［登録］ボタンをクリックすると患者が登録されます。［登録して受付］ボタンをクリックすると、患者登録後、受付登録画面が表示されます。



②　再来患者

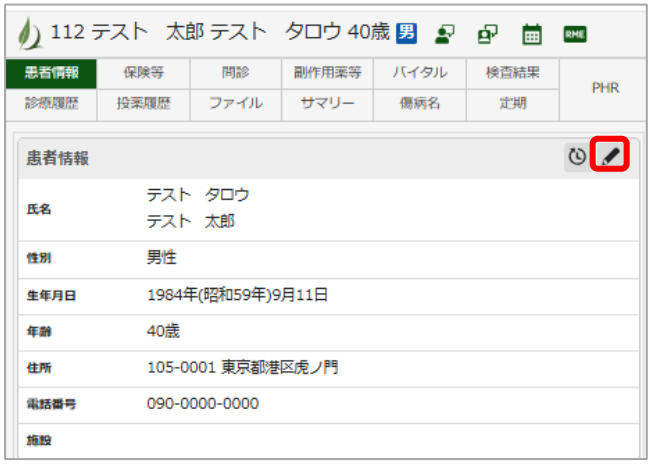
患者様の氏名、生年月日、住所等、頭書き情報の修正は以下の手順で行います。

⑴　患者の診察画面を開きます。

⑵　患者情報のタブを開きます。



⑶　編集をクリックします。



⑷　患者情報登録画面が表示されます。
内容を修正して［更新］ボタンをクリックします。

3. 資格登録

① 医療保険

➢ 医療保険の追加

(1) 次のいずれかの方法で医療保険追加画面をひらきます

受付登録＞医療保険［＋］ボタン　or　カルテ画面＞「保険等」タブ＞医療保険［＋］ボタン





(2) 医療保険追加画面が表示されます。保険証等を確認し各情報を入力します。



✓ 保険者番号、本人／家族、番号、有効期間の開始日は必須です

✓ 資格不明理由：「災害のため」は、災害のために資格が確認できないときに選択します

「確認失敗」は、オンライン資格確認で資格が確認できない場合に選択します

✓ 有効期間：終了日はわかっている場合のみ入力します

✓ 適用（所得）区分：適用区分を確認して入力します。

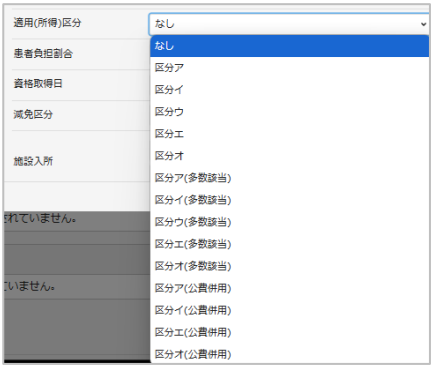
➢ 患者様のご年齢によって選択肢が変わります

➢ 負担割合、適用（所得）区分が切り替わった場合は、新しく保険を追加してください(今まで使用していた保険の負担割合、適用（所得）区分を上書きしないでください)

➢ レセプト特記事項欄は、選択した適用（所得）区分に応じて自動記載されます

➢ **70 歳未満**

限度額適用情報が提示された場合は、区分ア～区分オの中から選択してください



※多数該当の場合、（多数該当）を選択してください。

※51.52.54 以外の国の公費と併用する場合、（公費併用）を選択してください。

➢ **70～74 歳（前期高齢者）**

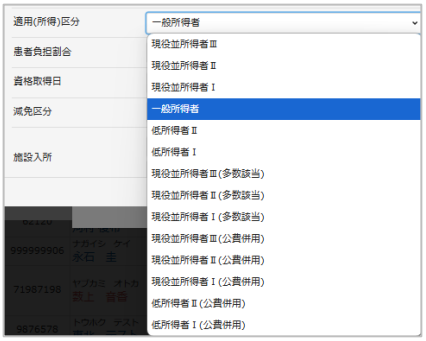
保険証の負担割合と適用区分に応じて以下の中から選択して下さい

患者負担割合	限度額認定	適用（所得）区分	備考
20%	なし	一般所得者	
	区分Ⅱ	低所得者Ⅱ	※1
	区分Ⅰ	低所得者Ⅰ	※1
30%	なし	現役並所得者Ⅲ	※1※2
	現役Ⅱ	現役並所得者Ⅱ	※1※2
	現役Ⅰ	現役並所得者Ⅰ	※1※2

※1　51.52.54 以外の国の公費と併用する場合、（公費併用）を選択してください。

※2　多数該当の場合、（多数該当）を選択してください。

＜70 歳～74 歳の適用（所得）区分選択画面＞



「現役並所得者・一般所得者・低所得者Ⅱ・低所得者Ⅰ」しか表示されない場合は、有効期間の開始日を 2018/8/1 以降の日付にしてください。



➢ **75 歳以上（後期高齢者）**

保険証の負担割合と適用区分に応じて以下の中から選択して下さい

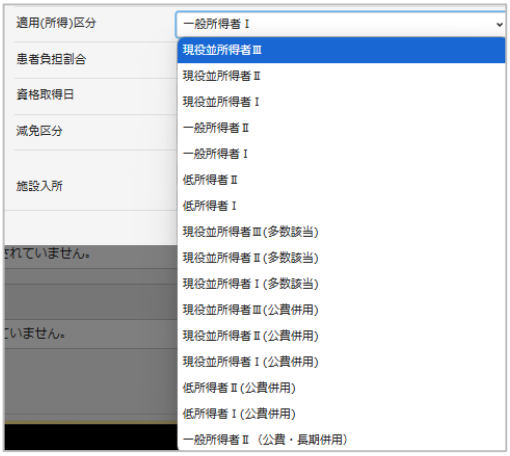
患者負担割合	限度額認定証	適用（所得）区分	備考
10%	なし	一般所得者Ⅰ	
	区分Ⅱ	低所得者Ⅱ	※1
	区分Ⅰ	低所得者Ⅰ	※1
20%	なし	一般所得者Ⅱ	※3
30%	なし	現役並所得者Ⅲ	※1※2
	現役Ⅱ	現役並所得者Ⅱ	※1※2
	現役Ⅰ	現役並所得者Ⅰ	※1※2

※1　51.52.54 以外の国の公費と併用する場合、（公費併用）を選択してください。

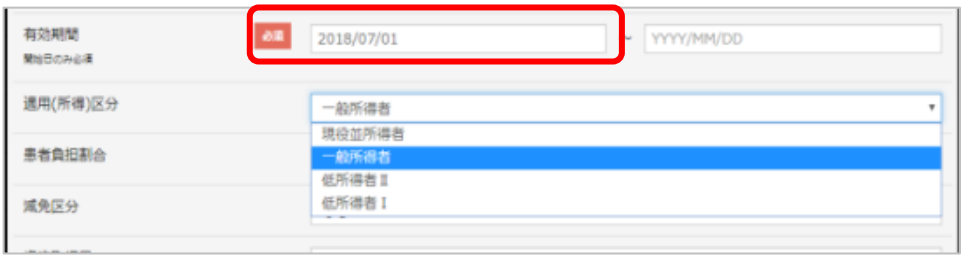
※2　多数該当の場合、（多数該当）を選択してください。

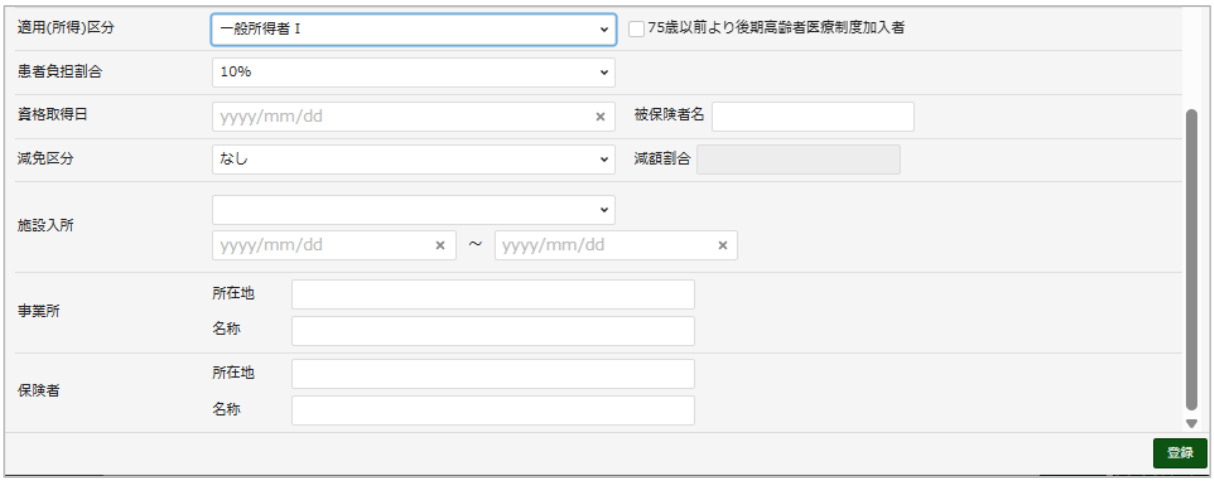
※3　配慮措置を計算しない場合、（公費・長期併用）を選択してください。
（2025 年 9 月 30 日まで）

＜75 歳以上の適用（所得）区分選択画面＞



「現役並所得者・一般所得者・低所得者Ⅱ・低所得者Ⅰ」しか表示されない場合は、有効期間の開始日を 2018/8/1 以降の日付にしてください。





- ✓ 75 歳以前より後期高齢者医療制度加入者：75 歳になる前にすでに後期高齢者保険をお持ちの患者様はチェックします
  - ➢ チェックを入れた場合、75 歳到達月に高額療養費自己負担限度額半額特例の適用外となります
  - ➢ 75 歳到達月のレセプトには、摘要欄上部に「(障害)」コメントを検索して入力してください
- ✓ 患者負担割合：患者様のご年齢、保険に応じて負担割合を選択します資格取得日：保険証等に記載がある場合に入力します
- ✓ 被保険者名：保険証等に記載がある場合に入力します
- ✓ 減免区分：免除証明書の有無により選択します
  - ➢ 免除証明書を持っている場合、減免区分を「免除」に設定します。
  - ➢ 免除証明書がなく自己負担がない場合、減免区分を「支払猶予」に設定します。
  - ➢ 減額証明書を持っている場合、減免区分を「減額」とし減額割合を（%）で入力します

＜減額　注意点＞
会計は自動で減額にはならないため、減額分を計算して調整金に入力し、患者様の請求額からマイナスしてください。

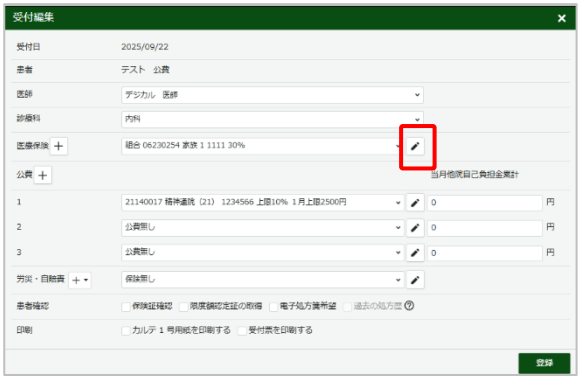
- ✓ 施設入所：指定した期間のレセプトに、選択した特記事項が自動で記載されます
  老併：老人保険施設（併設）　07 老併
  老健：老人保険施設　　08 老健
  施　：特別養護老人ホーム等　09 施
- ✓ 事業所、保険者：住所と名称を入力するとカルテ１号用紙に印刷されます

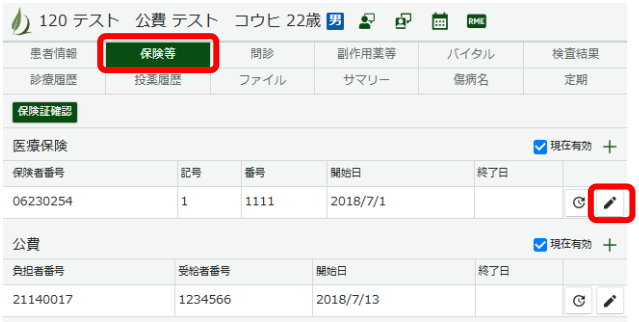
⑶ 入力が終わりましたら［登録］ボタンをクリックします。

➢ 医療保険の編集

(1) 次のいずれかの方法で医療保険編集画面をひらきます

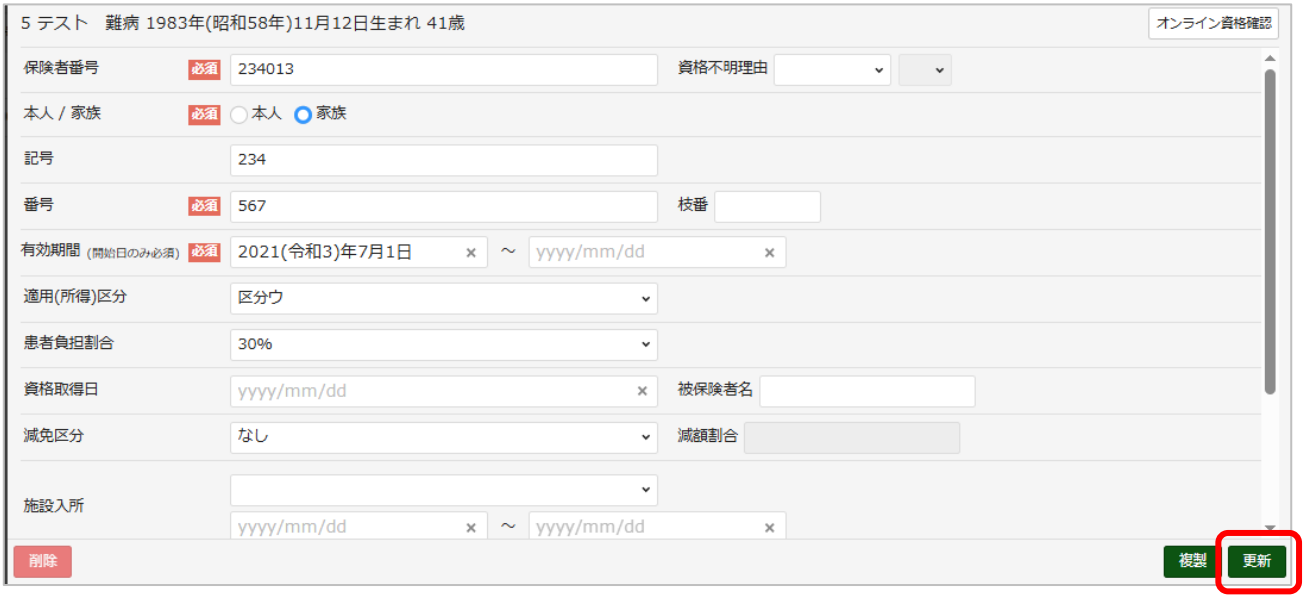
受付登録＞医療保険の［編集］ボタン or カルテ画面＞「保険等」タブ＞医療保険［編集］ボタン





(2) 医療保険編集画面が開きます。

内容を修正し［更新］ボタンをクリックします。



有効期限切れの保険を修正する場合は「現在有効」のチェックを外してください

医療保険　現在有効

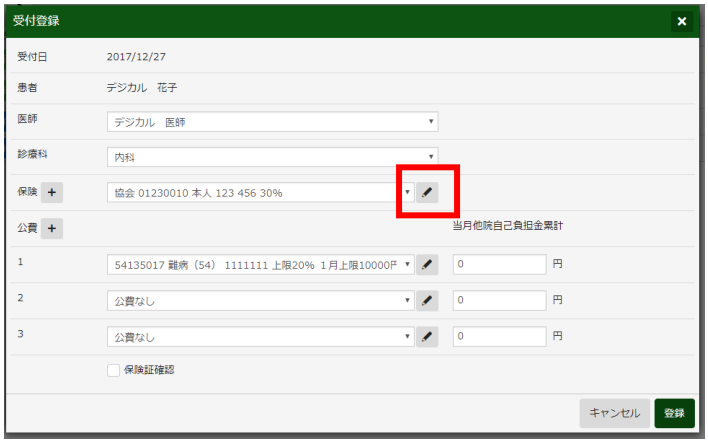
保険者番号	記号	番号	開始日	終了日	
06230254	13	123456	2017/12/1		
234013	1	111111	2017/4/1	2017/11/30	

POINT!　保険複製機能について

就学し 20%から 30%に変更になる場合等、保険者情報はかわらず割合のみが変更となる場合にご活用いただけます。

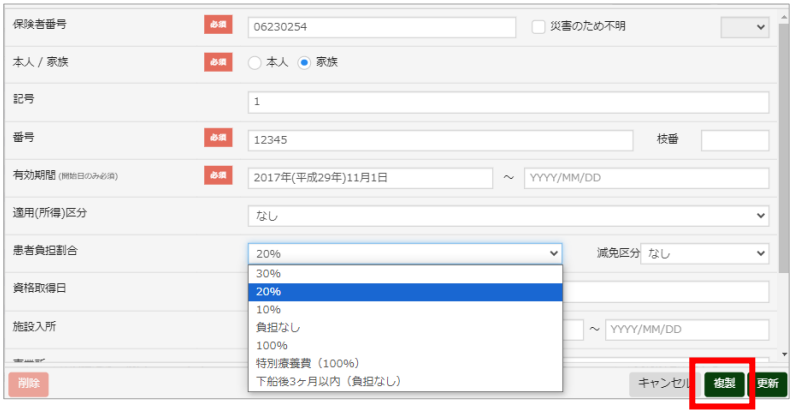
（複製手順）

① 登録済の保険を編集ボタンでひらきます



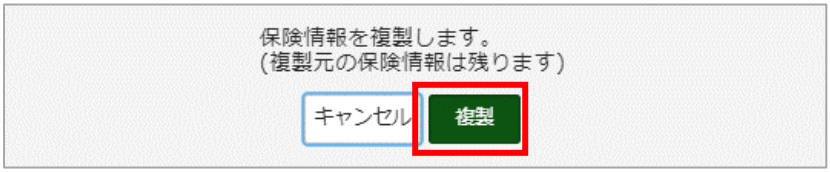
② 負担割合等を新しい情報に上書き更新し、［複製］ボタンをクリックします

※登録ボタンをクリックすると、過去の保険情報が書き換わるためご注意ください。



③　［複製］ボタンをクリックします。

※新しい保険が追加されます。



② 公費

国や地方自治体の公費または福祉をもっている患者には、公費の情報や患者負担額等を登録します。

➢ 公費の追加

(1) 次のいずれかの方法で医療保険追加画面をひらきます

➢ 受付登録＞公費［＋］ボタン or カルテ画面＞「保険等」タブ＞公費［＋］ボタン





(2) 公費追加画面が表示されます。受給者証を確認し各情報を入力します。

✓ 負担者番号、公費の種類、受給者番号、有効期間の開始日は必須です。

✓ 負担者番号がない制度の場合は、負担者番号なしにチェックをいれてください。

✓ 生活保護など、受給者番号をその場で確認できない場合は、後から確認にチェックをいれてください。

✓ 患者自己負担は制度ごとに以下の例を参考に入力してください。
公費別の登録例は「公費」をご確認ください。

（例：患者様の負担がない公費）



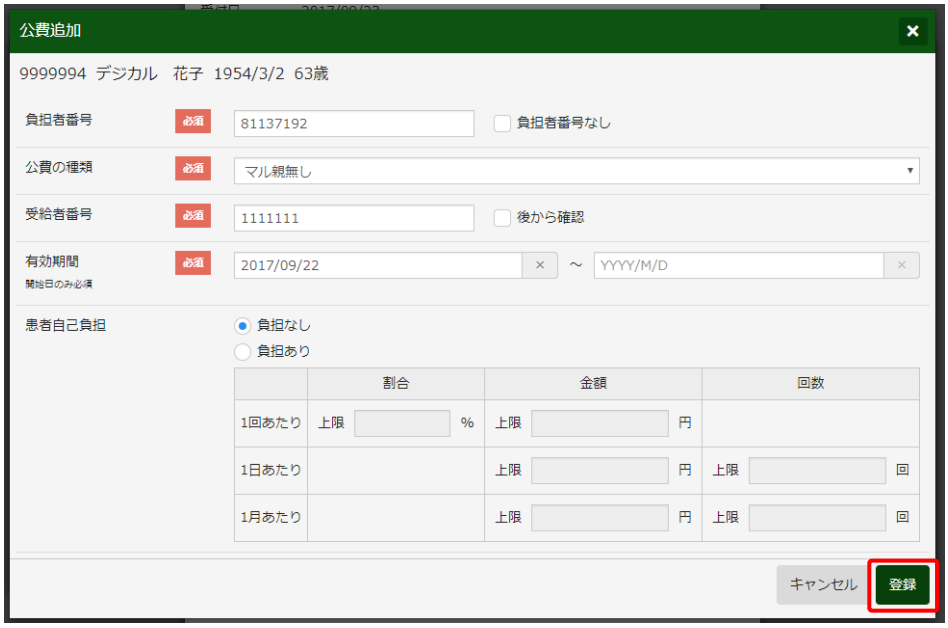
（例：患者様の負担が 10%になる場合）



（例：患者様の負担が 1 回上限 500 円、回数制限なしの場合）



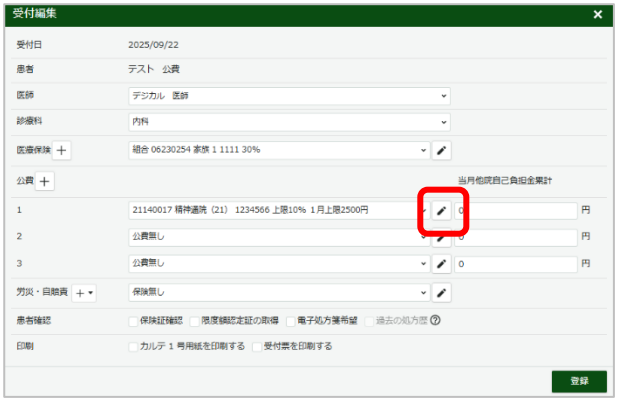
⑶ 入力が終わりましたら［登録］ボタンをクリックします。

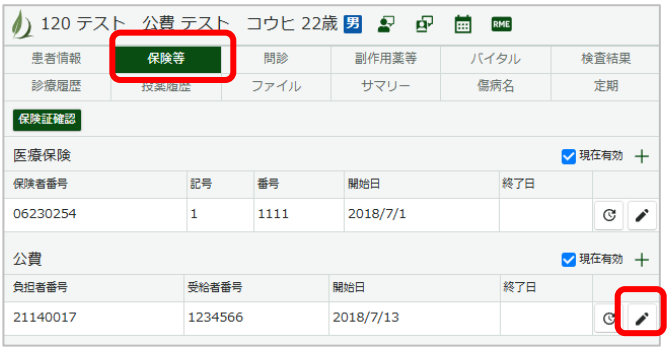


➢ 公費の編集

(1) 次のいずれかの方法で公費編集画面をひらきます

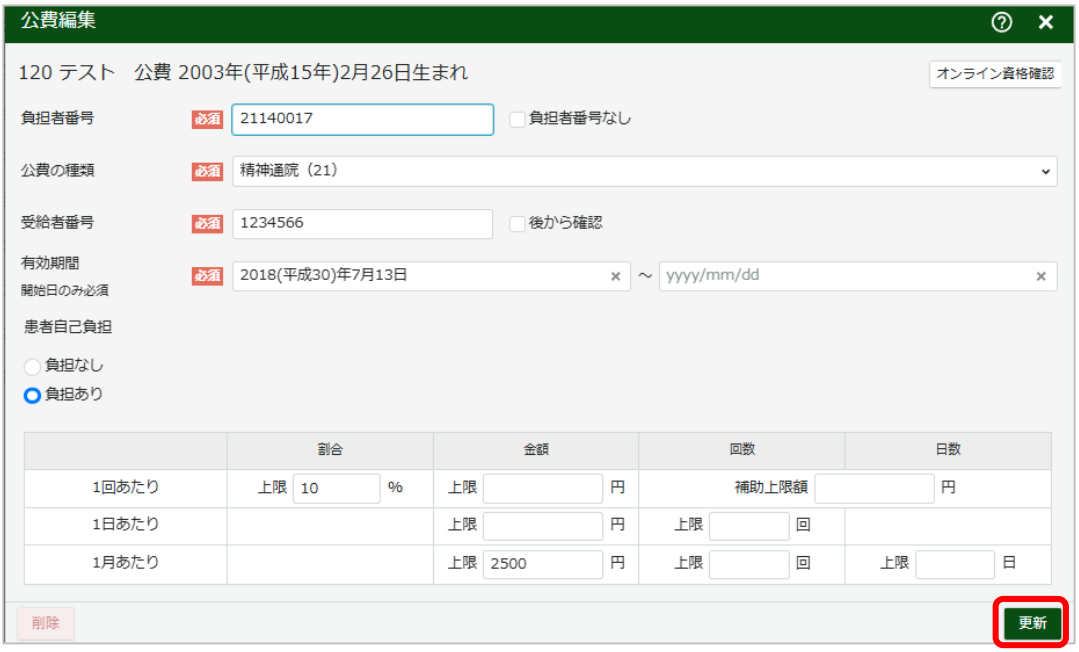
受付登録＞医療保険の［編集］ボタン or カルテ画面＞「保険等」タブ＞医療保険［編集］ボタン





(2) 公費編集画面が開きます。

内容を修正し［更新］ボタンをクリックします。

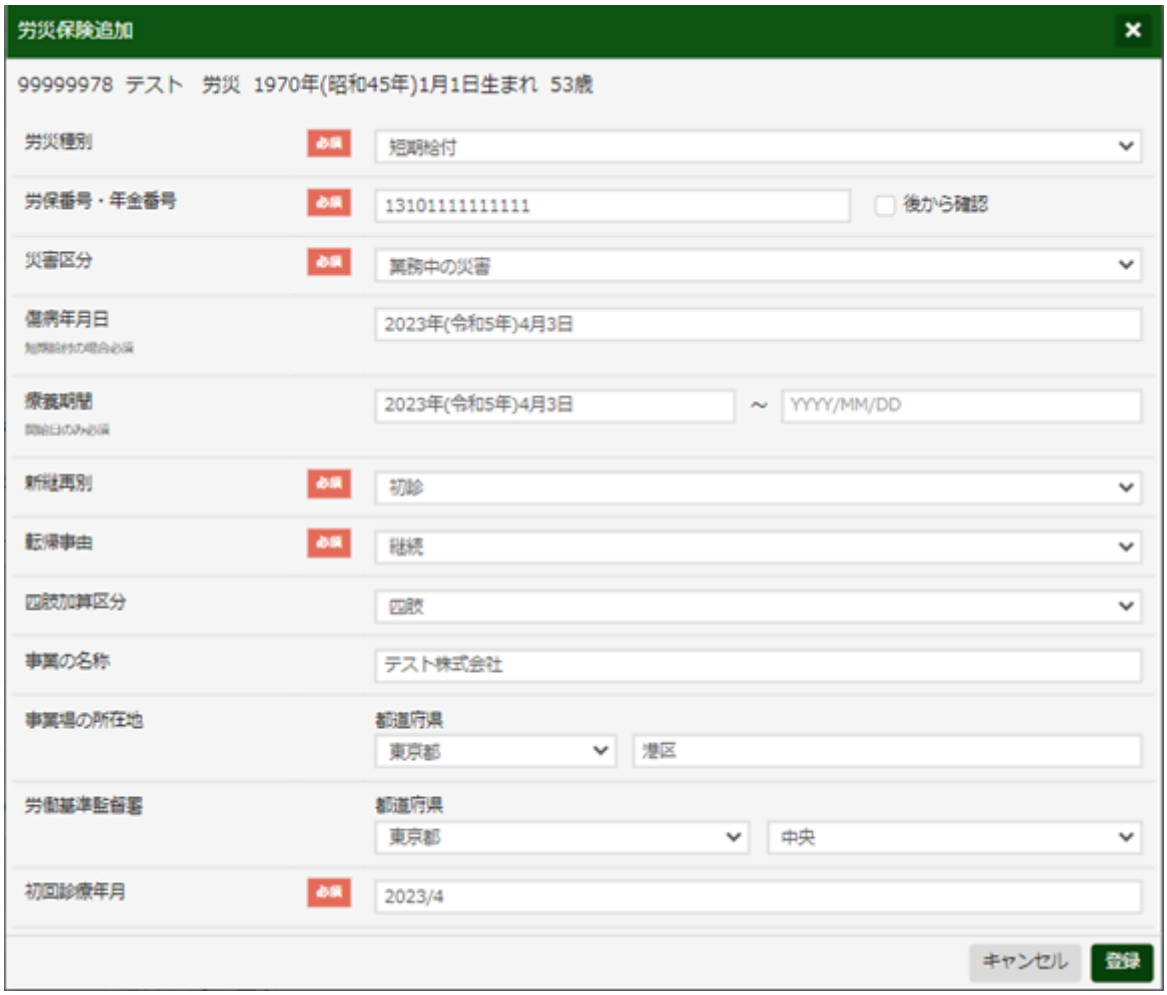


有効期限切れの公費を修正する場合は「現在有効」のチェックを外してください



③ 労災保険

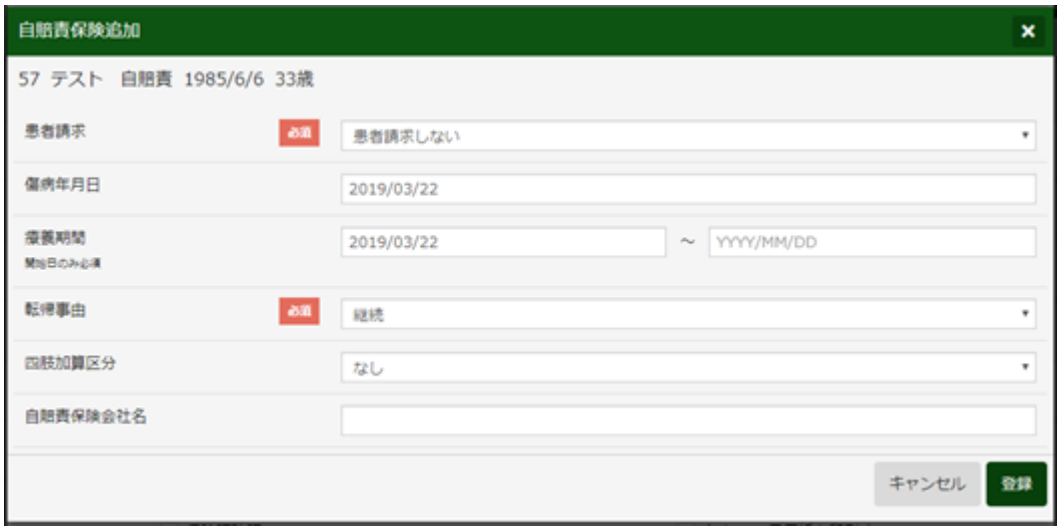
療養の給付請求書等を確認し各情報を入力します。



- ✓ 労災種別：短期給付、傷病年金より選択します。（アフターケアは未対応です）
- ✓ 労保番号・年金番号：短期給付は 14 桁、傷病年金は９桁で入力します。
  不明な場合は「後から確認」にチェックを入れると省略できます。
- ✓ 災害区分：業務中の災害、通勤中の災害より選択します。
- ✓ 傷病年月日：短期給付の場合のみ、カレンダーにて設定します。
  傷病年金の場合、自動で入力される日付を削除してください。
- ✓ 療養期間：開始日をカレンダーより設定します。終了日は治療が終了したら設定してください。
- ✓ 新継再別：初診、再発、転医、継続より選択します。
- ✓ 転帰事由：継続、治癒、転医、中止、死亡より選択します。
- ✓ 四肢加算区分：四肢加算に該当する場合に設定します。
- ✓ 事業の名称：手入力します。
- ✓ 事業場の所在地：都道府県はプルダウンで選択します。郡市区名は手入力します。
- ✓ 労働基準監督署：：プルダウンから選択します。
- ✓ 初回診療年月：初回診療年月を選択します

④ 自賠責保険

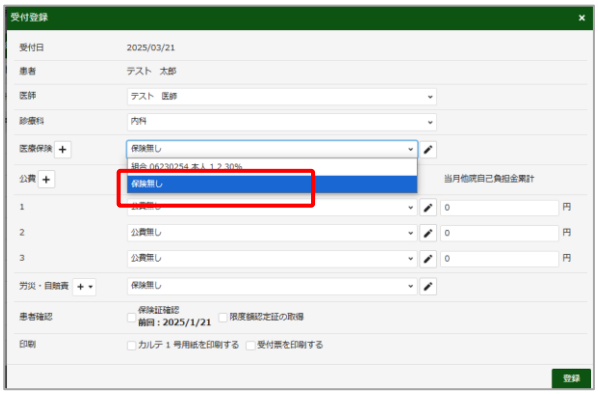
労災準拠自賠責にのみ対応しています。健保準拠自賠責には対応していません。

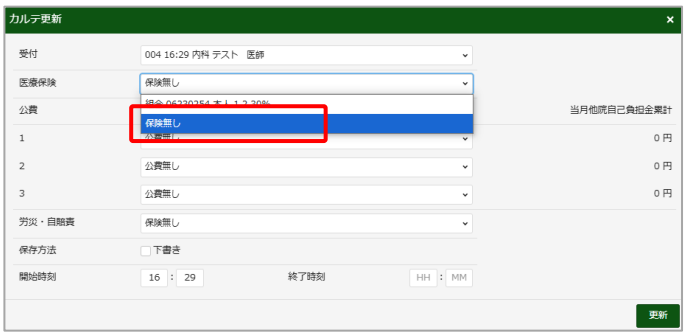


- ✓ 患者請求：患者請求しない、患者請求する　より選択します。
- ✓ 傷病年月日、療養期間をカレンダーより設定します。
  療養期間の終了日は治療が終了したら設定してください。
- ✓ 転帰事由：継続、治癒、転医、中止、死亡より選択します。
- ✓ 四肢加算区分：四肢加算に該当する場合に設定します。
- ✓ 自賠責保険会社名：保険会社名称を設定します。

⑤ 自費

自費保険の登録は不要です。
受付画面またはカルテ更新画面で「保険無し」を選択すると、自費（患者様負担 100%）で計算します。





⑥ 罹災証明書

- 患者様の保険証が確認できる場合
  - 保険者番号、本人・家族、記号、番号を入力
  - 減免区分を「免除」「支払猶予」から選択



  - 保険等タブのレセプト特記事項にて［＋］ボタンをクリックし「災１」を選択して開始日を設定し［登録］

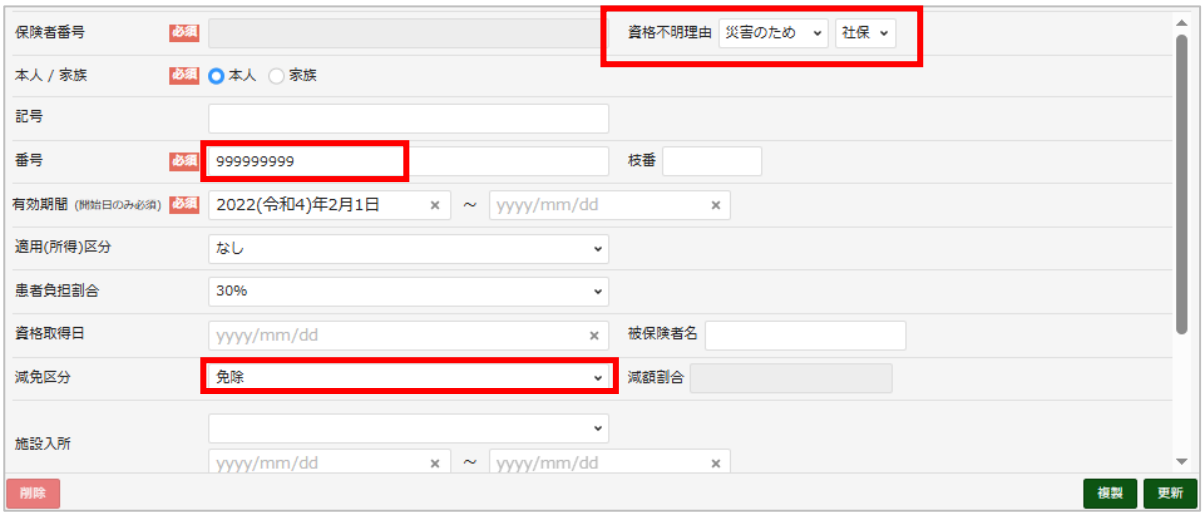


  - 保険等タブのレセプト摘要欄コメントにて［＋］ボタンをクリックし「災１」と入力して開始日を設定し[登録]



- 保険者が分かるが記号・番号が分からない場合
  - 保険者番号、本人・家族を入力
  - 記号は空欄にする
  - 番号は「999999999」（9 桁）と入力する
  - 減免区分を「支払猶予」または「免除」から選択
  - 特記事項「災１」を設定
  - レセプト摘要欄コメントに（不詳・災１）と入力する

- 保険者が分からない場合
  - 保険者番号欄の資格不明理由で「災害のため」を選択し、社保、国保、後期から選択する
  - 本人・家族を入力する
  - 記号は空欄にする
  - 番号は「999999999」（9 桁）と入力する
  - 減免区分を「支払猶予」または「免除」から選択



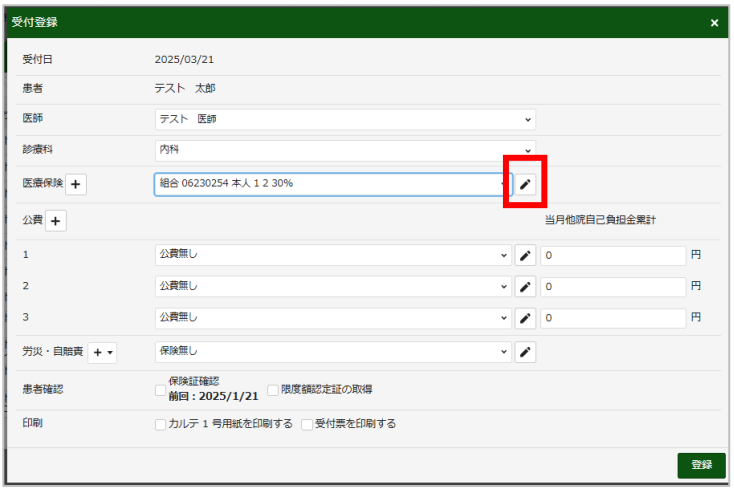
  - 特記事項「災１」を設定
  - レセプト摘要欄コメントに（不詳・災１）、患者住所を入力する

⑦ 月中の資格変更

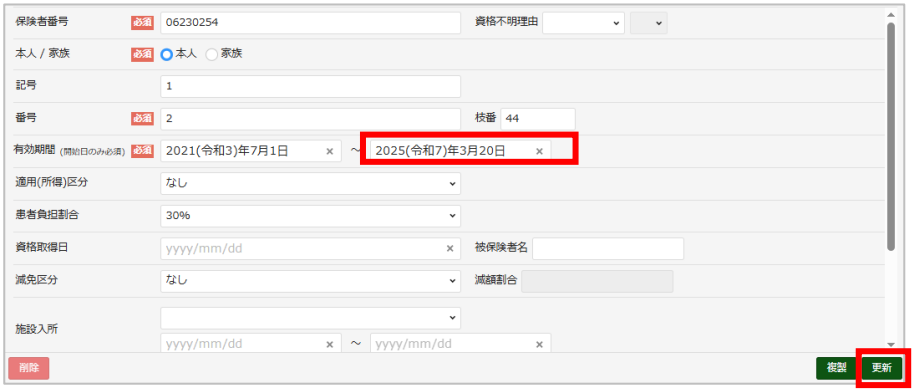
保険が変更になっていた場合は、受付画面にて旧保険の有効期限終了日を入力し、新しい保険を追加してください。

（例）組合→国保へ変更となった場合

(1) 受付画面で旧保険（組合）の編集ボタンをクリックします



(2) 保険の有効期間終了日を前日以前に変更して［更新］をクリックします



(3) 医療保険の［＋］ボタンをクリックして新保険（国保）を追加登録します



(4) 新保険（国保）が選択された状態で［登録］をクリックし受付します。



⑧ 複数資格保有者

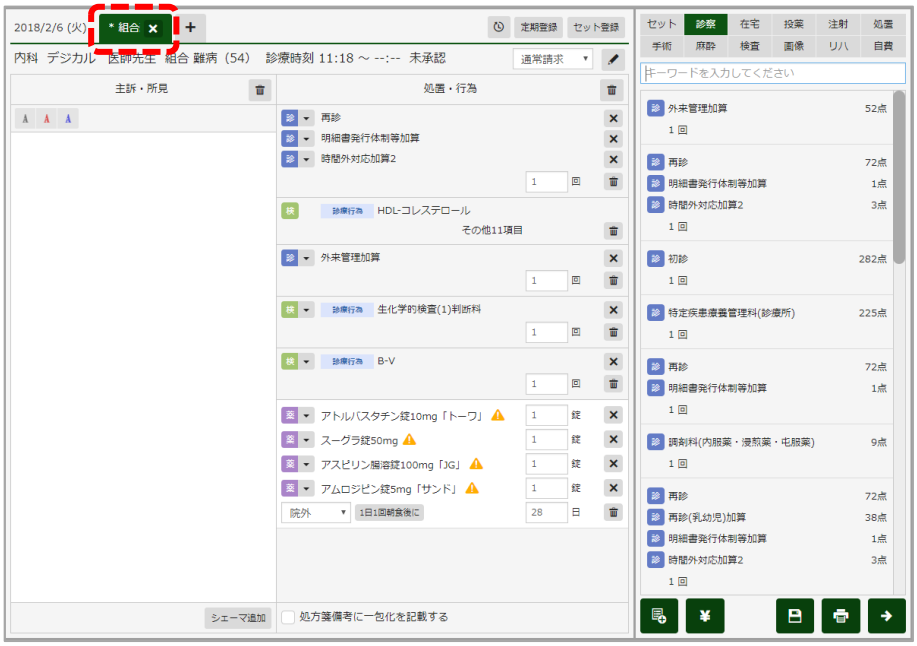
➢ 医療保険＋公費

例）難病（公費 54）患者様に、公費適用外の処方があった場合

(1) 「主保険+難病（54）」の保険を指定して受付を行います。



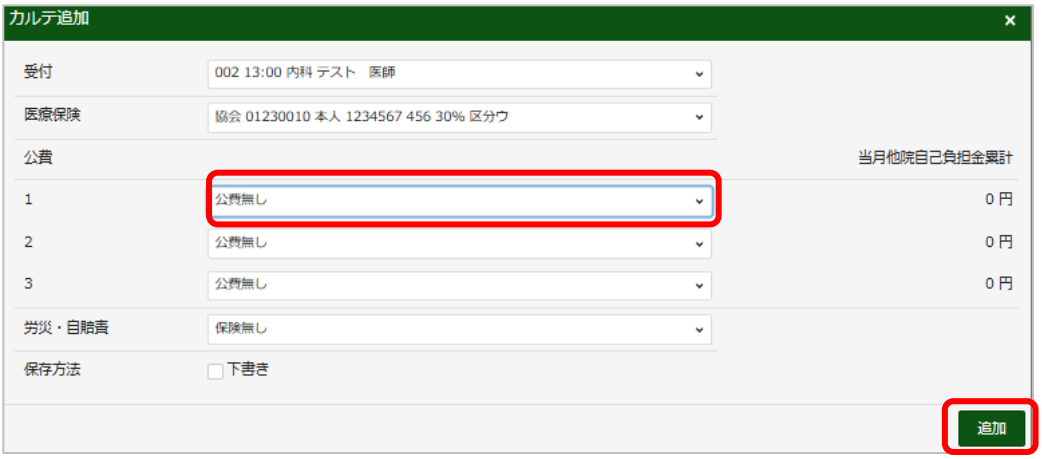
(2) 「難病（54）」の診療内容を入力して保存します。



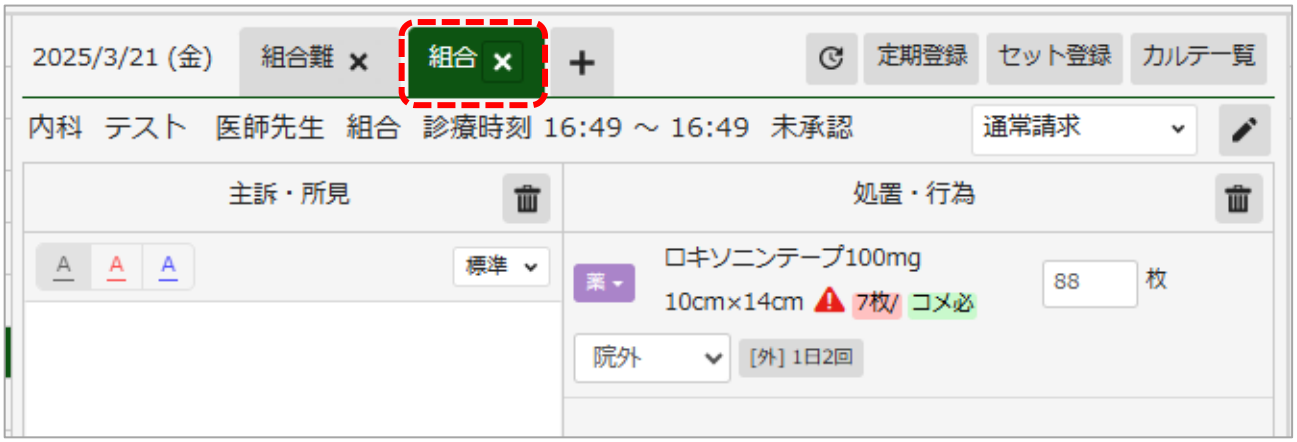
⑶ ［＋］をクリックしてカルテを追加します。



⑷ カルテ追加画面で公費区分を「公費無し」に変更し［追加］をクリックします。



⑸ 難病対象外カルテを入力します

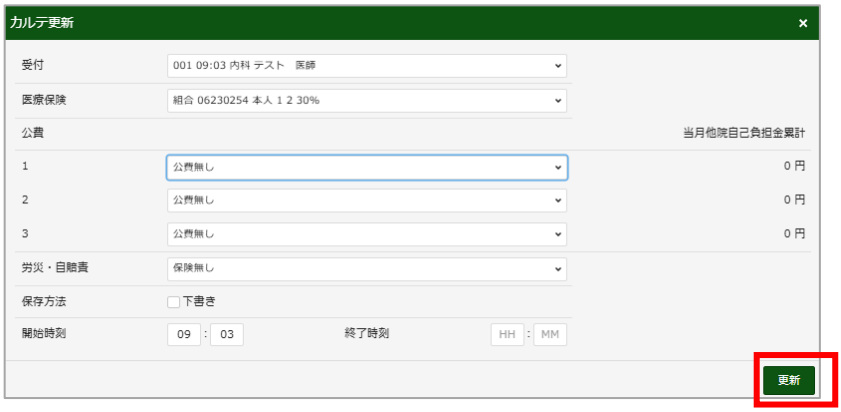


➢　カルテに紐づく保険、公費を変更したい場合

(1) 編集ボタンをクリックします



(2) カルテ更新画面で保険を変更し[更新]をクリックします



➢　医療保険＋自費

通常の保険診療とインフルエンザ予防接種を同日に受診し、領収書、明細書を保険別に発行したい場合は、保険ごとに受付を作成して行ってください。

(1) 保険の受付と「保険無し」の受付を行います。



(2) 保険の受付より診察画面を開き、保険診療の内容を入力します。



⑶ 自動算定ボタンをクリックし、自動算定項目の追加を行います。

⑷ 会計ボタンをクリックします。医療保険分の会計が行えます。
［保存］をクリックし、各帳票の発行を行います。



⑸ 「保険無し」の受付より診察画面を開き、自費診療の内容を入力します



⑹ 会計ボタンをクリックします。自費分の会計が行えます。
保存をクリックし各帳票の発行を行います



4. 予約

① 予約登録

患者の次回来院日時の予約を登録して管理できます。

(1) 受付画面の患者検索ボタンをクリックします。



(2) 患者を検索します。キーワードに患者番号か氏名を入力すると検索できます。
予約受付をする患者様の［予約］ボタンをクリックします。





POINT！ 受付画面の次回予約ボタンまたは診察画面の予約ボタンからも予約登録が行えます

＜受付画面＞

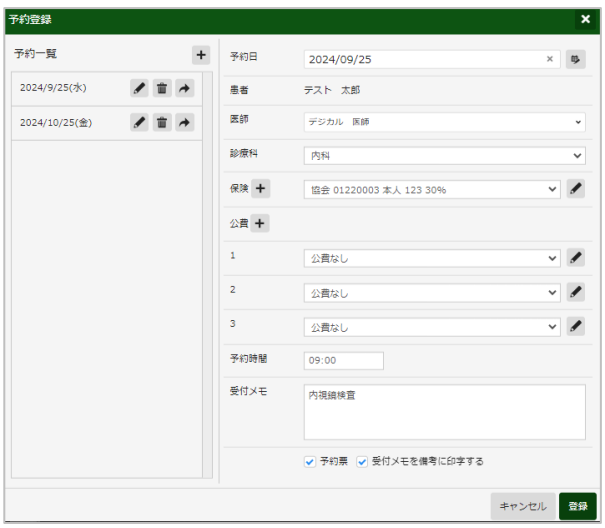


＜診察画面＞

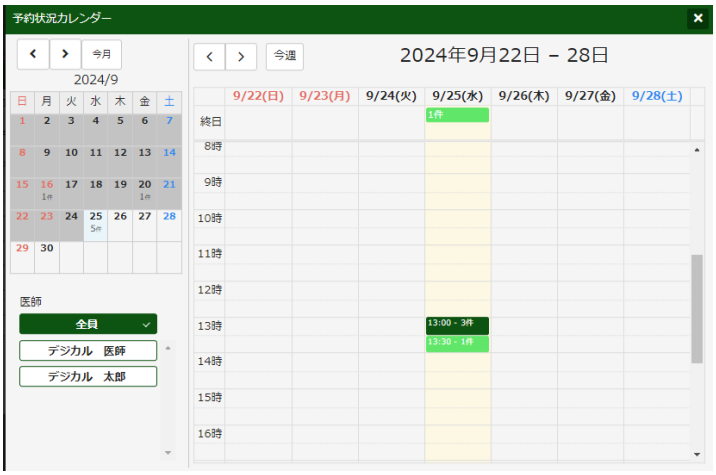


(3) 予約日と再来時の受付情報（医師、診療科、保険等）を入力します。

- ✓ 医師は検索して入力することできます
- ✓ 予約時間は空欄にすることもできます



※予約日の横のカレンダーボタンを開く、と予約状況を確認できます。予約したい日時をクリックして決定します。

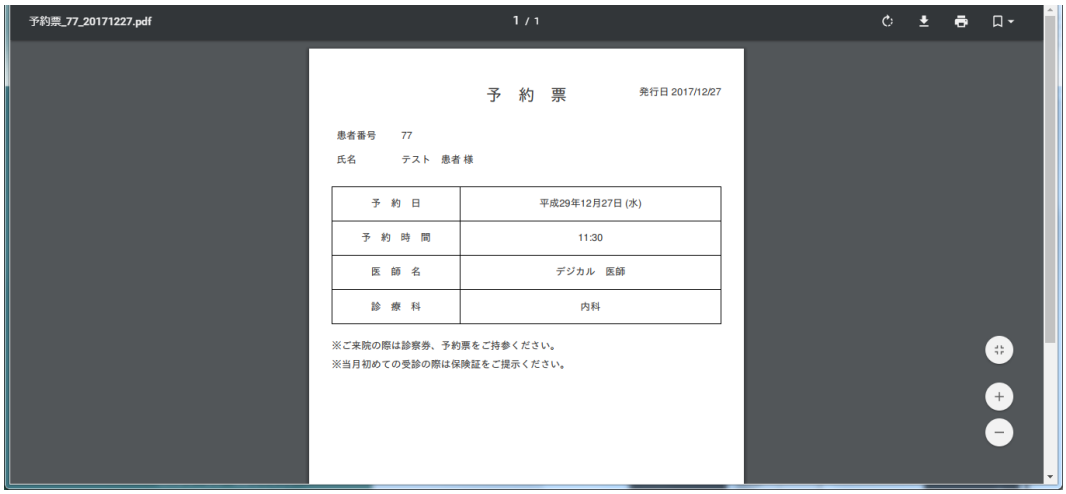


⑷ 予約票を印刷する場合チェックして［登録］ボタンをクリックします。

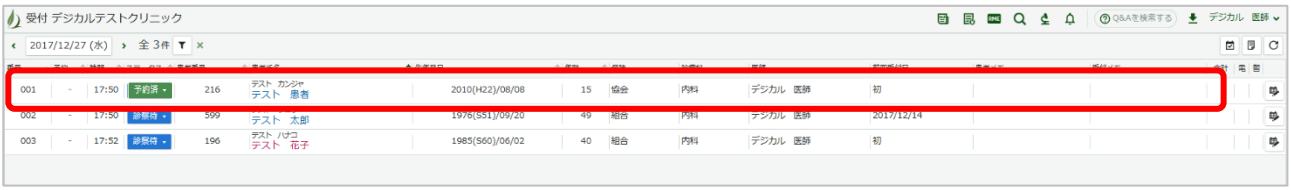
✓ 受付メモを予約票に印字することも可能です。



⑸ 予約票が別タブで表示されますので、印刷して患者様にお渡しください。
印刷が終わりましたらタブを閉じてください。



⑹ 予約登録した日付の受付画面に患者様が表示されます。

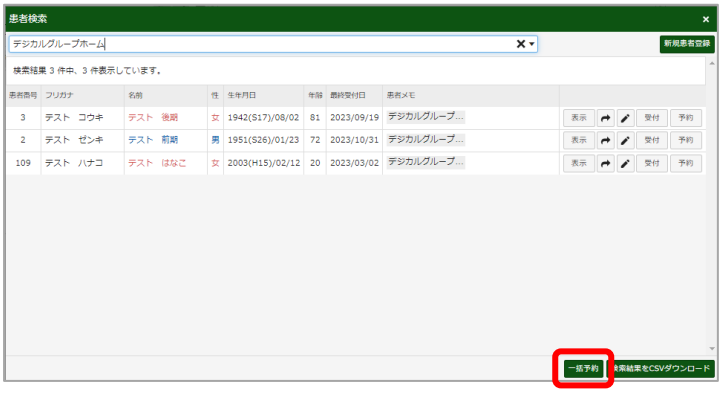


POINT！

施設名等で検索後表示された患者様について一括で予約を取ることができます。
訪問診療などに便利に活用いただける機能です。

＜施設の患者様を一括予約する手順＞

① 患者検索画面にて患者メモに登録済の施設名で検索をかけ、[一括予約] ボタンをクリックします



② 各項目を入力、選択し【保存】ボタンをクリックすると、複数人の予約が登録されます。

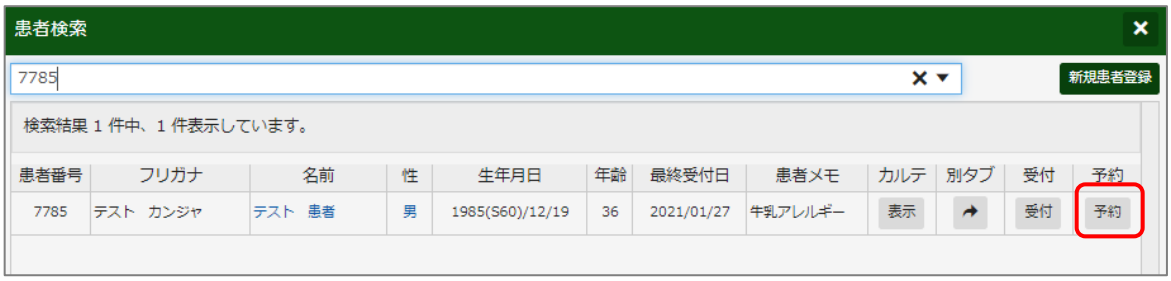




② 予約変更・取消

予約済み患者様の予約日を変更できます。

(1) 患者検索画面で予約日を変更する患者様を検索し、予約ボタンをクリックします。

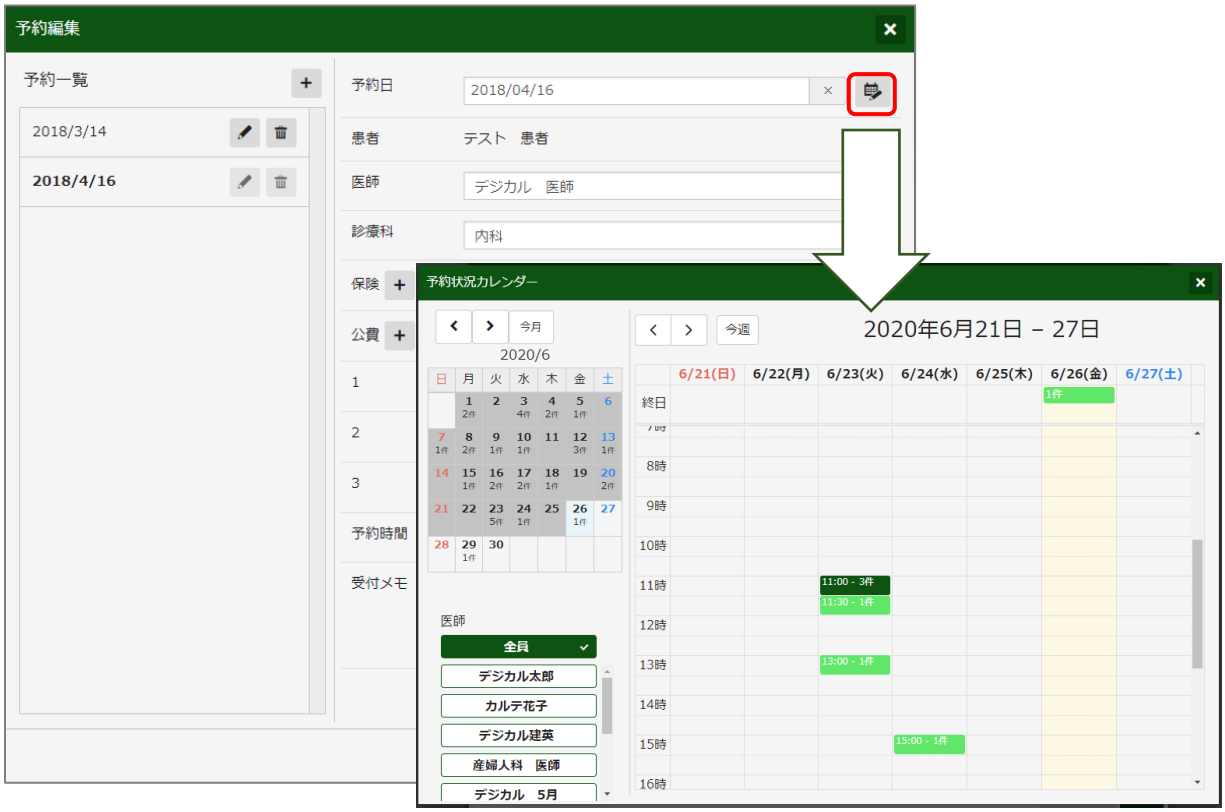


(2) 予約一覧から予約日を変更する日付の編集ボタンをクリックします。

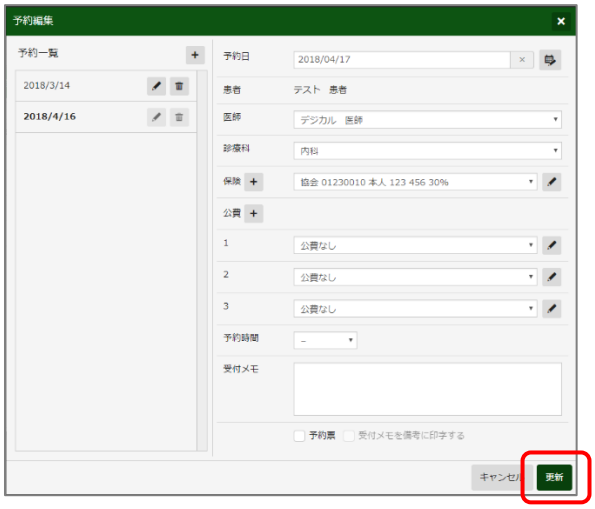
※予約を取り消す場合は削除（ゴミ箱）ボタンをクリックし、「予約を削除しますか。」にて「削除」をクリックしたら完了です



(3) 予約編集画面が開きます。予約日をカレンダーで変更します。



⑷ 予約内容を変更し［更新］ボタンをクリックします。





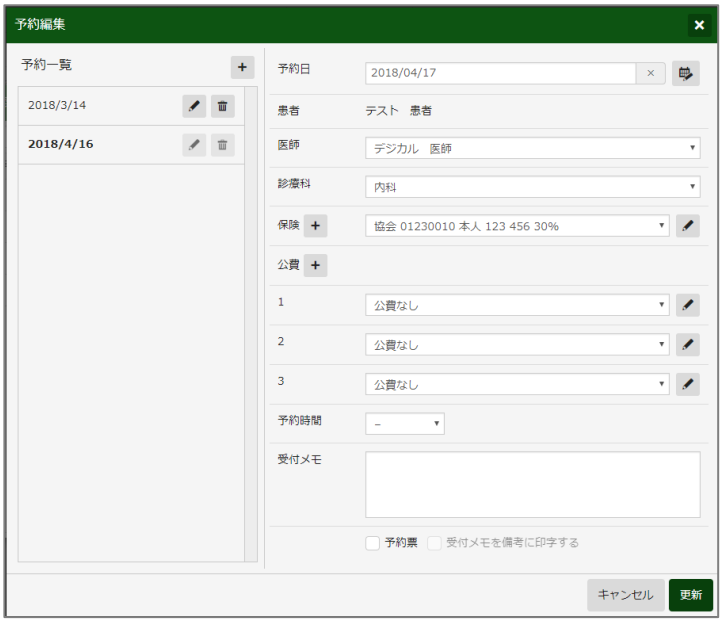
POINT！

受付一覧から予約編集画面を開いて変更することもできます。

⑴ 日付を変更する予約の保険 または 診療科　または 医師をクリックします。



⑵ 予約編集画面が開きますので日付等を変更します。



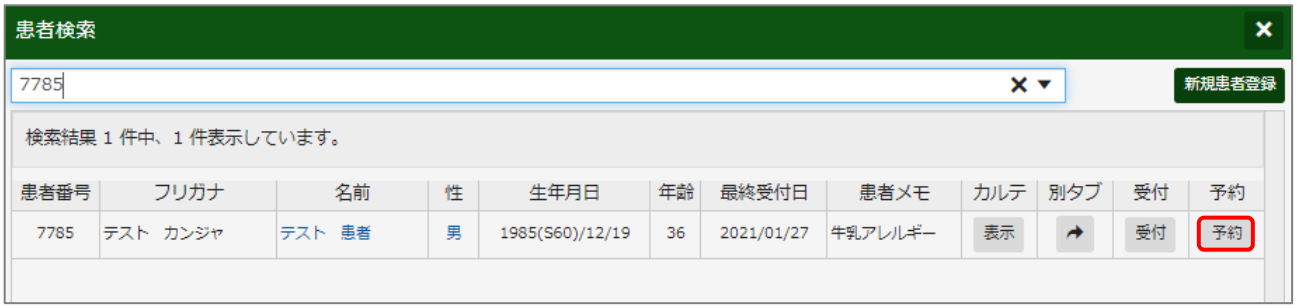
③ 予約確認

特定の患者様の次回予約日を簡単に確認できます。

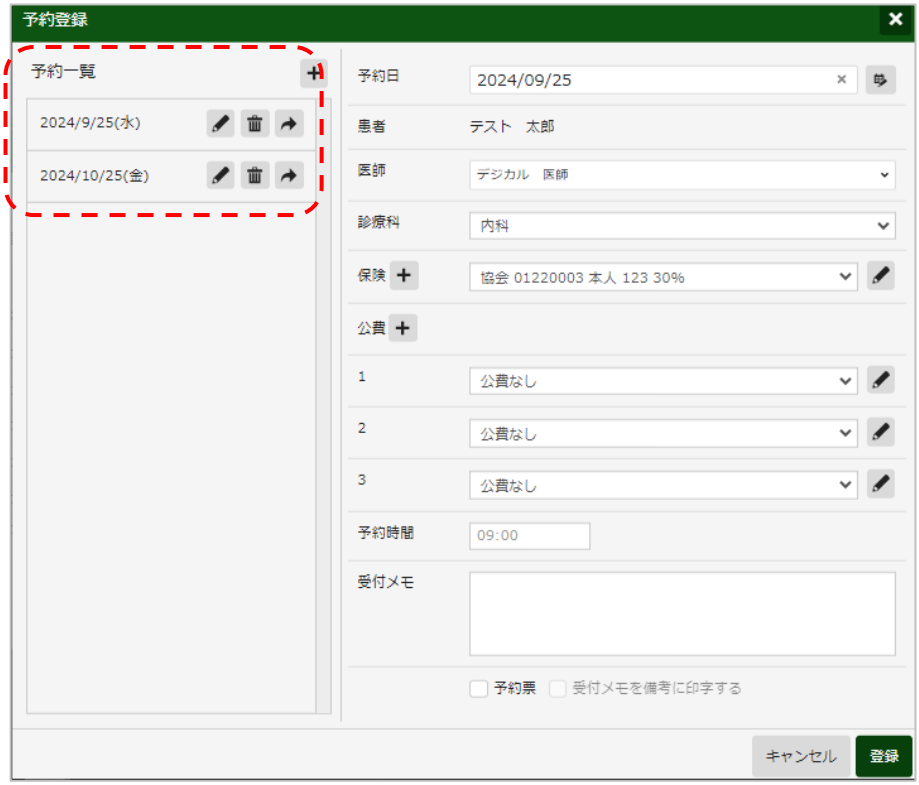
(1) 受付画面の患者検索ボタンをクリックします。



(2) 予約状況を確認する患者を検索し、予約ボタンをクリックします。



(3) 該当患者の予約一覧が表示されます。一覧から予約日の変更や予約を取り消しできます。



④ 下書きカルテ

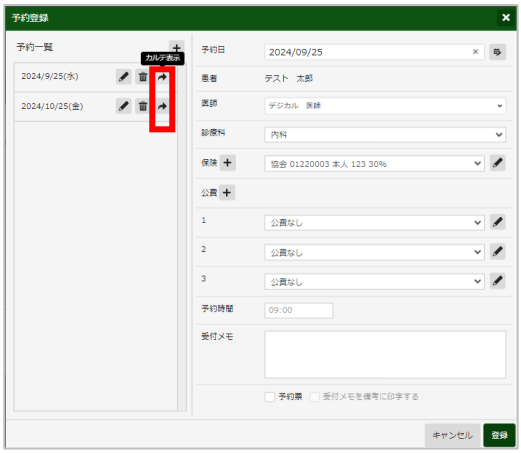
予約済の受付に対して、診療前に下書きカルテを作成することができます。
予め入力したい検査オーダー、処方や申し送りがある際に便利にご活用いただけます。
また院外処方箋も印刷できるため、訪問診療などでもご活用いただけます。

＜下書きカルテの作成方法＞

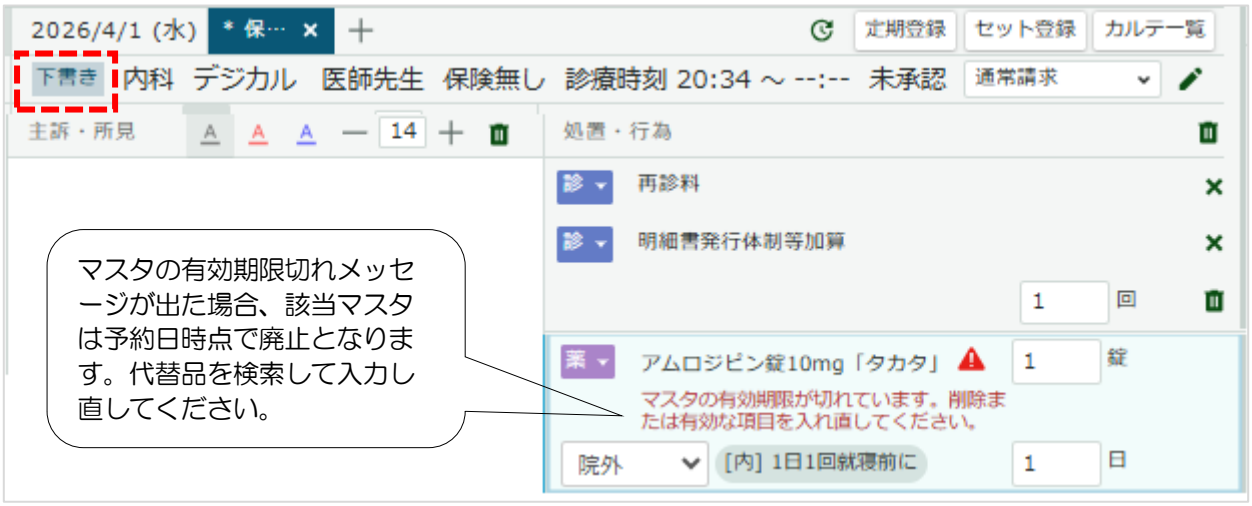
⑴ 受付画面にて「予約済」ステータスの患者様をクリックしてカルテをひらきます



※予約一覧の「カルテ表示」ボタンから
カルテをひらくこともできます



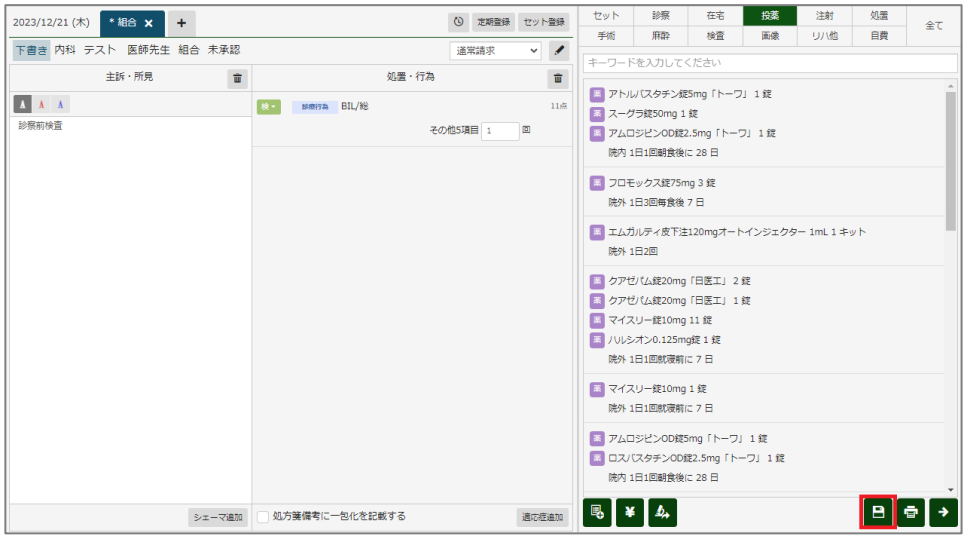
⑵ 「下書き」ラベルのついたカルテがひらきますので、通常どおりカルテ内容を入力します



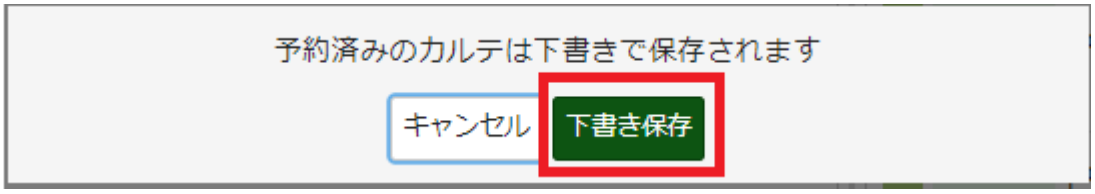
予約済ステータスの下書きカルテ制限事項

- ✓ 自動算定、会計、検査依頼、帳票印刷（院外処方箋を除く）ができません
- ✓ 処方監査・算定チェックされません
- ✓ 学習リストに定期セットリストは表示できません

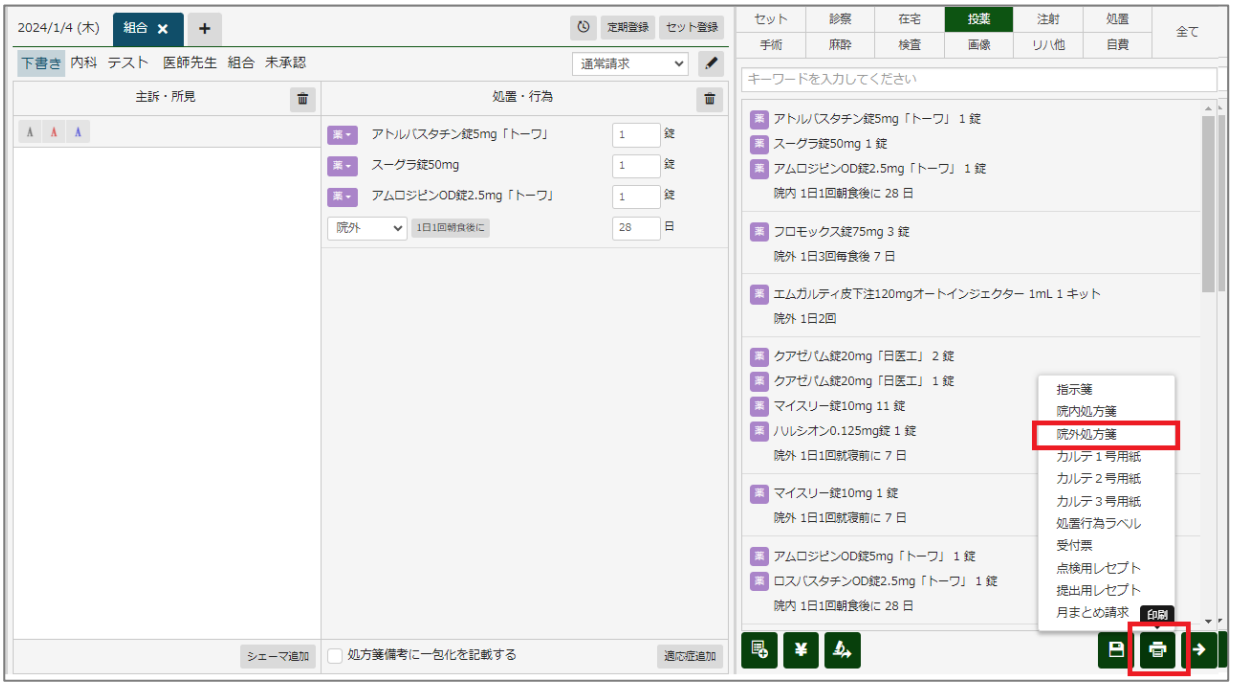
⑶ 入力し終わりましたら、カルテの保存ボタンをクリックします



⑷ 確認メッセージが表示されますので［下書き保存］をクリックします



⑸ 院外処方が入力されている場合は、印刷ボタンで予約日の処方箋発行も可能です

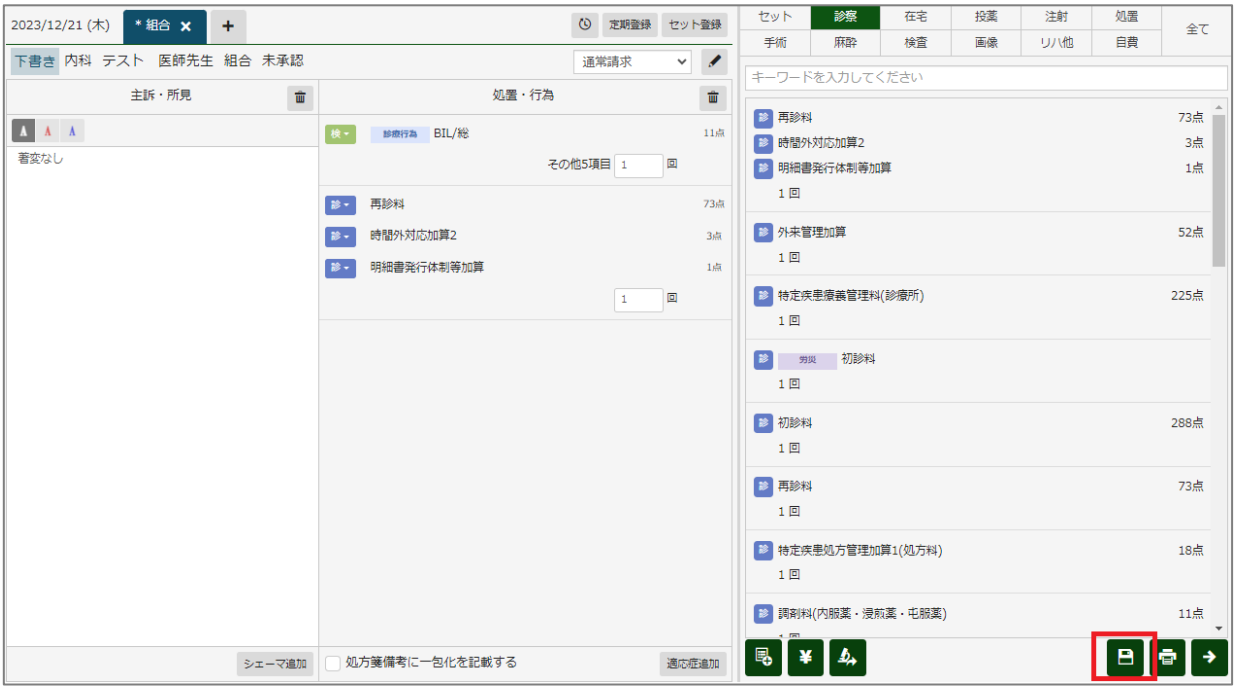


＜下書きカルテから本カルテへの切り替え方法＞

⑴ 診察日当日、受付画面ステータスを「診察待」に変更し、カルテをひらきます



⑵ 登録済の下書きカルテが表示されますので、必要に応じてカルテを編集、自動算定ボタンで算定項目を追加し、「会計」または「保存」または「→（次へ）」ボタンをクリックします



⑶ 確認メッセージで［保存］ボタンをクリックします



⑷ 本カルテに変更されます



POINT！

ステータス「予約済」・「取消」以外の下書きカルテ

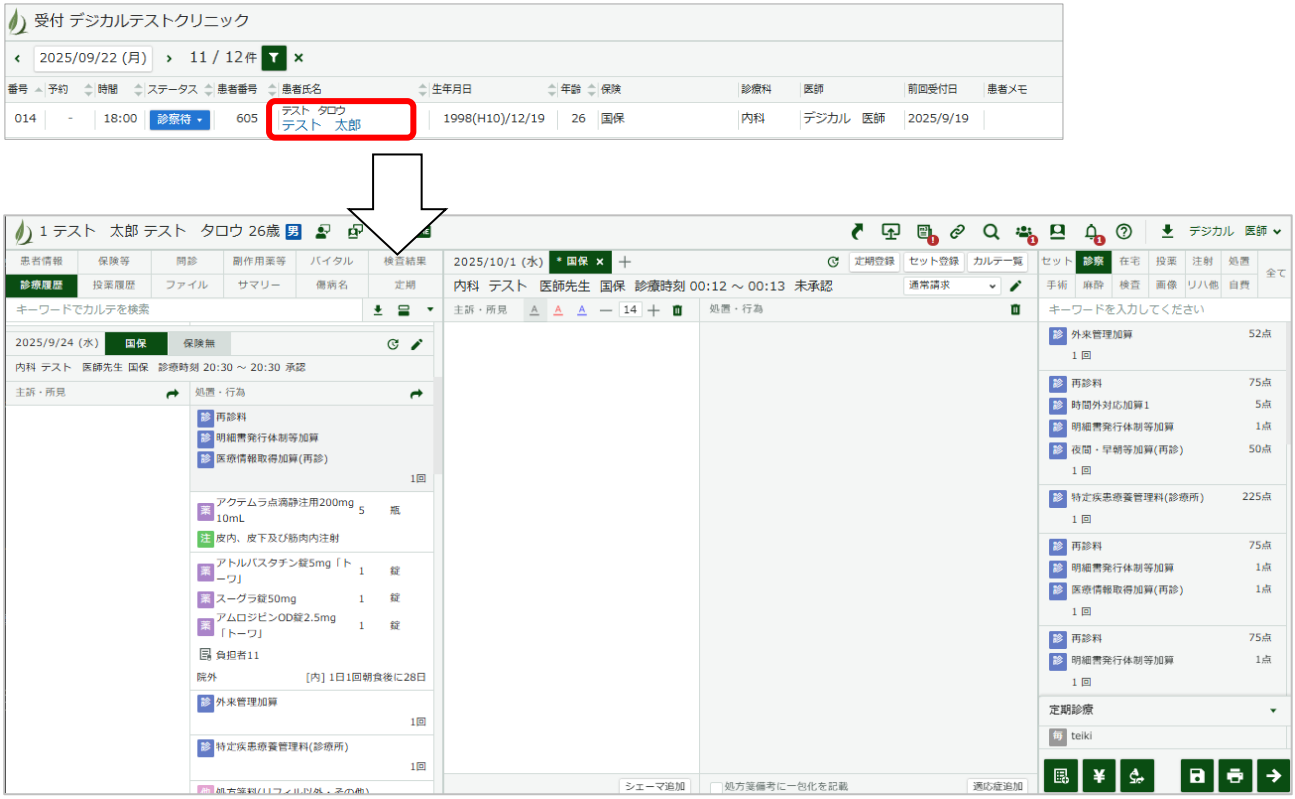
- ✓ 本カルテと挙動は全て同じです。（下書きカルテのまま会計等もできます）
- ✓ 日計表・月計表にも含まれます。
- ✓ 会計済の下書きカルテが保存されてる場合、要確認レセプト一覧に「会計済みの受付に下書きカルテが存在します。」と印刷されます。

Ⅳ.　診察

1. 主訴・所見

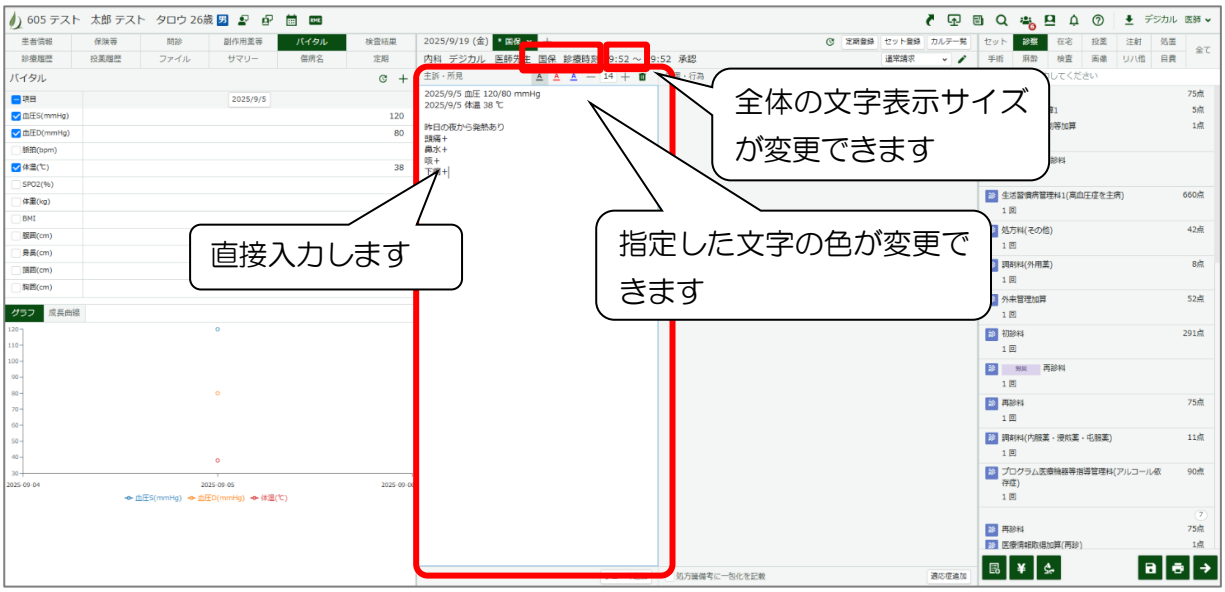
①　主訴・所見欄入力

受付画面で患者様のお名前をクリックすると、「診察」画面が表示されます。



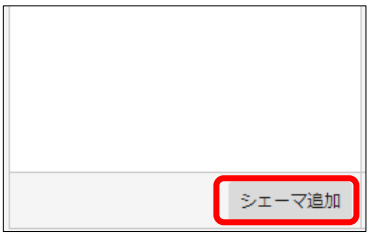
➢　主訴・所見の入力

「主訴・所見」欄に直接入力します。



➢ シェーマの入力

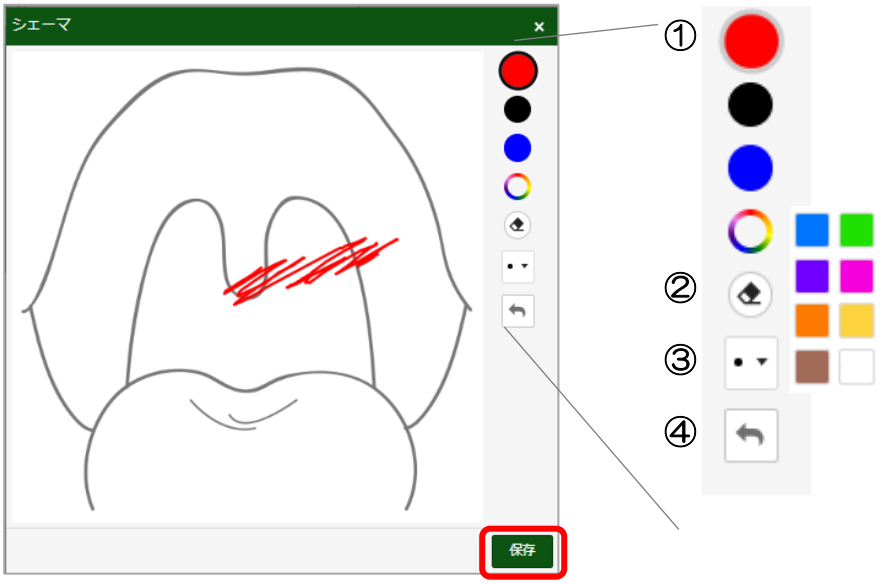
(1) ［主訴・所見］欄の右下の[シェーマ追加]をクリックします。



(2) シェーマ追加画面が表示されますのでシェーマを選択します



(3) 表示されたシェーマに書き込みをして[保存]をクリックします。



① ペンの色を変更します

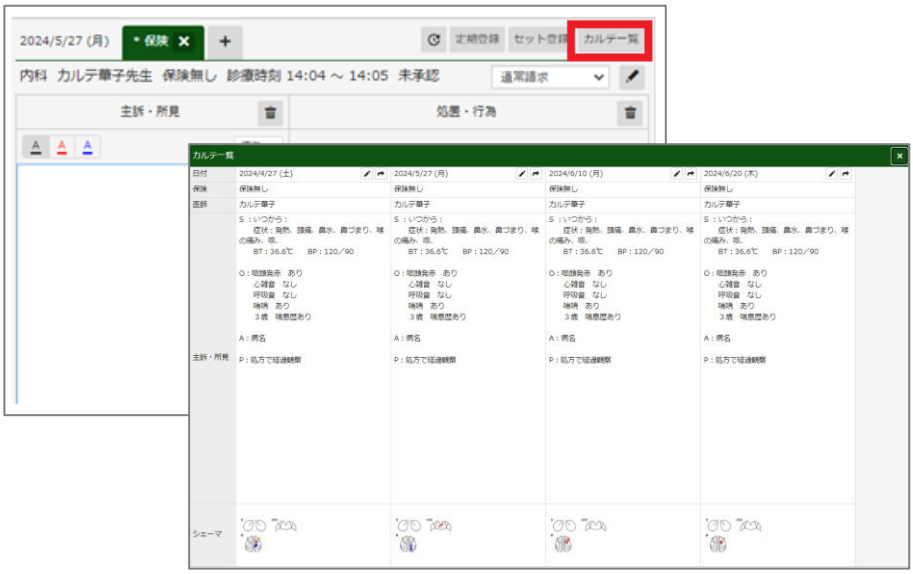
② 消しゴム機能
（書き込みを消去します）

③ 線の太さを選択します

④ ひとつ前に戻ります

POINT！

［カルテ一覧］ボタンで、主訴所見・シェーマを時系列表示で確認できます



➢ カルテの同時編集

同一時間帯に同一カルテに対して複数の端末で編集、保存操作をされた場合、カルテの保存を最初に実行した端末の内容は保存されますが、 カルテの整合性を保つために２番目以降にカルテの保存を実行した端末ではカルテの保存エラーが発生します。

エラー「カルテを編集中に他の人に更新されました」が表示された場合

受付画面に戻り、再度カルテの入れ直しを行ってください。

画面を変更すると「このサイトを離れますか。行った変更が保存されない可能性があります」と表示がされますので、「このページを離れる」を選択してください。

※入力途中の内容を控えておきたい場合は、定期登録機能を利用することで内容を一時保存することができます。

2. 処置・行為

① 処置・行為項目登録

➢ 検索方法

漢字、ひらがな、アルファベットで検索して、検索結果から選択して入力します。



POINT！

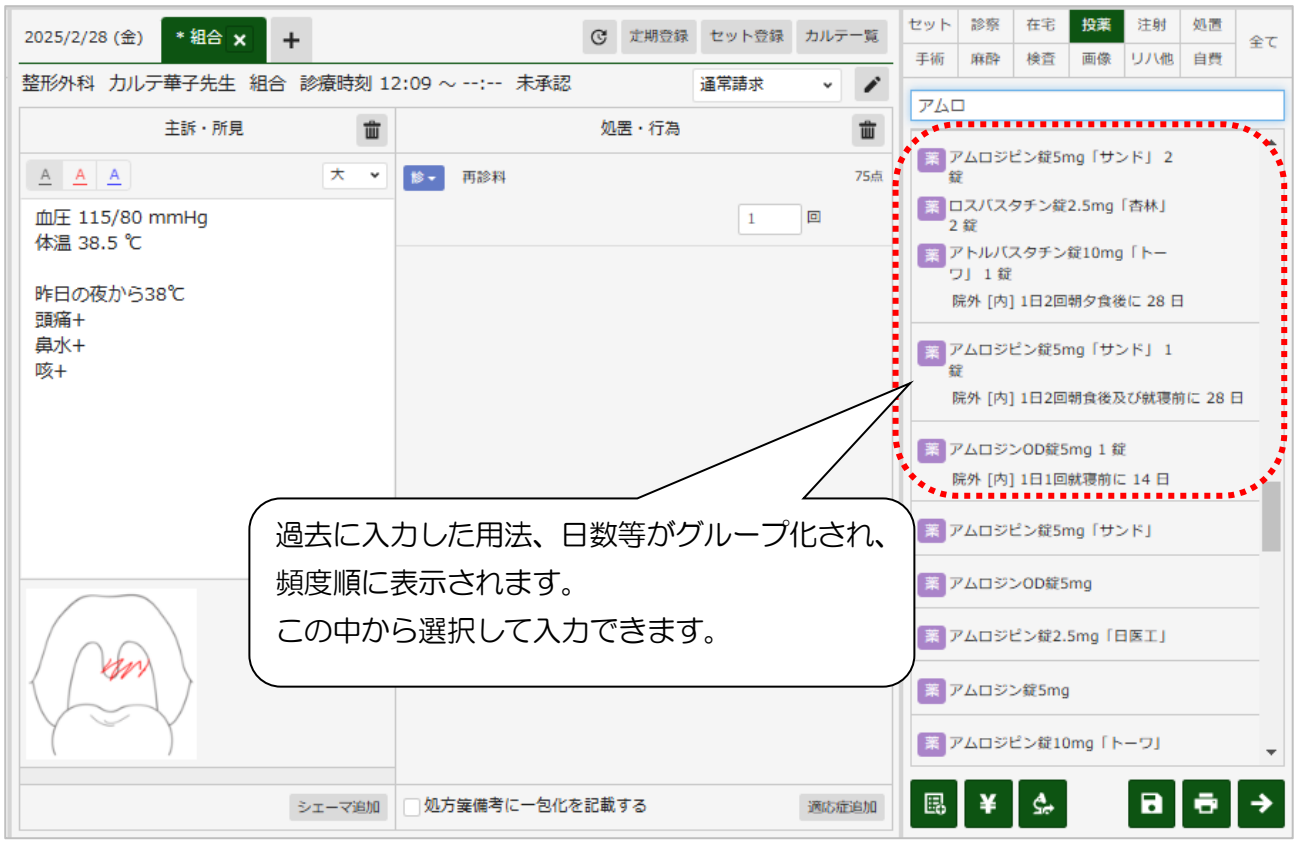
選択しているタブの診療区分の中から検索します。

診療区分にかかわらず検索したい場合は「全て」タブを選択してください。



➢　学習リスト

カルテに入力した内容を自動的に学習し、頻度順に表示します。



※　６つ以上の項目の学習リストには、右上に項目数を表示します。
　　カーソルをあわせるとすべての内容を表示します。



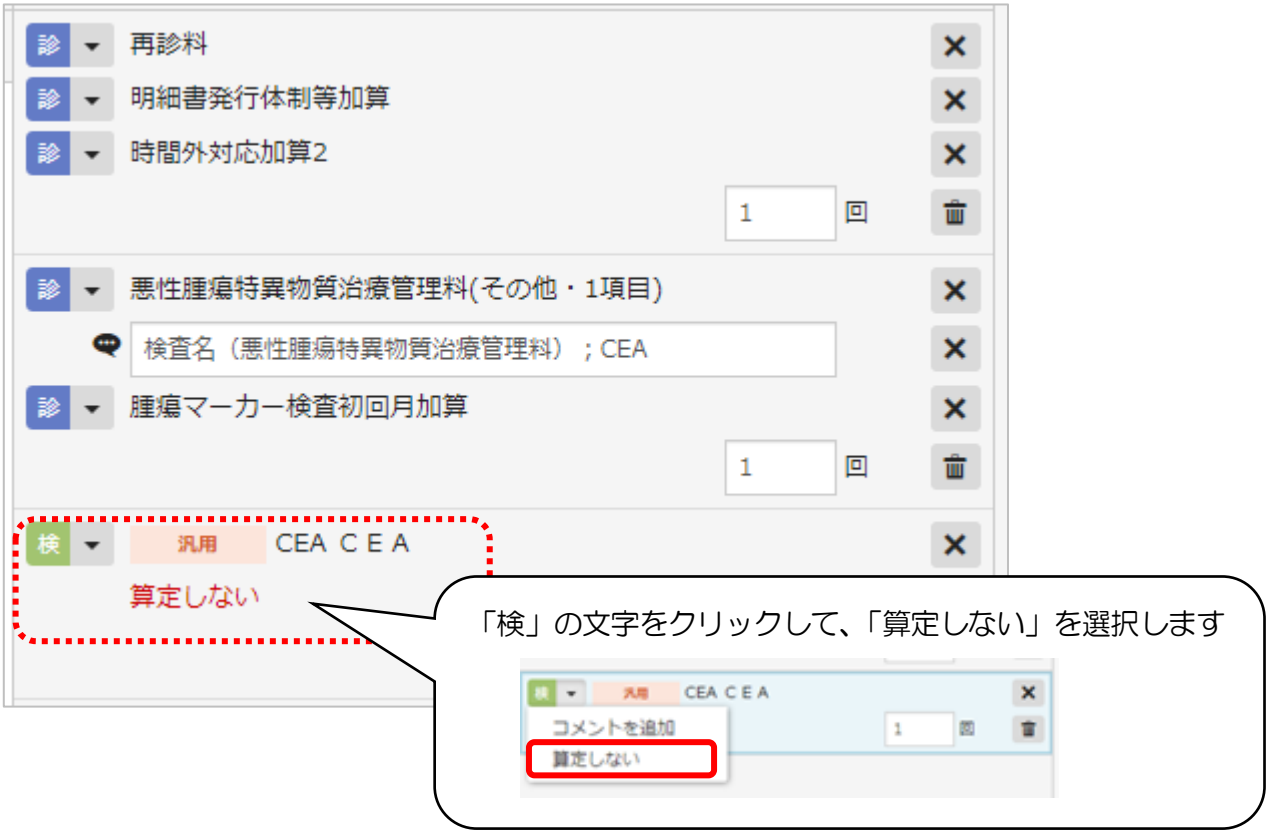
➢　包括項目

生活習慣病管理料や小児科外来診療料のように包括される項目がある場合、通常のカルテと同じように入力します。包括される項目は青い「¥」マークで表示され、点数算定から除外されます。



➢　点数を算定しない

悪性腫瘍特異物質治療管理料算定時の検査など、実施はするが検査点数は算定しない場合、該当検査の下に「算定しない」を入力します



➢　マスタ情報

「薬」の文字をクリックして「マスタ情報」を選択すると、薬価や一般名情報等が確認できます



➢　薬剤情報

「薬」の文字をクリックして、「詳細情報」を選択すると薬剤情報が確認できます（処方監査オプション）



➢　処置行為マスタラベル

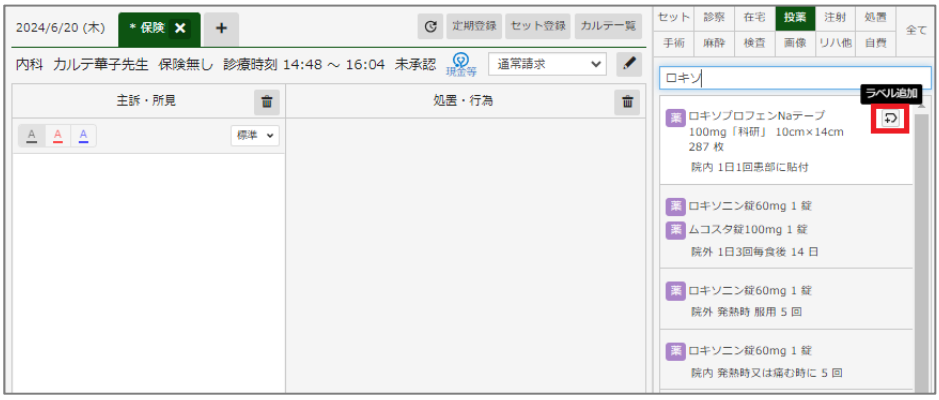
診療行為マスタ、検査マスタ、医薬品マスタ等に対して独自のラベルを設定し、検索画面やカルテ画面で表示できます。

- 在庫のない医薬品のため使用しないように注意したい
- 算定に注意する検査マスタにメモ表示したい
- レセプトにコメントが必要なことを表示したい
- 医薬品の換算メモ（1 袋＝7 枚、1 本＝10ml 等）　　などにお使いいただけます。

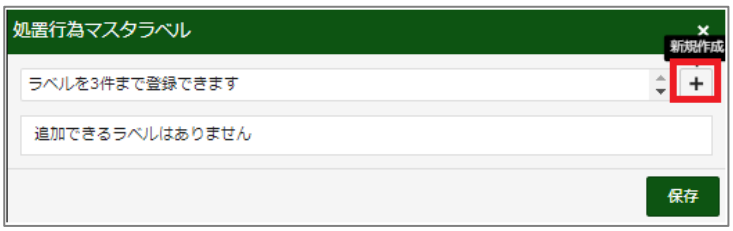


＜処置行為マスタラベルの設定方法＞

⑴ ラベルをつけたいマスタを検索しカーソルをあわせると表示される「ラベル追加」ボタンをクリックします。



⑵　［＋］ボタン（新規作成）をクリックします。



⑶ ラベル名を入力し、必要に応じて色を選択し［保存］します。



⑷ 表示したいラベルを選択して［保存］します

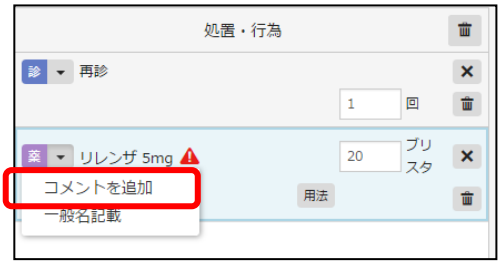


② コメント登録

薬や処置行為に対してコメントを入力できます。薬の用法の補足や診療行為に対してレセプト上必要なコメントを入力します。

➢ 処方箋に載せたい補足コメント

⑴ コメントを追加したい薬剤の「薬」の区分をクリックして「コメントを追加」を選択します。



⑵ 「フリーコメント」を選択します。



⑶ コメント内容を入力します。



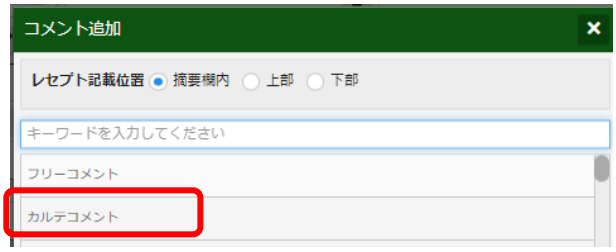
➢　カルテのみに載せたいコメント

スタッフさんへの指示コメント等に利用できます

⑴ コメントを追加したい区分（「薬」等）をクリックして「コメントを追加」を選択します。



⑵ 「カルテコメント」を選択します。

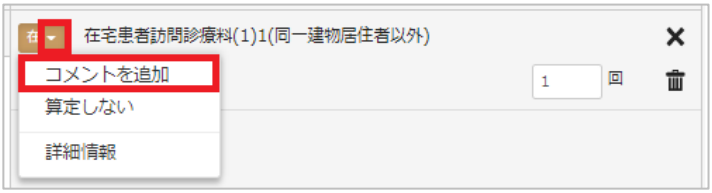


⑶ コメント内容を入力します。



➢　レセプトに載せる選択式コメント

⑴ コメントを追加したい区分（「在」等）をクリックして「コメントを追加」を選択します

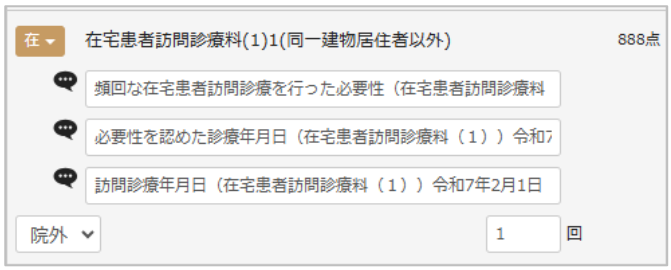


⑵ 「選択式」とラベルのついたコメントの中から必要なコメントをクリックして入力します



⑶ コメントに続けて必要事項を入力します。

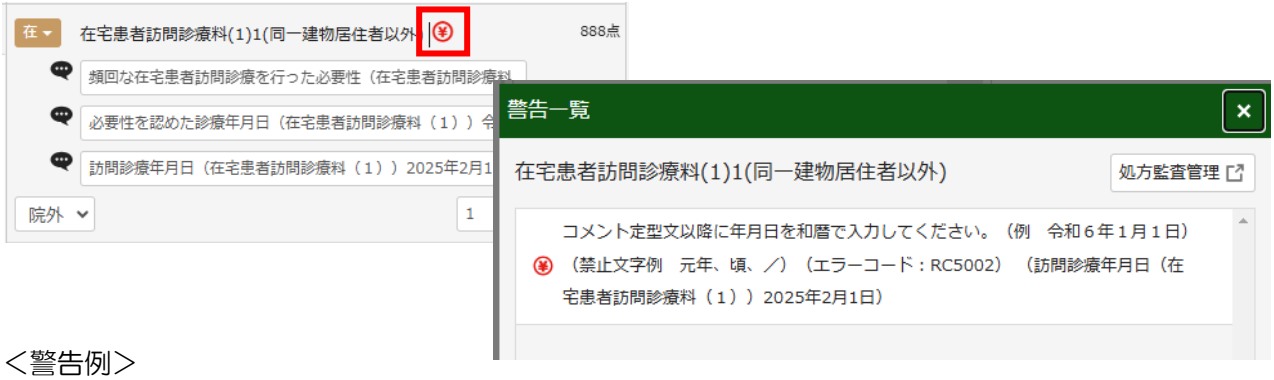
- 「頻回な在宅患者訪問診療を行った必要性（在宅患者訪問診療料（１））」の「；」の後ろに理由を入力してください。
- 「必要性を認めた診療年月日（在宅患者訪問診療料（１））」、「訪問診療年月日（在宅患者訪問診療料（１））」の後ろに和暦で年月日を入力してください。
  - 元号も手入力してください
  - 令和元年の場合、令和１年と入力します



POINT！

レセプト請求時に必要なコメント（選択式コメント）の入力誤りや定型文を上書きして書き換えた場合に、カルテ画面に警告が表示されます。
警告内容を確認してコメントを入力し直してください。
修正しても改善されない場合はコメントを削除して入れなおしてください。

＜画面例＞



＜警告例＞

- コメント本文を上書きで書き換え、追記、修正、削除を行った場合
- 年月日が必要なコメントで年月日が入力されていない
- 年月日が必要なコメントで年月日が和暦で入力されていない
- 数値の入力が必要なコメントで数値以外の文字が入力されている（未満、以上、超　等）
- コメント本文に「；」「：」があるもので「；」「：」を削除した場合

※　「コメント本文に「；」「：」がないもので「；」「：」を追記して続きの内容を入力した場合」は警告対象外です。

＜エラーコード一覧＞

デジカル画面右上＞「？ Q&A を検索する」にて　コメント入力誤りの警告表示について　を参照してください

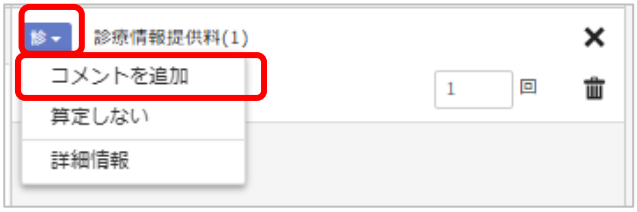
➢ レセプトに自動記載されるコメント

自動記載コメント	記載条件・コード
診療情報提供料算定　**日	診療情報提供料（1）（2）が算定されている場合に算定日を出力 レセプト電算ファイルには 840000052：診療情報提供料算定　**日で記録する
手術日　**日	手術の手技がある場合に出力 レセプト電算ファイルにはフリーコメントで記録する
麻酔日　**日	麻酔の手技がある場合に出力 レセプト電算ファイルにはフリーコメントで記録する
実施日数　**日（リハビリ）	運動器リハビリテーション料（1）（2）（3）など、リハビリテーション料が算定されている場合に実施日数の合計を出力 レセプト電算ファイルにはフリーコメントで記録する

➢ 実日数を算定しない

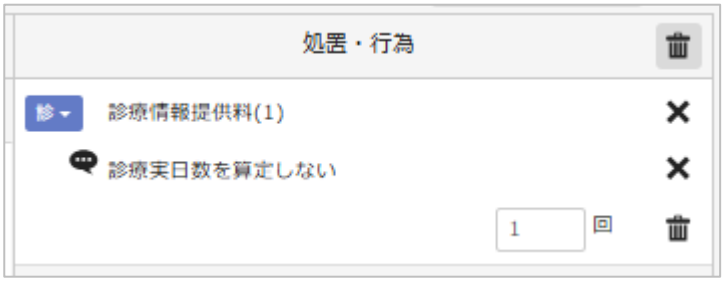
保険点数が紐づいた診療行為コードが何かしら入力されると実日数を計上します。
実日数を計上したくない場合は、診療行為にコメント追加で「実日数を算定しない」を追加します。

⑴ 入力した点数の診療区分をクリックし、「コメントを追加」をクリックします

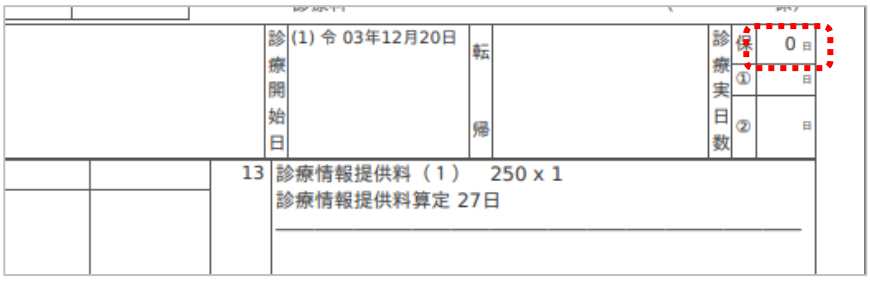


⑵ 「実日数」と検索して「診療実日数を算定しない」を入力して会計保存します





（レセプト見本）

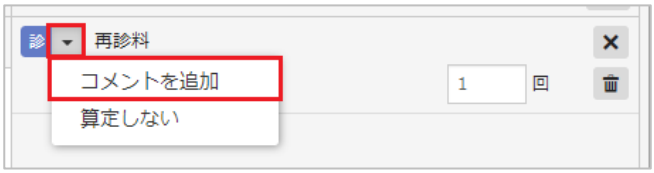


➢ 実日数のみカウントする

保険点数が紐づいた診療行為コードが何かしら入力されると実日数を計上します。

点数は算定しないが実日数だけ計上したい場合、診療行為にコメント追加で「実日数を算定する（点数は算定しない）」を追加します。

(1) 再診料を入力し「コメントを追加」をクリックます



(2) 「実日数」と検索し、「診療実日数を算定する（点数は算定しない）を入力して会計保存します



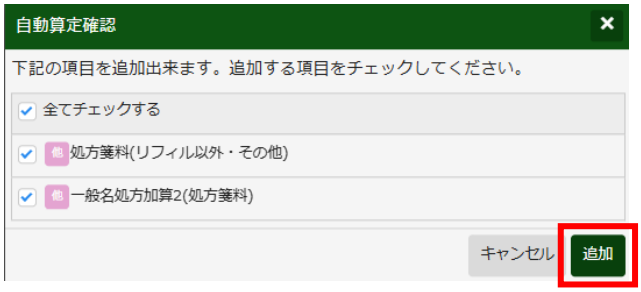
③ 自動算定

➢ 自動算定方法

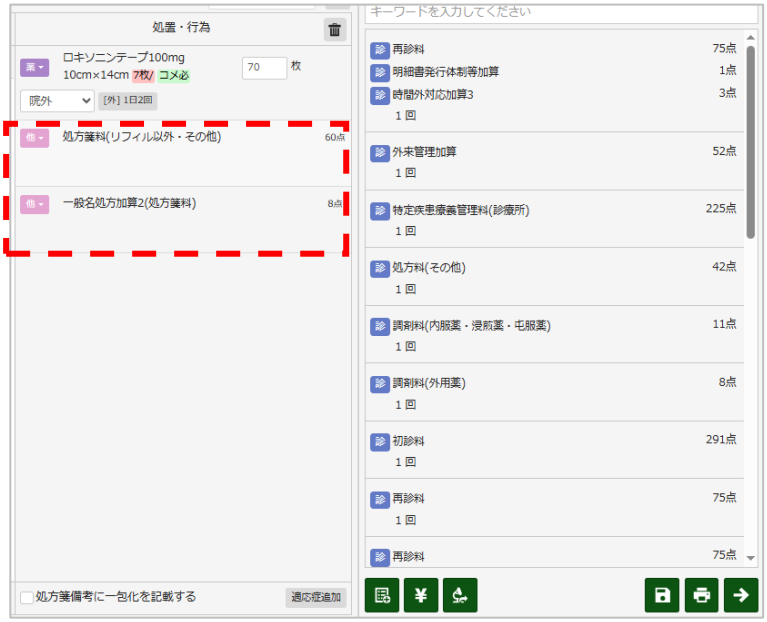
(1) カルテを入力したら「自動算定」ボタンをクリックします



(2) 入力されている項目や登録されている病名によって算定できる可能性のある項目を表示します。
入力したい項目にレ点が入っていることを確認して［追加］ボタンをクリックします。
※レ点をはずした項目は入力されません。次の患者様にもレ点が外れた状態となります。



(3) 処置行為欄に入力されます



➢ 自動算定項目

医療機関様の設定によって自動算定する項目とデジカル標準機能で自動算定する項目があります

※　医療機関様の設定方法については　施設管理<各種設定・その他<自動算定　参照

- **医療機関様の設定により自動算定が可能な項目**

  初診料、再診料、小児科外来診療料、診察料に対する時間外等加算

  特定疾患療養管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、てんかん指導料、難病外来指導管理料１明細書発行体制等加算、時間外対応加算、外来感染対策向上加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算、機能強化加算（初診）、医療情報取得加算、医療ＤＸ推進体制整備加算、外来・在宅ベースアップ評価料、抗菌薬適正使用体制加算、薬剤情報提供料、手帳記載加算（薬剤情報提供料）、外来後発医薬品使用体制加算

- **補足**

・初再診料

✓ 傷病名が未登録、または当日開始病名のみの場合→初診料と加算を算定します

✓ 継続病名あり、または当日転帰病名のみの場合→再診料と加算を算定します

✓ 複数カルテがあり同日のカルテにすでに初再診料が入力されている場合は自動算定されません

・小児科外来診療料

✓ ６歳未満の患者様で同一カルテに**院内処方がある場合、**「小児科外来診療料（処方箋を交付しない）」の点数を自動算定します

✓ ６ 歳未満の患者様で同一カルテに**院外処方があるまたは処方がない場合、**「小児科外来診療料（処方箋を交付）」の点数を自動算定します

✓ 「初診時」or「再診時」の判断は、初再診料と同様に継続病名の有無により行います

✓ ６歳の誕生月について、誕生日より前（５歳）に小児科外来診療料を算定していた場合は、同一月は誕生日後（６歳）も小児科外来診療料を自動算定します

【初再診料、小児科外来診療料　自動算定条件一覧まとめ】

	継続病名	院内処方	自動算定する点数
６歳未満	なし（※1）	なし（※3）	小児科外来診療料(処方箋を交付)初診時
		あり	小児科外来診療料(処方箋を交付しない)初診時
	あり（※2）	なし（※3）	小児科外来診療料(処方箋を交付)再診時
		あり	小児科外来診療料(処方箋を交付しない)再診時
６歳以上	なし（※1）	-	初診料
	あり（※2）	-	再診料

（※1）当日開始病名のみの場合も含む
（※2）当日転帰病名も含む
（※3）院外処方のみの場合、処方がない場合を含む

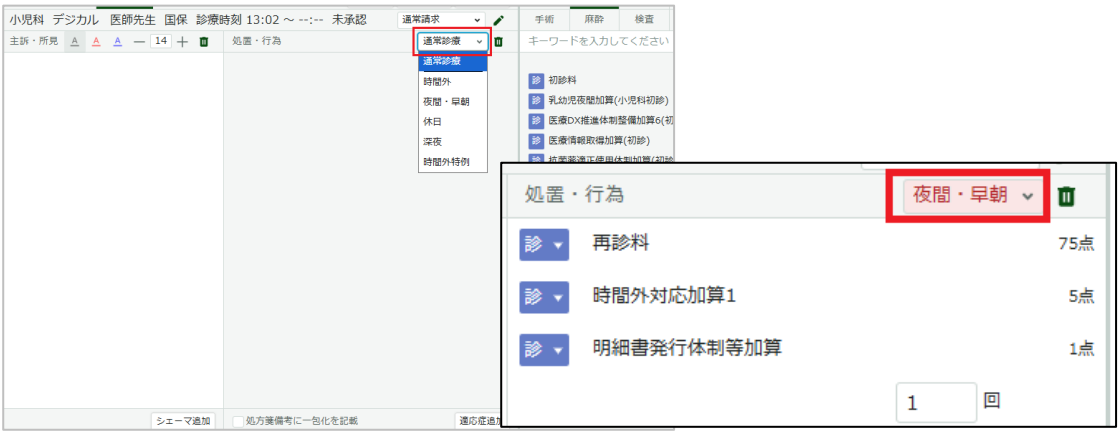
【初再診料、小児科外来診療料　自動算定せず手入力が必要なパターン】

✓ 在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定している場合、又は厚生労働大臣が定める薬剤（パリビズマブ等）を投与している場合については小児科外来診療料は算定できません。初再診料を手入力してください

✓ 常態として院内処方を行っている医療機関様において、臨時的に院外処方箋を交付した日がある場合、当該月においては「小児科外来診療料（処方箋を交付）」の点数を算定します。院内処方がある場合は該当点数を手入力してください

・診察料に対する時間外等加算

✓ 加算を算定したいカルテの上部にて「通常診療」から算定したい加算の時間区分に設定し、初再診料等を入力します



【時間区分の設定補足】

- ✓ 時間外区分は次に登録する患者様のカルテにも引き継ぎます
  受付順と診察順が前後する場合はご注意ください
  （例）18:00 受付の患者様に「夜間・早朝」を設定した後に 17:59 受付の患者様のカルテを作成する場合「夜間・早朝」となります。「通常診療」に戻してください
- ✓ 日付が変わると「通常診療」に戻ります
- ✓ 診察料に対する加算のみ自動算定します。処置等に関する時間外等加算は手入力してください

・特定疾患療養管理料

対象の傷病名が以下条件で登録されている場合で、診療日から過去１ヶ月以内に初診料が算定されていない場合に月２回まで算定

- 病名診療科とカルテ診療科が同じ
- 有効な傷病名が２件の場合：対象の傷病名が主病設定されている場合のみ
  有効な傷病名が１件の場合：主病設定有無に関わらず

・皮膚科特定疾患指導管理料

対象の傷病名が以下条件で登録されている場合で、診療日から過去１ヶ月以内に初診料が算定されていない場合に月１回算定

- 病名診療科とカルテ診療科が同じ

・てんかん指導

対象の傷病名が以下条件で登録されている場合で、診療日から過去１ヶ月以内に初診料が算定されていない場合に月１回算定

- 病名診療科とカルテ診療科が同じ

・難病外来指導管理料１

対象の傷病名が以下条件で登録されている場合で、診療日から過去１ヶ月以内に初診料が算定されていない場合に月１回算定

- 病名診療科とカルテ診療科が同じ
- 有効な傷病名が２件の場合：対象の傷病名が主病設定されている場合のみ

- **デジカル標準機能で自動算定する項目**

自動算定項目	算定条件
乳幼児加算（初診）	6 歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合に算定
乳幼児加算（再診）	6 歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合に算定
外来管理加算	再診で外来管理加算を算定できない診療行為が入力されていない場合に算定
処方料（その他）	院内処方の場合に算定
処方料（向精神薬多剤投与）	抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、向精神薬が 3 種類以上院内処方されている場合に算定
調剤料（内服薬・浸煎薬・屯服薬）	内服薬の院内処方がある場合に算定
調剤料（外用薬）	外用薬の院内処方がある場合に算定
乳幼児加算(処方料)	3 歳未満の乳幼児に院内処方した場合に算定
処方料(7 種類以上内服薬)	内服薬が7種類以上院内処方されている場合に算定
薬剤料逓減（7 種類以上の院内処方）	7 種類以上の内服薬・頓服薬が院内処方されている場合（臨時投薬を除く）に算定
特定疾患処方管理加算（処方料）	特定の傷病名が以下条件で登録されている場合で、28 日以上の院内処方を行った場合に算定 ・病名診療科とカルテ診療科が同じ ・有効な傷病名が2件の場合：主病が設定されている場合のみ ・有効な傷病名が1件の場合　：主病が設定有無に関わらず 注）特定疾患に対する処方でなくても自動算定される 　　頓服薬・外用薬は自動算定されません。
麻薬等加算(処方料)	麻薬・向精神薬・覚せい剤原料・向精神薬を院内処方した場合に算定

自動算定項目	算定条件
麻薬等加算(調剤料)(入院外)	麻薬・向精神薬・覚せい剤原料・向精神薬を院内処方した場合に算定
乳幼児加算（静脈内注射）(点滴注射)	６歳未満の乳幼児に対して行った場合
乳幼児加算/幼児加算（処置）	特定の処置について、年齢条件を満たす場合に算定
乳幼児加算/幼児加算（手術・麻酔）	特定の手術について、年齢条件を満たす場合に算定
尿・糞便等検査判断料	判断料が算定できる検査・撮影を実施する場合に算定
血液学的検査判断料	判断料が算定できる検査・撮影を実施する場合に算定
生化学的検査（１）判断料	判断料が算定できる検査・撮影を実施する場合に算定
生化学的検査（２）判断料	判断料が算定できる検査・撮影を実施する場合に算定
免疫学的検査判断料	判断料が算定できる検査・撮影を実施する場合に算定
微生物学的検査判断料	判断料が算定できる検査・撮影を実施する場合に算定
呼吸機能検査等判断料	判断料が算定できる検査・撮影を実施する場合に算定
脳波検査判断料２	判断料が算定できる検査・撮影を実施する場合に算定
神経・筋検査判断料	判断料が算定できる検査・撮影を実施する場合に算定
ラジオ・アイソトープ検査判断料	判断料が算定できる検査・撮影を実施する場合に算定
遺伝子関連・染色体検査判断料	判断料が算定できる検査・撮影を実施する場合に算定

自動算定項目	算定条件
病理判断料	判断料が算定できる検査・撮影を実施する場合に算定
B-V	血液採取を伴う検体検査がある場合に算定
乳幼児加算(血液採取)	６歳未満の乳幼児に対して行った場合
新生児加算/乳幼児加算（生体検査）	特定の生体検査について、年齢条件を満たす場合に算定
検査逓減	生体検査が、月２回以上算定されている場合に算定
乳幼児加算/幼児加算（画像診断）	特定の画像診断について、年齢条件を満たす場合に算定
核医学診断（E101-2～E101-5）	判断料が算定できる検査・撮影を実施する場合に算定
核医学診断（それ以外）	判断料が算定できる検査・撮影を実施する場合に算定
コンピュータ断層診断	判断料が算定できる検査・撮影を実施する場合に算定
２回目以降減算(CT、MRI)	撮影料（CT/MRI）が、月２回以上算定されている場合に算定
処方箋料(リフィル以外・その他)	院外処方がある場合に算定
処方箋料(リフィル処方箋・その他)	院外処方があって、「リフィル可」コメントが入力されている場合に算定
処方箋料(リフィル以外・向精神薬多剤投与)	抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、向精神薬が３種類以上院外処方されている場合に算定
処方箋料(リフィル処方箋・向精神薬多剤投与)	抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、向精神薬が３種類以上院外処方されていて、「リフィル可」コメントが入力されている場合に算定
処方せん（乳幼児）加算	３歳未満の乳幼児に院外処方した場合に算定

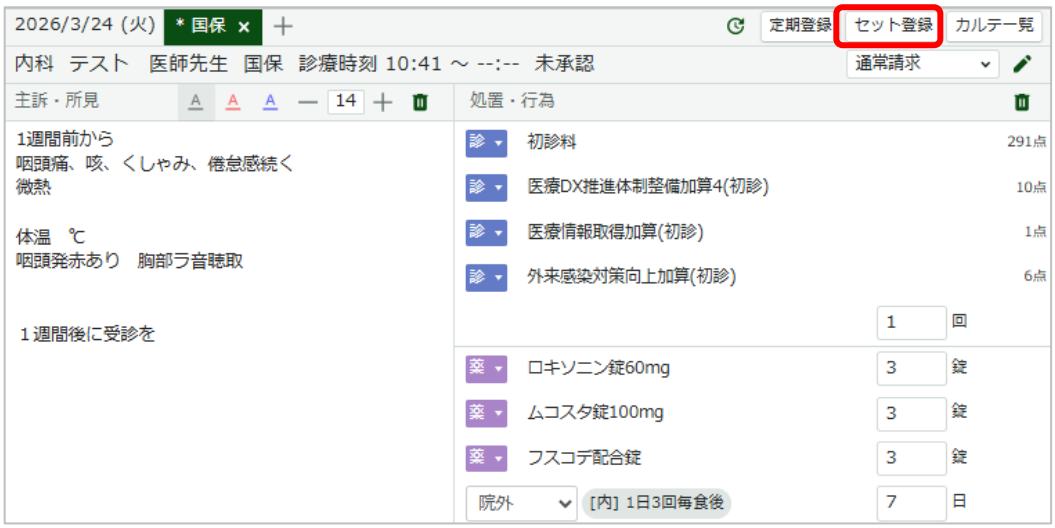
自動算定項目	算定条件
処方箋料(リフィル以外・７種類以上内服薬)	内服薬が７種類以上院外処方されている場合（臨時投薬を除く）に算定
処方箋料(リフィル処方箋・７種類以上内服薬)	内服薬が７種類以上院外処方されていて（臨時投薬を除く）、「リフィル可」コメントが入力されている場合に算定
一般名処方加算１、２	一般名処方を含む院外処方がある場合に算定
通院・在宅精神療法（２０歳未満）加算	20 歳未満の患者（初診から 1 年以内）に通院・在宅精神療法を行った場合に算定
特定疾患処方管理加算（処方箋料）	特定の傷病名が以下条件で登録されている場合で、28 日以上の院外処方を行った場合に算定 ※リフィル処方箋で合計 28 日以上になる場合も含む ・病名診療科とカルテ診療科が同じ ・有効な傷病名が２件の場合：主病が設定されている場合のみ ・有効な傷病名が１件の場合：主病が設定有無に関わらず
外来管理加算（労災）	労災（労災準拠自賠責）の再診で外来管理加算の算定基準を満たす場合に算定
外来管理加算（読み替え加算）	労災（労災準拠自賠責）の再診で外来管理加算の算定基準を満たす場合に算定
その他の年齢加算（乳幼児・幼児）	各診療行為で年齢加算が算定できる項目を入力した場合に年齢加算を算定

④ セット登録

➢ セット登録

よく使う診療内容をセット登録します。
主訴所見、処置行為、傷病名をあわせたセットが登録可能です。

(1) セットにしたい診療内容をカルテ編集欄に入力します。入力したら[セット登録]ボタンをクリックします



(2) セット名を入力し、格納するフォルダを選択します。

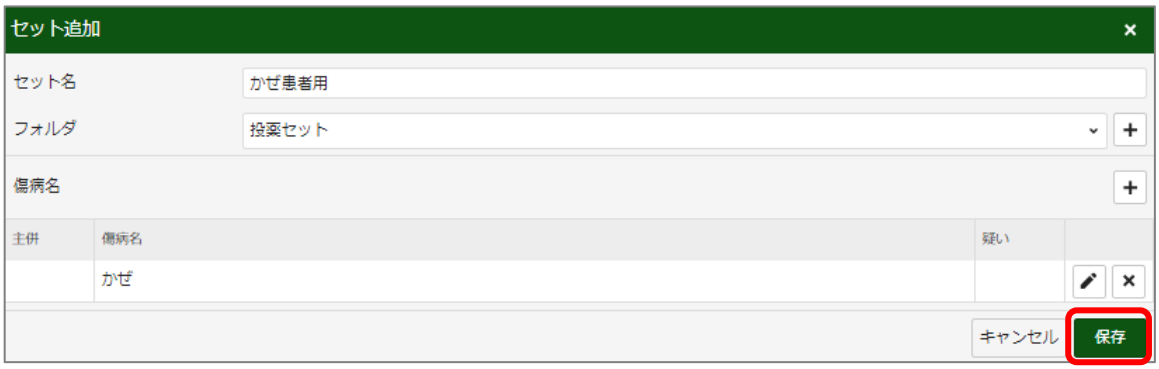


※ 新しいフォルダを作る場合、追加ボタンをクリックするとフォルダを追加できます。
「親フォルダ」を指定すると、選択した親フォルダの中に該当フォルダが作成されます。
（例）「内科セット」フォルダの中に「投薬」フォルダが表示され、「投薬」フォルダの中にセットが表示されます

⑶ 傷病名もセット登録したい場合は［＋］ボタンをおして傷病名を検索し登録します。



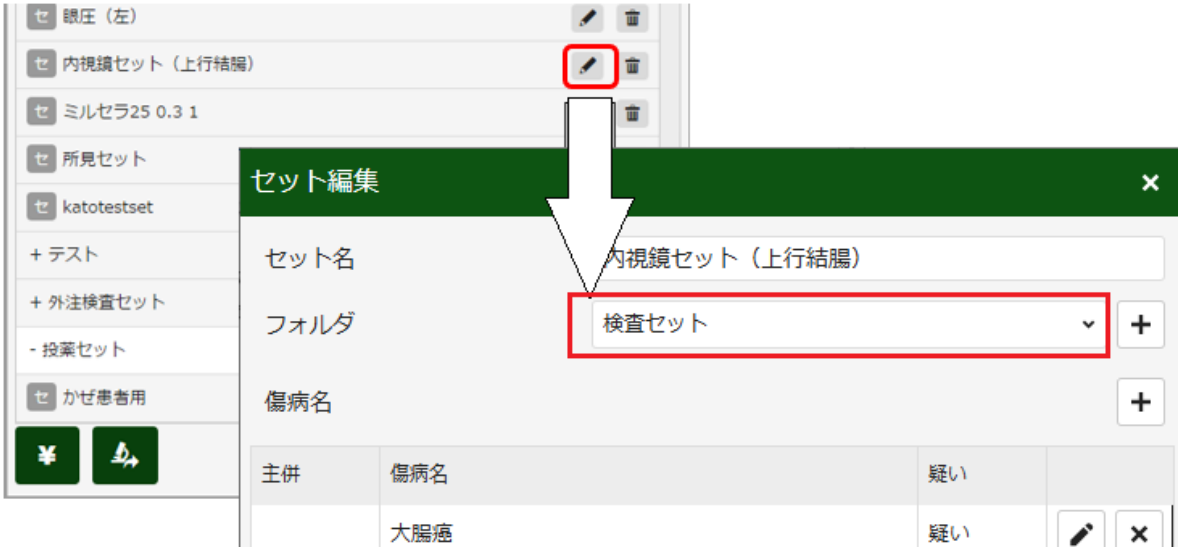
⑷ ［保存］ボタンをクリックします。



⑸ セットタブの先頭に追加されます。
フォルダやセットの先頭に表示される ⠿ の部分をドラッグ＆ドロップすることで並び替えが可能です。



（参考）登録済みのセットをフォルダに格納したいときは、セットの編集ボタンをクリックして格納したいフォルダを選択します。

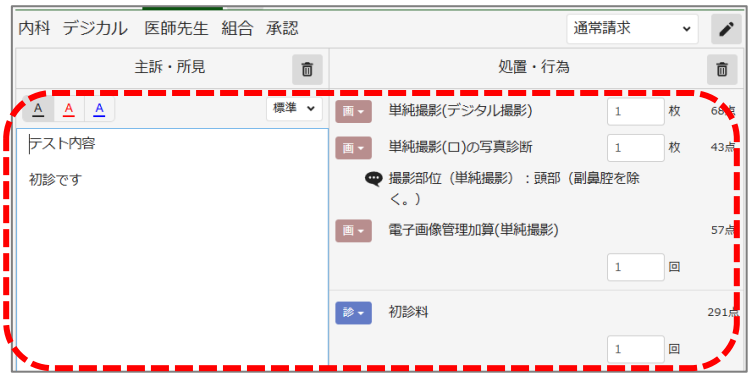


➢　セット編集

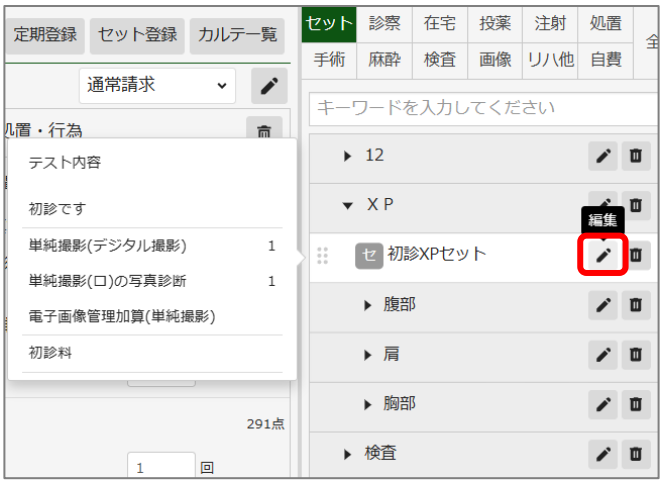
セット登録の上書き編集ができます。

主訴所見、処置行為、傷病名をあわせたセット編集が可能です。

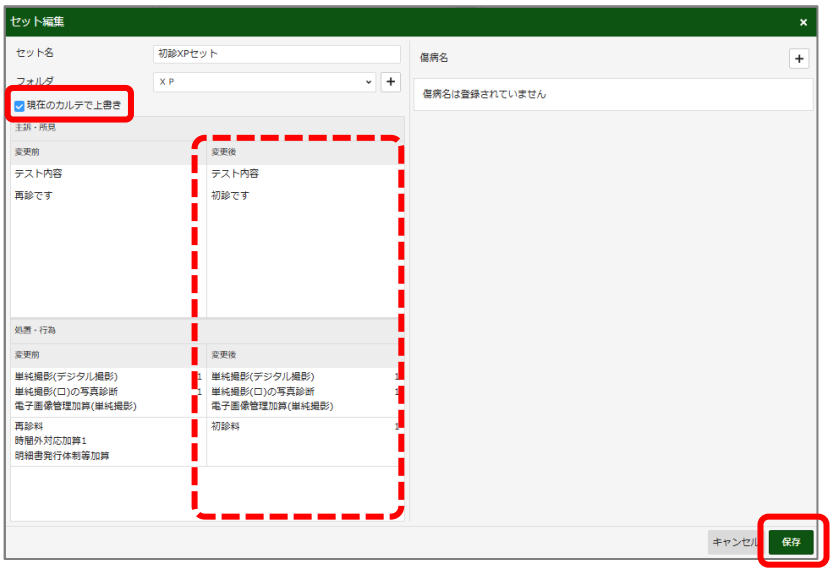
(1) 編集後の内容を主訴所見、処置行為欄に入力します。



(2) セットタブから該当セットの［編集］ボタンをクリックします。



⑶ 「現在のカルテで上書き」にレ点を入れ、［保存］ボタンをクリックします
※必要に応じてセット名やフォルダを修正してください



⑤ 定期登録

以下の場合に使用する機能です

- 定期的に同じ薬を処方する患者様について、患者様専用のセットを作成する
- 次回来院時（日時予約なし）のカルテを事前に作成しておく
- 定期的に同じ検査を実施する場合に、定期的に画面に表示されるようにする
- ○か月後に実施する予約カルテとして作成しておく

➢ 作成手順

⑴ カルテ画面で定期診療として使用したい診療内容・主訴所見を入力します

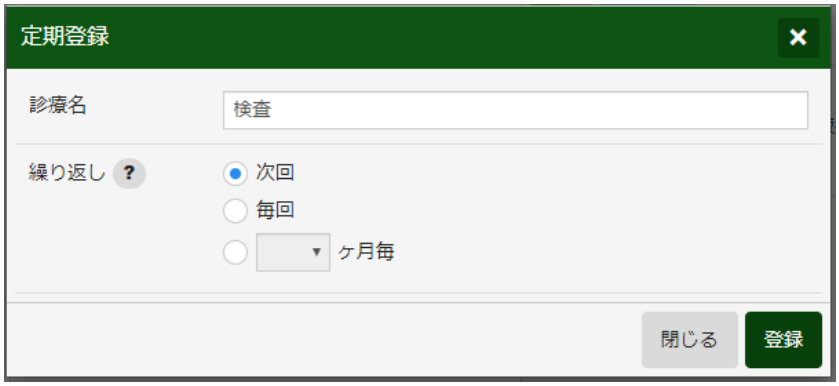
⑵ 画面上部の［定期登録］をクリックします



⑶ セット名、繰り返しを設定して［登録］を押します

定期診療（画面右下）に表示される頻度を設定できます。

- ✓ 次回：登録した翌日以降の診察時に表示します
- ✓ 毎回：カルテを開くたびに毎回表示します
- ✓ ○ヶ月毎：登録した月から○ヶ月経過後　または、定期カルテの処置行為を含むカルテから○ヶ月経過後に表示します



➢ カルテへの入力

以下のいずれかで行います

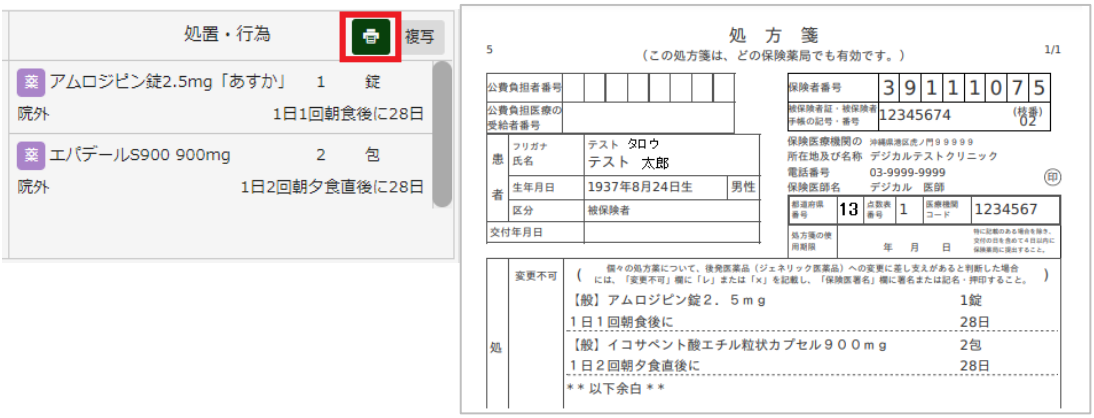
- ✓ 画面右下の定期診療より該当の診療名をクリックするとカルテに入力できます。



- ✓ 定期タブより該当の診療名を選択し、「複写」もしくはグループをクリックしてカルテに入力できます。



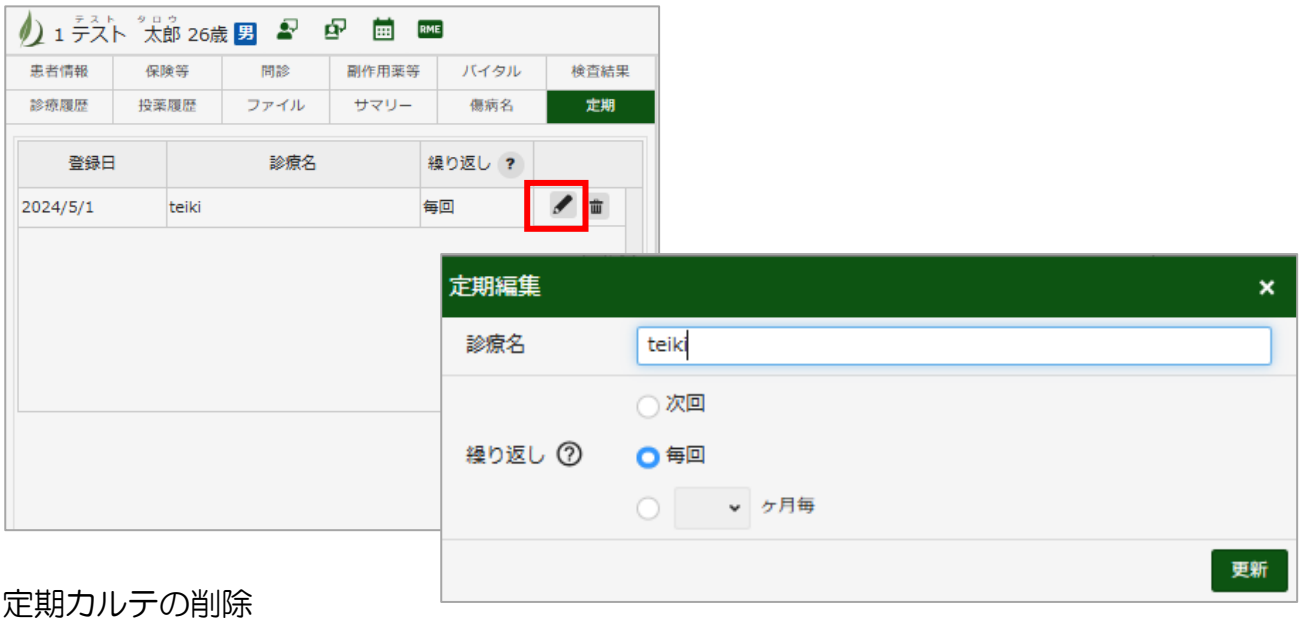
※　定期タブからは、交付年月日空欄の処方箋を印刷することができます。



➢　定期カルテの編集

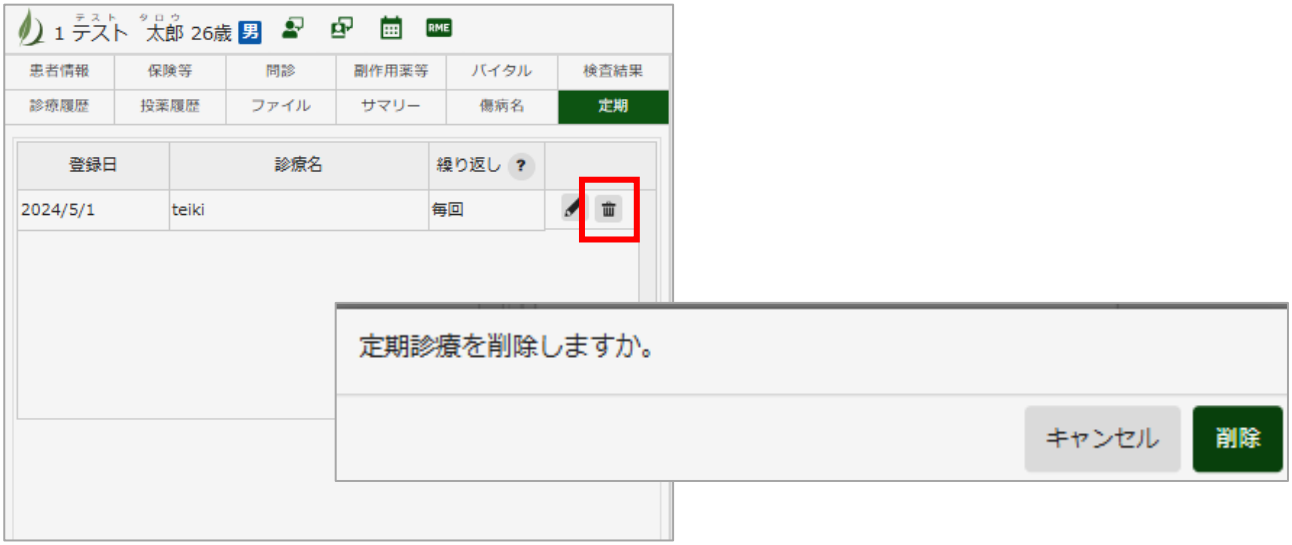
定期タブより、該当の定期カルテの編集ボタンをクリックします。

タイトルと繰り返し頻度が変更できます。



➢　定期カルテの削除

定期タブより、該当の定期カルテの削除ボタンをクリックします。



⑥ 算定チェック

- 支払基金公表の「電子点数表」に基づくチェック

チェック内容	チェック条件
1回の診療で同時算定不可チェック	1回の診療で同時に算定できない診療行為が入力された場合は警告を表示する 例）時間外加算（再診）（入院外） 　　休日加算（再診）（入院外）
1日の診療で同時算定不可チェック	1日の診療で同時に算定できない診療行為が入力された場合は警告を表示する 例）時間外加算（再診）（入院外） 　　在宅患者訪問診療料(1)1(同一建物居住者以外)
1週間の診療で同時算定不可チェック	1週間の診療で同時に算定できない診療行為が入力された場合は警告を表示する 例）ANP 　　NT-proBNP
1月の診療で同時算定不可チェック	1月の診療で同時に算定できない診療行為が入力された場合は警告を表示する 例）初診 　　生活習慣病管理料1(高血圧症を主病)
算定回数上限チェック	指定された上限内で算定可能な上限回数を超えて項目を入力した場合は警告を表示する 例）薬剤情報提供料を月1回以上算定した場合 ※処方内容が変更となった場合は算定できるが、チェックはかかる
注加算項目チェック	注加算項目が親項目と一緒に入力されていない場合は警告を表示する 例）往診 　　緊急往診加算 　　別グループで入力していた場合
年齢チェック	診療行為に設定された上下年齢の範囲外の場合は警告表示をする
外来管理加算チェック	外来管理加算が算定できない条件の場合は警告を表示する 例）再診、同日再診を算定していない場合 　　生体検査など、外来管理加算が算定できない診療行為が入力されていた場合
%加減算診療行為項目チェック	%加減算により点数が計算される診療行為が親項目と一緒に入力されていない場合は警告を表示する 　休日加算2（手術）、3歳未満の乳幼児加算（手術）等

チェック内容	チェック条件
初診に対する傷病名登録チェック	初診が算定されていて、開始日が同じ日の傷病名が存在しない場合は警告を表示する
検査・撮影料逓減に対する入力チェック	検査・撮影料の逓減の診療行為が、正しい場所に入力されていない場合は、警告を表示する
被包括対象項目に対する入力チェック	被包括項目が入力されていた場合にアラート（青い¥マーク）を表示する 例：小児科外来診療料を入力 被包括となる項目（検査、処方など）を入力していた場合にチェック表示 ※青い「¥」マークをクリックして算定するを選択することで点数の算定が可能
選択式コメントの未入力チェック	カルテに入力されている診療行為・汎用検査・会社検査に対して、選択式コメントが紐付けられているが、該当コメントが入力されていない場合は警告を表示する 診療行為と選択式コメントの紐付けは、基金マスタ「コメント関連マスタ」の情報に従う。

➢ その他のチェック

チェック内容	チェック条件
コメント入力形式チェック	カルテに入力されているコメントについて、コメントパターンに応じて正しい入力形式であるかをチェックする https://digikar.zendesk.com/hc/ja/articles/42676019541273
3 ヶ月、6 ヶ月の診療で同時算定不可チェック	3 ヶ月、6 ヶ月の診療で同時に算定できない診療行為が入力された場合は警告を表示する 例）生活習慣病管理料１→生活習慣病管理料２の場合６ヶ月
特定薬剤治療管理料 1 と B-V の同時算定チェック	1 回の診療で下記項目と B-V が入力されていた場合は警告を表示する ・特定薬剤治療管理料 1 ・特定薬剤治療管理料 1(第 4 月目以降) ・特定薬剤治療管理料 1(ジギタリス製剤の急速飽和) ・特定薬剤治療管理料 1(抗てんかん剤注射精密管理)

チェック内容	チェック条件
一般名処方加算 1.2 の算定チェック	支払基金の医薬品マスタに設定された一般名マスタから、カルテ内の処方内容と一般名処方加算 1.2 の算定が正しくない場合は警告を表示する ①一般名処方加算１の算定基準を満たしていません。(加算２が算定可) ②一般名処方加算２の算定基準を満たしていません。(加算１が算定可) ③一般名処方加算１の算定基準を満たしていません。 ④一般名処方加算２の算定基準を満たしていません。
管理料に対して対象傷病名の登録チェック	・皮膚科特定疾患指導管理料（１）（２） ・特定疾患療養管理料（診療所） ・特定疾患処方管理加算 ・てんかん指導料 が算定されているのに、対象疾患が傷病名登録されていない場合は警告を表示する ※特定疾患は主病である必要がある ※診察日が 2024 年６月１日以降のカルテのみチェックする
コレステロール検査の重複算定チェック	同一カルテで３種のコレステロール検査が算定されている場合に警告を表示する ＬＤＬ－コレステロール ＨＤＬ－コレステロール Ｔｃｈｏ（総コレステロール）
診察料の重複算定チェック	初診料と再診料、その他初再診と同時算定できない診療料が重複算定されている場合に警告を表示する
小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料の処方チェック	・施設管理＜医療機関情報＜院内・院外が「院外」の場合 臨時的に院内処方を行った場合で、選択式コメントが入力されていない場合に警告を表示する ・施設管理＜医療機関情報＜院内・院外が「院内」の場合 同一月に「(処方箋を交付)」と「(処方箋を交付しない)」が混在する場合に警告を表示する

⑦ 処方監査（オプション）

以下の機能があります

- 処方監査（相互作用チェック等）
- 処方監査をレベルによって非表示にする機能
- 用量の体重換算
- 薬剤情報の表示
- 医薬品、診療行為の適応症チェック
- 適応症から医薬品を検索する

➢ 処方監査機能

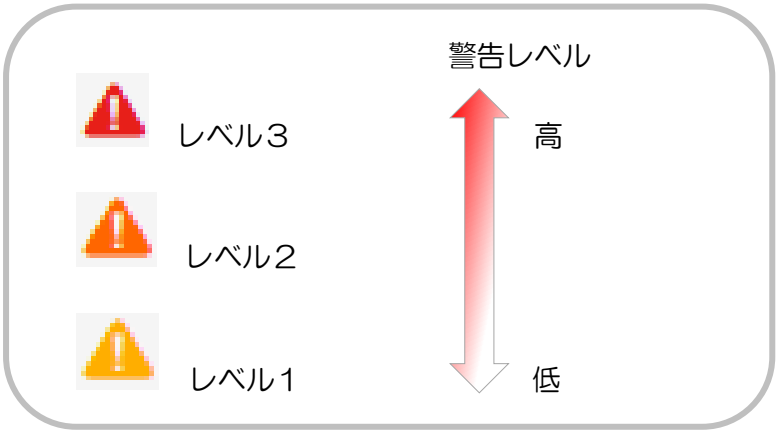
入力した医薬品に対して相互作用、禁忌等の確認すべき内容がある場合「！」マークを表示します。

入力した医薬品に対して適応症が入力されていない場合「適」マークを表示します。

「！」または「適」マークをクリックするとチェック内容を確認できます。



「！」マークは警告レベルによって３段階に分けて表示します



レベル２以上の警告がある場合は、カルテ保存時に警告一覧画面を表示します。
（施設管理ーその他設定にて表示しないようにすることも可能です）



処方監査には以下の種類があります

- ✓ 適応病名チェック
  入力した医薬品や診療行為に対する適応病名がついていない場合に「適」マークを表示します。
- ✓ 副作用チェック
  入力した医薬品が「副作用薬等」タブに登録されている副作用薬と同一成分である場合にレベル３の！マークを表示します。
- ✓ 相互作用チェック
  入力した医薬品同士や、入力した医薬品と副作用薬等タブに登録されている「常用薬」に相互作用がある場合、内容によってレベル１～３の！マークを表示します。

レベル	内容
３	禁忌・原則禁止
２	相対禁止・希望禁止
１	慎重投与・注意

- ✓ 禁忌病名チェック
  入力した医薬品が患者様に登録されている傷病名・既往歴に対して禁忌である場合、内容によってレベル１～３の！マークを表示します。

レベル	内容
３	禁忌・原則禁止
２	相対禁止・希望禁止
１	慎重投与・注意

- ✓ 最大投与量チェック
  最大投与量を超えて処方されている場合にレベル３の！マークを表示します。
- ✓ 長期制限チェック
  投与日数の制限を超えて処方されている場合にレベル２の！マークを表示します。

➢　処方監査の無効化

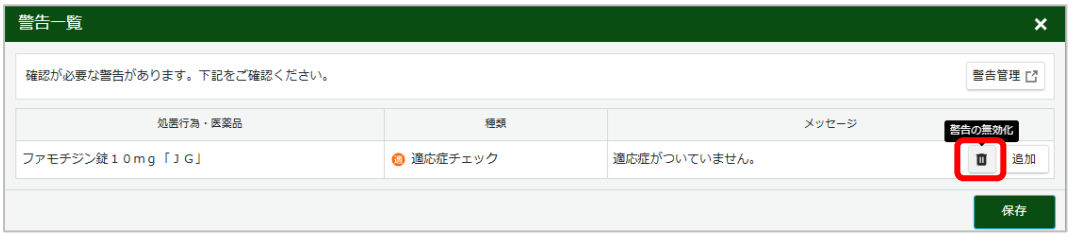
カルテ画面・要確認レセプト一覧にて表示される処方監査の警告を表示させたくない場合、個別に非表示に設定できます。

✓　適応症チェックの無効化

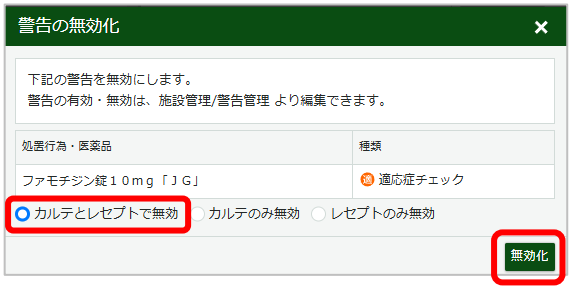


(1) 警告一覧で削除ボタン（警告の無効化）をクリックします





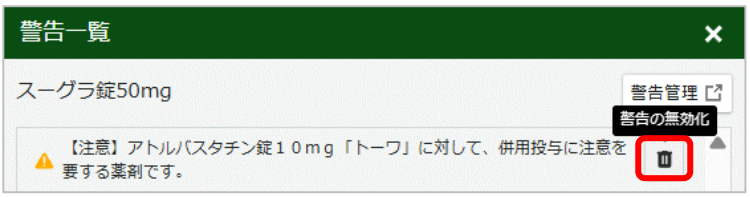
(2) どの画面で非表示にするかを選択して［無効化］ボタンをクリックします



- カルテとレセプトで無効：カルテ画面と要確認レセプト一覧で非表示となります
- カルテのみ無効：カルテ画面のみ非表示となります
- レセプトのみ無効：要確認レセプト一覧のみ非表示となります

✓　その他のチェック無効化

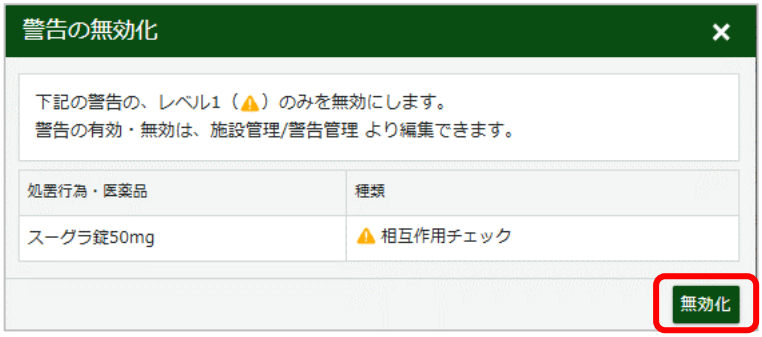
(1) 警告一覧で削除ボタン（警告の無効化）をクリックします



(2)　［無効化］ボタンをクリックします。

相互作用チェック、禁忌病名チェックは、レベルごとの設定となります。

以下の例では、該当医薬品のレベル１の相互作用チェックが無効となります。



➢　警告管理

無効化した処方監査については、施設管理＞警告管理タブより確認、修正が行えます。

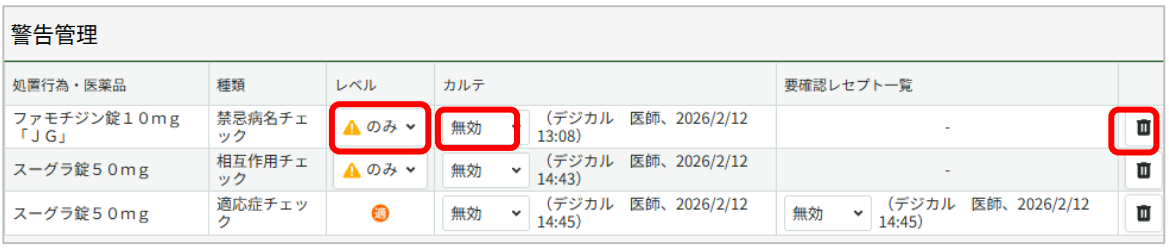
(1) 受付画面で利用者名をクリックすると表示されるプルダウンの「施設管理」をクリックします。



(2)　「警告管理」をクリックします



⑶ 適応症チェックについて、カルテ、要確認レセプト一覧それぞれで有効、無効を再設定できます。
初期値に戻す（全てのチェックを行う）場合は、削除ボタンをクリックしてください

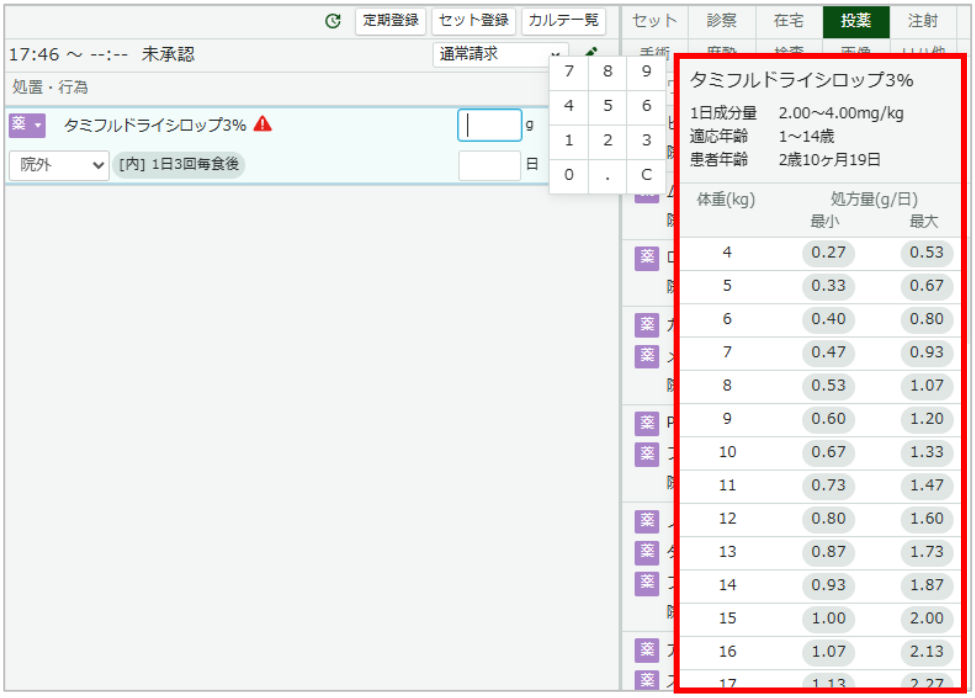


相互作用チェック、禁忌病名チェックは、どのレベルから無効にするか設定できます。
以下の例では、「レベル３以下」とした場合は該当医薬品の全ての相互作用チェックが非表示になります



➢ 体重換算表からの用量入力
添付文書に体重別処方量が記載されている医薬品を処方する際に、薬剤情報に記載されている体重別の処方量一覧(最小・最大量)を表示します

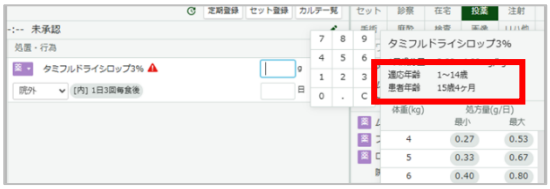
⑴ 薬剤を入力後処方量の入力欄をクリックすると、体重別の処方量一覧(体重毎の最小・最大量)が表示されます



⑵ 処方したい量をクリックすると、選択した数値が処方量の欄に入力されます。
（処方欄に直接数字を入力することも可能です。）
※表の外をクリックすると表が閉じます。もう一度表示させたい場合は、再度処方量の入力欄をクリックしてください。

＜体重換算補足＞

- ✓ データインデックス株式会社が提供する医薬品情報データベースの情報に基づいて表示しており、体重別処方量のデータがある医薬品についてのみ表示されます。
- ✓ 年齢に拘らず全ての患者様に一覧表を表示します。
一覧表の上部に適応年齢と患者様の年齢を表示します。



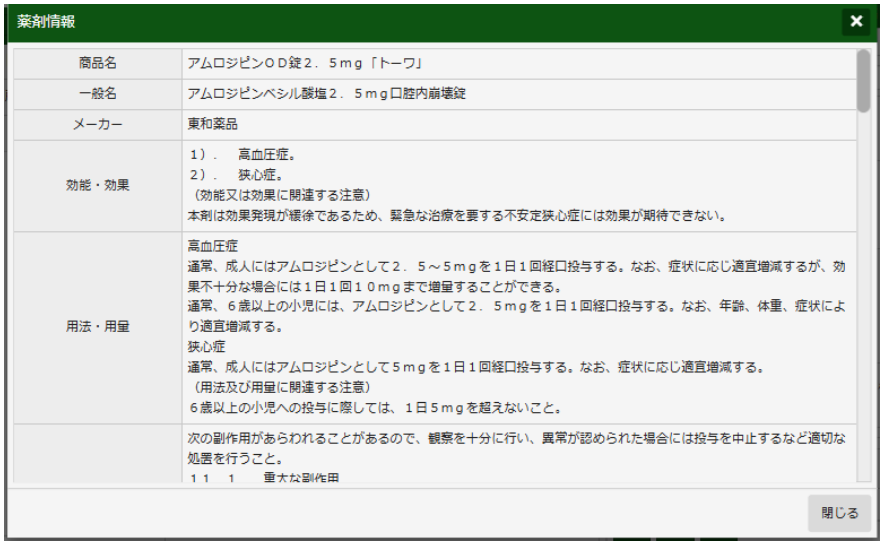
- ✓ 乳児(1 歳未満)は体重 0.5kg 単位、１歳以上は 1kg 単位で表示します

➢ 薬剤情報表示機能
薬剤に関する詳細情報を表示します

⑴ 入力した薬の「薬」マークをクリックし、「詳細情報」をクリックします。



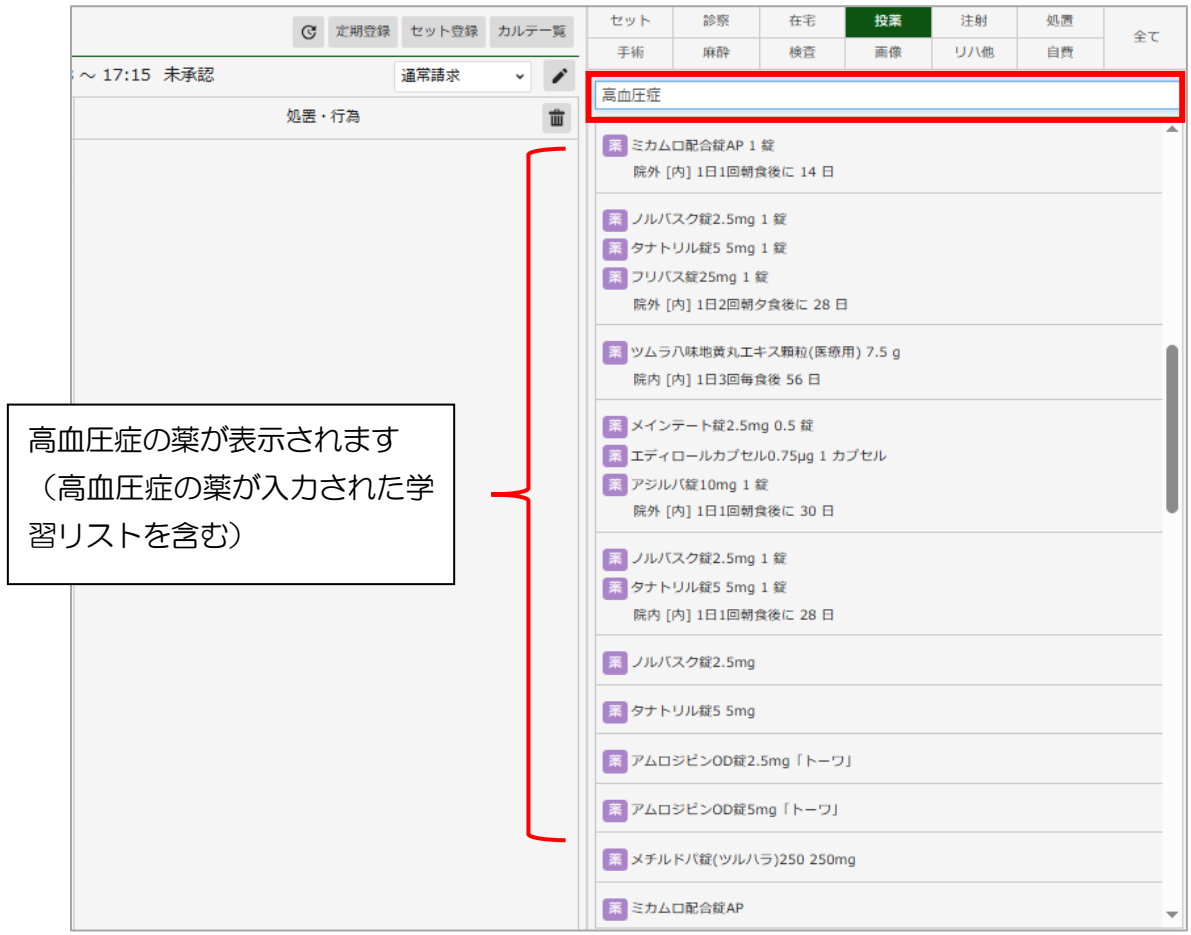
⑵ 薬剤情報が表示されます。



➢　病名からの処方薬検索機能

投薬タブにて検索キーワードに傷病名を入力すると、該当病名に対する医薬品を検索することができます

（例）投薬タブで「高血圧症」と入力すると、高血圧症を適応症にもつ医薬品が表示されます



3. 処方

① 用法・用量登録

➢ 処方の入力手順

(1) 処方する薬剤を入力します。



(2) 数量（1 日量）を入力します。



(3) 「用法を選択してください」をクリックして用法を選択し、日数を入力します。



POINT！

同じ処方内に追加で薬剤を入力する場合は、
処方をクリックして（水色の状態にして）から医薬品を入力します

➢ 内服・頓服・外用の用法の区分について

用法は以下の条件にて分類されます。
※複数の条件に該当する場合は、外用⇒内服⇒頓服の優先順位で分類します。

	チェックボックス	条件		
内服	1回	用法に「1日」という文字が含まれているかつ 用法に「1回」という文字が含まれているかつ 用法に「朝」「昼」「夕」「夜」「起床」「就寝」「毎」「時」のいずれかの文字が含まれている	用法に「分1」という文字が含まれている	用法に「内服」の文字が含まれている
	2回	用法に「1日」という文字が含まれているかつ 用法に「2回」という文字が含まれているかつ 用法に「朝」「昼」「夕」「夜」「起床」「就寝」「毎」「時」のいずれかの文字が含まれている	用法に「分2」という文字が含まれている	
	3回	用法に「1日」という文字が含まれているかつ 用法に「3回」という文字が含まれているかつ 用法に「朝」「昼」「夕」「夜」「起床」「就寝」「毎」「時」のいずれかの文字が含まれている	用法に「分3」という文字が含まれている	
	4回以上	用法に「1日」という文字が含まれているかつ 用法に「4回」（4回以上全て）のいずれかの文字が含まれている かつ 用法に「朝」「昼」「夕」「夜」「起床」「就寝」「毎」「時」のいずれかの文字が含まれている	用法に「分4（4以上全て)」という文字が含まれている	

	チェックボックス	条件	
頓服	頓服	用法に「時に」もしくは「時」もしくは「ときに」もしくは「とき」という文字が含まれている	用法に「頓服」「屯用」のいずれかの文字が含まれている
外用・その他	外用・内用滴剤・その他	用法に「外用」「吸入」「耳」「鼻」「目」「枚」「左」「右」のいずれかの文字が含まれている	上記以外の用法全て（用法なしを含む）

- 一括日数変更
  複数の医薬品グループが入力されていた場合、すべてのグループの投薬日数を一括変更することができます

(1) 1 つのグループで投薬日数を変更し、[一括反映] をクリックします



(2) 全てのグループの日数が変更となります



② 紙の処方箋発行

(1) 印刷ボタンから「院外処方箋」をクリックします。



(2) 処方箋プレビューが別のタブで表示されます。ブラウザの印刷機能で印刷してください。



POINT！

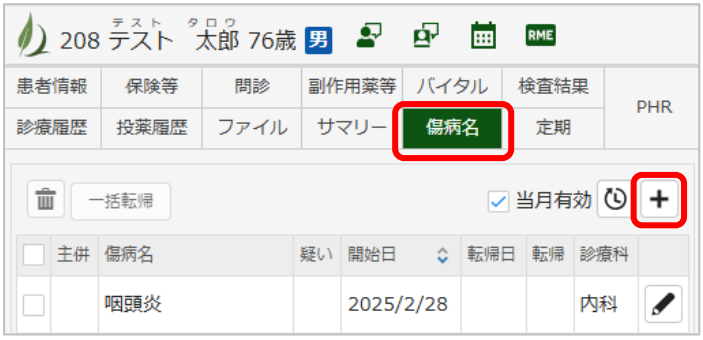
以下のような、デジカルに医薬品マスタが存在しない場合には
ファイルタブ＞文書雛形＞「白紙処方箋」をダウンロードして、
word ファイルにて処方箋を作成してください。

- 発売直後の医薬品
- 自費薬（バイアグラ、プロペシア等）

4. 傷病名

① 登録

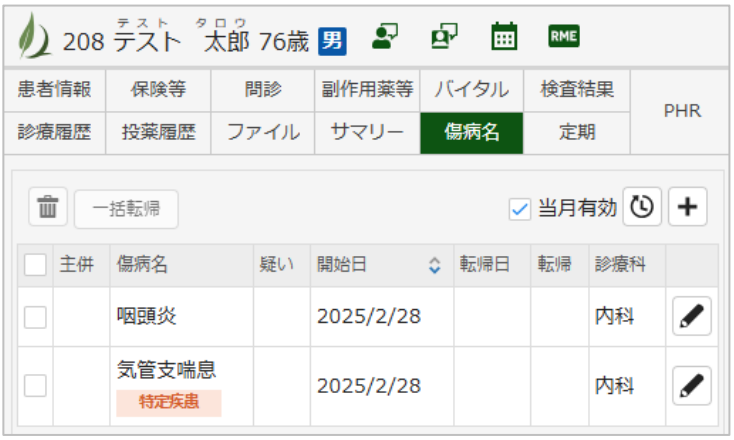
(1) 「傷病名」タブを選択して、[＋] ボタンをクリックします。



(2) 傷病名新規登録画面が表示されます。
キーワードを入力又は学習リストから選択して［確定］又は［主病］又は［疑い］をクリックします。



(3) 傷病名が登録されます



✓ 病名入力時にカルテを開いている場合、病名開始日はカルテの診療日になります
カルテを開いていない場合、病名開始日は入力日になります

✓ 特定疾患療養管理料、皮膚科特定疾患指導管理料（１）（２）、てんかん指導料の対象病名にはラベルが表示されます

✓ 「当月有効」のチェックをはずすと、前月以前に転帰済の病名も表示されます

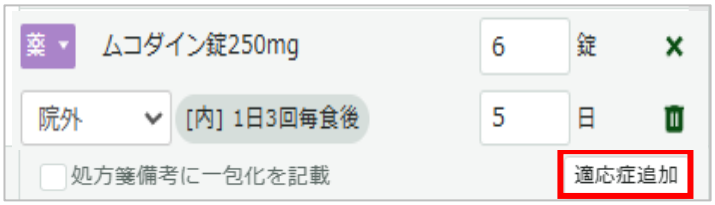
➢ 処方監査オプションからの入力

(1) 以下のいずれかで適応症画面をひらきます

✓適応症チェックの「適」マークをクリックし、警告一覧画面で［追加］ボタンをクリックする



✓ 処置行為の右下にある［適応症追加］ボタンをクリックする



(2) 適応症画面に表示された傷病名候補の中から選択します

✓ 上部には薬剤添付文書を参照した傷病名、下部には過去に医療機関で使用されたよく使う傷病名が表示されます。

✓ 入力したい傷病名が適応症一覧にない場合は、傷病名を検索して入力します



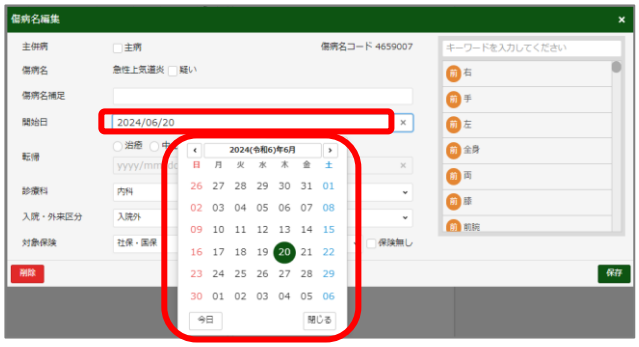
② 編集

病名の転帰、補足コメント、部位、診療科は編集画面で入力できます。
労災、自賠責、自費病名は対象保険を変更してください
また、編集画面で「傷病名コード」を確認できます

(1) 傷病名タブを開き、編集したい病名の編集ボタンをクリックします。



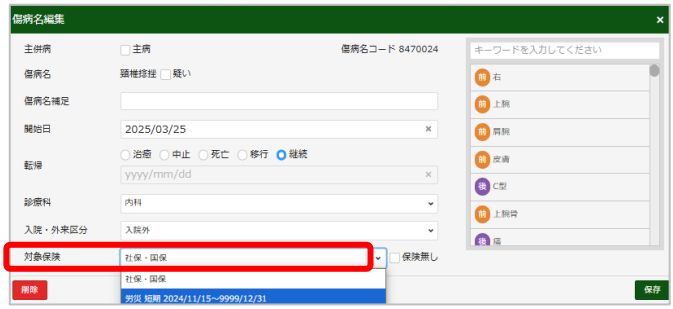
(2) 編集画面で傷病名を編集します。
※日付をクリックするとカレンダーが表示されます。



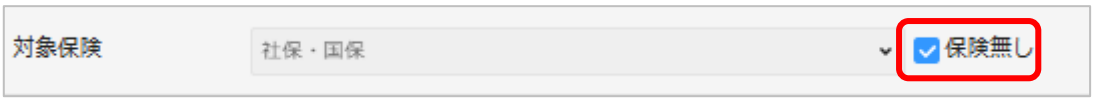
※修飾語を追加する場合はキーワード欄で検索します



※労災レセプト、自賠責レセプトに載せる病名は対象保険を変更します



※自費レセプトに載せる（保険、労災、自賠責レセプトには載せない）病名は「保険無し」にチェックをいれます



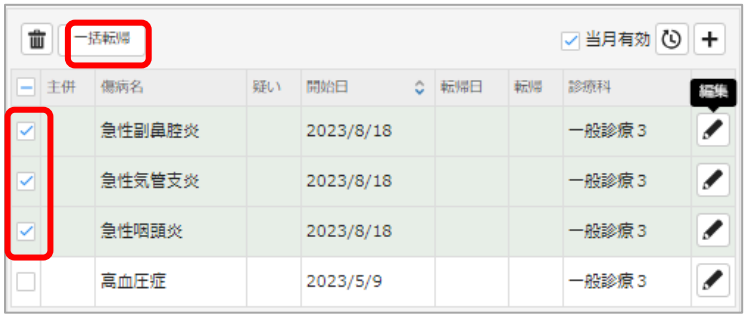
⑶ 編集が完了したら［保存］ボタンをクリックします。



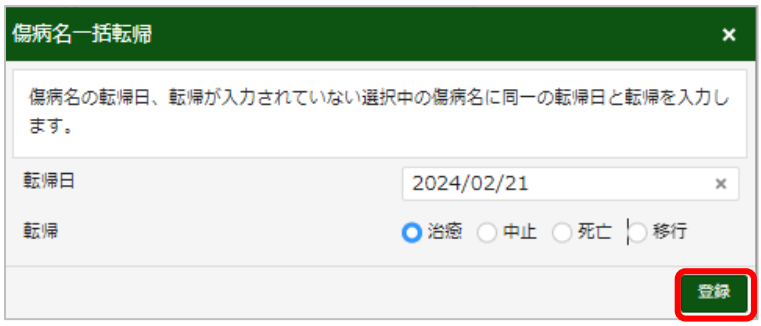
POINT！

複数の病名に対して、一括で転帰を設定することができます。

① 転帰を設定したい病名を選択し[一括転帰]をクリックします。



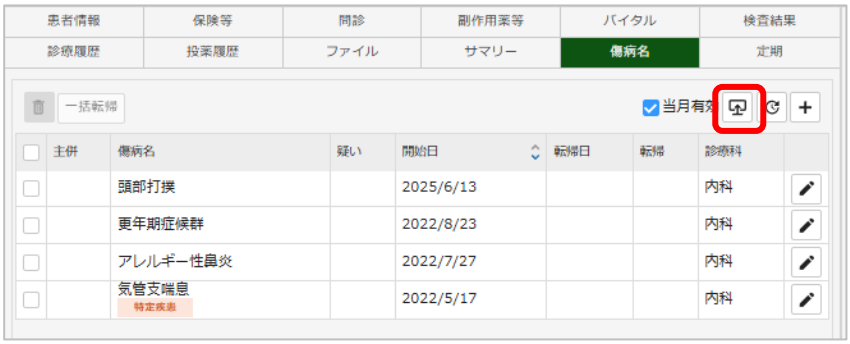
② 転帰日を入力、転帰区分を選択し［登録］をクリックします。



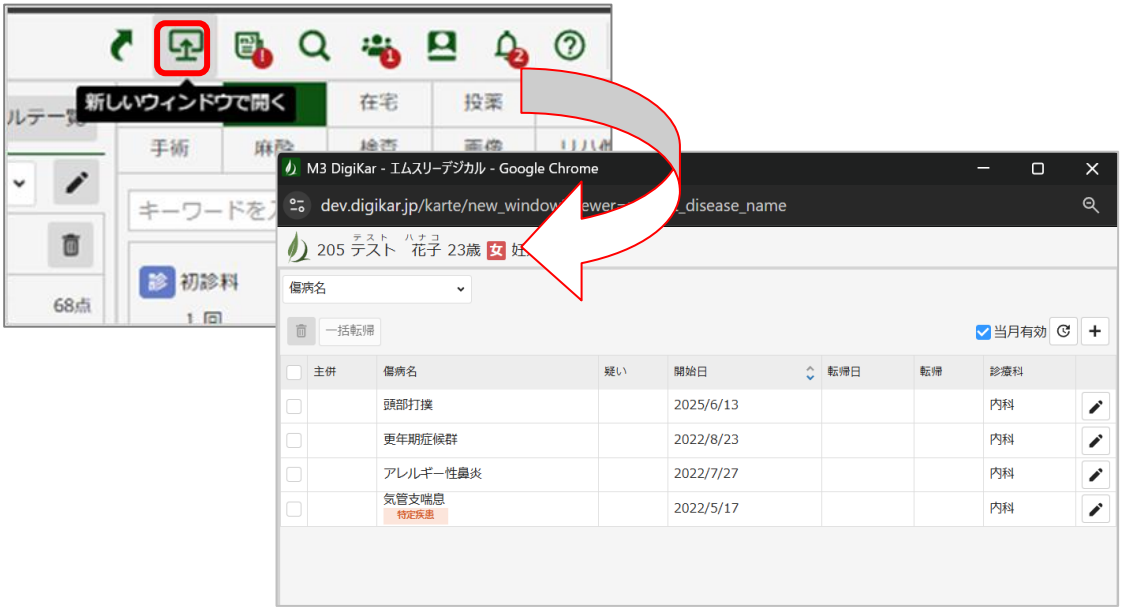
POINT！

傷病名を新しいウィンドウでひらき、傷病名を表示しながらカルテを作成することができます

傷病名画面から



カルテ右上から



- 新しいウィンドウにて傷病名の入力編集も可能です
- 次の患者様のカルテをひらくと、傷病名ウィンドウも次の患者様のデータに変わります

5. 文書等作成・追加

① 文書作成

診療情報提供書を作成、印刷、保存できます。

➢ 文書の作成

(1) 文書を作成したい患者様の診察画面を開き、患者情報エリアの「ファイル」をクリックします。



(2) ［文書作成］ボタンをクリックします。プルダウンで表示される「①診療情報提供書」をクリックします。



(3) 診療情報提供書に必要な情報を入力します

- ✓ 紹介元医療機関名、住所等は、施設管理画面の医療機関情報より自動で入力されます
- ✓ 患者名、患者住所等は、登録済の患者情報より自動で入力されます
- ✓ 傷病名は、該当患者様に登録されている傷病名が自動で入力されます
- ✓ 検査結果は、該当患者様に登録されている最新日付の検査結果が自動で入力されます
- ✓ 現在の処方は、該当患者様に登録されている最新日付のカルテに登録された処方内容が自動で入力されます



⑷ ［作成］ボタンをクリックします



⑸ 診療情報提供書が PDF ファイルで作成され、別タブで表示されます。必要に応じて印刷等を行います。

⑹ ファイルタブに自動で PDF ファイルが保存されます

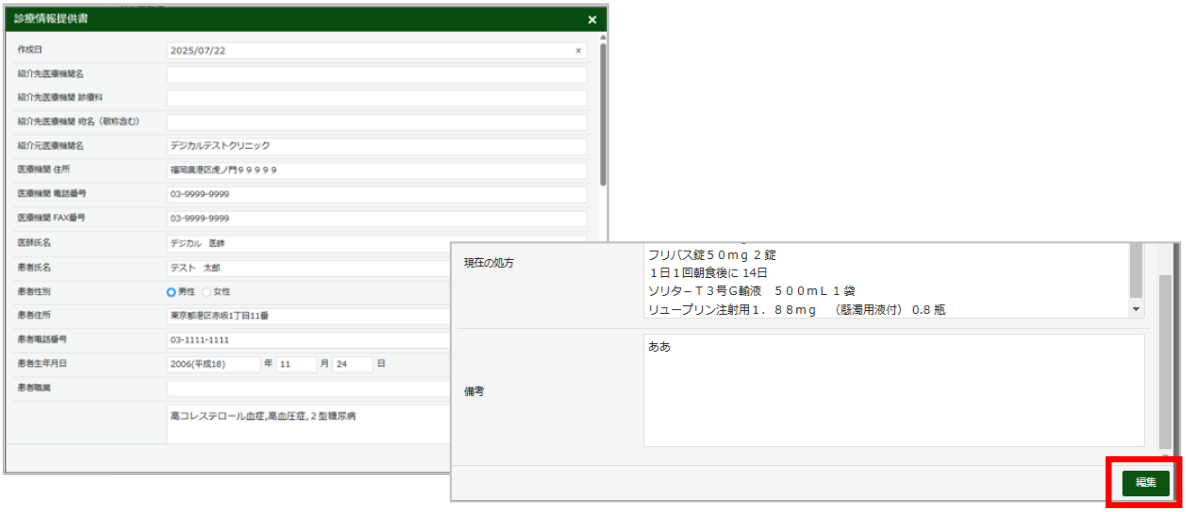


➢ 文書の編集

⑴ 鉛筆マーク（編集）をクリックし、「文書編集」をクリックします



⑵ 編集が完了したら右下の［編集］ボタンをクリックすると、文書プレビューが表示されます

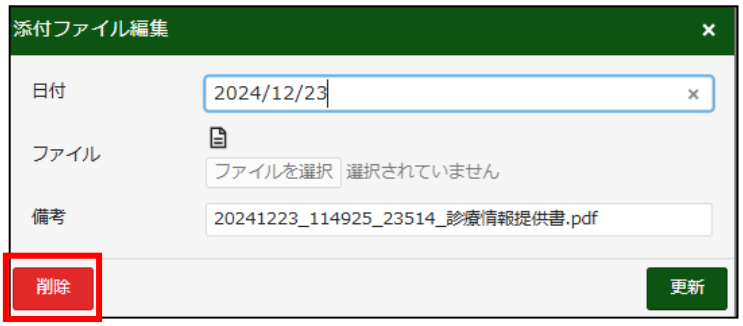


➢ 文書の削除

(1) 鉛筆マーク（編集）をクリックし、「添付ファイル編集」をクリックします



(2) ［削除］ボタンをクリックすると削除されます

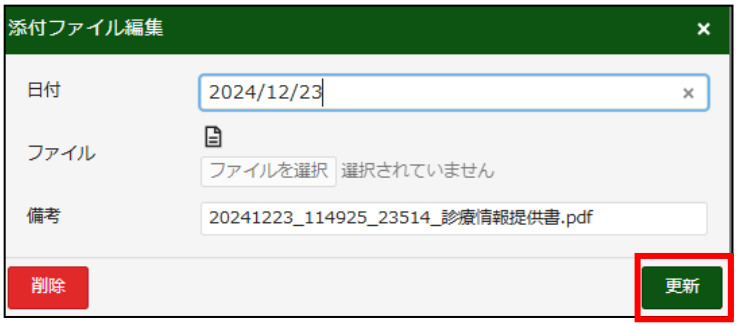


➢ 日付・備考欄の編集

(1) 鉛筆マーク（編集）をクリックし、「添付ファイル編集」をクリックします



(2) 日付、備考欄を編集し［更新］ボタンをクリックします



② 文書雛形

Office を使用して意見書等の文書が作成できます。医療機関独自の文書も追加可能です。（参考　文書雛形）

➢　文書の作成、印刷

⑴ 文書を作成したい患者様の診察画面を開き、患者情報エリアの「ファイル」をクリックします。

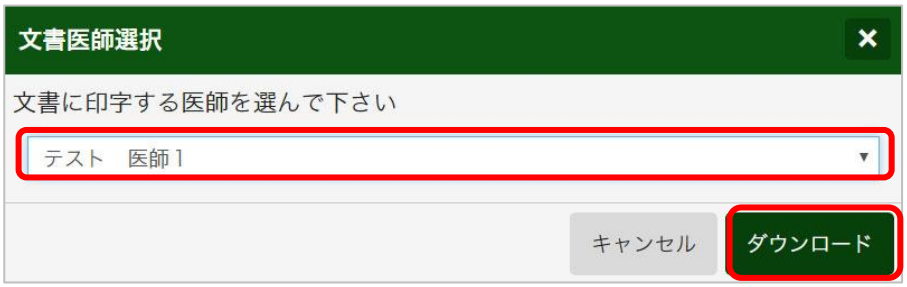


⑵ ［文書雛形］ボタンをクリックします。プルダウンで登録されている文書が表示されますので、作成したい文書を選択します。

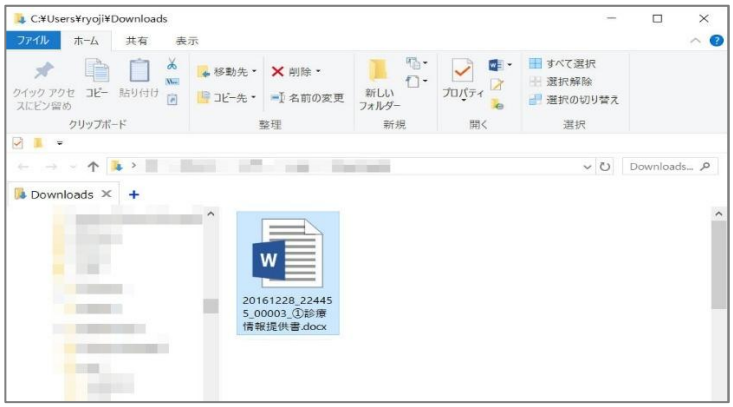


※①～⑩の番号がついている文書は、デジカルに標準で搭載されている様式です。
　医療機関独自で作成した文書を追加した場合は、①～⑩の下に表示されます。

⑶ 作成したい文書をクリックすると、「文書医師選択」ダイアログが開きます。医師をプルダウンで選択して［ダウンロード］ボタンをクリックします



⑷ ダウンロード先フォルダに設定されているフォルダに文書がダウンロードされます



⑸ Word、Excel 文書を開いて編集します。また、印刷して PC 上に保存します。

✓ カルテの内容で記入できる項目には自動的に内容が記入されています。(必ず内容をご確認ください。)

③ 文書雛形の保存（ファイル添付）

➢ 文書の保存

⑴ 患者様の診察画面を開き患者情報エリアの「ファイル」タブをクリックします。

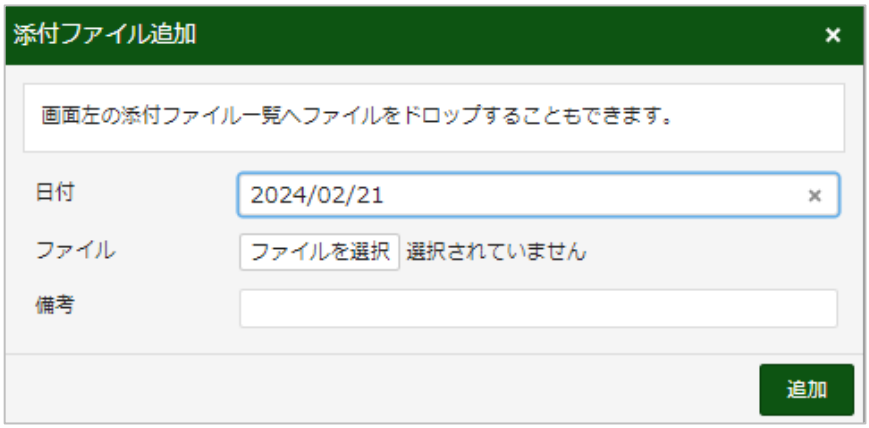


⑵ 右上にある［＋］ボタンをクリックします。



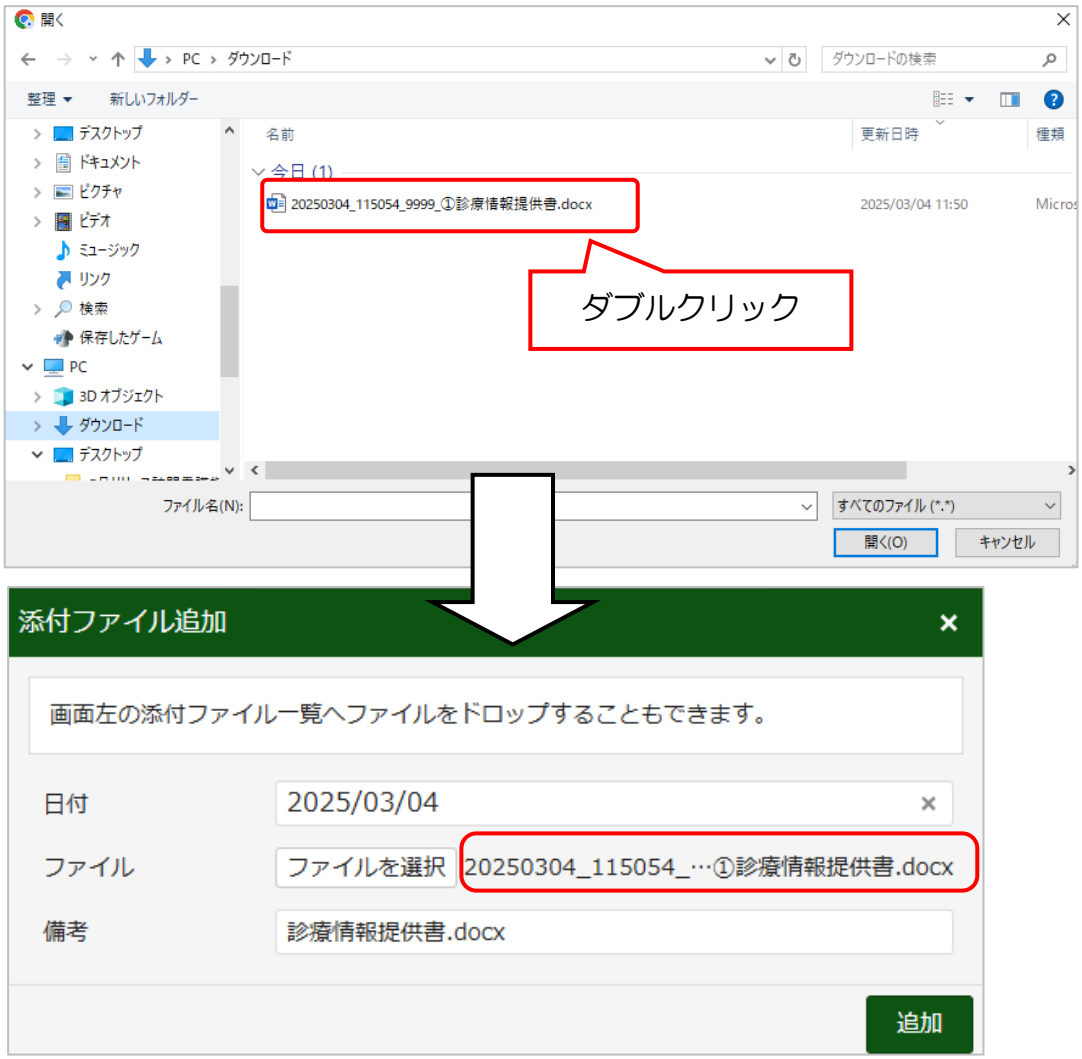
⑶ 添付ファイル追加画面で日付を入力します。

✓ クリックするとカレンダーが開きますので日付を選択します。変更する必要がない場合はそのままで問題ありません



⑷ [ファイルを選択]ボタンをクリックし、添付するフォルダに移動して添付したいファイルをダブルクリックします。

✓ アップロードできるファイル形式: txt, pdf, jpg, jpeg, png, doc, docx, xls, xlsx, jfif



⑸ 備考にファイルの説明を入力して［追加］ボタンをクリックします。



⑹ 選択したファイルが添付ファイル一覧に追加されます。



※添付ファイルの容量は全体で１0GB まで無料でお使い頂けます。
　10GB を超えると別途オプション料金が発生します。
　現在お使いの添付ファイルの使用量は、施設管理-添付ファイル使用量　でご確認いただけます。

④ 作成した文書雛形の修正

➢ 文書の編集

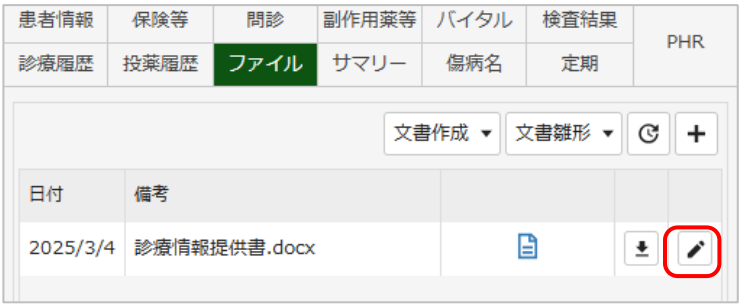
⑴ ファイルタブに保存した文書アイコンか「ダウンロード」ボタンをクリックします



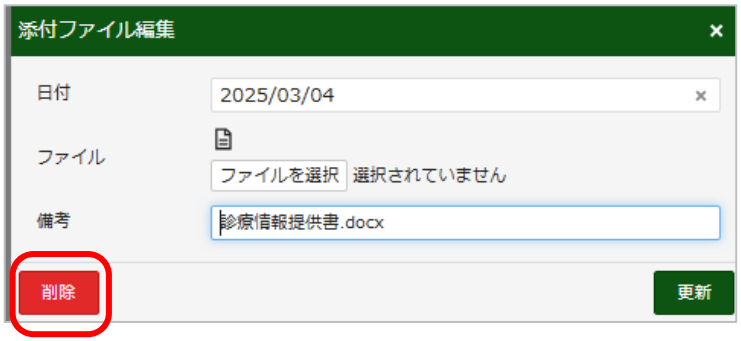
⑵ お使いの PC でダウンロード先フォルダに設定されているフォルダにダウンロードされます。
⑶ ダウンロードされたファイルをひらいて編集します
⑷ 再度［＋］ボタンから文書をアップロードします
⑸ 編集前の文書は次の手順で削除します

➢ 文書の削除

(1) 編集ボタンをクリックします



(2) ［削除］ボタンをクリックします

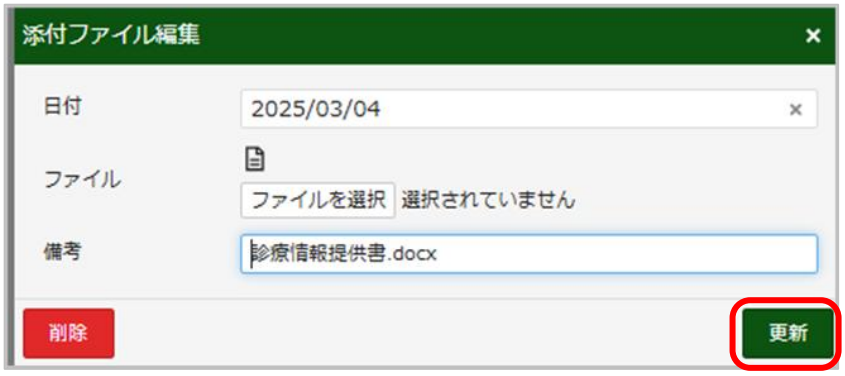


➢ 日付・備考欄の編集

(1) 編集ボタンをクリックします



(2) 日付や備考欄を編集して［更新］ボタンをクリックします



6. 検査

外注検査会社への検査依頼と結果取込について、電子ファイルを使ってやり取りできます。

✓ 検査依頼は対応している検査会社のみ可能です。ご利用の検査会社が対応しているか事前にご確認ください。

✓ 外注検査会社へ依頼する検査は、検査会社名のラベルがついた項目にて入力します



✓ 検査会社の検査項目には、同じ項目名でも検査材料違いの項目がある場合があります。どの項目で依頼するかはご利用の検査会社にご確認ください。

✓ 検査会社によっては、細菌培養同定検査等で依頼ファイルでは受付できない検査がございます。受付可否についてはご利用の検査会社にご確認ください。

① 依頼

➢ １日（または半日）の検査をまとめて依頼ファイルを出力する

(1) 受付画面のヘッダーエリアにある検査ボタンをクリックし、プルダウンメニューから「検査依頼」を選択します。



(2) 検査依頼ファイル出力画面が開きます。日付（検査をカルテに入力した日）を選択します。日付部分をクリックするとカレンダーが表示されますので、日付を選択してください。



⑶ 検査依頼会社を選択します。右側にある検査依頼会社のプルダウンから選択してください。



⑷ 検査依頼ファイルを出力したい患者様を選択します。
患者情報列の一番左にあるチェックボックスにチェックが入っている患者様の検査依頼ファイルを出力します。
チェックボックスは依頼ファイルに未出力の患者様にデフォルトチェックが入ります。
依頼ファイル出力済みの患者を再出力したい場合は、チェックを入れます。
一番上のチェックボックスは全ての患者のチェックの ON/OFF を切り替えます。



⑸ ［ダウンロード］ボタンをクリックします。



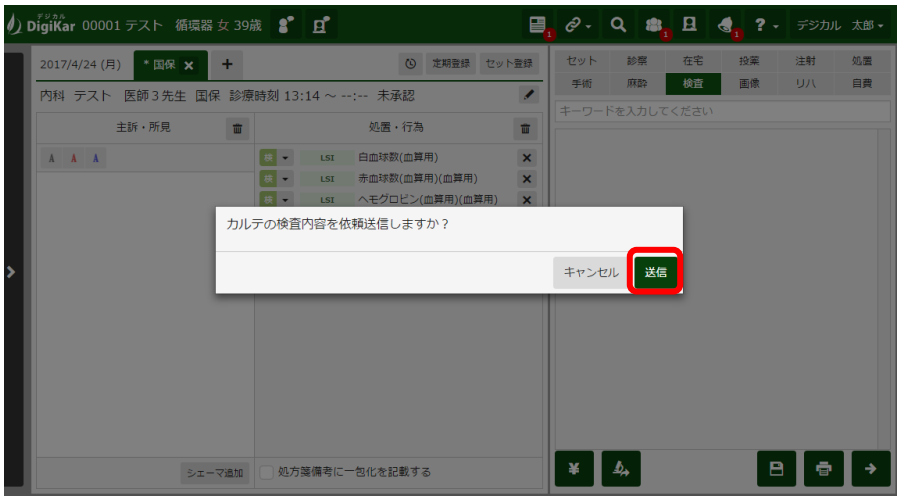
⑹ 検査依頼ファイルはお使いのブラウザで設定されているフォルダに Zip ファイルがダウンロードされます。
ダウンロードした Zip ファイルを解凍し、依頼ファイルと受付内容一覧（pdf）を外注検査会社に渡してください。
ダウンロードした Zip ファイルは個人情報を含むためパスワードがかかっています。パスワードは施設管理画面の共通パスワードにて設定してください。

➢ カルテ毎に依頼ファイルを出力する
※事前に連携エージェントの設定が必要になります

⑴ 診察画面で外注検査項目を入力します。
⑵ 画面下部にある検査依頼ボタンをクリックし、依頼する検査会社のメニューを選択します。



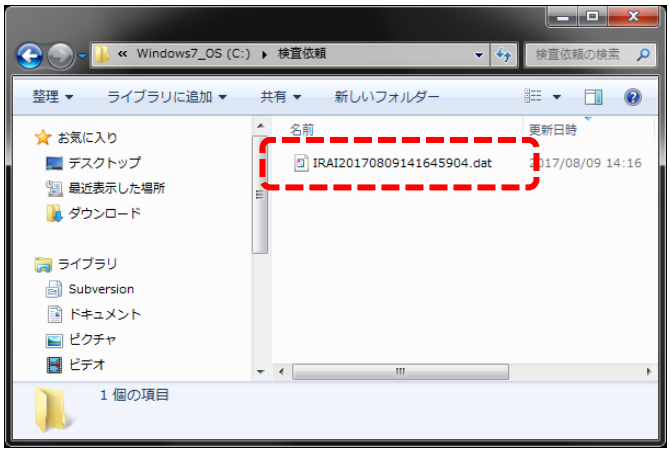
⑶ 確認メッセージが表示されます。よければ［送信］ボタンをクリックします。



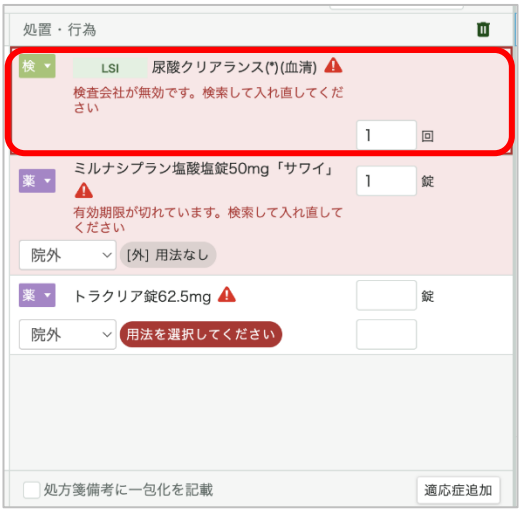
⑷ カルテが保存され、ファイル出力に成功するとメッセージが表示されます。



⑸ 指定したフォルダに依頼ファイルが出力されます。



契約外の検査会社を選択した場合、エラーが赤字で表示されます。
正しい検査会社の検査項目を選択し保存してください。



② 取込

外注検査会社から受け取った検査結果ファイルをデジカルに取り込みます。
取り込むと各患者の診療画面にある検査結果タブで結果値が確認できます。

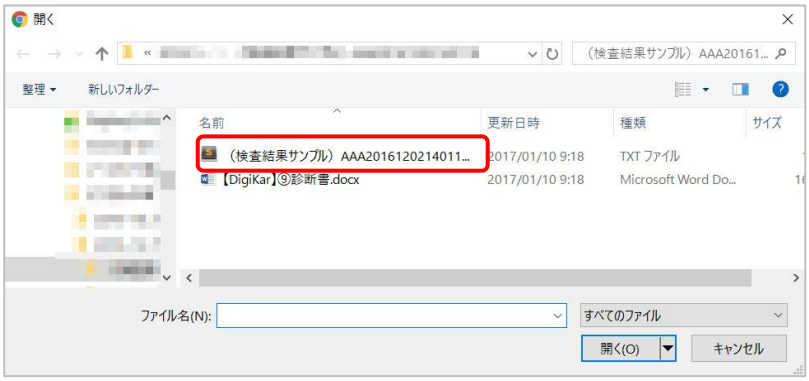
(1) 受付画面のヘッダーエリアにある検査結果依頼・取込ボタンをクリックし、プルダウンメニューから「検査結果取込」をクリックします。



(2) 検査結果取込画面が開きますので［ファイルを選択］ボタンをクリックします。



(3) 「ファイルを選択」ボタンをクリックするとフォルダが開きますので、検査結果ファイルを保存しているフォルダまで移動してファイルを選択してください。



(4) 選択したファイル名が表示されます。［取込］ボタンをクリックします。



(5) 検査結果の取込に成功すると「検査結果を取り込みました」と表示されます。
※検査結果の取込に多少時間がかかる場合があります。



➢ 取込の確認

⑴ 受付画面のヘッダーエリアにある検査結果依頼・取込ボタンをクリックし、プルダウンメニューから「検査結果取込履歴」をクリックします。



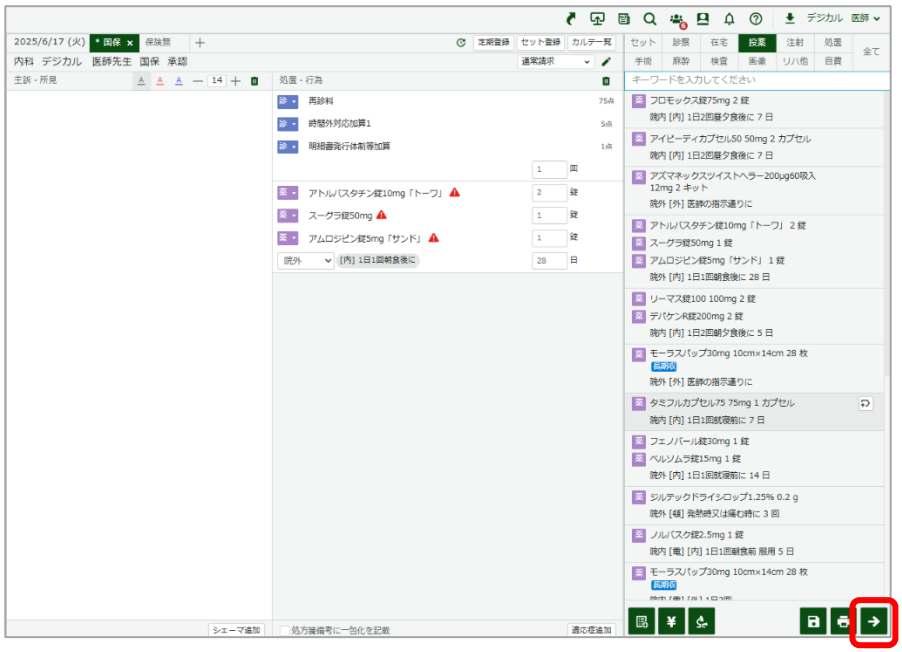
⑵ 処理結果はステータス欄の表示（成功、失敗）で確認可能です。



7. カルテ保存

① カルテ保存

(1) 診察が終了したら［→］ボタンをクリックしてカルテを保存します。



(2) 患者ステータス選択画面が表示されます。次のステータスの「会計待」を選択して「決定」をクリックします



(3) 「受付」画面のステータスが「会計待」に変わります。



➢ カルテ保存時の警告一覧

入力した内容に警告がある場合、カルテ保存時に警告一覧画面を表示します。



内容を確認後、このまま登録する場合は、［保存］ボタンをクリックしてください。

警告一覧の内容は以下のとおりです

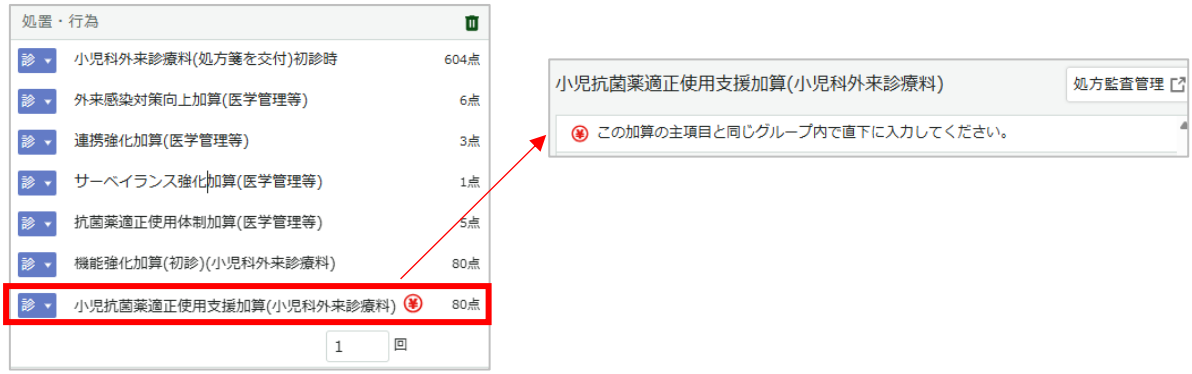
- ✓ 有効期限チェック（期限切れマスタを使用していないかチェックします）
- ✓ 算定チェック（基金提供「電子点数表」に基づき、同時算定不可や算定回数などのチェックを行います）
- ✓ 処方監査機能の投薬チェック
- ✓ 院内処方・院外処方の併用チェック
- ✓ 長期収載品チェック（長期収載品にコメントが指定されているかチェックします）
- ✓ コメント入力不備のチェック

※カルテ保存時の警告を非表示にすることもできます。その他設定を確認してください

POINT！

算定チェックの警告は、グループ内で診療行為の並び替えでも修正できます。
警告内容を確認して算定項目の入力順を直してください。

＜画面例＞

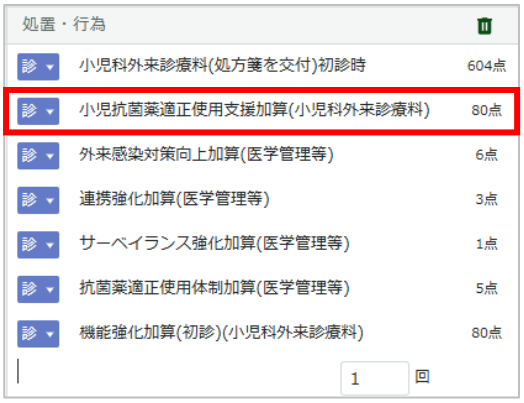


〈修正手順〉

① カーソルを合わせると上下移動のボタンが表示されます



② 1 行ずつ上に移動するので警告内容に合わせて修正ください



※診療行為以外の並び替えも可能です
※グループ内の並び替えのみ修正できます

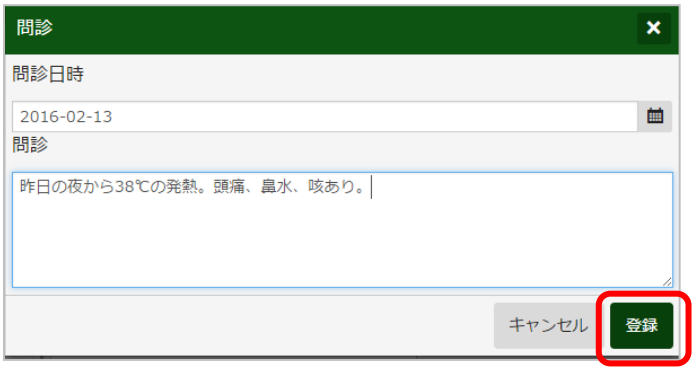
8. その他診療情報

① 問診

(1) 患者情報エリアの［問診］タブをクリックして、「+」マークをクリックします。



(2) 「問診」画面が表示されます。内容を入力して「登録」をクリックします。



(3) 問診に登録されます



- ✓ 「編集」ボタンをクリックすると問診の編集が可能です
- ✓ 「複写」ボタンをクリックすると問診内容が主訴所見欄にコピーされます。

② 副作用薬等

➢ アレルギー

患者様のアレルギー情報が入力できます。

⑴ 患者情報エリアの「副作用薬等」タブをクリックして、アレルギー欄の[＋]ボタンをクリックします。

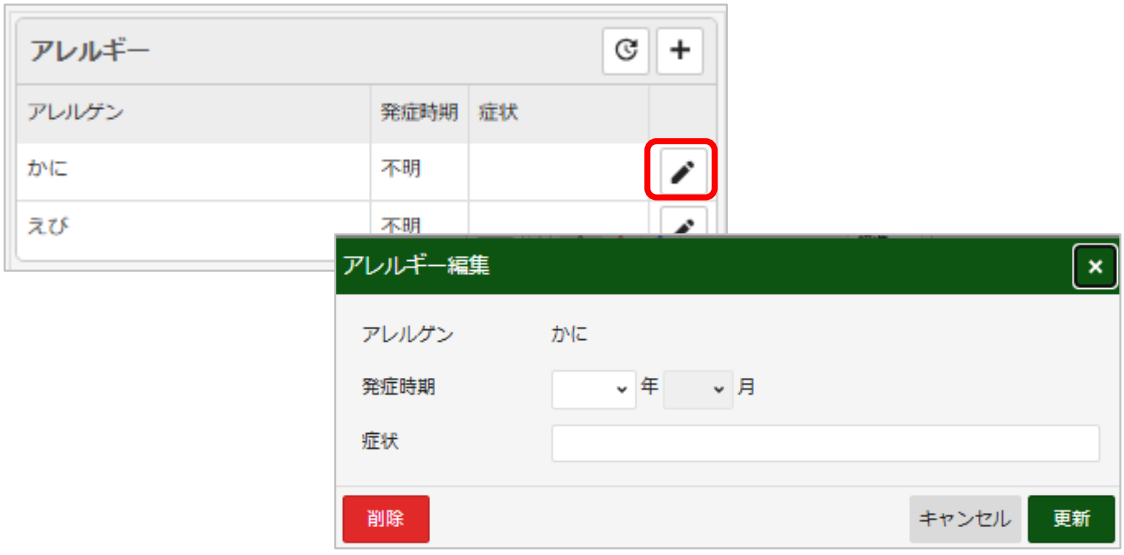


⑵ アレルゲンを検索してリストから選択します。

クリックすると登録されます。登録できたら[×]ボタンで閉じます



⑶ 登録されたアレルゲンの編集ボタンを押すと、発症時期や症状を入力することもできます。



➢ 副作用薬

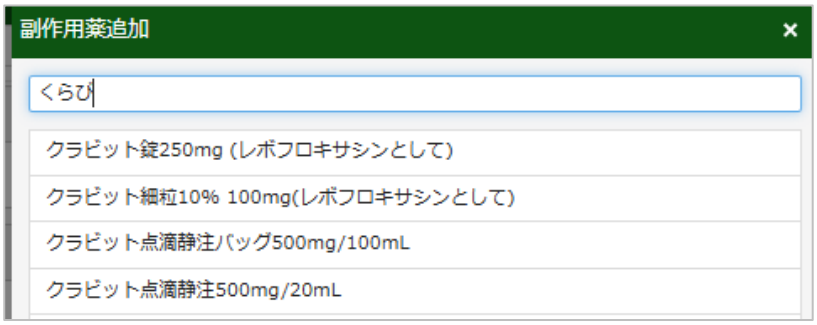
患者様の副作用薬を登録できます。カルテに入力した医薬品と同一成分でないかチェックすることも可能です（処方監査機能）

⑴ 患者情報エリアの「副作用薬等」タブをクリックして、副作用薬欄の[＋]ボタンをクリックします。

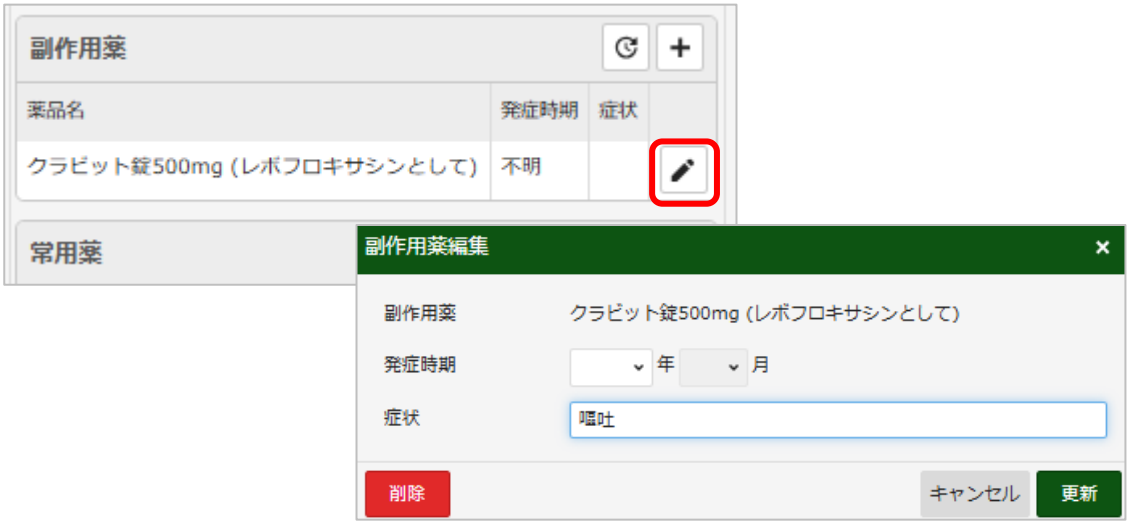


⑵ 医薬品を検索してリストから選択します。

クリックすると登録されます。登録できたら[×]ボタンで閉じます



⑶ 登録された医薬品の編集ボタンを押すと、発症時期や症状を入力することもできます。



➢ 常用薬

患者様が他院で処方された医薬品を登録できます。カルテに入力した医薬品と成分重複や相互作用がないかチェックすることも可能です（処方監査機能）

(1) 患者情報エリアの「副作用薬等」タブをクリックして、常用薬欄の[＋]ボタンをクリックします。



(2) 医薬品を検索してリストから選択します。

クリックすると登録されます。登録できたら[×]ボタンで閉じます



(3) 登録された医薬品の編集ボタンを押すと、用法等のコメントと現在服用中であるかを入力することもできます。服用中にレ点をいれなくても投薬チェックはかかります（処方監査機能）



➢ 既往歴

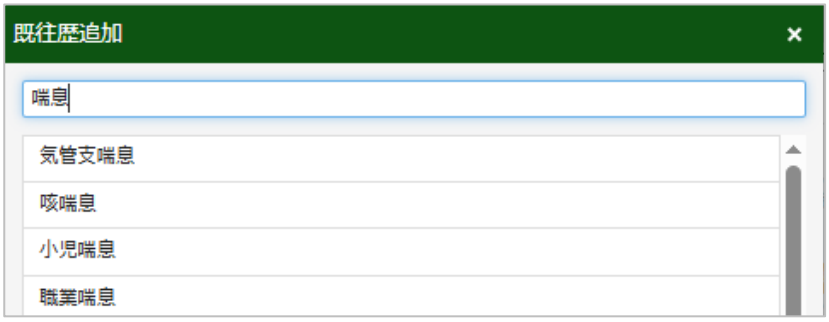
患者様の既往歴を登録できます。カルテに入力した医薬品と禁忌がないかチェックすることも可能です（処方監査機能）

(1) 患者情報エリアの「副作用薬等」タブをクリックして、既往歴欄の[＋]ボタンをクリックします。

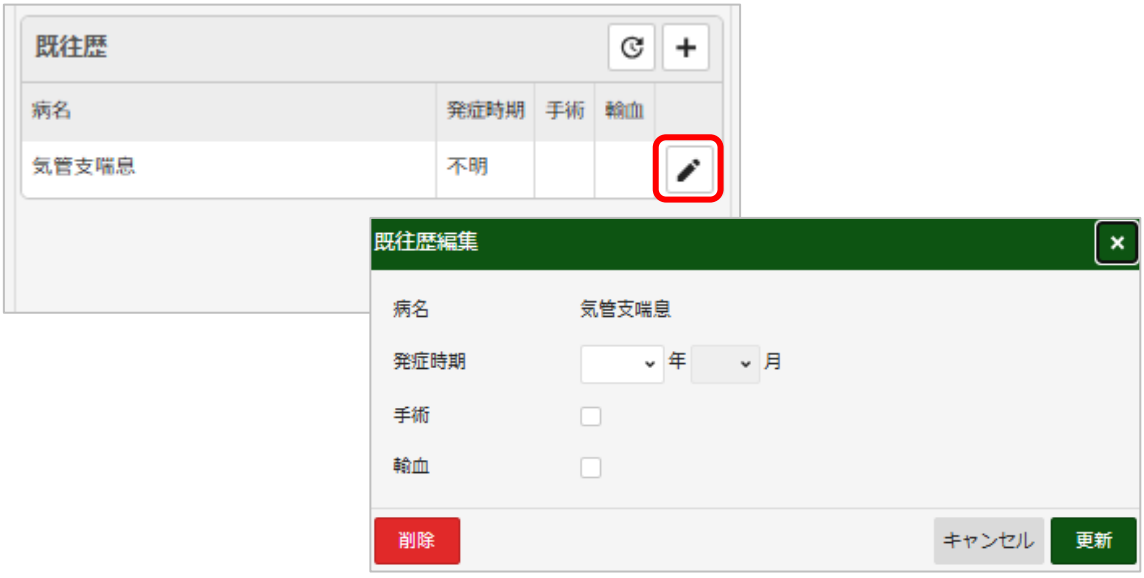


(2) 病名を検索してリストから選択します。

クリックすると登録されます。登録できたら[×]ボタンで閉じます



(3) 登録された病名の編集ボタンを押すと、発症時期、手術輸血の有無を入力することもできます。



③ バイタル

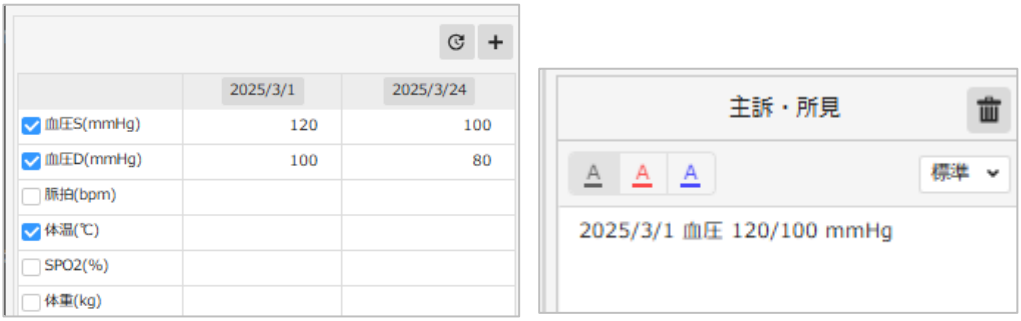
⑴ 患者情報エリアの［バイタル］タブをクリックして[＋]ボタンをクリックします。



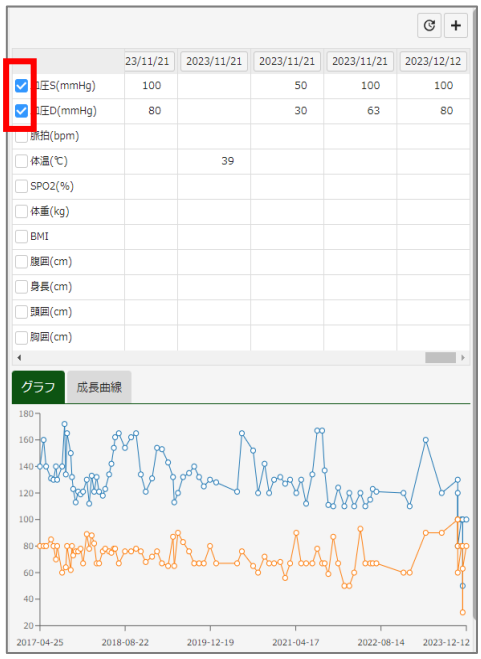
⑵ 「バイタル追加」画面が表示されます。内容を入力して「登録」をクリックします。



※過去のバイタル値をクリックすると、日付とあわせて主訴・所見欄に反映します。

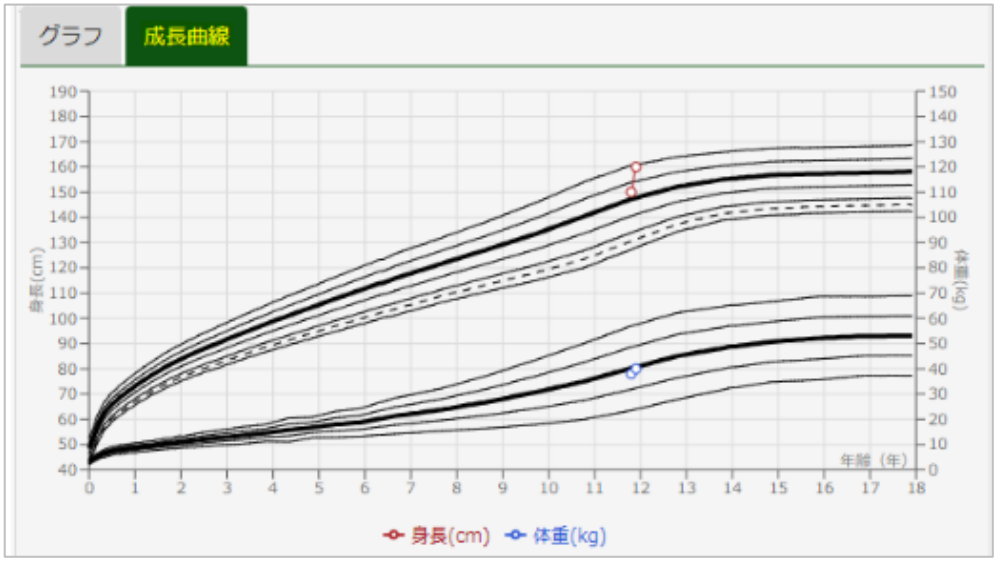


バイタルをグラフ表示することができます。グラフ表示させたい項目にレ点をいれてください。レ点は端末ごとに保存されます。



成長曲線の表示も可能です。設定が必要です。（無償）
ご希望の場合はサポートセンターへ、成長曲線の表示希望とご連絡ください。

✓ 18 歳未満の患者様に表示されます。
✓ 成長曲線は SD スコア式で表示されます。



④ 診療履歴

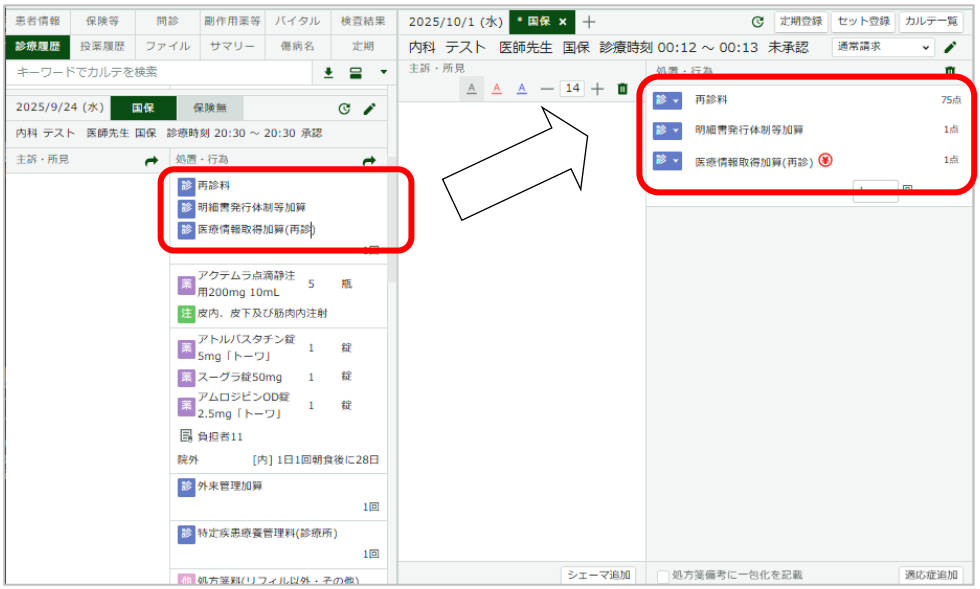
過去カルテを参照し本日のカルテへ複写します。また、過去カルテの編集を行います。

➢ 診療履歴からのコピー

前回までの診療履歴から、主訴所見や処置行為を複写できます。

＜グループごとの複写＞

診療履歴タブを開き、複写したいグループをクリックするとカルテ編集欄に複写されます。



＜主訴所見、処置行為全体の複写＞

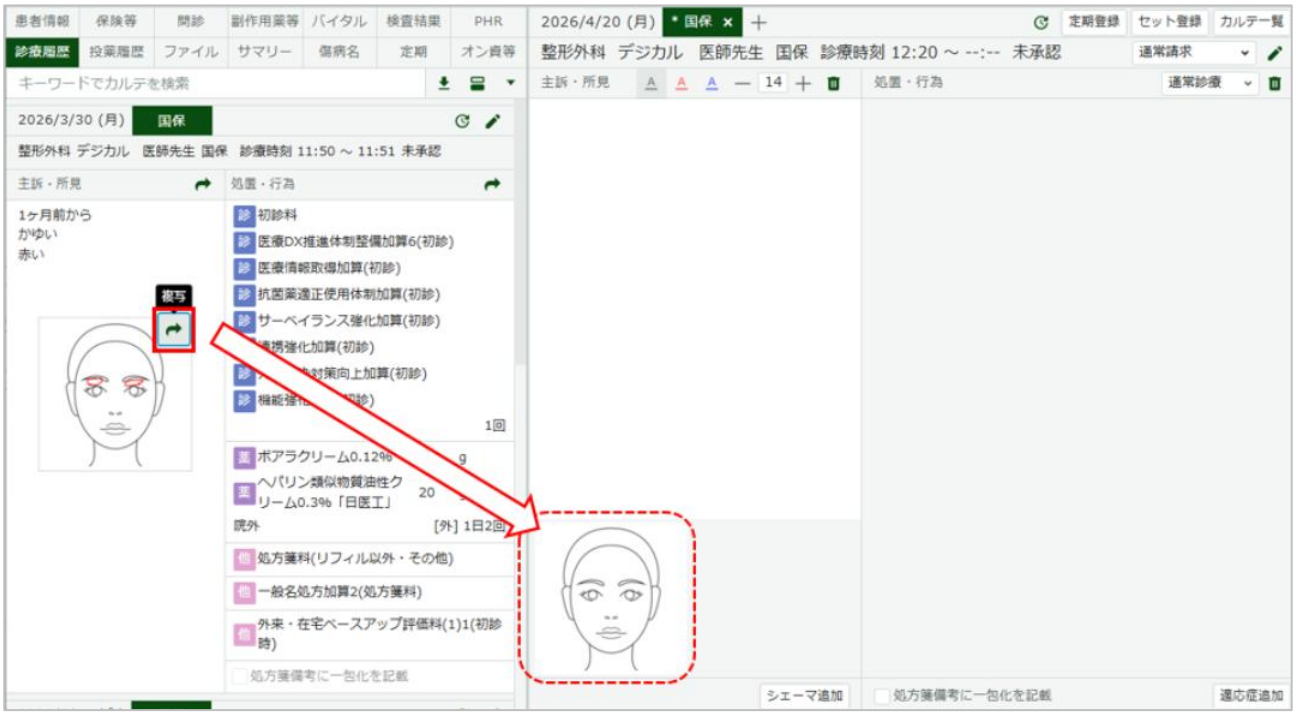
主訴所見もしくは処置行為全体を複写する場合は、診療履歴タブにある複写ボタンをクリックします。



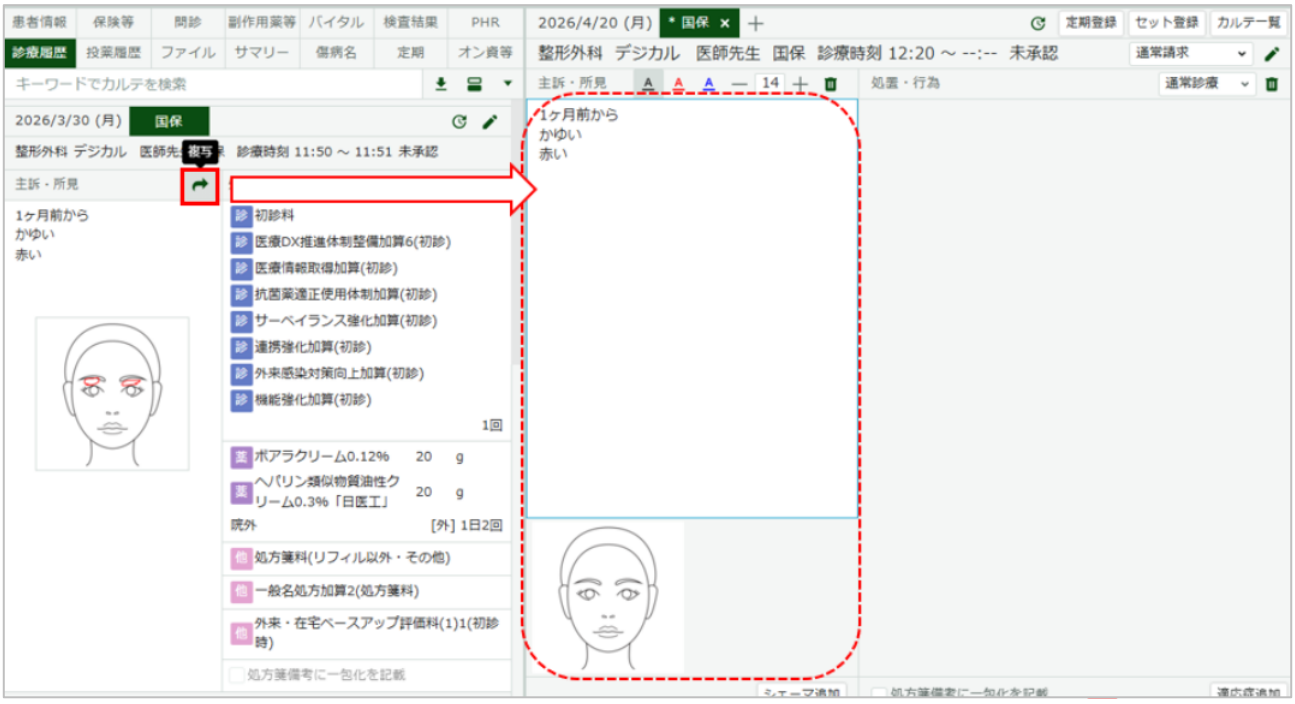
✓ 処置行為全体の複写では、「☑処方箋備考に一包化を記載する」の設定も複写されます
✓ キーワードを入力すると、該当の文字列が記録されたカルテを検索することができます。



＜シェーマの複写＞
過去カルテのシェーマを複写する場合は、シェーマにカーソルをあわせて表示される複写ボタンをクリックします。（シェーマの元画像が複写されます。書き込みは複写されません）



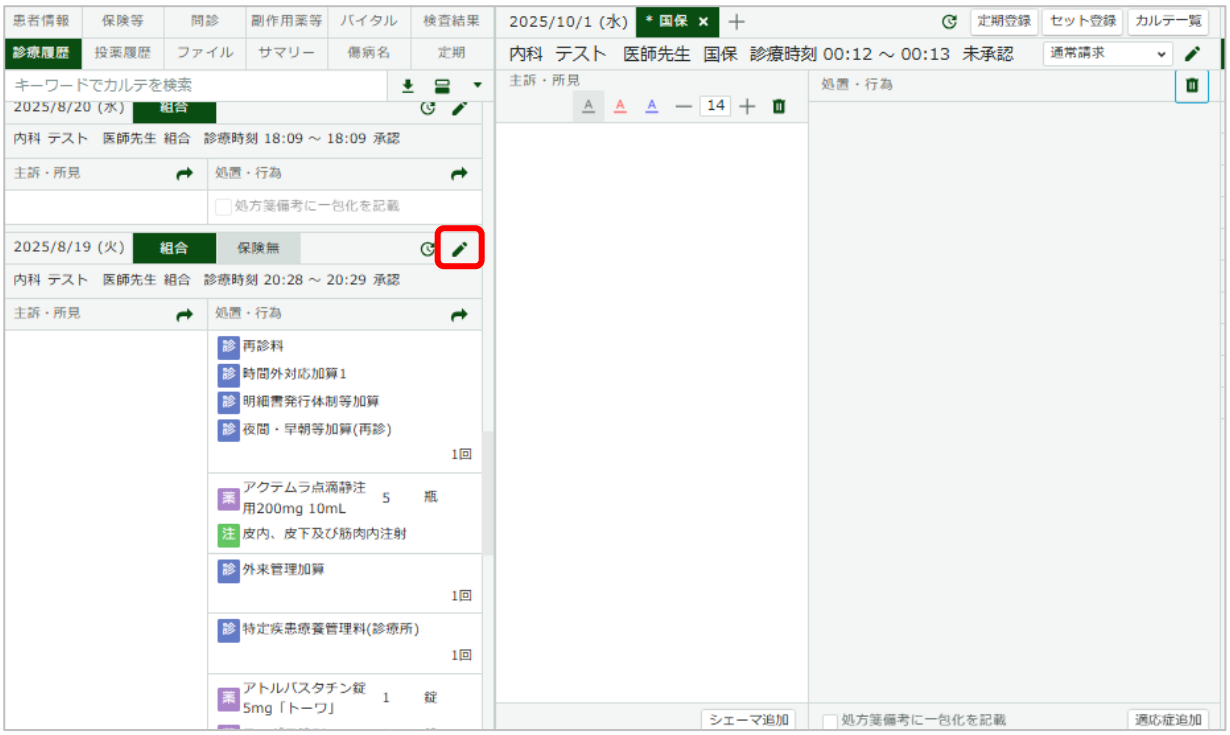
過去カルテ主訴所見欄の全複写ボタンをクリックした場合は、シェーマも含めた内容が当日カルテにコピーされます



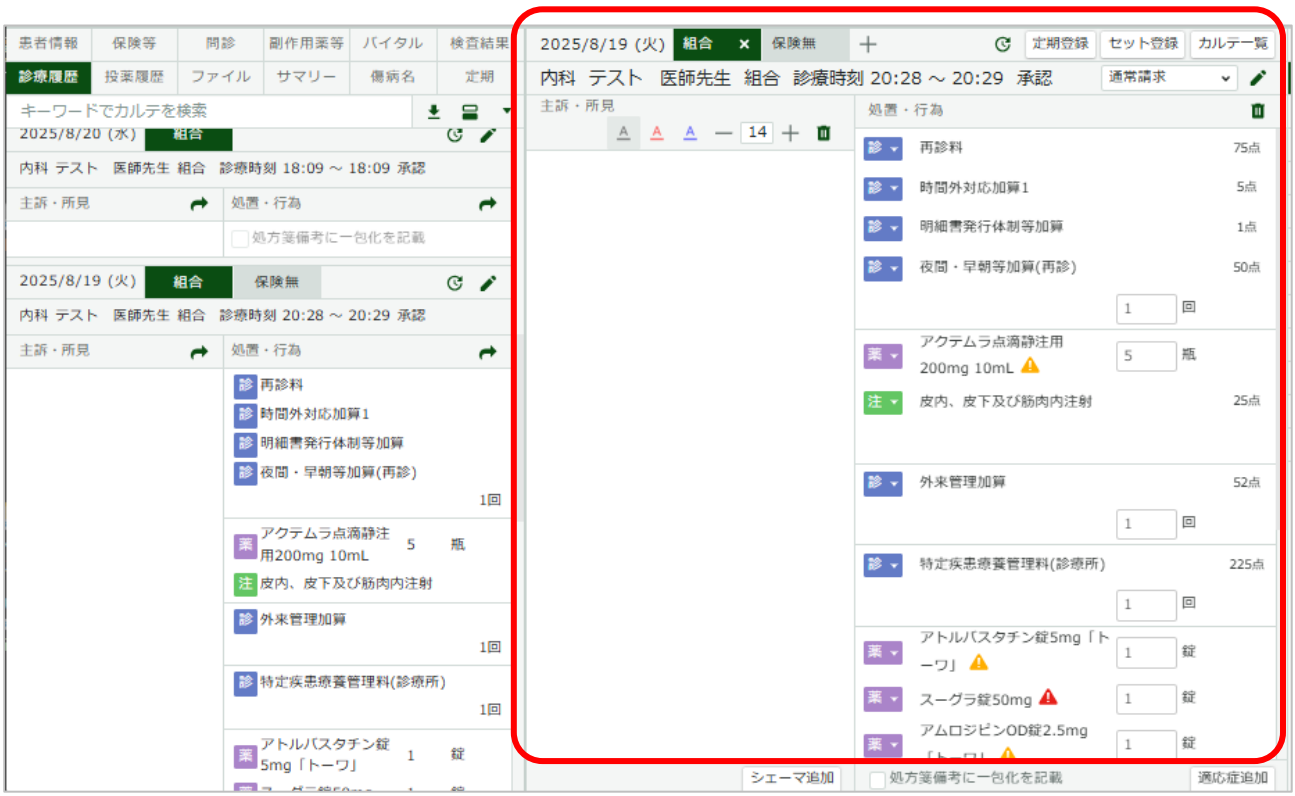
➢ 診療履歴の編集

後日カルテを修正する場合、診療履歴タブからカルテを選択し編集できます。

(1) 診療履歴タブを開き、編集するカルテの編集ボタンをクリックします。



(2) 編集するカルテが中央のカルテ編集欄に表示されます。カルテを編集し保存します。



➢ カルテ PDF ダウンロード

⑴ ダウンロードボタンをクリックします



⑵ ［カルテ PDF を作成］ボタンをクリックします



⑶ カルテ右上の「作成待ち」メニューが開き、作成中の表示になります
（この間カルテ入力等の操作は可能です）



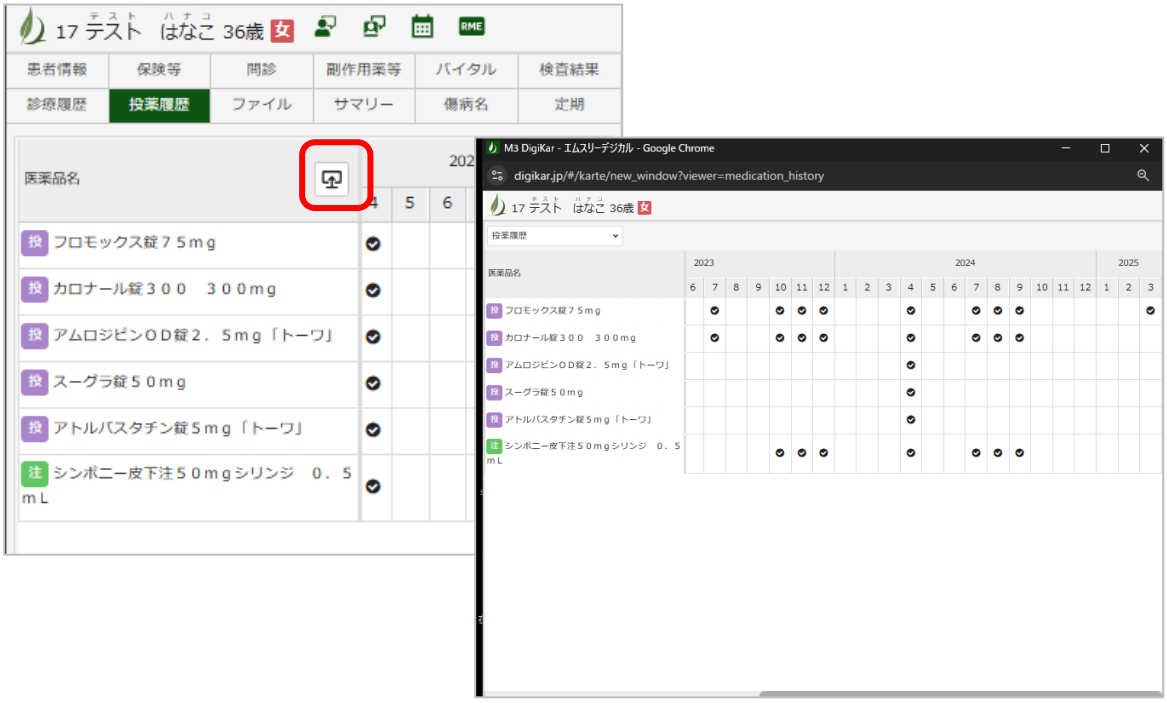
カルテ作成が完了すると、Google Chrome で設定した保存場所に自動ダウンロードされます。
（Chrome のダウンロード設定により保存先選択画面が表示される場合もあります）
※データ量により作成完了まで 10～20 分程かかる場合があります

⑤ 投薬履歴

過去に患者様に処方された医薬品と処方年月を一覧で表示します



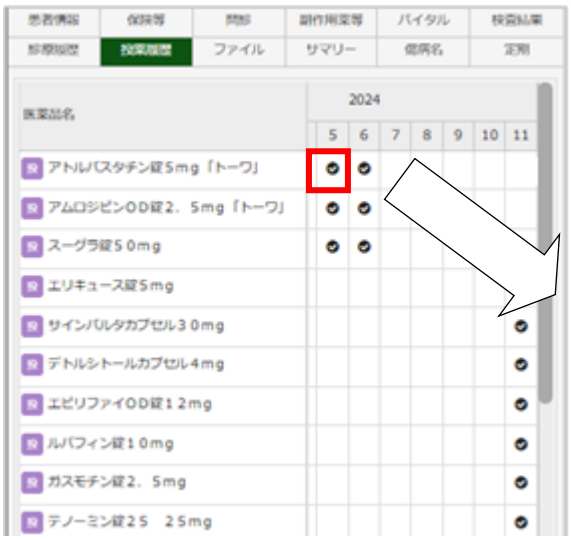
✓ [新しいウィンドウでひらく]ボタンをクリックすると、当日カルテと別ウィンドウで投薬履歴を確認できます。投薬履歴を参照しながらカルテを作成することが可能です



※次の患者様のカルテをひらくと、投薬履歴ウィンドウも次の患者様のデータに変わります

✓ 処方年月の ✔ マークをクリックすると、診療履歴で該当カルテが表示されます。
過去処方の複写に便利にお使いいただけます。

薬が処方された年月をクリック



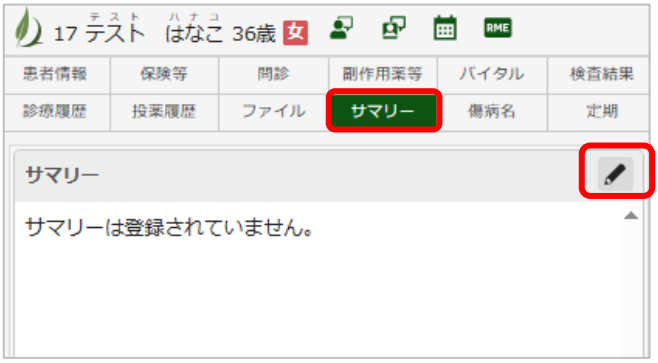
該当薬が入力されている過去カルテが



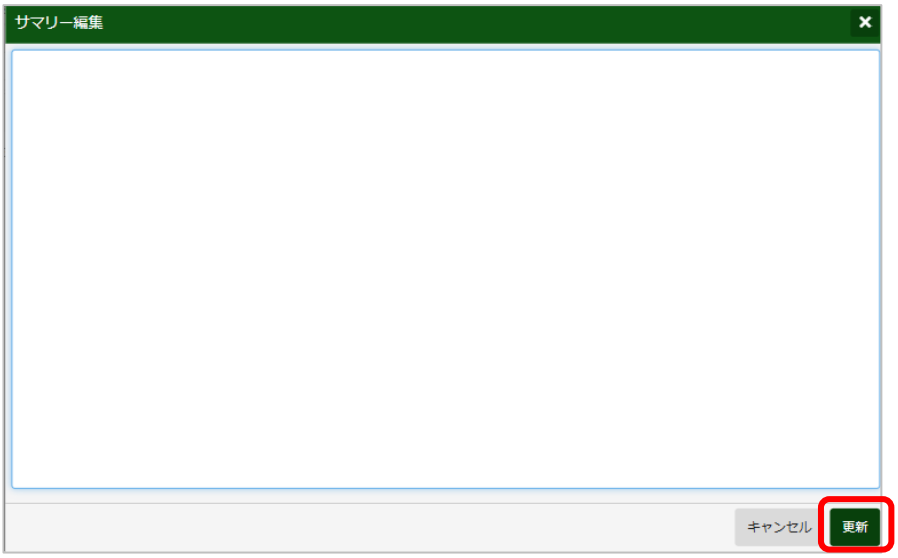
⑥ サマリー

患者様のサマリー（要約）を入力できます

(1) 患者情報エリアの「サマリー」タブをクリックし編集ボタンをクリックします。



(2) サマリー編集画面がひらきますので内容を入力し[更新］ボタンをクリックします


サマリー編集
キャンセル
更新

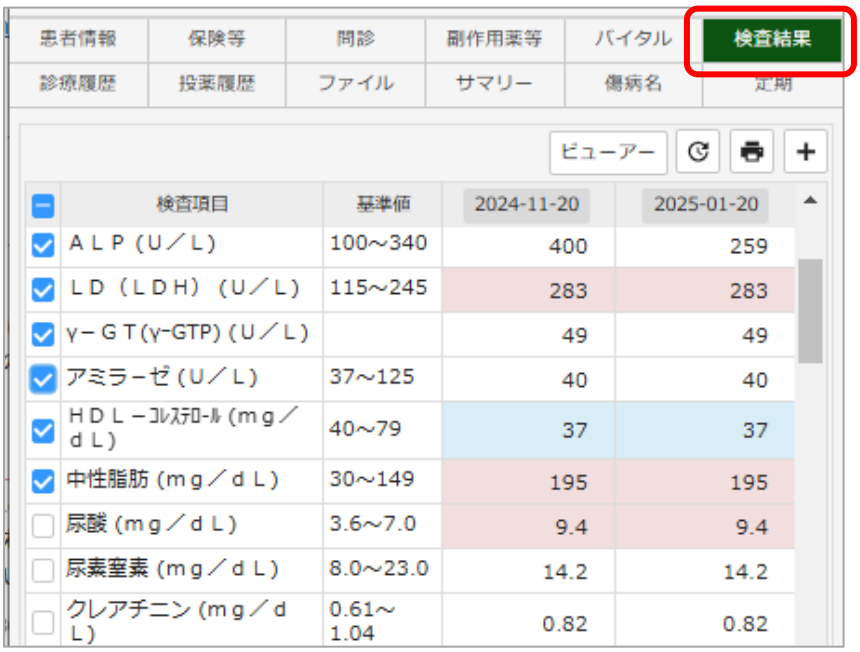
⑦ 検査結果

取り込んだ外注検査結果や、連携している院内検査機器から送られた検査結果を確認します。院内検査を連携していない場合は、手動で結果を登録することもできます。

➢ 検査結果の確認

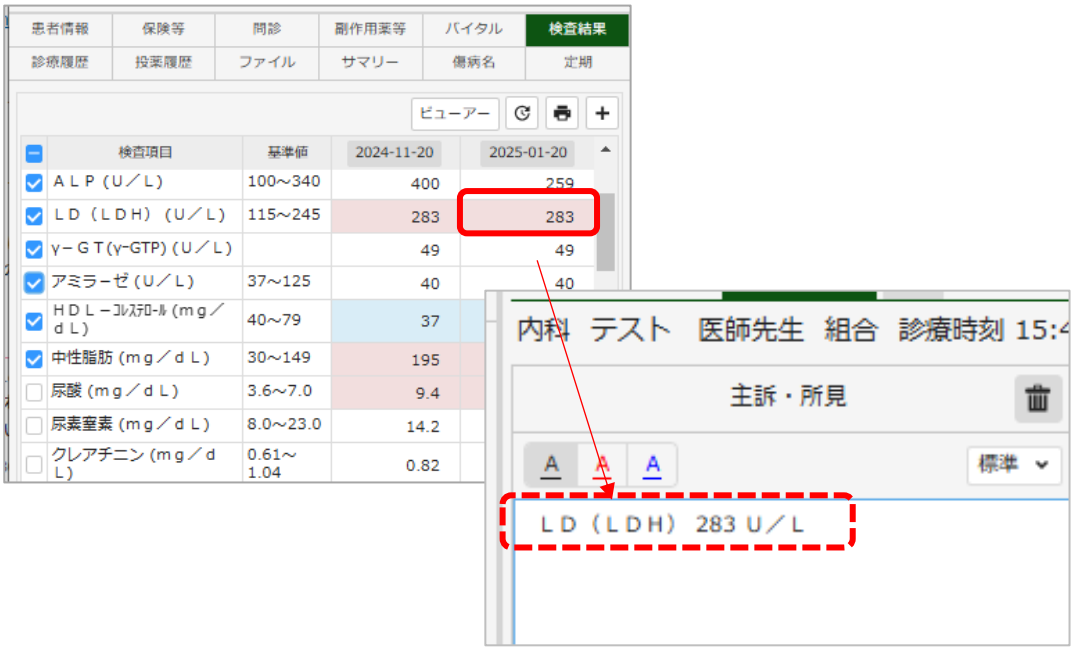
(1) 患者情報エリアの「検査結果」タブをひらくと、検査結果が表示されます。

✓ 結果値が「L（低）」の場合は背景が水色、「H（高）」の場合は背景がピンク色になります。



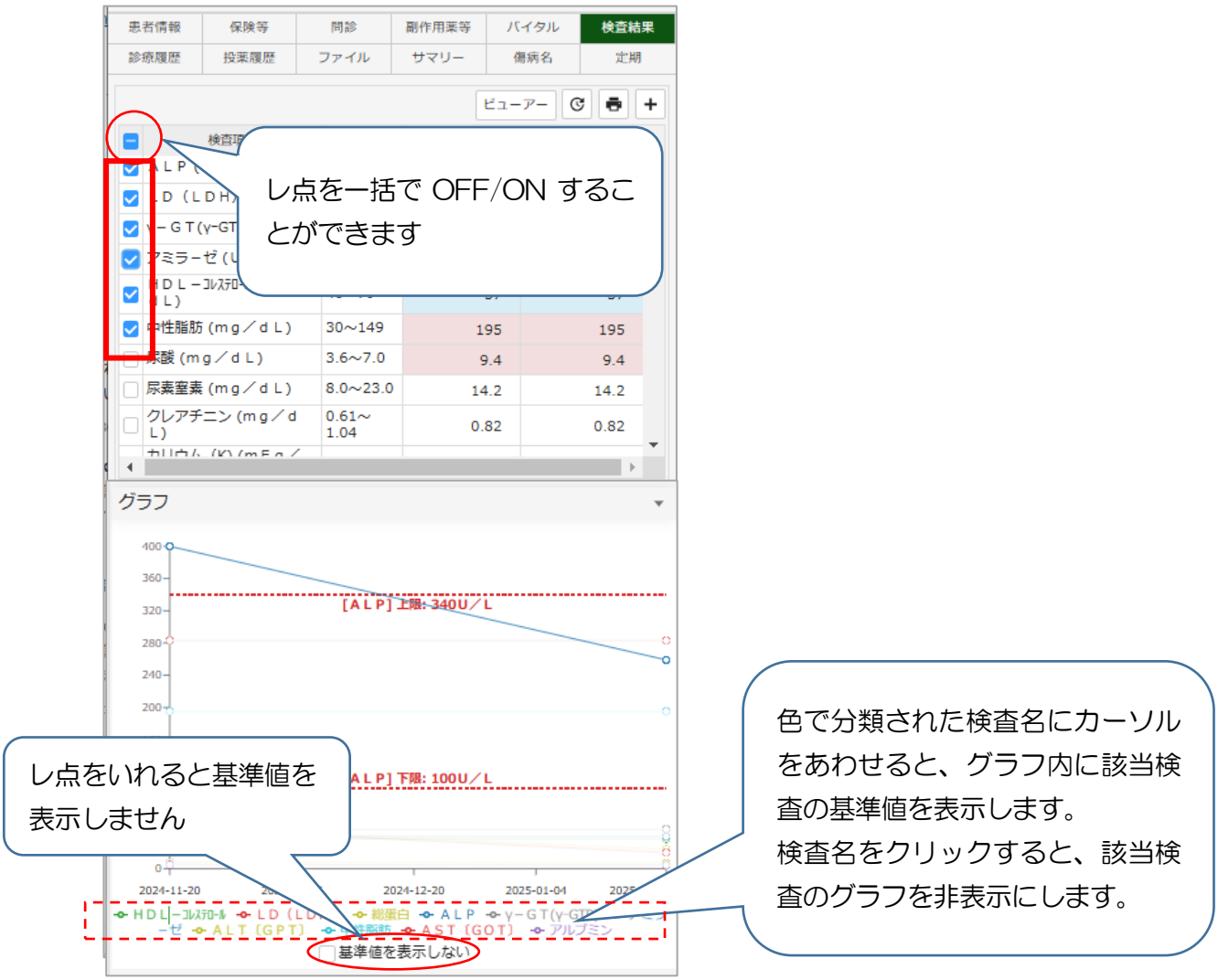
検査項目	基準値	2024-11-20	2025-01-20
ＡＬＰ（Ｕ／Ｌ）	100～340	400	259
ＬＤ（ＬＤＨ）（Ｕ／Ｌ）	115～245	283	283
γ－ＧＴ(γ-GTP)（Ｕ／Ｌ）		49	49
アミラーゼ（Ｕ／Ｌ）	37～125	40	40
ＨＤＬ－ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ（ｍｇ／ｄＬ）	40～79	37	37
中性脂肪（ｍｇ／ｄＬ）	30～149	195	195
尿酸（ｍｇ／ｄＬ）	3.6～7.0	9.4	9.4
尿素窒素（ｍｇ／ｄＬ）	8.0～23.0	14.2	14.2
クレアチニン（ｍｇ／ｄＬ）	0.61～1.04	0.82	0.82

✓ 検査結果をクリックすると、主訴所見に検査名と結果値が複写されます。
過去日の結果をクリックした場合は日付とともに複写されます。



➢ 検査結果グラフ表示

☑をいれた検査結果についてグラフ表示することができます。10 項目まで表示できます。
レ点は端末ごとに保存され、次の患者様にも有効になります。



➢ 検査結果の印刷

(1) 印刷ボタンを押します



⑵ 印刷する期間を指定して[印刷]ボタンをクリックすると、検査結果が表示されます



➢ 検査結果ビューアー

ビューアー機能を使用すると、表示・印刷する検査項目を絞り込むことが可能です。

⑴ [ビューアー]ボタンをクリックすると検査結果画面が表示されます





⑵　[フィルター]ボタンをクリックして表示したい検査だけレ点をいれて枠外をクリックすると、表示項目の絞り込みが可能です。表示期間（直近３件 or5 件 or10 件）の変更も可能です



POINT！
検査項目の絞り込み条件を保存できます。



（１）[フィルター]から表示したい検査を選択し
[この条件を保存]をクリックします

（２）絞り込み条件のタイトを入力して
[保存]をクリックします

※条件選択は、フィルター＞保存済みの条件
から選択できます

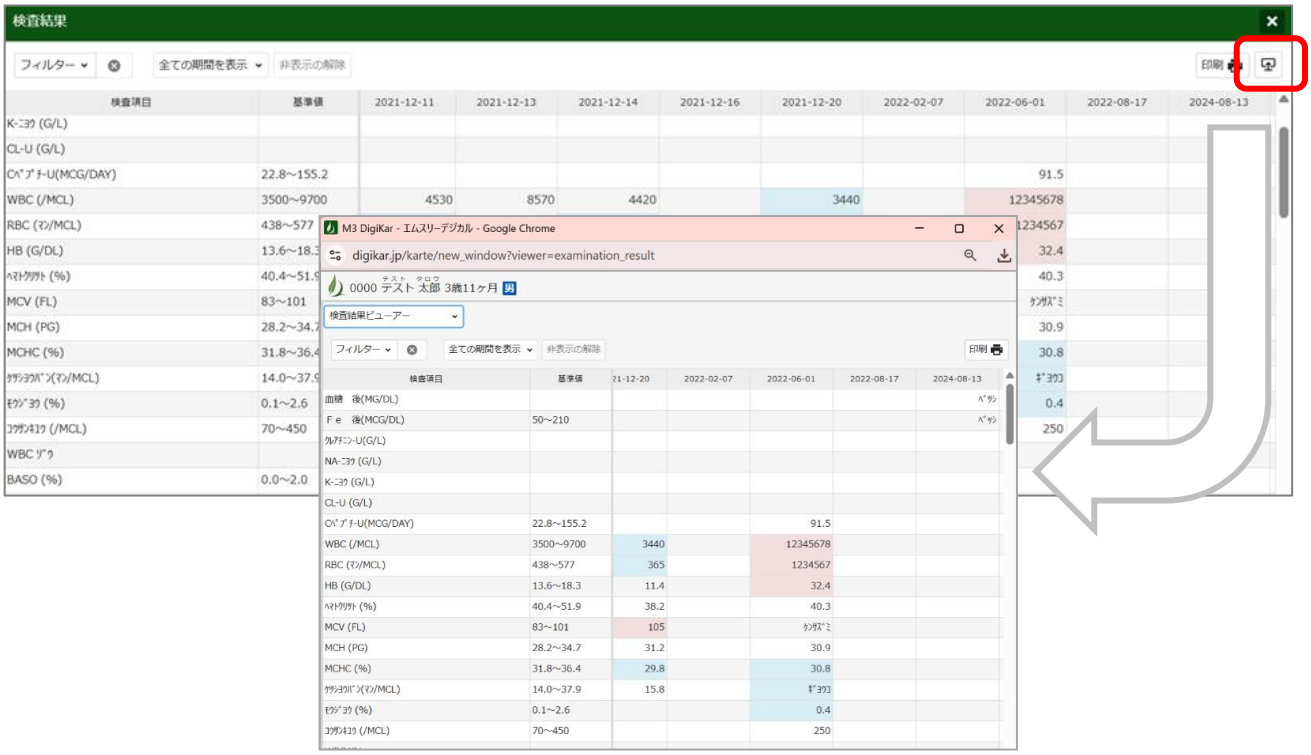


編集ボタンから、検査項目を
選択し直すことができます

⑶ ［印刷］ボタンを押すと、絞り込みを行った検査、設定した期間の検査結果が印刷できます。



✓ [新しいウィンドウでひらく]ボタンをクリックすると、当日カルテと別ウィンドウで検査結果を確認できます。検査結果を参照しながらカルテを作成することが可能です



※次の患者様のカルテをひらくと、検査結果ウィンドウも次の患者様のデータに変わります

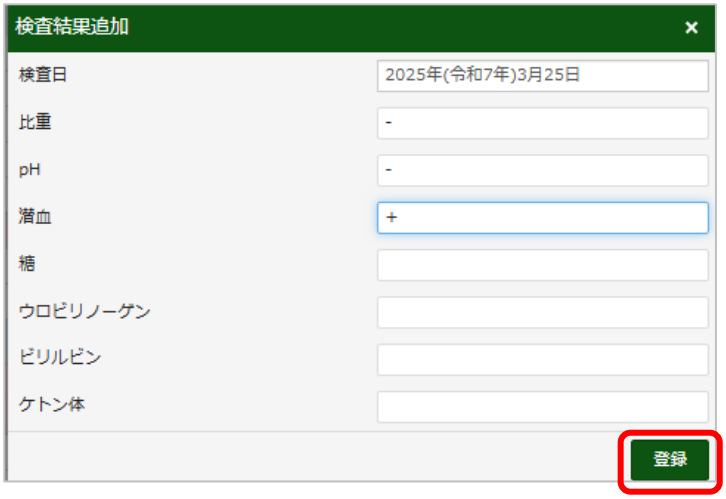
➢ 院内検査結果登録

院内検査を予め登録しておくと、結果を手入力することができます

(1) 患者情報エリアの［検査結果］タブをクリックして[＋]ボタンをクリックします。



(2) 検査結果追加画面が表示されますので、結果値を入力して[登録]ボタンをクリックします



⑧ 患者情報

➢ 患者情報

編集ボタンをクリックすると患者情報を編集できます。



➢ 妊娠情報

妊娠情報を表示させるには設定が必要です。（無償）
ご希望の場合はサポートセンターへ「産婦人科オプション希望」とご連絡ください。

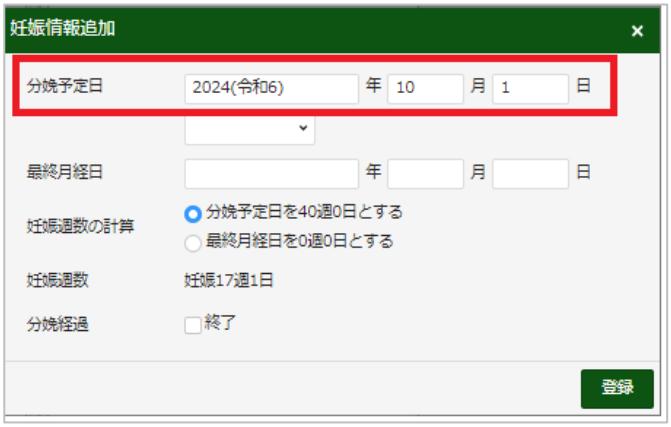
(1) 患者情報タブの妊娠情報欄の＋ボタンをクリックします



(2) 分娩予定日、または最終月経日を入力します

✓ 分娩予定日を 40 週 0 日とする場合

分娩予定日を入力すると妊娠週数が表示されます。必要に応じて、理由や最終月経日を入力してください。



✓ 最終月経日を 0 週 0 日とする場合

最終月経日を入力し、「最終月経日を 0 週 0 日とする」をチェックしてください。
妊娠週数が表示されます。
分娩予定日、理由も自動で表示されますので、必要に応じて修正してください。



※妊娠が終了した場合は「終了」にレ点をいれます

⑶ 登録ボタンをクリックします
⑷ 以下の画面に週数が表示されます

＜受付画面＞



＜カルテ画面＞



＜妊娠情報補足＞

- ✓ 妊娠情報の欄は、女性にのみ表示されます
- ✓ 妊娠週数が 43 週になると警告が表示されます



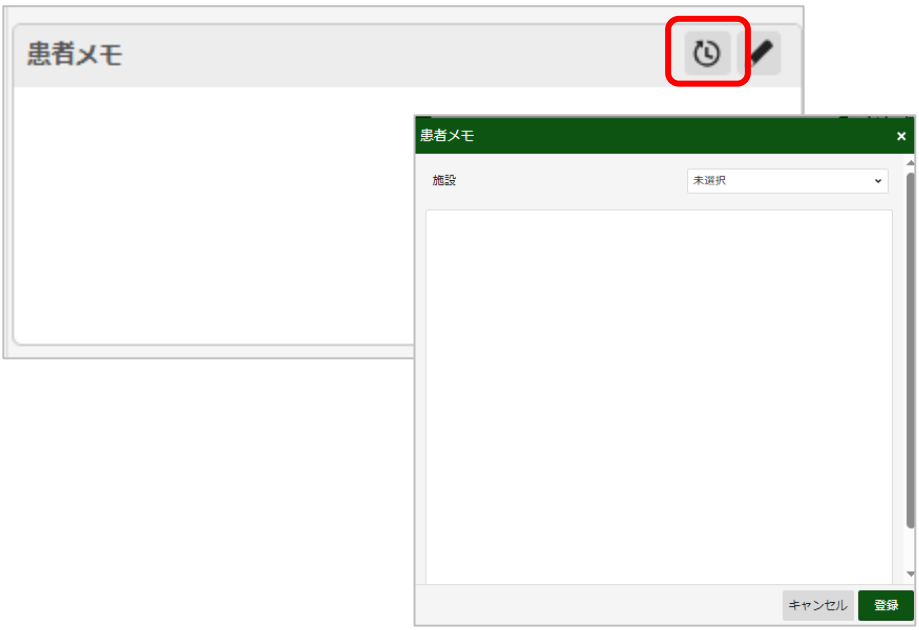
- ✓ 終了した妊娠情報がある場合は「ー」と表示されます



- ✓ 妊娠情報が登録されている場合でも、妊婦に関する処方監査チェックは行いません

➢ 患者メモ

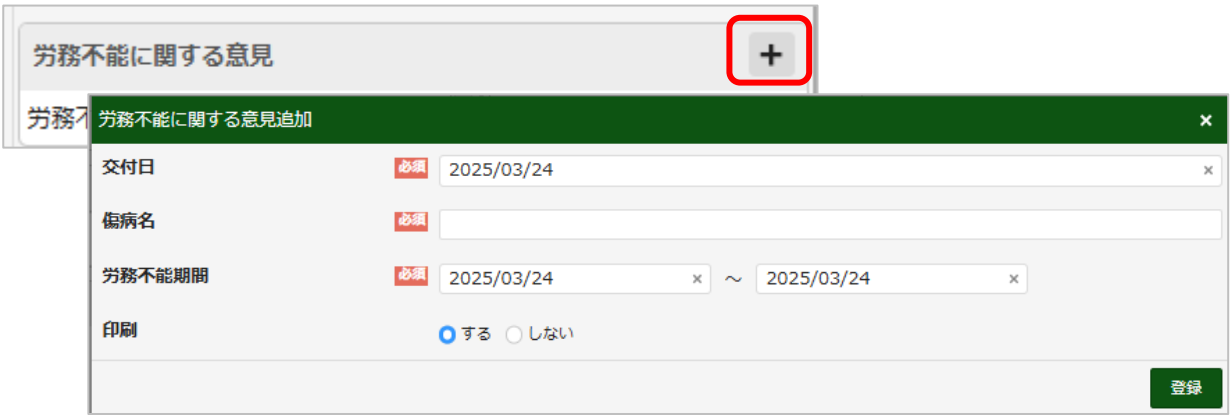
編集ボタンをクリックしメモを入力しておくと、来院時に受付一覧で確認することができます。訪問診療の「施設」等を登録することもできます。（予め施設マスタを登録しておく必要があります。登録方法は「マスタ管理」をご参照ください。）



➢ 労務不能に関する意見

[＋]ボタンをクリックして内容を入力し[登録]すると、カルテ 1 号用紙の「労務不能に関する意見」に出力できます。

出力しない場合は「印刷：しない」を選択してください。



傷病名	労務不能に関する意見		入院期間
	意見書に記入した労務不能期間	意見書交付	
	自　月　日 至　月　日	年　月　日	自　月　日 至　月　日
	自　月　日 至　月　日	年　月　日	自　月　日 至　月　日

⑨ 患者様への連絡【デジスマ診療をご利用の医療機関様】

患者様がデジスマ診療をご利用の場合、連絡事項を送信できます
また、ビデオ通話（デジスマ診療有償オプション）を開始できます

➢ メッセージの送信

(1) 診察画面の左上にある「〇〇さんへ連絡する」アイコンをクリックします

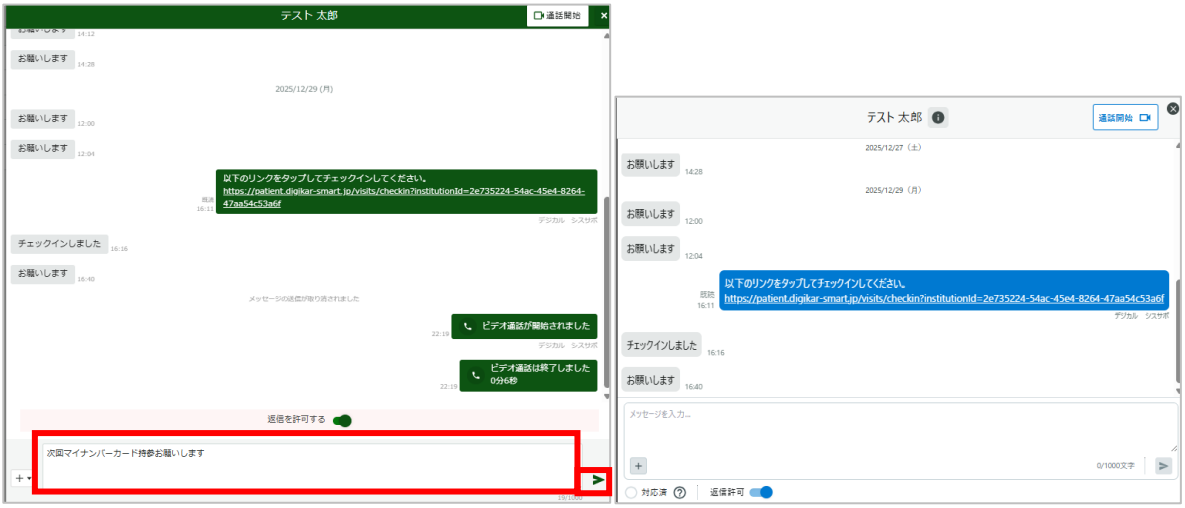




受付画面からも起動できます

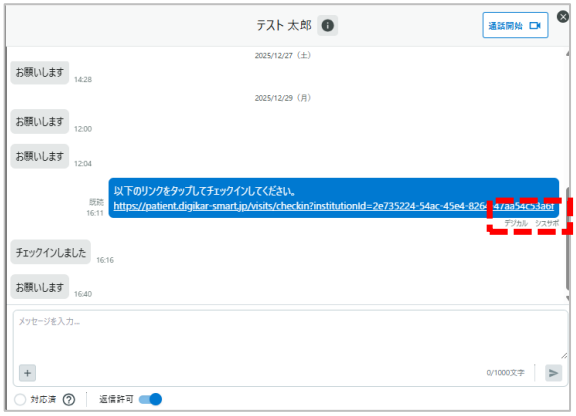


(2) メッセージを確認、入力したら［送信］ボタンをクリックします

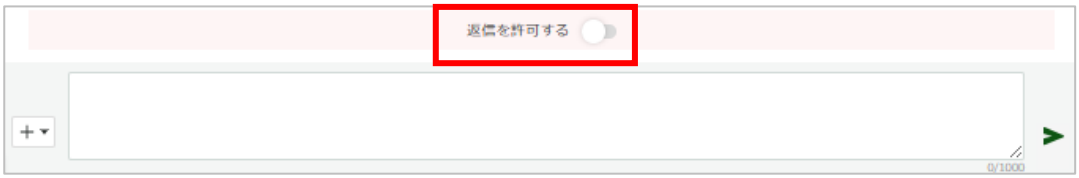


※デジスマの患者チャット画面と連動しています

✓ 医療機関様の画面にはメッセージを送信した利用者名が表示されます
患者様の画面には利用者名は表示されません

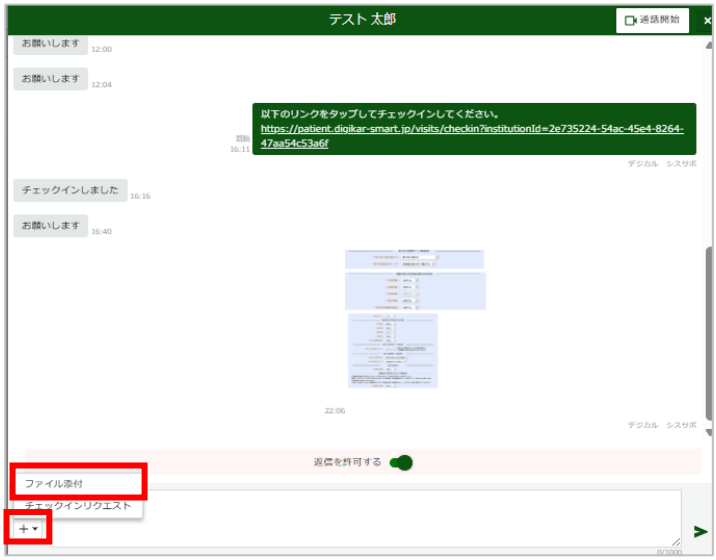


✓ 患者様からの返信を希望しない場合は、メッセージ一覧下部にある「返信を許可する」のスライダーを OFF にします
設定はデジスマ診療と連動します



➢ 画像ファイルの送信

(1) メッセージ入力フォームの横にある「＋」ボタンをクリックし、「ファイル添付」をクリックします



(2) ファイル選択ダイアログが表示されますのでファイルを選択します
添付できるファイルは、JPG、JPEG、PNG、PDF です

(3) ファイルを選択するとファイルが送信されます

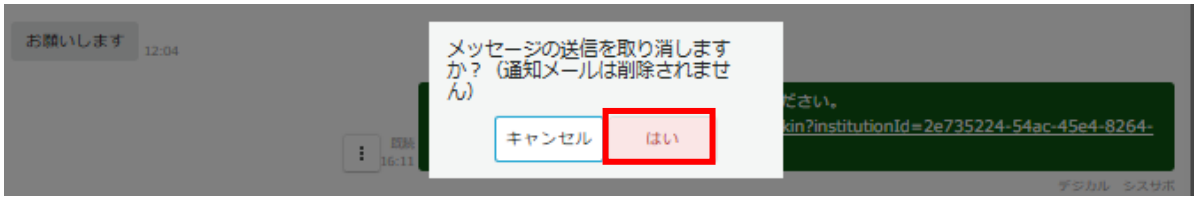
➢ メッセージの取消

⑴ 取消したいメッセージ・画像にカーソルをあわせると［⋮］ボタンが表示されます

⑵ ［⋮］をクリックし［送信取消］をクリックします



⑶ 確認メッセージがでますので［はい］をクリックします



⑷ メッセージが取り消されます

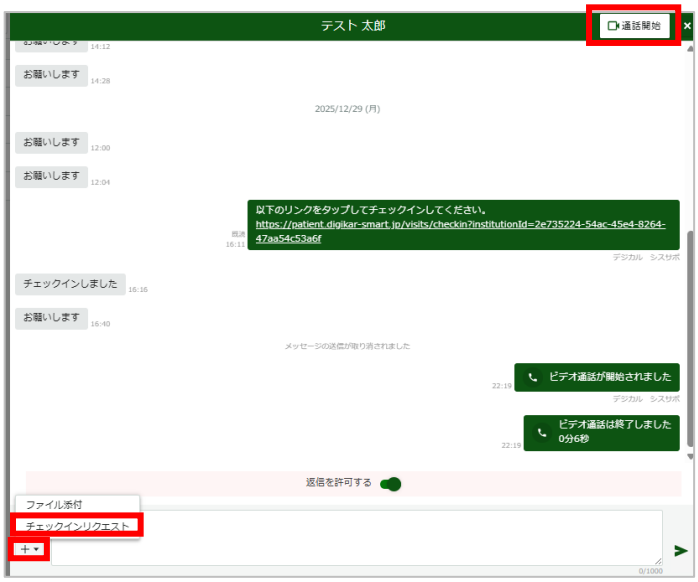


≪注意点≫

会員登録がない患者様へのメッセージ・画像についてはメールに直接本文・送信ファイルが記載・添付されるため取り消しできません、誤送信には十分ご注意ください

ビデオ通話を行う場合は［通話開始」ボタンをクリックします（デジスマ診療有償オプション）

チェックインがお済みでない患者様へは、画面左下【＋】ボタンの「チェックインリクエスト」をクリックすることでチェックインURL を送信できます



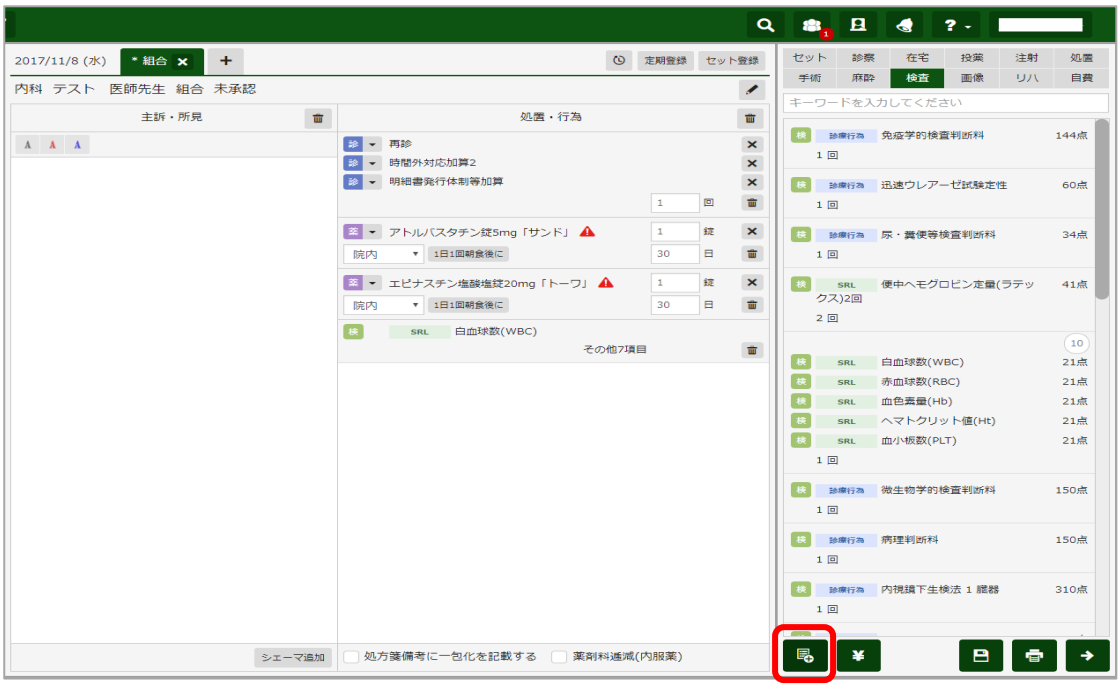
V. 会計

9. 請求

① 保険診療

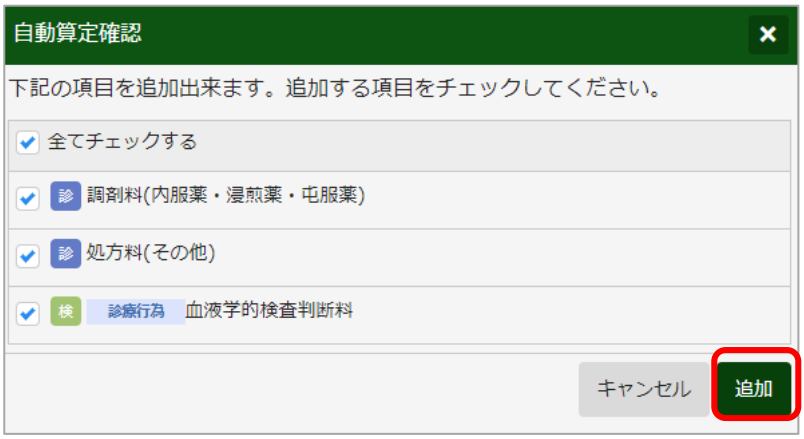
診察が終わった患者様の会計をします。

(1) 診察する画面を開きます。自動算定ボタンをクリックします。

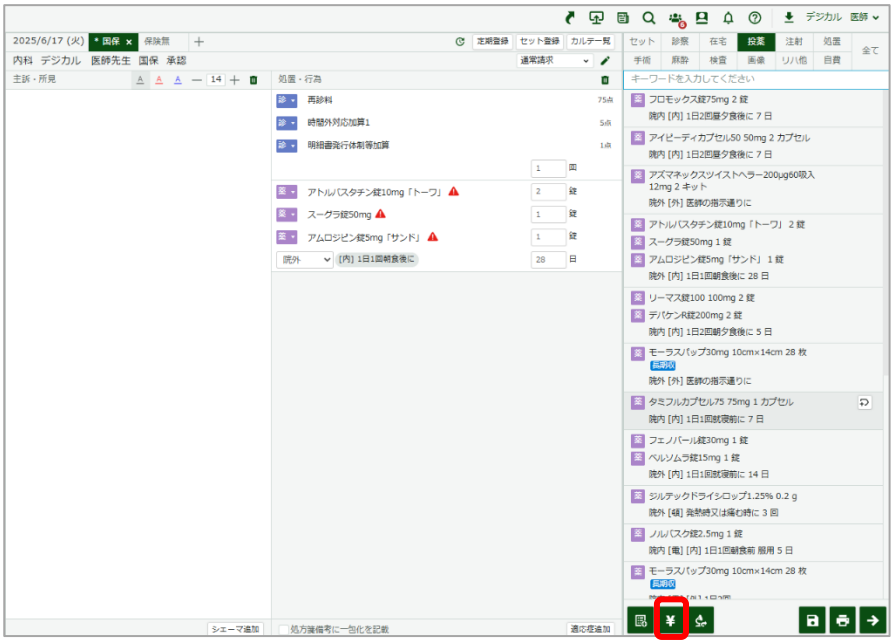


(2) 自動算定確認画面が表示されます。
算定する項目をチェックし、追加ボタンをクリックします。

- ✓ 前回算定した自動算定項目はチェックが付いた状態となります。
- ✓ 自動算定項目がない場合は、「自動算定項目がありません」とメッセージが表示されます。
- ✓ 自動算定項目一覧は自動算定を参照してください



⑶ 診察内容、自動算定項目を確認し、会計ボタンをクリックします。



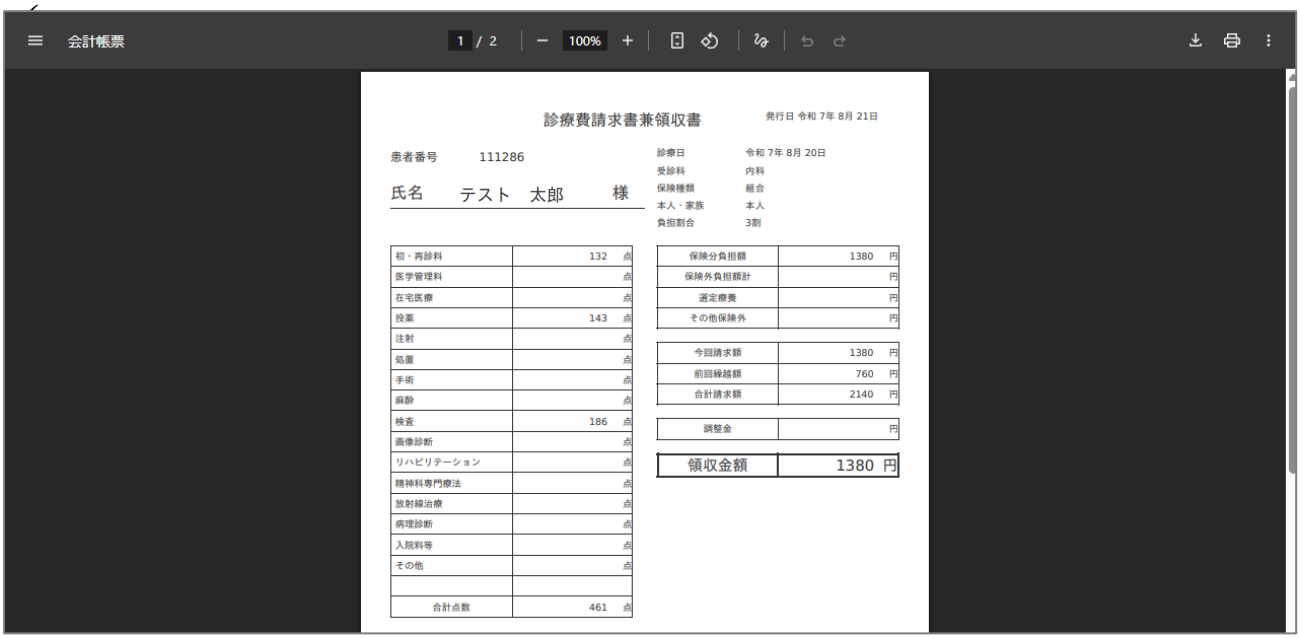
⑷ 会計画面が表示されます。請求額、入金額、印刷する帳票を確認して保存ボタンをクリックします。

- ✓ 調整金がある場合は、調整金欄に金額を入力してください。
- ✓ 今回一部入金する場合等は、入金額を修正してください。
- ✓ 請求額と入金額の差額は次回会計時の繰越金として計上されます。差額を繰り越さない場合は「差額を繰り越さない」にチェックしてください。
- ✓ 印刷する帳票（領収書、明細書、院外処方せん、薬剤情報、お薬手帳）にチェックしてください。前回会計時印刷した帳票はチェックが入った状態で表示されます。



⑸ 印刷プレビューが別のタブで表示されます。ブラウザの印刷機能で印刷してください。

- ✓ 領収書、明細書、院外処方せん、薬剤情報はまとめてプレビューされます。
- ✓ お薬手帳は別のタブでプレビューされます。それぞれ印刷してください。
- ✓ 印刷が終了したらタブを閉じてください。



⑹ 「受付」画面のステータスが「会計済」に変わります。



② 公費併用

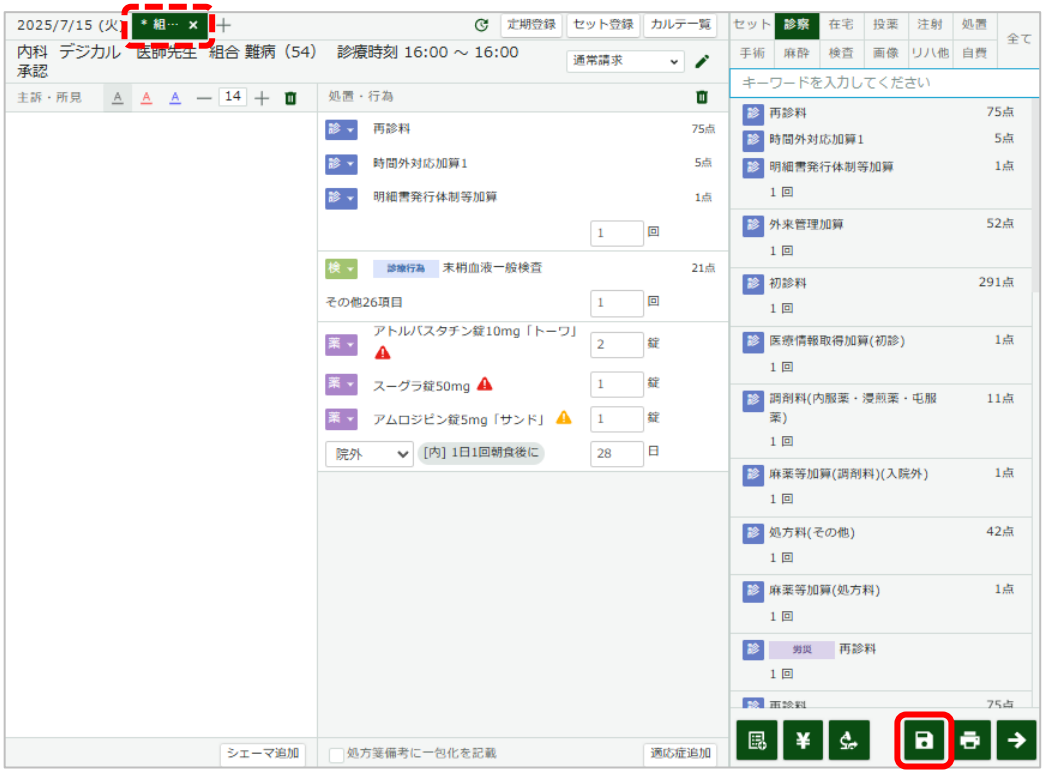
公費を持っている患者様で、公費適用・適用外の処方等公費のカルテとは別に主保険のカルテを作成します。

例）難病（公費 54）患者様に、公費適用外の処方があった場合

⑴ 「主保険+難病（54）」の保険を指定して受付を行います。



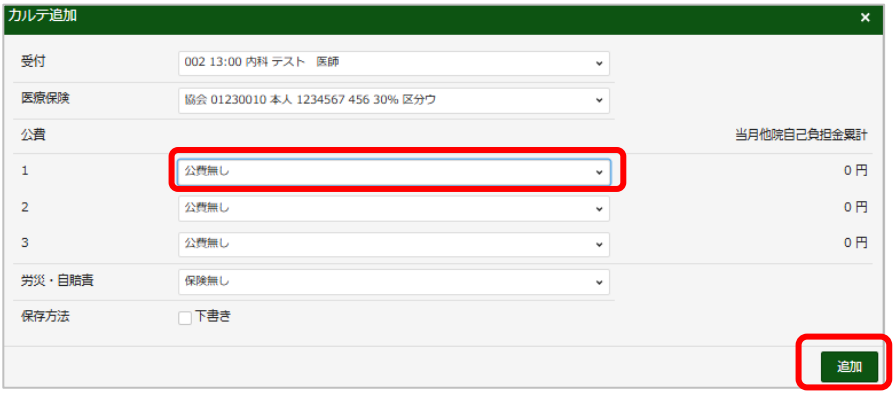
⑵ 「難病（54）」の診療内容を入力して、保存ボタンをクリックします。



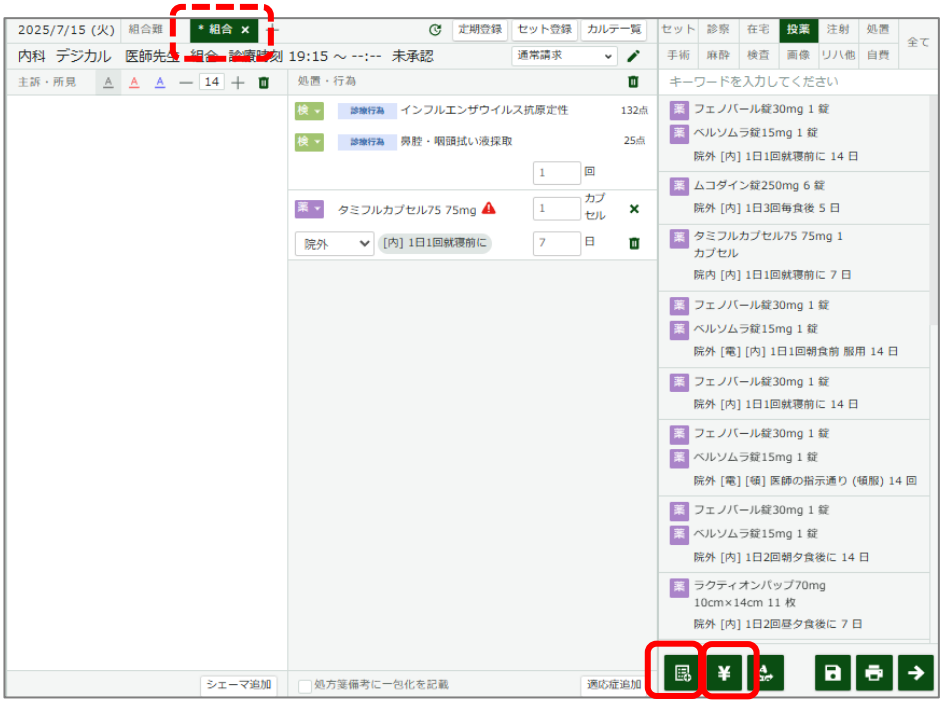
⑶ 「＋」をクリックしてカルテを追加します。



⑷ カルテ追加画面が表示されます。公費区分を「公費無し」に変更し［追加］をクリックします。



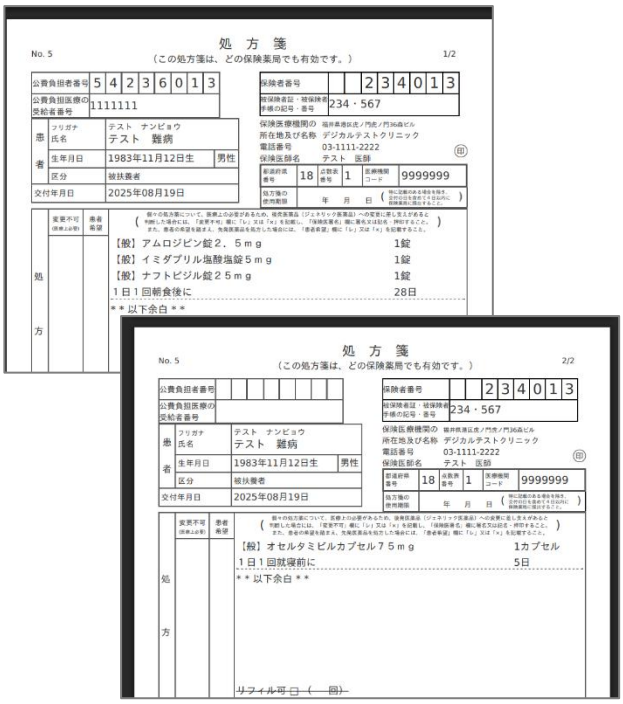
⑸ 難病以外の診療内容を入力して、「自動算定」「会計」をクリックします。



⑹ 主保+公費分、主保分の会計内容がまとめて表示されます。［保存］をクリックします。



(7) 選択した帳票が別タブでプレビュー表示されます。
処方せん、明細書はカルテ別に発行されます。領収書は合算して発行されます。


処 方 箋
No. 5
（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）
1/2
公費負担者番号 5423601 3
公費負担医療の受給者番号 1111111
保険者番号 2340113
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 234・567
患者 フリガナ テスト ナンビョウ
氏名 テスト 難病
生年月日 1983年11月12日生 男性
区分 被扶養者
交付年月日 2025年08月19日
保険医療機関の所在地及び名称 デジカルテストクリニック
電話番号 03-1111-2222
保険医部名 テスト 医師
都道府県番号 18 点数番号 1 医療機関コード 9999999
処方箋の使用期間 年 月 日（当該記載の日を含む4日以内に保険薬局に提出すること。）
処方
変更不可（疾患上必要） 患者希望
（ ）
【般】アムロジピン錠２．５ｍｇ 1錠
【般】イミダブリル塩酸塩錠５ｍｇ 1錠
【般】ナフトピジル錠２５ｍｇ 1錠
１日１回朝食後に 28日
＊＊以下余白＊＊

処 方 箋
No. 5
（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）
2/2
公費負担者番号
公費負担医療の受給者番号
保険者番号 2340113
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 234・567
患者 フリガナ テスト ナンビョウ
氏名 テスト 難病
生年月日 1983年11月12日生 男性
区分 被扶養者
交付年月日 2025年08月19日
保険医療機関の所在地及び名称 デジカルテストクリニック
電話番号 03-1111-2222
保険医部名 テスト 医師
都道府県番号 18 点数番号 1 医療機関コード 9999999
処方箋の使用期間 年 月 日（当該記載の日を含む4日以内に保険薬局に提出すること。）
処方
変更不可（疾患上必要） 患者希望
（ ）
【般】オセルタミビルカプセル７５ｍｇ 1カプセル
１日１回就寝前に 5日
＊＊以下余白＊＊
~~リフィル可 □（ 回）~~


診療費請求書兼領収書
発行日 令和 7年 8月 21日
患者番号 5
氏名 テスト 難病 様
診療日 令和 7年 8月 19日
受診科 整形外科
保険種類 複数保険使用
本人・家族
負担割合

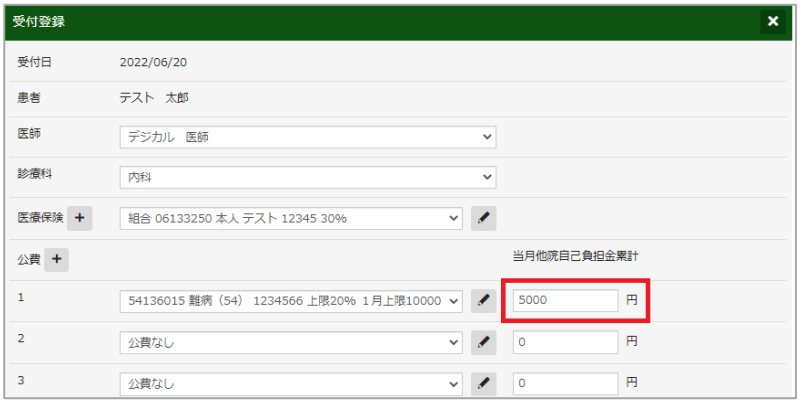
初・再診料	131 点
医学管理料	点
在宅医療	点
投薬	70 点
注射	11090 点
処置	点
手術	点
麻酔	点
検査	518 点
画像診断	点
リハビリテーション	点
精神科専門療法	点
放射線治療	点
病理診断	点
入院料等	点
その他	点
合計点数	11809 点

保険分負担額	2010 円
保険外負担額計	円
選定療養	円
その他保険外	円

今回請求額	2010 円
前回繰越額	円
合計請求額	2010 円

調整金	円
領収金額	2010 円

＜難病、自立支援など公費の他医療機関での支払金額設定＞
受付登録画面の「当月他院自己負担金累計」で設定してください。
他医療機関の支払額の総額を入力します。自院分は自動計算しますのでいれないでください。


受付登録
受付日 2022/06/20
患者 テスト 太郎
医師 デジカル 医師
診療科 内科
医療保険 + 組合 06133250 本人 テスト 12345 30%
公費 + 当月他院自己負担金累計
1 54136015 難病（54） 1234566 上限20% 1月上限10000 5000 円
2 公費なし 0 円
3 公費なし 0 円

（例）当月他院自己負担金累計の入力例



特定医療費（指定難病）

令和〇年１月分　自己負担上限額管理票

受診者名	●● ●●	受給者番号	□□□□□□□

月間自己負担上限額　10,000 円

日付	指定医療機関名	医療費総額（10 割分）	自己負担額	自己負担の累計額（月額）	徴収印
1 月 5 日	〇〇〇医院	20,000 円	4,000 円	4,000 円	㊞
1 月 5 日	◎◎薬局	5,000 円	1,000 円	5,000 円	㊞
1 日 14 日	〇〇〇医院	15,000 円	3,000 円	8,000 円	㊞
1 月 14 日	◎◎薬局	5,000 円	1,000 円	9,000 円	㊞
1 月 22 日	〇〇〇医院	20,000 円	1,000 円	10,000 円	㊞
1 月 28 日	△△△病院	5,000 円			
1 月 28 日	◎◎薬局	4,000 円			

上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印
1 月 22 日	〇〇〇医院	㊞

【管理票】

１月　５日　自院　4000 円

１月　５日　**薬局（他院）1000 円**（※１）

１月 14 日　自院 3000 円

１月 14 日　**薬局（他院）1000 円**（※２）

１月 22 日　自院　1000 円

【デジカルの設定】

１月５日来院時の受付画面　他院自己負担金累計　０円

１月 14 日来院時の受付画面　他院自己負担金累計　1000 円（※１）

１月 22 日来院時の受付画面　他院自己負担金累計　2000 円（※１）＋（※２）

（補足）

- ✓ 前回受付日に設定した金額があれば参考値として初期表示します
  前回から他院にかかっていない場合はそのまま登録してください
- ✓ 他院の支払額を月の途中でまとめて入力する場合は、最新の受付日にこれまでの他院合計額を設定してください。
  例）１月 22 にまとめて入力する場合、１月 22 日の受付画面で 2000 円を入力してください。
  （さかのぼって 14 日の受付に設定する必要はありません）
- ✓ 過去分のカルテを修正する場合、同月の最新の受付日に設定した他院負担を元に自己負担金を計算します。
- ✓ 月の途中でまとめて入力する場合は、自己負担が変更となる場合がありますので一括再計算を行ってください。（参考）一括再計算

③ 領収書分割（例：保険診療と自費診療）

通常の保険診療とインフルエンザ予防接種を同日に受診し、領収書、明細書を保険別に発行したい場合は、保険ごとに受付を作成して行ってください。

(1) 保険の受付と「保険無し」の受付を行います。



⑵ 保険の受付より診察画面を開き、保険診療の内容を入力します。



⑶ 自動算定ボタンをクリックし、自動算定項目の追加を行います。

⑷ 会計ボタンをクリックします。医療保険分の会計を保存し各帳票の発行を行います



⑸ 「保険無し」の受付より診察画面を開き、自費診療の内容を入力します。



⑹ 会計ボタンをクリックします。保険無し分の会計を保存し各帳票の発行を行います



④ 未収金

請求額に対して入金額が少ない場合は、差額が未収金となり次回に繰り越すことができます。

➢ 入金額を手入力して差額を未収金とする

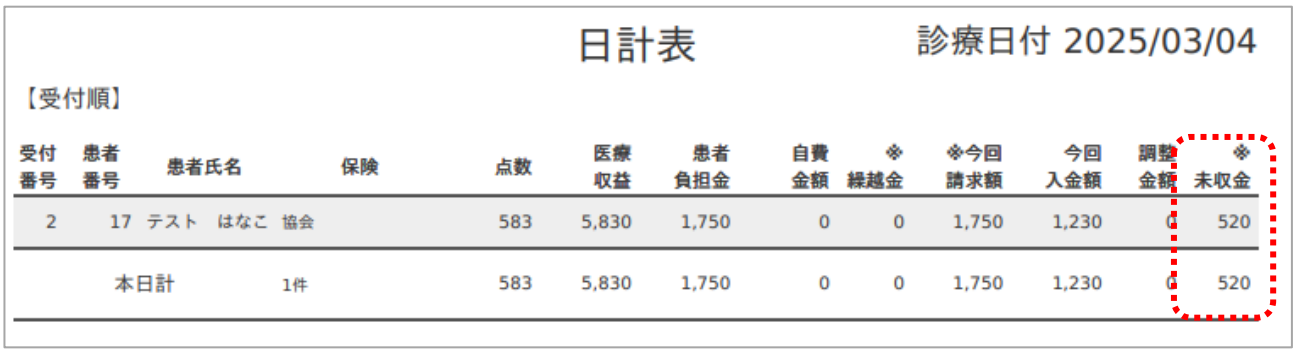


※領収書見本



保険分負担額	1750	円
保険外負担額計		円
選定療養		円
その他保険外		円
今回請求額	1750	円
前回繰越額		円
合計請求額	1750	円
調整金		円
領収金額	1230	円

※日計表見本



日計表　　診療日付 2025/03/04

【受付順】

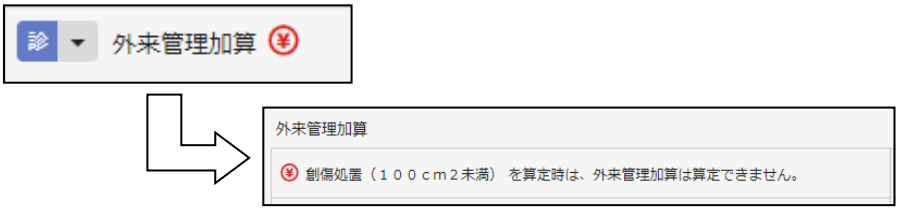
受付番号	患者番号	患者氏名	保険	点数	医療収益	患者負担金	自費金額	※繰越金	※今回請求額	今回入金額	調整金額	※未収金
2	17	テスト　はなこ	協会	583	5,830	1,750	0	0	1,750	1,230	0	520
		本日計	1件	583	5,830	1,750	0	0	1,750	1,230	0	520

➢ 会計終了後に診療内容を修正して差額を未収金とする

(1) 処置行為の内容を修正し「会計」をクリックします。



- ✓ 修正時も会計前に「自動算定」ボタンを押していただき、算定漏れがないか確認してください。
- ✓ 診療内容修正により、自動算定した項目が算定不可となる場合があります。「￥」マークが表示されますので、クリックして内容をご確認ください。

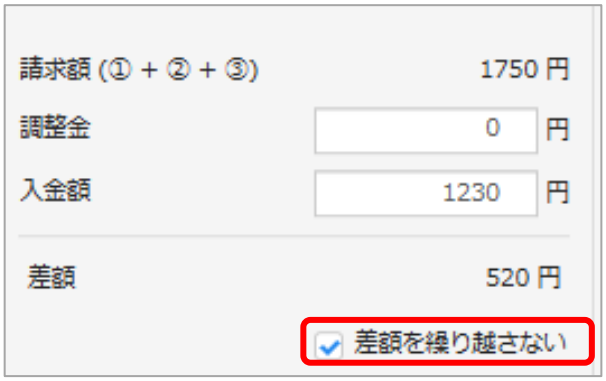


(2) 会計画面で差額が表示されます。
入金額は前回領収した金額が表示されますので、そのまま修正せずに保存します。

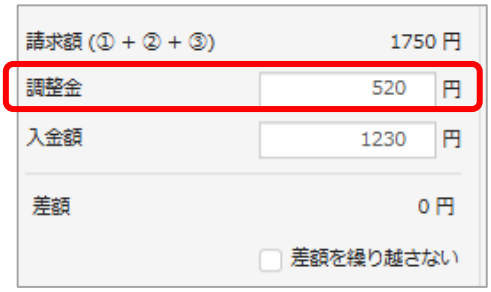


➢　会計終了後に診療内容を修正して差額を未収金としない

「差額を繰り越さない」にレ点をいれて保存します



（または、差額を調整金に入力することでも対応可能です）



※領収書見本



保険分負担額	1750 円
保険外負担額計	円
選定療養	円
その他保険外	円
今回請求額	1750 円
前回繰越額	円
合計請求額	1750 円
調整金	520 円
領収金額	1230 円

※日計表見本



日計表　　診療日付 2025/03/04

【受付順】

受付番号	患者番号	患者氏名	保険	点数	医療収益	患者負担金	自費金額	※繰越金	※今回請求額	今回入金額	調整金額	※未収金
2	17	テスト　はなこ	協会	583	5,830	1,750	0	0	1,750	1,230	520	0
		本日計	1件	583	5,830	1,750	0	0	1,750	1,230	520	0

➢　次回診療時に未収金を入金する

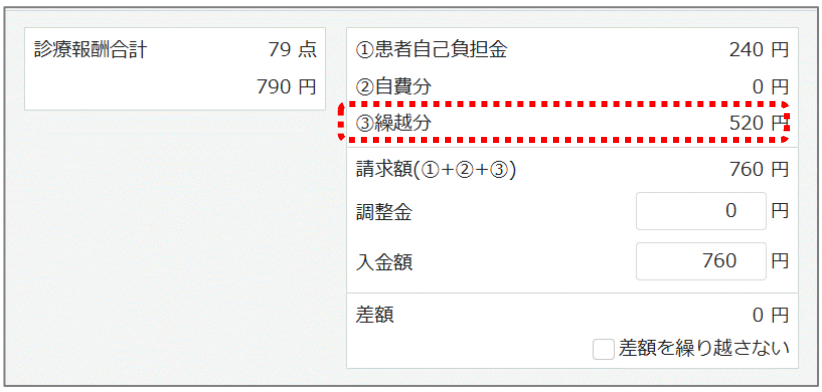
次回診療時は、③繰越金欄に未収金が表示されます。

請求額は、当日診療分と繰越金を合算した金額となります。

例）当日診療分　　240 円

　　前回未収金（繰越金）　520 円

　　請求額　　760 円

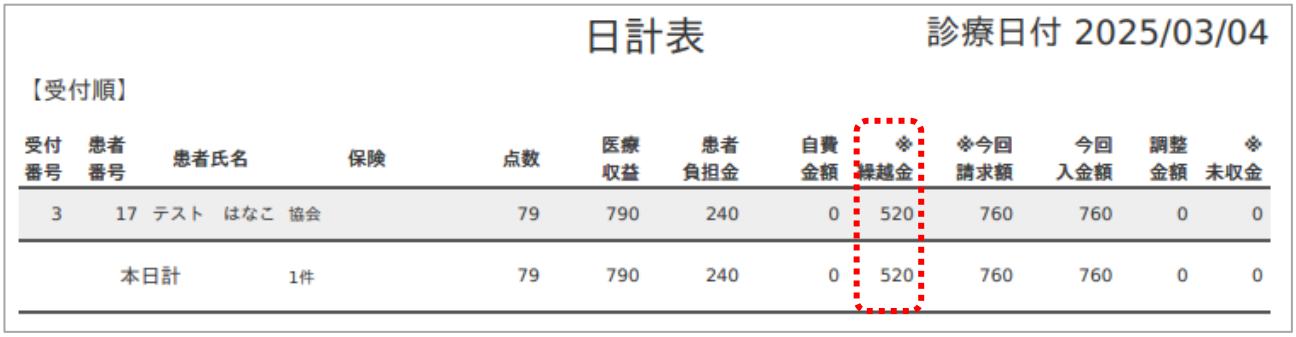


※領収書見本



※日計表見本

会計を行った日の日計表に反映されます



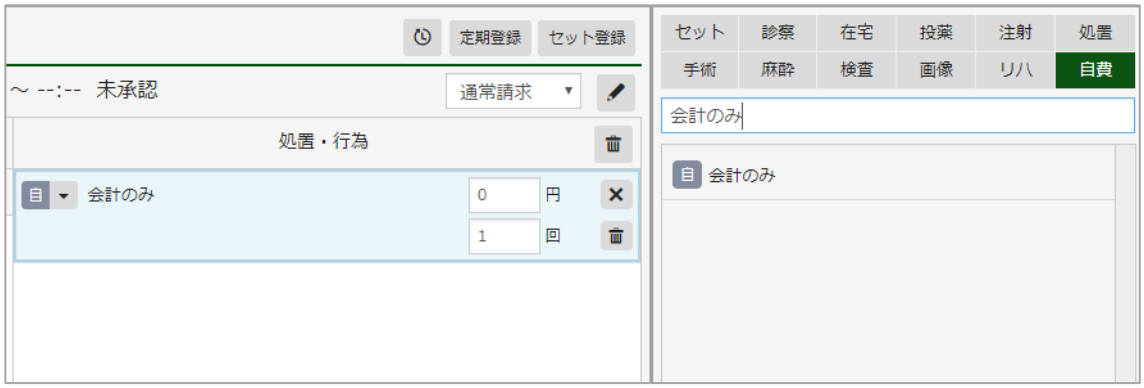
➢　後日、診察なしで未収金を入金する

入金したい日付で患者様を受付し、自費マスタ「会計のみ」を入力してカルテを作成します

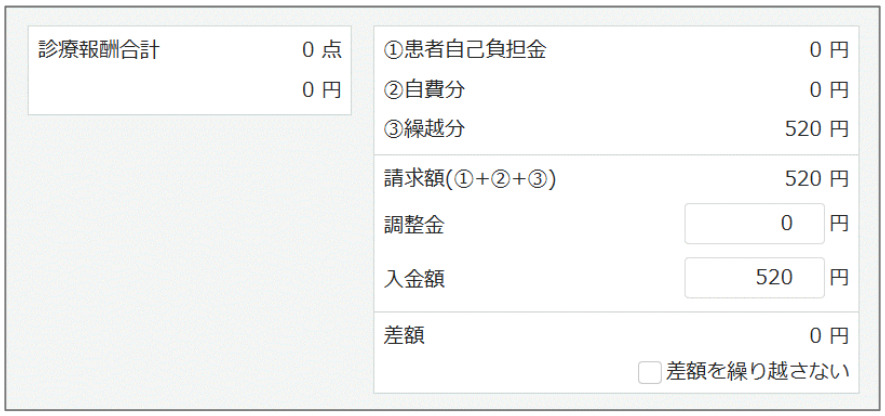
⑴ 入金したい日付の受付画面をひらき、該当患者様を受付します



⑵ 診察画面を開きます。自費タブより「会計のみ」という項目を入力します。金額は０円のままにします



⑶ 会計ボタンをクリックし、会計保存します。



※領収書見本

保険分負担額	円
保険外負担額計	円
選定療養	円
その他保険外	円
今回請求額	円
前回繰越額	520 円
合計請求額	520 円
調整金	円
領収金額	520 円

※日計表見本
会計を行った日の日計表に反映されます

日計表　診療日付 2025/03/04

【受付順】

受付番号	患者番号	患者氏名	保険	点数	医療収益	患者負担金	自費金額	※繰越金	※今回請求額	今回入金額	調整金額	※未収金
3	17	テスト　はなこ	協会	0	0	0	0	520	520	520	0	0
		本日計	1件	0	0	0	0	520	520	520	0	0

⑤ 月まとめ請求

1 ヶ月分をまとめた請求書、領収書、明細書を発行できます。
また、1 ヶ月分の日ごとの請求書兼領収書、明細書を一括発行することもできます。

(1) 発行したい月のカルテをひらき、印刷ボタンから、「月まとめ請求」をクリックします。



⑵ 発行したい帳票を選択して「作成」をクリックします。集計が終わると別タブで帳票が表示されます。



月まとめ請求書・領収書・明細書の注意点

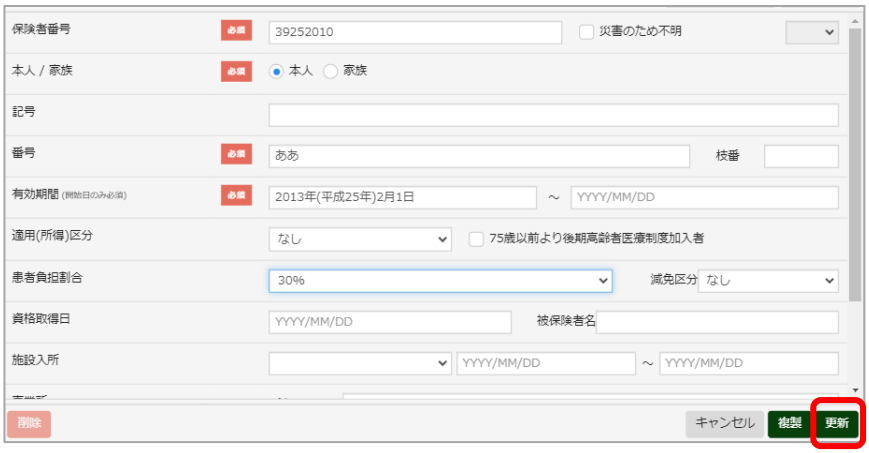
- ✓ 会計を完了してから月まとめ請求を作成してください。
- ✓ 同月内に保険が複数ある場合や保険無しと保険のカルテがある場合は、保険種類が複数保険使用と表示されます。（保険別に出力することはできません）
- ✓ 労災・自賠責のカルテは出力対象外です。

⑥ 一括再計算

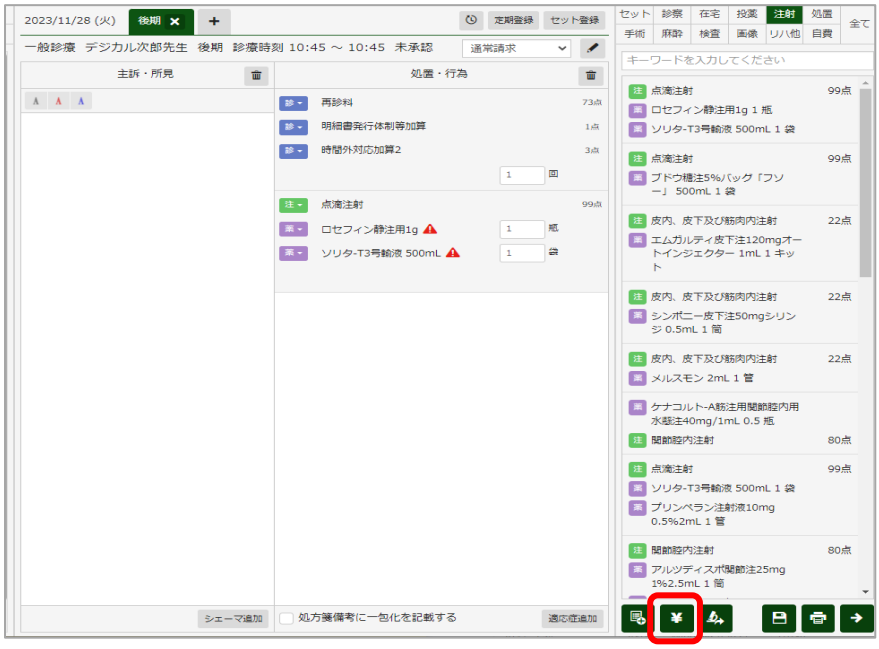
月の初めから遡って会計をやり直したい場合、カルテを１日ずつひらかなくても、１月分をまとめて再計算することができます。

例）負担割合 10%で登録していたが 30%だったので 1 か月分再計算する場合

⑴ 保険を上書きで 30%に修正し[更新]します。



⑵ 再計算したい月の任意の日にちのカルテをひらき、会計ボタンをクリックします。



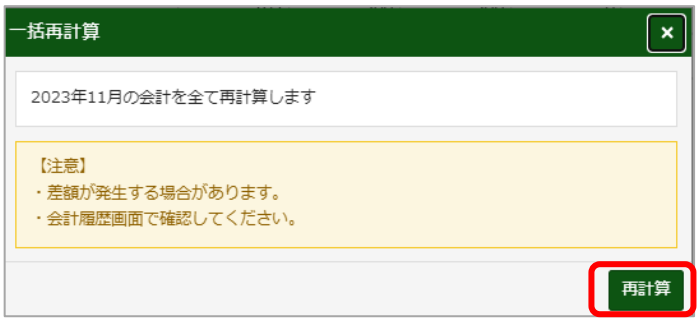
⑶ 「一括再計算」をクリックします。



⑷ 会計履歴画面で「一括再計算」をクリックします。



⑸ メッセージを確認し「再計算」をクリックします。



⑹ 再計算後の会計履歴が表示されますので確認後［×」ボタンをクリックします。



※入金額は変更しませんので、差額が発生した場合は未収金、預り金として繰り越します。

10.　返金

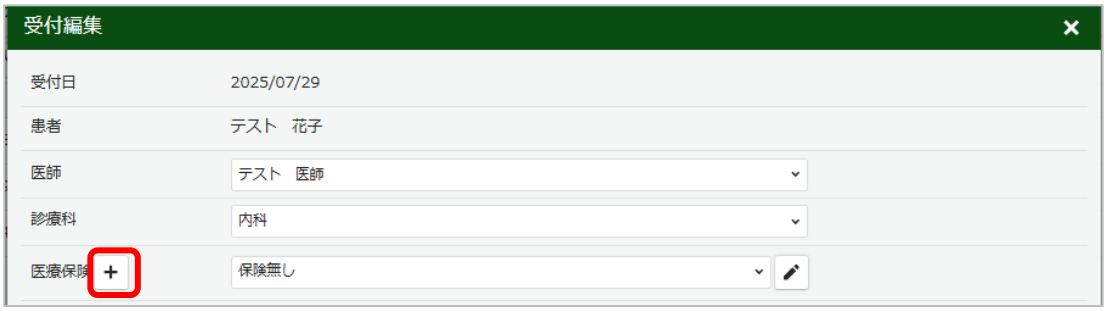
保険証等を忘れた患者様について「保険無し」で会計し、その後保険証等を提示された場合、提示タイミング別に以下の操作となります。

①　当日中に保険証等提示

(1) 該当患者様の受付の「保険無し」にカーソルをあわせ、編集ボタンをクリックします
※「Ctrl+F」を押すと受付一覧から患者名や患者番号で検索できます



(2) 医療保険の追加ボタンをクリックします



(3) 医療保険情報を登録します



※公費がある場合は公費追加ボタンをクリックして公費も登録します

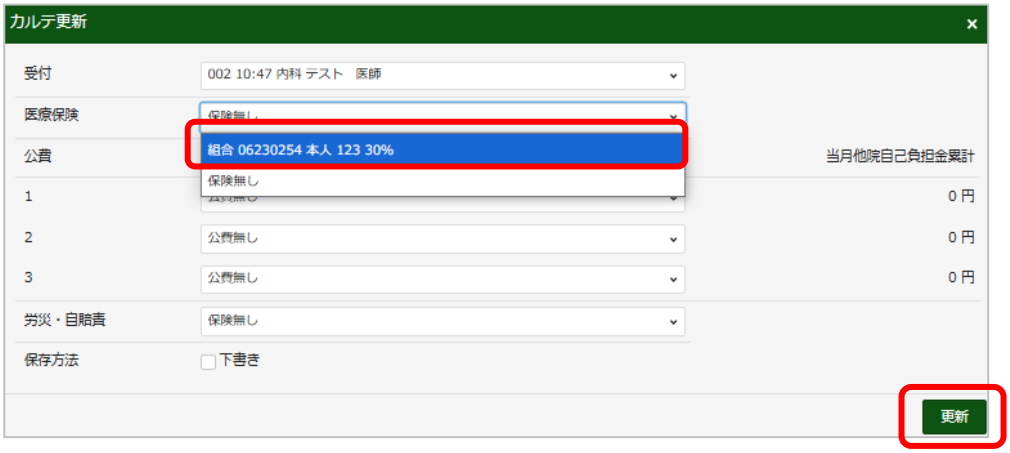
⑷ 登録した保険、公費が選択されていることを確認して［登録］ボタンをクリックします



⑸ 該当患者様のカルテをひらき、編集ボタンをクリックします

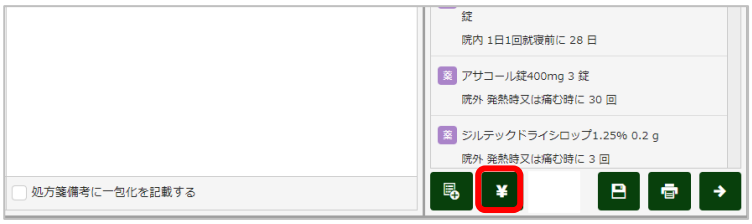


⑹ カルテ更新画面で医療保険を「保険無し」から「登録した保険、公費」へ変更し、［更新］ボタンをクリックします





⑺ 会計ボタンをクリックします



⑻ 負担金が再計算され、差額を患者様に返金します。



←返金額

⑼ 入金額を請求額と同じ金額に修正し、領収書、明細書にレ点をいれて［保存］をクリックします。
※保険の領収書が発行されますので、保険無しの領収書と差し替えます



←請求額と同じ金額を手入力
　します（差額が０円になります）

当日の日計表には、保険分として請求額、入金額が計上されます

受付番号	患者番号	患者氏名	保険	点数	医療収益	患者負担金	自費金額	※繰越金	※今回請求額	今回入金額	調整金額	※未収金
3	65	テスト　花子	組合	199	1,990	600	0	0	600	600	0	0

② 後日保険証等提示・返金当日の診察なし

➢ 過去カルテを修正する

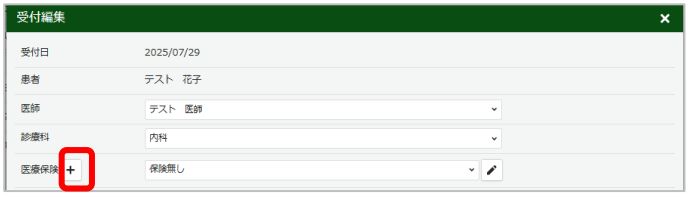
⑴ 保険証を忘れた過去日の受付をひらきます

⑵ 該当患者様の受付で、「保険無し」の編集ボタンをクリックします

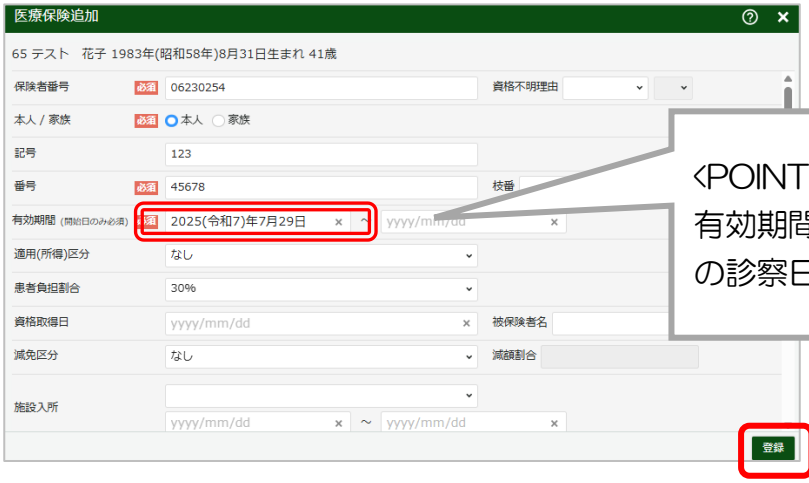
※「Ctrl+F」を押すと受付一覧から患者名や患者番号で検索できます



⑶ 医療保険の追加ボタンをクリックします



⑷ 医療保険情報を登録します



<POINT>
有効期間の開始日は、返金対象の過去の診察日が含まれるように修正します

※公費がある場合は公費追加ボタンをクリックして公費も登録します。
公費についても有効期間の開始日は、返金対象の過去の診察日が含まれるようにします。

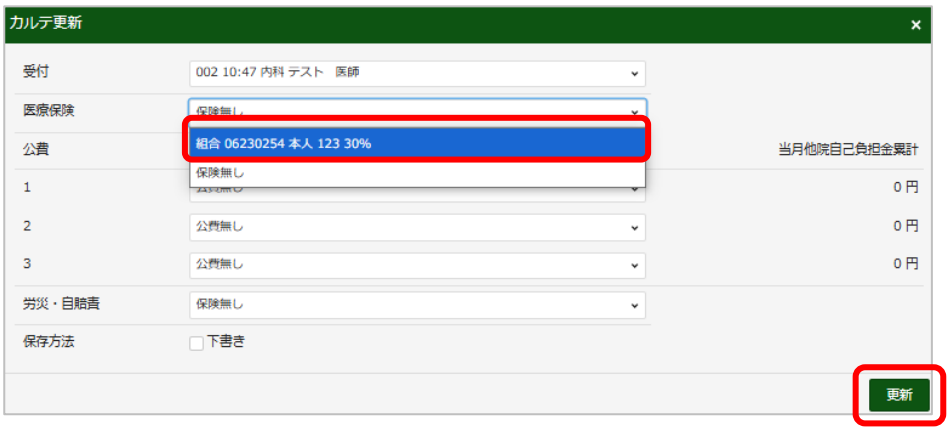
⑸ 登録した保険、公費が選択されていることを確認して［登録］ボタンをクリックします

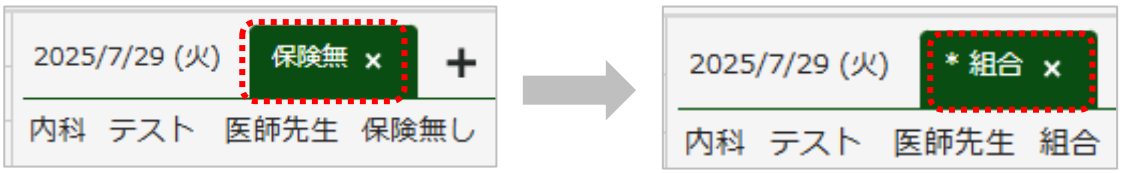


⑹ 保険証を忘れた診察日の受付から該当患者様のカルテをひらき、編集ボタンをクリックします



⑺ カルテ更新画面で医療保険を「保険無し」から「登録した保険、公費」へ変更し、[更新」ボタンをクリックします





⑻ 会計ボタンをクリックします



⑼ 「入金額」に前回の入金額が表示されますので金額を控えます。



⑽　入金額を請求額と同じ金額に修正し、領収書と明細書にレ点をいれて［保存］します。
※保険の領収書が発行されますので、保険無しの領収書と差し替えます。



←請求額と同じ金額を手入力
　します（差額が０円になります）

⑾　再度「会計」をクリックします。



(12)　入金額を変更前の金額（手順（9）で控えた金額）に戻して［保存］します

※領収書、明細書の印刷は不要です



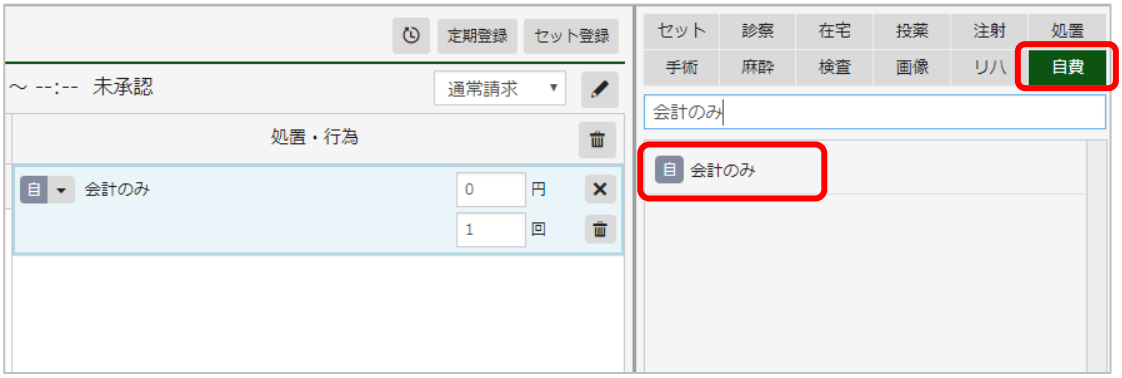
➢　清算用カルテの作成

(1) 返金当日の日付で該当患者様を「保険無し」で受付します



(2) カルテをひらき、自費タブより「会計のみ」マスタを入力します。

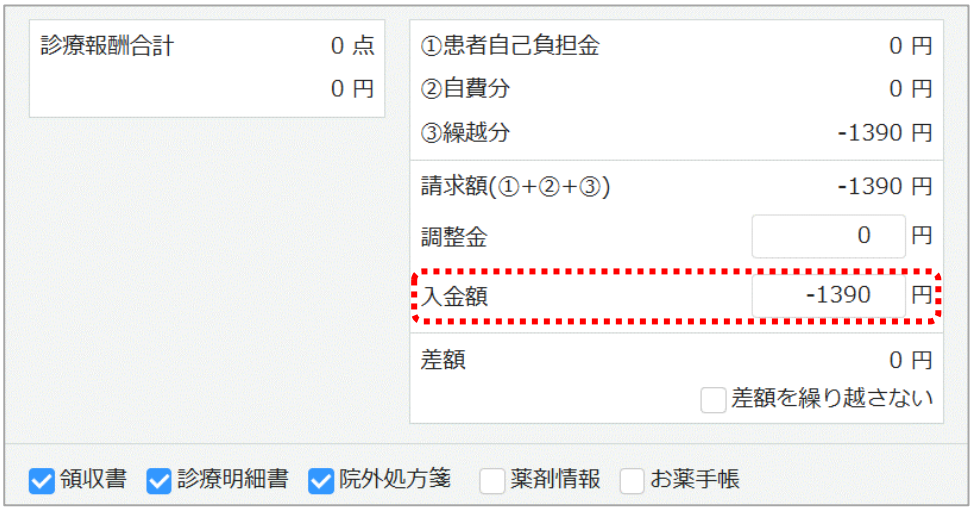
金額は０円のままにします。



⑶ 会計ボタンをクリックします。



⑷ 繰り越した金額（返金額）が請求額と入金額にマイナスで表示されます。
そのまま会計を登録します。



返金当日の日計表に返金額が反映します

受付番号	患者番号	患者氏名	保険	点数	医療収益	患者負担金	自費金額	※繰越金	※今回請求額	今回入金額	調整金額	※未収金
1	65	テスト　花子	保険無し	0	0	0	0	-1,390	-1,390	-1,390	0	0

③ 後日保険証等提示・返金当日の診察あり

➢ 過去カルテを修正する

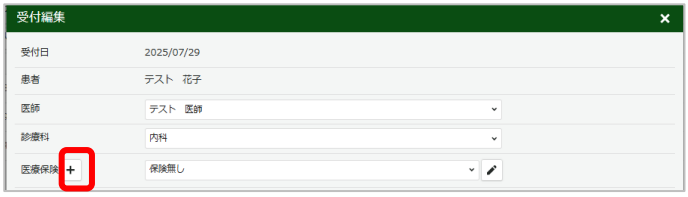
(1) 保険証を忘れた過去日の受付をひらきます

(2) 該当患者様の受付で、「保険無し」の編集ボタンをクリックします

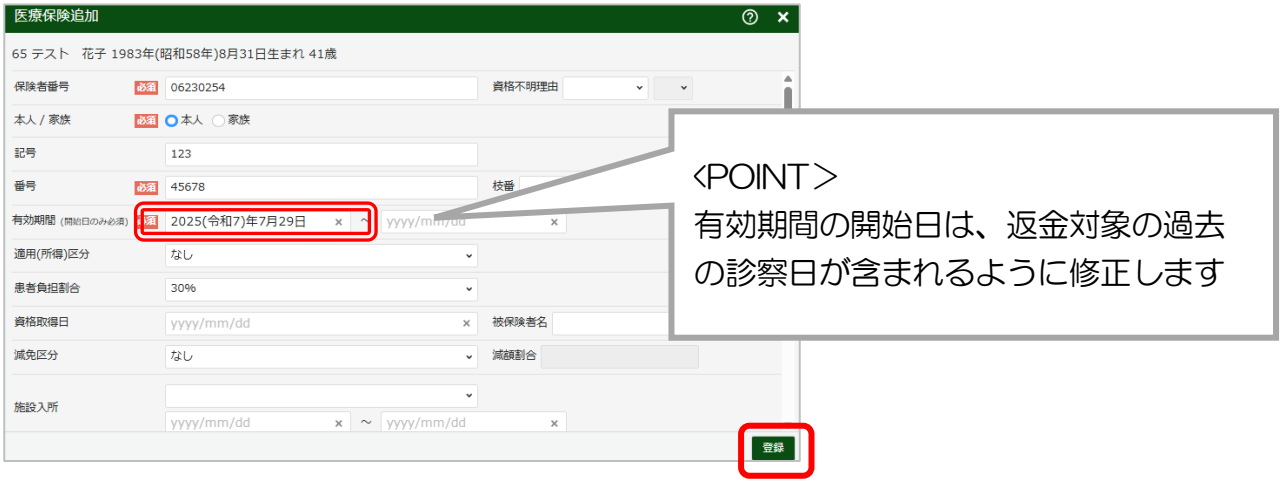
※「Ctrl+F」を押すと受付一覧から患者名や患者番号で検索できます



(3) 医療保険の追加ボタンをクリックします



(4) 医療保険情報を登録します



※公費がある場合は公費追加ボタンをクリックして公費も登録します。

公費についても有効期間の開始日は、返金対象の過去の診察日が含まれるようにします。

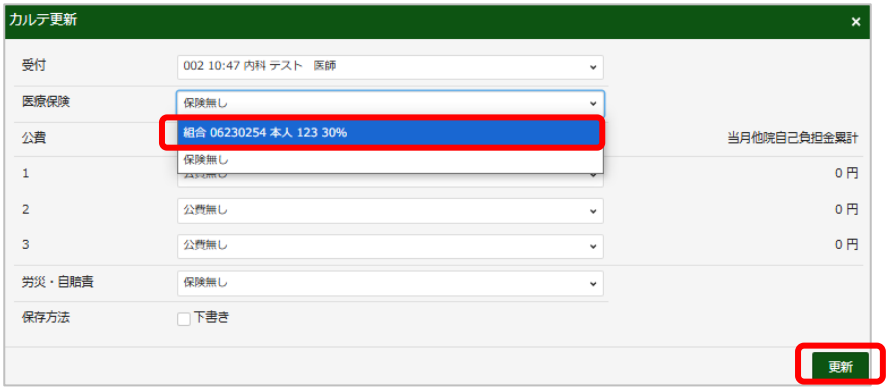
(5) 登録した保険、公費が選択されていることを確認して［登録］ボタンをクリックします

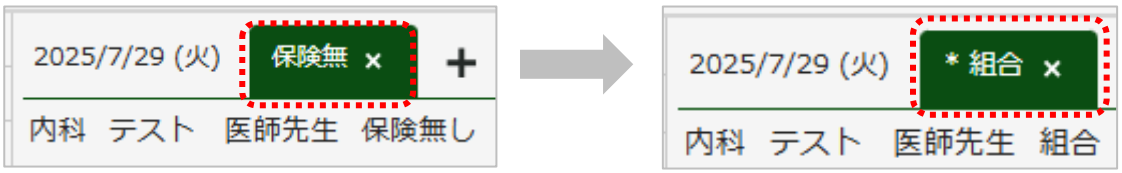


⑹ 保険証を忘れた診察日の受付から、該当患者様のカルテをひらき、編集ボタンをクリックします



⑺ カルテ更新画面で医療保険を「保険無し」から「登録した保険、公費」へ変更し、［更新」ボタンをクリックします





⑻ 会計ボタンをクリックします



⑼ 「入金額」に前回の入金額が表示されますので金額を控えます。



⑽　入金額を請求額と同じ金額に修正し、領収書、明細書にレ点をいれて［保存］をクリックします。

※保険の領収書が発行されますので、保険無しの領収書と差し替えます。



←請求額と同じ金額を手入力します（差額が０円になります）

⑾　再度「会計」をクリックします。



(12)　入金額を変更前の金額（手順（9）で控えた金額）に戻して［保存］します

※領収書、明細書の印刷は不要です



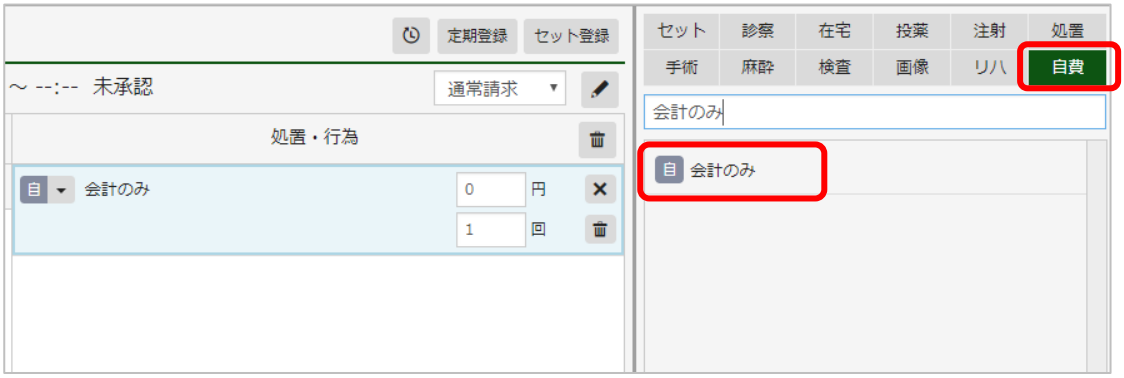
➢　清算用カルテの作成

(1) 返金当日の日付で該当患者様を「保険無し」で受付します



(2) カルテをひらき、自費タブより「会計のみ」マスタを入力します。

金額は０円のままにします。



⑶ 会計ボタンをクリックします。



⑷ 繰り越した金額（返金額）が請求額と入金額にマイナスで表示されます。そのまま会計を登録します。



返金当日の日計表に返金額が反映します

受付番号	患者番号	患者氏名	保険	点数	医療収益	患者負担金	自費金額	※繰越金	※今回請求額	今回入金額	調整金額	※未収金
1	65	テスト　花子	保険無し	0	0	0	0	-1,390	-1,390	-1,390	0	0

➢ 当日診察用カルテの作成

⑴ 登録した保険を選択して該当患者様を再度受付します



⑵ 当日の診療内容を入力し、会計します



日計表には、精算用カルテと診察用カルテの会計金額がそれぞれ印字されます。

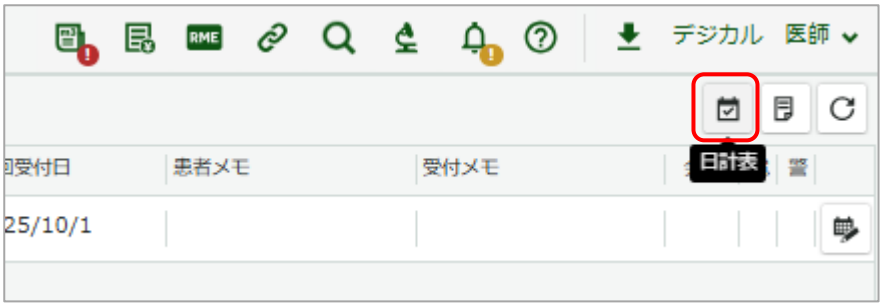
受付番号	患者番号	患者氏名	保険	点数	医療収益	患者負担金	自費金額	※繰越金	※今回請求額	今回入金額	調整金額	※未収金
1	65	テスト 花子	保険無し	0	0	0	0	-1,390	-1,390	-1,390	0	0
2	65	テスト 花子	組合	77	770	230	0	0	230	230	0	0

11. 管理

① 日計表

日計表を印刷し、１日の診療報酬合計や入金額の確認ができます。

⑴ 受付画面の日計表ボタンをクリックします



⑵ 集計が終わると日計表が別タブで表示されます
受付画面のカレンダー日付の日計表が出力されます。



発行日：2018/04/04 15:47

日計表

診療日付 2018/01/30

【受付順】

受付番号	患者番号	患者氏名	保険	点数	患者負担金	自費金額	※繰越金	※今回請求額	今回入金額	調整金額	※未収金
1	53	テスト　患者	協会	488	1,460	0	0	1,460	1,460	0	0
2	8	テスト　太郎	組合	781	2,340	0	0	2,340	2,340	0	0
3	9	テスト　福武	国保	393	1,180	0	0	1,180	1,180	0	0
4	123466	テスト　患者	保険無し	189	1,890	0	0	1,890	1,890	0	0
5	3	尾崎　郁雄	協会	258	520	0	0	520	520	0	0
6	111	宮崎　テスト	国保	833	2,500	0	0	2,500	2,500	0	0
7	111	宮崎　テスト	保険無し	0	0	1,500	0	1,500	1,500	0	0
15	72	テスト　難病（６）	後期 難病（54）	517	520	0	120	640	640	0	0
16	45	テスト　国保	国保	680	1,360	0	0	1,360	1,360	0	0
8	53	テスト　患者	保険無し	0	0	1,500	0	1,500	1,500	0	0
10	67	テスト　難病（３）	組合 難病（54） 組合	1,117	460	0	0	460	460	0	0
11	8	テスト　太郎	保険無し	0	0	1,500	0	1,500	1,500	0	0
12	52	テスト　さくら	国保 乳幼児（88）	554	0	0	0	0	0	0	0
14	74	テスト　難病（８）	国保 難病（54） 国保	1,258	2,810	0	0	2,810	2,810	0	0
		本日計	14件	7,068	15,040	4,500	120	19,660	19,660	0	0

※ 同一患者が１日複数回受診した場合は、繰越金、今回請求額、未収金が合計と異なる場合がございます。

■日別集計

点数	診療報酬点数
医療収益	診療報酬点数の総金額（10 割分）＋労災自賠責マスタの金額
患者負担金	患者様の自己負担金額
自費金額	自費マスタの金額＋選定療養費
繰越金	前回からの繰越金額
今回請求額	患者負担金＋自費金額＋繰越金
今回入金額	会計画面の入金額
調整金額	会計画面ので調整金額、または「差額を繰り越さない」とした金額
未収金	未収金額または預かり金額（マイナス）

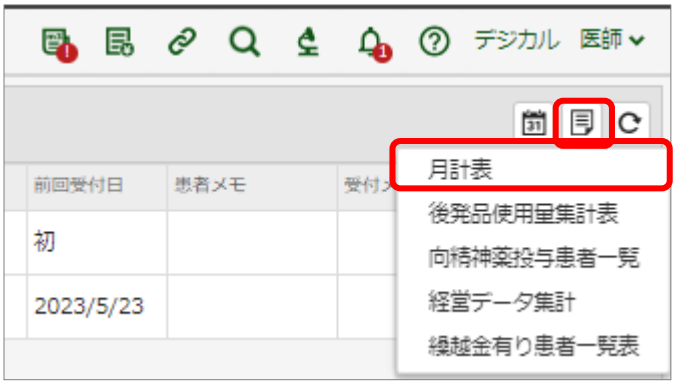
■保険別集計

合計件数	受付件数 ※受付が 1 つでカルテが複数ある場合、1 つ目カルテの保険にカウントする
その他の項目	日別集計と同じ項目を保険種別ごとに合計 ※カルテに紐づく保険種別ごとに点数・金額を集計する

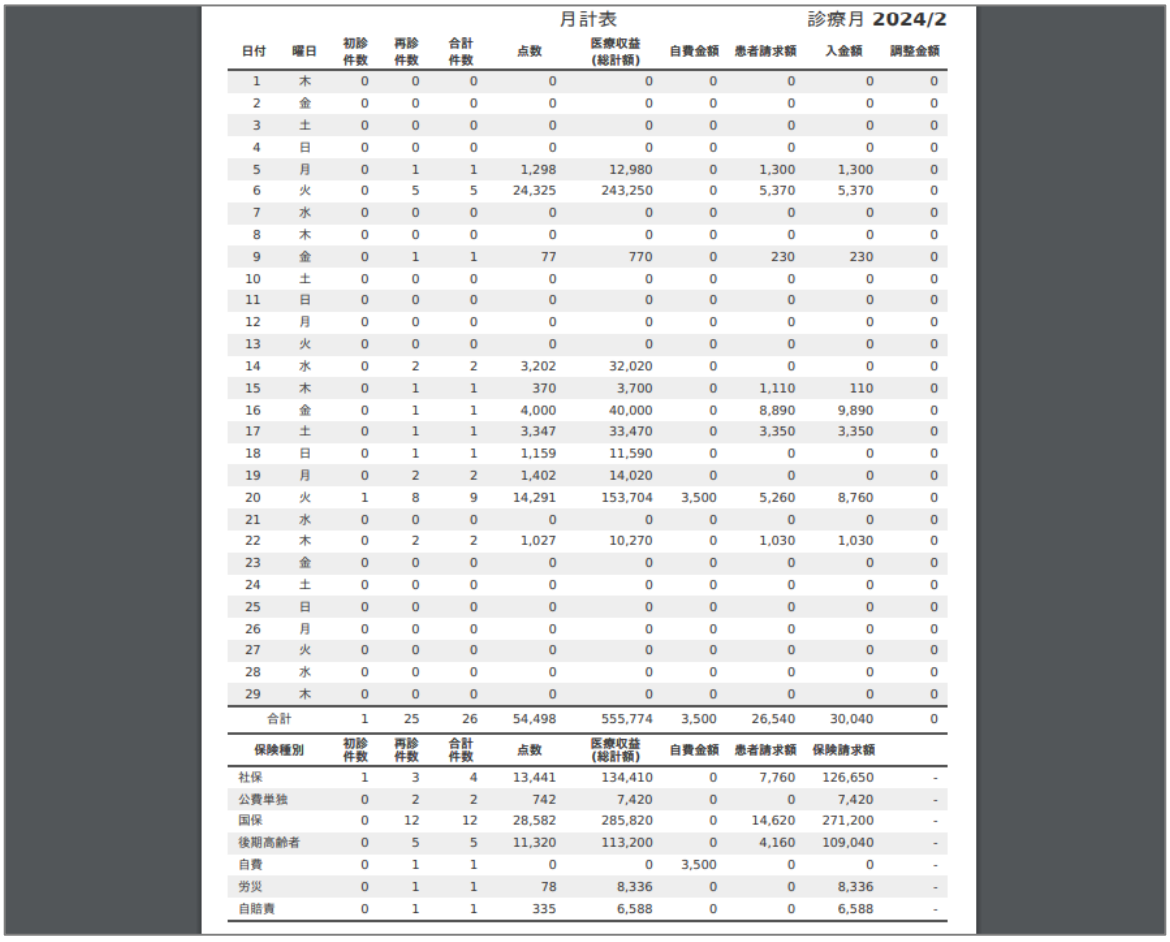
② 月計表

月計表を印刷し、１か月の件数や点数を確認できます

⑴ 受付画面の帳票ボタンから「月計表」をクリックします



⑵ 集計が終わると月計表が別タブで表示されます
受付画面のカレンダー日付の月計表が出力されます



月計表　診療月 2024/2

日付	曜日	初診件数	再診件数	合計件数	点数	医療収益(総計額)	自費金額	患者請求額	入金額	調整金額
1	木	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	金	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	土	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	日	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	月	0	1	1	1,298	12,980	0	1,300	1,300	0
6	火	0	5	5	24,325	243,250	0	5,370	5,370	0
7	水	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	木	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	金	0	1	1	77	770	0	230	230	0
10	土	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	日	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	月	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	火	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	水	0	2	2	3,202	32,020	0	0	0	0
15	木	0	1	1	370	3,700	0	1,110	110	0
16	金	0	1	1	4,000	40,000	0	8,890	9,890	0
17	土	0	1	1	3,347	33,470	0	3,350	3,350	0
18	日	0	1	1	1,159	11,590	0	0	0	0
19	月	0	2	2	1,402	14,020	0	0	0	0
20	火	1	8	9	14,291	153,704	3,500	5,260	8,760	0
21	水	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22	木	0	2	2	1,027	10,270	0	1,030	1,030	0
23	金	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	土	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25	日	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26	月	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27	火	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28	水	0	0	0	0	0	0	0	0	0
29	木	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計		1	25	26	54,498	555,774	3,500	26,540	30,040	0

保険種別	初診件数	再診件数	合計件数	点数	医療収益(総計額)	自費金額	患者請求額	保険請求額	
社保	1	3	4	13,441	134,410	0	7,760	126,650	-
公費単独	0	2	2	742	7,420	0	0	7,420	-
国保	0	12	12	28,582	285,820	0	14,620	271,200	-
後期高齢者	0	5	5	11,320	113,200	0	4,160	109,040	-
自費	0	1	1	0	0	3,500	0	0	-
労災	0	1	1	78	8,336	0	0	8,336	-
自賠責	0	1	1	335	6,588	0	0	6,588	-

■日別集計

初診件数	診療行為名称に「初診」の文字が含まれる点数を算定した受付件数
再診件数	初診件数以外の受付件数
合計件数	初診件数＋再診件数
点数	診療報酬点数
医療収益（総計額）	診療報酬点数の総金額（10 割分）＋労災自賠責マスタの金額
自費金額	自費マスタの金額＋選定療養費
患者請求額	診療報酬点数分の患者自己負担金額
入金額	会計画面の入金額
調整金額	会計画面ので調整金額、または「差額を繰り越さない」とした金額

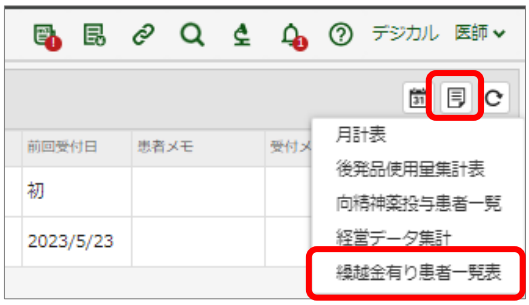
■保険別集計

初診件数	診療行為名称に「初診」の文字が含まれる点数を算定した受付件数 ※受付が 1 つでカルテが複数ある場合、1 つ目カルテの保険にカウントする
再診件数	上記初診件数以外の受付件数 ※受付が 1 つでカルテが複数ある場合、1 つ目カルテの保険にカウントする
合計件数	初診件数＋再診件数 ※受付が 1 つでカルテが複数ある場合、1 つ目カルテの保険にカウントする
点数	診療報酬点数
医療収益（総計額）	診療報酬点数の総金額（10 割分）＋労災マスタの金額
自費金額	自費マスタの金額＋選定療養費
患者請求額	診療報酬点数分の患者自己負担金額
保険請求額	医療収益（総計額）ー患者請求額

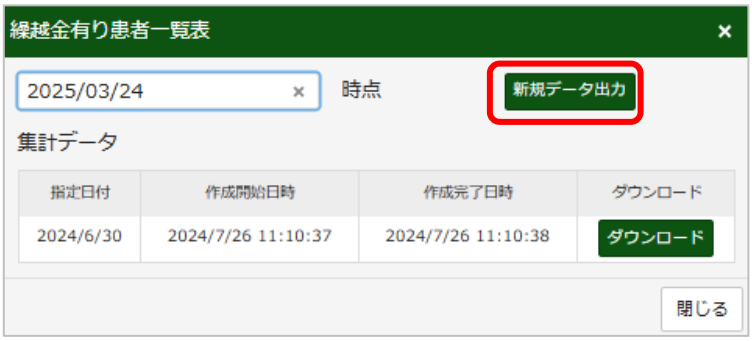
③ 繰越金有り患者一覧

繰越金（未収金、預り金）がある患者様の一覧を表示します。

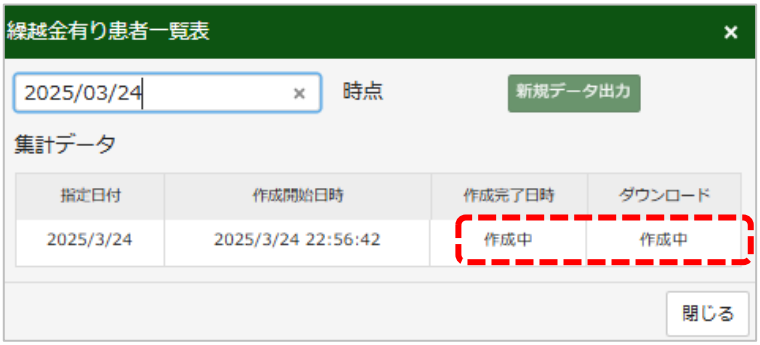
(1) 受付画面の帳票ボタンから「繰越金有り患者一覧表」をクリックします



(2) 日付を選択して［新規データ出力］をクリックします



(3) 画面が消えます。時間をおいて再度帳票ボタンから「繰越金有り患者一覧表」をクリックします。
※「作成中」と表示されている場合は閉じて時間をおいて開き直してください。



(4) ［ダウンロード］ボタンが表示されたら、クリックします



(5) Zip ファイルがダウンロードされますので、共通パスワードを入力して解凍してください

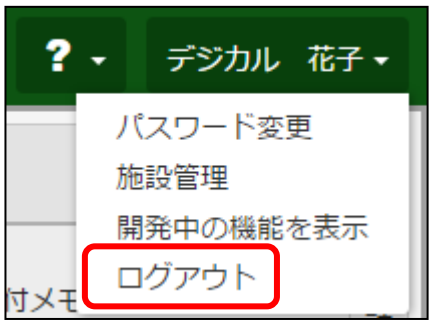
VI.　システム終了

1. ログアウト

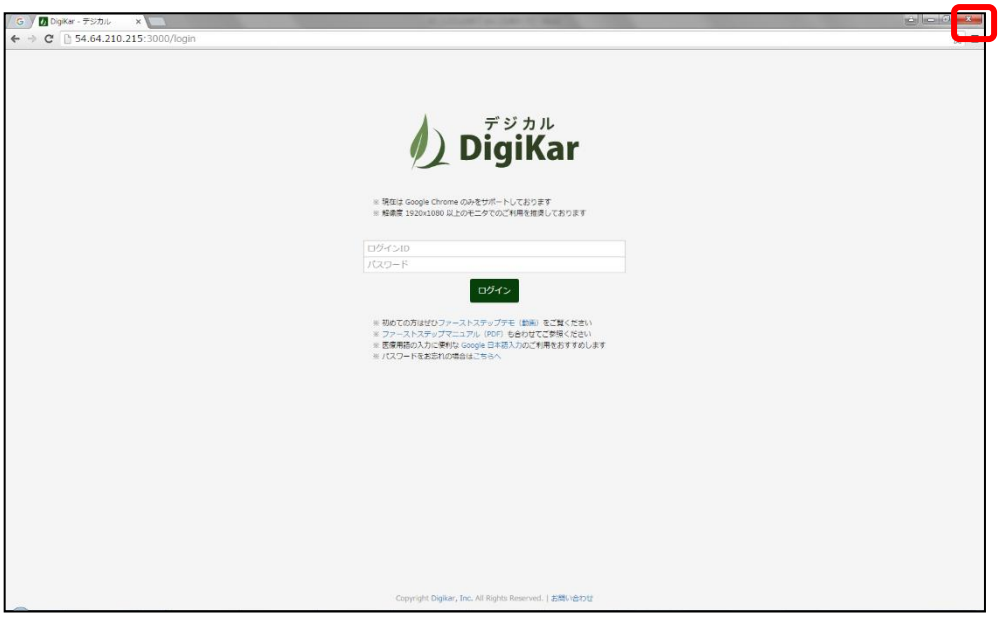
① ログアウト

デジカルをログアウトして業務を終了します。

⑴ 画面右上の氏名をクリックして、「ログアウト」をクリックします。



⑵ ログイン画面に戻ります。画面右上の「×」をクリックします。



⑶ デスクトップ画面に戻ります。

2. 機器連携

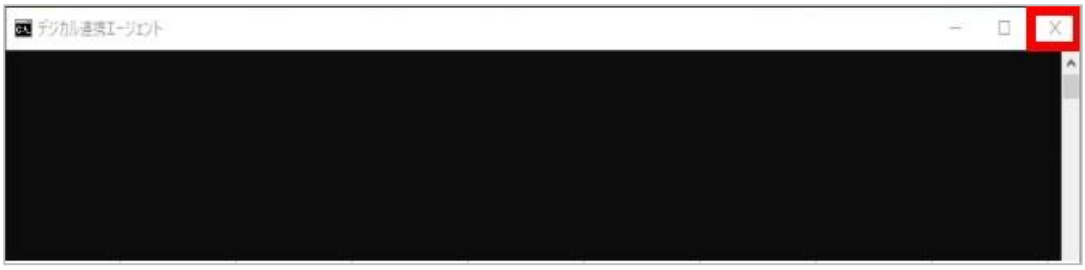
① 機器連携

連携エージェントを終了します

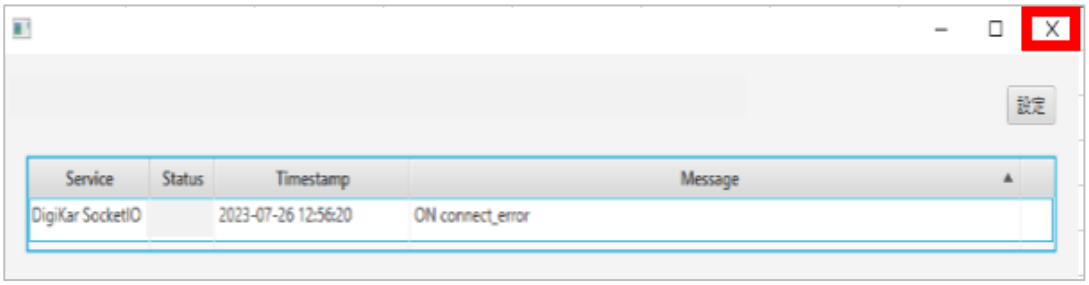
- エージェント v1

２つの画面を［×］ボタンで閉じてください

＜デジカル連携エージェント①＞



＜デジカル連携エージェント②＞



- エージェント v2

画面を［×］ボタンで閉じてください



Ⅶ.　レセプト

1. レセプトの点検

①　点検用レセプトの作成

院外処方の医薬品も印字された点検用レセプトと、確認すべきレセプトの一覧（要確認レセプト一覧）が出力できます。
保険者番号が不明等のレセプトは、予め　請求に含めないレセプトの設定 － 月遅れ分　を行っておくことで、点検から除外することも可能です。

⑴ 受付画面の「レセプト作成」をクリックします



⑵ 診療月を選択して「点検用を作成」をクリックします

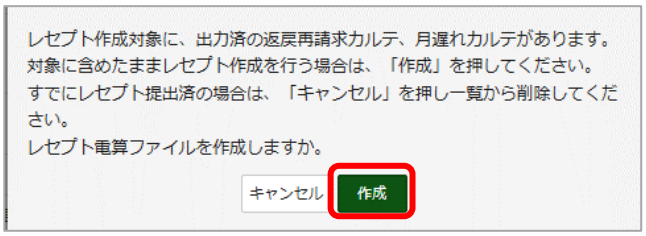


※返戻再請求、月遅れ患者様が多い場合はリスト表示に時間がかかります。
患者様のリストが表示された後に［点検用を作成］をクリックしてください。
読み込み中に作成ボタンを押してしまうと返戻、月遅れ設定が正しく反映されませんのでご注意ください。

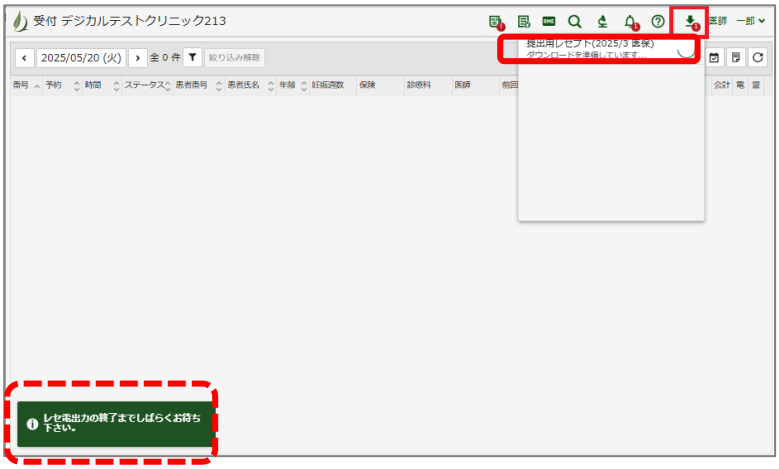
⑶ 確認メッセージが表示されます。確認して「作成」をクリックします



※以下のメッセージが表示された場合は、提出済のカルテが含まれている可能性があります。
一度[キャンセル]をクリックし、返戻再請求、月遅れ患者リストを見直してください。
含めたまま作成する場合は［作成］をクリックしてください。



(4) 受付画面右上の作成待ちメニューが開き、作成中の表示になります
（この間カルテ入力等の操作は可能です）。

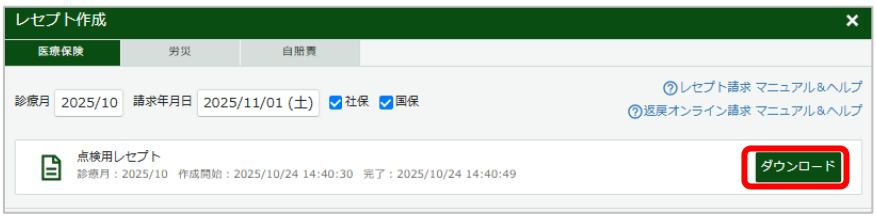


レセプト作成が完了すると、Google Chrome で設定した保存場所に自動ダウンロードされます。
（Chrome のダウンロード設定により保存先選択画面が表示される場合もあります）
※データ量により作成完了まで 10～20 分程かかる場合があります

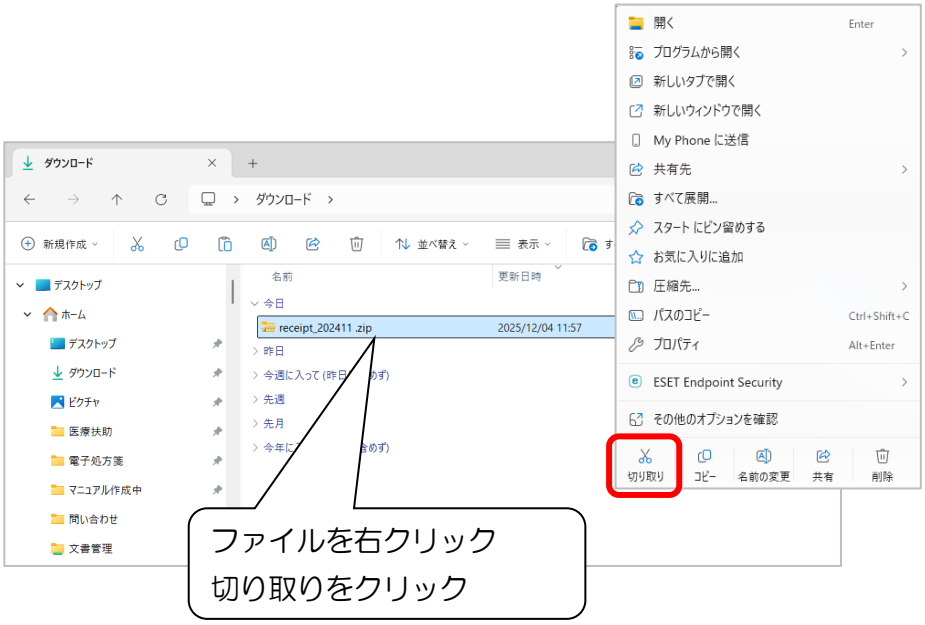
② 点検用レセプトの内容確認

※作成したレセプトファイルを任意のフォルダに移動して展開します

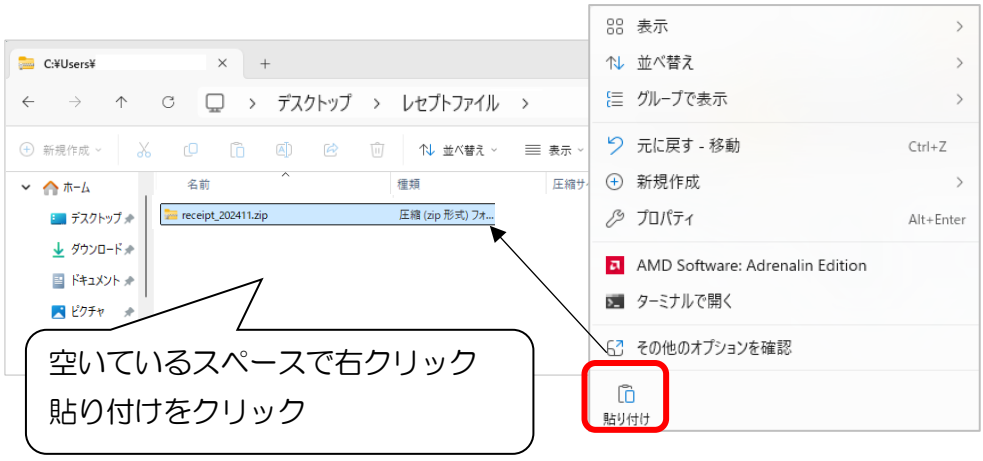
(1) レセプト作成完了後、自動でダウンロードフォルダに「receipt_（診療年月）.zip」が保存されます
※レセプト作成画面を再度開いて手動でダウンロードすることも可能です。



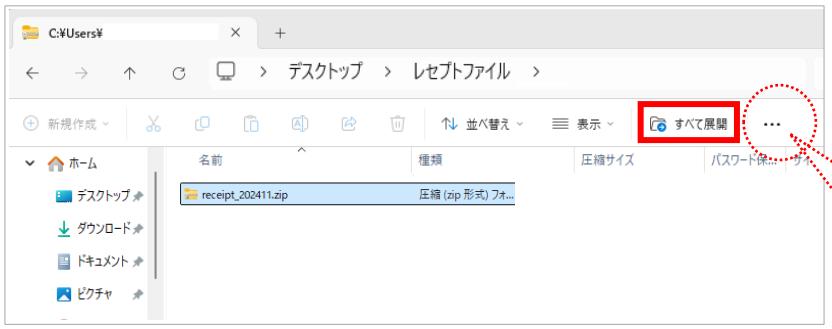
⑵ ダウンロードフォルダをひらき、「receipt_（診療年月）.zip」ファイルを切り取ります



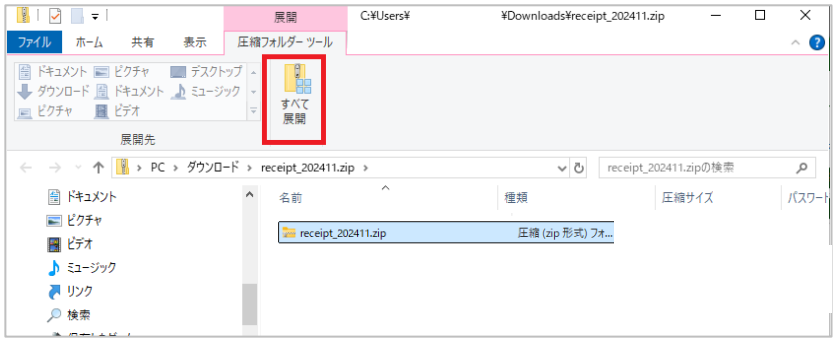
⑶ レセプトファイルを保存する任意のフォルダをひらき、「receipt_（診療年月）.zip」ファイルを貼付けます



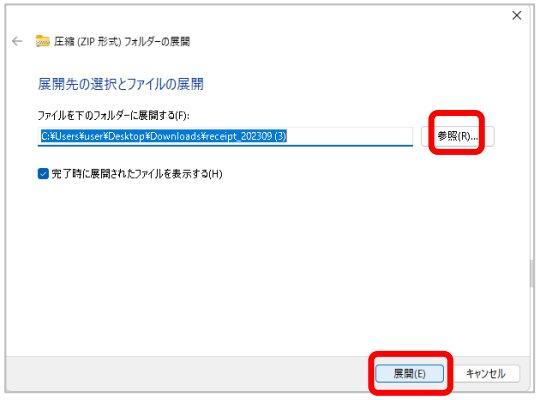
⑷ 「receipt_（診療年月）.zip」ファイルを選択して「すべて展開」をクリックします
※お使いのPCによって表示が異なります



「すべて展開」が表示されない場合は「・・・」ボタンをクリックしてください

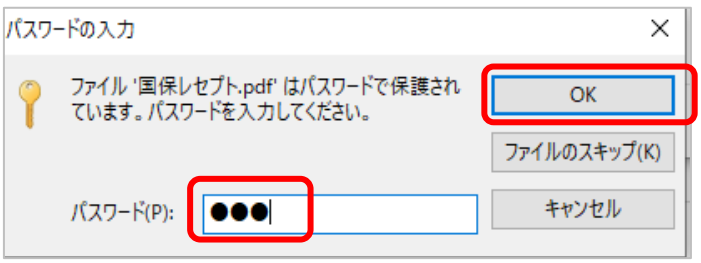


⑸ 「完了時に展開されたファイルを表示する」にチェックをいれて「展開」をクリックします

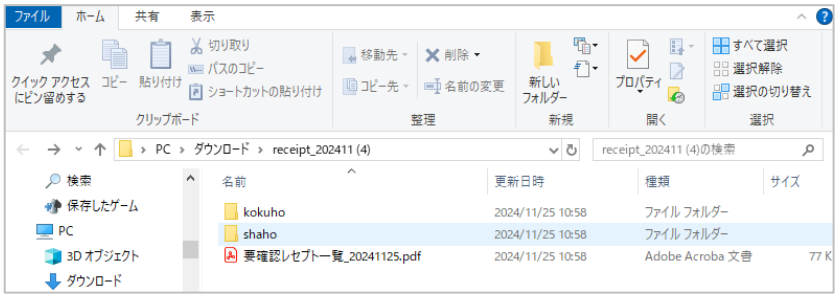


※指定した場所に既にファイルが存在する場合は、ファイルを置き換えるか確認メッセージが表示されます。上書きしたくない場合は、前回ファイルを別の場所に退避するか、前回と異なる展開先を指定してください。

⑹ 共通パスワードを入力して「OK」をクリックします
※ 共通パスワードは、施設管理＞共通パスワード設定に設定されているパスワードです。
施設単一のパスワードです。ログイン時のパスワードではありません



(7) 「kokuho」フォルダ、「shaho」フォルダ、「要確認レセプト一覧_（作成日）.pdf」が表示されます



■ 作成されるフォルダ、ファイルについて

「kokuho」フォルダ

- 国保レセプト.pdf
  院外処方の医薬品も印字された点検用のレセプトです。
  提出用には院外処方の医薬品は表示されません。
- 点検用.UKE
  レセプトチェックソフトにて点検する場合に使用します。
  院外処方の医薬品データも出力されます。
- receipt 処理時エラー（開いて確認ください）.txt（※）

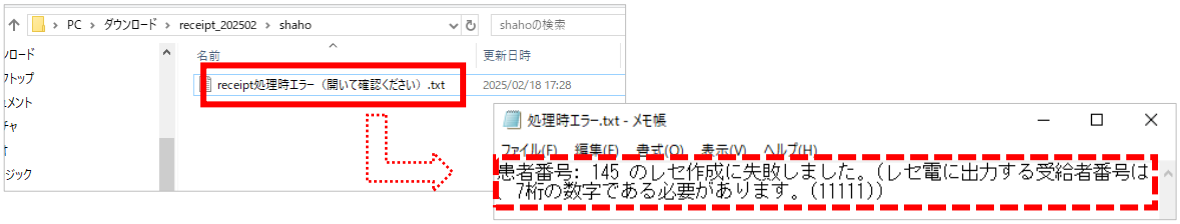
「shaho」フォルダ

- 社保レセプト.pdf
  院外処方の医薬品も印字された点検用のレセプトです。
  提出用には院外処方の医薬品は表示されません。
- 点検用.UKE
  レセプトチェックソフトにて点検する場合に使用します。
  院外処方の医薬品データも出力されます。
- receipt 処理時エラー（開いて確認ください）.txt（※）

（※）「receipt 処理時エラー（開いて確認ください）.txt」について

カルテの登録内容に不備があり、レセプトが作成できなかった場合に出力されるファイルです。ファイルを開き不備の内容を確認し修正してください。

ファイル内の記載にて修正方法が不明な場合、デジカル画面右上＞「？ Q&A を検索する」にて「処理時エラー　＊＊」と検索すると対応方法が確認できます。



要確認レセプト一覧_（作成日）.pdf

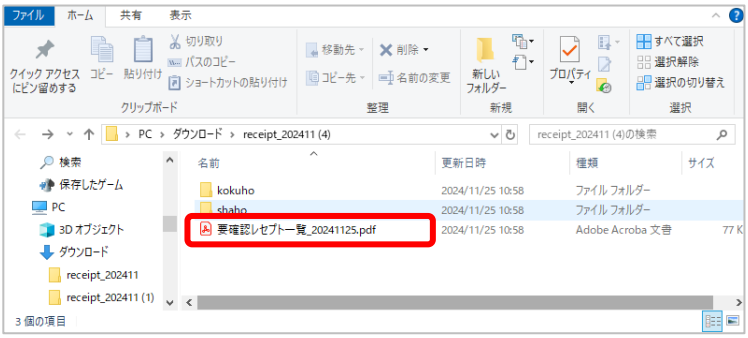
初再診の算定回数や適応症の不備など、返戻可能性のあるレセプトが一覧で出力されます。

次の手順にそってカルテ内容を確認し、修正の要否を検討し、適宜カルテを修正してください。

③ レセプトの修正

要確認レセプト一覧をもとにカルテを修正します。

(1) 「要確認レセプト一覧_（作成日）.pdf」をひらきます



(2) 患者番号またはカルテ日付をクリックし該当のカルテを開きます。

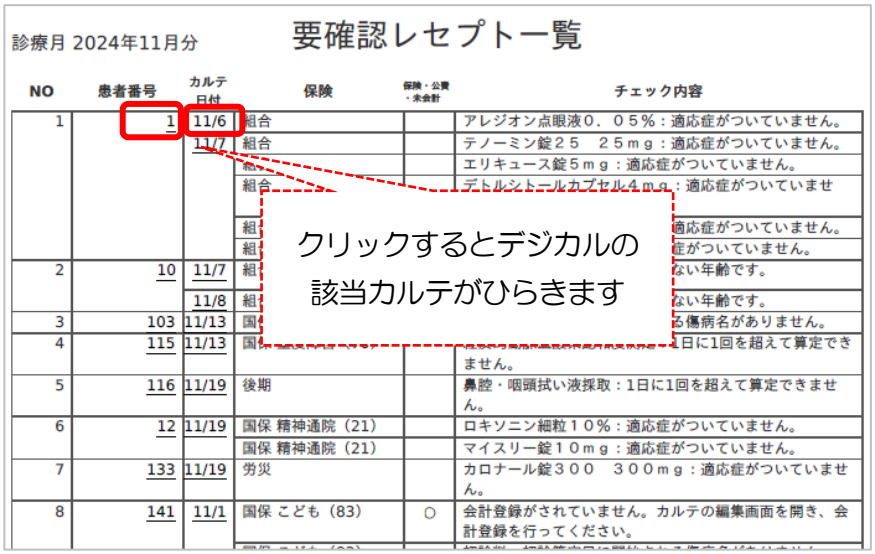
チェック内容欄の記載をもとに、修正の要否を検討し、適宜カルテを修正します。

カルテ修正後は、「会計」ボタンをクリックして保存します。

※　「保険・公費・未会計」の列に〇がついたものは必ず修正が必要です。

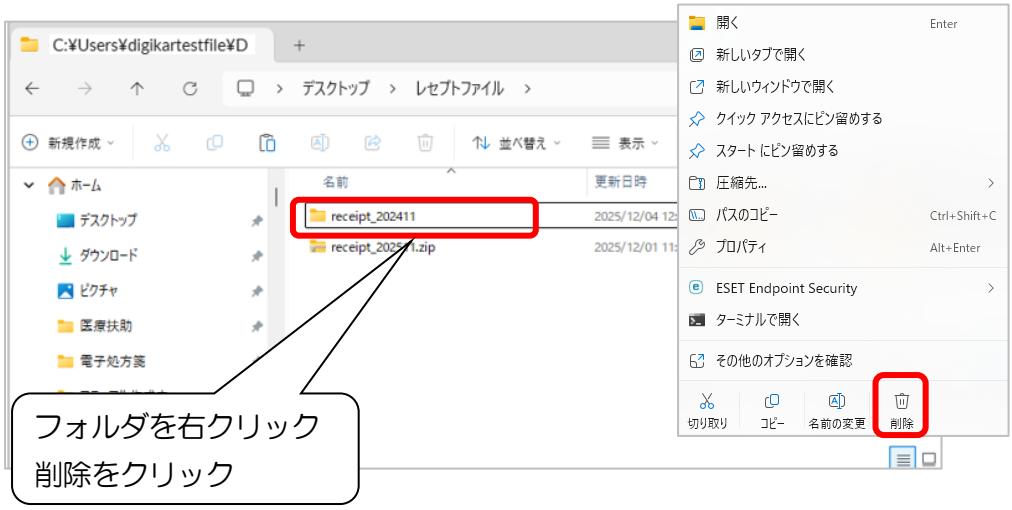
※　修正時に「保存」ボタンでカルテ保存を行った場合、レセプトの修正が行われません。「会計」ボタンで会計保存してください。同月に複数該当がある場合は、カルテ修正後に会計＞履歴を表示＞一括再計算にて同月のカルテを一括で会計保存できます。

※　修正方法がわからない場合、デジカル画面右上＞「？ Q&A を検索する」にて「要確認レセプト　＊＊」と検索するとよくある修正内容が確認できます。



④ 点検済ファイルの削除

点検実施後は、セキュリティを担保するため、任意のフォルダで展開したフォルダ「receipt_（診療年月）」は削除します



※レセプトファイルを保存しておきたい場合は展開前の「receipt_（診療年月）.zip」ファイルを保存してください

2. レセプトの作成

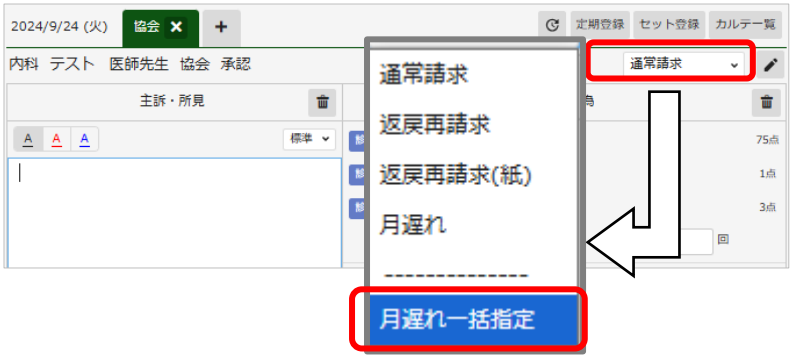
① 請求に含めないレセプトの設定

資格情報の確認中の患者様や返戻分で修正が行えていないレセプトなど、当月の請求に含めないレセプトの設定方法です。

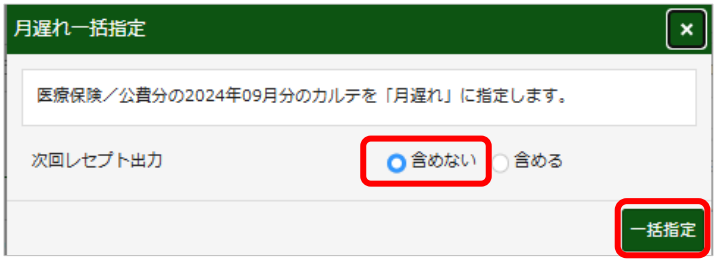
➢ 月遅れ分

⑴ 月遅れ設定を行う患者様のカルテで、該当月の任意の日のカルテ編集画面を表示します
※診療履歴の編集ボタン（　　ボタン）より編集画面を表示できます

⑵ 「通常請求」から「月遅れ一括指定」に変更します



⑶ 次回レセプト出力は「含めない」を選択し、「一括指定」をクリックします



➢ 返戻分

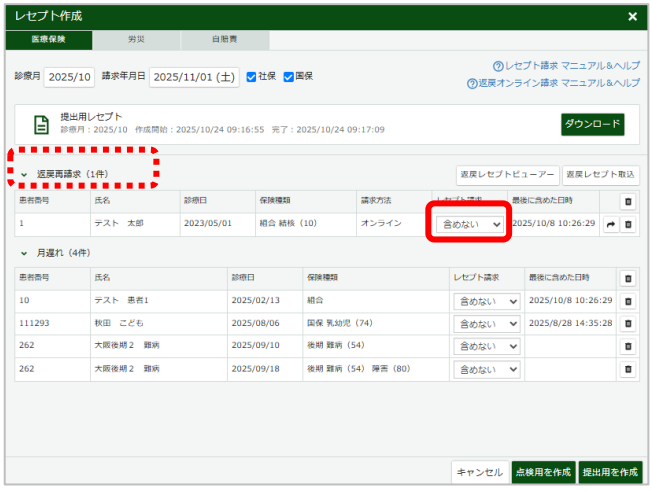
※ レセプト請求欄の「含める/含めない」の変更は、「提出用を作成」クリック時に保存されます。
「含める/含めない」の変更は提出用レセプト作成の直前に行ってください。
「提出用を作成」クリック前にレセプト作成画面を閉じると変更が保存されません。

※ 「最後に含めた日時」は、「含める」にし提出用/点検用レセプトを出力すると記載・更新されます

⑴ 受付画面の「レセプト作成」をクリックします



⑵ 返戻再請求リストのレセプト請求欄を「含めない」に変更します。



② 請求に含めるレセプトの設定

前月までに月遅れ（保留）にしていたレセプトや、返戻の修正が終わったレセプトを当月の請求に含める手順です。

※ レセプト請求欄の「含める/含めない」の変更は、「提出用を作成」クリック時に保存されます。
「含める/含めない」の変更は提出用レセプト作成の直前に行ってください。
「提出用を作成」クリック前にレセプト作成画面を閉じると変更が保存されません。

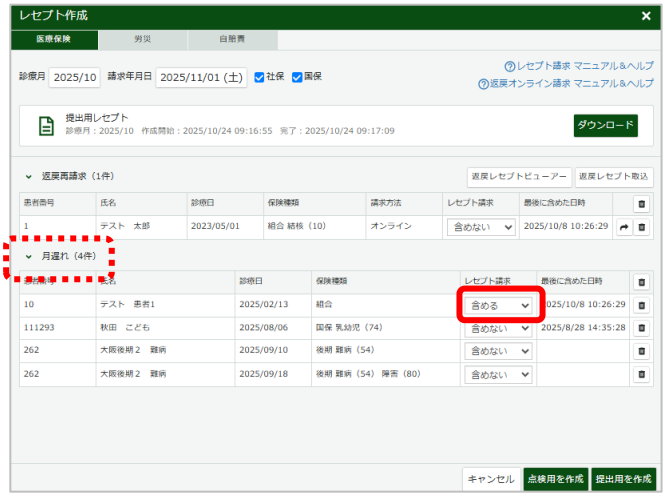
※ 「最後に含めた日時」は、「含める」にし提出用/点検用レセプトを出力すると記載・更新されます

➢ 月遅れ分

⑴ 受付画面の「レセプト作成」をクリックします



⑵ 月遅れリストのレセプト請求欄を「含める」に変更します



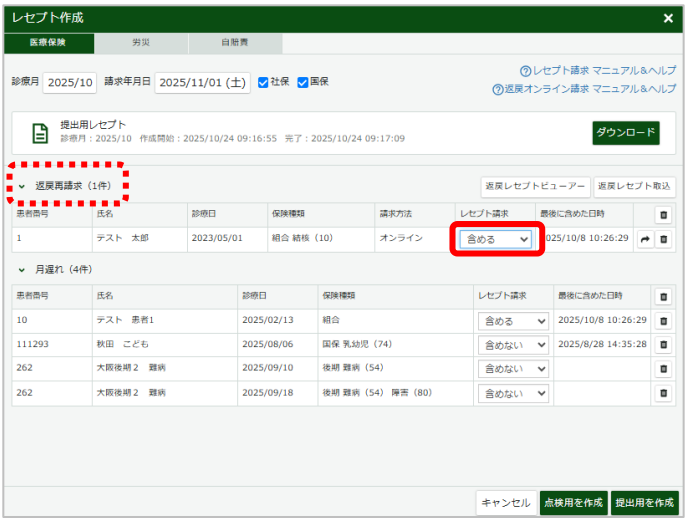
➢ 返戻分

予めオンライン請求サイトにて返戻ファイルをダウンロードしてデジカルに取り込み、カルテ修正をしてください。詳細は　返戻レセプトの取込と修正　を参照してください。

※　レセプト請求欄の「含める/含めない」の変更は、「提出用を作成」クリック時に保存されます。
「含める/含めない」の変更は提出用レセプト作成の直前に行ってください。
「提出用を作成」クリック前にレセプト作成画面を閉じると変更が保存されません。

※　「最後に含めた日時」は、「含める」にし提出用/点検用レセプトを出力すると記載・更新されます

返戻再請求リストのレセプト請求欄を「含める」に変更します



返戻再請求または月遅れ患者リストが多いときに、表示をを折りたたんで
より多くの患者様を表示することができます

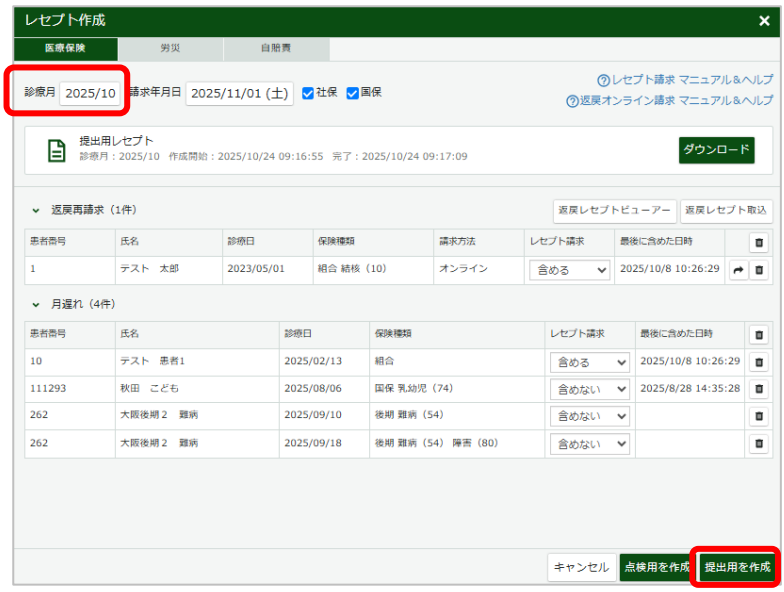


③ 提出用レセプトの作成

⑴ 受付画面の「レセプト作成」をクリックします



⑵ 診療月を選択して［提出用を作成］をクリックします

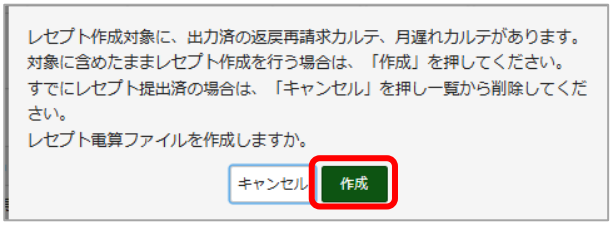


※返戻再請求、月遅れ患者様が多い場合はリスト表示に時間がかかります。
患者様のリストが表示された後に［提出用を作成］をクリックしてください。
読み込み中に作成ボタンを押してしまうと返戻、月遅れ設定が正しく反映されませんのでご注意ください。

⑶ 確認メッセージが表示されます。確認して「作成」をクリックします



※以下のメッセージが表示された場合は、提出済のカルテが含まれている可能性があります。
一度[キャンセル]をクリックし、返戻再請求、月遅れ患者リストを見直してください。
含めたまま作成する場合は［作成］をクリックしてください。



⑷ 受付画面右上の作成待ちメニューが開き、作成中の表示になります
（この間カルテ入力等の操作は可能です）。

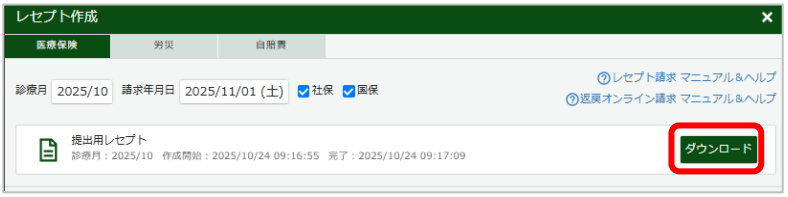


レセプト作成が完了すると、Google Chrome で設定した保存場所に自動ダウンロードされます。
（Chrome のダウンロード設定により保存先選択画面が表示される場合もあります）
※データ量により作成完了まで 10～20 分程かかる場合があります

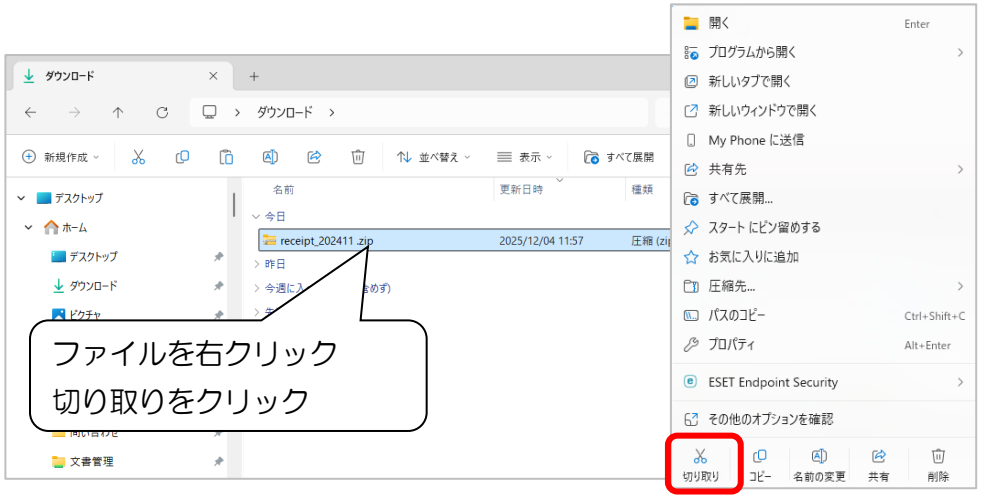
④ 提出用レセプトの内容確認

※作成したレセプトファイルを任意のフォルダに移動して展開します

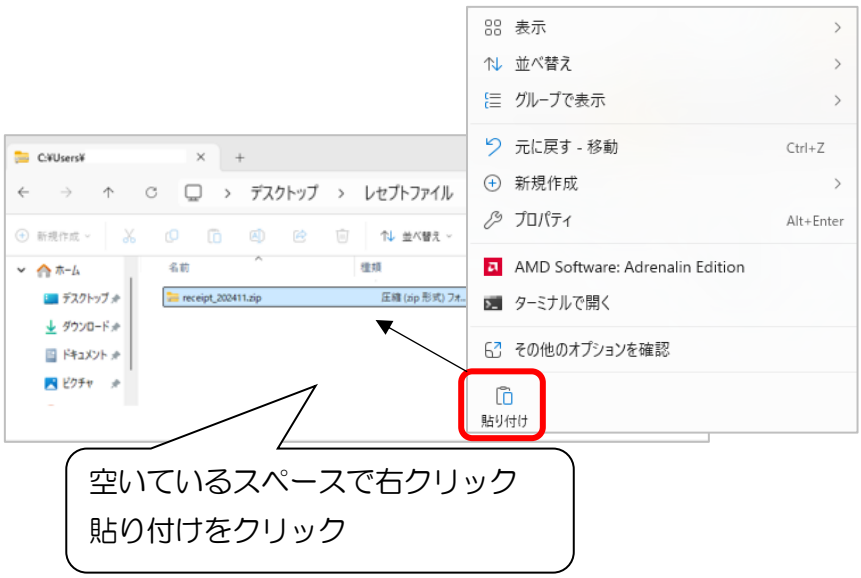
⑴ レセプト作成完了後、自動でダウンロードフォルダに「receipt_（診療年月）.zip」が保存されます
※レセプト作成画面を再度開いて手動でダウンロードすることも可能です。



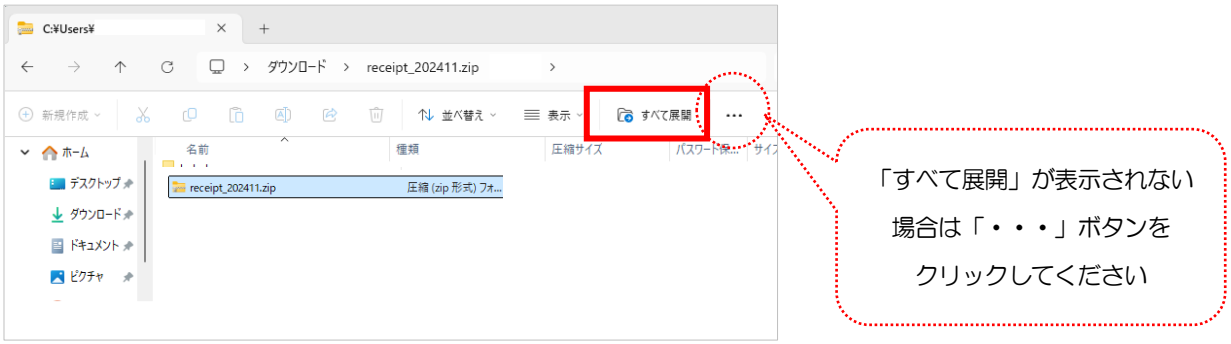
⑵ ダウンロードフォルダをひらき、「receipt_（診療年月）.zip」ファイルを切り取ります

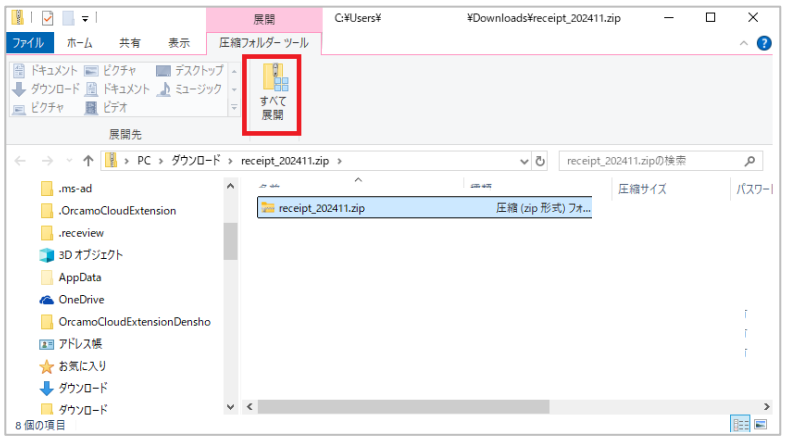


⑶ レセプトファイルを保存する任意のフォルダをひらき、「receipt_（診療年月）.zip」ファイルを貼付けます
※提出したレセプトファイルを保存するフォルダを作成ください



⑷ 「receipt_（診療年月）.zip」ファイルを選択して「すべて展開」をクリックします
※お使いの PC によって表示が異なります





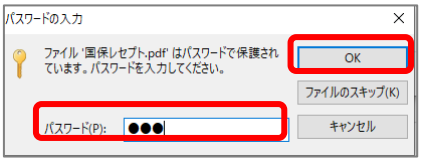
⑸ 「完了時に展開されたファイルを表示する」にチェックをいれて［展開］をクリックします



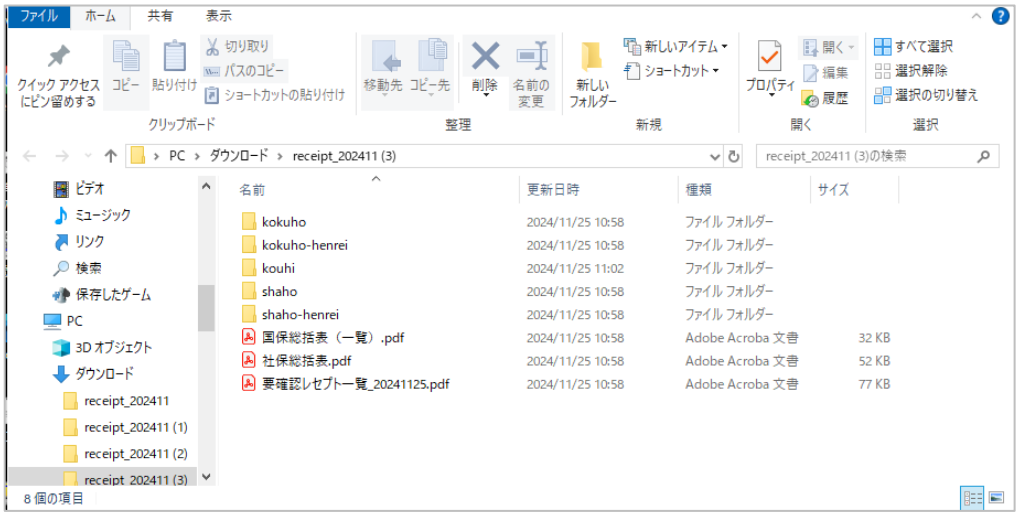
※指定した場所に既にファイルが存在する場合は、ファイルを置き換えるか確認メッセージが表示されます。上書きしたくない場合は、前回ファイルを別の場所に退避するか、前回と異なる展開先を指定してください。

⑹ 共通パスワードを入力して「OK」をクリックします

※ 共通パスワードは、施設管理＞共通パスワード設定に設定されているパスワードです。施設単一のパスワードです。ログイン時のパスワードではありません。



⑺ 作成された各種レセプトデータが表示されます



■ 作成されるフォルダ、ファイルについて

➢ 社保・国保レセプト

kokuho フォルダ

- RECEIPTC.UKE
  当月診療分と月遅れ請求分のレセプト請求用ファイルです。オンライン請求で送信します。
- 光ディスク等送付書.pdf
  CD 請求する場合に印刷して提出します。オンライン請求の場合は不要です。
- 国保総括表.pdf　※当月分の総括表が作成される都府県があります。
  CD 請求する場合に印刷して提出します。オンライン請求の場合は不要です。
- 返戻用後期高齢者請求書.pdf　返戻用国保総括表.pdf　返戻用国保請求書
  ※各県ごとにファイル名、様式は異なります。
  返戻を紙で請求する場合に印刷して提出します。オンライン請求の場合は不要です。
- receipt 処理時エラー（開いて確認ください）.txt（※）

kokuho-henrei フォルダ

- RECEIPTC.UKE
  返戻分のレセプト請求用ファイルです。オンライン請求で送信します。

shaho フォルダ

- RECEIPTC.UKE
  当月診療分と月遅れ請求分のレセプトファイルです。オンライン請求で送信します。
- 光ディスク等送付書.pdf
  CD 請求する場合に印刷して提出します。オンライン請求の場合は不要です。
- 返戻用社保総括表.pdf
  返戻分がある場合のみ出力されます。紙の請求の場合のみ利用します。オンライン請求の場合は利用しません。
- receipt 処理時エラー（開いて確認ください）.txt（※）

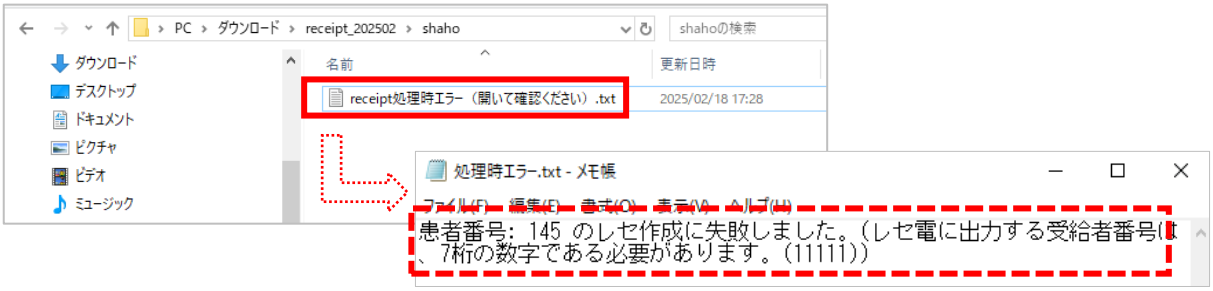
syaho-henrei フォルダ

- RECEIPTC.UKE
  返戻分のレセプト請求用ファイルです。オンライン請求で送信します

（※）receipt 処理時エラー（開いて確認ください）.txt について

カルテの登録内容に不備があり、レセプトが作成できなかった場合に出力されるファイルです。ファイルを開き不備の内容を確認し修正してください。

ファイル内の記載にて修正方法が不明な場合、デジカル画面右上＞「？ Q&A を検索する」にて「処理時エラー　＊＊」と検索すると対応方法が確認できます。



国保総括表（一覧）.pdf

当月分、月遅れ請求分の一覧表形式の総括表です。参照用のため、提出は不要です。

社保総括表.pdf

当月分の総括表です。参照用のため、提出は不要です。

要確認レセプト一覧_（作成日）.pdf

算定回数チェックや適応症チェック等が一覧で出力されますので必ずご確認ください。

レセプト点検時の　レセプトの修正　と同様です。

➢ 公費請求書

kouhi フォルダ（該当の府県のみ）

各県ごとに定められた様式の PDF ファイルや csv ファイル等

印刷または CD に書き込む、オンライン提出等、各府県ごとに定められた方法で提出します。

3. レセプトの請求

① 社保・国保レセプトのオンライン請求

※ オンライン請求システムの操作方法は、2024 年 10 月 31 時点の情報をもとに作成しております。実際の画面と異なる場合があります。

※ 最新の情報や手順など下記内容はオンライン請求ヘルプデスクへお問い合わせください。

- オンライン請求システムのログイン方法
- オンライン請求システムの各種操作方法
- 送信に時間がかかる等の障害発生時の状況確認
- 電子証明書更新方法

【お問合せ先】

■ オンライン請求システムヘルプデスク

オンライン請求に関する質問、障害発生時についてのお問い合わせ

0120−60−7210

・5 日～7 日、11 日、12 日　8:00～21:00　休日（土曜、日曜及び祝日）含む
・8 日～10 日　8:00～24:00　休日（土曜、日曜及び祝日）含む
・13 日～月末　9:00～17:00　休日（土曜、日曜及び祝日）除く
※ 年末年始（12/29～1/3）を除く

■ ネットワークサポートデスク

ネットワーク回線の準備方法及び接続方法に関するお問い合わせ

0120−220−571

・1 日～4 日、11 日～月末　9:00～17:00　休日（土曜、日曜及び祝日）除く
・5 日～7 日　8:00～21:00　休日（土曜、日曜及び祝日）含む
・8 日～10 日　8:00～24:00　休日（土曜、日曜及び祝日）含む
※ 年末年始（12/29～1/3）を除く

サポート時間は変更となる場合があります。
オンライン請求システムサポートサイトで最新の情報をご確認ください。
＜オンライン請求システムサポートサイト＞
https://onlineseikyu.jp/?page_id=108/

➢ レセプト送信・ＡＳＰ結果確認

⑴オンライン請求用のネットワークに接続します

※オンライン資格確認端末で実施している医療機関様は接続作業は不要です。

⑵オンライン請求・〇〇〇（都道府県）をダブルクリックします



※　ユーザーアカウント制御の画面が表示されたら「はい」を選択してください

⑶審査支払機関選択画面が表示されますので、「国保」「社保」いずれかをクリックしてください

社保へログインする例を表示しています。



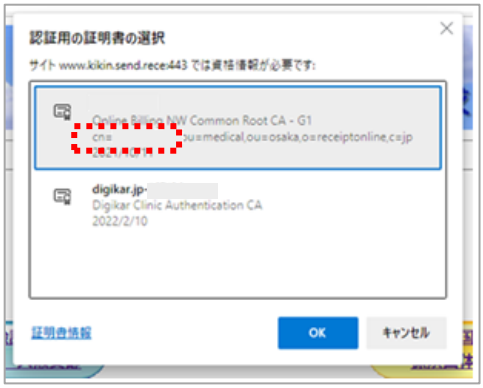
⑷証明書の選択画面が表示されます。

「cn=・・・」から始まる証明書をクリックし青色の枠表示になっていることを確認し、「OK」をクリックします



※　その他の証明書が表示されている場合があります。

「cn=・・・」から始まる証明書が選択されていることを確認してください。



⑸「請求」をクリックします



※「確認試験」は、本請求前に送信テストを行いエラーの有無を確認できます。
毎月５日～月末まで実施可能です。

⑹ユーザーIDとパスワードを入力し、「ログイン」をクリックします

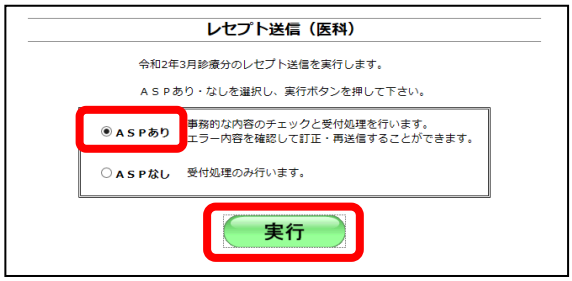


※　ユーザーIDとパスワードは支払基金から提供されている資料をご確認ください

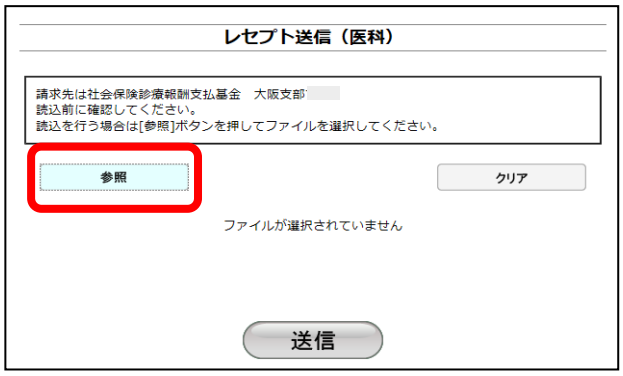
⑺画面左のオンライン請求メニューより、「レセプト送信・状況」をクリックし、「送信（医科）」をクリックします



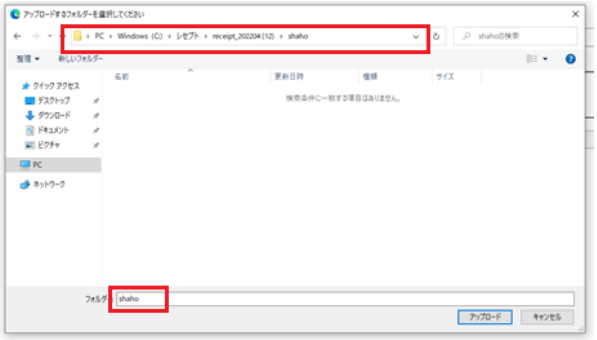
⑻「ASPあり」にチェックがついていることを確認し、「実行」をクリックします



⑼「参照」をクリックします



⑽「アップロードするフォルダを選択してください」の画面が表示されます。
「receipt_******」内の【shaho】（国保分を請求する場合は【kokuho】）を選択し、「アップロード」をクリックします。
例：５月に請求するレセプトは、４月診療分なので【receipt_202204】の表記



※　「検索条件に一致する項目はありません」の表示が出ますが、このまま「アップロード」をクリックしてください。

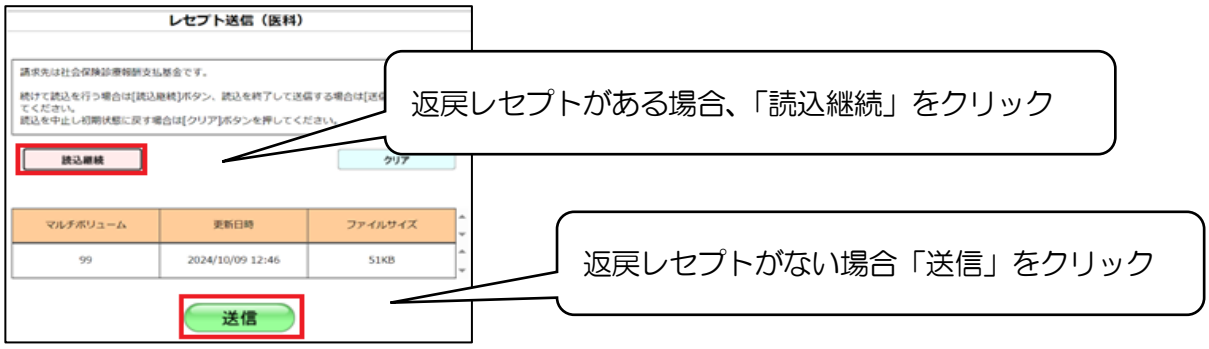
※　画面は保存先の一例です。レセプトファイルをダウンロードして保存したフォルダを選択してください。

⑾確認画面が表示されます。「アップロード」をクリックします。



(12)読み込み結果画面が表示されます

※　返戻レセプトがある場合、「読込継続」を選択して手順（9）フォルダを選択する画面より返戻ファイルをアップロードしてから「送信」を押してください。



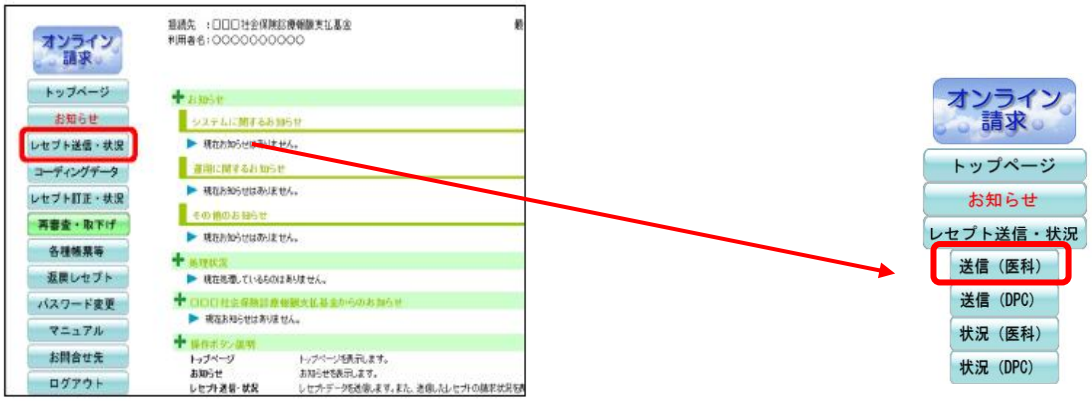
(13)確認画面が表示されます。「OK」をクリックします



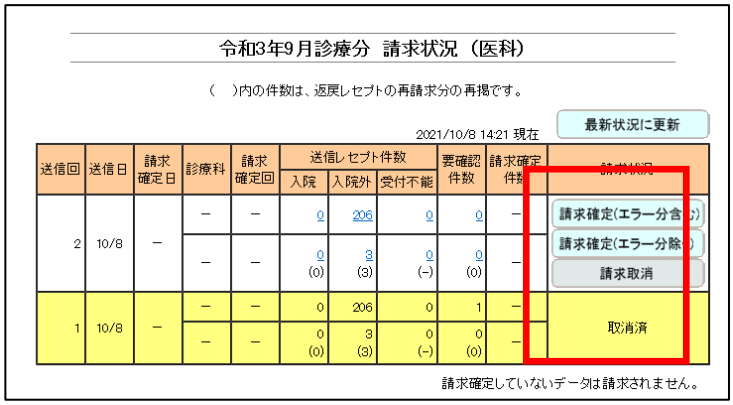




(14)オンライン請求画面左側の「レセプト送信・状況」をクリックし、「状況（医科）」をクリックします



(15)「請求状況」画面が表示されます



受付不能件数、要確認件数が０件となっていることを確認してください

＜受付不能・要確認がある場合＞

(1) 件数の数字をクリックして、「受付・事務点検 ASP 結果リスト」を確認します

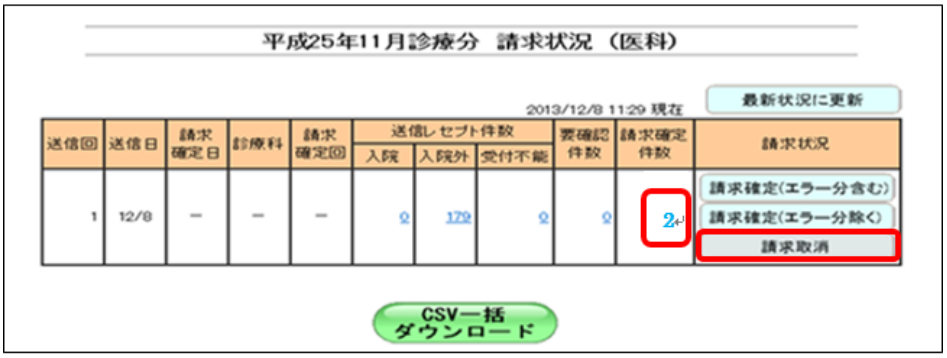
※　内容が不明な場合は、デジカル画面右上＞「？ Q&A を検索する」にて「オンライン請求　エラー」と検索すると対応方法が確認できます。

(2) 必要に応じてカルテや保険等を修正します

(3) レセプトを再作成します。

提出用レセプトの作成　から行ってください。

(4) 再作成したレセプトの送信前に「請求取消」を実行します

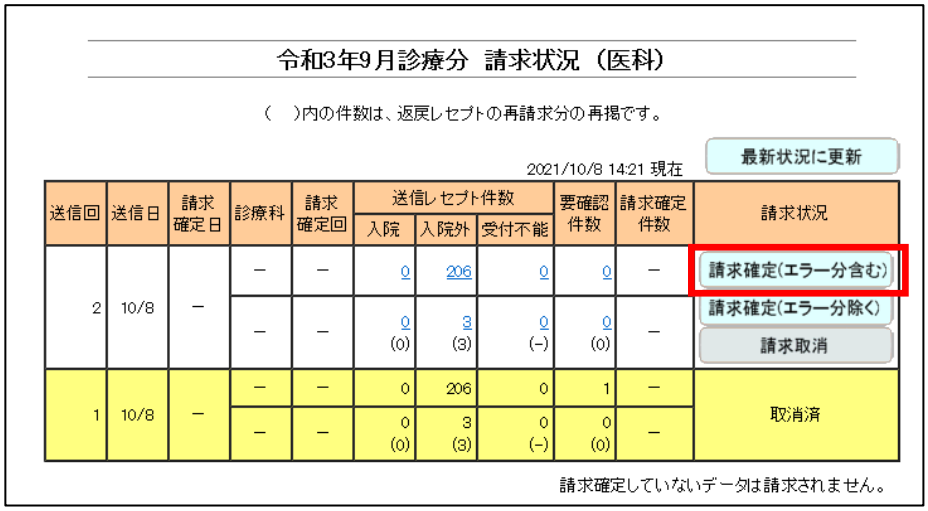


※　請求取消が完了すると、「取消済」と表示されます。

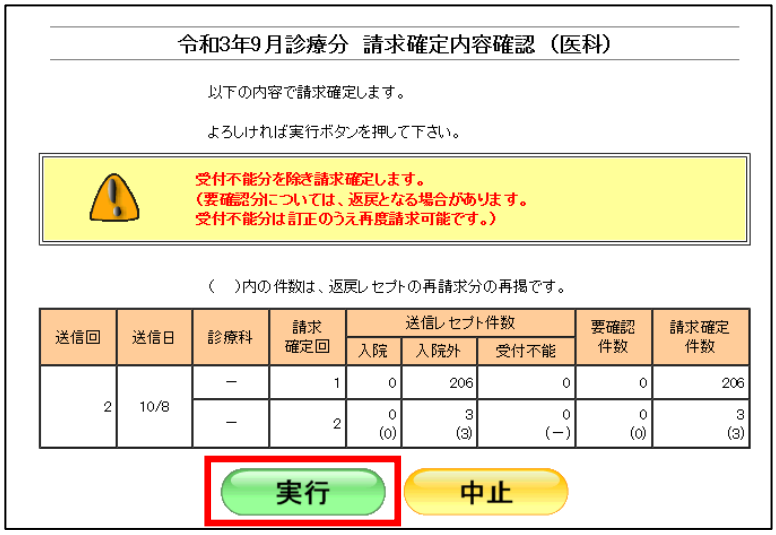
(5) 請求取消完了後に、再度レセプトを送信してください。

➢ レセプト請求確定

⑴ 受付不能、要確認件数が０であることを確認し、「請求確定（エラー分含む）」をクリックします



⑵ 確認画面が表示されますので「実行」をクリックします



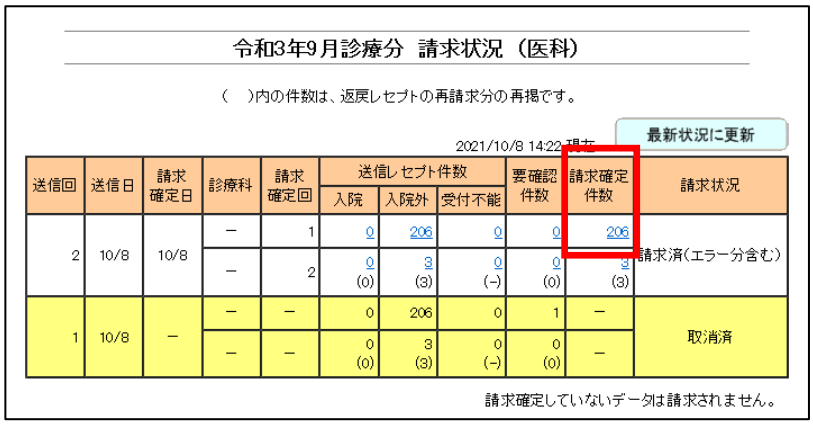
⑶ 請求確定しました、と表示されますので「OK」をクリックします



➢ オンライン受領書の印刷

オンライン請求を実施した記録となる受領書の出力手順です。
オンライン受領書の保管をお勧めしています。

⑴請求確定件数の数字部分をクリックします



令和3年9月診療分　請求状況（医科）

（　）内の件数は、返戻レセプトの再請求分の再掲です。

2021/10/8 14:22 現在　　最新状況に更新

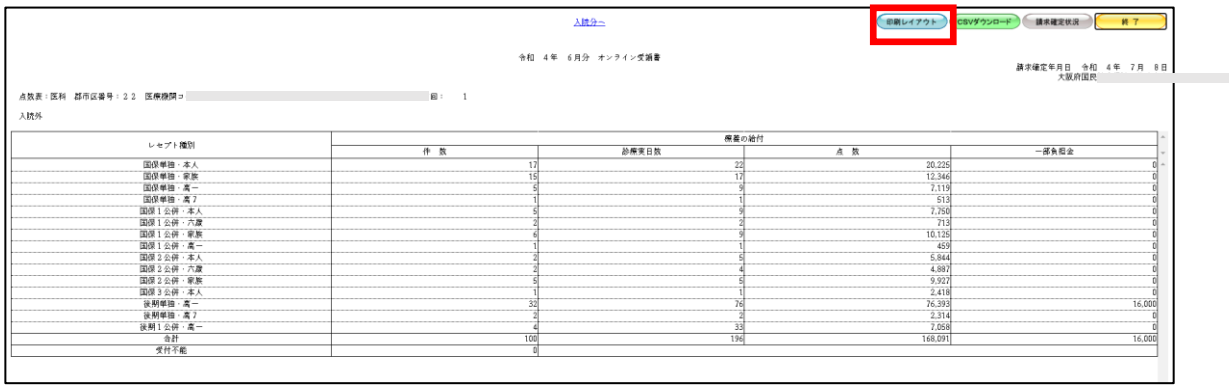
送信回	送信日	請求確定日	診療科	請求確定回	送信レセプト件数 入院	入院外	受付不能	要確認件数	請求確定件数	請求状況
2	10/8	10/8	－	1	0	206	0	0	206	請求済（エラー分含む）
			－	2	0 (0)	3 (3)	0 (－)	0 (0)	3 (3)	
1	10/8	－	－	－	0	206	0	1	－	取消済
			－	－	0 (0)	3 (3)	0 (－)	0 (0)	－	

請求確定していないデータは請求されません。

⑵画面上部の「入院外分へ」をクリックします



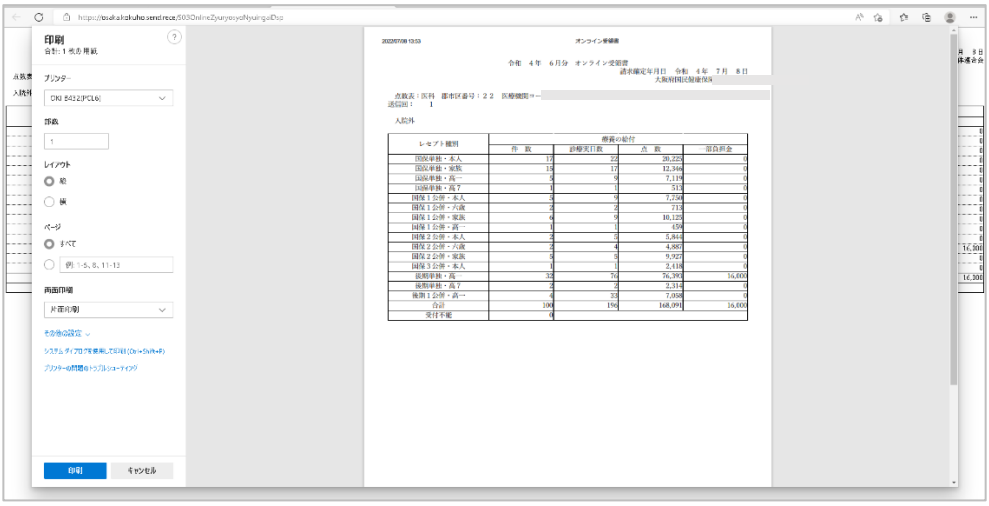
⑶「印刷レイアウト」をクリックします



⑷画面上で右クリックし、「印刷」をクリックします



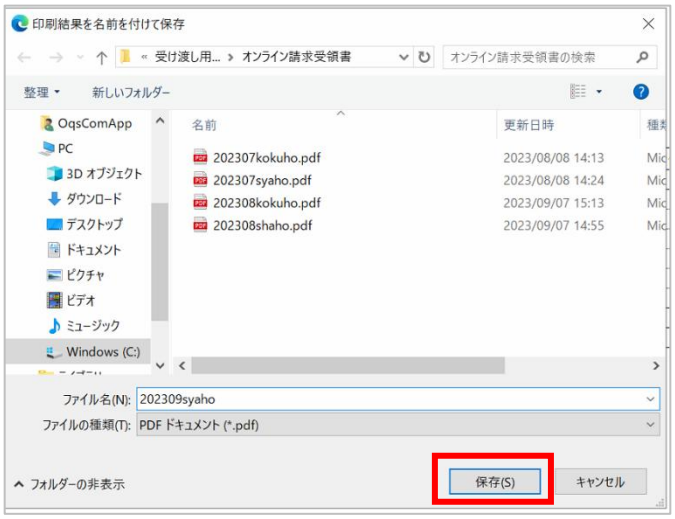
⑸印刷プレビュー画面が表示されます。出力するプリンタを確認し、「印刷」をクリックします



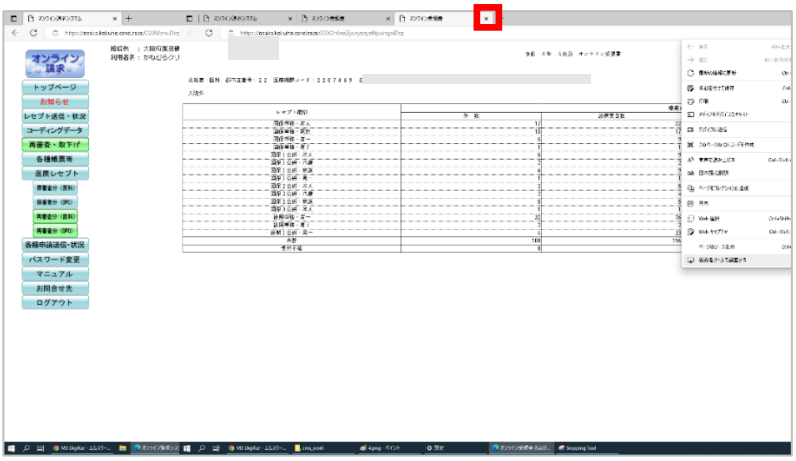
※　プリンタがつながっていない場合、プリンタを「Microsoft Print to PDF」に変更し、「印刷」をクリックするとPDFファイルで保存ができます



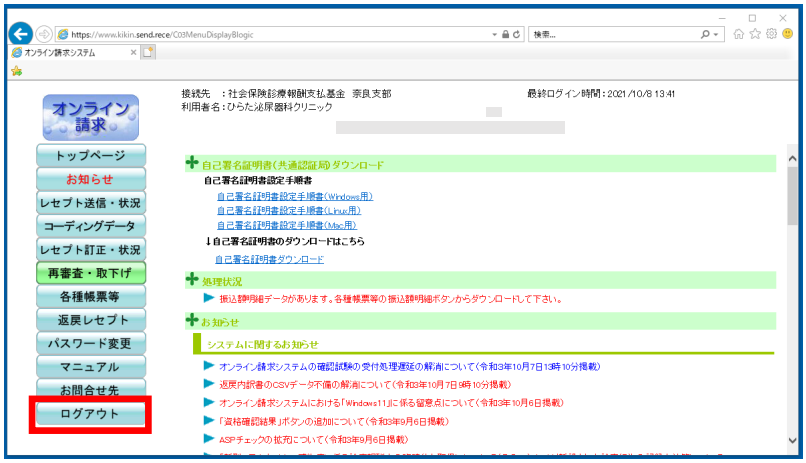
「印刷結果を名前を付けて保存」の画面が表示されます。
保存先を指定後、ファイル名に保存する際の名前（例：202411 社保受領書　等）をつけて、「保存」をクリックします。



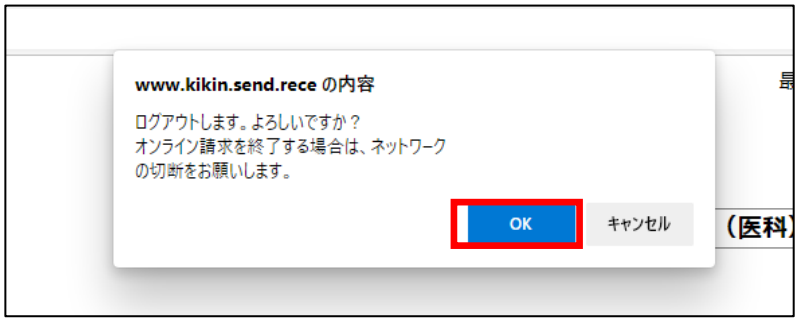
⑹印刷が完了すると受領書の画面に戻ります。
「×」を押して印刷画面を閉じます



⑺オンライン請求画面の「ログアウト」をクリックします



⑻確認画面で「OK」をクリックします



⑼画面右上の「×」を押して画面を閉じてください

⑽国保の請求を行います。
社保・国保レセプトのオンライン請求 － レセプト送信・ＡＳＰ結果確認　に戻り
「国保」を選択して同様に進めてください

⑾オンライン請求用のネットワークを切断します
※オンライン資格確認端末で実施している医療機関様は接続作業は不要です。

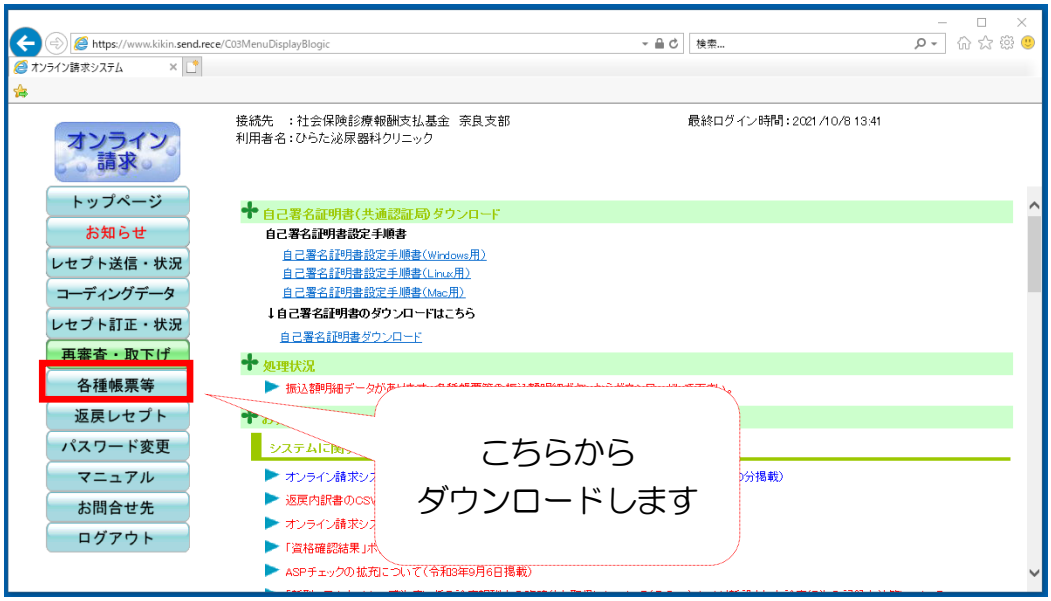
【参考】支払関係帳票のオンライン配信について

請求先からの「当座口振込通知書」「増減点連絡書」「返戻内訳書」「再審査等支払調整額通知票」などの帳票はオンライン請求システムで配信されます。
デジカルではこれらの帳票を取り込む機能はございませんので、オンライン請求システムからダウンロードした帳票を直接ご確認ください。

帳票のダウンロード方法や確認方法についてのご不明点は、下記へお問い合わせください。

オンライン請求システムヘルプデスク
電話番号：0120-60-7210

【参考リンク】
社会保険診療報酬支払基金　支払関係帳票のオンライン配信について
https://www.ssk.or.jp/seikyushiharai/iryokikan/oshirase_0511_1.html
オンライン請求マニュアル：各種帳票等をダウンロードする（P1～27））
https://www.ssk.or.jp/cal/calender_zougenten_1.files/01_i_dl.pdf

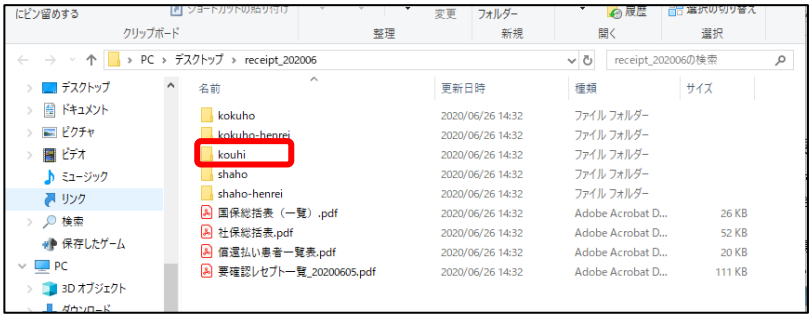


② 公費の請求

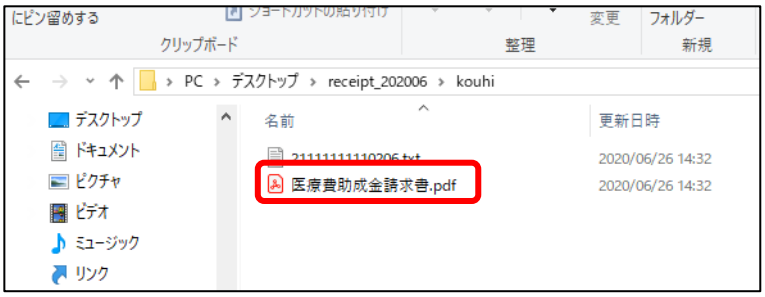
➢ 書面での提出

公費請求書について、印刷または CD に書き込み等を行います。
公費請求書は必要な県のみ作成され、県により書式が異なります。

(1) 「kouhi」フォルダをひらきます



(2) 請求書の PDF ファイル（県によりファイル名が異なります）を開き印刷します



(3) 各県ごとに定められた方法で提出してください

➢ CD での提出

＜例：Windows10 の場合＞

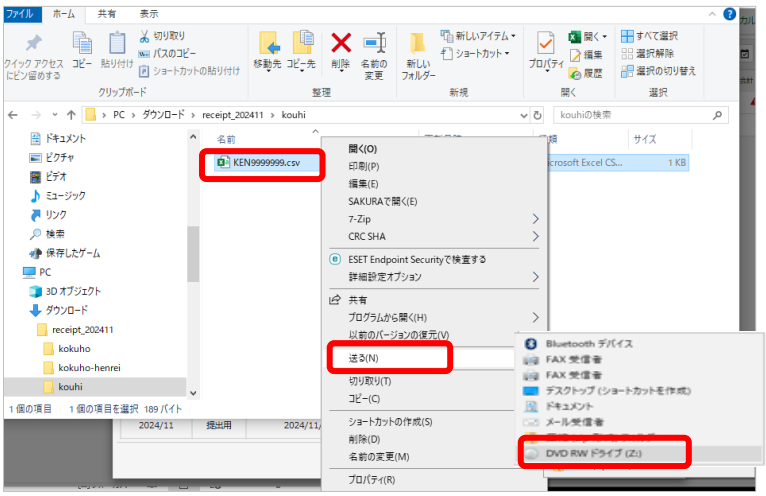
※ CD を作成する方法はご利用の PC の機種によって異なります。
手順はご利用の機種のマニュアルをご参照ください。

(1) CDをセットします

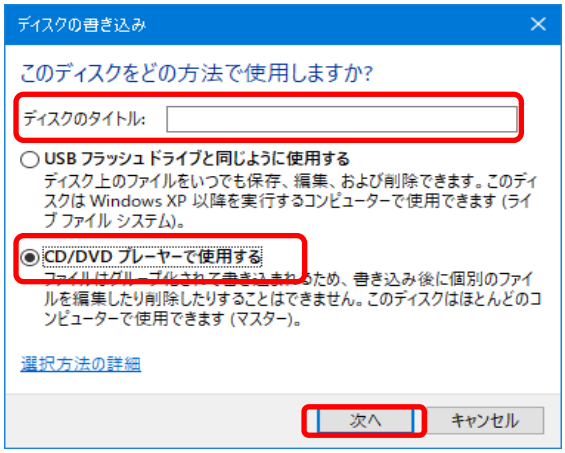
※自動再生画面が出た場合は「何もしない」を選択します。

(2) kouhi フォルダをひらきます

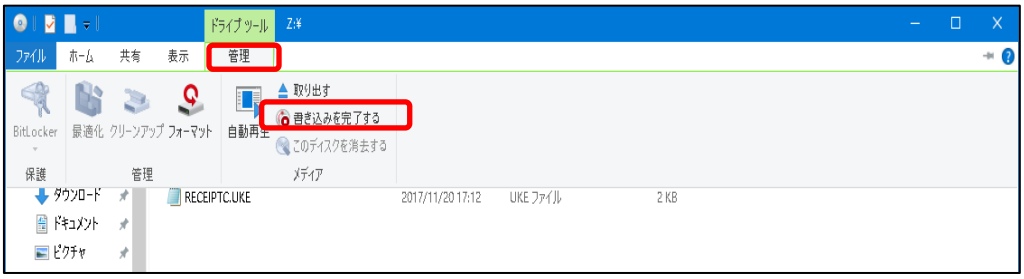
(3) CD に書き込む公費請求ファイルを右クリックし、「送る」→「DVDRW ドライブ（または CD ドライブ）」をクリックします



⑷ 「ディスクのタイトル」を空欄にし、「CD／DVDプレイヤーで使用する」にチェックを入れ、次へをクリックします



⑸ 管理→「書き込みを完了する」をクリックします



⑹ 「ディスクのタイトル」を空欄にし、「ファイルの書込みが終了したら、ウィザードを閉じる」にチェックを入れ、次へをクリックします

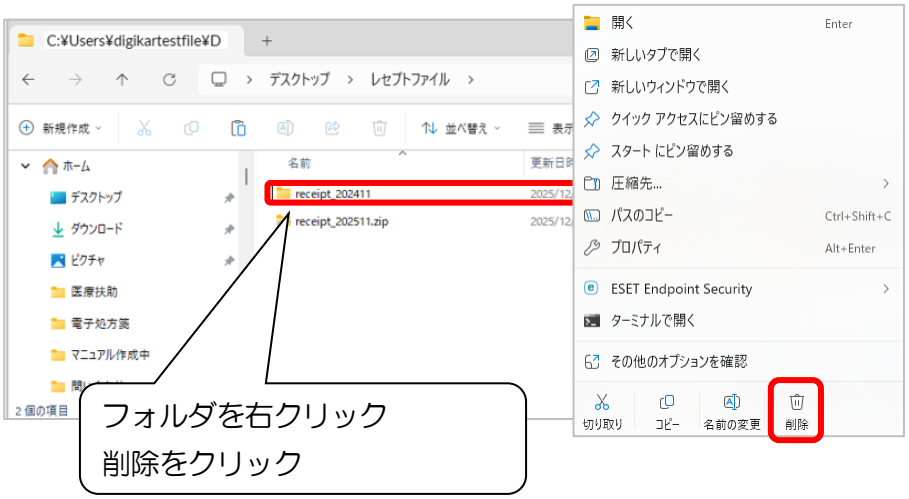


⑺ 作成が完了すると、CD が自動で排出されます。「×」で終了します

⑻ 各県ごとに定められた方法で提出してください

③ 請求済ファイルの削除

オンライン請求実施後は、セキュリティを担保するため、任意のフォルダで展開したフォルダ「receipt_（診療年月）」は削除します



※レセプトファイルを保存しておきたい場合は展開前の「receipt_（診療年月）.zip」ファイルを保存してください

4. 翌月のレセプト作成準備

① 請求済月遅れ・返戻レセプトの削除

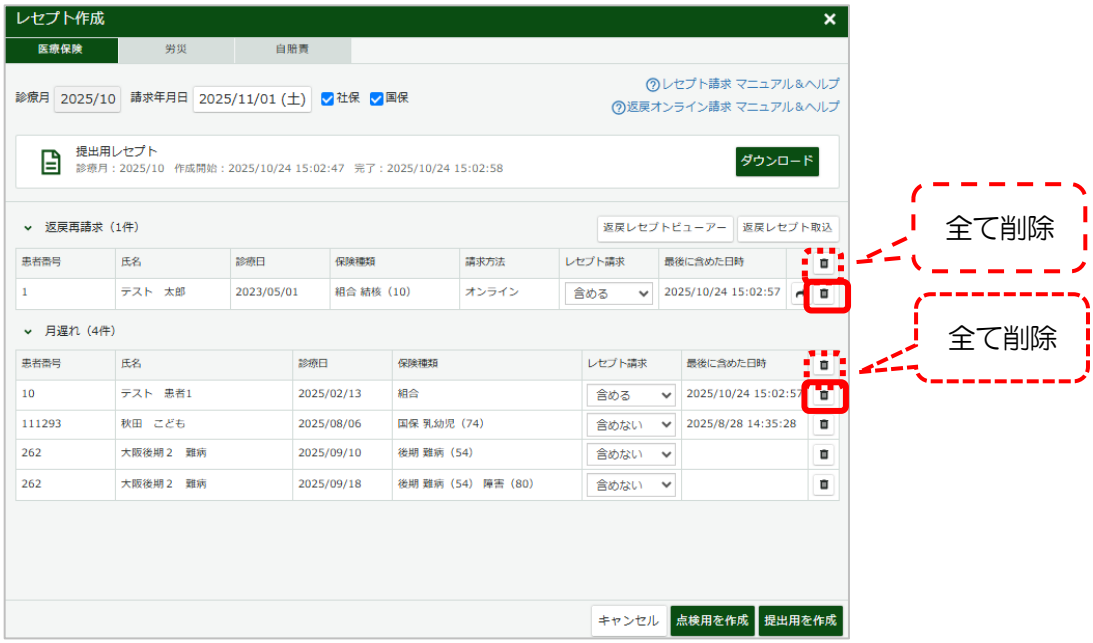
請求済のデータが残っている場合は必ず行います。

(1) 受付画面の「レセプト作成」をクリックします



(2) 請求済みの患者様は「削除」ボタンをクリックします

※全て請求済の場合は「全て削除」ボタンにて一括削除できます



(3) 確認画面が表示されます。削除をクリックします

返戻再請求または月遅れ患者リストが多いときに、表示をを折りたたんで
より多くの患者様を表示することができます



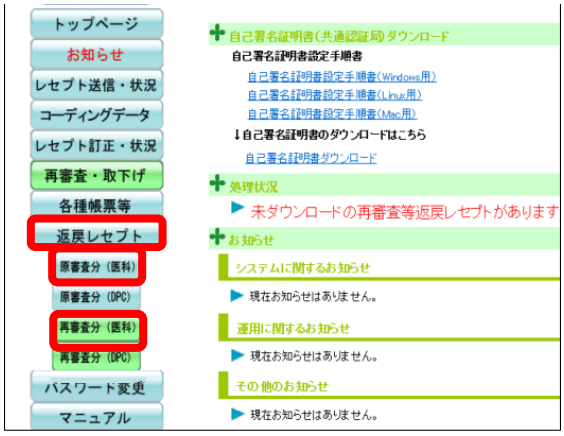
▼ボタンで表示、非表示の
切替が可能です

② 返戻レセプトの取込と修正

➢ 返戻レセプトの取得

５日～月末にオンライン請求サイトで返戻ファイルの有無を確認することができます。
返戻があった場合は、次のレセプト提出までに実施してください。
返戻ファイル、再審査等返戻レセプトは、直近３ヶ月分をダウンロードできます。

⑴ オンライン請求システムにログインします
　社保・国保レセプトのオンライン請求 － レセプト送信・ＡＳＰ結果確認
　（1）～（6）を参照してください
⑵ 「返戻レセプト」の「原審査分（医科）」をクリックし表示される返戻ファイルをダウンロードしてください
⑶ 「返戻レセプト」の「再審査分（医科）」をクリックし表示される返戻ファイルをダウンロードしてください



➢ 返戻ファイルをデジカルに取り込む

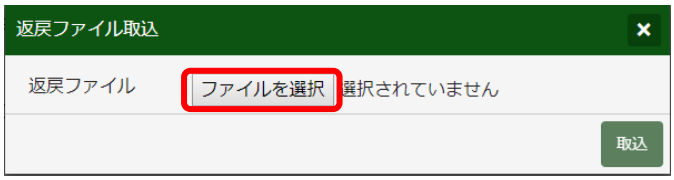
⑴ 受付画面のレセプト作成をクリックします



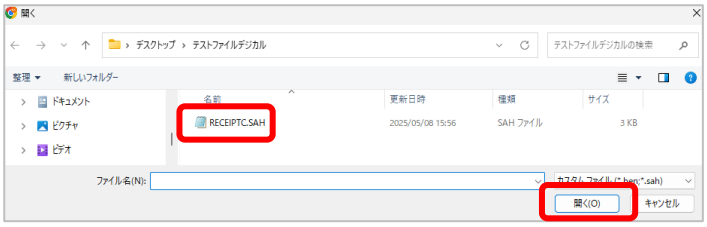
⑵ 「返戻レセプト取込」をクリックします



⑶ 「ファイルを選択」をクリックします



⑷ ダウンロードした返戻ファイルを選択し[開く]をクリックします



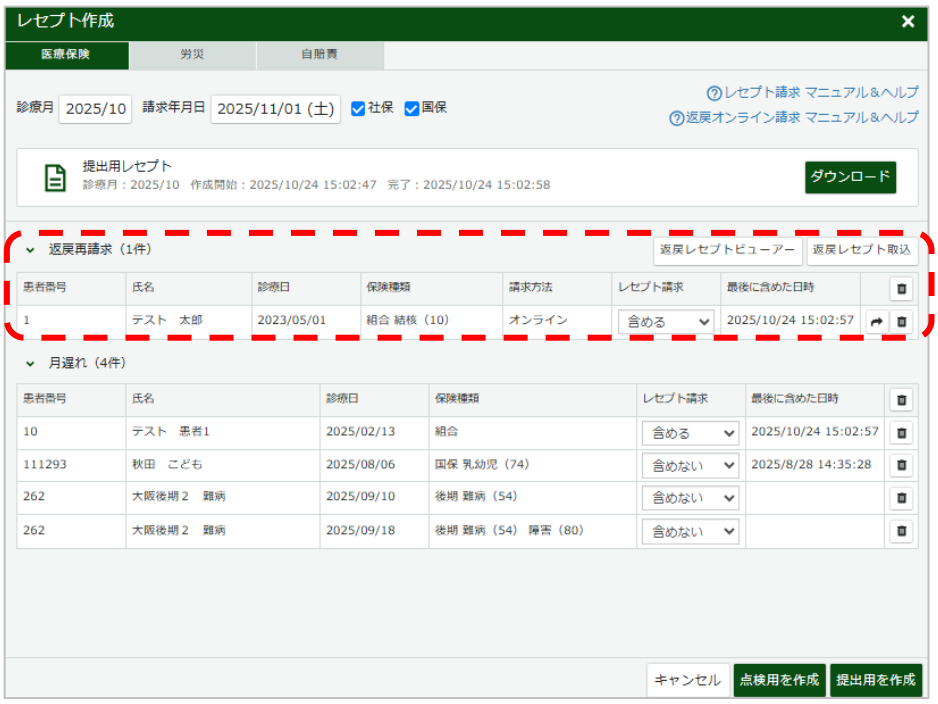
⑸ ［取込］をクリックします



⑹ 返戻患者様を確認し、画面を×で閉じます



⑺ 返戻再請求リストに取り込んだ患者様が表示されます



➢ 返戻理由の確認

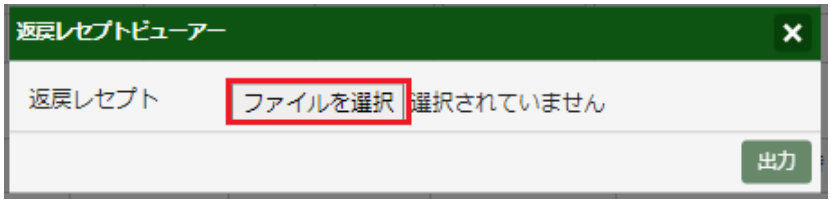
(1) 受付画面のレセプト作成をクリックします



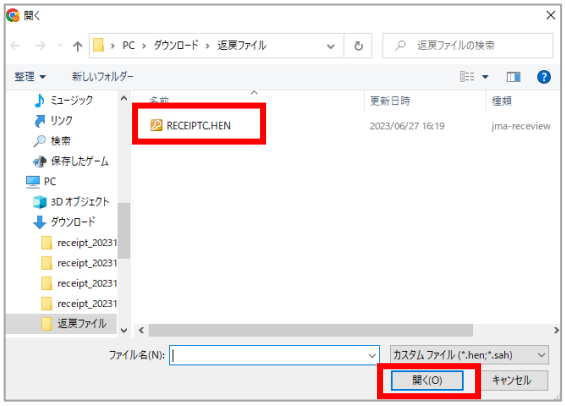
(2) 「返戻レセプトビューアー」をクリックします



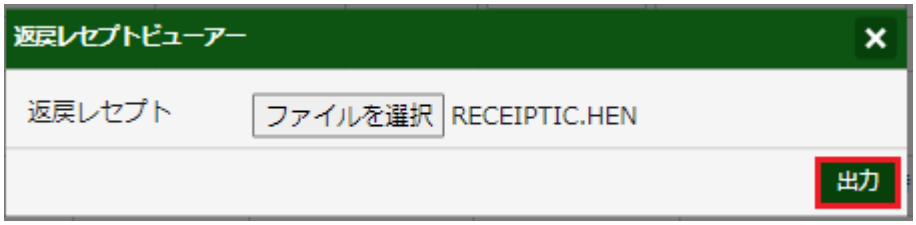
(3) 「ファイルを選択」をクリックします



(4) ダウンロードした返戻ファイルを指定し、「開く」をクリックします



(5) 「出力」をクリックします



⑹ 画面の右上に表示されるダウンロードファイルをクリックしてひらきます
※表示されない場合はダウンロードアイコン　　をクリックしてください



⑺ PDF ファイル形式でダウンロードしたレセプトファイルが表示されます
返戻事由を確認できます
例）



➢ 返戻レセプトの修正

返戻理由に応じて、保険、病名、カルテの修正を行います。
返戻分を次回レセプト請求に含める際には、請求に含めるレセプトの設定 － 返戻分をご確認ください。

③ 返戻ファイルの削除

デジカルへ返戻データ取込後は、セキュリティを担保するためオンライン請求サイトからダウンロードした HEN ファイル、SAH ファイルは削除します

5. 労災レセプト

① レセプトの点検

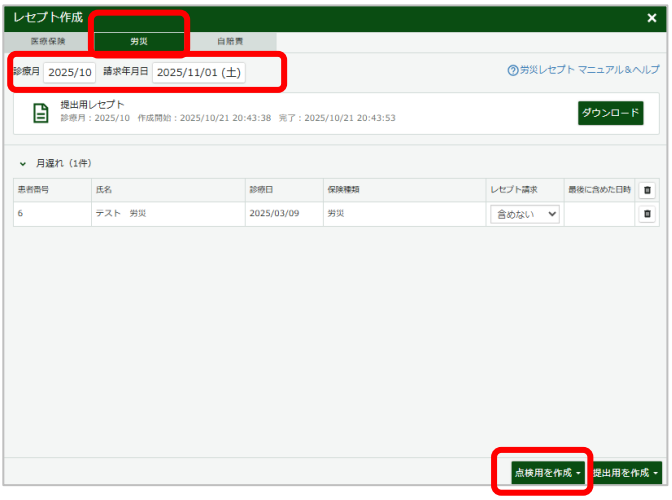
点検用レセプトファイル（院外処方を含むレセプトファイル）を作成し、レセプト内容を点検できます。

➢ 点検用レセプトの作成

(1) 受付画面の「レセプト作成」をクリックします



(2) 労災タブを開き、診療月を選択して［点検用を作成］をクリックします

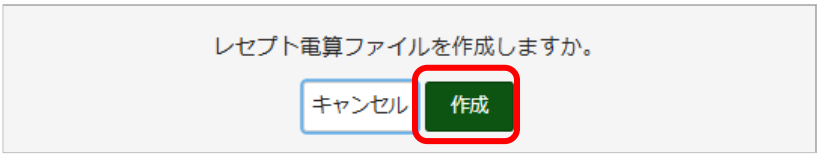


※月遅れ患者様が多い場合はリスト表示に時間がかかります。
患者様のリストが表示された後に［点検用を作成］をクリックしてください。
読み込み中に作成ボタンを押してしまうと月遅れ設定が正しく反映されませんのでご注意ください。

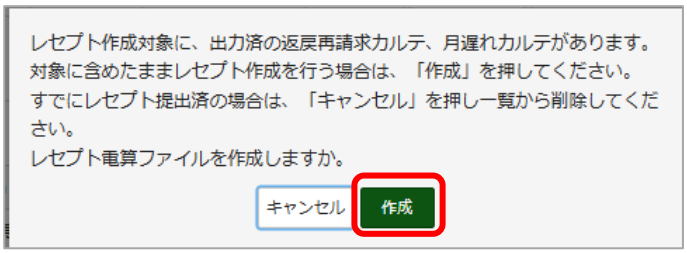
(3) ［レセ電ファイルを作成］をクリックします。



(4) 確認メッセージが表示されます。確認して［作成］をクリックします



※以下のメッセージが表示された場合は、提出済のカルテが含まれている可能性があります。
一度[キャンセル]をクリックし、月遅れ患者リストを見直してください。
含めたまま作成する場合は［作成］をクリックしてください。



⑸ 受付画面右上の作成待ちメニューが開き、作成中の表示になります
（この間カルテ入力等の操作は可能です）。

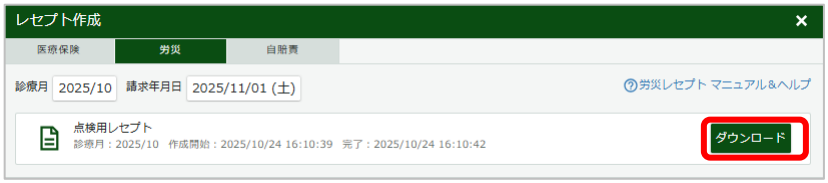


レセプト作成が完了すると、Google Chrome で設定した保存場所に自動ダウンロードされます。
（Chrome のダウンロード設定により保存先選択画面が表示される場合もあります）
※データ量により作成完了まで 10～20 分程かかる場合があります

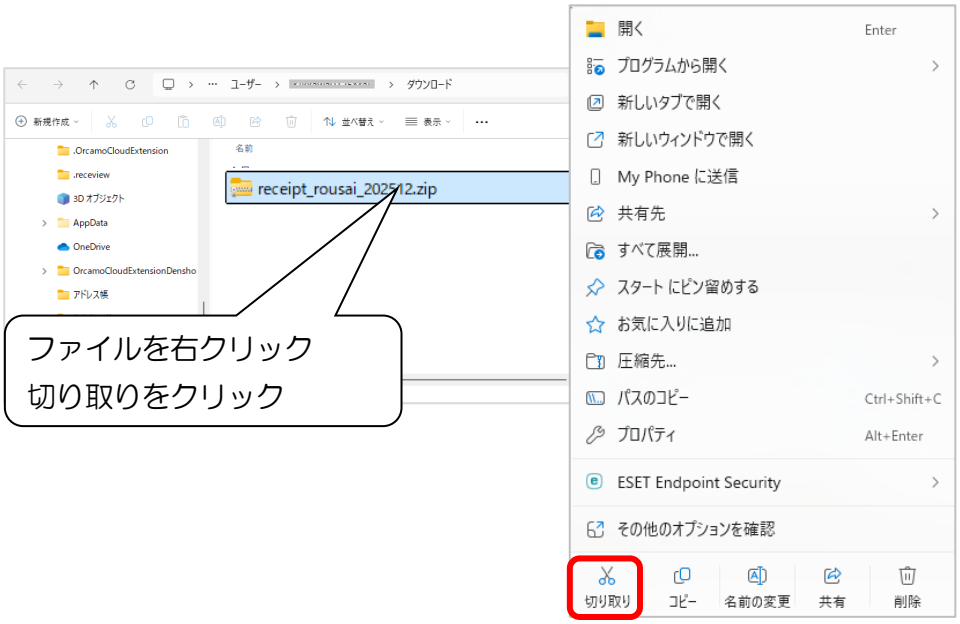
➢ 点検用レセプトの内容確認

作成したレセプトファイルを任意のフォルダに移動して展開します

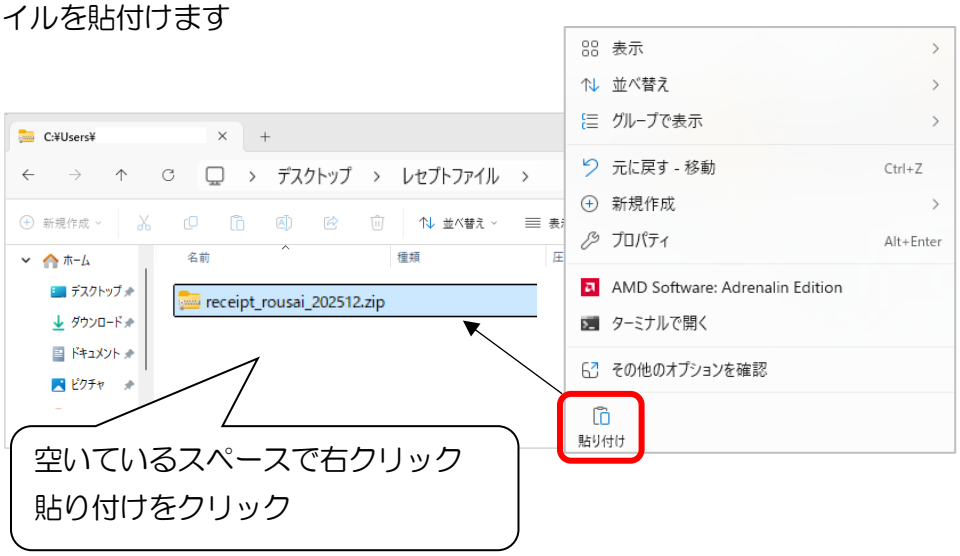
⑴ レセプト作成完了後、自動でダウンロードフォルダに「receipt_rousai（診療年月）.zip」が保存されます
※レセプト作成画面を再度開いて手動でダウンロードすることも可能です。



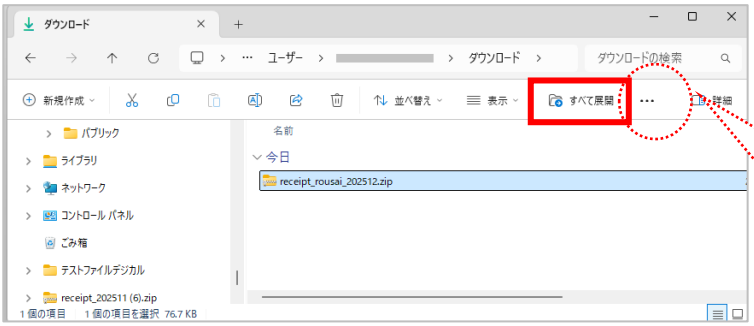
⑵ ダウンロードフォルダをひらき、「receipt_rousai_（診療年月）.zip」ファイルを切り取ります

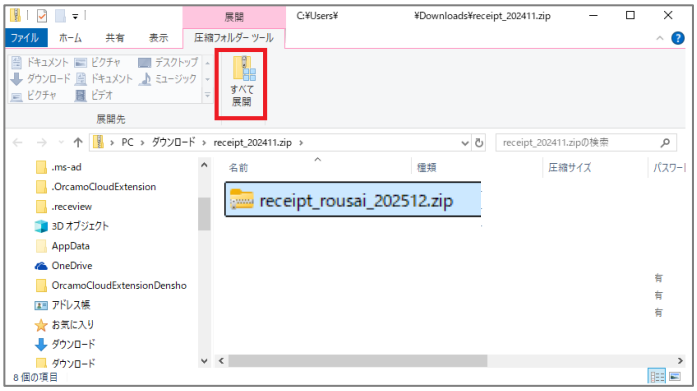


⑶ レセプトファイルを保存する任意のフォルダをひらき、「receipt_rousai_（診療年月）.zip」ファイルを貼付けます

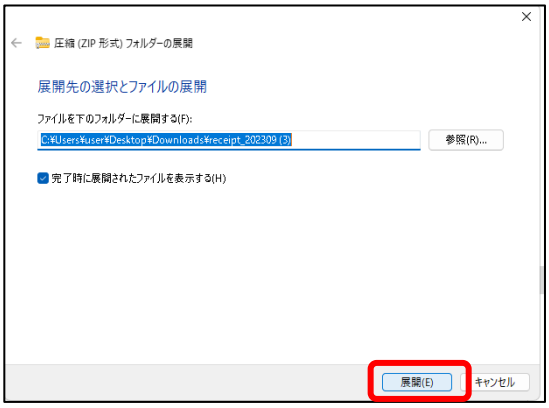


⑷ 「receipt_rousai_（診療年月）.zip」ファイルを選択して「すべて展開」をクリックします
※お使いのPCによって表示が異なります



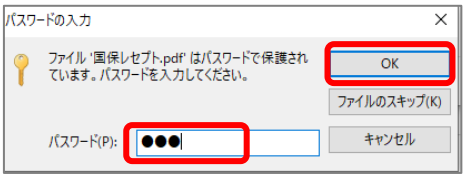


⑸ 「完了時に展開されたファイルを表示する」にチェックをいれて「展開」をクリックします

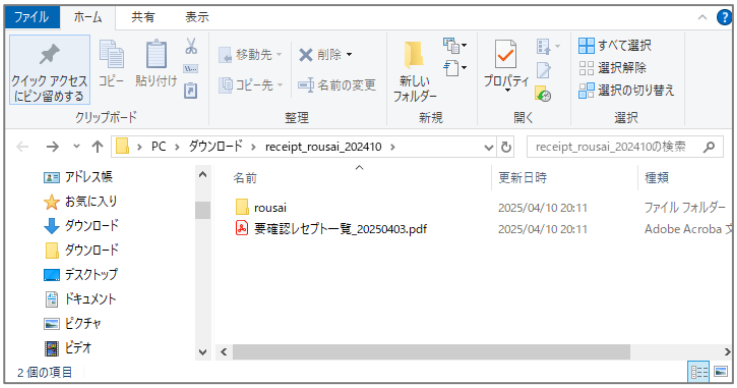


※指定した場所に既にファイルが存在する場合は、ファイルを置き換えるか確認メッセージが表示されます。上書きしたくない場合は、前回ファイルを別の場所に退避するか、前回と異なる展開先を指定してください。

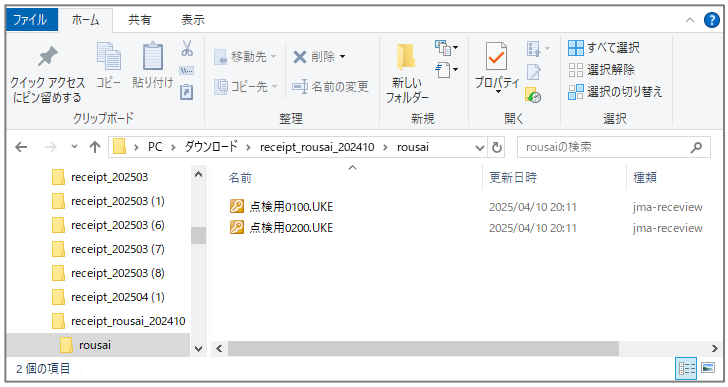
⑹ 共通パスワードを入力して「OK」をクリックします
※ 共通パスワードは、施設管理＞共通パスワード設定に設定されているパスワードです。施設単一のパスワードです。ログイン時のパスワードではありません。



(7) 「rousai」フォルダ、「要確認レセプト一覧_（作成日）.pdf」が表示されます

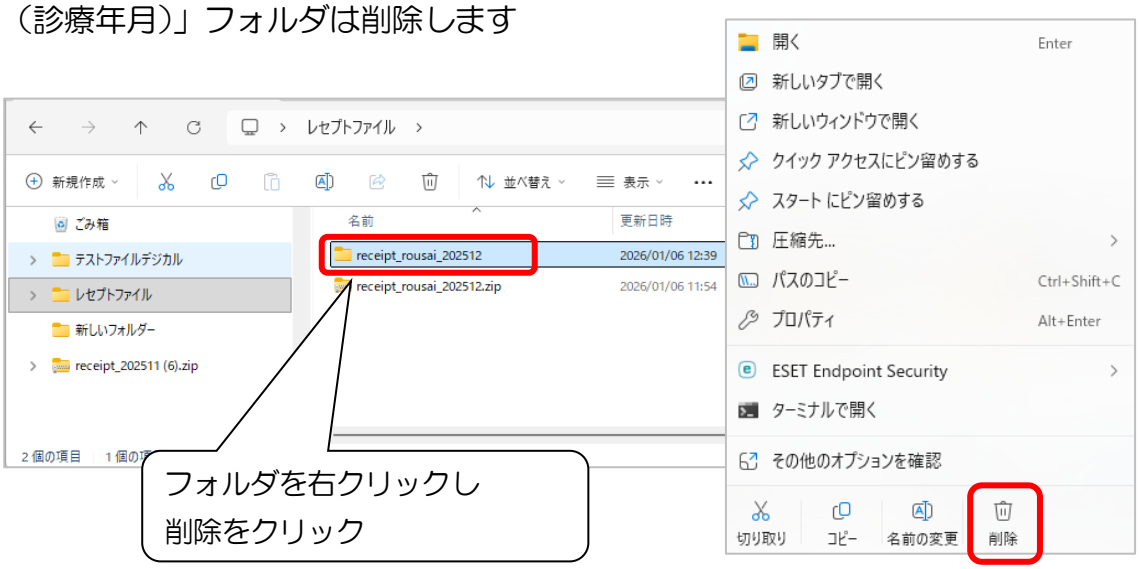


※rousai フォルダ内の「点検用 xxxx.UKE」が点検用レセプトファイルです。
レセプト電算ビューアやレセプトチェックソフトをご使用いただき内容の確認が可能です。



➢ 点検済ファイルの削除

点検実施後は、セキュリティを担保するため、任意のフォルダで展開した「receipt_rousai_（診療年月）」フォルダは削除します



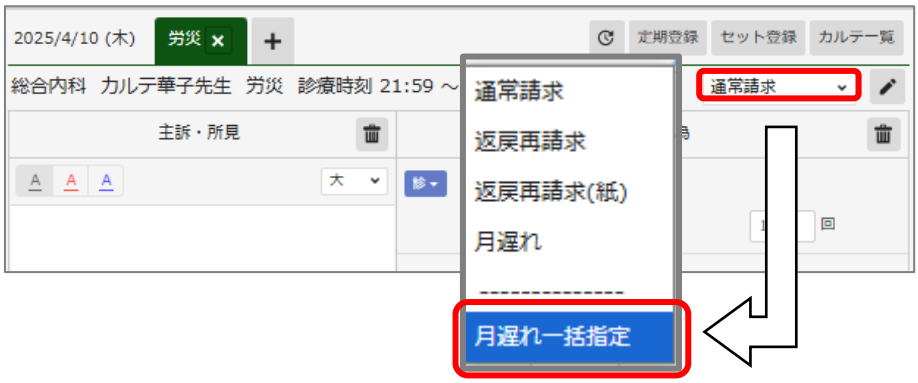
※レセプトファイルを保存しておきたい場合は展開前の「receipt_rousai_（診療年月）.zip」ファイルを保存してください

② レセプトの作成

➢ 請求に含めないレセプトの設定（月遅れ）

⑴ 月遅れ設定を行う患者様のカルテで、該当月の任意の日のカルテ編集画面を表示します
※診療履歴の編集ボタン（　　ボタン）より編集画面を表示できます

⑵ 「通常請求」から「月遅れ一括指定」に変更します



⑶ 次回レセプト出力は「含めない」を選択し、「一括指定」をクリックします



➢ 請求に含めるレセプトの設定（月遅れ）

前月までに月遅れ（保留）にしていたレセプトや、返戻の修正が終わったレセプトを当月の請求に含める手順です。

※　レセプト請求欄の「含める/含めない」の変更は、「提出用を作成」クリック時に保存されます。
「含める/含めない」の変更は提出用レセプト作成の直前に行ってください。
「提出用を作成」クリック前にレセプト作成画面を閉じると変更が保存されません。

※　「最後に含めた日時」は、「含める」にし提出用/点検用レセプトを出力すると記載・更新されます

⑴ 受付画面の「レセプト作成」をクリックします



⑵ 「労災」タブをひらき、月遅れリストのレセプト請求欄を「含める」に変更します

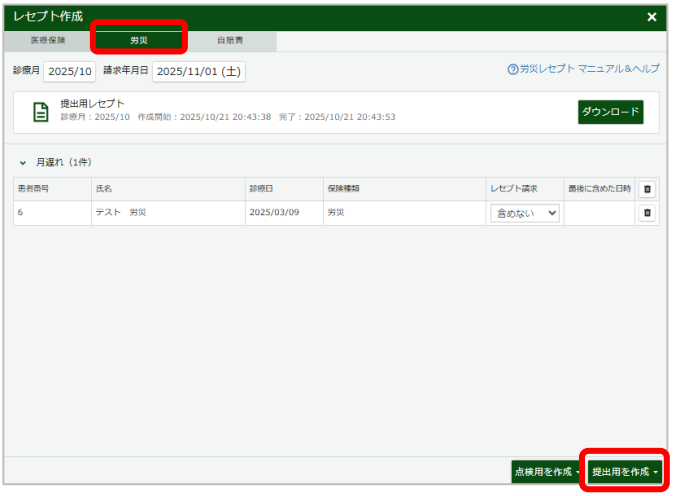


➢ 提出用レセプトの作成

⑴ 受付画面の「レセプト作成」をクリックします



⑵ 労災タブを開き、診療月を選択して［提出用を作成］をクリックします



※月遅れ患者様が多い場合はリスト表示に時間がかかります。
患者様のリストが表示された後に［提出用を作成］をクリックしてください。
読み込み中に作成ボタンを押してしまうと月遅れ設定が正しく反映されませんのでご注意ください。

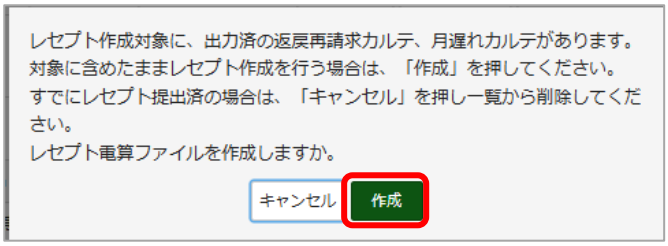
⑶ ［レセ電ファイルを作成］をクリックします。



⑷ 確認メッセージが表示されます。確認して［作成］をクリックします



※以下のメッセージが表示された場合は、提出済のカルテが含まれている可能性があります。
一度[キャンセル]をクリックし、月遅れ患者リストを見直してください。
含めたまま作成する場合は［作成］をクリックしてください。



⑸ 受付画面右上の作成待ちメニューが開き、作成中の表示になります
（この間カルテ入力等の操作は可能です）。

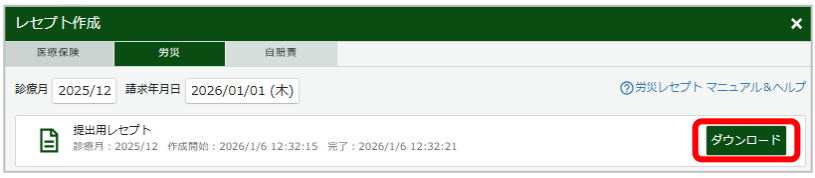


レセプト作成が完了すると、Google Chrome で設定した保存場所に自動ダウンロードされます。
（Chrome のダウンロード設定により保存先選択画面が表示される場合もあります）
※データ量により作成完了まで 10～20 分程かかる場合があります

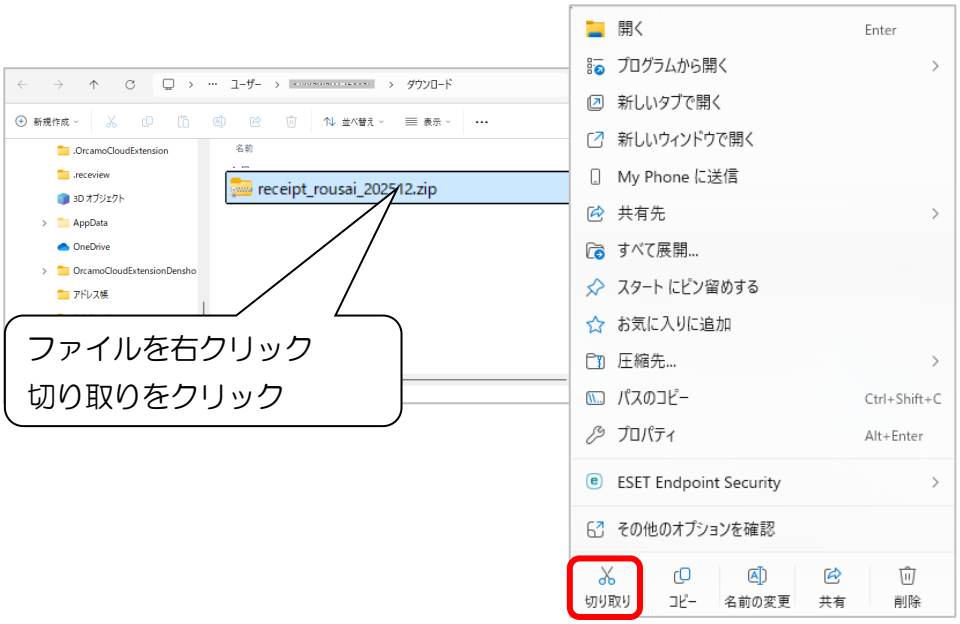
➢ 提出用レセプトの内容確認

作成したレセプトファイルを任意のフォルダに移動して展開します

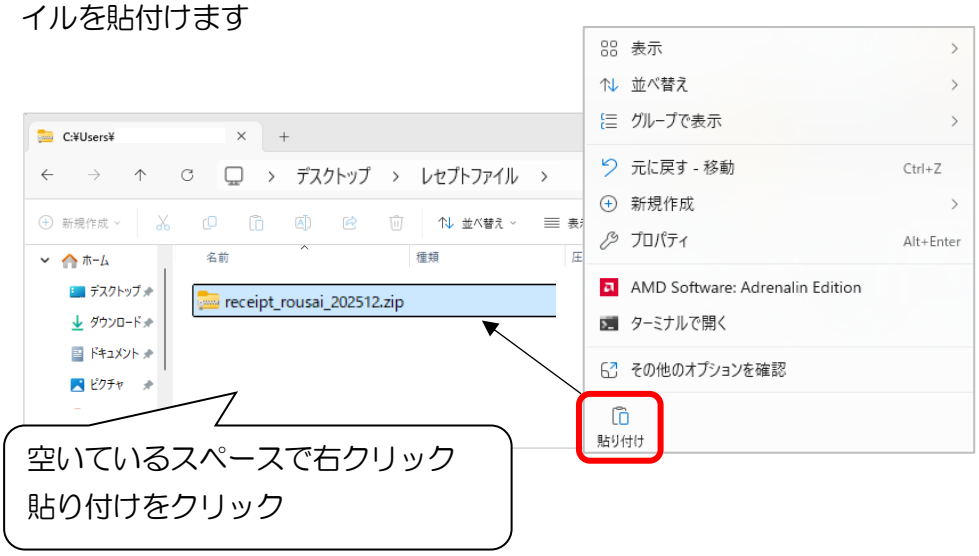
⑴ レセプト作成完了後、自動でダウンロードフォルダに「receipt_rousai（診療年月）.zip」が保存されます
※レセプト作成画面を再度開いて手動でダウンロードすることも可能です。



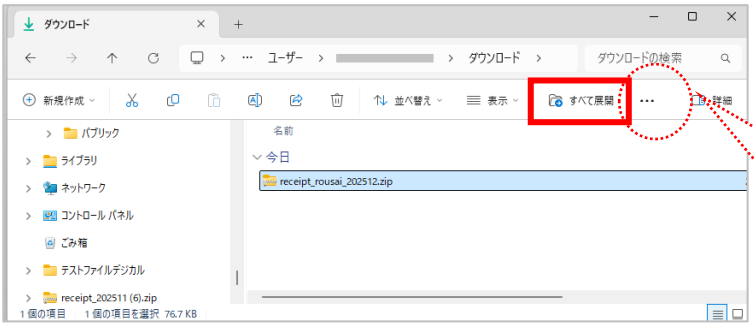
⑵ ダウンロードフォルダをひらき、「receipt_rousai_（診療年月）.zip」ファイルを切り取ります

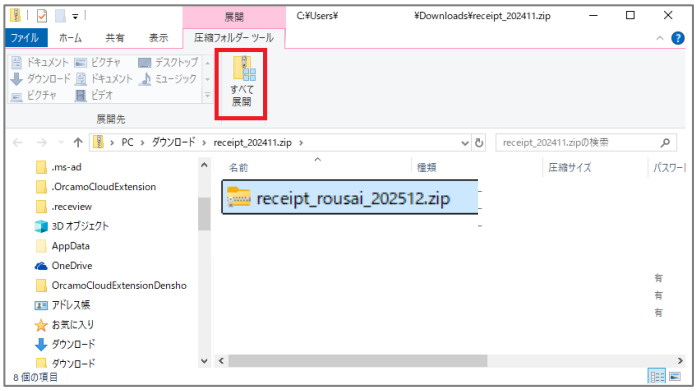


⑶ レセプトファイルを保存する任意のフォルダをひらき、「receipt_rousai_（診療年月）.zip」ファイルを貼付けます

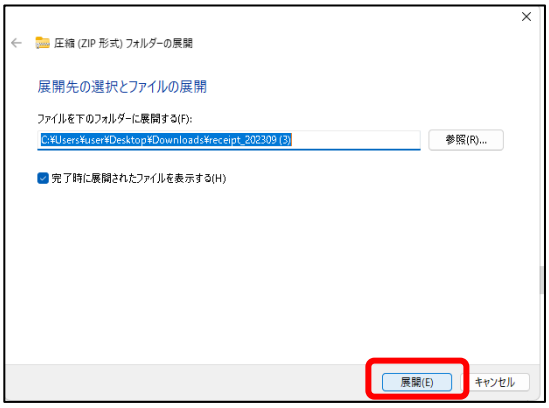


⑷ 「receipt_rousai_（診療年月）.zip」ファイルを選択して「すべて展開」をクリックします
※お使いのPCによって表示が異なります





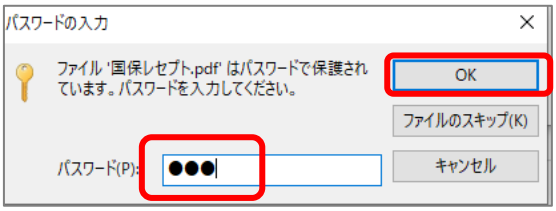
⑸ 「完了時に展開されたファイルを表示する」にチェックをいれて「展開」をクリックします



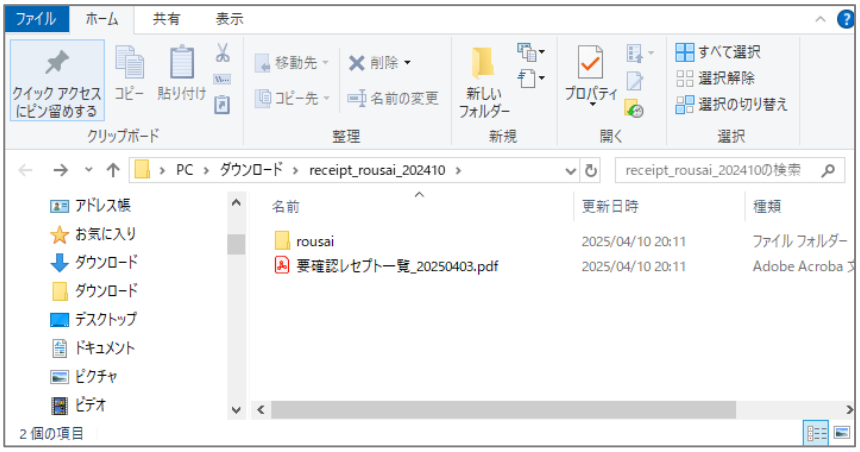
※指定した場所に既にファイルが存在する場合は、ファイルを置き換えるか確認メッセージが表示されます。上書きしたくない場合は、前回ファイルを別の場所に退避するか、前回と異なる展開先を指定してください。

⑹ 共通パスワードを入力して「OK」をクリックします

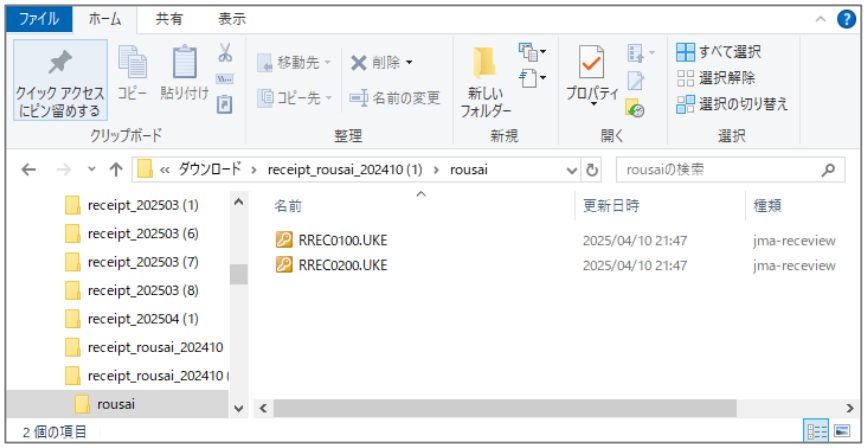
※ 共通パスワードは、施設管理＞共通パスワード設定に設定されているパスワードです。施設単一のパスワードです。ログイン時のパスワードではありません。



(7) 「rousai」フォルダ、「要確認レセプト一覧_（作成日）.pdf」が表示されます



※rousai フォルダ内の「RRECxxxx.UKE」が提出用レセプトファイルです。



✓ ファイルは初回分と継続分に分かれて作成されます。初回分は監督署ごとに作成されます
✓ 「RREC****.UKE」作成された全てのファイルを請求してください
✓ 月遅れ請求がある場合、当月分のレセプトデータに含まれます

③ レセプトの請求

オンライン請求または CD で請求します。
請求方法の詳細につきましてはヘルプデスクへお問合せください。

【お問合せ先】
■ 労災レセプト電算処理システム　ヘルプデスク

0120−631−660

・5 日～7 日、11 日、12 日　8:00～21:00　休日（土曜、日曜及び祝日）含む
・8 日～10 日　8:00～24:00　休日（土曜、日曜及び祝日）含む
・13 日～月末　9:00～17:00　休日（土曜、日曜及び祝日）除く
※　年末年始（12/29～1/3）を除く

【お問合せ先】
■ ネットワークサポートデスク
ネットワーク回線の準備方法及び接続方法に関するお問い合わせ

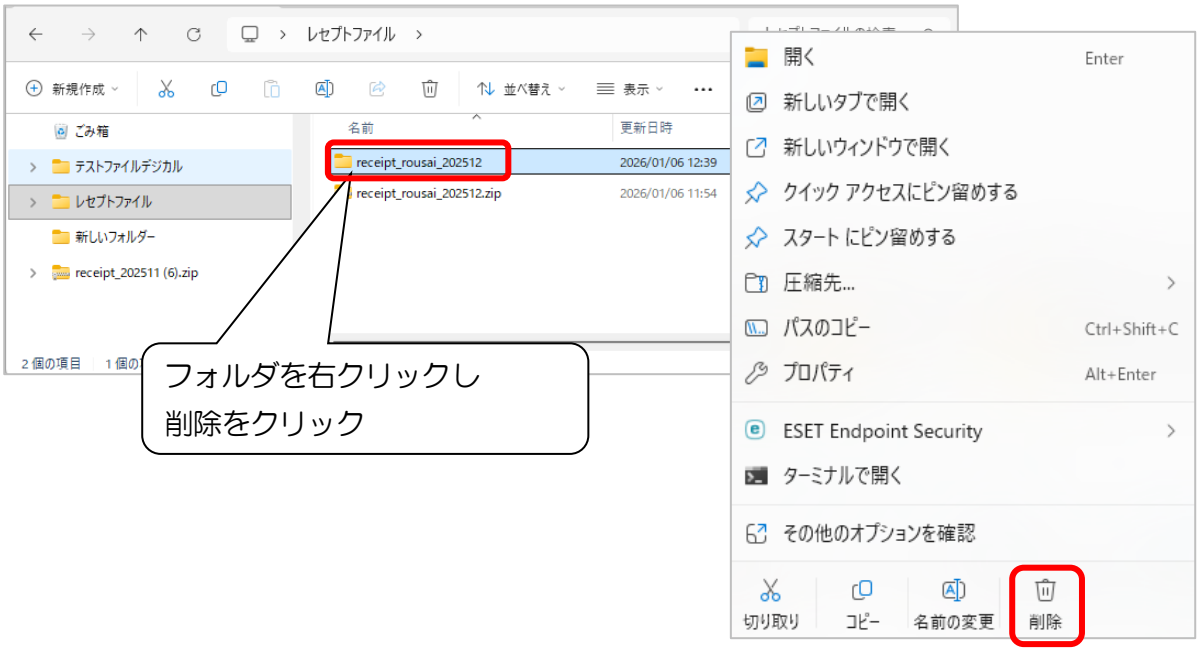
0120−220−571

・1 日～4 日、11 日～月末　9:00～17:00　休日（土曜、日曜及び祝日）除く
・5 日～7 日　8:00～21:00　休日（土曜、日曜及び祝日）含む
・8 日～10 日　8:00～24:00　休日（土曜、日曜及び祝日）含む
※　年末年始（12/29～1/3）を除く

サポート時間は変更となる場合があります。
オンライン請求システムサポートサイトで最新の情報をご確認ください。
＜オンライン請求システムサポートサイト＞
https://onlineseikyu.jp/?page_id=108/

➢ 請求済ファイルの削除

オンライン請求または CD 請求実施後は、セキュリティを担保するため、任意のフォルダで展開した「receipt_rousai_（診療年月）」フォルダは削除します



※レセプトファイルを保存しておきたい場合は展開前の「receipt_rousai_（診療年月）.zip」ファイルを保存してください

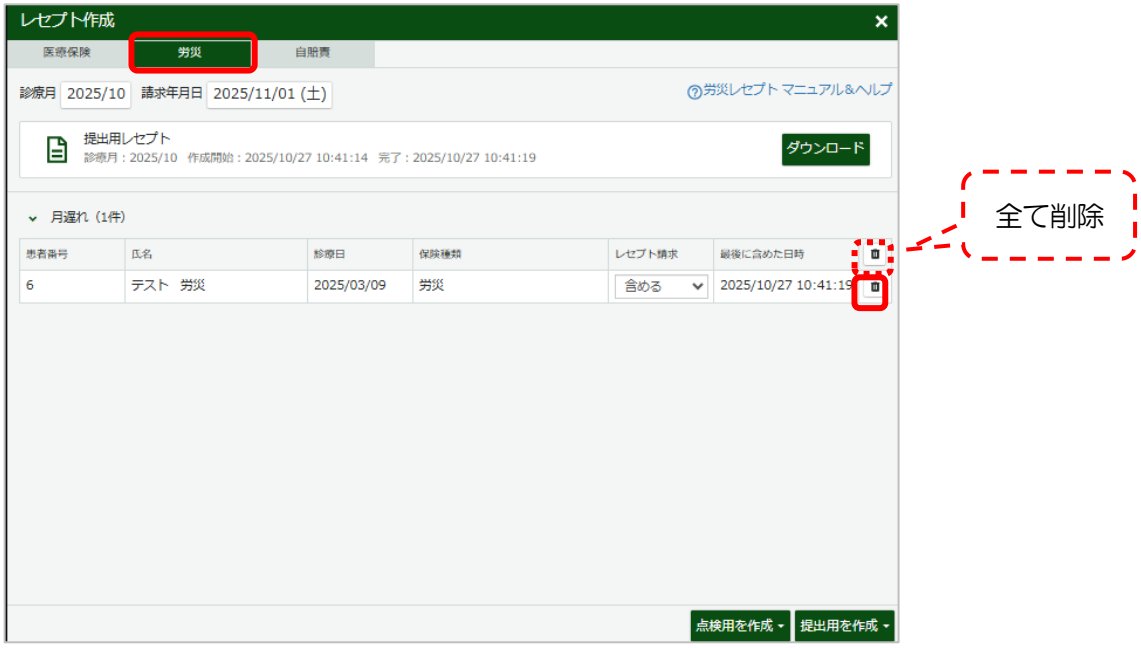
④ 翌月のレセプト作成準備

請求済みの月遅れ患者様が残っている場合は必ず行います。
削除しないと翌月以降の請求データに含まれるのでご注意ください。

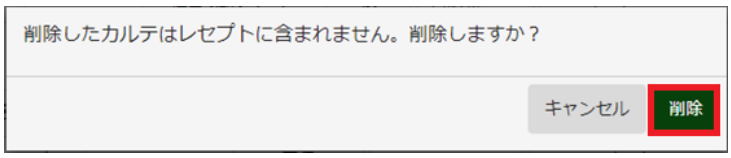
(1) 受付画面の「レセプト作成」をクリックします



(2) 労災タブをひらき、請求済みの患者様の「削除」ボタンをクリックします。
※全て請求済の場合は「全て削除」ボタンにて一括で削除できます。



(3) 確認画面が表示されます。［削除］をクリックします。



6. 自賠責レセプト

① レセプトの点検

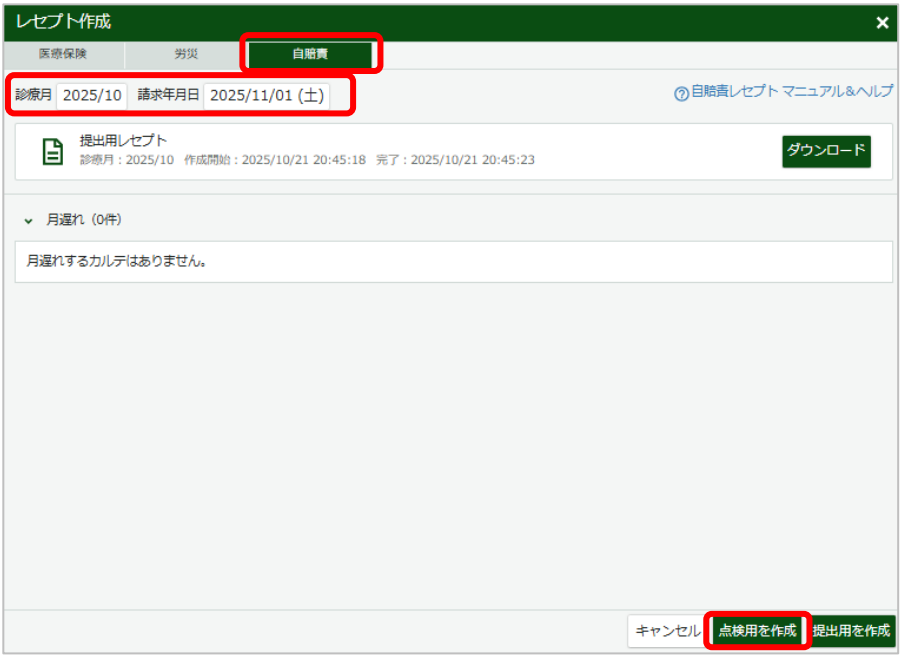
点検用レセプトファイル(院外処方を含むレセプトファイル)を作成しレセプト内容を点検できます。

➢ 点検用レセプトの作成

(1) 受付画面の「レセプト作成」をクリックします

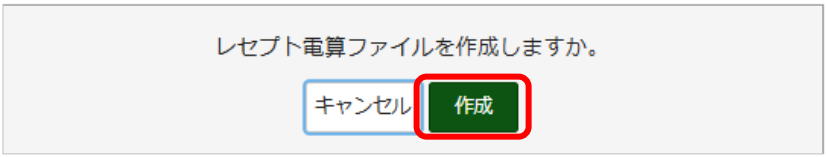


(2) 自賠責タブを開き、診療月を選択して［点検用を作成］をクリックします

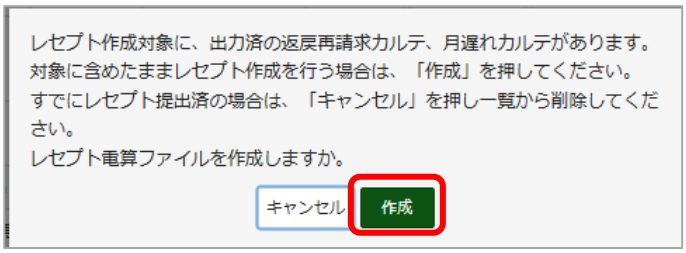


※月遅れ患者様が多い場合はリスト表示に時間がかかります。
患者様のリストが表示された後に［点検用を作成］をクリックしてください。
読み込み中に作成ボタンを押してしまうと月遅れ設定が反映されませんのでご注意ください。

(3) 確認メッセージが表示されます。確認して［作成］をクリックします



※以下のメッセージが表示された場合は、提出済のカルテが含まれている可能性があります。
一度[キャンセル]をクリックし、月遅れ患者リストを見直してください。
含めたまま作成する場合は［作成］をクリックしてください。



(4) 受付画面右上の作成待ちメニューが開き、作成中の表示になります
（この間カルテ入力等の操作は可能です）。

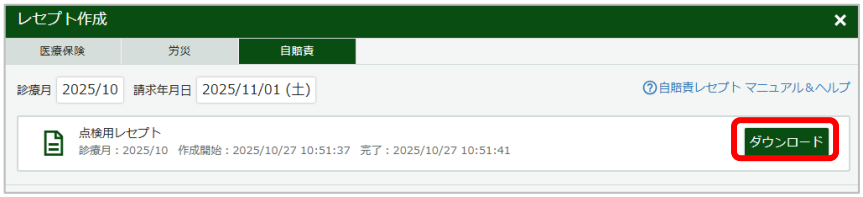


レセプト作成が完了すると、Google Chrome で設定した保存場所に自動ダウンロードされます。
（Chrome のダウンロード設定により保存先選択画面が表示される場合もあります）
※データ量により作成完了まで 10～20 分程かかる場合があります

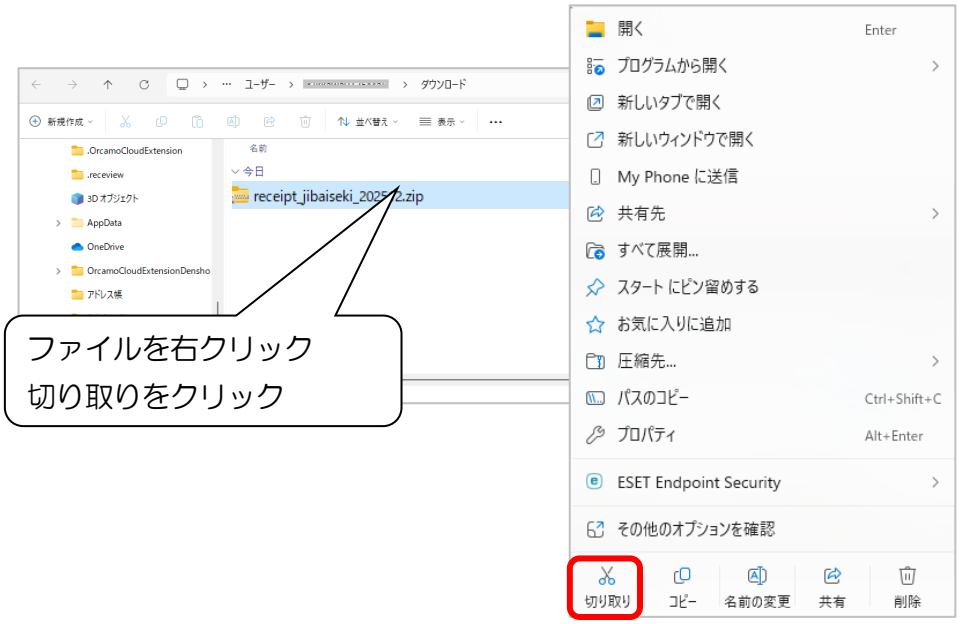
➢ 点検用レセプトの内容確認

作成したレセプトファイルを任意のフォルダに移動して展開します

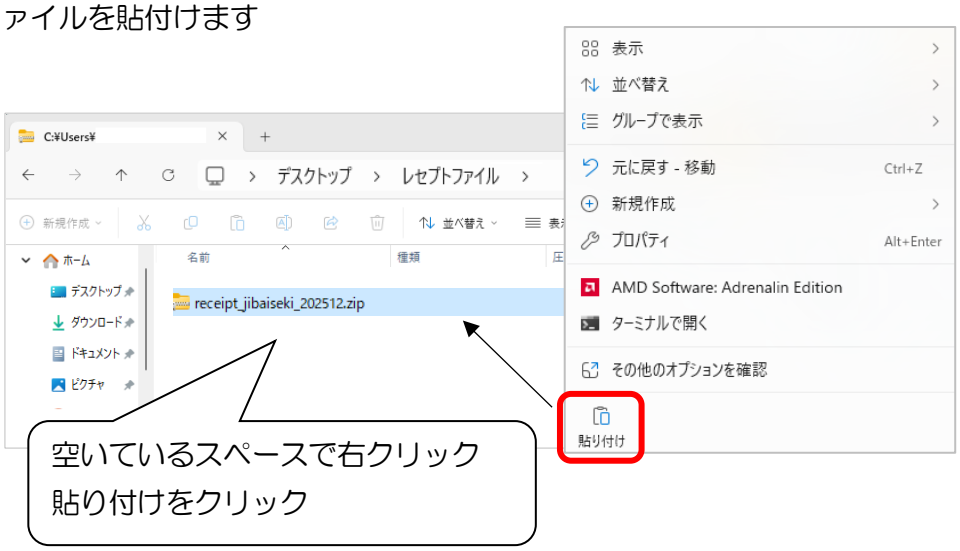
(1) レセプト作成完了後、自動でダウンロードフォルダに「receipt_jibaiseki_診療年月）.zip」が保存されます
※レセプト作成画面を再度開いて手動でダウンロードすることも可能です。



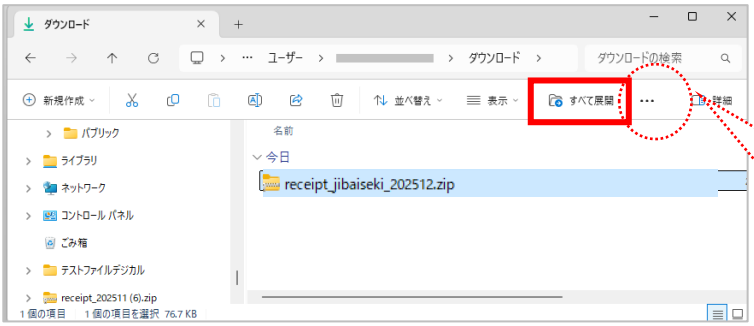
⑵ ダウンロードフォルダをひらき、「receipt_ jibaiseki_(診療年月).zip」ファイルを切り取ります



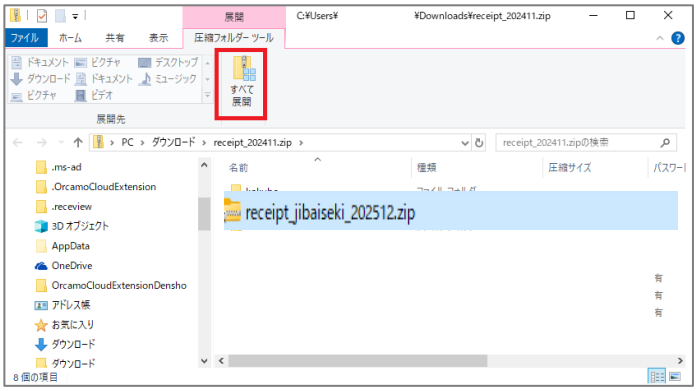
⑶ レセプトファイルを保存する任意のフォルダをひらき、「receipt_jibaiseki_（診療年月）.zip」ファイルを貼付けます



⑷ 「receipt_jibaiseki_（診療年月）.zip」ファイルを選択して「すべて展開」をクリックします
※お使いのPCによって表示が異なります



「すべて展開」が表示されない場合は「・・・」ボタンをクリックしてください



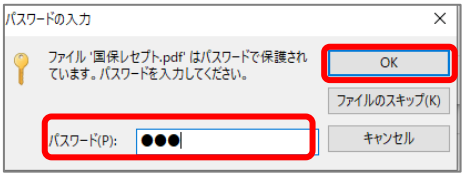
⑸ 「完了時に展開されたファイルを表示する」にチェックをいれて「展開」をクリックします



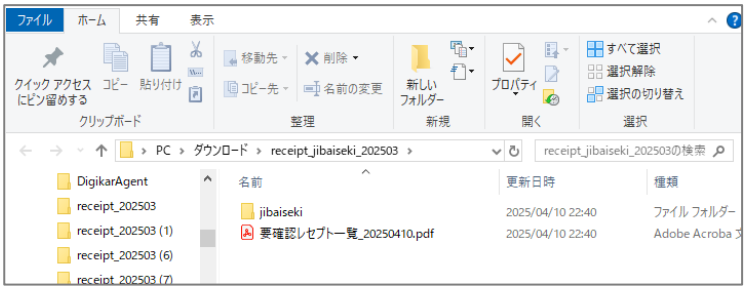
※指定した場所に既にファイルが存在する場合は、ファイルを置き換えるか確認メッセージが表示されます。上書きしたくない場合は、前回ファイルを別の場所に退避するか、前回と異なる展開先を指定してください。

⑹ 共通パスワードを入力して「OK」をクリックします

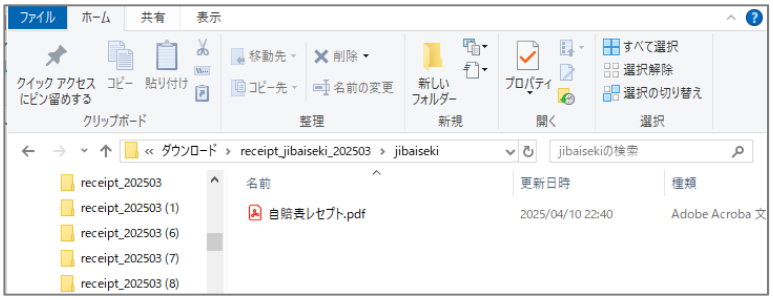
※ 共通パスワードは、施設管理＞共通パスワード設定に設定されているパスワードです。施設単一のパスワードです。ログイン時のパスワードではありません。



(7) 「jibaiseki」フォルダ、「要確認レセプト一覧_（作成日）.pdf」が表示されます

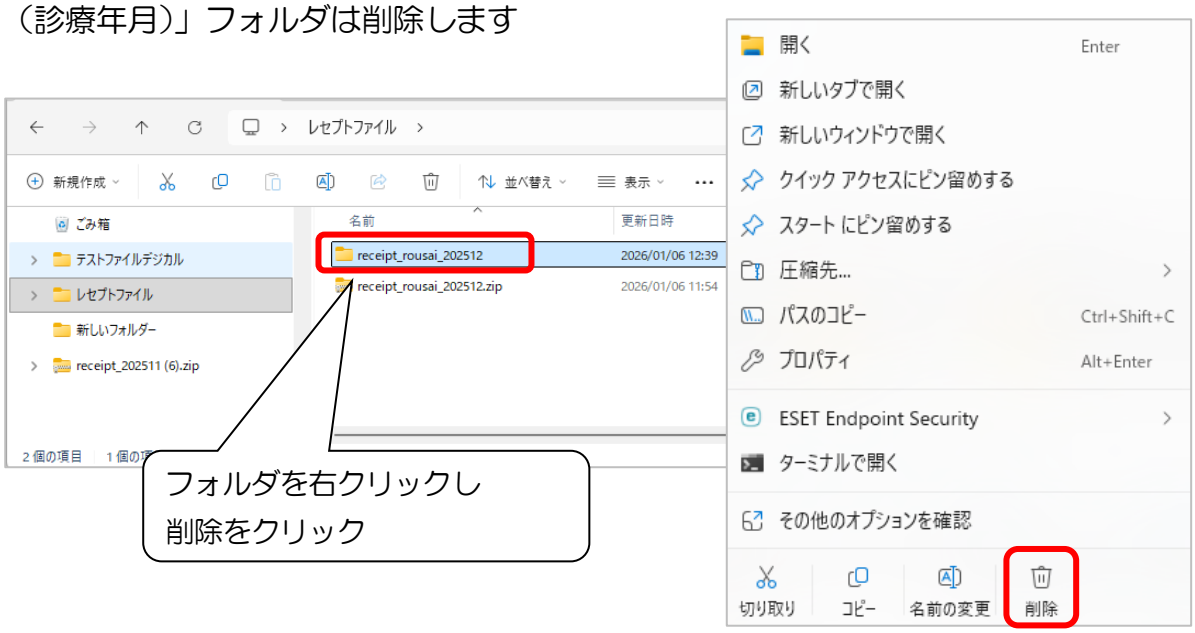


※jibaiseki フォルダ内の「自賠責レセプト.pdf」が点検用レセプトファイルです。
自賠責レセプト.pdf をひらき、印刷または画面表示して確認します。



➢ 点検済ファイルの削除

点検実施後は、セキュリティを担保するため、任意のフォルダで展開した「receipt_jibaiseki_（診療年月）」フォルダは削除します



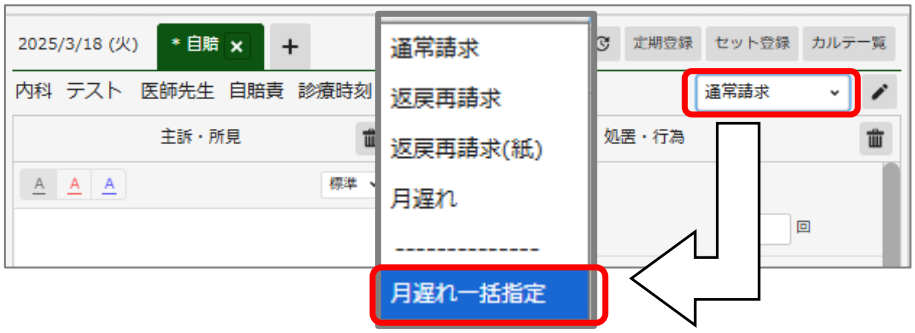
※レセプトファイルを保存しておきたい場合は展開前の「receipt_jibaiseki_（診療年月）.zip」ファイルを保存してください

② レセプトの作成

➢ 請求に含めないレセプトの設定（月遅れ）

⑴ 月遅れ設定を行う患者様のカルテで、該当月の任意の日のカルテ編集画面を表示します
※診療履歴の編集ボタン（　　ボタン）より編集画面を表示できます

⑵ 「通常請求」から「月遅れ一括指定」に変更します



⑶ 次回レセプト出力は「含めない」を選択し、「一括指定」をクリックします



➢ 請求に含めるレセプトの設定（月遅れ）

前月までに月遅れ（保留）にしていたレセプトや、返戻の修正が終わったレセプトを当月の請求に含める手順です。

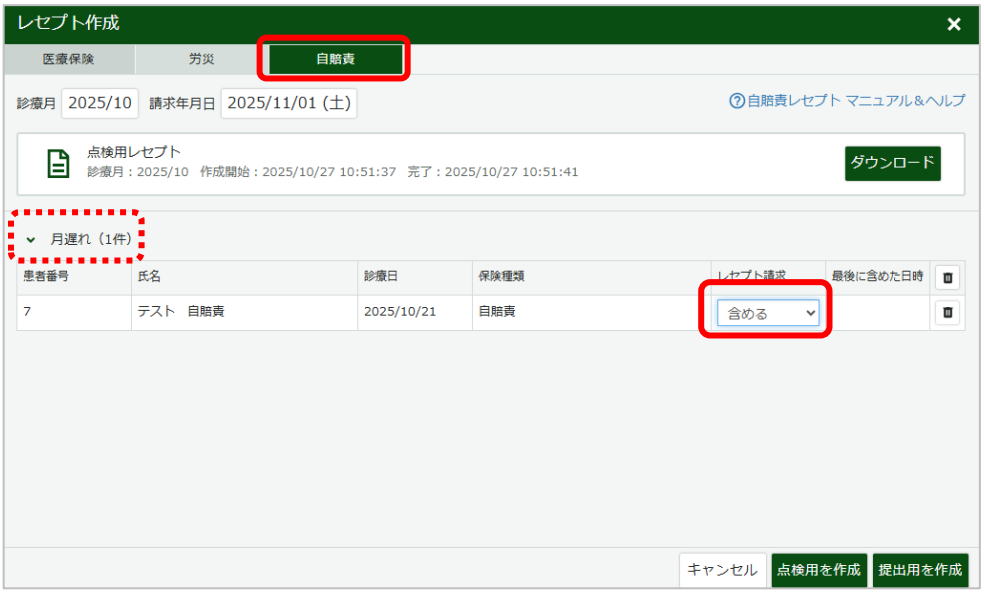
※　レセプト請求欄の「含める/含めない」の変更は、「提出用を作成」クリック時に保存されます。
「含める/含めない」の変更は提出用レセプト作成の直前に行ってください。
「提出用を作成」クリック前にレセプト作成画面を閉じると変更が保存されません。

※　「最後に含めた日時」は、「含める」にし提出用/点検用レセプトを出力すると記載・更新されます

⑴ 受付画面の「レセプト作成」をクリックします



⑵ 「自賠責」タブをひらき、月遅れリストのレセプト請求欄を「含める」に変更します

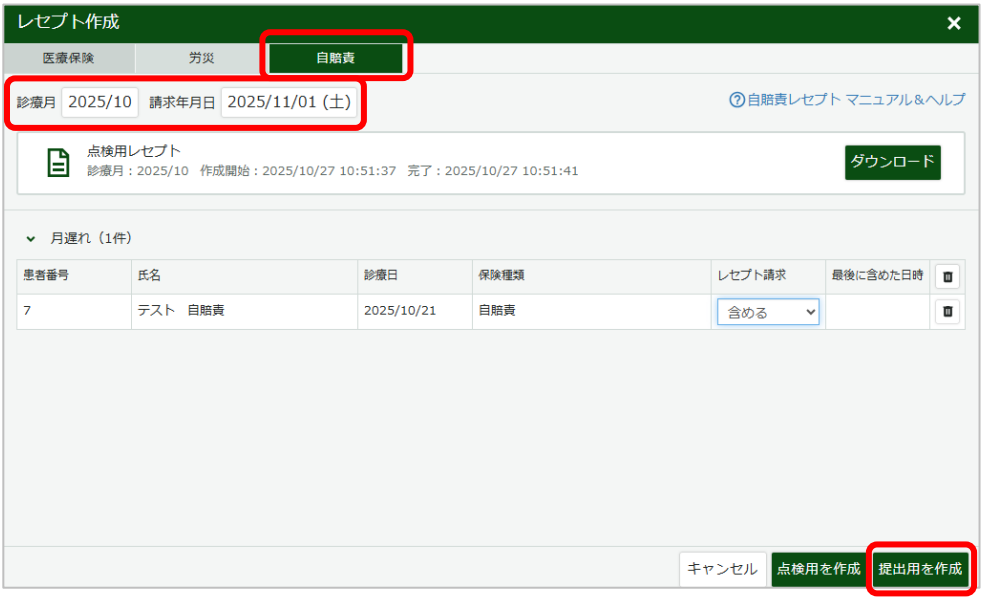


➢ 提出用レセプトの作成

⑴ 受付画面の「レセプト作成」をクリックします

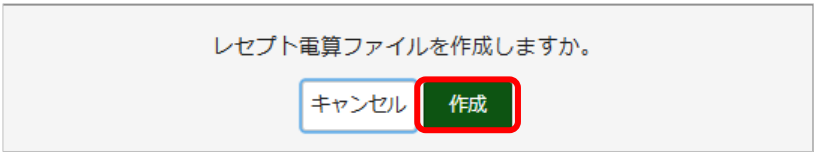


⑵ 「自賠責」タブを開き、診療月を選択して［提出用を作成］をクリックします

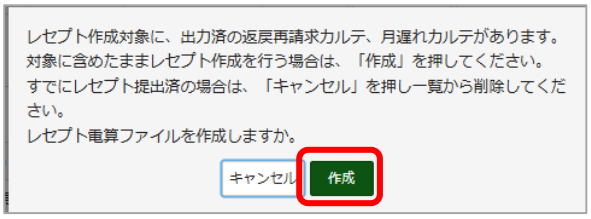


※月遅れ患者様が多い場合はリスト表示に時間がかかります。
患者様のリストが表示された後に［提出用を作成］をクリックしてください。
読み込み中に作成ボタンを押してしまうと正しく反映されませんのでご注意ください。

⑶ 確認メッセージが表示されます。確認して［作成］をクリックします



※以下のメッセージが表示された場合は、提出済のカルテが含まれている可能性があります。
一度[キャンセル]をクリックし、月遅れ患者リストを見直してください。
含めたまま作成する場合は［作成］をクリックしてください。



⑷ 受付画面右上の作成待ちメニューが開き、作成中の表示になります
（この間カルテ入力等の操作は可能です）。



レセプト作成が完了すると、Google Chrome で設定した保存場所に自動ダウンロードされます。
（Chrome のダウンロード設定により保存先選択画面が表示される場合もあります）
※データ量により作成完了まで 10～20 分程かかる場合があります

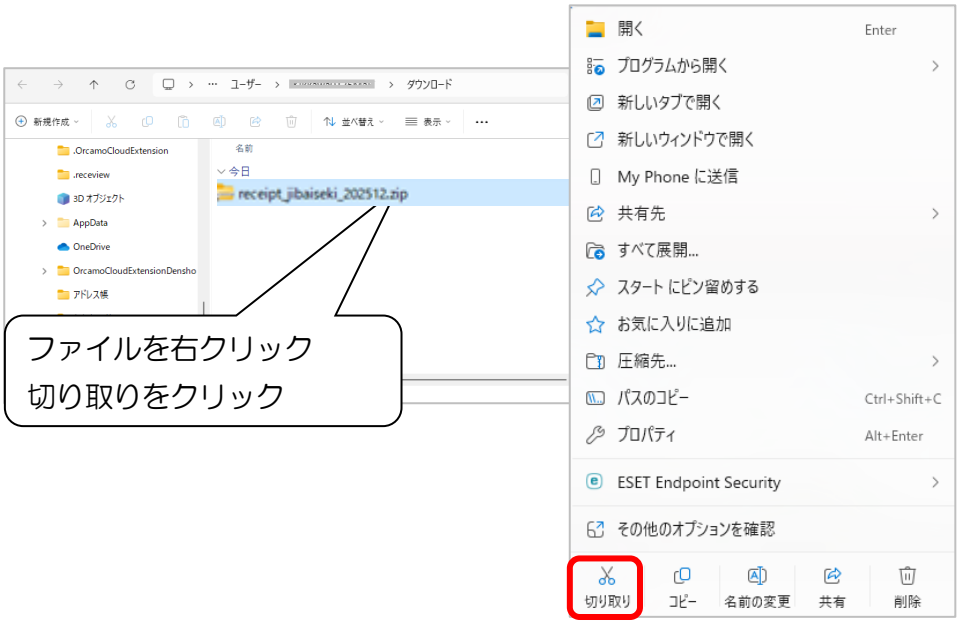
➢ 提出用レセプトの内容確認

作成したレセプトファイルを任意のフォルダに移動して展開します

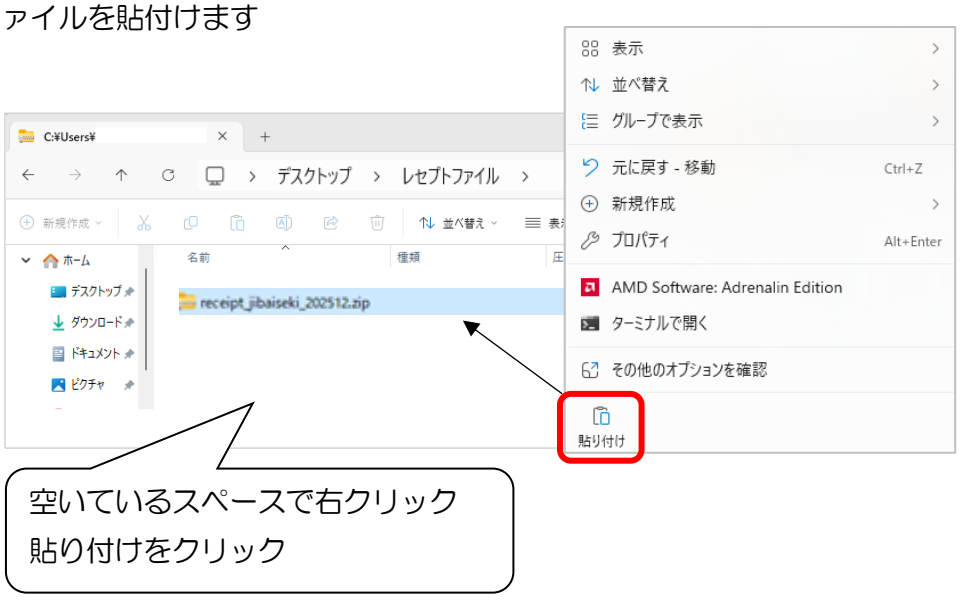
⑴ レセプト作成完了後、自動でダウンロードフォルダに「receipt_jibaiseki_（診療年月）.zip」が保存されます
※レセプト作成画面を再度開いて手動でダウンロードすることも可能です。



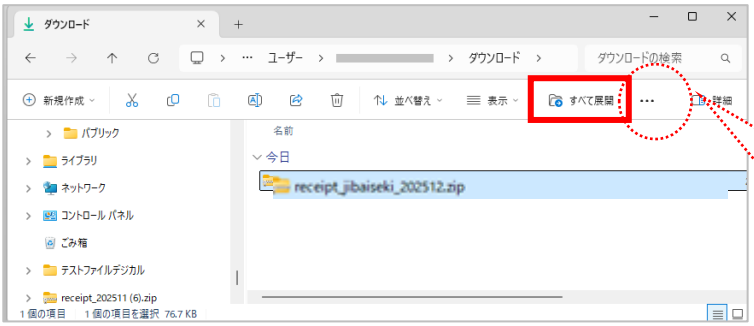
⑵ ダウンロードフォルダをひらき、「receipt_jibaiseki_（診療年月）.zip」ファイルを切り取ります



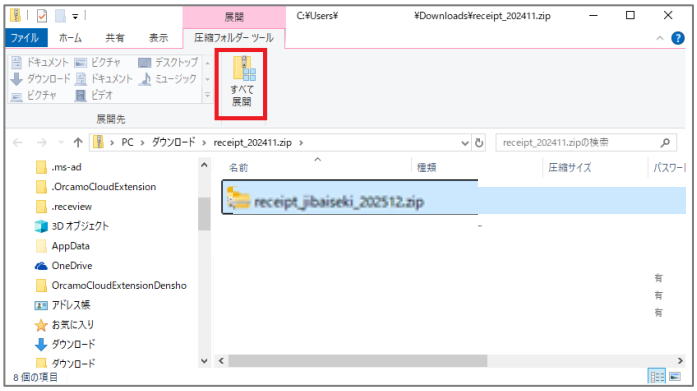
⑶ レセプトファイルを保存する任意のフォルダをひらき、「receipt_jibaiseki_（診療年月）.zip」ファイルを貼付けます



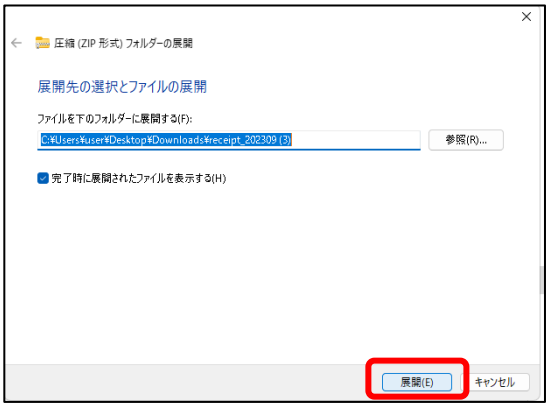
⑷ 「receipt_jibaiseki_（診療年月）.zip」ファイルを選択して「すべて展開」をクリックします
※お使いのPCによって表示が異なります



「すべて展開」が表示されない場合は「・・・」ボタンをクリックしてください



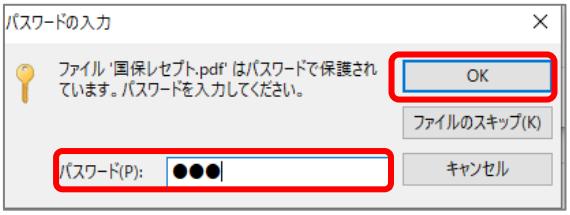
⑸ 「完了時に展開されたファイルを表示する」にチェックをいれて「展開」をクリックします



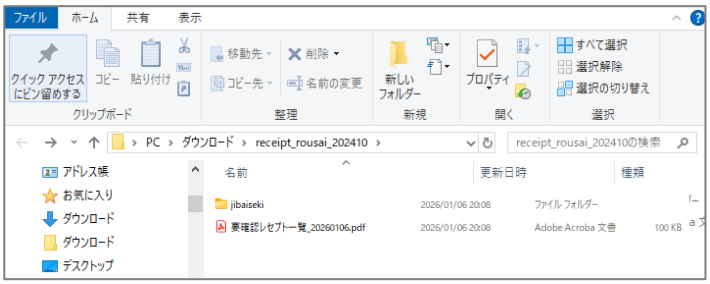
※指定した場所に既にファイルが存在する場合は、ファイルを置き換えるか確認メッセージが表示されます。上書きしたくない場合は、前回ファイルを別の場所に退避するか、前回と異なる展開先を指定してください。

⑹ 共通パスワードを入力して「OK」をクリックします

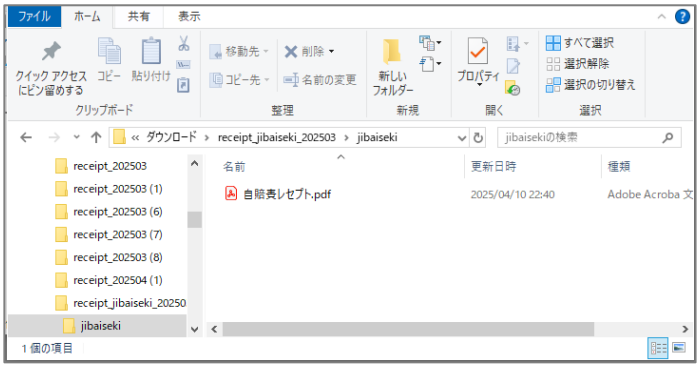
※ 共通パスワードは、施設管理＞共通パスワード設定に設定されているパスワードです。施設単一のパスワードです。ログイン時のパスワードではありません。



(7) 「jibaiseki」フォルダ、「要確認レセプト一覧_（作成日）.pdf」が表示されます



※jibaiseki フォルダ内の「自賠責レセプト.pdf」が提出用レセプトファイルです。



✓ 自賠責レセプト.pdf をひらいてき印刷し、各保険会社へ提出してください

✓ 月遅れ請求がある場合、当月分のレセプトデータに含まれます

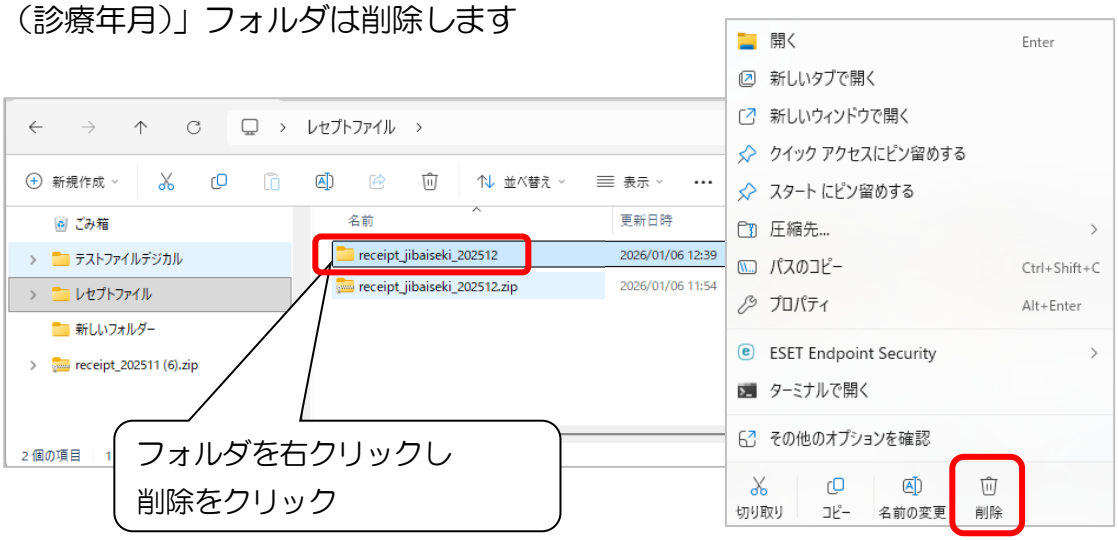
以下の内容は自動記載されませんので、印刷したレセプトに手書きしてください。



- 領収金額（または保険会社への請求金額）
  全額保険会社へ請求する、または全額患者から領収した場合は合計金額を記載
  一部患者から領収した場合はその金額を記載
- 保険会社名（または患者名）
  保険会社へ請求する場合は保険会社名を記載
  患者から受領した場合は患者名を記載
- （に請求・から受領）の取消線
  保険会社へ請求する場合は「から受領」に取り消し線を記載
  患者から受領した場合は「に請求」に取消線を記載
- 請求年月日
  レセプト請求を行う年月日を記載

➢ 請求済ファイルの削除

点検実施後は、セキュリティを担保するため、任意のフォルダで展開した「receipt_jibaiseki_（診療年月）」フォルダは削除します



※レセプトファイルを保存しておきたい場合は展開前の「receipt_jibaisekii_（診療年月）.zip」ファイルを保存してください

③ 翌月レセプト作成準備

請求済みの月遅れ患者様が残っている場合は必ず行います。
削除しないと翌月以降の請求データに含まれるのでご注意ください。

(1) 受付画面の「レセプト作成」をクリックします



(2) 「自賠責」タブをひらき、請求済みの患者様の「削除」ボタンをクリックします。
※全て請求済の場合は「全て削除」ボタンにて一括で削除できます。



(3) 確認画面が表示されます。［削除］をクリックします。

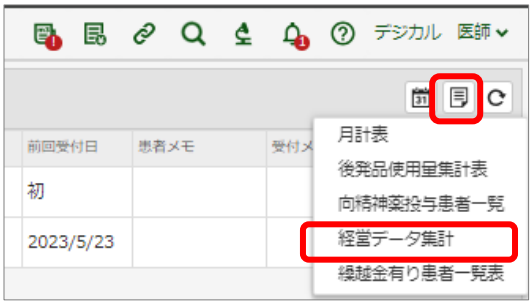
Ⅷ. 施設管理

1. 各種データ

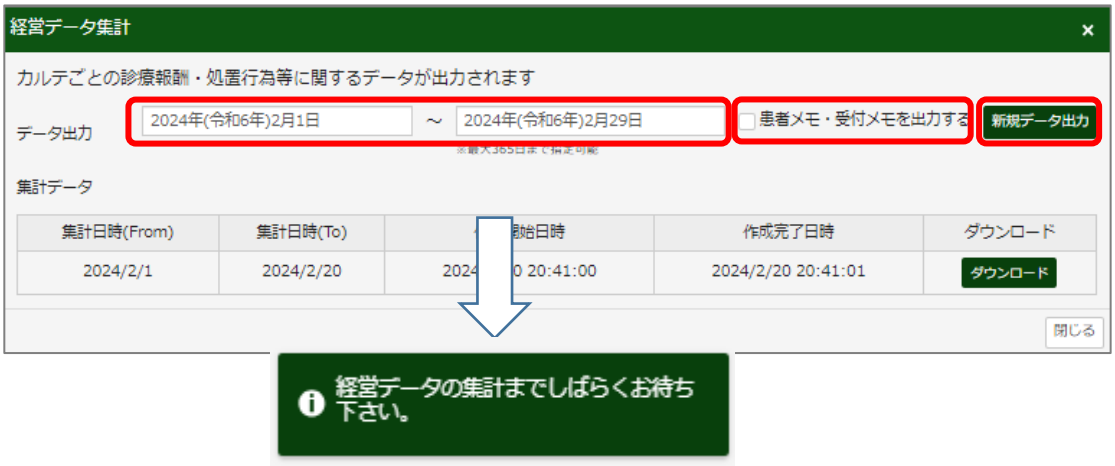
① 経営データ集計

診療報酬、処置行為に関するデータをファイル出力することができます

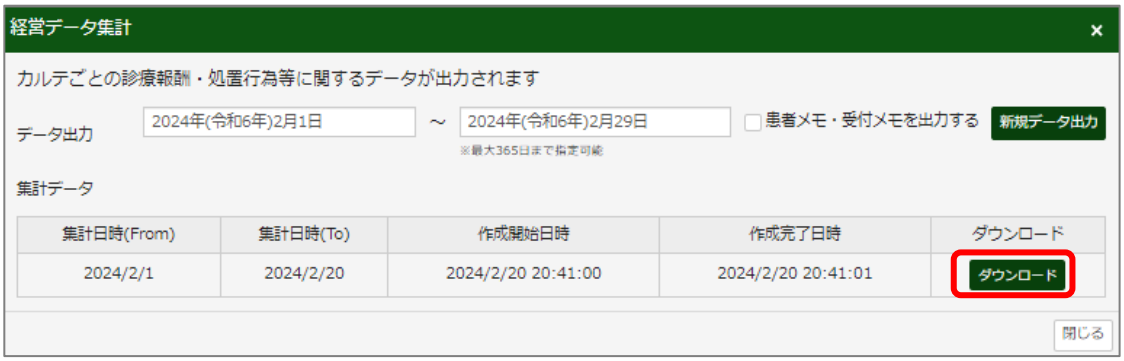
(1) 受付画面の帳票ボタンから「経営データ集計」をクリックします



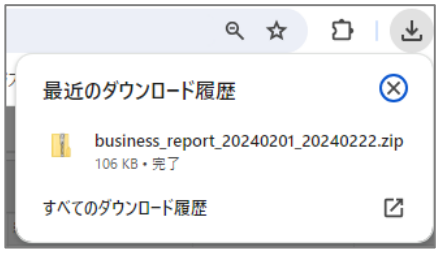
(2) 出力したいデータの期間を指定し、患者メモ・受付メモを出力したい場合はレ点をいれ、「新規データ出力」をクリックします



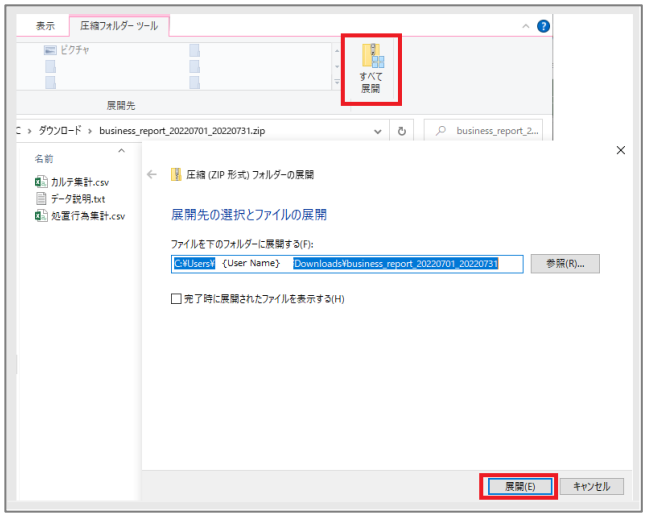
(3) 再度帳票ボタンから「経営データ集計」を開き、「ダウンロード」をクリックします。
※「作成中」と表示される場合は時間をおいて、再度経営データ集計を開いてください。



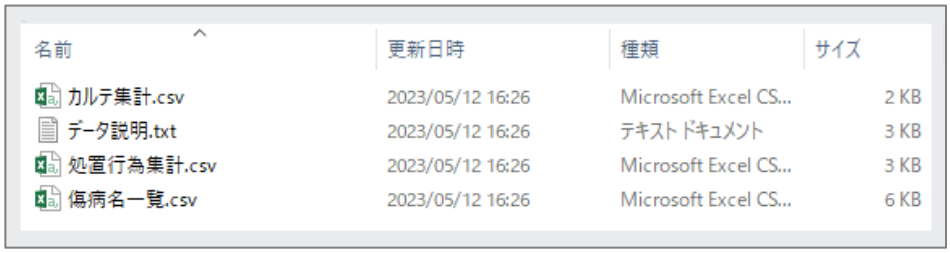
⑷ 画面右上に表示されるダウンロード履歴から「business_report_.....zip」ファイルをクリックします。



⑸ 「すべて展開」をクリックし、展開先フォルダーを指定後「展開」をクリックします。共通パスワードを入力してファイルを解凍します。



⑹ 「カルテ集計.csv」「処置行為集計.csv」「傷病名一覧.csv」に診療データ・傷病名データが出力されます。



【出力されるデータ】

■カルテ集計

日付・カルテ ID・点数・初診・再診・医師名・診療科・保険種別・患者負担金・患者番号・患者氏名・患者住所・患者生年月日・施設・患者メモ・受付メモ・受付ラベル

■処置行為集計

日付・カルテ ID・処置行為・点数・単価・薬剤の処方量・診療行為の回数・薬剤の 1 日あたりの用量・薬剤の日数

■傷病名一覧

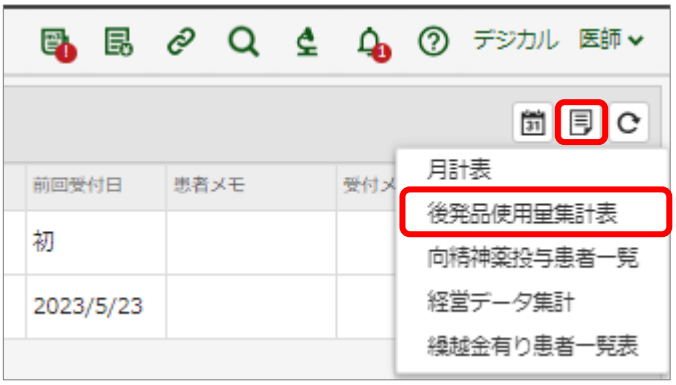
患者番号・患者氏名・患者生年月日・傷病名・主病・疑い・傷病名補足・開始日・転帰日・転帰理由・診療科・入院・外来区分

※「データ説明.txt」にも、上記出力内容を記載しています。

② 後発品使用量集計表

外来後発医薬品使用体制加算の算定において、後発医薬品の使用割合を調査する際に使用します

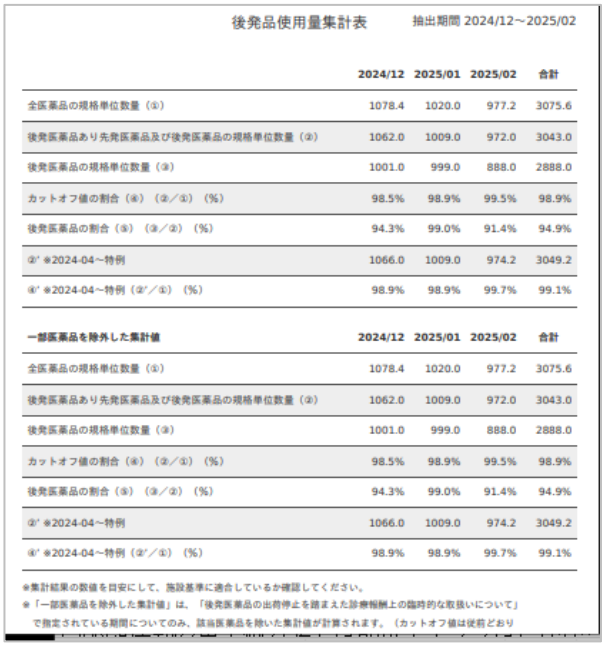
(1) 受付画面の帳票ボタンから「後発品使用量集計表」をクリックします



(2) 後発品使用量集計表が表示されます

✓ 期間は受付画面のカレンダー日付の３ヶ月前～前月までの３ヶ月間が表示されます。（カレンダー日付が 2025/3/1 の場合、2024/12～2025/2 の期間の一覧が出力されます）

✓ 「一部医薬品を除外した集計値」は、「後発医薬品の出荷停止を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」で指定されている期間についてのみ、該当医薬品を除いた集計値が計算されます。（カットオフ値は従前どおり算出した値での報告が必要です）



後発品使用量集計表　　抽出期間 2024/12～2025/02

	2024/12	2025/01	2025/02	合計
全医薬品の規格単位数量（①）	1078.4	1020.0	977.2	3075.6
後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量（②）	1062.0	1009.0	972.0	3043.0
後発医薬品の規格単位数量（③）	1001.0	999.0	888.0	2888.0
カットオフ値の割合（④）（②／①）（%）	98.5%	98.9%	99.5%	98.9%
後発医薬品の割合（⑤）（③／②）（%）	94.3%	99.0%	91.4%	94.9%
②' ※2024-04～特例	1066.0	1009.0	974.2	3049.2
④' ※2024-04～特例（②'／①）（%）	98.9%	98.9%	99.7%	99.1%

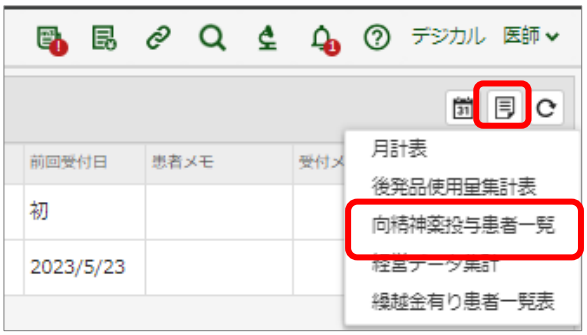
一部医薬品を除外した集計値	2024/12	2025/01	2025/02	合計
全医薬品の規格単位数量（①）	1078.4	1020.0	977.2	3075.6
後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量（②）	1062.0	1009.0	972.0	3043.0
後発医薬品の規格単位数量（③）	1001.0	999.0	888.0	2888.0
カットオフ値の割合（④）（②／①）（%）	98.5%	98.9%	99.5%	98.9%
後発医薬品の割合（⑤）（③／②）（%）	94.3%	99.0%	91.4%	94.9%
②' ※2024-04～特例	1066.0	1009.0	974.2	3049.2
④' ※2024-04～特例（②'／①）（%）	98.9%	98.9%	99.7%	99.1%

※集計結果の数値を目安にして、施設基準に適合しているか確認してください。
※「一部医薬品を除外した集計値」は、「後発医薬品の出荷停止を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」で指定されている期間についてのみ、該当医薬品を除いた集計値が計算されます。（カットオフ値は従前どおり

③ 向精神薬投与患者一覧

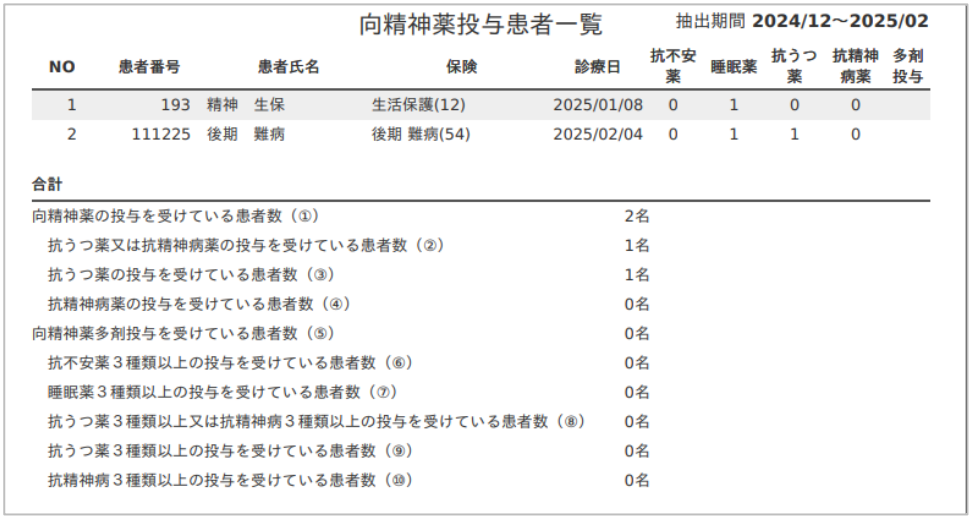
様式 40「向精神薬多剤投与に係る報告書」を記載する際に使用します

(1) 受付画面の帳票ボタンから「向精神薬投与患者一覧」をクリックします



(2) 向精神薬投与患者一覧が表示されます

✓ 期間は受付画面のカレンダー日付の３ヶ月前～前月までの３ヶ月間が表示されます。（カレンダー日付が 2025/3/1 の場合、2024/12～2025/2 の期間の一覧が出力されます）



向精神薬投与患者一覧　抽出期間 **2024/12～2025/02**

NO	患者番号	患者氏名	保険	診療日	抗不安薬	睡眠薬	抗うつ薬	抗精神病薬	多剤投与
1	193	精神 生保	生活保護(12)	2025/01/08	0	1	0	0	
2	111225	後期 難病	後期 難病(54)	2025/02/04	0	1	1	0	

合計

向精神薬の投与を受けている患者数（①）	2名
抗うつ薬又は抗精神病薬の投与を受けている患者数（②）	1名
抗うつ薬の投与を受けている患者数（③）	1名
抗精神病薬の投与を受けている患者数（④）	0名
向精神薬多剤投与を受けている患者数（⑤）	0名
抗不安薬３種類以上の投与を受けている患者数（⑥）	0名
睡眠薬３種類以上の投与を受けている患者数（⑦）	0名
抗うつ薬３種類以上又は抗精神病３種類以上の投与を受けている患者数（⑧）	0名
抗うつ薬３種類以上の投与を受けている患者数（⑨）	0名
抗精神病３種類以上の投与を受けている患者数（⑩）	0名

④ EF ファイル

データ提出で使用するＥファイル・Ｆファイル・Ｋファイルを出力できます

ファイルを作成する前に、施設管理の「データ提出加算設定」を行ってください。

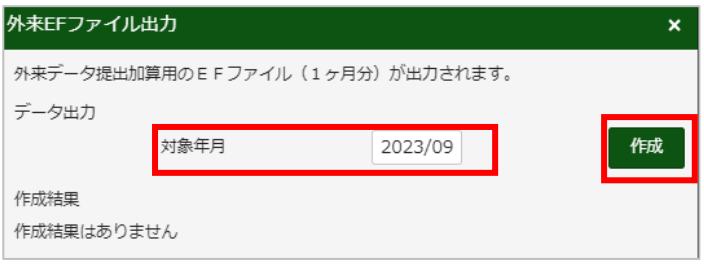
ファイル作成方法

（1）　帳票ボタンから「EF ファイル」をクリックします。



（2）　対象年月を指定し、「作成」ボタンをクリックします。

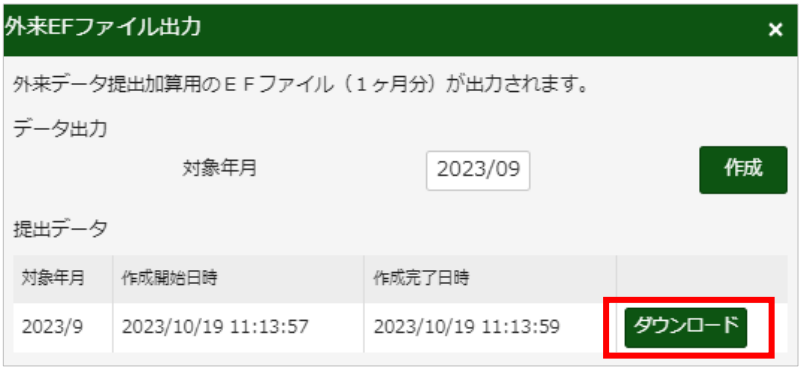
指定した年月１ヶ月分のファイルが作成されます。



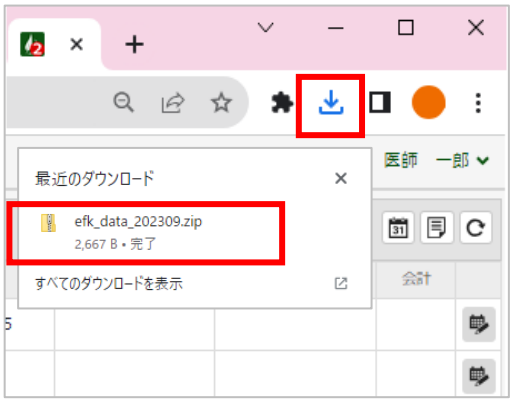


再度、帳票ボタンから「EF ファイル」をひらき、「ダウンロード」ボタンが表示されていたら集計が完了しています。

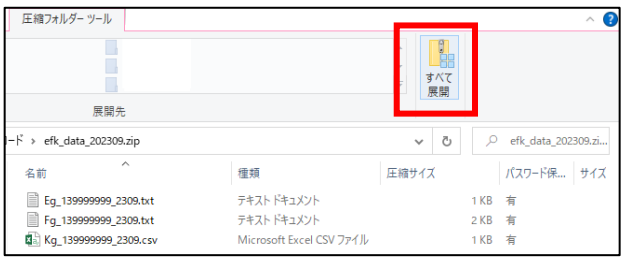
（3）　「ダウンロード」ボタンをクリックします



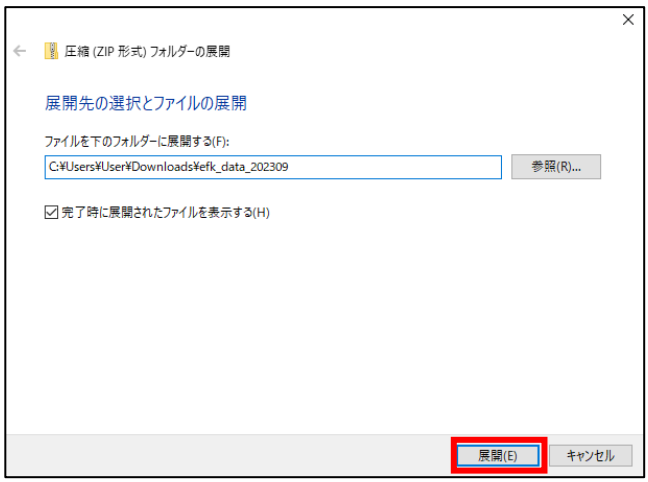
（4）　ダウンロードしたファイル「efk_data_（対象年月）.zip」をクリックします。



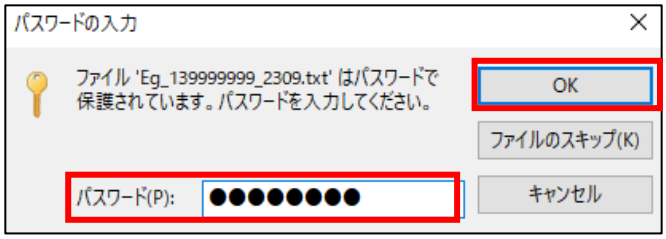
（5）　「すべて展開」ボタンをクリックします。



（6）　任意の場所に「展開」します。

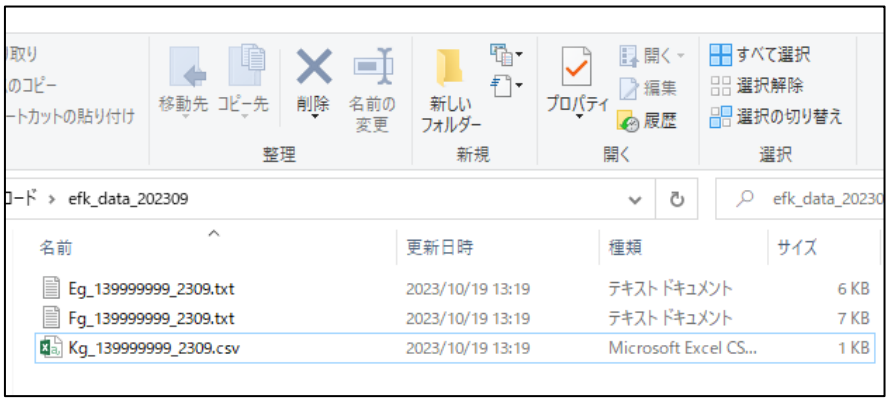


（7）　パスワードは、デジカルの共通パスワードを入力します。



（8）　以下の３つのファイルが表示されたら、ファイル作成は完了です。

- Ｅファイル：Eg_（医療機関コード）_（対象年月）.txt
- Ｆファイル：Fg_（医療機関コード）_（対象年月）.txt
- Ｋファイル：Kg_（医療機関コード）_（対象年月）.csv



（9）　複数年月のファイルを作成する場合は、（１）の手順から繰り返し行ってください。

➢　（参考）ファイル仕様について

- 外来調査事務局「「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」実施説明資料」の内容を出力しています
- 「データ識別番号」には、患者番号（先頭に０をつけて１０桁）を出力しています
- 公費単独のデータは出力対象外です

➢　（参考）提出ファイルについて

「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」実施説明資料より抜粋

内容			様式の名称
患者別匿名化情報	患者属性や病態等の情報		外来様式１
	診療報酬請求情報	入院外診療患者の医科点数表に基づく出来高レセプト情報	外来 EF 統合ファイル
医療機関情報（病床数、入院基本料、算定状況等）			外来様式３
３情報（※）を基に生成した共通ＩＤに関する情報 ※生年月日、カナ氏名、性別			外来Ｋファイル

＜提出ファイルの作成方法＞

外来様式１：**「外来様式１入力支援ソフト」**（外来医療等調査事務局提供）にて作成します。

外来 EF 統合ファイル：デジカルで作成したＥファイル、Ｆファイルを**「外来データ提出支援ツール」**（外来医療等調査事務局提供）へ取り込んで作成します。

外来様式３：**「外来データ提出支援ツール」**（外来医療等調査事務局提供）にて作成します。

外来Kファイル：デジカルで作成したＫファイルを**「外来データ提出支援ツール」**（外来医療等調査事務局提供）へ取り込んで作成します。

＜お問い合わせについて＞

参考ホームページ

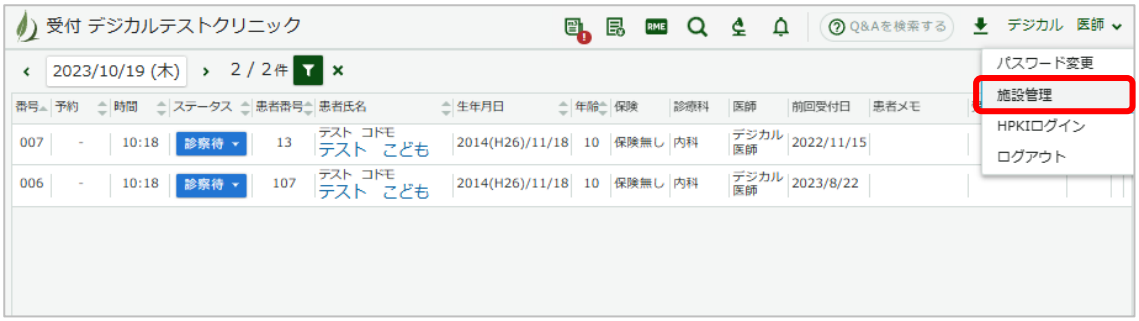
2025 年度　外来医療等の影響評価に係る調査 https://www.gairai.jp/2025/top.html

外来医療等調査事務局　問合せメールアドレス：support@gairai.jp

⑤ 添付ファイル使用量

添付ファイルの使用量を確認できます。
10GB までは無料でお使い頂けます。10GB を超えると別途オプション料金が発生します。

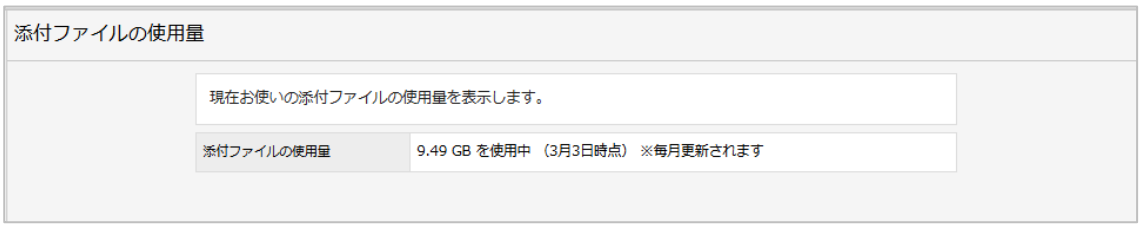
(1) 受付画面で利用者名をクリックすると表示されるプルダウンの「施設管理」をクリックします。



(2) 「添付ファイル使用量」をクリックします。



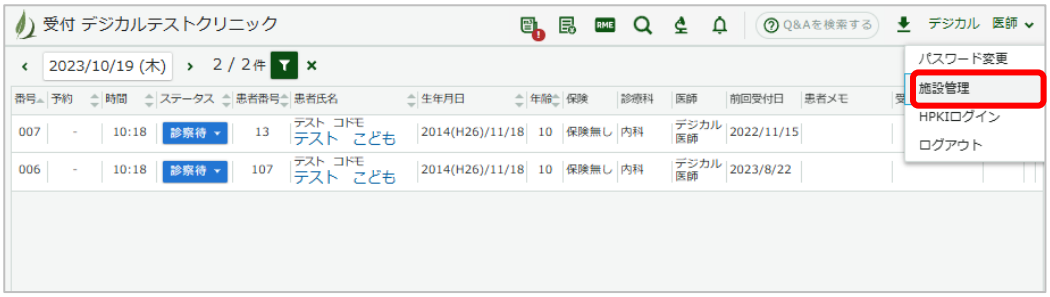
(3) 現在の使用量を確認します



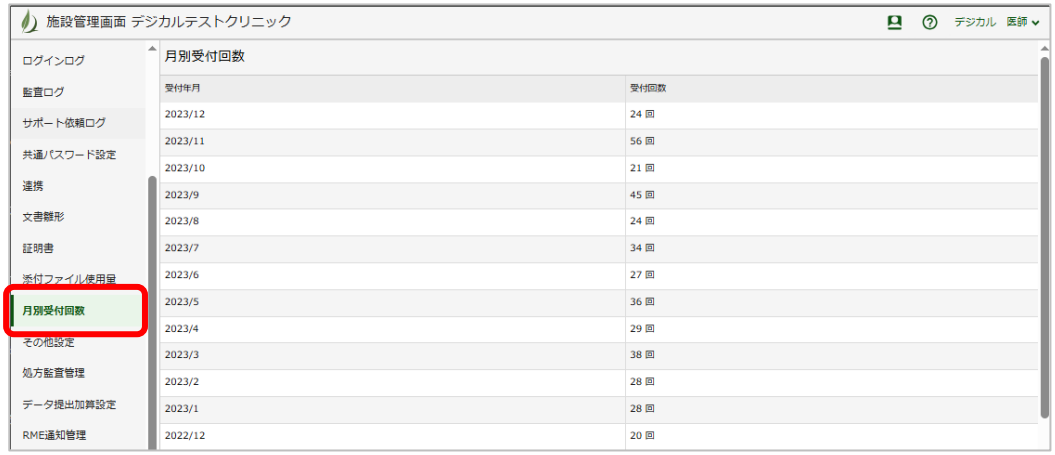
⑥ 月別受付回数

月ごとの受付回数を確認できます。
年間受付回数 12,000 回までは無料でお使い頂けます。超過分に対して別途オプション料金が発生します。

(1) 受付画面で利用者名をクリックすると表示されるプルダウンの「施設管理」をクリックします。



(2) 「月別受付回数」をクリックすると、月ごとの受付回数が表示されます。

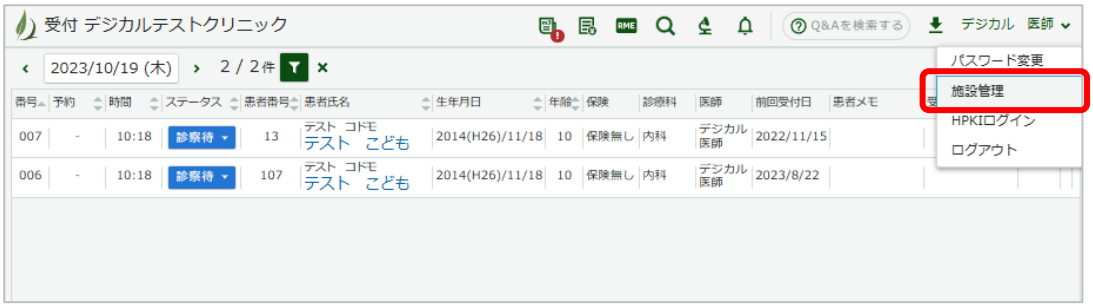


2. 操作ログ

① ログインログ

デジカルにログインした利用者を確認できます。

(1) 受付画面で利用者名をクリックすると表示されるプルダウンの「施設管理」をクリックします



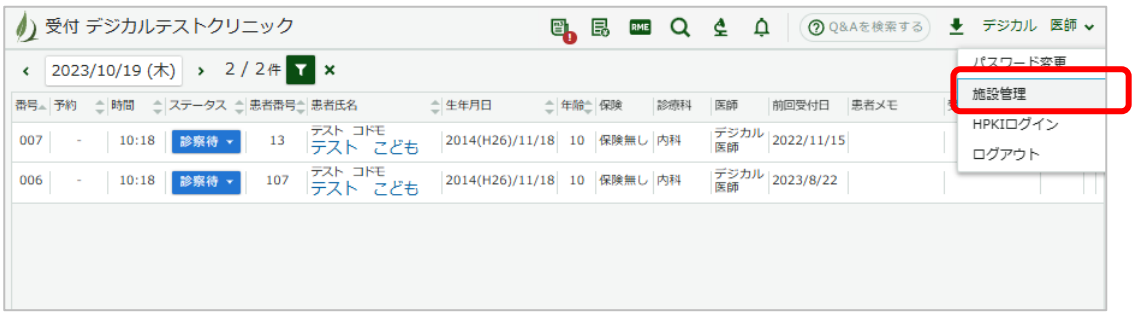
(2) 「ログインログ」をクリックし、確認したい日付を選択します。ログインした利用者名や日時を確認できます



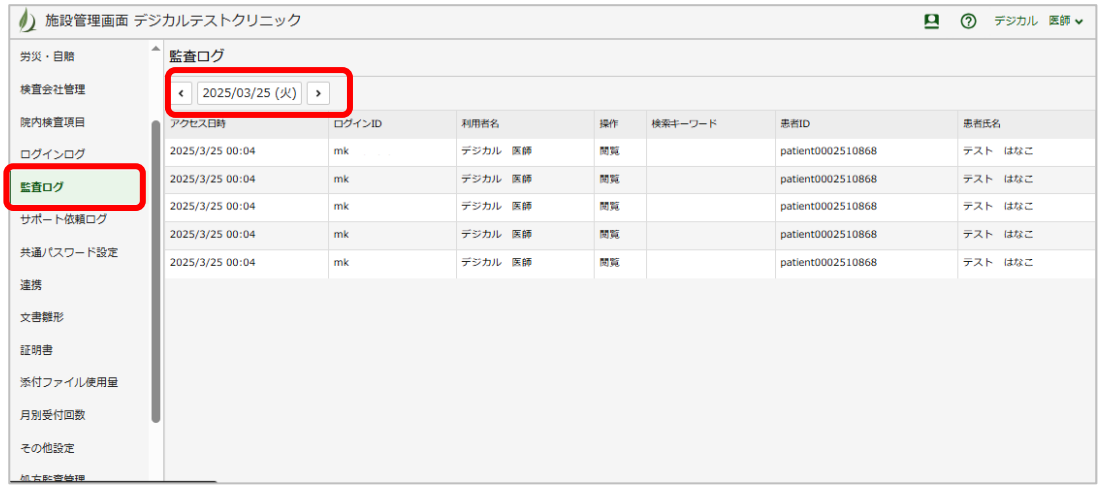
② 監査ログ

「いつ」「誰が」「誰の」情報にアクセスしたかを確認できます

(1) 受付画面で利用者名をクリックすると表示されるプルダウンの「施設管理」をクリックします



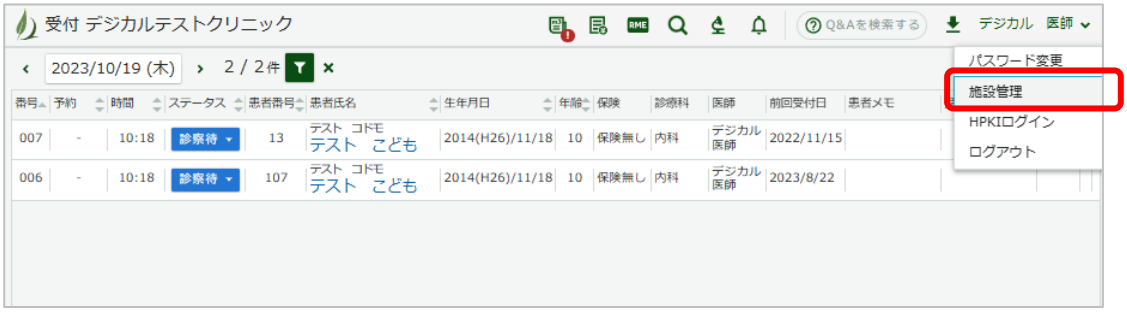
⑵ 「監査ログ」をクリックし、、確認したい日付を選択します。利用者が患者様のカルテにアクセスした履歴を確認できます



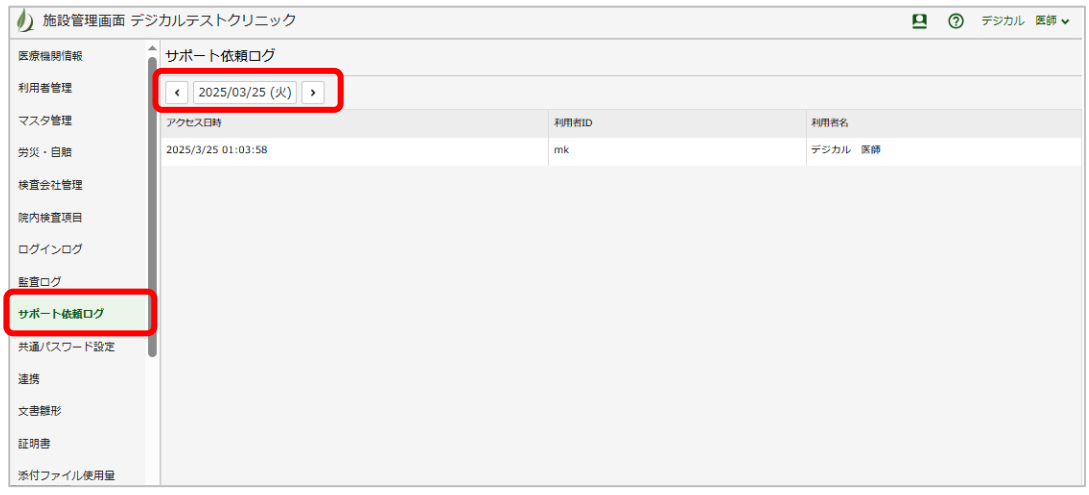
③ サポート依頼ログ

リモートアクセス許可　を行った日時、利用者を確認できます

⑴ 受付画面で利用者名をクリックすると表示されるプルダウンの「施設管理」をクリックします



⑵ 「サポート依頼ログ」をクリックし、確認したい日付を選択します。サポート依頼を許可した日時と利用者を確認できます

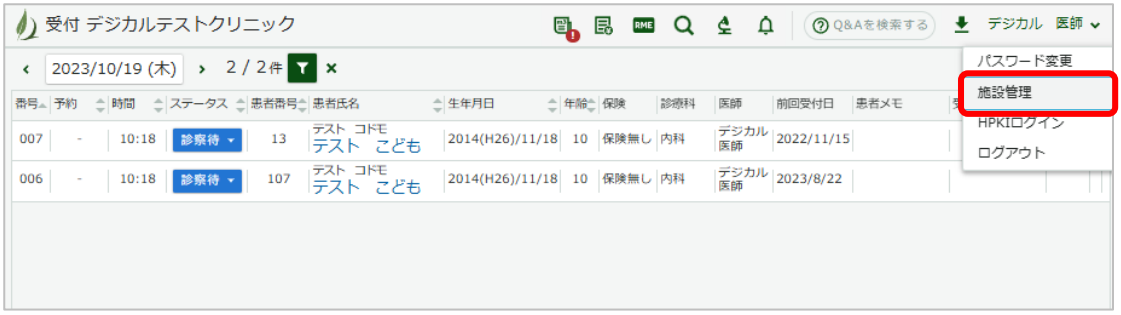


3. 各種設定・その他

① 医療機関情報

医療機関名や医療機関コード、住所等を確認、編集します

(1) 受付画面で利用者名をクリックすると表示されるプルダウンの「施設管理」をクリックします



(2) 「医療機関情報」がひらきますので［編集］ボタンをクリックします。



(3) 医療機関情報を編集し、［保存］ボタンをクリックします



② 利用者管理

利用者（ログイン ID）の作成、ロック解除（仮パスワード発行）、利用者の無効化を行います

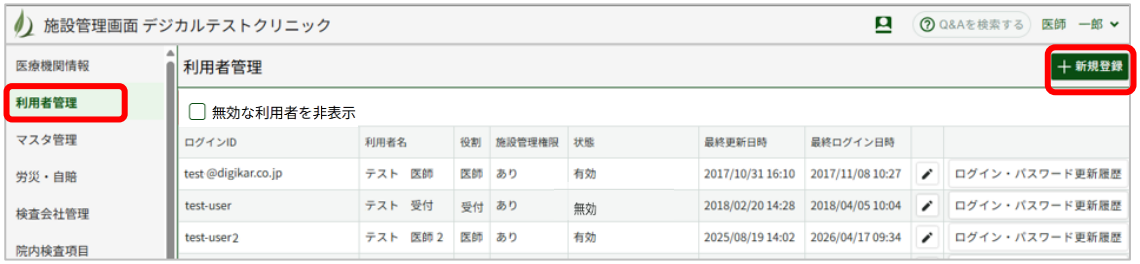
➢ 新規作成

利用者（ログイン ID）は職員様ごとに登録してください

⑴ 受付画面で利用者名をクリックすると表示されるプルダウンの「施設管理」をクリックします



⑵ 「利用者管理」をクリックし、［新規登録］ボタンをクリックします



⑶ 利用者情報を入力し［保存］ボタンをクリックします

✓ ログイン ID・・・デジカルをお使いの全ての医療機関様の中で既に使用されている場合には「既に登録されているログイン ID です」と表示されます

✓ 役割・・・ 医師・医師以外の医療従事者：全情報編集可能
受付：カルテ２号用紙部分の追加、編集、削除が不可

✓ 施設管理権限・・・ あり：施設管理画面をひらくことができます

✓ メールアドレス・・・登録いただくとロック時にパスワード再設定 URL の送信が可能です

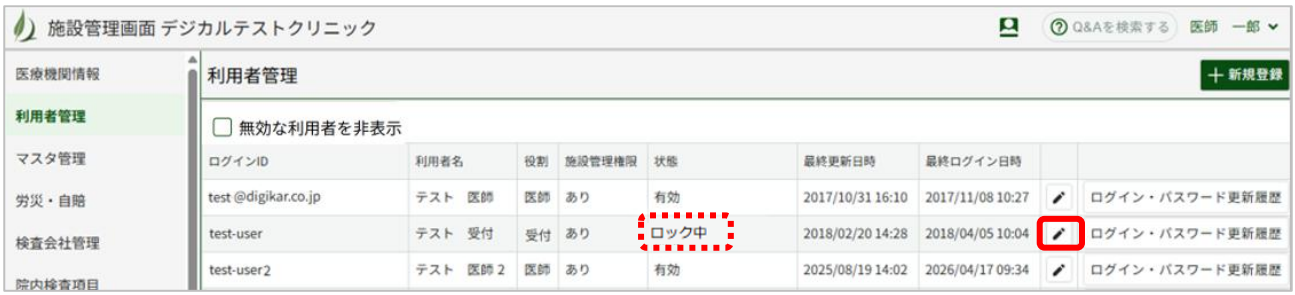


⑷ 利用者登録完了画面が表示されます。ログイン ID と仮パスワードを利用者に伝えてログインしてください。

- ✓ 仮パスワードの有効期限は３日間です
- ✓ ログイン画面から仮パスワードでログインし、新しいパスワードを設定してください。

➢ ロック解除

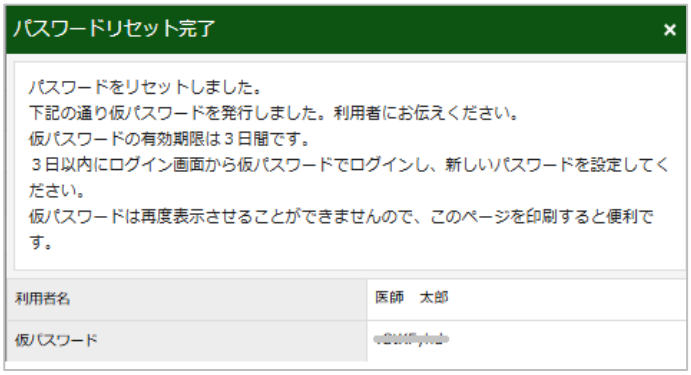
⑴ 状態が「ロック中」となっている利用者の編集ボタンをクリックします



⑵ ［パスワードリセット］ボタンをクリックします



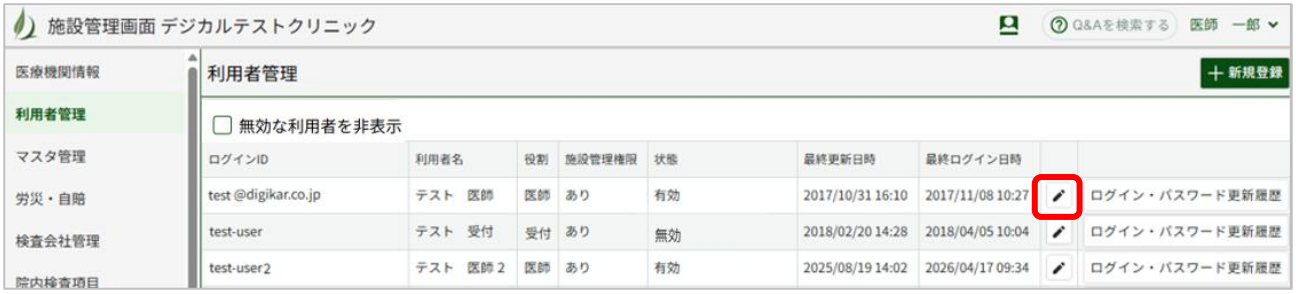
⑶ 完了画面が表示されます。仮パスワードを控えて利用者にお伝えください。



➢ 利用者の無効化

退職された場合など、特定の利用者を無効化してログインできないようにします。

(1) 無効化したい利用者の編集ボタンをクリックします



(2) ［無効化］ボタンをクリックします



(3) 利用者一覧で状態が「無効」となったことを確認してください。

※「無効な利用者を非表示」のレ点をはずすと無効も含めた全ての利用者が表示されます



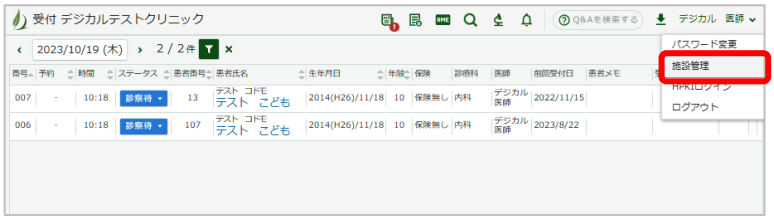
※無効にした利用者を再度有効にしたい場合は、「ロック解除」の手順でパスワードリセットを行ってください

③ マスタ管理

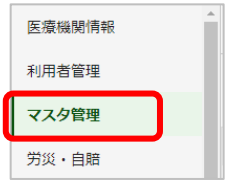
➢ 医師、診療科、自費項目、材料マスタの追加

医師、診療科、処置行為の入力に使用する自費項目、材料（特定器材）を追加します。

⑴ 受付画面で利用者名をクリックすると表示されるプルダウンの「施設管理」をクリックします



⑵ 「マスタ管理」をクリックします。



⑶ 追加したい項目の「一覧」ボタンをクリックします。



⑷ 「新規登録」をクリックします。



⑸ 各種マスタ追加画面が表示されますので必要事項を入力し、「保存」をクリックします。



＜自費マスタの追加＞

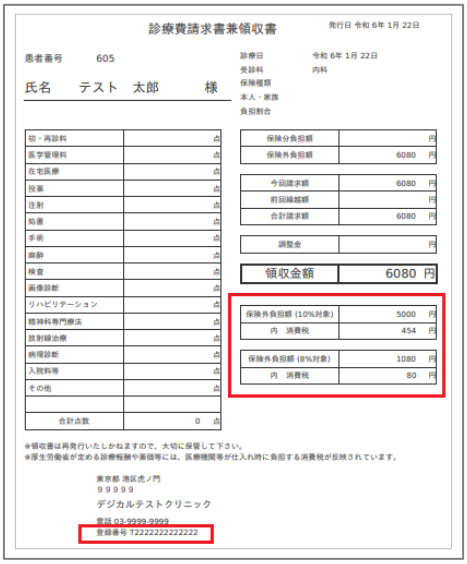


- ✓ コード：0950000000～0969999999 の番号を指定します。
  登録済の自費マスタの最大値の次の番号が自動で表示されます。
- ✓ 名前：自費項目名を入力します
- ✓ カナ：カナ名称を入力します
- ✓ 開始日：使用開始日を入力します。開始日を指定しない場合は空欄にします
- ✓ 終了日：使用終了日を入力します。終了日を指定しない場合は空欄にします
- ✓ 税込金額：税込金額を入力します
- ✓ 消費税率：領収書に消費税額を記載したい場合に 8%か 10%を設定します
- ✓ 消費税額：消費税率を設定すると、税込金額から自動計算します

金額等が変更となった場合、終了日を設定し、履歴を追加することができます。
「コピー」を押すと自費マスタコピー画面が表示され、開始日、終了日を変更することで、履歴を簡単に追加することができます。

095000002	インフルエンザ予防接種	インフルエンザ	0001-01-01	2020-05-31	3500.0		コピー
095000002	インフルエンザ予防接種	インフルエンザ	2020-06-01	9999-12-31	3750.0		コピー

【消費税率を設定した場合の領収書見本】
税率ごとに区分した消費税額等を印字します



領収書にインボイスの登録番号を印字することもできます

（設定方法）

① 施設管理をひらきます

② 医療機関情報画面で「編集」ボタンを
クリックします

③ 「適格事業者番号」に登録番号を設定します

④ 「保存」ボタンをクリックします



＜材料マスタの追加＞



✓ コード：登録済の材料マスタの最大値の次の番号が自動で表示されます
✓ 名前：名称は既存のものと区別がつくように入力します
✓ カナ：カナ名称を入力します
✓ 単位：プルダウンより選択します
✓ 開始日：使用開始日を入力します
✓ 終了日：使用終了日を入力します。終了日を指定しない場合は空欄にします
✓ レセ電算コード：レセプト請求に使用する９桁のコードを入力します
（※）労災用、自賠責用について次頁参照
✓ 単価：任意に設定します

＜注意＞

材料マスタを作成後にカルテにてマスタを使用し保存した場合、項目編集はできません。
編集が必要な場合は終了日を登録し、改めて材料マスタを作成してください。

（※）労災用材料マスタ

労災レセプト電算で請求可能な材料（特定器材）の一覧です。

レセ電算コード、単位は以下の内容を設定してください。

	材料名称	レセ電算コード	単位
1	固定用伸縮性包帯	788888003	巻
2	滅菌ガーゼ	788888005	枚
3	絆創膏	788888006	巻
4	頚椎固定用ｼｰﾈ	788888007	個
5	鎖骨固定帯	788888008	個
6	膝・足関節の創部固定帯	788888009	個
7	ソフトコンタクトレンズ	788888010	枚
8	装着式収尿器（採尿袋）	788888011	枚
9	人工肛門受便器（蓄便袋）	788888012	枚
10	腰部固定帯加算（固定用伸縮性包帯）	788888013	巻

（※）自賠責用材料マスタ

レセ電算コード、単位は下記の内容を設定してください。

	材料名称	レセ電算コード	単位
1	自賠責診断書料	788999021	件
2	自賠責明細書料	788999031	件
3	自賠責材料	788999011	任意

※　自賠責診断書料、明細書料の単位は「件」で作成してください。
　　その他の材料は「個」「枚」「本」「巻」「組」「包」などから選択してください。

※　自賠責診断書料、明細書料以外の材料は全て「788999011」のコードで作成してください。「788999011」のコードで作成した材料は自賠責レセプトの右上の摘要欄に記載されます

※　通常の摘要欄に記載する場合は労災で使用する材料と同じ項目を使用します

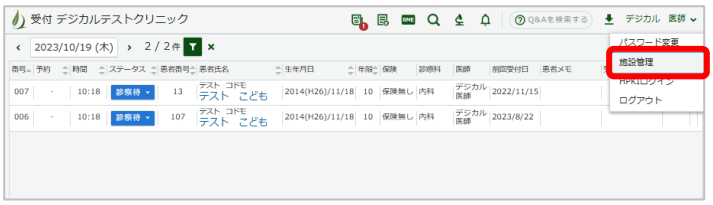
※　材料名称で設定した名称がレセプトに記載されます

➢　用法、部位、コメントの追加

用法、部位、コメントなど処置行為の入力に使用する項目を追加します。

例）用法の追加

⑴ 受付画面で利用者名をクリックすると表示されるプルダウンの「施設管理」をクリックします。



⑵ 「マスタ管理」をクリックします。



⑶ 追加したい項目の「一覧」ボタンをクリックします。



⑷ コード欄で使用していないコードを確認します。



⑸ 追加したい項目の「フォーマットを確認する」ボタンをクリックします。



⑹ 表示された説明画面の内容に従い、追加する項目の CSV またはテキストファイルを作成します。
コードは手順⑷で確認した使用していないコードを入力します。

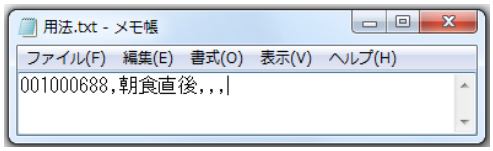
✓ 登録済みコードを入力すると、既存コードの内容が書き換えられますのでご注意下さい。

✓ フォーマットはマスタごとに異なりますので、必ず追加するマスタのフォーマットをご確認下さい

例）用法フォーマット



例）用法のテキストファイル



✓ CSV データの作成方法

＜Windows の場合＞

以下の方法で「メモ帳」機能を利用し作成ください。

・スタートボタン＞Windows アクセサリ＞メモ帳

・デスクトップ画面を右クリック＞新規作成＞テキストドキュメント

＜Mac の場合＞

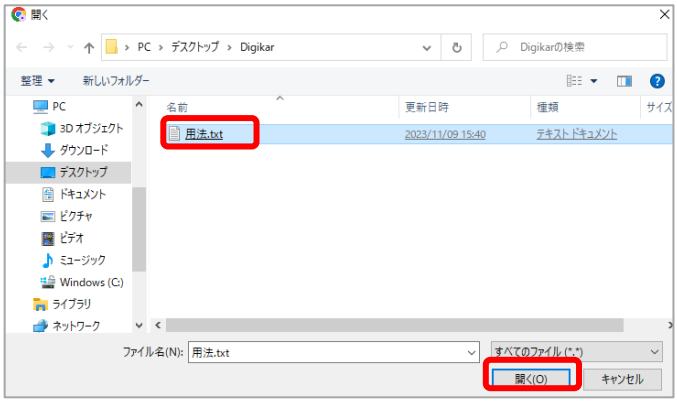
テキストエディット等のテキストエディターを利用し、標準テキスト（.txt）として作成ください。

テキストエディットを使用する場合は、テキストエディットの上部のフォーマット＞標準テキストを選択すると、標準テキスト（.txt）になります。

(7) CSV ファイルを作成したら、追加するマスタの「ファイルを選択」ボタンをクリックします。



(8) 作成したテキストファイルを選択して、「開く」ボタンをクリックします。



(9) 追加するマスタの CSV ファイル欄に選択したファイル名が表示されていることを確認します。



(10)　「取り込み」ボタンをクリックします。



(11)　取り込み処理完了のメッセージが表示されたら、マスタの追加作業は終了です。

➢ マスタの閲覧

登録されている項目の内容を確認する場合は「一覧」ボタンをクリックします。

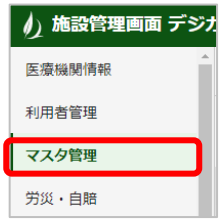


➢ 施設マスタの追加

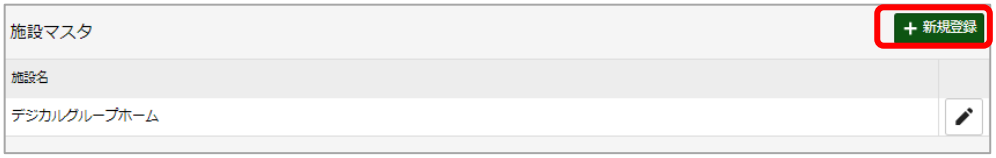
(1) 受付画面で利用者名をクリックすると表示されるプルダウンの「施設管理」をクリックします。



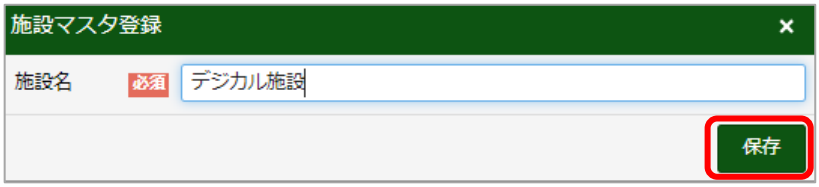
(2) 「マスタ管理」をクリックします。



(3) 施設マスタの［新規登録］ボタンをクリックします



(4) 施設名を入力し［保存］ボタンをクリックします。



④ 労災・自賠

労災指定医療機関コードを設定します

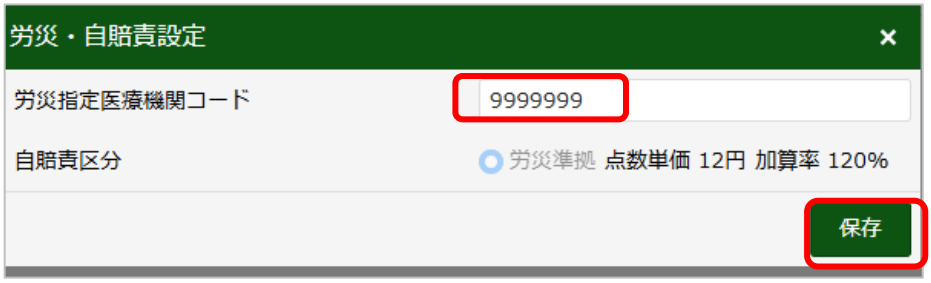
(1) 受付画面で利用者名をクリックすると表示されるプルダウンの「施設管理」をクリックします。



(2) 「労災・自賠」をクリックし、[編集] ボタンをクリックします



(3) 労災指定医療機関コードを入力し、[保存] ボタンをクリックします



※自賠責は、労災準拠（1 点 12 円・加算率 120%）の計算方式のみ対応しています

⑤ 検査会社管理

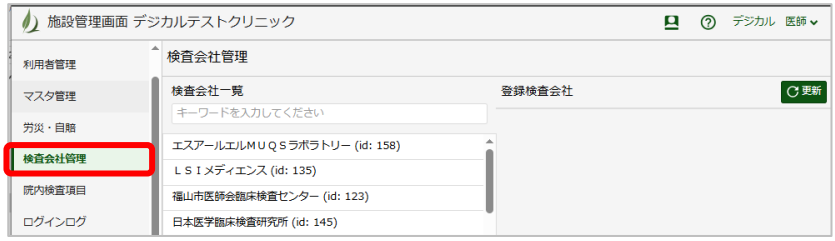
利用する外注検査会社を選択します。登録を行うと該当検査会社が提供する検査マスタがカルテに入力できるようになります。

➢ 検査会社の登録

(1) 受付画面で利用者名をクリックすると表示されるプルダウンの「施設管理」をクリックします。



⑵ ［検査会社管理］を開きます。



⑶ 画面左側の検査会社一覧から、登録したい検査会社を選択します。検査会社をクリックすると画面右側の登録検査会社の一覧にクリックした検査会社が移動します。



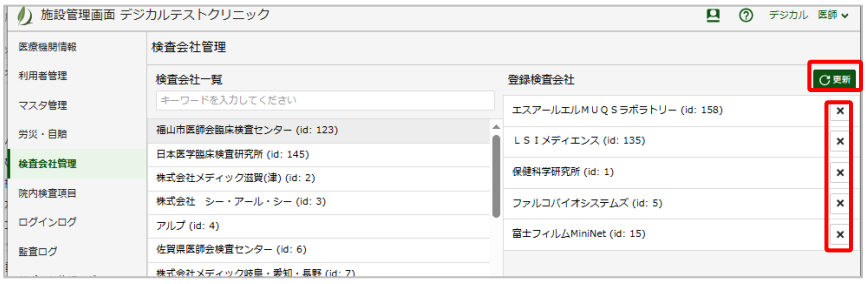
※キーワードで検査会社を検索することもできます。

⑷ 検査会社の登録が終わりましたら［更新」ボタンをクリックします。



➢ 検査会社の削除

登録検査会社リストから×ボタンで削除して、［更新］ボタンをクリックします



⑥ 院内検査項目

➢ 院内検査項目の追加

(1) 受付画面で利用者名をクリックすると表示されるプルダウンの「施設管理」をクリックします。



(2) 「院内検査項目」をクリックし、[追加] ボタンをクリックします



(3) 院内検査項目追加画面で検査項目を検索し、登録したい検査の [追加] ボタンをクリックします



(4) 表示名を編集し [保存] ボタンをクリックします



➢ 検査結果入力

院内検査結果登録　の手順で結果を手入力できます。



➢ 院内検査項目の削除

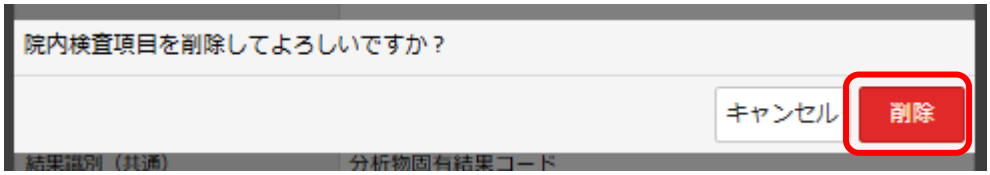
(1) 削除したい検査項目の編集ボタンをクリックします



(2) ［削除］ボタンをクリックします



(3) 削除してよろしいですか？ノメッセージにて［削除］ボタンをクリックします



✓ 患者様に登録済の検査結果については削除されません

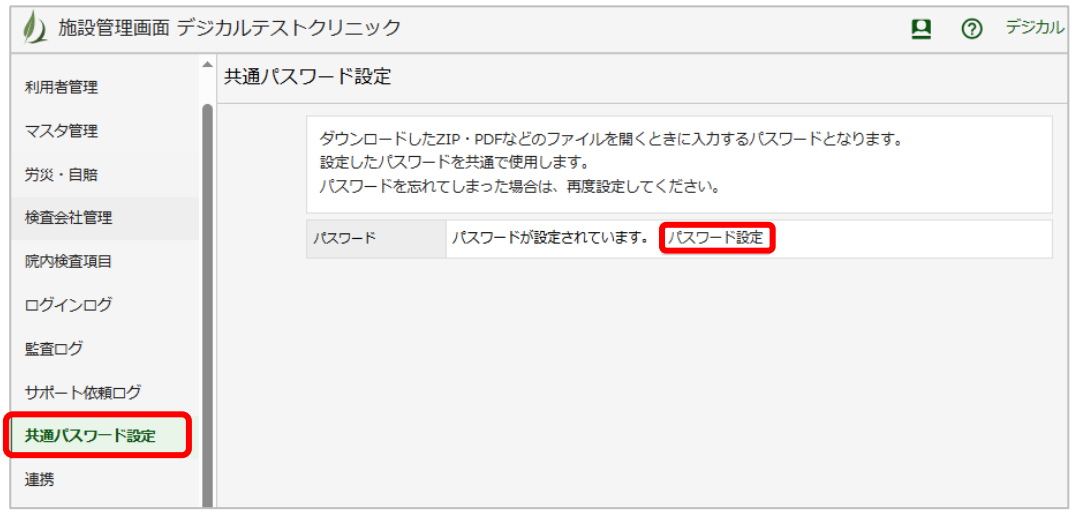
⑦ 共通パスワード設定

ダウンロードしたレセプトデータを開くためには、施設管理で設定した「共通パスワード」をご入力ください。
共通パスワードが分からない場合には再設定してください。

(1) 受付画面で利用者名をクリックすると表示されるプルダウンの「施設管理」をクリックします。



(2) ［共通パスワード設定］を開き、［パスワード設定］のボタンより設定を行います。



✓ 共通パスワード変更前にダウンロードされたファイルは新しいパスワードでは開くことができません。共通パスワードを新しく設定された場合には、再度ファイルの作成から行ってください。

⑧ 文書雛形

紹介状などの文書雛形を追加するとカルテで使用することができます。
追加した雛形に患者情報や病名等を自動反映させることも可能です

➢ 文書の追加

※予め追加したい文書を Excel または Word で作成しておきます（拡張子「.xlsx」「.docx」）

(1) 受付画面で利用者名をクリックすると表示されるプルダウンの「施設管理」をクリックします。



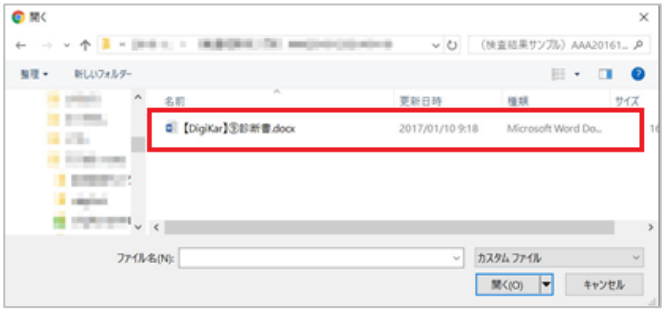
⑵ 「文書雛形」をひらき［新規登録］ボタンをクリックします



⑶ 文書雛形追加画面が開きますので［ファイルを選択］ボタンをクリックします。



⑷ フォルダが開きますので、雛形のファイルを保存しているフォルダまで移動してファイルを選択してください。



⑸ 文書一覧等に表示される表示名を入力し、［保存］ボタンをクリックします。
※重複した表示名は登録することができません。



➢　文書の編集

⑴ 施設管理の「文書雛形」をクリックします。

ファイル名をクリックするとダウンロードが始まります。

※ファイルの保存先はお使いのブラウザで設定されているフォルダになります。



⑵ ダウンロードされたファイルを開き、ワードもしくはエクセルで編集し保存します。

⑶ 編集したい雛形ファイルの「編集」ボタンをクリックします。



⑷ 「文書雛形編集」画面が開きます。

「ファイルを選択」から、（2）で編集したファイルを選択します。表示名も変更できます。



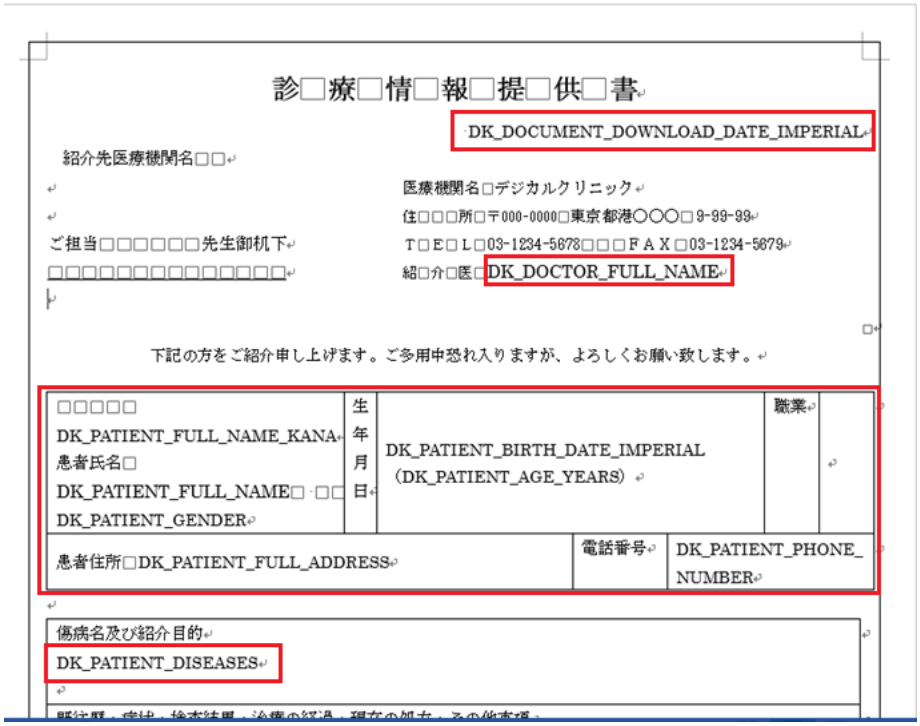
⑸ 編集し終わったら「保存」ボタンをクリックします。



➢　文書雛形への自動反映パラメータ設定

院内独自で作成した文書雛形にパラメータを設定することで患者番号などを自動で反映させることができます。

下図の赤枠のようにアルファベット表記されたものが自動反映させるためのパラメータとなります。



(1) 施設管理の「文書雛形」をひらき、「文書雛形自動反映パラメーター覧」より反映させたい内容のパラメータを確認します



(2) 該当のパラメータ（DK_PATIENT_NUMBER　等）をコピーして、作成した文書の反映させたい場所に貼り付けてください。

✓ Word に貼り付ける場合は、右クリックメニュー>貼り付けのオプションを「テキストのみ保持」としてください

✓ Excel に貼り付ける場合は、右クリックメニュー>貼り付けのオプションを「貼り付け先の書式に合わせる」としてください。

✓

(3) 拡張子が「.xlsx」「.docx」の形式で作成してください。

「.xls」（Excel97-2003 ブック）、「.doc」（Word97-2003 文書）の場合、パラメータが反映されません。

⑨ 証明書

デジカルにログインするための証明書をダウンロードします。

➢ 追加

2 台目のログイン　を参照してください。

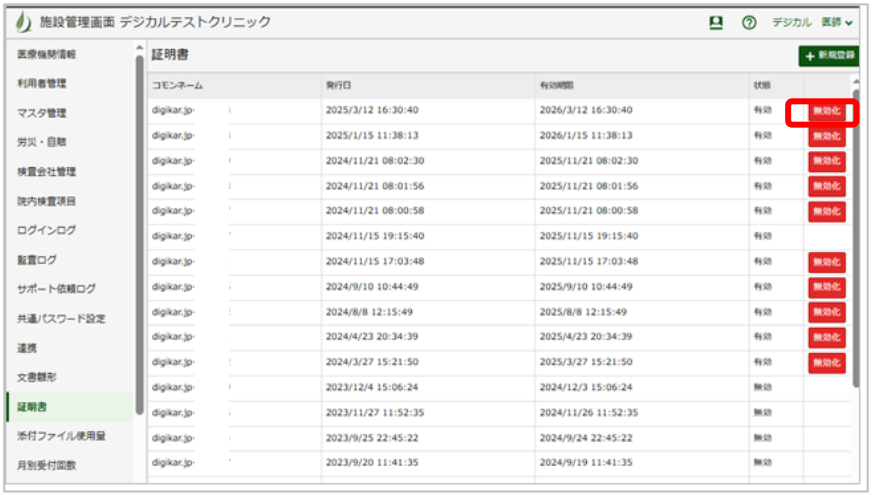
➢ 無効化

証明書を無効化すると、該当証明書ではデジカルにアクセスできなくなります

⑴ 受付画面で利用者名をクリックすると表示されるプルダウンの「施設管理」をクリックします。



⑵ 使用しない証明書について［無効化］ボタンをクリックします



⑶ 「証明書を無効にしますか？」にて［保存］ボタンをクリックすると無効になります

⑩ その他設定

各種設定を行います

⑴ 受付画面で利用者名をクリックすると表示されるプルダウンの「施設管理」をクリックします。



⑵ 「その他設定」をひらき［編集］ボタンをクリックします



⑶ 設定を行い、［保存］ボタンをクリックします



✓ カルテ保存時処方監査確認・・・処置行為欄に処方監査のレベル３，２の警告マークが表示されている場合、カルテ保存時に警告一覧画面を表示するかしないか選択します

✓ カルテ保存時算定チェック確認・・・処置行為欄に算定チェックマークが表示されている場合、カルテ保存時に警告一覧画面を表示するかしないか選択します

✓ エージェント連携・・・外部機器と連携を行う場合、「する（ORCA 連携/一体型/レセコン）」を選択します

✓ カルテ送信時病名自動送信・・・設定は不要です

✓ 処方箋一般名記載・・・一般名処方加算の対象医薬品全てについて自動で一般名記載するか、自動記載せずコメントを入力することで一般名記載するかを選択します

✓ 自動精算機連携・・・自動精算機と連携している医療機関様に表示されます。

✓ （自動精算機）院外でも処方有無フラグを ON にする・・・自動精算機と連携している医療機関

✓ 様に表示されます。

✓ 受け付けた時のステータス・・・患者様を受付したときのステータスの初期値を「診察待」とするか「受付中」とするか選択します

✓ リフィル不可の処方箋に取消線を引く・・・リフィルでない処方箋の「リフィル可（　回）」に線を引くか引かないか選択します



✓ 領収書にデジスマ予約 QR コードを記載する・・・デジスマ連携している医療機関様に表示されます。領収書にデジスマ予約 QR コードを印字するかしないか選択します

【オンライン資格確認等システム】【電子処方箋】

✓ こちらは追加オプションのご契約状況（有効 or 無効）が表示されます

✓ 基本オプションが導入されていない医療機関様は項目自体が表示されません

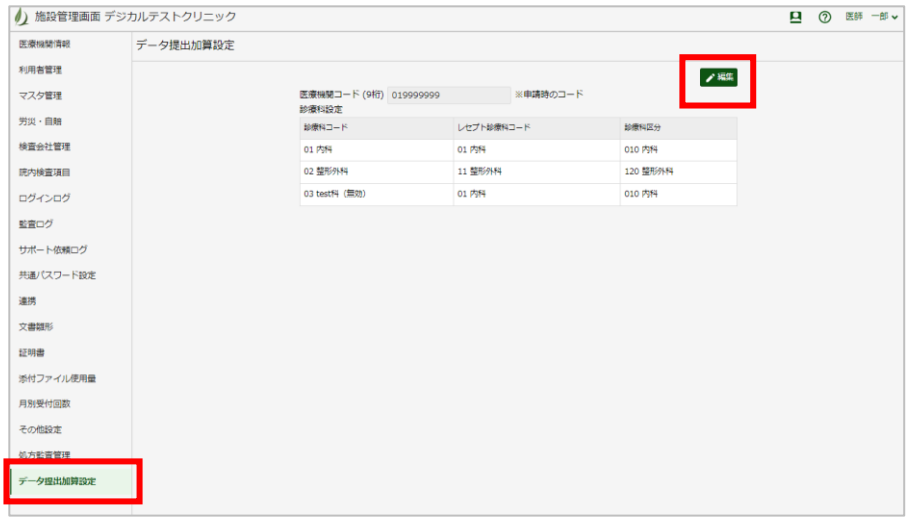
⑪ データ提出加算設定

ファイルを作成する前に、データ提出用の医療機関コード、レセプト診療科コード、診療科コードを設定します。初回提出時に（変更があった場合はその都度）行ってください。

(1) 受付画面で利用者名をクリックすると表示されるプルダウンの「施設管理」をクリックします。



(2) 「データ提出加算設定」をクリックし、「編集」ボタンをクリックします。



(3) 医療機関コード欄に「都道府県番号（2 桁）＋レセプト用医療機関コード（7 桁）」が入力されていることを確認します。



(4) デジカルに登録された診療科に対して、データ提出用のレセプト診療科コード、診療科区分をリストから選択して［保存］ボタンをクリックします。
※現在使用していない診療科も含め、全ての診療科について設定してください。



【参考】
「外来医療、宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」実施説明資料より抜粋

レセプト診療科コード

コード	内　容
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（産科又は婦人科）
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	（欠）
30	放射線科（放射線診断科又は放射線治療科）
31	麻酔科
32	（欠）
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

診療科区分

診療科目	コード番号	診療科目	コード番号	診療科目	コード番号
内科	010	整形外科	120	眼科	230
心療内科	020	形成外科	130	耳鼻咽喉科	240
精神科	030	美容外科	140	気管食道科	250
神経科	040	脳神経外科	150	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科	260
呼吸器科	050	呼吸器外科	160	放射線科	270
消化器科	060	心臓血管外科	170	神経内科	280
循環器科	070	小児外科	180	胃腸科	290
アレルギー科	080	皮膚泌尿器科	190	皮膚科	300
リウマチ科	090	性病科	200	泌尿器科	310
小児科	100	肛門科	210	産科	320
外科	110	産婦人科	220	婦人科	330

呼吸器内科	340	血液科	470	総合診療科	600
循環器内科	350	血液内科	480	乳腺甲状腺外科	610
歯科	360	麻酔科	490	新生児科	620
歯科矯正科	370	消化器内科	500	小児循環器科	630
小児歯科	380	消化器外科	510	緩和ケア科	640
歯科口腔外科	390	肝胆膵外科	520	内分泌リウマチ科	650
糖尿病科	400	糖尿内科	530	血液腫瘍内科	660
腎臓内科	410	大腸肛門科	540	腎不全科	670
腎移植科	420	眼形成眼窩外科	550	精神神経科	680
血液透析科	430	不妊内分泌科	560	内分泌代謝科	690
代謝内科	440	膠原病ﾘｳﾏﾁ内科	570	病理診断科	700
内分泌内科	450	脳卒中科	580	臨床検査科	710
救急医学科	460	腫瘍治療科	590		

⑫ RME 通知管理

RME 通知の有効・無効を設定できます

(1) RME とは

RME（Real-world Medical Education）は、エムスリーが推進する最適治療の実践を支援する取り組みであり、エムスリーデジカルはこの取組みに賛同し、カルテ上部に RME 通知を行っています。

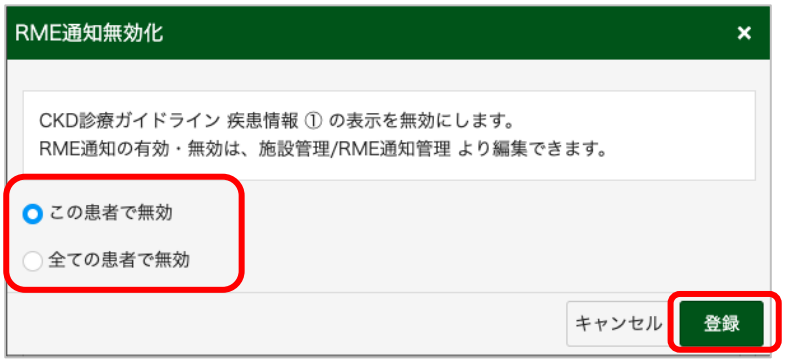


通知をクリックすると詳細が表示されます。

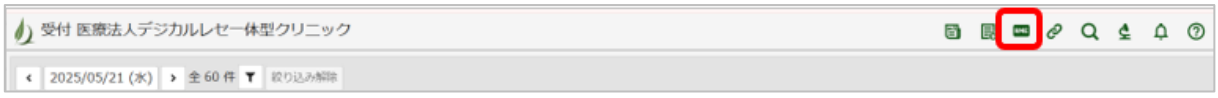
削除ボタンをクリックすると通知を無効化できます。



該当患者様のみ無効とするか、全ての患者様で該当通知を無効とするかを選択し［登録］ボタンをクリックします



【POINT】
受付画面より RME をクリックしRME デイリーレポートを確認することもできます

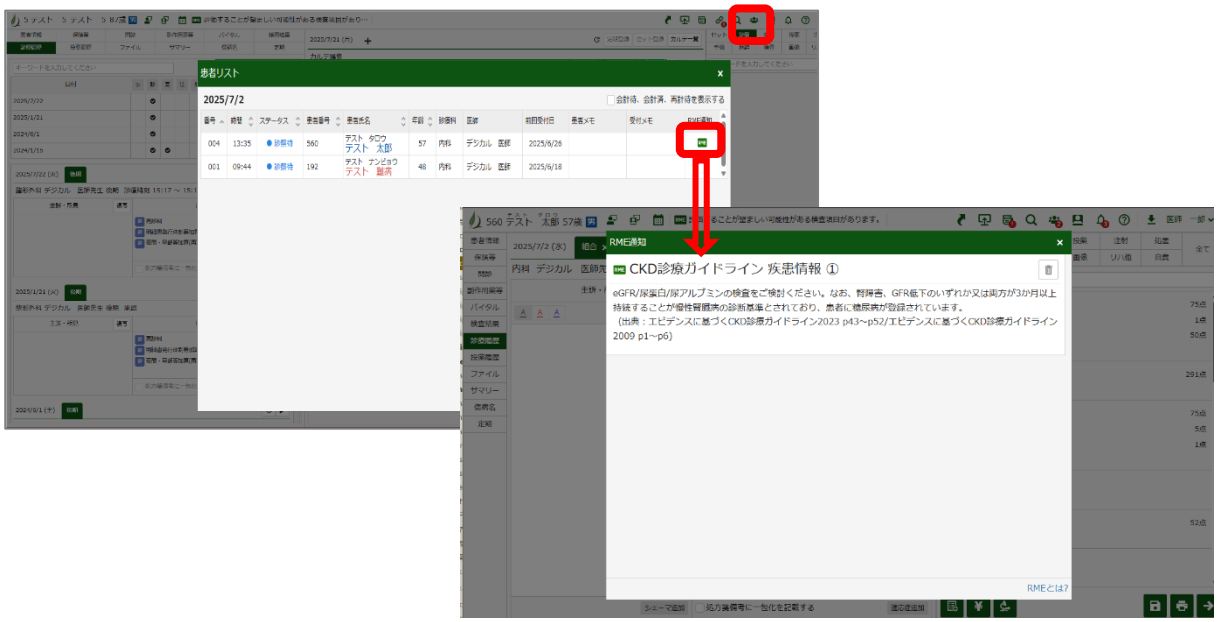


表示されたRME デイリーレポートより

- 削除ボタンをクリックで通知を無効化ができます
- 別タブでカルテ表示をすることができます



【POINT】
カルテを開き右上の 患者リストを開いて RME をクリックすると、RME 通知を確認することもできます

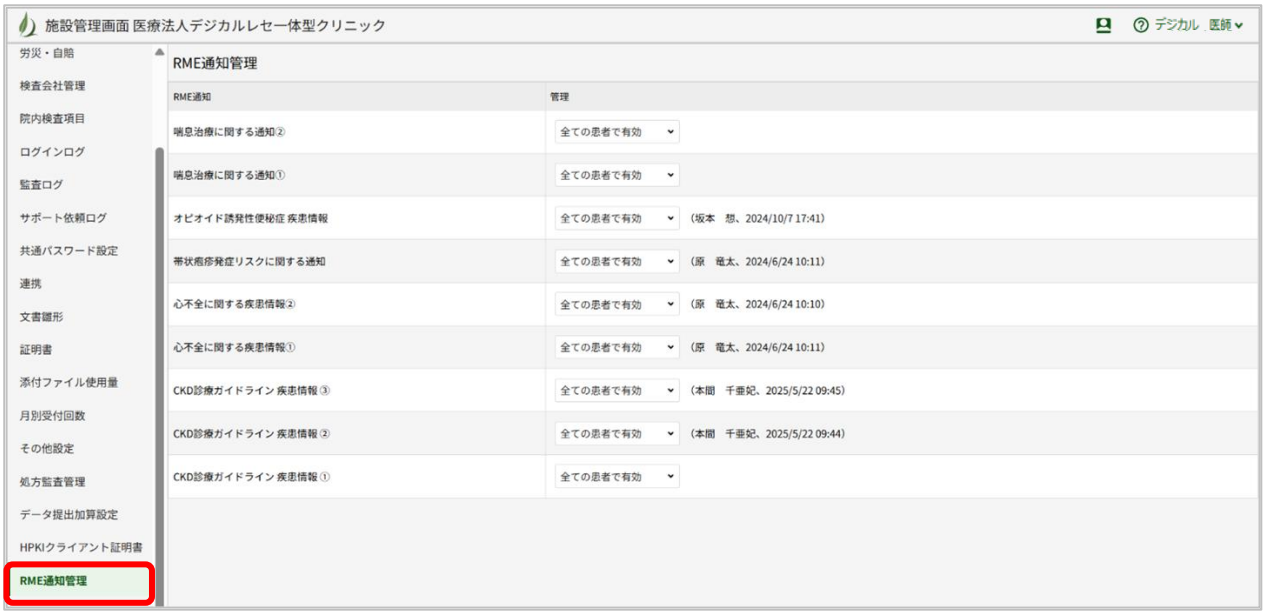


➢ 施設管理画面での通知設定

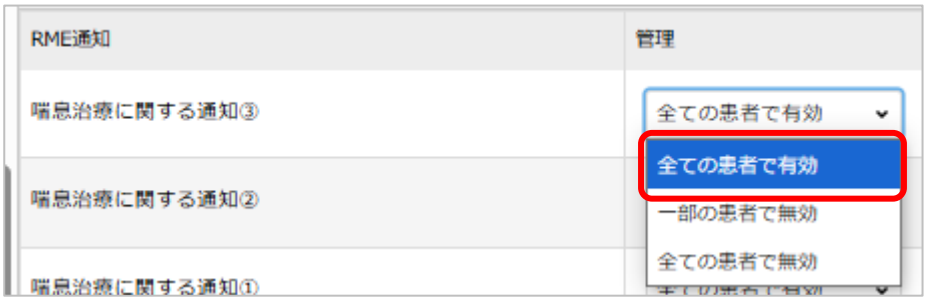
⑴ 受付画面で利用者名をクリックすると表示されるプルダウンの「施設管理」をクリックします。



⑵ 「RME 通知設定」をひらきます



⑶ 各プロジェクトで、「全ての患者で有効」「一部の患者で無効」「全ての患者で無効」が選択できます。プルダウンから選択したら設定が反映します。



⑬ 自動算定

初再診料や医療機関様の施設基準により算定する項目を自動算定確認画面に表示することができます

➢ 初再診料、小児科外来診療料、時間外等加算、特定疾患療養管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、てんかん指導料、難病外来指導管理料１の自動算定　設定方法

(1) 受付画面で利用者名をクリックすると表示されるプルダウンの「施設管理」をクリックします。



(2) 「自動算定」メニューをひらき
自動算定したい項目について自動算定「する」を選択し［保存］ボタンをクリックします



＜補足＞

「初再診料」の自動算定ー「小児科外来診療料」を自動算定

・・・６歳未満の患者様に小児科外来診療料を算定したい医療機関様はレ点をいれます

診療料の「時間外加算」を自動算定ー「小児科」を標榜

・・・小児科であって、夜間、休日又は深夜の標榜時間内に「小児科初診」「小児科再診」の点数を算定する医療機関様はレ点をいれます

診療料の「時間外加算」を自動算定ー「時間外特例加算」を算定

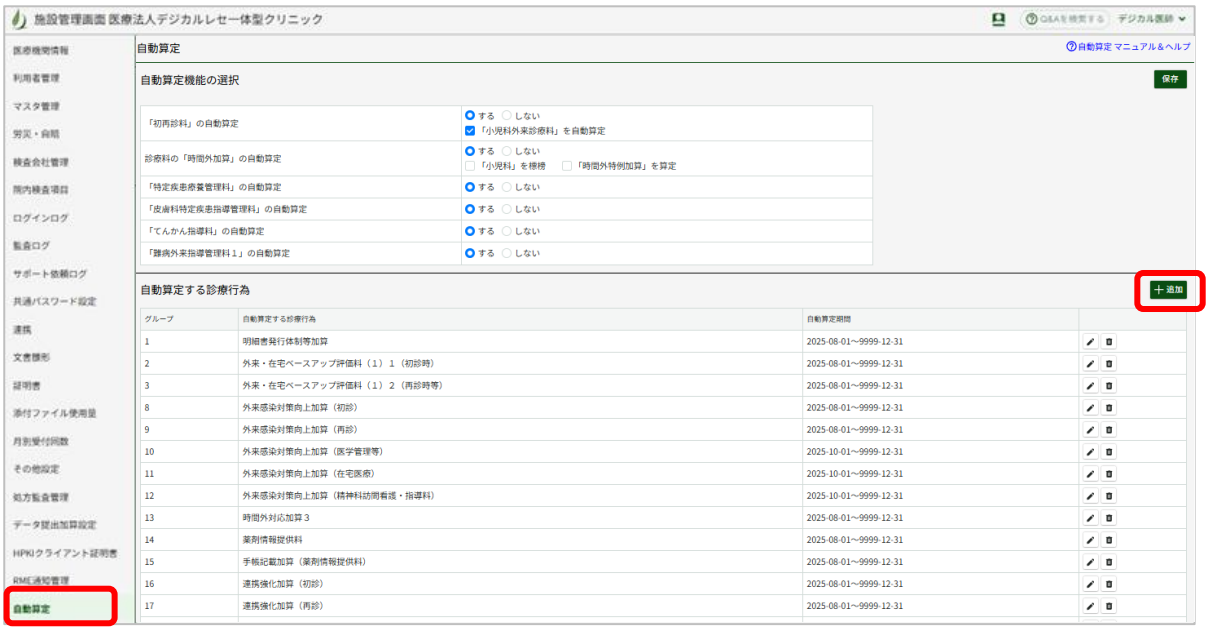
・・・「時間外特例医療機関加算」を算定する医療機関様はレ点をいれます

➢ 施設基準により算定する項目の設定方法

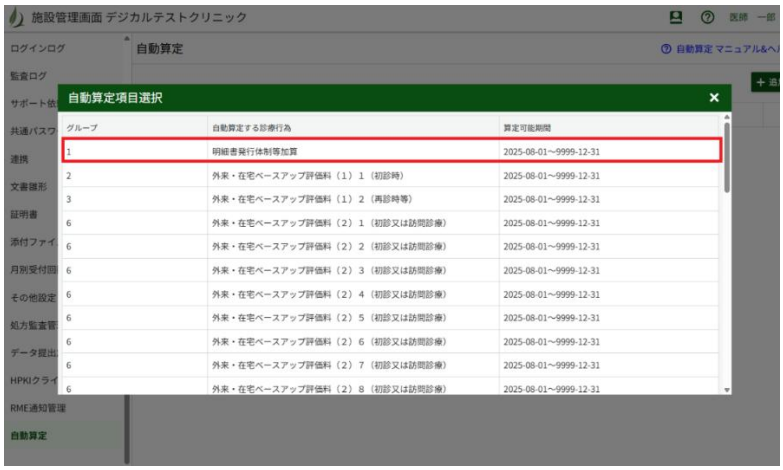
⑴ 受付画面で利用者名をクリックすると表示されるプルダウンの「施設管理」をクリックします



⑵ 「自動算定」メニューをひらき「自動算定する診療行為」の［追加］ボタンをクリックします



⑶ 自動算定項目選択画面から自動算定する診療行為を選択します



(4) 自動算定期間を設定し[登録]ボタンをクリックします（終了日未定の場合は空欄にします）



自動算定画面に表示されます



➢ 自動算定項目の編集

算定する項目が変わった場合は旧点数に終了日を設定します

(1) 自動算定項目の「編集」ボタンをクリックします



(2) 編集画面で自動算定期間の終了日を設定し［登録］ボタンをクリックします



➢ 自動算定項目の削除

(1) 自動算定項目の「削除」ボタンをクリックし、「削除しますか？」にて［削除］ボタンをクリックします



IX.公費

1. 全国公費

① 生活保護（12）

【運用①】来院時に患者様が持参した生活保護受給者証を確認して公費情報を登録します。

⑴ 負担者番号、受給者番号を入力します。
⑵ 負担者番号がわからないときは「負担者番号なし」にチェックします。
⑶ 受給者番号がわからないときは「後から確認」にチェックします。
⑷ 公費の種類は「生活保護（12）」を選択します。
⑸ 有効期間を設定します。
⑹ 自己負担がなし場合は「負担なし」、ある場合は「負担あり」を選択して負担額を設定します。



※自己負担がある場合



【運用②】後日負担者番号と受給者番号がわかったら、診察画面の保険等タブから登録します。

⑴ 患者様の診察画面を開きます。
⑵ 保険等タブを開き、編集する生活保護の編集ボタンを選択します。
⑶ 公費編集画面が表示されますので、内容を修正して更新を押します。

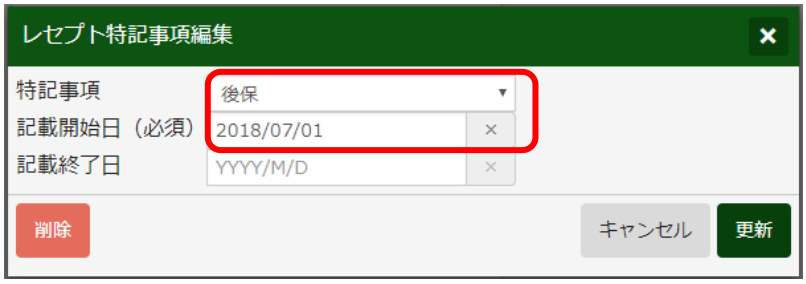


【運用③】75 歳以上の生活保護受給者の場合、レセプト特記事項を登録します。

⑴ 保険等タブにあるレセプト特記事項欄の追加ボタンを選択します。

⑵ 「後保」を選択します。

⑶ 記載開始日は保険の有効期間に合わせて設定します。



【運用④】交付番号をレセプト摘要欄に記載する必要がある場合、レセプト摘要欄コメントを登録します。（自院が所在する都道府県が記載する必要があるかは支払基金にご確認ください。）

⑴ 保険等タブにあるレセプト摘要欄コメントの追加ボタンを選択します。

⑵ 摘要欄上部を選択します。

⑶ 交付番号を入力します。

⑷ 記載期間の開始日、終了日を設定します。



② 自立支援（精神通院）（21）

【運用①】来院時に患者様が持参した自立支援医療受給者証を確認して公費情報を登録します。



(1) 負担者番号、受給者番号を入力します。
(2) 公費の種類は「通院精神（21）」を選択します。
(3) 有効期間を設定します。
(4) 患者自己負担を設定します。自己負担がある場合、割合に 10%を設定し、1 月あたりの上限に受給者証に書いてある自己負担上限額を設定します。

【運用②】受付登録する際に、患者様が持参した自己負担額管理表を確認して当月に他の医療機関で支払った合計金額を登録します。



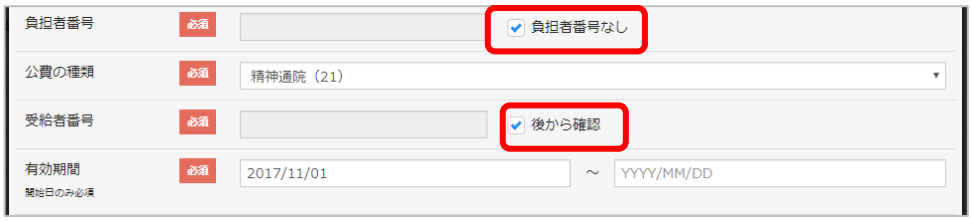
(1) 受付登録画面の当月他院自己負担金累計に前回の受付で登録した金額が初期表示されます。
(2) 受付日までに当月他の医療機関で支払っている負担金の合計を入力します。
例）７月 24 日に患者を受付。前回来院日は７月３日
自己負担管理表には薬局での支払額が７月１日：1150 円
７月 15 日：1200 円と記載の場合
当月他院自己負担累計には 1150 円と初期表示されますので、2350 円に修正します

会計後に当月他院自己負担金累計を変更した場合は、再度会計登録をしなおしてください。他院自己負担額を月末にまとめて入力する場合は、最終受付日の当月他院自己負担累計に設定してからすべての診療日でカルテの会計登録をし直してください

【運用③】患者様が受給者証を忘れて負担者番号や受給者番号が当月中にわからない場合は、一旦請求を月遅れにして、翌月以降情報がわかったら請求します。

⑴ 負担者番号は「負担者番号なし」にチェックを入れます。

⑵ 受給者番号は「後から確認」のチェックを入れます。



⑶ 当月内のカルテを全て月遅れにします。

1.カルテの右上にある請求区分を「通常請求」から「月遅れ一括指定」に変更します



2.次回レセプト出力は「含めない」を選択し、「一括指定」をクリックします



⑷ 変更したらカルテを会計登録します。

⑸ 翌月以降、負担者番号と受給者番号がわかったら診察画面の保険等タブから情報を入力します

1.該当患者様の診察画面を開きます

2.保険等タブの公費の編集ボタンをクリックします

3.公費編集画面が表示されますので、内容を修正して更新します

4.公費を修正したら、該当公費が登録されているカルテを全て会計し直します



⑹ 月遅れにしていた請求を当月請求分に含めて請求します。

1.レセプト作成画面を開きます。

2.月遅れのレセプト請求欄を「含める」に変更してレセプトを作成します

3.レセプト作成後に月遅れ欄にあるカルテは削除します



③ 難病（54）

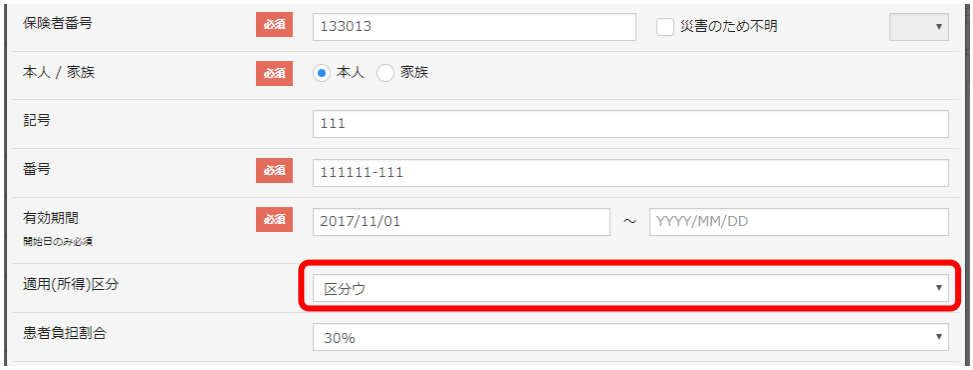
【運用①】70 歳未満の難病患者の場合、保険情報に受給者証の適用区分を登録します。

⑴ 患者が持参した公費受給者証の適用区分がア～オのどの区分か確認します。

⑵ 保険追加画面を開きます。

⑶ 適用（所得）区分に⑴で確認した区分を選択します。

高額療養の対象で多数該当の場合、「（多数該当）」と記載されている区分を選択します。



【運用②】公費情報に患者自己負担の情報を登録します。

⑴ 公費追加画面を開きます。

⑵ 負担者番号、受給者番号を入力します。

⑶ 公費の種類は「難病（54）」を選択します。

⑷ 有効期間を設定します。

⑸ 患者自己負担を設定します。自己負担がある場合、割合に 20%を設定し、1 月あたりの上限に受給者証に書いてある自己負担上限額を設定します。

※後期高齢者の場合で保険の負担割合が 10%の場合は、公費の負担割合も 10%となります。



【運用③】受付登録する際に、患者様が持参した自己負担額管理表を確認して当月に他の医療機関で支払った合計金額を登録します。



⑴ 受付登録画面の当月他院自己負担金累計に前回の受付で登録した金額が初期表示されます。

⑵ 受付日までに当月他の医療機関で支払っている負担金の合計を入力します。

例）７月 24 日に患者を受付。前回来院日は７月３日

自己負担管理表には薬局での支払額が７月１日：1150 円

７月 15 日：1200 円と記載の場合

当月他院自己負担累計には 1150 円と初期表示されますので、2350 円に修正します



会計後に当月他院自己負担金累計を変更した場合は、再度会計登録をしなおしてください。他院自己負担額を月末にまとめて入力する場合は、最終受付日の当月他院自己負担累計に設定してからすべての診療日でカルテの会計登録をし直してください

④ 結核（10）



⑤ 戦傷病者（療養給付）（13）



⑥ 戦傷病者（更生医療）　（14）



⑦ 更生医療（15）



⑧ 育成医療（16）



⑨ 原爆認定（18）



⑩ 原爆一般（19）



⑪ 母子保健（23）



⑫ 療養介護（24）



⑬ 中国残留邦人（25）



⑭ 肝炎治療（38）



⑮ 特定疾患（51）



※　１月あたりの上限金額欄に受給者証に記載された自己負担限度額を入力してください。

※　負担がない場合は「負担なし」を選択してください。

⑯ 小児慢性（52）



⑰ 児童保護（53）



⑱ B 型肝炎（62）



⑲ 石綿（66）



⑳ 障害児施設（79）



2. 県別公費

① 北海道の公費

乳幼児

- 90（乳課）：北海道基準の助成
  - １割負担の場合（外来月額上限：18,000 円、入院月額上限 57,600 円）
- 90（乳初）：北海道基準の助成
  - 初診時一部負担金ありの場合
- 90 と 91 併用（乳課）：北海道基準の患者負担を市町村が助成
  - １割を市町村が助成する場合（患者負担なしの場合）
  - １割は市町村が助成するが初診時一部負担金ありの場合
- 90 と 91 併用：北海道基準の患者負担を市町村が助成
  - 初診時一部負担金を市町村が助成する場合（患者負担なしの場合）
- 92：北海道基準外の助成を市町村が助成
  - 初診時一部負担金ありの場合
  - １割負担の場合
  - 患者負担なしの場合
- 旭川市　90 と 91 併用

重度障がい

- 45：北海道基準の助成
  - １割負担の場合　（外来月額上限：18,000 円、入院月額上限 57,600 円）
- 45：北海道基準の助成
  - 初診時一部負担金ありの場合
- 45 と 46 併用：北海道基準の患者負担を市町村が助成
  - １割を市町村が助成する場合（患者負担なしの場合）
  - １割は市町村が助成するが、初診時一部負担金ありの場合
- 45 と 46 併用：北海道基準の患者負担を市町村が助成
  - 市町村が初診時一部負担金を助成する場合（患者負担なしの場合）
- 47：北海道基準外の助成を市町村が助成
  - 初診時一部負担金ありの場合
  - １割負担の場合
  - 患者負担なしの場合
- 札幌市 47：北海道基準外の助成を市町村が助成
  - １割負担の場合（外来月額限度　院外処方 3,000 円／院内処方 6,000 円）
- 旭川市 45 と 46 併用（障課・老課）
  - １割負担だが、市町村が初診時一部負担金を助成

- 旭川市 45 と 46 併用（障初・老初）
  - 市町村が初診時一部負担金を助成する場合（患者負担なしの場合）
- その他の登録
  - 美幌町　１割負担金を 1/2 助成（高校生以上）

ひとり親

- 93：北海道基準の助成
  - １割負担の場合（外来月額上限：18,000 円、入院月額上限 57,600 円）
- 93：北海道基準の助成
  - 初診時一部負担金ありの場合
- 93 と 94 併用：北海道基準の患者負担を市町村が助成
  - １割を市町村が助成する場合（患者負担なしの場合）
  - １割は市町村が助成するが、初診時一部負担金ありの場合
- 93 と 94 併用：北海道基準の患者負担を市町村が助成
  - 市町村が初診時一部負担金を助成する場合（患者負担なしの場合）
- 95：北海道基準外の助成を市町村が助成
  - 初診時一部負担金ありの場合
  - １割負担の場合
  - 患者負担なしの場合
- 札幌市 95：北海道基準外の助成を市町村が助成
  - １割負担の場合　（外来月額限度　院外処方 3,000 円／院内処方 6,000 円）
- 旭川市 93 と 94 併用（親課）
  - １割負担だが、市町村が初診時一部負担金を助成する場合
- 旭川市 93 と 94 併用（親初）：北海道基準の患者負担を市町村が助成
  - 市町村が初診時一部負担金を助成する場合（患者負担なしの場合）
- その他の登録
  - 美幌町　１割負担金を 1/2 助成（高校生～20 歳）
  - 公費　８３（54 準拠）
  - 公費　８３（51 準拠）

乳幼児

90（乳課）：北海道基準の助成

＜助成内容＞

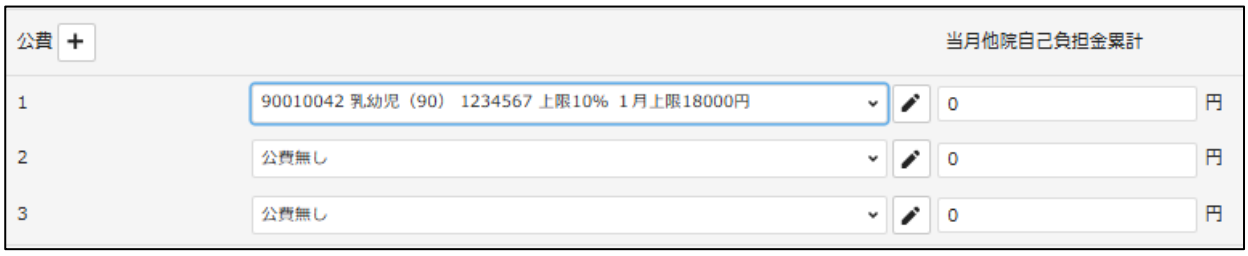
<u>３歳以上６歳に達する日（誕生日の前日）以後の最初の３月３１日までの者、市町村民税課税世帯</u>

・総医療費の１割相当額を自己負担する。

➢　１割負担の場合（外来月額上限：18,000 円、入院月額上限 57,600 円）



（初診時・再診時）



90（乳初）：北海道基準の助成

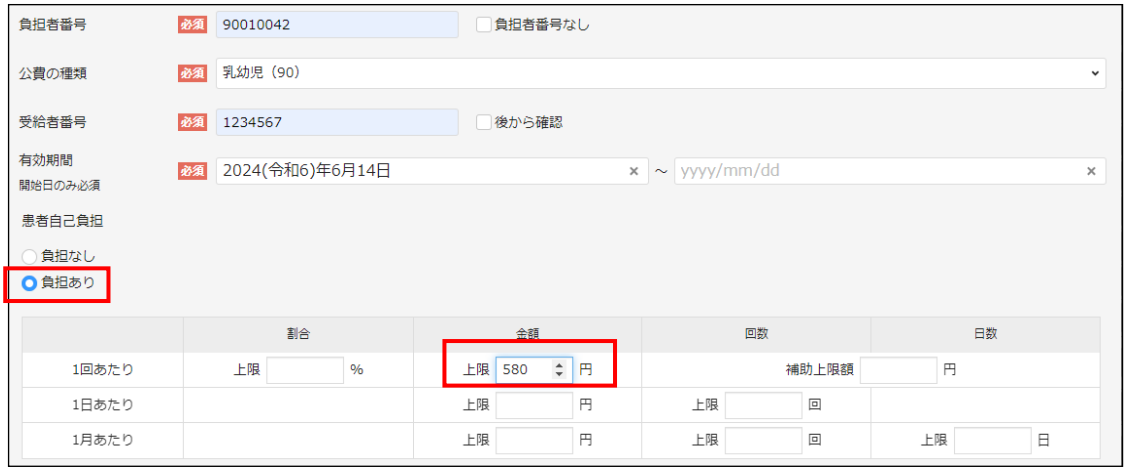
＜助成内容＞

3歳に達する日（誕生日の前日）の属する月の末日までの者、市町村民税非課税世帯

- 初診料を算定した場合は、初診時一部負担金として、医科 580 円を自己負担
- 初診料を算定しない場合、自己負担なし

➢　初診時一部負担金ありの場合

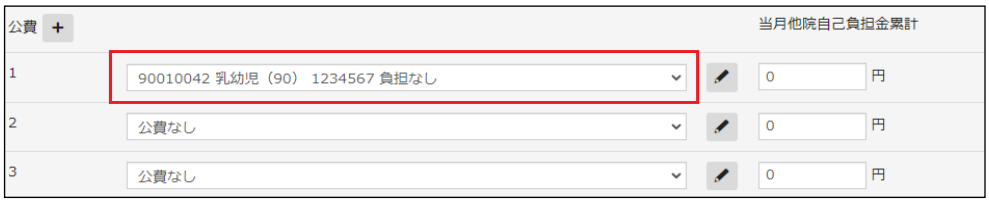
〈初診時〉





〈再診時〉





90 と 91 併用（乳課）：北海道基準の患者負担を市町村が助成

＜助成内容＞

市町村独自助成　（自己負担１割額助成）

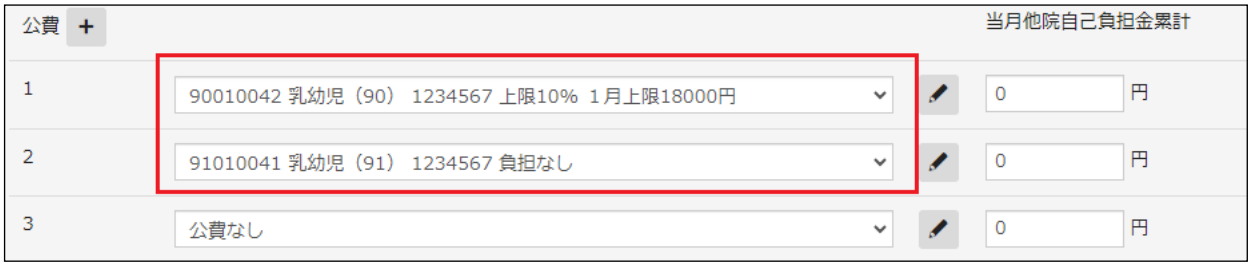
・自己負担１割額を市町村が助成する、又は、１割額は市町村が助成するが初診時一部負担金は徴収する。

➢　１割を市町村が助成する場合（患者負担なしの場合）

〈初診・再診時〉







➢　１割は市町村が助成するが初診時一部負担金ありの場合

〈初診時〉



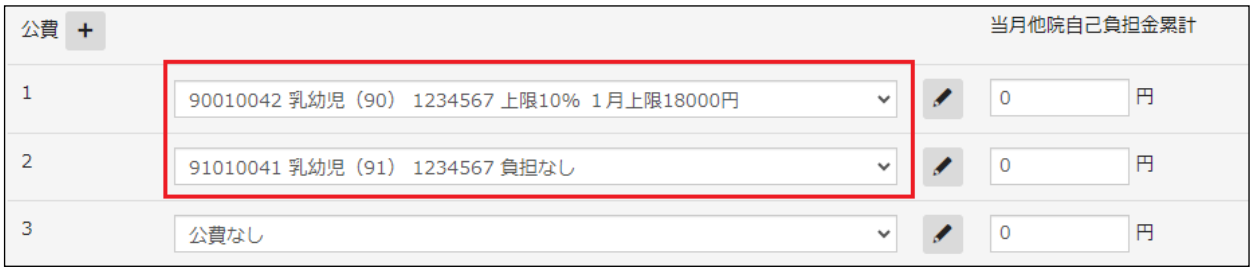




〈再診時〉


負担者番号
必須
90010042
負担者番号なし
公費の種類
必須
乳幼児（90）
受給者番号
必須
1234567
後から確認
有効期間
開始日のみ必須
必須
2024(令和6)年6月14日
～
yyyy/mm/dd
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
日数
1回あたり
上限 10 %
上限 円
補助上限額 円
1日あたり
上限 円
上限 回
1月あたり
上限 18000 円
上限 回
上限 日


負担者番号
必須
91010041
負担者番号なし
公費の種類
必須
乳幼児（91）
受給者番号
必須
1234567
後から確認
有効期間
開始日のみ必須
必須
2024(令和6)年6月17日
～
yyyy/mm/dd
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
日数
1回あたり
上限 %
上限 円
補助上限額 円
1日あたり
上限 円
上限 回
1月あたり
上限 円
上限 回
上限 日


公費
当月他院自己負担金累計
1
90010042 乳幼児（90） 1234567 上限10% 1月上限18000円
0
円
2
91010041 乳幼児（91） 1234567 負担なし
0
円
3
公費なし
0
円

90 と 91 併用：北海道基準の患者負担を市町村が助成

＜助成内容＞

市町村独自助成　（初診時一部負担金額助成）

・市町村が初診時一部負担金を助成する場合（患者徴収しない）

➢　初診時一部負担金を市町村が助成する場合（患者負担なしの場合）

〈初診時〉







〈再診時〉


負担者番号
必須
90010042
負担者番号なし
公費の種類
必須
乳幼児（90）
受給者番号
必須
1234567
後から確認
有効期間
開始日のみ必須
必須
2024(令和6)年6月18日
～
yyyy/mm/dd
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
日数
1回あたり
上限 %
上限 円
補助上限額 円
1日あたり
上限 円
上限 回
1月あたり
上限 円
上限 回
上限 日


負担者番号
必須
91010041
負担者番号なし
公費の種類
必須
乳幼児（91）
受給者番号
必須
1234567
後から確認
有効期間
開始日のみ必須
必須
2024(令和6)年6月14日
～
yyyy/mm/dd
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
日数
1回あたり
上限 %
上限 円
補助上限額 円
1日あたり
上限 円
上限 回
1月あたり
上限 円
上限 回
上限 日


公費
当月他院自己負担金累計
1
90010042 乳幼児（90） 1234567 負担なし
0 円
2
91010041 乳幼児（91） 1234567 負担なし
0 円
3
公費無し
0 円

92：北海道基準外の助成を市町村が助成

＜助成内容＞

市町村が道の給付外患者を助成する場合

- 所得制限による道の「乳幼児医療費給付事業」対象外患者の助成
- 小学校就学後以降も市町村単独にて医療費給付を行う場合

➢　初診時一部負担金ありの場合

〈初診時〉





〈再診時〉





➢　１割負担の場合



➢　患者負担なしの場合



旭川市 90 と 91 併用

市町村が初診時一部負担金を助成する場合（患者負担なしの場合）

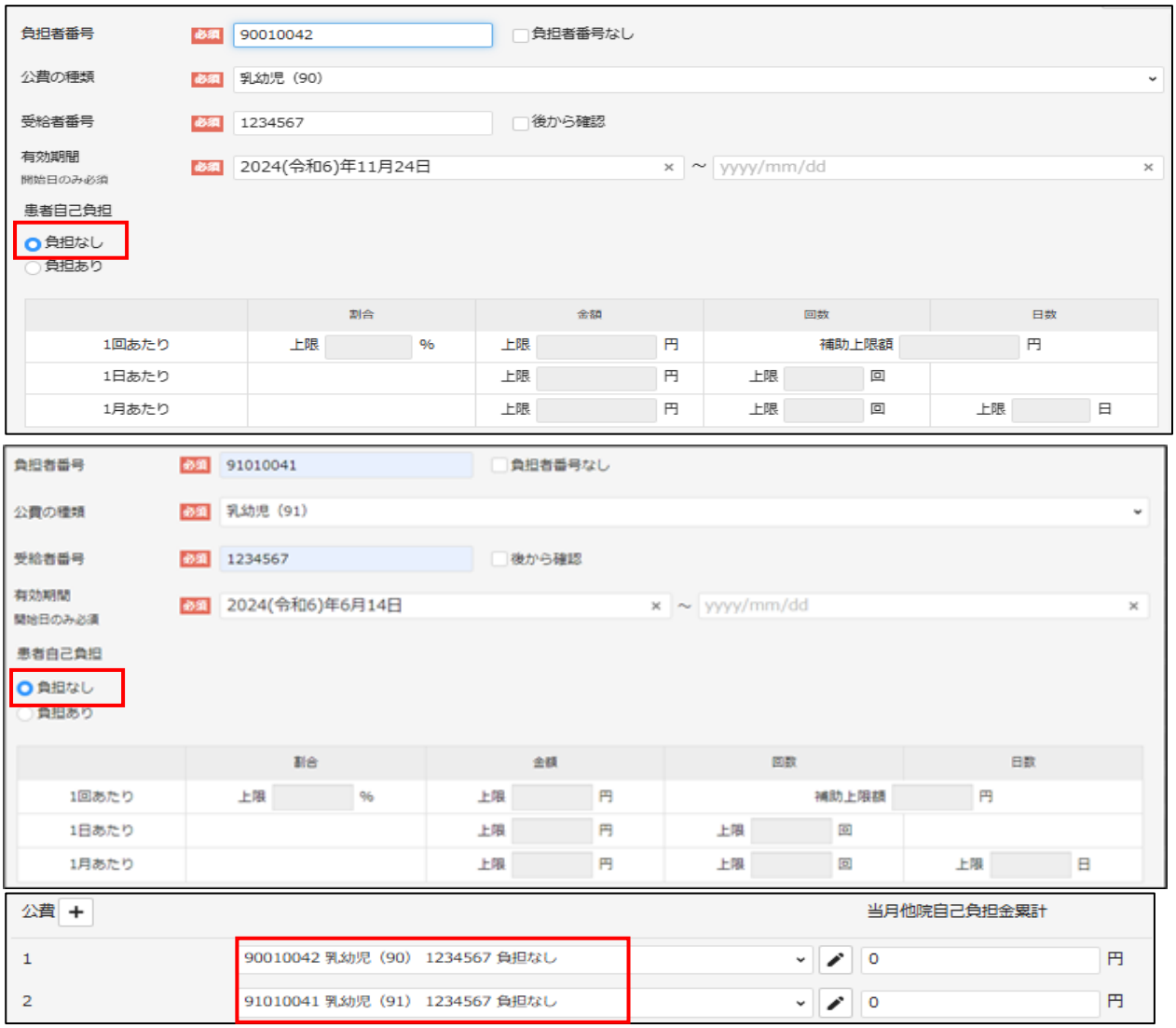
（初診時）



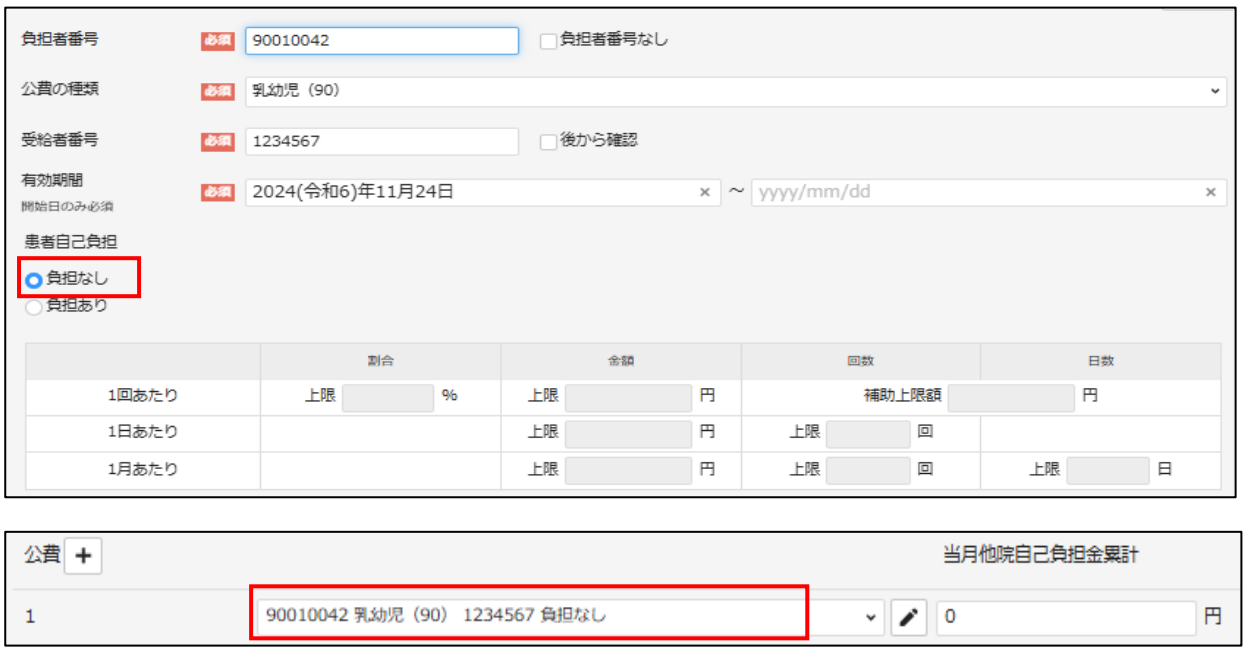




（初診がある月の再診時）



（再診のみの月）



重度障がい

45：北海道基準の助成

＜助成内容＞

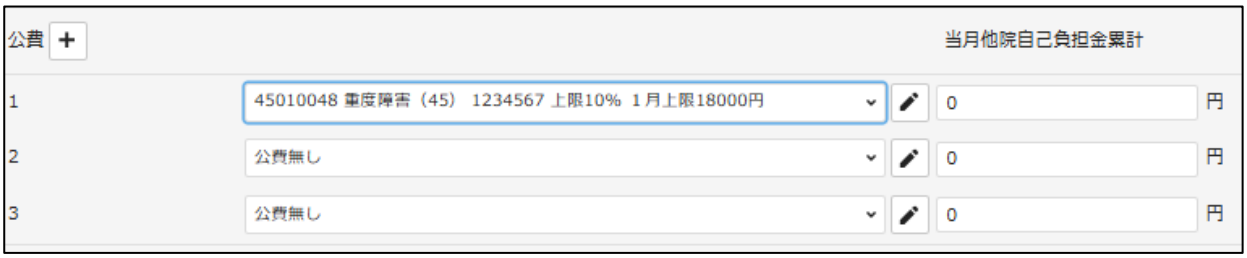
市町村民税課税世帯

・総医療費の１割相当額を自己負担する。

➢　１割負担の場合　（外来月額上限：18,000 円、入院月額上限 57,600 円）

（初診・再診時）





45：北海道基準の助成

＜助成内容＞

3歳に達する日（誕生日の前日）の属する月の末日までの者、市町村民税非課税世帯

- 初診料を算定した場合は、初診時一部負担金として、医科 580 円を自己負担。
- 初診料を算定しない場合、自己負担なし。

➢ 初診時一部負担金ありの場合

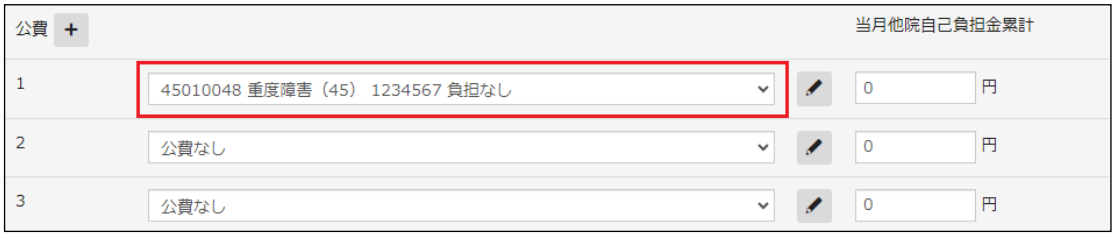
（初診時）





（再診時）





45 と 46 併用：北海道基準の患者負担を市町村が助成

＜助成内容＞

市町村独自助成　（自己負担１割額助成）

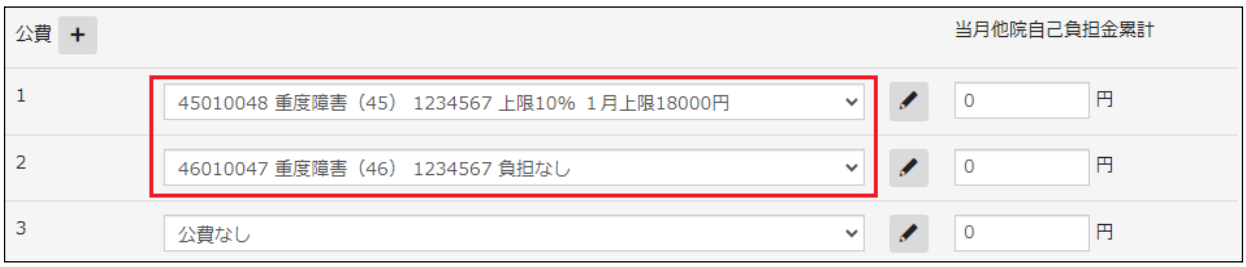
・自己負担１割額を市町村が助成する、又は、１割額は市町村が助成するが初診時一部負担金は徴収する。

➢　１割を市町村が助成する場合（患者負担なしの場合）

〈初診・再診時〉





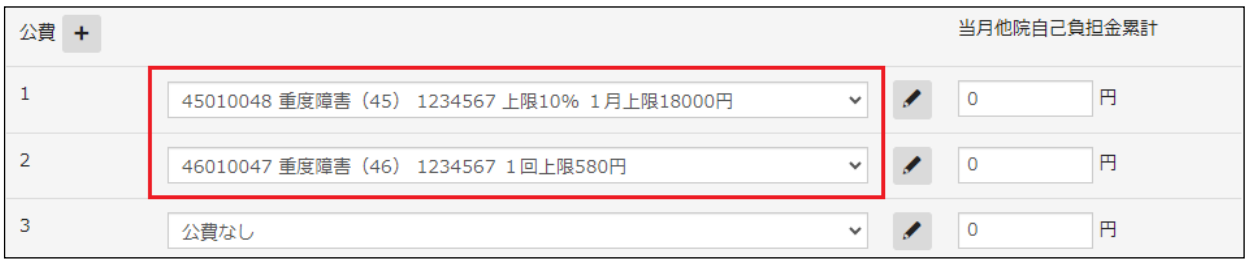


➢　１割は市町村が助成するが、初診時一部負担金ありの場合

〈初診時〉

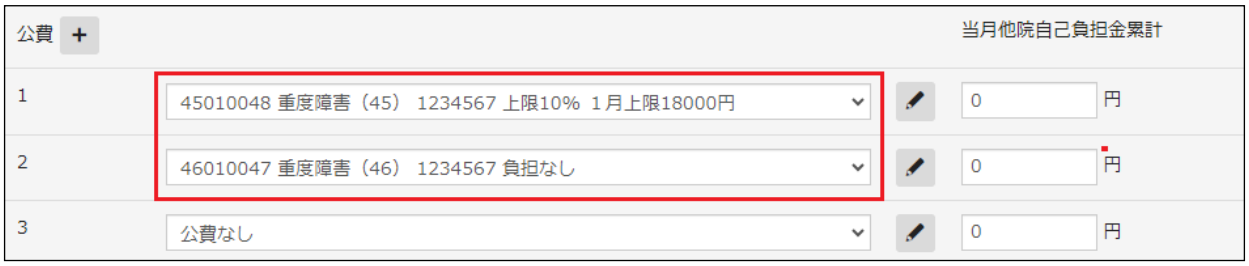






〈再診時〉


負担者番号
必須
45010048
負担者番号なし
公費の種類
必須
重度障害（45）
受給者番号
必須
1234567
後から確認
有効期間
開始日のみ必須
必須
2024(令和6)年6月18日
～
yyyy/mm/dd
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
日数
1回あたり
上限
%
上限
円
補助上限額
円
1日あたり
上限
円
上限
回
1月あたり
上限
円
上限
回
上限
日


公費
当月他院自己負担金累計
1
45010048 重度障害（45） 1234567 上限10% 1月上限18000円
0
円
2
46010047 重度障害（46） 1234567 負担なし
0
円
3
公費なし
0
円

45 と 46 併用：北海道基準の患者負担を市町村が助成

＜助成内容＞

市町村独自助成　（初診時一部負担金額助成）

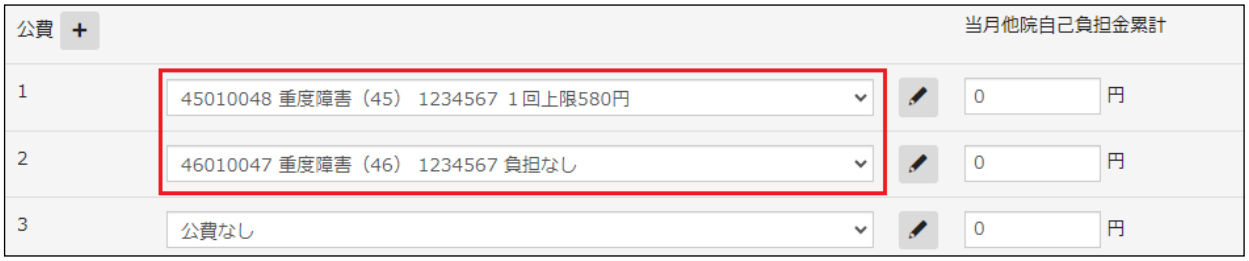
・市町村が初診時一部負担金を助成する場合（患者徴収しない）

➢　市町村が初診時一部負担金を助成する場合（患者負担なしの場合）

〈初診時〉







〈再診時〉


負担者番号
必須
45010048
負担者番号なし
公費の種類
必須
重度障害（45）
受給者番号
必須
1234567
後から確認
有効期間
開始日のみ必須
必須
2024(令和6)年6月18日
～
yyyy/mm/dd
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
日数
1回あたり
上限
%
上限
円
補助上限額
円
1日あたり
上限
円
上限
回
1月あたり
上限
円
上限
回
上限
日


公費
当月他院自己負担金累計
1
45010048 重度障害（45） 1234567 負担なし
0
円
2
46010047 重度障害（46） 1234567 負担なし
0
円
3
公費なし
0
円

47：北海道基準外の助成を市町村が助成

＜助成内容＞

市町村が道の給付外患者を助成する場合

➢　初診時一部負担金ありの場合

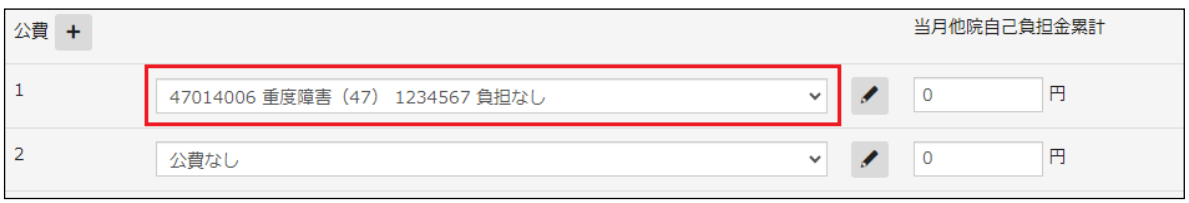
〈初診時〉





〈再診時〉





➢　１割負担の場合

〈初診・再診時〉



➢　患者負担なしの場合

〈初診・再診時〉



札幌市 47：北海道基準外の助成を市町村が助成

＜助成内容＞

市町村独自助成

・（１割相当負担金　月限度　院外処方 3,000 円／院内処方 6,000 円）

➢　１割負担の場合（外来月額限度　院外処方 3,000 円／院内処方 6,000 円）

＜院外処方＞



＜院内処方＞



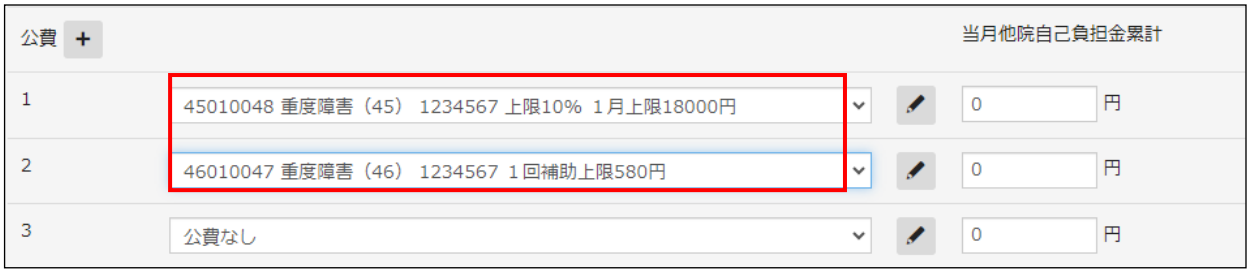
旭川市 45 と 46 併用（障課・老課）

➢　１割負担だが、市町村が初診時一部負担金を助成

〈初診時〉







＜初診がある月の再診時＞


負担者番号
必須
45010048
負担者番号なし
公費の種類
必須
重度障害（45）
受給者番号
必須
1234567
後から確認
有効期間
開始日のみ必須
必須
2024(令和6)年6月14日
～
yyyy/mm/dd
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
日数
1回あたり
上限 10 %
上限 円
補助上限額 円
1日あたり
上限 円
上限 回
1月あたり
上限 18000 円
上限 回
上限 日


負担者番号
必須
46010047
負担者番号なし
公費の種類
必須
重度障害（46）
受給者番号
必須
1234567
後から確認
有効期間
開始日のみ必須
必須
2024(令和6)年6月14日
～
yyyy/mm/dd
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
日数
1回あたり
上限 10 %
上限 円
補助上限額 円
1日あたり
上限 円
上限 回
1月あたり
上限 18000 円
上限 回
上限 日


公費
当月他院自己負担金累計
1
45010048 重度障害（45） 1234567 上限10% 1月上限18000円
0
円
2
46010047 重度障害（46） 1234567 上限10% 1月上限18000円
0
円

＜再診のみの月＞


負担者番号
必須
45010048
負担者番号なし
公費の種類
必須
重度障害（45）
受給者番号
必須
1234567
後から確認
有効期間
開始日のみ必須
必須
2024(令和6)年6月14日
～
yyyy/mm/dd
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
日数
1回あたり
上限 10 %
上限 円
補助上限額 円
1日あたり
上限 円
上限 回
1月あたり
上限 18000 円
上限 回
上限 日


公費
当月他院自己負担金累計
1
45010048 重度障害（45） 1234567 上限10% 1月上限18000円
0
円

旭川市 45 と 46 併用（障初・老初）

＜助成内容＞

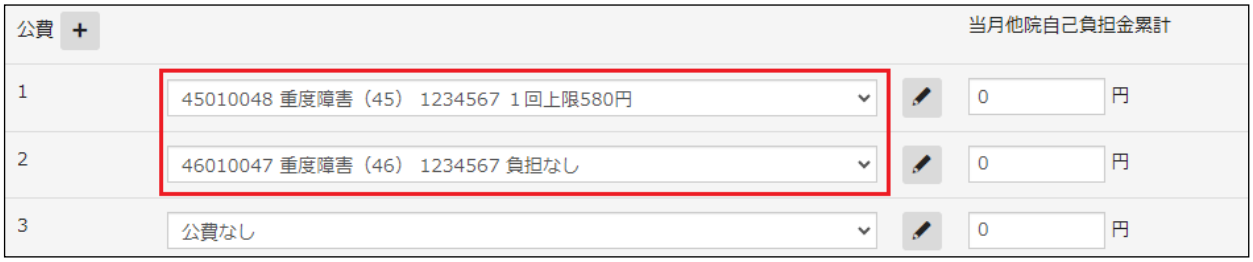
市町村独自助成　（初診時一部負担金額助成）

➢　市町村が初診時一部負担金を助成する場合（患者負担なしの場合）

〈初診時〉







〈初診がある月の再診〉


負担者番号
必須
45010048
負担者番号なし
公費の種類
必須
重度障害（45）
受給者番号
必須
1234567
後から確認
有効期間
開始日のみ必須
必須
2024(令和6)年6月18日
～
yyyy/mm/dd
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
日数
1回あたり
上限 %
上限 円
補助上限額 円
1日あたり
上限 円
上限 回
1月あたり
上限 円
上限 回
上限 日


負担者番号
必須
46010047
負担者番号なし
公費の種類
必須
重度障害（46）
受給者番号
必須
1234567
後から確認
有効期間
開始日のみ必須
必須
2024(令和6)年6月14日
～
yyyy/mm/dd
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
日数
1回あたり
上限 %
上限 円
補助上限額 円
1日あたり
上限 円
上限 回
1月あたり
上限 円
上限 回
上限 日


公費
当月他院自己負担金累計
1
45010048 重度障害（45） 1234567 負担なし
0
円
2
46010047 重度障害（46） 1234567 負担なし
0
円
3
公費なし
0
円

〈再診のみの月〉


負担者番号
必須
45010048
負担者番号なし
公費の種類
必須
重度障害（45）
受給者番号
必須
1234567
後から確認
有効期間
開始日のみ必須
必須
2024(令和6)年6月18日
～
yyyy/mm/dd
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
日数
1回あたり
上限
%
上限
円
補助上限額
円
1日あたり
上限
円
上限
回
1月あたり
上限
円
上限
回
上限
日


公費
当月他院自己負担金累計
1
45010048 重度障害（45） 1234567 負担なし
0
円
2
公費無し
0
円
3
公費無し
0
円

その他の登録

- 美幌町　１割負担金を 1/2 助成（高校生以上）





ひとり親

93：北海道基準の助成

＜助成内容＞

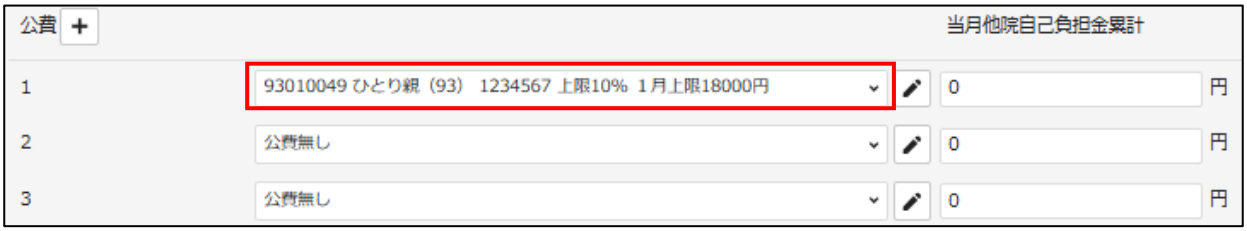
市町村民税課税世帯

・総医療費の１割相当額を自己負担する。

➢　１割負担の場合（外来月額上限：18,000 円、入院月額上限 57,600 円）

〈初診・再診時〉





93：北海道基準の助成

＜助成内容＞

市町村民税非課税世帯、３歳に達する日（誕生日の前日）の属する月の末日までの者

・初診料を算定した場合は、初診時一部負担金として、医科 580 円を自己負担。

・初診料を算定しない場合、自己負担なし。

➢　初診時一部負担金ありの場合

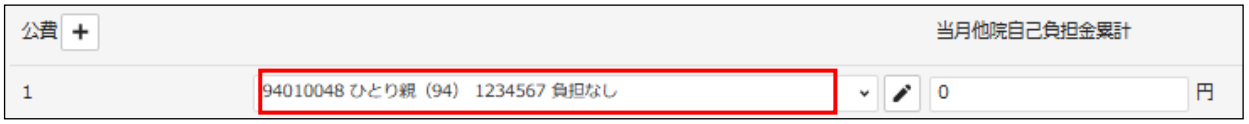
〈初診〉





〈再診時〉





93 と 94 併用：北海道基準の患者負担を市町村が助成

＜助成内容＞

市町村独自助成　（自己負担１割額助成）

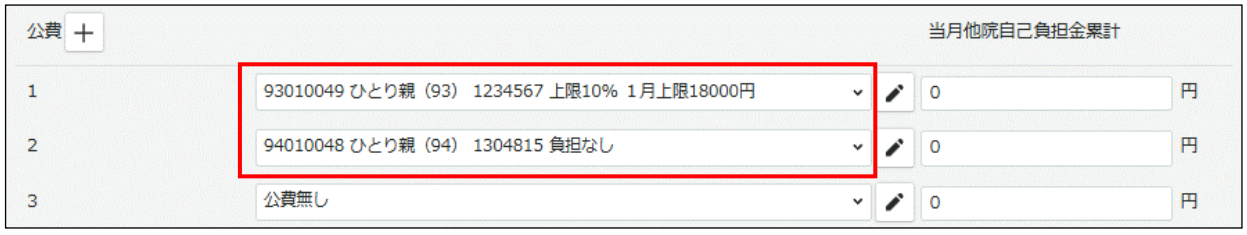
・自己負担１割額を市町村が助成する、又は、１割額は市町村が助成するが初診時一部負担金は徴収する。

➢　１割を市町村が助成する場合（患者負担なしの場合）

〈初診・再診時〉







➢　１割は市町村が助成するが、初診時一部負担金ありの場合

〈初診時〉







〈再診時〉


負担者番号
必須
93010049
負担者番号なし
公費の種類
必須
ひとり親（93）
受給者番号
必須
1234567
後から確認
有効期間
開始日のみ必須
必須
2024(令和6)年6月17日
～
yyyy/mm/dd
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
日数
1回あたり
上限 10 %
上限 円
補助上限額 円
1日あたり
上限 円
上限 回
1月あたり
上限 18000 円
上限 回
上限 日


負担者番号
必須
94010048
負担者番号なし
公費の種類
必須
ひとり親（94）
受給者番号
必須
1234567
後から確認
有効期間
開始日のみ必須
必須
2024(令和6)年6月18日
～
yyyy/mm/dd
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
日数
1回あたり
上限 %
上限 円
補助上限額 円
1日あたり
上限 円
上限 回
1月あたり
上限 円
上限 回
上限 日


公費
当月他院自己負担金累計
1
93010049 ひとり親（93） 1234567 上限10% 1月上限18000円
0 円
2
94010048 ひとり親（94） 1234567 負担なし
0 円
3
公費無し
0 円

93 と 94 併用：北海道基準の患者負担を市町村が助成

＜助成内容＞

市町村独自助成　（初診時一部負担金額助成）

- 市町村が初診時一部負担金を助成する場合（患者徴収しない）

➢　市町村が初診時一部負担金を助成する場合（患者負担なしの場合）

〈初診時〉







〈再診時〉


負担者番号
必須
93010049
負担者番号なし
公費の種類
必須
ひとり親（93）
受給者番号
必須
1234567
後から確認
有効期間
開始日のみ必須
必須
2024(令和6)年6月18日
～
yyyy/mm/dd
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
日数
1回あたり
上限
%
上限
円
補助上限額
円
1日あたり
上限
円
上限
回
1月あたり
上限
円
上限
回
上限
日


負担者番号
必須
94010048
負担者番号なし
公費の種類
必須
ひとり親（94）
受給者番号
必須
1234567
後から確認
有効期間
開始日のみ必須
必須
2024(令和6)年6月17日
～
yyyy/mm/dd
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
日数
1回あたり
上限
%
上限
円
補助上限額
円
1日あたり
上限
円
上限
回
1月あたり
上限
円
上限
回
上限
日


公費
当月他院自己負担金累計
1
93010049 ひとり親（93） 1234567 負担なし
0
円
2
94010048 ひとり親（94） 1234567 負担なし
0
円
3
公費なし
0
円

95：北海道基準外の助成を市町村が助成

（助成内容）

<u>市町村が道の給付外患者を助成する場合</u>

➢　初診時一部負担金ありの場合

〈初診時〉





〈再診時〉





➢　１割負担の場合



➢　患者負担なしの場合



札幌市 95：北海道基準外の助成を市町村が助成

＜助成内容＞

市町村独自助成

・（自己負担１割額助成　上限額　院外 3,000 円／院内 6,000 円）

➢　１割負担の場合　（外来月額限度　院外処方 3,000 円／院内処方 6,000 円）

＜院外処方＞



＜院内処方＞



旭川市 93 と 94 併用（親課）

➢　１割負担だが、市町村が初診時一部負担金を助成する場合

〈初診時〉







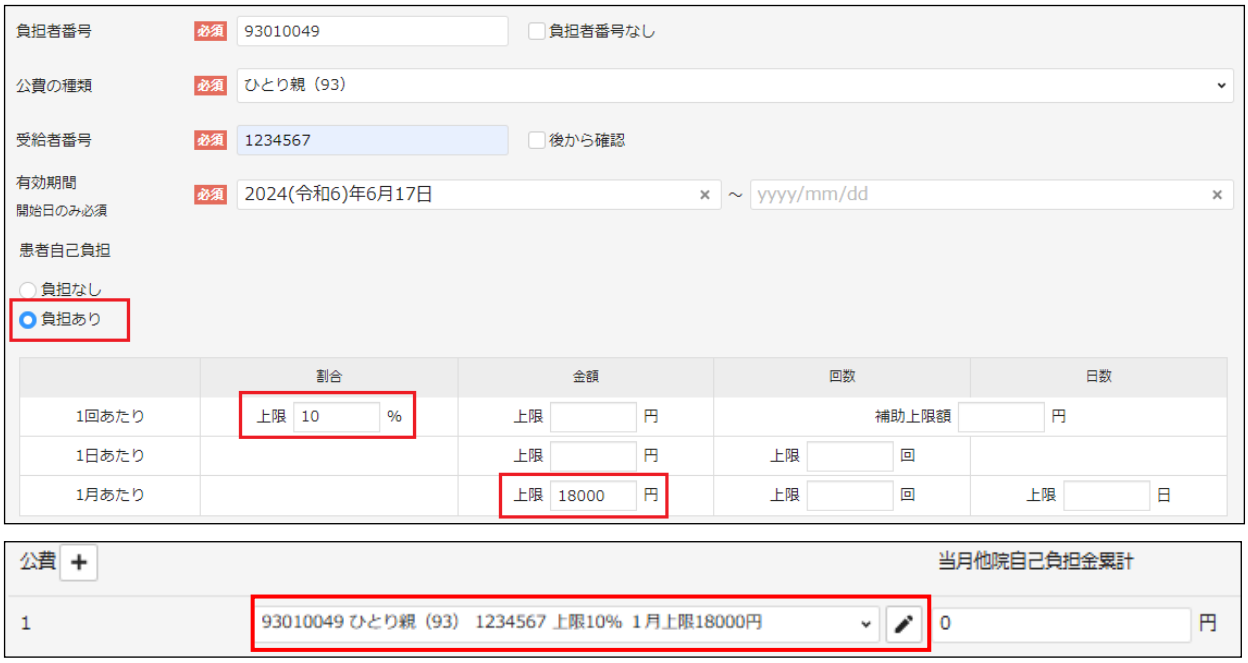
〈初診がある月の再診時〉


負担者番号
必須
93010049
負担者番号なし
公費の種類
必須
ひとり親（93）
受給者番号
必須
1234567
後から確認
有効期間
開始日のみ必須
必須
2024(令和6)年6月17日
～
yyyy/mm/dd
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
日数
1回あたり
上限 10 %
上限 円
補助上限額 円
1日あたり
上限 円
上限 回
1月あたり
上限 18000 円
上限 回
上限 日


負担者番号
必須
94010048
負担者番号なし
公費の種類
必須
ひとり親（94）
受給者番号
必須
1234567
後から確認
有効期間
開始日のみ必須
必須
2024(令和6)年7月16日
～
yyyy/mm/dd
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
日数
1回あたり
上限 10 %
上限 円
補助上限額 円
1日あたり
上限 円
上限 回
1月あたり
上限 18000 円
上限 回
上限 日


公費
当月他院自己負担金累計
1
93010049 ひとり親（93） 1234567 上限10% 1月上限18000円
0
円
2
94010048 ひとり親（94） 1234567 上限10% 1月上限18000円
0
円

〈再診のみの月〉


負担者番号
必須
93010049
負担者番号なし
公費の種類
必須
ひとり親（93）
受給者番号
必須
1234567
後から確認
有効期間
開始日のみ必須
必須
2024(令和6)年6月17日
yyyy/mm/dd
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
日数
1回あたり
上限 10 %
上限 円
補助上限額 円
1日あたり
上限 円
上限 回
1月あたり
上限 18000 円
上限 回
上限 日

公費
当月他院自己負担金累計
1
93010049 ひとり親（93） 1234567 上限10% 1月上限18000円
0
円

旭川市 93 と 94 併用（親初）：北海道基準の患者負担を市町村が助成

＜助成内容＞

市町村独自助成　（初診時一部負担金額助成）

• 市町村が初診時一部負担金を助成する場合（患者徴収しない）

➢　市町村が初診時一部負担金を助成する場合（患者負担なしの場合）

〈初診時〉







＜初診がある月の再診時＞


負担者番号
必須
93010049
負担者番号なし
公費の種類
必須
ひとり親（93）
受給者番号
必須
1234567
後から確認
有効期間
開始日のみ必須
必須
2024(令和6)年6月18日
～
yyyy/mm/dd
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
日数
1回あたり
上限
%
円
補助上限額
1日あたり
回
1月あたり
日


負担者番号
必須
94010048
負担者番号なし
公費の種類
必須
ひとり親（94）
受給者番号
必須
1234567
後から確認
有効期間
開始日のみ必須
必須
2024(令和6)年6月17日
～
yyyy/mm/dd
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
日数
1回あたり
上限
%
円
補助上限額
1日あたり
回
1月あたり
日


公費
当月他院自己負担金累計
1
93010049 ひとり親（93） 1234567 負担なし
0
円
2
94010048 ひとり親（94） 1234567 負担なし
0
円

＜再診のみの月＞


負担者番号
必須
93010049
負担者番号なし
公費の種類
必須
ひとり親（93）
受給者番号
必須
1234567
後から確認
有効期間
開始日のみ必須
必須
2024(令和6)年6月18日
～
yyyy/mm/dd
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
日数
1回あたり
上限
%
上限
円
補助上限額
円
1日あたり
上限
円
上限
回
1月あたり
上限
円
上限
回
上限
日


公費
当月他院自己負担金累計
1
93010049 ひとり親（93） 1234567 負担なし
0
円

その他の登録

- 美幌町　１割負担金を 1/2 助成（高校生～20 歳）





➢　公費　８３（54 準拠）

受給者番号の頭１桁が「8」で始まります。



受付時　薬局や他医療機関等で支払った金額を入力します。



➢　公費　８３（51 準拠）

受給者番号の頭１桁が「9」で始まります。



② 青森県の公費

81　乳幼児



82　ひとり親



80　重度障害（負担なし）



80　重度障害（負担あり）



※　自己負担がある場合、負担割合と１月あたりの上限額を設定します。

乳児・妊産婦（国保患者の場合・十割給付）



※　国保で乳児医療・妊産婦医療の助成対象の場合は、国保の患者負担割合を「負担なし」にしてください

ひとり親（請求書用）



※　専用用紙で請求する市町村の場合、「ひとり親（請求書用）」を選択してください。
※　福祉患者一覧表が出力されますので、専用用紙に転記してください。

③ 岩手県の公費

子ども（現物給付）



※　負担者番号に市町村番号（３桁）を入力します（市町村コード一覧参照）。

※　受給者番号はハイフンを省略して続けて入力します。



※　自己負担がある場合は公費の種類を「子ども（現物給付）（負担あり）」にします。

※　患者自己負担を負担ありに設定、１月あたりの金額を登録します。

子ども（県単）



※　負担者番号に市町村番号（３桁）を入力します（市町村コード一覧参照）。
※　受給者番号はハイフンを省略して続けて入力します。
※　患者自己負担を負担ありに設定し、医療保険の給付割合を設定します。

子ども（市単）



※　負担者番号に市町村番号（３桁）を入力します（市町村コード一覧参照）。
※　受給者番号はハイフンを省略して続けて入力します。
※　患者自己負担を負担ありに設定し、医療保険の給付割合を設定します。

重度障害（現物給付）



※　負担者番号に市町村番号（３桁）を入力します（市町村コード一覧参照）。

※　受給者番号はハイフンを省略して続けて入力します。



※　自己負担がある場合は公費の種類を「重度障害（現物給付）（負担あり）」にします。

※　患者自己負担を負担ありに設定、１月あたりの金額を登録します。

重度障害（県単）



※　負担者番号に市町村番号（３桁）を入力します。（市町村コード一覧参照）
※　受給者番号はハイフンを省略して続けて入力します。
※　患者自己負担を負担ありに設定し、医療保険の給付割合を設定します。

重度障害（県単）（高額）

高額療養費の限度額または後期２割の配慮措置に達する月はこちらを選択してください。
国の公費と併用する場合は「重度障害（県単）」を選択してください。



重度障害（市単）



※　負担者番号に市町村番号（３桁）を入力します（市町村コード一覧参照）。
※　受給者番号はハイフンを省略して続けて入力します。
※　患者自己負担を負担ありに設定し、医療保険の給付割合を設定します。

重度障害（市単）（高額）

高額療養費の限度額または後期２割の配慮措置に達する月はこちらを選択してください。
国の公費と併用する場合は「重度障害（市単）」を選択してください。



ひとり親（現物給付）



※　負担者番号に市町村番号（３桁）を入力します（市町村コード一覧参照）。

※　受給者番号はハイフンを省略して続けて入力します。



※　自己負担がある場合は公費の種類を「ひとり親（現物給付）（負担あり）」にします。

※　患者自己負担を負担ありに設定、１月あたりの金額を登録します。

ひとり親（県単）



※　負担者番号に市町村番号（３桁）を入力します（市町村コード一覧参照）。
※　受給者番号はハイフンを省略して続けて入力します。
※　患者自己負担を負担ありに設定し、医療保険の給付割合を設定します。

ひとり親（市単）



※　負担者番号に市町村番号（３桁）を入力します（市町村コード一覧参照）。
※　受給者番号はハイフンを省略して続けて入力します。
※　患者自己負担を負担ありに設定し、医療保険の給付割合を設定します。

妊産婦



※　負担者番号に市町村番号（３桁）を入力します。（市町村コード一覧参照）

※　受給者番号はハイフンを省略して続けて入力します。

妊産婦（負担あり）



※　患者自己負担がある場合は、「妊産婦（負担あり）」を選択し１月あたりの金額を登録します。

※1 月あたりの限度額に到達しない場合は医療費助成事業請求書に計上されません。

一人暮らし老人（市単）



※　負担者番号に市町村番号（３桁）を入力します（市町村コード一覧参照）。
※　受給者番号はハイフンを省略して続けて入力します。
※　患者自己負担を負担ありに設定し、医療保険の給付割合を設定します。

市町村単独



※　負担者番号に市町村番号（３桁）を入力します（市町村コード一覧参照）。
※　受給者番号はハイフンを省略して続けて入力します。
※　選択にない市町村単独公費の場合、公費の種類を「市町村単独」にします。
※　患者自己負担を負担ありに設定し、医療保険の給付割合を設定します。

市町村コード一覧

001	盛岡市	013	二戸市	043	住田町
002	宮古市	017	八幡平市	045	大槌町
003	大船渡市	018	滝沢市	048	山田町
004	奥州市	014	雫石町	049	岩泉町
005	花巻市	015	葛巻町	050	田野畑村
006	北上市	016	岩手町	051	普代町
007	久慈市	021	紫波町	054	軽米町
008	遠野市	022	矢巾町	055	洋野町
009	一関市	030	西和賀町	056	野田村
010	陸前高田市	031	金ヶ崎町	059	九戸村
011	釜石市	036	平泉町	062	一戸町

退職職員互助会



※　負担者番号に記号、受給者番号に番号を入力します。

※　提出用の請求書は出力されませんので、一覧表を参照して転記してください。

④ 宮城県の公費

83　子ども医療





※　社保、国保、組合国保（宮城県建設業国保、全国土木建築国保、宮城県医師国保、宮城県歯科医師国保）と併用の場合は「子ども（83）」を選択します。
社保と子どもをレセプト併用にて請求する市町村では「子ども（83）（併用）」を選択します。

※　初診時に 500 円の負担金がある市町村の場合は公費を２つ登録し、受付時に該当の公費を選択してください。

83　子ども医療（組合国保用）





※　組合国保（宮城県建設業国保、全国土木建築国保、宮城県医師国保、宮城県歯科医師国保以外）と併用の場合は「子ども（83）（組合国保用）」を選択します

※　初診時に 500 円の負担金がある市町村の場合は公費を２つ登録し、受付時に該当の公費を選択してください

母子・父子（償還）



※　負担者番号、受給者番号がない場合、「負担者番号なし」「後から確認」にレ点をいれます

※　患者自己負担は負担ありに設定し、医療保険の負担割合を割合欄に設定します

※　請求書は作成されませんので、償還払い患者一覧表を参照して転記してください

障害（償還）



※　負担者番号、受給者番号がない場合、「負担者番号なし」「後から確認」にレ点をいれます

※　患者自己負担は負担ありに設定し、医療保険の負担割合を割合欄に設定します

※　請求書は作成されませんので、償還払い患者一覧表を参照して転記してください

⑤ 秋田県の公費

72　高齢身体障害



73　重度障害



74　乳幼児



74　乳幼児（負担あり）



※　自己負担がある場合、１月あたりの上限額を設定します
※　２割負担金を 1/2 助成の場合は「10%」で登録します
　　３割負担金を 1/2 助成の場合は 「15%」で登録します

75　ひとり親（母子）



76　ひとり親（父子）



77　老人身障者



※「負担者番号のチェックデジットが正しくありません。登録してよろしいですか。」と表示されることがあります。番号をご確認の上、正しい場合はそのまま登録してください。

78　老人身障者



「負担者番号のチェックデジットが正しくありません。登録してよろしいですか。」と表示されることがあります。番号をご確認の上、正しい場合はそのまま登録してください。

80　乳幼児・ひとり親（市町村単独拡大分）



80　乳幼児・ひとり親（市町村単独拡大分）（負担あり）



※　自己負担がある場合、１月あたりの上限額を設定します。

81　乳幼児（市町村単独拡大分）



⑥ 山形県の公費

81　重度障害（負担なし）



82　重度障害（負担あり）



※　負担割合と１月あたりの上限額を設定します。

83　子育て支援（負担なし）



84　子育て支援（負担あり）



※　１日あたりの上限額、１月あたりの日数を設定します。

85　ひとり親家庭等


負担者番号
必須
85060010
負担者番号なし
公費の種類
必須
ひとり親家庭等（85）
受給者番号
必須
1111111
後から確認
有効期間
必須
開始日のみ必須
2020年(令和2年)2月1日
～
YYYY/MM/DD
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
日数
1回あたり
上限
%
上限
円
1日あたり
上限
円
上限
回
1月あたり
上限
円
上限
回
上限
日

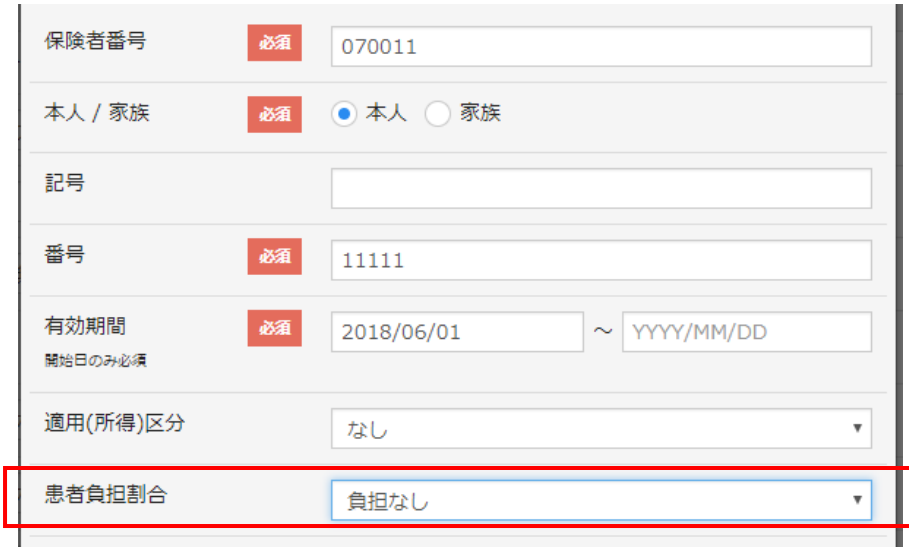
⑦ 福島県の公費

80　子ども医療



※　社保、組合国保との併用の場合に公費登録を行います。
　　組合国保でレセプト併用請求する場合は「子ども（80）（組国併用）」を選択します。
※　受給者証に負担者番号の記載がない場合は、法別番号 80 に市町村番号を合わせた
　　8 桁の番号を入力してください
※　レセプト併用で請求する市町村の場合は公費の種類を「福島子ども」にしてください

※　国保で子ども医療助成対象の場合は国保の患者負担割合を「負担なし」にしてください



82　重度心身障害



※　受給者証に負担者番号の記載がない場合は、法別番号 82 に市町村番号に合わせた
　　8 桁の番号を入力してください

※　レセプト併用で請求する市町村の場合は公費の種類を「福島重度障害」にしてください

【市町村番号一覧】

市町村名	コード	市町村名	コード	市町村名	コード
福島市	070011	下郷町	070714	中島村	071001
二本松市	070102	檜枝岐村	070730	矢吹町	071019
郡山市	070037	只見町	070763	石川町	071084
須賀川市	070078	磐梯町	070847	玉川村	071092
白河市	070052	猪苗代町	070854	平田村	071100
会津若松市	070029	北塩原村	070797	浅川町	071118
喜多方市	070086	西会津町	070821	古殿町	071076
いわき市	070045	会津坂下町	070862	三春町	071126
相馬市	070094	湯川村	070870	小野町	071134
田村市	070110	柳津町	070888	広野町	071191
南相馬市	070128	会津美里町	071316	楢葉町	071209
伊達市	070136	三島町	070938	富岡町	071217
本宮市	070144	金山町	070946	川内村	071225
川俣町	070581	昭和村	070953	大熊町	071233
桑折町	070516	棚倉町	071035	双葉町	071241
国見町	070532	矢祭町	071043	浪江町	071258
大玉村	070615	塙町	071050	葛尾村	071266
鏡石町	070672	鮫川村	071068	新地町	071274
天栄村	070698	西郷村	070961	飯館村	071308
南会津町	071324	泉崎村	070995		

80　小学生医療（いわき市）



※　いわき市の小学生医療対象の場合（未就学児と小学生以上で請求書を分けて請求する場合）に使用してください

81　ひとり親



※　償還払いの場合は患者自己負担に保険の負担割合を設定してください
※　レセプト併用で請求する市町村の場合は公費の種類を「福島ひとり親」にしてください

妊産婦助成

国保で妊産婦助成対象の場合



※　国保の患者負担割合を「負担なし」にしてください

妊産婦（83）

社保で妊産婦（83）の公費がある場合



※「妊産婦（83）」の公費を追加してください

⑧ 茨城県の公費

84　小児



※　１日あたりの負担額、１月あたりの日数を設定します

90　乳幼児



※　１日あたりの負担額、１月あたりの日数を設定します

94　乳幼児



※　１日あたりの負担額、１月あたりの日数を設定します

87　父子家庭



※　１日あたりの負担額、１月あたりの日数を設定します

88　母子家庭



※　１日あたりの負担額、１月あたりの日数を設定します

91　母子・父子



※　１日あたりの負担額、１月あたりの日数を設定します

83　重度障害



85　高齢重度障害



95　重度心身障害者



96　97　妊産婦



※　１日あたりの負担額、１月あたりの日数を設定します

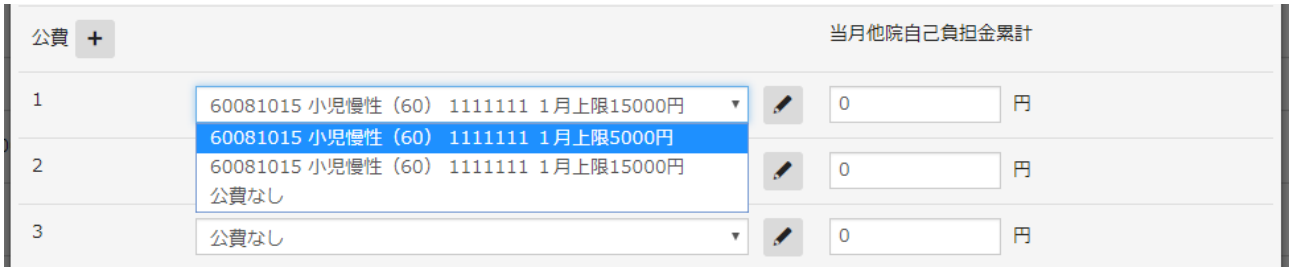
※　つくばみらい市の妊産婦が県内の産婦人科以外の診療科を受診し現物給付とする場合「妊産婦（97）」を選択します（令和８年４月診療分からの制度）

60　小児慢性特定疾病



※　１月あたりの自己負担上限額を設定します。
※　院内処方の場合は 15000 円、院外処方の場合は 5000 円で登録します

＜受付画面＞



※　通常院内処方の医療機関様で院外処方を行った場合は患者自己負担上限額が院外処方と同じ扱いとなりますので、5000 円の公費を追加登録し、受付画面で 5000 円の公費を選択します

⑨ 栃木県の公費

60　乳幼児



※　法別番号（60）の医療証の場合、公費の種類を「乳幼児（60）」にしてください

80　子ども



※　法別番号（80）の医療証の場合、公費の種類を「子ども（80）」にしてください

81　重度障害



82　ひとり親



90　特定医療費



※　負担割合と１月あたりの上限金額を設定します
（自己負担上限額は医療証で確認ください）

⑩ 群馬県の公費

72　こども



※　特定公費（法別番号 10.11.21.15.16.24.38.51.52.54.62.79 の公費）と併用の場合、国保の保険者と福祉医療費の請求先市町村が異なる場合は公費の種類を「こども（72）（特定公費併用）」にしてください（令和８年３月まで）

※令和８年４月診療分からレセプト併用請求になるため「こども(72)」を選択します

82　こども



※　特定公費（法別番号 10.11.21.15.16.24.38.51.52.54.62.79 の公費）と併用の場合、国保の保険者と福祉医療費の請求先市町村が異なる場合は公費の種類を「こども（82）（特定公費併用）」にしてください

70　重度障害



※　特定公費（法別番号 10.11.21.15.16.24.38.51.52.54.62.79 の公費）と併用の場合、国保の保険者と福祉医療費の請求先市町村が異なる場合は公費の種類を「重度障害（70）（特定公費併用）」にしてください（令和８年３月まで）
※令和８年４月診療分からレセプト併用請求になるため「重度障害(70)」を選択します

80　重度障害



※　特定公費（法別番号 10.11.21.15.16.24.38.51.52.54.62.79 の公費）と併用の場合、国保の保険者と福祉医療費の請求先市町村が異なる場合は公費の種類を「重度障害（80）（特定公費併用）」にしてください（令和８年３月まで）
※令和８年４月診療分からレセプト併用請求になるため「重度障害(80)」を選択します

76　父子



※　特定公費（法別番号 10.11.21.15.16.24.38.51.52.54.62.79 の公費）と併用の場合、国保の保険者と福祉医療費の請求先市町村が異なる場合は公費の種類を「父子（76）（特定公費併用）」にしてください（令和８年３月まで）

※令和８年４月診療分からレセプト併用請求になるため「父子(76)」を選択します

86　父子



※　特定公費（法別番号 10.11.21.15.16.24.38.51.52.54.62.79 の公費）と併用の場合、国保の保険者と福祉医療費の請求先市町村が異なる場合は公費の種類を「父子（86）（特定公費併用）」にしてください（令和８年３月まで）

※令和８年４月診療分からレセプト併用請求になるため「父子(86)」を選択します

78　母子



※　特定公費（法別番号 10.11.21.15.16.24.38.51.52.54.62.79 の公費）と併用の場合、国保の保険者と福祉医療費の請求先市町村が異なる場合は公費の種類を「母子（78）（特定公費併用）」にしてください（令和８年３月まで）

※令和８年４月診療分からレセプト併用請求になるため「母子(78)」を選択します

88　母子



※　特定公費（法別番号 10.11.21.15.16.24.38.51.52.54.62.79 の公費）と併用の場合、国保の保険者と福祉医療費の請求先市町村が異なる場合は公費の種類を「母子（88）（特定公費併用）」にしてください（令和８年３月まで）

※令和８年４月診療分からレセプト併用請求になるため「母子(88)」を選択します

77　後期高齢障害



※　法別番号（87）の場合は公費の種類を「後期高齢障害（87）」にしてください

55　高崎市老人



※　１月あたりの上限額がある場合は、割合、１月あたりの上限額を設定してください

⑪ 埼玉県の公費

81　こども医療・子育て支援　負担なし



81　こども医療・子育て支援　負担なし（21000 円を超えたら償還払い）



81　こども医療・子育て支援　負担なし（21000 円を超えたら償還払い）

※専用請求書で請求する場合



82　障害　負担なし



84　障害　負担なし

※令和８年１月１日からの制度です



82　障害　負担なし（21000 円を超えたら償還払い）



82　障害　負担なし（8000 円を超えたら償還払い）



84　障害　負担なし（21000 円または 8000 円を超えたら償還払い）

※令和８年１月１日からの制度です



82　障害　負担なし

※専用請求書で請求する場合



82　障害　負担なし（21000 円を超えたら償還払い）

※専用請求書で請求する場合



82　障害　負担なし（10010 円を超えたら償還払い）

※専用請求書で請求する場合



82　障害　償還払い

※日高市の場合



割合の欄に主保険の負担割合を設定します

83　ひとり親　負担なし



83　ひとり親　負担なし（21000 円を超えたら償還払い）



83　ひとり親　負担なし（8000 円を超えたら償還払い）



83　ひとり親　1000 円まで負担（21000 円を超えたら償還払い）

※志木市、行田市、日高市、羽生市、加須市の場合



83　ひとり親　1000 円まで負担（21000 円を超えたら償還払い）

※富士見市、ふじみ野市、三芳町の場合



83　ひとり親　負担なし（21000 円を超えたら償還払い）

※伊奈町の場合



80　老人　１割（川越市）



88　難病



上限額に受給者証に記載された金額を入力します

償還払いの福祉



割合の欄に主保険の負担割合を設定します

⑫ 千葉県の公費

83　子ども医療費助成（負担なし）



83　子ども医療費助成（負担あり）



※　１回あたりの自己負担額を設定します

※　2023 年８月より、月６回目以降は０円になります。
　　１月あたりの上限回数を「5 回」に設定してください。

81　重度障害医療費助成（負担なし）



81　重度障害医療費助成（負担あり）



※　１回あたりの自己負担額を設定します

85　ひとり親医療費助成（負担なし）



85　ひとり親医療費助成（負担あり）



※　１回あたりの自己負担額を設定します

※　同一保険医療機関で複数科受診した場合は、主たる診療科でのみ算定するようです。
同一負担者番号、受給者番号で「負担なし」の設定をした公費を新たに作成して、２科目のカルテで選択してください。

母子　（負担者番号がない場合）



※　「負担者番号なし」を選択します
※　１回あたりの自己負担額を設定します
※　レセプト作成時に一覧表が出力されますので、請求書に転記してください

⑬ 東京都の公費

80　心身障害者（負担あり）



80136・・・で始まる受給者証の場合、1 割負担、外来上限 18,000 円となります。

80　心身障害者（負担なし）



80137・・・で始まる受給者証の場合、自己負担はありません。

81　ひとり親（負担あり）



81136・・・で始まる受給者証の場合、1 割負担、外来上限 18,000 円となります。

81　ひとり親（負担なし）



81137・・・で始まる受給者証の場合、自己負担はありません。

88　乳幼児・子ども（負担なし）



88132・・・、88133・・・、88135・・・、88137・・・、88138・・・で始まる受給者証の場合、自己負担はありません。

88　子ども（負担あり）



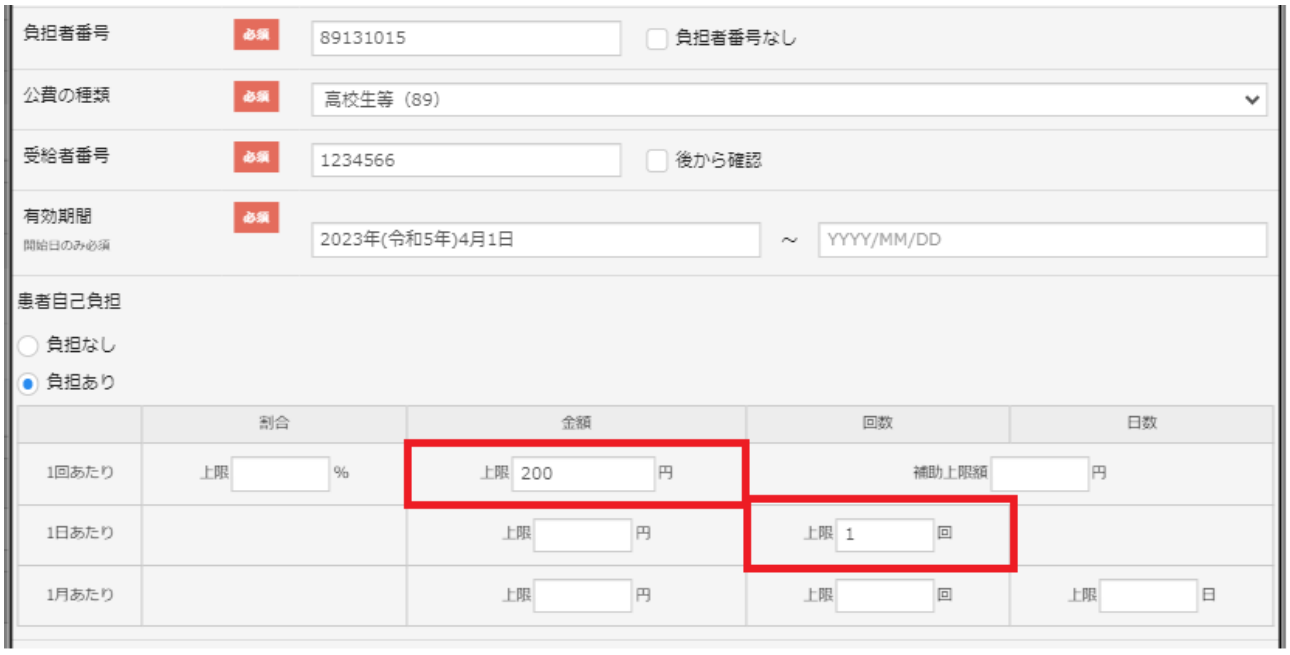
88131・・・、88134・・・で始まる受給者証の場合、通院 1 回につき 200 円の自己負担となります。

89　高校生等（負担なし）



89135・・・、89137・・・で始まる受給者証の場合、自己負担はありません。

89　高校生等（負担あり）



89131・・・、89134・・・で始まる受給者証の場合、通院 1 回につき 200 円の自己負担となります。

82　東京都医療券（都）（負担なし）



82　大気汚染（負担あり）



上限額 6000 円は他医療機関と合算した金額となります。
他医療機関での支払い額は自己負担限度額管理票（東京都大気汚染医療費助成用）をご確認いただき、受付画面で設定してください。

86　C 型肝炎　負担あり



86　C 型肝炎　負担なし



87　妊娠中毒等



83　東京都難病



医療証に記載されている１月あたりの上限額を設定してください。

93　患者票（結核医療、精神障害医療受給者）



結核（10）または精神通院（21）と東京都医療費助成患者票を併用する場合に登録します

⑭ 神奈川県の公費

81　小児医療費助成（負担なし）



80　重度（心身）障害医療費助成（負担なし）



85　ひとり親家庭医療費助成（負担なし）



88　小児ぜん息（負担なし）（川崎市）



89　成人ぜん息（川崎市）



81　小児医療費助成（負担あり）（川崎市、湯河原町等）



※　１回あたりの自己負担額を設定します

80　障害者医療費助成（負担あり）（座間市等）



※　負担割合を設定します

85　ひとり親医療費助成（負担あり）（湯河原町等）



※　１回あたりの自己負担額を設定します

⑮ 新潟県の公費

90　こども



※　患者自己負担を負担ありに設定し、１日あたりの金額、１月あたりの日数を設定します

91　こども



＜受付画面＞



※　90 と 91 を両方お持ちの場合は、公費１にこども（90）の公費を設定し、公費２にこども（91）を設定して受付します

60　老人



※　患者自己負担を負担ありに設定し、割合、１月あたりの金額を設定します

61　重度障害



※　患者自己負担を負担ありに設定し、１日あたりの金額、１月あたりの日数を設定します

64　ひとり親



※　患者自己負担を負担ありに設定し、１日あたりの金額、１月あたりの日数を設定します

92　妊産婦



※　患者自己負担を負担ありに設定し、１日あたりの金額、１月あたりの日数を設定します

⑯ 富山県の公費

81　乳幼児



82　妊産婦



83　ひとり親



84　心身障害



85　高齢者助成



※　患者自己負担を負担ありに設定し、割合（10%または 20%）を設定します

80　心身障害



※　患者自己負担を「負担なし」または「負担あり・10%」に設定します

⑰ 石川県の公費

82　小児慢性特定



※　負担割合、１月あたりの自己負担上限額を設定します

85　重度障害



89　こども医療



※　１日あたりの自己負担額を設定します

90　ひとり親家庭医療費助成（負担なし）



91　ひとり親家庭医療費助成（負担あり）



※　１日あたりの自己負担額を設定します。

99　ひとり親（償還）



※　市町コード、受給資格証番号を入力します。
※　主保険の負担割合を設定します。

99　障害（償還）



※　負担者番号なしにチェックを入れ、受給者番号に認定番号を入力します。
※　患者自己負担に主保険の負担割合を設定します。

結核精神補助



※　自立支援の患者で自己負担がない場合に登録します
※　負担者番号は「負担者番号なし」、受給者番号は「後から確認」にチェックを入れます

⑱ 福井県の公費

80　子ども（負担なし）



80　子ども（負担あり）



※　１月あたりの負担額を設定します

81　ひとり親



82　重度障害



83　福祉



福祉（償還）



※　償還払いの福祉の場合に使用してください
※　負担者番号に市町村コード（受給資格者番号の先頭２桁）を入力します
※　受給者番号に受給資格者番号の３桁目以降の番号（下９桁）を入力します
　　（負担者番号、受給者番号のチェックがかかります）
※　患者自己負担の割合に保険の負担割合を入力します

⑲ 山梨県の公費

81　乳幼児



82　ひとり親



83　重度障害（償還払い）



※　患者自己負担の割合に主保険（社保または国保）の負担割合を設定してください。

※　レセプト摘要欄に「●山梨県自動還付 AAAAAAAABBBBBBB」と記載が必要です。
（AAAAAAAA は負担者番号（8 桁）、BBBBBBB は受給者番号（7 桁））
重度障害（83）の患者は摘要欄コメントの設定を行ってください。

＜摘要欄コメントの設定＞



⑴ 保険等タブよりレセプト摘要欄コメント追加ボタンを選択します。
⑵ 出力区分　摘要欄上部を選択します。
⑶ 摘要欄コメントに記載するコメントを入力します。
　① 「●山梨県自動還付 AAAAAAAABBBBBBB」
　② AAAAAAAA に患者の公費負担者番号（8 桁）、BBBBBBB に患者の公費受給者番号（7 桁）を入力してください。
⑷ 記載期間の開始日は公費の有効開始日を設定します。

⑳ 長野県の公費

83　乳幼児（負担あり）



※　１月の負担額を設定します

※　主保険が変更となった場合は、公費を新規で追加してください。

83　乳幼児（負担なし）



85　ひとり親（負担あり）



※　１月の負担額を設定します

※　主保険が変更となった場合は、公費を新規で追加してください。

85　ひとり親（負担なし）



87　障害（負担あり）



※　１月の負担額を設定します

※　主保険が変更となった場合は、公費を新規で追加してください。

87　障害（負担なし）



99　福祉

償還払いの福祉医療の場合に福祉（99）を使用します



※　負担者番号に市町村番号を入力します（【市町村コード一覧】参照）

※　受給者番号に事業番号、受給者番号を続けて入力します

例：事業番号 12　受給者番号 11111111111 の場合、121111111111 と入力

※　負担者番号、受給者番号のチェックが表示されますが、そのまま登録します

※　患者自己負担は負担あり、割合は保険の負担割合を入力します

※　高額療養費の限度額に達する月は公費の種類「福祉（99）（高額）」を選択してください。高額に達する場合でも国の公費と併用の場合は、「福祉（99）」を選択してください

【市町村コード一覧】

保険者名	コード	保険者名	コード	保険者名	コード	保険者名	コード	保険者名	コード
長野市	001	佐久市	017	原　村	044	山形村	073	泰阜村	101
松本市	002	佐久穂町	019	辰野町	046	朝日村	074	喬木村	102
上田市	003	小海町	020	箕輪町	047	安曇野市	076	豊丘村	103
岡谷市	004	川上村	021	飯島町	048	池田町	082	大鹿村	104
飯田市	005	南牧村	022	南箕輪村	049	松川村	083	小布施町	109
諏訪市	006	南相木村	023	中川村	050	白馬村	086	高山村	111
須坂市	007	北相木村	024	宮田村	052	小谷村	087	山ノ内町	112
小諸市	008	軽井沢町	026	木曽町	053	松川町	089	木島平村	113
伊那市	009	御代田町	028	上松町	054	高森町	090	野沢温泉村	114
駒ヶ根市	010	立科町	029	南木曽町	055	阿南町	091	信濃町	117
中野市	011	長和町	033	木祖村	057	阿智村	094	飯綱町	118
大町市	012	東御市	034	王滝村	061	平谷村	096	小川村	122
飯山市	013	青木村	039	大桑村	062	根羽村	097	栄　村	125
茅野市	014	坂城町	040	筑北村	068	下條村	098		
塩尻市	015	下諏訪町	042	麻績村	069	売木村	099		
千曲市	016	富士見町	043	生坂村	071	天龍村	100		

80　ウイルス肝炎



※　１月あたりの負担額を設定します（10000 円または 20000 円）

81　ウイルス肝炎



※　１月あたりの負担額を設定します（10000 円または 20000 円）

結核・精神助成



※　結核・精神の自己負担がない患者に設定します

※　負担者番号なし、受給者番号なし（後から確認にチェック）で設定します

㉑　岐阜県の公費

81　こども（令和８年４月診療分から）



※ 令和８年４月診療分よりレセプト併用請求へ変更になります

※ 新受給者証を登録する際は、負担者番号８桁を入力後「こども（81）」を選択して受給者番号７桁を入力します。有効期間の開始日は 2026 年４月１日以降にします
（旧受給者証は有効期間の終了日に 2026 年３月 31 日を入力してください）

80　重度障害（令和８年４月診療分から）



※ 令和８年４月診療分よりレセプト併用請求へ変更になります

※ 新受給者証を登録する際は、負担者番号８桁を入力後「重度障害（80）」を選択して受給者番号７桁を入力します。有効期間の開始日は 2026 年４月１日以降にします
（旧受給者証は有効期間の終了日に 2026 年３月 31 日を入力してください）

85　ひとり親（令和８年４月診療分から）



※ 令和８年４月診療分よりレセプト併用請求へ変更になります

※ 新受給者証を登録する際は、負担者番号８桁を入力後「ひとり親（85）」を選択して受給者番号７桁を入力します。有効期間の開始日は 2026 年４月１日以降にします（旧受給者証は有効期間の終了日に 2026 年３月 31 日を入力してください）

乳幼児（令和８年３月診療分まで）



※　負担者番号は「45」と入力します。「負担者番号のチェックデジットが正しくありません。登録してよろしいですか。」と表示されますが、そのまま登録します。

※　受給者番号は「－」（ハイフン）を含めて入力します。「受給者番号が７桁を超えています」「受給者番号に半角英数以外の文字が含まれています」と表示されますが、そのまま登録します。

重度障害（令和８年３月診療分まで）



※　負担者番号は「46」と入力します。「負担者番号のチェックデジットが正しくありません。登録してよろしいですか。」と表示されますが、そのまま登録します。

※　受給者番号は「ー」（ハイフン）を含めて入力します。「受給者番号が７桁を超えています」「受給者番号に半角英数以外の文字が含まれています」と表示されますが、そのまま登録します。

母子・父子家庭（令和８年３月診療分まで）



※　負担者番号は「43」と入力します。「負担者番号のチェックデジットが正しくありません。登録してよろしいですか。」と表示されますが、そのまま登録します。

※　受給者番号は「ー」（ハイフン）を含めて入力します。「受給者番号が７桁を超えています」「受給者番号に半角英数以外の文字が含まれています」と表示されますが、そのまま登録します。

老人医療（垣老）



※　負担者番号は「41」と入力します

※　受給者番号は「ー」（ハイフン）を含めてして入力します。

※　負担割合、１月あたりの上限金額を設定します

㉒　静岡県の公費

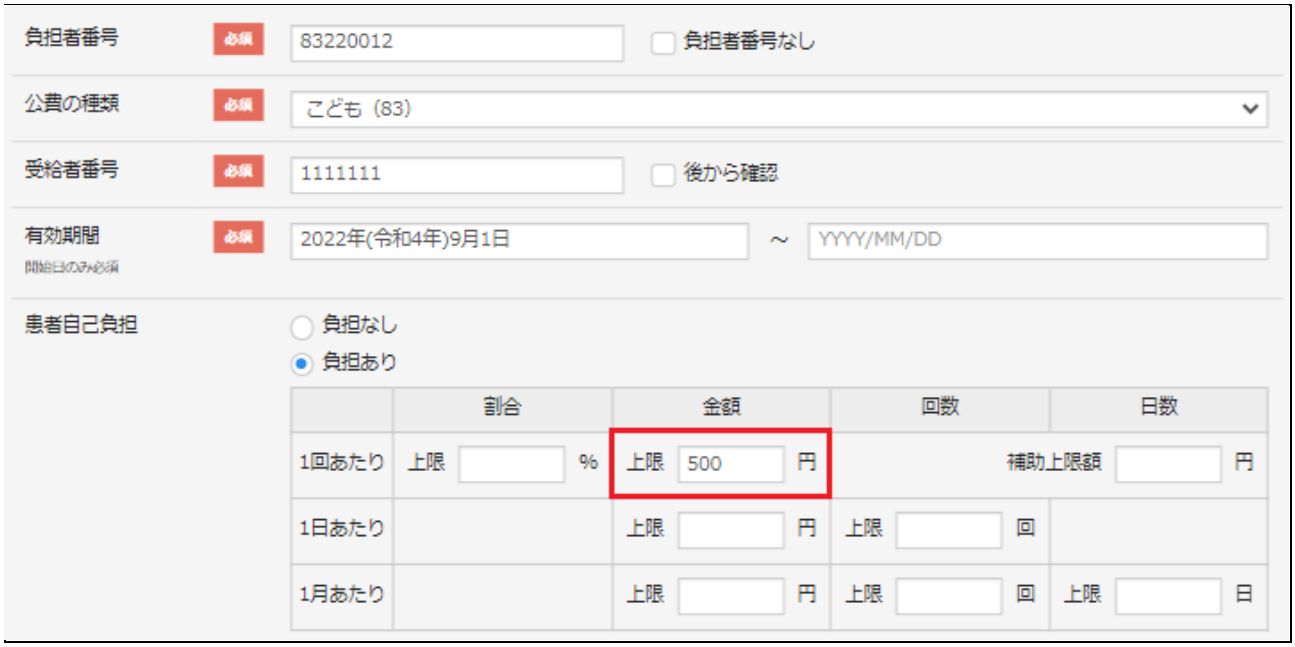
83　こども医療

※　「受給者番号が７桁を超えています。」と出る場合がありますが、そのまま登録します
※　負担ありと負担なしの２種類の公費を作成します

（負担あり）１回あたりの金額、１月あたりの算定回数を設定します
・１回 500 円　月４回までの場合



・毎回 500 円の場合

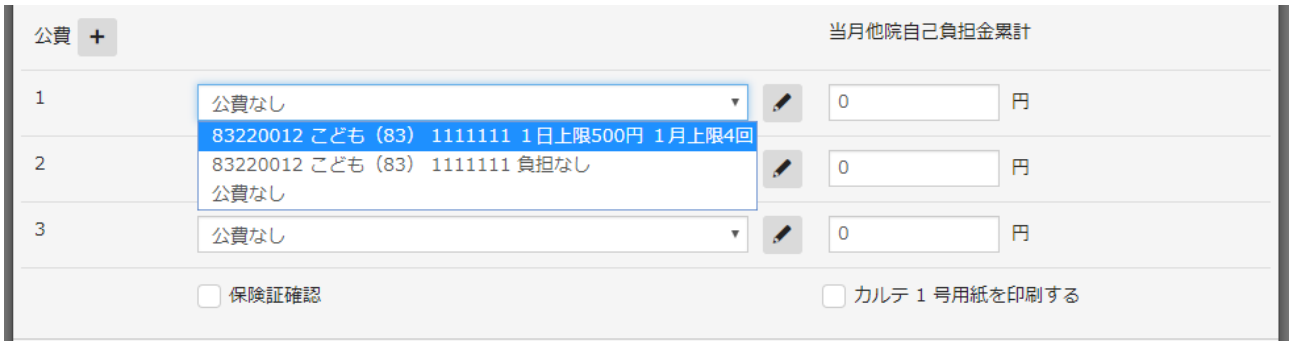


（負担なし）



＜受付時の注意事項＞

他医療機関での支払い状況により、負担あり、負担なしの公費を選択します



84　母子家庭



※　主保険の負担割合を設定します。主保険の給付割合は医療保険編集画面で確認できます。

※　「受給者番号が７桁を超えています。」と出る場合がありますが、そのまま登録します。

85　重度障害



※　主保険の負担割合を設定します。主保険の給付割合は医療保険編集画面で確認できます。

※　「受給者番号が７桁を超えています。」と出る場合がありますが、そのまま登録します。

85　重度障害　（後期２割）

後期高齢者２割負担の患者様で、配慮措置に到達する月はこちらを選択してください

福祉 csv の窓口徴収額が１円単位で記録されます

国の公費と併用される場合は、「重度障害（85）」を選択してください



※　「受給者番号が７桁を超えています。」と出る場合がありますが、そのまま登録します。

85　重度障害　（高額）

高額療養費の限度額に達する月はこちらを選択してください
国の公費と併用される場合は、「重度障害（85）」を選択してください



※　「受給者番号が７桁を超えています。」と出る場合がありますが、そのまま登録します。

84　浜松市母子

（負担あり）



※　１月あたりの自己負担額を設定します。
※　浜松市の受給者証を持っている方が浜松市の医療機関で受診した場合に使用します。

浜松市以外の医療機関で受診した場合は「母子家庭（84）」を使用してください。

（負担なし）



85　浜松市障害

（負担あり）



※　１月あたりの自己負担額を設定します。

※　浜松市の受給者証を持っている方が浜松市の医療機関で受診した場合に使用します。
　　受給者番号は「〇〇－7〇〇〇〇〇〇」のうち、「－」以降の７桁を入力してください。

※　浜松市以外の医療機関で受診した場合は「重度障害（85）」を使用してください。
　　浜松市以外の医療機関の場合、受給者番号は「－」を除く９桁で入力してください。

（負担なし）



㉓　愛知県の公費

＜POINT！＞受給者番号の１桁目は医療費区分を表していますので、公費の種類を確認できます。

【名古屋市】　１ or ０：子ども　７：障害者　６：母子家庭等

【その他市町村】　３ or ４：子ども　５：障害者　８：母子家庭等　９：精神障害

81　こども（負担なし）



※　負担者番号は「81」と入力します

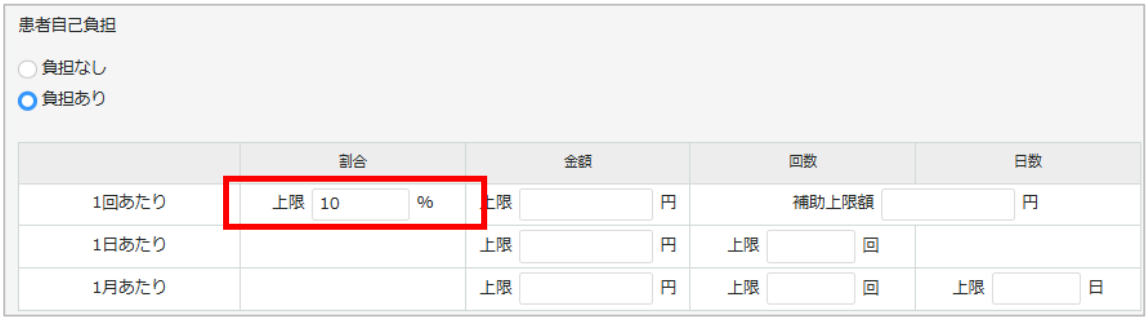
「負担者番号のチェックデジットが正しくありません。登録してよろしいですか。」と表示されますが、そのまま登録します。

※　受給者番号で市町村を判別しますので、市町村の入力は不要です。

※　受給者番号が７桁以上の場合は「受給者番号が７桁を超えています」と表示されますが、そのまま登録します。

※　受給者番号に漢字、記号（ーなど）がある場合、省略して数字のみで入力します。

81　こども（1 割負担）



※　負担割合を設定します

82　障害者医療



※　負担者番号は「82」と入力します
「負担者番号のチェックデジットが正しくありません。登録してよろしいですか。」と表示されますが、そのまま登録します。
※　受給者番号で市町村を判別しますので、市町村の入力は不要です。
※　受給者番号が７桁以上の場合は「受給者番号が７桁を超えています」と表示されますが、そのまま登録します。
※　受給者番号に漢字、記号（ーなど）がある場合、省略して数字のみで入力します。

83　母子・父子家庭医療費



※　負担者番号は「83」と入力します
「負担者番号のチェックデジットが正しくありません。登録してよろしいですか。」と表示されますが、そのまま登録します。
※　受給者番号で市町村を判別しますので、市町村の入力は不要です。
※　受給者番号が７桁以上の場合は「受給者番号が７桁を超えています」と表示されますが、そのまま登録します。
※　受給者番号に漢字、記号（ーなど）がある場合、省略して数字のみで入力します。

85　精神障害



※　負担者番号は「85」と入力します

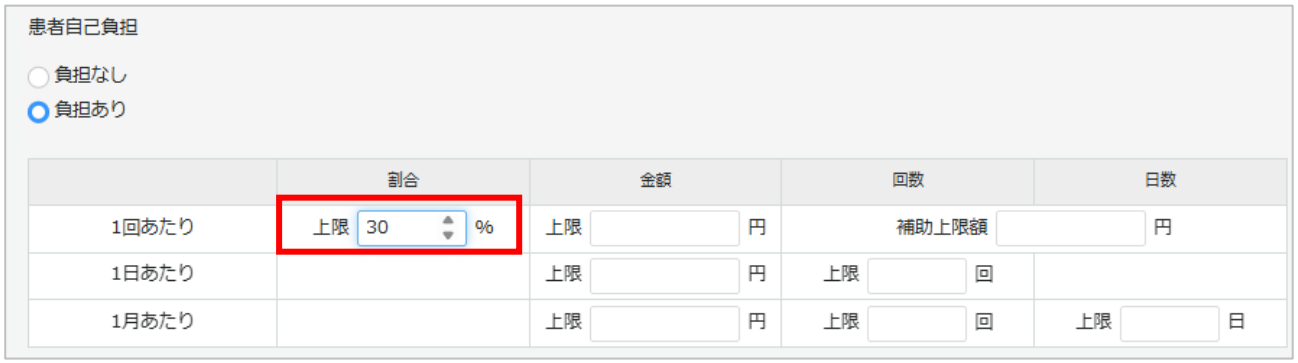
「負担者番号のチェックデジットが正しくありません。登録してよろしいですか。」と表示されますが、そのまま登録します。

※　受給者番号で市町村を判別しますので、市町村の入力は不要です。

※　受給者番号が７桁以上の場合は「受給者番号が７桁を超えています」と表示されますが、そのまま登録します。

※　受給者番号に漢字、記号（ーなど）がある場合、省略して数字のみで入力します。

85　精神障害（償還払い）



※　主保険の負担割合を設定します

89　福祉給付金支給制度



81　こども（半田市中学生以上）

大府市高校生以上　も同様の入力となります。



※　市内の医療機関で受診した場合に適用となる公費の場合に「こども（81）（半田市中学生以上）」を選択します。

※　負担者番号は半田市こども指定の番号「81238883」（全患者共通）を入力します

※　受給者番号で市町村を判別しますので、市町村の入力は不要です。

※　患者自己負担　負担あり　割合 10%を設定します

㉔　三重県の公費

81　こども（現物給付）



82　一人親（現物給付）



80　重度心身障害（現物給付）



こども（自動償還）



※　負担者番号に市町村番号を入力します（一覧表参照）
（PMH には負担者番号８桁が記録される場合があるようですが、領収証明書で請求する場合は市町村番号３桁を入力してください）
※　負担者番号、受給者番号のチェックが表示されますがそのまま登録します
※　患者自己負担は負担あり、割合は保険の負担割合を入力します

一人親（自動償還）



※　負担者番号に市町村番号を入力します（一覧表参照）
（PMH には負担者番号８桁が記録される場合があるようですが、領収証明書で請求する場合は市町村番号３桁を入力してください）
※　負担者番号、受給者番号のチェックが表示されますがそのまま登録します
※　患者自己負担は負担あり、割合は保険の負担割合を入力します

重度障害（自動償還）



※　負担者番号に市町村番号を入力します（一覧表参照）
（PMH には負担者番号８桁が記録される場合があるようですが、領収証明書で請求する場合は市町村番号３桁を入力してください）
※　負担者番号、受給者番号のチェックが表示されますがそのまま登録します
※　患者自己負担は負担あり、割合は保険の負担割合を入力します

老人（自動償還）



※　負担者番号に市町村番号を入力します（一覧表参照）
（PMH には負担者番号８桁が記録される場合があるようですが、領収証明書で請求する場合は市町村番号３桁を入力してください）
※　負担者番号のチェックが表示されますがそのまま登録します
※　患者自己負担は負担あり、割合は保険の負担割合を入力します

妊産婦（負担なし）



※　2024 年９月診療分以降、津市の妊産婦の場合に選択します
※　負担者番号に市町村番号「001」を入力します
※　負担者番号のチェックが表示されますがそのまま登録します

妊産婦（自動償還）



※　負担者番号に市町村番号を入力します（一覧表参照）
（PMH には負担者番号８桁が記録される場合があるようですが、領収証明書で請求する場合は市町村番号３桁を入力してください）
※　負担者番号のチェックが表示されますがそのまま登録します
※　患者自己負担は負担あり、割合は保険の負担割合を入力します

寡婦（自動償還）



※　負担者番号に市町村番号を入力します（一覧表参照）
（PMH には負担者番号８桁が記録される場合があるようですが、領収証明書で請求する場合は市町村番号３桁を入力してください）
※　負担者番号のチェックが表示されますがそのまま登録します
※　患者自己負担は負担あり、割合は保険の負担割合を入力します

市町村コード一覧

001	津市	012	熊野市	077	明和町
002	四日市市	014	いなべ市	078	大台町
003	伊勢市	015	志摩市	081	玉城町
004	松阪市	016	伊賀市	090	度会町
005	桑名市	053	木曽岬町	103	御浜町
007	鈴鹿市	056	東員町	104	紀宝町
008	名張市	059	菰野町	107	大紀町
009	尾鷲市	061	朝日町	108	南伊勢町
010	亀山市	062	川越町	109	紀北町
011	鳥羽市	076	多気町		

こども（松阪市）（負担なし）



※　負担者番号に市町村番号（004）を入力します
※　公費の種類は「こども（松阪市）」を選択します
※　患者自己負担は負担なしを選択します
注：松阪市の医療機関に受診した場合に適用される制度となります。

こども（松阪市）（負担あり）



※　負担者番号に市町村番号（004）を入力します
※　公費の種類は「こども（松阪市）」を選択します
※　患者自己負担は負担あり、１回あたりの上限額を入力します
注：松阪市の医療機関に受診した場合に適用される制度となります。

一人親（松阪市）（負担なし）



※　負担者番号に市町村番号（004）を入力します
※　公費の種類は「一人親（松阪市）」を選択します
※　患者自己負担は負担なしを選択します
注：松阪市の医療機関に受診した場合に適用される制度となります。

一人親（松阪市）（負担あり）



※　負担者番号に市町村番号（004）を入力します
※　公費の種類は「一人親（松阪市）」を選択します
※　患者自己負担は負担あり、１回あたりの上限額を入力します
注：松阪市の医療機関に受診した場合に適用される制度となります。

重度障害（松阪市）（負担なし）



※　負担者番号に市町村番号（004）を入力します
※　公費の種類は「重度障害（松阪市）」を選択します
※　患者自己負担は負担なしを選択します
注：松阪市の医療機関に受診した場合に適用される制度となります。

重度障害（松阪市）（負担あり）



※　負担者番号に市町村番号（004）を入力します

※　公費の種類は「重度障害（松阪市）」を選択します

※　患者自己負担は負担あり、１回あたりの上限額を入力します

注：松阪市の医療機関に受診した場合に適用される制度となります。

㉕　滋賀県の公費

40　乳幼児医療



40　子ども医療



※　１月あたりの負担額を設定します

41　重度心身障害者（児）（負担なし）



41　重度心身障害者（児）（負担あり）



※　１月あたりの負担額を設定します

43　母子家庭（負担なし）



43　母子家庭（負担あり）



※　１月あたりの負担額を設定します

44　父子家庭（負担なし）



44　父子家庭（負担あり）



※　１月あたりの負担額を設定します

45　ひとり暮らし寡婦（負担なし）



45　ひとり暮らし寡婦（負担あり）



※　１月あたりの負担額を設定します

47　重度心身障害者（児）（負担なし）



47　重度心身障害者（児）（負担あり）



※　１月あたりの負担額を設定します

49　母子家庭等（負担なし）



49　母子家庭等（負担あり）



※　１月あたりの負担額を設定します

82　重度心身障害老人（負担なし）



82　重度心身障害老人（負担あり）



※　１月あたりの負担額を設定します

85　重度心身障害老人（負担なし）



85　重度心身障害者老人（負担あり）



※　１月あたりの負担額を設定します

83　母子家庭老人（負担なし）



83　母子家庭老人（負担あり）



※　１月あたりの負担額を設定します

84　父子家庭老人（負担なし）



84　父子家庭老人（負担あり）



※　１月あたりの負担額を設定します

86　母子家庭老人等（負担なし）



86　母子家庭老人等（負担あり）



※　１月あたりの負担額を設定します

42　老人医療費（低所得老人）



※　負担割合（10%または 20%）を設定します

※　主保険の高額療養費上限を含め、１月の自己負担上限がある場合は金額を設定します

46　ひとり暮らし高齢寡婦



※　負担割合（10%または 20%）を設定します

※　主保険の高額療養費上限を含め、１月の自己負担上限がある場合は金額を設定します

48　老人医療費（低所得老人）



※　負担割合（10%または 20%）を設定します

※　主保険の高額療養費上限を含め、１月の自己負担上限がある場合は金額を設定します

70　精神障害者（児）



71　精神障害者（児）



75　精神障害老人



76　精神障害老人


負担者番号
必須
76250018
負担者番号なし
公費の種類
必須
精神障害老人（76）
受給者番号
必須
1111111
後から確認
有効期間
必須
開始日のみ必須
2018/07/01
～
YYYY/MM/DD
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
1回あたり
上限
%
上限
円
1日あたり
上限
円
上限
回
1月あたり
上限
円
上限
回

㉖　京都府の公費

41　老人医療費



※　負担割合、１月あたりの上限額を設定します

43　重度心身障害者



※　負担がある場合は、１日あたりの負担額を設定します

44　母父子家庭



45　子ども医療（負担なし）



45　子ども医療（負担あり）

※　１日あたりの負担額がある場合



45　子ども医療（負担あり）

※　１月あたりの負担額がある場合



27　重度障害老人健管



精神障害



※京都府国保+自立支援で患者負担がない場合に公費を設定してください。
　カルテは「国保＋自立支援（21）＋精神障害」で作成してください。

㉗　大阪府の公費

86　乳幼児



80　障害



82　母子家庭



83　母子家庭



41　老人（1 割負担）



10　結核補助



※　大阪府国保+結核医療で負担が無しの場合に公費を設定してください。

21　自立支援補助



※　大阪府国保+自立支援で負担が無しの場合に公費を設定してください。

92　こども難病（大阪市）



※　１月あたりの上限金額欄に受給者証に記載された自己負担限度額を入力してください。

53　小児喘息（東大阪市）



80　障害（泉佐野市）



㉘　兵庫県の公費

80　乳幼児（負担なし）



※　乳幼児（81）の場合は公費の種類を「乳幼児（81）」に設定してください

80　乳幼児（負担あり）



※　主保険の割合と異なる場合は、割合を設定します

※　１日あたりの金額、１月あたりの日数を設定します（金額は市町村により異なります）

※　乳幼児（81）の場合は公費の種類を「乳幼児（81）」に設定してください

47　こども医療（負担なし）



※　こども医療（48）の場合は公費の種類を「こども（48）」に設定してください

47　こども医療費（負担あり）



※　主保険の割合と異なる場合は、割合を設定します

※　こども医療（48）の場合は公費の種類を「こども（48）」に設定してください

47　こども医療費（負担あり）



※　主保険の割合と異なる場合は、割合を設定します

※　１日あたりの金額、１月あたりの日数を設定します（金額は市町村により異なります）

※　こども医療（48）の場合は公費の種類を「こども（48）」に設定してください

82　重度障害（負担なし）



※　重度障害者医療（83）の場合は公費の種類を「重度障害（83）」に設定してください

82　重度障害（負担あり）



※　１日あたりの金額、１月あたりの日数を設定します（金額は市町村により異なります）
※　重度障害者医療（83）の場合は公費の種類を「重度障害（83）」に設定してください

84　ひとり親（負担なし）



※　ひとり親家庭医療（85）の場合は公費の種類を「ひとり親（85）」に設定してください

84　ひとり親（負担あり）



※　１日あたりの金額、１月あたりの日数を設定します（金額は市町村により異なります）
※　ひとり親家庭医療（85）の場合は公費の種類を「ひとり親（85）」に設定してください

43　精神障害（負担なし）



※　精神障害者医療（44）の場合は公費の種類を「精神障害（44）」に設定してください

43　精神障害（負担あり）



※　１日あたりの金額、１月あたりの日数を設定します（金額は市町村により異なります）

※　精神障害者医療（44）の場合は公費の種類を「精神障害（44）」に設定してください

41　高齢期移行助成（負担なし）



41　高齢期移行助成（1 割負担）



※　負担割合、１月あたりの金額を設定します

41　高齢期移行助成（2 割負担）



※　負担割合、１月あたりの金額を設定します

※　上限額が 8000 円の場合、１月あたりの金額を 8000 円に設定してください

58　高齢重度障害（負担なし）



※　高齢重度障害（59）の場合は公費の種類を「高齢重度障害（59）」に設定してください

58　高齢重度障害（負担あり）



※　１日あたりの金額、１月あたりの日数を設定します（金額は市町村により異なります）

※　高齢重度障害（59）の場合は公費の種類を「高齢重度障害（59）」に設定してください

68　高齢重度精神（負担なし）



※　高齢重度精神（69）の場合は公費の種類を「高齢重度精神（69）」に設定してください

68　高齢重度精神（負担あり）



※　１日あたりの金額、１月あたりの日数を設定します（金額は市町村により異なります）

※　高齢重度精神（69）の場合は公費の種類を「高齢重度精神（69）」に設定してください

86　難病特疾治療



※　１月あたりの自己負担額を設定します

結核精神補助



※　結核・精神の自己負担がない患者に設定します

※　負担者番号なし、受給者番号なし（後から確認にチェック）で設定します

神戸市自立支援助成

神戸市独自の自立支援助成制度があります
精神通院（21）の公費登録画面で、１日あたりの金額、１月あたりの日数を設定します。
（低年金の方で負担金が400円の場合は１日あたりの金額を400円に設定してください）



㉙　奈良県の公費

71　子ども（償還）



※　患者自己負担は負担あり、割合は保険の負担割合を入力します

73　子ども（現物給付）



※　患者自己負担は負担なしを設定します。

73　子ども（現物給付）（負担あり）



※　患者自己負担は負担あり、金額に１月あたりの上限額を設定します。

81　障害（償還）



※　患者自己負担は負担あり、割合は保険の負担割合を入力します

83　障害（現物給付）



※　患者自己負担は負担なしを設定します

83　障害（現物給付）（負担あり）



※　患者自己負担は負担あり、金額に１月あたりの上限額を入力します

91　ひとり親（償還）



※　患者自己負担は負担あり、割合は保険の負担割合を入力します

93　ひとり親（現物給付）



※　患者自己負担は負担なしを設定します

93　ひとり親（現物給付）（負担あり）



※　患者自己負担は負担あり、金額に１月あたりの上限額を入力します

80　精神障害（償還）



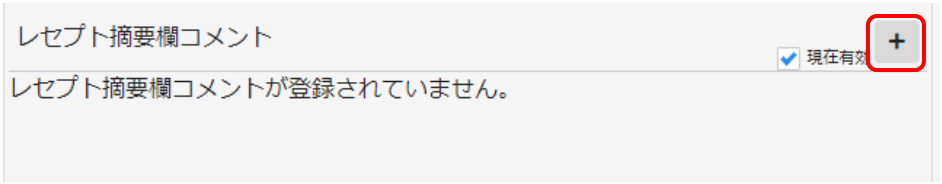
※　患者自己負担は負担あり、割合は保険の負担割合を入力します

補足事項

※　償還払いの公費（71）（81）（91）（80）と社会保険併用の場合、レセプト摘要欄にコメントの記載が必要となります

＜レセプト摘要欄コメント設定手順＞

1. 患者のカルテを開きます
2. 保険等タブを開き、レセプト摘要欄コメントの［＋］ボタンを押します



3. コメントを入力し、［登録］を押します



＜コメント設定内容＞

出力区分：摘要欄上部を選択

摘要欄コメント：公費の種類により、下記の内容を入力

公費の種類	コメント記載内容
子ども（71）	奈良県福祉医療
障害（81）	
ひとり親（91）	
精神障害（80）	奈良県精神医療

記載期間：公費の適用期間を入力

障害（四條畷市）

大阪府四條畷市福祉に対応している医療機関様において、社保の患者様に選択してください



ひとり親（四條畷市）

大阪府四條畷市福祉に対応している医療機関様において、社保の患者様に選択してください



子ども（四條畷市）

大阪府四條畷市福祉に対応している医療機関様において、社保の患者様に選択してください



㉚　和歌山県の公費

80　重度障害



81　乳幼児（負担なし）



81　乳幼児（負担あり）



※　患者自己負担を負担ありに設定し、割合を設定します

82　ひとり親



83　県難病



※　患者自己負担を負担ありに設定し、割合、１月あたりの上限金額を設定します

85　後期高齢者重度障害



41　老人医療費（2 割）



41　老人医療費（2 割　低所得）



㉛　鳥取県の公費

81　身体障害（負担なし）



81　身体障害（負担あり）



※　患者自己負担を負担ありに設定し、割合、１月あたりの金額を設定します
※　自己負担額は医療証をご確認ください

82　知的障害（負担なし）



82　知的障害（負担あり）



※　患者自己負担を負担ありに設定し、割合、１月あたりの金額を設定します

※　自己負担額は医療証をご確認ください

83　精神障害（負担なし）



83　精神障害（負担あり）



※　患者自己負担を負担ありに設定し、割合、１月あたりの金額を設定します

※　自己負担額は医療証をご確認ください

84　特定疾病



※　患者自己負担を負担ありに設定し、１日あたりの金額、１月あたりの日数を設定します

85　小児



※　患者自己負担を負担ありに設定し、１日あたりの金額、１月あたりの日数を設定します

87　ひとり親



※　患者自己負担を負担ありに設定し、１日あたりの金額、１月あたりの日数を設定します

㉜　島根県の公費

90　こども（負担なし）



※社保レセプトで請求する場合は「こども（90）（併用）」を選択します。（大田市）

90　こども（負担あり）



※　患者自己負担を負担ありに設定し、割合、１月あたりの金額を設定します

90　こども（公費１割）



※　負担割合が１割の国の公費（自立支援等）と併用する場合は、公費の種類を「こども（90）（公費１割）」に設定します

※　こども医療の上限金額に達しない場合は、レセプト、請求書にこども医療の番号が記載されません

※　患者自己負担を負担ありに設定し、割合、１月あたりの金額を設定します

91　福祉



※　患者自己負担を負担ありに設定し、割合、１月あたりの金額を設定します

※　自己負担額は医療証をご確認ください

91　福祉（主保・公費１割）



※　後期高齢者１割の場合や、負担割合が１割の国の公費（自立支援等）と併用する場合は、公費の種類を「福祉（91）（主保・公費１割）」に設定します
※　患者自己負担を負担ありに設定し、割合、１月あたりの金額を設定します
※　自己負担額は医療証をご確認ください

精神助成



※　精神通院助成後の自己負担分を助成対象とします
※　負担者番号なし、受給者番号は後から確認にチェックを付けます。
※　患者自己負担を負担ありに設定し、１月あたりの金額を設定します
※　医療費請求書は出力されませんので、福祉患者一覧表を参照の上、専用用紙に手書きをお願いします

㉝　岡山県の公費

85　子ども医療費助成（負担なし）



85　子ども医療費助成（負担あり）



※　負担割合を設定します

※　月上限額がある場合は、１月あたりの金額欄に上限額を設定します

86　ひとり親家庭医療費助成（負担なし）



86　ひとり親家庭医療費助成（負担あり）



※　負担割合を設定します

※　月上限額がある場合は、１月あたりの金額欄に上限額を設定します

80　心身障害者医療費助成（負担なし）



80　心身障害者医療費助成（負担あり）



※　負担割合を設定します

※　月上限額がある場合は、１月あたりの金額欄に上限額を設定します

㉞　広島県の公費

90　乳幼児（負担なし）



90　乳幼児（初診時負担あり）



※　１日あたりの金額、１月あたりの日数を設定します
※　「負担なし」の公費も登録し、受付時に初診時は「負担あり」、再診時は「負担なし」の公費を選択してください

90　乳幼児（初診時負担あり）



※　１日あたりの金額、１月あたりの日数を設定します
※　「負担なし」の公費も登録し、受付時に初診時は「負担あり」、再診時は「負担なし」の公費を選択してください

90　乳幼児（負担あり）



１日あたりの金額、１月あたりの日数を設定します

91　重度障害（負担なし）



91　重度障害（負担あり）



※　１日あたりの負担金額、１月あたりの日数を設定します

92　ひとり親（負担なし）



92　ひとり親（負担あり）



※　１日あたりの負担金額、１月あたりの日数を設定します

93　精神障害（負担なし）


負担者番号
必須
93344000
負担者番号なし
公費の種類
必須
精神障害（93）
受給者番号
必須
1111111
後から確認
有効期間
必須
開始日のみ必須
2019年(平成31年)1月1日
～
YYYY/MM/DD
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
日数
1回あたり
上限
%
上限
円
1日あたり
上限
円
上限
回
1月あたり
上限
円
上限
回
上限
日

㉟　山口県の公費

81　福祉（負担なし）



※　法別番号 81 の医療証の場合、公費の種類を「福祉（81）」にして登録してください

81　福祉（負担あり）



※　法別番号 81 の医療証の場合、公費の種類を「福祉（81）」にして登録してください
※　患者自己負担を負担ありに設定し、１月あたりの自己負担額を入力します

81　福祉（負担あり・２割負担）



※　主保険が国保の場合、公費の種類を「福祉（81）（2 割）（国保用）」、主保険が社保の場合、公費の種類を「福祉（81）（2 割）（社保用）」を設定してください

※　患者自己負担を負担ありに設定し、負担割合を入力します

81　福祉（負担あり・１割負担）



※　主保険が国保の場合、公費の種類を「福祉（81）（1 割）（国保用）」、主保険が社保の場合、公費の種類を「福祉（81）（1 割）（社保用）」を設定してください

※　患者自己負担を負担ありに設定し、負担割合を入力します

㊱　徳島県の公費

45　子ども（負担なし）



※　法別番号に応じて公費の種類を「子ども（45）」、「子ども（46）」に設定します

45　子ども（負担あり）



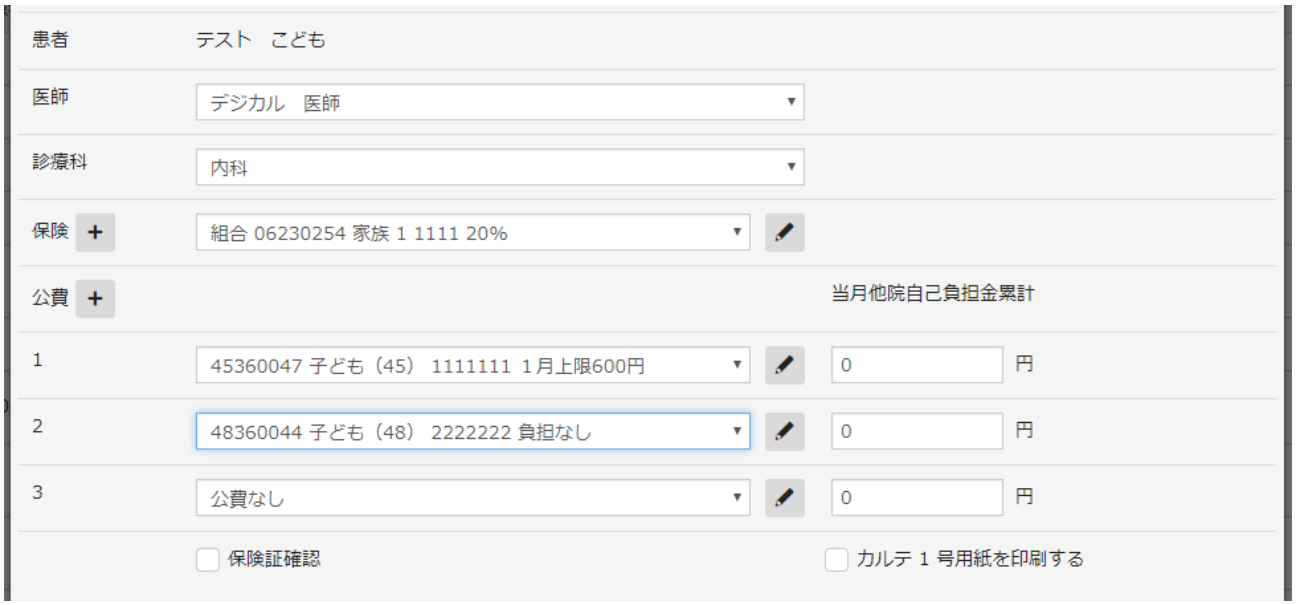
※　患者自己負担を負担ありに設定し、１月あたりの上限額を設定します
※　法別番号に応じて公費の種類を「子ども（45）」、「子ども（46）」に設定します

48　子ども



※　法別番号 48 の医療証（子ども医療の患者負担を助成）を併用する場合、公費を追加登録します

＜受付画面＞



※　受付の際には公費１に子ども（45）または子ども（47）の公費を設定し、公費２に子ども（48）を設定します

46　重度障害



49　ひとり親（負担なし）



49　ひとり親（負担あり）



※　患者自己負担を負担ありに設定し、１月あたりの上限額を設定します

福祉（償還払い）



※　償還払いの医療証の場合、公費の種類は福祉（償還払い）を選択します
※　患者自己負担は負担ありに設定し、医療保険の負担割合を割合欄に設定します
※　請求書は作成されませんので、償還払い患者一覧表を参照して転記してください

㊲　香川県の公費

80　子ども



※　法別番号 80 の医療証の場合、公費の種類を「子ども（80）」にして登録してください

81　子ども



※　法別番号 81 の医療証の場合、公費の種類を「子ども（81）」にして登録してください

83　ひとり親



86　重度障害



94　県難病



※　患者自己負担を負担ありに設定し、割合、１月あたりの上限額を設定します

ひとり親（請求書請求）



※　医療費請求書で請求する市（さぬき市、東かがわ市等）の医療証の場合、公費の種類はひとり親（請求書請求）を選択してください

※　医療費請求書には福祉患者一覧表を参照して転記してください

重度障害（請求書請求）



※　医療費請求書で請求する市（さぬき市、東かがわ市等）の医療証の場合、公費の種類は重度障害（請求書請求）を選択してください

※　医療費請求書には福祉患者一覧表を参照して転記してください

福祉（償還払い）



※　償還払いの市の医療証の場合、公費の種類は福祉（償還払い）を選択してください

※　患者自己負担は負担ありに設定し、医療保険の負担割合を割合欄に設定してください

※　医療費請求書には償還払い患者一覧表を参照して転記してください

㊳　愛媛県の公費

81　重度障害



71　重度障害



82　乳幼児


負担者番号
必須
82380015
負担者番号なし
公費の種類
必須
乳幼児（82）
受給者番号
必須
1111111
後から確認
有効期間
必須
開始日のみ必須
2018/08/01
～
YYYY/MM/DD
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
1回あたり
上限
%
上限
円
1日あたり
上限
円
上限
回
1月あたり
上限
円
上限
回

72　乳幼児


負担者番号
必須
72380025
負担者番号なし
公費の種類
必須
乳幼児（72）
受給者番号
必須
1111111
後から確認
有効期間
必須
開始日のみ必須
2018/08/01
～
YYYY/MM/DD
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
1回あたり
上限
%
上限
円
1日あたり
上限
円
上限
回
1月あたり
上限
円
上限
回

83　ひとり親


負担者番号
必須
83380014
負担者番号なし
公費の種類
必須
ひとり親（83）
受給者番号
必須
1111111
後から確認
有効期間
必須
開始日のみ必須
2018/08/01
～
YYYY/MM/DD
患者自己負担
負担なし
負担あり
割合
金額
回数
1回あたり
上限
%
上限
円
1日あたり
上限
円
上限
回
1月あたり
上限
円
上限
回

㊴　高知県の公費

43　ひとり親



※　高知市の場合は公費の種類を「ひとり親（43）（併用）」にします。

46　重度障害



※ 県外国保と併用の場合は、公費の種類を「重度障害（46）（県外国保）」にします。
※ 高知市の場合は公費の種類を「重度障害（46）（併用）」にします。

47　高齢者障害



55　小児慢性



72　乳幼児（1 割助成）



※　患者自己負担に割合を設定します。
　　未就学児の場合は 10%、小学生以上の場合は 20%を設定します。
　　高知市の場合は公費の種類を「乳幼児（72）（併用）」にします。

74　乳幼児（負担無し）



※　乳幼児（72）と乳幼児（74）を併用する場合は、受付画面の第一公費、第二公費にそれぞれの公費を設定してください。
　　高知市の場合は公費の種類を「乳幼児（74）（併用）」にします。

73　乳幼児（負担無し）



※　高知市の場合は公費の種類を「乳幼児（73）（併用）」にします。

75　乳幼児（負担無し）



※　高知市の場合は公費の種類を「乳幼児（75）（併用）」にします。

76　乳幼児（負担無し）



※　高知市の場合は公費の種類を「乳幼児（76）（併用）」にします。

㊵　福岡県の公費

81　子ども医療（負担なし）



81　子ども医療（負担あり）



※　１月あたりの自己負担額を設定します（自己負担額は市町村により異なります）
※　社保と併用する場合は公費の種類「こども（81）（社保併用）」を選択してください。
　　上限金額に達しない場合にもレセプトに公費番号と一部負担金が記載されます。

80　重度障がい者（負担なし）



80　重度障がい者（負担あり）



※　１月あたりの自己負担額を設定します（自己負担額は市町村により異なります）

90　ひとり親（負担なし）



90　ひとり親（負担あり）



※　１月あたりの自己負担額を設定します（自己負担額は市町村により異なります）

㊶　佐賀県の公費

81　子ども（負担なし）



81　子ども（負担あり）



※　患者自己負担を負担ありに設定し、１回あたりの上限額、１月あたりの上限回数を設定します

81　子ども（負担あり）



※　患者自己負担を負担ありに設定し、１月あたりの上限額を設定します

福祉（償還払い）



※　償還払いの福祉の場合、公費の種類は福祉（償還払い）を選択します
※　患者自己負担は負担ありに設定し、医療保険の負担割合を割合欄に設定します
※　請求書は作成されませんので、償還払い患者一覧表を参照して転記してください

㊷　長崎県の公費

80　乳幼児（負担なし）



80　乳幼児（負担あり）



※　患者自己負担を負担ありに設定し、１日あたりの上限額と１月あたりの上限額を設定します

81　ひとり親



※　患者自己負担を負担ありに設定し、１日あたりの上限額と１月あたりの上限額を設定します

86　被爆



87　心身障害



※　患者自己負担を負担ありに設定し、１日あたりの上限額と１月あたりの上限額を設定します

88　精神障害



※　患者自己負担を負担ありに設定し、１日あたりの上限額と１月あたりの上限額を設定します

福祉（償還払い）



※　償還払いの福祉の場合、公費の種類は福祉（償還払い）を選択します
※　患者自己負担は負担ありに設定し、医療保険の負担割合を割合欄に設定します
※　請求書は作成されませんので、償還払い患者一覧表を参照して転記してください

㊸　熊本県の公費

80　子ども（負担なし）



※ レセプト併用で請求する市町村の場合、公費の種類は子ども（80）を選択します

80　子ども（負担あり）



※ レセプト併用で請求する市町村の場合、公費の種類は子ども（80）を選択します

83　ひとり親（負担あり）



※ レセプト併用で請求する市町村の場合、公費の種類はひとり親（83）を選択します

85　重度障害（負担なし）



※ レセプト併用で請求する市町村の場合、公費の種類は重度障害（85）を選択します

85　重度障害（負担あり）



※ レセプト併用で請求する市町村の場合、公費の種類は重度障害（85）を選択します

86　重度障害（負担あり）



※ 2024 年８月診療分以降、熊本市の 1/3 負担の場合に公費の種類は重度障害（86）を選択します

※ レセプト併用請求となります。

※ 患者負担金の計算が１円単位となります

※ 受給者番号は「ＦＡ」等の記号を抜いた７桁の数字を入力してください

こども（請求書請求）（負担なし）



※　請求書で請求する市町村の場合、公費の種類は子ども（請求書請求）を選択します
※　負担者番号に市町村番号を入力します（一覧表参照）
※　負担者番号、受給者番号のチェックが表示されますがそのまま登録します
※　2024/11 以前の熊本市の場合、「ニA」等の記号も含めて受給者番号欄に入力します
　　2024/12 から、熊本市の場合は「こども（80）」を選択してください。

こども（請求書請求）（負担あり）



※　負担ありの場合、公費の種類は子ども（請求書請求）（負担あり）を選択します
※　負担者番号に市町村番号を入力します（一覧表参照）
※　負担者番号、受給者番号のチェックが表示されますがそのまま登録します
※　2024/11 以前の熊本市の場合、「ニA」等の記号も含めて受給者番号欄に入力します
　　2024/12 から、熊本市の場合は「こども（80）」を選択してください。

重度障害（請求書請求）（負担なし）



※　負担者番号に市町村番号を入力します（一覧表参照）
※　負担者番号、受給者番号のチェックが表示されますがそのまま登録します
※　2024/7 以前の熊本市の場合「シA」等の記号も含めて受給者番号欄に入力ます

重度障害（請求書請求）（負担あり）



※　負担者番号に市町村番号を入力します（一覧表参照）
※　負担ありの場合、公費の種類は重度障害（請求書請求）（負担あり）を選択します
※　負担者番号、受給者番号のチェックが表示されますがそのまま登録します
※　2024/7 以前の熊本市の場合「シA」等の記号も含めて受給者番号欄に入力します

重度障害（熊本市　自己負担の 1/3 負担）

※2024 年７月診療分まで



2024 年７月診療分までは以下の登録となります

※　負担者番号に市町村番号（001）を入力します（一覧表参照）

※　公費の種類は「重度障害（熊本市 1/3 負担）」を選択します

※　負担者番号、受給者番号のチェックが表示されますがそのまま登録します
　　「フＡ」等の記号も含めて受給者番号欄に入力します

※　患者自己負担は負担あり、「負担金の 1/3 を負担」にチェックを入れます

※2024 年８月診療分からは「重度障害（負担あり）」の登録方法を参照してください
　2024 年８月診療分から熊本市重度障害はレセプト併用請求となります

ひとり親（請求書請求）（償還）



※　負担者番号に市町村番号を入力します（一覧表参照）

※　負担者番号、受給者番号のチェックが表示されますがそのまま登録します

※　患者自己負担は負担あり、割合は保険の負担割合を入力します

ひとり親（熊本市　自己負担の 1/3 負担）

※2024 年 11 月診療分まで



2024 年 11 月診療分までは以下の登録となります

※　負担者番号に市町村番号（001）を入力します（一覧表参照）

※　公費の種類は「ひとり親（熊本市 1/3 負担）」を選択します

※　負担者番号、受給者番号のチェックが表示されますがそのまま登録します

※　患者自己負担は負担あり、「負担金の 1/3 を負担」にチェックを入れます

※2024 年 12 月診療分からは「ひとり親（負担あり）」の登録方法を参照してください

2024 年 12 月診療分から熊本市重度障害はレセプト併用請求となります

ひとり親（水俣市　自己負担の 1/3 負担）



※　負担者番号に市町村番号（005）を入力します（一覧表参照）
※　公費の種類は「ひとり親（水俣市 1/3 負担）」を選択します
※　負担者番号、受給者番号のチェックが表示されますがそのまま登録します
※　患者自己負担は負担あり、「負担金の 1/3 を負担」にチェックを入れます

市町村コード一覧

001	熊本市	070	南関町	116	多良木町
003	人吉市	071	長州町	117	湯前町
004	荒尾市	079	大津町	118	水上村
005	水俣市	080	菊陽町	121	相良村
011	宇土市	086	南小国町	122	五木村
012	上天草市	087	小国町	123	山江村
013	山鹿市	088	産山村	124	球磨村
014	宇城市	091	高森町	135	苓北町
015	阿蘇市	095	西原村	151	美里町
016	菊池市	096	御船町	161	和水町
017	八代市	097	嘉島町	191	南阿蘇村
018	玉名市	098	益城町	201	山都町
019	合志市	099	甲佐町	211	氷川町
020	天草市	111	津奈木町	221	芦北町
067	玉東町	112	錦町	231	あさぎり町

㊹　大分県の公費

83　子ども医療費助成（負担なし）



83　子ども医療費助成（負担あり）



※　１回あたりの自己負担額、１月あたりの回数を設定します

82　ひとり親家庭医療費助成（負担なし）



82　ひとり親家庭医療費助成（負担あり）



※　１回あたりの自己負担額、１月あたりの回数を設定します

84　重度心身障害者（自動償還）



※　患者自己負担は負担あり、割合は保険の負担割合を入力します

84　重度心身障害者（高額）

高額療養費の限度額または後期２割の配慮措置に達する月はこちらを選択してください。
国の公費と併用する場合は「重度障害（市単）」を選択してください。



㊺　宮崎県の公費

81　こども（負担なし）



81　こども（負担あり）



※　患者自己負担を負担ありに設定し、１月あたりの上限額を設定します
※　１月あたりの金額は医療証をご確認ください

88　ひとり親



95　重度障害（負担なし）



95　重度障害（負担あり）



※ 患者自己負担を負担ありに設定し、１月あたりの上限額を設定します

90　重心等（償還払い）



※　患者自己負担は負担ありに設定し、医療保険の負担割合を割合欄に設定します

福祉（償還払い）



※　償還払いの福祉の場合、公費の種類は福祉（償還払い）を選択します
※　患者自己負担は負担ありに設定し、医療保険の負担割合を割合欄に設定します
※　請求書は作成されませんので、償還払い患者一覧表を参照して転記してください

㊻　鹿児島県の公費

80　乳幼児



乳幼児（償還払い）



※　負担者番号、受給者番号のチェックがかかりますが、そのまま登録します。
※　償還払いの乳幼児の場合、公費の種類は「乳幼児（償還）」を選択します。
※　患者自己負担は負担ありに設定し、医療保険の負担割合を割合欄に設定します。

重度障害（償還払い）※2024 年７月１日からの制度です



※　負担者番号、受給者番号のチェックがかかりますが、そのまま登録します。
※　患者自己負担は負担ありに設定し、医療保険の負担割合を割合欄に設定します

福祉（償還払い）



※　乳幼児、重度障害以外の償還払いの福祉の場合、公費の種類は福祉（償還払い）を選択します。
※　患者自己負担は負担ありに設定し、医療保険の負担割合を割合欄に設定します。
※　請求書は作成されませんので、償還払い患者一覧表を参照して転記してください。

㊼　沖縄県の公費

こども（現物給付）



※　負担者番号に事業番号を入力します（現物給付の場合は６と入力）

※　「負担者番号のチェックデジットが正しくありません。登録してよろしいですか。」と表示されますが、そのまま登録してください

※　受給者番号が７桁を超える場合、「受給者番号が７桁を超えています」と表示されますが、そのまま登録してください

こども（自動償還）



※　負担者番号に事業番号を入力します（自動償還の場合は１と入力）

※　「負担者番号のチェックデジットが正しくありません。登録してよろしいですか。」と表示されますが、そのまま登録してください

※　受給者番号が７桁を超える場合、「受給者番号が７桁を超えています」と表示されますが、そのまま登録してください

※　患者自己負担の割合に主保険（社保または国保）の負担割合を設定してください

母子・父子（自動償還）



※　負担者番号に事業番号を入力します（2 と入力）

※　「負担者番号のチェックデジットが正しくありません。登録してよろしいですか。」と表示されますが、そのまま登録してください

※　受給者番号が 7 桁を超える場合、「受給者番号が 7 桁を超えています」と表示されますが、そのまま登録してください

※　患者自己負担の割合に主保険（社保または国保）の負担割合を設定してください

重度障害（自動償還）



※　負担者番号に事業番号を入力します（3 と入力）

※　「負担者番号のチェックデジットが正しくありません。登録してよろしいですか。」と表示されますが、そのまま登録してください

※　受給者番号が 7 桁を超える場合、「受給者番号が 7 桁を超えています」と表示されますが、そのまま登録してください

※　患者自己負担の割合に主保険（社保または国保）の負担割合を設定してください

精神障害者特別措置医療費



※　負担者番号に「91」と入力します。

※　「負担者番号のチェックデジットが正しくありません。登録してよろしいですか。」と表示される場合はそのまま登録してください。

※　受給者番号に精神通院（21）の受給者番号を入力します。

X. 算定項目登録

1. 初再診

① 時間外加算、夜間早朝等加算の算定

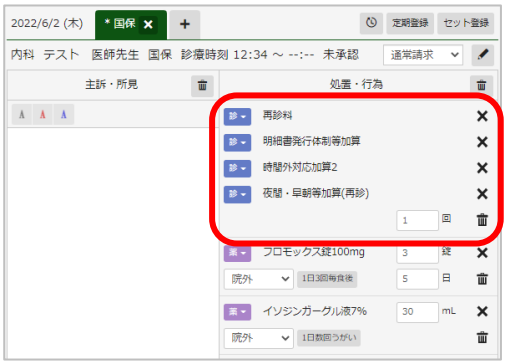
➢ 初診の場合

初診、その他の加算を入力し、最下行に時間外加算などの加算を入力します。



➢ 再診の場合

再診、その他の加算を入力し、最下行に時間外加算などの加算を入力します。



② 加算の入力順

初診料→（感染防止策に係る加算）→医療情報取得加算→医療 DX 推進体制整備加算→（時間外の加算）の順に入力してください。乳幼児加算は自動算定で入力してください。

＜初診料入力例＞



＜再診料入力例＞

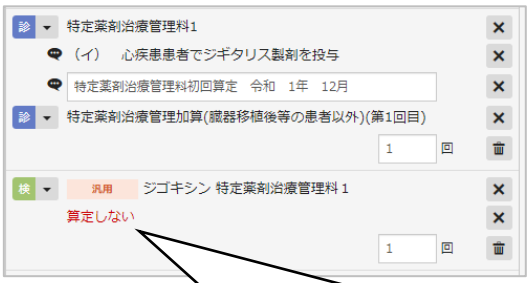


2. 医学管理料

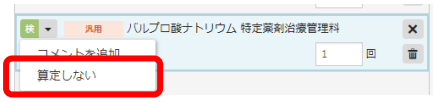
① 血中濃度を測定する検査（特定薬剤治療管理料の算定）

特定薬剤治療管理料を算定した場合は、レセプト摘要欄に血中濃度を測定している薬剤のコメント及び初回の算定年月を記載する必要があります。
「特定薬剤治療管理料」「薬剤についてのコメント」「初回算定コメント」「加算」の順で入力します。
「薬剤についてのコメント」「初回算定コメント」はコメントマスタを使用します。
「検査項目」は検査依頼のため入力を行いますが、点数は特定薬剤治療管理料で算定します

➢ 初回算定



検査項目は「検」の文字をクリックして、「算定しない」を選択します。



検査を「算定しない」に設定せずに会計登録を行うと特定薬剤治療管理料が重複算定されますのでご注意ください。

薬剤についてのコメントは以下の選択式コメントから入力してください

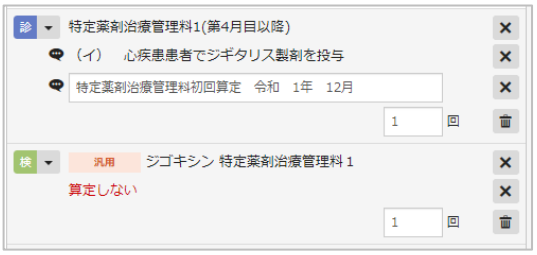
（イ） 心疾患患者でジギタリス製剤を投与
（ロ） てんかん患者で抗てんかん剤を投与
（ハ） 臓器移植術を受けた患者で免疫抑制剤を投与
（ニ） 気管支喘息等の患者でテオフィリン製剤を投与
（ホ） 不整脈の患者に対して不整脈用剤を継続的に投与
（ヘ） 統合失調症の患者でハロペリドール製剤等を投与
（ト） 躁うつ病の患者でリチウム製剤を投与
（チ） 躁うつ病又は躁病の患者でバルプロ酸ナトリウム等を投与
（リ） 留意事項通知に規定する患者でシクロスポリンを投与
（ヌ） 留意事項通知に規定する患者でタクロリムス水和物を投与
（ル） 若年性関節リウマチ等の患者でサリチル酸系製剤を継続投与

（ヲ）　悪性腫瘍の患者でメトトレキサートを投与
（ワ）　留意事項通知に規定する患者でエベロリムスを投与
（カ）　入院中の患者であってアミノ配糖体抗生物質等を数日間以上投与
（ヨ）　重症又は難治性真菌感染症又は造血幹細胞移植の患者であってトリアゾール系抗真菌剤を投与
（タ）　イマチニブを投与
（レ）　リンパ脈管筋腫症の患者でシロリムス製剤を投与
（ソ）　腎細胞癌の患者で抗悪性腫瘍剤としてスニチニブを投与
（ツ）　片頭痛の患者であってバルプロ酸ナトリウムを投与
（ネ）　統合失調症の患者であって治療抵抗性統合失調症治療薬を投与
（ナ）　ブスルファンを投与

➢　２月目以降の算定



➢　４月目以降（逓減）の算定



➢　複数薬剤の場合

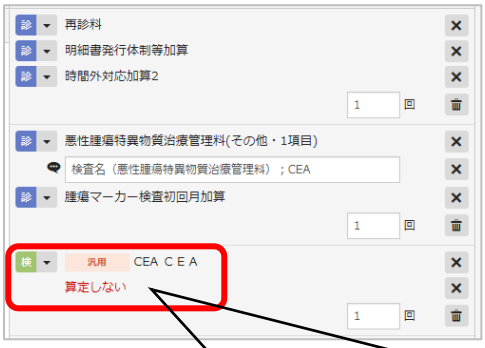
特定薬剤治療管理料、コメントを別グループで入力します。
検査は同じグループで入力します。



② 腫瘍マーカーの検査（悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定）

悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定した場合は、レセプト摘要欄に腫瘍マーカー検査名を記載する必要があります。検査は管理料に含まれるため、算定できません。

「管理料」「腫瘍マーカー検査名コメント」「検査項目」の順で入力します。
「初回月加算」がある場合は「管理料」と「腫瘍マーカー検査名コメント」の間に入力します。



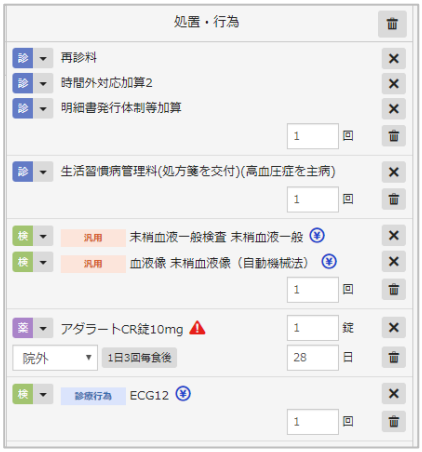
検査項目は「検」の文字をクリックして、「算定しない」を選択します。



腫瘍マーカー検査を「算定しない」に設定せずに会計登録をしてしまうと
悪性腫瘍特異物質治療管理料と腫瘍マーカー検査両方の点数が算定されますので
ご注意ください。

③ 包括項目がある管理料（生活習慣病管理料、小児科外来診療料など）

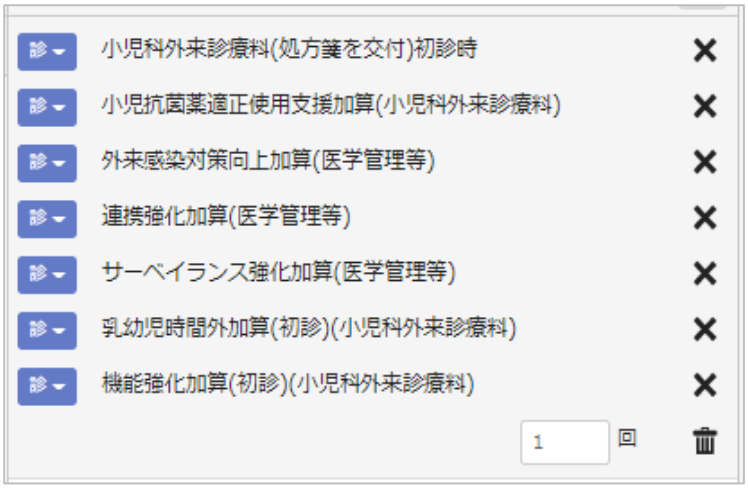
生活習慣病管理料や小児科外来診療料のように包括される項目がある場合、通常のカルテと同じように入力します。包括される項目は青い「￥」マークで表示され、点数算定から除外されます。



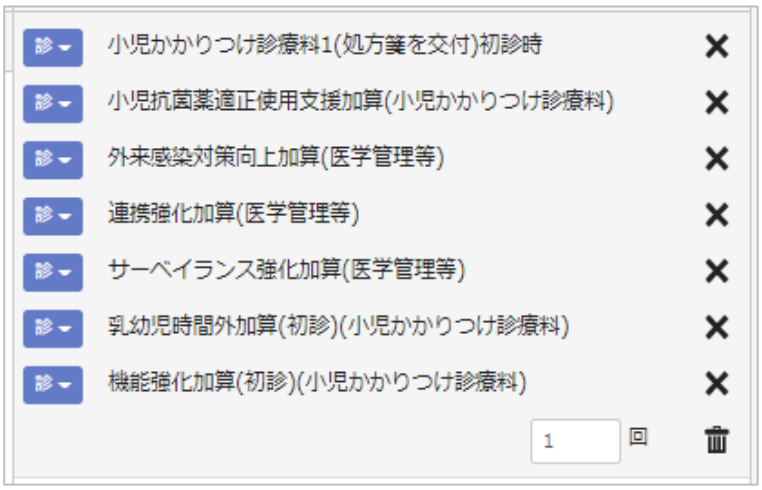
④ 小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料に係る加算の入力順

小児抗菌薬適正使用支援加算→感染対策に係る加算（外来感染対策向上加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算）→時間加算→機能強化加算の順に入力します。

＜小児科外来診療料の入力例＞



＜小児かかりつけ診療料の入力例＞

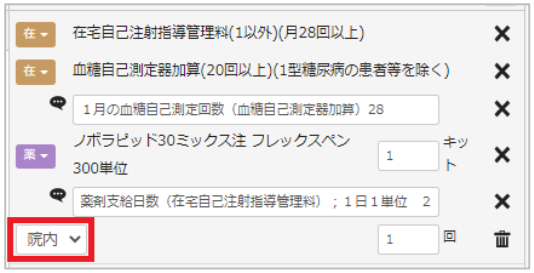


3. 在宅

① インスリン注射の処方（在宅自己注射指導管理料の算定）

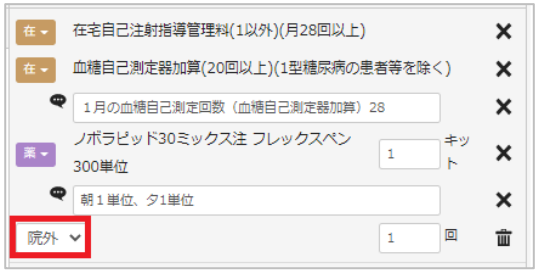
➢ 院内処方の場合

「管理料」「加算」「薬剤」「自己注射の単位」の順で入力します。
血糖自己測定器加算を算定した場合、測定回数を専用コメントで入力します。
薬剤の単位数の指示を専用のコメントで入力します。処方区分を「院内」に設定します。



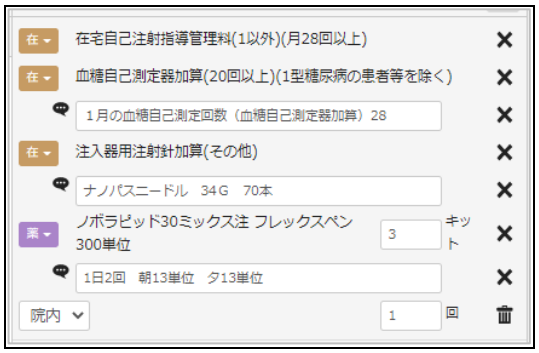
➢ 院外処方の場合

「管理料」「加算」「薬剤」「自己注射の単位」の順で入力します。
血糖自己測定器加算を算定した場合、測定回数を専用コメントで入力します。
単位数の指示はフリーコメントで入力します。処方区分を「院外」に設定します。



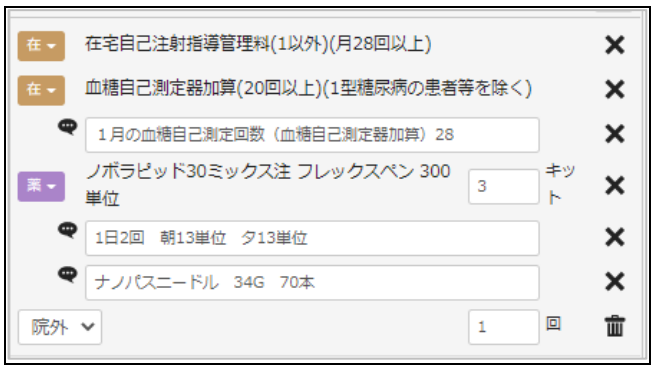
➢ 注射針を院内処方する場合

「管理料」「加算」「薬剤」「自己注射の単位」「注射針」の順で入力します。単位数の指示、注射針はフリーコメントで入力します。



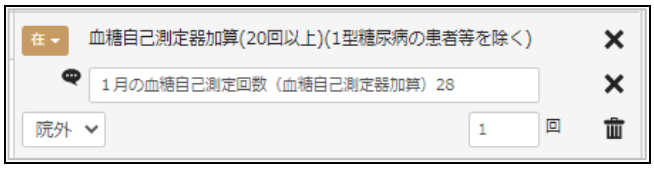
注射針のコメントは入力しなくても問題ありません

➢ 注射針を院外処方する場合



② 血糖自己測定器加算のみの算定

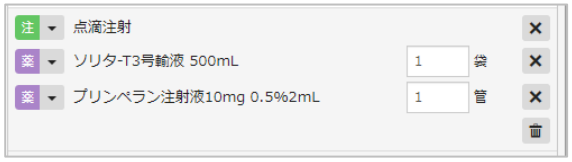
例）血糖自己測定器加算 を単独で算定する場合



③ 在宅患者の訪問点滴注射

「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、点滴注射手技料は算定できません。

（1）注射の区分から「点滴注射」「薬剤」の順で入力します。



（2）「注」の区分をクリックして「算定しない」をクリックします。



（3）「訪点」のコメントを入入力します。（専用のコメントで入力します）



4. 投薬

① 内服薬の入力

（1）処方する薬剤を入力します。



（2）数量（1 日量）を入力します。



（3）「用法を選択してください」をクリックして用法を選択し、日数を入力します。



同じ処方内に追加で薬剤を入力する場合は、処方をクリック（水色の状態）してから医薬品を入力してください。

② 一般名での処方

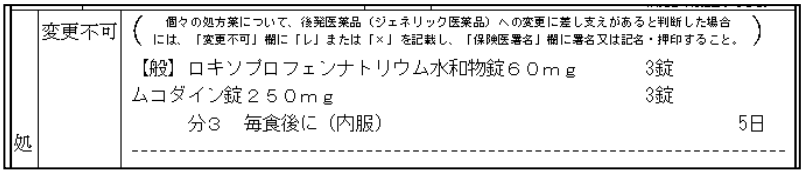
例）ロキソニン錠を一般名処方として入力します。

（1）処方する薬剤、用法を入力します。

一般名処方をしたい薬剤の「薬」の区分をクリックして「一般名記載」のコメントを選択します。



一般名記載コメントが入力された薬剤のみ、一般名にて処方せんに印字されます。



あらかじめ全ての医薬品において一般名処方を行う設定が可能です。
その場合、薬剤の下に「銘柄名記載」のコメントを入力すると、
処方せんに商品名で記載されます。

処方せんの変更不可欄に「×」を付けたい場合は薬剤の下に
「後発変更不可」のコメントを入力します。
保険医署名欄は自動記載されませんので、手書きしてください。

③ 長期収載品の入力

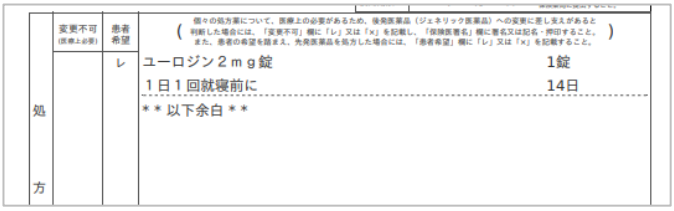
➢ 院外処方・患者希望により処方する場合

長期収載品の下にコメント追加にて「患者希望（長期収載品：選定療養）」を検索して入力します

【カルテ入力例】

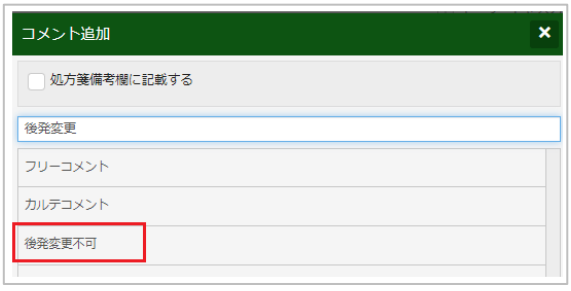


【処方箋見本】

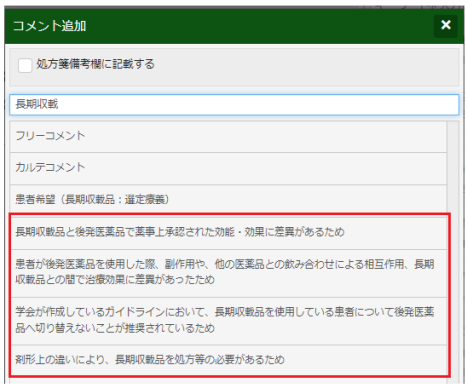


➢ 院外処方・医療上の必要があり処方する場合

⑤ 長期収載品の下にコメント追加にて「後発変更不可」を検索して入力します



⑥ 再度コメント追加にて「長期収載」で検索し、下図赤枠の中から理由コメントを選択します。



⑦ レセプトにも理由コメントを記載するため、処方箋料の下にフリーコメントで医薬品名を入力し、さらにその下に理由コメントを追加します

【カルテ入力例】



➢ 院内処方・患者希望により処方する場合

長期収載品の下にコメント追加にて「患者希望（長期収載品：選定療養）」を検索して入力します

【カルテ入力例】



【会計画面例】

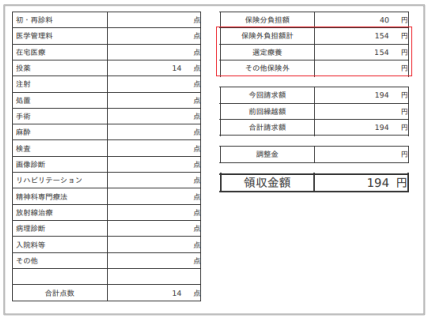
選定療養費は「②自費分」に計上されます。他に自費マスタが入力されている場合は合算された金額となります。選定療養費は消費税が加算されますので請求額が１円単位となります。



【領収書見本】

会計画面「②自費分」の金額を「保険外負担額計」欄に記載します。

選定療養費と自費マスタ金額の内訳を、それぞれ「選定療養」欄「その他保険外」欄に記載します。



初・再診料	点
医学管理料	点
在宅医療	点
投薬	14 点
注射	点
処置	点
手術	点
麻酔	点
検査	点
画像診断	点
リハビリテーション	点
精神科専門療法	点
放射線治療	点
病理診断	点
入院料等	点
その他	点
合計点数	14 点

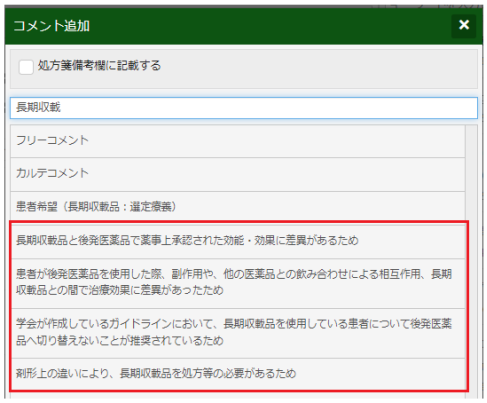
保険分負担額	40 円
保険外負担額計	154 円
選定療養	154 円
その他保険外	円
今回請求額	194 円
前回繰越額	円
合計請求額	194 円
調整金	円
領収金額	194 円

➢　院内処方・医療上必要または在庫状況により処方する場合

長期収載品の下にコメント追加にて理由を検索して入力します

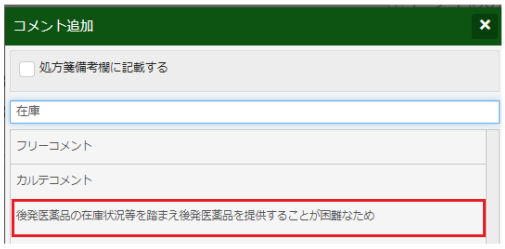
・医療上必要である場合

「長期収載」で検索し、下図赤枠の中から理由コメントを選択します

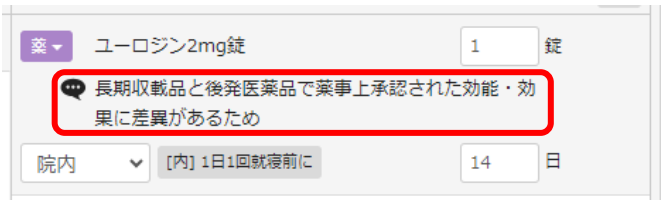


・在庫状況による場合

「後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため」を検索して入力します



【カルテ入力例】



④ ７種類以上の多剤投与時の臨時処方

臨時処方とは 1 処方で 7 種類以上の内服薬を投与するときに、多剤投与扱いにしない場合に使用します。

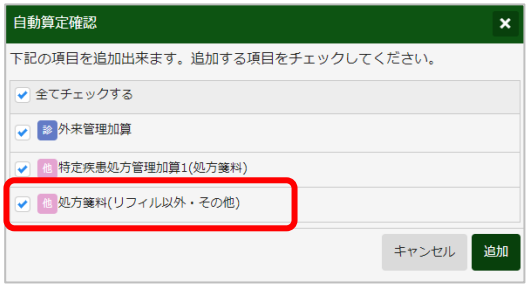
例）ＰＬ配合顆粒を臨時処方として入力します。

臨時処方したい薬剤の「薬」の区分をクリックして「院内臨時」又は「院外臨時」を選択します。



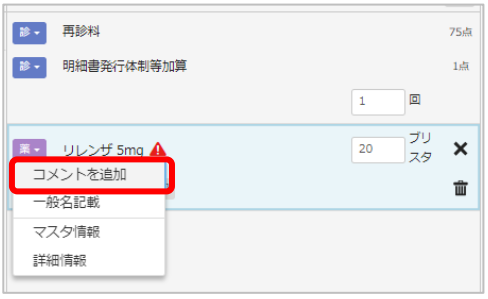
臨時処方の場合種類数のカウントはされません。

臨時処方を除き６種類以内の場合は処方箋料（その他）が自動算定されます。



⑤ 用法に対する補足コメントの入力

（1）コメントを追加したい薬剤の「薬」の区分をクリックして「コメントを追加」を選択します。



（2）フリーコメントでコメント内容を入力します。



⑥ 処方箋の備考欄へのコメント記載

➢ 一包化

「処置・行為」の画面下の「処方箋備考に一包化を記載する」にチェックを入れます。



＜処方せん＞

処方せん備考欄に印字されます。



➢ その他のコメント

（1）コメントを追加したい薬剤の「薬」の区分をクリックして「コメントを追加」を選択します。



（2）「コメント追加」画面が表示されます。

「処方箋備考欄に記載する」にチェックを入れて、コメントを選択します。



【処方せん備考欄コメントについて】

備考欄コメントは処方せんのみに使用するもので、レセプトには記載されません。
備考欄には最高で４行まで印字することが可能ですが、患者様の保険情報や
処方内容により制限があります。（高７、高一等）

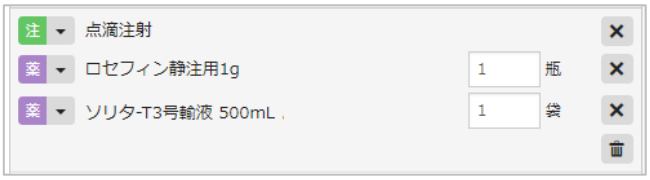
5. 注射

① 点滴注射

薬液の量により入力する手技料が異なります

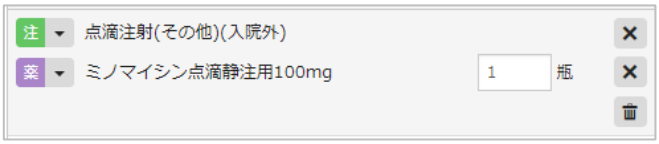
- 500mL 以上（乳幼児（6 歳未満）を除く）の場合

  手技料は「点滴注射」を入力します



- 500mL 未満（乳幼児（6 歳未満）を除く）または乳幼児（6 歳未満）で 100mL 未満の場合

  手技料は「点滴注射（その他）（入院外）」を入力します



- 乳幼児（6 歳未満）で 100mL 以上の場合

  手技料は「点滴注射（乳幼児）」を入力します



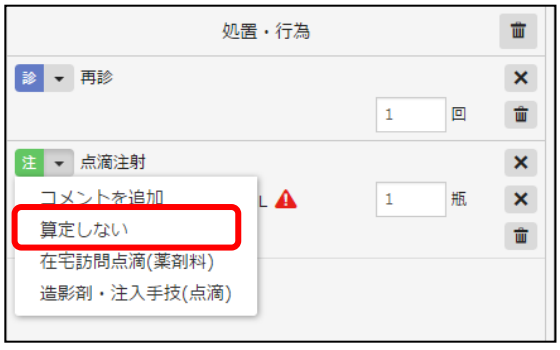


薬剤と薬剤の間に手技料を入力すると正しく算定できない場合があります。
手技料はグループの先頭または最下行に入力してください

② 注射薬の薬剤料のみの算定

注射手技料を算定しない場合、特殊コメントを入力することで注射薬剤料のみ算定します。

（1）手技料の点滴注射の「注」の区分をクリックして「算定しない」を選択します。

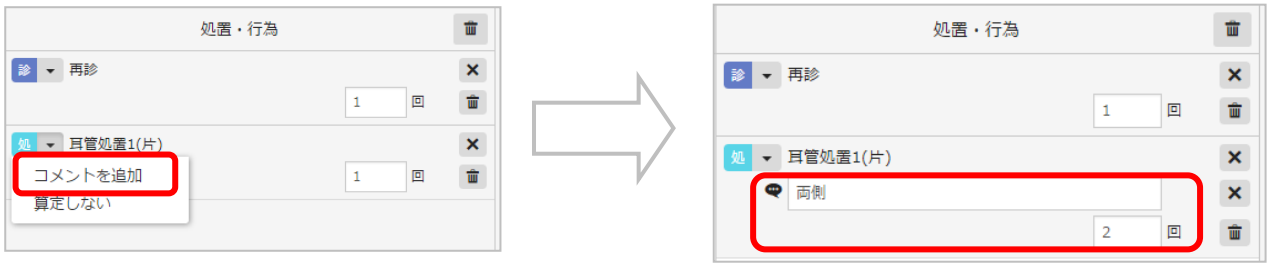




6. 処置

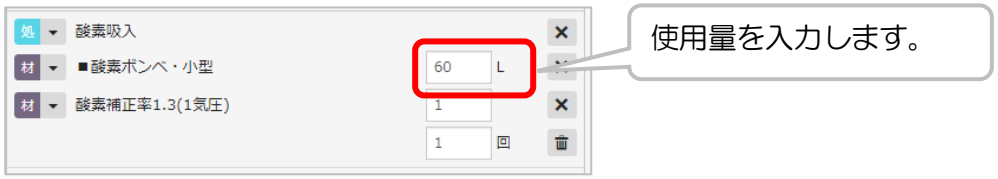
① 対称器官に対する処置

両側実施の場合、「処」の区分をクリックして「コメントを追加」を選択します。
「両側」と入力して回数を「2」回にします。



② 酸素吸入処置

酸素吸入、酸素ボンベ、酸素補正率を入力します。



酸素補正率は数量「1」で入力して下さい。
酸素ボンベは価格を設定したものを入力してください。

③ 休日、時間外、深夜加算

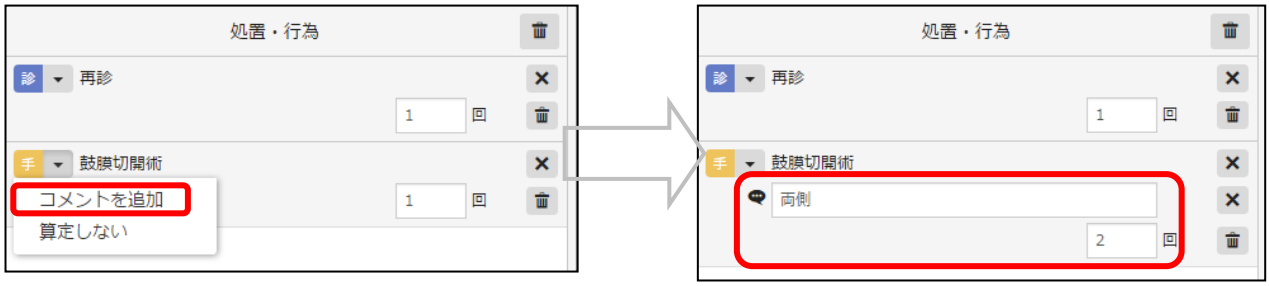
処置の下に時間外加算を入力します。



7. 手術

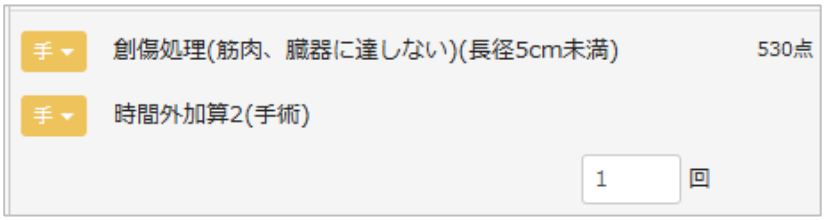
① 対称器官に対する手術

両側実施の場合、「手」の区分をクリックして「コメントを追加」を選択します。
「両側」のコメントを入力して回数を「2」に変更します。



② 休日、時間外、深夜加算

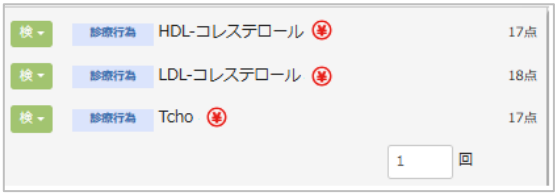
手術の下に時間外加算等を入力します。



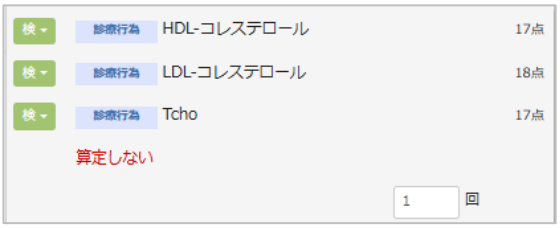
8. 検査

① コレステロール検査の重複算定チェック

HDL―コレステロール、総コレステロール、LDL―コレステロールを併せて測定した場合はチェックがかかります。



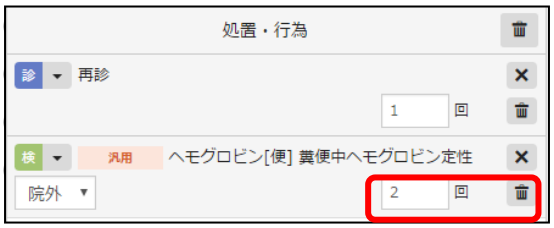
いずれか１つに「算定しない」を入力してください。



D007　血液化学検査
（5）「3」のHDL―コレステロール、「3」の総コレステロール及び「4」のLDL―コレステロールを併せて測定した場合は、主たるもの２つの所定点数を算定する。

② 便中ヘモグロビン検査の２回法

便中ヘモグロビン検査の２回法は検査項目の回数を「2」と入力します。



「×2」の点数で算定されます

③ アレルギー検査

アレルゲン項目を同一グループ内に入力します。
会計時に上限 1430 点で算定されます。

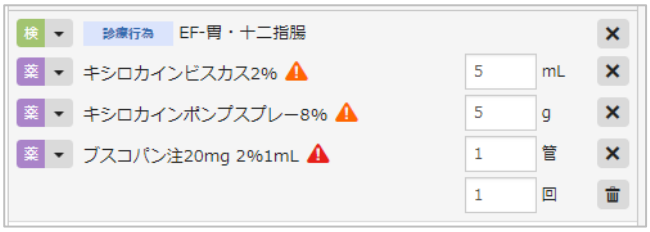


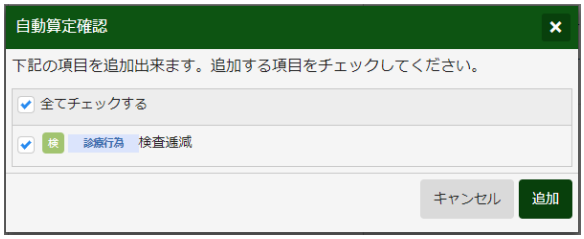
④ 採血料の算定

血液検査を入力すると、採血料（Ｂ－Ｖ）が自動算定されます。
（※点数マスタで該当する項目全ての採血の区分を設定します。）
採血料が算定できない検査を入力した場合、自動算定された採血料を削除してください。

⑤ 内視鏡検査（ファイバースコピー）

同一部位で月２回目以降の場合、逓減マスタは自動算定で追加されます





大腸ファイバースコピー（上行結腸・下行結腸・Ｓ状結腸）は部位でマスタが異なります。同一月内に施行した場合、自動逓減されませんので、検査逓減は検査項目の直下に手入力してください。

⑥ 生体検査を同日２回実施（ＥＣＧ（心電図）、超音波検査など）

初回分、２回目の検査をそれぞれ別区分で入力、２回目の検査に検査逓減を入力します。

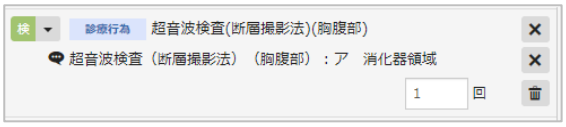


同月内の別の日に実施した場合は、検査逓減マスタは自動算定されます

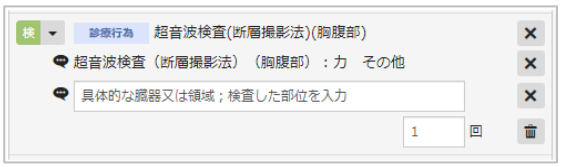
⑦ 超音波検査

胸腹部の超音波検査を算定した場合、臓器や領域の入力が必要です
撮影部位は専用のコメントを入力します。
コメント追加より撮影部位のコメントを入力します。



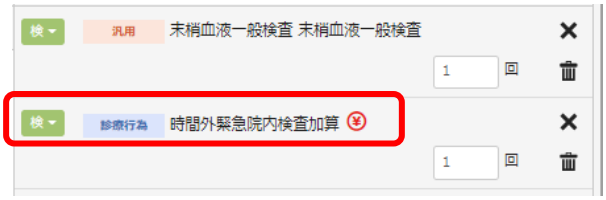


撮影部位のコメントに該当の部位がない場合は、「超音波（断層撮影法）（胸腹部）：カ その他」を選択し、部位の詳細を入力します。



⑧ 時間外の緊急院内検査

時間外緊急院内検査を入力します。



「検」の区分をクリックして「コメントを追加」を選択します。



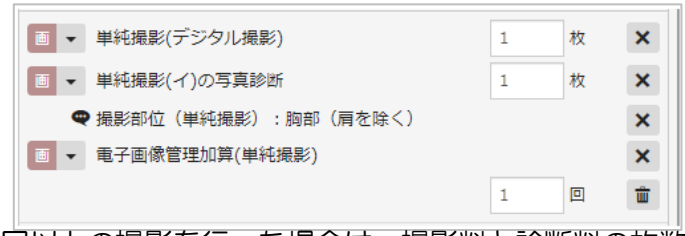
「検査開始日時（時間外緊急院内検査加算）」を選択して、検査を行った日時分を入力します。



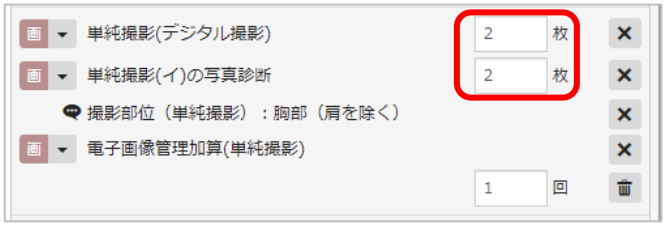
9. 画像診断

① 単純撮影（デジタル撮影）

「撮影料」「診断料」「撮影部位（コメント）」「電子画像管理加算」の順に入力します。
撮影部位のコメントは専用のコメントを入力します。



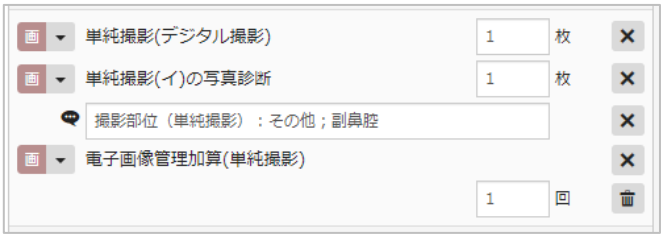
２回以上の撮影を行った場合は、撮影料と診断料の枚数に回数を入力します。



撮影部位には末尾に「左」「右」「両」のように部位を指定する必要があるものがあります。

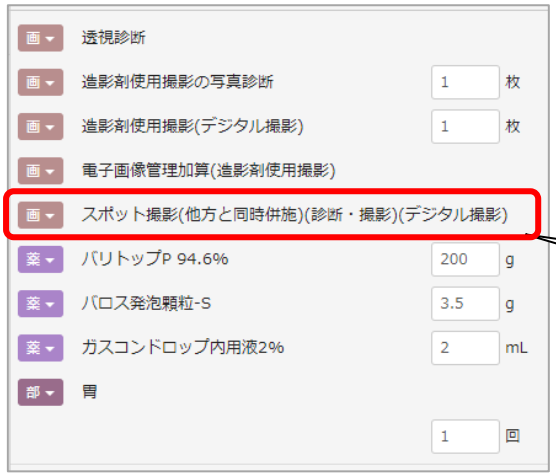


撮影部位のコメントに該当の部位がない場合は、「撮影部位（単純撮影）：その他」を選択し、部位の詳細を入力します。



② 透視診断／造影剤使用撮影

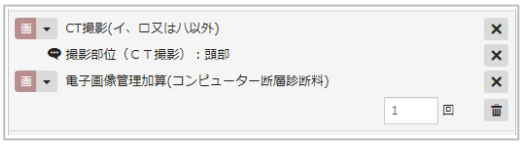
「透視診断」「診断料」「撮影料」「電子画像管理加算」「他方同時併施の撮影料」「薬剤」「部位」の順で入力します。
部位は必ず「部」の区分で入力できる部位マスタを入力します。



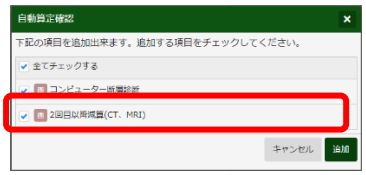
スポット撮影等特殊撮影を施行した場合、
必ずこの位置に「特殊撮影の手技」を入力します。

③ ＣＴ・ＭＲＩ撮影

「撮影料」「撮影部位（コメント）「電子画像管理加算」の順で入力します。
撮影部位はCT 撮影又はMRI 撮影の専用コメントを入力します。



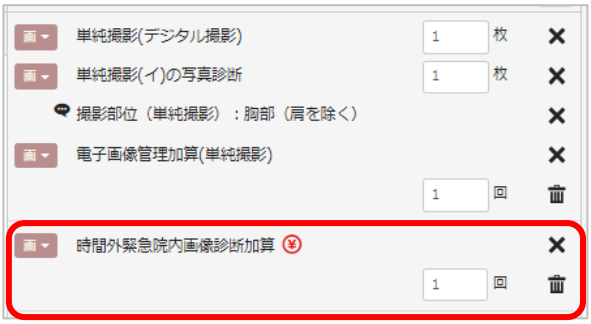
同月に２回以上実施した場合、２回目以降減算が自動算定されます。



同月２回目以降に実施する場合、コンピュータ断層診断は算定できません
自動算定のチェックを除外するか、算定後に削除してください。

④ 時間外の緊急画像診断

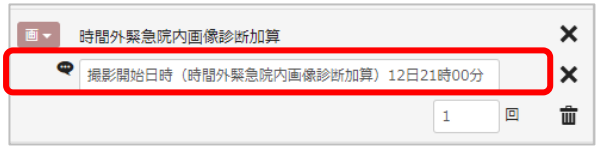
時間外緊急院内画像診断加算を別グループで入力します。



「画」の区分をクリックして「コメントを追加」を選択します。



「撮影開始日時（時間外緊急院内画像診断加算）」を選択して、撮影を行った日時分を入力します。



⑤ 複数部位のレントゲン撮影

部位ごとに別グループで入力します。



区分が区切られていないと点数が正しく算定できません。
画像診断料が合算されて算定されますのでご注意ください。

10.　労災・自賠責

① 初診の入力

(1) 労災専用の初診料を入力します。



(2) 救急医療管理加算、療養の給付請求書取扱料はリハタブ（または全てタブ）から入力します。



② 再診の入力

(1) 労災専用の再診料を入力します。
明細書発行体制等加算などの加算は医療保険と同じ項目を入力します。



(2) 再診時療養指導管理料は診察タブ（または全てタブ）から入力します。



③ 時間外加算、夜間早朝等加算の入力

✓ 初診の場合

労災用の初診の下に時間外加算などの加算を入力します。



✓ 再診の場合

労災用の再診、その他の加算を入力し、最下行に時間外加算などの加算を入力します。



④ 外来管理加算の入力

✓ 外来管理加算、外来加算（読み替え）は自動算定で追加できます。



✓ ５２点未満の処置が登録されている場合、外来管理加算（読み替え）を自動算定で表示します。



外来管理加算を誤って算定した場合、
自動算定で正しい外来管理加算を表示します。

例）処置の算定がなく、外来管理加算（読み替え）が入力されている場合



自動算定で表示された外来管理加算を追加し、
入力済みの外来管理加算（読み替え加算）を削除してください。

✓　５２点未満の処置等の自動読み替え



５２点未満の処置が２つ以上ある場合処置の点数を５２点に自動で読み替えします。
外来管理加算（読み替え）は自動算定で追加されます。
点数は診療明細書で確認ができます。

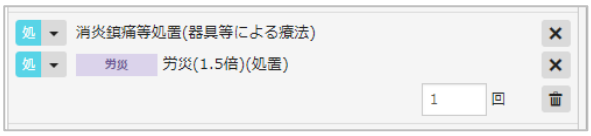
区分	項目名	点数	回数
初・再診料	＊再診料	1390円	
	明細書発行体制等加算	1	1
	＊外来管理加算（読み替え加算）	52	1
処置	＊消炎鎮痛等処置（器具等による療法）	35	1
	＊消炎鎮痛等処置（マッサージ等の手技による療法）	52	1
	＊創傷処置（１００ｃｍ２未満）（労災）	52	1
	以下余白		

消炎鎮痛等処置を２項目以上算定すると算定チェックがかかります。
医療保険では算定できませんが、労災保険では算定できる場合があります。
算定要件を満たしている場合はチェックが表示されてもそのまま登録してください。

⑤ 四肢加算の入力

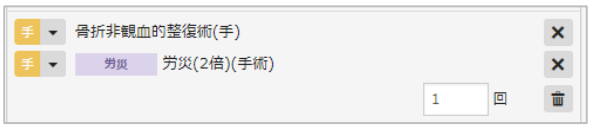
四肢加算は自動算定されません。
該当の診療行為と同じグループに加算を入力してください。

✓ 処置に対する加算



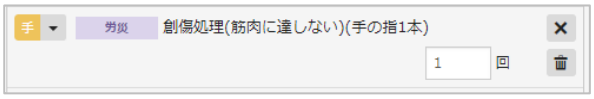
四肢に対する加算は「労災（１．５倍）（処置）、手指に対する加算は「労災（２倍）（処置）」を入力してください。

✓ 手術に対する加算



四肢に対する加算は「労災（１．５倍）（手術）、手指に対する加算は「労災（２倍）（手術）」を入力してください。

✓ 手の指に実施した創傷処理、骨折非観血的整復術等の算定



四肢加算ではなく、手の指１～５本の該当の項目を入力してください。

⑥ （労災のみ）労災電子化加算の入力



労災電子化加算はリハタブ（または全てタブ）より入力できます。
月２回以上算定した場合に算定チェックがかかりませんのでご注意ください。

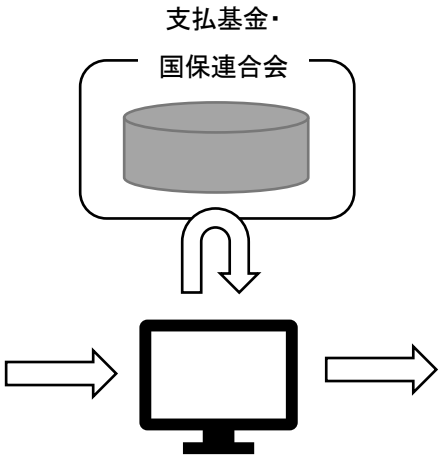
XI.オンライン資格確認連携（有償オプション）

1. オンライン資格確認システムとの連携

- ✓ マイナンバーカードを読み取り、患者様の現在有効な**保険資格情報**を確認できます。また、氏名や住所等の患者情報も取得できます。（オンライン資格確認連携オプション）
- ✓ マイナンバーカードを読み取り、**医療扶助（生活保護）の資格情報**を確認できます（連携オプションとは別に医療扶助オプションのご契約が必要です）
- ✓ マイナンバーカードを読み取り、**医療費助成（国公費・県別公費）の資格情報**を確認できます（連携オプションとは別に医療費助成(PMH)オプションのご契約が必要です）

保険情報を紐づけたマイナンバーカードまたはスマートフォンを専用リーダーにて読み込むことで、エムスリーデジカルがオンライン資格確認と連携し、患者様の患者情報と現在有効な保険資格情報、医療扶助資格情報、医療費助成資格情報を取得できます。
これにより、事務員様の、患者様から保険証等を受け取る手間、患者情報、保険証情報を手入力する手間が削減できます。







① 患者が顔認証付カードリーダーでマイナンバーカードを読み取り

② オンライン資格確認システムより患者情報・資格情報を取得

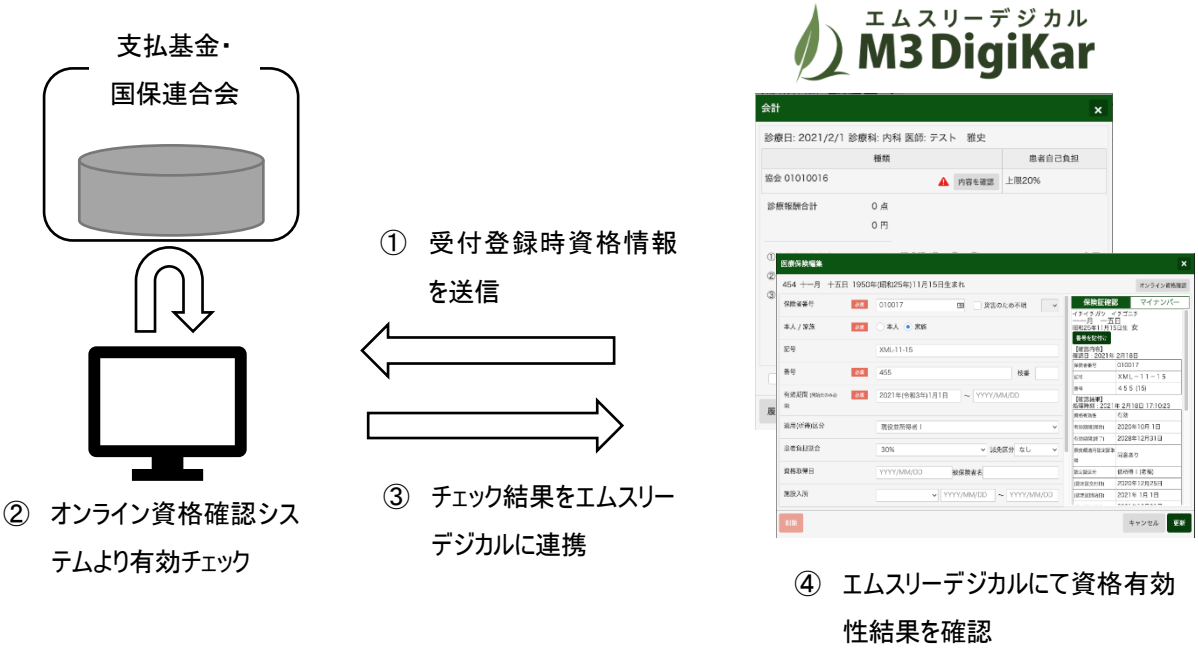
③ エムスリーデジカルに患者情報・資格情報が連携。複写して簡単入力

医療扶助、医療費助成情報を取得するにはオンライン資格確認端末の環境設定情報にて「医療扶助情報：利用する」「医療費助成情報：利用する」と設定します
参考）医療機関向け総合ポータルサイト　「手順・マニュアル」の一覧
https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=kb_article_view&sysparm_article=KB0010259
「2-③-A 操作マニュアル（管理者編）」（2025/9/10 版）P53～を参照します
オンライン資格確認端末の操作、設定についての不明点はオンライン資格確認コールセンターへお問合せください。

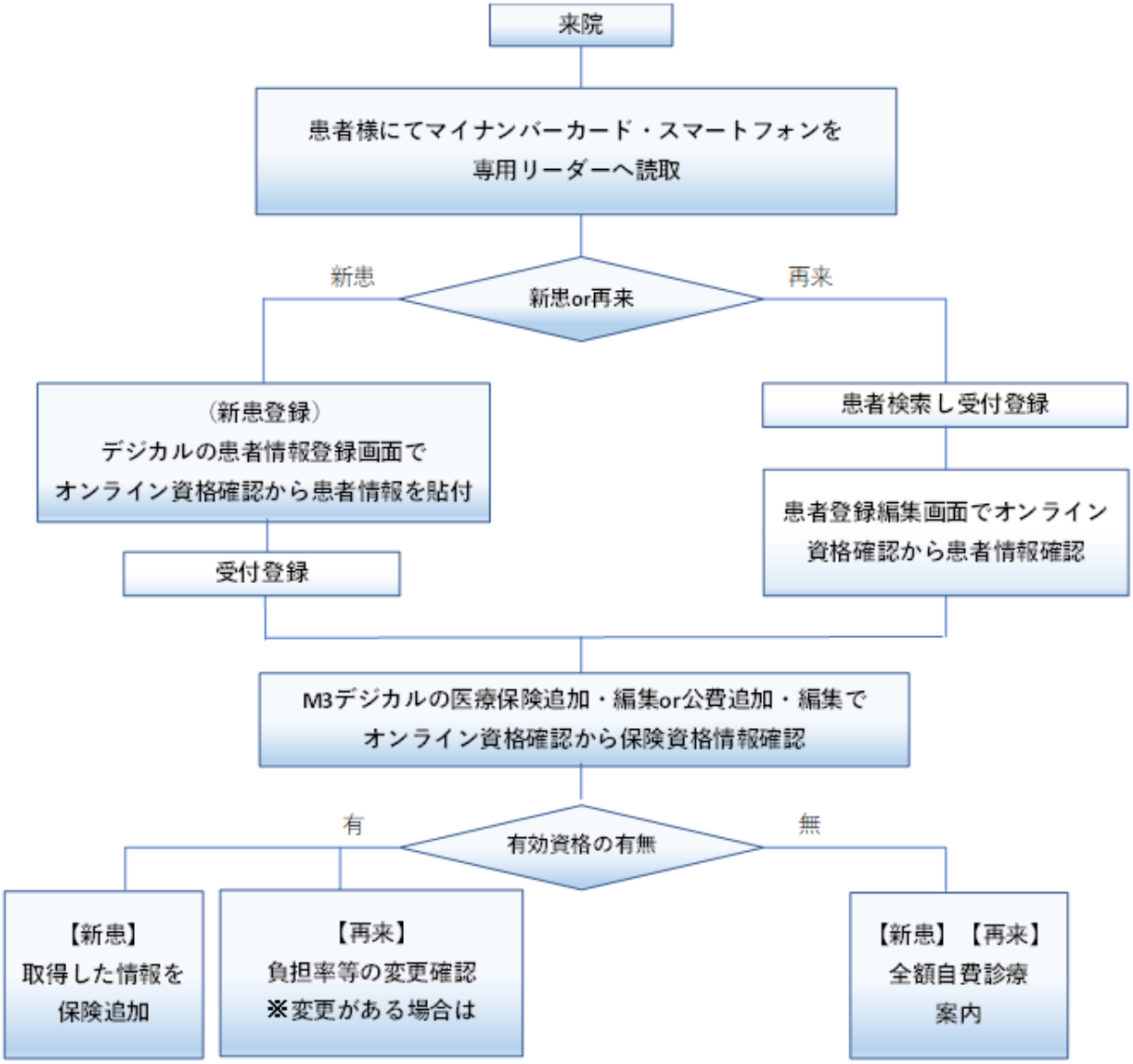
✓ エムスリーデジカルに登録されている**保険資格情報**が現在有効な情報かを確認できます（オンライン資格確認連携オプション）
✓ エムスリーデジカルに登録されている**医療扶助（生活保護）の資格情報**が現在有効な情報かを確認できます（連携オプションとは別に医療扶助オプションのご契約が必要です）

※ 医療費助成（国公費・県別公費）の資格情報については、登録された資格を確認する仕組みはありません。マイナ保険証でのみ確認可能です（確認には連携オプションとは別に医療費助成(PMH)オプションのご契約が必要です）

エムスリーデジカルに登録されている保険資格情報、医療扶助資格情報が、患者様に対して現在有効な資格情報であるかを、患者様の窓口会計までの間に確認できます。
これにより、保険、公費の資格喪失や登録ミスによる返戻を防止できます。



2. マイナ保険証での受付



① 新規患者（医療保険・医療扶助・PMH）

➢ 新患登録・受付

⑴ 患者様にマイナンバーカードまたはスマートフォンを専用リーダーで読み取るようお願いします

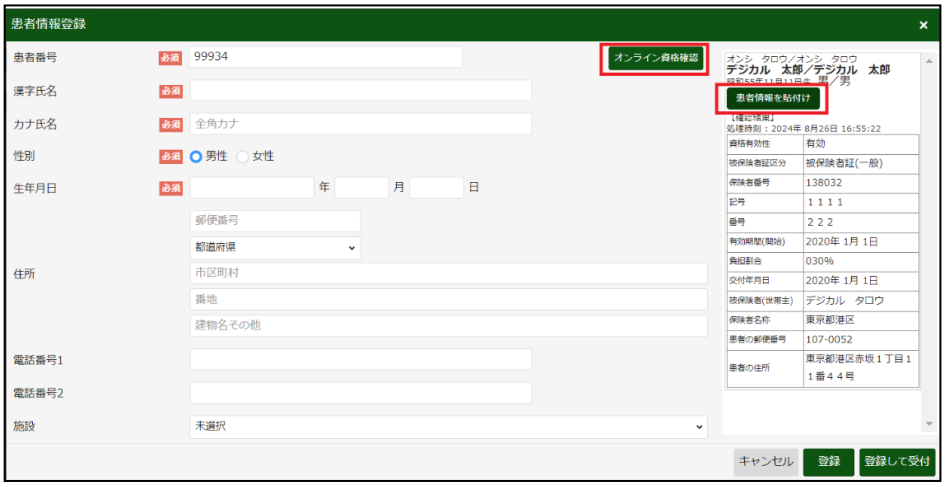
⑵ 受付画面の患者検索ボタンをクリックします



⑶ 患者検索画面の「新規患者登録」ボタンをクリックします

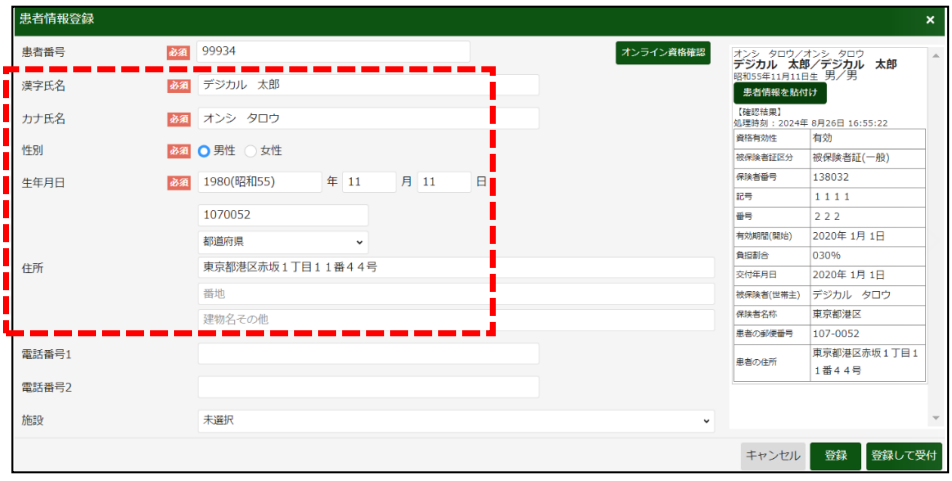


⑷ 「オンライン資格確認」ボタンから該当患者様の「患者情報を貼付け」ボタンをクリックします



✓ 漢字氏名、カナ氏名、性別、生年月日、郵便番号、住所が入力されます

✓ 住所は１行にまとめて入力されます。必要に応じて都道府県等を入力し直します



⑸ ［登録］または［登録して受付］ボタンをクリックします

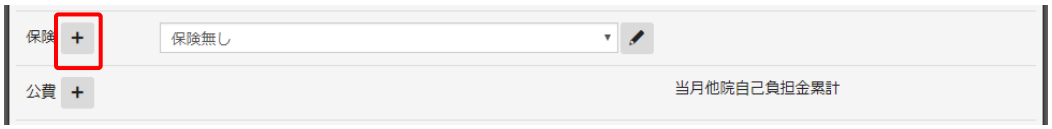


➢ 医療保険登録

⑴ 受付登録画面が表示されますので診察する医師と診療科を選択します

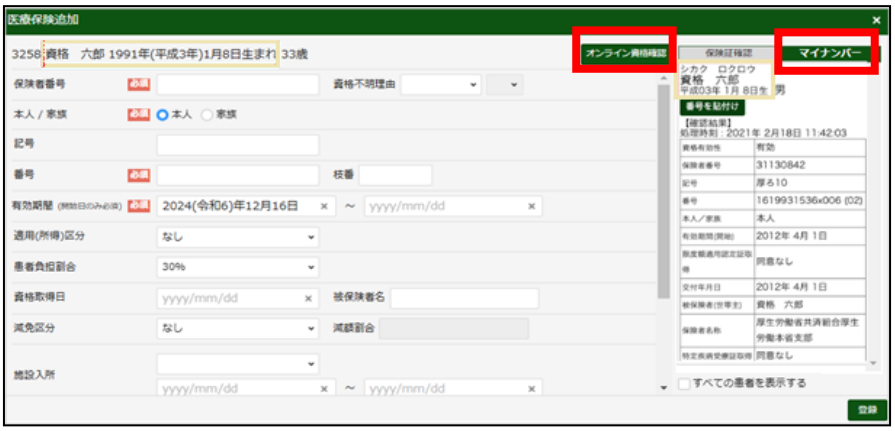


⑵ 保険の「＋」ボタンをクリックします



⑶ 「オンライン資格確認」の「マイナンバー」タブに患者様の情報が表示されます

- ✓ 当日マイナンバーカードを読み取り保険情報を取得した患者様のうち、カナと生年月日が一致する患者情報が表示されます
- ✓ 「すべての患者を表示する」にレ点をいれると、当日取得した結果の直近 30 件を表示します



⑷ 有効資格が確認できたら［番号を貼付け］ボタンをクリックします

✓ 保険者番号、本人/家族、記号、番号が複写されます



⑸ 残りの項目について以下を参考にして入力します

✓ **適用（所得）区分は、オンライン資格確認結果に表示された適用区分を入力します**

✧ 70 歳未満

確認結果に表示された適用区分（区分ア～オ）を選択します

※多数該当の場合は（多数該当）を選択します

※51.52.54 以外の公費と併用する場合は（公費併用）を選択します

✧ 70～74 歳（前期高齢者）

患者負担割合	オン資結果の適用区分	デジカルで選択する適用（所得）区分	備考
20%	一般	一般所得者	
	低所得Ⅱ	低所得者Ⅱ	※1
	低所得Ⅰ	低所得者Ⅰ	※1
30%	現役並みⅢ	現役並所得者Ⅲ	※1※3
	現役並みⅡ	現役並所得者Ⅱ	※1※3
	現役並みⅠ	現役並所得者Ⅰ	※1※3

✧　75 歳以上（後期高齢者）

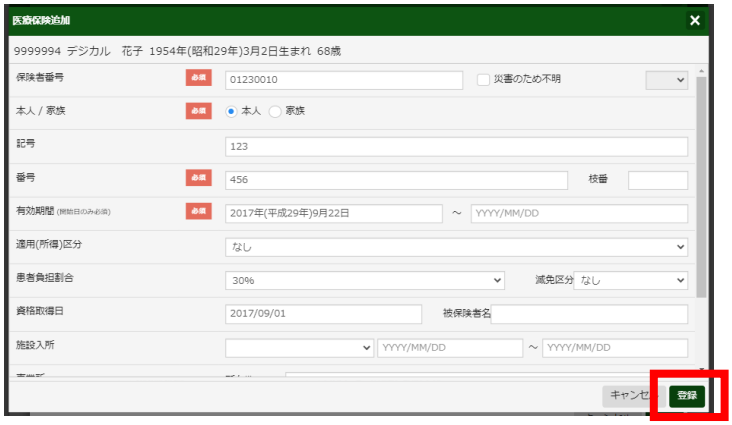
患者負担割合	オン資結果の適用区分	デジカルで選択する適用（所得）区分	備考
10%	一般Ⅰ	一般所得者Ⅰ	
	低所得Ⅱ	低所得者Ⅱ	※1
	低所得Ⅰ	低所得者Ⅰ	※1
20%	一般Ⅱ	一般所得者Ⅱ	※2
30%	現役並みⅢ	現役並所得者Ⅲ	※1※3
	現役並みⅡ	現役並所得者Ⅱ	※1※3
	現役並みⅠ	現役並所得者Ⅰ	※1※3

※1　51.52.54 以外の国の公費と併用する場合、（公費併用）を選択します
※2　配慮措置を計算しない場合、（公費・長期併用）を選択してます
（2025 年 9 月 30 日まで）
※3　多数該当の場合、（多数該当）を選択します

✓　75 歳以前より後期高齢者医療制度加入者：75 歳になる前にすでに後期高齢者保険をお持ちの患者様はチェックします
- チェックを入れた場合、75 歳到達月に高額療養費自己負担限度額半額特例の適用外となります
- 75 歳到達月のレセプトには、摘要欄上部に「(障害)」コメントを検索して入力します

✓　**患者負担割合は、患者様の保険に応じて負担割合を選択します**

⑹ 入力が終わりましたら登録ボタンをクリックします



⑺ 受付情報の選択が完了したら登録ボタンをクリックし受付登録します

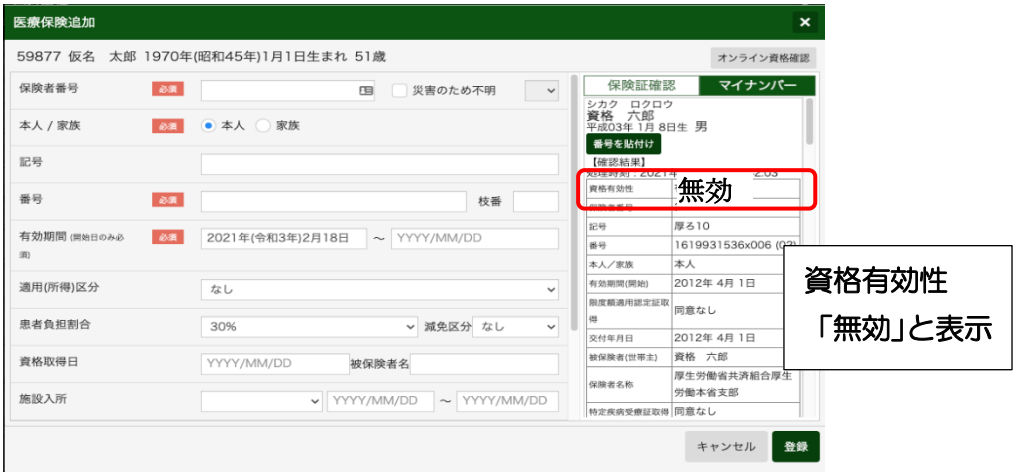
⑻ 受付一覧に患者様が追加されます



※　資格有効性が「無効」の場合

患者様が有効な資格情報を持っていない（資格有効性が「無効」）場合、保険資格喪失中もしくは生活保護受給者の可能性があります。

患者様に保険の状態を確認し、資格喪失中の場合当日会計は全額自己負担とするなど貴院の運用に則ってご対応ください。



➢　医療扶助（生活保護）登録（「医療扶助オプション」が必要です）

(1) 受付登録画面で公費の「＋」ボタンをクリックします



(2) 「オンライン資格確認」の「マイナンバー」タブに医療扶助情報が表示されます



✓ 当日マイナンバーカードを読み取り保険情報を取得した患者様のうち、カナと生年月日が一致する患者情報が初期表示されます

✓ 「すべての患者を表示する」にレ点をいれると当日取得した結果の直近 30 件を表示します

✓ 医療扶助の資格有効性が「有効（未登録）」の場合

該当患者様の受診医療機関として委託登録されていない可能性があります。

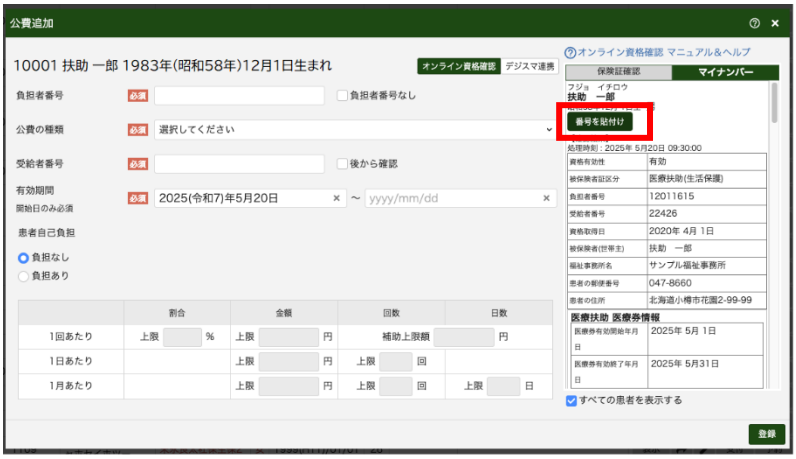
福祉事務所に電話等で受診の可否を確認してください。

（オンライン資格確認システム側で、未委託の状態での診療報酬請求を防止するために公費負担者番号・受給者番号が表示されません）

⑶ 有効資格が確認できたら［番号を貼付け］ボタンをクリックします

✓ 負担者番号、受給者番号、本人支払額が複写されます

✧ 本人支払額の値が１以上の場合は「負担あり」とし「１月上あたりの上限（円）」に設定します



⑷ ［登録］ボタンをクリックして公費登録を完了します

➢ 医療費助成（PMH）登録（「PMH オプション」が必要です）

⑴ 公費の「＋」ボタンをクリックします



⑵ 「オンライン資格確認」の「マイナンバー」タブに患者様の情報が表示されます

✓ 当日マイナンバーカードを読み取り保険情報を取得した患者様のうち、カナと生年月日が一致する患者情報が初期表示されます

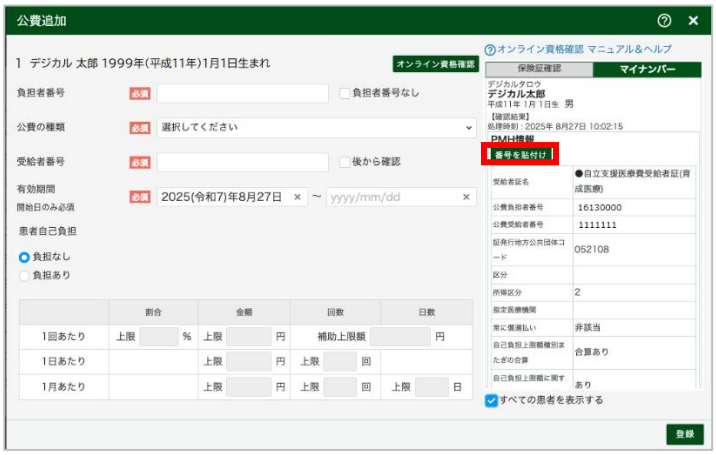
✓ 「すべての患者を表示する」にレ点をいれると当日取得した結果の直近 30 件を表示します



⑶ 有効資格が確認できたら［番号を貼付け］ボタンをクリックします

✓ 負担者番号、受給者番号、患者自己負担が複写されます

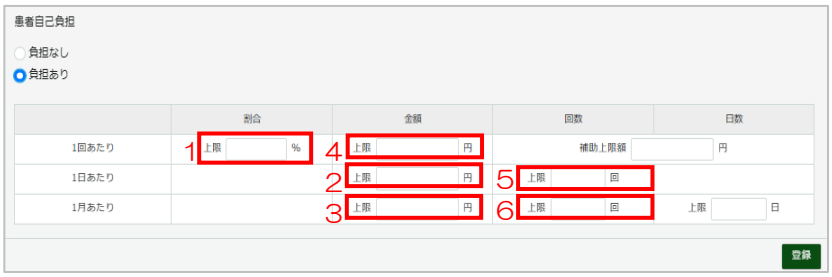
✓ 「公費の種類」、有効期間開始、終了日は手動で設定します



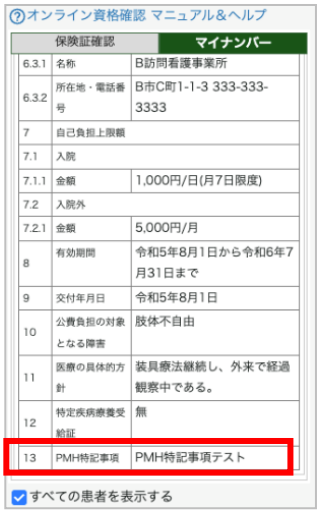
＜補足＞

✓ 患者自己負担のうち以下のいずれかの値が１以上の場合は「負担あり」とし、該当する項目に値を貼付けます

1	負担率（回）
2	金額（日）
3	金額（月）
4	金額（回）
5	上限回数（日）
6	上限回数（月）



✓ 償還払い制度の地方公費は患者自己負担は複写されません
手動で「負担あり」を選択して１回あたりの割合を入力してください



✓ 自治体によっては確認結果の「PMH 特記事項」欄に
患者自己負担情報が記載されます。
必要に応じて手動で設定してください。

> PMH 特記事項に設定される記載内容の例
> ・負担率が 1/3 となる（整数では表現できない）
> ・１円未満の端数が生じた場合は、切り捨てる
> ・月の受診のうち、２回目から上限額が〇〇円に変更となる

✓ 各自治体の登録方法によっては患者自己負担の手修正が必要になる可能性があります。
［番号を貼付け］した場合にも、取得した PMH 情報の内容は必ず確認してください。

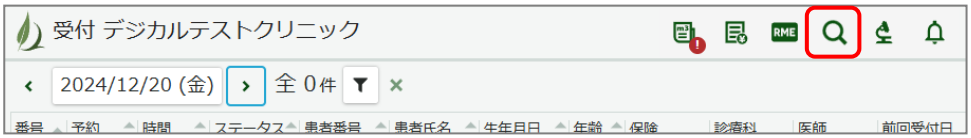
✓ 県外の医療費助成情報も表示されますが、利用できない地方公費はデジカルへの登録は不要です。

⑷ ［登録］ボタンをクリックして公費登録を完了します

② 再来患者（医療保険・医療扶助・PMH）

➢ 受付

⑴ 患者様にマイナンバーカードまたはスマートフォンを専用リーダーで読み取るようお願いします
⑵ 受付画面の患者検索ボタンをクリックします



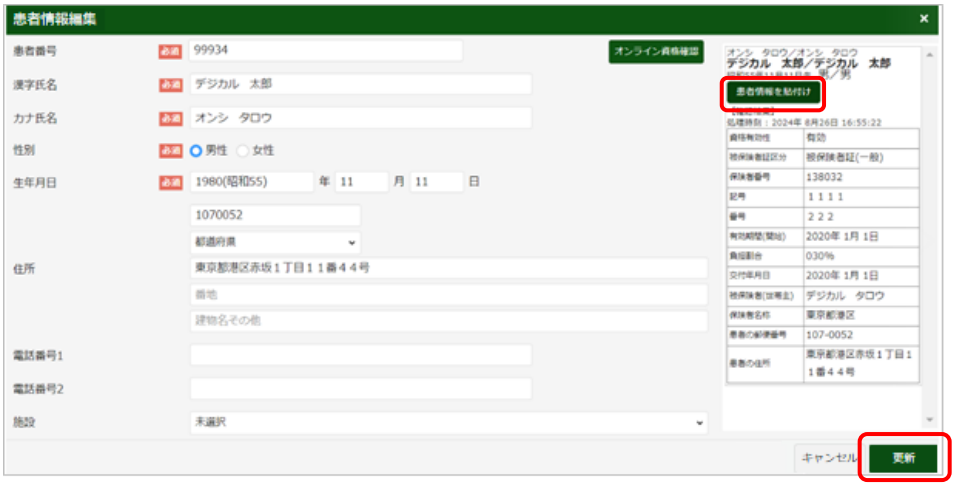
⑶ キーワードに患者番号か氏名を入力し患者様を検索します
検索結果から受付する患者様の「患者情報編集」ボタンをクリックします



⑷ 患者情報編集画面が表示されますので変更があれば修正し[更新]ボタンをクリックします

✓ 漢字氏名、カナ氏名、性別、生年月日、郵便番号、住所に変更がある場合は、［患者情報を貼付け］ボタンをクリックして上書きできます

✓ 住所は１行にまとめて入力されます。必要に応じて都道府県等を入力し直します



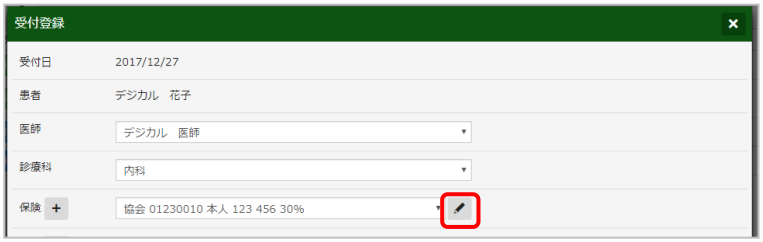
⑸ 患者様の［受付］ボタンをクリックします



⑹ 受付登録画面が表示されます。医師、診療科、保険、公費は前回受付時に選択した項目が予め選択されます

➢ 医療保険の資格確認

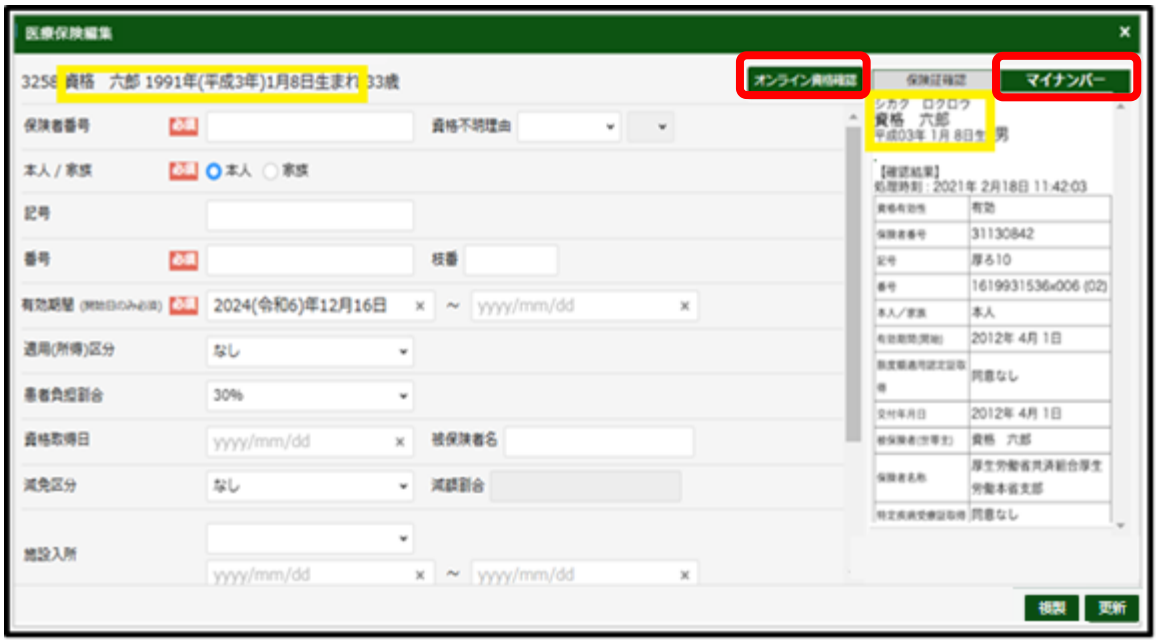
⑴ 保険の「編集」ボタンをクリックします



⑵ 医療保険編集画面にて「オンライン資格確認」の「マイナンバー」タブに患者様の情報が表示されます

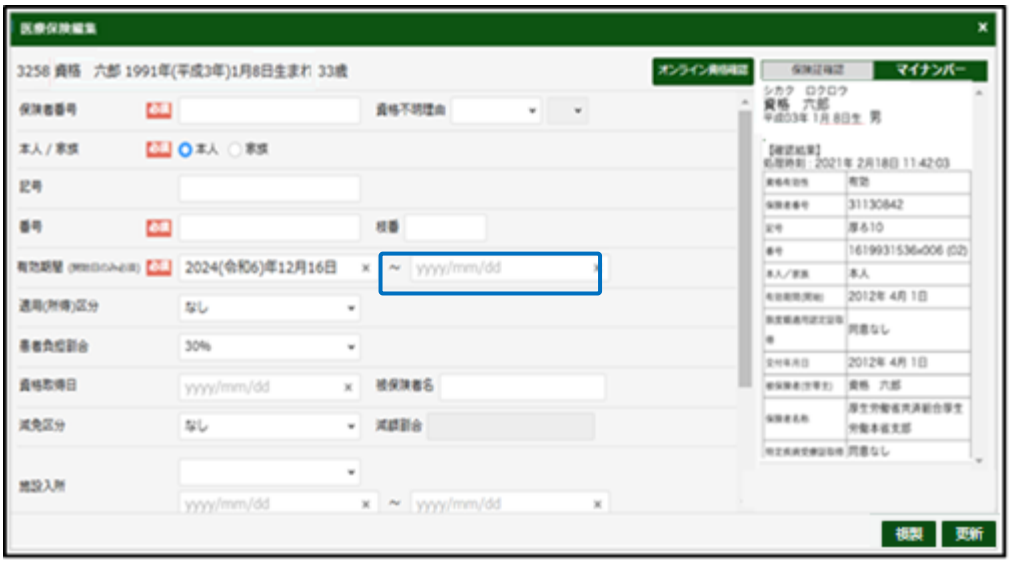
✓ 当日マイナンバーカードを読み取り保険情報を取得した患者様のうち、カナと生年月日が一致する患者情報が表示されます

✓ 「すべての患者を表示する」にレ点をいれると、当日取得した結果の直近 30 件を表示します



⑶ 患者負担割合や適用（所得）区分に相違がないか確認します

- ✓ 相違がある場合、現在登録されている保険の有効期間終了日（青枠）を入力して更新後、新しい保険を追加します
- ✓ 登録済みの保険を編集する画面では、誤って上書きしてしまうことを防止するため［番号を貼り付け］ボタンは表示されません



⑷ 修正が完了したら［更新］ボタンをクリックします

⑸ 受付画面で登録ボタンをクリックし受付登録します。

⑹ 受付一覧に患者様が追加されます。

➢ 医療扶助（生活保護）の資格確認（「医療扶助オプション」が必要です）

⑴ 受付登録画面で公費の「編集」ボタンをクリックします。



⑵ 公費編集画面にて「オンライン資格確認」の「マイナンバー」タブに患者様の情報が表示されます

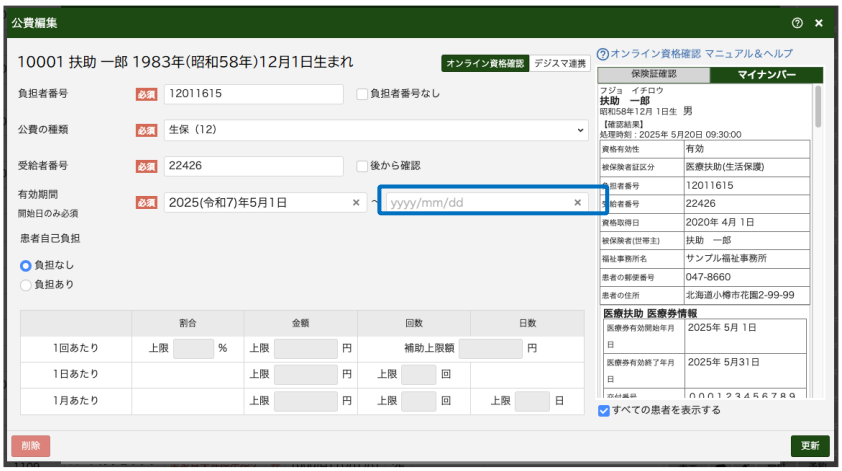


- ✓ 当日マイナンバーカードを読み取り保険情報を取得した患者様のうち、カナと生年月日が一致する患者情報が表示されます
- ✓ 「すべての患者を表示する」にレ点をいれると、当日取得した結果の直近 30 件を表示します
- ✓ 医療扶助の資格有効性が「有効（未登録）」の場合
  該当患者様の受診医療機関として委託登録されていない可能性があります。
  福祉事務所に電話等で受診の可否を確認してください。
  （オンライン資格確認システム側で、未委託の状態での診療報酬請求を防止するために公費負担者番号・受給者番号が表示されません）

⑶ 医療扶助の情報に相違がないか確認します

- ✓ 相違がある場合、現在登録されている保険の有効期間終了日（青枠）を入力して更新後、新しい保険を追加します

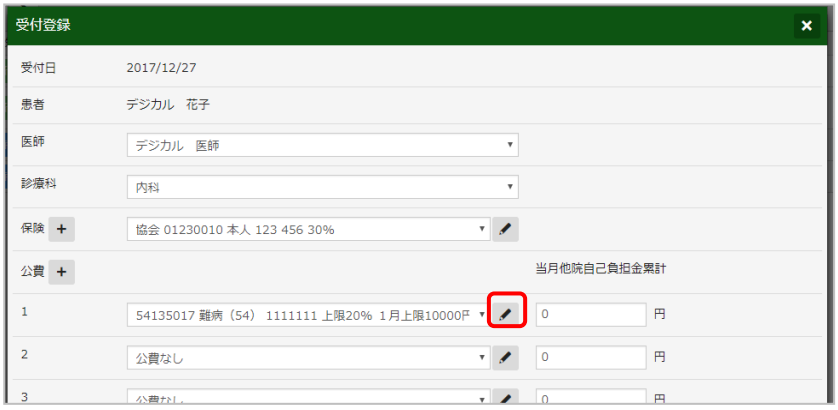
✓ 登録済みの公費を編集する画面では、誤って上書きしてしまうことを防止するため［番号を貼り付け］ボタンは表示されません



⑷ ［更新］ボタンをクリックして公費編集を完了します

➢ 医療費助成（PMH）の資格確認（「PMH オプション」が必要です）

⑴ 受付登録画面で公費の「編集」ボタンをクリックします。



⑵ 公費編集画面にて「オンライン資格確認」の「マイナンバー」タブに患者様の情報が表示されます

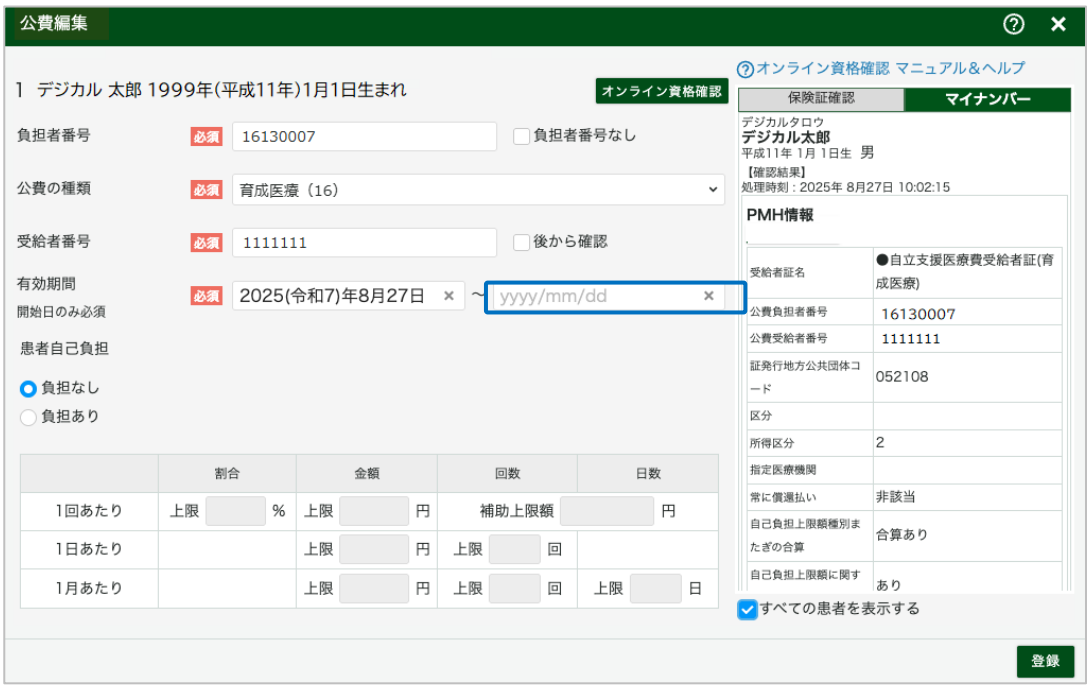
✓ 当日マイナンバーカードを読み取り保険情報を取得した患者様のうち、カナと生年月日が一致する患者情報が表示されます

✓ 「すべての患者を表示する」にレ点をいれると、当日取得した結果の直近 30 件を表示します



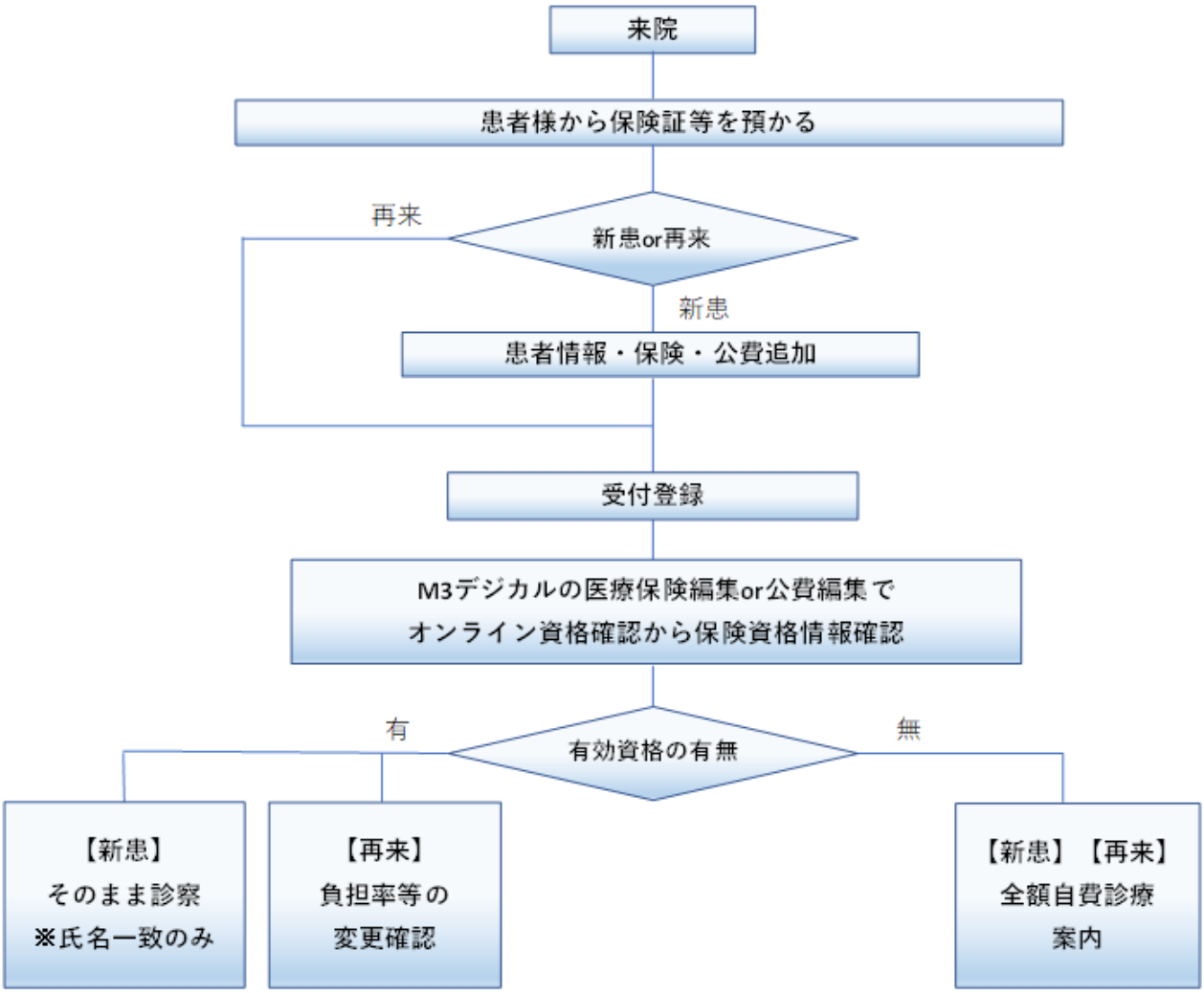
⑶ 医療費助成の情報に相違がないか確認します

- ✓ 相違がある場合、現在登録されている保険の有効期間終了日（青枠）を入力して更新後、新しい保険を追加します。
- ✓ 登録済みの公費を編集する画面では、誤って上書きしてしまうことを防止するため［番号を貼り付け］ボタンは表示されません



⑷ ［更新］ボタンをクリックして公費編集を完了します

3. 資格確認書等での受付

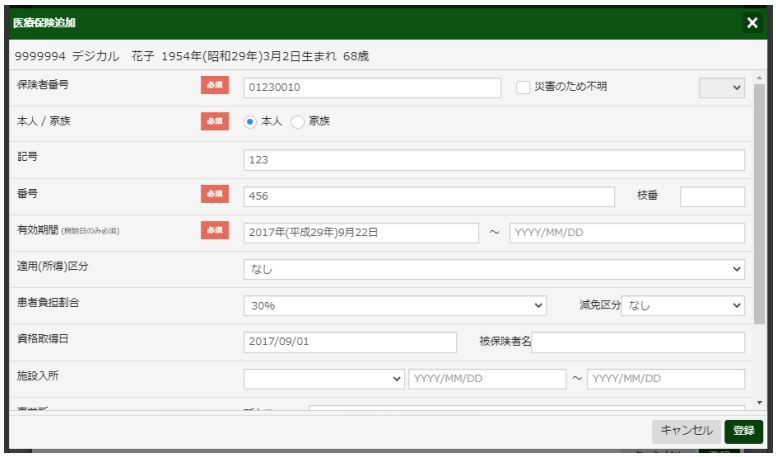


① 新規患者（医療保険・医療扶助）

➢ 医療保険登録・資格確認

(1) 患者様から資格確認書等をお預かりし患者登録します

(2) 医療保険追加画面に患者様から受け取った資格確認書の情報を入力して登録します



(3) 医師、診療科、保険、公費の選択が完了したら登録ボタンをクリックし受付登録します



(4) 受付で登録した保険情報が現在その患者様に対して有効な保険情報かどうか、自動でオンライン資格確認が行われます。

✓ 予約患者の場合は、受付画面のステータスを「予約済」から「診察待」または「受付中」に変更した時点で、選択されている保険の資格確認を行います。

(5) 受付画面の保険欄を選択し受付編集画面を開きます。



⑹ オンライン資格確認で確認した結果が、医療保険編集画面「保険証確認」に表示されます。(赤枠)保険証確認の患者氏名（黄色枠）と、画面左上の患者氏名（緑枠）が一致していることを確認します。

患者氏名が不一致の場合は、患者様から受け取った保険証等の内容と手順（２）で入力した内容（青枠）に誤りがないかをご確認ください。

患者氏名が一致している場合は、保険情報（または公費情報）に相違がないか確認し×ボタンで画面を閉じます。



✓ 資格有効性が「無効」の場合

資格確認書等で受付したが、オンライン資格確認で資格有効性を確認した結果、患者が有効な資格情報を持っていない（資格有効性が「無効」）場合、患者が保険資格喪失中もしくは生活保護受給者の可能性があります。

患者様に保険の状態を確認し、資格喪失中の場合、当日会計は全額自己負担とするなど、クリニックの運用に則ってご対応ください。

➢ 医療扶助（生活保護）登録・資格確認（「医療扶助オプション」が必要です）

⑴ 患者様から医療券をお預かりし患者登録します

⑵ 公費追加画面に、患者様から受け取った医療券情報を入力して登録します



(3) 医師、診療科、公費の選択が完了したら登録ボタンをクリックし受付登録します



(4) 受付で登録した医療扶助情報が現在その患者様に対して有効かどうか、自動でオンライン資格確認が行われます。

✓ 予約患者の場合は、受付画面のステータスを「予約済」から「診察待」または「受付中」に変更した時点で、選択されている保険の資格確認を行います。

(5) 受付画面の保険欄を選択し受付編集画面を開きます。



(6) オンライン資格確認で確認した結果が、公費編集画面「保険証確認」に表示されます。
保険証確認の患者氏名と画面左上の患者氏名（黄枠）が一致していることを確認します。
患者氏名が不一致の場合は、患者様から受け取った医療券情報と手順（2）で入力した内容（青枠）に誤りがないかをご確認ください。
患者氏名が一致している場合は、医療扶助情報に相違がないか確認し、相違がなければ×ボタンで画面を閉じます。



✓ 医療扶助の資格有効性が**「有効（未登録）」**の場合

該当患者様の受診医療機関として委託登録されていない可能性があります。

福祉事務所に電話等で受診の可否を確認してください。

（オンライン資格確認システム側で、未委託の状態での診療報酬請求を防止するために公費負担者番号・受給者番号が表示されません）

医療費助成（PMH）の資格確認について

医療費助成については、手動で登録した公費が有効なものか確認する機能はありません。マイナ保険証の患者様のみ、PMH 情報が確認できます

② 再来患者（医療保険・医療扶助）

➢ 受付

（1） 患者様から資格確認書、受給者証等を受け取り、患者検索して受付登録します



（2） 受付で登録した保険証情報が現在その患者様に対して有効な保険情報かどうか、自動でオンライン資格確認が行われます。

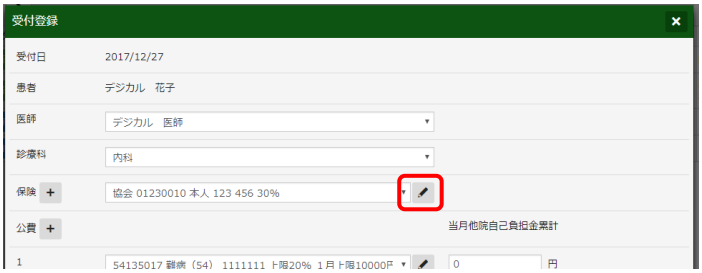
✓ 予約患者の場合は、受付画面のステータスを「予約済」から「診察待」または「受付中」に変更した時点で、選択されている保険の資格確認が行われます。

➢ 医療保険の資格確認

（1） 受付画面の保険欄を選択し受付編集画面を開きます



（2） 医療保険の「編集」ボタンをクリックします



（3） 医療保険編集画面にオンライン資格確認から取得された保険証確認結果が表示されます(赤枠)ので、資格有効性が有効か無効か確認します。
有効の場合、患者負担割合や適用（所得）区分に相違がないか確認します。相違がある場合、現在登録されている保険の有効期間終了日（青枠）を入力して更新後、新しい保険を追加します。



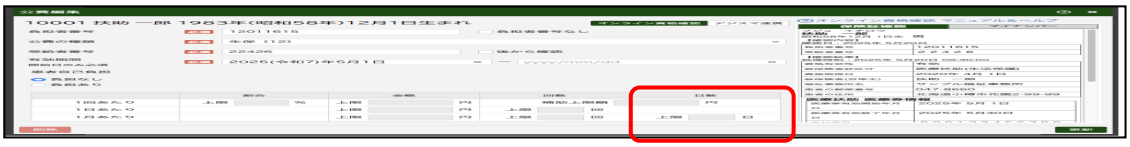
✓ 資格有効性が**「無効」**の場合

資格確認書等で受付したが、オンライン資格確認で資格有効性を確認した結果、患者が有効な資格情報を持っていない（資格有効性が「無効」）場合、患者が保険資格喪失中もしくは生活保護受給者の可能性があります。

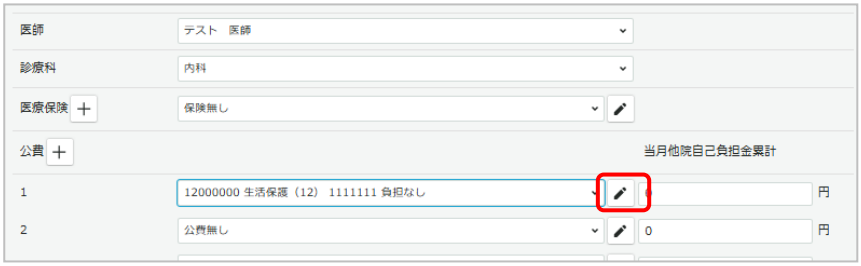
患者様に保険の状態を確認し、資格喪失中の場合、当日会計は全額自己負担とするなど、クリニックの運用に則ってご対応ください。

➢ 医療扶助（生活保護）の資格確認（「医療扶助オプション」が必要です）

(1) 受付画面の保険欄をクリックし受付編集画面を開きます。

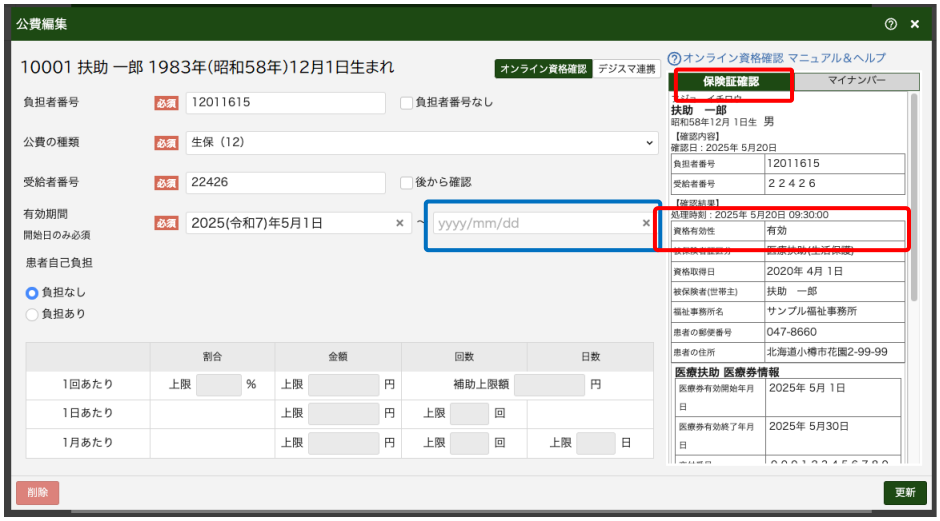


(2) 生活保護の「編集」ボタンをクリックします



(3) 公費編集画面にオンライン資格確認から取得した確認結果が表示されますので、資格有効性が有効か無効か確認します。

有効の場合、患者負担割合や適用（所得）区分に相違がないか確認します。相違がある場合、現在登録されている保険の有効期間終了日（青枠）を入力して更新後、新しい保険を追加します。



✓ 医療扶助の資格有効性が「有効（未登録）」の場合
該当患者様の受診医療機関として委託登録されていない可能性があります。
福祉事務所に電話等で受診の可否を確認してください。
（オンライン資格確認システム側で、未委託の状態での診療報酬請求を防止するために公費負担者番号・受給者番号が表示されません）

医療費助成（PMH）の資格確認について
医療費助成については、手動で登録した公費が有効なものか確認する機能はありません。マイナ保険証の患者様のみ、PMH 情報が確認できます

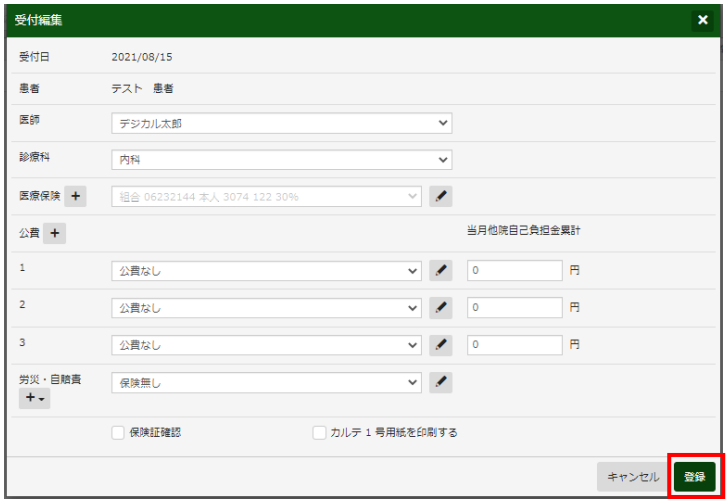
③ 資格確認の再実行方法

受付後や「診察待」に変更後などに再度資格確認を行いたい場合は以下の手順を実行します。

(1) 受付画面の該当患者の保険欄付近をクリックし、受付編集画面を表示します。

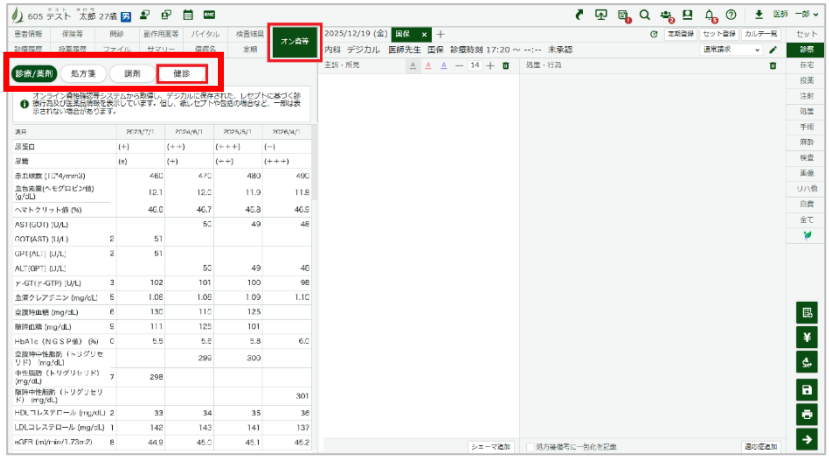


(2) 表示された受付編集画面で変更を加えずに［登録］ボタンをクリックします。



(3) 資格確認の処理が再度実行されます。
［キャンセル］ボタンで閉じてしまうと、資格確認は再実行されません。

4. 診療・薬剤・健診情報の閲覧



- ✓ 患者様がマイナ受付時に同意した情報のみ取得できます
- ✓ オンライン資格確認等システムから一度に過去５年分のみを取得しますが、デジカルでは過去に取得した情報を含め全期間分を表示します

➢ 診察/薬剤

- ✓ レセプトに基づく診療行為及び医薬品情報となります
- ✓ 自院・他院が提出したレセプト情報、薬局が提出したレセプト情報が表示されます
  ※紙レセプト提出の他院分、包括項目などは表示されない場合があります
- ✓ レセプトが提出されるまで１～２ヶ月のタイムラグがあります

➢ 処方箋

- ✓ 電子処方箋管理サービスから取得した処方箋情報または院内処方等情報となります
- ✓ 自院・他院が電子処方箋管理サービスに登録した処方箋情報、院内処方情報が表示されます
  ※電子処方箋導入済の医療機関様のみ情報が取得できます

➢ 調剤

- ✓ 電子処方箋管理サービスから取得した調剤情報となります
- ✓ 薬局が電子処方箋管理サービスに登録した調剤情報が表示されます
  ※電子処方箋導入済の医療機関様のみ情報が取得できます

➢ 健診

✓ オンライン資格確認等システムから取得した健診情報となります
✓ 検査結果の表示順は臨床検査項目分類コード（JLAC10）順となります



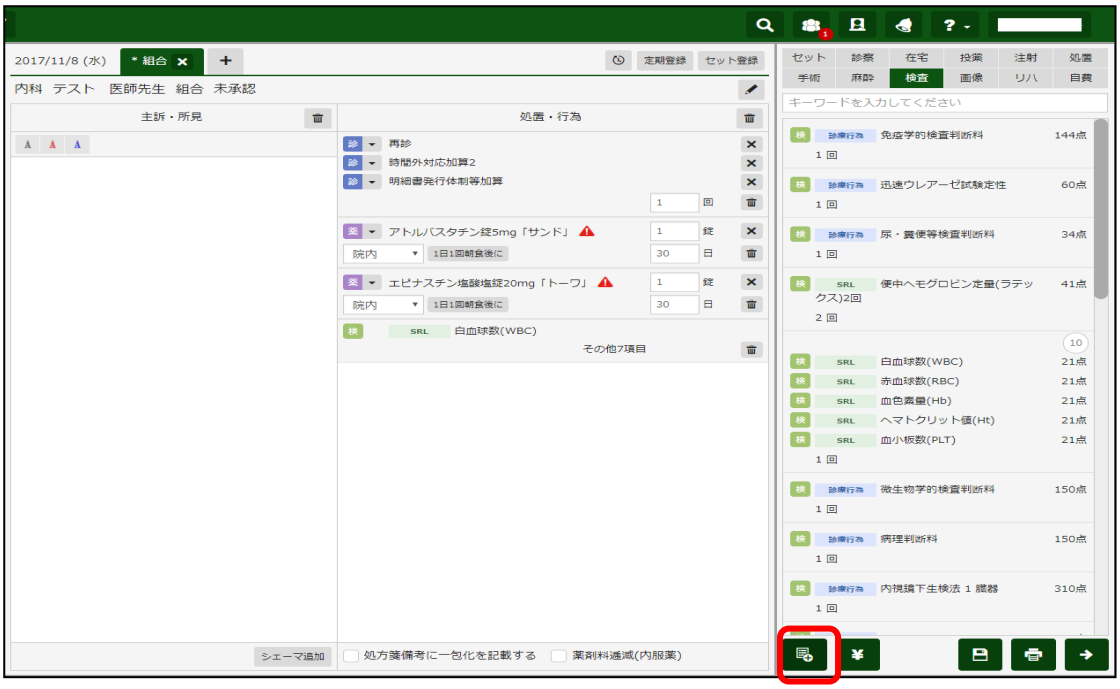
「オン資等」タブに情報が表示されない場合は、オンライン資格確認等システム、デジカルの設定を確認する必要があります。

詳細は、デジカル画面右上＞「？ Q&A を検索する」にて
「オン資等システムより取得した診療薬剤情報をデジカルで閲覧したい」
「オンライン資格確認等システムから取得した診療薬剤情報がデジカルで閲覧できない」
「初めて来院した患者様や久しぶりに来院した患者様について、診療情報等がデジカルに反映しない」
をご確認ください。

5. 会計

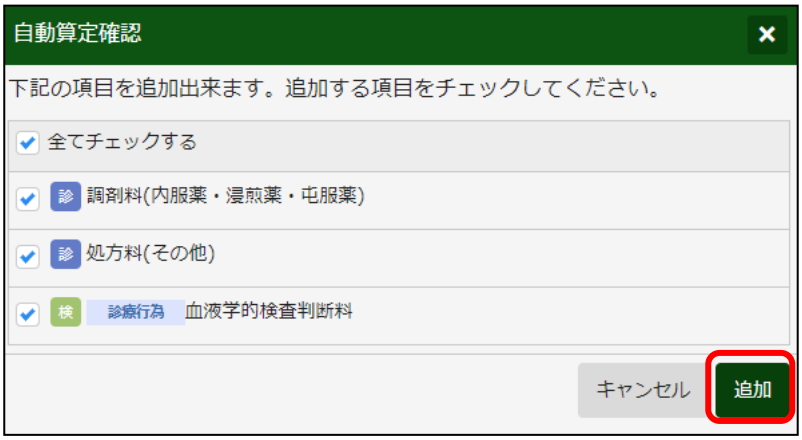
診察終了後会計する際にも、オンライン資格確認から取得した資格情報とエムスリーデジカルに登録されている保険情報に変更がないか確認できます。

(1) 診察する画面を開きます。自動算定ボタンをクリックします。

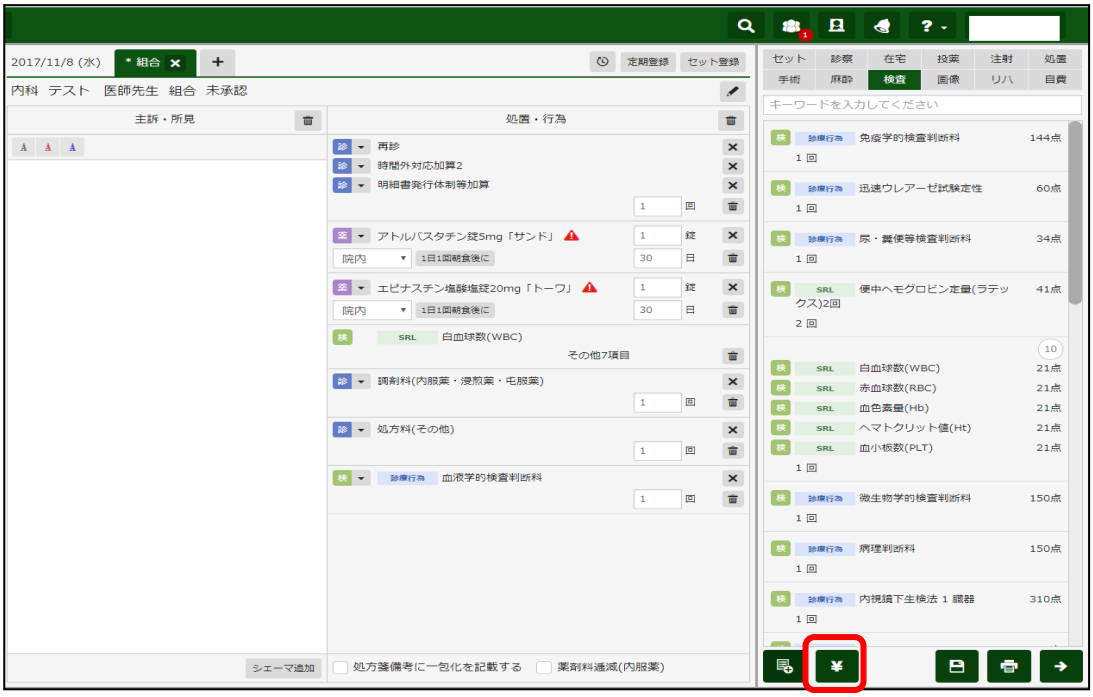


(2) 自動算定確認画面が表示されます。
算定する項目をチェックし、追加ボタンをクリックします。

- ✓ 前回算定した自動算定項目はチェックが付いた状態となります。
- ✓ 自動算定項目がない場合は、「自動算定項目がありません」とメッセージが表示されます。



⑶ 診察内容、自動算定項目を確認し、会計ボタンをクリックします。



⑷ 会計画面が表示されます。オンライン資格確認から取得した結果に要確認事項がある場合や確認結果が届いていない場合は、会計画面で警告表示してお知らせします。［内容を確認］ボタンをクリックすると、警告の内容が表示されます。保険証情報を確認し、必要に応じて保険修正を行ってください。



⑸ 請求額、入金額、印刷する帳票を確認して保存ボタンをクリックします。

- ✓ 調整金がある場合は、調整金欄に金額を入力してください。
- ✓ 今回一部入金する場合等は、入金額を修正してください。
- ✓ 請求額と入金額の差額は次回会計時の繰越金として計上されます。差額を繰り越さない場合は「差額を繰り越さない」にチェックしてください。
- ✓ 印刷する帳票（領収書、明細書、院外処方せん、薬剤情報、お薬手帳）にチェックしてください。前回会計時印刷した帳票はチェックが入った状態で表示されます。



⑹ 印刷プレビューが別のタブで表示されます。ブラウザの印刷機能で印刷してください。

- ✓ 領収書、明細書、院外処方せん、薬剤情報はまとめてプレビューされます。
- ✓ お薬手帳は別のタブでプレビューされます。それぞれ印刷してください。
- ✓ 印刷が終了したらタブを閉じてください。



XII.　電子処方箋（有償オプション）

エムスリーデジカルでは

- 電子処方箋を発行すること（処方箋原本は「電子」）
- 処方内容を電子処方箋管理サービスへ登録して引換番号を取得し、引換番号を紙処方箋へ印字すること（処方箋原本は「紙」）

に対応しています。どちらもオンライン資格確認システムが起動している必要があります。

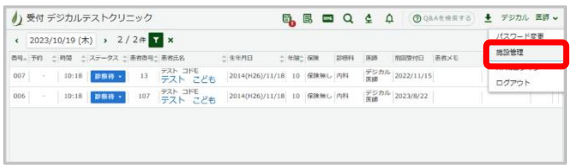
1. 引換番号付き紙処方箋の発行設定

紙処方箋に引き換え番号を印字したい場合に設定します。（初回のみ）

※引換番号付き紙処方箋を発行するためには、当設定を行い、電子処方箋用標準用法を使用する必要があります

※当設定を行っても、電子処方箋用標準用法を使用していない場合は電子処方箋管理サービスへ処方内容は登録されず、処方箋に引換番号も印字されません

(1) 受付画面で利用者名をクリックすると表示されるプルダウンの「施設管理」をクリックします。



(2) 「その他設定」をひらき［編集］ボタンをクリックします



(3) 「引換番号付き紙処方箋の発行：する」に設定し［保存］ボタンをクリックします

※「電子処方箋連携：する」になっている必要があります



2. HPKI セカンド証明書ログイン

電子処方箋を発行する医師は、毎朝HPKI セカンド証明書を紐づけしたスマートフォンでQR コードを読み込みログインします。

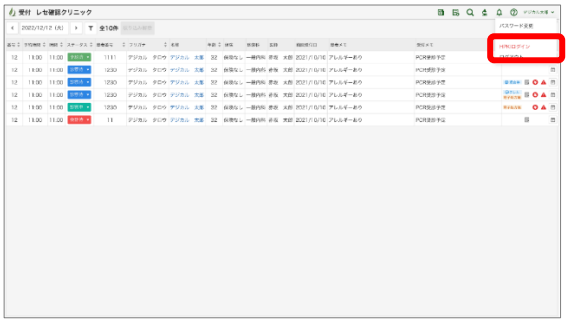
✓ 電子処方箋は発行せず、引換番号付き紙処方箋の印刷のみを行う場合はログイン不要です。

✓ 当日電子処方箋を発行する医師は全員ログインが必要です。
医師ごとに異なる端末（またはシークレットウィンドウ）にてログインしてください。

✓ ログインは 18 時間有効です。18 時間経過すると再ログインが必要になります。

＜ログイン手順＞

⑴ 右上の「HPKI ログイン」をクリックします



⑵ ログインする医師の「ログイン」ボタンをクリックします



⑶ 別画面に表示される QR コードを、予め HPKI セカンド証明書を紐づけしたスマートフォンで読み込みます



※QR コード表示の前に
「モバイルデバイス認証を開始します。Username を入力してください。」と表示される場合があります。
Username には「医籍番号」を入力してください。

3. 受付

受付時、患者様に電子処方箋と紙処方箋のどちらを希望するか口頭で確認します。

➢ 電子処方箋を発行する場合

受付登録画面で「電子処方箋希望」にチェックします。



医療保険の枝番が未設定ですと表示された場合は、医療保険の編集ボタンをクリックし、枝番を設定してください

＜受付画面＞電子処方箋希望の患者様は「電」（電子処方箋希望）の列にマークが表示されます



➢ 引換番号付き紙処方箋を印刷する場合

受付画面では電子処方箋希望にはレ点をいれずに登録します



追加機能（別途オプション）をご契約の場合は「過去の処方歴」の設定が表示されます。レ点をいれると他院処方の詳細を参照することができます。
患者様から参照の同意が得られた場合にチェックをいれてください。



4. カルテ入力

電子処方箋を発行する場合、引き換え番号付き紙処方箋を発行する場合、どちらも用法は厚生労働省提供の「標準用法マスタ」を使用する必要があります。

① 処方・用法の入力

＜カルテ画面＞

受付画面で「電子処方箋希望」とした場合、カルテ画面にも「電子処方箋希望」と表示されます。



紙処方希望の患者様は表示されません。

＜処方入力＞

(1) 医薬品と数量を入力し、「用法を選択してください」をクリックします



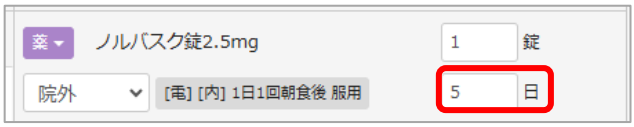
(2) 電子処方箋用の用法（[電]と表示されている用法）の中から用法を選択します



電子処方箋の発行または引き換え番号付き紙処方箋を印刷するには、厚生労働省提供の「標準用法マスタ」を使用する必要があります。

- 電子処方箋希望のカルテでは「標準用法マスタ」のみが表示されます
- 紙処方箋希望のカルテでは、「標準用法マスタ」と「医院で作成した用法」の両方が表示されます

(3) 日数を入力します



セット入力、学習リストからの入力、過去カルテからの DO 入力等で、
標準用法以外の用法が使われている場合はチェックがかかります。
用法一覧をひらき標準用法マスタに変更してください

➢ 電子処方箋希望の場合

(1) 標準用法以外の場合は、用法の横に「！」チェックが表示されます
「！」をクリック、またはカルテを登録すると、「電子処方箋の用法ではありません」と表示されます



(2) 用法をクリックし、標準用法の中から選択し直します

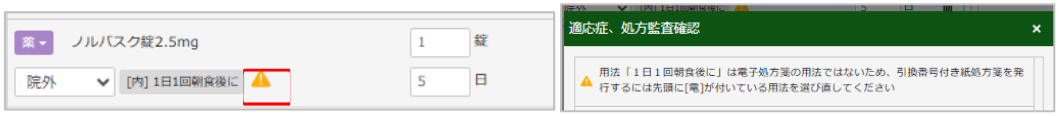


(3) 「！」チェックが消えたことを確認します

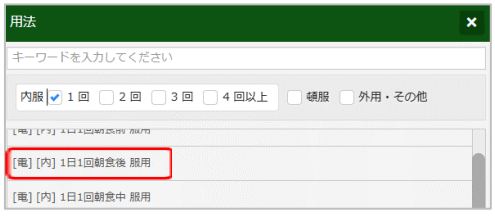


➢ 引換番号付き紙処方箋希望の場合

(1) 標準用法以外の場合は、用法の横に「！」チェックが表示されます
「！」をクリックすると、「電」がついている用法を選び直す旨が表示されます。
※カルテ保存時には表示されません
※標準用法マスタ以外の用法をそのまま登録すると、引き換え番号なしの従来処方箋が印字されます



(2) 用法をクリックし、標準用法の中から選択し直します



(3) 「！」チェックが消えたことを確認します



② コメント補足が必要な用法

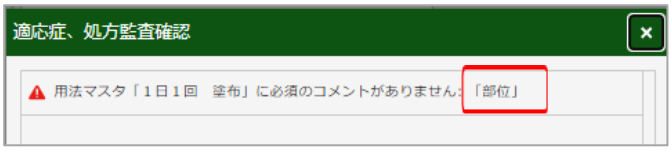
標準用法の中には、使用部位などをコメントにて補足するよう定められているものがあります。
該当用法を入力するとチェックがかかりますので、必要な補足コメントを入力してください。

➢ １日１回塗布（部位コメント必須）

＜チェック内容＞

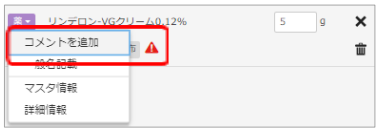
「部位」のコメントが必要である旨、チェックがかかります



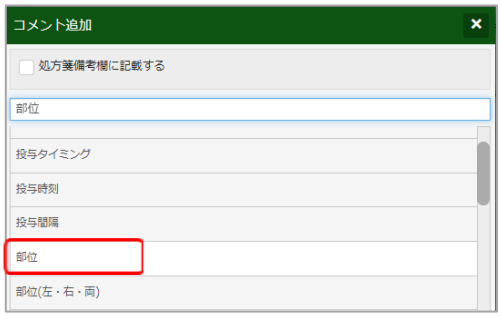


＜入力方法＞

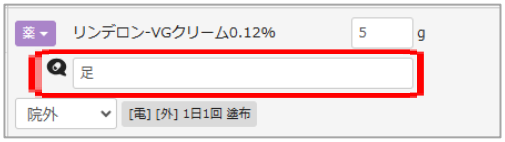
⑴ 「薬」の区分で「コメントを追加」をクリックします



⑵ コメント一覧から「部位」を選択します



⑶ 部位を手入力します



➢　１日５回程度　点眼（左・右・両コメント必須）

＜チェック内容＞

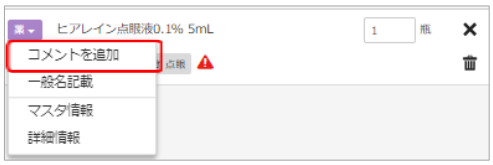
「部位（左・右・両）」のコメントが必要である旨、チェックがかかります



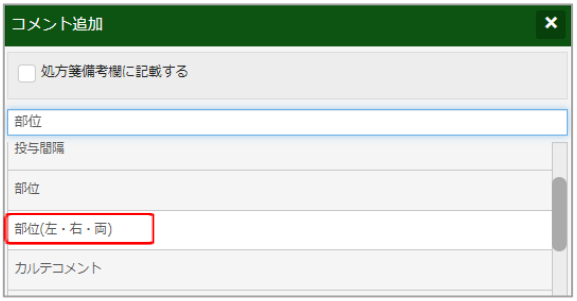


＜入力方法＞

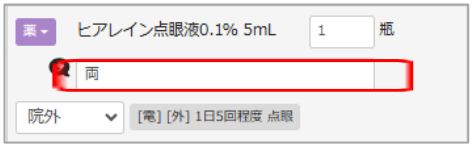
⑴　「薬」の区分で「コメントを追加」をクリックします



⑵　コメント一覧から「部位（左・右・両）」を選択します



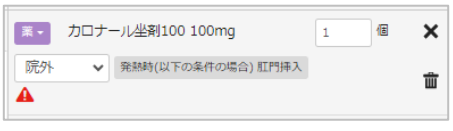
⑶　「左」または「右」または「両」を手入力します



➢　発熱時（以下の条件の場合）肛門挿入（頓用の条件指定ｺﾒﾝﾄ必須）

＜チェック内容＞

「頓用の条件指定」のコメントが必要である旨、チェックがかかります





＜入力方法＞

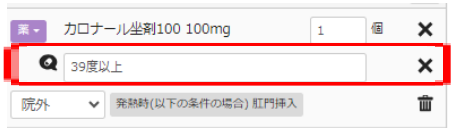
⑴　「薬」の区分で「コメントを追加」をクリックします



⑵ コメント一覧から「頓用の条件指定」を選択します



⑶ 頓用の条件を手入力します。

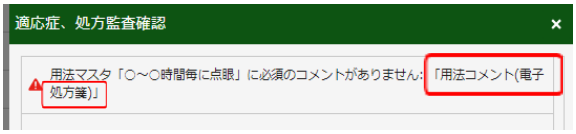


➢ ○～○時間毎に点眼（用法コメント(電子処方箋)必須）

＜チェック内容＞

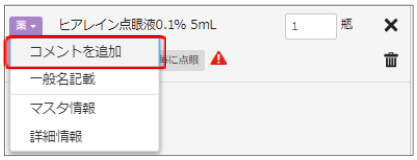
「用法コメント（電子処方箋）」のコメントが必要である旨、チェックがかかります



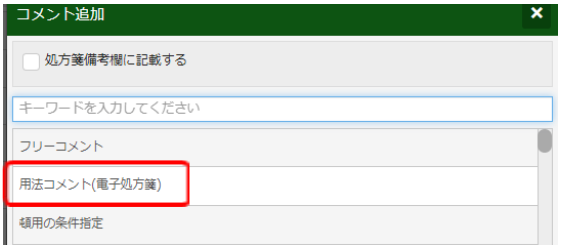


＜入力方法＞

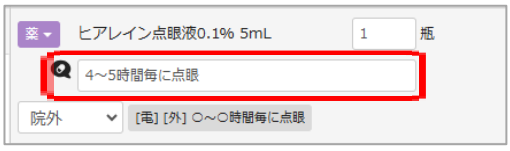
⑴ 「薬」の区分で「コメントを追加」をクリックします



⑵ コメント一覧から「用法コメント（電子処方箋）」を選択します



⑶ 用法コメント（電子処方箋）が必須である場合は、補足内容ではなく用法の名称を全て入力します

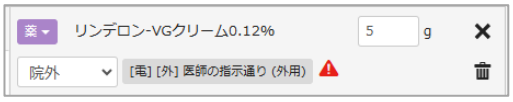


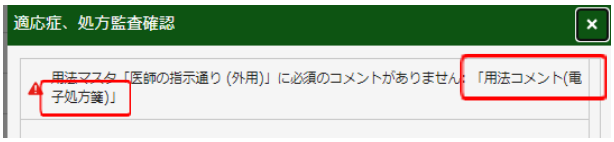
➢　医師の指示通り（用法コメント(電子処方箋)必須）

標準用法に存在しない用法は、「医師の指示通り」を使用します

＜チェック内容＞

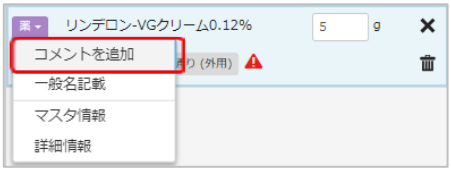
「用法コメント（電子処方箋）」のコメントが必要である旨、チェックがかかります



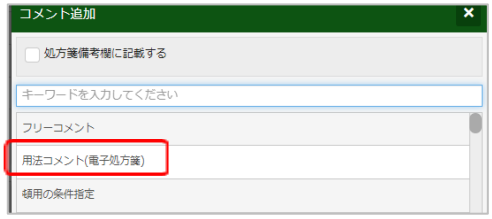


＜入力方法＞

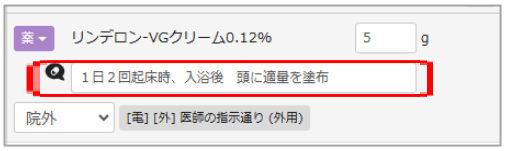
(1) 「薬」の区分で「コメントを追加」をクリックします



(2) コメント一覧から「用法コメント（電子処方箋）」を選択します

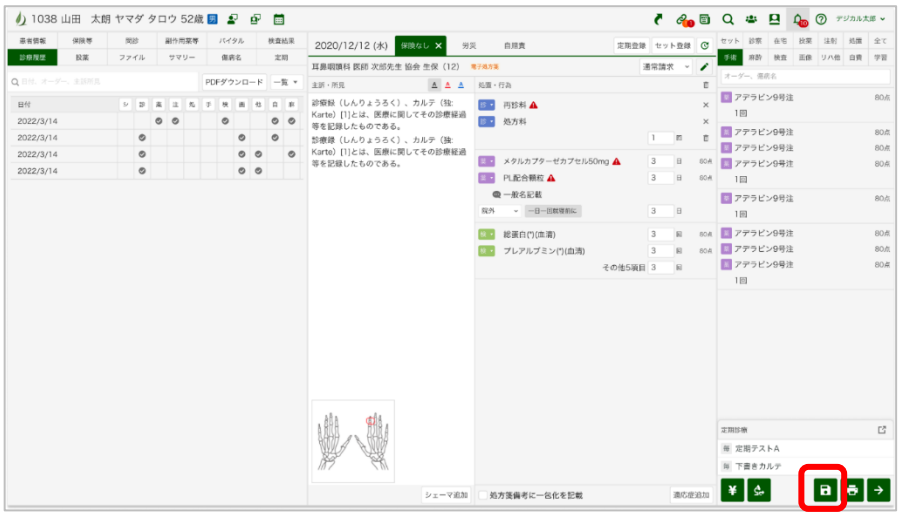


(3) 用法名称を全て入力します



5. 保存・送信

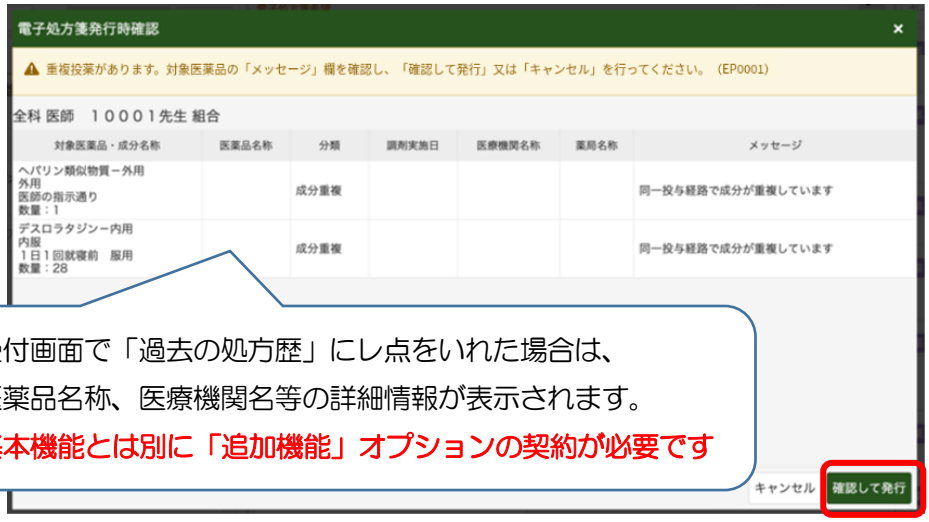
(1) 処方を入力後、カルテの保存ボタンをクリックすると、電子処方箋管理サービスへ重複等チェックをリクエストします。



(2) 会計ボタン（または院外処方箋印刷ボタン）をクリックすると、電子処方箋発行時確認画面が表示されます（チェック結果に問題がない場合は、画面は表示されず電子処方箋発行または処方内容登録が実行されます）

✓ チェック結果を確認しそのまま処方する場合「確認して発行」をクリックします

✓ 処方を変更する場合「キャンセル」をクリックして処方内容を変更します

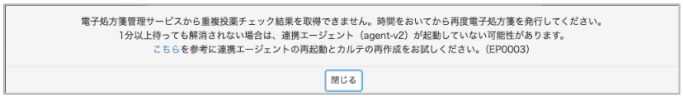


受付画面で「過去の処方歴」にレ点をいれた場合は、
医薬品名称、医療機関名等の詳細情報が表示されます。
基本機能とは別に「追加機能」オプションの契約が必要です

電子処方箋希望のカルテでカルテに紐づく医師がHPKIログインされていない場合は、該当医師のHPKIログイン画面が表示されます。ログインボタンから、HPKIログイン操作を行ってください。



会計ボタンクリック後に「重複投薬等チェックの結果が返ってきていません」と出る場合は、電子処方箋管理サービスと接続できていない可能性があります。



＜対応方法＞

オンライン資格確認の常駐プログラム「オンライン資格確認エージェント」（agent-v2）を再起動し、オンライン資格確認の画面が起動中となることを確認してください





詳細は、デジカル画面右上＞「？ Q&A を検索する」にて

「オンライン資格確認で確認結果が表示されない」を参照してください

6. 控え・処方箋の印刷

➢ 電子処方箋発行の場合

(1) 会計画面で電子処方箋ラベルが表示されている「院外処方箋」にチェックをいれて［保存］ボタンをクリックします

(2) 処方内容（控え）が表示されますので、印刷して患者様にお渡しします。



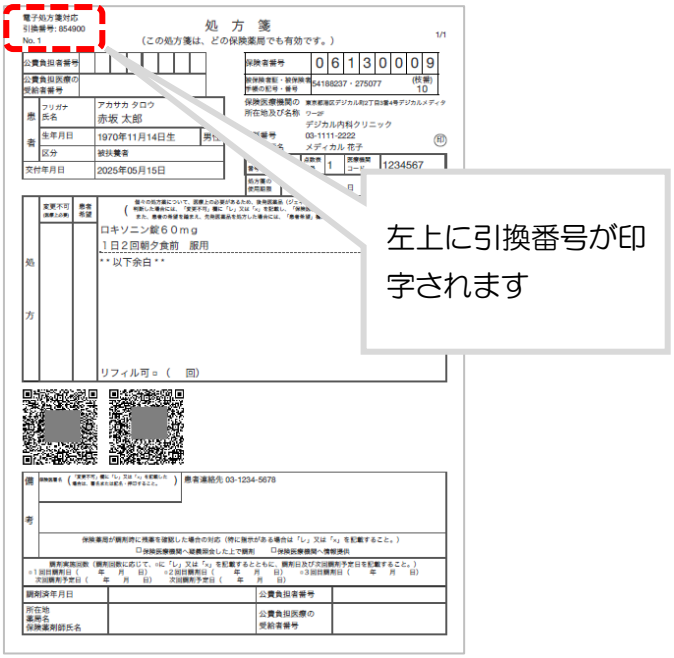


➢ 引換番号付き紙処方箋の場合

(1) 会計画面で「院外処方箋」にチェックをいれて［保存］ボタンをクリックします

(2) 引換番号付き紙処方箋が表示されますので、印刷して患者様にお渡しします。





7. 送信後の訂正

① 修正

発行当日、未調剤であれば可能です。
カルテを修正して保存すると、電子処方箋管理サービスに変更リクエストが送信されます。

- ✓ 保険や患者情報に誤りがあった場合も、該当箇所を修正してカルテを保存しなおしてください。
- ✓ 変更リクエストが送信された場合は引換番号も変更されます。「処方内容（控え）」を再発行して患者様にお渡しください。
- ✓ 引換番号付き紙処方箋の場合、修正があった場合は必ず修正前の処方箋と差し替えてください。（従来処方箋と同様です）
- ✓ 調剤済であった場合は、カルテを修正保存すると電子処方箋管理サービスよりその旨のエラーが返され、電子処方箋の変更はできません。
  カルテを修正しておきたい場合は、受付編集で「電子処方箋希望」のレ点をはずしてからカルテを修正保存してください。



② 取消取消

発行当日、未調剤であれば可能です。
取消したい場合は、すべての処方内容を削除してカルテを保存するか、カルテを削除してください。
電子処方箋管理サービスに取消リクエストが送信されます。

※電子処方箋を発行したが、後から患者様が紙の処方箋へ変更を希望された場合、処方内容を一旦全て削除してカルテを登録して取消リクエストを送信後、薬を入力し直す必要があります。

8. 調剤情報の閲覧

電子処方箋を発行したカルテ、または引換番号付き紙処方箋を発行したカルテについて、実際に調剤された薬や薬局からの疑義照会の内容等を参照することができます。
薬局側が電子処方箋に対応しており調剤結果を登録している場合にのみ参照が可能です。

(1) 電子処方箋または引換番号付き紙処方箋を発行したカルテの診療履歴から、「電子処方箋情報」ボタンをクリックします。



(2) 電子処方箋詳細情報画面で［調剤結果取得］ボタンを押すと調剤結果が表示されます
※薬局で調剤結果が確定されていない場合は情報が表示されません

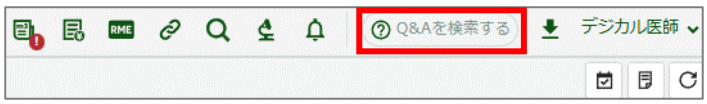


XIII. ヘルプ

12. ヘルプメニュー

動画マニュアルやヘルプサイトをご用意しておりますのでご参照ください。

(1) システム画面右上の「？ Q&A を検索する」を押します



(2) ヘルプメニュー画面より PDF マニュアル、動画マニュアル、ヘルプサイトにアクセスいただけます。FAQ 検索も可能です。

※FAQ はサポートセンターにいただく問合せ内容やヘルプサイト等を元に一部生成 AI を用いて作成されています。

※ヘルプサイトで掲載されている内容は全てヘルプメニューでもご確認頂けます。



(3) マニュアル、動画、ヘルプサイトは、以下の URL にからもご参照いただけます。二次元コードをスマートフォン等で読み取ってアクセスすることもできます。

●マニュアル PDF

https://digikar.m3.com/documents/digikar_rececom_manual.pdf

●マニュアル動画

https://www.youtube.com/channel/UCHoZzLcfieRDa8DlrYj7yKQ

●ヘルプサイト

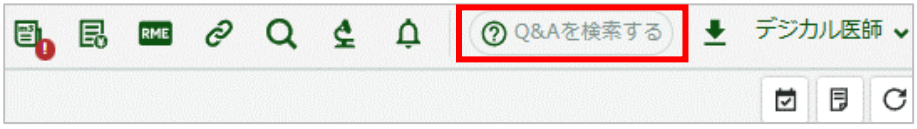
https://digikar.zendesk.com

13.　リモートアクセス許可

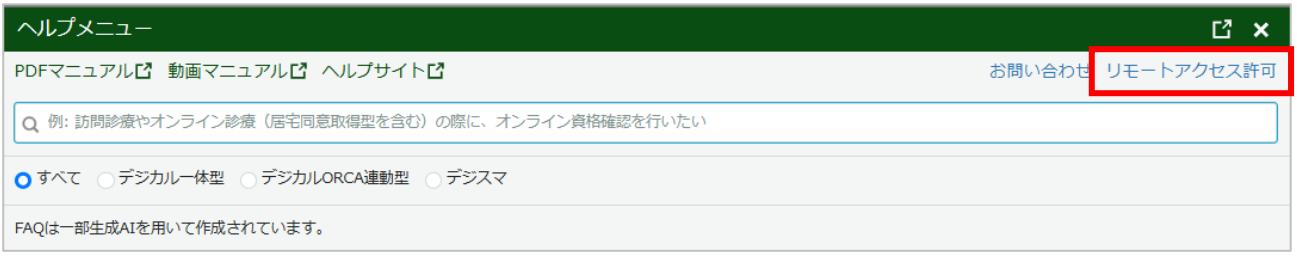
お問合せに対する回答は通常メールでの対応となりますが、より詳しく調査するために、サポート担当者がお客様の環境にログインして操作させていただく場合がございます。

この場合、サポート担当者から「リモートアクセス許可」を行っていただくようご案内いたします。その案内に従って、メニューから「リモートアクセス許可」をクリックください。その後、72 時間サポート担当者がログイン可能な状態となります。
※サポート担当者による代理ログインにあたって、患者様の個人情報などは閲覧できませんのでご安心ください。

(1) システム画面右上の「？ Q&A を検索する」を押します



(2) 「リモートアクセス許可」よりアクセスいただけます。



14.　お問合せ

ご不明な点は、下記サポートセンターまでお問い合わせください。

エムスリーデジカルサポートセンター
営業時間:平日 10 時～18 時（土日祝日を除く）
メール：support@digikar.co.jp
電話：050-2018-8255
※訪問でのサポートは行っておりません。
※平日 8:30～20:00、土曜 8:30～17:00 に電話サポートを行うプレミアムプランがございます。ご希望の方は上記センターまでご連絡ください。

15.　障害発生時

「ログインできない」「動かない」などシステム障害が疑われる場合は以下のフローで対応します

デジカルにログインできない

デジカル以外のサイトは参照できるか？

できない

スマートフォンの**テザリング等を利用**してインターネット接続できる状態にする

デジカルにログイン
ネット復旧までそのまま利用

できる

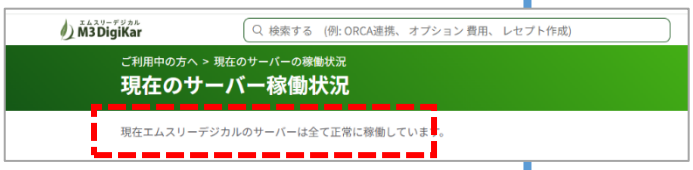
デジカルサイトにて障害状況を確認する

- ヘルプサイト
  https://digikar.zendesk.com
- 現在のサーバー稼働状況
  https://digikar.zendesk.com/hc/ja/articles/360044476594

障害情報が掲載されているか？

掲載なし

＜サーバー正常稼働の表示＞

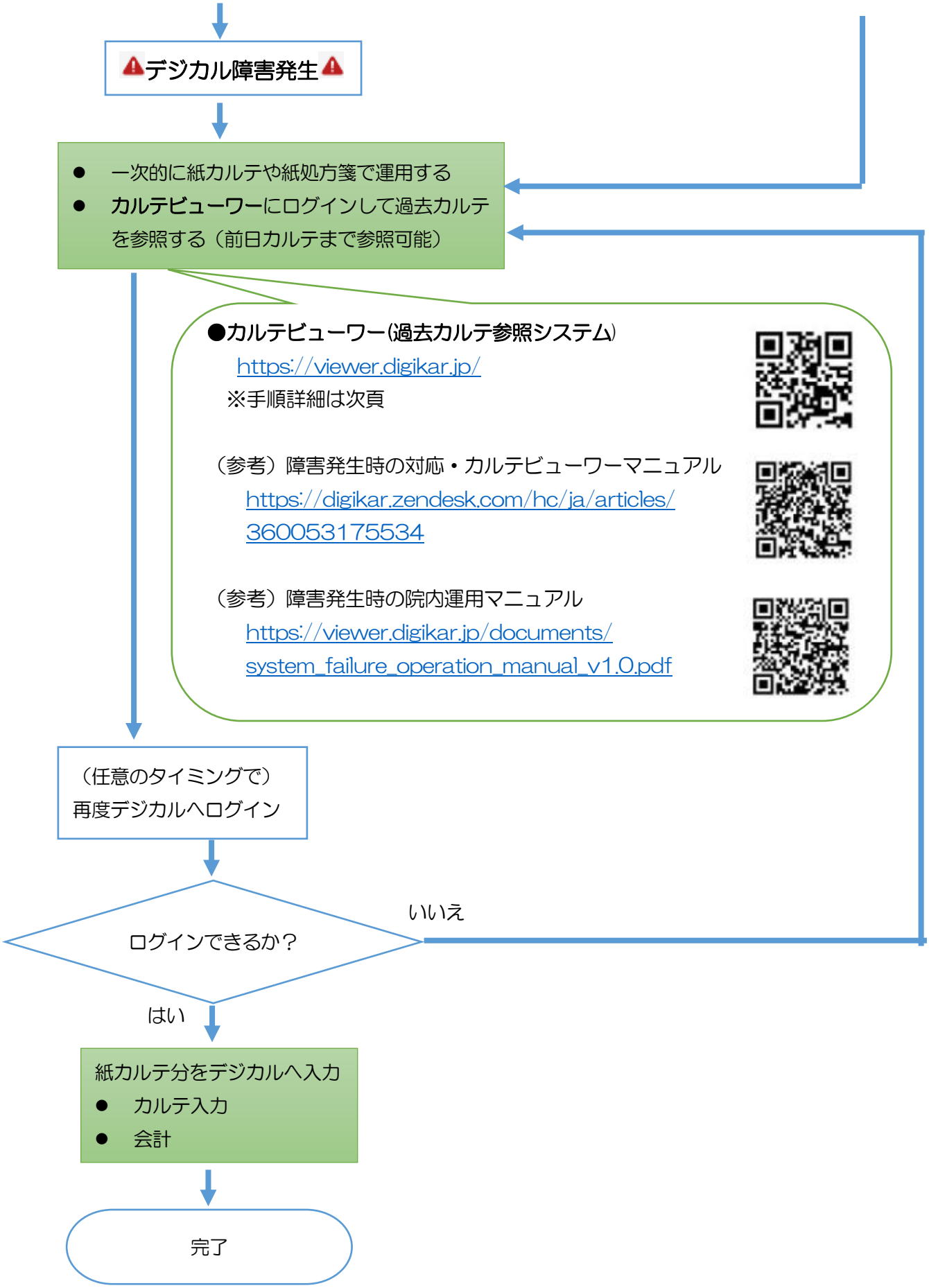


掲載あり

＜ヘルプサイト障害時の表示例＞



ページを更新して障害情報を再確認する


⚠デジカル障害発生⚠
● 一次的に紙カルテや紙処方箋で運用する
● カルテビューワーにログインして過去カルテを参照する（前日カルテまで参照可能）
●カルテビューワー(過去カルテ参照システム)
https://viewer.digikar.jp/
※手順詳細は次頁
（参考）障害発生時の対応・カルテビューワーマニュアル
https://digikar.zendesk.com/hc/ja/articles/360053175534
（参考）障害発生時の院内運用マニュアル
https://viewer.digikar.jp/documents/system_failure_operation_manual_v1.0.pdf
（任意のタイミングで）
再度デジカルへログイン
ログインできるか？
いいえ
はい
紙カルテ分をデジカルへ入力
● カルテ入力
● 会計
完了

●カルテビューワー(過去カルテ参照システム)

デジカルにアクセスできない場合、「カルテビューワー」を利用してバックアップデータ（過去カルテ）を確認しながら診察を行うことが可能です。

- ✓ 必要な証明書がインストールされた端末（普段デジカルをお使いの端末）でのみご利用いただけます
- ✓ 前日分までのカルテが参照できます

(1) カルテビューワー（https://viewer.digikar.jp/）にアクセスします

(2) M3 デジカルのログイン ID とパスワードを入力して、［Login］ボタンをクリックします



(3) 患者番号又患者名で検索し［カルテを見る］ボタンをクリックします



(4) カルテ PDF（1 号用紙、2 号用紙、3 号用紙）が表示されます

