

随時サマリー(update summary)作成 のためのガイダンス

電子カルテから有用な”6情報”発出を可能とする診療記録のあり方について
～“随時サマリー”(updated summary)作成が容易かつ適切に行えるように～

退院時要約等の診療記録に関する標準化推進合同委員会
(日本医療情報学会・日本診療情報管理学会)

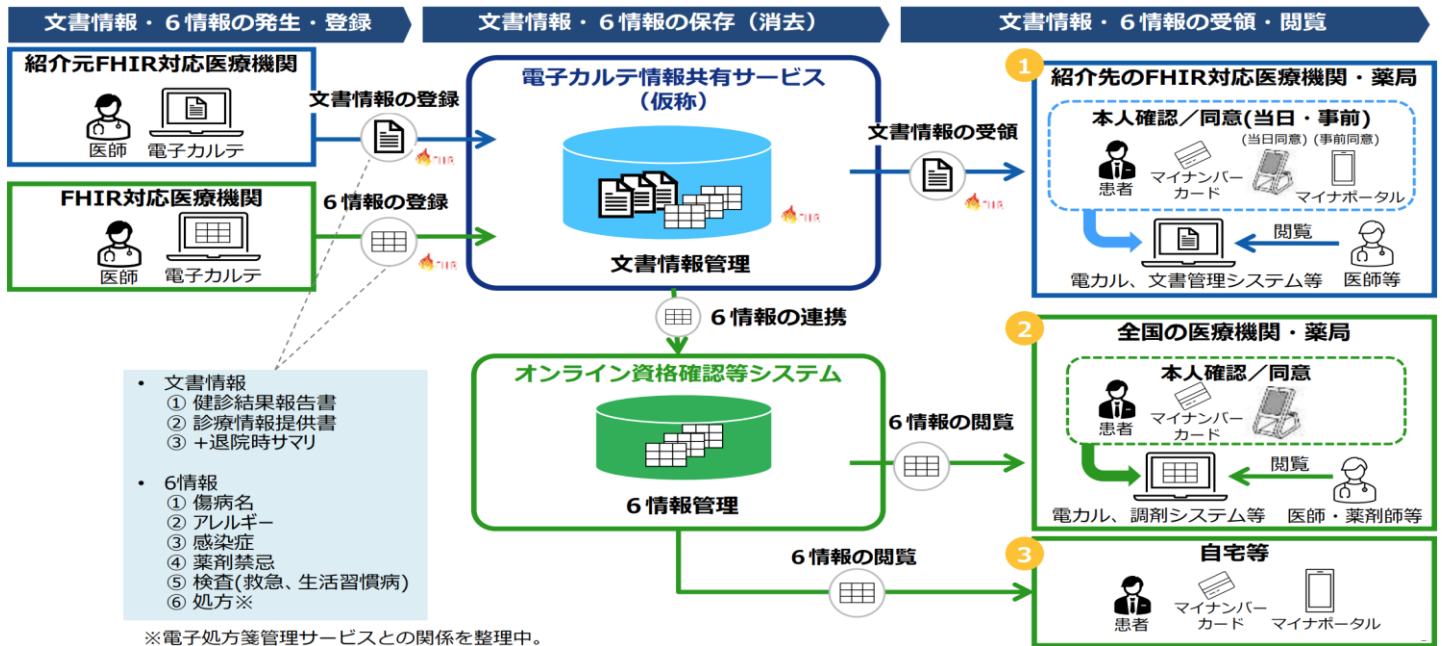
2024年3月11日

電子カルテから有用な”6情報”発出を可能とする診療記録のあり方について （“随時サマリー”（updated summary）作成が容易かつ適切に行えるように）

◇ 電子カルテ情報共有サービスの構築の要請

（厚労省発 2023/6/26 <https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/001112352.pdf>）

文書情報を医療機関・薬局が電子上で送受信できるネットワークおよび仕組みを確立し、この中で、当面、電子カルテ情報（“6情報”）を閲覧でき、またこの情報をオンライン資格確認システムとの連携を踏まえ、マイナポータルで患者も閲覧できる仕組み



電子的なコア情報の受け渡しの仕組みの構築が医療DXの行程として 2024 年度中の実施が求められている
（厚労省発 2023/7/7 <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001118552.pdf>）

- では、具体的にどのように“6情報”を標準的電子カルテ(HL7 FHIR 規格文書として登録→発出可能)から出すのか？ 以下、各項目別にこの課題についてガイダンスを記載する。
- ここでは、電子カルテ記載内容から抽出される、最低限 “6情報”を含んだ、更新された要約情報を 随時サマリーと呼ぶ。（8 頁の ■ ■ まとめ を参照されたい）

cf. 6情報: 1. 傷病名 2. アレルギー情報 3. 感染症情報 4. 薬剤禁忌情報 5. 検査情報 6. 処方情報

■ ■ 1. 傷病名 -----

標準的電子カルテにおいては、病名列は以下の構造(problem list frame; **PLF**)での設置が望まれる(3 頁参照)。

(cf. 退院サマリー作成に関するガイダンス

<https://www.jami.jp/jamistd/docs/dischargeSummary2019.pdf>

<https://jhim-e.com/pdf/guidance.pdf>)

#	診断	ICD-10	発症時期	登録日	コメント
1	前立腺肥大症	N40	2012年頃	2012/3/10	2018/7/3生検→glandular hyperplasia
2	労作性狭心症	I20.9	2012年頃	2012/1/12	階段昇降で数分の胸痛
2 b	PCI後	I20.9 Z95.5	2015/3/4	2013/1/12	PCI to RCA#1 (2013/1/12) PCI to RCA#2-3 (2015/3/4)
3	高血圧症	I110	2010年頃	2012/10/3	2013年PCI後より降圧剤追加
4	脂質異常症	E78.5	2003年頃	2012/10/3	2013年PCI後よりスタチン追加
5	腰部脊椎管狭窄症	M48.9	2019年頃	2020/2/14	NSAID, 湿布. 長距離歩行は杖使用

上表表示の他、右列には転帰(不変・改善・悪化等)や担当診療科名…等の情報が追加されていることが通常。しかし、この傷病名列から随時サマリー(最低限“6情報”を含んだ、更新された要約情報)に流し込まれる病名列としては登録日、他の情報は不要。

#, 診断名(非表示の ICD code), 発症時期, コメントの4列からなる傷病名列を電子カルテの病名列から流し出すことでよい。上記の例で、他の医療機関に“6情報”中の1. 傷病名の情報として送信する場合、相手が循環器科担当の場合は#を記載しなおし、その番号でソートして以下のように列記して発出するべきであろう。

#	診断	発症時期	コメント
1	労作性狭心症	2012年頃	階段昇降で数分の胸痛
1	b PCI後	2015/3/4	PCI to RCA#1 (2013/1/12) PCI to RCA#2-3 (2015/3/4)
2	高血圧症	2010年頃	2013年PCI後より降圧剤追加
3	脂質異常症	2003年頃	2013年PCI後よりスタチン追加
4	前立腺肥大症	2012年頃	2018/7/3生検→glandular hyperplasia
5	腰部脊椎管狭窄症	2019年頃	NSAID, 湿布. 長距離歩行は杖使用

送信先が整形外科であれば、上記の#5を#1に替えてソート、泌尿器科であれば#4を#1に替えてのソートで発出がよい。総合診療科への送信であれば、時系列(発症時期でのソート)での表示も妥当であろう。

cf.

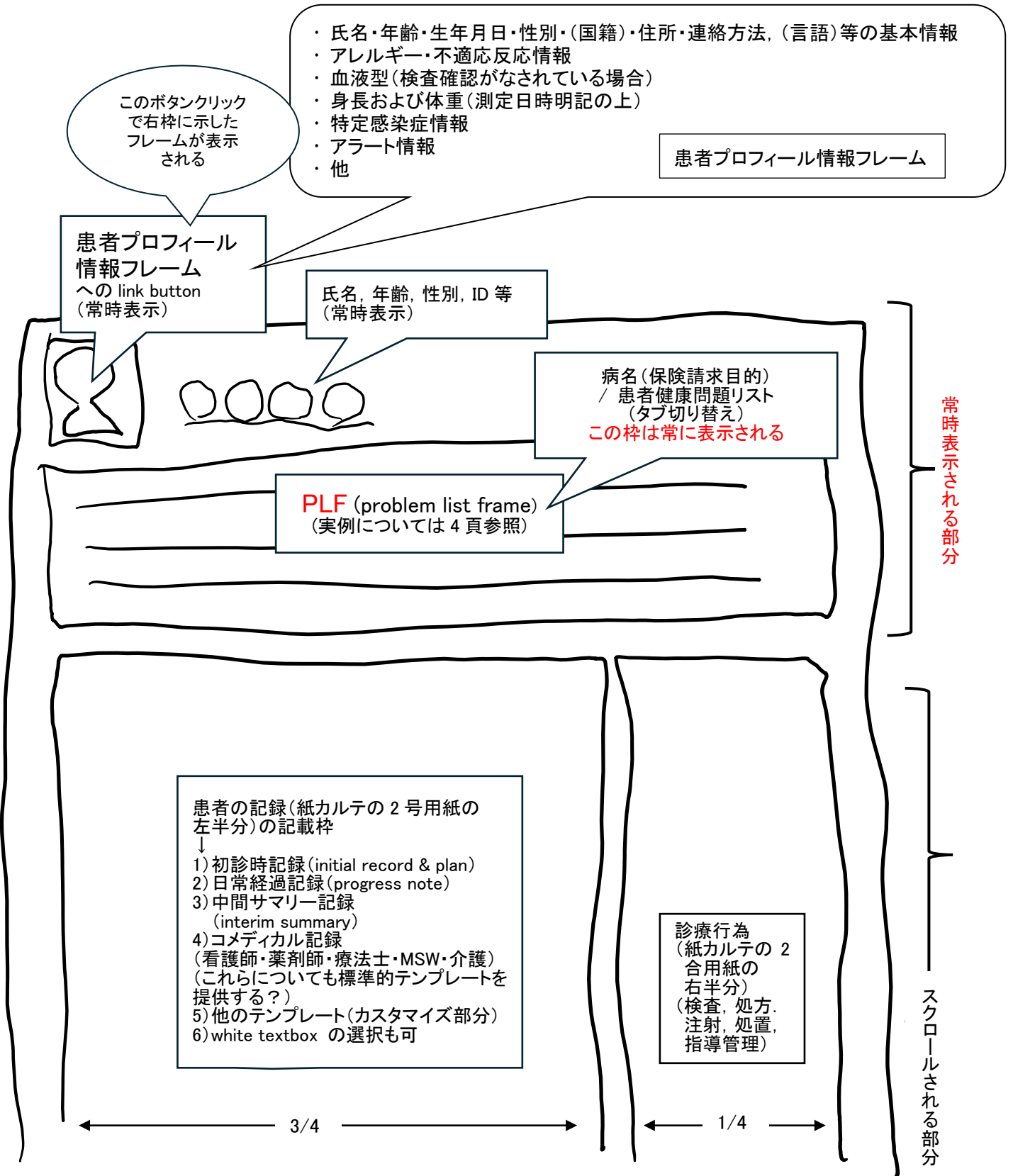
Problems contains data defining the patient's relevant current and historical clinical problems, conditions, diagnoses, symptoms, findings, and complaints at the time the CCR is generated. If the CCR is being created for a referral, they should be ranked in order of importance for the referral purpose. Otherwise, reverse chronological order of onset should prevail.

ASTM E2369 - 12 (2012)

Standard Specification for Continuity of Care Record (CCR) Table 1.1 (p15)

- ※ 傷病名としては、診療科の専門的関心の病名のみを登録することでは不十分である。統合的に患者の健康管理を考えること、そのためのデータとしての傷病名という観点から、上記病名列には**既存症を列記**することが肝要である。**既存症(present illnesses)**とは、現在の当該患者の健康に影響を与えている diseases を指す。たとえば当該患者の血圧が 124/78 と正常であっても、その血圧維持のために降圧剤内服を要している状態であれば、“高血圧症”はれっきとした既存症である。
- ※ 慢性期医療機関で患者の全体的、統合的な管理が主要である場合には担当医による包括的な病名列記、すなわち適切な既存症列記がなされることが多いであろう。一方、急性期専門医療機関においては、特定疾患に対する高度かつ深掘りする医療の展開を主目的とするため、傷病名把握が視野狭窄的となっている可能性が大きい。しかし退院すればその患者はすぐに包括的医療による管理を受けるのであり、また同じ急性期医療機関においても緊急的救急的受診では、包括的患者把握が適切な治療のために必須であろう。
- ※ 急性期病院からの退院時サマリーでは、しばしば主として資源投入した疾患のみが登録され、これに関して専門医の立場からの詳細な診療経過の要約が記載され、その中では他科や多職種から見て難解な略語に満ちたものが提出されることがあるが、サマリーが患者のこれからの健康管理のための情報共有である、という基本的な定義に立ち返り、既存症をすべて列記すること、全科周知的ではない略語を用いる場合は解説を入れるなどの配慮が必要である。(退院時サマリー監査の要点)
- ※ 高度専門医療を担当する急性期病院での退院時サマリーについて、上述の「既存症すべてをリストアップする包括的な登録は困難である」、という意見が聞かれる。しかし尖端的専門医療を実施する場合でも包括的な患者の既存症把握がなければ医療安全的観点で問題となる可能性が高く、また一つの観点のみに過度集中する医療実践は必ずしも患者の高い満足度には繋がらない。包括的な患者把握のものと専門的医療の施与が望ましく、専門医集団においてそれが片手落ちとなる懸念があれば、総合診療医(病院であればホスピタリスト)を縦系に対して横系的に関与させることで包括的傷病名登録、包括的診療実践が可能になると考えられる。また、入院時にかかりつけ医から提供される傷病名が包括的であれば、それを参照して構成することも可能であろう。

◇ 標準的な電子カルテにおいては、初診時記録 (initial record) や日常的経過記録 (progress notes) の記載欄の上部には常設された形として、#, 診断名, (非表示の ICD code), 発症時期, コメントの 4 列を最低限の枠組みとした、spreadsheet 型の傷病名フレーム (problem list frame; 以下 **PLF**) が設置されているべきである。



- ◇ 入院時診療においては、初診時記録記載時に列記登録した PLF をもとに診療が開始され、以後経過記録記載時にも常に上部設置された PLF を POMR (problem-oriented medical recording) の problem list (プロブレム) として参照しつつ、S.O.A.P. の枠組み内に記載をしてゆく構造が求められる。

病名 - テスト患者

終了 入力開始 拡大/縮小 病名一括転帰 算定条件保存

病名一覧 | プロブレム一覧 | 検索条件 |

発症日	頃	#	プロブレム名称	守	疑	フリーコメント
2017	<input checked="" type="checkbox"/>	01-	舌白板症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2016/06/22	<input type="checkbox"/>	05-	胃癌の術後	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	噴門部癌 (Borrmann 2型) に対し
2014/12/12	<input type="checkbox"/>	02-02	僧帽弁形成術後	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	前尖後交連側の逸脱による高度MR
2013	<input checked="" type="checkbox"/>	02-01	僧帽弁閉鎖不全症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2013年より労作時息切れ。前尖後
2012	<input checked="" type="checkbox"/>	07-	変形性腰椎症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L4/5 L5/S1の脊椎管狭窄を伴う。
2012	<input checked="" type="checkbox"/>	04-	脂質異常症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2011/02/16	<input type="checkbox"/>	06-	急性虫垂炎の術後	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腹腔鏡下虫垂切除術
1995	<input checked="" type="checkbox"/>	03-	本態性高血圧症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PLFの例

- ・ 病名 (保険請求目的) とプロブレム (長期的俯瞰としての既存症一覧) とはタブ切り替え
- ・ 病名 (ICD-10 コード付) からプロブレムへの選択・登録はワンクリックで
→ プロブレムには診療科毎に主・副で#付けができる (主病名 = #1)
→ プロブレム登録に付帯して発生日およびフリーコメントの記載・登録が推奨される
発生日について → 2017/00/00として登録 (発症日 sort のための手続き)
- ・ この表には明示されていないが各病名には相当する ICD-10 コードが付けられている (default は非表示)
- ・ 病名列には記載診療科のタグが付いている。プロブレムリストにも同様のタグが付帯するが、患者の包括的な既存症列表示のために全科的な列記表示が default
- ・ プロブレム一覧から病名 (保険請求目的) への登録 (逆登録) も容易にできる構築

病名 - テスト患者(0095000006)

プー	発生日	#	プロブレム	修録1	修録2	修録3	修録4	修録5	フリーコメント	転帰	削
	2004/09頃	01	閉塞性動脈硬化症		右	大腿動脈			右大腿動脈完全閉塞→PTAトライ		
	2002/01/30		虚血性心疾患			の術後			LIITA→LC		
	2001/12/24		急性心筋梗塞				後壁		(stent留)		
	1997頃		高脂血症								

POMR記載

病名II (医師プロブレム)

閉塞性動脈硬化症

修録1 修録2 修録3 修録4 修録5

右 大腿動脈

フリーコメント

右大腿動脈完全閉塞→PTAトライ(2005.5.12)unsuccessful

S 200m歩行にて右下腿痛出現。安静にて軽快(間歇性跛行) (Fontaine II)

O 右膝窩動脈触知可、右足背動脈ならびに後脛骨動脈触知不可
右足趾の色澤は正常、冷感なし。安静時疼痛なし。皮膚状態も良好
ABI 左0.98 右0.54
2005.5.12に血管造影実施。右浅大股動脈中腰部の完全閉塞。CTにて同部の石灰化等。膝窩動脈近位部が遠位大股動脈からの側副血行経路で描出される。dital run-offは比較的良好的

A 2005.5.12に経皮的血管形成術(PTA)を実施試行するも、ガイドワイヤが通過せず、以後外来にてドルナー、アンブラスを追加して経過を追ってきたが、症状軽快が得られず、冬季に入ってもむしろ増悪した。年齢、活動性を考慮すると根治的治療が必要と判断される。

P 2005.12.20に右浅大股動脈-膝窩動脈バイパス術を予定。

CLEAR OK CANCEL

PLF (既存症列) を軸とした経過記録 (progress note) への記載

経過記録 (progress note)

複数のプロブレムをもとに一括の経過記録(SOAP)記載も可能

プロブレム毎に記載部分を検索する際にはどの傷病名からも同じ記載部分が抽出表示される

- ◇ 入院診療→退院時には PLF が診療プロセスによって変化し、未治療部分が介入によって治癒し固定したり、併発症の出現や未確定であった診断が正式に下される等、**退院時診断名(列)**として確定される。これも上記と同様の PLF の構造によって記載登録される。(「退院サマリー作成に関するガイダンス」2019 年版を参照されたい)

↓

この患者が同一施設で外来管理に移行する場合は、まずは退院時サマリー内の退院時診断名列が PLF として移行登録・表示される。外来診療でもこの PLF が診療録記載枠の上部に常設され、(3 頁参照)これを見ながら POMR による外来診療記載が行われる(4 頁参照)。時間の推移により患者の状態に変化が起こった場合は外来担当医によって適宜、この PLF 内の記載が更新される。(すなわち updated summary frame となる。)

※ PLF は患者の診療・健康管理のためのサマリー中のサマリーである。

- ◇ 他の医療機関に共有情報としてこの PLF 情報(“6 情報”のうち更新された最新の傷病名)を发出させる場合には標準化診療情報提供書の枠の“傷病名”の枠組み内に、そのまま流し込みをすればよい。

(別紙様式11)

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師氏名 印

患者氏名 性別 男・女

患者住所 電話番号

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳) 職業

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

備 考

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

※ 3 枠目の既往歴および家族歴欄について: **既存症**(PLF 内にきちんと連記されるべき内容)以外の**既往歴**(過去に罹患既往があるが、現在、患者の健康管理に関して有意の影響がないと判断される疾患や状態等---例: 中学時代に虫垂切除術の既往)がない場合には“傷病名参照”の記載のみでよい。

家族歴について: 動脈硬化や血管疾患との関連から父親の心筋梗塞の既往とか、あるいは母親のくも膜下出血の既往、あるいは癌系疾患の関連から母親や姉が乳がん、というような記載は有用と考えられる。他、遺伝性疾患についても記載が加えられるべき。

※ 当該患者にアレルギー・不適応反応情報がある場合、および特筆すべき感染症情報がある場合は、この欄の冒頭に流し込み登録されるべきである。 標準的電子カルテにおいては、この情報は「患者プロフィール情報フレーム」内に記載登録されている。(6頁参照)

病状経過ならびに治療経過は有機的連携がある場合が多いので、治療経過フレーム内にまとめて要約記載をすることは許容。入院既往がある場合は退院時サマリーの入院後経過フレームから流し込みを行い、その上で必要があれば修正や更新記載を行う。検査所見(検体検査等)については、別フレームを作成してそこに必要な結果をコピーする(紙運用の場合に“別紙参照”と同様)(7頁参照)

電子処方箋データあるいは電子カルテ内に保存されている処方箋データを流し込む(7頁参照)

標準的診療情報提供書
(patient referral document)

■ ■ 2. アレルギー情報, 3. 感染症情報, 4. 薬剤禁忌情報 -----

標準的電子カルテにおいては、アレルギーおよび不適応反応情報は以下の構造での設置が望まれる
(cf. 退院サマリー作成に関するガイダンス

<https://www.jami.jp/jamistd/docs/dischargeSummary2019.pdf>
<https://jhim-e.com/pdf/guidance.pdf>)

食品・薬物等	反応	発生時期	登録日	確認法	コメント	登録者
クラビット	発疹・嘔気	不詳	2018/1/18	<input type="checkbox"/> 本人・家族申告 <input checked="" type="checkbox"/> 医療従事者確認		西 義男
アルコール綿	発赤	2016/12/20	2016/12/20	<input checked="" type="checkbox"/> 本人・家族申告 <input checked="" type="checkbox"/> 医療従事者確認		河合 幸子
ヨード造影剤	発疹・掻痒	2011/7/21	2011/7/22	<input type="checkbox"/> 本人・家族申告 <input checked="" type="checkbox"/> 医療従事者確認	付知で、 2018/5月の イオハミロン使用 時は起こらず	渡辺 義孝

- このアレルギーないし不適応反応情報は、コメント欄を除いて必須記載項目として、電子カルテ内の「患者プロフィール情報フレーム」内に記録される。(コメントについても必要に応じた記載が推奨される。)
- この情報は、アレルギーには限定せず、広く、薬剤副作用を含めた不適応反応を示す場合の情報として登録されるべきである。(上図の例を参照) すなわちここには“6情報”中の2. アレルギー情報および4. 薬剤禁忌情報が含まれる。
- 上記情報は「患者プロフィール情報フレーム」内に記述・登録することを運用規定とする。ここに登録された情報は退院時サマリー作成時には退院時サマリー内の「アレルギー・不適応反応フレーム」に自動的に流し込まれる。
 - 標準的電子カルテにおいては「患者プロフィール情報フレーム」は電子カルテ画面の上にリンクボタンが常設され、必要に応じていつでも参照できる仕組みになっていることが求められる(3頁参照)。
- 「患者プロフィール情報フレーム」内には氏名・年齢・生年月日・性別・住所・連絡先(連絡方法)等の基本情報に加え、上述のアレルギー・不適応反応情報、血液型(検査確認がなされている場合)、身長および体重(測定日時明記の上)、特定感染症情報等が登録される(3頁参照)。
特定感染症情報は以下のような事例である。
 - HCV 抗体陽性であるが2018/3月～4月で抗ウイルス剤内服治療、HCV-RNA 定量では陰性(治癒)
 - HIV 陽性。2022年8月よりカボテグラビル/リルピビリン療法中
- “6情報”の3. 感染症情報 については、現在これについて治療ないし対処中であるもの(すなわち既存症)であれば、1. 傷病名の一つとしてPLF(1～5頁にて説明)の中に登録されるべきであり、このPLFからの流し込みで診療情報提供、共有される。(下図では#1および#1bがその例示)(上段のHIV陽性の例では、特定感染症として「患者プロフィール情報フレーム」に登録され得るが、明らかに既存症にてPLFにも登録、共有されるべき。)

#	診断	発症時期	コメント
1	胸部带状疱疹	2021/3/14	右側胸部。3/14より発疹と疼痛。受診は3/19; パラシクロビルと鎮痛剤
1 b	带状疱疹後神経痛	2021/4月頃	2021/4月よりペインクリニックで神経ブロック、鎮痛剤治療継続
2	労作性狭心症	2012年頃	階段昇降で数分の胸痛
2 b	PCI後	2015/3/4	PCI to RCA#1 (2013/1/12) PCI to RCA#2-3 (2015/3/4)
3	高血圧症	2010年頃	2013年PCI後より降圧剤追加
4	脂質異常症	2003年頃	2013年PCI後よりスタチン追加

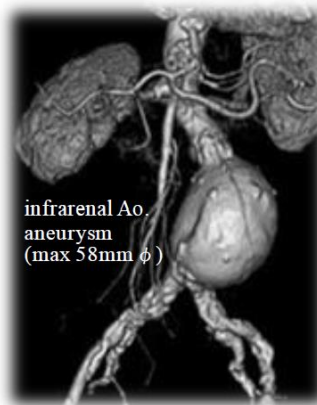
- 現在は健康管理に関係しないが、有意既往歴として「患者プロフィール情報フレーム」に登録されている感染症情報(上段のHCV感染既往の例など)については退院時サマリーでは「入院までの経過」フレームに流し込み、他の医療機関への情報伝達の場合には、診療情報提供書の「既往歴および家族歴」フレーム内に流し込む形で情報共有する(5頁参照)。

■ ■ 5. 検査情報, 6. 処方情報 -----

5. 検査情報について:

検査の結果については、情報共有のための必要項目を担当医が選択し、それらを電子カルテ内に収められたレポートファイルからのコピーで容易に診療情報提供書の「症状経過及び検査結果」欄(5頁参照)に流し込みする形で提供することができる。以下の例を参照されたい。

生化学検査		血液学検査	
CK	32 U/L	WBC	5,360 / μ L
AST	62 U/L	RBC	455 $\times 10^4$ / μ L
ALT	87 U/L	Hb	13.6 g/dL
LD	344 U/L	Ht	20.6 %
ALP	721 U/L	MCV	104 fL
γ -GT	212 U/L	MCH	30.7 pg
TG	171 mg/dL	MCHC	32.7 %
T-Chol	160 mg/dL	血液像	
Na	142 mEq/L	Neut	60 %
K	3.8 mEq/L	Mo	10 %
Cl	115 mEq/L	Eo	1 %
		Ly	30 %



画像についても、担当医がキー画像であると思うものをコピーして(キャプション付けなども行い)貼り付けることや、画像診断担当医のレポートのコピー貼り付けが可能である。

また、上記の「症状経過及び検査結果」欄に別枠参照として、作成された検査結果フレーム内に流し込み登録することでもよいであろう(紙運用の場合の“別紙コピー参照”と同様)。

- 入院患者については退院時サマリー内に検体検査や画像検査結果の主要なものについての要約が記載登録されている場合が多い。この場合は退院時サマリーの該当部分をコピー流し込みすることも可能である。
- 上記の検体検査の添付では単純なテキストファイル、あるいは画像ファイル、ないし spreadsheet 形式での埋め込み流し込みがなされている形であるが、電子カルテ内の検体検査結果が JLAC10 対応のファイルとして登録保存されている場合、その形式での転写登録での提供を行うと、受けた側も同じ形式でのファイル管理ができる状況であれば、時系列での閲覧保存もできて、より有用なデータ共有になる。

6. 処方情報について:

処方情報についても 5. 検査情報同様、電子カルテ内に収められた処方情報、あるいは電子処方箋での処方情報をコピーして、診療情報提供書の「現在の処方」欄(5頁参照)に流し込みすることで提供可能である。

※ 処方情報については、情報提供側医療機関の特定診療科のみの処方情報を提供するだけで足りると考えるべきではない。包括的健康管理の資料としての共有であるから、現時点において処方され、利用されているすべての薬剤の処方について情報提供がなされるべきである。同一医療機関で複数診療科が治療に参与している場合は、同一電子カルテ内からすべての診療科の処方をピックアップしてコピーし、診療情報提供書の「現在の処方」欄に入れ込むように意図されたい。他院からも処方がある場合は、オンライン資格確認での情報収集(電子カルテ内へのデジタルコピー)や“お薬手帳”での確認、電子カルテ内への“手書き登録”を経て、総合的に「現在の処方」欄に入れ込むことが大切である。

以下 当科より

アダラートCR	20mg	1錠	1日1回朝食後
オルメサルタン	20mg	1錠	1日1回朝食後
カルベジロール	10mg	2錠	1日2回朝夕食後
硝酸イソソルビドテープ40mg			1日1回1枚貼付

以下 糖尿病専科より

フォシーガ	5mg	1錠	1日1回朝食後
メトグルコ	250mg	2錠	1日2回朝夕食後

以下 泌尿器科より

ハルナール	0.2mg	1錠	1日1回朝食後
-------	-------	----	---------

■■ (追加) アラート情報 -----

“6 情報”には含まれていないが、健康管理上で重要な注意事項の記載が望ましい場合がある。
例)

- ・ なんとか独歩活動ができていた 78 歳男性. 独居で、エレベーター設備のない 3 階に住んでいる。
- ・ 下顎の発達障害あり. 気管内挿管においてかなりの難易度がある。
- ・ 自己中心的、忍耐意識も低い. 外来待ち時間で受付担当とトラブルになった既往あり。

これらの情報については標準的なきまりはないが 2 つの表示法が考えられる。

1. 「患者プロフィール情報フレーム」内に“アラート情報”として登録する。
2. 病名列(problem list frame (PLF))の筆頭 (#0 と付番)に登録する

- ・ 「患者プロフィール情報フレーム」は電子カルテの端末表示で上部に常設されるリンクボタン(3 頁参照)のクリックによって展開、表示されるが、この中には、氏名・年齢・生年月日・性別・住所・連絡先(連絡方法)等の基本情報に加え、アレルギー・不応反応情報、血液型(検査確認がなされている場合)、身長および体重(測定日時明記の上)、特定感染症情報等が登録される。ここに「アラート情報」欄を設置し、その中に上記のような情報を登録しておくことは有用である。
- ・ 3 番目の情報(トラブル情報)が診察中に患者に見えることでの問題発生はあり得るので、たとえば「！」という表示にしておき、この「！」の上にポインターを置いたときのみ内容がポップアップし、ポインターを外すと消える、というような仕掛けを組むことが勧められる。
- ・ PLF の冒頭(#0)にアラート情報を登録する方法もとり得る。この場合は、以下のような表示となる。

#	診断	ICD-10	発症時期	登録日	コメント
0	独居		2019年頃	2020/2/14	エレベーター設備のない3階に居住
0	!				
1	腰部脊椎管狭窄症	M48.0	2019年頃	2020/2/14	NSAID, 湿布. 長距離歩行は杖使用
2	労作性				
3	b PCI後				自己中心的、忍耐意識も低い、外来待ち時間で受付担当とトラブルになった既往あり(2018年4月) PCI to RCA#2-3 (2015/3/4)
2	高血圧症	I110	2010年頃	2012/10/3	2013年PCI後より降圧剤追加
4	脂質異常症	E78.5	2003年頃	2012/10/3	2013年PCI後よりスタチン追加
5	前立腺肥大症	N40	2012年頃	2012/3/10	2018/7/3生検→glandular hyperplasia

#0 はアラート情報であり、当然のことながら ICD-10 の付番はつかない。

！記載ができるように工夫する。！の部分にポインターを置いたときのみ、上手の吹き出しがポップアップする

アラート情報についても共有が重要であるので、“6 情報”に加えて診療情報提供書内に流し込む。(5 頁参照)
アラート情報を PLF 内(#0)として記載している場合には、そのまま 1. 傷病名の欄にコピーして流し込む。ただし、！表示の場合には別途「紹介目的」欄等に内容記載を行う必要がある。

アラート情報を「患者プロフィール情報フレーム」内の「アラート情報」欄に記載している場合には、ここから「既往歴及び家族歴」欄等、適切な場所にコピーして流し込むようにする。

■■ まとめ -----

随時サマリー(updated summary)：最低限、“6 情報”を含んだ、更新された要約情報

1. 傷病名 ← PLF (problem list frame) より流し込む
2. アレルギー情報, 4. 薬剤禁忌情報
← 「患者プロフィール情報フレーム」の“アレルギー・不応反応”より流し込む
3. 感染症情報 ← 既存症としての感染症であれば PLF 内に表示された形となる。そうではない場合は「患者プロフィール情報フレーム」内の感染症情報より流し込む
5. 検査情報 ← 電子カルテ内検査フレームより流し込む； 退院時サマリーの検査情報要約より流し込む
← 検査レポート(画像診断等)より流し込む
6. 処方情報 ← 処方箋フレーム, 電子処方箋 より流し込む
7. アラート情報 ← 「患者プロフィール情報フレーム」内のアラート情報枠より流し込む
← PLF の #0 行に収載されたものを登録する