



診療情報提供書規格 (医療機関への紹介状)

V 1.00

日本 HL7 協会

診療情報提供書規格	1
(医療機関への紹介状)	1
V 1.00	1
日本HL7 協会	1
1. はじめに	5
2. 目的、範囲、注意事項	6
2.1. 目的	6
2.2. 範囲	6
2.3. 注意事項	6
3. 引用規格および用語	6
3.1. 引用規格	6
3.2. 用語と定義	7
(1). HL7 参照情報モデル(RIM : Reference Information Model)	7
(2). 詳細メッセージ情報モデル (R-MIM: Refined Message Information Model)	7
(3). 階層化メッセージ記述 (HMD : Hierarchical Message Description)	7
(4). 診療情報提供書 (Patient Referral Document)	7
3.3. 記号及び略語	7
4. 概要	8
4.1. 診療情報提供書記述CDA規則	9
4.2. 診療情報提供書	9
4.2.1. CDA ヘッダ部	9
4.2.2. CDA ボディ部	9
4.2.3. 名前空間	10

5. 記述規格	11
5.1. 本規約記述順序	11
5.1.1. CDAヘッダ部	11
5.1.2. 診療情報記述要素順とオプション	11
5.2. ヘッダ定義	12
5.2.1. XML定義およびClinical Document ルート定義	12
(1). typeId : 必須(1..1)	13
(2). templateId : オプション(0..*)	13
(3). id : 必要項目(1..1)	13
(4). code : 必要項目(1..1)	13
(5). title : オプション(0..1)	13
(6). effectiveTime : 必要項目(1..1)	13
(7). confidentialityCode	13
(8). languageCode : オプション(0..1)	13
(9). setId : オプション(0..1)	14
(10). versionNumber : オプション(0..1)	14
5.2.2. 患者情報 (recordTarget) : 必須(1..1)	15
(1). 患者ID	16
(2). 医療機関ID	16
(3). 紹介元ID	16
(4). 紹介先ID	16
(5). 地域連携ID	16
(6). 患者名	16
(7). 住所	17
(8). 電話番号	17
(9). 職業、趣味など	18
(10). 性別 (administrativeGenderCode)	18
(11). 年齢	18
(12). 生年月日(birthTime)	18
5.2.3. 紹介先 (informationRecipient)	19
(1). 紹介先住所	19
(2). 紹介先機関電話番号	20
(3). 紹介先医師名	20
(4). 紹介先医療機関名	20
5.2.4. 紹介元、診療情報提供書作成者 (author)	21
5.2.5. その他共通情報	23

5.3. 診療情報提供書本文	24
5.3.1. 記述規定	25
5.3.2. 記述項目	29
(1). 目的MD0020200（紹介目的等）	29
(2). 傷病名・主訴MD0018530	29
(3). 現疾患（疾患内容、現病歴、症状経過）MD0022790、MD0018550	30
(4). 既往歴MD0014230	30
(5). アレルギーMD0014760	30
(6). 入院歴	30
(7). 家族歴MD0014860	30
(8). 来院理由	30
(9). 身体所見MD0018730	30
(10). 感染症	30
(11). 生活習慣／リスク要因MD0012990	30
(12). 予防接種MD0013820	31
(13). 手術・処置MD0020890	31
(14). 輸血記録MD0014330	31
(15). 現在の処方MD0022780	31
(16). 介護の必要度	31
(17). 治療計画	31
(18). 事前指示	31
(19). 検査情報MD0018800	31
(20). 備考MD0020330	32
 附属書A 診療情報提供書 R-MIM	 33

1. はじめに

昨今、医療・介護機関の機能分化と施設間連携を通じた医療・介護の効率向上が求められてきている。本規格は、診療情報を電子的に記述し、医療機関間での提供するために、HL7 CDARelease2 に基づいて診療情報提供書を規定するものである。本規格は次の方針に沿って規定されている。紙の診療情報提供書は医療機関間に限定せず、介護施設をはじめとする医療関連サービスとの情報交換に用いられている。

- (1) 患者ケア情報の提供に重点をおく
- (2) システムを低コストで実現できるようにする
- (3) 記述された情報は、再利用の可能性があるものとする
- (4) さまざまなドキュメント生成アプリケーションで互換性をもつようにする
- (5) その文書の転送方式や格納のメカニズムとは独立である
- (6) すみやかに設計書を提供する
- (7) オープンな標準を使う

したがって、本規格は 2006 年末現在 ISO/DIS である HL7 CDA(Clinical Document Architecture) Release 2 Normative Edition 2005 に基づいて規定している。これは HL7RIM のモデルに基づいて種々の診療情報を記述することができ、HL7V3 の方法論を利用することで、R-MIM モデルから XML スキーマへの自動的生成や整合性の検証などが容易になっている。また V1.0 においては、標準化が進んでいない医療情報システムおよび標準化コードが未整備な状況に鑑み、レベル 2 による実装を規定している。

また V1.0 においては、すでに制定されている患者診療情報提供書で紹介状を記述する場合と同等となる。

2. 目的、範囲、注意事項

2.1. 目的

医療機関間での診療情報を交換する際に使用する診療情報提供書を電子的に記述するための規格である。本規格は HL7 CDA Release2 Normative Edition 2005 に基づいて規定されている。

2.2. 範囲

医療機関間での診療情報を交換する際の診療情報提供書を規定するものである。本規格には検体検査、生理検査、放射線等の画像情報など付帯情報を添付するさいの規定が含まれているが、カルテあるいは各種サマリ等の内容に関する規定は含まれていない。また V1.0 では標準コード、標準システムが普及されていない現状に鑑みクリニカルステートメント部での記述（レベル 3）は規定しない。また本診療情報提供書の提供手段、管理方法、利用法については別規格等などに委ね本規格の範囲ではない。

2.3. 注意事項

各目的に沿った医療機関 ID など、および患者 ID は別途運用規定で定めること。

3. 引用規格および用語

3.1. 引用規格

- HL7 Clinical Document Architecture, Release 2.0 および日本語翻訳版
- HL7 V3 Normative Edition 2005
- 患者診療情報提供書規格 V1.0 HL7J-CDA-001
- CDA 文書電子署名規格 V1.02 HL7J-CDA-002
- CDA 文書暗号化規格 V1.02 HL7J-CDA-003
- 可搬電子診療情報提供書媒体規格 V1.01 HL7J-CDA-004
- ISO 3166 及び ISO-639-1
- ISO/TS11073-92001 Medical waveform format encoding rules および医用波形記述規約 Part1 V1.05
- 医用波形記述規約心電図詳細規約 Part 3-1 V1.00 (ISO/TS11073-92301 を予定)

- 電子保存された診療録情報の交換のためのデータ項目セット(J-MIX)
- MERIT-9 version 2

3.2. 用語と定義

(1). HL7 参照情報モデル(RIM : Reference Information Model)

他のすべての情報モデル（例えば R-MIM など）とメッセージが導出される HL7 情報モデル。

(2). 詳細メッセージ情報モデル（R-MIM: Refined Message Information Model）

1 組のメッセージに対する要求事項を表した情報構造。1 つあるいは複数の HMD をサポートするために必要とされるクラス、属性、関連およびデータ型を含んでいる。

(3). 階層化メッセージ記述（HMD : Hierarchical Message Description）

メッセージ、それらのグループ化、順序列、選択性、および多重度について正確なフィールドの記述。

1 つの HMD は 1 つのあるいは複数のインタラクションのためのメッセージ型を含むこともでき、また 1 つあるいは複数の共通メッセージ要素型（CMET）を表すメッセージ型を含むこともできる。

HMD は HL7 メッセージの最も主要な規準構造（Normative structure）である。

(4). 診療情報提供書（Patient Referral Document）

医療機関が、継続的な医療の確保、適切な医療を受けるよう、医療機関間あるいは医療機関から患者へ情報を提供する目的で作成される書類である。本書類には、画像診断、必要な検査結果、心電図、脳波、退院後の治療計画等が添付される。

3.3. 記号及び略語

HL7 Health Level Seven

RIM Reference Information Model

RMIM Refined Message Information Model

HMD Hierarchical Message Description

CDA Clinical Document Architecture

DICOM Digital Imaging and Communications in Medicine

MFER Medical waveform Format Encoding Rules

4. 概要

本規約は、医療機関が患者に提供する診療情報提供書（図 1）を電子的に記述するため、CDA R2 に基づいて定めるものであり、各記述内容については、様式 6 を参照するが、平成 18 年時点で実用可能な範囲に限定し、CDA R2(POCD RM000040JP00)およびV3 用語、データタイプ等の規定を日本国内に合致するよう読み替え規定している。

図 1 JAHIS 報告書 様式 6 （出典元：厚生労働省 平成 14 年 3 月 8 日 保医発から編集）

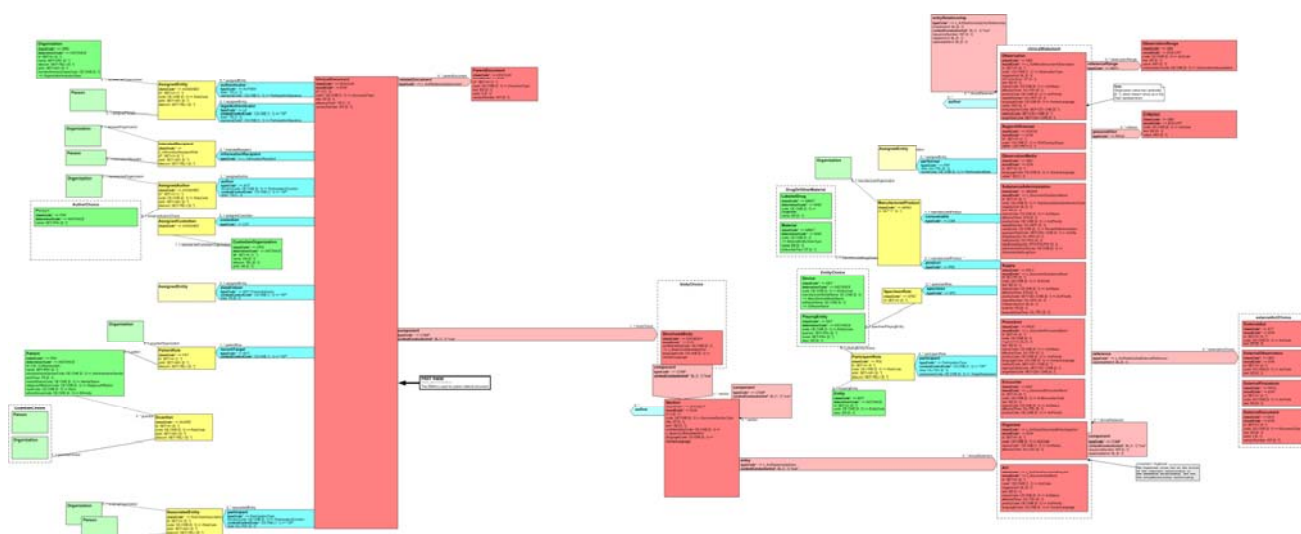
診療情報提供書（紹介状）(5)	
紹介先医療機関名 担当医	科 殿 平成 (6) 年 月 日
5.2.3	紹介元医療機関の所在地及び名称 電話番号 5.2.4 医師氏名 印
患者氏名 患者住所 電話番号 5.2.2 生年月日 明・大・昭・平 年月日 (歳) 職業	性別 男・女
傷病名 5.3.2 (2)	
紹介目的 5.3.2 (1)	
既往症及び家族歴 5.3.2 (4)、(7)	
症状経過及び検査結果 5.3.2 (3)、(19)	
治療経過 5.3.2 (13)	
現在の処方 5.3.2 (15)	
備 考 5.3.2 (20)	
備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。 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。	

4.1. 診療情報提供書記述CDA規則

本規格に記述するために CDA RMIM RM000040 に基づき、患者診療情報提供書の必須部分、オプションなどについて修正した RMIM RM000040JP00 を使用する。しかし、本規格はあくまで CDA 規格に沿ったものであり、実装で必要とする拡張等が生じた場合は上位規格である CDA あるいは V3 規格に従った適用を排除するものではない。

注：本規格は RM000040 全く同一であり、使用されないオプション部分のみ除去したものであるが、文書管理者(Custodian)の多重度および患者記事(Patient.desc)のみ RM000040 とは異なる

図 2 診療情報提供書 RMIM RM000040JP00 (拡大図は Annex を参照)



注：本規格 V1.0 ではレベル 2 での記述に制限しているため、クリニカルステートメント部はさらに簡略化されている。

4.2. 診療情報提供書

診療情報提供書は、全容(メタ データ)を記述するヘッダ部と各種診療に関する情報を記述するボディ部に分かれて記述される。

4.2.1. CDA ヘッダ部

CDA ヘッダには文書の識別、種類、記入者、患者等、その文書の特定や提供・対象のための情報(メタ データ)が含まれる。

4.2.2. CDA ボディ部

CDA ボディ部には診療情報が記録される。任意のセクションから構成され、さらに、セクションは、任意のエントリから構成される。エントリには、他の文書との外部リンク情報やマルチメディ

ア情報を含むことができる

4.2.3. 名前空間

本規格の XML で使用する名前空間は、`urn:hl7-org:v3` である。

5. 記述規格

本規格の詳細は CDA R-MIM (Refined Message Information Model)に沿って規定する。また必要に応じて XML(eXtensible Markup Language) ITS (Implementation Technical Specification)インスタンス例を付加することとする。

5.1. 本規約記述順序

各記述要素の順序および必須条件は下記のとおりである

5.1.1. CDAヘッダ部

各要素は下記の順で記述しなければならない。

- ・ typeId: 必須(1..1)
- ・ templateId: オプション(0..*)
- ・ id: 必須(1..1)
- ・ code: 必須(1..1)
- ・ title: オプション(0..1)
- ・ effectiveTime: 必須(1..1)
- ・ confidentialityCode: 必須(1..1)
- ・ languageCode: オプション(0..1)
- ・ setId: オプション(0..1)
- ・ versionNumber: オプション(0..1)

5.1.2. 診療情報記述要素順とオプション

各要素は下記の順で記述しなければならない

- ・ recordTarget: 必須(1..*)
- ・ author: 必須(1..*)
- ・ dataEnterer: オプション(0..1)
- ・ custodian: オプション(0..1)
- ・ informationRecipient: オプション(0..1) 注 : CDA 原規格では多重度は(0..*)であるが、本規格では上限（紹介先）1としている。また紹介先記述が無い場合は、患者診療情報提供書と同一となる。
- ・ legalAuthenticator: オプション(0..1) 診療情報提供書を発行した責任者（組織）を記述する。
- ・ component: オプション(0..1)

5.2. ヘッダ定義

5.2.1. XML定義およびClinical Document ルート定義

本診療情報提供書 XML 文書の先頭および CDA の先頭に記述する。

図 3 Clinical Document R-MIM

```
ClinicalDocument
classCode*: <= DOCCLIN
moodCode*: <= EVN
id*: II [1..1]
code*: CE CWE [1..1] <= DocumentType
title: ST [0..1]
effectiveTime*: TS [1..1]
confidentialityCode*: CE CWE [1..1]
<= x_BasicConfidentialityKind
languageCode: CS CNE [0..1] <= HumanLanguage
setId: II [0..1]
versionNumber: INT [0..1]
```

本規定による XML インスタンス例は

```
【例】
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<?xml-stylesheet type="text/xsl" href="CDA.XSL"?>
<ClinicalDocument xmlns="urn:hl7-org:v3" xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
xsi:schemaLocation="urn:hl7-org:v3 CDA.xsd">
```

である。本規格では他国語環境との整合を考慮し UTF-8 を推奨する。XML 実装時においてデフォルト名前空間は"urn:hl7-org:v3"を使用する。また本規格適用範囲外ではあるが、診療情報提供書を提供するのが内容の表示に責任を負うため、スタイルシート（本例では CDA.XSL としている）などは提供側が供給するものとする。

表 1 ヘッダ HMD

ClinicalDocument	0..1					
typeId	1..1	M	R	II		
id	1..1		R	II		
code	1..1		R	CE	DocumentType	CWE
title	0..1			ST		
effectiveTime	1..1		R	TS		
confidentialityCode	1..1		R	CE	x_BasicConfidentialityKind	CWE
languageCode	0..1			CS	HumanLanguage	CNE
setId	0..1			II		
versionNumber	0..1			INT		

(1). typeId : 必須(1..1)

CDA モデル ID を規定する。本診療情報提供書では POCD_HD000040JP00 および UID は 2.16.840.1.113883.2.2.3.2 を記述する。

```
<typeId extension="POCD_HD000040JP00" root="2.16.840.1.113883.2.2.3.2"/>
```

(2). templateId : オプション(0..*)

それぞれ実装の診療情報提供書テンプレート UID を記述する(templateId は CDA R-MIM に明示的には表されていない)

```
<templateId root="診療情報提供書テンプレートUID"/>
```

(3). id : 必要項目(1..1)

実装に応じた診療情報提供書 ID を記述する

```
<id root="診療情報提供書ID" extension="サブID" displayable="true"/>
```

(4). code : 必要項目(1..1)

本診療情報提供書コードを規定する。本規格では J-MIX (1.2.392.200119.5.3.1) コード (MD0020730) の記述を推奨する。

```
<code code="診療情報提供書コード(MD0020730)" codeSystem="J-MIX UID(1.2.392.200119.5.3.1)" codeSystemName="JMIX" displayName="ReferralNote"/>
```

(5). title : オプション(0..1)

本診療情報提供書のタイトル。"診療情報提供書 (紹介状)"などを記述する

```
<title>診療情報提供書</title>
```

(6). effectiveTime : 必要項目(1..1)

本診療情報提供書発行日時を HL7 V3 規則(YYYYMMDD)に沿って記述する

```
<effectiveTime value="診療情報提供書発行日時"/>
```

(7). confidentialityCode

本診療情報提供書アクセス基準を記述する。しかるべき権限を持つ通常のアクセスを許可する場合は N を記述すればよい

```
<confidentialityCode code="N" codeSystem="HL7アクセス基準コード(2.16.840.1.113883.5.25)"/>
```

(8). languageCode : オプション(0..1)

日本語環境(ja-JP)を規定する

```
<languageCode code="ja-JP"/>
```

(9). setId : オプション(0..1)

本診療情報提供書 UID を記述する

```
<setId extension="サブID" root="診療情報提供書UID"/>
```

(10). versionNumber : オプション(0..1)

本診療情報提供書のバージョン番号を記述する

```
<versionNumber value="バージョン番号"/>
```

5.2.2. 患者情報 (recordTarget) : 必須(1..1)

患者情報は recordTarget で記述する。

注：CDA 規約では必須(1..*)であるが、診療情報提供書記載に際して患者 1 名と限定する

図 4 recordTarger クラス

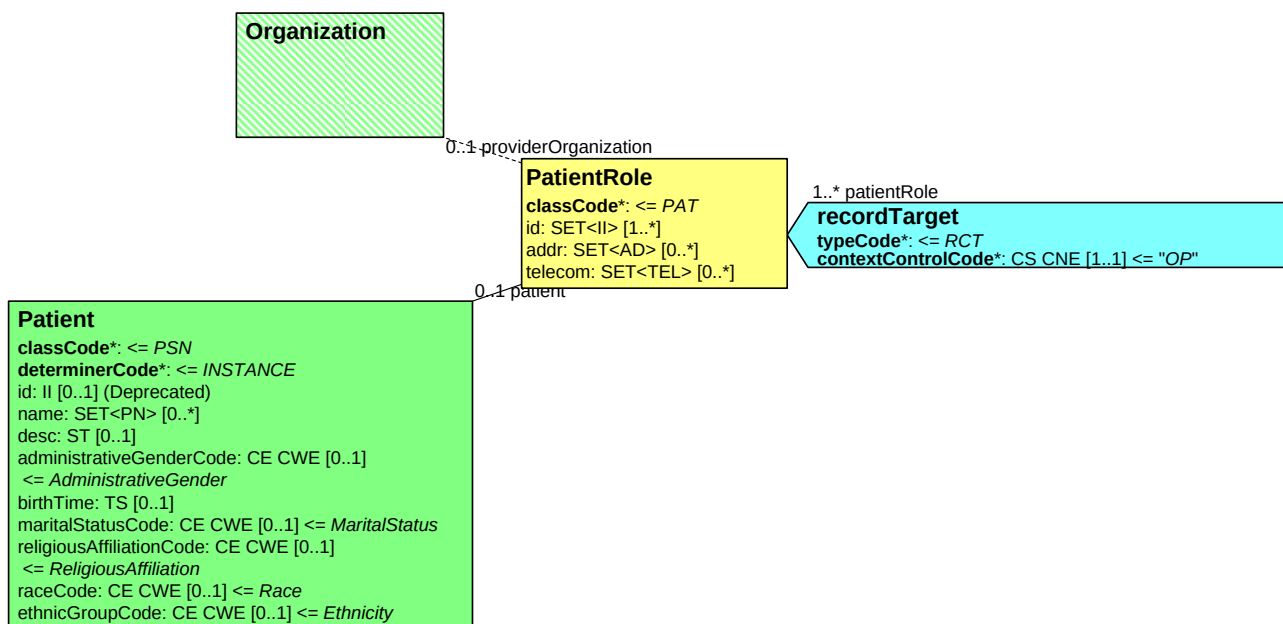


表 2 患者情報 HMD

recordTarget	1..*	SET<RecordTarget>				
patientRole	1..1	PatientRole				
id	1..*			SET<II>		
addr	0..*			SET<AD>		
telecom	0..*			SET<TEL>		
patient	0..1	Patient				
id	0..1			II		
name	0..*			SET<PN>		
desc	0..1			ST		
administrativeGenderCode	0..1			CE	AdministrativeGender	CWE
birthTime	0..1			TS		
maritalStatusCode	0..1			CE	MaritalStatus	CWE

(1). 患者 ID

紹介元 ID、紹介先 ID、地域連携 ID など複数の ID の記述必要な場合、それぞれ医療機関の識別とともに PatientRole.id で記述する。

(2). 医療機関 ID

```
<id root="医療機関ID" extension="患者ID" assigningAuthorityName="紹介元"/>
```

【例】本 ID は複数件目的毎に記述可能である。

(3). 紹介元 ID

```
<id root="紹介元ID" extension="患者ID" assigningAuthorityName="紹介元"/>
```

(4). 紹介先 ID

```
<id root="紹介先ID" extension="患者ID" assigningAuthorityName="紹介先"/>
```

(5). 地域連携 ID

```
<id root="地域連携ID" extension="患者ID" assigningAuthorityName="地域連携"/>
```

また、通常紹介先では意味を持たない場合 ID は nullFlavor="NI"を記述する

```
<id nullFlavor="NI"/>
```

(6). 患者名

- フリガナ：全角カタカナで記述し必須項目である

```
<name use="SYL">  
  <family>患者フリガナ姓</family>  
  <given>患者フリガナ名</given>  
</name>
```

- 姓名：漢字、ひらがな、カタカナ名、英数字を含めた正しい名前のつづりで記述された姓、名

```
<name use="IDE">  
  <family>患者姓</family>  
  <given>患者名</given>  
</name>
```

- ローマ字：(オプション) 一部機器などで日本語処理が弱いシステムを支援するなどのために使用する


```

<name use="ABC">
  <family>患者ローマ字姓</family>
  <given>患者ローマ字名</given>
</name>

```

注：姓名が分離できない場合は、姓の部分に記載する。ミドル名がある場合は名の部分に記載する。

(7). 住所

PatientRole.addr で記述する。

- 都道府県：<state>で記述する
- 市および都 23 区、郡：<city>で記述する
- 区町村丁字番地等：< streetName >で記述する
- 郵便番号：<postalCode>で記述する
- 日本：<country>JP</country>として記述する

```

<addr>
  <country>JP</country>
  <postalCode>郵便番号 </postalCode>
  <streetName>区町村丁字番地</streetName>
  <city>市区郡</city>
  <state>都道府県</state>
</addr>

```

(8). 電話番号

PatientRole.telecom で記述する。すべての電話又は FAX 番号は、tel:又は fax:URLschema の限定された形式（RFC2806）でコード化する。もし、国際電話の場合、+記号で始まる国電話番号（日本であれば+81）及びダイヤル番号で記述する。また、見やすいようにセパレータを含んでも良い。

- 音声の電話番号：接頭辞 tel:で記述
- FAX 番号：接頭辞 fax:で記述
- 電子メール：mailto で記述

電話種別：USE 属性により記述する

- H：自宅
- WP：勤務先
- EC：緊急連絡
- MC：携帯電話

```

<telecom use="電話種別" value="tel:電話等番号"/>

```

(9). 職業、趣味など

職業などに関する情報で一般に使用される情報を記述する。職歴等疾病に直接関係する情報は本文で記述する。

`<desc>`職業、会社員`</desc>`

(10). 性別 (administrativeGenderCode)

HL7 性別コード(2.16.840.1.113883.5.1)で Administrative Gender により記述する

F	女
M	男
UN	不明

`<administrativeGenderCode code="性別" codeSystem="HL7 性別コード(2.16.840.1.113883.5.1)"/>`

(11). 年齢

本規格では原則として年齢を直接記述せず、生年月日と記述日(Author.time)との差により算出する。

(12). 生年月日(birthTime)

YYYYMMDD で記述する。

CDA では西暦表示(YYYYMMDD)で記述する。実装系で和暦表示などを行う場合は、スタイルシート等により内部表現（西暦）から和暦変換をする

明治	1868 年 9 月 8 日	～	1912 年 7 月 29 日
大正	1912 年 7 月 30 日	～	1926 年 12 月 24 日
昭和	1926 年 12 月 25 日	～	1989 年 1 月 7 日
平成	1989 年 1 月 8	～	

`<birthTime value="生年月日"/>`

5.2.3. 紹介先 (informationRecipient)

診療情報提供先は informationRecipient により記述する

図 5 紹介先(informationRecipient)

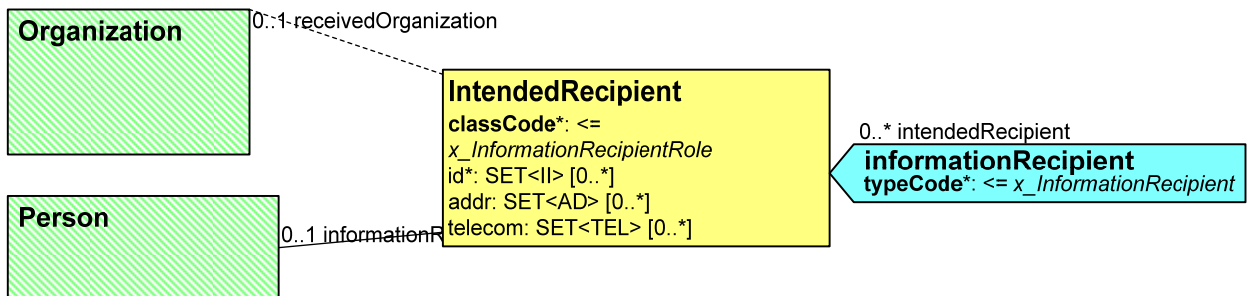


表 3 紹介先 HMD

informationRecipient	0..*	SET<InformationRecipient>					
typeCode	1..1	M	R	CS	x_InformationRecipient	CNE	
intendedRecipient	1..1	IntendedRecipient					
classCode	1..1	M	R	CS	x_InformationRecipientRole	CNE	
id	0..*		R	SET<II>			
addr	0..*			SET<AD>			
telecom	0..*			SET<TEL>			
<i>informationRecipient</i>	<i>0..1</i>			<i>Person</i>			
name	0..1			SET<PN>			
<i>receivedOrganization</i>	<i>0..1</i>			<i>Organization</i>			
id	0..1			SET<II>			
name	0..1			SET<ON>			

紹介先は (InformationReciepent)により記述する

```

<informationRecipient typeCode="PRCP">
  <intendedRecipient classCode="ASSIGNED">
    <id extension="紹介先ID" root="紹介先組織UID"/>
  </intendedRecipient>
</informationRecipient>
  
```

(1). 紹介先住所

```

<addr>
  <country>JP</country>
  <postalCode>郵便番号</postalCode>
  <streetName>区町村丁字番地</streetName>
  <city>市区郡</city>
  <state>都道府県</state>
</addr>
  
```

(2). 紹介先機関電話番号

```
<telecom use="WP" value="tel:電話番号"/>
```

(3). 紹介先医師名

```
<informationRecipient>  
  <name use="IDE">  
    <family>姓</family>  
    <given>名</given>  
  </name>  
</informationRecipient>
```

(4). 紹介先医療機関名

```
<receivedOrganization>  
  <id extension="医療施設ID" root="医療機関UID"/>  
  <name>紹介先医療施設・機関名</name>  
</receivedOrganization>
```

5.2.4. 紹介元、診療情報提供書作成者 (author)

診療情報提供書を記載する医師、医療機関に関する情報を記述する

図 6 紹介元(author)

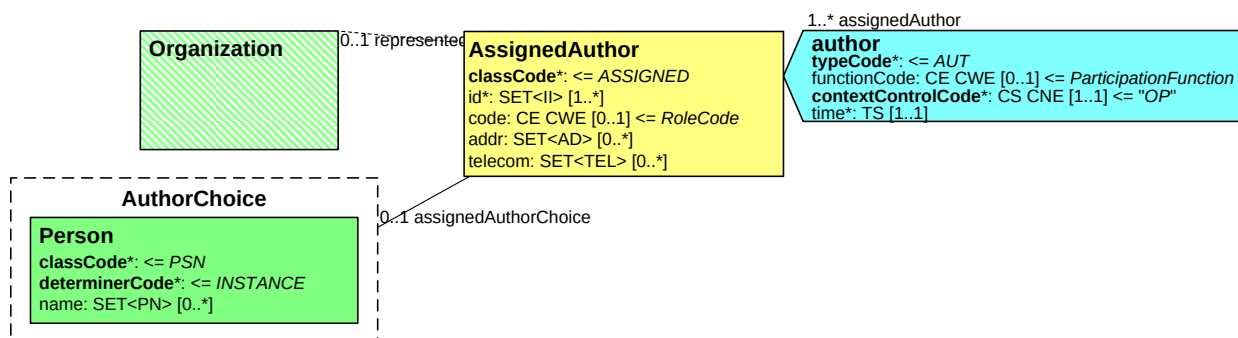


表 4 紹介元 HMD

author	1..*	SET<Author>				
typeCode	1..1	M	R	CS	AUT	CNE
functionCode	0..1			CE	ParticipationFunction	CWE
contextControlCode	1..1	M	R	CS	OP	CNE
time	1..1		R	TS		
assignedAuthor	1..1	AssignedAuthor				
classCode	1..1	M	R	CS	ASSIGNED	CNE
id	1..*		R	SET<II>		
code	0..1			CE	RoleCode	CWE
addr	0..*			SET<AD>		
telecom	0..*			SET<TEL>		
assignedAuthorChoice	0..1	Person AuthoringDevice				
<i>assignedPerson</i>	<i>1..1</i>			<i>Person</i>		
name	1..1			SET<PN>		

(1). 診療情報提供書を記載する情報は(author)により記述する

<author>

<time value="診療情報提供書記載日時"/>

<assignedAuthor>

<id extension="記載者ID" root="記載者が属しているUID"/>

記載時間(time)は通常診療情報提供書発行時刻と同じ時間となる

(2). 診療情報提供書記載者、紹介元住所を記載する

```
<addr>
  <country>JP</country>
  <postalCode>郵便番号</postalCode>
  <streetName>区町村丁字番地</streetName>
  <city>市区郡</city>
  <state>都道府県</state>
</addr>
```

(3). 診療情報提供書記載者、紹介元電話番号

```
<telecom use="WP" value="tel:電話番号"/>
```

(4). 診療情報提供書作成者、紹介医師

```
<assignedPerson>
  <name use="IDE">
    <family>紹介者姓</family>
    <given>紹介者名</given>
  </name>
</assignedPerson>
```

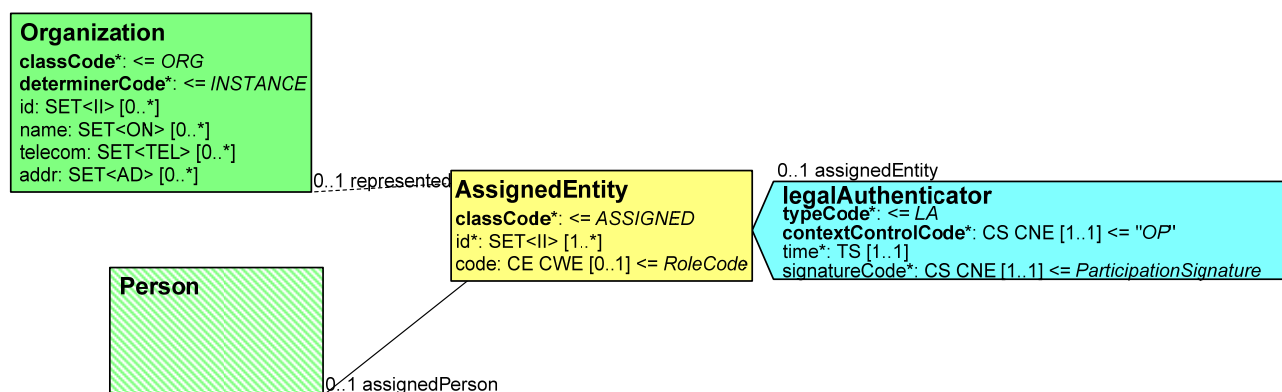
(5). 診療情報提供書作成者、紹介元医療機関

```
<representedOrganization>
  <name>医療機関名</name>
</representedOrganization>
```

(6). 紹介元責任者

診療情報提供書責任者および組織は legalAuthenticator により記述する

表 5 紹介元責任者



legalAuthenticator	0..1			LegalAuthenticator		
typeCode	1..1	M	R	CS	LA	CNE
contextControlCode	1..1	M	R	CS	OP	CNE
time	1..1		R	TS		

signatureCode	1..1		R	CS	ParticipationSignature	CNE
<i>assignedEntity</i>	<i>1..1</i>			<i>AssignedEntity</i>		
id	1..*		R	SET<II>		
code	0..1			CE	RoleCode	CWE
<i>assignedPerson</i>	<i>0..1</i>			<i>Person</i>		
name	0..1			SET<PN>		
<i>representedOrganization</i>	<i>0..1</i>			<i>Organization</i>		
id	0..1			SET<II>		
name	0..*			SET<ON>		
telecom	0..*			SET<TEL>		
addr	0..*			SET<AD>		

5.2.5. その他共通情報

(1). 文書管理責任組織(custodian)

本記述は CDA 原規格では必須項目であるが診療情報提供書作成時に本責任者が明確でないことと供給側の責任者が提供された（紹介先）での責任者が不明確なため、原規格に沿えば **nullFlavor** で記述すべきであるが、本規格ではあえてオプションとしている。

(2). 転記者(dataEnterer)

作成者以外の者が転記した場合は **dataEnterer** により記述する。

(3). 認証者(Authenticator)

CDA 規格では認証者（Authenticator）を記述できる。

5.3. 診療情報提供書本文

診療情報提供に関する諸記述は、CDA 規格ボディ(component.structuredBody)部で記述項目ごとにセクションに分けて記述する。

図 7 診療情報提供書本文(component.structuredBody)

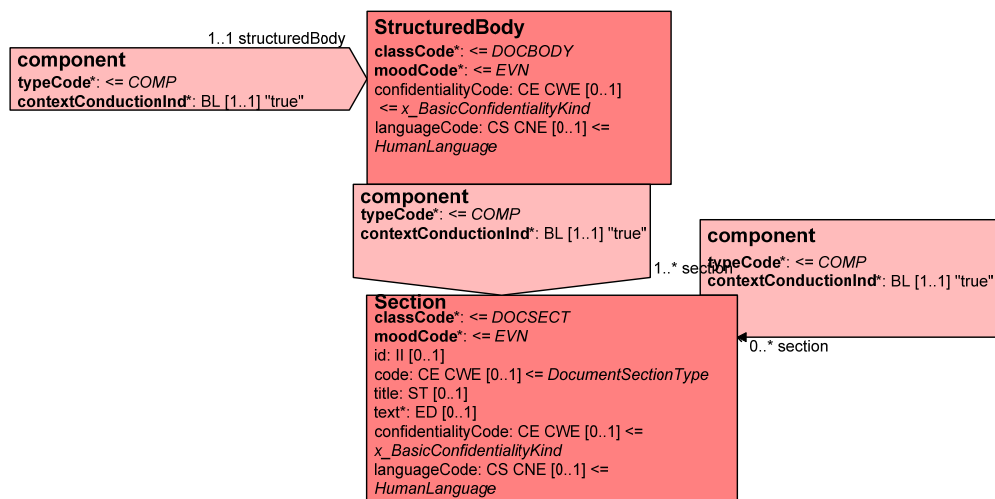


表 6 本文の HMD

structuredBody	1..1			StructuredBody		
confidentialityCode	0..1			CE	x_BasicConfidentialityKind	CWE
component	1..*			SET<Component3>		
contextConductionInd	1..1	M	R	BL		
section	1..1			Section		
id	0..1			II		
code	0..1			CE	DocumentSectionType	CWE
title	0..1			ST		
text	0..1		R	ED		
confidentialityCode	0..1			CE	x_BasicConfidentialityKind	CWE
entry	0..*			SET<Entry>		
typeCode	1..1	M	R	CS	x_ActRelationshipEntry	CNE
contextConductionInd	1..1	M	R	BL		
clinicalStatement	1..1					

注 1：本診療情報提供書規格 V1.0 においては、本文の記述は 2007 年国内の標準化システム、標準コードの普及状況に鑑み、一部を除いて記述のほとんどをレベル 2 で行うこととしている。したがって記述の主部は、項目名と自然言語で書かれた叙述部で構成される。

注 2：本診療情報提供書規格 V1.0 においては、CDA 規格における NonXMLBody は使用しない。

もしこれら項目の適用が難しい場合は項目名無しの記述（レベル 1）を許すこととする。

5.3.1. 記述規定

(1). ボディ部の開始

ボディ部は `component.structuredBody` で記述される

```
<component contextConductionInd="true">
  <structuredBody>
    .
    各本文
    .
```

(2). 項目名

各項目は、項目を示すコードとその記述部で構成さる

- ・ 記述開始部：各記述項目は開始部(section)で記述する

```
<component contextConductionInd="true">
  <section>
```

(3). 項目名：項目名はそのコード(code)とその読み(displayName)で示す。項目名は CDA 規格に準拠し title 部で記述された項目名を使用する

```
<code code="項目JMIXコード" codeSystem="JMIX UID(1.2.392.200119.5.3.1)"
codeSystemName="JMIX" displayName="項目名称"/>
<title>項目名称</title>
```

(4). 記述部：記述部は自然言語で記述する

```
<text>自然言語またはHTML様書式制御を伴った文章で記述</text>
```

注：CDA 規格においては、人が可読できるための記述部(text)とコンピュータ処理部のレベル 3 記述部(ClinicalStatement)を重複して記述することになっているが、本規格では、両記述とも可読でありコンピュータ処理を行うものと規定し重複処理を求めない。これは、将来とも自然言語での記述は不可欠であり、一方 ClinicalStatement 部で書かれたコンピュータ処理部であっても医療従事者を含めた人に可読であるべきであるとの方針に基づいている。

- ・ 書式制御：記述部において、CDA 規格 4.3.5 に基づいた HTML 様の書式制御が可能である。

(5). ClinicalStatement(レベル 3)における記述

コンピュータにより自動処理などを行う場合には ClinicalStatement により記述する。本規格 V1.0 では、身体所見など数値化できる一部を除いて ClinicalStatement での記述を要求していないが、今後標準コードおよびシステムの標準化が発達し ClinicalStatement での記述を期待したい。

(6). 添付書類

各種検査データなどは外部書類(externalDocument)または外部検査(externalObservation)により URI 参照により関連付ける。これらは例外的に ClinicalStatement 部の本文記述が無くても CliniclaStatement 部を使用し記述する。

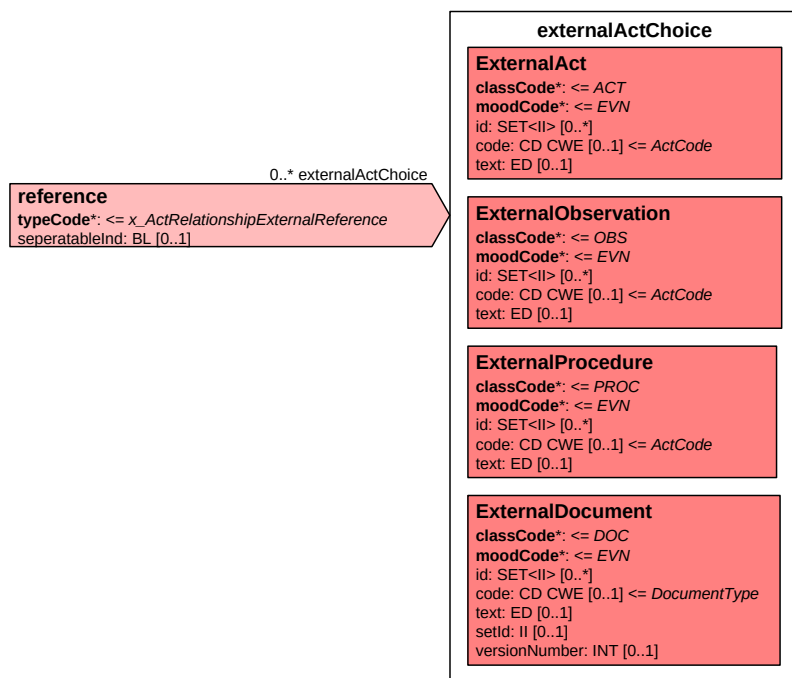


図 8 添付書類（外部参照）

表 7 外部参照文書 HMD

reference	0..*	SET<Reference>				
typeCode	1..1	M	R	CS	x_ActRelationshipExternalReference	CNE
externalActChoice	1..1	ExternalAct				
		ExternalObservation				
		ExternalProcedure				
		ExternalDocument				
externalAct	1..1	ExternalAct				
id	0..*			SET<II>	ActCode	CWE
code	0..1			CD		
text	0..1			ED		
externalObservation	1..1	ExternalObservation				

id	0..*		SET<II>		
code	0..1		CD	ActCode	CWE
text	0..1		ED		
externalProcedure	1..1		ExternalProcedure		
id	0..*		SET<II>		
code	0..1		CD	ActCode	CWE
text	0..1		ED		
externalDocument	1..1		ExternalDocument		
id	0..*		SET<II>		
code	0..1		CD	DocumentType	CWE
text	0..1		ED		
setId	0..1		II		
versionNumber	0..1		INT		

外部文書の参照に際しては真正性を担保する意味では、V3 標準規定である SHA-1 によるハッシュコード integrityCheck を推奨する。

```

<component contextConductionInd="true">
  <section>
    <code ...../>
    <title>.....</title>
    <text/>
    <entry contextConductionInd="true">
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <code ...../>
        <reference typeCode="SPRT">
          <externalDocument>
            <code ...../>
            <text mediaType="MIME" representation="B64" integrityCheck="SHA-1によるハッシュコード">
              <reference value="添付ファイルURI"/>
            </text>
          </externalDocument>
        </reference>
      </observation>
    </entry>
  </section>
</component>

```

添付書類に関しては下記の標準化された文書を用いること

- 臨床検査データ：検体検査などは HL7 V2.5 で記述された文書
- 画像：放射線画像などは DICOM で記述された文書。ただし、シェーマなど DICOM 規格では実用的でないものに関しては JPEG など一般工業規格を許容する
- 医用波形：心電図、脳波などの医用波形は MFER（ISO/TS11073-92001）で記述された文書
- 以外の文書で、すでに紙で記述されたものなどをスキャンした記録および上記標準規格で記述できない文書に関しては PDF での添付も許容する

5.3.2. 記述項目

以下これら代表的な記述項目について規定するが、これらはあくまで代表例であり、実装現場での制限を加えるものではない。

表 8 記述項目一覧表

項目名	用語	JMIX コード	備考
診療情報提供書	提供情報説明	MD0020730	
目的	情報提供目的	MD0020200	提供情報説明としても使用
傷病名・主訴	主訴	MD0018530	
現疾患. 診断. 名称	現疾患診断名称	MD0022790	
現病歴	現病歴	MD0018550	
既往歴	既往歴	MD0014230	
アレルギー	アレルギー情報	MD0014760	
家族歴	家族歴	MD0014860	
身体所見	身体所見	MD0018730	
感染症	感染症因子の有無	MD0015320	
生活習慣・リスク要因	生活習慣	MD0012990	
予防接種	予防接種名	MD0013820	
手術	手術実施記録情報	MD0020890	
輸血記録	既往輸血歴	MD0014330	
現在の処方・現投薬情報	現投与処方指示 現投与. 処方指示	MD0022780	
検査結果	検査結果	MD0018800	
処置	処置実施記録情報	MD0020900	
保険情報	情報提供保険区分	MD0020210	
職業歴	職業歴	MD0012810	
備考・連絡事項	情報提供元連絡備考	MD0020330	
添付書類			検査等の記述は外部文書として記載する

(1). 目的 MD0020200 (紹介目的等)

このセクションは、診療情報を提供する目的 (Purpose) を記述する。患者に本診療情報を提供する場合は明確に目的を記述しなくてもよい。

(2). 傷病名・主訴 MD0018530

これらのセクションは、患者の傷病名を記述する。

(3). 現疾患（疾患内容、現病歴、症状経過）MD0022790、MD0018550

このセクションには、所見（診療要約）、症状経過を含む現疾患（診断内容、現病歴）について記述する

(4). 既往歴 MD0014230

このセクションには、患者が、過去に治療した既往歴に関連する情報を記述する。

(5). アレルギーMD0014760

このセクションは、患者のアレルギーについて記述する。すべてのアレルギー、有害反応、過敏症等を記述する。ここのセクションは、アレルゲン、感応に関する情報、コメントを記述してもよい。

アレルギーには、薬物、食事、他のアレルギーを含む。また、患者がペニシリンに対するアレルギーを申告したがスキントテストで陰性になったような場合もその旨を記述すべきである。

(6). 入院歴

これらのセクションには、逆年代順にすべての関連する、これまでの診療を記述する。

(7). 家族歴 MD0014860

このセクションは、患者の関連する家族歴を記述する。このセクションは、家族の死因等を記述する。

(8). 来院理由

これらのセクションは、患者の来院の理由（Reason For Visit）を記述する。

(9). 身体所見 MD0018730

このセクションは、患者の身体所見（General status, Physical Findings/ Examination Measurements）からの関連する情報を記述する。患者のバイタルサインも、このセクションに記述する。

(10). 感染症

これらのセクションは、感染症について記述する。感染症など紹介先が知りたい項目を具体的に記載する。感染症の有無にチェックするだけでなく、必要に応じて、「感染症名 無・有・不明 重症度 確認年月日」等を記載する。

(11). 生活習慣／リスク要因 MD0012990

このセクションは、患者のこれまでの社会歴（生活習慣／リスク要因）を記述する。関連する日付を示すべきである、又は、追加のコメントを提示する。

(12). 予防接種 MD0013820

このセクションは、予防接種、及び、投与の日付を、逆年代順にリストする。このセクションは、任意である。しかし、小児科の場合は、存在することが推奨される。一方、それは、その情報が分かっているならば記述すべきである。

(13). 手術・処置 MD0020890

このセクションは、手術の既往について記述する。関連するこれまでの処置、及びそれらの日付を、逆年代順にリストしたものを含むべきである。

(14). 輸血記録 MD0014330

このセクションには、輸血の記録を記述する。

(15). 現在の処方 MD0022780

このセクションは、現在の処方について記述する。

注： 関連する必要な処方歴のデータは、外部資料として添付するものとする

(16). 介護の必要度

このセクションは、患者の関連する介護の必要度を記述する。日常生活自立度、要介護認定の状況などを記述する。

(17). 治療計画

このセクションには、患者への処置を含む治療計画を記述する。さらに、転院を含む詳細な実施予定の行為について記載する

(18). 事前指示

このセクションは、事前指示、遺言、法定代理人、ドナー意思表示などの患者についての情報を含む参照文書について記述する。(外部文書として添付する)

(19). 検査情報 MD0018800

本規格では、検査結果、所見等の文字・数値情報の記述及び添付ファイルとして外部オブジェクトをリンクすることで記載できる。つまり、外部の画像や既存の報告書などの外部オブジェクトとして参照する。それぞれのオブジェクトは `id` および `code` をもち、`MIME` タイプを指定することで参照できる。

注： CDA R2 では、外部オブジェクトは、`NonXMLBody` 及び `ObservationMedia` で参照可能であるが、本規格では全て外部参照(`referenece`)を用いることとする。

- 検査

このセクションには、検査内容及び所見について記述する。検査詳細データは、テキストで記述するか添付ファイルとする。コードシステムは JC10(JLAC10)を推奨する。

- 画像

このセクションには、画像データについて記述する。画像データは外部参照として添付する。

(20). 備考 MD0020330

このセクションには、連絡事項、留意事項について記述する。

附属書 A 診療情報提供書 R-MIM

本 R-MIM は、CDA R2 R-MIM を診療情報提供書に利用するために制約をかけたものである。

