

## < 補足調査票 >

氏名： \_\_\_\_\_

① 入院医事保険請求経験年数： \_\_\_\_\_ 年  
(内訳： ●●科 ●年 ・ ●●科 ●年 ・ ●●科 ●年)

② 現在使用している電子カルテについて (以下に会社名・製品名等をご記載ください。)

会社名： \_\_\_\_\_

製品名等： \_\_\_\_\_

③ 現在使用している医事システムについて (以下に会社名・製品名等をご記載ください。)

会社名： \_\_\_\_\_

製品名等： \_\_\_\_\_

④ OA スキルについて (各ソフトについてご自身のレベルを5段階で判定し、○をご記入ください。)

エクセル	レベル0・レベル1・レベル2・レベル3・レベル4・レベル5 (最高)
ワード	レベル0・レベル1・レベル2・レベル3・レベル4・レベル5
アクセス	レベル0・レベル1・レベル2・レベル3・レベル4・レベル5
SQL	レベル0・レベル1・レベル2・レベル3・レベル4・レベル5
パワーポイント	レベル0・レベル1・レベル2・レベル3・レベル4・レベル5

⑤ 診療報酬改定作業の経験回数 \_\_\_\_\_ 回

以上