

# e-PORT Viewer Hearing sheet

カタカナ クリニック名		連絡先TEL		★←必須事項
住所				
クリニック 担当者様				
ご紹介業者 担当者様		連絡先TEL		
電子カルテメーカー 担当者様		連絡先TEL		
旧電子カルテ名	メーカー:	型式:		
新電子カルテ名	メーカー:	型式:		
納品HDD	ポータブルハードディスクは、計 _____ 台 必要。 ※3台はパッケージ品です。4台目以降は費用が掛かります。			
新電子カルテ使用開始日		★↑必須事項		
移行物	※電子カルテによって移行物が変わります。			
1号紙	有	無	オプション(別途費用がかかります)	
2号紙	有	無	検査結果表示システム※	有 無
サマリー	有	無	電子認証(証明書)	有 無
スキャン物	有	無	追加外付けHDD	有 無
紹介状(他院から)	有	無	※検査会社に RS-base 形式でデータを取得していただく必要がございます。	
紹介状(自院から)	有	無	★↑必須事項	
連携	有	無	患者登録番号	~
患者登録人数	約	人	★必須事項	旧電子カルテ使用開始 年 月 日 から
患者番号形式	数値のみ	文字列		
備考				
<p>※新電子カルテ稼働後1ヶ月後からの「e-PORT viewer」のスタートで先生のご了解を頂いている事を前提としています。</p> <p>※御見積書をお送りする際に参考と致しますので、詳細をご記入ください。</p> <p>メールアドレス</p> <p>_____ @ _____</p>				
<b>FAX 03-5659-8519</b> 株式会社京葉電子販売 e-Port Viewer 担当まで				