

日医標準レセプトコンバートサービス依頼書

株式会社レセデンドットコム行

FAX 06-6946-6872 E-MAIL info@rezeden.com

記入日 年 月 日

変換前機種	メーカー() 機種名()		
ふりがな			
医療機関名			
ふりがな			
医療機関住所	〒		
希望対象 マスタ	<input type="checkbox"/> 患者属性及び患者保険 <input type="checkbox"/> 前回来院日 <input type="checkbox"/> 患者病名 (<input type="checkbox"/> レセ電病名変換サービス「がらぼん」適用)		
変換後形式	<input type="checkbox"/> E-MAIL <input type="checkbox"/> CD-ROM <input type="checkbox"/> その他()		
変換前マスタ 当社到着予定日	年 月 日		
変換後マスタ 納品希望日	年 月 日		
※以下依頼元認定事業所様についてご記入下さい。			
ふりがな			
事業所様名			
ふりがな			
担当者様名			
ふりがな			
事業所様住所	〒		
TEL	() -	FAX	() -
E-Mail			
希望連絡方法	<input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> FAX		
通信欄			
コンバート サービス 注意事項	<p>当サービスは日医標準レセプトデータ移行用CSVファイルを作成するものです。日医標準レセプトデータ移行作業は含まれません。コンバート前バックアップデータより当社にて取得できるデータの範囲内でコンバートいたします。</p> <p>外字、機種依存文字はコンバートできません。対象文字は“★”に置換します。</p> <p>保険情報について保険組み合わせが複数認められる場合は主保険組み合わせのみコンバートします(主保険の判定は主保険区分→最終来院保険→最大保険No.の優先順位で判定します)。</p> <p>当社データ変換作業中にデータ内容確認のため事業所様に連絡する場合がありますのでご協力をお願いいたします。</p> <p>データ変換については細心の注意をはらい行いますが、100%保証するものではありません。よって、データ変換によるいかなる損害に対しても弊社は責任を負いかねます。</p> <p>納品時に添付のリスト等にて、データ変換前後の内容確認をくれぐれ也十分に行った上でお客様へ納品いただきますようお願いいたします。</p>		
	コンバートサービス注意事項に <input type="checkbox"/> 同意する		