

医師事務作業補助者経験確認書類

氏名: _____

1.書類作成経験

ご経験の有無に○をつけ、有の場合にはどのくらい対応されていたかご記入ください

書類名称	経験の有無	実績
各種保険会社	有・無	枚/1日
医療要否意見書	有・無	枚/1日
傷病手当金等証明書	有・無	枚/1日
臨床調査個人票(更新)	有・無	枚/1日
臨床調査個人票(新規)	有・無	枚/1日
主治医意見書・医師意見書	有・無	枚/1日
訪問看護指示書	有・無	枚/1日
労働者災害補償保険	有・無	枚/1日
障害年金診断書	有・無	枚/1日
診療情報提供書	有・無	枚/1日

2.データ入力・その他

ご経験の有無に○をつけ、有の場合にはどのくらい対応されていたかご記入ください

データ内容	経験の有無	実績
入院時DPC	有・無	件/1日
NCD	有・無	件/1日
SOFA/pSOFA	有・無	件/1日
症状詳記	有・無	件/1日
病名登録	有・無	件/1日
各種計画書(入院診療計画書など)	有・無	件/1日
外来診療陪席対応	有・無	件/1日

3.経験診療科

診療科	主な担当業務
(例)消化器内科	質問事項1~2を参考に記載ください

4.医療システムの使用経験

種類	使用経験のあるシステム名を記載
(例)電子カルテ	HOPE EGMAIN-GX
(例)文書システム	DocuMaker
電子カルテ	
医事システム	
文書システム	
他	