

FAX



0749-25-0344

(株)ネクステージ

メディカルアシスト事業部 担当者行

ダイナミクス導入カウンセリングシート

※太枠内にご記入ください。

ご記入日 年 月 日

NO.	ふりがな	ふりがな		
	氏名 様	医院名		
住所	〒 ー	TEL		
		携帯		
		e-mail		
標榜科名		開院時期		
ご問い合わせのきっかけ 広告() : ご紹介() : ホームページを見た				
電子カルテ の選択	①ダイナミクスに決定している。またはダイナミクスに入会した。		はい	いいえ
	②まだはっきりと決めていない。		はい	いいえ
	③わからない。		はい	いいえ
機器構成	①受付のパソコン台数 (具体的な機種名:)			台
	②診察室のパソコン台数(具体的な機種名:)			台
	③その他のパソコン台数(具体的な機種名:)			台
検査機器	①導入の予定がある		はい	いいえ
	※具体的な機器名:			
Rs_Base	①Rs_Baseの導入をする		はい	いいえ
ご希望される サポート	①開院までのネットワーク構築についてのアドバイスがほしい。		はい	いいえ
	②パソコン機器、プリンタ等ハードウェア一式を揃えてほしい。		はい	いいえ
	③開院までの間、スタッフ等のインストラクションを含めた全般的なサポートをしてほしい。		はい	いいえ
	④開院後も継続して電子カルテ全般のサポートをしてほしい。		はい	いいえ
その他 ご質問事項	ここに質問事項を記入下さい			

※はい・いいえのどちらかに○を、機種名・台数を記入下さい↑