

市立池田病院地域医療連携ネットワークシステム 利用パソコン設定等申請書

システム管理責任者 市立池田病院 病院長 様

「地域医療連携ネットワークシステム」を利用するパソコンについて、以下のとおり申請いたします。なお、利用するパソコンについては、「地域医療連携ネットワークシステム運用管理規程」に準拠します。

1. 申請者情報

申請者	申請日	令和 年 月 日
	施設名	
	施設長氏名 (自署もしくは公印)	

※申請者とは別に、パソコンの管理担当者等がおられる場合には、以下を記入下さい。

パソコン 管理 担当者	所属 / 氏名	
	職 種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 業者 <input type="checkbox"/> 他
	電 話 番 号	
	F A X 番 号	
	メ ー ル ア ド レ ス	
	特 記	

2. 利用パソコン情報

利 用 パ ソ コ ン	申請区分	<input type="checkbox"/> 端末への新規設定 <input type="checkbox"/> 設定内容の変更 <input type="checkbox"/> 端末設定の削除 (削除希望日 月 日)
	メーカ・機種	
	使用パソコンのOS	<input type="checkbox"/> Windows7 <input type="checkbox"/> Windows8 <input type="checkbox"/> Windows10 <input type="checkbox"/> Mac OS X ※記載以外のOSは利用不可
	使用インターネット回線 (※詳細は別途記入)	<input type="checkbox"/> 光ファイバー (会社名:) <input type="checkbox"/> ケーブルテレビ (会社名:) <input type="checkbox"/> 他 ()
	使用 Web ブラウザ	<input type="checkbox"/> Internet Explorer8~11 <input type="checkbox"/> Safari ※上記以外(Chrome,Opera等)は利用不可

※設定作業にお伺いしますので、できれば希望日等を記載してください。

設 定 日	訪問候補日時 (はじめて利用の場合)	月 日 曜日 時 ~ 時
		月 日 曜日 時 ~ 時
		月 日 曜日 時 ~ 時

注意) 二枚目以降も記入ください。利用パソコン毎に申請をお願いします。

※以下、事務局取扱欄

受理日: 令和 年 月 日

完了日: 令和 年 月 日

事務局受付	適性確認	設定実施
/	/	/

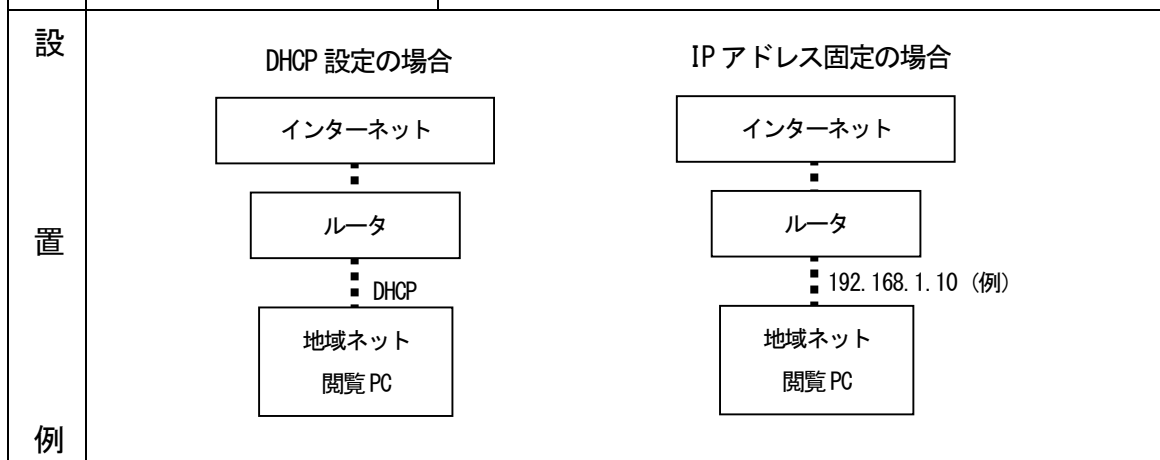
3. 回線情報

回線	契約中インターネット事業者名 サービスプロバイダ (契約中サービスなど)	<input type="checkbox"/> 光ファイバ : () <input type="checkbox"/> ケーブルテレビ : () <input type="checkbox"/> その他 : () 契約時にインターネット事業者から「お申し込み内容のご案内」などの名称で、契約内容の通知書が届いているはずなので、記載内容を確認し、本シートにご記入ください。
	契約内容が確認できる書類の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない(※) ※「ない」の場合はあらかじめプロバイダにお問い合わせください。
情報	回線接続のためのユーザ名がわかりますか？ (PPPoE 認証ユーザ名など)	<input type="checkbox"/> 自分でわかる <input type="checkbox"/> 職員がわかる <input type="checkbox"/> 設置業者がわかる <input type="checkbox"/> 誰もわからない (※) <input type="checkbox"/> その他 : () ※誰もわからない場合はあらかじめプロバイダにご連絡ください。
	回線接続のためのパスワードがわかりますか？ (PPPoE 認証パスワードなど)	<input type="checkbox"/> 自分でわかる <input type="checkbox"/> 職員がわかる <input type="checkbox"/> 設置業者がわかる <input type="checkbox"/> 誰もわからない (※) <input type="checkbox"/> その他 : () ※誰もわからない場合はあらかじめプロバイダにご連絡ください。

4. パソコン等の IP アドレス設定について

※「市立池田病院 地域連携ネットワークシステム」に接続するパソコンの設定について記入してください。

パソコン設定情報	DHCPを設定	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (※) <input type="checkbox"/> わからない ※「いいえ」の場合は下記問いにお答えください。
	IPアドレス (※)	
	サブネットマスク (※)	
	デフォルトゲートウェイ (※)	
	DNSサーバ (※) 2つある場合は両方とも記入してください。	



5. ご利用のパソコンについて

「市立池田病院 地域連携ネットワークシステム」をご利用のパソコンは他のシステムと併用されますか

ご 利 用 パ ソ コ ン に つ い て	地域連携ネット閲覧専用	<input type="checkbox"/> はい 本システム専用です	<input type="checkbox"/> いいえ 他のシステムと併用します	
	他のシステムと併用	メーカー名：	システム名：	業者：有・ 無
		メーカー名：	システム名：	業者：有・ 無
		メーカー名：	システム名：	業者：有・ 無
メーカー名：		システム名：	業者：有・ 無	
	ファイルの共有	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	レセプトオンラインと併用	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	

6. 本システムをご利用されるパソコンに、ウイルス対策ソフトは導入されていますか

ウ イ ル ス 対 策	ウイルス対策ソフト	<input type="checkbox"/> 導入済	<input type="checkbox"/> なし
	ウイルス対策ソフト導入済みの場合 インストールキー (ユーザーIDやパスワード)	<input type="checkbox"/> わかる	<input type="checkbox"/> わからない
	ウイルスバスターコーポレートエディション等、ソフトを削除する際インストールキーが必要な場合もありますので、ご確認ください。 ※地域連携ネットをご利用される際には規程により専用のウイルス対策ソフトをインストールさせていただく場合があります。		

7. 施設内のネットワーク構築について

施 設 内 ネ ッ ト ワ ー ク	ネットワークを構築したのは	<input type="checkbox"/> 職員	<input type="checkbox"/> 業者	<input type="checkbox"/> わからない
	ネットワークの保守契約	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無
	地域連携ネットを閲覧する パソコンのネットワークは	<input type="checkbox"/> 有線接続		<input type="checkbox"/> 無線接続 (※無線接続の場合は本システムをご利用できません)
	施設内にあるパソコンの台数	約		台
	ネットワークプリンタ	<input type="checkbox"/> 有 (台)		<input type="checkbox"/> 無
	※ネットワークプリンタが有る場合	プリンタの IP アドレス：		<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> わからない
その他ネットワーク機器 ※web カメラ、ファイルサーバー等	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無	

8. パソコンの管理者権限

管 理 者 権 限	管理者権限で パソコンの操作を許可	<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> していない
		<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 職員がわかる
		<input type="checkbox"/> 設定業社がわかる	

9. 現在の配線について（わかる範囲で結構です）

