宛先）市立池田病院　地域医療連携室 様式４

**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  （自著もしくは公印） |  |

※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 | □医師 □薬剤師 □看護師 □事務 □業者 □他 |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ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 | □端末への新規設定　□設定内容の変更  □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 | **□Windows10　□Windows11**  **□Mac OS 　□iPad OS 　※他OSは利用不可** |
| 使用ｲﾝﾀｰﾈｯﾄ回線  （※詳細は別途記入） | □光ファイバー （会社名：　　　　　　　　　）  □ケーブルテレビ （会社名：　　　　　　　　）  □他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 使用Webﾌﾞﾗｳｻﾞ | □Microsoft Edge　□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お願いします。

※以下、事務局取扱欄

事務局受付

適性確認

設定実施

／

／

／

受理日：令和　　年　　月 日

完了日：令和　　年　　月 日

３．回線情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 回線情報 | 契約中インターネット  事業者名  サービスプロバイダ | □　光ﾌｧｲﾊﾞ：（　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| □　ｹｰﾌﾞﾙﾃﾚﾋﾞ：（　　　　　　　　　　　　） | | | |
| □　その他：（　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| (契約中サービスなど) | 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 | □　あ　る | □　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。 | | | |
| 回線接続のための  ユーザ名がわかりますか？  （PPPoE認証ユーザー名など） | □　自分でわかる | | □　職員がわかる | |
| □　設置業者がわかる | | □　誰もわからない（※） | |
| □　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  ﾊﾟｽﾜｰﾄﾞがわかりますか？  （PPPoE認証パスワードなど） | □　自分でわかる | | | □　職員がわかる |
| □　設置業者がわかる | | | □　誰もわからない（※） |
| □　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 | □　はい | □　いいえ（※） | □　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。 |  | | |
|  | | |
| 設置例 | ルータ  インターネット  地域ネット  閲覧PC  192.168.1.10（例）  ルータ  インターネット  地域ネット  閲覧PC  DHCP  IPアドレス固定の場合  DHCP設定の場合 | | | |

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 | □　はい  本システム専用です | □　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 | □　あ　り | | □　な　し |
| レセプトオンラインと併用 | □　あ　り | | □　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 | □　導入済 | □　な　し |
| ウイルス対策ソフト導入済みの場合 | □　わ　か　る | □　わからない |
| インストールキー  （ユーザーIDやパスワード） |
| 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 | □　職員 | □　業者 | | | □　わからない | |
| ネットワークの保守契約 | □　有 | | | □　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 | □　有線接続 | | | □　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 | □　有（　　　台） | | | □　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： | | □　わかる | | | □　わからない |
| その他ネットワーク機器 | □　有 | | | □　無 | | |
| ※webカメラ、ファイルサーバー等 |

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 | □　している | □　していない |
| □　わからない | □　職員がわかる |
| □　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）

|  |  |
| --- | --- |
| 現在の配線 | 配線を簡単にご記入ください。※フリーハンドで結構です。  また、同じネットワークを利用しているその他のパソコン・システムがあればご追記願います。            地域連携ネット  閲覧用パソコン |