

様式1

# インターネット接続画像閲覧登録申請書

(連携ネットワーク登録医制度登録申請書)

恵佑会札幌病院 理事長 高橋 宏明 宛

放射線画像センター長 伊藤 和夫 宛

下記のとおり、恵佑会札幌病院へのインターネット接続を希望いたします。

平成 年 月 日

機関名:

機関代表者氏名:

機関所在地:

電話番号:

FAX:

## インターネット使用環境

OS:

ウィルス対策ソフト使用: 有 ・ 無

※1. Mac は対象外

※2. OS が Windows2000SP2、Windows X P ( Pro ・ Home )、  
WindowsVista、Windows7の いずれかであること

※3. IE 9.0 以下であること

恵佑会札幌病院記入欄

※個人情報の取扱いについては、全て個人情報保護法、医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン(厚生労働省発布)及び関係法令等に則り取り扱うものとします。

# インターネット接続端末環境調査票

## 1. 利用端末のOS

インターネット接続を利用される端末は以下のOSである必要があります。  
ご利用の端末のOSをご確認の上、ご記載ください。

Windows2000SP2   Windows XP(Pro・Home)   WindowsVista   Windows7

OS: \_\_\_\_\_

## 2. ブラウザ

インターネット接続を利用される端末は以下のブラウザである必要があります。  
ご利用の端末のブラウザをご確認の上、ご記載ください。

Internet Explorer 9.0

ブラウザ: \_\_\_\_\_

## 3. ユーザ権限

日常ご利用いただいているユーザにて環境をセットアップする必要があります。  
ご利用のユーザ権限(管理者権限あり、なし)をご確認の上、ご記載ください。

<ユーザ確認方法>Windows XP での方法

「Ctrl」+「Alt」+「Delete」を同時に一回だけ押す(2回押すと再起動してしまいます。)

ログオン情報に「△△△△¥○○○○としてログオンしています。」と表示されます。

この ○○○○ がユーザとなります。

<権限確認方法>Windows XP での方法

「スタート」→「設定」→「コントロールパネル」→「ユーザアカウント」→「アカウントの変更」

各ユーザの権限が表示されますので、利用ユーザの権限を確認ください。

管理者権限:   あり          なし  
\_\_\_\_\_

## 4. ウィルス対策ソフト

インターネット接続を利用される際に、接続が許可された端末かの識別を行います。その際に、ウィルス対策ソフトでブロック（FireWall 機能）を行っている場合、正常に接続することができません。

ご利用のウィルス対策ソフトをご確認の上、ソフト名と FireWall 機能の有無をご記載ください。

ウィルス対策ソフト： \_\_\_\_\_（未使用の場合記載不要）  
FireWall 機能：   あり                   なし \_\_\_\_\_

## 5. プロキシサーバの使用確認

インターネット接続方法としてプロキシサーバを利用している場合があります。ご利用の環境でプロキシサーバを利用しているかをご確認の上、ご記載ください。

＜プロキシサーバ利用の確認方法＞

IEの「ツール」→「インターネットオプション」→「接続」→「LAN設定」

プロキシサーバの利用：   あり                   なし \_\_\_\_\_

### 5-1 プロキシサーバ利用時の補足情報

・プロキシサーバの利用ありの場合のみ

プロキシサーバ利用時の接続方法を検討するために補足情報が必要となります。

以下の手順に従いアドレス情報を取得し、ご記載ください。

＜アドレス確認方法＞

「スタート」→「プログラム」→「アクセサリ」→「コマンドプロンプト」→Ipconfig /all と入力してください。

Default Gateway： \_\_\_\_\_

DNS Server       ： \_\_\_\_\_

・FireWallの確認

インターネットで入り口にFireWallを設置してセキュリティを保持している場合があります。FireWall 設置の有無をご確認の上、ご記載ください。

FireWall の設置：   あり                   なし \_\_\_\_\_

様式2

# インターネット接続登録医師申請書

(連携ネットワーク登録医申請書)

下記の医師が恵佑会札幌病院へのインターネット接続を希望いたします。

平成      年      月      日

|      |   |
|------|---|
| 機関名: |   |
| 医師名  | 科 |
|      | 科 |
|      | 科 |
|      | 科 |
|      | 科 |
|      | 科 |
|      | 科 |
|      | 科 |
|      | 科 |
|      | 科 |
|      | 科 |

※個人情報の取扱いについては、全て個人情報保護法、医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン(厚生労働省発布)及び関係法令等に則り取り扱うものとします。