

福祉医療電子請求導入に伴うインターネット環境 に関する事前調査シート

この調査シートは、本会が運営する福祉医療電子請求システムについて、利用申請をいただいた医療機関に対して、当該システムに接続するための必要な情報をご提供いただくものです。本事前調査シートに基づき、システム環境の設定を行いますので、わからない部分は未記入で結構ですので、可能な限りご記入ください。本調査シートは標記目的以外には使用せず、各医療機関の固有情報として保護し、取り扱いには充分注意いたします。

※【前提条件】インターネットが閲覧できることが、必要となります。

記入日 年 月 日

1. 医療機関情報

項目	内容
医療機関番号	
(フリガナ)	
医療機関名	
所在地住所	
ご担当者名	
電話番号	
FAX番号	
E-Mailアドレス	
備考	

2. インターネット契約情報

項目	内容
契約中のインターネット 事業社名 サービスプロバイダー	<input type="checkbox"/> NTT系:
	<input type="checkbox"/> CATV系:
	<input type="checkbox"/> その他:

3. ご利用になるパソコンの環境について

項目	内容
パソコンのOS及びインターネットブラウザ	【別紙】の項番 何番ですか OS()番・IE()
ご利用のパソコンは他のパソコンとネットワークでつながっていますか(台数)	はい()台) つながっていない) わからない)
ファイヤーウォールは利用されていますか	はい) 使用していない) わからない)
プロキシ(代理応答機能)は利用されていますか	はい) 使用していない) わからない)
ご利用のパソコンはインターネットを閲覧できますか(ヤフー・グーグル等)	できる) できない)
ご利用のパソコンで他のシステムをご利用ですか(ご利用システム名)	はい() 使用していない) わからない)

4. ご利用になるパソコンのネットワーク設定について

項目	内容
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。	

5. ネットワーク構成図

※フリーハンドで結構です。

~~インターネット~~

モデム

ルータ

パソコン

6. その他特記事項