

第3号様式

Tri-net かすがい接続申込書

年 月 日

(宛先) 統括責任者(春日井市民病院長)

医療機関名 _____

利用医療機関管理責任者 _____

春日井市民病院地域医療連携ネットワークシステム利用規約に同意の上、当医療機関において診療を行っている患者の診療情報の閲覧及び診察・検査の予約を目的に、Tri-net かすがいシステムの接続を申し込みます。

連絡担当者 _____

電話番号 _____

E-mail _____

接続希望日 第1希望日： 月 日 時 分～

第2希望日： 月 日 時 分～

第3希望日： 月 日 時 分～

接続希望台数 _____台

※ 原則として月曜日から金曜日までの9時から16時までとさせていただきます。

また、希望日は申込日から1週間後以降を記入してください。

Tri-net かすがいシステムの接続作業時間は端末1台につき約1時間です。

ご希望に添えないこともございますがご了承ください。

端末調査にご協力ください。※導入希望端末ごとに記入してください。

尚、OS 及びブラウザの推奨は Windows Vista 以上、InternetExplorer 11 です。

MacOS をはじめその他の OS、Chrome はじめその他のブラウザは診療情報の参照、外来診察・機器共同利用の予約は可能ですが、診療情報提供書の記入ができません。ご了承ください。

1. ご利用コンピュータの OS バージョンを記入してください。 例：Windows (10) ・ Windows () 32 / 64 bit ・ MacOS () 32 / 64 bit ・ iOS () 32 / 64 bit ・ Android () 32 / 64 bit
2. ご利用コンピュータのブラウザバージョンを記入してください。 例：InternetExplorer (11) ・ InternetExplorer () ・ Edge () ・ Chrome () ・ Safari () ・ Mozilla Firefox ()
3. ご利用中のインターネット回線と接続サービスプロバイダー名、接続形態を記入してください。 ・ インターネット回線：光ファイバー／ケーブルテレビ／その他 () ・ プロバイダー：BIGLOBE／So-net／OCN／nifty／Yahoo!BB／その他 () ・ 接 続 形 態：有線 LAN／無線 LAN
4. 導入されている地域医療連携ネットワークがありましたら記入してください。 ()
5. オンラインレセプト請求サービスをご利用していますか。*1 は い / いいえ
6. 院内ネットワークの管理を院外の業者へ委託していますか?*2 は い / いいえ
*1) オンラインレセプト請求サービスを利用の場合は開通できない場合があります。 *2) 委託されている場合、管理業者様へ IPsecVPN での通信が可能か確認してください。

上記項目をご記入いただき FAX:0568-82-9345 に送信してください。