



## ひろしま医療情報ネットワーク (HMネット) 診療情報開示システム納品先に関する調査書

施設名： \_\_\_\_\_

施設責任者： \_\_\_\_\_

- ① システム機器を納品するスペース(4U)はありますか? ( ある ・ なし )

スペースがある場合

既存のラックを使用する場合は空きスペースのユニット数と型番の記入をお願いします。

( 新規 ・ 既存 )

ユニット数： \_\_\_\_\_ 型番： \_\_\_\_\_

- ② UPS の容量 (ワット) に余裕はありますか。新規に必要なか、既存の UPS を使用するか記入をお願いします。( 新規 ・ 既存 )

ワット残： \_\_\_\_\_ 差込口残： \_\_\_\_\_

- ③ 新規の場合サーバールームの電圧 (100 ボルト 等) 容量 (1000 ワット等) の記入をお願いします。わからない時は、担当の電気主任技術者にお問い合わせください。

電圧： \_\_\_\_\_ 容量： \_\_\_\_\_

- ④ 既存のラックを利用する場合、既存の KVM スイッチ (コンソール) は利用可能か確認をお願いします。利用可能であれば KVM スイッチの空き状態、型番の記入をお願いします。

利用 ( 可能 ・ 不可 ) 型番： \_\_\_\_\_

- ⑤ 納品先の住所は施設所在地と同じですか? 納品先が施設所在地と異なる場合は以下に納品先の住所をお願いします。施設所在地と ( 同じ ・ 異なる )

納品先住所：〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_