



ひろしま医療情報ネットワーク (HMネット)

参照施設向け導入調査書

貴 院 名 : _____

記入者氏名 : _____

① HMネットへの接続に使用できるパソコンを所有していますか？

※HMネットのご利用にはインターネットに接続可能な Windows パソコンが必要です。

※HMネット接続時は通常のインターネット回線でのホームページは閲覧できない状態となります。

☐ 持っている ☐ 購入予定 (_____ 月 _____ 日頃)

持っている場合は使用している OS に ☒ をしてください。

☐ Windows 10 ☐ Windows 11 ☐ その他 (_____)

※サポートの終了した OS は正常に動作しない可能性があります。

持っている場合、パソコンをご購入されて何年経ちますか？ (_____) 年

② インターネットの接続環境に ☒ をしてください。 (複数回答可)

☐ 有線 LAN ☐ 無線 LAN

☐ 接続できない (インターネット接続環境をご準備ください。)

接続環境がある場合、ご使用のインターネットの回線種類に ☒ をしてください。

☐ 光回線 ☐ ケーブルテレビ ☐ その他 (_____) ☐ 不明

③ パソコンに USB ポートの空きはいくつありますか？

☐ 0 ☐ 1~2 ☐ 3つ以上 ☐ 不明

目的 : QR コードリーダー等をつなぐ必要があるため。

④ 使用可能なブラウザソフトすべてに ☒ をしてください。

☐ Internet Explorer11 ☐ Microsoft Edge ☐ Google Chrome

☐ Firefox ☐ Safari ☐ その他 (_____) ☐ 不明

⑤ セキュリティソフトは入っていますか。

☐ 入っている ソフト名 (_____)

☐ 入っていない

⑥ ルーターをご利用ですか？ (はい ・ いいえ ・ 不明)

ご利用の場合、メーカー、機種名がわかればご記入ください。

メーカー _____ 機種名 _____

※ 設定日前日までにパソコンのアップデートを行い、最新の状態にして下さい。ご回答ありがとうございました