

「ふくいメディカルネット」接続機器確認書 (新規 ・ 変更)

以下の項目について、記入またはチェックをお願いします。

1 確 認 日	年 月 日
2 機 関 名	
3 開 設 者 名	
4 接 続 機 器 (※) (端末の機種名を 記入してください)	メーカー : 製品名 : 型 番 : MACアドレス :
5 接続機器に導入され ているウイルス対策 ソフトウェア名称 (※)	ライセンス使用期限 年 月 日 (確認日時点のもの)
6 ウイルス対策ソフト ウェアのライセンス 使用期限 (※)	年 月 日 (確認日時点のもの)
7 接続機器のOS (※)	
8 Windows updateを 行っている。 (※)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (理由 :)
9 InternetExplorerの バージョン (※)	<input type="checkbox"/> IE7 <input type="checkbox"/> IE8 <input type="checkbox"/> IE9 <input type="checkbox"/> その他 ()
10 Adobe Readerの バージョン (※)	Adobe Reader <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 (X) <input type="checkbox"/> 11 (X I)
11 使用している回線	<input type="checkbox"/> 光回線 (フレッツ光ネクスト回線) <input type="checkbox"/> ADSL (8Mbps以上) <input type="checkbox"/> CATV (会社名 :) <input type="checkbox"/> その他 ()
12 施設内ネットワークへの 接続	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> インターネットの利用が制限・制御されている) <input type="checkbox"/> 無
13 使用しているインターネ ットプロバイダ	
14 Winny等その他のP2Pファ イル交換ソフトウェアの 有無 (※)	<input type="checkbox"/> インストールされていない
15 ふくいメディカルネット 以外での利用 (※)	<input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> ネットワークプリンタ <input type="checkbox"/> オンラインレセプト <input type="checkbox"/> その他 ()

(※) の部分については協議会より貸与する閲覧専用端末のみを使用する場合には記入は不要です。しかし
2 台目以降、既設の P C を利用する場合には記載願います。

記入例

「ふくいメディカルネット」接続機器確認書 (新規 変更)

以下の項目について、記入またはチェックをお願いします。

1	確 認 日	2018 年 8 月 1 日
2	機 関 名	運営協議会クリニック
3	開 設 者 名	福井 太郎
4	接 続 機 器 (端末の機種名を記入 してください) (※)	メーカー：富士通。 製品名：FMVA56KB 型 番：1234567B-1234 MACアドレス：XX-XX-XX-XX-XX-XX
5	接続機器に導入され ているウイルス対策 ソフトウェア名称 (※)	ウイルスバスター2012クラウド
6	ウイルス対策ソフト ウェアのライセンス 使用期限 (※)	2018年12月31日 (確認日時点のもの)
7	接続機器のOS (※)	Windows 7
8	Windows updateを 行っている (※)。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (理由：)
9	InternetExplorerの バージョン (※)	<input type="checkbox"/> IE7 <input checked="" type="checkbox"/> IE8 <input type="checkbox"/> IE9 <input type="checkbox"/> その他 ()
10	Adobe Readerの バージョン (※)	Adobe Reader <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input checked="" type="checkbox"/> 10 (X) <input type="checkbox"/> 11 (X I)
11	使用している回線	<input checked="" type="checkbox"/> 光回線 (フレッツ光ネクスト回線) <input type="checkbox"/> ADSL (8Mbps以上) <input type="checkbox"/> CATV (会社名：) <input type="checkbox"/> その他 ()
12	施設内ネットワークへの 接続	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> インターネットの利用が制限・制御されている) <input checked="" type="checkbox"/> 無
13	使用しているインターネ ットプロバイダ	OCN
14	Winny等その他のP2Pファ イル交換ソフトウェアの 有無 (※)	<input checked="" type="checkbox"/> インストールされていない
15	ふくいメディカルネット 以外での利用 (※)	<input checked="" type="checkbox"/> メール <input checked="" type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> ネットワークプリンタ <input type="checkbox"/> オンラインレセプト <input type="checkbox"/> その他 ()

(※) の部分については協議会より貸与する閲覧専用端末のみを使用する場合には記入は不要です。しかし
2 台目以降、既設の PC を利用する場合には記載願います。

接続機器確認書 記入上の留意点

1 確認日

接続機器確認書を記載された日を記入してください。

4 接続機器について

「ふくいメディカルネット」に接続する専用端末（PC）について、端末のメーカー及び機種名を記入してください。

5 ウイルス対策ソフトウェア名称について

試用版のウイルス対策ソフトではなく、正式契約されたウイルス対策ソフトの名称を記入してください。

新品のパソコンに添付されている試用版のウイルス対策ソフトでは、使用期限があるため、その期間が過ぎた場合、ウイルス定義ファイルの更新がされなくなるため、最新のコンピュータウイルスの発見ができなくなります。正式契約をしたウイルス対策ソフトを利用し、常にウイルス定義ファイルが最新化されている必要があります。

6 ウイルス対策ソフトウェアのライセンス使用期限について

端末のウイルス対策ソフトについて、確認日におけるウイルス対策ソフトウェアのライセンス使用期限の日付を記入してください。

8 OSの最新化について

パソコンのOS であるWindows には「Windows Update」という機能があります。Windows のプログラムにセキュリティ上の問題が見つかった場合、この機能により、プログラムが修正されます。セキュリティを十分に保つためには、「Windows Update」によりWindows が常に最新の状態になっている必要があります。

14 P2P ファイル交換ソフトについて

本協議会におけるセキュリティポリシーにおいて、ファイル交換ソフトの利用は禁止されていますのでご確認ください。

【ファイル交換ソフトとは】

- ・インターネット上で、不特定多数のコンピュータ間でファイル(データ)をやり取りできるソフトウェア。 P2P (Peer to Peer) ソフト、とも呼ばれている。
- ・現在では数多くのファイル交換ソフトが存在し、日本では Winny、Share などが有名。
- ・ファイル交換ソフトWinny を介して感染を拡げるAntinny というウイルスに感染すると、公開したくないファイルであっても自動的に公開用フォルダにコピーされてしまい、その結果、個人情報、顧客情報等の漏えいが発生します。