**大阪大学・アトムメディカル・ドゥウェル**

**「入院中の赤ちゃんに、わが子に会いたい」実現プロジェクト**

**NICUオンライン面会システム****“OSAKA-Nシステム”**

**第1回　利用希望申請書**

令和　　　年　　　月　　　日

申請者（ふりがな）：

所属施設：

部署・職名：

住所：　〒

電話：

E-mail：

* **利用****を希望するNICU・GCUについて**

ベッド数：　　 NICU　　　床　　　　GCU　　　床

昨年度の入院数：　　　　　　　人　（概数でけっこうです）

対象とする新生児：　在胎　　　　週以上、　出生体重　　　　　g　以上

* 対象に制限がない場合は空欄でけっこうです。なお選考において、NICUの規模の大小ならびに入院対象の重症度等は、あくまでも参考に過ぎません。
* **応募条件について**

1. NICU責任者および看護師長の賛同が得られていますか？

NICU責任者（氏名）：

* + - * はい　　　　　　　　　□　いいえ

NICU看護師長（氏名）：

* + - * はい　　　　　　　　　□　いいえ

1. 医師1人・看護師2人以上によるオンライン面会に関する専門ワーキンググループをつくることができますか？
   * + - はい　　　　　　　　　□　いいえ

ワーキンググループメンバー

　医師（氏名）：

　看護師（氏名）：

1. NICU・GCU内にインターネット環境が整備されていますか？
   * + - はい　　　　　　　　　□　いいえ
2. 病院内のインターネット管理を行う部署（医療情報管理室など）の賛同と協力が得られていますか？

* 専門の部署がない場合は、ご対応いただく事務担当者の同意でけっこうです。
  + - * はい　　　　　　　　　□　いいえ

　担当部署名

　担当者（氏名）：

1. 面会システムの使い勝手や機能についてフィードバックをいただくことに賛同いただけますか？
   * + - はい　　　　　　　　　□　いいえ
2. 貸与できる機器は「ベッドサイド端末4台、タブレット端末1台、セントラル端末1台、プリンタ」で、貸与期間は「運用開始から6ヶ月」ですが、ご了解いただけますか？

※ 少しでも多くの施設にご利用いただくため、6ヶ月後に第2回公募を行う予定です。

* + - * はい　　　　　　　　　□　いいえ
* **この募集に応募された理由、貴施設の特色などについて教えてください**

　今回の募集では、応募いただいた施設の中から2つのNICUに限定しなくてはいけません。選考に当たっては「オンライン面会が実際の活用に至る実現性」と「（COVID-19による）面会制限の有無にかかわらず、このシステムを用いることでどのようなことが期待されるか」といった点に注目したいと思います。

　貴施設が本企画に応募された理由、貴施設の特色、オンライン面会を実現させるにあたっての意欲、このシステムによって実現したい・試したいアイデアなど、以下に自由に記載してください。

　　※ 頁数にとくに制限はありませんが、独自性（オリジナリティ）と実現性の2つを重視します。